

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΩΝ :

ΛΑΖΕΚΙΩΝ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗ

ΠΑΠΑΡΟΥΠΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ

Ι. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ
ΣΙΣΤΗΜΕΣ 740



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	Σελ...1
---------------	---------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

0.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός - Ορισμός	Σελ...3
0.2 Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού	Σελ...5
0.3 Διοργάνωση - Αρμοδιότητες	Σελ...8
0.4 Προσωπικό - Διαφώτιση	Σελ...8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού	Σελ...10
1.2 Φιλοσοφία του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	Σελ...12
1.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός-Έλεγχος Γεννήσεων	Σελ...15
1.4 Εμπόδια στη Διάδοση και Εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού	Σελ...16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Επιδράσεις Οικογενειακού Προγραμματισμού	Σελ...24
2.2 Οικογενειακός Προγραμματισμός & Αναπαραγωγητικότητα	Σελ...24
2.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Δημογραφική Κατάσταση	Σελ...25
2.4 Οικογενειακός Προγραμματισμός στον Πληθυσμό ...	Σελ...26
2.5 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Οικονομικο-κοινωνικό Περιβάλλον	Σελ...27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ελληνικό Δημογραφικό Πρόβλημα	Σελ...29
3.2 Παρούσα Κατάσταση στην Ελλάδα	Σελ...32
3.3 Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού	Σελ...35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- 4.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός & Υγεία Μητέρας ..Σελ..40
- 4.2 Παράγοντες που Επιδρούν στην Υγεία της Μητέρας ..Σελ..43
- 4.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός & Υγεία Παιδιού ..Σελ..47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- 5.1 Αντιουλληπτικά Μέσα'Σελ..54
- 5.2 Επιλογή της Κατάλληλης Αντιουλληπτικής Μεθόδου ..Σελ..57
- 5.3 Μέσα Ελέγχου ΓονιμότηταςΣελ..60
- 5.4 Ταξινόμηση Αποτελεσματικότητας Μέσων Ελέγχου
ΓονιμότηταςΣελ..66
- 5.5 Στείρωση - Χειρουργική ΣτείρωσηΣελ..94
 - 5.5.1 Χειρουργική ΣτείρωσηΣελ..97
 - 5.5.2 Σύγκριση 7 Πλεονεκτημάτων και Μειονεκτημάτων
Χειρουργικής Στείρωσης Ανδρα & Γυναίκας ..Σελ..98
 - 5.5.3 Χειρουργική Στείρωση ΑνδρόςΣελ..99
 - 5.5.4 Απολίνωση του Σπερματικού ΠόρουΣελ..100
 - 5.5.5 Ενδείξεις Απολινώσεως Σπερματικού ΠόρουΣελ..101
 - 5.5.6 Αντενδείξεις Απολινώσεως Σπερματικού Πόρου ..Σελ..101
 - 5.5.7 Χειρουργική Στείρωση της ΓυναίκαςΣελ..102
 - 5.5.8 Γυναίκες που Μπορούν να Υποστούν Στείρωση Σελ.104
 - 5.5.9 Μειονεκτήματα ΣτείρωσηςΣελ..104
- 5.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Εκτρώσεις ...Σελ..105
- 5.7 Ψυχικές Παράμετροι Αντιουλληπτικών ΜεθόδωνΣελ..115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- 6.1 Σεξουαλική ΔιαπαιδαγώγησηΣελ..119
- 6.2 Σκοπός Σεξουαλικής ΔιαπαιδαγώγησηςΣελ..120

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο Ρόλος της Νοσηλεύτριας-η στον Οικογενειακό

ΠρογραμματισμόςΣελ...127

ΕΡΕΥΝΑ

ΕισαγωγήΣελ...130

Υλικό και ΜέθοδοςΣελ...133

ΑποτελέσματαΣελ...134

ΣυζήτησηΣελ...147

Συμπεράσματα - ΠροτάσειςΣελ...153

ΕρωτηματολόγιοΣελ...162

ΒιβλιογραφίαΣελ...169

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ειδικοί επιστήμονες και υπεύθυνοι παράγοντες της πολιτείας άρχισαν να ανυσηχούν για τη δημογραφική κατάσταση του Ελληνικού πληθυσμού. Η σημαντική μείωση της αναπαραγωγικότητας και ο ανορθόδοξος τρόπος με τον οποίο αυτή επιτυγχάνονταν συνειδητοποιήθηκαν κυρίως όταν συγκεντρώθηκαν ακριβέστερα Βιοστατιστικά στοιχεία και τεκμηριωμένα Ερευνητικά δεδομένα.

Η υπέρμετρη και ανορθόδοξη εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση αύξησε την ανησυχία της πολιτείας για τις μελλοντικές εξελίξεις του Ελληνικού Πληθυσμού. Η ανησυχία αυτή μεταδόθηκε στο ευρύτερο κοινό, που πολλές φορές αντέδρασε με υπερβολές. Σήμερα όλοι μιλούν για σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα, κάνουν συγκρίσεις με γειτονικά κράτη και προτείνουν τρόπους αντιμετώπισής του.

Η μείωση της αναπαραγωγικότητας του Ελληνικού πληθυσμού δεν πρέπει να υποτιμάται. Εν τούτοις η πορεία της καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική μας ανάπτυξη που ακολουθεί τα πρότυπα των Δυτικοευρωπαϊκών κρατών. Η συγκράτηση όμως της παραπέρα μειώσεως επιβάλλεται κυρίως για να βελτιωθεί η σύνθεση του πληθυσμού που θα επιτρέψει την συνέχιση της κοινωνικοοικονομικής μας αναπτύξεως και θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής μας. Πρέπει όμως να συνειδητοποιήσουμε ότι αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί με απαγορευτικές διατάξεις, που είναι γνωστό πόσο εύκολα παραβιάζονται, αλλά με τη λήψη σειράς

μέτρων για την ενίσχυση του θεσμού του γάμου, της οικογένειας και της μητρότητας. Περισσότερο όμως πρέπει να ανησυχούμε για τον τρόπο, με τον οποίο επιτυγχάνεται η μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Ερευνες στον Ελληνικό χώρο απέδειξαν ότι ελάχιστο ποσοστό των Ελληνίδων έχει της απαραίτητες γνώσεις για σωστό Οικογενειακό Προγραμματισμό. Αντίθετα οι περισσότερες δεν έχουν γνώσεις, μέσα και τρόπο για σωστό Οικογενειακό Προγραμματισμό, με αποτέλεσμα να καταφεύχουν σε παράνομες εκτρώσεις για να πετύχουν το πρότυπο της Οικογένειας που θεωρούν σαν ιδανικό.

Επιτακτική επομένως εμφανίζεται η ανάγκη να προσφερθούν στην Ελληνίδα οι γνώσεις και τα μέσα που θα την βοηθήσουν να αποκτήσει μια ευτυχισμένη οικογένεια και να αποφύγει την έκτρωση. Για το σκοπό αυτό χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού από την Πολιτεία και η ευρεία διάδοση αυτών στο κοινό. Η Πολιτεία μετά την κατάργηση του προγαμιαίου πιστοποιητικού ιατρικής εξέτασεως διακήρυξε την ανάγκη πληροφόρησης του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού σε συνδιασμό με παροχή ιατρικών συμβουλών.

Για την δημιουργία κέντρων παροχής πληροφοριών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη η δημιουργία κατάλληλου προσωπικού καθώς και η ειδικότερη εκπαίδευση των υγειονομικών και άλλων στελεχών, που ασχολούνται σήμερα με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

0.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός - Ορισμός

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει ο Π.Ο.Υ. ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι "Τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής, που τον υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις που πέρνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας".

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι συνυφασμένος :

1) Με το δικαίωμα της γυναίκας να αναπτύξει ελεύθερα την προσωπικότητά της (πράγμα που που ορίζεται και κατοχυρώνεται στο Ελληνικό Σύνταγμα του 1975 για όλους τους πολίτες).

2) Αναγνωρίζει το δικαίωμα της γυναίκας σαν αυθύπαρκτο άτομο πέρα από το ρόλο της και την ευθύνη της σαν μητέρα.

3) Συγχρόνως λαμβάνει υπόψη και τα δικαιώματα του παιδιού για ψυχική και σωματική υγεία.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός δίνει στο άτομο ελευθερία επιλογής για το αν θα αποκτήσει παιδιά, πόσα και πόσα, παιδιά επιθυμητά, γερά, ευτυχισμένα, οικογένειες σταθερές, υγιείς με ευτυχισμένους γονείς. Σήμερα η ελευθερία αυτή αναγνωρίζεται σαν ένα από τα βασικά δικαιώματα του ανθρώπου και ιδιαίτερα της γυναίκας. Όμως η υπεύθυνη γονιμότητα έχει τόσο μεγάλη επίδραση στην υγεία της μητέρας και του παιδιού που

δεν μπορεί να θεωρείται μόνο δικαίωμα αλλά και καθήκον του ατόμου προς τους απογόνους του και προς το κοινωνικό σύνολο, είναι βασικό δικαίωμα του παιδιού που γεννιέται. Για ιστορικούς λόγους έχει καθιερωθεί ο όρος "Οικογενειακός Προγραμματισμός" το εννοιολογικό του όμως περιεχόμενο είναι πολύ ευρύτερο από αυτό του όρου. Επειδή οι στόχοι αφορούν και την επίλυση προβλημάτων, που δεν έχουν άμεση σχέση με το σχηματισμό οικογένειας, οι φορείς προβληματίστηκαν και έγιναν οι παρακάτω προτάσεις για την αντικατάσταση του όρου (Υπεύθυνη γεννησιολογία, υπεύθυνη σεξουαλικότητα, αναπαραγωγικός προγραμματισμός, προγραμματισμένη αναπαραγωγή, επιλεγμένη/εκούσια γονιμότητα ή αναπαραγωγικότητα). Γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός επηρεάζει, ποσοτικά και ποιοτικά, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, την διαδικασία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό της κοινωνίας και στην ανύψωση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός συνέβαλε στην αναπτυξιακή προσπάθεια των αγαπτυσσόμενων χωρών. Εκεί παράλληλα με τον καθολικότερο στόχο του για πρόαψη και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αποβλέπει στον περιορισμό των γεγνήσεων και στην επιβράδυνση της πληθυσμιακής εξέλιξης. Η επιβράδυνση αυτή διευκολύνει την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, με την έννοια ότι διευρύνει τις δυνατότητες για παραγωγικές επενδύσεις, ενισχύει την παραγωγικότητα, επιτρέπει την εξωοικιακή απασχόληση της γυναίκας και αμβλύνει τις ανισότητες μεταξύ

κοινωνικών ομάδων.

Στην Ελλάδα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός διακηρύσσεται ότι έχει (όπως και στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες), κυρίως ποιοτικό χαρακτήρα, δηλαδή ότι ανάγεται στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των μέσων βελτιώσεως της υγείας του πληθυσμού, την προαγωγή του ατόμου και ταυτόχρονα ότι αποτελεί τη δίοδο για την αποτελεσματική εφαρμογή της πολιτικής ενίσχυσεως της γεννητικότητας στα πλαίσια των δυνατοτήτων και των αναγκών σε πληθυσμό της χώρας. Με τον προσανατολισμό αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός θα συντελέσει στην εξασφάλιση του απαραίτητου για την ανάπτυξη της χώρας εργατικού δυναμικού, στην αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος και στην βελτίωση των συνθηκών στεγασεως, διατροφής, εκπαίδευσης, επαγγελματικής προαγωγής κοινωνικής κινητικότητας και χειραφετήσεων του πληθυσμού. Οι δαπάνες θα πρέπει να καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους προϋπολογισμούς των κοινωνικοασφαλιστικών ταμείων, σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Είναι δυνατόν να προβλεφθεί ότι οι δαπάνες αυτές θα διευρύνονται προσδευτικά, όσο διαδίδονται οι αρχές και επεκτείνονται γεωγραφικά οι υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού. Το ύψος των δαπανών θα εξαρτηθεί επίσης από τις προτιμήσεις που εκδηλώνουν τα άτομα για τις διάφορες μεθόδους ρυθμίσεως της αναπαραγωγικότητας.

0.2 Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού

Κύριοι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η προτροπή και ενίσχυση της έρευνας στα προβλήματα της αναπαρά-

γωγής και της ρυθμίσεως της γονιμότητας. Είναι η ενημέρωση και διαφώτιση των νέων γύρω από τα προβλήματα της γενετησιακής λειτουργίας, την πρόληψη των αφροδισιακών νοσημάτων και την προετοιμασία τους για την εφηβεία, την οικογένεια και την συμμετοχή τους στη κοινωνική ζωή, τις εξωγαμιαίες σχέσεις και τις επιπτώσεις της ανεξέλεγκτης σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι επιπτώσεις αυτές οδηγούν σε προβλήματα και ενέργειες που θεωρούνται ιατρικά, θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά απαράδεκτες, έχουν δε σοβαρές επιδράσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου και διασαλεύουν την αρμονία του κοινωνικού συνόλου.

Είναι η ενημέρωση των ζευγαριών στα προβλήματα των συζυγικών σχέσεων, μια ενημέρωση σωστή, υπεύθυνη και επιστημονική, η οποία οδηγεί στον ενσυνείδητο και σωστό ρυθμό οργάνωσης της οικογενείας και στον ασφαλέστερο τρόπο αποτροπής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Στους στόχους του επίσης περιλαμβάνεται η ενημέρωση και επιμόρφωση των γονέων για τον τρόπο διαφωτίσεως των παιδιών τους γύρω από τα προβλήματα της γενετησιακής σφαίρας.

Είναι η διερεύνηση δημογραφικών προβλημάτων και η παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή δημογραφικών προγραμμάτων σε Εθνική και Διεθνή κλίμακα. Η ρύθμιση πάντως της γονιμότητας αποτελεί έναν από τους βασικότερους στόχους του, αρκεί να αναφέρουμε ότι το κονδύλι που διέθεσε ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (WHO) για έρευνα και εκπαίδευση στα μέσα και τις μεθόδους που ρυθμίζουν την γονιμότητα ξεπέρασε για το 1978 τα 16 εκατομμύρια δολάρια. Επίσης καταρτίζει προγράμματα που απευ-

θύνονται σε ζευγάρια με προβλήματα στειρότητας.

Ασχολείται επίσης με την καλή ανατροφή των παιδιών, με την υιοθεσία και τα νόθα παιδιά. Στόχος του επίσης είναι η παροχή συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής (γενετική συμβουλευτική και προγενετικός έλεγχος) και με την έγκαιρη διάγνωση παθήσεων των γεννητικών οργάνων. Τέλος άλλος στόχος είναι τα ψυχικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα του γάμου καθώς επίσης και τα δικαιώματα του ζεύγους, του κάθε γονιού χωριστά και του παιδιού.

Παράγοντες επιτυχίας των στόχων :

- 1) Ανοδος μορφωτικού, εκπολιτιστικού επιπέδου.
- 2) Εξάλειψη προλήψεων και θρησκευτικών προκαταλήψεων.
- 3) Επιμόρφωση πληθυσμού σε προβλήματα αναπαραγωγής.
- 4) Επιμόρφωση πληθυσμού στους στόχους ρυθμίσεως γονιμότητας.
- 5) Σταθερή και γενναία ενίσχυση από την κυβέρνηση.
- 6) Η πληροφόρηση, τα μέσα και οι σχετικές υπηρεσίες να είναι εύκολα προσιτές σε όσους επιθυμούν ή έχουν ανάγκη.
- 7) Συνεχής επιμόρφωση όλων των φορέων.
- 8) Εξασφάλιση κοινωνικού ρόλου της γυναίκας.
- 9) Αναγνωρισμένο ενδιαφέρον για την αξιοπρέπεια και την ευημερία του ατόμου.
- 10) Διασύνδεση και συνεργασία όλων των φορέων.
- 11) Νομική κατοχύρωση των στόχων ρυθμίσεως της γονιμότητας.

12) Κινητοποίηση Ιδιωτικού και Δημοσίου τομέα για την εξεύρεση πόρων.

13) Άμεση συμμετοχή της κοινότητας.

14) Επιλογή και δημιουργία στελεχών απ' όλες τις επιστήμες συμπεριφοράς και επιμορφώσεως του ατόμου.

0.3. Οργάνωση αρμοδιότητες

Ο Οικογενειακός προγραμματισμός κατευθύνεται συνήθως από τις αρμόδιες για την υγεία κρατικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με οργανισμούς, ιδρύματα και μη κυβερνητικούς φορείς που έχουν σχέση με το θέμα και που αρμοδιότητες τους αλληλοσυμπληρώνονται. Πολλές φορές, δημιουργείται ένας ξεχωριστός οργανισμός ή οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού υπάγονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Είναι πολύ σημαντικό ο οργανισμός που τελικά αναλαμβάνει τον συντονισμό να μπορεί να καλύπτει επαρκώς ολόκληρη τη χώρα να είναι ευαίσθητος και ευέλικτος στις ανάγκες του πληθυσμού και να έχει εκ των προτέρων καθορίσει με ακρίβεια τις οριζόντιες και κάθετες κατευθυντήριες γραμμές της ευθύνης του.

0.4 Προσωπικό-Διαφώτιση

Το προσωπικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελείται από : (1) Γιατρούς των περισσότερων ειδικοτήτων με επίκεντρο τον γυναικολόγο. (2) Επιλεγμένο παραιατρικό προσωπικό δηλ. Μαιές, Αδελφές Νοσοκόμες, Επισκέπτριες Αδερφές, Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Η επιλογή των προσώπων αυτών, τόσο από πλευράς προσόντων

και παύρας, όσο και από πλευράς προσωπικότητας και ικανότητας προσεγγίσεως, επικοινωνίας και πειθούς είναι ένα σημαντικό κριτήριο για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Πρόσωπα επίσης επίσης που καλούνται να βοηθήσουν στη σύλληψη και την εκτέλεση του διαφωτιστικού προγράμματος προέρχονται από τα διάφορα επαγγέλματα που έχουν σχέση με την επικοινωνία και την επιστήμη συμπεριφοράς και επιμορφώσεως του ατόμου όπως : Δάσκαλοι-Καθηγητές, Δημογράφοι-Στατιστικολόγοι, Νομικοί, Δημοσιογράφοι, Διαφημιστές, Κλήρος, Οικονομολόγοι, Κινηματογράφος, Εντυπα, Ραδιόφωνο, Τηλεόραση, Τύπος Ιατρικός και Δημόσιος. Όλοι οι άνθρωποι αυτοί διαμορφώνουν την στάση του κοινού και χρησιμεύουν σαν άνθρωποι κλειδιά στην διεκδύση των μνημάτων.

Ο ρόλος της Διαφώτισεως στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι πολύπλευρος. Δεν περιορίζεται μόνο στην τροφοδότηση ενός παθητικού κοινού με στοιχεία, αλλά επιχειρεί την αναζήτηση και καταστολή αντιστάσεων, το ξεπέρασμα της αδιαφορίας, την αλλαγή στάσεως και συμπεριφοράς, την ενεργοποίηση και την κίτωση ατόμων, κατηγοριών ατόμων και ολοκλήρου του πληθυσμού

Ακόμα στην περίπτωση του οικογενειακού προγραμματισμού, η διαφώτιση προσπαθεί να πείσει ότι η αντισύλληψη δεν μπορεί να διαχωριστεί από την σεξουαλικότητα και ακόμη ότι δεν είναι μια μεμονωμένη ιδέα, αλλά ένας τρόπος ζωής και προυποθέτει ψυχική και φυσική υγεία, υπευθυνότητα, διαπροσωπικές σχέσεις και καθορισμό του ρόλου του καθενός στο κοινωνικό πλαίσιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σαν ιδέα πέρασε πολλά στάδια εξέλιξης μέχρι να φτάσει στη σημερινή του μορφή. Πρώτος ο Αγγλος ιερέας Malthus επισήμανε ότι η παραγωγή των τροφίμων φαίνεται να αυξάνεται με αριθμητική πρόοδο ενώ ο αριθμός της γής αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο με αποτέλεσμα την προοπτική δημιουργίας "χάσματος" ανάμεσα στην παραγωγή και στη ζήτηση τροφίμων, με τελική αναπόφευκτη κατάληξη, εκτεταμένους λοιμούς ή πολεμικές συγκρούσεις ανάμεσα σε λοιμοκτονούντες πληθυσμούς. Στο τέλος του 18ου αιώνα οι θεωρίες του Malthus αναβίωσαν από τους λεγόμενους νεομαλθουσιανούς, των οποίων η κίνηση αφορούσε τον περιορισμό των γεννήσεων.

Στην έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού δόθηκε νέα διάσταση από τρεις γυναίκες, τη Margaret Sanger στις ΗΠΑ και τις Marg Stopes και Edith How-Martyn στην Αγγλία. Το 1912 η Sanger άρχισε ένα αγώνα-που κράτησε μια ζωή-ο αγώνας αυτός είχε σαν στόχο να απελευθερώσει τις γυναίκες από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Στο ξεκίνημα της η Sanger είδε την κίνηση του ελέγχου των γεννήσεων συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας. Αρκετά αργότερα το 1917 άρχισε να συνειδητοποιεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων είχε και οικονομικο-κοινωνικές διαστάσεις.

Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη το διεθνές συνέδριο για τον

έλεγχο των γεννήσεων. Στο συνέδριο αυτό γιατροί και άλλα ευ-
αισθητοποιημένα στο θέμα της αντισύλληψης άτομα από 12 χώρες
συγκεντρώθηκαν και συζήτησαν για τα προβλήματα που συναντού-
σαν στη λειτουργία τους οι διάφοροι συμβουλευτικοί σταθμοί,
για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, για την ανάγκη έρευνας στα
θέματα της αναπαραγωγής και στο τέλος, για τις ψυχοκοινωνικές
παραμέτρους της αντισύλληψης.

Το 1948 στο συνέδριο του Cheltenham συγκροτήθηκε μία διε-
θνής επιτροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό (Internatio-
nal Committee on Planned Parenthood).

Τέλος στο τρίτο παγκόσμιο συνέδριο του Οικογενειακού
Προγραμματισμού που έγινε στη Βομβάη το 1952, η Διεθνής Επι-
τροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό έγινε Διεθνής Ομο-
σπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned
Parenthood Federation) και η Sanger έγινε η πρώτη επίτιμος
πρόεδρος της.

Σκοπός της I.P.P.F. ήταν "...να προωθήσει με την εκπαί-
δευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της
υπεύθυνης γονιμότητας έτσι ώστε η οικογένεια και η κοινωνία
να είναι ευτυχέστερες".

Η διεθνής ομοσπονδία οικογενειακού προγραμματισμού από
το 1948 μέχρι σήμερα συνεχίζει έντονα τη δράση της σε παγκό-
σμια κλίμακα.

Όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός πέρασε ακόμη μια
μικρή Οδύσσεια μέχρι το 1966, οπότε έγινε ολοκληρωτικά αποδε-
κτή από τον Ο.Η.Ε.

1.2 Φιλοσοφία του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Καμμία διάσταση της ανθρώπινης υποστάσεως και δραστηριότητας δεν έχει υποστεί τόσο βαθιές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις όσο η λειτουργία της αναπαραγωγής. Αυτό που συμβατικά ονομάζουμε "οικογενειακό προγραμματισμό" εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δύο κάρριες βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια (σεξουαλική) και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος. Η μοναδικότητα αυτή είχε μάλιστα χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά του οικογενειακού προγραμματισμού με το σκεπτικό ότι ο προγραμματισμός αυτός αποτελούσε μια βιολογική εκτροπή. Το επιχείρημα αυτό δεν είναι βέβαια βάσιμο, ο άνθρωπος είναι μοναδικός στη φύση και τη μοναδικότητα αυτή συνθέτουν αναγκαστικά μια σειρά από "εκτροπές" που κατά κανόνα έχουν θετικό πλεονεκτικό χαρακτήρα.

Στο άρθρο αυτό θα γίνει μια αξιολόγηση των δυνάμεων που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι δυνάμεις αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σχηματικά σε βιολογικές, δημογραφικές, ψυχοκοινωνικές και ιατρικές.

α. Βιολογικές Δυνάμεις

Οι καινούργιες διαστάσεις και το νέο αντικείμενο της γενετήσιας σχέσεως στον άνθρωπο φαίνεται ότι αντανακλώνται σε πολλές μορφολογικές και φυσιολογικές διαφοροποιήσεις. Η γυναίκα, σε αντιδιαστολή προς τα άλλα θυλαστικά, δεν έχει περιοδικότητα οίστρου, αλλά είναι πάντα δυνητικά έτοιμη για τη γενετή-

σια σχέση και, σε αντιδιαστολή τους με θηλυκούς ανθρωποειδείς πιθήκους, διαθέτει το χάρισμα του (δυνητικού) ορχασμού. Εξάλλου ο άνδρας, συγκριτικά προς τους αρσενικούς πιθήκους, διαθέτει αναλογικά μικρότερους όρχεις και μεγαλύτερο πέος. Στο σύνολό τους τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την αναπαραγωγή, αλλά σημαντικό αυτοσκοπό με κάρρια βιολογική εξελικτική σημασία. Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφτούν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η γεννητήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους.

Β. Δημογραφικές Δυνάμεις.

Οι Δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλουν ποσοτικά και ποιοτικά από πληθυσμό σε πληθυσμό, και η δυναμική τους δεν είναι πάντα κατανοητή. Αναφέρεται συχνά ότι "η πληθυσμιακή έκρηξη" στις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας των προόδων στην ιατρική και τη δημόσια υγεία.

Αναπόφευκτη ήταν η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση της οικολογικής ισορροπίας. Η δημογραφική διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού είχε πλέον γεννηθεί.

Γ. Ψυχοκοινωνικές Δυνάμεις.

Φαίνεται πως κοινοτυπία σήμερα, αλλά καθυστέρησε σημα-

ντικά να συνειδητοποιηθεί, ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανακλά τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δύο φύλων στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγή δημιούργησε για τη γυναίκα αλυσιδωτές δυσχέρειες, πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμα αντιμετωπιστεί και μερικές ούτε καν συνειδητοποιηθεί. Η επαγγελματική και σεξουαλική απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νού ως παρασυνέπειες του οικογενειακού προγραμματισμού, και στην πραγματικότητα έχουν χρησιμοποιηθεί με τόση ευκολία και μερικές φορές επιπολαιότητα ώστε τα κάρρια επιτεύγματα στους τομείς αυτούς να κινδυνεύουν να αυτοαναιρεθούν.

δ. Ιατρικά Δεδομένα.

Αν τα βιολογικά δεδομένα κατοχυρώνουν την αντιδιαστολή της γεννητήσιας λειτουργείας από την αναπαραγωγή, αν οι δημογραφικές δυνάμεις τις ποσοτικές ανάγκες οικογενειακού προγραμματισμού και αν τα ψυχοκοινωνικά ρεύματα διαμορφώνουν τις ποιοτικές του παραμέτρους, ήταν τα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα του αιώνα μας που γεφύρωσαν το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό. Μολονότι τα διαθέσιμα μέσα δεν καλύπτουν ακόμα ολόκληρο το φάσμα των αναγκών, εντούτοις έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι, ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζει σύνθεση δισκίων με υψηλούς δείκτες όχι μόνο αποτελεσματικότητας αλλά και ασφαλείας. Αντίθετα σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η γνώση και η τεχνολογία για την αντιμετώπιση άλλων θεμάτων και προβλημάτων, που ξεφεύγουν από το χώρο της αντιούλληψης

αλλά δεν πάυουν να αποτελούν σημαντικούς τομείς του οικογενειακού προγραμματισμού.

Σε τελευταία ανάλυση, η εξουδετέρωση των καταλοίπων αβεβαιότητας στις γεννητικές σχέσεις και το σεξουαλικό ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό όσο η πετυχημένη αντιούλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα.

1.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός-Έλεγχος Γεννήσεων.

Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων ο οποίος εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, οι οποίες μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Γι αυτό δημιουργηθεί σε πολλές χώρες μια αντίδραση στην γενικότερη εφαρμογή των σκοπών του οικογενειακού προγραμματισμού και όμως διαφέρει από τον έλεγχο των γεννήσεων σε αρκετά σημεία.

α. Έχουν διαφορετικούς στόχους.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγή εκούσια, υπεύθυνη, συνειδητή. θεωρεί λοιπόν ότι είναι αναφαίρετο δικαίωμα η πληροφόρηση κάθε ανθρώπου στα θέματα αυτά. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δεν λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, αλλά αποβλέπει στο σύνολο, έχει ποσοτικό χαρακτήρα, αποσκοπεί στην αύξηση ή μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή επιβραδύνει το ρυθμό αύξησεως του πληθυσμού.

β. Έχουν Διαφορετικά Κριτήρια στην Χρήση των Τεχνικών Μέσων Ευθυμίσεως της Αναπαραγωγικότητας.

Ετσι και όταν η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει την στειρότητα και να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζεύγος να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογενείας αντιτειθέμενος με αυτόν τον τρόπο στην πολιτική ελέγχου των γεννήσεων.

Υ. Η Αιτιολογική και Ιδεολογική Τοποθέτηση Διαφέρει Ουσιαστικά.

Ετσι η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού. Αντίθετα ο οικογενειακός προγραμματισμός αδιαφορεί για τα παραπάνω προβλήματα, θεμελιώνει δε την πολιτική του πάνω σε ορισμένες παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες. Επομένως ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται σαν θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα προστατευμένο σε Εθνική και Παγκόσμια κλίμακα. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι δύο αυτοί κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας είναι ασυμβίβαστοι. Αντίθετα συνήθως συνυπάρχουν και εφαρμόζονται από τον ίδιο φορέα, που είναι οι μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού, που συμβάλλουν στη γεφύρωση των ατομικών και Εθνικών αντιλήψεων περί επιθυμητού μεγέθους οικογενείας.

1.4 Εμπόδια στη Διάδοση και Εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

A. Σε Χώρες με Μικρή Πληθυσμιακή Αύξηση.

(1). Αντιδραστική Διάθεση στην Αντισύλληψη.

Ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται γενικά ευνοικά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Η πολιτική αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών επειδή φοβάται ότι θα δώσει την ευκαιρία βλαπτικής πολιτικής εκμεταλλεύσεως ή επειδή πιέζεται από διάφορες ομάδες, που αντιστρατεύονται τον οικογενειακό προγραμματισμό. Οι αντιδράσεις συνοδεύονται από υστερικές εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από την διαφαινόμενη μείωση ρυθμού αυξήσεως του πληθυσμού.

Η συντηρητικότητα και ατολμία της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από συντηρητικές κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες. Διαφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται τη διάδοση προγραμμάτων. Οι άνδρες π.χ. πολλές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από την γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στο αποτράβηγμα ή στο ανδρικό προφυλακτικό που δίνει την ικανοποίηση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή.

Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα είναι εδραιωμένα στο ιατρικό προσωπικό, κυρίως στο γηροντότερο, που είναι επηρεασμένο από προσωπικά βιώματα ή από θρησκευτικές πεποιθήσεις, που δεν το αφήνουν να προωθήσει τον οικογενειακό προγραμματισμό.

(2). Ανεπάρκεια Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού.

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

παροχές. Είναι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σ' αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Πολλές φορές όχι μόνο από έλλειψη πιστώσεων αλλά και από διάθεση παρεμποδίσεως του έργου των σχετικών υπηρεσιών δεν υποβοηθείται η δημοσιότητα και η διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι σπάνια η παροχή υπηρεσιών η ακόμα και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη διαφωτίσεως και εξυπηρετήσεως.

(3). Αδυναμία Εφαρμογής Ειδικών Μεθόδων Αντισύλληψης.

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από την χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωοθυλακιορρηξίας δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στειρωποιήσεως. Προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την άρση των ψυχολογικών αυτών εμποδίων. Παράλληλα όμως επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών των αντισυλληπτικών που κυκλοφορούν, αλλά και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων περισσότερο αποδεκτών από τον πληθυσμό.

Σημαντικό εμπόδιο είναι και το υψηλό κόστος μερικών με-

θόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για την δωρεάν παροχή τους.

B. Στις Υπο Ανάπτυξη Χώρες οι Οποίες Έχουν Μεγάλη Πληθυσμιακή Αύξηση.

(1). Η Ελλειψη Καλής Οργανώσεως της Διοικήσεως των Προγραμμάτων.

Κληρονομιά του πρωτοποριακού και εθελοντικού κινήματος του παρελθόντος αποτελεί η παράδοση της εφαρμογής των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού από μια επιτροπή. Η Επιτροπή αυτή στη βάση της διευθύνεται από το κράτος και αυτό την βοηθά στην νομιμοποίηση του προγράμματος. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα χρειάζεται υπεύθυνη και δυναμική διοίκηση, θα πρέπει ο οργανισμός να μπορεί να ελίσσεται όχι μόνο εντός των προσχεδιασμένων ορίων, αλλά και να μπορεί να αντιμετωπίζει απροσδόκητα προβλήματα. Γι' αυτό θα πρέπει να στρατολογηθούν και να εξασκηθούν για την αρχηγία άνθρωποι άξιοι και δημιουργικοί, οι οποίοι όμως να έχουν τη δυνατότητα να διοικούν χωρίς να εμπλέκονται σε γραφειοκρατικά χρανάξια.

(2). Ερασιτεχνισμός.

Με την αρχική εφαρμογή των προγραμμάτων δημιουργήθηκε ένα κλειστό κύκλωμα εργασίας πάνω σε εθελοντική βάση και εργασία μερικής απασχολήσεως. Παρατηρήθηκε μια βραδύτητα στο να δεκτεί το κύκλωμα τις νέες ιδέες και καταστάσεις οπότε έχουμε αναχαίτηση στο συγχρονισμό και στην δραστήρια εξάπλωση των προγραμμάτων.

Τώρα ο οικογενειακός προγραμματισμός χρειάζεται μια με-

γάλη ποικιλία ειδικοτήτων και υποστρωμάτων. Σήμερα δεν ικανοποιούν τις ανάγκες εφαρμογής των προγραμμάτων χαμηλά πληρωμένοι ή και εθελοντές ιεραπόστολοι. Δεν πρέπει όμως να αρνηθεί κανείς το σημαντικό ρόλο που διαδραμάτισε ο ερασιτέχνης στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Όμως δεν πρέπει να τοποθετούνται σε θέσεις κλειδιά ενός οργανισμού ερασιτέχνες σαν ανταμοιβή για την διαρκή και αφιλοκερδή συνεισφορά τους.

(3). Ελλειψη Εκπαιδευμένου Προσωπικού.

Σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί η επάνδρωση και η ανάθεση άμεσης επαφής με το κοινό και μεταδόσεως μηνυμάτων σε ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν την υποδομή και της απαραίτητες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και στις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

(4). Δυσχέρειες από το Ιατρικό Επάγγελμα.

Το ιατρικό επάγγελμα ενεπλάκη στον προγραμματισμό της οικογένειας ιδίως μετά την ανακάλυψη των από του στόματος αντισυλληπτικών. Τότε έγινε πιο απαραίτητη η συμμετοχή γιατρών στην εφαρμογή των προγραμμάτων και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το αυξανόμενο ενδιαφέρον τους στην διαχείριση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Η αύξηση του πληθυσμού είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετώπισε ο άνθρωπος και δημιούργησε ένα είδος κοινωνικής επανάστασης η αντιμετώπιση της οποίας απαιτεί καινοτομίες και ακόμη μια ευκαμψία. Αυτές όμως οι ιδιότητες δεν είχαν γίνει αποδεκτές από το ιατρικό επάγγελμα κατά το παρελθόν. Οι παραδόσεις, οι

άκαμπτες ιεραρχίες, οι εκτός εποχής προτεραιότητες ευσεβάστων και εδραιωμένων αξιών δεν οδηγούν σε προοδευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων. Γι' αυτό με την έννοια της πολυεπαγγελματικής φύσεως του προβλήματος και της ανάγκης ευκαμψίας δεν θεωρείται απαραίτητο να αναλάβουν οι γιατροί μεγαλύτερη διοικητική υπευθυνότητα από αυτή που έχουν ήδη λάβει. Είναι γνωστό ότι μόνο ένας γιατρός μπορεί να κάνει έκτρωση ή απολίνωση σπερματικών πόρων ή να τοποθετήσει ενδομήτριο έλασμα ή να χορηγήσει αντισυλληπτικά χάπια. Εν τούτοις η εμπειρία και η γνώση που απαιτούνται για μερικές από τις επεμβάσεις αυτές είναι μικρή και μπορεί να γίνει κτήμα με την επανάληψη.

