

**ΖΟΥΜΕ ΠΟΛΥ.  
...ΓΕΝΝΑΜΕ ΛΙΓΟ**



**ΠΑΤΡΑ 1995**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

1294



**ΖΟΥΜΕ ΠΟΛΥ...**  
**...ΓΕΝΝΑΜΕ ΛΙΓΟ**

**ΠΑΤΡΑ 1995**

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:  
ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΜΕΣΑ-ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ  
ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ-ΕΘΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΟΥ ΚΑΥΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΜΑΣ  
ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ  
ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
ΣΧΟΙΝΑ ΣΟΦΙΑ  
ΤΣΑΜΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

1. ....
2. ....
3. ....

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ  
ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΑΤΡΑ 1995**

Αφιερώνεται στους γονείς μας  
καθώς και σε όλους αυτούς  
που προσπαθούν να κάνουν  
τον κόσμο καλύτερο για  
τις γενιές που έρχονται.

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*"Ο θεός της Ιατρικής, ο Ασκληπιός, είχε δυο κόρες που τον βοηθούσαν, την Υγεία και την Πανάκεια. Η πρώτη φρόντιζε για την πρόληψη της αρρώστιας και η δεύτερη για τα θεραπευτικά γιαιτροσόφια.*

*Κι ο Θεός αγαπούσε και είχε μεγαλύτερη αδυναμία στην Υγεία..."*

Η υπεροχή της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία είναι δεδομένη. Η πρόληψη επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας απ' ό,τι η θεραπεία και είναι η μόνη που μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες νοσηρότητας.

Τα μέτρα πρόληψης θεωρούνται αποδοτικότερα από οικονομική άποψη και περισσότερο συμβατά με την περιφρούρηση της ποιότητας ζωής. Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης προϋποθέτει τη συνειδητή συνεργασία του κοινού που με τη σειρά της προϋποθέτει μια σωστή και αποτελεσματική αγωγή υγείας.

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε κάθε δραστηριότητα που επιδιώκει να προλάβει τη νόσο δηλ να εμποδίσει την εμφάνιση και στη συνέχεια την ανάπτυξη κάθε είδους ασθένειας. Να προάγει τη σωματική, ψυχική υγεία και αποδοτικότητα του ατόμου.

Η πρόληψη αποβλέπει στο:

- Να προλάβει ή να παρακωλήσει την εμφάνιση, την ανάπτυξη και την εξέλιξη μιας νόσου που σήμερα κυρίως, επιτυγχάνεται με τα εμβόλια ή τους ορούς.

- Να προασπίσει τις ανθρώπινες κοινωνίες από τα συνεπακόλουθα των κατά τόπους κοινωνικών εξελίξεων, συνθηκών ζωής, συνηθειών, εθισμών π.χ. το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, τα τροχαία ατυχήματα κ.λ.π.

- Να αποδυναμώσει και ακόμη να παρεμποδίσει κατά το δυνατόν εκδηλώσεις φυσικής λειτουργικής ή οργανικής διαταραχής π.χ. τα κληρονομικά νοσήματα.

Η προστασία λοιπόν της υγείας δεν αποτελεί πλέον ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα, αλλά εξαρτάται από τις προόδους πλείστων επιστημών που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του αλλά και την ορθή λειτουργία της όλης κρατικής μηχανής.

Σήμερα βρισκόμαστε σε μια αλλοπρόσαλλη εποχή, έτσι από τη μια μεριά σ' ορισμένες χώρες του κόσμου έχουν γίνει και γίνονται τεράστιες προόδοι τεχνικές, εκπολιτιστικές και γενικά από κάθε άποψη συνθηκών διαβίωσης, ενώ σ' άλλες η ζωή παραμένει στην έσχατη καθυστέρηση απο τις απόψεις αυτές.

Στις πρώτες ο μέσος όρος ζωής έχει φτάσει τα 70 και 72 χρόνια και στις δεύτερες παραμένει στα 40. Σήμερα, όμως το αλλόκοτο είναι,ότι οι πολιτισμένες καλούμενες χώρες τεχνολογικά προηγμένες κυριολεκτικά προχωρούν προς την αυτοκαταστροφή τους από άποψη υγείας. Τα καλούμενα νοσήματα του "πολιτισμού" π.χ: καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, νοσήματα που προκύπτουν από το κάπνισμα και οι θάνατοι που οφείλονται σε κάθε είδους δυστυχήματα και τα ναρκωτικά συνεχώς αυξάνουν.

Ο καινούριος και πολύπλοκος τεχνολογικός πολιτισμός που ζούμε σήμερα, προσφέρει αποσπασματικές λύσεις για την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών βάζοντας το άτομο συνεχώς αντιμέτωπο με συγκρουόμενα συμφέροντα. Η σύγκρουση επαγγελματικής και οικογενειακής ιδιότητας αντιστρατεύεται την ανάγκη για γονική αφοσίωση.

Σ' αυτή την εποχή που ζούμε, των μύθων, της ευμάρειας των υλικών ανέσεων και των εφήμερων ειδώλων η χώρα μας έχει απ' τους καλύτερους δείκτες υγείας στον κόσμο ( της θνησιμότητας, μέσου όρους ζωής, ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής). Τα νέα όμως πρότυπα της ζωής που θέλουν ολιγομελή οικογένεια (1-2 παιδιά) τη σύγχρονη γυναίκα μητέρα - σύζυγο και εργαζόμενη σε συνδυασμό με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων και των μέσων αντισύλληψης είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των γεννήσεων (υπογεννητικότητα).

Τα καλούμενα νοσήματα του πολιτισμού που πλήττουν νεαρές κυρίως ηλικίες του πληθυσμού με την ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων και αύξηση του μέσου όρου ζωής συντελούν και επιδεινώνουν

το πρόβλημα της Δημογραφικής Γήρανσης του Πληθυσμού στη χώρα μας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι, μέσα από τη συλλογή στοιχείων, που σκιαγραφούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα και ειδικότερα στο νομό Αχαΐας, να μην παρουσιαστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα αποκομμένο από τις αιτίες ή τις συνέπειές του, αλλά σφαιρικά και σε βάθος.

Σκοπός μας ήταν να αντιληφθούμε τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος, να αναζητήσουμε τους παράγοντες και τις αιτίες που συμβάλλουν στην επιδείνωσή του καθώς και την "πολιτική" που θα πρέπει να ακολουθηθεί στο μέλλον, για να υπάρξει κάποια θετική εξέλιξη.

Η μελέτη μας δεν περιορίστηκε μόνο στην βιβλιογραφική ανασκόπηση άλλων σχετικών ερευνών και συγγραμάτων αλλά θεωρήσαμε απαραίτητη την πραγματοποίηση δειγματοληπτικής έρευνας μέσω ενός ερωτηματολογίου.

Στόχος μας ήταν να πάρουμε απαντήσεις στα ερωτήματα μας και να κάνουμε σύγκριση και αντιπαραθέσεις των όσων υποστηρίζουν οι δημοσιογράφοι και τα στατιστικά δεδομένα, μ' αυτά που αναφέρει δείγμα της "κοινής γνώμης" και ο μέσος Έλληνας γονέας.

Από το σύνολο της μελέτης προέκυψαν αρκετά συμπεράσματα που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Η υπογεννητικότητα στην Ελλάδα είναι ένα εξελισσόμενο φαινόμενο που σύντομα θα έχει οδυνηρές και δυσκολοαναστρέψιμες συνέπειες.

Ελπίζουμε η μελέτη μας να μπορέσει να αφυπνίσει το ενδιαφέρον και να ευαισθητοποιήσει τον κόσμο, έτσι ώστε με την θέληση και την επιμονή όλων ή των περισσότερων να αποφευχθεί η εξαφάνιση, η πνευματική υποτέλεια και η Δημογραφική μας Γήρανση.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1895 η Florence Nightingale έγραψε ότι "Νοσηλευτική" δεν είναι μόνο η παροχή φροντίδας σ' έναν ασθενή, είναι και οι υπηρεσίες προς τους υγιείς.

Πρέπει να διδάξουμε τους ανθρώπους πως να ΖΟΥΝ\*.

Το βαθυστόχαστο αυτό μήνυμα της μεγάλης δασκάλας της Νοσηλευτικής επιστήμης φαίνεται επίκαιρο ακριβώς 100 χρόνια αργότερα στο πρόβλημα της υπογεννητικότητας που μαστίζει την χώρα μας. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να πούμε ότι η μείωση των γεννήσεων στην Ελλάδα έχει ανοίξει μια βαθειά και δύσκολα επουλώσιμη πληγή στην οικονομική, κοινωνική, και εθνική ζωή της χώρας μας. Εκείνο που προέχει σήμερα είναι ο αγώνας για την αντιμετώπιση του προβλήματος που θα αρχίσει με την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα, την ευαισθητοποίησή του και την πρόληψη των ασθενειών, κυρίως όσων παρουσιάζουν υψηλό δείκτη θνησιμότητας και έτσι αναπόφευκτα συντελούν στην μείωση του πληθυσμού.

Στην όλη μας προσπάθεια για την προσέγγιση του ζητήματος της υπογεννητικότητας συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες, αφενός γιατί ακρετά από τα συγγράματα που αναζητήσαμε δεν υπήρχαν στην πόλη μας και αφετέρου ήταν δύσκολη η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων λόγω της επιφυλακτικότητας και της καχυποψίας του κοινού.

Ευχαριστούμε θερμά όλα τα άτομα που συνεργάστηκαν μαζί μας και συνέβαλαν έτσι στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μας και τους αφιερώνουμε την εργασία μας.



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

## ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

### Γενικά στοιχεία

Αρκετοί είναι αυτοί οι οποίοι κατά καιρούς έχουν υποστηρίξει πως η δημογραφική αύξηση του πληθυσμού μιας χώρας προκαλεί σημαντικά μειονεκτήματα όπως ο κίνδυνος εξάντλησης των φυσικών πόρων, ο κίνδυνος ανεργίας και της ανθρώπινης ρύπανσης του περιβάλλοντος. Αν ανατρέξουμε στην ιστορία θα δούμε ότι δεν υπάρχει παράδειγμα πολιτισμού που να αναπτύχθηκε όταν υπήρχε στασιμότητα ή μείωση του πληθυσμού του.

Στην αρχαία Ελλάδα του 5ου αιώνα για να δημιουργηθεί το πολιτιστικό θαύμα της κλασικής εποχής χρειάστηκαν 300 χρόνια έντονης πληθυσμιακής δραστηριότητας. Και μόνο όταν τον 5ο αιώνα ο πληθυσμός άρχισε να ελαττώνεται η Ελλάδα άρχισε να παρακμάζει.

Ο ιστορικός Πολύβιος γράφει: "Στην εποχή μας η Ελλάδα υποφέρει από γενική ατεκνία και γενικά από ολιγανθρωπία και η παραγωγή σταμάτησε μολονότι δεν έγιναν ούτε πόλεμοι ούτε επιδημίες".

Και παρακάτω γράφει: "... Και όλα αυτά γιατί οι άνθρωποι αγαπούν την πολυτέλεια, το χρήμα και την τεμπελιά και δεν επιθυμούν ούτε να παντρεύονται, ούτε παντρεμένοι να αναθρέφουν παιδιά αλλά το πολύ πολύ δέχονται να έχουν 1 ή 2 για να τα αφήσουν πλούσια και να τα μεγαλώσουν με σπατάλη, χωρίς να αντιλαμβάνονται πόσο με αυτό τον τρόπο η κακοδαιμονία αυξάνεται...".

Απ' αυτό βγαίνει το συμπέρασμα ότι η δημογραφική ανάπτυξη είναι αίτιο και όχι συνέπεια προόδου.

### ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΙ ΥΦΕΣΗ

Τα αποτελέσματα που έχει η πληθυσμιακή ύφεση μιας χώρας είναι γνωστά: όταν ο πληθυσμός είναι στάσιμος, η μέση ηλικία των κατοίκων είναι υψηλή με αποτέλεσμα η γονιμότητα να μειώνεται και να αυξάνεται η θνησιμότητα.

Αυτό μπορεί να γίνει πηγή φτώχειας και να αποτελέσει παράγοντα επιβράδυνσης της οικονομικής ανάπτυξης και μείωσης της παραγωγικότητας ιδίως σήμερα με την ταχύτερη τεχνολογική ανάπτυξη.

Πιστεύεται ότι η αύξηση του πληθυσμού παρουσιάζει μειονεκτήματα βραχυπρόθεσμα λόγω των δαπανών στον τομέα της διατροφής και της εκπαίδευσης. Μακροπρόθεσμα όμως προκαλεί βελτίωση των συνθηκών ζωής των προνομιούχων και του συνόλου, που επωφελείται από τα υπέρ της πληθυσμιακής αύξησης.

Ας δούμε όμως τώρα πιο αναλυτικά ποιά είναι τα μειονεκτήματα και οι συνέπειες από την πληθυσμιακή ύφεση, την ύπαρξη υπογεννητικότητας και δημογραφικής γήρανσης, φαινόμενα που θα μαστίζουν την χώρα μας. Θα τις διακρίνουμε στις εξής κατηγορίες:



- (1) Δημογραφικές
- (2) Οικονομικές
- (3) Κοινωνικές
- (4) Εθνικές
- (5) Πολιτικές

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΜΕΓΑΛΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ:

Μεταβολές στη γεννητικότητα, τη θνησιμότητα, την αποδημία, την παλινόστηση έχουν επιπτώσεις αρνητικές ή ευνοϊκές στην κατανομή του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών.

## **ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ:**

α) Η μείωση της γεννητικότητας (γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών). Μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων και επομένως διευρύνεται η αναλογία των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

β) Η μεταναστευτική κίνηση: παίζει βασικό ρόλο στη γήρανση ή ανανέωση του πληθυσμού της περιφέρειας ή των αγροτικών περιοχών της χώρας.

γ) Η μείωση της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών, συντελεί στην επιτάχυνση της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού στο μέλλον.

## **ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**

### **ΜΕΣΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**

Δεν πρέπει να συγχέονται τα μέσα περιορισμού των γεννήσεων (αντισυλληπτικές μέθοδοι, άμβλωση) με τα αίτια περιορισμού των γεννήσεων που είναι δημογραφικά αλλά κυρίως οικονομικά και κοινωνικά.

### **Α) ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥΣ**

Το δικαίωμα των ζευγαριών να καθορίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν να φέρουν στον κόσμο έχει αναγνωριστεί και διατυπωθεί από τον ΟΗΕ το 1974 και το 1984. Τα δικαιώματα αντισύλληψης, άμβλωσης και στείρωσης με τα οποία επιτρέπεται η μη γέννηση όσων παιδιών δεν είναι επιθυμητά, αναγνωρίστηκαν από τα περισσότερα κράτη - μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Επομένως η γονιμότητα δεν εξαρτάται μόνο από την αναπαραγωγική ικανότητα αλλά κυρίως από τη βούληση των γονέων για το μέγεθος της οικογενείας τους.

Τα τελευταία χρόνια το ιδανικό μέγεθος της οικογένειας παρουσιάζει διαρκή μείωση και ιδεώδης οικογένεια θεωρείται αυτή που έχει 2-3 παιδιά. Το ιδανικό, το επιδιωκόμενο και το πραγματοποιούμενο μέγεθος οικογένειας τείνουν να συμπέσουν.

Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με το νόμο 1609/1986 δεν θεωρείται άδικη πράξη, εφόσον συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.

### **Β) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ και Γ) ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ**

Τα αντισυλληπτικά και οι αμβλώσεις δεν αποτελούν αίτια μείωσης της γονιμότητας αλλά μέσα που χρησιμοποιούν τα ζευγάρια και οι γυναίκες για να καθορίσουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση των παιδιών που επιθυμούν.

Επομένως δεν είναι η πρόοδος στην τεχνική της αντισύλληψης ούτε η νομιμοποίηση των αμβλώσεων που ευθύνονται για τη μείωση των γεννήσεων. Πρέπει κυρίως να αναλυθούν τα αίτια που περιορίζουν τις γεννήσεις και να προταθούν μέτρα όχι εξαναγκαστικού χαρακτήρα αλλά οικονομικού και κοινωνικού που θα βοηθήσουν όσες οικογένειες επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά.

### **ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Τα αίτια αυτά είναι α) Δημογραφικοί παράγοντες, β) Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και γ) Ψυχολογικοί παράγοντες.

#### **Α) Δημογραφικοί παράγοντες:**

1) **ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ:** Η βρεφική θνησιμότητα σημείωσε αισθητή μείωση τα τελευταία χρόνια. Με την αύξηση του αριθμού των βρεφών και νηπίων που δεν πεθαίνουν δεν είναι πια απαραίτητο οι γονείς να αποκτήσουν πολλά παιδιά για να επιζήσουν 2 ή 3 απ' αυτά όπως συνέβαινε στο παρελθόν.

2) **ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΝΟΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΩΝ:** Οι νέες γενιές απέρριψαν το σύστημα κανόνων - αξιών των μεγαλύτερων τους. Πριν απ' το γάμο έχουν σεξουαλική ζωή και ο έλεγχός της έχει ξεφύγει από

τους γονείς.

**3) ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:** Παρατηρείται κατάρρευση ή διάλυση της παραδοσιακής οικογένειας.

**4) ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΣΚΟΠΟΥ ΤΟΥ ΓΑΜΟΥ:** Δεν αποτελεί πια συμμαχία δύο οικογενειών αλλά το αποτέλεσμα ατομικών επιλογών. Η οικογένεια αποβλέπει στην εκπλήρωση των στόχων των μελών της και η γυναίκα έχει τη δική της απασχόληση.

## **Β) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :**

**1) ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΓΑΜΟ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥΣ:** Ο αριθμός των γεννήσεων μειώθηκε εξαιτίας των διακρίσεων και της κοινωνικής κατακραυγής σε βάρος του "εξώγαμου" παιδιού και της άγαμης γυναίκας.

**2) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ:** Όσο ψηλότερο είναι το εισόδημα μιας χώρας τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο γονιμότητας. Αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος επηρεάζει τις προτιμήσεις και τις αξίες σε τέτοιο βαθμό ώστε να περιορίζει τον αριθμό των παιδιών.

**3) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ και ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΗ ΑΝΕΡΓΙΑ:** Η ανεργία των νέων αποτελεί αιτία περιορισμού της γαμηλιότητας και της γεννητικότητας. Οι νέοι άνεργοι δεν αποφασίζουν να παντρευτούν και να αποκτήσουν παιδιά αφού δεν έχουν εισοδήματα απ' τη δουλειά τους.

**4) ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΠΛΟΣ ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ:** Η επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας επηρεάζει τη γονιμότητα έμμεσα, διότι οι εργαζόμενες γυναίκες παντρεύονται αργότερα αλλά και άμεσα, αφού οι εργαζόμενες σε εργοστάσια, γραφεία ασχολούνται επιπλέον με το μαγείρεμα, το καθάρισμα, το συγύρισμα του σπιτιού, τη φροντίδα των παιδιών, των ηλικιωμένων, τα ψώνια με αποτέλεσμα να έχει εργάσιμη εβδομάδα 80 h, διπλάσια από των αντρών.

**5) ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:** Απαιτούνται περισσότερες διευκολύνσεις για την εργαζόμενη μητέρα α) ίδρυση περισσότερων βρεφονηπιακών - παιδικών σταθμών β) χορήγηση οικογενειακών επιδομάτων γ) φορολογικές ελαφρύνσεις και δ) ενίσχυση του θεσμού του γάμου - παροχή ευεργετημάτων στις πολύτεκνες οικογένειες.

**6) ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ:** Ο αστικός τρόπος ζωής αποτελεί εμπόδιο για την απόκτηση πολλών παιδιών γιατί δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες χώρου (τα διαμερίσματα των πολυκατοικιών διαθέτουν περιορισμένους χώρους ακατάλληλους για τη δημιουργία μεγάλης οικογένειας, η άρνηση των ιδιοκτητών να νοικιάζουν τα διαμερίσματά τους σε οικογένειες με μικρά και κυρίως πολλά παιδιά) κ.λ.π.

**7) ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:** Η ανύψωση του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού και κυρίως των γυναικών. Η παράταση της σχολικής και φοιτητικής ζωής οδηγεί στην καθυστέρηση του γάμου, στην αγαμία, στην επιθυμία απόκτησης οικογένειας με μικρό αριθμό παιδιών και στη δυνατότητα σύστασης μικρής οικογένειας εξαιτίας της γνώσης και εφαρμογής αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Οι μορφωμένες γυναίκες είτε εργάζονται είτε όχι αποκτούν λιγότερα παιδιά από τις αμόρφωτες γιατί έχουν περισσότερες δυνατότητες να εργάζονται και αυξημένες πιθανότητες να έχουν καλοπληρωμένη και ενδιαφέρουσα απασχόληση, ευχάριστες συνθήκες εργασίας και προοπτικές εξέλιξης.

## **Γ) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:**

Τα ψυχολογικά κίνητρα απόκτησης παιδιών, οι οικογενειακές συνθήκες, η επίδραση του σύγχρονου τρόπου ζωής στον αριθμό των παιδιών που αποκτά κάθε ζευγάρι, οι υποκειμενικές αντιδράσεις, στον έλεγχο των γεννήσεων, τις επιπτώσεις του μεγέθους της οικογένειας στους γονείς, τις ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης, τις αλληλεπιδράσεις της ατομικής συμπεριφοράς και της γονιμότητας.

## **ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ: ΑΙΤΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

Θνησιμότητα είναι η συχνότητα των θανάτων στον πληθυσμό. Αύξηση παρουσιάζουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα νεοπλασμάτα και τα ατυχήματα, ενώ μειώνονται τα λοιμώδη νοσήματα και ειδικότερα η φυματίωση, η ιλαρά και η πολιομυελίτιδα. Οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα που πλήττουν κυρίως τους νέους, ακολουθούν ανιούσα πορεία.

Τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων διακρίνονται σ' εκείνα που αφορούν τους οδηγούς (παραβίαση προτεραιότητας, υπερβολική ταχύτητα, αντικανονικό προσπέρασμα κ.α.) τους επιβάτες (αντικανονικό βάδισμα) τα οχήματα (βλάβη φρένων, ελαττωματικοί τροχοί), τους δρόμους και τις καιρικές συνθήκες.

Η βελτίωση στους τομείς πρόληψης και καταπολέμησης των ασθενειών και κυρίως των λοιμωδών νοσημάτων, η πρόοδος στην παροχή παιδιατρικών υπηρεσιών, το καλά εκπαιδευμένο μαιευτικό και παραϊατρικό προσωπικό συνέβαλε στη μείωση της παιδικής και κυρίως μετανεογνικής θνησιμότητας. Παράλληλα η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών επιτόκων, υπηρεσιών ευγονικής ενημέρωσης και προληπτικής ιατρικής (τεστ ρέζους, τεστ Παπανικολάου, έλεγχος για το στίγμα μεσογειακής αναιμίας κ.λ.π.) η ενημέρωση και η πρόληψη της μεσογειακής αναιμίας είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, και την αύξηση του μέσου όρου ζωής του ελληνικού πληθυσμού.

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Οι κυριώτερες δημογραφικές επιπτώσεις από την ύπαρξη των δημογραφικών εξελίξεων στην Ελλάδα είναι οι παρακάτω:

#### **α) Πτώση της φυσικής αύξησης του πληθυσμού.**

Φυσική αύξηση του πληθυσμού είναι ο αριθμός που προκύπτει από την αφαίρεση του αριθμού των γεννήσεων από τον αριθμό των θανάτων (γεννητικότητα - θνησιμότητα). Η μείωση του αριθμού των γεννήσεων την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την μικρή αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας είχε ως αποτέλεσμα την μείωση του ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού. Έτσι ενώ η χώρα μας το 1934 με πληθυσμό 6 εκατομμυρίων κατοίκων είχε φυσική αύξηση 105 χιλιάδες, το 1987 με πληθυσμό 10 εκατομμυρίων η φυσική αύξηση ήταν μόνο 11 χιλιάδες. Με τα δεδομένα αυτά και εφ' όσον δεν μειώθηκε ακόμη η γεννητικότητα υπολογίζεται ότι το 2000 μ.Χ. η φυσική αύξηση του πληθυσμού θα μηδενιστεί δηλαδή οι γεννήσεις θα είναι ίσες με τους θανάτους και έτσι ο πληθυσμός θα παραμείνει στάσιμος.

#### **β) Μείωση της πραγματικής αύξησης του πληθυσμού.**

Η πραγματική αύξηση του πληθυσμού επηρεάζεται όχι μόνο από τη γεννητικότητα, θνησιμότητα, αλλά και από την υπάρχουσα μεταναστευτική κίνηση (εξωτερική μετανάστευση, παλιννόστηση, είσοδος ξένων μεταναστών στη χώρα μας). Στο μέλλον ο ρυθμός της πραγματικής αύξησης του πληθυσμού θα εξαρτηθεί από τους παρακάτω παράγοντες:

##### **1) Την αποδημία**

Αν δηλαδή οι νέοι Έλληνες και Ελληνίδες αναγκαστούν να πάνε σε ξένες χώρες για να βρουν ικανοποιητική απασχόληση με αμοιβή.

##### **2) Την παλιννόστηση**

Δηλαδή των ατόμων που μένουν στο εξωτερικό προς την πατρίδα τους.

##### **3) Την είσοδο μεταναστών**

Τα τελευταία 10-15 χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των μεταναστών από χώρες της Ασίας και της Αφρικής οι οποίοι εργάζονται στην Ελλάδα νόμιμα ή παράνομα (χωρίς άδεια παραμονής και εργασίας).

##### **γ) Δημογραφική γήρανση**

Από το 1951 και μετά παρατηρείται συνεχής αύξηση της αναλογίας ηλικιωμένων ατόμων 65 ετών και άνω στο συνολικό πληθυσμό της χώρας με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών.

Παρουσιάζεται δηλ. το φαινόμενο της δημογραφικής και πληθυσμιακής γήρανσης, το οποίο θα έχει στο μέλλον ποικίλες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις στην ελληνική κοινωνία και οικονομία.

Η δημογραφική γήρανση όμως δεν ταυτίζεται με την αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων διότι αυτή οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού της χώρας και στην παράταση του χρόνου ζωής.

Η αύξηση του ρυθμού της υπογεννητικότητας, ή διαφορετικά η μείωση του αριθμού των γεννήσεων, σύντομα θα προκαλέσει μεγαλύτερη επιδείνωση της δημογραφικής γήρανσης. Και αυτό γιατί η διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών επηρεάζεται σημαντικά από την μείωση της γεννητικότητας.

Έτσι οι ομάδες ηλικιών 0-14 και 15-64 ετών μειώνονται αναλογικά ενώ αυξάνεται η ομάδα 65 ετών και άνω έχοντας ως αποτέλεσμα την γήρανση του πληθυσμού.

#### **δ) Μείωση του μεγέθους της οικογένειας**

Η μείωση της γεννητικότητας έχει ως βασική συνέπεια την μείωση του αριθμού παιδιών σε κάθε οικογένεια καθώς και στην μείωση του αριθμού των πολυτέκνων οικογενειών.

Τα τελευταία χρόνια έχει εκλείψει - στις αστικές κυρίως περιοχές και λιγότερο στις αγροτικές - ο θεσμός της εκτεταμένης οικογένειας, η συγκατοίκηση δηλ. 3 γενιών εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και έχει σημειωθεί αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών (αυτών που αποτελούνται από ένα γονέα λόγω διάστασης ή διαζυγίου ή θαλάττου του άλλου γονέα). Ακόμη υπάρχει αύξηση και των αγάμων γονέων (μητέρα). Αύξηση επίσης παρουσιάζουν ιδιαίτερα στααστικά κέντρα και ο αριθμός των νέων και ενηλίκων ατόμων που ζουν μόνοι τους και φυσικά χωρίς παιδιά.

#### **ε) Μείωση μεγέθους σχολικού πληθυσμού.**

Η συνεχής και εκτεταμένη μείωση των γεννήσεων θα έχει άμεση επίδραση στον πληθυσμό της σχολικής ηλικίας. Και αυτό γιατί από τον αριθμό των γεννήσεων θα εξαρτηθεί και ο αριθμός των παιδιών που αργότερα θα παρακολουθήσουν τις βαθμίδες εκπαίδευσης.

### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Οι οικονομικές επιπτώσεις μπορούν να διακριθούν σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες.

Οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες θα είναι κατά βάση ευνοϊκές. Βραχυπρόθεσμα, η ελάττωση του αριθμού των νέων ατόμων θα οδηγήσει αρχικά στον περιορισμό των δαπανών, για την κάλυψη των αναγκών τους και ιδιαίτερα στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και των οικογενειακών παροχών. Έτσι, η μείωση της γεννητικότητας θα είναι, βραχυπρόθεσμα, διπλά ευεργετική για τη δημόσια οικονομία.

Πρώτον, θα μειώσει τις απαραίτητες δαπάνες για την κάλυψη των αναγκών των νέων και δεύτερον θα ευνοήσει την αύξηση των εσόδων και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (λόγω αύξησης του αριθμού των εργαζομένων γυναικών).

Έτσι βραχυπρόθεσμα θα υπάρχει μείωση των δαπανών για την υγεία σχετικά με την μητρότητα, την βρεφική και παιδική ηλικία, μείωση των δαπανών για οικογενειακές παροχές (λόγω μείωσης των πολυμελών και πολύτεκνων οικογενειών), περιορισμός των φορολογικών ελαφρύνσεων λόγω εξαρτημένων παιδιών και τέλος, αύξηση εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.

Σταδιακά, στην αρχή της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται το φαινόμενο της μείωσης (πιθανού) ρεύματος εισόδου νέων, στον ενεργό πληθυσμό. Για λίγο χρονικό διάστημα η μείωση αυτή μπορεί να μετριαστεί από την αύξηση της δραστηριότητας των γυναικών. Αλλά μακροπρόθεσμα η μείωση προσφοράς εργασίας θα είναι μη αναστρέψιμη.

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες όπως αναφέρονται στην έκθεση της ΕΟΚ είναι: αρνητικές και συνδέονται

με την γήρανση του πληθυσμού και του εργατικού δυναμικού.

Μετά από την φάση της σχετικής επάρκειας σε νέους στον ενεργό πληθυσμό που υπήρχε έως το 1986 λόγω α) της εισόδου πολυπληθών μεταπολεμικών ομάδων β) της συμμετοχής των γυναικών στον ενεργό πληθυσμό και γ) της μείωσης της ηλικίας συνταξιοδότησης, μακροπρόθεσμα ο ρυθμός της γήρανσης θα αυξηθεί ξανά, ενώ παράλληλα θα επιβραδυνθεί ο ρυθμός εισόδου νεοεισερχομένων στο εργατικό δυναμικό.

Άλλες σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις θα είναι για την Ελλάδα μακροπρόθεσμα:

#### **A) Αύξηση των δαπανών για τους ηλικιωμένους και κυρίως:**

- i) δαπάνες για τις συντάξεις και
- ii) δαπάνες για την υγεία τους

#### **B) Επιβάρυνση του παραγωγικού πληθυσμού**

Η επιβάρυνση του παραγωγικού πληθυσμού είναι μια σοβαρή οικονομική συνέπεια της δημογραφικής παρακμής. Η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με την αύξηση της προσδοκώμενης ζωής (παράταση χρόνου ζωής) και με την μείωση της ηλικίας συνταξιοδότησης έχει ως συνέπεια να αυξάνονται τα οικονομικά βάρη του ενεργού πληθυσμού. Ετσι όλο και λιγότεροι πολίτες εργάζονται για να εξασφαλίσουν τις συντάξεις των ηλικιωμένων (ή μη) απόμων αφού στη χώρα μας ισχύει το διανεμητικό συνταξιοδοτικό σύστημα.

Πρέπει ακόμα να σημειωθεί πως όσο λιγότερα παιδιά γεννιούνται τόσο λιγότεροι θα είναι οι ενήλικες στο μέλλον οι οποίοι θα εργάζονται για να εξασφαλίσουν τις συντάξεις των σημερινών νέων που τότε θα είναι ηλικιωμένοι.

#### **Γ) Ανεργία σε ορισμένους κλάδους εργαζομένων**

Η συνεχής μείωση του αριθμού των γεννήσεων θα προκαλέσει μακροπρόθεσμα και μείωση του αριθμού των παιδιών και των νέων γενικότερα. Αλλά αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ανεργίας στους κλάδους των εργαζομένων που ασχολούνται με τα παιδιά και τις ανάγκες τους.

#### **Δ) Διαφοροποίηση επενδύσεων**

Εξαιτίας της μείωσης της γεννητικότητας θα υπάρξει ελάττωση των δημοσίων επενδύσεων που έχουν σχέση με τους νέους (μαιευτήρια, σχολεία, κατασκηνώσεις, παιδικές χαρές, παιδικοί σταθμοί κ.λ.π.)

Όμως και οι δημόσιες επενδύσεις θα στραφούν σε άλλους τομείς όπως της υγείας και της περίθαλψης - λόγω της δημογραφικής γήρανσης.

Στην Ελλάδα δεν έγιναν οιασδήποτε είδους επενδύσεις και υπάρχουν προβλήματα όπως: συνωστισμός στα δημόσια ιδρύματα (νοσοκομεία, γηροκομεία, πτωχοκομεία), μακρά αναμονή για εύρεση μιας θέσης ενώ συχνά οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι υποβαθμισμένες ποιοτικά.

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Οι κοινωνικές συνέπειες είναι πολλές και πλήττουν κυρίως τους ηλικιωμένους.

Η δημογραφική γήρανση σε συνάρτηση με την αυξανόμενη αστικοποίηση του πληθυσμού της Ελλάδας και την αλλαγή των οικογενειακών θεσμών θα έχει ως αποτέλεσμα να μεταβάλλει την υποχρέωση για την προσφορά μέριμνας και υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους από την οικογένεια στην κοινωνία. Παλαιότερα στην Ελλάδα θεωρείτο υποχρέωση να αναλαμβάνουν τα παιδιά την φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων τους όταν αυτοί γεράσουν. Ετσι απέφευγαν να τους στείλουν στο ίδρυμα και τους περιέθαλπταν σπίτι τους. Τα τελευταία χρόνια οι αρχές αυτές άρχισαν να μεταβάλλονται. Τα νέα ζευγάρια επηρεαζόμενα από ξένα πρότυπα, προτιμούν να ζουν μόνο με τα παιδιά τους (πυρηνική οικογένεια) και η μορφή της παραδοσιακής οικογένειας αρχίζει να εκλείπει.

## **ΕΘΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Όταν μιλάμε για εθνικές συνέπειες εννοούμε αυτές που δημιουργούνται από την ύπαρξη του δημογραφικού προβλήματος στο έθνος σε σχέση με άλλους λαούς.

Η μείωση της γεννητικότητας σε συνδυασμό με την ερήμωση των ορεινών, ακριτικών, νησιωτικών και εθνικά κρίσιμων περιοχών (π.χ. νησιά Αιγαίου, Κρήτη, Εβρος) θα δημιουργήσει άμεσα προβλήματα στην άμυνα της χώρας και δυσχέρειες στην εξωτερική πολιτική.

Είναι γεγονός πως τα εθνικά συμφέροντα της Ελλάδας και ιδιαίτερα η διατήρηση της ειρήνης και ασφάλειας εξυπηρετούνται καλύτερα εάν αποτραπεί η επιδείνωση της δημογραφικής παρακμής.

Από την άλλη πλευρά έχουμε και την γειτονική μας χώρα την Τουρκία, η οποία έχει διαμετρικά αντίθετη πληθυσμιακή εξέλιξη με μας. Στην Θράκη, όπου υπάρχει μουσουλμανική μειονότητα, υπάρχει υψηλή γονιμότητα (40% υψηλότερη από το χριστιανικό πληθυσμό). Έτσι η μουσουλμανική μειονότητα σύντομα θα γίνει πλειονότητα σ' αυτήν την περιοχή ενώ στις 18 Ιουνίου 1989 ήδη εξέλεξε βουλευτή.

Στο μέλλον, η μείωση του αριθμού των στρατευμένων λόγω της μείωσης της γεννητικότητας, θα δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα στις ένοπλες δυνάμεις της χώρας μας. Έτσι το αίτημα για μείωση της θητείας θα είναι ουτοπικό και ίσως να χρειάζεται να αυξηθεί ξανά ο χρόνος της θητείας. Η στράτευση των γυναικών δεν επαρκεί για να αναπληρώσει το κενό.

Η σταδιακή μείωση του πληθυσμού, οι επιδράσεις και η είσοδος ξένων μεταναστών στη χώρα μας θα έχει ως αποτέλεσμα να χαθεί η εθνική μας ταυτότητα και κληρονομιά, ενώ θα υπάρξει σοβαρός κίνδυνος εξαφάνισής μας πληθυσμιακά.

Μια χώρα με υποπληθυσμό σημαίνει μια χώρα που βρίσκεται σε παρακμή τόσο πληθυσμιακή όσο και οικονομική, πνευματική και κοινωνική. "Η μικρή και αδύναμη Ελλάδα" θα γίνει πιο μικρή ανάμεσα στις μεγάλες ακμάζουσες Ευρωπαϊκές και άλλες δυνάμεις. Έτσι θα είναι μια εύκολη λεία για οποιοδήποτε ισχυρό κράτος, ώστε να αναγκαστεί να βρίσκεται σε σχέση εξάρτησης και υποτέλειας (κυρίως πνευματικής και πολιτισμικής).

## **ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού θα έχει ως αποτέλεσμα το εκλογικό σώμα να αποτελείται και να αντιπροσωπεύεται από ηλικιωμένα άτομα. Παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων εκλογέων και εκλεγόμενων σε όλο το φάσμα της κοινωνικής πολιτικής ζωής. Αυτό έχει ως ενδεχόμενο την ύπαρξη λιγότερης τόλμης και επιθυμίας για κοινωνικές αλλαγές.

Ο συντηρητισμός αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις εκλογικές τους αποφάσεις αλλά κυριαρχεί σε όλους τους τομείς της ζωής τους και κυρίως στον επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα.

Από όσα ήδη αναφέραμε παραπάνω, οι συνέπειες από την μείωση των γεννήσεων είναι πολύμορφες, ποικίλες και καθοριστικές για την πορεία της χώρας. Η μείωση των γεννήσεων θα οδηγήσει όχι μόνο σε πληθυσμιακή παρακμή αλλά και σε κοινωνική και πολιτισμική παρακμή του τόπου.

Η επικείμενη μείωση του πληθυσμού της χώρας μας φαίνεται ότι σύντομα θα πάψει να αποτελεί απειλή ή προειδοποίηση και θα γίνει μια μη αναστρέψιμη πραγματικότητα για όλους μας.

## **ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ**

Από όλα τα παραπάνω που αναφέραμε, είναι φανερό ότι υπάρχει άμεση ανάγκη να ληφθούν από την πολιτεία συγκεκριμένα και αποτελεσματικά μέτρα.

Τα μέτρα αυτά, θα πρέπει προηγουμένως να έχουν κατάλληλα μελετηθεί έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Ο χαρακτήρας των μέτρων αυτών να είναι οικονομικός και κοινωνικός ώστε να βοηθούν τις οικογένειες που επιθυμούν και αποφασίζουν να αποκτήσουν παιδιά.



Τα μέτρα που προτείνονται είναι τα εξής:

#### **A) Ουσιαστική προστασία της εργαζόμενης εγκύου και μητέρας**

- Αναφορικά με την έγκυο γυναίκα, ουσιαστική σημασία έχει η εξασφάλιση της περίθαλψης της καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και η διενέργεια συστηματικότερου ελέγχου των απολύσεων εγκύων γυναικών από την εργασία τους. Αναγκαία είναι επίσης η δημιουργία μιας κατάλληλης κοινωνικοϊατρικής υποδομής με άμεσο στόχο την προστασία της μητέρας και κυρίως της εγκύου.

- Παράλληλα θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των βρεφονηπιακών σταθμών, να βελτιωθούν οι συνθήκες λειτουργίας τους και να επανδρωθούν από κατάλληλο και ειδικευμένο προσωπικό.

Σήμερα η συμμετοχή των γυναικών στην παραγωγική δραστηριότητα συνεχώς αυξάνεται και το κράτος δεν είναι δυνατόν να διαθέτει μόνο του τα οικονομικά μέσα, που απαιτούνται για να καλυφθούν οι ανάγκες σε σταθμούς.

Για το σκοπό αυτό θα μπορούσαν να ενθαρρυνθούν και άλλοι φορείς όπως η Εκκλησία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, διάφοροι Οργανισμοί και επιχειρήσεις, οι οποίοι πάντα με την συμπαράσταση του κράτους θα βοηθήσουν για την δημιουργία των σταθμών. Για την στελέχωση των νέων αυτών σταθμών από κατάλληλο προσωπικό, θα μπορούσαν να δημιουργηθούν και νέες σχολές βρεφοκόμων και νηπιοκόμων εκτός από τις ήδη υπάρχουσες. Επίσης να νομοθετηθούν διάφορα κίνητρα, που θα προσελκύσουν τα άτομα στις σχολές αυτές.

Ετσι, αφού οι σταθμοί επανδρωθούν με επαρκές προσωπικό, θα μπορούσαν να λειτουργούν και σε 24ωρη βάση, με σκοπό την εξυπηρέτηση των μητέρων που εργάζονται κατά τις απογευματινές και βραδυνές ώρες.

#### **B) Παροχή διαφόρων εργασιακών διευκολύνσεων προς τους εργαζόμενους γονείς**

Τα σημερινά ωράρια εργασίας, δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και στις σύγχρονες απαιτήσεις της σημερινής οικογένειας, όπου η εργασία και των δύο γονέων είναι αναγκαία.

- Είναι σημαντική η αναμόρφωση του καθημερινού, εβδομαδιαίου και ετήσιου επαγγελματικού, εργασιακού και σχολικού χρόνου. Παράλληλα θα μπορούσε να εφαρμοστεί το ελαστικό ωράριο. Κατά το ωράριο αυτό, η έναρξη και η λήξη του ημερήσιου ωραρίου των εργαζομένων θα μπορεί να έχει μια διακύμανση μιας ή δύο ωρών. Ετσι, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες της εργασίας τους, οι οικογενειάρχες εργαζόμενοι με δική τους θέληση θα μπορούν να επιλέγουν την ώρα προσέλευσης και αποχώρησής τους από τον χώρο της εργασίας τους. Με τον τρόπο αυτό οι εργαζόμενοι που θα πηγαίνουν στην εργασία τους νωρίτερα, θα μπορούν να αποχωρούν και νωρίτερα και αντίστροφα.

- Όσον αφορά την εργαζόμενη μητέρα, θα πρέπει να επιδιωχθεί η επέκταση του μειωμένου ωραρίου, καθώς και βελτίωση των προϋποθέσεων για την παροχή της γονικής άδειας, η οποία δεν φαίνεται να εξυπηρετεί ως σήμερα, στην πλειοψηφία τους, τους εργαζόμενους.

- Σημαντική είναι η αύξηση της άδειας μητρότητας και η παροχή αδειών με αποδοχές στους γονείς που πρέπει να απουσιάσουν από την εργασία τους, λόγω ασθένειας των παιδιών τους.

- Τέλος θα μπορούσε να διαφοροποιηθεί η κανονική άδεια ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και να υπάρχει μια ιδιαίτερη εργασιακή προστασία.

#### **Γ) Αναπροσαρμογή των επιδομάτων και ενίσχυση του εισοδήματος των πολυτέκνων οικογενειών**

- Οι πολύτεκνες οικογένειες έχουν να αντιμετωπίσουν το υψηλό κόστος ζωής που απαιτείται για την ανατροφή και τη φροντίδα μεγάλου αριθμού μελών.

Αναγκαία θα ήταν η ύπαρξη μιας ουσιαστικής οικονομικής παροχής σ' αυτές, ώστε να ελαφρυνθούν από το βάρος της συντήρησης αυτού του μεγάλου αριθμού ατόμων.

Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί σημαντικό κίνητρο στα ζευγάρια που μπορούν να αποφασίσουν πιο εύκολα να κάνουν και τρίτο παιδί ή περισσότερα.

- Βασική είναι η αναπροσαρμογή των διαφόρων οικογενειακών επιδομάτων και η καθιέρωση διαφοράς στο ύψος τους, ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών των δικαιούχων.

- Το επίδομα μη εργαζόμενης συζύγου - μητέρας, στην περίπτωση των μισθωτών, μπορεί να αποτελέσει μια μορφή επιδότησης, που αν κλιμακωθεί σωστά θα συμβάλει στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας, στην αύξηση του εισοδήματος των οικογενειών, από την εργασία του ενός συζύγου και στην ικανοποίηση της γυναίκας, που αναγνωρίζονται οι κόποι της ( αποκλειστική φροντίδα των παιδιών).

- Σημαντική θα ήταν και η αύξηση των ποσών, που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία για τα επιδόματα τοκετού. Έτσι, θα μπορούν να καλυφθούν σε λογικά πλαίσια οι ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες δαπάνες του τοκετού.

- Βασική προϋπόθεση αποτελεί η καθιέρωση των επιδομάτων τοκετού τόσο για τις εργαζόμενες όσο και για τις μη εργαζόμενες μητέρες.

- Το επίδομα μητρότητας αγροτικών περιοχών, θα ήταν ένα ουσιαστικό κίνητρο για την αύξηση των γεννήσεων στην ύπαιθρο. Το επίδομα αυτό δικαιολογείται, γιατί οι αγρότες δεν έχουν επιπλέον επιδόματα, αντίθετα με τους εργαζόμενους του δημοσίου, ασφαλισμένους του ΙΚΑ κ.λ.π. Τα διάφορα κίνητρα για την ενίσχυση της γεννητικότητας είναι πιο αποτελεσματικά στην ύπαιθρο.

#### **Δ) Απονομή σύνταξης στην πολύτεκνη μητέρα**

Αποτελεί σημαντική συμβολή στην αύξηση της γεννητικότητας με καλύτερες προϋποθέσεις από την σύνταξη του ΟΓΑ σχετικά με το ύψος της και την ηλικία της συνταξιοδότησης, για τις μητέρες που έχουν από τρία παιδιά και άνω. Το γεγονός αυτό θα αποτελέσει μια αναγνώριση των κόπων και μια επιβράβευση της προσφοράς των πολυτέκνων μητέρων στο κοινωνικό σύνολο.

#### **Ε) Φορολογικές απαλλαγές και εκπτώσεις εισοδήματος**

Να εφαρμοσθούν φορολογικές απαλλαγές για ορισμένα χρόνια, από το φόρο ενός μεγάλου μέρους του εισοδήματος των νέων ζευγαριών μικρής ηλικίας.

Φορολογικές απαλλαγές οικογενειών με τρίτο παιδί, με την προϋπόθεση το οικογενειακό τους εισόδημα να μην ξεπερνά κάποιο ορισμένο όριο. Εφαρμογή εκπτώσεων από το φορολογικό εισόδημα των οικογενειών μετά το δεύτερο παιδί για: 1) Τα δίδακτρα ιδιωτικών σχολείων 2) την φιλοξενία των παιδιών τους σε ιδιωτικούς βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς και 3) την παραμονή των παιδιών σε κατασκηνώσεις ( οικογένειες χαμηλού εισοδήματος με ανήλικα παιδιά).

#### **ΣΤ) Προστασία της μονογονεϊκής οικογένειας**

Μονογονεϊκή είναι η οικογένεια της οποίας ο αρχηγός είναι άτομο διαζευγμένο, σε χηρεία ή άγαμο και αποτελεί μια μορφή οικογένειας που απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα και προστασία.

Αναγκαίο είναι λοιπόν να παρθούν μέτρα για την προστασία των οικογενειών αυτών, που σύμφωνα με τις προβλέψεις θα πληθύνουν μελλοντικά. Τα μέτρα αυτά μπορεί να είναι: βοήθεια στην εξεύρεση εργασίας, κυρίως στο δημόσιο τομέα, προτεραιότητα στην επαγγελματική εκπαίδευση και επιμόρφωση, οικογενειακά επιδόματα, οικονομική ενίσχυση για την φύλαξη των παιδιών, φορολογικές απαλλαγές, προτεραιότητα στην κοινωνική στέγαση κ.λ.π.

#### **Ζ) Καθιέρωση μηχανισμού οικογενειακού προγραμματισμού με συγκεκριμένες αρμοδιότητες**

Ουσιαστική είναι η καθιέρωση μηχανισμού λειτουργίας του Ο.Π. με συγκεκριμένες αρμοδιότητες, που θα αναφέρονται σε:

1) Παροχή υπεύθυνων πληροφοριών και μέσων που αφορούν την προετοιμασία των αγάμων, καθώς και των μελλονύμφων πριν από τον γάμο

2) Ενημέρωση των ατόμων για τα θέματα στειρότητας, αντισύλληψης και άμβλωσης.

3) Άσκηση πολιτικής για την προστασία της οικογένειας και την αύξηση των γεννήσεων.

Οι μονάδες του Ο.Π. που θα λειτουργούν με βάση το νέο αυτό μηχανισμό λειτουργίας, θα πρέπει να επανδρωθούν με ειδικευμένο προσωπικό που θα παρέχει συμβουλές και ενημέρωση για:

- 1) την πολιτική την οποία έχει υιοθετήσει η Πολιτεία για την αύξηση των γεννήσεων
- 2) την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις, τον γάμο
- 3) τα κληρονομικά νοσήματα
- 4) τις σχέσεις συζύγων και τις σχέσεις γονέων - παιδιών
- 5) τα προβληματικά παιδιά και τέλος
- 6) πληροφορίες για τα θέματα της γονιμότητας, της αντισύλληψης, της στειρότητας και των αμβλώσεων

#### **Η) Καταπολέμηση της πρόωρης θνησιμότητας**

Βασική επιδίωξη θα πρέπει να είναι η δραστική καταπολέμηση των διαφόρων ασθενειών και η αποφυγή των πρόωρων θανάτων κατά την βρεφική παιδική και νεανική ηλικία. Ξεχωριστή σημασία έχει η εφαρμογή μέτρων περιορισμού των τροχαίων ατυχημάτων, καθώς και μέτρων εναντίον της διάδοσης των ναρκωτικών και άλλων ουσιών.

#### **Θ) Εξασφάλιση κατοικίας**

Η απόκτηση κατοικίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία οικογένειας. Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας το κόστος κατασκευής κατοικίας, παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση, χωρίς όμως να υπάρχει και ανάλογη αύξηση των αποδοχών των εργαζομένων. Με τον τρόπο αυτό, το κόστος κατασκευής κατοικίας είναι απαγορευτικό για τα μεσαία και χαμηλά εισοδήματα.

Η χαμηλή εισοδηματική απόδοση, η σκληρή φορολογία και οι ρυθμίσεις του κράτους για τα ενοίκια, έχουν σαν άμεση συνέπεια να μειωθεί η ζήτηση κατοικιών για εκμετάλλευση και ενοίκιο και οι νέες κατοικίες προορίζονται κυρίως για ιδιοκατοίκηση. Στον τομέα αυτό, ουσιαστική θα μπορούσε να είναι η αναπροσαρμογή του ύψους των δανείων και των διαφόρων κριτηρίων που απαιτούνται.

Με τον τρόπο αυτό, θα γινόταν πιο προσιτή η απόκτηση κατοικίας, στις πολύτεκνες οικογένειες, τα παλινοστούντα άτομα και τα νέα ζευγάρια, που δεν διαθέτουν περιουσιακά στοιχεία. Παράλληλα το επιτόκιο των δανείων αυτών θα μπορούσε να επιδοτείται από το κράτος.

Συχνά οι ιδιοκτήτες των ενοικιαζομένων κατοικιών, αρνούνται να ενοικιάζουν τα σπίτια τους σε οικογένειες με πολλά και μικρά παιδιά. Για να δοθούν τα κατάλληλα κίνητρα στους ιδιοκτήτες αυτούς ώστε να παραχωρούν τα σπίτια τους, προς ενοικίαση στις οικογένειες αυτές, σημαντικό θα ήταν να καθιερωθεί μια μερική φορολογική απαλλαγή τους όσον αφορά το ποσό που θα εισπράττουν από τα ενοίκια των σπιτιών που θα ενοικιάζουν σε οικογένειες με τρία παιδιά και άνω.

#### **Ι) Εξασφάλιση απασχόλησης - Μείωση ανεργίας**

Στον τομέα αυτό βασική είναι η δημιουργία θέσεων εργασίας στην περιφέρεια και τις παραμεθόριες περιοχές, ώστε να δοθούν στα άτομα τα κατάλληλα κίνητρα για να παραμείνουν στον τόπο τους, χωρίς να αναγκαστούν να αναζητήσουν θέσεις εργασίας στα μεγάλα αστικά κέντρα ή σε κάποια άλλη χώρα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες επενδύσεις του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα με επιδοτήσεις των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης για την κατασκευή κοινωφελών έργων, την προσέλευση κεφαλαίων κ.λ.π.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί και στις ακριτικές και νησιωτικές περιοχές, οι οποίες χάνουν τον πληθυσμό τους. Ακόμα θα μπορούσαν να δημιουργηθούν θέσεις εργασίας σε τομείς βασικούς για την ποιότητα της ζωής, όπως π.χ. ο τομέας της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας όπου τα άτομα που θα προορίζονται για να καλύψουν τις θέσεις αυτές, μετά από ταχύρρυθμη εκπαίδευση θα καλύψουν τα ήδη

υπάρχοντα κενά των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

#### **ΙΑ) Βελτίωση στρατολογικών θεμάτων**

Για τον σκοπό αυτό σημαντική θα ήταν η βελτίωση του χρόνου στρατιωτικής θητείας του συζύγου - πατέρα καθώς και η αλλαγή των σχετικών ρυθμίσεων.

#### **ΙΒ) Αναβάθμιση της θέσης του αγρότη**

Όσον αφορά τον τομέα αυτό ουσιαστική θα μπορούσε να είναι η δημιουργία αγροτικών σχολείων, τα οποία θα προσφέρουν την απαραίτητη ενημέρωση στους αγρότες. Η ενημέρωση αυτή θα είναι σχετική με την αγροτική παραγωγή και τις νέες τεχνολογικές εφαρμογές, οι οποίες συμβάλουν στην ποιοτική καθώς και στην ποσοτική ανάπτυξη της αγροτικής παραγωγής. Επίσης θα μπορούσαν να δοθούν κίνητρα στους νέους ώστε να παραμείνουν στην ύπαιθρο και να δημιουργήσουν οικογένειες, χωρίς να αναγκαστούν να φύγουν προς τα μεγάλα αστικά κέντρα.

#### **ΙΓ) Επαγγελματική εκπαίδευση**

Ουσιαστική είναι η χρηματοδότηση της μέσης και κατώτερης τεχνικής εκπαίδευσης, ώστε να αποκτήσει η οικονομία μας τα απαραίτητα στελέχη. Η επαγγελματική και τεχνική εκπαίδευση μέσα και έξω από τους χώρους εργασίας, θα προσφέρει το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό για την ανάπτυξη. Επίσης θα δώσει εργασία σε νέους και νέες οι οποίοι θα αποφασίσουν πιο εύκολα να παντρευτούν και να δημιουργήσουν οικογένειες.

#### **ΙΔ) Ενημέρωση κοινής γνώμης**

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της κοινής γνώμης σωστά και υπεύθυνα από διάφορους ειδικούς, για τις δημογραφικές εξελίξεις της χώρας μας, καθώς και για τις μελλοντικές προβολές και τις ανάλογες συνέπειες των εξελίξεων αυτών τόσο για την χώρα μας γενικά, όσο και για τον πληθυσμό ειδικότερα.

#### **ΙΕ) Διδασκαλία δημογραφίας**

Ένα σημαντικό μέτρο το οποίο συντελεί και στην ενημέρωση της κοινής γνώμης είναι η εισαγωγή του μαθήματος της δημογραφίας, στα προγράμματα των σχολείων και των πανεπιστημίων της χώρας μας. Με τον τρόπο αυτό οι νέοι θα ενημερώνονται και θα ενισχύεται το ενδιαφέρον τους για τα δημογραφικά θέματα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα μας, καθώς και τις λύσεις που προτείνονται από τους διάφορους ειδικούς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

#### **ΙΣΤ) Δημιουργία υπεύθυνου φορέα με κύρια αρμοδιότητα την προστασία της οικογένειας**

Ο φορέας αυτός θα είναι κρατικός και θα ασχολείται αποκλειστικά με την οικογένεια στην σημερινή πραγματικότητα, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ίδια σαν θεσμός, με τα προβλήματα και τις ανάγκες των μελών της, και θα ασκεί γενικά οικογενειακή πολιτική.

#### **ΙΖ) Σύσταση Κέντρου Δημογραφικών μελετών**

Η σύσταση ενός τέτοιου κέντρου δημογραφικών μελετών, το οποίο θα είναι στελεχωμένο με έμπειρους και εξειδικευμένους επιστήμονες είναι σημαντική. Βέβαια υπάρχουν φορείς σήμερα όπως το ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) η ΕΔΗΜ (Εταιρία Δημογραφικών Μελετών) και η ΕΣΥΕ (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας) οι οποίοι διεξάγουν δημογραφικές έρευνες.

Χρειάζεται όμως και η δημιουργία αυτού του νέου κέντρου το οποίο θα διεξάγει δημογραφικές έρευνες σε συνεργασία με ήδη υπάρχοντες φορείς. Έτσι τα αποτελέσματα θα είναι πιο έγκυρα και αξιόπιστα, όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος με βάση την επιστημονική γνώση.

Από την ανάγνωση των μέτρων αυτών, διαπιστώνουμε ότι για την σωστή και ολοκληρωμένη εφαρμογή τους, θα απαιτηθεί μεγάλο κόστος και η ύπαρξη κατάλληλης υποδομής.

**Πιστεύουμε όμως ότι τα αποτελέσματα από την σωστή αυτή εφαρμογή τους, θα είναι πολύ ικανοποιητικά**

σε σχέση με τα είδη υπάρχοντα μέτρα. Για την αλλαγή όμως της υπάρχουσας κατάστασης, σημαντικό ρόλο παίζει και η θέληση του μέσου Έλληνα γονέα, σχετικά με τον αριθμό παιδιών που θα φέρει στον κόσμο.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι από την δημογραφική πολιτική σε συνδυασμό πάντα με την επιθυμία του μέσου Έλληνα γονέα θα εξαρτηθούν οι μελλοντικές δημογραφικές εξελίξεις.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

## ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

### Γενικά στοιχεία

Θνησιμότητα είναι η συχνότητα θανάτων στον πληθυσμό. Μετρείται με τον ετήσιο αριθμό θανάτων σε κάθε 1000 άτομα του πληθυσμού ή ορισμένης ομάδας. Ετσι αν σε μια πόλη π.χ. με πληθυσμό 80.000 κατοίκους πεθάνουν τον μήνα Απρίλιο 50 άτομα, η θνησιμότητα σ'αυτή θα είναι κατά τον Απρίλιο:  $50 \times 12 : 80 = 7,5$  σε 1000 άτομα (ο πολλαπλασιασμός επί 12 μετατρέπει τον μηνιαίο αριθμό σε ετήσιο και με την διαίρεση δια 80 έχουμε τη θνησιμότητα για 1000 άτομα του πληθυσμού.)

Οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν αποφασιστικά την υγεία των ανθρώπων και σε τελευταία ανάλυση καθορίζουν το επίπεδο της θνησιμότητας. Ετσι ενώ πριν από 150-200 χρόνια το ποσοστό θνησιμότητας για τις διάφορες χώρες της Ευρώπης ήταν 20-25% σήμερα στις περισσότερες ευρωπαϊκές και μη χώρες η θνησιμότητα είναι 10% περίπου πράγμα που οφείλεται στην σταδιακή εξαφάνιση των επιδημιών, των λιμών, στην παράλληλη βελτίωση των οικονομικών συνθηκών, στην πρόοδο της ιατρικής και των θεραπευτικών μέσων και μεθόδων.

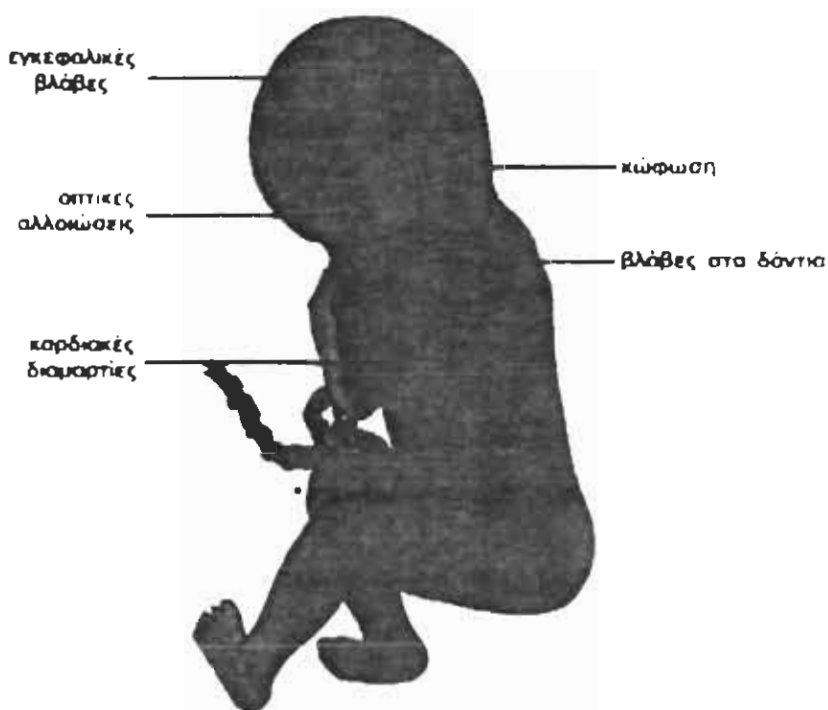
### ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η βρεφική θνησιμότητα δηλαδή οι θάνατοι βρεφών κάτω του έτους σε 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών, αποτελεί τον πιο ευαίσθητο δείκτη του επιπέδου υγείας ενός λαού και του πολιτιστικού και κοινωνικο-οικονομικού του επιπέδου. Η μακροχρόνια πορεία της αποτελεί αδιάψευστη μαρτυρία εφαρμογής ή μη μέτρων υγιεινής και προληπτικής ιατρικής σε μια χώρα. Στην Ελλάδα σημείωσε στη μεταπολεμική περίοδο κατιούσα πορεία και μεγάλη μείωση από 43,3% το 1951 σε 13,1 το 1986.

Η βρεφική θνησιμότητα διακρίνεται α) στη νεογνική (θάνατοι βρεφών κάτω των 28 ημερών) που σχετίζεται με την προωρότητα και την υγεία της μητέρας, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και β) τη μετανεογνική (θάνατοι βρεφών από την 28η ως την 365η ημέρα από την γέννησή τους) που επηρεάζεται από το περιβάλλον του βρέφους, από το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων, από την ιατρική παρακολούθηση κ.α.

Στην μείωση της βρεφικής θνησιμότητας συνέβαλε ουσιαστικά η παρουσία κυρίως μαιευτήρα κατά τον τοκετό. Μεγάλη ήταν και η συμβολή της ενημέρωσης του κοινού πάνω στο θέμα της μεσογειακής αναιμίας αφού είχε ως αποτέλεσμα τόσο τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας όσο και την βελτίωση της ποιότητας του ελληνικού πληθυσμού.

