



**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑΚΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΑΥΓΕΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΓΕΝΙΤΣΑΡΙΔΗ ΕΛΕΝΗ
ΖΑΜΠΟΥΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

ΙΟΥΝΙΟΣ 2009

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας που μας στήριξαν και μας εμπύχωσαν για την εκπόνηση αυτής της εργασίας και όλους όσους μας βοήθησαν για τη διεκπεραίωσή της.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την κα Χαραλαμπίκη Ελένη για τη σημαντική βοήθεια και καθοδήγηση που μας προσέφερε.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υπογονιμότητα είναι ένα φαινόμενο το οποίο ακμάζει στην εποχή μας αφού τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι ολοένα και περισσότερα ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Για αυτό το λόγο το επιλέξαμε ως θέμα της πτυχιακής μας εργασίας (Οικογενειακός προγραμματισμός-Υπογονιμότητα και ο ρόλος της ομάδας υγείας) έχοντας λάβει υπόψη τις διαστάσεις που έχει πάρει στις μέρες μας. Τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και το εξειδικευμένο προσωπικό που τα απαρτίζει μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά στην επίλυση τέτοιου είδους προβλημάτων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα σελ. i-iii

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:Οικογενειακός προγραμματισμός	2
1.1. Εισαγωγή	3
1.2. Ορισμός οικογενειακού προγραμματισμού	3
1.3. Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού	4
1.4. Ίδρυση διεθνούς ομοσπονδίας οικογενειακού προγραμματισμού (IPPF)	5
1.5. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα	5
1.6. Δημογραφικά στοιχεία	6
1.7. Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού	7
1.8. Οι υπηρεσίες που μπορούν να εξασφαλίσουν τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού	7
1.9. Οργάνωση-Στελέχωση υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού	8
1.10. Μέθοδοι εφαρμογής στόχων οικογενειακού προγραμματισμού	8
1.11. Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού	9
1.11.1. Οφέλη για τη γυναίκα	9
1.11.1.α. Πρόληψη καρκίνου του τραχήλου	9
1.11.1.β. Πρόληψη καρκίνου του μαστού	10
1.11.1.γ. Εξετάσεις κύησης	12
1.11.2. Οφέλη για το παιδί	13
1.11.3. Οφέλη για την οικογένεια και την κοινωνία	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:Αντισύλληψη και πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων	15
2.1. Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων	16
2.1.1. Τα γυναικεία γεννητικά όργανα	16
2.1.2. Τα ανδρικά όργανα αναπαραγωγής	18
2.2. Η διαδικασία της σύλληψης	19
2.3. Ορισμός αντισύλληψης	20
2.4. Ιστορική αναδρομή των μεθόδων αντισύλληψης	20
2.5. Μέθοδοι αντισύλληψης	22
2.6. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:Υπογονιμότητα	29
3.1. Εισαγωγή	30
3.2. Ορισμός υπογονιμότητας	30
3.3. Είδη υπογονιμότητας	30
3.4. Συχνότητα υπογονιμότητας	30
3.5. Ποιος είναι περισσότερο υπεύθυνος για την υπογονιμότητα	31
3.6. Πότε η γονιμότητα του ζευγαριού θεωρείται φυσιολογική	31
3.7. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα των ζευγαριών	32
3.8. Οι ψυχικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας	33
3.9. Ερωτήματα που μπορούμε να θέσουμε στον εαυτό μας για ψυχική ευημερία ...	34

3.10. Διατροφή και γονιμότητα στη γυναίκα.....	34
3.11. Παθολογικά αίτια γυναικείας υπογονιμότητας.....	36
3.11.1. Στο επίπεδο της μήτρας	36
3.11.2. Στο επίπεδο των σαλπίγγων.....	37
3.11.3. Στο επίπεδο των ωοθηκών	38
3.11.4. Στο επίπεδο της υπόφυσης.....	40
3.11.5. Στο επίπεδο του υποθαλάμου και του κεντρικού νευρικού συστήματος.....	40
3.12. Υπογονιμότητα ψυχολογικής προέλευσης.....	41
3.13. Παθολογικά αίτια ανδρικής υπογονιμότητας	41
3.13.1. Η αζωοσπερμία.....	41
3.13.2. Η oligo-ασθενοσπερμία.....	42
3.13.3. Η τερατοσπερμία	42
3.14. Εξετάσεις του υπογόνιμου ζευγαριού.....	43
3.14.1. Βασικά στοιχεία ερωτηματολογίου προς τη γυναίκα	43
3.14.2. Βασικά στοιχεία ερωτηματολογίου προς τον άντρα.....	44
3.15. Οι εξετάσεις της γυναίκας.	45
3.15.1. Η καμπύλη θερμοκρασίας.....	45
3.15.2. Το μετα-συνουσιακό τεστ.....	46
3.15.3. Η υστερογραφία (υστεροσαλπιγγογραφία).....	47
3.15.4. Τα επίπεδα ορμονών	48
3.15.5. Το υπερηχογράφημα	48
3.15.6. Η εμφύσηση στις σάλπιγγες.....	48
3.15.7. Η βιοψία του ενδομητρίου	48
3.15.8. Η λαπαροσκόπηση	49
3.16. Οι εξετάσεις του άντρα	49
3.16.1. Το σπερμοδιάγραμμα.....	50
3.16.2. Τα επίπεδα ορμονών	51
3.16.3. Άλλες εξετάσεις	51
3.17. Οι θεραπείες για την υπογονιμότητα στη γυναίκα	51
3.17.1. Η φαρμακευτική θεραπεία	51
3.17.2. Το Clomid	52
3.17.3. Οι γοναδοτροφίνες	52
3.17.4. Η αντλία LH-RH.....	53
3.17.5. Η χειρουργική στη γυναίκα	53
3.18. Οι θεραπείες για την υπογονιμότητα στον άντρα.....	53
3.19. Η τεχνητή γονιμοποίηση.....	54
3.19.1. Η ενδοσυζυγική τεχνητή γονιμοποίηση.....	54
3.19.2. Η τεχνητή γονιμοποίηση με δότη	54
3.19.3. Η γονιμοποίηση στο σωλήνα	55
3.20. Το κόστος της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	57
3.21. Η αποβολή (ή αυτόματη έκτρωση)	57
3.22. Η υιοθεσία.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:Ομάδα υγείας.....	65
4.1. Ορισμός ομάδας υγείας.....	66
4.2. Άτομα που απαρτίζουν την ομάδα υγείας.....	66
4.3. Βασικά χαρακτηριστικά ατόμων ομάδας υγείας	66
4.4. Χαρακτηριστικά της ομάδας υγείας	66
4.5. Τα πλεονεκτήματα της ομάδας υγείας.....	67

4.6. Σκοποί νοσηλευτών ομάδας υγείας	67
4.7. Πού λειτουργεί η ομάδα υγείας	67
4.8. Ο ρόλος της ομάδας υγείας στο φαινόμενο της υπογονιμότητας	68
ΕΝΟΤΗΤΑ Β'	69
Περίληψη	70
Σκοπός έρευνας.....	70
Υλικό-Μέθοδος.....	70
Αποτελέσματα.....	71
Μεθοδολογία-Ανάλυση	71
Γραφήματα.....	72
Συμπεράσματα	99
Σχόλια	100
Προτάσεις	100
Επίλογος.....	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	103
Βιβλιογραφία	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	106
Ερωτηματολόγιο	107

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10



1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

1.1. Εισαγωγή

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων και σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι μόνο ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η πρόκληση επιθυμητών κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.

1.2. Ορισμός οικογενειακού προγραμματισμού

Η δημιουργία οικογένειας είναι αναφαίρετο δικαίωμα και ατομική υπόθεση του κάθε ανθρώπου. Ωστόσο, για να εξασφαλιστεί η υγεία στον πρωταρχικό πυρήνα της κοινωνίας που ονομάζεται οικογένεια, θα πρέπει η δημιουργία αυτής να είναι αποτέλεσμα ελεύθερης και κυρίως συνειδητής απόφασης των ζευγαριών. Αυτόν το σκοπό έρχεται να υπηρετήσει ο οικογενειακός προγραμματισμός.



Κατά καιρούς η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού έχει παρερμηνευτεί, επειδή λανθασμένα έχει ταυτιστεί με τον «έλεγχο των γεννήσεων». Σε μία προσέγγιση της έννοιας του οικογενειακού προγραμματισμού, θα τον ορίζαμε ως την παροχή πληροφοριών και μέσων σε κάθε άτομο-μέλος της κοινωνίας, ώστε να μπορεί να καταστήσει την αναπαραγωγικότητά του εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή. Σε αυτό το σημείο εντοπίζεται και η βασική διαφορά του οικογενειακού προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων, αφού ο δεύτερος αδιαφορεί για την επιθυμία του ατόμου και επικεντρώνεται στο πώς θα αυξήσει ή θα ελαττώσει τις γεννήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες κάθε χώρας. Από την άλλη πλευρά, ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει στην προστασία της υγείας της μητέρας και του παιδιού, στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων, στη μείωση των εκτρώσεων, στην αντιμετώπιση της στειρότητας, στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και επιθυμεί τη δημιουργία οικογενειών όπου όλα τα μέλη τους θα ζουν αρμονικά (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

1.3. Ιστορική αναδρομή οικογενειακού προγραμματισμού

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η Margaret Sanger ήταν νοσοκόμα στη Νέα Υόρκη. Μία νέα γυναίκα, η Sadie Sachs προσπαθούσε να αναρρώσει από μία παράνομη έκτρωση με τη βοήθεια της Sanger. Όταν η νοσοκόμα ρώτησε το γιατρό πώς θα μπορούσε η γυναίκα να αποφύγει μία δεύτερη εγκυμοσύνη, ο γιατρός απάντησε ότι θα έπρεπε να στείλει τον άντρα της να κοιμάται στη σοφίτα! Αργότερα, όταν η Sachs πέθανε κατά τη διάρκεια μίας δεύτερης έκτρωσης, η Sanger αφιέρωσε τη ζωή της σε μία σταυροφορία για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Τύπωσε και διένειμε 1.000.000 φυλλάδια με τίτλο «οικογενειακός περιορισμός», επισκέφθηκε την Ευρώπη για επιμόρφωση και το 1916 άνοιξε την πρώτη κλινική οικογενειακού προγραμματισμού στο Μπρούκλιν των Η.Π.Α., αντιμετωπίζοντας πολλές νομικές και άλλες δυσκολίες. Η Margaret Sanger παρά τις αντιδράσεις που συναντούσε, συνέχισε το έργο της και το 1921 συγκροτήθηκε στην Αμερική ο σύνδεσμος ελέγχου των γεννήσεων. Σκοπός του συνδέσμου αυτού ήταν να δίνει οδηγίες για την ανάπτυξη των προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά και να δίνει αποτελεσματική βοήθεια σε όσους πάσχουν από στειρότητα, άντρες ή γυναίκες (www.alithia.gr/newspaper 2009).

Ενώ αυτά συνέβαιναν στις Η.Π.Α., η Mary Slope ανοίγει το 1921 στο Λονδίνο τη δική της κλινική «Mary Slope Mather's Clinic for Birth Control».

Το 1930 λαμβάνει χώρα στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων, όπου παίρνουν μέρος εκπρόσωποι από 12 χώρες. Οι προτάσεις της συνάντησης αυτής αναφέρονται περιληπτικά:

- Ο έλεγχος των γεννήσεων θα πρέπει να θεωρηθεί αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.
- Η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων.
- Η αντισύλληψη πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών.
- Η στειροποίηση θα πρέπει να επιτρέπεται για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς, όπου η αντισύλληψη δεν μπορεί να εφαρμοστεί και τέλος
- Οι γιατροί δε θα πρέπει να χορηγούν αντισυλληπτικά για τα οποία δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση.

Μετά την έναρξη του Β' Παγκόσμιου Πολέμου το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Κατά τη διάρκεια του πολέμου η πρωτοβουλία που πάρθηκε στη Ζυρίχη διακόπηκε εξ' ολοκλήρου. Μετά τη λήξη του πολέμου άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των δυνάμεων σε αυτό το χώρο.

Το 1946 η Elise Ottesen Jensen οργανώνει στη Στοκχόλμη διεθνές συνέδριο για να δοθεί συνέχεια στις πρωτοβουλίες που πάρθηκαν στη Ζυρίχη. Στο συνέδριο αυτό συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες του κινήματος θα έπρεπε να αποσκοπούν στην πραγμάτωση του παρακάτω σκοπού: Να προωθηθεί η σωματική και η πνευματική υγεία, η ευημερία και η ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας σε έναν καινούργιο και ενωμένο κόσμο. Ανάμεσα στα ψηφίσματα που πάρθηκαν ήταν και το εξής: Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δύο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο.

Το 1948 έλαβε χώρα η επόμενη διεθνής συνάντηση με θέμα «Population and World Resources» και ακολούθησε το Γ' Παγκόσμιο Συνέδριο του οικογενειακού προγραμματισμού στη Βομβάη το 1952.

Η ίδρυση της IPPF (Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού) αποτέλεσε το βασικότερο σταθμό στην ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού.

Το 1956 ο G. Pincus ανακαλύπτει το αντισυλληπτικό χάπι το οποίο φέρνει επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης.

Άλλος σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν η αναγνώρισή του από τον Ο.Η.Ε., όπου το 1966 σε συνέλευσή του διακήρυξε ότι: Κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της.

Το 1968 το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων:

- Να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους και
- Να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σε αυτόν τον τομέα.

Τέλος, καθοριστική είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. το 1969 όπου συνιστά στα κράτη-μέλη να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί να αποφασίζει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε. Με αυτό τον τρόπο οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος ελεύθερης τεκνογονίας κατανέμονται μεταξύ κράτους και ατόμου. Η καθολική αποδοχή των αρχών του οικογενειακού προγραμματισμού από το Συμβούλιο της Ευρώπης συνιστά με δύο αποφάσεις του στα κράτη-μέλη να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερα και υπεύθυνα να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

1.4. Ίδρυση διεθνούς ομοσπονδίας οικογενειακού προγραμματισμού (IPPF)

Η IPPF είναι μετά το Διεθνές Ερυθρό Σταυρό η μεγαλύτερη παγκόσμια οργάνωση ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Σκοπός της είναι να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της ελεύθερης και υπεύθυνης γονιμότητας. Τα μέλη της είναι εταιρείες οικογενειακού προγραμματισμού μη κρατικές, μη κερδοσκοπικές, ανεξάρτητες, που εργάζονται σε εθελοντική βάση και κάθε εταιρεία από αυτές εκπροσωπεί μία χώρα. Από το Μάιο του 1985 η Ελλάδα αντιπροσωπεύεται από την εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού. Ο ρόλος της IPPF είναι να συντονίζει τις προσπάθειες για την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμια κλίμακα, να συμβουλεύει τις κυβερνήσεις και τα Ηνωμένα Έθνη σε θέματα που έχουν σχέση με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την υγεία του ατόμου, να βοηθά τις εταιρείες-μέλη σε τεχνικά και επιστημονικά θέματα, να επιχορηγεί προγράμματα, αλλά και να παρέχει άμεση οικονομική βοήθεια όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Τα έσοδά της προέρχονται κυρίως από επιχορηγήσεις κυβερνήσεων διαφόρων χωρών. Το διεθνές της κύρος είναι μεγάλο και θεωρείται σήμερα ότι είναι το μεγαλύτερο ιδιωτικό δίκτυο υγείας στον κόσμο (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

1.5. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού καθυστέρησε σημαντικά. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη σύγχυση που επικράτησε σχετικά με τις

επιπτώσεις που θα μπορούσε να έχει η εφαρμογή του προγράμματος σε μία χώρα όπου κύριο χαρακτηριστικό της είναι η υπογεννητικότητα.

Πρώτος ο καθηγητής Ν. Λούρος το 1973 ίδρυσε την ελληνική εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού με κέντρο το μαιευτήριο Αλεξάνδρα.

Το 1976 ιδρύεται από μία μικρή ομάδα ατόμων η εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού (Ε.Ο.Π.) η οποία αντιπροσωπεύει τη χώρα μας στη διεθνή ομοσπονδία οικογενειακού προγραμματισμού από το Μάιο του 1985.

Το 1980 με το νόμο 1036/80 το κράτος νομοθετεί τον οικογενειακό προγραμματισμό.



Στη συνέχεια, με την οικονομική και τεχνική υποστήριξη του Ο.Η.Ε. δημιουργούνται τα πρώτα εξειδικευμένα στελέχη και το 1983 αρχίζει η λειτουργία δέκα κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα. Τον ίδιο χρόνο με το άρθρο 22 του νόμου 1397/83 ο οικογενειακός προγραμματισμός εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά πάνω από 40 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

1.6. Δημογραφικά στοιχεία

Η πληθυσμιακή έκρηξη που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων μέσα από εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Αν και τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού είναι γνωστά, η πρόσβαση σε αυτόν δεν είναι δυνατή για 350 εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως. Επιπλέον, 120 εκατομμύρια έγγαμες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά στην ενημέρωση, τη διάθεση και την εκπαίδευση στη χρήση της αντισύλληψης. Έρευνα έδειξε ότι αν όλες οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη γονιμότητά τους, οι γεννήσεις θα είχαν ελαττωθεί κατά 35% στη Λατινική Αμερική, 33% στην Ασία και 17% στην Αφρική. Η μητρική θνησιμότητα θα μπορούσε να ελαττωθεί κατά 100.000 ανά έτος και ο πληθυσμός στις αναπτυσσόμενες χώρες το 2100 θα είχε μειωθεί κατά 2,2 δισεκατομμύρια, αν οι γυναίκες που έλεγαν ότι δεν επιθυμούν να αποκτήσουν άλλα παιδιά ήταν ικανές να σταματήσουν με κάποιο τρόπο την αναπαραγωγική τους ικανότητα.

Η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία στις Η.Π.Α. είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες του δυτικού κόσμου. Το 78% από αυτές είναι ανεπιθύμητες και οι μισές διακόπτονται με κάποια μέθοδο τεχνητής έκτρωσης λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Επίσης, έχει υπολογιστεί πως 40-50 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως προσφεύγουν στην τεχνητή διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κάθε χρόνο και 20 εκατομμύρια από αυτές υποβάλλουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, γιατί οι εκτρώσεις εκτελούνται υπό παράνομες και μη

ασφαλείς συνθήκες. Δυστυχώς, αυτές συμβάλλουν στο 13% της μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως.

Παρ' όλα αυτά, ενθαρρυντικό είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση των αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η χρήση της αντισύλληψης στις έγγαμες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960 στο 60% σήμερα. Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε χρόνο στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Τσολακίδης 2008).

1.7. Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα και μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση. Αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή παιδιά.

Προϋπόθεση για την εφαρμογή του παραπάνω σκοπού είναι η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, καθώς και η γνώση μέτρων αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, η παροχή συμβουλών πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ανατροφής των παιδιών κ.τ.λ..



Επιγραμματικά ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει:

- Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων.
- Στη μείωση του αριθμού των εκτρώσεων.
- Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας.
- Στην προαγωγή της υγείας των παιδιών.
- Στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας.
- Στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

Επίσης, ο οικογενειακός προγραμματισμός αναφέρεται σε πρακτικές που βοηθούν τα άτομα ή τα ζευγάρια προκειμένου να επιτύχουν ορισμένους σκοπούς όπως:

- Να αποφεύγουν ανεπιθύμητες γεννήσεις.
- Να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις.
- Να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των κήσεων.
- Να ελέγχουν το χρόνο γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων.
- Να καθορίζουν τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια.

1.8. Οι υπηρεσίες που μπορούν να εξασφαλίσουν τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνουν:

- Εκπαίδευση και συμβουλευτική στον οικογενειακό προγραμματισμό.
- Παροχή αντισυλληπτικών μέσων.
- Αντιμετώπιση της υπογονιμότητας.

- Εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το σεξ, τις γεννητήσιες σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο.
- Γενετική συμβουλευτική.
- Συμβουλευτική του γάμου.
- Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος κακοήθων νοσημάτων.
- Προβλήματα υιοθεσίας (Θέματα οικογενειακού προγραμματισμού 1990).

1.9. Οργάνωση-Στελέχωση υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού

Σύμφωνα με την Απόφαση αρ. 17 της 56^{ης} Ολομέλειας (15. 7. 88) του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ύστερα από εισηγήσεις της Επιτροπής Οικογενειακού Προγραμματισμού ορίστηκαν τα παρακάτω:

Οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού παρέχονται σε κάθε άτομο από τους παρακάτω φορείς:

1. Το μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των κέντρων υγείας πλαισιωμένο από το απαραίτητο προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων, προκειμένου να λειτουργήσουν από κοινού, σαν ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού (μαία, επισκέπτρια υγείας, κοινωνικός λειτουργός κ.τ.λ.) ανάλογα με τη δομή των κέντρων υγείας και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.
2. Το εξωτερικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των νομαρχιακών νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών είναι πλαισιωμένο με άτομα και άλλων ειδικοτήτων, που λειτουργούν σαν ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Επισημαίνεται η ανάγκη παρουσίας ψυχολόγου και κοινωνιολόγου.
3. Το εξωτερικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των περιφερειακών νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών υποστηρίζεται και με ιατρούς και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (ενδοκρινολόγους, γενετιστές, μέλη της ψυχιατρικής ομάδας και γεννητήσιας υγείας κ.τ.λ.) και εξειδικευμένους μαιευτήρες σε θέματα υπογονιμότητας, προγεννητικής διαγνωστικής και εφηβικής γυναικολογίας. Επίσης, το προσωπικό αυτό πλαισιώνεται με προσωπικό και άλλων επαγγελμάτων υγείας και συνεργάζεται με κοινωνιολόγο, ώστε να λειτουργεί σαν ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού.
4. Το προσωπικό των περιφερειακών, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών που λειτουργούν παρέχει υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού σε συμβουλευτικό μόνο επίπεδο (Θέματα οικογενειακού προγραμματισμού 1990).

1.10. Μέθοδοι εφαρμογής στόχων οικογενειακού προγραμματισμού

Οι μέθοδοι εφαρμογής ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού είναι πολυδιάστατες και μπορούν να καταταχθούν σε κοινωνικές, προληπτικές και θεραπευτικές.

- Μέθοδος με κοινωνικό προσανατολισμό:

Αφορά στην οργανωμένη παροχή υπηρεσιών που σκοπεύει να διαφωτίσει, να ενημερώσει και να καθοδηγήσει τους πολίτες σε θέματα σχετικά με τα δικαιώματα

της οικογένειας και των παιδιών, τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, τα εκτός γάμου παιδιά, τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

▫ Μέθοδος με προληπτικό προσανατολισμό:

Αφορά στην ενημέρωση και τη διαφώτιση των πολιτών για τις σύγχρονες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης, καθώς και τους τρόπους πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

▫ Μέθοδος με θεραπευτικό προσανατολισμό:

Αφορά στα προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας ή κυήσεις υψηλού κινδύνου, ψυχοσεξουαλικά προβλήματα ή προβλήματα που αφορούν νεαρά άτομα όπως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Ρούμπια και Μπαφάκη 1995).

1.11. Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού

1.11.1. Οφέλη για τη γυναίκα:

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου ή ακόμη και στο θάνατο. Τα προφυλακτικά, αλλά και άλλες μέθοδοι φραγμού (σε μικρότερο βαθμό) όπως τα σπερματοκτόνα και τα διαφράγματα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία από τα νοσήματα αυτά.

Τα αντισυλληπτικά δισκία παρέχουν προστασία ενάντια σε κάποια είδη καρκίνου και ασθένειες. Ελαττώνουν τη συχνότητα των καλοήθων παθήσεων του μαστού, του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών, των ωοθηκικών κύστεων και προστατεύουν από τη σιδηροπενική αναιμία, τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και τις πυελικές φλεγμονές.

Κάθε χρόνο πάνω από 585.000 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Οι θάνατοι αυτοί οφείλονται σε αίτια όπως αιμορραγία, σήψη, προεκλαμψία, δυστοκία, έκτρωση ή προϋπάρχουσες νόσους που επιδεινώνονται κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία αφού το εφηβικό σώμα είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο στρες της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Εκτρώσεις, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, πραγματοποιούνται από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση και σε χώρους όπου δεν υπάρχουν ούτε οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεσή τους. Κάθε χρόνο πάνω από 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια των επικίνδυνων αυτών εκτρώσεων και ακόμα περισσότερες αντιμετωπίζουν επιπλοκές όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, αιμορραγία, λοίμωξη κ.ά.. Ένα ακόμη πρόβλημα που πηγάζει από τη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και υποφέρουν από προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω έλλειψης της μητρικής φροντίδας. Τέλος, μία ακόμη «επιπλοκή» των εκτρώσεων είναι και το κοινωνικό κόστος όπως η δευτεροπαθής υπογονιμότητα που η γυναίκα αντιμετωπίζει τον κίνδυνο να την εγκαταλείψει ο σύντροφός της ή ακόμη να περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό σύνολο (Τσολακίδης 2008).

1.11.1.α. Πρόληψη καρκίνου του τραχήλου

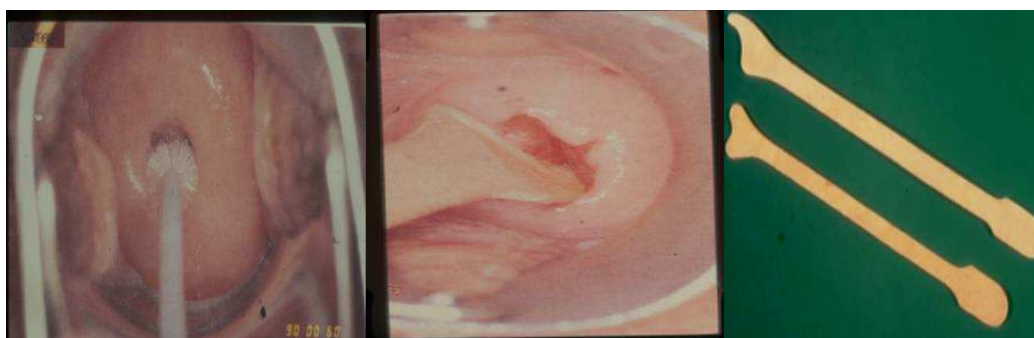
Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του τραχήλου έχει ελαττωθεί κατά 50% στα τελευταία 40 χρόνια και η συχνότητα της προχωρημένης νόσου κατά τη διάγνωση

έχει ελαττωθεί κατά 70% στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, στην οποία έχει συμβάλει κατά πολύ το τεστ Παπανικολάου.

Τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου είναι μία μέθοδος ελέγχου που έχει σκοπό να διαγνώσει έγκαιρα τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έτσι ώστε να ανευρίσκεται σε θεραπεύσιμα στάδια. Πρέπει να γίνεται μία φορά το χρόνο μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας της γυναίκας και είναι ο μόνος τρόπος να ελεγχθούν πρώιμες αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε καρκίνο.

Ως μέρος της ετήσιας γυναικολογικής εξέτασης, ο γιατρός με τη βοήθεια ενός κολποδιαστολέα, παίρνει μία λεπτή πλαστική ή ξύλινη σπάτουλα και μία μικροσκοπική βούρτσα και «σκουπίζει» ήπια μερικά από τα κύτταρα του τραχήλου (οι περισσότερες γυναίκες δεν αισθάνονται τίποτα, κάποιες μπορεί να αισθανθούν ένα κάψιμο ή μικρή ενόχληση καθώς λαμβάνεται το τεστ). Τα κύτταρα αυτά τοποθετούνται σε μία μικρή γυάλινη επιφάνεια ή σε ένα μπουκαλάκι με υγρό και στέλνονται στο εργαστήριο. Ο κυτταρολόγος εξετάζει το δείγμα των κυττάρων κάτω από ένα μικροσκόπιο και βλέπει εάν τα κύτταρα είναι φυσιολογικά ή υπάρχουν αλλοιώσεις.



Το τεστ σε υγιείς γυναίκες πρέπει να γίνεται μία φορά το χρόνο, την πρώτη εβδομάδα μετά την περίοδο. Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση το κάνουν κάθε δύο χρόνια, αν τα προηγούμενα τεστ ήταν φυσιολογικά. Μετα από θεραπεία για κολπική ή τραχηλική μόλυνση πρέπει να περάσουν 15 ημέρες πριν την επανάληψη του τεστ. Στα παθολογικά τεστ συνιστά ο γιατρός τη συχνότητα που πρέπει αυτά να επαναλαμβάνονται.

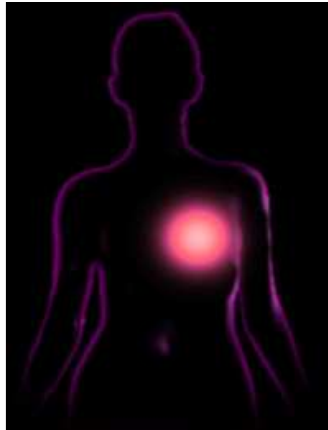
Πριν από τη λήψη του τεστ :

- Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ταμπόν, κρέμες, αντισυλληπτικά ή κολπικά υπόθετα τουλάχιστον για 24-48 ώρες.
- Να μην υπάρξει σεξουαλική επαφή για τουλάχιστον 24 ώρες.
- Να αναφέρεται παρουσία ή υποψία εγκυμοσύνης, η ύπαρξη αλλεργιών ή άλλα ιδιαίτερα προβλήματα.

1.11.1.β. Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Η πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται κυρίως με την

αυτοεξέταση των μαστών από τη γυναίκα, την ψηλάφηση των μαστών από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας και τη μαστογραφία.



Αυτοεξέταση

Κάθε γυναίκα άνω των 20 ετών πρέπει να εντάξει την αυτοεξέταση στήθους στο μηνιαίο πρόγραμμά της, σε κάποια τακτή ημερομηνία. Οποιαδήποτε μεταβολή παρατηρηθεί στο σχήμα, το μέγεθος ή το δέρμα του στήθους, πρέπει να αναφέρεται άμεσα στο γυναικολόγο.

- Πώς θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού:
 1. Βγάλτε τα ρούχα σας και σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέφτη, σε ένα χώρο που φωτίζεται πάρα πολύ καλά. Σας θυμίζουμε ότι ο ένας μαστός μπορεί να είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο.
 2. Κοιτώντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη ψάχνετε για:
 - αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών,
 - αλλαγές στις θηλές,
 - αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές,
 - ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή,
 - φλέβες που πετάνε περισσότερο από ό,τι συνήθως.
 3. Αφήστε τα χέρια σας χαλαρά κατά μήκος του σώματός σας και κοιτάξτε τους μαστούς σας στον καθρέφτη.
 4. Υψώστε τα χέρια σας σε ανάταση και παρατηρείστε τους μαστούς σας από όλες τις πλευρές. Κατεβάστε τα χέρια.
 5. Πιέστε ελαφρά τις θηλές για να δείτε μήπως βγαίνει υγρό ή αίμα.
 6. Ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας. Βάλτε επίσης ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο.
 7. Σηκώστε το αριστερό σας χέρι και ακουμπήστε το στο μαξιλάρι πάνω από το κεφάλι σας.
 8. Με το δεξί σας χέρι θα εξετάσετε τον αριστερό μαστό.
 9. Με δύο ή τρία δάκτυλα του δεξιού χεριού και πιέζοντας ελαφρά, εξετάστε κυκλικά όλο το μαστό και τη θηλή, ξεκινώντας από την περιφέρεια και προχωρώντας προς το κέντρο. Βεβαιωθείτε ότι έχετε ψηλαφίσει όλο το μαστό.



10. Κατεβάστε το αριστερό χέρι παράλληλα με το σώμα και εξετάστε την αριστερή μασχάλη.
11. Επαναλάβετε το ίδιο και με το δεξιό μαστό.
12. Επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας σε τακτά χρονικά διαστήματα τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, τη 10η μέρα του κύκλου και ζητήστε του να εξετάσει τους μαστούς σας.

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στις τακτικές γυναικολογικές επισκέψεις. Για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών, μία φορά κάθε 2-3 χρόνια είναι αρκετή, ενώ μετά τα 40 έτη πρέπει να επαναλαμβάνεται η εξέταση σε ετήσια βάση.

Μαστογραφία

Ο έλεγχος με μαστογραφία πρέπει να μπαίνει στο ετήσιο πρόγραμμα κάθε γυναίκας πάνω από 45 ετών. Η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα μέχρι και 30%.

1.11.1.γ. Εξετάσεις κύησης

«Η αλήθεια είναι πως η εγκυμοσύνη καλό είναι να αρχίζει πριν από τη σύλληψη», υποστηρίζει ο μαιευτήρας-γυναικολόγος κ. Ευάγγελος Γκιζόντες. Αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα μαζί με το γυναικολόγο της θα πρέπει να προγραμματίσει τις απαραίτητες εξετάσεις που θα δείξουν αν πάσχει από κάτι πριν ακόμα μείνει έγκυος. Οι εξετάσεις αυτές είναι το τεστ Παπανικολάου, η καλλιέργεια κολπικού υγρού, το υπερηχογράφημα ελάσσονος πυέλου, η γενική αίματος, η γενική ούρων και εξειδικευμένες εξετάσεις αίματος (όπως είναι η ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, ο σίδηρος, το σάκχαρο, η ουρία, τα αντισώματα ερυθράς και τοξοπλάσματος, του κυτταρομεγαλοϊού, της ηπατίτιδας Β και του ιού HIV). Αυτές οι εξετάσεις θα δείξουν τυχόν προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν πριν τη σύλληψη. Μετά τη σύλληψη η έγκυος πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό μία φορά το μήνα (εάν δεν έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα) μέχρι την 32η εβδομάδα της κύησης. Από την 32η εβδομάδα μέχρι την 36η εβδομάδα πρέπει να τον επισκέπτεται δύο φορές το μήνα και μετά την 36η μία φορά την εβδομάδα. Σε κάθε επίσκεψη ο γιατρός θα ελέγχει το βάρος και την αρτηριακή της πίεση, θα αξιολογηθεί την αύξηση της μήτρας και τη θέση του εμβρύου και θα ακούει τους παλμούς του. Επίσης, μία φορά το μήνα πρέπει να γίνεται γενική αίματος, γενική ούρων και εξέταση αίματος για σίδηρο και σάκχαρο. Πέρα από αυτές τις εξετάσεις υπάρχουν και άλλες, πιο ειδικές, όπως:

- Η αυχενική διαφάνεια. Γίνεται με υπερήχους τη 12η-14η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν αμέσως. Ο γιατρός μετράει το εύρος μίας πτυχής στον αυχένα του εμβρύου και υπολογίζει τις πιθανότητες για σύνδρομο Down. Φυσιολογικές είναι οι τιμές κάτω από 2 χιλιοστά (mm). Αν είναι παραπάνω, ο γιατρός μπορεί να συστήσει αμνιοπαρακέντηση.
- Το A-test. Γίνεται τη 14η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν μέσα σε μία εβδομάδα το πολύ. Είναι συνδυασμός εξέτασης με υπερήχους και λήψη αίματος, κατά την οποία θα μετρηθούν τα επίπεδα τριών ορμονών. Ο υπέρηχος δείχνει την ακριβή υπερηχογραφική ηλικία του εμβρύου (δηλαδή σε ποιο στάδιο βρίσκεται η ανάπτυξή του). Γίνεται για να

υπολογιστούν οι πιθανότητες χρωμοσωμικών ανωμαλιών, όπως το σύνδρομο Down, το σύνδρομο Turner κ.ά. Αν το αποτέλεσμα δεν είναι καλό, μπορεί να ζητηθεί αμνιοπαρακέντηση.