Η ιδέα ότι μια Μαία ή γενικότερα ιατρική βοηθός μπορούν να κάνουν μερικά από τα παραπάνω θεωρείται βέβηλο από τους γιατρούς παρά την αρκετή εμπειρία και την επιστημονικά βεβαιωμένη ικανότητα του προσωπικού αυτού να επιτύχει αποτελέσματα συγκρινόμενα προς τα των γιατρών.

(5). Φόβος Δημιουργίας Ενοχλητικών Αντιδράσεων και Πολιτικού Ανταγωνισμού.

Σχεδόν κάθε νέα ιδέα χαρακτηρίζεται από το "δεν μπορούμε να το κάνουμε αυτό γιατί" έτσι και στον οικογενειακό προγραμματισμό ισχύει αυτό το "σόφισμα" σαν μια αντίδραση προς τη λεπτή φύση της αντισυλληψης σαν θέμα. Η αντίδραση στην αντισύλληψη ή ο πολιτικός ανταγωνισμός ήταν λογικός για την δεκαετία του '50 ή του '60 αλλά απαράδεκτος για την δεκαετία του '70 ή '80. Αυτή η αντίδραση έχει σαν αποτέλεσμα την εξάντληση ανθρώπων και οργανισμών. Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι

είναι απαραίτητη αλλά και ωφέλιμη η δημοσιότητα και η κριτική πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Οι σκοποί να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό. Η αμυντική ψυχολογία του παρελθόντος θα πρέπει να αντικατασταθεί με πρωτοβουλία για ευρεία ενημέρωση, αλλά και με διάθεση σωστής αντιμετώπισης της κριτικής και των αντιδράσεων που τυχόν θα παρουσιαστούν κατά την εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

(6). Σύγκρουση Ανταγωνισμός Μεταξύ Επαγγελματιών και Υπηρεσιών που ασχολούνται με Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Η διαμάχη, η οποία συμβαίνει μεταξύ ατόμων, τα οποία έχουν τους ίδιους τελικά ανθρωπιστικούς σκοπούς δημιουργεί πικρίες και οπισθοδρόμηση στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Η διαμάχη αυτή είναι ένα μεγάλο πρόβλημα σε κάθε προσπάθεια στην οποία περιλαμβάνονται περισσότερα από ένα επαγγέλματα, ο προγραμματισμός της οικογένειας δεν αποτελεί εξαίρεση.

(7). Αφροσύνη σε Μία Μόνο Μέθοδο Αντισυλληψης.

Ένα μεγάλο πρόβλημα στον προγραμματισμό της οικογένειας αποτελεί η προσκόληση σε μία μέθοδο αντισυλληψης.

Οι άνθρωποι προέρχονται από διαφορετικές περιοχές, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν διαφορετικές ηθικοθρησκευτικές πεποιθήσεις, ώστε ότι είναι κατάλληλο και παραδεκτό για μια ομάδα να είναι απαράδεκτο για μια άλλη.

(8). Απροθυμία Αναζήτησης Βοήθειας από Ειδικούς.

Οι περισσότεροι οργανισμοί προγραμματισμού της οικογέν-

νειας έχουν μια εσωτερική πίστη ότι κάθε όψη ενός προγράμματος είναι προτιμότερο να αναλαμβάνεται από το προσωπικό του οργανισμού. Ελάχιστοι οργανισμοί έχουν σοβαρά προσπαθήσει να διαμοιράσουν τις αναπτυξιακές τους εκστρατείες σε επαγγελματίες π.χ. διαφημιστές, οι οποίοι έχουν αποδείξει την ικανότητα που έχουν για να πείθουν λογικούς ανθρώπους να αγοράσουν σχεδόν το κάθε τι. Υπάρχει γενικά ένας φόβος ότι θα ξοδευτούν τα περιορισμένα χρήματα του οργανισμού με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πηγές συχνά προσφερόμενες δωρεάν, οι οποίες έχουν μικρή απήχηση των ιδεών του οικογενειακού προγραμματισμού στο ευρύ κοινό.

(9) Δημιουργία Κατεστημένου που Αδυνατεί να Προσαρμοστεί στις Νέες Ιδέες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Είναι φανερό ότι διεθνώς αρχίζει να γενικεύεται το κατεστημένο στον προγραμματισμό της οικογένειας. Η άρχουσα τάξη τείνει να γίνει οπισθοδρομική και η αντίδραση της είναι προσκολλημένη στις αμυντικές μάχες μιας δεκαετίας πριν. Στους νέους αυτή η αντίδραση είναι κιόλας μια ιστορία, κοιτάζουν μπροστά και αυτή η αρχή αντιμετώπιση των καταστάσεων των αρχηγών τους δεν είναι επιθυμητή. Αυτή η κατάσταση όχι μόνο θα μπορούσε να μην είναι εμπόδιο στη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά αφορμή για νέες ιδέες. Το πρόβλημα όμως είναι ότι το κατεστημένο συνήθως ελέγχει τη διεύθυνση της έρευνας και της ανάπτυξης, ώστε ο ανταγωνισμός αποτελεί τροχοπέδη στην πρόοδο των προγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Επιδράσεις του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, όπως έχει αποδειχθεί ιστορικά, επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα τα περισσότερα δημογραφικά φαινόμενα και συνακόλουθα, επιδρά κατά κανόνα και υπό όρους, θετικά στη διαμόρφωση και την εξέλιξη του οικονομικού, κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος. Αλλά και αντίστροφα, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση, καθώς και το μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο ενός πληθυσμού, προσδιορίζουν τα όρια των δυνατοτήτων και διάδοσης και καθιέρωσης των αρχών και μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού και προδικάζουν το βαθμό επιτυχημένης εφαρμογής του θεσμού αυτού.

2.2 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Αναπαραγωγικότητα.

Έχει διαπιστωθεί, από έρευνες σε μη μαλθουσιανούς πληθυσμούς, δηλαδή πληθυσμούς που δεν προσφεύγουν στην χρήση μεθόδων ελέγχου γονιμότητας, ότι μία γυναίκα στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της (κατά προσέγγιση μεταξύ 15 και 49 ετών) είναι δυνατό να αποκτήσει, κατά μέσο όρο, 10 ή 12 παιδιά. Γύρω από το μέσο όρο αυτό επισημαίνονται σημαντικές αποκλίσεις πράγμα που σημαίνει ότι η αναπαραγωγική ικανότητα παρουσιάζεται διαφορετική από άτομο σε άτομο.

Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι σήμερα αναλογούν 2,3 παιδιά ανά γυναίκα, κατά μέσο όρο. Αποδεικνύεται, έτσι, ότι οι Ελληνίδες δεν εξαντλούν τη "δυναμική" τους αναπαραγωγική ικανότητα. Η σημα-

γτική,εξάλλου διαφορά μεταξύ δυνητικής και πραγματοποιούμενης τεκνογονίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι χρησιμοποιούνται ευρύτερα μέθοδοι ελέγχου των.Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από τις ελάχιστες σχετικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί, μεταπολεμικά στη χώρα μας.

Η ευρεία χρησιμοποίηση μέσων ελέγχου των γεννήσεων πραγματοποιείται όπως είναι επόμενο,στα πλαίσια ενός αυτοσχέδιου οικογενειακού προγραμματισμού.Ο αυτοσχέδιος όμως,προγραμματισμός της οικογένειας παρουσιάζει σοβαρές ατέλειες.Ειδικότερα, είναι προφανώς μονοσήμαντος ως προς τις επιδιώξεις του : αποβλέπει κυρίως στον περιορισμό των γεννήσεων και αγνοεί τις ποιοτικές διαστάσεις της αναπαραγωγικότητας.Επιπλέον,εμφανίζεται ασυνεπής ως προς την επιλογή των πιο κατάλληλων μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων : δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στις κατασταλτικές μεθόδους και αποδυναμώνει τις προληπτικές μεθόδους.

2.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Δημογραφική Κατάσταση.

Ο αυτοσχέδιος οικογενειακός προγραμματισμός,σε συνδυασμό με την έλλειψη συστηματικής μέριμνας για την προστασία της μητρότητας και την ενύχωση της τεκνογονίας,συνεισέφερε στην επιτάχυνση της ροπής για προσδευτικά ολιγομελέστερη οικογένεια.Η ροπή αυτή επεκτάθηκε βαθμιαία σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και,μολονότι αποτελεί ένδειξη εκσυγχρονισμού και άμβλυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων,προβλέπεται ότι θα έχει δυσμενείς επιδράσεις στην εξέλιξη και την κατάσταση του ελλη-

νικου πληθυσμού μακροχρόνια.

Η ενίσχυση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού και συνακόλουθα, η μετατόπιση σε απώτερο χρόνο του μηδενισμού του, κρίνεται αναγκαία, επειδή : (i) εξασφαλίζει την απρόσκοπτη συνέχιση της διαδικασίας οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης μακροχρόνια, (ii) βελτιώνει τη γεωπολιτική θέση της χώρας, (iii) αποτρέπει το ενδεχόμενο μελλοντικής μείωσης του πληθυσμού και (iv) αποτελεί ασφαλιστική δικλείδα στην περίπτωση νέας έξαρσης της μετανάστευσης.

Η ενίσχυση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού, όπως είναι προφανές, θα στηριχθεί σε μία πολιτική κινήτρων και προστατευτικών μέτρων για την οικογένεια, τη μητρότητα και το παιδί. Η πολιτική αυτή θα έχει ποσοτικό χαρακτήρα (αύξηση γεννήσεων) αλλά και ποιοτικό χαρακτήρα (βελτίωση επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής) και θα συνδυάζεται με την πολιτική οικογενειακού προγραμματισμού. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο αυτοσχέδιος οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί, πολλές φορές, εμπόδιο στην εφαρμογή μιας διασταλτικής δημογραφικής πολιτικής, ενώ ο θεσμοθετημένος και προσαρμοσμένος στις πληθυσμιακές συνθήκες της χώρας οικογενειακός προγραμματισμός είναι δυνατό να ενισχύει πολλαπλά την πολιτική αυτή.

2.4 Οικογενειακός Προγραμματισμός στον Πληθυσμό

Ο θεσμοθετημένος οικογενειακός προγραμματισμός, σε συνδυασμό με την πολιτική ενίσχυσης των γεννήσεων, όπως σημειώθηκε ήδη, θα επηρεάσει ανασχετικά την πτωτική τάση του ρυθμού αύξη-

σης του πληθυσμού, επιβραδύνοντας, συνάμα τη διαδικασία γήρανσης του συνολικού και του αναπαραγωγικού πληθυσμού.

Είναι εξάλλου, αυτονόητο ότι, αν εφαρμοστεί ο οικογενειακός προγραμματισμός σε όλη την κλίμακά του, θα συμβάλει αποφασιστικά στην άνοδο της ποιοτικής στάθμης του πληθυσμού. Πράγματι, η γέννηση υγιών και επιθυμητών παιδιών μετριάξει αισθητά την οικονομική επιβάρυνση που έχει για τους γονείς η ανατροφή τους, βελτιώνει τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και συντελεί στην ουσιαστική προαγωγή της ατομικής και συλλογικής ευεξίας.

Ειδικότερα, η θεσμοθέτηση ενός πολύπλοκου συστήματος οικογενειακού προγραμματισμού αναμένεται ότι θα επηρεάσει θετικά τα πληθυσμιακά φαινόμενα, συμβάλλοντας :

- α) στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.
- β) στην επικράτηση του τύπου της μέσης οικογένειας.
- γ) στην επιβράδυνση της γεωγραφικής κινητικότητας του πληθυσμού και στη βελτίωση της χωροταξικής κατανομής του.

2.5 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Οικονομικό-κοινωνικό Περιβάλλον.

Έχει παρατηρηθεί ότι στις περιοχές και στις ομάδες πληθυσμού που διαθέτουν οικονομική ευεξία, ανώτερο μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο περισσότερες δυνατότητες για επαγγελματική και κοινωνική προαγωγή και κινητικότητα, καθώς και επαρκές και αποτελεσματικό σύστημα μαζικής επικοινωνίας, οι αρχές και οι μέθοδοι του οικογενειακού προγραμματισμού διαδίδονται, εκ-

λαικεύονται και υιοθετούνται ευκολότερα. Αντίθετα, σε υπανάπτυκτες κοινωνίες, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ελλιπή μέσα μαζικής επικοινωνίας και παραδοσιακό κοινωνικό περιβάλλον, όπως προκύπτει από την μέχρι σήμερα εμπειρία, η διάδοση και η επικράτηση του οικογενειακού προγραμματισμού συναντούν σοβαρά εμπόδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ελληνικό Δημογραφικό Πρόβλημα.

Η Ελλάδα κατά την μακράωνη ιστορία της προσπάθησε να επιβιώσει βελτιώνοντας την πληθυσμιακή της ανάπτυξη και αντιμετώπιζοντας τα διάφορα προβλήματα που δημιουργούσε η ιδιαίτερη γεωπολιτική της θέση. Έτσι κατόρθωσε να μειώσει σημαντικά τη γενική και ιδιαίτερα τη βρεφική θνησιμότητα. Σ' αυτό συνετέλεσε η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού μας επιπέδου και των συνθηκών διατροφής, διαβίωσης και υγιεινής. Οι μεταβολές αυτές έφεραν παράλληλα και μείωση της αναπαραγωγικότητας. Ο δείκτης γεννητικότητας υποδιπλασιάστηκε με αποτέλεσμα η φυσική αύξηση του πληθυσμού να μειωθεί σημαντικά και να γίνει πιο αισθητή από το μεταναστευτικό κύμα που πήρε διαστάσεις φυγής κατά τη δεκαετία του 1960.

Η μείωση της αναπαραγωγικότητας νομίστελικά ακολουθεί την κοινωνικοοικονομική και πολιτισμική ανάπτυξη του πληθυσμού. Μεγαλύτερη σημασία έχει ο τρόπος και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί η ρύθμιση της γονιμότητας. Τα διαθέσιμα βιοστατιστικά και ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η Ελλάδα σήμερα προσπαθεί να περιορίσει την αναπαραγωγικότητά της στο πρώτο μισό της αναπαραγωγικής της ηλικίας και μετά τη γέννηση δύο περίπου παιδιών με μικρότερης αποτελεσματικότητας μεθόδους αντισύλληψης γι' αυτό και καταφεύγει τόσο συχνά στις εκτρώσεις που είναι απαράδεκτες από ιατρικής, κοινωνικής, ηθικής και θρησκευτικής απόψεως. Έτσι είναι μεγάλη η ανάγκη να

διαδοθούν οι αρχές και μέθοδοι του οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι όμως δυνατό να μιλάμε να για οικογενειακό προγραμματισμό όταν υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας;

Αυτό θα γίνει κατανοητό όταν παύσουμε να ταυτίζουμε τον οικογενειακό προγραμματισμό με τον έλεγχο των γεννήσεων. Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν αντιστρατεύεται την πολιτική ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας. Παράλληλα με τα μέτρα ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας επιβάλλεται η διάδοση των αρχών και μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού όχι μόνο γιατί η πληροφόρηση, η γνώση και η ελευθερία της χρήσης του αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα, αλλά γιατί μ' αυτόν τον τρόπο θα μειώσουμε το απαράδεκτο πρόβλημα των εκτρώσεων.

Πίνακας

Σύγχρονοι δημογραφικοί δείκτες (σε 1000 κατοίκους)

στις Ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ
Χώρες ΕΟΚ	15	11	4
ΕΛΛΑΔΑ	16	9	7
ΒΑΛΚΑΝΙΑ		-	
α. Χωρίς την Αλβανία	18	9	9
β. Με την Αλβανία - Τουρκία	26	11	15

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι πλησιάζουμε τις χώρες της ΕΟΚ ελάχιστα δε μόνο υπολοιπόμεθα από τις βαλκανικές χώρες. Σε αντίθεση τόσο η Τουρκία όσο και η Αλβανία υπερτερούν τόσο στη γεννητικότητα όσο και στη φυσική αύξηση που αποτελεί σχετικό εμπόδιο για βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της ποιότητας της ζωής τους.

Πίνακας εξέλιξης

Προοπτικές εξέλιξης του Ελληνικού Πληθυσμού (1976-2000)

	ΠΕΡΙΟΔΟΙ	1976- 1980	1981- 1985	1986- 1990	1991- 1995	1996- 2000
Υ Π Ο Θ Ε Σ Ω Η Τ Α Σ Ω Ν	μέσος αρ. παιδιών	2,32	2,26	2,21	2,15	2,08
	πληθυσμός (000)	9,205	9,512	9,792	10,022	10,188
	φυσική αύξηση	6,8	6,3	5,3	3,9	2,6
ΣΥΓ- ΚΡΑ- ΤΗ- ΜΕΝΗ	μέσος αρ. παιδιών	2,32	2,31	2,30	2,28	2,25
	πληθυσμός (000)	9,213	9,543	9,861	10,112	10,373
	φυσική αύξηση	7,1	7,0	6,2	5,0	4,0
Δ Υ Ν Α Μ Ι Κ Η Ε Ν Ι Σ Χ Υ Σ Η	μέσος αρ. παιδιών	2,32	2,36	2,37	2,38	3,39
	πληθυσμός (000)	9,220	9,569	9,915	10,238	10,530
	φυσική αύξηση	7,4	7,4	6,8	6,0	5,3

Στον πίνακα παρατηρούμε ότι ακόμη κι η λήψη των πιο δραστικών μέτρων ενισχύσεως της αναπαραγωγικότητας δεν είναι

δυνατόν να επιφέρει αύξηση του πληθυσμού μας πάνω από 11.000.000 περίπου κατά το τέλος του 20ου αιώνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όσα αναφέρθηκαν γίνεται φανερό ότι τα επίπεδα και οι ροπές της αναπαραγωγικότητας καθορίζονται από ευρύτατες και ποικίλες κοινωνικές δυνάμεις, η προσαρμογή ή η αντίσταση προς τις οποίες διευκολύνονται ή παρεμποδίζονται μερικώς μόνο από τη νομοθεσία που κατά καιρούς εφαρμόζεται όσον αφορά τις εκτρώσεις ή τη χρήση αντισυλληπτικών.

Απαγορευτικά μέτρα πράγματι επέφεραν άμεση αύξηση της γεννητικότητας όταν εφαρμόστηκαν σε χώρες που η πιστή τήρηση μπορεί να ελεγχθεί λόγω του κοινωνικού συστήματος που επικρατεί.

Επομένως στην Ελλάδα ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν θα μειώσει την αναπαραγωγικότητα αλλά θα βοηθήσει την Ελλάδα να πετύχει το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας με μεθόδους περισσότερο παραδεκτές ιατρικά, ηθικά, θρησκευτικά.

3.2 Παρούσα Κατάσταση στην Ελλάδα

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σαν κοινωνικό κίνημα στην Ελλάδα μέχρι το 1976 ήταν ανύπαρκτος.

Μόνο κάποιες συζητήσεις και αναζητήσεις σε καθαρά επιστημονικό επίπεδο, μέσα στον κλειστό ιατρικό χώρο γίνονταν από ελάχιστους διακεκριμένους επιστήμονες.

Και το σπουδαιότερο ήταν ότι καμιά πρόθεση από μέρους

της πολιτείας δεν διαφαινόταν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Το γιατί συνέβαινε αυτό, δεν είναι εύκολο να απαντηθεί. Νομίζουμε πάντως ότι πέρα από τις οποιεσδήποτε κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες η σύγχυση του Ο.Π. με την δημογραφική κατάσταση της χώρας, η απροθυμία της πολιτείας στην οποιαδήποτε αντιπαράθεση με την εκκλησία, καθώς και η παρεμβολή της 7χρονης δικτατορίας δίνουν ίσως κάποια απάντηση στο ερώτημα αυτό. Το Νοέμβριο του 1976 μια μικρή ομάδα ευαισθητοποιημένων ατόμων ιδρύουν την Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Ξεκίνησαν αυτή την προσπάθεια παρόλο που ήξεραν ότι θα συναντήσουν τρομερές δυσκολίες όχι μόνο γιατί το εννοιολογικό και φιλοσοφικό περιεχόμενο του Οικογενειακού Προγραμματισμού ήταν άγνωστο στο ευρή κοινό, αλλά και γιατί ο όρος δεν υπήρχε στην νομοθεσία, στα πολιτικά κείμενα, στα προγράμματα των κομμάτων, και ούτε καν στο τρέχον ελληνικό λεξιλόγιο, μολονότι η Ελλάδα είχε αποδεχθεί επίσημα τις αρχές του Ο.Π., προσυπογράφοντας το "Παγκόσμιο Σχέδιο δράσης για τον πληθυσμό" που θεσμοθετήθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο Πληθυσμού του Ο.Η.Ε. στο Βουκουρέστι (1974). Επιπλέον είχαν να αντιμετωπίσουν μια κοινωνία μεσογειακή με ταμπού και βαθιές ρίζες στις παραδόσεις.

Και αυτή η δουλειά ήταν δύσκολη, γιατί ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αγχίζει τους παραδοσιακούς θεσμούς και αυτά που το άτομο θεωρεί ανστηρά προσωπική του ζωή (οικογένεια, λειτουργία της αναπαραγωγής, σεξουαλικότητα). Κάτω από αυτές λοιπόν τις συνθήκες ξεκίνησε η ιδρυτική αυτή ομάδα την οποία αποτελούσαν άτομα με διαφορετικές κοινωνικοπολιτικές αντιλή-

ψεις, διαφορετικά επαγγέλματα, επιστήμονες και μη, αλλά που τα διέκρινε ένας κοινός προβληματισμός, μια κοινή αντίληψη σε ότι αφορούσε τον οικογενειακό προγραμματισμό στη χώρα μας.

Τα μόνα όπλα που διέθεταν τότε, ήταν η πίστη στην αναγκαιότητα του θεσμού, η θέληση να προχωρήσουν και να κρατήσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό πάνω και έξω από τα κόμματα και την οποιαδήποτε πολιτική σκοπιμότητα. Όπως ήδη αναφέραμε, στελέχη κατάλληλα για την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού δεν υπήρχαν. Η εταιρία για να αντιμετωπίσει την πλήρη έλλειψη στελεχών, διοργάνωσε τον Οκτώβριο του 1978 Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Νοσηλευτριών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το Σεμινάριο παρακολούθησαν 30 περίπου άτομα, γιατροί, μαίες, επισκέπτριες νοσηλεύτριες, και κατά γενική ομολογία ήταν επιτυχημένο. Αξιίζει να σημειωθεί, ότι ήταν η πρώτη φορά που γινόταν στην Ελλάδα σεμινάριο με αντικείμενο τον οικογενειακό προγραμματισμό. Η απήχηση και η επιτυχία του πρώτου αυτού σεμιναρίου, ενθάρρυναν την Εταιρία να συνεχίσει την προσπάθεια εκπαίδευσης στελεχών.

Το Μάρτιο του 1981 η Εταιρία σε συνεργασία με το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, την Ι.Ρ.Ρ.Φ. και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O) διοργάνωσαν στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών ένα πολύ σημαντικό εβδομαδιαίο εντατικό σεμινάριο με θέμα "Οικογενειακός Προγραμματισμός και Υγεία". Παράλληλα με την εκπαίδευσή των στελεχών και την έκδοση των πρώτων ενημερωτικών φυλλαδίων άρχισαν εκστρατεία για τη σωστή και αντικειμενική ενημέρωση του κοινού.

Η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης αποτελούσαν και αποτελούν βασικό στόχο της Ε.Ο.Π. και γίνονται με κάθε δυνατό τρόπο :

Διαλέξεις, συζητήσεις, συνεντεύξεις στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο, ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές, διανομή δεκάδων χιλιάδων ενημερωτικών φυλλαδίων και αφισσών. Στην προσπάθεια τους αυτή επιδόσαν και επιτύχανε συνεργασία με

- τις κρατικές υπηρεσίες και άλλους φορείς υγείας
- την τοπική αυτοδιοίκηση
- τις νομαρχιακές επιτροπές λαϊκής επιμόρφωσης
- τα γυναικεία σωματεία και άλλες γυναικείες οργανώσεις
- τα διάφορα σωματεία και συλλόγους.

Έτσι κατά το 1983 άρχισαν να λειτουργούν 11 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε κρατικά νοσοκομεία.

Προγραμματίζεται λειτουργεία και άλλων κέντρων με τελικό στόχο την παροχή πληροφοριών οικογενειακού προγραμματισμού σε κάθε κέντρο υγείας.

3.3 Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού

Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού

, Σόλωνος 121 , τηλ. : 3606390

Τρίτη, Πέμπτη 5.30 - 8.00 μμ

Παρασκευή 9.00 - 12.00 πρωί

(Όλες οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν)

Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία"

Γουδί , τηλ. : 7771611-14

Κάθε Σάββατο 10.00 - 1.00 πρωί

Συμβουλευτικό Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

Νοσοκομείο - Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα"

Βασ. Σοφίας και Λούρου ,

Ιλίσια , Τηλ. : 7799424

Κάθε μέρα πρωί

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

Νοσοκομείο "Αρεταίειο"

Βασ. Σοφίας 76

Τρίτη, Πέμπτη, 11.00 - 1.00 πρωί

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού ΠΙΚΠΑ

Κων/πόλεως 7 , Μπραχάμι , Άγιος Δημήτριος

Νοσοκομείο Γενικό Αθηνών "Άγιος Παύλος" (Λαϊκό)

Αγίου Θωμά 17 , Τηλ. : 7771101 και 7707808

Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή 10.00 - 12.00 πρωί

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

Νοσοκομείο - Μαιευτήριο "Μαρίκα Ηλιάδη"

Ελ. Βενιζέλου 2 , Αμπελόκηποι

Τηλ. : 6432221 (εσωτ. 149)

Κάθε μέρα πρωί

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

"Τζάνελο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς

Τηλ. : 4519411

Κάθε πρωί 10.00 - 12.00

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Νοσοκομείο "Αγία Σοφία"

Α' Γυναικολογική Κλινική

Τηλ. : 837921

Δευτέρα, Τετάρτη, Παρασκευή πρωί

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Νοσοκομείο Ιωαννίνων - "Χατζηκόστα"

Τηλ. : 26292

Τετάρτη 6.00 - 8.00 απόγευμα

Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

ΚΕΝΤΡΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Μονάδα Προλήψεως Μεσογειακής Αναιμίας

Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών

Λεωφ. Αλεξάνδρας 196 , Τηλ. : 6461288 , Κάθε μέρα πρωί

"Χωρέμειο" Ερευνητικό Εργαστήριο

Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία"

Γουδί , τηλ. : 7771611

Υπηρεσία Προλήψεως Μεσογειακής Αναιμίας

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Νοσοκομείο "Ανδρέα Συγγρού"

Ι.Δραχούμη 5 , Ιλίσια

3.4 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού που Υπάρχουν Σήμερα

1. Κ.Θ.Π ΠΙΚΠΑ-Καρόλου 16-Λειτουργεί και εκπαιδευτικό κέντρο.
2. ΠΙΚΠΑ Αμαρουσίου
3. ΠΙΚΠΑ Νέας Φιλαδέλφειας
4. Νέας Σμύρνης - Βεμιστοκλέους Σοφούλη 46
5. Πατησίων - Ηρακλείου 52
6. Καλλιθέα - Κρέμου 110 - Πλ.Δαβάκη (Λειτουργεί και ως εκπαιδευτικό κέντρο)
7. Αρχαρούπολη - Κύπρου και Δωδεκανήσου

Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ΙΚΑ

1. Αθήνα - Νέου Κόσμου - Υποκατάστημα Νέου Κόσμου
2. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. Αγίας Βαρβάρας-Νίκαια-Μεγ.Αλεξ.
3. Πειραιά Υποκατάστημα Καμινίων - Μουτσοπούλου 50
4. Θεσσαλονίκη : Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. Πύλης Αξιού
5. Θεσσαλονίκη : Τοπικό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. Τριανδρίας

Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε Νοσοκομεία

1. Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα"
2. Γενικό Νοσοκομείο "Τζάνειο"
3. Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
4. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
5. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Αγίας Ανδρέας"
6. Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Χατζηκόστα"
7. Γενικό Νοσοκομείο Σερρών
8. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
9. Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας
10. Γενικό Νοσοκομείο Κομοτινής
11. Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
12. Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης
13. Γενικό Νοσοκομείο Αρχαίας
14. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
15. Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
16. Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
17. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Κρήτης
18. Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης
19. Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
20. Γενικό Νοσοκομείο Πρεβέζης
21. Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης
22. Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Υγεία Μητέρας

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

Πράγματι, προάγει την ψυχική υγεία και ευτυχία της γυναίκας.

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

Οι μέθοδοι αντισυλληψης εφαρμόζονται και είναι γενικά περισσότερες γνωστές και παραδεκτές από γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν την μικρότερη αναπαραγωγικότητα, η οποία οφείλεται στην καθυστέρηση συνάψεως γάμου και στην επιθυμία συστάσεως μικρού μεγέθους οικογενείας ώστε να είναι δυνατόν να ανταποκρίνονται στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Μικρό μέγεθος οικογενείας μπορούν να επιτύχουν γιατί έχουν τη δυνατότητα ενημερώσεως πάνω σε θέματα αντισυλληψης, αλλά και τη δυνατότητα επηρεασμού και του συζύγου ως προς το επιθυμητό μέγεθος οικογενείας. Αυτές τις γυναίκες ο οικογενειακός προγραμματισμός τις βοηθά στην διατήρηση της ψυχικής τους υγείας, γιατί τις απαλλάσσει από την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα δημιουργήσει προβλήματα που έχουν σχέση κυρίως με την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Επιδίωξη όμως του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η

ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού και κατά κανόνα και χαμηλού οικονομικού επιπέδου στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει πιο ξωτικά προβλήματα, κυρίως κοινωνικά και οικονομικά που έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής τους την οποία υποβιβάζουν.

Σημαντική όμως είναι και η βοήθεια που προσφέρει στις ανύπαντρες γυναίκες στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει συσσώρευση σοβαρών ψυχικών προβλημάτων και ερωτηματικών για την παραπέρα πορεία τους.

Σε χώρες που η ανύπαντρη μητέρα δεν είναι αποδεκτή κοινωνικά φαίνεται ότι αντιμετωπίζει μεγαλύτερους κινδύνους υγείας κατά την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία. Αυτό φυσικά μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως, η νεαρή ηλικία η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλειψής γυναικολογική παρακολούθηση, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Ίσως το σπουδαιότερο ρόλο παίζει η παραδοχή από το οικογενειακό περιβάλλον. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Νέα Υόρκη (1955-1959) η μητρική θνησιμότητα σε λευκές ανύπαντρες ήταν 27/10.000 γεννήσεις και σε παντρεμένες ήταν 3/10.000.

Σε έγχρωμες μητέρες οι αντίστοιχες τιμές ήταν 19,9 και 12,5 / 10.000. Η διαφορά στις έγχρωμες μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων είναι πολύ μικρή ίσως γιατί τα ήθη και έθιμα των μη λευκών της Ν.Υόρκης αποδέχονται την ανύπαντρη μητέρα και την ενσωματώνουν στην οικογένεια του πατέρα της.

Η έκτρωση, ο βεβιασμένος τοκετός ή η γέννηση παιδιού σε μια ανύπαντρη γυναίκα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σημε-

ρινή κοινωνία. Το μέγεθος των προβλημάτων εξαρτάται από τα πρότυπα της κοινωνίας αλλά και από το δικό της κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Όσο αυτό είναι χαμηλότερο τόσο συνήθως μεγαλύτερη άγνοια έχει των μεθόδων αντισύλληψης, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τόσο μεγαλύτερα τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει από αυτή. Γι' αυτό ιδίως στις ομάδες αυτές η εγκυμοσύνη επιφέρει ισχυρότατο κλονισμό, αλλά ακόμη και η παραμικρή καθυστέρηση της περιόδου προκαλεί σημαντικό άγχος για την πιθανότητα εγκυμοσύνης.

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

Πράγματι βοηθάει να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη σε περίπτωση μιας σοβαρής παθήσεως της μητέρας είτε μόνιμης είτε παροδικής. Έτσι συνιστάται προσωρινά η εφαρμογή καταλλήλου αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για την ζωή ή την υγεία της κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. Βοηθάει επομένως στην αποκατάσταση της υγείας της, η οποία θα είναι ευκολότερη και γρηγορότερη όταν δεν παρεμβληθεί κύηση ή έκτρωση.

Επίσης βοηθά σημαντικά τις γυναίκες που έχουν ανάγκη από μόνιμη αντισύλληψη. Μόνιμη δε αντισύλληψη είναι απαραίτητη σε χρόνια υπέρταση, σε διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλο-

κές, σε μη αντιροπούμενη καρδιοπάθεια κ.λ.π.

Επίσης είναι δυνατόν να αποφευχθεί η γέννηση και επομένως η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας τέτοιας νόσου. Κλασικά παραδείγματα αποτελούν οι αιμοσφαιρινοπάθειες, η αιμορροφιλία, η διμαυρωτική ιδιότητα, οι χρωματοσωμικές ανωμαλίες κ.λ.π. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η εγκυμοσύνη επιφέρει επιβάρυνση της υγείας της μητέρας διότι αυτή είτε για να αποφύγει τη γέννηση παθολογικού παιδιού θα καταφύγει στην έκτρωση, είτε θα εξακολουθήσει την εγκυμοσύνη και θα γεννήσει πιθανόν παθολογικό παιδί που στην συνέχεια θα επηρεάζει την ψυχική της υγεία για όλη της τη ζωή.

Είναι γνωστό πως η υγεία της μητέρας επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη και η εγκυμοσύνη από την υγεία της μητέρας και οι δύο επιδρούν στην οικογένεια άμεσα και αργότερα. Κάθε γυναίκα επιθυμεί να εξασφαλίσει για τον εαυτό της και για τα παιδιά της την καλύτερη υγεία που επιτρέπει το γεννητικό της δυναμικό. Με αυτόν το στόχο προβάλλεται για την γυναίκα που δεν έχει προβλήματα υγείας ή κληρονομικής ασθένειας σαν Ιδανικό Πρότυπο αναπαραγωγής.

1. Η κυοφορία μεταξύ 18 και 35 χρονών.

2. Μεσοδιαστήματα μεταξύ γεννήσεων πάνω από δύο χρόνια.

3. Ο αριθμός των παιδιών να μην περνά τα τέσσερα.

4.2 Παράγοντες που Επιδρούν στην Υγεία της Μητέρας

1. Επίδραση Μεγέθους Οικογένειας.

Η μητρική θνησιμότητα αυξάνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των κηύσεων. Από στοιχεία σε 348.393 γεννήσεις στις Η.Π.Α.

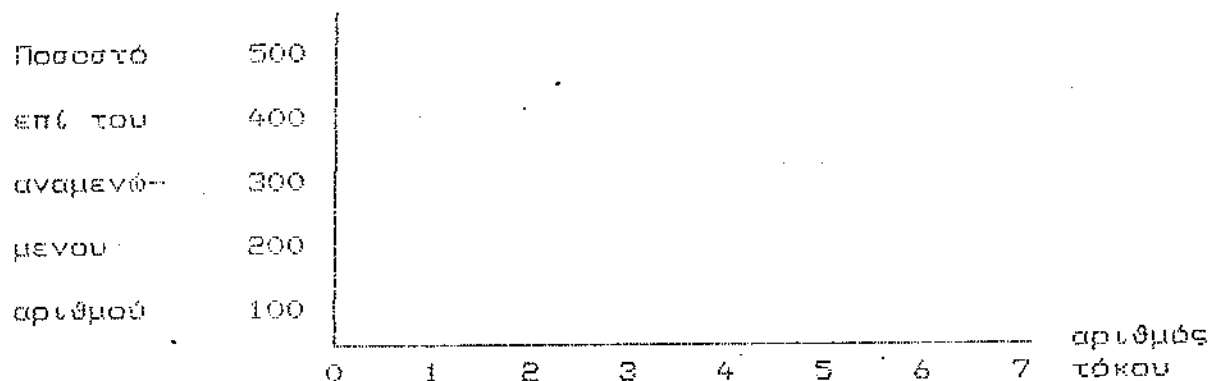
φαίνεται πως σε μητέρες ηλικίας 20-29 χρονών η θνησιμότητα είναι 4,1/10.000 για τις πρωτότοκες και 13,2 για αυτές που έχουν πάνω από τέσσερα παιδιά. Για τις ηλικίες 30-39 χρονών οι αντίστοιχες τιμές είναι 12,2/10.000 και 17,8/10.000. Σε άλλη μελέτη σε 16.362 γεννήσεις υπολογίστηκε πως η μητρική θνησιμότητα για το έκτο (6) παιδί ήταν πενταπλάσια της θνησιμότητας για το πρώτο.

