

Τ.Ε.Ε. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΦΕ.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: << ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ >>

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Α. ΑΒΡΑΜΙΔΟΥ

Α. ΔΗΜΑ



ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2096
----------------------	------



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

- | | |
|---|---|
| 1. Ιστορική αναδρομή. | 1 |
| 2. Ενοσιολογικό περιεχόμενο | 5 |
| 3. Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού | 6 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. Το γεννητικό σύστημα του άνδρα | 10 |
| 2. Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας | 13 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

- | | |
|--|----|
| 1. Παγκόσμιες δημογραφικές εξελίξεις και πληθυσμιακή έκρηξη. | 19 |
| 2. Ο Οικογενειακός προγραμματισμός και οικονομικές μεταβλητές. | 24 |
| 3. Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία μητέρας | 26 |
| 4. Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία παιδιού. | 29 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

- | | |
|--|----|
| 1. Εμπόδια στην διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού. | 33 |
|--|----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

- | | |
|---|----|
| 1. Μείωση των εκτρώσεων και κίνδυνοι. | 36 |
| 2. Νομική κατάσταση στην Ελλάδα. | 43 |
| 3. Νομική κατάσταση για την αντισύλληψη και την έκτρωση στις χώρες της Ευρώπης. | 45 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

- | | |
|----------------|----|
| 1. Αντισύλληψη | 50 |
|----------------|----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

- | | |
|-------------------------------|----|
| 1. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. | 72 |
|-------------------------------|----|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

1. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. 78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

1. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας 83

ΜΕΡΟΣ Β'

ΕΡΕΥΝΑ 85

ΠΙΝΑΚΕΣ 92

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 99

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 107

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 108

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Βλέποντας ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός σαν θεσμός έχει παρεξηγηθεί και επειδή είναι ένα τμήμα της προληπτικής ιατρικής με τεράστια οφέλη για την μητέρα, το παιδί την ιατρική και το κοινωνικό σύνολο αποφασίσαμε να δώσουμε όσο το δυνατόν μπορούσαμε μία σαφή εικόνα σχετικά με το τι είναι τελικά ο οικογενειακός προγραμματισμός και ποιο το όφελος του.

Στην εργασία μας προσπαθούμε να δώσουμε τα στοιχεία εκείνα που θα λύσουν την παρεξήγηση μια για πάντα.

Θεωρούμε υποχρέωση να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Δετοράκη που συνέβαλε στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός προγραμματισμός σαν ιδέα πέρασε πολλά στάδια εξέλιξης μέχρι να φτάσει στην σημερινή του μορφή.

Στην έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού δόθηκε νέα διάσταση από τρεις γυναίκες, τη MARGARET SANGER στις Η.Π.Α., και τις MARY SLOPES και EDITH HOW-MARTYN στην Αγγλία. Το 1912 η SANGER άρχισε έναν αγώνα που κράτησε μία ζωή. Ο αγώνας αυτός είχε σα στόχο να απελευθερώσει τις γυναίκες από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Στο ξεκίνημα της η SANGER είδε την κίνηση του ελέγχου των γεννήσεων συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας. Αρκετά αργότερα το 1917 άρχισε να συνειδητοποιεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων είχε και οικονομικοκοινωνικές διαστάσεις. Σε επίσκεψή της στο Λονδίνο το 1915 η SANGER συναντά τις EDITH και MARY SLOPES. Τις επόμενες δεκαετίες οι δρόμοι των τριών αυτών γυναικών διασταυρώθηκαν πολλές φορές καθώς βάδιζαν προς τον κοινό στόχο και έκαναν τον κοινό αγώνα. Αγώνα γιατί την εποχή εκείνη οι αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου δεν συνέπιπταν με τις δικές τους. Τόση ήταν μάλιστα η αντίδραση, ώστε το 1916 η SANGER φυλακίστηκε για λίγο επειδή άρχισε να λειτουργεί συμβουλευτικό σταθμό για τον έλεγχο των γεννήσεων. Το 1918 όμως η SANGER κέρδισε την πρώτη μεγάλη της νίκη όταν θεσμοθετήθηκε πως οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές που αφορούν την αντισύλληψη σε έγγαμες γυναίκες, εφ'όσον

αυτό γίνεται για να προλάβουν ή να θεραπεύσουν κάποια νόσο.

Το 1821, η SLOPES ανοίγει στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου γεννήσεων.

Στα χρόνια που ακολούθησαν το κίνημα των τριών αυτών γυναικών παίρνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις. Τα γυναικεία σωματεία της Αγγλίας οργανώνονται και θέτουν το θέμα της αντισύλληψης στο αγγλικό κοινοβούλιο.

το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη το διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Στο συνέδριο αυτό γιατροί και άλλα ευαισθητοποιημένα στο θέμα της αντισύλληψης άτομα από 12 χώρες συγκεντρώθηκαν και συζήτησαν για τα προβλήματα που συναντούσαν στην λειτουργία τους οι διάφοροι συμβουλευτικοί σταθμοί, για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, για την ανάγκη έρευνας στα θέματα της αναπαραγωγής και τέλος, για τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της αντισύλληψης.

Οι κύριες προτάσεις που προέκυψαν από αυτό το συνέδριο αναφέρονται περιληπτικά παρακάτω. Ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. η διάδοση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων. η εκπαίδευση σε θέματα αντισύλληψης πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών. η στειροποίηση πρέπει να είναι εφικτή για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικής όταν οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ανεφάρμοστες και τέλος, δεν πρέπει να χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά των

οποίων η νομιμή σύνθεση δεν είναι γνωστά.

Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε την σφραγίδα του στη μελλοντική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού. Στα χρόνια που ακολούθησαν μέχρι τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο, η έννοια του ελέγχου των γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και την Βόρειο Αμερική.

Η σουηδέζα OTTENSEN-JENSEN άρχισε να οργανώνει συνέδρια στην Στοκχόλμη και να φέρνει σε επαφή άτομα που είχαν ασχοληθεί με τον οικογενειακό προγραμματισμό σε διάφορες χώρες με αντικειμενικό σκοπό να γίνει ένας διεθνής οργανισμός που ν'ασχολείται με το θέμα.

Τέλος στο τρίτο παγκόσμιο συνέδριο του οικογενειακού προγραμματισμού που έγινε στην Βομβάη το 1952, η Διεθνής Επιτροπή για τον οικογενειακό προγραμματισμό έγινε Διεθνής Ομοσπονδία οικογενειακού προγραμματισμού I.P.P.F. και η SANGER έγινε η πρώτη επίτιμος πρόεδρος της.

Η διεθνής ομοσπονδίας οικογενειακού προγραμματισμού από το 1948 μέχρι σήμερα συνεχίζει έντονα τη δράση της σε παγκόσμια κλίμακα.

Όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός πέρασε ακόμη μιά μικρή Οδύσεια μέχρι το 1966, οπότε έγινε ολοκληρωτικά αποδεκτή από τον Ο.Η.Ε. Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. εξ' άλλου, το 1966, για πρώτη φορά διακήρυξε ότι "κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της".

Σημαντική, τέλος, πρόσοδο αποτελεί η απόφαση της Γενικής Συνελεύσεως του 1969, η οποία συνιστά στα κράτη -

μέλη του Ο.Η.Ε. να εξασφαλίζουν στους ενδιαφερομένους όχι μόνο την απαραίτητη πληροφόρηση και εκπαίδευση αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο των γεννήσεων, ώστε να πραγματοποιείται το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας. Με τη σύσταση αυτή επιμερίζονται οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος της ελεύθερης και υπεύθυνης τεχνογονίας μεταξύ κράτους και ατόμου.

ΕΠΙΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Οικογενειακός προγραμματισμός είναι η παροχή πληροφοριών, ενημέρωσης εκπαίδευσης και αγωγής καταλλήλων μέσων, ώστε τα άτομα να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις επιστημονικές επιτεύξεις των τομέων.

Ρύθμιση γεννήσεων

Σεξουαλική (γενετήσια) πληροφόρηση.

Ευγονική (γενετική συμβουλευτική και προγεννητικός έλεγχος).

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Έγκαιρη ανίχνευση παθήσεων γεννητικών οργάνων.

Στείρωση.

Υιοθεσία.

Συνήθως παραγνωρίζεται το πλατύτερο ευνοιολογικό και φιλοσοφικό υπόβαθρο του οικογενειακού προγραμματισμού.

Πολλοί θεωρούν ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός ασχολείται μόνο με τον έλεγχο γεννήσεων. Τούτο είναι βασικό λάθος. Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι συνυφασμένος απόλυτα με το δικαίωμα της γυναίκας - ν'αναπτύσει ελεύθερα την προσωπικότητά της πράγμα που ορίζεται και κατοχυρώνεται στο ελληνικό Σύνταγμα του 1975 για όλους τους πολίτες.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, αναγνωρίζει το δικαίωμα της γυναίκας σαν ανθύπαρκτου ατόμου, πέρα από τον ρόλο της και της ευθύνης σαν μητέρα. Άλλα συγχρόνως λαμβάνει υπ'όψη και τα δικαιώματα του παιδιού, για ψυχική και σωματική υγεία.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Μπορούμε να πούμε ότι δύο είναι οι κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού. η αντισύλληψη για την υγεία της γυναίκας και την ευτυχία της οικογένειας, και η αντισύλληψη για λόγους δημογραφικής πολιτικής.

Αν δεχτούμε ότι υγεία είναι σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, και ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός κατοχυρώνει την λειτουργικότητα της γυναίκας στο κοινωνικό χώρο, τότε προκύπτει, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μιά από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου, θέση που υποστηρίζεται από τα φωτισμένα σύγχρονα γυναικεία κινήματα και που την εκφράζουν λέγοντας, ότι η γυναίκα δεν μπορεί ν' ασκήσει τα δικαιώματά της αν δεν ελέγχει την γονιμότητά της.

Η δημογραφική προσπέλαση του οικογενειακού προγραμματισμού συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις που οδηγούν σε ακραίες θέσεις. Η μιά θέση φτάνει να υποστηρίζει ότι δεν πρέπει να παρέχονται πληροφορίες για την αντισύλληψη σε χώρες, όπως η Ελλάδα, στις οποίες ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλός.

Η θέση αυτή είναι ανεδαφική ειδικότερα μάλιστα για την Ελλάδα, όπου υπάρχει τόσο μεγάλη συχνότητα εκτρώσεων. Η συχνότητα αυτή υποδηλώνει ότι τα ελληνικά ζευγάρια είναι αποφασισμένα να έχουν λίγα παιδιά και ότι αν δεν έχουν

επαρκή γνώση αντισύλληψης καταφεύγουν στην έκτρωση.

Τι λοιπόν θα βοηθήσει δημογραφικά ή μη, παροχή πληροφοριών για αντισύλληψη, αφού η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έτσι και αλλιώς δεν πρόκειται να καταλήξει σε γέννηση.

Στον ελληνικό χώρο, η αλλαγή των ηθών τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται πολύ γρήγορα και η νέα γενιά υιοθετώντας τις σύγχρονες τάσεις είναι αποφασισμένη να ελέγχει την γονιμότητά της.

Με αυτό το δεδομένο ο στόχος μας θα πρέπει να είναι η διαφώτιση στην εξατομικευμένη επιλογή της καλύτερης αντισυλληπτικής μεθόδου και η ριζική αλλαγή θέσης απέναντι στο θέμα των εκτρώσεων.

Πιστεύω, ότι γίνονται τόσες πολλές εκτρώσεις στην Ελλάδα γιατί θεωρούνται σαν μιά εύκολη λύση, σαν μιά λύση χωρίς ιατρικές και ηθικές διαστάσεις.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός όμως δεν αφορά μόνο την αντισύλληψη ή την δημογραφική πολιτική.

Στους στόχους του πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλοι τομείς που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις και τα προβλήματα που είναι συνυφασμένα με αυτές.

Η γενετήσια διαπαιδαγώγηση, η στειρότητα, η υιοθεσία πρέπει να αποτελούν επίσης στόχους του κινήματος.

Τα προβλήματα του στείρου ζευγαριού εντάσσονται επίσης στους στόχους του, όπως και οι προεκτάσεις των λύσεων που αντιμετωπίζονται στις περιπτώσεις που η στειρότητα δεν ανατάσσεται (τεχνητή γονιμοποίηση, υιοθεσία). Οι παραπάνω

στόχοι έχουν σύνθετο ιατροκοινωνικό χαρακτήρα και χρειάζεται κοινή προσπάθεια διαφόρων ειδικοτήτων για να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις του θα συντελέσουν στην προαγωγή της αρμονικής συμβιώσεως των ζευγαριών και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής όλων μας.

Σήμερα η γυναίκα μπορεί να ξεχωρίζει την αναπαραγωγική της λειτουργία από τη σεξουαλική.

Η ανάπτυξη των αξιών που θα αναγνωρίζουν αυτό το γεγονός, μπορούν να διευκολύνουν την αποδοχή του οικογενειακού προγραμματισμού που θα επιτρέψει στη γυναίκα να απολαμβάνει την σεξουαλική της ζωή με υπεύθυνο τρόπο.

Με βάση αυτό το σκεπτικό, θέτουμε σαν ξεκάθαρους στόχους ότι χρειάζεται.

- Να υπάρξει ενημέρωση υπεύθυνη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση γύρω από την ανθρώπινη σεξουαλικότητα (γυναικεία και ανδρική) και του οικογενειακού προγραμματισμού τόσο από τους γυναικείους φορείς με τρόπο υπεύθυνο, κοινά προγραμματισμένο και σε διαρκεί συνεργασία.

- Χώροι εκπαίδευσης μπορεί να είναι.

Σχολείο, ειδικά σεμινάρια στα Πανεπιστήμια, στους χώρους εργασίας κατά την διάρκεια των ωρών εργασίας.

- Τακτική εκπομπή στην τηλεόραση με πλήρη κάλυψη της προληπτικής ιατρικής αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική αντιμετώπιση των προβλημάτων με ανοιχτή συζήτηση και διάλογο.

- Ενημέρωση μέσα από τον τύπο.

- Δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών οικογενειακού

προγραμματισμού στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας, στις γειτονιές, κάτω από την παρακολούθηση κρατικών φορέων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από το πέος, τους όρχεις, την επιδιδυμίδα, τον σπερματικό πόρο, τις σπερματοδόχους κύστεις και ληκύους και του προστάτη.

Το πέος είναι το όργανο της συνουσίας του άνδρα και ταυτόχρονα το τελικό μέρος του ουροποιητικού του συστήματος. Βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και έχει σχήμα και διαστάσεις ανάλογα με την σωματική διάπλαση του ατόμου και το αν βρίσκεται σε στύση ή όχι. Αποτελείται από 3 μέρη την βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Η βάλανος έχει σχήμα κώνου, στην κορυφή του οποίου καταλήγει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Στην βάση της βαλάνου υπάρχει ο καλινός, στα πλάγια του οποίου εμφανίζονται δύο εντυπώματα, που λέγονται βόθροι του καλινού.

Το σώμα του πέους καλύπτεται από άτριχο λείο και ελαστικό δέρμα, το οποίο ονομάζεται πόσθι.

Η ρίζα του πέους αποτελείται από τα άκρα των σφραγγωδών σωμάτων, τα οποία τελικά προσφύονται στα οστά της πυέλου. Τα σφραγγώδη σώματα είναι 2 κύλινδροι από αγγεία που αρχίζουν από πίσω σαν 2 ξεχωριστά στέλη, που στο ύψος της ηβικής σύμφυσης ενώνονται σ'ένα ενιαίο σώμα. Προς τα εμπρός ενωμένα πλέον λεπτύνονται και καταλήγουν στην βάλανο.

Η στύση του πέους οφείλεται στο γέμισμα των σφραγγωδών σωμάτων με αίμα. Όταν αυτές γεμίσουν το πέος διογκώνεται και συμπιέζονται οι περιφερικότερες σφραγγες, ώστε η

απαγωγή του αίματος να εμποδίζεται. Το πέος έτσι παραμένει θερμό, άκαμπτο, και κατάλληλο για την συνουσία. Οι όρχεις προέρχονται από την γεννητική ταινία, η οποία στην εμβρυική ζωή βρίσκεται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης. Γύρω στο τέλος της εμβρυικής ζωής οι όρχεις βγαίνουν από την πύελο, μέσα από ένα σωλήνα που ονομάζεται βουβωνικός πόρος και εγναθίστανται μέσα σ'ένα σάκκο από δέρμα, που λέγεται όσχεο. Οι όρχεις είναι δύο και φυσιολογικά κρέμονται στα πλάγια της ρίζας του πέους, ο αριστερός μάλιστα βρίσκεται σε χαμηλότερη θέση από τον δεξιό. Ο όρχης λειτουργεί αφ'ενός σαν ενδοκρινής αδένας - παράγοντας την τεστοστερόνη, αφ'ετέρου παράγει τα σπερματοζωάρια, τα οποία αποτελούν το έκκριμα του όρχη. Σε κάθε εκσπερμάτιση βγαίνουν περί τα 80-300 εκατομμύρια σπερματοζωάρια.

Η επιδιδυμίδα: Μετά τον όρχη τα σπερματοζωάρια προχωράνε μέσω της επιδιδυμίδας προς τα έξω στην υπόλοιπη σπερματική οδό. Διαιρείται σε 3 μοίρες. την κεφαλή, το σώμα, και την ουρά.

Η ουρά της επιδιδυμίδας προχωράει μέχρι το κάτω άκρο του όρχη και στην συνέχεια γυρίζοντας προς τα πάνω καταλήγει στον σπερματικό πόρο. Τα σπερματοζωάρια μέσα στην επιδιδυμίδα ωριμάζουν, δηλαδή αποκτούν την ικανότητα να κινούνται και να γονιμοποιούν. Τέλος τα ώριμα σπερματοζωάρια αποθηκεύονται στην ουρά της επιδιδυμίδας.