- Το B-test. Είναι η εξελιγμένη μορφή του A-test. Γίνεται τη 15η εβδομάδα της κύησης και η διαφορά είναι ότι μετρώνται τα επίπεδα δύο ορμονών. Και πάλι τα αποτελέσματα θα βγουν σε μία εβδομάδα το πολύ. Η έγκυος θα κάνει ή A-test ή B-test.
- Το υπερηχογράφημα B-επιπέδου. Γίνεται την 21η εβδομάδα της κύησης και τα αποτελέσματα βγαίνουν επιτόπου. Ο γιατρός ελέγχει εξονυχιστικά το έμβρυο (από τα μάτια και τα άκρα έως όλα τα εσωτερικά του όργανα). Αν υπάρχει το παραμικρό πρόβλημα, ενημερώνονται οι γονείς και γίνεται συζήτηση με το γιατρό ως προς τον τρόπο εξέλιξης της εγκυμοσύνης.



- Η καμπύλη σακχάρου. Γίνεται την 21η-22η εβδομάδα της κύησης, κυρίως στις εγκύους οι οποίες σε προηγούμενες εξετάσεις είχαν παθολογικά επίπεδα σακχάρου ή όταν υπάρχει υποψία για αυξημένο σάκχαρο (π.χ. το έμβρυο είναι μεγάλο) ή όταν η μητέρα είναι παχύσαρκη. Η έγκυος πρέπει να πει γλυκόζη αραιωμένη σε νερό και να δώσει αίμα πριν και μετά τη λήψη, ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού της.
- Η αμνιοπαρακέντηση. Γίνεται τη 15η-18η εβδομάδα της κύησης, συνήθως στις γυναίκες που έχουν περάσει τα 35 τους χρόνια, οπότε θεωρείται αυξημένος ο κίνδυνος να αποκτήσουν μωρό με σύνδρομο Down ή άλλο πρόβλημα. Γίνεται επίσης όταν δεν είναι καλά τα αποτελέσματα της αυχενικής διαφάνειας του A-test ή του B-test. Τα αποτελέσματα βγαίνουν σε 15-20 μέρες και είναι η μόνη εξέταση με 99,99% σωστά αποτελέσματα (υπάρχει πάντα η πιθανότητα του ανθρώπινου λάθους). Η εξέταση γίνεται με λήψη αμνιακού υγρού με λεπτή βελόνα που εισάγεται από την κοιλιά της μητέρας. Ο κίνδυνος επιπλοκής, όπως αιμορραγία ή αποβολή είναι 1-2%.

1.11.2. Οφέλη για το παιδί:

Τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μία προηγούμενη εγκυμοσύνη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι πρόωρα, χαμηλού βάρους, καθώς αυξάνεται και ο κίνδυνος θανάτου μέχρι την ηλικία των πέντε ετών. Η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κύησης έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Όμως ο σύντομος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο προηγούμενο παιδί που θα στερηθεί το θηλασμό και τη φροντίδα της μητέρας.

Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά, τα οποία έχουν 24% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους, ενώ αυτός ο κίνδυνος υφίσταται μέχρι τα πέντε χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η

χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης μέχρι την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων και ταυτόχρονα δίνει το χρονικό περιθώριο για τη φυσική και συναισθηματική ωρίμανση της υποψήφιας μητέρας.

Για τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να πεθάνουν. Με τον κατάλληλο οικογενειακό προγραμματισμό και τη χρήση αντισύλληψης ώστε να αποφευχθεί η τεκνοποίηση πέραν των τεσσάρων παιδιών ελαττώνεται η νεογνική θνησιμότητα και ταυτόχρονα αυξάνεται η δυνατότητα παροχής τροφής, ένδυσης και εκπαίδευσης στα παιδιά αυτά (Τσολακίδης 2008).

1.11.3. Οφέλη για την οικογένεια και την κοινωνία:

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Η αντισύλληψη βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, αφού κατορθώνουν να εξασφαλίζουν περισσότερο χρόνο για την εκπαίδευση, την οικονομική και κοινωνική τους εξέλιξη.

Καθώς η αντισύλληψη συμβάλλει στη μείωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται επίσης και μείωση της πίεσης που ασκούν οι ταχέως και χωρίς προγραμματισμό αναπτυσσόμενοι πληθυσμοί σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Με τους σημερινούς ρυθμούς αύξησης ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί μέσα στα επόμενα 43 χρόνια. Με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμιο επίπεδο θα μπορούσε να ανασταλλεί η αύξηση αυτή και ο πληθυσμός της γης να σταθεροποιηθεί (Τσολακίδης 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο



2. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

2.1. Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων

2.1.1. Τα γυναικεία γεννητικά όργανα:

Το εξωτερικό τμήμα των γυναικείων γεννητικών οργάνων ονομάζεται αιδοίο. Το μπροστινό μέρος του ορίζεται από το εφηβαίο και το οπίσθιο ορίζεται από το περίνεο. Το τρίχωμα του εφηβαίου κρύβει ως ένα σημείο τα μέρη που το αποτελούν και συγκεκριμένα τα δύο μεγάλα χείλη, τα δύο μικρά χείλη, την κλειτορίδα, το στόμιο της ουρήθρας, την είσοδο του κόλπου και τους αδένες.

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- Να παράγει ωθητικές ορμόνες που είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής.
- Να παράγει το ωάριο, καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα.
- Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο γονιμοποιημένο ωάριο μέχρι τον τοκετό.
- Να εκπληρώσει την παράδοση του προϊόντος σύλληψης (Ιγγλεζάκη και συν. 2007).

A. Εξωτερικά

- Το εφηβαίο:

Είναι το τρίγωνο που βρίσκεται πάνω από το αιδοίο. Με την έναρξη της εφηβείας καλύπτεται από πυκνό τρίχωμα, το οποίο μετά την εμμηνόπαυση αραιώνει και πέφτει.

- Τα μεγάλα χείλη:

Είναι συμμετρικές πτυχές δέρματος μήκους 7-8 cm που ξεκινούν από το εφηβαίο και φτάνουν μέχρι το περίνεο. Το δέρμα τους έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και καλύπτεται από τρίχες. Η βασική τους λειτουργία είναι η προστασία του κόλπου από τις εισβολές των μικροβίων και επίσης, συμβάλλουν στη διατήρηση της υγρασίας του.

- Τα μικρά χείλη:

Αν παραμεριστούν τα μεγάλα χείλη θα φανούν δύο μικρές επιμήκεις πτυχές από πολύ λεπτή σάρκα. Δεν έχουν καθόλου τρίχωμα, ούτε ιδρωτοποιούς αδένες, ενώ έχουν πάρα πολλά αιμοφόρα αγγεία και άφθονες νευρικές ίνες. Παίζουν ρόλο στη σεξουαλική διέγερση και με τη διαστολή τους διευκολύνουν τη διέλευση του βρέφους κατά τον τοκετό.



▫ Η κλειτορίδα:

Μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ένα πέος σε μικρογραφία. Βρίσκεται μέσα στα μεγάλα χείλη και από το άκρο της ξεκινούν τα μικρά χείλη. Λόγω του πλήθους των νευρικών απολήξεων η κλειτορίδα είναι το βασικό όργανο ηδονής για η γυναίκα.

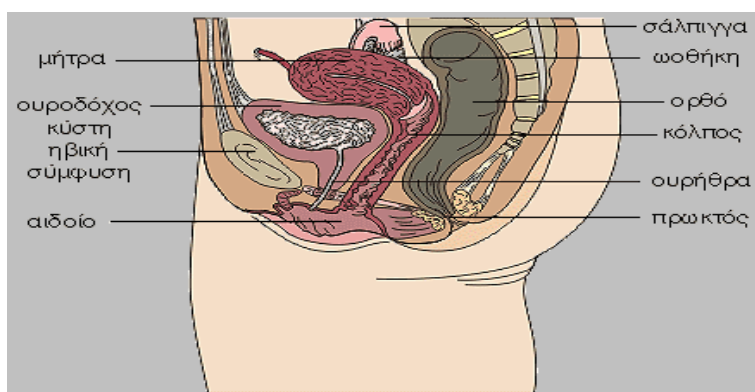
▫ Το στόμιο της ουρήθρας:

Είναι η δίοδος μέσω της οποίας ρέουν τα ούρα που βγαίνουν από την ουροδόχο κύστη. Βρίσκεται στο μέσο της απόστασης μεταξύ της κλειτορίδας και της εισόδου του κόλπου.

B. Εσωτερικά

▫ Ο κόλπος:

Είναι μία ελαστική δίοδος μήκους 8-12 cm που μέχρι ένα σημείο της παραμένει κλειστή από τον παρθενικό υμένα, συνδέοντας το άνοιγμα του αιδοίου με τη μήτρα. Από την εσωτερική πλευρά, τα τοιχώματα του κόλπου είναι ελαφρώς κόκκινα, μαλακά, ελαστικά, έχουν τη θερμοκρασία του σώματος και τέλος, είναι συνεχώς υγρά. Αυτές οι ιδιότητες του επιτρέπουν να διευρύνεται κατά τη συνουσία για να επιτρέψει τη διέλευση του πέους. Η ελαστικότητά του είναι τέτοια που κατά τον τοκετό διαστέλλεται και αποκτά διάμετρο 10-12 cm, διευκολύνοντας έτσι τη διέλευση του βρέφους.



▫ Η μήτρα:

Είναι ένα μυώδες, κοίλο όργανο που αποστολή του είναι να φιλοξενεί το γονιμοποιημένο ωάριο σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής του. Μοιάζει με μικρό αχλάδι και έχει μήκος 7 και πλάτος 5 cm. Τα τοιχώματά της αποτελούνται από πολύ ανθεκτικό και ιδιαίτερα ελαστικό μυικό ιστό που της επιτρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με το έμβρυο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να φτάνει έως τα 32 cm σε μήκος και τα 20 σε πλάτος. Βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το παχύ

έντερο, συγκρατείται από τένοντες και αιματώνεται από τις μητριαίες αρτηρίες. Από ανατομικής πλευράς διακρίνεται στον τράχηλο, τον ισθμό και το σώμα της μήτρας.

Ο *τράχηλος* συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο και διαστέλλεται κατά τον τοκετό. Οι αδένες του ενδοτραχήλου παράγουν βλέννα η οποία αποτελεί διάδρομο για τα σπερματοζώαρια.

Ο *ισθμός* κατά τη διάρκεια της κύησης διατείνεται και σχηματίζει το κατώτερο τμήμα της μήτρας.

Από το άνω τμήμα της μήτρας που ονομάζεται *πυθμένας* εκφύονται οι *σάλπιγγες*. Το *σώμα της μήτρας* αποτελείται από παχύ μυικό τοίχωμα που περικλείει την ενδομητρική κοιλότητα η οποία έχει τριγωνικό σχήμα με τη βάση προς τον πυθμένα. Η κοιλότητα της μήτρας αποτελεί το χώρο που αναπτύσσεται το έμβρυο. Στις δύο άνω άκρες της τριγωνικής κοιλότητας που ονομάζονται *κέρατα της μήτρας* εκβάλλουν οι *σάλπιγγες* με τα μητριαία στόμιά τους. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες:

-Ένα λεπτό εξωτερικό χιτώνα που ονομάζεται *ορογόνο υμένας*

-Έναν παχύ μυικό χιτώνα στο μέσο που ονομάζεται *μυομήτριο* και

-Ένα λεπτό εσωτερικό χιτώνα που επενδύει την κοιλότητα και ονομάζεται *ενδομήτριο*

▫ *Οι σάλπιγγες:*

Είναι δύο δίδυμες δίοδοι μήκους 10-12 cm που εκφύονται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας και ενώνονται με την αντίστοιχη ωθήκη. Αποστολή τους είναι η αναπαραγωγή. Μέσα σε αυτές γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου που στη συνέχεια μεταφέρεται στη μήτρα όπου και θα εμφυτευτεί.

▫ *Οι ωθήκες:*

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία: παράγουν κάθε μήνα από ένα ωάριο και εκκρίνουν τις γυναικείες ορμόνες (κυρίως *οιστρογόνα* και *προγεστερόνη*). Η διάρκεια της ενεργού ζωής των ωθηκών είναι περιορισμένη, αφού αρχίζει κατά την εφηβεία και τελειώνει με την *εμμηνόπαυση*.

▫ *Ο παρθενικός υμένας:*

Είναι μία μεμβράνη που καλύπτει μερικώς την είσοδο του κόλπου. Το εύρος του ανοίγματός του κατά την παιδική ηλικία είναι μικρό, ενώ κατά την εφηβεία διευρύνεται. Εμφανίζει ποικίλες παραλλαγές ως προς τη μορφολογία. Η στερεότητα καθώς και η αντοχή του υμένα στην προσπάθεια ρήξης του κατά την πρώτη συνουσία διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα.

▫ *Οι γυναικείοι αδένες:*

Υπάρχουν *σημηματογόνοι* αδένες διάσπαρτοι στην επιφάνεια των μεγάλων χειλέων που παράγουν το *σμήγμα* το οποίο λιπαίνει το τρίχωμα και οι *ιδρωτοποιοί* αδένες που εκκρίνουν *ιδρώτα*. Οι άλλοι αδένες είναι υπεύθυνοι για τη *λίπανση* του κόλπου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

2.1.2. Τα ανδρικά όργανα αναπαραγωγής:

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τους δύο όρχεις, την εκφορητική οδό που αποτελείται από την *επιδιδυμίδα*, το *σπερματικό πόρο*, τη *σπερματοδόχο κύστη* και τον *εκσπερματικό πόρο* και το *πέος*. Επίσης, στο γεννητικό σύστημα του άνδρα κατατάσσονται η *ουρήθρα*, ο *προστάτης* και οι *βολβουρηθραίοι αδένες*. Οι όρχεις, η *επιδιδυμίδα*, ο *σπερματικός πόρος*, οι *σπερματοδόχες κύστεις* και ο *προστάτης*, χρησιμεύουν για την παραγωγή, τη φύλαξη και τη μεταφορά του σπέρματος, καθώς και την παραγωγή ορμονών και αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα, ενώ το *πέος* με το *όσχεο* αποτελούν τα έξω γεννητικά όργανα.

Το ανδρικό σύστημα αναπαραγωγής επιτελεί τρεις λειτουργίες:

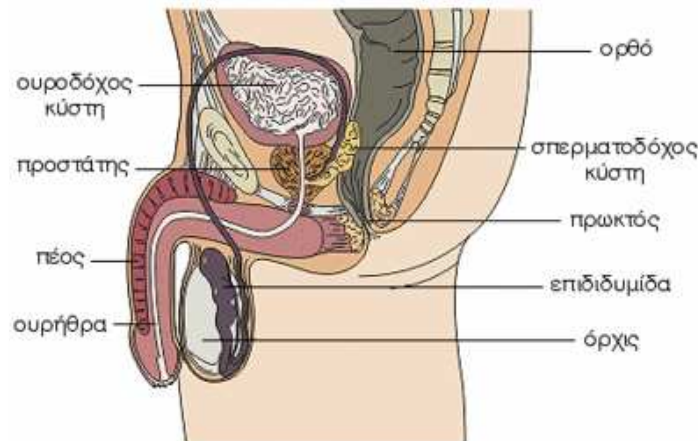
- Την παραγωγή σπέρματος στους όρχεις.
- Τη μεταφορά του σπέρματος μέσω του πέους καά τη συνουσία.
- Την παραγωγή των ανδρικών ορμονών, κυριότερη από τις οποίες είναι η τεστοστερόνη που είναι υπεύθυνη για τα ανδρικά χαρακτηριστικά (Ιγγλεζάκη και συν. 2007).

▫ Το πέος:

Αποτελείται από τρία σηραγγώδη σώματα, τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας τα οποία κατά την ερωτική διέγερση γεμίζουν με αίμα, προκαλώντας στύση. Εμφανίζει δύο μοίρες, την ελεύθερη ή ιδίως πέος και την περινεϊκή ή κρυμμένη μοίρα, ενώ διακρίνεται σε τρία μέρη, τη βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Τα τρία σηραγγώδη σώματα περιβάλλονται από δέρμα, την πόσθη. Το τμήμα της πόσθης που περιβάλλει τη βάλανο ονομάζεται ακροποσθία.

▫ Οι όρχεις:

Κάθε όρχις έχει σχήμα ελλειψοειδές, μήκος 4-5 cm και βάρος 12-15gr. Οι όρχεις βρίσκονται μέσα σε ένα εκκόλπωμα του δέρματος που ονομάζεται όσχεο, ενώ περιβάλλονται και από άλλους χιτώνες. Οι όρχεις είναι μικτοί αδένες. Η εξωκρινής μοίρα τους παράγει τα σπερματοζωάρια και η ενδοκρινής τις αντρικές ορμόνες, με σπουδαιότερη την τεστοστερόνη.



▫ Η επιδιδυμίδα:

Η επιδιδυμίδα είναι ένας σφιχτά περιελιγμένος σωλήνας μήκους 5-6 μέτρων στο πίσω μέρος κάθε όρχεως. Διακρίνεται σε τρία μέρη, την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Η επιδιδυμίδα που αποτελεί την αρχή της εκφορητικής οδού του σπέρματος, χρησιμεύει ως δεξαμενή των σπερματοζωαρίων, στα οποία παρέχει θρεπτικές ουσίες, ενώ με το έκκριμά της συντελεί στην αραίωση του σπέρματος.

▫ Ο σπερματικός πόρος:

Έχει μήκος 40-50 cm και αποτελεί τον εκφορητικό πόρο του όρχεως. Αποτελεί τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και εκτείνεται μέχρι τη βάση του προστάτη όπου ενώνεται με τη σπέρματοδόχο κύστη και μεταβαίνει στον εκσπερματικό πόρο.

▫ Οι σπέρματοδόχες κύστεις:

Βρίσκονται έξω από το σπερματικό πόρο πάνω από τον προστάτη. Έχουν σχήμα αχλαδιού με μήκος 4-5 cm και πλάτος 1,5-2 cm. Το έκκριμα των σπέρματοδόχων κύστεων προκαλεί αραίωση του σπέρματος και διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων. Αμφισβητείται αν χρησιμεύουν για την αποθήκευση του σπέρματος.

▫ Ο προστάτης:

Ο προστάτης ανευρίσκεται μόνο στους άνδρες και έχει μέγεθος και σχήμα κάστανου. Μετά το 50ο έτος της ηλικίας, υπερτρέφεται προκαλώντας διάφορα ενοχλήματα που προέρχονται κυρίως από την ουρήθρα. Το έκκριμα του προστάτη διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων και δίνει στο σπέρμα χαρακτηριστική οσμή.

2.2. Η διαδικασία της σύλληψης

Για να γίνει η σύλληψη πρέπει κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες ένα ωάριο και ένα σπερματοζωάριο να συναντηθούν στις σάλπιγγες της γυναίκας και να ενωθούν. Αυτό ονομάζεται γονιμοποίηση. Το γονιμοποιημένο πλέον ωάριο αρχίζει να πολλαπλασιάζεται και να κατεβαίνει προς τη μήτρα όπου θα πρέπει να υπάρχουν ευνοϊκές συνθήκες για να εμφυτευτεί. Εφόσον το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτευτεί στη μήτρα ξεκινάει η κύηση (Ιγγλεζάκη και συν. 2007).

2.3. Ορισμός αντισύλληψης



Αντισύλληψη είναι τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνει το ζευγάρι ώστε να αποφύγει μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Είναι δηλαδή μέθοδοι, φυσικές ή τεχνητές, οι οποίες εμποδίζουν τη σύλληψη, δηλαδή τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο.

Αντισυλληπτικές μέθοδοι υπάρχουν πολλές. Καμία δεν είναι τέλεια και καμία δεν είναι κατάλληλη για

όλους. Κάθε άτομο και κατ' επέκταση κάθε ζευγάρι θα πρέπει να λάβει υπόψιν του διάφορους παράγοντες προτού αποφασίσει.

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων με διαφορετικά χαρακτηριστικά ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Έτσι, άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή προστασία. Άλλες προστατεύουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νεοπλασίες. Άλλες είναι για γυναίκες και άλλες για άντρες. Κάποιες χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, ενώ άλλες χρησιμοποιούνται ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά και από τη σωστή χρήση. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών που ήδη υπάρχουν, η συχνότητα των επαφών, η ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, η οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του.

Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου αποτελούν η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό χρήσης αντισυλληπτικών, η εμφάνιση σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερόμενου. Τέλος, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία πρόσβασης, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές και πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερόμενου δεν πρέπει να αγνοούνται.

2.4. Ιστορική αναδρομή των μεθόδων αντισύλληψης

Για χιλιάδες χρόνια τα ζευγάρια προσπαθούν να ελέγξουν τη γονιμότητα χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους και τεχνικές, ανάλογες με το κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο του κάθε λαού και της εκάστοτε εποχής, με άλλοτε άλλα αποτελέσματα, περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητικά.

Σε αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους που χρονολογούνται μετά το 1850 π.Χ. αναφέρεται ότι οι γυναίκες της ανώτερης κοινωνικής τάξης χρησιμοποιούσαν ουσίες μέσα στον κόλπο που μπορούσαν να δεσμεύσουν ή να εξοντώσουν το σπέρμα. Οι παραπάνω ουσίες περιελάμβαναν κόπρανα κροκοδείλου ή ελέφαντα που φαίνεται να ενεργούσαν ως σπερματοκτόνα. Άλλος πάπυρος του 1550 π.Χ. περιγράφει ενδοκολπικά ταμπόν που είχαν διαποτιστεί με αφέψημα θάμνου ακακίας το οποίο περιείχε γαλακτικό οξύ, συστατικό και των σημερινών σπερματοκτόνων τζελ.

Προφυλακτικό:

Το αρχαιότερο προφυλακτικό που έχει βρεθεί είναι του 17^{ου} αιώνα από εντόστια ζώου στην Αγγλία. Οι ιστορικοί εκτιμούν ότι χρησιμοποιούνταν κυρίως ως ασπίδα από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα από τους στρατιώτες. Στο εμπόριο ακόμα υπάρχουν προφυλακτικά από εντόστια.

Η πρώτη έρευνα για τα προφυλακτικά τοποθετείται το 15^ο αιώνα, όταν ο Ιταλός Gabrielle Fallopius φέρεται να δημιούργησε ένα προϊόν από λινό ύφασμα το οποίο δοκίμασε σε περισσότερους από 1.000 άνδρες προκειμένου να επιτύχει προστασία από τη σύφιλη.

Το καουτσούκ ήρθε στο προσκήνιο το 1843 όταν ο Charles Goodyear πατένταρε για πρώτη φορά την «ενθείωση» του υλικού που κάνει το φυσικό καουτσούκ περισσότερο εύκαμπτο και ανθεκτικό. Το 1880 εμφανίστηκε το πρώτο προϊόν από λάτεξ. Η χρήση τους όμως θα αργήσει αρκετές δεκαετίες.

Η κοινωνική αναταραχή που προκάλεσε η διάδοση του βιομηχανικά πλέον αναπαραγόμενου προϊόντος είναι εμφανής στο μεσοπόλεμο. Τα στρατεύματα των Η.Π.Α. στον Α' παγκόσμιο πόλεμο δεν είχαν καμία ενημέρωση αφού η συντηρητική ηγεσία θεωρούσε την προφύλαξη κίνητρο ακολασίας. Η τεράστια διάδοση της σύφιλης που ακολούθησε όμως έφερε στροφή 180^ο στον επόμενο μεγάλο πόλεμο. Ενδιάμεσα γυναίκες ακτιβίστριες διεκδίκησαν το δικαίωμα τα προφυλακτικά να διατείνονται όχι μόνο για προστασία από ασθένειες, αλλά και ελεύθερα για οικογενειακό προγραμματισμό.

Ό,τι πέτυχαν γενιές ακτιβιστών και επιστημόνων, απείλησε να ανατρέψει η σεξουαλική απελευθέρωση της δεκαετίας του '60, όταν πλέον τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν ιάσιμα. Ωστόσο ο ιός HIV έκανε ξανά σαφές μετά το 1980 ότι το προφυλακτικό είναι απαραίτητος σύντροφος σε κάθε σεξουαλική επαφή. Το 1994 εμφανίστηκε και το γυναικείο προφυλακτικό.



Ενδομήτρια σπειράματα:

Κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα στην Ευρώπη έκαναν την εμφάνισή τους πεσσοί που ήταν κατασκευασμένοι από υλικά όπως ξύλο, γυαλί, έβενο, φίλντισι, άργυρο και

χρυσό. Αρχικά η χρήση των πεσσών στόχευε στη θεραπεία της δυσμηνόρροιας και των ανώμαλων θέσεων της μήτρας, στην πορεία όμως παρατηρήθηκε ότι διέθεταν αντισυλληπτική και συχνά εκτρωτική δράση.

Το 1909 σχεδιάστηκε από το Richter το πρώτο ενδομήτριο σπείραμα που αποτελούνταν από ένα δακτύλιο κατασκευασμένο από μετάξι και νήμα cut-gut, καθώς και σύρμα από μπρούντζο ή νίκελ το οποίο προεξείχε από το τραχηλικό στόμιο. Αυτό το νήμα αντικαταστάθηκε από τον Prust με cut-gut, εξαιτίας της ενόχλησης που ένιωθαν οι ερωτικοί σύντροφοι κατά τη σεξουαλική επαφή. Οι επιπλοκές κατά τη χρήση τους ήταν ιδιαίτερα σοβαρές και πολλές φορές θανατηφόρες.

Το 1928 ο Grafenberg σχεδίασε IUD σε σχήμα δακτυλίου κατασκευασμένο από κράμα χαλκού, νικελίου και ψευδαργύρου το οποίο θεωρείται το πρώτο ουσιαστικά σύγχρονο αντισυλληπτικό σπείραμα. Οι επιπλοκές που είχαν εμφανιστεί μέχρι τότε δημιούργησαν μια έντονα αρνητική προκατάληψη για τα IUDs με αποτέλεσμα την απόρριψή τους από την ιατρική κοινότητα. Το 1934 ο Ota χρησιμοποίησε χρυσούς ή επιχρυσωμένους δακτυλίους με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η δεκαετία του '60 αποτελεί ορόσημο στην ιστορία των ενδομήτριων σπειραμάτων όταν αναζωπυρώθηκε το παγκόσμιο ενδιαφέρον για τη χρήση τους.

Το 1976 κυκλοφόρησε στο εμπόριο ένα σπирάλ με προγεστερόνη. Από τότε τα σπирάλ τελειοποιούνται συνεχώς και οι γυναίκες που τα χρησιμοποιούν γίνονται ολοένα και περισσότερες.

Αντισυλληπτικό χάπι:

Πρώτος ο Parkes το 1929 αναφέρεται στην πιθανή επίδραση της εξωγενούς προγεστερόνης στο γεννητικό κύκλο. Οι Pincus και Chang το 1953 με την εργασία τους «Η επίδραση της προγεστερόνης και των συναφών προϊόντων στην ωορρηξία του κύκλου» αποτέλεσαν την απαρχή του νέου κεφαλαίου της ορμονικής αντισύλληψης. Από το 1950 υπήρχαν διαθέσιμα νέα προγεστεροειδή που άρχισαν να βρίσκουν κλινική εφαρμογή και τα οποία παρουσίασαν υψηλότερη προγεσταγόνο δράση από την προγεστερόνη. Το 1960 η ορμονική αντισύλληψη έγινε δεκτή από τη Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α.. Έτσι το χάπι πέτυχε να ξεχωρίσει οριστικά το σεξ από τη γονιμότητα και να απελευθερώσει τη γυναίκα. Η αντισύλληψη περιήλθε στα χέρια των γυναικών και σήμερα αποτελεί αναφαίρετο πρόνόμιό τους.

Το 1965 κυκλοφορούσαν στις Η.Π.Α. αντισυλληπτικά χάπια και το 1967 διαπιστώθηκαν οι πρώτες παρενέργειες. Ακολούθησαν προσπάθειες για βελτίωση των αντισυλληπτικών δισκίων και επιτεύχθηκε σχεδόν πλήρης εξαφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τα νέα αντισυλληπτικά χάπια χρησιμοποιούνται από εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Εκτός από την αντισυλληπτική δράση έχουν εφαρμογή στη ρύθμιση του γεννητικού κύκλου και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ωοθηκικών κύστεων. Επίσης, φαίνεται ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού έχει περιοριστεί σημαντικά, ενώ μετά από μακροχρόνια λήψη η συχνότητα καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών έχει μειωθεί σημαντικά. Στα θετικά επιτεύγματα περιλαμβάνονται και η εξαφάνιση της δυσμηνόρροιας, η εξωμήτριος κύηση και ο έλεγχος των μηννορραγιών (Ιγγλεζάκη και συν. 2007).

2.5. Μέθοδοι αντισύλληψης

Φυσικές:

▫ Απόσυρση:

Συνιστάται στη διακοπή της επαφής λίγο πριν την εκσπερμάτωση, δηλαδή πριν το σπέρμα χυθεί μέσα στον κόλπο. Μόλις ο άντρας νιώσει ότι φτάνει στο σημείο κορύφωσης του οργασμού του, αποτραβιέται για να εκσπερματώσει έξω από τον κόλπο. Η απόσυρση ήταν ανέκαθεν η πιο διαδεδομένη μέθοδος αποφυγής μίας εγκυμοσύνης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το ποσοστό αποτυχίας δεν είναι ψηλό (περίπου 25%).

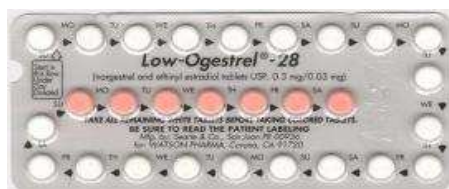
▫ Μέθοδος ρυθμού:

Η γυναίκα μπορεί με βάση την ημερολογιακή μέθοδο (μέθοδος Οζινό) να υπολογίσει τις γόνιμες ημέρες του κύκλου της, καθώς και την ημέρα ωορρηξίας, αποφεύγοντας τη σεξουαλική επαφή. Ο υπολογισμός των ημερών αυτών μπορεί να γίνει και με τη θερμομετρική μέθοδο, σύμφωνα με την οποία οι γόνιμες ημέρες υπολογίζονται με την άνοδο θερμοκρασίας της γυναίκας από τέσσερα έως έξι δέκατα του βαθμού. Τέλος, ο υπολογισμός των γόνιμων ημερών μπορεί να γίνει με τη μέθοδο Μπίλιγκ, στην οποία η γυναίκα εξετάζει τον τράχηλό της και ελέγχει τις ημέρες του μήνα που εκκρίνεται κάποιο υγρό προερχόμενο από τη μήτρα (Καπνουλιά και συν. 2007).

Ορμονικές:

▫ Αντισυλληπτικά δισκία:

Πρόκειται για το συνδυασμό δύο ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Λαμβάνεται από το στόμα για 21 συνεχόμενες ημέρες μηνιαίως και αναστέλλει την ωορρηξία. Ακόμα όμως και αν υπάρξει ωορρηξία, κινητοποιούνται μηχανισμοί που εμποδίζουν μία πιθανή εγκυμοσύνη (www.myworld.gr/site/content.php?sel=156&atrid=359712).



▫ Κολπικός δακτύλιος:

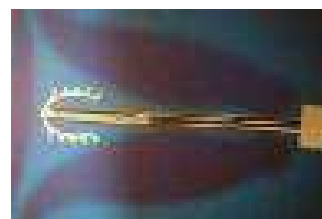
Είναι ένας μαλακός δακτύλιος από σιλικόνη ο οποίος περιέχει προγεστερόνη και οιστρογόνα, ορμόνες δηλαδή που αναστέλλουν την ωορρηξία.

▫ Επείγουσα αντισύλληψη:

Εφαρμόζεται μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, βιασμό ή σε περίπτωση «ατυχήματος» και υπάρχει πιθανότητα κύησης. Δεν προκαλεί έκτρωση, αλλά αδυναμία εμφύτευσης του τυχόν γονιμοποιημένου ωαρίου. Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος, γιατί έχει αρκετές δυσμενείς επιπτώσεις στη γυναίκα. Εναλλακτικά αποκαλείται «χάπι της επόμενης μέρας» (Καπνουλιά και συν. 2007).

Ενδομήτρια σπειράματα:

▫ Ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ:



Κατασκευάζεται από πλαστικό και περιέχει ένα χάλκινο σύρμα. Προκαλεί την απελευθέρωση προσταγλανδινών και λευκών αιμοσφαιρίων στη μήτρα που είναι τοξικά για τα σπερματοζωάρια και τα ωάρια, ενώ ο χαλκός που περιέχει είναι τοξικός για τα σπερματοζωάρια. Τοποθετείται στη μήτρα από γυναικολόγο (www.myworld.gr/site/content.php?sel=156&atrid=359712).

▫ **Ενδομήτριο σύστημα:**

Είναι μικρό, πλαστικό αντικείμενο, σχήματος Τα που τοποθετείται μέσα στη μήτρα από γυναικολόγο. Η διαφορά με το κλασικό σπιδάλ είναι ότι περιέχει μέσα σε έναν κύλινδρο μία ορμόνη που αποδεσμεύεται σταδιακά. Δυσκολεύει την άνοδο των σπερματοζωαρίων στον τράχηλο, εμποδίζει τη γονιμοποίηση του ωαρίου και σε κάποιες περιπτώσεις αναστέλλει την ωορρηξία (www.myworld.gr/site/content.php?sel=156&atrid=359712).

Κολπική αντισύλληψη:

Χημική:

▪ **Σπερματοκτόνο:**

Είναι χημικό παρασκεύασμα που καταστρέφει ή ακινητοποιεί με οριστικό τρόπο τα σπερματοζωάρια. Υπάρχει σε μορφή κρέμας που αλείφεται στο βάθος του κόλπου, διαλυόμενων υπόθετων, ταμπόν κ.ά..

Τα σπερματοκτόνα χωρίζονται σε δύο τύπους:

1. Αυτά που πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση μαζί με ένα διάφραγμα ή τραχηλικό κάλυμμα ή με προφυλακτικό και
2. Αυτά που είναι αποτελεσματικά έστω και αν χρησιμοποιηθούν μόνα τους

Μέθοδοι φραγμού:

▫ **Προφυλακτικό:**

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι μία πλαστική θήκη μήκους 16 cm περίπου από πολύ λεπτό και ανθεκτικό υλικό. Αν και οι άντρες το περιφρονούν από τότε που τελειοποιήθηκαν οι γυναικείες αντισυλληπτικές μέθοδοι, άρχισε να ξαναγίνεται της μόδας εξαιτίας της έξαρσης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι μία εναλλακτική λύση. Έχει μήκος 14 cm περίπου, μορφή κυλινδρικής θήκης που εφαρμόζει χαλαρά στον κόλπο και λιπαντική ουσία.



▫ **Κολπικό διάφραγμα:**

Είναι ένα είδος ευλύγιστου θόλου από καουτσούκ που το πιο σκληρό άκρο του περιέχει ένα ελατήριο ή πολλές μεταλλικές λάμες οι οποίες του επιτρέπουν να ξαναπάρει τη μορφή του μετά τη χρήση. Τοποθετείται μέσα στον κόλπο, αντίθετα προς τον τράχηλο τον οποίο πρέπει να καλύπτει απόλυτα και αλείφεται πάντα με κρέμα.

▫ **Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος:**

Είναι ένα σφουγγάρι εμποτισμένο με σπερματοκτόνο ουσία. Δρα με δύο τρόπους:

1. Φράζει την είσοδο της μήτρας εμποδίζοντας τη διέλευση του σπέρματος και
2. Το σπερματοκτόνο σκοτώνει ή ακινητοποιεί τα σπερματοζωάρια

Χειρουργική:

- Ανδρική ή γυναικεία στειροποίηση:

Η στείρωση έχει υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα, είναι όμως μη αναστρέψιμη. Αναφέρεται στην περιέδεση των σαλπίνγων στη γυναίκα και αντίστοιχα στην περιέδεση των σπερματικών πόρων στον άντρα (Καπνουλά και συν. 2007).