Σχεδόν όλες οι αρρώστιες μπορούν να χειροτερεύσουν από την ανεξέλεκτη γονιμότητα. Σε μελέτη στον πληθυσμό της Ιορδανίας όπου η γεννητικότητα είναι πολύ μεγάλη λόγω του κοινωνικού χοήτρου που δίνει η οικογένεια, βρήκαν ότι η πολυτοκία αυξάνει τον κίνδυνο ρίξεως της μήτρας, προδρόμου πλακούντα, προεκλαμπτικής τοξιναιμίας, αιμορραγίας και αναιμίας. Έχει επίσης διαπιστωθεί σαφής επιδημιολογική σχέση μεταξύ επανειλημμένων κυήσεων και καρκίνου τραχήλου της μήτρας, καρδιαγγειακών παθήσεων και υπέρτασως.

Εκτός από την αύξηση των καθαρά γυναικολογικών επιπλοκών οι πολλές εγκυμοσύνες μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη γέννηση, στην εκδήλωση και στην επιβάρυνση συστηματικών νοσημάτων όπως π.χ. στην μετάπτωση του υποκλινικού διαβήτη σε κλινικό.

Στο διάγραμμα I φαίνεται καθαρά η επίδραση του τόκου στην μετάπτωση του υποκλινικού διαβήτη σε κλινικό.

Διαγραμμα I



Στις δυτικές χώρες η κακή υγεία της μητέρας συνδέεται με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο κι αυτό πάλι συνδέεται με πολυπρόσωπη οικογένεια ωστόσο, ακόμα κι όταν απομονωθεί ο παράγων της κοινωνικής τάξεως πάλι υπάρχουν διαφορές στην υγεία μεταξύ ολιγότοκων και πολυτόκων γυναικών. Στον πίνακα I φαίνονται γυναικολογικά στοιχεία για την επίδραση των πολλών κυήσεων στην υγεία της μητέρας. (από ανάλυση 9.195 περιπτώσεων στο Βέλγιο).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ποσοστά επί τοις ο/οο	Τόκος 1 & 2	Τόκος 5 & 5+
Αναιμία	9,4	22,0
Διαβήτης	1,99	5,33
Εγκάρσια προβολή	2,35	11,4
Προσωπική προβολή	2,53	6,09
Ισχιακή προβολή	2,8	11,4
Πρόδρομος Πλακούς	5,6	14,4
Αιμορραγία	20,2	33,4
Καίσαρική Τομή	15,5	24,3

Ο μεγάλος αριθμός παιδιών είναι φυσικό να εξαντλεί τα αποθέματα ενεργείας της μητέρας. Η πεποίθηση πως οι ικανότητες της μάνας να φροντίζει τα παιδιά της είναι απεριόριστες στήριζονται σε συναισθηματισμούς και όχι σε επιστημονικά δεδομένα. Από τη μελέτη που έγινε στην Αγγλία όπου αξιολογήθηκε η επάρκεια τη μητρικής φροντίδας, βρέθηκε ότι άριστες μητέρες μπορούν να θεωρηθούν το 44% αυτών που είχαν ένα παιδί, το 27% αυτών που είχαν τρία παιδιά και μόνο το 10% αυτών που είχαν πέντε ή περισσότερα.

2. Επίδραση μεσοδιαστημάτων κηρήσεων.

Οι συχνές εγκυμοσύνες που δεν αφήνουν τον απαραίτητο χρόνο στη μητέρα να αναπληρώσει τις απώλειες θρεπτικών ουσιών κυρίως σιδήρου, αλλά και δεν της επιτρέπουν να συνέλθει ψυχολογικά από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την φροντίδα του βρέφους, επιδρούν δυσάρεστα στην υγεία και στην ψυχική ισορροπία της μητέρας.

Στις υποανάπτυκτες χώρες και στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα των αναπτυσσόμενων οικονομικά χωρών, ο υποσιτισμός ή η κακή διατροφή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αναιμίας. Οι περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών (που δυστηχώς αυξάνονται συνεχώς και στην Ελλάδα) συμβαίνουν σε βρέφη ή μικρά νήπια που η μητέρα τους είναι έγκυος ή μόλις γέννησε. Φαίνεται πως η φροντίδα ενός νεογνού και ενός παιδιού κάτω των δύο ετών ξεπερνά τις δυνατότητες των περισσότερων γυναικών. Το διάστημα 2 χρόνων μεταξύ δύο κηρήσεων θεωρείται ο ελάχιστος χρόνος ασφαλείας

3. Η Επίδραση της ηλικίας.

Είναι γνωστό πως η εγκυμοσύνη στην πολύ νεαρή (<18 ετών) και στην προχωρημένη ηλικία (>35) παρουσιάζει κινδύνους όχι μόνο για το παιδί αλλά και για την μητέρα. Στον πίνακα 2 φαίνεται η μητρική θνησιμότητα (σε 1.000 γεννήσεις ζώντων) σύμφωνα με την ηλικία της μητέρας σε χώρες διαφορετικού οικονομικού και υγειονομικού επιπέδου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ηλικία μητέρας	Η.Π.Α.	ΤΑΙΛΑΝΔΗ	ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ
Κάτω των 19	11	204	860
20 - 24	10	154	380
25 - 29	13	154	520
30 - 34	24	209	620
35 - 39	41	275	480
40 - 44	86	474	810
Ανω των 45	234	-	-
Όλες οι ηλικίες	15	210	570

4.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός και υγεία παιδιού.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δεν συμβάλλει μόνο στην ανύψωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού αλλά και των παιδιών τους.

Οι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία του παιδιού είναι:

1. Ηλικία μητέρας.

Οι γεννήσεις στις ακραίες ηλικίες κάτω από 18 και πάνω από 35 έχουν μεγαλύτερους κινδύνους από τις άλλες. Η μητρική

φροντίδα δεν είναι ένστικτο. Είναι γνώση και τέχνη που καλλιεργείται και προϋποθέτει χι' αυτό κάποια συναισθηματική ωριμότητα και κάποια υποστήριξη από το περιβάλλον.

Η πολύ νεαρή μητέρα ακόμη και όταν είναι βιολογικά ώριμη στις δυτικές κοινωνίες και στην δική μας, είναι τις πιο πολλές φορές ψυχικά ανώριμη να αναλάβει την φροντίδα ενός παιδιού. Η μεγαλύτερη βρεφική θνησιμότητα παρατηρείται σε νεαρές μητέρες που δεν ξέρουν να περιποιηθούν τα παιδιά τους.

Στον πίνακα 3 φαίνονται στοιχεία για τη σχέση βρεφικής θνησιμότητας σύμφωνα με την ηλικία της μητέρας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ο/οο 68-70			
Ηλικία μητέρας	Sao Paulo	El salvador	U.S.A.
Κάτω των 19	104	120	26
20 - 24	68	84	16
25 - 29	53	73	15
30 - 34	61	81	17
Ανω των 35	67	94	18

Από Ελληνικά στοιχεία (Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα", 1966)

φαίνεται πως οι νεαρές μητέρες (κάτω των 16 ετών) είχαν πολύ συχνά πρόωρους τοκετούς (17,8% σε σύγκριση με το ποσοστό επί του συνόλου γεννήσεων που ήταν 7,6%). Η πρόωριότητα είναι συχνή και στις ηλικιωμένες μητέρες (21,7%). Φυσικά η θνησιμότητα και νοσηρότητα των πρόωρων νεογνών είναι πολύ μεγαλύτερες από τις των τελειωμένων. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν οι μητέρες είναι πολύ

νέες οπότε, συχνά όντας ανύπαντρες δεν έχουν την υποστήριξη της οικογενείας τους για την φροντίδα του μωρού.

Η ηλικιωμένη μητέρα (πάνω από 35 ετών) έχει αυξημένες πιθανότητες να γεννήσει παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες. Πιθανότητα για μια γυναίκα να αποκτήσει παιδί με τρισωμία 21 (Μαγχοσειδή Ιδιωτία) αυξάνεται από 1/1000 για την ηλικία των 32 ετών σε 1/90 για την ηλικία των 41 ετών. Στην Ελλάδα σε μια χρονιά (1976) σε 145.000 γεννήσεις, η μία στις πέντε αφορούσε σε γυναίκα νεώτερη από 20 ή μεγαλύτερη από 35 ετών και 3.182 παιδιά γεννήθηκαν από μητέρες ηλικίας κάτω από 15 ή πάνω από 40 ετών.

2. Μεσοδιαστήματα τοκετών.

Στον πίνακα 4 φαίνεται η σχέση βρεφικής θνησιμότητας με τα μεσοδιαστήματα γεννήσεων. Οι διαφορές αυτές είναι φυσικά μικρότερες σε χώρες ή πληθυσμούς υψηλού βιοτικού επιπέδου όπου με την επαρκή διατροφή και καλή ιατρική παρακολούθηση η γυναίκα μπορεί να ανακτήσει τις δυνάμεις της γρήγορα μετά από τον τοκετό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΚΕΤΩΝ	
Μήνες απο προηγ. τοκετό	Βρεφική θνησιμότητα
0 - 11	206
12 - 23	202
24 - 35	132
36 - 47	138
πάνω από 48	108

3. Αριθμός παιδιών

Ασφαλέστερος ιατρικά θεωρείται ο τοκετός του δευτέρου και τρίτου παιδιού. Από τον τέταρτο τοκετό η συχνότητα θνησιγενών εμβρύων και η βρεφική θνησιμότητα αυξάνονται σταθερά. Οι Hardy και Morris αναφέρουν αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας από 7,9 ο/οο σε πρωτότοκα σε 20 ο/οο στα έκτου τόκου. Σε άλλη στατιστική σε Αγγλικό πληθυσμό η περιγεννητική θνησιμότητα φαίνεται να αυξάνεται από 24,2 ο/οο για το πρώτο παιδί σε 50,5 ο/οο για το πέμπτο και σε 73,7% για το έβδομο. Σε δύο μελέτες (Grand 1964, Douglas and Simpson 1964) βρέθηκε πως ο ρυθμός αυξήσεως των παιδιών μειώνεται όσο αυξάνει το μέγεθος της οικογένειας άσχετα με την κοινωνική τάξη.

Το "μοναχοπαιδί" στην πιο χαμηλή κοινωνική τάξη αναπτύσσεται το ίδιο καλά ή και καλύτερα από τα παιδιά της ανώτερης τάξης.

Η National Food Survey στην Αγγλία βρήκε πως οικογένειες με πάνω από τέσσερα παιδιά, άσχετα με την κοινωνική τους τάξη, είχαν κακή διατροφή και ειδικότερα, έπαιρναν λιγότερο ασβέστιο και πρωτεΐνη από τις συστηνόμενες διατροφές.

Εκτός από την αύξηση, ο αριθμός των αδελφών φαίνεται να επηρεάζει ακόμα και το πνευματικό πηλίκο των παιδιών. Σε μελέτη 300.000 παιδιών στην Σκωτία, η διαφορά των πρωτότοκων από τους πεμπτότοκους ήταν περίπου 20 (110 και 92). Από έρευνα σε παιδιά της Κρήτης (Παπουτσάκης) βρέθηκε πως ο αριθμός των αδελφών και ο τόκος επηρεάζουν την σχολική επίδοσή : 50% των μοναχοπαιδιών ήταν αριστούχοι σε σύγκριση με 15% των πρωτοτό-

κιων που είχαν πάνω από τέσσερα αδέρφια.Μα και στην ψυχική υγεία και στην προσαρμοστικότητα των παιδιών δείχνει να επιδρά το μέγεθος της οικογένειας.

Από τις στατιστικές του Αμερικάνικου Στρατού φαίνεται πως όσοι των νεοσυλκτιών που απαλλάσσονται,για λόγους ψυχικής υγείας προέρχονται από οικογένειες με περισσότερα από τέσσερα παιδιά.Οι μισοί από τους νεοσύλεκτους που έχουν πάνω από πέντε αδέρφια απαλλάσσονται λόγω ψυχικών διαταραχών.Το 60% των τροφίμων αναμοφωτηρίου είχαν πάνω από τέσσερα αδέρφια.

4. Κοινωνική κατάσταση.

Ακόμα και σε χώρες όπου η ανύπαντρη μητέρα είναι κοινωνικά αποδεκτή η βρεφική θνησιμότητα,η πρωρότητα και η θνησιγένεια είναι πολύ υψηλότερες στα νόθα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

	Ανύπαντρες	Παντρεμένες
Βρεφική θνησιμότητα επί τοις ο/οο	34	24 (Δανία)
	48,2	23,9 (Ν.Υόρκη)
Θνησιγένεια ο/οο	24,9	13,2 (Ν.Υόρκη)
Πρωρότητα	16,4	8,5 (Ν.Υόρκη)

Στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι το κάθε παιδί να γεννιέται και να μεγαλώνει με τέτοιες συνθήκες ώστε να μπορεί να αποδώσει το μέγιστο του γεννητικού του δυναμικού
Απαραίτητη Προϋπόθεση :

ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟ. Άνεπιθύμητα από τους γονείς,δεν είναι μόνο τα νόθα,τα κακοποιημένα και αυτά που τα βραίνει μια

σοβαρή και ανίατη κληρονομική αρρώστεια. Αυτά αποτελούν μια μικρή ομάδα παιδιών με γνωστά λίγο ή πολύ προβλήματα. Περισσότερα είναι τα "υποκλινικά" ανεπιθύμητα : αυτά που γεννιούνται "υπεράριθμα" ή "άκαιρα", σε ακατάλληλη στιγμή. Το ανεπιθύμητο παιδί μπορεί να αντιπροσωπεύει για τους γονείς χαμένες φιλοδοξίες, μειωμένες ευκαιρίες εργασίας, αναστολή ή διακοπή σπουδών, πολύ συχνά, έναν αναγκαστικό απρογραμμάτιστο κι ανεπιθύμητο γάμο που τις πιο πολλές φορές διαλύεται. Μπορεί ακόμα ν' αντιπροσωπεύει οικονομικές δυσκολίες, με τις γνωστές τους επιπτώσεις στην ισορροπία της οικογένειας. Όσο χαριτωμένο και γερό και αν είναι αυτό το παιδί είναι δύσκολο να αντισταθμίσει την αρνητική επίδραση που είχε η γέννησή του στη ζωή των γονέων του. Ειδικότερα για την σημερινή νέα γυναίκα ο γάμος και η χαρά της μητρότητας φαίνεται ότι αρχίζουν να μη χαμίζουν τη ζωή της και δύσκολα συγχωρεί (υποσυνειδήσια βέβαια) το παιδί που της ανέκρωσε τις σπουδές της ή την σταδιοδρομία της και κατέβασε την ποιότητα ζωής της οικογένειας.

Το παιδί νοιώθει την απόρριψη κι αφού δεν καταφέρνει να κερδίσει την αγάπη, αγωνίζεται να τραβήξει την προσοχή έστω μ' επιθετική συμπεριφορά. Έτσι η απόρριψη επιδεινώνεται δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος και το παιδί καταλήγει να γίνει απραξάρμοστο, ανικανοποίητο, αντικοινωνικό άτομο.

Το να είναι κανείς επιθυμητός, αποδεκτός, αγαπητός φαίνεται πως είναι απαραίτητη προϋπόθεση, για να δημιουργήσει μια ισορροπημένη προσωπικότητα και για να αποκτήσει την ικανότητα να έχει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Κάθε παιδί που πρόκειται

να γεννηθεί έχει δικαίωμα να είναι επιθυμητό όπως έχει δικαίωμα για παροχή υπηρεσιών υγείας, για σωστή διατροφή και για εκπαίδευση. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πρέπει να διασφαλίσει αυτό το δικαίωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Αντισυλληπτικά Μέσα.

Ο ορισμός αντισύλληψη ή αντισυλληπτικά μέσα και αντισυλληπτικές μεθόδους στην στενή του έννοια υποδηλώνει κάθε μέθοδο και μέσο που αντιστρατεύεται, που παρεμποδίζει, τη σύλληψη την γονιμοποίηση δηλαδή του ωαρίου. Όταν όμως χρησιμοποιούμε τον ορισμό αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα εννοούμε όχι μόνο τα μέσα που παρεμποδίζουν την γονιμοποίηση του ωαρίου, αλλά και την εγκατάσταση μέσα στην μήτρα του γονιμοποιηθέντος ωαρίου και ακόμη κάθε μέσο που οδηγεί στον βίαιο τερματισμό της εγκυμοσύνης.

Είναι γι' αυτό σωστό να γίνεται χρήση αντί του ορισμού αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα ο ορισμός Έλεγχος γονιμότητας και μέσα που ελέγχουν τη γονιμότητα. Ο ορισμός αντισυλληπτικά μέσα μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο όταν τα μέσα αυτά περιορίζονται στο να παρεμποδίζουν την σύλληψη.

Η ρύθμιση της γονιμότητας ονομάστηκε εύστοχα "Πέμπτη ελευθερία του ατόμου" και δικαιώνει την καθοριστική έννοια που έδωσαν τα Ηνωμένα Έθνη ότι αποτελεί "βασικό ανθρώπινο δικαίωμα". Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες πολιτισμένες χώρες του κόσμου έχουν αποδεχθεί τις Διεθνείς Διακηρύξεις και έχει γίνει συνείδηση ότι η ρύθμιση της γονιμότητας δεν αποτελεί ιδιαίτερη φιλοσοφία, στην οποία συμφωνούμε ή διαφωνούμε, αλλά αποτελεί ανάγκη για όλα τα άτομα της αναπαραγωγικής ηλικίας και για όλα τα στρώματα του πληθυσμού. Από τα διεθνή δεδομένα

φαίνεται ότι, η συγκεκριμενοποίηση του δικαιώματος αυτού και ακόμη περισσότερο, του τρόπου υλοποίησής του, προσκρούει σε σοβαρά εμπόδια διότι είναι νεοφανές και κατά συνέπεια δεν υπάρχει νομοθετική εμπειρία. Προσκρούει κυρίως στο ότι οι αντιλήψεις του ατόμου για ελεύθερη και υπεύθυνη γονιμότητα σπάνια συμπίπτουν με τις αντίστοιχες αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου και της πολιτικής εξουσίας. Οι διαφορές αυτές συνεπάγονται Ποικίλες διαμαρτυρίες που κάποτε προσλαμβάνουν διαστάσεις όχι μόνο ανάμεσα στα διαφορετικά πολιτικοοικονομικά συστήματα ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του κόσμου, αλλά ακόμη ανάμεσα στην πολιτική και διοικητική εξουσία μέσα στην ίδια την χώρα, ανάμεσα στους διαφορετικούς κλάδους Επιστημών συμπεριφοράς του ανθρώπου, ανάμεσα στους φορείς υγείας του τόπου και ακόμη, ανάμεσα στα κοινωνικά σύνολα με διαφορετική μορφολογική, οικονομική δομή ή πολιτιστική αντίληψη.

Παρα τις δυσκολίες αυτές, λίγα (ως κοινωνικά κινήματα στην ιστορία της ανθρωπότητας έχουν επηρεάσει την ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας μέσα στις δύο τελευταίες δεκαετίες όσο η ανάγκη και η προσφορά για την ρύθμιση της γονιμότητας.

Το πρόβλημα ελέγχου της γονιμότητας απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Όλες σχεδόν οι ανθρώπινες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποίησαν μέσα και εφήρμοσαν μεθόδους για έλεγχο της γονιμότητας, ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τα μέσα αυτά αποσκοπούσαν είτε στην αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είτε στην προσπάθεια καταστροφής της. Τα μέσα όμως που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για

τον έλεγχο της γονιμότητάς του ήταν μέχρι πριν από λίγο καιρό ακόμη στην πλειονότητά τους αυτοσχέδια και εμπειρικά χωρίς επιστημονική βάση, γι' αυτό τα περισσότερα από αυτά όχι μόνο δεν ήταν αποτελεσματικά αλλά πολλές φορές ήταν και επικίνδυνα.

Από τα αυτοσχέδια μέσα που απέβλεπαν στην αποφυγή της εγκυμοσύνης αλλά ήταν μηχανικά, όπως η τοποθέτηση στον κόλπο πώματος πριν από την συνουσία, κατασκευασμένου από διάφορες ουσίες και υλικά, υφασμάτινα, ελαστικά, πλαστικές ύλες και σπόγγους και άλλα χημικά, όπως πλύσεις κοιλικές με ξύδι, λεμόνι, αλατοπίπερο, σαπουνάδα, λάδι και αρχότερα διάφορα αντισηπτικά διαλύματα.

Όλα τα μέσα αυτά σπάνια έφερναν το ποθούμενο αποτέλεσμα ενώ αντίθετα τις περισσότερες φορές αποδεικνύονταν επιβλαβή για την υγεία και επικίνδυνα. Για την αποφυγή της εγκυμοσύνης ο άνθρωπος χρησιμοποίησε εμπειρικά και την παρατελεινόμενη γαλουχία χωρίς, όπως ξέρουμε, μεγάλη επιτυχία.

Για την καταστροφή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τα αυτοσχέδια και εμπειρικά μέσα που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος ήταν είτε μηχανικά είτε δηλητήρια. Στα μηχανικά μπορούν να περιληφθούν διάφορες σωματικές ασκήσεις όπως τρέξιμο, πηδήματα, έλξεις βάρους και περίεργες στάσεις του σώματος, πλύσεις των τοιχωμάτων της κοιλιάς, υπερβολικά θερμά-και γενικά-λουτρά του σώματος, και η τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και θερμών σωμάτων στη κοιλιά (τούβλα, σίδερα, πέτρες), καθώς και διάφορα εμπειρικά μέσα τοπικά όπως εισαγωγή μέσα στην μήτρα ποικιλίες αντικειμένων (ξύλα, σίδερα, βελόνες πλεξίματος κ.λ.π.) με σκοπό την

θανάτωση του εμβρύου. Στα δηλητήρια που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για την καταστροφή της εγκυμοσύνης και που χαρακτηρίζονται σαν εκτροπικά καταλέγονται βασικά ο μόλυβδος, φώσφορος και το αρσενικό. Τα δηλητήρια αυτά αποδείχθηκαν επικίνδυνα, γιατί μαζί με την θανάτωση του εμβρύου μπορεί να οδηγήσουν και στον θάνατο της γυναίκας.

5.2 Επιλογή της Κατάλληλης Αντισυλληπτικής Μεθόδου.

Πρέπει να γίνει συνείδηση του κάθε ατόμου που ασχολείται με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό ότι ο έλεγχος της γονιμότητας, αυτό που λέμε αντισύλληψη, απαιτεί, όπως και η σύλληψη, την συμμετοχή δύο προσώπων. Οποιαδήποτε και αν είναι η μέθοδος ή το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί για αντισύλληψη έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να επιτύχει όταν και τα δύο πρόσωπα συμφωνούν στην αναγκαιότητα ελέγχου της γονιμότητάς τους και στο είδος της μεθόδου που θα χρησιμοποιήσουν.

Είναι φανερό ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία να έχει το κάθε ζευγάρι σωστές πληροφορίες-από έγκυρη μάλιστα πηγή και μόνο-σχετικά με την ρύθμιση της γεννητικότητας. Πριν τεθεί καν θέμα επιλογής μιας οποιασδήποτε μεθόδου, πρέπει να τονίσουμε ότι αυτό το σημείο είναι από τα πιο σημαντικά...

Όπως επίσης αποφασιστικός ρόλος επιλογής είναι η ιδιαιτερότητα και η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας. Διότι, εκτός από τον βιολογικό παράγοντα, θα πρέπει και η προσωπικότητα της να βαρύνει στον καθορισμό της καταλληλότερης για την περίπτωση της αντισύλληψης.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ένδειξη ή αντίδειξη της μιας ή της άλλης μεθόδου είναι :

1. Ιατρικό Ιστορικό.

Σ' αυτό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή.

α. Στα νοσήματα όπως ο διαβήτης, ηπατικές διαταραχές, κυκλοφορικές διαταραχές.

β. Στο μαιευτικό ιστορικό

1) Μορφολογία και κατάσταση γεννητικού συστήματος

2) Διαταραχές του κύκλου

3) Επεμβάσεις του γεννητικού συστήματος και ποιές

4) Τοκετοί, πως και πόσοι, παιδιά πόσα.

2. Η Ηλικία.

Είναι εξίσου σημαντικός παράγων επιλογής. Μαζί όμως με την ηλικία θα προσθέσουμε και την αιτία που η γυναίκα ζητά την αντισύλληψη. Αν ενώσουμε την ηλικία με την αιτία, θα χωρίσουμε τις περιπτώσεις στις ακόλουθες κατηγορίες :

α. 15 - 18 χρονών που παρεμβάλλονται : η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τα αφροδίσια νοσήματα και τα νομικά προβλήματα.

β. 18 χρονών και άνω άχαμες ή διαξευχμένες : όπου υπάρχει η επιθυμία "σεξουαλικής" ελευθερίας και όπου μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε αναγκαστική διακοπή.

γ. 18 χρονών και άνω έχχαμες : όπου η επιθυμία είναι να προγραμματιστεί η οικογένεια, όπου το πρόβλημα είναι να μην υπάρξουν άλλα παιδιά, ή όπου έχουν κάνει επανειλημμένες εκτρώσεις.

δ. Και τέλος οι γυναίκες άνω των σαράντα χρονών που :
δεν θέλουν πια να μεγαλώσουν την οικογένειά τους.

3. Οικογενειακή ή Κοινωνική και Οικονομική Κατάσταση.

Η ανύπαντρη έχει μεγαλύτερη ανάγκη αντισυλληψως από μια παντρεμένη που θέλει απλώς να αναστείλλει την απόκτηση παιδιών για λίγα χρόνια.

Η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού θα επιτρέψει ή όχι την χρήση ενός ακριβού αντισυλληπτικού.

Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε και τις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού. Σε πολλά ζευγάρια ιδίως καθολικά θα αναγκαστούμε να περιοριστούμε μόνο στην διδασκαλία του ρυθμού. Σε άλλες περιπτώσεις θα προσπαθήσουμε να πεισουμε το ζευγάρι για λανθασμένες ή αμφισβητούμενες αρχές και πεποιθήσεις. Στο θέμα αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, θα πρέπει να πληροφορήσουμε το ζευγάρι, όχι να το εξαναγκάσουμε με οποιοδήποτε τρόπο ή να προσπαθήσουμε να επιβάλλουμε απόψεις που είναι αντίθετες στις ηθικές του αρχές.

Οι Μουσουλμάνες και οι Ισραηλίτισες γυναίκες αποφεύχουν τη μέθοδο με βάση τα προγεστάγονα ή τα ενδομητρικά σπειρώματα, διότι το κάποιο παραπάνω αίμα που προκαλούν δεν επιτρέπεται από τους θρησκευτικούς κανόνες τους.

Οι Εξεις, οι τρόποι ζωής και οι κοινωνικές συνήθειες θα καθορίσουν πόσο εύκολη είναι η καθημερινή λήψη του αντισυλληπτικού ή ακόμη αν οι σεξουαλικές επαφές είναι τόσο συχνές ώστε να επιβάλλουν τη συνεχή, μόνιμη αντισύλληψη ή αν υπάρχει αποστροφή προς το ενδομήτριο σπείρωμα.

Πρέπει να επίσει να γίνεται απαραίτητα κατάλληλη εκπαίδευση του Ιατρικού και Παραϊατρικού προσωπικού.

Άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή είναι τα κίνητρα του ζευγαριού.

Η ανάγκη αντισυλληψως μπορεί να είναι :

1. Απόλυτη : Σε σοβαρές παθήσεις της μητέρας από τις οποίες απειλείται σοβαρά η υγεία της ή όταν υπάρχουν φόβου γεννήσεως παιδιού με σοβαρή κληρονομική πάθηση.

2. Μεγάλη : Όταν υπάρχουν πολλά παιδιά ή παρεμβάλλεται μια προσωρινή αρρώστια ή κοινωνική,οικονομική κρίση.

3. Σχετική : Ανάστολή γεννήσεως παιδιού ή ρύθμιση μεσοδιαστήματος μεταξύ δύο παιδιών.

Ακόμη και ο τόπος διαμονής έχει σημασία,διότι αλλιώς πρέπει να συμβουλευσει κανείς μια γυναίκα που μένει στην υπαιθρια χώρα,χωρίς τις ευκολίες της αστής με την άνετη ιατρική παρακολούθηση.

Τέλος τα χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες θα καθορίσουν την τελική επιλογή.Στη λήψη αποφάσεως τον κυριώτερο ρόλο θα παίξουν η αποτελεσματικότητα,η ευχρηστία και οι παρενέργειες του αντισυλληπτικού.

5.3 Μέσα Ελέγχου Γονιμότητας.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για έλεγχο της γονιμότητας του ανθρώπου μπορούν να διακριθούν και να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες και ομάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1. Προέλευση - Κατασκευή - Δράση
2. Γυναίκες - Ανδρικά
3. Ιατρική Παρακολούθηση ΝΑΙ/ΟΧΙ
4. Μόνιμη Δράση - Προσωρινή Δράση

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1. Καλπική πλύση μετά την συνουσία
2. Βιομηχανοποιημένα σπερματοκτόνα
3. Αυτοσχέδια σπερματοκτόνα
4. Διακεκομμένη συνουσία
5. Προφυλακτικό

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1. Μέθοδος ρυθμού
2. Καλπικά διαφράγματα-Τραχηλικές Καλύπτρες
3. Ενδομητρικά ελάσματα
4. Ορμονικά αντισυλληπτικά
5. Χειρουργική στειροποίηση

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΔΙΑΚΡΙΝΟΝΤΑΙ

1. Φυσικά
2. Ορμονικά
3. Ενδομητρικά σπειράματα (ελάσματα)
4. Μηχανικά (παρεμποδιστικά)
5. Χημικά σπερματοκτόνα
6. Χειρουργικά
7. Ιατρική ακτινοβολία κοθηκών
8. Βίαιη διακοπή εγκυμοσύνης

1. ΦΥΣΙΚΑ

- α. ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ
- β. ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΠΟΧΗ
 - 1) Ημερολογιακή μέθοδος ρυθμού
 - 2) Θερμομετρική μέθοδος ρυθμού
 - 3) Μέθοδος ελέγχου τραχηλικής βλέννης

2. ΟΡΜΟΝΙΚΑ

α. ΔΙΣΚΙΑ

- 1) Μικτός τύπος (combined)
- 2) Διαδοχικός τύπος
- 3) Συνεχής χορήγηση κυογόνων (mini Pill)
- 4) Μεγάλη δόση οιστρογόνων μετά την συνουσία
(After-Morning Pill)
- 5) Μεγάλη δόση κυογόνων μετά την συνουσία
(Post-Coitocl Pill)

β. ΕΝΕΣΙΜΑ

Μακράς δράσης κυογόνα (Depot)

γ. ΕΝΘΕΤΑ (Implants)

- 1) Υποδερμικά
- 2) Ενδομητρικά
- 3) Κολπικοί δακτύλιοι

3. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

α. ΑΠΛΑ (Αδρανής Πλαστική Υλη)

β. ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑ (Χαλκός)

γ. ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΣΤΕΡΟΕΙΔΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΕΩΣ

4. ΜΗΧΑΝΙΚΑ

- α. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΑ
- β. ΤΡΥΧΗΛΙΚΕΣ ΚΑΛΥΠΡΕΣ (Πώματα)
- γ. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΑ ΚΟΛΠΙΚΑ ΠΩΜΑΤΑ
- δ. ΑΝΔΡΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ
 - 1) Ελαστικά
 - 2) Δερμάτινα
 - 3) Πλαστική ύλη

5. ΧΗΜΙΚΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

- α. ΑΕΡΟΣΙΟΛ
- β. ΚΡΕΜΕΣ
- γ. ΠΗΚΤΕΣ
- δ. ΠΑΣΤΕΣ
- ε. ΔΙΣΚΙΑ
- στ. ΥΠΟΘΕΤΑ
- ζ. ΑΦΡΙΖΟΥΣΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
- η. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΑ (πλύσεις κοιλικές με νερό, ξύδι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι, λεμόνι και διάφορα αντισηπτικά)

6. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ (Χειρουργική στερέωση)

α. ΓΥΝΑΙΚΑ

1) Σάλπιγγες

	Οδός
(α) Καυτηρίαση-Απόφραξη	} } -----
	} } Λαπαροσκοπία
(β) Περύδωση	} } } Δουγλασισκοπία
	} } Κολποτομία
(γ) Τομή	} Υστεροτομία
(δ) Σάλπιγγεκτομία	

2) Μήτρα

Υστερεκτομία

β. ΑΝΔΡΑΣ

Τομή - Απολίνωση σπερματικών πόρων

7. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΩΘΗΚΩΝ

8. ΕΚΤΡΩΣΗ - ΒΙΑΙΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

α. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ή ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

β. ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΣΕΣΗ

γ. ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

δ. ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ - ΡΗΣΗ ΥΜΕΝΩΝ

ε. ΕΜΔΟΑΜΝΙΑΚΑ ΥΠΕΡΤΟΝΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ-ΟΥΡΙΑ-ΡΙΒΑΝΟΛΗ

Αριθμός κατά προσέγγιση των ζευγαριών που χρησιμοποιούν σε όλο τον κόσμο αντισυλληπτικά (σε εκατομμύρια)		
Αντισυλληπτική μέθοδος	1970	1977
Βεληματική στειροποίηση	20	80
Χάπι	30	55
Προφυλακτικό	25	35
Ενδομήτριο έλασμα	12	15
Διάφραγμα, Σπερματοκτόνα, Ρυθμός, Διακ. Συνομοία κ.λ.π.	60	65
ΣΥΝΟΛΟ	147	250

5.4 Ταξινόμηση Αποτελεσματικότητας Μέσων Ελέγχου Γονιμότητας.

1. Θεωρητική ή Βιολογική : αποτελεσματικότητα της μεθόδου υπό ιδεώδεις συνθήκες συνεχούς εφαρμογής της και αυστηρή τήρηση των οδηγιών χωρίς παραλήψεις ή σφάλματα στην εφαρμογή της τεχνικής

2. Κλινική ή Χρήσεως : αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε ορισμένη πληθυσμιακή ομάδα υπό πραγματικές συνθήκες διαβίωσης με όλες τις πιθανές επιπτώσεις από παραλήψεις και αδυναμία αυστηρής εφαρμογής της μεθόδου.

3. Δημογραφική : αναφέρεται στην ελάττωση της αναπαραγωγικότητας σε επιλεγμένο δείγμα πληθυσμού που έλαβε οδηγίες και πληροφορίες για αντισυλληπτική μέθοδο.

Η διαβάθμιση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που ελέγχουν την γονιμότητα είναι δύσκολη γιατί βασικά δεν υπάρχουν

απόλυτα κριτήρια διαβαθμίσεως της δραστηριότητας των αντισυλληπτικών μέσων. Η περισσότερο παραδεκτή είναι αυτή που έκανε ο Tietze χωρίζοντας την σε τέσσερες ομάδες.

Α' ΟΜΑΔΑ : Πολύ καλή αποτελεσματικότητα. Συγκαταλέγονται η χειρουργική στείρωση για την γυναίκα και τον άνδρα, τα ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια, τα ενέσιμα ορμονικά αντισυλληπτικά και η μέθοδος του ρυθμού με θερμομέτρηση.

Β' ΟΜΑΔΑ : Καλή αποτελεσματικότητα. Συγκαταλέγονται τα ενδομητρικά σπειράματα, το κοιλιακό διάφραγμα και τα τραχηλικά πώματα ή καλύπτρες, το ανδρικό προφυλακτικό και η συνεχής χορήγηση κυσθόνων χαπιών (Μικροχάπι - mini pill).

Γ' ΟΜΑΔΑ : Μέτρια αποτελεσματικότητα. Συγκαταλέγονται τα χημικά σπέρμοκτόνα, η διακεκομμένη συνουσία και η ημερολογιακή μέθοδος ρυθμού.

Δ' ΟΜΑΔΑ : Μικρή αποτελεσματικότητα. Συγκαταλέγονται οι κοιλιακές πλύσεις και η γαλουχία.

