



Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο σας ακούει!

Αντιλαμβάνεται σχεδόν όλους τους θορύβους, τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του, τη φωνή της, τα γουργουρίσματα του εντέρου, την μουσική που ακούει, το βόμβο των αεροπλάνων.

ΤΕΙ: ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ:
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

- των σπουδαστριών
1. ΓΙΑΝΝΕΛΗ ΕΛΕΝΗ
 2. ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
 3. ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ ΦΡΑΓΚΟΥΛΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΑΤΡΑ 8-4-1992



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	628
----------------------	-----

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη βοήθεια της και συνεργασία της, στην πτυχιακή μας εργασία την επίκουρο καθηγήτρια και επόπτρια της εργασίας Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία, καθώς και την εξεταστική επιτροπή, που μας έδωσε την δυνατότητα να παρουσιάσουμε την εργασία αυτή.

Επίσης ευχαριστούμε όλους αυτούς που ανώνυμα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολογιά μας.

Τέλος ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους φίλους μας που μας βοήθησαν στην διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Γιαννέλης Ελένη

Δημητρακοπούλου Γεωργία

Ευστρατίου Φραγκούλα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1

ΜΕΡΟΣ Α'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

A. Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος
της γυναίκας.

2

B. Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος
του άνδρα

8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Εισαγωγή

14

A. Το δημογραφικό πρόβλημα

15

B. Η επιθυμητή εγκυμοσύνη και η αντισύλληψη

16

Γ. Πως οι πρόγονοί μας εφαρμόσαν τον έλεγχο των
γεννήσεων

18

Δ. Μέθοδοι αντισύλληψης

24

I. Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης

24

II. Κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης

29

III. Μέτρα που χρησιμοποιούνται από τον άνδρα

31

IV. Ενδομήτριο Σπείραμα

33

V. Αντισυλληπτικό Χάπι

37

VI. Ενέσιμα Σκευάσματα

45

VII. Στείρωση

45

VIII. Η αντισύλληψη στην Εφηβεία

48

IX. Η αυριανή αντισύλληψη

49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

A. Τεχνητή Εκτρωση (Αμβλωση)

51

B. Τεχνικές Αμβλωσης

55

	ΣΕΛ.
Γ. Έκτρωση-Άμβλωση υπάρχει διαφορά;	58
Δ. Τεχνικές άμβλωσης στο 1ο τρίμηνο της κύησης	58
Ε. Τεχνικές άμβλωσης στο 2ο τρίμηνο της κύησης	61
Ζ. Άμεσες και έμμεσες επιπλοκές άμβλωσης	63
Η. Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την άμβλωση	67
Θ. Διάρκεια νοσοκομειακής νοσηλείας	68
Ι. Μετά την επέμβαση της άμβλωσης-Οδηγίες	69
ΙΑ. Θάνατοι από άμβλωση	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Α. Συνεντεύξεις -Μαρτυρίες	71
Β. Η θέση της Ορθόδοξης και της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας για το θέμα των αμβλώσεων	77
Γ. Η άποψη της επιστήμης	79
Δ. Απόψεις διακεκριμένων ατόμων	80
Ε. Το ηθικό δίλλημα της νοσηλεύτριας στο θέμα των αμβλώσεων	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Α. Νόμοι και έκτρωση	88
Β. Η νομοθεσία στις χώρες του εξωτερικού	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Α. Η ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού	102
Β. Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού	106
Γ. Η σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα	117

ΜΕΡΟΣ Β'

	ΣΕΛ.
Εισαγωγή	122
Α.Υλικό και μέθοδος	123
Β.Αποτελέσματα	125
Γ.Συζήτηση αποτελεσμάτων	193
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	214

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στα πλαίσια της Πτυχιακής μας εργασίας με θέμα την αντισύλληψη και της αμβλώσεις, θελήσαμε να ανιχνεύσουμε, στα πλαίσια που αυτό ήταν δυνατό τις γνώσεις του πληθυσμού γύρω από το θέμα της αντισύλληψης καθώς και την θέση τους στο καυτό πρόβλημα των αμβλώσεων.

Σκοπός μας είναι να αποδείξουμε ότι η αντισύλληψη επιστημονικά και νομικά δεν προσβάλλει το δικαίωμα της ζωής, διότι απλώς τείνει να εμποδίσει το σχηματισμό ενός νέου πλάσματος, το οποίο δυστυχώς τις περισσότερες φορές θα καταλήξει να γίνει το προϊόν μιας άμβλωσης, μοιραία κατάληξη της ελλιπούς πληροφόρησης, πάνω στα θέματα της αντισύλληψης και της ανωριμότητας των ατόμων που καταλήγουν σε αυτήν.

Αξίζει να τονίσουμε ότι ή ερευνά μας αποδείχθηκε δυσκολότερη από ότι περιμέναμε, εξαιτίας της επιφυλακτικότητας και της αρνησης των ατόμων, στα οποία απευθυνθήκαμε για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πίσω από την αυλαία της σεξουαλικότητας πολλά προβλήματα τα τελευταία χρόνια έχουν πάρει ιδιαίτερη και δραματική δημοσιότητα λόγω της στενής σχέσης τους, όχι μόνο με την δραστηριότητα του ατόμου, αλλά και για την ίδια την ζωή της κοινωνίας.

Εξαλλου τα παιδιά μας γεννιούνται και μεγαλώνουν μέσα ομαδικό περιβάλλον λίγο ή πολύ μεγάλο (κοινωνία) και οι τρόποι που μαθαίνουμε εμείς αλλά και αυτά στην συνέχεια να διαπαιδαγωγούμαστε σεξουαλικά, ρυθμίζονται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική και μορφωτική δομή της ίδιας της κοινωνίας που βρισκόμαστε.

Πολιτιστικοί κανόνες συχνά προβλέπουν για λογαριασμό μας το πότε, πώς και πού είναι επίκαιρο να φερθούμε με τον ένα ή άλλο τρόπο, προσδιόρίζοντας και το τύπο δραστηριότητας που θα ασκήσουμε.

Σε ένα τόσο καυτό θέμα όπως είναι η αντισύλληψη και η άμβλωση η ποιότητα της κοινωνικής και μορφωτικής δομής της κοινωνίας αποδίδεται με τρόπο πολλές φορές τραγικό αλλά αναμφισβήτητα ανεξίτηλο στα πρόσωπα των δεκάδων γυναικών που κατακλύζουν καθημερινά τις ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια μαιευτικά νοσοκομεία, προκειμένου να αμβλώσουν όχι μόνο το παιδί τους αλλά και την ίδια τους την ψυχή.

Πρόκειται για ένα φαινόμενο που δεν μπορεί να αποσιωπηθεί καθήκον μας να το εξετάσουμε από κάθε πλευρά στα πλαίσια του περιβάλλοντος της κοινωνίας που αναπτύσσεται.

Στόχος μας να αποδείξουμε ότι δίχως την κατάλληλη σεξουαλική αγωγή, κανένα από τα πολλαπλά και ποικίλα προβλήματα που κατακλύζουν τα θέματα της αντισύλληψης και της άμβλωσης είτε στον ατομικό είτε στον δημόσιο τομέα, δεν θα μπορέσει να αντιμετωπισθεί.

Όσο δε για την αποτελεσματική τους λύση, ο χρόνος μόνο θα μας πει αν είναι ή σωστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΘΗΛΕΩΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται: α) από τους δύο γεννητικούς αδένες, τις ωθήκες, που παράγουν τα ωάρια. β) από τους δύο αγωγούς ή σάλπιγγες γ) από την μήτρα. δ) από τον κολεό και ε) από το αιδοίο. Οι ωθήκες, οι αγωγοί και ο κολεός αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα και βρίσκονται μέσα στην μικρή πυελό, ενώ το αιδοίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο.

ΟΙ ΩΘΗΚΕΣ

Οι ωθήκες είναι τα όργανα που παράγουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας δηλ. τα ωάρια καθώς επίσης και τις ορμόνες, τα οιστρογόνα και ήπρογεστερόνη.

Η ωθήκη μοιάζει με αμύγδαλο και οι διαστάσεις της είναι 4x2 εκ. βρίσκεται μέσα στην μικρή πυελο και ο επιμήκης άξονας της φέρεται κατακόρυφα.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ. Οι ωθήκες περιβάλλονται από λεπτή ινώδη κάψα, εξωτερικά ή κάψα αυτή περιβάλλεται από ένα στίχο κυβικών και επιθηλιακών κυττάρων που αποτελούν το βλαστικό επιθήλιο.

(Ο όρος αυτός είναι αδόκιμος γιατί από το επιθήλιο δεν προέρχονται τα ωάρια. Αποτελεί απλώς μία παραλλαγή του περιτοναίου με το οποίο συνεχίζεται.) Η ωθήκη εμφανίζει μια εξωτερική ζώνη που λέγεται φλοιώδης ουσία και μια εσωτερική ζώνη που λέγεται μυελώδης ουσία. Η μυελώδης ουσία αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, νεύρα, λεμφαγγεία και πολλά διευρυσμένα αιμοφόρα αγγεία. Η φλοιώδης ουσία αποτελείται από στρώμα από συνδετικό ιστό μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωθυλάκια. Το στρώμα αποτελείται από ατρακτοειδή και από πλέγμα δικτυωτών ινών.

Ανάπτυξη των ωθυλακίων: Το αρχεγόνο ωθυλάκιο αποτελείται

απο το ωάριο και μια στοιβάδα επιθηλιακών κυττάρων τα οποία περιβάλλουν το ωάριο. Κατά την γέννηση υπάρχουν περίπου 700.000 αρχέγονα ωοθυλάκια στις δύο ωοθήκες ο αριθμός αυτό ελαττώνεται με την πάροδο των ετών και υπολογίζεται ότι περίπου 40.000 απο αυτά τα ωοθυλάκια επιζούν μέχρι την εφηβεία. Οι ωοθήκες μετά την γέννηση βαθμιαία αυξάνονται σε μέγεθος. Μετά την ήβη και την επίδραση της ορμόνης του προσθίου λοβού της υποφύσεως τα επιθυλιακά κύτταρα που βρίσκονται στο αρχέγονο ωοθυλάκιο γίνονται κυβοειδή και αρχίζουν να διαιρούνται. Ένα ωοθυλάκιο που περιβάλλεται απο μια στοιβάδα κυβικών επιθηλιακών κυττάρων λέγεται πρωτογενές ωοθυλάκιο υπό την επίδραση της ορμόνης FSH του προσθίου λοβού της υπόφυσης μερικά πρωτογενή ωοθυλάκια υφίστανται περαιτέρω ανάπτυξη. Το επιθήλιο που τα περιβάλλει γίνεται πολύστιβο και τα ωοθυλάκια καθώς συνεχίζεται η ανάπτυξη του ωοθυλακίου σχηματίζεται μια μεμβράνη που χωρίζει το ωάριο απο τα επιθηλιακά κύτταρα που το περιβάλλουν. Η μεμβράνη αυτή λέγεται διαφανής ζώνη. Στην συνέχεια εμφανίζονται ακανόνιστοι χώροι ανάμεσα στα επιθυλιακά κύτταρα οι οποίοι περιέχουν διαυγές υγρό. Αργότερα οι χώροι αυτοί συνενώνονται και σχηματίζουν μια ενιαία κοιλότητα που λέγεται άντρο ή κοιλότητα του ωοθυλακίου. Στην φάση αυτή το ωάριο περιβαλλόμενο απο επιθυλιακά κύτταρα παρεκτοπίζεται προς την μια πλευρά του ωοθυλακίου καθώς όλο και περισσότερο υγρό αθροίζεται μέσα στο άντρο, το ωοθυλάκιο συνεχίζει να μεγαλώνει και να μετακινείται προς την επιφάνεια της ωοθήκης προκαλώντας μια μικρή προεξοχή στην επιφάνειά της. Το ωοθυλάκιο μ' αυτήν την μορφολογία λέγεται ώριμο ωοθυλάκιο, (ωοθυλάκιο του GRAFF).

ΩΟΡΡΗΞΙΑ: Υπό τις κατάλληλες ορμονικές συνθήκες το ώριμο ωοθυλάκιο βγάζει και απελευθερώνει το ωάριο που περιέχει. Αυτό λέγεται ωορρηξία. Χρειάζονται περίπου 10-14 ημέρες για να ωριμάσει ένα πρωτογενές ωοθυλάκιο. Κατά την διάρκεια των 30 ή 40 ετών

της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας γενικά ένα μόνο ωοθυλάκιο ωριμάζει πλήρως και υφίσταται ωορρηξία κάθε μήνα. Έτσι γύρω στα 400 μόνο κατά την διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Τα υπόλοιπα φθάνουν σε διάφορες φάσεις της ανάπτυξης και στην συνέχεια υποστρέφονται και εκφυλίζονται. Η διαδικασία εκφύλισης του ωοθυλακίου λέγεται ατρησία.

Ωχρο σωματίο : Μετά την ωορρηξία τα κύτταρα του ώριμου ωοθυλακίου αυξάνουν σε μέγεθος και παίρνουν ένα κίτρινο χρώμα που οφείλεται εν μέρει στην παρουσία κοκκίων λίπους. Με αυτό τον τρόπο σχηματίζεται μια δομή που λέγεται ωχρο σωματίο. Αν το ωάριο που απελευθερώθηκε κατά την ωορρηξία δεν γονιμοποιηθεί τότε το ωχρο σωματίο εκφυλίζεται και αντικαθίσταται από μια μάζα συνδετικού ιστού που λέγεται λευκό σωματίο. Αν όμως το ωάριο γονιμοποιηθεί τότε οι ορμόνες που παράγονται από τον πλακούντα συντηρούν το ωχρο σωματίο για αρκετούς μήνες. Κατά την διάρκεια αυτού του χρόνου το ωχρο σωματίο αποτελεί μια σημαντική πηγή οιστρογόνων και προγεστερόνης.

ΟΙ ΩΑΓΩΓΟΙ

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες είναι δύο μυώδεις σωλήνες μήκους περίπου 10 εκ. οι οποίοι εκτείνονται από την περιοχή της ωοθήκης ως την μήτρα. Το ελεύθερο άκρο του ωαγωγού είναι ανεβυσμένο σαν χωνί και είναι ανοικτό προς την πυελική κοιλότητα. Το τοίχωμα του αποσχίζεται σε 12 με 15 λωρίδες, τους κροσσούς που περιβάλλουν την ωοθήκη όπως τα δάκτυλα του ενός χεριού την πυγμή του άλλου.

Η λέκυθος είναι μακρύτερη και φαρδύτερη μοίρα του ωαγωγού. Ο ίστος του ωαγωγού είναι το στενότερο του τμήμα και εκτείνεται από την μήτρα ως το έσω πέρας της ληκίθου. Η μητριαία μοίρα του ωαγωγού είναι το τμήμα εκείνο που βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας.

Το τοίχωμα του αγωγού αποτελείται από 3 χιτώνες: α) τον βλεννογόνο β) τον μυϊκό χιτώνα και γ) τον ορογόνο χιτώνα. Ο βλεννογόνος περιέχει κροσσωτά κυλινδρικά κύτταρα καθώς επίσης και εκκριτικά κύτταρα. Ο αγωγός υποδέχεται το ωάριο από την ωοθήκη και παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον για να γίνει η γονιμοποίηση. Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου παρέχουν τις θρεπτικές ουσίες για την διατροφή του μονιμοποιηθέντος ωαρίου ενώ η ενέργεια των κροσσών και οι περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος συντελούν στην μεταφορά του γονιμοποιηθέντος ωαρίου προς την κοιλότητα της μήτρας. Μέσα από τον αγωγό περνούν επίσης τα σπερματοζωάρια για να φθάσουν το ωάριο και να γονιμοποιήσουν. Οι εκκρίσεις των κυττάρων του βλεννογόνου του αγωγού συντελούν επίσης στην διαφορά των σπερματοζωαρίων.

Η ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στην μικρή πύελο. Μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι και έχει μήκος περίπου 8 εκ. πλάτος περίπου 5 εκ. και πάχος 2 εκ. Ανατομικά διαιρείται σε πυθμένα, σώμα και τράχηλο. Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των αγωγών στην μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος εκείνο της μήτρας που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των αγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται με τον τράχηλο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προβάλλει μέσα στον κολεό. Με τον τρόπο αυτό ο τράχηλος διαί-

ρείται σε ένα υπερκοιλιακό και ένα ενδοκοιλιακό μέρος. Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι τριγωνική. Η κοιλότητα του τράχηλου είναι ατρακτοειδής και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος με τα έσω στόμια της μήτρας. Η κοιλότητα του τράχηλου επικοινωνεί με τον κολεό με το έξω στόμιο της μήτρας. Στην έτοιμη γυναίκα το έξω στόμιο είναι κυκλικό ενώ

στην πολύτοκη γυναίκα το έξω στόμιο βρίσκεται σε εγκάρσια θέση και έχει ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο χείλος. Φυσιολογικά ή μήτρα κάμπτεται μεταξύ σώματος και τραχήλου. Στην θέση αυτή το σώμα φέρεται προς τα εμπρός και ελαφρώς προς τα άνω ενώ ο τράχηλος προβάλλει προς τα κάτω και πίσω. Ο επιμήκης άξονας της μήτρας είναι σχεδόν κάθετος με τον επιμήκη άξονα του κολεού.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας καλύπτεται εξωτερικά από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά ή μήτρα υπολείφεται από βλεννογόνο που λέγεται ενδομήτριο. Το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας και του άνω τριτημόριου του τραχήλου υφίσταται τμηματικές δομικές αλλαγές κατά την διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην επίδραση ορμονών της ωοθήκης. Η επιπολής στοιβάδα δηλ. ή στοιβάδα που βρίσκεται προς τον αυλό λέγεται λειτουργική στοιβάδα και αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση. Η εν τω βάθει στοιβάδα λέγεται βασική, είναι μόνιμη και από αυτήν αναγεννάται η λειτουργική στοιβάδα.

ΚΟΛΕΟΣ

Ο κολεός είναι δυνατός ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα άνω και πίσω. Έχει μήκος περίπου 8εκ. και ο επιμήκης άξονάς του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκοιλικό μέρος του τράχηλου χωρίζεται σε 4 μούρες ή θόλους: ένα πρόσθιο και 2 πλάγιους θόλους. Ο οπίσθιος θόλος είναι μακρύτερος από τον πρόσθιο.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) βλεννογόνο β) μυϊκό χιτώνα γ) ινώδη χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι πολύστιβο πλακώδες και τα κυττάρά του κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας περιέχουν μεγάλα ποσά γλυκογόνου στο κυτταροπλασμα τους. Καθώς τα επιφανειακά κύτταρα του επιθηλίου αποπίπτουν το γλυκογόνο που περιέχουν διασπάται από ορισμένα βακτηρίδια και μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ. Με τον τρόπο αυτό το

ΡΗ του αυλού του κόλπου ελαττώνεται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών.

Β. ΑΝΑΤΟΜΙΑ — ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύρια λειτουργία των οργάνων του άνδρα περιορίζεται στην εναπόθεση μέσα στον κόλπο της γυναίκας των σπερματοζωαρίων ή αρσενικών σπερματικών κυττάρων. Τα βασικότερα αυτών των οργάνων, που βρίσκονται στο κάτω μέρος της κοιλιάς (υπογάστριο) είναι το πέος, οι όρχεις, η επιδιδυμίδα ο σπερματικός πόρος, ο προστάτης και η σπερματοδόχος κύστη.

Πρόκειται για όργανα ορατά -οι όρχεις και το πέος- και για όργανα μη ορατά τοποθετημένα ανάμεσα στην κύστη και τον πρωκτό -και για την ακρίβεια ο προστάτης, η σπερματική κύστη και ο πόρος. Τα απευθείας ή μη συνδεδεμένα με το πέος ανατομικά μέρη, όπως ο πρωκτός και οι θηλές, δεν περιλαμβάνονται στα γεννητικά όργανα.

ΟΙ ΟΡΧΕΙΣ

Επιστημονικά περιγράφονται σαν αδένες σεξουαλικά αρσενικοί που παράγουν το σπέρμα και τις αρσενικές σεξουαλικές ορμόνες (ανδρογενείς). Είναι δύο και έχουν το μέγεθος λίγο πολύ μιας μεγάλης ελιάς, παρόλο που διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Σαν μέσο όρο μεγέθους μπορούμε να θεωρήσουμε τα 30-40 χιολιστά. Είναι τοποθετημένοι μέσα στο όσχεο (θύλακας) και η εξωτερική τους τοποθεσία έχει ένα ειδικό λόγο. Οι όρχεις χρειάζονται χαμηλότερη θερμοκρασία από την εσωτερική του σώματος για να μπορούν να παράγουν κανονικά σπερματοζωάρια. Χωρίζονται ο ένας από τον άλλο, από μία μεμβράνη τον οσχεικό χιτώνα. Ένας χιτώνας από ισχυρούς ιστούς καλύπτει καθένα από τους δύο όρχεις και ο αριστερός είναι μεγαλύτερος και βρίσκεται χαμηλότερα από τον δεξιό. Είναι εσφαλμένη ή εντύπωση ότι αυτή η διαφορά είναι κάποια δυσμορφία. Οι διαστά-

σεις των όρχεων δεν έχουν καμιά σημασία και δεν παίζουν κανένα ρόλο στην αποτελεσματικότητά τους. Μία δυσμορφία που προκαλείται από παρασιτική μόλυνση και δεν είναι ευτυχώς διαδεδομένη είναι η λεγόμενη ελεφεντίαση που κάνει τους όρχεις να μοιάζουν με δύο μεγάλα τόπια.

Οι όρχεις κατεβαίνουν στον θυλακά τους, λίγο πριν από την εφηβεία και από αυτήν την στιγμή αρχίζει ή παραγωγή των σπερματοζωαρίων. Αν δεν κατέβουν μέσα στον θυλακά τους έχουμε κρυφορχία και μια χειρουργική επέμβαση πολύ συχνά τους επαναφέρει στην σωστή τους θέση τους. Αν η κρυφορχία είναι ανεπανώρθωτη τότε συνοδεύονται και από στειρότητα. Δεν είναι καθόλου περριτός ο έλεγχος του ανδρισμού ενός νεογέννητου ή μικρού αγορτού με την εξέταση των όρχεων: κατά την γέννησή του ο θύλακας των όρχεων είναι κενός και αυτοί θα κατέβουν όπως είπαμε, μόνο πριν την εφηβεία. Η απώλεια των όρχεων, ηθελημένη ή μη, λέγεται ευνουχισμός: αν αυτό συμβεί πριν την εφηβεία, πριν αρχίσουν τα αποτελέσματα της τεστοστερόνης, της αρσενικής ορμόνης που παράγουν οι όρχεις και συγκεκριμένα το λενίδιο κύτταρο, η σεξουαλικότητα έχει λήξει προτού ακόμα αρχίσει. Αν όμως τούτο συμβεί αργότερα, με εξαίρεση τα μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα και της στειρότητας ή σεξουαλική πράξη παραμένει δυνατή.

Κάτω από το μικροσκόπιο, οι όρχεις μοιάζουν με ένα πυκνό κουβάρι από σωλήνες μέσα στους οποίους κυκλοφορούν τα σπερματοζωάρια που αποσπώνται από τα τοιχώματα όταν έχουν ολοκληρώσει την ωρίμανση τους. Οι όρχεις είναι πολύ ευαίσθητοι στην πίεση. Γι' αυτό χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή κατά την άσκηση καθώς και κατά την εκθεσή τους σε επαγγέλματα ή σκληρές δοκιμασίες που μπορούν να έχουν άσχημα αποτελέσματα.

ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ ΚΑΙ ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Ο σπερματικός πόρος ένας απο κάθε πλευρά, είναι ένα όργανο τοποθετημένο στο κάτω άκρο της κοιλίας του άντρα και αποτελεί συνέχεια της επιδιδυμίδας. Κάθε μέρα παράγονται μέσα στους όρχεις εκατομμύρια σπερματοζώρια και εναποθηκεύονται ακριβώς στην επιδιδυμίδα: απο εκεί ωθούνται μέσα στους δύο σπερματικούς πόρους οι οποίοι καταλήγουν από την μια άκρη τους στον προστάτη και απο την άλλη στην ουρήθρα, απο όπου και βγαίνει το σπερματικό υγρό με την εκσπερμάτωση.

Οι σπερματικοί πόροι είναι δύο σωληνωδείς μυικές ταινίες μήκους περίπου 40-60 εκ. που με τις συσπάσεις τους ωθούν τα σπερματικά κύτταρα προς την κύστη. Η σπερματογένεση είναι μια συνεχής διαδικασία σε αντίθεση με την γυναικεία ωοριογένεση (OÖGENESI) που είναι μημιαία. Το σπερματοζώριο είναι πολύ μικρό. Το συνολικό του μήκος είναι 2 χιλιοστά του χιλιοστού και έχει ένα παράξενο σχήμα με μια πολύ μικρή κεφαλή, που ενώνεται με ένα λαιμό σε μια λεπτή και μακρυσυρά. Το σημαντικότερο είναι η κεφαλή γιατί είναι το αληθινό αντρικό σπέρμα. Η ουρά όμως είναι που κάνει την κίνηση που επιτρέπει στο σπερματοζώριο να ανεβεί στον κόλπο, σε αναζήτηση του ωαρίου. Κατά την συνουσία, ο άντρας εξακοντίζει γύρω στα 80 εκατομμύρια σπερματοζώρια σε κάθε κυβικό εκατοστό σπέρματος και αν λάβουμε υπόψη μας τον όγκο του σπέρματος που εκσπερματώνεται σε κάθε σεξουαλική επαφή (περίπου 5 κυβ.εκ) είναι εύκολο να υπολογίσουμε τα ~~δισεκατομμύρια σπερματοζωάρια που δημιουργούνται στην ζωή ενός ενήλικα άνδρα και περνάνε μέσα απο τους σπερματικούς πόρους.~~

Η αποκοπή του σπερματικού πόρου προκαλεί την στειρώση, δίχως όμως να αφαιρεί την ικανότητα στον άντρα να έχει ομαλές σεξουαλικές επαφές. Η εκσπερμάτωση του μόνο δεν θα περιέχει σπέρμα. Πρόκειται για μια επέμβαση εύκολη, σχεδόν ανώδυνη αλλά και αμετάκλητη.

Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ

Είναι ένας αδένας σε σχήμα κάστανου που περιβάλλει τον έντρικό ουροδόχο αγωγό. Είναι τοποθετημένος ακριβώς κάτω από την κύστη και εκκρίνει ένα υγρό που αποτελεί μέρος του σπέρματος. Έχει το μέγεθος ενός μέτριου καρυδιού και συνθέτεται από περίπου 40-50 μικρούς αδένες που εκκρίνουν ένα γαλακτώδες υγρό, ελαφρά αλκαλικό που με την σειρά του αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του σπερματικού υγρού, δίνοντάς του στο μεταξύ, και την χαρακτηριστική οσμή. Αυτό το υγρό, πάνω από όλα, σκοπό έχει να μεταφέρει και να τρέφει τα σπερματοζωάρια και παράγεται σε μικρή ποσότητα: περίπου 2 κυβ.εκ. την ημέρα. Η αφαίρεση του προστάτη δεν εμποδίζει την σεξουαλική δραστηριότητα ενός άντρα, αν βέβαια εξακολουθεί να έχει την ικανότητα, αλλά την στιγμή του οργασμού δεν θα σημειωθεί η εκροή σπερματικού υγρού.

ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Είναι τοποθετημένες συμμετρικά, από κάθε πλευρά, δίπλα στους βολβουρηθραίους αδένες και σχηματίζονται από δύο σωληνωτά σώματα τυφλά των οποίων ο βλεννογόνος σχηματίζει ένα λαβύρινθο από μικρούς θαλάμους. Οι σπερματικές κύστεις εκκρίνουν και αυτές ένα υγρό πλούσιο σε σάκχαρο που χαρίζει στο σπέρμα την ενέργεια που χρειάζεται για να κινηθεί και να μπορέσει να φθάσει τον στόχο του : το ωάριο. Από αυτήν την στιγμή το σπερματικό υγρό έχει συμπληρώσει όλα του τα συστατικά, που αποτελούνται από σπερματικές ίνες που παράγονται από τους όρχεις, καθώς και εκκρίσεις του προστάτη και της σπερματικής κύστης.

ΤΟ ΠΕΟΣ

Λέγεται επίσης φαλλός και θεωρείται σαν το κατ'εξοχήν αρσενικό σεξουαλικό όργανο. Αποτελείται από έναν κυλινδρικό σωλήνα (που ονομάζεται στέλεχος ή μίσχος) που βρίσκεται μέσα στην ακροποσθία (πόσθη) και την βάλανο. Η συστάση του είναι σχετικά καλή και απλή: ουσιαστικά πρόκειται για έναν σωλήνα (ονομαζόμενο ουρήθρα) που φέρνει σε επαφή την κύστη με το εξωτερικό και από όπου διοχετεύονται οι εκκρίσεις του προστάτη, των όρχεων και των σπερματικών κύστεων. Η διπλή λειτουργία της ουρήθρας, που χρησιμεύει στην μεταφορά και εξαγωγή τόσο των ούρων όσο και του σπερματικού υγρού, είναι δυνατή χάρη σε ένα σύστημα σφίγκτηρων που λειτουργώντας σαν βάλβιδες, εμποδίζουν την ταυτόχρονη εκροή των δύο υγρών. Ο μίσχος ενώνει το κάτω μέρος της κοιλιάς με το κύριο σώμα του πέους που περιβάλλεται από ένα πλήθος αιμοφόρων αγγείων, μυών και ελαστικού δέρματος (ακροποσθίας) που το καλύπτει και συνδέεται με ένα χαλινό στο κάτω μέρος της βάλανου που είναι και το άκρος του πέους.

Όταν η ακροποσθία (πόσθη) δεν μαζεύεται για να αποκαλύψει την βάλανο τότε έχουμε την λέγόμενη φίμωση, η οποία αποκαθίσταται με μια μικρή χειρουργική επέμβαση που λέγεται περιτομή.

Η διάταση του πέους είναι ευμετάβλητη σε κατάσταση χαλάρωσης, κυμαίνεται μεταξύ 5 και 6 εκ. ενώ κατά την στύση μπορεί να υπερβεί τα 15 εκ. κάτω από την επιρροή του αίματος που γεμίζει τα αγγεία του πέους. Η κλίμακα του μεγέθους ενός πέους σε στύση μπορεί να κυμανθεί από 10 έως και 20 εκ.. Χωρίς το μήκος να είναι δείγμα μεγαλύτερου ή μικρότερου ανδρισμού. Η λειτουργία του συνίσταται στο να εισχωρεί στον κόλπο και να εκσπερματώνει, επομένως θεωρείται κανονικό οποιοδήποτε πέος είναι σε θέση να εκπληρώσει αυτήν την λειτουργία.

Το ίδιο εβέσιμη είναι ή γνώμη ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο μέγεθος του πέους και την ικένότητα να προκληθεί ο σεξουαλικός οργασμός στην γυναίκα. Οι αισθήσεις που προκαλούν το γυναικείο σεξουαλικό οργασμό συγκεντρώνονται πράγματι σχεδόν καθ'όλοκληρία στην προσιτή γεννητική δομή της γυναίκας, δηλαδή την κλειτορίδα και τις γύρω περιοχές, ζώνες που μπορεί εύκολα να αγγίξει οποιοδήποτε μετα-εφηβικό πέος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα η κοινωνία έστω κι αν δεν έχει χάσει όλες τις βασικές δομές της, τείνει να "γενικευθεί" και έτσι ορισμένα προβλήματα ακόμα και σεξουαλικής φύσης έχουν και αυτή με την σειρά τους γενικευθεί: αν όχι σε ότι αφορά τις λύσεις τους, τουλάχιστον στην χρησιμοποίησή τους σαν στοιχεία.

Το δημογραφικό πρόβλημα για παράδειγμα. Όπως ο αριθμός των γεννήσεων αυξάνεται ή μειώνεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του κάθε κράτους, εξετάζεται με μια σφαιρική έποψη και είναι θέμα προσοχής από μέρους των μελετητών όλου του κόσμου, όχι μόνο των σεξολόγων αλλά και των οικονομολόγων, των οικολόγων κτλ. Αναγνωρίζεται αμέσως σαν πολιτικό πρόβλημα με πλατύτερη έννοια.

Είναι κατανοητό λοιπόν γιατί αφιερώνουμε αυτό το κεφάλαιο στο δημογραφικό πρόβλημα και στον τρόπο που τα άτομα στο εσωτερικό των διαφόρων κοινωνικών δομών στις οποίες ζούνε, μπορούν και πρέπει να το αντιμετωπίσουν: εκείνο δηλαδή μιας υπεύθυνης πατρότητας και μητρότητας. Σ' αυτό το σημείο ακριβώς τίθεται η "αντισύλληψη", μια λέξη που βρίσκεται στα χείλη όλων, που όμως ακόμα σπάνια χρησιμοποιούνται σωστά και μερικοί την θεωρούν αποκλειστικά σαν έκφραση εγωισμού από μέρους του ζευγαριού, παρά, όπως θα έπρεπε να είναι μια εκδήλωση της λογικής ακριβώς του "HOMO SAPIENS". Σε καμία περίπτωση όμως δεν θα διακινδυνεύσουμε αποκλειστικά ηθικές εκτιμήσεις περιοριζόμενοι σε μια επιστημονική απρίθμηση.

A. ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Είναι το πρόβλημα που προβάλλεται από την επιστήμη που μελετά την δομή, τις κινήσεις και το δυναμικό του πληθυσμού. Για να απλοποιήσουμε θα πούμε ότι σαν δημογραφικό πρόβλημα θεωρούνται όλα εκείνα τα θέματα που έχουν σχέση με τον πληθυσμό της γής. Λόγω της ενότητας του θέματος η δημογραφία σήμερα έχει μια δική της επιστημονική αυτονομία. Η δημογραφία σαν επιστήμη κάθε άλλο παρά πρόσφατη είναι, άλλα μόλις πριν μερικές δεκαετίες το ενδιαφέρον γι' αυτήν αυξήθηκε. Από τότε δηλαδή που ο υπερπληθυσμός σε πολλές ζώνες του πλανήτη μας έγινε πραγματικότητα και τα αποτελέσματα του έγιναν αισθητά, με τρόπο αληθινά δραματικό και επίπονο.

Το 2000 ο πληθυσμός του πλανήτη θα είναι περίπου 7δισεκατομμύρια και από τώρα σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των διεθνών οργανισμών, όχι λιγότερα από 500 εκατομμύρια λιμοκτονούν. Ξεκινώντας από αυτό το σημείο ακόμα και οι πιο ειδικόδοξοι αναγνωρίζουν ότι η γή είναι σχετικά μικρή αν και πολλοί από τους πόρους της, απέχουν πολύ από την κατάλληλη εκμετάλλευσή τους. Δεν είναι γνωστό όμως τις επιπτώσεις που μπορούν να έχουν, στην συνεχή εκμετάλλευση, η σύγχρονη τεχνολογία και η καταστροφή του περιβάλλοντος.

Εξω από κάθε άλλη εξέταση, είναι καθαρό πως το δημογραφικό πρόβλημα διασταυρώνεται απευθείας με εκείνο της γεννητικότητας και επομένως, γενικότερα με το πρόβλημα της σεξουαλικότητας. Πάνω σ' αυτό το θέμα, ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας εμπειρογνώμων του, δίνει μερικές υποδείξεις κάθε άλλο παρά άχρηστες που αν ακολουθηθούν θα προσφέρουν σημαντική βοήθεια ακόμα και στους όχι ειδικούς, για να μην χειροτερεύει πέρα από κάθε όριο το πρόβλημα της δημογραφίας.

Σύμφωνα με αυτές τις ενδείξεις ή πρώτη εγκυμοσύνη πρέπει να επέρχεται μεταξύ 20-24 χρόνων. Τα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν μεγάλη οικογένεια πρέπει να φροντίζουν να υπάρχει ένα κενό 3 ετών ανάμεσα στην μία γέννα και στην άλλη. Δεν πρέπει να μένουν έγκυες οι γυναίκες πέρα από τα 35ο έτος της ηλικίας τους και πάνω από όλα δεν πρέπει να υπάρχει εγκυμοσύνη ανεπιθύμητη.

Πρόκειται όπως είπαμε για πολύ γενικευμένες ενδείξεις, αφήρημένες και χωρίς συγκριτική αξία για όλα τα ζευγάρια όλων των χωρών, αλλά χρησιμεύουν στο να αποδείξουν πως το δημογραφικό πρόβλημα για να αντιμετωπισθεί τουλάχιστον αν όχι συνεργασία της κοινωνίας με την πλατύτερη έννοια και του καθενός στοιχείου που την διαμορφώνουν,

Β. Η ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.

Ο ερχομός ενός παιδιού είναι μια από τις ωραιότερες και φωτεινότερες στιγμές της ζωής ενός ζευγαριού με την προϋπόθεση ότι αυτός ο ερχομός επιθυμείται και έχει προγραμματιστεί. Το κάθε ζευγάρι πρέπει να δείξει μια υπευθυνότητα, να δει ότι η στιγμή που θα γεννηθεί το παιδί είναι η κατάλληλη για την υγεία της μητέρας και οι οικονομικές συνθήκες και το περιβάλλον κατάλληλα για να μην δημιουργηθούν προβλήματα στην ανάπτυξη και εκπαίδευση του νεογέννητου. Εμπρός σε μια παρόμοια συμπεριφορά από μέρους του ζευγαριού, θα ήταν λάθος να μιλάμε για "περιορισμό των γεννήσεων". Με δύο λόγια η γέννηση του παιδιού πρέπει να είναι επιθυμητή, ηθελημένη και πάνω από όλα αποτέλεσμα μιας ερωτικής συνάντησης δύο ψυχολογικά ώριμων ατόμων.

Όλοι παραδέχονται πλέον ότι η συνεύρεση δεθ καταλήγει πρ
ντα στην αναπαραγωγή αλλά σημαίνει και αγάπη όπου όμως παραμ
νει το πρόβλημα της σταθεροποίησης και σύνδεσης του ζευγαριού.
Πολλές ζευγαρίες που παρνούσαν κρίσεις ενοχής δεν χρειάστηκε να
πνίγουν τα αισθήματά τους και να αποφεύγουν τις ερωτικές δια
χύσεις τους επειδή "αγάπη" σημαίνει και το "επρόβλεπτο".

Δεδομένου ότι συνεύρεση δεν είναι μόνο αναπαραγωγή αλλά
και αγάπη, παραμένει το πρόβλημα της ευαισθητοποίησης του ζευ
γαριού στην πρακτική αγάπη σε τρόπο που να μην έχει δυσάρεστο
επέκρουθα: είναι πράγματι ανώφελο να ξεπερνάμε τα σεξουαλικά
ταμπού να δικηρήσουμε την ομορφιά και την απελευθερωτική δύ
ναμη που βγαίνει από την ίδια την σεξουαλικότητα, αν οι φόβοι
που βγήκαν από την πόρτα ξαναμπέίνουν από το παράθυρο με την
σύγχυση, την καταπίεση και τον φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμο
σύνης. Ακόμα θα λέγαμε ότι το να φέρουμε στον κόσμο ένα παιδί
συμφωνεί με μια πράξη αγάπης ηθελημένη, μια εκλογή για την ο
ποία το ζευγάρι ξέρει ή θα έπρεπε να ξέρει ποιές είναι οι υπ
χρεώσεις του και τι μπορεί σε αντάλλαγμα.

Το βασικό πρόβλημα είναι λοιπόν πως να απολαύσουμε τις
απαραίτητες ή υγιεινές χαρές του σεξ αποφεύγοντας μια ανεπι
θύμητη σύλληψη. Η απάντηση είναι απλή καταφεύγοντας σε μίαν απή
τις μεθόδους που υπάρχουν σήμερα και που μπορούν να εφαρμοστούν
από την γυναίκα και τον άνδρα, αφήνοντας όπως είναι σωστό τις
ηθικές εκτιμήσεις στην συνείδηση του καθένα.

Γ. ΠΩΣ ΟΙ ΠΡΟΓΟΝΟΙ ΜΑΣ ΕΦΑΡΜΟΣΑΝ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Όπως οι πιο πολλές ιδέες που φαίνονται πολύ νέες, έτσι και ο έλεγχος των γεννήσεων σαν πραγματικότητα είναι πολύ παλιός. Μνημονεύεται σε ένα αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο γραμμένο εδώ και 4.000 περίπου χρόνια, και ήταν θέμα ζώηρης συζητήσεως μεταξύ των Ελλήνων φιλοσόφων τουλάχιστον εδώ και 2.400 χρόνια. Στις Ινδίες οι πρώτες εξακριβωμένες από κείμενα μέθοδοι ανέχονται σε 1600 χρόνια πριν. Στην Κίνα η πρώτη γραπτή αναφορά γίνεται σε ένα Ιατρικό κείμενο 1300 περίπου ετών, και η ιδέα καθεαυτή φαίνεται ότι είναι πολύ παλαιότερη. Οι πρωτόγονες φυλές που είχαν και έχουν απομείνει στον σημερινό κόσμο μολονότι είναι ξεκομμένες από την πρόοδο του πολιτισμού και δεν γνωρίζουν τίποτε για τα κείμενα της αρχαίας Αιγύπτου ή της Ανατολής και ακόμη λιγότερα για την σύγχρονη επιστήμη ή Ιατρική, έχουν τις δικές τους μεθόδους. Είναι φανερό οι μέθοδοι αυτές τους παραδόθηκαν προφορικά, ουσιαστικά αμετάβλητες επί αναρίθμητες γενεές που φτάνουν ως τις αρχές της ανθρωπότητας. Η διάθεση να περιοριστεί το μέγεθος της οικογένειας φαίνεται ότι είναι τόσο παλαιά, όσο σχεδόν και η ίδια η ανθρωπότης. Η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων βλέπτισε αυτόματα σχεδόν σε κάθε γωνιά του κόσμου και συνεχίσθηκε μέσα στους αιώνες.

Προφανώς οι πρώτοι άνδρες και γυναίκες που έφερμοσαν τον έλεγχο των γεννήσεων είχαν το ίδιο κίνητρο με πολλά σημερινά ζευγάρια. Επιθυμούσαν να ανακουφιστούν από τους συνεχείς περιορισμούς της εγκυμοσύνης και από το βάρος να θρέφουν και να φροντίζουν όπως πρέπει ένα καινούριο μωρό καθέ χρόνο. Αλλά είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων πολύ σύντομα έφτασε να θεωρείται ως σκόπιμη κοινωνική πολιτική, να τεθεί στην υπηρεσία της κοινωνίας ως συνόλου.

Ο Αριστοτέλης, ο αρχαίος Έλληνας φιλόσοφος, πιστεύει ότι ο πολιτισμός θα εξυπηρετείτο καλύτερα αν ο πληθυσμός στις πόλεις κράτη της Ελλάδος διατηρείτο στάσιμος. Και υποστήριζε την θεσπιστη νόμων που θα περιόριζαν τον αριθμό των παιδιών που κάθε οικογένεια μπορούσε να έχει. Άλλοι Έλληνες φιλόσοφοι έφτασαν ως το σημείο να υποστηρίζουν ότι κάθε οικογένεια θα έπρεπε να έχει ένα μόνο παιδί. Και έτσι η ιδέα της εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, ώστε να προληφθεί πληθυσμιακή έκρηξη, είναι παλαιότερη από 2000 χρόνια και ανάγεται σε μια περίοδο κατά την οποία αν και υπήρχαν πολύ λιγότεροι άνθρωποι στην γη από όσοι σήμερα, η ικανότητα του ανθρώπου να προμηθεύεται τροφή και τα άλλα αναγκαία για την ζωή του ήταν αντίστοιχα μικρότερη.

Όσο για τις πρώτες μεθόδους εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, αυτές φυσικά ήταν πρωτόγονες και όχι πολύ αποτελεσματικές, όπως παραμένουν και σήμερα σε εκείνα τα μέρη του κόσμου όπου δεν έχουν εισχωρήσει ακόμα οι σύγχρονες ιατρικές γνώσεις. Ο Αριστοτέλης π.χ. παραδεχόταν ότι το ιδεώδες που για ένα στάσιμο πληθυσμό, μπορούσε να στηριχτεί μόνο στον έλεγχο των γεννήσεων όπως ήταν τότε γνωστός. Υποχρεώθηκε λοιπόν να συστήσει πολύ σκληρότερα μέτρα - την έκτρωση και την θανάτωση των ανεπιθύμητων παιδιών με την έκθεσή τους. Και οι δύο αυτές μέθοδοι παρεπιπτόντως, χρησιμοποιούνται ακόμη για τον έλεγχο του πληθυσμού σε διάφορα μέρη του σύγχρονου κόσμου. Η έκτρωση όπως θα σημειωθεί, είναι νόμιμη και εντελώς κοινή σε χώρες όπως η Ιαπωνία και η Σοβιετική Ένωση. Η θανάτωση των παιδιών με έκθεση συνηθίζεται σε πολλές πρωτόγονες φυλές.

Ήταν φυσικό βέβαια, ώσπου να αναπτυχθεί η επιστήμη, η επιθυμία της ανθρωπότητας για μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων να

ξεπερνάει την ικανότητα της να τις αποκτήσει, θα πρέπει να δεχθούμε ότι υπήρξε μια μακρά περίοδος στην ανθρώπινη Ιστορία, κατά την οποία κανένας άνθρωπος στην γη δεν είχε την παραμικρή ιδέα γιατί γεννιόταν ένα παιδί. Ακόμη και στον σημερινό κόσμο υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που δεν αντιλαμβάνονται ότι η πράξη της γενετήσιας επαφής σχετίζεται με τον τοκετό. Και η άγνοια αυτή κάποτε θα πρέπει να ήταν καθολική. Στο κάτω κάτω, τα γεγονότα απέχουν χρονικά πολύ μεταξύ τους. Εννέα μήνες μεσολαβούν ανάμεσα στην πράξη της συνουσίας και στην εμφάνιση του μωρού. Και σε αυτούς τους εννέα μήνες πολλά άλλα γεγονότα συμβαίνουν. Ένας πρωτόγονος άνθρωπος μπορούσε εύκολα να υποθέσει ότι το μωρό προέκυψε από κάτι που έφαγε η γυναίκα του ή από κάτι που ή από την επίδραση του ήλιου ή της Σελήνης ή ότι τα παιδιά έρχονται απλούστατα αυτομάτως, όπως έρχονται και ο καταμήνιος κύκλος της γυναίκας που με αυτόν φαινόταν να σχετίζονται κατά κάποιο τρόπο.

Στην αρχή τα παιδιά θεωρούνταν αποκλειστικά καρπός της γυναίκας. Ο ρόλος του πατέρα δεν αναγνωρίζονταν. Αυτός λίγο πολύ ήταν ένας αθώος θεατής, στην γυναίκα του οποίου συνέβαιναν κατά καιρούς παράξενα πράγματα με αποτέλεσμα πρώτα να φουσκώνει και να βαραίνει, και έπειτα να γεννάει ένα παιδί. Και επειδή η γυναίκα ήταν υπεύθυνη για την γέννα, σε αυτήν εστράφησαν οι πρώτες προσπάθειες ελέγχου των γεννήσεων. Ίσως η πρώτη μέθοδος που δοκιμάστηκε να ήταν η προσευχή μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι πρώτοι από τους προγόνους μας που δεν ήθελαν άλλα παιδιά προσεύχονταν στους πρωτόγονους θεούς τους και μάλιστα ότι οι γυναίκες και όχι οι άνδρες έκαναν τις προσευχές. Αργότερα, πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαιμαλιά γύρω από τον λαιμό ή την μέση

για να διώχνουν τα πνεύματα.Ή για να αναχαιτήσουν τις παράξενες εξεργασίες που συνέβαιναν στο σώμα τους και κατέληγαν σε ένα παιδί, έπιναν αλλόκοτα "φάρμακα"τεχνική της διακεκομένης συνουσίας γνωστό στον Ιατρικό κόσμο ως COITUS INTERRUPTUS. Η τεχνική αυτή μνημονεύεται στο βιβλίο της Γενέσεως και στο Ταλμούδ και είναι γνωστή σε πολλές πρωτόγονες φυλές που ζούν σήμερα στην Αφρική. Ήταν η πιο γνωστή και η πιο αποτελεσματική απο τις αρχικές μεθόδους και χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ευρύτατα στον πολιτισμένο κόσμο.

Πολύ λιγότερο αποτελεσματικές ήταν οι παλιές τεχνικές με τις οποίες η γυναίκα προέβαινε σε ορισμένες ενέργειες που αποσκοπούσαν να παρεμποδίσουν το σπέρμα να επιφέρει συνέπειες.Μια μέθοδος ήταν να χοροπηδάει έπειτα από την συνουσία ώστε να αποβληθεί το σπέρμα.

Από όλες τις μεθόδους που χρησιμοποιούνταν στον αρχαίο κόσμο, η πιο εξελιγμένη ήταν η προσπάθεια να βρεθεί κάποιο μέσο που θα έκανε ότι κάνει το σύγχρονο διάγραμμα, δηλαδή θα σχημάτιζε ένα μηχανικό φραγμό, που τοποθετούμενος πριν από την συνουσία θα εμπόδιζε το σπέρμα να εισχωρήσει στην μήτρα. Σε πρωτόγονη μορφή, η τεχνική αυτή ήταν γνωστή στους Αιγυπτίους και αναφέρεται σε ένα πάπυρο ηλικίας 4000ετών και αναπτύχθηκε, προφανώς ανεξάρτητα, σε πολλούς άλλους πολιτισμούς και από πολλές πρωτόγονες φυλές σε όλον τον κόσμο. Πολλές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποτελέσουν τον φραγμό. Ο Αιγυπτιακός πάπυρος συμβουλεύει να χρησιμοποι-

ηται ένα βύσμα καμωμένο από ακαθαρσίες κροκοδείλων. Σε άλλες εποχές και τόπους κατασκευάζονταν ένα βύσμα από χηλόη, φύκια ξερά σύκια, σπόρους μουστάρδας, φύλλα κερι μελλισών η ύφασμα.

Στις Ινδίες, εδώ και 2000 χρόνια το βύσμα αυτό ήταν ένα κομμάτι από ορυκτό αλάτι βουτηγμένο σε λάδι. Στα γραπτά του Καλανόβα, που έζησε τον 18ον αιώνα, μνημονεύονται η χρησιμοποίηση μισού λεμονιού.

Καμιά φορά αντί του βύσματος χρησιμοποιούνται διάφορες ουσίες που πιστευόταν ότι σκοτώναν το σπέρμα και εισάγοταν μέσα στον κόλπο πριν από τη συνουσία. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές από αυτές τις μεθόδους, μολονότι όχι πολύ δραστικές κατά τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν βρίσκονταν στον σωστό δρόμο. Το ξύδι και ο χυμός του λεμονιού είναι επαρκώς όξινα για να σκοτώσουν το σπέρμα με το οποίο έρχονται σε επαφή. Το λάδι και το μέλι είναι αρκετά γλοιώδη ώστε να εμποδίσουν τις φυσιολογικές προσπάθειες των σπερματοζωαρίων να ταξιδεύσουν προς την θέση όπου θα συναντήσουν το ωάριο της γυναίκας.

Η ιστορία αναφέρει πολλές τέτοιες προσπάθειες για τον έλεγχο των γεννήσεων, που όλες φτάνουν ως την εποχή που ο ρόλος του πατέρα στην γέννηση του παιδιού δεν είχε εξακριβωθεί. Στην αρχαία Ελλάδα και στην Ρώμη υποδύκνειαν σαν μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων να φοράει η γυναίκα ένα μαγικό φυλακτό, καμωμένο από τη μήτρα μιας λέαινας, το σκυάτι μιας γάτας ή το δόντι ενός παιδιού. Στην Ευρώπη του Μεσαίωνα οι γυναίκες μάθαιναν να βασίζονται στη καρδιά μιας σαλαμάνδρας ή σε δακτυλίδια από πολύτιμους λίθους, ή σε στεφάνια από μυρτιά που τα φορούσαν την ώρα του γάμου.

Είναι απειράριθμοι οι τύποι των "φαρμάκων" που ορίζονταν σαν μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Ένας από τους πρώτους μνημονεύται στο Ταλμουδ. "Επιτρέπεται σε μια γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει στείρα". Άλλοι τύποι, διαμέσου των αιώνων, περιέλαβαν πολλά τέτοια "τσάγια" καμωμένα από διάφορα είδη ριζών, σπόρων ή φύλλων δέντρων. Εκχύματα από μπαρούτι, χάπια από υδράργυρο ή ακόμη παρασκευάσματα από θανατηφόρα δηλητήρια όπως το αρσενικό, που σε πολλές ατυχείς περιπτώσεις πραγματικά προλάβαιναν την γέννηση ενός παιδιού, αλλά πολύ συχνά σκοτώναν απλώς την μέλλουσα μητέρα. Οι γυναίκες της Ιαπωνίας κάποτε έτρωγαν μέλι που περιείχε τα πτώματα μελισσών. Αφρό από το

στόμα καμήλας κατάπιναν με πολλές ελπίδες οι γυναίκες της Βορείου Αφρικής, που σε άλλους καιρούς στωικά και ιεροκρυφίως έπιναν νερό που είχε χρησιμοποιηθεί για να πλυθεί ένας νεκρός. Στην Αίγυπτο συμβούλευαν τις γυναίκες να τρώνε επομένη του τοκετού σπόρους πιστεύοταν ότι προατάτευε για έναν χρόνο από την εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν έχει εκλείψει τελείως.

Καθώς γνωρίζουμε σήμερα, η αναζήτηση κάποιας ουσίας που αν λαμβανόταν από το στόμα θα εμπόδιζε μια γυναίκα να συλλάβει παιδί επρόκειτο τελικά να καταλήξει σε επιτυχία. "Το χάπι" είναι μια μέθοδος, δηλαδή μια ουσία και είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων που έχει επινοηθεί μέχρι σήμερα. Αλλά το χάπι είναι ένα περίπλοκο προϊόν της σύγχρονης επιστήμης που δεν ανακαλύφθηκε παρά το 1955, όλα τα προηγούμενα "φάρμακα" μολονότι ανβίθμυτες γυναίκες τα κατάπιναν επί γενεές -γενεών, τα έπαιρναν ματαίως. Ήταν γεννήματα αγνοίας και δεισιδεμονίας και ήταν καταδικασμένα να αποτύχουν. Η ιστορία δεν αναφέρει το όνομα του πρώτου από τους προγόνους μας που υποπτεύθηκε ότι το σπέρμα του άνδρα, περνώντας στο σώμα της γυναίκας κατά την συνουσία, ήταν υπεύθυνο για το ότι η γυναίκα έμενε έγκυος. Ασφαλώς όμως τούτο συνέβει εδώ και πολλά χρόνια δηλαδή εδώ και πολλούς αιώνες.

Δ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

I. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Για πολλούς ο θηλασμός αποτελεί μια φυσική μέθοδο αντισύλληψης. Πως όμως επιτυγχάνεται αυτό και πόσο σίγουρη είναι αυτή η μέθοδος θα το δούμε παρακάτω.

Στην περίπτωση του θηλασμού η αντισύλληψη επιτυγχάνεται με την αναστολή της καθηλοκορηξίας εξ αιτίας της δράσης της προλακτένης. Η προλακτένη είναι η ορμόνη που προκαλεί την έναρξη και την διατήρηση της ζαλουχίας. Η δράση αυτή της προλακτένης εξαρτάται από τον οργανισμό της κάθε γυναίκας. Υπάρχουν γυναίκες που θηλάζουν και κάνουν ωθηλακορηξία μέσα στους πρώτους τρεις μήνες από τον τοκετό. Υπάρχουν όμως και γυναίκες που θηλάζουν και η ωθηλακορηξία αργεί πολλούς μήνες. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσεται το 6% των γυναικών.

Κατά συνέπεια εάν μια γυναίκα δεν θέλει να μείνει έγκυος δεν αρκεί μόνο ο θηλασμός σαν μέθοδος αντισύλληψης. Και μπορεί να χρησιμοποιήσει όλα τα άλλα μέτρα αντισύλληψης εκτός από το χάπι. Οι ουσίες, που περιέχονται στο χάπι αποβάλλονται από το μητρικό γάλα σε ποσοστό 1% της δόσης, που παίρνει η μητέρα. Παρά το γεγονός ότι το ποσό των ορμονών δεν δημιουργεί προβλήματα μια και είναι πολύ λιγότερο απ' τις ορμόνες που περιέχονται στο γάλα της αγελάδας, είναι καλύτερο να αποφεύγεται η χορήγηση του χαπιού στις γυναίκες, που θηλάζουν.

2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΡΥΘΜΟΥ

Οι μέθοδοι ρυθμού βασίζονται στους φυσικούς ρυθμούς του κύκλου της γυναίκας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Πιο αξιόπιστος θεωρείται ο συνδυασμός των μεθόδων αυτών, οι οποίες αναλύονται παρακάτω.

Η ωοθήκη γεννά ένα ωάριο τον μήνα, το οποίο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε δύο το πολύ τρία 24 ώρα. Από την πλευρά του άντρα πάλι, τα σπερματοζωάρια ζούν, συνήθως μέσα στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας για δύο 24 ώρα. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να ζήσουν 5-8 ημέρες.

