

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

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΕΑΡΗ ΗΛΙΚΙΑ



ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΚΡΕΤΣΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΚΑΖΑΛΑΚΗ ΕΥΘΥΜΙΑ
ΜΕΛΛΑΔΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.7
1.1.1 Φοβίες της μητέρας μου.....	σελ.7
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	σελ.8-10
1.2.1 Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων στο εξωτερικό και στην Ελλάδα.....	σελ.10 – 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	σελ.13-14
2.2 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	σελ.14-15
2.2.1 Ο Εμμηνορυσιακός κύκλος.....	σελ.15
2.3 ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	σελ.15
2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ.....	σελ.15-16
2.4.1 Το άγχος της μητρότητας.....	σελ.16
2.4.2 Για ένα μωρό χρειάζονται δύο	σελ.16-17
2.5 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	σελ.17
2.5.1 Λόγοι υπογονιμότητας	σελ.17-19
2.5.2 Η υπογονιμότητα σήμερα	σελ.19-20
2.5.3 Η αντιμετώπιση του προβλήματος.....	σελ. 20
2.6 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	σελ.20-21
2.6.1 Οι εξετάσεις.....	σελ.21-22
2.6.2 Τι άλλο πρέπει να προσέξουμε.....	σελ.22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ.....	σελ.24
3.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	σελ.24-26
3.3 ΟΦΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	σελ.25
3.3.1 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας...σελ.25-26	
3.3.2 Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού.....σελ.26-27	
3.3.3 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία.....σελ.27	
3.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....σελ.28	
3.4.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισυλληπτικές μέθοδοι.....σελ.28	
3.4.2 Οικογενειακός προγραμματισμός και επείγουσα αντισύλληψη.....σελ.28-29	
3.4.3 Έφηβοι και οικογενειακός προγραμματισμός – αντισύλληψη.....σελ.29-30	
3.4.4 Πίνακας ανάλυσης πιθανοτήτων εγκυμοσύνης ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντισύλληψης	σελ.30-31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	σελ.33

4.1.1	Μορφές της αντισύλληψης.....	σελ. 33-34
4.1.2	Μέθοδοι αντισύλληψης.....	σελ. 34
4.1.2.1	Μέθοδοι Φραγμού.....	σελ.34-39
4.1.2.2	Φυσιολογικές Μέθοδοι.....	σελ.39-41
4.1.2.3	Το χάπι της επείγουσας αντισύλληψης.....	σελ.41
4.1.3	Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα Αντισύλληψης.....	σελ.42-49
4.1.4	Παρενέργειες Αντισύλληψης.....	σελ.49-53
4.1.5	Αντενδείξεις Αντισύλληψης.....	σελ.54-55
4.1.6	Αντισύλληψη και Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	σελ.55-56
4.2	Η ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	σελ.56
4.2.1	Η στάση των έφηβων γυναικών σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.....	σελ.57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	σελ. 59
5.1.1	Σεξ, νέοι και ασθένειες.....	σελ.59
5.1.2	Η σεξουαλικότητα των εφήβων.....	σελ.60
5.1.2.1	Σεξουαλική συμπεριφορά στην εφηβεία.....	σελ.60
5.1.2.2	Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.....	σελ.60-61
5.2	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.62
5.2.1	Για τους νέους.....	σελ.62-63
5.2.2	Για τους γονείς.....	σελ.63-64
5.2.3	Για τους δασκάλους.....	σελ.64-65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1	ΑΜΒΛΩΣΗ –ΓΕΝΙΚΑ	σελ.67
6.1.1	Πως γίνεται ή διακοπή της κύησης.....	σελ.67
6.1.2	Μέθοδοι Αμβλώσεων.....	σελ.67.
6.1.2.1	Μέθοδοι έκτρωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα.....	σελ.68
6.1.2.2	Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης.....	σελ.68
6.1.2.3	Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.....	σελ.69
6.2	ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ.....	σελ.69-70
6.2.1	Άλλες επιπλοκές αμβλώσεων.....	σελ.70-71
6.3	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	σελ.71
6.3.1	Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία.....	σελ.71-73
6.3.2	Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στην ψυχική υγεία.....	σελ.73
6.3.2.1	Οι επιπτώσεις στην ψυχολογία – γενικά.....	σελ.73-74
6.3.2.2	Ανάγκη ψυχικής θεραπείας	σελ.74
6.3.2.3	Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών.....	σελ.74-78
6.4	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ	σελ.78-79
6.5	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	σελ.79
6.6	ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	σελ.80
6.7	ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	σελ.80
6.7.1	Η θέση του νόμου στο πέρασμα των χρόνων.....	σελ.80
6.7.2	Η θέση του νόμου σήμερα.....	σελ. 81
6.8	Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	σελ.81-82
6.9	Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	σελ.82-84
6.9.1	Η θέση άλλων θρησκειών	σελ. 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΙΑΣΜΟΥ.....	σελ.86
7.2 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ (ΓΕΝΙΚΑ)	σελ. 86
7.2.1 Επιπτώσεις βιασμού σε έφηβες (γενικά)	σελ.86
7.2.2 Επιπτώσεις βιασμού στην ψυχική υγεία της γυναίκας.....	σελ.87
7.3 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	σελ.87-88
7.4 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	σελ.88
7.5 16 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΒΙΑΣΜΟ.....	σελ.88-90
7.6 ΒΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.90
7.6.1 Το προφίλ του δράστη.....	σελ.91
7.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΑΣΜΩΝ	σελ.91
7.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	σελ.91
7.9 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ. 92-93
7.9.1 Το προφίλ των γυναικών.....	σελ.93
7.9.2 Γιατί οι γυναίκες είναι ανεκτικές απέναντι στη βία.....	σελ.93-94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΥΙΟΘΕΣΙΑ.....	σελ.96-97
8.1.1 Συνοπτικά η διαδικασία.....	σελ.97-99
8.1.1.2 Προϋποθέσεις.....	σελ.99
8.1.2 Υιοθεσία – δύσκολη απόφαση.....	σελ.99-100
8.1.2.1 Δικαίωμα στην αλήθεια	σελ.100
8.1.3 Έγκριση της υιοθεσίας	σελ.100
8.1.4 Δυσεύρετα παιδιά – χρονοβόρες διαδικασίες.....	σελ.101
8.1.5 Το υιοθετημένο παιδί.....	σελ.101-102
8.1.5.1 Ψυχολογικές διεργασίες της υιοθεσίας.....	σελ.102
8.2 Η ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ.....	σελ.102-103
8.3 ΦΟΒΟΙ ΠΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΣΙΑ	σελ.103
8.4 ΔΕΣΜΟΣ ΑΓΑΠΗΣ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΙΜΑΤΟΣ	σελ.103-105
8.5 ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑ.....	σελ.105
8.5.1 Εμπόριο βρεφών.....	σελ.105
8.5.2 Εμπλοκή δικηγόρων – μαιευτήρων.....	σελ.105-106
8.5.3 Εμπορία βρεφών – εξαναγκαστική εγκυμοσύνη.....	σελ.106
8.5.4 Πως γίνεται η εγκυμοσύνη – εμπορία βρεφών.....	σελ.107
8.5.5 Ψυχολογία γυναικών	σελ.107
8.5.6 Αγοραπωλησίες σε διάφορες χώρες	σελ.107-108
8.5.7 Ποιες γυναίκες δίνουν τα παιδιά τους	σελ.108
8.5.8 Η στρατολόγηση	σελ.108-109

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ερωματολόγιο.....	σελ.111-114
Α)Σκοπός.....	σελ.115
Β)Υλικό – Μέθοδος.....	σελ.115
Γ)Αποτελέσματα.....	σελ.116-150
Δ)Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	σελ.151-152
Ε)Προτάσεις.....	σελ.153
ΣΤ)Επίλογος.....	σελ.154
Πώς να προφυλαχτείτε από βιασμό.....	σελ.155

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Βιβλιογραφία.....	σελ.157-159
Νόμος 1609/1986 για την τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.....	σελ.160-161

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία, πραγματεύεται τις επιπτώσεις μιας ανεπιθύμητης γονιμότητας σε κοπέλες νεαρής ηλικίας 17-22 (έφηβες, μαθήτριες, φοιτήτριες) στα πλαίσια μιας σχέσης ή όχι, γάμου, βιασμού ή εξαναγκαστικής εγκυμοσύνης. Καλούμαστε επίσης να διερευνήσουμε το βαθμό γνώσεων των νέων σχετικά με τις σεξουαλικές επαφές, τις μεθόδους αντισύλληψης, την ανεπιθύμητη γονιμότητα και την έκτρωση.

Θεωρητικά θα αναλυθούν όλες οι καταγεγραμμένες γνώσεις, για κάθε μια από τις επιστημονικές μελέτες και τα εθνικά πρωτόκολλα. Όσον αφορά τη χώρα μας, παρόλο που το θέμα είναι πολύ λεπτό κ μας απασχολεί όλους η Ελληνική βιβλιογραφία ήταν αρκετά περιορισμένη σε σχέση με την ξένη που έχει ασχοληθεί περισσότερο με το θέμα αυτό.

Οι διάφορες μελέτες σχετικά με την ανεπιθύμητη γονιμότητα στη νεαρή ηλικία ανανεώνονται σε συχνά χρονικά διαστήματα και για το λόγο αυτό πρέπει οι νοσηλευτές να ενημερώνονται τακτικά και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους σχετικά με αυτό. Η ενημέρωση αυτή γίνεται με τη διεξαγωγή ημερίδων, συνεδρίων και σεμιναρίων από διάφορους φορείς και νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η εργασία περιλαμβάνει δυο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνονται θεματικές ενότητες που αναλύουν την σεξουαλική συμπεριφορά των νέων, του οικογενειακό προγραμματισμό και τις αντισυλληπτικές μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, την ανεπιθύμητη γονιμότητα καθώς και την άμβλωση και το πώς επηρεάζει τους νέους. Επίσης αναφέρεται ο βιασμός σαν αιτία μη θελημένης κύησης και η υιοθεσία σαν επακόλουθο μιας γέννησης από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Το πρακτικό μέρος θα γίνει παρουσίαση των στατιστικών στοιχείων που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους νέους ηλικίας 17-22 ετών. Τα αποτελέσματα του εκθέτονται αναλυτικά σε πίνακες και γραφήματα. Από τη μελέτη αυτών καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την ενημέρωση των νέων γύρω από τον έρωτα σαν πράξη, την αντισύλληψη, την έκτρωση, στις περιοχές όπου έγινε και η έρευνα δηλαδή, στο Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, 1^ο Ενιαίο Λύκειο Χανίων κλπ.

Παρόλο που συναντήσαμε δυσκολίες στη συλλογή γραπτού υλικού (ελλιπής βιβλιογραφία) και στη συγκέντρωση στοιχείων, οι νέοι που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο μας βοήθησαν πολύ να καταλήξουμε σε κάποια πολύ ενδιαφέροντα και σημαντικά συμπεράσματα όσον αφορά το θέμα μας.

Μέσα στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους βοήθησαν για την ολοκλήρωση της.

Ευχαριστούμε την καθηγήτρια μας και εισηγήτρια της πτυχιακής εργασίας Κα. Χαραλαμπίκη Ελένη για την καθοδήγηση που μας έδωσε για την διεκπεραίωση της εργασίας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τις οικογένειες μας και τους φίλους μας για την αμέριστη συμπαράσταση, υπομονή και υποστήριξη τους και τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους νέους, οι οποίοι δέχτηκαν να συνεργαστούν μαζί μας στην διεξαγωγή της έρευνας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.1 Φοβίες της μητέρας μου

Κάποιες φορές η μαμά μου φοβάται υπερβολικά...

... είτε γιατί είναι ανύπαντρη, είτε γιατί ο μπαμπάς μου δεν είναι μαζί της ή είναι κι αυτός φοβισμένος. Μπορεί να είναι πολύ νέα, να μην έχει τελειώσει τις σπουδές της και να μην έχει δουλειά ή ακόμα να αισθάνεται κάποια απειλή εγκατάλειψης ή αντιμετώπισης εχθρότητας. Ο ερχομός μου της φαίνεται «βουνό».

Ξέρω ότι θέλει να αποφασίσει το καλύτερο και για τους δυο μας. Αλλά πώς θα γίνει αυτό; Στη σκέψη της, τα προβλήματα που θα έχει αν με κρατήσει συχνά της φαίνονται αξεπέραστα. Τα πράγματα δεν είναι πάντα εύκολα, το ξέρω... Όμως...

Πώς η μαμά μου θα αποφασίσει υπεύθυνα;

Κάποιος πρέπει να της μιλήσει για τις επιπτώσεις που θα έχει αν με αποχωριστεί με αυτό που οι γιατροί λένε «διακοπή εγκυμοσύνης», δηλαδή άμβλωση /έκτρωση.

Αυτό θα είναι η δολοφονία μου, γιατί από την σύλληψη μου είμαι κανονικός άνθρωπος με ζωή, και μάλιστα μοναδικός σ' ολόκληρο τον κόσμο.

Ωστόσο, πολλοί προσπαθούν να την πείσουν ότι η «διακοπή της κύησης» δεν είναι κάτι κακό - ειδικά αν είμαι πολύ μικρό... Συχνά η άμβλωση γίνεται χωρίς να έχει συνειδητοποιήσει η μαμά μου ότι, όπως έχει διαπιστώσει η ιατρική επιστήμη, από τη σύλληψη μου έχω ζωή.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Οι εκτρώσεις δεν είναι φαινόμενο που εμφανίστηκε στις σύγχρονες κοινωνίες. Απασχολεί τους ανθρώπους από αρχαιοτάτων χρόνων, ενώ αποτελούσε... πεδίο συζήτησης ακόμη και στην αρχαία Ελλάδα. Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια «Oxford Companion to Classical Civilization» («Οδηγός της Οξφόρδης για τον Κλασικό Πολιτισμό») οι στωικοί φιλόσοφοι υποστήριζαν ότι το έμβρυο είναι σαν ένα φυτό που γίνεται ζώο τη στιγμή της γέννησης, όταν αρχίζει να αναπνέει. Ωστόσο, ο όρκος του «πατέρα» της Ιατρικής, Ιπποκράτη, δέσμευε τους γιατρούς να μην κάνουν εκτρώσεις.

Στην αρχαία Αθήνα θεωρούσαν έγκλημα κατά του νεκρού συζύγου, εάν μια χήρα έκανε έκτρωση στο παιδί που είχε κάνει μαζί του, ενώ επιγραφές σε αρχαιοελληνικούς ναούς αναφέρουν ότι μια γυναίκα που έκανε άμβλωση θεωρείται ακάθαρτη για 40 ημέρες.

Η πρώτη διά νόμου απαγόρευση της έκτρωσης θεσμοθετήθηκε στη Ρώμη, το 211 μ.Χ., και η τιμωρία ήταν προσωρινή εξορία, αλλά η εξάπλωση του χριστιανισμού σκλήρυνε τη στάση κατά της έκτρωσης, η οποία θεωρήθηκε δολοφονία έμβριου όντος. Η «αποποινικοποίηση» της έκτρωσης άργησε πολύ να έρθει. Σε πολλές χώρες, η άμβλωση είναι ακόμη παράνομη πράξη, ενώ στην Ελλάδα επετράπη το 1986. Στις Η.Π.Α., το Αμερικανικό Ανώτατο Δικαστήριο επέτρεψε, στις 22 Ιανουαρίου 1973, τις άμβλώσεις με ψήφους 5 έναντι 4.

Παρόλα αυτά, οι αντιδράσεις κατά της έκτρωσης σε όλο τον κόσμο έχουν λάβει τα τελευταία χρόνια ανησυχητικές διαστάσεις. Το θέμα αποτελεί αντικείμενο πολιτικής αντιπαράθεσης (πρόσφατες εκλογές στις Η.Π.Α., με «δικαίωση» του πολέμιου των εκτρώσεων Μπους), αλλά και θρησκευτικού φανατισμού. Εμπρησμοί κλινικών, λιθοβολισμοί γυναικών που υποβλήθηκαν σε έκτρωση, ακόμη και εν ψυχρώ δολοφονίες γιατρών που κάνουν άμβλώσεις καταγράφονται στη λίστα με τις ενέργειες των εχθρών της έκτρωσης. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι Αμερικανοί πιστεύουν πως η απόφαση για άμβλωση πρέπει να είναι υπόθεση της γυναίκας και του γιατρού της. Εντούτοις, σχεδόν το 50% θεωρεί την άμβλωση δολοφονία.

Η έκτρωση ήταν μια συνηθισμένη πρακτική στον αρχαίο κόσμο. Η αρχαιότερη αναφορά σε αυτή τη συνήθεια είναι η απαγόρευση ενός εκτρωτικού φαρμάκου από τον Κινέζο αυτοκράτορα Shen Nung κατά την περίοδο 2737-2696 π.Χ. Διατάξεις ενάντια στις εκτρώσεις περιείχε και ο Κώδικας του Χαμμουραμί (περίπου το 1728 π.Χ.) αλλά και η νομοθεσία του Ασσύριου βασιλιά Τιγλάτ-Πιλασάρ Α', του 12ου αι. π.Χ.

Οι εκτρώσεις δεν ήταν άγνωστες και στους αρχαίους Έλληνες. Εάν κάποιος δεν ήθελε να αποκτήσει μεγάλη οικογένεια μπορούσε να χρησιμοποιήσει δύο μέσα: α) την έκτρωση και β) την έκθεση, δηλαδή την εγκατάλειψη του παιδιού. Τα ανεπιθύμητα παιδιά - που ήταν τις περισσότερες φορές θηλυκού γένους - τα άφηναν μέσα σε ένα δοχείο ή μέσα σε μια χύτρα από άργιλο που γινόταν ο τάφος του παιδιού (Αριστοφάνη, Θεσμοφοριάζουσαι, στιχ. 505 και 509. Βάτραχοι στιχ. 1190.) Οι Σπαρτιάτες έριχναν τα καχεκτικά παιδιά στους Αποθέτες, ένα βαραθρώδη τόπο κοντά στον Ταΰγετο. (Πλουτάρχου Βίοι, Λυκούργος, 16). Τα δύο αυτά μέσα, την έκτρωση και την έκθεση, συνιστούν μάλιστα τόσο ο Πλάτων όσο και ο Αριστοτέλης ως κατάλληλο μέσο για τη λύση των δημογραφικών προβλημάτων. Ο Αριστοτέλης πρότεινε ως καταλληλότερο χρόνο για την έκτρωση τους πρώτους μήνες της κύησης, πριν το παιδί αποκτήσει την αίσθηση της ζωής (Πλάτωνος, Νόμοι Ε' 740 Ο, Πολιτεία Ε' 460 Α και 4610. Αριστοτέλους, Πολιτικά VII, 10).

Ο νόμος στην αρχαία Ελλάδα δεν απαγόρευε τις εκτρώσεις παρά μόνον όταν επρόκειτο να προστατέψει τα δικαιώματα του πατέρα. Καμιά μητέρα δεν μπορούσε να κάνει έκτρωση χωρίς τη συγκατάθεση του άντρα της και καμιά δούλη χωρίς τη συγκατάθεση του κυρίου της. Ο Αθηναγώρας λέγει ότι για να θεμελιωθεί στην αρχαία Αθήνα κατηγορία κατά της έκτρωσης σε αυτήν την περίπτωση, έπρεπε να βεβαιωθεί ότι έγινε χρήση "αμβλωθριδίων" φαρμάκων, πρόωρος τοκετός και θάνατος του νεογνού. Η γυναίκα που τα χρησιμοποίησε αλλά και εκείνος που της τα προμήθευσε χαρακτηρίζονταν τότε "ανδροφόνοι". Ωστόσο υπήρξαν και οι φωνές που τάχθηκαν γενικά ενάντια στις εκτρώσεις. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί ο Ιπποκράτης (β' μισό του 5ου αι. π.Χ.), ο οποίος στον γνωστό όρκο του για όσους θα εξασκούσαν το ιατρικό επάγγελμα, συμπεριέλαβε και τον όρο "ομοίως δε ουδέγυναικί πεσσόν φθόρων δώσω..."

Στον ρωμαϊκό κόσμο η έκτρωση των παιδιών όπως επίσης και η έκθεση τους ή και ο φόνος των νηπίων των δούλων ήταν συνηθισμένες και απόλυτα νόμιμες πρακτικές. Το ρωμαϊκό δίκαιο δεν τιμωρούσε την άμβλωση παρά μόνο αν πρόσβαλλε την πατρική εξουσία ή αν προκαλούσε βλάβη της μήτρας, σε περίπτωση που γινόταν από τρίτο πρόσωπο. Η χρονική στιγμή που θα λάμβανε χώρα η έκτρωση δεν ενδιέφερε τους Ρωμαίους και κανένας τους - ακόμη και οι πιο αυστηροί ηθικολόγοι που θα ισχυρίζονταν ότι η μητέρα έχει καθήκον να διατηρήσει τον καρπό της κοιλίας της δεν θα σκέφτονταν ποτέ ότι το ίδιο το έμβρυο έχει δικαίωμα να ζήσει. Εξάλλου, η γέννηση αυτή καθ' αυτή δεν αρκούσε για να καταστήσει το παιδί νόμιμο απόγονο. Έπρεπε ο πατέρας να το αναγνωρίσει ως παιδί του. Ήταν συχνό όμως για τους Ρωμαίους το φαινόμενο να εκθέτουν τα παιδιά που δεν αναγνώριζαν ή δεν ήθελαν να μεγαλώσουν. Μάλιστα τόσο στους Έλληνες όσο και στους Ρωμαίους φαινόταν παράξενο το γεγονός ότι οι Αιγύπτιοι, οι Γερμανοί και οι Εβραίοι δεν εξέθεταν κανένα από τα παιδιά τους, αλλά αντιθέτως τα ανέτρεφαν όλα. Η εγκατάλειψη του παιδιού συχνά οφειλόταν σε λόγους οικονομικούς. Οι φτωχοί εξέθεταν τα παιδιά που δεν μπορούσαν να αναθρέψουν, οι μεσαίοι πάλι πετύχαιναν με αυτόν τον τρόπο να εξασφαλίζουν στα υπόλοιπα παιδιά τους μεγαλύτερες ανέσεις και μόρφωση και μεγαλύτερο μερίδιο στην περιουσία. Συχνά οι αρχηγοί των οικογενειών εγκατέλειπαν τα νεογέννητα βρέφη των ανύπαντρων κοριτσιών τους ή παιδιά των γυναικών τους που θεωρούσαν ως καρπούς μοιχείας. Ωστόσο αντίθετα με τον γενικό κανόνα ορισμένοι Ρωμαίοι αυτοκράτορες προσπάθησαν να ενισχύσουν κάπως την ηθική τάξη της κοινωνίας. Έτσι ανάμεσα σε άλλα μέτρα οι Σεβήροι θεώρησαν την έκτρωση ως αδίκημα ενάντια τόσο στον σύζυγο όσο και στην πατρίδα.

Η χριστιανική εκκλησία κράτησε αυστηρή θέση κατά των εκτρώσεων. Αναφορές ενάντια στις εκτρώσεις συναντούμε ήδη στη Διδαχή των Αποστόλων 2,2 και στην επιστολή του Βαρνάβα 19,5. Τον 2ο αι. μ.Χ. ο απολογητής Αθηναγώρας, καθώς και ο Τερτυλλιανός εκφράστηκαν με σκληρή γλώσσα αναφορικά με το ζήτημα αυτό, θεωρώντας την έκτρωση ως φόνο. Το 314 μ.Χ. η Σύνοδος της Άγκυρας αποκήρυξε εκείνες τις γυναίκες που χρησιμοποιούσαν μέσα που προκαλούσαν έκτρωση. Ο ιερός Αυγουστίνος μίλησε επίσης με σκληρή γλώσσα. Με λίγα λόγια η έκτρωση θεωρούνταν από το σύνολο των Πατέρων της εκκλησίας ως ανθρωποκτονία. Ακολουθώντας τη γνώμη της εκκλησίας η βυζαντινή νομοθεσία τιμωρούσε την γυναίκα που έκανε έκτρωση με διαζύγιο ή εξορία ή χρηματική ποινή ή με εξορία και δήμευση της περιουσίας της.

Στον Αγγλοσαξονικό κόσμο του Μεσαίωνα - μας σώζεται η ετυμολογία του δικαστικού αξιωματούχου της αγγλικής αυλής από τα μέσα του Που αι., Ηετην Ό&

Bractor - η έκτρωση θεωρούνταν επίσης παραδοσιακά ως ανθρωποκτονία, ανεξάρτητα από το αν το παιδί ήταν ακόμη "έμψυχο". (Σύμφωνα με τη θεωρία του Αριστοτέλη το αγόρι είχε ψυχή και νου μετά από 40 ημέρες κυοφορίας ενώ το κορίτσι μετά από 80). Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε ως τη νεότερη εποχή. Το 1803 μετά από γενική αναθεώρηση της βρετανικής νομοθεσίας η έκτρωση απαγορεύτηκε γενικά, τόσο πριν όσο και μετά την χρονική στιγμή που η μητέρα άρχιζε να νοιώθει το παιδί να κινείται μέσα της. Η αγγλική νομοθεσία επηρέασε καθοριστικά και την αμερικανική σε όλη τη διάρκεια του 19ου αι. Η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association) από το 1859 ως τα τέλη του αιώνα ήταν αντίθετη στις εκτρώσεις εκτός από εκείνες τις περιπτώσεις, όπου κινδύνευε η ζωή της εγκυμονούσας.

1.2.1 Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων στο εξωτερικό και στην Ελλάδα

Στην Αγγλία οι εκτρώσεις ήταν απαγορευμένες ως το 1929. Τη χρονιά εκείνη σύμφωνα με τη "Διακήρυξη για τη διατήρηση της ζωής του νηπίου" (Infant Life (Preservation) Act) η έκτρωση δεν θα ήταν κολάσιμη, εφόσον θα γινόταν με αγαθές προθέσεις, με σκοπό δηλαδή να διασωθεί η ζωή της εγκυμονούσας. Το 1967 η υπόθεση David Steel's Abortion Act επέφερε απλώς μια διεύρυνση της εξαίρεσης. Από εκεί και πέρα για να συνεχισθεί η κύηση θα έπρεπε να μην κινδυνεύει η ζωή της μητέρας και να μην απειλείται η σωματική ή η ψυχική της υγεία. Επιπλέον το παιδί θα έπρεπε να μην παρουσιάζει σωματικά ή διανοητικά προβλήματα, τέτοια που να το καθιστούν ανάπηρο.

Τα αποτελέσματα της νομικής μεταρρύθμισης στο ζήτημα αυτό φάνηκαν αμέσως. Πριν ακόμη η νέα ρύθμιση ψηφιστεί ο αριθμός των εκτρώσεων στην Αγγλία και Ουαλία ανήλθε στις 6.100 το 1966. Το 1968 έφτασε τις 24.000 και το 1973 τις 167.000. Από το 1967 ως το 1983 πραγματοποιήθηκαν πάνω από δύο εκατομμύρια εκτρώσεις.

Στις Η.Π.Α. η αλλαγή νομοθεσίας αναφορικά με τις εκτρώσεις έγινε στις 22 Ιανουαρίου 1973 με την περίφημη υπόθεση Roe v. Wade. Το αποτέλεσμα ήταν να επιτραπεί πλήρως η έκτρωση στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, ενώ σχετικά με το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης επιτράπηκε μόνο σε περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η σωματική ή διανοητική υγεία της μητέρας. Αυτό σήμαινε στην πραγματικότητα ότι η έκτρωση επιτρεπόταν "κατά βούληση" σε όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης. Το 1976 η αμερικανική νομοθεσία με την υπόθεση Planned Parenthood of Missouri v. Danforth προχώρησε ακόμη παραπέρα, μην επιτρέποντας στους γονείς να ασκήσουν βέτο για την έκτρωση που αποφάσισαν να κάνουν τα ανήλικα κορίτσια τους, αλλά ούτε και στους άνδρες να ασκήσουν βέτο για την έκτρωση των δικών τους παιδιών.

Η αλλαγή της νομοθεσίας για τις εκτρώσεις είχε βέβαια άμεσο αντίκτυπο. Ο αριθμός των εκτρώσεων στις Η.Π.Α. το 1969 ήταν μικρότερος των 20.000. Το 1975 ξεπέρασε το εκατομμύριο και το 1980 έφτασε το ενάμισι εκατομμύριο. Αυτό σημαίνει ότι από τις 1000 εγκυμοσύνες οι 300 κατέληγαν σε έκτρωση. Ακόμη πιο συγκεκριμένα το 1985 πραγματοποιούνταν καθημερινά 4.250 εκτρώσεις, ενώ στην πρωτεύουσα Ουάσιγκτον οι εκτρώσεις ήταν τριπλάσιες στον αριθμό από τις γεννήσεις. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η διόγκωση του φαινομένου των εκτρώσεων αποτελεί απειλή όχι μόνο για τις προηγμένες αλλά και για τις τριτοκοσμικές χώρες. Ήδη το 1968 ο συνολικός αριθμός των εκτρώσεων σε όλο τον κόσμο είχε υπολογιστεί ανάμεσα στα τριάντα με τριάντα πέντε εκατομμύρια.. Στην Ινδία, μια χώρα με ιδιαίζουσες κοινωνικές συνθήκες, οι εκτρώσεις επιτελούνται

μεροληπτικά εις βάρος των θηλυκών εμβρύων, μόλις ο γιατρός χάρη στις σύγχρονες τεχνικές διαγνώσει το φύλο του παιδιού. Υπολογίζεται ότι στη σημερινή Ινδία ετησίως γίνονται 250.000 εκτρώσεις θηλυκών εμβρύων, ενώ θανατώνονται 1.500.000 νεογέννητα κοριτσάκια. Ήδη στη χώρα αυτή ζουν 75 εκατομμύρια λιγότερες γυναίκες από τις φυσιολογικές στατιστικές προβλέψεις. Παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται και στην Κίνα, που ασκεί τα τελευταία χρόνια την πολιτική του ενός παιδιού για κάθε οικογένεια. Εκεί οι γυναίκες είναι ήδη κατά 70 εκατομμύρια λιγότερες από ότι θα περίμενε κανείς στατιστικά.

Στην Ελλάδα, όπως άλλωστε και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, στα μέσα του 19ου αι. η θανάτωση της αγέννητης ζωής, αφού αποχωρίστηκε από την ανθρωποκτονία, τη θανάτωση δηλαδή της γεννημένης ζωής, θεωρήθηκε ως ξεχωριστός τύπος εγκληματικής συμπεριφοράς. Μέσα στο δεύτερο μισό του 19ου αι. η απαγόρευση της έκτρωσης ίσχυε χωρίς καμιά εξαίρεση από τον χρόνο της σύλληψης, ενώ η τιμωρία αφορούσε τόσο την εγκυμονούσα όσο και τον γιατρό που έκανε την έκτρωση ή κάποιον άλλο τρίτο που βοήθησε.