1. "Διακεκομμένα Συνουσία"

Χρησιμοποιείται σαν μέθοδος αντισυλληψεως από αρχαιότατων χρόνων ακόμη δε και στην Βίβλο αναφέρεται ότι ο θεός τιμώρησε τον Ουαν γιατί έχυνε το σπέρμα του στη γή. Σήμερα χρησιμοποιείται από πολλά ζευγάρια όλων των κοινωνικών τάξεων.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή παρακολούθηση. Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση. Δεν απαιτεί προετοιμασία. Δεν παρεμβάλεται οποιαδήποτε ενέργεια πριν από την συνουσία. Κατ'αυτὸν τον

τρόπο εξασφαλίζει την μυστικότητα και την αίσθηση της προσωπικής υποθέσεως σε ένα πρόβλημα που το ζευγάρι θέλει να το τηρήσει απόλυτα προσωπικό και να μην ζητήσει την παρέμβαση τρίτων.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Δεν παρέχει απόλυτη ασφάλεια γιατί εκτός από την αποτυχία της αυτοεγκράτειας, παρουσιάζεται ο κίνδυνος ύπαρξης σπερματοζωαρίων στις εκκρίσεις του εν στήσει πέους προ της εκσπερμάτσεως και η εξάπλωση αυτών μέσα στον κόλπο κατά την διάρκεια της συνουσίας. Με την παρατεταμένη χρήση της διαταράσσεται η συγκινησιακή σφαίρα και στον άνδρα και στην γυναίκα, στην αρχή με την μορφή άγχους και νευρικότητας. Η γυναίκα φοβάται μήπως ο άνδρας δεν αποτραβηχθεί έγκαιρα, ενώ εκείνος πρέπει να βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς εγρήγορσης για να επιτύχει έγκαιρη έξοδο την κατάλληλη στιγμή. Έτσι η επιθυμητή ηρεμία αυτών των στιγμών αντικαθίσταται από άγχος και υπερένταση που μπορεί να οδηγήσει σε ψυχρότητα στη γυναίκα και ανικανότητα στον άνδρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Εξαρτάται από την υπευθυνότητα του ζευγαριού, που την χρησιμοποιεί και κυρίως από τον άνδρα. Πιστεύεται ότι το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται μέχρι 20-30 κηήσεις ανά 100 γυναίκες.

2. "Ανδρικά Προφυλακτικά"

Για πρώτη φορά εμφανίστηκαν τον 18ο αιώνα στην Αγγλία

και κατασκευάζονται από ύφασμα ή έντερο ζώου. Από τις αρχές του 19ου αιώνα άρχισαν να τα κατασκευάζουν από λάστιχο και τα τελευταία χρόνια από πλαστική ύλη. Γίνονται προσπάθειες κατασκευής ανθεκτικών και συγχρόνως λεπτών ελαστικών προφυλακτικών. Τελευταία κατασκευάστηκαν χρωματιστά προφυλακτικά και προστέθηκε γλυκερίνη ή άλλες ουσίες που τα κάνουν γλιστερά.

Υπολογίζεται ότι από τα μισά ζευγάρια που χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο, χρησιμοποιούν τα ανδρικά προφυλακτικά.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Είναι τελείως αβλαβές για τον άνδρα ή την γυναίκα. Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή συνταγή. Το ζευγάρι έχει το συναίσθημα ότι σε μία τόσο προσωπική υπόθεση δεν παρεμβαίνουν άλλα άτομα. Είναι αποδεκτό από άνδρες που θέλουν να έχουν την τελική ευθύνη πάνω στην αντισύλληψη. Παρέχουν ως ένα βαθμό προστασία για νοσήματα που μεταδίδονται σεξουαλικά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρησιμοποίησή τους μπορεί να μειώσει την πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, γιατί πιθανά παρεμποδίζει την μετέδοση ιών ή την δράση άλλων παραγόντων που βρίσκονται στο σμήγμα.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Το κυριότερο μειονέκτημα είναι η μικρή του αποτελεσματικότητα, η οποία οφείλεται στο ότι το προφυλακτικό μπορεί να τρυπήσει κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Συνήθως η αποτυχία οφείλεται στο ότι ο άνδρας δεν αποτραβιέται αρκετά γρήγορα ύστερα από την εκοπερμάτιση. Το προφυλακτικό μπορεί να

γλυστρήσει και το σπέρμα να χυθεί μέσα στον κόλπο. Άλλοτε δεν τοποθετείται έγκαιρα. Σαν μειονέκτημα πρέπει να αναφέρουμε την δυσανεξία που προκαλεί σε ορισμένα άτομα λόγω αλλεργίας. Άλλοτε δεν χρησιμοποιείται για ψυχολογικούς λόγους. Μεγάλο μειονέκτημα, η ανάγκη τοποθέτησής του την στιγμή της συνουσίας. Άλλοι επίσης το αποφεύχουν για οικονομικούς λόγους όταν όμως δεν υπάρχει μεγάλη ανάγκη αντισυλληψής, όταν π.χ. απλώς επιδιώκεται αναβολή της κύησης και κυρίως όταν υπάρχει ανάγκη περιστασιακής και όχι προγραμματισμένης αντισυλληψής, το ανδρικό προφυλακτικό αποτελεί την καλλίτερη λύση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Όταν χρησιμοποιείται σωστά παρέχει ικανοποιητική προστασία. Τα ποσοστά αποτυχίας κυμαίνονται 2-3 μέχρι και 20 ανά 100 γυναίκες έτη.

3. "Περιοδική Αποχή"

Η μέθοδος της περιοδικής αποχής βασίζεται στη φυσιολογία του γεννητικού κύκλου της γυναίκας. Είναι η μέθοδος που παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας και γι' αυτό δεν συνιστάται από το Ιατρικό Συμβούλιο του Διεθνούς Οργανισμού Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 1920 ο Ogino στην Ιαπωνία καθόρισε τις χόνιμες μέρες. Οι μέρες αυτές διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα και έχουν σχέση με την χρονική διάρκεια του κύκλου και με την ποσότητα και διάρκεια της έμμηνου ρύσεως. Όσο περισσότερο σταθεροί είναι αυτοί οι παράγοντες, τόσο ακριβέστερα μπορεί να καθοριστεί η πιθανή ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Ο καθορισμός

της πιθανής ημέρας ωοθυλακιορρηξίας χρησιμοποιείται σήμερα με επιτυχία για θεραπεία της στειρότητας.

Η ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να καθοριστεί με την ημερολογιακή μέθοδο, με την θερμομετρική και με τον έλεγχο της τραχηλικής βλέννης.

α. Ημερολογιακή Μέθοδος.

Για να καθοριστούν οι ημέρες που μπορεί να είναι γόνιμες στον κύκλο μιας γυναίκας και επομένως οι ημέρες κατά τις οποίες μπορεί να συλλάβει είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη οι τρεις παρακάτω παράγοντες :

(1) Η ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει 12-16 ημέρες πριν από την επόμενη έμμηνου ρύση.

(2) Το ωάριο ζει και επομένως μπορεί να γονιμοποιηθεί επί 12 έως το πολύ 24 ώρες.

(3) Τα σπερματοζωάρια μπορούν να μείνουν ζωντανά μέσα στις σάλπιγγες για 48-72 ώρες.

Επομένως μπορεί να περιμένουν να γίνει η απελευθέρωση του ωαρίου και να το γονιμοποιήσουν. Έτσι κανείς μπορεί να πει πως μια γυναίκα είναι γόνιμη 2-3 μέρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας και μια ημέρα το πολύ μετά από την ωοθυλακιορρηξία.

Καθορισμός γόνιμων ημερών

Για να καθοριστούν με μεγαλύτερη κατά το δυνατόν ακρίβεια οι ημέρες γονιμότητας είναι απαραίτητη η γνώση της χρονικής διάρκειας των κύκλων για 8-12 μήνες, ώστε να σημειώσουμε τη χρονική διάρκεια του μεγαλύτερου (1) και του μικρότερου (5)

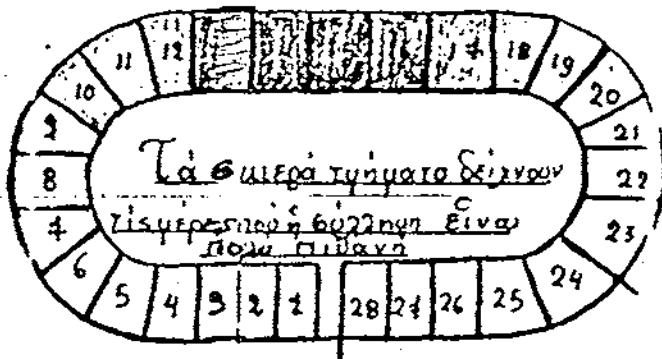
κύκλου αυτό το χρόνο. Επειτα λαμβάνοντας υπ' όψη τους 3 παραπάνω παράγοντες μπορούμε να καθορίσουμε τις γόνιμες ημέρες ως εξής :

"Κανόνος του Hartman"

Αφαιρούνται 18 ημέρες από την διάρκεια του μικρότερου κύκλου και έτσι βρίσκεται η πρώτη ημέρα αποχής : π.χ $25-18=7$.

Αφαιρούνται 10 ημέρες από τον μεγαλύτερο κύκλο και έτσι βρίσκεται η τελευταία ημέρα αποχής : π.χ $31-10=21$.

Ετσι η περίοδος αποχής εκτείνεται από την 7η μέχρι την 21η ημέρα του κύκλου και οι ημέρες που δεν υπάρχει κίνδυνος σύλληψης είναι από την 1η μέχρι την 6η και από την 22η μέχρι την 6η ημέρα του επόμενου κύκλου.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αποτελεσματικότητα είναι 15-20 κυήσεις ανά 100 γυναίκες έτη.

B. Θερμομετρική Μέθοδος.

Αυτή βασίζεται στην μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος της γυναίκας κατά την διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου μέχρι την ωοθυλακιορρηξία η γυναίκα βρίσκεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων και η θερμοκρασία κυμαίνεται περί τους 36,6 - 36,7 βαθμούς Κελσίου. Κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να παρατηρηθεί μικρή πτώση της θερμοκρασίας. Μετά την ωοθυλακιορρηξία αρχίζει η β' φάση του κύκλου και η γυναίκα βρίσκεται κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης που παράγεται από το ωχρό σωματίο. Η προγεστερόνη δρα στο θερμορυθμιστικό κέντρο και προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας, η οποία φτάνει στους 37 - 37,1 βαθμούς Κελσίου είναι σταδιακή και διαρκεί 2-3 ημέρες, οφείλεται δε στην δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Επειτα έχουμε ένα επίπεδο αυξημένης θερμοκρασίας όσο το ωχρό σωματίο λειτουργεί και μια φάση μεταβάσεως από την υψηλή θερμοκρασία σε χαμηλό επίπεδο που αντιστοιχεί στην εκφύλιση του ωχρού σωματίου. Στη φάση αυτή αρχίζει η έμμηνος ρύση και ο κύκλος επαναλαμβάνεται.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ - ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Εδώ η ωσθυλακιορρηξία δεν υπολογίζεται με πιθανότητα αλλά σχεδόν με βεβαιότητα. Έτσι, εφ' όσον η σεξουαλική επαφή αποφεύγεται μέχρις ότου η θερμοκρασία ανέβει κατά 0,5 βαθμούς και όταν είναι αυξημένη κατά 3 συνεχείς ημέρες τότε είναι σίγουρο ότι η ωσθυλακιορρηξία έχει ήδη γίνει και ότι το ωάριο δεν ζει πλέον. Έτσι είναι η πιο σίγουρη μέθοδος από την ημερολογιακή, αλλά περιορίζει την σεξουαλική επαφή στο δεύτερο ήμισυ του κύκλου. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν άλλες σίγουρες ημέρες αλλά η θερμομετρική μέθοδος δεν μπορεί να τις καθορίσει. Είναι όμως δυνατόν να γίνει ένας συνδυασμός ημερολογιακής μεθόδου για τις προ της ωσθυλακιορρηξίας ημέρες και θερμομετρικής για μετά της ωσθυλακιορρηξίας ημέρες. Πάντως για να εφαρμοστεί με καλά αποτελέσματα χρειάζεται συνεχασία και των δύο συντρόφων, εξυπνάδα, μεθοδικότητα και ακρίβεια.

Παράγοντες που επηρεάζουν την θερμοκρασία είναι ένα εμπύρετο νόσημα, ύπνος λιγότερος από 5-6 ώρες, συγκινησιακές καταστάσεις, ταξίδια, αλλαγές συνθηκών ζωής και τόπου παραμονής.

Η θερμοκρασία πρέπει να λαμβάνεται κάθε πρωί, την ίδια ώρα, πριν σηκωθεί από το κρεβάτι, χρησιμοποιούνται και ειδικά θερμομέτρα στα φαρμακεία μαζί με τα ειδικά διαγράμματα. Η θερμοκρασία παίρνεται για 4-5 λεπτά της ώρας από το στόμα ή το ορθό, πρέπει να χρησιμοποιείται όμως ο ίδιος τρόπος λήψεως. Η μέθοδος αυτή ικανοποιεί άτομα με ισχυρή ηθικοθρησκευτική πεποίθηση γιατί είναι μέθοδος αντισυλληψέως αποδεκτή από την εκκλησία.

ΑΠΟΤΕΛΑΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την προσοχή και την ικανότητα της γυναίκας να εκτιμήσει τις μεταβολές στη θερμοκρασία της και από την ομαλή περιοδικότητα του κύκλου.

Το ποσοστό αποτυχίας της γενικά είναι μέχρι 15 ανά 100 γυναίκες έτη.

Υ. Εμχαστηριακές Εξετάσεις.

Η πιθανή ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να προσδιοριστεί και από αλλαγή της σύστασης της τραχηλικής βλέννης. Αυτό δεν μπορεί όμως να γίνει από την ίδια την γυναίκα, αλλά απαιτεί ειδική εξέταση και επομένως δεν βοηθά στην αντισύλληψη. Επίσης η ωοθυλακιορρηξία μπορεί να καθοριστεί και από τον προσδιορισμό των οιστρογόνων-προγεστερόνης. Όμως αντιλαμβάνεται κανείς ότι πρακτικώς είναι ανεφάρμοστος για αντισύλληψη. Γιατί όχι μόνο στοιχίζουν αλλά και γιατί απαιτούν την απασχόληση δύο και τριών ειδικών πολλές φορές για τον κάθε κύκλο.

4. "Ανασταλτικά Ωοθυλακιορρηξίας"

Την αντισυλληπτική δράση που έχει ο συνδυασμός οιστρογόνου και προγεστερόνης την ανακάλυψαν ο Pincus και οι συνεργάτες του τη δεκαετία του 1950-60 και το πρώτο χάπι που περιείχε συνθετικό οιστρογόνο και συνθετική προγεστερόνη κυκλοφόρησε στις ΗΠΑ το 1960. Σήμερα υπολογίζεται πως σ'ολόκληρο τον κόσμο το χρησιμοποιήσαν περισσότερες από 100 εκατομμύρια γυναίκες και ότι τώρα το χρησιμοποιούν πάνω από 30 εκατομμύρια. Αποτελεί την πρώτη μέθοδο εκλογή από το 60% εκείνων που ζητούν

συμβουλή για αντιούλληψη σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ

α. Προκαλούν αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας γιατί αναστέλλουν την έκκριση της FSH.

β. Παρεμποδίζουν την αναγέννηση και ανάπτυξη του ενδομητρίου, διότι χορηγείται η προγεστερόνη από τις πρώτες ημέρες του κύκλου και αν τυχόν γίνει ωοθυλακιορρηξία και γονιμοποίηση δεν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για εγκατάσταση του στη μήτρα.

γ. Αλλοιώνει τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας, η οποία γίνεται πυκνή, εχθρική για τα σπερματοζώαρια.

ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΕΩΣ

Αρχίζει την 5η ημέρα από την αρχή της έμμηνου ρύσεως και συνεχίζει με ένα χάπι κάθε ημέρα επί 21 συνεχείς ημέρες.

Η περίοδος έρχεται δύο έως τρεις ημέρες μετά τη λήψη του τελευταίου δισκίου. Αφού περάσουν 7 ημέρες χωρίς να πάρει χάπι την 8η ημέρα αρχίζει πάλι να ξαναπαίρνει. Όταν τα χάπια λαμβάνονται με αυτόν τον τρόπο τότε η έμμηνος ρύση εμφανίζεται κάθε 28 ημέρες. Όταν θέλει να σταματήσει τα χάπια πρέπει να εξαντλήσει όλη την σειρά. Πρέπει να τα παίρνει βράδυ ή πρωί την ίδια περίπου ώρα. Εάν ξεχάσει να πάρει ένα χάπι, την ώρα που έπρεπε μπορεί να πάρει την ώρα που το θυμήθηκε, αλλά τα επόμενα θα τα πάρει την κανονική ώρα. Εάν μια ημέρα ξεχάσει να πάρει χάπι θα πάρει την επόμενη κανονικά και όχι δύο μαζί. Εάν

το ξεχάσει για αρκετές ημέρες, θα πρέπει να είναι προσεκτική. Εάν κάνει εμετό σε δύο ώρες από τότε που το πήρε θα πρέπει να ξαναπάρει.

ΣΥΝΘΕΣΗ

Τα αντισυλληπτικά δισκία αποτελούνται από ένα οιστρογόνο και ένα προγεστερονοειδές και διακρίνονται σε δύο ομάδες :

α. Στα δισκία με σταθερή σύνθεση : Εδώ το οιστρογόνο και το προγεστερονοειδές είναι στην ίδια αναλογία σε όλα τα δισκία που είναι 21. Η αρχική δόση του οιστρογόνου ήταν 100 mg, έγινε 50 mg και τώρα για μείωση των παρενεργειών κερδίζει έδαφος η δόση 30-35 mg.

β. Στα δισκία με διαδοχική σύθεση : Στα πρώτα δισκία χρησιμοποιείται μόνο οιστρογόνο και στα τελευταία συνδυασμός οιστρογόνου και προγεστερόνοειδούς. Αυτό το έκαναν με τη σκέψη ότι μιμούνται καλύτερα τα ορμονικά γεγονότα του φυσιολογικού κύκλου.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πριν από την χρησιμοποίησή τους πρέπει να γίνει :

α. Κλινικός έλεγχος : Περιλαμβάνει τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού και γυναικολογικού ιστορικού, εξέταση των μαστών, γυναικολογική εξέταση, έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, μέτρηση βάρους.

β. Εργαστηριακός έλεγχος : Περιλαμβάνει κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, προσδιορισμό χοληστερόλης, σακχάρου, τριγλυκεριδίων αίματος, εξέταση ούρων για σάκχαρο και πρωτεΐ-

νες, όταν αυτό ενδείκνυται θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις για γοννόρροια και σύφιλη.

Ο επόμενος έλεγχος πρέπει να γίνεται μέσα στο πρώτο τρίμηνο και εφόσον η ανοχή είναι ικανοποιητική. Οι επόμενοι έλεγχοι να γίνονται μια φορά τον χρόνο, εκτός εάν συντρέχουν ειδικοί λόγοι είτε από την πλευρά της μεθόδου είτε από την πλευρά της γυναίκας.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

α. Απόλυτες

- (1) Όταν υπάρχει ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων
- (2) Παρουσία ή υποψία ορμονοεξαρτημένων καρκίνων

β. Σχετικές

- (1) Ιστορικό καρδιακής ή νεφρικής ανεπάρκειας
- (2) Επιληψία, ημικρανία, κεφαλαλγία, υπέρταση
- (3) Σακχαρώδης διαβήτης
- (4) Ψυχική κατάθλιψη
- (5) Ηπατοπάθειες, κίρσοι, άσμα
- (6) Εγγεφαλική αγγειακή νόσος, συγγενής υπερλιπιδαιμία
- (7) Διαγνωσμένος ή ύποπτος καρκίνος μαστού
- (8) Αδιάγνωστη αιμορραγία του γεννητικού συστήματος
- (9) Δρεπανοκυτταρική αναιμία, λευχαιμία ή πολυερυθραιμία.
- (10) Σε περίπτωση καπνίσματος μεγάλης ποσότητας τσιγάρων, εφόσον δεν επιθυμεί να το μειώσει ή η ηλικία της είναι πάνω των 35 ετών πρέπει να καταφεύγει σε άλλη μέθοδο.
- (11) Η λήψη τους πρέπει να εμφανίζεται σε επικείμενη

χειρουργική επέμβαση διότι υπάρχει πιθανότητα 3-4 φορές μεγαλύτερη να συμβεί μετεγχειρητική θρομβοφλεβίτιδα. Γι' αυτό καλό είναι να αποφεύγεται η λήψη τους 4-6 εβδομάδες πριν από την εγχείρηση.

ΕΛΑΦΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Ολιγομηνόρροια : μείωση της ποσότητας και διάρκειας της εμμήνου ρύσεως.

β. Ναυτία-Εμετοί : οφείλονται στα οιστρογόνα. Η ναυτία παρουσιάζεται τον πρώτο μήνα της λήψεως, τα χάπια πρέπει να τα παίρνει το βράδυ πριν κοιμηθεί.

γ. Μεταβολικές Διαταραχές :

(1) Μείωση ανοχής της γλυκόζης : πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη.

(2) Επίδρουν στο μεταβολισμό της κορτιζόνης : με αποτέλεσμα την παρακράτηση υγρών, την αύξηση ορέξεως, ώστε τελικά να αυξάνει το βάρος. Όσο πιο μικρή είναι η δόση των οιστρογόνων τόσο μικρότερη είναι η αύξηση του βάρους.

(3) Επίδρουν στο μεταβολισμό ορισμένων βιταμινών :

Αυξάνουν το επίπεδο της βιταμίνης που επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 2-3 μήνες μετά την διακοπή της λήψεως. Έτσι

πιθανόν να συμβούν συγγενείς ανωμαλίες όταν επέλθει σύλληψη αμέσως μετά την διακοπή της λήψεώς τους. Επίδρουν στην Β2 και σ' αυτό αποδίδονται οι δερματικές και οι νευροψυχικές διαταραχές:

δ. Αύξηση και Ένταση των Μαστιών.

ε. Πονοκέφαλοι : παρουσιάζονται σε οποιαδήποτε φάση του

κύκλου, αλλά πιο συχνά τις ημέρες που δεν παίρνει χάπια.

στ. Κατάθλιψη : μπορεί να παρουσιαστεί σαν απλή κατάθλιψη με απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ μέχρι και αυτοκτονίας. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση τους σε γυναίκες που πάσχουν από μελαγχολία.

ζ. Μονιλιόση : Έχει παρατηρηθεί σε αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη ή την λήψη αντισυλληπτικών. Η θεραπεία να γίνει συγχρόνως μαζί με την λήψη τους, αλλά μερικές φορές φαίνεται ότι είναι απαραίτητο να διακοφεί τα χάπια και να τα συνεχίσει αφού γίνει η θεραπεία.

η. Αλλαγές στο Δέρμα : μπορεί να παρουσιαστεί χλόασμα και αν υπάρχει ακμή βελτιώνεται.

θ. Μείωση του γάλατος : προκαλούν μείωση του γάλατος, δεν επηρεάζουν την ποιότητά του, ούτε υπάρχει κίνδυνος να μεταφερθούν με το γάλα στο παιδί οι ορμόνες που υπάρχουν στο χάπι. Όμως εάν θέλει να το θηλάσει τότε καλλίτερα να χρησιμοποιήσει για το διάστημα αυτό κάποια άλλη μέθοδο.

ι. Αμηνόρροια : εμφανίζεται ελάττωση της ποσότητας της περιόδου και τελικά επέρχεται πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Πρέπει να γίνει αλλαγή στα χάπια με μικρότερη δόση οιστρογόνων.

ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

α. Θρομβοεμβολικά επεισόδια

Από το 1961 ανακοινώθηκε ότι τα χάπια αυξάνουν την πιθανότητα φλεβικής θρομβώσεως, πνευμονικής εμβολής ή θρομβώσεως των εγκεφαλικών αρτηριών. Πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται σε αύ-

ληση των παραγόντων της πήξεως του αίματος. θεωρείται βέβαιο ότι αυξάνεται η παραγωγή του vii και του κ.δρουν επίσης στο τοίχωμα των αγγείων και επιβραδύνουν την κυκλοφορία του αίματος αυξάνοντας την πιθανότητα θρομβώσεως. Έχει βρεθεί ότι όταν η ποσότητα των οιστρογόνων είναι υψηλή αυξάνεται και η πιθανότητα θρομβώσεως.

β. Ικτερος

Τα οιστρογόνα δρουν στο ήπαρ και προκαλούν χολόσταση. Ο ίκτερος εμφανίζεται 10-15 ημέρες από την λήψη τους. Πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή τους σε γυναίκες που αναφέρουν στο ιστορικό τους ιδιοπαθή ίκτερο της εγκυμοσύνης ή χρόνια ιδιοπαθή ίκτερο. Επίσης σε γυναίκες που έχουν περάσει πρόσφατα ηπατίτιδα, διότι πρέπει να βεβαιωθούμε ότι η ηπατική λειτουργία έχει αποκατασταθεί.

γ. Υπέρταση

Είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της πίεσεως. Έτσι πριν από την λήψη τους πρέπει να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση, όπως επίσης και κατά τακτικά χρονικά διαστήματα όσο γίνεται λήψη αντισυλληπτικών. Όταν η συστολική ανέλθει πάνω από 160 mmHg και η διαστολική πάνω από 105 mmHg πρέπει να σταματήσει η χορήγηση τους ή να χρησιμοποιηθούν ατυπερτασικά.

δ. Καρκινογένεση

Υπάρχει φόβος ότι επιδρούν στην ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασιών του γεννητικού συστήματος. Δεν είναι βέβαιο ότι αυτό συμβαίνει και με την χορήγηση συνθετικών οιστρογόνων και προγεστερινοειδών. Προδρομικές έρευνες κυτταρολογικών εξετάσεων

κατά Παπανικολάου σε γυναίκες που έπαιρναν ανασταλτικά ωόθυλακιορρηξίας για μακρό χρονικό διάστημα δεν έδειξαν καμιά προοδευτική μεταβολή της κατηγορίας Παπανικολάου.

Ε• Τερατογένεση : στα παιδιά που θα γεννηθούν μετά την διακοπή της ορμονικής αντισυλληψέως και σε παιδιά που θα γεννηθούν αν χορηγηθεί το χάπι στα πρώτα στάδια μιας εγκυμοσύνης που γνοεύεται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τα ανασταλτικά της ωόθυλακιορρηξίας είναι η πλέον ασφαλής μέθοδος. Η αποτυχία τους υπολογίζεται σε 0,10 κύσεις ανά 100 γυναίκες/έτη. Η αποτελεσματικότητά τους σχετίζεται και με την υπευθυνότητα και την ικανοποίηση της γυναίκας που τα χρησιμοποιεί. Συνήθως γυναίκες με παθολογικά διατροφικά σύνδρομα ή με διάρροιες πρέπει να παίρνουν μεγαλύτερες δόσεις, καθώς επίσης και οι πολύ παχιές γυναίκες. Φάρμακα που μπορεί να μειώσουν την δραστηριότητα των ανασταλτικών ωόθυλακιορρηξίας είναι η αμπισιλλίνη, διφαινυλουδαντοίνη, φαινοβαρβιτάλλη, ριφαμπισίνη, στρεπτομυκίνη, αντιισταμινικά, φαινυλοβουταζόνη, μεπροβαμίτη.

5. "Άλλες Μέθοδοι Αντισυλληψέως"

α. Συνεχής χορήγηση προγεστερονοειδών-μικροχάπι (minipill)

Αποτελεσματικότητα : Υψηλή ασφάλεια, αλλά μικρότερη από το χάπι μικτού τύπου.

Πλεονεκτήματα : Αποφυγή παρενεργειών που οφείλονται

στα οιστρογόνα.

Μειονεκτήματα : Ανωμαλίες εμμηνορροϊκού κύκλου, χαμηλότερη αποτελεσματικότητα από το χάπι μικτού τύπου. Αυξημένη συχνότητα εξωμητρίου κύησης.

β. Ενέσιμα προγεστερονοειδή βραδείας δράσεως

Αποτελεσματικότητα : Υψηλή.

Πλεονεκτήματα : Μέθοδος ανεξάρτητη από την σεξουαλική πράξη, απλή και περισσότερο αποδεκτή από το χάπι σε ωριασμένες χώρες.

Μειονεκτήματα : Μικρές ανωμαλίες εμμηνορροϊκού κύκλου

γ. Το χάπι μετά την συνουσία

Αποτελεσματικότητα : Μέτρια συγκριτικά με το χάπι μικτού τύπου.

Πλεονεκτήματα : Η μόνη αντισυλληπτική μέθοδος για τον κίνδυνο απροφύλακτης συνουσίας. Μέθοδος επείγουσας ανάγκης π.χ βιασμός.

Μειονεκτήματα : Έχει ως παρενέργειες ναυτίες, έμετους.

δ. Ένα χάπι τον μήνα (FILL-A-MONTH)

Αποτελεσματικότητα : Χαμηλότερη από το χάπι μικτού τύπου.

Πλεονεκτήματα : Η χορήγηση ενός χαπιού το μήνα.

Μειονεκτήματα : Ανωμαλίες κύκλου-Μεγάλος κίνδυνος αποτυχίας.

ε. Συστήματα βραδείας απελευθέρωσης και εμφυτευμάτων

Αποτελεσματικότητα : Μέτρια ως καλή.

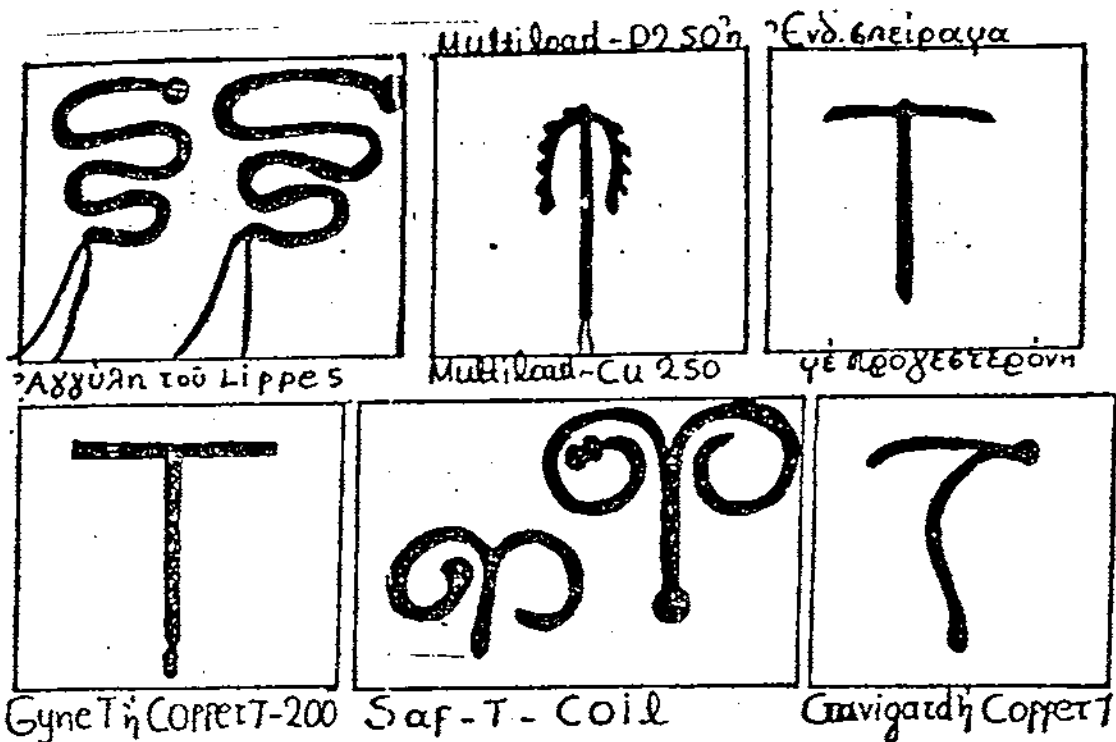
Πλεονεκτήματα : Μεγάλη διάρκεια αντισυλληπτικής δράσεως

Μειονεκτήματα : Ανωμαλίες εμμηνορροϊκού κύκλου.

6. Ενδομητρικά Σπειράματα ή Ελάσματα

Η πρώτη αναφορά σε ενδομήτριο έλασμα έγινε από τον Richard Richter, σε Γερμανικό Ιατρικό περιοδικό. Έχιναν και άλλες προσπάθειες και το 1962 ένα Παγκόσμιο Συνέδριο στην Νέα Υόρκη κατέληξε στην διαπίστωση ότι παρά τα λίγα τους μειονεκτήματα, μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια σε ευρεία κλίμακα.

ΕΙΔΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΩΝ



Τα ενδομήτρια σπειράματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι φτιαγμένα από διάφορα είδη συνθετικών ουσιών. Πρώτο τέτοιο έλασμα ήταν η αγγύλη του Lippes. Αργότερα κατασκευάστηκαν, πάλι από πλαστικό σπειράματα διαφόρων σχημάτων ή σπειράματα που μοιάζουν με δακτύλιο. Είχαν μεγάλη επιφάνεια στο ενδομήτριο, καλύτερη αποτελεσματικότητα, παρουσιάζουν όμως πολλές παρενέργειες. Αρκετά καλά αποτελέσματα έδωσε η κατασκευή ενδομήτριων σπειραμάτων που περιέχουν μέταλλο, κυρίως δε χαλκό π.χ. το Copper T, το Multiload Cu κ.λ.π. Το Multiload έχει την ιδιότητα να τείνει προς τον πυθμένα της κοιλότητας της μήτρας και προσαρμόζεται πλήρως στις δυνατότητες κάθε ατομικής κοιλότητας. Σ' αυτόν τον τύπο σπειραμάτων η αντισυλληπτική δράση ενισχύει την ολιγοδυναμική δράση του χαλκού, ο οποίος διαλύεται σιγά-σιγά. Σήμερα γίνονται προσπάθειες για την κατασκευή σπειραμάτων από διάφορες συνθετικές ουσίες εμποτισμένες με προγεστερινοειδείς ουσίες. Τα στερινοειδή δρουν τοπικά στην μήτρα ώστε ελαττώνουν την πιθανότητα εγκυμοσύνης και ελαττώνουν και την ποσότητα του αίματος σε κάθε έμμηνο ρύση. Απεικονίζονται ακτινολογικά και μπορούμε να διαπιστώσουμε την ακριβή τους θέση. Τα δύο νημάτια που κρέμονται στον κόλπο κάνουν δυνατή την ανίχνευσή τους και από την ίδια την γυναίκα.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μετά από 20 χρόνια χρήσης και εκτεταμένων μελετών έχει αποδειχθεί ότι το ενδομήτριο σπείραμα είναι ασφαλής, αποτελεσματική και χρήσιμη μορφή ελέγχου των γεννήσεων. Με λιγότερες από 6 κυήσεις ανά 100 έτη γυναικών και λιγότερους από 10 θα-

νάτους ανά ένα εκατομμύριο γυναικών. Έχει καταλάβει την πρώτη θέση στα σύγχρονα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Δεν επηρεάζει την σεξουαλική δραστηριότητα ή την ορμονική ισορροπία. Δεν χρειάζονται τακτικοί έλεγχοι. Πιστεύεται ότι, συνδέονται με υψηλότερη νοσηρότητα αλλά χαμηλότερη θνησιμότητα από τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Η παρουσία τους συμβάλλει στη γρηγορότερη μεταφορά του ωαρίου από την ωοθήκη στη μήτρα, το οποίο δεν είναι καλά ανεπτυγμένο, αλλά ούτε και η μήτρα έχει προετοιμαστεί κατάλληλα για να το υποδεχτεί. Πιο παραδεκτή υπόθεση είναι ότι δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον για τα σπερματοζωάρια ή για την βλαστοκύστη ή διακόπτουν μια αλυσίδα γεγονότων που είναι απαραίτητα για την εγκατάσταση της βλαστοκύστης στο τοίχωμα της μήτρας.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Πριν τοποθετηθεί είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η ύπαρξη πρόσφατης λοιμώξεως στην πύελο ή κάποιας σοβαρής αιμορραγίας που προκάλεσε ή πιθανόν να προκαλέσει αναιμία, ή αιμορραγία στο μέσον του κύκλου. Εάν υφίστανται τέτοιες καταστάσεις πρέπει να ελέγχονται και να θεραπεύονται πριν τοποθετηθεί το σπείραμα. Είναι απαραίτητο να αποκλεισθεί η προϋπαρξη εγκυμοσύνης ή όγκων τραχήλου ή σώματος μήτρας.

ΧΡΟΝΟΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΩΣ

Συνήθως τοποθετείται κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως ή αμέσως μετά. Εφόσον μια γυναίκα υφίσταται έκτρωση, μπορεί να τοποθετηθεί κατά την διάρκεια της επεμβάσεως. Εάν έχει γεννήσει θα πρέπει να τοποθετηθεί 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Μπορεί να τοποθετηθεί και αμέσως μετά τον τοκετό, μετά την έξοδο του πλακούντα, αλλά σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αποβληθεί. Εάν αποβληθεί δεν πρέπει να επιχειρήσει κανείς την επανατοποθέτησή πριν περάσουν 6 εβδομάδες από τον τοκετό. Εάν τοποθετηθεί 1 εβδομάδα μετά την έξοδο του πλακούντα υπάρχει κίνδυνος διατρήσεως της μήτρας.

ΑΛΛΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Αιμορραγική διάθεση ή χρήση αντιπηκτικών : εδώ η χρησιμοποίησή του προκαλεί αιμορραγίες.
2. Ατοκες γυναίκες : Δεν συνιστάται διότι προκαλεί πόνο. Αν όμως είναι η μόνη ενδεικνυόμενη μέθοδος η τοποθέτηση πρέπει να γίνει με νάρκωση.
3. Σοβαρή δυσμηνόρροια, μηνόρραγια, μητρορραγια.
4. Θξεία τραχηλίτις-γονόρροια.
6. Συγγενείς διαμαρτίες της μήτρας, που αλλάζουν το σχήμα και την κοιλότητά της.
7. Ιστορικό Εκτόπου κυήσεως.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Ενδεικνύεται κυρίως για γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και δεν επιθυμούν άλλα παιδιά.
2. Όταν αντενδεικνύεται το χάπι ή προκαλεί φόβο και όταν

οι άλλες μέθοδοι έχουν αποτύχει και δεν επιθυμείται οριστική στείρωση.

3. Είναι η μέθοδος για γυναίκες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν επιτυχώς άλλη μέθοδο λόγω ελλείψεως υπευθυνότητας.

ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Η γυναίκα πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένη 15-30 λεπτά, θα πρέπει να επανεξεταστεί μετά από 3 μήνες και μετά από 1 χρόνο. Πρέπει να την ενημερώσουμε ότι σε περίπτωση που εμφανιστεί καθυστέρηση έχουμε εγκυμοσύνη. Επίσης ότι μπορεί να απορριφθεί και ότι πρέπει να ελέγχει το νήμα του.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αμέσως μετά την τοποθέτηση του ενδομήτριου σπειράματος εμφανίζεται μικρή αιμορραγία. Επίσης σχεδόν πάντα παρουσιάζεται λίγο αίμα υπό μορφή κυλίνδρων ή οροαιματηράς εκρίσεως στο μέσον της περιόδου. Δεν χρειάζεται να βγει το σπείραμα αν όμως αυτό συνεχίζεται πάνω από τρεις μήνες πρέπει να βγει. Η περίοδος αυξάνεται και μπορεί να πάρει τους πρώτους μήνες την μορφή μητρορραγίας, μηνορραγίας.

Μετά την τοποθέτηση μπορεί να παρουσιαστεί πόνος παροδικά με την μορφή κολικών της μήτρας ή πόνος χαμηλά στην μέση. Είναι πιο συχνός σε άτοκες και όταν έχει επιλεγεί ένα σπείραμα μεγαλύτερο από το μέγεθος της κοιλότητας της μήτρας. Αν παρουσιαστεί πόνος ή αιμορραγία αφού προηγήθηκε διάστημα χωρίς συμπτώματα αυτό μπορεί να σημαίνει απόρριψη. Οι περισσότερες απορρίψεις γίνονται στον πρώτο μήνα και το 50% από αυτές

μέσα στους τρεις πρώτους μήνες, ελάχιστες δε συμβαίνουν μετά την πάροδο ενός έτους. Συνήθως η απόρριψη γίνεται κατά την διάρκεια της περιόδου. Μετά την απόρριψη μπορεί να τοποθετηθεί μεγαλύτερο σπείραμα, αλλά αυτό αυξάνει την ποσότητα της εμμήνου ρήσεως. Μπορεί, αν και σπάνια, να συμβεί και διάτρηση της μήτρας. Η συχνότητα διατρήσεων σχετίζεται με την πείρα εκείνων που το τοποθετούν, το σχήμα του σπειράματος και τη δύναμη που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή.

Η φλεγμονή της πύελου είναι μικρότερη από 20% και αφορά επανερχοποίηση προηγούμενης φλεγμονής. Η αφαίρεση του σπειράματος δεν είναι απαραίτητη για την θεραπεία, εκτός από τις περιπτώσεις γονοκοκκικής μόλυνσης. Επίσης δεν υπάρχει ένδειξη μέχρι σήμερα ότι το σπείραμα μπορεί να προκαλέσει νεοπλασία.

Σπείραμα και εγκυμοσύνη

1. Συγγενείς ανωμαλίες : Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι προκαλεί το σπείραμα οποιαδήποτε ανωμαλία στο έμβρυο.

2. Αυτόματη έκτρωση : Επί εγκυμοσύνης με ενδομήτριο σπείραμα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αποβολής.

3. Σηπτική έκτρωση : αποτελεί την χειρότερη επιπλοκή όταν επί εγκυμοσύνης το σπείραμα δεν αφαιρεθεί. Η κλωστή του σπειράματος ανέρχεται συμπαρασύροντας τα μικρόβια που βρίσκονται πάνω σ' αυτό.

4. Εξωμήτριος κύηση : Υπάρχει κίνδυνος εξωμητρίου κυήσεως (10πλάσιος από τον υπόλοιπο πληθυσμό).

5. Προωρότης : Εάν δεν αφαιρεθεί ο κίνδυνος να γεννηθεί ένα πρόωρο βρέφος είναι τετραπλάσιος απ' ότι εάν το σπείραμα

αφαιρεθεί.

7. Χημικά Σπερματοκτόνα

ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΕΩΣ

Τα χημικά σπερματοκτόνα σκοτώνουν τα σπερματοζώαρια και προκαλούν συγκόλληση του σπέρματος. Αυτά συνήθως δρουν στο FH του κόλπου.

ΕΙΔΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΩΝ

Κυκλοφορούν σε σωληνάκια υπό μορφή κρέμα ή αλοιφής. Φέρουν ρύγχος που εφαρμόζει κατευθείαν στο σωληνάριο και κάνει πιο εύκολη την τοποθέτηση της αλοιφής βαθειά μέσα στον κόλπο. Επίσης κυκλοφορούν σε μορφή δισκίων ή υποθέτων. Τα βρίσκουμε επίσης σαν πάστες, πηκτές αεροσόλ και αφρίζουσες ουσίες. Τελευταία επινοήθηκαν και πλαστικά films τα οποία μπορούν οι γυναίκες να τα βάζουν στον κόλπο πριν την συνουσία ή οι άντρες στην κεφαλή του πέους πριν από την είσοδό του στον κόλπο. Αυτό το πλαστικό έχει ένα σπερματοκτόνο που διαλύεται μόλις μπει στον κόλπο.

Επίσης γίνονται κολπικές πλύσεις με νερό, ξύδι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι, λεμόνι και διάφορα αντισηπτικά διαλύματα.

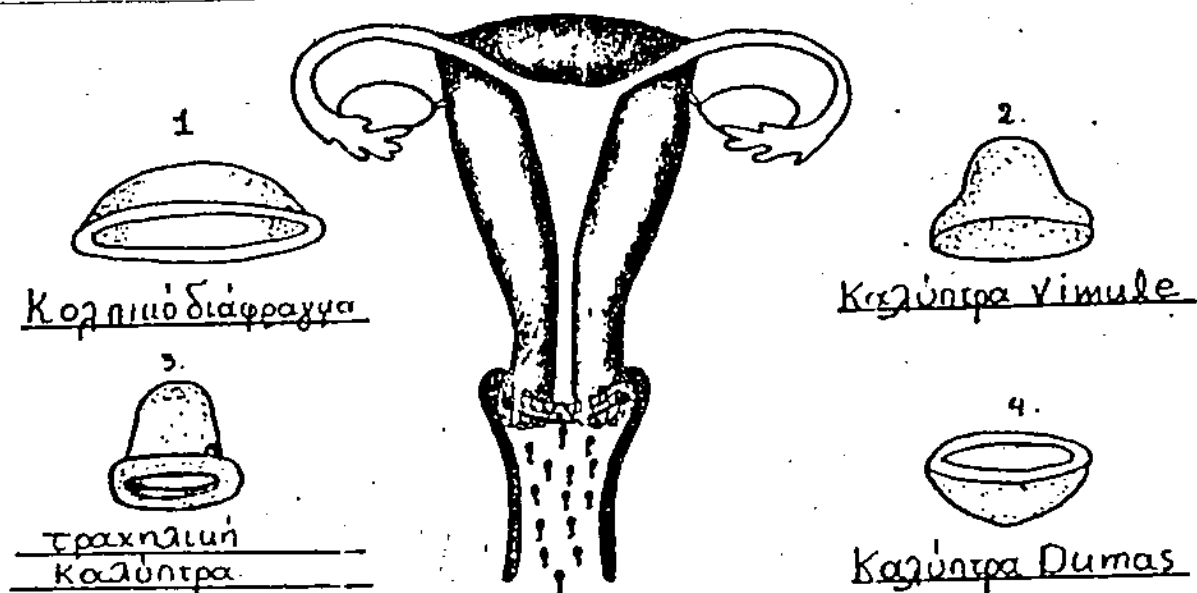
ΑΠΟΤΕΛΑΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Τα πιο αποτελεσματικά φαίνεται να είναι τα αφρώδη υπόθετα. Η αποτυχία κυμαίνεται μέχρι 60 κυήσεις / 100 γυναίκες, έτη. Γι' αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται από ζευγάρια όχι πολύ γόνιμα ή πιθανόν κατά την εμμηνόπαυση. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν

σε συνδυασμό με ανδρικά ή γυναικεία προφυλακτικά.

β. Γυναικεία Προφυλακτικά

Το πρώτο σύγχρονο γυναικείο διάφραγμα σχεδιάστηκε κατά το τέλος του 19ου αιώνα από τον γιατρό Mensinga και ονομάστηκε Ολανδική καλύπτρα.



ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Είναι φτιαγμένο από λεπτό ελαστικό, έχει σχήμα θόλου και στο περιφερειακό του άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Ανάλογα με το σχήμα του μεταλλικού δακτυλίου έχουμε τους εξής τύπους κοιλικών διαφραγμάτων :

α. Ελικοειδής β. Επίπεδος γ. Τοξοειδής

Πριν τοποθετηθεί πρέπει να προηγηθεί μια πλήρης γυναικολογική εξέταση, κατά την οποία ελέγχεται η θέση της μήτρας, το μέγεθος των ωοθηκών, η ύπαρξη τυχόν όγκου μέσα στην πύελο, ο τράχηλος καθώς ο τόνος των μυών του κόλπου. Για να βρεθεί το σωστό μέγεθος εισάγεται ο δείκτης και ο μέσος δάκτυλος μέχρι τον οπίσθιο θόλο του κόλπου και προσδιορίζει το σημείο που ο δείκτης αγγίζει την ηβική σύμφυση, έτσι βρίσκεται το σωστό μέγεθος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ

Αν χρησιμοποιείται σωστά και σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα έχει ένα ποσοστό αποτυχίας 2-4% . Το ποσοστό αποτυχίας αυξάνεται εάν :

1. Το διάφραγμα δεν έχει το σωστό μέγεθος
2. Είναι ελαττωματικό
3. Δεν τοποθετείται σωστά
4. Δεν συνδυάζεται με σπερματοκτόνα
5. Η αφαίρεσή του μετά την επαφή είναι γρήγορη.

Η γυναίκα πρέπει να ακολουθεί τις παρακάτω οδηγίες :

1. Να γίνεται επάλειψη με σπερματοκτόνο αλοιφή.

2. Το διάφραγμα με την σπερματοκτόνο αλοιφή να τοποθετείται μέχρι δύο ώρες πριν την επαφή. Εάν η επαφή γίνει μετά το διάστημα των δύο ωρών είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί κολπικό σπερματοκτόνο υπόθετο.

3. Μετά την επαφή παραμένει 6-8 ώρες. Δεν πρέπει να γίνονται κολπικές πλύσεις σ' αυτό το διάστημα.

4. Εάν επακολουθήσει άλλη επαφή χωρίς να αφαιρεθεί το διάφραγμα είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση σπερματοκτόνου κολπικού υποθέτου.

5. Προσοχή να μην σχιστεί το διάφραγμα κατά την τοποθέτησή του και αφαίρεσή του και να γίνεται περιοδικά έλεγχος.

6. Να αλλάζεται κάθε δύο χρόνια. Επίσης σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης στην πύελο, μεγάλης αλλαγής βάρους ή τοκετού ίσως χρειαστεί να αλλάχθει το μέγεθος.

7. Όταν αφαιρείται πρέπει να πλένεται και να επαλείφεται με τάλκ.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Είναι αβλαβή. Δεν έχουν επίδραση στην περίοδο ή σε κάποιο σύστημα.

2. Αν είναι σωστά τοποθετημένα δεν προκαλούν κανενός είδους δυσφορία και η παρουσία τους δεν γίνεται αντιληπτή στην συνουσία.

3. Είναι υγιεινά δεν προκαλούν καμμία λοίμωξη ή κολπίτιδα εφ' όσον λαμβάνονται μέτρα για την διατήρησή και εφαρμογή τους.

4. Δεν καλύπτουν καμμία ευαίσθητη περιοχή κατά την σε-

ξουαλική επαφή.

5. Τοποθετείται εύκολα και σωστά μετά από οδηγίες ιατρού ή άλλου εκπαιδευμένου ατόμου παραιατρικού προσωπικού.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Δυσκολία στην τοποθέτηση από μερικές γυναίκες.
2. Ψυχολογικοί λόγοι ότι οι ίδιες βάζουν κάποιο ξένο σώμα μέσα τους.
3. Η σπερματοκτόνος αλοιφή δημιουργεί αποστροφή.

ΑΛΛΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ

Όπως και στο κοιλιακό διάφραγμα έτσι και στην καλύπτρα του Dupas, στην τραχηλική καλύπτρα και στην Vimule απαραίτητος ο συνδυασμός με σπερματοκτόνες ουσίες. Πλεονεκτούν σε σχέση με το κοιλιακό διάφραγμα επειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις κυστεοκήλης, μετρίου βαθμού περιπτώσεις μήτρας του χαλαρού μυϊκού τόνου του κόλπου.

Μειονέκτημά τους είναι η δυσκολία που συναντούν οι γυναίκες στην τοποθέτησή τους.

5.5 Στείρωση - Χειρουργική Στείρωση

Με τον όρο Στείρωση, σε ένα ζευγάρι, εννοείται η αδυναμία της γυναίκας να συλλάβει και τεκνοποιήσει, μετά από ένα τουλάχιστον χρόνο φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής.

Στα φυσιολογικά γόνιμα ζευγάρια, στο 65% περίπου αυτών, θα πραγματοποιηθεί σύλληψη στους πρώτους 6 μήνες μετά τον γάμο, και στο 80% μέσα στον πρώτο χρόνο. Στα υπόλοιπα ζευγάρια η

σύλληψη θα πραγματοποιηθεί μέσα στα επόμενα 2 -4 χρόνια.

Οι βασικοί παράγοντες που ευθύνονται για τη στειρώση σε ένα ζευγάρι είναι :

Στον άνδρα : ο παράγων σπέρμα

Στην γυναίκα : 1. Ο παράγων ωοθήκη-ορμονικές διαταραχές, με ποσοστό 15-25 %

2. Ο παράγων σάλπιγγες, με ποσοστό 25-35 %

3. Ο παράγων τράχηλος, με ποσοστό 20-25 %

Βασικό βήμα στην διάγνωση και θεραπεία της στειρώσης, είναι η προσεκτική λήψη του ιστορικού του άνδρα και της γυναίκας, καθώς επίσης και η πλήρης φυσική εξέταση του ζευγαριού.

Για τον άνδρα και τον παράγοντα σπέρμα, οι ελάχιστες προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν είναι :

1. Αριθμός σπερματοζωαρίων στο σπέρμα; πάνω από σαράντα εκατομύρια (40.000.000) ανά κυβικό εκατοστό.

2. Κινητικότητα των σπερματοζωαρίων πάνω από 50%, 4 ώρες μετά από την εκσπερμάτωση.

3. Φυσιολογικές μορφές σπερματοζωαρίων πάνω από 60%.

Στην γυναίκα για τον παράγοντα ωοθήκη, πρέπει να υπάρχει φυσιολογική ορμονική λειτουργία και φυσιολογική ωορρηξία. Ο έλεγχος των παραμέτρων αυτών γίνεται με τις γνωστές ήδη μεθόδους.

Για τον παράγοντα σάλπιγγα, πρέπει να υπάρχει καλή διαβατότητα αυτών και φυσιολογικό επιθήλιο αυτών. Η διαβατότητα, όπως είναι ήδη γνωστό, μπορεί να ελεγχθεί με την Υστεροσαλπιγ-

γογραφία και την λαπαροσκόπηση.

Για τον παράγοντα τραχήλο, ο έλεγχος εντοπίζεται στην ικανότητα του να παράγει καλή βλέννα, που όπως είναι γνωστό, αποτελεί τον δρόμο της αρχικής πορείας των σπερματοζωαρίων προς το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Ο έλεγχος της ικανότητας αυτής της τραχηλικής βλέννας, γίνεται με την δοκιμασία των SIMMS - HUNER. Με την δοκιμασία αυτή ελέγχεται επίσης και η συμπεριφορά των σπερματοζωαρίων μέσα στην τραχηλική βλέννα, καθώς και η ποιότητα του σπερματικού υγρού.

Η δοκιμασία αυτή γίνεται ως εξής :

3-6 ώρες μετά την συνουσία, λαμβάνεται δείγμα της τραχηλικής βλέννας και εξετάζεται στο μικροσκόπιο. Χρονικά, η στιγμή εκτέλεσης της δοκιμασίας πρέπει να συμπίπτει με την εποχή της ωορρηξίας, οπότε θεωρητικά η βλέννα του τραχήλου, έχει την καλύτερη ποιότητα. Στο δείγμα αυτό της τραχηλικής βλέννας παρατηρούνται τα κινητά σπερματοζωάρια. Αυτά πρέπει να είναι περισσότερα από 5 ανά οπτικό πεδίο της μεγάλης μεγέθυνσης του μικροσκοπίου και να κινούνται ζωηρά. Αν τέτοιο πράγμα δεν συμβαίνει, η δοκιμασία θεωρείται μη ικανοποιητική και έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να οφείλεται :

- α) σε πολύ μικρό αριθμό σπερματοζωαρίων
- β) σε κακής ποιότητας σπερματικό υγρό, συνήθως αποτελέσματος φλεγμονής στο γεννητικό σύστημα του άνδρα.
- γ) σε κακής ποιότητας ή ποσότητας τραχηλική βλέννα, που μπορεί να οφείλεται είτε σε φλεγμονή του τραχήλου -τραχηλίτι-

δα- ,ή σε πλημελή έκκριση οιστρογόνων ή άλλη ορμονική δυσλειτουργία.

Σπάνια μπορεί να υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ των σπερματοζωαρίων και στοιχείων της τραχηλικής βλέννας, με αποτέλεσμα την ακινητοποίηση των γεννητικών κυττάρων του άνδρα.

Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται σαν ανασοβιολογική στειρώση και περιλαμβάνει και άλλες παραμέτρους.

Τέλος ορισμένες ανατομικές ανωμαλίες, σύγγενεις ή επίκτητες, του γεννητικού σωλήνα της γυναίκας, όπως ινομυώματα μήτρας, ανωμαλίες του σχήματος της μήτρας, ενδομητρικές ή ενδοτραχηλικές συμφύσεις, είναι δυνατόν να αποτελούν αιτίες στειρώσης.

Η θεραπεία στην στειρώση είναι αιτιολογική και γίνεται μετά από πολύ προσεκτική μελέτη του ζευγαριού.

Τα τελευταία χρόνια η δυνατότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης, άνοιξε νέους ορίζοντες στην θεραπεία του στειρού ζευγαριού, παρά τις οποσδήποτε υπαρκτές ιατρικές και ηθικές επιφυλάξεις.

5.5.1 Χειρουργική Στείρωση

Οι χειρουργικές μέθοδοι-προφυλάξεις από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ήταν αρκετά δύσκολες και επικίνδυνες τεχνικές μέχρι τις αρχές του 1900. Μετά το 1920 άρχισαν να εφαρμόζονται για τους άνδρες και μετά το 1930 για τις γυναίκες. Είναι μέθοδος αντισυλληψης μη αναστρέψιμη, μόνιμη γι' αυτό όταν πραγματοποιηθεί αποκλειστικά για αντισύλληψη θα πρέπει να γίνεται

λεπτομερής πληροφόρηση του ενδιαφερόμενου ζευγαριού και εξήγηση των πλεονεκτημάτων της, αλλά και να τονίζεται το μειονέκτημά της μονιμότητάς της. Θα πρέπει να αφήνεται δε το ζευγάρι αποκλειστικά, να αποφασίσει ποιός από τους δύο θα υποστεί την στειροποίηση, χωρίς ο γιατρός να επηρεάσει ή να εκφράσει την προσωπική του γνώμη και οπωσδήποτε αφού τους αναφερθούν τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα της επεμβάσεως στον άνδρα ή στη γυναίκα.

5.5.2 Σύγκριση 7 Πλεονεκτημάτων και Μειονεκτημάτων Χειρουργικής Στειροποιήσεως Ανδρα και Γυναίκας.

α. Η τεχνική για την στειροποίηση του άνδρα έχει εξελιχθεί σε υψηλό επίπεδο τελειότητας, ενώ για την για την γυναίκα εξελίσσεται ικανοποιητικά αλλά δεν έχει φτάσει σε σημείο τελειότητας.

β. Η απολίνωση του σπερματικού πόρου μπορεί να πραγματοποιηθεί από ένα γιατρό μόνο του στο εξωτερικό ιατρείο ή ακόμα και από καλά εκπαιδευμένο βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, ενώ η στειροποίηση στη γυναίκα απαιτεί ομάδα ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού απόλυτα εξειδικευμένου.

γ. Στον άνδρα γίνεται με τοπική νάρκωση, ενώ στην γυναίκα απαιτείται γενική αναισθησία.

δ. Στον άνδρα απαιτείται ο μισός χρόνος από αυτόν που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί η στειροποίηση στη γυναίκα.

ε. Κίνδυνος ζωής κατά την χειρουργική στειροποίηση του άνδρα δεν υφίσταται τουλάχιστο στα αναπτυγμένα κράτη. Αντίθετα

στη γυναίκα είναι δυνατό να υπάρξει κίνδυνος ζωής, αν και η θνησιμότητα δεν υπερβαίνει το 1 / 10.000 .

στ. Παρενέργειες από τη χειρουργική στείρωση: μπορεί να παρουσιαστεί λοιμώξη τοπικά ή σχηματισμός αιματώματος που απορροφάται συνήθως μόνο του. Η λοιμώξη αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά που συνήθως δίνονται προληπτικά. Πιο σπάνια μπορούν να παρουσιαστούν επιδιδυμορχιτις , κοκκίνωμα και ατροφία των όρχεων . Η ατροφία είναι σπάνια επιπλοκή και αποδίδεται στην χρησιμοποίηση αναισθητικού με πολύ αδρεναλίνη που ενέθηκε πολύ κοντά στην ορχική αρτηρία.

Παρενέργειες στις γυναίκες παρουσιάζονται από τη χρησιμοποίηση γενικής αναισθησίας, αλλά μπορεί να εμφανιστεί πιο συχνά λοιμώξη τοπικά , αιμορραγία , θρομβοφλεβίτις , αργότερα δε και κήλη στο σημείο της εγχειρήσεως.

ξ. Η πιθανότητα αποτυχίας ή ιατρικού σφάλματος δεν διαφέρει στους άνδρες από τις γυναίκες. Ο άνδρας δεν γίνεται αμέσως μετά την επέμβαση στείρος , σπάνιος δε είναι πιθανό να γίνει και αυτόματη επανασύνδεση του σπερματικού πόρου όταν η απολίνωση δεν έγινε καλά.

5.5.3 Χειρουργική Στείρωση του Ανδρός

Μετά το 1965 άρχισε να γίνεται αποδεκτή από το κοινό και να εφαρμόζεται η στείρωση των ανδρών. Αυτό οφείλεται κυρίως στη δημοσιότητα που δόθηκε σε πολλές περιοχές της γης με την οποία τονίζεται ιδιαίτερος ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να συνεχιστεί ομαλά και φυσιολογικά χωρίς τον κίνδυνο

της εγκυμοσύνης. Έτσι βρήκε μεγάλη απήχηση στις Ινδίες όπου όμως εφαρμόστηκε με όχι απολύτως σωστό για τα ανθρώπινα δικαιώματα τρόπο (χωρίς σαφή πληροφόρηση και με αμοιβή) στα πλαίσια κυβερνητικού προγράμματος ελέγχου των γεννήσεων. Στις ΗΠΑ σε μερικές αγροτικές περιοχές υπολογίζεται ότι 1 στους 6 παντρεμένους άνδρες έχουν υποστεί χειρουργική στείρωση. Το 1971 στις ΗΠΑ 750.000 άνδρες στείρωθηκαν και το 1972 πιστεύεται ότι ξεπέρασαν το 1 εκατομμύριο. Σ' ορισμένες όμως χώρες όπως στη Σκανδιναβία και στην Ανατολική Ευρώπη έχει εν μέρει η εξ ολοκλήρου απαγορευθεί με νόμο, αν και πρόσφατα συζητείται η αναθεώρηση της πολιτικής αυτής.

5.5.4 Απολίνωση του Σπερματικού Πόρου

Είναι απλή χειρουργική επέμβαση που συνήθως διαρκεί 10' και γίνεται με τοπική αναισθησία. Αυτή συνίσταται στην απολίνωση και τομή του σπερματικού πόρου. Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα μετά την επέμβαση, αν δε η εργασία του δεν είναι κουραστική, μπορεί να την συνεχίσει, διαφορετικά απαιτείται δύο ημερών αποχή.

Είναι μη αναστρέψιμη μέθοδος. Έχει όμως αναφερθεί ότι 50% που μετάνιωσαν για κάποιο λόγο και ήθελαν να κάνουν παιδί κατάφεραν μετά από χειρουργική επέμβαση να επιτύχουν την αναστόμωση των σπερματικών πόρων. Η καθολική απουσία σπερματοζωαρίων γίνεται αφού προηγηθούν 20-30 εκσπερμάτωσεις μετά την απολίνωση ή αφού περάσουν 3 μήνες από αυτή. Μετά 3 - 4 μήνες πρέπει να γίνει έλεγχος σπέρματος, για να εξετασθεί η τυχόν

παρουσία σπερματοζωαρίων. Εφ' όσον μετά την εξέταση δύο διαφορετικών εκσπερματίσεων δεν ανευρίσκονται σπερματοζωάρια τότε ο άνδρας θεωρείται στérρος. Εάν όμως ανευρίσκονται τότε αυτό μπορεί να σημαίνει ότι έγινε αυτόματη συνένωση του σπερματικού πόρου ή ότι υπάρχει κάποιος σπερματικός πόρος ο οποίος πέρασε απαρατήρητος κατά την εγχείρηση, αυτό αποτελεί σπάνια συγγενή ανωμαλία.

5.5.5 Ενδείξεις Απολινώσεως του Σπερματικού Πόρου

Οι σπουδαιότερες ενδείξεις είναι οι εξής :

α. Ανάγκη αντισυλληψης σε παντρεμένο άνδρα που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να μεταδώσει σοβαρή κληρονομική ασθένεια.

β. Όταν η γυναίκα έχει κάποιο σοβαρό λόγο να αποφύγει την εγκυμοσύνη και δεν μπορεί να υποβληθεί σε στειροποίηση συνιστάται η χειρουργική στειροποίηση του άνδρα.

γ. Όταν το ζευγάρι έχει αρκετά παιδιά, έχει πάρει αμετάκλητη απόφαση μα μην κάνει άλλα παιδιά και ο άνδρας βρίσκει τις άλλες μεθόδους αντισυλληψης μη ικανοποιητικές.

5.5.6 Αντεδείξεις Απολινώσεως Σπερματικού Πόρου

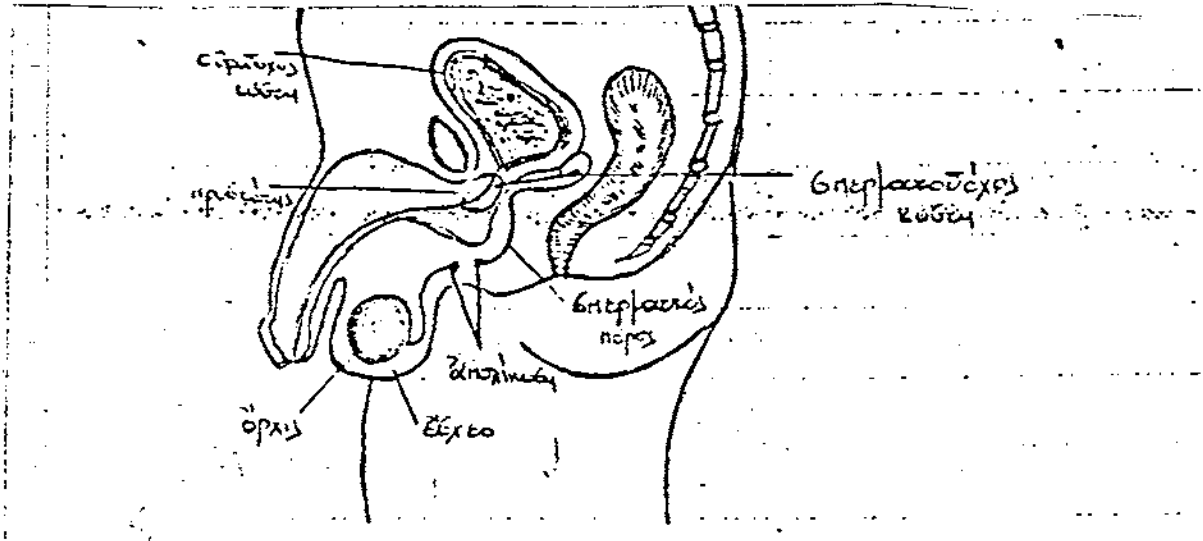
Χειρουργική στειροποίηση δεν πρέπει να συνιστάται σε :

α. Ανύπαντρους άνδρες, εκτός αν είναι βέβαιο ότι μπορεί να μεταδώσουν σοβαρό κληρονομικό νόσημα.

β. Ανδρες οι οποίοι πείστηκαν από τις γυναίκες τους ή που φαίνεται ότι έχουν ενδοισμούς γι' αυτό που αποφάσισαν να κάνουν.

γ. Άνδρες που ο γάμος τους δεν είναι ευτυχισμένος και σταθερός.

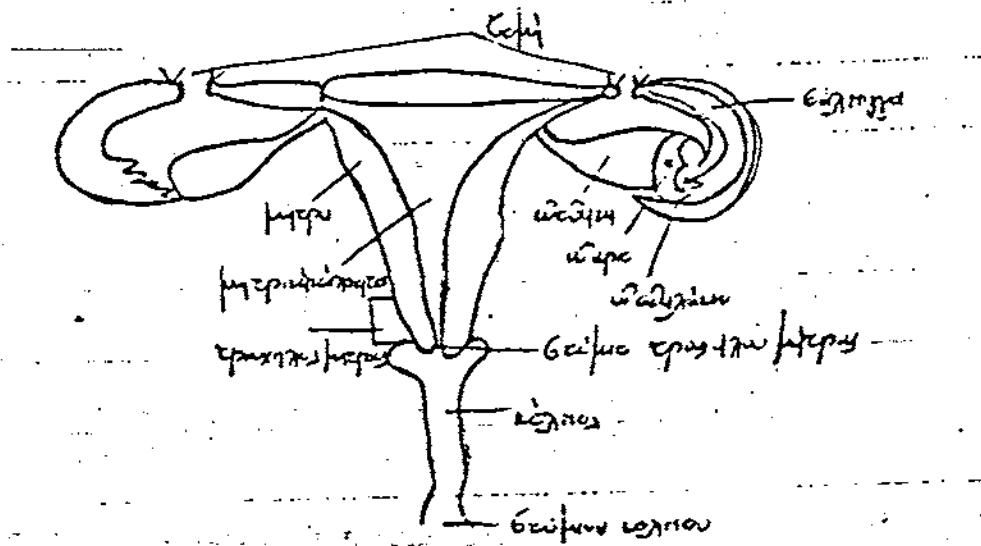
δ. Άνδρες που έχουν στο ιστορικό τους κάποια ψυχική πάθηση. Σ' αυτή την περίπτωση θα πρέπει να δώσει την γνώμη του ειδικός ψυχίατρος.



5.5.7 Χειρουργική Στείρωση της Γυναίκας

Αυτή συνίσταται στη διατομή και απολίνωση των σαλπινγών. Οι σαλπινγγες όμως βρίσκονται βαθειά μέσα στο σώμα και επομένως δεν μπορεί να γίνει διατομή σ' αυτές το ίδιο απλά όπως συμβαίνει με τον σπερματικό πόρο. Κλασική μέθοδος για την προσπέλαση των σαλπινγών είναι η λαπαροτομία η οποία δεν απαιτεί μεγάλη εξειδίκευση των γυναικολόγων. Κατ' αυτή γίνεται μία τομή της κοιλιάς κοντά στον ομφαλό, θα πρέπει δε αρκετά ανατομικά στρώματα να κοπούν μέχρι να φθάσει κανείς στο περιτόναιο. Θεωρείται μεγάλη εχθέρηση. Είναι απαραίτητο να μένει η γυναίκα μία εβδομάδα τουλάχιστον στο νοσοκομείο και αφήνει μια

τομή που οι γυναίκες πολλές φορές δεν αποδέχονται.



Άλλος τρόπος απολίνωσης είναι η οπίσθια κολποτομή. Γίνεται δηλαδή μία τομή στον οπίσθιο θόλο του κόλπου και από εκεί γίνεται η απολίνωση των σαλπιγγών. Η επέμβαση δεν αφήνει καμιά ορατή ουλή και δεν είναι τόσο σοβαρή, αλλά θεωρείται εξαιρετικά δύσκολη από τεχνικής απόψεως.

Περισσότερο προσιτή φαίνεται να είναι η ενδοσκοπική μέθοδος για την απολίνωση των σαλπιγγών, αλλά είναι αρκετά πολυδάμη για να εφαρμοστεί σε ευρεία κλίμακα. Κατά τη μέθοδο αυτή εισάγεται ένα λαπαροσκόπιο από μία πολύ μικρή τομή στον ομφαλό και αφού εντοπισθούν οι σάλπιγγες εισάγεται μία ηλεκτρονική λαβίδα με την οποία καυτηριάζονται χιλιανά μην ενωθούν αργότερα μόνες τους, και κόβονται οι σάλπιγγες.

Πριν αποφασίσει μια γυναίκα να υποστεί χειρουργική στείρωση θα πρέπει να έχει κατανοήσει απόλυτα ότι είναι μια επέμβαση μόνιμη και όχι εύκολα ανατρέψιμη. Σήμερα με την ανάπτυξη της μικροχειρουργικής επιτυγχάνεται επαναστόμωση των

σαλπιγγών και κύηση στο 85% των γυναικών που υπέστησαν τεχνητή διατομή των σαλπιγγών. Το παραπάνω ποσοστό επιτυγχάνεται σε οργανωμένα κέντρα με προσωπικό πολύ καλά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο. Ωστόσο δεν θα πρέπει να πάρει την απόφαση βιαστικά ή κάτω από πίεση. Θα πρέπει δε μετά από πλήρη επεξήγηση και πληροφόρηση να συμφωνήσει και ο σύζυγος σ' αυτή την απόφαση. Αυτό που μπορεί κανείς να διαβεβαιώσει είναι ότι δεν πρόκειται αυτή η γυναίκα να παχύνει ή να χάσει την επιθυμία ή την ευχαρίστηση από την σεξουαλική επαφή και ότι η περίοδός της θα είναι κανονική.

5.5.8 Γυναίκες που Μπορούν να Υποστούν Στειροποίηση

- α. Γυναίκες στις οποίες μια εγκυμοσύνη αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή και τη ζωή τους.
- β. Γυναίκες που μπορεί να μεταδώσουν σοβαρά κληρονομικά νοσήματα.
- γ. Γυναίκες που έχουν αποκτήσει τα παιδιά που επιθυμούν αλλά δεν θέλουν περισσότερα και δεν είναι ικανοποιημένες με καμμία άλλη μέθοδο αντισύλληψης.
- δ. Γυναίκες διανοητικά καθυστερημένες που είναι ανίκανες να χρησιμοποιήσουν με επιτυχία κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

5.5.9 Μειονεκτήματα Στειροποίησης

Η στειροποίηση του άνδρα ή της γυναίκας είναι μια πολύ αξιόλογη αντισυλληπτική μέθοδος, έχει όμως το μειονέκτημα να

είναι μόνιμη και μη ανατρέψιμη . Γι' αυτό γίνεται προσπάθεια να εφαρμόζεται κατά τρόπο μη μόνιμο. Έτσι έγινε προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν κλίπς μεταλλικά ή πλαστικά για την απόφραξη των σάλπιγγών ή του σπερματικού πόρου και τα οποία θα ήταν δυνατό να βγουν όταν επιθυμήσει κανείς να κάνει παιδιά. Όμως τα αποτελέσματα μέχρι τώρα τουλάχιστον δεν είναι ικανοποιητικά, ούτε για τους άνδρες ούτε για τις γυναίκες, γιατί δεν αποκλείεται απόλυτα η διαβατότητα μόνο με την τοποθέτηση κλίπς.