Οι μέθοδοι ρυθμού είναι και οι μόνες που δέχεται το Βατικανό τις μεθόδους αντισύλληψης. Αυτό όμως δεν περιορίζει την βεβαιότητα των μεθόδων αυτών. Όλες οι γυναίκες δεν έχουν σταθερό κύκλο ή κύκλος τους είναι και μπορεί να επηρεάζεται από διάφορα γεγονότα και καταστάσεις της ζωής τους. Το υπερβολικό άγχος για παράδειγμα μπορεί να επηρεάσει τον κύκλο μιας γυναίκας. Ακόμη τα νέα κορίτσια δεν έχουν σταθερό κύκλο, λόγω συγκινησιακών και βιολογικών μεταβολών, που υφίσταται.

Οι μέθοδοι που αναλύονται παρακάτω είναι αυτές που θεωρούνται ως μέθοδοι ρυθμού και σκοπό τους έχουν να εντοπίσουν τις γονιμες ημέρες μιας γυναίκας.

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ

Η μέθοδος αυτή συστήθηκε από δύο γιατρούς, τους γιατρούς ΚΑΗΣ και ΟΓΙΝΟ, και βασίζεται στην καταγραφή των εμμηνορρυσιακών κύκλων για 6-8 περίπου μήνες.

Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, η γυναίκα σημειώνει την πρώτη ημέρα του κύκλου της για 6-8 μήνες. Κατόπιν μετράει τις ημέρες από την πρώτη ημέρα της μιας περιόδου έως και την πρώτη μέρα της άλλης περιόδου χωρίς αυτή να συμπεριλαμβάνεται.

Αφου συγκεκριθούν τα στοιχεία μπορεί να υπολογιστεί η γόνιμη περίοδος της γυναίκας ως εξής:

Από τον αριθμό των ημερών του μικρότερου κύκλου αφαιρούμε τον αριθμό 18 και έτσι βρίσκουμε την πρώτη ανασφαλή ημέρα του κύκλου.

Από τον αριθμό των ημερών του μεγαλύτερου κύκλου αφαιρούμε τον αριθμό 11 και έτσι βρίσκουμε την τελευταία ανασφαλή ημέρα.

Οι ημέρες ανάμεσα στην πρώτη και την τελευταία ανασφαλή ημέρα θεωρούνται γόνιμες και κατά τη διάρκειά τους μη πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές.

π.χ Ο μικρότερος κύκλος μιας γυναίκας είναι 25 ημέρες και ο μεγαλύτερος κύκλος της είναι 32 ημέρες άρα: $25-18=7$ & $32-11=21$

Αυτό σημαίνει ότι η 7η μέρα του κύκλου είναι και η πρώτη ανασφαλής ημέρα ενώ η 21η ημέρα είναι η τελευταία ανασφαλής ημέρα του κύκλου αυτής της γυναίκας.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΥΤΗΣ: 30 ΚΥΗΣΕΙΣ ΚΙ ΣΙΣ 100 ΓΥΝΑΙΚΕΣ.

Τα κύρια μειονεκτήματά της:

- α. δεν δίνει καλά αποτελέσματα σε γυναίκες που ο κύκλος τους είναι μικρότερος από 20 ημέρες.
- β. δεν ισχύει μετά την γέννα πριν την επανάληψη της εμμηνορρυσίας.
- γ. δεν χρησιμοποιείται κατά την εμμηνόπαυση.
- δ. δεν χρησιμοποιείται σε άτομα που ταξιδεύουν συχνά ή αν το κλίμα και το άγχος επηρεάζουν τον έμμηνο κύκλο.
- ε. δεν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ασθένειας, ή ψυχικής διαταραχής.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι μετά την ωθηλακορμξία παρατηρείται μια μικρή, 2@4C, αλλά σταθερή αύξηση της θερμοκρασίας. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Όταν η θερμοκρασία μένει σταθερά υψηλή για 3-4 ημέρες τότε σπάνια μπορεί να γίνει γονιμοποίηση. Για την σωστή εφαρμογή αυτής της μεθόδου η γυναίκα θα πρέπει να παίρνει την θερμοκρασία της κάθε πρωί και 4-5 μήνες το λιγότερο, πριν από κάθε άλλη δραστηριότητα και ενώ βρίσκεται ακόμη στο κρεβάτι. Ο γυναικολόγος είναι αυτός που θα βγάλει τα ανάλογα συμπεράσματα αφού πρώτα τελειώσει και μελετήσει τα θερμομετρικά διαγράμματα που θα του προσκομίσει η γυναίκα.

Ως πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής μπορούμε να δεχτούμε τα εξής

1. Δεν απαιτεί καμία δαπάνη.
2. Βοηθά την βελτίωση των σχέσεων κάποιων ζευγαριών.
3. Είναι αποδεκτή από την εκκλησία

Ως μειονεκτήματα της μεθόδου θεωρούνται τα εξής:

1. Απαιτεί μεγάλη προσοχή.
2. Δεν εφαρμόζεται στην περίοδο της γαλουχίας, της εμμηνόπαυσης, όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο.
3. Επηρεάζεται από αστάθμητους παράγοντες, όπως πυρετός, άγχος, περιβαλλοντικές συνθήκες.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: 15 κυήσεις σε 100 γυναίκες.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΑΣ

Η μέθοδος αυτή αξιολογήθηκε για πρώτη φορά από ένα ζευγάρι γιατρών τους JOHN και EVELIN BILLINGS, και βασίζεται στην παράτηρηση των μηνιαίων αλλαγών της ποσότητας και σύστασης της τραχηλικής βλέννας. Η τραχηλική βλέννα είναι θολή και κιτρινωπή. Τέσσερις ημέρες περίπου μετά την ωθηλακορμξία γίνεται διαυγή, γλοιώδη και αυξάνει η ποσότητά της.

Οι αλλαγές αυτές διευκολύνουν την διόδo των σπερματοζωαρίων προς την μήτρα. Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια διαυγή σαν ασπράδι νωπού αυγού έκκριση από το μέσο περίπου του κύκλου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έκκριση της βλέννας του τραχήλου πριν από την ωοθηλακορυξία. Άλλές πάλι γυναίκες νιώθουν μια "αυξημένη ύγρανση" γύρω από το στόμιο του κόλπου.

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας δεν έχει ηψηλά ποσοστά επιτυχίας. Θέλει αρκετή θέληση και υπομονή, επίσης οι αλλαγές στην έκκριση των υγρών του κόλπου μπορεί να οφείλονται σε άλλες καταστάσεις όπως είναι οι κολπίτιδες. Η μέθοδος αυτή τέλος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νεαρές γυναίκες με ορμονικές διαταραχές και ασταθή κύκλο και σε γυναίκες που βρίσκονται στην εποχή εμμηνόπαυσης.

II. ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Οι κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι οι εξής:

1. Σπερματοκτόνες ουσίες
2. κολπικές πλύσεις
3. Κολπικός αντισυληπτικός σπόγγος
4. Κολπικό διάφραγμα.

1. ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται τα κολπικά χάπια, τα ζελέ, οι αφοί τύπου "AEROSOL" και οι κρέμες.

Τα κολπικά χάπια τοποθετούνται κατευθείαν μέσα στον κόλπο. Τα ζελέ, οι κρέμες και οι αφοί τοποθετούνται με ειδικό ρύγχος στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητά τους είναι πολύ μικρή, όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους, ενώ όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλα μέτρα αντισύλληψης έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Δείκτης γονιμότητας: 8-20 κυήσεις στις 100 γυναίκες.

2. ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ

ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ μεθόδους αντισύλληψης. Γίνονται με καθαρό νερό, ξύδι και διάφορα αντισυπτικά.

Θεωρητικά η κολπική πλύση αποσκοπεί στο να απομακρύνει το σπέρμα από τον κόλπο. Το σπέρμα όμως 30" μετά την εκσπερμάτωση έχει ήδη φτάσει στην μήτρα και έτσι η πλύση είναι άσκοπη.

Δείκτης γονιμότητας: 30 κυήσεις στις 100 γυναίκες.

3. ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Πρόκειται για ένα μικρό σπόγγο κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη με ένα εκτύπωμα στο κέντρο ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο.

Η γυναίκα τοποθετεί τον σπόγγο στον κόλπο έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο. Ο σπόγγος αυτός πρέπει να βραχεί με νερό πριν την τοποθέτηση. Μπορεί να μπει στον κόλπο από μερικά δευτερόλεπτα.

εώς και 24 ώρες πριν την επαφή και πρέπει να διατηρηθεί για 6 ώρες μετά από αυτό.

4. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Το διάφραγμα χρησιμοποιείται κυρίως από τους Αγγλοσάξωνες και ως το 1960 ήταν το μόνο αντισυλληπτικό μέσο που χρησιμοποιήσαν οι γυναίκες. Εως την εποχή εκείνη το ένα στα τρία ζευγάρια χρησιμοποιούσε το διάφραγμα.

Το διάφραγμα είναι φτιαγμένο από μαλακό λάστιχο σε σχήμα κούπας. Έχει διάμετρο από 5-10 εκ. περίπου και στο περιφεριακό του δακτύλιο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Τοποθετείται διαγώνια και καλύπτει τον τράχηλο σφηνώνοντας πίσω από την ηβική σύμφιση. Με αυτόν τον τρόπο εμποδίζει τα σπερματοζώα να μπουν στην μήτρα.

Το μέγεθος του διαφράγματος καθορίζεται από γιατρό μετά από εξέταση και μέτρηση του κόλπου.

Αργότερα η γυναίκα μαθαίνει να το εφαρμόζει και να το βγάζει από τον κόλπο και η διαδικασία γίνεται ιδιαίτερα απλή γ' αυτήν. Πρέπει να ελέγχεται για τυχόν τρύπες.

Το διάφραγμα τοποθετείται δύο ώρες πριν την επαφή και πρέπει να παραμείνει μέσα στον κόλπο από 8 εώς και 24 ώρες το πολύ. Σε αυτό το χρονικό διάστημα δεν πρέπει να γίνει κολπική πλύση ούτε και μπάνιο γιατί το νερό διαλύει την αλοιφή και μειώνεται έτσι η αποτελεσματικότητά του.

Μετά από κάθε χρήση το διάφραγμα θα πρέπει να πλένεται καλά, να στεγνώνεται και να τακιάρεται. Φυλάσσεται σε διάφορα μέρη αρκεί να είναι δροσερά. Οβρασμός το καταστρέφει.

Εαν χρησιμοποιηθεί σωστά και εάν το μέγεθος είναι το σωστό, το ποσοστό αποτυχίας του δεν ξεπερνά τις 4 κύψεις στις 100 γυναίκες, που θα το χρησιμοποιήσουν σε ένα χρόνο.

Στην πράξη όμως το ποσοστό αυτό φτάνει το 35%.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Σε γυναίκες με αλλεργία στο πλαστικό
2. Σε ουρολοιμώξεις
3. Σε ανατομικές ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν το διάφραγμα θα πρέπει να υποβάλλονται σε γυναικολογική εξέταση κάθε 6 μήνες και ιδιαίτερα εάν έχει μεσολαβήσει τοκετός, αποβολή ή έκτρωση.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Κακή εφαρμογή
2. Δυσκολία στην επιλογή του κατάλληλου μεγέθους και κατά συνέπεια υψηλά ποσοστά αποτυχίας.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Δεν προκαλεί ορμονικές αλλαγές στο σώμα
2. Πιστεύεται ότι εμποδίζει την εξάπλωση κολπικών μολύνσεων και την μετάδοση αφροδισιακών νοσημάτων.

III. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

1. ΔΙΑΚΕΚΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Η μέθοδος αυτή συνιστάται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο πριν από την εκσπερμάτωση.

Ο άντρας θα πρέπει να έχει αυτοκυριαρχία και να σταματήσει τη συνουσία με τα πρώτα κούπας συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού.

Η μέθοδος αυτή έχει αρκετά μειονεκτήματα και δεν συνίσταται ως μέτρο αντισύλληψης.

Πρώτα από όλα έχει μικρή αποτελεσματικότητα. Στις γυναίκες, δηλ στις 100 γυναίκες που την χρησιμοποιούν οι 38 μένουν έγκυες, (από την εργασία των KENNEFF L, JONES, LOUIS, SHANBERG, & CURTIS: BYER από στο "PRINCIPLES OF HEALTH SCIENCE").

Εάν η μέθοδος αυτή χρησιμοποιηθεί για αρκετό καιρό μπορεί να δημιουργήσει στον άνδρα πρόωρη εκσπερμάτωση. Η μέθοδος αυτή της διακεκομένης συνουσίας μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κυρίως ψυχολογικά, όπως άγχος γιατί αυτή δεν είναι σίγουρη για να συγκρατήσει τον άνδρα.

Οι εκκρίσεις άλλωστε του πέους πριν από την εκσπερμάτωση περιέχουν 50.000 σπερματοζωάρια περίπου.

2. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το προφυλακτικό κατασκευάζεται από καουτσούκ ή ελαστικό, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά την συνουσία. Χρησιμοποιείται αποκλειστικά από τον άνδρα και η αποτελεσματικότητά του είναι ίδια με εκείνη του διαφράγματος.

Το προφυλακτικό τοποθετείται στο πέος μετά την στύση του και πριν αρχίσει η σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος και με μικρή ποσότητα σπέρματος που μπορεί να χυθεί στην είσοδο του κόλπου πριν την εκσπερμάτωση έστω κι αν δεν έγινε ολοκληρωμένη επαφή.

Η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού εάν αυτό χρησιμοποιηθεί σωστά, είναι μεγάλη. Υστερα από μια έρευνα που έγινε σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποιούσαν το προφυλακτικό για έναν χρόνο μόνο στα 13-14 από αυτά παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να ενισχυθεί και με την χρήση

διαφόρων GEL με τα οποία αλείφεται το προφυλακτικό πριν την συνουσία.

Το ίδιο προφυλακτικό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για δεύτερη φορά. Η αποτυχία της μεθόδου αυτής οφείλεται σε κακή χρήση του προφυλακτικού ή σε κατασκευαστικά λάθη.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι το προφυλακτικό είναι φτηνό, μπορεί να βρεθεί εύκολα δεν χρειάζεται συνταγή γιατρού. Επίσης παρέχει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι ελαττώνει την πλήρη ικανοποίηση του ζευγαριού, απαιτούν διακοπή της δράσης και κατασκευαστικά λάθη μπορεί να μειώσουν την αποτελεσματικότητά του.

IV. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι μια συσκευή από μαλακό εύκαμπτο πλαστικό ή συνδιασμό πλαστικού και μετάλλου μήκους 2-4 εκ. και τοποθετείται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να μείνει για μήνες ή χρόνια, προσφέροντας υψηλή αποτελεσματικότητα αντισύλληψης.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι σπείράματος όπως ο NOVA-2, GRAVIGRADE, BOUCHE DE JIPPE:W CU και ο πιο καινούριος τύπος, το σπείραμα προγεστερόνης.

Αυτό το μοντέλο είναι αποτελεσματικό για 18 μήνες. Το ποσοστό αποτυχίας που είναι από 1,5 έως 3,5% και συνδέεται με εξωμήτριες κύησεις. Το σπείραμα προγεστερόνης ενδείκνυται για τις γυναίκες που έχουν επώδυνα και μεγάλης διάρκειας έμμηνα. Οικονομικά είναι λίγο ακριβότερο από τα άλλα.

Ο μόνος αρμόδιος για την επιλογή του τύπου του σπείραλ και για την τοποθέτησή του είναι ο γυναικολόγος. Ο τύπος του σπείραματος που θα χρησιμοποιήσει ή κάθε γυναίκα εξαρτάται από την ηλικία της από το αν έχει γεννήσει, από το εάν η γυναίκα πάσχει από γυναικολογικές παθήσεις και τέλος από την ιδιοσυγκρασία της μήτρας, δηλ. από την δεικτικότητα της μήτρας στο συγκεκριμένο σπείραμα.

Τα μεγάλα σε μέγεθος σπείράματα παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά αποτυχίας και περισσότερες παρενέργειες. Στις άτοκες γυναίκες τοποθετούνται σπείράματα τύπου 7 και G, ενώ στις πολύτοκες το μέγεθος εξαρτάται από το μέγεθος της μήτρας.

Πριν από την τοποθέτηση του σπείραματος απαιτείται να γίνει

TEST Παπανικολάου, γυναικολογική εξέταση, αντισηψία του κο-
λπου.

Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την τοποθέτηση του σπειράματος είναι η έμμηνος ρύσης ή οι πρώτες ημέρες μετά από αυτή. Αυτή την χρονική στιγμή, ο τράχηλος είναι λεπτός και εύκαμπτος, αποφεύγεται το ενδεχόμενο μιας εγκυμοσύνης. Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να τοποθετηθεί μέσα στην μήτρα μετά τον τοκετό ή μετά από μια εκούσια ή ακούσια διακοπή εγκυμοσύνης. Σε αυτές όμως τις περιπτώσεις υπάρχει το ενδεχόμενο η μήτρα να μην δεχτεί το σπείραμα και να το αποβάλλει. Πολλοί άλλωστε γιατροί αντιτίθεται κατηγορηματικά στην τοποθέτηση σπειράματος σε άτοκες γυναίκες. Άλλοι πάλι τοποθετούν το σπείραμα μόνο στην περίπτωση, που η χρησιμοποίησή του χαπιού είναι αδύνατη.

Για πολλούς η τοποθέτηση του σπειράματος θεωρείται "επέμβαση" και γίνεται με νάρκωση. Οι περισσότεροι όμως γυναικολόγοι δεν χρησιμοποιούν νάρκωση. Οι γυναίκες άλλωστε, που έχουν γεννήσει δεν ενοχλούνται από τον πόνο σε αντίθεση με τις άτοκες γυναίκες. Μετά την τοποθέτηση του σπειράματος η μήτρα συσπάται γεγονός που μπορεί να προκαλέσει πόνους που διαρκούν το πολύ 3 ημέρες. Εάν οι πόνοι συνεχιστούν τότε πρέπει να αφαιρεθεί το ενδομήτριο σπείραμα.

Το ενδομήτριο σπείραμα θα πρέπει να αλλάζεται κάθε 2-3 χρόνια. Θα πρέπει, όμως να γίνεται έλεγχος, για την θέση του σπειράματος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εξέταση από γιατρό και με την αυτοεξέταση της γυναίκας κάθε μήνα μετά την έμμηνο ρύση. Από όλα τα ενδομήτρια σπείραματα προεξέχουν 12 νάυλον κλωστές. Αυτές βρίσκονται 2-3 εκ. έξω από το έξω στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Εάν λοιπόν η γυναίκα εντοπίζει την κλωστή, τότε έχει μια ένδειξη ότι το σπείραμα βρίσκεται στην θέση του.

Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργεί το ενδομήτριο σπείραμα ως μέτρο αντισύλληψης δεν είναι απόλυτα γνωστός. Πιστεύεται ότι οφείλεται στην δράση των λευκών αιμοσφαιρίων. Τα λευκοκύτταρα κινητοποιούνται σαν αντίδραση στην παρουσία ξένου σώματος μέσα στην μήτρα και αθροίζονται γύρω από το σπείραμα και πιθανότατα δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον στην εγκάτασταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Σαν άλλοι υποθετικοί μηχανισμοί για την λειτουργία των σπειραμάτων αναφέρονται:

α) η αυξημένη κινητικότητα που προκαλείται στις σάλπιγγες.

β) η παρεμπόδιση της εμφύτευσης του κυήματος λόγω παρεμβολής του σπειράματος μεταξύ αυτού και του ενδομητρίου.

γ) η ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων.

δ) η αύξηση των προσταγλαδινών τοπικά στο ενδομήτριο. Οι προσταγλαδίνες εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.

Η γυναίκα που χρησιμοποιεί ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να το αφαιρέσει οποιαδήποτε στιγμή αποφασίσει ότι θέλει να μείνει έγκυος.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

1. είναι αποτελεσματικό
2. δεν επηρεάζει την ορμονική λειτουργία του σώματος
3. δίνουν μακρόχρονη προστασία και είναι αποτελεσματικά από την στιγμή που τοποθετούνται.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

1. πολλές γυναίκες δεν μπορούν να το ανεχθούν
2. αν κατά την τοποθέτηση υπάρχει κάποια μόλυνση που την αγνοεί η γυναίκα, μπορεί αυτή να μεταφερθεί μέσα στην μήτρα.
3. για τις 3 πρώτες ημέρες μετά την τοποθέτηση μπορεί να παρουσιαστεί αιμορραγία ή ακανόνιστη αιμορραγία μεταξύ δύο περιόδων, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αναιμία.

4.Τους δύο πρώτους μήνες μπορεί να αποβληθεί το σπείραμα (10%)

5.Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εξωμητρίου κυήσεως.

6.Σε νεαρές γυναίκες μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες.

7.Εχει αρκετές και σοβαρές επιπλοκές, κατά την εφαρμογή ή μετά την εφαρμογή του σπειράματος:

α) ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΜΗΤΡΑΣ και έξοδο του σπειράματος μέσα στην κοιλιά (κατά την τοποθέτηση του σπειράματος)

β) ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑ Η ΠΟΝΟΣ

γ) ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ:Οι γυναίκες που έχουν ενδομήτριο σπείραμα υπόκεινται στον κίνδυνο αυτό 4 ή 5 φορές παραπάνω από όσες χρησιμοποιούν το χάπι και 3,3 φορές περισσότερο από αυτές που χρησιμοποιούν κολπικά διαφράγματα και σπερματοκτόνα.

δ) ΑΝΕΠΙΘΥΝΗΤΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ σε ποσοστό 0,8-5,8% στις 100 γυναίκες που το χρησιμοποιούν για έναν χρόνο.Σε αυτές τις περιπτώσεις εάν η γυναίκα θέλει να κρατήσει το παιδί, πρέπει να αφαιρείται το σπείραμα για τους εξής λόγους.

1.το ποσοστό αυτόματων εκτρώσεων φτάνει το 30%

2.υπάρχει κίνδυνος ενδομητρίου φλεγμονής

3.υπάρχει κίνδυνος πρώιμου τοκετού.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1.Εγκυμοσύνη

2.Σοβαρές μορφές τραχηλίτιδας

3.Καρκίνος γεννητικών οργάνων

4.Σε ύποπτο για κακοήθεια TEST Παπανικολάου

5.Σε μητρορραγία

6.Σε ανωμαλίες της μήτρας

7.Σε σαλπινγίτιδα

8.Σε ιστορικό εξωμητρίου κυήσεως

Το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί σε έντονο πόνο στο υπογάστριο, σε μεγάλη μητρορραγία, σε σαλπινγίτιδα,σε ενδομήτριο εγκυμοσύνη.

V. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει λόγος για το αντισυλληπτικό χάπι, για τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά του, για τις παρενέργειές του. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε όλα όσα έχουν σχέση με το αντισυλληπτικό χάπι.

Τα αντισυλληπτικά χάπια περιέχουν συνθετικά οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε συνδυασμό ή μόνα τους. Πρωτοκυκλοφόρησαν στις ΗΠΑ τον Ιούνιο του 1960 και εξαπλώθηκαν σε όλο τον κόσμο. Αποτελούν το κύριο όπλο των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Σήμερα κυκλοφορούν πάνω από 25 διαφορετικά είδη χαπιών. Διαφέρουν δε, μεταξύ τους τόσο στην περιεκτικότητα όσο και στον τύπο των χρησιμοποιημένων οιστρογόνων και προγεστερόνων.

Όλα σχεδόν τα αντισυλληπτικά που κυκλοφορούν στο εμπόριο περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη. Μέχρι το 1976 τα χάπια που κυκλοφορούσαν ήταν διαδοχικής συνθέσεως. Τα 15-16 πρώτα δισκία περιείχαν μόνο οιστρογόνα και τα υπόλοιπα οιστρογόνα και προγεστερόνη. Τα τελευταία, όμως, χρόνια περιορίστηκε κάπως ή κυκλοφορία αυτών των χαπιών, λόγω των παρενεργειών των οιστρογόνων.

Η δράση των αντισυλληπτικών χαπιών στηρίζεται στην αναστολή της ωοθηλακορρῆξις. Αυτό επιτυγχάνεται με την αναστολή της έκκρισης των γοναδοτροπικών ορμονών από την υπόφυση. Ακόμη τροποποιούν την κινητικότητα των σάλπιγγων και την σύσταση της τραχηλικής βλέννας η οποία γίνεται πιο πηχτή.

Πώς όμως αναστέλλεται η ωοθηλακορρῆξις; Οι γοναδοτροπικές ορμόνες LH (ωχρινοτρόπινη), FSH (θυλακοτρόπινη) παράγονται στην υπόφυση και είναι απαραίτητα για την παραγωγή και την απελευθέρωση του ωαρίου από τις ωοθήκες. Η προσφορά των οιστρογόνων έγκυται στο γεγονός ότι προετοιμάζουν κατάλληλα την εσωτερική

επιφάνεια της μήτρας καθορίζοντας το μέγεθος και το βαθμό της παραγωγικότητας του βλενογόνου. Όταν αυξήσουμε την ποσότητα της οιστρογόνου, αναστέλλεται έμμεσα με την παραγωγή του F.S.H

Η προγεστερόνη προκαλεί έκκριση στα τοιχώματα της μήτρας, εμποδίζει την ροή από τον βλενογόνο της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της LM.

Με την καθημερινή λήψη των οιστρογόνων και της προγεστερόνης αναστέλλεται η παραγωγή FSM και LM και κατά συνέπεια η παραγωγή ωαρίου και ωορρηξία. Ακόμη εάν τελικά απελευθερωθεί το ωαριο τα συνθετικά οιστρογόνα και η προγεστερόνη επιταχύνουν τη μεταφορά του μέσα από τις σάλπιγγες της μήτρας, όταν αυτή δεν είναι έτοιμη να το δεχθεί.

Οι τύποι του χαπιού που κυκλοφορούν σήμερα είναι οι εξής:

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

1α ΚΥΚΛΙΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΜΕ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ

Είναι το κλασικό χάπι που περιέχει την ίδια αναλογία οιστρογόνων και προγεστερόνης. Χορηγείται για 21 ημέρες και τις υπόλοιπες 7 διακόπτεται. Παρατηρείται συνεχής μείωση της ποσότητας των οιστρογόνων σε αυτά τα χάπια.

1β ΚΥΚΛΙΚΑ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΙΣΚΙΑ

Χορηγούνται για 21 ημέρες και διακόπτονται τις υπόλοιπες 7 ημέρες του κύκλου. Η διαφορά είναι ότι τις 15-16 πρώτες ημέρες λαμβάνονται χάπια που περιέχουν μόνο οιστρογόνα. Στα υπόλοιπα χάπια προστίθεται και κάποιο προγεστεροειδές.

Ο τύπος αυτός δεν χρησιμοποιείται τώρα αρκετά, λόγω αυξημένων ποσοστών άτυπου καρκίνου του ενδομητρίου.

1Υ ΣΥΝΕΧΗΣ ΜΗ ΚΥΚΛΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΙΚΡΗΣ ΔΟΣΕΩΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΙΝΟΕΙΔΟΥΣ (MINI PILL)

Το χάπι αυτό περιέχει μόνο προγεστερόνη και λαμβάνεται όλες τις ημέρες του μήνα χωρίς διακοπή. Αυτό έχει σαν συνέπεια κάποιες αιμορραγίες εκτός περιόδου και αλλαγή στην διάρκεια του κύκλου και στην ποσότητα αίματος.

Τα ποσοστά αποτυχίας σε ετήσια βάση φτάνουν τα 3-4%. Αυξημένος δε είναι ο κίνδυνος για εξωμήτρια κύηση.

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως σε γυναίκες στις οποίες επιβάλλεται η αποφυγή των οιστρογόνων ή σε περιπτώσεις που τα οιστρογόνα δεν είναι ανεκτά.

2. ΧΑΠΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΟΥΣΙΑ (MORNING AFTER PILL)

Φαίνεται ότι η χορήγηση υψηλών δόσεων οιστρογόνων ή συνδυασμού οιστρογόνων-προγεστερόνης όταν χορηγηθούν μέσα στις 3 πρώτες ημέρες μετά την συνουσία ελαττώνουν την πιθανότητα εγκυμοσύνης. Οι ορμόνες αυτές δρουν στο ενδομήτριο και το κάνουν να περάσει την φάση, που είναι ικανό να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Οι ορμόνες πρέπει να χορηγηθούν μέσα σε 3 μέρες από την ημέρα της συνουσίας και για 5 ημέρες.

Χρησιμοποιούνται κοινά αντισυλληπτικά, με περιεκτικότητα οιστρογόνου 50 MG, 4 δισκία ημερησίως, ή διαίθυλιτιλβεστρόλη 25MG ημερησίως ή συζευγμένα οιστρογόνα σε δόση 25MG ημερησίως για 5 μέρες.

Όταν τα αντισυλληπτικά δοθούν μέσα στις 3 πρώτες μέρες μετά την συνουσία τα ποσοστά αποτυχίας φτάνουν το 0,4%. Επικίνδυνη είναι μια εξωμήτριο κύηση. Επίσης στο 50% των γυναικών που εφαρμόσαν αυτή την μέθοδο παρουσιάστηκαν διαταραχές της περιόδου.

Πρέπει να τονισθεί ότι η μέθοδος αυτή είναι μια λύση αναγκής μετά από βιασμό ή απρογραμμάτιστη συνουσία. Είναι τρομερό λάθος το να γίνει ή μέθοδος αυτή ρουτίνα.

RM - 486 - ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ

Η ονομασία αυτού του χαπιού προέρχεται από το όνομα των εργαστηρίων που το κατασκεύασαν. Εφαρμόζεται πειραματικά σε χώρες, όπως η Ινδία ή Γαλλία και η Κίνα.

Περιέχει αντιπρογεστερόνη και το μόριο του φαρμάκου καταλαμβάνει τους υποδοχείς της προγεστερόνης και εμποδίζει η δράση της. Η χορήγηση του RM -486 σε έγκυο γυναίκα προκαλεί αποβολή του κυήματος. Χρησιμοποιείται ως εκτρωτικό σε εγκυμοσύνες πρώτου τριμήνου.

Στο εξήντα 60% της γυναίκας με κύηση 5 εβδομάδων τα αποτελέσματα ήταν θετικά χρειάστηκε όμως και αναρρόφηση για την εκκένωση της μήτρας.

Σε εγκυμοσύνες 3 εβδομάδων ή επιτυχία έφτασε το 100% στο 40% όμως χρειάστηκε αναρρόφηση. Τα αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν χρησιμοποιούνται και προσταγλανδίνες (προκαλούν συσπάσεις της μήτρας) χρειάζεται όμως χρόνος για να τελειοποιηθεί αυτό το χάπι. Η δράση του χαπιού ξεκινά από τον πρώτο κιόλας μήνα της λήψης του. Σε σπάνιες περιπτώσεις όπου οι γυναίκες έχουν μικρό κύκλο ή δράση του ξεκινά από τον δεύτερο μήνα.

Εάν μια γυναίκα ξεχάσει να πάρει ένα χάπι θα πρέπει την επομένη να πάρει δύο. Εάν ξεχάσει περισσότερα από ένα θα πρέπει να επικοινωνήσει με τον γιατρό της. Εάν πάλι ξεχάσει ένα από τα 10-12 πρώτα χάπια οι πιθανότητες εγκυμοσύνης είναι περισσότερες.

Το χρονικό περιθώριο που μια γυναίκα μπορεί να παίρνει χάπια δεν είναι ορισμένο. Οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν διακοπή του χαπιού για 2-3 κύκλους μετά από συνεχή λήψη. Η διακοπή αυτή γίνεται συνήθως κάθε 18 μήνες.

Για να πάρει μια γυναίκα ένα αντισυλληπτικό χάπι θα πρέπει να επισκεφτεί τον γυναικολόγο της ή κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού και θα πρέπει να υποβληθεί στις εξής εξετάσεις:

- α) Γυναικολογική εξέταση
- β) Εξέταση στήθους
- γ) Λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού
- δ) Τεστ Παπανικολάου
- ε) Λήψη Α.Π
- στ) Γενική αίματος
- ζ) Λίπιδια
- η) Ζάχαρο
- θ) Εκτίμηση του αγγειακού συστήματος
- ι) Έλεγχος του ήπατος

Οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά 6 μηνό.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι κύριες επιπλοκές του χαπιού είναι ναυτία, κόπωση, ελάτωση της ποσότητας του αίματος της περιόδου, αίμα μεταξύ δύο περιόδων, ευαισθησία του στήθους, αύξηση του βάρους πονοκέφαλοι, ένταση αύξηση αρτηριακής πίεσης, αλλαγή στην σεξουαλική διαθεση, κατάθλιψη, ανεπιθύμητη κύηση, καρδιοαγγειακές παθήσεις έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπαραχνοειδής αιμορραγία, θρομβοεμβολικά επεισόδια, διαταραχές όρασης, διαταραχές του μεταβολισμού, αύξηση των παθήσεων των χοληχοφόρων αγγείων και εμφάνιση πλάσματος (μαύρισμα του δέρματος του προσώπου), αιμή καρκίνο, και θάνατο.

Μια άλλη σοβαρή επιπλοκή είναι η πνευμονική εμβολή. Πιο επιρρεπείς σε θρομβώσεις και στην πνευμονική εμβολή είναι οι γυναίκες που ανήκουν στις ομάδες αίματος Α -Β και ΑΒ.

Στις 100000 από 20-34 χρονών που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια 1,5 κινδυνεύουν από πνευμονική εμβολή.

Στις 100000 πάνω από 35 χρονών διατρέχουν τον παραπάνω κίνδυνο οι 3,9

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων θα πρέπει να αποφεύγεται από γυναίκες που έχουν καρκίνο γεννητικών οργάνων ή μαστού ή υπάρχει υπόνοια καρκίνου σε έγκυους, σε διαβητικές γυναίκες, σε γυναίκες που πάσχουν από υπέρταση κίρσοις καρδιοπάθειες ή άλλες αγγειακές παθήσεις όπως ή θρόμβωση, ηπατίτιδα, αιμορραγίες και αιμορραγίες των γεννητικών οργάνων σε γυναίκες με παλιά προεκλαμψία ή εκλαμψία, σε αιμοσφαιρίνοπάθειες και ινωμόματα μήτρας.

Ακόμη αντενδείκνυνται η χορήγηση αντισυλληπτικών σε γυναίκες πάνω από 35 ετών, σε παχύσαρκες γυναίκες και σε καπνίστριες. Το ιδανικό είναι η γυναίκα που παίρνει αντισυλληπτικά να μην καπνίζει καθόλου αλλά μπορεί να μπει ένα όριο 10 το πολύ τσιγάρα την ημέρα.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Υψηλή αντισυλληπτική δράση
2. Ανάστρέψιμη δράση
3. Ρυθμίζουν τον κύκλο εαν αυτός είναι ακανόνιστος.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Η καθημερινή λήψη
2. Επηρεάζει το κυκλοφορικό σύστημα προκαλώντας θρόμβους στις φλέβες και στις αρτηρίες
3. Επηρεάζει το ήπαρ προκαλώντας όγκους του ήπατος, παθήσεις των χοληφόρων, μεταβολικές διαταραχές.
4. Προκαλεί υπέρταση και άλλες σοβαρές επιπλοκές.

ΧΑΠΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι απόψεις σχετικά με το ρόλο του χαπιού στον καρκίνο είναι διάφορες. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθεί η άποψη του Μαιευτήρα γυναικολόγου και επίκουρου Καθηγητού του Πανεπιστημίου Αθηνών Γεωργίου Κρεοτσά από το βιβλίο του "Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση" Η επιλογή αυτή έγκνεται λόγω του γεγονότος ότι το βιβλίο αυτό είναι αρκετά πρόσφατο (1989)

Από το χάπι επηρεάζεται θετικά ο καρκίνος του ενδομητρίου, ο καρκίνος της ωθήκης. Για τον καρκίνο του μαστού οι μελέτες συμφωνούν στο ότι δεν παρατηρείται ιδιαίτερη αλλαγή μετά την λήψη αντισυλληπτικού.

Αρνητικός είναι ο ρόλος των αντισυλληπτικών σε όγκους του ήπατος. Αυξημένος δε είναι και ογκίνδυνος καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες που παίρνουν χρόνια αντισυλληπτικά χάπια.

Κλείνοντας το κεφάλαιο για το αντισυλληπτικό χάπι θα θέλαμε να τονίσουμε ότι κατά την γνώμη σας το αντισυλληπτικό χάπι κρύβει πολλούς κινδύνους. και όσες γυναίκες αποφασίζουν να το παρουν θα πρέπει να το σκεφθούν πολύ καλά και να μην το θεωρήσουν κάτι απλό.Απαραίτητη είναι η συμβουλή του γυναικολογου, ο οποίος είναι ο μόνος αρμόδιος για να αποφασίσει εαν η γυναίκα μπορεί να πάρει αντισυλληπτικά και ποιά είναι αυτά.

VI ΕΝΕΣΙΜΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια σε ορισμένες χώρες εφαρμόζεται μια νέα μέθοδος κατά την οποία χορηγούνται ορμόνες με την μορφή μιας ενδομυϊκής ένεσης. Στην ένεση αυτή περιέχεται μια ουσία, ή μεδροξυπρογεστερόνη. DEPORT-ROVERA, της οποίας ή δράση διαρκεί 3 μήνες. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα η γυναίκα δεν έχει έμμηνο ρύση. Η ένεση αυτή γίνεται κυρίως σε γυναίκες που δεν μπορούν να πάρουν χάπι.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η γυναίκα απαλλάσσεται από την καθημερινή λήψη των χαπιών.
- Δεν έχει τις παρενέργειες των οιστρογόνων.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Ξαφνικά επεισόδια μητρορραγίας.
- Αμηνόρροια μετά την διακοπή της δράσης.

Αύξηση του σωματικού βάρους.

VII ΣΤΕΙΡΩΣΗ

1. Η ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η στείρωση είναι μια τεχνική ή οποία θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν ένα ζευγάρι έχει συμπληρώσει την οικογενειά του. Αυτή είναι ή άποψη που έχουν για την στείρωση οι περισσότερες χώρες του κόσμου.

Στις ΗΠΑ για παράδειγμα η στείρωση γίνεται αποδεχτεί μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε καισαρική τομή, σε μεγάλη ηλικία σε πολλά παιδιά.

Η στείρωση στην γυναίκα επιτυγχάνεται με την απολίνωση των σαλπίνγων. Έτσι οι σάλπιγγες χάνουν την ικανότητά τους να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον για την γονιμοποίηση του ωαρίου.

Η στείρωση μπορεί να γίνει με τις εξής επεμβάσεις:

ΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ

Η λαπαροτομία είναι η εγχείρηση που γίνεται στην κοιλιά της γυναίκας.

Κατά την λαπαροτομία η στειροποίηση μπορεί να επιτευχθεί με την απλή απολίνωση ή

- την σύνθλιψη και απολίνωση σαλπίγγων
- την διατομή της σάλπιγγας
- την αφαίρεση τμήματος της σάλπιγγας
- τον ενταφιασμό του κώδικα των σαλπίγγων
- την ολική αφαίρεση της μήτρας

Β. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΛΠΟ

Οι σάλπιγγες πλησιάζονται από τον κόλπο. Ο θόλος του κόλπου τρύπεται κι από εκεί το όργανο βρίσκει τις σάλπιγγες και τις καταστρέφει ή τις καυτηριάζει.

Γ. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ Η ΥΣΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Τα τελευταία 10 χρόνια είναι πιο αποδεχτεί αυτή η μέθοδος.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι τα εξής: α) ο μικρός χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο β) οι λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές γ) το μικρό κόστος νοσηλείας

Η στείρωση με λαπαροσκοπιο, γίνεται με την ηλεκτροκαυτηρίαση των σαλπίγγων και την τοποθέτηση των αγκυλών (είδος κλιπς) ή δακτυλίων.

Σε πειραματικό στάδιο βρίσκεται η προσπάθεια να τοποθετηθούν

ειδικά υλικά μέσα στον αυλό κάθε σάλπιγγας. Τα υλικά αυτά που ονομάζονται προθέσεις είναι μικρά σωληνάκια από σιλικόνη μήκους 4-6 εκ. και διαμέτρου 1 εκ. Αυτή η μορφή στειροποίησης βρίσκει εφαρμογή σε νεαρές γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών, οι οποίες έχουν συμπληρώσει την οικογενειά τους. Η μέθοδος αυτή προσφέρει ακόμα την δυνατότητα μιας νέας εγκυμοσύνης στο μέλλον.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η στείρωση είναι ή πιο δραστική μορφή ελέγχου των γενήσεων.

Συνήθως δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμες παρενέργειες.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Επανένωση των σαλπίνγων. Σε αυτήντην περίπτωση η γυναίκα κινδυνεύει να μείνει έγκυος και μια εξωμήτριο κύηση είναι πολύ πιθανή

Ενα 8-15% των γυναικών που κάνουν στείρωση το μετανιώνουν. Η μεθοδος αυτή δεν είναι καθόλου αναστρέψιμη. Ετσι δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα στην γυναίκα, αλλά και προβλήματα στο ζευγάρι, όταν αυτό αποφασίσει ότι θέλει να αποκτήσει και άλλο παιδί.

2. Η ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Η ανδρική στείρωση είναι μια απλή επέμβαση που διαρκεί 15-20 λεπτά, γίνεται με τοπική αναισθησία και δεν χρειάζεται νοσοκομειακή νοσηλεία. Η επέμβαση αυτή, ονομάζεται βαζεκτομή και συνίσταται στον αποκλεισμό των σπερματικών πόρων, ώστε το σπέρμα να μην περνά από την ουρήθρα στο πέος. Κατά την στείρωση γίνονται δύο μικρές τομές στο όσχεο, οι οποίες μετά δένονται σε δύο σημεία και το τμήμα του σωλήνα ανάμεσα σε κάθε ζεύγος δεσμών αφαιρείται, πριν οι σπερματικοί πόροι τοποθετηθούν και πάλι στο όσχεο και ραφτεί η τομή.

Ο άντρας δεν μπορεί να είναι σίγουρος για την στείρωσή του. Επιβάλλεται λοιπόν, εξέταση του σπέρματος για την ανεύρεση σπερματοζωαρίων για δύο μήνες μετά την επέμβαση.

Μετά την επέμβαση ο άνδρας συνεχίζει να εκσπερματώνει μίας και τα σπερματοζωάρια αποτελούν μόνο το 10% των σπερματικών υγρών.

Μετά το 1965 είναι εντυπωσιακή ή αύξηση του αριθμού των ανδρών, που υποβλήθηκαν σε βαζεκτομή. Περισσότεροι από 10.000.000 Ινδοί έχουν υποβληθεί σε βαζεκτομή και πολλοί με κάποια οικονομική ανταμοιβή. Το 1971 στειροποιήθηκαν στις ΗΠΑ 750.000 άνδρες.

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα δεν μεταβάλλεται με την βαζεκτομή. Τα σπερματοζωάρια και οι ορμόνες παράγονται, όπως και πριν με την μόνη εξαίρεση ότι τα σπερματοζωάρια αναχαιτίζονται στην επιδιδυμίδα όπου και καταστρέφεται. Ο δείκτης γονιμότητας της ανδρικής στέρωσης είναι 0. Το 1/3 των ανδρών, που υποβάλλονται σε βαζεκτομή αναπτύσσουν μεγάλο αριθμό αντισωμάτων του σπέρματος. Τα αντισώματα αυτά προκαλούν στειρότητα, ακόμα κι αν επανασυνδεθούν σπερματικοί πόροι.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η πιθανότητα επιπλοκής είναι μηδαμινή
- Είναι 100% αποτελεσματική
- Δεν επηρεάζεται το πεδίο των ορμονών.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Η επέμβαση αυτή δεν είναι αναστρέψιμη
- Ίσως νιώσει δυσφορία, λίγες μέρες μετά την επέμβαση.

VII. Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Τα μέτρα αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται από τους έφηβους είναι τα εξής:

1. Μέθοδοι ρυθμού
2. Σπερματοκτόνες ουσίες
3. Κολπικό διάφραγμα
4. Διακεκομμένη συνουσία
5. Ανδρικό προφυλακτικό

Ενδομήτριο σπείραμα

7. Αντισυλληπτικό χάπι.

Η βασική διαφορά μεταξύ των εφήβων και των ενηλίκων είναι ότι η επιλογή και η χρήση κάποιου αντισυλληπτικού μέτρου θα πρέπει να γίνει με πολύ μεγάλη προσοχή και βέβαια μετά από επίσκεψη στον γυναικολόγο ή σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

IX. Η ΑΥΡΙΑΝΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΟΣΟΝ αφορά την αυριανή αντισύλληψη στις γυναίκες γίνονται έρευνες στις παρακάτω κατευθύνσεις.

1. το αντισυλληπτικό εμβόλιο
2. η βελτίωση των σπειραμάτων για την αύξηση της διάρκειας της αποτελεσματικότητάς τους.
3. το αντιορμονικό χάπι. Αυτό το χάπι θα εμποδίζει την δράση της προγεστερόνης και στο ενδομήτριο δεν θα είναι δυναίτο το "φώλιασμα" και η ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Με μια λήψη χαπιού το μήνα θα εμποδίζεται η δράση της προγεστερόνης. Το αποτέλεσμα των πειραμάτων σε ένα μικρό αριθμό γυναικών δεν είναι πάντως ενθαρρυντικά.

ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι έρευνες προχωρούν προς δύο κατευθύνσεις:

1. Το μπλοκάρισμα της κατασκευής σπερματοζωαρίων (σπερματογένεση)

Οι εργασίες κατευθύνονται προς την ανακάλυψη ενός εμβολίου και προς την κατασκευή χαπιών.

Το εμβόλιο βρίσκεται στο πειραμτικό στάδιο με τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά αλλά δεν έχουν σταθεροποιηθεί αρκετά ώστε να γίνει εύρεια εφαρμογή.

Όσον αφορά το χάπι στην Κίνα δοκιμάζεται ένα χάπι με βάση το GOSSYPOL, ουσία που εξάγεται από ωμό βαμβακέλαιο. Οι άνδρες που έτρωγαν, ωμό βαμβακέλαιο ήταν συνήθως στérροι. Μέ ένα χάπι

την ημέρα η στειρότητα πετυχαίνεται σε 2 μήνες. Στην συνέχεια μια δόση συντήρηση μια φορά την εβδομάδα είναι αρκετή. Όταν ο άνδρας σταματήσει αυτά τα χαπάκια επιφέρει την σπερματογένεση μέσα σε 60 έως 80 ημέρες. Οι επιπλοκές είναι πολύ λίγες και εξαφανίζονται χωρίς θεραπεία.

2. Παρεμπόδιση των σπερματοζωαρίων να φτάσουν στις σπερματοδόχες κύστες

Ενας τρόπος για να εμποδιστούν τα σπερματοζωάρια να φτάσουν στις σπερματοδόχες κύστες είναι με την βοήθεια ενός μικρού πλαστικού αντικειμένου που εισάγεται στους σπερματογωγούς. Στη περίπτωση αυτή ο άντρας εκσπερματώνει κανονικά, αλλά το σπέρμα του δεν περιέχει σπερματοζωάρια. Με την αφαίρεση του μικρού αυτού πλαστικού αντικειμένου ο άντρας είναι ικανός και πάλι να γονιμοποιήσει ένα ωάριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

A ΤΕΧΝΙΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ (ΑΜΒΛΩΣΗ)

Καθημερινά δεκάδες γυναίκες περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, όχι για να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο, αλλά για να το ξεριζώσουν πριν οι ρίζες ριζώσουν βαθεία και τις πληγώσουν, τις πονέσουν.

Στα προσώπά τους διαγράφεται ή ενοχή, ο φόβος, η απογοήτευση, ή πίκρα. Ελάχιστες παριστάνουν τις ψύχραιμες, τις αδιάφορες, έχοντας συνηθίσει την διαδικασία της άμβλωσης. Μεταξύ τους, όχι λίγες μαθήτριες Λυκείου και ακόμη Γυμνασίου.

Δεν είχα ολοκληρωμένες σχέσεις είναι δυνατόν; Πώς έγινε; Μα ήταν η πρώτη φορά... Τί να κάνω; Είναι ή δέκατη φορά δεν υπάρχει τρόπος να λυτρωθώ;

Αυτά και πολλά άλλα ακούει κανείς καθημερινά από εκατοντάδες γυναικείες που γίνονται θυσία στον βωμό της άγνοιας, της αμάθειας και της εκμετάλλευσης.

Εως 500.000 υπολογίζονται οι άμβλώσεις που γίνονται ενώ χιλιάδες σακατεύονται μένουν στérεις, βασανίζονται από ψυχολογικά και βιολογικά προβλήματα και ενοχές. Η αντισύλληψη αποτελεί τη καλύτερη εγγύηση για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ωστόσο δε μας εξασφαλίζει απόλυτα.

Όταν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταλήγει στην άμβλωση σαν ακράϊο μέσο αντισύλληψης είναι ίσως μια υπεύθυνη λύση γιατί αρνείται κανείς να φέρει στον κόσμο ένα ανεπιθύμητο παιδί, στις απαιτήσεις του οποίου δεν θα έχει την δυνατότητα να ανταποκριθεί. Όταν όμως βρεθεί μια γυναίκα σε αυτήν την δυσάρεστη θέση μπορεί να απευθυνθεί είτε σε έναν γιατρό είτε στο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, και ακολουθούνται τα εξής στάδια :

1. ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Το πρώτο που χρειάζεται, είναι ή βεβαίότητα εγκυμοσύνης. Τα δύο συμπτώματα που οδηγούν στην σκέψη για εγκυμοσύνη, είναι ή καθυστέρηση των εμμήνων και το φούσκωμα του στήθους. Μπορεί ακόμα να συνυπάρχουν ναυτία, εμμετοί, κούραση, συχνουρία, υπνηλία.

Για την βεβαίότητα της εγκυμοσύνης, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται παρά με σύνεση τα τέστ εγκυμοσύνης που βρίσκονται στα φαρμακεία, γιατί είναι αιτίες πολυάριθμων πλανών.

Καλύτερα, είτε είναι κανονικός είτε όχι ο κύκλος, να γίνεται το διάγραμμα θερμοκρασίας.

Εάν, για τρείς ή τέσσερις μέρες ή θερμοκρασία παραμένει χαμηλή (δηλαδή περίπου 36.5), δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας: η ωορρηξία δεν έχει ακόμα συντελεστεί. Εάν η θερμοκρασία παραμένει σε επίπεδο υψηλό, είτε ή ωορρηξία έχει καθυστερήσει και τα έμμηνα θα ρθούν, είτε υπάρχει εγκυμοσύνη. Και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να επισκεφτεί τον γιατρό. Σε περίπτωση που αγοράσει ένα προσωπικό τέστ από το φαρμακείο θα το χρησιμοποιήσει σύμφωνα με τις οδηγίες. Όταν το τέστ είναι θετικό κατά 99% υπάρχει εγκυμοσύνη. Αν όμως είναι αρνητικό, θα πρέπει να επαναληφθούν τουλάχιστον μετά από δέκα μέρες.

2. Η ΠΡΩΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Σε μια υποτιθέμενη εγκυμοσύνη, το πρώτο πράγμα είναι η επίσκεψη σε γιατρό όσο γίνεται ταχύτερα: κάθε μέρα μετράει.

Ο γιατρός θα προβεί σε γυναικολογική εξέταση. Εάν κρίνει αναγκαίο διαγνωστικά, θα ζητήσει μια RIG ανοσιολογική αντίδραση εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση που ή εγκυμοσύνη βεβαιώνεται, θα συντάξει πιστοποιητικό και θα υποδείξει, γενικά την διεύθυνση

ενός κέντρου προγραμματισμού για την κοινωνική συνομιλία και την διεύθυνση κλινικής ή νοσοκομείου που μπορεί να γίνει η άμβλωση.

3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΟΜΙΛΙΑ

Αυτή η συνομιλία που καλείται καταχρηστικά "κοινωνική", προβλέπεται για να βοηθήσει τη γυναίκα ή το ζευγάρι στην εξέταση όλων των προβλημάτων που τίθεται από αυτή την άμβλωση, μπορεί να είναι συναισθηματικής και ψυχολογικής σημασίας. Αυτή ή συνομιλία, όπως κάθε ψυχολογική συνομιλία, αποβλέπει να διευκολύνει την έκφραση της επιθυμίας της γυναίκας ή του ζευγαριού και να βοηθήσει στην τοποθέτησή τους μέσα σε αυτές τις αντιθέσεις. Σε καμία περίπτωση, ο συνδιαλεγόμενος δεν πρέπει και δεν οφείλει να υποκαθιστά αυτή ή αυτούς που δέχεται και να προσπαθεί να τους επηρεάσει προς την μία ή άλλη κατεύθυνση. Οφείλει να ξεχνά τις προσωπικές του πεποιθήσεις, είτε είναι υπέρ της άμβλωσης είτε αντίθετες.

Υποχρεωτικά δίνεται μια βεβαίωση της συνομιλίας. Σε καμία περίπτωση, δεν είναι τούτο μία άδεια ή (ο)κοινωνική βοήθός ή η(ο) συζυγικός σύμβουλος δεν έχουν καμία εξουσία για απόφαση.

4. Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Ο γιατρός που ποιοποίησε την εγκυμοσύνη ή η σύμβουλος συζύγων, είναι σε θέση να δώσουν την διεύθυνση μιας κλινικής ή νοσοκομείου που θα γίνει η επέμβαση. Είναι προτιμότερο να ακυρώσει τυχόν ραντεβού της στα ιδρύματα αυτά και να αναζητήσει άλλο αν δει ότι περνάνε οι προθεσμίες.

Ο γιατρός που θα κάνει την επέμβαση θα προβεί σε μια γυναικολογική εξέταση, θα υποδείξει τις αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις. Σε περιπτώσεις, θα ζητήσει μια ηχογραφία (για να προσδιο-

ρίσει την ακριβή "ηλικία" της εγκυμοσύνης), ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος (ας σημειώσουμε πως οι δύο τελευταίες φαίνονται πολύ συχνά αχρείαστες). Στην συνέχεια θα καθορίσει την ημερομηνία για την επέμβαση.

5. Ο ΦΑΚΕΛΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

1. Ιατρικό πιστοποιητικό εγκυμοσύνης
2. Βεβαίωση συνομιλίας
3. Συγκατάθεση γονική για τις ανήλικες (κάτω από 18 χρονών)
4. Γραπτή αίτηση της γυναίκας στην οποία φαίνεται ή απόφαση της για την άμβλωση
5. Ποιόν βαρύνουν τα έξοδα εάν είναι αναγκαίο.

Το ίδιογραφο γράμμα-αίτηση της γυναίκας στο οποίο επιβεβαιώνεται ή απόφαση της για την άμβλωση δεν πρέπει να συγχέεται με την απαλλαγή από ευθύνες που ζητάνε καταχρηστικώς μερικές κλινικές από τις πελατισσες τους. Αυτό το ντοκουμέντο, που πράγματι, δεν έχει καμία δικαστική αξία, αφού κάθε γιατρός είναι υπεύθυνος για κείνο που κάνει, αποβλέπει στο να αποθαρρύνει τις γυναίκες να επιχειρήσουν μια διαδικασία όταν πιστεύουν ότι αυτό ισοδυναμεί με βαριά βλάβη.

Β. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

α. ΓΕΝΙΚΑ

Μπορούμε να την πετύχουμε:

1. Με την εισαγωγή του λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του KANMAN στην ενδομήτρια κοιλότητα.
2. Με την αναρρόφηση του κυήματος
3. Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας
4. Με την εξωαμνιακή έκχυση προσταγλανδίνης F9α ή ριβανόλης.
5. Με εισαγωγή λαμιναρίων στην ενδοτραχηλική κοιλότητα.
6. Με εφαρμογή λεπτού ενδομητρίου καθετήρα από σιλικόνη ή καθετήρα FOLLEY.
7. Με ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F2α.
8. Με ενδοαμνιακή ή εξωαμνιακή εισαγωγή προσταγλανδίνης F2α κύριως στο δεξιό πλάγιο της μήτρας, με την βοήθεια λεπτού ημισκληρού καθετήρα.
9. Με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.
10. Με ενδοαμνιακή έκχυση χλωριούχου διαλύματος και παράλληλη ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.
11. Με ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F2α
12. Με εκτέλεση υστεροτομίας.
13. Με εκτέλεση υστερεκτομίας.

Β. ΟΤΑΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΕΣ ΤΟΥΣ

Από τα πάρα πολύ παλιά χρόνια, οι γυναίκες έψαχναν να βρούν τρόπους για να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κατάπιναν όλων των ειδών τα ποτά, τα ροφήματα και τα καθαρτικά όλα, χωρίς αποτέλεσμα.

Αλλά και φάρμακα όπως η ερυσίθη, το κινίνο, το εκχύλισμα της υπόφυσης και άλλα, δεν κατάφερναν να προκαλέσουν άμβλωση τις

πρώτες εβδομάδες της κύησης. Η επικίνδυνη πρακτική της εισαγωγής διαφόρων αντικειμένων μέσα στον τραχηλικό σωλήνα μπορεί να αποβεί μοίραία τόσο για το έμβρυο, όσο και για την μητέρα.

Οι θάνατοι απ' αυτή την μέθοδο οφείλονται κυρίως στην διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, καθώς και σε εκτεταμένη ακατάσχετη αιμορραγία, ή σε σοβαρή λοίμωξη με σωματικό σοκ.

