

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ -
ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :
Dr. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΠΑΣΣΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ ΓΕΡΑΣΙΜΟΥΛΑ
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

➤ Πρόλογος	1
➤ Εισαγωγή	2
➤ Γενικό Μέρος	4
➤ Κεφάλαιο 1°	
Οικογενειακός προγραμματισμός	5
1.1 Γενικά στοιχεία	5
1.2 Ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού	6
1.3 Η διεθνής εξέλιξη	10
1.4 Στόχοι του IPPF	12
1.5 Στόχοι σήμερα	13
1.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός – Έλεγχος Γεννήσεων	14
➤ Κεφάλαιο 2°	
Δημογραφικά προβλήματα και οικογενειακός προγραμματισμός	15
2.1 Γενικά	15
2.2 Παγκόσμιες δημογραφικές εξελίξεις και πληθυσμιακή έκρηξη	16
2.3 Οικογενειακός προγραμματισμός στις χώρες δημογραφικής ωρίμανσης	16
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα	18
2.5 Μέτρα για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας	18
➤ Κεφάλαιο 3°	20
Φιλοσοφία του οικογενειακού προγραμματισμού	
3.1 Βιολογικές δυνάμεις	20
3.2 Δημογραφικές δυνάμεις	21
3.3 Ψυχοκοινωνικές δυνάμεις	21
3.4 Ιατρικά δεδομένα	22
➤ Κεφάλαιο 4°	
Εκτρώσεις και οικογενειακός προγραμματισμός	24
4.1 Γενικά στοιχεία	24
4.2 Έκτρωση – Ορισμοί	25
4.3 Είδη εκτρώσεων	28

4.4	Αίτια εκτρώσεων	32
4.5	Ιστορική αναδρομή	34
4.6	Μέθοδοι εκτρώσεων	37
4.6.1	Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κυήσεως	37
4.6.2	Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κυήσεως	37
4.6.3	Επεμβάσεις καταστροφής του εμβρύου	38
4.7	Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας	40
4.7.1	Σωματικές επιπλοκές	40
4.7.2	Οι ψυχολογικές επιπτώσεις	43
4.7.2.1	Πριν από την έκτρωση	44
4.7.2.2	Μετά την έκτρωση	45
4.7.3	Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών για τις ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης	46
4.8	Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση	51
4.9	Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση	51
4.10	Πρώτη σε εκτρώσεις η Ελλάδα	52
4.11	Οι διατάξεις του νόμου περί νομιμοποίησης των εκτρώσεων	54
4.12	Εκτρώσεις και διλήμματα	56
4.13	Η θέση της Εκκλησίας	59
➤	Κεφάλαιο 5°	
	Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία της μητέρας	60
➤	Κεφάλαιο 6°	
	Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία του παιδιού	62
➤	Κεφάλαιο 7°	
	Πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων	65
7.1	Αφροδίσια νοσήματα	65
7.2	Παράγοντες που συμβάλλουν στη διασπορά και στη δυσχέρεια ελέγχου των αφροδίσιων νοσημάτων	67
7.3	Μέτρα για τον έλεγχο των αφροδίσιων νοσημάτων	67

➤ Κεφάλαιο 8^ο	
Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη	69
8.1 Γενικά	69
8.2 Ιστορική αναδρομή	69
8.3 Αντισύλληψη στην Ευρώπη : αποδοχή και διαθεσιμότητα	72
8.4 Μέθοδοι ελέγχου των γεννήσεων	72
8.4.1 Βιολογικές μέθοδοι	73
8.4.2 Μηχανικές μέθοδοι	77
8.4.3 Φαρμακευτικές μέθοδοι	81
8.4.4 Σύνδρομο NORPLANT (<i>Implanon[®]</i>)	85
8.5 Αντενδείξεις για χορήγηση ορμονικών αντισυλληπτικών	88
8.6 Επείγουσα αντισύλληψη	95
8.7 Επιλογή μεθόδων αντισύλληψης	95
8.8 Δημογραφικές και κοινωνικές διαστάσεις στις οικογένειες της Ευρώπης	96
8.9 Μέθοδοι αντισύλληψης σε χώρες της Ευρώπης	99
8.10 Έκτρωση – Οργάνωση Υπηρεσιών στην Μεγάλη Βρετανία	99
➤ Κεφάλαιο 9^ο	
Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	101
9.1 Η ουσία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης	101
9.2 Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σήμερα	101
9.3 Σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα	103
9.4 Οι υποχρεώσεις που υπάρχουν	105
9.5 Οι σχετικές υπηρεσίες που υπάρχουν	105
9.6 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία	108
➤ Επίλογος	110
➤ Βιβλιογραφία	112
➤ Ειδικό Μέρος	118
➤ Εισαγωγή	119
➤ Αποτελέσματα	121
➤ Στήλες	146
➤ Συζήτηση	173
➤ Προτάσεις	176
➤ Ερωτηματολόγιο	
➤ Επίλογος	178

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι όροι της συλλογικής και της ατομικής ζωής του ανθρώπου, βρίσκονται σε συνεχή μεταβολή και είναι πολύ φυσικό παγιωμένες μορφές του κοινωνικού βίου να κλονίζονται από την πίεση νέων αναγκών¹. Στο πέρασμα των αιώνων η γυναίκα προσπάθησε να βρει την ταυτότητα που της ταίριαζε στην κοινωνία και την οικογένεια. Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα και στη χαραυγή του 21^{ου}, πολλά έχουν αλλάξει, ορισμένα υπέρ των γυναικών και αρκετά κατά. Αυτό που παραμένει σταθερό είναι ότι μια κύηση μπορεί να έχει αίσιο τέλος, μπορεί όμως και να διακοπεί ανεξάρτητα από τις επιλογές του ανθρώπου ή την ανεξέλεγκτη παρέμβαση της φύσης².

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογένεια και η απόκτηση παιδιών από τότε που μπορούμε να παρακολουθήσουμε ιστορικά το δικό μας πολιτισμό, καθώς και τον πολιτισμό παλαιότερων, έχει γνωρίσει πολλές δοκιμασίες που την υποχρέωσαν να αλλάξει τύπο, δομή και οργάνωση.

Η Θρησκευτική εντολή ``Αυξάνεσθε και πληθύνεσθε`` ή η λαϊκή ρήση ``τα πολλά παιδιά είναι πλούτος και φέρνουν ευτυχία``, σήμερα όχι μόνο δεν ακολουθείται, αλλά αντιθέτως καταβάλλεται προσπάθεια να τεθούν υπό έλεγχο οι γεννήσεις, κυρίως σε χώρες του τρίτου κόσμου¹.

Στις προηγμένες χώρες, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα υπογεννητικότητας. Υπάρχουν λοιπόν δυο κόσμοι, που επηρεάζονται από την διαφορετική κοινωνική δομή και τις διαφορετικές συνθήκες ζωής³.

Καμία διάσταση της ανθρώπινης υποστάσεως και δραστηριότητας δεν έχει υποστεί τόσο βαθιές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις όσο η λειτουργία της αναπαραγωγής. Αυτό που συμβατικά ονομάζουμε «οικογενειακό προγραμματισμό» εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δυο καιρίες βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια (σεξουαλική) και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος. Η μοναδικότητα αυτή είχε μάλιστα χρησιμοποιηθεί σαν επιχείρημα κατά του οικογενειακού προγραμματισμού με το σκεπτικό ότι ο προγραμματισμός αυτός αποτελούσε μια βιολογική εκτροπή. Το επιχείρημα αυτό δεν είναι βέβαια βάσιμο – ο άνθρωπος είναι μοναδικός στη φύση και τη μοναδικότητα αυτή συνθέτουν αναγκαστικά μια σειρά από «εκτροπές» που κατά κανόνα έχουν θετικό πλεονεκτικό χαρακτήρα⁴.

Αν ανατρέξουμε στο παρελθόν, θα δούμε ότι από αρχαιοτάτων χρόνων υπάρχουν και παράγοντες που κατά κανόνα επηρεάζουν και καθορίζουν τον αριθμό των γεννήσεων. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι οι εξής :

- i. Θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις.
- ii. Βιολογικοί παράγοντες.

- iii. Πολιτιστικά πρότυπα και παραδόσεις.
- iv. Το επιθυμητό μοντέλο οικογένειας.
- v. Οι γυναίκες εργαζόμενες και μη.
- vi. Το μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο των γονέων κτλ.³.

Οι μορφές διακοπής της κύησης που είναι πιο συχνές είναι η αυτόματη αποβολή, η θεραπευτική διακοπή καθώς και η εκούσια διακοπή που συνήθως γίνεται για κοινωνικούς, ιδεολογικούς και οικονομικούς λόγους.

Από τις τρεις αυτές μορφές, η εκούσια διακοπή έχει κατά καιρούς προκαλέσει θύελλα αντιδράσεων και συζητήσεων αν θα πρέπει να νομιμοποιηθεί ή όχι, με σοβαρά επιχειρήματα εκατέρωθεν και με το αναπάντητο ερώτημα αν πρέπει να υπάρχει διάκριση ανάμεσα στο νεογέννητο βρέφος ή στο έμβρυο. Βέβαια ανεξάρτητα από το αίτιο της διακοπής της κύησης, πάντα για την γυναίκα είναι μια τραυματική εμπειρία, που έχει οωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις^{2, 5, 6}.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στην πρώτη εγκυμοσύνη η πιθανότητα αποβολής είναι 10%. Το ποσοστό ανεβαίνει στο 20% εάν προϋπάρχει ιστορικό αποβολής^{2,7}.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

Οικογενειακός προγραμματισμός

1.1 Γενικά στοιχεία

Κατά καιρούς η έννοια του Οικογ. Προγραμματισμού έχει παρερμηνευτεί δυστυχώς, γιατί ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, που μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Γι' αυτό, έχει δημιουργηθεί σε πολλές χώρες αντίδραση στη γενικότερη εφαρμογή των σκοπών του οικογενειακού προγραμματισμού· και όμως, ο οικογενειακός προγραμματισμός διαφέρει βασικά από τον έλεγχο των γεννήσεων⁸.

Ο Οικογ. Προγραμματισμός βοηθάει κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα του εκούσια, υπεύθυνη, συνειδητή και θεωρεί υποχρέωσή του να πληροφορήσει το άτομο πάνω στα θέματα αυτά, ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων αδιαφορεί για την επιθυμία του ατόμου και ενδιαφέρεται μόνο πώς να αυξήσει ή να ελαττώσει τις γεννήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες που παρουσιάζονται κάθε φορά στη χώρα του. Σήμερα πραγματικά γίνεται έλεγχος των γεννήσεων σ' όλους τους υπανάπτυκτους λαούς, όπου το δημογραφικό πρόβλημα έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις. Στις χώρες αυτές συνεπώς – Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν.Α. Ασία – είναι από τα πράγματα επιβεβλημένα η αναχαίτιση της πολυγονίας για το καλό των λαών στις χώρες αυτές.⁹

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων, με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή παροχή συμβουλών πάνω στα προβλήματα

ευγονικής ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδίστιων νοσημάτων κ.λπ.

Πρέπει να τονισθεί απ την αρχή ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός στην αρχική του μορφή, στις παραδοσιακές κοινωνίες, είχε σκοπό την ενίσχυση των γεννήσεων. Τότε, η θνησιμότητα – ιδίως η βρεφική – ήταν τόσο μεγάλη, ώστε η προσπάθεια της κοινωνίας απέβλεπε στην γέννηση πολλών παιδιών, ώστε τελικά να επιζήσουν μερικά, για να μπορέσει να επιβιώσει η φυλή⁸.

Δε κωράει αμφιβολία πως η δημιουργία οικογένειας είναι ατομική υπόθεση και αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός. Ήδη στα 1968 το Διεθνές Συνέδριο για ανθρώπινα δικαιώματα που έγινε στην Τεχεράνη διακήρυξε τα εξής : Τα ζευγάρια έχουν το βασικό δικαίωμα ν' αποφασίζουν ελεύθερα για τον αριθμό των παιδιών τους. Τα ίδια περίπου διακήρυξε και η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στις 11-12-79.

Συνεπώς για τους προηγμένους λαούς, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός κάθε άλλο παρά έλεγχος και αστυνόμευση της ελεύθερης ανάπτυξης της οικογένειας είναι. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου δεν υπάρχει δημογραφικό πρόβλημα, τα προγράμματα Οικογ. Προγραμματισμού είναι εθελοντικά και επιθυμητά.

Εκεί ο Οικ. Προγραμματισμός, αποβλέπει να δώσει όλα εκείνα τα στοιχεία, ώστε το ζευγάρι να προγραμματίσει – πάντα ελεύθερα – τη μελλοντική του οικογενειακή ζωή, για να μη συρθεί σε περιπέτειες και άλλες τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις, που συνεπάγεται η άγνοια του Οικογ. Προγραμματισμού.

Στοχεύει τέλος ο Οικογ. Προγραμματισμός κατά κύριο λόγο στην προστασία της υγείας της μητέρας και των παιδιών, στην απόκτηση γερών και επιθυμητών παιδιών και επιθυμεί τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης οικογένειας, όπου όλα τα μέλη ζουν αρμονικά⁹.

1.2 Ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ως ιδέα πέρασε πολλά στάδια εξελίξεως μέχρι να φτάσει στη σημερινή του μορφή.

μάλιστα η αντίδραση, ώστε το 1916 η Sanger φυλακίστηκε επειδή άρχισε να λειτουργεί συμβουλευτικό σταθμό για τον έλεγχο των γεννήσεων. Το 1918 όμως η Sanger κέρδισε την πρώτη μεγάλη της νίκη όταν θεσμοθετήθηκε πως οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές που αφορούν την αντισύλληψη σε έγγαμες γυναίκες, εφόσον αυτό γίνεται για να προλάβουν ή να θεραπεύσουν κάποια νόσο. Το 1921 η Stopes ανοίγει στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου γεννήσεων.

Η Margaret Sanger πέρασε αρκετό χρόνο στη φυλακή γι' αυτές τις ιδέες της, αλλά στο τέλος κατόρθωσε να πετύχει την αλλαγή του νόμου που έδινε το δικαίωμα στους γιατρούς να γράφουν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα με την κατάργηση του νόμου του «Comstock» άνοιξε πλέον ο δρόμος για την ελεύθερη διαφήμιση και ανεμπόδιστη πώληση των αντισυλληπτικών. Η Margaret Sanger συνδέθηκε κατ' αρχήν με το γνωστό Σύνδεσμο Ελέγχου των Γεννήσεων και προσπάθησε να αποκτήσει την εύνοια και υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Ο σκοπός του Συνδέσμου ήταν να δίνει τις οδηγίες εκείνες που ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά, αλλά και να βοηθάει αποτελεσματικά αυτούς που πάσχουν από στειρότητα είτε είναι άντρες είτε γυναίκες.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, το κίνημα των τριών αυτών γυναικών παίρνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις. Τα γυναικεία σωματεία της Αγγλίας οργανώνονται από την How-Martyn και θέτουν το θέμα της αντισυλληψεως στο αγγλικό κοινοβούλιο ενώ γίνονται πολλές διαλέξεις και συνέδρια. Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Στο συνέδριο αυτό γιατροί και άλλα ευαίσθητοποιημένα στο θέμα της αντισυλληψεως άτομα από 12 χώρες συγκεντρώθηκαν και συζήτησαν για τα προβλήματα που συναντούσαν στην λειτουργία τους οι διάφοροι συμβουλευτικοί σταθμοί, για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, για την ανάγκη έρευνας στα θέματα

αναπαραγωγής και τέλος, για τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της αντισυλληψεως.

Οι κύριες προτάσεις που προέκυψαν από το συνέδριο της Ζυρίχης αναφέρονται περιληπτικά παρακάτω : ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής· η διάδοση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων · η εκπαίδευση σε θέματα αντισυλληψεως πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών· η στειροποίηση πρέπει να είναι εφικτή για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς όταν οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ανεφάρμοστες· και τέλος, δεν πρέπει να χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά των οποίων η χημική σύνθεση δεν είναι γνωστή. Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε τη σφραγίδα του στη μελλοντική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού. Στα χρόνια που ακολούθησαν, μέχρι το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η έννοια του ελέγχου των γεννήσεων εξαπλώθηκε στην Ευρώπη, στην Ασία και τη Βόρεια Αμερική^{9,10}.

1.3 Η διεθνής εξέλιξη

Το 1900, βρετανικοί, ολλανδικοί, γαλλικοί και γερμανικοί σύνδεσμοι ίδρυσαν την "Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Αναγέννηση του Ανθρώπου" [Federation Universelle pour la Regeneration Humaine]. Η διεθνής δραστηριοποίηση άρχισε να αναπτύσσεται ραγδαία από τη δεκαετία του 1920. Η Μάργκαρετ Σάνγκερ περιόδευε τον κόσμο προωθώντας την όλη υπόθεση και οργανώνοντας τακτικές περιοδικές συνδιασκέψεις. Σε μια τέτοια συνδιάσκεψη στο Τοέλιενχαμ της Αγγλίας, το 1948, ιδρύθηκε η Διεθνής Επιτροπή Προγραμματισμένης Μητρότητας (International Committee on Planned Parenthood). Σε μια άλλη συνδιάσκεψη στη Βομβάη το 1952, η επιτροπή αυτή μεταιράπηκε στην Ομοσπονδία Διεθνούς Προγραμματισμένης Μητρότητας (International Planned Parenthood Federation) και η Sanger έγινε η πρώτη επίτιμη πρόεδρος της.

Σκοπός της I.P.P.F. ήταν «... να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας, έτσι ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες».

Στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες, απ' τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες. Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα οικογενειακού Προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις αναπτυγμένες χώρες του IPPF είτε από Διεθνείς Οργανισμούς (όπως Π.Ο.Υ., ΟΗΕ).

Όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός πέρασε ακόμη μια μικρή οδύσσεια μέχρι το 1966, οπότε έγινε ολοκληρωτικά αποδεκτός από τον Ο.Η.Ε.

Το δικαίωμα αποκτήσεως παιδιών, μολονότι δεν διατυπώνεται άμεσα στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ατόμου, προκύπτει έμμεσα, αφού το άρθρο 16 της Διακηρύξεως αναφέρει ότι άνδρες και γυναίκες έχουν δικαίωμα να πανιρεύονται και να δημιουργούν οικογένεια. Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε., εξάλλου, το 1966, για πρώτη φορά διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της» [General Assembly, Resolution 2211 (XXI)]. Δυο χρόνια αργότερα, το 1968, στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας, διατύπωσε την αρχή ότι θεμελιώδες δικαίωμα των γονιών είναι να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γεννήσεως των παιδιών τους (Resolution XVIII). Σημαντική, τέλος, πρόοδο αποτελεί η απόφαση της Γενικής Συνελεύσεως του 1969 [General Assembly, Resolution 2542 (XXIV)] η οποία συνιστά στα κράτη – μέλη του Ο.Η.Ε. να εξασφαλίζουν στους ενδιαφερόμενους όχι μόνο την απαραίτητη πληροφόρηση και εκπαίδευση αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο των γεννήσεων, ώστε να πραγματοποιείται το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας. Με τη σύσταση αυτή επιμερίζονται οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος της ελεύθερης και υπεύθυνης τεκνογονίας μεταξύ κράτους και ατόμου^{9,10,11}.

1.4 Στόχοι του IPPF

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

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

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
2. Να απαγκιστρώνει κάθε γυναίκα από κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
3. Να διευκολύνει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασιούς, 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 στη στειρώση.
5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει ν' αποκτήσουν παιδιά.
6. Να δώσει τέλος οποιαδήποτε συμβουλή, ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους :

1. Για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες που συνεπάγεται, προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες.
2. Για να συμβάλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού, επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων.
3. Προσπαθεί ν' απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.
4. Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας^{9,12}.

Ο ΟΔΗΓΟΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Αντισύλληψη



Σας βοηθά να διαλέξετε τη μέθοδο
αντισύλληψης που είναι καλύτερη για σας

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Το πόσο αποτελεσματική είναι μια αντισυλληπτική μέθοδος εξαρτάται από την ηλικία, πόσο συχνά έχετε επαφές και από το αν ακολουθείτε τις οδηγίες

Αν 100 σεξουαλικά ενεργές γυναίκες δεν χρησιμοποιούν καθόλου αντισύλληψη 80 με 90 από αυτές θα μείνουν έγκυες σ' ένα χρόνο. Οι μέθοδοι που αναπτύσσονται σ' αυτό το φυλλάδιο διαιρούνται σε δύο κατηγορίες:

- > Σ' αυτές που ο χρήστης δεν μπορεί να τις παραλείψει: δεν εξαρτάται από τον χρήστη να θυμηθεί να πάρει ή να χρησιμοποιήσει αντισύλληψη
- > Σ' αυτές που ο χρήστης μπορεί να τις παραλείψει: με τη μέθοδο που χρησιμοποιεί πρέπει να σκεφτεί ποια μέρα ή ποια ώρα είχε επαφή

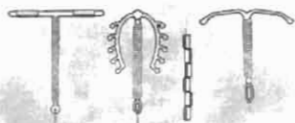
Αυτές τις μεθόδους για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να τις χρησιμοποιήσουν σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται

ΠΩΣ ΘΑ ΒΡΩ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Πολλά νοσοκομεία προσφέρουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περισσότεροι οικογενειακοί γιατροί επίσης προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες - συμβουλές αντισύλληψης

Ο γυναικολόγος σας μπορεί να σας ενημερώσει για τις μεθόδους αντισύλληψης διαφορετικά μπορείτε να επισκεφθείτε ένα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στην πόλη σας για ενημερωτικά φυλλάδια και πληροφορίες. Συμβουλευτικά κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού λειτουργούν και σε ΠΙΚΠΑ και ΙΚΑ.

Στην Πάτρα κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού λειτουργεί στο νοσοκομείο «ΑΓ. Ανδρέας» στο γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών και στο Περιφερειακό Υποκατάστημα του ΙΚΑ.



Αποτελεσματικότητα	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (IUS) Πάνω από 99% αποτελεσματικότητα αυτό σημαίνει ότι λιγότερο από 1 γυναίκα στις 100 θα μείνει έγκυος σ' ένα χρόνο.
Δράση	Ένα μικρό πλαστικό μηχανήμα το οποίο απελευθερώνει την ορμόνη προγεστερόνη τοποθετείται στη μήτρα. Αυτό εμποδίζει το σπερματοζώαριο να συναντήσει το ωάριο ή εμποδίζει το ωάριο να εγκτασταθεί στη μήτρα.
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Δρά άμεσως μόλις τοποθετηθεί • Δρά για 5 χρόνια και μπορεί ν' αφαιρεθεί οποιαδήποτε στιγμή • Η περίοδος μπορεί να είναι πιο σύντομη και λιγότερο επώδυνη • Δεν χρειάζεται να σκέφτεστε για αντισύλληψη όσο δρα το IUS
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Όχι κανονική ελαφριά αιμορραγία είναι συχνή για τους 3 πρώτους μήνες ή περισσότερο • Μπορεί να εμφανιστούν προσωρινά παρενέργειες όπως ευαισθησία στους μαστούς και ακμή
Σχόλια	Οι γυναίκες πρέπει να διδάσκονται να ελέγχουν το IUS εάν είναι στη θέση του με το να πιάνουν τα σχοινάκια ψηλά μέσα στον κόλπο. Μπορεί να είναι χρήσιμο σε γυναίκες με βαριά και επώδυνη περίοδο

Αποτελεσματικότητα	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗ (IUD) Είναι 98% έως πάνω από 99% αποτελεσματικό. Εξαρτάται από τον τύπο του IUD. Αυτό σημαίνει ότι λιγότερο από 1 με 2 γυναίκες στις 100 θα μείνει έγκυος σ' ένα χρόνο.
Δράση	Ένα μικρό πλαστικό και χάλκινο μηχανήμα τοποθετείται μέσα στην μήτρα. Αυτό εμποδίζει το σπέρμα να συναντήσει το ωάριο ή εμποδίζει το ωάριο να εγκτασταθεί στη μήτρα.
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Λειτουργεί άμεσως μόλις τοποθετηθεί • Μπορεί να παραμείνει από 3 έως 10 χρόνια ανάλογα με τον τύπο αλλά μπορεί ν' αφαιρεθεί οποιαδήποτε στιγμή • Δεν χρειάζεται να σκέφτεστε για αντισύλληψη όσο δρα το IUD
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Οι περίοδοι μπορεί να είναι πιο επώδυνες και μεγαλύτερης διάρκειας • Ακατάλληλο για γυναίκες με βαριά και επώδυνη περίοδο • Δεν προστατεύει την γυναίκα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
Σχόλια	<ul style="list-style-type: none"> • Εάν τοποθετηθεί μετά την ηλικία των 40 μπορεί να παραμείνει μέχρι την εμμηνόπαυση • Οι γυναίκες διδάσκονται να ελέγχουν το IUD εάν είναι στη θέση του με το να πιάνουν τα σχοινάκια ψηλά μέσα στον κόλπο



Αποτελεσματικότητα	ΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΟ ΧΑΠΙ Πάνω από 99% αποτελεσματικότητα, όταν λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες. Λιγότερο από 1 Γυναίκα στις 100 θα μείνει έγκυος σ' ένα χρόνο
Δράση	Περιέχει δύο ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη που σταματούν την ωορρηξία
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none">• Συχνά μειώνει την αιμορραγία, πόνους περιόδου και προεμμηνορροιακή ένταση• Προστατεύει από τον καρκίνο της ωθήκης και της μήτρας και από μερικές μολύνσεις της πύελου• Κατάλληλο για υγιείς μη καπνίστριες γυναίκες μέχρι την εμμηνόπαυση
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none">• Όχι κατάλληλο για όλες τις γυναίκες• Σπάνιες αλλά σοβαρές παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν θρόμβωση, καρκίνο μαστού, καρκίνο τραχήλου μήτρας• Μπορεί να υπάρχουν μικρές προσωρινές παρενέργειες• Όχι κατάλληλο για καπνίστριες πάνω από 35 χρονών
Σχόλια	<ul style="list-style-type: none">• Όχι αποτελεσματικό εάν καθυστερήσει η λήψη πάνω από 12 ώρες ή μετά τον έμετο ή έντονη διάρροια• Μερικά φάρμακα μπορεί να εμποδίσουν τη δράση του• Όσες γυναίκες χρησιμοποιούν το χάπι δεν πρέπει να καπνίζουν

Αποτελεσματικότητα	ΧΑΠΙ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ 99% αποτελεσματικό εάν λαμβάνεται με τις οδηγίες 1 γυναίκα στις 100 θα μείνει έγκυος σ' ένα χρόνο.	Αποτελεσματικότητα
Δράση	Η ορμόνη προγεστερόνη λαμβάνεται την ίδια ώρα κάθε μέρα, αυτή πυκνώνει την τραχηλική βλέννα για να εμποδίσει το σπέρμα να συναντήσει το ωάριο ή ένα ωάριο που βρίσκεται εγκατεστημένο στη μήτρα. Σε μερικές γυναίκες εμποδίζει την ωορρηξία.	Δράση
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none">• Πολύ χρήσιμο για τις μεγαλύτερες γυναίκες που καπνίζουν ή που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το συνδυασμένο χάπι• Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά τον θηλασμό	Πλεονεκτήματα
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none">• Μπορεί να υπάρξουν μικρές παρενέργειες• Η περίοδος μπορεί να είναι άτακτη με αιμορραγίες ενδιάμεσα ή απώλεια• Μπορεί να υπάρχουν λιγότερα πλεονεκτήματα σε γυναίκες που το βάρος τους ξεπερνά τα 70 Kgr.	Μειονεκτήματα
Σχόλια	<ul style="list-style-type: none">• Όχι αποτελεσματικό εάν λαμβάνεται με πάνω από τρεις ώρες καθυστέρηση ή μετά από έμετο ή έντονη διάρροια• Μερικά φάρμακα μπορεί να σταματήσουν τη δράση του, αλλά τα αντιβιοτικά δεν την επηρεάζουν	Σχόλια



Αποτελεσματικότητα	ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ ΜΕ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΟ 92% έως 96% αποτελεσματικότητα εάν χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες 4 έως 8 γυναίκες θα μείνουν έγκυες σ' ένα χρόνο
Δράση	Ένα εύκαμπτο από σιλικόνη ή καουτσούκ μηχανήμα χρησιμοποιούμενο με σπερματοκτόνο τοποθετείται στον κόλπο έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο Πρέπει να προσαρμοστεί καλά για να είμαστε σίγουροι ότι είναι το σωστό μέγεθος
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> Μπορεί να τοποθετηθεί οποιαδήποτε στιγμή πριν τη συνουσία Μπορεί να προστατέψει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα Υπάρχει μεγάλη ποικιλία
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετώντας το μπορεί να διακοπεί η συνουσία Επιπλέον σπερματοκτόνο χρειάζεται σε περίπτωση επανάληψης της ερωτικής πράξης Κυστίτιδα μπορεί να είναι ένα πρόβλημα για τις χρήστριες του διαφράγματος
Σχόλια	<ul style="list-style-type: none"> Η καταλληλότητα του μεγέθους πρέπει να ελέγχεται κάθε 12 μήνες και εάν πάρετε ή χάσετε πάνω από 3Kgr ή γεννήσετε ή αποβάλετε ή κάνετε έκτρωση Διαφράγματα σιλικόνης είναι διαθέσιμα και υπάρχει μεγάλη ποικιλία

Αποτελεσματικότητα	ΦΥΣΙΚΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ 98% αποτελεσματικότητα χρησιμοποιώντας διάφορους δείκτες γονιμότητας. Δύο στις 100 γυναίκες θα μείνουν έγκυες σ' ένα χρόνο	Αποτελεσματικότητα
Δράση	Τα γόνιμα και μη γόνιμα διαστήματα του κύκλου βρίσκονται σημειώνοντας τις διαφορές των δεικτών γονιμότητας. Αυτό δείχνει πότε μπορείτε να έχετε επαφή χωρίς τον κίνδυνο εγκυμοσύνης	Δράση
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> Όχι παρενέργειες Όχι λήψη ορμονών Δίνει στη γυναίκα μεγάλη γνώση για το σώμα της Χρησιμοποιώντας φυσικό οικ. Προγραμματισμό σημαίνει ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να προγραμματιστεί ή να αποφευχθεί. 	Πλεονεκτήματα
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> Χρειάζεται ν' αποφεύγετε την επαφή ή να χρησιμοποιείτε προφυλακτικό τις γόνιμες μέρες του κύκλου Η μέθοδος χρειάζεται να διδαχθεί από ειδικό του οικογενειακού προγραμματισμού 	Μειονεκτήματα
Σχόλια	<ul style="list-style-type: none"> Υπάρχουν διαφορετικές φυσικές μέθοδοι να χρησιμοποιήσετε Υπάρχουν φορητοί μετρητές που με εξέταση ούρων μετρούν τις ορμονικές αλλαγές Οι μετρητές αυτοί προλέγουν τις γόνιμες μέρες του κύκλου και είναι 94% αποτελεσματικοί 	Σχόλια

Επείγουσα Αντισύλληψη

Αν είχατε επαφή χωρίς να χρησιμοποιήσετε αντισύλληψη ή νομίζετε ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήσατε απέτυχε υπάρχουν δύο επείγουσες μέθοδοι που μπορεί να χρησιμοποιήσετε

- Η μέθοδος του χαπιού, χορηγείται με συνταγή από το γιατρό. Η θεραπεία πρέπει να αρχίσει μέσα σε τρεις ημέρες (72 ώρες) μετά τη σεξουαλική επαφή που έγινε χωρίς αντισυλληπτική προστασία και αφορά στη λήψη δύο ειδικών δόσεων του χαπιού με διαφορά 12 ωρών. Μπορεί να προκαλέσει ναυτία - έτσι αν κάνετε εμετό μετά τη χορήγηση, ίσως χρειάζεται να ληφθούν περισσότερα από δύο χάπια. Η μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική όσο πιο νωρίς ληφθούν τα χάπια μετά την επαφή.
- Η μέθοδος του ενδομητρίου πεσσού (IUD) Το σπирάλ πρέπει να τοποθετηθεί από το γιατρό μέσα σε 5 ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή που έγινε χωρίς αντισυλληπτική προστασία

Όποια από τις δύο μεθόδους και αν εφαρμοστεί πρέπει να γίνει ιατρικός έλεγχος 3-4 εβδομάδες μετά την εφαρμογή της αγωγής ανεξάρτητα από το εάν έχετε ή όχι περίοδο.

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Το αντρικό και γυναικείο προφυλακτικό μπορεί να προστατέψει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Το αντρικό προφυλακτικό από latex πρέπει να φέρει την ένδειξη CE στη συσκευασία

Το διάφραγμα και η τραχηλική καλύπτρα μπορεί να προστατέψουν από μερικά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Αντισύλληψη και Θηλασμός

Ο θηλασμός μπορεί ν' αποτελεί μια πολύ αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης όταν είναι αποκλειστικός και το μωρό μικρότερο των 6 μηνών

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει:

- Να θηλάζετε σε κανονικά χρονικά διαστήματα ημέρα και νύχτα
- Να μην δίνετε στο μωρό άλλη τροφή ή γάλα έτσι ώστε να μην χαθεί κανένα γεύμα
- Να μην έχετε περίοδο

1.5 Στόχοι σήμερα

Αν δεχτούμε ότι υγεία είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, και ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός κατοχυρώνει τη λειτουργικότητα της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο, τότε προκύπτει, ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μια από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από τα περισσότερα σύγχρονα γυναικεία κινήματα και εκφράζεται με τη θέση ότι η γυναίκα δεν μπορεί να ασκήσει τα δικαιώματά της αν δεν ελέγχει τη γονιμότητά της¹⁰.

Σήμερα, το μέσο άτομο αντιμετωπίζει ορθολογικότερα και περισσότερο υπεύθυνα τον προγραμματισμό της οικογένειάς του, επειδή επιθυμεί να εξασφαλίζει όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης και μόρφωσης και στα παιδιά του και προσπαθεί να επιτύχει την προσωπική του προαγωγή και την κοινωνική και οικονομική του χειραφέτηση. Έτσι, σήμερα, υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη πληροφόρησης του κοινού πάνω στα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού και αποτελεί ευτύχημα το γεγονός ότι υπάρχουν λιγότερες κοινωνικές προκαταλήψεις εναντίον του οικογενειακού προγραμματισμού, ο οποίος γίνεται καλύτερα αποδεκτός από τις κυβερνήσεις, το ιατρικό σώμα και τις κοινωνίες γενικότερα.

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί :

1. Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων.
2. Στη μείωση των εκτρώσεων.
3. Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας.
4. Στην προαγωγή της υγείας των παιδιών.
5. Στην αντιμετώπιση της στειρότητας.
6. Στην πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων⁸.

Στους στόχους του πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλοι τομείς που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις και τα προβλήματα που είναι συνυφασμένα μ' αυτές. Η γενετήσια διαπαιδαγώγηση, η υιοθεσία πρέπει να αποτελούν επίσης στόχους του κινήματος. Αν δεν ήταν έντονη η

προσπάθεια μέχρι σήμερα προς αυτές τις κατευθύνσεις, αυτό οφείλεται στο ότι υπήρχαν άλλες μεγάλες ανάγκες στις οποίες δόθηκε προτεραιότητα. Όμως η γενεϊήσια σχέση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχική και κοινωνική ισορροπία και τελικά την ευτυχία του ατόμου, του ζευγαριού, της οικογένειας· η γενεϊήσια σχέση αυτή καθ' εαυτή, ανεξάρτητα από την παράπλευρη επιδίωξη (ή μη επιδίωξη) τεκνογονίας.¹⁰

1.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός – Έλεγχος γεννήσεων

Οι δυο κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας, δηλαδή ο οικογενειακός προγραμματισμός και ο έλεγχος των γεννήσεων, διακρίνονται μεταξύ τους σε αρκετά σημεία :

1. Έχουν διαφορετικούς στόχους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δεν λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, αλλά αποβλέπει στο σύνολο, έχει ποσοτικό χαρακτήρα και αποσκοπεί στην αύξηση ή τη μείωση των γεννήσεων, για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.
2. Έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση των τεχνικών μέσων της ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Έτσι, και όταν ακόμα η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στείριότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζεύγος να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας αντιτιθέμενος με αυτό τον τρόπο στην πολιτική ελέγχου των γεννήσεων.
3. Η αιτιολογική και η ιδεολογική τοποθέτηση διαφέρουν ουσιαστικά. Έτσι, η πολιτική των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού, ενώ αδιαφορεί για τις επιθυμίες, αλλά και για τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη. Αντίθετα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αδιαφορεί για τα παραπάνω προβλήματα και θεμελιώνει την πολιτική του πάνω σε παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

Δημογραφικά προβλήματα & οικογενειακός προγραμματισμός

2.1 Γενικά

Η δημογραφική προσπέλαση του οικογενειακού προγραμματισμού συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις που οδηγούν σε ακραίες θέσεις. Η μια θέση φτάνει να υποστηρίζει, ότι δεν πρέπει να παρέχονται πληροφορίες για αντισύλληψη σε χώρες, όπως η Ελλάδα, στις οποίες ο ρυθμός αύξησής του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλός. Η θέση αυτή είναι ανεδαφική, ειδικότερα μάλιστα για την Ελλάδα όπου υπάρχει τόσο μεγάλη συχνότητα εκτρώσεων. Η συχνότητα αυτή υποδηλώνει ότι τα ελληνικά ζευγάρια είναι αποφασισμένα να έχουν λίγα παιδιά και ότι αν δεν έχουν επαρκή γνώση αντισυλληψέως καταφεύγουν στην έκτρωση. Τι λοιπόν θα βοηθήσει δημογραφικά ή μη παροχή πληροφοριών για αντισύλληψη, αφού η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έτσι κι αλλιώς δεν πρόκειται να καταλήξει σε γέννηση ; Επιπλέον μια τέτοιου είδους πολιτική δεν είναι ηθικά αποδεκτή γιατί δεν δικαιούται η πολιτεία να περιορίσει τη γνώση και να υποβαθμίσει την ποιότητα της ζωής για να εξασφαλίσει τη δημογραφική ανάκαμψη. Η ανάκαμψη είναι επιθυμητή αλλά θα πρέπει να γίνει συνειδητά και ενεργητικά. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχει αντίρρηση στο δημογραφικό προγραμματισμό μιας χώρας, αυτός όμως θα πρέπει να γίνεται με άλλη μεθόδευση. Θα πρέπει να υπάρξουν κίνητρα και δομές τέτοιες, ώστε τα ζευγάρια να θέλουν περισσότερα παιδιά. Με αυτήν την έννοια η δημογραφική πολιτική εντάσσεται στους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού και δεν τους ανταγωνίζεται¹⁰.

Η μετάθεση της μέσης ηλικίας θανάτου αποτελεί μια μεταβολή την οποία απεργάστηκε η ανθρώπινη νοημοσύνη και συντηρεί η εξωγενετική κληρονομικότητα. Το βασικό της χαρακτηριστικό ήταν η ταχύρυθμη πραγμάτωσή της (μέσα σε διάστημα μικρότερο από δυο αιώνες) που είχε σαν αποτέλεσμα τον αιφνιδιασμό των μηχανισμών βιολογικής

αναδράσεως και εξελικτικής προσαρμογής. Δημιουργήθηκε έτσι ένα νέο πρόβλημα με δημογραφικό επίκεντρο και σημαντικές επιπτώσεις στους τομείς της οικονομίας, της κοινωνικής οργάνωσης και των φυσικών πόρων. Αναπόφευκτη ήταν, πλέον, η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση της οικολογικής ισορροπίας. Η δημογραφική διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού είχε γεννηθεί⁴.

2.2 Παγκόσμιες δημογραφικές εξελίξεις και πληθυσμιακή έκρηξη

Η αισιοδοξία για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος βασίζεται κυρίως στην εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Στις χώρες αυτές, ο οικογενειακός προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στη μείωση της τρομερής αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση, εφαρμογή, αλλά και ανακάλυψη αντισυλληπτικών μεθόδων, οι οποίες δεν απαιτούν ενεργό συμμετοχή και ατομικό ενδιαφέρον για την εφαρμογή τους. Έτσι, θα βοηθήσει μαζί με την προσπάθεια βιομηχανοποίησης και οικονομικής ανάπτυξης στη μείωση της γεννητικότητας και του ρυθμού αύξησης και θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των υπό ανάπτυξη χωρών.

Διαπιστώνουμε πως, όπου υπάρχει υπογεννητικότητα, παίρνονται μέτρα απ' την Πολιτεία για την ενθάρρυνση της αναπαραγωγικότητας, ενώ, όπου ο ρυθμός της τεκνοποίησης είναι πολύ γρήγορος, παίρνονται μέτρα για την ανάσχεση της γεννητικότητας^{8,9}.

2.3 Οικογενειακός προγραμματισμός στις χώρες δημογραφικής ωρίμανσης

Ορισμένες αναπτυγμένες χώρες όχι μόνο κατόρθωσαν να ελέγξουν την άμετρη γεννητικότητα, αλλά μείωσαν την αναπαραγωγικότητα σε βαθμό που άρχισαν να δημιουργούνται σοβαρά πληθυσμιακά προβλήματα. Έχουν ήδη δημιουργηθεί δημογραφικά προβλήματα που

θέτουν σε κίνδυνο τη μελλοντική ανάπτυξη και τη συνέχιση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των χωρών αυτών.