Γίνονται προσπάθειες χωρίς όμως επιτυχία, τουλάχιστον προς το παρόν, να βρεθούν κατάλληλα υλικά που να αποφράσσουν τις σάλπιγγες και τους σπερματικούς πόρους, αλλά να επιτρέπουν την αποκατάσταση της διαβατότητας μετά την αφαίρεσή τους.

5.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Εκτρώσεις.

Ενας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διαδόσεως των αρχών και μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η έκτρωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Επομένως η ύπαρξη και ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού. Τα προβλήματα που παρουσιάζει η βίαιη διακοπή της εγκυμοσύνης - η τεχνητή έκτρωση - είναι τόσο πολλά και ποικίλα που δεν αφήνουν αδιάφορο σχεδόν

κάθε άνθρωπο σ' οποιοδήποτε χρώμα, θρησκεία, κοινωνική τάξη, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο και αν ανήκει.

Είναι προβλήματα που ενδιαφέρουν δημογράφους, πολιτικούς, γιατρούς, δικαστικούς, νομοθέτες, θεολόγους, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, οικονομολόγους, ανθρωπολόγους, ιστορικούς, λειτουργούς του οικογενειακού προγραμματισμού, ανθρωπιστές και τον κάθε κοινό άνθρωπο.

Έκτρωση : θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων αφαίρεση αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου πριν καταστεί ικανό για ανεξάρτητη εξωμητρική ζωή. Μπορεί να γίνει για λόγους προστασίας της γυναίκας, οπότε λέγεται θεραπευτική και για λόγους που δεν αφορούν την υγεία της γυναίκας και που φέρεται με ποικίλους ορισμούς όπως άμβλωση, τεχνητή έκτρωση, απόξεση, εγκληματική έκτρωση, παράνομη έκτρωση, ενδομητρική ανάρρōψη κ.λ.π.

Τεχνητή : Βίαιη διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει

α. Στα πολύ αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης

β. Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης

γ. Από τον 4ο μήνα της εγκυμοσύνης και άνω

Σαν επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί για την διακοπή της εγκυμοσύνης, ο χρόνος της εγκυμοσύνης έχει σημαντική βαρύτητα.

Α. Διακοπή Εγκυμοσύνης στα Αρχικά Στάδια

Χρησιμοποιούνται και χρησιμοποιούνται ακόμη :

1. Διάφορα Φυσικά Αυτοσχέδια Μέσα

Ασυνήθεις στάσεις, τοπικά επιθέματα στην κοιλιά, ισχυρή

πίεση στην κοιλιά, σωματικές ασκήσεις. Βέβαια όλα αυτά συνήθως ήταν ανέκιστα να διακόψουν την εγκυμοσύνη και προκαλούσαν αιμορραγία.

2. Διάφορα Φαρμακευτικά Μέσα

Που είναι γνωστά σαν εκτροπικά όπως διάφορα δηλητήρια, μόλυβδος, αρσενικό. Ήταν επικίνδυνα και για την γυναίκα και για το παιδί. Χρησιμοποιούσαν εργοτίνη, εργοταμίνη, ορμονικά σκευάσματα, οιστρογόνα ή προγεστερόνη ή συνδυασμός και των δύο, καθώς και σκευάσματα οκυτοκίνης από το στόμα ή παρεντερικά.

3. Μηχανικά Μέσα-Αναρρόφηση του Ενδομητρίου

Η αναρρόφηση γίνεται ύστερα από ολιγοήμερη καθυστέρηση της περιόδου ή και χωρίς καθυστέρηση εφόσον έχει προηγηθεί συνουσία χωρίς προφύλαξη. Μπορεί να γίνει σε Εξωτερικά Ιατρεία διότι είναι απλή επέμβαση. Γίνεται με το ρύγχος του Katman που έχει αμβλύ πέρας με δύο πλάγια ανοίγματα. Για την αναρρόφηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί οποιαδήποτε συσκευή κενού αρκεί να εφαρμόζεται το ρύγχος. Πολλοί χρησιμοποιούν ειδική σύριγγα κενού των 50 ml. Μπορεί να γίνει χωρίς αναλγησία. Η αναρρόφηση διαρκεί 2 - 10 λεπτά. Πρέπει να παρακολουθείται η γυναίκα μήπως συνεχίζεται η εγκυμοσύνη. Πολλοί πιστεύουν ότι στην επέμβαση υπάρχουν επιπλοκές π.χ φλεγμονή, αιμορραγία, διάτρηση, κατακράτηση υπολλειμάτων, συνέχιση εγκυμοσύνης. Επίσης επειδή η επέμβαση γίνεται χωρίς καθυστέρηση ή ύστερα από ολιγοήμερη καθυστέρηση υπάρχει ποσοστό γυναικών που υποβάλλεται στην επέμβαση χωρίς να υφίσταται εγκυμοσύνη. Γι' αυτούς τους λόγους υπάρχουν πολλοί που έχουν ισχυρές αντιρήσεις για την αξία της

Β. Διακοπή της Εγκυμοσύνης στο Πρώτο Τρίμηνο

1. Διαστολή του Τραχήλου και Απόξεση

Γίνεται προσδευτική διαστολή του τραχήλου με κηρία Hegar και κένωση της μήτρας με απόξεση του ενδομητρίου και ξέστρα. Πριν την επέμβαση γίνεται έλεγχος της καταστάσεως του αίματος. Η διαστολή γίνεται σε ένα στάδιο. Όταν όμως ο τράχηλος είναι σφικτός και λεπτός γίνεται σε δύο στάδια. Την πρώτη ημέρα χρησιμοποιούνται λαμινάριες που μαλακώνουν και διαστέλλουν τον τράχηλο και την επομένη ολοκληρώνεται η επέμβαση. Έτσι μειώνονται τραυματισμοί, ρήξεις του τραχήλου της μήτρας και μειώνεται ο κίνδυνος διατηρήσεως και σε αιμορραγίες.

2. Διαστολή του Τραχήλου και Αναρρόφηση

Τα τελευταία χρόνια η κένωση του περιεχομένου της μήτρας μετά τη διαστολή γίνεται με την δημιουργία αρνητικής πίεσης και αναρρόφησης της εμβρυακής μάζας και των υμένων. Όπως η συμβατική απόξεση έτσι και η αναρρόφηση γίνεται με γενική αναισθησία.

Από τα πιο σημαντικά προληπτικά μέτρα υγείας που μπορούν να συζητηθούν και να προταθούν στην γυναίκα πριν την επέμβαση είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός και τα αντισυλληπτικά μέσα. Η εποχή που η γυναίκα προσέρχεται για έκτρωση αποτελεί εξαιρετική ευκαιρία για ενημέρωση και παροχή πληροφοριών γύρω από την έκτρωση και συμβουλών για τα πλεονεκτήματα της πρόληψης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με σωστό οικογενειακό προγραμματισμό και με χρήση αντισυλληπτικών. Είναι προτιμότερο να προλαμβάνεται η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη από το να επιχειρείται

ο βίαιος τερματισμός με οποιαδήποτε μέθοδο.

Γ. Διακοπή Εγκυμοσύνης Μετά το Πρώτο Τρίμηνο

1. Ωκυτοκικά σκευάσματα

Χορηγούνται σε ενδοφλέβια στάγδην. Έγχυση δυαλύματος σακχαρούχου ορού με ωκυτοκίνη και όταν γίνει η κένωση της μήτρας γίνεται και απόξεση.

2. Τεχνητή Ρήξη Υμένων

Την χορήγηση ωκυτοκικών σκευασμάτων ακολουθεί η ρήξη υμένων και έτσι γίνεται πιο εύκολα η αποβολή του κυήματος.

3. Ενδοαμνιακή Έγχυση

Χρησιμοποιούνται υπέρτονα χλωριούχα. Η δόση που απαιτείται ανέρχεται, στα 40 γραμμάρια, 200ml 20% χλωριούχων. Μπορεί να συνδυαστεί με χορήγηση ωκυτοκικών σκευασμάτων για συντομότερη κένωση. Έχουμε κατακράτηση στοιχείων εγκυμοσύνης, αιμορραγία, μόλυνση, υπερνατριαιμία, διαταραχές πήκτικότητας του αίματος.

4. Προσταγλανδίνες

Η εξωαμνιακή χορήγηση προσταγλανδίνων έχει ευρύτερη διάδοση και προτιμάται από πολλούς γιατί παρουσιάζει λιγότερες παρενέργειες και κινδύνους από την ενδοαμνιακή χορήγηση. Η δόση είναι 40 ml.

5. Ουρία

6. Rivanol

7. Μηχανικά Μέσα

- Καμινάρια
- Καθετήρας Folley
- Ελαστικός Μητρευρηνητήρας

Παρά την σημαντική πρόοδο στη χειρουργική των εκτρώσεων το ηθικό θέμα στις περισσότερες χώρες είναι συγκεχυμένο. Πράγματι η Πολιτεία και η Εκκλησία απαγορεύουν στους γιατρούς να

πραγματοποιήσουν την έκτρωση. Οι πιο προοδευτικές Εκκλησίες επιτρέπουν την έκτρωση μόνο όταν η εγκυμοσύνη απειλεί τη ζωή της γυναίκας. Ενώ οι πιο αυστηρές τοποθετούν την την προστασία της εγκυμοσύνης και της νέας ζωής πάνω από την μητέρα και την οικογένεια. Όμως η ανάγκη και η ζήτηση των εκτρώσεων είναι τεράστια με αποτέλεσμα εκατομμύρια εκτρώσεων σε όλο τον κόσμο να πραγματοποιούνται παράνομα και από ερασιτέχνες και πολλές φορές με πρωτόγονες, οδυνηρές και επικίνδυνες μεθόδους - ο αριθμός δεν αυξάνεται τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες όταν αυτή είναι νόμιμη. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισυλληψέως. Το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο αν γίνεται πάντοτε εντατική ενημέρωση κάθε γυναίκας

Παρόμοιος αριθμός εκτρώσεων γίνεται και στις χώρες, στις οποίες οι εκτρώσεις είναι παράνομες. Έτσι στο Βέλγιο επί 200.000 τακετών γίνονται 400.000 εκτρώσεις. Η διαφορά μεταξύ ανεπτυγμένων και υπό ανάπτυξη χωρών δεν είναι στον αριθμό των εκτρώσεων, αλλά στον τρόπο με τον οποίο γίνονται. Σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ακριβέστερη καταγραφή τους, αλλά κυρίως στην παράλειψη πληροφόρησης πάνω σε αποτελεσματικά μέσα αντισυλληψέως. Την τελευταία δεκαετία η μεγάλη διάδοση των νεότερων αντισυλληπτικών οδήγησε στην μείωση των εκτρώσεων. Παρ' όλη την μείωση υπολογίζεται ότι μία στις τέσσερεις εγκυμοσύνες σε όλο τον κόσμο τερματίζεται με έκτρωση. Συνολικά πιστεύεται ότι γίνο-

νται περίπου 40 εκατομμύρια εκτρώσεις, οι μισές από αυτές είναι παράνομες και εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου της γυναίκας της αναπαραγωγικής ηλικίας.

Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί ότι το 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον 1 έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, σε κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά σε ανώτερης. Πιστεύεται δε ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή και μεγαλύτερος προς τον αριθμό των γεννήσεων. Στις πιο αναπτυγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες το πρόβλημα των εκτρώσεων δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες κάτω των 24 ετών.

Συχνότητα εκτρώσεων (%) κατά ηλικία σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες			
Χ Ω Ρ Α	ΗΛΙΚΙΑ 15-17	18 - 20	20 - 24
ΑΓΓΛΙΑ	13.0	19.8	15.4
ΣΟΥΗΔΙΑ	26.0	32.2	27.9
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	15.4	29.0	26.0
ΔΑΝΙΑ	19.3	31.8	32.5
ΚΑΝΑΔΑΣ	10.9	16.7	13.6

Αυτό αποδίδεται αφ' ενός στην πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων αφ' ετέρου στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Αρα λοιπόν βλέπουμε πόσο αναγκαία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Σε κάθε έκτρωση υπάρχει :

1. Ένας μικρός άμεσος κίνδυνος θανάτου από αιμορραχία
εμβολή ή λοίμωξη. Η θνητότητα στις νόμιμες προκλητές εκτρώσεις
εξαρτάται κυρίως από τη διάρκεια της κύησης. Όσο η διάρκεια
της κύησης είναι μικρότερη τόσο η θνητότητα είναι μικρότερη.
Η θνητότητα αυξάνει σημαντικά όταν η κύηση είναι μεγαλύτερη
από 12 εβδομάδες. Επίσης σημαντικός παράγοντας είναι η εμπει-
ρία αυτού που εκτελεί την έκτρωση. Έχει αδρά υπολογιστεί ότι η
θνητότητα στις νόμιμες εκτρώσεις ανέρχεται σε 1-2/100.000. Η
θνητότητα πιστεύεται ότι είναι τουλάχιστο 10 φορές μεγαλύτερη
εκεί όπου οι εκτρώσεις εκτελούνται παράνομα και κυρίως από μη
γιατρούς.

Υπολογιζόμενος αριθμός νομίμων εκτρώσεων, θανάτων και θνητότητας στη Ν.Υόρκη από 1-7-70 μέχρι 30-6-72			
Διάρκεια Κύησης	Αριθμός Εκτρώσεων	Αριθμός Θανάτων	Θνητότητα ανά 100.000 εκτρώσεις
<12 εβδομάδες	321.500	6	1.9
>13 εβδομάδες	80.500	14	17.4
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	402.000	20	5.0

2. Συνήθως συμβαίνουν αιμορραχίες από ρήξεις αγγείων,
ρήξεις μήτρας και θρομβοεμβολικά επεισόδια.

3. Από στατιστικές μελέτες που έγιναν φαίνεται ότι
ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που υποβάλλεται σε έκτρωση παρου-
σιάζει προβλήματα στειρότητας και μάλιστα όταν γίνεται παρά-
νομα, χωρίς την τήρηση των καταλλήλων συνθηκών μιας χειρουργι-

κής επεμβάσεως και από μη ιατρικό προσωπικό. Οι φλεγμονές, οι αποφράξεις σαλπινγγίων, οι ενδομητρικές συμφύσεις, η καταστροφή του ενδομητρίου και η χάλαση του τραχηλικού στομίου είναι οι κυριότερες αιτίες στειρότητας. Σε έρευνα που έγινε στο ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ ΣΕ 1.000 γυναίκες που παρουσίαζαν πρόβλημα στειρότητας βρέθηκε πως οι 530 (53%) είχαν κάνει έκτρωση και ότι στις 415 (78.2%) από αυτές η στειρότητα είχε σχέση με την έκτρωση. Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις 530 γυναίκες οι 342 (64.5%) δεν είχαν παιδί και από αυτές οι 240 (70%) κατέστησαν στελ-ρες από μία μόνο έκτρωση.

4. Επιπτώσεις πάνω στην Ψυχική υγεία της γυναίκας λόγω της συμπεριφοράς των ατόμων του άμεσου περιβάλλοντός της. Ψύχωση έχει αναφερθεί ότι εκδηλώνεται σε 3 από τις 10.000 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε έκτρωση.

5. Μαιευτικά :

α. Αιμορραγίες εκκεμωσύνης .Χωρίς ιστορικό εκτρώσεων η συχνότητα είναι 10.8% .Η συχνότητα ανεβαίνει όταν οι γυναίκες έχουν κάνει 1 έως 2-3 εκτρώσεις από 18% μέχρι 25.8%

β. Προδρομικός πλακούντας και πρόωγη αποκόλληση πλακούντα .

γ. Ανωμαλίες υστεροστοκίας

6. Πρώιμη ρήξη θυλακίου είναι πιο συχνή σε γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης εκτρώσεως (5.4%) παρά σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει έκτρωση (2.0%). Η πρώιμη ρήξη είναι δυνατόν να προδιαθέσει σε ενδομήτρια ανιούσα λοίμωξη του εμβρύου.

7. Οι προηγούμενες εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο

προώρου τοκετού και αυτομάτου εκτρώσεως κατά το πρώτο τρίμηνο της επόμενης εγκυμοσύνης.

8. Οι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν την συχνότητα έκτοπης εγκυμοσύνης και ανωμαλιών προβολών του εμβρύου.

9. Η περιχευνητική θνησιμότητα όπως και η νεοχνεκή είναι πολύ υψηλότερη όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων.

Η έκτρωση θα περιοριστεί μόνο με τον περιορισμό της απρογραμμάτιστης, ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αυτό μπορεί να γίνει μόνο με τη δραστηριοποίηση σε παγκόσμια κλίμακα των προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού και στην ευρεία διάδοση αντισυλληπτικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από όλους. Εφ' όσον αυτά καθυστερούν οι εκτρώσεις θα συνεχίζονται και μάλιστα με προσδευτικά αυξανόμενο ρυθμό. Οι κυβερνήσεις και οι ιδιωτικές οργανώσεις που επιθυμούν και επιζητούν την μείωση των εποπλοκών που έχουν οι εκτρώσεις στον άνθρωπο και στο κοινωνικό σύνολο μπορούν να συμβάλλουν θετικά κάνοντας την έκτρωση όσο γίνεται πιο ακίνδυνη ευρήνοντας τις ενδείξεις εξασφαλίζοντας τα έξοδα για τις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ελέγχοντας τα πρόσωπα, τον τρόπο, τα μέσα, το χώρο εκτέλεσης των εκτρώσεων. Μπορούν να συμβάλλουν θετικά στον περιορισμό των εκτρώσεων με ενίσχυση της διαδόσεως των νεότερων αντισυλληπτικών και της έρευνας για ανεύρεση περισσότερο αποτελεσματικών, ασφαλέστερων και φθηνότερων αντισυλληπτικών μέσων.

5.7 Ψυχικές Παράμετροι Αντισυλληπτικών Μεθόδων

Ας δούμε το θέμα και από πλευράς ψυχολογίας και ας θεωρήσουμε σαν πιο βασικά σημεία τα ακόλουθα:

1. Ποιός ψυχολογικός μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την άρνηση ή την έλλειψη εφαρμογής μιας οποιασδήποτε μεθόδου αντισύλληψης από ένα ζευγάρι.

2. Τι είναι εκείνο που κάνει μια γυναίκα ή ένα ζευγάρι να χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης.

Τα άτομα που μόνιμα ή τακτικά απορρίπτουν την αντισύλληψη, σε αντίθεση με όσα χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις αντισυλληπτικές μεθόδους, έχουν χαρακτηριστεί σαν ανώριμα, ανασφαλή, παρορμητικά, αναποφάσιστα και εξαρτητικά. Έχει ειπωθεί ότι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μικρή θέληση στο να ελέγξουν τη ζωή τους και την ζωή των άλλων. Επίσης έχουν περιορισμένη ικανότητα στην ανάληψη οποιασδήποτε υπευθυνότητας και πρωτοβουλίας και τέλος δεν ανέχονται την ματαίωση.

Αυτοί όμως οι τόσο γενικευμένοι χαρακτηρισμοί αποτελούν χονδροειδή και απλουϊκή θεώρηση του προβλήματος. Μπορεί να δικαιολογηθούν από κάποιο θεωρητικό μελετητή του προβλήματος αντισύλληψη αλλά όχι από ένα γιατρό που έρχεται σε επαφή καθημερινά με τον κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα.

- Είναι δύσκολο να απαριθμήσει κανείς το πλήθος και τον πλούτο των ψυχικών διεργασιών, συνειδητών ή τις περισσότερες φορές υποσυνειδητών, που οδηγούν σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Και θα δούμε στην συνέχεια μερικούς λόγους αποτυχίας των

αντισυλληπτικών και επομένως ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

1. Μια γυναίκα είναι πιθανόν να αισθάνεται υποσυνείδητα τόσο ένοχη για τις σεξουαλικές της σχέσεις ώστε να υποχρεωθεί προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχική της ισορροπία, στην αυτοτιμωρία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Και αυτό είναι δυνατόν να συμβεί χωρίς καν να το συνειδητοποιήσει η ίδια απλά και μόνο ξεχνώντας να πάρει τα χάπια της ή ακόμα μπερδεύοντας την αρίθμηση των ημερών του κύκλου της.

2. Βέβαια μια άλλη γυναίκα μπορεί να πιστεύει ότι η εγκυμοσύνη θα την βοηθήσει να παντρευτεί τον ερωτικό της σύντροφο ή να περισώσει έναν κλονισμένο γάμο.

3. Όπως επίσης αν θέλετε ένα ακραίο αλλά συχνό παράδειγμα: μια γυναίκα φροντίζει υποσυνείδητα πάντα, να αποτύχει η αντισυλληπτική μέθοδος που της συνέστησε ο γιατρός γιατί έτσι νομίζει ότι θα τιμωρήσει και τον γιατρό, επειδή αυτός δεν της έδειξε την φροντίδα που αυτή περίμενε.

4. Άλλη περίπτωση είναι εκείνη η γυναίκα που ενδόμυχα φοβάται ότι αν εξαλειφθεί η επικρεμάμενη απειλή της εγκυμοσύνης δεν θα καταφέρει να ελέγξει την σεξουαλική της επιθετικότητα.

5. Μερικά πάλι, ζευγάρια αισθάνονται ότι η ερωτική διέγερση είναι μεγαλύτερη όταν η επαφή γίνεται κάτω από αντίξοες και επικίνδυνες συνθήκες (π.χ απαγορευμένες σχέσεις από τους γονείς, εξωσυζυγικές σχέσεις, ερωτικές περιπτώξεις σε δημόσιους χώρους). Παρόμοια κίνητρα μπορεί να οδηγήσουν και στην απόφαση για σεξουαλικές σχέσεις χωρίς κανένα αντισυλληπτικό

μέτρο.

δ. Υπάρχουν επίσης γυναίκες που θεωρούν σαν υπέρτατο δείγμα αγάπης το να μην λαμβάνουν κανένα αντισυλληπτικό μέτρο και μάλιστα λένε : το να προστατεύσω τον εαυτό μου από τον άντρα που αγαπώ, είναι σαν να τον απορίπτω...δεν μπορώ να βάλω τίποτε μεταξύ μας... θέλω να του δοθώ ολοκληρωτικά.

Η παράθεση παραδειγμάτων μπορεί να συνεχιστεί επί ώρες. Εκείνο που είναι βέβαιο, είναι ότι υπάρχει ατελείωτος αριθμός συνδυασμών καταστάσεων και ενδοψυχικών δυναμικών που μπορεί να οδηγήσουν σε μη χρησιμοποίηση ή σε ελλιπή χρήση των αντισυλληπτικών. Έτσι μπορεί να πει κανείς ότι η γνώση και η άμεση και εύκολη διαθεσιμότητα (να είναι προσιτή) των αντισυλληπτικών δεν εξασφαλίζει τη χρήση τους.

Όσο ο έλεγχος των γεννήσεων εναπόκειται στην ελεύθερη θέληση του καθενός, αποτελεί προσωπική επιλογή το πότε και ποιά μέθοδος ταιριάζει στην ψυχοσύνθεση και τις συνθήκες ζωής κάθε ανθρώπου.

Αν εξαιρέσει κανείς το σπείραμα κάθε μια από τις υπόλοιπες μεθόδους αντισύλληψης απαιτεί υψηλό κίνητρο. Λάθη και ασυνέπειες στη χρήση της οδηγεί σε κίνηση, πολύ πιο συχνά από ότι θα δικαιολογούσε η μέθοδος από μόνη της.

Έχει διατυπωθεί η άποψη (ALINE HOUSE) ότι ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας την ωθεί στην επιλογή μιας συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου, μεταξύ αυτών που βρίσκονται στην διάθεσή της.

Έτσι στη γυναίκα που χρησιμοποιεί τη μέθοδό της απόσυρ-

σης, αρέσει να εξαρτάται από τον άντρα τον οποίο όμως συγχρό-
νως τιμωρεί, αφ' ενός με το να του αποστερεί την απόλαυση, αφ'
ετέρου με να τον καθιστά αυτόν και μόνο ένοχο σε περίπτωση
αποτυχίας. Η χρήση οποιασδήποτε άλλης μεθόδου απ' αυτήν την γυ-
ναίκα, θα απαιτούσε περισσότερο ενδιαφέρον και παραδοχή προς
τη σχέση και τον σύντροφό της την οποία όμως αυτή αρνείται
(σε υποσυνείδητο επίπεδο).

Εξ άλλου μια γυναίκα που παίρνει αντισυλληπτικά χάπια
νομίζει ότι τηρεί καλύτερα το αίσθημα ελέγχου και αυτοκυριαρ-
χίας απ' ότι αν χρησιμοποιούσε σπείραμα. Ίσως την φοβίζει η
παθητικότητα, που θα σήμαινε γι' αυτήν η χρήση του σπειράματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θέμα που απασχολεί αρκετές χώρες από πολλά χρόνια, τελευταία δε και στην Ελλάδα. Πράγματι έχει αρχίσει ήδη να προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημερώσεως. Διάφοροι φορείς και σχολές γονέων προσπαθούν να μυήσουν και να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των γονέων και των εφήβων.

Αυτό μπορεί να συσχετιστεί με την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική συμπεριφορά των νεότερων ιδίως ατόμων, αλλά και με την αλλαγή της στάσεως της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα προβλήματα. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες ανέχονται περισσότερο από άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις, ενώ συγχρόνως δίνουν στους εφήβους ευκαιρίες και δυνατότητες στενής επαφής μεταξύ τους με σύγχρονη χαλάρωση της επιβλέψεώς τους. Στις προηγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων είναι πιο συχνές και πιο πρώιμες από ότι στο παρελθόν και αυτό έχει αρχίσει να παρουσιάζεται και στη δική μας χώρα. Αν ψάξει κανείς να βρει τα αίτια θα μπορέσει να αντιληφθεί και να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά μια κατάσταση, η οποία είναι ήδη γεγονός.

Ερευνες στην Αγγλία και στην Αμερική έχουν αποδείξει ότι η έλλειψη αγάπης, στοργής και ενδιαφέροντος από τους γονείς και η δίψα για αγάπη και αναγνώριση από τους εφήβους είναι οι

κυριώτερες αιτίες που τους σπρώχνουν στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις και σε μικρότερο βαθμό η περιέργεια.

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

Να τις ανεχτούν είναι βέβαια αρκετά δύσκολο και κυρίως είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν και να λύσουν τα πιθανά επακόλουθα αυτών των σχέσεων (π.χ. κύηση, ανύπαντρη μητέρα, βεβιασμένος γάμος, έκτρωση, αντισυλληπτικά κ.λ.π.). Ακόμη χειρότερη και με αμφίβολα αποτελέσματα, είναι η τελείως απαγορευτική στάση, δεδομένου ότι οι νέοι επαναστατούν σε συστήματα που έχουν υπερβολική αυστηρότητα και προχωρούν από αντίδραση σε πράξεις, τις οποίες πιθανόν δεν έχουν πρόθεση να κάνουν.

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

6.2 Σκοπός Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης

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

Θα πρέπει να μάθουν για τις σχέσεις και τα προβλήματα που δημιουργεί ο γάμος, αλλά και για ψυχικές και σωματικές

ανάγκες του παιδιού. Ακόμη για τους περιορισμούς που θέτει η κοινωνία που για να γίνουν παραδεκτοί από το παιδί χρειάζεται αυτοπειθαρχία, συζήτηση και συνεχής διάλογος και ενημέρωση χρειάζεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Βέβαια η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μια καινούργια έννοια πάντα υπήρχε ενημέρωση γύρω από το θέμα, η οποία όμως γινόταν από συνομιλήκους που μετέφεραν λανθασμένες ιδέες συχνά άσχημα χρωματισμένες, αλλά και από την φύση παρακολουθώντας τις δραστηριότητες των ζώων.

Αρα σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γινόταν πάντοτε και επομένως το θέμα είναι όχι αν θα πρέπει να γίνεται, αλλά πως θα γίνεται σωστά για να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως από τους γονείς και τους δασκάλους. Η σημασία της συμμετοχής των γονέων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τεράστια. Εν τούτοις οι γονείς αισθάνονται δέος και φόβο που είναι αποτελέσματα του συναισθήματος ευθύνης και του ερωτήματος μήπως δεν μπορούν να ανταποκριθούν και να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά. Άλλοι φοβούνται μήπως μειωθεί το κύρος τους ή τα παιδιά τους αποχαλινωθούν. Όμως πρέπει να γίνει συνείδηση ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει αφήστε τα παιδιά σας να κάνουν ότι θέλουν γύρω από το sex, αλλά σημαίνει μάθετε τα παιδιά σας ότι υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν φραγμοί γύρω από το sex, γιατί πρέπει να υπάρχουν και βοηθήστε τα να βάλουν αυτά τα ίδια τους φραγμούς αυτούς στην δική τους ζωή.

Οι γονείς είναι πολύ κοντά στα παιδιά τους ιδίως τα πρώ-

τα χρόνια, κατανοούν την συναισθηματική τους κατάσταση, αλλά και τις πνευματικές τους ικανότητες και είναι οι πιο κατάλληλοι για να ξεκινήσουν την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Βέβαια τίθεται το ερώτημα Πότε πρέπει να αρχίσει αυτή η διαπαιδαγώγηση. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η σεξουαλική αγωγή δεν είναι μια ομάδα συμβουλών, που κάποτε θα πρέπει να την πουν οι γονείς στα παιδιά τους. Αφορμές δίνονται συνεχώς με τις απορίες τους για την διαφορά των γεννητικών οργάνων αγοριών και κοριτσιών, για την έγκυο μαμά και το πως γίνονται τα μωρά. Αυτές οι απορίες αρχίζουν από την ηλικία των 2-3 ετών και δίνουν τη δυνατότητα στους γονείς να εξηγήσουν στα παιδιά τους, την ύπαρξη των δύο φύλλων, αλλά και το ότι τα παιδιά δεν τα φέρνει ο πελαργός, ότι αυτά γεννιούνται από την αγάπη δύο ανθρώπων, μεγαλώνουν για λίγο στην κοιλιά της μαμάς τους και μετά βγαίνουν από αυτή. Οι γονείς δεν πρέπει να πάρουν αρνητική ή και απαγορευτική στάση πάνω στα ερωτήματα αυτά, αλλά αντίθετα πρέπει αυτό να είναι αφορμή για συζήτηση πάνω στις διαφορές αγοριών και κοριτσιών με πολύ φυσιολογικό τρόπο.

Αν τα παιδιά από πολύ μικρά μεγαλώνουν χωρίς το συναισθηματικό ότι είναι ντροπή να γίνεται λόγος για ότι έχει σχέση με το sex, δέχονται πολύ καλλίτερα κατά την εφηβεία μηνύματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αργότερα βέβαια όσο μεγαλώνει το παιδί οι ερωτήσεις είναι πιο συγκεκριμένες, πιο δύσκολες και δείχνουν την τάση που έχουν τα παιδιά για ενεργό συμμετοχή.

Ερωτήσεις σαν "μπορώ εγώ να έχω δικό μου παιδί", "πότε θα παντρευτώ", "πρέπει να παντρευτώ για να έχω παιδί", "πως ακρι-

βώς γεννιέται το παιδί", "πώς μπαίνει στην κοιλιά της μαμάς" είναι σαφώς δύσκολες για να απαντήσει κανείς. Πολλές φορές ο καλλίτερος τρόπος είναι να ρωτήσουμε το παιδί τι νομίζει αυτό ώστε να ανοίξει πιο εύκολα ο δρόμος για συζήτηση, για ειλικρίγεια όμως συζήτηση από μέρους των γονέων. Όταν αυτό αρχίσει από την πολύ μικρή ηλικία, τότε θα δημιουργηθεί εμπιστοσύνη μεταξύ γονέων και παιδιών, αλλά κυρίως των παιδιών προς τους γονείς τους, τους οποίους θα πρέπει να βλέπουν σαν τους ανθρώπους που πράγματι θα τα βοηθήσουν και θα τα συμβουλεύσουν σε κάθε δυσκολία τους και όχι σαν ανθρώπους που θα τα κατακρίνουν και θα τα περιορίσουν. Γενικά πρέπει οι γονείς να δίνουν με τη ζωή τους το παράδειγμα στα παιδιά τους, ώστε να μπορούν να ζητούν από αυτά σεβασμό και ειλικρίνεια προς τον εαυτό τους και προς την κοινωνία την οποία ζούν.

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

Εκτός όμως από τους γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να συμμετέχουν στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Θα πρέπει όμως οι δάσκαλοι να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση, ώστε να δώσουν στα παιδιά σωστά μηνύματα. Στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού είναι σχετικά εύκολα τα πράγματα. Χρειάζεται να δημιουργήσει ο δάσκαλος πνεύμα ειλικρίνειας και να κατανοήσει την αξία του διαλόγου με τους μαθητές.

Πρέπει να απαντά χωρίς να επεκτείνεται σε άσκοπες λεπτομέρειες. Οι δυσκολίες αρχίζουν στις μεγάλες τάξεις του γυμνασίου όταν ο έφηβος χρειάζεται και ειδική μεταχείριση και κατανόηση των ψυχολογικών και βιολογικών του μεταβολών. Πράγματι η εφηβεία είναι ένας σημαντικός σταθμός στην ανάπτυξη του ανθρώπου. Κατ'αυτήν συμβαίνει μια υπερπαραγωγή ορμονών κυρίως από αδένες του γεννητικού συστήματος, οι οποίοι επιδρούν στη φυσική, αλλά και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Είναι η ενδιάμεση φάση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση.

Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση συμβαίνει και στα αγόρια και στα κορίτσια. Πολύ σημαντικές είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση των εφήβων.

Στις περισσότερες κοινωνίες η σεξουαλική ωριμότητα έρχεται συνήθως νωρίτερα από την δυνατότητα να κερδίζουν λεφτά, ώστε να μπορούν να δημιουργήσουν ανεξάρτητη ζωή. Αυτό συνεπάγεται δυσκολίες και συναισθηματικά ξεσπάσματα τα οποία οι γονείς θα πρέπει να δέχονται με κατανόηση.

Πολλοί έφηβοι δεν έχουν κανέναν είδους σεξουαλική δραστηριότητα. Οι έφηβοι αυτοί αισθάνονται φυσιολογικά και θα πρέπει επομένως να αντιμετωπίζονται σαν απόλυτα φυσιολογικά άτομα. Όσοι όμως έχουν σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει να μάθουν και να συνειδητοποιήσουν ότι είναι απόλυτα υπεύθυνοι για αυτό που κάνουν. Θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι ο ένας απέναντι στο άλλον τις σχέσεις τους δε αυτές θα πρέπει να τις κρατούν σε παραδεικτά για την κοινωνία, στην οποία ζουν, πρότυπα. Θα πρέπει επίσης να είναι έτοιμοι να δεχθούν την συναισθηματική αγαστάτωση που

θα φέρει η πιθανή διακοπή των σχέσεων που δημιουργήσαν. Σ' αυτήν την ηλικία μπορεί να συζητηθούν τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως η κύηση, η έκτωση, τα νόθα παιδιά αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων πάνω στους εφήβους. Στην ανάπτυξη των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική ζωή εύκολα μπορεί να ενσωματωθούν βασικές αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού. Η ηλικία αυτή έχει ιδιαίτερη ανάγκη καθοδήγησης για πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων και αντιισύλληψη.

Κάθε σχετική ενημέρωση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Έτσι θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και αφροδισίων νοσημάτων, που σήμερα είναι ιδιαίτερα υψηλά κατά την εφηβική ηλικία και την προ του γάμου ηλικία.

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού έχουν εφαρμοστεί προγράμματα ειδικά για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τα οποία αρχίζουν συνήθως από την νηπιακή ηλικία και τα οποία συνεχίζουν μέχρι της ηλικίας των 18 ετών. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν προκαλεί πρωιμότητα, ούτε αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αντίθετα βοηθάει στην ομαλή εξέλιξη της σεξουαλικής ζωής του νέου γιατί είναι δεδομένο ότι η γνώση είναι καλύτερη από την άγνοια.

Γεγονός είναι ότι από το 1971 παρατηρήθηκε μείωση των σεξουαλικών νοσημάτων σε αγόρια ηλικίας 15-24 ετών, η δε νομιμοποίηση των εκτρώσεων στα πλαίσια της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης δεν επέφερε αύξηση του αριθμού αυτών.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία μας δεν είναι

απαγορευμένα, αλλά πρακτικά δεν γίνεται. Συχνά, περιοδικά και εφημερίδες επισημαίνουν την εκπεφρασμένη ανάγκη να εισαχθεί στα σχολεία ο θεσμός αυτός. Απ' όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες η Ελλάδα και η Τουρκία είναι οι μόνες που δεν έχουν καθιερώσει μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Στις προηγμένες χώρες την δεκαετία του 1960 η μόδα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πέρασε στην τάξη και στα χέρια του δασκάλου. Σήμερα πέρασε στα μέσα ενημέρωσης, έγινε πρόγραμμα στην τηλεόραση, έγινε βιβλίο, δίσκος, κασέττα. Με λίγα λόγια δηλαδή, μια κατ'έξοχήν ανθρώπινη σχέση έγινε μηχανοποιημένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-Η ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Στον τομέα αυτό η Νοσηλεύτρια-ης ίσως παίζουν σημαντικό-
τερο ρόλο λόγω ευκαιριών σε σχέση με το άλλο προσωπικό.