2.6. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Τα προφυλακτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Φυσικά και άλλες μέθοδοι φραγμού όπως τα σπερματοκτόνα και τα κολπικά διαφράγματα παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και είναι δυνατό να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου και πολλές φορές ακόμη και στο θάνατο. Επιπλέον, κάποια νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν στα νεογνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού (Τσολακίδης 2008).

Σήμερα η αντισύλληψη καθίσταται κάτι περισσότερο από αναγκαία. Σχεδόν 39 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με AIDS. Από αυτούς τα 2,3 εκατομμύρια είναι παιδιά κάτω των 15 ετών, ενώ κάθε χρόνο πεθαίνουν σχεδόν 3 εκατομμύρια από αιτίες που σχετίζονται με την ασθένεια (www.cyfamplan.org/FamPlan/UserFiles/documents/30April.doc).

Η 30^η Μαρτίου έχει καθιερωθεί ως Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης, αφιερωμένη στη συνειδητοποίηση της ευθύνης απέναντι στον εαυτό μας, το σύντροφό μας, αλλά και απέναντι στην κοινωνία (www.cyfamplan.org/FamPlan/UserFiles/documents/30April.doc).

AIDS:

Πρόκειται για το πιο πολυσυζητημένο νόσημα της σημερινής εποχής. Οφείλεται στον ιό HIV και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού, με αποτέλεσμα να ευνοείται η εμφάνιση σπάνιων και μη νοσημάτων ή όγκων που τελικά οδηγούν στο θάνατο.



Η μόλυνση από τον ιό του AIDS γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής με φορείς ή ασθενείς ή και από μολυσμένες σύριγγες. Παρόλο που η νόσος δεν μπορεί να

θεραπευτεί ακόμα, τα φάρμακα που χορηγούνται έχουν βελτιώσει την ποιότητα ζωής φορέων, αλλά και των ασθενών. Η αποφυγή πολλαπλών σχέσεων και η χρήση του προφυλακτικού, αποτελούν τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους προστασίας από το θανατηφόρο ιό.

Θηλώματα-Κονδυλώματα:

Οφείλονται στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και προσβάλλουν κυρίως τον τράχηλο της μήτρας, τον κόλπο και το αιδοίο. Οι πιο επικίνδυνοι τύποι του ιού που έχουν συνδεθεί με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι οι HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33 και HPV-45. Η εξέταση για την πρόληψη, αλλά και την ανακάλυψη της προσβολής του τραχήλου της μήτρας από τον ιό HPV είναι το Τεστ Παπανικολάου. Αρχικά πρέπει να γίνει κολποσκόπηση και βιοψία από τις ύποπτες περιοχές. Θεραπευτικά εφαρμόζονται τα λέιζερ στη χειρουργική του τραχήλου της μήτρας και η χρήση της διαθερμίας στην εξάχνωση του παθολογικού ιστού. Η τακτική παρακολούθηση της ασθενούς μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις που έχει γίνει συντηρητική θεραπεία. Σταθμός για την πρόληψη της λοίμωξης αποτελεί το τετραδύναμο εμβόλιο Gardasil που προφυλάσσει από τους ιούς HPV 6,11,16,18. Χορηγείται σε 3 δόσεις στις ηλικίες 9-14, χωρίς φυσικά να αποκλείονται μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Χλαμύδια:

Είναι θεραπεύσιμο νόσημα και προκαλείται από τα βακτήρια Chlamydia Trachomatis. Η λοίμωξη είναι συχνά ασυμπτωματική και είναι πιθανό το άτομο που έχει μολυνθεί να μην το γνωρίζει. Το πρόβλημα με τις χλαμυδιακές λοιμώξεις είναι ότι αν δε θεραπευτούν ενδέχεται να οδηγήσουν σε φλεγμονές των γεννητικών οργάνων και σε στειρώση. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι έκκριση κολπικών υγρών, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή, συχνουρία, δυσουρία. Στους άνδρες τα συμπτώματα είναι έκκριση υγρών από το πέος, συχνουρία, δυσουρία, κνησμός κατά την ούρηση, είναι πιο εμφανή και αναγνωρίζονται εύκολα. Η θεραπεία των χλαμυδίων γίνεται με φάρμακα της οικογένειας των μακρολίδων, όπως είναι η αζιθρομυκίνη ή με τετρακυκλίνες, όπως είναι η δοξυκυκλίνη. Άλλα φάρμακα που μπορεί να συστήσει ο θεράπων ιατρός είναι η ερυθρομυκίνη ή η οφλοξασίνη. Η πενικιλίνη, η οποία προσφέρει θεραπεία σε πολλά αφροδίσια νοσήματα, είναι εντελώς αναποτελεσματική στα χλαμύδια. Τελευταία, οι επιστημονικές έρευνες εστιάζονται στη δημιουργία εμβολίου που θα προστατεύει από το νόσημα και στην παρασκευή κολπικών μικροβιοκτόνων.

Σύφιλη:

Η σύφιλη προκαλείται από ένα μικροσκοπικό βακτηρίδιο που μοιάζει με τριμπουσόν και ονομάζεται Treponema Pallidum. Η ασθένεια μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, από δερματικά έλκη που υπάρχουν στα γεννητικά όργανα, τον κόλπο, το αιδοίο, τον τράχηλο, το στόμα και όλη την περιοχή των γεννητικών οργάνων, όπου έχει εισχωρήσει το βακτηρίδιο. Τα έλκη αυτά είναι σκληρά, κόκκινα στην άκρη και δεν πονούν. Η σύφιλη εξελίσσεται σε τρία στάδια και στα δύο πρώτα η μετάδοσή της είναι εξαιρετικά εύκολη. Το πρώτο αναπτύσσεται μέσα σε τρεις εβδομάδες περίπου μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο σύντροφο, ενώ τα πρώτα συμπτώματα, ένα-δύο δερματικά έλκη, εμφανίζονται σε εννέα-ενενήντα ημέρες αργότερα. Το έλκος εξαφανίζεται μέσα σε



δύο-έξι εβδομάδες ακόμα και χωρίς θεραπεία. Άλλωστε, μόνο λίγες γυναίκες που το αναπτύσσουν το παρατηρούν, γιατί είναι συνήθως κρυμμένο βαθιά μέσα στον κόλπο. Την επούλωση του πρώτου έλκους ακολουθεί, ύστερα από διάστημα μίας εβδομάδας έως έξι μηνών, το δεύτερο στάδιο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν εξάνθημα, πυρετό, πονοκεφάλους, τσούξιμο στο λαιμό, ανορεξία, ναυτία, ερεθισμένα μάτια και τριχόπτωση. Το στάδιο αυτό διαρκεί από τρεις-έξι μήνες έως και πάρα πολλά χρόνια. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο της σύφιλης αναπτύσσεται δέκα-είκοσι χρόνια αργότερα και είναι φοβερό και αδυσώπητο. Ο άρρωστος μπορεί να πάθει σοβαρές καρδιοπάθειες, να τρελαθεί, να τυφλωθεί και να υποστεί βλάβες σε όλα τα όργανα του σώματός του. Από τους ασθενείς που δεν ακολουθούν καμία θεραπευτική αγωγή, στο δεύτερο στάδιο, ένας στους τέσσερις πεθαίνει ή μένει ανάπηρος. Η θεραπεία γίνεται με πενικιλίνη ή τετρακυκλίνη και πρέπει να την ακολουθήσουν ταυτόχρονα και οι δύο σύντροφοι. Πρέπει να γίνονται συχνές αναλύσεις αίματος για δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της υποτροπής. Όταν η σύφιλη θεραπεύεται στο πρώτο ή το δεύτερο στάδιο, οι μόνιμες βλάβες αποφεύγονται. Επειδή η ασθένεια μεταδίδεται και από τη μάνα στο παιδί προκαλώντας του φοβερές δυσμορφίες, σε όλες τις μέλλουσες μητέρες γίνονται στους τέσσερις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, προληπτικά, αναλύσεις αίματος για διάγνωση σύφιλης.

Από τους
ασθενείς που
δεν ακολουθούν
καμία
θεραπευτική
αγωγή στο
δεύτερο στάδιο
ένας στους
τέσσερις
πεθαίνει ή μένει
ανάπηρος.

Γονόρροια-Βλεννόροια:

Προκαλείται από το μικρόβιο του γονόκοκκου που είναι γνωστό ως *Neisseria Gonorrhoeae*. Ανάλογα με την επαφή, κολπική, στοματική ή πρωκτική προσβάλλει όργανα και ιστούς των περιοχών αυτών. Αρκετοί που προσβάλλονται από τη νόσο μπορεί να μην παρουσιάσουν συμπτώματα. Όταν υπάρχουν, παρουσιάζονται περίπου δέκα μέρες μετά από τη μετάδοση και προσβολή από το μικρόβιο. Στις γυναίκες μπορεί να εκδηλωθεί πόνος κατά τη συνουσία, πόνος ή κάψιμο κατά την ούρηση, συχνουρία, εκκρίσεις από τον κόλπο που είναι πυώδεις με δυσάρεστη οσμή και ενοχλήσεις στην περιπρωκτική περιοχή. Η προσβολή των σαλπίνγων από τα βακτήρια μπορεί να ευθύνεται για στειρώση στη γυναίκα. Μπορεί να έχει επίσης ανώμαλες απώλειες αίματος κατά την περίοδό της, πυρετό και πόνο στην κοιλιά. Οι έγκυες που προσβάλλονται από τη γονόρροια εάν παραμείνουν χωρίς θεραπεία, είναι δυνατόν να μεταδώσουν το μικρόβιο στο παιδί τους. Στο νεογέννητο ο γονόκοκκος προκαλεί τη γονοκοκκική οφθαλμίτιδα, μία πολύ σοβαρή μόλυνση των ματιών. Οι μολύνσεις από το γονόκοκκο αντιμετωπίζονται γρήγορα με την αντιβίωση. Μετά από την αρχική χορήγηση των αντιβιοτικών πρέπει να ξαναγίνεται έλεγχος διότι ο γονόκοκκος μπορεί να έχει ανθεκτικότητα σε ορισμένα αντιβιοτικά και να χρειάζεται προσαρμογή της θεραπείας.

Απλός έρπης γεννητικών οργάνων:

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση επώδυνων φυσαλίδων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Μετά την πρώτη μόλυνση ο ιός λαθροβιεί στον ανθρώπινο οργανισμό και επανενεργοποιείται στις κατάλληλες συνθήκες. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι κάψιμο στη γεννητική περιοχή, χαμηλή οσφυαλγία, δυσουρία, γενική κακουχία, πυρετός, διόγκωση λεμφαδένων, φυσαλίδες στα γεννητικά όργανα και επώδυνα έλκη. Τα συμπτώματα του γεννητικού έρπητα διαρκούν 2-3 εβδομάδες και περίπου το 75% των ασθενών αναπτύσσουν περιοδικές προσβολές, οι οποίες εμφανίζονται σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Δε θεραπεύεται οριστικά και κάνει συχνές υποτροπές. Ωστόσο τα αντιικά φάρμακα που χορηγούνται έχουν καλά αποτελέσματα και οι ελπίδες για την παρασκευή εμβολίου φαίνεται ότι σε λίγο καιρό θα γίνουν πραγματικότητα. Θα πρέπει να ακολουθήσει θεραπεία όμως και ο/η ερωτικός σύντροφος για να μη διαγωνίζεται το πρόβλημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο



3. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

3.1. Εισαγωγή

Η τεκνοποιία και η ανατροφή παιδιών αποτελούν εκτός από βιολογικές και κοινωνικές επιταγές. Η κοινωνία περνά στα άτομα που την αποτελούν την αξίωση ότι θα τεκνοποιήσουν, ως ένα φυσιολογικό τμήμα της παιδικής τους ανάπτυξης, έτσι ο στόχος απόκτησης παιδιών γίνεται «έμφυτος στόχος» (www.apodimos.com 2009). Όμως, η εποχή κατά την οποία η τεκνοποιία ερχόταν ανεξάρτητα από τη θέληση ή επιθυμία των γονιών τους δεν ανήκει στο μακρύ παρελθόν. Τα τελευταία είκοσι με τριάντα χρόνια τα παιδιά έχουν αρχίσει να έρχονται προγραμματισμένα. Όλοι πιστεύουν ότι αφού μπορούν να προγραμματίσουν πότε μπορούν να κάνουν παιδιά, μπορούν συνεπώς να ελέγξουν και τη γονιμότητά τους. Δυστυχώς, όμως, η γονιμότητα δεν είναι κάτι που ελέγχεται εύκολα (Kervasdoue 1996).

3.2. Ορισμός υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία του ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να αποκτήσει παιδί έπειτα από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισυλληπτική προστασία. Δεν πρέπει να συγχέεται με τη στειρότητα, που είναι η απόλυτη βιολογική αδυναμία τεκνοποίησης (για παράδειγμα μία γυναίκα που έχει υποβληθεί σε ολική αφαίρεση μήτρας και ωθηκών αδυνατεί προφανώς να τεκνοποιήσει). Σύμφωνα με τον ορισμό υγείας, όπως αυτός έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η υπογονιμότητα αποτελεί διαταραχή της υγείας και χρήζει αντιμετώπισης. Η τεκνοποίηση και η δημιουργία οικογένειας θεωρούνται δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

3.3. Είδη υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε δύο τύπους, την πρωτοπαθή και τη δευτεροπαθή υπογονιμότητα. Η πρωτοπαθής υπογονιμότητα υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη στο ζευγάρι (αφορά περίπου το 40% των περιπτώσεων). Ενώ δευτεροπαθής υπογονιμότητα υποδηλώνει ότι υπήρξε προηγούμενη εγκυμοσύνη όποιο και αν ήταν το αποτέλεσμα αυτής (αφορά περίπου το 60 %). Η υπογονιμότητα είναι, επομένως, μία κατάσταση που δεν κάνει διακρίσεις απέναντι σε κανέναν.

3.4. Συχνότητα υπογονιμότητας

Σύμφωνα με διάφορες επιδημιολογικές μελέτες του Π.Ο.Υ. περίπου το 8-12% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία αντιμετωπίζει κάποιας μορφής δυσκολία στην προσπάθειά του να αποκτήσει απογόνους. Παγκοσμίως, υπολογίζεται

ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, στα οποία προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση. Σημειωτέον ότι ο καρκίνος προσβάλλει περίπου 6 εκατομμύρια άτομα ετησίως και η ελονοσία περίπου 100 εκατομμύρια: επομένως, η υπογονιμότητα χωρίς να αποτελεί μείζονα διαταραχή της υγείας, δεν είναι διόλου αμελητέα σε παγκόσμια κλίμακα. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακόμη πλήρεις επιδημιολογικές μελέτες της υπογονιμότητας, αλλά εκτιμάται ότι περίπου 300.000 ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Η συχνότητα υπογονιμότητας μπορεί να ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή και πληθυσμό σε πληθυσμό. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο προφίλ του υπογόνιμου ζευγαριού. Η υπογονιμότητα είναι πολυσύνθετη και ρευστή κατάσταση: το ίδιο άτομο ή ζευγάρι μπορεί να διανύσει μεγάλες χρονικές περιόδους στις οποίες αδυνατεί να συλλάβει και η αδυναμία αυτή μπορεί να επέλθει ή να λήξει χωρίς προειδοποίηση. Τις περισσότερες φορές η υπογονιμότητα δεν έχει ειδικά συμπτώματα (π.χ. πόνο, πυρετό, δυσφορία κ.τ.λ.) και έτσι δεν την αντιλαμβανόμαστε (Καζλαρής 2008).

3.5. Ποιος είναι περισσότερο υπεύθυνος για την υπογονιμότητα

Επί αιώνες αλλά και μέχρι σχετικά πρόσφατα υπεύθυνη θεωρείτο μόνο η γυναίκα. Στη θλίψη της επειδή δεν μπορούσε να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, ερχόταν να προστεθεί και η ταπείνωση, ακόμη και το διαζύγιο. Όσο για τον άντρα, η γονιμότητά του δεν αμφισβητείτο ποτέ. Σήμερα έχει πλέον αποδειχθεί πως στο 40% των ζευγαριών που δεν μπορούν να συλλάβουν, η υπογονιμότητα σχετίζεται με προβλήματα υγείας του άντρα, σε ένα άλλο 40% των ζευγαριών εξαιτίας προβλημάτων της αναπαραγωγικής υγείας της γυναίκας και ένα 20% και των δυο (Kervasdoue 1996).

3.6 Πότε η γονιμότητα του ζευγαριού θεωρείται φυσιολογική

Σε σχέση με άλλα θηλαστικά στα οποία όλες σχεδόν οι σεξουαλικές επαφές καταλήγουν σε εγκυμοσύνη, ο άνθρωπος είναι ένα κακό παράδειγμα! Τα περισσότερα ζευγάρια φαίνεται να αγνοούν το πόσο μικρή είναι η ευκαιρία που υπάρχει για απόκτηση εγκυμοσύνης κάθε μήνα.



Για να μείνει μία γυναίκα έγκυος, από μία από τις ωοθήκες της θα πρέπει να απελευθερωθεί αρχικά ένα ωάριο στα μέσα του κύκλου (ωορρηξία), να ενωθεί μέσα της με ένα σπερματοζωάριο του άντρα (γονιμοποίηση), να μεταφερθεί το γονιμοποιημένο ωάριο από τις σάλπιγγες στη μήτρα (μετανάστευση) και να προσκολληθεί στο εσωτερικό της μήτρας (στο ενδομήτριο) μία εβδομάδα μετά τη γονιμοποίηση (εμφύτευση). Εκεί πρόκειται να εξελιχθεί σε έμβρυο. Η σύλληψη μπορεί μόνο να εμφανιστεί, όταν μία γυναίκα κάνει σεξ κατά τη διάρκεια ή κοντά στη

στιγμή της ωορρηξίας. Τα σπερματοζώαρια μπορούν να επιβιώσουν μέσα στο γυναικείο σώμα από μερικές ώρες μέχρι και έως 3 ημέρες, ανάλογα με τον κάθε άντρα και το σώμα κάθε γυναίκας. Ένα ωάριο είναι διαθέσιμο για γονιμοποίηση στο σώμα της γυναίκας από 12 έως 25 ώρες. Όμως ακόμα και αν ένα ωάριο έχει γονιμοποιηθεί, δε σημαίνει ότι μία γυναίκα θα έχει μία θετική εγκυμοσύνη απαραίτητα, η οποία θα οδηγήσει και στη γέννηση ενός παιδιού. Περίπου το 30% τους είναι ατελής. Η επιτυχία της σύλληψης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και κυρίως από την καλή λειτουργία ή/και μορφολογία του αναπαραγωγικού συστήματος τόσο της γυναίκας όσο και του άντρα. Τα περισσότερα ζευγάρια φαίνεται να μην εμφανίζουν αντίστοιχα προβλήματα στο αναπαραγωγικό τους σύστημα, αφού το 85% συλλαμβάνουν μέσα σε 12 μήνες από τη στιγμή που σταματάνε τη χρήση κάποιου τρόπου ελέγχου των γεννήσεων. Όμως και από τα ζευγάρια που δεν μπορούν να συλλάβουν στον πρώτο χρόνο προσπάθειας, πάνω από το 60% θα επιτύχει τυχαία εγκυμοσύνη. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό περίπου 15-20% όλων των ζευγαριών που συζούν, δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Στο 25% από τα ζευγάρια αυτά, η υπογονιμότητα οφείλεται σε περισσότερους από έναν παράγοντες.

3.7. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα των ζευγαριών

Εκτός από τους παθολογικούς παράγοντες, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα παρακάτω:

1. *Η ηλικία της γυναίκας και κάθε άτομο.* Όσο περισσότερο περιμένει κάποιος για να αποκτήσει παιδί, τόσο πιο πιθανό είναι να χάσει τη γονιμότητά του. Αυτό ισχύει κυρίως για τις γυναίκες, στις οποίες μετά τα 35 είναι δυνατόν να εμφανιστούν ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down. Όμως πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως και η γονιμότητα των αντρών ελαττώνεται όσο μεγαλώνουν σε ηλικία και αν και με λιγότερο ίσως δραματικό τρόπο, συγκριτικά με τις γυναίκες. Η γονιμότητα φτάνει στην κορύφωση της γύρω στην ηλικία των 25 ετών. Στη συνέχεια μειώνεται ελαφρά, ενώ μετά τα 35 η μείωσή της γίνεται πιο σαφής. Αυτό συμβαίνει διότι οι ωορρηξίες είναι «κατώτερης» ποιότητας επειδή η μήτρα και οι σάλπιγγες μπορεί να έχουν γίνει εστία ινομάτων ή ενδομητρίωσης και επειδή οι αποβολές συμβαίνουν πιο εύκολα στην ηλικία αυτή (www.imop.gr 2009).
2. *Η συχνότητα σεξουαλικών επαφών.* Οι σεξουαλικές επαφές που γίνονται «αραιά» έχουν πολύ λίγες πιθανότητες εγκυμοσύνης: 14% στην περίπτωση μίας μόνο επαφής την εβδομάδα και 39% για τέσσερις επαφές κατά μέσο όρο την εβδομάδα. Αντίθετα, αν οι επαφές είναι πολύ συχνές, τα σπερματοζώαρια κινδυνεύουν να κουραστούν και να χάσουν τη ζωτικότητά τους.



3. *Σωματικό βάρος.* Τόσο το υπερβολικό σωματικό βάρος όσο και το πολύ χαμηλό, έχουν συνδεθεί με τη μείωση της γονιμότητας αφού διαταράσσουν το φυσιολογικό ισοζύγιο ορμονών.
4. *Αμβλώσεις.* Σύμφωνα με μελέτες έχει αποδειχθεί ότι οι αμβλώσεις μπορεί να δημιουργήσουν χρόνιες φλεγμονές στο γεννητικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας που μπορεί να οδηγήσουν τελικά σε υπογονιμότητα.
5. *Χλαμυδιακές νόσοι.* Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να έχουν κάποια επίδραση στη διαβατότητα των σαλπίγγων των γυναικών και μειώνουν τις πιθανότητες φυσιολογικής σύλληψης ή αυξάνουν τις πιθανότητες εξωμήτριου κυήσεως.
6. *Στεροειδή.* Όλα τα στεροειδή συμπεριλαμβανομένων και των αναβολικών που χρησιμοποιούν οι αθλητές, μειώνουν τη γονιμότητα παρεμποδίζοντας τη λειτουργία των όρχεων. Σε αρκετές περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί ακόμα και μείωση των όρχεων που είναι όμως αναστρέψιμη.
7. *Ναρκοτικές ουσίες-μαριχουάνα.* Η συχνή και χρόνια χρήση μειώνει τα σπερματοζώαρια και τα επίπεδα τεστοστερόνης. Μπορεί να προκαλέσει ανικανότητα, απώλεια ενδιαφέροντος, ακόμα και γυναικομαστία.
8. *Κινητά τηλέφωνα.* Υπό προϋποθέσεις, η χρήση κινητού τηλεφώνου μπορεί να προκαλέσει αύξηση της θερμοκρασίας της περιοχής του όσχεου. Η προϋπόθεση είναι να είναι πολλή ώρα στην τσέπη και να λειτουργεί συνεχώς. Η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στα σπερματοζώαρια και στο DNA τους.
9. *Πλαστικά.* Διάφορα χημικά έχουν συσχετιστεί με χαμηλές συγκεντρώσεις σπερματοζωαρίων. Τα σημαντικότερα είναι: 1) τα παράγωγα του φθαλικού οξέος που υπάρχουν σε προϊόντα συσκευασίας τροφίμων, κουρτίνες μπάνιου, απορρυπαντικά, 2) διφαινόλη Α που περιέχεται σε πλαστικά δοχεία.
10. *Ψυχολογικός παράγοντας.* Το ζευγάρι όταν βρίσκεται στη διαδικασία σύλληψης βρίσκεται σε κατάσταση στρες με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες (Αυγουστίδης 2009).

3.8. Οι ψυχικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα είναι σχεδόν πάντα απρόσμενη. Τα περισσότερα μάλιστα ζευγάρια που ακολουθούν τις θεραπείες της υπογονιμότητας έχουν προηγουμένως κάνει χρήση αντισυλληπτικών (Leiblum & Greenfeld 1997). Η υπογονιμότητα είναι μία εξαιρετικά ψυχοπιεστική εμπειρία. Αφού η κυρίαρχη άποψη είναι ότι η αναπαραγωγή συνιστά σημαντικό στόχο στη ζωή των ανθρώπων, εκείνοι που δεν μπορούν να αναπαραχθούν

αντιμετωπίζονται σαν να μην ακολουθούν τη φυσιολογική πορεία της ζωής. Ακόμη, μιας και η γονεϊκότητα θεωρείται κεντρικός ρόλος στη ζωή των ανθρώπων και κυρίως των γυναικών, όσοι δεν το εκπληρώνουν θεωρούνται ότι αποκλίνουν από μία φυσιολογική πορεία (Abbey 1992). Συνεπώς η υπογονιμότητα βιώνεται ως πρόβλημα επειδή η κοινωνία την αντιμετωπίζει με αυτόν τον τρόπο. Άλλωστε, κάθε μορφή κοινωνικής απόκλισης μπορεί να θεωρηθεί ως ασθένεια (Ελληνική εταιρεία Ψυχικής Υγείας 2009).

- *Το αίσθημα της απώλειας κυριαρχεί.* Η θεραπεία για την υπογονιμότητα εμπεριέχει πάντα το αίσθημα της απώλειας ανεξάρτητα από την έκβασή της: χάνει κανείς τη δυνατότητα να δημιουργήσει οικογένεια, να αναλάβει το ρόλο του πατέρα ή της μητέρας, τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει επιθυμίες και προσδοκίες που σχετίζονται με το ρόλο αυτό, χάνει ακόμα και την εμπειρία της σύλληψης χωρίς ιατρική υποστήριξη. Η κρίση που δημιουργείται τότε εκδηλώνεται μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από την έλλειψη συστηματικής ψυχολογικής στήριξης προς το ζευγάρι που αδυνατεί να τεκνοποιήσει.
- *Φαντασιώσεις ενοχής και ανεπάρκειας.* Όταν αντιμετωπίζουμε ένα οδυνηρό πρόβλημα, ο νους μας πάντα προσπαθεί να κατανοήσει και να απαντήσει σε πολλά αναπάντητα ερωτήματα. Γιατί σε εμένα; Τι έκανα για να μου συμβεί αυτό; Όμως η πραγματικότητα δε μετριάζει ούτε ακυρώνει τον πόνο. Αφήνει ένα αίσθημα κενού που το άτομο προσπαθεί να καλύψει με φαντασιώσεις. Οι φαντασιώσεις αυτές δημιουργούνται στη βάση των χαρακτηριστικών μας που διαμορφώθηκαν στη βρεφική και νηπιακή ηλικία. Η υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει στα άτομα που την αντιμετωπίζουν θυμό, θλίψη και απόγνωση, κάτι πολύ αναμενόμενο και φυσιολογικό. Όμως, η υπογονιμότητα δεν είναι αποτέλεσμα μίας προσωπικής ανεπάρκειας. Αυτό εισπράττεται από τους περισσότερους, βγάζοντας στην επιφάνεια ελλείμματα της αυτοεκτίμησής τους. Εκλαμβάνεται, δηλαδή, ως σύμβολο φανταστικής ανεπάρκειας, στην οποία καλούνται να προσαρμοστούν και να την αντιμετωπίσουν.
- *Αίσθημα ενοχής και ντροπής.* Το ζευγάρι οδηγείται σε απομόνωση και μυστικότητα ακριβώς επειδή η υπογονιμότητα προκαλεί αισθήματα ντροπής και ενοχής. Το αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και όλη η ένταση να ανακυκλώνεται σχεδόν αποκλειστικά ανάμεσα στο υπογόνιμο ζευγάρι.

3.9. Ερωτήματα που μπορούμε να θέσουμε στον εαυτό μας για ψυχική ευημερία

- Πού αποδίδω το πρόβλημα; Τι ανείπωτες φαντασιώσεις κουβαλάω (ανεπάρκειας, ενοχής κ.τ.λ.); Αν μπορέσουμε να τις ξετυλίξουμε τότε συνήθως χάνουν τη δύναμή τους.
- Ποιοι είναι οι άνθρωποι που αν πω το πρόβλημά μου, θα με στηρίξουν ψυχολογικά;

- Μήπως περιμένω από το-τη σύντροφό μου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα με το δικό μου τρόπο;
- Τελικά, τι σημαίνει για εμένα το ότι είμαι γυναίκα ή άντρας; Μπορώ να αντιληφθώ τον εαυτό μου σαν έναν άνθρωπο που μπορεί να μην κάνει ποτέ παιδί, αλλά να έχει αξία έτσι κι αλλιώς;
- Εάν μέρος της επιθυμίας μου να κάνω παιδί είναι η ανάγκη μου για καταξίωση και δημιουργία, με ποιον άλλο τρόπο μπορώ να εξασφαλίσω την αίσθηση αυτή (Μοσκόβ 2003);

3.10. Διατροφή και γονιμότητα στη γυναίκα

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο διαπιστώνεται η αύξηση υπογονιμότητας σε ζευγάρια τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Παράλληλα έχει αλλάξει και ο τρόπος διατροφής, ενώ σημαντική είναι η αύξηση της παχυσαρκίας. Ένας λοιπόν από τους παράγοντες που ερευνάται και δείχνει ότι μειώνει τη γονιμότητα σε απόλυτα υγιείς γυναίκες, είναι η κακής ποιότητας διατροφή. Έρευνες που ξεκίνησαν από τη δεκαετία του '70 στην Ιταλία και την Αμερική, κατάφεραν να απομονώσουν κάποιους παράγοντες που λειτουργούν ευεργετικά στη γονιμότητα. Τα συστατικά αυτά είναι:

- Η κατανάλωση σιδήρου από συμπληρώματα ή από μη-αιματικές πηγές μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υπογονιμότητας. Οι μη-αιματικές πηγές είναι τα σκουροπράσινα φυλλώδη λαχανικά όπως σπανάκι, μπρόκολο και όσπρια.
- Η κατανάλωση μίας τουλάχιστον μερίδας πλήρων σε λιπαρά γαλακτοκομικών την ημέρα. Η κατανάλωση μόνο χαμηλών σε λιπαρά γαλακτοκομικών αντιθέτως, μείωσε παράγοντες γονιμότητας.
- Η πρόσληψη πρωτεϊνών από φυτικές παρά ζωικές πηγές, όπως τα δημητριακά και τα όσπρια.
- Η κατανάλωση φυτικών ακόρεστων ελαίων, όπως το ελαιόλαδο, το ηλιέλαιο, ή το καλαμποκέλαιο.
- Η χρήση πολυβιταμινούχων σκευασμάτων έχει συνδεθεί με μείωση της υπογονιμότητας σε μερικές έρευνες.
- Η μείωση της κατανάλωσης πολύ επεξεργασμένων δημητριακών και άλλων αμυλωδών τροφών καθώς και της ζάχαρης, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχει διαγνωσθεί το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών. Όταν ακολουθήθηκε ένας συνδυασμός των παραπάνω και μελετήθηκε σαν σχήμα διατροφής στο πανεπιστήμιο Harvard (διατροφή της γονιμότητας-fertility diet) βελτιώθηκε σημαντικά η γονιμότητα σε κατά τα άλλα υγιείς γυναίκες.



Συνοπτικά, οι έρευνες που πέτυχαν τη μείωση της υπογονιμότητας σε κατά τα άλλα υγιείς γυναίκες, μέσω της καλύτερης διατροφής φαίνεται ότι είναι αρκετές. Επιπλέον, οι αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής έδειξαν να ευνοούν ζευγάρια που έχουν ήδη καταφύγει σε μέθοδο τεχνητής γονιμοποίησης για να γίνουν γονείς. Τόσο η διατροφή όσο και ο τρόπος ζωής της γυναίκας, είναι σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, εάν κρίνεται ότι απειλούν την ικανότητα για τεκνοποίηση (Δρακοπούλου 2008).

3.11. Παθολογικά αίτια γυναικείας υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε κάποια ανοσολογική πάθηση ή σε ψυχολογικό παράγοντα ή ακόμη σε κάποιες άλλες αιτίες που δεν μπορούν να διαπιστωθούν με εξετάσεις. Οι αιτίες της υπογονιμότητας είναι άλλοτε πολλαπλές όπως π.χ. μία γυναίκα να έχει ακανόνιστους κύκλους μαζί με αποφραγμένες σάλπιγγες και άλλοτε μία ανωμαλία που έχει αποκαλυφθεί να μην είναι αναγκαστικά η πραγματική αιτία. Παραδοσιακά διακρίνονται δύο μεγάλες κατηγορίες αιτιών: είναι οι λεγόμενες *μηχανικές* αιτίες, που συνδέονται με την αλλοίωση ενός ή πολλών οργάνων (οι σάλπιγγες αντιπροσωπεύουν από μόνες τους το 1/3 των αιτιών στειρότητας) και σε *ορμονικές* αιτίες, που σχετίζονται με την κακή λειτουργία των ωοθηκών ή του «υποθάλαμο-υποφυσιακού» άξονα.

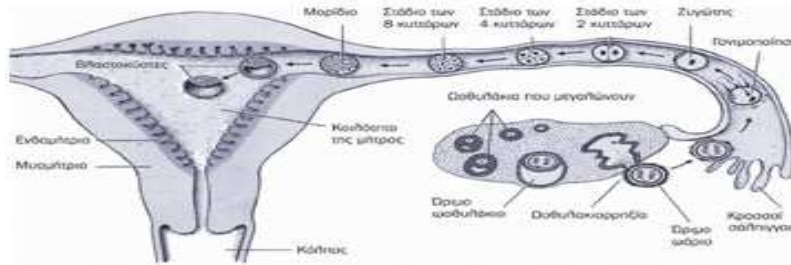
3.11.1. Στο επίπεδο της μήτρας

- Ο τράχηλος

Ο τράχηλος της μήτρας δεν είναι μόνο η πύλη εισόδου των σπερματοζωαρίων, αλλά χάρη στη βλέννα που εκκρίνει, γίνεται το θρεπτικό τους περιβάλλον. Το καθετί που στενεύει ή αποφράσσει τον τράχηλο, όπως και καθετί που κάνει τη βλέννα πιο «φτωχή», μπορεί να είναι υπεύθυνο για την υπογονιμότητα. Ο τράχηλος της μήτρας είναι λίγο πολύ κλειστός εκτός της περιόδου της ωορρηξίας, αλλά θα πρέπει να ανοίγει από μόνος του, εκείνη τη στιγμή, για να αφήσει να περάσουν τα σπερματοζωάρια. Ωστόσο μπορεί ο τράχηλος να παραμείνει οριστικά κλειστός εξαιτίας μίας κληρονομικής ανωμαλίας ή μίας εκτεταμένης ηλεκτροπληξίας ή ενός πολύποδα ή κάποιας σύμφυσης που έχει συμβεί στην είσοδό του κι ενοχλεί τη διέλευση.

Τι είναι βλαβερό για τη βλέννα;

- Η καταστροφή των αδένων του τραχήλου στη διάρκεια μίας χειρουργικής επέμβασης ή μίας βαθιάς ηλεκτροπληξίας.
- Μία ανεπάρκεια έκκρισης οιστρογόνων, άρα και πάλι ο τράχηλος παραμένει ξηρός, από την ποσοτική ανεπάρκεια βλέννας.