Στην καμπή του 20ού αι. παρατηρούνται προσπάθειες φιλελευθεροποίησης. Ο νόμος προέβλεπε τότε κάποιες ειδικές περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπονται οι εκτρώσεις:

α) ο κίνδυνος της ζωής ή της υγείας της εγκυμονούσας ή ακόμη το άθροισμα οικονομικών και οικογενειακών πιέσεων, το οποίο μπορεί να οδηγήσει την έγκυο σε ψυχική υπερφόρτιση.

β) φόβοι για γενετική βλάβη του εμβρύου.

γ) εγκυμοσύνη που προέρχεται από βιασμό ή εγκυμοσύνη μιας κοπέλας που δεν έχει συμπληρώσει το 14ο έτος της ηλικίας της.

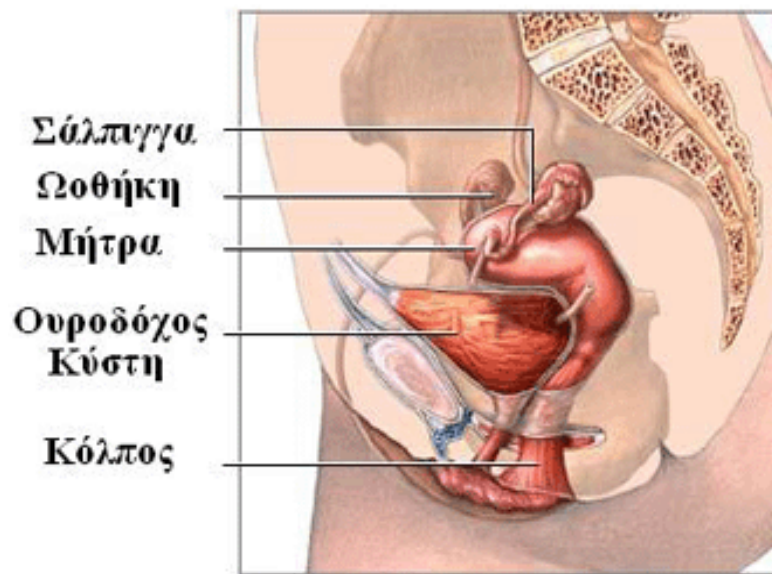
δ) γενική κατάσταση ανάγκης: όταν δηλαδή η γενική κοινωνική κατάσταση ή η οικογένεια της μπορούν να δημιουργήσουν συγκρούσεις τέτοιας βαρύτητας, ώστε να μην είναι επιτρεπτό να εκβιάζονται με τη βοήθεια του ποινικού κώδικα, θυσίες από την εγκυμονούσα για χάρη της αγέννητης ακόμη ζωής.

Σε όλες τις περιπτώσεις απαραίτητες προϋποθέσεις θεωρούνταν η συναίνεση της εγκυμονούσας και η όλη διαδικασία της έκτρωσης να πραγματοποιείται από γιατρό. Σε κάθε άλλη περίπτωση η έκτρωση θεωρούνταν αξιόποινη πράξη. Επιπλέον βάσει του νόμου απαγορευόταν η διαφήμιση των μέσων της έκτρωσης, είτε νόμιμης είτε παράνομης.

Από το 1986 η έκτρωση στην Ελλάδα δεν διώκεται πλέον ποινικά. Γίνεται ελεύθερα, αρκεί να συναινεί η εγκυμονούσα. Σήμερα υπολογίζεται ότι στη χώρα μας πραγματοποιούνται ετησίως 200.000 εκτρώσεις, αριθμός που υπερβαίνει κατά πολύ αυτόν των γεννήσεων.(45).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ



2.1 ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα, που αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα εξωτερικά και στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν τα μεγάλα και μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες του πρόδομου(βαρθολίνειοι αδένες).

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, βρίσκονται έξω από την πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο. Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που βρίσκονται μέσα στην πύελο, ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο μεγάλες δερματικές πτυχές. Μπροστά ενώνονται για να σχηματίσουν το εφηβαίο και πίσω τον οπίσθιο σύνδεσμο. Τα μεγάλα χείλη αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή. Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Τα μικρά χείλη βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. Στο πρόσθιο άκρο σχηματίζουν μια δερματική πτυχή, την πόσθη της κλειτορίδας.

Ο κόλπος είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας και εσωτερικά καλύπτεται από επιθήλιο οιστρογονοεξαρτώμενο. Αδένες δεν υπάρχουν στον κοιλιακό βλεννογόνο.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο σχήματος αχλαδιού με παχιά τοιχώματα και διαιρείται σε τράχηλο κάτω και σε σώμα πάνω άπαυτων.

Ο τράχηλος έχει κυλινδρικό σχήμα μήκους 2-4 εκ. Ο τράχηλος διακρίνεται σε εξωτράχηλο και ενδοτράχηλο ο οποίος καταλήγει στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου, όριο αυτού και της μητρικής κοιλότητας. Ο ενδοτράχηλος φέρει αδένες οι οποίοι παράγουν την τραχηλική βλέννα.

Στο σώμα της μήτρας διακρίνεται το κυρίως σώμα και τον πυθμένα οποίος καταλήγει στα κέρατα δεξιά και αριστερά. Στο ύψος των δύο κεράτων εισέρχονται στο σώμα της μήτρας οι δύο σάλπιγγες. Η μήτρα ονομάζεται καρδιόσχημος, δίκερως ή δίδελφος.

Στο σώμα της μήτρας διακρίνουμε πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια. Αυτές οι επιφάνειες καλύπτονται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, που σχηματίζει δύο πτυχές, από τις οποίες η πρόσθια μεταξύ μήτρας και κύστης ονομάζεται κυστεομητρική πτυχή(πρόσθιος δουλγάσιος χώρος) και η οπίσθια μεταξύ μήτρας και ορθού εντέρου ονομάζεται ορθομητρική πτυχή (οπίσθιος δουλγάσιος χώρος). Η μήτρα συγκρατείται στη θέση της με τους πλατείς συνδέσμους τους ιερομητρικούς, τον εγκάρσιο τραχηλικό και τους δύο στρόγγυλους.

Με τις ωοθήκες συνδέεται με τους δύο μητροωοθηκικούς συνδέσμους. Το τοίχωμα της από έξω προς τα μέσα αποτελείται από τρεις χιτώνες.

- α)τον ορογόνο
- β)τον μυομήτριο
- γ)τον ενδομήτριο

Η μήτρα αγγειούται από τις δύο μητρικές αρτηρίες, που είναι κλάδοι των εσωλαγονίων και τις δύο ωοθηκικές αρτηρίες. Νευρώνεται με κινητικές ίνες των ανωτέρω συμπαθητικών γαγγλίων, αισθητικές ίνες και μικτές ίνες.

Οι σάλπιγγες, είναι δύο πολύ λεπτοί μυϊκοί σωλήνες. Εκτείνονται από την μήτρα ως τις ωοθήκες μήκους 11 εκ. περίπου. Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια ένα μητρικό και ένα από την περιτοναϊκή κοιλότητα που ονομάζεται και κωδωνικό στόμιο και διαιρείται σε τέσσερα τμήματα.

- α) το ενδομητρικό τμήμα που βρίσκεται εντός του μητρικού τοιχώματος.
- β) τον ισθμό , αμέσως μετά το ενδοτοιχικό τμήμα

γ) τη λήκυθο, ευρίσκεται αμέσως μετά τον ισθμό, με αρκετά λεπτό μυϊκό τοίχωμα
δ) τον κώδωνα που είναι το τελευταίο τμήμα. Είναι κροσσωτός και έχει μορφή κωδωνοειδή. Ένας από τους κροσσούς, ο μεγαλύτερος ονομάζεται ωθητικός κροσσός και χρησιμεύει για τη μεταφορά του ωαρίου στην σάλπιγγα από την ωθήκη. Οι ωθήκες είναι δύο αμυγδαλόσχημα σώματα στα πλάγια της πυελικής κοιλότητας με μέγιστη διάμετρο 5 εκ. Συγκρατούνται από το μεσοθήκιο που τις συνδέει με τον μητροωθητικό σύνδεσμο που τις συνδέει με τη μήτρα και τον κρεμαστήρα σύνδεσμο που τις συνδέει με το πυελικό τοίχωμα.

Κάθε ωθήκη παρουσιάζει φλοιώδη και μυελώδη μοίρα και καλύπτεται από μονόστηλο βλαστικό επιθήλιο.

Η φλοιώδης μοίρα λέγεται και στρώμα. Μέσα αυτά παρατηρούνται ωθυλάκια διαφορών βαθμών ανάπτυξης. Η μυελώδης μοίρα ευρίσκεται κεντρικά και αποτελείται από συνδετικό ιστό και αγγεία. Οι ωθήκες αγγειούνται από την ωθηκική αρτηρία, κλάδο της κοιλιακής αορτής. Εμβρυολογικά το γεννητικό σύστημα προέρχεται κυρίως από το μέσα βλαστικό δέρμα του εμβρύου.(26,46).

2.2 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Οι ορμόνες που σχετίζονται με την αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας ανήκουν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει την GnRH, η οποία εκκρίνεται από τμήμα του εγκεφάλου, τον υποθάλαμο. Η δεύτερη περιλαμβάνει την FSH και LH (γοναδοτροπίνες) που παράγονται επίσης στον εγκέφαλο (υπόφυση). Η Τρίτη τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη και τα ανδρογόνα που ορισμένα από τα οποία παράγονται στην ωθήκη.

Η GnRH (ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπινών) δίνει τις εντολές για την απελευθέρωση των LH και FSH. Η ορμόνη αυτή σε αντίθεση με τις άλλες, επηρεάζεται και από νευρικά ερεθίσματα.

Η LH (ωχρινοτρόπος). Δρα πολλαπλά στο ωθυλάκιο. Παράγει οιστρογόνα, προγεστερόνη. Η προγεστερόνη παράγεται στο ωχρο σώματιο.

Η FSH (ωθηλακιοτρόπος ορμόνη). Προκαλεί την παραγωγή οιστρογόνων, την ωρίμανση των ωαρίων και την ωθυλακιορρηξία.

Κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας η λειτουργία των ωθηκών παρουσιάζει εναλλαγή φάσεων, οι οποίες επαναλαμβάνονται κυκλικά. Η κυκλική λειτουργία των ωθηκών επαναλαμβάνεται κάθε 28 ημέρες περίπου, που αποτελούν τον κύκλο της γυναίκας. Στο διάστημα αυτό παρατηρούνται ωρίμανση του ωθυλακίου και η ωθυλακιορρηξία η οποία συμβαίνει στη μέση του κύκλου.

Στην αρχή κάθε νέου κύκλου έχουμε αυξημένη έκκριση των FSH και LH, υπό την επίδραση της GnRH, Το ωθυλάκιο που ωριμάζει σταδιακά αρχίζει να παράγει αυξανόμενες μέρα με την ημέρα ποσότητες οιστρογόνων. Λίγο πριν το μέσο του κύκλου η παραγωγή οιστρογόνων, «εκτινάσσεται» απότομα.

Προς το τέλος του κύκλου η παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης σχεδόν σταματά, οπότε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ο εγκέφαλος «αντιλαμβάνεται» ότι ο κύκλος τελείωσε κι ένας νέος πρέπει να αρχίσει. Έτσι δίνεται σήμα παραγωγής GnRH, αυτή με τη σειρά της αυξάνει την παραγωγή FSH και LH, για ένα νέο κύκλο.

Επομένως, δύο είναι οι σημαντικές λειτουργίες του γεννητικού κύκλου της γυναίκας:

1. η απελευθέρωση από τις ωθήκες ενός μόνο ώριμου ωαρίου κάθε μήνα ώστε να είναι δυνατή η ανάπτυξη ενός εμβρύου κάθε φορά, αν επέλθει γονιμοποίηση.
2. η προετοιμασία του ενδομήτριου στον καθορισμένο χρόνο ώστε να εμφυτευτεί το τυχόν γονιμοποιημένο ωάριο.

2.2.1 Ο Εμμηνορυσιακός κύκλος

Ο εμμηνορυσιακός κύκλος των 28 ημερών χωρίζεται σε :

1. Αιμορροϊκή φάση(1η-4η ημέρα): η προγεστερόνη ελαττώνεται, τα οιστρογόνα αυξάνονται. Αποβάλλεται η εξωτερική στοιβάδα του ενδομητρίου.
2. Παραγωγική φάση (5η -15η ημέρα): η φάση αυτή ελέγχεται κυρίως από τα οιστρογόνα . Καταλήγει στη ρήξη του ωοθυλακίου και στην απελευθέρωση του ωαρίου ωοθυλακιορρηξία).
3. Εκκριτική φάση (15η -28η ημέρα): ελέγχεται κυρίως από την προγεστερόνη. Αυξάνεται ο αριθμός των αγγείων και εμφανίζονται σπειροειδείς αρτηρίες. Προς το τέλος του κύκλου -+
4. +
5. αρχίζουν να αυξάνονται και πάλι τα οιστρογόνα.(27).

2.3 ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Γεννητικότητα: Ο όρος παραπέμπει συνήθως στη συχνότητα των γεννήσεων σε ένα πληθυσμό.

Γονιμότητα: Ο όρος έχει διπλή έννοια: τη βιολογική και τη δημογραφική.

Στην πρώτη περίπτωση η γονιμότητα δηλώνει την αναπαραγωγική ικανότητα. Στη δεύτερη την αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού.

Δείκτες

Αδρός δείκτης γεννητικότητας: Λόγος των γεννήσεων ενός έτους προς το μέσο πληθυσμό του ίδιου έτους και γενικότερα, λόγος των γεννήσεων μιας περιόδου στο μέσο πληθυσμό της ίδιας περιόδου. Επομένως αναλογών αριθμός γεννήσεων σε μια χωρική ενότητα στη διάρκεια ενός έτους επί 1.000 κατοίκων της ίδιας χωρικής ενότητας στη διάρκεια ενός έτους.

Γενικό ποσοστό: Ποσοστό γονιμότητας υπολογιζόμενο στο σύνολο της περιόδου αναπαραγωγής της γυναίκας, συνήθως ανάμεσα στα 15 και 50 έτη. Επομένως ο συντελεστής γενικής γονιμότητας δίνει τον αριθμό των γεννήσεων που αντιστοιχούν σε 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 15-49 ετών. Ο δείκτης αυτός μας δίνει μια πρώτη αδρή εικόνα του επιπέδου γονιμότητας, στο βαθμό που κατά τον υπολογισμό του, στον παρονομαστή δεν λαμβάνεται ο συνολικός πληθυσμός ανεξαρτήτως φύλου αλλά ούτε και συνολικός γυναικείος πληθυσμός.

Στη μελέτη της γονιμότητας μπορούμε να διακρίνουμε την ολική γονιμότητα (γονιμότητα των γυναικών ανεξαρτήτως της οικογενειακής τους κατάστασης), την εντός γάμου γονιμότητα (γονιμότητα των εγγάμων γυναικών) και την εκτός γάμου γονιμότητα (γονιμότητα των μη εγγάμων γυναικών, δηλαδή των διαζευγμένων, χήρων και αγάμων).(28)

2.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Μια γυναίκα μπορεί να έχει εκπληρώσει τους στόχους της, επαγγελματικούς ή μη. Η απόφαση, όμως, να αποκτήσει παιδί θα δώσει στη ζωή της ένα σκοπό που δεν μπορεί να συγκριθεί με κανέναν άλλο. Θα χαρίσει νόημα στην ύπαρξη της και θα την ωριμάσει μέσα από καινούριες ευθύνες. Επιπλέον, είναι και μια μεγάλη πρόκληση να μεγαλώσει -βάζοντας στη μητρική συνταγή ανατροφής τη δική της σφραγίδα- ένα παιδί που θα μάθει να είναι ελεύθερο και ευτυχισμένο και θα ξέρει να χαίρεται, να

αγαπά, να αγωνίζεται και να δημιουργεί.

2.4.1 Το άγχος της μητρότητας

Η προοπτική να γίνει μητέρα μια γυναίκα, είναι σίγουρα συναρπαστική. Ωστόσο, η σκέψη της μητρότητας δεν θα τη γεννήσει συναισθήματα μόνο θετικά. Διάφορες ανησυχίες και φόβοι θα στριφογυρίζουν στο μυαλό της και θα σκιάζουν τον ενθουσιασμό της. Θα αναρωτιέται πώς είναι δυνατόν να συμβιβάσει την τωρινή της ζωή με τις νέες ευθύνες, θα πανικοβάλλεται στην ιδέα ότι δεν θα τα καταφέρει -παρά τη σφοδρή επιθυμία της να γίνει καλή μητέρα. Άλλωστε, το πολυπόθητο μωρό θα "κλέψει" την ελευθερία της και θα σταθεί εμπόδιο στην καριέρα που με τόσο κόπο έχει χτίσει όλα αυτά τα χρόνια. Άραγε ένα παιδί θα επηρεάσει τη σχέση με το σύντροφο της; Μήπως η μητρότητα σκοτώνει τον έρωτα; Πόσο θα πληγεί η θηλυκότητα της όταν το σώμα της αλλάξει κατά την εγκυμοσύνη; Θα είναι επιθυμητή; Ίσως της περάσει από το νου πως ένα μωρό μπορεί να την εγκλωβίσει σε ένα γάμο ο οποίος μελλοντικά μπορεί να μην είναι ανέφελος όπως τώρα. Μπορεί να φοβάται ότι ερχομός ενός παιδιού θα την αναγκάσει να επαναπροσδιορίσετε τις σχέσεις της με κοντινά μέλη της οικογένειάς της, πράγμα που θα προτιμούσε να μη συμβεί. Επιπλέον, θα σκέφτεται μήπως το μωρό της δεν γεννηθεί γερό, μήπως θα έχει προβλήματα στην εγκυμοσύνη.

Όλες οι παραπάνω αγωνίες είναι απόλυτα φυσιολογικές. Καμία γυναίκα δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά ενοχή γι' αυτές. Όλες οι γυναίκες τα ίδια σκέφτονται. Ωστόσο, γίνονται τελικά μητέρες χωρίς ποτέ να μετανιώσουν. Αντίθετα, όχι μόνο βρίσκουν πάντα μια ισορροπία ανάμεσα στις προσωπικές τους επιθυμίες και στο σωστό μέγιστο των παιδιών τους, αλλά και σε όλη τους τη ζωή αντλούν από αυτά καινούρια δύναμη και πρωτόγνωρη ευτυχία.

Οι γυναίκες, λοιπόν, οφείλουν να μην αφήνουν τη φαντασία τους να πλάθει προβλήματα και να εξοστρακίσουν τις φοβίες τους για το άγνωστο. Καλό είναι να δώσουν το προβάδισμα στην αισιοδοξία και να σκέφτονται ότι όχι μόνο όλα θα εξελιχθούν καλά, αλλά και ότι ένα μωρό θα είναι θετικός παράγοντας για το δεσμό με το σύντροφο τους και για την ίδια τους την ύπαρξη. Κάνοντας παρέα με νέες μητέρες, που έχουν θετική στάση για τη ζωή, θα πειστούν ότι η γέννηση του μικρού τις θα διαψεύσει όλες τις φοβίες τους.

Ωστόσο, δεν πρέπει να ακολουθήσουν το δρόμο της μητρότητας, αν δεν θέλουν πραγματικά ένα παιδί και αν δεν είναι αποφασισμένες να του παραχωρήσουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο, βάζοντας κατά μέρος τον εγωκεντρισμό τους.

Είναι προτιμότερο να μη φέρουν στον κόσμο ένα μωρό για να καλύψουν κενά στη ζωή τους ή για να κλείσουν τις ρωγμές της σχέσης με το σύντροφο τους. Πράγματι, γρήγορα θα διαπιστώσουν πως όχι μόνο δεν θα διορθωθεί τίποτα από τα κακώς κείμενα -ίσως μάλιστα να επιδεινωθούν τα προβλήματα τους, αλλά και δεν θα ανταποκριθούν στο ρόλο τους.

2.4.2 Για ένα μωρό χρειάζονται δύο

Οι υποψήφιοι γονείς πρέπει να αποφασίσουν από κοινού το εάν θα αποκτήσουν παιδί ή όχι. Όποιες και αν είναι οι απόψεις τους γύρω από το θέμα, θα πρέπει να τις σεβαστούν και να τις συζητήσουν μεταξύ τους.

- Μπορεί ο σύντροφος να είναι από εκείνους που λαχταρούν την πατρότητα και ενθουσιάζονται στην ιδέα ενός απογόνου. Ίσως, μάλιστα, να είναι πιο ένθερμοι υποστηρικτές μιας τέτοιας προοπτικής από τη γυναίκα και να προσπαθούν να την πείσουν ότι έφτασε πια η ώρα να γίνουν γονείς.

• Ίσως ο σύντροφος, μολονότι χαίρεται στη σκέψη της πατρότητας, να είναι σχετικά συγκρατημένος και διστακτικός. Δεν αποκλείεται, δηλαδή, να έχει, όπως ακριβώς και η υποψήφια μητέρα, επιφυλάξεις και αμφιβολίες και να διστάζει να πάρει μια απόφαση μπροστά στις μεγάλες αλλαγές που θα προκαλέσει η γέννηση ενός παιδιού. Έτσι λοιπόν, είναι αναγκαίο να συζητήσουν τις ανησυχίες τους, να τις καταλάβουν, και καθησυχαστούν. Πρέπει να αφήσουν την απόφαση να ωριμάσει μέσα τους σιγά σιγά, χωρίς πίεση. Δεν πρέπει να ξεχνάνε ότι υπάρχουν άνδρες που, ενώ δεν θέλουν ούτε να ακούσουν για παιδιά, μόλις έλθει το μωρό γίνονται χαζομαμπαδάδες.

2.5 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η απουσία εγκυμοσύνης μετά από ένα χρόνο χωρίς να λαμβάνεται κανένα αντισυλληπτικό μέτρο. Επίπτωση: σύμφωνα με μελέτες συμβαίνει περίπου στο 8 - 14% των ζευγαριών.

Για την ανθρώπινη αναπαραγωγή υπάρχουν αρκετά άγνωστα σημεία. Πάντως είναι βέβαιο ότι σε ένα χρόνο συχνών επαφών στα 90 από τα 100 γόνιμα ζευγάρια, η γυναίκα θα μείνει έγκυος. Στον επόμενο χρόνο θα υπάρχει εγκυμοσύνη και σε άλλα 5 ζευγάρια.

Συνεπώς, αφού η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αποτυχία σύλληψης μετά από ένα χρόνο συχνών επαφών χωρίς να προκύψει εγκυμοσύνη το 10% των γόνιμων ζευγαριών ίσως χρειαστεί να γίνει ο ανάλογος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος. Ο στόχος του ελέγχου είναι να εντοπίσει τα προβλήματα που σχετίζονται με την υπογονιμότητα και που θα χρειαστούν ιατρική αντιμετώπιση. Αν δεν προκύψει κάποιο πρόβλημα, το ζευγάρι έχει πιθανότητα αυτόματης σύλληψης, και εφόσον το επιτρέπει ο ηλικιακός παράγοντας δίνεται περισσότερος χρόνος.

Σε πολλά ζευγάρια (περίπου στο 30%) μετά την διερεύνηση υπογονιμότητας δεν αποκαλύπτεται σαφής αιτία.(24)

Σε αυτά τα ζευγάρια δεν έχει νόημα η συνέχιση της διερεύνησης, αλλά ο σχεδιασμός για αναζήτηση τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη την ηλικία.

Η μέγιστη φυσική γονιμότητα στο ανθρώπινο είδος είναι περίπου 2533%. Δηλαδή στην διάρκεια ενός εμμηνορρυσιακού κύκλου στα 100 νέα και γόνιμα ζευγάρια με συχνές επαφές, το πολύ 33 γυναίκες να μείνουν έγκυες.(25)

Συνεπώς η φυσική γονιμότητα στον άνθρωπο είναι χαμηλή και οι προσδοκίες από τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να είναι συγκρατημένες.

Η ηλικία του ζευγαριού έχει μεγάλη σημασία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υπογονιμότητας. Στον άντρα παρατηρείται μείωση της γονιμότητας μετά την ηλικία των 50 ετών, η οποία σχετίζεται με μεταβολές στο σπέρμα. Ωστόσο δεν υπάρχει ανώτερη ηλικία πέρα από την οποία ένας άντρας δεν μπορεί να κάνει δικό του παιδί. Η ηλικία όμως της γυναίκας σχετίζεται πάρα πολύ με την ωοθηκική επάρκεια και με την ποιότητα των ωαρίων. Έτσι η ηλικία της γυναίκας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα γονιμότητας του ζευγαριού.

2.5.1 Λόγοι υπογονιμότητας

Πολλοί είναι οι λόγοι της ανησυχητικής αύξησης της υπογονιμότητας στην εποχή μας και ένας από τους κυριότερους η καθυστέρηση απόκτησης του πρώτου παιδιού. Σήμερα, όλο και περισσότερες γυναίκες αναβάλλουν για λίγο αργότερα τη μητρότητα. Έτσι, ενώ παλιότερα ο μέσος όρος ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού ήταν τα 22 χρόνια, σήμερα έχει σκαρφαλώσει στα 33. Δεν είναι δηλαδή καθόλου τυχαίο ότι οι δείκτες γεννητικότητας- ειδικά στον δυτικό κόσμο των προνομίων μέρα με τη μέρα

κατρακυλούν. Στη χώρα μας μάλιστα έχουμε το δυσάρεστο προνόμιο ο δείκτης να βρίσκεται ήδη στο 1,2%. Οι λόγοι που ενδέχεται να δυσκολεύουν το ζευγάρι να γίνουν γονείς είναι:

A) Γυναικείος παράγοντας

1) Ακατάστατη ωορρηξία: Σημαίνει μη σταθερός κύκλος. Είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη στην Ελλάδα και ευθύνεται για το 25% όλων των προβλημάτων υπογονιμότητας. Ειδικά στις μεσογειακού τύπου γυναίκες εμφανίζεται πολύ συχνά, γιατί έχουν πολυκυστικές ωοθήκες που παράγουν αρκετά ανδρογόνα, έχουν σκληρό τοίχωμα και δημιουργούν ακατάστατη ωορρηξία.

2) Απόφραξη σαλπίγγων: Ο κυριότερος λόγος βλάβης των σαλπίγγων στην Ελλάδα είναι οι επανειλημμένες εκτρώσεις που προκαλούν λοιμώξεις.

3) Προβλήματα στη μήτρα: Το κυριότερο από αυτά είναι τα ινομώματα, τα οποία, όταν βρίσκονται Βαθιά στο τοίχωμα της μήτρας δημιουργούν προβλήματα στη σύλληψη. Ανάλογα προβλήματα δημιουργεί και η ενδομητρίωση, η πάθηση δηλαδή που μεταξύ άλλων καταστρέφει σταδιακά την ποιότητα των ωαρίων.

4) Ανεξήγητη υπογονιμότητα: Σε ένα ποσοστό 5-10% των ζευγαριών- και ενώ όλα είναι φυσιολογικά δεν επιτυγχάνεται σύλληψη.

B) Ανδρικός παράγοντας

Στο 30% των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας σήμερα υπεύθυνος είναι ο άνδρας και πιο συγκεκριμένα το σπέρμα που παράγει.

Γ) Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας

Παραβλέπεται ότι όλα τα ιατρικά προβλήματα είναι πολυπαραγοντικά και η απομόνωση του ψυχολογικού τομέα αποτελεί επιστημονικό λάθος. Εξάλλου, η προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια της υπογονιμότητας μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως το πρόβλημα αυτό έχει ψυχολογικές επιπτώσεις αλλά όχι ψυχολογικές αιτίες. Βέβαια σε περιόδους αυξημένου στρες παρατηρείται η γυναίκα να έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή ποιότητα ωορρηξίας. Η ψυχολογία δηλαδή μπορεί να επηρεάσει την ωορρηξία. Και πάλι όμως δεν μπορούμε να προβούμε σε γενικεύσεις. Και αυτό, γιατί υπάρχουν σήμερα και σύμφωνα με εκτίμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας έχουν αυξηθεί σημαντικά και ανέρχονται στο 18% του παγκόσμιου πληθυσμού.

Η υπογονιμότητα είναι ένα σχετικά συχνό πρόβλημα αλλά επίσης είναι και ένα γεγονός που αγγίζει βαθιά την ψυχή των ζευγαριών που εμπλέκονται στο πρόβλημα αυτό. Έτσι, το πρόβλημα αυτό είναι πιο συχνό απ' ότι πολλές φορές ο κόσμος συνειδητοποιεί. Υπολογίζεται ότι 1 στα 6 ζευγάρια έχει κάποια δυσκολία στην σύλληψη του αριθμού των παιδιών που θέλουν να έχουν.

Στο παρελθόν οι άνθρωποι είχαν μικρό έλεγχο στην γονιμότητα τους και τα ζευγάρια που δεν αποκτούσαν παιδιά δεν είχαν πολλές επιλογές από το να αποδεχθούν το γεγονός αυτό. Τώρα υπάρχουν μεγαλύτερες ελπίδες προς αυτή την κατεύθυνση αλλά μαζί με αυτές τις ελπίδες έρχεται και η πιθανότητα μακροχρονίων θεραπειών που περιλαμβάνουν πιθανώς επεμβατικές και ακριβές μεθόδους, οι οποίες μπορεί και να μην έχουν αποτέλεσμα. Βέβαια, αν η θεραπεία επιτύχει, όλα φαίνονται να αξίζουν τον κόπο αλλά αν δεν επιτύχει η δυσκολία για το ζευγάρι να αποδεχτεί το γεγονός της ελαττωμένης γονιμότητας γίνεται μεγαλύτερη.

2.5.2 Η υπογονιμότητα σήμερα

Υπολογίζεται ότι ένα 15% περίπου των ζευγαριών θα πάσχει από κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας. Το ποσοστό αυτό μπορεί να μην έχει εκτιμηθεί σωστά καθώς περιλαμβάνει μόνο τα ζευγάρια εκείνα που αναζητούν ιατρική βοήθεια για το πρόβλημα τους. Υπάρχουν όμως και άλλα ζευγάρια που είναι προετοιμασμένα να αποδεχθούν την υπογονιμότητα τους, δεν αποκτούν παιδί αλλά και δεν προσπαθούν ενεργά για κάτι τέτοιο.

Τα ποσοστά των ατόμων με υπογονιμότητα τείνουν να αυξάνουν, και αυτό γίνεται γιατί αυξάνεται η άποψη ότι η ελαττωμένη γονιμότητα είναι μία κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται. Έτσι, περισσότερα ζευγάρια πλησιάζουν τον γιατρό τους για να λάβουν βοήθεια. Ένας μέσος αριθμός σπερματοζωαρίων είναι περίπου 100 εκατομμύρια ανά πιτ και μπορεί να υπάρχουν 3,5 ως 13 ml σε κάθε εκσπερμάτιση. Τα σπερματοζωάρια παράγονται σε ρυθμό 1800 ανά δευτερόλεπτο από κάθε όρχι. Αριθμός σπερματοζωαρίων κάτω από 20 έως 40 εκατομμύρια ανά ιηί θεωρείται υπογόνιμος και κάτω από 20 εκ ανά ml θεωρείται χαμηλός με πολύ μικρή πιθανότητα γονιμοποίησης, παρόλο που η γονιμοποίηση δεν θεωρείται αδύνατη απλώς μπορεί να χρειαστεί περισσότερος χρόνος για τη σύλληψη.