Σπερματικός πόρος - Σπερματική λήκυθος - Σπερματοδόχος κύστη.

Ο σπερματικός πόρος παριστάνει τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας. Ανεβαίνει προς τα πάνω μέσα από τον βουβωνικό πόρο καταλήγοντας μέσα στην κοιλιά σ'ένα διαπλατυσμένο μέρος που λέγεται σπερματική λήκυθος.

Προς το εξωτερικό τοίχωμα κάθε λήκυθου σχηματίζεται ένα άλλο σακκοειδές ανεύρυσμα που λέγεται σπερματοδόχος κύστη. Το έγκριμα της προκαλεί αραίωση του σπέρματος.

Ο προστάτης είναι ένας αδένας που υπάρχει μόνο στον άνδρα. Είναι τοποθετημένος μεταξύ ηβικής σύμφυσης και ορθού, κάτω από την ουροδόχο κύστη. Το έγκριμα του προστάτη δίνει την χαρακτηριστική ορμή στο σπέρμα, ενώ παράλληλα διεγείρει και δυναμώνει τα σπερματοζώαρια.

Η εκσπερμάτιση. Τα σπερματοζώαρια παράγονται από τους όρχεις συνεχώς. Στην συνέχεια ωριμάζουν στην επιδιδυμίδα και αποθηκεύονται στην ουρά της, τον σπερματικό πόρο. Για να ολοκληρώσει το σπερματοζώαριο την πορεία του προς την σάλπιγγα, όπου επίκειται η συνάντηση με το ωάριο πρέπει να διανύσει συνολικά απόσταση που ξεπερνά το 6 μέτρα.

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωνιση του είδους.

Η φύση, άγνωστο για ποιό λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τα διακρίνουμε σε εξωτερικά και εσωτερικά. Όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαio ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinείους αδένες, του παρθενικού υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

Εφήβαio ή όρος της Αφροδίτης.

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, του καλύπτει το εφήβαio, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Έτσι

ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άντρα, που πορεύεται ως τον ομφαλό. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Μεγάλα χείλη.

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν το πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο.

Οι εξωτερικές επιφάνειες καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας.

Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα.

Μικρά χείλη

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες. Προς τα έξω συνέχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδόμου του κόλπου. Το δέρμα των μικρών χειλέων δε καλύπτεται από τρίχωμα.

Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο

άλλες, μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την πόσθη και προς τα κάτω το καλινό της κλειτορίδας.

Κλειτορίδα

Αυτή θεωρείται αρσενικής προέλευσης, αφού διαπλάστηκε από τους πόρους του και αφού αποτελεί ανδρογονικό υποδοχέα. Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο.

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, χωρίς όμως το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας και η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσπραγγωδών μυών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου, που περιβάλλου τα σκέλη της.

Πρόδομος

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το καλινό τους. Σ' αυτόν εμβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το καλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράψαμε.

Βολβοί του προδόμου

Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύδαλα,

βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

Κόλπος

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα.

Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του, στον πρόδομο του κόλπου.

Έχει επίσης, τέσσερα τοιχώματα. το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια, το αριστερό και το δεξιό.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχύλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο. Γύρω από την κολπική αυτή μοίρα του τραχήλου και τα κολπικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι. Οι κολπικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από ότι το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και είναι πάντα υγροί από εκκρίσεις των αδένων της μήτρας. Σε απόσταση 1,5 εκ. από τους πλάγιους θόλους βρίσκονται τα τελικά τμήματα των ουρητήρων, πριν αυτοί εισέλθουν στην ουροδόχο κύστη.

Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Ανάμεσα περνάει η ενδοπνευλική περιτονία.

Από τα πλάγια ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους

συνδέσμους.

Βαρθολίνειοι αδένες.

Αυτοί είναι δύο μικροί, στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του άντρα και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ. τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγω έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνουν τον κόλπο.

Παρθενικός υμένας

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, και καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σιαφοειδή βόθρο.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή. Το άνοιγμα αυτό δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δακτύλων και την εκτέλεση συνουσίας.

Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμα του η συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη κείλη που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν ο

κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι
ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη
αποτελούν το εξάρτημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΕΚΡΗΣΗ

Η εμφάνιση του ανθρώπου στον πλανήτη μας χρονολογείται από πολλές χιλιετηρίδες.

Ο άνθρωπος από την αρχή αγωνίσθηκε για να αντιμετωπίσει πολλαπλούς κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος για την απόκτηση τροφής, αλλά και για την επικράτησή του εναντίον άλλων ειδών.

Τελικά χάρη στην πνευματική του υπεροχή επιβλήθηκε και άρχισε να πολλαπλασιάζεται και να αυξάνεται για να κατακτήσει τη γη. Η αύξηση αυτή του πληθυσμού δεν ήταν ποτέ σταθερή ούτε μεγάλη. Αφού πέρασε διάφορες φάσεις αναπτύξεως για πολλά χρόνια έφθασε τελικά στα σημερινά επίπεδα και πήρε επικίνδυνη έκταση μέσα σε πολύ μικρό σχετικά χρονικό διάστημα.

Αυτό δημιουργεί προβλήματα για το παρόν και φόβους για το μέλλον. Έτσι από πολλούς επισημαίνεται ότι ο υψηλός ρυθμός αυξήσεως του πληθυσμού όπως παρουσιάζεται σήμερα θα επιφέρει υποβιβασμό της ζωής και πιθανόν να καταλήξει σε εξαφάνιση του ανθρώπινου είδους, αν δεν ληφθούν επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπισή του.

Η μελέτη της εξελίξεως του πληθυσμιακού προβλήματος δεν είναι εύκολη γιατί δεν υπάρχουν αρκετά ιστορικά δημογραφικά στοιχεία.

Πιστεύεται ότι η αύξησή του δεν υπήρξε σχεδόν ποτέ ομαλή και παρόμοια για όλους τους ανθρώπινους πληθυσμούς.

Συνήθως αύξηση του πληθυσμού συνέβαινε όταν βελτιωνόταν η οργάνωση της κοινωνίας, όταν μεγάλωνε ο τροφοδοτικός χώρος και η παραγωγή τροφής.

Αντίθετα επιδημίες, καταστρεπτικοί πόλεμοι και ανώμαλες κλιματολογικές συνθήκες που επηρεάζουν αρνητικά την παραγωγή τροφής είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας και τη συρρίκνωση του πληθυσμού.

Η αντιμετώπιση της μείωσης του πληθυσμού για να αποφευχθεί η εξαφάνιση της φυλής γινόταν κυρίως με υπέρμετρη αναπαραγωγικότητα. Εν τούτοις σημαντική υπεροχή της γεννητικότητας έναντι της θνησιμότητας και ως εκ τούτου δημιουργία σημαντικού πληθυσμιακού πλεονάσματος, δεν παρατηρήθηκε για αρκετές γενιές σε καμιά σχεδόν κοινωνία, τουλάχιστον μέχρι την βιομηχανική επανάσταση.

Κατά την βιομηχανική επανάσταση ο ρυθμός αυξήσεως του πληθυσμού αυξήθηκε σημαντικά στις χώρες της Δύσεως γιατί πέτυχαν ταχεία κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη σε σχέση προς τις άλλες χώρες που παρέμειναν στάσιμες, δηλαδή σε σχέση με τις χώρες που βρίσκονται σήμερα υπό ανάπτυξη. Η βαθμιαία άνοδος του ρυθμού αυξήσεως του πληθυσμού που παρατηρήθηκε στις αναπτυγμένες χώρες αποδόθηκε κυρίως στη μείωση της θνησιμότητας.

Ιστορικά η θνησιμότητα παρουσίασε διακύμανση με πτωτική τάση μετά το Μεσαίωνα, ενώ μετά τη βιομηχανική επανάσταση παρατηρήθηκε σαφής μείωση. Αυτή οφείλονταν κυρίως στον περιορισμό των καταστρεπτικών πολέμων και επιδημιών, στην καλλίτερη αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών

κινδύνων, στην πιο αποδοτική και εντατική εκμετάλλευση της γης, στην ανάπτυξη της βιομηχανίας και των επικοινωνιών, στην καλλίτερη επομένως διατροφή και περισσότερο υγιεινή διαβίωση. Η συνεχής οικονομική ανάπτυξη συνδυάστηκε με καλλίτερη διοικητική οργάνωση του Κράτους. Συγχρόνως δημιουργήθηκαν υπηρεσίες Δημοσίας Υγείας που κύριο μέλημά τους στην αρχή ήταν η εξυγίανση του περιβάλλοντος με τη βελτίωση των συστημάτων υδρεύσεως και αποχετεύσεως. Αργότερα άρχισε η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με την γενίκευση κυρίως των προληπτικών εμβολιασμών, μόνο δε κατά τα τελευταία χρόνια η καθαυτό θεραπευτική ιατρική συνέβαλε στην παραπέρα μείωση της θνησιμότητας, κυρίως με τη χρησιμοποίηση των χημειοθεραπευτικών και των νεωτέρων επιτεύξεων της χειρουργικής και άλλων ειδικοτήτων της θεραπευτικής ιατρικής. Εκτός όμως από τη μείωση της θνησιμότητας η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, οι αυξημένες απαιτήσεις της ζωής και η επιθυμία βελτιώσεως της ποιότητός της, η ειδική νομοθεσία κατά της παιδικής εργασίας, η επιθυμία των γονιών για τη βελτίωση της ζωής των παιδιών τους και τα πρόσθετα οικονομικά βάρη τα οποία συνεπάγονται η βελτίωση αυτή είχαν σαν αποτέλεσμα την συνειδητή μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Έτσι κατά τον τελευταίο αιώνα ο ρυθμός αυξήσεως των αναπτυγμένων χωρών δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή. Το μέγεθος του συνολικού πληθυσμού της γης εξαρτάται κυρίως από την εξέλιξη της αναπαραγωγικότητας.

Στις αναπτυγμένες χώρες η αναπαραγωγικότητα έφθασε στο

σταθερό σημείο της αντικαταστάσεως.

Έτσι με 2 παιδιά κατά μέσο όρο κατά οικογένεια ο πληθυσμός των αναπτυγμένων χωρών θα παραμένει σταθερός στο μέλλον.

Αντίθετα οι προβλέψεις για τις υπό ανάπτυξη χώρες είναι πολύ δύσκολες γιατί η εξέλιξη της αναπαραγωγικότητας σ' αυτές εξαρτάται από πολλούς σύνθετους και κατά μεγάλο βαθμό απρόβλεπτους παράγοντες.

Η αισιοδοξία για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος βασίζεται στην εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Στις χώρες αυτές ο οικογενειακός προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στη μείωση της τρομερής αυξήσεως του πληθυσμού με την ενημέρωση, εφαρμογή, αλλά και ανακάλυψη αντισυλληπτικών μεθόδων οι οποίες δεν απαιτούν ενεργό συμμετοχή και ατομικό ενδιαφέρον για την εφαρμογή τους.

Έτσι θα βοηθήσει μαζί με την προσπάθεια βιομηχανοποίησης και οικονομικής αναπτύξεως στη μείωση της γεννητικότητας και του ρυθμού αυξήσεως και θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των υποανάπτυκτων χωρών. Πράγματι αρκετές χώρες π.χ. Αίγυπτος, Μαρόκο, Γκάνα, Κένυα, Σενεγάλη, Ιράν, Κίνα, Ινδουσία, Φιλιππίνες, Ινδία, Σιγγαπούρη υιοθέτησαν οι περισσότερες από το 1964 και μετά τον οικογενειακό προγραμματισμό επισήμως σε μιά προσπάθεια περιορισμού των γεννήσεων.

Η Ινδία ήταν η πρώτη χώρα που εφάρμοσε τον περιορισμό των γεννήσεων με τρόπο όμως αρκετά περιοριστικό για την

ατομική ελευθερία των κατοίκων. Σήμερα όμως στις Ινδίες όπως και σε πολλές ακόμη υπό ανάπτυξη χώρες, εφαρμόζεται ο οικογενειακός προγραμματισμός για έλεγχο των γεννήσεων μετά εντατικής πληροφόρησης, και αφήνεται στα άτομα να αποφασίσουν αν και ποιά αντισυλληπτική μέθοδο θα ακολουθήσουν.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1. Γενικά

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, σαν σύστημα αντιλήψεων και μέσων ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας, συνδέεται άμεσα και έμμεσα με ένα πλήθος οικονομικών μεταβλητών, που είναι δυνατό να ομαδοποιηθούν και να εξετασθούν σε τρία επίπεδα.

- α) Το μακρο-οικονομικό.
- β) Το κοινωνικοασφαλιστικό και δημοσιονομικό.
- γ) Το μικρο-οικονομικό.

2. Μακρο-οικονομική θεώρηση.

Γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός επηρεάζει ποσοτικά και ποιοτικά, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, τη διαδικασία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό της κοινωνίας και την ανύψωση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού. Ο οικογενειακός προγραμματισμός συνέβαλε στην αναπτυξιακή προσπάθεια των αναπτυσσόμενων χωρών.

Εκεί ο οικογενειακός προγραμματισμός, παράλληλα με τον καθολικότερο στόχο του για προάσπιση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αποβλέπει στον περιορισμό των γεννήσεων και συνακόλουθα, στην επιβράδυνση της πληθυσμιακής εξέλιξης. Η επιβράδυνση αυτή διευκολύνει την

οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, με την έννοια ότι διευρύνει τις δυνατότητες για παραγωγικές επενδύσεις, ενισχύει την παραγωγικότητα, επιτρέπει την εξω-οικιακή απασχόληση στις γυναίκες και αμβλύνει τις ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.

Στην Ελλάδα ο οικογενειακός προγραμματισμός διακηρύσσεται ότι έχει (όπως και στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες) κυρίως ποιοτικό χαρακτήρα, δηλαδή ότι ανάγεται στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των μέσων βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, την προαγωγή του ατόμου και ταυτόχρονα ότι αποτελεί την δίοδο για την αποτελεσματική εφαρμογή της πολιτικής ενίσχυσης της γεννητικότητας, στα πλαίσια των δυνατοτήτων και των αναγκών σε πληθυσμό της χώρας.

Με τον προσανατολισμό αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός θα συντελέσει στην εξασφάλιση του απαραίτητου για την ανάπτυξη της χώρας εργατικού δυναμικού, στην αύξηση του κατά κεφαλή εισοδήματος και συνακόλουθα, στη βελτίωση των συνθηκών στέγασης, διατροφής.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει κάθε γυναίκα να διατηρήσει τη ψυχική, σωματική και κοινωνική της ευεξία.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός κατ'αρχήν την απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που είναι δυνατόν να συμβεί σε κάποιον από τους 400-500 μηνιαίους κύκλους της αναπαραγωγικής της ζωής.

Οι μέθοδοι αντισυλληψέως εφαρμόζονται και είναι γενικά περισσότερο γνωστές και παραδεκτές από γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν την μικρότερη αναπαραγωγικότητα η οποία οφείλεται στην καθυστέρηση της συνάψεως γάμου και στην επιθυμία συστάσεως μικρού μεγέθους οικογένειας. Αυτές οι γυναίκες ο οικογενειακός προγραμματισμός τις βοηθά στη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας, γιατί τις απαλλάσσει από την αγωνία μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα δημιουργήσει προβλήματα που έχουν σχέση κυρίως με την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Επιδίωξη όμως του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού και κατά κανόνα και χαμηλού οικονομικού επιπέδου στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί πιο ζωτικά προβλήματα, κυρίως κοινωνικά και οικονομικά που έχουν σχέση με την ποιότητα της ζωής τους την οποία

υποβιβάζουν.

Σημαντική βοήθεια όμως προσφέρει και στις ανύπαντρες γυναίκες στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει συσσώρευση σοβαρών ψυχικών προβλημάτων και ερωτηματικών για την παραπέρα πορεία τους. Έτσι η έκτρωση, ο βεβιασμένος γάμος ή η γέννηση παιδιού σε μία ανύπαντρη γυναίκα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σημερινή κοινωνία.

Εκτός όμως από την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας της γυναίκας που είναι αποτέλεσμα της σιγουριάς και απελευθέρωσης που αισθάνεται, ο οικογενειακός προγραμματισμός, προάγει και τη σωματική υγεία της.

Πράγματι, βοηθάει να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη σε περίπτωση μίας σοβαρής παθήσεως της μητέρας είτε μόνιμης είτε παροδικής. Έτσι συνιστάται προσωρινά η εφαρμογή καταλλήλου αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή ή την υγεία της κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. Επίσης βοηθάει σημαντικά και τις γυναίκες που έχουν ανάγκη από μόνιμη αντισύλληψη. Μόνιμη δε αντισύλληψη είναι απαραίτητη σε χρόνια υπέρταση, σε διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλοκές.

Επίσης είναι δυνατόν να αποφευχθεί η γέννηση και επομένως μετάδοση κληρονομικών παθήσεων, από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μίας τέτοιας νόσου.

Επίσης βοηθάει στον προγραμματισμό των επομένων κυήσεων και την αναβολή τους για χρονικό διάστημα το οποίο θεωρείται απαραίτητο για κάθε περίπτωση.

Πιστεύεται ότι είναι επιβεβλημένη η παρεμβολή μεσοδιαστήματος 2-3 ετών μεταξύ δύο κυήσεων ώστε να δοθεί η ευκαιρία πληρέστερης αναλήψεως της υγείας της μητέρας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις πολύτοκες γυναίκες στις οποίες η εφαρμογή αποτελεσματικής αντισυλληψεως θεωρείται επιβεβλημένη, γιατί στις υπό ανάπτυξη κυρίως χώρες οι πολλαπλές κυήσεις επιφέρουν στη γυναίκα αναιμία, υποθρεψία, ψυχολογικά προβλήματα κ.λ.π.