- Μία χρόνια λοίμωξη ή επανειλημμένες λοιμώξεις, που διαταράσσουν τη βλέννα και την καθιστούν αφιλόξενη.
- Η παρουσία, μέσα στη βλέννα αντισωμάτων που κατευθύνονται ενάντια στα σπερματοζώαρια του συντρόφου.

Είτε το σπέρμα είναι ανεπαρκές ή κακής ποιότητας τα σπερματοζώαρια θα επηρεαστούν κατά την άνοδό τους προς τις σάλπιγγες. Οι τραχηλικές ανωμαλίες αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 των περιπτώσεων της γυναικείας υπογονιμότητας. Έτσι εξηγείται η σημασία τους και η βιασύνη για θεραπεία.

- Το σώμα της μήτρας

Οι ανωμαλίες της μήτρας είναι πιο συχνά υπεύθυνες για επανειλημμένες αποβολές ή επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης, παρά την αληθινή υπογονιμότητα. Οι κληρονομικές δυστροφίες είναι σπάνιες και συχνά επιτρέπουν μία εγκυμοσύνη να ολοκληρωθεί. Οι συμφύσεις ή τα εκτεταμένα κολλήματα των τοιχωμάτων της μήτρας, μπορούν αν είναι σημαντικά, να εμποδίσουν την εμφύτευση του ωαρίου και απαιτούν χειρουργική επέμβαση. Γενικότερα, προκαλούν αυτόματες εκτρώσεις δηλαδή αποβολές. Τα ινώματα δεν είναι ενοχλητικά για την εγκατάσταση του ωαρίου και την ανάπτυξη του εμβρύου, παρά μόνο όταν είναι πολύ ογκώδη.

3.11.2. Στο επίπεδο των σαλπίγγων

Οι βλάβες στις σάλπιγγες ευθύνονται για το 1/3 περίπου των περιπτώσεων γυναικείας υπογονιμότητας και αυτό το ποσοστό δεν παύει να αυξάνει. Όταν οι σάλπιγγες είναι φραγμένες στη μία από τις δύο άκρες τους, είτε στην εσωτερική, στη σύζευξη με τη μήτρα, είτε στην εξωτερική, στο επίπεδο του κώδωνα που ανοίγει προς την κοιλότητα του περιτόναιου, δεν μπορούν πια να εκπληρώσουν την αποστολή τους που είναι να αρπάξουν το ωάριο μετά την ωορρηξία του και να το οδηγήσουν προς τη μήτρα. Ωστόσο, είναι αρκετή μία καλή σάλπιγγα για να πραγματοποιηθεί μία εγκυμοσύνη, με τον όρο ότι η αντίστοιχη ωοθήκη θα λειτουργεί ικανοποιητικά.

- Ποιες είναι οι αιτίες απόφραξης των σαλπίγγων;

- Η πιο συχνή και επικίνδυνη είναι η λοίμωξη των σαλπίνγων που ονομάζεται σαλπινγίτιδα. Η σαλπινγίτιδα μπορεί να είναι άμεση συνέπεια μίας σεξουαλικά μεταδιδόμενης ασθένειας και έμμεση μίας ηθελημένης διακοπής της κύησης ή ενός σπυράλ. Αυτές οι σαλπινγίτιδες, έχουν πολύ ήπια και παραπλανητικά συμπτώματα με αποτέλεσμα να περάσουν εντελώς απαρατήρητες και έτσι η γυναίκα να μην προχωρήσει στην πρότυπη θεραπεία.
- Κάτω από την επίπτωση μίας φλεγμονώδους αντίδρασης σαν επακόλουθο κάποιας μόλυνσης ή μίας χειρουργικής επέμβασης στην ελάχιστονα πύελο, συμβαίνει να σχηματιστούν συμφύσεις γύρω από τη σάλπιγγα ή την ωοθήκη, φυλακίζοντας τους κροσσούς του κώδωνα, που δεν μπορεί πια να συλλάβει το απελευθερωμένο ωάριο. Οι συγκολλήσεις αυτές είναι λίγο πολύ παχιές, που απλώνονται σαν δίχτυα από το ένα όργανο στο άλλο, ικανά να συσφίξουν ή ακόμη και να φέρουν να κολλήσουν το ένα πάνω στο άλλο. Έτσι το σχετικό όργανο χάνει την κινητικότητά του και δεν μπορεί πια να επιτελέσει την αποστολή του (Kervasdoue 1996).

3.11.3. Στο επίπεδο των ωοθηκών

Οι ωοθήκες είναι κατ' εξοχήν γυναικείοι αδένες. Χωρίς αυτές δε γίνεται τίποτα και η εγκυμοσύνη είναι αδύνατη. Μπορεί να μη λειτουργούν για δύο λόγους οι οποίοι είναι πρώτον να εμφανίζουν ανωμαλίες και δεύτερον η υπόφυση να μην τις διεγείρει ικανοποιητικά.

Τι συμβαίνει όταν δε λειτουργεί η ωοθήκη;

Όταν δε λειτουργεί η ωοθήκη, δεν εκκρίνει πια ορμόνες και δεν απελευθερώνει ωάρια στη μέση του έμμηνου κύκλου. Έτσι η ωορρηξία δεν πραγματοποιείται. Ο τράχηλος μένει ξηρός, έλλειψη βλέννας, ο βλεννογόνος της μήτρας δεν φύεται πια, λεπταίνει και γίνεται ακατάλληλος για εμφύτευση του ωαρίου. Τα έμμηνα δεν έρχονται πια στο σωστό χρόνο, αλλά όμως δεν γίνεται αισθητός και κανένας πόνος.

Πώς διαπιστώνεται η δυσλειτουργία ωοθηκών;

- Η ανίχνευση του επιπέδου των ορμονών που φυσιολογικά παράγονται από τις ωοθήκες (προγεστερόνη, οιστρογόνα, ανδρικών ορμονών) και από την υπόφυση (γονοδοτροφίνες). Αν οι γονοδοτροφίνες βρεθούν σε πολύ υψηλό ποσοστό σημαίνει ότι η ωοθήκη δεν ανταποκρίνεται πια, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες τις υπόφυσης.
- Το υπερηχογράφημα συγκεκριμενοποιεί τον όγκο και την όψη τους καθώς και την παρουσία ή απουσία ωοθυλακίων και κύστεων.



- Η καμπύλη της θερμοκρασίας παρακολουθεί τη δραστηριότητα των ωοθηκών σε όλη τη διάρκεια του κύκλου. Αν είναι επίπεδη, μαρτυρεί απουσία ωορρηξίας.
- Ο καρυότυπος επιτρέπει τη διάγνωση κληρονομικών ασθενειών, αν αποκαλύψει μία ανωμαλία στα χρωμοσώματα.
- Η λαπαροσκόπηση τις «βλέπει» άμεσα.

Ποιες είναι οι αιτίες για την ωοθηκική υπογονιμότητα;

Ορισμένες αιτίες μπορεί να είναι καθοριστικές για το αποτέλεσμα που επιφέρουν, όμως αποτελούν και τις εξαιρέσεις.

- Είναι η κληρονομική απουσία ωοθήκης, όπως συμβαίνει με το σύνδρομο Τέρνερ, κάτι πάρα πολύ σπάνιο, που συνδέεται με μία χρωμοσωμική ανωμαλία. Λείπει ένα χρωμόσωμα X και αντί να είναι XX, η γυναίκα είναι XO.
- Στη συνέχεια είναι η πρόωρη διακοπή κάθε ωοθηκικής έκκρισης, ύστερα από ένα εγχειρητικό ευνουχισμό ή ακτινοθεραπευτικό ή χημειοθεραπευτικό (σύμφωνα με κάποιες θεραπείες που ακολουθούνται ενάντια στον καρκίνο).
- Άλλοτε πάλι, η αιτία παραμένει άγνωστη, αλλά όλα συμβαίνουν σαν η γυναίκα να έχει φτάσει στην εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 40 ετών. Δηλαδή δεν υπάρχουν πια έμμηνα, ούτε ωορρηξίες και οι εξάψεις που νιώθει η γυναίκα μπορεί να γίνουν ενοχλητικές. Μέσα στο αίμα το επίπεδο των γοναδοτροφινών και της υπόφυσης να είναι πολύ υψηλό. Δυστυχώς τίποτα δεν μπορεί να κάνει να επαναλειτουργήσουν αυτές οι ωοθήκες. Η γυναίκα περιορίζεται σε μία ορμονική θεραπεία ώστε να αποφευχθεί η οστεοπόρωση (σαν αποτέλεσμα υπολειτουργίας των ωοθηκών) και να διατηρηθεί η τροφοδοσία των βλεννογόνων.
- Κάθε άλλη περίπτωση ανήκει στο σύνδρομο των θηλεοποιητικών όρχεων που καταλήγει στο ότι αυτά τα νέα άτομα που έχουν την εμφάνιση της καλοφτιαγμένης γυναίκας είναι από γενετική άποψη άνδρες (Kervasdoue 1996).

Άλλες αιτίες είναι απόλυτα δεκτικές θεραπείας.

Υπάρχουν ακόμη και αυτές οι παθήσεις που προσβάλλουν την ποιότητα των ωοθηκών. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν οι πολύ συχνές ωοθηκικές δυστροφίες.

- Το σύνδρομο Σαιν-Λιούενθαλ είναι κάτι σπάνιο και μυστηριώδες. Οι γυναίκες που προσβάλλονται είναι συχνά λίγο «παχουλές», εμφανίζουν έντονη τριχοφυΐα, κάπως περισσότερη από το μέσο όρο και υποφέρουν από ακμή. Τα έμμηνά τους είναι πάντοτε ακανόνιστα, με μεγάλα διαστήματα να χωρίζουν μεταξύ τους (2-3 φορές το χρόνο), αλλά δεν είναι ποτέ επώδυνα. Δεν υπάρχει φανερή ωορρηξία κατά την καμπύλη θερμοκρασίας και η κλινική εξέταση αποκαλύπτει χοντρές, ανώδυνες ωοθήκες. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί από βιολογικές εξετάσεις και από τη λαπαροσκόπηση. Χωρίς θεραπεία η υπογονιμότητα αυτού του είδους μπορεί να παραμείνει οριστική. Αν ακολουθηθεί σωστή θεραπεία, η επιτυχία είναι εξασφαλισμένη κατά 80%. Η ωορρηξία μπορεί να προκληθεί ιατρικά, μα το Clomid ή ύστερα από μία μικρή χειρουργική επέμβαση που συνίσταται στο να αφαιρεθεί ένα μικρό κομμάτι ωοθήκης, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα να την επαναδραστηριοποιήσει προσωρινά.
- Οι πολυκυστικές ωοθήκες αυξάνονται σε όγκο εξαιτίας ενός μεγάλου αριθμού μικρών κύστεων που ευθύνονται για πόνους στη διάρκεια του έμμηνου κύκλου και για διαταραχές των κύκλων αυτών. Η ορμονική θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για πολύ καιρό.
- Η ενδομητρίωση προσβάλλει και αυτή τις ωοθήκες δημιουργώντας οζίδια ή κύστες που περιέχουν σοκολατοειδές υγρό (Γκικόντες 2005).

3.11.4. Στο επίπεδο της υπόφυσης

Η υπόφυση είναι ένας αδένας που βρίσκεται ακριβώς κάτω από τον υποθάλαμο που επηρεάζει όχι μόνο τις ωοθήκες, αλλά και το θυρεοειδή και τα επινεφρίδια. Για τον έλεγχο των ωοθηκών εκκρίνει τις γοναδοτροφίνες της FSH και LH, αλλά αν αυτός ο άξονας διακοπεί, οι ωοθήκες περνούν σε κατάσταση αδράνειας, με τις γνωστές συνέπειες.

Πώς διαπιστώνεται η δυσλειτουργία της υπόφυσης;

Με την ανίχνευση μέσα στο αίμα των επιπέδων των γοναδοτροφινών και της προλακτίνης (ορμόνη της παραγωγής γάλακτος) ή κάνοντας μία ακτινογραφία κρανίου, επικεντρωμένη στη βάση του (εκεί που βρίσκεται η υπόφυση) και εξετάζοντας το βυθό του ματιού και το οπτικό πεδίο (βυθοσκόπηση). Σε περίπτωση όγκου της υπόφυσης διευρύνεται το οστικό τμήμα που φιλοξενεί την υπόφυση (τουρκικό εφίπιο). Αυτή η διερεύνηση γίνεται με την ακτινογραφία κρανίου.

Τι διαταράσσει τη λειτουργία της υπόφυσης;

Οτιδήποτε μπορεί να την καταστρέψει π.χ. μία μολυσματική ασθένεια ή η πολύ σπάνια ασθένεια του Σίναν, αλλά πιο εύκολα η υπερβολική έκκριση προλακτίνης. Όταν η ορμόνη αυτή απελευθερωθεί σε πολύ μεγάλες ποσότητες από την υπόφυση, μπορεί να διαταράξει την τακτικότητα των κύκλων και την ωορρηξία. Μία

υπερέκκριση γάλακτος από τις θηλές και διαταραχές των εμμήνων μπορεί να οφείλονται σε υπερπρολακτιναιμία. Η υπερπρολακτιναιμία μπορεί να προκληθεί από ορισμένα φάρμακα (που αρκεί η διακοπή τους για να σταματήσουν οι διαταραχές) ή από ένα καλοήγη όγκο, το αδένωμα προλακτίνης (προλακτίνωμα), που υποχωρεί με απλή φαρμακευτική θεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση.

3.11.5. Στο επίπεδο του υποθαλάμου και του κεντρικού νευρικού συστήματος

Ο υποθάλαμος που βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου, αποτελεί το κέντρο συναισθημάτων και αισθήσεων. Βρίσκεται και ο ίδιος κάτω από τον έλεγχο άλλων περιοχών του εγκεφάλου, που του μεταβιβάζουν πληροφορίες με τη μορφή ουσιών, όπως η ντοπαμίνη, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη. Σαν αποτέλεσμα, εκπέμπει «σήματα», την LHRH που δρουν στην υπόφυση η οποία στη συνέχεια απαντά απελευθερώνοντας τις δικές της ορμόνες. Αυτό διοικεί το σύνολο του συστήματος και σε περίπτωση «βλάβης» ούτε η υπόφυση, ούτε η μήτρα αλλά ούτε και οι ωοθήκες δεν θα μπορέσουν να λειτουργήσουν κανονικά. Αυτές οι παρατηρήσεις μας επιτρέπουν στο να αντιλαμβανόμαστε τη σχέση ανάμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα με το ορμονικό σύστημα. Όλα όσα επηρεάζουν το πρώτο μπορούν να διαταράξουν τον έμμηνο κύκλο. Έτσι κάποιο έντονο ψυχολογικό σοκ μπορεί να οδηγήσει σε αμηνόρροια ή σε απουσία ωορρηξίας. Η ψυχογενής υπογονιμότητα ανήκει σε αυτήν την κατηγορία. Τέλος και άλλες περιστάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του υποθαλάμου, όπως είναι η σημαντική αλλαγή βάρους ή η παρατεταμένη λήψη χαπιού (Kervasdoue 1996).

3.12. Υπογονιμότητα ψυχολογικής προέλευσης

Η γυναίκα δυσκολεύεται να παραδεχτεί ότι η δυσκολία της να συλλάβει παιδί μπορεί να έχει κάποιο ψυχολογικό αίτιο, κατά το χρονικό διάστημα που προσπαθεί με όλα τα μέσα να μείνει έγκυος. Ωστόσο, η ψυχογενής υπογονιμότητα είναι αρκετά συχνή. Σύμφωνα με έρευνες, αντιπροσωπεύουν το 10% της γυναικείας υπογονιμότητας. Οι αιτίες για αυτές τις υπογονιμότητες είναι πολύπλοκες και πολλαπλές. Σχετίζονται με το προσωπικό ιστορικό της γυναίκας, με τον οικογενειακό περίγυρο μέσα στο οποίο έχει ζήσει (πρόωρος θάνατος ή διαζύγιο γονέων, συγκρουόμενες σχέσεις με τη μητέρα), με δυσκολίες κατά την εφηβεία της και αργότερα από το άγχος για τη σταδιοδρομία της ή συνήθως με διαφωνίες που επικρατούν στις σχέσεις του ζευγαριού. Επίσης, δεν είναι σπάνιο να έχει δημιουργηθεί από την ίδια τη θεραπεία, για την υπογονιμότητα με τις τόσες υποχρεώσεις και καταναγκασμούς που επιβάλλει, έτσι που τελικά να επικρατεί μία μονομανιακή συμπεριφορά. Όποιο και αν είναι το ιστορικό της γυναίκας ή το συναισθηματικό πλαίσιο που την περιβάλλει, η υπογονιμότητα βρίσκεται εδώ την πηγή της μέσα στην ίδια τη γυναίκα. Προδίδει μία έντονη ψυχολογική σύγκρουση επικεντρωμένη γύρω από μία μη συνειδητή απόρριψη της μητρότητας, του παιδιού, του συζύγου ή του άντρα γενικά, της σεξουαλικότητας, της ίδιας της εγκυμοσύνης και των υποχρεώσεών της που αποτελούν εμπόδια στην ίδια της την επιτυχία. Χωρίς να το ξέρει, η γυναίκα είναι διχασμένη ανάμεσα στην επιθυμία της για ένα παιδί και στην άρνησή της για εγκυμοσύνη. Για λόγους κοινωνικούς και οικογενειακούς, για να ευχαριστήσει το σύζυγό της, μία γυναίκα νιώθει πραγματικά υποχρεωμένη να κάνει ένα παιδί, που κατά βάθος δεν το θέλει

καθόλου. Το υποσυνείδητο στις γυναίκες αυτές, απορρίπτει την εγκυμοσύνη και εργάζεται μυστικά για να εμποδίσει την υλοποίησή της με τρόπο που οι ορμόνες και το κεντρικό νευρικό σύστημα «μπλοκάρουν» τη λειτουργία της αναπαραγωγής. Αυτό το υποσυνείδητο είναι υπεύθυνο για σπασμούς σαλπίνγων, για συσπάσεις της μήτρας που απωθούν τα σπερματοζώαρια, για την παρασκευή αντισωμάτων που κατευθύνονται ανάμεσα στη βλέννα ή τα σπερματοζώαρια. Αν όχι, πώς εξηγείται το ότι από τη στιγμή που η γυναίκα θα απελευθερωθεί από το φόβο της εγκυμοσύνης, το υποσυνείδητο της επιτρέπει να μείνει έγκυος όταν κανένας δεν την περιμένει; Επιπλέον, δεν είναι λίγα τα παραδείγματα γυναικών που έμειναν έγκυοι αφού έθεσαν άλλους σκοπούς στη ζωή τους και εγκατέλειψαν κάθε θεραπεία, αποδεικνύοντας τρανά την ψυχική προέλευση υπογονιμότητας. (Kervasdoue,1996)

3.13. Παθολογικά αίτια ανδρικής υπογονιμότητας

Ο άντρας μπορεί να μην είναι γόνιμος για τρεις λόγους:

- Επειδή δεν έχει σπερματοζώαρια (αζωοσπερμία) ή διαθέτει μη ικανοποιητική ποσότητα σπερματοζωαρίων (ολιγοσπερμία).
- Επειδή τα σπερματοζώαριά του δεν είναι κινητικά (ασθενοσπερμία).
- Επειδή είναι κακοσχηματισμένα (τερατοσπερμία).

3.13.1. Η αζωοσπερμία

Αζωοσπερμία ονομάζεται η απουσία σπερματοζωαρίων από το σπέρμα. Αφού διαπιστωθεί από τρία διαφορετικά σπερμοδιαγράμματα σημαίνει για τον άντρα αδυναμία αναπαραγωγής, αν δεν ακολουθήσει μία ειδική θεραπεία. Δύο μηχανισμοί βρίσκονται στη βάση αυτής της ανωμαλίας:

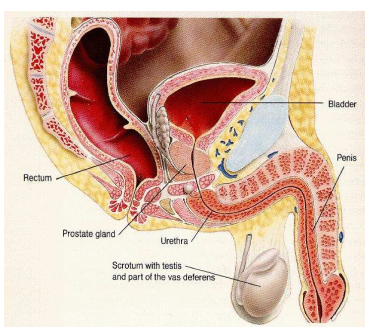
- Τα σπερματικά σωληνάκια δεν παράγουν σπερματοζώαρια. Ορισμένες αιτίες όπως η μη κάθοδος των όρχεων κατά τη γέννηση (κρυφορχία) ή η καταστροφή τους από κάποιο τραυματισμό ή ασθένεια όπως η παρωτίτιδα, είναι αδύνατο να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. Αντίθετα, όταν υπάρχει ορμονική ανεπάρκεια (οι όρχεις δε διεγείρονται από την υπόφυση) μία φαρμακευτική θεραπεία είναι σε θέση να κάνει να εμφανιστεί ένας ικανοποιητικός αριθμός σπερματοζωαρίων που θα επιτρέψει μία εγκυμοσύνη.
- Τα σπερματοζώαρια σχηματίζονται κανονικά, αλλά παραμένουν μπλοκαρισμένα σε κάποιο σημείο μέσα στις διόδους μεταφοράς και δεν μπορούν να βγουν προς τα έξω. Αυτή η κατάσταση παρατηρείται μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση στην ουρογεννητική περιοχή ή ακόμη και μετά από μόλυνση των γεννητικών οργάνων, όπου έμεινε αθεράπευτη.
- Επίσης, έχουν παρατηρηθεί προσωρινές αιτίες αζωοσπερμίας που μπορεί να υπάρξουν από ακτινοβολία με ακτίνες X ή από παρατεταμένη λήψη τοξικών φαρμάκων (χημειοθεραπεία) και μπορούν προσωρινά να σταματήσουν την παραγωγή σπερματοζωαρίων. Ωστόσο, καθώς η επιστροφή στη φυσιολογική κατάσταση δεν είναι ποτέ εξασφαλισμένη, καλύτερα είναι ο άντρας που θέλει να αποκτήσει παιδί να καταψύξει το σπέρμα του πριν από τέτοιες θεραπείες.

3.13.2. Η oligo-ασθενοσπερμία

Αυτός ο όρος χαρακτηρίζει την πολύ πιο συχνή κατάσταση μίας μείωσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων και της κινητικότητάς τους. Στην πραγματικότητα, εκείνο που έχει μεγαλύτερη σημασία για την επιτυχία ή μη της γονιμοποίησης είναι η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και η ικανότητά τους να επιβιώσουν. Η πιο συχνή αιτία είναι η κισσοκήλη που χαρακτηρίζεται από μία ανώμαλη κισσοειδή διεύρυνση των φλεβών των όρχεων που εμφανίζονται με τη μορφή κισσών και τους οποίους μπορούμε να ψηλαφήσουμε στην κλινική εξέταση. Αυτή η πάθηση είναι τελείως ανώδυνη και δεν παρουσιάζει καμία ενόχληση στον άνδρα, αλλά μπορεί να εμποδίσει την ομαλή ροή των σπερματοζωαρίων και να παραμορφώσει μερικά από αυτά. Οι άλλες αιτίες εντάσσονται σε αυτές της αζωοσπερμίας: κρυσορχία, προσβολή των όρχεων από τον ιό της παρωτίτιδας, μόλυνση των γεννητικών οργάνων από κάποια χειρουργική επέμβαση, ορμονική ανεπάρκεια ή κληρονομική ασθένεια όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η κίρρωση του ήπατος. Αρκετά συχνά όμως, δεν ανιχνεύεται κατά τις εξετάσεις καμιά φανερή αιτία (Kervasdoue 1996).

3.13.3. Η τερατοσπερμία

Εκδηλώνεται με πολύ υψηλό ποσοστό σπερματοζωαρίων με ανώμαλη μορφολογία και μπορεί να έχει τις ίδιες αιτίες με αυτές της oligospermias.



Φυσιολογικές και παθολογικές μορφές σπερματοζωαρίων	
Φυσιολογική	
Άμορφη	
Γιγάντιο	
Μικρό	

Επιμηκυμένο

Διπλό

Άωρο

Χαλαρό

Ανωμαλίες μέσου
τμήματος

Κυτταροπλασματικά κενοτόπια

Ελικοειδής ουρά

Πολλαπλή ουρά

3.14. Εξετάσεις του υπογόνιμου ζευγαριού

Η πρώτη επίσκεψη στο γιατρό–Η κλινική εξέταση

Η γυναικολογική εξέταση είναι όμοια με τις άλλες. Περισσότερη σημασία δίνεται στην επισκόπηση του τραχήλου και της βλέννας καθώς και στην ψηλάφηση των ωοθηκών για διαπίστωση του μεγέθους των και την ύπαρξη κάποιας ευαισθησίας. Η εξέταση του άντρα είναι απλή και γρήγορη. Συνοψίζεται στην εξέταση του πέους και της βάλανου, την ψηλάφηση των όρχεων, για να αξιολογηθεί ο όγκος και η συνοχή τους καθώς και την ψηλάφηση των σπερματικών πόρων. Ο γιατρός διαπιστώνει ακόμη την κατάσταση του στομίου του βουβωνικού πόρου (το στόμιο από το οποίο δημιουργούνται οι βουβωνοκήλες).

3.14.1. Βασικά στοιχεία ερωτηματολογίου προς τη γυναίκα

- Ηλικία, ιστορικό της στειρότητας: πόσο χρόνο σας απασχολεί. Ημερομηνία διακοπής της αντισύλληψης, εξετάσεις που τυχόν έχουν γίνει, θεραπείες που κάνατε, εγκυμοσύνη της μητέρας (λήψη φαρμάκων ή ορμονών).
- Ιατρικό ιστορικό: μολυσματικές ασθένειες όπως φυματίωση, μηνιγγίτιδα, εμβόλια κατά της ερυθράς και του τοξοπλάσματος. Ενδοκρινολογικές ασθένειες όπως διαβήτης, υπό ή υπέρθυρεοειδισμός.
- Χειρουργικό ιστορικό: αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης και μετεγχειρητικά επακόλουθα. Επεμβάσεις στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες και τη μήτρα. Καισαρική τομή ή απόξεση.
- Γυναικολογικό ιστορικό: αριθμός προηγούμενων κύσεων, παιδιών, αποβολών, ηθελμένων διακοπών κύησης. Εξωμήτριες εγκυμοσύνες, κανονικότητα των κύκλων. Αντισυλληπτικές μέθοδοι και ημερομηνία διακοπής τους. Σαλπινγίτιδες και άλλες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων.

- Τρόπος ζωής: επάγγελμα, κάπνισμα, συχνές μετακινήσεις και με τι μέσα, νευρική ένταση.
- Σεξουαλική ζωή: συχνότητα των επαφών, πόνοι κατά τη συνουσία.
- Συναισθηματική ζωή: συναισθηματικά σοκ, πρόσφατες συναισθηματικές συγκρούσεις, οικογενειακές σχέσεις, επεισόδια που προκαλούν απογοήτευση.

3.14.2. Βασικά στοιχεία ερωτηματολογίου προς τον άντρα

- Ηλικία, ιστορικό στειρότητας : από πότε χρονολογείται. Ύπαρξη παιδιών από προηγούμενο γάμο, σπερμοδιάγραμμα.
- Ιατρικό ιστορικό: μολυσματικές ασθένειες όπως φυματίωση, μηνιγγίτιδα, σύφιλη, ωτίτιδες μετά την εφηβεία, βρογχιεκτασίες, ασθένειες του μεταβολισμού όπως διαβήτης και αρτηριακή υπέρταση.
- Ιστορικό ουρολογικό και γενετήσιο: μη κάθοδος όρχεων, συστροφή όρχεων, χειρουργικές επεμβάσεις στη λεκάνη και συγκεκριμένα στο κατώτερο τμήμα, στην ελάσσονα πύελο, διάφορες λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων και ουροποιητικού συστήματος καθώς και τραυματισμοί στα σημεία αυτά.
- Επάγγελμα: παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο, σε ακτινοβολίες, σε τοξικά παράγωγα, σωματική ή νευρική κόπωση.
- Τρόπος ζωής: κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, συχνά ταξίδια, επαναλαμβανόμενο στρες.
- Σεξουαλική ζωή: ρυθμός σχέσεων, ποιότητα στύσης και εκσπερμάτωσης.
- Λήψη φαρμάκων.
- Συναισθηματική ζωή: κατάσταση της υγείας των γονέων, των άλλων αδελφών και πληροφορίες για τη γονιμότητά τους (Kervasdoue 1996).

3.15. Οι εξετάσεις της γυναίκας

Εισαγωγή

Όσο και αν η κλινική εξέταση δείχνει μία πρώτη εικόνα της αιτίας της υπογονιμότητας, δεν μπορεί να βρεθεί αμέσως η θεραπεία. Πρέπει να αναζητηθούν και άλλοι πιθανοί παράγοντες μη γονιμότητας και να γίνουν συμπληρωματικές εξετάσεις. Αυτές οι εξετάσεις θα πρέπει να προγραμματιστούν και να ακολουθήσουν μία λογική σειρά.

3.15.1. Η καμπύλη θερμοκρασίας

Αποτελεί μία πολύ χρήσιμη εξέταση που είναι απλή, κοστίζει ελάχιστα και είναι αναντικατάστατη μέσα στο σύνολο των εξετάσεων για την υπογονιμότητα.

- Πώς πραγματοποιείται;
 - Η γυναίκα κάνει λήψη της θερμοκρασίας της κάθε πρωί την ίδια ώρα, για 2-3 λεπτά πριν σηκωθεί από το κρεβάτι.
 - Σημειώνει τη θερμοκρασία στα ειδικά φύλλα χαρτιού που έχουν σχεδιαστεί για αυτό το σκοπό και της τα έχει δώσει ο γιατρός της.
 - Αρχίζει με την πρώτη ημέρα των εμμήνων που αντιστοιχεί στην πρώτη ημέρα του κύκλου και αλλάζει την καμπύλη με την εμφάνιση των επόμενων εμμήνων.
 - Συνδέει μεταξύ τους μικρούς σταυρούς που σημείωσε για να σχηματιστεί η καμπύλη.
 - Σημειώνει όλα τα περιστατικά όπως ασθένειες, πόνους στο υπογάστριο, κολπικά υγρά, εξετάσεις, θεραπείες και σεξουαλικές επαφές.
 - Το έντυπο θα επιτρέψει στο γιατρό να γνωρίζει αν οι εξετάσεις έχουν γίνει τη σωστή ημέρα του κύκλου και αν οι σεξουαλικές επαφές έγιναν κατά τις γόνιμες περιόδους.
- Τι ενδιαφέρον παρουσιάζει;

Η καμπύλη θερμοκρασίας επιτρέπει:

- Να παρακολουθούμε τη διαχρονική λειτουργία των ωοθηκών. Μας πληροφορεί για την διάρκεια των κύκλων την ύπαρξη και την ημερομηνία ωορρηξίας, καθώς και την ποιότητα και διάρκεια λειτουργίας του ωχρού σωματίου.
- Να επιλέξουμε την ημερομηνία των εξετάσεων.
- Να παρακολουθούμε τα αποτελέσματα των δίφορων θεραπειών.
- Να διαγνώσουμε από πολύ νωρίς την ύπαρξη εγκυμοσύνης, πριν ακόμη και από τα συνηθισμένα τεστ.

- Πώς θα την ερμηνεύσουμε;

Σε περίπτωση που ο κύκλος της ωορρηξίας είναι 28 ημέρες η καμπύλη θερμοκρασίας παρουσιάζει 2 φάσεις:

- Ένα χαμηλό τμήμα, κάτω από τους 37 βαθμούς.
- Κι ένα υψηλό τμήμα από 37 βαθμούς και πάνω.

Η πρώτη φάση προηγείται της ωορρηξίας όπου εκκρίνονται μόνο οιστρογόνα.

Η δεύτερη φάση που ονομάζεται και «πλατώ θερμοκρασίας» ακολουθεί την ωορρηξία. Αν η θερμοκρασία είναι υψηλή, σημαίνει ότι υπάρχει έκκριση

προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο, το οποίο λειτουργεί σαν αδένas που εμφανίζεται στην επιφάνεια της ωοθήκης μετά την ωορρηξία. Το πλατώ υποδεικνύει τη διάρκεια της ζωής του ωχρού σωματίου, που οφείλει να είναι τουλάχιστον 12 ημέρες. Αν το ωάριο δε γονιμοποιηθεί, το ωχρό σωματίο εξαφανίζεται, η θερμοκρασία πέφτει λόγω έλλειψη προγεστερόνης και παρουσιάζονται τα έμμηνα. Αν συμβεί η γονιμοποίηση, το ωχρό σωματίο διατηρείται και η θερμοκρασία παραμένει υψηλή. Η ωορρηξία τοποθετείται ανάμεσα σε αυτές τις περιόδους, τη 14^η ημέρα αν ο κύκλος διαρκεί 28 ημέρες. Σε αυτή τη φάση πραγματοποιείται η απότομη άνοδος της θερμοκρασίας η οποία μπορεί να ανέβει απότομα ή με διαδοχικά ανεβάσματα.

- Πώς διαπιστώνουμε την περίοδο γονιμότητας;

Η ωορρηξία έχει πραγματοποιηθεί την ημέρα όπου η θερμοκρασία είναι στο πιο χαμηλό της σημείο, αμέσως πριν αρχίσει η άνοδος. Πρόκειται όμως μόνο για μία κατά προσέγγιση ημερομηνία. Η γόνιμη περίοδος στην πραγματικότητα, τοποθετείται ανάμεσα στις τρεις ημέρες που προηγούνται της ανόδου της θερμοκρασίας. Δυστυχώς όμως δεν μπορούμε να διαπιστώσουμε παρά μόνο εκ των υστέρων, από τη στιγμή που ο κύκλος θα έχει τελειώσει. Ωστόσο επανέρχεται σχεδόν πάντα την ίδια ημερομηνία, σε μία γυναίκα που οι κύκλοι της είναι κανονικοί.

3.15.2. Το μετα-συνουσιακό τεστ

Αποκαλείται και τεστ του Χούγνερ και έχει σκοπό να μελετήσει τη συμπεριφορά των σπερματοζωαρίων μέσα στην τραχηλική βλέννα. Πραγματοποιείται στο ιατρείο του γιατρού ή σε μικροβιολογικό εργαστήριο και απαιτεί μόνο ένα αυστηρό χρονοδιάγραμμα.

- Προετοιμασία μετα-συνουσιακού τεστ
 - Η γυναίκα κλείνει ραντεβού στο γιατρό της τη 12^η- 4^η ημέρα του κύκλου της.
 - Η θερμοκρασία θα πρέπει να είναι χαμηλή την ημέρα του τεστ.
 - Μετά από 1-2 ημέρες αποχής, το ζευγάρι φροντίζει να έχει σεξουαλική επαφή περίπου 5-20 ώρες πριν την επίσκεψη του στο γιατρό.
 - Απαγορεύεται η κολπική πλύση.

- Πώς γίνεται το τεστ;

Είναι τελείως ανώδυνο γιατί συνίσταται στην αναρρόφηση λίγης ποσότητας βλέννας από τον τράχηλο της μήτρας που θα εναποτεθεί σε μία εργαστηριακή πλάκα για να εξεταστεί στο μικροσκόπιο. Πραγματοποιείται σε δυο στάδια:

- *Η μελέτη του σπέρματος με γυμνό μάτι.* Λίγες ημέρες πριν την ωορρηξία ο τράχηλος διευρύνεται προοδευτικά για να αφήσει να κυλήσει ένα πλούσιο και

διαφανές υγρό. Αυτή η βλέννα παίζει πρωταρχικό ρόλο για τη γονιμότητα. Για τα σπερματοζώαρια χρησιμεύει σαν οδηγός προς τον τράχηλο, προς την μήτρα και τις σάλπιγγες και σαν αλκαλικό θεραπευτικό περιβάλλον που θα τους επιτρέψει να επιβιώσουν μερικές ημέρες περιμένοντας την ωορρηξία και τέλος σαν προστατευτικό φίλτρο κατά των βακτηριδίων. Αν απουσιάζει αυτή η βλέννα τα σπερματοζώαρια μένουν μέσα στον κόλπο κι εκεί πεθαίνουν. Αυτό εξηγεί τη σημασία που οι γιατροί αποδίδουν στην ποιότητα και ποσότητα της βλέννας, αφού πολύ συχνά είναι ανεπαρκείς, πολύ πυκνή, θολή, ή ακόμη και εχθρική απέναντι στα σπερματοζώαρια, εξαιτίας της παρουσίας μέσα σε αυτή αντισωμάτων που στρέφονται ενάντια τους.