Από την πλευρά της γυναίκας, μπορεί να υπάρχουν προβλήματα στην ωορρηξία, όπως είναι οι πολυκυστικές ωοθήκες, ο υπογοναδισμός, οι διαταραχές στη λειτουργία του υποθαλάμου, η υπερπολακτιναιμία, ωοθηκική ανεπάρκεια, ανωορρηκτικοί κύκλοι, όχι καλής ποιότητας ωάρια, κυτταροτοξικά φάρμακα, άλλα φάρμακα, ακτινοβολία, κάπνισμα. Η ενδομητρίωση επίσης είναι ένας παράγων που ελαττώνει τις πιθανότητες μίας εγκυμοσύνης. Είναι γεγονός ότι η ενδομητρίωση μπορεί να προκαλέσει ενδοπυελικές συμφύσεις, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες για μία σύλληψη. Παρόλα αυτά, πολλές γυναίκες με ελαφριά ως μέτρια ενδομητρίωση μπορούν να μείνουν έγκυες. Η ενδομητρίωση διαγιγνώσκεται με την λαπαροσκόπηση και πολλές γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι έχουν ενδομητρίωση σε σημαντικό ποσοστό, μέχρι να εξεταστούν λαπαροσκοπικά. Τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης δεν είναι ειδικά, και μία γυναίκα μπορεί να έχει συμπτώματα ενδομητρίωσης, ενώ να μην αποδειχθεί ότι έχει την νόσο, κατά την διάρκεια μίας λαπαροσκόπησης.

Μία γυναίκα μπορεί επίσης να υποφέρει από απόφραξη των σαλπίγγων ή από χλαμυδιακή λοίμωξη, οντότητες οι οποίες και οι δύο μπορεί να μειώσουν τις πιθανότητες γονιμότητας.

Υπάρχει επίσης και η ανεξήγητη γονιμότητα που αναφέρθηκε προηγουμένως. Υπάρχουν πολλές γυναίκες οι οποίες μπορεί να έχουν μία επαφή και να μείνουν κατευθείαν έγκυες, αυτές που λέμε ότι μένουν έγκυες "με τον αέρα", και από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές οι οποίες μπορεί να προσπαθούν για χρόνια και να έχουν κάνει όλες τις εξετάσεις και παρόλα αυτά να μην μπορούν να μείνουν έγκυες. Εδώ υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο και να μην έχουν εξεταστεί από την σύγχρονη ιατρική. Για παράδειγμα, οι ελλείψεις διαφόρων ιχνοστοιχείων ή βιταμινών, η λήψη ορισμένων ουσιών σε χρόνιο επίπεδο, όπως είναι ο καφές ή το αλκοόλ, η αύξηση ή η υπερβολική μείωση του βάρους, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας, καθώς και το σωματικό ή ψυχολογικό στρες. Το στρες μπορεί επίσης να επηρεάσει και τους άντρες, με αποτέλεσμα πτώση του αριθμού των σπερματοζωαρίων.

Ο ψυχολογικός παράγοντας είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για το υπογόνιμο ζευγάρι, επειδή υπάρχει η επιβάρυνση της κοινωνίας, υπάρχει η επιβάρυνση των διαπροσωπικών σχέσεων του ζευγαριού μέσα στον γάμο, η σχέση του με τους συγγενείς και άλλα άτομα, η πίεση της υπογονιμότητας σε κάθε ένα από αυτά τα δύο άτομα του ζευγαριού, καθώς και η ψυχολογική πίεση όταν το ζευγάρι αυτό βρίσκεται

μέσα στην διαδικασία μίας προσπάθειας για υποβοηθούμενη τεχνητή γονιμοποίηση. Υπάρχει επίσης η βιολογική ανάγκη της γυναίκας και του άντρα, για ένα παιδί, καθώς και το στρες της στέρησης αυτής της ψυχολογικής ανάγκης. Σε όλα αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η επιβάρυνση της εξάρτησης από το γιατρό που βοηθά το ζευγάρι επειδή πολλές φορές αυτοί νομίζουν ότι αυτός είναι ο μόνος που μπορεί να τους βοηθήσει, να τους καταλάβει και να τους προσφέρει κάποιες ελπίδες. Μπορεί να νιώθουν την υποχρέωση να είναι καλοί ασθενείς, και να ξοδεύουν αρκετή ενεργητικότητα στην προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση.

Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να υιοθετηθούν τρόποι βελτίωσης της ποιότητας ζωής και μεγιστοποίησης των δυνατοτήτων. Στην σύγχρονη εποχή έχει έρθει ο καιρός πια να συμπληρωθεί η εξωσωματική γονιμοποίηση και με την υποβοήθηση του ατόμου σαν ένα όλον, ώστε να μπει πιο ολοκληρωμένο και πιο υγιές στην διαδικασία αυτή. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι χαλάρωσης και βελτίωσης της υγείας, οι οποίες εάν τύχει να μην έχουν ως αποτέλεσμα την γέννηση ενός παιδιού, τουλάχιστον θα αυξήσουν την ικανότητα των ατόμων να απολαμβάνουν την ζωή ενώ συνεχίζουν να προσπαθούν να ξεπεράσουν τα προβλήματα τους.

2.5.3 Η αντιμετώπιση του προβλήματος

Το πρώτο που θα πρέπει να κάνει ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υπογονιμότητας, είναι να έχει μία σωστή ψυχολογική αντιμετώπιση προς το πρόβλημα αυτό. Δεν θα πρέπει να υπάρχει άγχος, αγωνία, και λάθος αντιλήψεις σχετικά με το πρόβλημα. Το ζευγάρι θα πρέπει να ψάξει πρώτα από όλα να βρει ψυχολογική υποστήριξη, ερχόμενο σε επαφή με άλλα ζευγάρια που μπορεί να έχουν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση. Είναι σημαντικό να υπάρχουν σωστές ψυχολογικές αντιδράσεις στα προβλήματα υπογονιμότητας και το ζευγάρι θα πρέπει να εξετάσει τρόπους με τους οποίους άλλα ζευγάρια αντιμετώπισαν το πρόβλημα. Το κάπνισμα, το ποτό, και η λήψη ηρεμιστικών, ή ακόμα το πολύ φαγητό, μπορεί να σας κάνουν να νιώθετε καλύτερα, αλλά δεν είναι θετικοί τρόποι για την ψυχολογική υποστήριξη σε μία περίπτωση υπογονιμότητας.(29).

2.6 Ο ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η μητρότητα είναι, ίσως, ο πιο συναρπαστικός ρόλος για μια γυναίκα, ακόμη και αν αυτή είναι μια πετυχημένη επαγγελματίας με λαμπρή καριέρα. Προσφέρει χαρές εξαισίες, αλλά συνεπάγεται και τεράστιες ευθύνες, οι οποίες δεν τελειώνουν ποτέ. Πρόκειται για ένα ρόλο που αρχίζει πριν από τη σύλληψη, γιατί σχετίζεται πάνω από όλα με τη δημιουργία μιας ζωής. Δεν αφήνει, λοιπόν, κανένα περιθώριο για επιπολαιότητες, ολιγωρίες, εγωισμούς, παραλείψεις ή αδιαφορία, γιατί η υγεία του παιδιού είναι το πρώτο μέλημα κάθε γονιού. Το πολύτιμο αυτό αγαθό, όσο εύθραυστο και φευγαλέο και αν είναι, με αβέβαιο πάντα αύριο, ελέγχεται με σχετικά μεγάλη ασφάλεια όχι μόνο όταν το μωράκι μας κολυμπά ανέμελο στο ενδομήτριο "μπαλόνι" του, αλλά και πριν ακόμα ξεκινήσει το ταξίδι της ζωής με αφετηρία το γονιμοποιημένο ωάριο. Η δική μας υποχρέωση είναι να του εξασφαλίσουμε ευνοϊκές προϋποθέσεις και την ευκαιρία για μια όσο γίνεται καλύτερη αρχή. Πώς; Με ορισμένες εξετάσεις που θα

κάνομε πριν μείνομε έγκυες. Ίσως και με τα εμβόλια εκείνα που ο γιατρός θα κρίνει απαραίτητα για την προστασία σας από ασθένειες επικίνδυνες για το έμβρυο.

2.6.1 Οι εξετάσεις

Ο νόμος δεν μας υποχρεώνει να κάνομε εξετάσεις πριν από την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, μόλις αποφασίσομε ότι έφτασε η στιγμή να γίνομε μητέρες, η κοινή λογική, το αίσθημα ευθύνης και η απέραντη αγάπη μας για το μωρό θα οδηγήσουν τα βήματα μας στο γιατρό, για να υποβληθούμε τουλάχιστον στις πιο απαραίτητες εξετάσεις. Φυσικά, αν υποφέρομε από κάποια πάθηση, είχαμε προβλήματα σε προηγούμενες εγκυμοσύνες ή θέλομε να βεβαιωθούμε ότι η γενική σωματική μας κατάσταση είναι καλή, θα χρειαστεί να κάνομε και άλλες, τις οποίες θα συστήσει ο γιατρός. Αυτές, όμως, που απαιτείται να γίνουν οπωσδήποτε είναι:

Μεσογειακή αναιμία

Είναι μια κληρονομική διαταραχή του αίματος, συνηθισμένη στις χώρες της Μεσογείου, όπως η δική μας, για αυτό και ο έλεγχος της γίνεται με μια απλή ανάλυση αίματος. Δεν πρέπει να παραλείπεται από το ζευγάρι που έχει αποφασίσει να αποκτήσει παιδί. Αν μόνο εμείς ή μόνο ο σύντροφος μας έχει μεσογειακή αναιμία, δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα για το μωρό που θα φέρομε στον κόσμο. Εκείνο, όμως, που πρέπει να ξέρομε, αν πάσχομε εμείς, είναι ότι ο αιματοκρίτης μας θα είναι χαμηλός και ότι στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα έχομε μια ελαφριά ή λιγότερο ελαφριά αναιμία, την οποία θα ρυθμίσει ο γιατρός μας. Στην περίπτωση που και εμείς και το ταίρι μας έχομε μεσογειακή αναιμία, τότε, όταν μείνομε έγκυες, θα πρέπει να κάνομε στο μαιευτήριο αμνιοκέντηση. Αυτό είναι απαραίτητο, διότι υπάρχει μία στις τέσσερις πιθανότητες το μικρό να γεννηθεί με ομόζυγο μεσογειακή αναιμία -και όχι μόνο με στίγμα. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ βαριά και γι' αυτό συνιστάται διακοπή της εγκυμοσύνης. Δεν αποκλείεται ωστόσο -τρεις πιθανότητες στις τέσσερις- το μωρό να γεννηθεί μόνο με στίγμα ή υγιέστατο.

Ερυθρά

Είναι πολύ πιθανόν να έχομε εμβολιαστεί από μικρή ή να έχομε περάσει την αρρώστια, οπότε έχομε ανοσία, αφού στην ερυθρά είναι χρόνια. Ωστόσο, φροντίζομε να βεβαιωθούμε με μια εξέταση αίματος. Αν τελικά διαπιστωθεί ότι δεν έχομε αντισώματα, θα πρέπει να εμβολιαστούμε. Ο λόγος γι' αυτό είναι ότι, αν μολυνθούμε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενδέχεται να υποχρεωθούμε σε διακοπή της, γιατί η ερυθρά μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατες βλάβες στο έμβρυο.

Προσοχή: δεν πρέπει να συλλάβει η γυναίκα πριν περάσουν τρεις μήνες αφότου κάνει το εμβόλιο. Φροντίζει, λοιπόν, για ένα διάστημα να παίρνει αντισύλληψη.

AIDS

Ο έλεγχος για το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, που γίνεται με εξετάσεις αίματος, δεν αποτελεί υπερβολή στην εποχή μας. Αυτό ισχύει ακόμα

περισσότερο αν σκεφτόμαστε σοβαρά τη μητρότητα. Πράγματι, ο ιός HIV, ο οποίος μολύνει τα θύματα του μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος, της χρήσης μολυσμένης σύριγγας, αλλά και μέσω της σεξουαλικής επαφής, μπορεί να βλάψει και τη μητέρα και το έμβρυο ανεπανόρθωτα. Δυστυχώς, επειδή η ασθένεια οφείλεται σε ιό, δεν υπάρχει -προς το παρόν τουλάχιστον- εμβόλιο.

2.6.2 Τι άλλο πρέπει να προσέξουμε

- Αν εμείς ή ο σύντροφος μας (ή κάποιος συγγενής μας) πάσχει από κληρονομική ασθένεια (όπως αιμοφιλία), συμβουλευόμαστε το γιατρό μας για τους ενδεχόμενους κίνδυνους -αν υπάρχουν- στην περίπτωση που μείνομε έγκυος.
- Εμβολιαζόμαστε για παιδικές και μη ασθένειες που δεν έχουμε περάσει ποτέ ή για τις οποίες δεν έχουμε κάνει εμβόλιο (όπως ηπατίτιδα Β κ.λπ.), γιατί, αν προσβληθούμε από αυτές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχει κίνδυνος για το έμβρυο.
- Μην αναβάλλομε για αργότερα τις ακτινογραφίες που πρέπει να κάνομε τώρα - ακόμα και στο δόντι που μας πονά-, γιατί, όταν μείνομε έγκυες, η ακτινοβολία μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο, ιδιαίτερα στους πρώτους μήνες.(48).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ



3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σώζει γυναικείες ζωές και βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Η χρήση αντισύλληψης για την καθυστέρηση της πρώτης εγκυμοσύνης ή για την εξασφάλιση μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών σώζει παιδικές ζωές και βελτιώνει την υγεία των παιδιών κάτω των 5 ετών. Ο οικογενειακός προγραμματισμός παρέχει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για το ζευγάρι, την οικογένεια και την κοινωνία. Υπάρχει ποικιλία ασφαλών αντισυλληπτικών μεθόδων, με διαφορετικά χαρακτηριστικά, για να καλύψει τις διάφορες ανάγκες των χρηστών. Τα προφυλακτικά παρέχουν σημαντική προστασία ενάντια στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν σοβαρές σωματικές, οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες από την εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Γι' αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τους εφήβους να κάνουν υπεύθυνες επιλογές.

3.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η πληθυσμιακή έκρηξη που επιτελείται τα τελευταία χρόνια καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων μέσα από εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των δύο δις τη δεκαετία του 1920, έφθασε τα 4δις το 1975, τα πέντε δισεκατομμύρια το 1987 και ξεπέρασε τα 6 δις το 2000. Διαπιστώνεται πως η τάση αύξησης του πληθυσμού είναι 2% περίπου ανά έτος. Παρόλα αυτά η υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού, κυρίως λόγω της ελάττωσης της θνησιμότητας, επιδεινώνεται από την άνιση κατανομή της αύξησης αυτής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται το 85% του συνόλου των γεννήσεων, το 95% της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας και το 99% της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας. Αντίθετα στις αναπτυγμένες χώρες η αλλαγή του τρόπου ζωής, η αύξηση του βιοτικού και του μορφωτικού επιπέδου, είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αύξησης του πληθυσμού με ρυθμό 0.6% έναντι 2.9% που είναι ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού στην Αφρική σήμερα. Αν και είναι γνωστά τα τεράστια οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού, η προσβασιμότητα σε αυτόν δεν είναι δυνατή σε 350 εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως. Επιπροσθέτως 120 εκατομμύρια παντρεμένες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο, εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά την ενημέρωση, τη διάθεση και την εκπαίδευση στη χρήση της αντισύλληψης. Σύμφωνα με μια έρευνα, εάν όλες οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη γονιμότητα 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 στον αναπτυσσόμενο κόσμο το 2100 θα είχε ελαττωθεί κατά 2,2 δισεκατομμύρια, εάν όλες οι γυναίκες, που έλεγαν ότι δεν επιθυμούν άλλα παιδιά, ήταν ικανές να σταματήσουν με κάποιο τρόπο την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Αναμφισβήτητα η χρήση της αντισύλληψης συμβάλλει στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας μέσω της αποφυγής των ανεπιθύμητων, υψηλού κινδύνου κυήσεων και της ελάττωσης του αριθμού των εκτρώσεων.

Επιπλέον, κάποια αντισυλληπτικά ελαττώνουν την πιθανότητα μετάδοσης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και προστατεύουν από κάποιες μορφές καρκίνου που λαμβάνουν τεράστια έκταση στις αναπτυσσόμενες χώρες με φοβερές συνέπειες για την ανθρωπότητα. Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία στις ΗΠΑ 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 προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί πως παγκοσμίως 40-50 εκατομμύρια γυναίκες 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. Ενθαρρυντικό όμως είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση των αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες η χρήση της αντισύλληψης στις παντρεμένες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960 στο 60% σήμερα. Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε έτος στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των δύο δις τη δεκαετία του 1990.

3.3 ΟΦΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

3.3.1 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας.

Κάθε χρόνο περισσότερες από 585.000 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Το 99% αυτών προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες. Η γυναίκα στη Νότια Ασία έχει μία στις 18 πιθανότητα να πεθάνει κατά τη διάρκεια της ζωής της ως συνέπεια κάποιας επιπλοκής της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Η δε πιθανότητα για τις περισσότερες γυναίκες της Αφρικής είναι μία στις 14. Αντιθέτως, η πιθανότητα στη Βόρεια Αμερική είναι μία στις 6366. Τα αίτια αυτών των θανάτων είναι ουσιαστικά ίδια παγκοσμίως και υπολογίστηκε πως οφείλονται 25% σε αιμορραγία, 15% σε σήψη, 12% σε προεκλαμψία, 8% σε δυστοκία, 13% σε έκτρωση και γύρω στο 20% των γυναικών πεθαίνουν λόγω κάποιας προϋπάρχουσας νόσου που επιδεινώνεται κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η ίδια η εγκυμοσύνη απειλεί τη ζωή της γυναίκας, αφού έχει υπολογιστεί πως για κάθε μητρικό θάνατο στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιστοιχούν άλλες 124 γυναίκες που υποφέρουν από ασθένειες ή επιπλοκές σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό όπως αναιμία, υπέρταση, υπογονιμότητα, πρόπτωση μήτρας, λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και σήψη.

Επιπλέον ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος στις έφηβες γυναίκες, διότι η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, αφού το σώμα τους είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο stress της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών, που συνεχίζουν να τεκνοποιούν, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης ή συγγενείς ανωμαλίες. Ακόμη δε ο κίνδυνος της μητρικής θνησιμότητας αυξάνει στις πολύτοκες γυναίκες 1,5 έως 3 φορές για αυτές με πέντε ή περισσότερα παιδιά, γεγονός που σχετίζεται με αναιμία ή αιμορραγία κατά ή μετά τον τοκετό.

Τα προφυλακτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS. Φυσικά και άλλες μέθοδοι φραγμού όπως τα σπερματοκτόνα και τα διαφράγματα παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και στο θάνατο.

Επιπροσθέτως κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν

στα νεογνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού.

Τα αντισυλληπτικά δισκία παρέχουν επίσης προστασία ενάντια σε κάποιους καρκίνους και ασθένειες. Έχει διαπιστωθεί ότι ελαττώνουν τη συχνότητα των καλοήθων παθήσεων του μαστού, τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου, του καρκίνου των ωοθηκών, των ωοθηκικών κύστεων, και προστατεύουν από τη σιδηροπενική αναιμία, τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και από τις πνευλικές φλεγμονές.

Ο θηλασμός έχει χρησιμοποιηθεί ως φυσική μέθοδος αντισύλληψης. Επιπροσθέτως, ο θηλασμός παρέχει ειδικά θρεπτικά οφέλη για το νεογέννητο και προστατεύει από τη διάρροια, τον βήχα και τα κρυολογήματα και από άλλες απειλητικές για τη ζωή του νεογνού νόσους όπως η ιλαρά, η διφθερίτιδα και ο κοκκύτης. Αξίζει να σημειωθεί πως η αντισυλληπτική προστασία του θηλασμού είναι μεγαλύτερη από 98% κατά τη διάρκεια των έξι πρώτων μηνών μετά τον τοκετό για τη γυναίκα-μητέρα που αποκλειστικά θηλάζει το βρέφος της και δεν έχει επανεμφανίσει την έμμηνο ρύση της μετά τον τοκετό στο χρονικό αυτό διάστημα.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επικίνδυνες τεχνητές διακοπές της εγκυμοσύνης από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση ή σε χώρους όπου δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεσή τους. Κάθε χρόνο τουλάχιστον 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια αυτών των επικίνδυνων εκτρώσεων και πολύ περισσότερες υποφέρουν από επιπλοκές, όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, ρήξη του τραχήλου, αιμορραγία και λοίμωξη. Στις απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνονται η εξωμήτριος εγκυμοσύνη, η χρόνια πνευλική φλεγμονή και η υπογονιμότητα. Μελέτες από τις περισσότερες Αφρικανικές χώρες επισημαίνουν πως το 50% της μητρικής θνησιμότητας οφείλονται σε εκτρώσεις και το 50% των εισαγωγών σε νοσοκομεία αφορούν τη νοσηλεία γυναικών με επιπλοκές από επικίνδυνες εκτρώσεις. Στη Λατινική Αμερική οι επιπλοκές από τις εκτρώσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών. Ένα άλλο πρόβλημα που ανακύπτει από την αυξημένη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω της έλλειψης της μητρικής φροντίδας. Οι επιπλοκές των εκτρώσεων λόγω της έλλειψης οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ακόμη ένα κοινωνικό κόστος, όπως η δευτεροπαθής υπογονιμότητα που θέτει τη γυναίκα στον κίνδυνο να την χωρίσει ή να την εγκαταλείψει ο σύντροφός της ή ακόμη να περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό σύνολο.

3.3.2 Οφέλη οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού.

Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού
Η αντισύλληψη αποτελεί για το ζευγάρι ένα χρήσιμο εργαλείο για να ελέγξει και να προγραμματίσει τη γέννηση των παιδιών τους, πράγμα που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κυήσεων έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται στο ότι τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μια προηγούμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιθανό να είναι πρόωρα, χαμηλού βάρους, με αυξημένο κατά 50% κίνδυνο να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών. Έτσι η χρήση αντισύλληψης, ώστε να αποφεύγονται οι κυήσεις με μικρό μεσοδιάστημα, θα μπορούσε να ελαττώσει τη νεογνική και παιδική θνησιμότητα κατά 20% ή περισσότερο στην Κεντρική, τη Νότια Αμερική και στη Βόρεια Αφρική και κατά 30% στη Βραζιλία και στην Αίγυπτο. Όμως ο σύντομος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο αμέσως προηγούμενο βρέφος-παιδί που θα στερηθεί τον θηλασμό

και τη φροντίδα της μητέρας. Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα και με χαμηλό βάρος νεογνά, τα οποία είναι 24% περισσότερο πιθανόν να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτός ο κίνδυνος εξακολουθεί να υφίσταται τα 5 χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης μετά την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων στις ανήλικες γυναίκες και ταυτόχρονα δίνει το χρονικό περιθώριο για τη φυσική και τη συναισθηματική ωρίμανσή τους ως γυναίκες και μητέρες. Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν. Έχει υπολογιστεί πως στην Αίγυπτο υπάρχει 38% μεγαλύτερη νεογνική θνησιμότητα στις μητέρες με περισσότερα από τέσσερα παιδιά. Με τον κατάλληλο οικογενειακό προγραμματισμό και τη χρήση αντισύλληψης για την αποφυγή της τεκνοποίησης πέραν των τεσσάρων παιδιών ελαττώνεται η νεογνική θνησιμότητα και ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα παροχής περισσότερης τροφής, ένδυσης, καθώς και ευκαιριών εκπαίδευσης και μόρφωσης στα παιδιά τους. αποτελεί για το α βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον

3.3.3 Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον κατορθώνουν να εξασφαλίζουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για μόρφωση, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη. Αντίθετα, όταν τα κορίτσια εγκαταλείπουν το σχολείο νωρίς για να παντρευτούν και να αναθρέψουν τα παιδιά τους, όπως συμβαίνει στη Νότια Ασία και την Αφρική, διαιωνίζουν τον κύκλο του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της πολυτοκίας. Αναμφισβήτητα τα παιδιά από μικρές οικογένειες εκπαιδεύονται καλύτερα σε σχέση με τα παιδιά που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες. Η σχέση μεταξύ αντισύλληψης και κοινωνικού επιπέδου της γυναίκας είναι αμφίδρομη, καθώς η αύξηση των οικονομικών και μορφωτικών ευκαιριών μπορεί επίσης να συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή και στη χρήση της αντισύλληψης. Η αντισύλληψη συμβάλλει στην ελάττωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται μείωση της πίεσης που ασκούν οι ταχέως χωρίς προγραμματισμό αναπτυσσόμενοι πληθυσμοί σε κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο. Με τους σύγχρονους ρυθμούς αύξησης ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί μέσα σε 43 έτη. Όμως η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμιο επίπεδο θα μπορούσε να αναστείλει αυτή την αύξηση και να σταθεροποιήσει τον πληθυσμό της γης.

3.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

3.4.1 Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισυλληπτικές μέθοδοι

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία ο γυναικολόγος ή ο γιατρός οφείλει να τα εξηγήει στη γυναίκα ή το ζευγάρι που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Έτσι άλλες

αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία. Άλλες προστατεύουν τον χρήστη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες είναι για γυναίκες, ενώ άλλες για άντρες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Φυσικά, πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν οι διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά από τη σωστή χρήση και εκπαίδευση του ενδιαφερόμενου. Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει τον ενδιαφερόμενο στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, έχοντας υπ' όψιν του την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών που ήδη υπάρχουν, τη συχνότητα των επαφών, την ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του. Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή του αντισυλληπτικού αποτελούν η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν. Ακόμη η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην κοινωνία ανά ηλικίες, καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερομένου είναι καθοριστικοί παράγοντες στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου. Τέλος, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές, οι πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερομένου και της κοινωνίας δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού. Στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες του οικογενειακού τους προγραμματισμού μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος η οποία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από μια νεαρή ανύπαντρη γυναίκα μπορεί να μην είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα. Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του ενδιαφερομένου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή τη διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

3.4.2 Οικογενειακός προγραμματισμός και επείγουσα αντισύλληψη

Η επείγουσα αντισύλληψη κατέχει κυρίαρχη θέση στο φάσμα της αντισύλληψης. Αποτελεί τη λύση για τα ζευγάρια που θέλουν να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη κύηση μετά από μια ελεύθερη χωρίς προφυλάξεις σεξουαλική επαφή. Με την παροχή της επείγουσας αντισύλληψης σε ευρεία βάση, οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων που θα καταλήξουν σε τεχνητή διακοπή της κύησης, θέτοντας τη ζωή και την υγεία της γυναίκας σε κίνδυνο. Αναμφισβήτητα σπουδαίος είναι ο ρόλος της επείγουσας αντισύλληψης στις γυναίκες που πέφτουν θύματα βιασμού. Επιπλέον, επειδή όλες οι σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης έχουν κάποιο ποσοστό αποτυχίας, η επείγουσα αντισύλληψη αποτελεί μια σημαντική εφεδρεία, όταν το προφυλακτικό "σπάσει", το διάφραγμα ή το ενδομήτριο σπείραμα μετακινηθεί από τη σωστή θέση του. Για δε τα ζευγάρια που δεν χρησιμοποίησαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά θα επιθυμούσαν να είχαν χρησιμοποιήσει, η επείγουσα αντισύλληψη παρέχει μια δεύτερη ευκαιρία που θα εμποδίσει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Σημαντική είναι η συμβολή της επείγουσας αντισύλληψης στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες η έκτρωση παραμένει παράνομη, και διεξαγόμενη υπό επικίνδυνες συνθήκες αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Έτσι, θα μπορούσε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των

γυναικών από τις επικίνδυνες εκτρώσεις και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία ο γυναικολόγος ή ο γιατρός οφείλει να τα εξηγήσει στη γυναίκα.