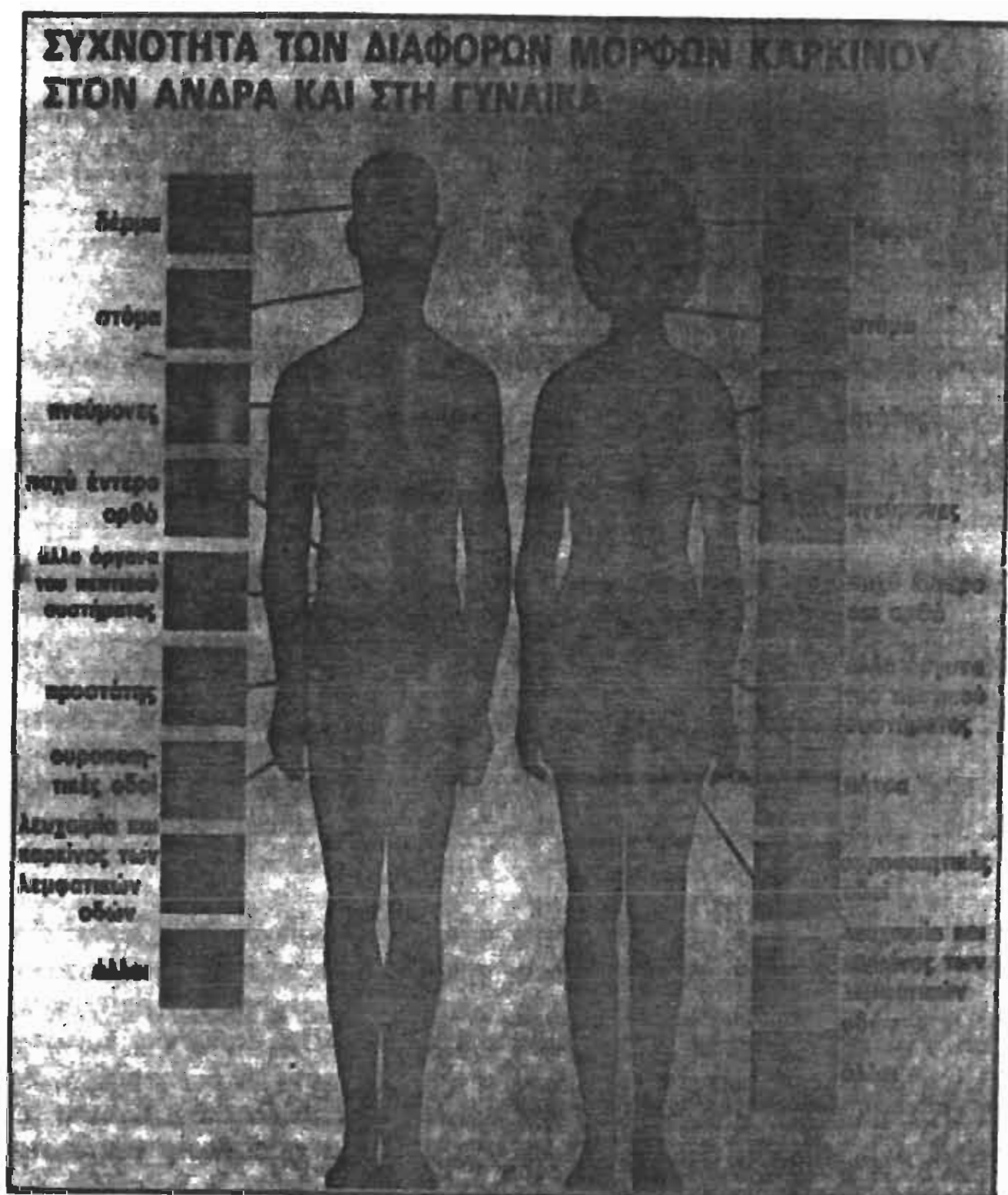
### ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ ΛΟΓΩ ΕΡΥΘΡΑΣ



Επίσης, η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών επιτόκων καθώς και η πρόοδος που παρατηρήθηκε στην παροχή παιδιατρικών υπηρεσιών, στο εκπαιδευμένο μαιευτικό και παραϊατρικό προσωπικό συνέβαλε στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας.

Παρόλα αυτά όμως συγκρίνοντας τη βρεφική θνησιμότητα της χώρας μας με τις χώρες της Ευρώπης διαπιστώνουμε ότι παρά τη θεαματική μείωσή της εξακολουθεί να είναι μεταξύ των μεγαλύτερων στην Ευρώπη, κι αυτό γιατί δεν υπάρχει άρτια νοσηλευτική οργάνωση και ειδικευμένο προσωπικό στις αγροτικές περιοχές.

## ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ



Οι αιτίες θανάτου στην Ελλάδα μεταβλήθηκαν σημαντικά κατά την μεσοπολεμική περίοδο. Συγκεκριμένα παρουσιάζουν αύξηση τα αγγειοκαρδιακά νοσήματα, τα νεοπλάσματα, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και οι βίαιοι θάνατοι, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και τα τροχαία ατυχήματα, που πλήττουν κυρίως τους εφήβους και τους νέους.

Έτσι λοιπόν σήμερα στην Ελλάδα τα καρδιακά νοσήματα, καταλαμβάνουν την πρώτη θέση και καλύπτουν το 25% των θανάτων. Ακολουθούν τα νεοπλάσματα με ποσοστό 19,7% και τα νοσήματα αγγείων του εγκεφάλου με ποσοστό 19%.

Οι αιτίες για τις ασθένειες αυτές είναι η νευρική υπερένταση, η κακή διατροφή, οι κίνδυνοι του περιβάλλοντος, οι υπερβολικές καταχρήσεις καπνού και ποτών κ.α.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι υψηλοί δείκτες θνησιμότητας για την Ελλάδα, προκαλούν μεγάλη ανησυχία, αφού σε συνδυασμό με την μείωση της γεννητικότητας, δείχνουν ότι, ακόμη και αν οι δείκτες σταθεροποιηθούν στα επίπεδα που αναφέραμε, ο πληθυσμός της χώρας μας θα αρχίσει να μειώνεται στις αρχές του επόμενου αιώνα και θα σημειωθεί μια δραματική αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό.

Το πρόβλημα αυτό θα μπορούσε να αποφευχθεί μόνο αν είχαμε αύξηση των γεννήσεων, πράγμα που δεν φαίνεται να είναι εφικτό προς το παρόν γιατί:

- 1) Οι περισσότερες γυναίκες δεν αρχίζουν να γεννούν με την εισοδό τους στην εφηβεία, και η αναπαραγωγή δεν επέρχεται σε καθορισμένη ηλικία.
- 2) Ορισμένες γυναίκες που είναι βιολογικά ικανές για παραγωγή, δεν τεκνοποιούν.
- 3) Ορισμένες γυναίκες χηλεύουν και δεν ξαναπαντρεύονται
- 4) Ορισμένα στοιχεία κοινωνικής συμπεριφοράς περιορίζουν την γεννητικότητα και τέλος
- 5) Πολλά ζευγάρια επιλέγουν εκούσια την αναστολή της γονιμότητάς τους με αντισύλληψη, στέρωση, άμβλωση, σεξουαλική αποχή κ.α.

Το τι είναι άμβλωση και αντισύλληψη θα αναλυθούν παρακάτω αφού, αν και δεν αποτελούν καθαρά αίτια μείωσης της γονιμότητας, δεν παύουν να είναι τα μέσα που χρησιμοποιούν τα ζευγάρια για να την πετύχουν.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

## ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

### ΓΕΝΙΚΑ

Η επιλογή να αποκτήσουμε ή να μην αποκτήσουμε παιδιά είναι από τα πιο στοιχειώδη δικαιώματα των γυναικών. Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση αυτής της ελευθερίας. Ωστόσο, το κεφάλαιο για την αντισύλληψη δείχνει καθαρά ότι, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν μας προστατεύουν πάντοτε από τον κίνδυνο μιάς ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Σπάνια η απόφαση να καταφύγουμε σε άμβλωση δεν μας δημιουργεί προβλήματα. Ακόμη και όταν γνωρίζουμε ότι μια άμβλωση, όταν γίνεται σε καλές συνθήκες, είναι σήμερα υπόθεση δέκα λεπτών για μια εγκυμοσύνη σε πρώιμο στάδιο και ότι ενέχει λιγότερους κινδύνους από μια γέννα, οι περισσότερες γυναίκες θα προτιμήσουν να προλάβουν μια εγκυμοσύνη παρά να τη διακόψουν.

Πολλοί είναι αυτοί που αντιτίθενται στην άμβλωση με το επιχείρημα ότι πρόκειται για βιασμό του δικαιώματος στη ζωή, για ανθρωποκτονία, τόσο από βιολογική όσο και από ανθρωπολογική σκοπιά.

Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η άμβλωση αντιπροσωπεύει μια πράξη βίας σε μια κοινωνία όπου η βία κυριαρχεί.

Η άμβλωση δεν είναι ιδανική λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε καν υποκατάστατο της αντισύλληψης. Κάθε γυναίκα οφείλει να γνωρίζει λεπτομερικά τη διαδικασία, τον τρόπο, την ατμόσφαιρα και τις επιπτώσεις της.

Η γυναίκα που καταλήγει στην άμβλωση υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχροσωματικό τραυματισμό. Ορισμένες φορές αντιμετωπίζει και τον κίνδυνο σοβαρών άμεσων ή έμμεσων επιπλοκών που εμφανίζονται μεγαλύτερες όταν η επέμβαση γίνεται χωρίς τις στοιχειώδεις ιατρικές προδιαγραφές. Η ζωή ενός εμβρύου διακόπτεται με άμεσες ή έμμεσες συνέπειες για την οικογένεια και την κοινωνία, ιδιαίτερα σε χώρες με έντονα δημογραφικά προβλήματα.

### ΕΚΤΡΩΣΗ - ΑΜΒΛΩΣΗ - ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΦΟΡΑ;

Η άμβλωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες απ' την αρχαιότητα μέχρι σήμερα προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις. Την άμβλωση ο περισσότερος κόσμος σήμερα την ονομάζει έκτρωση.

Άμβλωση είναι η βίαιη διακοπή μιας εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα. Η προκλητή έκτρωση γίνεται για θεραπευτικούς λόγους (πάθηση της μητέρας ή του εμβρύου) ή λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (άμβλωση).

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Μια στις δέκα εγκυμοσύνες πιστεύεται ότι διακόπτεται με αυτόν τον τρόπο. Το 75% των αποβολών συμβαίνει κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Τα πιο κοινά αίτια είναι: η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα, διαμαρτίες της μήτρας (ανεστραμμένη μήτρα - δίκερω μήτρα) ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Είναι γνωστό από τους ανθρωπολόγους, ότι η πρώτη προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει ή να περιορίζει το μέγεθος της οικογένειάς του επιτεύχθηκε με την ανθρωποκτονία. Η άμβλωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα ως τον 6ο μ.Χ. αι. και κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε αντίθετα χρησιμοποιούνταν ως ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης.

Η καταδίκη της μεθόδου αυτής παρουσιάζεται με την αποκρυστάλλωση του χριστιανικού δόγματος όταν οι Πατέρες της Εκκλησίας αποφαίνονται την ανθρωπολογική αλήθεια ότι δηλ. το ανθρώπινο έμβρυο από

τη σύλληψή του ακόμη είναι άνθρωπος με ψυχή, λογική και σώμα.

Τον 13ο αι. οι αγγλικοί νόμοι αποδέχονταν την διακοπή της κύησης εφόσον γίνονταν πριν από τον 5ο μήνα της εγκυμοσύνης, οπότε η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο.

Όλα αλλάζουν τον 19ο αι. Η Αγγλία απαγορεύει τις αμβλώσεις το 1803. Ο Ναπολεόντειος Κώδικας το 1810 τοποθετεί τις γυναίκες υπό την προστασία των συζύγων τους και θεωρεί την άμβλωση παιδοκτονία. Το 1869 ο Πάπας Πίος Θ΄ δηλώνει ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα.

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών κρατών απέναντι στο πρόβλημα των αμβλώσεων τον 19ο αι. οφείλεται σε μια σειρά λόγων. Θα μπορούσαμε να επισημάνουμε το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλε την προστασία των γυναικών από επεμβάσεις αρκετά παρακινδυνευμένες. Την ίδια εποχή οι βιολόγοι υποστηρίζουν ότι το έμβρυο είναι ζωντανό και προτού γίνει αντιληπτό από τη μητέρα. Στη βάση όμως της απαγόρευσης βρισκόταν η ανάγκη των κρατών αυτών να διαθέτουν τη μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για τη βιομηχανία και τις ανάγκες της αποικιακής εξάπλωσης. Οι γυναίκες έπρεπε να προσφέρουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα στο βωμό της αναπτυσσόμενης οικονομίας.

Η καμπάνια κατά των αμβλώσεων στηρίχθηκε κύρια στην άρνηση της ερωτικής ευχαρίστησης. Οι πραγματικοί λόγοι καλύφθηκαν κάτω από τη νέα "διδασκαλία". Ο έρωτας εκτός γάμου είναι κάτι αδιανόητο. Η ευχαρίστηση, ακόμη και μέσα στο γάμο, ανήθικη. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν μπορεί παρά να αποτελέσει τη φυσική τιμωρία - κάθαρση της ευχαρίστησης.

Οι σταδιακοί απαγορευτικοί νόμοι, κοινοί στις Ευρωπαϊκές χώρες, οδήγησαν στην αύξηση του τρόμου των γυναικών και στην αποξένωσή τους από τις λειτουργίες του ίδιου τους του κορμιού. Ενοχές, στειρότητα, θάνατος για τόσες γυναίκες που στο πέρασμα αυτού του αιώνα, εξαναγκάστηκαν να διακόψουν μόνες και αβοήθητες μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

### **ΑΜΒΛΩΣΗ: ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ**

Η άσκηση του ελέγχου των γεννήσεων στην Αρχαία Ελλάδα πλην της επικρατούσας μέχρι τότε μαγείας και δεισιδαιμονίας, συμπεριελάμβανε την παιδοκτονία, την άμβλωση και την παράταση του χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Η παραδοχή των αμβλώσεων, εν τούτοις από τους αρχαίους φιλόσοφους δεν ήταν καθολική.

Ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας αποδέχονταν την άμβλωση, για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, εφ' όσον αυτή εκτελείται κατά τους πρώτους μήνες της κύησης, πριν η μητέρα αντιληφθεί τα πρώτα σκιρτήματα, οπότε το έμβρυο δεν είναι ακόμη ολοκληρωμένος ζων οργανισμός.

Επιπλέον ο Πλάτωνας θεωρούσε ως υποχρεωτική την άμβλωση σ' όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών.

Η αρνητική επίσης θέση του Ιπποκράτη για τις αμβλώσεις συμπεραίνεται από τον Ιπποκράτειο όρκο: "... ομοίως δε ουδέ γυναικί πεισόν φθόριον δώσης".

Γενικότερα στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχε αντίθεση γνώμων όσον αφορά την αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης με άμβλωση.

### **ΑΜΒΛΩΣΗ: ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

\* Η εγκυμοσύνη, θεωρείται "ανεπιθύμητη" για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια) δυσαρμονίας στις σχέσεις με το σύντροφο, αδυναμίας υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού, ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλικών ή παρηλικών μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι πριόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Στην Ελλάδα σήμερα, ο νόμος τις απαγορεύει, αλλά σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές υπολογίζονται γύρω στις 100.000 το χρόνο με τις μετριοπαθέστερες προβλέψεις. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έχουν αρχίσει να γίνονται γνωστές τα τελευταία χρόνια στις νεαρότερες γυναίκες και μόνο στα μεγάλα αστικά

κέντρα. Επίσημη πληροφόρηση δεν υπάρχει, η μόνη πηγή ενημέρωσης για τις γυναίκες είναι τα αμφίβολης αξίας άρθρα στις ημερήσιες εφημερίδες και στα γυναικεία περιοδικά. Αλλωστε οι περισσότεροι γυναικολόγοι κρατούν αρνητική ή απλώς αδιάφορη στάση απέναντι στα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ συχνά ενθαρρύνουν τις αμβλώσεις.

Μολονότι όμως το πρόβλημα των παράνομων αμβλώσεων αναγνωρίζεται σαν υπαρκτό απ' όλα τα δημόσια πρόσωπα και ταυτόχρονα, θεωρείται πληγή από δημογραφική σκοπιά, το κράτος εμμένει κατά παράδοξο τρόπο στην εθελουφλία του και δεν φροντίζει να δώσει καμιά απολύτως λύση.

Το Σεπτέμβριο του 1978 οι εφημερίδες πρόβαλλαν με πηχιαίους τίτλους ("Νόμιμες οι αμβλώσεις!") τη συζήτηση "περί διακοπής της κυήσεως" που έγινε από το τμήμα διακοπών της Βουλής στα πλαίσια του νομοσχεδίου "περί μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως".

Με το νομοσχέδιο αυτό ρυθμίζονται, βασικά "αι προϋποθέσεις αφαιρέσεων βιολογικών ουσιών, ενοφθαλμισμών και μεταμοσχεύσεων κυττάρων, ιστών, οργάνων και λοιπών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως προς θεραπευτικούς σκοπούς ή προς επιστημονική έρευνα". Είναι πράγματι ενδιαφέρον ο συνειρμός που οδηγεί τη Βουλή των Ελλήνων να θίξει παρενθετικά το ζήτημα των αμβλώσεων με αφορμή το νόμο "περί μεταμοσχεύσεων".

Το θέμα παρεισφρύει αναπάντεχα αλλά με εκπληκτική ψυχραιμία με τη μορφή "μικρής συμπλήρωσης" στο νομοσχέδιο από τον εισηγητή της πλειοψηφίας που προτείνει να προστεθεί η εξής παράγραφος: Επιτρέπεται η άμβλωση μέχρι της 20ης εβδομάδας εις τας περιπτώσεις κατά τας οποίας ήθελον διαπιστωθεί δια των συγχρόνων μέσων προγνωστικού ελέγχου σοβαρά ανωμαλία του εμβρύου επαγόμεναι την γέννησιν παθολογικών νεογνών".

Η προσθήκη αυτής της διάταξης, που δεν έχει βέβαια καμια σχέση με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης και το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει υπεύθυνα για το αν θα φέρει ή όχι στον κόσμο ένα παιδί, φαίνεται απλώς να δίνει μια μεγαλύτερη νομική κάλυψη στους γιατρούς και ένα εκσυγχρονιστικό στίγμα στη νομοθεσία μας "εν όψει της εντάξεως...".

Η "μικρή συμπλήρωση" του εισηγητή χώρεσε σε 141 λέξεις - περιλαμβάνονται η αιτιολογία και η νομική διατύπωση της διάταξης - χωρίς να χρειαστεί ούτε μια φορά να αναφερθεί η λέξη γυναίκα και παρουσιάστηκε σαν λύση της μοναδικής εκκρεμότητας που υπάρχει σχετικά με την άμβλωση.

Η συζήτηση που ακολούθησε μέσα σ' ένα κλίμα ευφορίας και αλληλοκατανόησης ανάμεσα στην πλειοψηφία και στην αντιπολίτευση κατέληξε στην ψήφιση μιας δεύτερης πρότασης στα πλαίσια της "μικρής συμπλήρωσης" που ορίζει ότι "Επίσης επιτρέπεται αυτή και μέχρι της 12ης εβδομάδας εις περιπτώσεις κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητρός (:) διαπιστούμενου υπό ψυχιάτρου, εργαζόμενου εις Νοσηλευτικόν Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου".

## **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ - ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ**

Από στατιστικά δεδομένα σε χώρες με ελεύθερες τις αμβλώσεις, προκύπτει ότι η νομιμοποίηση έχει τα εξής επακόλουθα:

- α) Μείωση του αριθμού, των επιπλοκών από τις αμβλώσεις
- β) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας
- γ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών
- δ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που εγκαταλείπονται μετά την γέννησή τους.

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων, στις χώρες που είναι νόμιμες, είναι το δημογραφικό, η ελάττωση δηλ. του αριθμού γεννήσεων. Ένα άλλο πρόβλημα δημιουργείται στην εξαγωγή συμπερασμάτων, λόγω της δυσκολίας του υπολογισμού των παράνομων αμβλώσεων, ο υπολογισμός γίνεται μόνο με εκτιμήσεις και όχι με ακριβή στατιστικά στοιχεία.

## **ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δύο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) Φαρμακευτικές ουσίες και β) μηχανικούς τρόπους ή μαλάξεις της κοιλιάς.

Α) Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων (τα κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ολύρας, ο θάμνος άρκευθος ή σαβίνη, το υπερμαγγανικό κάλι και ο μόλυβδος.

Αρκετές γυναίκες ακόμη και σήμερα προσπαθούν να προκαλέσουν άμβλωση ή τουλάχιστον να επαναφέρουν την περίοδο παίρνοντας διάφορα φάρμακα, μεταξύ των οποίων τα ορμονικά σκευάσματα προγεστερόνης. Με τα σκευάσματα αυτά έρχεται η περίοδος, μόνο όταν η γυναίκα δεν είναι έγκυος.

Σήμερα χρησιμοποιούνται: τα παρακάτω φαρμακευτικά μέτρα άμβλωσης:

\* αλοιφές και διαλύματα για πλύση με βάση το σαπούνι. Το σαπούνι πηγαίνει στις φλέβες της μήτρας προκαλώντας έμφραγμα των αιμοφόρων αγγείων, καταπληξία και θάνατο.

\* υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου, μιας καυστικής χημικής ουσίας που καταστρέφει τους ιστούς και τα τοιχώματα του κόλπου ή μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση.

\* χάπια κιννίνου. Όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή αλλά μπρούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας.

\* αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότατα παραμορφώσεις στο έμβρυο.

\* άχρηστα είναι επίσης το ρεταινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά.

Β) Μηχανικοί τρόποι: Οι γυναίκες αποπειρώνται μερικές φορές να διακόψουν την εγκυμοσύνη με υπερβολικά ζεστά μπάνια ή βίαιες ασκήσεις. Τα μέσα αυτά είναι απλώς επικίνδυνα και δεν προκαλούν αποβολή.

Κάθε είδους μυτερά εργαλεία ή αντικείμενα όπως βελόνες πλεξίματος, ραβδιά, μολύβια, κ.λ.π. αν χρησιμοποιηθούν με σκοπό την άμβλωση, μπορεί να ακρωτηριάσουν τη γυναίκα, να της προκαλέσουν ακατάσχετη αιμορραγία και την οδηγούν κατευθείαν στο νοσοκομείο. Η γυναίκα δεν πετυχαίνει σχεδόν ποτέ το σκοπό της, απλώς θέτει σε κίνδυνο της ζωής της και στις καλύτερες περιπτώσεις υποφέρει αργότα από οδυνηρή περίοδο, φλεγμονές της μήτρας, αποβολές και στειρότητα.

## **ΟΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Ιδιαίτερα στην επαρχία, όπου η "παρνομία" της άμβλωσης είναι περισσότερο πραγματική, πολλές γυναίκες αναγκάζονται να καταφύγουν σε ανεύθυνα άτομα, πρακτικούς γιατρούς και κομπογιαννίτες με κίνδυνο της υγείας τους και της ζωής τους ακόμη.

Η άμβλωση είναι επέμβαση σχετικά απλή και ακίνδυνη, φτάνει να γίνεται από γιατρό έμπειρο και ευσυνείδητο.

Θα περιγράψουμε μερικές επικίνδυνες μεθόδους που χρησιμοποιούνται από ανειδίκευτα άτομα.

α) Η απόξεση που γίνεται χωρίς αναισθησία, χωρίς αντισηπτικά ή με εργαλεία που δεν έχουν αποστειρωθεί, μπορεί να προκαλέσει σηψαιμία, αιμορραγίες και διάτρηση της μήτρας.

β) Ο καθετήρας (στενός σωλήνας που χρησιμεύει για την αφαίρεση των ούρων) εισάγεται από τον τράχηλο στη μήτρα και προκαλεί συσπάσεις και αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος μπορεί να προκαλέσει μολύνσεις. Δεν είναι πολύ αποτελεσματική και συχνά καταλήγει σε ατελή αποβολή του κυήματος που απαιτεί στη συνέχεια απόξεση. Πολλές γυναίκες υποβάλλονται σκόπιμα σ' αυτή τη δοκιμασία ξέροντας πως δεν είναι αποτελεσματική για να καταφύγουν έπειτα στο νοσοκομείο όπου η άμβλωση θα ολοκληρωθεί.

γ) Διαλύματα σαπουνιού εισάγονται με πίεση στο κόλπο με ολέθρια αποτελέσματα για τη γυναίκα.

δ) Τα 50% των χημικών προϊόντων που εισάγονται στο κόλπο είναι θανατηφόρα.

ε) Εμφύσηση αέρα στη μήτρα. Προκαλεί εμβολή (αν μια φυσαλίδα περάσει στην κυκλοφορία του αίματος) και ακαριαίο θάνατο.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η τεχνική που χρησιμοποιείται για την εκτροφή, εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές, με τις οποίες γίνονται οι εκτρώσεις στο πρώτο τρίμηνο είναι οι εξής:

α) Διαστολή του τραχήλου και απόξεση

β) Διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση

γ) Αναρρόφηση του ενδομητρίου ή "ρύθμιση περιόδου".

### ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

#### Α) ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΞΕΣΗ

Αυτή η επέμβαση γίνεται από την 8η μέχρι τη 10η εβδομάδα συχνά μέχρι τη δέκατη πέμπτη, και κατά κανόνα με γενική αναισθησία.

Σήμερα τείνει να αντικατασταθεί από την απορρόφηση.

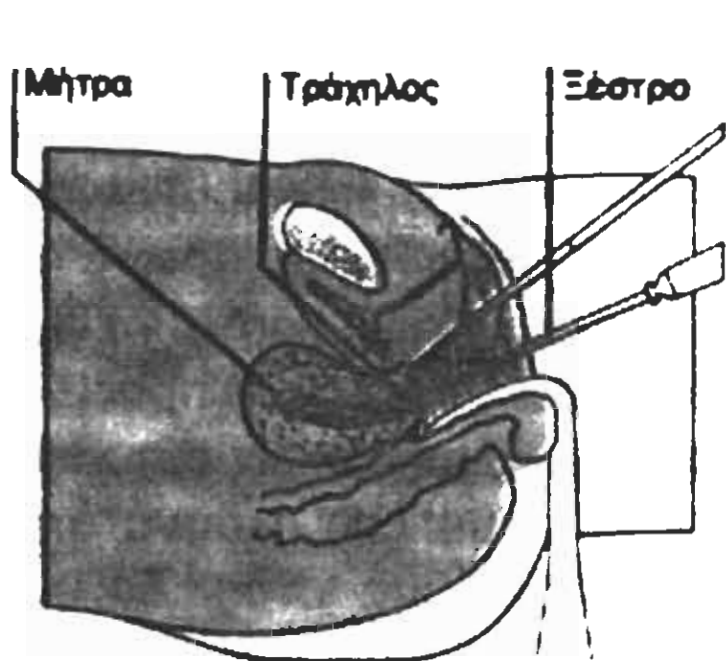
Η διαδικασία έχει ως εξής:

1) Γίνεται διαστολή του τραχήλου με μεταλλικούς διαστολείς διαφορετικού πάχους (από 2-12 χιλ. σε εγκυμοσύνη δέκα εβδομάδων ή 14 χιλ. σε εγκυμοσύνη δώδεκα εβδομάδων), μεγαλύτερου από το πάχος των αντίστοιχων διαστολέων που χρησιμοποιούνται στην απορρόφηση.

2) Στην συνέχεια εισάγεται από τον τράχηλο της μήτρας ένα μεταλλικό ξέστρο. Με αυτό το ξέστρο ο γιατρός ξύνει τα τοιχώματα της μήτρας και αποκολλά τον εμβρυακό ιστό και τον πλακούντα. Η λαβίδα χρησιμοποιείται για να απομακρυνθούν τα ξέσματα από την μήτρα. Αυτή η διαδικασία ακολουθείται αν η εγκυμοσύνη είναι μέχρι 10 εβδομάδων. Αν είναι πιο προχωρημένη, μπορεί να αφαιρεθεί πρώτα το έμβρυο και ένα μέρος του πλακούντα με τη λαβίδα και στην συνέχεια να γίνει προσεκτική απόξεση της κοιλότητας της μήτρας.

3) Οι διατρήσεις συμβαίνουν συνήθως όταν εισάγεται το ξέστρο μέσα στη μήτρα. Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία, πρέπει να γίνει γυναικολογική εξέταση. Αν έχει αδειάσει, η μήτρα είναι σκληρή και η αιμορραγία πολύ μικρή. Αν αντίθετα η αιμορραγία συνεχίζεται ή αν η μήτρα δεν έχει συσταλεί, σημαίνει ότι υπάρχει κατακράτηση. Σ' αυτή την περίπτωση η απόξεση πρέπει να επαναληφθεί.

Η απόξεση πρέπει να γίνει από γιατρό, σε κλινική και με γενική αναισθησία. Αυτή η μέθοδος ήταν η πιο διαδεδομένη μέχρι την ανακάλυψη της απορρόφησης. Πολλοί γιατροί εξακολουθούν να τη χρησιμοποιούν, ακόμη και όταν η απορρόφηση ενδείκνυται περισσότερο, μολονότι είναι πιο δύσκολη και θυμίζει περισσό-



τερο εγχείρηση.

## **Β) ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ**

Η μέθοδος είναι απλή και μπορεί να γίνει και χωρίς αναισθησία. Η μέθοδος επινοήθηκε στην Κίνα και συνίσταται στην απορρόφηση του περιεχομένου της μήτρας.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Katman της προσαρμοσε ένα πολύ απλό υλικό που επιτρέπει την απορρόφηση χωρίς γενική αναισθησία, αλλά με την κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την έκτη εβδομάδα της αμηνόρροιας μέχρι και τη δεκάτη σε γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδί και μέχρι τη δωδεκάτη σε γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει.

Η διαδικασία έχει ως εξής:

1) Μετά την προετοιμασία, η γυναίκα ξαπλώνει σε θέση γυναικολογική, το αιδοίο επαλείφεται με αντισηπτικό και στην συνέχεια εισάγεται ο διαστολέας. Με αντισηπτικό καθαρίζονται επίσης τα τοιχώματα του κόλπου και ο τράχηλος.

Επειτα πιάνεται ο τράχηλος με μια ή δύο ειδικές λαβίδες, πράγμα που βοηθά στο να αναταχθεί η πρόσθια ή οπίσθια κλίση της μήτρας κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Με τη μητρομύλη υπολογίζεται το μήκος της μήτρας, ώστε να επιβεβαιωθεί η ηλικία της εγκυμοσύνης και το μέγεθος του σωλήνα που θα χρησιμοποιηθεί.

2) Για να εισαχθούν αυτοί οι σωληνίσκοι πρέπει πρώτα να διασταλεί ο τράχηλος. Η διαστολή πρέπει να γίνει προοδευτικά, γιατί αν πειραχτεί ο τράχηλος της μήτρας αυτό μπορεί να έχει συνέπειες στις επόμενες εγκυμοσύνες. Γι αυτό, εισάγονται σιγά κηρία με διάμετρα ολοένα μεγαλύτερη. Αυτή η διαστολή είναι επώδυνη και αρκετοί γιατροί προτιμούν τη γενική αναισθησία.

3) Μετά τη διαστολή του τραχήλου εισάγεται ο αποστειρωμένος σωλήνας. Είναι φτιαγμένος από μέταλλο ή πλαστικό, με στρογγυλέμενη την κλειστή του άκρη και με δύο ανοίγματα στην κάθε πλευρά. Η άλλη άκρη του συνδέεται με ελαστικό σωλήνα που καταλήγει σε ένα ειδικό απορροφητήρα με την παρεμβολή μιας φιάλης για τη συλλογή του περιεχομένου της μήτρας. Από τα δύο ανοίγματα του σωλήνα απορροφώνται τα κομματάκια του εμβρυακού ιστού και του πλακούντα. Όλη η διαδικασία διαρκεί 2-5 λεπτά. Όταν η μήτρα αδειάζει εντελώς, ο σωλήνας αφαιρείται από τον τράχηλο, ενώ ταυτόχρονα γίνεται iv έγχυση μητροσυσπαστικού φαρμάκου.

4) Τέλος, ο τράχηλος και ο κόλπος απολυμαίνονται ξανά με αντισηπτικό, ύστερα από λίγα λεπτά ανάπαυσης, οι πόνοι σταματούν και η γυναίκα μπορεί να σηκωθεί.

5) Τα κομματάκια του εμβρυακού ιστού υποβάλλονται σε εξέταση για να διαπιστωθεί αν η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι πλήρης και επιπλέον ότι η κύηση δεν ήταν εξωμήτρια ή μύλη.

## **Γ) ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ Ή "ΡΥΘΜΙΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ"**

Πρόκειται για αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας με τη χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα διαμέτρου 4-6mm και με τη βοήθεια μιας σύριγγας χωρίς να χρειάζεται διαστολή του τραχήλου η αναισθησία. Η μέθοδος αυτή, εφαρμόζεται πριν ακόμη το "test εγκυμοσύνης" γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο, στις οποίες μια καθυστέρηση 10-14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται γενικά γιατί δεν είναι ασφαλής.

# **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΜΗΝΩΝ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

## **1) ΜΟΛΥΝΣΗ**

Οι μολύνσεις μετά την άμβλωση είναι πιθανές, αν δε ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, και είναι δυνατόν να

εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομήτρια) είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα).

Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν είναι γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Όσο αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης αν πρόκειται για ελαφριά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα μπορεί να γίνει στο σπίτι, εάν όμως πρόκειται για σοβαρή μόλυνση, όπως σαλπινγίτιδα, περιτονίτιδα η θεραπεία γίνεται στο νοσοκομείο.

Στην πρώτη περίπτωση αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα, αφαιρείται με τη μέθοδο της διαστολής και απόξεσης και αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά ενδοφλέβια πάντοτε.

Στην βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης ή γκεταμισίν.

Τέλος θα πρέπει να επισημανθεί πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος η στειρότητα είναι αναπόφευκτη.

## **2) ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΑ ΠΡΟ-Ι-ΟΝΤΩΝ ΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Η παραμονή υπολειμμάτων προϊόντων σύλληψης δεν είναι συχνή περίπτωση και θεραπεύεται εύκολα με ξύστρο αναρρόφησης.

Για να αποτραπεί η παραμονή τυχόν υπολειμμάτων σύλληψης στη μήτρα, πρέπει κατά την επέμβαση να χρησιμοποιούμε ξύστρο απορρόφησης.

## **3) ΤΡΑΥΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Ή ΜΗΤΡΑΣ**

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

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

## **4) ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ**

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

Στις μελέτες των DAILINGS - EMANKEL I QUICK παρατηρήθηκαν επιπλοκές μετά την άμβλωση όπως στειρότητα, απότομη αποβολή (κατά τη δεύτερη κύηση) και γέννηση πρόωρων ή ελλειποβαρών βρεφών.

## **5) ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΘΡΟΜΒΟΣ**

Η εμφάνιση ενδομητρίου θρόμβου αίματος είναι πολύ συχνή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ο θρόμβος παρουσιάζεται αμέσως ή μετά από πέντε ημέρες και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους κράμπας. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση της πύελου και το καλύτερο φάρμακο είναι η μέθοδος της αναρρόφησης.

## **6) ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Μια τέτοια επιπλοκή μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε άμβλωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας που βεβαιώνεται με γυναικολογική εξέταση.

Η συνέχιση της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται α) σε κύηση διδύμων β) σε εξωμήτρια κύηση γ) σε ανώμαλη μήτρα (δίκερως) και δ) σε ανεπαρκή καθαρισμό του εμβρύου από την μήτρα.

## 7) ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση από το αναισθητικό.

## ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ 3ο ΜΗΝΑ

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

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

β) Με ενδομήτρια έγχυση διαφόρων ουσιών που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας, διαστολή του τραχήλου και έξοδο του εμβρύου. Τέτοιες ουσίες είναι υπέρτονα αλατούχα διαλύματα, ή προσταγλανδίνες. Η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου μετά από τοπική αναισθησία γίνεται αμνιοπαρακέντηση δηλ. μια βελόνη προωθείται απ' το δέρμα της κοιλιάς στον αμνιακό σάκκο, συνήθως με τη βοήθεια των υπερήχων. Στην αρχή αναρροφείται μια ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο αντικαθίσταται με αλατούχο διάλυμα ή διάλυμα που περιέχει προσταγλανδίνες.

Τα διαλύματα αυτά προκαλούν καταστροφή του πλακούντα με επακόλουθο θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον προκαλούν συσπάσεις της μήτρας και αποβολή του εμβρύου μέσα σε 24-36 ώρες.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

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

## ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Οι απώτερες επιπλοκές δεν απειλούν τη ζωή της γυναίκας, μπορεί όμως να προκαλέσουν μακροχρόνια ψυχοσωματικά προβλήματα και να διαταράξουν τη ζωή της γυναίκας και του ζευγαριού. Τέτοιες επιπλοκές είναι:

- 1) Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαιη ή απότομη διαστολή με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.
- 2) Ενδομητρικές συμφύσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγμονή. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να έχουμε στειρώση, λόγω αδυναμία εμφύσεων του εμβρύου στην μήτρα η αποβολές.
- 3) Ενδομητρίτιδα (φλεγμονή του ενδομητρίου).



4) Πυελική φλεγμονή (σαλπιγγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων των σαλπίγγων και στείρωση και

5) Ψυχικές διαταραχές

### **ΠΡΟ-Υ-ΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ**

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

- 1) Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά της στάδια
- 2) Η πελάτισσα είναι υγιής
- 3) Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της άμβλωσης.
- 4) Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα
- 5) Η πελάτισσα αντιλαμβάνεται έγκαιρα τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την άμβλωση
- 6) Η γυναίκα αν έχει RH- πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη
- 7) Η πελάτισσα δεν αμφιβάλλει και είναι σίγουρη ότι θέλει την άμβλωση
- 10) Λαμβάνοντας τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις και συνακόλουθα την μείωση των επικίνδυνων επιπτώσεων από την άμβλωση.

Η δόση που προτείνεται είναι συνήθως 1 γραμ. τετρακυκλίνης μετά την άμβλωση και στη συνέχεια 500 MG τετρακυκλίνης 4 φορές την ημέρα με ολική λήψη 9 γραμ.

### **ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ**

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

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

Πρέπει ν' αποφεύγεται το μπάνιο στη μπανιέρα, είναι προτιμότερο το ντουζ.

Αν η γυναίκα χρησιμοποιεί ταμπόν είναι καλύτερα να μην χρησιμοποιεί για ένα χρονικό διάστημα ή αλλιώς να το αλλάζει πολύ συχνά. Αν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο δύσοσμο, αν υπάρχουν πόνοι χαμηλά στην κοιλιά, πρέπει να απευθύνεται στον γιατρό της.

Το βράδυ της ημέρας που έγινε η άμβλωση, συνιστάται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα:

- αφ' ενός αποτελεί αντισυλληπτικό μέσο που επιτρέπει ερωτικές σχέσεις χωρίς κίνδυνο εγκυμοσύνης
- κι αφ' ετέρου βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση.

### **ΜΕΤΑΜΒΛΩΤΙΚΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:**

- α) Η αύξηση της συχνότητας της έκτοπης κύησης
- β) Η αύξηση των αυτόματων εκτρώσεων
- γ) Η αύξηση των πρόωρων τοκετών

δ) Το χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών

ε) Η ευαισθητοποίηση των RH- εγκύων στο αντιγονικό σύστημα Rh. Οι μαιευτικές αυτές επιπλοκές φαίνεται να έχουν άμεση σχέση με το βαθμό της μηχανικής βίαιης διαστολής του τραχήλου.

## ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΚΚΛΗΣΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

### 1. ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

#### α) Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας περί αμβλώσεων

Η θέση της εκκλησίας είναι πάντα η ίδια είτε αυτή λέγεται Ορθόδοξη είτε λέγεται Ρωμαιοκαθολική. Η εκκλησία είναι φορέας της αλήθειας, που εκήρυξε ο Κύριος Ιησούς Χριστός. Οι απόψεις της είναι άνωθεν. Είναι έκφραση της θείας σοφίας. Η έκτρωση είναι φόνος και το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη ύπαρξη.

Η κανονική παράδοση της εκκλησίας χαρακτηρίζει την αμβλωση ως κανονικό αδίκημα σαν μια ηθελημένη θανάτωση. Και μάλιστα είναι φόνος πιο ένοχος και πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνο, γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο ον την ζωή πριν την γευθεί και κυρίως πριν αξιωθεί του αγίου Βαπτίσματος.

Στον χαρακτηρισμό αυτό δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ αδιαμόρφωτου και διαμορφωμένου εμβρύου (κανόνας 2 του Μ. Βασιλείου) τα δε επιβαλλόμενα επιτίμια ποικίλλουν από τριετή μέχρι ισόβια στέρηση στους ενόχους της Θείας Κοινωνίας, γι αυτό και έννοια των εκκλησιαστικών ποινών δεν έχει αντιστοιχία με τις ποινές του κοινού Ποινικού Δικαίου. Στην κανονική ωστόσο συνείδηση της Εκκλησίας καθιερώθηκε η ταύτιση της αμβλώσεως με τον φόνο (κανών 92 της Πενθέκτης Οικουμενικής Συνόδου 692) και προβλέφθηκαν αυστηρότατες πνευματικές ποινές για την ασέβεια στο Θείο Δώρο της ανθρώπινης ζωής.

Η Ιερά Σύνοδος έχει διατυπώσει τέσσερις εγκυκλίους από το 1934 έως το 1986. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του 1986 στην έκτρωση "εκτός από την γυναίκα έγκυο υπάρχει και ένα άλλο πρόσωπο, το έμβρυο, που έχει ίση με αυτήν ανθρώπινη ιδιότητα και ίσα δικαιώματα ζωής. Γιατί το έμβρυο είναι πλήρης, τέλειος και ολοκληρωμένος άνθρωπος από την στιγμή της σύλληψης. Και συνεπώς η έκτρωση είναι φόνος εκ προμελέτης. Είναι μια ενέργεια, που στερεί τον άνθρωπο από το υπέρτατο αγαθό, την ζωή. Και πρέπει να τονισθεί ότι ακόμη και αν υποθεθεί ότι την ζωή στον άνθρωπο την δίνει η μητέρα του, αυτό δεν της δίνει το δικαίωμα και να την αφαιρεί όποτε θέλει. Και συνεπώς κάθε γυναίκα που κάνει έκτρωση είναι ένας απαίσιος φονιάς. Και όχι μόνο η μητέρα, αλλά και ο πατέρας και κάθε πρόσωπο που συνεργεί στο απαίσιο αυτό έγκλημα, έστω και μόνο με συμβουλή, και υπόδειξη, είναι φονιάς".

Η παραπάνω παράγραφος δίνει περιεκτικά την άποψη της ορθόδοξης εκκλησίας για τις αμβλώσεις. Έχουν γίνει αρκετές ενέργειες από την πλευρά της εκκλησίας, για την ενημέρωση του κόσμου σχετικά με το θέμα. Η άποψη της εκκλησίας αποτελεί έκφραση της αγάπης της προς το άτομο και την κοινωνία.

α) Να διαφωτίσει όσο πιο πλατειά μπορεί το λαό της για την πνευματική σημασία της εκτρώσεως διακηρύττοντας με όλη την οφειλόμενη έμφαση, ότι η έκτρωση είναι ΦΟΝΟΣ.

β) Να επιστήσει την προσοχή των πνευματικών πατέρων να μη δείχνονται αμαρτωλά επιεικείς "εις τους φονείς των τέκνων τους", αλλά να επιβάλλουν σε αυτούς αυστηρά μέτρα.

γ) Να τονίσει ότι η μέθοδος της αμβλώσης, όποια κι αν είναι, ισοδυναμεί με ένα "ειδεχθές έγκλημα", αφού το αποτέλεσμα είναι πάντοτε το ίδιο: Η στέρηση της ζωής από ένα ανθρώπινο ον.

δ) Να κάμει έκκληση σε ιατρούς και νοσηλευτές να αρνούνται να υπηρετήσουν αμαρτωλές ενέργειες.

Ατυχώς η φωνή της Συνόδου και του λαού δεν προβληματίσε τους νομοθέτες. Με κριτήριο όχι τις γνώμες των ιατρών, αλλά του "γυναικείου κινήματος" η κυβέρνηση εψήφισε νόμο "Περί τεχνητής διακοπής της κυήσεως"! Οι εκτρώσεις θα γίνονται στο εξής με την κάλυψη του νόμου, κάτω από τον μανδύα του επίσημου κράτους.

#### β) Η θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας

Η επίσημη Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και την καταδικάζει. Επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Παρόμοια θέση έχει και η Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία.

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

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

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

Ήφονος εκ προμελέτης" βία, ασυδοσία είναι λέξεις που περιγράφουν χαρακτηριστικά την άμβλωση.

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

#### **γ) Η θέση άλλων θρησκειών περί αμβλώσεων**

Η μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την έκτρωση ενώ η επίσημη ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού νόμου. Γενικά όμως η έκτρωση είναι αποδεκτή για την διατήρηση της υγείας της μητέρας.

#### **δ) Ποιές είναι θέσεις των διαφόρων κρατών για την άμβλωση**

Μπαίνοντας στη δεκαετία του '80 πάνω από το 70% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες όπου η έκτρωση απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο, για να σωθεί η ζωή της μητέρας, ή υπάρχει πλήρη ελευθερία των αμβλώσεων.

Οι μουσουλμανικές χώρες, η πλειονότητα των Αφρικανικών χωρών, τα κράτη της Λατινικής Αμερικής, καθώς και έξι Ευρωπαϊκές χώρες: το Βέλγιο, την Ιρλανδία, τη Μάλτα, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ελλάδα επιτρέπεται η άμβλωση μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις αμβλώσεις το 1920. Το 1935 όμως οι νόμοι ξανάγιναν περιοριστικοί, για να επανέλθουν το 1960 στο προηγούμενο καθεστώς. Στην συνέχεια, όλες σχεδόν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης εκτός την Αλβανία νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στη δεκαετία του 1960. Πρόσφατα μερικές από αυτές προσέθεσαν περιοριστικούς όρους, σαν αντίδραση στην μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Η Σουηδία και η Δανία νομιμοποίησαν πλήρως τις αμβλώσεις το 1935. Το 1948 ακολούθησε η Ιαπωνία και το 1967 η Μεγάλη Βρετανία. Η Ινδία σαν μέλος της Βρετανικής Κοινοπολιτείας ακολούθησε την Αγγλία το 1971.

Ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες εφάρμοσαν "ελεύθερος νους" για τις αμβλώσεις το 1969 και 1973 αντίστοιχα, ενώ το 1975, ακολούθησε και η Γαλλία. Στην Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, τέλος η άμβλωση είναι πλήρως ελεύθερη.

## **2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΩΣΗ**

Τι λοιπόν μας λέει η ιατρική; Είναι πράγματι το έμβρυο άψυχο, χωρίς δική του αυτόνομη ζωή; Είναι τμήμα του σώματος της μητέρας του, που τότε φυσικά έχει το δικαίωμα να το διαθέσει, όπως θέλει, ή είναι εντελώς

ανεξάρτητη ζωή, ένα εντελώς ανεξάρτητο άτομο, που απλώς ευρίσκεται σε σχέση εξάρτησης θρέψης από το περιβάλλον μητρικό σώμα, όπως όλοι έχουμε εξάρτηση θρέψης από το φυσικό περιβάλλον;

Αξίζει πάντως να πούμε ότι η άποψη της επιστήμης δεν είναι το ίδιο ενιαία όπως της εκκλησίας. Υπάρχουν οι επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι το έμβρυο δεν αποτελεί ανθρώπινη ύπαρξη παρά μόνο μετά την γέννησή του.

Υπάρχουν εκείνοι που τονίζουν τα κοινωνικά προβλήματα, που εμφανίζονται μετά την γέννηση ενός παιδιού, που θεωρείται ανεπιθύμητο από τους ίδιους τους γονείς. Οι δύο αυτές κατηγορίες επιστημόνων υποστηρίζουν την ελεύθερη και αποποινικοποιημένη άμβλωση.

Υπάρχει όμως και μια τρίτη κατηγορία επιστημόνων και κύρια γιατρών, οι οποίοι πιστεύουν ότι το έμβρυο είναι ανθρώπινη ύπαρξη από την πρώτη στιγμή της σύλληψής του.

Όταν το παιδί γεννηθεί πρόωρα, στους επτά ή στους πέντε μήνες, χάρις στα μέσα της σύγχρονης επιστήμης μπορεί να επιζήσει, γιατί τρέφεται κατάλληλα. Σε ποιά λογική ευσταθεί, ότι μέσα στην κοιλιά της μάνας του είναι κομμάτι κρέας, και έξω από αυτή ζωή και πρόσωπο;

Το πρόβλημα αυτό απασχόλησε έντονα και τους ιατρούς και εκείνους που ενεργούσαν την άμβλωση και εκείνους που ήταν υποχρεωμένοι να συνεργήσουν ή να συμφωνήσουν, έστω και με ένα μόνο νεύμα. Γιατί η ζωή είναι υπόθεση πολύ ιερή. Το θέμα των αμβλώσεων δεν μπορεί να περιοριστεί σ' εκείνους που την κάνουν.

Πολλοί επιστήμονες προβληματίστηκαν ηθικά. Και μετά από σοβαρές επιστημονικές έρευνες κατάλαβαν τι έκαναν και από οπαδοί και υπέρμαχοι απέβησαν οι πιο θαρραλέοι πολέμιοι των αμβλώσεων. Ένας τέτοιος επιστήμονας είναι ο αμερικανός ιατρός μαιευτήρ - γυναικολόγος Barnard Nathanson, πρώην διευθυντής ειδικής κλινικής για αμβλώσεις. Ο Νάθανσον μέσα σε δυο χρόνια είχε πραγματοποιήσει 60.000 αμβλώσεις. Όμως προβληματισμένος για την ορθότητα των ενεργειών του, εφάρμοσε τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα (υπέρηχους, ηλεκτρονική εξέταση της καρδιάς του εμβρύου, εμβρυοσκόπηση κ.α.).

Μετά από δέουσες έρευνες ο Νάθανσον διακήρυξε ότι το έμβρυο είναι ξεχωριστό ανθρώπινο όν με όλα τα ιδιαίτερα προσωπικά χαρακτηριστικά, δεν είναι πια ζήτημα πίστης. Η έρευνά του απέδειξε ότι αυτό αποτελεί μια σαφή επιστημονική αλήθεια. Το έμβρυο είναι τέλειο ανθρώπινο πρόσωπο.

Προς τεκμήριωση των πορισμάτων ο Νάθανσον προέβη στην, με υπέρηχους, κινηματογράφηση αμβλώσεως εμβρύου 12 εβδομάδων. Η ταινία αυτή που φέρει τον τίτλο "Η σιωπηλή κραυγή" αποδεικνύει ότι το έμβρυο α) προαισθάνεται την απειλή του φονικού εργαλείου της έκτρωσης και β) εκδηλώνει την αίσθηση του κινδύνου, που υφίσταται, με τις εξής ενέργειες: 1) κινείται με βίαιο και ταραχώδη τρόπο 2) αυξάνουν οι χτύποι της καρδιάς του από 140 σε 200, 3) ανοίγει διάπλατα το στόμα του σαν μια κραυγή.

Σήμερα όμως τα πορίσματα του ιατρού B. Nathanson είναι πια απαρχαιωμένα. Έχουν ξεπεραστεί. Η σύγχρονη πυρηνική ιατρική έχει κάνει αλματώδη πρόοδο.

Ίδού τι μας αποκαλύπτουν οι επιστημονικές παρατηρήσεις που έγιναν με τα πιο σύγχρονα τεχνολογικά μέσα:

α) Στις 18 ημέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο χτύπος της καρδιάς του εμβρύου και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερο - δικό του - κυκλοφοριακό σύστημα.

β) Στις πέντε (5) εβδομάδες φαίνονται πια καθαρά η μύτη, τα μάγουλα και τα δάκτυλα του εμβρύου.

γ) Στις έξι (6) εβδομάδες αρχίζει να λειτουργεί το νευρικό σύστημα, διακρίνεται καθαρά ο σκελετός του και αρχίζουν να λειτουργούν τα νεφρά, το στομάχι και το συκώτι του εμβρύου.

δ) Στις επτά (7) εβδομάδες (50 ημέρες) στο αγέννητο παιδί γίνονται αισθητά τα εγκεφαλικά κύματα. Το μικρό παιδάκι έχει όλα τα εξωτερικά και εσωτερικά του όργανα τέλεια διαμορφωμένα. Έχει μάτια, μύτη, χείλη, γλώσσα.

ε) Στις δέκα (10) εβδομάδες (70 ημερών) το αγέννητο παιδί έχει πλέον όλα τα χαρακτηριστικά, που βλέπουμε καθαρά στο παιδί μετά την γέννησή του (9 μηνών)

στ) Στις 12 εβδομάδες (92 ημέρες, τρεις μήνες), το παιδί έχει πλέον όλα του τα όργανα τελείως διαμορφωμένα ακόμη και τα δακτυλικά του αποτυπώματα. Τριών μηνών το έμβρυο έχει πια τόση ζωή, ώστε να γυρίζει το κεφάλι του, να κάνει μορφασμούς και κινήσεις, να σφίγγει τη γροθιά του, να βρίσκει το στόμα του και να βυζαίνει το δάκτυλό του.

Τις παρατηρήσεις αυτές επεκύρωσε ο διαπρεπής ιατρός Paul Rockwell. Περιγράφει μια έκτρωση εμβρύου 8 εβδομάδων (δύο μηνών):

“Πριν 14 χρόνια έδωσα αναισθητικό για εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Το έμβρυο ήταν 2 μηνών. Πήρα στα χέρια μου τον αμνιακό σάκκο. Ήταν το μικρότερο ανθρώπινο πλάσμα που άγγιξε ποτέ άνθρωπος. Μέσα στον σάκκο κολυμπούσε αρκετά ζωηρά ένα μικροσκοπικό ανθρώπινο πλάσμα, αρσενικού γένους, 1 1/2 ίντσας μήκους. Αυτό ο μικροσκοπικός άνθρωπος ήταν τέλεια διαμορφωμένος με μακριά κωνοειδή δάκτυλα. Το δέρμα του σχεδόν διάφανο και στις άκρες των δακτύλων ήταν ευδιάκριτες οι λεπτές αρτηρίες και φλέβες. Το μωρό έδειχνε δραστήριο και κολυπούσε με ταχύτητα ενός γύρου το δευτερόλεπτο, σε ρυθμό φυσικού κολυμητή. Όταν ο σάκκος ανοίχτηκε ο μικροσκοπικός άνθρωπος έχασε τη ζωή του και πήρε την αποδεκτή εμφάνιση ενός εμβρύου σε αυτήν την ηλικία, ακαμψία των άκρων. Νόμιζα ότι έβλεπα νεκρό έναν ώριμο άνθρωπο”.

Οι Έλληνες ιατροί δεν υστέρησαν σε υπευθυνότητα αντιμετώπισης του θέματος ζωή.

Ο ιατρός - γυναικολόγος Δρ. Δημ. Παπαεαγγέλου γράφει:

“Τώρα πέρα από φιλοσοφικές ή θεωρητικές θέσεις, είναι βέβαιο ότι ο άνθρωπος ως αξία υπάρχει “εξ άκρας συλλήψεως” και ότι η ζωή δεν αρχίζει μετά την πλήρη οργανογένεση (8η -12η εβδομάδα) όπως πίστευαν παλιά. Το έμβρυο δεν είναι εξάρτημα ή μέρος του σώματος της γυναίκας με δικαίωμα θανάτωσης της ζωής”.

Μετά από αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω βγαίνει αυτόματα το συμπέρασμα, ότι η άμβλωση δεν είναι απλώς πια μια άκακη διακοπή κύησης, αλλά μια διακοπή της ζωής ενός αυτόνομου ανθρώπινου όντος και συνεπώς είναι φόνος μια θανάτωση.

Περιγράφοντας την άμβλωση ο διαπρεπής καθηγητής Ν. Λούρος είπε επιγραμματικά: “Είναι φόνος εκ προμελέτης.

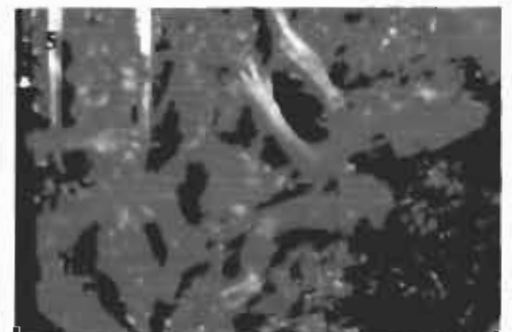
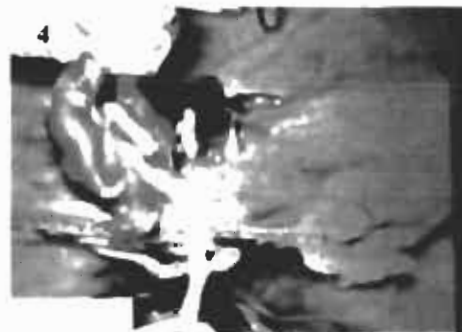
### **3. ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Με την διάταξη του άρθρου 304 Π.Κ. που απαγορεύει την άμβλωση, προστατεύεται ποινικά η ανθρώπινη ζωή στη γένεσή της. Το κυοφορούμενο δεν είναι μέρος του σώματος της εγκύου, σε τρόπο που να έχει αυτή το δικαίωμα να το διαθέτει κατά την θέλησή της, αλλά του αναγνωρίζεται το δικαίωμα μια ξεχωριστή και δικιά του αξία, που δεν είναι όμως απόλυτη, όπως αντίθετα συμβαίνει στην ανθρώπινη ζωή που έχει γεννηθεί, η οποία έχει απόλυτη αξία.

Από αυτή την σχετική αξία που δίνεται στο κυοφορούμενο έμβρυο προκύπτει και η αντίστοιχη σχετική ποινική του προστασία. Αυτό σημαίνει πως μπορεί και να υπάρξουν περιπτώσεις που η άμβλωση κρίνεται θεμιτή από το δίκαιο. Τέτοιες περιπτώσεις είναι από λόγους: α) Ιατρικούς (κίνδυνος ζωής ή σπουδαία και διαρκής βλάβη της υγείας της κυοφορούσας που πιστοποιούνται από δύο γιατρούς) β) Ηθικούς (όταν η σύλληψη του εμβρύου έγινε από βιασμό, αποπλάνηση, αιμομιξία, κατάχρηση ανίκανου για αντίσταση) γ) Ξυγονικούς και δ) Κοινωνικούς.

Ο ελληνικός Π.Κ. στο άρθρο 304 αναγνωρίζει τους τρεις πρώτους λόγους ενώ ο τέταρτος δεν αναγνωρίζεται από την ελληνική νομοθεσία.

Το έγκλημα της άμβλωσης στο άρθρο 304 εμφανίζεται σε τρεις αντικειμενικές υποστάσεις. Το βασικό έγκλημα είναι εκείνο που περιέχεται στις παρ. 2 και 3 και ονομάζεται ετεράμβλωση - γιατί γίνεται από τρίτο



**ΕΞΗΓΗΣΗ (φωτογραφιών έκτρωμένων εμβρύων: — 1. Έκτρωση με απόξεση,** όπου ο «εμβρυοτόμος», εργαλείο και «ιατρός»-χασάπης, κομματιάζουν... — 2. Έκτρωση με προκλητή-έκτοση αποβολή, όπου το 1/2 μήνα εμβρύακι εξαγεται με τόν άμνιακό του σάκκο ζωντανό, για να φονευθεί στη συνέχεια... — 3. Έκτρωση με δηλητηριώδες ήλιος, που παραμορφώνει... και άπο βάλλει τό εμβρυο, έδω στό τέλος του 4ου μήνα. — 4. Έκτρωση με καισαρική τομή στό τέλος του 6ου μήνα. Ήταν κοριτσάκι, που μπορούσε νά ζήσει, προσαρτημένο σέ θερμοκοιτίδα, μάλιστα ΣΗΜΕΡΑ. Άλλ' οί έπιβουλοι και όχι προστάτες τής ζωής του «ιατροί»-χασάπηδες τό κετόν άσπλαγχνα... Άνω τό ένα φονικό χέρι, που τό κρατεί, άκόμη ζωντανό, άπό πόδι και χέρι και κάτω τό άλλο φονικό χέρι με τήν... ψαλίδα. Και μετά στόν τενεκέ... — 5. Έίλος έδω, έκτρωση με άναρρόφηση, με έμφανές, δσο και άποτρόπαιο τό κομματιάσμα, που καταλήγει στόν τενεκέ και τόν ύπόνομο ή τήν έκποίηση-πώληση γιά... καλλυντικές κρέμες!... — Ειδικά οί διαφάνειες αυτές είναι άπόλυτα σάθεντικές γιατί προβλήθηκαν και κατατέθηκαν στό Άμερικανικό Κοινοβούλιο, σέ σχετική συζήτηση γι, τίς έκτρώσεις. Άντίθετα, στην Έλληνική Βουλή δέν έγινε άποδεκτή άνάλογη πρόταση τό 1986, όταν συζητήθηκε και ψηφίσθηκε ό ίος έκτρωτικός άνομος «νόμος» (11609/86), τό βδέλυγμα αυτό και άνεξίτηλο ατίγμα τής Έλληνικής Ίστορίας.

- με δύο παραλλαγές, ανάλογα με το αν υπάρχει ή όχι και συναίνεση της εγκύου. Αν δεν υπάρχει, τότε η πράξη τιμωρείται σε βαθμό κακουργήματος, με πρόσκαιρη κάθειρξη δηλαδή 5-20 χρόνια. Αν υπάρχει συναίνεση τιμωρείται σε βαθμό πλημμελήματος, με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών, εκτός αν ο δράστης ενεργεί κατά συνήθεια αμβλώσεις, οπότε τιμωρείται σε βαθμό κακουργήματος, με κάθειρξη μέχρι δέκα χρόνια.

Αντίθετα, η αυτάμβλωση (δηλαδή η άμβλωση που γίνεται από την εγκύο ή επιτρέπει αυτή σε τρίτο) αποτελεί μια προνομιούχο παραλλαγή του παραπάνω βασικού εγκλήματος της αμβλώσεως και τιμωρείται σε βαθμό πλημμελήματος με φυλάκιση μέχρι τρία χρόνια.

Η διαφήμιση μέσων αμβλώσεων, καθώς και η προσφορά υπηρεσιών για τέλεση άμβλωσης ή την υποβοήθησή της, τιμωρείται από το άρθρο 305 σε βαθμό πλημμελήματος, με φυλάκιση μέχρι ένα χρόνο.

Η προστασία του κυοφορούμενου αρχίζει όχι μόνο από την γονιμοποίηση του ωαρίου, αλλά και από την εμφωλευσή του στο βλεννογόνο της μήτρας, που γίνεται συνήθως μετά πάροδο 10 ημερών περίπου από την γονιμοποίηση. Συνεπώς, η λήψη αντισυλληπτικού (χάπι) μετά την συνουσία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόποινη απόπειρα άμβλωσης, εφ' όσον τότε δεν είχε γίνει ακόμη εμφώλευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο βλεννογόνο της μήτρας.

#### **4. ΑΠΟΦΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

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

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

"Ολόκληρος ο ηθικός κόσμος της γυναίκας κλονίζεται γιατί έχει ακούσει για το μεγαλείο της μητρότητας". Σιμόν Ντε Μπωβουάρ, Συγγραφέας.

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

"Προκειμένου περί της αμύνης έναντι κρατικών παρεμβάσεων αυτονόητο είναι ότι μεταξύ της προ και της μετά γέννηση ζωής του εμβρύου ουδεμία διάκρισις δύναται να λάβει χώρα". Κων. Ζώρας, Συνταγματολόγος.

Ο κ. Παν. Δρακόπουλος γράφει στο περιοδικό "Εποπτεία" αρ. 112 (Μαΐος 1986) σελ. 69: "Αν το έμβρυο είναι ζωντανό ή όχι, μας το λένε οι γιατροί. Φεμινίστριες, ιερείς και νομοθέτες δεν έχουν δικαίωμα γνωματεύσεως επ' αυτού. Και αφού το έμβρυο έχει ζωή, τότε η άμβλωση την αφαιρεί. Τελεία και παύλα".