Τέλος συντελεί στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας με τη δυνατότητα αποφυγής της εγκυμοσύνης την οποία προσφέρει στις πολύ μικρές και στις πολύ μεγάλες γυναίκες στις οποίες η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρουσιάζεται αυξημένη. Στις υπό ανάπτυξη περιοχές η εφαρμογή οικογενειακού προγράμματος που θα βοηθήσει στην αποφυγή εγκυμοσύνης σε πολύτοκες γυναίκες και στην αύξηση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων, θα συντελέσει στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας που σήμερα βρίσκεται σε απαράδεκτα υψηλά επίπεδα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει τη δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογένειάς του.

Έτσι συμβάλλει στην ανύψωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού. Συγχρόνως όμως βοηθάει στην καλή ψυχική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών τους. Η ευθύνη για την ανάπτυξη του παιδιού ανήκει βασικά στους γονείς ώστε αυτοί θα πρέπει τελικά ν'αποφασίζουν πότε οι συνθήκες μέσα στην οίγένεια επιτρέπουν και ευνοούν τη σωστή παροχή φροντίδων στο παιδί.

Αυτές είναι απαραίτητες για την καλή ψυχοσωματική και πνευματική του εξέλιξη. Πράγματι τα ερεθίσματα και οι εμπειρίες που δέχεται κυρίως κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του έχουν αποφασιστική σημασία στη συγκρότησή του και στη τοποθέτησή του στη κοινωνία όταν μεγαλώσει. Έτσι τα παιδιά των οποίων τη γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα, γίνονται συνήθως παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά τη παιδική, αλλά και την εφηβική ηλικία, παιδιά που δύσκολα προσαρμόζονται κοινωνικά.

Όταν οι λόγοι που είναι ανεπιθύμητο ένα παιδί συνδυάζονται και με οικονομικά προβλήματα τότε η κατάσταση είναι θλιβερή. Γονείς που έχουν ήδη πολλά παιδιά να μεγαλώσουν με περιορισμένα οικονομικά μέσα, δεν τους δίνουν την προσοχή και φροντίδα που χρειάζονται.

Έτσι μεγαλώνουν μέσα στη φτώχεια, πολύ συχνά

υποσιτιίζονται και είναι εκτεθειμένα σε λοιμώξεις. Χωρίς να μπορούν να πάρουν την εκπαίδευση που θα τους δώσει τη δυνατότητα το βελτιώσουν τη ζωή τους θα αποτελέσουν τελικά μιά νέα γενιά φτωχών που θα συνεχίσουν να ζούν με τον ίδιο τρόπο που έζησαν οι γονείς τους, φτωχοί με πολλά παιδιά χωρίς πλήρη ψυχική και σωματική υγεία. Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι παιδιά φτωχών πολυμελών οικογενειών έχουν συνήθως περιορισμένο λεξιλόγιο, και είναι μέτριοι μαθητές. Συχνά γίνονται επιθετικά προσπαθώντας να αποσπάσουν την προσοχή που δεν μπόρεσαν να βρουν μέσα στο σπίτι. Έτσι μπορεί να καταλήξουν σε αναμορφωτήρια και φυλακές. Με τον οικογενειακό προγραμματισμό δεν θα δοθεί βέβαια λύση στα προβλήματα των φτωχών ιδίως οικογενειών, θα δοθεί όμως η δυνατότητα να γεννηθούν λιγότερα παιδιά σε μιά οικογένεια, τόσα ώστε όλα να είναι επιθυμητά για να μπορούν να μεγαλώσουν με λιγότερη φτώχεια, αλλά κυρίως με περισσότερη φροντίδα.

Το επιθυμητό μέγεθος οικογενείας θα επιφέρει και άνοδο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας που θα έχει επί πλέον αντίκτυπο και την καλλίτερη σωματική υγεία των μελών της. Τα παιδιά των φτωχών πολυμελών οικογενειών δεν είναι μόνο στερήματα από φροντίδες και αγάπη, αλλά πολύ συχνά υποσιτιίζονται.

Στις υπό ανάπτυξη κυρίως χώρες η γέννηση ενός παιδιού έχει σαν αποτέλεσμα τον υποσιτισμό του προηγούμενου το οποίο θα πρέπει να σταματήσει να θηλάζει.

Πράγματι στις χώρες αυτές το μητρικό γάλα είναι η

σπουδαιότερη πηγή πρωτεϊνών για το παιδί.

Το χρονικά διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία εγκυμοσύνη παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της προσεχούς εγκυμοσύνης και την επιβίωση του νεογνού. 'Αν και υπάρχουν λίγα δεδομένα, πιστεύεται ότι απαιτείται πάνω από ένας χρόνος για την ομαλή και χωρίς συμβάματα έκβαση της επομένης εγκυμοσύνης.

Γενικά παρατηρείται αυξημένος περιγεννητικός κίνδυνος όταν οι κυήσεις συγκεντρώνονται σε μικρό σχετικώς διάστημα.

Η ρύθμιση του χρόνου της κυήσεως μέσα στην αναπαραγωγική ηλικία που επιτυγχάνεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό έχει άμεση επίπτωση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του παιδιού κατά την περιγεννητική και βρεφική περίοδο. Υπάρχουν αρκετά δεδομένα που δείχνουν ότι η περιγεννητική θνησιμότητα αυξάνεται σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό αποδίδεται στη μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας της μητέρας από τις αλλοιώσεις που συνοδεύουν τη γήρανση. Είναι παραδεκτό ότι η αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας είναι μειωμένη στη μικρή ηλικία και σε ηλικία 18-20 ετών φθάνει στο υψηλότερο σημείο αποδόσεως. Στο σημείο αυτό διατηρείται καθ'όλη τη διάρκεια της τρίτης δεκαετίας της ζωής μετά την οποία επέρχεται συνεχής βαθμιαία μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας.

Τη διακύμανση αυτή της αναπαραγωγικότητας ακολουθεί και η περιγεννητική θνησιμότητα.

Εν τούτοις οι χαμηλές οινωνικοοικονομικές και

υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν κατά τη μικρή ηλικία αυξάνουν ακόμη περισσότερο τη περιγεννητική θνησιμότητα των μητέρων μικρής ηλικίας. Όταν οι συνθήκες αυτές τεθούν υπό έλεγχο τότε ο περιγεννητικός έλεγχος παίρνει τις πραγματικές του διαστάσεις και η σχετική με την πάροδο της ηλικίας αύξηση εμφανίζεται σημαντική. Γι'αυτό και η ρύθμιση του χρόνου κυήσεως μέσα στην αναπαραγωγική ηλικία έχει τελικά αντίκτυπο στη βελτίωση της υγείας του παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, καθώς και με τη θρησκεία και τα ήθη και έθιμα κάθε περιοχής. Τα κυριώτερα εμπόδια μπορεί να ταξινομηθούν με τρεις μεγάλες κατηγορίες.

1. **ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.**

Ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται γενικά ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη.

Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποσυνδεθεί η εύνοια του οικογενειακού προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδειχθεί ότι στις χώρες με εδραιωμένη χαμηλή αναπαραγωγικότητα ο οικογενειακός προγραμματισμός όχι μόνο δε συντελεί στην παραπέρα μείωση της γεννητικότητας αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε παραδεκτά όρια.

Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται επίσης τη διάδοση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

Οι άντρες π.χ. πολλές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από την γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στο αποτράβηγμα ή στο ανδρικό προφυλακτικό που δίνει την ικανοποίηση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή.

2. **ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται πολύ μικρότερη προτεραιότητα από άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές.

Έτσι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές.

Σ' αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Έτσι σπάνια η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες, ενώ αυτοί είναι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη διαφωτίσεως και εξυπηρετήσεως.

Έτσι στις ορεινές και αγροτικές περιοχές όχι μόνο δεν υπάρχουν υπηρεσίες και παροχές μέσω οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και μεθόδων του.

3. **ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΕΩΣ**

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων.

Φόβοι παρενεργειών από την χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωορρηθίας δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους.

Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στείρωσης.

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους γαι την δωρεάν παροχή τους. Το κράτος θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα στον έλεγχο των τιμών των αντισυλληπτικών και να παρέμβει με κάθε μέσο για τη μείωση τους. Στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να παραμελούνται λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι όπως το προφυλακτικό και η μέθοδος ρυθμού. Ειδική πληροφόρηση πάνω στη σωστή χρήση τους θα βοηθήσει σημαντικά στον επιτυχή οικογενειακό προγραμματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγράμματος είναι η μείωση των εκτρώσεων.

Στη χώρα μας η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριώτερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διαδόσεως των αρχών και μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού.

Η έκτρωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Επομένως η ύπαρξη και ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.

Έκτρωση θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων—αφαίρεση του αναπτυσσομένου στη μήτρα εμβρύου.

Αυτή χρησιμοποιήθηκε από αρχαιοτάτων χρόνων με πρωτόγονα και επικύνδυνα μέσα. Σήμερα η χειρουργική τεχνική είναι σημαντικά τελειοποιημένη.

Χρησιμοποιούνται α) αρνητική πίεση και αναρρόφηση, β) διαστολή του τραχηλικού στομίου και απόξεση, γ) εισαγωγή διαλυμάτων, δ) χορήγηση διαφόρων φαρμάκων. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην χειρουργική των εκτρώσεων το ηθικό θέμα στις περισσότερες χώρες είναι συγχευμένο. Πράγματι η πολιτεία και η εκκλησία απαγορεύουν στους γιατρούς να πραγματοποιούν αυτή την επέμβαση. Όμως η ανάγκη και η ζήτηση των εκτρώσεων είναι τεράστια με αποτέλεσμα εκατομμύρια εκτρώσεων σε όλο τον κόσμο να πραγματοποιούνται παράνομα.

Αρκετό ποσοστό των εκτρώσεων αυτών γίνεται από

γιατρούς και κάτω από συνθήκες που δεν αποτελούν κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας. Αλλά υπάρχει και ένας σημαντικός αριθμός εκτρώσεων που γίνεται από ερασιτέχνες και πολλές φορές με πρωτόγονες, οδυνηρές και επικίνδυνες μεθόδους.

Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισυλληψέως. Πράγματι στην Ουγγαρία όπου το πρότυπο μέγεθος οικογένειας είναι μικρό το 1973 που ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν σχεδόν ανύπαρκτος, ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν αναλογικά πολύ μεγαλύτερος π.χ. από την Πολωνία. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισυλληψέως ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά. Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις παρά την παροχή εντατικής πληροφόρησης και προβολής των νεότερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισυλληψέως. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο αν γίνεται πάντοτε εντατική ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισυλληψέως και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση της πιο κατάλληλης για αυτήν μεθόδου την οποία και θα ακολουθήσει για να μην αναγκαστεί στο μέλλον να ξαναποβληθεί σε έκτρωση.

Στο Βέλγιο επί 200.000 τοκετών το χρόνο πραγματοποιούνται 400.000 εκτρώσεις περίπου, στη δε Δυτική Γερμανία επί ενός εκατομμυρίου γεννήσεων ο αριθμός των εκτρώσεων έχει υπολογισθεί σε 1-3 εκατομμύρια.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες που οι εκτρώσεις απαγορεύονται ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν από τη νομιμοποίησή τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις αναπτυγμένες χώρες. Πράγματι στη Χιλή 1 στις 3 γυναίκες παραδέχτηκαν ότι είχαν κάνει μιά τουλάχιστον έκτρωση, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10. Η διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και υπό ανάπτυξη χωρών δεν είναι στον αριθμό των εκτρώσεων, αλλά στον τρόπο με τον οποίο γίνονται.

Έχει βρεθεί ότι στις υπό ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται από "πρακτιές" γυναίκες και κάτω από τρομερά επικίνδυνες συνθήκες.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπο ανάπτυξη περιοχές. Σημαντική αύξηση των εκτρώσεων μετά την νομιμοποίησή τους παρουσιάστηκε στις Ινδίες, στη Σιγκαπούρη, στη Τυνησία και αλλού. Αυτό εν μέρει μπορεί να αποδοθεί στην ακριβέστερη δήλωση και καταγραφή τους μετά την νομιμοποίηση.

Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί ότι 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον 1 έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξεως παρά ανώτερης και αυξάνουν με την ηλικία, τα χρόνια εγγάμου ζωής και με τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή και μεγαλύτερος προς τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες

αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισυλληψέως και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρσεως του Ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. Αντίθετα στις πλιό αναπτυγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών.

Έτσι γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων. Αυτό αποδίδεται αφ'ενός μεν στην πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, αφ'ετέρου δε στην μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισυλληψέως και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγωγήσεως των νέων, ώστε να μη φθάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με έκτρωση.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

1. Άμεσοι κίνδυνοι και επιπλοκές.

Σε κάθε έκτρωση υπάρχει ένας μικρός άμεσος κίνδυνος θανάτου από αιμορραγία, εμβολή ή λοίμωξη.

Η θνητότητα στις νόμιμες προκλητές εκτρώσεις, εξαρτάται κυρίως από τη διάρκεια της κυήσεως.

Όσο η διάρκεια της κήσεως είναι μικρότερη τόσο η θνητότητα είναι μικρότερη. Η θνητότητα αυξάνει σημαντικά όταν η κύηση είναι μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες.

Επίσης σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία αυτού που εκτελεί την έκτρωση.

Η θνητότητα πιστεύεται ότι είναι τουλάχιστον 10 φορές μεγαλύτερη εκεί όπου οι εκτρώσεις εκτελούνται παράνομα και κυρίως από μη γιατρούς.

Αντίθετα οι άμεσες επιπλοκές των εκτρώσεων είναι πιο πιθανές και πιο συχνές. Αυτές αυξάνουν σημαντικά με την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Συνήθως συμβαίνουν αιμορραγίες, ρήξη της μήτρας, θρομβοεμβολικά επεισόδια και χρόνιες φλεγμονές.

2. Έμμεσες επιπλοκές.

Εκτός όμως από τις άμεσες αυτές επιπλοκές οι προκλητές εκτρώσεις είναι δυνατόν να δημιουργήσουν και απώτερες. Πράγματι έχει διαίτερα τονιστεί ότι αρκετές γυναίκες καθίστανται στείρες μετά προκλητή έκτρωση, ιδίως όταν αυτή γίνεται παράνομα, χωρίς την τήρηση των καταλλήλων συνθηκών μιάς χειρουργικής επεμβάσεως και από μη ιατρικό προσωπικό. Επίσης δεν πρέπει να παραβλέπει κανείς τις επιπτώσεις των εκτρώσεων πάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας.

Έχει αναφερθεί ότι ψύχωση εκδηλώνεται σε 3 από τις 10.000 γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση.

Σε πολύ περισσότερες εμφανίζονται ελαφρότερα συμπτώματα.

3. Επιπτώσεις στις επόμενες κυήσεις.

Οι εκτρώσεις εκτός από τις δυσμενείς επιδράσεις τους στην υγεία της γυναίκας επιδρούν και πάνω στην πορεία των επομένων κυήσεων και τοκετών. Πράγματι κατά την μελέτη μεγάλου αριθμού επιτόκων αποδείχθηκε ότι,

α) υπάρχει σχέση μεταξύ αιμορραγιών κατά την κύηση και αριθμού προηγηθεισών εκτρώσεων. Έτσι διαπιστώθηκε ότι χωρίς ιστορικό εκτρώσεων η συχνότητα αιμορραγιών ήταν 10.8%. Η συχνότητα όμως ανέβαινε σε 18.3% όπου οι γυναίκες είχαν κάνει 1 ως 2 εκτρώσεις και σε 25.8% όταν ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν πάνω από 3.

β) Η πρόωμη ρήξη του θυλακίου είναι πιο συχνή σε γυναίκες με ιστορικό προηγηθείσης εκτρώσεως (5.4%) παρά σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει έκτρωση (2,0%). Η πρόωμη ρήξη του θυλακίου είναι δυνατόν να προδιαθέσει και σε ενδομήτρια ανιούσα λοίμωξη του εμβρύου.

γ) Διαπιστώθηκε ότι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τη συχνότητα έκτοπης εγκυμοσύνης.

δ) Οι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και αυτομάτου εκτρώσεως κατά το πρώτο τρίμηνο της επομένης εγκυμοσύνης.

Η περιγεννητική θνησιμότητα όπως και η νεογνική είναι πολύ υψηλότερη όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων.

Η συχνότητα εμφανίσεως εκλαμψίας, υπερεμέσεως κατά την κύηση και η διάρκεια του τοκετού δεν φαίνεται να έχουν σχέση με την ύπαρξη ιστορικού προηγηθεισών εκτρώσεων. Είναι επομένως φανερό ότι οι κίνδυνοι από τις εκτρώσεις

στις γυναίκες άμεσοι ή άπώτεροι, αλλά και οι κίνδυνοι πάνω σε μελλοντικές εγκυμοσύνες είναι πολλαπλοί. Βασικός σκοπός του οικογενειακού προγράμματος πρέπει να είναι η διαφώτιση των νεαρών ιδίως γυναικών, πάνω σ'αυτούς τους κινδύνους, αλλά συγχρόνως και η ενημέρωση για τις μεθόδους αντισυλληψης, ώστε με αυτές και όχι με τις εκτρώσεις να αποφεύγεται η ανεπιθύμητη κύηση.

ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελληνική πολιτεία έχει θεσπίσει αυστηρές απογο-
ρεύσεις διατάξεις και ποινές με σκοπό την καταστολή των
εκτρώσεων. Έτσι επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι 10 χρόνια
σ'εκείνον που εκτελεί συστηματικά εκτρώσεις και μέχρι 6
μήνες σ'εκείνον που εκτελεί ή υποβοηθεί και προτρέπει την
έγκυο σε έκτρωση έστω και με την συγκατάθεσή της.