Η έκχυση υπό πίεση χημικών διαλυμάτων ή υγροποιήμένου σαπουνιού μέσα στην κοιλότητα της μήτρας με κολπικές πλύσεις, μπορεί ακόμα να φέρει ακαριαίο θάνατο, λόγω μαζικού εμβολισμού στον εγκέφαλο.

Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στην άμβλωση, δεν πρέπει ποτέ να την κάνει μόνη της, λαθραία. Τα αρχεία των νοσοκομείων και των νεκροτομείων είναι γεμάτα από περιστατικά γυναικών που στην απελπισία τους απερίσκεπτα και τραγικά υπέγραψαν οι ίδιες την ληξιαρχική πράξη του θανάτου τους.

Η ίδια η φύση της κυοφορούσας μήτρας με τα μαλακά τοιχώματα, την απίστευτη συρροή του αίματος και την παρουσία μεγάλων αιμοφόρων αγγείων μέσα στην κοιλότητα της κάνει αυτές τις παρανοϊκές αμβλώσεις καθαρή αυτοκτονία.

Σήμερα που υπάρχει μια μεγαλύτερη ανοχή στο θέμα των αμβλώσεων, καμμιά γυναίκα δεν χρειάζεται να καταφύγει σε τόσο ριψοκίνδυνες μεθόδους. Ο γιατρός ή τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι στην διάθεση κάθε γυναίκας για οποιάδήποτε συμβουλή.

Γ. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

α) Αλοιφές και διαλύματα για πλύση με βάση το σαπούνι. Το σαπούνι πηγαίνει στις φλέβες της μήτρας προκαλώντας έμφραγμα των αιμοφόρων αγγείων, καταπληξία και θάνατο.

β) Υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου, μιας καυστικής χημικής ουσίας που καταστρέφει τους ιστούς και τα τοιχώματα του κόλπου και μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση.

γ) Χάπια κινίνου. Όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας.

δ) Αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότατα παραμορφώσεις στο έμβρυο.

ε) Άχρηστα επίσης είναι το ρετσινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά.

Αυτά είναι τα φαρμακευτικά μέσα που χρησιμοποιούν οι γυναίκες όταν θέλουν να κάνουν άμβλωση μόνες τους. Φυσικά όχι μόνο δεν πραγματοποιείται άμβλωση αλλά επιπλέον θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την ζωή τους.

6. ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΜΙΛΟΥΝ

Δυο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τις άμβλώσεις. Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν άμβλωση σε μια γυναίκα χωρίς πολλή φασαρία αλλά με αρκετά χρήματα. Την δεύτερη αποτελούν γιατροί που κατά καιρούς έχουν πάρει το λόγο πάνω στο θέμα συνήθως για να τονίσουν την επίπτωση των άμβλώσεων στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Γ. ΕΚΤΡΩΣΗ → ΑΜΒΛΩΣΗ - ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΦΟΡΑ;

Συζητάμε για τις αμβλώσεις και θα ήθελα να εξηγήσω τον όρο αμβλωση του ~~αναπτυσσόμενου~~ έμβριου από τα τοιχώματα της μήτρας, όπου είναι προσκολλημένες. Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Μια στις δέκα εγκυμοσύνες πιστεύεται ότι διακόπτεται με αυτόν τον τρόπο. Το 75% των αποβολών συμβαίνει κατά την διάρκεια των πρώτων 2-3 μηνών της εγκυμοσύνης. Τα πιο κοινά αίτια είναι η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

Δ. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ 1ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αμβλωση εξαρτώνται από το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές με τις οποίες γίνονται οι αμβλώσεις στο πρώτο τρίμηνο είναι οι εξής.

- α) Διαστολή του τραχήλου και απόξεση.
- β) Διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση
- γ) Αναρρόφηση του ενδομητρίου ή ρύθμιση περιόδου.

α. Περιληπτικά η επέμβαση γίνεται ως εξής:

Αφού απολυμανθεί με αντισηπτικό η περιοχή της μήτρας εισχωρείται μέσα στον κόλπο ένα εργαλείο που λέγεται μητροσκόπιο (SPECULUM) ~~για να ανοίξει προσέγγιση του αυχένα, που με την~~ σειρά του διάστέλλεται με την χρησιμοποίηση μεταλλικών κυρίων ή λαμιναρίων.

Ψα μεταλλικά κηρία είναι κυλινδρικά, λεία μεταλλικά όργανα, διαφόρου διαμέτρου, η οποία και τα χαρακτηρίζει. Αρχίζουν π.χ από το Νο 3 που αντιστοιχεί σε διάμετρο 3MM και φθάνουν το Νο

24, που αντιστοιχεί σε διάμετρο 25MM. Η διαστολή γίνεται προοδευτικά εισάγοντας στον τραχήλο κηρία της επόμενης κάθε φορά διαμέτρου, μέχρις ότου είναι δυνατή η εισαγωγή στη μήτρα του κατάλληλου για κάθε περίπτωση αναρροφητήρα ή ξέστρου.

Οι λαμινάρια είναι μικρά τεμάχια από κλαδιά ενός φυτού που ονομάζεται LAMINARIA FIGITATA. Όταν τοποθετούνται μέσα στον αυλό του τραχήλου, προκαλούν μέσα σε μερικές ώρες προοδευτική διαστολή του. Η διαστολή σφείλεται στην αργή, αλλά σταθερή διόγκωση που υφίστανται οι λαμινάρια όταν προσροφούν υγρά.

Όταν έχει γίνει πια ικανοποιητική διαστολή του τραχήλου εισάγονται στην κοιλότητα της μήτρας τα ξέστρα τα οποία είναι μεταλλικά όργανα με οξύ χείλος, που "ξύνουν" την κοιλότητα της μήτρας, αποκολλώντας έτσι τμηματικά το έμβρυο απ' αυτή.

Υστερα, αυτή η ενέργεια προκαλεί μικρή αιμορραγία, καθαρίζεται ο κόλπος και σφραγίζεται το στόμιό του με βαμβάκι. Αν η επέμβαση γίνει από ικανό προσωπικό σε κατάλληλο περιβάλλον και με τις καλύτερες συνθήκες αποστείρωσης οι κίνδυνοι είναι σχεδόν ανύπαρκτοι και οι πιθανότητες επιπλοκών κάτω από 1%. Υστερα από λίγες ημέρες η γυναίκα θα μπορεί να αναλάβει την κανονική της δραστηριότητα.

Η μέθοδος που περιγράψαμε ήταν η διαστολή του τραχήλου και απόξεση.

Η μέθοδος της αναρρόφησης είναι μια σύγχρονη και συνηθισμένη μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο. Εφαρμό-

ζεται γενική αναισθησία όπως και στην πρώτη περίπτωση και προϋποθέτει, διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στη συνέχεια μπαίνει ένας λεπτός μεταλλικός ή πλαστικός σωλήνας από τον τραχήλο στην κοιλότητα της μήτρας.

Υστερα μέσω μιας αναρροφητικής αντλίας μεταδίδεται στο σωλήνα αρνητική πίεση, με αποτέλεσμα να αναρροφείται μέσα σε λίγα δευ-

τερόλεπτα όλο το περιεχόμενο της μήτρας. Η όλη διαδικασία δε διαρκεί πάνω από 5 λεπτά.

Η αναρρόφηση του ενδομητρίου ή ρύθμιση της περιόδου ή μικροέκτρωση είναι η αναρρέφηση του περιεχομένου της μήτρας με την χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα διαμέτρου 4-6MM και με τη βοήθεια μιας σύριγγας, χωρίς να χρειάζεται να γίνει διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πριν ακόμα το "ΤΕΣΤ εγκυμοσύνης" γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο, στις οποίες μια καθυστέρηση 10-14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δε χρησιμοποιείται γενικά γιατί δεν είναι ασφαλής.

β. Άμεσες επιπλοκές Αυβλωσης του 1ου τριμήνου

Οι εκτρώσεις μπορεί να προκαλέσουν άμεσες ή απώτερες επιπλοκές και να κινδυνεύσει η ζωή της γυναίκας.

Όμως, η συχνότητα των επιπλοκών σε εκτρώσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης είναι χαμηλή.

Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

- 1) Παραμονή στη μήτρα εμβρυϊκών στοιχείων.
- 2) Διάτρηση μήτρας
- 3) Βλάβες στον τράχηλο
- 4) Πυελική φλεγμονή

- 5) Αιμορραγία
- 6) Διάτρηση του εντέρου.
- 7) Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση από το αναισθητικό.

Ακόμη δεν πρέπει να παραβλέψουμε την ψυχολογική πλευρά της γυναίκας που πέρα από κάθε αξία κλινικού, ηθικού και κοινωνικο-

πολιτικού χαρακτήρα όλοι (ηθικολόγοι, σεξολόγοι και ψυχολόγοι) συμφωνούν στην άποψη ότι η άμβλωση, θεραπευτική ή ηθελημένη, είναι ένα μεγάλο τραύμα για την γυναίκα.

Κοινή συμφωνία υπάρχει ακόμη στο ότι θα έπρεπε να υιοθετηθεί σαν τελευταία λύση.

Εκτός από τον κίνδυνο που παρουσιάζει η παράνομη άμβλωση που κάνει μια γυναίκα, της αφήνει, πράγματι, ένα τραύμα τουλάχιστον ψυχολογικό για ένα γεγονός που δεν έφερε σε πέρας, μια μείωση της γυναικείας ικανότητάς της.

Ξ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η διακοπή της εγκυμοσύνης μετά τον 3ο μήνα της κύησης, τόσο η μήτρα όσο και το έμβρυο έχουν ήδη μεγαλώσει αρκετά, μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους:

α) Με συνδισασμένη εφαρμογή διαστολής, απόξεσης και αναρρόφησης. Η εκκένωση της μήτρας γίνεται καλύτερα σε δύο χρόνους, απ'τους οποίους ο πρώτος περιλαμβάνει διαστολή του τραχηλικού στομίου, συνήθως με λαμινάριες και ο δεύτερος, 12-24 ώρες αργότερα, εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας.

β) Με ενδομήτρια έγχυση διαφόρων ουσιών που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας, διαστολή του τραχήλου και έξοδο του εμβρύου. Τέτοιες ουσίες είναι υπέρτονα αλατούχα διαλύματα, ή προσταγλανδίνες. Η

γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου μετά από τοπική αναισθησία γίνεται αμνιοπαρακέντηση, δηλ. μια βελόνη προωθείται απ' το δέρμα της κοιλιάς στον αμνιακό σάκκο, συνήθως με την βοήθεια των υπερήχων. Στην αρχή αναρροφείται μια ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο αντικαθίσταται με αλατούχα διάλυμα ή διάλυμα που περιέχει προσταγλανδίνες.

Τα διαλύματα αυτά προκαλούν καταστροφή του πλακούντα με επακό-

λουθο θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον προκαλούν συσπάσεις της μήτρας και αποβολή του εμβρύου μέσα σε 24-36 ώρες. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται μετά την 16η και μέχρι την 24η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

γ) Προσταγλανδίνες. Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με την βοήθεια καθετήρα που τις τοποθετεί στην μήτρα.

Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως, μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, έμετο και διάρροια. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη 22 εβδομάδων.

α. Άμεσες επιπλοκές άμβλωσης του 2ου τριμήνου

Οι σοβαρότερες απ' αυτές είναι:

1. Εντονη φλεγμονή (ενδομητρίτιδα, σηψαιμία).
2. Μεγάλη αιμορραγία.
3. Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.
4. Παραμονή στοιχείων κύησης μέσα στην μήτρα (ατελής εκκένωση)
5. Ρήξη μήτρας, εντέρου ή ουροδόχου κύστης.
6. Αποτυχία διεκπεραίωσης της άμβλωσης.
7. Νέκρωση του μυομητρίου λόγω έγχυσης μέσα σ' αυτό του υπερτόνου αλατούχου διαλύματος.

Ζ. ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΩΝ

Τώρα θα μιλήσουμε αναλυτικά για τα προβλήματα που εμφανίζονται μετά την άμβλωση.

1. Μόλυνση

Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δε ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα του είδους αυτού οι μολύνσεις είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομητρίτιδα) είτε να απλωθούν πάνω απ'τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπιδγγίτιδα, ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν γίνει, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι άρρωστες μόλις αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα πρέπει αμέσως να σπεύσουν και να συμβουλευτούν το γιατρό τους.

Όσο αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφριά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα είτε στο νοσοκομείο, αν το κακό έχει προχωρήσει βαθιά, σαν σαλπιδγγίτιδα ή περιτονίτιδα. Στην πρώτη περίπτωση, αν έχει απομείνει κάτι μέσα στην μήτρα, αφαιρείται με την μέθοδο της διαστολής και απόξεσης κι αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά ενδοφλέβια πάντοτε.

Στην βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικελίνης και γκενταμισίν. Τέλος επισημαίνεται πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι από τα πράγματα αναπόφευκτη.

2. Ενδομήτριος θρόμβος αίματος-Υπολείμματα προϊόντων σύλληψης.

Όταν η άμβλωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί, ένας θρόμβος αίματος, ο ενδομήτριος, όπως λέγεται, οπότε

χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά από πέντε μέρες απ'τη στιγμή της άμβλωσης και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πυέλου κατά την οποία διαπιστώνεται πως η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή και μεγάλη και αυτό το οφείλει όχι βέβαια σε αιμορραγία του αυχένα της.

Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδομητρίτιδα. Η παραμονή υπολειμμάτων προϊόντων σύλληψης είναι πολύ πιο σπάνια περίπτωση απ'την ύπαρξη θρόμβου αίματος και θεραπεύεται εύκολα με ξύστρο αναρρόφησης. Για να αποτραπεί η παραμονή τυχόν υπολειμμάτων σύλληψης στη μήτρα, πρέπει κατά την επέμβαση να χρησιμοποιούμε το ξύστρο αναρρόφησης.

3. Εγκυμοσύνη που συνεχίζεται

Σε ορισμένες περιπτώσεις 0,1-0,3% απ'τις εργασίες των GRIMES, DAVID ETC. Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών, ΗΠΑ, TPSA, CDC 1974 TPSA αποδείχτηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη. Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε άμβλωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μέγιστη μήτρας που βεβαιώνεται με τη γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την άμβλωση. Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, τότε μπορεί να συμβαίνουν τα εξής:

- α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π.χ δίκερως), β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων, γ) να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από την μήτρα.

4. Τραύμα του τραχήλου ή της μήτρας

Το μετεκτρωτικό πρόβλημα εδώ εμφανίζεται με την μορφή της διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου. Για ν'αποφύγουμε τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση είναι αναγκαίο παράλληλα με τη μέθοδο της ενστάλαξης-πριν ή κατά την επέμβαση -να τοποθετείται κατά το β' τρίμηνο της κύησης η τραχηλική LAMINARIA.

Γενικά τα προβλήματα που ίσως δημιουργούν οι αμβλωτικές μέθοδοι των πρώτων μηνών, αποφεύγονται με μία ελαφριά τραχηλική ενστάλαξη, χωρίς τη χρησιμοποίηση καθετήρων ή άλλων οργάνων που εισάγονται βαθιά στη μήτρα.

5. Αιμορραγία

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της άμβλωσης ή μετά απ'αυτή, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συστατικών παραγόντων της μήτρας (όπως π.χ OXYTOCIN I.V χορήγηση ERGOTRATE ενδομυϊκά ή από το στόμα κ.τ.λ) και μαλάξεις αυτής. Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενστάλαξης κατά το δεύτερο τρίμηνο, είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορη αναρρόφηση του πλακούντα μέσα σε μία ώρα μετά την αποβολή του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί υπερβολική απώλεια αίματος.

Στις μελέτες των DAILING J.I EMANUEL I QUICK-παρατηρήθηκαν μετεκτρωτικές επιπλοκές όπως σπειρότητα, απότομη αποβολή (κατά τη δεύτερη κύηση) και γέννηση πρόωρων ή ελλειποβαρών βρεφών.

Άλλες επιπλοκές της άμβλωσης είναι οι εξής:

1. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαση ή απότομη διαστολή, με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.
2. Ενδομητρικές συμφήσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγμονή.

Σαν αποτέλεσμα, μπορεί να έχουμε στείρωση, λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα ή αποβολές.

3. Ενδομητρίτιδα (φλεγμονή του ενδομητρίου).
 4. Πνευλική φλεγμονή (σαλπγγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφήσεων των σαλπίγγων και στείρωση και
 5. Ψυχικές διαταραχές.
-



1



2



3



4



5



6

1η ΦΩΤΟΓΡ. (από αριστερά). Από το πρώτο κύτταρο ζωής ανθρώπινης (λευκή κηλίδα) το ανθρώπινο έμβρυο, που εμφυχώνεται, δηλ. ενώνεται η φηγή με το σώμα από την πρωταρχική στιγμή ή "εξ άκρας συλληψης", στις 6 εβδομάδες διαμορφώνεται πλήρως. Στη φωτογραφία το ζωντανό αυτό ανθρώπινο έμβρυο διανύει τον 3ο προς τον 4ο μήνα ή την 16η εβδομάδα της κύησης και... ελπίζει να ιδεί το φως του ηλίου, του αισθητού και νοητού του "Ηλίου της Δικαιοσύνης" που έγινε βρέφος άνθρωπος για την σωτηρία -χαρά όλων των ανθρώπων.

2η ΦΩΤΟΓΡ. Ένα άλλο Εμβryo- Ανθρωπος με φυχή λογική αθάνατη, όπως το βλέπουμε, με τον εμβρυακό σάκκο-πλακούντα, αποβάλλεται με έκτρωση ζωντανό. Ήταν αγοράκι, τέλεια διαμορφωμένο ακριβώς έξι εβδομάδων στον 1 1/2 μήνα του. Αλλά όταν ο σάκκος ανοιχτήκε σταμάτησε η σωματική ζωή του.... Η φωτογραφία βραβεύτηκε από το Πανεπιστήμιο της ΜΙΝΕΣΟΤΑ.

3η ΦΩΤΟΓΡ. Εμβryo-Ανθρωπος... εκτρωμένο στους 2 1/2 μήνες. Τόσο το πλήγωσαν, ώστε δεν διακρίνονται όργανα του σώματος του.

4η ΦΩΤΟΓΡ. Αντίθετα στο Εμβryo -Ανθρωπος αυτό, που εκτρώθηκε στους 2 μήνες με "αναρρόφηση" διακρίνονται καθαρά αρκετά οργανά του.

5η ΦΩΤΟΓΡ. Αυτό το Εμβryo-Ανθρωπος φονεύθηκε με "αλατώδη αμνιοκέντηση" στους 4 1/2 μήνες.

6η ΦΩΤΟΓΡ. Εδώ φαίνεται η παραγωγή εκτρώσεων μιας ημέρας στο νοσοκομείο της Φλόριδας (Αμερική). Το μεγαλύτερο έμβρυο ήταν 7 μηνών. Σε λίγο θα μεταφερθούν σε κάποιο ... σκουπιδοτοπο ή υπόνομο. Εκεί τα στέλνει "η πολιτισμένη" σύγχρονη κοινωνία μας...

Η. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΕΠΙΡΑΔΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Κατά κανόνα η επιτυχία της άμβλωσης, εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Εξάλλου τα προβλήματα και οι συνέπειες που συνεπάγεται μια άμβλωση θα είναι λιγότερα αν:

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά της στάδια
2. Η πελάτισσα είναι υγιής.
3. Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της άμβλωσης.
4. Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα.
5. Η πελάτισσα αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την άμβλωση.
6. Γίνει προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα αυτός να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.
7. Η γυναίκα έχει αρνητικό RH-, πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.
8. Η πελάτισσα δεν πάσχει από βλενόρροια
9. Η πελάτισσα δεν αμφιβάλλει και είναι σίγουρη ότι θέλει την άμβλωση.
10. Λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις και συνακόλουθα την μείωση των επικίνδυνων επιπτώσεων από την άμβλωση. Η δόση που προτείνεται είναι συνήθως 1 γραμ. τετρακυκλίνης μετά την άμβλωση και στην συνέχεια 500 MG τετρακυκλίνης τέσσερις φορές την ημέρα με ολική λήψη 9 γραμ.

θ. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

α) Αναρρόφηση με τοπική αναισθησία .

Η επέμβαση διαρκεί από δεκαπέντε μέχρι είκοσι λεπτά (η αναρρόφηση καθεαυτή διαρκεί πέντε λεπτά) όμως, πρέπει να προβλέπεται παραμονή στην κλινική μισή μέρα. Πράγματι, μερικό χρόνο πριν την αναρρόφηση χορηγούνται κάποια φάρμακα που διευκολύνουν την μυϊκή χαλάρωση. Μετά την επέμβαση, κάποιος χρόνος ανάπαυσης είναι αναγκαίος πριν η γυναίκα φύγει από το σπίτι της.

β) Αναρρόφηση με γενική αναισθησία.

Από θέση αρχής, μετά από μία γενική αναισθησία, προβλέπεται παραμονή υπό ιατρική επιτήρηση ένα εικοσιτετράωρο περίπου. Στο θέμα που εξετάζουμε, μπορεί να σημειωθούν πολλές δυνατότητες:

- η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες και πληρώνει το τιμολόγιο που προβλέπει το Υπουργείο Υγείας.
- η γυναίκα παραμένει περισσότερο από 24 ώρες και πληρώνει το προβλεπόμενο τιμολόγιο.
- η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες αλλά πληρώνει σαν να παράμεινε περισσότερο από 24 ώρες.

Πολύ συχνά, οι ίδιες οι γυναίκες για διάφορους λόγους ζητούν να παραμείνουν λιγότερο από 24 ώρες. Στην περίπτωση αυτή, είναι ανωμαλία να υποχρεώνονται να πληρώνουν σαν να παραμείνανε περισσότερο από 24 ώρες. Δυστυχώς, τούτο είναι ακόμη τρέχουσα πρακτική.

Ι. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ - ΟΔΗΓΙΕΣ

Μετά την άμβλωση μπορεί να υπάρχει αιμόρροια και πόνος, που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος. Μετά την επέμβαση η γυναίκα μπορεί να φάει και να πει ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική σωματική και ψυχική ξεκούραση.

Μερικοί γιατροί δίνουν αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά. Άλλοι όχι. Καλό θα είναι να ελέγχεται η θερμοκρασία της, γιατί πάντα υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στην μπανιέρα, είναι προτιμότερο το ντους. Αν η γυναίκα χρησιμοποιεί ταμπόν είναι καλύτερα να μην χρησιμοποιεί για ένα χρονικό διάστημα ή αλλιώς να το αλλάζει πολύ συχνά. Οι γεννητήσιες σχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται τουλάχιστον για δέκα μέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά ή πυρετός πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της.

Την ημέρα που έγινε η άμβλωση -το βράδυ αυτής- συνίσταται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χάπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα:

- από το ένα μέρος, βέβαια, αντισυλληπτικό μέσο που επιτρέπει ερωτικές σχέσεις χωρίς κίνδυνο εγκυμοσύνης.
- από το άλλο, βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση.

Γενικά, δεν πρέπει να παίρνεται παρά για ένα μήνα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί η άμεση τοποθέτηση ενός σπειράματος.

Επίσκεψη ελέγχου

Αυτή η επίσκεψη δεν είναι υποχρεωτική, αλλά συνίσταται. Είναι καλό να γίνεται τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπει την επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμιά διαταραχή. Από την άλλη μεριά, εάν η γυναίκα το επιθυμεί, με την ευκαιρία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντισύλληψη για τον επόμενο κύκλο.

ΙΑ. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΜΒΛΩΣΗ

Ο κίνδυνος θανάτου από την άμβλωση είναι μικρός. Ο παρακάτω πίνακας (από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α) δείχνει ότι ο κίνδυνος θανάτου από άμβλωση εξαρτάται από την μέθοδο που χρησιμοποιείται, σε συνδιασμό πάντα με το χρόνο της κύησης. Ποσοστό θανάτων από νόμιμες εκτρώσεις στις Η.Π.Α με χρόνο κύησης σε εβδομάδες:

Εβδομ. κύησης	Θάνατοι	Περιπτώσεις	Ποσοστό σε 100.000 αμβλώσεις	Σχετικός κίνδυνος
8	10	1.539.649	0,6	1,0
9-10	19	1.100.484	1,7	2,8
11-12	17	600.357	2,8	4,7
13-15	17	216.983	7,0	13,0
16-20	40	249.161	16,1	26,8
21	13	48.553	26,8	44,7
Σύνολο	116	3.809.187	3,0	

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως όσο πιο έγκαιρα γίνεται η επέμβαση τόσο οι κίνδυνοι από την έκτρωση μειώνονται.

Α. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ - ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

"Είμαι μια κοπέλα από Επαρχία που ήρθα στην Αθήνα να σπουδάσω. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα βιασμού. Όταν είχα τα πρώτα συμπτώματα πήγα στο φαρμακείο και ζήτησα χάπια καθυστερήσεως. Μετά τα αποτελέσματα πείστηκα ότι είμαι έγκυος. Δεν ήξερα όμως από το φόβο μου τι να κάνω. Πήγα σε μία γυναίκα φαρμακοποιό. Της είπα τι μου συμβαίνει και μου έδωσε πιά έντονα χάπια και μου είπε πως αν δεν είμαι πολλών ημερών θα μου κάνει μία ένεση για διακοπή εγκυμοσύνης. Ημουν ήδη ενός μηνών και δεν γινόταν τίποτα.

Επειδή δεν υπήρχε καμμία προοπτική να βοηθηθώ- δεν είχα ούτε τους δικούς μου εδώ-ούτε φίλες και το σπουδαιότερο ούτε χρήματα, πήγα και εργάστηκα σ'ένα εργοστάσιο δύο μήνες.

Τα απογεύματα παρακολουθούσα όσο μπορούσα τα μαθήματά μου.

Στις 28 Ιανουαρίου συγκέντρωσα τα χρήματα που πίστευα πως θα μου χρειασθούν. Περπατώντας στους δρόμους της Πρωτεύουσας βρήκα ένα Ιατρείο Γυναικολόγου. Το Σάββατο, 1 Φεβρουαρίου στις 5 μ.μ πήγα. Συνάντησα ένα κύριο 50 ετών περίπου.

Μου είπε να περιμένω λίγο. Μετά από ένα τέταρτο πέρασα.

Ήταν ένα μεγάλο δωμάτιο. Με ρώτησε από ποιά κυρία είμαι συστημένη, πόσο μηνών είμαι και αν έχω φάει. Του είπα ότι δεν είμαι συστημένη από καμμιά, ότι είμαι τριών μηνών και ότι έχω φάει. Ανέφερε ότι δεν γίνεται άμβλωση, γιατί έχω φάει και δεν επιδρά η νάρκωση. Είπα ότι μπορώ να έρθω την Δευτέρα.

Είπε, ότι έπρεπε να κρατήσω το παιδί, γιατί δεν αναλαμβάνει να

μου κάνει άμβλωση χωρίς να το ξέσουν οι γονείς αφ'ενός και αφ'ετέρου, γιατί είμαι τρισημίση μηνών. Υστερα από λίγο πρόσθεσε όμως ότι σε μία τοπική ένεση δεν θα πονούσα πολύ.

Απάντησα: Γιατρέ, φοβάμαι τις ενέσεις και να κάνω άμβλωση ξύπνια; Πήρε ύφος αυστηρό και λέει: "Κι αν πάθεις κάτι μέχρι την Δευτέρα; Μια αιμορραγία; Τότε δεν ήξερα πραγματικά τι να κάνω. Μόλις

μου έκανε την ένεση, της οποίας τα αποτελέσματα δεν τα κατάλαβα, περίμενα 20 λεπτά. Μετά τα 20 λεπτά με ανέβασε σε κείνο το κρεβάτι και προσπαθούσε να βγάλει το έμβρυο βάζοντας το ένα χέρι στον κόλπο και πιέζοντας με το άλλο την κοιλιακή χώρα. Αρχίζα να φωνάζω και να κλαίω από τον πόνο. Μετά την συζήτησήμου και την επίπληξη από μέρους μου, πήρε τα μηχανήματα τα αποστειρωμένα και άρχισε η επέμβαση. Τότε πονούσα περισσότερο. Είχα ιδρώσει και έτρεμα ολόκληρη. Επειδή δεν έμενα ακίνητη και τον εμπόδιζα φώναξε την γυναίκα του να βοηθήσει. Μου κρατούσε τα χέρια και μου τραβούσε τα μαλλιά για να μην καταλαβαίνω τον πόνο. Μετά από δύο ώρες, αφού τελείωσε, μου λέει : "Θες να δείς τα δημιουργήματά σου;" Μου έφερε μπροστά το έμβρυο και μου είπε : "Ότι αρχίζει ωραίο τελειώνει με πόνο, κορίτσι μου. Αυτό πρέπει να ξέρεις". Και έφυγε. Υστερα από λίγο ξανάηρθε. Μου έγραψε να πάρω ένα φάρμακο και ετοιμαζόταν να φύγει. Εγώ δεν είχα συνέλθει ακόμα. Μου ζήτησε τα χρήματα. Ελα να κατεβούμε γρήγορα. Μη μας βρει η εφορία. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, ήρθες και έκανες μία εξέταση".

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ερωσι: Τότε ήσαστε παντρεμένη, είχατε δύο μεγάλα παιδιά. Ήδη και αν ακόμη είστε νέα, ανήκετε στην γενιά που οι κοπέλες του δικού σας μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου, δεν είχαν προγαμιαίες σχέσεις και επομένως δεν αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα. Τι σας έκανε να πάρετε την απόφαση να διακόψετε την κύηση;

Απάνσι: Φοβηθήκαμε πως θα χαλούσε η αρμονία της οικογένειας. Θα υπήρχε μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στα παιδιά μου και στην τρίτη ενδεχόμενη κύηση. Ο μεγάλος μου γυιός ήταν ήδη έντεκα ετών.

Ερωσι: Την πήρατε μόνη σας την απόφαση;

ΑΠΑΝΤΙ : Μαζί σκεφτήκαμε, μαζί κουβεντιάσαμε, τελικά όμως εγώ. Ο άντρας μου μου έδωσε την ευκαιρία να αποφασίσω μόνη μου. Και ίσως και γι' αυτό το αποφάσισα.

ΕΡΩΤΙ : Με ποιόν πήγατε στο Μαιευτήριο εκείνη την ημέρα;

ΑΠΑΝΤΙ : Με τον άντρα μου. Πήγαμε πάλι στον ίδιο Μαιευτήρα που είχε ξεγεννήσει τα δυό μου παιδιά.

ΕΡΩΤΙ : Πως αισθανθήκατε;

ΑΠΑΝΤΙ : Άσχημα, πολύ άσχημα. Έτσι είχα αισθανθεί και σε μία αποβολή που είχα κάνει. Αγαπώ τα παιδιά.

Πριν κλείσω το Κεφάλαιο αυτό, θα σας δώσω μερικές συνεντεύξεις από νέες κοπέλες σχετικά με την οδυνηρή εμπειρία τους από την άμβλωση.

Λέει η φοιτήτρια Καίτη Β. 20 ετών:

" Με έβαλαν σε εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη η μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας και έτσι, καθώς ένιωθα να χάνομαι στο κενό, σκέφτηκα πως τίποτα δεν με νοιάζει πιά. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σε ένα διαφορετικό δωμάτιο.

Προσπάθησα να σηκωθώ. Ζαλιζόμουν και πονούσα. Η νοσοκόμα θέλησε να με καθυσηχάσει. Την έπεισα πως είμαι καλά, ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη.

Το άλλο πρωί πήγα στο Πανεπιστήμιο.

Επτά μήνες αργότερα, θυμάμαι εκείνο το χαμένο μωρό.

"Μεγαλώνει" δίπλα μου σαν σκιά, χωρίς κανείς να το βλέπει, εκτός από μένα ."

Απέναντί μου μιά γλυκιά κοπέλα γύρω στα 19 με μεγάλη επιφυλακτικότητα δέχεται να μου διηγηθεί την δική της ιστορία, χωρίς βέβαια να αποκαλύψω το όνομά της. Μου λέει η Μαίρη Β.

Όσο και αν σου φαίνεται περίεργο, είμαι μόνο 16 ετών και έζησα και εγώ την " φρικιαστική " εμπειρία. Είμαι μαθήτρια ακόμα στο σχολείο και συντηρούμαι από τους γονείς μου. Στο σπίτι, οι γονείς μου μεγαλώνουν συνεχώς, η δε οικονομική μας κατάσταση απελπιστική. Βρέθηκα σχεδόν χωρίς να το καταλάβω, λοιπόν με ένα νεαρό δίπλα μου πρόθυμο να ακούσει, αλλά και να συμμεριστεί τα προβλήματά μου.

Σχεδόν πριν δυό μήνες αισθάνθηκα κάτι περίεργα συμπτώματα συνάμα με μία καθυστέρηση της περιόδου. Αμυδροί πόνοι στην μέση, ελαφρά ζάλη συνήθως το πρωί και ένα αίσθημα πίεσης στο στήθος. Βέβαια δεν είχα τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από την αντισύλληψη, αλλά αυτή η έλλειψη ενημέρωσής μου θα μπορούσε να είναι μοιραία. Πήγα στο γιατρό που μου σύστησε μία φίλη μου, αποκρύπτοντας την ηλικία μου. Βέβαια, με βοήθησε και η σωματική μου διάπλαση σε αυτό.

"Αγαπητή μου Δεσποινίς είστε έγκυος", ήταν τα λόγια του γιατρού που θυμάμαι, όταν όλα χάνονταν γύρω μου. Με έπιασε απελπισία, δεν ήξερα τι να κάνω, δεν είχα ούτε χρήματα, αλλά ούτε την συμπαράσταση από τον φίλο μου, τον οποίο είχα χάσει από την στιγμή που του εξέφρασα τις ανησυχίες μου.

Φρόντισα να τελειώσουν όλα γρήγορα με την βοήθεια της φίλης μου. Προσπαθούσα να σκέφτομαι ότι δεν συμβαίνει μόνο σε εμένα, να δικαιολογήσω τον εαυτό μου, αλλά αυτό το μικρό πλάσματάκι που σκότωσα εγώ η ίδια, με καταδίκασε.

~~Ντρέπομαι που χρησιμοποίησα αυτό τον τρόπο να απαλλαγώ από αυτό,~~
αλλά ήταν ένα μεγάλο λάθος με όλες τις συνέπειες για την υπόλοιπη ζωή μου.

Μου λέει η Κατερίνα Χ.

"Είμαι 18 ετών και έχω κάνει κιόλας τρεις εκτρώσεις. Την πρώτη μάλιστα πριν δύο χρόνια, δύο μήνες, αφ'ότου πρωτόκανα έρωτα. Δεν ήξερα. Απλώς με το αγόρι μου προχωρήσαμε στις σχέσεις μας πριν προχωρήσουμε στην γνώση. Κι αυτό ήταν λάθος. Τώρα δεν ξέρω αν θα αποκτήσω παιδί. Και αυτός είναι ο λόγος που αρνήθηκα την πρόταση γάμου που μου έκανε προ μηνός το παιδί που αγαπούσα. Δεν ήθελα να τον κάνουν δυστυχισμένο, τα λάθη του δικού μου παρελθόντος.

Η ιστορία της μικρής Αντιγόνης:

Εφυγε από το σχολείο της και πήγε να βρεί την καλοκαιρινή της αγάπη. Οι γονείς της βρήκαν την Αντιγόνη στη θάσσο, να φάχνει για τον καλό της και την έφεραν πίσω στη Θεσσαλονίκη στο σπίτι και στο σχολείο της.

-Θέλεις να μιλήσουμε για το πρόβλημά σου; Πως νιώθεις σήμερα.

-Απάθεια, αλλά αισθάνομαι πως εκδηλώθηκα ανόητα και υπερβολικά.

-Πες μου Αντιγόνη πως γνώρισες τον νέο.

-Δουλεύαμε μαζί σε ένα καλοκαιρινό μπαράκι για δυό μήνες.

Σερβίραμε ποτά. Εκείνος φοιτητής, εγώ μαθήτρια Β' Λυκείου.

Τα φτιάξαμε αμέσως και.....

- Τον αγάπησες;

- Δεν ξέρω ακριβώς, αλλά τον ερωτεύθηκα έτσι απλά, χωρίς να

το πολύκαταλάβω. Εφυγα από το δωμάτιό μου και μέναμε μαζί.

-Συμβίωση κανονική.....

-Ναι, ήταν κάτι πρωτόγνωρο για μένα και παράξενο και όμορφο.

Φρόντιζα το δωμάτιο, έπλενα, σιδέρωνα, καμμιά φορά μαγειρεύα, τον περιποιόμουν, του έφτιαχνα καφέ..... Ήταν συγκλονιστικό για μένα, χωρίς καμμιά απολύτως προηγούμενη εμπειρία, ένιωσα σύντροφός

του. Μην το κοροϊδεύετε, ένιωσα σαν την μαμά μου. Κάπου ήταν σαν να την αντέγραφα.

-Εκείνος πως αντιδρούσε;

-Καλά νομίζω. Μάλλον αδιάφορα. Απολάμβανε τις φροντίδες. Θυμάμαι κάποια μέρα μου είπε, "Φέρεσαι σαν παντρεμένη. Αυτός είναι ο σκοπός σου; Σε έχει δασκαλέψει η μάνα σου;".

Γέλασα και ενοχλήθηκα, αλλά η ιδέα του γάμου, της συζύγου, τότε πρωτοπήκε στο μυαλό μου και ειλικρινά τρόμαξα.

-Σε νιώθω να θες να κλάψεις, σε πονάει αυτή η ιστορία ή συνέβη κάτι άλλο;

-Ναι συνέβη.

-Θέλεις να το πείς; Είναι κάποιος λόγος σοβαρός, εκείνος που σε έκανε να τον φάξεις;

-Ναι , αλλά δεν θέλω να το πώ.

Από το περιβάλλον της Αντιγόνης μαθεύτηκε πως είχε μείνει έγκυος και αναγκάστηκε κάποια Πέμπτη να πάει για άμβλωση. Αυτό συνέβη σε Κλινική της πόλης, μια μέρα πριν το σκάσει από το σχολείο.

Πιστεύω, πως μέσα από αυτές τις μαρτυρίες, να κατάφερα να σας ευαισθητοποιήσω και να σας δείξω την πιο πραγματική και δραματική εικόνα της έκτρωσης.

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΚΑΙ ΡΩΜΑΙΟΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η θέση της εκκλησίας είναι πάντα η ίδια είτε αυτή λέγεται Ορθόδοξη είτε λέγεται Ρωμαιοκαθολική . **"Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΦΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΥΠΑΡΞΗ"**

Η Ιερά Σύνοδος έχει διατυπώσει τέσσερεις εγκυκλίους από το 1934 έως το 1986 ,: το 1934, το 1986, το 1978 και τέλος το 1986 Και στις τέσσερεις εγκυκλίους καταδικάζει την πραγματοποίηση της άμβλωσης για όποιον λόγο κι αν γίνεται αυτή.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του 1986 στην έκτρωση "εκτός από τη γυναίκα έγκυο υπάρχει και ένα άλλο πρόσωπο, το έμβρυο, που έχει ίση με αυτή ανθρώπινη ιδιότητα και ίσα δικαιώματα ζωής. Γιατί το έμβρυο, όπως είπαμε, είναι πλήρης, τέλειος και ολόκληρος άνθρωπος από τη στιγμή της συλλήψεως. Και συνεπώς η έκτρωση είναι φόνος. Φόνος εκ προμελέτης. Είναι μια ενέργεια, που στερεί τον άνθρωπο από το υπέρτατο αγαθό, την ζωή. Και πρέπει να τονιστεί, ότι ακόμη κι αν υποθεθεί, ότι την ζωή στον άνθρωπο την δίνει η μητέρα του, αυτό δεν της δίνει το δικαίωμα και να την αφαιρεί όποτε θέλει. Και συνεπώς κάθε γυναίκα που κάνει έκτρωση είναι ένας απαίσιος φονιάς .Και όχι μόνο η μητέρα, αλλά και ο πατέρας και κάθε πρόσωπο που συνεργεί στο απαίσιο αυτό έγκλημα, έστω και μόνο με συμβουλή, και υποδειξίει, είναι φονιάδες"

Η παραπάνω παράγραφος δίνει περιεκτικά την άποψη της ορθόδοξης εκκλησίας για τις αμβλώσεις. Έχουν γίνει αρκετές ενέργειες

από την πλευρά της εκκλησίας για την ενημέρωση του κόσμου σχετικά με το θέμα. Η άποψη της εκκλησίας αποτελεί έκφραση της αγάπης της προς το άτομο και την κοινωνία.

Χαρακτηριστική είναι και η άποψη του καθηγητή της θεολογίας Μάρκου, ο οποίος υποστηρίζει ότι: " η εκκλησία, αντιμετωπίζουσα το θέμα από αγάπη προς τον άνθρωπο-και σύμφωνα με όσα δίδαξε ο Χριστός για την ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου και της ανθρωπίνης ζωής- δεν αναγνωρίζει σε κανένα το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη συνεργασία των γονέων, αλλά και του δημιουργού της ζωής του Θεού".

Η εγκύκλιος του 1986 αναφέρεται και στη άποψη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας πάνω στο θέμα και αποτελεί την επίσημη αντίδραση της Ιεράς Συνόδου στην ψήφιση του νόμου για τις αμβλώσεις (20/3/86).

Αξίζει, δε να παρουσιάσουμε και την επίσημη αντίδραση της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας στην ψήφιση αντίστοιχου νόμου στην Ιταλία την 22η | 5 | 1978. Στο επίσημο όργανο του Βατικανού, "Ρωμαίος Παρατηρητής" γράφτηκαν τα εξής:

"Νομίζουμε πως ο νόμος αυτός πρέπει να καταχωριστεί μεταξύ των απαίσιων συμβάντων που δεν αποφέρουν ούτε στην απελευθέρωση ούτε στην δικαιοσύνη, ούτε στο καλύτερο μέλλον που επιθυμούν άτομα και λαοί. Και το νομίζουμε όχι μόνο για λόγους πίστης, αλλά απλώς επειδή είναι νόμος που εκφράζει τον εγωισμό, την ~~ασυδοσία-ακόμη-και-την-βία,-στην-οποία-η-κοινωνία-δεν-μπορεί~~ να αντισταθεί, αλλά απεναντίας τη βοηθά και την εφαρμόζει.

Την έχουμε επαναλάβει σταθερά και με ταραχή αυτή η ασυδοσία στην αποκοπή της ζωής ενός ανθρώπινου πλάσματος είναι μία άσκηση της βίας, που όσο και αν εκτελείται τώρα με την προστασία του νόμου δεν χάνει τίποτα απ'την υπερβολική βαρύτητά της"

"Φόνος εκ προμελέτης" βία, ασυδοσία," είναι λέξεις που περιγράφουν χαρακτηριστικά την έκτρωση.

Και η σύγκριση της εκκλησίας με την πολιτεία και την επιστήμη ειδικότερα ήταν μεγάλη. Συζητήσεις, έγιναν πολλές και δημοσιεύθηκαν στον τύπο, παρουσιάστηκαν στην τηλεόραση. Πόσο, όμως, επηρρεάστηκε η κοινωνία από αυτές τις συζητήσεις.

Ε. Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Αξίζει δε να αντιπαραθέσουμε και την άποψη της επιστήμης η οποία, όμως δεν είναι το ίδιο ενιαία όπως της εκκλησίας. Υπάρχουν οι επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι το έμβρυο δεν αποτελεί ανθρώπινη ύπαρξη παρά μόνο μετά την γέννησή του. Υπάρχουν εκείνοι που τονίζουν τα κοινωνικά προβλήματα, που εμφανίζονται μετά την γέννηση ενός παιδιού, που θεωρείται ανεπιθύμητο από τους ίδιους του τους γονείς. Οι δύο αυτές κατηγορίες επιστημόνων υποστηρίζουν την ελεύθερη και αποποινικοποιημένη άμβλωση.

Υπάρχει, όμως, και μία τρίτη κατηγορία επιστημόνων και κύρια γιατρών, οι οποίοι πιστεύουν ότι το έμβρυο είναι ανθρώπινη ύπαρξη από την πρώτη στιγμή της σύλληψης του. Μια ομάδα γιατρών στην Αμερική, θέλοντας να αποδείξουν την παραπάνω πρόταση κινηματογράφησαν μία έκτρωση μέσω υπερήχων. Στη διάρκεια της επέμβασης το έμβρυο τραβιόταν στην άλλη άκρη της μήτρας καθώς το καταδίωκε απειλητικά το μηχάνημα της αναρρόφησης για να το αποκεφαλίσει. Σκηνές φρικτές, που θυμίζουν ταινία θρίλερ αποτελούν όμως, την φρικτή πραγματικότητα. Είναι σκηνές που εκτυλίσσονται καθημερινά σε εκατομμύρια χειρουργικές αίθουσες σε όλον τον κόσμο. Ο γιατρός, που έκανε αυτήν την έκτρωση έφυγε από την αίθουσα, όπου γίνονταν η προ βολή και δεν ξανέκανε ποτέ έκτρωση. Το

ίδιο συνέβει και με τη γυναίκα, που έκανε την έκτρωση.

Ο καθηγητής της μαιευτικής Δ. Κασκαρέλλης δήλωσε στο Βήμα της Κυριακής της 16ης-9-1978: "Είναι γεγονός ότι έστω και νόμιμες οι εκτρώσεις πενταπλασιάζουν τους κινδύνους για εξωμήτρια εγκυμοσύνη και οι γυναίκες, που θα τις υποστούν έχουν διπλάσιες πιθανότητες για δευτεροπαθείς στειρώσεις ή ακόμα, υπάρχουν σπάνιες πιθανότητες για αποσπάσεις των εντέρων και για να προκαλέσουν ψυχοταραχή στη γυναίκα, που εμποδίζουν τη φυσική γονιμοποίηση".

Παρόμοιες δηλώσεις έχουν γίνει αρκετές. Σημειώνουμε και την επιστολή των καθηγητών της Θεσσαλονίκης ότι το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη ύπαρξη.

Δυστυχώς, όμως, η πλειοψηφία των επιστημών υποστηρίζει την εκούσια διακοπή των αμβλώσεων.

ΑΠΟΦΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

"Φόνος εκ πρόμελέτης, με όλες τις συνέπειες μιας αξιόποινης πράξης". "Οι αμβλώσεις αποτελούν τον υπ'αρ. 1 κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου- από διάτρηση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση". "Με την αύξηση των αμβλώσεων έχει αυξηθεί και παραμένει απειλητικότερος ο κίνδυνος της στειρώσεως".

Ν. Λούρος, Ακαδημαϊκός.

"Το γεγονός ότι το 1 στα 4 κορίτσια με εμπειρία γενετήσιας ζωής, έχει επίσης την οδυνηρή εμπειρία της έκτρωσης, δίνει τις διαστάσεις, της κοινωνικής ευθύνης απέναντι στην οποία δεν πρέπει να σιωπήσουμε".

Δ. Τριχόπουλος, Πρόεδρος της κρατικής επιτροπής πληθυσμού.

"Ολόκληρος ο ηθικός κόσμος της γυναίκας κλονίζεται γιατί έχει ακούσει για το μεγαλείο της μητρότητας"

Σιμόν ντε Μπωβουάρ, Συγγραφέας.

"Η ανθρώπινη ζωή δεν μπορεί να θυσιάζεται χάρη κάποιων άλλων αγαθών, παρά μόνο εάν στη συγκεκριμένη περίπτωση συντρέχουν ειδικοί και σπουδαίοι λόγοι, που προβλέπονται από το νόμο.

Αννα Ψαρούδα -Μπενάκη, Καθηγήτρια Ποινικού Δικαίου.

"Προκειμένου περί της αμόνης έναντι κρατικών παρεμβάσεων αυτονόητο είναι ότι μεταξύ της προ και της μετά τη γέννηση ζωής του εμβρύου ουδεμία διάκρισις δύναται να λάβει χώρα".

Κων. Ζώρας, Συνταγματολόγος.

ΕΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η άμβλωση είναι μία επέμβαση που στερεί σ'ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ'αυτή την ενέργεια. Το έμβρυο είναι μια ζωή που αναπτύσσεται σιγά-σιγά μέσα στην μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι'αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι'αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του να ζήσει. Επειδή όμως η φύση αλλά και ο δημιουργός, του στερεί αυτή την δυνατότητα σε αυτή την εμβρυϊκή φάση της ζωής του την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη ή όχι πληροφόρηση αλλά και ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα " αποφασίσουν" για την συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Ένα από τα πρόσωπα αυτά για λόγους ανεξάρτητους από την θέληση της του είναι και η Νοσηλεύτρια -τής. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την διατήρηση στην ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει την δυνατότητα να αποφασίσει απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις. Αποκτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του θεού-μια και είναι ο μόνος που έχει την δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει την ζωή από τα πλάσματά του-

δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικά ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα "χρησιτότητα" και γνώση.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας

σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

" Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκείμενη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλεύτη-τρια που διαθέτει μόνο " Εγκέφαλο" και όχι "καρδιά" και φωτισμένη ηθική συνείδηση μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φτάνει μόνο η σοφία".

Πραγματικά η διανοητική ευφυΐα πολλές φορές αποδεικνύεται κατώτερη από την ευφυΐα της καρδιάς που γι' αυτή ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός BLAISE PASCAL παρατηρεί επιγραμματικά: " Η καρδιά έχει τους λόγους της τους οποίους αγνοεί το λογικό ... γνωρίζουμε την αλήθεια όχι μόνο με την λογική αλλά και με την καρδιά.

Και στο θέμα των αμβλώσεων είναι άξιο προσοχής να αναρωτηθούμε: άραγε ποιοί νόμοι " ηθικά " ποιοί κανόνες δεοντολογικοί και ποιά επιστημονικά πρότυπα και κανόνες δεοντολογικοί και ποιά επιστημονικά πρόσωπα και κανόνες μας υποχρεώνουν εμάς τους Νοσηλευτές να γίνουμε συνεργοί σε ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα , που μπόρεσε να κάνει άνθρωπος σε άνθρωπο. Κάτω από ποιές ηθικές και δεοντολογικές διεργασίες γινόμαστε τελικά μέτοχοι τις πιο πολλές φορές σε ένα έγκλημα που δεν έχει ούτε αρχή ούτε τέλος παρασυρμένοι τις πιο πολλές φορές από τον κυκεώνα μιας λογικής αρωστημένης από τα κούφια λόγια επιστημονικών-που-τελικά-αποδείχθηκε-ότι-διαθέτουν-μόνο-"εγκέφαλο"-και τίποτα άλλο.

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλλημα για τον Νοσηλεύτη ή την Νοσηλεύτρια .Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει , και παρά την απόφαση του να μην γίνει συνεργός στο έργο της αμβλώσης έρχονται οι νόμοι της

πολιτείας που σου επιβάλλουν κυρώσεις- όταν η άμβλωση επιτρέπεται- σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλλημα να θυσιάσεις την ζωή του έμβρύου σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μέλλουσας μητέρας, ή όταν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να φέρει βαρείες σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες.

Μέσα από όλα αυτά τα διλλήματα υπάρχει η ομάδα του Νοσηλευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης, θεωρεί την άμβλωση ηθικό και σωματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο. Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής έστω κι αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυική κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές καθαρά αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί όπως οι άλλες, φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο του θεού προς τους ηθικούς φραγμούς, κάτι ανεπίτρεπτο και ανιερό. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθινών συμφερόντων την συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

Στην αντίπερα όχθη υπάρχει όμως και η άλλη μερίδα των νοσηλευτών, η οποία δέχεται την συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει την γνώμη της σχετικά με το θέμα. Ενεργεί τελείως άβουλα κάνοντας πάντα αυτό που κάποιοι άλλοι την υποχρεώνουν χωρίς να νοιάζεται αν αυτό που κάνει είναι σωστό ή όχι. Είναι άξιο όμως προσοχής να παρατηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των αμβλώσεων αλλά και στην

πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

Μια άλλη ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού είναι εκείνη η οποία δεν αρνείται την συμμετοχή της στην διαδικασία της άμβλωσης. Αυτό όμως δεν την εμποδίζει να σκέφτεται, να κρίνει και να ενεργεί σύμφωνα πάντα με την δική της κρίση και έχοντας λογικά επιχειρήματα.

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δεν σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα άμεσα μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί ο νοσηλευτής-τρια να αρνηθεί την β οήθεια όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, από την στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται. Αρνηση της εκτέλεσης εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου, απέναντι στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν σε άμβλωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους κομπογιανίτες του " επαγγέλματος" που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

Όταν μια γυναίκα προσέρχεται στο μαιευτικό τμήμα κάποιου Νοσοκομείου ή κλινικής προκειμένου να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης είναι τις περισσότερες φορές σίγουρο ότι έχει πάρει μια απόφαση που παραμένει αμετάκλιτη, παρά τις τυχόν παραινέσεις που ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο .

~~Για τον λόγο αυτό ακριβώς και δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτής-τρια να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στην γυναίκα. Η άσκηση κριτικής είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στην γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο μάλλον όταν η ενέργεια της δεν είναι αποτέλεσμα " ώριμης" σκέ-~~

-φης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ σύζυγος -εραστής.

Ακόμη και στην περίπτωση , που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σ' αυτή φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη μας και την ψυχολογική υποστήριξη μας. Καθήκον μας είναι να προετοιμάσουμε ψυχολογικά την γυναίκα για την δοκιμασία που την περιμένει και να την περιβάλλουμε με την ζεστασιά και την αγάπη μας.

Αλλά το Νοσηλευτικό δίλλημα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από τον αυστηρό και λιτό χώρο του χειρουργείου, ενός νοσηλευτικού ιδρύματος. Πέρα από τα όρια των ψυχικών, και ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκειται προκειμένου να γίνει συνεργός στην πράξη της άμβλωσης.

Έρχεται τώρα η πολιτεία να αντιπαραθέσει την δική της γνώμη στο θέμα των αμβλώσεων -που στην προκειμένη περίπτωση εκφράζεται με τη νομιμοποίησή τους- με το ηθικό δίλλημα του Νοσηλευτή-τριας που του επιβάλλουν οι δικές του ηθικές αρχές. Το να αρνηθεί τα καθήκοντά σου συνεπάγεται αναμφίβολα κυρώσεις για την περαιτέρω πορεία της εργασίας σου. Όταν δουλεύεις και έχεις περιορισμένη ή μηδενική συμμετοχή στις αποφάσεις που πρέπει να εκτελέσεις, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν οι αποφάσεις αυτές αποτελούν νόμους του κράτους δεν έχει δικαίωμα να αρνηθείς.

~~Οι συνέπειες για τον νοσηλευτή-τρια που αποφασίζει να αρνηθεί~~
θεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από την συνειδησή του και τις ηθικές αρχές του είναι βαρύτερες. Η απώλεια της εργασίας του -της θέμα ζωτικής σημασίας για τον ίδιο -α και την οικογένειά του, η αναμενόμενη προστριβή του-της με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπι-

κό, αλλά και η αντιπαράθεσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας τους- έστω κι αν πρόκειται για "ψόνο" είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του -της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο νοσηλευτής -τρια στα ηθικά διλλήματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του-της στην εκτέλεση μια άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στην λύση του ηθικού αυτού διλλήματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή-τριας. Ενας άνθρωπος φωτισμένος με την θεία χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλλημα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνείδησης. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Α. ΝΟΜΟΙ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΣΗ

Ένα άλλο θέμα που πρέπει να ακουστεί, είναι πώς αντιμετωπίζει η Πολιτεία τις εκτρώσεις και τι νόμοι έχουν θεσμοθετηθεί γι' αυτό.

Ο Ποινικός Νομοθέτης ξεκινώντας από την ιδέα, ότι το κυοφορούμενο είναι φορέας ανθρωπίνης ουσίας και αξίας, καταλέγει την άμβλωση ανάμεσα στα εγκλήματα της ζωής και την θεωρεί σαν μια αξιόποινη πράξη.

Με το άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα τιμωρεί την άμβλωση με ποινές όχι ευκαταφρόνητες. Τιμωρείται πρώτα-πρώτα η ίδια η γυναίκα που θα συμφωνήσει στην εκτέλεση αυτής της πράξεως με ποινές φυλακίσεως από 10 ημέρες μέχρι 2 χρόνια. Τιμωρείται επίσης εκείνος που κάνει την άμβλωση με βαρύτερη ποινή, με φυλάκιση από 6 μήνες μέχρι 5 χρόνια και μάλιστα αν το κάνει αυτό το πράγμα κατά συνήθεια, κάτι που δεν είναι σπάνιο. Η πράξη είναι κακούργημα και τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 χρόνια.

Τιμωρείται επίσης και εκείνος που παρέχει τα μέσα για την εκτέλεση της αμβλώσεως. Αυτή είναι γενικά η νομική πλευρά των αμβλώσεων με μια προσθήκη.

Ο Ποινικός μας Κώδικας που είχε θεσπιστεί το 1950, θεωρείται για την εποχή του Προοδευτικός γιατί προέβλεπε κάποιες εξαιρέσεις, όπου επιτρέπεται η άμβλωση.

Αυτό συμβαίνει στις εξής περιπτώσεις.

α) Όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης αποτελεί σοβαρή και διαρκεί βλάβη της υγείας της μητέρας. Υπάρχουν δηλαδή λόγοι υγείας της μητέρας που επιβάλλουν την άμμεση διακοπή της κυήσεως. Αυτή είναι η περίπτωση της λεγόμενης **"ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΝΔΕΙΞΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ"** που μένει ατιμώρητη από τον νόμο γιατί ανάμεσα στην διαφύλαξη της υγείας της μητέρας και στην προστασία του

εμβρύου προτιμάει το πρώτο. Πρέπει όμως στην περίπτωση αυτή της διακοπής της κυήσεως για λόγους υγείας, να την βεβαιώνει γραπτά ακόμα ένας γιατρός, εκτός από εκείνον που θα κάνει την έκτρωση.

β) Η δεύτερη περίπτωση διακοπής της κυήσεως που προβλέπεται από τον νόμο είναι η λεγόμενη "ΗΘΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ" που αναφέρεται στις περιπτώσεις που η παθούσα έμεινε έγκυος ύστερα από βιασμό, κατάχρηση προσώπου ανίκανου για αντίσταση, αποπλάνηση κόρης μικρότερης από 15 ετών ή αιμομειξία, δηλαδή περιπτώσεις που ηθικά και κοινωνικά δεν δικαιολογούν την προστασία του εμβρύου και την γέννηση ενός παιδιού. Αλλά και σε αυτήν την περίπτωση η άμβλωση παραμένει ατιμώρητη, μόνο όταν γίνεται από γιατρό και συμφωνεί σε αυτό η έγκυος.

Εκτός από αυτή την νομική πρόβλεψη, ο ποινικός κώδικας τιμωρεί επίσης, την διαφήμιση των μέσων της αμβλώσεως, δηλαδή εικόνων, φαρμάκων ή άλλων αντικειμένων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διακοπή της κυήσεως. Εδώ η ποινή είναι από δέκα μέρες ως ένα χρόνο.

Εκτός από τις δύο περιπτώσεις των κατ'εξαίρεση επιτρεπομένων αμβλώσεων, επιτρέπεται η άμβλωση μέχρι και της 21ης εβδομάδας, την λεγόμενη " ΠΕΡΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ " δηλαδή εκεί που η Ιατρική επιστήμη μπορεί να διαγνώσει με ασφάλεια ύστερα από μερικούς μήνες κυήσεως, κατά ποσό το παιδί που θα γεννηθεί, θα είναι βεβαρημένο πνευματικά ή βιολογικά.

Εάν πρόκειται να γεννηθεί ένα ανώμαλο παιδί, επιτρέπεται και σ'αυτή την περίπτωση η διακοπή της κυήσεως και μετά τους 3 μήνες. Αυτό μάλιστα είναι απαραίτητο να γίνει μετά τους 3 μήνες, γιατί μόνο τότε μπορεί να διαγνωστεί ιατρικά ότι το παιδί θα γεννηθεί με βαρείες ανωμαλίες.

Το Νομοθέτημα αυτό ψηφίστηκε από την Βουλή το Σεπτέμβριο του 1975.

Το 1986 όμως ψηφίζεται ο νέος νόμος που αφορά τις αμβλώσεις σύμφωνα με τον οποίο αποφασίζονται τα εξής:

ΥΑ. Α3Β/οικ.2799 (Υγείας και Εργασίας) της 25/27-2-87 Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της κύησης.-(Β'103).

Έχοντας υπόψη

- 1) Τις διατάξεις της παραγράφου 2 εδάφια β και γ και 3 του άρθρου 1 του νόμου 1609 /1986 (Φ.Ε.Κ 8εΑ' /86) και
- 2) Την γνώμη του ΚΕΣΥ, όπως αυτή διατυπώνεται στην 1/4345 ολομ. /22-12-86 αποφασή του. Αποφασίζουμε.

Άρθρο 1

Με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται τα θέματα που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.

Άρθρο 2

Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12η εβδομάδα εγκυμοσύνης.

1) Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την συμπλήρωση 12 εβδομάδων (άρθρο 2, παράγραφος 4αν. 1609/86) ενεργείται σε νοσοκομεία (ν.π.δ.δ ή ν.π.ι.δ) και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις.

2) Η επέμβαση ενεργείται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπευθύνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.

3) Πριν από την επέμβαση:

α) Ενημερώνεται η έγκυος για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία της μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ενημέρωση αυτή γίνεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.

β) Ενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμού ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό ή τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και παρακλινική προεγχειρητική διερεύνηση. Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται σε ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο που φυλάσσεται στα αρχεία του τμήματος και είναι σε κάθε περίπτωση στη διάθεση των αρμοδίων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοια και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4) Τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές που γίνονται οι επεμβάσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν τις εξής ελάχιστες προδιαγραφές.

α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρα ανάνηψης των ασθενών και να στελεχώνεται τουλάχιστον από δύο μαίες και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό.

β) Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Άρθρο 3

Διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη 12η εβδομάδα. Τεχνητή διακοπή

εγκυμοσύνης μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609 | 86 γίνεται αποκλειστικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων με τήρηση των όσων ορίζονται στις παραγράφους 2,3 και 4 του προηγούμενου άρθρου.

Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου, και για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτή συνεργάζονται με την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ψυχολόγος.

Άρθρο 4

Τρόπος και μονάδες προγεννητικής διάγνωσης .

1) Η προγεννητική διάγνωση, προκειμένου να διαπιστωθούν οι ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού εφόσον η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί τις είκοσι τέσσερες (24) εβδομάδες στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις του εδαφ. β της παραγρ. 4 του άρθρου 304 του ποινικού κώδικα όπως αυτή αντικαταστάθηκε με το άρθρο 2 του ν. 1609/86 γίνεται στις μονάδες προγεννητικού ελέγχου, που λειτουργούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ε.Σ.Υ (Ν. 1397/83) ή στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων, κάτω από την επίβλεψη και ευθύνη γιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου με εμπειρία στην υπερχοχογραφία των εμβρυϊκών παθήσεων στην αμνιοπαρακέντηση και σε άλλες μαιευτικές μεθόδους.

2) Οι μονάδες Προγεννητικού ελέγχου, σε συνεργασία με τις μονάδες γεννητικής και τα άλλα τμήματα ή μονάδες του εργαστηριακού τομέα της Ιατρικής υπηρεσίας των παραπάνω νοσηλευτικών μονάδων-διενεργούν τις παρακάτω ενδεικτικά αναφερόμενες εξετάσεις.

Την λήψη αίματος από την μητέρα

Τον απλό ακτινολογικό έλεγχο του εμβρύου

Την αμνιογραφία

Την εμβρυογραφία

Την εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία

Τον υπερηχογραφικό έλεγχο.

Την εμβρυοσκοπήση.

Την κλακουντοκέντηση

Την αμνιοπαρακέντηση και

Την λήψη τροφοβλαστικού ιστού.

της προγεννητικής διαγνωστικής επέμβασης, από το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων προγεννητικού ελέγχου, προηγείται η γενετική συμβουλευτική κατατόπιση της γυναίκας που κυοφορεί καθώς και η λήψη του πλήρους ιστορικού της υγείας της, προκειμένου να εξασφαλίζεται ο πλήρης προγραμματισμός διερεύνησης κάθε περίπτωσης.

Αρθρο 5

Δαπάνες νοσηλείας

Οι δαπάνες νοσηλείας βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό εφόσον η έγκυος είναι ασφαλισμένη ή το δημόσιο στις περιπτώσεις που η περίθαλψη της παρέχεται σε βάρος του δημοσίου και υπολογίζονται με το τιμολόγιο νοσηλιών και ιατρικών πράξεων που ισχύει κάθε φορά.

Η δαπάνη αυτή και στο κατά ισχύον τιμολόγιο, ύψος μεταβάλλεται από τον υπόχρεο ασφαλιστικό φορέα και σε περιπτώσεις που η διακοπή εγκυμοσύνης γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική με την οποία δεν έχει συμβληθεί.

Αρθρο-6

Χρόνος αποχής από την εργασία.

Για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνική διακοπή εγκυμοσύνης, της παρέχεται η παρακάτω υποχρεωτική άδεια:

Για τις επεμβάσεις κάτω των δώδεκα (12) εβδομάδων, τρεις (3)

ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας εκτέλεσης της επέμβασης.

Για τις επεμβάσεις μετά την δωδεκάτη (12) εβδομάδα. Πέντε (5) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας εκτέλεσης της επέμβασης.

Τα παραπάνω χρονικά όρια επεκτείνονται σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του υπεύθυνου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας, που έγινε η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση διαδικασίας χορήγησης αναρρωτικών αδειών.

Β. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

ΦΙΛΑΝΔΙΑ: Με νόμο του 1970 επιτρέπεται η άμβλωση στην διάρκεια των πρώτων 12 εβδομάδων της εγκυμοσύνης σε γυναίκες μεγαλύτερες από 40 χρόνων.

Για το 1978 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

Εγιναν 16.900 νόμιμες αμβλώσεις σε ποσοστό 3,6 κ στους 1000 κατοίκους,

15,8 γ.στις 1000 γυναίκες από 15-44 ετών και

265 νόμιμες αμβλώσεις στις 1000 κανονικές γεννήσεις.

ΔΑΝΙΑ: Από το 1973 επιτρέπεται η άμβλωση κάτω από ορισμένες και μόνο συνθήκες: α) Εάν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, εάν απειλείται η ζωή της γυναίκας ή το παιδί θα γεννηθεί με συγγενείς ανωμαλίες. Η έκτρωση επιτρέπεται σε περίπτωση που η γυναίκα είναι πολύ νέα ή για κοινωνικούς λόγους. Θα πρέπει να γίνεται μόνο μέχρι τη 12η εβδομάδα και πάντα με τη συμβουλή του γιατρού.

Για το 1975 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

Εγιναν 23.200 νόμιμες αμβλώσεις σε ποσοστό 4,5 στους 1000 κατοίκους

2,6 στις 1000 γυναίκες 15-44 ετών

398 νόμιμες αμβλώσεις στις 1000 κανονικές

γεννήσεις.

ΣΟΥΗΔΙΑ : Από την 1.1.1975 οι αμβλώσεις επιτρέπονται και γίνονται ελεύθερα έως και την 18η εβδομάδα της κύησης.

Για το 1979 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

Εγιναν 34.700 νόμιμες αμβλώσεις

4,2 κ.για 1000 κατοίκους.

20,9 γ. 1000 γυναίκες.(15-44 ετών)

358 νόμιμες αμβλώσεις στις 1000 κανονικές γεννήσεις.

ΙΣΛΑΝΔΙΑ-ΝΟΡΒΗΓΙΑ : Γίνονται ελεύθερα σύμφωνα με το Δανικό και το Σουηδικό πρότυπο με νόμους που θεσπίστηκαν το 1975.

Μ. ΒΡΕΤΤΑΝΙΑ: Σύμφωνα με την ABORTION ACT που ψηφίστηκε το 1967 επιτρέπεται η άμβλωση σε ορισμένες και μόνο περιπτώσεις, όπως όταν υπάρχει σωματικός ή ψυχικός κίνδυνος για τη γυναίκα, όταν το έμβρυο πάσχει από σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες, όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία άλλων παιδιών της οικογένειας. Για να πραγματοποιηθεί μία έκτρωση θα πρέπει να έχει ληφθεί υπ'όψιν η γνώμη δύο γιατρών .

Για το 1979 έχουμε τα εξής στοιχεία.

119.000 νόμιμες αμβλώσεις για τους κατοίκους της Μ.Β

2,4 στους 1000 κατοίκους.

12,0 στις χίλιες γυναίκες (15-44 ετών).

184 νόμιμες αμβλώσεις στις 1000 κανονικές γεννήσεις.

ΙΡΛΑΝΔΙΑ: Στη γειτονική Ιρλανδία η άμβλωση απαγορεύεται με διάταξη του 1861 και τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη!!!

ΟΛΛΑΝΔΙΑ: Από το 1970 νομιμοποιήθηκε η άμβλωση μόνο σε νοσοκομείο ή κλινική που διαθέτει ειδική άδεια. Το 1981 η άμβλωση θεωρήθηκε η "έσχατη λύση" και θα πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια για να αποφευχθεί. Τέλος για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται η συγκατάθεση ενός γιατρού και της γυναίκας.

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ-ΙΣΠΑΝΙΑ: Η άμβλωση διώκεται ποινικά και στις δύο χώ-

ρες. Στην Ισπανία μόνο επιτρέπεται για θεραπευτικούς λόγους, για βιασμό και για δυσπλασία του εμβρύου.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ: Με νόμο του 1974 , που τροποποιήθηκε το 1976, επιτρέπεται η άμβλώση μόνο στην περίπτωση που απειλείται η υγεία της μητέρας ή του παιδιού που θα γεννηθεί. Ακόμη η άμβλωση γίνεται όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού. Επιβάλλεται για την επέμβαση γνωμάτευση γιατρού ή αρμόδιας επιτροπής. Η επέμβαση γίνεται πριν τη 12η εβδομάδα της κύησης και τα χρήματα τα καταβάλλει το ασφαλιστικό ταμείο της γυναίκας.

ΙΤΑΛΙΑ: Στις 22.5.1978 ψηφίστηκε ο νόμος 194 που επιτρέπει την άμβλωση μόνο όταν τη συνιστά γιατρός για λόγους ψυχικής και σωματικής υγείας της εγκύου. Το 1980 έγινε δημοψήφισμα που διατήρησε το καθεστώς του νόμου 194.

ΓΑΛΛΙΑ: Στη Γαλλία οι αμβλώσεις επιτρέπονται απ' το 1975 με κάποιους όρους. Ο ιατρικός κόσμος της Γαλλίας αντέδρασε τόσο έντονα ώστε υπάρχει ειδική διάταξη, που ορίζει ότι οι γιατροί μπορούν να αρνηθούν να κάνουν έκτρωση για λόγους "συνειδήσεως". Η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται έως την 10η εβδομάδα της κύησης.

Στην περίπτωση που η έγκυος είναι ανήλικη χρειάζεται τη συγκατάθεση των γονέων . Από 1.2.83 το κράτος καταβάλλει το 80% των εξόδων.

ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ: Η άμβλωση επιτρέπεται απ' το 1978 μέχρι την 12η εβδομάδα της κύησης και σε περιπτώσεις σοβαρών κινδύνων της εγκύου ή του παιδιού που θα γεννηθεί. Για την επέμβαση χρειάζεται η γνωμοδότηση 2 γιατρών και απαιτείται ιατρικό συμβούλιο για τους κινδύνους.

Η.Π.Α : Δεν υπάρχει ενιαία ρύθμιση για τις αμβλώσεις. Η κάθε πολιτεία έχει το δικό της σχετικό νόμο. Η πολιτεία της Ν. Υόρκης αποποινικοποίησε πρώτη τις αμβλώσεις το 1970. Το 1973 η νομιμοποίηση έγινε σε εθνική κλίμακα λόγω όμως των αντιδράσεων χρηματοδοτήθηκε μόνο οι 16 πολιτείες.

Από το 1977 οι αμβλώσεις επιτρέπονται έως την 12η εβδομάδα και μόνο για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς. Επίσης, ενισχύει, το κράτος, τις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση.

Το 1984 όμως, στην παγκόσμια διάσκεψη πληθυσμού που έγινε στο Μεξικό οι Η.Π.Α τοποθετήθηκαν εναντίον των αμβλώσεων και την χρησιμοποίησή τους ως μέσον αντισύλληψης. Αποφάσισαν, δε, να κόψουν την επιχορήγηση της αντισυλληπτικής προπαγάνδας τόσο σε χώρες με έντονο δημογραφικό πρόβλημα, όσο και σε χώρες με υψηλή γεννητικότητα.

ΒΕΛΓΙΟ : Απαγορεύονται από το 1867 με ποινή φυλάκισης από 2 έως 5 χρόνια για το γιατρό ή την έγκυο. Έγινε μια απόπειρα τροποποίησης του νόμου το 1968, η οποία και απέτυχε.

ΚΙΝΑ : Στην Κίνα οι αμβλώσεις αποτελούν ένα τρόπο ελέγχου των γεννήσεων. Οι αμβλώσεις επιτρέπονται έως την 12η εβδομάδα της κύησης. Υπάρχει, δε, κι ένας ακόμη περιορισμός : να μην κάνει η γυναίκα περισσότερες από δύο εκτρώσεις τον χρόνο.

ΕΣΣΔ	Δωρεάν (παράνομη 40 ρούβλια)	Όχι 6 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση (1955)	Γυναίκα	1955
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	5 λέβα	Όταν η γυναίκα είναι ανύπαντρη και άτεκνη, όταν είναι χήρα, όταν είναι πάνω από 40 και χωρισμένη ή με ένα παιδί (1974)	Επιτροπή	1956-1968
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	30 λέι	Μόνο όταν είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης. Όταν έχει περισσότερα παιδιά ή έχει περάσει τα 45 (1968)	Επιτροπή	1952-1966
ΠΟΛΩΝΙΑ	Δωρεάν Ιδιωτική 1000 λότσο	Μόνο όταν είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης ή όταν υπάρχουν δυσκολες συνθήκες ζωής (1961)	Γυναίκα	1961
ΒΕΛΓΙΟ		Δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση και τιμωρείται με φυλάκιση 2-5 έτη για τον γιατρό και για την έγκυο.	κράτος	1968

ΑΓΓΛΙΑ		Επιτρέπεται μόνο στις περιπτώσεις κινδύνου της ζωής ή της ψυχικής υγείας της γυναίκας	Επιτροπή	1967
ΣΟΥΗΔΙΑ	Δωρεάν	Επιτρέπονται, αλλά γίνονται αγώνες για να ειλειψουν με την διάδοση της αντισύλληψης.		1/1/1975
ΚΑΝΑΔΑΣ		Επιτρέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις για λόγους θεραπευτικούς ή ευγονικούς, πάντα σε νοσοκομείο	Επιτροπή	
ΚΙΝΑ		Ελεύθερη υπό τον όρο να μην κάνει η γυναίκα περισσότερες από δύο επεμβάσεις το χρόνο. Απαγορεύεται μετά την 12η εβδομάδα.		1970
ΤΣΕΧΟΣΛΟΒΑΚΙΑ	2000-8000	Οχι 12 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση. Οχι για γυναίκες με λιγότερα από δύο παιδιά, εκτός ειδικών συνθηκών (1973)	Επιτροπή	1960

Χ Ω Ρ Α Π Ο Σ Ο Κ Ο Σ Τ Ι Ζ Ε Ι Π Ο Τ Ε Ε Π Ι Τ Ρ Ε Π Ε Τ Α Ι Π Ο Ι Ο Σ Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι Π Ε Ρ Ι Ο Δ Ο Σ Ε Λ Ε Υ Θ Ε Ρ Ω Ν Ε Κ Τ Ρ Ο Σ Ε Ω Ν

Α.Δ.Γ.	Δωρεάν για τις ασφαλισμένες	Επιτρέπεται με απλή αίτηση της γυναίκας	Γυναίκα	1972
ΓΙΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΑ		Μόνο σε σοβαρή προσωπική οικογενειακή ή οικονομική κατάσταση της εγκύου γυναίκας	Επιτροπή	1960
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	1000 φλωρίνια	Σε εγκληματική πράξη, σε ανύπαντρες, χωρισμένες εγκύους, σε έγκυο που γέννησε πρόσφατα	Επιτροπή	1951-1973

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Α ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εφαρμόστηκε την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτηση της πολυγονίας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίστηκαν οι προσπάθειες των ειδικών, που αναζήτησαν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους. Η αρχή έγινε από τον Άγγλο ιερέα THOMAS L. MALTHUS (1766-1834) που ξεσηκώθηκε κυριολεκτικά το 1798 μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού και προείπε ότι η ανθρωπότητα βαδίζει προς την αυτοκαταστροφή. Παράλληλα υποστήριξε ότι οι άνθρωποι αυξάνονται κατά γεωμετρική πρόοδο, ενώ τα αγαθά με αριθμητική. Έτσι, η έλλειψη της μεταξύ τους ισορροπίας θα δημιουργήσει στη γη προβλήματα πείνας, ασθενειών, καθώς επίσης και καταστροφές και πολέμους.

Βέβαια οι κασσαντρισμοί του MALTHUS δεν επαληθεύτηκαν πέρα για πέρα. Ωστόσο θα εθελotuφλούσε κανείς σήμερα, αν παραγνώριζε το εκρηκτικό δημογραφικό πρόβλημα που μαστίζει κυριολεκτικά τεράστιες περιοχές του πλανήτη μας, Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν.Α. Ασία κ.α., που σέρνει κάθε τόσο εκατομμύρια κόσμου στη λιμοκτονία και τον αφανισμό.

Την ίδια ανάγκη ένωσε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών FRANCIS PLACE, που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυνε να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1882 μάλιστα εκδόθηκε μια εργασία, που είχε τον τίτλο "Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα". Μετά από αυτό ακολούθησαν κι άλλες εκδόσεις. Σ' αυτές ασχολήθη-

καν με τον έλεγχο των γεννήσεων για καλύτερη οικονομική και σωματική υγιεινή και περιεγράβαν ορισμένες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η σταυροφορία αυτή για την αναχαίτηση της πολυτεκνίας, γενικεύτηκε σ' όλη την Αγγλία και την Αμερική, όπου κυκλοφορούσαν από ανώνυμους και επώνυμους ανθρώπους διάφορα διαφημιστικά φυλλάδια.

Αντίθετα απ' την άλλη μεριά γινόταν μια άλλη σταυροφορία που θεωρούσε τα έντυπα του είδους αυτού άσεμνα και την κυκλοφορία τους άσεμνη λογοτεχνία, πράγμα που οδήγησε πολλούς υπεύθυνους στα δικαστήρια.

Κι αν στην Αγγλία δεν μπορούσαν να αναχαιτίσουν αυτή τη σταυροφορία, αντίθετα στην Αμερική με τον περίφημο νόμο "COMSTOCK", κατάφεραν να απαγορευτούν ο έλεγχος των γεννήσεων.

Στο μεταξύ εμφανίζεται στο προσκήνιο, η περίφημη MARGARET SANGER, που αφηφώντας την παραπάνω απαγορευτική διάταξη, ρίχνεται σ' έναν αγώνα διάδοσης των αντισυλληπτικών.

Κύριος σκοπός της είναι να αναχαιτίσει την πολυτεκνία της γυναίκας και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για την απελευθέρωση της γυναίκας. Η MARGARET SANGER πέρασε αρκετό χρόνο στη φυλακή γι' αυτές τις ιδέες της, αλλά στο τέλος κατόρθωσε να πετύχει την αλλαγή του νόμου που έδινε το δικαίωμα στους γιατρούς να γράφουν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα με την κατάργηση του νόμου του "COMSTOCK" άνοιξε πλέον ο

~~δρόμος για την ελεύθερη διαφήμιση και ανεμπόδιστη πώληση των~~
αντισυλληπτικών. Η MARGARET SANGER συνδέθηκε κατ' αρχάς με το γνωστό Σύνδεσμο Ελέγχου των Γεννήσεων και προσπάθησε να αποκτήσει την εύνοια και υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Ο σκοπός του Συνδέσμου ήταν να δίνει τις οδηγίες εκείνες που ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη προγαμιαίων

σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά, αλλά και να βοηθάει αποτελεσματικά αυτούς που πάσχουν από στειρότητα είτε είναι άντρες είτε γυναίκες.

Από το 1942 ο Σύνδεσμος εξαπλώθηκε και στις υπανάπτυκτες χώρες και τότε ονομάστηκε PLANNED PARENTHOOD FEDERATION και μέλη του ήταν η MARGARET SANGER, η γιατρός MARIE SLOPES από την Αγγλία, η ALLETA TACOBS από την Ολλανδία και αργότερα η ELLISE OTTESEN-JENSEN από τη Σουηδία και η Λαΐδη DHANRANTHIS RAMA RAU από την Ινδία, που έκαναν κάθε προσπάθεια για την πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού. Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION και ιδρυτικά μέλη του ήταν η MARGARET SANGER η MRS OTTESEN, η Λαΐδη RAMA RAY και άλλες. Αξίζει να υπομνηστεί ότι στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες, απ' τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες. Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις αναπτυγμένες χώρες του IPPF είτε από Διεθνείς Οργανισμούς (όπως Π.Ο.Υ., Ο.Η.Ε.)

Ο βασικός σκοπός όμως του IPPF είναι η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλιστεί για τη μητέρα η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και για το παιδί η ισορρόπη ψυχοσωματική ανάπτυξη.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τη μητέρα έθετε τους πιο κάτω στόχους:

- 1) Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
- 2) Να απαγκιστρώνει κάθε γυναίκα από κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύ-

νη.

- 3) Να διευκολύνει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα το αδυνάτισμά της, αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
- 4) Να καθοδηγήσει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις, που οδηγούν σίγουρα στην στέρωση.
- 5) Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.
- 6) Να δώσει τέλος οποιαδήποτε συμβουλή, ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα .

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους:

- 1) Για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες που συνεπάγεται, προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες.
- 2) Για να συμβάλει στην βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού, επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων.
- 3) Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογενειά τους.
- 4) Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

Β. ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι οργανωμένες μονάδες που παρέχουν υπεύθυνη πληροφόρηση και ενημέρωση, σε θέματα υγείας σχετικά με την αναπαραγωγή.

Παρέχουν : Συμβουλές για την γεννητήσια διαπαιδαγώγηση των νέων, για την πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων, για μια ομαλή εφηβική περίοδο. Συμβουλεύουν και βοηθούν τα ζευγάρια που έχουν προβλήματα για να αποκτήσουν παιδιά. Συμβουλεύουν και ενδιαφέρονται για προβλήματα κληρονομικότητας και καθοδηγούν τα άτομα που έχουν ανάγκη προγεννητικού ελέγχου.

Βασική επιδίωξη των κέντρων Ο.Π. είναι να βοηθήσουν τα άτομα για συνηδητή υπεύθυνη επιλογή αναπαραγωγής.

Αντικειμενικός σκοπός των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δημιουργηθούν υγιείς οικογένειες με επιθυμητά γερά παιδιά και ευτυχισμένους γονείς.

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνωρίζει ότι: "Ο προγραμματισμός της οικογένειας είναι σπουδαίος παράγοντας υγείας της οικογένειας και ιδιαίτερα της μητέρας και των παιδιών, είναι τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής που υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις, και υπεύθυνες αποφάσεις που παίρνουν άτομα και ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και την ευτυχία της οικογένειας".

Κέντρα Ο.Π. υπάρχουν στις μεγάλες πόλεις . Επίσης όμως μπορείτε να απευθυνθείτε στους υγειονομικούς σταθμούς, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία. Πριν επισκεφτείται το κέντρο Ο.Π καλό είναι να τηλεφωνήσετε για ραντεβού που θα σας ορίσει η υπεύθυνη του κέντρου.

Δεν έχει σημασία αν είσαι παντρεμένη ή ανύπαντρη ακόμη αν είσαι έφηβη ή ανήλικη .Δεν υπάρχει όριο ηλικίας.

Οι υπεύθυνοι του κέντρου θα σας καλοδεχθούν και θα συζητήσουν με ενδιαφέρον για τα προβλήματά σας.

Θα συμπληρώσουν μια καρτέλα με στοιχεία που τους ενδιαφέρουν και θα σας κάνουν ορισμένες εξετάσεις όπως: γυναικολογική εξέταση, εξέταση μαστών, TEST PAP.

Όλες οι εξετάσεις γίνονται δωρεάν.

Ίσως πληρώσει αν χρειασθούν ειδικές εξετάσεις το προσωπικό του κέντρου, γιατρός, μαία, κοινωνική λειτουργός, θα ακούσουν και θα συζητήσουν το πρόβλημά σας με ενδιαφέρον και θα σας συμβουλεύσουν ανάλογα.

Να είστε βέβαιοι ότι το προσωπικό του κέντρου τηρεί απόλυτη εχεμύθεια και ότι κανείς άλλος δεν πρόκειται να μάθει το πρόβλημά σας.

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για να υπάρχει ένα σύστημα αποτελεσματικού Οικογενειακού Προγραμματισμού, προσιτό σε όλους τους ανθρώπους, θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν τις αναγκαίες πληροφορίες. Επίσης πρέπει να υπάρχουν κέντρα που θα λειτουργούν επάνω σε 24 ώρες βάση και θα μπορούν να προμηθεύουν στο κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών. Εξυπακούεται πως για καλύτερη εξυπηρέτηση, αυτά τα κέντρα επιβάλλεται να βρίσκονται στα πολυσύχναστα μέρη μιας πόλης τονίζεται ακόμα πως η διάθεση του αντισυλληπτικού χαπιού θα δίνεται πάντα με συνταγή γιατρού και θα υπάρχει φροντίδα στο σπίτι για άτομα που δεν μπορούν ή δεν είναι πρόθυμα να επισκεφθούν τα κέντρα Οικο-

γενειακού Προγραμματισμού.

Επίσης πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα ανάκανα πνευματικά άτομα, τους άρρωστους τους ανάπηρους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα.

Να μην ξεχνάμε ωστόσο πως η οποιαδήποτε υπηρεσία που προσφέρεται θα είναι πάντα συνάρτηση των δυνατοτήτων της υγειονομικής ομάδας και της επιθυμίας του νέου να αποδεχτεί ή όχι τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.

Όπως κάθε κοινωνικής προσπάθειας, έτσι και το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, για να βελτιώνεται ολοένα και να εξαλείφει τυχόν αδυναμίες και κενά που παρουσιάζει, επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενούς του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου του κάθε τόσο και να επανδρώνεται ανελλιπώς με ανθρώπους που έχουν σχέση με αυτή τη δουλειά.

2. Η ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Αν εξετάσουμε την ιστορική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού, θα δούμε ότι στην αρχή ο ιατρικός κόσμος ήταν αντίθετος στην εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών τα οποία ήταν συνδεδεμένα σχεδόν αποκλειστικά με την αντισύλληψη. Πρόσφατα όμως αντιλήφθηκαν ότι η φροντίδα του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ένας τομέας της δικής τους δουλειάς. Ελάχιστες ιατρικές σχολές στο παρελθόν διέθεταν στα προγράμματα σπουδών μαθήματα οικογενειακού προγραμματισμού, γεγονός που δυστυχώς εξακολουθεί να συμβαίνει ακόμη και σήμερα. Η φροντίδα για ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα άρχισε από ομάδα γιατρών (έξω από τον Πανεπιστημιακό χώρο), οι οποίοι προσέφεραν τις υπηρεσίες τους δωρεάν.

3. ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

Μερικές μέθοδοι αντίσυλληψης θεωρούνται ότι είναι "ιατρικές" (χάπι, κολπικά διαφράγματα, ενδομήτρια ελάσματα και στείρωση) και άλλες "μη ιατρικές" (συνουσία και διακόπτεται, μέθοδος του ρυθμού και προφυλακτικά). Οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δίνουν έμφαση στις ιατρικές μεθόδους και αδιαφορούν για τις άλλες, αγνοώντας ότι πολλά άτομα ίσως να ενδιαφέρονται περισσότερο για τα προφυλακτικά ή τη συνουσία που διακόπτεται. Θα ήταν καλό, όταν γίνεται διαφώτιση, να μην γίνεται με βάση τις δικές μας απόψεις, αλλά να συζητιούνται πλήρως όλες οι μέθοδοι και να αφήνεται η τελική εκλογή στον ενδιαφερόμενο. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει ένα σημαντικό μειονέκτημα, δηλαδή δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό. Η έλλειψη αυτή δημιουργεί κενό, στην προσπάθεια επαφής και μετάδοσης στο κοινό των μηνυμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού, και κυρίως, όταν αυτοί δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και τις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

4. ΟΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Είναι σημαντικό γι' αυτούς που έχουν τη φροντίδα της υγείας να διαθέτουν αρκετές γνώσεις και πείρα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι μαίες, οι υγειονομικοί διαφωτιστές, οι δάσκαλοι, το προσωπικό του νοσοκομείου και κυρίως οι ασχολούμενοι με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό πρέπει να έχουν την ικανότητα και τη θέληση να δίνουν πληροφορίες πάνω στα θέματα του οικογενειακού Προγραμματισμού. Εκείνοι που για προσωπικούς λόγους αρνούν-

ται την παροχή αυτού του είδους των πληροφοριών, είναι υποχρεωμένοι να υποδεικνύουν στο κοινό την πηγή αυτών των πληροφοριών.

5. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην πατρίδα μας το ξέρουμε όλοι ότι δε γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Η πρώτη προσπάθεια για Ο.Π. έγινε από τον καθηγητή κ. Ν. Λούρο το 1973 με την ίδρυση της " Ελληνικής Εταιρείας Ο.Π. " , με κέντρο Ο.Π. το μαιευτήριο " Αλεξάνδρα".

Μερικοί πολίτες που κατανόησαν το μεγάλο κίνδυνο της έλλειψης κέντρων Ο.Π. αποφάσισαν την ίδρυση, με δική τους πρωτοβουλία, της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Σόλωνος 12, στην Αθήνα, που είναι προσιτή και ανοικτή σε όλους αυτούς που χρειάζονται μια σωστή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα καυτά προβλήματα της σεξουαλικής διαφώτισης. Άλλες Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι:

1. Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία" , Γουδί Αθήνα.
2. Νοσοκομείο "Αρεταίειο" , Βασ. Σοφίας, Αθήνα.
3. Νοσοκομείο -Μαιευτήριο "Μαρίκα Ηλιάδη", Ελ. Βενιζέλου 2, Αμπελόκηποι, Αθήνα.
4. Νοσοκομείο Γενικό Αθηνών "Βασιλεύς Παύλος" , (Λαϊκό), Αγίου Θωμά 17, Αθήνα.
5. "Τζάνειο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς.
6. Νοσοκομείο "Αγία Σοφία" Α'Γυναικολογική Κλινική , Θεσσαλονίκη.
7. Νοσοκομείο Ιωαννίνων " Χαντζηκώστα", Ιωάννινα.
8. Μονάδα Προλήψεως Μεσογειακής Αναιμίας Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών , Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, Αθήνα.

9. "Χωρέμειο" Ερευνητικό Εργαστήριο.

10. Νοσοκομείο " Ανδρέα Συγγρού", Ι. Δραγούμη 5, Ιλίσια, Αθήνα.

Το 1978 δημιουργήθηκε ο "Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού Βορείου Ελλάδος". Επίσης υπάρχει η "Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής και Γενετικής του ανθρώπου". Με τον ν. 1036 /80 επιτρέπεται σε ιδιωτικούς φορείς η άσκηση Ο.Π. με την επίβλεψη και την εποπτεία του Κράτους. Για το λόγο αυτό είχε συσταθεί και η Ειδική Γνωμοδοτική Επιτροπή, η οποία συντόνιζε το έργο αυτό, οργάνωνε σεμινάρια οικογενειακού προγραμματισμού ενίσχυε όλες αυτές τις πρωτοβουλίες και προ παντός ασκούσε τον επιβεβλημένο έλεγχο.

Ο νέος νόμος για το Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), με το άρθρο 22, κατήργησε το δικαίωμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για Ο.Π., και κρατικοποίησε τον Ο.Π. με αποτέλεσμα να νεκρωθούν όλες οι προσπάθειες σε ένα τόσο ζωτικό χώρο.

Απόσα εκτέθηκαν βλέπουμε ότι νομοθετικά ο Ο.Π. υπάρχει σε θεσμός στην Ελλάδα, αλλά δεν εφαρμόζεται επαρκώς.

Και εδώ γεννάται το μεγάλο ερώτημα: Ποιός οικογενειακός Προγραμματισμός θα εφαρμοσθεί και ποιά είναι τα κατάλληλα πρόσωπα;

Η εφαρμογή του Ο.Π. στην Ελλάδα καθυστέρησε σημαντικά γιατί υπήρχε η παρεξήγηση ότι η εφαρμογή του θεσμού θα μεγάλωνε την ήδη μειωμένη αναπαραγωγικότητα. Από την εμπειρία όμως άλλων εθνών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όχι μόνο δεν εντείνει την υπογεννητικότητα, αλλά αντίθετα επηρεάζει θετικά τη γεννητικότητα,

γιατί με την εφαρμογή του περιορίζονται μέχρι εξαφανίσεως οι αμβλώσεις, οι οποίες προκαλούν συχνά δευτεροπαθείς στειρώσεις. Άλλωστε, μία από τις αιτίες των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι η νοοτροπία, ότι αποτελούν εύκολη και χωρίς συνέπειες λύση. Αφού λοιπόν μέσα στον Ο.Π. εντάσσεται και η σωστή πληροφόρηση και η

διαφώτιση των γυναικών για τις συνέπειες των αμβλώσεων και την αποφυγή τους, είναι εύλογο ότι ευνοεί την αύξηση της γεννητικότητας η εφαρμογή του στη χώρα μας.

Αυστυχώς δεν έχει δρθεί στον Ο.Π. η προτεραιότητα και η σωστή θέση που έπρεπε, παρ'όλο ότι η γενετήσια σχέση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική και κοινωνική ισορροπία και την ευτυχία του ατόμου, και συνεπώς τη σωστή οικογένεια, ανεξάρτητα από την τεκνογονία.

Γιατί ο άνθρωπος είναι το μόνο ον στον ζωϊκό βασίλειο, που η γενετήσια πράξη δεν έχει πάντα σκοπό την τεκνογονία.

Ενας λόγος παραπάνω για σωστή γνώση και διαπαιδαγώγηση στα σεξουαλικά θέματα, σε όλες μάλιστα τις ηλικίες.

Το πρόβλημα είναι να γίνει η σωστή ενημέρωση και να δίδονται οι σωστές κατευθύνσεις. Επειδή τα τελευταία χρόνια οι δυσκολίες μέσα στην οικογένεια αυξήθηκαν και υπάρχει μια διαρκής αποδυνάμωσή της, γι'αυτό πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με τα μέσα που θα χρησιμοποιήσουμε, για να δημιουργήσουμε άτομα υπεύθυνα και ώριμα. Ατομα, που θα αποτελέσουν μέλη σωστών οικογενειών και θα προσφέρουν συνειδητά στο κοινωνικό σύνολο.

Βασικός λοιπόν στόχος του Ο.Π. στην Ελλάδα είναι η δημιουργία υγιών και ισορροπημένων ατόμων, για σωστές ελληνικές οικογένειες, βασικό πυρήνα της ελληνικής κοινωνίας.

Τα άτομα αντιλαμβάνονται σταδιακά, με την πάροδο της ηλικίας, τις διαφορές της ανατομικής κατασκευής τους κατά φύλο και αισθάνονται τις παρορμήσεις και τη λειτουργία του γενετήσιου μηχανισμού. Αυτό σημαίνει, ότι επιβάλλεται, σε κάθε στάδιο της ηλικίας τους, σωστή πληροφόρηση και ανάλογη διαφώτιση με την ηλικία τους.

Επομένως ο Ο.Π. θα ξεκινά προοδευτικά από την οικογένεια και το σχολείο και θα δίνει τις κατάλληλες πληροφορίες για την ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου.

Ετσι, ώστε να αποφεύγονται οι εσφαλμένες εντυπώσεις και αντιλήψεις, που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στο άτομο. Γιατί, μόνο όταν το άτομο γνωρίζει τη βιολογική, συναισθηματική και ηθικοκοινωνική πλευρά της σεξουαλικότητάς του, μπορεί να ρυθμίζει ελεύθερα και συνειδητά τις γενετήσιες σχέσεις του. Γιατί δυστυχώς η λεγόμενη "σεξουαλική απελευθέρωση", που στηρίζεται στο γνωστό "το σέξ δεν έχει ηθική", (γιατί δήθεν πορεύεται από βιολογική ανάγκη) οδήγησε στη γνωστή εμπορική εκμετάλλευση του θέματος (πορνό και λοιπά) και την αποχαλίνωση των αισθήσεων. Αυτό όμως δεν είναι η φυσιολογική σεξουαλική ζωή και αντίθετα καταρρακώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και υποβαθμίζει τον άνθρωπο.

Και βέβαια, κάθε άτομο έχει δικαίωμα να εκφράσει τη σεξουαλικότητά του, αλλά μέσα στα όρια της σεξουαλικής συμπεριφοράς, που καθορίζονται από την ωριμότητα του ατόμου πάνω στις πανάρχαιες έννοιες της ανθρώπινης ζωής, της μητρότητας, του γάμου, της θρησκείας και των κοινωνικών ηθών και εθίμων. Και προ παντός, της αγάπης.

Γιατί ο άνθρωπος δεν έχει μόνο βιολογικές ανάγκες, αλλά και κυρίως-ψυχοπνευματικές. Αυτή πρέπει να είναι η ευθύνη του Ο.Π. στη χώρα μας: να εξασφαλίσει στο άτομο την ισορροπία που είναι απαραίτητη για τη σεξουαλική του υγεία.

Ο Ο.Π. λοιπόν θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί με γνώση και συναίσθημα ευθύνης. Και πολύ φοβάμαι, ότι η προχειρότητα και η ανευθυνότητα που μας διακρίνει ~~δεν εγγυάται την καλύτερη δυνατή εφαρμογή του θεσμού.~~

Σκεφτείτε να εφαρμοστεί ο Ο.Π. από ενώσεις που αγωνίζονται για τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων.

Για ένα τόσο ευαίσθητο και σημαντικό θέμα πρέπει να συνεργαστεί η Πολιτεία με την Εκκλησία και την Επιστήμη (δικηγορικοί σύλλογοι, ιατρικοί, κοινωνιολόγοι, ιατροί, θεολόγοι κ.λ.π.) και

να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι ηθικές , ψυχολογικές , θρησκευτικές , παιδαγωγικές , κοινωνικές , δημογραφικές , νομικές και εθνικές όψεις των θεμάτων του Ο.Π. Δεν πρέπει μόνη η πολιτεία , με την κοινοβουλευτική πλειοψηφία, να αποφασίζει ερήμην του ελληνικού λαού. Είναι θέματα που θεωρούνται "ιατροκοινωνικά διλήμματα" όπως είπαν με δέος στην Ακαδημία Αθηνών οι κ. Λούρος και Π. Ζέπος.

Για όλα τα αντικείμενα του Ο.Π. πρέπει να υπάρχει η γνώμη του Ελληνικού λαού (του πληροφόρημένου για όλες τις συνέπειες) και να στηρίζεται στο συμφέρον της κοινωνίας και της οικογένειας, η οποία πρέπει να διαφυλαχθεί υγιής, υλικά και πνευματικά.

Κι αυτό σημαίνει ενημέρωση και συζήτηση. Όπως λέγει ο Πανεπιστημιακός καθηγητής κ. Μάρκος Σιώτης:

"Τα αγαθά αποτελέσματα κάθε ανθρώπινης προσπάθειας δεν είναι πάντα ανάλογα με την καλή διάθεσή μας. Ο οποιοσδήποτε Ο.Π. πρέπει να είναι καλά μελετημένος, γιατί μοιάζει με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, του οποίου το αποτέλεσμα εξαρτάται από τη σωστή ή την εσφαλμένη χρήση. Και ότι ο Ο.Π. πρέπει να κινείται μέσα στα πλαίσια της ενότητας του κόσμου και της ψυχοσωματικής υποστάσεως του ανθρώπου, για τη διατήρηση της ισορροπίας οικογένειας και κοινωνίας.

Γι' αυτό και πρέπει να ενδιαφερθεί και για την πνευματική ανύψωση της οικογένειας. Το να βολεύει απλώς τις αθλιότητες δεν είναι πρωτοποριακό έργο. Για μια σοβαρή προσπάθεια πρέπει να ληφθούν υπόψη τα σύγχρονα επιτεύγματα της επιστήμης, τα διάφορα κοινωνικά συστήματα και οι κοσμοθεωρίες, η πείρα του παρελθόντος αλλά και οι σύγχρονες τάσεις του πολιτισμού. Γι' αυτό επιβάλλεται η έγκαιρη διαπαιδαγώγηση των νέων, ώστε η άγνοια, τα ελαττώματα και οι κακές συνήθειες να μην είναι αιτία των οικογενειακών θεμάτων, τα οποία αποτελούν αντικείμενο του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Γιατί το Α και το Ω του Ο.Π. είναι η συναί-

σθηση του χρέους και της ευθύνης των ανθρώπων να μη βαρύνουν το κοινωνικό σύνολο με τις συνέπειες των πράξεων που αντίκεινται σε κάθε φυσικό, ηθικό ή θείο νόμο."

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Επειδή ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν έχει μόνο σχέση με την οικογένεια αλλά με ολόκληρο κύκλο πνευματικών και κοινωνικών θεμάτων, γι' αυτό δε μπορώ στη σημερινή μελέτη να πάρω θέση με τη μία ή την άλλη άποψη, αφού ακόμη και στην περίφημη αντισύλληψη οι επιστήμονικές γνώμες διχάζονται.

Γράφει ο καθηγητής Παναγιώτου : 124 "... τα τελευταία εισαχθέντα χημικά αντισυλληπτικά εσωτερικής λήψεως κατηγορήθηκαν ότι έχουν αρκετές παρενέργειες (φλεβοθρομβώσεις, νευρώσεις, αναφροδισία)".

Καταγγέλουν οι καθηγητές του πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον Χάϊνς Μπερέντες και Ρου Χερτς στην Αμερικανική Γερουσία : "Ενας μεγάλος αριθμός Αμερικανίδων πεθαίνουν κάθε έτος από καρδιακές προσβολές από τη χρήση οισκίων αντισυλληπτικών... και πολλά περιστατικά καρκίνου του στήθους αποδίδονται στη χρήση αυτών."

Και το Γραφείο Δημογραφικού Προβλήματος των ΗΠΑ αγωνίζεται να πείσει τις γυναίκες να παντρεύονται νωρίτερα|..

Γι' αυτό και στην Παγκόσμια Συνδιάσκεψη του Μεξικού η Αμερική δήλωσε ότι σταματά τη χρηματοδότηση της αντισυλληπτικής προπαγάνδας, όχι μόνο στις χώρες που έχουν πρόβλημα υπογεννητικότητας (Ελλάδα κ.λ.π.) αλλά και σε όσες έχουν υπεργεννητικότητα (Τρίτου Κόσμου).

Και ο Σουηδός Πανεπιστημιακός καθηγητής ROLLAND HUNFFORT διαπίστωσε ότι η χρήση αντισυλληπτικών οδηγεί στην αναφροδισία.

Στο Διεθνικό Συνέδριο της Μελβούρνης (10-19|2|1978) εντυπωσία-
σε η εισήγηση του καθηγητή KEVIN HUME, σχετικά με τα καταστρεπ-
τικά αποτελέσματα των αντισυλληπτικών χαπιών, που οι μεγάλες φαρ-
μακευτικές εταιρείες κρύβουν για να μη χάσουν τα μεγάλα κέρδη
τους. Ο δρ. J. SANTAMARIA έφερε αποδείξεις ότι η ιατρική έχει
ξεχάσει τη βασική της αποστολή και υπηρετεί τα συμφέροντα των
πολυεθνικών εταιρειών.

Και βέβαια υπάρχει και η νομική πλευρά του θέματος, η οποία
δεν έχει διατυπωθεί και ο ελληνικός λαός κάθε άλλο παρά έχει
μπροστά του την υπεύθυνη συγκριτική μελέτη του αρμοδίου οργάνου.

Μετά βεβαιότητας όμως ένα μπορώ να πω: ότι πρέπει να μελε-
τηθεί το πρόβλημα του Ο.Π. αμέσως. Και να γίνει πλήρης ενημέρω-
ση του λαού για ό,τι έχει σχέση με το γενετήσιο κύκλο και τις
συνέπειες κάθε πράξεως. Και βέβαια ν' αρχίσει (είναι κιόλας αρ-
γά) η αντιμετώπιση του καυτού μας θέματος, που είναι το δημο-
γραφικό.

Και τα δύο δεν επιδέχονται αναβολή, γιατί έχουν σχέση με την
επικίνδυνη πληθυσμιακή μας άμπωτη, που απειλεί την Ελλάδα με φυ-
λετική ξηρασία και μακροχρόνια οδηγεί στην εξαφάνιση του Γένους
των Ελλήνων.

Γ, Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική δια-
φώτιση στην Ελλάδα. Μέχρι αυτή τη στιγμή τουλάχιστον δεν έχει
γίνει, σχεδόν τίποτε το οργανωμένο προς αυτήν την κατεύθυνση.
Είναι γνωστό (απογραφή 1971) ότι τα παιδιά ηλικίας 5-19 ετών εί-
ναι περίπου 2.102.238 . Ενα πολύ μεγάλο μέρος των παιδιών αυτών
ενημερώνεται πάνω στα σεξουαλικά θέματα από ανεπίσημες πηγές ή
άτομα που δεν είναι ούτε αρμόδια ούτε και υπεύθυνα.

Η πληροφόρηση των Ελληνοπαίδων γίνεται κατά βάση από τις πα-
ρακάτω πηγές:

1. Από βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα άτομα.
2. Από τους συνομηλικούς τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Από τη σεξουαλική ζωή των ζώων (κυρίως στην ύπαιθρο), που δεν είναι αρκετή, για να δώσει απάντηση στα ερωτηματικά, που τρι-
βελίζουν το μυαλό των παιδιών.

Το μόνο σχετικό μάθημα που διδάσκεται στα σχολεία και συγκεκρι-
μενώς στην Β΄ τάξη του Γυμνασίου είναι αυτό της "Ανθρωπολο-
γίας-Στοιχεία Υγιεινής για μία ώρα την εβδομάδα.

Σκοπός του μαθήματος αυτού είναι:

1. Η απόκτηση βασικών γνώσεων σχετικά με την ανατομία και τη φυ-
σιολογία του ανθρώπινου σώματος.
2. Η κατανόηση της σωματικής ανάπτυξης του ανθρώπου απ'
την αρχή της εμβρυϊκής υπαρξής του και η ενημέρωση σχετικά
με την εξέλιξη του κατά τους αιώνες.
3. Η κατανόηση και η κατά το δυνατό καλύτερο αντιμετώπιση των
καθημερινών βιολογικών προβλημάτων και φαινομένων που αφορούν
τον άνθρωπο σαν οργανισμό και σαν κοινωνικό σύνολο (υγιεινή
του σώματος, υγιεινή του κοινωνικού συνόλου).

Η ύλη του μαθήματος που αναφέρεται στο γεννητικό σύστημα, είναι η εξής: Ανδρικά και γυναικεία όργανα (εσωτερικά-εξωτερικά). Οί γονάδες ως εκκριτικοί αδένες και ως όργανα παραγωγής γεννητικών κυττάρων. Ωογένεση-σπερματογένεση. Αδένες και ορμόνες. Επίδραση των ορμονών. Χρωματοσώματα του ανθρώπου κ.τ.λ.

Όπως βλέπουμε, το μάθημα αυτό προσφέρει ορισμένες χρήσιμες πληροφορίες για τα γεννητικά όργανα και των δύο φύλων (απλή ανατομική περιγραφή), αλλά δεν μπορεί να πληροφορήσει επαρκώς τους μαθητές, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους τωρινά ή μελλοντικά. Δεν έχει δηλαδή το μάθημα αυτό καμιά σχέση με τη σεξουαλική διαφώτιση, αφού δεν αναφέρεται τίποτα σχετικό για τις προληπτικές μεθόδους ή για οτιδήποτε άλλο χρειάζονται τα παιδιά το πρόβλημα αυτό εντείνεται από την άγνοια και την απροθυμία των καθηγητών να κάνουν μια σωστή διαφώτιση στηριγμένη σε επιστημονική βάση, που να είναι κατανοητή από τα παιδιά του Γυμνασίου και του Λυκείου. Αυτή η άγνοια των καθηγητών οφείλεται στο ότι τις περισσότερες φορές αυτοί είναι άλλων ειδικοτήτων και δεν έχουν σχέση με το μάθημα της Υγιεινής. Αυτό δυσκολεύει την κατάσταση γιατί ο καθηγητής δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στα διάφορα θέματα. Ετσι, τα μαθήματα σεξουαλικής αγωγής ή δε διδάσκονται καθόλου ή περιορίζονται στα στενά όρια του βιβλίου.

Είναι λοιπόν κατάλληλη η στιγμή να δημιουργηθεί ομάδα καθηγητών και ειδικευμένων-επιστημόνων, που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαφώτισης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα, γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει είναι απλά στη διατύπωση, αλλά σύνθετα στη θεώρηση (κοινωνικά, πνευματικά, ψυχολογικά) και απαιτούν γνώσεις, αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπάρστασης.

Μόνο αν πραγματοποιηθούν αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω, θα

γίνει δυνατή η δημιουργία μιας σωστής κοινωνίας χωρίς προκαταλήψεις και ταμπού, ενώ οι ανεπιθύμητες γεννήσεις και τα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτές θα εξαφανιστούν σχεδόν τελείως. Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής είναι πολύ χρήσιμο για τα νέα άτομα, γιατί τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Ακόμα μπορεί να βοηθήσει τις νέες κοπέλες να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεδομένου ότι η σεξουαλική επανάσταση, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της εποχής μας, επιβάλλει η σεξουαλική αγωγή να μην αναφέρεται μόνο στην αναπαραγωγή, αλλά και στην αντισύλληψη. Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενός διαφωτιστού πρέπει να περιλαμβάνονται θέματα όπως η αναπαραγωγή, η αυτογνωσία αγοριών και κοριτσιών (η γνώση δηλαδή του τι σημαίνει να είναι άντρες ή γυναίκες), η ευχαρίστηση στη σεξουαλική ζωή, η προετοιμασία για γάμο και η τοποθέτηση γερών βάσεων για μια υπεύθυνη πατρότητα ή μητρότητα και μια σωστή και ευτυχισμένη οικογένεια. Ακόμα πρέπει να περιλαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων, όπως το πληθυσμιακό, η προφύλαξη από τα διάφορα αφροδίσια νοσήματα, η μείωση των ποσοτών προγαμιαίας εγκυμοσύνης, έκτρωσης και γέννησης νόθων.

Σεξουαλική διαφώτιση είναι η προσπάθεια εφαρμογής των αξιών (ηθικών, συμπεριφοράς σε όλη την διάρκεια ζωής του ανθρώπου, απ'τη νηπιακή του ηλικία μέχρι τη στιγμή που γίνεται γονιός. Στο σχολείο διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής αγωγής από τα μαθήματα της βιολογίας και της Υγιεινής. Πολύ περισσότερο μαθαίνει ένας μαθητής απ'τους φίλους του. Έτσι, η πληροφόρηση των νέων ατόμων είναι ανεπαρκής, ανακριβής, και πιθανότατα επικύνδινη. Π.χ. υπάρχει η εντελώς λαθεμένη αντίληψη ότι πλύσεις με χυμό λεμονιού μετά τη συνουσία αποτρέπουν την εγκυμοσύνη ή ότι η βαζελίνη είναι σπερματοκτόνο. Όταν λοιπόν οι νέοι, έχοντας τα

ερεθίσματα από την τηλεόραση, τα περιοδικά και κύρια απ'την ίδια τη σύγχρονη ζωή, κάνουν έρωτα και πειραματίζονται πάνω σ'αυτά που κακώς έμαθαν, μοιραία θά'ρθει η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με όλα τα ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα που συνεπάγεται εκείνη για τα νέα ζευγάρια.

Οι ψυχοσωματικές μεταβολές που λαβαίνουν χώρα κατά την ηλικία της ήβης, γίνονται με τόσο γρήγορο και πληθωρικό ρυθμό, που οι νεαροί έφηβοι, είναι αδύνατο να παρακολουθήσουν την καινούρια κατάσταση, αν δεν έχουν ενημερωθεί σωστά πάνω στα προβλήματα της εφηβείας.