- *Την εξέταση της βλέννας στο μικροσκόπιο.* Επιτρέπει να κρίνουμε τις ιδιότητές της απέναντι στα σπερματοζώαρια, των οποίων συγχρόνως θα εκτιμήσουμε τον αριθμό και την κινητικότητά τους. Το τεστ θεωρείται φυσιολογικό αν δούμε τουλάχιστον 5-10 σπερματοζώαρια να κινούνται προοδευτικά μέσα σε αυτό το πεδίο. Το τεστ είναι αρνητικό (παθολογικό) όταν δεν υπάρχουν καθόλου σπερματοζώαρια ή όταν είναι ακίνητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μια ανωμαλία των σπερματοζωαρίων, της βλέννας ή και των δυο (Kervasdoue 1996).

3.15.3. Η υστερογραφία (υστεροσαλπιγγογραφία)

Πρόκειται για ακτινογραφία της μήτρας και των σαλπίγγων. Αν η γυναίκα βρίσκεται σε μικρή ηλικία και δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο παθολογικό ιστορικό, μπορεί να μη χρειαστεί να γίνει, παρά μερικούς μήνες αργότερα, ύστερα από άλλες εξετάσεις.

- Τι αποκαλύπτεται με την υστερογραφία;
- Μία ανωμαλία στην κοιλότητα της μήτρας: μικρή ή μεγάλη (ίνωμα), ή κακοσηματισμένη (φραγμένη).
- Μία σύμφυση, δηλαδή μία ανώμαλη συγκόλληση των δυο τοιχωμάτων της μήτρας.
- Ινώματα, που παραμορφώνουν την κοιλότητα της μήτρας.
- Πολύποδες ή μικρά εξογκώματα του βλεννογόνου της μήτρας.
- Μία αδеноμύωση.
- Ένα διευρυμένο τράχηλο, που εκθέτει τη γυναίκα σε κίνδυνο αποβολών.
- Ανωμαλίες στο επίπεδο των σαλπίγγων (η υστερογραφία είναι η μόνη εξέταση που μας επιτρέπει να την ανακαλύψουμε). Οι σάλπιγγες μπορεί να είναι φραγμένες σε ένα από τα δύο άκρα τους και το εμπόδιο βρίσκεται εκεί όπου σταματά το υγρό.

3.15.4. Τα επίπεδα ορμονών

Πραγματοποιείται με τη λήψη αίματος ή ούρων και τη μικροβιολογική εξέτασή τους. Εκεί αντικατοπτρίζεται η λειτουργία και η παραγωγή ορμονών από τις ωοθήκες από τη μία μεριά και της υπόφυσης και του υποθαλάμου από την άλλη. Υπολογίζοντας το

επίπεδο των ορμονών που παράγονται από τις ωθήκες και από την υπόφυση μπορούμε να εντοπίσουμε το υπεύθυνο επίπεδο της διαταραχής και να διαπιστώσουμε την ορμονική αιτία της υπογονιμότητας. Η ορμόνη που απαιτείται να βρίσκεται σε αυξημένη ποσότητα για τη θεραπεία της υπογονιμότητας είναι η οιστραδιόλη.

3.15.5. Το υπερηχογράφημα

Είναι κάτι πολύ συνηθισμένο. Επιτρέπει να αποκαλυφθεί μία ανωμαλία της μήτρας ή των ωθηκών, να παρακολουθεί την ωρίμανση του ωαρίου και να καθοριστεί η στιγμή της ωορρηξίας. Είναι πολύ χρήσιμη στην έγχυση σπέρματος και απολύτως απαραίτητη κατά τη διάρκεια της οποιας θεραπείας για την επίτευξη της ωορρηξίας.

3.15.6. Η εμφύσηση στις σάλπιγγες

Συνίσταται στο να στέλνουμε αέριο (και όχι υγρό ραδιοσκιαγράφησης) κάτω από πίεση μέσα στις σάλπιγγες, για να επαληθεύσουμε αν περνά καλά μέσα στην κοιλιά, όμως δε δίνει ακτινολογικές εικόνες. Γίνεται εύκολα αλλά εγκυμονεί κινδύνους και είναι αρκετά επώδυνη, ενώ δε μας διαφωτίζει παρά μόνο για τη διαπερατότητα μίας σάλπιγγας και μόνο. Αρκεί στην πραγματικότητα μία σάλπιγγα να είναι διαπερατή για να θεωρηθεί η εξέταση θετική; Ο αέρας περνάει (ο γιατρός τον ακούει καθώς ακροάζεται την κοιλιά της γυναίκας), η καμπύλη που διαγράφεται είναι ικανοποιητική και η γυναίκα αισθάνεται στο τέλος της εξέτασης πόνο στο ύψος των ώμων. Είναι μία εξέταση χρήσιμη ύστερα από κάποια χειρουργική επέμβαση στις σάλπιγγες για να διαπιστωθεί η ύπαρξη απόφραξης ή άλλου εμποδίου.

3.15.7. Η βιοψία του ενδομητρίου

Το ενδομήτριο είναι ο βλεννογόνος που καλύπτει το εσωτερικό της μήτρας και μέσα στο οποίο το ωάριο θα κάνει τη «φωλιά» του. Η βιοψία του ενδομητρίου συνίσταται στην αφαίρεση με ένα μικρό καθετήρα ενός τμήματος αυτού του βλεννογόνου για να διαπιστωθεί το ποσό διαπότησής του από ορμόνες. Η εξέταση θα πρέπει να γίνεται σε πολύ συγκεκριμένο σημείο του κύκλου, στη μέση του «πλατώ» της θερμοκρασίας. Γενικά, αυτή η εξέταση αποφεύγεται σήμερα, εκτός από την περίπτωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, γιατί τόσο τα επίπεδα των ορμονών όσο και η καμπύλη θερμοκρασίας δίνουν ικανοποιητικές πληροφορίες ως προς την ορμονική ισορροπία.

3.15.8. Η λαπαροσκόπηση

Είναι μία εξέταση που θεωρείται εγχείρηση, και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο δεν πραγματοποιείται παρά μόνο σαν έσχατη λύση και αφού έχει αναζητηθεί κάθε πιθανή αιτία υπογονιμότητας, στη διάρκεια των προηγούμενων εξετάσεων. Ωστόσο, επιτρέπει μία άμεση οπτική επαφή με τα γυναικεία όργανα, χωρίς να γίνει τομή στην κοιλιά.

- Πότε είναι απαραίτητη;

- Όταν η υστερογραφία έχει διαπιστώσει ανωμαλίες στις σάλπιγγες για να μάθουμε αν αξίζει καλύτερα μια χειρουργική αποκατάσταση των σαλπίγγων ή μία εξωσωματική γονιμοποίηση.
 - Όταν με υστερογραφία ή εμφύσηση δεν έχει διαπιστωθεί η διαπερατότητα τους.
 - Όταν δεν έχει διαπιστωθεί καμιά αιτία μετά από δύο χρόνια ή λιγότερο, ερευνών και δοκιμασιών.
- Τι μπορεί να αποκαλύψει μόνη της;

Επιτρέπει να δούμε την εξωτερική όψη της μήτρας, των ωοθηκών και των σαλπίγγων.

- Οι ωοθήκες μπορεί να έχουν μία ανώμαλη μορφολογία, να είναι πολύ μικρές ή μεγάλες, λείες ή φορτωμένες με ωοθυλάκια.
- Ύπαρξη ενδομητρίωσης δηλαδή παρουσία ενδομητρίου σε θέσεις εκτός μήτρας και σε πολλαπλές μορφές.
- Συμφύσεις με τη μορφή υμένων λίγο ή πολύ πυκνών ανάμεσα στην ωοθήκη και τη σάλπιγγα, που εμποδίζουν τη διαδρομή του ωαρίου.

Ακόμη επιτρέπει:

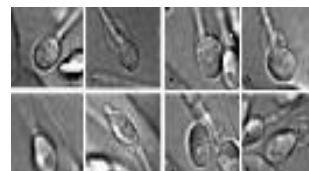
- Να διαγνωσθεί η διαπερατότητα των σαλπίγγων.
- Να παρακεντήσει μία κύστη στην ωοθήκη.
- Να επιτύχει τη λύση συμφύσεων αν είναι δυνατό.
- Να αφαιρέσει οζίδια της ενδομητρίωσης.

3.16. Οι εξετάσεις του άντρα

Για τον άντρα απαιτείται σχεδόν συστηματικά μία μόνο εξέταση: το σπερμοδιάγραμμα. Άλλες έρευνες δε συνίστανται παρά μόνο σε περίπτωση κάποιας ανωμαλίας.

3.16.1. Το σπερμοδιάγραμμα

Είναι μία ανάλυση σπέρματος. Είναι απαραίτητο αν το τεστ Χούχνερ είναι κακής ποιότητας, προκειμένου να κριθεί η γονιμότητα του άντρα ακόμη και αν έχει παιδί.



- Πώς υλοποιείται στην πράξη;

Είναι απλή, αν και προκαλεί καμιά φορά ορισμένους δισταγμούς από μέρος των ανδρών, αφού το σπέρμα πρέπει να συλλεχθεί με αυνανισμό, μέσα σε αποστειρωμένο

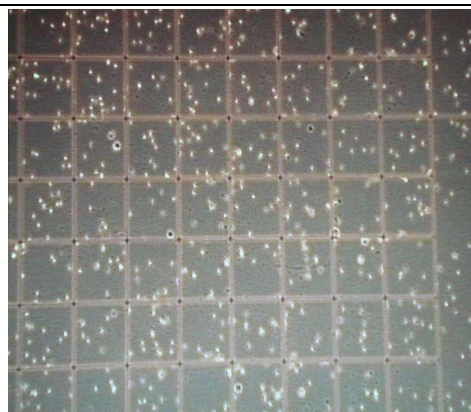
δοχείο, στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Το σπέρμα μπορεί να ληφθεί και στο σπίτι αλλά με ένα απαράβατο όρο, να μεταφερθεί σε λιγότερο από μια ώρα στο εργαστήριο. Στην ανάγκη μπορεί να ληφθεί κατά τη διάρκεια μίας διακοπτόμενης συνουσίας, αλλά λίγα μικροβιολογικά εργαστήρια δέχονται να κάνουν μία ανάλυση κάτω από αυτές τις συνθήκες γιατί είναι αδύνατο να διαπιστωθεί αν ελήφθη η συνολική ποσότητα.

Δύο όροι είναι απαραίτητοι :

- Η επιλογή εξειδικευμένου εργαστηρίου που μπορεί να ερμηνεύσει σωστά αυτήν την εξέταση.
 - Τρεις ημέρες σεξουαλικής αποχής πριν από την εξέταση.
- Πότε υπάρχει ανωμαλία;
- Αν ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι κατώτερος από 30.000.000, τότε έχουμε ολιγοσπερμία, ενώ αν δεν υπάρχει κανένα σπερματοζωάριο τότε έχουμε αζωοσπερμία.
 - Μία κινητικότητα κατώτερη από τους προαναφερόμενους αριθμούς μαρτυρεί τη λεγόμενη ασθenoσπερμία.
 - Αν υπάρχει κάποιο υψηλό ποσοστό ανώμαλων μορφών στην κυτταρολογική εξέταση σπέρματος, πρόκειται για τερατοσπερμία.
 - Αν το σπέρμα είναι μολυσμένο, εφαρμόζεται σπερμoκαλλιέργεια (www.embryoart.gr 2009).

Το φυσιολογικό σπερμοδιάγραμμα

Όγκος σπέρματος: 2-5 mg
Αριθμός σπερματοζωαρίων : μεγαλύτερος από 50.000.000 ανά ml.
Κινητικότητα σπερματοζωαρίων: τουλάχιστον 60% μία ώρα μετά την εκσπερμάτωση και 40% τέσσερις ώρες μετά.
Καλή ζωτικότητα: 80-90%.
Φυσιολογική μορφή σπερματοζωαρίων: τουλάχιστον 60%.
Φρουκτόζη: περισσότερη από 1 gr κατά ml.
Να μην υπάρχουν μικρόβια.



3.16.2. Τα επίπεδα ορμονών

Απαιτείται παρά μόνο όταν υπάρχει σοβαρή ανωμαλία στο σπερμοδιάγραμμα. Σε αυτήν την εξέταση μελετάται τι συμβαίνει στα τρία στάδια που είναι υπεύθυνα για την καλή λειτουργία του ανδρικού ορμονικού συστήματος.

- Ο υποθάλαμος είναι το κέντρο ανώτερων εντολών για απελευθέρωση μίας χημικής ουσίας της LHRH.
- Η υπόφυση μεταφέρει το μήνυμα απελευθερώνοντας με τη σειρά της γοναδοτροφίνες: FSH και LH.

- Οι όρχεις ανταποκρίνονται σε αυτή τη διέγερση παράγοντας τις ανδρικές ορμόνες (τεστοστερόνη) και τις γυναικείες ορμόνες. Αυτές οι εξετάσεις γίνονται συνήθως μέσα από το αίμα (Kervasdoue 1996).

3.16.3. Άλλες εξετάσεις

Απαιτούνται μόνο κάτω από πολύ συγκεκριμένες συνθήκες.

- *Βιοψία όρχεων.* Αφαιρείται ύστερα από σύντομη ολική αναισθησία ένα τμήμα του ιστού των όρχεων για να αναλυθεί στο μικροσκόπιο.
- *Εξέταση Doppler.* Με ένα μηχάνημα μετριέται η ταχύτητα ροής του αίματος και βασίζεται σε υπερήχους. Έτσι διορθώνονται οι καθυστερήσεις που προκαλούνται από κάποια ανώμαλη στένωση ή διαστολή των αγγείων.
- *Το υπερηχογράφημα.* Μπορεί να διαπιστωθούν όγκοι, έκκριση υγρών και διάφορα άλλα εμπόδια στις διόδους μεταφοράς του σπέρματος.
- *Η θερμογραφία.* Χρησιμοποιούνται πλάκες υγρών κρυστάλλων που ποικίλουν σε χρώμα ανάλογα τη θερμοκρασία της επιδερμίδας, που είναι πιο υψηλή εκεί που κυκλοφορεί το αίμα. Με αυτήν την εξέταση διαπιστώνεται μία καθυστέρηση στη ροή του αίματος.
- *Η σπερμογραφία.* Είναι ακτινογραφία των διόδων μεταφοράς του σπέρματος, που γίνεται κάτω από ολική αναισθησία, για να διορθωθεί κάποιο πιθανό εμπόδιο.
- *Ο καρύοτυπος.* Για να μελετηθούν τα χρωμοσώματα που βρίσκονται στον πυρήνα των κυττάρων με μία ελάχιστη λήψη αίματος.
- *Η φλεβογραφία.* Είναι μία εξέταση που σχεδόν έχει εγκαταλειφθεί.

3.17. Οι θεραπείες για την υπογονιμότητα στη γυναίκα

Αφού πρώτα γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και διαγνωσθεί η αιτία υπογονιμότητας στο ζευγάρι, τότε συστήνεται από το γιατρό η κατάλληλη θεραπεία.

3.17.1. Η φαρμακευτική θεραπεία

Είναι κυρίως ορμονική. Για να βελτιωθεί η βλέννα και να ανοίξει ο τράχηλος, δίνονται στη γυναίκα οιστρογόνα μερικές ημέρες πριν την ωορρηξία και για να αντιμετωπιστεί μία ελαφριά ανεπάρκεια λειτουργίας του ωχρού σωματίου, δίνεται φυσική προγεστερόνη σε μικρές δόσεις, οι οποίες είναι ακίνδυνες. Για να προκληθεί ωορρηξία σε μία γυναίκα που δύσκολα έχει ωορρηξία ή δεν έχει καθόλου ο γιατρός καταφεύγει σε δύο τύπους φαρμακευτικών προϊόντων, αποτελεσματικών που έχουν αποδείξει την αξία τους τα τελευταία χρόνια. Είναι δεδομένο όμως, πως για να ξεκινήσει μία τέτοια θεραπεία πρέπει να επιβεβαιωθεί η καλή διαπερατότητα των σαλπίνγων και η παρουσία σπερματοζωαρίων στο σπερμοδιάγραμμα.

3.17.2. Το Clomid

Δεν είναι ορμόνη, αλλά ένα επαγωγικό της ωορρηξίας που δρα στον υποθάλαμο/υπόφυση διεγείροντας την έκκριση γοναδοτροφίνων. Τα αποτελέσματα του είναι πολύ ενθαρρυντικά: πετυχαίνεται ωορρηξία στο 70% των περιπτώσεων και

μία εγκυμοσύνη στο 15-20% των κύκλων. Τη στιγμή της υποτιθέμενης ωορρηξίας γίνεται το τεστ του Χούχνερ, ένα υπερηχογράφημα ή μία εξέταση του επιπέδου των ορμονών, για να επαληθεύσουμε τη δράση του.

3.17.3. Οι γοναδοτροφίνες

Οι γοναδοτροφίνες εγκυμονούν κάποιους κινδύνους και χρησιμοποιούνται σε περίπτωση αποτυχίας του Clomid. Στην παρούσα θεραπεία απαιτείται αυστηρή παρακολούθηση σχεδόν καθημερινή και καταναγκαστική για τη γυναίκα.

- Σε τι συνίσταται αυτή η θεραπεία;

Χρησιμοποιούνται δύο τύποι συμπληρωματικών προϊόντων: το HMG που έχει την ίδια επίδραση με την FSH της υπόφυσης πάνω στην ωρίμανση του ωοθυλακίου και στην παραγωγή της βλέννας καθώς και το HCG που επιδρά όπως η LH και προκαλεί ωορρηξία.

- Ποια συμπεριφορά παρατηρείται στην πράξη;

Γίνονται καθημερινά ενδομυϊκές ενέσεις με HMG ακριβώς τις ημέρες και ώρες που αναφέρει στη συνταγή ο γιατρός. Έπειτα από την 4^η ημέρα ξεκινάει η εντατική παρακολούθηση από το γιατρό με σκοπό να παρακολουθηθεί η εξέλιξη των ωοθυλακίων και των οιστρογόνων και για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υπερδιέγερσης. Θα πρέπει να γίνονται συχνά υπερηχογραφήματα, εξετάσεις για επίπεδο ορμονών στο αίμα και λήψη θερμοκρασίας καθημερινά. Από τη στιγμή που η ποσότητα οιστρογόνων θα φτάσει σε ένα ορισμένο επίπεδο και τα ωοθυλάκια θα φτάσουν σε ωρίμανση, προκαλείται ωορρηξία με μία ένεση HCG ή αφήνεται να γίνει μόνη της. Η ωορρηξία επέρχεται συνήθως 36 ώρες μετά την ένεση.



- Πότε πρέπει να υπάρχουν σεξουαλικές επαφές;

Σχεδόν κάθε μέρα ή κάθε 36 ώρες από την πρώτη ένεση με HCG, μέχρι τη στιγμή που θα ανέβει η θερμοκρασία.

- Ποιες είναι οι πιθανότητες επιτυχίας;

Με το συνδυασμό HMG-HCG η ωορρηξία έρχεται πάντα, αλλά το ποσοστό εγκυμοσύνης δεν είναι παρά 15-20% σε κάθε κύκλο επειδή οι πρόωρες αποβολές είναι πολύ συχνές.

3.17.4. Η αντλία με LH-RH

Η μέθοδος αυτή υπόσχεται πολλά αλλά βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο. Υποκαθιστά κατά κάποιο τρόπο τον υποθάλαμο (που δεν παίζει πλέον το ρόλο του) με το να απελευθερώνει δόσεις από LH-RH που επιτρέπει τη διέγερση της υπόφυσης και βοηθάει το σύνολο του συστήματος να λειτουργήσει.

3.17.5. Η χειρουργική στη γυναίκα

- Στις σάλπιγγες : Η μικροχειρουργική

Γίνεται κάτω από μικροσκόπιο με δύο φακούς και με τη βοήθεια οργάνων μεγάλης ακρίβειας. Επιτρέπει να πραγματοποιηθεί μία πλαστική επέμβαση στις σάλπιγγες που επιφέρει την ανακατασκευή τους. Από ενδείξεις που έχουν καταγραφεί, μία στις δύο γυναίκες μένει έγκυος μέσα στους επόμενους 18 μήνες.

- Πάνω στα άλλα όργανα

Οι επεμβάσεις είναι πιο σπάνιες και περιορίζονται στην αφαίρεση μίας κύστης από τα γεννητικά όργανα ή ενός ινώματος, στη διόρθωση εκτεταμένων συμφύσεων, αλλά και στην αφαίρεση αυτών που ακινητοποιούν τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες (Kervasdoue 1996).

3.18. Οι θεραπείες για την υπογονιμότητα στον άντρα

Οι γνώσεις για ανδρική υπογονιμότητα και θεραπεία της είναι αρκετά περιορισμένες αφού το γεγονός είναι πολύ πρόσφατο.

- Αν η αιτία της υπογονιμότητας είναι ορμονική προτείνεται:
 - Το αντίστοιχο των ορμονών της υπόφυσης FSH και LH. Χορηγούνται με τη μορφή ενδομυϊκών ενέσεων κάθε 2-3 ημέρες επί 4-6 μήνες.
 - Με προϊόντα όπως Clomid ή Parlodel που επιδρούν πάνω στον άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης.
 - Με ανδρικές ορμόνες που λαμβάνονται από το στόμα ή με ενέσεις.
- Όταν κάποιο μικρόβιο ανακαλυφθεί:

Ο γιατρός συνιστά αντιβιοτικά, για να εξαλειφθεί η μόλυνση στο σπέρμα.

- Όταν καμιά συγκεκριμένη αιτία δεν έχει ανακαλυφθεί και όταν το σπερμοδιάγραμμα δεν εμφανίζει σοβαρές ανωμαλίες, ο άντρας μπορεί να δοκιμάσει να πάρει μαγνήσιο, αργινίνη, ψευδάργυρο, βιταμίνες ή απλά να ακολουθήσει μερικούς απλούς κανόνες υγιεινής ζωής:
 - Να κάνει μία κανονική ζωή και να διατηρείται σε καλή φυσική κατάσταση.
 - Να αποφεύγει την παρατεταμένη έκθεση των όρχεων σε θερμότητα: ζεστά μπάνια, στενά παντελόνια ή εσώρουχα.
 - Να αποφεύγονται σαν παράγοντες μη γονιμότητας, το κάπνισμα, το αλκοόλ ή ο καφές.
 - Στο μέτρο του δυνατού, να αποφεύγεται η υπερκόπωση και οι καταστάσεις που προκαλούν άγχος ή υπερένταση.
 - Ο πολλαπλασιασμός των καθημερινών σεξουαλικών επαφών δεν αυξάνει τις πιθανότητες σύλληψης, ενώ μπορεί αντίθετα να κουράσει τα σπερματοζώαρια.

3.19. Η τεχνητή γονιμοποίηση

Αυτή η μέθοδος απαιτεί συμμετοχή και των δύο συντρόφων. Η τεχνική της γονιμοποίησης είναι πολύ απλή: ο γιατρός τοποθετεί το σπέρμα με τη βοήθεια ενός καθετήρα εφοδιασμένου με σύριγγα κατευθείαν μέσα στο τράχηλο της μήτρας, κατά τη στιγμή της ωορρηξίας. Αν είναι το σπέρμα του συζύγου τότε μιλάμε για ενδο-συζυγική γονιμοποίηση, ενώ αν ανήκει σε ανώνυμο δότη, η γονιμοποίηση ονομάζεται κατά δωρεά.

3.19.1. Η ενδοσυζυγική τεχνητή γονιμοποίηση

- Όταν οι διαταραχές είναι σεξουαλικού χαρακτήρα (ανικανότητα, διαταραχές εκσπερμάτωσης, ανατομικές ανωμαλίες του πέους) και όχι βιολογικές (το σπέρμα είναι φυσιολογικό), τότε τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά και η εγκυμοσύνη επέρχεται γρήγορα.
- Στην περίπτωση που το σπέρμα του συζύγου δεν περιέχει πολλά κινητικά σπερματοζώαρια η τεχνική επιτρέπει να μοιράσουμε την εκσπερμάτωση, να διατηρήσουμε το πρώτο μέρος του σπέρματος που είναι και πιο πλούσιο σε υγιή σπερματοζώαρια και να εισαχθεί στη γυναίκα.
- Πώς γίνεται στην πράξη;

Το σημαντικό της τεχνικής αυτής είναι να πραγματοποιηθεί την καταλληλότερη στιγμή, την ίδια μέρα της ωορρηξίας. Το σπέρμα συγκεντρώνεται στο ιατρείο, μέσα σε δύο αποστειρωμένα δοχεία. Μετά την έγχυσή του στη γυναίκα, κάτι τελείως ανώδυνο, το σπέρμα παραμένει σε στενή επαφή με τον τράχηλο, μέσω ενός πλαστικού επικαλύμματος που θα αφαιρεθεί 6-8 ώρες αργότερα. Στη συνέχεια η γυναίκα παραμένει για λίγο ξαπλωμένη, πριν



επαναλάβει κανονικά τις δραστηριότητές της.

3.19.2. Η τεχνητή γονιμοποίηση με δότη

Είναι η μόνη εναλλακτική λύση πριν την υιοθεσία. Οι ενέργειες του γιατρού θα είναι οι ίδιες με την άλλη γονιμοποίηση, αλλά αυτή τη φορά ο δότης θα παραμείνει ανώνυμος και η εισαγωγή του σπέρματος πραγματοποιείται είτε με μία κάψουλα κατεψυγμένου σπέρματος, είτε με φρέσκο σπέρμα. Οι αιτήσεις είναι πολυάριθμες (3000 το χρόνο) και οι λίστες αναμονής που υπάρχουν στα διάφορα κέντρα μελέτης και συντήρησης σπέρματος επιτρέπουν να ωριμάσει η απόφαση του ζευγαριού (οι λίστες αναμονής φτάνουν από 1 χρόνο μέχρι 18 μήνες).

- Πώς επιλέγεται ο δότης;

Είναι μία εθελοντική πράξη που πραγματοποιείται με σκοπό την προσφορά υπηρεσιών σε ένα ζευγάρι που δεν έχει παιδιά. Τα κριτήρια επιλογής είναι αυστηρά. Ο δότης πρέπει να είναι σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση, παντρεμένος, να έχει ήδη ένα τουλάχιστον παιδί και να μην έχει κληρονομικές ασθένειες στην

οικογένειά του. Ο δότης προηγουμένως οφείλει να υποβληθεί σε ιατρική και βιολογική εξέταση και ένα σπερμοδιάγραμμα. Από την άλλη πλευρά η γραπτή συγκατάθεση της γυναίκας του είναι απαραίτητη. Ο δότης είναι ανώνυμος αλλά όλα τα χαρακτηριστικά του είναι καταχωρημένα: φυλή, ύψος, χρώμα ματιών κι επιδερμίδας για να μπορεί να γίνει όσο το δυνατόν καλύτερη ταύτιση με το σύζυγο. Για τον κάθε δότη, ο αριθμός επισκέψεων στα κέντρα αυτά, περιορίζεται σε έξι για να περιοριστεί μελλοντικός κίνδυνος αιμοφιλίας (μία εκσπερμάτωση του δότη μπορεί να χαρίσει ζωή σε 18 παιδιά!). Μετά από πέντε παιδιά που γεννήθηκαν από το σπέρμα του ίδιου δότη, δεν χρησιμοποιούνται πλέον οι κάψουλες με το σπέρμα του. Οι λίστες αναμονής στα κέντρα αυτά είναι μακροσκελείς εξαιτίας του ότι υπάρχει έλλειψη από δότες (Kervasdoue 1996).

- Είναι καλύτερο το φρέσκο σπέρμα ή το κατεψυγμένο;

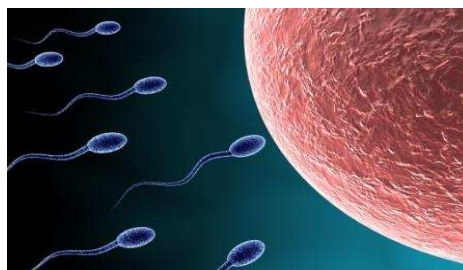
Θεωρητικά είναι καλύτερο, αλλά ταυτόχρονα μειονεκτεί έναντι του κατεψυγμένου επειδή δεν παρέχει τις ίδιες εγγυήσεις. Επίσης το κόστος είναι πολύ υψηλό. Σε πολλές χώρες όπως π.χ. η Γαλλία η χρήση κατεψυγμένου σπέρματος καλύπτεται πλήρως από τις κοινωνικές ασφαλίσεις.

- Πώς γίνεται η εισαγωγή του σπέρματος;

Κάθε γυναίκα πρέπει να διαθέτει δύο κάψουλες ανά κύκλο για να μπορέσουν να γίνουν δύο εισαγωγές σε ένα διάστημα 1-2 ημερών, κατά την περίοδο της ωορρηξίας. Πρέπει προηγουμένως να έχει περάσει από όλη τη σειρά των σχετικών εξετάσεων που να αποδεικνύουν ότι τίποτα δεν αντιτίθεται στη μελλοντική γονιμοποίηση.

- Ποιο είναι το ποσοστό επιτυχίας;

Κατά κύκλο, δεν ξεπερνά το 10%, αλλά οι περισσότερες εγκυμοσύνες επιτυγχάνονται κατά τη διάρκεια των έξι πρώτων μηνών. Για μία γυναίκα 25 ετών το ποσοστό επιτυχίας είναι 73%, ενώ για άνω των 35 ετών το ποσοστό πέφτει στο 53%.



3.19.3. Η γονιμοποίηση στο σωλήνα

Η Αγγλίδα Λουίζ Μπράουν ήταν το πρώτο παιδί που γεννήθηκε στο σωλήνα το 1978 μετά από συντονισμένες προσπάθειες των γιατρών Στέππου και Έντουαρτς. Από τότε αυτή η τεχνική έχει διαδοθεί σε ολόκληρο τον κόσμο με αυξανόμενη επιτυχία. Πρόκειται για μία συνάντηση του σπερματοζωαρίου και του ωαρίου, όχι μέσα στη σάλπιγγα που δεν μπορεί να επιτελέσει πια το έργο της, αλλά στο εργαστήριο μέσα σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα. Μετά από δύο μέρες το σχηματισμένο ωάριο εμφυτεύεται μέσα στη μήτρα. Η γονιμοποίηση στο σωλήνα απευθύνεται σε γυναίκες που οι σάλπιγγες τους είναι φραγμένες και δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.

- Πώς γίνεται η γονιμοποίηση στο σωλήνα;

Διέρχεται τέσσερα στάδια :

- *Ωρίμανση του ωοθηλακίου.* Η θεραπεία αυτή αποβλέπει στο να αυξήσει τις πιθανότητες επιτυχίας. Παρακολουθείται με υπερηχογραφήματα και βιολογικές εξετάσεις για ανίχνευση των επιπέδων ορμονών και από τη στιγμή που η ωρίμανση επιτευχθεί γίνεται μία ένεση HCG για να πραγματοποιηθεί η ωορρηξία.
 - *Παρασκευή των ωοθηλακίων.* 36 ώρες μετά την ένεση HCG, γίνεται μία λαπαροσκόπηση κάτω από γενική αναισθησία και το κάθε ωοθυλάκιο εκκενώνεται από το περιεχόμενό του με αναρρόφηση με σύριγγα. Στο διάστημα αυτό ο σύντροφος πρέπει να βρίσκεται στο εργαστήριο και να προσφέρει το σπέρμα του.
 - *Η υποβολή σε καλλιέργεια των ωαρίων και η γονιμοποίηση.* Τα ωάρια που συγκεντρώνονται τοποθετούνται σε ευνοϊκό περιβάλλον για να ωριμάσουν ακόμη περισσότερο. Τα σπερματοζωάρια πλένονται, λούζονται σε ευνοημένο περιβάλλον και φυγοκεντρίζονται. Ύστερα έρχονται σε επαφή με το ωάριο για πολλές ώρες, μέχρι να πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση. Έπειτα, τα γονιμοποιημένα ωάρια ξαναμπαίνουν στο βραστήρα και ελέγχονται με το μικροσκόπιο. Πριν εμφυτευθούν θα πρέπει ήδη να έχουν πραγματοποιήσει τις πρώτες διαιρέσεις τους.
 - *Η μεταφορά του εμβρύου.* Το ή τα ωάρια τοποθετούνται σε ένα λεπτό καθετήρα, ο οποίος εισάγεται μέσα στη μήτρα διαμέσου του τραχήλου με πολλή προσοχή. Αυτή η διαδικασία διαρκεί ελάχιστα δευτερόλεπτα και είναι ανώδυνη. Στη συνέχεια η γυναίκα πρέπει να μείνει ξαπλωμένη μερικές ώρες πριν φύγει για το σπίτι της και να συνεχίσει κανονικά τις δραστηριότητές της (Kervasdoue 1996).
- Τι συμβαίνει μετά;



Το ωάριο πρέπει να προσπαθήσει να φτιάξει «τη φωλιά του» μέσα στη μήτρα. Για να το βοηθήσουμε, στέλνουμε σταδιακά με ορό μία συμπληρωματική αμπούλα από χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG).

- Ποιες είναι οι πιθανότητες επιτυχίας;

Είναι 10% για κάθε προσπάθεια, αλλά και άλλες προσπάθειες πιθανόν να γίνουν σε άλλες ευκαιρίες.

- Υπάρχει κίνδυνος δυσμορφίας του εμβρύου;

Ο κίνδυνος είναι δέκα φορές μικρότερος από ότι σε μία φυσική γονιμοποίηση, πράγμα που δεν είναι και τόσο παράξενο, όταν γνωρίζουμε ότι μόνο ωάρια καλής ποιότητας καταφέρνουν να εμφυτευτούν στη μήτρα.

3.20. Το κόστος της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Περίπου 14.000 «κύκλοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» με κόστος του καθενός να φτάνει έως και τις 9.000 ευρώ, πραγματοποιούνται κάθε χρόνο στην Ελλάδα. Το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης βαρύνει 300.000 ζευγάρια που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Φαίνεται ότι μορφή βαριάς βιομηχανίας παίρνει η θεραπεία της υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Σε 54 δημόσια και ιδιωτικά κέντρα πραγματοποιούνται κάθε χρόνο οι «κύκλοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» εκτιμάται ότι ο τζίρος τους ξεπερνά τα 50.000.000 ευρώ το χρόνο! Ένας κύκλος αναπαραγωγής μπορεί να κοστίσει από 6.000-9.000 ευρώ. Τα φάρμακα που απαιτούνται κοστίζουν 2.000-4.000 ευρώ. Το κόστος της κλινικής τους εφαρμογής ξεπερνά τα 2.000 εκτός και αν πρόκειται για εξωσωματική «φυσικού κύκλου» η οποία δεν απαιτεί φάρμακα και κοστίζει περίπου τα 1.000 ευρώ. Σε περίπτωση που χρειαστεί μικρογονιμοποίηση, το κόστος μπορεί να φτάσει τα 3.000 ευρώ και αν απαιτηθεί προεμφυτευτική διάγνωση να ξεπεράσει τα 5.000 ευρώ.



Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν ένα σχετικά μικρό ποσοστό του κόστους. Το ΙΚΑ καλύπτει την δαπάνη όλων των εξετάσεων που προηγούνται της θεραπείας και το συνολικό κόστος των φαρμάκων (πλην έξι σκευασμάτων), ενώ δίνει 352,16 ευρώ ανά προσπάθεια. Βασική προϋπόθεση είναι η γυναίκα να είναι έγγαμη, ηλικίας 23-45 ετών και να κάνει μέχρι τέσσερις προσπάθειες το χρόνο. Το ταμείο του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) καλύπτει τις γυναίκες έως 50 ετών και μέχρι τρεις προσπάθειες το χρόνο. Οι παροχές του προβλέπουν 300 ευρώ ανά προσπάθεια και κάλυψη του 75% της φαρμακευτικής δαπάνης (Κατσανοπούλου 2008).

3.21. Η αποβολή (ή αυτόματη έκτρωση)

Για μία γυναίκα που επιθυμεί τόσο πολύ ένα παιδί και που έχει προσπαθήσει πολύ για να καταφέρει να μείνει έγκυος, η αποβολή είναι πάντα ένα οδυνηρό γεγονός που την τραυματίζει ψυχικά, αφού το βιώνει ως μία αποτυχία. Πολύ συχνά ακολουθεί μία περίοδος κατάθλιψης ειδικά αν το έμβρυο ήταν μερικών μηνών ή αν μία νέα εγκυμοσύνη αργεί να έρθει.

- Τι είναι αυτόματη έκτρωση;

Είναι η φυσική αποβολή του ωαρίου και των μεμβρανών που το περιβάλλουν πριν από την περίοδο βιωσιμότητάς του, δηλαδή πριν τον έκτο μήνα της εγκυμοσύνης. Μετά από αυτή την ημερομηνία οι γιατροί μιλούν για πρόωρο τοκετό. Η αποβολή είναι πρόωρη αν έχει πραγματοποιηθεί πριν από την όγδοη εβδομάδα της εγκυμοσύνης, καθυστερημένη, αν επέλθει μετά την ενδέκατη εβδομάδα. Η συχνότητα της αυτόματης έκτρωσης υπολογίζεται στο 12-16% του συνόλου των περιπτώσεων εγκυμοσύνης και αυξάνει με την ηλικία της γυναίκας (κυρίως μετά τα 40 έτη). Το ποσοστό όμως αυτό είναι σίγουρα μεγαλύτερο αφού πολλές εγκυμοσύνες που μόλις έχουν αρχίσει, περνούν απαρατήρητες. Αυτό συμβαίνει γιατί το ωάριο αναμιγνύεται

με το αίμα των εμμήνων, έτσι ώστε η γυναίκα να πιστέψει ότι έχει μια καθυστέρηση των εμμήνων της. Το 50% των τεχνητά γονιμοποιημένων ωαρίων είναι καταδικασμένο να πεθάνει ή να χαθεί.

- Τι προκαλεί την αυτόματη έκτρωση;

Οι αιτίες μπορεί να είναι ποικίλες, όμως η διάγνωσή τους δύσκολη. Μερικές από αυτές μπορεί να είναι:

- **Χρωμοσωμική ανωμαλία του ωαρίου.** Τα χρωματοσώματα είναι ομαδοποιημένα κατά ζεύγη και το ανθρώπινο είδος αριθμεί 23 ζεύγη στον πυρήνα κάθε κυττάρου. Τα χρωματοσώματα είναι φορείς των κληρονομικών χαρακτηριστικών. Μία δυσμορφία του ωαρίου προκύπτει από χρωμοσωμική ανωμαλία του ωαρίου ή του σπερματοζωαρίου, είτε από κάποιο άλλο ατύχημα που συνέβη κατά τη στιγμή της γονιμοποίησης ή κατά την πρώτη διαίρεση του ωαρίου. Αυτές οι αποβολές συμβαίνουν συχνότερα τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και πρόκειται για τυχαία περιστατικά.
 - **Μολύνσεις.** Τοπικές (ενδομητρίτιδες) ή γενικές (σύφιλη, τοξοπλάσμωση, ασθένειες από ιούς κ.τ.λ.) μπορούν να διακόψουν την εγκυμοσύνη, ειδικά αν συνοδεύονται από υψηλό πυρετό. Αυτό συμβαίνει γιατί το ωάριο που έχει προσβληθεί, πεθαίνει, αποκολλάται και απορρίπτεται.
 - **Μηχανική ανωμαλία.** Η οποία εμποδίζει να κρατήσει το έμβρυο ως το τέλος. Μπορεί να πρόκειται για μια δυσμορφία μήτρας, για ένα χοντρό ίνωμα ή για εκτεταμένες συμφύσεις που εμποδίζουν το έμβρυο να αναπτυχθεί.
 - **Ορμονική αιτία.** Το ωάριο αποκολλάται επειδή δεν έχει βρει ένα βλεννογόνο αρκετά δεκτικό και προετοιμασμένο από ορμόνες.
 - **Αγγειακή αιτία.** Υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να αλλοιώσει τα αγγεία που μεταφέρουν στο έμβρυο τα θρεπτικά στοιχεία.
 - **Ανοσολογική αιτία.** Η μητέρα με ρέζους αρνητικό παράγει αντισώματα που στρέφονται κατά του μωρού με ρέζους θετικό.
- Ενδείξεις αποβολής
 - **Οι αιμορραγίες που επιμένουν.** Οφείλονται σε μία νέκρωση του ωαρίου και στην αποκόλλησή του από το βλεννογόνο.
 - **Ασυνήθιστοι πόνοι** στη βάση της κοιλίας που μοιάζουν με κολικούς των εμμήνων, δηλαδή μία αίσθηση τραβήγματος ή βάρους. Το ωάριο που έχει γίνει ξένο σώμα μετά την αποκόλλησή του, δημιουργεί τις συστολές της μήτρας και την αποβολή του από τη μητρική κοιλότητα.
 - **Η εξαφάνιση των έντονων κινήσεων του εμβρύου.** Αυτό συμβαίνει μετά τον πέμπτο μήνα.

- Η **έλλειψη ενδείξεων** από τη λειτουργία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Οι ναυτίες, οι έμετοι και το επώδυνο φούσκωμα στο στήθος.

3.22. Η υιοθεσία

Η υιοθεσία είναι μια νομική διαδικασία η οποία καθιστά το παιδί που δεν μπορεί να ζήσει με τη φυσική του οικογένεια, μόνιμο μέλος της οικογένειας που το υιοθετεί σαν να είχε γεννηθεί σε αυτή. Οι υιοθετούντες γίνονται οι νέοι γονείς που δεν διαφέρουν νομικά από τους φυσικούς γονείς.



Το παιδί γίνεται μέλος της οικογένειας και απολαμβάνει όλα τα προνόμια και δικαιώματα όμοια με αυτά του φυσικού παιδιού. Αλλά και από την πλευρά της και η οικογένεια έχει τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό σαν να ήταν φυσικό παιδί της. Σε περίπτωση ταυτόχρονης ή διαδοχικής υιοθεσίας περισσότερων παιδιών, δημιουργείται μεταξύ τους συγγένεια όμοια με αυτήν που υπάρχει μεταξύ αδελφών. Σε περίπτωση κοινής υιοθεσίας από σύζυγους ή υιοθεσίας από τον έναν σύζυγο του τέκνου του άλλου, το επίθετο του παιδιού θα είναι αυτό που δήλωσαν οι σύζυγοι πριν το γάμο τους ότι επιλέγουν για επώνυμο των παιδιών τους. Αν δεν έχει γίνει παρόμοια δήλωση, μπορεί να γίνει στο ληξιαρχο ταυτόχρονα με την καταχώριση της υιοθεσίας στα οικεία ληξιαρχικά βιβλία.

- Πότε ένα παιδί μπορεί να δοθεί για υιοθεσία

Παρόλο που υπάρχουν αρκετά παιδιά στα ιδρύματα, μόνο ένα μικρό μέρος αυτών είναι "νομικά ελεύθερα" να δοθούν για υιοθεσία. Και αυτό γιατί οι φυσικοί γονείς θα πρέπει πρώτα να συναινέσουν για κάτι τέτοιο. Δυστυχώς όμως, πολλοί φυσικοί γονείς, ακόμα και αν παραμελούν ή κακοποιούν τα παιδιά τους, κάνουν τα πάντα για να μη χάσουν την επιμέλεια και αρνούνται να δεχθούν να δώσουν τα παιδιά τους για υιοθεσία.

Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις, όπου οι δικαστές κρίνουν πως η μη παραχώρηση συναίνεσης από τους φυσικούς γονείς είναι καταχρηστική και έτσι αφαιρείται η επιμέλεια από αυτούς και δίνεται στο ίδρυμα. Αυτή η διαδικασία παίρνει 1 με 2 χρόνια, διάστημα κατά το οποίο το παιδί δε μπορεί να δοθεί για υιοθεσία, παρόλο που βρίσκεται στο ίδρυμα.

- Ηλικία παιδιού και γονέων

Η υιοθεσία επιτρέπεται μόνο όταν αυτός που υιοθετείται είναι ανήλικος (με μοναδική εξαίρεση την περίπτωση που ο υιοθετούμενος είναι συγγενής ως και τον τέταρτο βαθμό εξ αίματος ή εξ αγχιστείας αυτού που υιοθετεί). Ένα παιδί για να μπορέσει να υιοθετηθεί, θα πρέπει να είναι τουλάχιστον τριών μηνών, αφού η συναίνεση των φυσικών γονέων για την υιοθεσία δεν επιτρέπεται να δοθεί προτού να συμπληρωθούν τρεις μήνες από τη γέννηση του παιδιού. Για να μπορέσει κάποιος να υιοθετήσει θα πρέπει να έχει συμπληρώσει το 30ο έτος ηλικίας και να μην έχει ξεπεράσει το 60ο. Η διαφορά ηλικίας υποψήφιου γονέα και παιδιού θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 χρόνια, αλλά όχι περισσότερα από 50. Ο περιορισμός της διαφοράς ηλικίας δεν ισχύει για εκείνον από τους συζύγους που επιθυμεί να υιοθετήσει παιδί που υιοθετείται ή που έχει ήδη υιοθετηθεί από το σύζυγό του. Σε περίπτωση υιοθεσίας τέκνου του συζύγου, εκτός και αν συντρέχει σπουδαίος λόγος, το δικαστήριο μπορεί να επιτρέψει την υιοθεσία και όταν υπάρχει διαφορά ηλικίας μικρότερη των 18 ετών, αλλά ποτέ κάτω των 15.

- Προϋποθέσεις υποψήφιων γονέων

Αυτός που υιοθετεί ανήλικο πρέπει να είναι ικανός για δικαιοπραξία, να έχει συμπληρώσει τα τριάντα χρόνια του και να μην έχει υπερβεί τα εξήντα. Η υιοθεσία πρέπει να αποβλέπει στο συμφέρον του υιοθετημένου, για αυτό και πριν από την τέλεση της υιοθεσίας διεξάγεται επισταμένη κοινωνική έρευνα και κατατίθεται εμπρόθεσμα στο δικαστήριο σχετική έκθεση για το αν η συγκεκριμένη υιοθεσία συμφέρει ή όχι τον υιοθετούμενο. Επίσης ζητούνται και συλλέγονται διάφορα δικαιολογητικά, όπως ποινικό μητρώο, ιατρικές εξετάσεις, πιστοποιητικό γάμου, στοιχεία εισοδήματος κ.τ.λ. Η αντίληψη που πολλοί έχουν γύρω από την υιοθεσία, πιστεύοντας ότι για να υιοθετήσει κάποιος θα πρέπει να είναι πλούσιος και να γράψει όλη την περιουσία του από πριν στο παιδί, είναι εντελώς λανθασμένη. Σίγουρα μια άπορη οικογένεια δεν θα προτιμηθεί, αφού δε θα μπορέσει να προσφέρει στο παιδί τα απαραίτητα. Όμως μία οικογένεια με ικανοποιητικό εισόδημα έχει εξίσου καλές πιθανότητες με μία πλούσια. Και φυσικά δε χρειάζεται κανείς να γράψει στο παιδί τίποτα από πριν, το παιδί θα πάρει όσα του ανήκουν όταν θα έρθει η ώρα να κληρονομήσει τους γονείς του και μάλιστα σε περίπτωση που δεν είναι το μόνο παιδί της οικογένειας, το μερίδιο που θα του αναλογεί δεν θα διαφέρει από αυτό των υπολοίπων.



- Φυσικοί γονείς

Με την υιοθεσία διακόπτεται κάθε δεσμός του ανηλίκου με τη φυσική του οικογένεια (με εξαίρεση τις ρυθμίσεις περί κωλυμάτων γάμου) και ο ανήλικος εντάσσεται πλήρως στην οικογένεια του θετού γονέα του. Από εκείνη τη στιγμή και μέχρι και την ενηλικίωσή του, οι φυσικοί γονείς δεν έχουν δικαίωμα επικοινωνίας με το παιδί. Αφότου συντελεσθεί η υιοθεσία, τη γονική μέριμνα των φυσικών γονέων αντικαθιστά πλήρως η γονική μέριμνα των θετών γονέων. Ακόμα και στην περίπτωση όπου οι

θετοί γονείς χάσουν την επιμέλεια του παιδιού λόγω ακαταλληλότητας, η γονική μέριμνα του παιδιού δεν επανέρχεται στους φυσικούς γονείς.

- Υιοθεσία από έγγαμο

Ο έγγαμος δεν μπορεί να υιοθετήσει χωρίς τη συναίνεση του συζύγου του, η οποία παρέχεται αυτοπροσώπως με δήλωση στο δικαστήριο. Αν ο σύζυγος έχει τη συνήθη διαμονή του στην αλλοδαπή, η συναίνεσή του μπορεί να δοθεί και με δήλωση ενώπιον συμβολαιογράφου. Το δικαστήριο όμως μπορεί να επιτρέψει την υιοθεσία και χωρίς αυτή τη συναίνεση, αν η παροχή της είναι αδύνατη για νομικούς ή πραγματικούς λόγους ή αν εκκρεμεί ανάμεσα στους συζύγους δίκη διαζυγίου.

- Προσθήκη κύριου ονόματος

Εάν το παιδί είναι βαπτισμένο, το δικαστήριο μπορεί, με την απόφασή του περί υιοθεσίας, να επιτρέψει στον υποψήφιο θετό γονέα, ύστερα από αίτησή του, να προσθέσει στο κύριο όνομα του παιδιού και άλλο όνομα. Αν το παιδί έχει συμπληρώσει το δωδέκατο έτος της ηλικίας του, είναι απαραίτητη, για τη χορήγηση της άδειας του δικαστηρίου, η συναίνεση και του ίδιου.



- Πολλαπλή υιοθεσία

Επιτρέπεται να υιοθετηθούν, από το ίδιο πρόσωπο, περισσότεροι ανήλικοι είτε με την ίδια πράξη είτε διαδοχικά. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, οι θετοί γονείς ενημερώνονται από το ίδρυμα, όταν βιολογικά αδέρφια του παιδιού τους γίνονται διαθέσιμα για υιοθεσία ακόμα και χρόνια μετά την υιοθεσία του παιδιού τους. Όμως, δεν επιτρέπεται να υιοθετηθεί το ίδιο πρόσωπο ταυτόχρονα από περισσότερους, εκτός κι αν αυτοί είναι σύζυγοι. Επίσης δεν επιτρέπεται η υιοθεσία προσώπου, που είναι ήδη υιοθετημένο από άλλον, όσο διαρκεί η υιοθεσία, εκτός αν πρόκειται για διαδοχική υιοθεσία του ίδιου προσώπου και από το σύζυγο αυτού που υιοθέτησε πρώτος.

- Συναίνεση ενώπιον του δικαστηρίου

Η υιοθεσία τελείται με δικαστική απόφαση, ύστερα από αίτηση του υποψηφίου θετού γονέα. Αυτός που υιοθετεί συναινεί αυτοπροσώπως ενώπιον του δικαστηρίου. Για την υιοθεσία ανηλίκου χρειάζεται επίσης να συναινέσουν ενώπιον του δικαστηρίου οι φυσικοί γονείς του ή ο ένας τους μόνο (αν ο άλλος έχει εκπέσει από τη γονική μέριμνα ή η συναίνεσή του είναι αδύνατη γιατί έχει τεθεί σε στερητική δικαστική συμπαράσταση, που περιλαμβάνει και τη στέρηση της ικανότητας να συναινεί για την υιοθεσία του παιδιού του). Η συναίνεση των φυσικών γονέων για την υιοθεσία του παιδιού δεν επιτρέπεται να δοθεί προτού να συμπληρωθούν τρεις μήνες από τη γέννησή του. Αν ο ανήλικος δεν έχει γονείς, συναινεί ενώπιον του δικαστηρίου ο επίτροπος, ύστερα από άδεια του εποπτικού συμβουλίου. Η συναίνεση φυσικών γονέων/επιτρόπου στην περίπτωση που ο ανήλικος προστατεύεται από αρμόδια κοινωνική υπηρεσία ή οργάνωση, είναι έγκυρη και όταν αυτός που συναινεί δε γνωρίζει το πρόσωπο του υποψηφίου θετού γονέα.

Η συναίνεση των φυσικών γονέων για υιοθεσία του παιδιού τους αναπληρώνεται με απόφαση του δικαστηρίου, εάν:

- Οι γονείς είναι άγνωστοι ή το παιδί είναι έκθετο.
- Το παιδί έχει παραδοθεί με τη συναίνεση των γονέων σε οικογένεια για φροντίδα και ανατροφή με σκοπό την υιοθεσία και έχει ενταχθεί σε αυτήν επί χρονικό διάστημα ενός τουλάχιστον έτους, οι δε γονείς εκ των υστέρων αρνούνται καταχρηστικά να συναინέσουν.
- Και οι δύο γονείς έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα ή βρίσκονται σε καθεστώς στερητικής δικαστικής συμπαράστασης που τους αφαιρεί και την ικανότητα να συναινούν για την υιοθεσία του παιδιού τους.
- Οι γονείς έχουν άγνωστη διαμονή.
- Το παιδί προστατεύεται από αναγνωρισμένη κοινωνική οργάνωση, έχει αφαιρεθεί από τους γονείς η άσκηση της επιμέλειας και αυτοί αρνούνται καταχρηστικά να συναινέσουν.

Στις 3 τελευταίες περιπτώσεις, το δικαστήριο αποφασίζει αφού ακούσει τους πλησιέστερους συγγενείς, αν η ακρόασή τους είναι εφικτή. Εάν ο ανήλικος που υιοθετείται έχει συμπληρώσει το 12ο έτος της ηλικίας του, συναινεί και αυτός αυτοπροσώπως ενώπιον του δικαστηρίου, εκτός βέβαια αν βρίσκεται σε κατάσταση ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής που περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής του. Σε κάθε περίπτωση το δικαστήριο, ανάλογα με την ωριμότητα του ανηλίκου, οφείλει να ακούει και τη δική του γνώμη. Επίσης, όταν αυτός που υιοθετείται έχει ήδη παιδιά, το δικαστήριο, ανάλογα με την ωριμότητά τους, οφείλει να ακούει και τη δική τους γνώμη.

- Μυστικότητα της υιοθεσίας

Η υιοθεσία ανηλίκων τηρείται μυστική, αλλά ο κάθε υιοθετημένος έχει το δικαίωμα να πληροφορείται πλήρως από τους θετούς γονείς και από κάθε αρμόδια αρχή τα στοιχεία των φυσικών γονέων του, μετά την ενηλικίωσή του.

- Διαζύγιο, ακύρωση του γάμου ή διακοπή της συμβίωσης των θετών γονέων

Σε περίπτωση κοινής υιοθεσίας ανηλίκου από συζύγους, αν ακολουθήσει διαζύγιο, ακύρωση του γάμου ή διακοπή της συμβίωσής τους, η επιμέλεια αποφασίζεται δικαστικά όπως θα γινόταν και στην περίπτωση φυσικού παιδιού. Όταν πρόκειται για υιοθεσία του παιδιού του άλλου συζύγου, η άσκηση της γονικής μέριμνας ανήκει αποκλειστικά στο φυσικό γονέα του ανηλίκου, εκτός αν το δικαστήριο αποφασίσει διαφορετικά λόγω συνδρομής σπουδαίου λόγου.

- Προσβολή της υιοθεσίας

Η υιοθεσία προσβάλλεται μόνο με την άσκηση των προβλεπόμενων ένδικων μέσων ή βοηθημάτων κατά της σχετικής δικαστικής απόφασης, αν δεν συνέτρεξαν όροι του νόμου ή αν η συναίνεση ενός από τα πρόσωπα που σύμφωνα με το νόμο ήταν αρμόδια να συναινέσουν υπήρξε άκυρη για οποιονδήποτε λόγο ή δόθηκε υπό την επήρεια πλάνης ως προς την ταυτότητα του προσώπου του θετού γονέα ή του θετού τέκνου, απάτης ως προς ουσιώδη περιστατικά ή παράνομης ή ανήθικης απειλής. Δικαίωμα να προσβάλουν την υιοθεσία για έναν από τους παραπάνω λόγους έχουν:

- Στις περιπτώσεις μη συνδρομής των όρων του νόμου, οποιοσδήποτε έχει έννομο συμφέρον ή ο εισαγγελέας.
- Στις περιπτώσεις έλλειψης έγκυρης συναίνεσης, καθώς και όταν αυτή υπήρξε προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής, αυτός του οποίου λείπει η έγκυρη συναίνεση ή ο οποίος πλανήθηκε, εξαπατήθηκε ή απειλήθηκε, όχι όμως και οι κληρονόμοι τους.
- Λύση της υιοθεσίας.

Αν ο θετός γονέας εκπέσει από τη γονική μέριμνα ή αν του αφαιρεθεί η άσκησή της καθώς και αν συντρέχει λόγος αποκλήρωσης του θετού τέκνου, το δικαστήριο μπορεί, εφόσον οι συνέπειες αυτές κρίνονται ανεπαρκείς, να διατάσσει, λόγω της βαρύτητας της περίπτωσης ακόμη και τη λύση της υιοθεσίας. Αυτή η απόφαση λαμβάνεται ύστερα από αγωγή του θετού τέκνου που συμπλήρωσε το δωδέκατο έτος της ηλικίας του και, αν δεν το συμπλήρωσε, του ειδικού επιτρόπου του, ή του θετού γονέα ή του εισαγγελέα ή και αυτεπαγγέλτως.

Όταν ο θετός γονέας και το θετό τέκνο, μετά την ενηλικίωσή του, συμφωνούν να λυθεί η υιοθεσία, μπορούν να το ζητήσουν από το δικαστήριο, με κοινή αίτησή τους που δικάζεται κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας. Σε αυτή την περίπτωση, για να λυθεί η υιοθεσία, θα πρέπει να έχει διαρκέσει τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από την κατάθεση της αίτησης και η συμφωνία των μερών να δηλωθεί στο δικαστήριο αυτοπροσώπως σε δυο



συνεδριάσεις που να απέχον μεταξύ τους τουλάχιστον έξι μήνες. Εφόσον από την πρώτη συνεδρίαση πέρασαν δύο χρόνια, η δήλωση της συμφωνίας παύει να ισχύει. Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις, αν η υιοθεσία του ανηλίκου ήταν κοινή από συζύγους, η υιοθεσία μπορεί να λύνεται και μόνο ως προς τον ένα σύζυγο. Σε περίπτωση δικαστικής λύσης της υιοθεσίας, αν εκλείπει ο λόγος της λύσης ή ακολουθήσει συγνώμη του υπαιτίου της λύσης, είναι δυνατή η ανασύσταση της υιοθεσίας. Στην περίπτωση αυτή η ηλικία υιοθετούντος και υιοθετημένου δεν λαμβάνεται υπόψη. Τα αποτελέσματα της ανασύστασης της υιοθεσίας επέρχονται από την τελεσιδικία, χωρίς αναδρομική ενέργεια. Μετά τη λύση της υιοθεσίας για οποιονδήποτε από τους παραπάνω λόγους, παύει το δικαίωμα του θετού τέκνου να φέρει το επώνυμο του θετού γονέα, εκτός αν το δικαστήριο εκτιμώντας την ύπαρξη δικαιολογημένου συμφέροντος του παιδιού, αποφασίσει διαφορετικά με αίτησή του. Σε περίπτωση κοινής υιοθεσίας από συζύγους ή υιοθεσίας, από σύζυγο, του παιδιού του συζύγου του, η λύση της υιοθεσίας ως προς τον έναν από τους συζύγους δεν συνεπάγεται αλλαγή του επωνύμου.

Η υιοθεσία επίσης λύνεται αυτοδικαίως και αίρεται αναδρομικά η σχέση που απορρέει από αυτήν, αν τέλεσαν γάμο, κατά παράβαση του νόμου, ο θετός γονέας με το θετό τέκνο. Αν ο γάμος ακυρώθηκε, διατηρούνται από τη σχέση της υιοθεσίας μόνο τα περιουσιακά δικαιώματα του παιδιού.

- Τι είναι η ιδιωτική υιοθεσία



Ιδιωτική υιοθεσία είναι αυτή που γίνεται χωρίς τη διαμεσολάβηση ιδρύματος και συνήθως το συνδεδετικό κρίκο ανάμεσα στους φυσικούς και θετούς γονείς αποτελούν δικηγόροι ή γυναικολόγοι. Η ιδιωτική υιοθεσία είναι νόμιμη στην Ελλάδα και μάλιστα οι ιδιωτικές υιοθεσίες που γίνονται κάθε χρόνο είναι κατά πολύ περισσότερες από αυτές που γίνονται μέσω ιδρυμάτων.

- Γιατί οι περισσότεροι προτιμούν τις ιδιωτικές υιοθεσίες

Οι κύριοι λόγοι που κάνουν τις ιδιωτικές υιοθεσίες να ξεπερνούν κατά μεγάλο βαθμό τις υιοθεσίες μέσω ιδρυμάτων είναι οι εξής:

- Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις ιδιωτικών υιοθεσιών αφορούν βρέφη και οι πιθανότητες οι θετοί γονείς να αποκτήσουν βρέφος μέσω ιδρυμάτων είναι πολύ μικρές.
- Οι διαδικασίες είναι σύντομες και οι θετοί γονείς δεν χρειάζεται να περιμένουν για χρόνια να έρθει η σειρά τους στη λίστα αναμονής.
- Αν και η νομική διαδικασία της υιοθεσίας δε μπορεί να ξεκινήσει προτού το παιδί συμπληρώσει τον 3ο μήνα ζωής, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις ιδιωτικής υιοθεσίας, οι βιολογικοί γονείς δίνουν το παιδί στους υποψήφιους θετούς γονείς αμέσως μετά τη γέννησή του.
- Οι διαδικασίες που ακολουθούνται

Όπως και στις υιοθεσίες που γίνονται μέσω ιδρυμάτων, εκτός από τη συναίνεση φυσικών και θετών γονέων είναι απαραίτητη και η σύνταξη έκθεσης αξιολόγησης από κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι θα διασφαλίσουν ότι η υιοθεσία είναι προς όφελος του παιδιού καθώς και η συλλογή των απαραίτητων δικαιολογητικών (ποινικό μητρώο, ιατρικές εξετάσεις, πιστοποιητικό γάμου, στοιχεία εισοδήματος κ.τ.λ) (www.yiothesia-anadoxh.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο



4. ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Ορισμός ομάδας υγείας

Είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα.

4.2 Άτομα που απαρτίζουν την ομάδα υγείας

Είναι μία ομάδα ατόμων που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως είναι το σπίτι, το σχολείο ή ακόμη και ο χώρος εργασίας. Η ομάδα υγείας ονομάζεται και αλλιώς πυρηνική ομάδα και έχει διάφορο μέγεθος, σύσταση και αριθμό ειδικοτήτων. Μπορεί να απαρτίζεται από άτομα διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας όπως είναι γιατροί και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς και μαίες οι οποίοι συνεργάζονται χρησιμοποιώντας ευρύτερες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου και προσφέρουν σε ομάδα πληθυσμού της κοινότητας. Η ομάδα υγείας όμως περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της κοινότητας. Στη διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επισκέπτες υγείας και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από τη διαταραχή της υγείας των ατόμων.

4.3. Βασικά χαρακτηριστικά ατόμων ομάδας υγείας

Για να επιτύχει η ομάδα υγείας πρέπει κάθε επιστήμονας-μέλος της ομάδας να έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά:

1. Να γνωρίζει και να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.
2. Να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις αρμοδιότητες, τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις που έχει ο ίδιος αλλά και κάθε μέλος από τους επιστήμονες-μέλη της ομάδας.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις ισχύουν ιδιαίτερα για γιατρούς και νοσηλευτές στους οποίους κατά βάση στηρίζεται η ομάδα υγείας. Σαφώς διαφαίνεται λοιπόν ότι για να υπάρχει σωστή και ομαλή εργασία μεταξύ των επιστημόνων υγείας, είναι απαραίτητο να καθοριστούν τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες και ο ρόλος κάθε επιστημονικής ειδικότητας.

4.4. Χαρακτηριστικά της ομάδας υγείας

Τα χαρακτηριστικά της ομάδας είναι τα εξής:

- Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού μιας κοινότητας.
- Συνεργάζονται στενά ειδικοί, επιστημονικοί κλάδοι του χώρου της υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.τ.λ.).
- Η ομάδα υγείας δίνει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.
- Τέλος, προωθεί την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της κοινότητας σε θέματα υγείας.

4.5. Τα πλεονεκτήματα της ομάδας υγείας

- Η ποιότητα της φροντίδας που οργανώνεται και προσφέρεται από μία ομάδα επιστημόνων που συνεργάζονται είναι πολύ καλύτερη από τη φροντίδα που δίνεται από το σύνολο των ατόμων αυτών όταν εργάζονται μεμονωμένα.

- Οι διάφορες δεξιότητες, γνώσεις και ικανότητες των επιστημόνων που απαρτίζουν την ομάδα υγείας, χρησιμοποιούνται πιο αποδοτικά μέσα στην ομάδα.
- Η αλληλεπίδραση των ατόμων που συνεργάζονται στην ομάδα και η μάθηση που επέρχεται με τη συνεργασία τους ανεβάζει την ποιότητα της φροντίδας και ενισχύει τη θέση της ομάδας στην κοινότητα.
- Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους στο ομαδικό έργο.
- Τα άτομα της κοινότητας απολαμβάνουν πιο επιδέξια και περισσότερο αποτελεσματική την επιστημονική φροντίδα.
- Η εργασία στην ομάδα ενισχύει την ανάπτυξη κοινών επιμορφωτικών προγραμμάτων.

Γενικότερα, η φροντίδα που δίνεται από μία ομάδα επιστημόνων είναι πιο αποτελεσματική και πλήρης από την κατατεμαχισμένη κατά επαγγελματικές ειδικότητες φροντίδα. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι οι σκοποί της ομάδας υγείας δε γίνεται να επιτευχθούν από ένα μόνο άτομο οποιασδήποτε ειδικότητας, όταν αυτό εργάζεται μεμονωμένα και χωρίς στενή και συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

4.6. Σκοποί νοσηλευτών ομάδας υγείας

- Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
- Περιορισμός των επιπτώσεων μίας αναπόφευκτης αρρώστιας.
- Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
- Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
- Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής με σκοπό την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

4.7. Πού λειτουργεί η ομάδα υγείας

Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα τρία επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ομάδα ονομάζεται Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Π.Φ.Υ. προσφέρεται βασικά στα Κέντρα Υγείας αλλά και στα εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, το σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και άθλησης και οπουδήποτε ζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο.

4.8. Ο ρόλος της ομάδας υγείας στο φαινόμενο της υπογονιμότητας

Ένας από τους ρόλους της Ομάδας Υγείας είναι να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα στα άτομα της κοινότητας που εδρεύει. Αυτό την καθιστά υπεύθυνη στο να γνωρίζει τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες του κοινού στο οποίο απευθύνεται και γενικότερα τις τοπικές και κοινωνικές συνθήκες όπως επίσης το οικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο του κοινού με το οποίο έρχεται σε επαφή. Έτσι λοιπόν, η Ομάδα Υγείας θα πρέπει να αναλάβει την οργάνωση και παροχή υπηρεσιών σε θέματα όπως

το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η εγκυμοσύνη, η σωστή ανάπτυξη εμβρύου, ο τοκετός, η λοχεία και ο θηλασμός όπως επίσης και μεθόδους σύλληψης και αντισύλληψης σε ζευγάρια. Η υπογονιμότητα είναι ένα φαινόμενο το οποίο ακμάζει στην εποχή μας αφού τα στατιστικά δείχνουν ότι ολοένα και περισσότερα ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Για αυτό το λόγο λοιπόν, η Ομάδα Υγείας στέκεται στο πρόβλημα αυτό, μεθοδεύει δηλαδή τον τρόπο εργασίας της πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας με σκοπό να προσφέρει λύσεις στα άτομα που υποφέρουν από αυτή. Κάθε επιστημονικός συνεργάτης της Ομάδος Υγείας εξετάζει το θέμα από τη δική του πλευρά δίνοντας μία ολοκληρωμένη φροντίδα στο υπογόνιμο ζευγάρι. Αρχικά, η Ομάδα Υγείας δημιουργεί μία σχέση εχεμύθειας και απόλυτης εμπιστοσύνης με τα ενδιαφερόμενα άτομα ώστε να μπορεί να επικοινωνεί μαζί τους σωστά και υπεύθυνα. Η Ομάδα Υγείας ενημερώνει και πληροφορεί το ζευγάρι λύνοντας απορίες που τυχόν έχει. Επίσης, επιμορφώνεται και γνωρίζει τη σύγχρονη τεχνολογία και μεθόδους σύλληψης (τεχνητής γονιμοποίησης) και προσφέρει διαπαιδαγώγηση και εκπαίδευση στα θέματα αυτά. Επιπροσθέτως, προτείνει και καθοδηγεί κάθε ζευγάρι στο να βρει την καταλληλότερη μέθοδο για αυτό. Δίνει συμβουλές και οδηγίες για σωστή διατροφή, προτρέπει για φυσική άσκηση και φυσικά στηρίζει ψυχολογικά το υπογόνιμο ζευγάρι σε κάθε προσπάθεια γονιμοποίησης ή αποτυχίας αυτής.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη

Εισαγωγή:

Αν επιχειρήσουμε μία προσέγγιση της έννοιας του οικογενειακού προγραμματισμού θα την ορίζαμε ως την παροχή πληροφοριών και μέσων σε κάθε άτομο ώστε να μπορεί να καταστήσει την αναπαραγωγικότητά του εκούσια, υπεύθυνα και συνειδητή. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει στην προστασία της υγείας της μητέρας και του παιδιού, στη μείωση των εκτρώσεων, στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, στην πρόληψη των αφροδίσια νοσημάτων και επιθυμεί τη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά, που όλα τα μέλη τους θα ζουν αρμονικά.