Εάν γίνει αυτό, χωρίς την συγκατάθεση της εγκύου
επιβάλλεται και στην έγκυο που συγκατατίθεται στην
έκτρωση.

Έκτρωση επιτρέπεται όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης
ενέχει κίνδυνο θανάτου ή μονίμου βλάβης της υγείας της
εγκύου. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται γνωμάτευση δύο
τουλάχιστον γιατρών. Επίσης επιτρέπεται όταν η εγκυμοσύνη
είναι αποτέλεσμα αιμομειξίας ή βιασμού. Σε κάθε άλλη
περίπτωση απαγορεύεται ακόμη και όταν υπάρχουν άλλοι λόγοι
υγείας της μητέρας ή κίνδυνοι βλάβης του εμβρύου από
λοιμώξεις ή κληρονομικές παθήσεις. Επειδή όμως τα θεσπισ-
θέντα αυτά νομοθετικά μέτρα είναι ανεπαρκή και παρά την
αυστηρή στάση της εκκλησίας κατά των εκτρώσεων ο αριθμός
τους είναι πολύ σημαντικός, θεωρήθηκε σαν πίο σωστό μέτρο
η νομιμοποίηση των εκτρώσεων και για άλλες σοβαρές αιτίες.
Αυτό έγινε πίο επιτακτικό όταν άρχισε και στην Ελλάδα να
εφαρμόζεται η προγεννητική διάγνωση κυρίως για τη
Μεσογειακή αναιμία, αλλά και για χρωματοσωματικές
(σύνδρομο DOWN) και άλλες ανωμαλίες.

Στις 14.10.78 δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως ο Νόμος 821 περί "αφαιρέσεως και μεταμοσχεύσεως βιολογικών ουσιών ανθρωπίσης προελεύσεως" που στο άρθρο 5 παράγραφος 3 αναφέρει ότι "Επιτρέπεται η άμβλωση μέχρι της 20ης εβδομάδος στην περίπτωση που έχει διαγνωσθεί σοβαρή ανωμαλία του εμβρύου.

Επίσης επιτρέπεται αυτή και μέχρι την 12η εβδομάδα σε περίπτωση κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητέρας διαπιστωμένη από ψυχίατρο, εργαζόμενο σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου.

Ο Νόμος αυτός είναι βέβαιο ότι αποτελεί ένα γενναίο βήμα στην αντιμετώπιση του προβλήματος των παρανόμων εκτρώσεων. Αυτές εκτελούνται σήμερα ελεύθερα, σχεδόν "νόμιμα". Η νομιμοποίηση επομένως ορισμένων ειδικών σοβαρών περιπτώσεων δεν θα αυξήσει κατά κανένα τρόπο το συνολικό τους αριθμό. Δυστυχώς όμως ούτε και θα τον μειώσει, θα μειώσει όμως του κινδύνους και τις επιπλοκές οι οποίες έχει διαπιστωθεί ότι είναι πίο συχνές όταν οι εκτρώσεις γίνονται παράνομα.

Μείωση του αριθμού των εκτρώσεων πιστεύεται ότι θα επιφέρει μόνο η δημιουργία και η σωστή λειτουργία των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και αυτό γιατί με τα κέντρα αυτά η αντισύλληψη θα γίνει ευρύτερα γνωστή ώστε δεν θα χρειάζεται έγκριση για να επιτευχθεί το επιθυμητό σε κάθε ζευγάρι μέγεθος οικογένειας.

**ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ
ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ
ΔΙΕΘΝΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ (Ι.Ρ.Ρ.Φ)**

ΑΥΣΤΡΙΑ

Οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά που παίρνουν. Η έκτρωση με νόμο του 1975 επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες. Πρέπει να γίνεται προειδοποίηση από γιατρό για τους πιθανούς κινδύνους. Δεν καλύπτεται από την γενική ασφάλιση.

ΒΕΛΓΙΟ

- Τα αντισυλληπτικά πληρώνονται. Ιδιαίτερα ακριβά για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, (μετανάστες, νέους).

- Η έκτρωση απαγορεύεται για κάθε λόγο.

ΔΑΝΕΙΑ

Η ενημέρωση για τα αντισυλληπτικά μέσα και οι εξετάσεις παρέχονται δωρεάν στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Τα αντισυλληπτικά πληρώνονται. Το χάπι και το ενδομητρικό σπείραμα χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή. Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες της κύησης μετά χρειάζεται ιδιαίτερη άδεια από γιατρό.

ΔΑΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ

- Το χάπι χορηγείται δωρεάν, αλλά μόνο με ιατρική συνταγή.

- Τα υπόλοιπα αντισυλληπτικά πληρώνονται.
- Μετά την 12 εβδομάδα επιτρέπεται η έκτρωση μόνο για λόγους υγείας και μετά από άδεια ειδικής επιτροπής.

ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

- Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας χορηγεί δωρεάν το χάπι μόνο τους 3 πρώτους μήνες.
- Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες για κοινωνικοοικονομικούς λόγους.

ΓΑΛΛΙΑ

- Για τα αντισυλληπτικά οι χρήστες πληρώνουν, αλλά η ασφάλεια τους επιστρέφει μέρος ή ολόκληρο το ποσό. Το χάπι και το σπείραμα χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή.

- Η έκτρωση επιτρέπεται στις 10 πρώτες εβδομάδες μετά από αίτηση και εφ'όσον η μητέρα είναι σε κατάσταση ψυχικής δοκιμασίας.

Ο γιατρός της δίνει γραπτές πληροφορίες για τις εναλλακτικές λύσεις και ένα κατάλογο με τις οργανώσεις απ'όπου θα μπορούσε να ζητήσει βοήθεια σε περίπτωση συνέχισης της εγκυμοσύνης.

ΟΥΓΓΑΡΙΑ

- Οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά αλλά οι τιμές είναι πολύ χαμηλές, διότι επιχορηγούνται.

- Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες.

Χρειάζεται απόφαση της ειδικής επιτροπής και η άδεια δίνεται όταν.

1. Η μητέρα είναι ανύπαντρη.
2. Είναι ίση ή μεγαλύτερη των 35 χρόνων.
3. Έχει 3 παιδιά.
4. Έχει 2 παιδιά και προβλήματα υγείας ή κοινωνικά.

ΤΟΥΡΚΙΑ

Δεν υπάρχει ένδειξη στο κείμενο της IPPF για την αντισύλληψη.

- Η έκτρωση επιτρέπεται μέχρι την 10η εβδομάδα. Μετά την 10η εβδομάδα μόνο αν βρίσκεται σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας. Χρειάζεται η συναίνεση του συζύγου.

ΓΙΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΑ

- Το χάπι και το I.U.D. χορηγούνται δωρεάν αλλά η λήψη συμβουλών από τους λειτουργούς υγείας είναι υποχρεωτική.

- Η έκτρωση επιτρέπεται ως την 10η εβδομάδα μετά από αίτηση και εφ'όσον δεν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία της μητέρας από την επέμβαση.

Για τους ανηλίκους χρειάζεται γονεϊκή συναίνεση και οι γονείς πρέπει να πληροφορηθούν τους ενδεχόμενους κινδύνους.

ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

- Τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

- Η έκτρωση επιτρέπεται ως την 28η εβδομάδα για λόγους ιατρικούς και κοινωνικοοικονομικούς.

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

- Οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά.
- Η έκτρωση απαγορεύεται για οποιοδήποτε λόγο και το δικαίωμα ζωής του εμβρύου προστατεύεται από το Σύνταγμα.

ΙΤΑΛΙΑ

- Τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν όταν παίρνονται από υπηρεσίες του δημοσίου τομέα.
- Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες για κοινωνικούς και ιατρικούς λόγους.
Οι μικρότεροι των 16 χρόνων χρειάζονται γονεϊκή άδεια.

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

- Τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν σ'όσους καλύπτονται από κοινωνική ασφάλιση, ενώ οι άλλοι τα πληρώνουν.
- Η έκτρωση επιτρέπεται από το 1981.

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

- Οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά.
- Η έκτρωση επιτρέπεται ως τη 12η εβδομάδα μετά από αίτηση. Μετά την 12η εβδομάδα χρειάζεται άδεια.
Γίνεται δωρεάν.

ΠΟΛΩΝΙΑ

- Για τα αντισυλληπτικά οι χρήστες πληρώνουν το 30% για αυτά που παίρνουν με συνταγή γιατρού. Οι υπόλοιποι πληρώνουν ολόκληρο κόστος.

- Η έκτρωση επιτρέπεται από το 1957.

α) για λόγους υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία της εγκυμοσύνης.

β) για λόγους κοινωνικοοικονομικούς μέχρι την 12η εβδομάδα.

Είναι δωρεάν στα δημόσια νοσοκομεία.

Πληρώνεται στις ιδιωτικές κλινικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών και κάτω από την επίδραση των θεαματικών προόδων της ιατρικής επιστήμης σε άπειρους τομείς και ειδικότητες, έχει προκύψει παγκοσμίως ένα πρόβλημα υπερπληθυσμού ως αποτέλεσμα της αυξήσεως του μέσου όρου της ανθρώπινης ζωής.

Τόσο σαν προσπάθεια αντιμετώπισεως αυτού του προβλήματος αλλά και σαν συμβολή στον προγραμματισμό μιάς οικογένειας με την εκλογή της κατάλληλης στιγμής για την απόκτηση ενός ή περισσότερων παιδιών, αναπτύχθηκαν οι διάφοροι μέθοδοι αποφυγής μιάς εγκυμοσύνης.

Τον ορισμό αντισύλληψη χρησιμοποιούμε, και για μεθόδους που δεν εμποδίζουν τη σύλληψη, αλλά την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Την απόκτηση γερού παιδιού, όταν επιθυμούμε τη γέννησή του, την αποφυγή της σύλληψής του, όταν δεν την επιθυμούμε, τον προσδιορισμό του αριθμού των παιδιών, που επιθυμούμε, και τις προσπάθειες δημιουργίας συνθηκών και λήψης μέτρων που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις μιάς ευτυχισμένης οικογένειας, τα λέμε ελεγχόμενη αναπαραγωγή ή οικογενειακό προγραμματισμό.

Με την ελεγχόμενη αναπαραγωγή ρυθμίζουμε ακόμη το χρόνο που θα περάσει ανάμεσα σε δύο εγκυμοσύνες, και εμποδίζουμε την επιδείνωση υπάρχουσας πάθησης (φυματίωσης,

καρδιοπάθειας, νεφροπάθειας κ.λ.π.) και τη μεταβίβαση κληρονομικών παθήσεων (νόσο COOLEY, ερυθροβλάστωση, αιμορροφιλία κ.λ.π.).

Ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος δεν υπάρχει. Κάθε μία από αυτές έχει τα πλεονεκτήματά της και τα μειονεκτήματά της.

Παρακάτω θα περιγράψουμε τις περισσότερο χρησιμοποιούμενες αντισυλληπτικές μεθόδους στην εποχή μας.

Αναπαραγωγική Προφύλαξη της Γυναίκας

1. Ασφαλής Περίοδος

Ονομάζεται και μέθοδος του «ημερολογιακού» ρυθμού και στηρίζεται στην αποφυγή της συνουσίας στις πιθανές ημέρες γονιμοποίησης δηλαδή στις ημέρες της ωορρηξίας.

Με τη μέθοδο του ρυθμού μπορεί να συμβεί σύλληψη σε συχνότητα μέχρι 45%. Η αποτυχία οφείλεται, είτε γιατί με την πάροδο της ηλικίας αλλάξει ο ωοθητικός κύκλος, είτε γιατί τα σπερματοζώαρια έτυχε να επιζήσουν περισσότερες ημέρες.

Ο KNAUS (1929) ανέφερε, ότι η γυναίκα συλλαμβάνει μεταξύ 11ης και 17ης ημέρας σε ένα κανονικό κύκλο 28 ημερών. Ένα χρόνο αργότερα, ο OGINO (1930) με στατιστικές εργασίες κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η γόνιμη περίοδος περιλαμβάνεται μεταξύ 12ης και 16ης ημέρας του κύκλου. Έτσι με το συνδυασμό των δύο αυτών θεωριών έχουμε τη μέθοδο KNAUS-OGINO. Για τον επακριβή καθορισμό της ημέρας ωορρηξίας συνιστάται η καθημερινή

θερμομέτρηση. Το πρωί επί 6-8 μήνες. Είναι γνωστό, ότι μετά την ωορρηξία η βασική θερμοκρασία του σώματος ανέρχεται μέχρι 37 (περίπου, που διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του γεννητικού κύκλου και οφείλεται στη θερμογόνο ενέργεια της προγεστερόνης. Σε γυναίκες με ομαλούς κύκλους ο καθορισμός της ημέρας ωορρηξίας είναι σχετικά εύκολος, ενώ σε γυναίκες με ανώμαλους κύκλους είναι δύσκολος και η μέθοδος αυτή δε δίνει πάντοτε καλά αποτελέσματα. Συνίσταται, λοιπόν, η σεξουαλική αποχή 3-4 ημέρες πριν από την πιθανή ημερομηνία της ωορρηξίας και 3-4 ημέρες μετά από αυτήν. Επίσης τα ποσοστά αποτυχίας μπορούν να μειωθούν ακόμη περισσότερο, αν για τον έλεγχο της ωοθυλακιορρηξίας γίνει εκτίμηση των μακροσκοπικών και μικροσκοπικών ευρημάτων από την εξέταση της τραχηλικής βλέννας.

Η μέθοδος του ημερολογιακού ρυθμού δε δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις.

- α) Σε γυναίκες που έχουν μικρό κύκλο.
- β) Δεν ισχύει μετά τη γέννα, πριν την επανάληψη της εμμηνόρρυσης.
- γ) Κατά την εμμηνόπαυση.
- δ) Κατά τη διάρκεια ταξιδιού, όταν το κλίμα και η διατάραξη ρουτίνας διακόπτουν τον έμμηνο κύκλο.
- ε) Σε περιπτώσεις αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη.

2) Σπερματοκτόνα-Κολπικά Διαφράγματα

Τα σπερματοκτόνα είναι ουσίες, που σκοτώνουν τα

σπερματοζωάρια προκαλώντας τη συγκόλλησή τους. Πρόκειται για διάφορες ζελατινοειδείς ουσίες, κρέμες και αφρώδη κολπικά σκευάσματα με σπερτοκτόνες ιδιότητες, που είναι γνωστά από πολλά χρόνια. Ακόμη στο εμπόριο κυκλοφορούν κολπικά υπόθετα και δισκία τα οποία διαλύονται κατά την επαφή τους μετ κολπικό τοίχωμα και ελευθερώνουν

Οι ουσίες αυτές καταστρέφουν ως ένα βαθμό ικανοποιητικό τα σπερματοζωάρια, ενώ για να πετύχουμε υψηλή αναπαραγωγική προφύλαξη πρέπει να συνδυάσουμε τις διάφορες σπερματοκτόνες ουσίες με ελαστικό κολπικό διάφραγμα. Η αποκλειστική χρήση των σπερματοκτόνων ουσιών έχει ως μειωνέκτημα, ότι η δράση τους σχετίζεται με την ποσότητα τόσο της αλοιφής ή της κρέμας, όσο και του σπέρματος. Έτσι δεν είναι εύκολο στον κόλπο να υπάρχουν άριστες αναλογίες για καλή και πλήρη αποτελεσματικότητα. Η μορφή αφρωδών ουσιών έχει το πλεονέκτημα, ότι ο κόλπος καλύπτεται ομοιόμορφα σε όλη του την επιφάνεια. Τελευταία επινοήθηκαν σπερματοκτόνα με τη μορφή πλαστικών φιλμς, που η γυναίκα τα τοποθετεί στον κόλπο πριν από τη συνουσία ή τα φοράει ο άνδρας στην κεφαλή του πέους.

Ο πιο γνωστός τύπος κολπικού διαφράγματος, αποτελείται από μία λεπτή ελαστική μεμβράνη, που είναι προσαρμοσμένη σε ένα μεταλλικό δακτύλιο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή του είναι να προηγηθεί πλήρης γυναικολογική εξέταση. Κυρίως να ελεγχθεί το μέγεθος της μήτρας, η χαλαρότητα του κόλπου και η ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων στον τράχηλο. Υπάρχουν διάφορα μεγέθη διαφραγμάτων από

50-100MM. Το κολπικό διάφραγμα προσαρμόζεται μέσα στον κόλπο και συγκρατείται με σημεία αντιστήριξης την οπίσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και τον οπίσθιο κολπικό θόλο. Έτσι καλύπτεται ο τράχηλος εντελώς. Η καλή τοποθέτηση του διαφράγματος, που γίνεται από την ίδια τη γυναίκα μετά κάποια εκπαίδευση, έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη αντισύλληψη και τη χωρίς άγχος σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας. Υπάρχει κίνδυνος να παρεκτοπισθεί το διάφραγμα κατά τη συνουσία. Γι'αυτό το λόγο πρέπει η χρήση του να συνδυάζεται με σπερματοκτόνο ουσία. Το ποσοστό αποτυχίας μετά τη σωστή τοποθέτηση και χρήση σπερματοκτόνας ουσίας είναι μικρό. Για μεγαλύτερη ασφάλεια το διάφραγμα πρέπει να αφαιρείται, όχι αμέσως μετά τη συνουσία ή μετά παρέλευση λίγων ωρών, αλλά μετά ένα 24ωρο, οπότε θα έχει επέλθει η πλήρης καταστροφή των σπερματοζωαρίων.

Ενδοκολπικές συσκευές με φαρμακευτικές ουσίες.