3.4.3 Έφηβοι και οικογενειακός προγραμματισμός – αντισύλληψη

Εκατομμύρια έφηβες γυναίκες παγκοσμίως είναι σεξουαλικά δραστήριες και εκτεθειμένες στον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νεαρών κοριτσιών παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις που χρειάζονται για να αναπτύξουν υπεύθυνες σχέσεις. Ταυτόχρονα, χάρη στον οικογενειακό προγραμματισμό ενημερώνονται και προετοιμάζονται για τον υπεύθυνο ρόλο της μητρότητας και οδηγούνται στην ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο βασιζόμενων στον αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη. Σημαντικός είναι ο ρόλος της πολιτείας που πρέπει να προωθεί τον οικογενειακό προγραμματισμό, ώστε να ενημερώνονται οι έφηβοι μέσα σε ένα εμπιστευτικό και στοργικό περιβάλλον. Δυστυχώς 15 εκατομμύρια έφηβες καθίστανται έγκυες ετησίως και αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο τόσο για τον εαυτό τους όσο και για το έμβρυο. Η προεκλαμψία, η εκλαμψία, η δυστοκία, η σιδηροπενική αναιμία και ο πρόωρος τοκετός εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ανήλικες έγκυες. Έρευνα σε 11 αφρικανικές χώρες αποκάλυψε πως οι ανύπαντρες έγκυες έφηβες προσπαθούν να αυτοαποβάλλουν ή αναζητούν βοήθεια από μη επαγγελματίες γυναικολόγους, προκειμένου να διακόψουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη τους, με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία και τη γονιμότητα τους. Τα δε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος στις έφηβες και σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Παραδείγματος χάριν, μια μελέτη στη Νιγηρία διαπιστώνει πως το 33% των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων κάτω των 17 ετών και το 44% των γυναικών ηλικίας 17-19 ετών εμφάνισαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο πυελικής φλεγμονής συγκριτικά με το 23% των γυναικών άνω των 19 ετών. Γι' αυτό η ασφαλέστερη μέθοδος αποφυγής της εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην εφηβεία είναι η αποφυγή των σεξουαλικών σχέσεων. Δυστυχώς όμως η πλειονότητα των εφήβων δεν προτιμά τη σεξουαλική αποχή. Γι' αυτούς η επιλογή του ανδρικού ή του γυναικείου προφυλακτικού αποτελεί την καλύτερη προστασία έναντι της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Εδώ καλούνται οι λειτουργοί του οικογενειακού προγραμματισμού να ενημερώνουν και να εκπαιδεύουν τους εφήβους στην έγκαιρη και σωστή τήρηση των κανόνων χρήσης των προφυλακτικών, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία έχει και αρνητικές κοινωνικές διαστάσεις. Συγκεκριμένα οι έφηβες έγκυες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το σπίτι τους, το σχολείο και τις σπουδές τους, απολύονται από τις δουλειές τους ή δουλεύουν με χαμηλές αποδοχές προκειμένου να επιβιώσουν. Σε φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο οι ανήλικες μητέρες να οδηγούνται στην πορνεία για να εξασφαλίσουν στέγη και τροφή για το παιδί και τον εαυτό τους. Η δε πολιτεία θα πρέπει να εξασφαλίζει την εύκολη και δωρεάν συμμετοχή όλων των γυναικών, και ιδιαίτερα των εφήβων, σε υπηρεσίες υγείας με τμήματα οικογενειακού προγραμματισμού.(31

3.4.4 Πίνακας ανάλυσης πιθανοτήτων εγκυμοσύνης ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο αντισύλληψης

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ή αναγράφεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης ανάλογα με την χρησιμοποιούμενη αντισυλληπτική μέθοδο.(23)

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΚΥΗΣΕΩΣ (%) 0.1— 3.0
Αντισυλληπτικό δισκίο	
Δισκίο προγεστερόνης	0.5 — 3.0
Ενδομήτριο σπείραμα Progesterone IUD Levonorgestrel IUD Copper T 380 A	1.5—2.0 0.6 — 0.8 0.1— 0.15
Στεροποίηση . Γυναικεία . Ανδρική	0.05 0.1— 0.15
Depo-Provera	0.3
Σπερματοσκότα	8.0 — 26.0
Περιοδική αποχή Ημερολογιακά Μέθοδος ωορρηξίας Θερμομετρικό διάγραμμα	9.0 3.0 2.0
Διακοπτόμενη επαφή	4.0 — 19.0
Τραχηλικό διάφραγμα . Πολύτοκες .. Άτοκες	26.0 — 40.0 9.0 — 20.0
Κολπικός σπόγγος Πολύτοκες . Άτοκες	9.0 — 28.0 6.0—18.0
Διάφραγμα και Σπερματοκτονα	6.0 — 20.0

Προφυλακτικό Ανδρικό .	3.0—14.0
Γυναικείο	5.0—21.0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ



4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Αντισύλληψη είναι η αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η αντισύλληψη επιτυγχάνεται είτε με την αναστολή της γονιμοποίησης του ωαρίου από το σπερματοζώαριο ή με την αποτροπή της εμφύτευσης του ζυγώτη στη μήτρα. Οι στόχοι της αντισύλληψης είναι η αποφυγή της απρογραμματίστης εγκυμοσύνης και η επίτευξη οικογενειακού προγραμματισμού. Αν μια γυναίκα δεν χρησιμοποιεί κανένα μέσο αντισύλληψης για έναν ολόκληρο χρόνο έχει 80-90% πιθανότητες να συλλάβει και να μείνει έγκυος. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την γενική πεποίθηση ότι ένα ζευγάρι που δεν χρησιμοποιεί κανένα μέτρο προφύλαξης θα πρέπει να συλλάβει αμέσως. Ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αν μια εγκυμοσύνη δεν είναι επιθυμητή τότε κάποιο είδος αντισύλληψης θα πρέπει να χρησιμοποιείται. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι καμία μέθοδος αντισύλληψης δεν έχει 100% εγγυημένο αποτέλεσμα καθώς η επιτυχία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα το πόσο πιστά ακολουθούνται οι οδηγίες του γυναικολόγου, την ηλικία της γυναίκας, τη συχνότητα της σεξουαλικής πράξης και φυσικά το είδος της αντισύλληψης. Οι μέθοδοι αντισύλληψης ποικίλλουν ανάλογα με τον τρόπο εφαρμογής τους, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους, την καταλληλότητα τους στην κάθε περίπτωση, και την αποτελεσματικότητά τους. Ανεξάρτητα από τη μέθοδο αντισύλληψης που θα επιλεγεί τελικά, είναι απαραίτητο να προηγηθεί επίσκεψη σε γυναικολόγο, ο οποίος θα συστήσει την καταλληλότερη για κάθε περίπτωση μέθοδο.(47)

4.1.1 Μορφές αντισύλληψης

α) Μέθοδοι φραγμού

1. Το Ανδρικό προφυλακτικό
2. Το Γυναικείο προφυλακτικό
3. Το Διάφραγμα
4. Οι κολπικοί σπόγγοι
5. Σπερματοκτόνα κολπικά ενθέματα.

β) Αντισυλληπτικά Χάπια

1. Συνδυασμένα Αντισυλληπτικά (κλασικά χάπια)
2. Αντισυλληπτικά χάπια μόνο με Προγεστερόνη
3. Ενέσιμα Σκευάσματα
4. Αντισυλληπτικά χάπια μετά τη συνουσία
5. Χάπι για τον άνδρα

γ) Ενδομήτρια Σπειράματα

1. Μιρένα (Ενδομήτρια Συσκευή Απελευθέρωσης ορμονών)

δ) Μόνιμες Μέθοδοι Αντισύλληψης

1. Ανδρική στείρωση
2. Γυναικεία στείρωση

ε) Φυσιολογικές μέθοδοι

1. Αποχή και σεξ χωρίς συνουσία
2. Διακοπή συνουσίας
3. Μέθοδοι ρυθμού
4. Καταγραφή των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας
5. Θηλασμός.

στ) Χάπι Επείγουσας Αντισύλληψης

ζ) Υποδόρια Εμφυτεύματα και Ενδομυϊκές Ενέσεις

Η επιλογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου θα εξαρτηθεί από το αν αυτή θα είναι μόνιμη ή αναστρέψιμη, από τον βαθμό αποτελεσματικότητας της μεθόδου και από την αντικειμενική δυνατότητα να την εφαρμόζει σωστά το ζευγάρι.

4.1.2 Μέθοδοι Αντισύλληψης

4.1.2.1 Μέθοδοι Φραγμού

1. Το Ανδρικό προφυλακτικό: παρουσιάζει 2% αποτυχία στον πρώτο χρόνο και 10% γενική αποτυχία με πολύ καλή εφαρμογή της μεθόδου. Κατασκευάζεται από λατέξ με μακρόστενο σχήμα και κοίλη κορυφή. Το προφυλακτικό ξετιλύσεται όταν το πέος βρίσκεται σε στύση. Τα προφυλακτικά από πολουρεθάνη, τα οποία είναι λεπτότερα και προσφέρουν καλύτερη αίσθηση στον άνδρα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και με λιπαντικά βασισμένα στο λάδι. Πως λειτουργεί; Καλύπτει το πέος και εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Καινούργιο προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε επαφή. Είναι ασφαλέστερο αν χρησιμοποιείται από την αρχή. Μόλις ο άνδρας εκσπερματίσει, πρέπει να τραβιέται από τον κόλπο της γυναίκας με προσοχή κρατώντας τη βάση του προφυλακτικού για να μην ξεφύγει το σπέρμα. Έχει ικανοποιητική αντισυλληπτική προστασία όταν χρησιμοποιείται σωστά (οδηγίες χρήσης βρίσκονται σε κάθε συσκευασία, και καλό είναι να τις γνωρίζουν και οι γυναίκες!!). Δεν έχει παρενέργειες, εκτός από πολύ σπάνιες περιπτώσεις αλλεργίας στο latex. Χαμηλή τιμή. Αποτελεί το μοναδικό και απόλυτο τρόπο προστασίας από λοιμώξεις (Ηπατίτιδα, AIDS, γονόκοκκους, τριχομονάδες, γλαμύδια κλπ). Υπάρχει πιθανότητα ρήξης κατά την επαφή. Πολλοί άνδρες ισχυρίζονται πως το προφυλακτικό επηρεάζει την ποιότητα της ερωτικής επαφής.

2. Το Γυναικείο προφυλακτικό: παρουσιάζει 4% αποτυχία για τον πρώτο χρόνο, 19% γενική αποτυχία. Οι γυναίκες αναφέρουν σε υψηλό ποσοστό πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή. Είναι ένας μαλακός <σωλήνας> από πολουρεθάνιο ή Latex μήκους περίπου 15 εκατοστών, το οποίο , τοποθετείται στον κόλπο πριν από την επαφή και παρέχει την ίδια αντισυλληπτική ασφάλεια με τις άλλες κολπικές μεθόδους αντισύλληψης. Πως λειτουργεί; Οι εκκρίσεις παραμένουν μέσα στο προφυλακτικό χωρίς να έρχονται σε επαφή με τον κόλπο. Το ποσοστό αποτυχίας είναι 6%.

Καινούργιο προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε επαφή. Επιπλέον, τόσο το αντρικό όσο και το γυναικείο προφυλακτικό, εκτός από αντισύλληψη, προφυλάσσουν αποτελεσματικά και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, από τα οποία κινδυνεύουν περισσότερο τα άτομα με τις περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις καθώς και από το Aids. Μπορεί να είναι άβολο αν υπάρχει δυσκολία στην τοποθέτηση του και ο άνδρας το θεωρεί άβολο.

3. Το Διάφραγμα: παρουσιάζει 6% αποτυχία για τον πρώτο χρόνο χρήσης, και 15% για γενική χρήση. Αποτελείται από ένα λεπτό κυκλικό τοίχωμα από σιλικόνη ή ελαστικό και είναι 92-96%) αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται με σπερματοκτόνο αφρό ή κρέμα. Οι εκρρίσεις δεν εισέρχονται στο κόλπο, και αν κάποια ποσότητα τον διαπεράσει, εξουδετερώνεται από το σπερματοκτόνο. Για να υπάρχει μεγαλύτερη σιγουριά ότι δεν επέζησε καμία ποσότητα σπέρματος, το διάφραγμα δεν πρέπει να αφαιρείται επί 6-8 ώρες μετά την επαφή. Η μη αποτελεσματικότητα του φθάνει το 6% αν τοποθετείται σωστά, αλλά το ποσοστό ανεβαίνει σε περίπτωση μη σωστής τοποθέτησης του. Είσαι εκτεθειμένη σε μολύνσεις όλου του γυναικολογικού συστήματος. Επίσης μπορεί να προκαλέσει ατονία των κοιλιακών μυών

4. Οι κολπικοί σπύγγοι: παρουσιάζουν 20% αποτυχία σε πολύτοκες και 8%> μόνο σε άτοκες. Δεν επηρεάζει τυχόν τραχηλική δυσπλασία. Μπορεί να παραμείνει πάνω από 24 ώρες σε περίπτωση επαναλαμβανόμενων επαφών. Πρόκειται για μικρό στρογγυλό σφουγγάρι(κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη), εμποτισμένο με σπερματοκτόνο ουσία, που τοποθετείται στον γυναικείο κόλπο μερικά δευτερόλεπτα πριν τη συνουσία και χαρίζει προστασία για 12 ώρες. Το πλεονέκτημα του κολπικού σπύγγου είναι ότι εκτός από αντισύλληψη παρέχει και προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αυτό έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες, αλλά το επιβεβαιώνουν και οι in vitro έρευνες που γίνονται αυτή τη στιγμή και στην Β Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου, οι οποίες καταλήγουν ότι ο κολπικός σπύγγος μπορεί να δημιουργήσει προστατευτική <ασπίδα>,ακόμα στον άτρωτο ιό HIV, του AIDS.

5. Σπερματοκτονα κολπικά ενθέματα: Στα φαρμακεία τα βρίσκουμε σε διάφορες μορφές όπως κολπικές κρέμες ή gel και κολπικά υπόθετα ή αφρό. Έχουν γενικά πολύ μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σαν μοναδική μέθοδο και συνιστάται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μια άλλη μέθοδο φραγμού από αυτές που περιγράφηκαν παραπάνω. Είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσουν αλλεργίες σε ορισμένες γυναίκες. Η χρήση σπερματοκτόνου όνο δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης και πρέπει να προστίθεται νέα ποσότητα με κάθε επαφή.

Από το 1960, όταν πρώτο κυκλοφόρησε το αντισυλληπτικό χάπι έφερε επανάσταση στις γυναίκες, καθώς επιτρέπει την ύπαρξη καλύτερου οικογενειακού προγραμματισμού και τη συχνότερη επαφή χωρίς το φόβο της εγκυμοσύνης. Το χάπι σήμερα προσφέρει 95-99% αντισύλληψη, ενώ κατά κανόνα δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες παρά μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Για παράδειγμα, σε μια μικρή ομάδα γυναικών μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση. Όταν αποφασίζει μια γυναίκα να πάρει το χάπι, ο γιατρός σου βασιζόμενος στο οικογενειακό παρελθόν θα σου μιλήσει για τους πιθανούς κινδύνους και θα αποφασίσεις αναλογιζόμενη τον κίνδυνο σε σχέση με τα οφέλη.

1. Συνδυαστικό χάπι: Το πιο διαδεδομένο χάπι, χαρακτηρίζεται από σταθερή σχέση δυο συστατικών (οιστρογόνα/ προγεσταγόνα) σε όλη τη διάρκεια του κύκλου και λαμβάνονται καθημερινά από την 1η ως την 21η μέρα του κύκλου. Από το 1960 ως σήμερα έχουν κυκλοφορήσει σκευάσματα με όλο και μικρότερες ποσότητες δραστικών ουσιών. Μερικές εταιρίες διαθέτουν σειρές των 28 χαπιών, επτά από τα οποία δεν περιέχουν ορμόνες, καθώς είναι πιο εύκολο να μην ξεχνάς το χάπι αν το παίρνεις κάθε ημέρα. Γενικά, όλα τα αντισυλληπτικά έχουν παρενέργειες, οι οποίες φαίνεται πως είναι σημαντικά λιγότερες σε σκευάσματα με χαμηλή περιεκτικότητα οιστρογόνου/προγεσταγόνου. Πως λειτουργεί; Τα οιστρογόνα με την προγεστερόνη δεν επιτρέπουν την ωορρηξία, οπότε δεν υπάρχει ωάριο που να γονιμοποιηθεί από το σπέρμα. Η προγεστερόνη αλλάζει την υφή των τοιχωμάτων της μήτρας κάνοντας τα πιο παχιά και δυσκολεύοντας την είσοδο στο σπέρμα. Μπορεί να είναι άβολο, αν θηλάζεις και είσαι πάνω από 35 ετών, έχεις ιστορικό φλεβίτιδας και θρόμβωσης, διαβήτη, υψηλή πίεση και ασθένεια στο συκώτι όπως η ηπατίτιδα. Μπορεί να μην έχουν αποτέλεσμα αν ξεχάσεις να πάρεις κάποιο χάπι ή αν παίρνεις κάποια συγκεκριμένα αντιβιοτικά ή άλλα φάρμακα όπως αυτά για την επιληψία. Σε οποιαδήποτε από αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποίησε παράλληλα και άλλη μέθοδο αντισύλληψης, όπως το προφυλακτικό, για επτά ημέρες. Αν το χάπι δημιουργήσει ημικρανίες, πονοκεφάλους ή ξαφνικές διαταραχές της όρασης ή της ακοής σου πρέπει να γίνει αμέσως διακοπή του χαπιού. Επίσης έξι εβδομάδες πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση ή αν χρειαστεί ακινητοποίηση για κάποιο καιρό.

2. Χάπι προγεστερόνης: Στο χάπι αυτό χρησιμοποιείται μόνο προγεστίνη και χορηγείται σε γυναίκες που έχουν κακή αντίδραση στα οιστρογόνα, θηλάζουν ή δεν μπορούν να πάρουν το συνδυασμένο χάπι για οποιαδήποτε λόγο. Πως λειτουργεί; Αυξάνει το πάχος του βλεννογόνου της μήτρας αποκλείοντας την είσοδο του σπέρματος στις σάλπιγγες. Αποτρέπει την ωορρηξία σε ποσοστό περίπου 50% των γυναικών. Λαμβάνονται κάθε μέρα, χωρίς διακοπή, σε όλη τη διάρκεια του κύκλου. Είναι ευκολότερα στη χρήση, αλλά λιγότερο ασφαλή καθώς εμφανίζουν τάση αιμορραγίας και ενίοτε προκαλούν κατάθλιψη. Μπορεί να είναι άβολο αν είσαι παχύσαρκη, έχεις ανεξήγητες αιμορραγίες ή εκτοπική εγκυμοσύνη ή αν υπάρχει ιστορικό καρδιακών προβλημάτων στην οικογένεια. Μπορεί να μην έχει αποτέλεσμα, αν έχεις διάρροια ή κάνεις εμετούς. Αν καθυστερήσεις να το πάρεις πάνω από 3 ώρες, πάρτο αμέσως και συνέχισε κανονικά αλλά για τον υπόλοιπο κύκλο χρησιμοποίησε και άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

3. Ενέσιμα σκευάσματα: Έχουν το πλεονέκτημα ότι μια ένεση είναι αποτελεσματική για 3 μήνες, όμως συνοδεύονται από διάφορες παρενέργειες, όπως ανωμαλίες του εμμηνορρυσιακού κύκλου, ψυχική κατάπτωση, απόπτωση τριχών και ελάττωση του libido. Μια ενέσιμη μορφή προγεστερόνης είναι η Depo-Provera. Το Implanon είναι

εμφύτευμα που τοποθετείται κάτω από το δέρμα και διαρκεί τρία χρόνια. Πως λειτουργούν; Για τη χρήση του Depo-Provera γίνεται ένεση από το γιατρό μέσα στις πρώτες τρεις ημέρες της περιόδου και η δράση κρατάει για 12 εβδομάδες. Το εμφύτευμα τοποθετείται κατά την πρώτη ημέρα της περιόδου. Μπορεί να μην εξυπηρετούν, αν θέλεις να μείνεις έγκυος στο εγγύς μέλλον.

4. Αντισυλληπτικά χάπια μετά τη συνουσία: Η σημασία της επείγουσας ορμονικής αντισύλληψης είναι μεγάλη σε περίπτωση α) βιασμού

β) ρήξης προφυλακτικού γ)παράλειψης λήψης ενός αντισυλληπτικού δισκίου κατά την ημέρα της συνουσίας. Με τη μέθοδο αυτή δημιουργούνται συνθήκες δυσμενείς για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Βεβαίως, προκύπτει θέμα ηθικού

προβλήματος, εάν θεωρηθεί ότι το έμβρυο αποτελεί ζωντανή ύπαρξη από τη στιγμή της σύλληψης. Από την άλλη, όμως αποτελεί το έσχατο μέσο αποφυγής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί μια σειρά άλλων ηθικών, κοινωνικών, ψυχολογικών προβλημάτων ειδικά στην περίπτωση που η κύηση τερματίζεται με άμβλωση. Αξίζει λοιπόν, να σταθούμε λίγο περισσότερο στη δυνατότητα αυτή αποφυγής μιας ανεπιθύμητης κύησης καθώς δεν είναι ευρέως γνωστή και αν είχε τύχει ευρύτερης εφαρμογής θα μπορούσε να ελαττώσει στο ελάχιστο τόσο τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες όσο και τις αμβλώσεις. Η μέθοδος είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, αν εφαρμοστεί έγκαιρα. Το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα σχήματα : α) Λήψη την επόμενη ημέρα της συνουσίας 2Χ2 συνδυασμένων αντισυλληπτικών δισκίων παλιάς γενιάς και επανάληψη της δόσης το επόμενο 24ωρο. Δεν υπάρχουν σοβαρές παρενέργειες και η αποτελεσματικότητα είναι 98%. β) Χορήγηση υψηλών δόσεων μόνο οιστρογόνων από την επόμενη μέρα ή τουλάχιστον κατά τις πρώτες 72 ώρες. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι 99% και ως ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται ναυτία, εμετός, μαστωδυνία, κεφαλαλγία, έκτοπη κύηση και θεωρητικά κίνδυνος βλάβης του εμβρύου. Για το λόγο αυτό, αν η μέθοδος αποτύχει, συνίσταται τεχνητή διακοπή της κύησης.

Τα αντισυλληπτικά δισκία - γενικά - έχουν κάποιες ευεργετικές επιδράσεις (μη αντισυλληπτικές) όπως η ελάττωση των πνευλικών φλεγμονών, των ινομυωμάτων, των λειτουργικών κυστών της ωοθήκης και του ωχρού σωματίου, η επιβράδυνση των διεργασιών της οστεοπόρωσης και η βελτίωση της δυσμηνόρροιας, της μηνορραγίας, της ακμής, της υπερτρίχωσης και της ενδομητρίωσης. Από την άλλη όμως, παρουσιάζουν μια σειρά από σοβαρές παρενέργειες που επιβάλλουν τον ορμονικό έλεγχο της γυναίκας πριν αυτή ξεκινήσει τη λήψη τους. Έτσι, τα αντισυλληπτικά δισκία συνδέονται με κίνδυνο φλεβοθρομβωσης, μεταβολικές επιδράσεις στα λιπίδια και τους υδατάνθρακες, θρομβοεμβολικά επεισόδια, έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά επεισόδια (γυναίκες > 35 ετών καπνίστριες), υπέρταση και αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και του τράχηλου της μήτρας(σε μακροχρόνια χρήση) ενώ φαίνεται ότι έχουν κάποια προστατευτική δράση κατά του καρκίνου του ενδομήτριου και των ωοθηκών. Σε ότι αφορά την αντισυλληπτική δράση, αυτή είναι η υψηλότερη δυνατή που μπορεί να επιτευχθεί με μέσα πλην της στείρωσης και προσεγγίζει το 100%.

5. Χάπι για τον άνδρα: Έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για φάρμακα που θα ανέστειλαν την ανδρική γονιμότητα, αλλά είναι δύσκολο να βρεθούν τέτοια. Τα οιστρογόνα θα ήταν αποτελεσματικά, αλλά θα επέφεραν ανάπτυξη θηλυκών χαρακτηριστικών επέφεραν ανάπτυξη θηλυκών χαρακτηριστικών.

Στην Κίνα από το 1972 χρησιμοποιείται ένα φάρμακο (ξθδδνρο1) που εξάχθηκε από βαμβάκω. Είναι μια μη στεροειδής ένωση που αναστέλλει τη δράση της γαλακτικής δεϋδρογονάσης, ενός ενζύμου που υπάρχει στο σπέρμα και στα κύτταρα των όρχεων.

Μετά το 1990 οι έρευνες σταμάτησαν να είναι εντατικές, γιατί διαπιστώθηκε ότι επιφέρει μόνιμη στειρότητα σε ένα ποσοστό 20% των ανδρών που την χρησιμοποίησαν.

➤ **Ενδομήτρια Σπειράματα**

Η ενδομήτρια συσκευή αντισύλληψης είναι μια πολύ αξιόπιστη μέθοδος (99% επιτυχής). Δεν επιτρέπει στο σπέρμα να γονιμοποιήσει το ωάριο ή και αν αυτό συμβεί δεν επιτρέπει την εμφύτευση του ωαρίου στο ενδομήτριο. Είναι μια μικρή συσκευή σε σχήμα T που τοποθετείται στον τράχηλο της μήτρας απ' όπου έχει πάρει το όνομα της. Είναι ένα νάιλον κάλυμμα που στηρίζεται κατά μήκος του κόλπου έτσι ώστε να μπορεί εύκολα να ελεγχθεί κατά πόσο μένει στη θέση του. Μετά από συζήτηση με έναν οικογενειακό σύμβουλο και το γιατρό της, και αφού κάνει εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η γυναίκα μπορεί να την τοποθετήσει κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά την περίοδο. Το απλό σπирάλ αποτελείται από πλαστικό και χαλκό. Τοποθετείται πάντα από το γυναικολόγο και μπορεί να μείνει στη μήτρα μέχρι και 8 χρόνια ανάλογα με το είδος του. Αν η γυναίκα είναι άνω των 40 ετών μπορεί να παραμείνει μέχρι και την εμμηνόπαυση. Δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η περίοδος μπορεί να γίνει αρκετά πιο βαριά με την τοποθέτηση του γι' αυτό και δεν συνιστάται σε γυναίκες με προβλήματα στον κύκλο τους. Επίσης η τοποθέτηση του μπορεί να είναι λίγο δύσκολη σε γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει.

Το σπирάλ με προγεστερόνη είναι σχετικά καινούριο στη χώρα μας και είναι το ίδιο αποτελεσματικό με του χαλκού. Παρέχει σχετικά καλύτερη προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και έχει ευεργετική δράση στα προβλήματα της περιόδου. Μετά από ένα αρχικό διάστημα 3-6 μηνών όπου η περίοδος είναι σχετικά ανώμαλη, το αίμα μειώνεται ή και εξαφανίζεται εντελώς μέχρι το σπирάλ να αφαιρεθεί μετά από 5 περίπου χρόνια. Η μέθοδος αυτή είναι εξαιρετική για γυναίκες με πολύ βαριά περίοδο που είναι πολύ δύσκολο να ρυθμιστεί. Μειονεκτήματα του είναι η υψηλή τιμή και πιθανά προβλήματα με παροδική ακμή. Μπορεί να προκαλέσει στειρώση και καλό θα ήταν να χρησιμοποιείται από γυναίκες που είτε δεν θέλουν παιδιά ή από αυτές που έχουν ολοκληρώσει την οικογένεια τους. Μπορεί να μην εξυπηρετεί σε μολύνσεις πυελικής κοιλότητας, αναιμία ή παλιότερη έκτοπη εγκυμοσύνη.

Μιρένα: Ενδομήτρια συσκευή σχεδιασμένη να μένει στη μήτρα για πέντε χρόνια. Πως λειτουργεί; Παίζει το ρόλο ενδομήτριας συσκευής που εκκρίνει επίσης μικρές ποσότητες λεβονοργεστρελης η οποία κάνει πιο παχύ τον τράχηλο ώστε το σπέρμα να μην φτάνει στη μήτρα και να μην είναι εφικτή η γονιμοποίηση των ωαρίων.

➤ Στεροποίηση

Η στεροποίηση αποτελεί την οριστική διακοπή της γονιμοποιητικής ικανότητας μιας γυναίκας. Αυτή επιτυγχάνεται με την εφαρμογή χειρουργικών μεθόδων με αποτέλεσμα τη σύγκλειση ή απόφραξη του αυλού των σαλπίγγων. Πολλές γυναίκες καταλήγουν στην απόφαση αυτή, όταν διαπιστώσουν πως η οικογένεια τους είναι συμπληρωμένη ή όταν δε θέλουν να αποκτήσουν και αλλά παιδιά. Παρότι είναι αναμφίβολο δικαίωμα της γυναίκας η στεροποίηση, είναι φρόνιμο για το γιατρό να της εξηγήσει τι πρόκειται να γίνει, ποιες είναι οι συνέπειες της εγχείρησης και ποιες είναι οι πιθανότητες επαναστηραγγοποίησης των σαλπίγγων, αν εκφραστεί μελλοντικά η επιθυμία για νέα εγκυμοσύνη. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνεται και ο σύζυγος, ο οποίος θα πρέπει να συμφωνεί με την αναγκαιότητα της εγχειρητικής παρέμβασης. Στις τεχνικές της στεροποίησης περιλαμβάνεται η απολίνωση (με ράμματα ή κρίκους) και η ηλεκτροπληξία. Στόχος όλων αυτών των μεθόδων είναι να τραυματιστεί η σάλπιγγα και να επέλθει η οριστική απόφραξη του αυλού της. Στην απολίνωση οι σάλπιγγες κόβονται ή κλείνουν με λαπαροσκόπηση. Τα ωάρια από τις ωοθήκες δεν μπορούν να φτάσουν στη μήτρα. Δεν εξυπηρετεί σε περίπτωση που δεν έχεις σταθερή σχέση και μπορεί να είναι δύσκολη η ψυχολογική προσαρμογή. Στον άνδρα χρησιμοποιούνται παρόμοιες τεχνικές, που σκοπό έχουν την οριστική απόφραξη του σπερματικού πόρου κόβοντας τους και οι άκρες τους ή δένονται ή καυτηριάζονται. Στις επιλοκές της μεθόδου περιλαμβάνονται η δημιουργία συμφύσεων, σαλπγγίτιδας, διαταραχών του εμμηνορρυσιακού κύκλου και αυξημένος κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης.

4.1.2.2 Φυσιολογικές Μέθοδοι

1. Αποχή και σεξ χωρίς συνουσία : Οι μέθοδοι αυτοί είναι κατά 99% ασφαλείς, στερούνται παρενεργειών και ελαττώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων, αλλά αναπόφευκτα συνεπάγονται για το ζευγάρι διαταραχή των ηθικών αξιών και ψυχολογικά προβλήματα.

2. Διακοπή συνουσίας (απόσυρση) : Εφαρμόζεται με απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο λίγο πριν την εκσπερμάτιση. Για να είναι αποτελεσματική, πρέπει ο άνδρας να έχει πλήρη αυτοέλεγχο και υψηλό αίσθημα ευθύνης. Δεν είναι όμως αξιόπιστη μέθοδος, επειδή μια μικρή ποσότητα υγρού από τον προστάτη ή την ουρήθρα μπορεί να διαφύγει πριν την εκσπερμάτιση. Σοβαρό μειονέκτημα της μεθόδου αποτελεί και η μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση που συνεπάγεται καθώς η απόσυρση κατά την κορύφωση της σεξουαλικής πράξης δεν είναι φυσιολογική.

3. Μέθοδος ρυθμού : Μια γυναίκα με φυσιολογικό κύκλο 28+2 ημερών έχει ωοθυλακορρηξία κατά τη 12η - 14η μέρα του κύκλου. Πρέπει επομένως να αποφεύγει τη συνουσία από την 8η ως τη 17η ημέρα του κύκλου. Για τον ακριβή υπολογισμό της ωοθυλακορρηξίας η γυναίκα μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα διάγραμμα της θερμοκρασίας του σώματος της, στο οποίο η ωοθυλακορρηξία συμβαίνει μετά από μια μικρή πτώση της θερμοκρασίας της και ακολουθεί άνοδος της θερμοκρασίας. Τα ποσοστά αποτυχίας της μεθόδου είναι υψηλά, καθώς είναι δυνατό να επέλθει ωοθυλακορρηξία λίγες μέρες πριν ή μετά την αναμενόμενη ημέρα, ακόμη και αν οι κύκλοι είναι γενικά φυσιολογικοί. Άλλα μειονεκτήματα είναι η μεγάλη διάρκεια της αποχής (10-15 μέρες) και το ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες με ανώμαλο κύκλο.

4. Καταγραφή των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας:

Πρόκειται για παρόμοια μέθοδο στην οποία η πιθανή ημέρα ωοθυλακορρηξίας προσδιορίζεται με την παρατήρηση από την ίδια τη γυναίκα των αλλαγών στη σύσταση και την ποσότητα της τραχηλικής βλέννας. Οι κανόνες που ισχύουν είναι: α) επιτρέπονται οι σχέσεις όταν η βλέννα είναι λίγη και παχύρρευστη (ημέρες 6η-8η και 17η-28η) β) δεν επιτρέπονται οι σχέσεις όταν είναι άφθονη και λεπτόρρευστη(ημέρες 8η-17η). Αν και είναι ασφαλέστερη από τη μέθοδο του ρυθμού, η μέθοδος αυτή δεν έχει 100% αποτελεσματικότητα, λόγω του ότι βασίζεται στην προσωπική εκτίμηση από τη γυναίκα της ποσότητας και της ποιότητας της βλέννας.