Τα γεννητικά όργανα των νέων ατόμων έχουν ήδη αναπτυχθεί, εκκρίνουν ορμόνες και τότε αρχίζουν οι σεξουαλικές ορμές. Το αντίθετο φύλο καθίσταται βιολογικά ελκυστικό. Έτσι, κάθε ελκυστική ενδυμασία και ενεργειά του διεγείρει και ικανοποιεί τα άτομα αντίθετου φύλου. Τότε αρχίζουν τα ραντεβού, δημιουργούνται ισχυρά συναισθήματα, εντελώς νέα και επαναστατικά. Οι νέοι, φτάνουν έτσι στην ενηλικίωση χωρίς καμιά προετοιμασία και γνώση και αναγκάζονται να πάρουν μόνοι τους αποφάσεις σχετικά με σοβαρά ζητήματα, πριν ακόμα καταλάβουν τι γίνεται γύρω τους. Όταν εμφανιστεί το πάθος για έρωτα, τα νέα παιδιά δεν παίρνουν καμιά προφύλαξη ή χρησιμοποιούν εσφαλμένες αντισυλληπτικές μεθόδους, με αποτέλεσμα την πρόκληση εγκυμοσύνης που δημιουργεί προβλήματα στο νεαρό ζευγάρι και κύρια στο κορίτσι. Σ'ένα βαθμό για όλα αυτά υπεύθυνοι είναι οι γονείς, γιατί η σεξουαλική εκπαίδευση ξεκινάει

και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινά μέσα στο σπίτι. Η επαφή του μωρού με το στήθος της μητέρας, ο τρόπος που ο πατέρας κρατάει το μωρό και τ'άλλα παιδιά, η συζήτηση που γίνεται μέσα στο σπίτι καθώς και ο τόνος της φωνής των μελών της οικογένειας βοηθούν τα παιδιά να καταλάβουν την αξία των διαφόρων μελών της οικογένειας και να κατανοήσουν τη φύση της αγάπης

και της αμοιβαίας εκτίμησης ανάμεσα στα διάφορα πρόσωπα. Οι γονείς διδάσκουν το σεξ απ'τη στιγμή που γεννιούνται τα παιδιά ,είτε συνειδητά είτε όχι. Απ'αυτούς λοιπόν εξαρτάται αν η διδασκαλία τους θα έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις των γονιών σε ορισμένες ερωτήσεις που τους γίνονται από τα παιδιά είναι εξίσου σημαντικές με τις απαντήσεις που δίνονται. Κι αυτό γιατί το παιδί πολλές φορές θυμάται πολύ πιο έντονα τις φυσικές αντιδράσεις των γονιών παρά τις απαντήσεις τους. Η αποφυγή ή η άρνηση σεξουαλικής πληροφόρησης από τη μεριά των γονιών, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική διαφώτιση των νέων, που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό και βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο συμβεί μια δύο φορές, το παιδί θα πάψει πια να απευθύνεται στους γονείς του για συμβουλές που αφορούν σεξουαλικά ή άλλα προβλήματα. Βλέποντας τους γονείς όμως να ενοχλούνται, επηρεάζονται και τα ίδια τα παιδιά, γεγονός που μπορεί να έχει άσχημη επίδραση στη μελλοντική διαμόρφωση του χαρακτήρα, αφού θα επηρεάσει οπωσδήποτε την εκλογή του συντρόφου τους, τη δημιουργία πετυχημένου γάμου, ή όχι, και την ανατροφή των παιδιών τους.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του σεξουαλικού προβλήματος από τους νέους και την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Το μεγαλύτερο πρόβλημα θα το έχει σε τελική ανάλυση το ίδιο το εξώγαμο παιδί, παρά οι γονείς του. Για όλα αυτά βέβαια, τις μεγαλύτερες ευθύνες φέρει η κοινωνία μας που είναι έτοιμη να καταδικάσει "ελαφρά τη καρδία", γιατί είτε το θέλει είτε όχι, είναι ανήμπορη πάντως να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές στους νέους, για να αποφύγουν ανεπιθύμητες καταστάσεις.

Β' ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο Β' μέρος παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα σε πίνακες σε σχέση :

α) Με το φύλο και την ηλικία

β) Με το φύλο και την μόρφωση

Απάντησαν : 210 άνδρες και γυναίκες

164 γυναίκες

46 άνδρες

Αυτά είναι τα άτομα των οποίων τις απαντήσεις παρουσιάζουμε παρακάτω.

Α. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη αυτή το δείγμα του πληθυσμού που επιλέξαμε αποτελείται από 210 άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 17-64 ετών μόνιμους κατοίκους της Πάτρας, της Αθήνας και του Πειραιά.

Με τη μελέτη αυτή θελήσαμε να κάνουμε γνωστή την άποψη των ατόμων αυτής πάνω στο θέμα των αμβλώσεων, καθώς επίσης και να διαπιστώσουμε τις γνώσεις τους σχετικά με το θέμα των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και την αντισύλληψη. Στην έρευνα μας απάντησαν 210 άτομα, 46 άνδρες και 164 γυναίκες. Τα άτομα αυτά απάντησαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων (χωρίς τα υποερωτήματα και τις ερωτήσεις για τα ατομικά χαρακτηριστικά). Τα ερωτηματολόγια αυτά τα έπαιρναν στο σπίτι τους και μετά τα επέστρεφαν συμπληρωμένα.

Η διεξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε αφού λήφθηκαν υπ' όψιν οι πιο σημαντικές ερωτήσεις. Τα αποτελέσματα βγήκαν σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία και τη μόρφωση των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα.

Ανάλογα με την ηλικία έγινε η εξής διάκριση:

σε άτομα ηλικίας 20

σε άτομα ηλικίας 20-29

σε άτομα ηλικίας 30-39

σε άτομα ηλικίας 40-49

σε άτομα ηλικίας 50

Ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο έγινε η εξής διάκριση:

Σε απόφοιτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Σε απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Σε απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η συλλογή του υλικού άρχισε τον Οκτώβριο του 1991 και τελείωσε τον Απρίλιο του 1992. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την

πολυπαραμετρική ανάλυση και με το πρόγραμμα III BASE PLUS. Η πολυ-
παραμετρική ανάλυση έγινε για να διερευνηθεί η άλλη επίδραση των
εξεταζομένων χαρακτήρων.

Β. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. ΑΝΔΡΕΣ -ΗΛΙΚΙΑ

Στον πίνακα 1 φαίνεται πόσοι άνδρες από τους 46 του δείγματος έχουν απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση με την ηλικία τους. Από τον πίνακα αυτό βλέπουμε ότι ένας πολύ μικρός αριθμός ανδρών απευθύνεται στα κέντρα αυτά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ομαδοποίηση κατά ηλικία	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ. Α.	ΣΥΝΟΛΟ
20	-	1	-	1
20-29	2	31	1	34
30-39	1	6	-	7
40-49	-	3	-	3
50	-	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	42	1	46

Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 2 διακρίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι 46 άνδρες του δείγματος δεν επισκέφτηκαν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση πάντα με την ηλικία τους. Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνδρες δεν ενδιαφέρθηκαν ποτέ για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ομαδοποίηση κατά ηλικία							Εδωσαν πάνω Σύνολο από 1 λόγο	
	α	β	γ	δ	ε	Δ.Α		
20 <	-	1	-	-	-	-	-	1
20-29	1	10	5	-	4	4	8	32
30-39	-	4	1	-	-	1	-	6
40-49	-	1	-	1	-	1	-	3
50 >	-	-	-	-	-	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	1	16	6	1	4	7	8	43

Δ.Α : Δεν απάντησαν

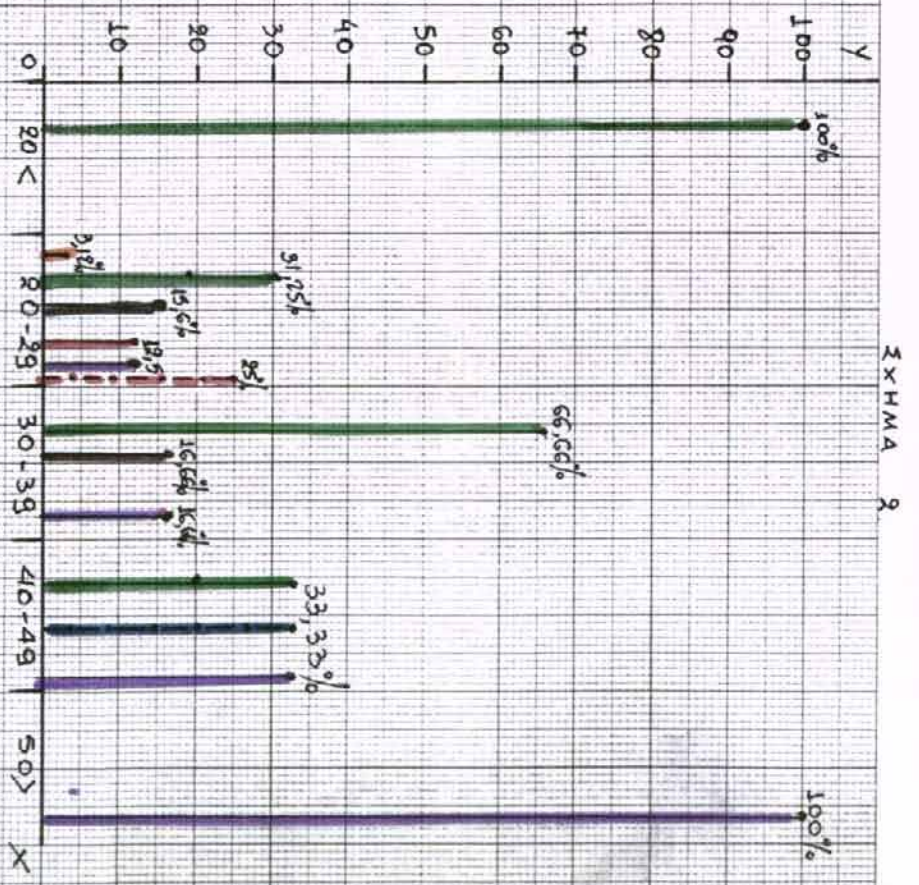
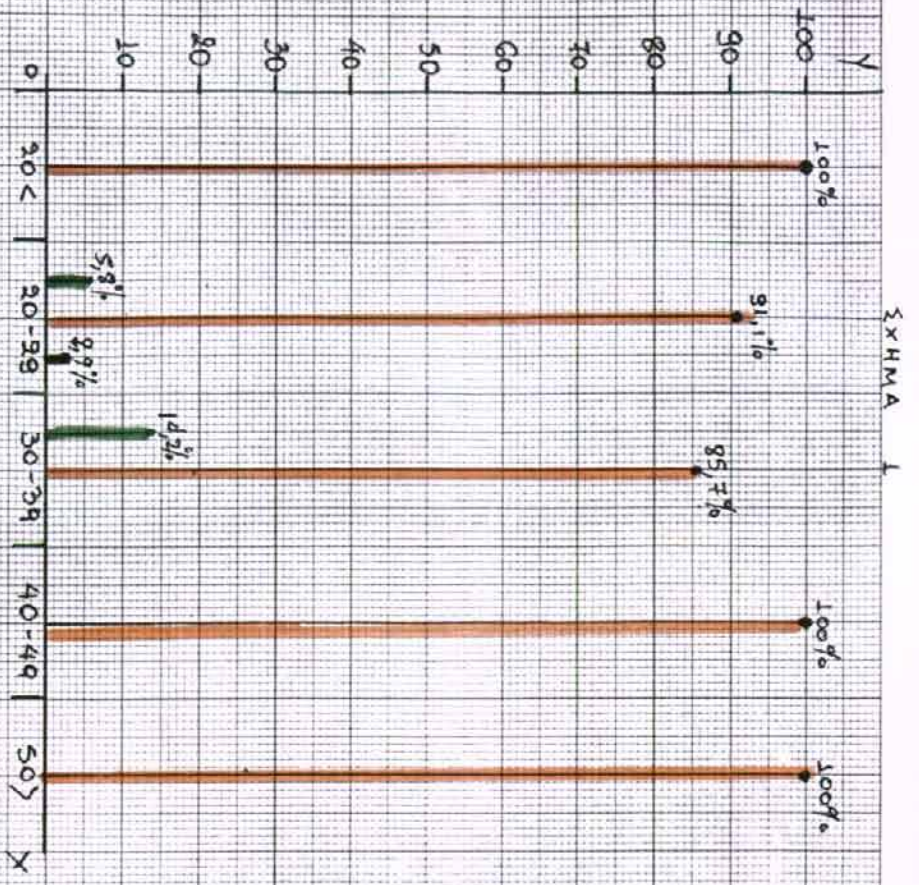
α. Δεν υπάρχει κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή σας

β. Δεν ενδιαφερθήκατε για αυτά

γ. Δεν γνωρίζετε την ύπαρξή τους.

δ. Δεν πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες τους μπορούν να σας προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες

ε. Κάποιος άλλος λόγος



Στον πίνακα 3 φαίνεται πόσοι από τους 46 άνδρες του δείγματος (επί συνόλου 210 ανδρών-γυναικών) χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης και πόσοι όχι . Επίσης φαίνεται ποιό είναι αυτό το μέτρο σε σχέση με την ηλικία τους. Από τον πίνακα αυτό καταλαβαίνουμε ότι οι περισσότεροι άνδρες χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ομαδοποίηση κατά ηλικία	Προφυλακτικό	Διακεκομμενη Συνουσία	Και τα δύο	Δ.Ε	Δ.Α	Συνολο
20 <	-	-	-	1	--	1
20-29	15	4	7	7	1	34
30-39	1	1	2	3	-	7
40-49	-	1	-	2	-	3
50 >	-	-	-	-	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	16	6	9	13	2	46

Δ.Α : Δεν απάντησαν

Δ.Ε : Δεν εφαρμόζουν μέτρο αντισύλληψης

Στον πίνακα 4 φαίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι άντρες του δείγματος απάντησαν ότι δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης σύμφωνα με την ηλικία τους. Φαίνεται λοιπόν ότι οι περισσότεροι από αυτούς πιστεύουν ότι τα αντισυλληπτικά μέσα μειώνουν την σεξουαλική τους ικανοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Υμαιοποίηση κατά ηλικία	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	Εδωσαν πάνω 1 λόγο	Δ.Α	Σύνολο
20 <	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
20-24	-	-	2	5	-	-	-	-	-	-	7
30-34	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
40-49	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2
50 >	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	-	-	3	5	-	-	-	-	4	1	13

Δ.Α : Δεν απάντησαν

α. είναι αντίθετο με τις πεποιθήσεις σας θρησκευτικές κοινωνικές

β. πιστεύετε ότι είναι φόνος

γ. νομίζετε ότι το θέμα δεν σας αφορά

δ. πιστεύετε ότι μειώνεται η σεξουαλική σας ικανοποίηση

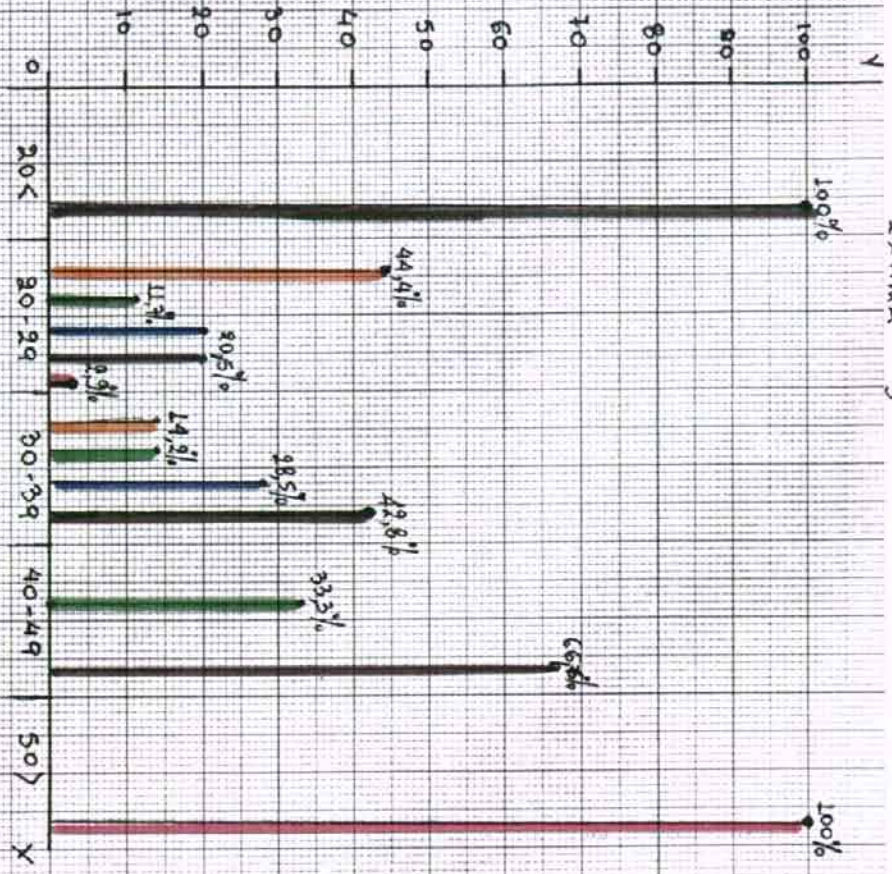
ε. δεν συμφωνεί ο σύντροφός σας

στ. δεν έχετε ενημερωθεί σχετικά

ζ. άλλα τα παραπάνω

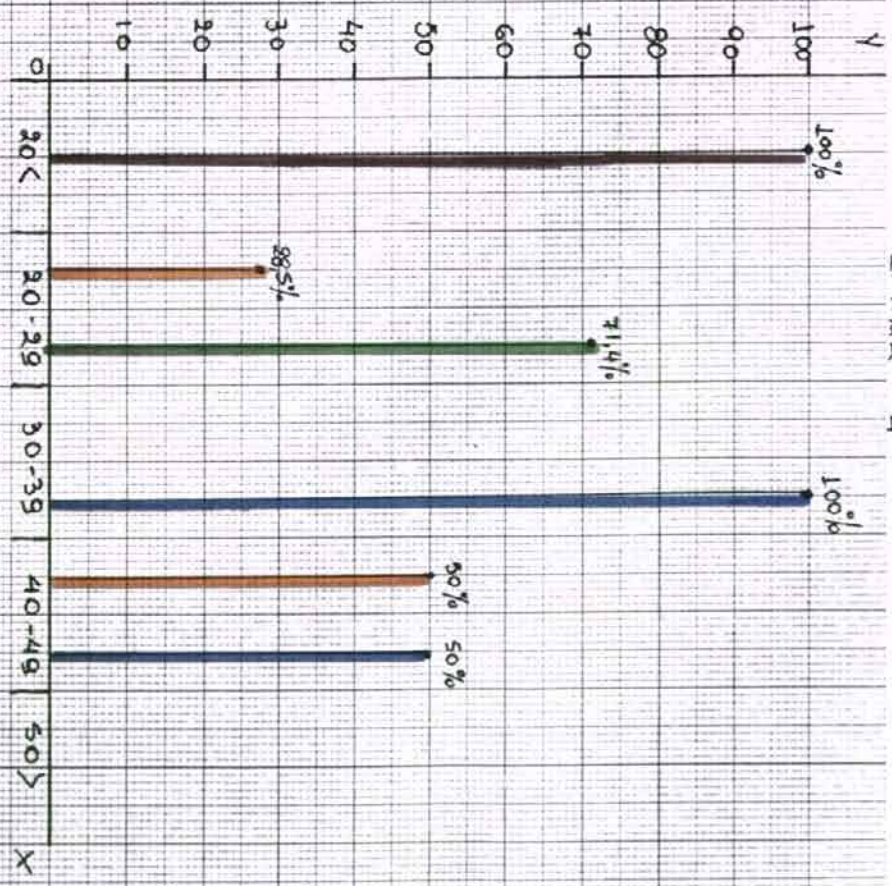
η. κάτι άλλο.

ΣΧΗΜΑ 3



προσφάσιμα
 και τα 2
 διασπορά
 Δ.Ε.
 Δ.Α.

ΣΧΗΜΑ 4



δ
 δ
 Δ.Α.
 1) λογο

Στον πίνακα 5 διακρίνουμε ποιά η γνώμη των ανδρών του δείγματος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων. Τα αποτελέσματα δίνονται πάντα σε σχέση με την ηλικία τους. Οι περισσότεροι από αυτούς πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ομαδοποίηση κατά ηλικία	α	β	γ	Δ.Α	Σύνολο
20 <	1	-	-	-	1
20-24	5	17	9	3	34
30-34	-	4	1	2	7
40-49	-	1	1	1	3
50 >	-	-	-	1	1
Συνολο	6	22	11	7	46

Δ.Α :Δεν απάντησαν

α.Δεν πρέπει να γίνονται

β.Πρέπει να γίνονται μόνο:

-στον απειλείται η ζωή της μητέρας

-στον απειλείται η ζωή του εμβρύου

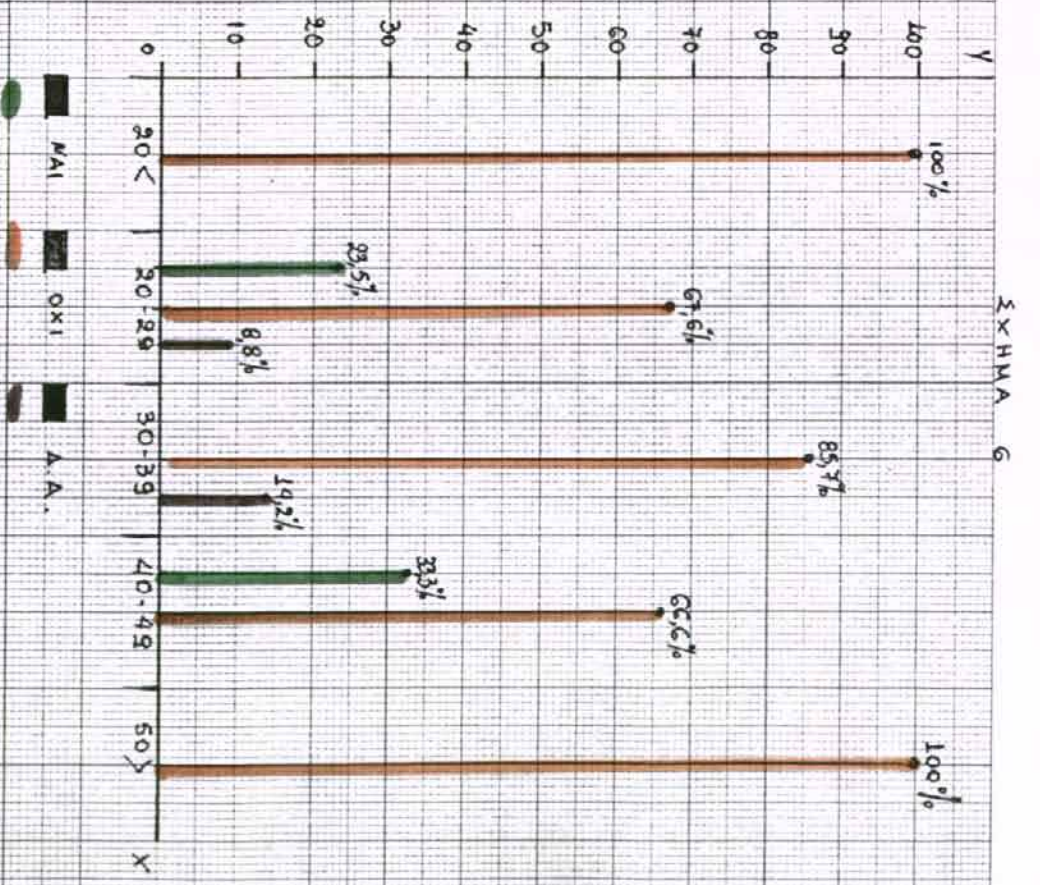
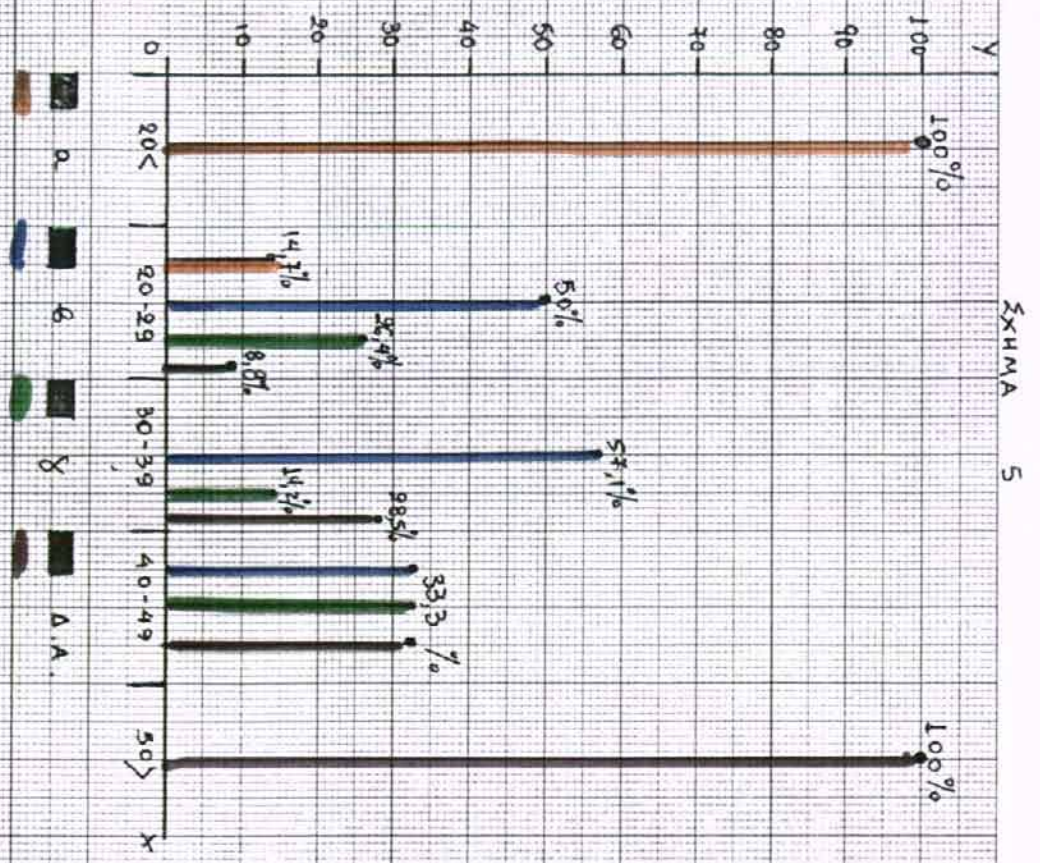
-σε γενετικές αναμαλίες

γ.πρέπει να γίνονται ελεύθερα

Στον πίνακα 6 διακρίνονται οι απαντήσεις των ανδρών του δείγματος (46 επί συνόλου 210). Στην ερώτηση εάν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση οι απαντήσεις αυτές δίνονται σε συνάρτηση με την ηλικία των αντρών που απάντησαν. Οι περισσότεροι, δε, από αυτούς δεν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

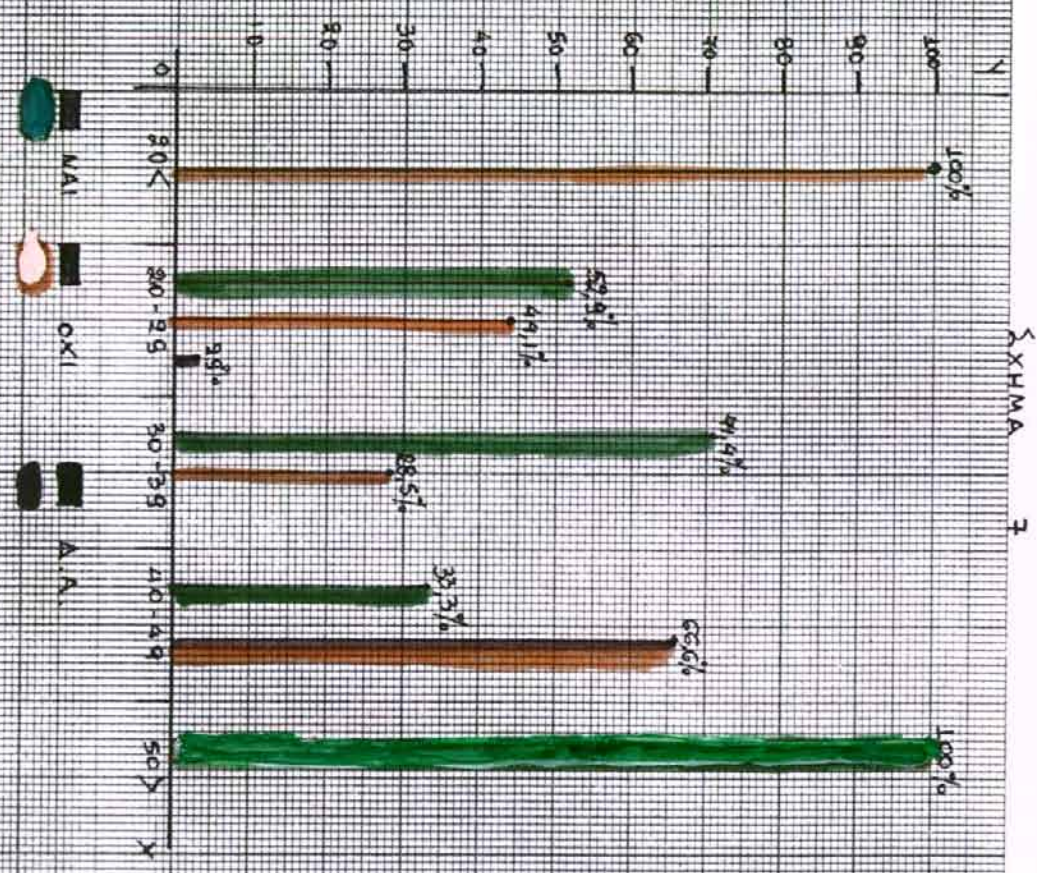
Ομαδοποίηση κατά ηλικία	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	1	-	1
20-29	8	23	3	34
30-39	-	6	1	7
40-49	1	2	-	3
50 >	-	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	9	33	4	46



Στον πίνακα 7 διακρίνουμε τις απαντήσεις των ανδρών του δείγματος (46 στα 210 άτομα) στην ερώτηση εάν η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση του αριθμού τους. Οι απαντήσεις αυτές δίνονται σε σχέση με την ηλικία των ανδρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ομαδοποίηση κατά ηλικία	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	1	-	1
20-29	18	15	1	34
30-39	5	2	-	7
40-49	1	2	-	3
50 >	1	-	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	25	20	1	46



XXHMA Z

ΑΝΔΡΕΣ - ΜΟΡΦΩΣΗ

Β. Στον πίνακα αυτό φαίνεται πόσοι άνδρες από τους 46 του δείγματος έχουν απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ότι μόνο πολύ μικρό ποσοστό ανδρών απευθυνθήκε σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ομαδοποίηση σε σχέση με την μόρφωση.	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	-	4	-	4
Δευτεροβάθμια	1	22	1	24
Τριτοβάθμια	2	16	-	18
Σύνολο	3	42	1	46

Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 2 φαίνεται πόσοι άνδρες από τους 46 του δείγματος δεν έχουν απευθυνθεί σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και για ποιά λόγο σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ανδρών δεν επισκέφθηκε τα κέντρα οικογενειακού Προγραμματισμού από έλλειψη ενδιαφέροντος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ομαδοποίηση σε	α	β	γ	δ	ε	Δ.Α	έδωσαν	Σύνολο
σχέση με την μόρφωση							πάνω από 1 επ.	
Πρωτοβάθμια			3			1		4
Δευτεροβάθμια	-	9	4	2	3	3	2	23
Τριτοβάθμια	1	8	1		1	3	2	16
Συνολο	1	17	8	2	4	7	4	43

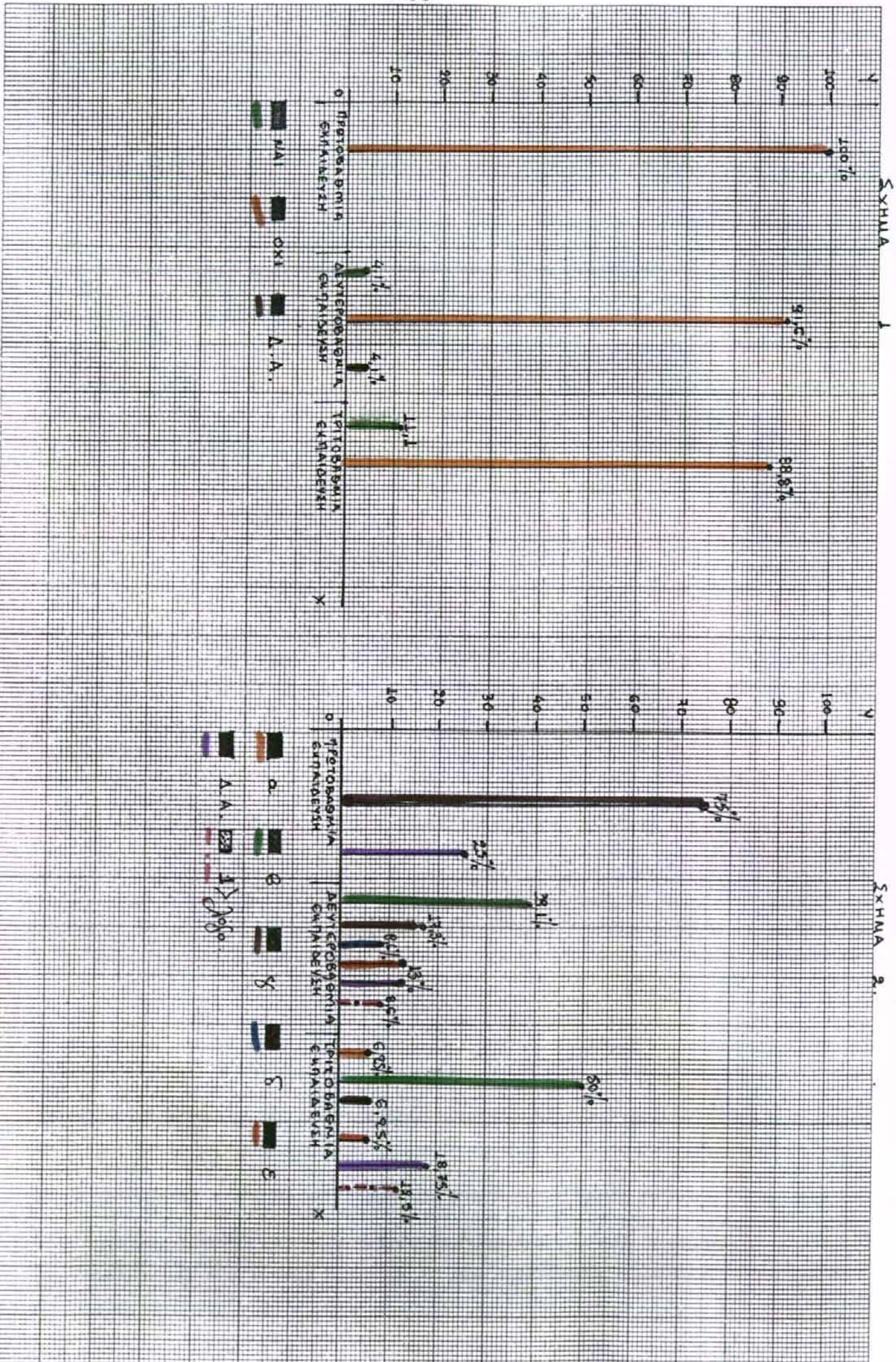
α. Δεν υπάρχει κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού

β. Δεν ενδιαφερόμαστε γι αυτά

γ. Δεν γνωρίζετε την ύπαρξή τους

δ. Δεν πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες μπορούν να σας προσφέρουν είναι σημαντικές.

ε. Κάποιος άλλος λόγος.



Στον πίνακα 3 φαίνεται πόσοι άνδρες εφαρμόζουν κάποια από τις μεθόδους αντισύλληψης που ενδείκνυνται σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τον πίνακα φαίνεται η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος εφαρμόζει κάποια έστω και στοιχειώδη μέθοδο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ομαδοποίηση σε σχέση με την μόρφωση	Προφυλακτικό	Διακεκομμένη συνουσία	Και τα δύο	Δ.Ε	Δ.Α	Σύνολο
Πρωτοβάθμια	1	-	-	3	-	4
Δευτεροβάθμια	10	1	5	6	2	24
Τριτοβάθμια	5	3	4	4	2	18
Σύνολο	16	4	9	13	4	46

Δ.Ε : Δεν εφαρμόζουν
Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 3 φαίνεται για ποιούς λόγους οι άνδρες δεν εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο . Από τον πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος που δεν εφαρμόζει κάποια μέθοδο αντισύλληψης στηρίζεται στην άποψη ότι το θέμα της αντισύλληψης δεν την ενδιαφέρει .

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

αυαδοποίηρη σε οχέση με την μόρφωση	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	πάνω από 1 λόγο	Δ.Α	Σύνολο
Πρωτοβάθμια	-	-	4	1	-	-	-	-	1	-	3
Δευτεροβάθμια	-	-	3	1	-	-	1	-	1	-	6
Τριτοβάθμια	-	1	1	2	1	-	-	-	1	-	6
Σύνολο	-	1	5	4	1	-	1	-	3	-	15

α.Είναι αντίθετο στις πεποιθήσεις σας θρησκευτικές -κοινωνικές;

β.Πιστεύετε ότι είναι φάνος

γ.Νομίζετε ότι το θέμα δεν σας αφορά

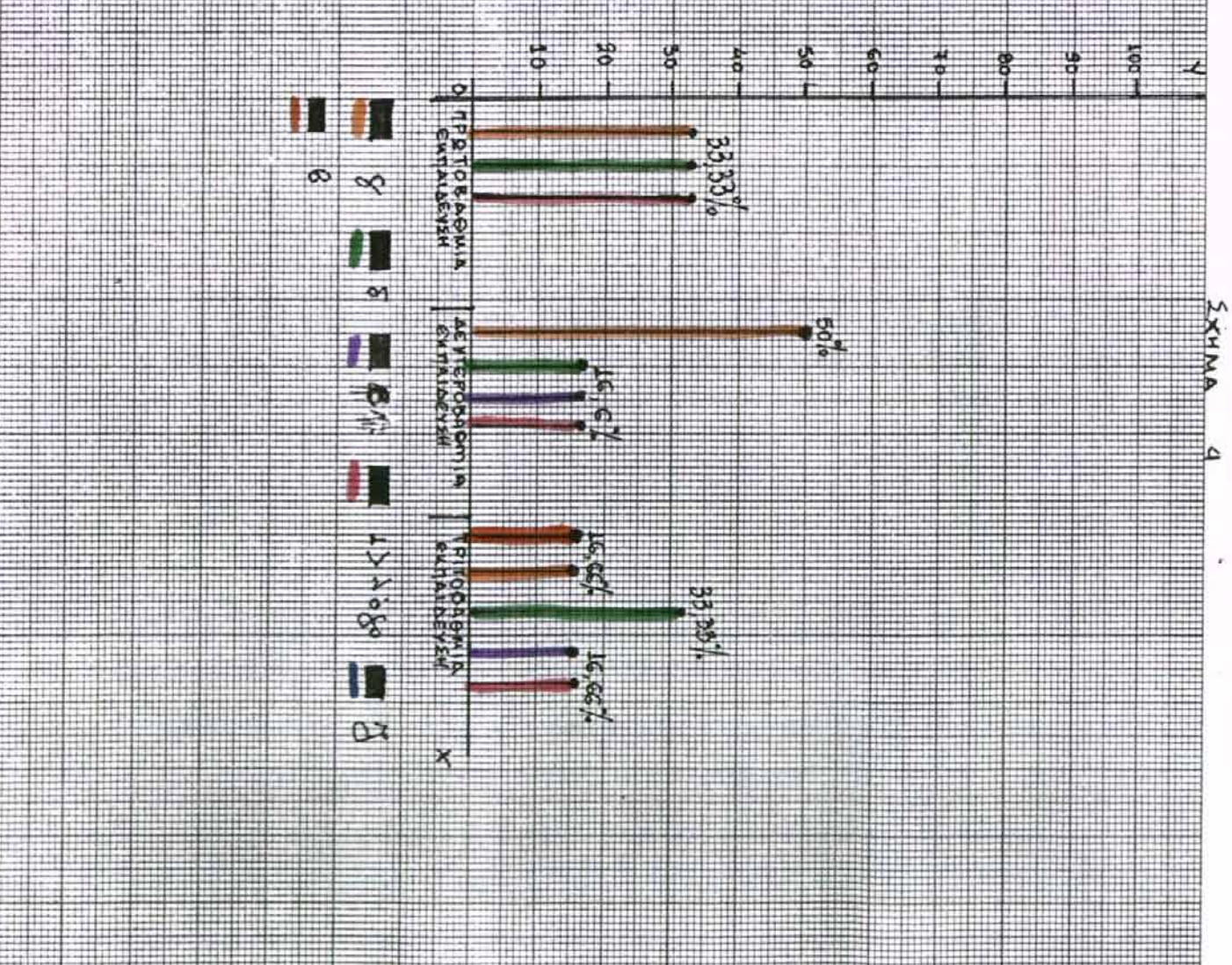
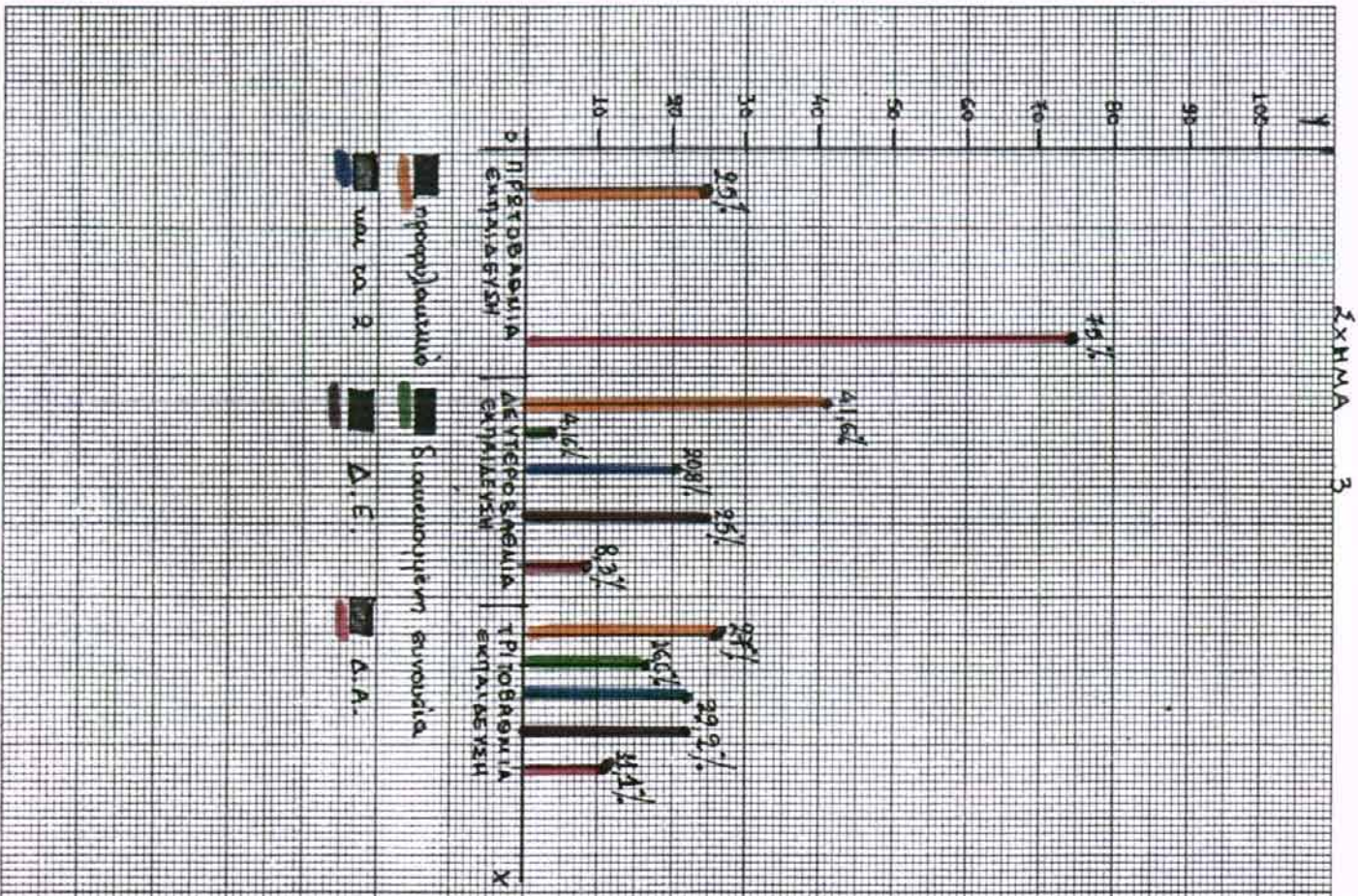
δ.Πιστεύετε ότι μειώνεται η σεξουαλική σας ικανοποίηση;

ε.Δεν συμφωνεί ο-η σύντροφός σας

στ.Δεν έχετε ενημερωθεί σχετικά

ζ.Όλα τα παραπάνω

η.κάτι άλλο.



Στον πίνακα αυτό διακρίνουμε την γνώμη των ανδρών για τις αμβλώσεις σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος πιστεύει ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις που συντρέχουν λόγοι υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

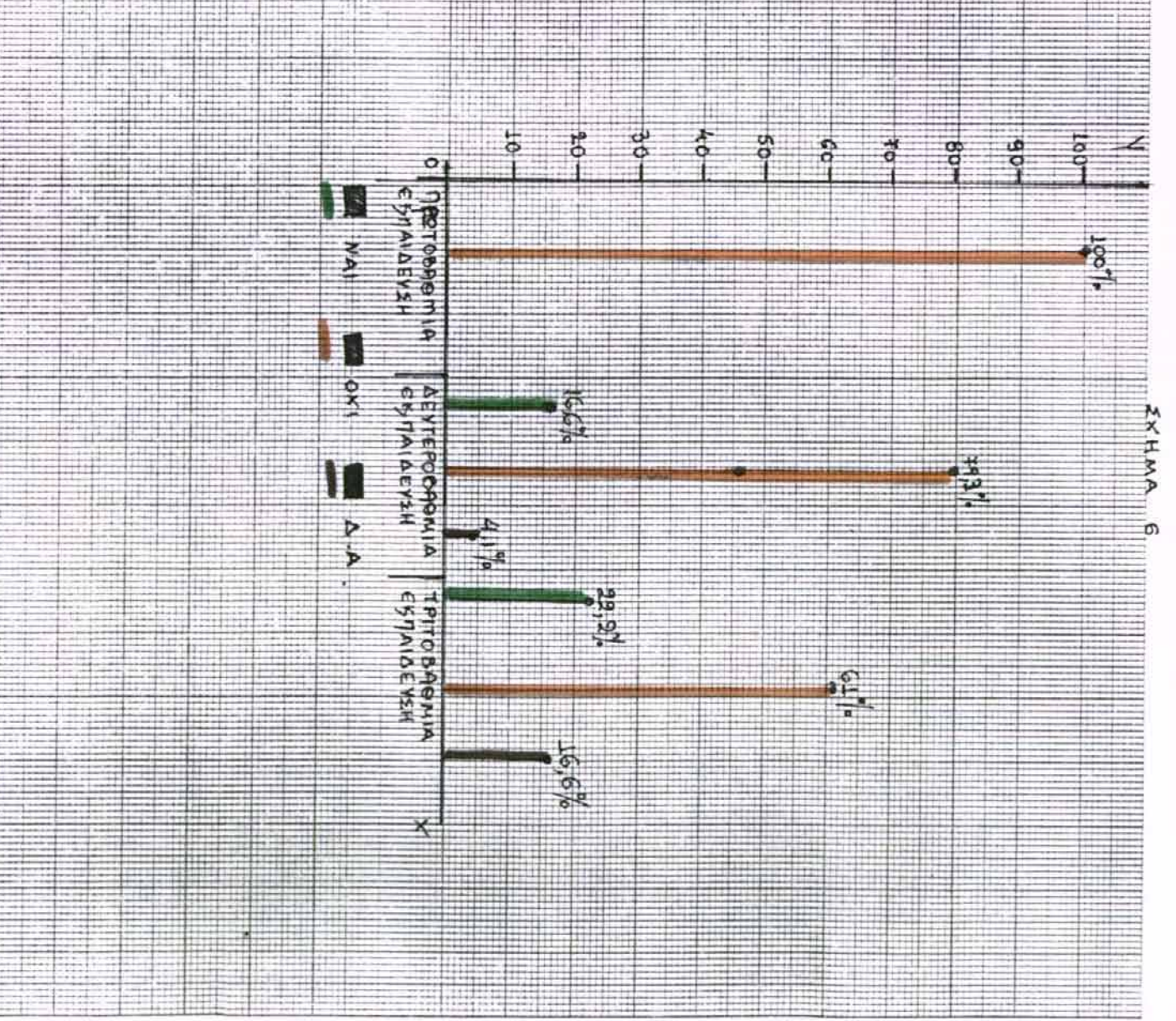
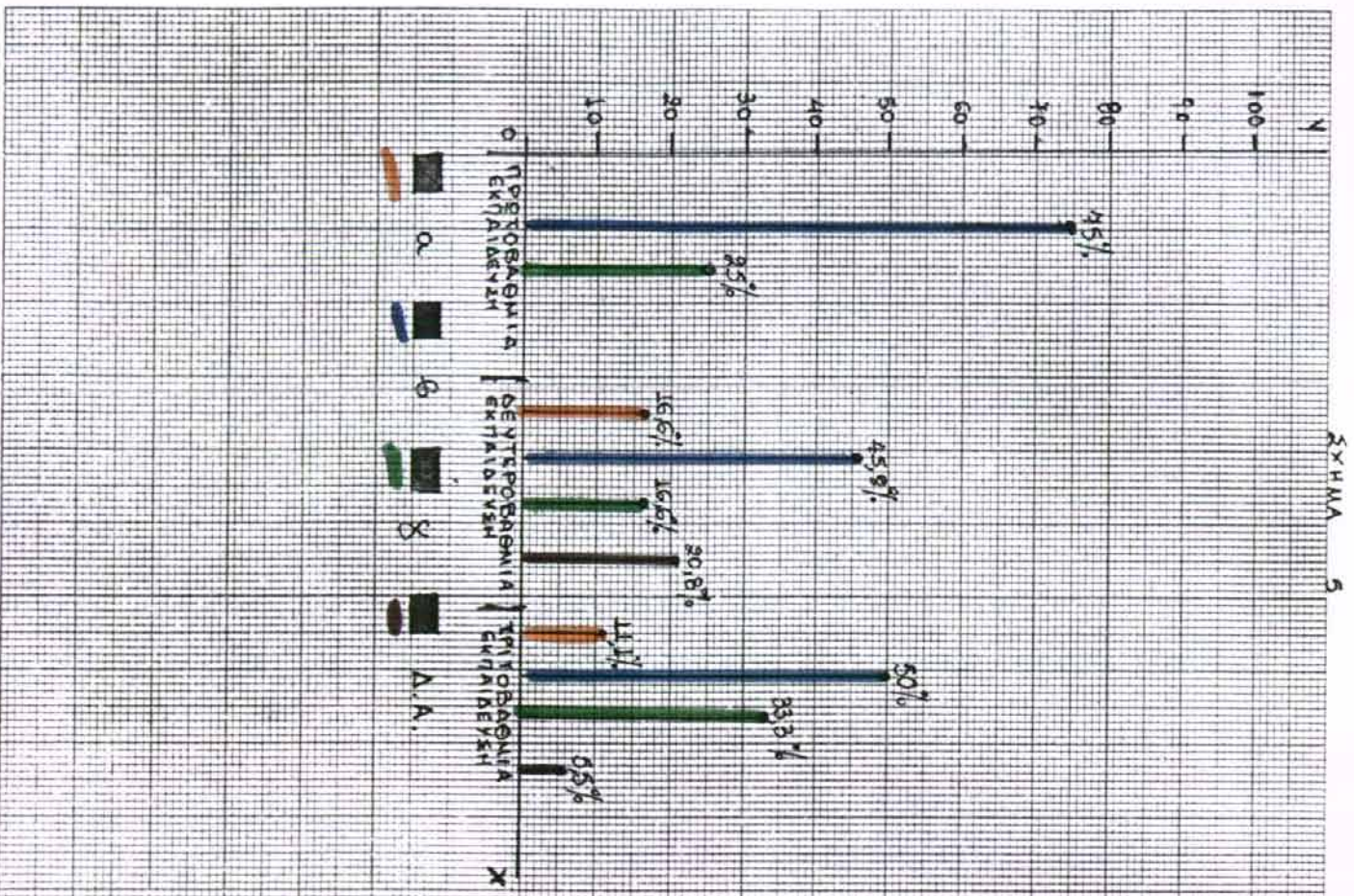
Ομαδοποίηση σε σχέση με την μόρφωση	α	β	γ	Δ.Α	Σύνολο
Πρωτοβάθμια	-	3	1	-	4
Δευτεροβάθμια	4	11	4	5	24
Τριτοβάθμια	2	9	6	1	18
Σύνολο	6	23	11	6	46

- α. Δεν πρέπει να γίνονται
β. Πρέπει να γίνονται μόνο
-σταν απειλείται η ζωή της μητέρας
-σταν απειλείται η ζωή του εμβρύου
-σε γενετικές ανωμαλίες
γ.πρέπει να γίνονται ελεύθερα

Στον πίνακα αυτό το σύνολο των ανδρών του δείγματος απαντούν στο ερώτημα ενέργειας μιας μελλοντικής αμβλώσης από την κόρη τους σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία των ανδρών δεν θα ήθελαν η κόρη τους να υποστεί μελλοντικά άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ομαδοποίηση σε σχέση με την μόρφωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	-	4	-	4
Δευτεροβάθμια	4	19	1	24
Τριτοβάθμια	4	11	3	18
Σύνολο	8	34	4	46

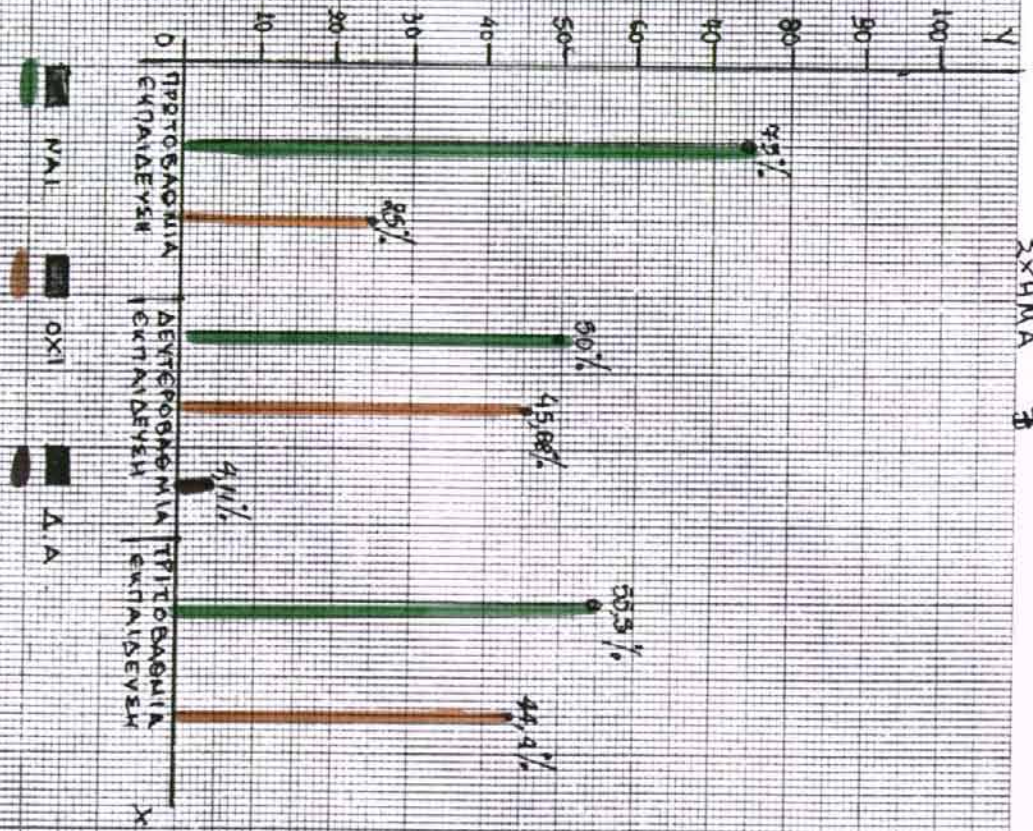


Στον πίνακα 7 οι άνδρες απαντούν σε σχέση πάντα με το μορφωτικό τους επίπεδο εάν η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση ή μείωση του αριθμού τους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση τους αριθμούς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ομαδοποίηση σε σχέση με την μόρφωση	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	3	1		4
Δευτεροβάθμια	12	11	1	24
Τριτοβάθμια	10	8		18
Συνολο	25	20	1	46

ΣΧΗΜΑ 3



Β. ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΗΛΙΚΙΑ

Στον πίνακα 1 εξετάζονται οι γυναίκες που έχουν απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση με την ηλικία. Από τα αποτελέσματα αποδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών δεν έχει επισκεφθεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	4	-	4
20-29	15	83	-	96
30-39	12	35	-	49
40-49	7	7	-	14
50 >	0	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	34	130	-	164

Στον πίνακα 2 οι γυναίκες του δείγματος σε σχέση με την ηλικία τους εξηγούν τους λόγους που τις οδήγησαν σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Η πλειοψηφία των γυναικών εκφράζει πάνω από ένα λόγους σχετικά με την αιτία που την οδήγησαν σε αυτά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ομαδοποιημένη κατανομή	↓						Πάνω από		
	α	β	γ	δ	ε	στ	1 λόγο	Δ.Α.	Σύνολο
20 <	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-29	2	-	1	-	4	-	8	-	15
30-39	2	-	-	-	2	-	8	-	12
40-49	1	-	-	-	3	-	3	-	7
50+	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Σύνολο	5	-	1	-	9	-	19	-	34

Δ.Α : Δεν απάντησαν

α. για να ενημερωθείτε σχετικά με την αντιαύλληξη

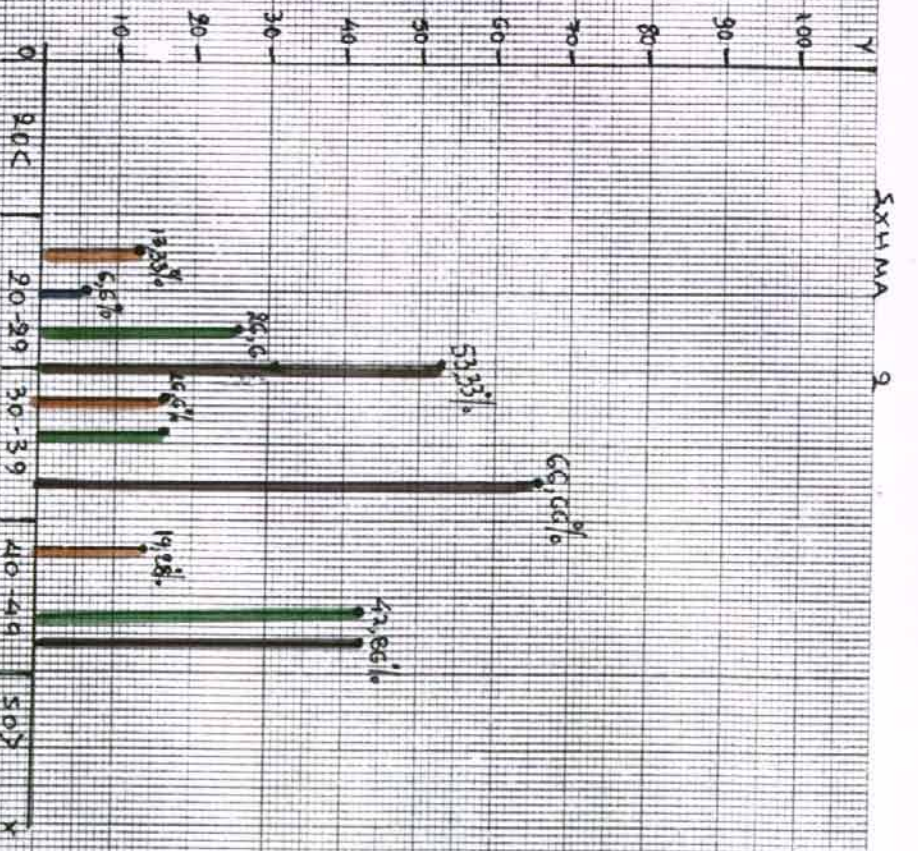
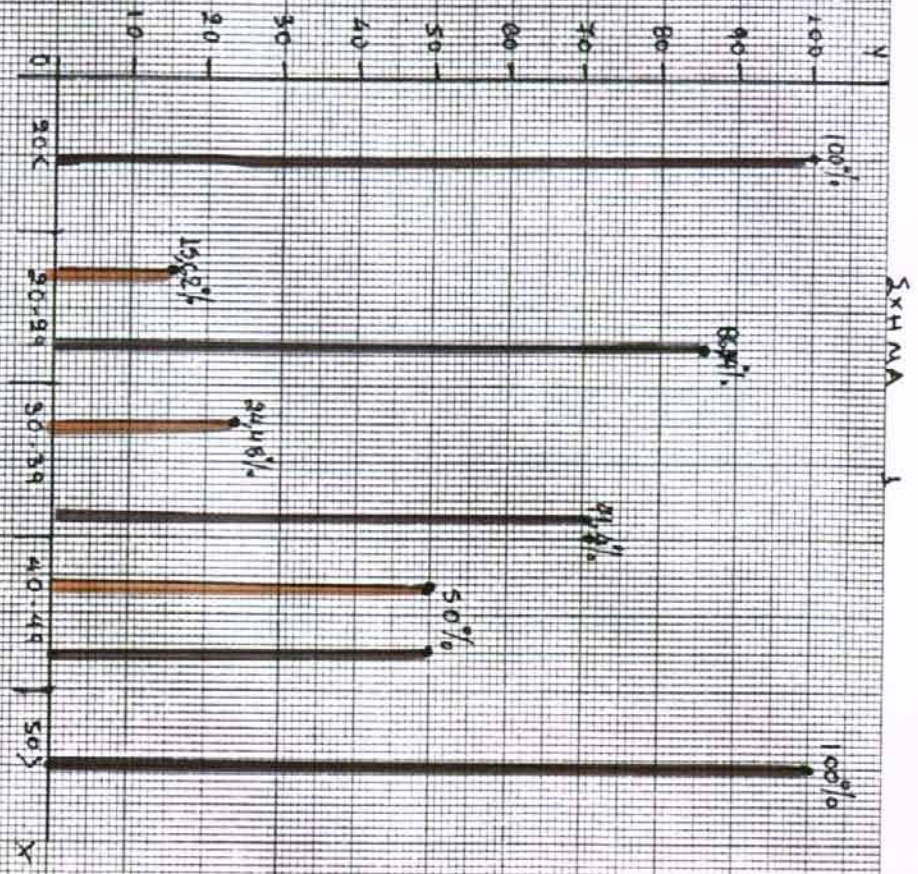
β. για να ενημερωθείτε σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση

γ. για προγεννητικό έλεγχο

δ. για να ενημερωθείτε σχετικά με τις αμβλύσεις

ε. για να κάνετε TEST Παπανικολάου

στ. για άλλο λόγο



Στον πίνακα 3 οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα εξηγούν τους λόγους εξαιτίας των οποίων δεν επισκέφθηκαν κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών δεν τα επισκέφθηκε επειδή δεν ενδιαφέρθηκαν ποτέ για αυτά. Οι απαντήσεις δίνονται σε συνάρτηση με την ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ομαδοποιημένη κατανομή	Πάνω από					1 λόγο	Δ.Α	Σύνολο
	α	β	γ	δ	ε			
20 <	-	3	-	-	-	1	-	4
20-29	8	20	6	6	6	14	21	81
30-39	7	9	6	3	5	4	3	37
40-49	1	3	3	-	-	-	-	7
50 >	1	-	-	-	-	-	-	1
Σύνολο	17	35	15	9	11	12	24	130

Δ.Α : Δεν απάντησαν

α.δεν υπάρχει κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή σας.