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ - ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Ο 20ος αι. ήρθε για τη Νοσηλευτική γεμάτος υποσχέσεις. Την αναγνώρισε σαν τέχνη, την καταξίωσε σαν επιστήμη, την θεσμοθέτησε σαν επάγγελμα. Της πρόσφερε γνώσεις και μέσα τεχνολογικά, που προήγαγαν την φροντίδα. Πίστεψε πως την έκανε σοφότερη, μα φεύγοντας την αφνέκει όλο και πιο προβληματισμένη. Κάθε θάλαμος κι ένα πρόβλημα, κάθε άρρωστος κι ένα δίλημμα. Στο τέλος της ημέρας ο νοσηλευτής μόνος αναζητά τη λύση. Έχοντας σαν βάση μια συγκεκριμένη ηθική που ορίζει σαφώς τι πρέπει να γίνει, τροβληματίζεται αν έπραξε ή όχι την προτεινόμενη ηθική επιλογή.

Το γεγονός είναι ότι η Νοσηλευτική του σήμερα μέσα σ' έναν κόσμο που τον διακρίνει μια ποικιλία ηθικών αρχών και αξιών, ζει έντονα την μετατροπή των ηθικών επιλογών, σε ηθικά διλήμματα σε δύσκολες δηλαδή αποφάσεις μεταξύ δύο εξ ίσου μη ικανοποιητικών λύσεων.



### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΗΘΙΚΩΝ ΔΙΛΗΜΜΑΤΩΝ**

Η Νοσηλευτική, στο μακράιωνα διάβα της ιστορίας της, μιας ατέρμονης πορείας ηρωισμού και αυταπάρνησης, ξεκινώντας από τη φροντίδα της μάνας στην πρωτόγονη σπηλιά εισήλθε στα Ασκληπιεία, πέρασε στην Αίγυπτο, την Ινδία, τη Βαβυλώνα, έφτασε σε έξαρση αγάπης στους Βυζαντινούς χρόνους με την επίδραση του Χριστιανισμού για να παρακμάσει στο Μεσαίωνα και να αναγεννηθεί τον 19ο αι. από τη δυναμική προσωπικότητά μας Βρετανής νοσηλεύτριας. Καθώς περνούσε την εξέλιξή της από τέχνη σε επιστήμη και επάγγελμα ένοιωσε να τη δονούν τα μεγάλα προβλήματα της ύπαρξης: η ζωή και ο θάνατος.



Ανάμεσά τους στεκόταν εκείνος που έπρεπε να υπηρετήσει: ο άρρωστος. Με την ανατολή του 20ου αι. τα προβλήματα έγιναν διλήμματα. Αλλά οι προηγούμενοι αιώνες γνωρίζοντας κι εκείνοι πόσο λεπτό και επικίνδυνο ζήτημα είναι να ασχολείσαι με τον άνθρωπο, της κληροδότησαν σε κείμενα που νίκησαν τη φθορά του χρόνου, αρχές, όρια και σύμβολα της αιώνια αμετάβλητης ηθικής συνειδησης. Έτσι ο 20ος αι. βρήκε τη Νοσηλευτική με μια αξιολογη ηθική κληρονομιά, στην οποία στηρίχτηκε η Νοσηλευτική Δεοντολογία. Το σύνολο δηλ. των γνώσεων και κανόνων, που καθορίζουν την συμπεριφορά του Νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων, ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στο:

- 1) Να ενημερώνει το Νοσηλευτική για τα επαγγελματικά του καθήκοντα ή τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο εργασίας.
- 2) Να τον βοηθά να αναπτύσσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνεργάτες, τους ασθενείς και τους συνοδούς.
- 3) Να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθά να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
- 4) Να τον προσανατολίζει να βλέπει τον άρρωστο σαν μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
- 5) Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα ηθικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

## Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

### ΓΕΝΙΚΑ

Όλοι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν διλήμματα κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων ή την καθημερινή πράξη, ανεξάρτητα από την ειδικότητα ή τον τομέα όπου εργάζονται. Ιδιαίτερα στην εποχή μας τα νοσηλευτικά διλήμματα είναι περισσότερα και πιο περίπλοκα λόγω της ταχύρρυθμης επιστημονικής ή τεχνολογικής προόδου που πολλαπλασιάζει τις δυνατότητες χρήσης και γνώσεων ή τις επιλογές νέων απόψεων και εφαρμογών, όπως επίσης αυξάνει την αυτονομία και τις ευθύνες των νοσηλευτών.

Παλαιότερα, η πρωταρχική ευθύνη των νοσηλευτών ήταν στραμμένη προς το γιατρό. Τώρα όμως η ευθύνη τους μετατίθενται ολοένα και περισσότερο προς τον άρρωστο και μάλιστα με την προοδευτική εφαρμογή της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής. Αυτό σημαίνει μεγαλύτερη αυτονομία και ελευθερία αλλά και βαθύτερη ευθύνη στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων ή την επιλογή και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.

Οι νοσηλευτές πλέον δεν μπορούν να μένουν στο περιθώριο της ηθικής ευθύνης, να παρακολουθούν δηλ. σαν απλοί θεατές από τις κερκίδες τη μάχη που δίνεται καθημερινά στο στίβο της υγείας μεταξύ της απρόσωπης τεχνικής και της επιστήμης χωρίς ηθικές αξίες από το ένα μέρος και από το άλλο της ηθικής δεοντολογίας της υγείας με τον σεβασμό της αξίας, των δικαιωμάτων και της ζωής του ανθρώπου.

Δεν μπορεί ο σύγχρονος νοσηλευτής να λέει: ο γιατρός είναι υπεύθυνος να αποφασίζει και εγώ να εκτελώ ανεξέταστα τις αποφάσεις του χωρίς προσωπική ευθύνη. Άλλωστε σε πολλές περιπτώσεις καλείται να αποφασίζει και να ενεργεί για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, ανεξάρτητα από τις ιατρικές οδηγίες για εφαρμογή θεραπείας.

### ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτή την ενέργεια. Το έμβρυο είναι μια ζωή που αναπτύσσεται σιγά - σιγά μέσα στη μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του να ζήσει. Επειδή όμως η φύση αλλά και ο δημιουργός του

στερεί αυτή τη δυνατότητα σ'αυτή την εμβρυϊκή φάση της ζωής του, την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη ή όχι πληροφόρηση αλλά και ηθική ακεραιότητα που θα "αποφασίσουν" για την συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Ένα από τα πρόσωπα αυτά για λόγους ανεξάρτητους από τη θέληση του είναι και ο Νοσηλευτής. Επειδή καλείται να εκφράσει υπεύθυνα τη γνώμη του σε διεπιστημονικές επιτροπές προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας εθνικού και διεθνούς επιπέδου. Η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων στον τομέα του λειτουργημάτων του - που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν τη διατήρηση στη ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει την δυνατότητα να αποφασίσει - απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις. Απαιτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία, ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του Θεού - μια και είναι ο μόνος που έχει τη δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει τη ζωή από τα πλάσματά του - δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικά ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα, 'χρηστότητα' και γνώση.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί: "Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση, η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλεύτη που διαθέτει μόνο "εγκέφαλο" και όχι "καρδιά" και φωτισμένη ηθική συνείδηση, μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φτάνει μόνο η σοφία".

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

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

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλημμα για τον Νοσηλεύτη. Όπως υπάρχει ο διχασμός των απόψεων μεταξύ της εκκλησίας και της επιστήμης, για το αν το έμβρυο έχει ζωή ή όχι από τη σύλληψή του ακόμη, έτσι διχάζονται οι απόψεις και στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει, και παρά την απόφασή του να μην γίνει συνεργός στο έργο της άμβλωσης, έρχονται οι νόμοι της πολιτείας που σου επιβάλλουν κυρώσεις - όταν η άμβλωση επιτρέπεται - σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσής του, καθήκοντος αλλά και το δίλημμα να θυσιάσεις τη ζωή του εμβρύου σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μέλλουσας μητέρας, ή όταν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να φέρει βαριές σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες. Στην περίπτωση μιας εγκυμονούσας που πάσχει από ερυθρά ή μεσογειακή αναιμία, η διαδικασία της άμβλωσης είναι κλινικά απαραίτητη. Όταν δηλ. μπαίνει το ζήτημα του κινδύνου της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου, η εκτέλεση της άμβλωσης παίρνει θεραπευτική μορφή και απέχει πολύ από το σκοπό της εγκληματικής άμβλωσης.

Μέσα απ' όλα αυτά τα διλήμματα, υπάρχει η ομάδα του Νοσηλευτικού προσωπικού που αρνείται κατηγορηματικά να λάβει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβούς πράξης, θεωρεί την άμβλωση ηθικό και σωματικό ξεπεσμό αλλά και αποστρόπαιο φόνο. Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού, η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυϊκή κατάσταση, θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασί-

ζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές καθαρής αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί, όπως οι άλλες, φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο του Θεού προς τους ηθικούς φραγμούς, κάτι ανεπίτρεπτο και ανίερο. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων τη συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

Στην αντίπερα όχθη υπάρχει όμως και η άλλη μερίδα των Νοσηλευτών, η οποία δέχεται τη συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρουν τη γνώμη τους σχετικά με το θέμα. Ενεργεί τελείως άβουλα κάνοντας πάντα αυτό που κάποιοι άλλοι τους υποχρεώνουν χωρίς να νοιάζονται αν αυτό που κάνουν είναι σωστό ή όχι. Είναι όμως άξιο προσοχής να παρατηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των αμβλώσεων αλλά και στην πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

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

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δεν σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί ο νοσηλευτής να αρνηθεί την βοήθεια, όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, από τη στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται. Άρνηση της εκτέλεσης εργασίας του Νοσηλευτικού προσωπικού, σημαίνει καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου απέναντι στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν σε άμβλωση.

Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους "κομπογιαννίτες" του επαγγέλματος που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

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

Για το λόγο αυτό ακριβώς ο Νοσηλευτής σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να ασκήσει κριτική πάνω στη γυναίκα. Η άσκηση κριτικής είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο όταν η ενέργειά της δεν είναι αποτέλεσμα "ώριμης" σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι (σύζυγος - εραστής).

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

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

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

Οι συνέπειες για τον Νοσηλευτή που αποφασίζει να αρνηθεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από τη συνείδησή του και τις ηθικές αρχές του είναι βαρύτερες. Η απώλεια της εργασίας του - θέμα ζωτικής



σημασίας για τον ίδιο και την οικογένειά του, η αναμενόμενη προστριβή του με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αλλά και η αντιπαράθεσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας τους - έστω και αν πρόκειται για "φόνο" είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο Νοσηλευτής στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέα της συμμετοχής του στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού αυτού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη θεία χάρη που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνείδησης. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται ή το καθήκον μας να καλλιεργούμε, και να αναπτύσσουμε σωστούς

και ηθικούς τρόπους σκέψης, και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.

Επειδή ακριβώς υπάρχει αυτός ο διαχωρισμός των θέσεων, σχετικά με τις αμβλώσεις, στο νοσηλευτικό προσωπικό ή μια που το πολίτευμά μας θεωρείται δημοκρατικό, θα έπρεπε τουλάχιστον στα ηθικά διλήμματα, οι νοσηλευτές να πράττουν κατά βούληση, γιατί είναι, πράγματι, προσωπική υπόθεση του καθενός η αντιμετώπιση των αμβλώσεων.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ορισμένοι από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή είναι:

- 1) Οι νοσηλευτές είναι υπάλληλοι και εργάζονται κάτω από την εξουσία άλλων.
- 2) Οι νοσηλευτές συχνά έχουν ευθύνη, όχι όμως αυθεντία και κύρος.
- 3) Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ της εξυπηρέτησης των ασθενών και των επιταγών του ιδρύματος.
- 4) Ο ρόλος του νοσηλευτή συχνά έρχεται σε σύγκρουση με άλλα επαγγέλματα υγείας π.χ. ιατρούς.
- 5) Γενικά, οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη ή καθόλου μετοχή στις αποφάσεις, τις οποίες είναι υπεύθυνοι να εκτελέσουν.

Εδώ βρίσκεται και η διαφορά μεταξύ νοσηλευτικών και ιατρικών ηθικών διλημάτων. Αν και τα διλήμματα είναι τα ίδια, στην ουσία οι γιατροί είναι εκείνοι που παίρνουν τελικά τις αποφάσεις. Οι νοσηλευτές υποχρεούνται απλά να εφαρμόσουν τις αποφάσεις στην πράξη. Δεν έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν γι αυτό που θέλουν ή όχι να εκτελέσουν. Απλά ενεργούν κατά βούληση των γιατρών έχοντας όμως ευθύνη γι αυτό που κάθε φορά κάνουν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

### ΓΕΝΙΚΑ

Η προσπάθεια για τον έλεγχο των γεννήσεων και τον περιορισμό των ανεπιθύμητων κυήσεων αρχίζει από τα πανάρχαια χρόνια. Πλην όμως, την τελευταία εικοσπενταετία το κοινωνικό ενδιαφέρον και η συστηματική έρευνα πάνω στον τομέα αυτό οδήγησαν στην επινόηση νέων μεθόδων με σχετικά μικρές παρενέργειες και περιορισμένους κινδύνους, όπως φαίνεται ύστερα από μακροχρόνια εφαρμογή και μελέτη.

Η αλματώδης άνοδος του βιομηχανικού επιπέδου στις προηγμένες οικονομικά χώρες, που συνδυάστηκε με την ανάπτυξη της καταναλωτικής κοινωνίας, δημιούργησε τις προϋποθέσεις, ώστε οι νέες αντισυλληπτικές μέθοδοι να βρουν γρήγορη και εκτεταμένη διάδοση. Από την άλλη μεριά οι σοσιαλιστές κοινωνίες κατάλαβαν τη σημασία του ελέγχου των γεννήσεων και έτσι υιοθέτησαν την εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων σε μεγάλη κλίμακα.

Προκειμένου η αντισύλληψη να διαδοθεί στα κράτη, που βρίσκονταν ή είναι ακόμη υπό ανάπτυξη στις ΗΠΑ και στις άλλες χώρες της Ευρώπης, εκπονήθηκαν συστηματικά προγράμματα μετεκπαίδευσης γιατρών, πάνω στις αντισυλληπτικές μεθόδους, ώστε σήμερα να εφαρμόζονται επίσημα κυβερνητικά προγράμματα στις περισσότερες χώρες του κόσμου και στα οποία να συμμετέχουν εκατομμύρια γυναίκες και άνδρες.

Η αναπαραγωγική προφύλαξη είναι αυτονόητο, ότι ενδιαφέρει το ζευγάρι, ώστε παίρνοντας ο ένας ή και οι δύο τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα να αποφεύγεται η γονιμοποίηση.

Επομένως υπάρχουν μέθοδοι, που εφαρμόζονται και στη γυναίκα και στον άνδρα. Ωστόσο, με τα σημερινά δεδομένα η γυναίκα, που φέρνει και το βάρος της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιβαρύνεται και με το σοβαρότερο μέρος της αντισύλληψης ιδιαίτερα μάλιστα, όταν εφαρμόζει τις νεότερες αντισυλληπτικές μεθόδους με το "χάπι" και τα ενδομήτρια σπειράματα.

### Ορισμός:

Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται, για να εμποδίσουν την εγκυμοσύνη.

Οι σπουδαιότερες προϋποθέσεις για κάθε μέθοδο αντισύλληψης είναι οι εξής:

- Η αποτελεσματικότητά της (για την αποφυγή της εγκυμοσύνης)
- Η ελαχιστοποίηση των παρενεργειών
- Η ευκολία την εφαρμογή και τέλος,
- Η αναστρεψιμότητά της

Όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορεί να αποτύχουν, είτε γιατί η αποτελεσματικότητά τους δεν φθάνει το 100% είτε γιατί δεν χρησιμοποιούνται σωστά.

Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας μιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Η αποτελεσματικότητα μιας μεθόδου χαρακτηρίζεται από την ικανότητά της να προλάβει ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Συνήθως εκφράζεται σαν συχνότητα αποτυχίας σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο μέσα σ' ένα χρόνο.

Σύμφωνα με τον κανόνα του Pearl αντιστοιχεί με τον αριθμό των ανεπιθυμητών κυήσεων X 1200/συνολικού αριθμού κύκλου με ελεύθερες επαφές.

Με βάση τον κανόνα αυτόν, το ποσοστό των κυήσεων που θα συνέβαιναν σε μια ομάδα γόνιμων γυναικών, χωρίς χρησιμοποίηση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, υπολογίζεται γύρω στο 80%.

Όταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μικρότερο από 2% σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο για ένα χρόνο, η μέθοδος θεωρείται σαν αποτελεσματική. Ως μέτρια αποτελεσματική χαρακτηρίζεται όταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μέχρι 10% και ως λίγο αποτελεσματική όταν το ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων είναι πάνω από 10%.

### **Πού βασίζονται οι κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι;**

α) Στην αποχή από σεξουαλικές σχέσεις κατά τη γόνιμη περίοδο της γυναίκας (περιοδική αποχή ή μέθοδος ρυθμού).

β) Στην καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με τη χρήση διαφόρων χημικών ουσιών (σπερματοκτόνες ουσίες).

γ) Στην παρεμβολή ενός μηχανικού φραγμού, που εμποδίζει την πορεία των σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες (ανδρικό προφυλακτικό, κολπικό διάφραγμα).

δ) Στο τράβηγμα (απόσυρση) του πέους από τον κόλπο πριν από την εκσπερμάτωση (διακεκομμένη συνουσία).

ε) Στην αλλαγή του ενδομητρίου έτσι ώστε να γίνεται εχθρικό στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου (ενδομητρικά σπειράματα)

στ) Στην αναστολή της ωοθυλακιωρρηξίας με διάφορα ορμονικά σκευάσματα (αντισυλληπτικά χάπια) και

ζ) Στην σύγχρονη ανάπτυξη του ενδομητρίου σε σχέση με την φάση της περιόδου και την άμεση ή έμμεση καταστροφή του ωχρού σωματίου (χάπια μετά την επαφή).

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι διακρίνονται σ' αυτές που χρησιμοποιούνται από τη γυναίκα και σ' αυτές που χρησιμοποιούνται από τον άνδρα.

❖ Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από την γυναίκα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης (θηλασμός, μέθοδοι ρυθμού) και β) στις κολπικές μεθόδους αντισύλληψης (στερματοκτόνες ουσίες, κολπικές πλύσεις, αντισυλληπτικός σπώγγος, κολπικό διάφραγμα). Επίσης χρησιμοποιούνται τα ενδομήτρια σπειράματα και το χάπι.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από τον άνδρα είναι οι εξής: α) διακεκομμένη συνουσία β) προφυλακτικό.

### **ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ**

#### **Α) ΘΗΛΑΣΜΟΣ**

Η μέθοδος είναι γνωστή από τα πανάρχαια χρόνια και αποτελεί συμβολή της ίδιας της φύσης στην αντισύλληψη. Με τον παρατεταμένο θηλασμό ακόμα και για ολόκληρα χρόνια οι γυναίκες προσπαθούσαν να αποφύγουν μια νέα σύλληψη.

Στην περίπτωση αυτή η αντισύλληψη επιτυγχάνεται με την αναστολή της ωοθυλακιωρρηξίας κάτω από την επίδραση της προλακτίνης, μιας ορμόνης που προκαλεί την έναρξη και διατήρηση της γαλουχίας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν τέτοιες ποικιλίες στην ανταπόκριση κάθε οργανισμού στην προλακτίνη, ώστε ο θηλασμός να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος.

Υπάρχουν γυναίκες που θηλάζουν και κάνουν ωοθηλακιωρρηξία μέσα στους πρώτους τρεις μήνες από τον τοκετό. Υπάρχουν όμως και γυναίκες που θηλάζουν και η ωοθηλακιωρρηξία αργεί πολλούς μήνες. Στην

Κατά συνέπεια εάν μια γυναίκα δε θέλει να μείνει έγκυος δεν αρκεί μόνο ο θηλασμός σαν μέθοδος αντισύλληψης. Θα πρέπει να χρησιμοποιήσει και οποιαδήποτε άλλη μέθοδο εκτός από το χάπι, γιατί οι ουσίες που ενέχονται στο χάπι αποβάλλονται από το μητρικό γάλα σε ποσοστό 1% της δόσης, που παίρνει η μητέρα. Παρά το γεγονός ότι το ποσό των ορμονών δε δημιουργεί προβλήματα, μια και είναι πολύ λιγότερο από τις ορμόνες που περιέχονται στο γάλα της αγελάδας, είναι καλύτερο να αποφεύγεται η χορηγηση του χαπιού στις γυναίκες που θηλάζουν.

## **B) ΜΕΘΟΔΟΙ ΡΥΘΜΟΥ**

Πρόκειται για την αποφυγή σεξουαλικών επαφών κατά τις γόνιμες ημέρες της γυναίκας. Όπως είναι γνωστό η γυναίκα είναι γόνιμη για λίγες μόνο ημέρες κατά την διάρκεια του κύκλου. Η ωοθήκη απελευθερώνει φυσιολογικά ένα ωάριο σε κάθε κύκλο, το οποίο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε δύο ή τρία το πολύ 24ώρα. Από το άλλο μέρος τα σπερματοζωάρια μπορεί να επιζήσουν στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας συνήθως μέχρι 48 ώρες, μερικές φορές όμως μέχρι και 5-8 ημέρες. Έτσι υπάρχει ένα μεγάλο διάστημα σε κάθε κύκλο κατά τη διάρκεια του οποίου η σύλληψη είναι πιθανή.

Οι μέθοδοι ρυθμού είναι και οι μόνες που δέχεται το Βατικανό από τις μεθόδους αντισύλληψης. Αυτό όμως δεν περιορίζει την βεβαιότητα των μεθόδων αυτών.

Όλες οι γυναίκες δεν έχουν σταθερό κύκλο γιατί επηρεάζεται από διάφορα γεγονότα και καταστάσεις της ζωής τους. Το υπερβολικό άγχος για παράδειγμα μπορεί να επηρεάσει τον κύκλο μιας γυναίκας. Ακόμη τα νέα κορίτσια δεν έχουν σταθερό κύκλο λόγω συγκινησιακών και βιολογικών μεταβολών, που υφίστανται.

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

## **ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ**

Η μέθοδος αυτή συστήθηκε από δύο γιατρούς και βασίζεται στην καταγραφή των εμμηνορροϊκών κύκλων για 6-8 περίπου μήνες.

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, η γυναίκα σημειώνει την πρώτη ημέρα της μιας περιόδου έως και την πρώτη ημέρα της άλλης περιόδου χωρίς αυτή να συμπεριλαμβάνεται.

Αφού συγκεντρωθούν τα στοιχεία μπορεί να υπολογιστεί η γόνιμη περίοδος της γυναίκας ως εξής:

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

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

Οι ημέρες ανάμεσα στην πρώτη και την τελευταία ανασφαλή ημέρα θεωρούνται γόνιμες και κατά την διάρκειά τους θα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές π.χ. ο μικρότερος κύκλος μιας γυναίκας είναι 25 ημέρες και ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 32 ημέρες, άρα:  $25-18=7$  και  $32-11=21$ .

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

**Μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής:**

- α) Δεν δίνει καλά αποτελέσματα σε γυναίκες που ο κύκλος τους είναι μικρότερος από 20 ημέρες
- β) Δεν ισχύει μετά την γέννα πριν την επανάληψη της εμμηνορροϊσίας
- γ) Δεν χρησιμοποιείται κατά την εμμηνόπαυση

δ) Δεν χρησιμοποιείται σε άτομα που ταξιδεύουν συχνά επειδή το κλίμα και το άγχος επηρεάζουν τον κύκλο

ε) Δεν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ασθένειας, ή ψυχικής διαταραχής.

### **ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ**

Είναι παραλλαγή της μεθόδου του ρυθμού και βασίζεται στο γεγονός ότι μετά την ωθηλακιορρηξία, που τις περισσότερες φορές γίνεται 14 ημέρες πριν την επόμενη περίοδο, παρατηρείται μια μικρή, αλλά σταθερή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Όταν η θερμοκρασία διατηρηθεί σταθερά υψηλή για τρεις τουλάχιστον ημέρες, σπάνια έπειτα μπορεί να γίνει γονιμοποίηση.

Για τη σωστή εφαρμογή αυτής της μεθόδου η γυναίκα θα πρέπει να παίρνει την θερμοκρασία της κάθε πρωί ενώ βρίσκεται στο κρεβάτι και πριν από κάθε δραστηριότητα.

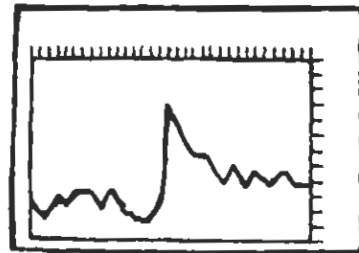
Ο γυναικολόγος είναι αυτός που θα βγάλει τα ανάλογα συμπεράσματα αφού πρώτα μελετήσει τα θερμομετρικά διαγράμματα που θα του προσκομίσει η γυναίκα.

#### **Πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής:**

- α) Δεν απαιτεί καμιά δαπάνη
- β) Βοηθά στην βελτίωση των σχέσεων κάποιων ζευγαριών
- γ) Είναι αποδεκτή από την εκκλησία

#### **Μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής:**

- α) Απαιτεί μεγάλη προσοχή
- β) Δεν εφαρμόζεται στην περίοδο της γαλουχίας, της εμμηνόπαυσης όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο.
- γ) Επηρεάζεται από αστάθμητους παράγοντες όπως πυρετός, άγχος, περιβαλλοντικές συνθήκες.



ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: 15 κυήσεις σε 100 γυναίκες.

### **ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΑΣ**

Η μέθοδος αυτή αξιολογήθηκε για πρώτη φορά από ένα ζευγάρι γιατρών τους JOHN & EVELIN BILLINGS και βασίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της ποσότητας και σύστασης της τραχηλικής βλέννας.

Η τραχηλική βλέννα είναι θολή και κτρινωπή, τέσσερις ημέρες περίπου μετά την ωθηλακορυξία γίνεται διαυγή, γλοιώδη και αυξάνει την ποιότητά της.

Οι αλλαγές αυτές διευκολύνουν την διόδο των σπερματοζωαρίων προς την μήτρα. Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια διαυγή σαν ασπράδι νωπού αυγού έκκριση από τα μέσα περίπου του κύκλου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έκκριση της βλέννας του τραχήλου πριν από την ωθηλακορυξία. Άλλες πάλι γυναίκες νοιώθουν μια "αυξημένη υγρανση" γύρω από το στόμιο του κόλπου.

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας δεν έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας, θέλει αρκετή θέληση και υπομονή. Επίσης οι αλλαγές στην έκκριση των υγρών του κόλπου μπορεί να οφείλονται σε άλλες καταστάσεις όπως είναι οι κολπίτιδες.

Η μέθοδος αυτή τέλος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νεαρές γυναίκες με ορμονικές διαταραχές και ασταθή κύκλο και σε γυναίκες που βρίσκονται στην εποχή εμμηνόπαυσης.

### **ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Οι κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι οι εξής:



Οι αλλαγές αυτές διευκολύνουν την δίοδο των σπερματοζωαρίων προς την μήτρα. Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια διαυγή σαν ασπράδι νωπού αυγού έκκριση από τα μέσα περίπου του κύκλου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έκκριση της βλέννας του τραχήλου πριν από την ωοθηλακоруξία. Άλλες πάλι γυναίκες νοιώθουν μια "αυξημένη υγρανση" γύρω από το στόμιο του κόλπου.

Η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας δεν έχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας, θέλει αρκετή θέληση και υπομονή. Επίσης οι αλλαγές στην έκκριση των υγρών του κόλπου μπορεί να οφείλονται σε άλλες καταστάσεις όπως είναι οι κολπίτιδες.

Η μέθοδος αυτή τέλος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νεαρές γυναίκες με ορμονικές διαταραχές και ασταθή κύκλο και σε γυναίκες που βρίσκονται στην εποχή εμμηνόπαυσης.

## **ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Οι κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι οι εξής:

- 1) Σπερματοκτόνες ουσίες
- 2) Κολπικές πλύσεις
- 3) Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος
- 4) Κολπικό διάφραγμα

### **1) ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Είναι ουσίες που σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια, προκαλώντας τη συγκόλλησή τους. Πρόκειται για διάφορες ζελατινοειδείς ουσίες, κρέμες και αφρώδη κολπικά σκευάσματα με σπερμακτόνες ιδιότητες, που είναι γνωστά από πολλά χρόνια. Ακόμη στο εμπόριο κυκλοφορούν κολπικά υπόθετα και δισκία τα οποία διαλύοντας κατα την επαφή τους με το κολπικό τοίχωμα και ελευθερώνουν Co2.

Τα κολπικά υπόθετα ή δισκία τοποθετούνται κατευθείαν μέσα στον κόλπο, ενώ τα ζελέ οι κρέμες και οι αφροί τοποθετούνται με ειδικό ριγχος στον κόλπο.

Η αποκλειστική χρήση των σπερματοκτόνων ουσιών έχει ως μειονέκτημα ότι η δράση τους σχετίζεται με την ποσότητα τόσο της αλοιφής ή της κρέμας όσο και του σπέρματος. Έτσι δεν είναι εύκολο να υπάρχουν στον κόλπο άριστες αναλογίες για καλή και πλήρη αποτελεσματικότητα. Η μορφή αφρωδών ουσιών έχει το πλεονέκτημα ότι ο κόλπος καλύπτεται ομοιόμορφα σε όλα του την επιφάνεια.

Οι σπερματοκτόνες ουσίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό και με άλλα μέτρα αντισύλληψης για να έχουν καλύτερα αποτελέσματα, αφού η αποτελεσματικότητά τους είναι πολύ μικρή, όταν χρησιμοποιούνται μόνοι τους.

Δείκτης γονιμότητας: 8-20 κυήσεις στις 100 γυναίκες.

### **2) ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ**

Θεωρούνται σαν μια από τις λιγότερο αποτελεσματικές μεθόδους. Δείκτης γονιμότητας 30 κυήσεις στις 100 γυναίκες.

Έχουν χρησιμοποιηθεί ευρύτατα υπό μορφή κολπικών "ντους" μετά την συνουσία καθαρό νερό, ξύδι και αντισηπτικά διαλύματα που αποσκοπούν στην απομάκρυνση του σπέρματος από τον κόλπο. Όμως το σπέρμα 30" μετά την εκσπερμάτωση έχει ήδη φτάσει στην μήτρα και έτσι η πλύση είναι άσκοπη.

### **3) ΚΟΛΠΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΠΟΓΓΟΣ**

Πρόκειται για ένα μικρό σπόγγο κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη με ένα εντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο, και μια ταινία για την αφαίρεσή του.

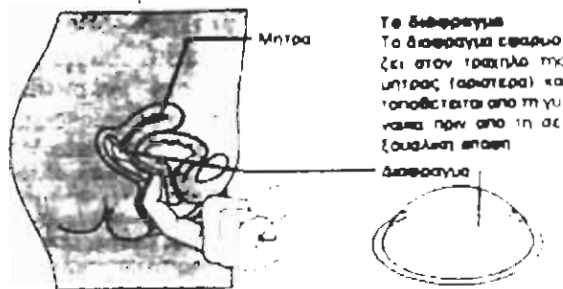
Είμαι εμποτισμένος με μια σπερματοκτόνο ουσία και είναι μιας χρήσης. Η γυναίκα βρέχει τον σπόγγο με

Η γυναίκα μαθαίνει να το εφαρμόζει και να το βγάζει μόνη της, καθώς και να το ελέγχει για τυχόν τρύπες.

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

Μετά από κάθε χρήση θα πρέπει να πλένεται καλά, να στεγνώνεται και να τακάρεται. Φυλάσσεται σε δροσερό μέρος, ο βρασμός το καταστρέφει.

Εάν χρησιμοποιηθεί σωστά και εάν το μέγεθος είναι το σωστό, το ποσοστό αποτυχίας του δεν ξεπερνά τις 4 κυήσεις στις 100 γυναίκες, που θα το χρησιμοποιήσουν σε ένα χρόνο. Στην πράξη όμως το ποσοστό φτάνει το 35%



### ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

1) Αλλεργία στο ελαστικό

2) Υπαρξη διαφόρων ανατομικών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, συγγενών ή επίκτητων (πρόπτωση μήτρας, κυστεοκήλη, ορθοκήλη) και του τραχήλου (τραχηλίτιδα) ή του κόλπου (κολπίτιδα).

3) Ουρολοιμώξεις

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν την μέθοδο αυτή θα πρέπει να εξετάζονται γυναικολογικά κάθε 6 μήνες και ιδιαίτερα αν μεσολαβήσει τοκετός, αποβολή ή έκτρωση.

### ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

1) Κακή εφαρμογή

2) Δυσκολία στην επιλογή κατάλληλου μεγέθους και κατά συνέπεια μεγάλα ποσοστά αποτυχίας.

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1) Δεν προκαλεί ορμονικές αλλαγές στο σώμα

2) Πιστεύεται ότι εμποδίζει την εξάπλωση κολπικών μολύνσεων και την μετάδοση αφροδισιακών νοσημάτων.

## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

### 1) ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Η μέθοδος συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο πριν από την εκσπερμάτωση. Ο άνδρας θα πρέπει να έχει αυτοκυριαρχία και να σταματήσει τη συνουσία με τα πρώτα κιόλας συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού.

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

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

Εάν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για αρκετό καιρό μπορεί να δημιουργήσει στον άνδρα πρόωρη εκσπερ-

μάτωση, καθώς επίσης και ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος.

## 2) ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Είναι μια λεπτή θήκη από καουτσούκ ή ελαστικό που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία.

Το προφυλακτικό τοποθετείται στο πέος μετά την στύση του και πριν αρχίσει η σεξουαλική επαφή. Με την εφαρμογή του, το σπέρμα μαζεύεται μέσα σε ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό του μέρος και εμποδίζεται έτσι η είσοδός του μέσα στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού εάν χρησιμοποιηθεί σωστά, είναι μεγάλη. Υστερα από μια έρευνα που έγινε σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποιούσαν το προφυλακτικό για έναν χρόνο μόνο στα 13-14 από αυτά παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να ενισχυθεί και με την χρήση διαφόρων GEL με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό πριν την συνουσία. Το ίδιο προφυλακτικό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται δεύτερη φορά.

Οι αποτυχίες του οφείλονται σε κατασκευαστικά μειονεκτήματα (περίπου 3%) και λάθη στην εφαρμογή του (εφαρμογή αφού κάποια ποσότητα σπέρματος έχει κιόλας χυθεί στον κόλπο ή διαφύγει μετά τη συρρίκνωση του πέους).

## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Πρώτα απ' όλα είναι φθηνή, δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή και καθοδήγηση και είναι απλή στη χρήση της.

Εκτός από την αντισυλληπτική του ιδιότητα το προφυλακτικό προσφέρει και σημαντική προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Το κυριότερο μειονέκτημά του είναι ότι ελαττώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων, του πέους με τον κόλπο. Για τον ίδιο λόγο όμως παρατείνει τη διάρκεια της επαφής και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτωσης.



# ΆΛΛΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

## 1) ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

Ενδομήτρια σπειράματα αποτελούν ένα σπουδαίο επίτευγμα στη σύγχρονη αντισύλληψη. Υπολογίζεται, ότι πάνω από 15 εκατ. ενδομήτρια σπειράματα έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα από γυναίκες μόνο στις ΗΠΑ.

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

Στον άνθρωπο η χρήση αντισυλληπτικών πεσσών αναφέρεται στον 11ο αιώνα από τον Αραβα επιστήμονα Αβιτσένα.

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

Υπάρχουν διάφοροι τύποι σπειράματος όπως ο NOVA -2, GRAVIGRADE, BOUCHEDE, και ο πιο συγχρονος τύπος, το σπείραμα προγεστερόνης.

Αυτό το μοντέλο είναι αποτελεσματικό για 18 μήνες. Το ποσοστό αποτυχίας του που είναι 1,5-3,5%

συνδέεται με εξωμήτριες κυήσεις. Οικονομικά είναι λίγο ακριβότερο από τα άλλα.

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

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

Πριν την τοποθέτηση του σπειράματος απαιτείται να γίνει test Παπανικολάου, γυναικολογική εξέταση, αντισηψία του κόλπου, για αποκλεισμό τυχόν κακοήθειας ή φλεγμονής.

Καταλληλότερη εποχή για την τοποθέτηση σπειράματος θεωρείται η περίοδος της εμμηνορρυσίας, γιατί ο τράχηλος είναι τότε πιο ανοικτός.

Αυτό βέβαια έχει ιδιαίτερη σημασία, όταν πρόκειται να τοποθετηθεί σε άτοκη γυναίκα. Σε πολύτοκες μπορεί να γίνει η εφαρμογή τους σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου, ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν μετά αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση ή μετά τοκετό. Με την αφαίρεση του σπειράματος η γονιμότητα επανέρχεται στη γυναίκα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Για πολλούς η τοποθέτηση σπειράματος θεωρείται "επεμβαση" και γίνεται με νάρκωση. Οι περισσότεροι όμως γυναικολόγοι δεν χρησιμοποιούν νάρκωση.

Οι γυναίκες άλλωστε που έχουν γεννήσει δεν ενοχλούνται, από τον πόνο σε αντίθεση με τις άτοκες γυναίκες.

Μετά την τοποθέτηση του σπειράματος η μήτρα συσπάται, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει πόνους που διαρκούν το πολύ 3 ημέρες. Εάν οι πόνοι συνεχιστούν τότε πρέπει να αφαιρεθεί το ενδομήτριο σπείραμα.

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

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

Σαν άλλοιο υποθετικοί μηχανισμοί για την λειτουργία των σπειραμάτων αναφέρονται:

α) η αυξημένη κινητικότητα που προκαλείται στις σάλπιγγες

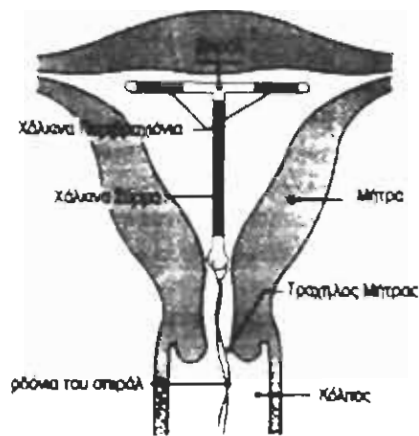
β) η παρεμπόδιση της εμφύτευσης του κυήματος λόγω παρεμβολής του σπειράματος μεταξύ αυτού και του ενδομητρίου.

γ) η ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων

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

## **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ**

1) δεν επηρεάζει την ορμονική λειτουργία του σώματος



2) είναι αποτελεσματικό

3) δίνουν μακρόχρονη προστασία

### ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

1) πολλές γυναίκες δεν μπορούν να το ανεχθούν

2) αν κατά την τοποθέτηση υπάρχει κάποια μόλυνση που την αγνοεί η γυναίκα μπορεί αυτή να μεταφερθεί μέσα στη μήτρα

3) για τις 3 πρώτες ημέρες μετά την τοποθέτηση μπορεί να παρουσιαστεί αιμορραγία ή ακανόνιστη αιμορραγία μεταξύ των δύο περιόδων, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει αναιμία.

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

5) υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εξωμητρίου κήσεως

6) σε νεαρές γυναίκες μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες.

7) έχει αρκετές και σοβαρές επιπλοκές κατά την εφαρμογή ή μετά την εφαρμογή του σπειράματος:

α) Αιμορραγίες, που συχνά συνοδεύονται από πόνους στο υπογάστριο και στη μέση, είναι το πιο συχνό πρόβλημα των γυναικών που χρησιμοποιούν σπείραμα. Περίπου ένα 5% -15% των γυναικών αναγκάζονται να βγάλουν το σπείραμα στον πρώτο χρόνο από την τοποθέτησή του, εξαιτίας της αιμορραγίας και του πόνου.

Η αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί ως αυξημένη ποσότητα αίματος στην έμμηνη ρύση ή σαν χρονική αύξηση της εμμηνορρυσίας ή στο μέσον του κύκλου ως μητρορραγία ή σταγονοειδής αιμόρροια.

β) Πυελική φλεγμονή. Οι γυναίκες που έχουν ενδομήτριο σπείραμα υπόκεινται στον κίνδυνο αυτό 4-5 φορές παραπάνω από σπείραμα που χρησιμοποιούν το χάπι και 3,3 φορές από αυτές που χρησιμοποιούν κολπικά διαφράγματα και σπερματοκτόνα.

Είναι γνωστό ότι πυελική φλεγμονή εκδηλώνεται όταν μικροοργανισμοί από το κατώτερο γεννητικό σύστημα ανέβουν στην μήτρα και στις σάλπιγγες. Θεωρείται ότι τα ενδομήτρια σπείραματα ευνοούν την ανάπτυξη φλεγμονής γιατί προκαλούν οίσηπτη φλεγμονή στις σάλπιγγες και στο ενδομήτριο και αυξάνουν τον όγκο αίματος και την διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Ακόμη ενοχοποιείται η ουρά του σπειράματος με ο νήμα για πρόσβαση μικροβίων στη μήτρα και η μόλυνση του ενδομητρίου κατά την τοποθέτηση του σπειράματος. Για την θεραπεία μιας τέτοιας κατάστασης συνιστούν χορήγηση κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής μετά απομόνωση του παθογόνου μικροοργανισμού και αφαίρεση του σπειράματος.

Άλλοι συνιστούν την αφαίρεση του σπειράματος όταν δεν έχουμε ανταπόκριση στην αντιμικροβιακή θεραπεία σε 48 ώρες από τη ρχή της θεραπείας.

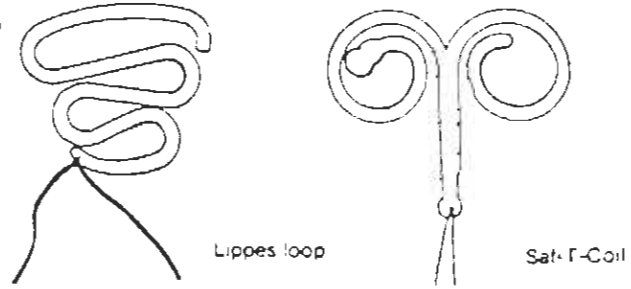
γ) Ανεπιθύμητες κήσεις σε ποσοστό 0,8-5,8% στις 100 γυναίκες που το χρησιμοποιούν για ένα χρόνο.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις εάν η γυναίκα θέλει να κρατήσει το παιδί, πρέπει να αφαιρεθεί το σπείραμα για τους εξής λόγους:

- 1) το ποσοστό αυτόματων εκτρώσεων φτάνει το 30%
- 2) υπάρχει κίνδυνος ενδομήτριας φλεγμονής
- 3) υπάρχει κίνδυνος πρώιμου τοκετού.

#### ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- α) Στην εγκυμοσύνη
- β) Σε σοβαρές μορφές τραχηλίτιδας
- γ) Σε περίπτωση καρκίνου των γεννητικών οργάνων
- δ) Αν υπάρχει test Παπανικολάου ύποπτο για κακοήθεια
- ε) Σε περίπτωση μητοορραγίας
- στ) Σε περιπτώσεις ανωμαλιών της μήτρας, οι οποίες δεν επιτρέπουν την ομαλή εισαγωγή και διατήρηση του σπειράματος
- ζ) Σε περίπτωση σαλπινγιτίτιδας και
- η) Αν υπάρχει ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης.



Πρωτη γενια ενδομητριων σπειραματων α) Lippes loop β) Sat - T - Coil.

#### ΤΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Πρόκειται για χάπια που περιέχουν συνθετικά οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε συνδυασμό ή μόνα τους.

Η δράση τους βασίζεται στην αναστολή της ωθηκακιορρηξίας την οποία προκαλούν έμμεσα στέλλοντας την έκκριση των γοναδοτροπικών ορμονών από την υπόφυση.

Εκτός από αυτό αναφέρεται ότι τροποποιούν την κινητικότητα των σαλπινγίων και τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας.

Το χάπι όπως αναφέρθηκε είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης. Ανάλογα με την περιεκτικότητά του στις ορμόνες αυτές μπορεί να διαιρεθεί σε 3 κυρίως τύπους:

- α) Τα συνδυασμένα σκευάσματα οιστρογόνων - προγεστερόνης
- β) Τα τριφασικά χάπια, τα οποία περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη σε διάφορους συνδυασμούς κατά την διάρκεια των 21 ημερών που χρησιμοποιούνται και
- γ) Τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, όλα στην ίδια δόση και χορηγούνται καθημερινά.

#### ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ

Τα περισσότερα σκευάσματα περιέχουν 21, 22 ή 28 χάπια στη κάθε σειρά. Τα χάπια που διατίθενται στη συσκευασία των 21 ή 22, έχουν έναρξη λήψης την 1η ή 5η μέρα του κύκλου. Όταν τελειώσουν η γυναίκα αφήνει να περάσει ένα διάστημα 7 ή 6 ημερών χωρίς χάπι και ξαναρχίζει τη νέα σειρά. Μέσα στις 7 ημέρες της διακοπής θα εμφανιστεί η περίοδος.

Αν η συσκευασία περιεχει 28 χάπια, η γυναίκα παίρνει ένα χάπι την ημέρα χωρίς διακοπή. Τα τελευταία 7 χάπια δεν περιέχουν ορμόνες, η λήψη τους επινοήθηκε για την διευκόλυνση της γυναίκας, που δεν θυμάται πότε θα ξαναρχίσει τη νέα σειρά.

Αν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει το χάπι τότε, ανάλογα με την ημέρα στην οποία αντιστοιχεί το χάπι αυτό, η ασφάλεια περιορίζεται. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να πάρει το 'ξεχασμένο χάπι' όσο το δυνατόν συντομότερα και να συνεχίσει κανονικά τη σειρά.

Τέλος αν η γυναίκα παρουσιάσει αίμα κατά την διάρκεια λήψης των αντισυλληπτικών, θα πρέπει να συνεχίσει να παίρνει τα χάπια. Τέτοιες μικροαιμορραγίες συμβαίνουν συχνότερα από σκευάσματα που περιέχουν μικρή δόση οιστρογόνου. Αν το αίμα είναι πολύ ή επιμένει τότε θα πρέπει να πάει στο γιατρό της.

### **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΑΠΙΩΝ**

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημά τους είναι η αποτελεσματικότητα στην αποφυγή εγκυμοσύνης. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κυμαίνονται σε 1 κύηση ανα 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν την μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο. Από τις άλλες ευεργετικές τους δράσεις θα πρέπει να αναφέρουμε:

- α) την ελάττωση της προεμμηνορρυσιακής τάσης,
- β) την ύφεση των συμπτωμάτων δυσμηνόρροιας
- γ) την ελάττωση της απώλειας αίματος κατά την περίοδο
- δ) τον μικρότερο κίνδυνο (καλοήθων παθήσεων του μαστού, ινσουλίνωμα, κύστεις)
- ε) τη χαμηλή συχνότητα κυύστερων των ωοθηκών και πνευλικών φλεγμονών
- στ) την ελάττωση του κινδύνου εξωμήτριων κυήσεων,
- ζ) την μείωση επίπτωσης καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών

### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑ ΤΩΝ ΧΑΠΙΩΝ**

Το βασικότερο μειονέκτημα είναι η δυσχέρεια στην τακτική λήψη τους. Παρ'όλα αυτά αν το χάπι γίνει συνήθεια, το ενδεχόμενο αυτό μπορεί να εξαλειφθεί.

### **ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΑΠΙΩΝ**

Οι παρενέργειες εξαρτώνται από το ποσό οιστρογόνου ή προγεστερόνης που περιέχει το κάθε είδος χαπιού και μπορεί να είναι:

- 1) Αιμόρροια από τον κόλπο. Είναι αποτέλεσμα της χαμηλής ποσότητας των οιστρογόνων, τα οποία δεν είναι αρκετά να σταθεροποιήσουν το ενδομήτριο. Συμβαίνει συχνότερα με χάπια χαμηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνα.
- 2) Αύξηση του βάρους. Οφείλεται σε αυξημένη κατακράτηση υγρών, αλλά μπορεί να αντιμετωπισθεί με κατάλληλη δίαιτα.
- 3) Εμφάνιση χλοάσματος (μαύρισμα του δέρματος του προσώπου). Παρατηρείται σπάνια με χάπια μικρών δόσεων ορμονών και μερικές φορές μπορεί να παραμείνει μόνιμα.
- 4) Κατάπτωση ή κατάθλιψη. Παρουσιάζεται σε μερικές γυναίκες μπορεί όμως να υποχωρήσει σημαντικά με χορήγηση βιταμίνης Β6.
- 5) Αμηνόρροια μετά την διακοπή των χαπιών. Μπορεί να διαρκέσει μερικές φορές για 6 ή περισσότερους μήνες και παρατηρείται στο 1% των γυναικών.

Οι σοβαρές παρενέργειες που μπορεί να παρουσιασθούν σε γυναίκες, που παίρνουν το χάπι είναι:

1) Θρομβώσεις αγγείων. Είναι συχνές σε γυναίκες μετά τα 30, που καπνίζουν συγχρόνως, καθώς και σε γυναίκες μετά τα 35, ανεξάρτητα από το αν είναι καπνίστριες ή όχι. Οι θρομβώσεις των αγγείων μπορεί να προκαλέσουν:

α) Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή. Ο κίνδυνος έχει βρεθεί ότι είναι 5,7 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες, που παίρνουν χάπια, και σχετίζεται περισσότερο με το οιστρογονικό τους μέρος.

β) Εμφραγμα της καρδιάς. Ο κίνδυνος για έμφραγμα είναι αυξημένος στις γυναίκες με μεγάλο βάρος.

υπέρταση και υπερλιπιδαιμία.

γ) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Ο κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας ή θρόμβωσης είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που παίρνουν το χάπι.

2) Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και συγκεκριμένα αύξηση των τριγλυκεριδίων του πλάσματος και της χοληστερίνης με έμμεση αύξηση του κινδύνου αγγειακών διαταραχών.

3) Επιδείνωση του υπάρχοντος διαβήτη σε ορισμένες γυναίκες

4) Υπέρταση. Γυναίκες που παίρνουν ορμονικά αντισυλληπτικά αναπτύσσουν υπέρταση μετά 5 χρόνια χορήγησης σε ποσοστό μέχρι 5%

5) Καλοήγη αδενώματα του ήπατος και

6) Αυξηση των παθήσεων των χοληφόρων.

#### **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ**

1) Γυναίκες μεγαλύτερες των 35 χρόνων

2) Καπνίστριες ιδίως αν είναι πάνω από 30 χρόνων

3) Εγκυμοσύνη

4) Αδιάγνωστες αιμορραγίες των γεννητικών οργάνων

5) Θρομβοφλεβίτιδα, κίρσοι, θρομβοεμβολικά επεισόδια, εγκεφαλική αγγειοπάθεια, στεφανιαία νόσος.

6) Παθήσεις του ήπατος.

7) Γνωστές ή ύποπτες κακοήθειες του μαστού ή του γεννητικού συστήματος

8) Διαβήτης

9) Συγγενής υπερλιπιδαιμία

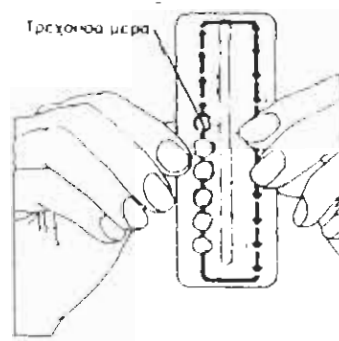
10) Υπέρταση

✎ 11) Αιμοσφαιρινοπάθειες

12) Επιληψία

13) Ινομώματα της μήτρας

14) Ιστορικό ικτέρου κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης



Επίσης η γυναίκα που πρόκειται να αρχίσει αντισύλληψη με το χάπι πρέπει να κάνει τις εξής εξετάσεις:

1) Γενική και γυναικολογική εξέταση. 2) Εξέταση κατά Παπανικολάου. 3) Γενική εξέταση αίματος 4) Ηπατικές δοκιμασίες 5) Έλεγχο λιπιδίων αίματος. 6) Σάκχαρο αίματος

#### **ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ Η ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ;**

Σήμερα είναι δεδομένο ότι δύο δύο είδη καρκίνων της ωοθήκης και του ενδομητρίου επηρεάζονται ευνοικά από τα αντισυλληπτικά, όπως επίσης μερικές καλοήγεις παθήσεις του μαστού. Αντίθετα ορισμένοι όγκοι του ήπατος επηρεάζονται δυσμενώς.

Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση σχετικά με τη σχέση του χαπιού με τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου.

Για τον καρκίνο του μαστού οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι ο κίνδυνος δεν αυξάνει με την λήψη αντισυλληπτικών.

Παρ' ότι πρόσφατες μελέτες αναφέρουν σχετικά αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου σε γυναίκες



με μακροχρόνια λήψη του χαπιού δεν μπορεί κανείς να καταλήξει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα μια και τα δεδομένα αυτά δεν επιβεβαιώνονται από άλλες μελέτες.

### **Τι ονομάζουμε μικροχάπια;**

Είναι χάπια που περιέχουν μόνο συνθετική προγεστερόνη σε μικρές ποσότητες και παίρνονται σε συνεχή καθημερινή βάση.

Ο τρόπος δράσης τους, δεν αφορά την αναστολή της ωοθυλακιωρρηξίας, αλλά την τροποποίηση της τραχηλικής βλέννας και του ενδομητρίου, που γίνεται έτσι ακατάλληλο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Τα πλεονεκτήματά τους συνδέονται με την ελάττωση των παρενεργειών που οφείλονται στα οιστρογόνα, τα οποία περιέχονται στα συνήθη αντισυλληπτικά. Έχουν όμως και μειονεκτήματα, που αφορούν τη σχετική αύξηση του κινδύνου εγκυμοσύνης (2.5%) και μάλιστα της εξωμήτριας και την εμφάνιση ξαφνικών μητρορραγιών.

Συνιστώνται κυρίως σε γυναίκες μετά τα 35 χρόνια.

### **Τι ονομάζουμε χάπι μετά την επαφή;**

Τα χάπια αυτά, χρησιμοποιούνται μετά από επαφές, σε γόνιμες ημέρες οπότε το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης ήταν υψηλό. Πρόκειται για χάπια που περιέχουν πολύ μεγάλες δόσεις οιστρογόνων, τα οποία εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την ωρίμανση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Σήμερα χρησιμοποιείται πολύ σπάνια, γιατί οι παρενέργειές του είναι αρκετές και σοβαρές. Αναφέρονται σοβαρού βαθμού ναυτία και έμετοι, αύξηση της επίπτωσης εξωμήτριας εγκυμοσύνης και πιθανή τερατογένεση (αφορά το έμβρυο) ή ανωμαλίες στο γεννητικό σύστημα του κοριτσιού που πιθανόν θα γεννηθεί.

## **ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ**

Μερικά στεροειδή σκευάσματα, χορηγούμενα ενδομυϊκά προκαλούν παρατεταμένη ανασταλτική δράση στον υποθάλαμο. Τα σκευάσματα αυτά δρουν ιδιαίτερα στην παραγωγή της εκλυτικής γοναδοτρόπου ορμόνης του υποθαλάμου.

Από τα πιο γνωστά προγεστερινοειδή σκευάσματα είναι η οξεική μεδροξυπρογεστερόνη η οποία, όταν χορηγείται σε υδατικό εναιώρημα ενδομυϊκά σε δόση 150 mg κάθε 90 ημέρες, προκαλεί μόνιμη αναστολή της παραγωγής των ωχρινστρού ορμόνης της υπόφυσης.

Μειονέκτημα του σκευάσματος αυτού αποτελεί η εμφάνιση ανωμαλιών στην εμμηνορρυσία με την μορφή της αμηνόρροιας ή μητρορραγίας σε άτακτα χρονικά διαστήματα.

Το αντισυλληπτικό όμως αποτέλεσμα της παρεντερικής χορήγησης είναι πολύ αξιόλογο, με μικρή συχνότητα ανεπιθύμητων κυήσεων.

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

### **Α) ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Σήμερα υπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τρόποι για την απολίνωση των σαλπίνγων: α) η κοιλιακή απολίνωση των σαλπίνγων β) η απολίνωση των σαλπίνγων με μικρολαπαροτομία γ) η κοιλιακή απολίνωση και δ) η ηλεκτροπληξία των σαλπίνγων με λαπαροσκόπηση.

Η επιλογή της μεθόδου γίνεται από το γιατρό και η εκτίμηση του επηρεάζεται από το αν η στειρώση γίνεται αμέσως μετά τον τοκετό ή κάποια άλλη στιγμή.

Ο όρος απολίνωση συνεπάγεται κατά κανόνα τη χειρουργική αφαίρεση ενός τμήματος από κάθε σάλπιγγα. Τα δυο κομμάτια της σάλπιγγας κλείνονται ή το καθένα ενώνεται χωριστά με αποτέλεσμα μια ανατομική λύση της συνέχειας των σαλπίνγων. Οι λεπτομέρειες της επέμβασης διαφέρουν από γιατρό σε

γιατρό.

Στη συνέχεια αναφέρονται συνοπτικά οι τέσσερις διαφορετικοί τρόποι απολίνωσης των σαλπίνγων:

### **1) ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ**

Η κοιλιακή απολίνωση είναι σήμερα η πιο κοινή μέθοδος στη θεληματική στειρώση. Γίνεται με τομή στο δέρμα της κοιλιάς. Ανη απολίνωση γίνεται αμέσως μετά τον τοκετό η τομή γίνεται 2 1/2 - 5 cm κάτω από τον ομφαλό, στο επίπεδο δηλ. των σαλπίνγων. (Μετά τον τοκετό η μήτρα είναι ακόμη αρκετά μεγάλη, γι αυτό και οι σάλπιγγες αριστερά και δεξιά της βρίσκονται αρκετά ψηλά στην κοιλιά). Στις γυναίκες που δεν εγκυμονούν και η μήτρα τους είναι σε φυσιολογικό μέγεθος, η τομή γίνεται πολύ πιο χαμηλά, στο τριχωτό της ήβης. Η κοιλιακή απολίνωση μπορεί να γίνει όποτε το αποφασίσει η γυναίκα, αν και για τις περισσότερες γυναίκες η πιο κατάλληλη στιγμή είναι αμέσως μετά τον τοκετό. Αν ο τοκετός έγινε με γενική η τοπική νάρκωση, συχνά η απολίνωση μπορεί να γίνει χωρίς πρόσθετη νάρκωση. Η επέμβαση διαρκεί 30 min και η γυναίκα δεν χρειάζεται να μείνει στο νοσοκομείο περισσότερες μέρες από ότι θα έμενε για τον τοκετό. Αν η γυναίκα έχει γεννήσει φυσιολογικά χωρίς νάρκωση, η απολίνωση μπορεί να γίνει μετά τον τοκετό, μόλις το επιτρέψουν οι συνθήκες. Ωστόσο, η επέμβαση προϋποθέτει γενική νάρκωση. Στην περίπτωση που η γυναίκα γέννησε με καισαρική τομή, η απολίνωση γίνεται ταυτόχρονα με την καισαρική.

Η κοιλιακή απολίνωση είναι μια σχετική απλή και εύκολη επέμβαση, που δεν απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και ασυνήθεις χειρισμούς. Σαν επέμβαση είναι σχεδόν ακίνδυνη και τα αποτελέσματά της (η προστασία από την εγκυμοσύνη) σχεδόν 100%. Επειδή το μεγαλύτερο μέρος της σάλπιγγας μένει αλώβητο σε ορισμένες περιπτώσεις, η κοιλιακή απολίνωση είναι δυνητικά αντιστρεπτή.

### **2) ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΛΑΠΑΡΟΤΟΜΙΑ**

Η επέμβαση γίνεται με μια μικρή εγκάρσια τομή 2,5-3cm ακριβώς πάνω από το τριχωτό της ήβης. Η βασική τεχνική διαφορά σ' αυτή τη μέθοδο είναι η χρήση ενός εργαλείου που πλησιάζει τη μήτρα, και τις σάλπιγγες στην ευθεία της τομής, έτσι ώστε ο χειρουργός να μπορεί να απολινώσει τις σάλπιγγες που τις έχει μπροστά του. Η επέμβαση είναι απλή, γρήγορη και μπορεί να γίνει με τοπική νάρκωση στο ιατρείο, κάτι που περιορίζει αισθητά το κόστος της.

### **3) ΚΟΛΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ**

Αυτή η μέθοδος απολίνωσης δεν διενεργείται ποτέ μετά τον τοκετό γιατί οι σάλπιγγες βρίσκονται πολύ ψηλά και δεν μπορεί να τις πιάσει ο γιατρός. Συνήθως γίνεται σε γυναίκες που δεν εγκυμονούν, που τα γεννητικά τους όργανα είναι φυσιολογικά και ο κόλπος αρκετά ευρύχωρος (η επέμβαση γίνεται μέσα από τον κόλπο και το εγχειρητικό πεδίο είναι πολύ περιορισμένο).

Η επέμβαση γίνεται με μια μικρή τομή στον άνω κόλπο, ακριβώς πίσω από τον τράχηλο, και αποκαλύπτεται η κοιλιακή χώρα μέσα από ένα κενό ανάμεσα στη μήτρα και στο ορθό. Ακινητοποιούνται οι σάλπιγγες, κόβεται ένα τμήμα τους και τα κομμένα άκρα περιδέονται.

Στα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου απολίνωσης είναι το γεγονός ότι φέρνει λιγότερα ενοχλήματα στις γυναίκες και δεν αφήνει ουλές ή ραβδώσεις ενώ ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο κυμαίνεται από 48 έως 72 h.

Σαν μειονεκτήματα αναφέρονται α) η μεγαλύτερη απώλεια αίματος σε σχέση με άλλες μεθόδους απολίνωσης (η τεχνική, η αποκάλυψη των οργάνων της πυέλου είναι πιο δύσκολη και ο χειρουργός ενεργεί σχεδόν στα τυφλά) β) ο κίνδυνος πιθανής πυελικής μόλυνσης (τα βακτηρίδια του κόλπου μπορούν εύκολα να εισχωρήσουν στην πυελική κοιλότητα). Γι αυτούς τους λόγους η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά.

### **4) ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΜΕ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Αυτή η τεχνική προορίζεται κυρίως για τις γυναίκες που δεν έχουν μείνει έγκυες πρόσφατα. Κάτω από γενική και σπάνια από τοπική νάρκωση με μια μικρή παρακέντηση κάτω ακριβώς από τον ομφαλό

διοχετεύεται σιγά - σιγά μέσα στην κοιλιακή χώρα καθαρό διοξείδιο του άνθρακα. Καθώς το σώμα της ασθενούς κρέμεται με το κεφάλι προς τα κάτω, το αέριο διογκώνει την κοιλιά και απομακρύνει το έντερο από τα πυελικά όργανα, αποκαλύπτοντας έτσι τη μήτρα και τις σάλπιγγες.

Η οπή της παρακέντησης διευρύνεται τότε αρκετά για να περάσει το λαπαροσκόπιο, ένα λεπτός σωλήνας που μοιάζει με τηλεσκόπιο, εξοπλισμένος με ένα δυνατό φως που δεν καίει. Όταν εντοπιστούν οι σάλπιγγες με το λαπαροσκόπιο, εισάγεται από την ίδια οπή ή από άλλη στο υπογάστριο, ένα δεύτερο εργαλείο για καυτηρίαση των ιστών. Με προσοχή ανασηκώνονται οι σάλπιγγες και καυτηριάζονται σε 2-3 σημεία. Όταν τελειώσει η επέμβαση, δίνεται διέξοδος στο διοξείδιο και όσο παραμένει απορροφάται ακίνδυνα από τον οργανισμό. Ο δείκτης αποτυχίας κυμαίνεται γύρω στο 0,2%, ποσοστό πολύ μικρό σε σχέση με τις άλλες μεθόδους απολίνωσης των σαλπίγγων.