6. Θηλασμός : Πρόκειται για φυσική μέθοδο αντισύλληψης που επιτυγχάνεται με την αναστολή της ωοθυλακορρηξίας την οποία προκαλεί η έναρξη και διατήρηση της γαλουχίας. Μειονεκτήματα είναι ότι το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου φθάνει το 25%. Εφόσον μάλιστα η γυναίκα έχει σεξουαλικές επαφές κατά τη διάρκεια του θηλασμού πρέπει να λαμβάνει και κάποια αντισύλληψη επιπλέον των αντισυλληπτικών δισκίων.

Μην ξεχνάτε

Έχουν οι μέθοδοι αντισύλληψης ποσοστό αποτυχίας και ποιο είναι αυτό; Σύμφωνα τα στοιχεία της Β' γυναικολογικής και Μαιευτικής κλινικής του Αρεταίειου νοσοκομείου τα ποσοστά αποτυχίας ανά μέθοδο είναι:

Γυναικείο προφυλακτικό	3-5%
Αντρικό προφυλακτικό	3-5%
Διάφραγμα	6-10%
Σπιράλ	2%
Σπόγγος	5%
Χάπι	0,1-0,4%
Διακεκομμένη συνουσία	20- 23%
Μέθοδος ρυθμού (αποχή αρκετές μέρες	

πριν και μετά την ωορρηξία) 15-20%

4.1.2.3 Το Χάπι της επείγουσας αντισύλληψης

Τα τελευταία χρόνια πολύς λόγος γίνεται για το <χάπι> της επείγουσας αντισύλληψης που είναι γνωστό και ως αντισύλληψη ανάγκης ή χάπι της επόμενης μέρας. Από ότι ξέρουμε , είναι ένα χάπι που μειώνει τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη.

Πως λειτουργεί

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος, βασίζεται στη χρήση 2 χαπιών. Κάθε χάπι, περιέχει 750 μικρογραμμάρια της δραστικής ουσίας λεβονοργεστρελης, η οποία, εμποδίζει την ωορρηξία ή την διέλευση των σπερματοζωαρίων και του ωαρίου μέσα από τις σάλπιγγες. Η επείγουσα αντισύλληψη, μπορεί να έχει αποτελεσματικότητα στην αποτροπή της εγκυμοσύνης(σε ποσοστό που φτάνει το 85%), μόνο αν ληφθεί εγκαίρως. Δηλαδή, αν πάρετε το πρώτο χάπι το αργότερο μέσα σε 72 ώρες(3 ημέρες), μετά την επικίνδυνη συνουσία και το δεύτερο χάπι με διαφορά 12-16 ώρες, από τη χορήγηση του πρώτου. Η επείγουσα αντισύλληψη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου (αν συμβεί επικίνδυνη επαφή) αλλά όχι επειδή έχει καθυστερήσει η περίοδος σας. Εάν, είστε ήδη έγκυος, το συγκεκριμένο φάρμακο δεν θα σας βοηθήσει να αποβάλετε, αλλά ούτε και υπάρχουν ενδείξεις ότι θα προξενήσει βλάβες στο έμβρυο . Η επείγουσα αντισύλληψη, δεν πρέπει επίσης, να εφαρμόζεται περισσότερο από μια φορά στον ίδιο έμμηνο κύκλο, γιατί σε αντίθετη περίπτωση, το πιθανότερο είναι ότι θα διαταράξει το κύκλο σας. Ακόμα, πρέπει να τονιστεί, ότι η αντισύλληψη ανάγκης, δεν είναι εκτρωτικό χάπι. Δεν δρα δηλαδή, όταν υπάρχει κύηση, όπως επίσης δεν δρα, όταν έχει περάσει το διάστημα των 72 ωρών, μετά τη σεξουαλική επαφή(χωρίς προφύλαξη). Τέλος η αγωγή της επείγουσας αντισύλληψη (που διατίθεται από τα φαρμακεία στη συσκευασία δυο δισκίων) χορηγείται και χωρίς συνταγή.

Πόσο αποτελεσματικό είναι

Αν χρησιμοποιήσετε το χάπι της επείγουσας αντισύλληψης :

- Μεταξύ 12-24 ωρών μετά τη σεξουαλική επαφή, τότε η αποτελεσματικότητα του φθάνει το 95%.
- Μεταξύ 24-48 ωρών μετά την σεξουαλική επαφή, τότε η αποτελεσματικότητα του φθάνει το 85%.
- Μεταξύ 48-72 ωρών μετά την σεξουαλική επαφή, η αποτελεσματικότητα του μειώνεται στο 58%.(47).

4.1.3 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα Αντισύλληψης

➤ Αντισυλληπτικά Χάπια

Πλεονεκτήματα

- Μεγάλο ποσοστό επιτυχημένης αντισυλληπτικής δράσης (πάνω από 98%) με σωστή χρήση.
- Μικραίνουν τον κίνδυνο για καλοήθειες νεοπλασίες του μαστού.
- Μικραίνουν τον κίνδυνο ενδομητρίωσης. -Βελτιώνουν συμπτώματα δυσμηνόρροιας, προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, ακμής, αναιμίας λόγω αυξημένης έμμηνου ρύσεως. -Μικραίνουν τον κίνδυνο για καρκίνο ωοθηκών και ενδομητρίου. -Μικραίνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καλοηθών κύστεων των ωοθηκών και χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των κύστεων των ωοθηκών. -Χρησιμοποιούνται θεραπευτικά για τις διαταραχές του κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών, και της ενδομητρίωσης. -Μειώνουν το ποσοστό των πυελικών φλεγμονών (PID).

Μειονεκτήματα

- Από την σωστή καθημερινή χρήση εξαρτάται η αποτελεσματικότητά τους.
- Ευθύνονται για αλλαγές στο λιπιδαιμικό προφίλ.
- Ευθύνονται για αύξηση του ποσοστού θρομβοεμβολικών επεισοδίων (εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, έμφραγμα μυοκαρδίου) ειδικά σε βαριές καπνίστριες και γυναίκες με προϋπάρχουσα διαταραχή στην πήκτικότητα του αίματος περίπου 3% των γυναικών που τα χρησιμοποιούν παρουσιάζουν υπέρταση που υποχωρεί όταν τα σταματήσουν.
- Ευθύνονται για μικρή προδιάθεση για εξωμήτρια κύηση λόγω μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις σάλπιγγες.
- Ευθύνονται για μικρή αύξηση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου η προκαρκινικών νεοπλασιών στο τράχηλο της μήτρας λόγω της ανοσοκαταστολής που επιφέρουν.
- Ευθύνονται για αύξηση του ποσοστού χολολιθιάσεων, ηπατοκυτταρικού καρκίνου και χολοστατικού ίκτερου.
- Ενοχοποιούνται ως τερατογόνοι παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.
- Επιδρούν δυσμενώς κατά την γαλουχία ελαττώνοντας την ποιότητα και την ποσότητα του γάλακτος.

➤ Συνδυαστικό Χάπι

Πλεονεκτήματα

- Μεγάλο ποσοστό επιτυχίας (99,95% με σωστή χρήση)
- Βελτιώνουν τα συμπτώματα δυσμηνόρροιας, προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, ακμής κ.λπ.
- Μειώνουν τον κίνδυνο για καλοήθειες παθήσεις του μαστού
- Μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ενδομητρίωσης.

- Μειώνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομητρίου.
- Βοηθούν στην αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας των γυναικών εξαιτίας μεγάλης αιμορραγίας κατά την έμμηνο ρύση (περίοδο).
- Μειώνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη οστεοπόρωσης.
- Βοηθούν στη θεραπεία των κύστεων των ωοθηκών.

Μειονεκτήματα

- Η αποτελεσματικότητα τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη σωστή καθημερινή χρήση τους.
- Αυξάνουν τις πιθανότητες θρομβοεμβολικών επεισοδίων (εν τω βάθει φλεμβοθρομβώσεις, έμφραγμα του μυοκαρδίου) σε γυναίκες με προδιάθεση ή σε δεινές καπνίστριες
- Το 3% των γυναικών που λαμβάνουν συνδυασμένο αντισυλληπτικό χάπι εμφανίζει αρτηριακή υπέρταση, που υποχωρεί μετά τη διακοπή της αγωγής.
- Αυξάνουν (σε μικρό βαθμό) την πιθανότητα για εμφάνιση καρκίνου ή προκαρκινικών νεοπλασιών στον τράχηλο της μήτρας.
- Αυξάνουν το ποσοστό χολολιθιάσεων, καθώς και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.
- Έχουν κατηγορηθεί ως τερατογόνοι παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.
- Επηρεάζουν αρνητικά το μητρικό γάλα σε ό,τι αφορά τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα το
- Μπορεί να προκαλέσει αύξηση του βάρους, αλλαγές στη διάθεση, μειωμένη διάθεση για σεξ, ημικρανίες και πονοκεφάλους και κολπική αιμορραγία.
- Μπορεί να περάσουν μήνες μέχρι να αποκτήσεις ωορρηξία αφού το σταματήσεις.

➤ **Αντισυλληπτικά Χάπια μόνο με προγεστερόνη**

Πλεονεκτήματα

- Υψηλή αποτελεσματικότητα
- Χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο να πάρουν οιστρογόνα γιατί δεν έχουν τους κινδύνους από την οιστρογονική δράση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών.
- Χορηγούνται αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς καμιά παρενέργεια για το νεογνό και τον θηλασμό.
- Έχει ελαφρότερους περιόδους και πιο ανώδυνες.
- Η γονιμότητα επέρχεται με τη διακοπή της λήψης του.
- Παρέχει προστασία κατά των κολπικών λοιμώξεων, του καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών και της μήτρας.

Μειονεκτήματα

- Η καθημερινή χρήση που είναι δύσκολο σε ορισμένες γυναίκες ιδίως έφηβες να συμμορφωθούν.
- Σχετική αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση.
- Αυξημένη συχνότητα λειτουργικών ωοθηκικών κύστεων.
- Έχει μικρότερο ποσοστό επιτυχίας από τι συνδυασμένο χάπι.
- Μπορεί να προκαλέσει κολπική αιμορραγία και ευαισθησία στο στήθος.

➤ **Ενέσιμα Σκευάσματα και Εμφυτεύματα**

Πλεονεκτήματα

-Διαρκούν πολύ καιρό και δεν υπάρχει κίνδυνος να τα ξεχάσεις. Το ποσοστό αποτυχίας είναι πολύ μικρό 0-1%. Η περίοδος είναι ελαφρότερη και η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως μετά την αφαίρεση του εμφυτευματος.

Μειονεκτήματα

-Με το Depo-Provera η γονιμότητα μπορεί να μην επανέλθει για το επόμενο έτος. Το εμφύτευμα μπορεί να είναι ορατό. Και τα δυο μπορεί να αυξήσουν το βάρος σου και να προκαλέσουν αιμορραγίες.

➤ **Ενδομήτρια Σπειράματα**

Πλεονεκτήματα

- Μεγάλη αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα (97%)
- Μεγάλο διάστημα αντισυλληπτικής προστασίας (από 2-5 χρόνια) με μόνη υποχρέωση από μέρους της γυναίκας να ανιχνεύει κάθε μήνα ότι το IUD είναι στη θέση του.
- Χαμηλό ετήσιο κόστος μεθόδου
- Εύκολη τεχνικά τοποθέτηση.

Μειονεκτήματα

- Είναι το πιο κατάλληλο αντισυλληπτικό μέσον μόνο για γυναίκες που έχουν γεννήσει και που έχουν σταθερή μονογαμική σχέση.
- Μετά από κάθε περίοδο πρέπει να ελέγχεται αν είναι στη θέση της.
- Δεν είναι η πρώτη επιλογή για γυναίκες που είναι εκτεθειμένες σε Σ.Μ.Ν.
- Η τοποθέτηση της είναι δύσκολη και υπάρχει μικρή πιθανότητα διάτρησης της μήτρας κατά τους πρώτους μήνες της τοποθέτησης του. -Σε σπάνιες περιπτώσεις η συσκευή μπορεί να μετακινηθεί σε άλλο σημείο του σώματος και να χρειάζεται εγχείρηση για την αφαίρεση της. -Οι περίοδοι έχουν περισσότερη αιμορραγία και πόνο. -Σε σπάνιες περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να αποβάλει τη συσκευή. -Μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και έκτοπη κύηση.

➤ **Μιρένα (Ενδομήτρια Συσκευή Απελευθέρωσης Ορμονών)**

Πλεονεκτήματα

-Είναι καλή για γυναίκες που βρίσκονται κοντά στην εμμηνόπαυση. -Επίσης είναι καλή σε επώδυνους περιόδους, καθώς έξι μήνες μετά την τοποθέτηση του μειώνονται οι αιμορραγίες και οι πόνοι.

➤ Ανδρική Στείρωση

Πλεονεκτήματα

- Σχετικά απλή διαδικασία εφαρμογής.
- Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα 100%.
- Μόνιμη μέθοδος.
- Δεν επηρεάζει τη στύση και εκσπερμάτωση.

Μειονεκτήματα

- Δύσκολη τεχνικά με αμφίβολα αποτελέσματα αν ο άνδρας επιθυμήσει να αποκτήσει την γονιμότητα του ξανά (μικροχειρουργική) σε 2% περίπου άμεσες επιπλοκές μετά την επέμβαση κυρίως φλεγμονή, αιμάτωμα, επιδιδυμίτιδα.
- Μικρό ποσοστό επανασυραγγοποίησης συνήθως μέσα στις 6 πρώτες εβδομάδες. Δεν είναι άμεσα αποτελεσματική παρά μόνο μετά από 3 μήνες οπότε για το διάστημα αυτό πρέπει να ακολουθείται άλλη μέθοδος. -Δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και μπορεί να είναι παράγοντας δημιουργίας προστάτη. Ίσως να δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπιστούν με θεραπεία πριν από τη επέμβαση.

➤ Γυναικεία Στείρωση

Πλεονεκτήματα

- Μόνιμη μέθοδος.
- Υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα με ποσοστό αποτυχίας 1%.
- Μπορεί να έχεις επαφή αμέσως μετά
- Πέρα από την εγχείρηση υπάρχει μικρός κίνδυνος για την υγεία.

Μειονεκτήματα

- Συγκρινόμενη με ανδρική στείρωση περισσότερο δαπανηρή, επεμβατική είτε γίνει με ανοικτή είτε με λαπαροσκοπική μέθοδο). -Με περισσότερες επιπλοκές.
- Υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας.
- Δύσκολη τεχνική και δαπανηρή με αμφίβολα αποτελέσματα αν η γυναίκα επιθυμήσει να αποκτήσει την γονιμότητα της ξανά (μικροχειρουργική).
- Άμεσες επιπλοκές από την επέμβαση φλεγμονές και περιστασιακά αιμορραγία.
- Αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου.
- Η ολική νάρκωση είναι απαραίτητη και υπάρχει μικρή πιθανότητα εγκυμοσύνης και σε αυτή την περίπτωση 40% πιθανότητα να μην είναι κανονική.
- Δεν υπάρχει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

➤ Υποδερμική και Ενέσιμη Μέθοδος

Πλεονεκτήματα

- Η διάρκεια δράσης της υποδερμικής μεθόδου φτάνει τα 5 χρόνια ενώ της ενέσιμης έως και τις 12 εβδομάδες.
- Μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς και από γυναίκες που λαμβάνουν αντιεπιληπτική αγωγή.
- Προστατεύουν από το σχηματισμό κύστεων των ωοθηκών και τη δημιουργία καρκίνου του ενδομητρίου.
- Μειώνουν τους εμμηνορυσιακούς πόνους και την αναιμία.

Μειονεκτήματα

- Δεν παρέχουν προστασία από τα ΣΜΝ.
- Ακανόνιστη εμφάνιση και ροή της αιμορραγίας.

-Ανεπιθύμητες παρενέργειες: πονοκέφαλοι, ακμή, διόγκωση και ευαισθησία των μαστών, προσθήκη ή απώλεια βάρους, κατάθλιψη, αύξηση ή μείωση σεξουαλικής επιθυμίας.

➤ Ανδρικό Προφυλακτικό

Πλεονεκτήματα

- Μειώνει δραματικά τον κίνδυνο των ΣΜΝ.
- Δεν απαιτεί ιατρικό έλεγχο και δεν έχει αντενδείξεις.
- Είναι εύκολο στη χρήση.
- Η γονιμότητα συνεχίζεται κανονικά.
- Αν χρησιμοποιείται σωστά η αποτυχία του φτάνει μόνο το3% ενώ αν χρησιμοποιείται και με σπερματοκτόνο η αποτελεσματικότητα του αυξάνεται περισσότερο.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί συγχρόνως με άλλες μεθόδους αντισύλληψης.

Μειονεκτήματα

- Σκίσιμο κατά την εφαρμογή ή ρήξη κατά τη συνουσία οδηγεί σε αποτυχία της μεθόδου.
- Η τοποθέτηση του προφυλακτικού πρέπει να γίνεται πριν οποιαδήποτε επαφή του πέους με τον κόλπο.
- Υπάρχουν περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων στο υλικό κατασκευής.
- Μπορεί να υπάρχει διαφορετική ή μειωμένη αίσθηση και για τους δύο.
- Πρέπει να είσαι σίγουρη ότι πάντα έχεις απόθεμα προφυλακτικών.

➤ Γυναικείο Προφυλακτικό

Πλεονεκτήματα

- Μειώνει δραματικά τον κίνδυνο των ΣΜΝ.
- Δεν απαιτεί ιατρικό έλεγχο και δεν έχει αντενδείξεις.

- Το υλικό κατασκευής του είναι ανθεκτικότερο από αυτό του ανδρικού προφυλακτικού.
- Μπορεί να το βρεις στα φαρμακεία και δεν έχει παρενέργειες.
- Η γονιμότητα είναι κανονική όταν χρησιμοποιείται.

Μειονεκτήματα

-Πρέπει να τοποθετείται πριν από οποιαδήποτε επαφή του πέους με τον κόλπο.

-Υπάρχουν περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων στο υλικό κατασκευής. -Υπάρχει μειωμένη αίσθηση στον κόλπο και ο δακτύλιος προεξέχει. -Μπορεί να είναι δύσκολο στην τοποθέτησή του.

➤ Διάφραγμα

Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει παρενέργειες ή κινδύνους.
- Είναι καλό για περιστασιακή αντισύλληψη.
- Η γονιμότητα είναι κανονική όταν δεν χρησιμοποιείται.
- Προσφέρει μερική προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον καρκίνο της μήτρας.

Μειονεκτήματα

- Δεν παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ.
- Υπάρχουν περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων στο υλικό κατασκευής.
- Υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή.
- Ενδέχεται να μετακινηθεί κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Πρέπει να θυμάσαι να το τοποθετείς τουλάχιστον 2 ώρες πριν την επαφή και χρειάζεται να προσθέτεις σπερματοκτόνο με κάθε νέα επαφή.
- Το διάφραγμα πρέπει να ταιριάζει ακριβώς στη μήτρα και στη περίπτωση που χάσεις ή πάρεις πάνω από 8 κιλά πρέπει να επισκεφθείς το γιατρό σου για πιθανή αλλαγή.
- Δεν πρέπει να παραμένει τοποθετημένο πάνω από 24 ώρες γιατί μπορεί να προκαλέσει μολύνσεις.

➤ Αντισυλληπτικός Σπόγγος

Πλεονεκτήματα

- Δεν έχει παρενέργειες ή κινδύνους.
- Δρα αποτελεσματικά έως και 24 ώρες από την τοποθέτησή του.

Μειονεκτήματα

- Δεν παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ.
- Υπάρχουν περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων στο υλικό κατασκευής.
- Υπάρχουν δυσκολίες εφαρμογής και απομάκρυνσής του.
- Ενδέχεται να μετακινηθεί κατά τη σεξουαλική επαφή.

-Υπάρχει κίνδυνος του συνδρόμου τοξικής καταπληξίας από σταφυλόκοκκο.

➤ Σπερματοκτόνες Ουσίες

Πλεονεκτήματα

-Προσφέρουν περιορισμένη προστασία μόνο ενάντια σε κάποια ΣΜΝ, όπως γλαμύδια και γονόρροια.

Μειονεκτήματα

- Δεν παρέχεται πλήρης προστασία από τα ΣΜΝ.
- Δεν πρέπει να συνδυάζονται με το ανδρικό προφυλακτικό, γιατί με τη δράση τους μπορεί να φθείρουν το υλικό κατασκευής του προφυλακτικού.
- Πολλοί παραπονούνται για δυσοσμία.
- Υπάρχουν περιπτώσεις αλλεργικών αντιδράσεων στο υλικό κατασκευής.
- Η χρήση σπερματοκτόνου μόνο δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης και πρέπει να προστίθεται νέα ποσότητα με κάθε επαφή.

➤ Μέθοδος Ρυθμού με Θερμόμετρο-Ημερολόγιο

Πλεονεκτήματα

- Απλές φυσικές μέθοδοι χωρίς παρενέργειες. -Η γονιμότητα δεν επηρεάζεται.
- Θρησκείες που δεν επιτρέπουν τις τεχνητές μεθόδους αντισύλληψης της εγκρίνουν.
- Δεν υπάρχει κίνδυνος της υγείας και αν η μέθοδος ακολουθείται προσεχτικά, έχουν ποσοστό αποτυχίας 5%.

Μειονεκτήματα

- Οι μέθοδοι δεν παρέχουν προστασία από τα ΣΜΝ.
- Οι μέθοδοι αυτές δεν ενδείκνυνται για έφηβες γυναίκες στις οποίες ο κύκλος ακόμη δεν έχει σταθεροποιηθεί.
- Μειώνεται σημαντικά η σεξουαλικά ενεργός περίοδος του ζευγαριού.
- Οι παρατηρήσεις μπορούν να διαστρεβλωθούν λόγω κούρασης ή αδιαθεσίας.
- Αν η μέθοδος δεν ακολουθεί αυστηρά τα ποσοστά αποτυχίας μπορεί να φτάσουν το 35%.
- Πρέπει να έχεις ισχυρό κίνητρο για να την ακολουθήσεις, το ίδιο και ο σύντροφος σου.
- Μπορεί να είναι δύσκολο να τη μάθεις και περίπλοκο να την ακολουθήσεις.
- Κάθε μήνας θα πρέπει να σχεδιάζεται ανεξάρτητα, καθώς η ωορρηξία διαφέρει από μήνα σε μήνα.
- Αν χρησιμοποιείς κομπιούτερ, ως λύση είναι ακριβή και συνίσταται μόνο σε γυναίκες με κύκλο 23 με 35 ημερών.

➤ Μέθοδος Εξέτασης της Βλέννας

Πλεονεκτήματα

-Απλή φυσική μέθοδος χωρίς παρενέργειες.

Μειονεκτήματα

- Η μέθοδος δεν παρέχει προστασία από τα ΣΜΝ.
- Η μέθοδος αυτή δεν ενδείκνυται για έφηβες γυναίκες, στις οποίες ο κύκλος ακόμη δεν έχει σταθεροποιηθεί.
- Μειώνεται σημαντικά η σεξουαλικά ενεργός περίοδος του ζευγαριού.
- Οι παρατηρήσεις μπορούν να διαστρεβλωθούν λόγω κούρασης ή αδιαθεσίας.

➤ **Επείγουσα Αντισύλληψη**

Πλεονεκτήματα

- Αποτρέπει την εγκυμοσύνη σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
- Το ποσοστό αποτυχίας είναι 2%.

Μειονεκτήματα

- Μπορεί να προκαλέσει ναυτία και εμετούς.(48).

4.1.4 Παρενέργειες Αντισύλληψης

➤ **Ενδομητρικό Σπείραμα**

Οι παρενέργειες που υπάρχουν με την εφαρμογή του ενδομητριακού σπειράματος είναι:

- πόνος στη μήτρα
- μηνορραγίες κατά τους 3-4 πρώτους μήνες
- κολπική υπερέκκριση
- απόρριψη του σπειράματος
- διάτρηση της μήτρας
- εξωμήτριος κύηση
- αυτόματη έκτρωση
- έκτοπη κύηση
- έντονο άλγος

➤ **Αντισυλληπτικά Χάπια**

Στις παρενέργειες που εμφανίζονται από τη χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών χαπιών και αναγκάζουν ένα ποσοστό γυναικών να σταματήσουν τη λήψη τους θεωρούνται τα παρακάτω : Μολονότι το χάπι θεωρείται επικίνδυνο για ορισμένες παθήσεις, τα σοβαρά προβλήματα υγείας είναι σπάνια. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν διαφορετικές παρενέργειες και οι γυναίκες που λαμβάνουν

συνδυαστικά αντισυλληπτικά δισκία έχουν διαφορετικά συμπτώματα από αυτές που παίρνουν χάπι που περιέχει μόνο προγεστερόνη.

Συμπτώματα σοβαρών παρενεργειών που θα πρέπει να σας κινητοποιήσουν και χρήζουν ιατρικής παρέμβασης είναι το έντονο κοιλιακό άλγος, ο πόνος στο θώρακα, οι πονοκέφαλοι ασυνήθιστης έντασης, οι διαταραχές της όρασης ή τα άλγη και το οίδημα των κάτω άκρων.

Συνήθεις παρενέργειες

Τους πρώτους δύο με τρεις μήνες από την έναρξη της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων ενδέχεται να παρατηρηθούν εξαιτίας των οιστρογόνων:

- Ναυτία και εμετοί (ελέγχονται αν λαμβάνετε το χάπι στη διάρκεια του γεύματος ή λίγο πριν από την κατάκλιση)
- Κεφαλαλγίες
- Αίσθημα ζάλης
- Ευαισθησία και αίσθημα τάσης στους μαστούς
- Αύξηση του σωματικού βάρους.

Οι παρενέργειες που οφείλονται στο προγενεστεροειδές είναι

- Ενδιάμεσες αιμορραγίες κύκλου
- Κόπωση
- Ελάττωση της λίμπιντο
- Ακμή
- Κατάθλιψη.

Τα αντισυλληπτικά νέας γενεάς περιέχουν μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων και πιο καινούρια ανάλογα προγεστερόνης τα οποία ελαττώνουν τις παρενέργειες. Στα προγενεστεροειδή νοργεστιμάτη και δεσογεστρέλη, για παράδειγμα, οι πιθανότητες εμφάνισης παρενεργειών όπως η ακμή ή η αύξηση του σωματικού βάρους είναι μικρές, σε σύγκριση με τα παλαιότερα.

Βέβαια, υπάρχουν και μελέτες που υποστηρίζουν ότι αυτά τα νέα προγενεστεροειδή συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο εν τω βάθει φλεβοθρομβώσης, σε σχέση με το παλαιότερης γενιάς προγενεστεροειδές λεβονοργεστρέλη.

Σημαντικές παρενέργειες του χαπιού στην καρδιά και στο κυκλοφορικό σύστημα

Στις ασυνήθιστες αλλά σοβαρές παρενέργειες των αντισυλληπτικών δισκίων περιλαμβάνονται η υπέρταση και η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, καταστάσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση εμφράγματος ή αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Φλεβοθρόμβωση

Τα αντισυλληπτικά αυξάνουν τον κίνδυνο θρόμβωσης, κυρίως σε γυναίκες με ανάλογη προδιάθεση. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος τους πρώτους μήνες. Δεν είναι ξεκάθαρο αν οι γυναίκες που λαμβάνουν τα προγενεστεροειδή νέας γενιάς κινδυνεύουν περισσότερο από φλεβοθρόμβωση. Ακόμα και αν επιβεβαιωθεί κάτι τέτοιο, η διαφορά όσον αφορά στην επικινδυνότητα αναμένεται να αποδειχθεί ελάχιστη σε σχέση με τα παλαιότερα δισκία, ιδιαίτερα στις γυναίκες χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου.

Αγγειακό εγκεφαλικό Επεισόδιο

Βάσει μελετών είναι αποδεδειγμένο ότι τα αντισυλληπτικά δισκία συνδυάζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο ΑΕΕ, ακόμα και στην περίπτωση των χαπιών τελευταίας γενιάς και ακόμα και αν οι γυναίκες δεν έχουν άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου όπως οι ημικρανίες, η υπέρταση και το κάπνισμα. Ο απόλυτος κίνδυνος προσβολής από ΑΕΕ δεν ξεπερνά τις 4,1 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες χωρίς ατομικό ιστορικό άλλων παραγόντων κινδύνου. Το κάπνισμα, οι ημικρανίες και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης αυξάνουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο ΑΕΕ.

Υπέρταση

Παρατηρείται αμέσως μετά την έναρξη της λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και συνήθως αποκαθίσταται μετά τη διακοπή τους. Γι' αυτό όσες γυναίκες παίρνουν το χάπι δεν θα πρέπει να ανησυχήσουν άδικα. Ανησυχία προκάλεσε μια μελέτη στην οποία τα αντισυλληπτικά συνδυάστηκαν με μικρή αλλά επιμένουσα αύξηση της διαστολικής πίεσης, που προδιαθέτει για μετέπειτα καρδιακά προβλήματα.

Καρδιακά προβλήματα

Το κάπνισμα και η υπέρταση αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακών προβλημάτων σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία.

Καρκίνος (αντιφατικές μελέτες)

Τα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών, όσον αφορά στην αυξημένη προδιάθεση για καρκίνο των γυναικών που λαμβάνουν το χάπι, είναι αντιφατικά. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι ουσιαστικά προστατεύουν από τον καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου και άλλες ότι αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Πάντως, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, καθώς και η υπόνοια πιθανού κακοήθους όγκου του μαστού αποτελούν αντενδείξεις χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων.

Οστεοπόρωση

Η επίδραση των αντισυλληπτικών στο μεταβολισμό των οστών δεν είναι ακόμα σαφώς καθορισμένη. Οι περισσότεροι επιστήμονες, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι οι μικρές δόσεις ορμονικών σκευασμάτων μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση οστεοπόρωσης όταν μια γυναίκα πλησιάζει στην εμμηνόπαυση.

Προσοχή στις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις

Τα αντισυλληπτικά δισκία αλληλεπιδρούν με πολλά άλλα φάρμακα και ομοιοπαθητικά σκευάσματα. Η ταυτόχρονη λήψη, για παράδειγμα, αντιβιοτικών ελαττώνει την αποτελεσματικότητά τους. Επίσης, τα αντισυλληπτικά ενδέχεται να αυξήσουν τα επίπεδα της βιταμίνης Ό. Γι' αυτό να είστε πάντα προσεκτικές όταν λαμβάνετε και κάποιο άλλο φάρμακο και να ενημερώνετε το γιατρό σας. Εν κατακλείδι, κάθε γυναίκα είναι απαραίτητο να συζητεί με το γυναικολόγο της τους πιθανούς τρόπους αντισύλληψης και, επιπλέον, η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων θα πρέπει να γίνεται μόνο έπειτα από την έγκριση του γιατρού της.