Πριν από λίγα χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται η χρήση ενδοκολπικών δακτυλίων, που απελευθερώνουν στεροειδείς ουσίες για μεγάλα χρονιά διαστήματα. Η εφαρμογή τους στηρίζεται στο γεγονός, ότι οι στεροειδής ουσίες, απορροφώνται σε μεγάλο βαθμό από κολπικό επιθήλιο και στο ότι ξένα σώματα διαφόρων μεγεθών είναι δυνατόν να παραμείνουν στον κόλπο επί μακρόν, χωρίς να προκαλέσουν δυσανεξία. Στεροειδείς ουσίες, που έχουν χρησιμοποιηθεί σε ενδοκολπικές συσκευές, είναι ο οξείκη μεδροξυπρογεστε-

ρόνη, η νορεθινδρόνη, και η λεβονοργεστρέλη. Υπάρχει όμως το μειονέκτημα της εμφάνισης αργότερα αιμορραγίας από στέρηση. Βέβαια με τη συνδυασμένη χρήση οιστροφόνων και προγεστερινοειδών ελέγχεται η αιμορραγία, ενώ από την άλλη μεριά υπάρχει φόβος να εκτεθεί η γυναίκα σε μιά τυχόν ταχηλική δυσπλασία από τα οιστρογόνα χωρίς να είναι γνωστά τα αποτελέσματα της επίδρασης αυτής στον κόλπο.

Ενδοτραχηλικές συσκευές με φαρμακευτικές ουσίες.

Η εφαρμογή τους στηρίζεται στην άποψη, ότι η συνεχής τοπική απελευθέρωση φαρμάκων στο τραχηλικό σωλήνα προκαλεί δυνητικά στείρωση. Η χρήση προγεστερινοειδών ουσιών δυσχεραίνει ή και αναστέλλει το πέρασμα του σπέρματος στον ταχηλικό αυλό προκαλώντας μεταβολές στην τραχηλική βλέννα με απ'ευθείας δράση των προγεστερινοειδών στα τραχηλικά εκκριτικά κύτταρα.

Έτσι με την τοποθέτηση μικρών σωληναρίων από πολυπροπυλένιο και σιλικόνη στον τραχηλικό σωλήνα, τα οποία περιέχουν προγεστερινοειδείς ουσίες και που συγκρατούνται αυτόματα στη θέση τους επιτυγχάνονται καλά αποτελέσματα, όσον αφορά την αναστολή της προώθησης του σπέρματος.

Η κινίνη έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως σπερματοκτόνος ουσία σε τέτοιες ενδοτραχηλικές συσκευές.

3) Ενδομήτρια σπειράματα (IUD)

Τα ενδομήτρια σπειράματα αποτελούν σήμερα ένα σπουδαίο επίτευγμα στη σύγχρονη αντισύλληψη.

Η τοποθέτηση ξένων σωμάτων μέσα στον κόλπο ή στη μήτρα για αντισύλληψη χρονολογείται από πολύ παλιά. Ως πρώτο ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να θεωρηθούν τα χαλίκια που τοποθετούσαν οι Άραβες στη μήτρα της καμήλας για να αποφύγουν τα ζώα τους την εγκυμοσύνη κατά τα μακρινά ταξίδια μέσα στην έρημο.

Οι σύγχρονες σιέψεις για την ενδομήτρια αντισύλληψη στις γυναίκες εμφανίστηκαν στην Ευρώπη κατά το τέλος του 1800. Ως αντισυλληπτικά μέσα χρησιμοποιήθηκαν μισχυτοί μεσσοί που προκαλούσαν πολλές φορές αιμορραγίες και πυελικές φλεγμονές μέχρι και θάνατο. Γι'αυτό το λόγο η χρήση τους απαγορεύτηκε από τον ιατρικό κόσμο.

α) Η πρώτη γενιά (IUD)

Η πρώτη γενιά από τα σύγχρονα ενδομήτρια σπειράματα κυκλοφόρησε στην Αμερική το 1965. Το υλικό εκλογής είναι το πλαστικό. Αυτά τα σπειράματα είναι βιολογικά ανενεργή και αδιαπέραστα από τις ακτίνες Χ. Η πλαστική τους ύλη είναι εύκαμπτη, έτσι ώστε να ευθειάζεται κατά την είσοδό τους μέσα στη μήτρα, ενώ μέσα σ'αυτή να παίρνει το αρχικό τους σχήμα. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης τους στον άνθρωπο παραμένει ακόμη άγνωστος. Περισσότερο αποδεκτή είναι η θεωρία, ότι παρεμποδίζεται η εμφύτευση του γνομιποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο. Τα σπειράματα αυτά, ενεργώντας ως ξένο σώμα, είτε δημιουργούν μη ειδική φλεγμονώδη αντίδραση στο ενδομήτριο και έτσι το ενδομήτριο αντιδρά εχθρικά στην εγκατάσταση της βλαστο-

κύστης. Ακόμη θεωρείται πιθανό, ότι επιταχύνεται η μεταφορά του ωαρίου από τους ωαγωγούς με αποτέλεσμα κατ' αυτόν τον τρόπο να εμποδίζεται η εγκατάστασή του.

Τελευταία πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν με πειράματα, ότι η αυξημένη δραστηριότητα της μήτρας μετά την τοποθέτηση του ενδομήτριου σπειράματος οφείλεται στην τοπική διέγερση παραγωγής προσταγλανδινών.

β) Δεύτερη γενιά (IUD).

Το 1974 εμφανίστηκε στις Η.Π.Α. η 2η γενιά των ενδομητρίων σπειραμάτων. Η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από την ικανότητά τους να ενεργούν ως φορείς βιολογικά ενεργών χημικά ουσιών. Τέτοια ενδομήτρια σπειράματα είναι αυτά, που έχουν ως χημική ουσία το χαλκό, ή εκείνα που φέρουν φαρμακευτική ουσία, όπως είναι η προγεστερόνη ή τα προγεστερινοειδή.

Τα σπειράματα, που φέρουν χαλκό, απελευθερώνουν τα ιόντα του σε πολύ μικρές ποσότητες 30-50 την ημέρα στην μητρική κοιλότητα και διαθέτουν αποθέματα για 2-3 χρόνια. Τα σπειράματα αυτά συνδυάζουν τον τρόπο δράσης των σπειραμάτων της πρώτης γενιάς μαζί με τις αντισυλληπτικές ιδιότητες του χαλκού, που είναι η ρευστοποίηση των ενδομητρίων εκκρίσεων, η παρεμβολή στην παραγωγή τραχηλικής βλέννας και η επίδραση πάνω σε ένζυμα, όπως η αλκαλική φωσφατάση.

Τα ενδομήτρια σπειράματα, που φέρουν προγεστερόνη, απελευθερώνουν γύρω στα 65 απ'αυτήν την ημέρα και για

χρονική διάρκεια ενός έτους. Η δράση τους είναι πολύ-πλευρη. Περιλαμβάνει τις μορφολογικές μεταβολές τόσο στο ενδομήτριο, όσο και στο βλεννογόνο της σάλπιγγας. Καταστέλλει την αναγέννηση των μικροκροσσών και την ανάπτυξη των εκκριτικών κοκκίων στα εκκριτικά κύτταρα του βλεννογόνου της σάλπιγγας και τις ενζυμικές μεταβολές στο ενδομήτριο που τροποποιούν το έκκριμα της μητρικής κοιλότητας. Η ικανότητα προς γονιμοποίηση του σπέρματος μειώνεται, καθώς επίσης ελαττώνεται και η πυκνότητα των προσταγλανδινών στο ενδομήτριο και η ποσότητα της έμμηνης ρύσης.

Τοποθέτηση IUD

Για να τοποθετηθεί ένα IUD προηγείται γυναικολογική εξέταση για τον καθορισμό του μεγέθους, του σχήματος, της θέσης και της κινητικότητας της μήτρας και τον αποκλεισμό τυχόν κακοήθειας ή φλεγμονής. Σε άτοκες γυναίκες η τοποθέτηση του σπειράματος γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, γιατί ο τράχηλος είναι πιο ανοικτός. Σε πολύτοκες μπορεί να γίνει η εφαρμογή του σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου. Ακόμη το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να τοποθετηθεί μετά από αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση ή μετά τον τοκετό. Η αφαίρεση του IUD από τη μήτρα γίνεται εύκολα με το τράβηγμα του νήματος. Μετά την αφαίρεση του IUD η γονιμότητα επανέρχεται στη γυναίκα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Επιπλοκές

Αιμορραγίες που συχνά συνονδεύονται από πόνο στο υπογάστριο και στη μέση, είναι το πιο συχνό πρόβλημα των γυναικών που χρησιμοποιούν IUD . Πολλές γυναίκες αναγκάζονται να βγάλουν το σπείραμα στο πρώτο χρόνο από την τοποθέτησή του, εξαιτίας της αιμορραγίας και του πόνου. Η αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί ως αυξημένη ποσότητα αίματος στην έμμηνη ρύση, ή σαν χρονική αύξηση της εμμηνορρυσίας, ή στο μέσον του κύκλου ως μητρορραγία ή σταγονοειδής αιμόρροια. Η αιμορραγία προκαλείται από όλους τους τύπους των IUD ακόμα και με αυτά, που απελευθερώνουν προγεστρινοειδής ουσίες. Θεωρείται, ότι η τοποθέτηση των IUD προκαλεί συγκέντρωση ενζύμων, που αυξάνουν την ινωδολυτική δραστηριότητα στο ενδομήτριο, εμποδίζουν το σχηματισμό θρόμβων και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη αιμορραγία. Γι'αυτό κατασκευάστηκαν IUD που απελευθερώνουν αντι-ινωδολυτικούς παράγοντες.

Φλεγμονές της πυέλου.

Είναι γνωστό, ότι πυελική φλεγμονή ενδηλώνεται, όταν μικροοργανισμοί από το κατώτερο γεννητικό σύστημα ανέβουν στη μήτρα και τις σάλπιγγες, θεωρείται ότι τα IUD ευνοούν την ανάπτυξη φλεγμονής, γιατί προκαλούν άσηπτη φλεγμονή στις σάλπιγγες και στο ενδομήτριο και αυξάνουν τον όγκο αίματος και την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Ακόμη ενοχοποιείται η ουρά του IUD με το νήμα για πρόσβαση μικροβίων στη μήτρα και η μόλυνση του ενδομητρίου κατά την

τοποθέτηση του IUD . Για τη θεραπεία μιάς τέτοιας κατάστασης συνιστούν χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής μετά απομόνωση του παθογόνου μικροοργανισμού και αφαίρεση του IUD . Άλλοι συνιστούν την αφαίρεση του IUD όταν δεν έχουμε ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή θεραπεία σε 48 ώρες από την αρχή της θεραπείας.

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Εγκυμοσύνη μπορεί να συμβεί τόσο στην ενδομήτρια, όσο και στην εξωμήτρια μορφή της μια και το σπείραμα δεν εμποδίζει την ωορρηξία. Αν συμβεί ενδομήτρια εγκυμοσύνη, ένα μεγάλο ποσοστό καταλήγει σε αυτόματη έκτρωση το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο, εφόσον δεν εξαχθεί το IUD . Με την εξαγωγή του IUD ο κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης περιορίζεται σημαντικά. Υπάρχει ακόμη ο κίνδυνος της σηπτικής έκτρωσης στο δεύτερο τρίμηνο και το ενδεχόμενο του θανάτου της γυναίκας. Ένας τύπος IUD , το DALKON SHIED εμφάνισε τρεις φορές περισσότερο τον κίνδυνο σηπτικής έκτρωσης και αποσύρθηκε από την κυκλοφορία. Όταν διαπιστωθεί εγκυμοσύνη, το IUD μπορεί να εξαχθεί εύκολα τραβώντας το έξω από τα νήματα. Αν τα νήματα δεν είναι ορατά και η γυναίκα επιθυμεί να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη, τότε αφήνουμε το σπείραμα όπως έχει και παρακολουθούμε τη γυναίκα για το ενδεχόμενο εμφάνισης σηπτικής κατάστασης. Με συνέχιση της εγκυμοσύνης με το IUD υπάρχει ακόμη η περίπτωση να έχουμε πρόωρο τοκετό, ενδομήτριο θάνατο και μικρού βάρους νεογέννητο.

Αντενδείξεις για την τοποθέτηση

Οι αντενδείξεις για την τοποθέτηση σπειράματος διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές όπως φαίνονται παρακάτω.

Απόλυτες αντενδείξεις για την τοποθέτηση:

Πυελική λοίμωξη

Κύηση: Προ της τοποθέτησης πρέπει να αποκλεισθεί κύηση κλινικά ή εργαστηριακά.

Ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης.

Μητρορραγίες άγνωστης αιτιολογίας.

Καρκίνος μήτρας γενικά ή υποψία κακοήθειας,

Δυσπλασίες μήτρας (δίκερη κ.ά.)

Ινομώματα-πολύποδες.

Σχετικές αντενδείξεις τοποθέτησης

Αναιμία

Άτοκη γυναίκα

Διαταραχές πήξεως του αίματος.

Μεγάλη στένωση του τραχήλου.

Σοβαρή πρωτοπαθής δυσμηνόρροια.

Αλλεργία στον χαλκό ή νόσος του WILSON.

4) Ορμονική αντισύλληψη

Από το 1940 ήταν γνωστό, πως τα φυσικά οιστρογόνα προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμονών και έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας. Αλλά η χορήγησή τους για

πολλές ημέρες και για μεγάλες δόσεις, η αιμορραγία, που ακολουθούσε μετά τη διακοπή της χορήγησής τους και η αποτυχία τους σε ορισμένες περιπτώσεις, προκάλεσαν αντιδράσεις. Αργότερα,, το 1953, διαπιστώθηκε, πως ορισμένα συνθετικά προγεστερονοειδή αναστέλλουν και αυτά την ωοθυλακιορρηξία, αλλά έχουν τα ίδια αποτελέσματα με τα οιστρογόνα.

Το 1956 ο Αμερικανός βιολόγος GREGORY PINCUS εμπνεύστηκε τα αντισυλληπτικά δισκία που περιείχαν συνδυασμό ενός συνθετικού οιστροφόνου και ενός συνθετικού προγεστερονοειδούς της προτίμησης του εργοστασίου, που τα παρασκεύαζε.

Μορφές. Τα αντισυλληπτικά δισκία ανάλογα με την σύνθεσή τους διακρίνονται.

α) Σ'αυτά, που έχουν σταθερή σύνθεση, δηλαδή το μείγμα οιστρογόνων και προγεστερονοειδούς βρίσκεται σε όλα τα χάπια στην ίδια αναλογία.

β) Σ'αυτά που, είναι διαδοχικής σύνθεσης, δηλαδή τα πρώτα 16 περιέχουν μόνο οιστρογόνα και τα υπόλοιπα 5 μείγμα οιστρογόνων και προγεστερονοειδούς.

γ) Σ'αυτά, που περιέχουν μόνο προγεστερονοειδές (μικροχάπι).

Σήμερα προτιμούνται τα διφασικά σχήματα, δηλαδή τη διαδοχική χορήγηση δύο συνθέσεων ή τα τριφασικά, δηλαδή τη διαδοχική χορήγηση τριών σσυνθέσεων.

Από τις συνθετικές οιστρογόνες ορμόνες στην κατασκευή

αντισυλληπτικών δισκίων προτιμάται η αιθινλοιστραδιόλη σε δόση 30-50 MG κατά δισκίο.

Από τα προγεστερονοειδή προτιμάται η λεβενοργιστρίλη σε δόση από 0,5-0,125 MG ανάλογα με το άν το δισκίο είναι διφασικό ή τριφασικό.

Στο μικροχάπι, που περιέχει μόνο προγεστερονοειδές, προτιμούνται παράγωγα των νορστεροειδών.

Τρόπος χορήγησης. Η λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων αρχίζει την 5η ημέρα του κύκλου, κρατάει ως την 20η-22η, ανάλογα με το σκεύασμα, και γίνεται κατά προτίμηση το βράδυ, πριν από την κατάκλιση, για ν'αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειές του, όπως είναι η ναυτία.

Αν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει το δισκίο μιά ημέρα, τότε πρέπει να διπλασιάσει τη δόση την επόμενη ημέρα, δηλαδή να πάρει δύο δισκία. Η εμμηνορρυσία επέρχεται δύο-τρεις ημέρες μετά τη διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.

Αν καθυστερήσει παραπάνω από έξι ημέρες, τότε την 7η ημέρα αρχίζει η λήψη του πρώτου δισκίου του νέου κύκλου. Αν η εμμηνορρυσία καθυστερήσει και για δεύτερο μήνα, τότε πρέπει ν'αναζητηθεί η αιτία της καθυστέρησης.

Η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων φτάνει το 96-98%, γιατί δεν εμποδίζει πάντοτε την ωοθυλακιορρηξία. Διαπιστώθηκε, πως η συχνότητα της έκτοπης εγκυμοσύνης (ωοθηκικής ιδιαίτερα) και των αυτόματων εκτρώσεων είναι μεγαλύτερη, όταν χορηγούνται αντισυλληπτικά δισκία.

Επίδραση. Τα αντισυλληπτικά δισκία, εκτός από την επίδρασή τους στον υποθάλαμο-υποφυσικό άξονα και την αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμονών, χωρίς να τις εξαφανίζουν, αναστέλλουν επίσης την ωοθηκική λειτουργία, κάνουν την τραχιλική βλέννα εχθρική στα σπερματοζώαρια, επηρεάζουν την έκκριση και τη συστατικότητα των σαλπίγγων και παρεμποδίζουν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα, γιατί μειώνουν την παραγωγή γλυκογόνου του ενδομητρίου και γιατί προκαλούν ψευδοφθαρτοειδή αντίδρασή του.

Ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων, που μέχρι τώρα περιγράφηκαν, ξεπερνάνε τις 52.

Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι:

Η παροδική ίνωση των ωοθηκών, το μέγALLOWMA λειομύματος, η αμηνόρροια ή η λιγομηνόρροια, η μεσοκυκλική αιφθοραγία, που οφείλεται στη μικρή περιεκτικότητα του δισκίου σε οιστρογόνα, η ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού αδενώματος, η πολυπώδης υπερπλασία του ενδοτραχηλικού επιθηλίου, η κολπίτιδα, η χαλάρωση των μαστών, οι διαταραχές της έκκρισης του γάλακτος στις θηλάζουσες, η γαλακτόρροια (σπάνια), οι ποιοτικές αλλαγές των πρωτεϊνών του αίματος, οι διαταραχές των παραγόντων της πήξης του αίματος, η κατακράτηση υγρών, ο πονοκέφαλος, η μελαγχολία, η κατάθλιψη, η αλλαγή ψυχικής διάθεσης, ναυτία και έμετος, αύξηση του βάρους από κατακράτηση ύδατος ή από

αύξηση της όρεξης, ή αντίθετα, η απώλεια βάρους, η ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η εύκολη μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος, η ελκωτική κολίτιδα, η αύξηση της πιθανότητας αυτόματης έκτρωσης, ιδιαίτερα σε γυναίκες ηλικίας πάνω από 35 χρονών, γι' αυτό δεν συνιστάται σύλληψη αμέσως μετά τη διακοπή της χορήγησής τους, κ.τ.λ. Η σχέση των αντισυλληπτικών δισκίων με τον καρκίνο του τραχήλου και των μαστών, ακόμη συζητείται. Τα τελευταία βελτιωμένα δισκία, αναφέρεται, πως ελαττώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών.

Αντενδείξεις. Η χορήγηση των αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει να αποφεύγεται.

- α) Σε καρκίνο της μήτρας και των μαστών.
- β) Σε οξείες και χρόνιες παθήσεις του σπληνίου.
- γ) Σε κίρσους και σε προηγηθείσες θρομβοφλεβίτιδες.
- δ) Σε αδιάγνωστες διαταραχές του γεννητικού κύκλου.
- ε) Σε εγκυμοσύνη.
- στ) Σε υπερλιπιδαιμία και διαβήτη.
- ζ) Σε λειομύματα της μήτρας.
- η) Σε υπέρταση της μήτρας.
- θ) Στην κλιμακτηριακή ηλικία, γιατί αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης εμφραγμάτων του μυοκαρδίου.

Όσες γυναίκες παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία, πρέπει να εξετάζονται 3 μήνες μετά την πρώτη δόση και κάθε 6-12 μήνες ύστερα. Ο έλεγχος αφορά στους μαστούς, στο γεννητικό σύστημα, στην αρτηριακή πίεση, στο βάρος κ.λ.π.

ΆΛΛΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία, που αναφέρθηκαν παραπάνω, για την επιτυχία αντισύλληψης χρησιμοποιούνται και τα παρακάτω ορμονικά μέσα.

Το δισκίο της "επόμενης ημέρας" το οποίο παίρεται μετά τη συνουσία. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται.

α) Οιστρογόνα που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου από αλλαγή του ενδομητρίου ή επιταχύνουν την κάθοδο του ωαρίου από αύξηση της συσταλτικότητας των σαλπίγγων ή αναστέλουν την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η λήψη του δισκίου "της επόμενης ημέρας" γίνεται δύο φορές την ημέρα από ένα δισκίο για 5 ημέρες.

β) Προγεστερονοειδή που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Το δισκίο παίρνεται τις 3 πρώτες ημέρες μετά τη συνουσία ή τις πρώτες 24 ώρες μετά από αυτή.

γ) Συνδυασμός οιστρογόνων προγεστερονοειδούς, που εμποδίζει την εμφύτευση. Το δισκίο παίρνεται μία φορά μετά τη συνουσία ή άλλη μία φορά σε 12-24 ώρες.

5) Στείρωση

Πρόκειται για χειρουργικές μεθόδους που έχουν σαν σκοπό τη σύγκλειση των σαλπίγγων. Γίνεται απολίνωση των σαλπίγγων με ή χωρίς διατομή ενός τμήματός τους. Συνήθως η εγχειρητική οδός για την απολίνωση των σαλπίγγων είναι η κοιλιακή. Άλλη είναι η κοιλιακή οδός με λίγες μετεγχει-

ρητικές επιπλοκές και σύντομη παραμονή της γυναίκας στο νοσοκομείο που δε ξεπερνάει τις τρεις ημέρες.

Από την κοιλιακή οδό η απολίνωση γίνεται με πολλές μεθόδους και τροποποιήσεις μερικές από αυτές είναι-

α) Η απλή απολίνωση των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίνγων με ράμμα από μετάξι.

β) Η απλή απολίνωση των μεσαίων τριτημορίων των σαλπίνγων με εφαρμογή δακτυλίου από σιλικόνη, που μπορεί να αφαιρεθεί αργότερα.

γ) Η απολίνωση των σαλπίνγων ύστερα από σύνθλιψή τους με λαβίδα.

δ) Η τεχνική του MEDLENER , δηλαδή ανύψωσή τους, η σύλληψης ή σύνθλιψη και η απολίνωση των σαλπίνγων.

ε) Η διατομή των σαλπίνγων ύστερα από δύο απολινώσεις τους.

στ) Η εκτομή των μεσαίων τριτημορίων, ή ολόκληρων των σαλπίνγων.

ζ) Η τεχνική PEMEROY , που αποβλέπει στην εκτομή τμημάτων των σαλπίνγων και στον ενταφιασμό των κολοβωμάτων τους.

η) Ο ενταφιασμός των κωδώνων των σαλπίνγων.

θ) Η κοιλιακή υστερεκτομία σε γυναίκες που έχουν παιδιά και θέλουν να προφυλαχτούν από μελλοντικές παθήσεις του σώματος της μήτρας και του τραχήλου.

Από την κοιλιακή οδό έχουμε.

α) Κολπική υστερεκτομία σε πολύτοκες.

β) Απολίνωση σαλπίνγων με πρόσθια κολποτομία.

γ) Απολίνωση σαλπίγγων με οπίσθια κολποτομία.

δ) Ηλεκτροκαυτηρίαση των σαλπίγγων ύστερα από δουλασκοσκόπηση.

6) Πλύσεις

Ορισμένες γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν ν'αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αν πλυθούν αμέσως μετά την συνουσία.

Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα.

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στην μήτρα 30 δευτερόλεπτα μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για την μήτρα.

Αναπαραγωγική προφύλαξη του άνδρα

Στον τομέα αναπαραγωγικής προφύλαξης του άνδρα, σε αντίθεση με εκείνο της γυναίκας, δεν έχει σημειωθεί αξιόλογη πρόοδος. Χρησιμοποιούνται οι παλιές μέθοδοι ελέγχου της γονιμότητας, όπως η μέθοδος της διακοπτόμενης συνουσίας και η χρησιμοποίηση της ελαστικής καλύπτρας του πέους, καθώς και η χειρουργική απολίνωση του σπερματικού πόρου.

Διακοπτόμενη συνουσία.

Θεωρείται η αρχαιότερη μέθοδος προφύλαξης του άνδρα.

Κατά το επιθυμητό τέλος της συνουσίας το πέος εξάγεται από τον κόλπο και η εκσπερμάτιση γίνεται εκτός των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Ήδη από τις αρχές του 18ου αιώνα η πληθυσμιακή κατανομή της Ευρώπης οφείλεται στη διάδοση της μεθόδου αυτής, που εξακολουθεί να παραμένει σε ευρεία χρήση. Ο τρόπος θεωρείται ότι δεν δημιουργεί την παραμικρή βλάβη ή κίνδυνο και εξασφαλίζει σημαντική προφύλαξη. Από την άλλη μεριά, δεν είναι δυνατό να θεωρηθεί απόλυτα ασφαλής μέθοδος, γιατί, εκτός από την αποτυχία της αυτοεγκράτειας, παρουσιάζεται η πιθανότητα να υπάρχουν σπερματοζώαρια στις εκκρίσεις του εν στύσει πέους πριν από την εκσπερμάτιση.

Ελαστικό διάφραγμα

Η ελαστική προκαλυπτρίδα χρησιμοποιείται πολύ σε διάφορες χώρες και οι στατιστικές την τοποθετούν ως μέθοδο πρώτη στη Μ. Βρεταννία, τη Σουηδία και την Ιαπωνία. Η μέθοδος είναι γνωστή από τα μέσα του 17ου αιώνα και χρησιμοποιείται κυρίως για την προφύλαξη από τα αφροδίσια νοσήματα. Ως υλικό κατασκευής χρησιμοποιήθηκε το δέρμα. Σήμερα χρησιμοποιείται το καουτσούκ ή συχνότερα το . Η ασφάλεια της μεθόδου μπορεί να μειωθεί, από τον κίνδυνο κακής κατασκευής και ρήξης κατά την συνουσία και γενικά από τον κίνδυνο κακής χρήσης. Μπορεί, δηλαδή, να μην τοποθετηθεί αρκετά νωρίς ή πιο συχνά να αφαιρεθεί αργά, μετά την εκσπερμάτιση αφού το πέος χαλαρώσει αρκετά. Σήμερα χρησιμοποιείται άριστη ποιότητα ελαστικού, που εκτός από την ασφάλεια, μειώνει αρκετά το αίσθημα

παρεμβολής ξένου σώματος στην συνουσία.

Μόνιμοι μέθοδοι.

Στον άνδρα πετυχαίνεται μόνιμη στειροποίηση με απολίνωση του σπερματικού πόρου. Η μέθοδος είναι απλή και δυνατό να εφαρμοστεί ακόμη και στο εξωτερικό ιατρείο. Η νοσηρότητα είναι πολύ χαμηλή και η θνησιμότητα ανύπαρκτη. Μετά τοπική αναισθησία απολινώνονται και διατέμνονται οι σπερματικοί πόροι. Έτσι αποκλείεται η άνοδος των σπερματοζωαρίων μέχρι την ουρήθρα και το περιχόμενο της εκσπερμάτισης αποτελείται μόνο από τα απεικρίματα των γεννητικών αδένων. Η μέθοδος δεν έχει επίδραση στη σεξουαλική ικανότητα του άνδρα, ενώ η παραγωγή τεστοστερόνης από τους όρχεις δεν επηρεάζεται. Μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές, όπως η υδροκήλη. Σημαντικό θεωρητικό ενδιαφέρον συγκεντρώνει η παρατήρηση, ότι στο ένα τρίτο περίπου των στειροποιηθέντων αντρών αναπτύσσονται χαρακτηριστικά αυτοαντισώματα έναντι των σπερματοζωαρίων. Έτσι, στην εφαρμογή των μεθόδων της μικροχειρουργικής για επαναποκατάσταση της συνέχειας του πόρου, προστίθεται επιπλέον το πρόβλημα της ανάπτυξης των αντισωμάτων απέναντι στο σπέρμα.

Μελλοντικές προσδοκίες

Επειδή η ιδεώδης αντισυλληπτική μέθοδος δεν βρέθηκε ακόμη, υπάρχει η ελπίδα πως στο μέλλον θα επιτευχθεί ο

έλεγχος της γονιμότητας μέσω ανοσολογικών παραγόντων, που θα επεμβαίνουν στην έκκριση του υποθαλάμου, στην καταστολή της παραγωγής των σπερματοζωαρίων ή στον περιορισμό της κινητικότητας τους ή στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Έτσι, ίσως, να λυθεί το πρόβλημα των αντισυλληπτικών μεθόδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θέμα το οποίο απασχολεί αρκετές χώρες από πολλά χρόνια, τελευταία δε και την Ελλάδα. Πράγματι έχει αρχίσει ήδη να προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά των νεωτέρων ιδίως ατόμων, αλλά και με την αλλαγή της στάσεως της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα προβλήματα. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες ανέχονται περισσότερο από άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις.

Στις προηγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων είναι πιο συχνές και πιο πρώιμες από ότι στο παρελθόν και αυτό έχει αρχίσει να παρουσιάζεται και στη δική μας χώρα.

Αν ψάξει κανείς να βρεί τα αίτια θα μπορέσει να αντιληφθεί και να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά μία κατάσταση η οποία είναι ήδη γεγονός.

Έρευνες στην Αγγλία και στην Αμερική έχουν αποδείξει ότι η έλλειψη αγάπης, στοργής και ενδιαφέροντος από τους γονείς και η δίψα για αγάπη και αναγνώριση από τους εφήβους είναι οι κυριώτερες αιτίες που τους σπρώχνουν στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις και σε μικρότερο βαθμό η περιέργεια. Φαίνεται δε από τις έρευνες αυτές ότι δεν ευσταθεί καθόλου η εύκολη απάντηση που δίνεται από πολλούς ότι αιτία είναι η έκλυση των ηθών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

Ποιά θα πρέπει να είναι η στάση της κοινωνίας αλλά και των γονεών ειδικότερα πάνω στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις των παιδιών τους.

Να τις ανεχθούν είναι βέβαια αρκετά δύσκολο και κυρίως είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν και να λύσουν τα πιθανά επακόλουθα αυτών των σχέσεων (π.χ. κύηση, έκτρωση, αντισυλληπτικά. Ακόμη χειρότερη και με αμφίβολα αποτελέσματα είναι η τελείως απαγορευτική στάση.

Επομένως πρέπει να βρεθεί η χρυσή τομή στη συμπεριφορά των γονεών που θα πρέπει να καλλιεργηθεί από πολύ νωρίς πριν ακόμη αρχίσουν να δημιουργούνται τέτοιου είδους προβλήματα και αυτό προσπαθεί να επιτύχει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Σκοπός της σεξουαλικής διαπαιδαγωγήσεως

Είναι η γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και των συναισθημάτων τα οποία σχετίζονται με αυτές για την αγάπη, τη φιλία, τη χαρά, τη σεξουαλική ορμή, αλλά και για το πάθος ή τη λύπη που μπορεί να προκαλέσουν.

Βέβαια η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μία έννοια καινούργια. Πάντα υπήρχε ενημέρωση γύρω από το θέμα, η οποία όμως συνήθως γινόταν από συνομήλικους που μετέφεραν λανθασμένες ιδέες, συχνά άσχημα χρωματισμένες. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως από τους γονείς και τους δασκάλους.

Η σημασία της συμμετοχής των γονέων στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τεράστια.

Εν τούτοις οι γονείς αισθάνονται δέος και φόβο που είναι αποτέλεσμα του συναισθήματος ευθύνης που έχουν και του ερωτήματος μήπως δεν μπορέσουν ν' ανταποκριθούν και να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά.

Άλλοι φοβούνται μήπως μειωθεί το κύρος του ή τα παιδιά τους αποχαλινωθούν.

Όμως πρέπει να γίνει συνείδηση ότι σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει αφήστε τα παιδιά σας να κάνουν ότι θέλουν γύρω από το σέξ, αλλά σημαίνει μάθετε τα παιδιά σας ότι, υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν φραγμοί γύρω από το σέξ. Βέβαια τίθεται το ερώτημα πότε πρέπει ν' αρχίσει αυτή η διαπαιδαγώγηση. Είναι γενικά σήμερα παραδεκτό ότι η σεξουαλική αγωγή δεν είναι μία ομάδα συμβουλών που κάποτε πρέπει να την πουν οι γονείς στα παιδιά τους. Είναι μιά συνεχής παροχή πληροφοριών και αντιδράσεων τις οποίες θα μπορούσε να πεί κανείς ότι πρέπει να δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους από την γέννησή τους.

Οι γονείς πρέπει να επαγρυπνούν και σε κάθε ευκαιρία να διαφωτίζουν, να δίνουν σωστές ερμηνείες και να κατευθύνουν τα παιδιά τους. Αφορμές δίνονται συνεχώς με τις απορίες τους για την διαφορά των γεννητικών οργάνων αγοριών και κοριτσιών, για την έγκυο μαμά και το πώς γίνονται τα μωρά. Αυτές οι απορίες αρχίζουν από την ηλικία 2-3 ετών και δίνουν τη δυνατότητα στους γονείς να εξηγήσουν στα παιδιά την ύπαρξη των 2 φύλων, αλλά και το

ότι τα παιδιά δεν τα φέρνει ο πελαργός, ότι αυτά γεννιούνται από την αγάπη δύο ανθρώπων, μεγαλώνουν για λίγο στην κοιλιά της μαμάς τους και μετά βγαίνουν από αυτή.

Αν τα παιδιά από πολύ μικρά μεγαλώνουν χωρίς το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να γίνεται λόγος για ότι έχει σχέση με το σέξ, δέχονται πολύ καλλίτερα κατά την εφηβία μηνύματα σεξουαλικής διαπαιδαγωγήσεως.

Αργότερα βέβαια όσο μεγαλώνει το παιδί οι ερωτήσεις είναι πιά συγκεκριμένες, πιά δύσκολες και δείχνουν την τάση που έχουν τα παιδιά για ενεργό συμμετοχή.

Η αγάπη και η κατανόηση μέσα στην οικογένεια και η αμοιβαία εμπιστοσύνη θέτουν υγιείς βάσεις για τη σωστή διαπαιδαγωγή των παιδιών ώστε η ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων να συμβαδίζει με ανάλογη ολοκλήρωση της προσωπικότητας του εφήβου.

Εκτός όμως από τους γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να συμμετέχουν στη γενική διαπαιδαγωγή των παιδιών αλλά και στη σεξουαλική διαπαιδαγωγή τους.

Θα πρέπει όμως οι δάσκαλοι να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση, ώστε να δώσουν στα παιδιά σωστά μηνύματα. Στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού είναι σχετικώς εύκολα τα πράγματα.