Ένα από τα θέματα που ασχολείται ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι η υπογονιμότητα. Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να αποκτήσει τέκνο έπειτα από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών σχέσεων χωρίς αντισυλληπτική προστασία. Δεν πρέπει να συγχέεται με τη στειρότητα που είναι η απόλυτη βιολογική αδυναμία τεκνοποίησης. Σύμφωνα με τον ορισμό της όπως αυτός έχει διατυπωθεί από τον Π.Ο.Υ. η υπογονιμότητα αποτελεί διαταραχή της υγείας και χρήζει αντιμετώπισης. Η τεκνοποίηση και η δημιουργία οικογένειας θεωρείται δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

Σκοπός έρευνας

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της σημαντικότητας της ανάπτυξης του οικογενειακού προγραμματισμού και ειδικότερα η προστασία της αναπαραγωγικής υγείας του ατόμου και των ζευγαριών, καθώς και η διερεύνηση του ρόλου της ομάδας υγείας στην οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα δύο γενικά, δημόσια νοσοκομεία του Ηρακλείου και στο Κέντρο Μητέρας και Παιδιού στο Ι.Κ.Α. Ηρακλείου από 1-9-2008 έως 30-10-2008. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς και συνοδοί αυτών και των τριών ιδρυμάτων και συγκεκριμένα 300 άτομα. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 20 κλειστών ερωτήσεων των οποίων οι απαντήσεις είχαν προκαθοριστεί. Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία του υπό έρευνα πληθυσμού, η δεύτερη περιελάμβανε ερωτήσεις οι οποίες συνδέονταν με τον οικογενειακό προγραμματισμό και η τρίτη περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την υπογονιμότητα. Σε κάθε ίδρυμα διανεμήθηκαν από 100 ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη. Δεν επιλέχθηκε η μέθοδος της συνέντευξης «πρόσωπο με πρόσωπο», αλλά της ατομικής διανομής σε κάθε συμμετέχοντα, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η ειλικρινής αποτύπωση των απαντήσεων. Η συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε μέσα στα χρονικά πλαίσια που τέθηκαν. Η δομή του ερωτηματολογίου παρείχε τη δυνατότητα λήψης ποιοτικών στοιχείων και υπολογίστηκε η ποσοστιαία κατανομή ανά μεταβλητή.

Αποτελέσματα

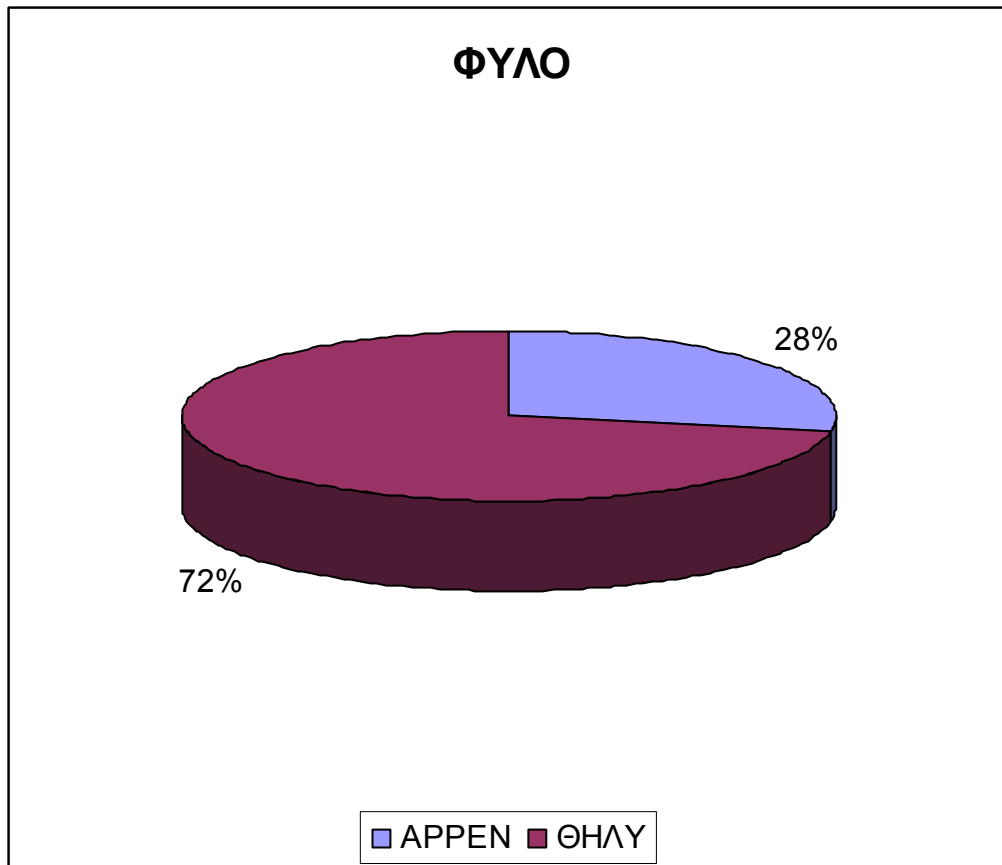
Η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του υπό έρευνα πληθυσμού εμφάνισε ανομοιογενή κατανομή των εργαζομένων όσον αφορά το φύλο, με τις γυναίκες να υπερτερούν σημαντικά έναντι των ανδρών (72% και 28% αντίστοιχα). Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν ηλικίας μεταξύ 20 έως 30 με ποσοστό 40% και 31 έως 40 με ποσοστό 41%. Η πλειονότητα των εργαζομένων ήταν έγγαμοι και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το 69% υποστήριξε ότι δεν υπήρξε ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, ενώ το 31% ότι υπήρξε. Στην ερώτηση για το αν υπάρχουν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή τους το 54% απάντησε θετικά και το 46% αρνητικά. Επίσης, για το 52% η πρόσβαση σε αυτά χαρακτηρίστηκε ως δύσκολη, για το 44% ως εύκολη και για το 4% ως αδύνατη.

Μεθοδολογία-Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική δοκιμασία κατανομής συχνοτήτων με εκατοστιαίες αναλογίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάστηκαν με τη μορφή κυκλικών διαγραμμάτων.

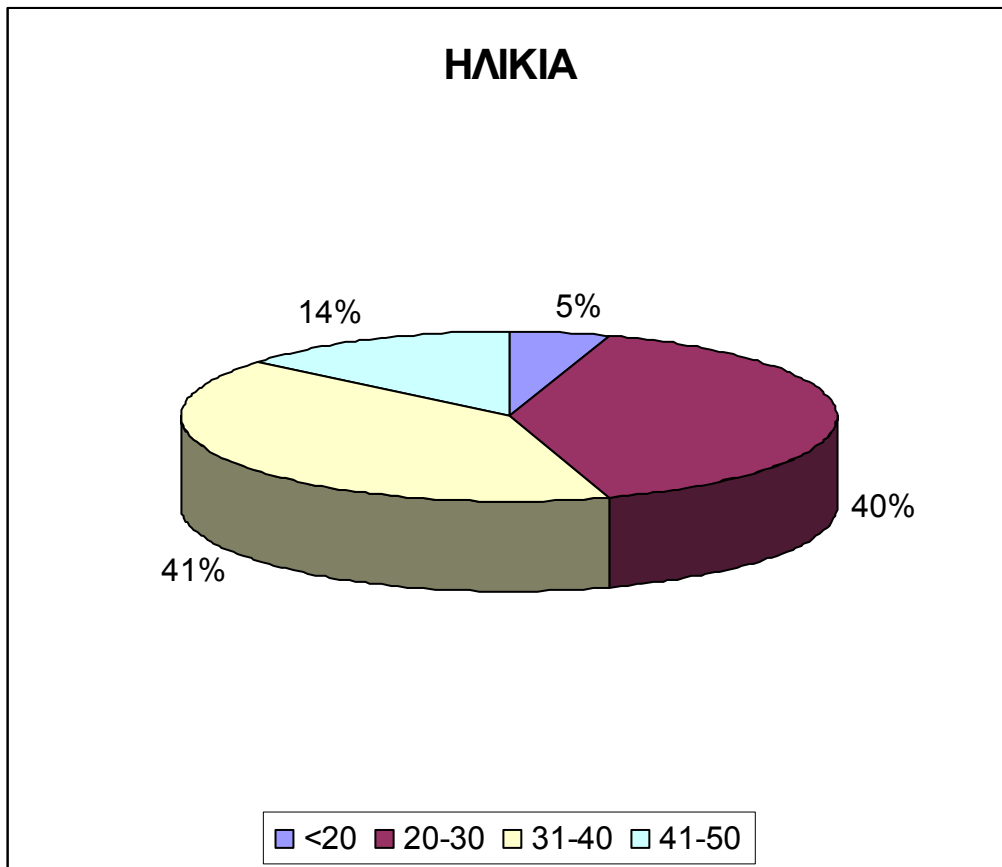
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 1.Α



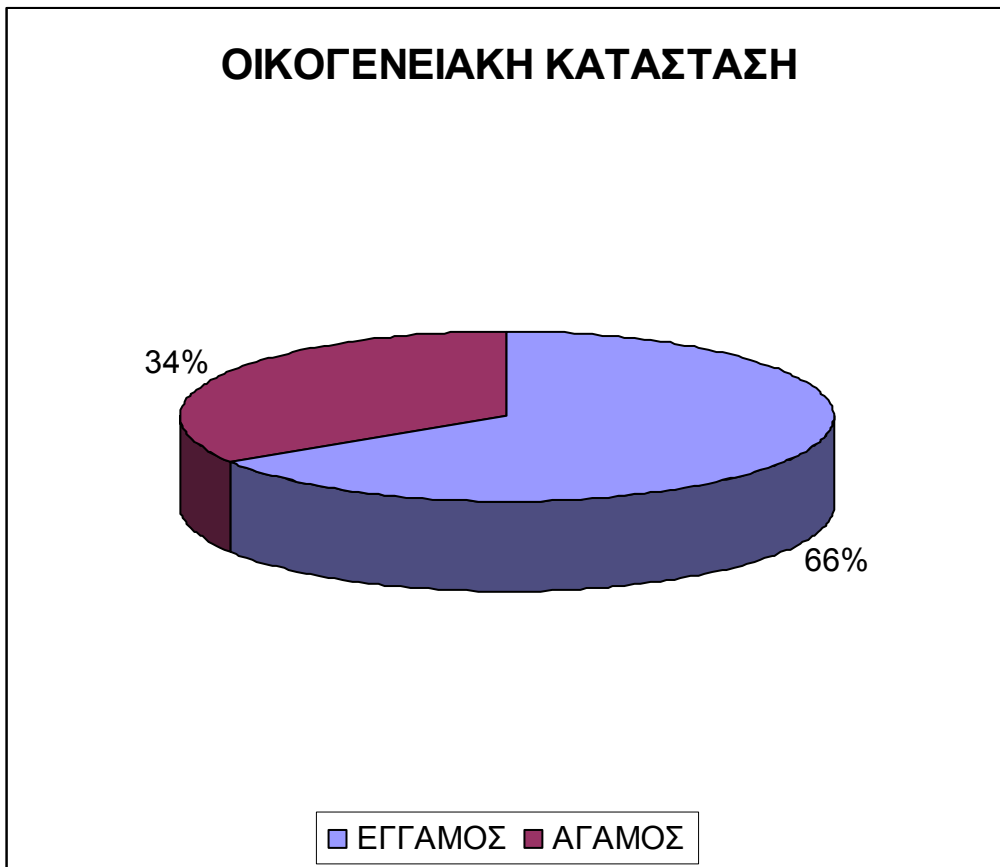
Από το σύνολο των ερωτηθέντων ποσοστό 72% ήταν γυναίκες και 28% άνδρες.

Πίνακας 2.Α



Η ηλικία των ερωτηθέντων ήταν για το 41% από 31 έως 40 ετών, για το 40% από 20 έως 30 ετών, για το 14% από 41 έως 50 ετών και για το 5% πάνω από 20 ετών.

Πίνακας 3.Α



Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι με ποσοστό 66%, έναντι του 34% που ήταν άγαμοι.

Πίνακας 4.Α



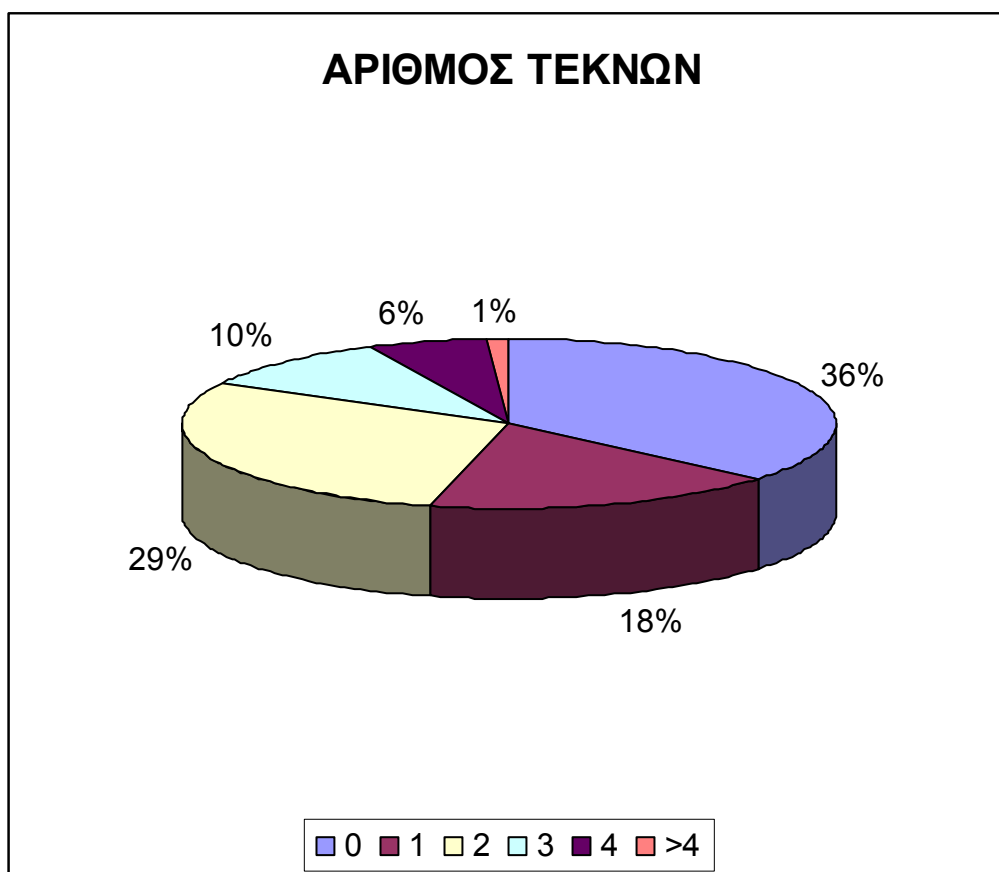
Το 80% των ερωτηθέντων κατοικεί σε αστική περιοχή, ενώ το 20% σε αγροτική.

Πίνακας 5.Α



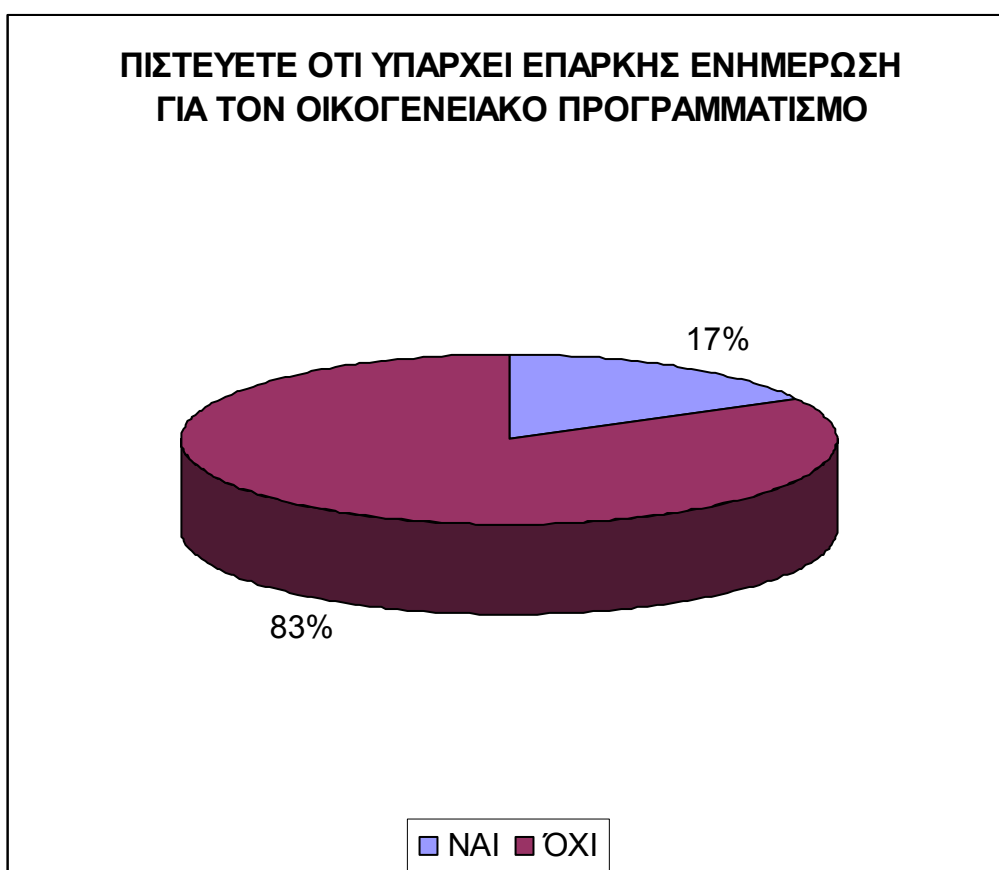
Το 54% των εργαζομένων ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 35% τριτοβάθμιας και το 11% πρωτοβάθμιας.

Πίνακας 6.Α



Το 36% των ερωτηθέντων δεν είχε παιδιά, το 29% είχε 2 παιδιά, το 18% είχε 1 παιδί, το 10% είχε 3 παιδιά, το 6% είχε 4 παιδιά και μόλις το 1% είχε πάνω από 4 παιδιά.

Πίνακας 1.Β



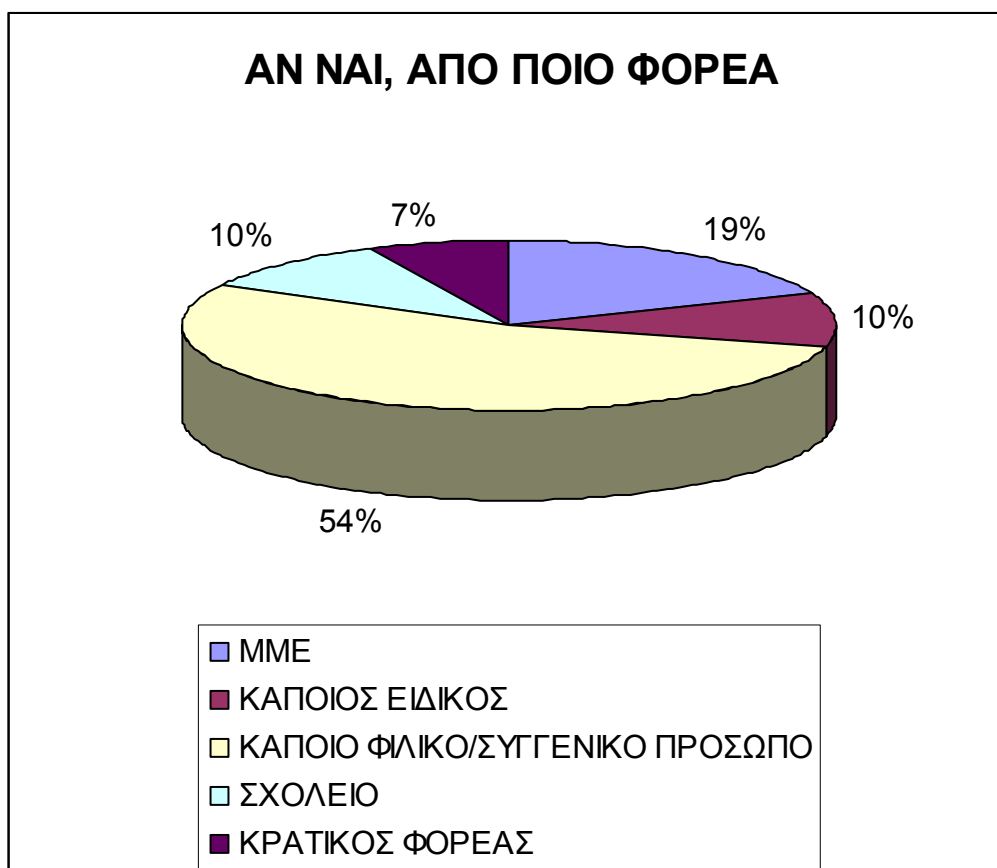
Για ποσοστό 83% υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό, ενώ για ποσοστό 17% δεν υπάρχει.

Πίνακας 2.Β



Για την πλειονότητα των ερωτηθέντων (ποσοστό 69%) δεν υπήρξε ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, ενώ το 31% υποστήριξε ότι υπήρξε.

Πίνακας 3.Β



Από αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, το 54% υποστήριξε ότι ήταν κάποιο φιλικό/συγγενικό πρόσωπο, το 19% τα Μ.Μ.Ε., το 10% το σχολείο, το 10% κάποιος ειδικός και μόλις το 7% κάποιος κρατικός φορέας.

Πίνακας 4.Β



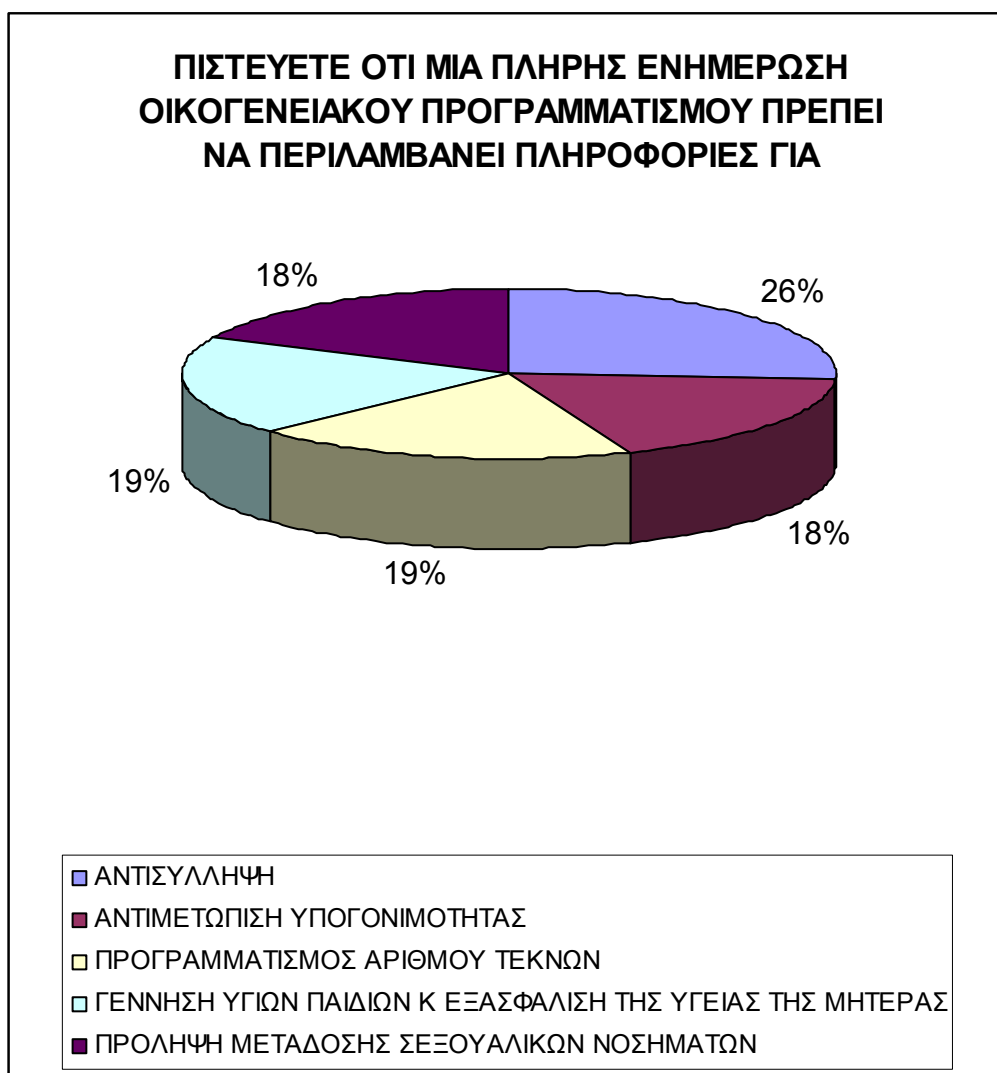
Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ποσοστό 90% είχε ενεργή σεξουαλική ζωή, έναντι ποσοστού 10% που δεν είχε.

Πίνακας 5.Β



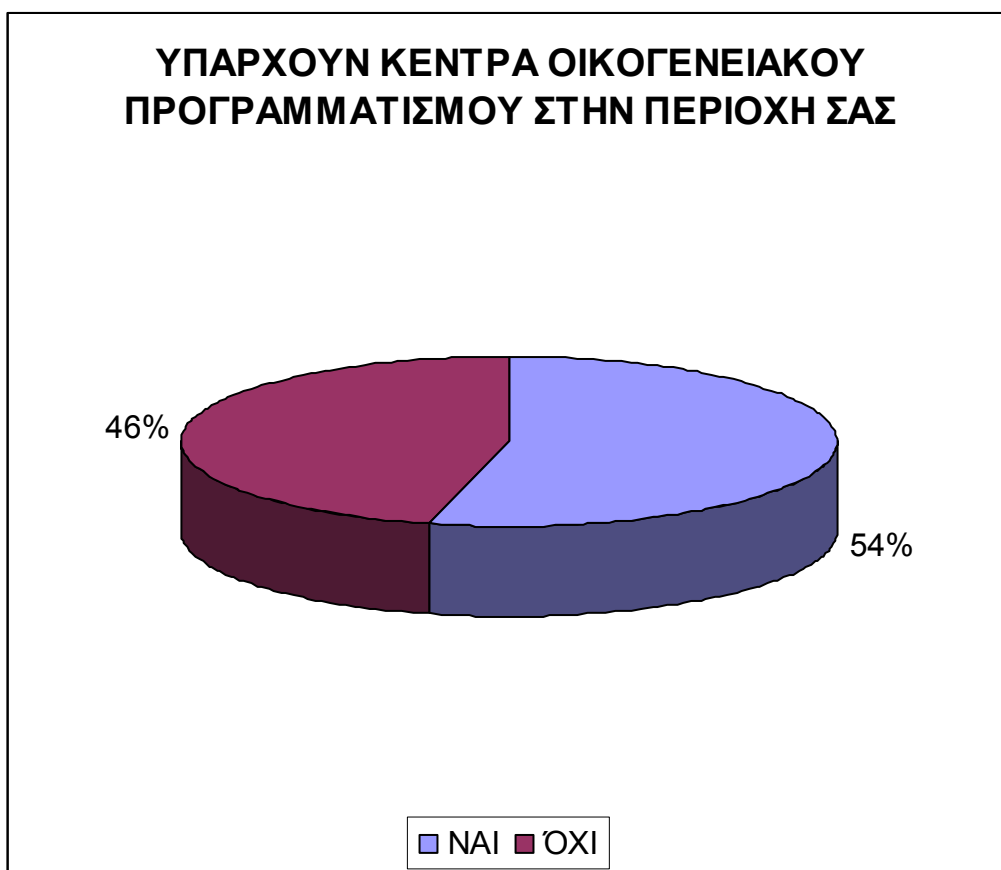
Για το 58% των ερωτηθέντων η έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής έγινε την πενταετία από 15 έως 20 ετών, για το 22% από 20 έως 25 ετών, για το 17% από 10 έως 15 ετών και για το υπόλοιπο 3% από 25 έως 30 ετών.

Πίνακας 6.Β



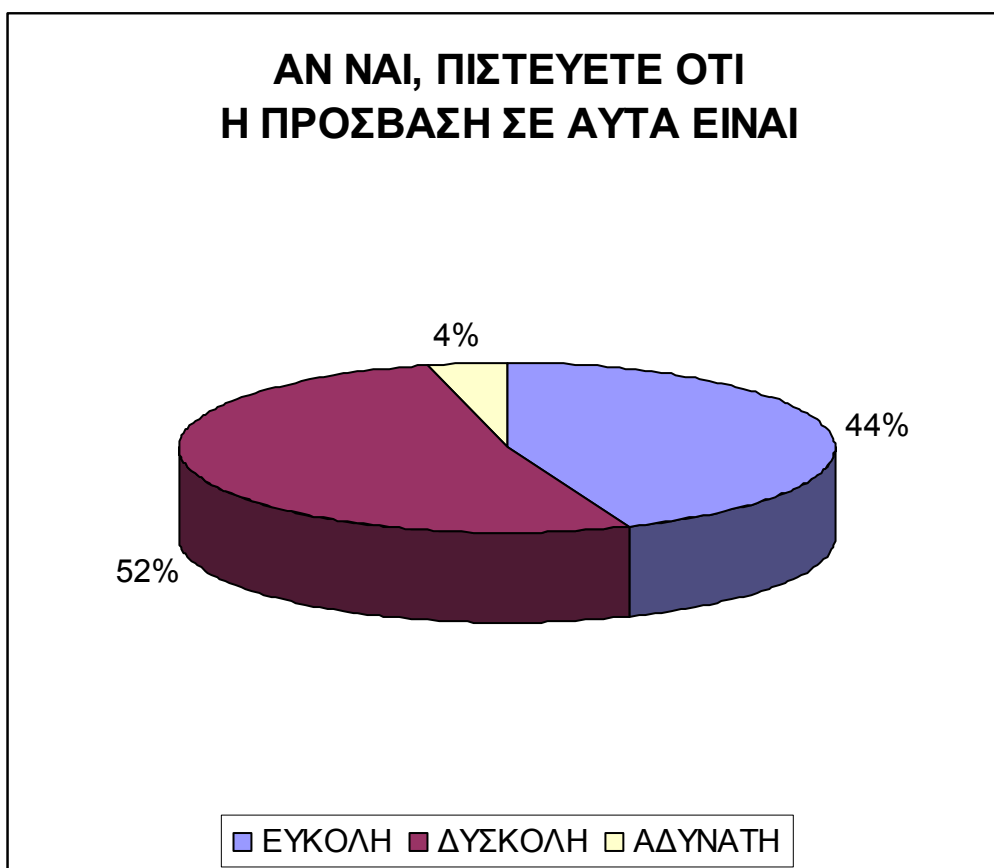
Το 26% των εργαζομένων πίστευε ότι μία πλήρης ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για αντισύλληψη, το 18% πληροφορίες για αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, ένα άλλο 18% πληροφορίες για πρόληψη μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων, το 19% πληροφορίες για προγραμματισμό αριθμού τέκνων και ένα άλλο 19% πληροφορίες για γέννηση υγιών παιδιών και εξασφάλιση της υγείας της μητέρας.

Πίνακας 7.Β



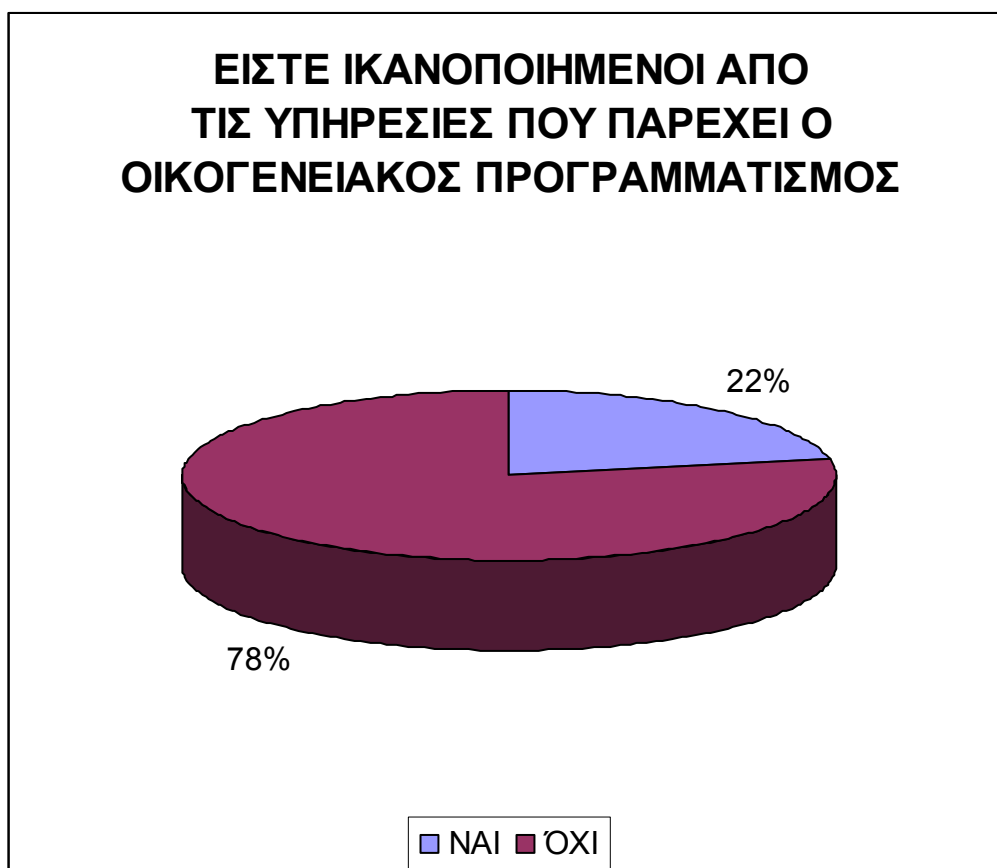
Το 54% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι υπάρχουν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή τους, ενώ το 46% υποστήριξε ότι δεν υπάρχουν.

Πίνακας 8.Β



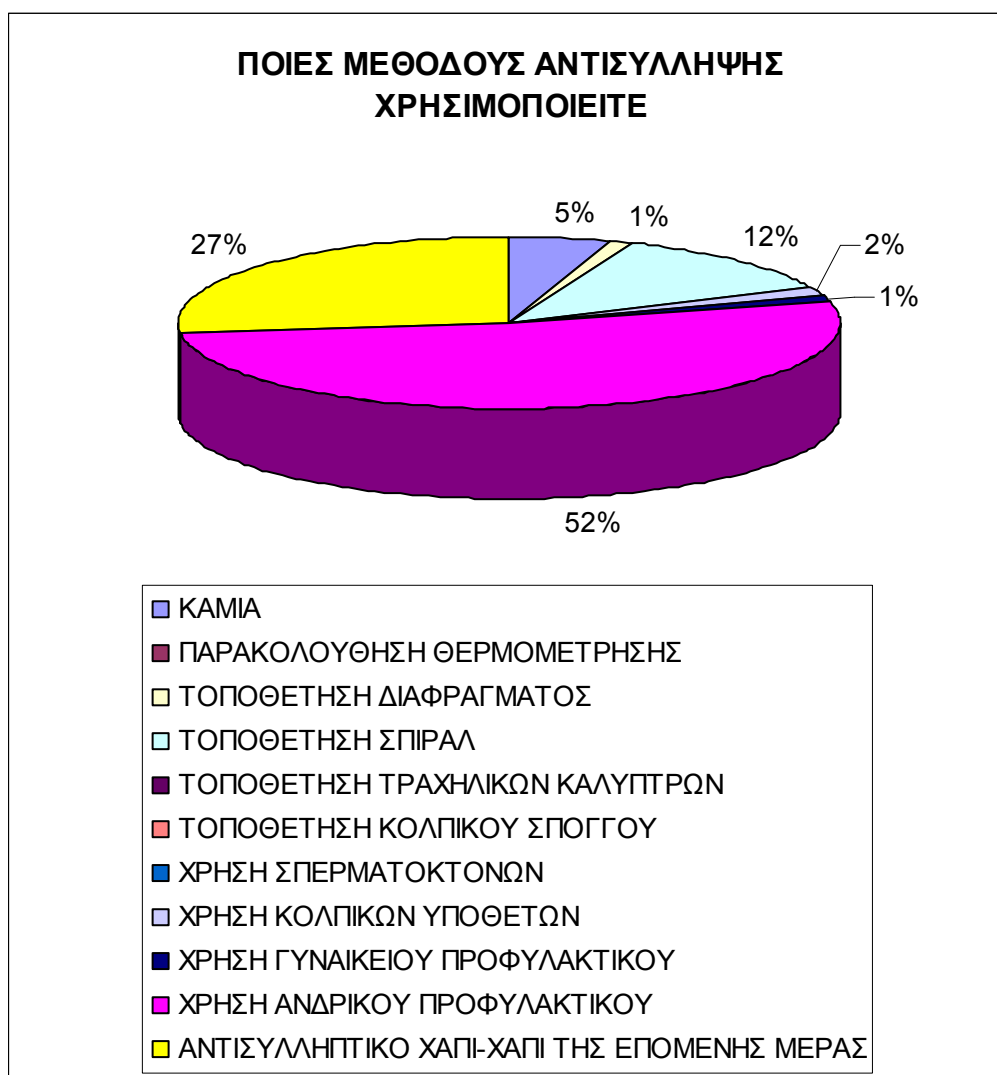
Από αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση το 52% θεωρεί την πρόσβαση σε αυτά δύσκολη, το 44% εύκολη και το 4% αδύνατη.