Η επέμβαση δεν απαιτεί πολυήμερη παραμονή στο νοσοκομείο. Αν όλα πάνε καλά, η γυναίκα μπορεί να φύγει την επομένη. Η λαπαροσκόπηση, δεν πρέπει να θεωρείται εύκολη επέμβαση, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως ακατάσχετη αιμορραγία, διάτρηση κάποιου οργάνου ηλεκτρικά εγκαύματα του εντέρου. Επίσης, η επέμβαση αυτή είναι μη αναστρέψιμη λόγω της εκτεταμένης ουλοποίησης και ίνωσης των σαλπίγγων.

### **5) ΜΗΤΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ**

Πρόκειται για μια μέθοδο στείρωσης που συνίσταται στην εισαγωγή ενός λεπτού τηλεσκοπικού οργάνου μέσα από τον τραχηλικό σωλήνα στην κοιλότητα της μήτρας. Μόλις εντοπιστούν τα μικρά στόμια των σαλπίγγων καυτηριάζονται με ένα άλλο εργαλείο που εισάγεται μέσα από το τηλεσκόπιο. Η επέμβαση διαρκεί λιγότερο από 5 min και δεν χρειάζεται ούτε τομή ούτε ειδικός χειρουργικός εξοπλισμός, μπορεί να γίνει ακόμη και στο ιατρείο του γυναικολόγου. Μέχρι σήμερα λίγες σχετικά γυναίκες έχουν υποβληθεί σ' αυτή την επέμβαση με ποσοστό επιτυχία γύρω στο 90%

Η εφαρμογή της μεθόδου διαδίδεται καθημερινά και δεν αποκλείεται, η μητροσκοπική στείρωση μια μέρα να αποδειχθεί σαν ο πιο εύκολος, ο πιο γρήγορος, ο πιο ακίνδυνος και ο πιο φτηνός τρόπος στείρωσης.

### **ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ;**

Η γυναίκα μπορεί να επαναλάβει τις σεξουαλικές επαφές της, μετά τη στείρωση, ανάλογα με τις συμβουλές του γιατρού της, με τη διάθεσή της και με την μέθοδο που ακολούθησε. Η στείρωση με λαπαροσκόπηση ή με κοιλιακή απολίνωση επιβάλλει αποχή από τη συνουσία για 1-2 εβδομάδες, στην κολπική απολίνωση απαιτείται αποχή 4-6 εβδομάδων τουλάχιστον ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή και τέλεια επούλωση της τομής στον άνω κόλπο. Η στείρωση δεν επηρεάζει καθόλου τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας, αντίθετα μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωσή της γιατί την απελευθερώνει από το φόβο μιας εγκυμοσύνης.

Η γυναίκα θα εξακολουθήσει να έχει ωορρηξία, έμμηνη ρύση και μια απόλυτα φυσιολογική παραγωγή γυναικείων ορμονών, γιατί η μήτρα και οι ωοθήκες μένουν αλώβητες. Η γυναίκα θα είναι όπως και πριν με την εξαίρεση ότι δεν θα μπορεί να μείνει έγκυος. Τα ωάρια που θα απελευθερώνονται από τις ωοθήκες θα αποσυντίθενται σιγά - σιγά και θα απορροφούνται από τον οργανισμό.

Όλες οι μέθοδοι αποκλεισμού των σαλπίγγων έχουν κατά κανόνα μόνιμο και μη αναστρέψιμο αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής πλαστικής αποκατάστασης των σαλπίγγων είναι απογοητευτικά. Γι αυτό η επέμβαση, θα πρέπει να γίνεται ύστερα από σοβαρή σκέψη και ιδιαίτερα για τις γυναίκες κάτω των 30 ετών και να μην θεωρείται ιδανική και καλύτερη λύση αντισύλληψης.

### **Β) ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ - ΒΑΖΕΚΤΟΜΗ**

Τα σπερματοζωάρια μεταφέρονται από τους όρχεις στην ουρήθρα του πέους μέσα από τους δύο σπερματικούς πόρους. Η βαζεκτομή είναι η λύση της συνέχειας αυτών των διαβάσεων στο πιο ευπρόσιτο ανατομικό σημείο τους - ακριβώς κάτω από το δέρμα σε κάθε πλευρά του οσχέου. Η επέμβαση διαρκεί 20-30 min και γίνεται στο ιατρείο. Με τοπική νάρκωση διενεργείται μια μικρή τομή και από τις δύο πλευρές του οσχέου. Μετά αφαιρείται ένα τμήμα από κάθε σπερματικό πόρο και κλείνονται τα ελεύθερα άκρα. Στις

περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται ελαφρύς πόνος και ο άντρας μπορεί να επαναλάβει τις δραστηριότητές του μέσα σε δύο μέρες.

Μετά τη βαζεκτομή πρέπει να χρησιμοποιείται είτε από τη γυναίκα είτε από τον άντρα κάποια αντισυλληπτική μέθοδος και αυτό γιατί οι άντρες εξακολουθούν να έχουν πλήθος σπερματοζωαρίων πάνω στο σημείο που έγινε η βαζεκτομή. Στους περισσότερους άνδρες απαιτείται ένα διάστημα 6 εβδομάδων - 2 μηνών τακτικής συνουσίας για να απομακρυνθούν τα εναπομείναντα σπερματοζωάρια. Ωστόσο πολλοί ουρολόγοι συνιστούν προφύλαξη για 3-4 μήνες μέχρις ότου το σπερματικό υγρό είναι ελεύθερο σπερματοζωαρίων.

Η βαζεκτομή δεν επηρεάζει τη σεξουαλική ικανότητα του άντρα ούτε παρεμποδίζει την παραγωγή αντρικών ορμονών. Ο άντρας θα έχει κανονική στύση, θα φτάνει σε οργασμό, θα εκσπερματώνει. Η ποσότητα της εκσπερμάτωσης δεν θα επηρεαστεί, το σπερματικό υγρό θα είναι τώρα ένα μίγμα από εκκρίσεις του προστάτη, και των σπερματοδόχων κύστεων.

Αν και είναι δυνατόν να επανασυνδεθεί με επιτυχία ο σπερματικός πόρος με μικροχειρουργική στο 80 με 90% των περιπτώσεων η γονιμότητα δεν επανέρχεται πάντοτε. Αιτία είναι η παρουσία αντισωμάτων κατά του σπέρματος. Αν, παρόλα αυτά, ο άντρας επιθυμεί να αντιστρέψει τη βαζεκτομή (δαπανηρή και πολύωρη επέμβαση) θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα αν η επέμβαση γίνει τα πρώτα 10 χρόνια από τη βαζεκτομή.

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι η θεληματική στειρώση του ενός από τους δύο θα πρέπει να συστήνεται μόνο σε συναισθηματικά ώριμα άτομα που ξέρουν τι θέλουν και μετά από ώριμη σκέψη επιθυμούν μια αποτελεσματική και μόνιμη λύση αντισύλληψης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

## ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

### ΓΕΝΙΚΑ

Λέγοντας στειρότητα εννοούμε την ανικανότητα αναπαραγωγής σ' ένα ζευγάρι που μπορεί να έχει ολοκληρωμένες σχέσεις, μετά από ένα χρόνο κοινής συμβίωσης. Ο χρόνος αυτός αποτελεί οδηγό σημείο για ν' αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στειρότητας. Η στειρότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ανικανότητα που είναι η αδυναμία της σεξουαλικής επαφής, ούτε με την αγωνιμότητα όπου μπορεί να υπάρχει ικανότητα σύλληψης αλλά ανικανότητα συμπλήρωσης της εγκυμοσύνης.

Τρεις είναι κυρίως οι παράγοντες που παρεμβαίνουν ώστε να επιτευχθεί εύκολα μια εγκυμοσύνη: η ηλικία της γυναίκας και του άνδρα, η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών και η διάρκεια του χρόνου με επαφές χωρίς να παίρνονται αντισυλληπτικά μέτρα.

- Φυσιολογικό σπέρμα
- Ανοικτές σπερματικές οδοί
- Ωοθυλακιορρηξία
- Συνουσία τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας
- Φυσιολογική τραχηλική βλέννα
- Φυσιολογική γεννητική οδός (κόλπος, μήτρα, σάλπιγγες) στη γυναίκα.

Υπολογίζεται ότι ποσοστό 25% του πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Η στειρότητα είναι κάτι το προσωπικό που όμως αφορά την κοινή ζωή του ζευγαριού, αφού συχνά δημιουργεί έλλειψη κατανόησης και ψυχολογικά τραύματα στον ένα ή στον άλλον. Συνήθως από την έλλειψη σεξουαλικής αγωγής, το φταίξιμο αποδίδεται στη γυναίκα και οι άντρες απαιτούν να υποβάλλεται εκείνη στις εξετάσεις, όμως έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη του άντρα είναι κάθε άλλο παρά ασήμαντη, αφού στατιστικά 35-40% των περιπτώσεων αφορούν αυτόν.

■ Πάρχουν δύο είδη στειρότητας:

- α) η προσωρινή ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που ονομάζεται παροδική στειρότητα
- β) η ολική ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που καλείται στειρότητα

### ΑΙΤΙΑ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ

Η ανδρική στειρότητα μπορεί να οφείλεται σε αλλοιώσεις στην παραγωγή σπερματοζωαρίων, ή τραυματισμοί στους σπερματικούς πόρους ή ακόμη ανικανότητα σωστής τοποθέτησης του σπέρματος στον κόλπο.

Οι ανωμαλίες στην παραγωγή σπερματοζωαρίων χαρακτηρίζονται από πλήρη αδυναμία στην παραγωγή τους δηλ. αζωοσπερμία και από παραγωγή πολύ λίγων σπερματοζωαρίων (ολιγοσπερμία). Τέλος η πολύ μικρή κινητικότητα που συχνά παρουσιάζουν τα σπερματοζωάρια είναι αίτιο στειρότητας.

Συνηθισμένη αιτία ανώμαλου σπέρματος είναι η προσβολή των όρχεων κατά την παιδική ηλικία από παρωτίτιδα. Κακής ποιότητας σπέρμα προκαλούν διάφορες γενικές παθήσεις π.χ. φυματίωση, λοιμώδης μονοπυρήνωση, ασθένειες που αυξάνουν την θερμοκρασία του σώματος, το έντονο stress, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινόπνευματος κ.λ.π.

Οι ανωμαλίες στους σπερματικούς πόρους χαρακτηρίζονται από απόφραξη της επιδιδυμίδας που είναι συχνή μετά από βλεννόρροια και φυματίωση. Επίσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα τοπικών τραυματισμών ή εγχείρησης βουβωνοκήλης. Σπανιότερα εμφανίζεται συγγενής έλλειψη σπερματοδόχων κύστεων και σπερματικών πόρων.

Το σπέρμα δεν είναι δυνατόν να διοχετευθεί και να τοποθετηθεί στον κόλπο όταν η εκποσπερμάτωση είναι πρόωρη ή παλίνδρομη.

Πολλές φορές η αδυναμία εκποσπερμάτωσης είναι αποτέλεσμα οργανικής ή ψυχοσωματικής ανικανότητας και συναισθηματικής υπερφορτώσεως.

### **ΑΙΤΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ**

Το κύριο αίτιο της στειρότητας των γυναικών είναι η ανικανότητα ωορρηξίας. Αυτό πιθανόν οφείλεται σε ορμονική ανεπάρκεια, αναιμία, ανεπάρκεια βιταμινών, κακή διατροφή, ψυχικό stress ή σε εμφάνιση όγκου που είναι δυνατόν να φράζει την είσοδο της μήτρας.

Ακόμη ένα πολύ συνηθισμένο αίτιο στειρότητας είναι οι διάφορες ανωμαλίες των σαλπίνγων που οφείλονται σε φλεγμονικές καταστάσεις, σε συγγενείς ανωμαλίες, απλασίες και δυσπλασίες. Τέλος η λειτουργία των σαλπίνγων μπορεί να διαταραχθεί καθαρά από ψυχοσωματικά αίτια.

Οι ανωμαλίες της μήτρας, τα ινομυώματα και οι πολύποδες, οι φλεγμονές του ενδομητρίου, οι υπεπλασίες και οι υποπλασίες είναι συχνά αίτια στειρότητας. Επίσης η τραχηλική βλέννη έχει ουσιαστικό ρόλο στη γονιμοποίηση, κάθε αλλοίωση της φυσικοχημικής σύστασής της μπορεί ν' αποτελέσει εμπόδιο στη σύλληψη.

Η αλλοίωση αυτή μπορεί να οφείλεται σε μικροοργανισμούς ή στην παρουσία αντισωμάτων προς τα σπερματοζωάρια, ενώ είναι πολύ συχνή η παντελής έλλειψη της βλέννης στη γυναίκα.

Οι ανωμαλίες του κόλπου, λόγω φλεγμονών είναι συχνά αίτιο στειρότητας γιατί δεν επιτρέπουν την επιβίωση των σπερματοζωαρίων. Επίσης πολλές φορές ο κόλπος κάνει αδύνατη την είσοδο του πέους και την επανόθεση του σπέρματος με αποτέλεσμα την στειρότητα.

Οι επανειλημμένες αποβολές ή εκτρώσεις αποτελούν το συνηθέστερο αίτιο της δευτεροπαθούς στειρότητας γιατί προκαλούν φλεγμονές, ενδομητρίτιδα και άλλες ανωμαλίες της μήτρας.

Τέλος σαν αφορμές στειρότητας θεωρείται η έκθεση της γυναίκας σε ακτίνες X ή στο ράδιο και η ασυμβατότητα του Rhesus.



### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η μελέτη της στειρότητας πρέπει να ακολουθεί ένα καθορισμένο σχέδιο, που να αποβλέπει στην κατάκτηση του τελικού στόχου. Περίπου μέσα σ' ένα μήνα με τις κατάλληλες εξετάσεις μπορεί να δοθεί η αναμενόμενη απάντηση στο στειρό ζευγάρι.

**Μελέτη του άνδρα:** Εάν ο σύζυγος δεν είναι πρόθυμος να συνεργαστεί, ίσως είναι ανώφελο να εξεταστεί η σύζυγος, εκτός εάν αυτή έχει άμεσα σοβαρά προβλήματα όπως είναι η αμηνόρροια ή ο πυελικός πόνος. Είναι απαραίτητο μέσα στις εξεταστικές διαδικασίες ο γιατρός να υποβάλλει ερωτήσεις στο σύζυγο σχετικά με αρρώστιες που πιθανόν να είχε περάσει στο παρελθόν όπως είναι η παρωτίτιδα, η ορχίτιδα ή T.B.C., ο παιδικός διαβήτης, επαγγελματικά ατυχήματα, όπως έκθεση σε ακτινοβολία ή σε ραδιενεργές πηγές και άλλα.

Επίσης οι ερωτήσεις πρέπει να αφορούν στις σεξουαλικές συνήθειες και στις κοινωνικές έξεις, όπως είναι η υπερβολική χρήση οινόπνευματων και καπνίσματος.

Ο σύζυγος πρέπει επίσης να ερωτάται για τις στάσεις που παίρνει κατά την διάρκεια των σεξουαλικών σχέσεων. Πρέπει να διερευνάται η πιθανότητα πρόωρης εκποσπερμάτωσης αλλά και αν ακόμη γνωρίζει την είσοδο του κόλπου. Υπάρχουν περιπτώσεις που ούτε ο ένας, ούτε ο άλλος σεξουαλικός σύντροφος γνώριζαν ότι δεν ήταν ολοκληρωμένη η συζυγική τους σχέση, γιατί π.χ. υπήρχε ένας σκληρός παρθενικός υμένας.

Επίσης ορισμένοι που ασχολούνται με επαγγέλματα τα οποία τους φέρνουν σε επαφή με ορισμένα μέταλλα, όπως ο μόλυβδος, ο ψευδάργυρος ο χαλκός κ.α. μπορεί δυνητικά να έχουν υποστεί δυσμενή

επίδραση. Ακόμη ως υπεύθυνη για διαταραχές σπερματογένεσης θεωρείται η επαγγελματική οδήγηση, γιατί έχει ως αποτέλεσμα την τοπική αύξηση της θερμότητας στην περιοχή του οσχέου. Επίσης το οικογενειακό ιστορικό, αλλά και η τοποθέτηση του ζευγαριού απέναντι στην δημιουργία οικογένειας πρέπει να εξετάζονται.

Ακόμη ο γιατρός δεν πρέπει να παραγνωρίζει τη σημασία της συγκινησιακής και φυσικής επίδρασης όπως και των ανωμαλιών της διαίτας που σχετίζονται συνήθως με απώλεια ή με αύξηση του σωματικού βάρους.

Η πλήρης ιατρική εξέταση του συζύγου είναι υποχρεωτική. Εμφαση πρέπει να δοθεί στην ουρολογική εξέταση και σε τυχόν ενδείξεις για ύπαρξη ενδοκρινοπάθειας.

Συγγενείς ανωμαλίες όπως υποσποδίας, κρυφορχία, ατροφία όρχεων, εκσημοσμένη κίρσοκλήλη ή προστατίτιδα, αποτελούν παθολογικές καταστάσεις, που απαιτούν άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης φανερή έλλειψη τρίχωσης, ασυνήθιστη υπερλίπωση ή αντίθετα υπολειπόμενη μυϊκή ανάπτυξη πρέπει να εκτιμώνται ανάλογα.

### **Μέθοδοι εκτίμησης της γονιμότητας στον άνδρα**

1) Ιστορικό, κλινική εξέταση, μέγεθος όρχεων, έλεγχος επικουρικών γεννητικών αδένων, αναζήτηση κίρσοκλήλης.

2) Σπερμοδιάγραμμα

3) Εργαστηριακά. Ορολογικές αντιδράσεις (VDR, Wasserman, Kabri κ.λ.π.) γενική αίματος, ΙΚΙ γενική ούρων, ληψη προστατικού εκκρίματος για καλλιέργεια, βιοχημικό και ανοσολογικό έλεγχο.

4) FSH, LH, τεστοστερόνη, προλακτίνη, T3 και T4.

5) Χρωματίνη φύλου, καρυότυπος.

6) Έλεγχος τουρκικού εφιππίου (ακτινογραφία, αξονική τομογραφία κ.λ.π.)

7) Έλεγχος διαβατότητας σπερματοδόχων πόρων

8) Βιοψία όρχεων

9) Σπινθηρογράφημα όρχεων

10) Φλεβογραφία

**Μελέτη της γυναίκας:** Για τη σωστή εκτίμηση του γυναικείου παράγοντα, χρειάζεται ο έλεγχος των επιμέρους στοιχείων του γεννητικού συστήματος, που μπορεί να επηρεάζουν τη γονιμότητα. Βέβαια πάντοτε κανείς αρχίζει με το γυναικολογικό ιστορικό, τη φυσική και τη γυναικολογική εξέταση.

Η σχέση, που υπάρχει ανάμεσα στην τραχηλική βλέννα και το σπέρμα, ελέγχεται με τη δοκιμασία μετά τη συνουσία, το γνωστό Sims - Huhnet test. Εκτός από αυτό η διαπερατότητα της τραχηλικής βλέννας από τα σπερματοζωάρια δοκιμάζεται σε in vitro τεχνική. Η μεταφορά του σπέρματος, εκτός από τις άλλες αναπαραγωγικές λειτουργίες της μήτρας, αποτελεί ένα από τα πρώτα σημαντικά βήματα στη γονιμοποίηση.

Η συστατικότητα του μυομητρίου φαίνεται, ότι παίζει σπουδαιότερο ρόλο στη λειτουργία αυτή και από την ίδια την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Αλλά και η προετοιμασία της ενδομήτριας κοιλότητας κάτω από την επίδραση των γεννητικών στεροειδών ορμονών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της εμφύτευσης του κυήματος μέσα στο λειτουργικό ενδομήτριο, το φθαρό.

Η σωστή προετοιμασία του ενδομητρίου μπορεί να ελεγχθεί με γραμμοειδείς βιοψίες μεταξύ 21ης - 28ης ημέρας του κύκλου.

**Με την εξέταση αυτή διαπιστώνεται έμμεσα, εκτός από την ωορρηξία και η εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου, που προκαλεί τις αντίστοιχες ιστολογικές μεταβολές στο ενδομήτριο.**

Η ανάπτυξη της υστεροσκόπησης, αλλά ιδιαίτερα της υστεροσκόπησης επαφής έχει συντελέσει όχι μόνο στον αδρό έλεγχο της μορφολογικής κατάστασης της ενδομήτριας κοιλότητας αλλά και στον έλεγχο των ιστολογικών μεταβολών του ενδομητρίου.

Βέβαια η κλασική πια υστεροσαλπιγγογραφία εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα βασικά βοηθήματα στον έλεγχο όχι μόνο της κοιλότητας της μήτρας, αλλά και της διαβατότητας των σαλπίγγων.

Η σάλπιγγα δεν είναι μόνο ένας απλός αγωγός των σπερματοζωαρίων και του ωαρίου αλλά ένα από τα πιο δραστήρια αλλά και τα πιο ευπαθή συγχρόνως όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος.

Η διαβατότητα των σαλπίγγων ελέγχεται με την εμφύσηση CO<sub>2</sub>, με την υστεροσαλπιγγογραφία που αναφέρθηκε προηγούμενα και με τη λαπαροσκόπηση, όπου εκτός από τη διαπίστωση της διαβατότητας γίνεται και η μορφολογική επισκόπηση, ιδιαίτερα του κωδωνικού άκρου της σάλπιγγας.

Βέβαια καμιά από τις παραπάνω μεθόδους δε δίνει πληροφορίες για το ενδοσαλπίγγιο, που οπωσδήποτε οι παθολογοανατομικές του αλλοιώσεις αποτελούν ένα από τα αίτια στειρότητας.

Έχει επικρατήσει στα περισσότερα κέντρα η εφαρμογή του συνδυασμού υστεροσαλπιγγογραφίας - λαπαροσκόπησης ή και υστεροσκόπησης, ενώ σε άλλα γίνεται πρώτα υστεροσαλπιγγογραφία και αν βρεθούν παθολογικά ευρήματα σ' αυτή γίνεται λαπαροσκόπηση.

Όπως είχαμε και εμείς την ευκαιρία να διαπιστώσουμε σε συγκριτική μελέτη στην κλινική μας, τα ψευδώς αρνητικά ευρήματα της υστεροσαλπιγγογραφίας φτάνουν το 15% περίπου, ενώ τα ψευδώς θετικά είναι λιγότερα από 5%.

Ο έλεγχος της ωορρηξίας αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο στην έρευνα του γυναικείου παράγοντα.

Υπολογίζεται ότι το 15-20% των στειρών γυναικών έχουν πρόβλημα ωορρηξίας.

Εκτός από τις γυναίκες που έχουν εμφανείς διαταραχές της εμμηνορρυσίας υπάρχουν και άλλες που δεν έχουν ωορρηξία αλλά ο κύκλος φαινομενικά είναι φυσιολογικός.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για τον έλεγχο της ωορρηξίας. Ο πιο απλός και ανέξοδος τρόπος είναι η καταγραφή της πρωϊνής θερμοκρασίας για 2 τουλάχιστον μήνες.

Άλλη μέθοδος είναι ο έλεγχος της τραχηλικής βλέννας τόσο ο ποιοτικός όσο και ο ποσοτικός. Η αναζήτηση του φαινομένου της εκστασιμότητας και ο σχηματισμός κατά την κρυστάλλωση της χαρακτηριστικής φτέρης. Οι μεταβολές που παρατηρούνται στα κολλικά επιχρίσματα κατά τη διάρκεια του κύκλου μπορεί να καθορίσουν την ωορρηξία.

Επίσης οι ορμονικοί προσδιορισμοί των γοναδοτροπινών στη μέση του κύκλου (FSH, LH) και των στεροειδών (οιστραδιόλη, προγεστερόνη) στη μέση της εκκριτικής φάσης αποτελούν μέθοδο ακριβείας για τον καθορισμό του ορμονικού περιγράμματος της εξεταζόμενης.

Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα η βιοψία του ενδομητρίου με την παρακολούθηση των χαρακτηριστικών ιστολογικών μεταβολών αποτελεί μια ακόμη μέθοδο έμμεσου ελέγχου της λειτουργικότητας του ωχρού σωματίου.

Η λαπαροσκόπηση αποτελεί άμεσο τρόπο διαπίστωσης της ωορρηξίας, αλλά μόνο σε συνδυασμό με τον έλεγχο της διαβατότητας των σαλπίγγων μπορεί να εκτελεστεί.

Συνήθως για τη διάγνωση χρησιμοποιούνται περισσότερες από μια μέθοδος σε συνδυασμό δηλ. ως παράδειγμα όταν παίρνεται μια βιοψία του ενδομητρίου είναι καλύτερα να συνδυάζεται με τη λήψη δείγματος αίματος για τη μέτρηση οιστραδιόλης και προγεστερόνης.

Για τον έλεγχο της ανοσολογικής ασυμβατότητας που φαίνεται ότι είναι αρκετά συχνός, ιδίως στα ζευγάρια τα οποία δεν παρουσιάζουν εμφανείς διαταραχές στη λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος εφαρμόζονται οι μέθοδοι που αναφέρθηκαν προηγουμένως στη μελέτη της γονιμότητας του άντρα.



## ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

### 1) Τρόχηλος

Έλεγχος της ποσότητας και της ποιότητας της τραχηλικής βλέννας

Δοκιμασία μετά συνουσία

Δοκιμασία διαβατότητας τραχηλικής βλέννας από σπερματοζωάρια in vitro

### 2) Μήτρα

Ενδομήτριες βιοψίες

Υστεροσαλπιγγογραφία

Υστεροσκόπηση

### 3) Διαβατότητα σαλπίγγων

Εμφύσηση σαλπίγγων

Υστεροσαλπιγγογραφία

Λαπαροσκόπηση

### 4) Διάγνωση ωορρηξίας

Καταγραφή βασικής θερμοκρασίας

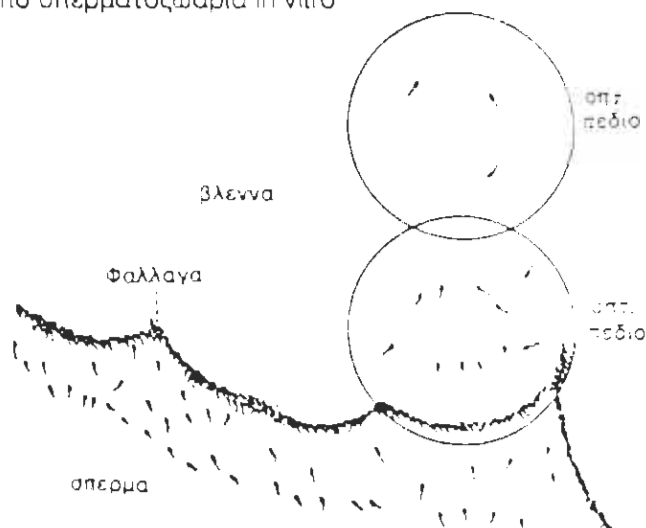
Έλεγχος τραχηλικής βλέννας

Προσδιορισμός FSH και LH στο μέσο του κύκλου

Προσδιορισμός οιστραδιόλης και προγεστερόνης στο μέσο της εκκριτικής φάσης

Βιοψία ενδομητρίου

Υπερηχογράφημα



Δοκιμασία εισόδου σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννα in vitro. Διακρίνεται η φαλλάγγα των σπερματοζωαρίων και το σημείο διείσδυσης στη βλέννα.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

### A) Η Φαρμακευτική θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια η θεραπεία της στειρότητας έκανε μεγάλα άλματα και οι μελετητές συμφωνούν ότι μπορεί να θεραπευτεί μόνο με φάρμακα. Με την εισαγωγή της γοναδοτροπίνης έγινε δυνατή πάνω απ'όλα η θεραπεία των κύκλων χωρίς ωορρηξία της γυναίκας καθώς και η αποκατάσταση της παραγωγής των σπερματοζωαρίων στον άνδρα.

Η γοναδοτροπίνη είναι μια ορμόνη που εκκρίνει η υπόφυση και ονομάζεται έτσι επειδή ρυθμίζει τη λειτουργία των γονιδίων: στον άνδρα ευνοεί την παραγωγή των σπερματοζωαρίων και στη γυναίκα προσδιορίζει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων. Επίσης στον άνδρα προκαλεί την έκκριση της τεστοστερόνης και στη γυναίκα συμβάλλει στην έκκριση της οιστρογόνης. Στις γυναίκες λοιπόν με τη γοναδοτροπίνη έχουμε επέμβαση στην "Ενδομητρίαση" όπου απαιτείται ορμονική θεραπεία και τ' αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά, ιδιαίτερα να σκεφταίμε πως η γονιμότητα είναι πολύ αυξημένη στις γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίαση.

Η στειρότητα που προκαλείται από ψυχοσωματικούς και νευρωτικούς παραγοντες θεραπεύεται ως ένα βαθμό με κατάλληλα φάρμακα που θα υποδείξει ο γυναικολόγος και ο νευρολόγος. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται υπομονή και πιστή υπακοή στις υποδείξεις των γιατρών.

Τέλος όταν η στειρότητα είναι αποτέλεσμα μιας επιβεβαιωμένης ασθένειας ή τουλάχιστον που μπορεί να διαγνωσθεί βλεννόρροια, φυματίωση, επιδημική παρωτίτιδα κ.λ.π. η βασική θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται πρώτα στις αφορμές και ύστερα στις επιπτώσεις.

## **B) Η χειρουργική θεραπεία.**

Όταν η φαρμακολογική θεραπεία δε φέρει αποτέλεσμα, τότε καταφεύγουμε στην χειρουργική επέμβαση. Στην περίπτωση της αντρικής στειρότητας που οφείλεται στην στένωση των πόρων η ύστατη λύση είναι η χειρουργική προσπάθεια να επικοινωνήσουν αυτοί πάνω και κάτω από τη σχισμή. Πρόκειται για μια λεπτή επέμβαση που προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων.

Αντίθετα πιο ευνοϊκά είναι τα αποτελέσματα των επεμβάσεων στις γυναίκες. Όταν υπάρχουν ανωμαλίες των σαλπίνγων η χειρουργική σαλπινγγόλυση (παράκαμψη της απόφραξης) έχει επιτυχία που ανέρχεται στο 37% - 66%, επίσης η θεραπεία των ανωμαλιών της μήτρας, του τραχήλου και του κόλπου είναι πιο εύκολες. Μετά από χειρουργική επέμβαση δίκερης μήτρας η στειρότητα αντιμετωπίζεται σε ποσοστό 67-100% μετά από χειρουργική λύση ενδομητρικών συμφύσεων σε ποσοστό 40-50% και μετά από αφαίρεση ινομυωμάτων της μήτρας σε ποσοστό 50%.

Ανεξάρτητα ποιά θεραπευτική μέθοδο θα ακολουθήσει, ο ασθενής καλό είναι να βελτιώσει τη γενική κατάσταση της υγείας του και τη διατροφή του, φροντίζοντας να κοιμάται κανονικά, να αποφεύγει υπερβολικές προσπάθειες, να γυμνάζεται τακτικά, να περιορίζει τα οιοπνευματώδη και το τσιγάρο. Αν είναι παχύσαρκος να ακολουθεί μια δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες. Τόσο η γυναίκα όσο και ο άνδρας πρέπει να ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον.

### **Η τεχνητή γονιμοποίηση**

Στην ιατρική και νομική ορολογία αυτό σημαίνει τη γονιμοποίηση μιας γυναίκας με αντρικό σπέρμα που τοποθετείται στα αναπαραγωγικά της όργανα με ένα κατάλληλο γυναικολογικό εργαλείο. Καταφεύγουμε στην τεχνητή γονιμοποίηση όταν η γυναίκα είναι γόνιμη και ο άντρας στείρος ή αν πάσχει από αζωοσπερμία ή ολιγοσπερμία.

Στην περίπτωση της ολιγοσπερμίας μπορούμε να καταφύγουμε στην τεχνητή ομόλογη, γονιμοποίηση (δηλ. με σπέρμα του συζύγου). Η μέθοδος βασίζεται στο γεγονός ότι το πρώτο μέρος της εκσπερμάτωσης είναι και το πλουσιότερο σε σπερματοζωάρια. Ενώνοντας λοιπόν αρκετά "πρώτα μέρη" έχουμε μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχία. Η τεχνητή ομόλογη γονιμοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις όπως είναι η αδυναμία συνουσίας και η πρόωρη εκσπερμάτωση.

Μπορεί να υπάρξει όμως και τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα ξένου δότη, αν και αυτό σε μερικές χώρες θεωρείται παράνομο και δημιουργεί προβλήματα νομικού χαρακτήρα γύρω από τα δικαιώματα του παιδιού που θα γεννηθεί μ' αυτό τον τρόπο.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι ενδείξεις για τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα του συζύγου αποτελούν:

- 1) Ανικανότητα
- 2) Ανατομικές ανωμαλίες του άνδρα ή της γυναίκας
- 3) Ολιγοσπερμία
- 4) Απολίνωση σπερματικών πόρων, ακτινοθεραπεία

**Ενδείξεις για γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς δότη αποτελούν:**

- 2) Γενετικοί παράγοντες
- 2) Απουσία ζώντων σπερματοζωαρίων κατά την εκσπερμάτωση
- 3) Σοβαρή ασυμβατότητα Rhesus

Η τεχνική της τεχνητής γονιμοποίησης γίνεται σε ειδικά κέντρα, όπου το σπέρμα τοποθετείται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ή και στις σάλπιγγες. Είναι προτιμότερο το σπέρμα να μην είναι συντηρημένο γιατί τότε η αποτυχία είναι πιο συχνή, η καταλληλότερη ώρα είναι η ώρα της ωορρηξίας ή λίγο πριν από αυτήν.

Συνήθως χρειάζονται 2-10 προσπάθειες για να τοποθετηθεί.

Στην περίπτωση του δότη σπέρματος η αποδεκτή ηλικία είναι από 25-35 ετών. Ο δότης θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη ιατρικό έλεγχο, και το σπέρμα θα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας απαλλαγμένο από μικροοργανισμούς. Το ζεύγος τέλος δεν θα πρέπει να γνωρίζει ποιός είναι ο πατέρας του παιδιού τους, ούτε και ο δότης για ποιόν προορίζεται το σπέρμα του, γιατί ο γιατρός θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι και οι δυο σύζυγοι αποφασίζουν με τη θέλησή τους μετά από ώριμη σκέψη αυτή τη λύση και όχι την υιοθεσία.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

### ΓΕΝΙΚΑ

Αν και υπάρχει η αντίληψη ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι θεσμός γνωστός και εφαρμόζομενος σε ευρεία κλίμακα, αντίθετα έχει διαπιστωθεί πως δεν έχει γίνει κατανοητός και δεν είναι εφαρμόσιμος παρά μόνο από ένα μικρό μέρος του ελληνικού πληθυσμού. Η διαπίστωση αυτή μας προβληματίζει περισσότερο αν σκεφτούμε πόσο έχουν αλλάξει οι δομές της κοινωνίας τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά τις σχέσεις των ανθρώπων και των δύο φύλων ειδικότερα.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τα παραπάνω εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη να προσφερθούν στους Έλληνες και κυρίως στους νέους, οι γνώσεις και τα μέσα που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά και ακόμη θα τους βοηθήσουν να αποφύγουν την "έκτρωση" που θεωρείται ακόμα σαν θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά απαράδεκτη.

Η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού έχει παρεξηγηθεί δυστυχώς, γιατί ταυτίστηκε - λαθεμένα βέβαια με τον έλεγχο των γεννήσεων. Οι δύο αυτοί όροι διαφέρουν μεταξύ τους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα του εκούσια, υπεύθυνα, συνειδητή και θεωρεί υποχρέωση του να πληροφορησει το άτομο πάνω στα θέματα αυτά, ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων αδιαφορεί για την επιθυμία του ατόμου και ενδιαφέρεται μόνο πως να αυξήσει ή να ελαττώσει τις γεννήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες που παρουσιάζονται κάθε φορά στη χώρα του.

Γιαυτό το σκοπό χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού από την Πολιτεία και η διάδοση αυτών στο κοινό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία κέντρων παροχής πληροφοριών και εκπαιδευμένα άτομα στις αρχές και τις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

### 1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός προγραμματισμός έκανε την εμφάνισή του στην Αγγλία, κατά την βιομηχανική επανάσταση, τότε που για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και ήταν αναγκαίο να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας.

Η αρχή έγινε από τον Αγγλο ιερέα THOMAS MALTHUS που το 1798 αντιλήφθηκε και εναντιώθηκε μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού. Ακόμη και σήμερα θα εθελοτυφλούσε κανείς αν παραγνώριζε το εκρηκτικό δημογραφικό πρόβλημα που μαστίζει τεράστιες περιοχές του πλανήτη μας, όπως η Λατινική Αμερική, Αφρική, Ασία κ.α.

Την ίδια περιοχή με τον ιερέα Thomas Malthus, ο αρχηγός των Αγγλων εργατών έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυε να κερδίσουν καλύτερα ημερομίσθια και καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1892 εκδόθηκε και μια εργασία με τον τίτλο "Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα". Την εργασία αυτή ακολούθησαν και άλλες εκδόσεις οι οποίες ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων για καλύτερη οικονομική και περιεγραψαν ορισμένες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η στανσοφορία για την αναχαίτιση της πολυτεκνίας γενικεύθηκε στην Αγγλία και την Αμερική όπου κυκλοφορούσαν διάφορα εικασιαστικά φυλλαδιά.

Από την άλλη πλευρά υπήρχε μια ομάδα η οποία θεωρούσε τα εντυπιαστικά άσεινα, πούγμα που οδήγησε πολλούς στα δικαστήρια. Στην Αμερική μάλιστα κατάφεραν να απαγορευτεί δια νόμου ο έλεγχος των γεννήσεων.

Τότε εμφανίζεται η MARGARET SANGER που αφιερώνοντας το νόμο αυτό αγωνίζεται για τη διάδοση των αντισυλληπτικών. Κύριος σκοπός της είναι μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για την

Η Margaret Sanger φυλακίστηκε αρκετές φορές για τις ιδέες της αλλά κατόρθωσε να γίνει αλλαγή του νόμου και έτσι δινόταν το δικαίωμα στους γιατρούς να χορηγούν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα όταν πια καταργήθηκε ο νόμος αυτός η διαφήμιση και η πώληση των αντισυλληπτικών έγινε ελεύθερη. Το όνομα της Margaret Sanger συνδέθηκε ακόμα με τον Σύνδεσμο Ελέγχου των γεννήσεων. Σκοπός του συνδέσμου ήταν να δίνει τις απαραίτητες οδηγίες για την ανάπτυξη των προγαμιαίων σχέσεων, να δίνει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς και ακόμη να ενημερώνουν και να βοηθούν αυτούς που πάσχουν από στειρότητα.

Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το INTERNATIONAL PLANNED PARENHOOD FEDERATION όπου ιδρυτικά μέλη ήταν η Margaret Sanger, η MRS Ottecen και η Λαίδη Rama Ray από την Ινδία. Στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες από τις οποίες οι 36 είναι υποανάπτυκτες. Στην Ελλάδα η σκέψη για προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισε από το 1970 με την ίδρυση δύο κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε μαιευτικές κλινικές νοσοκομείων της Αθήνας (Νοσοκομείο - Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" και νοσοκομείο "Μαρίκα Ηλιάδη") με στόχο την προσφορά υπηρεσιών στις γυναίκες που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία αυτά. Βαθμιαία η ιδέα και οι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού έγιναν ευρύτατα γνωστά στον πληθυσμό οπότε το υλικό των κέντρων αυτών άρχισε να εμπλουτίζεται με εξωτερικούς επισκέπτες.

Το 1979 έγινε πλέον έντονη η ανάγκη για την εφαρμογή ενός σωστού Οικογενειακού Προγραμματισμού που οδήγησε το 1980 στην ψήφιση ειδικού νόμου με αποτέλεσμα την ίδρυση πολλών κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε διάφορες περιοχές της χώρας. Επί πλέον ο νόμος 1397/1983 για το ΕΣΥ θεσπίζει σαν ένα από τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού (άρθρ. 15).

## **2. ΚΕΝΤΡΑ - ΣΤΟΧΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι οργανωμένες μονάδες που:

- Παρέχουν τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Αποσκοπεί με τον τρόπο αυτό να δημιουργηθεί μια οικογένεια από ευτυχημένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχημένα παιδιά.
- Παρέχουν συμβουλές για την γεννητήσια διαπαιδαγώγηση των νέων, για την πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων, για μια ομαλή εφηβική περίοδο.
- Συμβουλεύουν και βοηθούν τα ζευγάρια που έχουν προβλήματα για να αποκτήσουν παιδιά.
- Συμβουλεύουν και ενδιαφέρονται για προβλήματα κληρονομικότητας και καθοδηγούν τα άτομα που έχουν ανάγκη προγεννητικού ελέγχου.

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

Αντικειμενικός σκοπός των κέντρων Ο.Π. είναι να δημιουργηθούν υγιείς οικογένειες με επιθυμητά γερά παιδιά και ευτυχημένους γονείς.

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

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου των γεννήσεων, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών σε προβλήματα ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης των αφροδισίων νοσημάτων.

**Σε παγκόσμια κλίμακα ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:**

1. Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων.

2. Στη μείωση των εκτρώσεων.
3. Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας και
4. Στην προαγωγή της υγείας του παιδιού.

**Ειδικότερα σε ότι αφορά τη μητέρα έθεσε τους πιο κάτω στόχους:**

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
2. Να βοηθήσει να απαγκιστρωθεί κάθε γυναίκα από κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που συνήθως υπάρχουν σε κάθε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
3. Να διευκολύνει τη γυναίκα, ώστε να αποφύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα το αδυνάτισμά της αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
4. Να καθοδηγήσει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις που οδηγούν σίγουρα στην στειρώση.
5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές νόσους ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.
- 6) Τέλος, να δώσει οποιαδήποτε συμβουλή ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

**Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους:**

1. Προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες αυτού.
2. Επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων για να συμβάλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού.
3. Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.
4. Λαμβάνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

**3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο Ο.Π. είναι θεσμός σχετικά καινούριος για τη χώρα μας. Μόλις το 1980 ψηφίστηκε ο νόμος 1036, ο οποίος έδωσε νομική υπόσταση στις ιδιωτικές αρχικά προσπάθειες.

Ορισμένα άτομα, ανέλαβαν την πρωτοβουλία ή ίδρυσαν εταιρίες ή άλλες υπηρεσίες Ο.Π. σε μεγάλες πόλεις, για να αντιμετωπίσουν σε πρώτη φάση τα προβλήματα του είδους. Τα αποτελέσματα όπως από αυτήν την πρωτοβουλία δεν ήταν ικανοποιητικά, και έτσι από το 1982 - όταν υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας ήταν η Μαρία Κυπριωτάκη, γυναικολόγος μαιευτήρας - άρχισε το θέμα αυτό να μπαίνει σε στέρεες βάσεις με πρωταρχικό σκοπό την ενημέρωση του κοινού, ενώ παράλληλα ιδρύθηκαν και τα πρώτα κρατικά κέντρα Ο.Π.

Την ίδια εκείνη περίοδο άρχισε και η στενή συνεργασία του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τον Ο.Η.Ε. και συγκεκριμένα με το γραφείο πληθυσμιακών δραστηριοτήτων των Ηνωμένων Εθνών, το οποίο διαθέτει χρηματικά ποσά, αλλά και σημαντικές ποσότητες υλικών (αντισυλληπτικών, σπερματοκτόνων ζελέ κ.λ.π.) στα κέντρα Ο.Π. Ταυτόχρονα συμβάλλει στον τομέα της συμβουλευτικής εκπαιδεύοντας στελέχη του υπουργείου, γιατρούς, νοσοκόμες, μαίες και χορηγώντας ανάλογες υποτροφίες για τη μετεκπαίδευσή τους στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει ήδη ιδρύσει σ' όλη την επικράτεια τριάντα δύο κέντρα Ο.Π. τα οποία είναι επανδρωμένα με γιατρούς, νοσοκόμες και μαίες. Τα κέντρα αυτά χορηγούν δωρεάν συμβουλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες όπως εξέταση μαστού, τεστ Παπανικολάου, εξετάσεις για τα γεννητικά

σθήματα, όπως είναι το στίγμα της Μεσογειακής αναιμίας. Χορηγούν επίσης και συμβουλές για τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης καθώς και αντισυλληπτικά χάπια. Στα κέντρα αυτά δίνονται επίσης συμβουλές για την πρόληψη των κληρονομικών παθήσεων, για την μείωση των συνεπειών από ανεπιθύμητες πρώτες κυήσεις και γενικά ενημερώνουν όποιον ενδιαφέρεται σε θέματα σχετικά με την ανατομία και την φυσιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος. Μερικά από τα κέντρα αυτά λειτουργούν εντός του οικογενειακού χώρου, μερικά εκτός αυτού. Επίσης, αναλαμβάνουν ενημερωτικά σεμινάρια σε συλλόγους, σχολεία και κοινότητες. Ειδικά η εργασία τους εκτός έδρας σε απομακρυσμένες περιοχές των νομών, είναι πολύ σημαντική, εφ' όσον διαφωτίζουν ανθρώπους που δεν έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν το κέντρο.

### **ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες καθώς και με την θρησκεία τα ήθη και τα έθιμα κάθε περιοχής.

Στις διάφορες δημοσιεύσεις της Π.Ο.Υ. η Ελλάδα θεωρείται χώρα που: 1) Επιθυμεί αύξηση της γεννητικότητας, 2) θεωρεί παράνομες τις εκτρώσεις, 3) δεν έχει κρατικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού 4) δεν έχει προγράμματα σεξουαλικής αγωγής των νέων, 5) έχει περιορισμούς στην εφαρμογή αντισύλληψης.

### **ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΑΥΞΗΣΗ**

Τα κυριότερα εμπόδια μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

#### **1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη**

Ο ιατρικός σύλλογος και γενικά ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών για διάφορους λόγους. Έτσι οι απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις καθυστερούν σημαντικά και οι σχετικές πιστώσεις δεν γίνονται.

Οι αντιδράσεις συνοδεύονται συνήθως από τον φόβο αφανισμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποδεχτεί ότι στις χώρες με χαμηλή αναπαραγωγικότητα ο Ο.Π. μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίηση της σε παραδεκτά όρια.

Η συντηρητικότητα της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από συντηρητικές κοινωνίες και θρησκευτικές ομάδες. Έτσι κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων και ιδίως των εφήβων απορρίπτεται. Αυτό όμως είναι ανεδαφικό γιατί αποδείχτηκε ότι σε πολλές χώρες η διάμεση ηλικία της πρώτης συνουσίας συνεχώς αυξάνεται. Έτσι η παραδοχή της πραγματικότητας γύρω από τη σεξουαλικότητα των εφήβων και προσπάθεια υποβοήθησής τους με κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση στις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού θα έχει ασφαλώς ευνοϊκές επιπτώσεις τόσο στα άτομα όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Επίσης διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται τη διάδοση των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι άνδρες π.χ. μερικές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στην διακοπόμενη συνουσία ή στο προφυλακτικό που δίνει την εντύπωση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή. Αντίστροφα στην εφηβική ηλικία η ανωριμότητα και επιπολαιότητα δεν ωθεί τον έφηβο σε συμμετοχή στην αντισύλληψη. Λοιπόν πάλι ο άνδρας, όπως και ο έφηβος αδιαφορεί για το αποτέλεσμα γιατί θεωρεί την αντισύλληψη σαν αποκλειστική φροντίδα της γυναίκας.

#### **2. Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού**

Στον Ο.Π. δίνεται πολύ μικρότερη προτεραιότητα από πολλές κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι εξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σ'

αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Έτσι σπάνια η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους. Έτσι στις ορεινές και αγροτικές περιοχές όχι μόνο δεν υπάρχουν υπηρεσίες και παροχές μέσω οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και μεθόδων του.

### **3. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης**

Κατά καιρούς έχουν δημιουργηθεί αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών ωορρηξίας δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους.

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για την δωρεάν παροχή τους. Το κράτος θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τον έλεγχο μέσω στην μείωσή τους. Στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να παραμελούνται λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι όπως το προφυλακτικό και η μέθοδος ρυθμού. Ειδική πληροφόρηση πάνω στη χρήση τους θα βοηθήσει στον επιτυχή Ο.Π.

## **Β) ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΙΣ ΥΠΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΧΩΡΕΣ**

Οι ανασταλτικοί παράγοντες για προγράμματα Ο.Π. που αφορούν κυρίως χώρες με προβλήματα υπερπληθυσμού είναι:

### **1. Η έλλειψη καλής οργάνωσης της διοίκησης των προγραμμάτων**

Τα προγράμματα Ο.Π. εφαρμόζονται από μια επιτροπή. Η επιτροπή αυτή στη βάση της διευθύνεται από το κράτος και αυτό τη βοηθάει στη νομιμοποίηση του προγράμματος από την άλλη πλευρά όμως η γραφειοκρατική δομή και οι εκτελεστικοί διευθύνοντες είναι στενά συνδεδεμένοι με τις διοικητικές επιτροπές. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα θα πρέπει ο οργανισμός να μπορεί να ελίσσεται όχι μόνο εντός των προσχεδιασμένων ορίων, αλλά και να μπορεί να αντιμετωπίζει απροσδόκητα προβλήματα.

### **2. Ερασιτεχνισμός**

Καθώς μπαίνουμε στην τρίτη διεθνή δεκαετία ελέγχου των γεννήσεων ο προγραμματισμός της οικογένειας χρειάζεται επαγγελματικές εμπειρίες από μια μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων και υποστρωμάτων. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι πρέπει να αρνηθεί κανείς το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει και ο ερασιτέχνης στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Όμως είναι επικίνδυνο να τοποθετεί κανείς ανθρώπους ερασιτέχνες σε θέσεις κλειδιά ενός οργανισμού απλώς σαν ανταμοιβή για τη διαρκή και αφιλοκερδή συνεισφορά τους.

### **3. Δυσχέρειες από το ιατρικό επάγγελμα**

Το ιατρικό επάγγελμα ενεπλάκη στον προγραμματισμό της οικογένειας κυρίως μετά την ανακάλυψη των από του στόματος αντισυληπτικών. Τότε έγινε πια απαραίτητη η συμμετοχή γιατρών στην εφαρμογή προγραμμάτων και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον τους στη διαχείριση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

### **4. Φόβος δημιουργίας ενοχλητικών αντιδράσεων και πολιτικού ανταγωνισμού**

Η αντίδραση που δημιουργήθηκε στην αντισύλληψη από την κακή δημοσιότητα που δόθηκε στο θέμα αυτό ή ο πολιτικός ανταγωνισμός ήταν πιθανόν λογικός για την δεκαετία του '50 ή του '60 αλλά απαράδεκτος για τις επόμενες δεκαετίες.

Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι είναι απαραίτητη αλλά και ωφέλιμη η δημοσιότητα και η κριτική πάνω στα θέματα Ο.Π. Οι σκοποί του πρέπει να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό γιατί προσφέρονται για όλους τους ανθρώπους και αποσκοπούν στο να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη ζωή και οικογένεια.

### **5. Αλλαγή στη φιλοσοφία της λειτουργίας των υπηρεσιών Ο.Π.**



## **5. Αλλαγή στη φιλοσοφία της λειτουργίας των υπηρεσιών Ο.Π.**

Τα περισσότερα από τα προγράμματα έχουν αναπτυχθεί χωρίς ξεκαθαρισμένη φιλοσοφία πιθανόν σαν αποτέλεσμα έχουν αναπτυχθεί χωρίς ξεκαθαρισμένη φιλοσοφία, πιθανόν σαν αποτέλεσμα της ασάφειας που επικρατούσε στον ορισμό. Αυτό σε συνδυασμό με την αυξημένη εμπλοκή του ιατρικού επαγγέλματος είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία της πεποιθήσεως ότι μπορεί να χρησιμοποιήσει κανείς κλινικούς γιατρούς. Η χρησιμοποίηση αυτών φέρνει στο νου των ανθρώπων θεραπεία και απολυταρχισμό και συγχρόνως προστατευτικό προσωπικό ερωτηματολόγιο που προξενεί αμηχανία και απαιτεί υπομονή πάσχοντος ανθρώπου.

Οι άνθρωποι όμως οι οποίοι προσέρχονται να ζητήσουν συμβουλή από τέτοιες υπηρεσίες δεν είναι βέβαια άρρωστοι και τέτοιο περιβάλλον είναι απολύτως αποριπτικό γι αυτούς.

## **6. Αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης**

Ένα μεγάλο πρόβλημα στον προγραμματισμό της οικογένειας αποτελεί η προσκόληση σε μια μέθοδο αντισύλληψης. Όμως δεν υπάρχει μόνο μια λύση σε ένα θέμα τόσο προσωπικό. Οι άνθρωποι προέρχονται από διάφορες περιοχές, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν διάφορες ηθικοθρησκευτικές πεποιθήσεις. Για να πετύχουν τα προγράμματα θα πρέπει να δουλεύουν ευέλικτα και να προσαρμόζονται σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

## **7. Απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς**

Ελάχιστοι οργανισμοί Ο.Π. έχουν προσπαθήσει σοβαρά να διαμοιράσουν τις αναπτυξιακές τους δραστηριότητες σε επαγγελματίες π.χ. διαφημιστές. Υπάρχει γενικά ο φόβος ότι θα ξοδευτούν πολλά χρήματα με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πηγές συχνά προσφερόμενες δωρεάν οι οποίες όμως έχουν μικρή απήχηση στη διάδοση των ιδεών του Ο.Π. στο ευρύ κοινό.

## **8. Δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού.**

Είναι φανερό ότι διεθνώς η-άρχουσα τάξη τείνει να είναι οπισθοδρομική και η αντίδρασή της είναι προσκολλημένη στις προηγούμενες δεκαετίες. Οι νέοι όμως κοιτάζουν μπροστά και αυτή η αργή αντιμετώπιση των αρχηγών τους δεν είναι επιθυμητή. Το κατεστημένο όμως ελέγχει συνήθως την διεύθυνση της έρευνας της ανάπτυξης και έτσι ο ανταγωνισμός αποτελεί εμπόδιο στην πρόοδο των προγραμμάτων.

## **5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Μέσα σε ένα κόσμο που συνεχώς εξελίσσεται, ο νοσηλευτής για να κατορθώσει ν' ανταποκριθεί με επιτυχία στα καθήκοντά του οφείλει να επιδείξει φαντασία, τόλμη και μεθοδικότητα στις κινήσεις του. Ο σύγχρονος ρόλος του απαιτεί να αποδεσμευθεί από την παραδοσιακή άσκηση του έργου του που τον περιορίζει μέσα στον χώρο του νοσοκομείου και να έρθει πιο κοντά στον άνθρωπο, έξω από το νοσοκομείο, που και εκεί έχει την ανάγκη του.

Αντιλαμβανόμενος τις απαιτήσεις της εποχής που ζούμε ο νοσηλευτής με την σωστή επιστημονική κατάρτιση, την συνεχή επαγγελματική ενημέρωσης, την κοινωνική ευαισθησία και την υπευθυνότητα είναι σε θέση να δώσει λύση σε πολλά κοινωνικά προβλήματα που μαστίζουν τον Ελληνικό χώρο.

Στην χώρα μας ένα πολύ μεγάλο ποσοστό συνδέει λανθασμένα την εφαρμογή προγραμμάτων Ο.Π. με την ιδέα της αντισύλληψης και για διάφορους λόγους αντιτίθεται στην εφαρμογή προγραμμάτων. συνοδεύοντας τις αντιδράσεις αυτές με υστερικές συνήθως εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από την διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια ν' αποσυνδεθεί η έννοια του Ο.Π. από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδεχθεί ότι στις χώρες με χαμηλή αναπαραγωγικότητα ο Ο.Π. όχι μόνο δεν συντελεί σε μεγαλύτερη μείωση της γεννητικότητας, αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε αποδεχτά όρια.

**Ο νοσηλευτής μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, μέσα από τα κέντρα Ο.Π., με την συμμετοχή του σε**

ειδικά σεμινάρια, σε συνέδρια αλλά και με την ενημέρωση σε μικρές κοινωνικές ομάδες προσφέρει την ορθή γνώση γύρω από τα θέματα Ο.Π. Ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι επικρατεί λανθασμένη εντύπωση στον κόσμο πάνω στα θέματα Ο.Π. και αυτό του δίνει την ικανότητα να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση και ν' αλλάξει την στάση του κοινωνικού συνόλου. Η παραδοχή της δυσμενούς πραγματικότητας είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι πολλά πράγματα στην Ελλάδα θεωρούνται αποκλειστικά ευθύνη των γυναικών ενώ στους άνδρες δεν καταλογίζεται καμιά ευθύνη, γνωρίζει ότι πίσω από ένα πνεύμα ψευτοσυντηρητισμού αγνοούνται σοβαρά θέματα όπως είναι η αντισύλληψη και κυρίως γνωρίζει ότι δεν δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα στους νέους και στα θέματα που αφορούν την σεξουαλική δραστηριότητα και ενημέρωσή τους. Όλα αυτά είναι καθήκον του να τα αλλάξει.

Με συναίσθηση της ευθύνης του και στηριζόμενος στις γνώσεις στην εμπειρία αλλά και στην συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς της υγείας, σεβόμενος τα ήθη και τις συνήθειες, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε κοινωνικής ομάδας ο νοσηλευτής είναι σε θέση ν' αλλάξει την υπάρχουσα κατάσταση.

Το πρόβλημα του ελληνικού πληθυσμού είναι η έλλειψη πληροφόρησης. Η σωστή συνεργασία άριστα επιστημονικά καταρτισμένων νοσηλευτών και άλλων φορέων υγείας είναι το πρώτο βήμα στην ενημέρωση. Ο ερασιτεχνισμός δεν ικανοποιεί τις σημερινές ανάγκες της κοινωνίας. Χρειάζονται άτομα ενημερωμένα, με διαρκή εκπαίδευση και έρευνα γύρω από τα θέματα Ο.Π. Χρειάζεται ένα πρόγραμμα που να καλύπτει όλον το ελλαδικό χώρο από άκρη σε άκρη και όχι μόνο τα μεγάλα αστικά κέντρα, ένα πρόγραμμα που θα καλύπτει τις ορεινές και αγροτικές περιοχές, τους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες που κατά κανόνα έχουν πλήρη άγνοια για τα θέματα του Ο.Π., ένα πρόγραμμα τέλος που να καλύπτει τις ανάγκες των νέων για ενημέρωση.

Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να συμμετάσχει δυναμικά σε τέτοια προγράμματα. Μπορεί να πλησιάσει το άτομο είτε στο νοσοκομείο είτε στο κέντρο Ο.Π. είτε στο σχολείο ή οπουδήποτε αλλού και να μιλήσει μαζί του, να λύσει τις απορίες του και να διασκορπίσει τους φόβους του. Ο νοσηλευτής είναι ο φίλος και συμβουλάτορας, ο άνθρωπος που την κατάλληλη θέση μπορεί να προσφέρει στο σύνολο, να αναγνωρίζει τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές του, να καλύψει επιστημονικά τις απορίες και την άγνοια. Χρειάζεται γνώση, θέληση και κυρίως υπευθυνότητα για την επίτευξη αυτού του σκοπού. Μέσα από τον αναβαθμισμένο ρόλο του νοσηλευτή και την δράση του στο κοινωνικό σύνολο θα έρθει η αλλαγή στο κοινωνικό σύνολο θα έρθει η αλλαγή της συλλογικής αντίληψης για τον Ο.Π. αλλά κυρίως η σταδιακή μείωση σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων όπως είναι οι αμβλώσεις, οι εφηβικές κυήσεις και τα σεξουαλικά ως μεταδιδόμενα νοσήματα.

## **6. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ**

Είναι πολύ σημαντικό, που και στη χώρα μας άρχισαν να λειτουργούν κάποια κέντρα Ο.Π.

Όλοι ξέρουμε πολύ καλά, ότι στην Ελλάδα δεν γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Ευτυχώς, όμως, μερικοί πολίτες κατανόησαν τον μεγάλο κίνδυνο αυτής της έλλειψης και αποφάσισαν την ίδρυση, με δική τους πρωτοβουλία της εταιρίας Ο.Π. στην Αθήνα, που είναι προσιτή και ανοιχτή σε όλους αυτούς που χρειάζονται μια σωστή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα καυτά θέματα της σεξουαλικής διαφώτισης. Αναμφίβολα οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα κέντρα αυτά είναι απαραίτητες και χρήσιμες, που παρέχουν ένα αξιόλογο έργο στο κοινωνικό σύνολο.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα είναι η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού. Η έλλειψη αυτή δημιουργεί ένα κενό στην προσπάθεια επαφής και μετάδοσης μηνυμάτων στο κοινό του Ο.Π. και αυτό αυξάνεται ολοένα, όταν το προσωπικό δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και τις μεθόδους του Ο.Π.

Ένα δεύτερο μειονέκτημα είναι ότι οι μονάδες στεγάζονται σε μεγάλες πόλεις, και εξυπηρετούν μόνο το κοινό των πόλεων. Είναι φανερό όμως, ότι μεγαλύτερη ανάγκη για διαφώτιση, για γυναικολογική εξέταση και άμεση εξυπηρέτηση έχει ο επαρχιακός πληθυσμός της χώρας μας. Υπάρχουν χωριά που μαστιζονται από κληρονομικά νοσήματα, και αυτή η κατάσταση διαιωνίζεται μέσα από τις γενιές, επειδή κανείς δεν φρόντισε να ασχοληθεί με το πρόβλημα του τόπου.

Προτείνουμε λοιπόν τα καινούρια Κέντρα Υγείας, που θα δημιουργηθούν στην επαρχία, να περιλαμβάνουν ένα μικρότερο τμήμα Ο.Π. που θα ασχοληθεί με τις άμεσες ανάγκες του πληθυσμού. Σε περιπτώσεις που θα χρειάζονται περαιτέρω παρακολούθηση και φροντίδα, θα πρέπει να παραπέμπονται αυτές στις μεγάλες μονάδες Ο.Π. που θα υπάρχουν στην μεγαλόπολη.

Τα προγράμματα όμως των κέντρων και γενικότερα η ύπαρξή τους δεν είναι ιδιαίτερα γνωστή στην κοινότητα. Πολύ λίγες γυναίκες γνωρίζουν και από αυτές λίγες τα επισκέπτονται, επειδή το σημείο που βρίσκονται δεν τις εξυπηρετεί. Τα κέντρα λοιπόν του Ο.Π. έχουν αρκετές δυνατότητες να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν σωστά, αν οργανωθούν κατάλληλα, και προσαρμοσθούν στις τοπικές ανάγκες.

Επίσης, για να υπάρχει ένα σύστημα αποτελεσματικού Ο.Π. προσιτό σε όλους τους ανθρώπους, θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν τις αναγκαίες πληροφορίες. Επίσης πρέπει να υπάρχουν κέντρα που θα λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και θα μπορούν να προμηθεύουν το κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών.

Ακόμη, τα κέντρα αυτά είναι σημαντικό να βρίσκονται κοντά σε πολυσύχναστα μέρη της πόλης.

Πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα πνευματικά ανάκανα άτομα, στους αρρώστους, στους αναπήρους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα.

Τέλος, το κέντρο Ο.Π., όπως κάθε κοινωφελή προσπάθεια, για να βελτιώνονται ολοένα και να εξαλείψει τυχόν αδυναμίες και κενά που παρουσιάζει, επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενούς του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου του κάθε τόσο, και να επανδρώνεται με ανθρώπους που έχουν σχέση με αυτή τη δουλειά.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επίτευξη των στόχων όλων των βαθμίδων της αγωγής υγείας είναι βασικότατος.

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες.

Ανιχνεύει, μελετά και αξιολογεί τις ανάγκες υγείας της κάθε πληθυσμιακής ομάδας, κυρίως των ευπαθών και παραπέμπει στις ανάλογες υπηρεσίες, διευκολύνοντας διαδικασίες πρόσβασης.

Συμβάλλει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στα πλαίσια αυτά διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων, στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα σχολεία, σε χώρους δουλειάς και ειδικότερα διενεργεί σωματομετρήσεις, τεστ δερμοαντιδράσεων ή εμβολιασμούς, ΑΠ κ.α.

Πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι για αγωγή υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά, κοινωνικά νοσήματα ή νοσήματα φθοράς (καρκίνος, καρδιοπάθειες, ατυχήματα, φυματίωση, AIDS, σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, τοξικομανία) και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, έγκυες, βρέφη και παιδιά.

Διενεργεί σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες επί τόπου επιδημιολογικές και ιατροκοινωνικές έρευνες στα λοιμώδη και κοινωνικά νοσήματα. Εφαρμόζει μέτρα πρόληψης διασποράς λοιμωδών νοσημάτων στο σπίτι, στο σχολείο, στη δουλειά.

Ασκή συμβουλευτική υγείας και αγωγή υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αμβλώσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε κέντρα υγείας, σχολεία, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Ασκή σχολική υγιεινή σε συνεργασία με τον υπεύθυνο γιατρό.

Συμμετέχει σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής της υγείας των φυματικών, διαβητικών, καρκινοπαθών, πολυμεταγγιζόμενων ή χρονίως πασχόντων στα Ε.Ι. των ιατρ. τομέων.

Ασκή κοινοτική νοσηλευτική. Διερευνά τις οικογενειακές συνθήκες για τη δυνατότητα και τον προγραμματισμό νοσηλείας στο σπίτι.

Στις υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής παρέχει πρώτες βοήθειες, συμμετέχει σε προγράμματα ειδικών προληπτικών εξετάσεων σε ειδικές ομάδες εργαζομένων.

Ετσι λοιπόν, ο νοσηλευτής καλείται σήμερα να αγκαλιάσει το κοινωνικό σύνολο και να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το τόσο μεγάλο κοινωνικό και εθνικό πρόβλημα της χώρας μας - την υπγεννητικότητα.

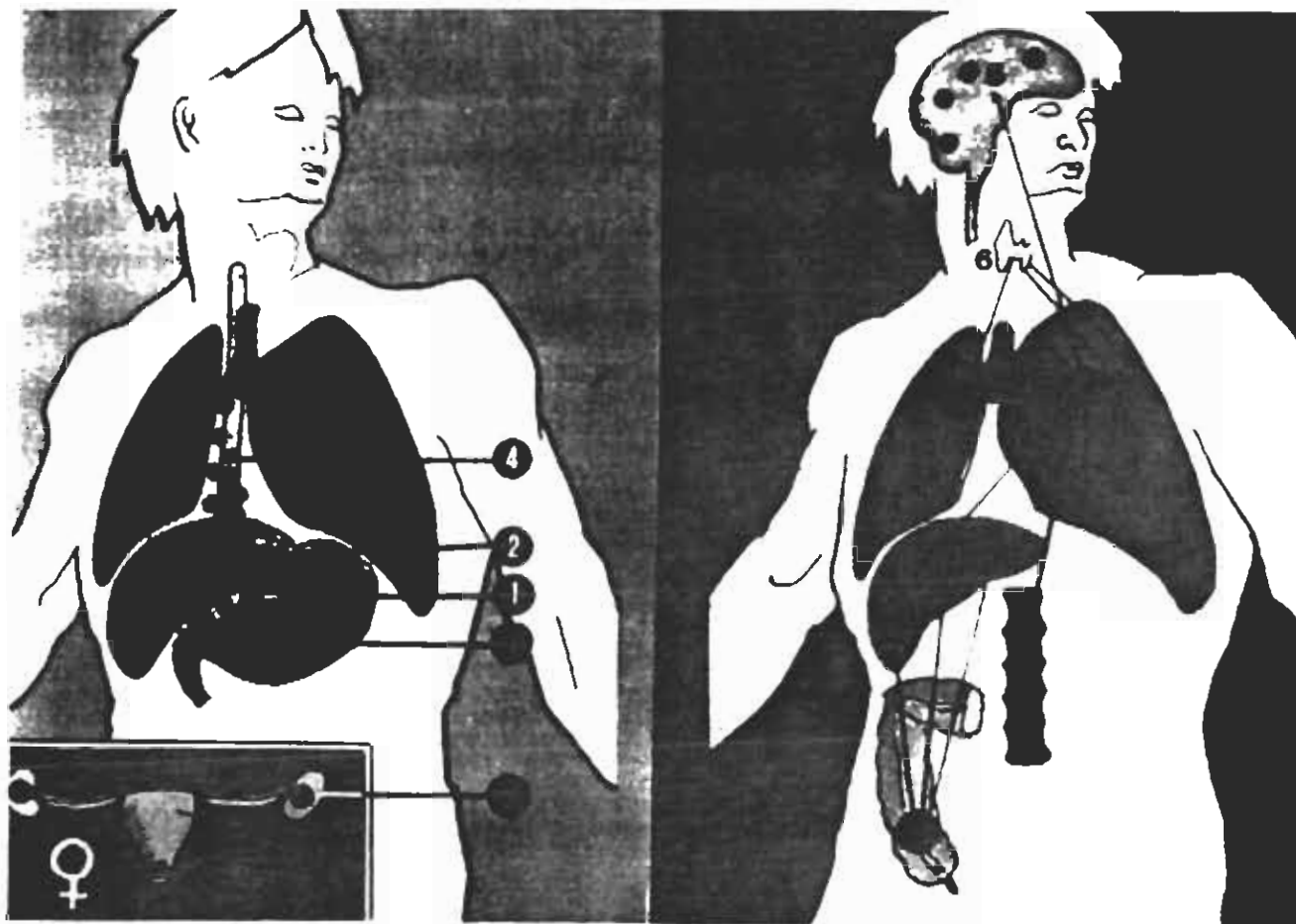
Ειδικότερα ο νοσηλευτής της κοινότητας θα πρέπει:

Να διαφωτίσει το κοινό σχετικά με τα νοσήματα της εποχής μας που παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες).

Να παρέχει πληροφορίες και να δίνει οδηγίες για την πρόληψη και αποφυγή των νοσημάτων αυτών.

Θα πρέπει να παροτρύνει το κοινό να τρέφεται μόνο με μικρές ποσότητες βουτύρου, κρέμας και λιπαρών τροφών κάθε είδους. Να τρέφεται με λιγότερο κρέας, χωρίς λίπη και ψημένο σε σχάρα. Το διαιτολόγιό του να περιέχει πολλά φρούτα και λαχανικά. Να περιορίσει την αλόγιστη χρήση άλατος η οποία προκαλεί προβλήματα αρτηριακής πίεσης. Να αποφεύγει τον εκνευρισμό, το αλκοόλ και το κάπνισμα.

Να ασκείται τακτικά καθώς η άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση όχι μόνο στην καρδιά αλλά και στις φλέβες και στις αρτηρίες. Η άσκηση πρέπει ωστόσο να αρχίζει προοδευτικά και να συνεχιστεί τακτικά, αφού η



Οι εικόνες δείχνουν την εξάπλωση των  
 διάφορων τύπων νεοπλασμάτων.  
 Τα παρόμοια νεοπλασμάτα εξαπλώνονται από  
 το σημείο γέννησής τους σε άλλους ιστούς  
 (μετάσταση). Οι δύο εικόνες δείχνουν τη  
 μετάσταση των διάφορων μορφών  
 καρκίνου. Αριστερά, καρκίνος του  
 στομάχου (1): επικενθισμός διάδοσης στο σπυρίτι  
 (2), μετάσταση στο σπυρίτι διαμέσου της  
 πύλης φλέβας (3), μετάσταση κατά μήκος  
 των λεμφατικών οδών μέχρι τους πνεύμονες  
 (4), μετάσταση στις ωοθήκες (5).  
 Δεξιά, πνευμονικό καρκίνωμα (1): μετάσταση  
 στους πνεύμονες (2), στο σπυρίτι (3), στο  
 σκελετό (4), και στον εγκέφαλο (6), διαμέσου  
 της αορτής και των πνευμονικών αρτηριών.  
 Καρκίνωμα του θυροειδούς (6): μετάσταση  
 στους πνεύμονες διαμέσου της κοίτης φλέβας.  
 Νεοπλασμάτα των εντέρων (6): μετάσταση  
 στο σπυρίτι διαμέσου της κοίτης φλέβας.

απότομη και έντονη σωματική άσκηση, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος.

Οδηγίες που θα πρέπει να δίνει για την πρόληψη των νεοπλασμάτων είναι να αποφεύγεται το κάπνισμα, που αποτελεί το σπουδαιότερο προληπτικό παράγοντα, αφού ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για τον καρκίνο πνεύμονα, λάρυγγα, στόματος κ.λ.π. Να περιορίζεται η κατανάλωση κεκορεσμένων και ακόρεστων λιπών αφού έτσι μειώνεται η συχνότητα του Ca μαστού και παχέως εντέρου. Αντίθετα η διατροφή να είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά στην πληρη περιεκτικότητά τους. Να περιορίζεται το αλκοόλ που σε συνδυασμό με το κάπνισμα ευθύνονται για την αύξηση του καρκίνου του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα και των αναπνευστικών οδών. Να αποφεύγεται η υπερβολική χρήση αλατος και ζάχαρης στην καθημερινή διατροφή. Να αποφεύγονται τα ζεστά φαγητά, γιατί ερεθίζουν τον πεπτικό σωλήνα. Να γίνεται καλή μάσηση της τροφής. Οι γυναίκες μετά το 25ο έτος ζωής θα πρέπει να κάνουν προληπτικά test-Pap και εξέταση μαστού. Οποσδήποτε θα πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό τυχόν αλλαγή συνήθειας κενώσεως του εντέρου και της ουρήσεως. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρεται στο κοινό κάθε ασυνήθιστη αιμορραγία,

έκκριση, απότομη δυσπεψία, δυσκαταποσία, τραύματα ή πληγές που δεν επουλώνονται γρήγορα καθώς επίσης κάποιος βήχας ή βραχνάδα φωνής που διαρκεί. Να αποφεύγεται η ακτινοβολία ή αν αυτό δεν είναι δυνατό λόγω της εργασίας να τηρούνται οι απαραίτητες κανόνες προστασίας που δίδονται. Τέλος, κάθε απότομη μείωση του σωματικού βάρους θα πρέπει ν' αναφέρεται στο γιατρό.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να πληροφορήσει το κοινό σχετικά με τις επιπτώσεις των αμβλώσεων στην αύξηση του πληθυσμού. Θα πρέπει ενημερώνοντας να αποτρέψει τις γυναίκες από την άμβλωση, λέγοντάς τους για τις επιπλοκές που μπορεί να τους δημιουργήσει κατά τη διάρκεια αυτής και τις ανεπανόρθωτες βλάβες που μπορεί να τους προκαλέσει μετά από αυτή (διάτρηση μήτρας, φλεγμονές μήτρας - σαλπίνγων, δευτεροπαθή στειρώση, αιμορραγία, καθ' έξιν αποβολές, ψυχολογικά προβλήματα).

Με τη διδασκαλία θα πρέπει να κάνει συνείδηση του κοινού ότι η άμβλωση δεν αποτελεί αντισυλληπτικό μέσο αλλά "φόνο". Να ενημερώνει το κοινό και ιδιαίτερα τα νέα ζευγάρια που έχουν προβλήματα στειρότητας για τα νέα φάρμακα και τις νέες χειρουργικές μεθόδους που δίνουν λύση σ' αυτό το πρόβλημα.

Να παραπέμπει τα ζευγάρια με προβλήματα στειρότητας στον αρμόδιο γιατρό και να τα πληροφορεί για την τεχνητή γονιμοποίηση. Να παροτρύνει τα νέα ζευγάρια να υποβάλλονται σε προγεννητικό έλεγχο αφού έτσι μπορούν να πορληφθούν διάφορα λοιμώδη και κληρονομικά νοσήματα όπως σύφιλη, Aids, Μεσογειακή αναιμία, σύνδρομο Daun, σύνδρομο turner, Klinefelter κ.λ.π.

Να διαφωτίζει τις γυναίκες για τους κινδύνους που διατρέχει τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο από μια πιθανή εγκυμοσύνη μετά το 35ο της ηλικίας τους και να τις συμβουλεύει για τις απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να υποβάλλονται π.χ. αμνιοκέντηση.

Με τον τρόπο αυτό εμείς οι νοσηλευτές θα μπορέσουμε μέσα από τους δρόμους που μας δίνει η επιστήμη μας να συμβάλλουμε με όλες μας τις δυνάμεις στην επίλυση ενός μεγάλου εθνικού προβλήματος, της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο δύσκολο έργο μας θα είναι η γνώση και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους σπουδαστές του Τμήματος Νοσ/κής ΤΕΙ Πατρών, Σχοινά Σοφία, Τσάμη Χρήστο, Ανδρικόπουλο Γεώργιο με συνεργασία και εισήγηση της Δρ. Παπαδημητρίου Μαρίας, Επίκουρο Καθηγήτρια ΤΕΙ Πάτρας.

Βασικός στόχος της έρευνας είναι η επισήμανση του προβλήματος της υπογεννητικότητας με τις πολλές επιπτώσεις οικονομικές, κοινωνικές, εθνικές που γίνονται όλο και πιο εμφανείς και η ανάγκη δημιουργίας υγειονομολογικής συνείδησης, πεποίθησης και νέας συμπεριφοράς του ατόμου με τη συμμετοχή στην επίλυση του προβλήματος και ο σχεδιασμός μιας στρατηγικής πρόληψης και κινήτρων των οικογενειών για σωστή και ασφαλή ανάπτυξη παιδιών, με δεδομένο ότι ο ρόλος της μητέρας στην φροντίδα και ανατροφή του παιδιού είναι σπουδαίος και μοναδικός. Γίνεται επίσης προσέγγιση και σε άλλα θέματα που λειτουργούν ως δυσμενείς παράγοντες στην αύξηση του πληθυσμού, όπως η νομιμοποίηση των αντισυλληπτικών μέσων, των αμβλώσεων και οι σύγχρονες καταστροφικές έξεις του κοινού, η υπερβολική κατανάλωση ποτών - τροφίμων κ.α.

Η συγκέντρωση πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε κατόπιν φιλικής επεξήγησης στους υποψήφιους ερωτηθέντες, του σκοπού της έρευνας καθώς και του γενικού πλαισίου στο οποίο κυμαίνονται οι ερωτήσεις.

Η επεξήγηση κρίθηκε αναγκαία λόγω της επιφυλακτικότητας των ερωτηθέντων προς τις ερωτήσεις. Η απαίτηση των ατόμων για επεξήγηση των ερωτήσεων και συζήτηση των θεμάτων που τίγονται θεωρείται δικαιολογημένη. Η διερεύνηση του ψυχικού τους κόσμου, τους κάνει επιφυλακτικούς και διστακτικούς σε κάθε επισκέπτη - ερευνητή.

Οι ερωτήσεις και οι επεξηγήσεις που δόθηκαν, διατυπώθηκαν με τρόπο απλό, έτσι ώστε να γίνουν απόλυτα κατανοητές από όλους τους ερωτηθέντες κάθε ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου.

Κατεβλήθη προσπάθεια ώστε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να μας δώσει πλήρη στοιχεία που θα βοηθήσουν στη συναγωγή συμπερασμάτων γύρω από το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες διαβίωσης.

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Ιουλίου - Οκτωβρίου 1994 και τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν: στις κεντρικές πλατείες της πόλης μας, πλατεία Γεωργίου, πλατεία Ολγας και πλατεία Υψηλών Αλωνίων. Οι περιοχές αυτές προτιμήθηκαν ύστερα από σκέψη και με την πεποίθηση ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα ήταν όσο το δυνατόν αντικειμενικότερα, έχοντας μια σαφή και εμπειριστωμένη άποψη και αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των κοινωνικών στρωμάτων του πληθυσμού.

Τα στοιχεία που περιείχε το ερωτηματολόγιο ήταν τα εξής: ηλικία των 1000 ερωτηθέντων, φύλο, τόπος γέννησης και διανομής. Ερωτήσεις σχετικά με το πώς αντιμετωπίζουν τις πολύτεχνες οικογένειες, το τι γνωρίζουν για τις αμβλώσεις, την αντισύλληψη και τα μέτρα που πρέπει να παρθούν από μέρος της πολιτείας για να έχουμε αύξηση των γεννήσεων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναλύθηκαν από ηλεκτρονικό υπολογιστή με πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης, το οποίο έδωσε τα αποτελέσματα που φαίνονται στις επόμενες σελίδες.

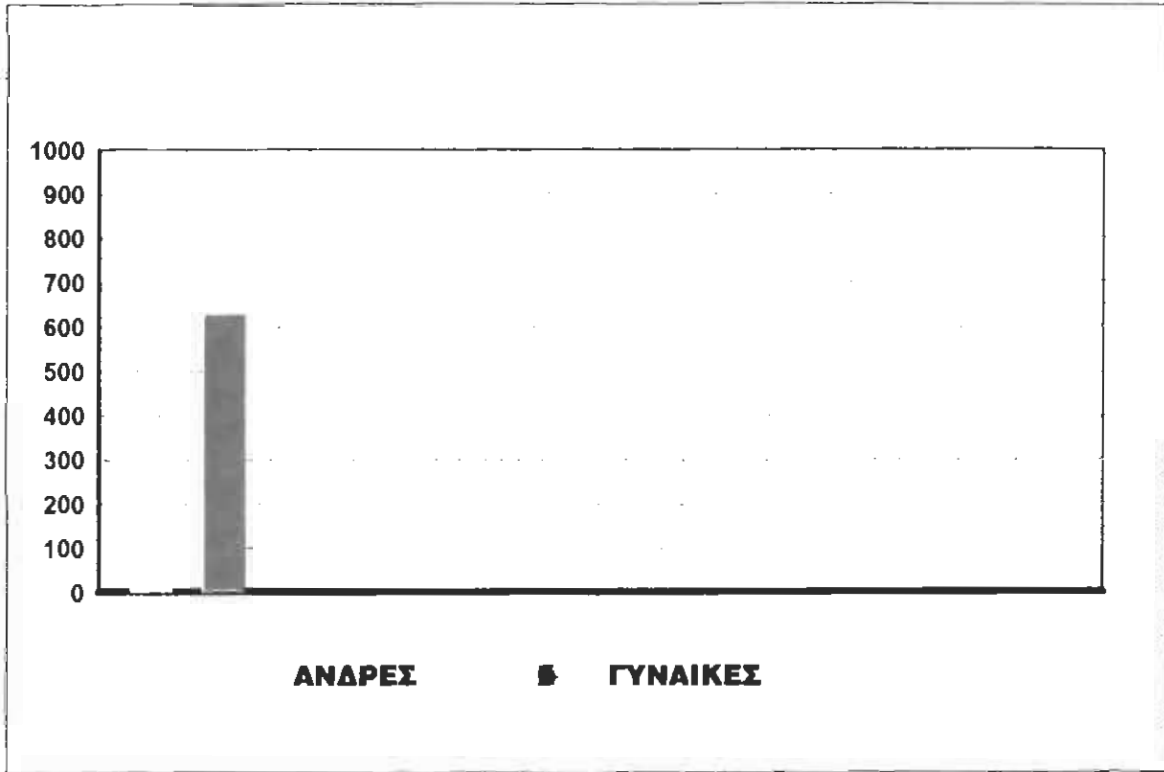
Παραθέτονται πίνακες και σχηματικές παραστάσεις που απεικονίζουν αναλυτικά σε αριθμό ατόμων και ποσοστά επί % την κάθε μεταβλητή του ερωτηματολογίου.



# **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΙΝΑΚΕΣ**

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 1

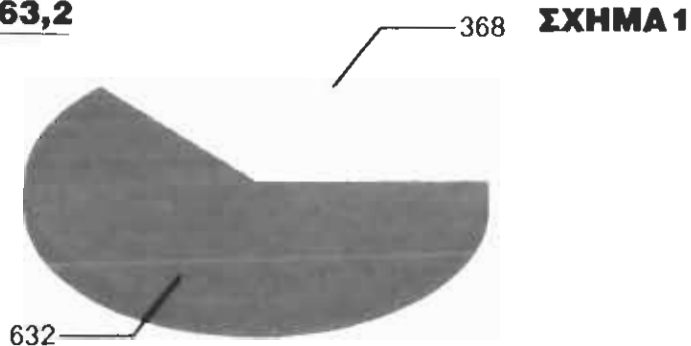
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση το φύλο τους



Στο Ιστογράμμα 1 βλέπουμε ότι 632 άτομα από τα 1000 που ρωτήθηκαν, ποσοστό 63,2% ήταν γυναίκες και 368 ήταν άντρες, ποσοστό 36,8%

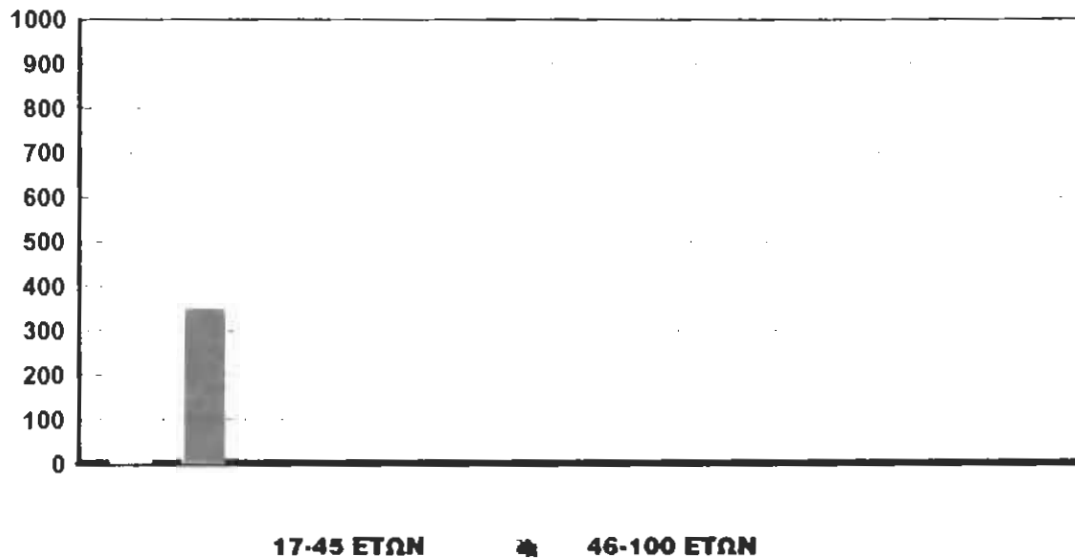
## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	368	36,8
Θ	632	63,2



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 2

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση την ηλικία τους

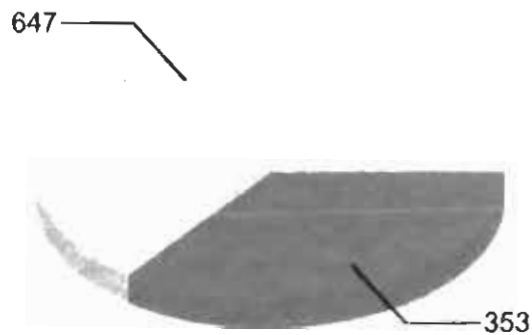


Στο ιστόγραμμα 1 βλέπουμε ότι 647 άτομα από τα 1000 που ρωτήθηκαν, ποσοστό 64,7% ήταν ηλικίας μεταξύ 17 και 45 ετών και 353 άτομα, ποσοστό 35,3%, ήταν ηλικίας μεταξύ 46 και 100 ετών.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

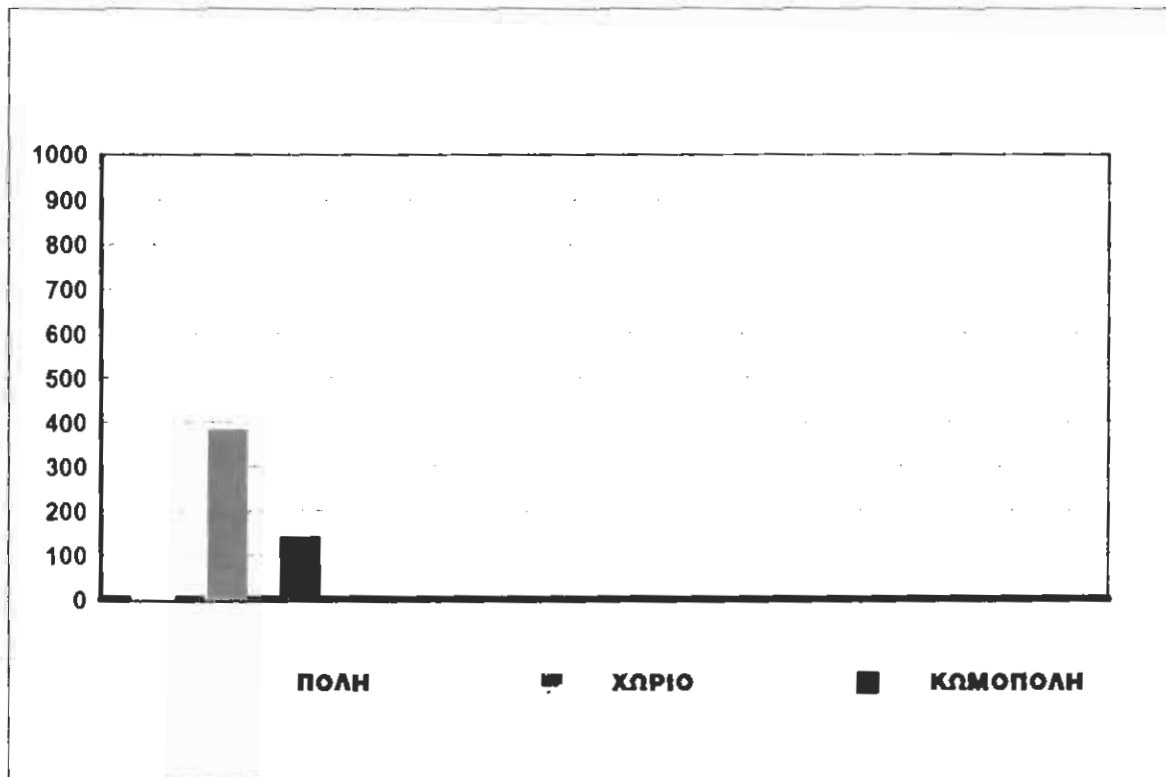
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
17-45	647	64,7
46-100	353	35,3

## ΣΧΗΜΑ 2



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 3

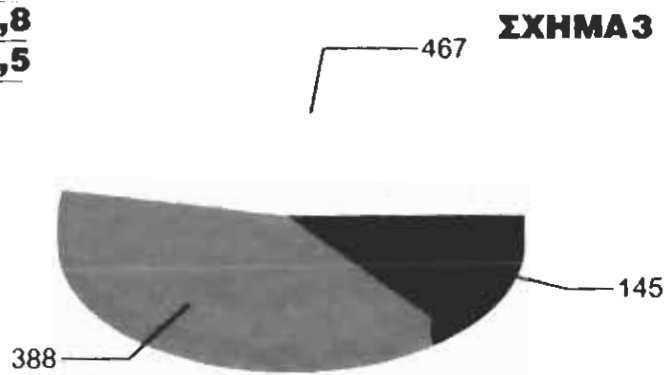
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση τον τόπο γέννησης



Στο Ιστογράμμα 3 βλέπουμε ότι 467 από τους ερωτηθέντες γεννήθηκαν σε πόλη, ποσοστό 46,7%, 388 από τους ερωτηθέντες γεννήθηκαν σε χωριό ποσοστό 38,8% και τέλος 145 γεννήθηκαν σε κωμόπολη, ποσοστό 14,5%

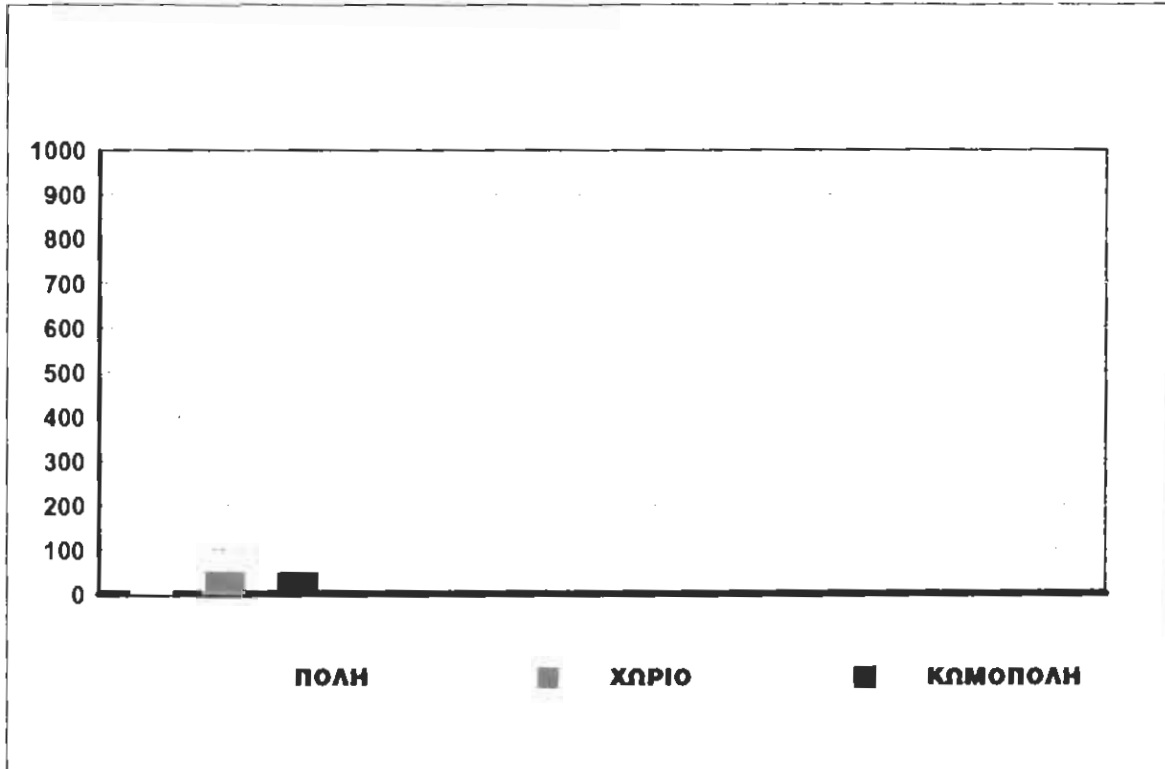
## ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΤΟΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	467	46,7
Β	388	38,8
Γ	145	14,5



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 4

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τον τόπο μον. κατοικίας



Στο ιστογράμμα 4, βλέπουμε ότι 892 από τους 1000 ερωτηθέντες δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας κάποια πόλη, ποσοστό 89,2%, 52 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν κάποια κωμόπολη, ποσοστό 5,2% και 56 δήλωσαν κάποιο χωριό, ποσοστό 5,6%.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4

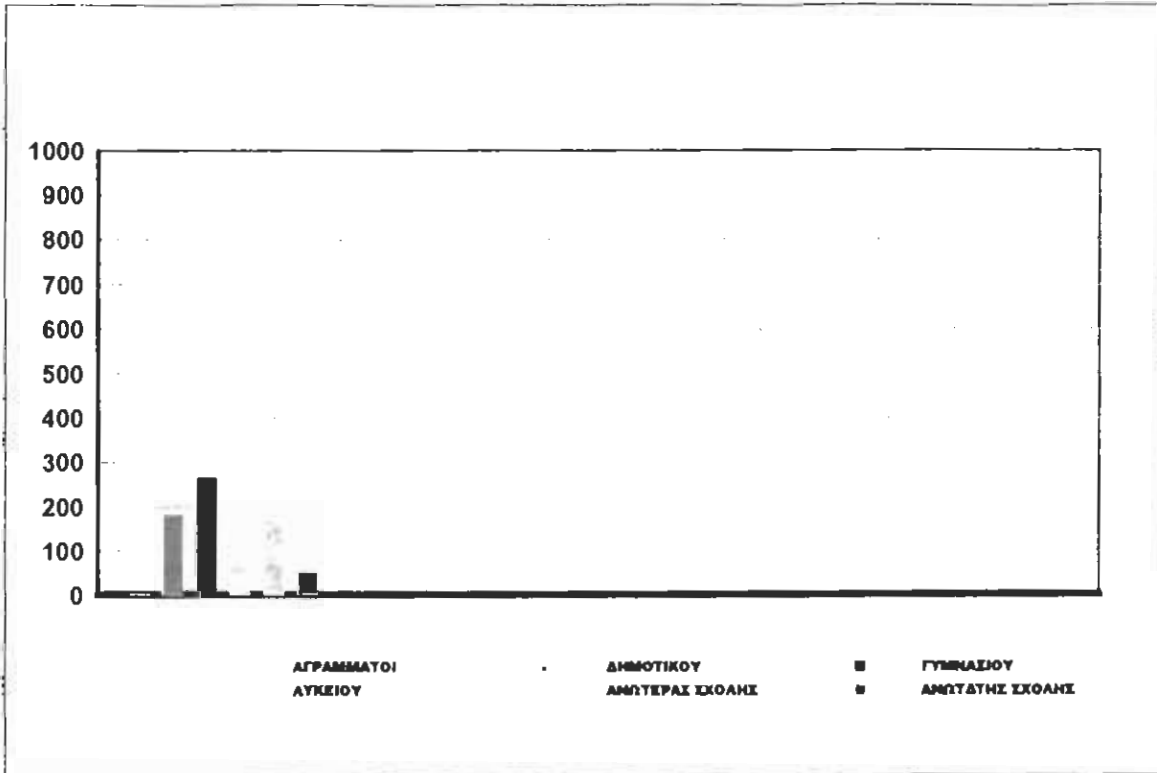
ΤΟΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>892</b>	<b>89,2</b>
<b>B</b>	<b>52</b>	<b>5,2</b>
<b>Γ</b>	<b>56</b>	<b>5,6</b>

## ΣΧΗΜΑ 4



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 5

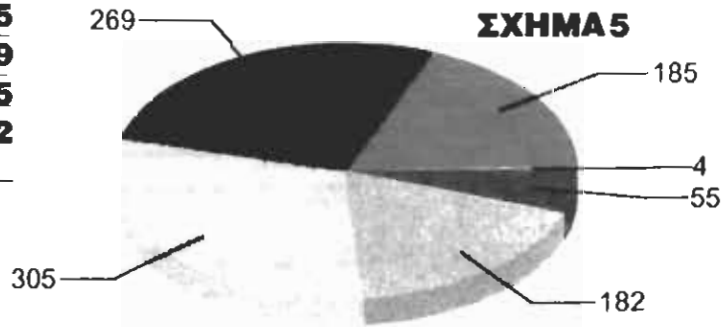
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τις γραμματικές τους γνώσεις



Στο ιστόγραμμα 5, βλέπουμε ότι 4 από τους 1000 ερωτηθέντες σχετικά με τις γραμματικές τους γνώσεις δήλωσαν αγράμματοι, ποσοστό 0,4%, 185 απόφοιτοι δημοτικού, ποσοστό 18,5%, 269 γυμνασίου, ποσοστό 26,9%, 305 λυκείου, ποσοστό 30,5%, 182 ανώτερης σχολής, ποσοστό 18,2% και 55 απόφοιτοι ανώτατης σχολής, ποσοστό 5,5%

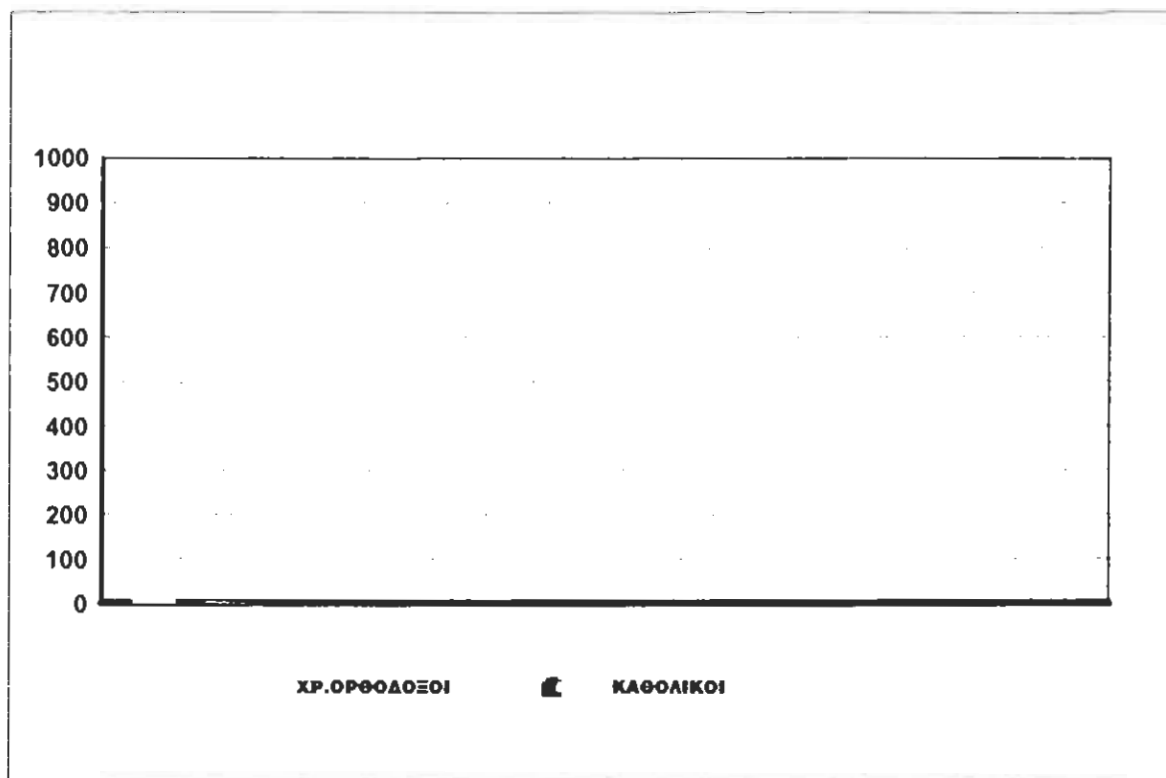
## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>
<b>B</b>	<b>185</b>	<b>18,5</b>
<b>Γ</b>	<b>269</b>	<b>26,9</b>
<b>Δ</b>	<b>305</b>	<b>30,5</b>
<b>E</b>	<b>182</b>	<b>18,2</b>
<b>ΣΤ</b>	<b>55</b>	<b>5,5</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 6

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση το θρήσκευμα



Σε σύνολο 1000 ερωτηθέντων σχετικά με το ποιο είναι το θρήσκευμά τους,  
δήλωσα 997 χριστιανοί ορθόδοξοι, ποσοστό 99,7% και 3 καθολικοί, ποσοστό  
0,3%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΘΡΗΣΚ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Χ.Ο.	997	99,7
Χ.Κ.	3	0,3

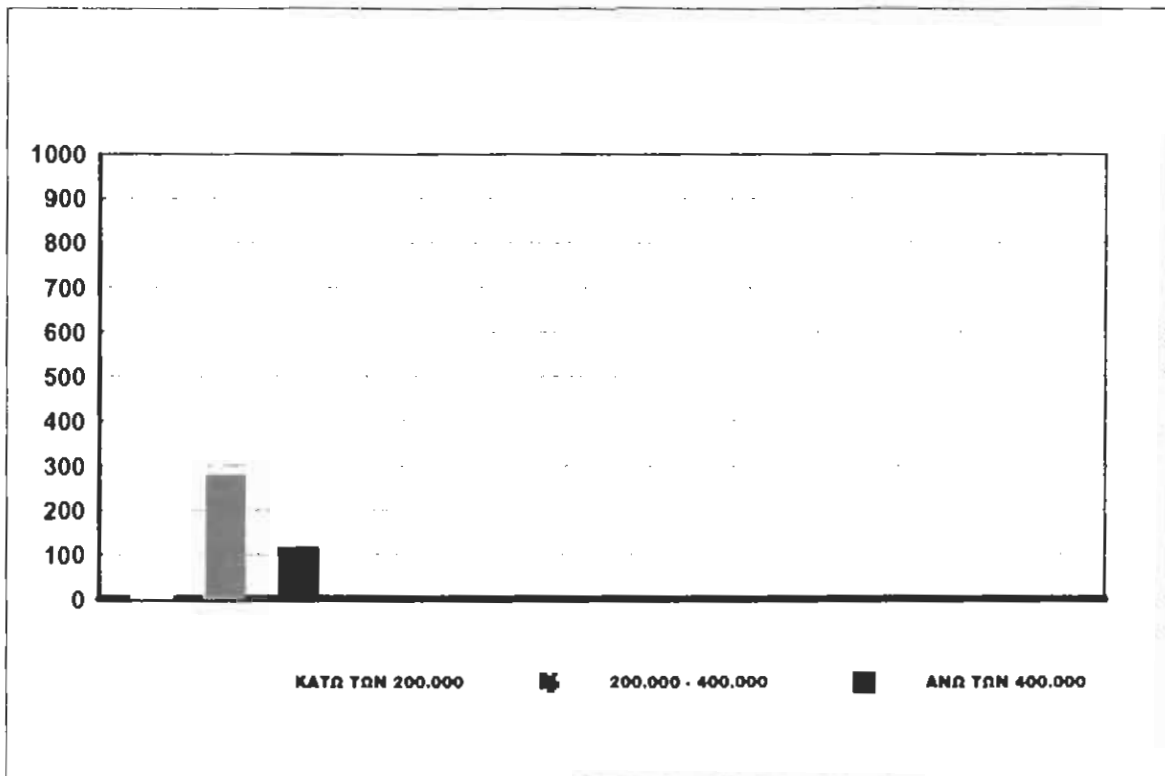
ΣΧΗΜΑ 6

997 ————— 3



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 7

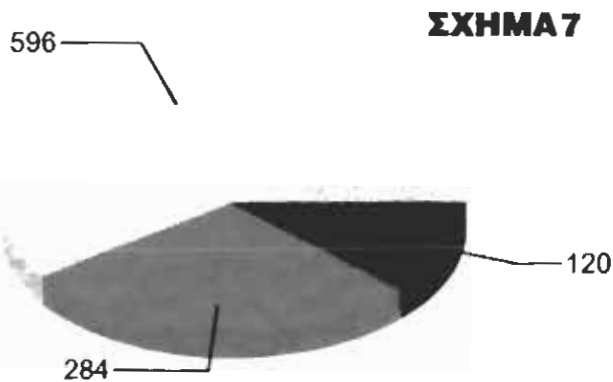
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση το μηνιαίο εισόδημα



Στο ιστογράμμα 7 βλέπουμε ότι στην ερώτηση ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα 596 από τους 1000 ερωτηθέντες δήλωσαν μηνιαίο εισόδημα κάτω των 200 χιλ. ποσοστό 59,6%, 284 δήλωσαν εισόδημα μεταξύ 200-400 χιλ., ποσοστό 28,4% και 120 δήλωσαν μηνιαίο εισόδημα άνω των 400.000 δραχμών, ποσοστό 12%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7

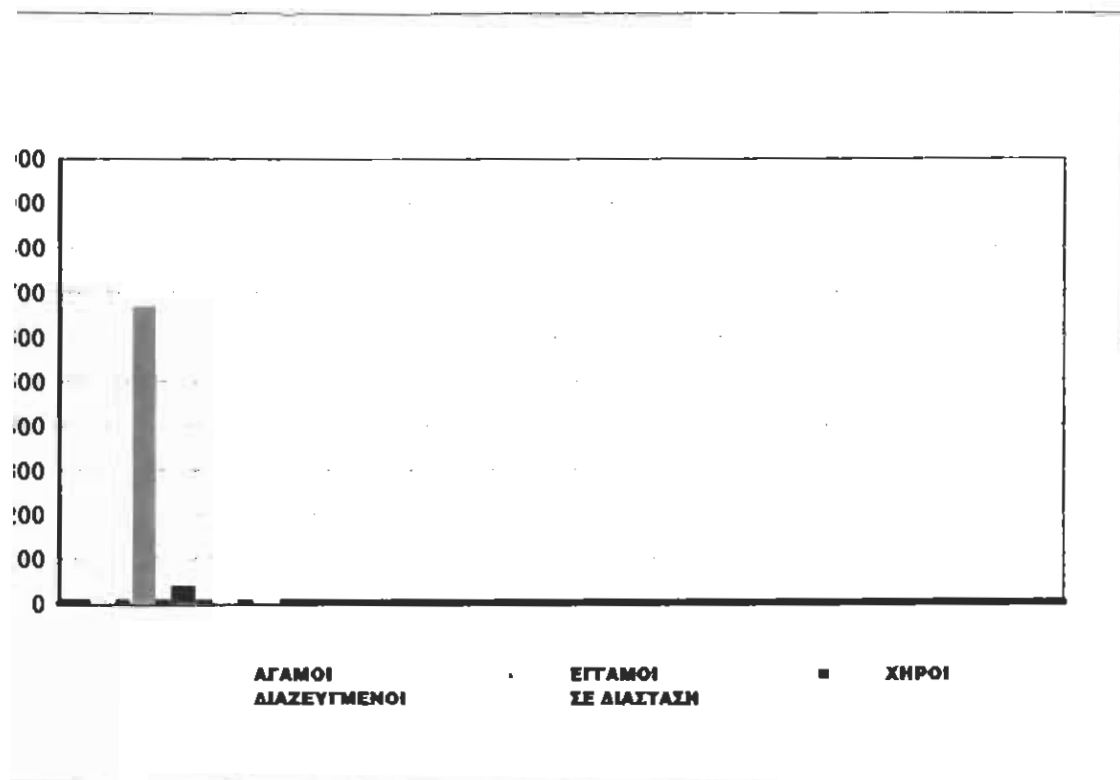
ΕΙΣΟΔ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<200	596	59,6
200-400	284	28,4
>400	120	12





# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 8

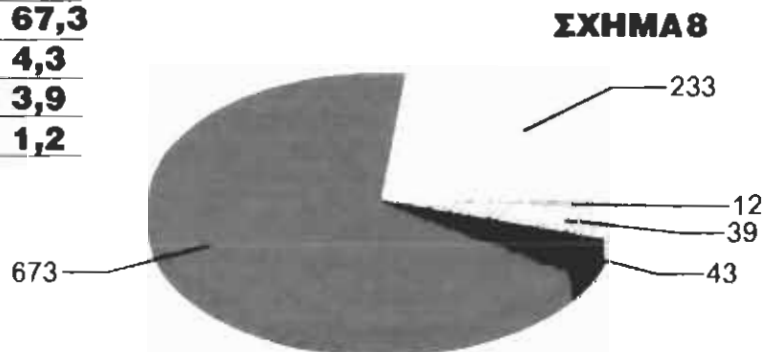
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση



Στο Ιστόγραμμα 8 βλέπουμε ότι στην ερώτηση ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση 233 από τους 1000 ερωτηθέντες δήλωσαν άγαμοι, ποσοστό 23,3%, 673 έγγαμοι, ποσοστό 67,3%, 43 χήροι ποσοστό 4,3%, 39 διαζευγμένοι, ποσοστό 3,9% και 12 σε διάσταση, 1,2%

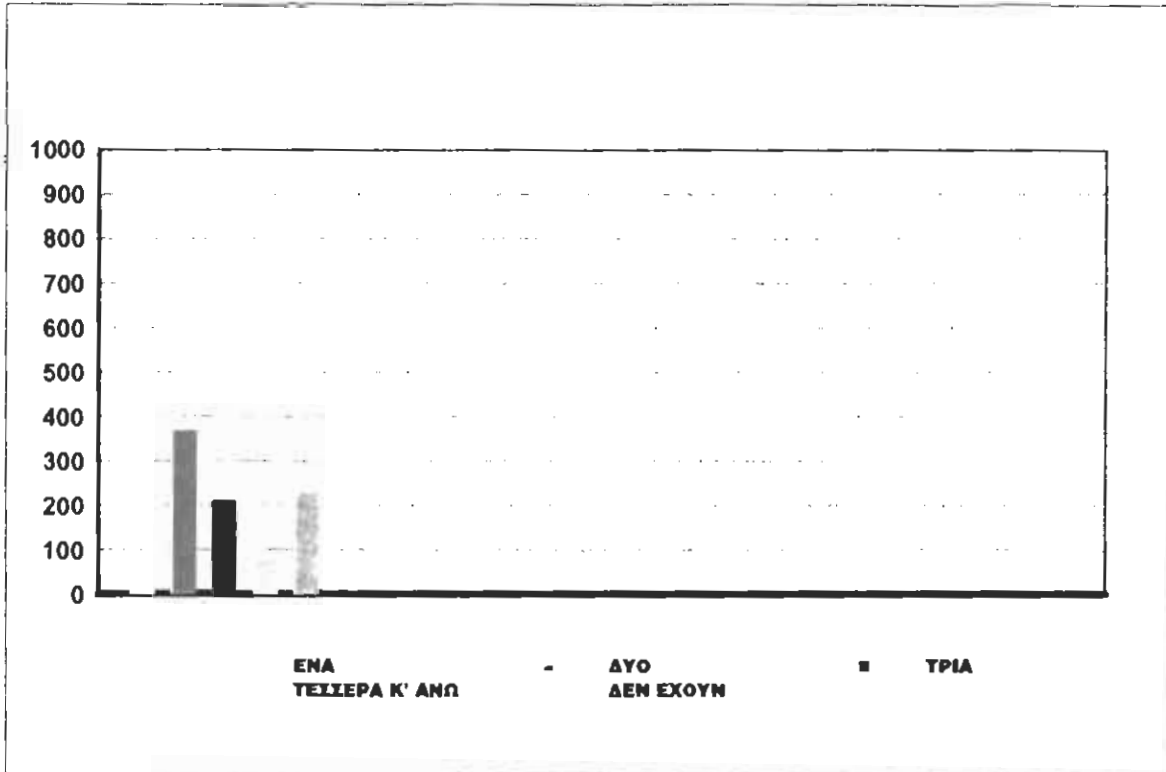
## ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ο.Κ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	233	23,3
Β	673	67,3
Γ	43	4,3
Δ	39	3,9
Ε	12	1,2



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 9

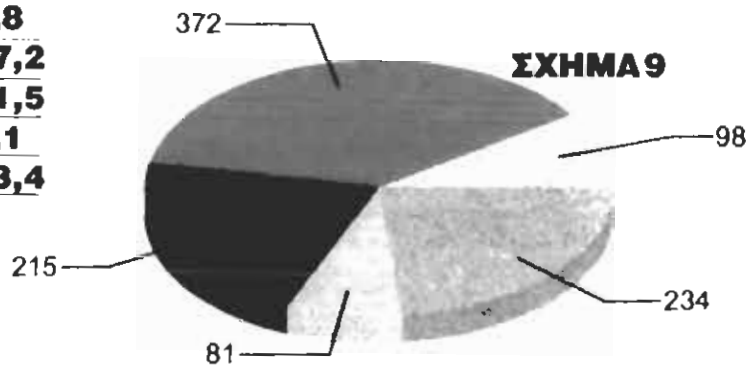
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τον αριθμό των παιδιών



Στο Ιστογράμμο 1 βλέπουμε ότι στην ερώτηση πόσα παιδιά έχετε, δήλωσαν 98 από τους 1000 ερωτηθέντες ότι έχουν ένα παιδί, ποσοστό 9,8%, 372 ότι έχουν δύο παιδιά, ποσοστό 37,2%, 215 ότι έχουν 3 παιδιά, ποσοστό 21,5%, 81 ότι έχουν πάνω από 4 παιδιά, ποσοστό 8,1% και 234 ότι δεν έχουν παιδιά, ποσοστό 23,4%

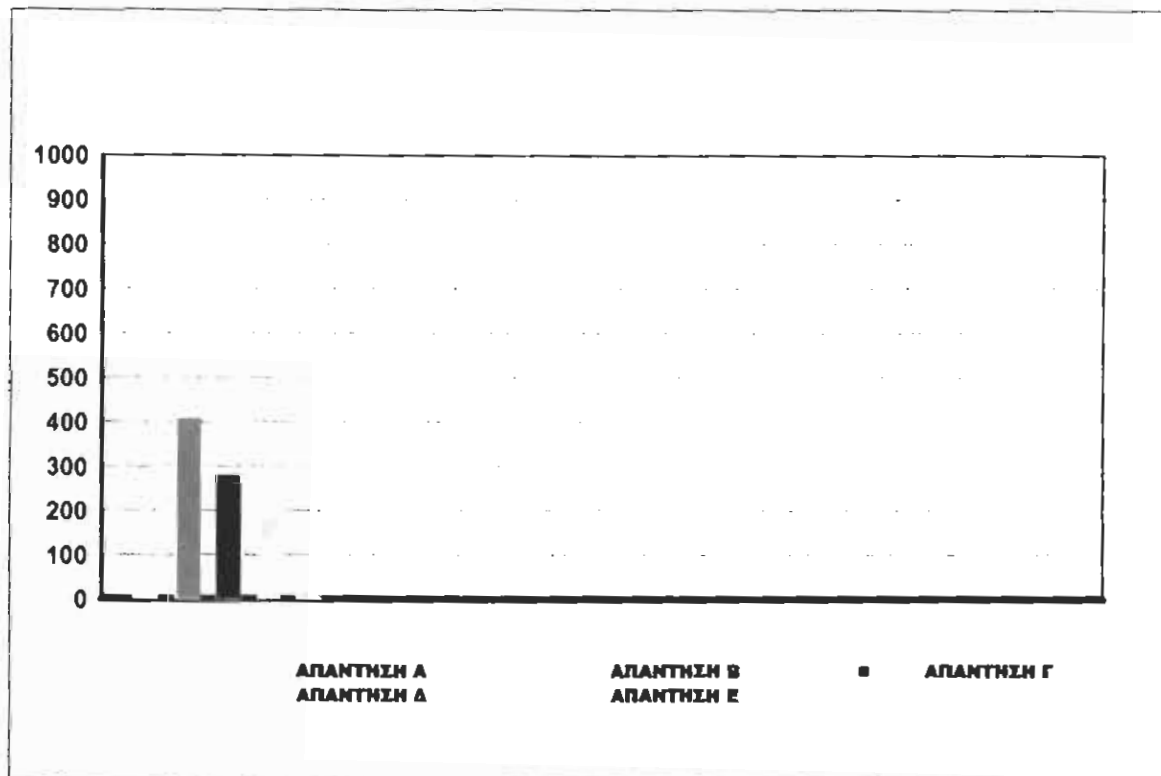
## ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΠΑΙΔΙΑ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
1	98	9,8
2	372	37,2
3	215	21,5
4-ΑΝΩ	81	8,1
ΚΑΝΕΝΑ	234	23,4



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 10

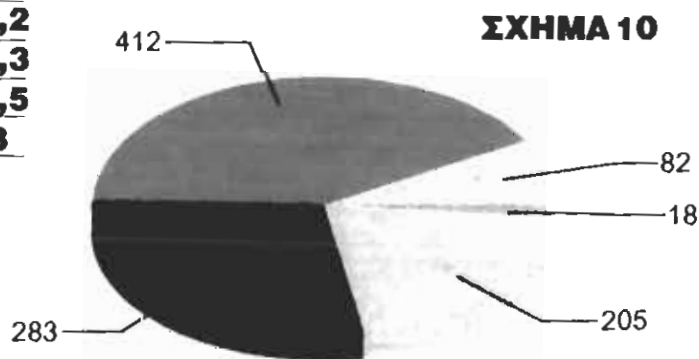
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση την άποψή τους για το ιδανικό σχήμα οικογένειας



Στο Ιστογράμμο 1 βλέπουμε ότι 82 από τους 1000 ερωτηθέντες, θεωρούν ως ιδανικό σχήμα οικογένειας το ζευγάρι να έχει 1 παιδί, ποσοστό 8,2%, 412 να έχει 2 παιδιά, ποσοστό 41,2%, 283 να έχει 3 παιδιά, ποσοστό 28,3%, 205 να έχει το ζευγάρι παιδιά και να μένει μαζί με τον παππού και την γιαγιά, ποσοστό 20,5% και 18 θεωρούν ότι το ζευγάρι δεν πρέπει να έχει παιδιά, ποσοστό 1,8%

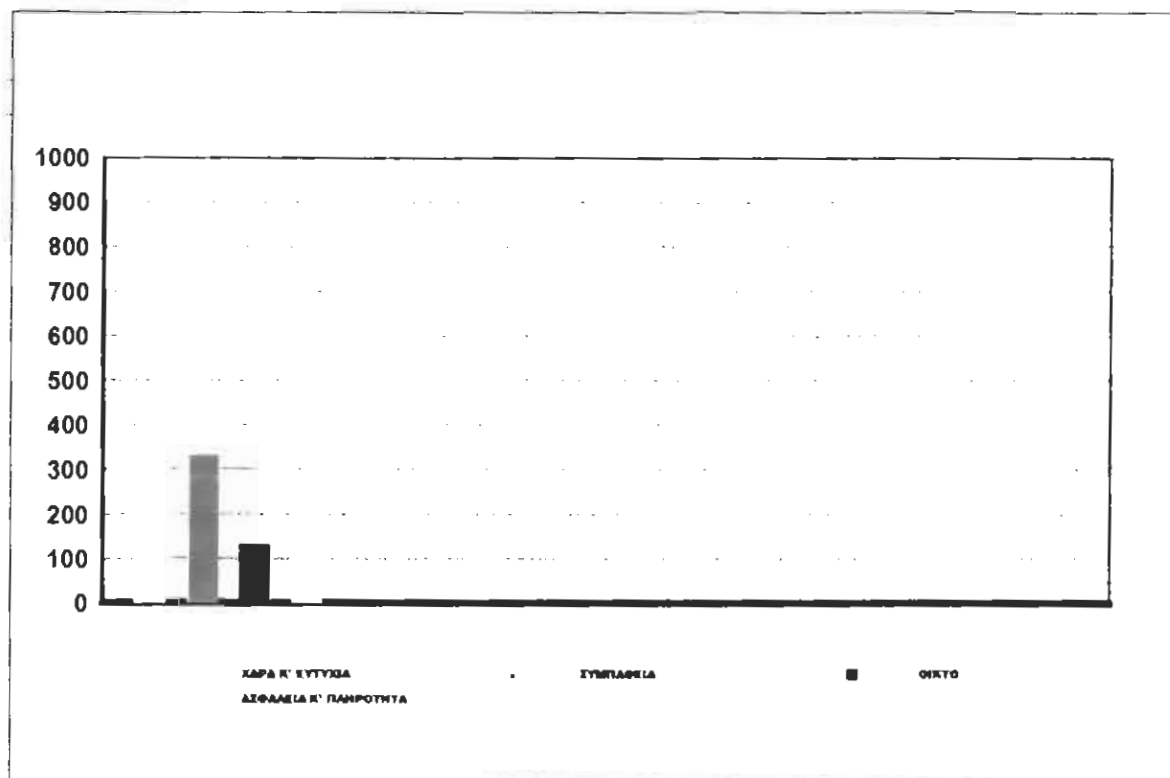
## ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΣΧΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	82	8,2
Β	412	41,2
Γ	283	28,3
Δ	205	20,5
Ε	18	1,8



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 11

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τις αισθήματα τους προκαλεί μία πολύτεκνη οικογένεια

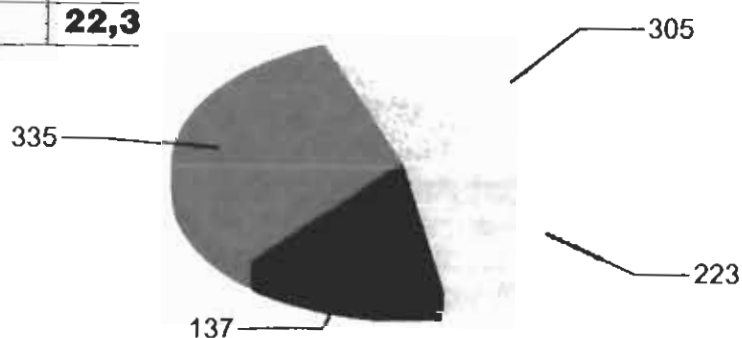


Στο Ιστογράμμα 11 βλέπουμε ότι 305 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 30,5% απάντησαν ότι μία πολύτεκνη οικογένεια τους προκαλεί αισθήματα χαράς και ευτυχίας, 335 συμπάθειας, ποσοστό 33,5%, 137 απάντησαν ότι τους προκαλεί οίκτο, ποσοστό 13,7% και 223 ότι αισθάνονται ασφάλεια και πληρότητα, ποσοστό 22,3%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 11

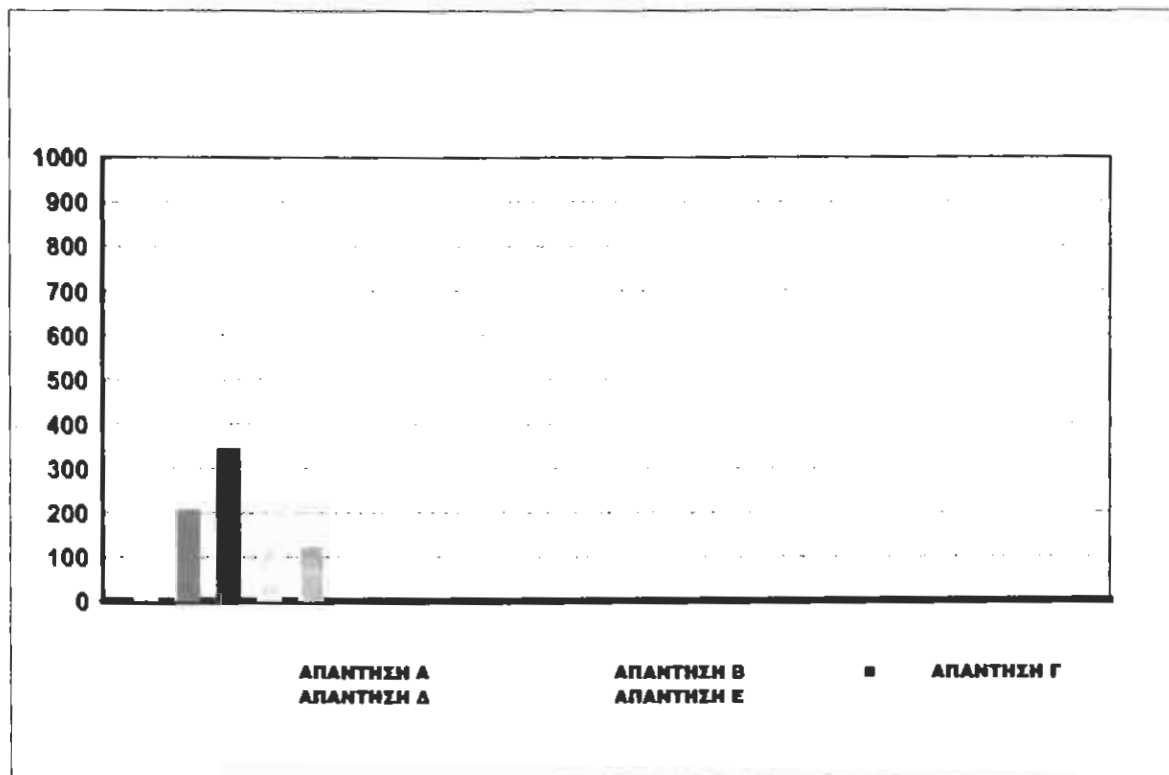
ΑΙΣΘ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>305</b>	<b>30,5</b>
<b>B</b>	<b>335</b>	<b>33,5</b>
<b>Γ</b>	<b>137</b>	<b>13,7</b>
<b>Δ</b>	<b>223</b>	<b>22,3</b>

ΣΧΗΜΑ 11



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 12

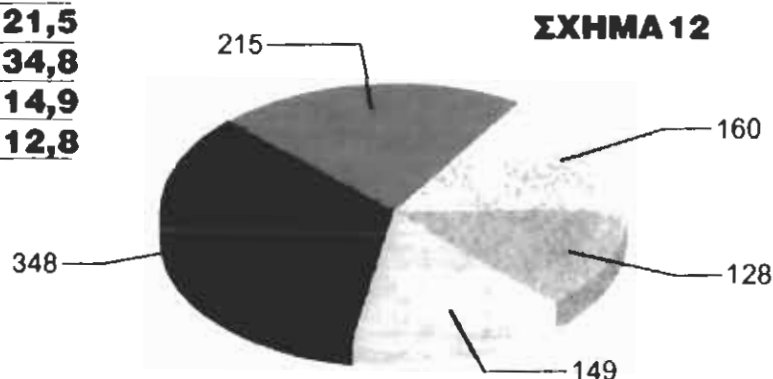
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση το τι θεωρούν ότι είναι μία πολύτεκνη οικογένεια



Στο Ιστογράμμα 12 βλέπουμε ότι 160 από τους 1000 ερωτηθέντες πιστεύουν ότι μια πολύτεκνη οικογένεια είναι παιδοκεντρική, ποσοστό 16%, 215 ότι είναι συνειδητοποιημένη, ποσοστό 21,5%, 348 ότι είναι οικογένεια με ηθικές και θρησκευτικές αρχές, ποσοστό 34,8%, 149 πιστεύουν ότι είναι χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ποσοστό 14,9% και 128 ότι είναι χωρίς άλλα ενδιαφέροντα, ποσοστό 12,8%.