Οι δυσκολίες αρχίζουν στις μεγάλες τάξεις του γυμνασίου όταν ο έφηβος χρειάζεται και ειδική μεταχείριση και κατανόηση των ψυχολογικών και βιολογικών του μεταβολών. Πράγματι η εφηβία είναι ένας σημαντικός

σταθμός στην ανάπτυξη του ανθρώπου. Είναι η ενδιάμεση φάση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση..

Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση συμβαίνει και στα αγόρια και στα κορίτσια. Πολύ σημαντικές είναι και οι αλλαγές που συμβαίνουν στη ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση των εφήβων. Η επιθυμία για σέξ είναι αρκετά έντονη. Πολλοί έφηβοι δεν έχουν κανενός είδους σεξουαλική δραστηριότητα. Οι έφηβοι αυτοί αισθάνονται φυσιολογικά και θα πρέπει επομένως να αντιμετωπίζονται σαν απόλυτα φυσιολογικά άτομα. Όσοι όμως έχουν σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει να μάθουν και να συνειδητοποιήσουν ότι είναι απόλυτα υπεύθυνοι γι αυτό που κάνουν.

Σ'αυτή την ηλικία μπορεί να συζητηθούν τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση, η έκτρωση τα νόθα παιδιά αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων, πάνω στους εφήβους. Στην ανάπτυξη των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική ζωή εύκολα μπορεί να ενσωματωθούν βασικές αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ηλικία αυτή έχει ιδιαίτερη ανάγκη καθοδήγησης για πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων και αντισύλληψη. Κάθε σχετική ενημέρωση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Έτσι μόνο θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και των αφροδισίων νοσημάτων που σήμερα είναι ιδιαίτερα υψηλή κατά την εφηβική και την προ του γάμου ηλικία. Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού έχουν εφαρμοστεί προγράμματα ειδικά για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των

παιδιών τα οποία αρχίζουν συνήθως από την νηπιακή ηλικία και τα οποία συνεχίζονται μέχρι της ηλικίας των 18 ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. Μολυνίαση των γεννητικών οργάνων.

Οφείλεται κατά κανόνα στην CANDIDA - ALBICANS . Ο έντονος κνησμός, όπως και η εκτεταμένη ερυθρότητα του αιδοίου αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων. Αίσθημα καύσου μπορεί να προκαλείται και κατά την ούρηση, κυρίως όταν δημιουργηθούν λύσεις της συνέχειας του δέρματος από τον έντονο κνησμό. Η μονίλια είναι φυσικός κάτοικος του παχέως εντέρου και αυτό αποτελεί πολλές φορές την αιτία αναμολύνσεων. Πρέπει να σημειωθεί ότι η φύση του μικροοργανισμού αυτού επιτρέπει επαναλαμβανόμενες φλεγμονές που μπορεί να πάρουν την μορφή χρόνιας φλεγμονής ανθεκτικής στην θεραπεία. Η κλινική διάγνωση στηρίζεται στην φύση του εκκρίματος, που έχει λευκωτή κροιά.

Τα αντισυλληπτικά, η παρατεταμένη χρήση αντιβιοτικών, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υψηλός πυρετός και η εγκυμοσύνη προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της μονίλιας. Η θεραπεία επιβάλλεται να γίνεται με σχολαστική προσοχή. Η τοπική θεραπεία γίνεται με εφαρμογή αντιμονιλιακών φαρμάκων. Κατά την διάρκεια της θεραπείας αποφεύγονται οι σεξουαλικές σχέσεις ή γίνονται με την χρήση προφυλακτικού.

2. Τριχομονάδωση

Μεταδίδεται από την τριχομονάδα που είναι μονοκύτταρο πρωτόζωο και η φλεγμονή, που προκαλεί στον κόλπο. Θεωρείται σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα. Η κολπική

υπερέκριση είναι άφθονη και επίμονη. Η χροιά του εκκρίματος έχει πρασινωπή απόχρωση και έντονη οσμή. Η θεραπεία της τριχομανιδικής κολπίτιδος πρέπει να γίνεται με προσοχή και να συμπεριλαμβάνει και των δύο συντρόφων. Η συνουσία πρέπει να αποφεύγεται μέχρι την αποθεραπεία και να χρησιμοποιείται προφυλακτικό. Η θεραπεία γίνεται με όξινες αντισηπτικές πλύσεις, και ύστερα εφαρμογή κολπικών υποθέτων.

3. Έρπητας

Η λοίμωξη του γεννητικού συστήματος με τον ιό του έρπητα φέρεται ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Οφείλεται στον HERPES VIRUS HANINIS.

Η τυπική πορεία είναι: φυσαλίδες ή φλύκταινες, που διαρκούν 4-5 ημέρες και που ακολουθούνται από υγρά έλκη εξαιρετικά επώδυνα για μιά ακόμη εβδομάδα. Σε αυτή την περίοδο ο ιός μεταδίδεται, ώσπου η τοπική αλλοίωση να δημιουργήσει μιά ξερή κρούστα. Αυτό διαρκεί άλλη μιά εβδομάδα μέχρι να γίνει τέλεια ίαση. Η θεραπεία περιλαμβάνει μόνο τοπικά αναλγητικά και κορτικοειδή, χορήγηση ηρεμιστικών, βιταμίνη Β, τοπική εφαρμογή αντισηπτικών αλοιφών, σε επίμονες περιπτώσεις, εφαρμογή ακτινοβολίας με υπεριώδεις ακτίνες.

4. Σύφιλη

Εκδηλώνεται ύστερα από επώαση 3-8 εβδομάδων με την μορφή ανώδυνου σκληρού έλκους, που σκεπάζεται με έκκριμα

μέ έγκριμα μέσα στο οποίο διαπιστώνεται η ύπαρξη ωχρής σπειροχοήτης. Η γύρω από το έλκος περιοχή είναι εξοιδημένη και υπάρχει λεμφαδενίτιδα. Δευτερογενής εκδήλωσής της αποτελούν τα πλατιά κονδυλώματα. Για την θεραπεία της χορηγούμε μεγάλη δόση πεννικιλίνης.

5. Ο ιός της υπατίτιδας

Μιά μορφή του ιού της υπατίτιδας πιστεύεται ότι μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

6. Οξυτενή κονδυλώματα

Αυτά οφείλονται σε διηθητό ιό και αποτελούν μικρά και σε σωρούς θηλώματα σε διάφορες περιοχές του αιδίου. Έχουν χρώμα λευκωτό ή ρόδινο. Συχνά βρίσκονται και μέσα στον κόλπο. Στην εγκυμοσύνη μεγαλώνουν.

Η διάγνωση των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι εύκολη με την επισκόπηση και η θεραπεία τους συνίσταται στην ηλεκτροκαυτηρίαση κάτω από γενική αναισθησία.

7. Φθειρίαση

Αυτή εμφανίζεται στο εφήβαιο και οφείλεται σε λευκόφαιες μικρές φθείρες στην βώση των τρισών και που από έλλειψη υγιεινής δυνατό να προκαλέσουν αιδοιοίτιδα. Για την απομάκρυνσή της εφαρμόζεται φαρμακευτική αποτρίχωση και αντισηπτικές αλοιφές σε περίπτωση που προκαλέσει δερματίτιδα. Η θεραπεία πρέπει να γίνει από όλη την

οικογένεια.

8. Ψώρα

Αυτή οφείλεται στο ακάρι που κατασκεινώνει κάτω από το δέρμα και προκαλεί και ερεθισμό του αιδίου. Η ψώρα μεταδίδεται με μολυσμένα ρούχα. Για την θεραπεία της χρησιμοποιείται βενζύλιο-βενζοϊκή τυροτρικίνη και εξαχλωροκυδοιζάνη.

9. Βλενόρροια

Η βλενόρροια μεταδίδεται απ'το βακτήριο "Ναϊσσέρια ή γονοκοκκική" και μεταδίδεται με τη συνουσία.

Στους άντρες ο χρόνος επώσεως κυμαίνεται από 8 έως 10 μέρες μετά τη συνουσία και εκδηλώνεται έτσι. Μολύνεται η ουρήθρα, ενώ παράλληλα εκκρίνεται ένα κίτρινο υγρό από το πέος και δημιουργούνται πόνοι και τσούξιμο κατά την ούρηση.

Στις γυναίκες παρουσιάζεται συχνο-ουρία, πόνοι κατά την ούρηση, ενώ καμιά φορά μπορεί να παρουσιαστεί και κάποια έκκριση. Μερικές φορές μπορεί να μην εμφανιστεί κανένα σύμπτωμα.

Θεραπεύεται με πενικιλίνη σε συνδυασμό με συχνή ιατρική παρακολούθηση, γιατί πολλές φορές το βακτηρίδιο εξοικειώνεται τόσο πολύ με το φάρμακο, ώστε από μιά στιγμή και πέρα να μην επηρεάζεται καθόλου. Σ'αυτήν την περίπτωση χορηγείται σουλφαναμίδη ή τετρακυκλίνη.

10. Μη ειδική ουρηθρίτιδα

Είναι συνηθισμένο νόσημα, που όμως τα αίτια παραμένουν ακόμα άγνωστα. Μολονότι δε θεωρείται αφοδίσιο νόσημα, μεταδίδεται ωστόσο με τη συνουσία. Τα συμπτώματα της αρρώστιας αυτής είναι τα ίδια με αυτά της βλενόρροιας, σε ηπιότερο βέβαια βαθμό. Στις γυναίκες δεν παρουσιάζεται κανένα σύμπτωμα. Η περίοδος επώασης είναι 8-14 μέρες. Μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές, όπως αρθρίτιδα και επιπεφυκίτιδα, αν δε γίνει η επιβεβλημένη θεραπεία, κατά την οποία χορηγείται σουλφαναμίδη ή τετρακυκλίνη.

11. AIDS

Είναι μεταδοτική αρρώστια που προκαλείται από έναν ιό που όταν εισέλθει στα λεμφοκύτταρα του ανθρώπου τα καταστρέφει. Το κύτταρο δεν μπορεί ν'απαλλαχθεί από τον ιό, έτσι όταν ο άνθρωπος προσβληθεί από αυτόν, παραμένει για όλη του τη ζωή φορέας του ιού.

Ο φορέας μπορεί να παραμένει υγιής, χωρίς να παρουσιάζει κανένα ^ααπό_υτως σύμπτωμα. Απ'όσα γνωρίζουμε μέχρι σήμερα, μερικοί μόνο φορείς αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα της αρρώστιας, ύστερα από λίγα χρόνια. Υπολογίστηκε ότι, μέσα σε πέντε περίπου χρόνια, το 20-38% των φορέων αναπτύσσουν την αρρώστια

Αυτοί όλοι πεθαίνουν ύστερα από σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι υπόλοιποι παραμένουν επί χρόνια φορείς χωρίς συμπτώματα, αλλά εξακολουθούν πιθανόν να μεταδίδουν τον ιό σε άλλους ανθρώπους, για όλη τη μετέπειτα ζωή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Εμείς σαν νοσηλεύτριες, ευαισθητοποιημένες πάνω στο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι η διαφώτιση των γυναικών που επισκέπτονται τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ώστε να γίνει σωστή ενημέρωση στο θέμα.

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού είναι η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης προλήψεως αφροδίστιων νοσημάτων κλπ.

Στα μαιευτήρια μπορούμε με την άδεια και την βοήθεια του μαιευτήρα να συμβουλέψουμε σωστά τις γυναίκες πάνω στο μείζον θέμα της αντισύλληψης ώστε να αποφευχθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Στα κέντρα υγείας μπορεί να γίνει διαφώτιση με ειδικά σεμινάρια στα οποία να παρεμβρίσκονται μαζί με τις γυναίκες και οι συζυγοί τους γιατί αυτό αφορά και τα δύο φύλα.

Πιστεύουμε ότι η αγωγή του ατόμου πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης είναι απαραίτητο να αρχίζει απο μικρή ηλικία και συγκεκριμένα απο τις πρώτες τάξεις του γυμνασίου για να μπορούν τα παιδιά αργότερα να αντιμετωπίσουν τα τυχόν προβλήματα

που μπορούν να παρουσιαστούν ως ώριμά άτομα.

Έτσι λοιπόν έχουνε την δυνατότητα να το εφαρμόσου-
με αυτό στα σχολεία. Κάνοντας ειδικά σεμινάρια και μοι-
ράζοντας ενημερωτικά έντυπα στα παιδιά.

ΜΕΡΟΣ Β'

ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα ξεκίνησε από τις 12 Οκτωβρίου 1989 και τέλειωσε στις 20 Ιανουαρίου 1990.

Έγινε σε σπουδαστές και σπουδάστριες των σχολών ΣΕΥΠ, ΣΔΟ, των ΤΕΙ Πατρών. Μοιράστηκαν και απαντήθηκαν 100 ερωτηματολόγια από κοπέλες ηλικίας 18-28 ετών και από 100 αγόρια της ίδιας ηλικίας.

Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι να δούμε εάν τα νεαρά αυτά άτομα γνωρίζουν την έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού και τι μέτρα αντισύλληψης εφαρμόζουν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ερώτηση 4 . Ποιός είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού,

α. Ο έλεγχος των γεννήσεων.

β. Η βοήθεια του κάθε ατόμου να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια και υπεύθυνα.

γ. Βοηθά το ζευγάρι να προγραμματίσει τη σωστή ανατροφή των παιδιών του.

Από τα αποτελέσματα που βρήκαμε σε αυτήν την ερώτηση βλέπουμε ότι οι γυναίκες γνωρίζουν πολύ καλύτερα τον σκοπό του οικογενειακού προγραμματισμού (ποσοστό 60%) από ότι οι άνδρες (ποσοστό 40%).

Ο πίνακας I. δίνει τ'αποτελέσματα των απαντήσεων.

Ερώτηση 5 . Ποιές μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζεις;

Σε αυτήν την ερώτηση βλέπουμε ότι οι άντρες γνωρίζουν σαν καλύτερο μέσο αντισύλληψης το προφυλακτικό. Δεύτερο κατά σειρά έρχεται το χάπι. Τρίτο το διάφραγμα, τέταρτη η διακεκομένη συνουσία, πέμπτο κατά σειρά έρχεται το σπιράλ η θερμομετρική μέθοδος και η στείρωση. Τελευταία έρχεται η έκτρωση που φυσιολογικά δεν πρέπει να θεωρηθεί σαν μέσο αντισύλληψης. Σημαντικό επίσης είναι το ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό 10% δεν γνωρίζουν καμιά μέθοδο αντισύλληψης.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα II.

Ερώτηση 5. Ποιά μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείς;

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| α. Καμμία | ε. Διάφραγμα |
| β. Χάπι | στ. Ενδομήτριο σπείραμα |
| γ. Διακεκομένη συνουσία | ζ. Σπερματοκτόνα |
| δ. Προφυλακτικό | η. Μέθοδοι ρυθμού. |

Σε αυτή την ερώτηση που αναφέρεται στις γυναίκες βλέπουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό 43% απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν καμμία μέθοδο αντισύλληψης. Βέβαια αυτό μπορεί να σημαίνει ότι δεν έχουν ερωτικές σχέσεις λόγω της μικρής τους ηλικίας ή λόγω φόβου του

Στην εργασία του κ. Δετοράκη (Πίνακας 3), καθώς και στην δική μας, βλέπουμε ότι η διακεκομένη συνουσία κατέχει την πρώτη σειρά στην προτίμηση των γυναικών σαν μέτρο αντισύλληψης. Βλέπουμε επίσης ότι αρχίζει δειλά δειλά να

εφαρμόζονται τα σπερματοκτόνα και η μέθοδος ρυθμού που λίγα χρόνια πριν ούτε καν τα γνώριζαν.

Ερώτηση 6. Από που πληροφορήθηκε για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

- | | |
|---------------------------|--|
| α. Ράδιο | στ. Γιατρό |
| β. Τηλεόραση | ζ. Κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. |
| γ. Φίλο | η. Γονείς |
| δ. Επιστημονικά περιοδικά | θ. Άλλού. |
| ε. Νοσηλεύτριες | |

Εδώ βλέπουμε ότι το 33% των γυναικών πληροφορήθηκε για τον οικογενειακό προγραμματισμό από επιστημονικά περιοδικά. Ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άντρες είναι 16%. Εδώ ίσως υπάρχει κάποια παρερμηνεία, ότι οι γυναίκες εθεώρησαν εβδομαδιαία γυναικεία περιοδικά σαν επιστημονικά από τα οποία πήραν πληροφορίες για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης δίνονται στον πίνακα Νο. IV.

Ερώτηση 7. Νομίζεις ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι υπευθυνότητα;

- Δική σου.
- Του συντρόφου σου (φίλου, αρραβωνιαστικού, συζύγου)
- Των δύο
- Δεν ξέρω.

Τόσο άντρες όσο και οι γυναίκες απάντησαν ότι ο οικο-

γενειακός προγραμματισμός είναι υπευθυνότητα και των δύο φύλων.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα V.

Ερώτηση 8. Χρησιμοποιείς προφυλακτικό κώνοντας έρωτα τα δύο τελευταία χρόνια,

- α. Πάντοτε
- β. Καμιά φορά
- γ. Ποτέ

Βλέπουμε ότι μόνο το 26% των αντρών χρησιμοποιούν προφυλακτικό ποσοστό που είναι πολύ χαμηλό δεδομένου ότι σήμερα υπάρχει ο φόβος για το AIDS, άρα θα περιμέναμε ένα μεγαλύτερο ποσοστό να το χρησιμοποιεί. Πίνακας VII.

Η εξήγηση δίνεται στην ερώτηση 10 στην οποία βλέπουμε ότι το 90% αποφεύγουν το προφυλακτικό γιατί δεν τους αρέσει. Πίνακας VIII.