Και αυτό γιατί υπάρχουν οι εξής θετικές προϋποθέσεις :

1). Αποκτηθείσα θετική προσωπική επαφή με την μητέρα και
εν μέρει με τα άλλα μέλη της οικογένειας.

2). Ευχερής αποδοχή των συμβουλών και συνέπεια για εφαρ-
μογή αυτών, διότι έχει δοκιμαστεί από την οικογένεια η χρησι-
μότητα των υποδείξεών τους και έχει αποδειχθεί πών απόφυγαν
δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία της οικογένειας. Έτσι με
την συμβουλευτική τους εργασία κατ'οίκον και με την συνέπεια
τους, στο Συμβουλευτικό Κέντρο, πράγματι αποτελεί τη διασύνδεση
του Οικογενειακού Περιβάλλοντος με το σύστημα παροχής υπηρε-
σιών οικογενειακής προστασίας.

Η υπεύθυνη συμβολή της Νοσηλεύτριας-η στους επιμέρους
τομείς του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

A. Προετοιμασία για την οικογένεια.

Στον τομέα αυτό του Οικογενειακού Προγραμματισμού
διδάσκεται :

1. Ανατομία των γεννητικών συστημάτων των δύο φύλων.
2. Φυσιολογία της αναπαραγωγής.

3. Προετοιμασία ψυχοσυναίσθηματική για την εφηβεία.

4. Συνειδητοποίηση του ρόλου των δύο φύλων.

5. Βαθιά γνώση της σεξουαλικής συμπεριφοράς και προφύλαξη από τα αφροδίσια.

6. Προσωπικές ευθύνες στη δομή της οικογένειας.

Η διδασκαλία των ανωτέρω μπορεί να ασκηθεί από τους Νοσηλευτές, γιατί έχουν τις ανάλογες θεωρητικές γνώσεις, αλλά και γνώσεις σχετικά με τον τρόπο διδασκαλίας και ευαισθητοποίησης.

Ετσι μπορούν να κάνουν την προσπάθεια των στόχων του κεφαλαίου "προετοιμασία για την οικογένεια" ευχερή, φυσική και εφικτή.

Η γενική επίτευξη από την εφαρμογή αυτή της διδασκαλίας είναι η ποσοτική βελτίωση των ανθρωπίνων σχέσεων.

Η συνειδητοποίηση της ανάγκης σχεδιασμού για οικογένεια ή προαγωγή της έννοιας της συντροφικότητας και της συνεννόησης - όπως επίσης και ο περιορισμός των πρώιμων γάμων.

B. Ρύθμιση της γονιμότητας.

Η γονιμότητα του ανθρώπου αποτελεί τεράστια φυσική δύναμη.

Αυτή η φυσική δύναμη συνδυασμένη με την νοητικότητα επέτρεψαν τον άνθρωπο να επιβιώσει στη γη.

Με τη ρύθμιση της γονιμότητας δηλαδή με τις γνώσεις που παρέχει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και τα μέσα, συνειδητοποιεί το ζευγάρι πότε πρέπει να γεννηθεί ένα παιδί. Τότε όταν δεν υπάρχει κληρονομική ασθένεια, όταν η μητέρα έχει συνέλθει σωματικά και ψυχικά από τον τελευταίο τοκετό, όταν ένα

ακόμη παιδί μπορεί να τραφεί και να βρει την στοργή που του χρειάζεται.

Όλα αυτά θα τα διδάξουν στην οικογένεια οι νοσηλευτές, λόγω των ειδικών ευκαιριών που έχουν σε σχέση με το άλλο προσωπικό για τους λόγους που ήδη προαναφέρθηκαν.

Γ. Αντιμετώπιση της Στείρωσης.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχοντας σαν αντικείμενο σκοπό την ευημερία και την ευτυχία της οικογένειας, είναι φυσικό να ενδιαφερθεί όχι μόνο για τα προβλήματα του ζευγαριού που θέλει να προγραμματίσει την οικογένειά του, αλλά και για εκείνα τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες να αποκτήσουν παιδιά. Βασικός στόχος για την χώρα μας, υπολογίζεται ότι ένα στα 10-15 ζευγάρια περνάει εποχές ακούσιας στειρότητας ή είναι μόνιμα στείρα. Τα μισά τουλάχιστον απ' αυτά τα ζευγάρια είναι δυνατόν να γεννήσουν δικά τους φυσιολογικά, χερά παιδιά με την κατάλληλη ιατρική βοήθεια. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι και ιατρική πράξη.

Με την ιατρική πράξη διαπιστώνεται με σύγχρονες μεθόδους το πρόβλημα της στειρότητας. Σ' αυτή τη φάση οι νοσηλευτές παρέχουν επίσης συμβουλές και υποδεικνύουν στο ζευγάρι τα ανάλογα κέντρα όπου θα βρουν ανάλογη ιατρική βοήθεια.

Ακόμη παρέχει βοήθεια, όπου η υιοθεσία θεωρείται σαν μια εναλλακτική λύση για το άτεκνο ζευγάρι. Ο ρόλος των νοσηλευτών εδώ είναι κάπως περιορισμένος. Αρκετά στην ψυχολογική, ηθική βοήθεια, και την προετοιμασία των γονέων για θετική στάση έναντι του παιδιού. Τέλος υποδεικνύει την διαδικασία της υιο-

θεσίας και τα ανάλογα ιδρύματα.

Δ. Αντισύλληψη.

Βασικά κάθε μέθοδος είναι μια εξειδανικευμένη χρήση.

Στον τομέα αυτό οι Νοσηλευτές ενημερώνουν την ομάδα και τα άτομα για τις υπάρχουσες μεθόδους αντισύλληψης, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους, όμως δεν επιβάλλουν ούτε και υποδεικνύουν κάποια μέθοδο. Για την επιλογή της μεθόδου το ζευγάρι αποφασίζει μόνο του. Η επιλογή αυτή έχει μεγάλη σχέση με την μέχρι σήμερα υποδομή του ατόμου και γενικά τις κοινωνικοηθικές του θέσεις. Στη χώρα μας, όπου η έκτρωση μέχρι πρότινος ήταν παράνομη πλην εξαιρέσεων όπου έγινε και γίνεται ακόμα τόσοσ πόλεμος για την νομιμοποίηση των αμβλώσεων συμβαίνει το εξής παράλογο :

Από τη μία απαγορεύουμε την έκτρωση ή πολεμούμε την νομιμοποίησή της, όμως από την άλλη ούτε πολλά συμβουλευτικά κέντρα υπάρχουν και η ύπαρξη των κέντρων που ήδη λειτουργούν και ο σκοπός τους αγνοείται από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Με λίγα λόγια από την μια πολεμούμε την αμβλώση σαν πράξη αλλά για την πρόληψη της ανεπιθύμητης αυτής εγκυμοσύνης δεν γίνεται ούτε λόγος και μιλάμε πάντα για τους πολέμους της νομιμοποίησης.

Γιατί δεν αρκεί να νομιμοποιήσεις μια πράξη, το μέγιστο ηθικό χρέος κάθε ανθρώπου και πολύ περισσότερο της Πολιτείας είναι να φροντίζει για την πρόληψή της.

Αλλωστε είδαμε πιο πάνω τις συνέπειες μιας άμβλωσης και μέσα από αυτές την αναγκαιότητα της πρόληψης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Από όλα αυτά καταλαβαίνουμε ότι οι Νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν την ύπαρξη των σημερινών συμβουλευτικών κέντρων και ενημερωτικών σταθμών όπου το ζευγάρι, μπορεί να απευθυνθεί για ενημέρωση και βοήθεια είτε πρόκειται για αντισύλληψη είτε για αντιμετώπιση στειρότητας, είτε για ρύθμιση της γονιμότητας, είτε για προετοιμασία για την οικογένεια.

```
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
*****
```

```
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
*****
```

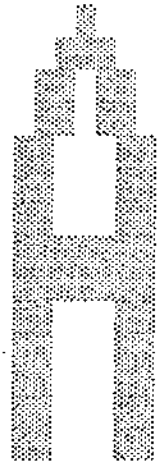
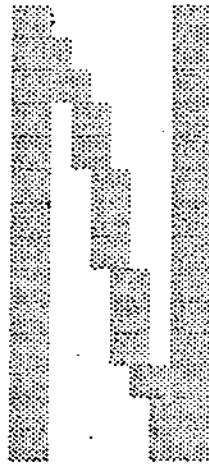
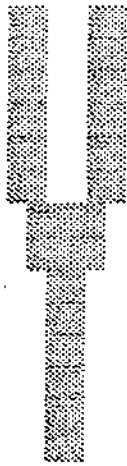
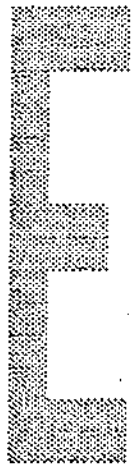
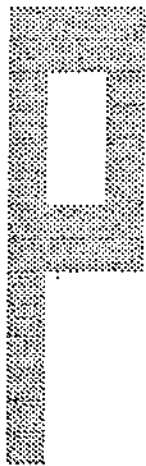
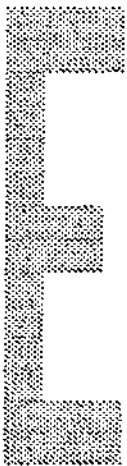
```
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
**
**
**
**
*****
*****
*****
```

```
**
**
**
**
**
**
*****
*****
**
**
**
**
**
**
**
```

```
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
```

```

**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
**
```



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκέψη του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα άρχισε από το 1970 με την ίδρυση δύο κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε παιευτικές κλινικές νοσοκομείων της Αθήνας (Νοσοκομείο-Μαιευτήριο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ και Νοσοκομείο-Μαιευτήριο ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ) με στόχο την προσφορά υπηρεσιών στις γυναίκες που νοσηλεύοντο στα νοσοκομεία αυτά.

Το 1979 έγινε πλέον έντονη η ανάγκη για εφαρμογή ενός σωστού Οικογενειακού Προγραμματισμού που οδήγησε το 1980 στη ψήφιση ειδικού νόμου με αποτέλεσμα στην ίδρυση πολλών κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε διάφορες περιοχές της χώρας.

Επι πλέον ο νόμος 1397/83 για το Ε.Σ.Υ θεσπίζει σαν έναν από τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, την ενημέρωση, διαφώτιση στα θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού (αρ.15).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία για το επίπεδο ενημέρωσης του κοινού σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού πανελλαδικά. Για το λόγο αυτό σπουδαστές της Νοσηλευτικής Σχολής των Ι.Ε.Ι Πάτρας έκαναν έρευνα στην πόλη της Λαμίας για τις γνώσεις των νεαρών κοριτσιών και γυναικών στα θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη από 1-6-90 μέχρι 20-12-90.

Το δείγμα 413 νοικοκυριά επιλέχθηκαν τυχαία (απλή τυχαία δειγματοληψία) από το πολεοδομικό σχέδιο της πόλης της Λαμίας και των προαστείων της πέρνοντας το πρώτο και το τελευταίο νοικοκυριό κάθε οικοδομικού τετραγώνου. Η πόλη της Λαμίας υπολογίζεται σε 44.000 κατοίκους (Εθνική απογραφή 1991).

245 νοικοκυριά επιλέχθηκαν από το κέντρο της Λαμίας και 168 από τα προάστεια της Λαμίας. Το κέντρο της πόλης στεγάζεται η εμπορική δραστηριότητα της πόλης αλλά και πολλές κατοικίες, χαρακτηρίζεται δε από την ύπαρξη πολυόροφων κτισμάτων.

Τα διαμερίσματα του κέντρου κατοικούνται βασικά από επαγγελματίες (ιατροί, δικηγόροι, έμποροι, κλπ) που φαίνεται ότι έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στα αυξημένα έξοδα διαβίωσης.

Αντιθέτως τα προάστεια που επιλέξαμε αποτελούνται από μονόροφες ή δύοροφες κατοικίες που ως επί το πλείστον έχουν μικρούς κήπους. Τα προάστεια απέχουν από το κέντρο της πόλης 3 χιλιόμετρα-περίπου-αλλά τα μαζικά μέσα μεταφοράς θεωρούνται ανεπαρκή.

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από τους σπουδαστές του ΣΤ εξαμήνου του Τμήματος Νοσηλευτικής στα πλαίσια της εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο επικεντρώνει την προσοχή στις ερωτήσεις αυτές που περιέχει θέματα που αφορούν την χρήση κάποιων

αντισυλληπτικής μεθόδου, στις γνώσεις τόσο στην αντισύλληψη όσο και στην σεξουαλική τους συμπεριφορά καθώς στην ηλικία της πρώτης σεξουαλικής συμπεριφοράς και στην ηλικία της πρώτης σεξουαλικής σχέσεως και τον αριθμό των εκτρώσεων.

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

Παρατηρούμε ότι το δείγμα μας αποτελείται από 413 γυναίκες, 15.3% ήταν κάτω από 20 ετών, 72,1% ήταν ηλικίας 20-30 ετών, 11.6% ήταν 30-40 ετών και ένα πολύ μικρό ποσοστό 0.7% ήταν άνω των 40 ετών. (Πιν.1)

Πίνακας 1. Κατανομή ηλικιών του δείγματος.		
1. Κάτω των 20 ετών	64	15.3%
2. 20 - 30 ετών	298	72.1%
3. 30 - 40 ετών	48	11.6%
4. Άνω των 40 ετών	3	0.7%

Από το κέντρο της Λαμίας ήταν το 59.3% του δείγματος μας (245 γυναίκες) ενώ από τα περίχωρα της Λαμίας το 40.7% (168 γυναίκες) (Πιν.2α)

Πίνακας 2α. Περιοχή όπου συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο		
1. Λαμία	245	59.3%
2. Περίχωρα Λαμίας	168	40.7%

Από το δείγμα αυτό το 94.4% έχει μόνιμη κατοικία τα 5 τελευταία χρόνια στο κέντρο της Λαμίας, ενώ το 5.6% έχουν μόνιμη κατοικία τα περίχωρα της Λαμίας (Πιν.2β)

Πίνακας 2β. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόνιμη κατοικία των τελευταίων 5 χρόνων		
1. Αστική περιοχή	390	94.4%
2. Ημιαστική - Αγροτική	23	5.6%

Το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών του δείγματος κατά πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι Λυκείου κατά 48.6% ακολουθούμενες από τις απόφοιτες ανώτερης σχολής 24.2% , τις ανώτατης με 12.8% , με 10.4% του γυμνασίου και 3.1% μόνο από απόφοιτες δημοτικού. (Πιν.3α)

Πίνακας 3α. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.		
1. Αγράμματη	3	0.7%
2. Απόφοιτος Δημοτικού	13	3.1%
3. Απόφοιτος Γυμνασίου	43	10.4%
4. Απόφοιτος Λυκείου	201	48.6%
5. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής	100	24.2%
6. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	53	12.8%

Επίσης το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα του δείγματος των γυναικών ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι Δημοτικού σε ποσοστό 36.6% , και ακολουθούν 24.4% απόφοιτοι γυμνασίου , 18.1% απόφοιτοι Λυκείου, 7.7% απόφοιτοι ανώτερης σχολής και τέλος 4,1% ανώτατης σχολής. (Πιν.3β)

Πίνακας 3β. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.

1. Αγράμματος	37	8.9%
2. Απόφοιτος Δημοτικού	151	36.6%
3. Απόφοιτος Γυμνασίου	101	24.4%
4. Απόφοιτος Λυκείου	75	18.1%
5. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής	32	7.7%
6. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	17	4.1%

Ενώ το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι 41.4% απόφοιτες δημοτικό, 22.3% απόφοιτες γυμνασίου, 16.2% αγράμματες, 12.3% απόφοιτες Λυκείου, 5.6% Ανώτερης Σχολής και τέλος 2.2% απόφοιτες Ανώτατης Σχολής. (Πιν.3γ)

Πίνακας 3γ. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

1. Αγράμματη	67	16.2%
2. Απόφοιτος Δημοτικού	171	41.4%
3. Απόφοιτος Γυμνασίου	92	22.3%
4. Απόφοιτος Λυκείου	51	12.3%
5. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής	23	5.6%
6. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	9	2.2%

Επίσης βλέπουμε ότι το 58.8% του δείγματος είναι άγαμες και 31.7% έγγαμες. (Πιν.4α)

Πίνακας 4α. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων

1. Έγγαμη	131	31.7%
2. Άγαμη	243	58.8%
3. Διαζευγμένη	28	6.8%
4. Χήρα	8	1.9%
5. Δεν απάντησαν	3	0.7%

Από τις έγγαμες γυναίκες του δείγματος το 14.3% έχει δύο παιδιά, το 13.8% έχει ένα παιδί, το 6.5% έχει άνω των δύο παιδιών και τέλος ένα ποσοστό 6.5% δεν έχει παιδιά. (Πιν.4β)

1. Χωρίς παιδιά	27	6.5%
2. Με 1 παιδί	57	13.8%
3. Με 2 παιδιά	59	14.3%
4. Άνω των 2	27	6.5%

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο κατά την σεξουαλική επαφή είναι 74.3% και αυτές που δεν χρησιμοποιούν είναι 25.7% .

Από τις γυναίκες που χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο όταν είχαν σεξουαλική επαφή βλέπουμε ότι το 29.5% χρησιμοποιούν προφυλακτικό, 26.6% διάκεκομμένη συνουσία, 25.7% δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο. (Πιν.5)

1. Καμία μέθοδος	106	25.7%
2. Διακεκομμένη συνουσία	110	26.6%
3. Προφυλακτικό	122	29.5%
4. Κολπικά σπερματοκτόνα	9	2.2%
5. Διάφραγμα	13	3.1%
6. Μέθοδος ρυθμού περιόδου	48	11.6%
7. Ενδομήτριο σπείραμα	3	0.7%
8. Χάπι	2	0.5%

Ποιά μέθοδο θεωρούν κατά την γνώμη τους ότι προσφέρει μεγαλύτερη προστασία, το 34.1% απάντησε το προφυλακτικό, ακολουθούμενη από το αντισυλληπτικό χάπι με 32.9% και την διακεκομμένη συνουσία 16.7% (Πιν.6)

Πίνακας 6. Κατανομή ανάλογα με ποιά από τις παρακάτω μεθόδους θεωρούν ότι προσφέρει μεγαλύτερη προστασία		
1. Αντισυλληπτικό χάπι	136	32.9%
2. Διακεκομμένη συνουσία	69	16.7%
3. Προφυλακτικό	141	34.1%
4. Περιοδική αποχή	62	15.0%
5. Δεν απάντησαν	5	1.2%

Ποιά μέθοδο θεωρούν κατά την γνώμη τους ότι προσφέρει μικρότερη προστασία το 44% πιστεύει τα κοιλικά σπερματοκτόνα το 23.7% το προφυλακτικό, 14% τα ενδομήτρια σπειράματα και 11.6% το διάφραγμα. (Πιν.7)

Πίνακας 7. Κατανομή ανάλογα με το ποιά μέθοδο πιστεύουν ότι προσφέρει μικρότερη προστασία		
1. Ενδομήτρια σπειράματα	58	14.0%
2. Διάφραγμα	48	11.6%
3. Κοιλικά σπερματοκτόνα	182	44.0%
4. Προφυλακτικά	98	23.7%
5. Δεν απάντησαν	27	6.5%

Στην ερώτησή που έγινε στις γυναίκες του δείγματος εάν πιστεύουν ότι με τη χρήση του προφυλακτικού προστατεύονται από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα το 77.5% πιστεύει ότι προστατεύεται και το 22.5% το αμφισβητούν. (Πιν.8)

Πίνακας 8. Κατανομή ανάλογα με το αν πιστεύουν πως το προφυλακτικό προστατεύει από τα σεξουαλικά νοσήματα		
1. Ναι	320	77.5%
2. Όχι	93	22.5%

Η αιτία που από τις 413 γυναίκες του δείγματος , οι 270 δεν χρησιμοποιούν το προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης, το 36,7% δικαιολογείται ότι μειώνει την σεξουαλική τους ικανοποίηση , το 11.8% ότι τους προκαλεί αλλεργία και το 39,6% για άλλο λόγο. (Πιν.9)

Πίνακας 9. Κατανομή ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό και εάν όχι γιατί.		
1. Δεν χρησιμοποιούν	270	65.4%
2. Μειώνεται η σεξουαλική ικανοποίηση	99	36.7%
3. Προκαλεί αλλεργία	32	11.8%
4. Είναι δαπανηρά	12	4.4%
5. Για άλλο λόγο	107	39.6%
6. Δεν απάντησαν	20	7.4%
7. Χρησιμοποιούν προφυλακτικό	143	34.6% *

* Το ποσοστό αυτό αναφέρεται στο γενικό δείγμα (413) και όχι στο δείγμα αυτών που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό (270) από όπου εξήχθησαν τα υπόλοιπα των ποσοστών.

Η επιλογή μιας μεθόδου αντισύλληψης γίνεται με το βαθμό αποτελεσματικότητας κατά 30.9% , με το βαθμό αποδοχής κατά 30.3% και με την έγκριση του συντρόφου κατά 26.9% (Πιν.10)

Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το σκεπτικό που θα τους ωθούσε στην επιλογή μιας μεθόδου αντισυλ.

1. Με την έγκριση του συντρόφου	111	26.9%
2. Με τον βαθμό αποτελεσματικότητας	128	30.9%
3. Με την ευκολία στην χρήση	38	9.2%
4. Με τον βαθμό αποδοχής	125	30.3%
5. Δεν απάντησαν	11	2.7%

Εαν χωρίζαμε το δείγμα μας σε δύο ομάδες γυναικών, η μία να περιλαμβάνει ηλικίες από 16-23 ετών, η άλλη από 23 ετών και άνω παρατηρούμε ότι το 15.3% της πρώτης ομάδας επιλέγει την μέθοδο αντισύλληψης ανάλογα με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου ενώ στην δεύτερη ομάδα το 17% επιλέγει την αντισυλληπτική μέθοδο με την έγκριση του συντρόφου. Επίσης στην πρώτη ομάδα το 13.6% επιλέγει την αντισυλληπτική μέθοδο ανάλογα με τον βαθμό αποδοχής και το 11.9% με την έγκριση του συντρόφου. Ενώ αντίστοιχα στην δεύτερη ομάδα επίσης το 16.7% ανάλογα με τον βαθμό αποδοχής και το 15.7% με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. (Πιν.11)

Πίνακας 11. Επιλογή μεθόδου αντισύλληψης και ηλικία.

	Κάτω 23	%	Άνω 23	%	Σύνολο	%
Χωρίς απάντηση	1	0.2	10	2.4	11	2.7
Έγκριση συντρόφου	49	11.9	62	17.0	111	26.9
Αποτελεσματικότητα	63	15.3	65	15.7	128	31.0
Ευκολία Χρήσης	14	3.4	24	5.8	38	9.2
Βαθμός αποδοχής	56	13.6	69	16.7	125	30.3
Σ ύ ν ο λ ο	183	44.3	230	55.7	413	100.0

Εαν η έκτρωση θεωρείται σαν μέθοδος αντισύλληψης οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά 85.5% και μόνο 14.5% την θεωρούν σαν μέθοδο αντισύλληψης. (Πιν.12)

Πίνακας 12. Κατανομή ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι μέθοδος αντισύλληψης		
1. Ναι	60	14.5%
2. Όχι	353	85.5%

Η κατανομή του δείγματος με το αν συμφωνούν με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων το 72.4% συμφωνεί και το 27.6% δεν συμφωνεί με την νομιμοποίηση. (Πιν.13)

Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν συμφωνούν με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων.		
1. Ναι	299	72.4%
2. Όχι	114	27.6%

Οι γυναίκες που δεν συμφωνούν με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων οφείλεται στο ότι το 27.3% πιστεύει ότι έτσι αυξάνονται οι εκτρώσεις, το 24.6% γιατί μειώθηκαν οι γεννήσεις, 21% αυξήθηκε η ανηθικότητα και το 15.8% αυξήθηκε η πορνεία. (Πιν.14)

Πίνακας 14. Γιατί δεν συμφωνούν με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων.		
1. Αυξήθηκαν οι εκτρώσεις	30	27.3%
2. Αυξήθηκε η πορνεία	18	15.8%
3. Αυξήθηκε η ανηθικότητα	24	21.0%
4. Μειώθηκαν οι γεννήσεις	28	24.6%
5. Δεν ξέρουν	9	7.9%
6. Δεν απάντησαν	5	4.4%

Βλέπουμε ότι το 20.3% του δείγματος έχει κάνει έκτρωση. 1-2 εκτρώσεις έχει κάνει το 17.4% , 3-5 εκτρώσεις έκανε το 2.7% , και 5-6 εκτρώσεις έκανε το 0.2% (Πιν.15)

Πίνακας 15. Κατανομή ανάλογα με το αν έχουν κάνει έκτρωση και αν ναι πόσες.		
1. Δεν έχουν κάνει έκτρωση	329	79.7%
2. Έχουν κάνει έκτρωση	84	20.3%
3. 1 - 2 εκτρώσεις	72	17.4%
4. 3 - 5 εκτρώσεις	11	2.7%
5. 6 - 10 εκτρώσεις	1	0.2%

Εάν χωρίζουμε το δείγμα μας σε δύο ομάδες ηλικιών, η μία περιλαμβάνει ηλικίες από 16-23 ετών και η άλλη από 23 ετών και άνω παρατηρούμε ότι το 4.1% της πρώτης ομάδας έχει 1-2 εκτρώσεις ενώ στη δεύτερη ομάδα παρατηρούμε ότι το 13.3% έχει 1-2 εκτρώσεις, το 2.7% έχει κάνει 3-5 εκτρώσεις και το 0.2% έχουν κάνει 6-10 εκτρώσεις. (Πιν.16)

Πίνακας 16. Αριθμός αμβλώσεων αναφορικά με την ηλικία.						
	Μέχρι 23	%	Άνω 23	%	Σύνολο	%
Καμία αμβλώση	166	40.2	163	39.4	329	79.7
1-2 αμβλώσεις	17	4.1	55	13.3	72	17.4
3-5 αμβλώσεις	0	0	11	2.7	11	2.7
6-10 αμβλώσεις	0	0	1	0.2	1	0.2
Σ ύ ν ο λ ο	183	44.3	230	55.7	413	100.0

Από τις γυναίκες που δεν έκαναν έκτρωση εάν θα κάνανε έκτρωση εάν τους το ζητούσε ο σύντροφός τους το 37.1% θα έκανε και το 62.9% θα αρνιόταν να κάνει. (Πιν.17)

Πίνακας 17. Αν θα έκαναν έκτρωση σε περίπτωση που το ζητούσε ο σύντροφός τους (Όσες δεν έχουν κάνει).		
1. Θα έκαναν	122	37.1%
2. Δεν θα έκαναν	207	62.9%

Οι γυναίκες που απέκτησαν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών θα διάλεγαν για αντισυλληπτική μέθοδο την στείρωση το 40.2% απάντησαν θετικά και το 49,8% αρνητικά. (Πιν.18)

Πίνακας 18. Αν θα διάλεγαν την στείρωση σε περίπτωση που είχαν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών.		
1. Ναι	166	40.2%
2. Όχι	247	49.8%

Οι γυναίκες του δείγματος πιστεύουν ότι καλύτερη ενημέρωση πέρνουν από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κατά 66.8% , δεύτερο από τα έντυπα και βιβλία κατά 15.7% , τρίτο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κατά 10.6% και τελευταία από φίλους και γνωστούς κατά 6% (Πιν.19)

Πίνακας 19. Ανάλογα με το ποιά από τα παρακάτω δίνουν καλύτερη ενημέρωση σε θέματα Οικ. Προγραμματισμού		
1. Μέσα μαζικής ενημέρωσης	44	10.6%
2. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού	276	66.8%
3. Φίλοι και γνωστοί	25	6.0%
4. Έντυπα και βιβλία	65	15.7%
5. Δεν απάντησαν	3	0.7%

Σχετικά με το τι πιστεύουν ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού το 38% πιστεύει ότι δίδει συμβουλές για αντιουλληπτικές μεθόδους, το 30.0% να πείσουν τα νεαρά ζευγάρια για αύξηση της τεκνοποίησης και το 16.7% συμβουλές για υιοθεσία. (Πιν.20)

Πίνακας 20. Σχετικά με το τι πιστεύουν ότι παρέχει ένα κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού		
1. Συμβουλές για αντιουλληπτικές μεθόδους	157	38.0%
2. Συμβουλές για υιοθεσία	69	16.7%
3. Ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη	41	9.9%
4. Παρακίνηση για περιορισμό των γεννήσεων	12	2.9%
5. Προσπαθούν να πείσουν τα νέα ζευγάρια για αύξηση της τεκνοποίησης	124	30.0%
6. Δεν απάντησαν	10	2.4%

Όταν ρωτήθηκαν από που γίνεται η καλύτερη πληροφόρηση στην σεξουαλική εκπαίδευση το 58.1% απάντησε μέσα από το σχολείο με σεμινάρια από ειδικούς εκπαιδευτικούς, το 31.2% μέσα από την οικογένεια και 10.4% από διάφορα έντυπα που κυκλοφορούν. (Πιν.21)

Πίνακας 21. Ποιά κατά την γνώμη τους είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης		
1.- Μέσα από την οικογένεια	129	31.2%
2. Μέσα στο σχολείο με σεμινάρια από ειδικούς εκπαιδευτικούς	240	58.1%
3. Από διάφορα έντυπα που κυκλοφορούν	43	10.4%
4. Δεν απάντησαν	1	0.2%

Και όταν ρωτήθηκαν τις πρώτες τους σεξουαλικές γνώσεις από που τις πήρανε το 40.9% από τους φίλους , το 31.9% από τα βιβλία, τα 19.6% από τους γονείς και το 6.8% από το σχολείο. (Πιν.22)

Πίνακας 22. Από που πήραν τις πρώτες τους σεξουαλικές γνώσεις		
1. Τους γονείς σας	81	19.6%
2. Το σχολείο	28	6.8%
3. Τους φίλους	169	40.9%
4. Τα βιβλία	132	31.9%
5. Δεν απάντησαν	3	0.7%

Οι γυναίκες του δείγματος όταν ρωτήθηκαν πότε είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία απαντήσανε το 16% κάτω από 16 ετών, το 60.5% μεταξύ 16-20 ετών , το 20.3% άνω των 20 ετών και το 3.1% των γυναικών δεν απάντησαν. (Πιν.23)

Πίνακας 23. Σε ποιά ηλικία είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία :		
1. Κάτω των 16 ετών	66	16.0%
2. 16-20 ετών	250	60.5%
3. Άνω των 20 ετών	84	20.3%
5. Δεν απάντησαν	13	3.1%

Οι τρεις τελευταίες ερωτήσεις που ήταν ερωτήσεις γνώσεων στην ερώτηση εάν μια γυναίκα σε γόνιμη ηλικία μπορεί να

μένει έγκυος στην πρώτη σεξουαλική επαφή το 84.7% απάντησε σωστά και 15.2% λάθος. (Πιν.24)

Πίνακας 24. Αν πιστεύουν ότι είναι δυνατό μια γυναίκα σε γόνιμη ηλικία να μένει έγκυος κατά την πρώτη της επαφή.		
1. Ναι	350	84.7%
2. Όχι	63	15.2%

Στην ερώτηση εάν οι γυναίκες πρέπει να έχουν οργασμό για να μείνουν έγκυος το 85.6% απάντησε αρνητικά και το 14.5% θετικά. (Πιν.25)

Πίνακας 25. Αν πιστεύουν ότι είναι ανάγκη μια γυναίκα να έχει οργασμό για να μένει έγκυος.		
1. Ναι	60	14.5%
2. Όχι	353	85.6%

Και στην τελευταία ερώτηση εάν πιστεύουν ότι ένας άντρας πρέπει να έχει σεξουαλική ικανοποίηση για να καταστήσει μια γυναίκα έγκυο το 37.3% απάντησε ναι και το 62.7% όχι. (Πιν.26)

Πίνακας 26. Αν πιστεύουν ότι ένας άνδρας πρέπει να έχει σεξουαλική ικανοποίηση για να καταστήσει μια γυναίκα έγκυο		
1. Ναι	154	37.3%
2. Όχι	259	62.7%

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την εργασία αυτή φάνηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών του κέντρου της Λαμίας (Αστικό) και των προαστίων (Ημιαστικό) βρίσκεται σχεδόν στο ίδιο μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότερες γυναίκες και στις δύο περιοχές είναι Απόφοιτες του Λυκείου 26.1% και 22.5% αντίστοιχα. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1. Μορφωτικό επίπεδο ανάλογα με τον τόπο διαμονής				
	Αστική		Ημιαστική	
		%		%
Αγράμματες	3	0.7	0	0
Απ. Δημοτικού	9	2.2	4	0.9
Απ. Γυμνασίου	27	6.5	16	3.8
Απ. Λυκείου	108	26.1	93	22.5
Απ. Ανωτέρας	78	18.9	22	5.3
Απ. Ανωτάτης	20	4.8	33	7.9

Όσο αφορά το αν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο φάνηκε ότι το 77.9% των αστικών περιοχών καθώς και το 69% των ημιαστικών χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ενώ το 22.1% και το 31% αντίστοιχα δεν χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης. (Πίνακας 2)

Πίνακας 2. Αν χρησιμοποιούν αντισυλληπτική μέθοδο ή όχι κατά περιοχή				
	Αστική		Ημιαστική	
		%		%
Χρησιμοποιούν	191	77.9	116	69.0
Δεν Χρησιμοποιούν	54	22.1	52	31.0

Ως προς την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου υπάρχουν διαφορές στις δύο περιοχές, οι γυναίκες της αστικής περιοχής το μεγαλύτερο ποσοστό 20.6% χρησιμοποιούν προφυλακτικό, το 16.9% διακεκομμένη συνουσία και 14% καμμιά μέθοδο ενώ στην ημιαστική περιοχή βλέπουμε το αντίθετο το μεγαλύτερο ποσοστό δεν χρησιμοποιεί καμμία μέθοδο 12.6% , 9.7% διακεκομμένη συνουσία και 8.9% το προφυλακτικό. Αυτό σημαίνει κακή πληροφόρηση στα θέματα αντισυλληπτικής μεθόδου στις ημιαστικές περιοχές. (Πίν.3)

Πίνακας 3. Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου ανάλογα με τον τόπο διαμονής				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Καμμία	54	14	52	12.6
Διακεκομμένη Συνουσία	70	16.9	40	9.7
Προφυλακτικό	85	20.6	37	8.9
Σπέρματοκτόνα	5	1.2	4	0.9
Διάφραγμα	5	1.2	8	1.9
Ρυθμός Περιόδου	22	5.3	26	6.3
Ενδομήτριο σπείραμα	2	0.5	1	0.2
Χάπι	2	0.5	0	0

Ενώ όταν ρωτήθηκαν εάν το προφυλακτικό προστατεύει από μεταδοτικά νοσήματα, και οι δύο περιοχές πιστεύουν ότι δίδει προστασία 47.9% και 29.5% (Πίνακας 4)

Πίνακας 4. Αν πιστεύουν ότι η χρήση προφυλακτικού προστατεύει από νοσήματα				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Προστατεύει	198	47.9	122	29.5
Δεν Προστατεύει	47	11.4	46	11.1

Όσο το τι παρέχει το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού βλέπουμε ότι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για μεν την αστική περιοχή πιστεύουν 30% για συμβουλές και αντισύλληψη και 17.6% για συμβουλές για τεκνοποίηση, για δε την ημιαστική περιοχή 12.8% συμβουλές για υιοθεσία και 12.3% για τεκνοποίηση. (Πίνακας 5)

Πίνακας 5. Τι πιστεύουν ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ανάλογα με την διαίμογή				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Συμ για αντισύλληψη	124	30	33	7.9
Συμ για υιοθεσία	16	3.9	53	12.8
Ψυχική και Οικογ.Υποστ.	22	5.3	19	4.6
Συμ για περιορισμό γεν.	4	0.9	8	1.9
Συμ για τεκνοποίηση	73	17.6	51	12.3
Δεν απάντησαν	6	1.4	4	0.8