Η σημαντική μείωση της γεννητικότητας δημιούργησε κυρίως προβλήματα ορθολογικής ηλικιακής δομής του πληθυσμού. Η υπέρμετρη αύξηση του γεροντικού πληθυσμού αυξάνει τις ανάγκες σε καταναλωτικά αγαθά και κοινωνικές παροχές⁸.

Ο συνολικός πληθυσμός της Ευρώπης το 2003 μ.Χ. ήταν 726.000.000. Οι γυναίκες είναι περίπου 52%. Στην περίοδο αυτή μεταξύ παρόντος και 2050 μ.Χ. το ποσοστό της γενικής γονιμότητας θα μειωθεί στο 1,38 σε σχέση με 1,67 που ήταν το 1990 και 1,48 το 2.000.

Η μείωση αυτή εξαρτάται από αλλαγές στον τρόπο ζωής και της κατανόησης του "ιδανικού αριθμού παιδιών στην οικογένεια" με τις φυσιολογικές επιπτώσεις - καθυστέρηση της πρώτης εγκυμοσύνης και προτιμότερο ένα ή δυο παιδιά.

Ο μέσος όρος της ηλικίας στην οποία η γυναίκα έχει το πρώτο παιδί στην Ευρώπη είναι μεταξύ 28 και 30 ετών. Επίσης υπάρχει σημαντικό ποσοστό γυναικών που έχουν ήδη γεννήσει σε ηλικία μεταξύ 15 και 19 ετών. Χώρες με μεγάλο ποσοστό γέννησης σε νεαρές ηλικίες έχουν χαμηλό ποσοστό χρήσης σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης¹³.

Θεωρείται λοιπόν αναφαίρετο δικαίωμα η πληροφόρηση κάθε ανθρώπου πάνω στα θέματα αυτά. Προσφέρει επομένως ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στα ενδιαφερόμενα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες, τις υπεύθυνες συμβουλές και τα σχετικά μέσα⁸.

Στον ελληνικό χώρο η αλλαγή των ηθών τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται πολύ γρήγορα και η νέα γενιά, υιοθετώντας τις σύγχρονες τάσεις, είναι αποφασισμένη να ελέγχει τη γονιμότητά της. Μ' αυτό το δεδομένο ο στόχος θα πρέπει να είναι η διαφώτιση για την πιο εξατομικευμένη επιλογή της καλύτερης αντισυλληπτικής μεθόδου και η ριζική αλλαγή θέσεως απέναντι στο θέμα των εκτρώσεων. Φαίνεται, ότι γίνονται τόσες πολλές εκτρώσεις στην Ελλάδα γιατί θεωρούνται σαν μια εύκολη λύση, σαν μια λύση χωρίς ιατρικές και ηθικές διαστάσεις¹⁰.

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα

1. Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας.
2. Οικονομία και κοινωνικές τάξεις.
3. Πολιτιστικά πρότυπα.
4. Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών.
5. Κυβερνητική Πολιτική⁹.

2.5 Μέτρα για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας

Το κράτος έχει θεοπίσει τα ακόλουθα μέτρα με σκοπό την ενίσχυση της :

1. **Προστασία του θεσμού του γάμου.** Η απαγόρευση γάμου μεταξύ συγγενών, ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις σύναψης και διάλυσης του γάμου, η επιδίκαση διατροφής, οι φορολογικές απαλλαγές, τα επιδόματα τέλεσης γάμου (από την εργατική εστία) και συζύγου, καθώς και οι στεγαστικές παροχές αναφέρονται μόνον ενδεικτικά ως ενισχυτικοί της αναπαραγωγικότητας παράγοντες. Αντίθετα, ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου δεν φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην αναπαραγωγικότητα, τουλάχιστον σε σημαντικό βαθμό.
2. **Προστασία της μητρότητας.** Στον τομέα αυτόν, δεν εφαρμόζεται πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διαφόρων φορέων. Οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με τον φορέα και καλύπτουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες μαιευτικής παρακολούθησης και τοκετού, όπως συμβαίνει και για κάθε άλλη κοινωνικοοικονομική και υγειονομική παροχή. Συνοπτικά, από τους σπουδαιότερους φορείς προσφέρονται οι παρακάτω υγειονομικές και κοινωνικο-οικονομικές παροχές :
 - Δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι ΝΠΔΔ. Παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και άδεια από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης που παρατείνεται για τρεις μήνες μετά τον τοκετό.
 - ΙΚΑ. Με την προϋπόθεση συμπλήρωσης 200 ημερομισθίων, παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, άδεια 42

ημερών πριν και 42 ημερών μετά τον τοκετό, καθώς και ειδικό επίδομα τοκετού.

- ΟΓΑ. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται ως τμήμα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Οι παροχές των υπόλοιπων ασφαλιστικών οργανισμών (ΔΕΗ, ΤΑΠΟΤΕ, Τραπεζών, ΤΕΒΕ κ.λπ.) διαφέρουν ανάλογα με τις καταστατικές τους διατάξεις, αλλά κυμαίνονται περίπου στα πλαίσια των παροχών του ΙΚΑ.

Όλες αυτές οι παροχές δεν αντιμετωπίζουν τις δαπάνες του τοκετού, που τις περισσότερες φορές είναι πολλαπλάσιες των παρεχόμενων⁸.

3. Οικογενειακή προστασία

- α. Υγειονομική προστασία.
- β. Προστασία εργαζόμενης μητέρας.
- γ. Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.
 - γ1. Φορολογικές απαλλαγές.
 - γ2. Πολύτεκνοι.
 - γ3. Ειδικά επιδόματα.
 - Οικογενειακών Επιδομάτων.
 - Στεγαστικές παροχές.
 - Βρεφονηπιακοί σταθμοί.
 - Παιδικές κατασκηνώσεις

Η Πολιτική της εκάστοτε Κυβέρνησης είναι η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας με κάθε τρόπο. Στη Γαλλία η Κυβέρνηση τάχτηκε υπέρ της αύξησής του μεγέθους της οικογένειας. Αντίθετα στην Ινδία η Κυβέρνηση προσπάθησε να αποθαρρύνει το γρήγορο ρυθμό τεκνοποίησης. Στην Κίνα γίνεται διαφώτιση σε ευρεία κλίμακα και δίνονται ελεύθερα τα αντισυλληπτικά, ώστε ν' αναχαιτιστεί η πολυτεκνία, που μαστίζει τη χώρα^{8,14}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Φιλοσοφία του οικογενειακού προγραμματισμού

3.1 Βιολογικές δυνάμεις

Ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους είναι αυτό που καταχρηστικά αναφέρεται ως «εξωγενετική κληρονομικότητα» (τυπική και άτυπη εκπαίδευση, αναπτυγμένος προφορικός και γραπτός λόγος).

Σε αντιδιαστολή προς άλλα είδη ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να μεταφέρει από γενιά σε γενιά, με το γραπτό και προφορικό λόγο, γνώσεις και εμπειρίες που δεν είναι καταχωρημένες στο γενετικό του υλικό. Έτσι, ο άνθρωπος ζει σε ένα περιβάλλον τεχνολογικά και κοινωνικά σύνθετο, που εκφράζει τη συνισταμένη των αθροιστικών εμπειριών πολλών επάλληλων γενιών. Στο ανθρώπινο είδος, το φαινόμενο εξωγενετικής κληρονομικότητας προσέδωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ σημαντικότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος. Χωρίς αυτόν το ζευγάρι δεν θα είχε τη δυνατότητα να εξασφαλίσει την αδιατάρακτη λειτουργία των μηχανισμών της εξωγενετικής κληρονομικότητας, για χάρη του παιδιού, και χωρίς αυτή την δυνατότητα το ανθρώπινο είδος δεν θα διέθετε το βασικό βιοκοινωνικό πλεονέκτημα του αθροιστικού διανοητικού εξοπλισμού.

Κάτω από αυτό το πρίσμα η γενετήσια σχέση στον άνθρωπο αποτελεί:

1. διαδικασία για την υλοποίηση της αναπαραγωγής,
2. μηχανισμό σφυρηλατήσεως του δεσμού του ζευγαριού,
3. βάση για την ανάπτυξη της ανθρώπινης σχέσεως που διευκολύνει τους μηχανισμούς της εξωγενετικής κληρονομικότητας και κατοχυρώνει την εξελικτική υπεροχή του ανθρώπινου είδους.

Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφθούν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους⁴.

3.2 Δημογραφικές δυνάμεις

Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλλουν ποσοτικά και ποιοτικά από πληθυσμό σε πληθυσμό.

«Η πληθυσμιακή έκρηξη» στις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας των προόδων στην ιατρική και τη δημόσια υγεία.

Εξάλλου εκεί όπου η θνησιμότητα των παιδιών είναι υψηλή, παρατηρείται μια τάση εκ μέρους των ζευγαριών για απόκτηση περισσότερων παιδιών. Με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας παρατηρείται ελάττωση του ποσοστού θανάτων μεγαλύτερη από την ελάττωση ποσοστού γεννήσεων. Η μείωση του ποσοστού των θανάτων δε συνοδεύεται με παράλληλη ελάττωση του αριθμού των γεννήσεων. Το ποσοστό γεννήσεων τείνει να ελαττωθεί με την αύξηση της αστυφιλίας που συνεπάγεται τη σταδιακή ανάπτυξη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των πολιτών^{4,9}.

3.3 Ψυχοκοινωνικές δυνάμεις

Η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανακλά τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δυο φύλων στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγή δημιούργησε για τη γυναίκα αλυσιδωτές δυσχέρειες, πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί και μερικές ούτε καν συνειδητοποιηθεί.

Η εκπαίδευση των γυναικών επηρεάζει αναμφίβολα τη γεννητικότητα. Μια μορφωμένη γυναίκα προσανατολίζεται και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, διεκδικεί ίσα δικαιώματα, ίσες ευκαιρίες με το ισχυρό φύλο, ζητάει νομική κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της.

Παλιότερα στην Ελλάδα ο προορισμός του κοριτσιού ήταν να παντρευτεί σε μικρή ηλικία, για να δημιουργήσει μια ευτυχισμένη οικογένεια με πολλά παιδιά.

Επίσης οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν εύλογο το ερωτικό τους ζευγάρι να μ' ένα μεγαλύτερο τους άνδρα, μολονότι, ηλικία προς ηλικία, η γυναίκα διαθέτει συγκριτικά με τον άνδρα μεγαλύτερη γενετήσια επάρκεια και κατά τεκμήριο διάθεση, και υπόκειται λιγότερο στις δυνάμεις της φθοράς και του θανάτου. Παρόλα αυτά, η ηχώ των εποχών στις οποίες η ενεργητική κοινωνική παρουσία της γυναίκας τελείωνε με την εμμηνόπαυση σφραγίζει ακόμη και σήμερα την κοινωνική μας συμπεριφορά, και δημιουργεί κατεστημένα τα οποία δεν μπορεί να ανατρέψει καμία νομοθεσία, αφού οι ρίζες τους βρίσκονται στην πλασματική αισθητική καταξίωση του συνταξιοδότη της νέας γυναίκας με το μεγαλύτερο άνδρα^{4, 9}.

3.4 Ιατρικά δεδομένα

Τα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα του αιώνα μας γεφύρωσαν το χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό. Μολονότι τα διαθέσιμα αντισυλληπτικά μέσα δεν καλύπτουν ακόμη ολόκληρο το φάσμα των αναγκών (με σημαντικές ελλείψεις στους τομείς της ανατάξιμης αναστολής της γονιμότητας, και της ανδρικής αντισυλληψέως) εντούτοις έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι, ανάμεσα στις οποίες ξεχωρίζει η σύνθεση δισκίων με υψηλούς δείκτες όχι μόνο αποτελεσματικότητας αλλά και ασφάλειας (υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι ο συνηθέστερος τύπος των χρησιμοποιούμενων αντισυλληπτικών μπορεί να προσεταιρεύει από τον καρκίνο του ενδομητρίου και ίσως της ωοθήκης). Αντίθετα, σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η γνώση και η τεχνολογία για την αντιμετώπιση άλλων θεμάτων και προβλημάτων, που ξεφεύγουν από το χώρο της αντισυλληψέως αλλά δεν παύουν να αποτελούν σημαντικούς τομείς του οικογενειακού προγραμματισμού.

Έτσι, βρισκόμαστε ακόμη μακριά από τους επιθυμητούς στόχους στους τομείς της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, ορισμένων αφροδίσιας νοσημάτων (έρπης, σύνδρομο επίκτητης ανοσιακής ανεπάρκειας) και των περισσότερων συγγενών διαμαρτιών⁴.

Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα αντισυλληπτικά και τις υπηρεσίες διαφώτισης, κλινικές κτλ., είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα τη γεννητικότητα. Αυτό το διαπιστώνει ο καθένας σε χώρες και λαούς, όπου δε γίνεται καμία πληροφόρηση γύρω απ' τα αντισυλληπτικά. Οι ανορθόδοξοι τρόποι αμβλώσεων, που δίνουν διέξοδο στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, μικρές μητέρες και οι υπέρμετρα πολυμελείς οικογένειες είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των υπανάπτυκτων λαών¹⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Εκτρώσεις και οικογενειακός προγραμματισμός

4.1 Γενικά στοιχεία

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού ο οποίος αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, που προστατεύεται σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα. Οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού συμβάλλουν στη γεφύρωση των ατομικών και εθνικών αντιλήψεων περί επιθυμητού μεγέθους οικογένειας.

Το μέγεθος αυτό εξαρτάται από τα πρότυπα που έχουν επικρατήσει στην κοινωνία, καθώς και από την αποτελεσματικότητα των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας. Στην ελληνική κοινωνία, έχει σήμερα επικρατήσει το πρότυπο των 2 έως 3 παιδιών. Αυτό αποτελεί συνέπεια της μεταβολής των προσδιοριστικών παραγόντων της αναπαραγωγικότητας (εισοδήματος, κοινωνικού επιπέδου, επαγγέλματος, μόρφωσης, τόπου διαμονής, θρησκευτικότητας, απασχόλησης γυναικών κ.α.), που συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την οικονομική ανάπτυξη, με την εκβιομηχάνιση, την αστικοποίηση και τον κοινωνικό εκσυγχρονισμό.

Η οικονομία και κοινωνική τάξη, στην οποία ανήκουν τα ζευγάρια, επηρεάζουν άμεσα τη γεννητικότητα. Θα περίμενε κανείς οι πλούσιες οικογένειες φυσιολογικά να έχουν πολλά παιδιά και οι φτωχές λίγα.

Αλλά συμβαίνει το αντίθετο. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι οι φτωχές οικογένειες δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο και τη δυνατότητα να ενημερωθούν πάνω στα θέματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων

αντιούλληψης. Πράγματι, στην Ουγγαρία – όπου το πρότυπο μέγεθος οικογένειας είναι μικρό – το 1973 που ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν σχεδόν ανύπαρκτος ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν αναλογικά μεγαλύτερος, π.χ. από την Πολωνία. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντιούλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι εκτρώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν τη νομιμοποίηση τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις αναπτυγμένες χώρες. Πράγματι, στη Χιλή, 1 στις 3 γυναίκες παραδέχθηκε ότι είχε κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10. Η διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και υπό ανάπτυξη χωρών δεν είναι στον αριθμό των εκτρώσεων, αλλά στον τρόπο με τον οποίο γίνονται. Έχει βρεθεί ότι στις υπό ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται από «πρακτικές» γυναίκες και κάτω από τρομερά επικίνδυνες συνθήκες.

Μολονότι οι περισσότερες θρησκείες έχουν καταδικάσει στο παρελθόν την τεχνητή αποβολή η εφαρμογή αυστηρών ποινικών κυρώσεων για την αποτροπή της γενικεύθηκε μόλις κατά τον 19^ο αιώνα⁸, 11, 16.

4.2 Έκτρωση – Ορισμοί

Έκτρωση (ή άμβλωση) είναι η πρόωρη και τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που προκαλείται με διάφορους τρόπους. Είναι αυτονόητο ότι αποτελεί 'ιατρική πράξη' που, μέχρι πριν λίγο καιρό, ισοδυναμούσε με εγκληματική ενέργεια. Εδώ και μερικά χρόνια, τουλάχιστον σε μερικές χώρες, η πράξη αυτή έχει νομιμοποιηθεί κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις¹⁷.

Έκτρωση καλείται η αφαίρεση ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας, όπου είναι προσκολλημένο⁹.

Ο τερματισμός της κύησης πριν το έμβρυο αποκτήσει την ικανότητα να ζει ανεξάρτητα²⁰.

Έκτρωση ή αποβολή του κύηματος χαρακτηρίζεται η διακοπή της κύησης τους 5 πρώτους μήνες. Ανάλογα με την κλινική εικόνα διακρίνουμε διάφορες μορφές εκτρώσεων¹⁸.

Έκτρωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20ή εβδομάδα της και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500 γρ.

Αν η διακοπή συμβεί χωρίς την επέμβασή μας, λέγεται αυτόματη έκτρωση. Αν συμβεί με την επέμβασή μας, λέγεται τεχνητή έκτρωση.

Οι τεχνητές εκτρώσεις διακρίνονται σ' αυτές, που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου, που επιβαρύνονται με τη συνέχιση της εγκυμοσύνης, και λέγονται τότε θεραπευτικές· σ' αυτές, που εκτελούνται, για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, γιατί είναι ανεπιθύμητο, και λέγονται εγκληματικές· και σ' αυτές που εκτελούνται, για να καταστρέψουν το κύημα, επειδή λόγοι, άσχετοι με την υγεία της εγκύου, το επιβάλλουν (ηθικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, ευγονικοί) και λέγονται εκλεκτικές.

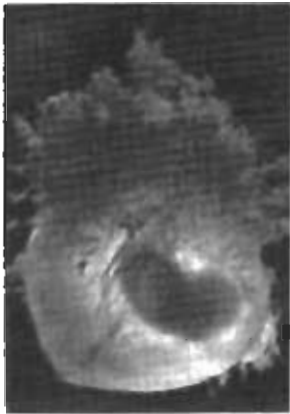
Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνεται η καθιέρωση του όρου άμβλωση, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την ενέργεια μας. Όταν καταστρέφουμε επίτηδες κάτι που αναπτύσσεται, αμβλωσκουμε (''αμβλώσεως γραφή'' λεγόταν η διάταξη στους νόμους του Λυκούργου, που τιμωρούσε τους ''αμβλωτές'').

Έτσι, στην πλούσια σε λέξεις γλώσσα μας, τρεις όροι μπορούν να επικρατήσουν. ''Αυτόματη έκτρωση'', όταν συμβαίνει χωρίς την επέμβασή μας. ''Άμβλωση'', όταν εκτελείται για την καταστροφή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Αντί του όρου αυτόματη έκτρωση χρησιμοποιούνται στην καθομιλούμενη και οι όροι εκβολή και αποβολή, αφού ο όρος έκτρωση ταυτίστηκε με τον όρο άμβλωση.

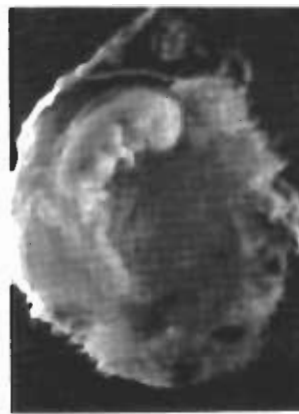
Η έκτρωση, που συμβαίνει ή εκτελείται πριν από τη 12 εβδομάδα, λέγεται πρώιμη κι αυτή, που συμβαίνει ή εκτελείται ανάμεσα στη 12^η – 20ή εβδομάδα, όψιμη. Το αποβαλλόμενο περιεχόμενο της μήτρας, ύστερα από έκτρωση, λέγεται έκτρωμα. Το έμβρυο σ' αυτές τις περιπτώσεις ζυγίζει λιγότερο από 500 γρ., έχει μήκος κάτω από 18 εκ.

και δεν καταχωρίζεται επίσημα, ούτε στα ζωντανά ούτε στα νεκρά νεογνά¹⁹.

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Μια στις δέκα εγκυμοσύνες πιστεύεται ότι διακόπτεται μ' αυτό τον τρόπο. Το 75% περίπου των αποβολών συμβαίνει κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 μηνών της εγκυμοσύνης⁹.



Εικόνα 1. Έμβρυο 6,5 εβδομάδων



Εικόνα 2. Έμβρυο 7 εβδομάδων



Εικόνα 3. Έμβρυο 7,5 εβδομάδων



Εικόνα 4. Έμβρυο 8 εβδομάδων



Εικόνα 5. Έμβρυο 9 εβδομάδων



Εικόνα 6. Έμβρυο 10-11 εβδομάδων

4.3 Είδη Εκτρώσεων

• **Απειλούμενη έκτρωση**

Είναι η μερική αποκόλληση του κυήματος και η μόνη μορφή που μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά.

Στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται αιμορραγία και πολλές φορές ύστερα από ώρες ή ημέρες εμφανίζονται συσπάσεις της μήτρας, που προκαλούν πόνο, χαμηλά στο υπογάστριο ή στη μέση. Πολλές φορές η αιμορραγία και οι συσπάσεις της μήτρας αρχίζουν μαζί. Οι μισές από τις γυναίκες, που πάσχουν από απειλούμενη έκτρωση, θα αποβάλλουν το κύημα (εικ. 7).



Εικόνα 7. Απειλούμενη έκτρωση

• **Αναπόφευκτη έκτρωση**

Είναι η προχωρημένη μορφή που η κύηση δεν μπορεί πια να συγκρατηθεί, το έμβρυο όμως δεν έχει ακόμη αποβληθεί.

Η έγκυος παρουσιάζει αρκετή αιμορραγία και πόνους στο υπογάστριο και την οσφύ. (εικ. 8).



Εικόνα 8. Αναπόφευκτη έκτρωση

☛ Ατελής έκτρωση

Είναι η προχωρημένη μορφή που το κύημα έχει αποβληθεί εν μέρει. Η έγκυος παρουσιάζει πόνους, αιμόρροια και πιθανώς αναφέρει συγχρόνως αποβολή τμημάτων ιστού. (εικ. 9).



Εικόνα 9. Ατελής έκτρωση

☛ Τελεία έκτρωση

Είναι ανάλογη με την ατελή έκτρωση, το κύημα όμως έχει αποβληθεί ολόκληρο στον κόλπο ή και εκτός, δηλ. το κύημα έχει

εγκαταλείπει την ενδομήτρια κοιλότητα. Κάθε τέτοια περίπτωση αντιμετωπίζεται σαν ατελής έκτρωση.



Εικόνα 10. Παλίνδρομη έκτρωση

☛ Παλίνδρομος έκτρωση

Είναι η διακοπή της κύησης και η κατακράτηση του νεκρού κυήματος στη μήτρα. Υπάρχει μια μικρή κολπική έκκριση στο χρώμα του καφέ, υποχωρούν τα συμπτώματα της κύησης και μαλακώνουν οι μαστοί. Σε λίγες, όμως, ημέρες μπορεί να εμφανισθούν όμως ξανά σκληρότεροι και με μικρή έκκριση από τη θηλή. Η γυναίκα παραπονείται για μεταλλική γεύση. Ύστερα από λίγες εβδομάδες μπορεί ν' ακολουθήσει αυτόματη έκτρωση του νεκρού κυήματος.

Στη διάγνωση βοηθάει η δοκιμασία της κύησης που είναι ή γίνεται αρνητική, ο ορμονικός προσδιορισμός (οιστρογόνων, πλακουντιακού γαλακτογόνου) που δείχνει πολύ χαμηλές τιμές, η αδυναμία ανιχνεύσεως εμβρυϊκών παλμών μετά τον 3^ο μήνα με τους υπερήχους (εικ. 10).

• **Σηπτική έκτρωση**

Είναι μια ατελής συνήθως έκτρωση που έχει επιμολυνθεί, λέγεται όταν συμβεί μόλυνση στην ενδομήτρια κοιλότητα, συνήθως ύστερα από :

1. Απόπειρα άμβλωσης με επέμβαση.
2. Ενδομήτρια χορήγηση φαρμάκων (υπέρτονου διαλύματος φυσιολογικού όρου ή προσταγλανδινών).
3. Εφαρμογή λαμιναριών για την επιτυχία διαστολής του τραχηλικού στομίου.
4. Διάτρηση μήτρας κατά την εκτέλεση επέμβασης.
5. Εισαγωγή ξένων σωμάτων μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα (καθετήρων, βελονών πλεξιματος κλπ.).
6. Πλύσεις προς επιτυχία άμβλωσης με απορρυπαντικά, με διάλυση οαπουνιού κλπ.
7. Ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, που δεν αντιμετωπίστηκε έγκαιρα.
8. Χρησιμοποίηση ενδομήτριων αντισυλληπτικών συσκευών.

Η συχνότητα της σηπτικής έκτρωσης αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της εγκυμοσύνης. Εκτός από τις τοπικές βλάβες της σηπτικής έκτρωσης, δηλαδή τον τραυματισμό της μήτρας, την ενδομητρίτιδα, τη σαλπινγίτιδα, το σχηματισμό αποστήματος, την πυελοπεριτονίτιδα και την πυελική θρομβοφλεβίτιδα, είναι δυνατό να εμφανισθούν και γενικές, όπως η σηψαιμία, που προκαλεί σημαντικές βλάβες σ' όλους τους ιστούς και στα συστήματα, η αιμόλυση, το σηπτικό shock, η ενδαγγειακή πήξη και η εμβολή από σηπτικό θρόμβο αίματος, αέρα, αμνιακό υγρό ή λιπώδη ιστό.

Τα συμπτώματα της σηπτικής έκτρωσης είναι ψηλός πυρετός, που, όταν πέσει κάτω από το φυσιολογικό αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, μικρή ή μεγαλύτερη αιμορραγία, πόνος στο υπογάστριο και ολιγουρία από την αιμορραγία ή από την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, που, αν δεν διορθωθεί με τη χορήγηση αίματος και υγρών, έχει βαριά πρόγνωση.

• **Καθ' ἑξῆς εκτρώσεις**

Ἐτσι χαρακτηρίζεται ἡ συρροή εκτρώσεων (πάνω ἀπὸ 3) σὲ μια γυναίκα. Εμφανίζεται σὲ συχνότητα 0,5% σ' ὅλες τὶς εγκυμοσύνες.

Τεχνητὴ ἔκτρωση

Εἶναι ἡ τεχνητὴ διακοπὴ τῆς κυήσεως που γίνεται γιὰ ἰατρικούς ἢ κοινωνικο-οικονομικούς λόγους (ἀμβλωση).

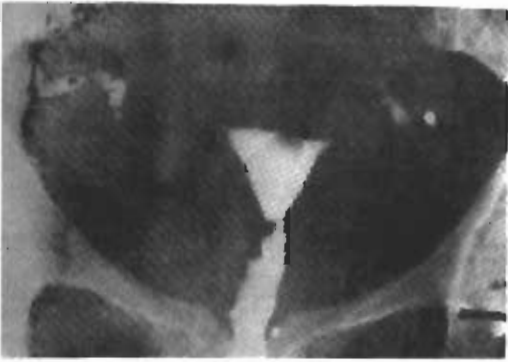
Θεραπευτικὴ ἔκτρωση. Γίνεται σὲ περιπτώσεις που ἡ κύηση ἐπιβαρύνει τὴν ἐπισηφαλή ἤδη υγεία τῆς μητέρας, ὅπως σὲ καρδιοπάθειες, φυματίωση, νεφροπάθειες κλπ. Ἐπίσης γίνεται σὲ περιπτώσεις, που ἀντιμετωπίζεται σοβαρὸ ἐνδεχόμενο βλάβης τοῦ κυήματος ἀπὸ ἐξωτερικούς παράγοντες, ὅπως σὲ ἀκτινοβολία, ἐρυθρά, κ.α. καταστάσεις που ἐπέδρασαν στὴν ἔγκυο.

Ἀμβλωση. Στὰ περισσότερα μέρη τοῦ κόσμου ἡ τεχνητὴ ἔκτρωση γιὰ κοινωνικο-οικονομικούς λόγους ἔχει ἀντιμετωπισθεῖ νομοθετικά ὡστε ἡ ἐγκληματικὴ ἔννοια τῆς ἐπεμβάσεως τείνει νὰ ἐξαλειφθεῖ σήμερα^{18,19}.

4.4 Αἷτια εκτρώσεων

Διάφορα αἷτια μπορεῖ νὰ προκαλέσουν μια ἔκτρωση. Ἄλλα ἀπὸ αὐτὰ προέρχονται ἀπὸ τὴ μητέρα, ἄλλα ἀπὸ τὸ ἴδιο τὸ ἔμβρυο καὶ ἄλλα ἀπὸ ἐξωγενεῖς ἐπιδράσεις στὴν ἔγκυο.

Μητρικὰ αἷτια. Προέρχονται ἀπὸ ἰοπικὲς συνθήκες, ὅπως οἱ ἀνωμαλίες διαπλάσεως τῆς μήτρας, ἡ ἀνεπάρκεια τοῦ τραχηλικοῦ στομίου (συγγενὴς ἢ μετὰ ἀπὸ ἀποξέσεις) (Εἰκ. 11) διάφοροι ὄγκοι τῶν γεννητικῶν ὀργάνων (π.χ. ἰνομυώματα) (Εἰκ. 12), ἐνδομητρικὲς συμφύσεις κ.α. Ἐπίσης γενικὲς παθήσεις, ὅπως ὁ διαβήτης, ἀγγειοπάθειες, νεφροπαθήσεις, θυρεοειδοπάθειες, μπορεῖ νὰ οδηγήσουν σὲ αὐτόματη ἔκτρωση. Ἐπίσης κάποια σημασία ἔχει ἡ χρωματοσωματικὴ σύνθεση τῶν γονέων που ἐλέγχεται με τὸν καρυότυπο σὲ καθ' ἑξῆς συνήθως εκτρώσεις.



Εικόνα 11. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου σε υστεροσαλπιγγογραφία



Εικόνα 12. Ινομύωμα μήτρας και κύηση

Εμβρυϊκά αίτια. Αφορούν συνήθως δυσπλασίες του εμβρύου λόγω ανώμαλης χρωματοσωμιακής συνθέσεως που είναι ασύμβατη με την εξέλιξη του καινούργιου οργανισμού. Επίσης συχνά παρατηρείται λειτουργική ανεπάρκεια του πλακούντα που αντικατοπτρίζεται στην παραγωγή των γεννητικών ορμονών και ελέγχεται με τον ορμονικό προσδιορισμό των οιστρογόνων και της πρεγνανδιόλης στα ούρα και του πλακουντιακού γαλακτογόνου (HPL) στο αίμα της εγκύου.

Εξωγενή αίτια. Περιλαμβάνουν διάφορες μηχανικές επιδράσεις, όπως τραυματισμούς ή λοιμώδη αίτια. Σ' αυτά ανήκει η τοξοπλάσμωση που μολύνει συχνά το έμβρυο χωρίς να προκαλεί συμπτώματα στη

μητέρα. Ελέγχεται με μια ειδική χρωστική ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό (dye-test)¹⁸.

Σε κάθε αυτόματη έκτρωση δυνατό να συμβεί :

1. Ρήξη του εμβρυϊκού σάκου, αποκοπή του ομφάλιου λώρου και απόπτωση του εμβρύου με παραμονή του αμνίου και χορίου στην κοιλότητα της μήτρας.
2. Έξοδος του εμβρυϊκού σάκου με το περιεχόμενό του και παραμονή του χορίου και του φθαριού.
3. Έξοδος ολόκληρου του κυήματος με παραμονή μόνο του φθαριού.
4. Έξοδος ολόκληρου του κυήματος μαζί με το φθαρό.

Μέχρι τη 12^η εβδομάδα η έκτρωση, συνήθως, είναι τέλεια. Ανάμεσα από τη 12^η – 20^η εβδομάδα, συνήθως, σπάζει ο εμβρυϊκός σάκος, πέφτει το έμβρυο και παραμένει ο πλακούντας.

Όταν το έμβρυο πεθάνει και δεν ακολουθήσει αιμορραγία, τότε διηθείται αιμορραγικά και σχηματίζει τη σαρκώδη μύλη ή στεγνώνει, μοιάζει με μούμια και σχηματίζει το παπυρώδες έμβρυο ή αποιτανώνεται και σχηματίζει το λιθοπαιδί¹⁹.

4.5 Ιστορική Αναδρομή

Το φαινόμενο είναι πανάρχαιο. Κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής αποτέλεσε πάντοτε το τυπικό χαρακτηριστικό κάθε πολιτισμένης κοινωνίας.

Στις αρχαίες μητριαρχικές κοινωνίες, το σώμα μιας γυναίκας θεωρούνταν αποκλειστικά δικό της και σε εκείνη αφηνόταν η απόφαση αν θα κρατήσει ή θα αποβάλλει το έμβρυο. Στην κλασική Ελλάδα και τη Ρώμη το προνόμιο αυτό διατηρήθηκε μέχρι τον 4^ο μ.Χ. αιώνα, οπότε ο Μέγας Κωνσταντίνος μετέτρεψε την έκτρωση σε έγκλημα.

Υπέρ της άποψης αυτής συνηγορούν αρκετά αρχαία κείμενα, όπως τα «Πολιτικά» του Αριστοτέλη, όπου ο φιλόσοφος συμβουλεύει τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση να την κάνουν πριν το έμβρυο «λάβει ζωή», και οι «Νόμοι», όπου ο Πλάτωνας συμβουλεύει τις γυναίκες να μη

γεννούν παραπάνω από δυο παιδιά. Με άλλα λόγια, οι αρχαίοι αποδέχονταν την πρακτική της άμβλωσης και τον έλεγχο των γεννήσεων. Κάποιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι στο αρχαίο αττικό δίκαιο προβλεπόταν τιμωρία για την έκτρωση, που μπορεί να έφτανε και σε θανατική καταδίκη. Βρισκόμαστε μπροστά στην πατριαρχική αντίληψη (έγκλημα είναι η αποβολή ενός εμβρύου που θα μπορούσε να εξελιχθεί σε αρσενικό), που ίσχυσε και αργότερα στη Ρώμη, όπου η άμβλωση καταδικάστηκε επειδή «προοέβαλλε την πατρική εξουσία»^{17,21}.

Αν και συνήθως ήταν απαγορευμένη, ωστόσο η τεχνητή αποβολή επιτρεπόταν ή γινόταν ανεκτή μερικές φορές, προκειμένου να σωθεί η ζωή της μητέρας. Η πρώτη σημαντική απομάκρυνση από τα πρότυπα του 19^{ου} αιώνα σημειώθηκε στην ΕΣΣΔ το 1920 όταν η επαναστατική κυβέρνηση επέτρεψε να γίνεται έκτρωση ύστερα από αίτηση της μητέρας. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1940 άρχισε να κερδίζει έδαφος μια κίνηση για τη νομιμοποίηση της έκτρωσης για όλους ή για ορισμένους λόγους υποβοηθούμενη από την πλατιά υποστήριξη των δικαιωμάτων της γυναίκας, από την ανησυχία των αρχών για τη σταθερή άνοδο του δείκτη των γεννήσεων και από τη ραγδαία αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, καθώς και από τον πολύ υψηλό δείκτη θνησιμότητας των μητέρων που είχε στενή σχέση με τις παράνομες εκτρώσεις.

Πρώτη η Ιαπωνία και μερικές από τις Ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες επέτρεψαν την έκτρωση ύστερα από αίτηση της μητέρας. Ακολούθησαν οι Σκανδιναβικές χώρες και τα ελβετικά καντόνια. Η Μεγάλη Βρετανία και η Αϊτή φιλελευθεροποίησαν τη σχετική νομοθεσία τους προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και το 1973 το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ αποφάνθηκε ότι δεν μπορεί να εμποδιστεί μια γυναίκα να προβεί σε έκτρωση κατά τους έξι πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης.

Οι άμβλώσεις έγιναν νόμιμες με τις αποφάσεις του Ανώτατου Δικαστηρίου των ΗΠΑ για δυο υποθέσεις – Roe εναντίον Wade και Doe εναντίον Botton. **Σε αυτές τις αποφάσεις καθορίστηκε ότι :**

1. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης η απόφαση για άμβλωση είναι δικαίωμα της γυναίκας και του γιατρού της.

2. Στο δεύτερο τρίμηνο η Πολιτεία μπορεί να διαμορφώσει τις διαδικασίες άμβλωσης με τέτοιον τρόπο ώστε να συνδέονται λογικά με την υγεία της γυναίκας.
3. Για κύηση που ακολουθείται από βιωσιμότητα, η Πολιτεία μπορεί, αν το επιλέξει, να κανονίσει κι ακόμη να καταστήσει παράνομη την άμβλωση, εκτός όταν είναι απαραίτητη, σύμφωνα με κατάλληλη ιατρική κρίση, για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της εγκύου γυναίκας.

Στις 3 Ιουλίου 1989 το Ανώτατο Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι οι Πολιτείες μπορούν να θέσουν περιορισμούς στην παροχή υπηρεσιών για άμβλωση για να συμπεριληφθούν πιθανότητες όπως περίοδοι αναμονής, απαιτήσεις πληροφόρησης για συγκατάθεση, ενημέρωση γονέων ή συζύγων και απαιτήσεις νοσηλείας. Στα επόμενα χρόνια αντιπαραθέσεις κι από τις δυο πλευρές του ζητήματος των αμβλώσεων αναμένονται να συμβούν στο νομοθετικό επίπεδο των Πολιτειών^{11, 22}.

Μεγάλοι περιορισμοί τέθηκαν στη Ρουμανία, στην Ουγγαρία και στην Ανατολική Γερμανία. Η Κίνα, η Ινδία, η Ιαπωνία, η Βόρεια Κορέα, η Σιγκαπούρη και το Βιετνάμ έχουν νομιμοποιήσει την τεχνητή αποβολή είτε για όλες τις περιπτώσεις είτε για μερικές μόνο.

Στην Ελλάδα, μέχρι το 1978, το δικαίωμα στην άμβλωση ρυθμιζόταν από τις διατάξεις του ποινικού κώδικα. Σύμφωνα με αυτόν, δικαίωμα έκτρωσης είχαν μόνο οι γυναίκες των οποίων η εγκυμοσύνη προήλθε από βιασμό ή ήταν αποτέλεσμα αιμομιξίας. Επίσης, έκτρωση επιτρεπόταν και όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης δημιουργούσε κίνδυνο θανάτου ή μόνιμης βλάβης στην υγεία της εγκύου, πάντοτε μετά από γνωμάτευση δυο γιατρών. Οι παραβάτες τιμωρούνταν με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας με ποινές φυλάκισης που έφταναν μέχρι και τα πέντε χρόνια.

Το καλοκαίρι του 1978 ψηφίστηκε στο θερινό τμήμα της Βουλής (εσπευσμένα και δίχως πολλή δημοσιότητα) νόμος που δε διέφερε και πολύ από τον προηγούμενο. Εκτός από τις παραπάνω περιπτώσεις, η έκτρωση επιτρεπόταν μέχρι και την 20ή εβδομάδα της κύησης, εφόσον με προγεννητική διάγνωση διαπιστωνόταν ανωμαλία του εμβρύου.

Επίσης, επιτρεπόταν, αλλά μέχρι τη 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, σε περιπτώσεις κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητέρας, μετά από γνωμάτευση ψυχιάτρου που εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα δημοσίου δικαίου²¹.

4.6 Μέθοδοι εκτρώσεων

4.6.1 Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κυήσεως

ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΞΕΣΗ

1. Απόξεση με αναρρόφηση [D & C] : (εβδ. 6 έως 16).
2. Mifepristone : (εβδ. 5 έως 7). Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.
3. Methotrexate : (εβδ. 5 έως 9). Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας²³.

4.6.2 Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κυήσεως

ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΕΚΚΕΝΩΣΗ

Εμβρυοτομή [D & E] : (εβδ. 13 έως 20)

Prostaglandin : (εβδ. 16 έως 38). Χορηγείται είτε ενδοφλέβια είτε στη μήτρα μέσω καθετήρων.

Ένεση με Digoxin : (εβδ. 20 έως 32). Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.

Έκτρωση με άλας : (εβδ. 16 έως 32 +). Μια μακριά βελόνα εισάγεται στη κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το

δέρμα του. Η μήτρα συστέλλεται και εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα. Ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος από τις άλλες μεθόδους.

Υπεροστομή : (εβδ. 24 έως 38). Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή.

D & X (εβδ. 20 έως 32 +). Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης" ("partial-birth abortion"). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της κύησης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού^{9,23}.



Εικόνα 13. Η τεχνική της διακοπής της εγκυμοσύνης με τη μέθοδο της αναρρόφησης.