β.δεν ενδιαφερόμαστε για αυτά

γ.δεν γνωρίζετε την ύπαρξή τους

δ.δεν πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες τους μπορούν να σας προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες

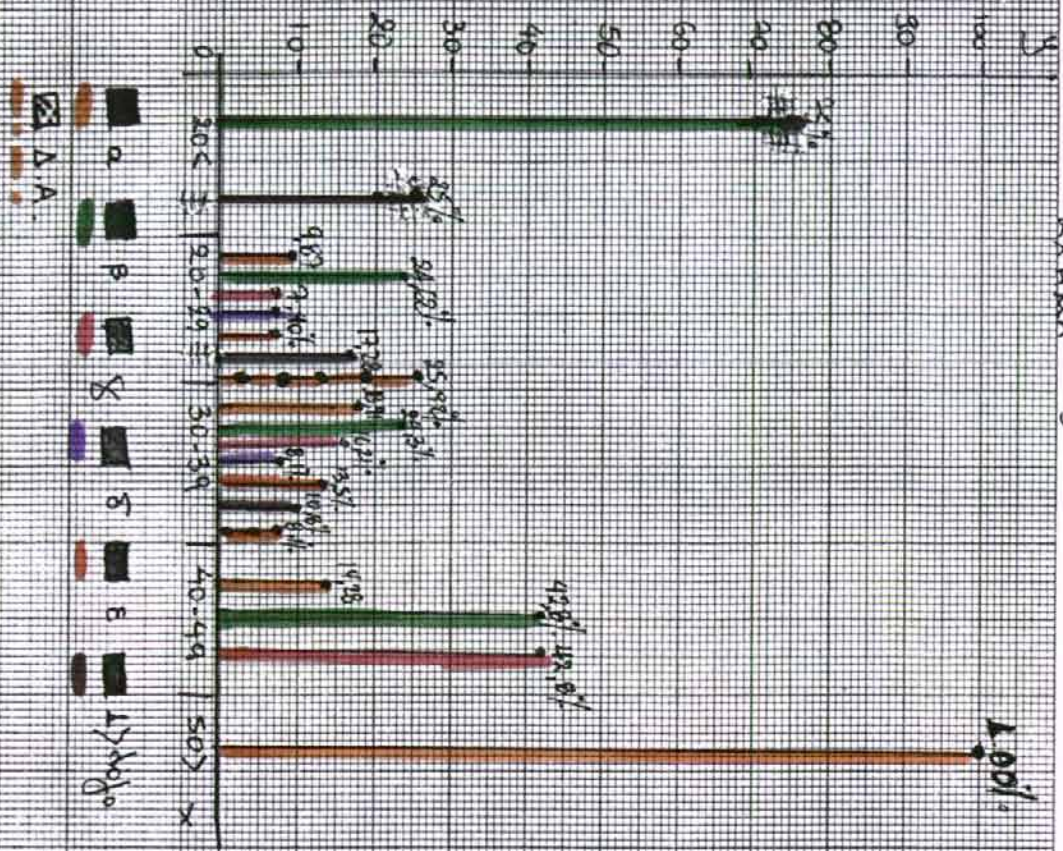
ε.κάποιος άλλος λόγος

Στον πίνακα 4 εξετάζονται οι γυναίκες σε σχέση με την ηλικία τους και τις πιθανότητες να χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Από τα αποτελέσματα του πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών εφαρμόζει κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

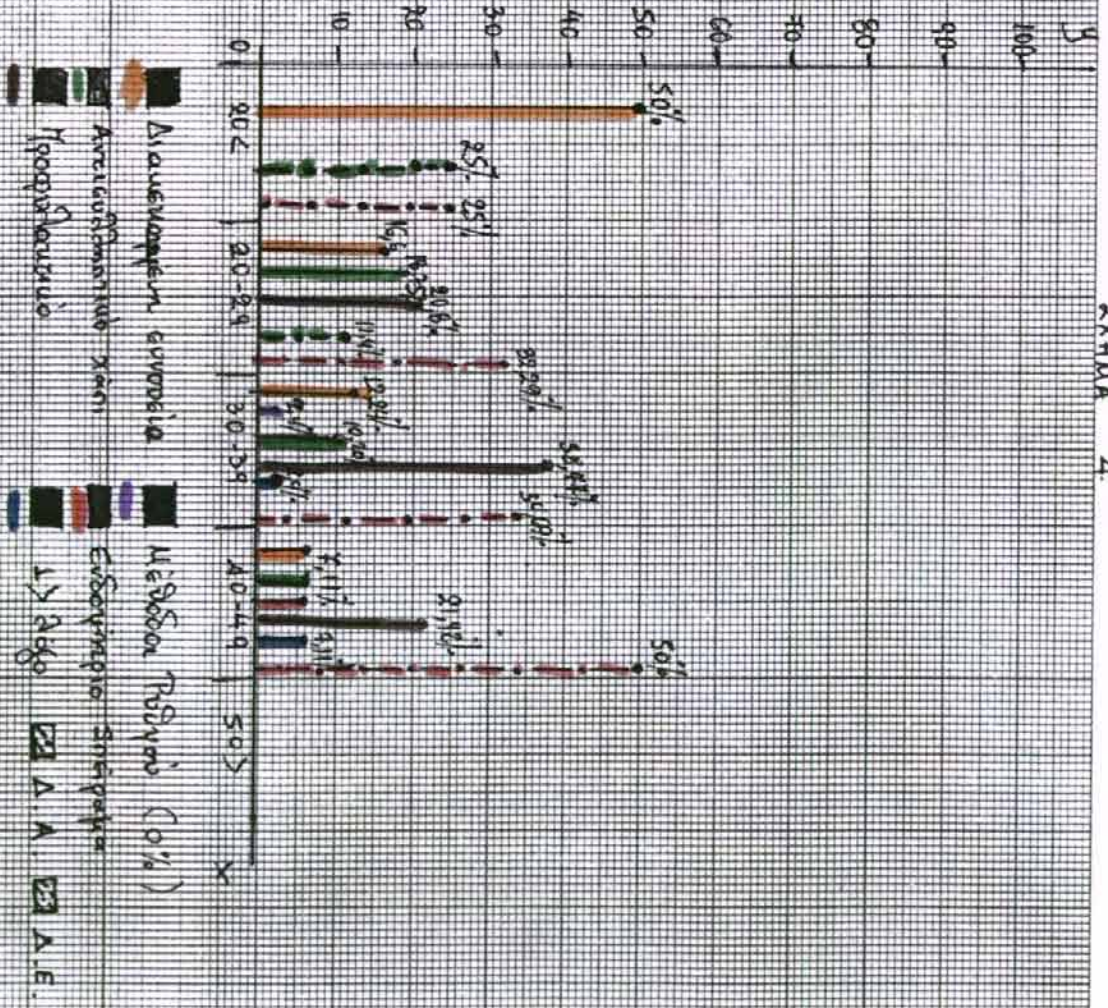
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Κατανομή	Αξιοποιούμενη Διακεκομμένη Μέθοδος Αντισύλληψης Ενδομήτριο						Πάνω	Δεν	Δεν	Συν
	Συνασία	Ρυθμού	Χάπι	Στείρωμα	Προφυλακτικό	Στείρωση από 1 σπιν. εφαρ				
20 <	2	-	-	-	-	-	-	1	1	4
20-29	16	-	18	-	20	-	-	11	31	96
30-39	6	1	5	-	19	-	1	-	17	49
40-49	1	-	1	1	3	-	1	-	7	14
50 >	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Σύνολο	25	1	24	1	42	-	2	12	57	164

SXHMA 3



SXHMA 4



Στον πίνακα 5 εξετάζονται οι λόγοι εξαιτίας των οποίων οι γυναίκες δεν εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης σε σχέση με την ηλικία τους. Οι περισσότερες από αυτές είτε δίνουν πάνω από ένα από τους αναφερόμενους λόγους είτε δεν απαντούν καθόλου στην ερώτηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ομαδοποίηση κατανομή	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	πάνω από 1 λόγο	Δ.Α	Σύνολο
20 <	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
20-29	1	1	3	2	2	4	2	6	4	0	31
30-39	1	-	2	2	-	2	1	2	2	5	17
40-49	1	-	1	-	1	-	-	1	1	2	7
50 >	-	-	-	-	-	-	-	-	7	11	1
ΣΥΝΟΛΟ	3	1	7	4	3	6	3	9	7	14	57

Δ.Α Δεν απάντησαν

α. είναι αντίθετο με τις πεποιθήσεις σας

β. πιστεύετε ότι είναι φόνος

γ. νομίζετε ότι το θέμα δεν σας αφορά

δ. πιστεύετε ότι μειώνεται η σεξουαλική σας ικανοποίηση

ε. δεν συμφωνεί ο-η σύντροφός σας

στ. δεν έχετε ενημερωθεί σχετικά

ζ. όλα τα παραπάνω

Στον πίνακα αυτό εξετάζονται ο αριθμός των γυναικών που έχει πάρει αντισυλληπτικά χάπια σε σχέση με την ηλικία τους. Από τα αποτελέσματα γίνεται γνωστός ότι μεγάλος αριθμός των γυναικών χρησιμοποιεί το αντισυλληπτικό χάπι σαν μέθοδο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	4	4
20-29	27	69	96
30-49	16	33	49
40-49	4	10	14
50 >	-	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	47	117	164

Στον πίνακα 7 ερευνούμε τις γνώμες των γυναικών σχετικά με τις αμβλώσεις. Από τις απαντήσεις που πήραμε είδαμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών συμφωνεί ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται μόνο όταν συντρέχουν λόγοι υγείας της μητέρας και του εμβρύου. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε σχέση με την ηλικία.

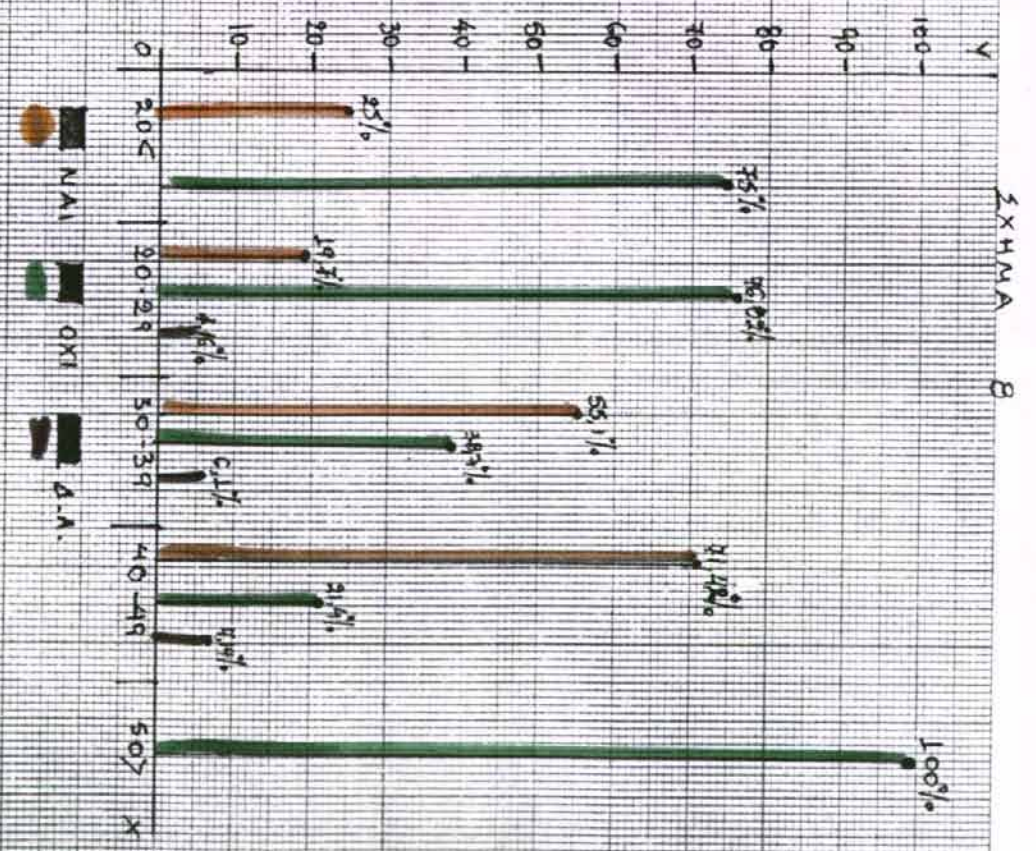
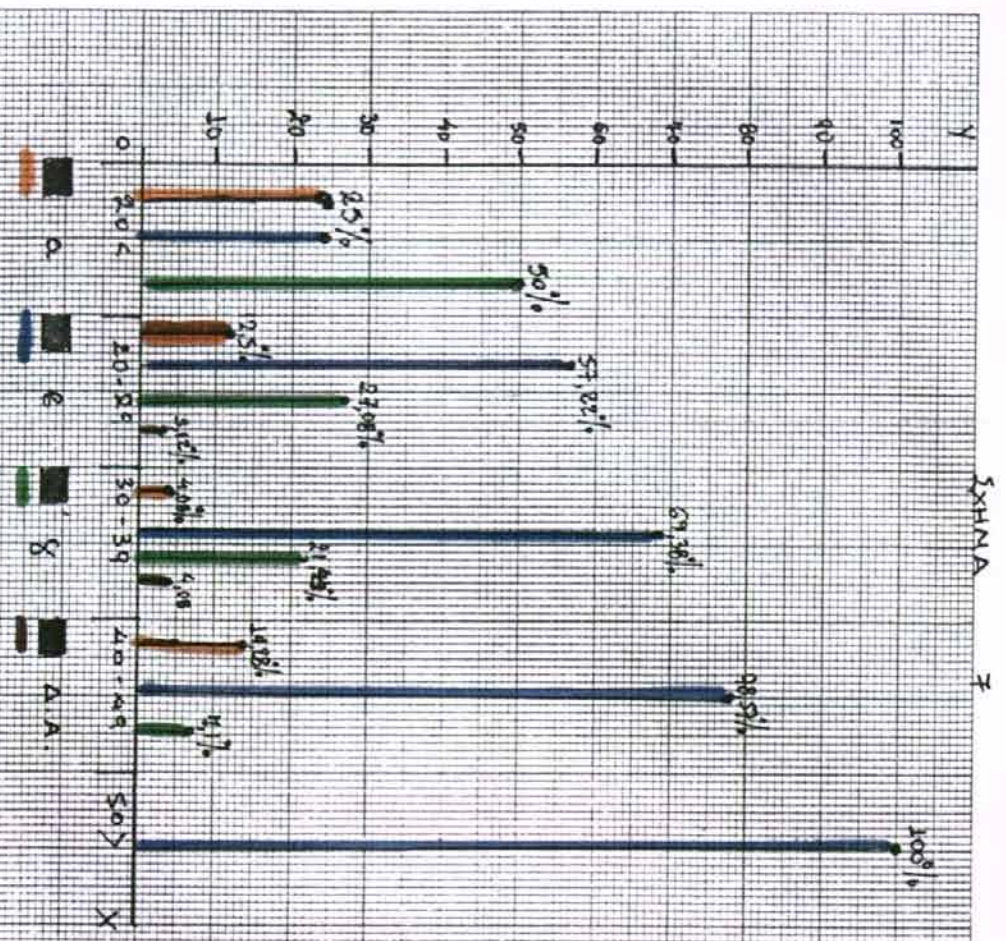
ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ομαδοποιημένη κατανομή	α	β	γ	Δ. Α	Σύνολο
20 <	1	1	2	-	4
20-29	12	55	26	3	96
30-39	2	34	11	2	49
40-49	2	11	1	-	14
50 <	-	1	-	-	1
Σύνολο	17	102	40	5	164

Στον πίνακα 8 ερευνούμε τον αριθμό των γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση. Διαπιστώνουμε από τα νούμερα ένα σημαντικό αριθμό που έχει υποστεί άμβλωση. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε σχέση με την ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	1	3	-	4
20-29	19	73	4	96
30-39	27	19	3	49
40-49	10	3	1	14
50 <	-	1	-	1
Συνολο	57	99	8	164



Στον πίνακα 9 εξετάζουμε τον αριθμό των αμβλώσεων που έχουν κάνει οι γυναίκες, οι οποίες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. από την εικόνα του πίνακα βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος έχουν κάνει 1 μόνο άμβλωση. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε σχέση με την ηλικία.

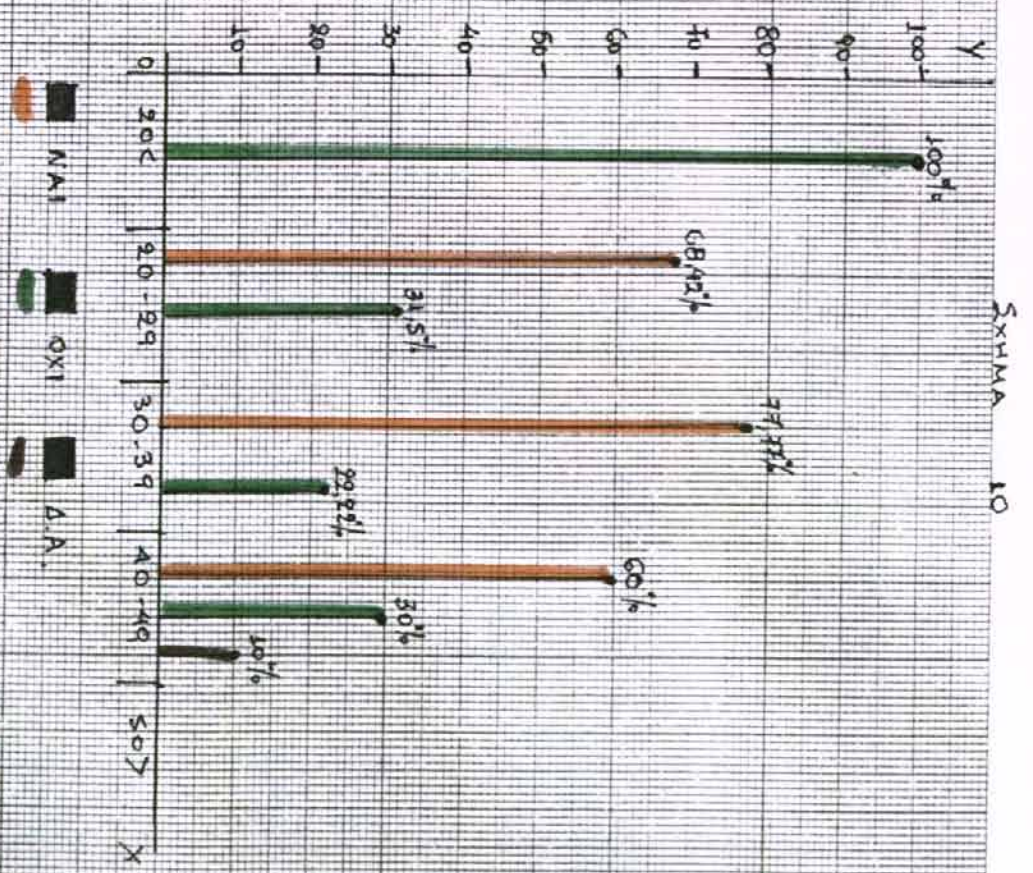
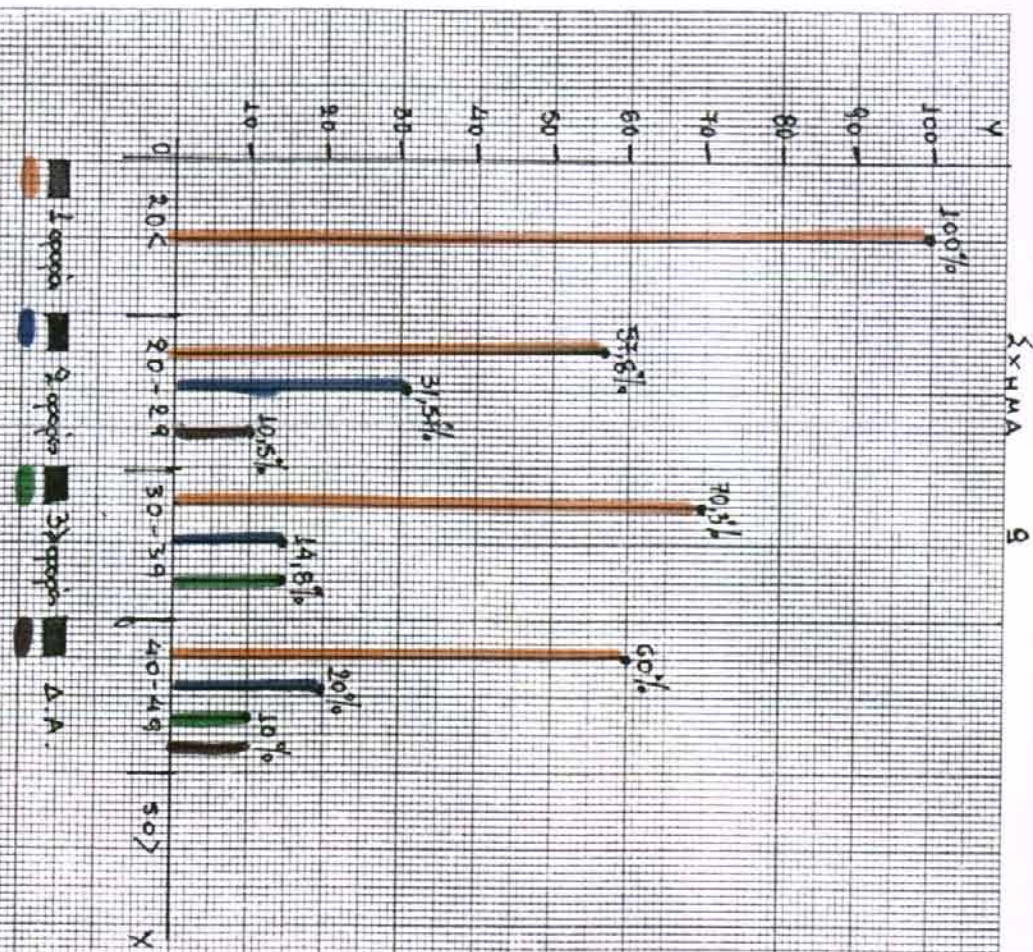
ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Ομαδοποιημένη κατανομή	4 Δ.Α	1 1 φορά	2 2 φορές	3 3 ≥ φορές	Σύνολο
20 <	-	1	-	-	1
20-29	2	11	6	-	19
30-39	-	19	4	4	27
40-49	1	6	2	1	10
50 >	-	-	-	-	-
Σύνολο	3	37	12	5	57

Στον πίνακα 10εξετάζονται οι γυναίκες σχετικά τις γνώσεις τους όσον αφορά τις επιπλοκές που μπορούν να προκαλέσουν οι αμβλώσεις σε σχέση με την ηλικία τους. Από τα νούμερα του πίνακα φαίνεται ότι πλειοψηφία των γυναικών γνωρίζει τις επιπλοκές που προκαλούν οι αμβλώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	1	-	1
20-29	13	6	-	19
30-39	21	6	-	27
40-49	6	3	1	10
50 >	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	40	16	1	57



Στον πίνακα 10 οι γυναίκες του δείγματος απαντούν σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης που πήραν μετά την άμβλωση όσες από αυτές αμβλώθηκαν. Από τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών που έκανε άμβλωση ακολούθησε κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε σχέση με την ηλικία τους.

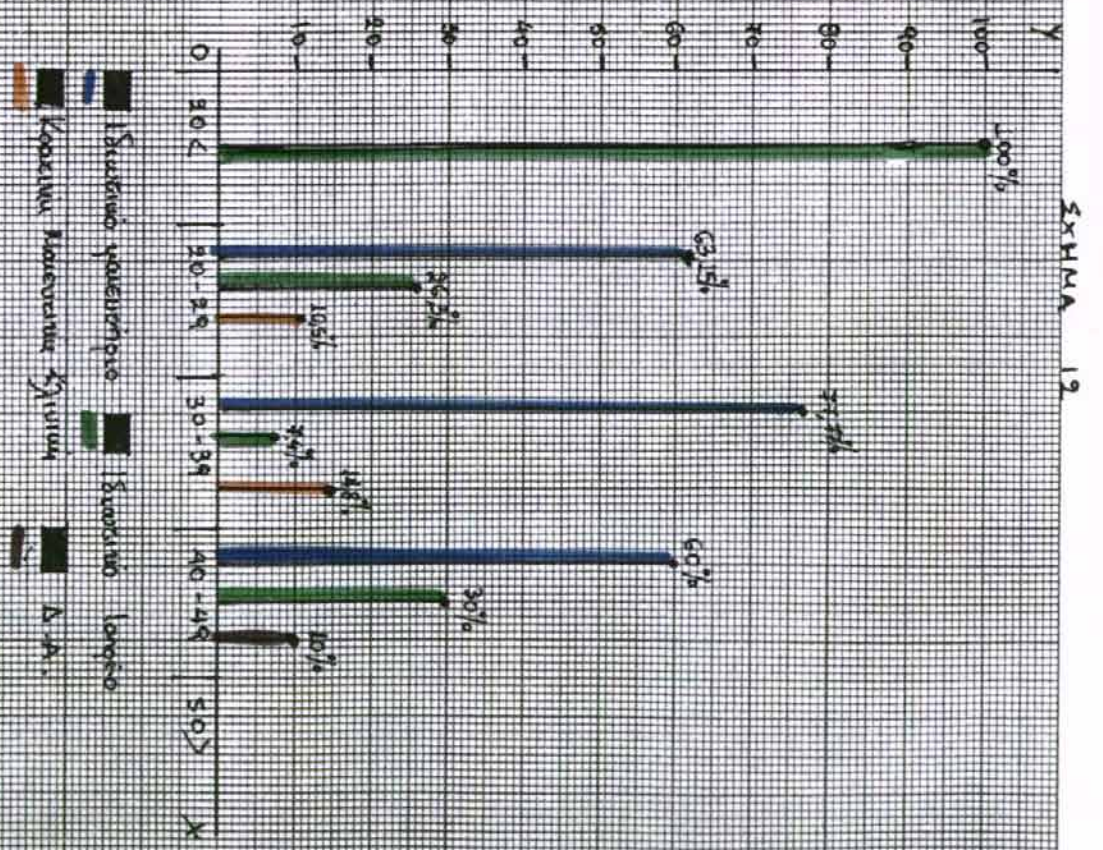
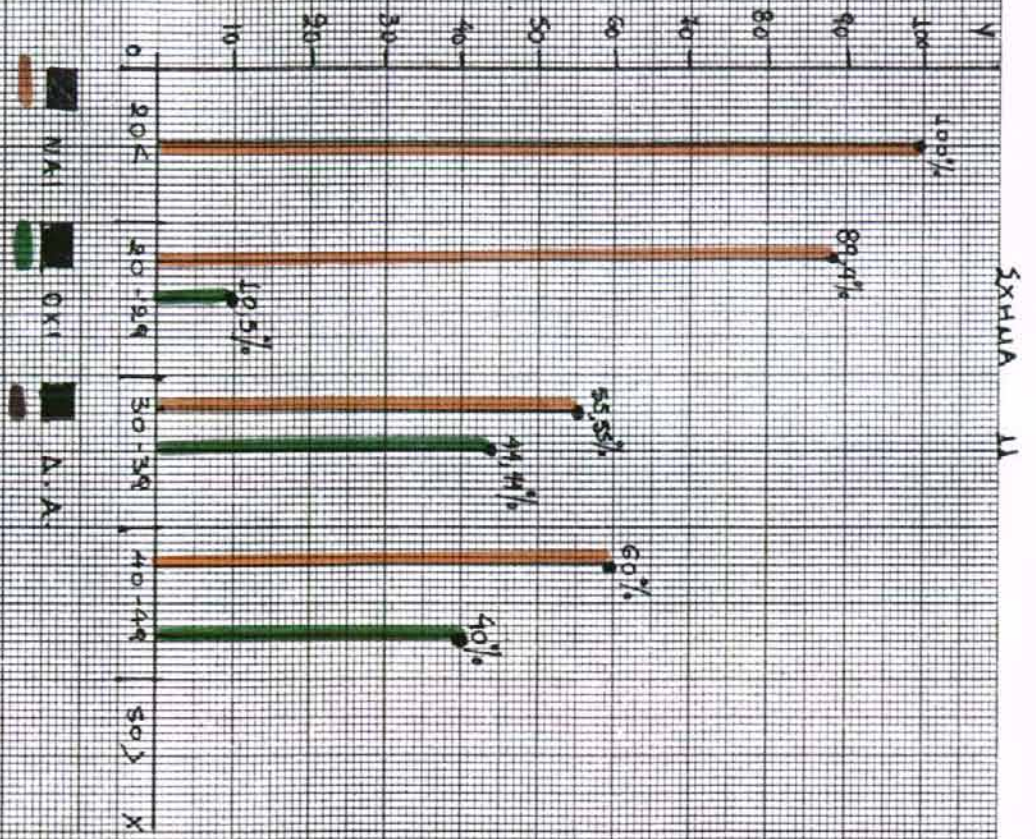
ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	1	-	-	1
20-29	17	2	-	19
30-39	15	12	-	27
40-49	6	4	-	10
50 >	-	-	-	-
Σύνολο	39	18	-	57

Στον πίνακα 12 φαίνεται ο τόπος που έγινε η άμβλωση σε συνάρτηση πάντα με την ηλικία των γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση 57 στον αριθμό από τις 164 που απάντησαν .Από τον πίνακα αυτό κατανοούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών έκανε άμβλωση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Ομαδοποιημένη κατανομή	Σε ιδιωτικό μαιευτήριο	Σε ιδιωτικό ιατρείο	Σε κρατικό νοσοκομείο	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	-	1	-	-	1
20-29	12	5	2	-	19
30-39	21	2	4	-	27
40-49	6	3	-	1	10
50 >	-	-	-	-	-
Σύνολο	39	11	6	1	57



Στον πίνακα 13 φαίνεται η ψυχολογία των 57 γυναικών μετά την άμβλωση σε συνάρτηση με την ηλικία τους. Η πλειοψηφία των γυναικών αυτών είχε ενοχές μετά την επέμβαση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

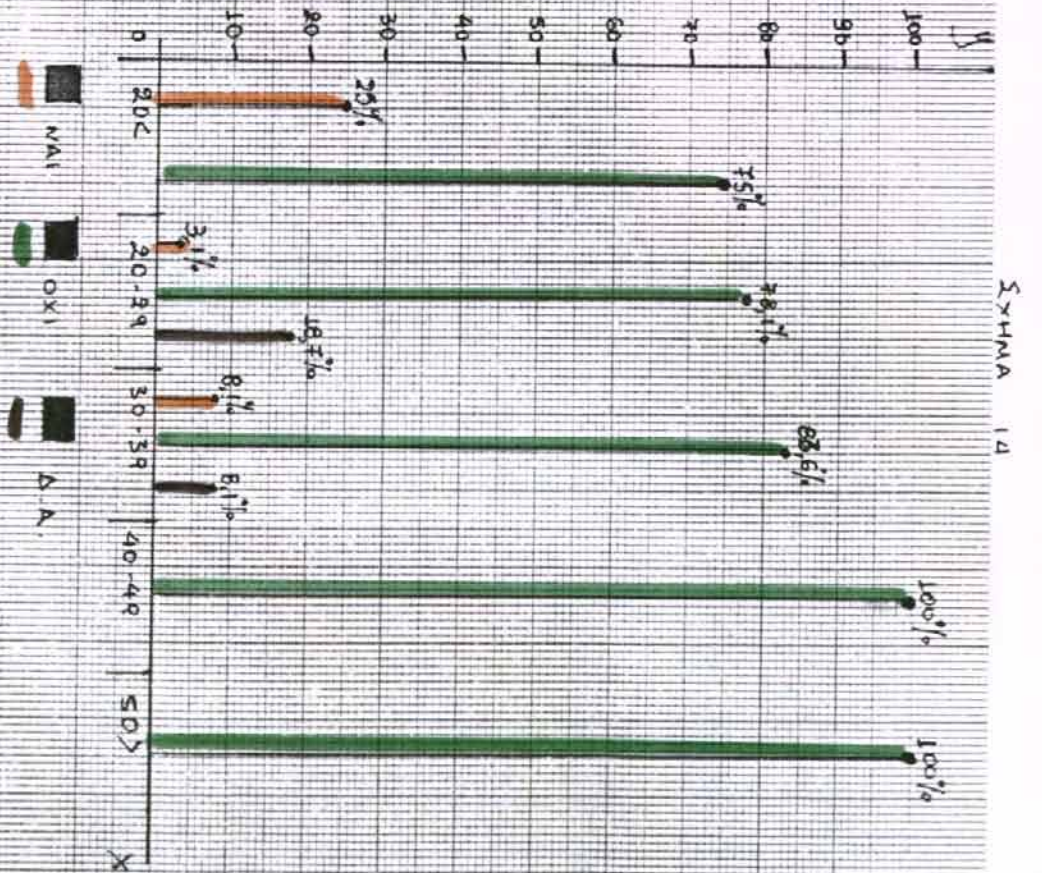
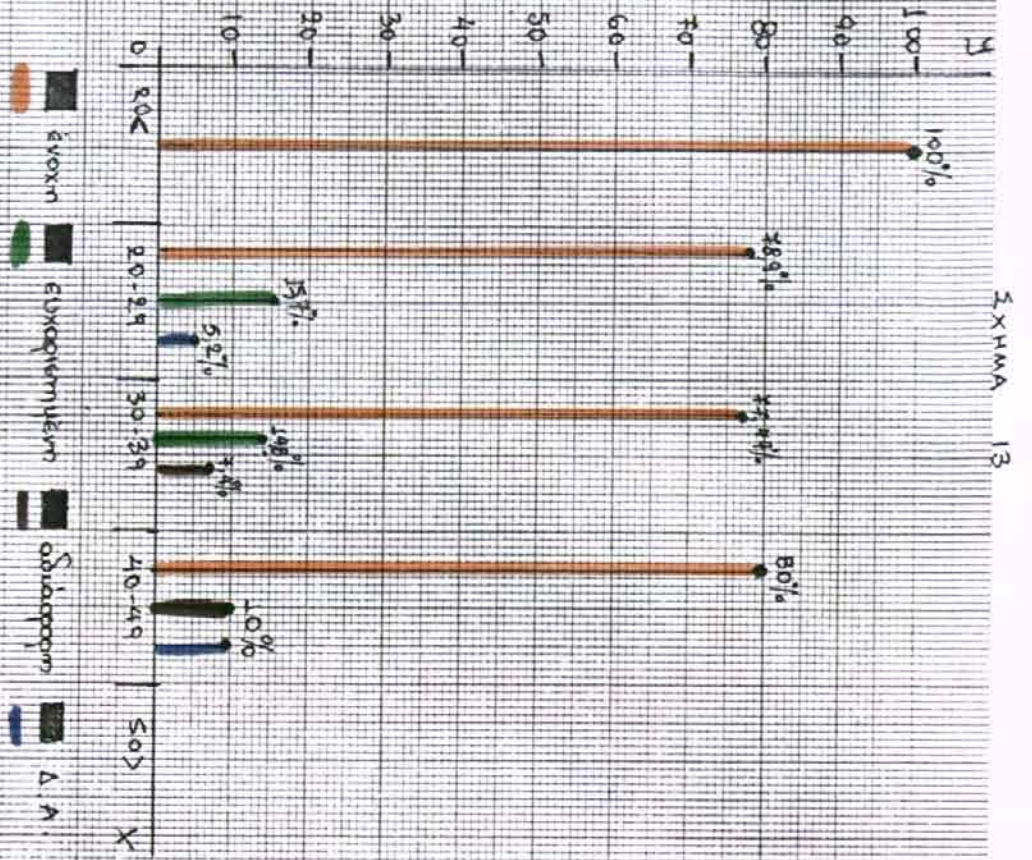
Ομαδοποιημένη κατανομή	Ενοχή	Ευχαρίστη- μένη	Αδιαφορία	Δ.Α	ΣΜΝΟΛΟ
20 <	1	-	-	-	1
20-29	15	3	-	1	19
30-39	21	4	2	-	27
40-49	8	-	1	1	10
50 >	-	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	45	7	3	2	57

Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 14 διακρίνονται οι απαντήσεις και των 164 γυναικών του δείγματος στην ερώτηση εάν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση. Η πλειοψηφία βέβαια απάντησε πως όχι και αυτό φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
20 <	1	3	-	4
20-29	3	75	18	96
30-39	4	41	4	49
40-49	-	14	-	14
50 >	-	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	8	134	22	164

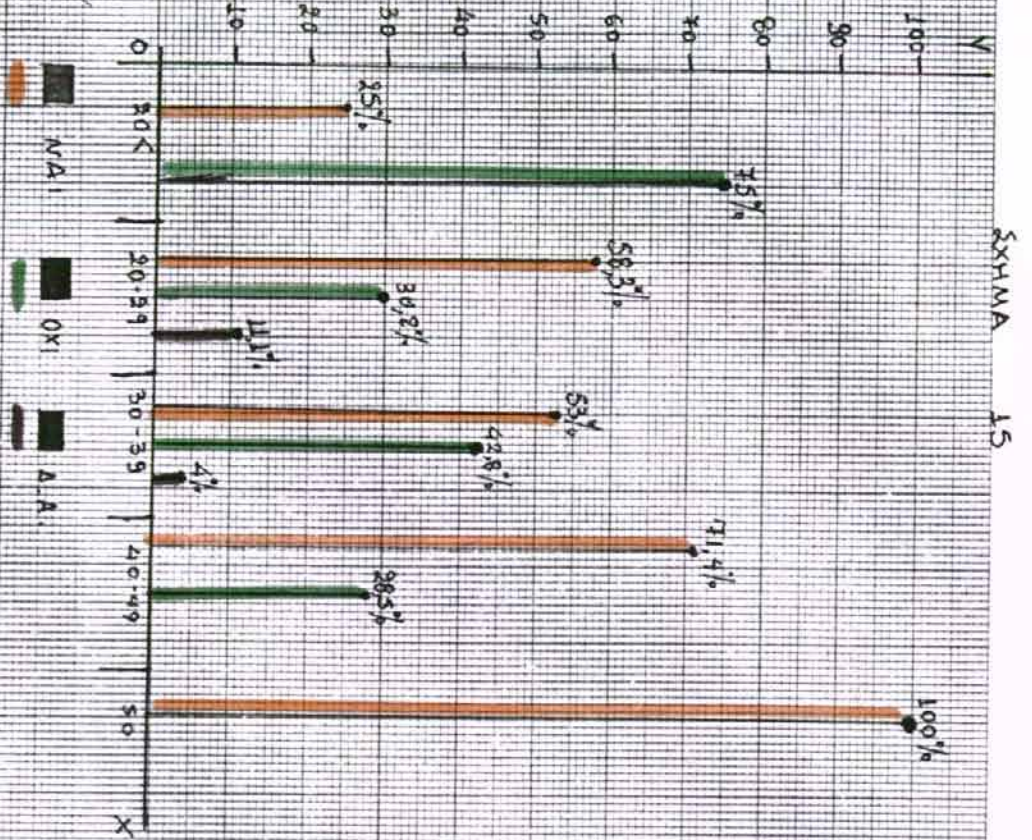


Στον πίνακα 15 διακρίνονται οι απαντήσεις και των 164 γυναικών στην ερώτηση εάν η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους σε σχέση με την ηλικία τους. Η πλειοψηφία των γυναικών αυτών πιστεύει ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων έπαιξε αρνητικό ρόλο, όπως άλλωστε φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.	ΣΥΝΟΛΟ
20	1	3	-	4
20-29	56	29	11	96
30-39	26	21	2	49
40-49	10	4	-	14
50	1	-	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	94	57	13	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν



ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΩΣΗ

Στον πίνακα 1 φαίνεται εάν οι 164 γυναίκες του δείγματος (από 210 συνολικά άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα) έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σε συνάρτηση με τη μόρφωσή τους. Διακρίνεται ότι λίγες γυναίκες έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	2	16	-	18
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	21	66	1	88
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	11	47	-	58
ΣΥΝΟΛΟ	34	129	1	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι λόγοι για τους οποίους 34 γυναίκες από τις 164 έχουν επισκεφθεί κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση με τη μόρφωσή τους. Οι περισσότερες γυναίκες δίνουν πάνω από μία απάντηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ομαδοποιημένη κατανομή	α	β	γ	δ	ε	ζ	πάνω από 1	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	-	-	-	-	-	1	1	-	2
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	3	-	-	-	-	8	10	-	21
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	2	-	1	1	-	-	7	-	11
ΣΥΝΟΛΟ	5	-	1	1	-	9	18		34

Δ.Α.: Δεν απάντησαν

α.για να ενημερωθείτε σχετικά με την αντιαύλληψη

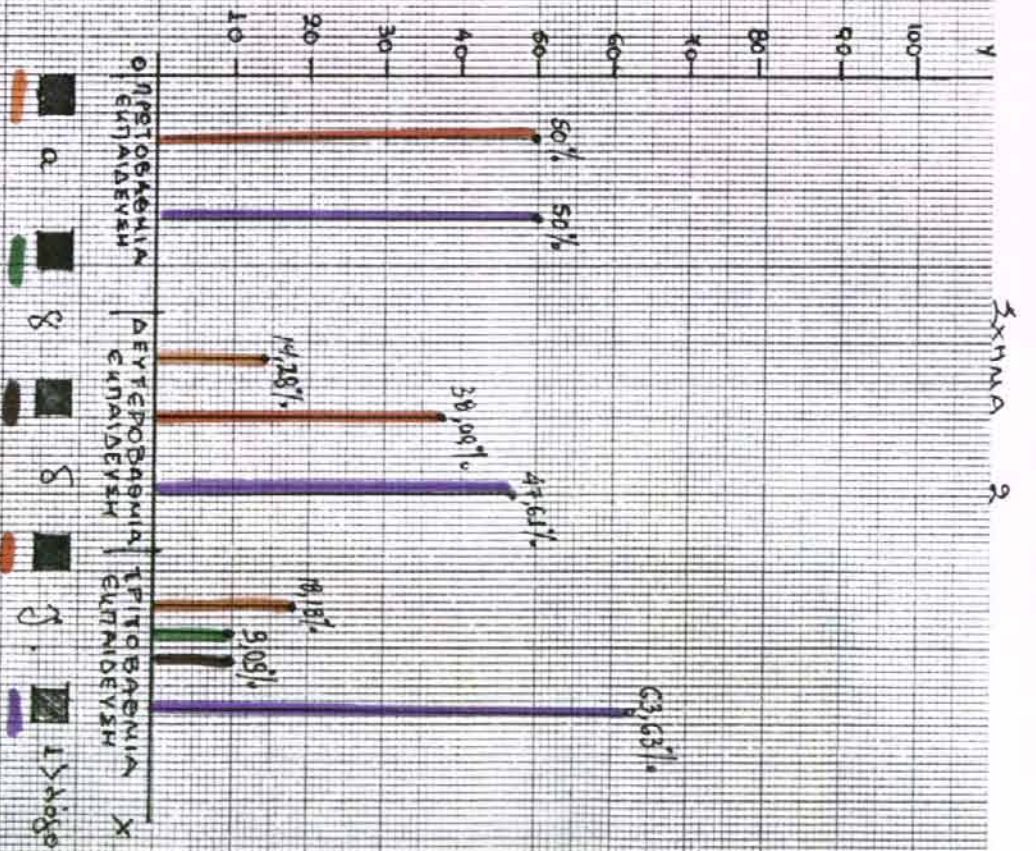
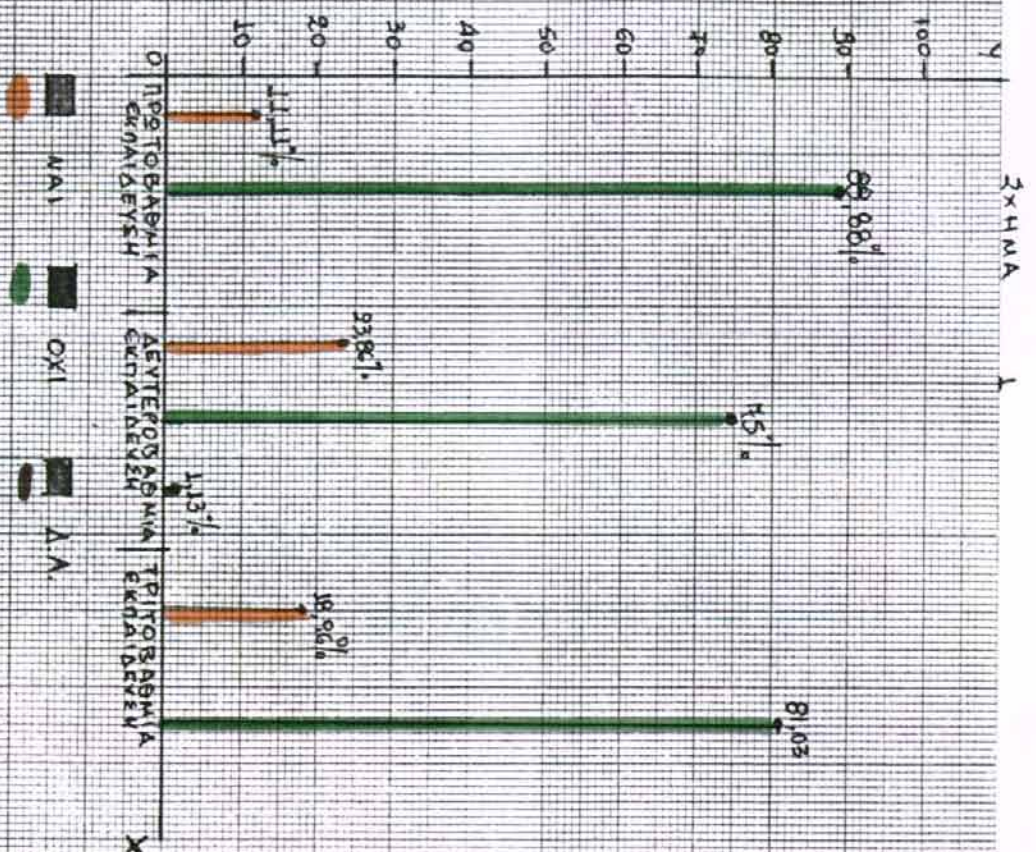
β.για να ενημερωθείτε σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση

γ.για προγεννητικό έλεγχο

δ.για να ενημερωθείτε σχετικά με τις αμβλώσεις

ε.για να κάνετε TEST Παπανικολάου

στ.για άλλο λόγο



Στον πίνακα 3 φαίνονται οι απαντήσεις των 129 γυναικών που δεν επισκέφτηκαν ποτέ κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην ερώτηση για ποιούς λόγους δεν τα επισκέφτηκαν. Οι απαντήσεις δίνονται σε συνάρτηση με την μόρφωσή τους και σε αυτές φαίνεται ότι οι περισσότερες δεν ενδιαφέρθηκαν γι'αυτά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ομαδοποιημένη κατανομή	α	β	γ	δ	ε	πάνω από 1	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	3	6	4	1	-	1	1	16
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	9	21	9	6	2	14	5	66
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	10	12	2	4	8	4	7	47
ΣΥΝΟΛΟ	22	39	15	11	10	19	13	129

Δ.Α :Δεν απάντησαν

α. δεν υπάρχει κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή σας

β. δεν ενδιαφερόμαστε για αυτά

γ. δεν γνωρίζετε την ύπαρξή τους

δ.δεν πιστεύεται ότι οι υπηρεσίες τους μπορούν να σας προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες

ε.κάποιος άλλος λόγος

Στον πίνακα 4 φαίνονται οι απαντήσεις των 164 γυναικών στην ερώτηση εάν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης και ποιό είναι αυτό , σε συνάρτηση με την μόρφωση. Η πλειοψηφία των γυναικών όπως φαίνεται στον πίνακα εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης.