➤ **Χάπι της Επόμενης Μέρας**

Υπάρχουν επικίνδυνες παρενέργειες:

Η επείγουσα αντισύλληψη είναι μια απόλυτα ασφαλής μέθοδος, η οποία δεν κρύβει κανένα σοβαρό κίνδυνο. Μερικές φορές παρατηρούνται ενοχλητικά συμπτώματα, όπως ναυτία, ζάλη, εμετός και αίσθημα κούρασης. Λιγότερο συχνά οι γυναίκες αναφέρουν ευαισθησία στο στήθος και πονοκέφαλο. Τα συμπτώματα αυτά είναι προσωρινά και υποχωρούν μόνα τους τις επόμενες ημέρες. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί μετατόπιση της επόμενης περιόδου.

Εξαιτίας της απουσίας των παρενεργειών, το χάπι της επόμενης ημέρας μπορεί να χρησιμοποιηθεί άφοβα απ' όλες τις γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας. Μόνη εξαίρεση αποτελούν οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρά προβλήματα με το πεπτικό τους σύστημα. **ΠΡΟΣΟΧΗ:** αν τις 2-3 πρώτες ώρες μετά τη λήψη του πρώτου χαπιού κάνουμε εμετό, τότε είναι πιθανό το χάπι να μην έχει προλάβει να δράσει. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται να πάρουμε άμεσα το δεύτερο της συσκευασίας. Στη συνέχεια πρέπει να προμηθευτούμε ακόμη μία συσκευασία, ώστε μετά από 12-16 ώρες να πάρουμε ένα ακόμη.

➤ **Ανδρικά και Γυναικεία Προφυλακτικά**

Τα ανδρικά προφυλακτικά δεν έχουν παρενέργειες κατά τη χρήση τους εκτός αν κάποιος από τους συντρόφους είναι αλλεργικός στο λατέξ. Ούτε τα γυναικεία προφυλακτικά παρουσιάζουν παρενέργειες, είναι απόλυτα ασφαλή όταν χρησιμοποιούνται σωστά.

➤ **Διάφραγμα ή Κάλυμμα της Μήτρας**

Το διάφραγμα σπάνια εμφανίζει παρενέργειες. Μπορεί όμως να προκαλέσει μολύνσεις όλου του γυναικολογικού συστήματος όταν παραμένει τοποθετημένο πάνω από 24 ώρες. Επίσης μπορεί να προκαλέσει ατονία των κοιλιακών μυών.

➤ Σπερματοκτόνα

Η χρήση σπερματοκτόνων μπορεί να προκαλέσει αλλεργίες σε ορισμένες περιπτώσεις ευαισθησίας σε κάποιο είδος σπερματοκτόνου.

➤ Ανδρική και Γυναικεία Στείρωση

Στην γυναικεία στείρωση πέρα από την εγχείρηση υπάρχει μικρός κίνδυνος για την υγεία. Υπάρχει μικρή πιθανότητα εγκυμοσύνης και σε αυτή την περίπτωση 40% πιθανότητα να μην είναι κανονική, συνήθως μπορεί να είναι έκτοπη. Η μέθοδος αυτή μπορεί να δημιουργήσει συμφύσεις και σαλπινγίτιδα. Ακόμα ενδέχεται να υπάρξουν διαταραχές του εμμηνορρησιακού κύκλου. Επίσης μπορεί να δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα σε περιπτώσεις κυρίως που δεν υπάρχει σταθερή σχέση γιατί μπορεί να είναι δύσκολη η ψυχολογική προσαρμογή.

Η ανδρική στείρωση μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του προστάτη. Ίσως να δημιουργήσει και ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπιστούν με θεραπεία πριν την επέμβαση.

➤ Φυσικός έλεγχος σύλληψης

Ο φυσικός έλεγχος σύλληψης περιλαμβάνει διάφορες φυσικές μεθόδους αντισύλληψης όπου καμία από αυτές δεν δημιουργεί κάποιο κίνδυνο στην υγεία συνεπώς δεν υπάρχουν παρενέργειες.

➤ Ενέσιμα Σκευάσματα

Τα ενέσιμα σκευάσματα προκαλούν ανωμαλίες στον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Επίσης μπορεί να προκαλέσουν ψυχική κατάπτωση και απόπτωση των τριχών. Τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις επηρεάζουν τη $1\text{H}<1\text{o}$ προκαλώντας ελάττωση της Ιίβιαο.

➤ Κολπικός Αντισυλληπτικός Σπόγγος

Ο κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος εμφανίζει κάποιες παρενέργειες με τη χρήση του μπορεί να παρουσιάσει αλλεργική αντίδραση και το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας από σταφυλόκοκκο.(50).

4.1.5 Αντενδείξεις Αντισύλληψης

➤ Ενδομητρικό Σπείραμα

Το ενδομητρικό σπείραμα δεν πρέπει να τοποθετείται εάν υπάρχει:

- πρόσφατη ή εν εξελίξει πυελική φλεγμονή
- εν εξελίξει κολπίτιδα ή τραχηλίτιδα

- εγκυμοσύνη
- ινομώματα
- μηνορραγίες
- καρκίνος τραχήλου ή σώματος μήτρας
- άτοκη γυναίκα
- αδιάγνωστη αιμορραγία
- έκτοπη εγκυμοσύνη
- διαβήτη

➤ **Αντισυλληπτικό Χάπι**

Μια γυναίκα για να πάρει αντισυλληπτικά χάπια θα πρέπει να έχει ορισμένες προϋποθέσεις και αυτές είναι:

- Να μην υπάρχει ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας ή διάφορες θρομβοεμβολικές βλάβες
- Να μην υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία
- Να μην υπάρχει γνωστός ή υποπτευόμενος καρκίνος του μαστού ή ενδομητρίου
- Να μην υπάρχει αδιάγνωστη μητρορραγία
- Να μην υπάρχει κύηση
- Συγγενής υπερλιπιδαιμία
- Να μην είναι καπνίστρια
- Υπέρταση
- Κεφαλαλγίες τύπου ημικρανίας
- Ινομώματα

➤ **Αντισυλληπτικά Χάπια Μόνο Με Προγεστερόνη**

Αντενδείξεις

- Ενεργός ηπατική βλάβη.
- Αδιευκρίνιστης αιτιολογίας κολπική αιμόρροια.
- Καρκίνος γεννητικών οργάνων.
- Παχυσαρκία.
- Εκτοπική εγκυμοσύνη.
- Ιστορικό καρδιακών προβλημάτων.
- Σε διάρροια ή εμετούς.

➤ **Συνδυαστικό Χάπι**

Αντενδείξεις

- Θηλασμός.
- Ηλικία άνω των 35 ετών.
- Ιστορικό φλεβίτιδας και θρόμβωσης.
- Διαβήτης.

- Υψηλή πίεση.
- Ασθένεια στο συκώτι όπως η ηπατίτιδα.
- Αν χορηγούνται αντιβιοτικά ή άλλα φάρμακα όπως αυτά της επιληψίας.(50)

4.1.6 Αντισύλληψη και Οικογενειακός Προγραμματισμός

Πριν από 150 χρόνια ο παγκόσμιος πληθυσμός είχε φτάσει το 1 δισεκατομμύριο. Την εποχή εκείνη εμφανίστηκαν διάφορες μελέτες για τις επιπτώσεις του δημογραφικού προβλήματος. Παροιμιώδης έχει μείνει η εργασία του Σκοτσέζου οικονομολόγου Adam Smith, ο οποίος προέβλεπε ότι οι ρυθμοί της πληθυσμιακής αύξησης θα είχαν ως αποτέλεσμα ο πλανήτης μας να μην μπορεί να θρέψει όλα τα στόματα που ζουν σε αυτόν. Οι απαισιόδοξες προβλέψεις για τις κοινωνικοοικονομικές και επιδημιολογικές επιπτώσεις της πληθυσμιακής αύξησης ευτυχώς δεν επιβεβαιώθηκαν. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι οι υπολογισμοί τους ήταν εντελώς λανθασμένοι. Μέσα σε 100 χρόνια -

δηλαδή ως το Β Παγκόσμιο Πόλεμο ο πληθυσμός της Γης διπλασιάστηκε στα 2 δισεκατομμύρια, λόγω της ελάττωσης του μέσου όρου θνησιμότητας και κυρίως λόγω της μικρότερης νεογνικής θνησιμότητας. Από το 1945 ως το 1985 (μετά 50 χρόνια) πληθυσμός διπλασιάστηκε ξανά και ξεπέρασε τα 4 δισεκατομμύρια. Ο σημερινός ρυθμός αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού ανά έτος είναι περίπου 2% και υπολογίζεται ότι με το ρυθμό αυτό ο πληθυσμός θα φτάσει ως το 2020 τα 10 δισεκατομμύρια.

Είναι δύσκολο να ρισκινδυνέψει κάποιος μια πρόβλεψη για τις συνέπειες της πληθυσμιακής έκρηξης. Θεωρητικά οι συνέπειες μπορεί να είναι από πολύ ήπιες ως εντελώς καταστροφικές, τόσο για τις κοινωνίες των ανθρώπων όσο και για τις εύθραυστες ισορροπίες του παγκόσμιου οικοσυστήματος. Ήδη, τα οικονομικά συμφέροντα και η πολιτική της επικράτησης του ισχυρότερου σε βάρος του αδύνατου έχουν σαν αποτέλεσμα να ευημερεί μόνο μια μικρή μειοψηφία του πληθυσμού, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία να ζει σε συνθήκες υποσιτισμού, κακής υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικό-οικονομικής δυσπραγίας. Θεωρείται δεδομένο ότι η δημογραφική αύξηση θα επιτείνει αυτές τις ανισότητες και τα συνεπαγόμενα προβλήματα. Ο περιορισμός της ανεξέλεγκτης αύξησης του πληθυσμού περνάει μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό, δηλαδή την εθελοντική πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Αν και θεωρητικά είναι υποχρέωση και του άνδρα, ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει κυρίως τη σύγχρονη γυναίκα με τη δυνατότητα παρέμβασης στην αναπαραγωγική της ικανότητα.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αφορά όμως και τους έφηβους. Η σωστή πληροφόρηση των εφήβων θα έπρεπε να ξεκινάει κυρίως από τα σχολεία, να γίνεται από ιατρούς, κατά προτίμηση γυναικολόγους με ομιλίες, προβολή slides και συζητήσεις. Το ίδιο θα μπορούσε να γίνει με ομιλίες στα Κέντρα Υγείας, σε θέατρα και κινηματογράφους. Παρόμοιες δραστηριότητες θα μπορούσαν να αναπτυχθούν και από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού των διαφόρων νοσοκομείων.(31).

4.2 Η ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων κοριτσιών σε μικρότερες ηλικίες, με μεγάλο αριθμό εναλλασσόμενων συντρόφων, τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, οδήγησε σε έκρηξη των ανεπιθύμητων κυήσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Από την καταγραφή των περιστατικών προκύπτει ότι τα νεαρά κορίτσια είναι μάλλον απληροφόρητα για τις συνέπειες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επομένως, η διαφώτιση τους για τους κινδύνους, αλλά και για τη χρήση προφυλακτικών μέσων είναι κάτι παραπάνω από επιβεβλημένη. Η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης υπήρχε πάντοτε ως ένα σοβαρό ατομικό και ιατρικό πρόβλημα, όπως φαίνεται στον όρκο ίου Ιπποκράτη σαν απαγόρευση χρήσεως εκτρωτικών μέσων. Με το πέρασμα των αιώνων, και ιδιαίτερα του τελευταίου, ο καλπάζων υπερπληθυσμός οδήγησε στην αναζήτηση τρόπων περιορισμού των γεννήσεων προς αποφυγήν απειλητικού λιμού. Οι κυβερνήσεις και οι αρμόδιοι ιατρικοί φορείς όλων των χωρών, ανεξαρτήτου βιοτικού επιπέδου, χρηματοδοτούν προγράμματα με στόχο την αποτελεσματική αντισύλληψη. Ένας επιπλέον λόγος που τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα των ανεπιθύμητων κυήσεων έχει γίνει δυσκολότερο είναι η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων κοριτσιών σε μικρότερες ηλικίες, με αριθμό εναλλασσόμενων συντρόφων εντυπωσιακό.

Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν τα νεαρά αυτά κορίτσια έχουν επαρκή πληροφόρηση για τους παράλληλους κινδύνους που ενέχει αυτή η δραστηριότητα τους. Η πείρα εκ της καθημερινής καταγραφής των γεγονότων είναι μάλλον αρνητική. Περίπου πριν από τέσσερα χρόνια είχε πραγματοποιηθεί μια δημοσκόπηση σχετική με το θέμα, η οποία αποκάλυπτε ότι η χρήση του αντισυλληπτικού δισκίου είναι πολύ χαμηλή και του ελαστικού προφυλακτικού απογοητευτική. Εύλογα διερωτάται κανείς: Τόσες δαπανηρές διαφημίσεις και επισημάνσεις από τα ΜΜΕ για τη χρήση ελαστικού προφυλακτικού ήταν αναποτελεσματικές; Η απάντηση είναι «ναι». Η ερμηνεία αυτής της αρνητικής συμμόρφωσης οφείλεται στο ότι η χρήση του προφυλακτικού προτάθηκε σαν μέθοδος αποφυγής μόλυνσης από τον ιό του HIV (AIDS). Η θέση των νεαρών κοριτσιών στο γιατί δεν χρησιμοποιούν ελαστικό προφυλακτικό είναι ότι δεν ανήκουν σε άτομα αυξημένου κινδύνου (χρήστες ουσιών, ομοφυλόφιλοι), έχουν μονογαμική σχέση στη συγκεκριμένη χρονική φάση και μερικά ζευγάρια αναφέρουν ότι έχουν υποβληθεί σε εξετάσει για να ελέγξουν αν είναι φορείς του ιού. Το πόση ασφάλεια έχει αυτός ο έλεγχος ας το απαντήσουν πιο ειδικοί. Ένα όμως είναι βέβαιο, ότι ο έλεγχος για HIV δεν καλύπτει τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), από τους ιούς του ανθρώπινου Θηλώματος (HPV), τους ιούς του έρπητα και της ηπατίτιδας, τα μυκοπλάσματα, τα χλαμύδια, και πολλά άλλα κοινά μικρόβια, τα οποία δρουν καταστροφικά στο γεννητικό σύστημα, κυρίως του κοριτσιού, και ενίοτε στη γενικότερη υγεία.(9).

4.2.1 Η στάση των έφηβων γυναικών σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Πάνω από το ένα τρίτο των κοριτσιών ηλικίας 17 έως 22 ετών, που έμειναν έγκυοι χωρίς πρόθεση, επέλεξαν να διακόψουν την εγκυμοσύνη με έκτρωση. Το 14% περίπου

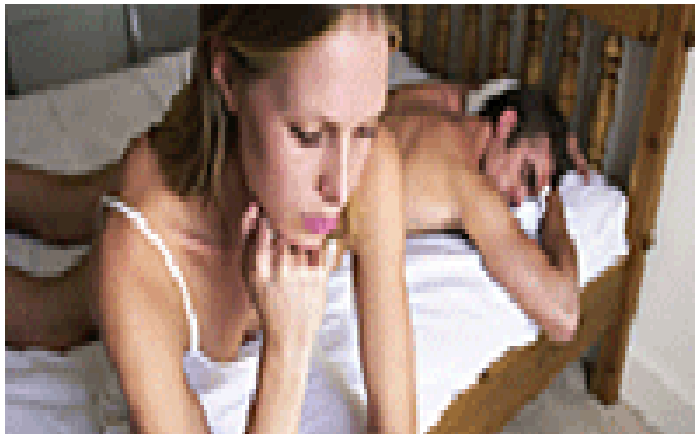
από τις εγκυμοσύνες αυτές κατέληξε σε αποβολή. Από τα κορίτσια που γέννησαν τελικά, τα περισσότερα είναι ανύπαντρα. Αντίθετα με τις ανύπαντρες μητέρες προηγούμενων δεκαετιών, τα κορίτσια αυτά έχουν περισσότερες πιθανότητες να κρατήσουν και να αναθρέψουν μόνες τους τα παιδιά τους, αντί να τα δώσουν για υιοθεσία.

Η φυλή, η κοινωνική τάξη και η δύναμη των θρησκευτικών πεποιθήσεων, όλα επηρεάζουν την απόφαση ενός έφηβου κοριτσιού να κρατήσει ή όχι το παιδί. Οι μαύρες έφηβες τείνουν περισσότερο από τις λευκές έφηβες να γίνουν ανύπαντρες μητέρες. Οι λευκές έφηβες τείνουν περισσότερο να κάνουν έκτρωση ή να παντρευτούν πριν να γεννηθεί το παιδί. Όσο περισσότερη παιδεία έχει μια έγκυος έφηβη κοπέλα (που είναι μια έμμεση ένδειξη της κοινωνικής της τάξης) και όσο καλύτερη είναι η απόδοσή της στο σχολείο τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να αποφασίσει την έκτρωση. Οι έγκυοι με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις είναι πιο πιθανό να κρατήσουν και να γεννήσουν το παιδί, ανεξαρτήτως φυλής και κοινωνικής τάξης.

Αρκετές μελέτες βρήκαν ότι η εγκυμοσύνη της εφηβικής ηλικίας συχνά δημιουργεί προβλήματα που διαρκούν, τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Οι έφηβες μητέρες, κατά μέσο όρο, είναι πιθανότερο να εγκαταλείψουν το σχολείο, να είναι φτωχές και να εξαρτώνται από την κοινωνική πρόνοια. Από τις γυναίκες κάτω των 30 ετών, που δέχονται βοήθεια από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το 71% είχαν γεννήσει το πρώτο τους παιδί στην εφηβεία. Τα ποσοστά θνησιμότητας, χαμηλού βάρους γέννησης και ασθενειών είναι επίσης υψηλότερα μεταξύ των βρεφών που γέννησαν έφηβες μητέρες, σε σύγκριση με βρέφη που γέννησαν μεγαλύτερες γυναίκες.(9,11,13).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ



5.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

5.1.1 Σεξ, νέοι και ασθένειες

Οι έφηβοι και οι νέοι ηλικίας από 15 έως 24 ετών, αποτελούν περίπου το 25% του πληθυσμού που είναι σεξουαλικά ενεργός. Όμως στην ομάδα αυτή του πληθυσμού παρατηρούνται το 50% των περιπτώσεων των ασθενειών που μεταδίδονται λόγω σεξ.

Οι επιπτώσεις σε κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο της κατάστασης αυτής είναι πολύ βαριές. Οι κίνδυνοι για τους νέους λόγω των ασθενειών αυτών που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων στειρότητα, καρκίνο και απειλή για τη ζωή, συνοδεύονται από πολύ ψηλά έξοδα για την αντιμετώπιση τους.

Υπάρχει όμως ένα σημαντικό εμπόδιο στην αναγνώριση του προβλήματος στην ολότητα του. Πολλές από τις ασθένειες αυτές, όπως για παράδειγμα η μόλυνση με χλαμύδια, τριχομονάδα και τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV, υπάρχουν πολύ λίγα ή καθόλου συμπτώματα στα αρχικά τουλάχιστο στάδια.

Το αποτέλεσμα είναι ότι οι νέοι που πάσχουν από τις ασθένειες αυτές, δεν ελέγχονται, η διάγνωση δεν γίνεται, η θεραπεία δεν χορηγείται, η αλυσίδα μετάδοσης συνεχίζεται, το πρόβλημα δεν καταγράφεται στην πραγματική του διάσταση και οι συνέπειες συνεχίζουν αμείωτες.

Ακόμη ένα πρόβλημα που έχει επισημανθεί είναι ότι αρκετοί γιατροί δεν κοινοποιούν πάντοτε στις αρμόδιες αρχές ασθένειες που πρέπει να κοινοποιούνται όπως η σύφιλης, η γονόρροια και η μόλυνση με χλαμύδια.

Η ανησυχητική αυτή κατάσταση προκύπτει από συμπεράσματα ερευνών που έγιναν από επιστήμονες των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) των Ηνωμένων Πολιτειών. Κατά το έτος 2000 καταγράφηκαν συνολικά 18,9 εκατομμύρια σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Από αυτές τα 9,1 εκατομμύρια καταγράφηκαν σε νέους και έφηβους ηλικίας 15 έως 24 ετών.

Οι συχνότερες 3 ασθένειες που μεταδίδονται λόγω σεξ που και οι τρεις μαζί αποτελούσαν το 88% του συνόλου κατά το 2000, ήταν η μόλυνση με τριχομονάδες, με χλαμύδια και με ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV. Οι υπόλοιπες 5 είναι η γονόρροια, η σύφιλη, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, η ηπατίτιδα β και το AIDS.

Η πληροφόρηση των νέων και των εφήβων για θέματα που έχουν σχέση με το σεξ είναι βασικός άξονας των ενεργειών μας για την πρόληψη των ασθενειών που μεταδίδονται από το σεξ. Η αγωγή για το σεξ πρέπει να περιλαμβάνει και διαφώτιση για την ορθή χρήση του προφυλακτικού. Η ορθή χρήση προφυλακτικού μειώνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε νέους και έφηβους. Είναι αποτελεσματική για τη μείωση του κινδύνου μετάδοσης του AIDS και των άλλων πολύ συχνών ασθενειών που μεταδίδονται από το σεξ όπως τα χλαμύδια, οι τριχομονάδες, ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV και η γονόρροια. Η αποχή και η εγκράτεια, ο περιορισμός των σεξουαλικών συντρόφων είναι ωφέληματα που προκύπτουν για τους νέους μετά από τη σεξουαλική αγωγή.

Αντίθετα με προκαταλήψεις, η σεξουαλική αγωγή δεν αυξάνει τη σεξουαλική δραστηριότητα εφήβων και νέων αλλά την καθιστά περισσότερο υπεύθυνη, ασφαλή και προάγει την εγκράτεια.(1,3,8)

5.1.2 Η σεξουαλικότητα των εφήβων

5.1.2.1 Σεξουαλική συμπεριφορά στην εφηβεία

Στην εφηβεία καθίσταται δυνατή η ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης. Αυτό είναι απόρροια της βιολογικής ωρίμανσης και των ψυχικών αλλαγών που πραγματοποιούνται και αποτελεί ένα κεντρικό σημείο της ζωής του εφήβου. Η αποδοχή της σεξουαλικότητας στην εφηβεία αντανακλά την κοινωνική εξέλιξη, καθώς ορισμένες συμπεριφορές είναι επιτρεπτές ή μη σε διάφορες εποχές και σε διάφορους πολιτισμικούς χώρους. Η πρώτη ερωτική σχέση του εφήβου μπορεί να γίνει πηγή συναισθημάτων άγχους και ανασφάλειας για τον ίδιο αλλά και για τους γονείς του, οι οποίοι ανησυχούν και κρατούν συνήθως συντηρητική στάση σε αυτά τα θέματα.

Οι πρώτες προσεγγίσεις με άτομα του άλλου φύλου είναι συνήθως αδέξιες. Τα αγόρια μπορεί να είναι επιθετικά ή υπερβολικά ιπποτικά, να αναζητούν κατευθείαν τη σεξουαλική εμπειρία ή, αντίθετα, να κυριαρχούνται από ιδεαλιστικές προθέσεις. Τα κορίτσια, ενώ δείχνουν αρχικά ενδιαφέρον για τα αγόρια της ηλικίας τους, στη συνέχεια στρέφονται σε μεγαλύτερα αγόρια, τα οποία φαίνονται πιο ώριμα και ενδιαφέροντα. Μάλιστα, τα κορίτσια αναζητούν λιγότερο την καθαρή σεξουαλική εμπειρία και πιστεύουν περισσότερο στον έρωτα. Γενικά, οι σημερινοί έφηβοι ξεκινούν τις σεξουαλικές δραστηριότητες σε μικρότερες ηλικίες σε σχέση με τις παλιότερες γενιές. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι οι πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες είναι πάντα επιτυχημένες. Συχνά φέρνουν ντροπή, φόβο και απογοήτευση, ενώ προκαλούν και έντονες ανησυχίες όσον αφορά στην αντισύλληψη και τη μετάδοση του AIDS.

Εκτός από την ετεροσεξουαλική σχέση, τη φυσιολογική έκφραση της σεξουαλικότητας στην εφηβεία, συχνά παρατηρούνται και ομοφυλοφιλικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι ξεκινούν με τον αυνανισμό, εξερευνούν το σώμα τους και χρησιμοποιούν διάφορες προσωπικές φαντασιώσεις. Σε ομάδες συνομηλίκων συμβαίνουν συχνά αμοιβαίοι αυνανισμοί. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατόν να ξεκινήσει μια ομοφυλοφιλική σχέση, καθώς ένα άλλο άτομο συμμετέχει στην ανακάλυψη του εαυτού, προσφέροντας τη σιγουριά που απορρέει από το γεγονός ότι ανήκει στο ίδιο φύλο. Η επιλογή κάποιου που του μοιάζει πάρα πολύ κατευνάζει το άγχος που γεννά στον έφηβο η πρώτη επαφή με τη σεξουαλικότητα. Οι συμπεριφορές αυτές παρουσιάζονται κυρίως στην αρχή της εφηβείας. Είναι συχνότερες στα αγόρια και συνήθως παροδικές, ακολουθούμενες από ετεροσεξουαλικό προσανατολισμό. Πάντως, έχουν χειρότερη πρόγνωση όταν υπάρχει ομοφυλοφιλική δραστηριότητα από τα παιδικά χρόνια ή όταν οι έφηβοι συνάπτουν σχέσεις με ενήλικους άνδρες.(2,4,8).

5.1.2.2 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπίσει ένα άτομο τη σεξουαλικότητα του κατά τα διάφορα στάδια της ζωής του, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση που έλαβε σε όλη τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αναφέρεται μόνο σε ζητήματα σεξουαλικών σχέσεων αλλά και σε ευρύτερα θέματα, όπως η εικόνα του εαυτού, η αυτοεκτίμηση, οι κανόνες ηθικής, ο αμοιβαίος σεβασμός και η αγάπη. Οι αξίες των γονέων μεταδίδονται μέσα από τα λόγια τους, αλλά κυρίως μέσα από τη στάση τους και το ζωντανό παράδειγμα που δίνουν στα παιδιά τους. Τα παιδιά από πολύ νωρίς δείχνουν περιέργεια για τα στήθη, τα οπίσθια και τα γεννητικά όργανα ανδρών και γυναικών. Πολλοί γονείς δεν διστάζουν να εμφανίζονται γυμνοί μπροστά στα παιδιά τους και να κάνουν μπάνιο μαζί τους, ενώ άλλοι κρύβονται επιμελώς. Οι ερωτήσεις που εκφράζουν τη σεξουαλική περιέργεια αρχίζουν συνήθως στην προσχολική ηλικία και κατ' αρχάς αναφέρονται στην ανατομία του ανθρώπινου σώματος. Τα παιδιά παρατηρούν τις διαφορές των γεννητικών οργάνων ανδρών και γυναικών ή συνομηλίκων ή μεταξυπαιδιών και ενηλίκων.

Στη συνέχεια, έρχονται οι ερωτήσεις σχετικά με την τεκνοποίηση ("Από πού γεννιούνται τα μωρά;", "Πώς μπαίνουν τα μωρά στην κοιλιά της μαμάς;"). Το περιεχόμενο και η διατύπωση των ερωτήσεων αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία. Στην εφηβεία, π.χ., τα ερωτήματα αφορούν στις προγαμιαίες σχέσεις, την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το ερώτημα που συνήθως θέτουν οι γονείς είναι πότε πρέπει να αρχίσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η καταλληλότερη στιγμή φαίνεται να είναι όταν ρωτήσει το ίδιο το παιδί. Οι πληροφορίες ή οι υπερβολικές λεπτομέρειες που δίνονται χωρίς να έχει προλάβει το παιδί να αναρωτηθεί, δεν μπορούν να αφομοιωθούν και τις πιο πολλές φορές το αφήνουν αδιάφορο. Οι απαντήσεις θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και ακριβείς, σε γλώσσα που αντιστοιχεί στην ηλικία του παιδιού. Καλό είναι να αποφεύγονται τα μικροψέματα και οι απλοποιημένες θεωρίες που συνήθως χρησιμοποιούνται για τα μικρότερα παιδιά, καθώς γίνονται πιστευτές και είναι δύσκολο να ανασκευαστούν αργότερα. Ο άλλος χώρος στον οποίο παρέχεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι το σχολείο. Μάλιστα, είναι ίσως ο πλέον κατάλληλος για την περίοδο της εφηβείας. Σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης, ορισμένοι ντροπαλοί έφηβοι δεν νιώθουν άνετα να πλησιάσουν τους γονείς τους και να τους ρωτήσουν για τις ανησυχίες τους. Σκέφτονται ότι είναι παράδοξες ή αδικαιολόγητες, αλλά αυτό δεν τους εμποδίζει να τις βιώνουν έντονα και να δημιουργούν προσωπικές σεξουαλικές θεωρίες.

Στο σχολείο φοιτούν παιδιά από διαφορετικές κοινωνικο-πολιτισμικές ομάδες και οικογένειες με διαφορετικά συστήματα αξιών. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα των εφήβων είναι καλύτερο να δίνονται σε επιστημονική γλώσσα, με βάση τα βιολογικά δεδομένα, χωρίς να συσχετίζονται με ηθικές και προσωπικές αξίες. Από την άλλη, οι γονείς θα πρέπει να μπορούν να προσαρμόζουν τις επιστημονικές γνώσεις στο πλέγμα αξιών της οικογένειας. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά από την πρώιμη παιδική ηλικία και διαρκεί όλη τη ζωή. Μπορεί να γίνει με ή χωρίς την καθοδήγηση των γονέων. Αν το παιδί αφηθεί μόνο του, θα διαμορφώσει τις δικές του απόψεις με βάση πληροφορίες που θα πάρει από την αυλή του σχολείου ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Κινδυνεύει να κατασκευάσει θεωρίες λανθασμένες, γελοίες ή τρομακτικές, οι οποίες κατ' ανάγκη θα επηρεάσουν τη μετέπειτα σεξουαλική συμπεριφορά του. Η συνεπής και απαλλαγμένη από προκαταλήψεις συμμετοχή των γονέων θα επιτρέψει τόσο την υγιή αντιμετώπιση των ζητημάτων της σεξουαλικότητας όσο και τη μετάδοση των οικογενειακών ηθικών αξιών.(1,5,40).