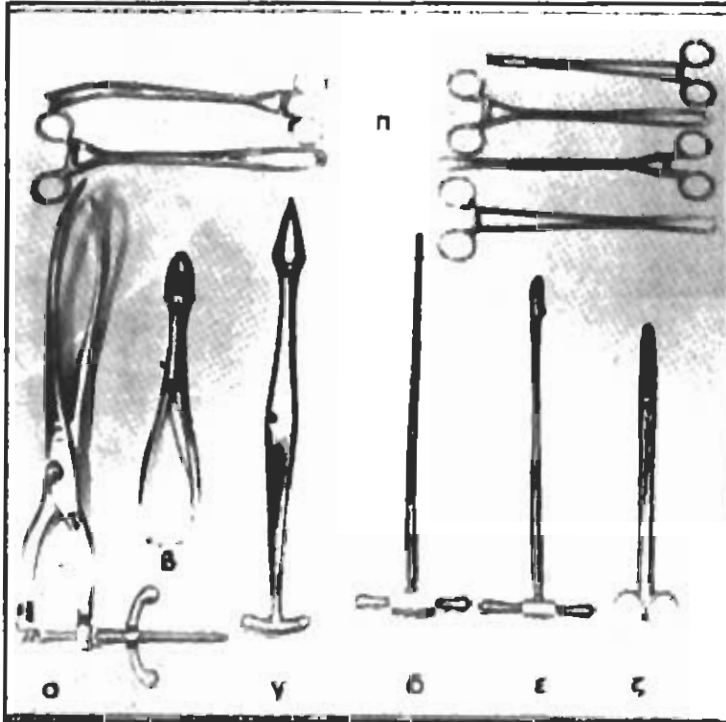
4.6.3 Επεμβάσεις καταστροφής του εμβρύου

Είναι διάφορες επεμβάσεις που αποσκοπούν στη σμίκρυνση του όγκου του εμβρύου ώστε να καταστεί δυνατή η έξοδος του.

Σήμερα, οι επεμβάσεις αυτές έχουν περιορισθεί στο ελάχιστο και γίνονται μόνον σε νεκρά έμβρυα και εφ' όσον ο τοκετός δεν μπορεί να εξελιχθεί φυσιολογικά από τον κόλπο.

Προϋποθέσεις :

- i. Διαστολή τελεία ή τουλάχιστον μεγάλης παλάμης.
- ii. Ακινητοποίηση της προβάλλουσας μοίρας με πίεση εκ των άνω.
- iii. Νάρκωση.



Εικόνα 14. Εργαλεία καταστροφής του εμβρύου. α = Κρανοθραύστης Zweifel, β = κρανιοτόμος Naegele, γ = λόγχη του κρανοθραύστη, δ και ε = άγκιστρα Braun, ζ = ψαλίδα Siebold.

Μέθοδοι

Κρανιοτομία. Λέγεται και κρανιοανάρτηση. Γίνεται σε κεφαλική προβολή ή σε "κεφαλή τελευταία" μετά από ισχιακή προβολή. Συνίσταται στη διάτρηση της κρανιακής κάψας με τον με τον κρανιοτόμο του Naegele και την πολιοποίηση του εγκεφάλου με ορισμένες κινήσεις του εργαλείου. Ακολουθεί κρανιουλκία με τις λαβίδες Collin ή κρανιοθριψία με τον τρισκελή κρανοθραύστη του Zweifel (Εικ. 14).

Εμβρυοτομία. Γίνεται σε εγκάρσιο σχήμα. Συνίσταται στον αποκεφαλισμό του εμβρύου με την ψαλίδα του Siebold μετά από

απεξάρθρωση των αυχενικών σπονδύλων με το άγκιστρο του Braun. Επίσης περιλαμβάνεται η σπονδυλοτομία, η εκσπλάχνωση και η εγκατατομή, δηλαδή ο ακρωτηριασμός των άκρων του εμβρύου, που γίνεται με την ψαλίδα του Siebold (Εικ. 14)¹⁸.

4.7 Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας

4.7.1 Σωματικές επιπλοκές

α) Άμεσες :

1. Κίνδυνος θανάτου από αιμορραγία, εμβολή ή λοίμωξη
2. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου
3. Ενδομητρικές συμφύσεις
4. Φλεγμονή του ενδομητρίου
5. Φλεγμονή των σαλπίνγων
6. Ακατάσχετη αιμορραγία
7. Διάτρηση της μήτρας 1-4‰
8. Τραύμα τραχήλου 1%
9. Ενδοτραχηλίτιδα
10. Πυελική φλεγμονή
11. Εγκυμοσύνη που συνεχίζεται
12. Ενδομήτριος θρόμβος αίματος – Υπολείμματα προϊόντων σύλληψης
13. Αιμορραγία που χρειάζεται μετάγγιση 1‰
14. Ρήξη μήτρας 1‰

β) Έμμεσες :

1. Αποβολές
2. Πρόωροι τοκετοί
3. Διαταραχές εμμήνου ρύσεως
4. Επιπτώσεις σε επόμενη κύηση (δυστοκία, ρήξη θηλακίων κλπ.)
5. Δευτεροπαθή αιμινόρροια ή στείρωση ή διαταραχές εμμηνορρυσίας
6. Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
7. Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
8. Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Η αποτυχία στις χειρουργικές εκτρώσεις είναι 2-3% ενώ στις φαρμακευτικές 1-14%. Η λοίμωξη ανέρχεται στο 10% εάν δεν χρησιμοποιηθεί προφυλακτικά αντιβίωση.

Μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη και πολλαπλασιάζεται με δυο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν και έχει τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται στις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση^{8, 9, 19, 23, 24}.

Η έκτρωση και ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

''Υπάρχει πραγματικός κίνδυνος όσον αφορά την έκτρωση και του καρκίνου του μαστού και ο κόσμος θα πρέπει να γνωρίζει τον κίνδυνο όταν αποφασίζει για μια έκτρωση ώστε να παίρνει την απόφαση με πλήρη γνώση''.

Leon Bradlow, Ph, D., Διευθυντής του Εργαστηρίου Βιοχημικής Επιδημιολογίας στο Εργαστήριο Αντικαρκινικής Έρευνας Strang-Cornell. Περιοδικό του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου, 15 Δεκεμβρίου 1993.

Θάνατοι από έκτρωση

Το ποσοστό της θνησιμότητας, προκειμένου για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μικρότερη από 12 εβδομάδες υπολογίζεται σε 2 : 100.000 και για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες σε 17 : 100.000.

Ο παρακάτω πίνακας (από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α.) δείχνει ότι ο κίνδυνος θανάτου από έκτρωση εξαρτάται από τη μέθοδο, που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.

Ποσοστό θανάτων από νόμιμες εκτρώσεις στις Η.Π.Α. με χρόνο κύηση σε εβδομάδες

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

Άρα όσο πιο έγκαιρα γίνεται η επέμβαση τόσο οι κίνδυνοι απ' την έκτρωση μειώνονται^{9,46}.

Επιπτώσεις στις επόμενες κυήσεις. Οι εκτρώσεις, εκτός από τις δυσμενείς επιδράσεις τους στην υγεία της γυναίκας, επιδρούν και στην πορεία των επόμενων κυήσεων και τοκετών. Πράγματι, από τη μελέτη μεγάλου αριθμού επιτόκων αποδείχθηκε ότι :

α. Υπάρχει σχέση μεταξύ αιμορραγιών κατά την κύηση και αριθμού προηγηθεισών εκτρώσεων. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι χωρίς ιστορικό εκτρώσεων η συχνότητα αιμορραγιών ήταν 10,8%. Η συχνότητα όμως ανέβαινε σε 18,3%, όταν οι γυναίκες είχαν κάνει 1 έως 2 εκτρώσεις και σε 25,8%, όταν ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν πάνω από 3.

β. Η πρώιμη ρήξη του θυλακίου είναι πιο συχνή σε γυναίκες με ιστορικό έκτρωσης (5,4%), παρά σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει έκτρωση (2,0%). Η πρώιμη ρήξη του θυλακίου είναι δυνατόν να προδιαθέσει και σε ενδομήτρια λοίμωξη του εμβρύου.

γ. Διαπιστώθηκε ότι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τη συχνότητα έκτοπης εγκυμοσύνης. Επίσης, αυξάνουν και τη συχνότητα ανώμαλων προβολών του εμβρύου, όπως είναι η εγκάρσια θέση και η προσωπική προβολή, οι οποίες απαιτούν διορθωτικούς χειρισμούς και επομένως συνοδεύονται από περισσότερα μαιευτικά προβλήματα.

δ. Οι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και αυτόματης έκτρωσης κατά το πρώτο τρίμηνο της επόμενης εγκυμοσύνης. Η περιγεννητική θνησιμότητα – όπως και η νεογνική – είναι πολύ υψηλότερη, όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων. Η συχνότητα εμφάνισης εκλαμψίας και υπερέμεσης κατά την κύηση και η διάρκεια του τοκετού δεν φαίνεται να έχουν σχέση με την ύπαρξη ιστορικού προηγηθεισών εκτρώσεων. Είναι επομένως φανερό ότι οι κίνδυνοι από τις εκτρώσεις στις γυναίκες, άμεσοι ή απώτεροι, αλλά και οι κίνδυνοι πάνω σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, είναι πολλαπλοί. Βασικός σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να είναι η διαφώτιση των νεαρών ιδίως γυναικών, πάνω σε αυτούς τους κινδύνους, αλλά συγχρόνως και η ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης, ώστε με αυτές και όχι με τις εκτρώσεις να αποφεύγεται η ανεπιθύμητη κύηση⁸.

Στις Σωματικές ανήκουν και οι

Τοξικές βλάβες. Αυτές προέρχονται από την ενδομήτρια έγχυση ουσιών για την πρόκληση άμβλωσης. Αυτές αντιμετωπίζονται με υστερεκτομία.

Σηπτικό shock. Η σοβαρή αυτή επιπλοκή εκδηλώνεται ύστερα από σηπτική έκτρωση.

Τυχαίες. Τυχαίες επιπλοκές στις εκτρώσεις εμφανίζονται, είτε κατά την εκτέλεση της επέμβασης και είναι θανατηφόρες σε συχνότητα 40-50%, όπως η ανακοπή και η εμβολή, είτε αργότερα, όπως η εμβολή εγκεφαλικών αγγείων με αντίστοιχη αναπηρία¹⁹.

4.7.2 Οι ψυχολογικές επιπτώσεις

Η άμβλωση δεν είναι απλώς μια ιατρική διαδικασία. Είναι ένα συναισθηματικό και προσωπικό ζήτημα για πολλούς. Αν και υπάρχει αρκετή αντίφαση που περιβάλλει την άμβλωση, κάθε λειτουργός υγείας πρέπει να βρει τη δική της ή τη δική του ``άνετη ζώνη`` για να συζητήσει όλες τις επιλογές με την έγκυο γυναίκα. Πιστεύουμε ότι κάθε γυναίκα

δικαιούται ακριβή πληροφόρηση για να πάρει μια απόφαση σχετικά με την υγεία και την εγκυμοσύνη της²².

Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της γυναίκας προέρχονται και προκαλούνται συνήθως από την αρνητική συμπεριφορά των ατόμων του άμεσου περιβάλλοντός της, αλλά και αυτών που εκτελούν την έκτρωση. Έχει αναφερθεί ότι ψύχωση εκδηλώνεται σε 3 ανά 10.000 γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση. Σε πολύ περιοσότερες εμφανίζονται ελαφρότερα συμπτώματα⁸.

Ο ψυχίατρος Κων. Κριαράς έγραφε σχετικά : «Η άμβλωση δεν είναι μια απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείριση αμυγδαλών ή σκληροειδίτιδας. Είναι σοβαρότατο γεγονός, που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώσει τα άδυτα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φθάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας... Το πιο σταθερό ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σ' όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρύτερες, έως τις πλέον βαρύτερες»²⁵.

4.7.2.1 *Πριν από την έκτρωση*

Από τη στιγμή που διαπιστωθεί μια ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη και προβληθεί η έκτρωση σαν η πιθανή ή δήθεν ενδεδειγμένη λύση, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της, και ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία της για μια νέα σύλληψη αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχητικές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από τους γιατρούς, από το περιβάλλον της ή από άλλες πηγές. Φυσικά η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος είναι πολύ πιο έντονα σε συναισθηματικά ευαίσθητες γυναίκες και ο προβληματισμός τους, αν θα πρέπει ή όχι να προχωρήσουν σε έκτρωση είναι πολύ πιο μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση.

Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε έκτρωση, και κυρίως γι' αυτές που είναι η πρώτη τους φορά, οι τελευταίες στιγμές πριν από την επέμβαση είναι οι πιο κρίσιμες και η ανησυχία και ο φόβος πιο έντονος. Αμέσως μετά την έκτρωση, πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση επειδή έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο ή προβληματικό έμβρυο. Όμως ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών -56%-όπως έδειξε μια πανεθνική δημοσκόπηση στις ΗΠΑ, νιώθουν ενοχές γι' αυτή τους την απόφαση και οι πιο πολλές αισθάνονται μειωμένες επειδή αναγκάστηκαν να προβούν σ' αυτή την πράξη.

4.7.2.2 Μετά την έκτρωση

Μια έρευνα πέντε ετών στις ΗΠΑ έδειξε ότι 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση χρειάστηκαν στη συνέχεια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με μόλις 3% των γυναικών που δεν είχαν κάνει έκτρωση²⁶. Επιπλέον πολλές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν πιο συχνά από κατάθλιψη, στρες, μειωμένη αυτοεκτίμηση και έχουν πιο συχνά τάσεις για αυτοκτονία.

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες και γι' αυτό δεν ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η κατάσταση. Από μια πρώτη εντύπωση φαίνεται ότι το ποσοστό των Ελληνίδων γυναικών που έχουν ενοχές γι' αυτή την πράξη είναι μικρότερο. Αυτό οφείλεται : α) Στη μεγάλη ανοχή που έδειξε η ελληνική πολιτεία απέναντι στις εκατοντάδες χιλιάδες εκτρώσεις που γίνονταν κάθε χρόνο στη χώρα μας εδώ και δεκάδες χρόνια. β) Στην ηθική χαλαρότητα που έχει επικρατήσει σιγά-σιγά γύρω απ' αυτό το θέμα και γ) Στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων¹⁷.

Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκτροτικό σύνδρομο» :

- 31% μετάνοια για την πράξη.
- 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές.

- 36% διαταραχές ύπνου.
- 30-50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή.
- 25% επισκέπτονται ψυχίατρο – 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία.
- Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά : αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης του ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο²³.
- 11% παίρνει ψυχοφάρμακα.

4.7.3 Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών για τις ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης

1. ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μια εκτρώσεις²⁷.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα²⁸.

2. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS) (Post-Abortion Syndrome)

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μαιτραυματική αγχώδη διαταραχή (post-traumatic stress disorder – PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης²⁹. Είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στον χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός Προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου.

Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών ``φυγής ή πάλης``. Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας.

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες : υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών ``φυγής ή πάλης``. Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής : απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας (για

παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πύελου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού).

Παρείσδυση είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PAS είναι τα εξής : ανακάμπτουςες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επειειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επειείους της έκτρωσης.

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής, προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις μετεκρωτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως : αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της έκτρωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της έκτρωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις, ιδιαίτερα αποξένωση απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την έκτρωση, αποφυγή των παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία), μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνεύματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής³⁰.

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, όπως : έλλειψη της αίσθησης

απόλαυσης κατά την οεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, η αλλαγή πολλών συντρόφων³¹.

4. ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών³².

5. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία³³. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών³⁴.

6. ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινοπνεύματος από τις γυναίκες³⁵. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινοπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία³⁶.

7. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από

HIV/AIDS, εμφάνιση συγγενών δυοπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς³⁷.

8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μειεκτρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία³⁸.

9. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνονται μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μειεκτρωτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών³⁹.

10. ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μια εκτρώσεις (και αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο⁴⁰.

11. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης⁴¹.

4.8 Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση

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

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά της στάδια.
2. Η γυναίκα είναι υγιής.
3. Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της έκτρωσης.
4. Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα.
5. Η έγκυος αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την έκτρωση.
6. Γίνει προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση, για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα αυτός να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.
7. Η γυναίκα έχει αρνητικό RH -, πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.
8. Η έγκυος δεν πάσχει από βλεννόρροια.
9. Η έγκυος δεν αμφιβάλλει και είναι οίγουρη ότι θέλει την έκτρωση.
10. Λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα⁹.

4.9 Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση

1. Πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για αποφυγή τυχόν μολύνσεων.
2. Πρέπει για τον ίδιο λόγο να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μια εβδομάδα.

3. Επιβάλλεται να αποφεύγονται πλύσεις για μια εβδομάδα.
4. Είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και το βράδυ, πριν από τον ύπνο, για μια εβδομάδα.
5. Δεν πρέπει να αμελείται μια επίσκεψη στο γιατρό για εξέταση εντός δυο εβδομάδων.
6. Αν παρουσιαστούν δυνατοί πόνοι, που δεν είναι όμοιοι με αυτούς που προέρχονται απ' τις κράμπες και την εμμηνόρροια ή εμφανιστεί ξαφνικά εξάνθημα, η πρώτη ενέργεια θα είναι να επικοινωνήσουμε αμέσως με το γιατρό μας.
7. Στην ίδια ενέργεια θα προβούμε στις περιπτώσεις που είτε αιμορραγεί η γυναίκα για δυο μέρες συνέχεια, είτε διαπιστώσει πως μέσα στις (8) οκτώ εβδομάδες δεν εμφανίστηκε η πρώτη εμμηνόρροια και τέλος, αν αντιληφτούμε είτε μαλακότητα στο στήθος είτε ναυτία⁹.

4.10 Πρώτη σε εκτρώσεις η Ελλάδα

Την πρώτη θέση στις εκτρώσεις κατέχει η Ελλάδα συγκριτικά, τόσο με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όσο και με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων, που πραγματοποιούνται, τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια του γάμου και που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές (συμφύσεις μήτρας, απόφραξη σαλπίγγων κλπ.) είναι και ο βασικός λόγος της ύπαρξης του τόσο υψηλού ποσοστού υπογονιμότητας στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες στις εκτρώσεις οφείλεται το 40% της μείωσης της γονιμότητας της γυναίκας. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση, που στο σύνολό τους υπερβαίνουν τις 250.000 το χρόνο, από τις οποίες περίπου 40.000 διενεργούνται σε ανήλικα κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών. Επίσης το ένα τρίτο από αυτές γίνονται σε γυναίκες παντρεμένες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν, αν είχαν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια.

Τα εντυπωσιακά αυτά στοιχεία ανακοίνωσε ο καθηγητής μαιευτικής – γυναικολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Ιωάννης Μπόντης μιλώντας στο 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στειρότητας, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη.

Συχνότητα εκτρώσεων % κατά ηλικία σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες (1975)

Χώρα	Ομάδες ηλικιών		
	15-17	18-19	20-24
Αγγλία	13,0	19,8	15,4
Σουηδία	26,2	32,2	27,9
Φιλανδία	15,4	29,0	26,0
Δανία	19,3	31,8	32,5
Καναδάς	10,9	16,7	13,6

Έτσι, γυναίκες, ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων.

Στην Ελλάδα, έχει αποδειχθεί ότι 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμα πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση, ξέροντας ότι είναι επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού⁸.

4.11 Οι διατάξεις του νόμου περί νομιμοποίησης των εκτρώσεων

Το καλοκαίρι του 1986 και πάλι, στο θερινό τμήμα της Βουλής, ψηφίστηκε ο Νόμος υπ' αριθμ. 1609, νόμος που ισχύει ως σήμερα. Οι κυριότερες ρυθμίσεις του περιέχονται στο άρθρο 2 του νόμου :

«Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις :

1. Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
2. Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
3. Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος οσοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
4. Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομειξίας ή κατάχρησης, γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

Στο Άρθρο 3 α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών.

β) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλο να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

Άρθρο 5

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης

1. Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δυο έτη.
2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά^{2,23}.

Πληροφοριακά αναφέρουμε ότι στη Γαλλία η έκτρωση έχει νομιμοποιηθεί με βάση το νόμο Veil από τον Ιανουάριο του 1975.

Αυτός ο νόμος αφορά όλες τις ενήλικες Γαλλίδες, που η εγκυμοσύνη τους «θα έβαζε σε κίνδυνο τη σωματική ή ψυχική τους υγεία».

Ο νόμος αφορά και τις ανήλικες, με την προϋπόθεση να είναι εφοδιασμένες με γραπτή άδεια από τους γονείς τους. Αυτή η νομοθεσία, αν και αρκετά φιλελεύθερη, περιορίζει την έκτρωση σε τελείως συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Ο νόμος υποχρεώνει συνάντηση με οικογενειακό σύμβουλο ή ψυχολόγο σε Κέντρο Προγραμματισμού.

Η έκτρωση πρέπει να γίνεται πριν από το τέλος της 10^{ης} εβδομάδας από την έναρξη της αμηνόρροιας (διακοπή της περιόδου), ημερομηνία για την οποία υπάρχει σύγχυση, διότι αναφέρεται όχι στην αρχή της εγκυμοσύνης αλλά στην αρχή της τελευταίας περιόδου. Δηλαδή, στην

πράξη ο νόμος υποχρεώνει να γίνεται η έκτρωση πριν από το τέλος της 8^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Είναι προτιμότερο να γίνεται μεταξύ 4^{ης} και 6^{ης} εβδομάδας.

Ο νόμος την υποχρεώνει να αρχίσει αποτελεσματική αντισύλληψη μετά την έκτρωση, η οποία, δεν είναι ανώδυνη επέμβαση και δεν θα πρέπει να θεωρείται μέσο αντισύλληψης.

Οι επίσημοι αριθμοί για το 1984 ανέρχονται σε 200.000 εκτρώσεις, από τις οποίες περίπου οι 2.000 έγιναν σε νέες γυναίκες, που, με βάση τις στατιστικές, θα μείνουν στείρες, ενώ την ίδια ώρα η αντισύλληψη έχει κάνει τεράστιες προόδους και επιτρέπει τέλειο έλεγχο της γονιμότητας, και χωρίς επιπλοκές. Σημειώνουμε ότι η τιμή της έκτρωσης είναι σταθερή, καθορισμένη από το υπουργείο, και καλύπτεται κατά 70%.

(Σημείωση : Τα παραπάνω νομοθετικά στοιχεία αφορούν τη Γαλλία)⁴³.

4.12 Εκτρώσεις και διλήμματα

Το ερώτημα που συζητιέται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες στους Ιατρικούς και Θεολογικούς κύκλους, ιδιαίτερα της Δύσης, περιστρέφεται γύρω από το εάν, και πότε το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ανθρώπινη ύπαρξη. Η πιο ακραία άποψη είναι εκείνη που υποστήριξε ο Αρχιεπίσκοπος Fisher και προέρχεται από τους Στωικούς φιλοσόφους, ότι το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται προσωπικότητα με την πρώτη αναπνοή του αμέσως μετά τη γέννηση. Κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι το έμβρυο δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια "μάζα ιστών".

Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει από ειδικούς ανθρώπους, με αντικείμενο να καθορισθεί πότε ακριβώς αρχίζει μια ανθρώπινη ζωή. Μερικοί ισχυρίζονται πως αυτό συμβαίνει όταν γίνεται η συνένωση των δυο αρχικών κυττάρων. Άλλοι επιμένουν ότι αυτό γίνεται όταν "εμφυτευτεί" το κύημα στο βλεννογόνο της μήτρας, άλλοι πάλι τοποθετούν την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στην εμφάνιση των "σκιριτημάτων του εμβρύου". Και τέλος κάποιοι άλλοι, ακόμα

περισσότεροι τολμηροί, προσδιορίζουν ως έναρξη της ανθρώπινης ζωής τη στιγμή του τοκετού¹⁷.

Ο προβληματισμός για το θέμα των αμβλώσεων στρέφεται γύρω από τρία ερωτήματα – σημεία :

α) Πότε εμπνυχούται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής ;

Η χριστιανική άποψη, πολύ απλά, τοποθετεί την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στη στιγμή της σύλληψης.

Η Ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση «ου μη δώσω πεισόν φθόριον τη γυναικί», όχι μόνο στιγματίζει την αμβλώση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαινεται ότι ήδη από τη σύλληψή του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται. Επίσης υποχρεώνει το γιατρό να μην πραγματοποιήσει έκτρωση, αν θέλει να είναι συνεπής με τη δεοντολογία της δουλειάς του^{17,25}.

Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη Ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις.

Ο Γάλλος γιατρός Rene Biot στο βιβλίο του «Sante Humaine» - «Η υγεία μας», γράφει : «Πράγματι μόλις υπάρξει ζωή υπάρχει έμψυχος βίος». Αυτό αναγνώρισε και το Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο το 1985, το οποίο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η έναρξη της ζωής του ανθρώπου είναι η στιγμή της γονιμοποίησης». Όπως τόνισε και ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Β. Σωτηρόπουλος «η ζωή αρχίζει από την ώρα της σύλληψης». Εξάλλου στο Β' Ιατρικό Συνέδριο του Μονακό, 2.000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες διακήρυξαν : «Πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη».

Πειράματα των Κολέτ Μπισοάρ το 1982, Δρ. Λίολεϋ, Μαρί Μπονοέλ και Ιαπόνων Επιστημόνων καθώς και πειράματα που έγιναν στο μαιευτήριο Μπωντελαί στο Παρίσι έδειξαν ότι : Την 16^η ημέρα από τη σύλληψη το έμβρυο έχει ανοίξει τα μάτια του. Σε 18 ημέρες από τη σύλληψη η καρδιά του έχει σχηματισθεί και χτυπάει. Μετά από 30

ημέρες έχουν σχηματιστεί οι βασικότερες δομές του σώματος. Σε 6 εβδομάδες ο εγκεφαλογράφος δείχνει εγκεφαλική λειτουργία. Τον ίδιο χρόνο αρχίζει το έμβρυο να κινείται μολονότι η μητέρα αντιλαμβάνεται την κίνηση στους 4 ½ μήνες. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα πλήρως σχηματισμένα πέλματα και τέλεια σχηματισμένο σώμα. Στις 11 εβδομάδες θηλάζει τον αντίχειρά του, αναπνέει και κολυμπά μέσα στο αμνιακό υγρό με ταχύτητα ώριμου κολυμβητή. Αισθάνεται τον πόνο και αντιδρά με επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και κινήσεις των μελών του. Έχει γεύση, αντιδρά στο φως, στο άγγιγμα, στη ζέση, στο θόρυβο. Αντιδρά στους ήχους που στέλνει ένα megafono μέσω της μητρικής κοιλιακής χώρας. Δώδεκα εβδομάδων που είναι το προτεινόμενο όριο το έμβρυο μπορεί να γυρίζει το κεφάλι του, να κάνει μορφασμούς, να εκτελεί χαριτωμένες κινήσεις²⁵.

β) Η ζωή του ανθρώπινου εμβρύου έχει αξία. Είναι όμως η αξία της ζωής του εμβρύου απόλυτη αξία ; Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγοσταθμιστούν δυο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ;

γ) Αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση ;

Παρόλα αυτά, εξακολουθεί το θέμα αυτό να αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα παγκόσμια προβλήματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό.

Εκείνο που έχει σημασία είναι ότι η πρακτική αυτή που παλιότερα είχε θεωρηθεί "περιθωριακή, έχει τόσο επεκταθεί στον καιρό μας, ώστε μια μελέτη πριν από μερικά χρόνια αποδείκνυε ότι (τουλάχιστον για την Αμερική) οι "θάνατοι" εμβρύων από εκτρώσεις ήταν 240 φορές περισσότεροι από τους θανάτους στον πόλεμο του Βιετνάμ.

Οι 350.000-400.000 εκτρώσεις που διενεργούνται κάθε χρόνο στα ελληνικά μαιευτήρια στοιχίζουν στο έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή -

καθώς οι παραγωγικές δυνάμεις μειώνονται σταθερά, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων – και τελικά σε κίνδυνο εθνικό^{17,25}.

4.13 Η θέση της εκκλησίας

Η κανονική παράδοση της Εκκλησίας χαρακτηρίζει την άμβλωση ως κανονικό αδίκημα ανάλογης ενοχής με το φόνο. Στον χαρακτηρισμό αυτό δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ αδιαμόρφωτου και διαμορφωμένου εμβρύου (κανόνας 2 του Μ. Βασιλείου), τα δε επιβαλλόμενα επιτίμια ποικίλουν από τριετή μέχρι ισόβιο στέρηση στους ενόχους της Θείας κοινωνίας. Στην κανονική ωστόσο συνείδηση της Εκκλησίας καθιερώθηκε η ταύτιση της άμβλώσεως με το φόνο (κανών 92 της Πανθέκτης Οικουμενικής Συνόδου 692) και προβλέφθηκαν αυστηρότατες πνευματικές ποινές για την ασέβεια στο Θείο Δώρο της ανθρώπινης ζωής²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία της μητέρας

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει κάθε γυναίκα να διατηρεί την ψυχική, σωματική και κοινωνική της ευεξία. Πράγματι, προάγει την ψυχική υγεία και ευτυχία της γυναίκας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός κατ' αρχήν την απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Επιδίωξη του είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού οικονομικού επιπέδου, στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί πιο ζωτικά προβλήματα, κυρίως κοινωνικά και οικονομικά.

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

Επίσης, βοηθάει να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη σε περίπτωση σοβαρής πάθησης της μητέρας, είτε μόνιμης είτε παροδικής. Έτσι, συνιστάται προσωρινά η εφαρμογή κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες, οι οποίες πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή ή την υγεία τους κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. Βοηθάει επομένως στην αποκατάσταση της υγείας τους, η οποία θα είναι ευκολότερη και γρηγορότερη, όταν δεν παρεμβληθεί κύηση ή έκτρωση. Επίσης, βοηθάει σημαντικά και τις γυναίκες που έχουν ανάγκη από μόνιμη αντισύλληψη. Μόνιμη αντισύλληψη είναι απαραίτητη σε χρόνια υπέρταση, σε διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, σε μη αντιρροπούμενη καρδιοπάθεια κλπ. Επίσης, είναι δυνατόν να αποφευχθεί η γέννηση και επομένως η μετάδοση

κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς τέτοιας νόσου.

Εκτός όμως από τη βοήθεια που προσφέρει σε γυναίκες που έχουν προβλήματα υγείας, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει και στη διατήρηση της καλής σωματικής τους κατάστασης. Έτσι, βοηθάει στον προγραμματισμό των επόμενων κυήσεων και στην αναβολή τους για το χρονικό διάστημα, το οποίο θεωρείται απαραίτητο σε κάθε περίπτωση. Πιστεύεται ότι είναι επιβεβλημένη η παρεμβολή μεσοδιαστήματος 2-3 ετών μεταξύ δυο κυήσεων, ώστε να δοθεί η ευκαιρία πληρέστερης ανάνηψης της υγείας της μητέρας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις πολύτοκες γυναίκες, στις οποίες η εφαρμογή αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης θεωρείται επιβεβλημένη, γιατί - στις υπό ανάπτυξη χώρες - οι συνεχείς κυήσεις επιφέρουν στη γυναίκα αναιμία, υποθρεψία, ψυχολογικά προβλήματα κλπ.

Τέλος, συντελεί στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας με τη δυνατότητα αποφυγής της εγκυμοσύνης, την οποία προσφέρει στις πολύ μικρές και μεγάλες γυναίκες, στις οποίες η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρουσιάζεται αυξημένη. Στις υπό ανάπτυξη περιοχές, η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού που θα βοηθήσει στην αποφυγή εγκυμοσύνης σε πολύτοκες γυναίκες και στην αύξηση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων, θα συντελέσει στην μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, που σήμερα βρίσκεται σε अपαραδέκτως υψηλά επίπεδα⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία του παιδιού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει τη δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογένειάς του. Έτσι, συμβάλλει στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού. Συγχρόνως, βοηθάει στην καλή ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών τους.

Παιδιά, των οποίων τη γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα, γίνονται συνήθως παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά την παιδική, αλλά και κατά την εφηβική ηλικία, παιδιά που δύσκολα προσαρμόζονται κοινωνικά. Όταν οι λόγοι, για τους οποίους είναι ανεπιθύμητο ένα παιδί, συνδυάζονται με οικονομικά προβλήματα, η κατάσταση είναι θλιβερή. Αρκετά παραμελημένα παιδιά είναι απλώς θύμια της φτώχειας των γονέων τους.

Κατά τη γέννησή τους, αυτά τα παιδιά ήταν όμοια με όλα τα άλλα, εκτός από το ότι ήταν ανεπιθύμητα στους γονείς τους ή γεννήθηκαν σε οικογένεια φτωχή και πολυμελή, ώστε δεν μπόρεσαν τελικά να αναπτυχθούν στα επίπεδα που καθόριζαν οι κληρονομικές τους δυνατότητες, ενώ αντίθετα τα επιθυμητά παιδιά τις βελτιώνουν. Με τον οικογενειακό προγραμματισμό, δεν θα δοθεί βέβαια λύση στα προβλήματα των φτωχών οικογενειών, θα δοθεί όμως η δυνατότητα να γεννιούνται λιγότερα παιδιά· τόσα, ώστε όλα να είναι επιθυμητά, για να μπορούν να μεγαλώνουν με λιγότερη φτώχεια, αλλά κυρίως με περισσότερη φροντίδα. Το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας θα επιφέρει και άνοδο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας, που θα έχει επιπλέον αντίκτυπο και στην καλύτερη σωματική υγεία των μελών της.

Ο αριθμός των παιδιών και η ρύθμιση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων θα συμβάλουν στη βελτίωση της ζωής των παιδιών, αλλά και στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία εγκυμοσύνη παίζει σημαντικό ρόλο

στην πορεία της προσεχούς εγκυμοσύνης και στην επιβίωση του νεογνού. Αν και υπάρχουν λίγα στοιχεία, πιστεύεται ότι απαιτείται πάνω από ένας χρόνος για την ομαλή και χωρίς προβλήματα έκβαση της επόμενης εγκυμοσύνης. Γενικά, παρατηρείται περιγεννητικός κίνδυνος, όταν οι κυήσεις συγκεντρώνονται σε μικρό σχετικώς διάστημα^{8,21}.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΠΡΟΓΕΝΗΤΙΚΩΝ ΤΕΣΤ

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΦΑΣΗ	ΤΡΟΠΟΣ (ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ)	ΑΣΙΟΠΕΤΙΑ	ΚΙΝΔΥΝΟΙ
Τεστ U/S υπερηχογράφημα. Αμνιοκέντηση.	Εξετάζεται η μορφολογία του σώματος ή των οργάνων, συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς, πολλαπλή εγκυμοσύνη και φύλο του παιδιού. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες και διαταραχές του νευρικού συστήματος.	Σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, η απάντηση δίνεται αμέσως. Ανάμεσα στην 14 ^η και 18 ^η εβδομάδα. Αποτέλεσμα σε 2 έως 3 εβδομάδες.	Με ηχητικά κύματα μέσω της κοιλιάς, ορατό σε μια οθόνη. Η διαδικασία γίνεται με την εισαγωγή λεπτής βελόνας μέσα στον αμνιακό σάκο και στο τοίχωμα της μήτρας και γίνεται λήψη περίπου 20ml αμνιακού υγρού.	Ανάλογα με την περίπτωση, σε κάποια ανωμαλία θα πρέπει να ακολουθήσουν και άλλα test. Είναι πολύ καλή μέθοδος για χρωμοσωματικές ανωμαλίες.	Κανένας κίνδυνος. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό 0,5% αποβολής.
Βιοψία του χορίου.	Χρωμοσωματικές ανωμαλίες	8-12 εβδομάδες	Λαμβάνεται με μια λεπτή σύριγγα μέσω της κοιλιάς ή του κόλπου ένα μικρό τμήμα ιστού από το χόριο.	99%	Κίνδυνος αποβολής 1-2%.
Εξέταση του ορού της μητέρας (AFP).	Μας δίνει πληροφορίες για ανωμαλίες του νευρικού συστήματος, την ανεγκεφαλία και το σύνδρομο Down.	15-20 εβδομάδες.	Αιμοληφία από τη μητέρα και έλεγχος του AFP, μιας πρωτεϊνικής ουσίας η οποία παράγεται από το έμβryo και αποβάλλεται στην κυκλοφορία του αίματος της μητέρας. Εισάγεται μια βελόνα μέσω της κοιλιάς στο σημείο που ο σμφάλιος λόφος συνδέεται με τον πλακούντα και λαμβάνεται μια ποσότητα αίματος. Η όλη διαδικασία γίνεται με την παρακολούθηση στην οθόνη.	Υπερβολικά υψηλές τιμές AFP αποτελούν ενδείξεις κάποιας ανωμαλίας, αλλά η πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης είναι 40%.	Κανένα πρόβλημα.
Παρακέντηση του σμφάλιου λόφου.	Ασυμβατότητα ομάδων αίματος, αναμία.	Μετά την 20 ^η εβδομάδα.	Πολύ καλή. Χρησιμοποιείται για την άμεση επιβεβαίωση αιμοεπιπέδων άλλων εργαστηριακών εξετάσεων.	Κίνδυνος αποβολής που ανέρχεται στο 2%.	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

Πρόληψη αφροδισίων νοσημάτων

7.1 Αφροδίσια νοσήματα

Οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η συμμετοχή τους συνίσταται στη σωστή ενημέρωση των προσερχόμενων, αλλά και του γενικότερου πληθυσμού. Η αναζήτηση των πασχόντων, των φορέων και των επαφών και η παραπομπή τους σε ειδικά κέντρα θεραπείας είναι δυνατόν να συμβάλει στην αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και, έμμεσα, στη μείωση της στειρότητας και των πιθανών επιπλώσεων στα παιδιά.

Ο όρος αφροδίσια νοσήματα περιλαμβάνει μια μεγάλη ομάδα ετερογενών νοσημάτων που σαν κοινό χαρακτηριστικό έχουν τη μετάδοσή τους κυρίως δια της σεξουαλικής οδού. Για το λόγο αυτόν τα αφροδίσια νοσήματα ονομάζονται σήμερα «νοσήματα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική οδό».

Αρχικά, στα αφροδίσια περιλαμβάνονταν πέντε μόνο νοσήματα. Αυτά σήμερα αποτελούν την ομάδα των «κλασικών» αφροδισίων νοσημάτων. Τελευταία, στην ομάδα των αφροδισίων, περιλήφθηκαν πολλά άλλα νοσήματα που μεταδίδονται επίσης συχνά με τη σεξουαλική επαφή και αναφέρονται σαν «νέα αφροδίσια νοσήματα»^{8,44}.

Αφροδίσια νοσήματα

(α) Κλασικά αφροδίσια νοσήματα

Συφιλίδα

Βλεννόρροια ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα

Μαλακό έλκος

Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα

Βουβωνικό κοκκίωμα

(β) Νέα αφροδίσια νοσήματα.

Τριχομονάδωση
 Κανιτίαση των γεννητικών οργάνων
 Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα
 Ψώρα
 Φθειρίαση του εφηβαίου
 Οξυτενή κονδυλώματα
 Έρπης των γεννητικών οργάνων
 Μολυσματική τέρμινθος
 Ηπατίτιδα Β
 Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Στην ομάδα των «νέων αφροδισίων νοσημάτων» από το 1979 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιέλαβε 18 νοσήματα.

Η ομάδα αυτή είναι ένα τεράστιο πρόβλημα για την δημόσια υγεία.

Τα τελευταία συγκεντρώνουν σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον λόγω της συνεχώς αυξανόμενης συχνότητας με την οποία απαντώνται.

Τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα σ' όλον τον κόσμο, παρά τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής στον τομέα της προλήψεως και θεραπείας των λοιμωδών νοσημάτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι κάθε χρόνο δηλώνονται σ' όλον τον κόσμο 200.000.000 νέες περιπτώσεις γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και 40.000.000 νέες περιπτώσεις συφιλίδας.

Οι πραγματικές περιπτώσεις είναι, φυσικά, περισσότερες, δεδομένου ότι η δήλωση των αφροδισίων δεν είναι παντού υποχρεωτική.

Η αποτυχία ελέγχου των αφροδισίων νοσημάτων οφείλεται στην ιδιομορφία των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη διασπορά τους^{44,45}.

7.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στη διασπορά και στη δυσχέρεια ελέγχου των αφροδισίων νοσημάτων

- i. Μακρύτερη ατομική σεξουαλική δραστηριότητα.
- ii. Ελευθεριότητα των ερωτικών σχέσεων λόγω μεταβολής των εθίμων, αλλαγής του κώδικα συμπεριφοράς, εξασθένησεως των ανασταλτικών επιδράσεων θρησκείας και παραδόσεων.
- iii. Διακίνηση πληθυσμού (τουρισμός – αστυφιλία – μετανάστευση).
- iv. Μείωση του φόβου συλλήψεως ή νοσήσεως από αφροδίσια.
- v. Αντικατάσταση του ελαστικού προφυλακτικού από τα αντισυλληπτικά δισκία.
- vi. Επέκταση της συνεκπαιδεύσεως και κοινής εργασίας ανδρών – γυναικών.
- vii. Διάδοση της φιλομοφυλίας.
- viii. Διάδοση των ψυχοφαρμάκων – ναρκωτικά.
- ix. Θεραπευτικές αποτυχίες.

Ειδικά για τη βλεννόρροια : απουσία ανοσίας, ασυμπτωματικές περιπτώσεις και ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών γονοκόκκου^{44,45}.

7.3 Μέτρα για τον έλεγχο των αφροδισίων νοσημάτων

Οι προσπάθειες για τον έλεγχο των αφροδισίων θα πρέπει να στραφούν στο επίπεδο τόσο της κοινωνικής όσο και της ατομικής υγιεινής, ενώ ουσιαστική ευθύνη έχει και ο θεράπων γιατρός. Στην συνέχεια συνοψίζονται τα μέτρα, η εφαρμογή των οποίων μπορεί να περιορίσει τα αφροδίσια νοσήματα σε σημαντικό βαθμό.