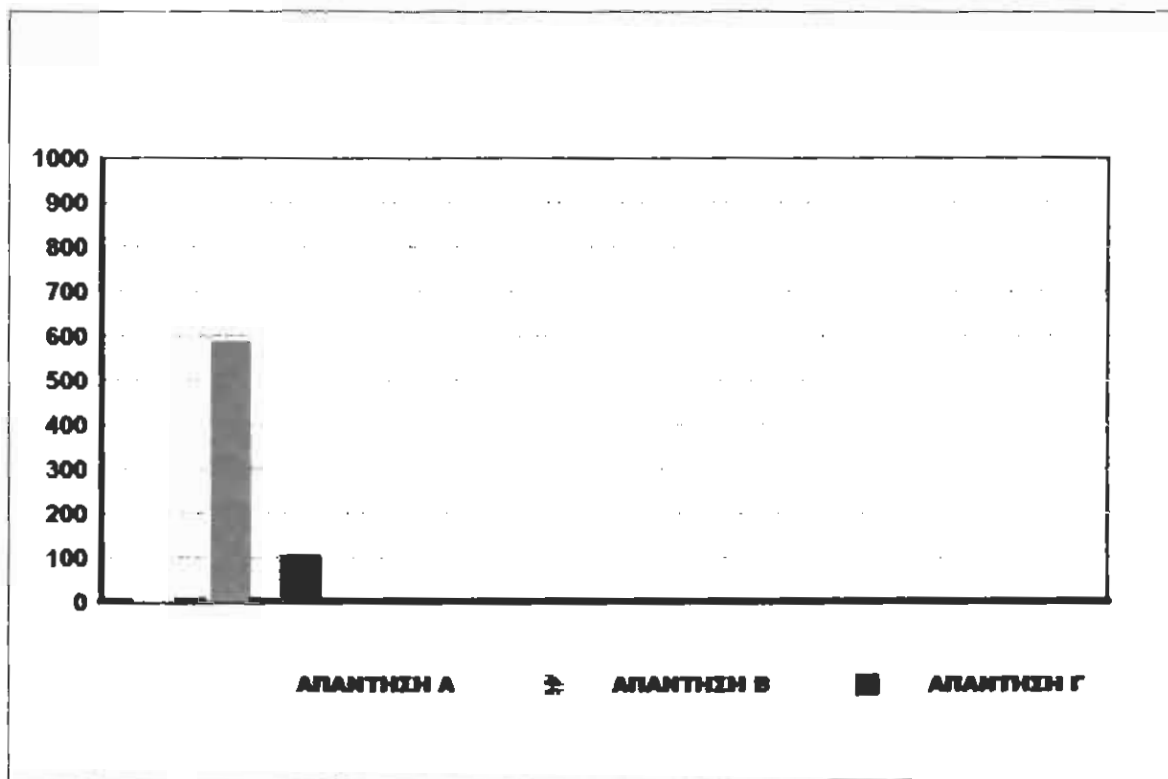
## ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	160	16
Β	215	21,5
Γ	348	34,8
Δ	149	14,9
Ε	128	12,8



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 13

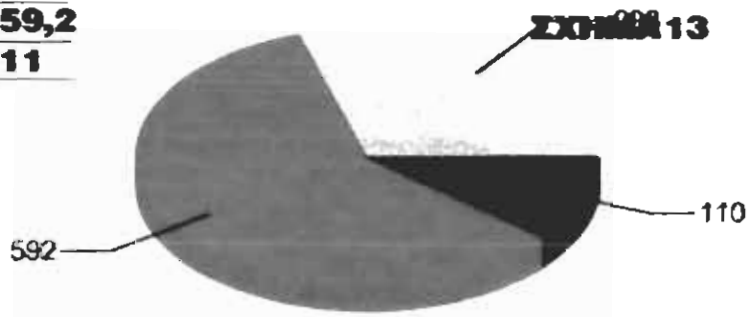
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τον κυρίαρχο στόχο της ζωής τους



Στο Ιστογράμμα 13 βλέπουμε ότι 298 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 29,8% απάντησαν ότι ο κυριότερος στόχος της ζωής τους είναι η επαγγελματική και κοινωνική τους εξέλιξη και άνοδος, 592 ότι είναι η δημιουργία οικογένειας, ποσοστό 59,2% και 110 ότι είναι η οικονομική τους ευημερία, ποσοστό 11%.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 13

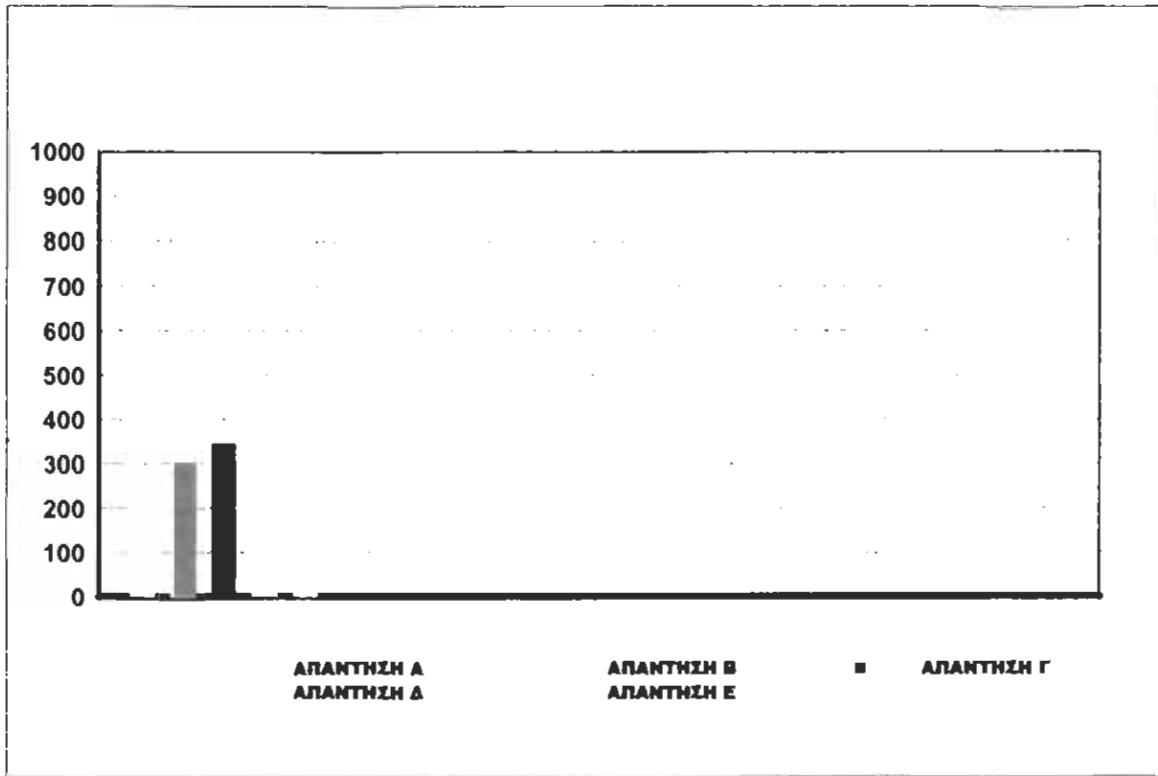
ΣΤΟΧΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>Α</b>	<b>298</b>	<b>29,8</b>
<b>Β</b>	<b>592</b>	<b>59,2</b>
<b>Γ</b>	<b>110</b>	<b>11</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 14

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων

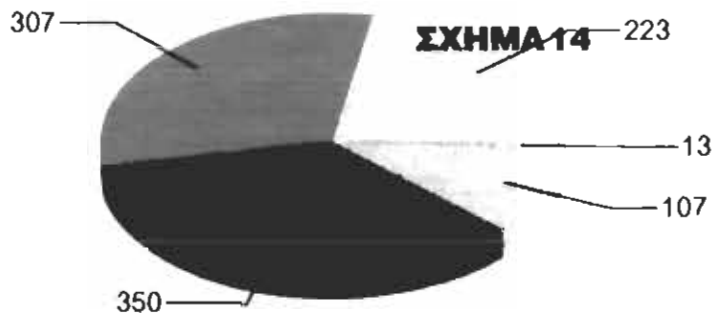
βάση το τι θα επηρέαζε την απόφασή τους για απόκτηση άνω των δύο παιδιών



Στο Ιστογράμμα 14 βλέπουμε ότι 223 από τους 1000 ερωτηθέντες απάντησαν πως στην απόφασή τους να αποκτήσουν περισσότερα από δύο παιδιά, θα τους επηρέαζαν τα αφοροδίσια και τα ναρκωτικά, ποσοστό 22,3%, 307 η μόλυνση του περιβάλλοντος, ποσοστό 30,7%, 350 δήλωσαν οικονομικούς λόγους, ποσοστό 35%, 107 κληρονομικές ασθένειες, ποσοστό 10,7% και 13 τα Μ.Μ.Ε., ποσοστό 1,3%

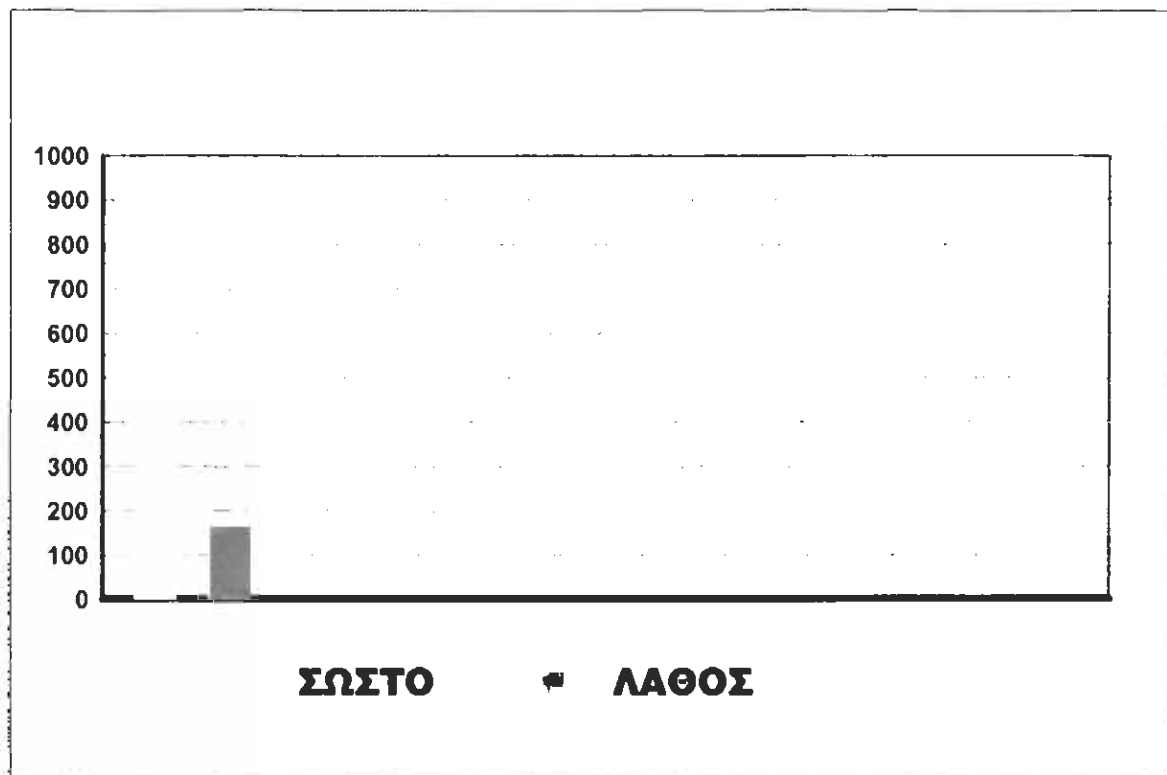
## ΠΙΝΑΚΑΣ 14

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	223	22,3
Β	307	30,7
Γ	350	35
Δ	107	10,7
Ε	13	1,3



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 15

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την γνώμη τους για τον σκοπό του οικογ. Προγραμματισμού



Στο Ιστόγραμμα 15 βλέπουμε ότι 832 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 83,2%, πιστεύουν ότι σκοπός του οικογ. προγραμματισμού είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί όταν και όπως αυτό επιθυμεί, ενώ 168 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό 16,8%, έχουν αντίθετη άποψη.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	832	83,2
B	168	16,8

ΣΧΗΜΑ 15

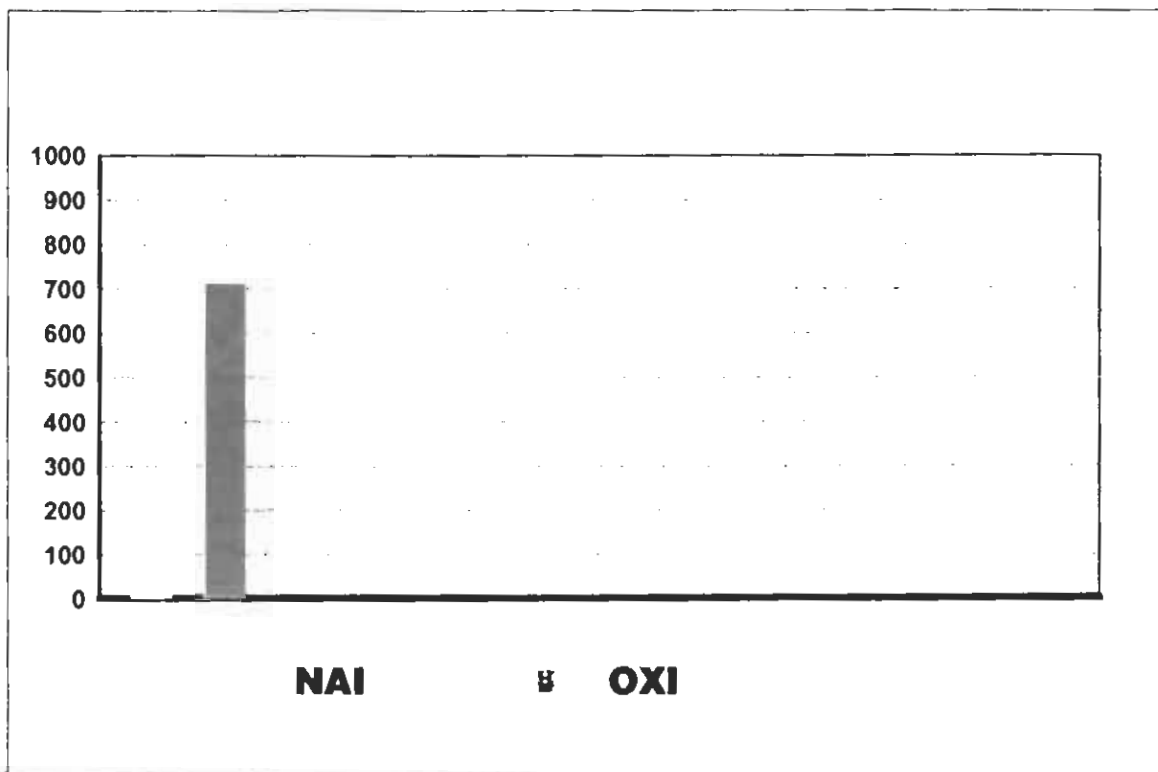


■ ΣΩΣΤΟ      ■ ΛΑΘΟΣ



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 16

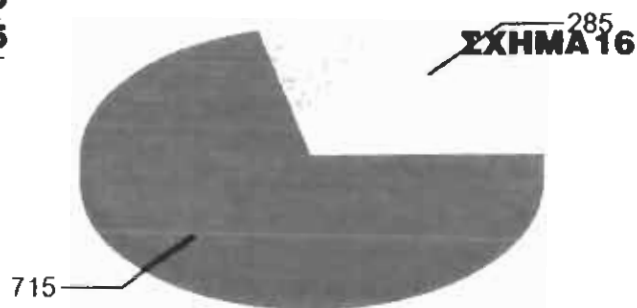
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν έχουν απευθυνθεί σε Κέντρο Οικογ. Προγ/σμού



Στο Ιστογράμμο 16 βλέπουμε ότι 285 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 28,5%, έχουν απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ 715 δηλαδή ποσοστό 71,5%, δεν έχουν απευθυνθεί.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 16

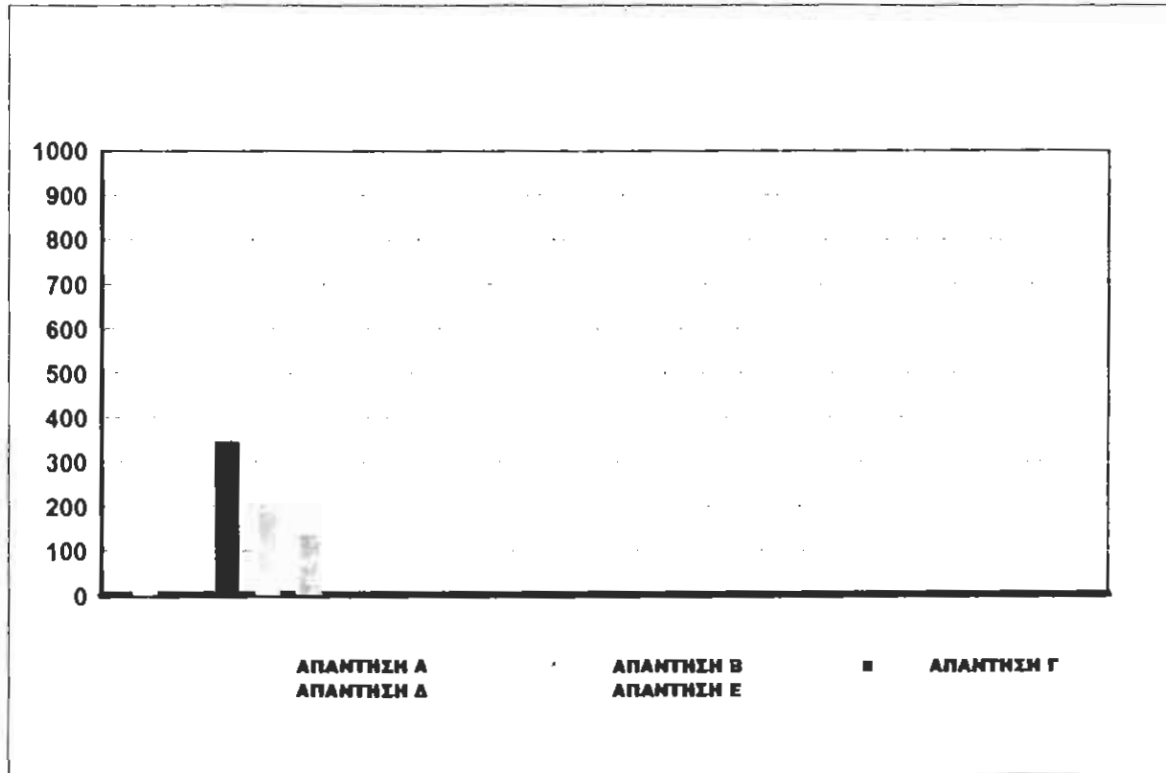
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	285	28,5
ΟΧΙ	715	71,5



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 17

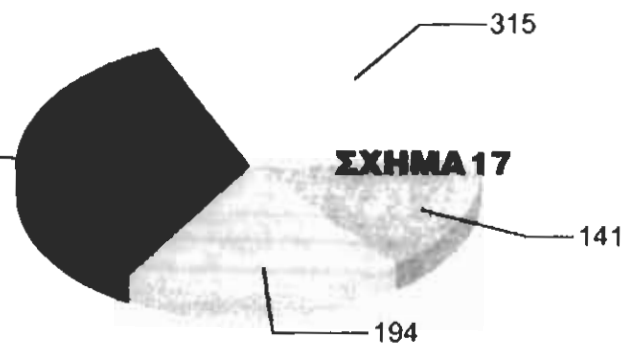
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση τον λόγο για τον οποίον θα απευθύνονταν σ' ένα  
Κέντρο Οικογεν. Προγρ/σμού



Στο Ιστόγραμμα 17 βλέπουμε ότι 315 από τους ερωτηθέντες θα επισκέπτονταν το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για να ενημερωθούν για την αντι-σύλληψη, ποσοστό 31,5%, κανείς δεν θα το επισκεπτόταν για να ενημερωθεί σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση, ποσοστό 0%, 350 θα το επισκέπτονταν για προγεννητικό έλεγχο, ποσοστό 35%, 194 για να ενημερωθούν σχετικά με τις αμβλώσεις, ποσοστό 19,4% και 141 για να κάνουν τεστ Παπ, ποσοστό 14,1%

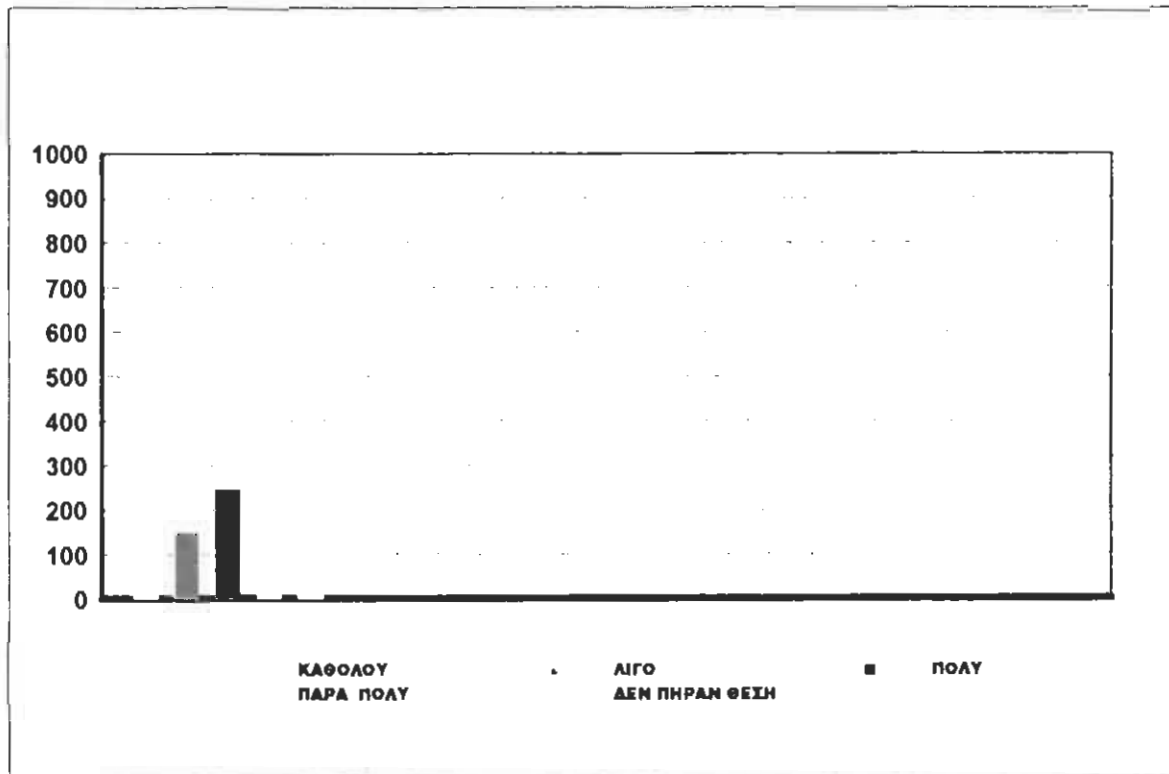
**ΠΙΝΑΚΑΣ 17**

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>Α</b>	<b>315</b>	<b>31,5</b>
<b>Β</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Γ</b>	<b>350</b>	<b>35</b>
<b>Δ</b>	<b>194</b>	<b>19,4</b>
<b>Ε</b>	<b>141</b>	<b>14,1</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 18

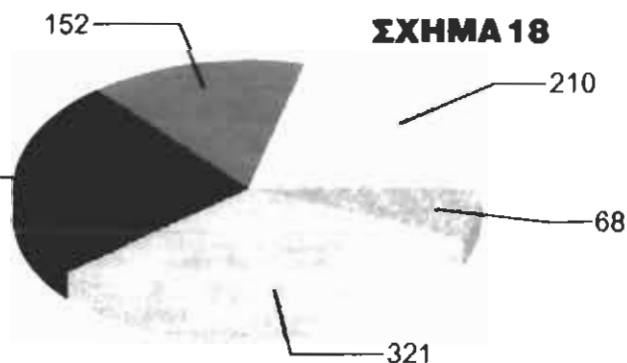
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψη ότι οι αμβλώσεις και η χρήση αντισυλληπτικών επηρεάζουν την γεννητικότητα



Στο Ιστογράμμο 18 βλέπουμε ότι 210 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 21% πιστεύουν ότι η χρήση αντισυλληπτικών μέσων δεν επηρεάζει καθόλου την γεννητικότητα, 152 πιστεύουν ότι την επηρεάζει λίγο, ποσοστό 15,2%, 249 ότι την επηρεάζει πολύ, ποσοστό 24,9%, 321 ότι την επηρεάζει πάρα πολύ, ποσοστό 32,1% και 68 δεν πήραν θέση, ποσοστό 6,8%

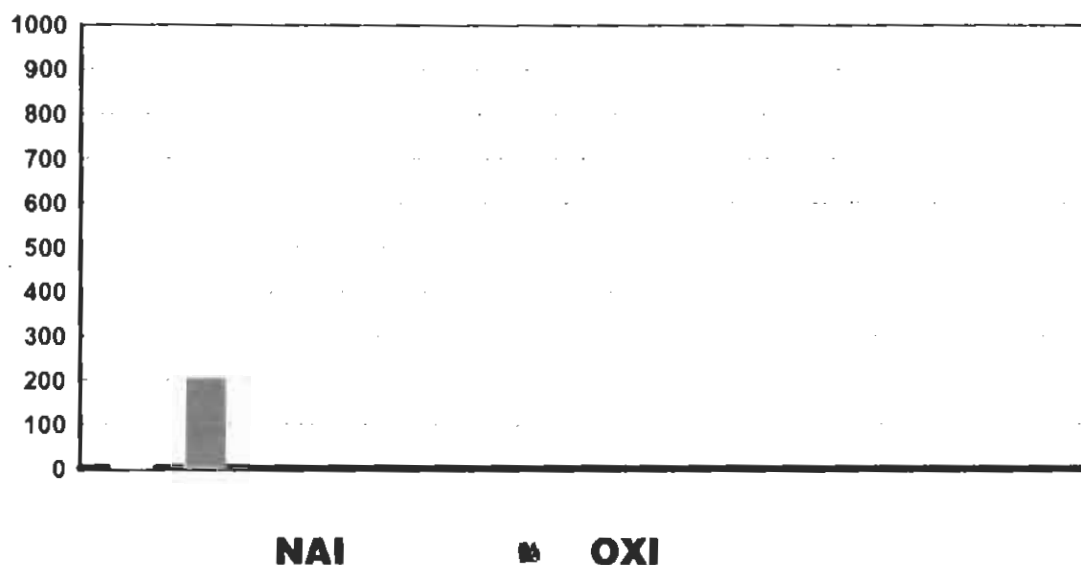
## ΠΙΝΑΚΑΣ 18

ΔΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	210	21
Β	152	15,2
Γ	249	24,9
Δ	321	32,1
Ε	68	6,8



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 19

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψή τους αν σκοπός της αντισύλληψης είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί όταν θέλει



Στο Ιστόγραμμα 19 βλέπουμε ότι 793 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 79,3%, πιστεύουν ότι σκοπός της αντισύλληψης είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί όταν το θέλει, ενώ 207, ποσοστό 20,7% έχουν αντίθετη γνώμη.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 19

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	793	79,3
ΟΧΙ	207	20,7

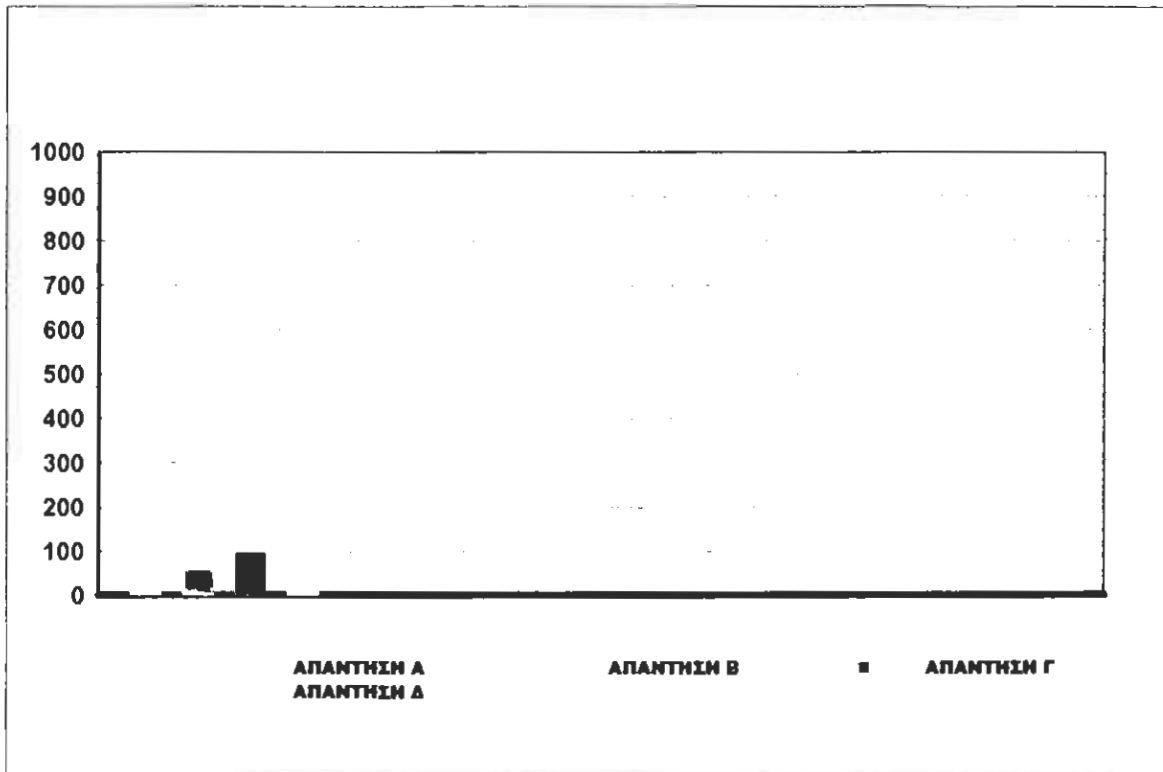
## ΣΧΗΜΑ 19



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 20

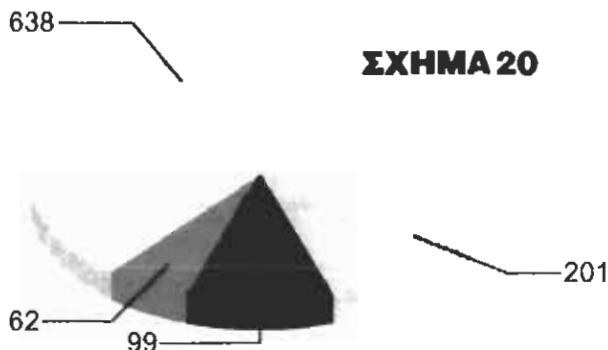
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τι πιστεύουν ότι είναι η αντισύλληψη



Στο Ιστόγραμμα 20 βλέπουμε ότι 638 από τους 1000 ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η αντισύλληψη είναι εκδήλωση λογικής, ποσοστό 63,8%, 62 ότι είναι έκφραση εγωισμού από μέρους του ζευγαριού, ποσοστό 6,2%, 99 πιστεύουν ότι είναι φόνος, ποσοστό 9,9% και 201 ότι είναι αντίθετη με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, ποσοστό 20,1%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 20

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	638	63,8
Β	62	6,2
Γ	99	9,9
Δ	201	20,1

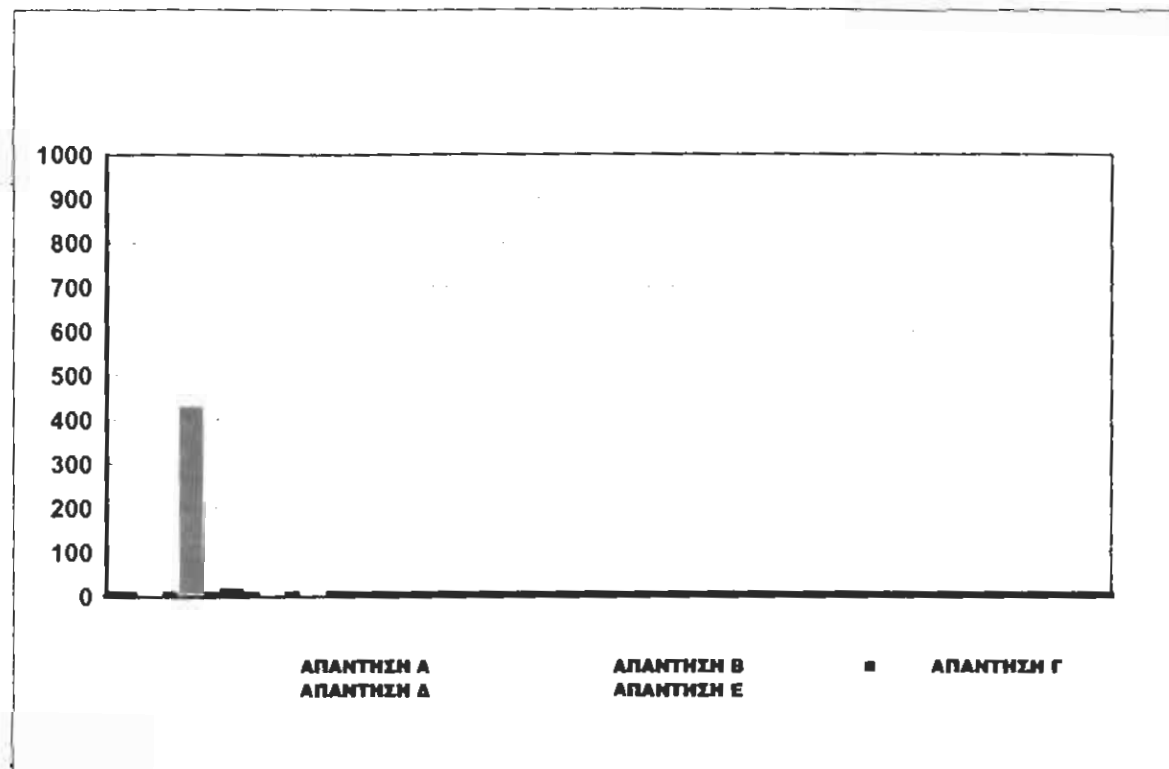


ΣΧΗΜΑ 20



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 21

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την γνώμη τους για τις αμβλώσεις

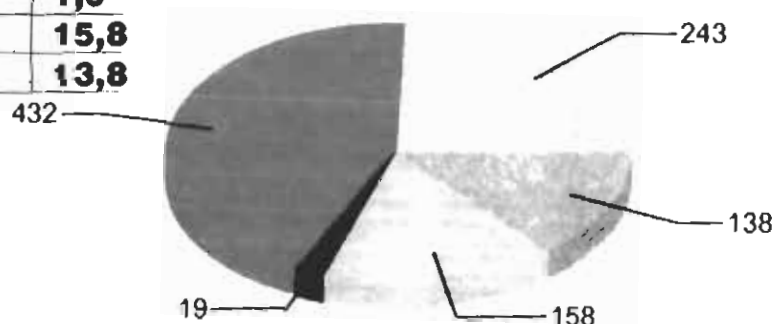


Στο ιστογράμμο 21 βλέπουμε ότι 243 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό 24,3% πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις δεν πρέπει να γίνονται, 432, ποσοστό 43,2% να γίνονται όταν απειλείται η ζωή της μητέρας, 19 πιστεύουν ότι πρέπει να γίνονται όταν απειλείται η ζωή του εμβρύου, ποσοστό 1,9%, 158, ποσοστό 15,8% πιστεύουν ότι πρέπει να γίνονται σε γενετικές ανωμαλίες και 138, ποσοστό 13,8%, θέλουν να γίνονται ελεύθερα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 21

ΔΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	243	24,3
Β	432	43,2
Γ	19	1,9
Δ	158	15,8
Ε	138	13,8

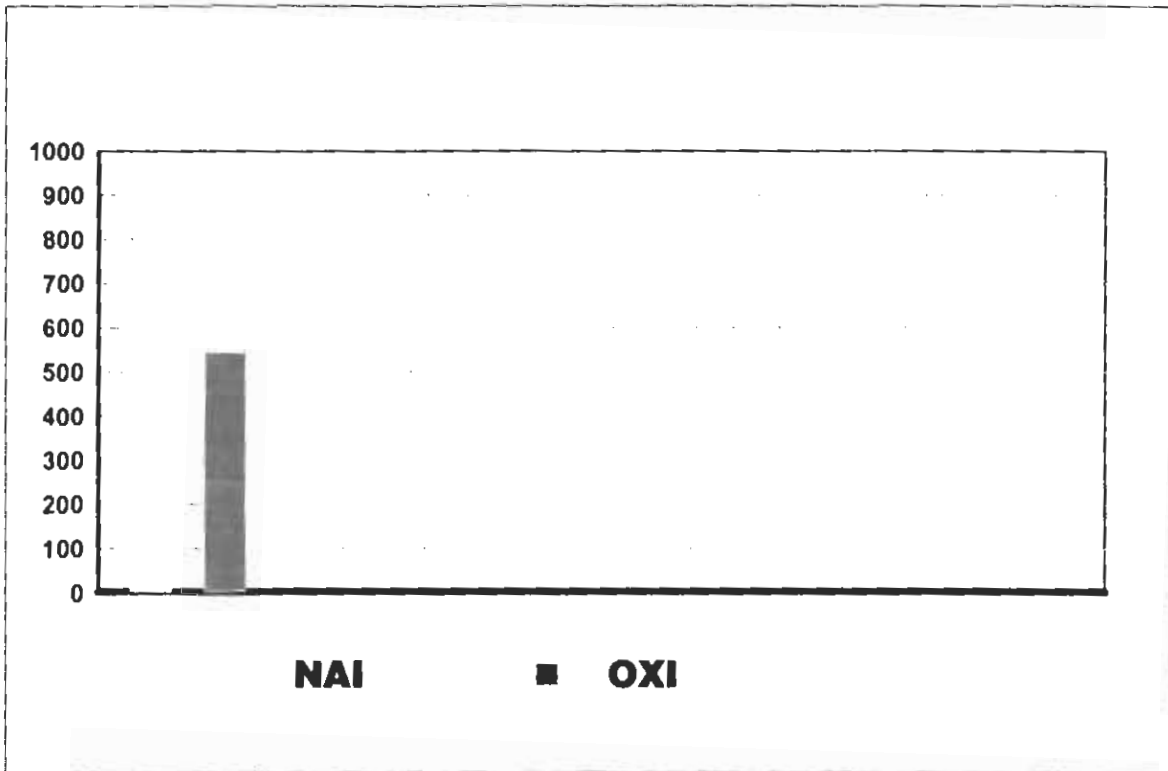
ΣΧΗΜΑ 21



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 22

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων από μιν

βάση το αν θα κατέφευγαν σε άμβλωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

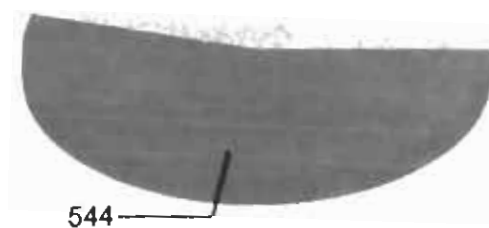


Στο Ιστόγραμμα 22 βλέπουμε ότι 456 από τους 1000 ερωτηθέντες θα κατέφευγαν στην άμβλωση αν είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 45,6%, ενώ 544, ποσοστό 54,4% δεν θα κατέφευγαν.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 22

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	456	45,6
ΟΧΙ	544	54,4

456 ΣΧΗΜΑ 22

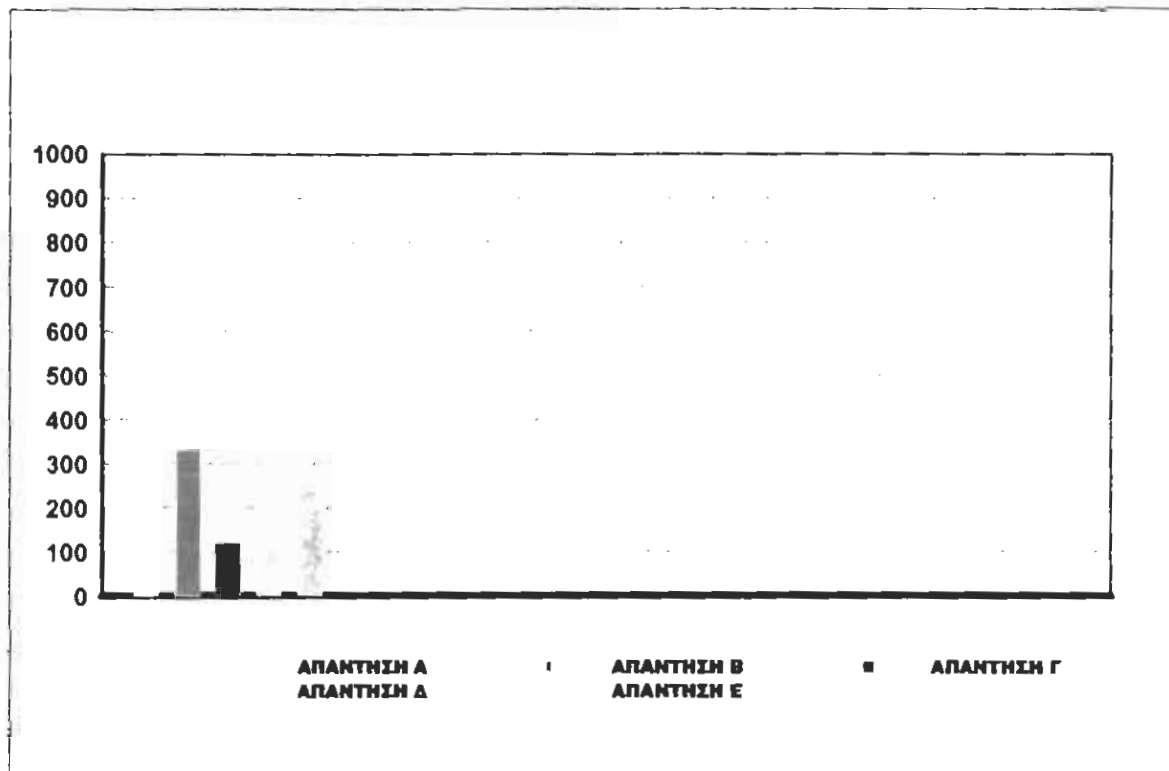


■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 23

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων από μων

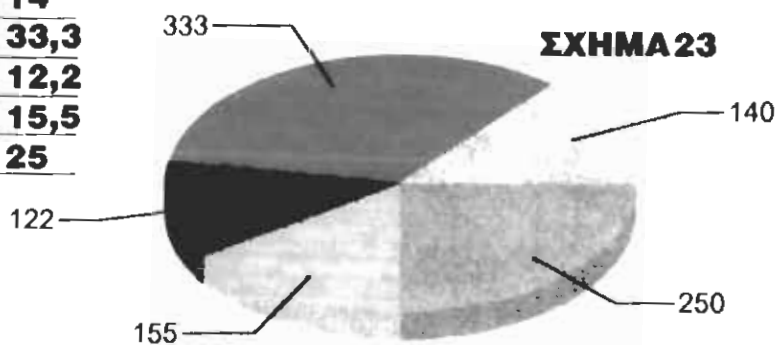
εβάση τους λόγους που θα συντελούσαν στην μη πραγματοποίηση άμβλωσης



Στο Ιστόγραμμα 23 βλέπουμε ότι 140 από τους 1000 ερωτηθέντες δεν θα έκαναν άμβλωση για θρησκευτικούς λόγους, ποσοστό 14%, 333 για συνειδησιακούς, ποσοστό 33,3%, 122 για κοινωνικούς, ποσοστό 12,2%, 155 από φόβο, ποσοστό 15,5% και 250, ποσοστό 25%, εξ' αιτίας όλων των ανωτέρω.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 23

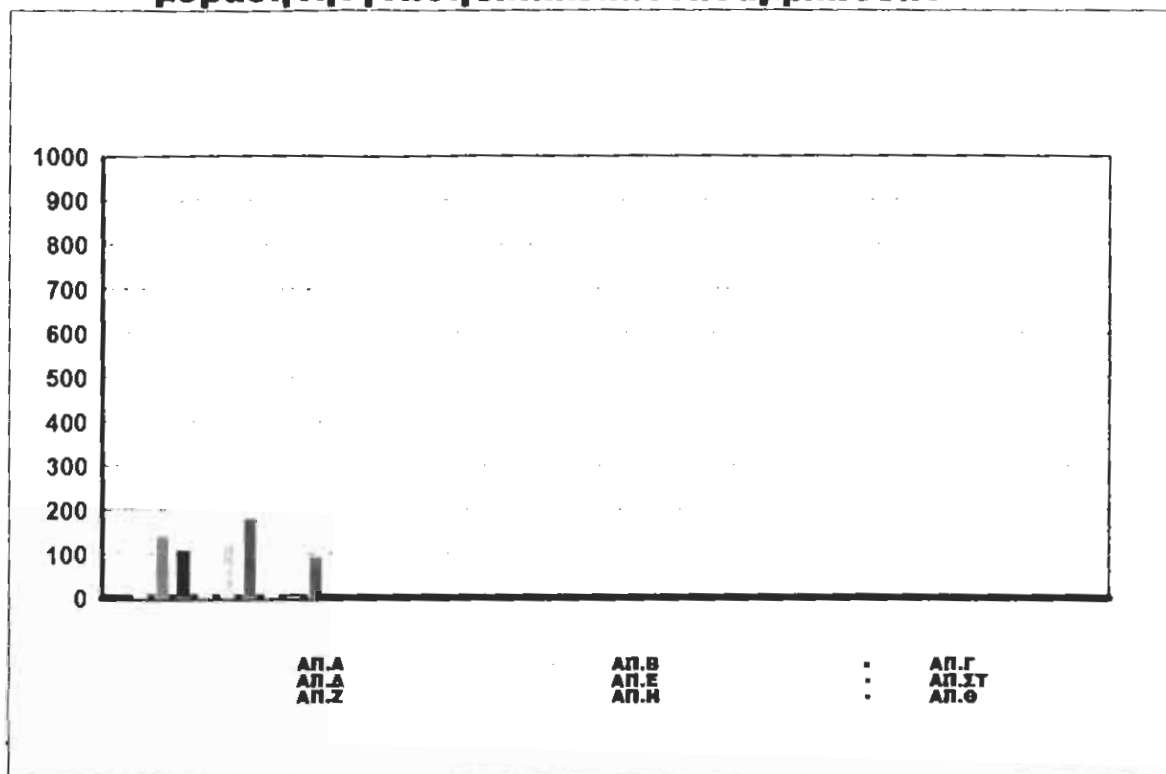
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	140	14
Β	333	33,3
Γ	122	12,2
Δ	155	15,5
Ε	250	25





# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 24

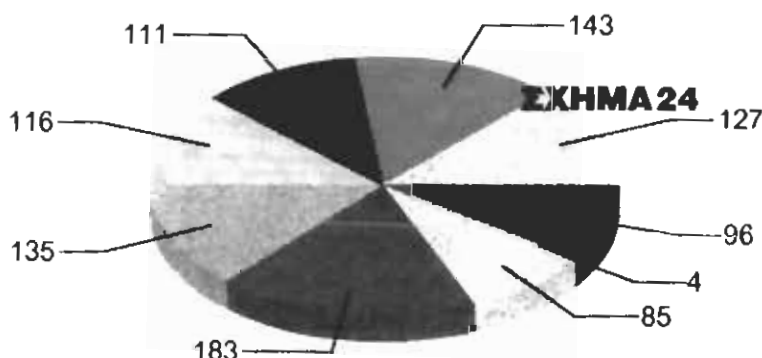
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την γνώση επιπλοκών των αμβλώσεων



Στο Ιστόγραμμα 24 βλέπουμε ότι στην ερώτηση ποιες είναι οι επιπλοκές της αμβλώσης, απάντησαν: Διάτρηση μήτρας 127, ποσοστό 12,7%, φλεγμονές μήτρας 143, ποσοστό 14,3%, φλεγμονές σαλπίγγων 111, ποσοστό 11,1%, δευτεροπαθή στείρωση 116, ποσοστό 11,6%, καθ'έξιν αποβολές 135, ποσοστό 13,5%, αιμορραγία 183, ποσοστό 18,3%, ψυχολογικά προβλήματα 85, ποσοστό 8,5%. Επίσης βρέθηκαν 4 που δεν γνώριζαν καμία επιπλοκή, ποσοστό 0,4% και 96 που γνώριζαν όλες τις ανωτέρω, ποσοστό 9,6%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 24

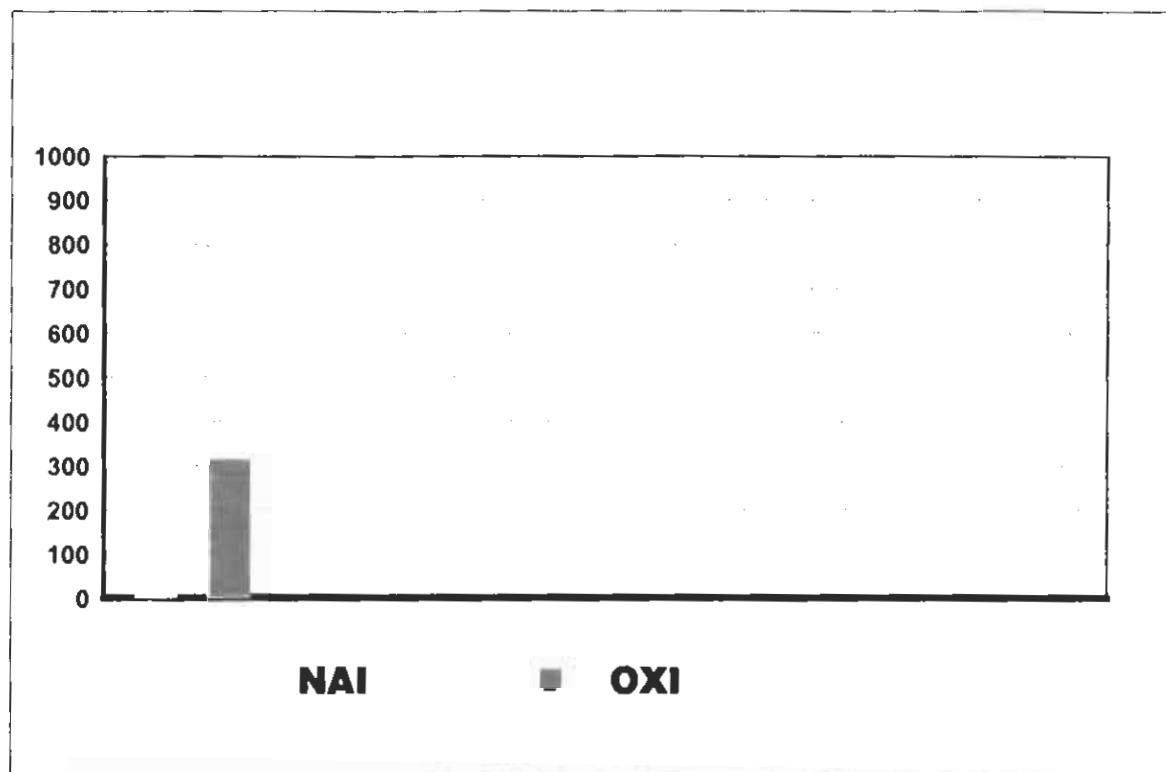
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>127</b>	<b>12,7</b>
<b>B</b>	<b>143</b>	<b>14,3</b>
<b>Γ</b>	<b>111</b>	<b>11,1</b>
<b>Δ</b>	<b>116</b>	<b>11,6</b>
<b>Ε</b>	<b>135</b>	<b>13,5</b>
<b>ΣΤ</b>	<b>183</b>	<b>18,3</b>
<b>Z</b>	<b>85</b>	<b>8,5</b>
<b>H</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>
<b>Θ</b>	<b>96</b>	<b>9,6</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 25

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων

Ζάση την άποψή αν η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξησή τους



Στο Ιστογράμμα 25 βλέπουμε ότι 684 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό 68,4%, πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξησή του αριθμού τους, διότι η γυναίκα καταφεύγει ευκολότερα στη λύση αυτή, ενώ 316 ποσοστό 31,6%, έχουν αντίθετη γνώμη

## ΠΙΝΑΚΑΣ 25

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	684	68,4
ΟΧΙ	316	31,6

684

ΣΧΗΜΑ 25

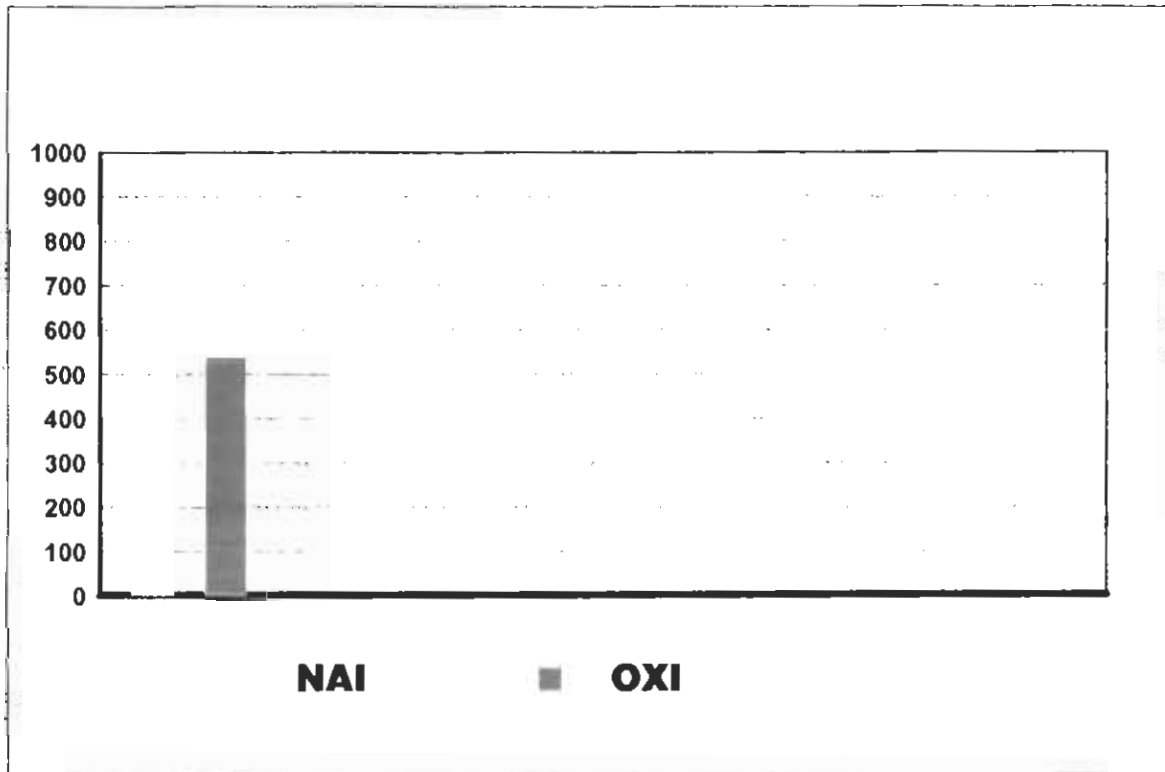


316

■ ΝΑΙ    ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 26

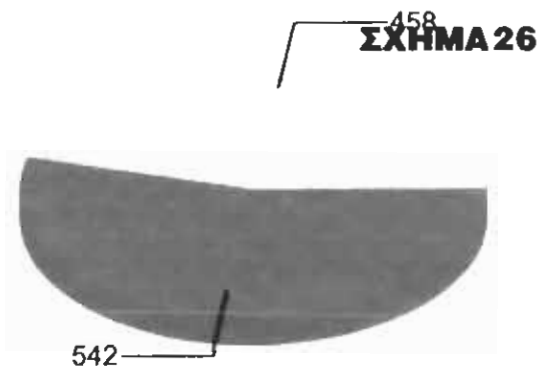
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση την άποψη αν η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό  
παράγοντα στην καριέρα της σύγχρονης γυναίκας



Στο Ιστόγραμμα 26 βλέπουμε ότι 458 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 45,8% πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καριέρα της σύγχρονης γυναίκας, ενώ 542, ποσοστό 54,2% έχουν αντίθετη άποψη

## ΠΙΝΑΚΑΣ 26

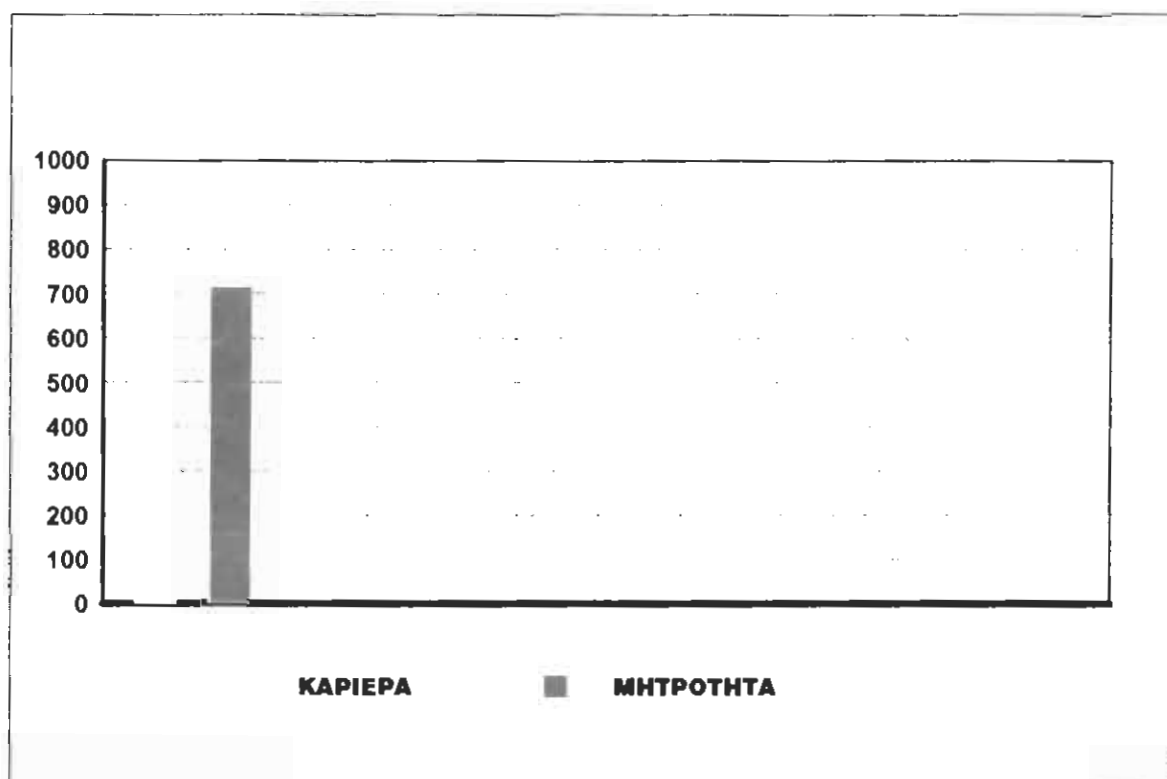
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	458	45,8
ΟΧΙ	542	54,2



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 27

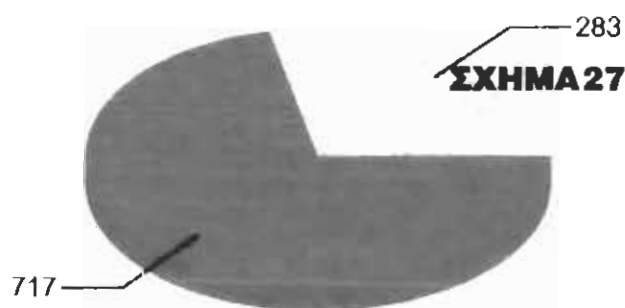
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την διάθεση επιλογής ανάμεσα σε καριέρα και μητρότητα



Στο Ιστογράμμα 27 βλέπουμε ότι 283 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 28,3%, αν είχαν να επιλέξουν ανάμεσα στη μητρότητα και την καριέρα θα επέλεγαν την καριέρα, ενώ 717, ποσοστό 71,7%, θα επέλεγαν τη μητρότητα.