5.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η σεξουαλική λειτουργία είναι από τις βασικότερες της αναπαραγωγής του είδους, αλλά και της κοινωνικής αναπαραγωγής και γι' αυτό το λόγο ένα από τα μεγάλα κοινωνικά ζητήματα, τουλάχιστον από το 17ο αιώνα και μετά. Ο κοινωνικός έλεγχος της σεξουαλικότητας συνδέεται εδώ και τρεις αιώνες με ένα πλήθος κοινωνικών αντιλήψεων, με την κοινωνική διαίρεση της εξουσίας, με πρακτικές πολιάς και νέας βάρβαρο ιητας., που βαραίνουν στην προσκοπική βιογραφία του καθενός μας.

Η εποχή μας δεν είναι τόσο απελευθερωμένη σεξουαλικά,, όσο συνήθως διαφημίζεται ή κατηγορείται: Η άγνοια και ο φόβος της απόλαυσης είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένα φαινόμενα από τη γνώση και την ειλικρινή διεκδίκηση της, Παρόλο που μιλάμε πολύ για το σεξ, η σεξουαλικότητα μας συνοδεύεται από ενοχές, αποκρύψεις και φόβους Μιλάμε πολύ πιο εύκολα για την παραβατική ή και εγκληματική σεξουαλικότητα, παρά για τις προσωπικές επιθυμίες, φαντασιώσεις και απολαύσεις.

Παρ' όλα τα βήματα που έχουν γίνει στον εκδημοκρατισμό κοινωνικών δομών και θεσμών, δεν έχουν εκλείψει ούτε η κοινωνική διαίρεση της εργασίας ούτε οι αντιφατικές αντιλήψεις, από τις οποίες οι σύγχρονες κοινωνίες εμφορούνται ακόμη, για τη σεξουαλικότητα των ανδρών σε σχέση με εκείνη των γυναικών, καθώς και για τη σεξουαλικότητα ίων ανώτερων κοινωνικών τάξεων σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες.

Παρ' όλο το αυξημένο ενδιαφέρον των γονιών για τη σεξουαλική ωρίμανση και τη σεξουαλική συμπεριφορά των παιδιών τους, ο ανοιχτός και ειλικρινής διάλογος μεταξύ τους και ακόμη περισσότερο η ψύχραιμη και κοινή αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων δεν είναι ο κανόνας.

5.2.1 Για τους νέους

Μάθετε το σώμα σας και μελετήστε τη βιολογική πλευρά της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, τις λειτουργίες και την υγιεινή της.

Ανακαλύψετε το σώμα σας ως πηγή ηδονής και διεκδικήστε τη σεξουαλικότητάς σας με, ωριμότητα και απλότητα.

Αρνηθείτε τα κοινοτικά πρότυπα θηλυκής και αντρικής συμπεριφοράς, που καταπιέζουν εξίσου και τα δύο φύλα και σας γεμίζουν με ανόητους φόβους για τον εαυτό σας και τις σχέσεις σας με το άλλο φύλο.

Μην αναπαράγετε αυτόν τον εξίσου με τους άλλους τρομακτικό ρατσισμό απέναντι σε όσους πραγματικά ή φανταστικά δεν προσαρμόζονται σ' αυτά τα πρότυπα, για να ξορκίσετε ενδόμυχους φόβους και να ενισχύσετε τη δημόσια εικόνα σας. Εάν γονείς και δάσκαλοι σας καταπιέζουν με υποψίες, φόβους και ενοχές, προσπαθήστε να κατανοήσετε τα κοινωνικά αίτια αυτών των πρακτικών. Αποκαταστήστε μαζί τους έναν κατά το δυνατό νηφάλιο και ειλικρινή διάλογο πάνω σ' αυτά τα θέματα και αποφύγετε τις βιαστικές και καμιά φορά καταστροφικές για την προσωπική σας ζωή επιλογές.

Το σώμα σας σας ανήκει, αλλά αυτό ισχύει και για τον άλλο. Η έλξη μπορεί να κερδηθεί, αλλά δεν εκβιάζεται. Προφυλαχθείτε και προφυλάξτε το σύντροφο ή τη σύντροφο σας από ανεπιθύμητες συνέπειες.(32).

- **Μην κάνετε σεξ, κάνετε έρωτα. Οι τυχαίες, βιαστικές και στερημένες από συναίσθημα σεξουαλικές επαφές, είναι συνήθως απογοητευτικές και συχνά τραυματικές.**

5.2.2 Για τους γονείς

Αφήσετε, τη σεξουαλικότητα των παιδιών σας να ανθίσει. Μάθετε και ενθαρρύνετε τους να μάθουν όσα περισσότερα, μπορούν για τις σεξουαλικές λειτουργίες από βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική άποψη. Συζητήστε τους κινδύνους που απειλούν τη σωματική και κοινωνική τους αξιοπρέπεια, αλλά μην τους στρέψετε σε μια υστερική και εντέλει αντικοινωνική καχυποψία.

Πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι οι συναισθηματικές περιπέτειες, οι αποτυχημένες σχέσεις και οι σεξουαλικές συμπεριφορές, που η κοινωνία της εποχής μας καταγράφει ως διαστροφές, οφείλονται συχνά στην άγνοια, στην ατολμία, στην υποκρισία ή τους υπερβολικούς φόβους με τους οποίους μερικές φορές αντιμετωπίζονται τα παιδιά και οι έφηβοι από γονείς και δασκάλους.

Μην ενοχοποιείτε τα παιδιά σας για τις πρακτικές αυτοϊκανοποίησης, που είναι μία φυσιολογική και επιθυμητή διερεύνηση του σώματος, μια στοιχειώδης πρακτική αυτογνωσίας. Η έλξη για το ίδιο φύλο στις νεαρές ηλικίες εντάσσεται στην απολύτως φυσιολογική διαδικασία της συναισθηματικής και κοινωνικής τους ωρίμανσης. Μην σπεύδετε να ερμηνεύετε αρνητικά τις φιλίες των παιδιών σας τραυματίζοντας την αθωότητα και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και τους άλλους.

Οι απαγορεύσεις, οι τιμωρίες και η διαρκής υποψία μόνο αρνητικά αποτελέσματα μπορούν να φέρουν. Στην προσπάθεια σας να προσαρμόσετε τα παιδιά σας στα κοινωνικά πρότυπα του ανδρισμού και της θηλυκότητας, ενδέχεται να τα στρέψετε σ' αυτό που φοβάστε περισσότερο, μεταδίδοντας τους μια λαθεμένη εικόνα για τον εαυτό τους.

Μη λέτε άλλα στ' αγόρια και άλλα στα κορίτσια σας, μη γίνετε συνένοχοι στην κοινωνική υποκρισία, για την οποία συχνά και όχι άδικα μας κατηγορούν οι νέοι. Η σεξουαλικότητα συνδέεται άμεσα με τις σχέσεις των δύο φύλων, την κοινωνική διαμόρφωση τους και τον κοινωνικό ανταγωνισμό τους. Οι σχέσεις των γονέων, η ύπαρξη αμοιβαίου σεβασμού ή αμοιβαίας περιφρόνησης, οι καθημερινές τριβές στην οικογένεια έχουν βαθιά επίδραση στα παιδιά και τους εφήβους, στη συγκρότηση της υποκειμενικότητάς τους και στη σχέση τους με το άλλο φύλο. Η ψυχολογική και κοινωνιολογική έρευνα δεν επιβεβαιώνει την ενοχοποίηση του διαζυγίου για την όποια παραβατική ή παρεκκλίνουσα συμπεριφορά των νέων. Μη "θυσιάσετε" για τα παιδιά σας. Η συντήρηση ενός αποτυχημένου γάμου είναι συνήθως πιο οδυνηρή και με **καταστροφικές** συνέπειες για τα παιδιά της οικογένειας από το χωρισμό των γονέων.

Αποκαταστήσετε έναν ανοιχτό και ειλικρινή διάλογο με τα παιδιά σας, που θα τα βοηθήσει να γνωρίσουν και να ελέγξουν τις επιθυμίες τους.

5.2.3 Για τους δασκάλους

Το ελληνικό σχολείο δεν έχει ακόμη αναλάβει επίσημα τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων, όπως ευρύτατα πλέον γίνεται στις πιο αναπτυγμένες χώρες. Η σεξουαλική αγωγή περιλαμβάνει συνήθως» όπου εφαρμόζεται, βασικές γνώσεις για το ανθρώπινο σώμα και τις βιολογικές λειτουργίες της αναπαραγωγής, μια ανοιχτή εξοικείωση με τους κινδύνους και τις ανεπιθύμητες συνέπειες της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γίνεται έτσι ένα μάθημα σαν όλα τα άλλα: Χρήσιμες γνώσεις, αλλά ανεπαρκείς. Η αξία της σεξουαλικής αγωγής δεν εξαρτάται από την ποσότητα των πληροφοριών, αλλά από την ποιότητα και τον τρόπο μετάδοσης τους. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η σεξουαλικότητα δεν είναι μια αυτόνομη περιοχή της υποκειμενικότητας και δεν ακολουθεί μια αυτόνομη διαδικασία ωρίμανσης. Ωριμάζει σε αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση με τα άλλα στοιχεία της προσωπικότητας, μέσα στη βαθμιαία διαδικασία της κοινωνικής και πολιτικής της συγκρότησης. Γι' αυτό και η επίδειξη σεξουαλικότητας από τα παιδιά είναι συχνά μια προσπάθεια αυτονόμησης, αυτοπροβολής και κυριαρχίας και, σε τελευταία ανάλυση, μια ανταπόκριση στα πρότυπα και τις αξίες που η ίδια η κοινωνία και το σχολείο έμμεσα ή άμεσα προβάλλει και επιβάλλει. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει μικρά ή και αρνητικά αποτελέσματα σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, όπως η οικογένεια και το σχολείο, όπου αναπαράγονται τα στερεότυπα για τις σχέσεις των δύο φύλων, ο κοινωνικός ανταγωνισμός, οι προκαταλήψεις και ο κοινωνικός πουριτανισμός, που αρνείται ακόμη να συνδέσει τη σωματική με την ηθική ικανοποίηση.

Εάν δεν αισθάνεστε έτοιμοι να ξεκινήσετε πρωτοβουλίες ή προγράμματα σεξουαλικής αγωγής, προσπαθήστε τουλάχιστον:

Να μη σπεύδετε να ερμηνεύετε, να ενοχοποιείτε και να καταδικάζετε με απόλυτο τρόπο σεξουαλικές απρέπειες στις πράξεις και στα λόγια των παιδιών και των νέων. Πολύ συχνά τέτοιες συμπεριφορές δεν έχουν καμιά σχέση ούτε με μια πρόωρη σεξουαλικότητα ούτε με σεξουαλικές διαστροφές. Γι' αυτό και πρέπει να διερευνώνται στο ευρύτερο πεδίο της κοινωνικότητας και της προσωπικής βιογραφίας.

Να μη διστάζετε να απαντάτε με ευθύτητα και αμεσότητα στις ερωτήσεις των -παιδιών, έστω και αν χαρακτηρίζονται από την πονηρία της ενοχής, που εμείς τους μεταδώσαμε. Θα δείτε ότι σύντομα θα μπορείτε να συζητάτε αυτά τα θέματα με τη σοβαρότητα που τους ταιριάζει.

Μην αποθαρρύνετε την εκδήλωση ενδιαφέροντος από τα ίδια τα παιδιά ή τους εφήβους. Εάν αποκατασταθεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας, ανάμεσα σε γονείς, δασκάλους και νέους, η συνεισφορά της ανθρώπινης σεξουαλικότητας δε θα είναι χωρίς οφέλη για όλους τους συνομιλητές.(33).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΜΒΛΩΣΗ



6.1 ΑΜΒΛΩΣΗ - ΓΕΝΙΚΑ

Διακοπή κύησης ή έκτρωση ονομάζεται η διαδικασία με την οποία τερματίζεται μια εγκυμοσύνη, συνήθως σε αρχικά στάδια. Ο νομοθέτης επιτρέπει τη διακοπή κύησης μέχρι τη 12 εβδομάδα κύησης. Το όριο αυτό είναι τεχνητό και δεν βασίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της εγκυμοσύνης. Σε εγκυμοσύνη σε ποίο προχωρημένη εβδομάδα κύησης, η διακοπή επιτρέπεται μόνο για ιατρικούς ή ιατροδικαστικούς λόγους όπως βιασμός, ανωμαλίες του εμβρύου, κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας.

Στην Ελλάδα δυστυχώς η έκτρωση εφαρμόζεται ως μια μορφή αντισύλληψης μετά από απεισκευία και μη χρησιμοποίησης μιας σωστής αντισυλληπτικής μεθόδου. Το έτος 2005 στη χώρα μας είχαμε περίπου 98000 γεννήσεις και κάτι παραπάνω από 200000 εκτρώσεις εκ των οποίων ένα ποσοστό της τάξεως του 40% αντιστοιχεί σε νεαρές κοπέλες ηλικίας 17-22 ετών. Αν σε αυτές προσθέσουμε και εκείνες που έγιναν σε ιδιωτικά ιατρεία ή κλινικές και δε δηλώθηκαν φαίνεται το τεράστιο πρόβλημα που παύει να είναι πλέον ιατρικό και καθίσταται πλέον κοινωνικό.

Οι αμβλώσεις μπορούν να καταταγούν σε τρεις κατηγορίες, στις αυτόματες αμβλώσεις, στις εγκληματικές αμβλώσεις και στις θεραπευτικές (εκλεκτικές ή νόμιμες) αμβλώσεις. Είναι η συχνότερη και χειρότερη μορφή ελέγχου των γεννήσεων.

6.1.1 Πως γίνεται ή διακοπή της κύησης

Μέχρι τη 12 εβδομάδα κύησης ως μέθοδος είναι πολύ απλή. Η γυναίκα τοποθετείται στο γυναικολογικό κρεβάτι και μετά από ελαφρά αναισθησία συλλαμβάνεται ο τράχηλος με δύο ειδικές λαβίδες. Γίνεται διαστολή του τραχήλου και ακολουθεί απόξεση του ενδομητρίου είτε με ειδική αναρροφητική συσκευή είτε με μεγάλο ξέστρο έως ότου πάψει να γίνει υλικό από τη μήτρα. Στη συνέχεια συνιστάται η χορήγηση ενός μητροσυσπαστικού. Ειδικά σε νέες κοπέλες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ακόμη, τοποθετείται 3-6 ώρες πριν την επέμβαση ένα κοιλιακό υπόθετο με προσταγλανδίνη στο βάθος του κόλπου το οποίο θα μαλακώσει τον τράχηλο ώστε αυτός να μην τραυματιστεί ιδιαίτερα κατά τη διαστολή του.

Μετά τη 12 εβδομάδα κύησης χορηγούνται φάρμακα από τον κόλπο που μαλακώνουν τον τράχηλο και προκαλούν συσπάσεις της μήτρας. Σε μεγαλύτερη από τη 15 εβδομάδα κύησης μπορεί να είναι απαραίτητη η χορήγηση ενδοφλεβίως φαρμάκων για να προκληθούν οι συσπάσεις στη μήτρα. Το έμβρυο θα αποβληθεί από τον κόλπο. Εάν ο πλακούντας δεν αποκολληθεί μόνος του θα χρειαστεί απόξεση.

6.1.2 Μέθοδοι Αμβλώσεων

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι διάφορες και η κάθε μια κατατάσσεται με το αντίστοιχο στάδιο της κύησης.

6.1.2.1 Μέθοδοι έκτρωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα

Παρ¹ ότι αυτές οι μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευτεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος "επείγουσα αντισύλληψη" που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης ημέρας, εφ' όσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

1. Λεβο-νοργεστρέλη: (πρώτες 48 ώρες) Το **χάπι της επόμενης η μέρας** με την εμπορική ονομασία Norlevo, είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβο-νοργεστρέλη που είναι ορμόνη η λήψη της οποίας: α) καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και β) δρα αρνητικά στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι αποφεύγεται η κύηση, υπό την προϋπόθεση να ληφθεί το χάπι μέσα σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την πιθανή σύλληψη. Ας σημειωθεί ότι εν γένει δεν εμποδίζει την σύλληψη και γι' αυτό δεν μπορεί να καταταγεί στα αντισυλληπτικά.

2. Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ): (πρώτες 48 ώρες) Είναι συνθετικό και τοποθετείται στην μήτρα όπου και παραμένει μόνιμα. Έχει διάρκεια ζωής, ανάλογα με τον τύπο 1-5 έτη. Πολλοί νομίζουν ότι είναι ένα κοινό αντισυλληπτικό, όμως δεν εμποδίζει την σύλληψη αλλά, όπως και το χάπι της επόμενης ημέρας, εμποδίζει την εμφύτευση του ήδη γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.

6.1.2.2 Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης

1. Απόξεση με αναρρόφηση [D&C]: (εβδ. 6 έως 16) Ένας σωλήνας μεγάλης αναρροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το αγέννητο παιδί σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται σε ένα δοχείο. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

2. Mifepristone: (εβδ. 5 έως 7) Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντος και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin (βλ. παρακάτω) για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

3. Methotrexate: (εβδ. 5 έως 9) Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

6.1.2.3 Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης

1. Εμβρυοτομή [D&E]: (εβδ. 13 έως 20) Ο τράχηλος διαστέλλεται. Με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο "γιατρός" που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το παιδί και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

2. Prostaglandin: (εβδ. 16 έως 38) Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρῶιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υποθέτων ή ενέσεων. Η γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, έμετος και ανακοπή καρδιάς

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

4. Έκτρωση με άλας: (εβδ. 16 έως 32+) Μια μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα.

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

6. D&X: (εβδ. 20 έως 32+) Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης" ("partial-birth abortion"). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.(33).

6.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Οι πιθανές επιπλοκές που μπορούν να συμβούν σε μια έκτρωση είναι πολλές και πολύ σοβαρές.

1. Διάτρηση της μήτρας με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Αυτό συμβαίνει συχνότερα απ' ότι σε συνηθισμένες αποξέσεις, διότι η μήτρα που εγκυμονεί έχει πιο μαλακά τοιχώματα. Μια απλή διάτρηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά, αλλά μια διάτρηση που θα προκαλέσει αιμορραγία ή τραυματισμό άλλων οργάνων

όπως ουροδόχου κύστης ή εντέρου πρέπει να αντιμετωπιστεί με άμεση λαπαροτομία και μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε αφαίρεση της μήτρας.

2.Λοιμώξεις.Αν και τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα και η όλη διαδικασία γίνεται υπό αυστηρούς κανόνες αντισηψίας, επειδή ο κόλπος περιέχει σχεδόν πάντα μικρόβια δεν μπορεί να αποκλειστεί η περίπτωση μιας ανούσιας λοίμωξης που θα προσβάλει το ενδομήτριο(ενδομητρίτιδα) ακόμα και τις σάλπιγγες. Ο πυρετός και το άλγος υπογαστρίου είναι τα πιο συχνά σημεία της ενδομητρίτιδας.Η παράμετρος αυτή είναι πολύ σοβαρή και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ιδιαίτερα από νέες κοπέλες που μπορεί να μην έχουν ξανά τη δυνατότητα να μείνουν έγκυες.

3.Μεγαλύτερο ποσοστό αυτόματων αποβολών σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Επειδή γίνονται χειρισμοί στον τράχηλο που αποτελεί την είσοδο και την έξοδο από τη μήτρα, αυτός μπορεί να μην επουλωθεί σωστά να μην επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Σε μια επόμενη επιθυμητοί εγκυμοσύνη η πιθανή ανεπάρκεια του τραχήλου θα οδηγήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό σε αποβολή.

4.Εκτοπη κύηση.Η αποτυχία διάγνωσης έκτοπης κύησης στην διακοπή κύησης μπορεί να οδηγήσει αργότερα στη ρήξη της εξωμήτριου κήσεως με τα ανάλογα σύννοδα συμπτώματα.Για αυτόν τον λόγο είναι αναγκαία η επιβεβαίωση της ενδομήτριου κήσεως πριν γίνει οποιαδήποτε προσπάθεια διακοπής της εγκυμοσύνης.

5. Πάλι εξαιτίας των απαραίτητων χειρισμών στον τράχηλο για την πραγματοποίηση της έκτρωσης μπορεί να προκληθεί τοπική φλεγμονή η οποία να προκαλέσει ουλώδη ρίκνωση του τραχήλου που μπορεί να αποτελέσει στο μέλλον αιτία **στειρότητας**.

6.Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία όπως **αλλεργική αντίδραση** στα φάρμακα.

7.Στενωση τραχηλου.Εκδηλώνεται με αμηνόρροια και κυκλικό άλγος υπογαστρίου μετά την διακοπή κήσεως πρώτου τριμήνου στο 0.02% των γυναικών.Η θεραπεία συνίσταται στην διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

8.Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα(αίσθημα ενοχής, δέσιμο με το έμβρυο, αβεβαιότητα για μια ενδεχόμενη μελλοντική εγκυμοσύνη, αναθεώρηση της σχέσης με τον σύντροφο). (21).

6.2.1 Άλλες επιπλοκές αμβλώσεων

Αμηνόρροια μπορεί να εμφανιστεί και λόγω του συνδρόμου asherman και της πιθανής υλοποίησης του ενδομητρίου λόγω της απόξεσης. Αυτή η επιπλοκή είναι σπάνια και συνήθως εμφανίζεται μετά από φλεγμονή. Η διάγνωση γίνεται συνήθως με την υστεροσκόπηση.

Η Rh ευαισθητοποίηση είναι άλλη μια επιπλοκή που εμφανίζεται στο 4% των γυναικών με διακοπή κυρίως προχωρημένης εγκυμοσύνης.

Η νόμιμη έκτρωση που γίνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις δεν εμφανίζει σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες στην μετέπειτα αναπαραγωγική διαδικασία. Δεν έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τις μετέπειτα κήσεις ως προς το χαμηλό βάρος γέννησης, την προωρότητα ή τις περιγεννητικές απώλειες. Οι ανησυχίες ως προς την στειρότητα ως αποτέλεσμα της προκλητής έκτρωσης είναι μάλλον αστήρικτες με

εξαιρέση τις σπάνια εμφανιζόμενες σοβαρές επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται με υστερεκτομή. Η απουσία σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με τις επόμενες εγκυμοσύνες πιθανά σχετίζεται με την σύγχρονη τεχνολογία και τη τεχνολογία για τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Απαραίτητη είναι η γυναικολογική εξέταση σε μικρό διάστημα

1.για να αποκλειστεί η περίπτωση να έχει συσσωρευτεί αίμα στη μήτρα

2.για να αποκλειστεί η πιθανότητα μιας ταυτόχρονης εξωμήτριας κύησης.(33)

6.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

6.3.1 Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία

1. Θάνατος : Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κύσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

2. Καρκίνος του μαστού : Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά.

3. Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος : Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μίας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημίες που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

4. Διάτρηση της Μήτρας : Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης. Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κύσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.

5. Ρήξη του τραχήλου : Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση

μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δευτέρου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

6. Πρόδρομος Πλακούς : Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κηύσεις από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούς είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κηύση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου, και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.

7. Προβληματικά παιδιά στις επόμενες κηύσεις : Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κηύσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα.

8. Εξωμήτριος κηύση : Η έκτρωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμήτριων κηύσεων. Αυτές, με τη σειρά τους, είναι απειλητικές για τη ζωή και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα.

9. Πυελική φλεγμονή : Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κηύσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20 έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση.

10. Ενδομητρίτις : Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ό,τι οι γυναίκες 20-29 ετών.

11. Άμεσες επιπλοκές : Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις "δευτερεύουσες" επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, έμετος, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus.

12. Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μια εκτρώσεις : Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που

υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

13. Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες : Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

14. Αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνιση συμπεριφοράς επιβλαβούς για την υγεία : Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας.¹⁵ Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμητρίους κύησεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης.(33).

6.3.2 Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στην ψυχική υγεία

6.3.2.1 Οι επιπτώσεις στην ψυχολογία – γενικά

Οι τελευταίες στιγμές πριν γίνει η επέμβαση είναι ιδιαίτερα φορτισμένες για την γυναίκα λόγω του φόβου και της ανησυχίας για την επέμβαση που θα γίνει στο σώμα της.

Αμέσως μετά την επέμβαση υπάρχουν γυναίκες που αισθάνονται ανακούφιση γιατί έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο έμβρυο. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών όμως αισθάνεται ενοχές για την πράξη τους. Μελέτες που έχουν γίνει σε γυναίκες που έχουν διακόψει μια εγκυμοσύνη έχουν δείξει ότι υποφέρουν συχνά από κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, και προβλήματα στις ερωτικές τους σχέσεις και τη σεξουαλική τους ζωή. Μια εκτενής μελέτη που έγινε στην Αμερική αναφέρει ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχει προβεί σε διακοπή της κύησης υποφέρει από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή η οποία περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών που έχουν να κάνουν με την επέμβαση.

Μια γυναίκα μπορεί να έχει επιθετική συμπεριφορά, διαταραχές του ύπνου και του φαγητού, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, εφιάλτες για την επέμβαση και το παιδί, συχνές σκέψεις για την ημερομηνία που θα γεννιόταν το παιδί, αποφυγή έντονων ερεθισμάτων που σχετίζονται με την διακοπή της κύησης και συχνά απομακρύνεται από το σύντροφό της και τα αγαπημένα της πρόσωπα και κλείνεται στον εαυτό της. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση παρατηρείται συχνά σε μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε τερματισμό της εγκυμοσύνης, επίσης δυσκολεύεται να εμπιστευτεί τους άντρες γιατί κατά κάποιο τρόπο τους θεωρεί υπεύθυνους και αντιμετωπίζει προβλήματα στη σεξουαλική της ζωή. Το 30 έως 50% των γυναικών που διακόπτουν μια κύηση αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Η έλλειψη ερωτικής επιθυμίας, η αποστροφή προς το σεξ και

τους άντρες γενικότερα, ο φόβος μιας ακόμα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά τη σεξουαλική επαφή, ο αυξημένος πόνος των γεννητικών οργάνων είναι προβλήματα που παρατηρούνται συχνά. Όλα αυτά λειτουργούν αρνητικά για τη συνέχιση μιας σχέσης ή για τη δημιουργία μιας νέας σχέσης με προοπτική.

Η μετατραυματική περίοδος μετά από την διακοπή μιας κύησης διαρκεί συνήθως έξι μήνες. Είναι σημαντικό να υπάρχει συμπαράσταση από τα κοντινά πρόσωπα της γυναίκας. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σ' αυτή την επέμβαση καταπνίγουν τα συναισθήματα τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, προκειμένου να ξεπεράσουν την άσχημη αυτή εμπειρία. Πολλές φορές όμως η άρνηση δεν βοηθάει στο να ξεπεραστεί η κακή ψυχολογική κατάσταση και χρειάζεται η παρέμβαση κάποιου ειδικού για να βοηθήσει τη γυναίκα να ξεπεράσει το μετατραυματικό στάδιο που έχει περιέλθει. (18,19,22,48).

6.3.2.2 Ανάγκη ψυχικής θεραπείας

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού.² Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου³ (γυναικών χωρίς έκτρωση). Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα. (19).

6.3.2.3 Κατηγορίες ψυχικών διαταραχών

1. Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD ή PAS): Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (post-traumatic stress disorder - PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης.⁶ Επειδή αυτή είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στον χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλήρης από τις άλλες της παρούσας ενότητας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική

ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός Προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.⁷

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πειστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κυήσεώς τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό⁸. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών⁹. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκτρωτικό Σύνδρομο (Post-Abortion Syndrome - PAS).

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

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανομάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας (για παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού).

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

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

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η μελέτη του Barnard διαπίστωσε την ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που είχαν δεχθεί έκτρωση τρία έως πέντε έτη παλαιότερα. Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση, η μελέτη του Barnard σφάλει κατά ένα ποσοστό 50%. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση.¹⁰ Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση) κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD.

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια.¹¹ Μέχρις ότου μια ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει ικανοποιητική αποκατάσταση, το PTSD μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μια ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από τον νόμο (στις ΗΠΑ). Αυτή η ανικανότητα, συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μακρότερη περίοδος αποκατάστασης από τον νόμο.

2. Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή: 30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων.

3. Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας: Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μία φορές. Οι

προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.

4. Αύξηση του καπνίσματος με αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία:

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

5. Χρήση οινόπνευματος: Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινόπνευματος από τις γυναίκες.¹⁶ Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία.

6. Χρήση ναρκωτικών: Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HIV/AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.

8. Διαταραχές στη διατροφή: Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

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

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

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

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνειδητής επιθυμίας υποκατάστατης κήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κήσης /απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.(14,15,16,21,34).

6.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ

Στην εποχή μας οι νέοι ξεκινούν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα σε πολύ νεαρή ηλικία χωρίς να έχουν ωριμάσει ψυχοσωματικά και χωρίς να έχουν την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την ερωτική πράξη. Σε πρόσφατη έρευνα έχει διαπιστωθεί ότι οι νέοι συνάπτουν ερωτικές σχέσεις διότι θεωρούν απαραίτητη μια ολοκληρωμένη σεξουαλική σχέση για την εδραίωση ενός δεσμού. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν νέοι που έρχονται σε σεξουαλική επαφή για την "εμπειρία", την "περιέργεια", μόνο και μόνο λόγω έντονης σαρκικής επιθυμίας ή γιατί έτσι θα νιώσουν "μεγάλοι". Εκτός όμως από την απόλαυση κ την ηδονή που προσφέρει το σεξ υπάρχει κ μια άλλη θλιβερή πλευρά που πολλές φορές επέρχεται του έρωτα που δεν είναι άλλη από την ύπαρξη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Οι κήσεις στην εφηβική ηλικία θέλουν μια ιδιαίτερη προσέγγιση από τον γιατρό, που απέναντί του έχει και πρέπει να αντιμετωπίσει ουσιαστικά ένα παιδί που επιλέγει να γίνει μητέρα. Αυτά τα παιδιά των 17, των 18, των 19 ετών δεν πειθαρχούν. Όμως η εγκυμονούσα πρέπει να ακολουθήσει έναν ιδιαίτερο τρόπο διατροφής, να είναι συνεπής στις εργαστηριακές και τις άλλες εξετάσεις που πρέπει να κάνει, να ελέγχει τη σωματική της δραστηριότητα. Χρειάζεται μια ιδιαίτερη υποστήριξη τόσο από τον γυναικολόγο όσο και από ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό.