Πιστεύουν ότι η καλύτερη σεξουαλική ενημέρωση, και στις δύο περιοχές, είναι το σχολείο-ειδικό σε ποσοστό 36.8% και 21.3% αντίστοιχα με δεύτερη σειρά προτεραιότητας την οικογένεια 15.7% και 15.5% αντίστοιχα. (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. Ποιά πιστεύουν ότι είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Οικογένεια	65	15.7	64	15.5
Σχολείο-Ειδικό	152	36.8	88	21.3
Εντυπα	28	6.7	15	3.6
Δεν απάντησαν	0	0	1	0.2

Τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις και στις δύο περιοχές τις πήραν από φίλους, βιβλία και τους γονείς σε ποσοστά 23.7% , 20.6% και 9.6% για την αστική περιοχή και 17.1% , 11.3% και 9.9% για την ημιαστική περιοχή. (Πίνακας 7)

Πίνακας 7. Από που πήραν τις πρώτες σεξουαλικές τους γνώσεις ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Από τους γονείς	40	9.6	41	9.9
Από το σχολείο	20	4.8	8	1.9
Από τους φίλους	98	23.7	71	17.1
Από τα βιβλία	85	20.6	47	11.3
Δεν απάντησαν	2	0.5	1	0.2

Στην επιλογή της μεθόδου βλέπουμε ότι έχουν διαφορετική σειρά προτεραιότητας. Στην αστική περιοχή επιλέγουν με κριτήριο την αποτελεσματικότητα 18.8% και την έγκριση του συντρόφου 16.7% , ενώ στην ημιαστική περιοχή επιλέγουν με την έγκριση του συντρόφου 18.8% και την αποτελεσματικότητα 12.1% (Πίνακας 8)

Πίνακας 8. Επιλογή μεθόδου αντισύλληψης ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Έγκριση συντρόφου	69	16.7	42	18.8
Αποτελεσματικότητα	78	18.8	50	12.1
Βαθμός Ευκολίας	23	5.6	15	3.6
Βαθμός Αποδοχής	65	15.7	60	14.5
Δεν απάντησαν	5	1.2	6	1.4

Βλέπουμε ότι οι εκτρώσεις είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό στην πόλη 12.6%έναντι 7.7% της ημιαστικής περιοχής δόχως να υπάρχει σημαντική διαφορά. (Πίνακας 9)

Πίνακας 9. Αριθμός εκτρώσεων ανάλογα με τον τόπο διαμονής				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Καμία	193	46.7	136	32.9
1 και άνω	52	12.6	32	7.7

Και οι δύο περιοχές συμφωνούν στην νομιμοποίηση των αμβλώσεων 46.7% και 26.6% (Πίνακας 10)

Πίνακας 10. Τι πιστεύουν για την νομιμοποίηση των αμβλώσεων ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Συμφωνούν	189	46.7	110	26.6
Δεν Συμφωνούν	56	13.5	58	14

Η έναρξη της πρώτης σεξουαλικής επαφής βλέπουμε για το 9.7% του κέντρου είναι κάτω των 16 ετών για δε την ημιαστική περιοχή 6.3% αλλά από άλλες εργασίες ο μέσος όρος έναρξης των σεξουαλικών επαφών είναι 14.6 χρόνια για τα κορίτσια ενώ για τα αγόρια 14.3 (Μπατάκης και συν. 1989). (Πίνακας 11)

Πίνακας 11. Σε ποιά ηλικία είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Κάτω των 16	40	9.7	26	6.3
16-20 ετών	153	37	97	23.5
Ανω των 20	45	10.9	39	9.4
Δεν απάντησαν	7	1.7	6	1.4

Από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι είναι ενημερωμένες σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού πρώτη θέση κατέχουν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού 68.9% και 63.7% με δεύτερη θέση Εντυπα-Βιβλία (13.9% και 18.4% αντίστοιχα) και τρίτη θέση τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (9.4% και 12.5%)

Πίνακας 12. Καλύτερη ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού κατά περιοχή				
	Αστική	%	Ημιαστική	%
Μέσα μαζικής Ενημ	23	9.4	21	12.5
Κέντρα Οικ Προγραμ	169	68.9	107	63.7
Φίλοι-Γνωστοί	18	7.3	7	4.1
Εντυπα-Βιβλία	34	13.9	31	18.4
Δεν απάντησαν	1	0.4	2	1.2

Σ' αυτή την εργασία βλέπουμε μια ιδιομορφία που δεν βλέπουμε σε εργασία που έγινε στην Πάτρα (Δετοράκης και συν) και Αθήνα (Μπατάκης και συν) που πρώτη θέση κατέχουν φίλοι ακολουθούν περιοδικά και τηλεόραση. Στην Πάτρα (Δετοράκης & συν) πρώτη θέση έχουν τα έντυπα, φίλοι, τηλεόραση αλλά πουθενά δεν αναφέρθηκαν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

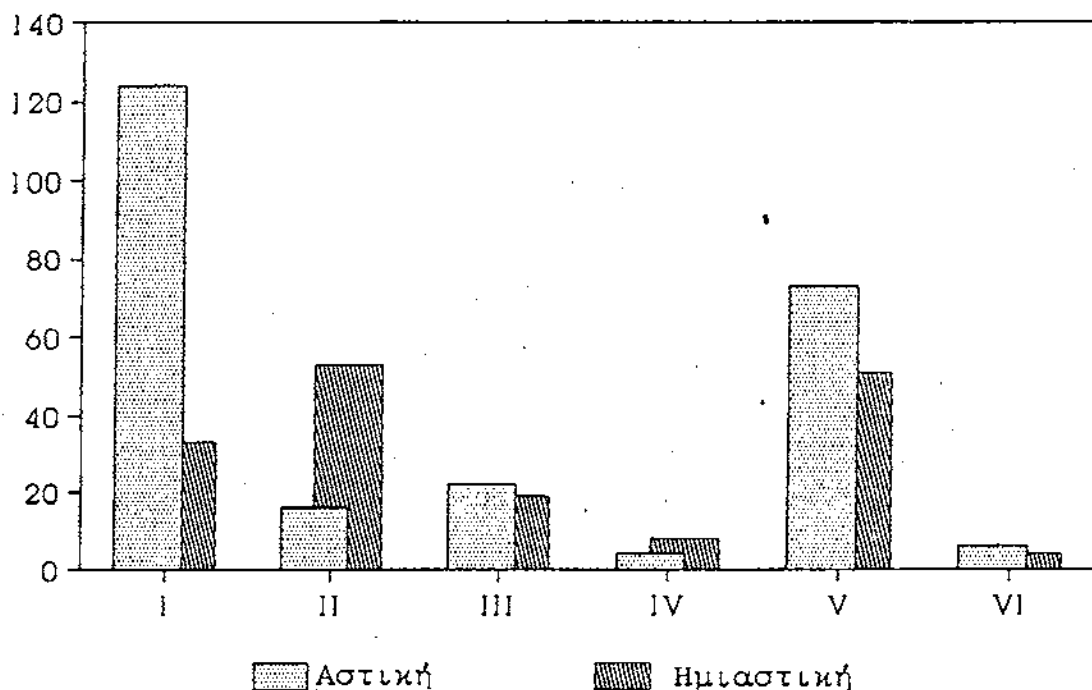
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά εάν θέλουμε να εκτιμήσουμε τις απόψεις του δείγματος των γυναικών, πάνω σε θέματα όπως :

1. Σκοπό του Οικογενειακού Προγραμματισμού
2. Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης
3. Αντισύλληψης
4. Εκτρώσεων

θα μπορούσαμε περιληπτικά να αναφέρουμε τα εξής χαρακτηριστικά :

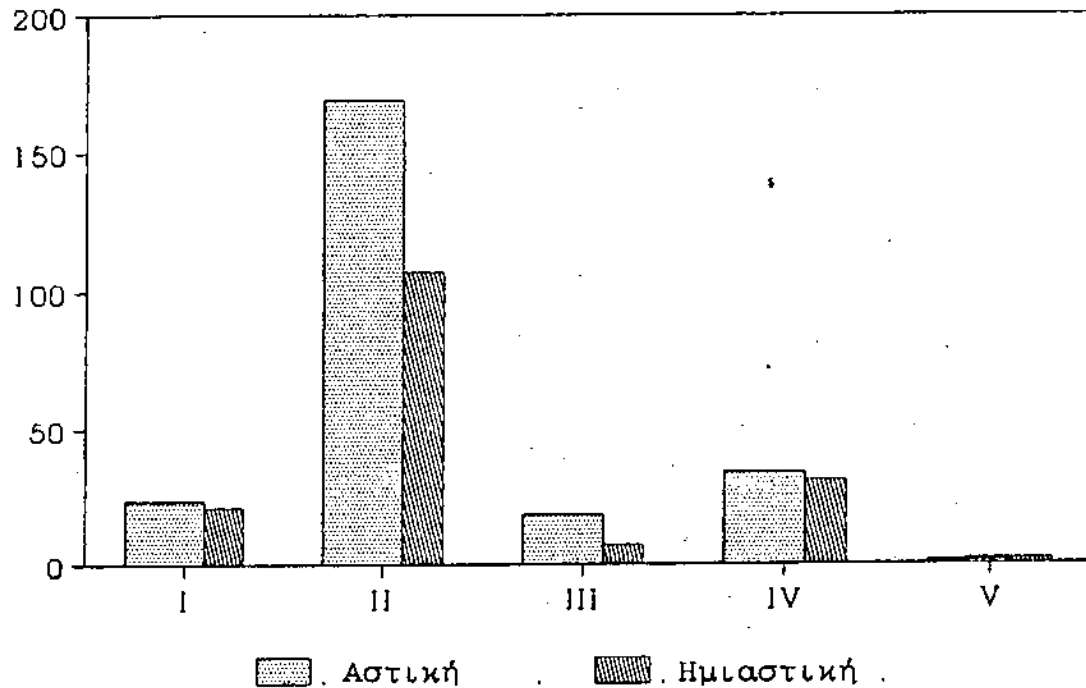
Α. Στο θέμα των Κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού , φαίνεται πως ένα σοβαρό ποσοστό γυναικών του δείγματος, κυρίως των ημιαστικών περιοχών δεν έχει γνώση του σκοπού αυτών των κέντρων. Αυτό αποδεικνύει την έλλειψη πληροφόρησης για τα συγκεκριμένα κέντρα. (Σχήμα 1)



Σχήμα 1 : Τι πιστεύουν ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

- I - Συμβουλές για αντισύλληψη
- II - Συμβουλές για υιοθεσία
- III - Ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη
- IV - Παρακίνηση για περιορισμό των γεννήσεων
- V - Προσπαθούν να πείσουν τα νέα ζευγάρια για τεκνοποίηση
- VI - Δεν απάντησαν

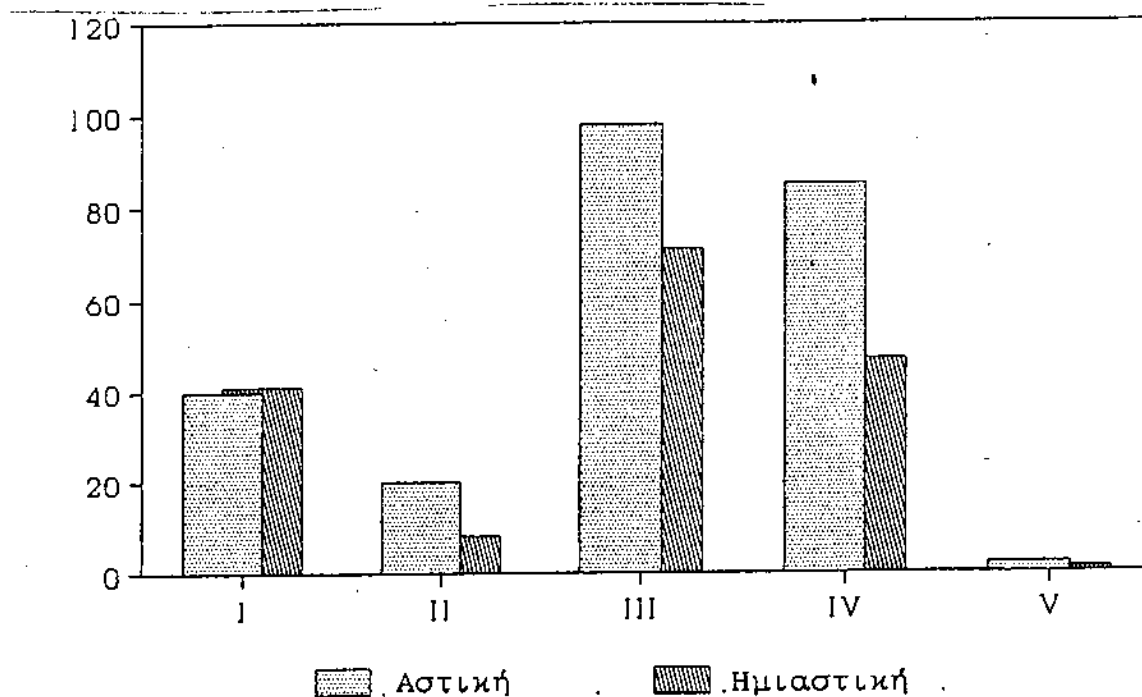
Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είναι ενημερωμένο σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, και των των δύο περιοχών έχει πάρει τις πληροφορίες του αποκλειστικά από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, γεγονός που αποδεικνύει πως το κοινό που γνωρίζει αυτά τα κέντρα τα έχει εμπιστοσύνη. (Σχήμα 2)



Σχήμα 2 : Καλύτερη ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού κατά περιοχή.

- I - Μέσα μαζικής ενημέρωσης
- II - Κέντρα Οικ Προγραμματισμού
- III - Φίλοι γνωστοί
- IV - Εντυπα - Βιβλία
- V - Δεν απάντησαν

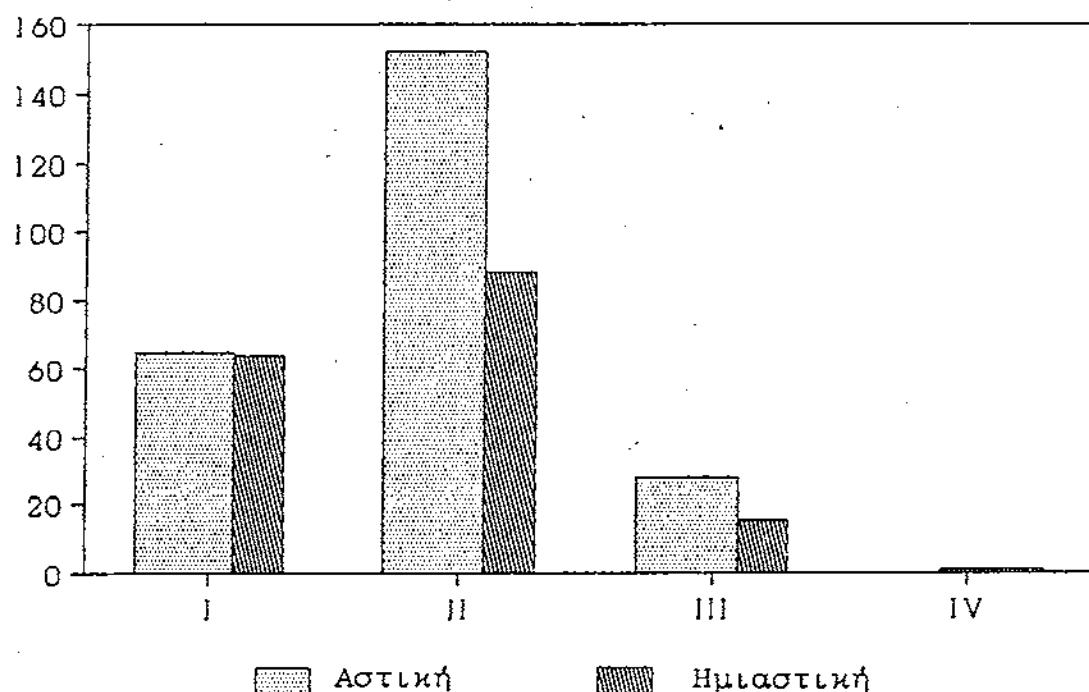
Β. Σε ότι αφορά τις γνώσεις σε θέματα Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης, και των δύο περιοχών φαίνεται πως τις πρώτες γνώσεις τις πήραν από φίλους. Αυτό δημιουργεί θέμα εγκυρότητας των γνώσεων, γιατί, πολλές φορές ορισμένα θέματα αποκρύπτονται ή διαστρεβλώνονται με αποτέλεσμα να διαδίδονται λανθασμένες πληροφορίες. (Σχήμα 3)



Σχήμα 3 : Από που πήραν τις πρώτες σεξουαλικές γνώσεις.

- I - Από τους γονείς
- II - Από το σχολείο
- III - Από τους φίλους
- IV - Από τα βιβλία
- V - Δεν απάντησαν

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών πιστεύει πως η καλύτερη μέθοδος Σεξουαλικής Εκπαίδευσης πρέπει να είναι το Σχολείο με την βοήθεια ειδικών. (Σχήμα 4)



Σχήμα 4 : Ποιά πιστεύουν ότι είναι η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης.

I - Μέσα απο την οικογένεια

II - Μέσα απο το σχολείο με την βοήθεια ειδικών

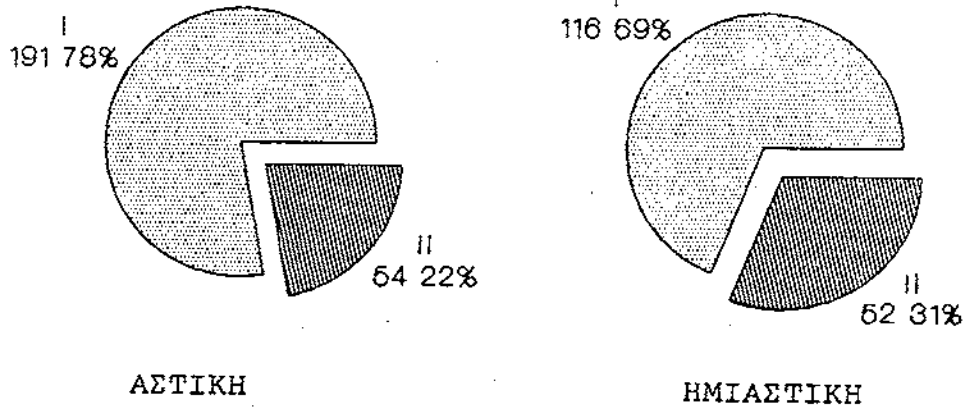
III - Απο έντυπα

IV - Δεν απάντησαν

v

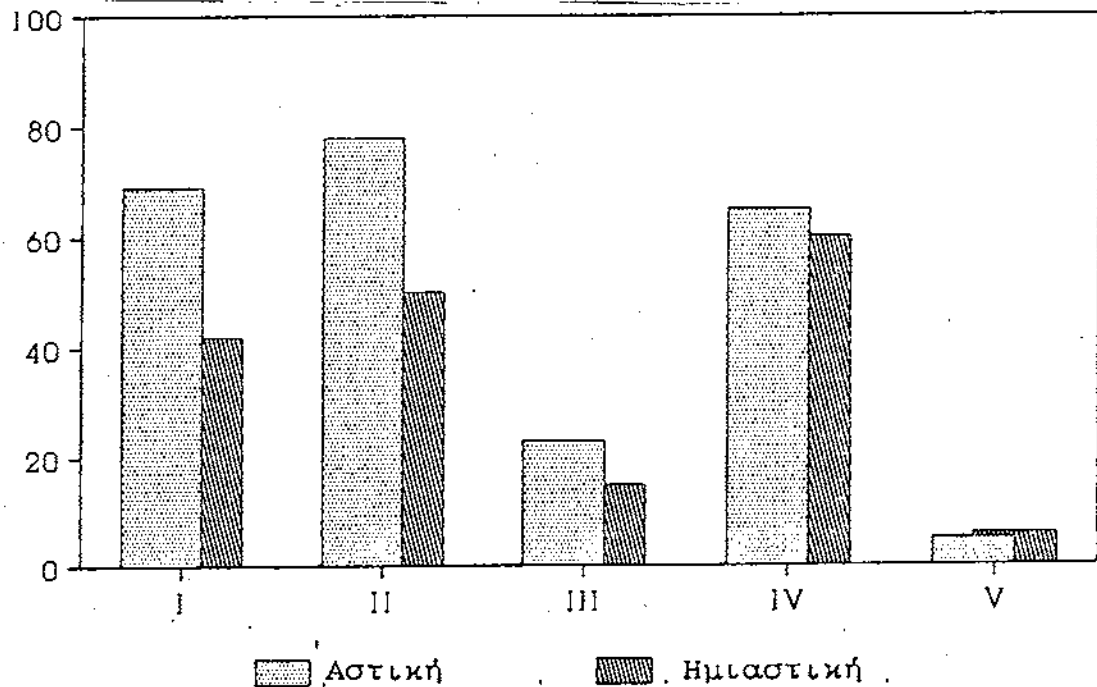
Γ. Σχετικά για την χρήση κάποιας αντιουλληπτικής μεθόδου το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των γυναικών -κυρίως των αστικών περιοχών- χρησιμοποιεί κάποια αντιουλληπτική μέθοδο επιλέγοντας την ανάλογα με την αποτελεσματικότητά της.

(Σχήματα 5,6)



Σχήμα 5 : Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου κατά περιοχή.

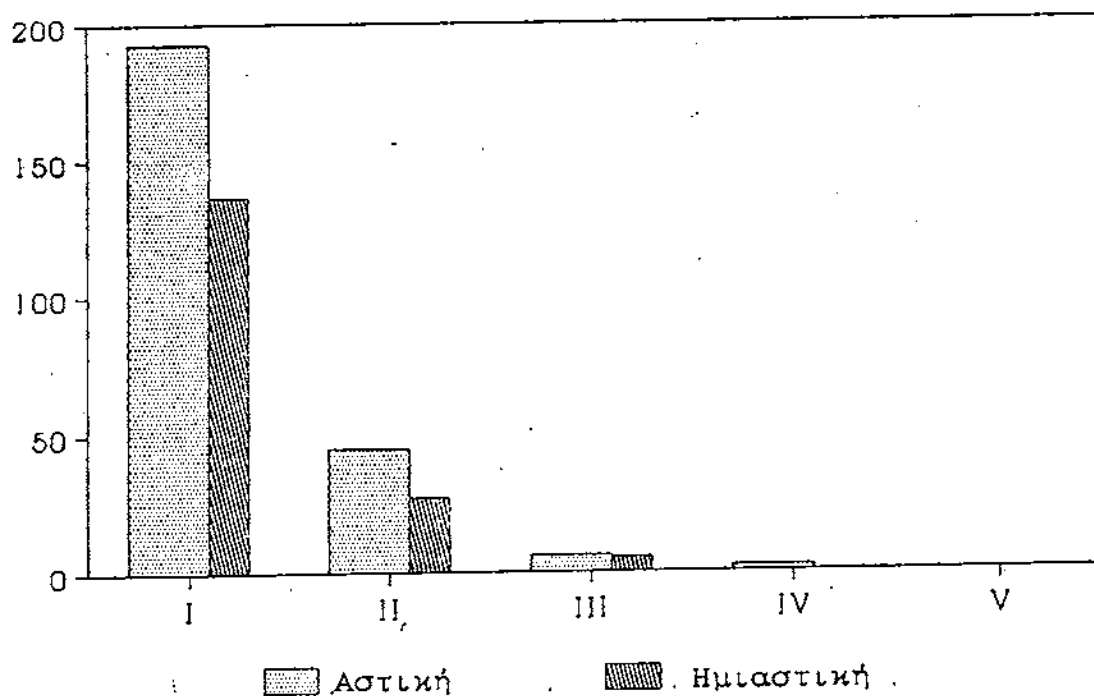
- I - Χρησιμοποιούν
- II - Δεν χρησιμοποιούν



Σχήμα 6 : Επιλογή μεθόδου αντισύλληψης του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής.

- I - Με την έγκριση του συντρόφου
- II - Με βάση την αποτελεσματικότητα
- III - Με τον βαθμό ευκολίας
- IV - Με τον βαθμό αποδοχής
- V - Δεν απάντησαν

Δ. Τέλος στο θέμα των εκτρώσεων τόσο το ποσοστό των γυναικών των αστικών περιοχών όσο και των ημιαστικών περιοχών δεν έχει κάνει καμία έκτρωση. Ενώ η πλειοψηφία των γυναικών συμφωνεί με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων, γεγονός που φανερώνει πως κάποια στιγμή ίσως διάλεξαν την έκτρωση για την αποφυγή κάποιας ανεπιθύμητης κύησης. (Σχήμα 7)



Σχήμα 7: Αριθμός εκτρώσεων ανα περιοχή.

- I - Καμία
- II - 1 έως 2
- III - 3 έως 5
- IV - 6 έως 10
- V - 10 και ανω

Αξιολογώντας τα παραπάνω συμπεράσματα γίνεται φανερό πως για την καλύτερη ενημέρωση σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, για την ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και κοινωνική υγεία, και την προστασία του δικαιώματος της γυναίκας να αποφασίζει υπεύθυνα και συνειδητά πότε θα αποκτήσει παιδί και τέλος για την αποτροπή του ανεξέλεγκτου μέσου των εκτρώσεων μπορούμε να αναφέρουμε τις παρακάτω προτάσεις :

1. Πρέπει να γίνει επέκταση καθώς και σωστή και πληρέστερη ενημέρωση, για τον θεσμό των κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και τις ενδείξεις Οικογενειακού Προγραμματισμού, ώστε να μπορέσει να καταφύγει το κοινό για καλύτερη λήψη πληροφοριών και μέσων για την εφαρμογή του.

2. Εξαιτίας του ρόλου που παίζει η Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση στην φυσιολογική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, είναι αναγκαία η ενημέρωση σε αυτά τα θέματα να είναι αντικειμενική και ρεαλιστική.

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω, χρειάζεται εκπόνηση λογικών προγραμμάτων Σεξουαλικής Εκπαίδευσης στο Σχολείο.

3. Στο θέμα της αντισύλληψης πρέπει να γίνει σωστή διαφώτιση, ιδιαίτερα για την πιο εξατομικευμένη επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου. Έτσι θα επιτευχθεί η προστασία του δικαιώματος της γυναίκας για τεκνοποίηση και γενικότερα η προαγωγή των σχέσεων του ζευγαριού.

4. Τέλος σχετικά με τις εκτρώσεις που κατά γενική ομολογία αρχίζουν να παίρνουν διαστάσεις πρέπει να τονιστούν οι καταστροφικές επιδράσεις της στην υγεία της μητέρας και του

νεογνού ώστε να μην γίνουν μέσο αποτροπής κάποιας ανεπιθύμητης κίνησης.

Στην ενημέρωση για τα παραπάνω σημεία πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον πληθυσμό των ημιαστικών περιοχών, γιατί όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό άγνοιας στα θέματα αυτά.

Δίνοντας λοιπόν την ανάλογη έμφαση στις παραπάνω προτάσεις, φροντίζουμε για την ψυχική και κοινωνική ισορροπία και τελικά την ευτυχία του ατόμου, του ζευγαριού και γενικά της οικογένειας. -

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΕΙΔΙΚΡΙΝΑ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΕΝΑ (X).
ΑΝ ΚΑΠΟΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗ ΔΕΝ ΣΑΣ ΑΦΟΡΑ ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ.

Τοποθεσία : _____

1. Ηλικία : _____

2. Μορφωτικό Επίπεδο :

Αγράμματος _____

Απόφοιτος Δημοτικού _____

Απόφοιτος Γυμνασίου _____

Απόφοιτος Λυκείου _____

Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής _____

Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής _____

3. Μορφωτικό επίπεδο του Πατέρα σας :

Αγράμματος _____

Απόφοιτος Δημοτικού _____

Απόφοιτος Γυμνασίου _____

Απόφοιτος Λυκείου _____

Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής _____

Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής _____

4. Μορφωτικό Επίπεδο της Μητέρας σας :

- Αγράμματη _____
Απόφοιτη Δημοτικού _____
Απόφοιτη Γυμνασίου _____
Απόφοιτη Λυκείου _____
Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής _____
Απόφοιτη Ανώτατης Σχολής _____

5. Μόνιμη κατοικία τα τελευταία πέντε χρόνια.

6. Οικογενειακή κατάσταση :

- Έγγαμη _____
Άγαμη _____
Διαζευγμένη _____
Χήρα _____

7. Έχετε αποκτήσει παιδιά :

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

8. Εάν Ναι, πόσα παιδιά έχετε ; _____

9. Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο όταν έχετε σεξουαλική επαφή ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

10. Εάν ΝΑΙ, ποιά από τις παρακάτω αντισυλληπτικές μεθόδους χρησιμοποιείτε ;

- α) Διακεκομμένη συνουσία _____
- β) Προφυλακτικό _____
- γ) Κολπικά σπερματοκτόνα _____
- δ) Διάφραγμα _____
- ε) Μέθοδος ρυθμού περιόδου _____
- στ) Ενδομήτριο σπειράμα _____

11. Ποιά από τις παρακάτω μεθόδους αντισύλληψης θεωρείτε κατά τη γνώμη σας ότι προσφέρει μεγαλύτερη προστασία ;

- α) Αντισυλληπτικό χάπι _____
- β) Διακεκομμένη συνουσία _____
- γ) Προφυλακτικό _____
- δ) Περιοδική αποχή _____

12. Ποιά από τις παρακάτω μεθόδους αντισύλληψης θεωρείτε κατά την γνώμη σας ότι προσφέρει μικρότερη προστασία ;

- α) Ενδομήτρια σπειράματα _____
- β) Διάφραγμα _____
- γ) Κολπικά σπερματοκτόνα _____
- δ) Προφυλακτικά _____

13. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικού σας προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

14. Εσείς χρησιμοποιείτε προφυλακτικό ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

15. Εάν ΟΧΙ, γιατί ;

α) Μειώνεται η σεξουαλική ικανοποίηση _____

β) Προκαλεί αλλεργία _____

γ) Είναι δαπανηρά _____

δ) Για άλλο λόγο _____

16. Η μέθοδος αντισύλληψης που θα επιλέξετε είναι ανάλογα :

α) Με την έγκριση του συντρόφου σας _____

β) Με το βαθμό αποτελεσματικότητας της _____

γ) Με την ευκολία που έχει στη χρήση _____

δ) Με το βαθμό αποδοχής από ιατρική,
κοινωνική και ψυχολογική άποψη _____

17. Νομίζετε ότι η έκτρωση είναι μέθοδος αντισύλληψης ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

18. Εχετε κάνει ποτέ έκτρωση ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

19. Εάν ΝΑΙ, Πόσες ;

1 - 2 _____

3 - 5 _____

6 - 10 _____

Περισσότερες από 10 _____

20. Εάν ΟΧΙ, θα κάνατε ποτέ έκτρωση αν σας το ζητούσε ο σύντροφός σας ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

21. Συμφωνείτε με τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

22. Εάν απαντήσετε ΟΧΙ, γιατί ;

α) Αυξήθηκαν οι εκτρώσεις _____

β) Αυξήθηκε η πορνεία _____

γ) Αυξήθηκε η ανηθικότητα _____

δ) Μειώθηκαν οι γεννήσεις _____

στ) Δεν ξέρω _____

23. Θα διαλέγατε σαν αντισυλληπτική μέθοδο, την στείρωση εάν είχατε αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

24. Ποιά από τα παρακάτω πιστεύετε ότι σας δίνουν καλύτερη ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού ;

α) Μέσα μαζικής ενημέρωσης _____

β) Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού _____

γ) Φίλοι και γνωστοί _____

δ) Εντυπα και βιβλία _____

25. Τι πιστεύετε ότι παρέχει ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού ;

- α) Συμβουλές για αντισυλληπτικές μεθόδους _____
- β) Συμβουλές για υιοθεσία _____
- γ) Ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη _____
- δ) Παρακίνηση για περιορισμό γεννήσεων _____
- ε) Προσπαθούν να πείσουν τα νέα ζευγάρια _____
για αύξηση της τεκνοποίησης

26. Η καλύτερη μέθοδος σεξουαλικής εκπαίδευσης κατά τη γνώμη σας είναι :

- α) Μέσα από την οικογένεια _____
- β) Μέσα στο σχολείο με σεμινάρια _____
από ειδικούς εκπαιδευτικούς
- γ) Από διάφορα έντυπα που κυκλοφορούν _____

27. Τις πρώτες σεξουαλικές σας γνώσεις τις πήρατε από :

- α) Τους γονείς σας _____
- β) Το σχολείο _____
- γ) Τους φίλους σας _____
- δ) Τα βιβλία _____

28. Σε ποιά ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική σας εμπειρία :

- α) Κάτω από 16 ετών _____
- β) 16 - 20 ετών _____
- γ) Πάνω από 20 _____

29. Είναι δυνατό μια γυναίκα σε γόνιμη ηλικία να μείνει έγκυος στην πρώτη σεξουαλική επαφή της ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

30. Είναι ανάγκη μια γυναίκα να έχει οργασμό για να μείνει έγκυος ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

31. Πρέπει ένας άνδρας να έχει σεξουαλική ικανοποίηση για να καταστήσει μια γυναίκα έγκυο ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση του εντύπου αυτού και για την ειλικρίνεια των απαντήσεών σας.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΒΑΛΑΣΗ ΑΔΑΜ

"Οικογενειακός Προγραμματισμός - Δικαίωμα παιδιού"

Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ , ΤΟΜΟΣ 2, Αθήνα 1985

2. ΔΑΝΕΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

"Δικαιώματα της γυναίκας και γονιμότητα"

MATERIA MEDICA CRECA , ΤΟΜΟΣ 6 , ΤΕΥΧΟΣ 5 Αθήνα 1978

3. ΔΑΝΕΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

"Υπεύθυνη γονιμότητα και υγεία"

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ , ΤΟΜΟΣ 6 , ΤΕΥΧΟΣ 1 Αθήνα 1982

4. ΔΕΔΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

"Οικογενειακός Προγραμματισμός"

ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΠΑΤΑΚΗ Αθήνα 1985

5. ΚΑΣΚΑΡΕΛΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

"Μαιευτική - Γυναικολογία" ΤΟΜΟΣ Β' Αθήνα 1976

6. ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α. - ΒΛΑΧΟΣ Γ. - ΚΟΝΤΡΑΝΤΖΗΣ Α.

"Η επίδραση της τεχνητής έκτρωσης επί της κύησης και του τοκετού"

ΓΑΛΗΝΟΣ , ΤΟΜΟΣ 23 , ΤΕΥΧΟΣ 4 Αθήνα 1981

7. ΚΟΜΦΟΡΤ

"Το Σεξ στην κοινωνία"

ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ

Αθήνα 1973

8. ΔΕΚΚΟΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

"Εκτρώσεις και η θέση της εκκλησίας"

ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΧΕΛΙΔΩΝΙ

Αθήνα 1973

9. ΜΠΑΤΑΚΗΣ Χ. - ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ Γ. - ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Α.

"Ηλικία έναρξης των Σεξουαλικών επαφών σε δείγμα νέων"

ΙΑΤΡΙΚΗ , ΤΟΜΟΣ 55

Αθήνα 1989

10. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. - ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗ Κ. - ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Θ.

"Αρχές και μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού"

Αθήνα 1979

11. ΠΡΕΣΒΕΛΟΥ Κ. - ΤΕΜΠΕΡΟΓΛΟΥ Α.

"Κοινωνική ανάλυση του φαινομένου της έκτρωσης στον Ελληνικό χώρο"

ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ , ΤΕΥΧΟΣ 28

Αθήνα 1976

12. ΣΑΚΚΑΣ ΠΑΥΛΟΣ

"Ψυχικές παράμετροι των αντισυλληπτικών μεθόδων"

ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ

Αθήνα 1986

13. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

"Φιλοσοφία του Οικογενειακού Προγραμματισμού"

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ (ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ -
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ)

Αθήνα 1986

14. ΤΣΟΥΔΕΡΟΥ ΒΙΡΓΙΝΙΑ

"Οι αυλώσεις, το χάπι και ο οικογενειακός προγραμματισμός"

ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΕΥΡΩΠΗ

Αθήνα 1980

15. ΧΛΙΑΔΟΥΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

"Κοινωνιολογική προσέγγιση της Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης"

Πληροφόρηση για θέματα Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης των
εφήβων του Δήμου Αθηναίων. (ΕΦΗΒ. - ΓΥΝ. ΑΝΑΠΑΡ. - ΕΜΜΗΝ.)

1 : 18 - 26

Αθήνα 1990

16. "Τι ξέρεις για την αντισύλληψη "

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αθήνα 1988

17. "Σύγχρονες γνώσεις για τα αφροδίσια νοσήματα "

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αθήνα 1988

18. "Γιατί πρέπει να προτιμάτε την αντισύλληψη από την έκτρωση"

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Αθήνα 1988