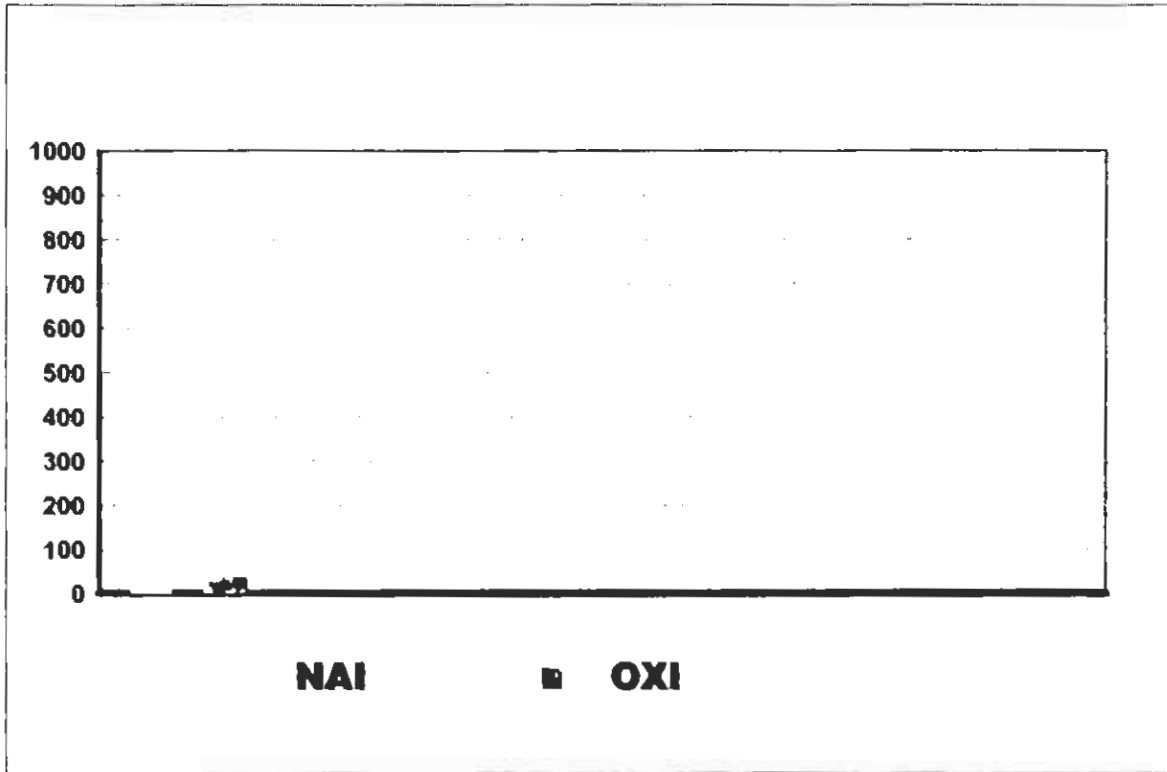
## ΠΙΝΑΚΑΣ 27

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	283	28,3
B	717	71,7



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 28

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
με βάση την άποψη αν η υπογεννητικότητα έχει επιπτώσεις  
στην οικονομική-κοινωνική-πολιτική-εθνική ζωή μίας χώρας



Στο Ιστογράμμα 28 βλέπουμε ότι 955 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 95,5%, πιστεύουν ότι η υπογεννητικότητα έχει επιπτώσεις στην εθνική ζωή μιας χώρας, ενώ 45, ποσοστό 4,5%, πιστεύουν ότι δεν έχει επιπτώσεις.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 28

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	955	95,5
ΟΧΙ	45	4,5

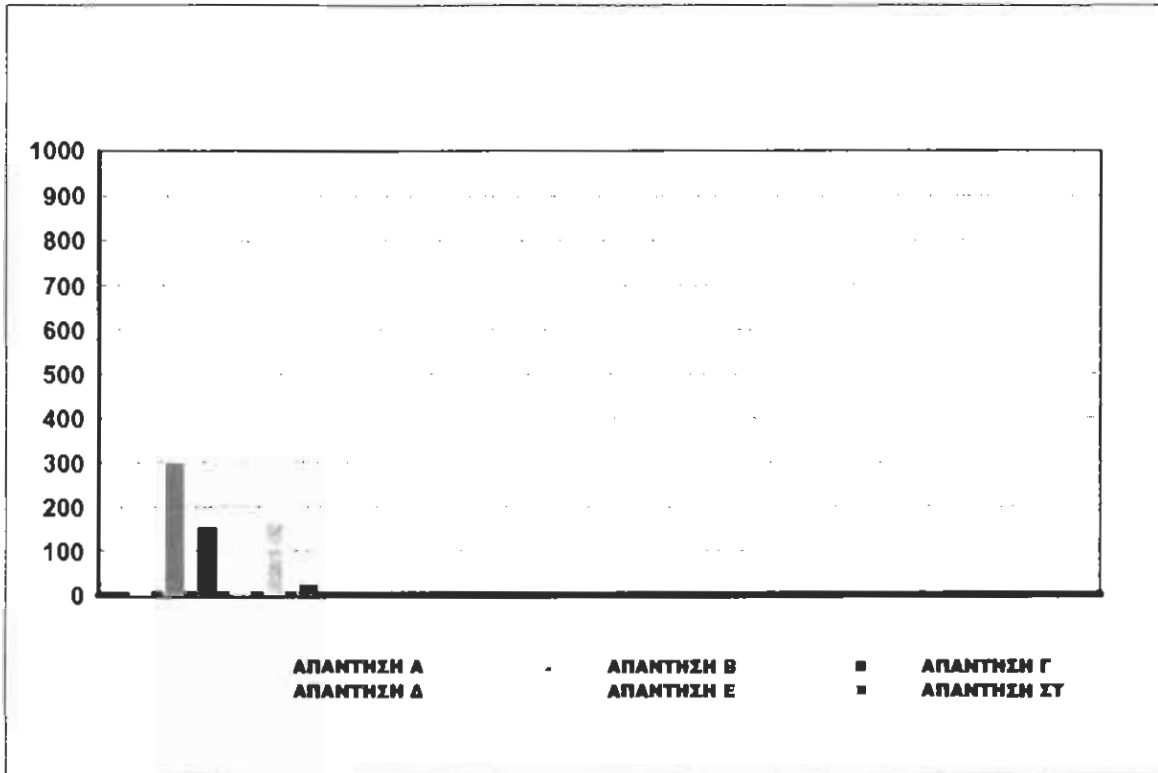
ΣΧΗΜΑ 28



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 29

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση τον προσδιορισμό των επιπτώσεων

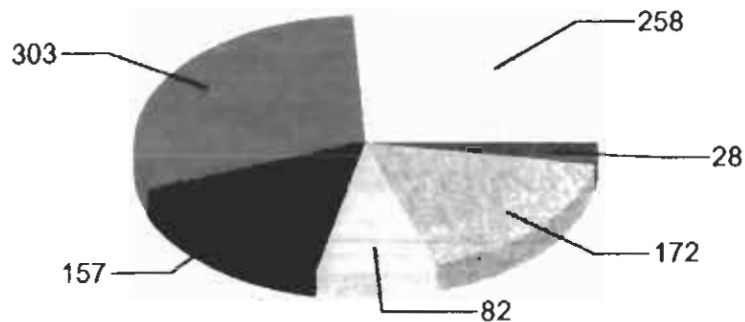


Στο Ιστογράμμο 29 βλέπουμε ότι στην ερώτηση ποιες οι επιπτώσεις της υπογεννητικότητας στην εθνική μας ζωή, απάντησαν: Αύξηση των ηλικιωμένων 258, ποσοστό 25,8%, μείωση του εργατικού δυναμικού 303, ποσοστό 30,3%, ερήμωση της επαρχίας 157, ποσοστό 15,7%, αύξηση των συντάξεων 82, ποσοστό 8,2%, γενικότερες εθνικές επιπτώσεις 172, ποσοστό 17,2%, γενικότερες πολιτικές επιπτώσεις 27, ποσοστό 2,7%

## ΝΑΚΑΣ 29

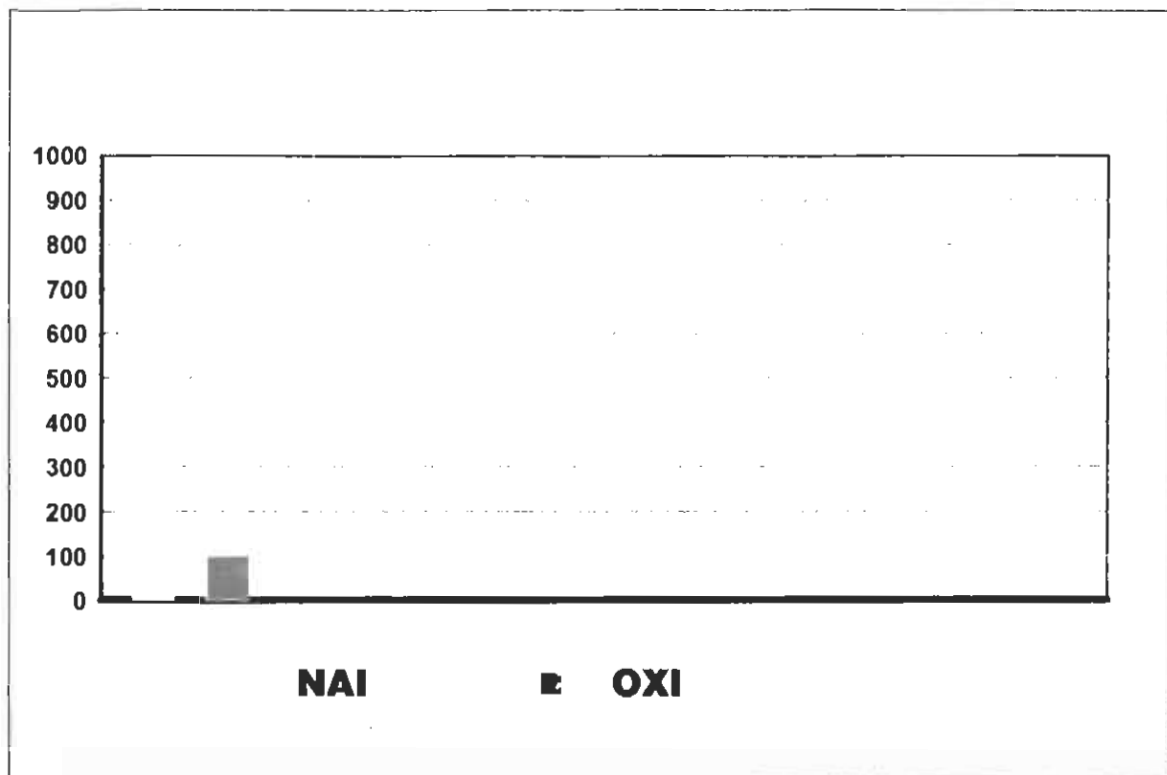
Π.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
	258	25,8
	303	30,3
	157	15,7
	82	8,2
	172	17,2
<b>Σ</b>	<b>28</b>	<b>2,8</b>

ΣΧΗΜΑ 29



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 30

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψή για το αν οι επιδημίες και οι κακές συνθήκες διαβίωσης συμβάλλουν στη μείωση του πληθυσμού



Στο Ιστόγραμμα 30 βλέπουμε ότι 898 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 89,8%, πιστεύουν ότι οι επιδημίες και οι κακές συνθήκες διαβίωσης συμβάλλουν στη μείωση του πληθυσμού, ενώ 102, ποσοστό 10,2%, πιστεύουν ότι δεν συμβάλλουν.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 30

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	898	89,8
ΟΧΙ	102	10,2

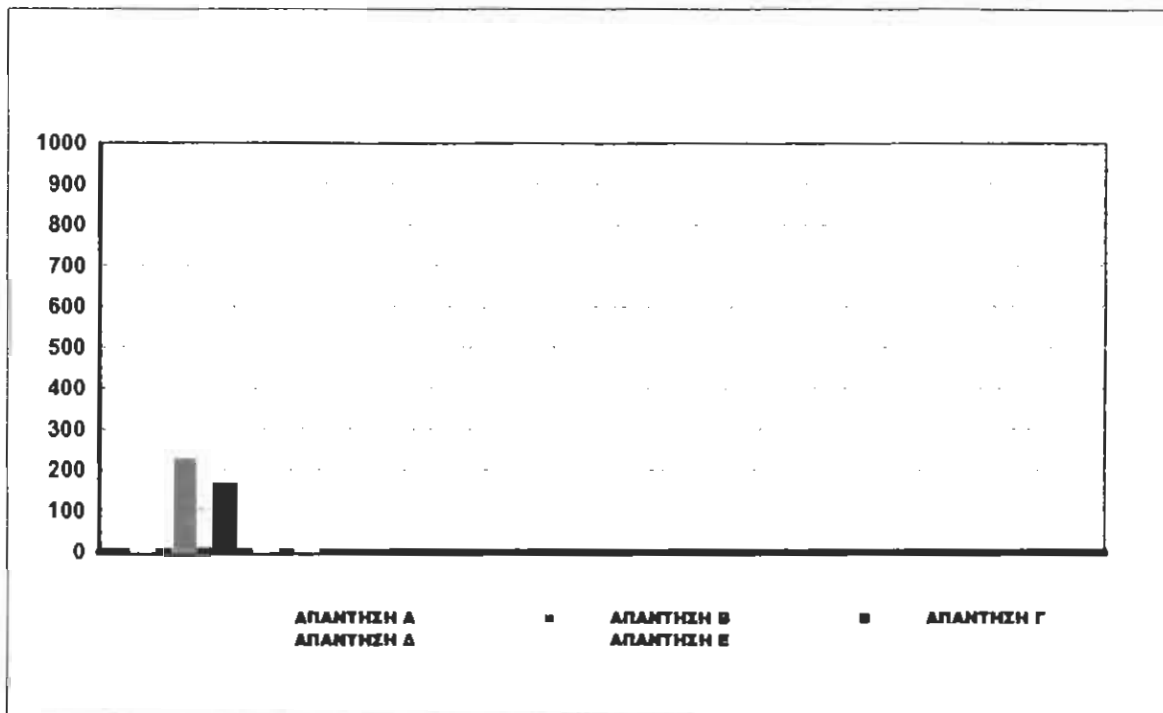
## ΣΧΗΜΑ 30



■ ΝΑΙ    ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 31

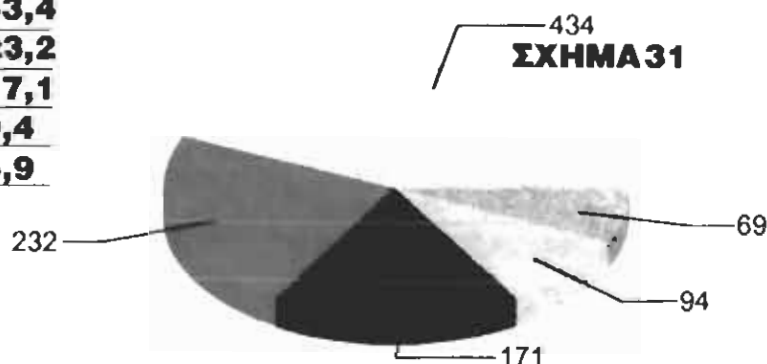
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψη για τα μέτρα που πρέπει να λάβει η πολιτεία για να υπάρξει αύξηση των γεννήσεων



Στο ιστογράμμο 31 βλέπουμε ότι στην ερώτηση ποια μέτρα πιστεύετε πως πρέπει να πάρει η πολιτεία προκειμένου να έχουμε αύξηση των γεννήσεων, απάντησαν 434, ποσοστό 43,4% να αυξηθούν τα οικογενειακά επιδόματα, 232, ποσοστό 23,2%, να ληφθεί μέριμνα για την κατοικία των πολυτέκνων, 171 ποσοστό 17,1%, πιστεύουν πως πρέπει να προστατευθεί ο θεσμός του γάμου και της οικογένειας, 94, ποσοστό 9,4%, πιστεύουν ότι πρέπει να διευκολυνθεί η εργαζόμενη μητέρα και τέλος, 69, ποσοστό 6,9%, πιστεύουν πως πρέπει να ληφθούν όλα τα ανωτέρω μέτρα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 31

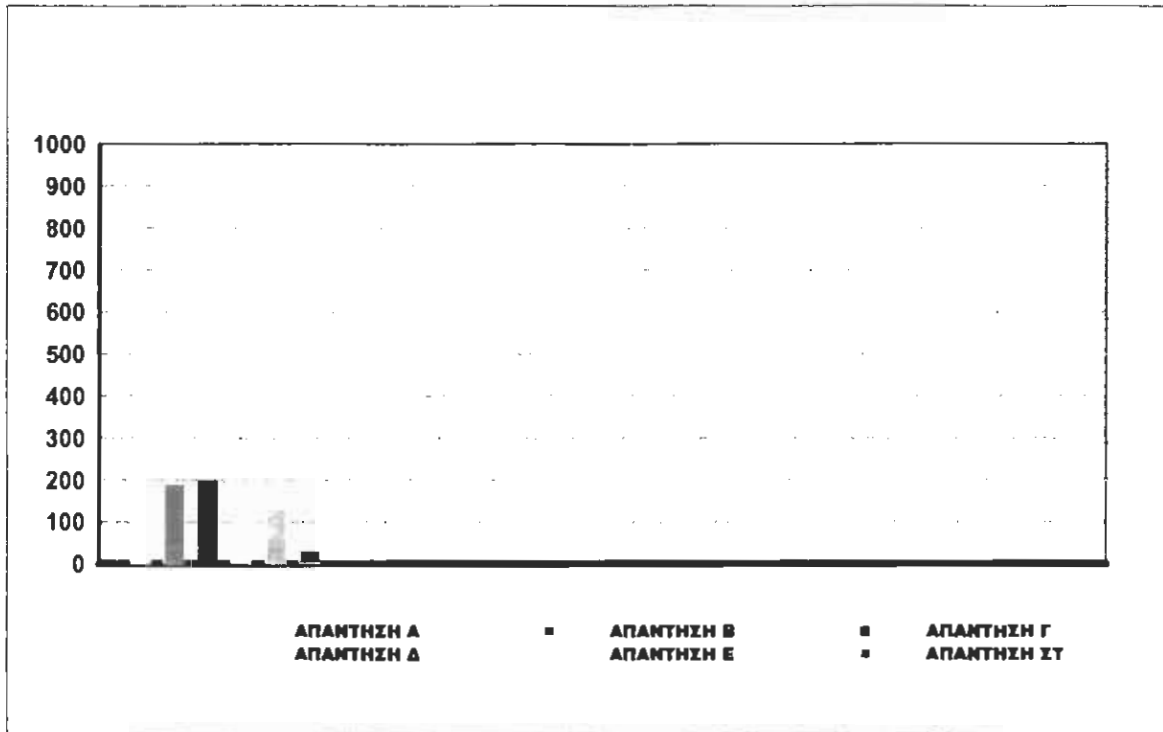
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	434	43,4
Β	232	23,2
Γ	171	17,1
Δ	94	9,4
Ε	69	6,9





# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 32

**Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψή τους για την αποτελεσματικότητα προτεινομένων μέτρων για την αύξηση των γεννήσεων**

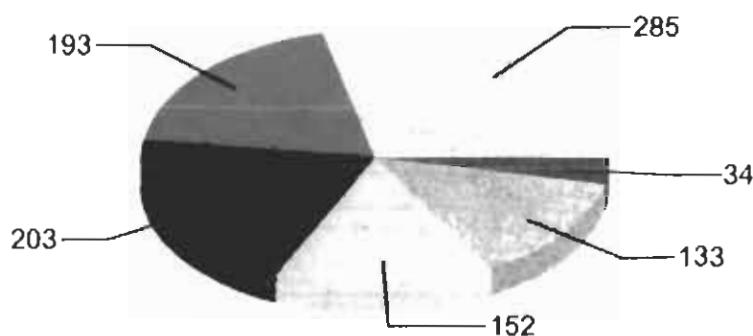


Στο Ιστογράμμο 32 βλέπουμε πως σαν αποτελεσματικότερα μέτρα για να έχουμε αύξηση των γεννήσεων, 285 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό 28,5%, θεωρούν την αύξηση των οικογενειακών επιδομάτων, 193, ποσοστό 19,3%, θεωρούν τη μείωση της φορολογίας, 203, ποσοστό 20,3%, θεωρούν την παροχή επιδομάτων σε οικογένειες με περισσότερα από δύο παιδιά, 152, ποσοστό 15,2% θεωρούν την παράταση της άδειας μητρότητας, 133, ποσοστό 13,3% θεωρούν την αύξηση των βρεφονηπιακών σταθμών και 34, ποσοστό 3,4%, προτείνουν να εφαρμοστεί η απαγόρευση των αμβλώσεων.

## ΠΑΚΑΣ 32

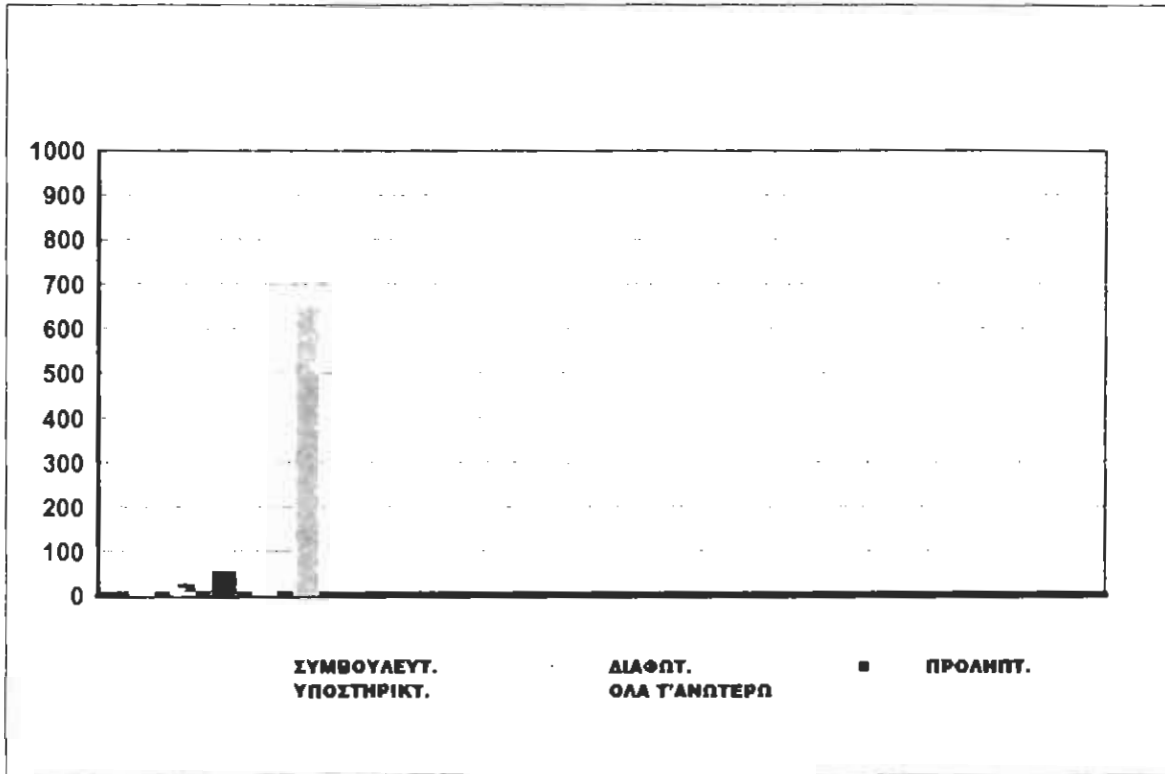
Π.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
	285	28,5
	193	19,3
	203	20,3
	152	15,2
	133	13,3
Γ	34	3,4

## ΣΧΗΜΑ 32



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 33

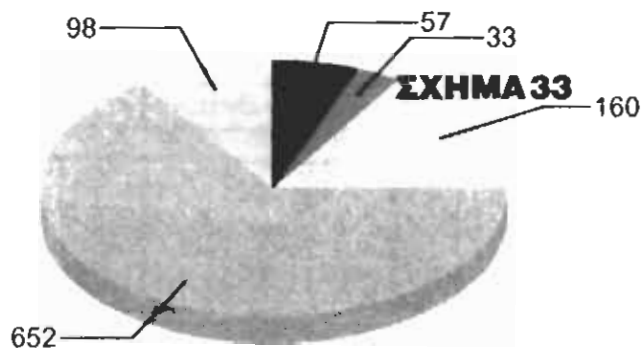
Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψή τους για τον ρόλο του νοσηλευτή



Στο ιστόγραμμα 33 βλέπουμε ότι 160 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 16% πιστεύουν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στο θέμα της υπογεννητικότητας πρέπει να είναι συμβουλευτικός, 33, ποσοστό 3,3% διαφωτιστικός, 57, ποσοστό 5,7% προληπτικός, 98, ποσοστό 9,8%, υποστηρικτικός και 652, ποσοστό 65,2%, όλα τα ανωτέρω.

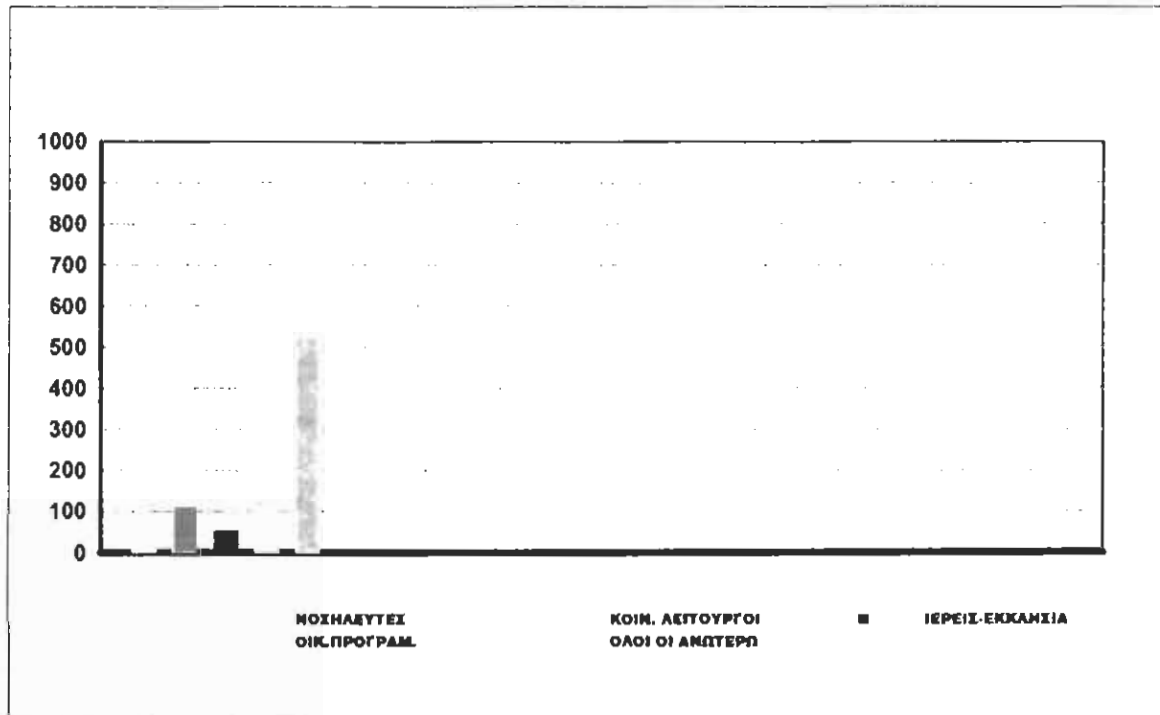
## ΠΙΝΑΚΑΣ 33

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>160</b>	<b>16</b>
<b>B</b>	<b>33</b>	<b>3,3</b>
<b>Γ</b>	<b>57</b>	<b>5,7</b>
<b>Δ</b>	<b>98</b>	<b>9,8</b>
<b>Ε</b>	<b>652</b>	<b>65,2</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 34

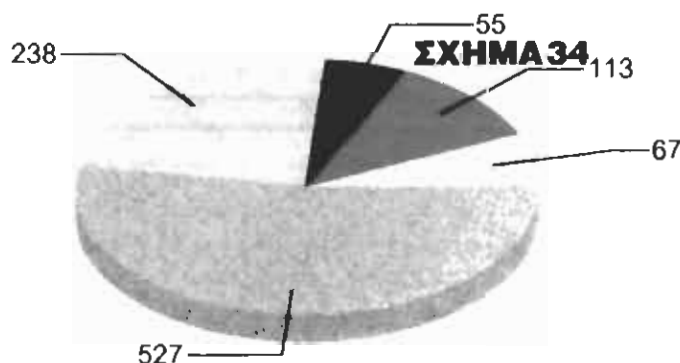
**Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων με βάση την άποψή τους για το ποιός από τους προτινόμενους φορείς θεωρείται αρμοδιότερος για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με το πρόβλημα της υπογεννητικότητας που αντιμετωπίζει η χώρα**



Στο ιστόγραμμα 34 βλέπουμε ότι 67 από τους 1000 ερωτηθέντες, ποσοστό 6,7% πιστεύουν ότι την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα της υπογεννητικότητας πρέπει να αναλάβουν οι νοσηλεύτες, 113, ποσοστό 11,3%, οι κοινωνικοί λειτουργοί, 55, ποσοστό 5,5%, οι ιερείς-εκκλησία, 238, ποσοστό 23,8% ο οικολογικός προγραμματισμός και 527, ποσοστό 52,7%, πιστεύουν ότι θα πρέπει να γίνει από όλους τους ανωτέρω μαζί.

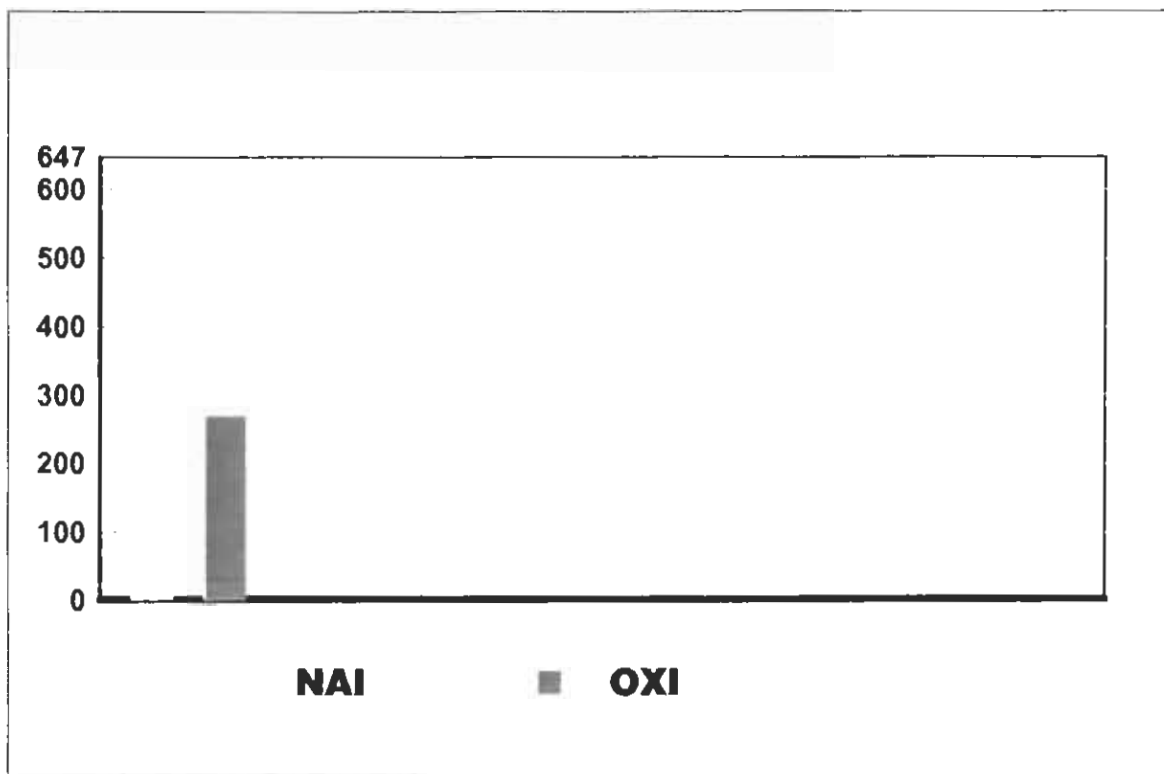
## ΠΙΝΑΚΑΣ 34

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>67</b>	<b>6,7</b>
<b>B</b>	<b>113</b>	<b>11,3</b>
<b>Γ</b>	<b>55</b>	<b>5,5</b>
<b>Δ</b>	<b>238</b>	<b>23,8</b>
<b>Ε</b>	<b>527</b>	<b>52,7</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 35

Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
αν θα κατέφευγαν στην λύση της άμβλωσης αν είχαν  
μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε σχέση με την ηλικία τους



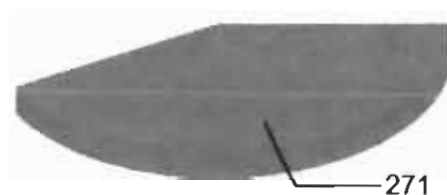
Στο ιστόγραμμα αυτό βλέπουμε ότι από τα άτομα ηλικίας 17-45 ετών που ρωτήθηκαν αν θα κατέφευγαν στην άμβλωση αν είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, 376 απάντησαν καταφατικά, ποσοστό 58,8% και 271 αρνητικά, ποσοστό 41,2%.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 35

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	376	58,8
ΟΧΙ	271	41,2

376

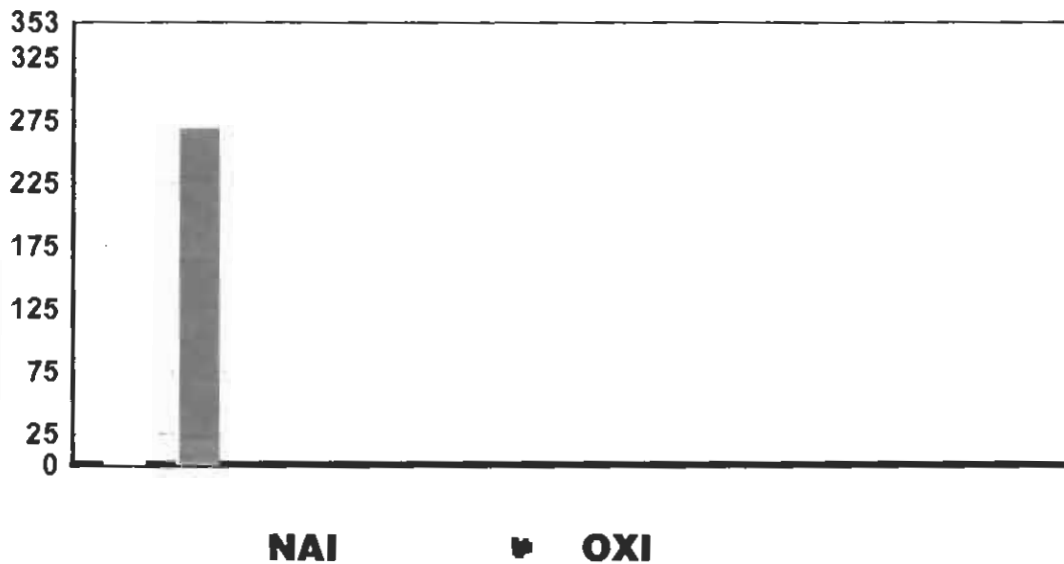
ΣΧΗΜΑ 35



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 36

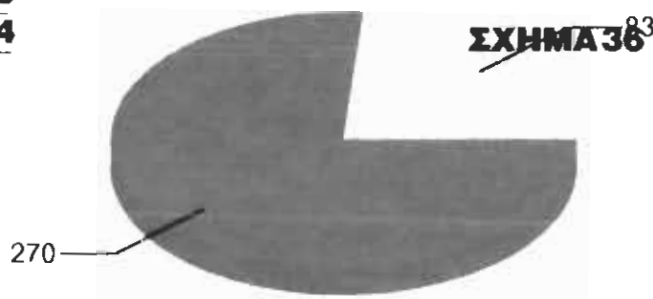
**Κατανομή των 1000 ερωτηθέντων ατόμων  
αν θα κατέφευγαν στην λύση της άμβλωσης αν είχαν  
μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε σχέση με την ηλικία τους**



Σε αυτό το ιστόγραμμα βλέπουμε ότι από τα 353 άτομα που ήταν ηλικίας άνω των 45 ετών, απάντησαν 83 άτομα πως θα έκαναν άμβλωση αν είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 23,6% και 270 απάντησαν αρνητικά, ποσοστό 76,4%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 36

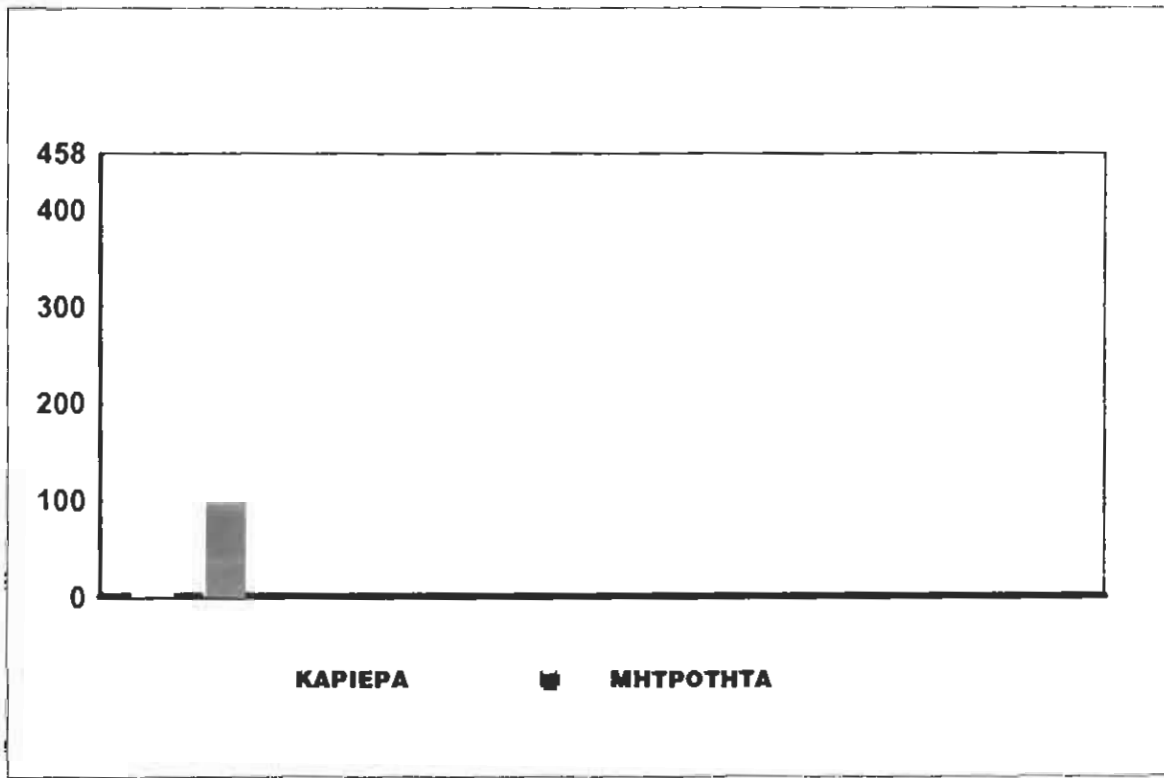
ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΝΑΙ	83	23,6
ΟΧΙ	270	76,4



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 37

Κατανομή των 458 από τους 1000 ερωτηθέντες που απάντησαν ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την καριέρα της σύγχρονης γυναίκας, σε σχέση με την επιλογή τους σε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, καριέρα ή μητρότητα.



Σε σύνολο 458 ερωτηθέντων, απάντησαν 359, ποσοστό 78,5% ότι θα επέλεγαν την καριέρα και 99, ποσοστό 21,5%, απάντησαν ότι θα επέλεγαν τη μητρότητα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 37

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	359	78,5
B	99	21,5

359

## ΣΧΗΜΑ 37

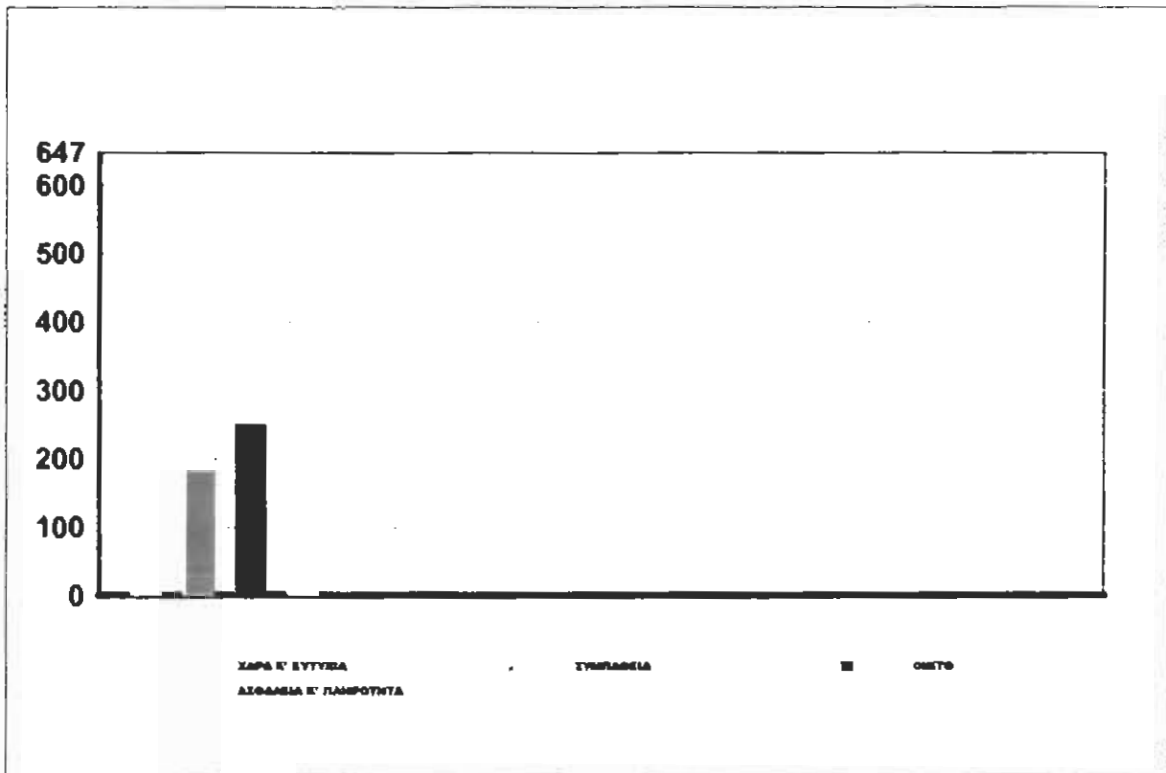


99



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 38

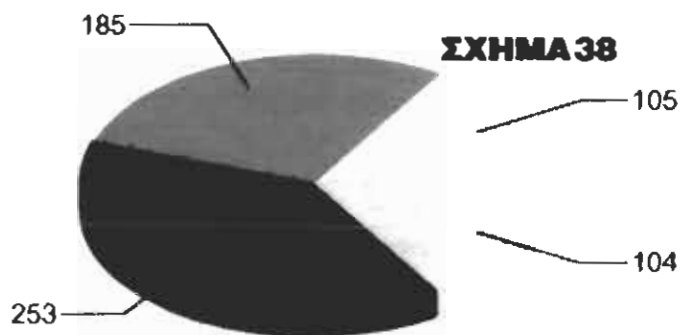
**Κατανομή των 647 ατόμων ηλικίας 17-45 ετών, σχετικά με το τι αισθήματα τους προκαλεί μια πολύτεκνη οικογένεια**



Στο Ιστόγραμμα βλέπουμε ότι 105 από τα 647 άτομα που ρωτήθηκαν, ποσοστό 16,2%, απάντησαν ότι τους προκαλεί αισθήματα χαράς και ευτυχίας, 185 άτομα ποσοστό 28,5% συμπάθειας, 253 άτομα, ποσοστό 39,1 οίκτου, και 104 άτομα, ποσοστό 16,2%, ασφάλειας και πληρότητας.

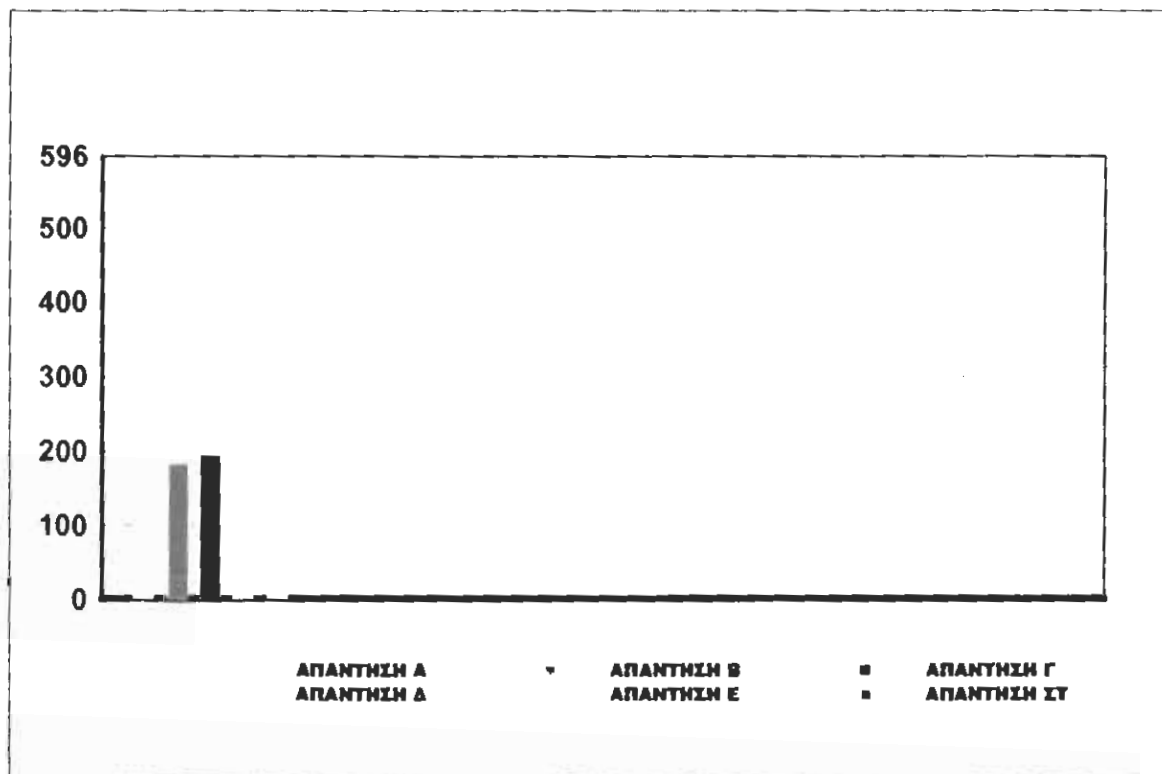
## ΠΙΝΑΚΑΣ 38

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
<b>A</b>	<b>105</b>	<b>16,2</b>
<b>B</b>	<b>185</b>	<b>28,5</b>
<b>Γ</b>	<b>253</b>	<b>39,1</b>
<b>Δ</b>	<b>104</b>	<b>16,2</b>



# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 39

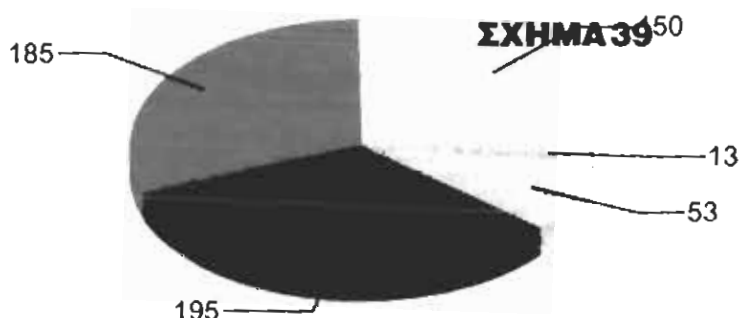
**Κατανομή των ατόμων με μηνιαίο εισόδημα κάτω από τις 200.000 δρχ. σε σχέση με το ποια θεωρούν ως αποτελεσματικότερα μέτρα που πρέπει να παρθούν από την πολιτεία για να σημειωθεί αύξηση των γεννήσεων.**



Στο ιστόγραμμα βλέπουμε ότι 150 από τα 596 άτομα που είχαν εισόδημα κάτω των 200.000 δρχ., ποσοστό 25,1%, θεωρούν ως αποτελεσματικότερο μέτρο την αύξηση των οικογενειακών επιδομάτων, 185 άτομα, ποσοστό 32,8% την μείωση της φορολογίας, 195 άτομα, ποσοστό 32,6%, τα μεγαλύτερα εισοδήματα σε οικογένειες με περισσότερα από δύο παιδιά, 53 άτομα, ποσοστό 8,8% να παραταθεί η άδεια μητρότητας, 13 άτομα, ποσοστό 0,7% να αυξηθεί ο αριθμός των βρεφονηπιακών σταθμών και κανένας, ποσοστό 0% δεν θεωρεί ως αποτελεσματικό μέτρο την απαγόρευση των αμβλώσεων.

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ 39

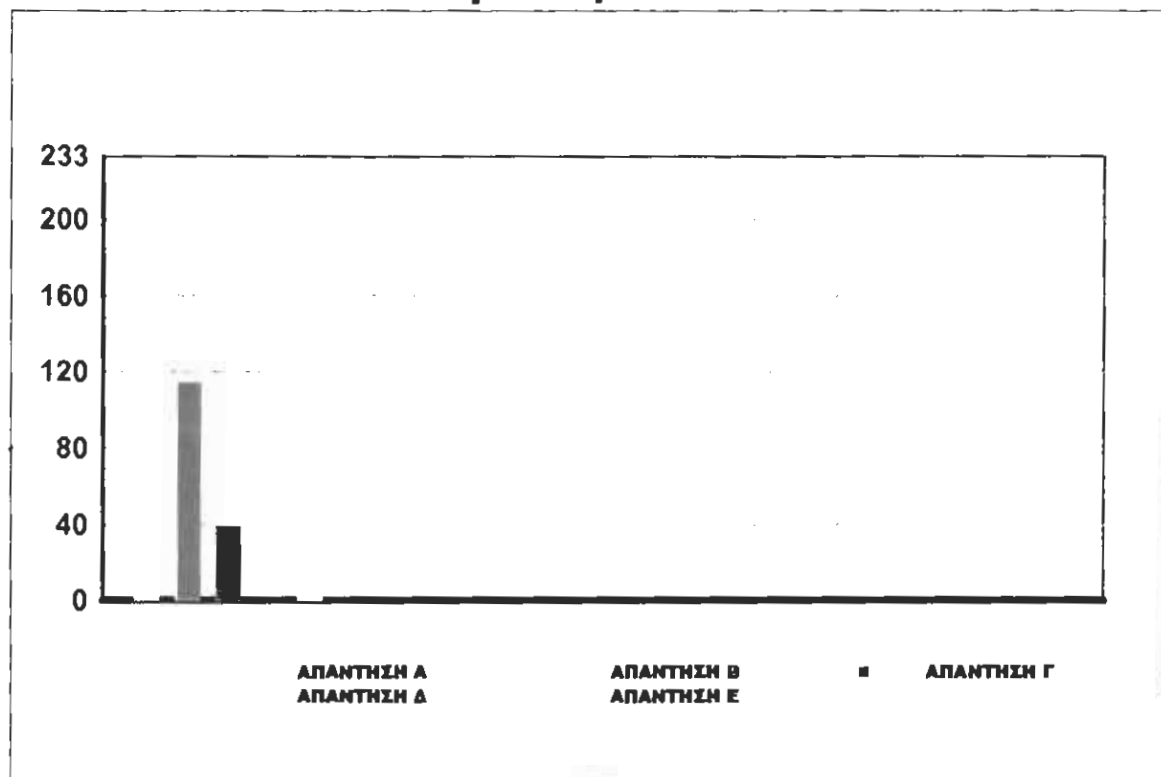
Απάντηση	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	150	25,1
Β	185	32,8
Γ	195	32,6
Δ	53	8,8
Ε	13	0,7
Σύνολο	596	100





# ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 40

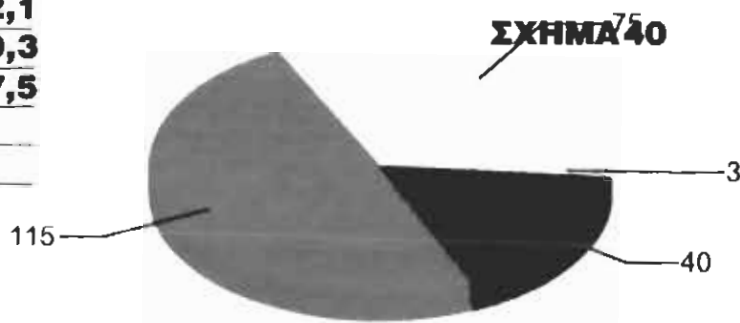
Κατανομή των άγαμων ατόμων σε σχέση με ποιο σχήμα οικογένειας θεωρούν ως ιδανικό.



Στο Ιστογράμμα βλέπουμε ότι 75 από τα 223 άτομα που είναι άγαμα, θεωρούν ως ιδανικό σχήμα οικογένειας να έχουν 1 παιδί, ποσοστό 32,1%, 115 άτομα, ποσοστό 49,3% να έχουν δύο παιδιά, 40 άτομα, ποσοστό 17,5 να έχουν τρία παιδιά, κανείς δεν θεωρεί ως ιδανικό σχήμα το γονείς με παιδιά-παππού-γιαγιά και τρία άτομα, ποσοστό 1,2%, θεωρεί ως ιδανικό σχήμα, το ζευγάρι να μην αποκτήσει παιδιά.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 40

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	75	32,1
Β	115	49,3
Γ	40	17,5
Δ	0	0
Ε	3	3



# ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υπογεννητικότητα στη χώρα μας που αναπόφευκτα συνεπάγεται και την αύξηση των ηλικιωμένων αποτελεί μια πραγματικότητα με πολλές και απρόβλεπτες οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, εθνικές επιπτώσεις.

Αποτελεί ένα εθνικό πρόβλημα που ολοένα γίνεται μεγαλύτερο αφού από την μια μεριά μειώνονται τραγικά οι γεννήσεις στη χώρα μας και αυξάνονται οι θάνατοι από τα νοσήματα της εποχής μας όπως οι καρδιοπάθειες και τα νεοπλάσματα και από την άλλη δεν λαμβάνονται μέτρα από την πολιτεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού όπως είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω στο θέμα της υπογεννητικότητας και η πρόληψη των ασθενειών που παρουσιάζουν υψηλό δείκτη θνησιμότητας.

Μιλώντας λοιπόν με τα 1000 άτομα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο μας διαπιστώσαμε ότι η λύση του προβλήματος αυτού κάθε άλλο παρά εύκολη πρέπει να θεωρείται, αρκεί να λάβουμε υπόψη μας ότι 512 από τους ερωτηθέντες ποσοστό 51,2% είπαν ότι θεωρούν ως ιδανικό σχήμα οικογένειας το να έχουν από ένα έως δύο παιδιά γεγονός που δεν μας επιτρέπει να ελπίζουμε όχι σε αύξηση του πληθυσμού μας αλλά ούτε και στην διατήρησή του στα σημερινά επίπεδα.

Οι πολύτεκνες οικογένειες εκλείπουν, κατάντησαν ένα σπάνιο είδος για την εποχή μας και όσες απόμειναν δεν έχουν την πρόποσα αντιμετώπιση από την πολιτεία και γενικότερα την κοινωνία και φτάνουμε στο συμπέρασμα αυτό αφού 277 από τους ερωτηθέντες ποσοστό 27,7% είπαν ότι θεωρούν τις πολύτεκνες οικογένειες χαμηλού οικονομικού-κοινωνικού επιπέδου και χωρίς ενδιαφέροντα για τη ζωή ενώ 160 ποσοστό 16% τις θεωρούν ως παιδοκεντρικές.

Η χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών που ολοένα γίνεται μεγαλύτερη επηρεάζει την γεννητικότητα σε μεγάλο βαθμό αφού 790 από τους ερωτηθέντες πιστεύουν ότι αποτελεί ένα βασικό παράγοντα ποσοστό 79% και μόλις 210 ποσοστό 21% θεωρούν ότι δεν επηρεάζει την γεννητικότητα.

Όσα προαναφέρθηκαν δεν αποτελούν απλά σχήματα λόγου αλλά την πραγματικότητα της εποχής μας και απορρέουν από τον σημερινό τρόπο ζωής και τις προτεραιότητες που δίνει κανείς στη ζωή του. Δυστυχώς σήμερα για αρκετούς βασικός στόχος στη ζωή τους είναι η οικονομική ευημερία και η κατανάλωση αγαθών και όχι η δημιουργία οικογένειας και η σωστή ανατροφή των παιδιών και το λέμε αυτό αφού 425 ποσοστό 42,5% θεωρούν σαν βασικό στόχο στη ζωή τους την επαγγελματική άνοδο και οικονομική ευημερία και μόνο 575 την δημιουργία οικογένειας ποσοστό 57,5%.

Στο σημείο αυτό εμείς θα λέγαμε ότι διαπιστώνουμε έναν ηθικό ξεπεσμό στη κοινωνία μας και ο αμοραλισμός αυτός ήταν αναπόφευκτος αφού χάσαμε κάθε έννοια του τι εστί ιερό, χάσαμε τα πρότυπά μας, γκρεμίσαμε τους θεούς από τα βάθρα μας και έτσι φτάσαμε στο σημείο να εκτελεστεί μια άμβλωση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που είναι αποτέλεσμα ψυχρής λογικής και στο σημείο αυτό βλέπουμε ότι δεν θα ήταν και λίγοι αυτοί που θα κατέφευγαν σ' αυτή τη λύση αφού 456 από τους ερωτηθέντες είπαν πως θα κατέφευγαν σε άμβλωση ποσοστό 45,6% σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, και έτσι έρχεται να επαληθευτεί ο ποιητής που διερωτάται αν είναι πρόοδος όταν ο κανίβαλος χρησιμοποιεί πηρούνι ή μαχαίρι και σίγουρα δεν είναι πρόοδος αφού σε τέτοιες αποφάσεις απουσιάζει το συναίσθημα και η αγάπη που ο Θεός έδωσε στον άνθρωπο.

Αντικρίζοντας λοιπόν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας και βλέποντας την στάση του κόσμου απέναντι σ' αυτό νοιώθουμε φόβο και απογοήτευση για το τι πρόκειται να ακολουθήσει στο μέλλον και επειδή ο από μηχανής Θεός πέθανε μαζί με τον τραγικό ποιητή για να δώσει μια λύση στο πρόβλημα πρέπει μόνοι μας να το αντιμετωπίσουμε.

Η πολιτεία θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει το κοινό και να δώσει κίνητρα στους νέους να κάνουν παιδιά και τα κίνητρα αυτά όπως προκύπτουν από την έρευνά μας είναι κυρίως οικονομικά αφού 681 από τους ερωτηθέντες ποσοστό 68,1% θεωρούν ως πιο αποτελεσματικά μέτρα για να έχουμε αύξηση των γεννήσεων την αύξηση των οικογενειακών επιδομάτων και την μείωση της φορολογίας.

Η εργαζόμενη μητέρα θα πρέπει να τύχει ιδιαίτερης αντιμετώπισης από την πολιτεία όπως π.χ. να παραταθεί η άδεια μητρότητας κάτι που το επισημαίνουν και 152 από τους ερωτηθέντες ποσοστό 15,2% ενώ 133 ποσοστό 13,3% ζητούν την αύξηση των βρεφονηπιακών σταθμών προκειμένου να μπορέσουν οι μητέρες να λύσουν το πρόβλημα θα πρέπει να ενημερώσουμε το κοινό και να το ευαισθητοποιήσουμε πάνω στο θέμα.

Αλλωστε 535 ποσοστό 53,5% πιστεύουν πως οι νοσηλευτές αν συνεργαστούν με κάποιους άλλους φορείς π.χ. κοινωνικούς λειτουργούς, ιερείς κ.λ.π. μπορούν να προσφέρουν πολλά στην ευημερία του κοινού πάνω στο καιτό θέμα της υπογεννητικότητας.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

# ΥΠΟΥΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ και Νοσηλεύτης



# ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πρόβλημα της υπογεννητικότητας (η υπεροχή των γεννήσεων είναι μόνο 0,5%) στην Ελλάδα είναι οξύ και έχει αρχίσει ήδη να προκαλεί ανησυχίες στους αρμόδιους παράγοντες, αφού η στασιμότητα του πληθυσμού θα λάβει τρομακτικές συνέπειες για το μέλλον της πόλης και κατ' επέκταση της χώρας μας. Δημιουργούνται προβλήματα εθνικής - φυλετικής επιβίωσης καθώς η χώρα μας βρίσκεται σε "δημογραφικό κατήφορο" αύξηση των ηλικιωμένων και ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων αντίθετα με τη γειτονική μας Τουρκία και τις άλλες ισλαμικές χώρες.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογεννητικότητας απαραίτητη είναι η κατάστρωση στρατηγικής δράσης και η λήψη άμεσων, αποφασιστικών και ριζικών μέτρων, ώστε να ξεπεραστούν με τόλμη και αποφασιστικότητα πολλές και σύνθετες δυσκολίες.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται με την "έκρηξη" της τρίτης ηλικίας είναι: Μείωση της αμυντικής ικανότητας της χώρας, πνευματικός μαρασμός κοινωνικά - οικονομικά - δημογραφικά - αναπτυξιακά προβλήματα κ.α. Στη συνέχεια παραθέτουμε κάποιες σκέψεις και προτεινόμενα μέτρα για να εκλείψουν οι αιτίες του κακού και να μετριαστούν οι αναπόφευκτες δυσμενείς συνέπειες. Τα μέτρα αυτά διακρίνονται α) σε γενικά και β) σε ειδικά.

## **A) ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

- Εξασφάλιση απασχόλησης και καταπολέμησης ανεργίας, για να μπορέσουν οι σημερινοί γονείς να ανταπεξέλθουν στο τεράστιο οικονομικό κόστος της ανατροφής πολυμελούς οικογένειας, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα στέγασης, ένδυσης, διατροφής κ.α.

- Επαγγελματική εκπαίδευση για τη συγκράτηση του πληθυσμού και κυρίως των νέων στον τόπο τους, για να μπορέσουν να παντρευτούν και να δημιουργήσουν οικογένεια χωρίς να αντιμετωπίζουν θέμα μετανάστευσης στο εσωτερικό της χώρας ή στο εξωτερικό.

- Ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού για τις δημογραφικές εξελίξεις της χώρας εκπαίδευση και τροποποίηση της συμπεριφοράς του. Μ' αυτό το τρόπο θα ευαισθητοποιηθεί το κοινό, θα αποκτήσει εθνική συνείδηση και θα δοθεί ουσιαστική λύση στο τόσο μεγάλο οικονομικό - κοινωνικό - εθνικό πρόβλημα της "γήρανσης του πληθυσμού".

- Εισαγωγή μαθήματος δημογραφίας στα σχολικά και πανεπιστημιακά προγράμματα για να ενισχυθεί το ενδιαφέρον των νέων για τα δημογραφικά θέματα, προβλήματα της χώρας και τις διαγραφόμενες λύσεις.

## **B) ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

- Δημιουργία ευεργετικών συνθηκών για τα παιδιά (παιδικόι σταθμοί, αθλητικές - σχολικές εγκαταστάσεις - κοινωνικού - πολιτιστικού χαρακτήρα) για να μπορέσουν να ζήσουν και να αναπτυχθούν σωστά στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις του νέφους και της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στα τσιμεντένια κλουβιά των πολυκατοικιών.

- Εργασιακές διευκολύνσεις γονέων, για να μπορέσουν να εναρμονίσουν καλύτερα την επαγγελματική και οικογενειακή τους ζωή. Επέκταση του ωραρίου εργαζόμενης μητέρας και βελτίωση των προϋποθέσεων παροχής γονικής άδειας.

- Παροχή προστασίας και υπηρεσιών στην έγκυο γυναίκα και μητέρα με κατάλληλη κοινωνικοιατρική υποδομή. Η προληπτική υγειονομική περίθαλψη της θα έχει ως αποτέλεσμα και την καλύτερη ποιότητα του πληθυσμού (π.χ. αποφυγή κληρονομικών νοσημάτων).

Αύξηση βρεφονηπιακών σταθμών, για να εμπιστεύονται οι εργαζόμενες μητέρες τα παιδιά τους. Διπλό ωράριο λειτουργίας, για να εξυπηρετούνται οι εργαζόμενες μητέρες κατά τις απογευματινές ώρες.

-Ενίσχυση εισοδημάτων των πολύτεκνων οικογενειών, για να ελαφρυνθούν από το βάρος συντηρησής τους. Οικονομική παροχή που θα αντισταθμίζει το μεγάλος κόστος ζωής της οικογένειας. Ετσι το ζεύγος

που επιθυμεί θα αποκτήσει και 3ο παιδί χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα της ζωής του.

- Καταπολέμηση της πρόωρης θνησιμότητας και των ασθενών της βρεφικής - παιδικής - νεανικής ηλικίας και ιδιαίτερα έμφαση σε μέτρα που περιορίζουν τα τροχαία ατυχήματα, τα ναρκωτικά κ.λ.π.

- Παροχή προστασίας στις άγαμες μητέρες και εκπαιδευτικά μέτρα ενάντια στις προκαταλήψεις που χωρίζουν τα παιδιά σε "νόμιμα και νόθα".

- Διαπαιδαγώγηση της κοινής γνώμης για να εγκαταλείψει τις αναχρονιστικές και επιζήμιες προκαταλήψεις για τις άγαμες μητέρες και τα νόθα παιδιά και να τα αντιμετωπίζει και να τα δέχεται χωρίς κανένα εμπόδιο.

- Εξασφάλιση απασχόλησης για τις άγαμες μητέρες με νομοθετικά και άλλα μέσα για να ζουν και να βρίσκουν δουλειά, όπως όλοι οι εργαζόμενοι.

- Ενίσχυση του θεσμού του γάμου και της οικογένειας.