Ερώτηση 8. Από ότι έχει διαβάσει και ακούσει, η καλύτερη και πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης είναι,

- α. Πλύση
- β. Διακεκομένη συνουσία.
- γ. Τα σπερματοκτόνα
- δ. Η αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά την γόνιμη περίοδο του μηνιαίου κύκλου της εμμηνορυσίας.
- ε. Το χάπι
- στ. Καμμία από τις πάνω.

Στις γυναίκες αντίθετα με τους άντρες το 51% πιστεύουν ότι καλύτερη μέθοδος αντισύλληψης είναι το χάπι. Παρόλα αυτά το χρησιμοποιεί μόνο το 12%. Επίσης σαν αποτελεσματική μέθοδο θεωρούν την αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά την γόνιμη περίοδο του μηνιαίου κύκλου της εμμηνορυσίας, που είναι πολύ επικίνδυνη. Πίνακας VII.

Ερώτηση 9. Η γνώμη σου για το χάπι είναι:

- α) Δεν έχει καμμία αποτελεσματικότητα.
- β) Μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
- γ) Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία
- δ) Μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση.
- ε) Είναι ακίνδυνο και πολύ αποτελεσματικό.

Βλέπουμε ότι το 65% απάντησαν ότι το χάπι έχει κατά κάποιο τρόπο μειωνεκτήματα και αυτό φαίνεται από το σύνολο των απαντήσεων α,β,γ,δ. Ενώ μόνο το 32% ξέρανε ότι είναι αποτελεσματικό.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα IX.

Ερώτηση 10. Εάν γνωρίζεις ότι η σύντροφός σου δεν χρησιμοποιεί καμμία μέθοδο αντισύλληψης, ποιά μέθοδο θα χρησιμοποιήσεις εσύ;

- α) Προφυλακτικό
- β) Διακεκομμένη συνουσία.
- γ) Καμμία

Σε αυτή την ερώτηση βλέπουμε ότι το 55% των αντρών χρησιμοποιεί προφυλακτικό αλλά υπάρχει σημαντική διαφορά

με τον γενικό πληθυσμό γιατί εδώ τα παιδιά έχουν ανεβασμένο πνευματικό επίπεδο ενώ το υπόλοιπο 45% (35% διακεκομμένη συνουσία και 7% καμμία μέθοδο) συμπεριφέρεται σαν τον γενικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης δίνονται στον πίνακα X .

Ερώτηση 10. Η γυναίκα δεν μπορεί να συλλάβει κατά ένα σύντομο χρονικό διάστημα:

- α. Αμέσως μετά την έμμηνο ρύση.
- β. Αμέσως προ της εμμήνου ρύσης.
- γ. Αμέσως προ και μετά την έμμηνο ρύση.
- δ. Η γυναίκα μπορεί να συλλάβει συνεχώς.

Πίνακας XI.

Ερώτηση 11. Τι γνώμη έχεις για την έκτρωση,

- α. Είναι επικίνδυνη
- β. Είναι ακίνδυνη εάν γίνει προσεκτικά από καλό γιατρό.
- γ. Είναι εύκολη και προσιτή.

Βλέπουμε ότι η γυναίκες ξέρουν να δώσουν την σωστή απάντηση και θεωρούν την έκτρωση επικίνδυνη.

Πίνακας XII

Ερώτηση 12. Έχεις κάνει ποτέ έκτρωση,

- α. Όχι ποτέ.
- β. Ναι μία φορά.
- γ. Ναι πολλές φορές.

Βλέπουμε ότι παρόλο που ξέρουν ότι η έκτρωση είναι επικίνδυνη και επειδή το δείγμα είναι πολύ μικρό καθώς επίσης και η ηλικίας πολύ μικρή το 3% που απάντησαν 1 φορά και το 1% πολλές φορές μπορεί να θεωρηθεί σημαντικό ποσοστό.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα XIII.

Ερώτηση 13. Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι

γνωστός στη μεγάλη μάζα του λαού, γιατί:

- α. Είναι ενάντια της χριστιανικής θρησκείας.
- β. Προκαλεί φόβο για την εξάρτησή μας σαν έθνος.
- γ. Είναι εξενοφέρη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και τα έθιμά μας.
- δ. Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας.
- ε. Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή διαφώτιση.

Βλέπουμε ότι και οι άντρες και οι γυναίκες παραδέχονται ότι δεν υπάρχει προσωπικό για να κάνει σωστή διαφώτιση.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα XIV.

Π Ι Ν Α Κ Ε Σ

Π Ι Ν Α Κ Α Σ I

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ο έλεγχος των γεννήσεων	18%	10%
Η βοήθεια του κάθε ατόμου να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια και υπεύθυνα	40%	60%
Βοηθά το ζευγάρι να προγραμματίσει την σωστή ανατροφή των παιδιών του.	39%	95%
Δεν απάντησαν	3%	5%
Άθροισμα	100%	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ II

Απαντήσεις	Άνδρες
Προφυλακτικό	34%
Χάπι	21%
Διακεκομένη συνουσία	8%
Σπιράλ	4%
Θερμομετρική μέθοδος	4%
Διάφραγμα	10%
Στείρωση	4%
Σπερματοκτόνα	3%
Έκτρωση	2%
Δεν γνωρίζω καμία	10%
Άθροισμα	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ III

Μέθοδοι	Ελλάδα Πάτρα 1983	Ελλάδα Πάτρα 1989
Καμμία		43%
Χάπι	4,4%	12%
Διακεκομένη συνουσία	36,7%	30%
Προφυλακτικό	11,3%	13%
Διάφραγμα	8,7%	-
Ενδομήτριο σπείραμα	-	-
Σπερματοκτόνα	-	3%
Μέθοδοι ρυθμού	-	2%
Στείρωση	-	-

Π Ι Ν Α Κ Α Σ IV

	Ανδρες	Γυναίκες
Ράδιο	14%	4%
Τηλεόραση	17%	18%
Φίλο	14%	5%
Επιστημονικά περιοδικά	16%	33%
Νοσηλεύτριες	10%	6%
Γιατρό	6%	8%
Κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού	1%	3%
Γονείς	5%	6%
Αλλού	17%	17%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ V

	Άνδρες	Γυναίκες
Δική σου	4%	1%
Του συντρόφου σου	4%	-
Των δύο	86%	96%
Δεν ξέρω	6%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ VI

	Άνδρες
Πάντοτε	26%
Καμμία φορά	39%
Ποτέ	35%
Άθροισμα	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ VII

	Γυναίκες
Η πλύση	-
Διακεκομμένη συνουσία	11%
Τα σπερματοκτόνα	1%
Η αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά την γόνιμη περίοδο του μηνιαίου κύκλου της εμμηνορυσίας	19%
Το χάπι	51%
Καμμία από τις πάνω	18%
Άθροισμα	100%

Π Ι Ν Α Κ Α 96- VIII

	Άνδρες
Μου προκαλεί αλλεργία	1%
Δεν το έχω συνηθίσει	7%
Δεν μου αρέσει	90%
Είναι πολυέξοδο	2%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ IX

	Γυναίκες
Δεν έχει καμμία αποτελεσματικότητα	11%
Μπορεί να προκαλέσει καρκίνο	34%
Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία	8%
Μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση	12%
Είναι ακίνδυνο και πολύ αποτελεσματικό	32%
Δεν δόθηκε απάντηση	3%
Άθροισμα	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ X

	Άνδρες
Προφυλακτικό	55%
Διακεκομμένη συνουσία	38%
Καμμία	7%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Χ Ι

	Γυναίκες
Αμέσως μετά την εμμηνορύση	21%
Αμέσως προ της εμμήνου ρύσης	9%
Αμέσως προ και μετά της εμμήνου ρύσης	48%
Η γυναίκα μπορεί να συλλάβει συνεχώς.	20%
Δεν απάντησαν	2%
Σύνολο	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Χ Ι Ι

	Γυναίκες
Είναι επικίνδυνη	64%
Είναι ακίνδυνη εάν γίνει προσεκτικά από καλό γιατρό	35%
Είναι εύκολη και προσιτή	-
Δεν απάντησαν	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Χ Ι Ι Ι

	Γυναίκες
Όχι, ποτέ	96%
Ναί, μία φορά	3%
Ναί, πολλές φορές	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Χ Ι V

	Ανδρες	Γυναίκες
Είναι ενάντια της Χριστιανικής θρησκείας	8%	2%
Προκαλεί φόβο για την εξάρτησή μας σαν έθνος	-	1%
Είναι ξενόφερτη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και τα έθιμά μας.	3%	1%
Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας.	2%	1%
Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή διαφώτιση.	87%	94%
Δεν απάντησαν	-	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία

Έγγαμος

Άγαμος

1. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα σου:

- α) Πτυχίο ανώτατης σχολής
- β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής
- γ) Απόφοιτος γυμνασίου
- δ) Απόφοιτος λυκείου
- ε) Απόφοιτος δημοτικού
- στ) Αναλφάβητος

2. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας σου;

- α) Πτυχίο ανώτατης σχολής
- β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής
- γ) Απόφοιτος γυμνασίου
- δ) Απόφοιτος λυκείου
- ε) Απόφοιτος δημοτικού
- στ) Αναλφάβητος

3. Ποιες είναι οι γραμματικές σου γνώσεις;

- α) Πτυχίο ανώτατης σχολής
- β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής
- γ) Απόφοιτος γυμνασίου
- δ) Απόφοιτος λυκείου
- ε) Απόφοιτος δημοτικού
- στ) Αναλφάβητος

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

4. Ποιος είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού;

α) Ο έλεγχος των γεννήσεων.

β) Η βοήθεια του κάθε ατόμου να καταστήσει την αναπαραγωγική ικανότητα εκούσια και υπεύθυνα.

γ) Βοηθά το ζευγάρι να προγραμματίσει τη σωστή ανατροφή των παιδιών του.

5. Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείς;

α) Καμμία

ε) Διάφραγμα

β) Χάπι

στ) Ενδομήτριο σπείραμα

γ) Διακεκομένη συνουσία (τράβηγμα)

ζ) Σπερματοκτόνα

δ) Προφυλακτικό

η) Μέθοδοι ρυθμού

6. Από πού πληροφορήθηκες για τον οικογενειακό προγραμματισμό

(μέτρα αντισύλληψης κ.λπ.);

α) Ράδιο

στ) Γιατρό

β) Τηλεόραση

ζ) Κέντρο οικογενειακού

γ) Φίλο

προγραμματισμού.

δ) Επιστημονικά περιοδικά

η) Γονείς

ε) Νοσηλεύτριες

θ) Άλλού

7. Νομίζεις ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι υπευθυνότητα:

α) Δική σου

β) Του συντρόφου σου (φίλου, αρραβωνιαστικού, συζύγου)

γ) Των δυο

δ) Δεν ξέρω

8. Από ό,τι έχεις διαβάσει και ακούσει, η καλύτερη και πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης είναι:
- α) Η πλύση
 - β) Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
 - γ) Τα σπερματοκτόνα
 - δ) Η αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο του μηνιαίου κύκλου της εμμηνορυσίας.
 - ε) Το χάπι.
- στ) Καμμία από τις πάνω.
9. Η γνώμη σου για το χάπι είναι:
- α) Δεν έχει καμμία αποτελεσματικότητα.
 - β) Μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.
 - γ) Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία.
 - δ) Μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση.
 - ε) Είναι ακίνδυνο και πολύ αποτελεσματικό.
10. Η γυναίκα δεν μπορεί να συλλάβει κατά ένα σύντομο χρονικό διάστημα:
- α) Αμέσως μετά την έμμηνο ρύση
 - β) Αμέσως προ της εμμήνου ρύσης
 - γ) Αμέσως προ και μετά την έμμηνο ρύση
 - δ) Η γυναίκα μπορεί να συλλάβει συνεχώς
11. Τι γνώμη έχεις για την έκτρωση;
- α) Είναι επικίνδυνη
 - β) Είναι ακίνδυνη εάν γίνει προσεκτικά από καλό γιατρό
 - γ) Είναι εύκολη και προσιτή.

12. Έχεις κάνει ποτέ έκτρωση;

- α) Όχι, ποτέ.
- β) Ναι, μια φορά.
- γ) Ναι, πολλές φορές.

13. Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι γνωστός στη μεγάλη μάζα του λαού, γιατί:

- α) Είναι ενάντια της χριστιανικής θρησκείας.
- β) Προκαλεί φόβο για την εξάρτησή μας σαν έθνος.
- γ) Είναι ξενόφερτη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και έθιμά μας.
- δ) Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας.
- ε) Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή διαφώτιση.

Ηλικία

Έγγαμος

Άγαμος

1. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα σου;

α) Πτυχίο ανώτατης σχολής

β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής

γ) Απόφοιτος γυμνασίου

δ) Απόφοιτος λυκείου

ε) Απόφοιτος δημοτικού

στ) Αναλφάβητος

2. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας σου;

α) Πτυχίο ανώτατης σχολής

β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής

γ) Απόφοιτος γυμνασίου

δ) Απόφοιτος λυκείου

ε) Απόφοιτος δημοτικού

στ) Αναλφάβητος

3. Ποιες είναι οι γραμματικές σου γνώσεις;

α) Πτυχίο ανώτατης σχολής.

β) Πτυχίο ανωτέρας σχολής.

γ) Απόφοιτος γυμνασίου

δ) Απόφοιτος λυκείου

ε) Απόφοιτος δημοτικού

στ) Αναλφάβητος

4. Ποιος είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού;
- α) Ο έλεγχος των γεννήσεων.
 - β) Η βοήθεια του κάθε ατόμου να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια και υπεύθυνα.
 - γ) Βοηθά το ζευγάρι να προγραμματίσει τη σωστή ανατροφή των παιδιών του.
5. Ποιες μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζεις; (γράψε όσες γνωρίζεις):
- α)
 - β)
 - γ)
 - δ)
 - ε) Δεν γνωρίζω καμμία.
6. Από πού πληροφορήθηκες για τον οικογενειακό προγραμματισμό; (μέτρα αντισύλληψης)
- α) Ράδιο
 - β) Τηλεόραση
 - γ) Φίλο
 - δ) Επιστημονικά περιοδικά
 - ε) Νοσηλεύτριες
 - στ) Γιατρό
 - ζ) Κέντρο οικογ. προγραμμ/μού
 - η) Γονείς
 - θ) Άλλού
7. Νομίζεις ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι υπευθυνότητα:
- α) Δική σου
 - β) Της συντρόφου σου (φίλης, αρραβωνιαστικιάς, συζύγου)
 - γ) Των δυο
 - δ) Δεν ξέρω

8. Χρησιμοποιείς προφυλακτικό κάνοντας έρωτα τα δυο τελευταία χρόνια:
- α) Πάντοτε
 - β) Καμμία φορά
 - γ) Ποτέ
9. Εάν έχεις απαντήσει ποτέ, γιατί;
- α) Μου προκαλεί αλλεργία
 - β) Δεν το έχω συνηθίσει
 - γ) Δεν μου αρέσει
 - δ) Είναι πολυέξοδο
10. Εάν γνωρίζεις ότι η σύντορφός σου δεν χρησιμοποιεί καμιά αντισυλληπτική μέθοδο, ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσεις εσύ;
- α) Προφυλακτικό
 - β) Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
 - γ) Καμμία
11. Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι γνωστός στη μεγάλη μάζα του λαού γιατί:
- α) Είναι ενάντια της χριστιανικής θρησκείας.
 - β) Προκαλεί φόβο για την εξάρτησή μας σαν έθνος.
 - γ) Είναι ξενόφερτη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και τα έθιμά μας.
 - δ) Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας.
 - ε) Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή διαφώτιση.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Το συμπέρασμα από αυτή την εργασία μας είναι ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα είναι περισσότερο ενημερωμένες στο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού απ'ότι οι άντρες.

Η σύγκριση όμως που κάναμε με μελέτες άλλων χωρών έδειξαν ότι οι Έλληνες είναι λιγότερο ενημερωμένοι από τους ξένους.

Πιστεύουμε ότι αυτό οφείλεται στον μειωμένο αριθμό ύπαρξης συμβουλευτικών σταθμών καθώς και στο ελλιπώς εκπαιδευμένο προσωπικό για να γίνει σωστή και έγκυρη πληροφόρηση.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ <<Οικογενειακός προγραμματισμός>>

Έκδοση πρώτη. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1983.

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ <<Τι ξέρεις για
την Αντισύλληψη>> Ενημερωτικό έντυπο της Ε.Π.Π.

ΚΕΣΚΑΡΕΛΗ Δ. <<Μάτευτική και Γυναικολογία>> Αθήνα 1976.

COMFORT <<Το σεξ στην κοινωνία>> Εκδόσεις Μπουκουμάνη,
Αθήνα 1973.

ΔΕΚΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ <<Εκτρώσεις και η θέση της εκκλησίας>>
Αθήνα 1973.

ΟΜΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΒΟΣΤΩΝΗΣ <<Εμείς και το σώμα μας>> Εκδόσεις
Υποδομή.

ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. ΚΑΙ ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ-ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Α. <<Αρχές
και μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού>> Αθήνα 1979.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ <<ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ>> Θεσσαλονίκη 1983.

ΣΑΚΚΑ ΓΑΛΑΤΕΙΑ <<Δημογραφική ευθύνη των εκτρώσεων-ευθύνη
κοινωνική, οικονομική παραμέτρων>> Εισήγηση στο Συντο-
νιστικό γυναικείων οργανώσεων για τον οικογενειακό
προγραμματισμό και τις εκτρώσεις, Αθήνα 13.4.1985.

ΣΥΚΑΚΗ ΑΛΕΚΑ-ΔΟΥΚΑ <<Ο τοκετός είναι αγάπη>> Αθήνα 1970

ΤΣΟΥΔΕΡΟΥ Β. <<Οι συμβώσεις, το χάπι και ο οικογενειακός
προγραμματισμός>> Εκδόσεις Ευρώπη, Αθήνα 1987.