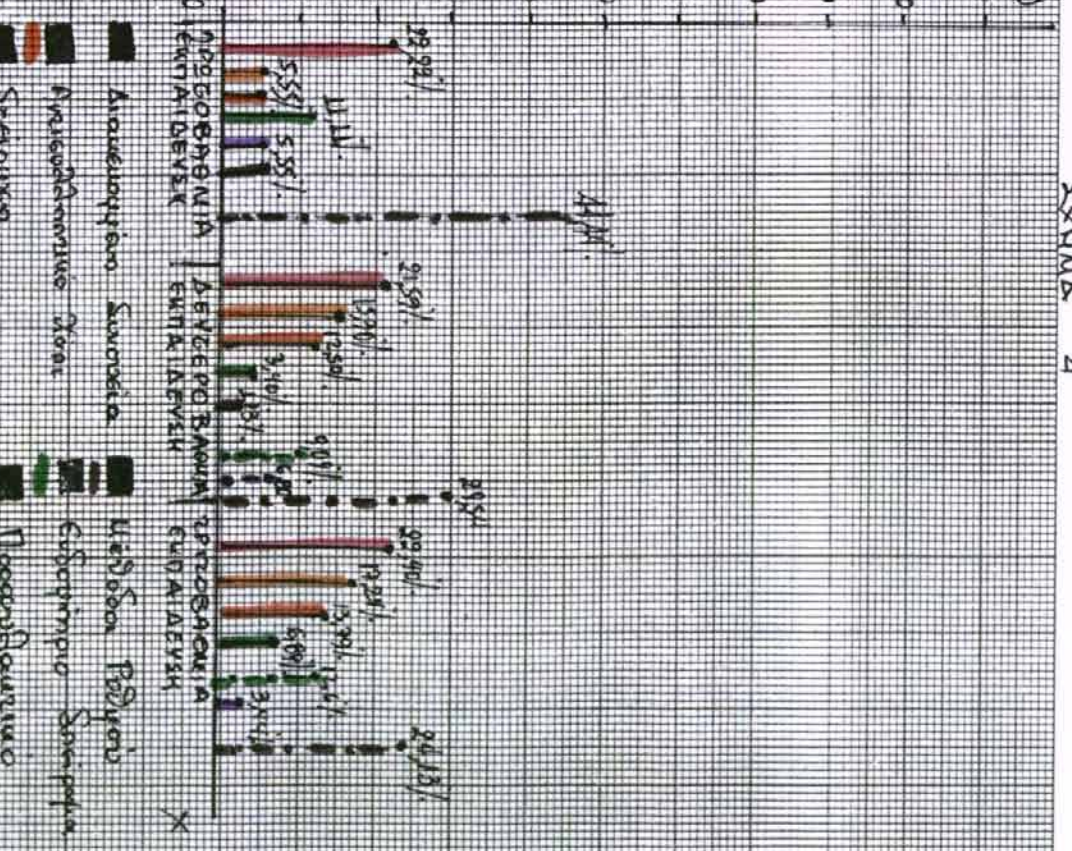
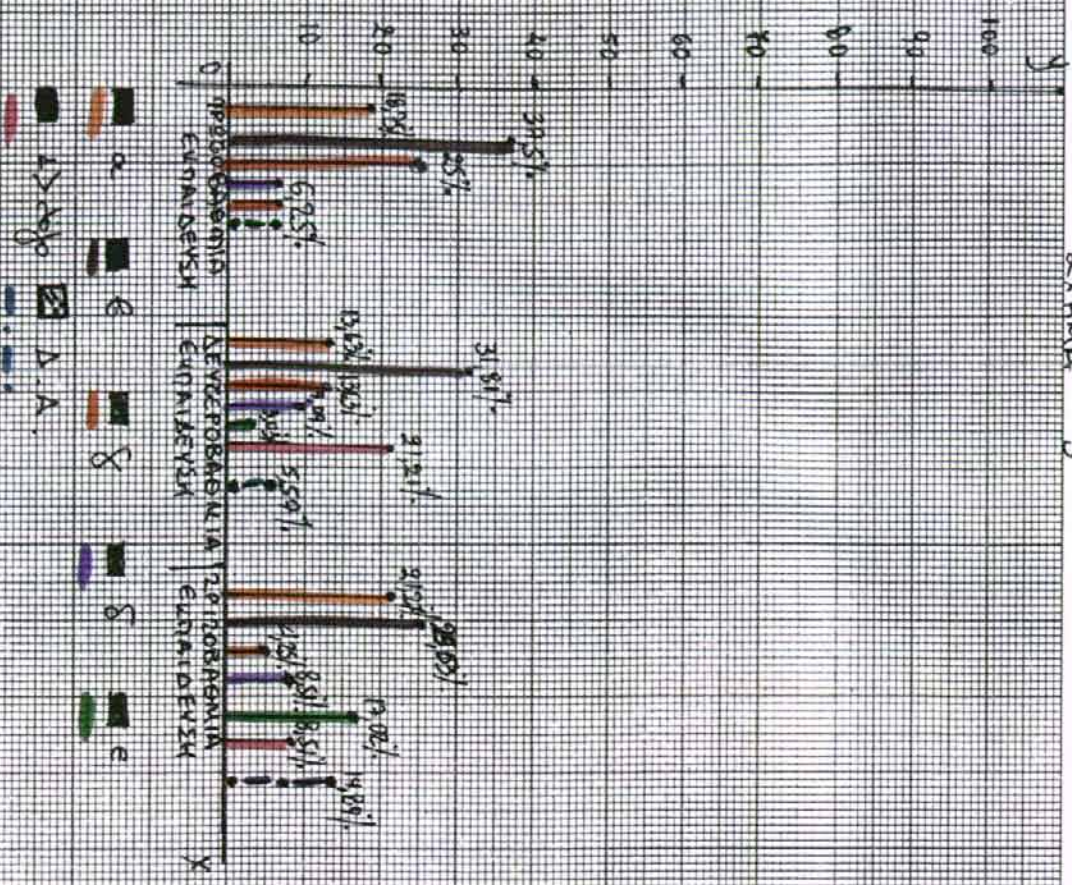
ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ομαδοποιημένη κατανομή	πρωτο-λακτικό	Διακεκο-μένη ανουσία	Ενδομήτριο Σπείραμα	Αντισ. χάπι	Στείρωση	Διάφραγμα	1	Δ.Ε	Δ.Α	Σύνολο
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	4	1	2	1	1	1	-	8	-	18
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	19	14	3	11	1	-	8	26	6	88
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	13	10	4	8	-	-	7	14	2	58
Σύνολο	36	25	9	20	2	1	15	48	8	164

Δ.Ε : δεν εφαρμόζουν

Δ.Α : δεν απάντησαν

SXMM 3



SXMM 2

- 1. a
- 2. b
- 3. c
- 4. d
- 5. e
- 6. f
- 7. g
- 8. h
- 9. i
- 10. j
- 11. k
- 12. l
- 13. m
- 14. n
- 15. o
- 16. p
- 17. q
- 18. r
- 19. s
- 20. t
- 21. u
- 22. v
- 23. w
- 24. x
- 25. y
- 26. z
- 27. A
- 28. B
- 29. C
- 30. D
- 31. E
- 32. F
- 33. G
- 34. H
- 35. I
- 36. J
- 37. K
- 38. L
- 39. M
- 40. N
- 41. O
- 42. P
- 43. Q
- 44. R
- 45. S
- 46. T
- 47. U
- 48. V
- 49. W
- 50. X
- 51. Y
- 52. Z
- 53. AA
- 54. AB
- 55. AC
- 56. AD
- 57. AE
- 58. AF
- 59. AG
- 60. AH
- 61. AI
- 62. AJ
- 63. AK
- 64. AL
- 65. AM
- 66. AN
- 67. AO
- 68. AP
- 69. AQ
- 70. AR
- 71. AS
- 72. AT
- 73. AU
- 74. AV
- 75. AW
- 76. AX
- 77. AY
- 78. AZ
- 79. BA
- 80. BB
- 81. BC
- 82. BD
- 83. BE
- 84. BF
- 85. BG
- 86. BH
- 87. BI
- 88. BJ
- 89. BK
- 90. BL
- 91. BM
- 92. BN
- 93. BO
- 94. BP
- 95. BQ
- 96. BR
- 97. BS
- 98. BT
- 99. BU
- 100. BV
- 101. BW
- 102. BX
- 103. BY
- 104. BZ
- 105. CA
- 106. CB
- 107. CC
- 108. CD
- 109. CE
- 110. CF
- 111. CG
- 112. CH
- 113. CI
- 114. CJ
- 115. CK
- 116. CL
- 117. CM
- 118. CN
- 119. CO
- 120. CP
- 121. CQ
- 122. CR
- 123. CS
- 124. CT
- 125. CU
- 126. CV
- 127. CW
- 128. CX
- 129. CY
- 130. CZ
- 131. DA
- 132. DB
- 133. DC
- 134. DD
- 135. DE
- 136. DF
- 137. DG
- 138. DH
- 139. DI
- 140. DJ
- 141. DK
- 142. DL
- 143. DM
- 144. DN
- 145. DO
- 146. DP
- 147. DQ
- 148. DR
- 149. DS
- 150. DT
- 151. DU
- 152. DV
- 153. DW
- 154. DX
- 155. DY
- 156. DZ
- 157. EA
- 158. EB
- 159. EC
- 160. ED
- 161. EE
- 162. EF
- 163. EG
- 164. EH
- 165. EI
- 166. EJ
- 167. EK
- 168. EL
- 169. EM
- 170. EN
- 171. EO
- 172. EP
- 173. EQ
- 174. ER
- 175. ES
- 176. ET
- 177. EU
- 178. EV
- 179. EW
- 180. EX
- 181. EY
- 182. EZ
- 183. FA
- 184. FB
- 185. FC
- 186. FD
- 187. FE
- 188. FF
- 189. FG
- 190. FH
- 191. FI
- 192. FJ
- 193. FK
- 194. FL
- 195. FM
- 196. FN
- 197. FO
- 198. FP
- 199. FQ
- 200. FR
- 201. FS
- 202. FT
- 203. FU
- 204. FV
- 205. FW
- 206. FX
- 207. FY
- 208. FZ
- 209. GA
- 210. GB
- 211. GC
- 212. GD
- 213. GE
- 214. GF
- 215. GG
- 216. GH
- 217. GI
- 218. GJ
- 219. GK
- 220. GL
- 221. GM
- 222. GN
- 223. GO
- 224. GP
- 225. GQ
- 226. GR
- 227. GS
- 228. GT
- 229. GU
- 230. GV
- 231. GW
- 232. GX
- 233. GY
- 234. GZ
- 235. HA
- 236. HB
- 237. HC
- 238. HD
- 239. HE
- 240. HF
- 241. HG
- 242. HH
- 243. HI
- 244. HJ
- 245. HK
- 246. HL
- 247. HM
- 248. HN
- 249. HO
- 250. HP
- 251. HQ
- 252. HR
- 253. HS
- 254. HT
- 255. HU
- 256. HV
- 257. HW
- 258. HX
- 259. HY
- 260. HZ
- 261. IA
- 262. IB
- 263. IC
- 264. ID
- 265. IE
- 266. IF
- 267. IG
- 268. IH
- 269. II
- 270. IJ
- 271. IK
- 272. IL
- 273. IM
- 274. IN
- 275. IO
- 276. IP
- 277. IQ
- 278. IR
- 279. IS
- 280. IT
- 281. IU
- 282. IV
- 283. IW
- 284. IX
- 285. IY
- 286. IZ
- 287. JA
- 288. JB
- 289. JC
- 290. JD
- 291. JE
- 292. JF
- 293. JG
- 294. JH
- 295. JI
- 296. JJ
- 297. JK
- 298. JL
- 299. JM
- 300. JN
- 301. JO
- 302. JP
- 303. JQ
- 304. JR
- 305. JS
- 306. JT
- 307. JU
- 308. JV
- 309. JW
- 310. JX
- 311. JY
- 312. JZ
- 313. KA
- 314. KB
- 315. KC
- 316. KD
- 317. KE
- 318. KF
- 319. KG
- 320. KH
- 321. KI
- 322. KJ
- 323. KK
- 324. KL
- 325. KM
- 326. KN
- 327. KO
- 328. KP
- 329. KQ
- 330. KR
- 331. KS
- 332. KT
- 333. KU
- 334. KV
- 335. KW
- 336. KX
- 337. KY
- 338. KZ
- 339. LA
- 340. LB
- 341. LC
- 342. LD
- 343. LE
- 344. LF
- 345. LG
- 346. LH
- 347. LI
- 348. LJ
- 349. LK
- 350. LL
- 351. LM
- 352. LN
- 353. LO
- 354. LP
- 355. LQ
- 356. LR
- 357. LS
- 358. LT
- 359. LU
- 360. LV
- 361. LW
- 362. LX
- 363. LY
- 364. LZ
- 365. MA
- 366. MB
- 367. MC
- 368. MD
- 369. ME
- 370. MF
- 371. MG
- 372. MH
- 373. MI
- 374. MJ
- 375. MK
- 376. ML
- 377. MM
- 378. MN
- 379. MO
- 380. MP
- 381. MQ
- 382. MR
- 383. MS
- 384. MT
- 385. MU
- 386. MV
- 387. MW
- 388. MX
- 389. MY
- 390. MZ
- 391. NA
- 392. NB
- 393. NC
- 394. ND
- 395. NE
- 396. NF
- 397. NG
- 398. NH
- 399. NI
- 400. NJ
- 401. NK
- 402. NL
- 403. NM
- 404. NN
- 405. NO
- 406. NP
- 407. NQ
- 408. NR
- 409. NS
- 410. NT
- 411. NU
- 412. NV
- 413. NW
- 414. NX
- 415. NY
- 416. NZ
- 417. OA
- 418. OB
- 419. OC
- 420. OD
- 421. OE
- 422. OF
- 423. OG
- 424. OH
- 425. OI
- 426. OJ
- 427. OK
- 428. OL
- 429. OM
- 430. ON
- 431. OO
- 432. OP
- 433. OQ
- 434. OR
- 435. OS
- 436. OT
- 437. OU
- 438. OV
- 439. OW
- 440. OX
- 441. OY
- 442. OZ
- 443. PA
- 444. PB
- 445. PC
- 446. PD
- 447. PE
- 448. PF
- 449. PG
- 450. PH
- 451. PI
- 452. PJ
- 453. PK
- 454. PL
- 455. PM
- 456. PN
- 457. PO
- 458. PP
- 459. PQ
- 460. PR
- 461. PS
- 462. PT
- 463. PU
- 464. PV
- 465. PW
- 466. PX
- 467. PY
- 468. PZ
- 469. QA
- 470. QB
- 471. QC
- 472. QD
- 473. QE
- 474. QF
- 475. QG
- 476. QH
- 477. QI
- 478. QJ
- 479. QK
- 480. QL
- 481. QM
- 482. QN
- 483. QO
- 484. QP
- 485. QQ
- 486. QR
- 487. QS
- 488. QT
- 489. QU
- 490. QV
- 491. QW
- 492. QX
- 493. QY
- 494. QZ
- 495. RA
- 496. RB
- 497. RC
- 498. RD
- 499. RE
- 500. RF
- 501. RG
- 502. RH
- 503. RI
- 504. RJ
- 505. RK
- 506. RL
- 507. RM
- 508. RN
- 509. RO
- 510. RP
- 511. RQ
- 512. RR
- 513. RS
- 514. RT
- 515. RU
- 516. RV
- 517. RW
- 518. RX
- 519. RY
- 520. RZ
- 521. SA
- 522. SB
- 523. SC
- 524. SD
- 525. SE
- 526. SF
- 527. SG
- 528. SH
- 529. SI
- 530. SJ
- 531. SK
- 532. SL
- 533. SM
- 534. SN
- 535. SO
- 536. SP
- 537. SQ
- 538. SR
- 539. SS
- 540. ST
- 541. SU
- 542. SV
- 543. SW
- 544. SX
- 545. SY
- 546. SZ
- 547. TA
- 548. TB
- 549. TC
- 550. TD
- 551. TE
- 552. TF
- 553. TG
- 554. TH
- 555. TI
- 556. TJ
- 557. TK
- 558. TL
- 559. TM
- 560. TN
- 561. TO
- 562. TP
- 563. TQ
- 564. TR
- 565. TS
- 566. TT
- 567. TU
- 568. TV
- 569. TW
- 570. TX
- 571. TY
- 572. TZ
- 573. UA
- 574. UB
- 575. UC
- 576. UD
- 577. UE
- 578. UF
- 579. UG
- 580. UH
- 581. UI
- 582. UJ
- 583. UK
- 584. UL
- 585. UM
- 586. UN
- 587. UO
- 588. UP
- 589. UQ
- 590. UR
- 591. US
- 592. UT
- 593. UU
- 594. UV
- 595. UW
- 596. UX
- 597. UY
- 598. UZ
- 599. VA
- 600. VB
- 601. VC
- 602. VD
- 603. VE
- 604. VF
- 605. VG
- 606. VH
- 607. VI
- 608. VJ
- 609. VK
- 610. VL
- 611. VM
- 612. VN
- 613. VO
- 614. VP
- 615. VQ
- 616. VR
- 617. VS
- 618. VT
- 619. VU
- 620. VV
- 621. VW
- 622. VX
- 623. VY
- 624. VZ
- 625. WA
- 626. WB
- 627. WC
- 628. WD
- 629. WE
- 630. WF
- 631. WG
- 632. WH
- 633. WI
- 634. WJ
- 635. WK
- 636. WL
- 637. WM
- 638. WN
- 639. WO
- 640. WP
- 641. WQ
- 642. WR
- 643. WS
- 644. WT
- 645. WU
- 646. WV
- 647. WW
- 648. WX
- 649. WY
- 650. WZ
- 651. XA
- 652. XB
- 653. XC
- 654. XD
- 655. XE
- 656. XF
- 657. XG
- 658. XH
- 659. XI
- 660. XJ
- 661. XK
- 662. XL
- 663. XM
- 664. XN
- 665. XO
- 666. XP
- 667. XQ
- 668. XR
- 669. XS
- 670. XT
- 671. XU
- 672. XV
- 673. XW
- 674. XX
- 675. XY
- 676. XZ
- 677. YA
- 678. YB
- 679. YC
- 680. YD
- 681. YE
- 682. YF
- 683. YG
- 684. YH
- 685. YI
- 686. YJ
- 687. YK
- 688. YL
- 689. YM
- 690. YN
- 691. YO
- 692. YP
- 693. YQ
- 694. YR
- 695. YS
- 696. YT
- 697. YU
- 698. YV
- 699. YW
- 700. YX
- 701. YY
- 702. YZ
- 703. ZA
- 704. ZB
- 705. ZC
- 706. ZD
- 707. ZE
- 708. ZF
- 709. ZG
- 710. ZH
- 711. ZI
- 712. ZJ
- 713. ZK
- 714. ZL
- 715. ZM
- 716. ZN
- 717. ZO
- 718. ZP
- 719. ZQ
- 720. ZR
- 721. ZS
- 722. ZT
- 723. ZU
- 724. ZV
- 725. ZW
- 726. ZX
- 727. ZY
- 728. ZZ

- 1. Anasiripipin Suwanta
- 2. Anisodanmimo Dora
- 3. Saeripuan
- 4. Safo
- 5. D.A.
- 6. D.E.
- 7. Madooa Polyan
- 8. Euforipio Saeripua
- 9. Mopoflauruo

Στον πίνακα 5 φαίνονται οι λόγοι για τους οποίους οι 48 από τις 164 γυναίκες (στο σύνολο των γυναικών του ερωτηματολογίου) δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, σε σχέση με την μόρφωσή τους. Οι γυναίκες αυτές δίνουν διάφορες απαντήσεις επί του θέματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ομαδοποιημένη κατανομή	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	πάνω από 1	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	-	-	1	1	1	4	-	1	-	-	8
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	1	1	5	-	1	2	2	6	2	6	26
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	2	-	2	3	1	-	1	2	3	-	14
ΣΥΝΟΛΟ	3	1	8	4	3	6	3	9	5	6	48

- Δ.Ε : δεν εφαρμόζουν
- α. είναι αντίθετο με τις πεποιθήσεις σας
 - β. πιστεύετε ότι είναι φόνος
 - γ. νομίζετε ότι το θέμα δεν σας αφορά
 - δ. πιστεύεται ότι μειώνεται η σεξουαλική σας ικανοποίηση
 - ε. δεν συμφωνεί ο σύντροφός σας.
 - στ. δεν έχετε ενημερωθεί σχετικά
 - ζ. όλα τα παραπάνω
 - η. κάτι άλλο

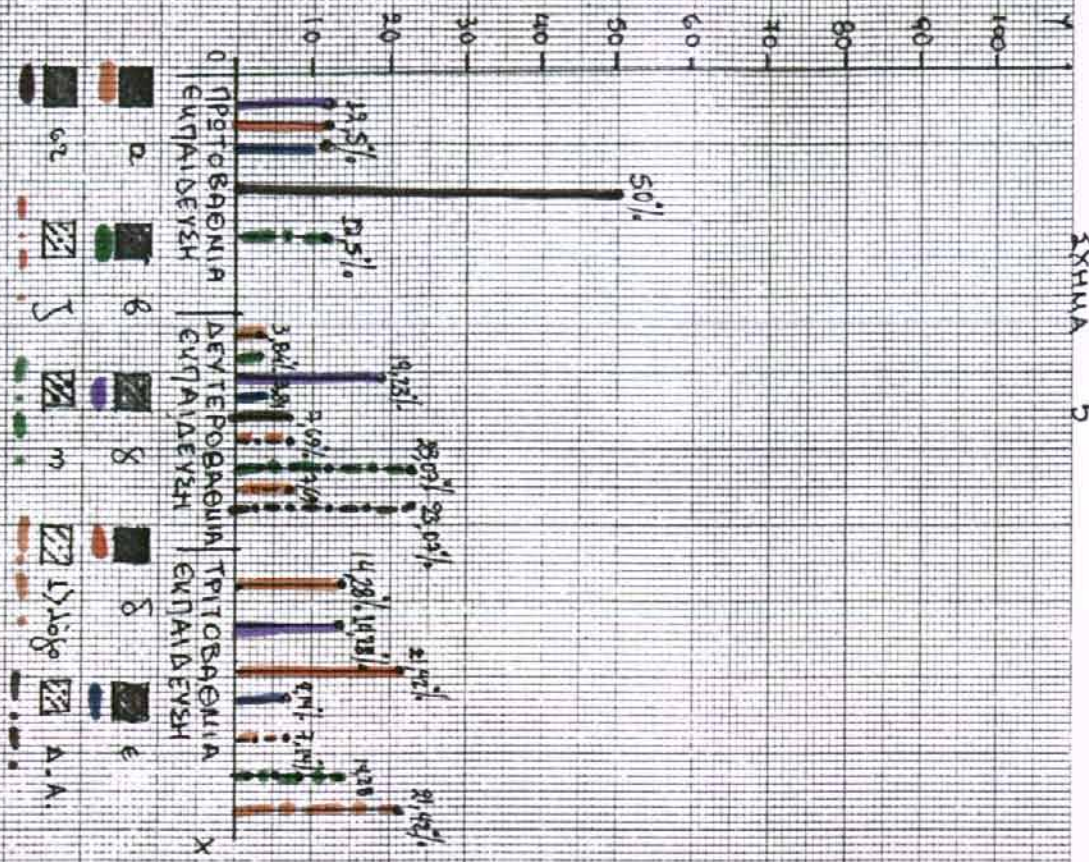
Στον πίνακα 6 φαίνονται οι απαντήσεις των 164 γυναικών στο ερώτημα εάν έχουν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά , σε σχέση με την μόρφωση τους. Η πλειοψηφία των γυναικών αυτών δεν έχουν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

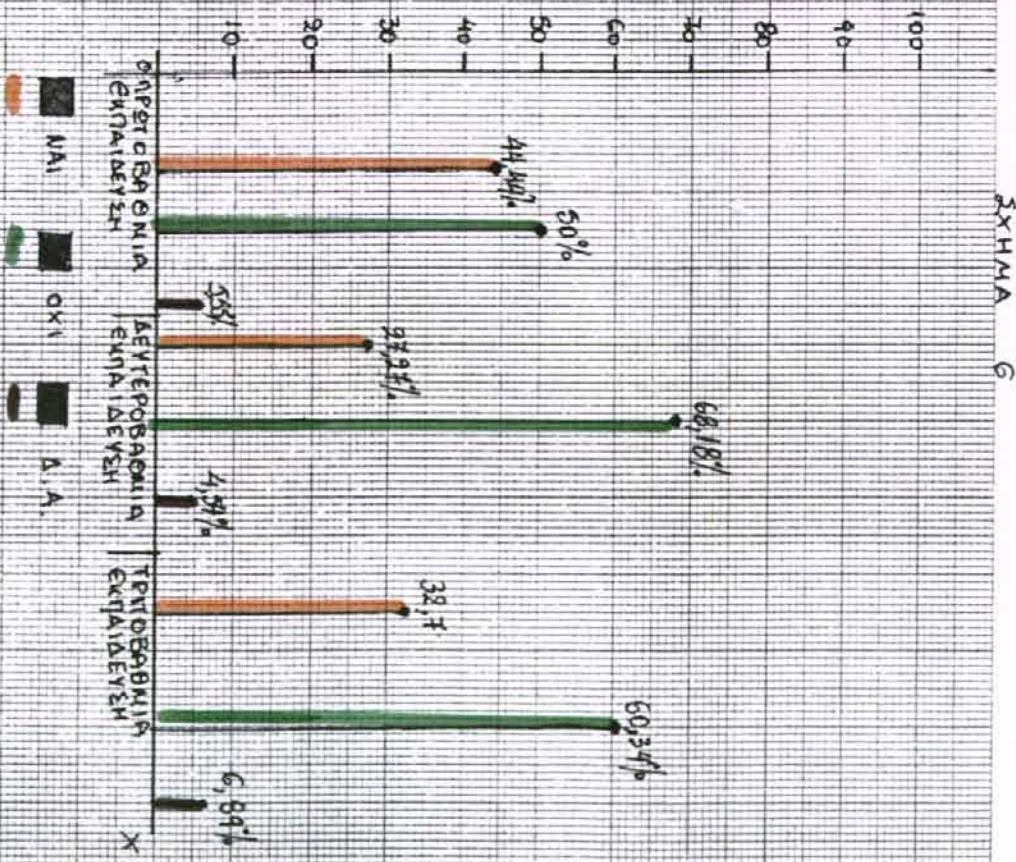
Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	8	9	1	18
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	24	60	4	88
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	19	35	4	58
ΣΥΝΟΛΟ	51	104	9	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν

ΣΧΗΜΑ 5



ΣΧΗΜΑ 6



Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η άποψη των 164 γυναικών σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων .Οι απαντήσεις κατατάσσονται σε σχέση με την μόρφωση των γυναικών αυτών. Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν οι αμβλώσεις να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου ή σε γενετικές ανωμαλίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ομαδοποιημένη κατανομή	α	β	γ	Δ.Α	Σύνολο
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	1	14	3	-	18
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	12	52	23	1	88
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	3	39	15	1	58
ΣΥΝΟΛΟ	16	105	41	2	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν

α. Δεν πρέπει να γίνονται

β. πρέπει να γίνονται μόνο όταν αντρέχουν λόγοι υγείας της μητέρας ή του εμβρύου

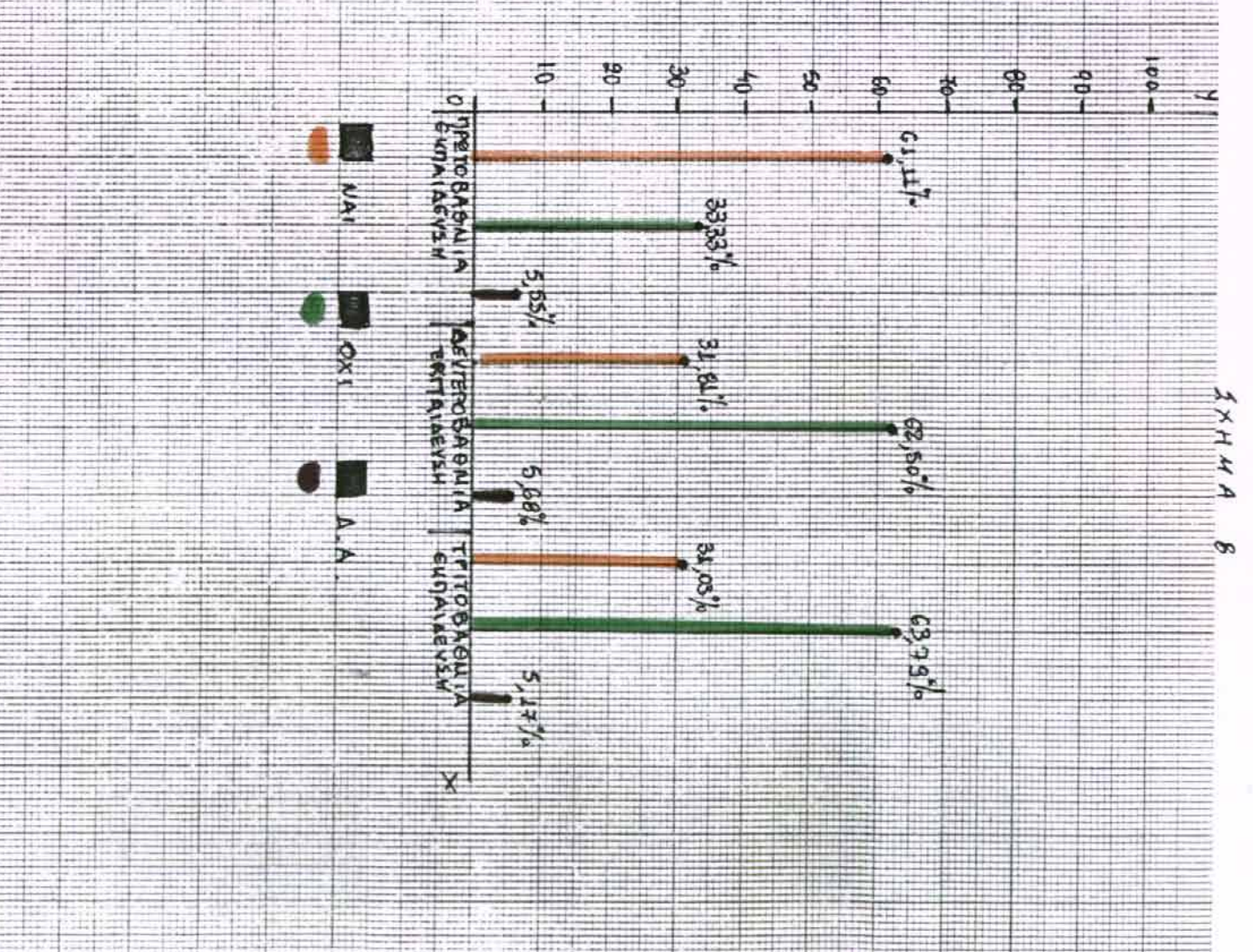
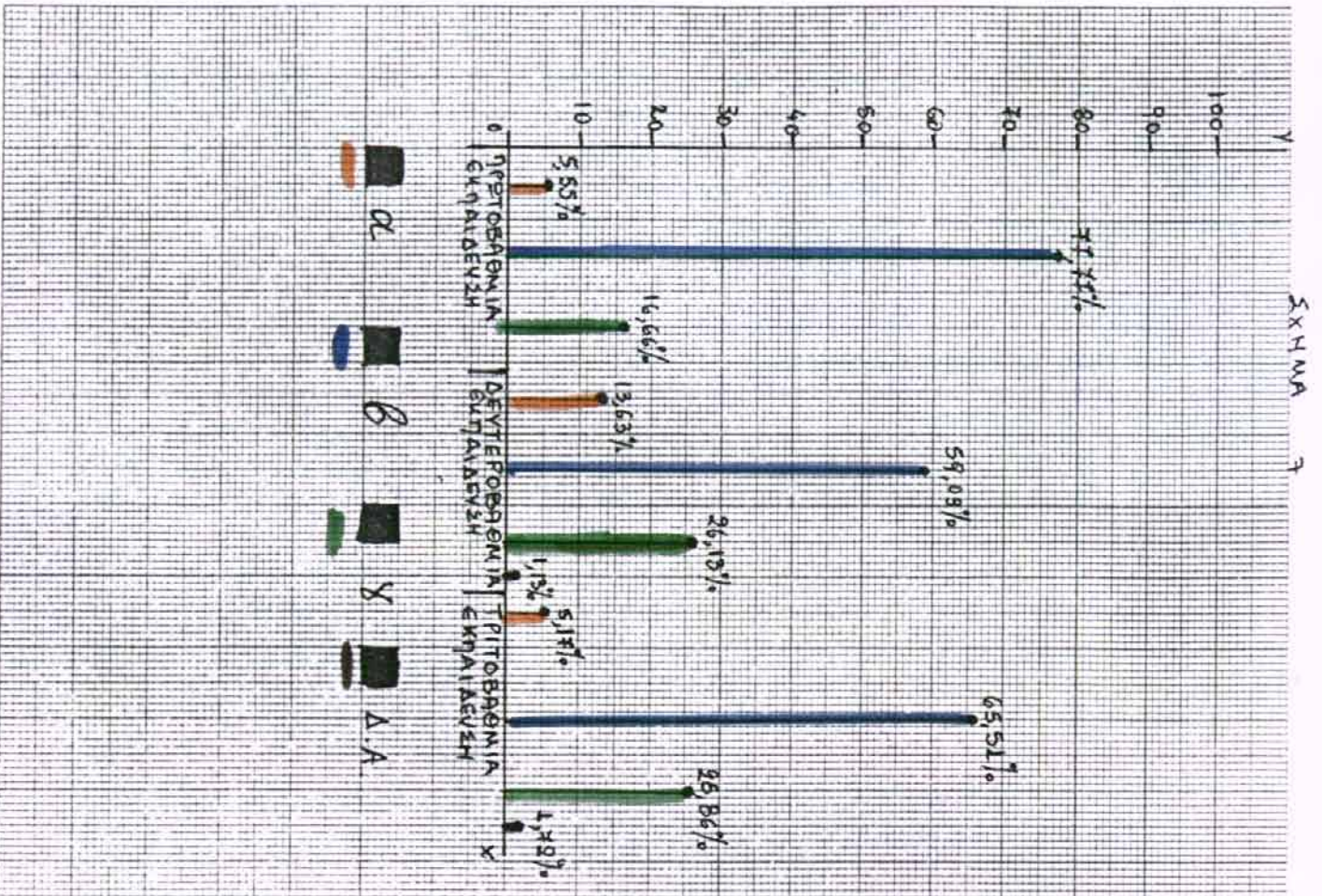
γ. πρέπει να γίνονται ελεύθερα

Στον πίνακα 8 σε σχέση με τη μόρφωση τους διακρίνεται πόσες από τις 164 γυναίκες έκαναν άμβλωση. Από τον πίνακα αυτό φαίνεται οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν κάνει άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	11	6	1	18
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	28	55	5	88
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	18	37	3	58
ΣΥΝΟΛΟ	57	98	9	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν



Στον πίνακα 9 φαίνεται πόσες φορές έχουν κάνει άμβλωση κάθε μία από τις 164 γυναίκες που απάντησαν ναι. Οι απαντήσεις κατανέμονται σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν κάνει μία άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Ομαδοποιημένη κατανομή	Εχουν κάνει 1 άμβλωση	Εχουν κάνει 2 αμβλώσεις	Εχουν κάνει 3 > αμβλώσεις	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	5	3	2	1	11
Δευτεροβάθμια	17	6	3	2	28
Τριτοβάθμια	15	3	-	-	18
ΣΥΝΟΛΟ	37	12	5	3	57

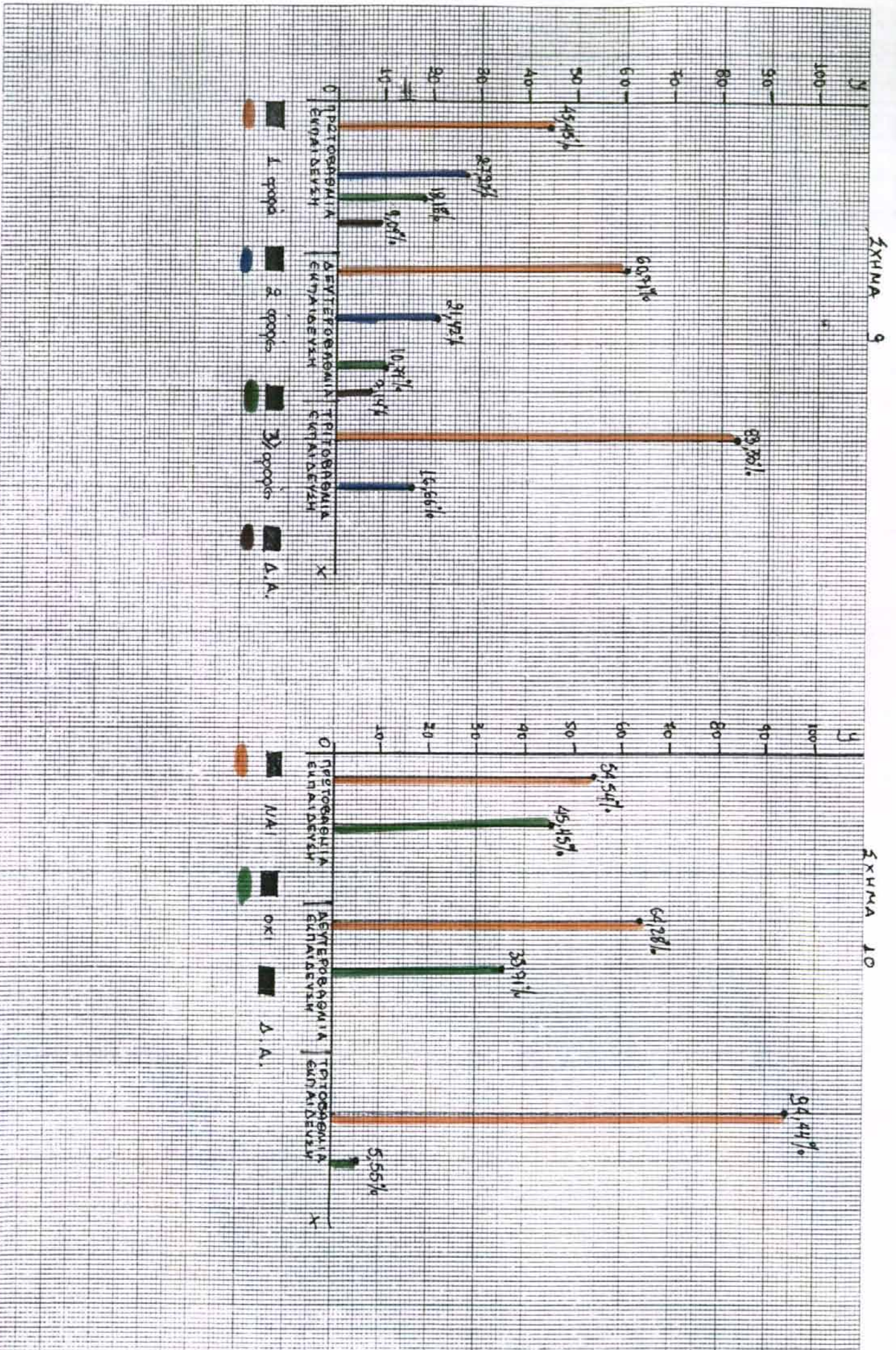
Δ.Α Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 10 σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο οι 57 γυναίκες που έκαναν άμβλωση δίνουν απάντηση στην ερώτηση εάν ήξεραν τις επιπλοκές της άμβλωσης όταν την έκαναν. Οι περισσότερες από αυτές ήξεραν τις επιπλοκές όταν έκαναν άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	6	5	-	11
Δευτεροβάθμια	18	10	-	28
Τριτοβάθμια	17	1	-	18
ΣΥΝΟΛΟ	41	16	-	57

Δ.Α : Δεν απάντησαν



Στον πίνακα 11 διακρίνονται οι απαντήσεις των 57 γυναικών , που έκαναν άμβλωση στην ερώτηση εάν μετά την άμβλωση πήραν κάποιο μέτρο αντισύλληψης σε συνάρτηση πάντα με την ηλικία.Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές απαντούν ναι στην ερώτηση αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	5	5	1	11
Δευτεροβάθμια	21	7	-	28
Τριτοβάθμια	13	5	-	18
ΣΥΝΟΛΟ	39	17	1	57

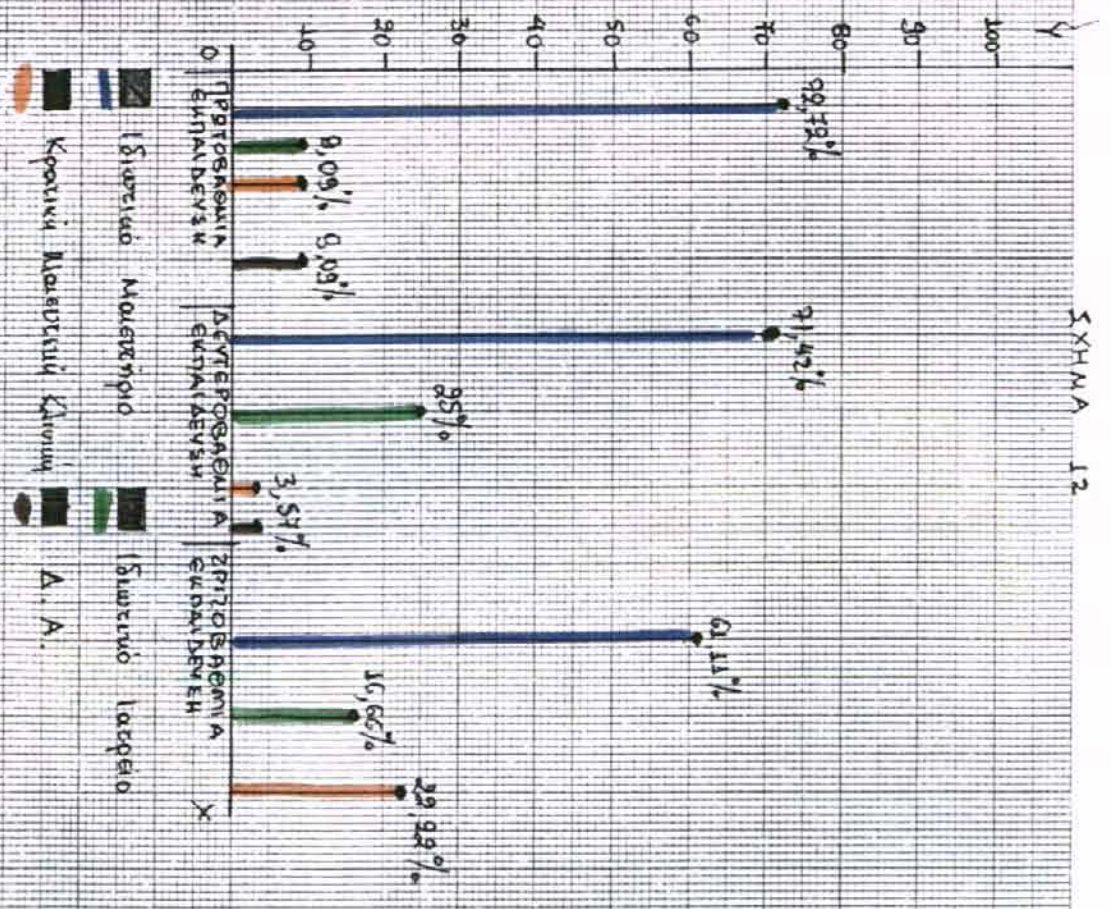
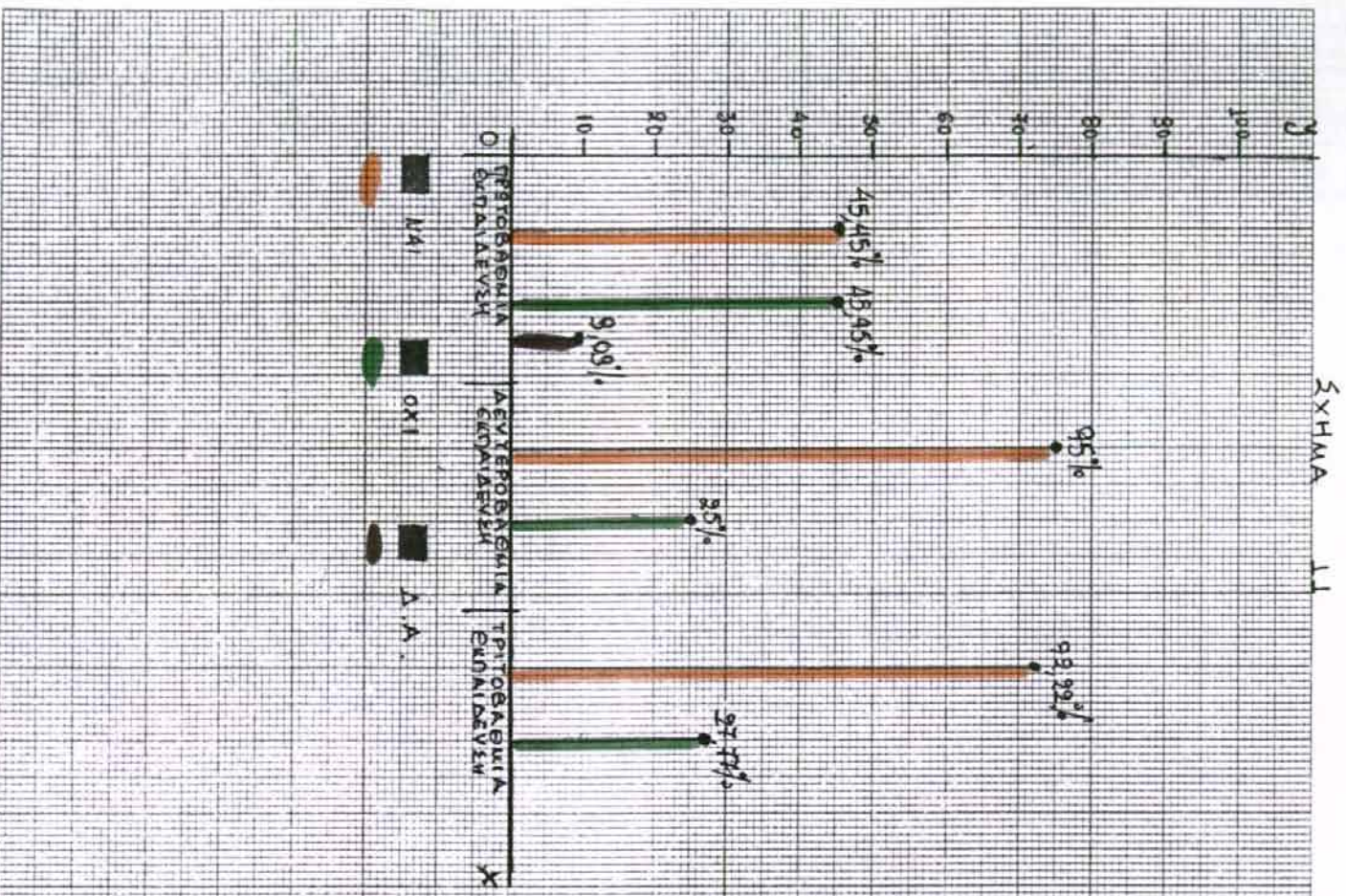
Δ.Α : Δεν απάντησαν

Στον πίνακα 12 δίνονται οι απαντήσεις των 57 γυναικών που έκαναν άμβλωση, σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο, για τον τόπο όπου έγινε η άμβλωση -ιδιωτικό μαιευτήριο, ιδιωτικό ιατρείο ή μαιευτική κλινική κρατικού νοσοκομείου. Οι περισσότερες γυναίκες, όπως φαίνεται από τον πίνακα αυτό έκαναν την άμβλωση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Ομαδοποιημένη Κατανομή	Ιδιωτικό μαιευτήριο	Ιδιωτικό ιατρείο	Κρατική κλινική	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	8	1	1	1	11
Δευτεροβάθμια	19	7	1	1	28
Τριτοβάθμια	11	3	4		18
ΣΥΝΟΛΟ	39	11	6	2	57

Δ.Α : Δεν απάντησαν



Στον πίνακα 13 φαίνονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι 57 γυναίκες που έκαναν άμβλωση για το πως αισθάνθηκαν όταν έκαναν την άμβλωση, ένοχη, ευχαριστημένη, αδιάφορη. Οι απαντήσεις δίνονται σε σχέση με την μόρφωσή τους. Απ'ότι φαίνεται οι περισσότερες γυναίκες αισθάνθηκαν ένοχες μετά την άμβλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Ομαδοποιημένη

κατανομή	Ενοχη	Ευχαριστημένη	Αδιάφορη	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	9	1	-	1	11
Δευτεροβάθμια	21	3	1	3	28
Τριτοβάθμια	14	2	-	2	18
ΣΥΝΟΛΟ	44	6	1	6	57

Στον πίνακα 14 φαίνονται σε σχέση πάντα με τη μόρφωση οι απαντήσεις των 164 γυναικών στο αν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση. Ο συντριπτικός αριθμός των γυναικών ανεξάρτητα από το αν έχουν κάνει άμβλωση ή όχι δεν θα ήθελαν να συμβεί κάτι τέτοιο στην κόρη τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	7	11	-	18
Δευτεροβάθμια	3	72	13	88
Τριτοβάθμια	2	47	9	58
ΣΥΝΟΛΟ	12	130	22	164

СХЕМА 13

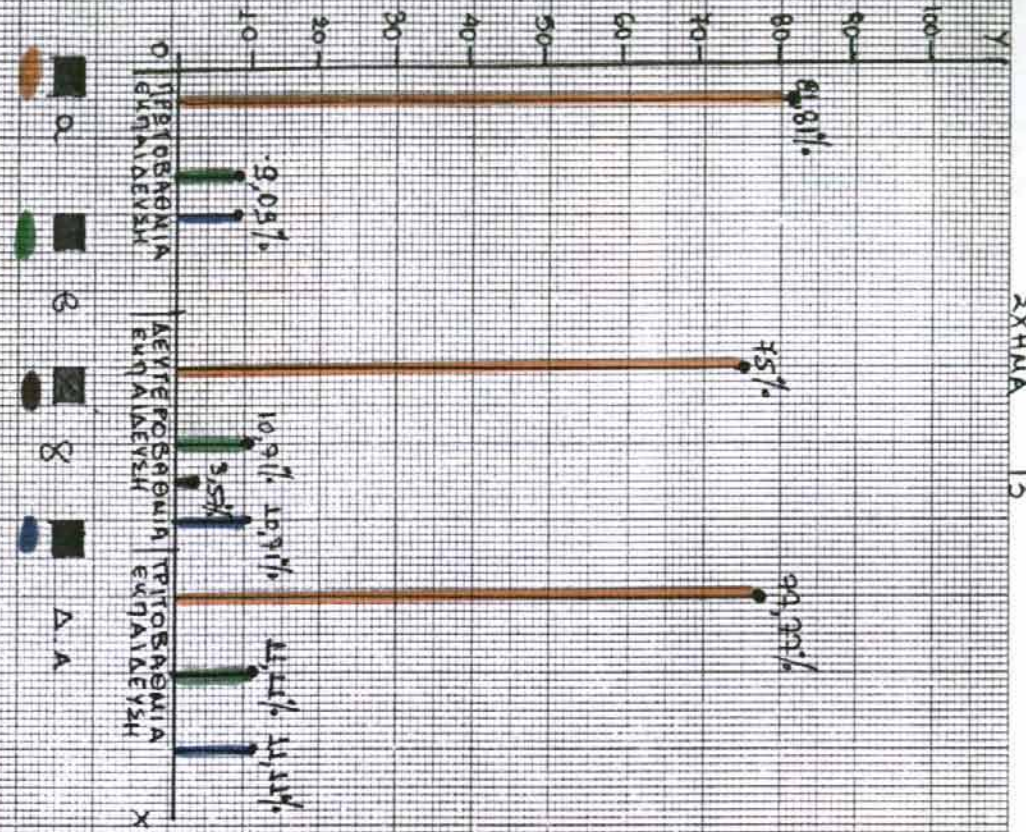
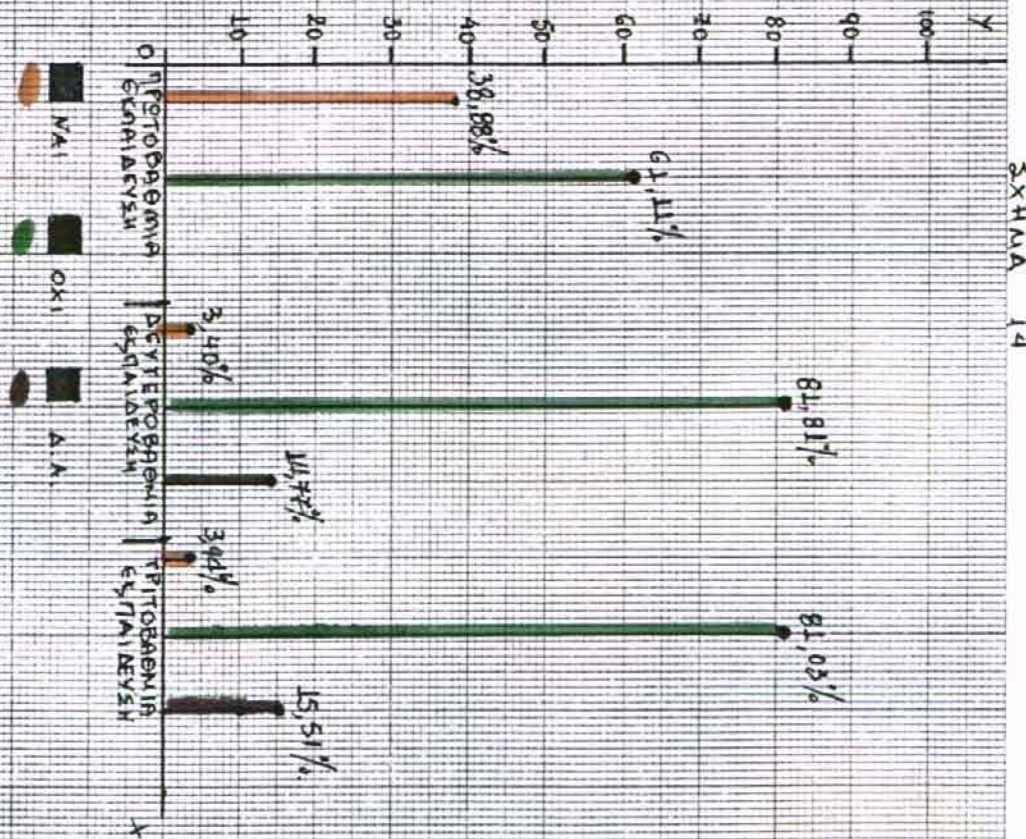


СХЕМА 14



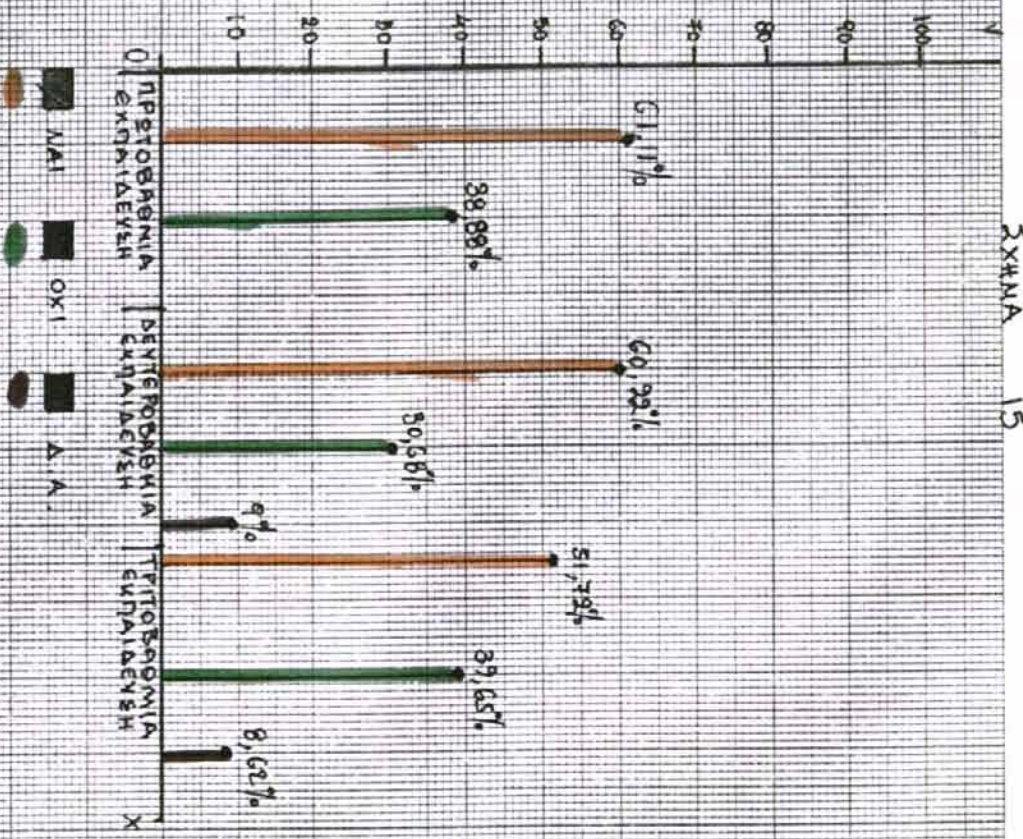
Στον πίνακα 15 φαίνεται εάν οι 164 γυναίκες που αποτέλεσαν μέρος του δείγματός μας πιστεύουν ότι με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων έχει αυξηθεί και ο αριθμός τους, σε συνάρτηση πάντα με την μόρφωση τους. Στην πλειοψηφία τους δε, πιστεύουν ότι ναι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση του αριθμού τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Ομαδοποιημένη κατανομή	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α	ΣΥΝΟΛΟ
Πρωτοβάθμια	11	7	-	18
Δευτεροβάθμια	53	27	8	88
Τριτοβάθμια	30	23	5	58
ΣΥΝΟΛΟ	94	57	13	164

Δ.Α : Δεν απάντησαν

ΣΧΗΜΑ 15



Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πριν δώσουμε αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνάς μας θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το δείγμα μας στην ηλικία των ανδρών 20< και 50> όπως και στις γυναίκες 20< και 50> δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλο ώστε τα αποτελέσματα να είναι απόλυτα πιστευτά. Το δείγμα αυτό ήταν τυχαίο. Γι' αυτό διατηρούμε κάποιες αμφιβολίες για τα αποτελέσματα που μας έδωσαν αυτές οι κατηγορίες.

Α. Άνδρες - Ηλικία

Τα αποτελέσματα στην ερώτηση 1 εάν οι 46 άνδρες του δείγματος μας έχουν επισκεφθεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού είναι απογοητευτικά. Τρεις μόνο άνδρες από τους 46 έχουν επισκεφθεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Οι δύο από αυτούς ανήκουν στην κατηγορία ηλικιών 20-29 και ο ένας στην κατηγορία 30-39. Ένας άντρας δεν απάντησε ενώ οι υπόλοιποι 42 δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Τα αποτελέσματα αυτά ήταν αναμενόμενα μιας και η πληροφόρηση πάνω στο θέμα των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού είναι ελλιπής. Επίσης η ελληνική κοινωνία δεν είναι τόσο ώριμη ώστε να δεχθεί το ότι τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού δεν απευθύνονται μόνο σε γυναίκες, αλλά και σε άνδρες.

Στην ερώτηση 2, δίνονται τα ακόλουθα αποτελέσματα, όπως αυτά φαίνονται και από τον πίνακα 2. Στην ερώτηση αυτή απαντούν οι άνδρες που δεν έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

Στους άντρες ηλικίας 20< η μία απάντηση που δίνεται ο άντρας που απαντά δηλώνει ότι δεν ενδιαφέρθηκε για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Στους άνδρες ηλικίας 20-29 ετών οι περισσότεροι δεν ενδιαφέρθηκαν

για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Το ίδιο συμβαίνει και για τους άντρες που ανήκουν στην κατηγορία από 30 έως 39 ετών. Στους άντρες από 40-49 ετών οι απαντήσεις είναι ισάριθμα μοιρασμένες στις απαντήσεις ότι δεν ενδιαφέρθηκαν για αυτά και ότι δεν πιστεύουν στις υπηρεσίες των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Ένας άντρας αυτής της κατηγορίας δεν έδωσε απάντηση. Στην ηλικία 50 > δεν έχει δοθεί καμία απάντηση. Και εδώ βλέπουμε ότι το ενδιαφέρον των αντρών για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι πολύ μικρό και πιστεύουμε ότι αυτό έχει σχέση με τα όσα είναι αποδεχτά από την ελληνική κοινωνία.