1. Σε επίπεδο κοινωνικής υγιεινής.
 - i. Παροχές ελεύθερης και εμπιστευτικής θεραπείας.
 - ii. Διαφώτιση.
 - iii. Θεραπεία μόνο από καλά ενημερωμένους γιατρούς.
 - iv. Προγράμματα συλλογικού διαγνωστικού ελέγχου (ιδίως εγκύων, αιμοδοτών, ναυτικών κ.α.).

2. Σε επίπεδο ατομικής υγιεινής.
 - i. Χρήση προφυλακτικών για επαφές υψηλού κινδύνου.
 - ii. Χημειοπροφύλαξη (υπό ιατρική καθοδήγηση).
 - iii. Αποφυγή πολλαπλών ακραίων σεξουαλικών εκτροπών (AIDS).
 - iv. Ούρηση και πλύση με σαπούνι μετά τη συνουσία (;).

3. Μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από το γιατρό.
 - i. Αποτελεσματική θεραπεία.
 - ii. Ανίχνευση των επαφών⁴⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη

8.1 Γενικά

Χαρακτηρίζουμε ως αντισύλληψη τη λήψη μέτρων, που παίρνουμε, για την προσωρινή αποφυγή σύλληψης⁴⁶.

Οι πρώτοι εχθροί της αντισύλληψης, και επομένως της συνειδητής αναπαραγωγής, είναι η κακή πληροφόρηση και ορισμένες προκαταλήψεις που δυστυχώς ακόμα υπάρχουν και που είναι ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα άγνοιας στο σεξουαλικό τομέα, για τον οποίο πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι αρκεί η πρόβλεψη «μερικών πραγμάτων» την τελευταία στιγμή και πρόχειρα, και δεν υπολογίζουν λογικά ότι η σεξουαλική επιθυμία και η θέληση της αναπαραγωγής είναι δυο εντελώς διαφορετικά πράγματα, που μπορούν όμως με την πλήρως ελεύθερη επιλογή του ζευγαριού να συνυπάρξουν²¹.

Ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος δεν υπάρχει. Κάθε μια από αυτές έχει τα πλεονεκτήματά της και τα μειονεκτήματά της. Ο γιατρός θα κληθεί να την εξατομικεύσει στην κάθε περίπτωση.

Μια αντισυλληπτική μέθοδος θεωρείται :

1. Αποτελεσματική, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι κάτω από 2%.
2. Μέτριας αποτελεσματικότητας, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι κάτω από 10%.
3. Μικρής αποτελεσματικότητας, όταν το ποσοστό συλλήψεων είναι πάνω από 10%⁴⁶.

8.2 Ιστορική ανάδρομη

Σε αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο, γραμμένο το 1850 π.Χ., περιγράφεται κάποια μέθοδος αντισύλληψης που ήταν μείγμα κοπράνων κροκόδειλου και κόλλας και τοποθετούνταν στον κόλπο της γυναίκας πριν από τη συνουσία. Στην Κίνα, επίσης, η πρώτη ιατρική αναφορά γίνεται σε ένα ιατρικό κείμενο 1.300 περίπου ετών. Το οίγουρο όμως

είναι ότι από πολύ παλαιότερα είχε αναπτυχθεί η ιδέα αυτή στις πρωτόγονες φυλές. Συνεπώς, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων αναπτύχθηκε αυτόματα σχεδόν σε ολόκληρο τον κόσμο και συνεχίστηκε με το πέρασμα των αιώνων.

Όσον αφορά τις πρώτες μεθόδους εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, αυτές ήταν πρωτόγονες, τις περισσότερες φορές μη αποτελεσματικές και κυρίως πολύ επικίνδυνες.

Ίσως η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε να ήταν η προσευχή προς τους θεούς. Αργότερα, πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαϊμαλιά στο λαιμό ή τη μέση, για να διώχνονται τα πνεύματα. Σε άλλες περιπτώσεις, έπιναν αλλόκοτα φάρμακα ή εφάρμιζαν την τεχνική της διακεκομμένης συνουσίας, που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ευρύτατα.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο πολλοί τύποι φαρμάκων. Ένας από τους πρώτους αναφέρεται στο Ταλμιούδ : «Επιτρέπεται σε μια γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει στείρα». Διαμέσου των αιώνων, αναφέρονται και διάφορα «τοάγια» φτιαγμένα από ρίζες, σπόρους ή φύλλα δέντρων. Εκχύματα από μπαρούτι, χάρπια από υδράργυρο ή ακόμα διάφορα δηλητήρια ήταν κάποια άλλα, που όχι μόνο σε πολλές αιμαλικές περιπτώσεις δεν προλάβαιναν τη γέννηση ενός παιδιού, αλλά πολύ συχνά σκότωναν τη μέλλουσα μητέρα.

Πολύ αργότερα, με τη λήξη του Β' Παγκοσμίου πολέμου, έγινε αντιληπτό ότι ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού σε ορισμένες χώρες.

Η δεκαετία του 1950 επέτρεψε την παραγωγή μέσων με βάση όχι πια εμπειρική αλλά καθαρά επιστημονική, και σφραγίστηκε με την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών χαπιών.

Αυτά αποτέλεσαν πραγματική επανάσταση στη ρύθμιση της γονιμότητας του ανθρώπου. Φυσικά, στη συνέχεια ακολούθησε η ανακάλυψη και άλλων μεθόδων, η αποτελεσματικότητα των οποίων ήταν τέτοια, που η διάδοσή τους σε παγκόσμια κλίμακα πολύ σύντομα υπήρξε εντυπωσιακή.

Το πρώτο αντισυλληπτικό που παίρνεται από το στόμα (κοινώς το χάπι) παρασκευάστηκε από το γιατρό Γκρέγκορυ Πίνκους στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1954. Το πρώτο τέτοιο αντισυλληπτικό που διανεμήθηκε εμπορικά ήταν το Enovid 10, που βγήκε στην αγορά τον Αύγουστο του 1960²¹.

Είναι γεγονός ότι η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε διεθνώς ως δεκαετία του ελέγχου των γεννήσεων. Σε αυτό συνετέλεσαν :

1. Η ανακάλυψη των από το στόμα λαμβανόμενων αντισυλληπτικών.
2. Η συνειδητοποίηση από τον πολιτικό κόσμο του κινδύνου που απειλούσε το μέλλον του ανθρώπινου γένους από την υπερβολική αύξηση του πληθυσμού.
3. Η αναγνώριση από πολλές χώρες των επιπτώσεων στην ποιότητα της ζωής από την αναμενόμενη αύξηση του πληθυσμού.

Η εκκλησία ήταν αντίθετη στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων (πάπας Παύλος, 1965 : «Καθήκον μας είναι να εξασφαλίσουμε αρκετό ψωμί στο τραπέζι των ανθρώπων και όχι να ελαττώσουμε τον αριθμό των φιλοξενούμενων στη ζωή»).

Εντούτοις, τα αποθέματα τροφής είχαν αρχίσει να ελαττώνονται, ώστε τέτοιες προτιριές προς τους αρχηγούς των κρατών απλώς μείωσαν τη διάθεση συνεργασίας. Κατά τη δεκαετία του 1960, άρχισαν να συγκεντρώνονται κεφάλαια ειδικά για προγράμματα ελέγχου των γεννήσεων από μια πρωτοποριακή κίνηση στη Σουηδία, που ονομάστηκε SIDA.

Καθώς άρχισε η δεκαετία του 1970, πολλά από τα παραδοσιακά εμπόδια έναντι του δικαιώματος που έχει ο άνθρωπος να ρυθμίζει το μέγεθος της οικογένειάς του άρχισαν να αίρονται. Έτσι, υπήρχε πρόοφορο έδαφος για τη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού και το πρόβλημα στρεφόταν κυρίως στην ανεύρεση επαρκών πόρων για την εφαρμογή των προγραμμάτων, την ανακάλυψη πιο ασφαλών και ακίνδυνων μεθόδων αντισύλληψης και κυρίως την ενημέρωση των ανθρώπων πάνω σε αυτές τις μεθόδους⁸.

8.3 Αντισύλληψη στην Ευρώπη : αποδοχή και διαθεσιμότητα

Στη συνέλευση στις 30 Ιουνίου – 2 Ιουλίου 1999 η Γενική επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών ζήτησε την εφαρμογή προγράμματος δράσης που είχε αποφασιστεί στο κοινωνικό και αναπτυξιακό συνέδριο του Καΐρου.

Η απόφαση ήταν ότι όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να προσπαθήσουν να εξασφαλίσουν μέχρι το 2.015 μ.Χ. όλες τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού και πρωτοβάθμιας υγείας στον πληθυσμό.

Πέντε χρόνια αργότερα η απόφαση αυτή δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα και στις ευρωπαϊκές χώρες.

Οπότε είναι φανερό ότι πρέπει να κοιτάξουμε την αποδοχή και διαθεσιμότητα των μεθόδων αντισύλληψης σε όλη την Ευρώπη καθώς αυτό μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση της προόδου της εφαρμογής προγράμματος δράσης του συνεδρίου του Καΐρου στις ευρωπαϊκές χώρες⁴⁷.

8.4 Μέθοδοι έλεγχου των γεννήσεων

Πριν να αποφασίσει ένα ζευγάρι ποια μέθοδος μπορεί να είναι καλύτερη γι' αυτούς χρειάζονται πληροφορίες για να βασίσουν την επιλογή της. Το ακρόνυμο BRAIDED βοηθάει τις νοσηλεύτριες να σιγουρευτούν ότι κάλυψαν τις ανάλογες πληροφορίες με το ζευγάρι βοηθώντας τους να επιλέξουν μια κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδο.

B – (benefits) πλεονεκτήματα κάθε μεθόδου, συμπεριλαμβανομένων των ποσοστών αποτελεσματικότητας.

R – (risks) κίνδυνοι κάθε μεθόδου και σημεία κινδύνου που πρέπει να προσέχουμε.

A - (alternatives) εναλλακτικές λύσεις ανακεφαλαίωσης όλων των διαθέσιμων μεθόδων.

I – (inquiries) οι έρευνες από το ζευγάρι σχετικά με κάθε μέθοδο ενθαρρύνονται.

D – (decision) η απόφαση για αντισύλληψη είναι δικαίωμα της ασθενούς.

E – (explanation) η εξήγηση της μεθόδου που επιλέχθηκε χρειάζεται πλήρη ανακεφαλαίωση.

D – (document) τεκμηριώστε – κρατήστε σημειώσεις για ό,τι συνέβη τη συμβουλευτική περίοδο.

Η καλύτερη μέθοδος αντισύλληψης είναι εκείνη με την οποία το ζευγάρι αισθάνεται πιο άνετα, που τη χρησιμοποιεί σωστά κάθε φορά και είναι ασφαλής για τη γενικότερη υγεία²².

8.4.1 Βιολογικές μέθοδοι

Σεξουαλική εγκράτεια

Η μέθοδος αυτή, με την οποία παρεμποδίζεται η εγκυμοσύνη, απαιτεί συγκράτηση είτε ολοκληρωτικά είτε κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών. Με τη μέθοδο αυτή παρεμποδίζεται απλά το σπερματοζώαριο να συναντήσει το ωάριο. Η σεξουαλική εγκράτεια χαρακτηρίζεται απ' τους παρακάτω τρόπους.

α) Η συνουσία που διακόπτεται

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητα της μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο, οι 38 γυναίκες έμειναν έγκυες⁴⁸.

β) Μέθοδος ρυθμού (ή ασφαλούς περιόδου)

Ο φυσικός οικογενειακός προγραμματισμός (NFP) επίσης γνωστός σαν μέθοδος του ρυθμού βασίζεται στη γνώση της γονιμότητας που είναι η γνώση του φυσικού κύκλου γονιμότητας και μη που είναι προσωπικός για κάθε γυναίκα. Βασίζεται στο γεγονός ότι η σύλληψη συμβαίνει κοντά στη στιγμή της ωορρηξίας²².

Διαπιστώθηκε λοιπόν πως η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη ημέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης περιόδου.

Ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για να εξακριβώσουμε τις γόνιμες ή όχι μέρες, ξεχωρίζουμε τις παρακάτω :

1. Μέθοδος ημερολογίου

Για να καθοριστούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια οι γόνιμες μέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των

κύκλων του προηγούμενου έτους (περίπου 8 έως 12 μήνες). Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού (S) και του μεγάλου κύκλου (L) κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου. Η πρώτη μέρα της εμμηνόρρουσης θεωρείται αριθμητικά σαν πρώτη μέρα. Για να βρούμε τώρα τις επικίνδυνες μέρες αφαιρούμε 11 μέρες απ' το μεγάλο κύκλο, ενώ από το μικρό 18. Έτσι, αν ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 30 μέρες και ο μικρότερος 24, έχουμε : $30 - 11 = 19$ και $24 - 18 = 6$.

1	6	19	28
Εμμηνόρρουση ασφαλής μέρες	Επικίνδυνες μέρες	Ασφαλής περίοδος μέχρι την επόμενη εμμηνόρρουση.	

Και η μέθοδος του ημερολογίου δε δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις :

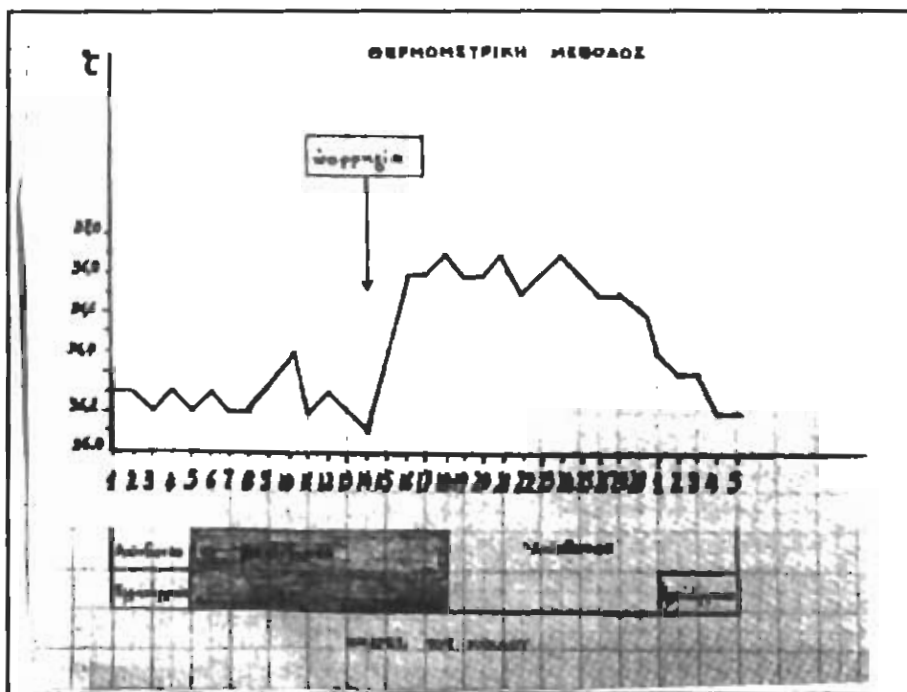
- i. Σε γυναίκες που ο κύκλος τους κρατάει λιγότερο από 20 μέρες.
- ii. Δεν ισχύει μετά τη γέννα, πριν την επανάληψη της εμμηνόρρουσης.
- iii. Κατά την εμμηνόπαυση δεν μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε.
- iv. Κατά τη διάρκεια ταξιδιού, όταν το κλίμα και η διαταραχή της ρουτίνας διακόπτουν τον έμμηνο κύκλο.
- v. Σε περιπτώσεις αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη⁹.

2. Θερμομετρική μέθοδος

Η συμπτωθερμική μέθοδος του NFP μαζί με την παρακολούθηση του ημερολογίου θα αυξήσουν το ποσοστό αποτελεσματικότητας. Η συμπτωθερμική μέθοδος χρησιμοποιεί τις αλλαγές στη βασική θερμοκρασία του σώματος και στην τραχηλική βλέννα που συμβαίνουν την ώρα της ωορρηξίας που βοηθούν να προβλεφθεί ο γόνιμος χρόνος σε έναν κύκλο.

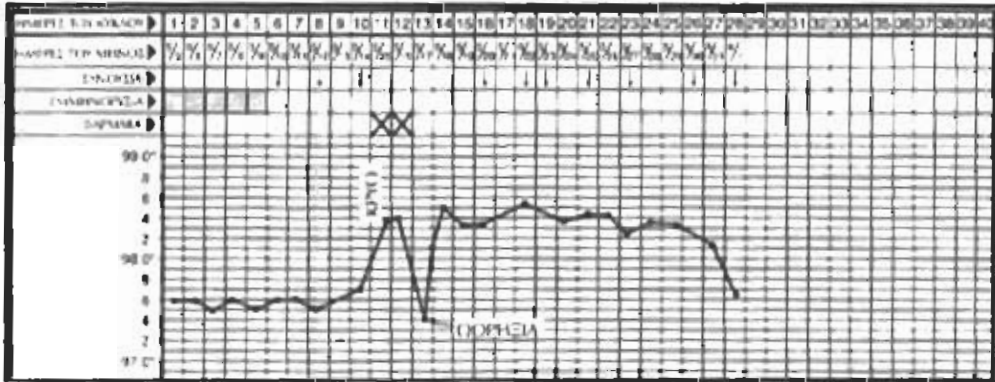
Όταν χρησιμοποιείται η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας η γυναίκα μετράει τη θερμοκρασία του σώματος της κάθε πρωί μετά από τουλάχιστον έξι ώρες ύπνου. Η θερμοκρασία κατά τη διάρκεια του πρώτου μέρους του έμμηνου κύκλου θα είναι χαμηλότερη αυτής κατά τη

διάρκεια του δεύτερου μέρους. Κοντά στο μέσον του κύκλου υπάρχει μια επιπλέον, μικρή πτώση θερμοκρασίας. Η πτώση της θερμοκρασίας στο μέσον του κύκλου συμβαίνει περίπου κατά την ώρα της ωορρηξίας. Δυο ή τρεις ημέρες μετά την ωορρηξία η θερμοκρασία του σώματος ανεβαίνει περίπου κατά 3/10 έως 1 βαθμό υψηλότερα και παραμένει εκεί έως την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Αρχίζοντας από την ημέρα ανόδου της θερμοκρασίας και αφήνοντας δυο έως τρεις ημέρες ασφαλείας η σύλληψη δεν πρέπει πια να είναι πιθανή²².



1. Γράφεται η ημερομηνία του μηνός στο διάγραμμα.
2. Θερμομετρείται η γυναίκα δια τοποθέτησως του θερμομέτρου για τουλάχιστον δύο λεπτά υπογλωσσίως κάθε πρωί και προ της καιακλίσεως. Αυτό γίνεται κάθε πρωί ακόμη και κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας. Προ της θερμομετρήσεως δεν τρώει, πίνει ή καπνίζει.
3. Σημειώνεται η θερμοκρασία στην καιάλληλη θέση του διαγράμματος.
4. Σημειώνονται οι ημέρες της συνουσίας.
5. Η πρώτη ημέρα της εμμήνου ροής είναι η έναρξη του κύκλου. Τούτο θα εμφανίζεται στο διάγραμμα.

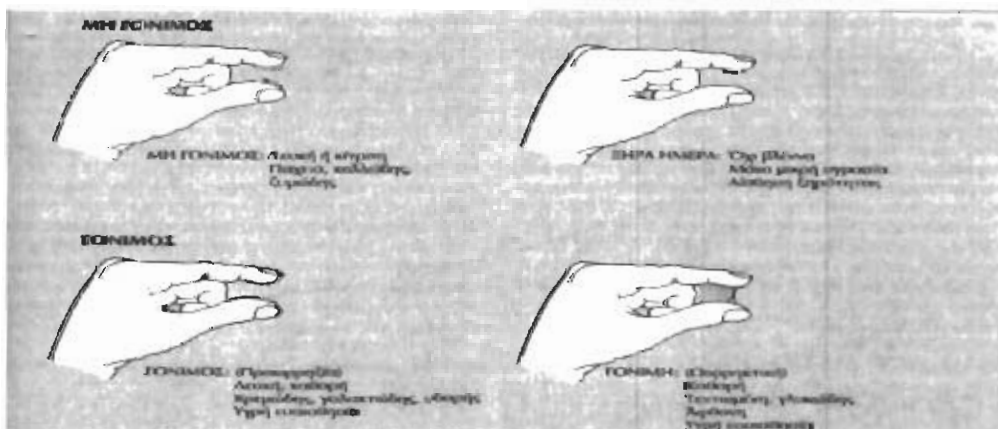
6. Σημειώνονται οι οποιοδήποτε λόγοι για τη θερμομετρική διακύμανση (όπως είναι τα φάρμακα, λοίμωξη, κρύο, κ.λ.π.) στο διάγραμμα.
7. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να έχουν ελαφρό άλγος στην κατώτερα κοιλία όταν παρατηρείται ωορρηξία. Τούτο σημειώνεται στο διάγραμμα.
8. Έναρξη του νέου κύκλου για σημειώσεις στο διάγραμμα.



3. Μέθοδος εξέτασης του βλεννογόνου της μήτρας (Mucus Method)

Μέθοδος προσδιορισμού του κολπικού pH.

Κατά τη διάρκεια του κύκλου και ειδικά κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας, συμβαίνει αλλαγή στο βλεννογόνο της μήτρας, οπότε εκκρίνεται περισσότερη βλέννα, που είναι λεπτόρρευση και πιο γλοιώδης. Η γυναίκα εξετάζοντας συχνά την υφή του εκκρίματος (βλέννες) αυτού, όταν παρατηρήσει την παραπάνω αλλαγή, καλό θα είναι να αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις.



Εικόνα 15. Έλεγχος της μεμβράνης της ωορρηξίας για τον καθορισμό του χρόνου γονιμοποίησης του κύκλου.

Η μέθοδος αυτή είναι απλή βέβαια και δεν κοστίζει, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι δεν παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα⁹.

8.4.2 Μηχανικές μέθοδοι

Μέσα και τρόποι αντισύλληψης

Αντισυλληπτικά

Σαν αντισυλληπτικά χαρακτηρίζονται όλα τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον άνδρα, τη γυναίκα ή και τους δυο μαζί, ώστε να εμποδίζεται η σύλληψη χωρίς να περιορίζεται η συνουσία. Τα μέσα αυτά για να είναι αποδεκτά πρέπει να παρέχουν ικανοποιητική ασφάλεια στην αποφυγή της σύλληψεως χωρίς επιπτώσεις στην ψυχική ή σωματική υγεία του ζεύγους. Εξ άλλου, για να μπορούν να εφαρμοσθούν στην πράξη, πρέπει να είναι απλά και οικονομικά. Τα τελευταία χρόνια τα αντισυλληπτικά μέσα έχουν εμπλουτισθεί με νέες μεθόδους, ακριβώς δε η πληθώρα των μέσων αποδεικνύει την έλλειψη ακόμη του ιδεώδους τρόπου προφυλάξεως από τη σύλληψη. Η επιλογή του κατάλληλου μέσου σε κάθε περίπτωση θα γίνει από την συνεκτίμηση διαφόρων επί μέρους παραγόντων, όπως των ενδείξεων, των παρενεργειών, της δαπάνης, της αποτελεσματικότητας κλπ.

Ενδείξεις

Οι ενδείξεις για τη χρήση αντισυλληπτικών χωρίζονται σε ιατρικές και κοινωνικές, σε πολλές όμως περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν.

Ιατρικές ενδείξεις. Αφορούν διαφόρους νόσους της γυναίκας, όπως φυματίωση, καρδιοπάθεια, πρόσφατες εγχειρήσεις (καισαρική τομή), πρόσφατη μύλη κύηση, ψυχικές διαταραχές κλπ., οι οποίες μπορεί να επιβαρυνθούν με την κύηση. Επίσης διάφορες κληρονομικές νόσοι, όπως η μεσογειακή αναιμία (στίγμα και στους δυο γονείς), η ευαισθητοποίηση έναντι του παράγοντα Resus κ.α. αποτελούν απόλυτες ενδείξεις αποφυγής κυήσεως.

Κοινωνικές ενδείξεις. Αφορούν διαφόρους κοινωνικοοικονομικούς λόγους που επιβάλλουν την προφύλαξη από τη σύλληψη, όπως η αγαμία, η πολυτεκνία, η πρόοφατη κύηση, η οικονομική ανέχεια, η επιθυμία οργανώσεως και προγραμματισμού της οικογενείας κ.α. Στις ίδιες ενδείξεις υπάγεται και ο έλεγχος των γεννήσεων σε ταχέως αναπτυσσόμενους υπανάπτυκτους πληθυσμούς¹⁸.

Ανδρικά προφυλακτικά. Είναι η κλασική μέθοδος προφύλαξης και συνίσταται στη χρήση καλύπτρας του πέους από ελαστικά που συλλέγει το σπέρμα στην εκσπερμάτιση. Μοναδική αναστρέψιμη μέθοδος ανά τον κόσμο.

Μειονεκτήματα. Η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης, η συχνή ρήξη του προφυλακτικού μέσα στον κόλπο.

Απαιτούν διακοπή της δράσης (σεξουαλικής επαφής), για να τοποθετηθούν^{13, 18, 9}.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι διαθέσιμο μόνο στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης¹³.

Διάφραγμα τραχήλου. Αυτό είναι ελαστικό, σε διάφορο μέγεθος, αλειμμένο με σπερμοκτόνα αλοιφή και εφαρμόζεται με τα δάκτυλα ή με ειδικό εργαλείο πάνω στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο πριν από τη συνουσία και για 6-8 ώρες μετά από αυτή. Είναι, όμως, δυνατό να παραμείνει και για 24 ώρες, χωρίς να προκαλέσει καμία ενόχληση.

Η χρησιμοποίηση του διαφράγματος του τραχήλου έχει συχνότητα αποτυχίας 12-14% από κακή εφαρμογή. Σε καλή εφαρμογή του και με τη χρησιμοποίηση σπερμοκτόνας αλοιφής η συχνότητα αποτυχίας μπορεί να κατέβει στο 2-4%⁴⁶.

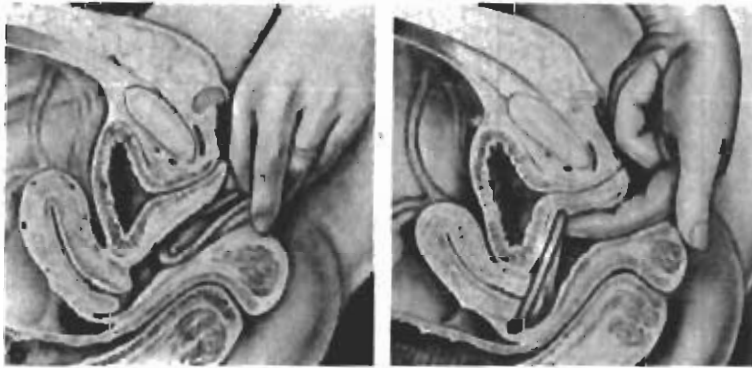
Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαφράγματος είναι :

1. Αβλαβές στον οργανισμό.
2. Υγιεινό και δεν προκαλεί καμία λοίμωξη στον κόλπο.
3. Όταν είναι τοποθετημένο σωστά, δε γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία κι έτσι δε μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματα του είναι :

1. Όταν δεν τοποθετείται σωστά, προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
2. Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα ή στο σύντροφό της.
3. Τέλος, δε χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και απ' αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας⁹.

Επίσης η ανάγκη ειδικής εκπαίδευσέως της γυναίκας, η διαφυγή σπέρματος από τα πλάγια του διαφράγματος προς τον τράχηλο¹⁸.



Εικόνα 16. Εισαγωγή και τοποθέτηση κοιλιακού διαφράγματος.

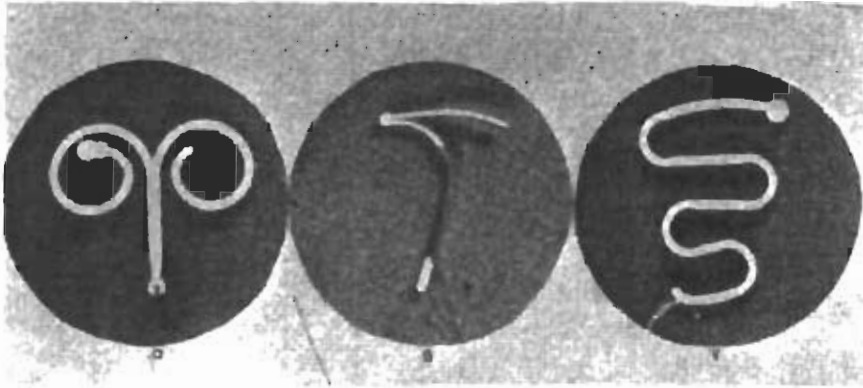
Ενδομήτριες συσκευές ή I.U.D. ή Ενδομητρικοί πεσσοί (σπειράματα)

Αποτελούνται από πλαστικό απλό ή με περιέλιξη χαλκού και τοποθετούνται στη μήτρα, όπου παραμένουν 1-3 χρόνια. Εμποδίζουν τη σύλληψη με την αλλοίωση του ενδομητρίου, την επιτάχυνση της καθόδου του ωαρίου από τις σάλπιγγες και άλλους παράγοντες. (Εικ. 17).

Μειονεκτήματα. Μικρές μητρορραγίες, φλεγμονές, υπογάστρια άλγη¹⁸.

Τα πιο καινούργια σπειράματα, που χρησιμοποιούνται, είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T και Y. Τα ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική

τους δράση. Ένα ακόμα πιο νέο οπείραμα, είναι το οπείραμα προγεστερόνης. Αποιελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης, που περιέχεται σε μια μεμβράνη. Η δράση της προγεστερόνης στηρίζεται στην ποσότητα ομώνυμης ουσίας που αποβάλλεται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα⁹.



Εικόνα 17. Ενδομητρικοί αντισυλληπτικοί πεσοοί. α= Saf – T-Coil, β= Gravigard, γ=Lippes-Loop.

Απόλυτες αντενδείξεις για την τοποθέτηση I.U.D.

1. Πυελική λοίμωξη.
2. Κύηση. Πριν την τοποθέτηση πρέπει να αποκλειστεί κύηση κλινικά ή εργαστηριακά.
3. Ιστορικό εξωμήτριας εγκυμοσύνης.
4. Μητρορραγίες άγνωστης αιτιολογίας.
5. Καρκίνος της μήτρας γενικά ή υποψία κακοήθειας.
6. Δυσπλασίες μήτρας.
7. Ινομύωματα, πολύποδες.
8. Ενδομητρίωση.
9. Προηγούμενη αποβολή, προβλήματα με I.U.D. – κυήσεις.
10. Υπερπλασία ενδομητρίου.
11. Ιστορικό σοβαρής αγγειονευρωτικής αντίδρασης ή λιποθυμίας.

Σχετικές αντενδείξεις για την τοποθέτηση I.U.D.

1. Αναιμία.
2. Άτεκνη γυναίκα.

3. Διαταραχές πήξεως του αίματος.
4. Μεγάλη στένωση του τραχήλου.
5. Σοβαρή πρωτοπαθής δυσμηνόρροια.
6. Αλλεργία στο χαλκό ή νόσος του Wilson.

Μετά την εξαίρεση της ενδομήτριας συσκευής η γονιμότητα της γυναίκας επανέρχεται. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου φτάνει το 2%.^{22, 46, 21.}

Τα σπειράματα χαλκού είναι η δεύτερη πιο συχνή αντισυλληπτική μέθοδος που χρησιμοποιείται στην Ευρώπη. Τα σπειράματα προγεστερόνης – Levonorgestrel (Mirena^R) είναι εξίσου πολύ χρησιμοποιημένα στην Ευρώπη και θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά μακράς διάρκειας και αναστρέψιμη μέθοδος.

Μερικοί όμως είναι επιφυλακτικοί να χρησιμοποιήσουν αυτές τις συσκευές σε πολύ νεαρές και άτοκες γυναίκες.

Επίσης θεωρείται πολύ ευνοϊκός παράγοντας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι αποφεύγεται η χρήση σε γυναίκες με πολλούς ερωτικούς συντρόφους¹³.

Στείρωση

Χειρουργικές μέθοδοι. Αφορούν στείρωση του άνδρα με απολίνωση των σπερματικών πόρων και της γυναίκας με απολίνωση των σαλπγγων που γίνεται με λαπαροτομία ή λαπαροσκόπηση. Η στείρωση είναι συνήθως μόνιμη, τελευταία όμως δοκιμάζεται η προσωρινή τοποθέτηση πλαστικών κλιπς στους πόρους ή στις σάλπιγγες που αφαιρούνται σε επιθυμία κυήσεως.

Μειονεκτήματα. Η περίπλοκη διαδικασία με τους κινδύνους της επεμβάσεως και η συνήθης μονιμότητα της στειρότητας¹⁸.

8.4.3 Φαρμακευτικές μέθοδοι

Αντισυλληπικά χάπια. Περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερονοειδούς και χορηγούμενα όλες σχεδόν τις ημέρες του κύκλου αναστέλλουν την ωοθυλακιορρηξία λόγω επιδράσεως στην

υπόφυση. Επίσης δρουν τοπικά στο ενδομήτριο και την τραχηλική βλέννη και καθιστούν το έδαφος ακατάλληλο για την άνοδο των σπερματοζωαρίων ή την εγκατάσταση του κυήματος.

Μειονεκτήματα. Οι θρομβώσεις, οι εμβολές και η ηπατική επιβάρυνση σε άτομα με προδιάθεση, η αύξηση του βάρους του σώματος.

Το κάπι δεν ενδείκνυται για τις γυναίκες που είναι διαβητικές, παχύσαρκες, καπνίζουν πολύ, παρουσιάζουν μεγάλη πίεση του αίματος ή έχουν ιστορικό θρόμβωσης του αίματος. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το κάπι προκαλεί καρκίνο. Τα οιστρογόνα ωστόσο μπορεί να αυξήσουν την ανάπτυξη καρκίνου που προϋπάρχει.

Πρέπει να παίρνονται ορισμένα μέτρα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το κάπι. Δηλαδή : α) πρέπει να λαμβάνεται με συνταγή και μετά από ιατρική εξέταση, β) αν παρουσιαστούν δυνατοί πονοκέφαλοι, ξαφνικό θόλωμα ή απώλεια της όρασης, δυνατοί πόνοι των ποδιών, πόνοι στο στήθος ή δύσπνοια, είναι ανάγκη να ζητηθεί η συμβουλή και η βοήθεια του γιατρού.

Σήμερα στο εμπόριο κυκλοφορεί μεγάλη ποικιλία καπιών, όπως τα σύνθετα κάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων και τα κάπια προγεστερόνης.⁶

Το κάπι είναι η πιο συχνή και αναστρέψιμη μέθοδος αντισύλληψης στην Ευρώπη. Ο αριθμός των διαθέσιμων ειδών ποικίλλει από 10 στη Γιουγκοσλαβία μέχρι 81 στην Γερμανία. Το ποσοστό αποτυχίας είναι μεταξύ 0,1 όταν χρησιμοποιείται σωστά και 6-8 όταν δεν χρησιμοποιείται σωστά.

Το 11% των επαναλαμβανόμενων εκτρώσεων στη Ρωσία είναι λόγω της λανθασμένης χρήσης του καπιού.

Για να βελτιώσουν αυτό πολλές εταιρίες προσφέρουν ηλεκτρονικές συσκευές υπενθύμισης.

Η αποδοχή του καπιού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Στις οικονομικά αδύνατες κοινωνίες η τιμή μπορεί ν' αποτελεί εμπόδιο, ειδικά για τους έφηβους. Δεν υπάρχει μια κοινή Ευρωπαϊκή πολιτική σχετικά με την οικονομική κάλυψη από ασφαλιστικά ταμεία. Σε ορισμένες χώρες το κάπι δίνεται δωρεάν σε όλους (U.K.) ή σε έφηβους

(Γαλλία) ενώ στις περισσότερες χώρες (Πολωνία) είναι δύσκολο να βρεθεί ένα αντισυλληπτικό χάπι στη λίστα των φαρμάκων που καλύπτουν τα ταμεία^{9,13,18}.

Αντενδείξεις. *Η χορήγηση των αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει να αποφεύγεται :*

1. Σε καρκίνο της μήτρας και των μαστών.
2. Σε οξείες και χρόνιες παθήσεις του συκωτιού.
3. Σε κίρσους και σε προηγηθείσες θρομβοφλεβίτιδες.
4. Σε αδιάγνωστες διαταραχές του γεννητικού κύκλου.
5. Σε εγκυμοσύνη.
6. Σε υπερλιπιδαιμία και διαβήτη.
7. Σε λειομύωμα της μήτρας.
8. Σε υπέρταση και επιληψία.
9. Στην κλιμακτηριακή ηλικία.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Ναυτίες – εμετός
Μικροαιμορραγία
Αμηνόρροια
Κατάθλιψη
Μεταβολή βάρους

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Υπέρταση.
Θρομβοεμβολικά επεισόδια – Θρομβοφλεβίτιδα.
Νευροαγγειακές επιπλοκές.
Έμφραγμα του μυοκαρδίου.
Ηπατοκυτταρικό αδένωμα.

Η ύπαρξη των πιο πάνω επιπλοκών καθιστά αναγκαία την πραγματοποίηση πλήρους ιατρικής εξέτασης πριν την χορήγηση οποιουδήποτε αντισυλληπτικού, η οποία περιλαμβάνει :

- i. γυναικολογική εξέταση
- ii. εξέταση των μαστών (ανίχνευση για εντοπισμό όγκων)

- iii. test Pap (τεστ Παπανικολάου), λήψη κυττάρων από τον τράχηλο για ανίχνευση καρκινωμάτων
- iv. πίεση του αίματος και βάρος
- v. ανάλυση αίματος και ούρων (ορμονική ανάλυση)

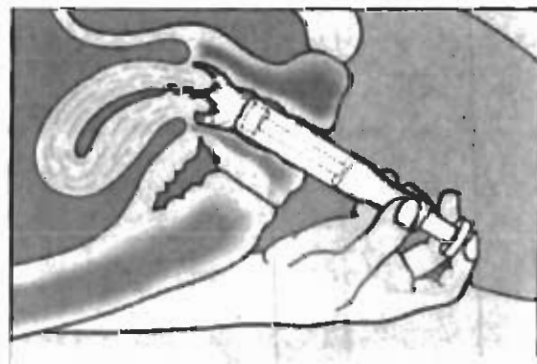
Μετά από έναν έως τρεις μήνες λήψης χαπιού, ελέγχονται ξανά το βάρος και η πίεση. Κάθε χρόνο πρέπει να ξαναγίνεται πλήρης ιατρική εξέταση.

Ένεση τριών μηνών

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος περιέχει συνθετική προγεστερόνη, αλλά είναι περιορισμένης χρήσης. Η ένεση γίνεται στο μηρό ή στο χέρι κάθε 90 μέρες. Είναι το μόνο γνωστό αντισυλληπτικό, που μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη για τρεις μήνες. Χρησιμοποιείται από τις γυναίκες εκείνες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι.

Κολπικός αφρός

Ένα από τα πιο δραστικά και ταυτόχρονα αποτελεσματικά μέσα αντισύλληψης είναι ο κολπικός αφρός, που έχει το μεγάλο πλεονέκτημα πως χρησιμοποιείται πολύ εύκολα. Με τη βοήθεια μιας πλαστικής σύριγγας παίρνουμε τον αφρό που βρίσκεται υπό πίεση σ' ένα δοχείο και τον μεταφέρουμε μισή ώρα πριν τη συνουσία στον κόλπο της γυναίκας.



Εικόνα 18.

Σπερμοκτόνα φάρμακα

Προσφέρονται σε διάφορες αλοιφές ή υπόθετα και δρουν τοξικά στα σπερματοζώαρια στον κόλπο. Χρησιμοποιούνται αμιγή ή σε

συνδυασμό με άλλες μεθόδους (προφυλακτικά, κολπικά διαφράγματα).^{9, 13, 18, 46, 21}

Άλλες ορμόνες. Εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία που περιγράψαμε παραπάνω για την επιτυχία αντισύλληψης χρησιμοποιούνται και τα παρακάτω ορμονικά μέσα :

Το δισκίο της «επόμενης ημέρας». Αυτό παίρνεται μετά τη συνουσία. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται :

1. Οιστρογόνα (διεθυλοστιλβοιστρόλη, αιθινυλοιστραδιολη ή συζευγμένα οιστρογόνα), που εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.
2. Προγεστερονοειδή (νοργεστρέλη, οξική κουινγεστανόλη).
3. Συνδυασμός οιστρογόνων – προγεστερονοειδούς, που εμποδίζει την εμφύτευση. Το δισκίο παίρνεται μια φορά μετά τη συνουσία ή άλλη μια φορά σε 12-24 ώρες⁴⁶.