Πίνακας 9.Β



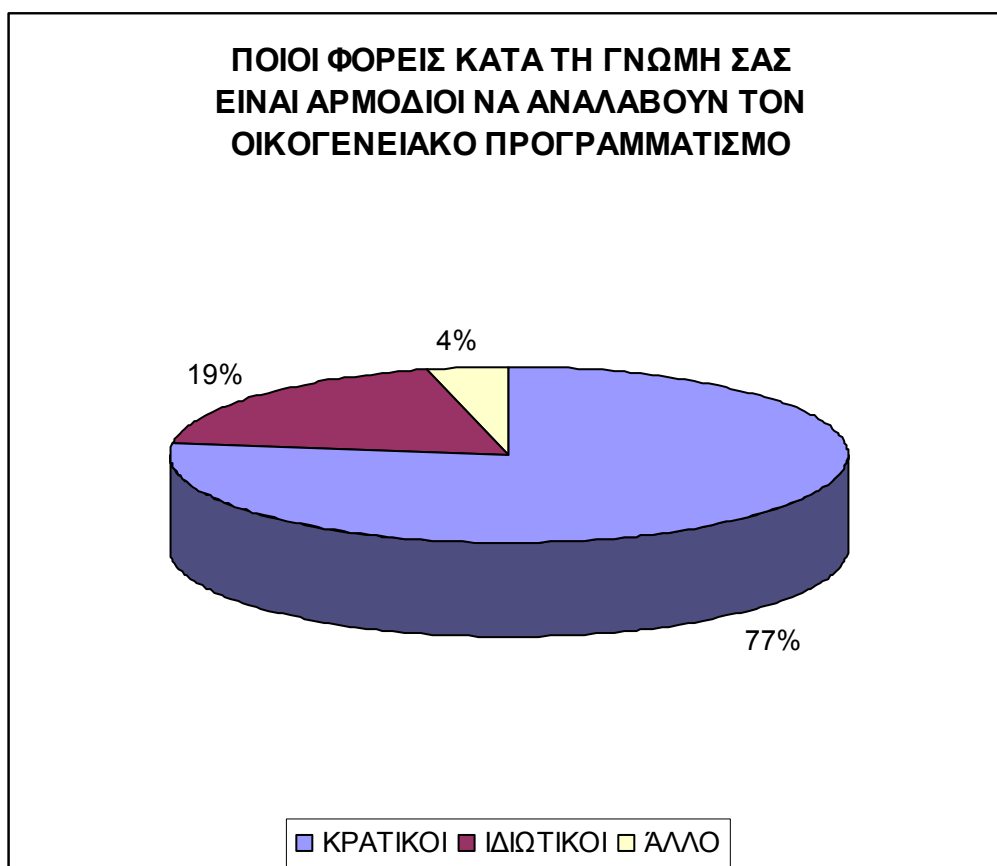
Το 78% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός, ενώ το υπόλοιπο 22% απάντησε ότι είναι.

Πίνακας 10.Β



Μόλις το 5% των συμμετεχόντων στην έρευνα υποστήριξε ότι δε χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης, το 1% ότι χρησιμοποιεί ως μέθοδο αντισύλληψης την τοποθέτηση διαφράγματος, το 12% την τοποθέτηση σπιράλ, το 2% τη χρήση κολπικών υποθέτων, το 1% τη χρήση γυναικείου προφυλακτικού, το 52% τη χρήση ανδρικού προφυλακτικού και το 27% το αντισυλληπτικό χάπι ή το χάπι της επόμενης μέρας.

Πίνακας 11.Β



Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (ποσοστό 77%) υποστήριξε ότι οι φορείς που είναι αρμόδιοι κατά τη γνώμη τους να αναλάβουν τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι κρατικοί, το 19% ιδιωτικοί και το 4% απάντησε κάτι άλλο.

Πίνακας 12.Β



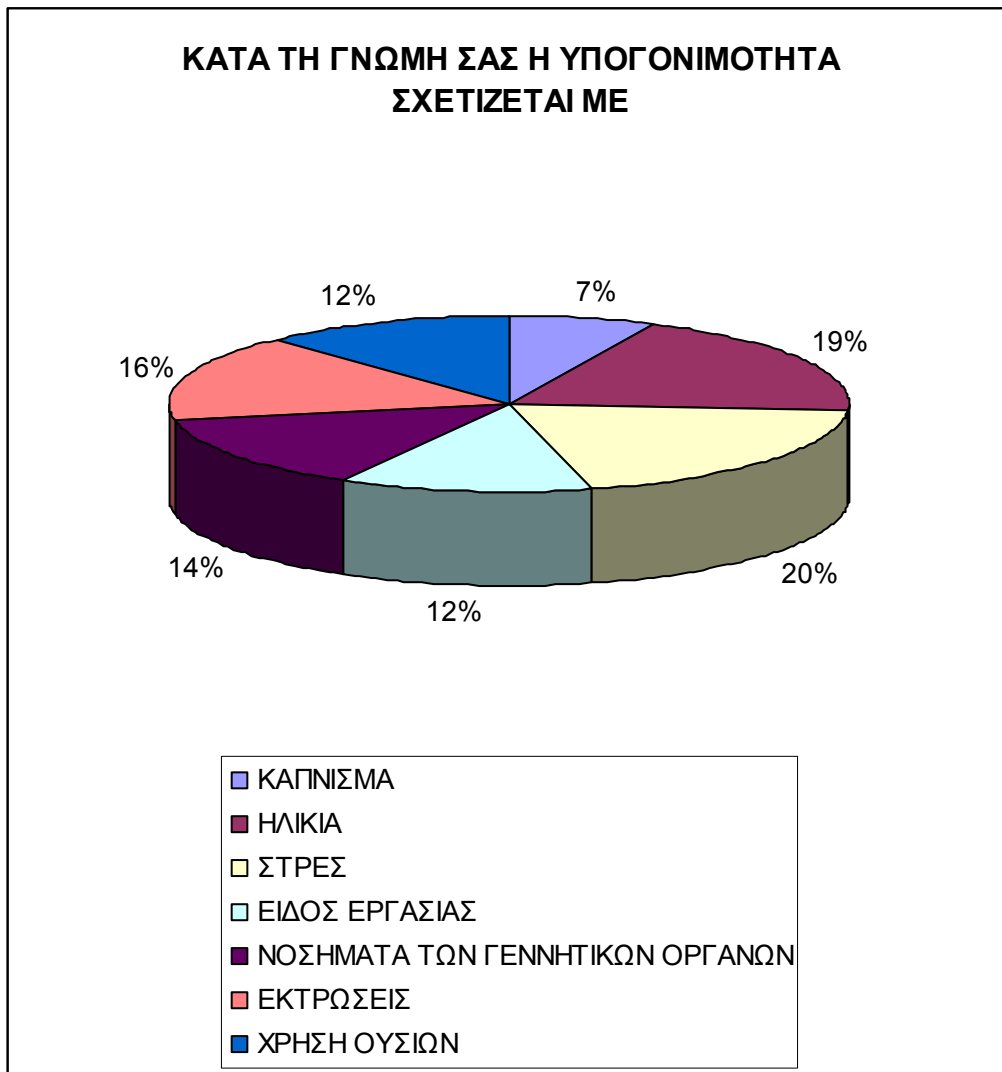
Το 84% των εργαζομένων απάντησε ότι πιστεύει πως υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας στη χώρα μας, αντίθετα με το 16% που απάντησε ότι δεν υπάρχει.

Πίνακας 13.Β



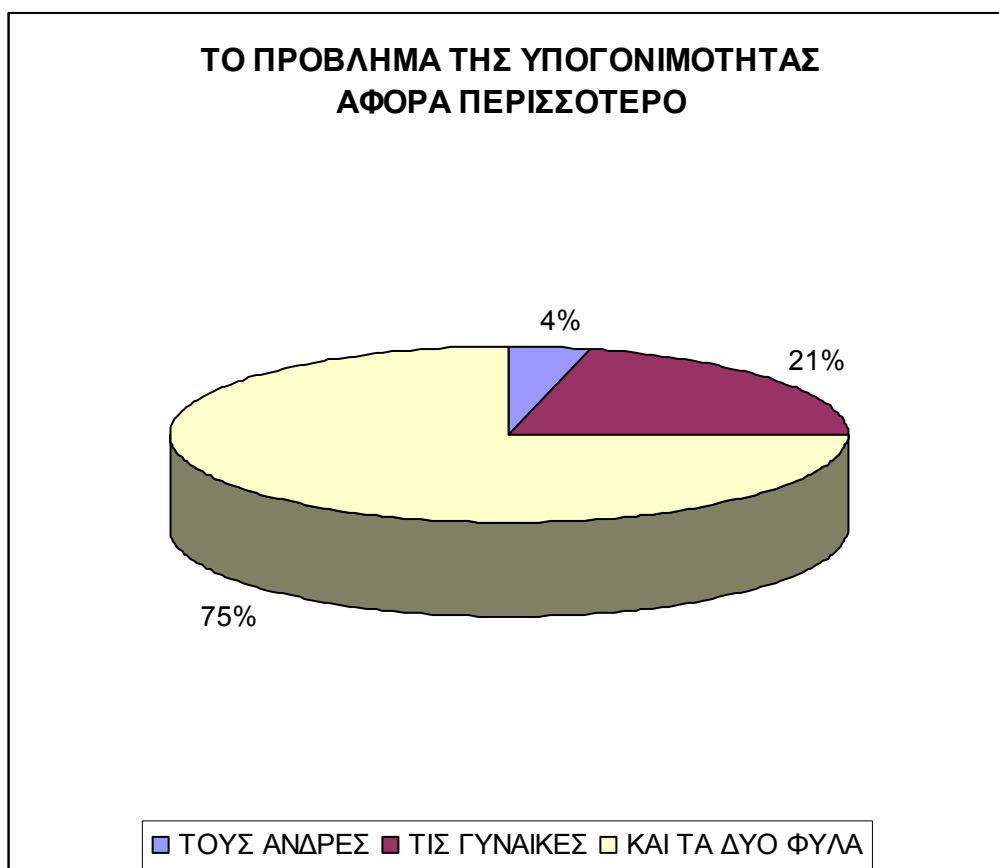
Ποσοστό 74% απάντησε ότι γνωρίζει ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, ενώ το 26% υποστήριξε ότι δε γνωρίζει.

Πίνακας 14.Β



Σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων, για το 7% η υπογονιμότητα σχετίζεται με το κάπνισμα, για το 19% με την ηλικία, για το 20% με το στρες, για το 12% με το είδος της εργασίας, για το 14% με νοσήματα των γεννητικών οργάνων, για το 16% με τις εκτρώσεις και για το 12% με τη χρήση ουσιών.

Πίνακας 15.Β



Το πρόβλημα της υπογονιμότητας αφορά περισσότερο για το 4% τους άνδρες, για το 21% τις γυναίκες και για το υπόλοιπο 75% αφορά και τα δύο φύλα.

Πίνακας 16.Β



Το 51% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι η υπογονιμότητα οφείλεται σε παθολογικά αίτια, ενώ το 49% ότι οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια.

Πίνακας 17.Β



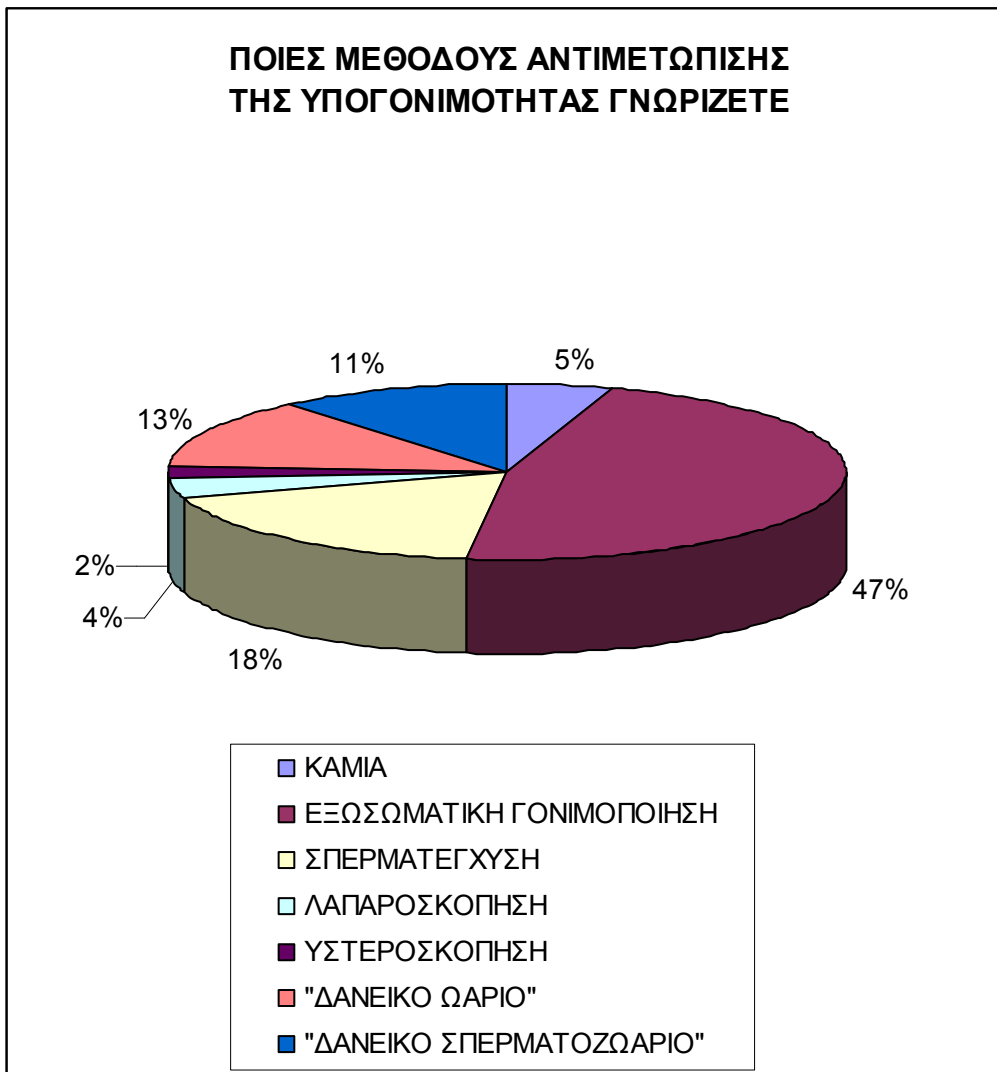
Στην ερώτηση για το αν η υπογονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα το 53% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά, ενώ το 47% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 18.Β



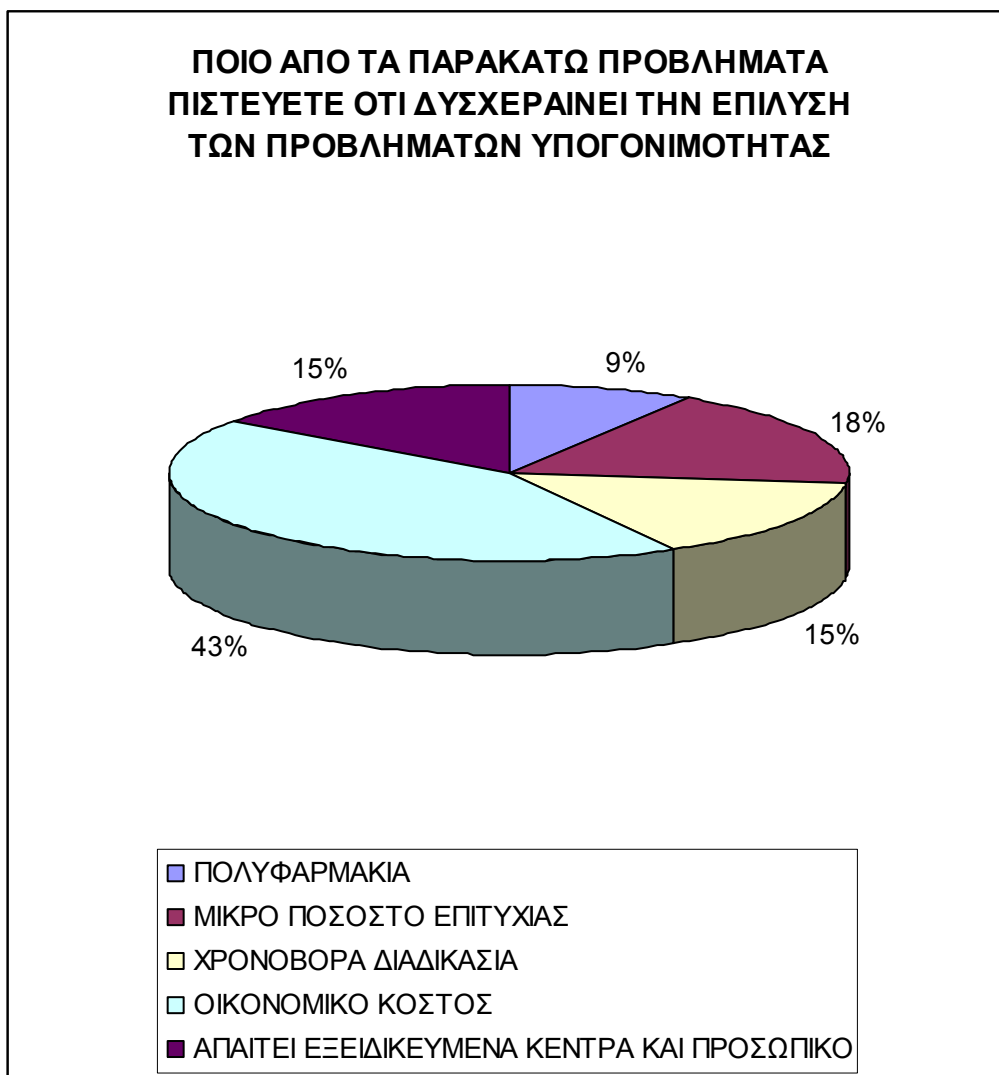
Το 62% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι αποτελεί «ταμπού» στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας η επίσκεψη στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ το 38% υποστήριξε ότι αυτό δεν ισχύει.

Πίνακας 19.Β



Στην ερώτηση για το ποιες μεθόδους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας γνωρίζουν το 5% απάντησε καμία, το 47% την εξωσωματική γονιμοποίηση, το 18% τη σπέρματέγχυση, το 4% τη λαπαροσκόπηση, το 2% την υστεροσκόπηση, το 13% το «δανεικό ωάριο» και το 11% το «δανεικό σπέρμαζωάριο».

Πίνακας 20.Β



Το πρόβλημα που πιστεύουν ότι δυσχεραίνει την επίλυση των προβλημάτων υπογονιμότητας για το 9% είναι η πολυφαρμακία, για το 18% το μικρό ποσοστό επιτυχίας, για το 15% το ότι είναι χρονοβόρα διαδικασία, για το 43% το οικονομικό κόστος και για το 15% το ότι απαιτεί εξειδικευμένα κέντρα και προσωπικό.

Πίνακας 21.Β



Στην ερώτηση για το πώς πιστεύουν ότι θα λυνόταν το πρόβλημα της υπογονιμότητας στη χώρα μας το 49% υποστήριξε με την κάλυψη των εξόδων από το κράτος, το 19% με χρήση νέων φαρμάκων/τεχνικών και το 32% με καλύτερη ενημέρωση των ζευγαριών.

Συμπεράσματα – Σχόλια – Προτάσεις

Συμπεράσματα

Από τους 300 ερωτηθέντες το 72% ήταν γυναίκες και το 28% άνδρες. Η ηλικία των ερωτηθέντων ήταν για το 41% από 31-40 ετών, το 40% από 20-30 ετών, το 14% από 41-50 ετών και το 5% κάτω από 20 ετών. Το 80% των ερωτηθέντων διέμενε σε αστική περιοχή και το 20% σε αγροτική. Το 54% ήταν β' βάρθμιας εκπαίδευσης, το 35% γ' βάρθμιας και το 11% α' βάρθμιας εκπαίδευσης.

Το 36% των ερωτηθέντων δεν είχε παιδιά, το 29% ήταν δευτερότοκες, το 18% πρωτότοκες, το 10% τριτότοκες, το 6% είχε 4 παιδιά και μόλις το 1% πάνω από τέσσερα παιδιά. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 83% πιστεύει ότι υπάρχει επαρκώς ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό και το 17% ότι υπάρχει.

Για την πλειονότητα των ερωτηθέντων (69%) δεν υπήρξε ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, ενώ το 31% υποστήριξε ότι υπήρξε. Από αυτούς που απάντησαν θετικά το 34% ήταν από κάποιο φιλικό – συγγενικό πρόσωπο, το 19% από τα Μ.Μ.Ε., το 10% το σχολείο και μόλις το 7% από κρατικούς φορείς.

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα 90% είχε ενεργή σεξουαλική ζωή έναντι ποσοστού 10% που δεν είχε. Για το 58% των ερωτηθέντων η έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής έγινε την πενταετία των 15-20 ετών, για το 22% από 20-25 ετών, για το 17% από 10-15 ετών και το υπόλοιπο 3% από 25-30 ετών.

Το 26% των ερωτηθέντων πίστευε ότι μια επαρκής ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για αντισύλληψη, το 18% πληροφορίες για αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, το 18% πληροφορίες για την πρόληψη μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων, το 19% πληροφορίες για προγραμματισμό αριθμού τέκνων και ένα άλλο 19% πληροφορίες για γέννηση υγιών παιδιών και εξασφάλιση υγείας της μητέρας.

Το 54% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι υπάρχουν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή τους ενώ το 46% υποστήριξε ότι δεν υπάρχουν.

Από αυτούς που απάντησαν θετικά το 52% θεωρεί την πρόσβαση σε αυτά δύσκολη, το 44% εύκολη και το 4% αδύνατη. Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 78% απάντησε ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός ενώ το 22% απάντησε ότι είναι.

Το 5% των συμμετεχόντων στην έρευνα υποστήριξε ότι δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης, το 1% χρησιμοποιεί ως μέθοδο αντισύλληψης την τοποθέτηση διαφράγματος, το 12% την τοποθέτηση σπιράλ, το 2% την χρήση κολπικών υπόθετων, το 1% την χρήση γυναικείου προφυλακτικού, το 52% την χρήση ανδρικού προφυλακτικού και το 27% τα αντισυλληπτικά χάπια ή το χάπι της επόμενης μέρας.

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (77%) υποστήριξε ότι οι φορείς που είναι αρμόδιοι να αναλάβουν τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι κρατικοί, το 19% ιδιωτικοί και το 4% απάντησε κάτι άλλο. Το 84% των εργαζομένων ότι πιστεύει πως υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας στη χώρα μας, αντίθετα με το 16% που απάντησε ότι δεν υπάρχει. Ποσοστό 74% απάντησε ότι γνωρίζει ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας ενώ το 26% απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων για το 7% η υπογονιμότητα σχετίζεται με το κάπνισμα, για το 19% με την ηλικία για το 20% με το στρές, για το 12% με το είδος της εργασίας,

για το 14% με νοσήματα των γεννητικών οργάνων, για το 16% με εκτρώσεις και το 12% με τη χρήση ουσιών.

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας αφορά περισσότερο για το 40% τους άνδρες, για το 21% τις γυναίκες και το υπόλοιπο 75% αφορά και τα δυο φύλα.

Το 51% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι η υπογονιμότητα οφείλεται σε παθολογικά αίτια ενώ το 49% ότι οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Στην ερώτηση για το αν η υπογονιμότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα το 53% απάντησε θετικά, ενώ το 47% απάντησε αρνητικά. Το 62% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι αποτελεί «ταμπού» στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας η επίσκεψη στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ το 38% απάντησε ότι αυτό δεν ισχύει. Στην ερώτηση για το ποιες μεθόδους αντιμετώπισης υπογονιμότητας γνωρίζουν, το 5% απάντησε καμία, το 47% την εξωσωματική γονιμοποίηση, το 18% την σπερματέγχυση, το 4% την λαπαροσκόπηση, το 2% την υστεροσκόπηση, το 13% το «δανεικό ωάριο» και το 11% το δανεικό σπερματοζώαριο.

Το πρόβλημα που πιστεύουν ότι δυσχεραίνει την επίλυση των προβλημάτων υπογονιμότητας, για το 9% είναι η πολυφαρμακία, για το 18% το μικρό ποσοστό επιτυχίας, για το 15% το ότι είναι χρονοβόρα διαδικασία, για το 43% το οικονομικό κόστος και για το 15% το ότι απαιτεί εξειδικευμένα κέντρα και προσωπικό. Στην ερώτηση για το πώς πιστεύουν ότι θα λύνονταν το πρόβλημα της υπογονιμότητας στη χώρα μας, το 49% υποστήριξε με την κάλυψη εξόδων από το κράτος, το 19% με την χρήση νέων φαρμάκων / τεχνικών και το 32% με καλύτερη ενημέρωση των ζευγαριών.

Σχόλια

Η παρούσα μελέτη εστίασε στο γεγονός ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού δε γνωρίζει για τις υπηρεσίες που παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός και τη συμβολή του στην αντιμετώπιση προβλημάτων υπογονιμότητας. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η πρόσβαση στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι δύσκολη, καθώς και ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν είναι ικανοποιητικές. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων δεν έλαβαν καμία ενημέρωση από ειδικούς πριν την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής. Από την έρευνα φάνηκε ότι μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων ξεκίνησε τη σεξουαλική του δραστηριότητα σε ηλικία μόλις 10-15 ετών, με κίνδυνο μετάδοσης κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος ή ανεπιθύμητης κύησης, λόγω άγνοιας. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υπογονιμότητα αποτελεί μείζον πρόβλημα της σημερινής εποχής αφού στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν ζευγάρια που αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα, οι περισσότεροι απάντησαν θετικά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειονότητα γνωρίζει ως μοναδική μέθοδο αντιμετώπισης της υπογονιμότητας την εξωσωματική γονιμοποίηση, πράγμα που επιβεβαιώνει την έλλειψη οικογενειακού προγραμματισμού στη χώρα μας. Απαραίτητος κρίνεται ο ρόλος της ομάδας υγείας που εξασφαλίζει εξειδικευμένες γνώσεις και ευκαιρίες στον τομέα της ευαισθητοποίησης του κοινού και της εξατομικευμένης συμβουλευτικής.

Προτάσεις

Προκειμένου να γίνει γνωστός ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και οι υπηρεσίες και τα οφέλη του προτείνονται τα παρακάτω:

Αρχικά, να δημιουργηθούν περισσότερα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές της περιφέρειας ώστε να υπάρχει η

δυνατότητα πρόσβασης από όλους τους πολίτες. Να στελεχωθούν αυτά με κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό ανάλογο με τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως επίσης να υπάρχουν η απαραίτητη υποδομή και μέσα. Να ενημερωθούν οι πολίτες για τη θέση των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού, τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν και τις ανάγκες που δύνανται να ικανοποιήσουν. Να ενταχθεί η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ως βασικό μάθημα στα σχολεία και τέλος κρατικοί φορείς να μεριμνούν αφιλοκερδώς σε επίπεδο κοινωνικής ευθύνης για τη διεξαγωγή ημερίδων και κατάλληλων προγραμμάτων που να αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Επίλογος

Μέσα από την παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να καταγραφεί η σημαντικότητα της ανάπτυξης του οικογενειακού προγραμματισμού, όπως επίσης το πρόβλημα της υπογονιμότητας και ο ρόλος της ομάδας υγείας στην οργάνωση του οικογενειακού προγραμματισμού. Ευελπιστούμε ότι παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε να καταφέραμε να παρουσιάσουμε μία ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε και η αξιολόγηση των στοιχείων αυτών να μπορέσει να δώσει την πραγματική διάσταση του θέματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρουλάκη Ρ., Μπαφάκη Α., Πολιτική και Οργάνωση του Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1995.
2. Βαϊδάκης Ι. και συν. Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1990.
3. Γεωργιόπουλος Α., Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, 1999.
4. Ιγγλεζάκη Α., Καρπαθιωτάκη Ο., Κόκκινου Γ., Η στάση των εφήβων απέναντι στην αντισύλληψη, 2007.
5. Κάπνουλα Α., Πιτσικάκη Μ., Φλάκα Β., Αντισύλληψη και έκτρωση – τοποθετήσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους, 2007.
6. Kervasdoue A., Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας, 1996.
7. Κυριακίδου Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, 2000.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

1. www.alithia.gr/newspaper (12/1/09)
2. www.myworld.gr/side/content.php?sel=156&artial=359712
3. www.cyfamplan.org/famplan/userfiles/documents/30april.doc
4. www.gynmed.gr/content.php?id=23.woman.eportal.gr/v5/woman/egkimosini/977302_200605029773.php3-65k-
5. www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=33
6. www.belife.gr/magazine/content/view/536
7. news.pathfinder.gr/news/health/features/349738.html
8. [el.wikipedia.org/wiki/Αἰδοίο](http://el.wikipedia.org/wiki/Αἰδοίو)
9. www.fa3.gr/online.photoes/displayimage.php?album=42&pos=18-17k-
10. www.gynmed.gr/content.php?id=47
11. www.genitalsigil.net/seks.hpr=gr.html
12. health.in.gr/news/article.asp?ngArticle10=36493

13. www.embryoart.gr/gr/upovoithoumeni/aitia.htm
14. www.embyoart.gr/gr/fag/default.htm
15. www.imop.gr/5702578c.el.asp
16. www.iatronet.gr/articlespnsr.asp?art_id=43
17. www.baby.gr/index.cfm/doc/117/cat/27
18. http://epsyea.org/intex.php?option=com_content&task=bloccategory&i
19. [www.tanea.gr/Μαίρη Κατσανοπούλου](http://www.tanea.gr/Μαίρη_Κατσανοπούλου)
20. [www.ethnos.gr/Δημήτρης Καραγιώργος](http://www.ethnos.gr/Δημήτρης_Καραγιώργος)
21. [www.diatrofi&gonimotita/Δρακοπούλου Χριστίνα](http://www.diatrofi&gonimotita/Δρακοπούλου_Χριστίνα)
22. www.Apodimos.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Γενικές Πληροφορίες:

Φύλο	Άρρεν <input type="checkbox"/>	Θήλυ <input type="checkbox"/>	
Ηλικία			
Οικ. Κατάσταση	Έγγαμος <input type="checkbox"/>	Άγαμος <input type="checkbox"/>	
Τόπος Κατοικίας	Αγροτική Περιοχή <input type="checkbox"/>	Αστική Περιοχή <input type="checkbox"/>	
Εκπαιδευτική Βαθμίδα	Α΄ θμια <input type="checkbox"/>	Β΄ βθμια <input type="checkbox"/>	Γ΄ θμια <input type="checkbox"/>

1) Πιστεύεται ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

Ναι Όχι

2) Υπήρξε ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού προ της έναρξης της σεξουαλικής σας ζωής;

Ναι Όχι

Αν απαντήσετε ναι από ποιόν φορέα;

MME Κάποιος ειδικός

Κάποιο φιλικό / συγγενικό πρόσωπο Σχολείο

Κρατικός φορέας

3) Έχετε ενεργή σεξουαλική ζωή;

Ναι Όχι

Αν απαντήσετε ναι σε ποια πενταετία έγινε η έναρξη αυτής;

10-15 15-20 20-25 25-30 30-35

4) Τι πιστεύετε ότι πρέπει να περιλαμβάνει μια πλήρης ενημέρωση οικογενειακού προγραμματισμού; Πληροφορίες για:

A) Αντισύλληψη

B) Αντιμετώπιση γονιμότητας

Γ) Προγραμματισμός αριθμού τέκνων

Δ) Γέννηση υγιών παιδιών και εξασφάλιση της υγείας της μητέρας

E) Πρόληψη μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων

5) Υπάρχουν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού στην περιοχή σας;

Ναι Όχι

Αν ναι πιστεύετε ότι η πρόσβαση σε αυτά είναι

A) Εύκολη

B) Δύσκολη

Γ) Αδύνατη

6) Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός;

Ναι Όχι

7) Ποιες μεθόδους αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;

A) Καμία

B) Παρακολούθηση θερμομέτρησης

Γ) Τοποθέτηση διαφράγματος

Δ) Τοποθέτηση σπιράλ

E) Τοποθέτηση τραχηλικών καλύπτρων

ΣΤ) Τοποθέτηση κολπικού σπόγγου

Z) Χρήση σπερματοκτόνων

H) Χρήση κολπικών υπόθετων

Θ) Χρήση γυναικείου προφυλακτικού

I) Χρήση ανδρικού προφυλακτικού

K) Αντισυλληπτικό χάπι Λ) Χάπι της επόμενης μέρας

8) Ποιοι φορείς κατά τη γνώμη σας είναι αρμόδιοι να αναλάβουν τον οικογενειακό προγραμματισμό;

A) Κρατικοί

B) Ιδιωτικοί

Γ) Άλλο

9) Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας στη χώρα μας;

Ναι

Όχι

10) Γνωρίζετε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν τέτοιο πρόβλημα;

Ναι

Όχι

11) Κατά τη γνώμη σας η υπογονιμότητα σχετίζεται με:

Κάπνισμα Νοσήματα των γεννητικών οργάνων

Ηλικία Εκτρώσεις

Στρες Χρήση ουσιών

Είδος εργασίας

12) Το πρόβλημα της υπογονιμότητας αφορά περισσότερο στους:

A) Άνδρες

B) Γυναίκες

Γ) Και τα δυο φύλα

13) Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα οφείλεται σε:

A) Παθολογικά αίτια

B) Ψυχολογικά αίτια

14) Σχετίζεται κατά τη γνώμη σας η υπογονιμότητα με τη σεξουαλική δραστηριότητα;

Ναι

Όχι

15) Αποτελεί «ταμπού» στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας η επίσκεψη στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

Ναι

Όχι

16) Ποιες μεθόδους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας γνωρίζετε;

A) Καμία

B) Εξωσωματική γονιμοποίηση

Γ) Σπερματέγχυση

Δ) Λαπαροσκόπηση

E) Υστεροσκόπηση

ΣΤ) «Δανεικό ωάριο»

Z) «Δανεικό σπερματοζωάριο»

17) Ποιο /ποια από τα παρακάτω προβλήματα πιστεύετε ότι δυσχεραίνουν την επίλυση των προβλημάτων υπογονιμότητας;

A) Πολυφαρμακία

B) Μικρό ποσοστό επιτυχίας

Γ) Χρονοβόρα διαδικασία

Δ) Οικονομικό κόστος

E) Απαιτεί εξειδικευμένα κέντρα και προσωπικό

18) Πως πιστεύετε ότι θα λυνόταν το πρόβλημα υπογονιμότητας στη χώρα μας;

A) Κάλυψη εξόδων από το κράτος

B) Χρήση νέων φαρμάκων / τεχνικών

Γ) Καλύτερη ενημέρωση των ζευγαριών

Ευχαριστούμε για το χρόνο σας!