Μεταφράζοντας τον πίνακα 3 σε λόγια μπορούμε να πούμε ότι από τους 46 άνδρες του δείγματος οι 31 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης ενώ οι 13 δεν εφαρμόζουν και 2 δεν απαντούν. Αναλυτικότερα στην κατηγορία 20< η απάντηση είναι ότι ο άντρας αυτός δεν εφαρμόζει κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Στην δεύτερη κατηγορία από 20 έως 29 οι περισσότεροι άνδρες χρησιμοποιούν προφυλακτικό και 7 δεν εφαρμόζουν κανένα μέτρο αντισύλληψης. Στην κατηγορία από 40-49 ετών οι 2 στους 3 δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Ο ένας άντρας που ανήκει στην κατηγορία 50> δεν απάντησε σε αυτήν την ερώτηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζει στον πίνακα 3 οι άντρες προτιμούν ως μέτρο αντισύλληψης το προφυλακτικό ή το προφυλακτικό και τη διακεκομμένη συνουσία μαζί. Από εδώ μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν θεωρούν τη ~~διακεκομμένη-συνουσία-ως-ασφαλές-μέτρο-αντισύλληψης.~~

Στην ερώτηση 4 απαντούν οι 13 άνδρες, που δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, δίνοντας τους λόγους για τους οποίους δεν εφαρμόζουν.

Στην πρώτη κατηγορία ηλικίας 20< δεν έχουμε απάντηση. Στην δεύτερη κατηγορία ηλικίας 20-29 ετών από τους 7 οι 2 απαντούν ότι το θέμα δεν τους αφορά και οι 5 πιστεύουν ότι χρησιμοποιώντας

κάποιο μέτρο αντισύλληψης μειώνεται και η σεξουαλική τους ικανοποίηση. Στην κατηγορία από 30-39 ετών οι άντρες που απάντησαν δίνουν πάνω από μία απάντηση και στην κατηγορία 40-49 οι 2 άντρες που απαντούν δίνουν και διαφορετικές απαντήσεις. Στο σύνολο τους οι άντρες αυτοί πιστεύουν ότι η χρήση κάποιου μέτρου αντισύλληψης μειώνει τη σεξουαλική τους ικανοποίηση κατά την ώρα της συνουσίας. Τα αποτελέσματα σε αυτήν την ερώτηση ταυτίζονται με την άποψη που επικρατεί μεταξύ όλων των ανδρών.

Στην ερώτηση 5 απαντούν οι 46 άνδρες του δείγματος στην ερώτηση τι γνώμη έχουν για τις αμβλώσεις, πότε πρέπει να γίνονται. Ο άνδρας που ανήκει στην πρώτη κατηγορία 20 πιστεύει ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα. Οι άντρες που ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία ηλικίας από 20-29 πιστεύουν οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου ή όταν υπάρχουν διεγνωσμένες (με αμνιοπαρακέντηση) γενετικές ανωμαλίες. Οι περισσότεροι άνδρες και της τρίτης κατηγορίας ηλικίας δηλ. από 30-39 χρόνων πιστεύουν ότι και οι προηγούμενοι. -Ένας από τους άνδρες των ηλικιών 40-49 δεν απάντησε, ένας πιστεύει ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται όταν απειλείται η ζωή του εμβρύου ή της μητέρας και ένας πιστεύει ότι πρέπει να γίνονται ελεύθερα. Ο ένας άντρας της κατηγορίας 50 > δεν απάντησε στην ερώτηση. Οι περισσότεροι από τους άντρες του δείγματος μας πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο ~~όταν απειλείται η ζωή της μητέρας, του εμβρύου ή υπάρχει διαγνω-~~σμένη γενετική ανωμαλία κάτι που συμφωνεί απόλυτα με την υπάρχουσα νομοθεσία.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των 46 ανδρών του δείγματος στην ερώτηση εάν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει αμβλωση. Οι περισσότεροι από αυτούς απαντούν ότι δεν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει αμβλωση. Η απάντηση αυτή υπερισχύει έναντι

της κατάφασης σε όλες τις κατηγορίες των ηλικιών που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα μας. Η απάντηση αυτή ήταν και η αναμενόμενη. Κανείς δεν θέλει το παιδί του να θέσει σε κίνδυνο την υγεία του και σε τελική ανάλυση ακόμα και η ζωή του. Η άμβλωση δεν θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη λύση. Θα πρέπει να είναι η τελευταία λύση και καλύτερα θα πρέπει όλοι μας να προνοούμε έτσι ώστε να μην αποτελεί η άμβλωση ένα μέτρο αντισύλληψης γιατί δεν είναι μέτρο αντισύλληψης.

Στην ερώτηση 7 ρωτήσαμε τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα μας εάν πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους. Κατά κατηγορία πήραμε τις εξής απαντήσεις: ηλικία 20< , έχουμε μία αρνητική απάντηση. Στην δεύτερη κατηγορία : ηλικία 20-29 οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε και στην αύξησή τους- την ίδια άποψη έχουν και οι περισσότεροι άνδρες της τρίτης κατηγορίας ηλικίας από 30-39 ετών όπως και ο ένας άντρας που ανήκει στην κατηγορία ηλικιών 50 ετών. Οι δύο από τους 3 άνδρες της κατηγορίας 40-49 ετών πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων δεν συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους.

Ανδρες - Μόρφωση

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των 46 ανδρών στην ερώτηση εάν έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Τρεις μόνο άντρες από τους 46 έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Και οι δύο είναι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ -ΑΕΙ) ενώ ο τρίτος άνδρας είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο -Λύκειο).Κανένας από τους απόφοιτους του δημοτικού δεν έχει πάει σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Από εδώ μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι απόφοιτοι των ΤΕΙ και των ΑΕΙ έχουν καλύτερη πληροφόρηση για τα κέντρα αυτά.

Στην δεύτερη ερώτηση ρωτήσαμε τους λόγους για τους οποίους οι 43 άνδρες δεν επισκέφτηκαν το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περισσότεροι απαντούν ότι δεν ενδιαφέρθηκαν για αυτά. Στους άνδρες, που είναι απόφοιτοι δημοτικού υπερισχύει η απάντηση ότι δεν γνωρίζουμε την ύπαρξη των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περισσότεροι από τους απόφοιτους της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απαντούν ότι δεν ενδιαφέρθηκαν για το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού και για αυτό δεν τα επισκέφτηκαν ποτέ . Και από αυτά τα αποτελέσματα καταλήγουμε στο ίδιο συμπέρασμα. Οτι, δηλαδή, οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ξέρουν περισσότερα για κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού απ'ότι οι απόφοιτοι του δημοτικού.

Μεταφράζοντας τον πίνακα 3 καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι άνδρες εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης.Από αυτούς οι περισσότεροι χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Ενας μόνο απόφοιτος δημοτικού από τους 4 χρησιμοποιεί κάποιο μέτρο αντισύλληψης και συγκεκριμένα προφυλακτικό.Οι άλλοι 3 δεν εφαρμόζουν κανένα μέτρο

αντισύλληψης. Από τους 24 απόφοιτους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι 16 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης με ιδιαίτερη προτίμηση στο προφυλακτικό και στον συνδυασμό προφυλακτικού και διακεκομμένης συνουσίας. Οι υπόλοιποι 6 δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης και οι 2 δεν απαντούν στην ερώτηση. Από τους 18 απόφοιτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι 12 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, οι 4 δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης και οι 2 δεν απαντούν. Οι περισσότεροι από αυτούς, που εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης χρησιμοποιούν προφυλακτικό ή διακεκομμένη συνουσία. Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι όσο πιο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο πιο πολλές γνώσεις έχει σε σχέση με την αντισύλληψη και τα μέσα αντισύλληψης. Απόδειξη ότι οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης χρησιμοποιούν προφυλακτικό ή προφυλακτικό μαζί με διακεκομμένη συνουσία. Αυτό τους εξασφαλίζει ένα μεγάλο ποσοστό κάλυψης όσον αφορά το θέμα της αντισύλληψης, αλλά και τους προφυλάσσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και βασικότερα από το AIDS. Σημαντικό ρόλο έχουν παίξει και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τα οποία έκαναν μια μεγάλη εκστρατεία για το προφυλακτικό.

Τα αποτελέσματα στην ερώτηση 4 ποιοί είναι οι λόγοι για τους οποίους δεν εφαρμόζουν 13 άνδρες κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Από τους απόφοιτους του δημοτικού ένας πιστεύει ότι το θέμα δεν τον αφορά, ένας ότι η χρησιμοποίηση κάποιων μέτρων αντισύλληψης μει-

ώνει την σεξουαλική τους ικανοποίηση και ένας δίνει πάνω από μία απάντηση. Οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης απαντούν κυρίως ότι δεν χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης γιατί πιστεύουν ότι το θέμα δεν τους αφορά. Από τους απόφοιτους τέλος της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι περισσότεροι πιστεύουν η χρήση των αντισυλληπτικών μέσων μειώνει την σεξουαλική τους ικανοποίη-

ση. Στο σύνολο των ανδρών, που δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, οι περισσότεροι απαντούν ότι το θέμα της αντισύλληψης δεν τους αφορά. Εδώ μπορούμε να τονίσουμε ότι οι απαντήσεις είναι οι ίδιες ανεξάρτητα από το επίπεδο της μόρφωσης των ανδρών που απάντησαν στην ερώτηση. Ο βασικός κυρίως λόγος για τον οποίο οι άνδρες δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης είναι η αδιαφορία και η μεγάλη σιγουριά που έχουν για τον εαυτό τους. Πιστεύουν ότι το θέμα δεν τους αφορά και ότι μπορούν από μόνοι τους να "αποτελέσουν" ένα μέτρο αντισύλληψης.

Στην ερώτηση 5 οι απόψεις ταυτίζονται ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο των 46 ανδρών που απάντησαν. Η ερώτηση είχε σχέση με τις αμβλώσεις. Θελήσαμε να μάθουμε εάν αυτοί που απάντησαν την ερώτηση θα ήθελαν οι αμβλώσεις να γίνονται ελεύθερα, εάν θα ήθελαν να μην γίνονται καθόλου ή θα προτιμούσαν να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου. Από τους 46 λοιπόν, άνδρες που αποτέλεσαν το δείγμα μας οι 23 απάντησαν ότι το πιο σωστό θα ήταν οι αμβλώσεις να γίνονται μόνο σε περίπτωση η που απειλείται η ζωή της μητέρας, του παιδιού ή σε γενετικές ανωμαλίες.

Στην ερώτηση εάν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση οι 34 από τους 46 άνδρες απάντησαν όχι. Όλοι οι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έδωσαν αρνητική απάντηση στην ερώτηση. Οι περισσότεροι επίσης από τους απόφοιτους της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έδωσαν την ίδια απάντηση. Και, βέβαια, ~~δεν περιμέναμε και διαφορετικά αποτελέσματα. Κανένας άλλωστε γο-~~νιός δεν θα ήθελε να κινδυνεύσει το παιδί του και να κάνει παράλληλα και αυτό, έμμεσα, κάποιο φόνο.

Στην 7η ερώτηση απαντούν οι 46 άνδρες του δείγματος στο αν πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους. Οι περισσότεροι από τους απόφοιτους της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώ-

σεων συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους. Το ίδιο πιστεύει και η πλειοψηφία τόσο των αποφοίτων της δευτεροβάθμιας όσο και οι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όπως βλέπουμε οι απαντήσεις και σε αυτήν την ερώτηση ταυτίζονται και είναι ανεξάρτητες από το επίπεδο της μόρφωσης των αντρών που απαντούν.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΗΛΙΚΙΑ

Εξηγώντας τον πίνακα 1 βλέπουμε ότι πολύ λίγες γυναίκες έχουν επισκεφτεί κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Αναλυτικότερα, δίνοντας τα αποτελέσματα με βάση την ηλικία έχουμε τα εξής: Και οι 4 γυναίκες ηλικίας 20 < απαντούν αρνητικά στην ερώτηση. Από τις 96 γυναίκες ηλικίας 20-29 μόνο οι 15 έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Από τις 49 γυναίκες ηλικίας από 30-39 οι 12 έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Από τις 14 γυναίκες, που ανήκουν στην 4η κατηγορία, ηλικιών, 40-49, οι 7 έχουν πάει σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Και τέλος η μία γυναίκα της 5ης και τελευταίας κατηγορίας, 50 > ετών, δεν έχει επισκεφτεί κά ποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Βλέπουμε ότι οι γυναίκες, που έδειξαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι ηλικίας από 30-39 και από 40-49, ηλικίες αρκετά σημαντικές για τη ζωή της γυναίκας. Η πρώτη δεκαετία ταυτίζεται με την γόνιμη περίοδο της γυναίκας. Οι περισσότερες γυναίκες αποκτούν το δεύτερο ή το τρίτο τους παιδί μέσα σε αυτήν την ηλικία. Η δεύτερη δεκαετία από 40-49, ταυτίζεται με την εποχή της κλιμακτηρίου και την εμμηνόπαυση, εποχή κατά την οποία οι περισσότερες γυναίκες θέλουν να ενημερωθούν για το καυτό θέμα που τις απασχολεί.

Στην ερώτηση 2 απάντησαν οι 34 γυναίκες που έχουν επισκεφτεί κέντρο-οικογενειακού-προγραμματισμού-και-δίνουν-τους-λόγους-για-~~τους~~ τους οποίους επισκέφτηκαν κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περισσότερες γυναίκες δίνουν πολλούς λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Ανάμεσα τους η αντισύλληψη και το TEST Παπανικολάου. Αυτό συμβαίνει για τις γυναίκες όλων των κατηγοριών που απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτή. Κοιτάζοντας τα αρχεία του κέντρου οικογενειακού

προγραμματισμού του Π.Π.Γ.Ν.Π για το 1991, διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν επισκεφτεί το κέντρο αυτό για να ενημερωθούν σχετικά με την αντισύλληψη, για TEST Παπανικολάου και για γυναικολογικό έλεγχο. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ένας μικρός μόνο αριθμός γυναικών έχουν επισκεφθεί τα κέντρα αυτά, αλλά αυτός ο μικρός έστω αριθμός γνωρίζει καλά τις υπηρεσίες αυτές και απευθύνεται σ'αυτές χωρίς ενδοιασμούς. Με την πληροφόρηση, λοιπόν, από τους αρμόδιους φορείς θα μπορούσε ο αριθμός αυτός να αυξηθεί και οι παρεχόμενες υπηρεσίες να βελτιωθούν.

Μελετώντας τους λόγους για τους οποίους οι 130 από τις 164 γυναίκες δεν επισκέφτηκαν ποτέ κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού διαπιστώνουμε ότι ο κύριος λόγος στις γυναίκες όλων των ηλικιών (20< , 20-29, 30-39, 40-49, 50>), είναι η αδιαφορία. Η αδιαφορία η οποία έχει άμεση σχέση με την παραπληροφόρηση ή με την άγνοια. Θα πρέπει, λοιπόν οι αρμόδιοι φορείς και να κάνουν γνωστούς τους σκοπούς των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και να κεντρίσουν με τον τρόπο αυτό το ενδιαφέρον των γυναικών για τα κέντρα αυτά. Δεν είναι μόνο η αντισύλληψη και οι αμβλώσεις το αντικείμενο των κέντρων αυτών. Είναι και άλλα πολλά, τα οποία μπορούν να γίνουν γνωστά στον κόσμο μέσα από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις εφημερίδες και τα περιοδικά.

Μία άλλη ερώτηση που θέσαμε είναι η εξής· εάν οι 164 γυναίκες του δείγματος εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Από τις 164 ~~γυναίκες του δείγματος οι 97 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης~~ οι 56 δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης και οι 11 δεν απαντούν στην ερώτηση. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες όλων των ηλικιών χρησιμοποιούν περισσότερο το προφυλακτικό. Το αντισυλληπτικό χάπι το χρησιμοποιούν μόνο 24 γυναίκες και οι περισσότερες ανήκουν στην κατηγορία ηλικιών, από 20-29. Σ'αυτήν, όμως την κατηγορία υπάρχει και το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που δεν

εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Η ηλικία αυτή είναι και η πιο ιδιόμορφη μιας και οι περισσότερες γυναίκες ξεκινούν τις σεξουαλικές τους σχέσεις τότε. Το προφυλακτικό το χρησιμοποιούν οι περισσότερες γυναίκες γιατί όπως φαίνεται είναι το πιο ακίνδυνο, το πιο φτηνό, είναι εύκολο στη χρήση και δεν προσφέρει μόνο αντισυλληπτική προστασία, αλλά και προστασία από όλα τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι απαντήσεις, όμως, στην ερώτηση 6, όπου θελήσαμε να μάθουμε τους λόγους για τους οποίους οι 57 γυναίκες δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης μας απογοήτευσαν. Οι περισσότερες γυναίκες σε όλες τις κατηγορίες αρνήθηκαν να απαντήσουν. Γιατί αυτό; Μήπως δεν ξέρουν τους λόγους αυτούς; Η μάλλον καλύτερα δεν έχουν φάξει ποτέ να βρουν τους λόγους αυτούς; Η μήπως θεωρούν το θέμα της αντισύλληψης ταμπού και για αυτό αποφεύγουν να απαντήσουν. Κάτι που αξίζει να μας προβληματίσει αρκετά, μιας και αυτήν την θέση την πήραν κοπέλες από 20-29 ετών κυρίως.

Στην ερώτηση εάν οι 164 γυναίκες του δείγματος χρησιμοποιούν αντισυλληπτικό χάπι μόνο οι 47 έχουν πάρει αντισυλληπτικά. Οι υπόλοιπες 114 δεν έχουν πάρει ποτέ αντισυλληπτικά χάπια. Αυτό συμβαίνει για όλες τις ηλικίες, περισσότερες δηλ. είναι οι γυναίκες που έχουν πάρει χάπια από αυτές που δεν έχουν πάρει. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι παρά την μεγάλη εκστρατεία που έχει γίνει υπέρ των αντισυλληπτικών δισκίων οι γυναίκες δεν τα προτιμούν ~~ιδιαίτερα γιατί γνωρίζουν τις παρενέργειες τους και το ότι δεν~~ είναι και πολύ αβλαβή.

Μεταφράζοντας σε λόγια τον πίνακα 7 διαπιστώνουμε ότι όλες οι γυναίκες ανεξάρτητα από το αν αυτές είναι 20< , 20-29 , 30-39, 40-49 ή 50> χρονών, πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας, του παιδιού ή

υπάρχουν διαγνωσμένες γενετικές ανωμαλίες. Η άποψη αυτή είναι σύμφωνη με την Ελληνική νομοθεσία.

Στον πίνακα 8 παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο μέρος των γυναικών όλων των κατηγοριών έχουν κάνει άμβλωση. Συγκεκριμένα στις γυναίκες ηλικίας 20 ετών και κάτω το 25% έχει κάνει άμβλωση γεγονός αρκετά ανησυχητικό. Στις γυναίκες ηλικίας 20-29 το 19% έκανε άμβλωση ενώ στις γυναίκες ηλικίας 40-49 το 71% που είναι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό. Από τα ποσοστά φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετές γυναίκες οι οποίες χρησιμοποιούν την άμβλωση σαν μέσο αντισύλληψης άσχετα από τις καταστρεπτικές συνέπειες που έχει αυτή η πράξη για τον εαυτό τους. Η άμβλωση ήταν και απ'ότι φαίνεται παραμένει ακόμη η εύκολη λύση για να απαλλαγεί η γυναίκα από ένα ανεπιθύμητο μωρό.

Εξηγώντας τον πίνακα 9 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν κάνει μία άμβλωση. Ειδικότερα οι γυναίκες ηλικίας 30-39 ετών είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό.

Εδώ ακόμη παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σταμάτησαν στη μία άμβλωση επειδή αισθάνθηκαν πολύ άσχημα μετά από αυτή τους την εμπειρία.

Εξηγώντας τον πίνακα 10 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες όλων των κατηγοριών ήξεραν για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει η άμβλωση. Εξαιρεση αποτελεί η κοπέλα που έχει ηλικία κάτω των 20 ετών η οποία δε γνώριζε σχετικά με τις επιπλοκές των αμβλώσεων.

~~Στην πραγματικότητα οι περισσότερες νεαρές κοπέλες δεν γνωρίζουν~~
πολλά πράγματα πάνω σ' αυτό το θέμα και αυτός είναι ένας λόγος που οδηγούνται με ευκολία και απερισκεψία στην άμβλωση. Μία από τις αιτίες αυτής της κατάστασης είναι η έλλειψη ενημέρωσης των νέων κοριτσιών από τους αρμόδιους φορείς και η παραπληροφόρησή τους από ανεπίσημους φορείς.

Με την ερώτηση 11 θελήσαμε να μάθουμε αν οι γυναίκες του δείγ-

ματος ακολούθησαν κάποιο μέτρο αντισύλληψης μετά την άμβλωση.

Οι περισσότερες γυναίκες όλων των κατηγοριών χρησιμοποίησαν κάποιο μέτρο αντισύλληψης μετά την άμβλωση και αυτό γιατί η άμβλωση δεν ήταν μια ευχάριστη εμπειρία γι' αυτές και δεν ήθελαν να επαναληφθεί. Αξιοσημείωτο είναι ότι αν αυτές οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν αυτό το αντισυλληπτικό μέτρο από πριν θα είχαν αποφύγει την άμβλωση.

Από τον πίνακα 12 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες όλων των κατηγοριών έκαναν άμβλωση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Από αυτό φαίνεται ότι εμπιστεύονται πιο πολύ τον ιδιωτικό τομέα απ' ότι τον κρατικό. Αυτό είναι μια λανθασμένη αντίληψη γιατί σίγουρα το κρατικό νοσοκομείο έχει τα απαραίτητα μηχανήματα και τις εγκαταστάσεις για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε κινδύνου που ίσως παρουσιαστεί είτε πριν είτε κατά ή μετά την άμβλωση. Ένας άλλος λόγος είναι ίσως ότι στο ιδιωτικό μαιευτήριο διατηρείται πιο εύκολα η ανωνυμία και οι γυναίκες φοβούνται το νοσοκομείο γιατί πιστεύουν ότι η πράξη τους δε θα μείνει κρυφή μια και τα στοιχεία τους θα υπάρχουν στα αρχεία του νοσοκομείου.

Εξηγώντας τον πίνακα 13 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες όλων των ηλικιών που έκαναν άμβλωση αισθάνθηκαν ενοχή μετά την άμβλωση. Αυτό σημαίνει ότι δεν το ήθελαν ακόμα κι αν έλεγαν ότι είναι δική τους επιλογή. Αυτή τους η απάντηση μας επιβεβαιώνει ότι το μόνο που κάνει η άμβλωση είναι κακό και στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία και ισορροπία της γυναίκας.

~~Παρατηρώντας τον πίνακα 14 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναί-~~
κες όλων των κατηγοριών δε θέλουν η κόρη τους να κάνει άμβλωση. Μόνο 8 γυναίκες στις 164 θέλουν η κόρη τους να κάνει άμβλωση, ενώ 22 γυναίκες δεν απάντησαν στην ερώτηση. Αυτό πρέπει να μας προβληματίσει. Η ερώτηση ήταν πολύ απλή και δε χρειάζονται ειδικές γνώσεις για να απαντηθεί. Γιατί δεν απάντησαν; Το θεώρησαν θέμα "Ταμπού"; Δεν ήξεραν πραγματικά τι να απαντήσουν ή νομίζουν ότι

τη κόρη τους δεν την αφορά το θέμα αυτό; Παρόλα αυτά όμως η πλειοψηφία των γυναικών τίθεται κατά της αμβλώσεως αν πρόκειται για την κόρη τους. Επομένως η άμβλωση είναι ένα δυσάρεστο και επίπονο γεγονός για όλες τις γυναίκες ανεξάρτητα αν έκαναν άμβλωση ή όχι.

Εξηγώντας τον πίνακα 15 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες όλων των κατηγοριών πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση του αριθμού τους. Αυτό είναι κάτι για το οποίο δε μπορούμε να μιλήσουμε με σιγουριά μια και τα αρχεία των ιδιωτικών και κρατικών μαιευτικών κλινικών δεν είναι προσιτά και οι περισσότερες γυναίκες που κάνουν άμβλωση στις ιδιωτικές κλινικές δεν γράφονται στα αρχεία της κλινικής.

ΓΥΝΑΙΚΕΣ - ΜΟΡΦΩΣΗ

Μεταφράζοντας τον πίνακα 1 της κατηγορίας αυτής καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα: Από τις 164 γυναίκες που αποτέλεσαν το δείγμα μας μόνο οι 34 έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Από τις απόφοιτες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μόνο 2 έχουν επισκεφτεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ενώ οι υπόλοιπες 16 δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ κάποιο από αυτά τα κέντρα. Από τις απόφοιτες της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 21 έχουν πάει σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού 66 δεν έχουν πάει και 1 δεν απαντά . Από την τρίτη κατηγορία γυναικών οι 11 έχουν πάει σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού και οι υπόλοιπες 47 δεν έχουν επισκεφτεί κάποιο τέτοιο κέντρο. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ανεξάρτητα από τη μόρφωση το ενδιαφέρον των γυναικών για να επισκεφτούν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού , είναι μειωμένο.

Στην ερώτηση 2 θελήσαμε να μάθουμε τους λόγους για τους οποίους οι 34 , από τις 164 γυναίκες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, έχουν επισκεφθεί κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περισσότερες δίνουν πάνω από 1 λόγο με υπερισχύοντες λόγους την ενημέρωσή τους για την αντισύλληψη και το TEST Παπανικολάου. Ειδικότερα, οι γυναίκες που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία οι απόφοιτες δηλ. της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μοιράζουν τις απαντήσεις τους: η μία απαντά ότι επισκέφτηκε το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για κάποια κολπίτιδα και η άλλη δίνει πάνω από 1 λόγο, για αντισύλληψη και για TEST Παπανικολάου. Στις άλλες δύο κατηγορίες απόφοιτες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι γυναίκες δίνουν πάνω από μια απαντήσεις.

Σχολιάζοντας τις παραπάνω απαντήσεις βλέπουμε ότι οι περισσότερες από τις γυναίκες που επισκέφτηκαν κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ενδιαφέρθηκαν κυρίως για την αντισύλληψη και για

να κάνουν TEST Παπανικολάου. Μπορούμε, λοιπόν, να συμπεράνουμε ότι το θέμα της αντισύλληψης απασχολεί τις γυναίκες αρκετά, όπως και η καλή κατάσταση του γεννητικού τους συστήματος, η οποία ελέγχεται με το TEST Παπανικολάου.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των 129 γυναικών, που δεν επισκέφθηκαν κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, στην ερώτηση ποιοί είναι οι λόγοι για τους οποίους δεν τα επισκέφθηκαν. Οι περισσότερες γυναίκες που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, τις απόφοιτες του δημοτικού απαντούν ότι δεν επισκέφθηκαν ποτέ κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, γιατί δεν ενδιαφέρθηκαν για αυτά. Η ίδια απάντηση υπερिσχύει και στις απόφοιτες της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό θα πρέπει να μας προβληματίσει αρκετά, γιατί η αδιαφορία αυτή δεν είναι απλά ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται στην έρευνά μας. Είναι ένα γενικότερο φαινόμενο, που οφείλεται κυρίως στην άγνοια ή στην παρεξηγημένη πληροφόρηση σχετικά με τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Θα πρέπει όλοι μας μέσα κύρια από τον εκπαιδευτικό τομέα να μάθουμε τι είναι τα κέντρα αυτά και τι σκοπούς έχουν.

Εαν μεταφράσουμε τον πίνακα 4 σε λόγια καταλήγουμε στα εξής: Από τις 18 απόφοιτες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης οι 10 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης ενώ οι άλλες 8 δεν εφαρμόζουν. Από αυτές που εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης οι περισσότερες χρησιμοποιούν προφυλακτικό και μόνο μια αντισυλληπτικό χάπι. Από τις ~~88~~ γυναίκες που είναι απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι ~~56~~ εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, οι 6 δεν απαντούν στην ερώτηση και 26 γυναίκες δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Από τις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέτρα αντισύλληψης οι 19 χρησιμοποιούν προφυλακτικό και 11 μόνο παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Οι υπόλοιπες γυναίκες χρησιμοποιούν μέσα όπως η διακεκομμένη συνουσία, το ενδομήτριο σπείραμα κ.α. Από τις απόφοιτους της

τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι 42 εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, οι 14 δεν εφαρμόζουν και οι 2 δεν απαντούν στην ερώτηση. Από τις 42 γυναίκες οι 13 χρησιμοποιούν προφυλακτικό και οι 8 παίρνουν αντισυλληπτικό χάπι. Οι υπόλοιπες χρησιμοποιούν ως μέτρο αντισύλληψης τη διακεκομμένη συνουσία και το ενδομήτριο σπείραμα. Απ'ότι βλέπουμε οι γυναίκες που χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης χρησιμοποιούν προφυλακτικό, το οποίο δεν έχει καμμία παρενέργεια και ακόμη προφυλάσσει και από όλες τις σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες. Το αντισυλληπτικό χάπι έρχεται τρίτο στις προτιμήσεις των γυναικών. Όπως αναφέραμε και στους άνδρες, το προφυλακτικό χρησιμοποιείται αρκετά και αυτό οφείλεται στην μεγάλη διαφήμιση, που έχει γίνει τον τελευταίο καιρό.

Οι περισσότερες απαντήσεις στην ερώτηση 5, στην οποία απαντούν οι γυναίκες που δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης, δόθηκαν στην 8η επιλογή. Οι περισσότερες δηλ. γυναίκες έδωσαν διάφορους λόγους για το ότι δεν χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης.

Οι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας έδωσαν περισσότερες απαντήσεις (50%) στην 6η επιλογή. Ο λόγος δηλαδή για τον οποίο δεν εφαρμόζουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης είναι γιατί δεν έχουν ενημερωθεί σχετικά. Οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έδωσαν διάφορους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν κάποιο μέτρο αντισύλληψης.

Οι απόφοιτοι των ΤΕΙ και των ΑΕΙ δίνουν διάφορες απαντήσεις οι περισσότερες όμως απαντούν ότι εάν χρησιμοποιήσουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης θα μειωθεί η σεξουαλική τους ικανοποίηση. Όπως βλέπουμε οι απαντήσεις είναι διαφορετικές για κάθε κατηγορία. Το σημείο στο οποίο πιστεύουμε ότι θα πρέπει να σταθούμε είναι οι απαντήσεις των γυναικών που έχουν απολυτήριο δημοτικού. Η ενημέρωση πάνω στο θέμα της αντισύλληψης είναι ελλιπής. Θα πρέπει λοιπόν, να γίνει πιο γνωστό το θέμα αυτό μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την τηλεόραση, τα περιοδικά, τις εφημερίδες.

Στον πίνακα 6 φαίνονται οι απαντήσεις των γυναικών, που αποτέλεσαν το δείγμα στην ερώτηση εάν έχουν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά χάπια. Στο σύνολο των 164 γυναικών οι 51 έχουν πάρει αντισυλληπτικά, οι 104 δεν έχουν πάρει αντισυλληπτικά και οι υπόλοιπες 9 δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή. Αναλυτικότερα από τις αποφοίτους δημοτικού, συνολικά 18, οι 8 έχουν πάρει αντισυλληπτικά. Από τις αποφοίτους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συνολικά 88, οι 24 έχουν πάρει αντισυλληπτικά. Από τις αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, συνολικά 58, οι 19 έχουν πάρει αντισυλληπτικά. Ρίχνοντας μια ματιά στα επί τοις εκατό ποσοστά, βλέπουμε ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν περισσότερο αντισυλληπτικά χάπια είναι οι απόφοιτοι του δημοτικού (44, 46 %) και ότι αυτές που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια είναι οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (68, 18%). Τα αντισυλληπτικά χάπια μπορεί να παρέχουν 100% αντισυλληπτική προστασία, αλλά έχουν πολλές παρενέργειες και η χρήση τους προϋποθέτει επίσκεψη στο γιατρό και πολύ καλή ενημέρωση για αυτά.

Μεταφράζοντας τον πίνακα 7 σε λόγια βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες και από τις τρεις κατηγορίες, στις οποίες έχουμε χωρίσει τις γυναίκες ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου ή υπάρχουν διεγνωσμένες γενετικές ανωμαλίες, οι οποίες θα κάνουν τη ζωή του παιδιού προβληματική. Οι απόψεις αυτές ταυτίζονται με την υπάρχουσα νομοθεσία στην Ελλάδα, η οποία όμως έχει παρεξηγηθεί αρκετά μιας και οι αμβλώσεις γίνονται ελεύθερα και χωρίς κανένα περιορισμό.

Στην ερώτηση 8 θελήσαμε να μάθουμε πόσες από τις 164 γυναίκες που αποτέλεσαν το δείγμα μας έχουν κάνει άμβλωση. Από τις 164 γυναίκες οι 57 έχουν κάνει άμβλωση, οι 98 δεν έχουν κάνει και 9 δεν απάντησαν. Αναλυτικότερα έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Το 61,11%

των γυναικών , που έχουν απολυτήριο δημοτικού έχουν κάνει άμβλωση (οι 11 στις 18 γυναίκες), αρκετά άσχημο ποσοστό. Το 31,81% των γυναικών με απολυτήριο γυμνασίου ή λυκείου έχουν κάνει άμβλωση (οι 28 στις 88 γυναίκες) και τέλος από τις γυναίκες με απολυτήριο ανώτερης ή ανωτάτης σχολής το 31,03% έχει κάνει άμβλωση (οι 18 στις 58 γυναίκες). Βλέπουμε, λοιπόν , ότι οι περισσότερες άμβλώσεις έχουν γίνει από τις γυναίκες της πρώτης κατηγορίας ενώ οι λιγότερες έχουν γίνει από τις γυναίκες της τρίτης κατηγορίας. Αρα η μόρφωση και η ενημέρωση, η οποία συμβαδίζει με τη μόρφωση, παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα των άμβλώσεων. Οι γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου καταφεύγουν ευκολότερα στην άμβλωση θεωρώντας την ως ρέτρο αντισύλληψης, κάτι που είναι εγκληματικό μιας και κάθε άμβλωση αποτελεί ένα πολύ σοβαρό έγκλημα.

Στην ερώτηση 9 θελήσαμε να μάθουμε πόσες φορές έχουν κάνει άμβλωση οι 57 γυναίκες που απάντησαν και οι περισσότερες γυναίκες και στις τρεις κατηγορίες έχουν κάνει μία φορά άμβλωση. Από εδώ, λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η άμβλωση τις έκανε να αισθανθούν άσχημα και έτσι μετά από αυτή πρόσεξαν ούτως ώστε να μην τους ξανα συμβεί.

Στην ερώτηση 10 ρωτήσαμε τις γυναίκες αυτές εάν όταν έκαναν την άμβλωση ήξεραν τις επιπλοκές. Στο σύνολο των 57 γυναικών που έκαναν άμβλωση (από τις 164 που απάντησαν το ερωτηματολόγιο). Αναλυτικότερα μεταφράζοντας τις απαντήσεις των γυναικών σε επί τοις εκατό ποσοστά παίρνουμε τα εξής αποτελέσματα: Από τις αποφοίτους του δημοτικού, που έκαναν άμβλωση το 54,54% γνώριζε τις επιπλοκές της άμβλωσης. Από τις αποφοίτους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που έκαναν άμβλωση , το 64,28% γνώριζε τις επιπλοκές αυτής της επέμβασης. Από τις αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 94,44% γνώριζε τις επιπλοκές της άμβλωσης πριν κάνει την επέμβαση. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι όσο πιο υψηλό είναι το επίπε-

δο της μόρφωσης, τόσο πιο υψηλό είναι και το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων. Και ήταν αναμενόμενο αυτό. Θα πρέπει, λοιπόν, να γίνει μία μεγάλη εκστρατεία με σκοπό την ενημέρωση γύρω από το θέμα αυτό. Η άγνοια είναι κάτι πάρα πολύ άσχημο και ωθεί τη γυναίκα στο να πιστέψει ότι η άμβλωση αποτελεί ένα μέτρο αντισύλληψης κάτι δηλ. παράλογο.

Μεταφράζοντας του πίνακα 11 σε λόγια βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες που έκαναν άμβλωση πήραν αργότερα κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Η πλειοψηφία των γυναικών στις 2 κατηγορίες απόφοιτοι δευτεροβάθμιας, απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, μετά την άμβλωση πήραν κάποιο μέτρο αντισύλληψης. Αντίθετα στις αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν συμβαίνει το ίδιο. Οι μισές μόνο από αυτές τις γυναίκες πήραν κάποιο μέτρο αντισύλληψης μετά την άμβλωση. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι το πρόβλημα και πάλι επικεντρώνεται στο θέμα της άγνοιας και της μη σωστής ενημέρωσης σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα.

Από τον πίνακα 12 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες και των τριών κατηγοριών -απόφοιτοι πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης- έκαναν την άμβλωση σε ιδιωτικό μαιευτήριο. Στη δεύτερη θέση έρχονται οι γυναίκες που απάντησαν ότι έκαναν την άμβλωση σε ιδιωτικό ιατρείο. Πολύ λίγες γυναίκες έκαναν άμβλωση σε κρατική μαιευτική κλινική. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι γυναίκες δείχνουν μία δυσπιστία ως προς τις κρατικές κλινικές.

~~Δείχνουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις ιδιωτικές κλινικές ακόμα και~~
τα ιδιωτικά ιατρεία, σημείο που θα πρέπει να μας προβληματίσει όλους και περισσότερο εμάς τους υγειονομικούς, γιατρούς, νοσηλεύτες, μάίες κ.α.

Στον ερωτηματολόγιό μας θέσαμε μία ερώτηση με την οποία θελήσαμε να μάθουμε το πως αισθάνθηκαν οι γυναίκες που έκαναν άμβλωση, μετά την επέμβαση. Τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης

φαίνονται στον πίνακα 13. Όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών για κάθε κατηγορία γυναικών (όπως αυτές χωρίστηκαν με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο) απαντούν ότι αισθάνθηκαν ένοχες. Δεν είναι εύκολο για μια γυναίκα να υποστεί μία τέτοια επέμβαση. Υπάρχουν κάποιες ηθικές αντιλήψεις που την κάνουν να αισθάνεται ένοχη γιατί οδηγεί στο θάνατο μία ζωή πριν ακόμη αυτή γνωρίσει καλά - καλά τον κόσμο, μία ζωή αγνή.

Με την ερώτηση 14 απευθυνόμαστε σε όλες τις γυναίκες του δείγματος (164 στο σύνολό τους) θελήσαμε να μάθουμε εάν θα ήθελαν η κόρη τους να κάνει άμβλωση. Οι απαντήσεις βέβαια ήταν αρνητικές. Οι περισσότερες γυναίκες ανεξάρτητα από τη μόρφωσή τους, ανεξάρτητα από το αν έχουν κάνει άμβλωση ή όχι απάντησαν ότι δεν θα ήθελαν να κάνει η κόρη τους άμβλωση. Απάντηση αναμενόμενη από κάθε γυναίκα που σέβεται το παιδί της και το αγαπά.

Στον πίνακα 15 φαίνεται οι απαντήσεις την ερώτηση εάν η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους. Οι περισσότερες γυναίκες, οι 94 από τις 164, απάντησαν θετικά στην ερώτηση. Αναλυτικότερα, τόσο οι απόφοιτες της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όσο και οι απόφοιτες της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων, συντέλεσε και στην αύξηση του αριθμού τους. Κάτι που δεν μπορούμε να το πούμε εύκολα μιας και τα αρχεία των μαιευτικών κλινικών, δημόσιων και ιδιωτικών είναι απρόσιτα και όχι ιδιαίτερα αξιόπιστα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά τα μέσα αντισύλληψης που εφαρμόζουν οι γυναίκες αν και όταν τα εφαρμόζουν είναι ενδεικτικά της άγνοιας και προκατάληψης που κυριαρχούν στον τομέα της αντισύλληψης .

Από ότι φάνηκε η πλειοψηφία των γυναικών δεν εφαρμόζουν κάποιο συγκεκριμένο μέσο ή τρόπο αντισύλληψης και όταν αναγκαστούν τελικά να εφαρμόσουν αυτό γίνεται περιστασιακά . τελείως πρόχειρα και ανεύθυνα . χωρίς προηγουμένως να έχει τις περισσότερες φορές προηγηθεί κλινική εξέταση ή να έχουν απευθυνθεί σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για συγκεκριμένες πληροφορίες .

Από την άλλη πλευρά οι άμβλώσεις κάνουν θραύση στις ηλικίες 20-29 και 30-39 ένα ποσοστό γύρω στο 47% αποτέλεσα και αυτό της άγνοιας και της έλλειψης ωριμότητας και υπευθυνότητας γύρω σε ότι αφορά την γυναικεία αντισύλληψη και την μητρότητα .

Και εδώ τίθεται το ερώτημα του τι θα προτείνουμε εμείς στις γυναίκες με σκοπό την μείωση των αμβλώσεων και την εφαρμογή σωστής αντισύλληψης .

Ας αρχίσουμε λοιπόν από τα τόσο ξεχασμένα και παρεξηγημένα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού . Είναι λοιπόν απαραίτητο και -μέσα ίσως στα καθήκοντα μιας νοσηλεύτριας- να μάθουν οι γυναίκες για την ύπαρξη για τον ρόλο και την χρησιμότητα των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού . Είναι ανάγκη να πιστούν ότι τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στο πλευρό των γυναικών που θα απευθυνθούν σε αυτά αρκεί και εκείνα με την σειρά τους να είναι στελεχωμένα με ικανό και υπεύθυνο προσωπικό .

Πέρα όμως από αυτό, από την στιγμή που οι γυναίκες αποφάσισαν να εφαρμόσουν κάποιο μέτρο αντισύλληψης θα πρέπει να σιγουρευτούν

με τις κατάλληλες κλινικές εξετάσεις για την καταλληλότητα και αποτελεσματικότητά τους.

Να επισκεφτούν τον γιατρό από την στιγμή που το εφαρμόζουν και αντιληφθούν κάποιο σύμπτωμα που να υπο δηλώνει τυχόν παρενέργειες τους (π.χ αιμορραγία, ζάλη, ναυτία).

Να καταλάβουν επιτέλους ότι η άμβλωση δεν αποτελεί λύση στο πρόβλημα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά ένα αποτρόπαιο έγκλημα και μία οικτρή παρέμβαση στο έργο του θεού απέναντι στον άνθρωπο και στο δώρο ζωής και αγάπης που το προσφέρει.

Είναι ανάγκη επιτέλους οι γυναίκες να συνειδητοποιήσουν ότι οι αμβλώσεις διαιωνίζουν τα προβλήματα που προέρχονται από την άγνοια, την ανωριμότητα και την έλλειψη υπευθυνότητας των γυναικών, που καταφεύγουν σε αυτές απέναντι στο καυτό θέμα της γονιμότητας και της σεξουαλικότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα την αντισύλληψη και της αμβλώσεως και με σκοπό την διεξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων φτιάξαμε το ερωτηματολόγιο, που κρατάτε αυτή τη στιγμή στα χέρια σας.

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και τα αποτελέσματα του δεν θα δημοσιευθούν από τον τύπο ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Δώστε σε κάθε ερώτηση την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει βάζοντας ένα Χ δίπλα στην απάντηση. (Οι ερωτήσεις 1-23 απευθύνονται στις γυναίκες ενώ στους άνδρες απευθύνονται οι ερωτήσεις 1,2,3,4,5,6, 7,8,10,11,21,22).

Φύλο : Άνδρας ----- Γυναίκα-----

Ηλικία:

Γραμματικές γνώσεις :1.Αγράμματη -ος

2.Απόφοιτη-ος δημοτικού ΤΑΞΗ:

A'----- B'----- Γ'----- Δ'-----E'-----ΣΤ'-----

3.Απόφοιτη -ος Γυμνασίου

A'----- B'----- Γ'----- ΤΑΞΗ

4.Απόφοιτη -ος Λυκείου

A'----- B'----- Γ'----- ΤΑΞΗ

5. Πτυχιούχος Ανώτερης Σχολής -----

6. Πτυχιούχος Ανώτατης Σχολής -----

Επάγγελμα:

Τόπος γέννησης :

Τόπος, μόνιμης κατοικίας : Πόλη-----

Κωμόπολη -----

Χωριό _____

(Αναφέρατε το όνομα της πόλης, κωμόπολης ή του χωριού σας).

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη -ος -----
Εγγαμη -ος -----
Χήρα -ος -----
Διαζευγμένη -ος -----
Σε διάσταση -----

Εχετε παιδιά; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ -----
Εάν ναι πόσα είναι αυτά;
Πόσων χρόνων είναι το μεγαλύτερο; χρόνια -----
μήνες -----
Πόσων χρόνων είναι το μικρότερο; χρόνια -----
μήνες -----

1. Ποιός κατά την γνώμη σας είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού;

α. Σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να αποκτήσει το ζευγάρι παιδί όταν και όπως αυτό επιθυμεί.

Σωστό ----- Λάθος -----

β. Εάν πιστεύετε ότι η παραπάνω πρόταση είναι λάθος δώστε την άποψη σας.

2. Εχετε ποτέ απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ -----

α. Εάν ναι μείνατε ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε αυτό;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ -----

Το επισκεφτήκατε πάνω από μία φορά και για ποιό λόγο;

-για να ενημερωθείτε σχετικά με την αντισύλληψη -----

-για να ενημερωθείτε σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση -----

- για προγεννητικό έλεγχο -----

- για να ενημερωθείτε σχετικά με τις αμβλώσεις -----
 - για να κάνετε TEST Παπανικολάου -----
 - για άλλο λόγο (αναφέρατέ τον) -----
-
-

β. Εάν όχι γιατί;

- δεν υπάρχει κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή σας NAI ----- OXI-----
 - δεν ενδιαφερθήκατε για αυτά NAI ----- OXI-----
 - δεν γνωρίζετε την ύπαρξη τους NAI -----OXI-----
 - δεν πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες τους μπορούν να σας προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες NAI----- OXI-----
 - κάποιος άλλος λόγος (αναφέρατέ τον)
-
-

3. α. Σε ποιά ηλικία είχατε για πρώτη φορά σεξουαλικές σχέσεις

πριν από τα 16 χρόνια σας -----

από τα 16-18 χρόνια σας -----

από τα 18-20 χρόνια σας -----

από τα 20-22 χρόνια σας -----

μετά τα 22 χρόνια σας -----

β. Ποιά κατά τη γνώμη σας είναι η πιο κατάλληλη ηλικία για να ξεκινήσει κανείς σεξουαλικές σχέσεις; -----

4. Ο σκοπός της αντισύλληψης είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί όταν θέλει αυτό. NAI ----- OXI-----

5. α. Ποιά αντισυλληπτικά μέτρα γνωρίζετε;

-αντισυλληπτικό χάπι -----

-Προφυλακτικό -----

-Ενδομήτριο σπείραμα -----

-Διάφραγμα -----

-Διακεκομμένη συνουσία -----

-θερμομετρικό διάγραμμα -----

-Μέθοδοι ρυθμού -----

-Αναφερθείτε σε όποια άλλα αντισυλληπτικά μέτρα γνωρίζετε.

β. Τα μέτρα αυτά χρησιμοποιούνται:

α. μόνο από άνδρες

β. μόνο από γυναίκες

γ. και από τα δύο φύλα

6. α. Εφαρμόζετε κάποιο μέτρο αντισύλληψης; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

Αν ναι ποιά είναι αυτό; -----

β. Κατά τη γνώμη σας ποιά είναι το καλύτερο αντισυλληπτικό μέτρο; -----

7. Δεν εφαρμόζετε κάποιο μέτρο αντισύλληψης γιατί:

α. είναι αντίθετο με τις πεποιθήσεις σας-θρησκευτικές-----
κοινωνικές-----

β. πιστεύετε ότι είναι φόνος-----

γ. νομίζετε ότι το θέμα δεν σας αφορά-----

δ. πιστεύετε ότι μειώνεται η σεξουαλική σας ικανοποίηση -----

ε. δεν συμφωνεί ο-η σύντροφός σας -----

στ. δεν έχετε ενημερωθεί σχετικά -----

ζ. όλα τα παραπάνω -----

η. κάτι άλλο ----- (αναφέρατέ το).

8. α. Ποιά είναι η γνώμη σας για το αντισυλληπτικό χάπι;

β. Έχετε πάρει ποτέ αντισυλληπτικά; ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

γ. Εάν ναι: ι) μετά από επίσκεψη και συμβουλή γιατρού

ιι) μετά από δική σας πρωτοβουλία -----

ιιι) μετά από τη συμβουλή μαίας, -----

ιiv) μετά από επίσκεψη σε κέντρο οικογενειακού
προγραμματισμού; -----

9. Όταν πήρατε αντισυλληπτικά γνωρίζατε ότι έπρεπε να προκληθεί
κλινική εξέταση; ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

Γνωρίζατε τις παρενέργειες τους; ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

-ναυτία -----

-κόπωση -----

-ελάττωση της ποσότητας του αίματος της περιόδου-----

-αίμα μεταξύ των 2 περιόδων -----

-ευαισθησία και πρήξιμο του στήθους -----

-αύξηση βάρους -----

-πονοκέφαλοι -ένταση-----

-αύξηση της πίεσης του αίματος -----

-αλλαγή στη σεξουαλική διάθεση-----

10. Ποιά είναι η γνώμη σας για τις αμβλώσεις;

α. Δεν πρέπει να γίνονται -----

β. Πρέπει να γίνονται μόνο:

-οταν απειλείται η ζωή της μητέρας -----

-οταν απειλείται η ζωή του εμβρύου-----

-σε γενετικές ανωμαλίες (σύνδρομο DOWN, μεσογειακή αναιμία)

γ. Πρέπει να γίνονται ελεύθερα -----

11. Πιστεύετε ότι η άμβλωση είναι θέμα, που αφορά:

α. μόνο τη γυναίκα-----

β. μόνο τον άνδρα-----

γ. και τους δύο-----

12. Έχετε κάνει ποτέ άμβλωση; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

Αν ναι πόσες φορές;

α. Ήταν δική σας επιλογή. ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

β. Έγινε ύστερα από συνεννόηση με τον σύντροφο σας;

ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

γ. Για προληπτικούς λόγους (μεσογειακή αναιμία, σύνδρομο DOWN, τοξιναιμία της κύησης, κύηση σε προχωρημένη ηλικία).

ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

13. Πόσων εβδομάδων ήταν η κύηση, όταν έγινε η άμβλωση;

14. Γνωρίζετε ότι η άμβλωση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές όπως:

α. Διάτρηση μήτρας -----

β. Φλεγμονές μήτρας-----

γ. Φλεγμονές σαλπίγγων -----

δ. Δευτεροπαθή στειρώση-----

ε. Καθ'εξ ^υ αποβολές-----

στ. Πρωίμο τοκετό-----

ζ. Ψυχολογικά προβλήματα-----

15. α. Όταν κάνατε άμβλωση γνωρίζατε αυτές τις επιπλοκές;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

β. Ενημερωθήκατε για αυτές μετά την επέμβαση ;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

16. α. Εσείς είχατε κάποιες επιπλοκές ; ΝΑΙ----- ΟΧΙ-----

β. Ποιές ήταν αυτές;

- αιμορραγία -----

- φλεγμονές μήτρας -----

- διάτρηση μήτρας-----

- φλεγμονές σαλπίγγων-----

-κάποιες άλλες (αναφέρατέ τις).

17. Μετά την άμβλωση ακολουθήσατε κάποια αγωγή σύμφωνα με την εντολή του γιατρού σας; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

Εάν ποιά ήταν αυτή η αγωγή;

18. Μετά την άμβλωση πήρατε κάποια μέτρα αντισύλληψης;

ΝΑΙ -----ΟΧΙ-----

α. Εάν ναι ποιά ήταν αυτά τα μέτρα ;

-προφυλακτικό-----

-αντισυλληπτικό χάπι -----

-διάφραγμα -----

-ενδομήτριο σπείραμα-----

-κάποιο άλλο μέτρο (αναφέρατε)

β. Πήρατε αυτά τα μέτρα μετά από δική σας πρωτοβουλία;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

γ. Πήρατε αυτά τα μέτρα μετά από τη συμβουλή του γιατρού σας;

ΝΑΙ----- ΟΧΙ -----

δ. Το ότι δεν πήρατε κάποια μέτρα οφείλεται :

- Διότι πιστεύατε ότι δεν πρόκειται να σας ξανασυμβεί;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ -----

- στο ότι βρίσκαστε στο τέλος της κλιμακτηρίου και στην αρχή της εμμηνόπαυσης; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

-κάτι άλλο (αναφέρατέ το)

19. Η άμβλωση έγινε :

α. Σε ιδιωτικό μαιευτήριο-----

β. Σε ιδιωτικό ιατρείο -----

γ. Σε μαιευτική -γυναικολογική κρατικού νοσοκομείου

20. Πως αισθανθήκατε όταν κάνατε άμβλωση;

α. ένοχη, γιατί δεν το θέλατε, σας το επέβαλαν, όμως κάποιος
άλλος λόγοι: υγείας -----

οικονομικοί -----

κοινωνικοί -----

β. ευχαριστημένη, γιατί αποφύγατε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

γ. αδιάφορη ;

21. Το παιδί σας, η κόρη σας θα θέλατε να κάνει άμβλωση;

ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

22. Πιστεύετε ότι η νομιμοποίηση της άμβλώσεως συντέλεσε στην

αύξηση του αριθμού τους, διότι η γυναίκα καταφεύγει ευκολότε-
ρα στη λύση αυτή; ΝΑΙ ----- ΟΧΙ-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΞΙΩΤΑΚΗΣ Α : ΑΜΒΛΩΣΗ, έκδοση 1η, Εκδόσεις Ανδρέα Αξιωτάκη
ΑΘΗΝΑ 1987.
- BELLO P.-DR DOLTO C -DR SCHIFFMZN A: ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-
ΑΜΒΛΩΣΗ.Μετάφραση : Πεντελικός Π, έκδοση 1η, εκδόσεις Μνή-
μη, ΑΘΗΝΑ 1983.
- COEN VAN TRIJST :ΑΜΒΛΩΣΗ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ Μετάφραση:
Τριανταφύλλου Κ., Επίτομος έκδοση 1η ,Εκδόσεις Καρανάση,
ΑΘΗΝΑ 1985.
- ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Γ : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ. Αντισύλληψη Σε-
ξουαλική Διαπαιδαγώγηση.Εκδοση 3η, εκδόσεις Πατάκη, ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΛΙΟΣ 1988.
- ΔΟΡΚΟΦΙΚΗ Ε: ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ.Ο αφανισμός του γένους.Εκδοση 1η Ελληνι-
κη Ευρωεκδοτική, ΑΘΗΝΑ 1985.
- HAVERMAN Η: Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ Μετάφραση: Παναγιώτου Π.Π,
εγκυκλοπαίδεια "LIFE" Τόμος "Το μυστήριο της ζωής και ο
έλεγχος των γεννήσεων", σελ. 23-44, εκδόσεις χρυσός Τύπος,
ΑΘΗΝΑ.
- ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ : ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ.Επίτομος έκδοση Β',εκδό-
σεις Δωρικός, ΑΘΗΝΑ 1989
- LANSON L: ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ.Μετάφραση Μιχαλοπούλου Μ, εκδο-
ση 1η, εκδόσεις Γλάρος, ΑΘΗΝΑ 1982.
- RABE T., ΚΑΝΑΚΑΣ Κ., RUNNEBAUU Β: , ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙ-
ΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ.Περιοδικό ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ,τόμος ΙΙ, τεύ-
χος ΙΙ, σελ. 965-979 εκδόσεις Ε.Μ. Μωραΐτου- Σιδερίδη,ΑΘΗΝΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1988.

ROMZONI M: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Μετάφραση Γαρουφαλιάς Ν., Καραγιάννης Μ, Καραγιάννη Ε., Καρκάνη Ε. Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία", Τόμος 3ος. Σελ. 391-396, εκδόσεις Δομική, ΑΘΗΝΑ 1990.

ROMZONI M: ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Μετάφραση Γαρουφαλιάς Ν., Καραγιάννης Μ., Καραγιάννης Ε., Καρκάνη Ε. Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία" Τόμος 3ος, σελ. 419-421 εκδόσεις Δομική, ΑΘΗΝΑ 1990.

ROMZONI M: ΑΜΒΛΩΣΗ Μετάφραση Γαρουφαλιάς Ν. Καραγιάννης Μ., Καραγιάννη Ε., Καρκάνη Ε. Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία" Τόμος 3ος σελ. 423-425 εκδόσεις Δομική, ΑΘΗΝΑ 1990.

ΣΕΓΚΟΣ Χ: ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ Περιοδικό ΓΑΛΗΝΟΣ, Τόμος 32, τεύχος 2, Σελ. 133-146 εκδόσεις Γ.Κ Στασινόπουλος, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1990.

ΣΥΚΑΚΗ -ΔΟΥΚΑ Α: Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΓΑΠΗ Επίτομος έκδοση 4η, εκδόσεις Αλέκα Συκάκη-Δούκα, ΑΘΗΝΑ.



ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ Μπφ.Καραλιώτα Ν, Σκούρα Μ, Σαμπετάκη Β., Εγκυκλοπαίδεια "Ο ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ" Τόμος 1ος, Σελ. 24-35, εκδόσεις Αλιών, Αθήνα 1990.