Προκλητή έκτρωση (φαρμακολογικά)

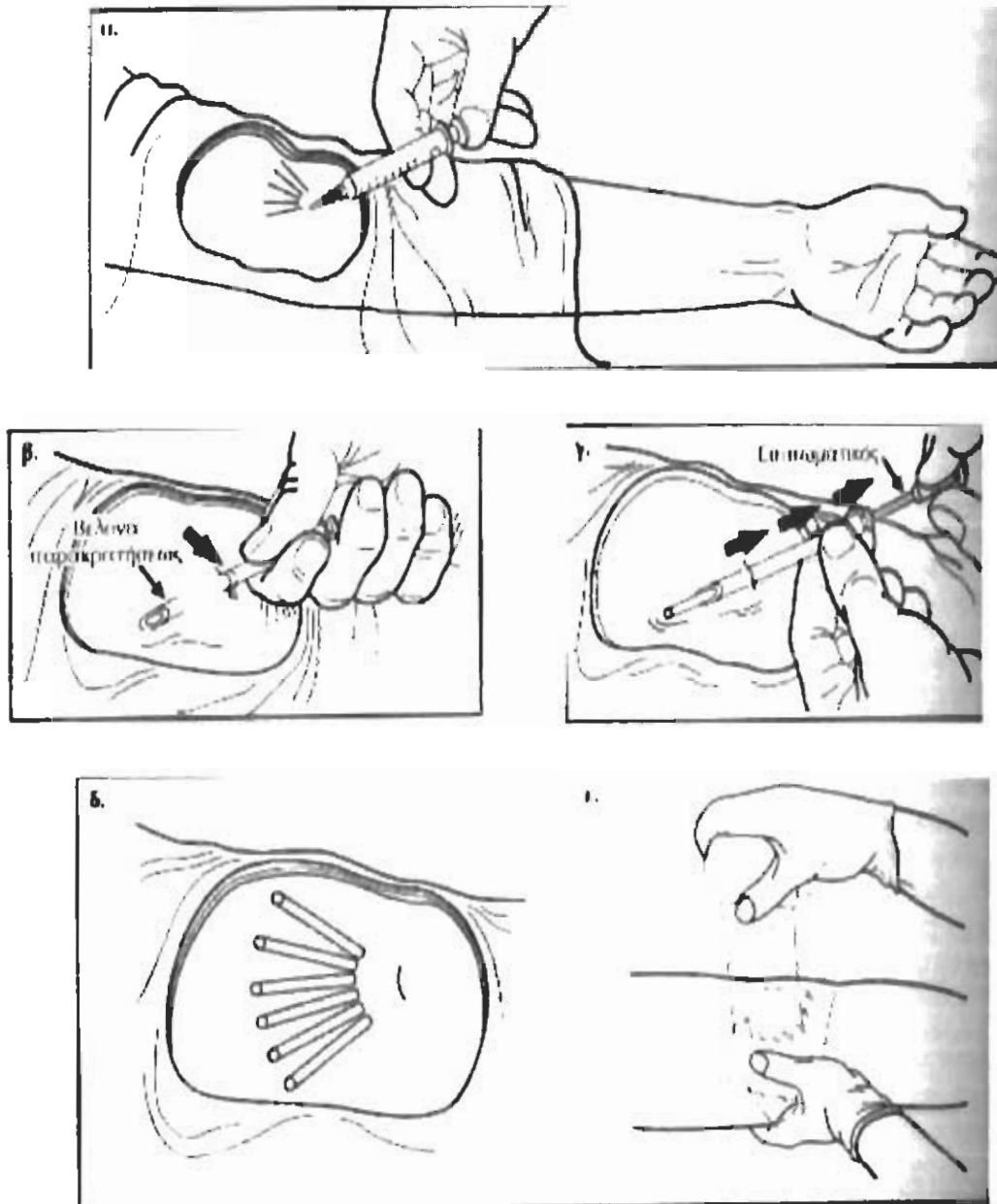
Η αποτελεσματικότητα διαφόρων εμπειρικών φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Σήμερα χρησιμοποιούνται ορισμένα φάρμακα (μεγάλες δόσεις οιστρογόνων αμέσως μετά την πιθανολογούμενη σύλληψη, προσταγλανδίνες για κυήσεις σχετικά προχωρημένες) που θεωρούνται αποτελεσματικά αλλά δεν έχουν ακόμη χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση.

Για τα εμπειρικά φάρμακα που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν η δράση τους βασίζεται σε γενική τοξική επίδραση και για το λόγο αυτό είναι επικίνδυνη. Τα οιστρογόνα φαίνεται ότι δυσκολεύουν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ η δράση των προσταγλανδινών αφορά ποικίλα στάδια της διαδικασίας εμφυτεύσεως και συντηρήσεως⁴⁹.

8.4.4 Σύστημα NORPLANT (Implanon^R)

Στις αρχές του 1991, το FDA ενέκρινε μια νέα μέθοδο αντισύλληψης στις Ηνωμένες Πολιτείες που ονομάζεται σύστημα

Norplant. Το σύστημα Norplant συνιστάται από έξι κάψουλες σιλικόνης, σε μέγεθος σπέρτου γεμάτες από κωνιορτοποιημένη συνθετική προγεστερόνη, βλέπε Εικόνα 19.



Εικόνα 19. Εισαγωγή των Norplant capsules. (α) Ένεση του τοπικού αναισθητικού. (β) Βελόνα παρακέντησης. (γ) Πρώτος τρόπος για την τοποθέτηση της Norplant capsules. (δ) Επανάληψη της αυτής μεθόδου. (ε) Αφαίρεση της βελόνας παρακεντήσεως και σύγκλιση της τομής με επίδεσμο.

Αυτές οι ράβδοι εμφυτεύονται χειρουργικά, υποδερμικά στην εσωτερική πλευρά του μπράτσου. Η διαδικασία γίνεται με τοπικό αναισθητικό. Η συνθετική προγεστερόνη αρχίζει να διαρρέει, μέσα από τα ημιπορώδη τοιχώματα της κάψουλας σε αργό, ελεγχόμενο ρυθμό, μέσα στο αίμα και μεταφέρεται στην υπόφυση μέσα στον εγκέφαλο. Μέσα σε 24 ώρες έως 48 ώρες η υπόφυση σταματάει τελείως την παραγωγή της προλάνης Β και της FSH (διεγείρουσα το ωοθυλάκιο ορμόνη).

Το σύστημα Norplant προσφέρει 99,9 % προστασία για μια συνεχή περίοδο 5 ετών. Εάν είναι επιθυμητή μια εγκυμοσύνη, οι ράβδοι μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά και η γονιμότητα επανέρχεται σε 24 ώρες.

Το σύστημα Norplant έχει αρκετά μειονεκτήματα. Είναι πιο ακριβό από τις βραχυπρόθεσμες μεθόδους, απαιτείται μικρά χειρουργική για την εμφύτευση και αφαίρεση του συστήματος, τα εμφυτεύματα ίσως είναι ελαφρώς ορατά, οι χρήστες πιθανώς να παρατηρήσουν αλλαγές στον τρόπο αιμορραγίας, αλλαγές βάρους, κεφαλαλγία και αλλαγές διάθεσης είναι επίσης πιθανές παρενέργειες.

Οι αντενδείξεις για τη χρήση περιλαμβάνουν οξεία ηπατική νόσο, ίκτερο, αδικαιολόγητη κολπική αιμορραγία, ιστορικό θρομβώσεως στους μηρούς, τους πνεύμονες ή τα μάτια και ιστορικό καρδιακής προσβολής, πόνο στο στήθος λόγω καρδιακής νόσου ή εγκεφαλικού επεισοδίου²².

Τα εμφυτεύματα προγεστερόνης είναι διαθέσιμα στις περισσότερες δυτικές ευρωπαϊκές χώρες. Η χρήση εμφυτευμάτων στις υπόλοιπες χώρες είναι πολύ περιορισμένη. Στην Αλβανία, στη Λευκορωσία, Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρο, Πολωνία, Ρωσία δεν χρησιμοποιούνται καθόλου¹³.

8.5 Αντενδείξεις για χορήγηση ορμονικών αντισυλληπτικών

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Πονοκέφαλοι – ημικρανία.
 Υπερτασική νόσος.
 Ισχυρώματα μήτρας.
 Επιληψία.
 Κίρσοι των κάτω άκρων.
 Διαβήτης της εγκυμοσύνης.
 Διακοπή λήψης πριν από εγχείριση.

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΕΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας, θρομβοεμβολικού ή εγκεφαλικού επεισοδίου.
 Στεφανιαία νόσος.
 Επιβαρημένη ηπατική λειτουργία.
 Υποψία για νεόπλασμα μαστού.
 Οιστρογονοεξαρτώμενη νεοπλασία.
 Αδιάγνωστη αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα.
 Υποψία εγκυμοσύνης.
 Αποφρακτικός ίκτερος στην εγκυμοσύνη.
 Συγγενής υπερλιπιδαιμία²¹.

Αντενδείξεις για τη χρήση του συνδυασμού των αντιυπερτασικών






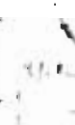
Απόλυτες Αντενδείξεις Θρομβοφιλία ή θρομβοεμβολική διαταραχή (πρόσφατη ή ιστορική).	Σχετικά Ισχυρές Αντενδείξεις	Άλλοι Παράγοντες Αντενδείξεων
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (πρόσφατο ή ιστορικό).	Έντονες κεφαλαλγίες αγγειακής ή ημικρανιακής αιτιολογίας ιδιαίτερες όταν αρχίζουν μετά την έναρξη της λήψης των αντιυπερτασικών.	Δρεπανοκυτταρική νόσος.
Στεφανιαία νόσος (πρόσφατη ή ιστορική).	Υπέρταση με διαστολική αρτηριακή πίεση κατά την ανάπαυση 90 mm Hg ή μεγαλύτερη ή συστολική αρτηριακή πίεση κατά την ανάπαυση 140 mmHg ή μεγαλύτερη σε φρεϊ ή περισσότερες ξεχωριστές μετρήσεις.	Ενεργός νόσος της χαλιδόχου κύστεως.
Γνωστό ή ύποπτος καρκίνος του μαστού (πρόσφατος ή ιστορικός).	Οξεία φάση της μονοκυττάρωσης.	Συγγενής υπερκολερυθριναιμία.
Γνώση ή υποδειχθείσα οιστρογονοεξαρτημένη νεοπλασία (πρόσφατος ή ιστορικός).	Εκλεκτική μεγάλη εγκέφαση απαιτούσα ακινητοποίηση τις επόμενες τέσσερις εβδομάδες.	Ηλικία μεγαλύτερων των 50 ετών.
Καλοήθης ή κακοήθης όγκος του ήπατος (πρόσφατος ή ιστορικός).	Μακρύς γύψος του σκέλους ή μεγάλη κάκωση του κατώτερου σκέλους.	Ολοκλήρωση της κυήσεως εντός των δύο προηγούμενων εβδομάδων.
Γνώση διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας.	Μετά την ηλικία των 40 ετών, η ύπαρξη δεύτερου παράγοντος κινδύνου συμβάλλοντος στην ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου, όπως είναι ο σακχαρώδης ή υπέρταση.	Αύξηση του βάρους κατά 2 kg περίπου ενώ ελάμβανε αντιυπερτασικά στο παρελθόν.
Κύηση.	Ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών με ταυτόχρονο κάπνισμα 15 ή περισσότερων σιγαρέτων ημερησίως.	Καρδιακή ή νεφρική νόσος.
Χολοσταση κατά τη διάρκεια της κυήσεως.	Οποιαδήποτε ανώμαλη, μη διαγνωσθείσα αιμορραγία.	Αδυναμία να παρακαλουθίγεται τις οδηγίες λήψεως του δισκίου.
		Γαλουχία. Οικογενές ιστορικό υπερλιπιδαιμίας ή καρδιακής νόσου προκαλούσα έμφραγμα του μυοκαρδίου στη μητέρα ή τη θγαυτέρα προ της ηλικίας των 50 ετών.



ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΕΩΣ - ΚΙΝΔΥΝΟΙ - ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΟΦΕΛΕΙΕΣ

Μέθοδος	Κίνδυνοι	Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Μη Αντισυλληπτικά Οφέλη
Αντισυλληπτικά	Καρδιαγγειακές επιπλοκές, όπως είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, πρήγματα αίματος, υψηλή αρτηριακή πίεση και καρδιακά επεισόδια με την χορήγηση υψηλών δόσεων του συνδυασμού των αντισυλληπτικών.	Πιθανή ναυτία, κεφαλαλγία, λιγνός, αύξηση του βάρους, ευαισθησία των μαστών, κλάσσημα, κράμπες.	Ελαττώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου, ελαττώνουν την απώλεια αίματος κατά την εμμηνορροια και την δυσμηνορροια (κράμπες), ελαττώνουν τις καλοήθειες νόσους του μαστού, ρυθμίζουν τις ανωμαλίες από την αρτηριοσκλήρυνση, ελαττοποιούν τον κίνδυνο της ρευματισειδούς αρθρίτιδος, ελαττώνουν τα ινομύωματα της μήτρας και ελαττώνουν τις κύστες των ωοθηκών.
IUD (ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ).	Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, ρήξη της μήτρας, αναιμία.	Εμμηνορροιακή κράμπες, κηλίδες, αυξημένη αιμορραγία.	Ουδέν γνωστό πλην της απελευθέρωσης προγεστίνης επί IUD, η οποία μπορεί να ελατώσει το άλγος της εμμηνορροιας και την απώλεια του αίματος.
Προφυλακτικά	Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, ρήξη της μήτρας, αναιμία.	Ελαττωμένη ευαισθησία, αλλεργία στο Latex.	Προστατεύουν εναντίον των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων, συμπεριλαμβανομένου του AIDS.
Μη εμφωτευόμενα μασκευμάτα.	Ουδέν γνωστό.	Εμμηνορροιακές μεταβολές, αύξηση του βάρους, κεφαλαλγίες.	Μπορεί να προστατεύσουν εναντίον των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων, μπορεί να ελαττώσουν τις εμμηνορροιακές κράμπες και την απώλεια του αίματος.
DMPA (ΓΕΝΕΣΕΙΣ DEPO-PROVERA).	Λοίμωξη στην περιοχή της εμφωτεύσεως.		Μπορεί να προστατεύσουν εναντίον των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων, δεν διαταράσσεται η γαλουχία, μπορεί να προστατεύσουν εναντίον του καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου.
Στείρωση.	Λοίμωξη.	Άλγος στην χειρουργική περιοχή, ψυχολογική αντίδραση.	Ουδέν γνωστό.
Αποχή	Ουδέν γνωστό.	Ψυχολογικές αντιδράσεις.	Πρόληψη των λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένου του AIDS.
Έκτρωση	Λοίμωξη, άλγος, διάτρηση, ψυχολογικό τραύμα.	Κράμπες.	Ουδέν γνωστό.
Φάρμακα (διάφραγμα, κάψουλες, σπύγγος).	Μηχανικός ερεθισμός, κοιλιακές λοιμώξεις σύνδρομο τοξικού shock.	Μηχανικός ερεθισμός, λοιμώξεις του κόλπου, σύνδρομο τοξικού shock.	Προστασία κάποιου βαθμού εναντίον των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων.

ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

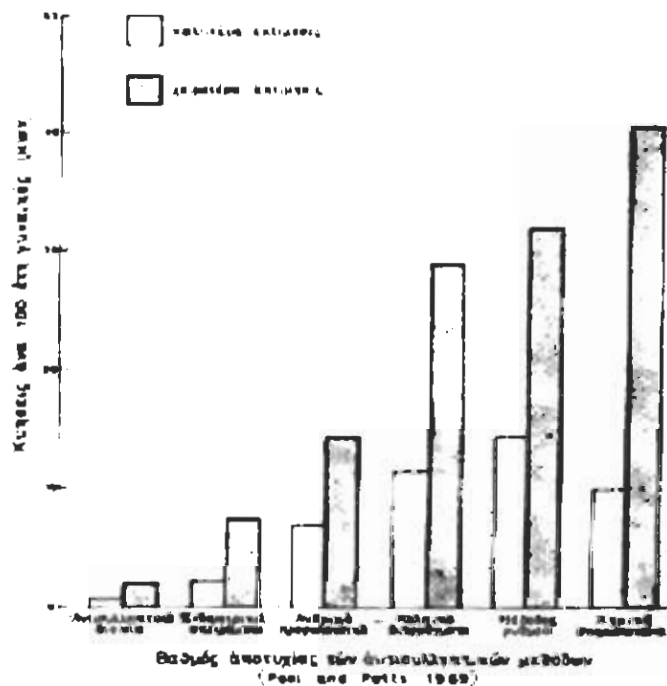
Επί τοις εκατό των χρησιμοποιούντων τη μέθοδο.	Θεωρητική Αποτελεσματικότητα	Πραγματική Αποτελεσματικότητα	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
0,6	85%	75%-80%	Δεν απαιτεί ιδιαίτερη προετοιμασία· δεν παρουσιάζει παρενέργειες· οι άντρες μοιράζονται την ευθύνη του οικογενειακού προγραμματισμού.	Παρεμβάινει στη συνουσία· δεν είναι πάντα εύκολο να λειτουργήσει αποτελεσματικά.
	97%-98%	80%-90%	Χωρίς κινδύνους για την υγεία· προστατεύει από κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ).	Τοποθετούνται 5-30 λεπτά πριν τη συνουσία· είναι αποτελεσματικά μόνο για 30-60 λεπτά· για κάποιες γυναίκες μπορεί να είναι άβολο ή ενοχλητικό.
8,8	98%	80%-90% Πολύ μεγαλύτερη η αποτελεσματικότητά του όταν συνδυάζεται με σπερματοκτόνα.	Ευκόλοχρηστο· φτηνό και ευκολοδιάθετο· χωρίς κινδύνους για την υγεία· πολύ αποτελεσματική προστασία από κάποια ΣΜΝ· οι άντρες μοιράζονται την ευθύνη του οικογενειακού προγραμματισμού· μπορεί να προφυλάξει από τραχηλικό καρκίνο.	Τοποθετούνται ακριβώς πριν τη συνουσία· μερικοί άντρες παραπονοούνται για απώλεια ευαισθησίας· Πρέπει να αποσυρθεί το πέος από τον κόλπο ενώ βρίσκεται ακόμη σε σπύση· Μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό των γεννητικών οργάνων.
1	97%-98%	80%-90%.	Χωρίς κινδύνους για την υγεία· Προστατεύει από κάποια ΣΜΝ και από τον τραχηλικό καρκίνο.	Εισάγεται με σφρό ή κάποιο ζελ πριν από τη συνουσία και δεν μπορεί να αποσυρθεί παρά 8 ώρες μετά· Πρέπει να διδύξει τη σωστή τοποθέτηση του ειδικός· Για μερικές γυναίκες είναι άβολο ή ενοχλητικό· είναι άβολο στο καθάρισμα, στη διατήρηση και στην τοποθέτηση του.
18,5	90%	97%-98%	Ευκόλοχρηστο· αποτελεσματικό· ταιριάζει στην πρόληψη της εγκυμοσύνης· δεν παρεμβάινει στη συνουσία· ρυθμίζει τις έμμηνοους κύκλους· μειώνει τις αιμορραγίες και τους πόνους της περιόδου· προστατεύει από τον καρκίνο των ωοθηκών του ενδομητρίου.	Πρέπει να λαμβάνεται κάθε μέρα· απαιτεί περιοδικό έλεγχο· μπορεί να έχει παρενέργειες, όπως ναυτίες ή έμφραση λεκέδων στο δέρμα κατά την περίοδο· πιθανά κυκλοφορικά προβλήματα, όπως θρομβώσεις, καρδιακή διαταραχή και υπέρταση σε περιορισμένο αριθμό γυναικών.

Επί τοις εκατό των χρησιμοποιούντων τη μέθοδο.	ΑΠΟΛΟΓΩΣΗ ΣΑΛΙΠΠΤΩΝ 	ΒΑΣΕΚΤΟΜΗ 	ΜΕΘΟΔΟΣ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟΥ 	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΣΦΟΥΡΤΑΡΙ 	ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΨΑ 	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ (ΣΠΙΡΑΛ) 	Επί τοις εκατό των χρησιμοποιούντων τη μέθοδο.	Θεωρητική Αποτελεσματικότητα	Πραγματική Αποτελεσματικότητα	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
16,6	99,96%	99,96%	99,96%	99,96%	99,96%	99,96%	99,96%	Μόνιμη : εξαλείφει το φόβο να μείνει έγκυος η γυναίκα. Δεν υπάρχουν κίνδυνοι παρενέργειες στην υγεία.	99,96%	Μόνιμη : εξαλείφει το φόβο να μείνει έγκυος η γυναίκα. Δεν υπάρχουν κίνδυνοι παρενέργειες στην υγεία. Δεν απαιτεί τίποτε άλλο : χωρίς παρενέργειες οι άντρες μοιράζονται την ευθύνη του οικογενειακού προγραμματισμού.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή μετά την επέμβαση, οι γυναίκες πιθανόν να μην μπορέσουν ποτέ να κάνουν παιδιά.
7	99,85%	99,85%	99,85%	99,85%	99,85%	99,85%	99,85%	Δεν απαιτεί τίποτε άλλο : χωρίς παρενέργειες οι άντρες μοιράζονται την ευθύνη του οικογενειακού προγραμματισμού.	99,85%	Μόνιμη : εξαλείφει το φόβο να μείνει έγκυος η γυναίκα. Δεν υπάρχουν κίνδυνοι παρενέργειες στην υγεία.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή, μετά την επέμβαση, οι άντρες πιθανόν να μην μπορούν να κάνουν παιδιά.
1,8	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	Δεν απαιτεί τίποτε άλλο : χωρίς παρενέργειες οι άντρες μοιράζονται την ευθύνη του οικογενειακού προγραμματισμού.	75%-80%	Δυσκολόχρηστη, ειδικά αν οι έμμηνοι κύκλοι είναι άστατοι, χωρίς σταθερή διάρκεια και χρόνο κύκλου, όπως συμβαίνει στις νέες γυναίκες. Απαιτεί αποχή για μεγάλα διαστήματα.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή, μετά την επέμβαση, οι άντρες πιθανόν να μην μπορούν να κάνουν παιδιά.
0,7	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Αποτελεσματικό επί 24 ώρες και αμέσως μετά την εισαγωγή του προστατεύει από κάποια Σ.Μ.Ν.	75%-90%	Πρέπει να υγρανθεί πριν την εισαγωγή του. Για μερικές γυναίκες είναι άβολο ή ενοχλητικό μπορεί να προκαλέσει κολλικό ερεθισμό-μερικές φορές είναι δύσκολο να εισαχθεί και να αποσπαστεί σχετικά ακριβό.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή, μετά την επέμβαση, οι άντρες πιθανόν να μην μπορούν να κάνουν παιδιά.
1	Εκτιμάται ότι η αποτελεσματικότητα της είναι παρόμοια με του διαφραγματος, αλλά δεν υπάρχει αξιόπιστη μελέτη της μεγάλης κλίμακας.	99%	99%	99%	99%	99%	99%	Ευκολόχρηστο : αποτελεσματικό στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Δεν παρεμβαίνει στην συνουσία. Δεν απαιτείται κάθε φορά τοποθέτηση, αν και χρειάζεται περιοδική ιατρική επίβλεψη.	95%-98%	Αυξάνει τον κίνδυνο πυελικών φλεγμονών και στειρότητας σε γυναίκες με περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους. Δεν συνιστάται σε γυναίκες που δεν έχουν κάνει παιδιά. Πρέπει να τοποθετηθεί γιατρός. Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες, μολύνσεις, πόνο και διαταραχές της περιόδου-περιορισμένη διάρκεια ισχύος.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή, μετά την επέμβαση, οι άντρες πιθανόν να μην μπορέσουν ποτέ να κάνουν παιδιά.
1,2	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	Ευκολόχρηστο : αποτελεσματικό στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Δεν παρεμβαίνει στην συνουσία. Δεν απαιτείται κάθε φορά τοποθέτηση, αν και χρειάζεται περιοδική ιατρική επίβλεψη.	95%-98%	Αυξάνει τον κίνδυνο πυελικών φλεγμονών και στειρότητας σε γυναίκες με περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους. Δεν συνιστάται σε γυναίκες που δεν έχουν κάνει παιδιά. Πρέπει να τοποθετηθεί γιατρός. Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες, μολύνσεις, πόνο και διαταραχές της περιόδου-περιορισμένη διάρκεια ισχύος.	Πιθανώς μη αναστρέψιμη επέμβαση : δηλαδή, μετά την επέμβαση, οι άντρες πιθανόν να μην μπορέσουν ποτέ να κάνουν παιδιά.

Επί τους εκατό των χρησιμοποιούντων τη μέθοδο.		Θεωρητική Αποτελεσματικότητα	Πραγματική Αποτελεσματικότητα	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
				Dergo-Proneva (ενέσιμη προγεσταγόνη) Μη εμφυτευμένα μοσχεύματα	Δεν υπάρχουν στατιστικά δεδομένα
					Δεν υπάρχουν στατιστικά δεδομένα

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΕΜΦΑΙΝΕΤΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Μέθοδος	Ποσοστό σύλληψης επί τοις % (σε ετήσια βάση)
Η αποφυγή λήψης οιαυδήποτε προφυλακτικού μέτρου	70
Μέθοδοι ρυθμού	30-40
Συνουσία που διακόπτεται	38
Προφυλακτικά (ελαστικά)	13-14
Αφρός	5-29
Διάφραγμα	10-20
Ενδομήτρια σπειράματα	1-5
Χάπι προγεστερόνης	3
Χάπι χαμηλής δόσης οιστρογόνων	1-2
Σύνθετο χάπι	0,02-0,05
Στείρωση	0,01



8.6 Επείγουσα αντισύλληψη

Έχει οριστεί ως η χρήση ενός φαρμάκου, ή συσκευής για πρόληψη της εγκυμοσύνης μετά από σεξουαλική επαφή. Η επείγουσα αντισύλληψη (εα) μειώνει αποτελεσματικά τις ανεπιθύμητες κυήσεις. Το αντισυλληπτικό προϊόν *Levonelle^R* στη Μ. Βρετανία περιέχει 2 ταμπλέτες λεβονογεστρέλη 0,75 mg και είναι διαθέσιμο σχεδόν σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Η εα δεν έχει καταγραφεί στην Κροατία, Κύπρο και Μάλτα.

Σε ορισμένες χώρες οι ταμπλέτες είναι διαθέσιμες χωρίς συνταγογράφηση (Γαλλία, Βρετανία και Σκανδιναβικές χώρες) ενώ σε άλλες χώρες είναι διαθέσιμες μόνο με συνταγογράφηση και υπάρχουν γιατροί που έχουν επιφυλάξεις για τη χρήση τους.

Στην Πολωνία και Σλοβακία υπάρχουν δυνατές θρησκευτικές αντιδράσεις στη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης και στέλνονται αρνητικά μηνύματα που περιέχουν την ιδέα ότι η επείγουσα αντισύλληψη είναι πρώιμη εκτρωτική μέθοδος¹³.

8.7 Επιλογή μεθόδων αντισύλληψης

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν καταλήγουμε σε μερικά συμπεράσματα. Η μέθοδος αντισύλληψης που θα χρησιμοποιηθεί, πρέπει να έχει εγκριθεί όχι μόνο από τους δυο συντρόφους, αλλά και από το γιατρό τους. Ο ρόλος του γιατρού στο θέμα αυτό είναι σημαντικότητας. Ένας δεύτερος παράγοντας είναι ο βαθμός αποτελεσματικότητας της μεθόδου, δεδομένου ότι η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται πρέπει να έχει μεγαλύτερη δυνατή αποιελεσματικότητα.

Ο τρίτος παράγοντας επιλογής μιας μεθόδου, πρέπει να συνδέεται με την κατά το δυνατό τρόπο, πιο εύκολη και πιο ανώδυνη επέμβαση, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω παρενέργειες.

Ο τέταρτος παράγοντας έγκειται στο κατά πόσο η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αποδεκτή. Αυτό εξαρτάται από ιατρικούς (ιατρικό ιστορικό, έλλειψη παρενεργειών), κοινωνικούς (θρησκευτικό πιστεύω, διαπαιδαγώγηση) και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο πέμπτος παράγοντας σχετίζεται με το αν η μέθοδος είναι αντισυμβατική, δηλαδή να μπορεί η γυναίκα να μείνει έγκυος, όταν το θελήσει.

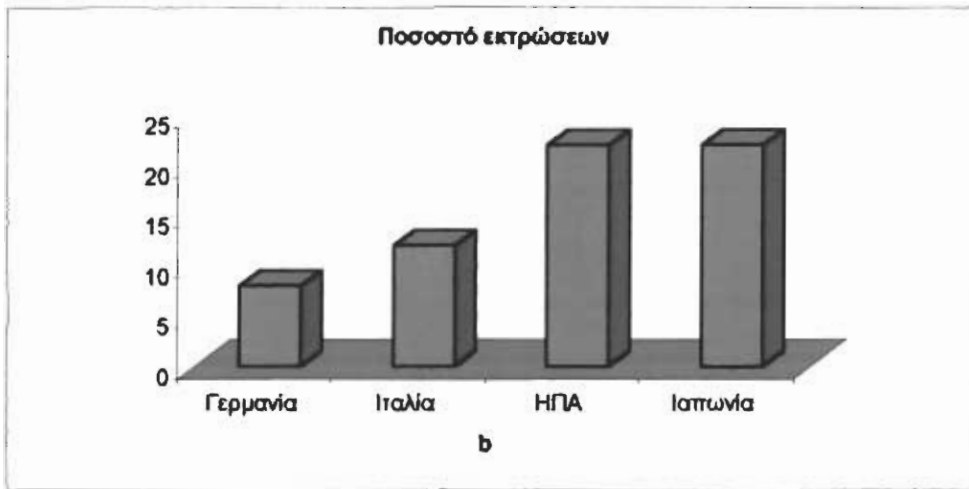
Ο εκτός παράγοντας, τέλος, αφορά το οικονομικό, τα έξοδα δηλαδή για την ισοπέτευση προφυλακτικών σπειραμάτων κ.α., για την αγορά χαπιών, αφρού, προφυλακτικών κτλ.⁹

8.8 Δημογραφικές και κοινωνικές διαστάσεις στις οικογένειες της Ευρώπης.

Ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια είναι απαραίτητο ανθρώπινο δικαίωμα. Είναι σημαντικό για τα ζευγάρια να έχουν εύκολη πρόσβαση σε μεθόδους αντισύλληψης και έτσι ν' ασκήσουν ελεύθερα την επιλογή τους σε προβλήματα αντισύλληψης. Η έκτρωση πρέπει να είναι η τελευταία λύση στον έλεγχο της γονιμότητας. Όπου οι μέθοδοι αντισύλληψης είναι περιορισμένης διαθεσιμότητας το ποσοστό των εκτρώσεων είναι υψηλό.



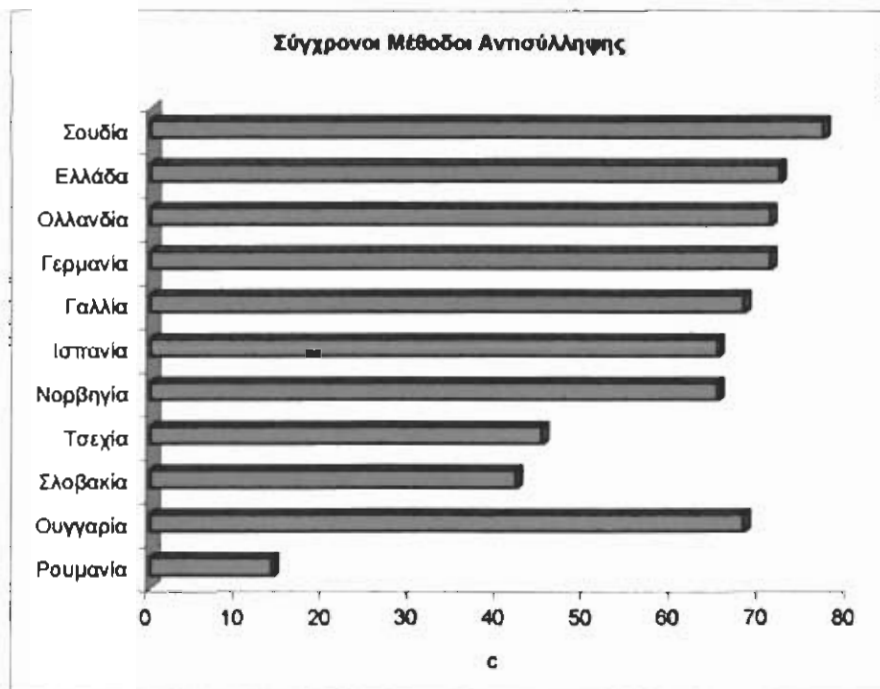
- a. Η αντισύλληψη *per os* χρησιμοποιούμενη σε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών.



b. Ποσοστό εκτρώσεων σε 1000 γυναίκες μεταξύ 15-44 ετών στις ανωτέρω χώρες⁵⁰.

Επίσης η υψηλή χρήση αντισύλληψης όπως για παράδειγμα στη Φιλανδία μειώνει το βαθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων.

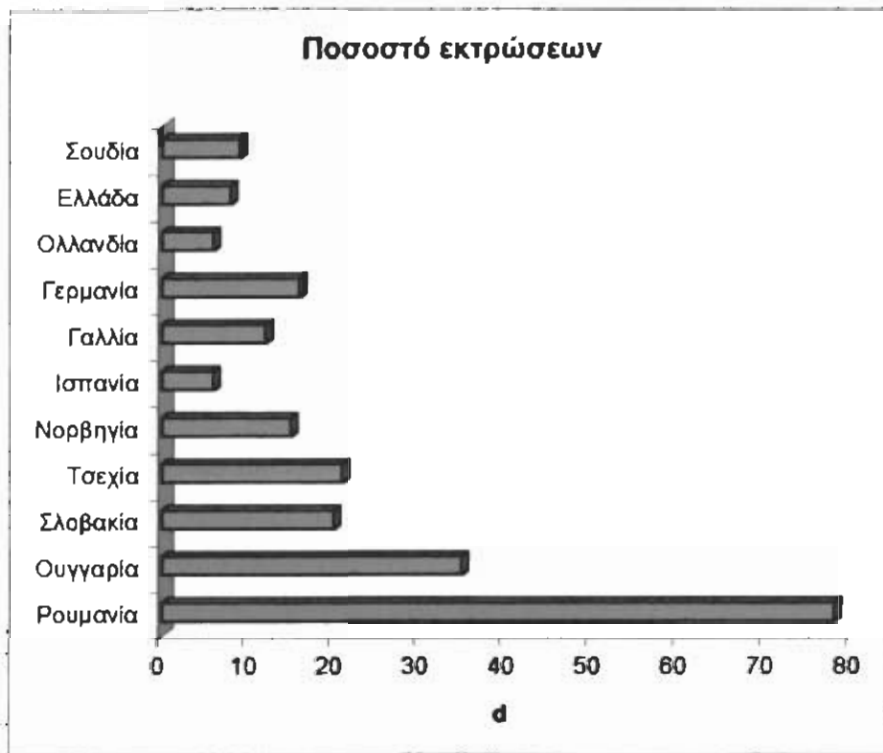
Οι εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία και το ποσοστό των κυήσεων στη Νορβηγία έχει μειωθεί από 34% σε 24% στην περίοδο 1999-2000 σε σχέση με την περίοδο 1997-1998 μόνο χρησιμοποιώντας αντισύλληψη από το στόμα, συνταγογραφημένη από νοσηλεύτριες στις κλινικές εφήβων.



c. Αντισύλληψη από το στόμα σε γυναίκες 15-44 ετών

Σήμερα το όριο των εκτρώσεων είναι μέχρι 12 εβδομάδες στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης παρότι η αποδοχή δεν είναι καθόλου εύκολη.

Η Ιρλανδία, Μάλτα, Πολωνία και Ισπανία έχουν τους πιο περιορισμένους νόμους εκτρώσεων.



d. Ποσοστό εκτρώσεων σε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών το 1996 σε διάφορες χώρες της Ευρώπης.

Η χρήση αντισύλληψης στην Ευρώπη σε γυναίκες 15-49 ετών ποικίλει από 20-23% στη Λιθουανία, Μολδαβία, Ουκρανία και 74-78% στη Γερμανία, Γαλλία, Νορβηγία και Σουηδία. Σε ορισμένες χώρες οι σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης δεν είναι συνηθισμένες. Για παράδειγμα στη Ρουμανία το ποσοστό χρήσης αντισύλληψης είναι 57% αλλά οι σύγχρονες μέθοδοι είναι 14%. Το γενικό ποσοστό γονιμότητας στην Ευρώπη έχει πέσει σε ορισμένες χώρες λιγότερο από 1,9 και αυτό είναι λιγότερο πιθανό να οφείλεται σε μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας αλλά σε χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης¹³.

8.9 Μέθοδοι Αντισύλληψης σε χώρες της Ευρώπης

Μέθοδος αντισύλληψης	Χώρες			
	Ισπανία (2001)	Ελβετία (1997)	Ελβετία (1995)	Πολωνία (2002)
Ρυθμιού	0,6	2,3	10	7
Διακοπόμενη συνουσία	2,6	2	16	13,7
Σπείραμα	4,7	5,5	14	2,5
Χάπι	19,2	36,8	32	16,2
Προφυλακτικό	29,5	16,1	14	22,1
Στείρωση	11,8	18,8	1	0
Καμία	30,9	2,1	8	32,6

Όλα τα δεδομένα δίνονται σαν ποσοστά⁵¹.

8.10 Έκτρωση – Οργάνωση Υπηρεσιών στη Μεγάλη Βρετανία

Το Βασιλικό Κολέγιο των Μαιευτήρων και Γυναικολόγων έχει εκδόσει τον Σεπτέμβριο του 2004 το πρωτόκολλο για τη φροντίδα της γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε έκτρωση.

1. Η υπηρεσία εκτρώσεων πρέπει να έχει τοπικές στρατηγικές εφαρμοσμένες που να διαθέτουν πληροφορίες σε γυναίκες και προσωπικό και να διευκολύνουν την επιλογή της μεθόδου έκτρωσης από τις διαθέσιμες.
2. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρέπει να εξασφαλίζεται και για τις γυναίκες με ειδικές ανάγκες. Π.χ. ειδικοί διακανονισμοί πρέπει να γίνουν για τις ξενόγλωσσες και επίσης όπου ζητείται γυναίκα γιατρός πρέπει να είναι διαθέσιμη.
3. Κάθε γυναίκα που πρόκειται να κάνει έκτρωση πρέπει να την κάνει σε οργανωμένη κλινική.
4. Πρέπει να μειώνεται όσο το δυνατόν ο χρόνος παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό στον γυναικολόγο καθώς και ο χρόνος πραγματοποίησης της έκτρωσης.
5. Εάν δεν υπάρχουν ιατρικές, κοινωνικές και γεωγραφικές αντενδείξεις η έκτρωση πρέπει να είναι επέμβαση μιας ημέρας. Το 5% των γυναικών θα χρειαστεί περισσότερο χρόνο παραμονής στην κλινική.

6. Οι γυναίκες που πρόκειται να κάνουν έκτρωση πρέπει να νοσηλεύονται, εάν είναι δυνατόν σε θάλαμο ξεχωριστό από τις άλλες γυναικολογικές και μαιευτικές περιπτώσεις.
7. Γυναίκες που κάνουν δευτέρου τριμήνου έκτρωση με φαρμακευτικό τρόπο πρέπει να νοσηλεύονται σε μονόκλινο⁵².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

9.1 Η ουσία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι ένα προτσές (διαδικασία) που έχει σκοπό την καλλιέργεια των ιδιοτήτων, των χαρακτηριστικών και ακόμα των πλαισίων που μέσα σ' αυτά τοποθετούνται οι χρήσιμες για την κοινωνία σχέσεις ανάμεσα στα δυο φύλα⁵³.

9.2 Η σεξουαλική εκπαίδευση σήμερα

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος πολλών ευρωπαϊκών χωρών και μερικών αμερικανικών.

Σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες υπάρχει κάποια μορφή σεξουαλικής αγωγής γεγονός που επιβεβαιώνει την αποδοχή της σε παγκόσμια κλίμακα. Σε ορισμένες χώρες είναι υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία (Δανία, Σουηδία, Γερμανία, Τσεχοσλοβακία, ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α.), σε άλλες χώρες υπάρχει νομοθετική κάλυψη χωρίς να υλοποιείται σε όλη την επικράτεια (Βουλγαρία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία, Πολωνία), σε άλλες δεν υπάρχει νομική κάλυψη αλλά η γενετήσια αγωγή είναι γενικά αποδεκτή (Μεγάλη Βρετανία, Ρωσία, Ολλανδία, οι περισσότερες πολιτείες των Η.Π.Α.). Στην Ελλάδα, στην Τουρκία και στην Κύπρο, η γενετήσια αγωγή δεν είναι απαγορευμένη, αλλά δεν έχει καθιερωθεί.

Εάν ο σκοπός μας είναι πραγματικά να διαφωτίσουμε τους νέους σεξουαλικά, πρέπει να τους δώσουμε πληροφορίες για την αναπαραγωγή και για τις ασθένειες που μεταδίδονται με τη συνουσία και να τους προειδοποιήσουμε για την αμηχανία στην οποία θα βρεθούν μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Είναι χρήσιμο να γνωρίζει κανείς για τα κοινωνικά προβλήματα, την παιδική πορνεία, την εγκατάλειψη των παιδιών, τις ανύπαντρες μητέρες και τις εκτρώσεις. Αν θέλουμε πραγματικά να διαμορφώσουμε

ολοκληρωμένους ανθρώπους, αυριανούς πολίτες που θα πάρουν στα χέρια τους την τύχη των ανθρώπων, είναι ακατανόητο να απαγορεύουμε τη σεξουαλική εκπαίδευση στα σχολεία. Θα πρέπει, ακόμα, να διδάσκουμε για την υπεργεννητικότητα και για τα αντισυλληπτικά. Η διδασκαλία θα γίνεται σε τάξεις όπου η ωριμότητα των μαθητών θα είναι ικανή να συλλάβει το νόημα.