- Συνεργασία όλων των αρμοδίων φορέων γιατρών - νοσ/τών - κοινωνικών λειτουργών και για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού, με σκοπό την έγκαιρη ανεύρεση λύσης και τη λήψη μέτρων παρεμπόδισης και εξάπλωσης του προβλήματος.

- Έμφαση στον τομέα της έρευνας για την εξεύρεση αποτελεσματικής και ριζικής αντιμετώπισης.

Η πολιτεία και οι άλλοι φορείς θα πρέπει να παίξουν κύριο και καθοριστικό ρόλο με το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό την καθοδήγηση και την συνεχή ενημέρωση, σαν οι πλέον αποτελεσματικοί διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Πρέπει επίσης να επιχορηγούνται ειδικά σεμινάρια όπου θα δίνονται κατευθύνσεις για την ενημέρωση του πληθυσμού. Αναγκαία θεωρούμε επίσης την ίδρυση συμβουλευτικών σταθμών και για προβλήματα υπ̄γεννητικότητας με ανάλογη στελέχωση από γιατρό - νοσ/τή - κοινωνικό λειτουργό και κέντρων άσκησης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τέλος δεν θα ήταν άσκοπη η έναρξη μιας σειράς μαθημάτων από ειδικούς του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κατά τέτοιο τρόπο που θα γινόταν πεποίθηση για την ανάληψη ευθύνης για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του Έθνους σε προληπτικό επίπεδο.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνάς μας, τα αίτια που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα είναι η κατακόρυφη πτώση των γεννήσεων που οφείλεται κυρίως στους νέους τρόπους ζωής και στην έλλειψη κινήτρων για την αποκτηση περισσότερων παιδιών. Το πρόβλημα όμως γίνεται μεγαλύτερο από την αύξηση του δείκτη θνησιμότητας από διάφορες ασθένειες όπως νεοπλάσματα, καρδιακαγγειακά επεισόδια και αν αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων.

Η προσπάθεια στον τομέα της πρόληψης έχει επιφέρει κάποια ευχάριστα αποτελέσματα, αλλά χρειάζεται και μεγαλύτερη έμφαση στις ενέργειες των κέντρων πρόληψης. Πρέπει ακόμη να τονιστεί το γεγονός ότι η υπογεννητικότητα δεν αποτελεί ένα απλο πρόβλημα αφού η επίλυσή της εξαρτάται απο την απόφαση του καθενός να απκτήσει περισσότερα παιδιά.

Εμείς σαν νοσηλευτές οφείλουμε να είμαστε ιδιαίτερα ευαίσθητοι στο πρόβλημα της υπογεννητικότητας και πρέπει να συμβουλευόμαστε και να ενημερώνουμε το κοινό σχετικά με τις διαστάσεις του προβλήματος και τις αναπόφευκτες επιπτώσεις του. Πρέπει επίσης με την ενημέρωση να αποτρέψουμε το κοινό από τις αμβλώσεις.

Βέβαια, η ευαισθησία μας δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με την υπογεννητικότητα αλλά να δίδεται έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών που παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες θνησιμότητας και έτσι καθιστούν οξύτερο το πρόβλημα της υπογεννητικότητας.

## SUMMARY

According to the results of the investigation, the reasons that create the problem of low birth rate in Greece are births vertical reduction that mainly due to the new like new life style and in the deficiency motivations for acquiring more children. But the problem is becoming even worst because of the increase in indicator mortality caused from different diseases such as neoplasm, heart-attack and an increase in car accidents.

Because of a tedious and hard work that has been done resent, we have some pleasant result but more work and emphasize is needed from the prevention centres. But we must also emphasize that the existing problem of birth reduction is not a simple because it depends on the decision of every family to acquire more children.

We have to be, as nurse, particularly sensitive to problem of low birth rate and we must advise and inform the public about the dissensions of this problem and the inevitable consequences, that may result in the future. We must also avert the public from abortions.

However, our sensitivity must not be limited only to inform the public according to the problem of low birth rate but it must also be given emphasis on the prevention from several other diseases that they have high indicator mortality.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Φύλο: Άντρας Γυναίκα

2) Ηλικία:

3) Τόπος γέννησης:

4) Τόπος μόνιμης κατοικίας:

α) Πόλη

β) Κωμόπολη

γ) Χωριό

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

5) Γραμματικές γνώσεις:

α) Αγράμματος-η

β) Απόφοιτος-η δημοτικού

γ) Απόφοιτος-η λυκείου

ε) Πτυχιούχος-ανώτερης σχολής

στ) Πτυχιούχος ανωτάτης σχολής

6) Θρήσκευμα

7) Μηνιαίο εισόδημα:

α) Κάτω από 200.000 δρχ.

β) Από 200.000 έως 400.000 δρχ.

γ) Πάνω από 400.000 δρχ.

8) Οικογενειακή κατάσταση:

α) Άγαμος-η

β) Έγγαμος-η

γ) Χήρος-α

δ) Διαζευγμένος-η

ε) Σε διάσταση

9) Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Εάν ναι, πόσα είναι αυτά:

10) Ποιό θεωρείται ως ιδανικό σχήμα οικογένειας:

α) Γονείς με ένα παιδί

β) Γονείς με δύο παιδιά

γ) Γονείς με τρία παιδιά

δ) Γονείς με παιδιά -παππού - γιαγιά

ε) Ζευγάρι χωρίς παιδιά

11) Τι αισθήματα σας προκαλεί μια πολύτεκνη οικογένεια;

α) Χαράς και ευτυχίας

β) Συμπάθειας

γ) Οίκτου

δ) Ασφάλειας και πληρότητας

12) Μια πολύτεκνη οικογένεια πιστεύετε ότι είναι:

α) Παιδοκεντρική

β) Συνειδητοποιημένη

γ) Με ηθικές - θρησκευτικές αρχές και αξίες

δ) Χαμηλού οικονομικού - κοινωνικού επιπέδου

ε) Χωρίς άλλα ενδιαφέροντα στη ζωή

13) Ποιός ο κυριότερος στόχος της ζωής σας;

α) Επαγγελματική και κοινωνική εξέλιξη και άνοδος

β) Δημιουργία οικογένειας

γ) Οικονομική ευημερία και κατανάλωση αγαθών

14) Ποιό από τα ακόλουθα θα σας επηρέαζε στην απόφασή σας να αποκτήσετε περισσότερα από δύο παιδιά;

α) Το Aids και τα ναρκωτικά

β) Η μόλυνση του περιβάλλοντος και η πυρηνική απειλή

γ) Οικονομικοί λόγοι

δ) Κληρονομικές ασθένειες

ε) Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

15) Ποιός, κατά τη γνώμη σας, ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού; Σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι ν' αποκτήσει το ζευγάρι παιδό όταν και όπως αυτό επιθυμεί;

Σωστό

Λάθος

16) Έχετε ποτέ απευθυνθεί σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;

Ναι

Όχι

17) Εάν ναι, για ποιό λόγο το επισκεφτήκατε;

α) Για να ενημερωθείτε σχετικά με την αντισύλληψη

β) Για να ενημερωθείτε σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση

γ) Για προγεννητικό έλεγχο

δ) Για να ενημερωθείτε σχετικά με τις αμβλώσεις

ε) Για να κάνετε test Pap

18) Πόσο νομίζετε ότι η χρήση αντισυλληπτικών επηρεάζει την γεννητικότητα

α) Καθόλου

β) Λίγο

γ) Πολύ

δ) Πάρα πολύ

ε) Χωρίς γνώμη

19) Σκοπός της αντισύλληψης είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί όταν το θέλει; Ναι Όχι

20) Πιστεύετε ότι η αντισύλληψη είναι:

α) Εκδήλωση λογικής

β) Εκφραση εγωισμού από μέρους του ζευγαριού

γ) Φόνος

δ) Αντίθετη με τις πεποιθήσεις σας θρησκευτικές - κοινωνικές

21) Ποιά η γνώμη σας για τις αμβλώσεις:

α) Δεν πρέπει να γίνονται

β) Να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας

γ) Να γίνονται μόνον ότι απειλείται η ζωή του εμβρύου

δ) Να γίνονται σε γενετικές ανωμαλίες

ε) Πρέπει να γίνονται ελεύθερα

22) Εάν είχατε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα καταφεύγατε στην άμβλωση;

Ναι

Όχι

23) Εάν όχι ποιοί λόγοι θα σας οδηγούσαν σ' αυτή την απόφαση;

α) Θρησκευτικοί λόγοι

γ) Συνειδησιακοί λόγοι

γ) Κοινωνικοί λόγοι

δ) Ο φόβος της άμβλωσης

ε) Όλα τα ανωτέρω

24) Γνωρίζετε ότι η άμβλωση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές όπως:

α) Διάτρηση μήτρας

β) Φλεγμονές μήτρας

γ) Φλεγμονές σαλπίγγων

δ) Δευτεροπαθή στειρώση

ε) Καθ' ἑξιν αποβολές

στ) Αιμορραγία

ζ) Ψυχολογικά προβλήματα

η) Όλα τ' ανωτέρω

θ) Κανένα από τα ανωτέρω

25) Πιστεύετε ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση του αριθμού τους διότι η γυναίκα καταφεύγει ευκολότερα στη λύση αυτή;

Ναι Οχι

26) Πιστεύετε ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καριέρα της σύγχρονης γυναίκας;

Ναι Οχι

27) Εάν ναι, ποιό από τα δύο θα επιλέγατε;

α) Καριέρα

β) Μητρότητα

28) Είστε της άποψης ότι η υπογεννητικότητα έχει επιπτώσεις στην οικονομική - κοινωνική - πολιτική - εθνική ζωή μιας χώρας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

29) Εάν ναι, ποιές είναι οι επιπτώσεις αυτές;

α) Αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων

β) Μείωση του εργατικού δυναμικού

γ) Ερήμωση της επαρχίας

δ) Αύξηση των συντάξεων και των δαπανών για παροχές υγείας

ε) Γενικότερες εθνικές επιπτώσεις

στ) Γενικότερες πολιτικές επιπτώσεις

30) Πιστεύετε ότι οι επιδημίες και οι κακές συνθήκες διαβίωσης συμβάλλουν στη μείωση του πληθυσμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

31) Σε ποιό από τα παρακάτω μέτρα πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα ώστε να έχουμε αύξηση των γεννήσεων;

α) Φορολογικές ελαφρύνσεις και οικογενειακά επιδόματα

β) Μέρμνα για την κατοικία πολύτεκνων οικογενειών

γ) Μέτρα ενίσχυσης και προστασίας του θεσμού γάμου και της οικογένειας

δ) Διευκόλυνση και προστασία της εργαζόμενης μητέρας

ε) Όλα τα ανωτέρω

32) Ποιά από τα παρακάτω μέτρα νομίζετε ότι είναι πιο αποτελεσματικά:

α) Να αυξήσει τα οικογενειακά επιδόματα

β) Να μειώσει τη φορολογία

γ) Να δώσει μεγαλύτερα επιδόματα

δ) Να παρατείνει την άδεια μητρότητας

ε) Να αυξήσει τον αριθμό βρεφονηπιακών σταθμών

στ) Να εφαρμόσει την απαγόρευση των εκτρώσεων

33) Ποιός πιστεύετε ότι πρέπει να είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή - Νοσηλεύτριας

- α) Συμβουλευτικός
- β) Διαφωτιστικός
- γ) Προληπτικός
- δ) Υποστηρικτικός
- ε) Όλα τα παραπάνω

34) Ποιούς από τους πιο κάτω φορείς θεωρείτε περισσότερο αρμόδιους για την ενημέρωση του κοινού;

- α) Νοσηλευτές - τριες
- β) Κοινωνικούς Λειτουργούς
- γ) Ιερείς - Εκκλησία
- δ) Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού
- ε) Όλα τα ανωτέρω

# Η «έμπειρία»

## λιάς

## έκτρωσης

Κάποια μέρα ανακαλύψτε ότι έχετε «καύση», κό-  
ν δεν πήγε καλά στους ύπολαγισμούς σου. Αρχίζει να  
παινει μπροστά σου ένα φαντάσμα που μέχρι την τελική  
κοδίσωση του γεγονότος, ελπίζεις να το αποφύγεις: η έκ-  
τρωση. Αρχίζεις και ψάχνεις για λεφτά, προσπαθείς να  
εξηγήσεις στον άντρα που έχεις ότι φοβάσαι αυτή την ι-  
στορία. Στο μυαλό σου περιτριγυρίζουν πολλές σκέψεις. Κι  
έν αυτό γίνει αιτία να μην κανω παιδιά πατέ; Κι έν μου  
κάνουν κακή επένδυση; Λές: Δεν μπορώ αυτό το πράγμα.  
Μιά φίλη σου συστήνει ένα γιατρό. Πηγαίνεις. Σε εξετά-  
ζει. Σου λέει ποσα θέλει και πού θα την κάνει. Ρωτάει  
πότε είχες τελευταία φορά περίοδο, ποσα χρονών είσαι.  
Σου λέει, την ημέρα της έκτρωσης να μην πας μονη σου.  
Κλείνεται το ραντεβού. Παρνεις φαρμακα για να τροστει-  
μαστει ή επένδυση. Πληρώνεις την επίσκεψη. Φεύγεις. Ο  
άντρας σου αρχίζει και φοβάται. Του λέε πως σ' εξέτασε  
ο γιατρός και πένει την κοιλιά του. Όταν όριστη η μέρα  
αρχίζεις και τó σκέπτεσαι πιο έντονα. Μιλάς πιο συχνά γι'  
αυτό. Φαντάζεσαι τόν έουτό σου πάνω στο γυναικαλογικά  
κρεβάτι με ένα γιατρό και ένα γιατρά αδιάφορα να  
σκαλεύεται με τη μήτρα σου. Ένας αριθμός που περνάει α-  
πό μπροστά του κι ακολουθούν άλλοι.

Σκέπτεσαι: Πώς νάταν τό μυρσκι έν γεννιότανε; Φαν-  
τάζεσαι, φαντάζεσαι... Ο άντρας σου σου λέει ότι δεν εί-  
ναι και τόσο τραγικά, όσα το κάνεις. Χιλιάδες γυναίκες  
κάνουν εκτρώσεις χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα. Νιώθεις να  
σε θοραίνει ή παρουσία της μητρας σου πάνω στο κορμι  
σου, να σου δίνει άλλη διάσταση. Ο άντρας σου ψάχνει  
για λεφτα μαζί σου, τα όριακετε, και χωρίς να τó χρωσάτε.

Την προηγούμενη της έκτρωσης περνάνε εφιαλτικά προ-  
γμματα από το μυαλό. Σε πουχάκει καπως η ιδέα ότι θα την  
κάνεις σε αυχρονια μακιυτρία κι όχι σε κάποια σκοτεινά  
μπόγεια. Άρα είσαι από ης τυχερές σου. Τό πασι στις  
9 έχεις ραντεβού με τó γιατρό. Πηγαίνεις 9 παρα τέσσερα.

Αλληλώνεις ότι ήρθε και περιμένεις να σε φωνάξουν. Τό  
μακιυτρία δεν έχει μερωδια νοσσοκομίου. Είναι σαν ένα  
ραντεβού ενδοχείο. Ανδοπωλεα, BABY SHOP, υπερμαν-  
τέρνα μπαρ, τερραστια σαλόνια. Από τó μνησφωνα ακουγεί  
αί ομιανά κλασσική μουσική. Συχνάρα πινακες στους τοι-  
χους, μοντέρνες πόρτες, όμορφο χρωμάτα.

Δέν κάνει να φας τίποτα πριν την έκτρωση. Σούχεται  
να πέσει κάτω. Νιώθεις να μην ίσοροφεις καλά, όταν είσαι  
όρθια. Σε πένει ταχυπαλμία, ένας τρελός ποδος. Οι φίλοι  
έν δεν είσαι μνηη σου, μιλάνε γι' ασετα ποσγμματα για να  
αλλάξουν τó κλίμα. Σε φωνάζουν και μπαινεις σ' ένα κρο-  
τερα σαλόνι, μ' ωραίες παλυθόνες, πινακες, μουσική. Έ-  
κει οι παρισσοτεροι είναι όρθιοι. Άντρας πηγαινοερχονται

Τό κείμενο που θα διαβάσετε παρακάτω είναι  
γραμμένο από μία 20χρονη κοπέλα που α.γ.α.  
γκάσ τηκε να κάνει έκτρωση. Την εμπειρία  
της αυτή, τήν έζησε οδυνηρα και με πολλή ευ-  
αισθησία, γι' αυτό και θέλησε να πει κάπου την  
άγανακτρή της, γι' αυτή την απάνθρωπη δια-  
δικασία.

Ο «θαύριος» τό δημοσιεύει στα πλαίσια ενός  
μικρού αφιερώματος για την έκτρωση. Η έρευ-  
νά μας έχει στελείεις, πιστευουμε όμως ότι ήταν  
αναποφευκτες σ' ένα βαθμο μια που το ίδιο τό  
θέμα έχει πελώριες διαστάσεις.

Ναυρικά. Γυναίκες περιμένουν και αυτές όρθιες τó σειρά  
τους.

Κάποια στιγμή ανοίγει μία πόρτα. Βγαίνει μία προιαταμέ-  
νη. Φωνάζει ένα όνομα. Μπαίνει μέσα ένας και βγαίνει μαζί  
με μία γυναίκα, καταχλωμη που προσπαθεί να δειχνει ότι  
δέν τρέχει πιπτα, χαμαγελαει συγκρατάστικα, και με α-  
σταθή θήματα φεύγουν. Σε λίγο βγαίνει ένας με άσπρη  
μπλουζα. Πλησιάζει ένα νεαρά και μπαίνουν σ' ένα ιατρείο  
δίπλα. Ακούει: -Είναι καλά μην ανησυχείτε, κοστίζει...-  
Σε λίγο θα βγει κι' αυτή. Άλλες μπαίνουν άλλες βγαίνουν.  
Κάποια στιγμή ακούει. Για τον κ. ταδε ποια είναι; Και αυτή  
τη φωνα είσαι εσύ. Λές ένα διαστικά σάς χαρετώ και μπαί-  
νεις μέσα... είσαι πιο μέσα.

Πίσω από την πόρτα που κλείνει υπάρχουν πολλά εν-  
διαφέροντα πράγματα. Ένα γκισε που καθονται διαφορα  
γιατρου. Κάποιες πορτες που σκαφεσαι ότι εκεί γίνεται η  
ιστορία. Παλλά δωματα στη σειρά με ένα ή δύο κρεβάτια,  
ένα νηπύρα, μία καρεκλα, μία κρεμαστρα, ένα κομοδίνο,  
χαρτοδωμάκα και πτυελοδοχείο.

Μένεις στα διάδρομο διαστικη. Η νοσσοκόμα δεν έγ-  
νού να σε βάλει. Είναι πολλές οι πελώριες σπηρερα. ή  
θσαι στο διάδρομο. Βλέπεις ξαφνικά μια κοπέλλα με μια  
περιερηη ρομπά να ψάχνει ζαλιωμένη για τó δωμάτιό της.  
ή μάλλον για κάποιο δωματο γιατί ατά δ.κο της είναι άλ-  
λη. Κάποια νοσσοκόμα την παισνει.

Μιά φωνή σου λέει. Στην όκη — εκεί, βλέπεις τó Γυ-  
ναίκα. Πάνω σ' ένα φορείο αναισθητη και ξύπνια, με κρου-  
γες σόν κλαυα ή γυναίκα δοσκεται χαμένη στις παραισθη-  
σεις τού αναισθητικού, μισογμνη με μια γαζα να κρεμαται  
άνωμεσα στα μπουτια της, διαλυμένη.

Πάνω σ' ένα φορείο με τó μητρα ματωμένη και τό φιλο  
καρραμένο. Αναγεις τó ματιο τερραστια. Οι νοσσοκομες σε  
καίτανε με άπαθεια. Σκεπτεσαι τον άντρα σου, στα σκα-  
λακια που καθάσασταν σου είπε «πα δώ κι εμπρός να  
προσεχεις» και νιώθεις ότι αν σου δεν «προσεχεις» εσύ και  
μόνο σου θα ύποφερεις.

Σε δόζουν σ' ένα δωματο. Μέσα στα μοναδικά κρεβάτια  
που υπάρχει δοσκεται ξεπλωμένη μια μελαχραινη κοπέλα.  
Σου λέει πως πένει, δεν μπορεί να σταθεί. Νιώθεις  
ανάτη-κων να ψάχσει να την διώξεις. Τό ρωτας κατι. Μία  
θαινει πως ήταν τερσάρων μηνων, είναι παντρμένη και  
σε διαστωη. Τό παιδί ήταν με τον άντρα της. Είχαν έστω  
σκέκι. Αυτας ήταν ρεαλι. Είχε έρβει κι' εχόςε αλλά  
μετωνισες και εφυγε. Σήμερα τό πρωι τ' αποφασισει, χέει-  
τασκωθήκαν. Με τό πιο ηρεμο υφος μου λέει «Μιαω δαυ-  
τους άντρας». Έχει έρθει αλαμόναση. Ισφνικά σηκωνεί-  
Έχει σημορραγια πολλή. Έρχονται και τις κάνουν ένι.  
Μετα από δεκα λεπτά ντυνεται και φεύγει. Έχει έ-



... μνήμη. Τό γιατρο τόν πληρώσε 20.000. Σού λέει  
... Έξω αρχίζει νά χιονίζει. Στελνώ μ' αυτή την  
... ένα σημείωμα στό παιδίο. Πριν δεκα λεπτά ένας  
... τρεκλωνάταν με μια νασοκάμα. Γιατί δέν τον φωνά-  
... δεκα λεπτά από τον τζοκετο που είχε, να κάνει μια  
... η. Νομίζω ότι παρακαλούθ'ω θεάτρο του παραλόγου.  
... τό καλέ από τ'α καχυλία που μου 'φτιαξε στις Σια-  
... Είμαι λιγότερο μνήμη μου. Είμαι όμως:

... στό κρεβάτι είναι χαρτομαντήλα με ασλία, κάτω  
... δεκοριά τσιγάρα με σινόνεμπια από τις έννεσεις με  
... οδηγικό. Η νασοκάμα σου λέει θγάλα όλα και τη-  
... τη τοκαλέστα. Φορέσε αυτή τη ρέμπα πάνω στό  
... π. Βγάσεις τ'α ρούχα σου, τ'α καλυμμά σου, ή ρο-  
... ραι ζεστή από τ'α καρμί της άλλης γυναίκας που έ-  
... λιώθηκε σαν τ'ο δέκατο αντιγραφο στο καρμπόν, σαν  
... ή ίδι'α ή προηγούμενη που έφυγε. 'Ακούγονται κλάμ-

... κάνει ο γιατρος σου. Δέν έρχεται σέ σενα. Λέει  
... ακόμα νά τ'α αλλάξει σετρό γιατί διαζέται, διαζέται.  
... Σάββατο σήμερα άλλωστε.

... εις άπροσάτευη και άσημαντή άνοητη που θρέ-  
... σ' αυτή τη θέση, θέλεις κάποιον δίπλα σου. Τό μυρ-  
... τρέχει. Δεκαζες γυναικες με τις ίδιες σόμπες. Δε-  
... νοηκες με μητρες θαμμένες σέ λαμητόμο. Και πό  
... μόνες τους. Όχι χωρίς παρά Μόνες τους μέσα  
... πτόσασ' τους. Αιτίες και τ'ο φύλο τους, νά δια-  
... ται με αλασκους πάνω σ' ένα φορτίο γιά την ίδι'α  
... φύση και τη μονοειά του. Μιά μονοειά που μόνο οι  
... μεταξύ μας τη νιωθουμε καθημερινά στό άλγισμα  
... κινήσεως, στό χαδίο, ακόμα και πίν πιά άγαπημέ-  
... η προσώπων. Ο υποδύσσομος της γυναικειας υπό-  
... μας θιώνεται πάνω στό ίδια μας τ'ο σώμα πριν από  
... άλλα. Σκεφτεσαι. Ίσπανικά σέ φωνάζουν. Πραχ-  
... διάδεσμα. Βλέπεις τρεις πόρτες και τρεις ισσορθ-  
... απαλαγικές καρτεκλες. Φύτα, νασοκαμες, χειρουργι-  
... λεία. Σού λένε ξανα περιμενε. Σέ θάζουν α ένα  
... δωματία. Ακούς που λένε- εδω: μου τη λεζίδα.  
... η... πιά σ'αγο- και μετα την φωνη της νασοκάμας.  
... λείωσε. Κλείνεις τ'α αυτιά για να μην ακούς. 'Αν  
... η κι' άλλο θά λιπαθουμεσαι. Ίσπανικά σε φωνάζουν.  
... εις μέσα βλέπεις ξυα - τρεις σέ φεραίν. να παρο-  
... α κλαίνε. Σκεφτεσαι, πασπει να είμαι χλωμη... εγα-  
... θώ είναι ή αρχη του τελους. Μήθεεις να περπατάς  
... πια. 'Ο γιατρος είναι μέσα. Σού λέει ανεδο και  
... ρος τ'α ξέω.

... ε πάνω σ' ένα σκαλί που κάποιος έχει σφισσει. Σού  
... λέει τ'ο πόδι- και θάλτα εκεί. Τά βάζεις στό σπρι-  
... μήθεεις άμμηχανα. Την ώρα που πος νά κατσε

... βλέπεις ένα χοντρο δοχείο με καπ ηηχτα κακκίνα. Ρωτάς  
... σέ έξαλλη κατάσταση. Αίματα έχει εκεί; Σού απαντούν φυ-  
... αικατάτα -έ, θέθαιο τι ήθελες να έχει:-

... Ξαπλώνεις. 'Ο ανααιθαιολόγος μαχναί να σου θρει φλέ-  
... θα. Φωνάζεσαι τη μητρα σου κομματιασμενη σ' ένα δοχείο  
... 'Ακούς τ'ο θαρβεο απ' τα γαντια του γιατρού. Βλέπεις μια  
... ταιμπιδα μ' ένα θαμδακι. Ρωτάς τόν ανααιθαιολόγο. Πώς  
... θά σου φαίνόταν άν λιπαθουμεγα τώρα; Με σταθερατητα σου  
... λέει: είναι αδύνατον. Σού βάζει την σπραγγα στό μπρο-  
... στα. 'Ανάπνευσε βαθιά. 'Αρχίζει και ζαλιζεσαι. Τά προσωπα  
... γινονται ακιές και οι ακιές χανονται για σενα. Στην πρα-  
... γματικότητα υπάρχουν γύρω απειλητικά. Είσαι πια οι -δεκα  
... χιλιάδες- της άμοιδής.

... 'Ανογεις τα μάτια πάνω σ' ένα κρεβάτι μνήμη σου. Τρε-  
... μες πολύ. 'Από την τρεμουλα παναει πια πολύ ή κοιλία  
... σου. Σούρχεται εμετος ζαλιζεσαι. Νιωθεεις πως ή κοιλία  
... σου μικρηνε. 'Ενα ταμπαν κρέμεται αναμεσα στα πόδια σου.  
... Κουώνεις πολύ, παρα πολύ. Τρεμεις. 'Ερχεται α γιατρος.  
... Σού λέει μέσα στη ζάλη διασφουρα και φευγει. Δέν καταλα-  
... θαινεεις τη λέει. Πονάς και κουλουριαζεσαι. Φωνάζεις από  
... τους πόνους. Δέν ακούς σου.

... Θέλεις νά φύγεις εκείνη τη στιγμή, έπος κι' άν είσαι.  
... φωνάζεις την νασοκάμα. Σού θγάλει τ'ο ταμπόν. Σέ θαη-  
... θαι να ντυθεεις. Μετά από λίγη ώρα περπατάς τρεκλιζον-  
... τας στό διάδεσμα απ' όπου ήρθες. Οι καινούργιες σέ πα-  
... ρατηρούν. Λες στη νασοκάμα ότι είναι άπασαδεκτα αυτο  
... που γίνεται. Σού λέει ότι έχεις δικιο. 'Ισως ναιμίζει ή τη  
... παραμιλάς.

... Στόν μπρό προθάλαμο φωνάζει αυτόν που σέ περιμενει.  
... 'Ερχεται χαμογελώντας ροδισμενα. Δίνεις ένα κατοσταρι-  
... κα στό νασοκάμα. Αυτος σέ κασάει από τη μεση και σέ  
... κατσει στό μάτι. 'Αναρωτεσαι ποσα καταλαβαινει, τ'ο  
... καισελίσσασμα της Μάρως εκεί μέσα και ποσα όχι. Πάντως  
... κηθεεις ευγνωμοσυνη για τ'ο άγγιγμα στη μεση. Είναι ζε-  
... στα και άμορφα. Ρωτάει άν πονας. Τ'αύ λές ναι και σιγεις  
... τ'ο αρυδίο. Βγαίνουμε έξω, χιονίζει. Σού ρωραει τ'ο καρκόλ  
... του. Εκεινη την ώρα σ' αναπαει. Στό ταξί πσει να λπει  
... μπροστα. Η Σουλα τ'αυ λέει: κοτσε πίσω. 'Ερχεται πίσω.  
... Τον κοιτάς εσθητηματικά. Λέει: μωσέ από συνθησει. Μού  
... έσφαινε. Σέ κρατάει αγκαλία. Στις λακούδες σέ σφαιγγει πα-  
... του. Μιλώμε για κατι που δέν θυμάσαι.

... Νιωθεεις όλες τις γυναικες μικρές και μεγάλες αδελφες  
... σου κομματια της πικρας σου, ενωμενες και μαζί καθε μια  
... πια δύνατή, ακεφτεσαι. Νιωθεεις ζεστασιά δίπλα του. Να  
... εκεινος τί να νιωθει; Μερικές στιγμές δέν έβρει. 'Αλλες έβ-  
... ρει. Αυτη ποια στιγμή είναι:

10 Ιανουαρίου 81  
Σημερινά Κυριακής



ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1. "Άγιος Παντελεήμων" ,Φαναριωτών 3 Νίκαια, τηλ.4915061
2. Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" Βασ. Σοφίας 80, τηλ. 7799424
3. Ιατροκοινωνικά Κέντρα ΠΙΚΠΑ, Καρόλου 16, τηλ. 5227376
4. Γενικό Νοσοκομείο "Ισάβεια", Αφεντούλη και Ζαννή, τηλ.4510751
5. Νοσοκομείο Παιδων "Άγίας Σοφίας" Γουδί, τηλ. 7771611-14
6. Λάρισα Αγ. Μαρίας 2, τηλ. 257229
7. Θεσσαλονίκη, Νοσοκομείο "Άγια Σοφία", Ολύμπου 29, τηλ. 538777
8. Αλεξανδρούπολη, Βενιζέλου 33, τηλ. 24912
9. Πάτρα, Πλατεία Γεωργίου, τηλ.223173
10. Ιωάννινα, Νεωφ. Μακρυχιάννη, τηλ. 25691-33461
11. Σέρρες, τηλ. 63113-62222
12. Βόλος, Πολυμέρη 134, τηλ.27531(140)
13. Καβάλα, Αμερικανικού Ερυθρού Σταυρού 113, τηλ.223376
14. Κομοτινή, Σισμανάγλου 45, τηλ.24601
15. Καλαμάτα, Αθηνών 99, τηλ.23565
16. Τρίπολη, Τέρμα Ερυθρού Σταυρού, τηλ.222518
17. Άργος, Κορίνθου 191, τηλ.18242
18. Βέροια, Συνδικασιμός Παπάγου, τηλ.22082
19. Λάρισα, Ι.Κ.Α, τηλ.259410
20. Θεσσαλονίκη, Ιππακράτειο Νοσοκομείο, τηλ.837921-830034
21. Ξάνθη, τέρμα τέταρτης Οκτωβρίου, τηλ.22388
22. Ηράκλεια, Νεωφόρος Κνωσσού, τηλ.231931
23. Έδεσσα, Φιλίππου 37, τηλ.23222
24. Κοζάνη, τηλ.34753
25. Χανιά, Οραχούμη, τηλ.27231
26. Ρόδος, Γενικό Νοσοκομείο, τηλ. 25555

Πρέβεσα Γενικό Νοσοκομείο, τηλ.28710

Γιαννιτσά, Γενικό Νοσοκομείο, τηλ. 22229

ΝΕΛΕ Πειραιώς, τηλ.4174714

Γενική Γραμματεία Ισότητας, Μουσαίου 2, τηλ.3215622

Νοσοκομείο " Αρεταίειο", Βασ.Σοφίας 76, τηλ.738511

Νοσοκομείο- Μαιευτήριο "Μαρίκα Ηλιάδη", Ελευθ.Θενιζέλου 2  
, τηλ.6432221 (εσωτερικό 149)

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Βασιλεύς Παύλος", Αγίου Θωμά 17,  
τηλ. 7707808



τή Διοκοπή της εγκαταστάσεως.

οιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτεται την η της τιμωρείται με κθειρξη. ποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτεται εκπιη εγκαταστάση της ή προληθεία σ' αυτή μέσα της η της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηντι ενεργεί κατά συνθήκη της πράξης αυτής τιμωυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προηρείται πάθηση του εμβρύου ή της θήλασης της πιάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν ο θάνατος της επιβάλλεται κθειρξη μέχρι έξι

πως του διακόπτεται ανεπίστευτη την εγκαταστάση πρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φοέχρι ένα έτος.

Άρθρο 4.

Ποινικό Κώδικα παρατίθεται το ακόλουθο άρθρο με 304 Α.

α' Άρθρο 304 Α.

Σωματικά, έλαδη εμβρύου ή νεογνού.

ος επανεργεί παράνομα στην εγκύο με αποτέλεσμα να εί θανάτο έλαδη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό ήληση του πλάτους ή της θέσεως τιμωρείται κατά ήεις του άρθρου 310η.

Άρθρο 5.

Άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως

α' Άρθρο 305.

μηση μέτων τεχνητής διακοπής της εγκαταστάσης. ποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία αγράφων, εικόπραστατίων αναγγέλλει ή δημοσιεύει, ένω και ταένη, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως καως να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκαταστάσης με τον ίδιο τρόπο υπηρέσιες δικίς του ή έλητην εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκαταστάσης με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

ον είναι άδικη πράξη η αντιμετώπιση ή η χειρισμοική η σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκαταστάσης από τα κέντρα ομογενειακού προγραμματισμού, και η αντιμετώπιση γιερών ή πρώτων του νόμου διαάσα τεχνητής διακοπής της εγκαταστάσης και οι χειρισμοίσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περι-

Άρθρο 6.

Δύοτην παράγραφο του άρθρου 114 του Κ.Π.Δ., διαγράφεται με το άρθρο 1 του ν. 1290/1982. αντικαθίσταται ως εξής:

Τα θυνικά (εκτός από τον εισρητό), τα γρησιακά γρησιαμικά αδικήματα σε βαθμό κλημελήματος και τα εγκλήματα: α) του άρθρου 79 του Ν. 5960/ περί επιταγής, β) των άρθρων 1 και 2 του Α.Ν. 86/ περί επιβολής κυρώσεων κατά των καθυστερούντων έλαδη και την απόδοση εισφορών εις Οργανισμούς της Ασφαλίσεως, γ) του άρθρου 17 παρ. 8 του Ν. 1983 για την ασφάλιση των πολιτοδικιών ηδίων, ή ανάκτηση και σχετικές ρυθμίσεις και δ) του άρθρου Ν. 1436/1984 για τη σύσταση εμπορικού παού οργανισμού και μεικτές άλλες διατάξεις. της οποίας παρατίθενται του άρθρου 17 παρ. 8 337/1983 και του άρθρου 3 του ν. 1436/1984 έ-θροιστεί για εκδίκαση στο τριμελές κλημελειοδρι εις 31 Οκτωβρίου 1986 θα εκδικαστούν από το

κοσθεσία της παρ. 8 του άρθρου 10 του ν.δ. 3082/ Περύ τροποποιήσεως και συμπληρωσεως διατάξεων οί συμβουλευσάφων, κατατίθεται με το άρθρο 2 294/1985 ένω έλαδη Αποφάση 1986 και με το

άρθρο 1 του ν. 3493/1956 και τα κατ' εξουσιοδότηση του του εκδιδόμενα διατάγματα μέχρι της Μάου 1986, παρατίθενται από τότε που έλαδη μέχρι 31.3.1987.

Η προθεσμία αυτή μπορεί να παρατείνεται με προεδρικά διατάγματα που θα εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

Άρθρο 7.

Οι διπλωματούχοι ανώτερων σχολών ειδήων νοσηλευτών, ατελών νοσηλευτών και επιτακτριών και μετών, προδιόνητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι διπλωματούχοι νοσηλευτικών και μαιευτικών τεχνητών Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και Τ.Ε.Ι., που υπηρετούν σε νοσηλευτικά έρβιατα και μονάδες αυτών, εντάσσονται στο 17ο—2ο αιολογικό κλημείο του νόμου αυτού.

Όσοι διπλωματούχοι έχουν ενταχθεί επανετάσσονται χωρίς αναδρομική απόληση αποδοχών.

Άρθρο 8.

1. Αν μέσα σε σαράντα κίντε μέρες από την παραποση σ' αυτά των οικίων φημέλων τα κατ' το άρθρο 6 του ν. 1278/1982 (Φ.Ε.Κ. Α' 105/31.3.1985) Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντοιατρικού Πρωτοδικού των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) δεν ολοκληρώσουν τη διαδικασία κρίσης των υποψηφίων για διορισμό σε θέσεις του κλάδου γιερών Ε.Σ.Υ., μπορεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να παραπέμπει τις κρίσεις στο Γρησιακό Συμβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85). Σ' αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση το υπηρεσιακό συμβούλιο του άρθρου 29 αποτελείται μόνο από γιερους. Η διαδικασία παραποκής και κρίσης, καθώς και ορισμού των επιτηγών καθορίζεται με απόφαση του ίδιου υπουργού.

2. Η παράγραφος 4 του άρθρου 7 του ν. 1278/1982 (Φ.Ε.Κ. 105 τ. Α') τροποποιείται ως εξής:

α. Τα Συμβούλια Επιλογής είναι σε παρτίε όταν είναι παρόντα τα 3/5 των μελών τους.

Άρθρο 9.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως 3 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85) μπορεί να επεκτείνονται κατά νομό, ειδικότερα και: έλαδη και για τους γιερους του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ. και για γιερους του έν υπηρετούται στο Δημόιο ή Ν. Π.Δ.Δ.

Άρθρο 10.

1. Γιερους που εδικαύονται σε νοσοκομεία, ελη των νοσοκομείων Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από αίτησή τους, να παρσίνονται στα νοσοκομεία κατά μέχρι του πρώτου διορισμού τους ως επιτηριδομαι με τις ίδιες αποδοχές και μετά την ολολήρωτη του χρόνου άσκησης τους σ' αυτά, εόσον αντιένουν περιέ διορισμού σε άλλα νοσοκομεία για συνέχιση της άσκησης τους. Στη διάρκεια της υπηρεσίας τους αυτής μπορεί, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να μετατίθενται σε ποιόδήποτε νοσοκομείο της υπηρεσιακής περιφέρειας που υπηρετούν.

Ειδικά γι' αυτούς που εδικαύονται στην αντιμετώπιση δεν ισχύει η εξίλευση για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης.

Η διάταξη αυτή ισχύει και για τους ειδικευόμενους για τους, των οικίων η σύμβαση εργασίας έλαδη μετά την 1.1. 1986.

2. Από τη διάταξη της παραγ. 1 του άρθρου 26 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85) διαγράφεται η παράθε α... που προκηρύχθηκαν με την απόφαση Α34/7500/ 15.6.84.

Άρθρο 11.

Η ισχύς του νόμου κατά αρχίε από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

(3)

αποβλήσει τη διαίτησή του παρόντος στην Εφη-  
μερίδα Κυβερνητικώς και την εκτέλεσή του ως νόμου του

Αθήνα, 28 Ιουλίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΕΠΙΣΤΡΟΦΙΑΣ ΚΑΙ

ΕΘΝΙΚΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΕΩΝ

ΔΙΚΑΙΟΥΣΙΑΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΞΥΒΟΛΑΣ

Εφημερίδα και εκδόθηκε η Μερίδα Σφραγίδα του Κοινοβ.

Αθήνα, 1 Ιουλίου 1986

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΣΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ

ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 208

Πρόταση του συνδικαλιστού Μέλους, της Κοινότητας Κρού-  
σης της Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσσαλονίκης  
Κοινότητας Αγίας Μαρίας του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα, των ισχυουσών  
Νόμων του Δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α')».

τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α') σε συνδυασμό με το άρ-  
θρο Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 5 Α').

την από 3.5.1985 αίτηση ελεγκτών κατοίκων του συ-  
νδικαλιστού Μέλους της Κοινότητας Κρούσης της επαρχίας  
της του Νομού Θεσσαλονίκης.

την 11/18.2.1985 απόφαση του κοινοτικού συμβουλίου  
Μαρίας της Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσσα-  
λονίκης την οποία συντάσσει για τη ζητούμενη προαρά-  
τηση του συνδικαλιστού Μέλους στην Κοινότητα Αγίας Μαρίας.

την από 18.2.1986 αίτηση γνώμη του συμβουλίου της  
Επαρχίας Θεσσαλονίκης του άρθρου 8 του Π.Δ. 76/1985.  
την 28/1 της 14ης Μαΐου 1986 γνωμοδότηση του Συμ-  
βουλίου Επαρχιακής, με πρόταση του Γενταργά Εσωτε-  
ρικών.

Άρθρο μόνο.

συνδικαλιστού Μέλους της Κοινότητας Κρούσης της  
Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσσαλονίκης, προσαρτάται στη  
μερίδα με από Κοινότητα Αγίας Μαρίας της Επαρχίας  
της και του ίδιου Νομού.

Γενταργά Εσωτερικών συντάσσει τη διαίτησή και  
την εκτέλεσή της παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ

ΑΓΑΜΕΜΝΩΝ ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 209

Πρόταση του συνδικαλιστού Κάτω Σκαριδωτής της Κοι-  
νότητας Τρικώπρου του Νομού Πρεβέζης στην Κοινότη-  
τη Σκαριδωτού του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
παιλο Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα, των ισχυουσών  
διατάξεων του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α')».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α'), καθώς και τις διατά-  
ξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 51 Α').

3. Την από 11.2.1985 αίτηση ελεγκτών κατοίκων του συ-  
νδικαλιστού Κάτω Σκαριδωτής της Κοινότητας Τρικώπρου  
του Νομού Πρεβέζης.

4. Την 3/27.1.1985 απόφαση του κοινοτικού συμβουλίου  
Τρικώπρου την οποία συντάσσει για τη ζητούμενη προαρά-  
τηση του συνδικαλιστού Κάτω Σκαριδωτής στην Κοινότητα  
Σκαριδωτού.

5. Την από 3.9.1985 αίτηση γνώμη του συμβουλίου της  
Νομαρχίας Πρεβέζης του άρθρου 8 του Π.Δ. 76/1985.

6. Την 116 της 19ης Φεβρουαρίου 1986 γνωμοδότηση του  
Συμβουλίου της Επαρχιακής, με πρόταση του Γενταργά Ε-  
σωτερικών.

Άρθρο μόνο.

Ο συνδικαλιστής Κάτω Σκαριδωτής της Κοινότητας Τρικώ-  
πρου της επαρχίας Νοταρίου και Πάργης του Νομού  
Πρεβέζης, προσαρτάται στη μερίδα με αυτή Κοινότητα  
Σκαριδωτού της Επαρχίας και του ίδιου Νομού.

Στον Γενταργά Εσωτερικών συντάσσει τη διαίτησή και  
την εκτέλεσή της παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ

ΑΓΑΜΕΜΝΩΝ ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 210

Πρόταση του συνδικαλιστού Ψαθόλα της Κοινότητας Με-  
ταρίας του Νομού Κερκίρας στην Κοινότητας Βελονίων  
του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
παιλο Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα, των ισχυουσών  
διατάξεων του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α')».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α'), καθώς και τις διατά-  
ξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 51 Α').

3. Την από 14.5.1984 αίτηση ελεγκτών κατοίκων του  
συνδικαλιστού Ψαθόλα της Κοινότητας Μεταρίας του Νομού  
Κερκίρας.

4. Την 19/15.3.1984 απόφαση του Κοινοτικού Συμβουλίου  
Βελονίων την οποία συντάσσει για τη ζητούμενη προαρά-  
τηση του συνδικαλιστού Ψαθόλα στην Κοινότητα Βελονίων.

Αθήνα 12.5.1988 19

ΠΡΟΒΛΕΨΙΑ ΕΠΕΙΓΟΝ

Αριθ. πρωτ.

139/6264/9.1

7

ΠΡΟΣ:

Την Βουλή των Ελλήνων  
 Δ/ση Κοινοβ. Ελέγχου  
 Γραφείο Ερωτήσεων

Ανταύθα



Σχετικά με το Ν. 1609/86 για την νομιμοποίηση των Αμβλώσεων

Απαντώντας στην με αρ. 4509/25.4.88 ερώτησή σας που κατέθεσε στην Βουλή ο βουλευτής κ. Μ. Δρεττάκης, επιθυμούμε να σας πληροφορήσουμε ότι με εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 2 εδάφια Β και Γ. και 3 του άρθρου 1 του νόμου 1609/86 εκδόθηκε η Α39/2799/87 κοινή Υπουργική απόφαση "Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης" (ΦΕΚ 103 Β/27.2.87) με την οποία ρυθμίζονται τα θέματα που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας, που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Με την απόφαση αυτή που κοινοποιήθηκε σε όλα τα Νοσηλευτικά ιδρύματα και κλινικές εδόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες και κατευθύνσεις για τις ελάχιστες προδιαγραφές και όρους που υποχρεούνται να εξασφαλίζουν προκειμένου να διενεργείται σ'αυτά η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις περιπτώσεις εκείνες που η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται μετά την 12 εβδομάδα κύησης, να διενεργείται αποκλειστικά και μόνο σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όρων και προϋποθέσεων που βάζουν οι διατάξεις της κοινής Υπουργικής απόφασης για την διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12 εβδομάδα εγκυμοσύνης. Πρόσθετα στις παραπάνω περιπτώσεις προβλέπεται η ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου από την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου καθώς και η ενημέρωσή της για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία.

Με τις διατάξεις της παραπάνω απόφασης καθορίστηκαν οι δαπάνες νοσηλείας να βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό εφόσον η έγκυος είναι ασφαλισμένη ή το δημόσιο στις περιπτώσεις που η περίθαλψή της παρέχεται δωρεάν σε βάρος του δημοσίου. Πρόσθετα για την αποκατάσταση της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης καθορίστηκαν μ.

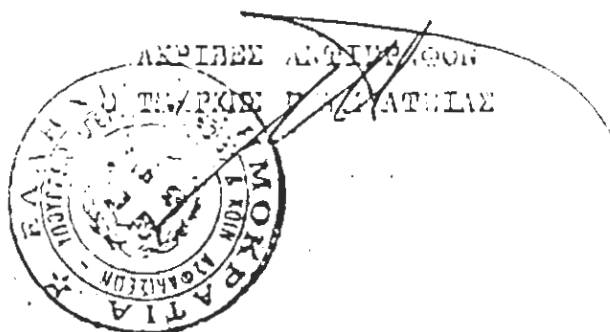
και μερες υποχρεωτικής αναρρωτικής άδειας, ανάλογα με το είδος και των τυχόν επικλοών από την επέμβαση, χωρίς για κάθε περίπτωση.

Όσον αφορά το πόσες γυναίκες έκαναν χρήση του δικαιώματος που τους δα έχει ο νόμος 1609/86 στην περιφέρεια πρωτεύουσας και στα υπόλοιπα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας αποτελούν στοιχεία για την συλλογή των οποίων απαιτείται χρόνος που ξεφεύγει της υπάρχουσας χρονικής προθεσμίας για ενημέρωση της Βουλής. Κατά συνέπεια τα παραπάνω στοιχεία θα κατατεθούν στην Βουλή μόλις περατωθεί η διαδικασία συλλογής τους.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΘΑΩΡΟΣ

- 1. κ. Υπουργού
- 2. Γρ. Τύπου
- 3. Δ/ση Λ3β(3)



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η υπογεννητικότητα, όπως αναλύθηκε, σε συνδυασμό με την "έκρηξη της τρίτης ηλικίας" αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα για την Ελλάδα με σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, εθνικές επιπτώσεις.

Η Ελλάδα γίνεται ημέρα με την ημέρα... χώρα γερόντων. Οι εκπρόσωποι της 3ης ηλικίας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς ενώ οι γεννήσεις μειώθηκαν εντυπωσιακά. Ένα πρόβλημα που οι επιπτώσεις του γίνονται όλο και πιο εμφανείς...

Για να αποτραπεί το φαινόμενο της όλο και αυξανόμενης μείωσης του πληθυσμού πρέπει να υπάρχει σημαντική υποστήριξη και παρέμβαση από τους ν/τές για διαπαιδαγώγηση, πεποίθηση, συνεχής πληροφόρηση, ενημέρωση και πρόληψη.

Οι νοσ/τές σαν άνθρωποι και σαν επιστήμονες πρέπει να συντελέσουν στην ενημέρωση - διδασκαλία του πληθυσμού χωρίς επαγγελματικούς και επιστημονικούς ανταγωνισμούς αλλά με αγαστή συνεργασία όλων των αρμοδίων φορέων.

Η πρόληψη θα είχε καλύτερα αποτελέσματα στη χώρα μας, αν ο πολίτης είχε δεχτεί το μήνυμα από τη σχολική ηλικία που παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφοράς του ατόμου.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων νόσων - επιδημιών, οι πρόοδοι της ιατρικής και των άλλων επιστημών, συντέλεσαν στην καταπολέμηση και εξαφάνισή τους στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (72 χρ.) στη μείωση της βρεφικής - παιδικής θνησιμότητας και την εξασφάλιση καλύτερης ζωής στον υπερήλικα.

Ο νοσ/τής στηριζόμενος σε δεοντολογικούς κανόνες αγάπης, ανθρωπιάς, προσφοράς και συμπεράστασης για κοινωνική αποδοχή και προστασία της ανύπαντρης μητέρας και του νόθου παιδιού, συμβάλει αποτελεσματικά στην επαγγελματική αποκατάσταση της μητέρας, και δεν την αναγκάζει να καταφύγει στη "λύση" της άμβλωσης.

Ο νοσ/τής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση διαφόρων προβλημάτων καθώς και στην καταπολέμηση της προκατάληψης και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για να προασπίσει την υγεία του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	3
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄</b>	
Δημογραφικό πρόβλημα για την Ελλάδα	
1) Γενικά	4
2) Παράγοντες και αίτια δημογραφικού προβλήματος	5
3) Επιπτώσεις δημογραφικού προβλήματος	7
4) Προτάσεις	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄</b>	
Θνησιμότητα	16
1) Γενικά	17
2) Βρεφική θνησιμότητα	17
3) Θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου	18
4) Συμπέρασμα	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄</b>	
Αμβλώσεις	19
1) Γενικά	19
2) Ιστορική αναδρομή	20
3) Νομιμοποίηση αμβλώσεων (πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα)	20
4) Χειρουργικές τεχνικές αμβλώσεων	23
5) α) Επιπλοκές αμβλώσεων που γίνονται κατά το 1ο και 2ο τρίμηνο εγκυμοσύνης	24
β) Απώτερες επιπλοκές της άμβλωσης	26
γ) Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την άμβλωση	27
6) Απόψεις εκκλησίας σχετικά με την άμβλωση	28
7) Απόψεις κράτους σχετικά με την άμβλωση	29
8) Νομική άποψη σχετικά με την άμβλωση	31
9) Νοσηλευτικά διλήμματα	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄</b>	
Αντισύλληψη	
1) Γενικά	38
2) Μέθοδοι αντισύλληψης	39

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄**

### **Στεριότητα**

1) Γενικά	54
2) Αίτια στειρότητας στον άνδρα και στη γυναίκα	55
3) Κλινική αντιμετώπιση	58
4) Θεραπεία	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄**

### **Οικογενειακός προγραμματισμός**

1) Γενικά	61
2) Ιστορία του Οικογενειακού προγραμματισμού	61
3) Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού	62
4) Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα	63
5) Εμπόδια στην διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού	64
6) Ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο ρόλος του νοσηλεύτη	66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄**

Υπογεννητικότητα και ο ρόλος του νοσηλεύτη της κοινότητας	69
---	----

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

1) Μέθοδοι και υλικό	72
2) Στατιστικά στοιχεία - πίνακες	73
3) Συζήτηση	113
4) Προτάσεις	115
5) Περίληψη	117
6) Παράρτημα	118

<b>Επίλογος</b>	123
-----------------	-----

<b>Περιεχόμενα</b>	124
--------------------	-----

<b>Βιβλιογραφία</b>	126
---------------------	-----

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΞΙΩΤΑΚΗΣ Α. Αμβλώση. Έκδοση 1η, εκδόσεις "Α. Αξιώτακη". Αθήνα, 1987.
- ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Ν.Π. Πότε εμυγχούται το ανθρώπινο έμβρυο. Επίτιμος έκδοση 3η, εκδόσεις Αδελφότης Θεολόγων "Ο ΣΩΤΗΡ". Αθήνα, 1987.
- ΓΕΩΡΓΑΚΗ Ν. ΑΝΘΟΥΛΑ. Σημειώσεις: Δεοντολογία της Νοσηλεύτριας. Εκδόσεις ΑΣΣΥΚΠ ΚΑΤΕΕ Αθηνών (ΚΑΤΕΕ). Αθήνα, 1983.
- ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΑΛΕΞΙΑ. Αμβλώσεις. Ορθόδοξον Μηνιαίον Φοιτητικόν Περιοδικον "Η Δράσις μας". Τεύχος 294, σελ. 17, Ιανουάριος 1992.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΘΗΝΑ. Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. (Μία άλλη διάσταση στο χώρο της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας). Έκδοση 1η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα, 1990.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΘΗΝΑ. Σφαιρική θεώρηση του θέματος στην ανακοίνωση: Διλήμματα στη Νοσηλευτική. Η Νοσηλεύτρια μπροστά στο πρόβλημα "Αμβλώση". Πρακτικά ΙΔ' Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σελ. 225-234, Θεσσαλονίκη 1-3 Σεπτεμβρίου 1987.
- ΓΚΕΛΤΗ-ΔΟΥΚΑ ΕΛΕΝΗ. Το μεγάλο πρόβλημα των αμβλώσεων. Καθημερινή, Αρ. Φύλλου 21, Ιούλιος 1985.
- ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι. Οικογενειακός Προγραμματισμός: Αντισύλληψη - Σεξουαλική Διαφώτιση. Έκδοση 3η, εκδόσεις "Πατάκη". Αθήνα, 1988.
- ΔΙΟΚΛΗΤΙΑΝΟΣ-ΖΩΤΟΣ. Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια. Έκδοση 1η, Τόμος 5ος, εκδόσεις "Μαρτίνος". Αθήνα, 1964.
- ΔΟΡΚΟΦΙΚΗ ΕΙΡΗΝΗ. Αμβλώσεις - Ο αφανισμός του γένους. Έκδοση 1η, εκδόσεις "Ελληνική Ευρωεκδοτική". Αθήνα, 1985.
- ΔΟΥΜΑΝΗ ΧΡΗΣΤΕΑ ΜΑΡΙΕΛΛΑ. Η Ελληνίδα μητέρα άλλοτε και σήμερα. Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων. Έκδοση 1η, εκδόσεις "ΚΕΔΡΟΣ Α.Ε.". Αθήνα, 1989.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. Θέματα Προληπτικής Ιατρικής. Έκδοση 2η, βιβλίο 1ο, εκδόσεις Λιβάνης και ΣΙΑ ΕΕ "Νέα Σύνορα". Αθήνα, 1989.

ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ι. ΝΙΚ. Σύγχρονος Προβληματισμός - Ο σημερινός κόσμος. Έκδοση 2η, εκδόσεις "Στρατή Φιλιππότη". Αθήνα, 1983.

ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗ Γ. ΚΩΝΣΤ. Το πρόβλημα της υπογεννητικότητας. Ορθόδοξον Μηνιαίον Φοιτητικόν Περιοδικόν "Η Δράσις μας". Τεύχος 300, σελ. 218-219, Αυγούστος - Σεπτέμβριος 1992.

ΚΑΣΙΜΟΣ Χ. Πρακτική Παιδιατρική: Νοσήματα - Πρόληψη - Θεραπεία. Έκδοση 1η, εκδόσεις "University Studio Press". Θεσσαλονίκη, 1982.

ΚΑΣΙΜΟΣ Χ. - ΚΡΕΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ. - ΤΣΙΟΥΡΗΣ Ι. Πρακτική θεραπευτική Ιατρική. Έκδοση 1η, εκδόσεις "University Studio Press". Θεσσαλονίκη, 1983.

ΚΕΧΑΓΙΑΣ ΠΛ. Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. Απογευματινή της Κυριακής, Αρ. Φύλλου 43, Φεβρουάριος 1993.

ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ. Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση - Μαθήματα Γενετισιακής Αγωγής. Έκδοση 2η, εκδόσεις "Δωρικός". Αθήνα, 1989.

ΚΟΥΤΣΗΣ Γ. - ΠΑΠΑΕΥΘΥΜΙΟΥ Σ. - ΤΣΩΛΟΥ ΕΙΡ.-ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ Γ. Προληπτική Νοσηλευτική στο υγιές άτομο (όλων των ηλικιών) στην Π.Φ.Υ. Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σελ. 337-343, Χαλκιδική 18-20 Μαΐου 1993.

ΛΑΜΠΙΡΗΣ ΗΛΙΑΣ. Αγωγή υγείας και ατύχημα. Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου Αγωγής Υγείας: Η αγωγή υγείας στην Κοινότητα, σελ. 72-76, Πάτρα 1-2 Νοέμβρη 1991.

ΛΟΥΡΟΣ Ν.Κ. Εγκυκλοπαίδεια Σεξουαλική Αγωγή. Έκδοση 1η, επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνου". Αθήνα, 1976.

ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΔΟΥ Β. Οικογενειακός προγραμματισμός και αγωγή υγείας στην Κοινότητα. Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου Αγωγής Υγείας: Η αγωγή υγείας στην Κοινότητα, σελ. 163-165, Πάτρα 1-2 Νοέμβρη 1991.

MARGUS A. KRUPP - MILTON J. CHATTON. Σύγχρονος Διαγνωστική και Θεραπευτική. Έκδοση 1η, Τόμος 2ος, επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνου". Αθήνα 1979.

ΜΕΛΕΤΙΟΥ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΟΥ ΝΙΚΟΠΟΛΕΩΣ. Εκτρώσεις. Έκδοση 3η, εκδόσεις "Μέλισσα". Πρέβεζα, 1989.

ΜΕΡΤΖΑΝΗΣ Ν. Μειώνονται οι γεννήσεις. Απογευματινή της Κυριακής, Αρ. Φύλλου 53, Μάρτιος 1993.

ΜΟΡΦΗΣ Γ. Λ. Παιδιατρική. Έκδοση 1η, "Όργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων". Αθήνα. 1988.

ΝΟΜΙΚΟΥ Γ. Συνοπτική Ειδική Νοσολογία. Έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας". Αθήνα, 1981.

ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΒΟΣΤΩΝΗΣ. Εμείς και το σώμα μας. Έκδοση 1η, εκδόσεις "Υποδομή". Αθήνα, 1989.

ΟΥΖΟΥΝΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή στην Κοινότητα. Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σελ. 387-392, Χαλκιδική 18-20 Μαΐου 1993.

PAGANI G. - SIRTORIC - CASARI A. Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (Μετάφραση και Απόδοση Γαρουφαλιά Ν. - Καραγιάννη Μ. - Καραγιάννη Ευαγγ. - Καρκάνη Ε.). Έκδοση 3η, Τόμος 5ος, εκδόσεις "Δομική ΟΕ". Αθήνα, 1992.

ΠΑΠΑΔΑΝΤΩΝΑΚΗ ΑΣΠ. Προληπτική Νοσηλευτική - Ο ρόλος των Νοσηλευτών στην πρόληψη και διατήρηση της υγείας. Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, σελ. 60-64, Χαλκιδική 18-20 Μαΐου 1993.

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Γ. Αγωγή υγείας και λειτουργοί της. Πρακτικά Α' Πανελληνίου Συνεδρίου Αγωγής Υγείας: Η αγωγή υγείας στην Κοινότητα, σελ. 37-38, Πάτρα 1-2 Νοέμβρη 1991.

ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΟΙΝΙΚΟΙ ΝΟΜΟΙ. Έκδοση 1η, εκδόσεις "Αντιγ. Ν. Σακουλά". Θεσσαλονίκη, 1989.

- ΠΟΛΥΖΟΥ Ν. Ανοικτή συζήτηση: Το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας - Ο αφανισμός του Ελληνικού Έθνους. Έκδοση 1η, εκδόσεις ΣΕΔ - WHO. Αθήνα, 1986.
- ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. Τριμηνιαίο δημοσιογραφικό όργανο "Πανελλήνιας Ενώσεως Φίλων των Πολυτέκνων". Αφιέρωμα στις εκτρώσεις. Αρ. Φύλλου 60, σελ. 6-30, Δεκέμβριος 1993.
- ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. Τριμηνιαίο δημοσιογραφικό όργανο "Πανελλήνιας Ενώσεως φίλων των Πολυτέκνων". Πόρισμα και προτάσεις Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής για το δημογραφικό πρόβλημα (το υπ'αρ. 1 πρόβλημα της χώρας!...). Αρ. Φύλλου 57, σελ. 3-8, Μάρτιος 1993.
- ΠΟΥΓΓΟΥΡΑ Θ. Π. Μαιευτική - Γυναικολογία. Έκδοση 1η, "Όργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων". Αθήνα, 1988.
- ΡΑΓΙΑ ΧΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ. Βασική Νοσηλευτική. Έκδοση 2η, εκδόσεις "Γραφικές Τέχνες". Αθήνα, 1991.
- ΡΑΖΗΣ Χ. Ν. - ΚΑΤΣΙΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι. Ν. Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία διαμέσου των αιώνων. Ενημερωτικό περιοδικό "Τομή και Φροντίδα". Έκδοση 2η, Τεύχος 17, σελ. 24-25. Αθήνα, 1993.
- ΡΟΥΚΑ Κ. Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι: Ατομική - Δημόσια - Κοινωνική. Έκδοση 1η, "Όργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων". Αθήνα, 1986.
- RONZONI Μ. Το δημογραφικό πρόβλημα. Εγκυκλοπαιδεία Υγεία. (Μετάφραση και Απόδοση Γαρουφαλιά Ν. - Καραγιάννη Μ. - Καραγιάννη Ευάγγ. - Καρκάνη Ε.). Έκδοση 3η, Τόμος 3ος, εκδόσεις "Δομική ΟΕ". Αθήνα, 1992.
- SMITH TONY. Ειδικά προβλήματα ζευγαριών: Στείρωση και αντισύλληψη. Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός. (Μετάφραση και Επιστημονική Επιμέλεια ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ). Ανανεωμένη έκδοση 3η, Τόμος 3ος, εκδόσεις "Π. Γιαλλελή". Αθήνα, 1991.
- ΣΤΑΘΑΚΟΥ ΑΙΜ. Πότε είναι αναγκαίος ο προγεννητικός έλεγχος. Απογευματινή της Κυριακής. Αρ. Φύλλου 43, Ιούνιος 1992.

ΣΤΡΙΦΤΟΥΛΙΑΣ Γ.Ν. Το δημογραφικό πρόβλημα. Τριμηνιαία Εφημερίδα της Οργάνωσης Πολυτέκνων Πατρών - Περιχώρων "Ο Πολύτεκνος". Αρ. Φύλλου 2, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992.

ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ - ΚΑΣΤΑΝΙΔΗ Ε. Η άμβλωση ως πρόβλημα Ποινικού Δικαίου. Έκδοση Ιη. εκδόσεις "Αντιγ. Ν. Σακουλά". Αθήνα, 1984.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤ. - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜ. Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή. Έκδοση Ιη. επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνου". Αθήνα, 1986.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ. Επιδημιολογία: Αρχές - Μέθοδοι - Εφαρμογές. Έκδοση Ιη. επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνου". Αθήνα, 1982.