Η δική μας κοινωνία δεν είναι ακόμη έτοιμη να αντιμετωπίσει τις σύγχρονες τάσεις που επικρατούν στον κόσμο. Κατάλληλο προσωπικό δεν υπάρχει για τη διδασκαλία του μαθήματος και αυτοί που διδάσκουν είναι μερικές φορές ανεκπαιδευτοι, ενώ οι νέοι αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές με τους συντρόφους τους σε ολοένα και μικρότερη ηλικία. Και αυτό εμπεριέχει αρκετούς κινδύνους : διάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, που θα έπρεπε να κινητοποιήσουν μια αυξημένη κοινωνική ευθύνη. Η πολιτεία θα πρέπει να προσφέρει τη μέγιστη δυνατή πληροφόρηση και την εύκολη και κατάλληλη πρόσβαση στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού²¹.

Η συνεχής μείωση της ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής επιβάλλει την έγκαιρη σεξουαλική τους διαπαιδαγώγηση. Η ανάπτυξη στενότερου οικογενειακού δεσμού, μέσω του οποίου θα αρχίσει η έγκαιρη πληροφόρηση και καθοδήγηση, καθώς και η διδασκαλία της σεξουαλικής συμπεριφοράς στα σχολεία θα προστατεύσει τους εφήβους από συναισθηματικούς τραυματισμούς, αλλά και από προβλήματα που θα δημιουργήσει η μετάδοση αφροδισίων νοσημάτων ή η μη εφαρμογή μεθόδων αντισύλληψης. Πρέπει να βοηθήσουμε τους νέους να τηρούν υπεύθυνη στάση, τόσο στις συναισθηματικές όσο και στις σεξουαλικές τους σχέσεις⁸.

Οι γονείς αποτελούν αναγκαστικά όχι μόνο τους πρώτους, αλλά και τους μόνιμους «φορείς» αγωγής του παιδιού για να δώσουν πολύ γρήγορα τη σκυτάλη και στο δάσκαλο. Γενικότερα, οι παιδαγωγοί διατηρούν τα πρωτεία στις περισσότερες χώρες που εφαρμόζεται η σεξουαλική αγωγή, ενώ σε πολλές χρησιμοποιούνται επιπλέον γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί ή προσωπικό υγείας ειδικά ειδικευμένο γι' αυτό το

σκοπό. Η πρωτοβουλία επιμορφώσεως των φορέων γίνεται συνήθως με κρατική μέριμνα, όπως είναι π.χ. η εισαγωγή ειδικών προγραμμάτων επιμορφώσεως στις Παιδαγωγικές Ακαδημίες. Σ' άλλες χώρες υπάρχουν «Συμβούλια Διαπαιδαγωγήσεως» ενώ σ' άλλες σημαντικό ρόλο παίζουν οι «Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού» ή η οργάνωση ειδικών συμποσίων και ελεύθερων συζητήσεων, ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο, ανάμεσα σε γονείς, δάσκαλους και ειδικούς επιστήμονες. Τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, αλλά και ειδικά έντυπα, βιβλία και οπτικοακουστικά μέσα είναι απαραίτητα για την επιμόρφωση των φορέων και των παιδιών⁵⁴.

9.3 Σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα

Η πληροφόρηση των παιδιών γίνεται κατά βάση από τις παρακάτω πηγές :

1. Από βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα άτομα.
2. Από τους συνομήλικούς τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Απόκτηση βασικών γνώσεων σχετικών με την ανατομία και τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος από το σχολείο.

Σεξουαλική διαφώτιση είναι η προσπάθεια εφαρμογής των αξιών (ηθικών, συμπεριφοράς, κτλ) σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, απ' τη νηπιακή του ηλικία μέχρι τη στιγμή που γίνεται γονιός. Στο σχολείο διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής αγωγής από τα μαθήματα της Βιολογίας και της Υγιεινής. Πολύ περισσότερα μαθαίνει ένας μαθητής απ' τους φίλους του. Έτσι, η πληροφόρηση των νέων ατόμων είναι ανεπαρκής, ανακριβής και πιθανότατα επικίνδυνη.

Οι νέοι, φτάνουν έτσι στην ενηλικίωση χωρίς καμία προετοιμασία και γνώση και αναγκάζονται να πάρουν μόνοι τους αποφάσεις σχετικά με σοβαρά ζητήματα, πριν ακόμα καταλάβουν τι γίνεται γύρω τους. Σ' ένα βαθμό για όλα αυτά υπεύθυνοι είναι και οι γονείς, γιατί η σεξουαλική εκπαίδευση ξεκινάει και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινά μέσα στο σπίτι.

Η αποφυγή ή η άρνηση σεξουαλικής πληροφόρησης από τη μεριά των γονιών, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική διαφώτιση των νέων, που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό και βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο συμβεί μια – δυο φορές, το παιδί θα πάψει πλέον να απευθύνεται στους γονείς του για συμβουλές που αφορούν σεξουαλικά ή άλλα προβλήματα. Βλέποντας τους γονείς όμως να ενοχλούνται, επηρεάζονται και τα ίδια τα παιδιά, γεγονός που μπορεί να έχει άσχημη επίδραση στη μελλοντική διαμόρφωση του χαρακτήρα, αφού θα επηρεάσει οπωσδήποτε την εκλογή του συντρόφου τους, τη δημιουργία πετυχημένου γάμου ή όχι και την ανατροφή των παιδιών τους.

Όπως ήδη αναφέραμε, η οικογένεια αποτελεί το φυσικό φορέα της σεξουαλικής αγωγής τόσο στα πρώτα στάδια της ζωής του ατόμου όσο και μετέπειτα, όταν σε συνεργασία με το σχολείο συνοδεύει το παιδί και τον έφηβο στην ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη. Το σχολείο παίρνει τη σκυτάλη από τους γονείς και πρέπει πάντα σε συνεργασία μαζί τους να προσφέρει σταδιακά τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις της σεξουαλικής ζωής. Γι' αυτό ο βαθμός συνεργασίας γονέων και σχολείου προδικάζει και την επιτυχία των προγραμμάτων. Η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών σε ειδικές συναντήσεις με τους γονείς, εξασφαλίζει όχι μόνο την απαραίτητη συναίνεση αλλά και την παλίνδρομη πληροφόρηση για τις σωστές κατευθυντήριες γραμμές, που δεν πρέπει να είναι στατικές αλλά συνεχώς αναπροσαρμοζόμενες.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του σεξουαλικού προβλήματος από τους νέους και την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων.

Όταν το παιδί είναι ενημερωμένο πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αποφεύγονται δυσάρεστα προβλήματα, όπως οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι εκτρώσεις, οι ψυχικές διαταραχές κτλ. Παράλληλα, το παιδί μαθαίνει το

σώμα του, τον τρόπο επαφής με το άλλο φύλο, ξέρει να εντοπίζει ορισμένες παθολογικές καταστάσεις και συμβουλευεται έγκαιρα και χωρίς φόβο τους γονείς του και το γιατρό. Για όλα αυτά βέβαια, τις μεγαλύτερες ευθύνες φέρει η κοινωνία μας γιατί είτε το θέλει είτε όχι, είναι ανήμπορη πάντως να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές στους νέους, για ν' αποφύγουν ανεπιθύμητες καταστάσεις^{9, 21, 54}.

9.4 Οι υποχρεώσεις των υπηρεσιών

Όπως κάθε κοινωφελής προσπάθεια, έτσι και το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, για να βελτιώνεται ολοένα και να εξαλείφει τυχόν αδυναμίες και κενά που παρουσιάζει, επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενούς του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου κάθε τόσο και να επανδρώνεται ανελλιπώς με ανθρώπους που έχουν σχέση με αυτή τη δουλειά⁹.

9.5 Οι σχετικές υπηρεσίες που υπάρχουν

Το πρώτο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού άνοιξε στον αριθμό 46 της Άμποι Στριτ, στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης, στις 16 Οκτωβρίου του 1916.

Στην πατρίδα μας το ξέρουμε όλοι δε γίνεται σεξουαλική εκπαίδευση. Ευτυχώς όμως, μερικοί πολίτες που κατανόησαν το μεγάλο κίνδυνο αυτής της έλλειψης αποφάσισαν την ίδρυση, με δική τους πρωτοβουλία, της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Σόλωνος 12, στην Αθήνα, που είναι προσιτή και ανοικτή σε όλους αυτούς που χρειάζονται μια σωστή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα καυτά προβλήματα της σεξουαλικής διαφώτισης.

Το κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισε να λειτουργεί στο Μαιευτήριο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» από τον Οκτώβριο του 1978 υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Δ.Β. ΚΑΣΚΑΡΕΛΗ. Αποτελεί τον πρώτο στόχο υλοποίησης της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού που ιδρύθηκε το 1973 στην Αθήνα.

Εντός του Μαιευτηρίου

Γυναίκες που υπερβαίνουν τις διακόσιες την εβδομάδα ενημερώνονται καθημερινά στους θαλάμους τους, με προσωπική επικοινωνία – συνέντευξη μαίας - κοινωνικής λειτουργού ή ψυχολόγου. Επίσης παρέχεται συμβουλευτική βοήθεια σε ζευγάρια και μεμονωμένα άτομα, για τη σωστή αντιμετώπιση θεμάτων όπως :

- i. Διαπαιδαγώγηση επί θεμάτων αναπαραγωγικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- ii. Δημιουργία πραγματικής αντισύλληψης ως προς τον αριθμό και χρόνο τεκνοποίησης που ταιριάζει σε κάθε οικογένεια, ανάλογα με τις κοινωνικές και οικογενειακές περιστάσεις.
- iii. Προβλήματα που προκύπτουν από τις σχέσεις μητέρας – παιδιού (ψυχολογικά – κοινωνικά).
- iv. Μετα-εμμηνοπαυσιακές ψυχολογικές αντιδράσεις.

Εκτός Μαιευτηρίου

Ενημέρωση με ειδικά άρθρα και δημοσιεύσεις στον Τύπο, με ομιλίες από την τηλεόραση, καθώς και με δημόσιες επιστημονικές συζητήσεις από τα μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Άλλες Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι :

1. Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Γουδί, Αθήνα.
2. Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» Βασ. Σοφίας & Λούρου, Ιλίσια Αθήνα.
3. Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Βασ. Σοφίας, Αθήνα.
4. Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», Ελ. Βενιζέλου 2, Αμπελόκηποι, Αθήνα.
5. Νοσοκομείο Γενικό Αθηνών «Βασιλεύς Παύλος», (Λαϊκό), Αγίου Θωμά 17, Αθήνα.
6. «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς.
7. Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» Α' Γυναικολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη.
8. Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα», Ιωάννινα.

9. Μονάδα Προλήψεως Μεσογειακής Αναιμίας Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, Αθήνα.
10. «Χωρέμιο» Ερευνητικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Υπηρεσία Προλήψεως Μεσογειακής Αναιμίας, Γουδί, Αθήνα.
11. Νοσοκομείο «Ανδρέα Συγγρού», Ι. Δραγούμης 5, Ιλίσια, Αθήνα.

Με τη συνδρομή του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, λειτουργούν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στα ακόλουθα Νοσοκομεία :

1. Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
2. Γενικό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης
3. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
4. Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας ``Άγιος Ανδρέας``
5. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας ``Άγιος Παντελεήμων
6. Γενικό Νοσοκομείο Σερρών
7. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
8. Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας
9. Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής
10. Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας
11. Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης
12. Γενικό Νοσοκομείο Άργους
13. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας
14. Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
15. Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης
16. Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης
17. Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου
18. Γενικό Νοσοκομείο Πρεβέζης
19. Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών
20. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
21. Γενικό Νοσοκομείο Περιστερίου.
22. ΠΙΚΠΑ Καρόλου 16
23. ΙΚΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
24. Κέντρο Υγείας Αιγάλεω

25. Υποκατάστημα ΙΚΑ Νέου Κόσμου
26. Υποκατάστημα ΙΚΑ Καμινίων
27. Υποκατάστημα ΙΚΑ Νικαίας (Αγίας Βαρβάρας)
28. Υποκατάστημα ΙΚΑ Δράμας
29. Περιφερειακό Υποκατάστημα ΙΚΑ ΠΑΤΡΑΣ
30. Τοπικό Υποκατάστημα ΙΚΑ ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ Θεσσαλονίκης
31. ΙΚΑ ΤΡΙΑΝΔΡΙΑΣ Θεσσαλονίκης
32. Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Δήμου Αργυρούπολης ΠΙΚΠΑ
33. Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Δήμου Αμαρουσίου ΠΙΚΠΑ
34. ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

Σταδιακά θ' αναπτυχθούν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.

Οι πληροφορίες και οι συμβουλές παρέχονται δωρεάν και σε επίπεδο εντελώς προσωπικό και εμπιστευτικό στα άτομα που επισκέπτονται τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού από εξειδικευμένα στελέχη Υγείας^{9, 21, 55}.

9.6 Ο ρόλος των νοσηλευτών στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία

Ποια είναι τα πιθανά πλεονεκτήματα της ανάμιξης των νοσηλευτών στον τομέα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Αυτός ο τομέας δίνει μια ιδανική εξειδίκευση μέσα στην οποία οι νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν τις δυνατότητές τους και να πάρουν πιο προχωρημένους κλινικούς ρόλους που προηγούμενα είχαν οι γιατροί.

Για τους εξής λόγους :

1. Περίπου το 90% της νοσηλευτικής δύναμης είναι γυναίκες, τα άτομα που επιζητούν τον οικογενειακό προγραμματισμό δείχνουν μια προτίμηση για φροντίδα προσφερόμενη από νοσηλεύτριες.

2. Κλινικές που βρίσκονται υπό νοσηλευτικής καθοδήγησης είναι εξίσου αποτελεσματικές με αυτές ιατρικής καθοδήγησης.
3. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αποδειχθεί ότι είναι ισάξια ή ανώτερη με τις κλινικές υπό ιατρική καθοδήγηση.
4. Η δυνατότητα των νοσηλευτών να συνταγογραφούν δίνει το δικαίωμα να προσφέρουν μεγάλη γκάμα αντισυλληπτικών και θεραπειών για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
5. Οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν σπουδαίο ρόλο στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και προφύλαξη.

Στον τομέα της σεξουαλικής υγείας οι νοσηλευτές μπορούν να παίξουν σπουδαίο ρόλο. Ο οργανισμός της εθνικής στρατηγικής για σεξουαλική υγεία και AIDS στη Βρετανία έχει προτείνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να έχουν έναν επεκτεινόμενο ρόλο, προς το παρόν ο αριθμός των κλινικών που βρίσκονται υπό νοσηλευτική καθοδήγηση είναι περιορισμένος, οι νοσηλευτικές ικανότητες δεν αξιοποιούνται όσο θα έπρεπε καθώς και ο αριθμός των νοσηλευτών δεν επαρκεί⁵⁶.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

"ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ" Δ. (ΓΛΗΝΟΣ)

Ο άνθρωπος δημιουργείται από την "επικοινωνία" δύο ανθρώπων και στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του είναι τόσο ανίκανος και εξαρτημένος από αυτούς, που αν δεν τον φροντίσουν δεν πρόκειται να επιζήσει⁵⁷.

Η ανεργία απειλεί σήμερα όλο και περισσότερο τα άτομα. Έτσι καταλαβαίνει κανείς γιατί πολλές γυναίκες δεν τολμούν να κρατήσουν ένα παιδί. Όταν οι κοινωνικές παροχές μειώνονται σταθερά και ταυτόχρονα με την αύξηση των τιμών και το πάγωμα των μισθών πέφτει το οικογενειακό εισόδημα, η αύξηση των μελών μιας οικογένειας είναι το τελευταίο που θα περνούσε από το μυαλό. Έτσι ολοένα και περισσότερες γυναίκες αποφεύγουν εξαιτίας των μεγάλων δαπανών την απόκτηση παιδιού, και η άγνοια ή η παραίτηση από την αντισύλληψη σημαίνει εγκυμοσύνη⁵⁸.

Επομένως είναι απαραίτητο οι σκοποί του να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό, γιατί προσφέρονται για όλους τους ανθρώπους και αποσκοπούν στο να βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη ζωή και οικογένεια. Έτσι, η αμυντική ψυχολογία του παρελθόντος πρέπει να αντικατασταθεί με πρωτοβουλία για ευρεία ενημέρωση, αλλά και με διάθεση σωστής αντιμετώπισης της κριτικής και των αντιδράσεων που θα παρουσιασθούν κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού⁸.

Ακόμη σημαντικότερο, βρισκόμαστε ουσιαστικά σε πρωτόγονο στάδιο στην προσπάθεια κατανόησης των ψυχοφυσιολογικών παραμέτρων της γενετήσιας ζωής και αντιμετώπισης των διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργικότητας. Στους τομείς αυτούς βρίσκεται σημαντικό τμήμα του ιατρικού και κοινωνικού μέλλοντος του οικογενειακού προγραμματισμού. Σε τελευταία ανάλυση, η εξουδετέρωση των καταλοίπων αβεβαιότητας στις γενετήσιες σχέσεις και το σεξουαλικό

ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό όσο η πειυχημένη αντισύλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα⁴.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Τιμοθεάδης Τ. 1.** *Οικογενειακός Προγραμματισμός και δημογραφικό πρόβλημα. Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας* Απρίλιος – Σεπτέμβριος 1989 τόμος Γ' τεύχος 2-3 σελ. 176-179.
2. **Λούρος Ν.Κ.** *Μαιευτική και Γυναικολογία.* Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1984.
3. **Kenyon Edwin.** *The dilemma of a bortion* (Faber and Faber), Μαιευτικά Χρονικά, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 1988 τεύχος 7.
4. **Δημήτρης Τρικόπουλος.** *Φιλοσοφία Οικογενειακού Προγραμματισμού,* Προληπτική Ιατρική – Αθήνα 1986.
5. **Κυρίτση Ε.** *Σημειώσεις Μαιευτικής Γυναικολογίας,* Εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα 1992.
6. **Γεωργακόπουλος Π.Α.** *Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας.* Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος Δ' έκδοση, Αθήνα 1978.
7. **Καρπάθιος Σ.Ε.** *Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία.* Μέρος Α' Εκδόσεις Δ. Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1984.
8. **Παπαευαγγέλου – Κ. Τσίμπος.** *Ιατρική Δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός,* Β' έκδοση 1993.
9. **Δετοράκης Ιωάννης.** *Οικογενειακός προγραμματισμός, ανπούλληψη – σεξουαλική διαφώτιση.* Γ' έκδοση, Ιούλιος 1988.
10. **Αντωνία Τριχοπούλου.** *Ιστορική αναδρομή και στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού.* Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986.
11. **Πάπυρος – Λαρούς – Μπριτάνικα.** *Έλεγχος των γεννήσεων.* Τόμος 22^{ος}, σελ. 368-370.
12. **Παπαευαγγέλου Γ. και Ρουμελιώτου – Καραγιάννη Α.** *Αρχές και μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού,* Αθήνα 1979.
13. **Medard M. Lech.** *Contraception in Europe. Demographic and social trendsamphy Families in Europe.* Journal of Family Planning and Reproductive Health care Vol. 30, No 3 2004, page 151-153.

14. **La Haye and Benerly.** *The act of marriages, published by Zondervan publishing house.*
15. **Parson Jack,** *population Vs liberty, published by the Garden City press limited, Letchworth, Herthford Shire, 1971.*
16. **Van Vleck David.** *How and why not to have that baby published by Optimum population inc 1971.*
17. [http : //www.jesus.laves.you.](http://www.jesus.laves.you)
18. **Π. Γεωργακόπουλος.** *Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Έκδοση Ε', Αθήνα 1982.*
19. **Νίκου και Αλέξη Παπανικολάου.** *Μαιευτική, Έκδοση Γ', Αθήνα 1994.*
20. **ΠΑΠΥΡΟΣ – ΛΑΡΟΥΣ – ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ.** ' 'ΑΜΒΛΩΣΗ' ', Τόμος 7, σελ. 286.
21. **Ιωάννης Λετοράκης – Ιωάννης Παπαγεωργίου.** *Αγωγή της Σεξουαλικής Συμπεριφοράς, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα Δεκέμβριος 2002.*
22. **ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ** Pamela J Shapiro Μετάφραση Ασπασία Σιορφανέ και Γεώργιος Καραχάλιος Εκδόσεις ' 'ΕΛΛΗΝ' ' 2001.
23. [http : // www.unborn.gr/](http://www.unborn.gr/)
24. **Δορκοφίκη Ε.** *Αμβλώσεις· Ο αφανισμός του γένους, ΑΘΗΝΑ 1985.*
25. **Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου :** *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική.*
26. **Badgley et al,** *Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law (Ottawa : Supply and Services 1977) pp 313 – 321.*
27. **R. Somers.** ' 'Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion : An Analysis on National Record Linkage' ', Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No. 7926066 (1979) ; H. David et al., ' 'Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions' ', Family Planning Perspectives 13 : 88-91 (1981).

28. **Kent et al.**, '*Bereavement in Post-Abortive Women : A Clinical Report*', World Journal of Psychosynthesis (Autumn-Winter 1981), Vol. 13, Nos. 3-4.
29. **Catherine Bernard**, *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*, Portsmouth, N.H. : Institute for Pregnancy Loss, 1990.
30. **Adler**, '*Sample Attrition in Studies of Psycho-social Sequelae of Abortion : How great a problem*'. Journal of Social Issues, 1979, 35, 100-110.
31. **Speckhard**, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City : MO, 1987 ; and Belsey, et al, '*Predictive Factors in Emotional Response to Abortion*': King's Termination Study - IV', Soc. Sci. & Med., 11:71-82 1977.
32. **Speckhard**, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City : MO, 1987 ; C. Haignere et al, '*HIV/AIDS Prevention and Multiple Risk Behaviors of Gay Male and Runaway Adolescents*', 'Sixth International Conference on AIDS : San Francisco, June 1990 ; N. Campbell, et al., '*Abortion in Adolescence*', Adolescence, 23 (92) : 813-823 (1988) : H. Vaughan, *Canonical Variates of Post-Abortion Syndrome*, Portsmouth, NH : Institute for Pregnancy Loss, 1991 ; B. Garfinkel, '*Stress, Depression and Suicide : A Study of Adolescents in Minnesota*', Responding to High Risk Youth, Minnesota Extension Service, University of Minnesota (1986).
33. **Herlap**, '*Characteristics of Pregnant Women Reporting Previous Induced Abortions*', Bulletin World Health Organization, 52 : 149 (1975) ; N. Meirik, '*Outcome of First Delivery After 2nd Trimester Two Stage Induced Abortion : A Controlled Cohort Study*', Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 63(I) : 45-50(1984), Levin, et al., '*Association of Induced abortion with Subsequent Pregnancy Loss*' JAMA, 243 : 2495-2499, June 27, 1980.
34. **Otiel**, '*Pregnancy Complications Following Legally Induced Abortion : An Analysis of the Population with Special Reference to Prematurity*', Danish Medical Bulletin, 26 : 192-199 (1979) ;

- Martin, "An Overview : Maternal Nicotine and Caffeine Consumption and Offspring Outcome", *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 4(4) : 421-427, (1982).
35. **Klassen** "*Sexual Experience and Drinking Among Women in a U.S National Survey*", *Archives of Sexual Behavior*, 15(5):363 – 39: M. Plant, *Women, Drinking and Pregnancy*, Tavistock Pub, London(1985): Kuzma & Kissinger, "Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy", *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 3:211 – 221(1981)
 36. **Morrissey, et al.**, "*Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center*," *Journal of Studies on Alcohol*, 39(g):1159 (1978)
 37. **Oro, et al.**, "*Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates*," *J.Pediatrics*, 11 1:571-578(1978): D.A Frank, et al., "Cocaine Use During Pregnancy Prevalence and Correlates," *Pediatrics*, 82 (6)888 (1988): H.Amaro, et al., "Drug Use Among Adolescent Mothers:Profile of Risk," *Pediatrics* 84:144-150, (1989)
 38. **Speckhard**, *Psycho-social Stress Following Abortion*, Sheed & Ward, Kansas City:MO, 1987 J.Spaulding, et al, "Psychoses Following Therapeutic Abortion, *Am.J. of Psychiatry* 125(3):364 (1978):R.K McAll , et al., "Ritual Mourning in Anorexia Nervosa," *The Lancet*, August 16,1980,p.368
 39. **Benedict, et al**, "*Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse*," *Child Abuse and Neglect*, 9:217-224(1985) P.G Ney "Relationship between Abortion and Child Abuse," *Canadian Journal of Psychiatry*, 24:610-620, 1979 Reardon, *Aborted Women –Silent No More* (Chicago:Loyola University Press 1987), 129-30, describes a case of woman who beat her three year old son to death shortly after an abortion which triggered a "psychotic episode" of grief, guilt and misplaced anger.
 40. **Shepard, et al.**, "*Contraceptive Practise and Repeat Induced Abortion:An Epidemiological Investigation*," *J.Biosocial*

- Science,11:289-302(1979) M. Bracken," First and Repeated Abortions: A Study of Decision – Making and Delay," J. Biosocial Science, 7:473-491 (1975) S. Honcho, "The Characteristics and Prior Contraceptive Use of U.S Abortion Patients ,"Family Planning Perspectives, 20(4):158-168 (1986) D. Sherman et al, "The Abortion Experience in Private Practise," Women and Loss: Psychobiological Perspectives, ed W.F Finn et al, (New York: Fraeger Publ.1985) pp 98-107:E.M Belsay et al., "Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: Kings Termination Study-IV, " Social Science and Medicine, 11:71-82 (1977): E. Freeman, et al., "Emotional Distress Patterns Among Women Having First or Repeat Abortions," Obstetrics and Gynecology , 55(5):630-636(1980): C. Berger, et al., "Repeat Abortion: is it a problem?" Family Planning Perspectives 16(2):70-75 (1984)
41. **Joyce**, *"The social and economic correlates of pregnancy resolution among adolescents in new york by race and ethnicity: A Multivariate Analysis,"* Am.J of Public Health,78(6):626-631(1988) C.Tietze, "Repeat Abortions-Why More?" Family Planning Perspectives 10(5):286-288, (1978)
42. <http://www.phantis.gr>
43. ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΞΙΚΟ BORDAS LAROUSSE 1996
44. **Ευαγγελία Κακλαράνη**. "Αφροδίσια νοσήματα" Προληπτική Ιατρική Αθήνα 1986
45. **Άννα Τσιλιγκιρόγλου – Φαχαντίδου**. "Υγιεινή – προληπτική – κοινωνική ιατρική – Δημόσια υγιεινή – ατομική υγιεινή – Σχολική υγιεινή- υγιεινή της άσκησης και του αθλητισμού", Θεσσαλονίκη 1991
46. **Νίκου & Αλέξη Παπανικολάου**, "Γυναικολογία", Έκδοση Γ' ΑΘΗΝΑ 1994.
47. **Medard M Lech**. *Contraception in Europe:accessibility and availability journal of family planning and reproductive Health Care* vol 30 No 3.

48. **Jones K, Shainberg L, Byer C**, *Principle of health science, second edition* , published by Harper and Row 1980
49. **Δημήτρης Τρικόπουλος**. *Αποτελεσματικότητα και παρενέργειες των αντιουλληπτικών μεθόδων προληπτικής ιατρικής*. Αθήνα 1986
50. **Raff wk Modern trends in health care** . Abstract presented at the Gyn Symposium, Warsaw, Poland March 2002
51. National Survey on contraception
52. Royal college of Obstetrician and Gynecologistes "πρωτόκολλο για την φροντίδα των γυναικών που ζητούν έκτρωση" Σεπτέμβριος 2004
53. **Δ. Β Κολεσόφ**. Ακαδημία Παιδαγωγικών Επιστημών ΕΣΣΔ "Η σεξουαλική ανάπτυξη, συμπεριφορά και διαπαιδαγώγηση του παιδιού και του έφηβου" Μετάφραση Π. Πεντελικός Αθήνα 1982
54. **Ι. Δανέζης**. "Σημασία της Γενετήσιας Αγωγής", Προληπτική Ιατρική, Αθήνα 1986
55. **Mary Manning – June Thompson**. "Οδηγός για φροντίδα του μωρού σας" Μετάφραση Ε. Μαλεκάκη – Δρ Δ. Α Καφετζής Εκδόσεις Bounty Publication Limited Ένατη έκδοση 1994
56. **Pam Campell**. "The role of nurse in sexual and reproductive health" journal of family planning and reproductive health care vol 30 No3 page 169
57. **Νίκος Παπαδόπουλος**. "Ψυχολογία – σύγχρονη πειραματική" έκδοση στ' Αθήνα 2000.
58. **Kvinde Kend din Krop**. Εκδόσεις Οδυσσέας Αθήνα 1980 Μετάφραση Μηνάς Παράσχης.
59. **Ιωάννης Δετοράκης**. «Οικογενειακή κατάσταση & μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με γνώσεις οικογενειακού προγραμματισμού». Τόμος ΙΑ, τεύχος 9. Ιατρικά χρονικά, Σεπτέμβριος 1998, σελ. 747-753.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

α) Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνάς μας είναι η διερεύνηση κατά πόσο οι γυναίκες που οδηγήθηκαν στην έκτρωση, γνώριζαν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός και εάν εφαρμόζαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο.

β) Στόχοι της έρευνας

- Να μελετήσουμε εάν οι γυναίκες της έρευνας χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο και πόσο συχνά.
- Να πληροφορηθούμε εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός και ποια είναι η πηγή ενημέρωσής τους.
- Να μελετήσουμε τους λόγους που κάνουν έκτρωση και εάν προηγήθηκε και άλλη πριν την τελευταία.

γ) Υλικό και μέθοδος

Η δειγματοληψία έγινε σε κρατική γυναικολογική κλινική, από τις 15/9/04.εως...15/3..... 2005.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα έρευνα για την συλλογή πληροφοριών είναι το ερωτηματολόγιο.

Επιλέξαμε τον τρόπο αυτό συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, γιατί το δείγμα της έρευνας μας ήταν σχετικά μεγάλο (172 άτομα) και ο χρόνος πραγματοποίησής της περιορισμένος.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε κλειστού τύπου απαντήσεις οι οποίες πλεονεκτούν στο ότι η κωδικοποίηση είναι συνήθως ενσωματωμένη στην απάντηση από την κατασκευή της ερώτησης.

Επειδή είναι ανώνυμο και οι καθορισμένες εναλλακτικές απαντήσεις που χρησιμοποιούν επιτυγχάνουν μεγαλύτερη ομοιομορφία στις μετρήσεις προωθεί την ειλικρίνεια από τους ερωτώμενους.

Επίσης ο ερωτώμενος μπορεί να αρνηθεί να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο.

Ο πληθυσμός της έρευνας είναι το σύνολο των γυναικών για χάρη των οποίων γίνεται η έρευνα.

Σ' αυτό το σύνολο αναφέρονται τα συμπεράσματα της έρευνας. Ο πληθυσμός δε συμμετέχει ολόκληρος στην έρευνα αλλά απ' αυτόν επιλέγεται ένα δείγμα στο οποίο πραγματοποιείται η έρευνα.

Από το σύνολο των γυναικών που εισήλθαν στην γυναικολογική κλινική για χειρουργικές επεμβάσεις επιλέξαμε τις γυναίκες που έκαναν έκτρωση.

Όλες οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία χ-τετράγωνο (χ^2). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα $p < 0,05$ (ή ; 05) δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ($p > 0,05$) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

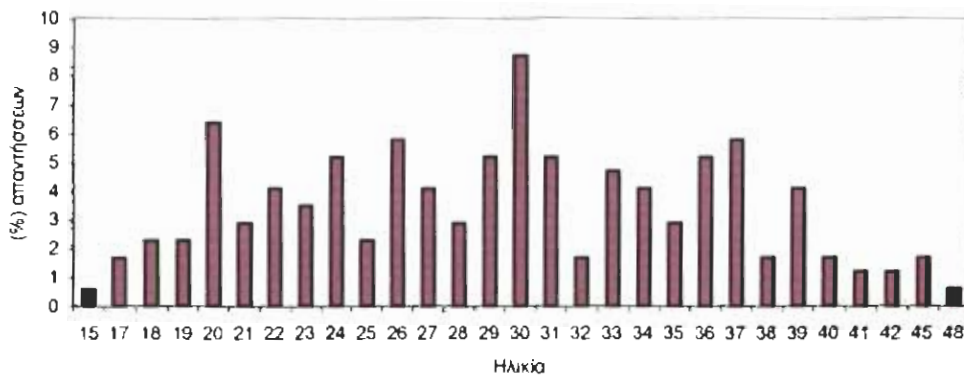
Αποτελέσματα

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
15	1	,6	,6	,6
17	3	1,7	1,7	2,3
18	4	2,3	2,3	4,7
19	4	2,3	2,3	7,0
20	11	6,4	6,4	13,4
21	5	2,9	2,9	16,3
22	7	4,1	4,1	20,3
23	6	3,5	3,5	23,8
24	9	5,2	5,2	29,1
25	4	2,3	2,3	31,4
26	10	5,8	5,8	37,2
27	7	4,1	4,1	41,3
28	5	2,9	2,9	44,2
29	9	5,2	5,2	49,4
30	15	8,7	8,7	58,1
31	9	5,2	5,2	63,4
32	3	1,7	1,7	65,1
33	8	4,7	4,7	69,8
34	7	4,1	4,1	73,8
35	5	2,9	2,9	76,7
36	9	5,2	5,2	82,0
37	10	5,8	5,8	87,8
38	3	1,7	1,7	89,5
39	7	4,1	4,1	93,6
40	3	1,7	1,7	95,3
41	2	1,2	1,2	96,5
42	2	1,2	1,2	97,7
45	3	1,7	1,7	99,4
48	1	,6	,6	100,0
Σύνολο	172	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ηλικία έως 35 ετών (76,6%).

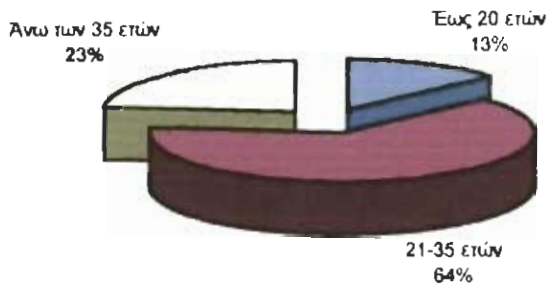
Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.



Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα

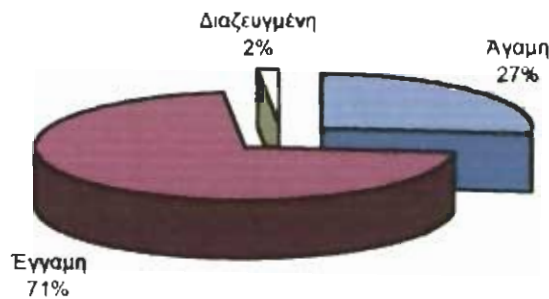
	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Έως 20 ετών	23	13,4	13,4	13,4
21-35 ετών	109	63,4	63,4	76,7
Άνω των 35 ετών	40	23,3	23,3	100,0
Σύνολο	172	100,0	100,0	

Ηλικιακά το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι πάνω από 20 και έως 35 ετών.

Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα**Πίνακας 3: Κατανομή το δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση**

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Άγαμη	46	26,7	26,7	26,7
Έγγαμη	123	71,5	71,5	98,3
Διαζευγμένη	3	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	172	100,0	100,0	

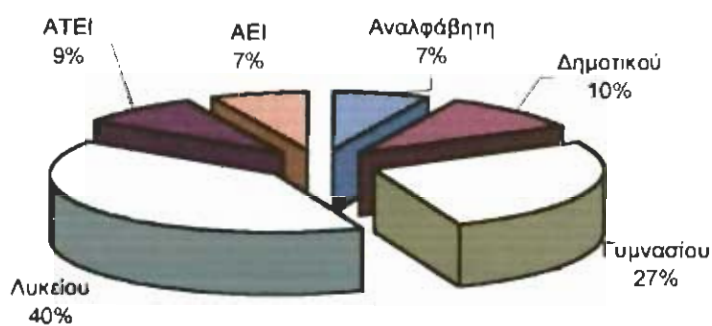
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι έγγαμες (71,5%) και ακολουθούν οι άγαμες (26,7%).

Σχήμα 3: Κατανομή το δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Αναφάβητη	8	4,7	6,9	6,9
Δημοτικού	12	7,0	10,3	17,2
Γυμνασίου	31	18,0	26,7	44,0
Λυκείου	47	27,3	40,5	84,5
ΑΤΕΙ	10	5,8	8,6	93,1
ΑΕΙ	8	4,7	6,9	100,0
Σύνολο	116	67,4	100,0	
Χωρίς απάντηση	56	32,6		
Σύνολο	172	100,0		

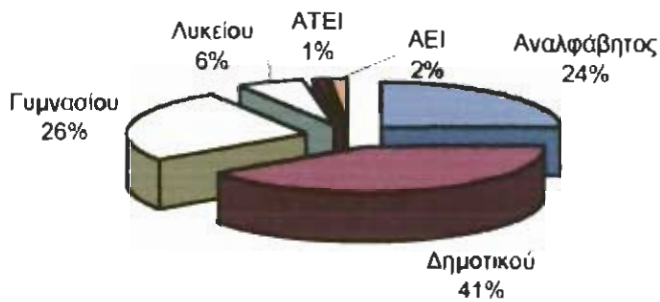
Στην πλειοψηφία του οι γυναίκες του δείγματος δηλώνουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτης Λυκείου.

Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Αναφάβητος	28	16,3	24,3	24,3
Δημοτικού	47	27,3	40,9	65,2
Γυμνασίου	30	17,4	26,1	91,3
Λυκείου	7	4,1	6,1	97,4
ΑΤΕΙ	1	,6	,9	98,3
ΑΕΙ	2	1,2	1,7	100,0
Σύνολο	115	66,9	100,0	
Χωρίς απάντηση	57	33,1		
Σύνολο	172	100,0		

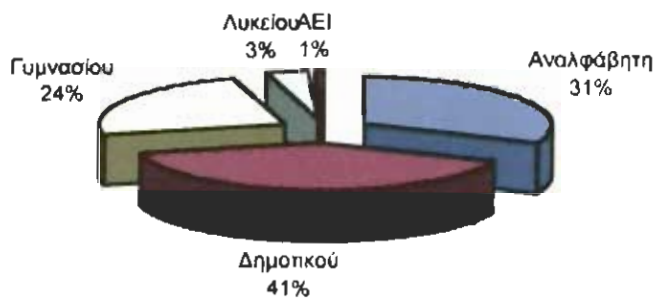
Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δημοτικού.

Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Αναλφάβητη	36	20,9	31,3	31,3
Δημοτικού	46	26,7	40,0	71,3
Γυμνασίου	28	16,3	24,3	95,7
Λυκείου	4	2,3	3,5	99,1
ΑΕΙ	1	,6	,9	100,0
Σύνολο	115	66,9	100,0	
Χωρίς απάντηση	57	33,1		
	172	100,0		

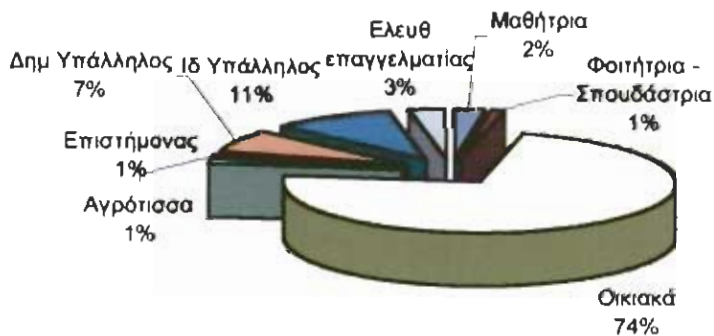
Όμοια όπως και παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι η μητέρα τους έχει τελειώσει το δημοτικό.

Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Μαθήτρια	4	2,3	2,4	2,4
Φοιτήτρια - Σπουδάστρια	2	1,2	1,2	3,6
Οικιακά	122	70,9	73,5	77,1
Επιστήμονας	2	1,2	1,2	78,3
Αγρότισσα	2	1,2	1,2	79,5
Δημ Υπάλληλος	12	7,0	7,2	86,7
Ιδ Υπάλληλος	17	9,9	10,2	97,0
Ελευθ επαγγελματίας	5	2,9	3,0	100,0
Σύνολο	166	96,5	100,0	
Χωρίς απάντηση	6	3,5		
Σύνολο	172	100,0		

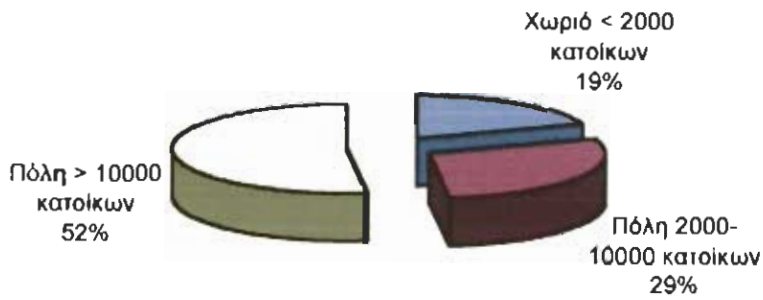
Κυρίως οι γυναίκες του δείγματος ασχολούνται με τα οικιακά.

Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωριό < 2000 κατοίκων	33	19,2	19,3	19,3
Πόλη 2000-10000 κατοίκων	49	28,5	28,7	48,0
Πόλη > 10000 κατοίκων	89	51,7	52,0	100,0
Σύνολο	171	99,4	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	,6		
Σύνολο	172	100,0		

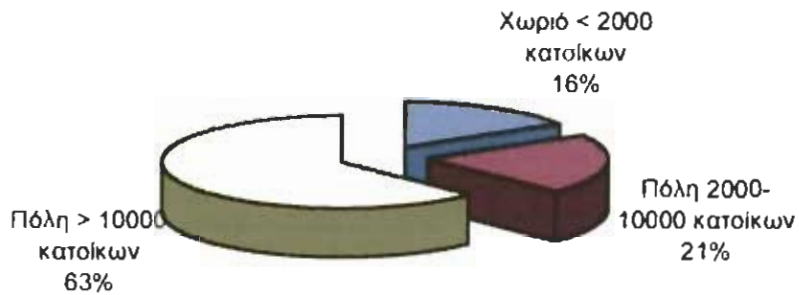
Στην πλειοψηφία τους κατάγονται από μεγάλες πόλεις.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Χωριό < 2000 κατοίκων	28	16,3	16,4	16,4
Πόλη 2000-10000 κατοίκων	36	20,9	21,1	37,4
Πόλη > 10000 κατοίκων	107	62,2	62,6	100,0
Σύνολο	171	99,4	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	,6		
	172	100,0		

Ανάλογα με την προηγούμενη ερώτηση οι περισσότερες γυναίκες διαμένουν επίσης σε μεγάλη πόλη.

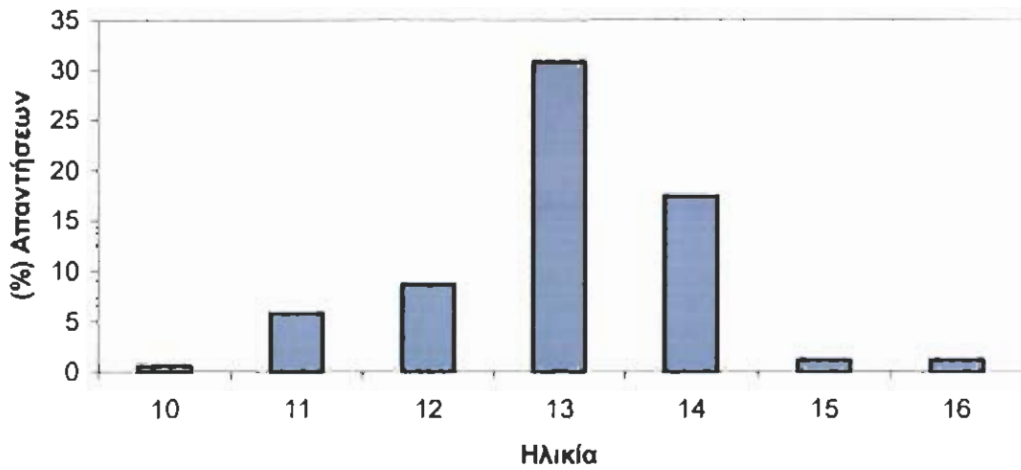
Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της πρώτης περιόδου

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
10	1	,6	,9	,9
11	10	5,8	8,8	9,7
12	15	8,7	13,3	23,0
13	53	30,8	46,9	69,9
14	30	17,4	26,5	96,5
15	2	1,2	1,8	98,2
16	2	1,2	1,8	100,0
Σύνολο	113	65,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	59	34,3		
Σύνολο	172	100,0		

Οι περισσότερες δηλώνουν έναρξη περιόδου σε ηλικίες 12-13 ετών.

Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης της πρώτης περιόδου

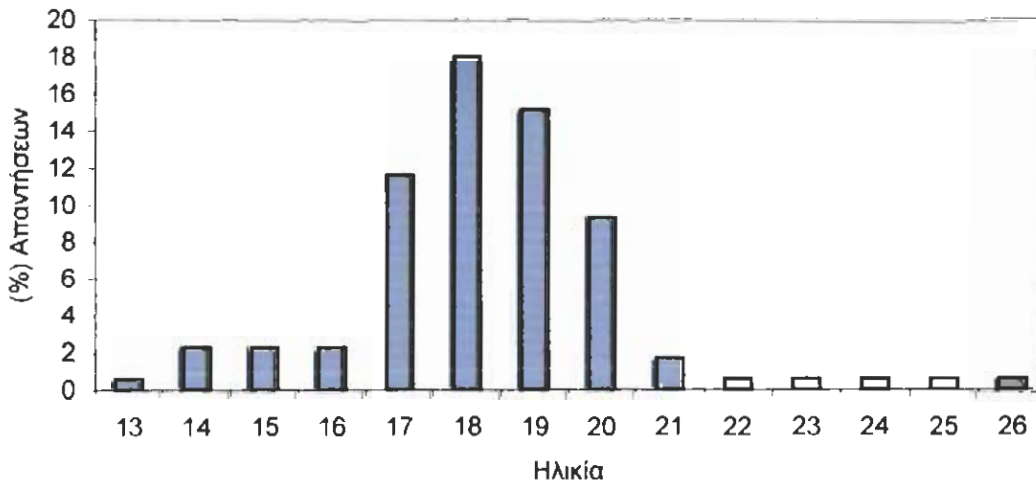


Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία των πρώτων σεξουαλικών σχέσεων

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
13	1	,6	,9	,9
14	4	2,3	3,5	4,4
15	4	2,3	3,5	7,9
16	4	2,3	3,5	11,4
17	20	11,6	17,5	28,9
18	31	18,0	27,2	56,1
19	26	15,1	22,8	78,9
20	16	9,3	14,0	93,0
21	3	1,7	2,6	95,6
22	1	,6	,9	96,5
23	1	,6	,9	97,4
24	1	,6	,9	98,2
25	1	,6	,9	99,1
26	1	,6	,9	100,0
Σύνολο	114	66,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	58	33,7		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία δηλώνει ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων τα 17-20 έτη.

Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία των πρώτων σεξουαλικών σχέσεων

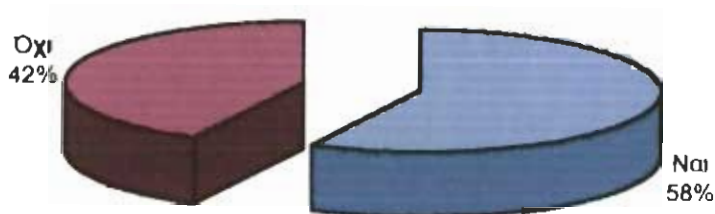


Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση ή όχι αντισυλληπτικής μεθόδου

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ναι	65	37,8	57,5	57,5
Όχι	48	27,9	42,5	100,0
Σύνολο	113	65,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	59	34,3		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία όσων απάντησαν στην ερώτηση δηλώνει ότι κάνει χρήση μεθόδου αντισύλληψης.

Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση ή όχι αντισυλληπτικής μεθόδου

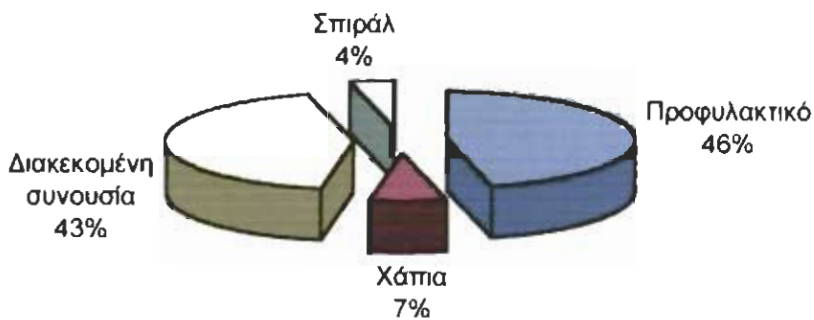


Πίνακας 13 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Προφυλακτικό	34	19,8	45,9	45,9
Χάπια	5	2,9	6,8	52,7
Διακεκομμένη συνουσία	32	18,6	43,2	95,9
Σπιράλ	3	1,7	4,1	100,0
Σύνολο	74	43,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	98	57,0		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία δηλώνει το προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης ενώ μεγάλο είναι και το ποσοστό (43,2%) όσων δηλώνουν διακεκομμένη συνουσία.

Σχήμα 13 Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν

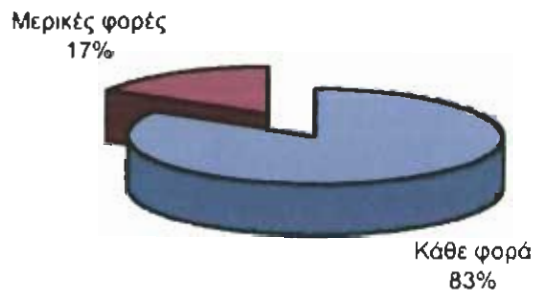


Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα εφαρμογής της μεθόδου αντισύλληψης.

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Κάθε φορά	60	34,9	83,3	83,3
Μερικές φορές	12	7,0	16,7	100,0
Σύνολο	72	41,9	100,0	
Χωρίς απάντηση	100	58,1		
Σύνολο	172	100,0		

Σχεδόν μία στις τρεις γυναίκες που απάντησαν δηλώνουν συχνή εφαρμογή της μεθόδου αντισύλληψης.

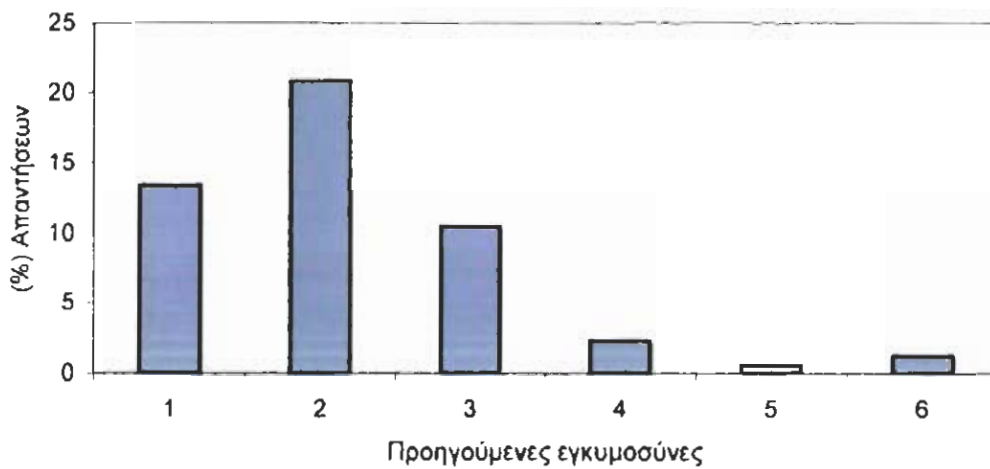
Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα εφαρμογής της μεθόδου αντισύλληψης.



Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό προγενέστερων κυήσεων

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
1	23	13,4	27,4	27,4
2	36	20,9	42,9	70,2
3	18	10,5	21,4	91,7
4	4	2,3	4,8	96,4
5	1	,6	1,2	97,6
6	2	1,2	2,4	100,0
Σύνολο	84	48,8	100,0	
Χωρίς σιάντηση	88	51,2		
Σύνολο	172	100,0		

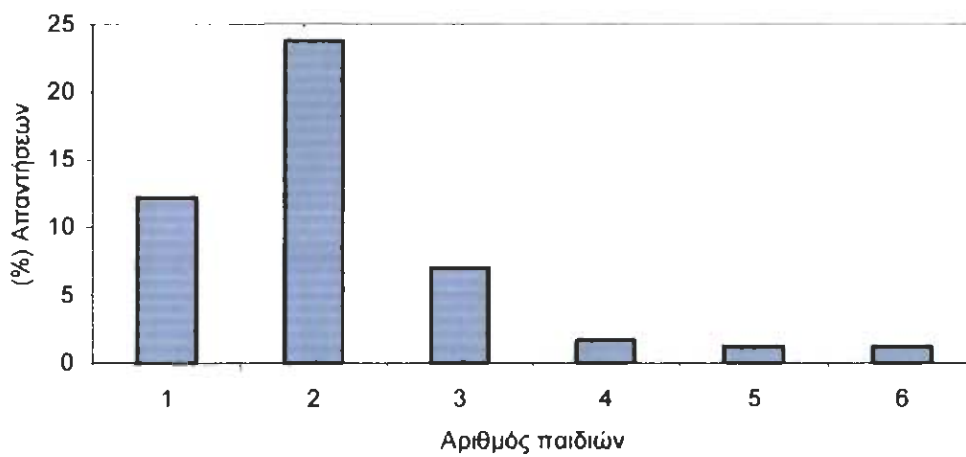
Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά γυναίκες με δύο κυήσεις (42,9%) και ακολουθούν αυτές με μία (27,4%).

Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό προγενέστερων κυήσεων

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών τους

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
1	21	12,2	25,9	25,9
2	41	23,8	50,6	76,5
3	12	7,0	14,8	91,4
4	3	1,7	3,7	95,1
5	2	1,2	2,5	97,5
6	2	1,2	2,5	100,0
Σύνολο	81	47,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	91	52,9		
Σύνολο	172	100,0		

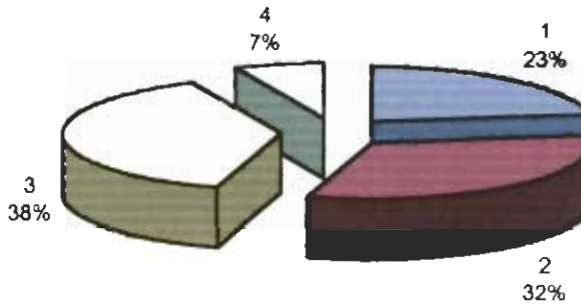
Το 50,6% δηλώνει δύο παιδιά.

Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών τους

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες καισαρικές έχουν κάνει

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
0	7	4,1	22,6	22,6
1	10	5,8	32,3	54,8
2	12	7,0	38,7	93,5
3	2	1,2	6,5	100,0
Σύνολο	31	18,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	141	82,0		
Σύνολο	172	100,0		

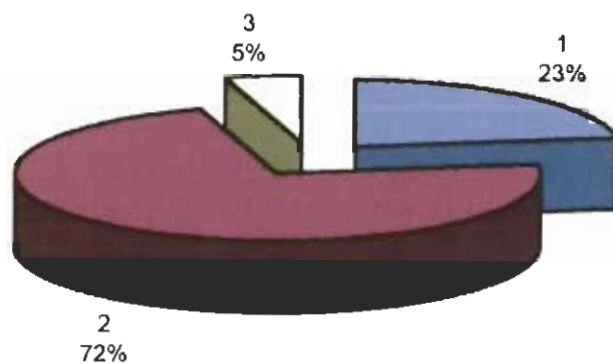
Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων απάντησαν αφορά γυναίκες με 1 ή 2 καισαρικές.

Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες καισαρικές έχουν κάνει

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες αποβολές έχουν κάνει

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
0	5	2,9	22,7	22,7
1	16	9,3	72,7	95,5
2	1	,6	4,5	100,0
Σύνολο	22	12,8	100,0	
Χωρίς απάντηση	150	87,2		
Σύνολο	172	100,0		

Το 72,7% όσων απάντησαν στην ερώτηση (η το 9,3% του δείγματος) δηλώνουν μία αποβολή. Μικρότερο είναι το ποσοστό όσων δηλώνουν δύο.

Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες αποβολές έχουν κάνει

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ναι	54	31,4	47,4	47,4
Όχι	60	34,9	52,6	100,0
Σύνολο	114	66,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	58	33,7		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι δεν γνωρίζει τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός

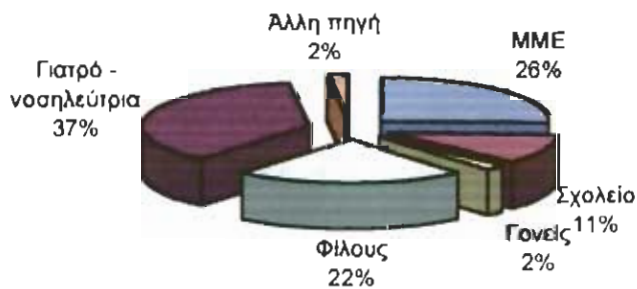


Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την πηγή ενημέρωσης για τον οικογενειακό προγραμματισμό

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
MME	14	8,1	25,9	25,9
Σχολείο	6	3,5	11,1	37,0
Γονείς	1	,6	1,9	38,9
Φίλους	12	7,0	22,2	61,1
Γιατρό - νοσηλεύτρια	20	11,6	37,0	98,1
Άλλη πηγή	1	,6	1,9	100,0
Σύνολο	54	31,4	100,0	
Χωρίς απάντηση	118	68,6		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού από ιατρούς ή νοσηλευτικό προσωπικό.

Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την πηγή ενημέρωσης για τον οικογενειακό προγραμματισμό

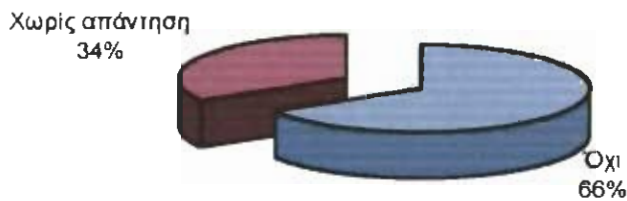


Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Όχι	114	66,3	100,0	100,0
Χωρίς απάντηση	58	33,7		
Σύνολο	172	100,0		

Το σύνολο όσων απαντούν δηλώνουν ότι δεν έχουν προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.

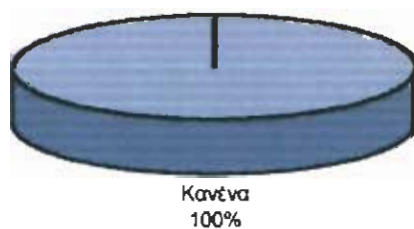
Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα



Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα από το οποίο έχουν προσβληθεί

	Απαντήσεις	(%)
Χωρίς απάντηση	172	100,0

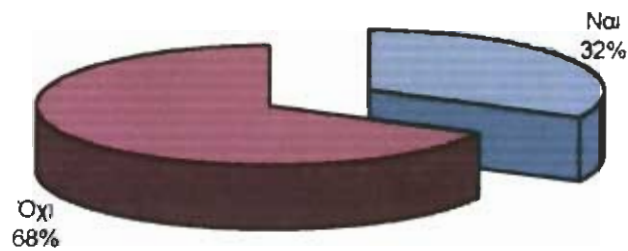
Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα από το οποίο έχουν προσβληθεί



Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Ναι	37	21,5	32,5	32,5
Όχι	77	44,8	67,5	100,0
Σύνολο	114	66,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	58	33,7		
Σύνολο	172	100,0		

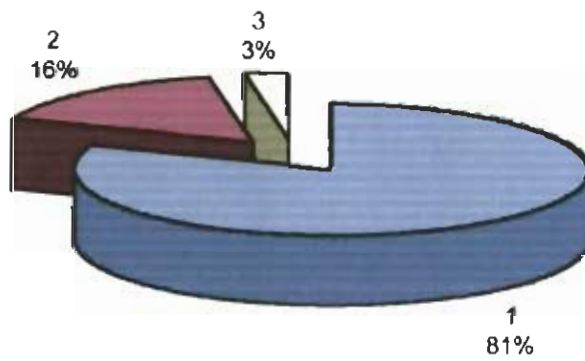
Το 21,5% του δείγματος δηλώνει προγενέστερη διακοπή κύησης.

Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες εκτρώσεις έχουν κάνει

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
1	30	17,4	81,1	81,1
2	6	3,5	16,2	97,3
3	1	,6	2,7	100,0
Σύνολο	37	21,5	100,0	
Χωρίς απάντηση	135	78,5		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία όσων απάντησαν στην ερώτηση δηλώνει μία διακοπή κύησης (81,1%). Το ποσοστό όσων έχουν κάνει τρεις εκτρώσεις είναι το 0,6% (ή το 2,7% όσων απάντησαν).

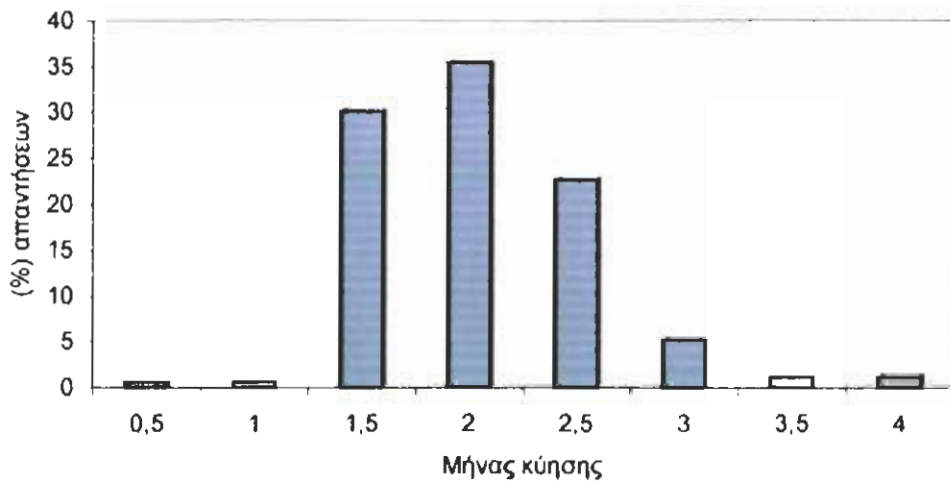
Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες εκτρώσεις έχουν κάνει

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μήνα της κύησης που έκαναν την έκτρωση

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
,50	1	,6	,6	,6
1,00	1	,6	,6	1,2
1,50	52	30,2	31,1	32,3
2,00	61	35,5	36,5	68,9
2,50	39	22,7	23,4	92,2
3,00	9	5,2	5,4	97,6
3,50	2	1,2	1,2	98,8
4,00	2	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	167	97,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	5	2,9		
Σύνολο	172	100,0		

Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν διακοπή της κύησης στον 2^ο μήνα.

Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μήνα της κύησης που έκαναν την έκτρωση

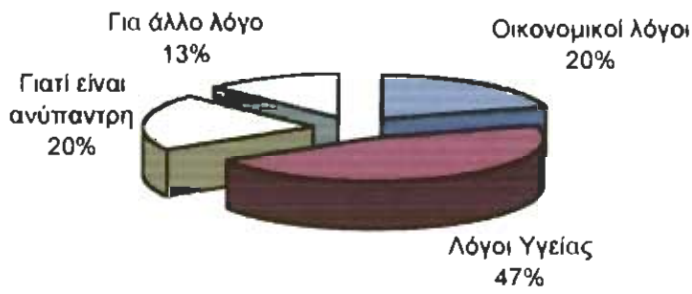


Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το λόγο για τον οποίο έκαναν την έκτρωση

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Οικονομικοί λόγοι	25	14,5	20,5	20,5
Λόγοι Υγείας	56	32,6	45,9	66,4
Γιατί είναι ανύπαντρη	25	14,5	20,5	86,9
Για άλλο λόγο	16	9,3	13,1	100,0
Σύνολο	122	70,9	100,0	
Χωρίς απάντηση	50	29,1		
Σύνολο	172	100,0		

Η πλειοψηφία ισοχυρίζεται λόγους υγείας για την διακοπή της κύησης.

Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το λόγο για τον οποίο έκαναν την έκτρωση

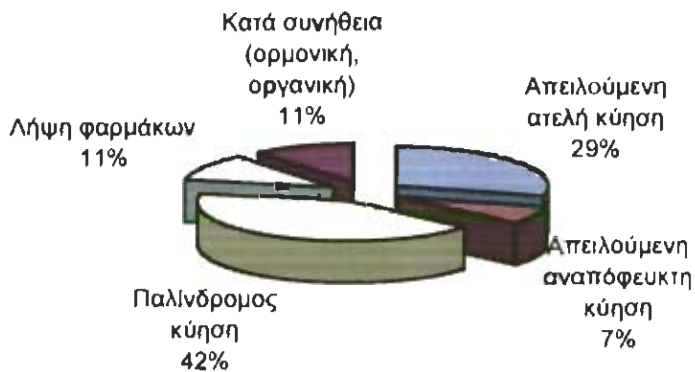


Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία υγείας που τους οδήγησε σε έκτρωση

	Απαντήσεις	(%)	(%) Απαντημένων	Αθροιστικό (%)
Απειλούμενη ατελή κύηση	16	9,3	29,1	29,1
Απειλούμενη αναπόφευκτη κύηση	4	2,3	7,3	36,4
Παλινδρομος κύηση	23	13,4	41,8	78,2
Λήψη φαρμάκων	6	3,5	10,9	89,1
Κατά συνήθεια (ορμονική, οργανική)	6	3,5	10,9	100,0
Σύνολο	55	32,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	117	68,0		
Σύνολο	172	100,0		

Η κυριότερη αιτία διακοπής της κύησης αφορά παλινδρομες κυήσεις (41,8%) και ακολουθεί η απειλούμενη ατελής κύηση.

Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία υγείας που τους οδήγησε σε έκτρωση



Στήλες

Πίνακας 28 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ηλικιακή ομάδα	Έως 20 ετών	8 47,1%	9 52,9%	17 100,0%
	21-35 ετών	38 58,5%	27 41,5%	65 100,0%
	Άνω των 35 ετών	19 61,3%	12 38,7%	31 100,0%
Σύνολο		65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	,965	2	,617

Αν και οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου κάνουν οι γυναίκες μεγαλύτερων παρά μικρότερων ηλικιών. Το φαινόμενο αυτό έχει να κάνει με την αδυναμία ή τον φόβο πρόσβασης των γυναικών αυτών σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (επίσης στην αγορά προφυλακτικών κλπ).

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	18 58,1%	13 41,9%	31 100,0%
	Εγγαμη	46 58,2%	33 41,8%	79 100,0%
	Διαζευγμένη	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Σύνολο		65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	,738	2	,691

Αν και η διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές φαίνεται ότι η πλειοψηφία από τις άγαμες και τις παντρεμένες χρησιμοποιούν μέθοδο αντισύλληψης.

Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την χρήση μεθόδου αντισύλληψης.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο	Αναλφάβητη	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
	Δημοτικού	5 41,7%	7 58,3%	12 100,0%
	Γυμνασίου	14 45,2%	17 54,8%	31 100,0%
	Λυκείου	29 64,4%	16 35,6%	45 100,0%
	ΑΤΕΙ	9 90,0%	1 10,0%	10 100,0%
	ΑΕΙ	7 100,0%	0 ,0%	7 100,0%
	Σύνολο	65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	20,178	5	,001

Παρατηρούμε ότι αντισυλληπτική μέθοδο χρησιμοποιεί η πλειοψηφία όσων δηλώνουν μορφωτικό επίπεδο Λυκείου και άνω. Αντίθετα η πλειοψηφία αυτών με μορφωτικό επίπεδο έως και αυτό του γυμνασίου δεν εφαρμόζει μέθοδο αντισύλληψης. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική και δείχνει ότι η μόρφωση συνδέεται με την χρήση ή όχι μεθόδου αντισύλληψης.

Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόρφωση του πατέρα και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Αναλφάβητος	11	17	28
		39,3%	60,7%	100,0%
	Δημοτικού	25	20	45
		55,6%	44,4%	100,0%
	Γυμνασίου	23	7	30
		76,7%	23,3%	100,0%
	Λυκείου	4	3	7
	57,1%	42,9%	100,0%	
	ΑΤΕΙ	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
	ΑΕΙ	2	0	2
		100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο		65	48	113
		57,5%	42,5%	100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	11,214	5	,047

Παρατηρούμε ότι και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των γυναικών παίζει κάποιο ρόλο στην εφαρμογή μέτρων αντισύλληψης, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των γυναικών των οποίων ο πατέρας εμφανίζεται σαν αναλφάβητος δεν κάνουν χρήση μεθόδου αντισύλληψης. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόρφωση της μητέρας και την εφαρμογή αντιουλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντιουλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Αναλφάβητη	14	22	36
		38,9%	61,1%	100,0%
	Δημοτικού	29	16	45
		64,4%	35,6%	100,0%
	Γυμνασίου	17	10	27
		63,0%	37,0%	100,0%
	Λυκείου	4	0	4
		100,0%	,0%	100,0%
	ΑΕΙ	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο		65	48	113
		57,5%	42,5%	100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	10,017	4	,040

Και εδώ βλέπουμε ότι η μόρφωση της μητέρας επηρεάζει σε κάποιο βαθμό την υιοθέτηση αντιουλληπτικής μεθόδου.

Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου και την ενασχόληση των γυναικών.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Επάγγελμα	Μαθήτρια	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
	Φοιτήτρια - Σπουδάστρια	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Οικιακά	38 50,7%	37 49,3%	75 100,0%
	Ειποιήμονας	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Αγρότισσα	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
	Δημ. Υπάλληλος	11 100,0%	0 ,0%	11 100,0%
	Ιδ. Υπάλληλος	8 57,1%	6 42,9%	14 100,0%
	Ελευθ. επαγγελματίας	2 40,0%	3 60,0%	5 100,0%
	Σύνολο	65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	12,559	7	,084

Η χρήση μεθόδου αντισύλληψης είναι ανεξάρτητη του επαγγέλματος

Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τόπος γέννησης	Χωριό < 2000 κατοίκων	13 68,4%	6 31,6%	19 100,0%
	Πόλη 2000-10000 κατοίκων	13 43,3%	17 56,7%	30 100,0%
	Πόλη > 10000 κατοίκων	39 60,9%	25 39,1%	64 100,0%
Σύνολο		65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	3,701	2	,157

Η χρήση μεθόδου αντισύλληψης φαίνεται να μην επηρεάζεται από τον τόπο γέννησης.

Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τόπος διαμονής	Χωριό < 2000 κατοίκων	8 66,7%	4 33,3%	12 100,0%
	Πόλη 2000-10000 κατοίκων	9 37,5%	15 62,5%	24 100,0%
	Πόλη > 10000 κατοίκων	48 62,3%	29 37,7%	77 100,0%
Σύνολο		65 57,5%	48 42,5%	113 100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	5,079	2	,079

Ότι ο τόπος διαμονής φαίνεται να επηρεάζει την χρήση ή όχι αντισυλληπτικής μεθόδου.

Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης επαφής και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ηλικία πρώτης επαφής	Έως 17	15	17	32
		46,9%	53,1%	100,0%
	18-22 ετών	49	28	77
		63,6%	36,4%	100,0%
	Άνω των 22	1	3	4
		25,0%	75,0%	100,0%
Σύνολο		65	48	113
		57,5%	42,5%	100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	4,39	2	,111

Αν και οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές φαίνεται ότι η έναρξη σχέσεων σε μικρή ηλικία (<17) συνοδεύεται με μη εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου. Το αντίθετο παρατηρούμε σε σχέσεις που συνάπτονται μετά τα 18.

Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντιουλληπτικής μεθόδου και τον αριθμό προγενέστερων κυήσεων.

		Χρήση αντιουλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Προηγούμενες εγκυμοσύνες	1	13	10	23
		56,5%	43,5%	100,0%
	2	25	11	36
		69,4%	30,6%	100,0%
	3	8	10	18
		44,4%	55,6%	100,0%
	4	1	3	4
		25,0%	75,0%	100,0%
	5	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
	6	1	1	2
		50,0%	50,0%	100,0%
Σύνολο		49	35	84
		58,3%	41,7%	100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	5,888	5	,317

Χωρίς τα συμπεράσματα να είναι στατιστικά σημαντικά φαίνεται ότι γυναίκες με μια ή δύο προγενέστερες κυήσεις εφαρμόζουν κυρίως μέθοδο αντιούλληψης.

Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης και τον αριθμό των παιδιών τους.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Πόσα παιδιά έχουν κάνει	1	13 61,9%	8 38,1%	21 100,0%
	2	23 56,1%	18 43,9%	41 100,0%
	3	7 58,3%	5 41,7%	12 100,0%
	4	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	5	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	6	0 ,0%	2 100,0%	2 100,0%
Σύνολο		45 56,3%	35 43,8%	80 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	2,929	5	,711

Και εδώ δεν φαίνεται να συνδέεται η χρήση αντισύλληψης με τον αριθμό των παιδιών, αν και μητέρες 1 ή 2 παιδιών κυρίως δηλώνουν ότι λαμβάνουν μέτρα.

Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση μεθόδου αντισύλληψης και γνώσης θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός	Ναι	45	9	54
		83,3%	16,7%	100,0%
	Όχι	20	39	59
		33,9%	66,1%	100,0%
Σύνολο		65	48	113
		57,5%	42,5%	100,0%

	Τιμή Χ ²	B.E.	P
Δοκιμασία Χ ²	28,199	1	,000

Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι η πλειοψηφία των γυναικών που δηλώνει ότι κάνει χρήση μεθόδων αντισύλληψης δηλώνει ταυτόχρονα ότι γνωρίζει και τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός. Η διαφορά σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την πηγή ενημέρωσης για τον οικογενειακό προγραμματισμό και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Απο που έχουν ενημερωθεί για τον οικογενειακό προγραμματισμό	MME	12	2	14
		85,7%	14,3%	100,0%
	Σχολείο	5	1	6
		83,3%	16,7%	100,0%
	Γονείς	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
	Φίλους	12	0	12
	100,0%	,0%	100,0%	
	Γιατρό - νοσηλεύτρια	15	5	20
		75,0%	25,0%	100,0%
	Άλλη πηγή	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο		45	9	54
		83,3%	16,7%	100,0%

	Τιμή Χ ²	B.E.	P
Δοκιμασία Χ ²	8,657	5	,124

Οι διαφορές δεν δίνουν κάποια στατιστική σημαντικότητα και κατα συνέπεια τα δύο χαρακτηριστικά δεν φαίνεται να εξαρτώνται ιδιαίτερα.

Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.

		Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Έχουν κάνει ποτέ έκτρωση	Ναι	18 48,6%	19 51,4%	37 100,0%
	Όχι	46 61,3%	29 38,7%	75 100,0%
Σύνολο		64 57,1%	48 42,9%	112 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	1,628	1	,202

Αν και οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές εντούτοις διαφαίνεται ότι όλες γυναίκες κάνουν χρήση μεθόδου αντισύλληψης δεν έχουν υποβληθεί σε διακοπή κύησης.

Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Μορφωτικό επίπεδο	Αναλφάβητη	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
	Δημοτικού	2 16,7%	10 83,3%	12 100,0%
	Γυμνασίου	10 32,3%	21 67,7%	31 100,0%
	Λυκείου	26 56,5%	20 43,5%	46 100,0%
	ΑΤΕΙ	9 90,0%	1 10,0%	10 100,0%
	ΑΕΙ	6 85,7%	1 14,3%	7 100,0%
	Σύνολο	54 47,4%	60 52,6%	114 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	24,242	5	,000

Η πλειοψηφία των γυναικών με μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον Λυκείου δηλώνει ότι γνωρίζει σχετικά με τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 43 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Επάγγελμα	Μαθήτρια	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
	Φοιτήτρια - Σπουδάστρια	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Οικιακά	31 40,8%	45 59,2%	76 100,0%
	Επιστήμονας	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Αγρότιουα	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Δημ. Υπάλληλος	10 90,9%	1 9,1%	11 100,0%
	Ιδ. Υπάλληλος	8 57,1%	6 42,9%	14 100,0%
	Ελευθ. επαγγελματίας	1 20,0%	4 80,0%	5 100,0%
	Σύνολο	54 47,4%	60 52,6%	114 100,0%

	Τιμή Χ ²	B.E.	P
Δοκιμασία Χ ²	15,088	7	,035

Η πλειοψηφία όσων είναι μαθήτριες, ασχολούνται με τα οικιακά και είναι ελεύθεροι επαγγελματίες δηλώνουν άγνοια σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Η διαφορά είναι σημαντική.

Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τόπος γέννησης	Χωριά < 2000 κατοίκων	7 35,0%	13 65,0%	20 100,0%
	Πόλη 2000-10000 κατοίκων	10 33,3%	20 66,7%	30 100,0%
	Πόλη > 10000 κατοίκων	37 57,8%	27 42,2%	64 100,0%
Σύνολο		54 47,4%	60 52,6%	114 100,0%

	Τιμή Χ ²	Β.Ε.	P
Δοκιμασία Χ ²	6,398	2	,041

Γνώση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού δηλώνει η πλειοψηφία γυναικών από μεγάλες πόλεις. Αντίθετα αυτές από μικρές πόλεις ή χωριά δηλώνει άγνοια. Στις μικρές κοινωνίες φαίνεται πώς είναι δύσκολο (ή αδύνατο σε χωριά) να αποταθεί μια γυναίκα σε κέντα οικ. προγραμματισμού.

Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιούν	Προφυλακτικό	26	8	34
		76,5%	23,5%	100,0%
	Χάπια	4	1	5
		80,0%	20,0%	100,0%
	Διακεκομμένη συνουσία	15	17	32
		46,9%	53,1%	100,0%
	Σπιράλ	3	0	3
		100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο		48	26	74
		64,9%	35,1%	100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	8,681	3	,034

Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές και είναι χαρακτηριστικό ότι γυναίκες με άγνοια οικογενειακού προγραμματισμού χρησιμοποιούν σαν 'μέθοδο αντισύλληψης' την διακεκομμένη συνουσία.

Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες εκτρώσεις έχουν κάνει και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Πόσες εκτρώσεις έχουν κάνει	1	14 46,7%	16 53,3%	30 100,0%
	2	1 16,7%	5 83,3%	6 100,0%
	3	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
Σύνολο		15 40,5%	22 59,5%	37 100,0%

	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	2,568	2	,277

Αυτό που θα περιμέναμε είναι γυναίκες με εμπειρία διακοπής της κύησης να γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός. Βλέπουμε όμως το αντίθετο με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ερωτηματικά για το ρόλο των ιατρών οι οποίοι αν και είχαν την ευκαιρία αμέλησαν να ενημερώσουν τις γυναίκες αυτές.

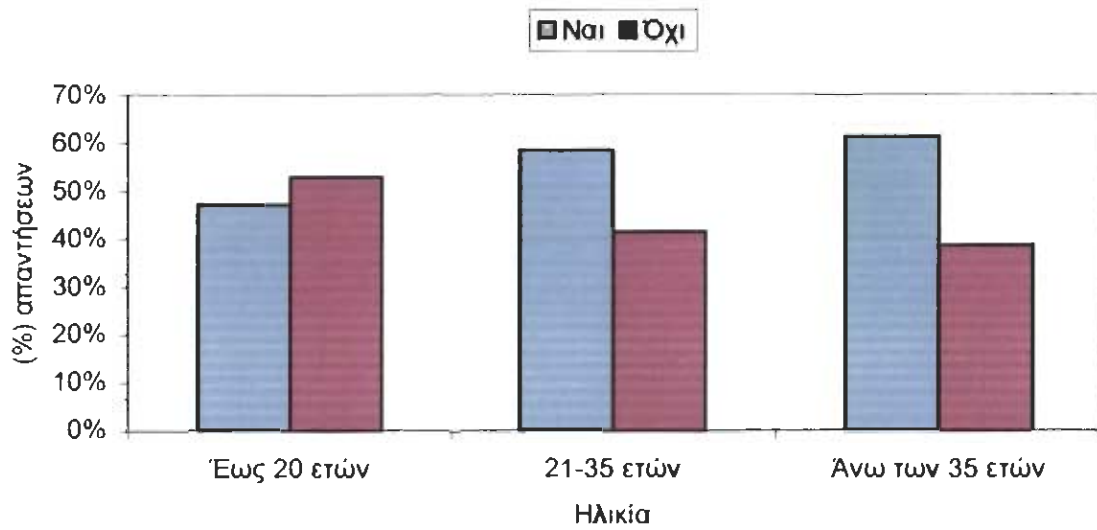
Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.

		Γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Ηλικιακή ομάδα	Έως 20 ετών	3 16,7%	15 83,3%	18 100,0%
	21-35 ετών	33 50,8%	32 49,2%	65 100,0%
	Ανω των 35 ετών	18 58,1%	13 41,9%	31 100,0%
Σύνολο		54 47,4%	60 52,6%	114 100,0%

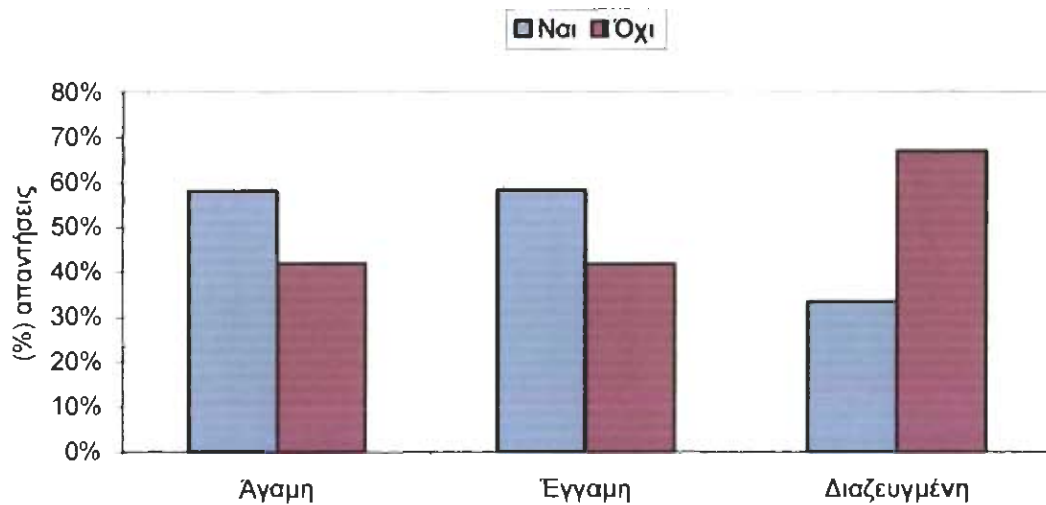
	Τιμή Χ2	B.E.	P
Δοκιμασία Χ2	8,530	2	,014

Κυρίως οι γυναίκες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν γνώσιμες θεμάτων οικογενειακού

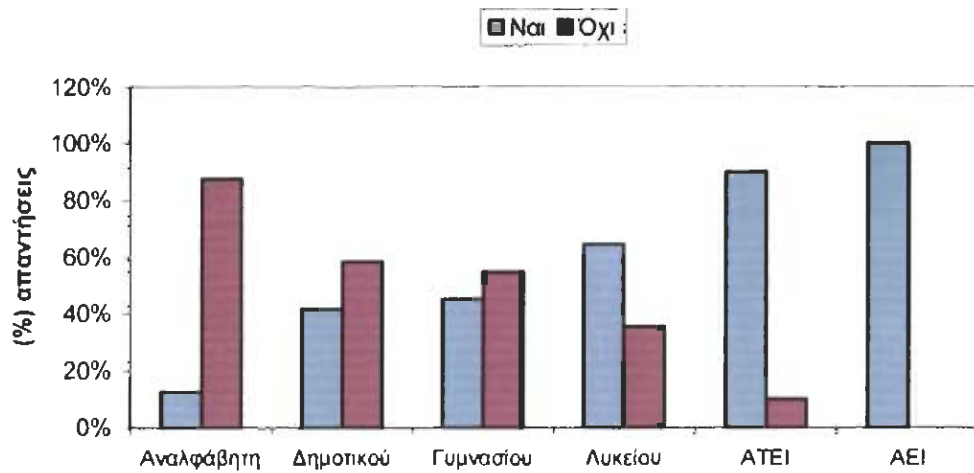
Σχήμα 28 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



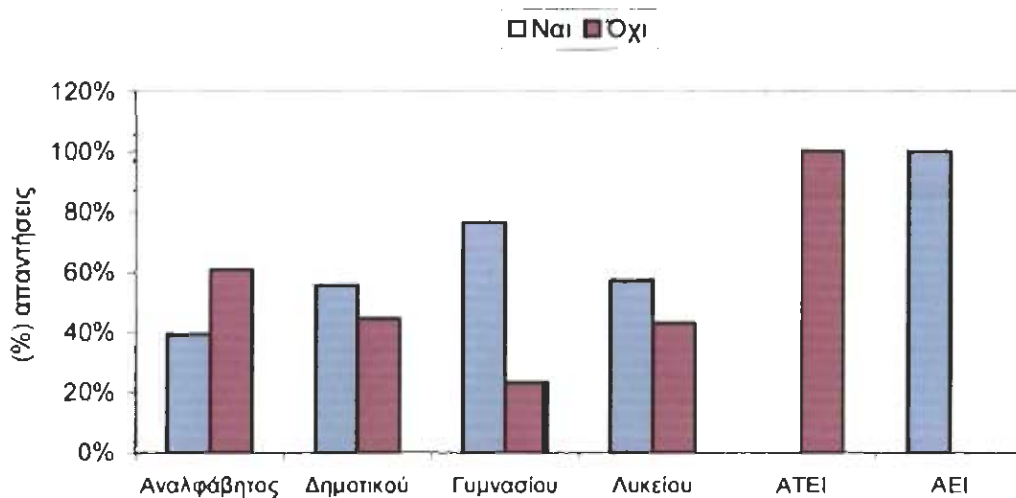
Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



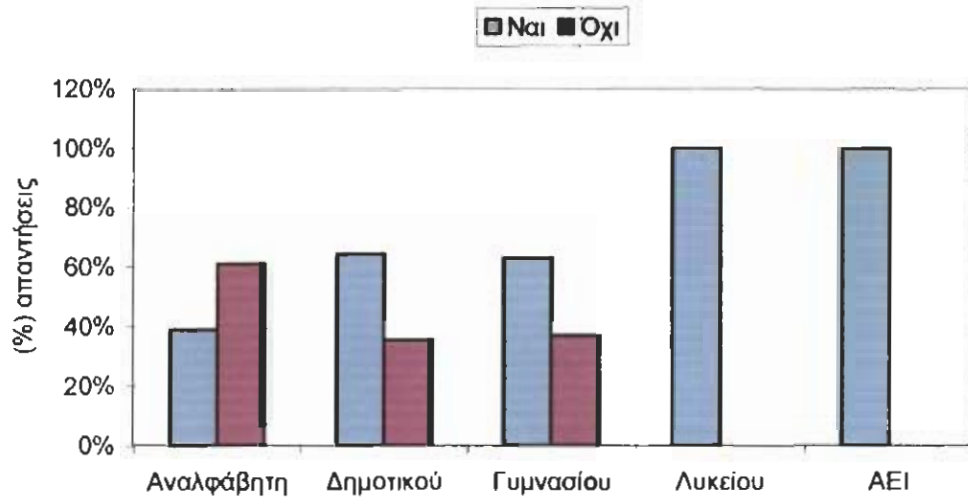
Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και την χρήση μεθόδου αντισύλληψης.



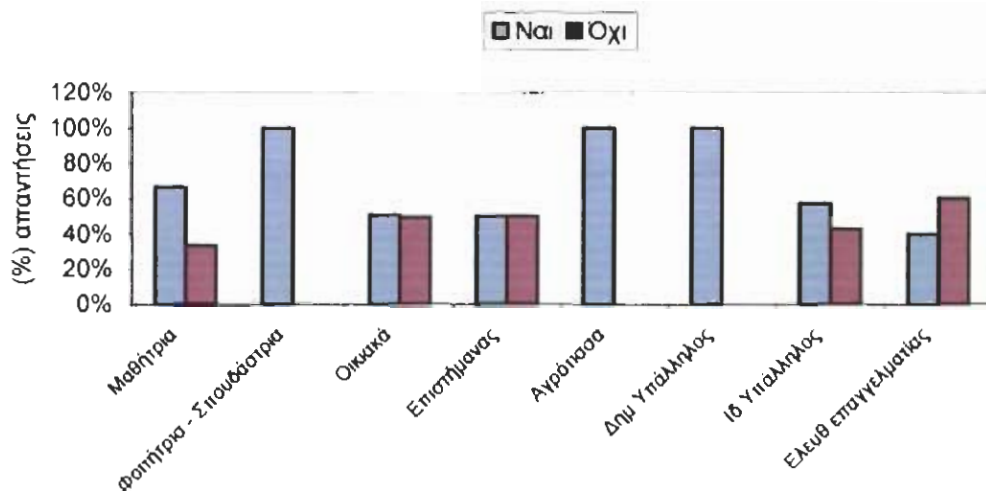
Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόρφωση του πατέρα και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου



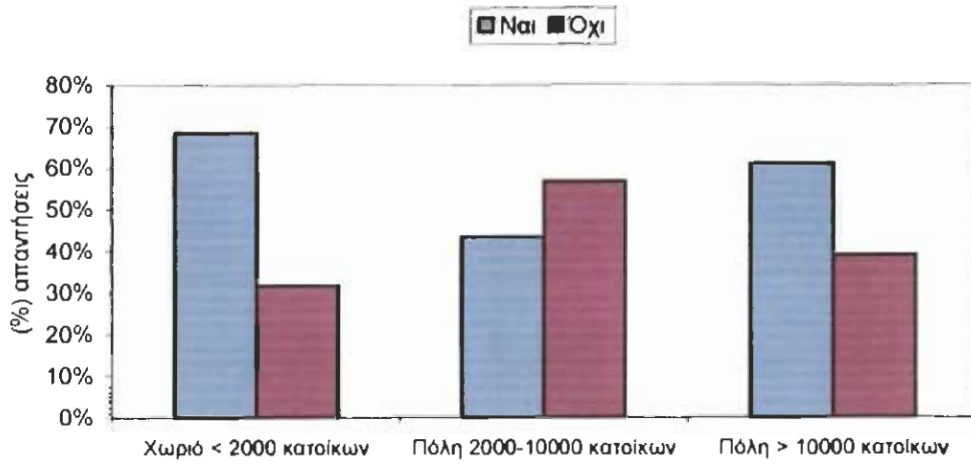
Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μόρφωση της μητέρας και την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου



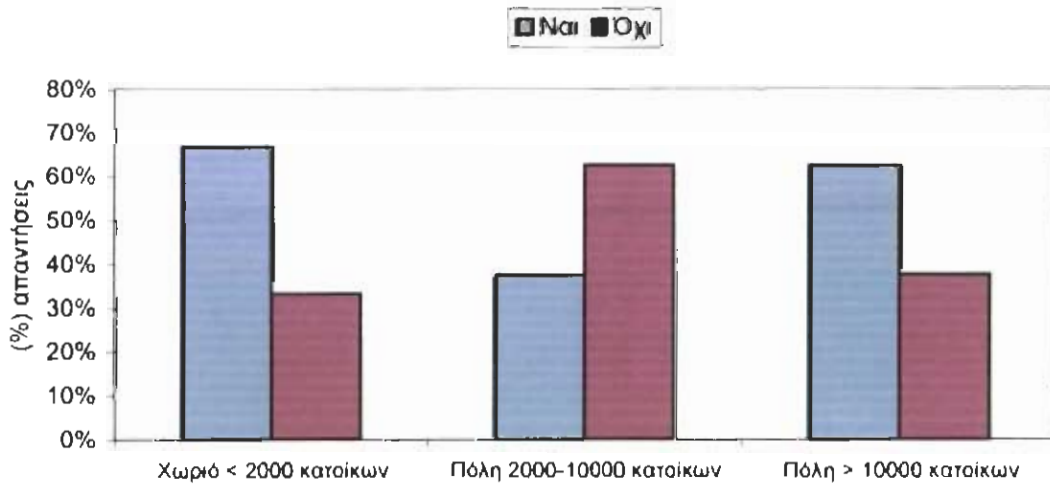
Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου και την ενασχόληση των γυναικών.



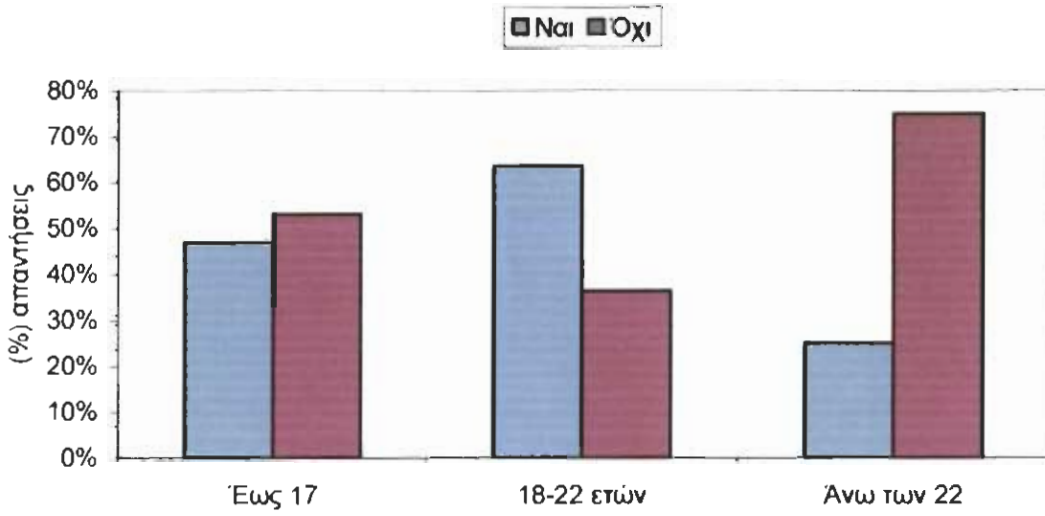
Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



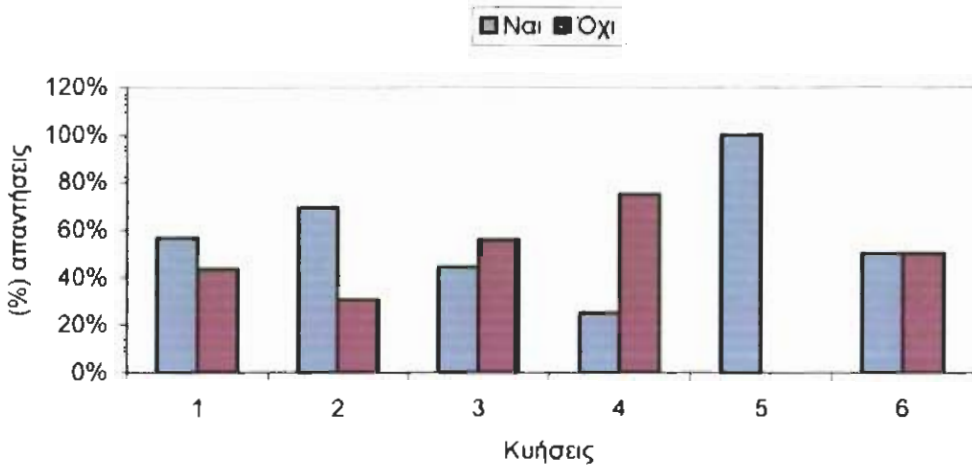
Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



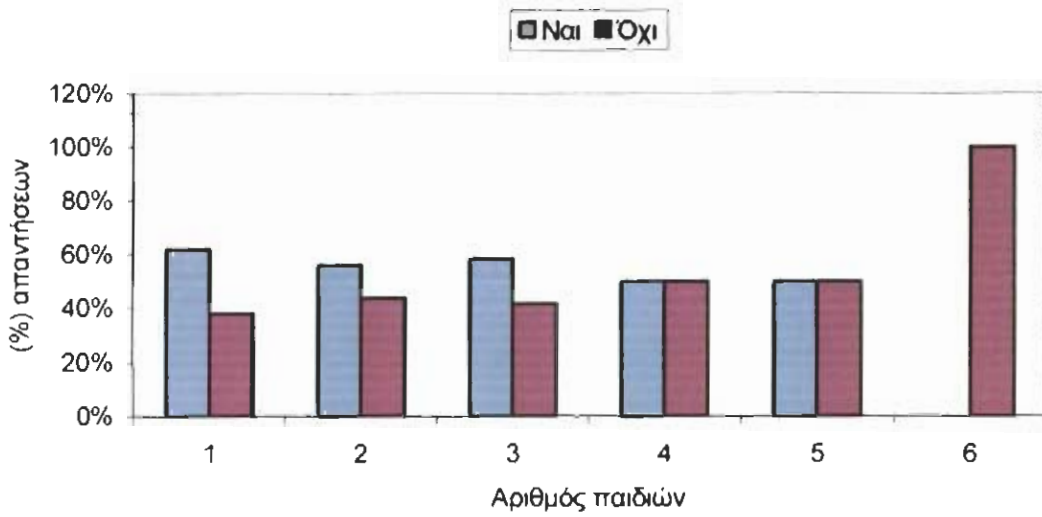
Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία πρώτης επαφής και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



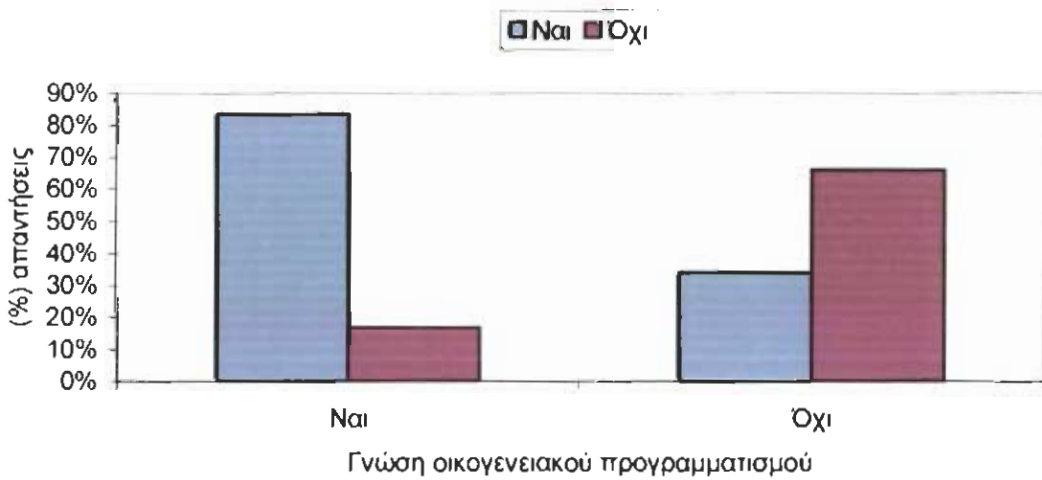
Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου και τον αριθμό προγενέστερων κυήσεων.



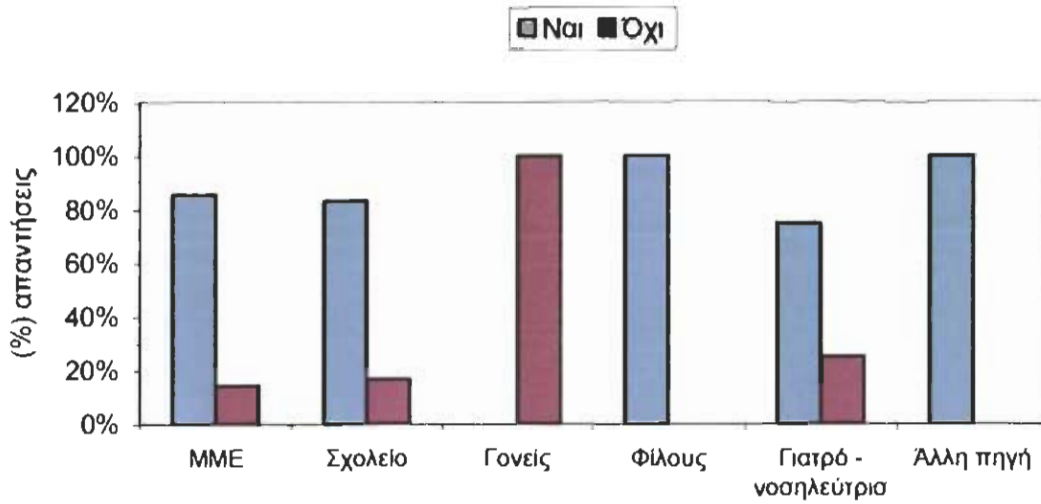
Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης και τον αριθμό των παιδιών τους.



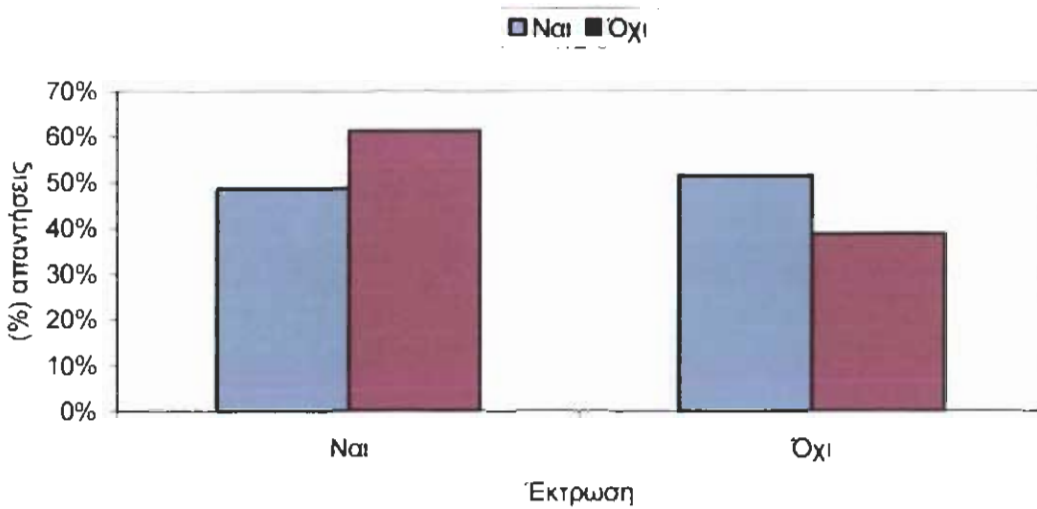
Σχήμα 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση μεθόδου αντισύλληψης και γνώσης θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.



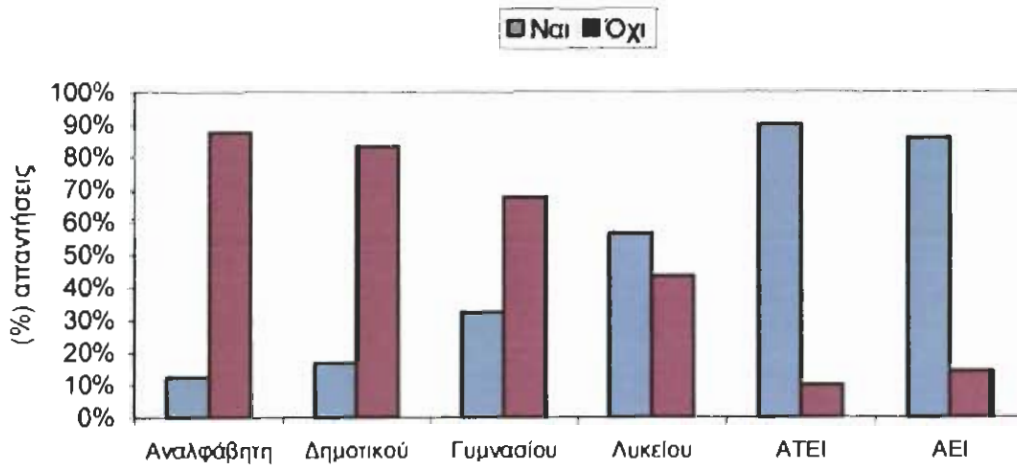
Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την πηγή ενημέρωσης για τον οικογενειακό προγραμματισμό και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



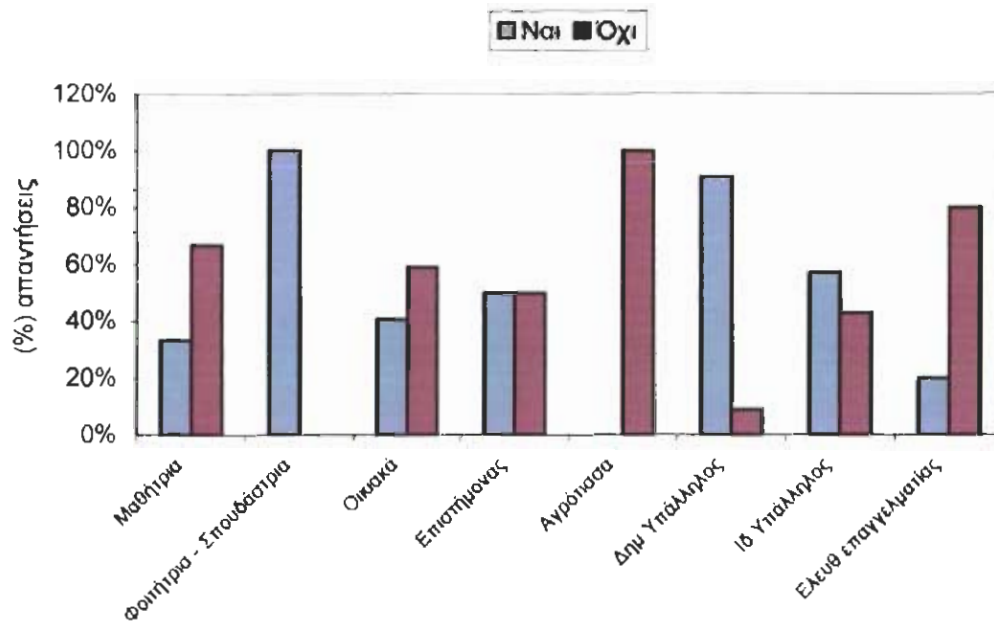
Σχήμα 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση και την χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.



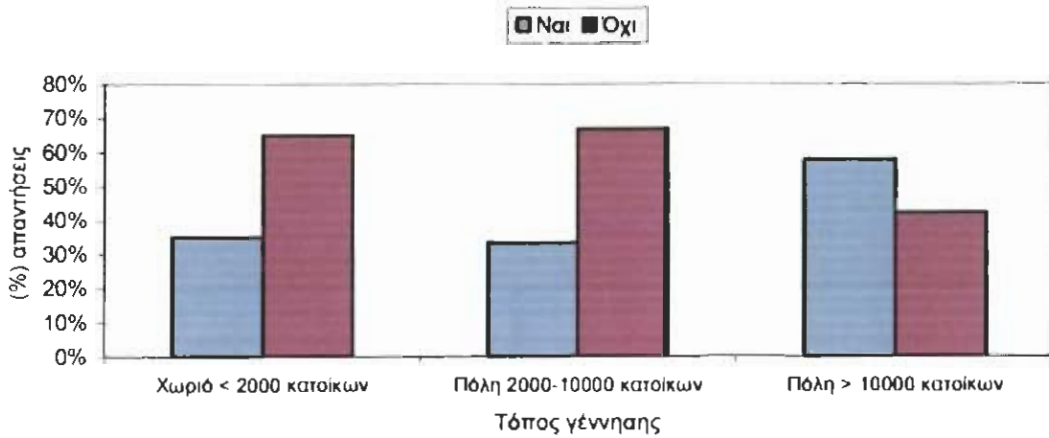
Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



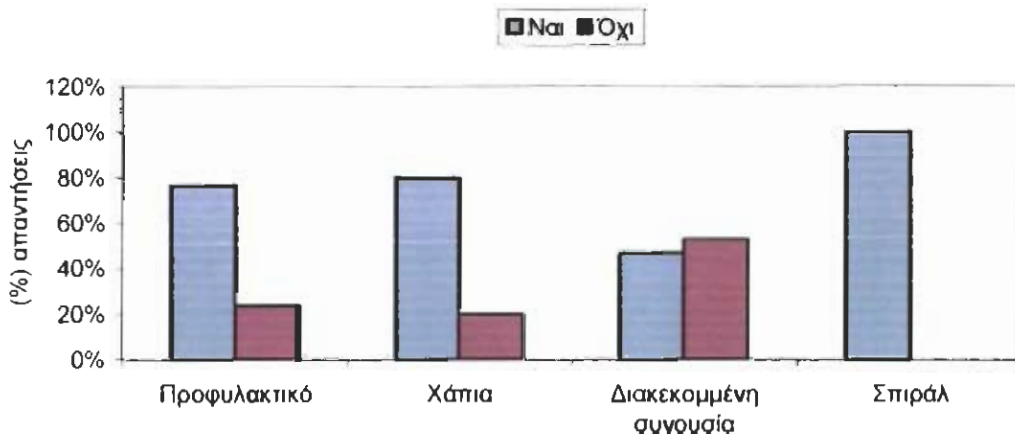
Σχήμα 43 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



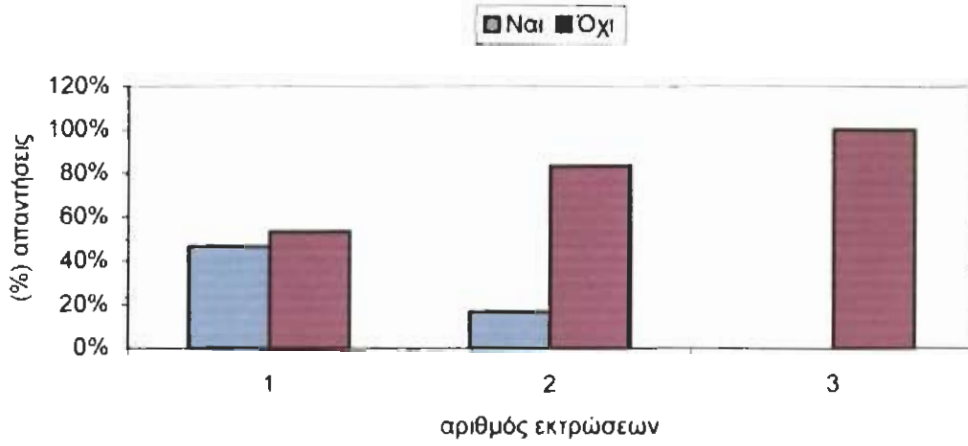
Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



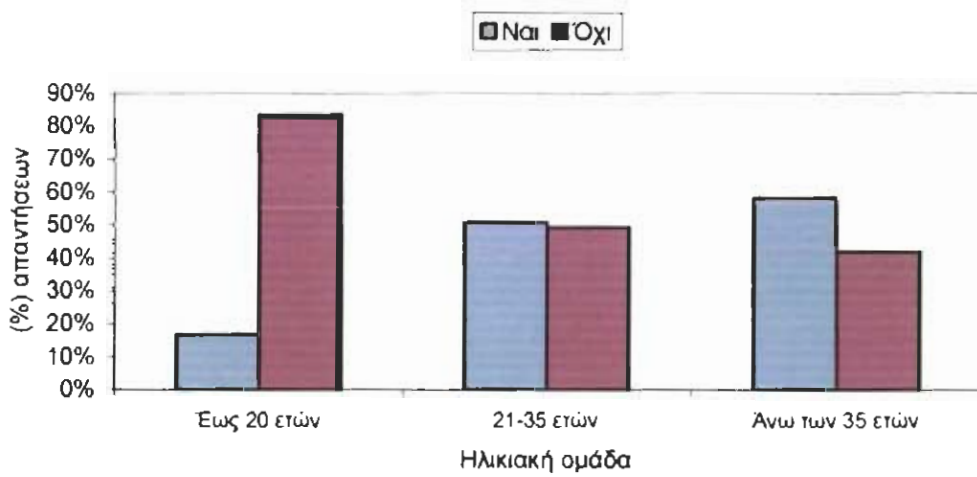
Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούν και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες εκτρώσεις έχουν κάνει και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και εάν γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός.



Συζήτηση

Η έρευνα είχε διάρκεια 6 μήνες από 15/9/04 έως 15/3/2005. Κατά την διεξαγωγή της ερωτήθηκαν 172 γυναίκες, η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ηλικία έως 35 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έχει κάνει έκτρωση είναι από 20-35 χρόνων κυρίως έγγαμες. Το μορφωτικό τους επίπεδο είναι απολυτήριο Λυκείου.

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους δηλώνουν μορφωτικό επίπεδο Λυκείου και άνω, ενώ αυτές με μόρφωση έως και του Γυμνασίου δεν εφαρμόζουν καμία μέθοδο αντισύλληψης. Το συμπέρασμα μας είναι πως η μόρφωση συνδέεται άμεσα με την χρήση ή όχι μεθόδου αντισύλληψης ($\chi^2 = 20,178$ $P = 0,001$).

Επίσης και η μόρφωση των γονέων της γυναίκας παίζει καθοριστικό ρόλο στην υιοθέτηση ή μη μεθόδων αντισύλληψης, αφού στατιστικά φαίνεται ότι οι γονείς των γυναικών που πραγματοποιούν έκτρωση έχουν μόρφωση έως και Δημοτικού.

Οι γυναίκες του δείγματος μας κατά πολύ μεγάλο ποσοστό ασχολούνται με τα οικιακά και φαίνεται πως η ενημέρωσή τους σε θέματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού είναι πλημμελής έως ανύπαρκτη.

Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων από την ηλικία των 17-20 ετών και δηλώνει επίσης ότι κάνει χρήση μεθόδων αντισύλληψης σε ποσοστό 57,5%.

Παρ' όλα αυτά όμως ένα μεγάλο ποσοστό 42,5% περίπου το μισό δεν παίρνει κάποιο μέτρο αντισύλληψης.

Η πρώτη αντισυλληπτική μέθοδος είναι το προφυλακτικό 45,9% και η δεύτερη η διακεκομμένη συνουσία 43,2%. Σε παλαιότερη έρευνα (Ι. Δετοράκη 1998) εμφανιζόταν σαν πρώτη μέθοδος η διακεκομμένη συνουσία και μετά το προφυλακτικό. Ίσως αυτή η εναλλαγή να οφείλεται στην εξάπλωση του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και των υπολοίπων αφροδισίων νοσημάτων.

Η πλειοψηφία του δείγματος επίσης δηλώνει ότι δεν γνωρίζει τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός, αυτό δείχνει περίτρανα την ανυπαρξία

πλήρους και υπεύθυνης ενημέρωσης από την πολιτεία και τα ήδη υιάρχοντα κέντρα. Με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να καταφεύγουν στην ύστατη «λύση» της έκτρωσης και όχι στην πρόληψη της.

Επίσης αυτό που παρατηρούμε είναι ότι η πλειοψηφία των γυναικών που δηλώνει ότι κάνει χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου δηλώνει ταυτόχρονα ότι γνωρίζει τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός ($\chi^2 = 28,199$ $P = 0,000$).

Αυτό ενισχύει το συμπέρασμα μας ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση από όλους τους αρμόδιους φορείς, αφού σαν κύρια πηγή ενημέρωσης για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού εμφανίζονται οι νοσηλευτές και οι γιατροί.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που γνωρίζουν τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός και με τι ασχολείται διαμένει σε μεγάλες πόλεις. Αντίθετα αυτές που μένουν σε μικρές πόλεις ή χωριά δηλώνουν άγνοια. Απ' αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι στις μικρές κοινωνίες της επαρχίας κυρίως είναι δύσκολο ή αδύνατο να αποτανθεί μια γυναίκα σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού το οποίο δεν υπάρχει. ($\chi^2 = 6,398$ $P = 0,041$).

Οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο Λυκείου δηλώνουν ότι γνωρίζουν σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού ($\chi^2 = 24,242$ $P = 0,000$).

Το ίδιο ακριβώς είδαμε και με τα μέτρα αντισύλληψης. Άρα η μόρφωση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την γνώση πάνω σε θέματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού. Από το σύνολο του δείγματος μας μόνο το 21,5%, δηλώνει προγενέστερη διακοπή κύησης ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 37,7% δεν άπαντα.

Η πλειοψηφία των γυναικών ισχυρίζεται ότι οδηγήθηκε στην έκτρωση για λόγους υγείας με κυριότερη αιτία την παλίνδρομο κύηση.

Το γεγονός αυτός μας γεμίζει ερωτηματικά.

Μήπως οι γυναίκες αυτές πίσω από «τους λόγους υγείας» προσπαθούν να κρύψουν τους πραγματικούς λόγους που τις οδήγησαν στην λήψη αυτής της απόφασης ;

Μήπως ιοχυριζόμενες λόγους υγείας προσάπτουν να καλύψουν και το οικονομικό κόστος της επέμβασης η οποία μόνο με αυτόν τον τρόπο καλύπτεται από τα διάφορα ταμεία ;

Επίσης μήπως έτσι αισθάνονται καλύτερα απέναντι στους άλλους και στον ίδιο τους τον εαυτό ;

Προτάσεις

Αύξηση των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού για πληρέστερη ενημέρωση στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην επαρχία.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού να παρέχουν δωρεάν μεθόδους αντισύλληψης π.χ. προφυλακτικά, χάπι κ.α. όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες της Ευρώπης έτσι ώστε το κόστος της αντισύλληψης να μην αποτελεί εμπόδιο για την εφαρμογή της.

- Τα Κ.Ο.Π. να οργανωθούν εκτός νοσοκομείων, με εξειδικευμένο προσωπικό, γιατί πραγματικός τους σκοπός δεν είναι η θεραπεία αλλά η ενημέρωση των πολιτών.
- Εξήγηση των μεθόδων αντισύλληψης με κατανοητό τρόπο και δυνατότητα του ατόμου να μπορεί να λύσει όλες τις απορίες του.
- Να παροτρύνονται τα άτομα να προσέρχονται σε Κ.Ο.Π. για ενημέρωση.
- Χορήγηση από τα Κ.Ο.Π. ειδικών φυλλαδίων που θα ενημερώνουν τους πολίτες για τις μεθόδους αντισύλληψης.
- Οι γιατροί πρέπει να κατευθύνουν τα άτομα ώστε να χρησιμοποιούν μεθόδους αποειλεομαικικής αντισύλληψης.
- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων από τους γονείς, που αποειλούν τους μόνιμους «φορείς» αγωγής του παιδιού, και στην συνέχεια του σχολείου.
- Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να αποτελεί μέρος του εκπαιδευτικού συστήματος.
- Οι δάσκαλοι που ασχολούνται με αυτό να είναι εξειδικευμένοι.
- Σημαντικό επίσης ρόλο μπορούν να παίξουν τα Μ.Μ.Ε. με ειδικά προγράμματα.
- Να περιορίσουν οι γιατροί την πραγματοποίηση των εκτρώσεων μόνο στις παθολογικές καταστάσεις μητέρας και εμβρύου και το οικονομικό όφελος να μην αποτελεί κίνητρο.
- Να ενημερωθεί ο πληθυσμός για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

- Να κατανοήσει ο πληθυσμός ότι η έκτρωση δεν είναι μέθοδος αντισύλληψης.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

κ/α

ογενειακή κατάσταση : Άγαμος Έγγαμος Αποβουβασμένη

Διχίλουγέννητος

οιλικό επίπεδο :

Αναλόβητη

Δημοτικού

Γυμνασίου

Λυκείου

ΤΕΙ

ΑΕΙ

οιλικό επίπεδο πατέρα

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Αναλόβητη

Αναλόβητη

Δημοτικού

Δημοτικού

Γυμνασίου

Γυμνασίου

Λυκείου

Λυκείου

ΤΕΙ

ΤΕΙ

ΑΕΙ

ΑΕΙ

εγγεγραμμένος :

Μαθητεία

Φοιτητεία - σπουδαστεία

Οικιακό (νοικοκυριά)

Επιστήμονας (γιατρός, δικηγόρος, Πολ. Μηχανικός)

Αγρότης

Δημ. Υπάλληλος

Ιδ. Υπάλληλος

Ελευθ. Επαγγελματίας

Άλλο

Πρόκειται σε :

χρόνο < 2000 κατοίκων

Πόλη 2000 - 10000 κατοίκους

Πόλη > 10000 κατοίκων

Πόλη Αθήνα , Πειραιά , Θεσσαλονίκη.

σε τα τελευταία 5 χρόνια :

χρόνο < 2000 κατοίκων

Πόλη 2000 - 10000 κατοίκους

Πόλη > 10000 κατοίκων

Πόλη Αθήνα , Πειραιά , Θεσσαλονίκη.

Είχατε την πρώτη σας περίοδο _____

πολύ ηλικία αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις _____

Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο _____

Ναι _____

Όχι _____

Ναι, ποια

Προφυλακτικό _____

Χάπια _____

Διακεκομμένη συνουσία _____

Διάφραγμα _____

Επιβάλ _____

Κάτι άλλο

Μέθοδο που χρησιμοποιείτε, την εφαρμόζετε ;

Κάθε φορά που κάνετε έρωτα _____

Μερικές φορές _____

Σπάνια _____

Γνωσμένες εγκυμοσύνες _____

Χα παιδιά έχετε κάνει _____

Εξαιτίας καισαρικής κάνατε _____

Εξαιτίας αποβαλές έχετε κάνει _____

ορίζεται να είναι οικογενειακός προγραμματιστής

Να: Οχι:

Ναί από πού κυρίως μάθατε για αυτόν

Μ.Μ.Ε. (Ραδιοφωνία, τηλεόραση, ...)

Εκπαίδευση

Γονείς

Φίλους

Γιατρό - νοσηλεύτρια

Από κάποιον άλλο

τε προσβλήθηκε ποτέ από σεξουαλικό μεταδιδόμενο νόσημα

Ναί: Οχι:

Ναί, ποιό

Σύφιλα

Βλεννόρροια

Κονδυλώματα

Τοιχομονάδες

Χλαμύδια

Μικροπλάσμα

Κάτι άλλο

τε κάνε ποτέ έκθεση. Ναι. Όχι.

Ναι, πόσες _____

ποιο μήνα της εγκυμοσύνης κάνετε έκθεση _____

εί κανετε έκθεση:

. Για οικονομικούς λόγους _____

. Για λόγους υγείας _____

. Γιατί είχε ανεπάρκεια _____

. Για άλλο λόγο (.....) _____

έκθεση για λόγους υγείας, για ποια αιτία από τα παρακάτω έχετε:

Γιατί η κύηση ήταν απειλησμένη _____

Έμφυση _____

ατελή _____

αναπόφευκτη (όταν το κύμα είναι βακό) _____

Γιατί ήταν παλίνδρομος κύηση _____

Γιατί είχε γίνει λήψη φαρμάκων _____

Γιατί είχε κάνει ακτινογραφία ή αξονική τομογραφία _____

ή γενικά έκθεση σε ακτινοβολία _____

κατά συνήθεια (ανεπάρκεια τραχήλου, ορμονική ανεπάρκεια) _____

Επίλογος

Ως νοσηλευτές πιστεύουμε πως μπορούμε να παίξουμε σπουδαίο ρόλο στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και προφύλαξη.

Αρκεί οι ικανότητες μας να αξιοποιηθούν όπως πρέπει, με ιδανική εξειδίκευση μέσα από την οποία θα μπορούμε να αναπτύξουμε τις δυνατότητες μας και να πάρουμε ρόλους πιο προχωρημένους για πετυχημένη αντιούλληψη και υπεύθυνη γονιμότητα.