Σε ό,τι αφορά το θέμα των εκτρώσεων στην εφηβική ηλικία σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό οφείλονται στην κακή ενημέρωση που έχουν οι έφηβοι για τα θέματα αντισύλληψης από διάφορες πηγές όπως το σχολείο, το οικογενειακό τους περιβάλλον, ο γιατρός και οι παρέες τους. Οι περισσότερες κοπέλες πιστεύουν ότι με μία μόνο επαφή δεν κινδυνεύουν να μείνουν έγκυες, κάτι το οποίο βέβαια δεν ισχύει. Τέτοιου είδους λανθασμένες αντιλήψεις έχουν ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητες κήσεις, οι οποίες σε αυτήν την ηλικία, σε πολύ μεγάλο ποσοστό, καταλήγουν σε έκτρωση. Δυστυχώς οι έφηβες δεν γνωρίζουν ότι η έκτρωση είναι μια τραυματική εμπειρία για τις ίδιες διότι δεν έχει ολοκληρωθεί η ψυχοσύνθεση τους και το "είναι" τους με αποτέλεσμα οι συνέπειες μιας άμβλωσης είναι καταστροφικές για α) την ψυχή τους εφόσον δημιουργούνται διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, καταστρεφεται το νόημα της μητρότητας, κλονίζεται η σχέση τους με τους γύρω τους και πολλές φορές με το σύντροφο τους, (αυτές οι επιπτώσεις βέβαια διαφέρουν από άτομο σε άτομο διότι ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετικές ψυχικές δυνάμεις και αποθεματα, διαφορετική προσωπικότητα και βιώματα ώστε να

αντιμετωπίσει τέτοια κατάσταση) και β) το σώμα τους αφού μπορούν να αντιμετωπίσουν για παράδειγμα αιμορραγία στη διάρκεια της επεμβασής, διατήρηση τη μητρας, φλεγμονές και συμφύσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε στειρότητα και πληθώρα άλλων προβλημάτων.

Δε μένει όμως πολλές φορές και ο υποψήφιος έφηβος "πατέρας" ανεπηρέαστος αφού σε πολλές περιπτώσεις ανεπιθύμητης γονιμότητας το αγόρι νιώθει συνυπεύθυνος για την αφέλεια που οδήγησε εκείνον και την κοπέλα σε αυτό το αποτέλεσμα και αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Προσπαθεί λοιπόν με όποιο τρόπο μπορεί να βοηθήσει ψυχολογικά την υποψήφια "έφηβη" μητέρα ώστε να είναι όσο το δυνατόν δυνατή να αντιμετωπίσει αυτή τη κατάσταση. Πέρα όμως από αυτή την κατηγορία υπάρχουν και νέοι οι οποίοι δείχνουν αδιαφορία σε περίπτωση ανεπιθύμητης γονιμότητας, αρνούνται τις ευθύνες τους, δε συμμερίζονται τον πόνο της κοπέλας που είναι έγκυος και απομακρύνονται από τη ζωή της. Αυτό φανερώνει η ότι ο εκάστοτε νέος αδιαφορεί για την τύχη της κοπέλας, δε πιστεύει ότι είναι συνυπεύθυνος ή διότι είναι δειλός και δεν είναι έτοιμος να αναλάβει τις ευθύνες του. (6,7,17).

6.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία, τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να αισθανθεί μία γυναίκα λόγω της έκτρωσης μπορεί να είναι: σύγχυση, ενοχές, αίσθημα απώλειας, χαμηλό αυτοσυναίσθημα και μειωμένη αυτοπεποίθηση για επιτυχία της σε διαπροσωπικές σχέσεις.

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να συζητηθούν μερικές ιδέες για την αντιμετώπιση και τη βοήθεια ιδιαίτερα νεαρών γυναικών, ώστε τα αρνητικά αποτελέσματα μιάς έκτρωσης να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και αν είναι δυνατόν να μειωθούν στο ελάχιστο. Πρώτα πρώτα, θα πρέπει να διδαχθούν στις νεαρές γυναίκες (ίσως και στις/στους εφήβους) δεξιότητες λήψης καλών αποφάσεων. Αυτή η διδασκαλία θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε εφήβους που συνηθίζουν να βλέπουν τα πράγματα σε απόλυτους όρους. Είναι σημαντικό το πως κάποια νεαρή γυναίκα θα εσωτερικεύσει, θα "τακτοποιήσει" μέσα της το θέμα της έκτρωσης και των συνεπειών της. Δεύτερο πάρα πολύ σημαντικό για την μείωση αρνητικών επιπτώσεων, είναι η δημιουργία ενός καλού υποστηρικτικού κοινωνικού πλέγματος (π.χ. οικογένεια, φίλοι, εκκλησιαστικός περίγυρος κλπ) γύρω από την γυναίκα η οποία υπεβλήθη σε έκτρωση ώστε να μη μείνει μόνη της και απομονωθεί. Τέτοιες περιστάσεις ελλοχεύουν ιδιαίτερο κίνδυνο για κατάθλιψη και πιθανές απόπειρες αυτοκτονίας. Και το τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, είναι να μπορέσει η γυναίκα σε κάποια χρονική στιγμή να κάνει μιά συστηματική ενδοσκόπηση και αναγνώριση των αρνητικών της συναισθημάτων. Αυτή θα είναι η πρώτη κίνηση προς την κατανόηση και επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων, είτε διαμέσου ενός επαγγελματία ψυχολόγου-ψυχοθεραπευτή, είτε διαμέσου κάποιας συζήτησης-εξομολόγησης σε ένα εκκλησιαστικό πλαίσιο με κάποιο έμπειρο κληρικό, είτε με ένα συνδυασμό και των δύο. Κατά την γνώμη μου, το χειρότερο σε μιά τέτοια κατάσταση είναι να αποφεύγονται και να αγνοούνται τα αρνητικά συναισθήματα και να μη τους δίνεται η ευκαιρία να γίνουν αντιληπτά, με αποτέλεσμα να υποτροπιάζουν και να "βαραίνουν" την γυναίκα. (6,20).

6.6 ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ή την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στους νέους παίζουν οι γονείς και μάλιστα καθοριστικό. Αυτό γιατί τα παιδιά έχουν τους γονείς σαν πρότυπο με αποτέλεσμα ο χαρακτήρας, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά τους να είναι παρόμοια με αυτή των γονιών τους ή των κηδεμόνων. Έτσι λοιπόν οι γονείς μπορούν με τη σειρά τους να βοηθήσουν στην μείωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης γονιμότητας. Θα μπορούσε λοιπόν ο κάθε γονέας να συμμετέχει περισσότερο στην κοινωνικο,ακαδημαϊκή ζωή των εφήβων ώστε να τους βοηθήσει και να τους συμπαρασταθεί στη "θυελλα" της εφηβείας που κάθε έφηβος βιώνει. Μέσα στο ίδιο πλαίσιο, θα μπορούσαν να δημιουργηθούν και προγράμματα κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης και βελτίωσης της συναισθηματικής νοημοσύνης των εφήβων, ώστε τα συναισθήματα τους να καλλιεργούνται και να κατευθύνονται στην επιτυχία στόχων. Οι έφηβοι θα πρέπει να διδαχθούν δεξιότητες ώστε να ενδυναμωθεί το αυτοσυναίσθημά τους και να σκέφτονται με ωριμότητα σε βασικά θέματα της ζωής τους, όπως ανθρώπινες σχέσεις, προσωπικές επιλογές στη ζωή (πχ επαγγέλματος, ναρκωτικά) και γενικότερες στάσεις απέναντι στο συνάνθρωπο και την κοινωνία.

Περιγραφικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότερες εγκυμοσύνες σε εφήβους συμβαίνουν μεταξύ 3μ.μ-6μ.μ. το απόγευμα. Γιατί; Γιατί οι περισσότεροι γονείς δουλεύουν και οι έφηβοι είναι ελεύθεροι και χωρίς γονεϊκή επιτήρηση. Ένα από τα βασικά λοιπόν προβλήματα το οποίο αγγίζει και το θέμα των αμβλώσεων, τουλάχιστον για νεαρές εφήβους, είναι η συμμετοχή ή έλλειψη συμμετοχής των γονέων στη ζωή των παιδιών τους. Οι έφηβοι (και κάθε παιδί), χρειάζονται καθοδήγηση, όρια και δομή στη ζωή τους. Στόχος των σχολείων, της πολιτείας και των γονέων είναι να προλάβουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και να επικεντρώσουν την προσοχή τους στην εφηβική ηλικία που είναι και η πιο ευάλωτη.(30).

6.7 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ

6.7.1 Η θέση του νόμου στο πέρασμα των χρόνων

Μέχρι το 1978 ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας απαγόρευε την άμβλωση με ελάχιστες εξαιρέσεις. Η πρόωγη διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρεπόταν ή έμενε ατιμώρητη, με την προϋπόθεση ότι γινόταν από γιατρό όταν: 1) Μοναδικός σκοπός ήταν η αποτροπή κίνδυνου ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της μητέρας και 2) Η σύλληψη του εμβρύου ήταν αποτέλεσμα βιασμού, κατάχρησης ανίκανου σε αντίσταση, αποπλάνησης κόρης μικρότερης των 15 ετών ή αιμομιξίας . Η ανάγκη της άμβλωσης, όταν ο κίνδυνος της υγείας δε μπορούσε να αποτραπεί με άλλο τρόπο, έπρεπε να βεβαιωθεί με γνωμάτευση και δεύτερου γιατρού. Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με το νόμο 821/1978 και άλλες δυο, σύμφωνα με τις οποίες η άμβλωση επιτρέπεται : 1) Μέχρι τη 12η εβδομάδα της κύησης, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας και 2) Μέχρι και την 20η εβδομάδα της κύησης εφόσον με τον προγεννητικό έλεγχο έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου που έχουν σαν αποτέλεσμα τη γέννηση παθολογικού νεογνού. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο νόμος ήταν ιδιαίτερα αυστηρός στην απαγόρευση των αμβλώσεων και ότι μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις μπορούσε να γίνει τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

6.7.2 Η θέση του νόμου σήμερα

Σήμερα η ισχύουσα ποινική νομοθεσία, η οποία είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν στους παραπάνω νόμους, με το νόμο 1609/1986 και είναι σαφώς πιο ελαστική. Με το άρθρο 1, παράγραφος 1, ο νόμος αναγνωρίζει ότι η μέριμνα για την προστασία της γυναίκας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας. Με το άρθρο 2 του νέου νόμου η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη, όταν διενεργείται μέχρι τη 12η εβδομάδα, με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Μέχρι τη 19η εβδομάδα η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται όταν αυτή "είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί" ενώ επιτρέπεται μέχρι και τις 24 εβδομάδες, εάν "έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού". Η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται επίσης, εάν "υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της" που βεβαιώνεται εγγράφως από τον κατά περίπτωση αρμόδιο γιατρό. "Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης".

Με το άρθρο 3 του νόμου 1609/1986 η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή και με τη συναίνεση της από άλλο πρόσωπο. Οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες, εάν "προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου ή αν προκλήθηκε ο θάνατος της" καθώς και "σε όποιο επενεργεί παράνομα ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα να προκληθεί ο θάνατος, βαριά βλάβη του εμβρύου ή βαριά πάθηση του σώματος και της διανοίας του νεογνού". Στις περιπτώσεις αυτές η άμβλωση στην Ελλάδα αποτελεί εγκληματική πράξη που υπόκειται στις συνέπειες του ποινικού νόμου.(35,36).

6.8 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Σχετικά με την άμβλωση υπάρχουν δύο απόψεις, η άποψη υπέρ της άμβλωσης και εκείνη κατά της άμβλωσης. Και οι δύο απόψεις στηρίζονται σε διαφορετικά επιχειρήματα. Εκείνοι που αντιτίθενται απολύτως ισχυρίζονται ότι κάθε άμβλωση είναι λάθος και μάλιστα θανάσιμο και τούτο το στηρίζουν στην αναντίρρητη αρχή της ιερότητας της ζωής. Είναι φανερό ότι η επιχειρηματολογία τους έχει σαν βάση τους ηθικούς κανόνες. Οι ηθικές αρχές υπάρχουν για να υποστηρίξουν και προασπίσουν την ανθρώπινη ζωή. Η κοινωνία μέσα από τους νόμους δημιουργεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε αυτές οι αρχές να είναι εφαρμόσιμες και πρακτικές. Όσοι υποστηρίζουν την άμβλωση προβάλλουν το φεμινιστικό επιχείρημα το οποίο βασίζεται στην αρχή της ατομικής ελευθερίας, στα γενικά ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα στο δικαίωμα της γυναίκας πάνω στο ίδιο της το σώμα. Θεωρούμε ότι η άμβλωση είναι ένα θέμα που χρειάζεται συζήτηση. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για τη διαφύλαξη και παράταση της ανθρώπινης ζωής και όχι για την καταστροφή της. Ο νοσηλευτικός λειτουργός δεν επιλέγει τη συμμετοχή του στην εκτέλεση μιας άμβλωσης, αλλά εκείνος που εργάζεται σε Γυναικολογικό τμήμα είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του όταν του ζητηθούν. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί μεγάλη συναισθηματική φόρτιση και η απόφαση για να γίνει μια άμβλωση συνήθως παίρνεται κάτω από πιεστικές συνθήκες. Για πολλές γυναίκες η άμβλωση

αποφασίζεται χωρίς να ληφθούν υπόψη οι επιπτώσεις που έχει. Επειδή πρέπει η απόφαση να παρθεί γρήγορα, δεν υπάρχει χρόνος για σκέψεις και συζητήσεις. Το κύριο θέμα είναι η επέμβαση της άμβλωσης αυτή καθ' αυτή. Έτσι δεν αποτελεί έκπληξη το ότι πολλές γυναίκες μετά την άμβλωση υποφέρουν για πολλά χρόνια, συνήθως σιωπηλά, διότι αισθάνονται ντροπή ή ενοχή. Ο νοσηλευτικός λειτουργός όταν δίνει φροντίδα σε γυναίκα που έχει κάνει άμβλωση, πρέπει να επιδείξει κατανόηση στο πρόβλημά της και στους λόγους που την οδήγησαν να πάρει αυτή την απόφαση. ο νοσηλευτικός λειτουργός καλείται ακόμη να προσφέρει τη βοήθειά του στη γυναίκα που αντιμετωπίζει το δίλημμα της άμβλωσης ή μη, ώστε να πάρει τη σωστή απόφαση. Σήμερα η έρευνα στην εμβρυολογία έχει βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων του εμβρύου. Σε τέτοιες περιπτώσεις γεννάται το ερώτημα αν αξίζει να γεννηθεί και να ζήσει ένα παιδί με σοβαρό πρόβλημα υγείας. Εξ άλλου, έχουμε δικαίωμα να επιφορτίσουμε τη μητέρα με τη φροντίδα ενός άρρωστου παιδιού που θα αποτελέσει μόνιμο πρόβλημα γι' αυτή την ίδια, για όλη την οικογένεια και για όλη του τη ζωή; Τέτοια ερωτήματα, δεν μπορεί να έχουν σαφείς απαντήσεις. Το γενικότερο πρόβλημα είναι η περίθαλψη ενός παιδιού που γεννιέται με πρόβλημα υγείας. Η διάσταση του προβλήματος δεν αναφέρεται μόνο στην οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας αλλά κυρίως στα αποθέματα αγάπης και αυτοθυσίας από την πλευρά της μητέρας και όλης της οικογένειας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος απαιτείται υπεύθυνος προγεννητικός έλεγχος από την πλευρά των γονέων, μέριμνα της πολιτείας στον τομέα προαγωγής της υγείας, δημιουργία ειδικών κέντρων για την περίθαλψη αυτών των παιδιών και οικονομική στήριξη των οικογενειών τους.

Η έκτρωση ήταν και παραμένει, στις περισσότερες γωνιές του κόσμου, θέμα «ταμπού». Από πολλούς χαρακτηρίζεται «δολοφονία», από κάποιους άλλους, όμως, «σωτηρία». Σε πολλές χώρες του πλανήτη απαγορεύεται διά νόμου, ενώ ακόμη και σε εκείνες που επιτρέπεται αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό, αλλά -σε ορισμένες περιπτώσεις- και με φανατισμό, από τους πολέμιούς της.

Μια μεγάλη πρώτη ομάδα αποδίδει την υπογεννητικότητα σε οικονομικούς παράγοντες, αύξηση του κόστους ζωής, ανεπαρκή ή και ανύπαρκτα κίνητρα για τις πολύτεκνες οικογένειες, δυσκολία στην ανατροφή περισσότερων παιδιών, έλλειψη της απαιτούμενης κοινωνικής και κρατικής υποδομής (βρεφονηπιακοί σταθμοί, ιατρική και ψυχολογική στήριξη κ.λπ.).

Μια δεύτερη ομάδα εφήβων τονίζει τις κοινωνικές αιτίες του φαινομένου. Ο παραδοσιακός ρόλος της γυναίκας - μητέρας στην κοινωνία έχει πια αλλάξει, η οικογένεια (και μάλιστα η πολύτεκνη) ως κοινωνική αξία έχει υποβαθμιστεί, η αναζήτηση με κάθε μέσο μιας επιτυχημένης επαγγελματικής σταδιοδρομίας έχει υποβαθμίσει την τεκνοποιία.

Μια τρίτη ομάδα δίνει μεγαλύτερο βάρος στη στάση των Ελλήνων απέναντι στο ίδιο το φαινόμενο της εγκυμοσύνης και της ζωής. Έτσι, αναφέρονται ως αιτίες η ευρεία χρησιμοποίηση της αντισύλληψης και η γενίκευση των άμβλώσεων, είτε με κοινωνική σιωπηρή αποδοχή είτε και με νομοθετική τροποποίηση. (19,37).

6.9 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Στην εποχή της Κ. Διαθήκης η άμβλωση ήταν ευρύτατα διαδεδομένη και δεν αποτελούσε έγκλημα, γιατί επικρατούσε η υποστηριζόμενη από την φιλοσοφία άποψη, ότι το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος, αλλά αποτελεί μέρος των σπλάχνων της γυναίκας, μια αντίληψη, που νοθεύει και τη λεγόμενη χριστιανική κοινωνία μας μέχρι σήμερα. Εν τούτοις, ευσυνείδητοι επιστήμονες, γιατροί της αρχαιότητας, καταδίκασαν με παρρησία

την άμβλωση, ως απάδουσα στην επιστήμη τους, όπως ο Ιπποκράτης, ο Γαληνός και ο μεγαλύτερος γυναικολόγος της αρχαιότητας Σωρανός ο Εφέσιος.

Η εκκλησία αντιτάχθηκε σ' αυτές τις αντιλήψεις με την ίδια την ζωή και πράξη της. Ο λόγος του Χριστού μας «άφετε τα παιδιά ελθείν πρός με...» (Μαρκ.10, 16) αποτέλεσε το υπόβαθρο της διδασκαλίας των Αποστόλων και Πατέρων της Εκκλησίας μας για τα δικαιώματα του παιδιού και κατάργησε τους Καιάδες και τους Μολώχ και αναγνώρισε τον άνθρωπο σαν αυταξία σε όλες τις στιγμές της ζωής του. Ο άνθρωπος είναι για την Εκκλησία ολόκληρος και πλήρης «εξ' άκρας συλλήψεως», από την στιγμή που συλληφθεί στο σώμα της μητέρας.

Από την αρχή η Εκκλησία τοποθετείται κριτικά απέναντι στην πράξη του γύρω της κόσμου ως προς τα βρέφη. Την έκθεση των βρεφών καταδικάζουν ήδη στους πρώτους αιώνες η προς Διόγνητον επιστολή (β' αι. μ.Χ.), ο Μινούκιος Φήλιξ, χριστιανός απολογητής (β' αι.), ο Τερτυλλιανός (γ' αι) και ο Λακτάντιος (δ' αι.).

Πολύ νωρίς εξάλλου η Εκκλησία με πολλή στοργή προσκαλούσε τις άγαμες μητέρες, κάνοντας, όπως πάντα, τη διάκριση μεταξύ του ανθρώπου και του σφάλματός του, αντί να εκθέτουν τα βρέφη τους, να τα αφήσουν στη θύρα των ναών, ώστε χωρίς να γίνονται γνωστές και εκτίθεται η κοινωνική υπόληψή τους, να αναλάβει αυτή την φροντίδα τους. Προσκλητήριο, που συνεχίστηκε να ακούγεται και να εφαρμόζεται και στους μετέπειτα αιώνες, αφού το συναντάμε π.χ. στη δράση της Αγίας Φιλοθέης της Αθηναίας, αλλά και σήμερα ακόμη, από γυναικεία κυρίως μοναστήρια.

Με τη διαμόρφωση της κανονικής πράξης της Εκκλησίας η εμβρυοκτονία, συνεχιζόμενο έγκλημα του μη χριστιανικού κόσμου, λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη. Ο Μ. Βασίλειος χαρακτηρίζει για πρώτη φορά σε κανόνα της Εκκλησίας την φθορά του εμβρύου ως φόνο. Σημαντικό δε είναι, ότι δεν γίνεται εκκλησιαστικά καμιά διάκριση μεταξύ διαμορφωμένου και ασχημάτιστου εμβρύου, κάτι που ίσχυε στην εβραϊκή νομοθεσία (πρ. Εξόδου 21,22-24).

Αυτή η στάση της Εκκλησίας θα επηρεάσει και τον πρώτο χριστιανικό αυτοκράτορα, τον Μ. Κωνσταντίνο, ο οποίος μάλιστα θα δώσει και τη λύση στην προβαλλόμενη ένδειξη για άμβλωση, δηλ. τη φτώχεια. Έτσι εκδίδει το 315 μ. Χ. προκήρυξη, στην οποία μεταξύ των άλλων συνιστά: «...Εάν πατήρ τις προσαγάγη το τέκνον αυτού λέγων, ότι αδυνατεί να συντηρήση αυτό, διατάσσομεν, όπως χωρίς αναβολής δοθώσιν αυτό τρόφιμα και ενδύματα, διότι η φροντίς των νεογενήτων ουδεμιάς αναβολής είναι δεκτική, και όπως το θησαυροφυλάκιον του Κράτους βοηθή εις τα έξοδα ταύτα έκ των δημοσίων προσόδων».

Η Ορθοδοξία όμως απορρίπτει και την σχολαστική άποψη, ότι η ψυχή εισέρχεται στο σώμα τον τρίτο μήνα από την σύλληψη. Και είναι γνωστό, ότι αυτή η αντιχριστιανική και καθαρά φανταστική φιλοσοφική δοξασία, θεμελιώνει το γνωστό επιχείρημα του σημερινού κόσμου υπέρ της αμβλώσεως κατά τους τρεις πρώτους μήνες. Πόσο δε εσφαλμένη είναι η άποψη αυτή, φαίνεται από όσα μας προσφέρει σήμερα η επιστήμη και κατεξοχήν η μέθοδος της in vitro γονιμοποίησης («παιδιά του σωλήνα»).

Βέβαια, η σχολαστική άποψη για δήθεν μεταγενέστερη είσοδο της ψυχής στο σώμα διαιωνίζει τη θέση της πλατωνικής φιλοσοφίας για τη φύση του ανθρώπου. Η Ορθοδοξία όμως δεν κάνει χρονική διάκριση ψυχής και σώματος. Από την πρώτη στιγμή της σύλληψης δέχεται ολόκληρο και πλήρη τον άνθρωπο, ως οντότητα ψυχής και σώματος, έξω από κάθε δυαλιστική πλατωνική αντίληψη. Ο άνθρωπος ούτε μόνο ψυχή είναι, ούτε μόνο σώμα, αλλά ψυχή και σώμα. Από την πρώτη στιγμή της ύπαρξης του ανθρώπου τα δύο του συστατικά, 'χώμα' και 'πνοή ζωής', εμφανίζονται μαζί και πουθενά στην Γραφή δεν γίνεται λόγος για μεταγενέστερη είσοδο της ψυχής στο σώμα, ώστε η σχετική διδασκαλία είναι καθαρή φαντασία.

Εξάλλου η σύλληψη του ανθρώπου νοείται ορθόδοξα, ως συνέχεια της δημιουργίας του πρώτου ανθρώπου από τον Θεό. Ο άνθρωπος είναι το μοναδικό κτίσμα που το πλάθει ο Θεός. Το υλικό για την πλάση του ανθρώπου είναι η ύλη, το χώμα, γι' αυτό

και το όνομα του πρώτου ανθρώπου είναι χοϊκός (αυτό σημαίνει η λέξη Αδάμ). Το εμφύσημα της πνοής = της Χάρης του Θεού, εμπνυχώνει το σώμα και καθιστά τον χωματένιο άνθρωπο «ψυχή ζώσα», δηλαδή ανθρώπινη ύπαρξη, Εγώ, Αυτοσυνειδησία. Αυτή η δημιουργική ενέργεια, διδάσκει η Ορθοδοξία, συνεχίζεται σε κάθε σύλληψη ανθρώπου, με τη χάρη του Θεού, φυσικά, και την συνεργεία των γονέων. Σ' αυτό το σημείο φαίνεται, ότι το έμβρυο δεν είναι εξάρτημα του σώματος της μητέρας, λ.χ. ένας όγκος, που ανήκει οργανικά στο ίδιο σώμα και που μπορεί κανείς να το αποβάλλει για θεραπευτικούς λόγους. Το έμβρυο - άνθρωπος φιλοξενείται στο σώμα της μητέρας με τη χάρη του Θεού. Είναι ολόκληρη ζωή μέσα σε μια άλλη ζωή.

Εξάλλου κατά τον λόγο του Αποστόλου Παύλου «ούκ εσμέν εαυτών...» (δεν ανήκουμε στον εαυτό μας). Κανένας λοιπόν δεν ανήκει στον εαυτό του, αλλά όλοι ανήκουμε σε άλλους, γιατί προερχόμαστε από άλλους. Είναι παράλογο, και μάλιστα στην εποχή μας, που τονίζεται τόσο πολύ το κοινωνικό στοιχείο, να χαρακτηρίζεται ως δικαίωμα κάτι, που συνεπάγεται την στέρηση του πολυτιμότερου δικαιώματος της ζωής σε μια άλλη ανθρώπινη ύπαρξη. Όπως δηλαδή η αυτοκτονία και η ευθανασία δεν βρίσκει καμία δικαίωση χριστιανικά, έτσι και η εμβρυοκτονία δεν είναι παρά καθαρή δολοφονία, και μάλιστα έν ψυχρώ, σε ένα εντελώς ανυπεράσπιστο πλάσμα.

Η εμβρυοκτονία δεν καταδικάζεται ορθόδοξα για λόγους ηθικής ή τιμωρείται ως νομική παράβαση, αλλά νοείται ως αμαρτία, αστοχία, δηλαδή του ανθρώπου, που εμποδίζει ή και ματαιώνει την πορεία του προς τη Θέωση, αφού έμπρακτα αρνείται να συνεργαστεί στο δημιουργικό έργο του Θεού.

Επίσης, από πλευράς Ορθοδοξίας, η άμβλωση, θεωρείται και δείγμα ανελευθερίας, που συνδέεται άμεσα με τον εγωισμό και τον ατομισμό που θυσιάζει την ξένη ζωή, για να διασφαλίσει τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σημερινής ατομοκρατίας, π.χ. της ηδονικής απόλαυσης και της απόρριψης κάθε ευθύνης. Να γιατί η Εκκλησία μας, ως έν Χριστώ κοινωνία, θεωρεί την άμβλωση ως αντικοινωνική συμπεριφορά και ενέργεια, που θυσιάζει την ανθρωπιά και την αγάπη στον ατομισμό και την εγωπάθεια.

Είναι δυνατόν λοιπόν, να γίνει δεκτή η άμβλωση από μερικούς, κάτω από οποιεσδήποτε προφάσεις και δικαιολογίες. Ποτέ όμως δεν μπορεί η άμβλωση να θεμελιωθεί χριστιανικά, ορθόδοξα. Για την Ορθοδοξία θα είναι η άμβλωση πάντα βίαιη και αποτρόπαιη αφαίρεση ζωής.

Έτσι νομίζω, ότι συνειδητοποιούμε πόσο άδικο και ασυλλόγιστο είναι από τη μια μεριά να αγωνιζόμαστε να διατηρήσουμε στη ζωή το έμβρυο, όπως π.χ. στο «παιδί του σωλήνα», και απ' την άλλη να καταδικάζουμε σε θάνατο χιλιάδες άλλα έμβρυα. Συνιστά επίσης κατάφορη υποκρισία, σε μια εποχή που καθολικά ζητείται η κατάργηση της θανατικής ποινής, να νομιμοποιείται η δολοφονία ως άμβλωση. Τώρα λοιπόν που έχει νομιμοποιηθεί η άμβλωση και στην Ορθόδοξη Ελλάδα μας, δεν θα μας μένει τίποτε άλλο πια, παρά στην καθιερωμένη Παγκόσμια Ημέρα του Παιδιού, άλλη υποκρισία αυτό, εμείς να τελούμε ευλαβικό μνημόσυνο, για όλα εκείνα τα αθώα παιδιά, που θα κατακρεουργούνται καθημερινά στις κλινικές-σφαγεία.

6.9.1 Η θέση άλλων θρησκειών

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι και άλλες θρησκείες ή δόγματα τάσσονται με την άποψη της χριστιανικής πίστης όπως ο μωαμεθανισμός και Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία.

Το Κοράνι του Μωάμεθ γράφει στο κεφάλαιο Αλ - Μάιντα: «Όποιος σκοτώσει άνθρωπο που δεν διέπραξε, ούτε έγκλημα, ούτε κάποιο άλλο σοβαρό αμάρτημα, είναι σαν να σκοτώνει ολόκληρη την ανθρωπότητα. Κι όποιος σώσει τη ζωή ενός αθώου, είναι σαν να σώζει ολόκληρη την ανθρωπότητα». Υπάρχει πιο αθώος άνθρωπος από το αγέννητο έμβρυο; (38).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΙΑΣΜΟΣ



7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΙΑΣΜΟΥ

Βιασμός ονομάζεται η τέλεση σεξουαλικής επαφής χωρίς τη συναίνεση του συντρόφου με θύματα κυρίως γυναίκες. Είναι όχι μόνο έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας, όπως αναφέρεται στον Ποινικό Κώδικα αλλά ένα έγκλημα που διακυβεύει τη συνολική δομή της ύπαρξης του θύματος. Οι ορισμοί που έχουν δοθεί από τους επιστήμονες για το βιασμό είναι πολλοί. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής :

Η Griffin , ορίζει το βιασμό ως « πράξη επιθετικότητας στην οποία το θύμα στερείται τον αυτό-προσδιορισμό του. Μια πράξη βίας η οποία και αν ακόμη δε συνοδεύεται από τραυματισμό ή φόνο του θύματος , φέρει πάντα μαζί της την απειλή του θανάτου. Είναι μια πράξη μαζικής τρομοκρατίας που τα θύματα της επιλέγονται αδιακρίτως ».

Οι Weis και Borges όρισαν το βιασμό ως « έγκλημα εχθρότητας και επιθετικότητας. Είναι η ύστατη πράξη αντικειμενοποίησης της γυναίκας ως σεξουαλικού πλάσματος και συχνά βιώνεται απ'αυτή σα μια άμεση επίθεση εναντίον της προσωπικότητας της ».

Ο Groth , όρισε το βιασμό ως μια "ψευδό-σεξουαλική πράξη".

Ανεξάρτητα όμως με τον όποιο επιστημονικό ορισμό του βιασμού ο κάθε άνθρωπος ,

ανάλογα με την εποχή ,την κοινωνία στην οποία ζει, το περιβάλλον του, το φυλο, την

ηλικία, τις εμπειρίες του, τη σχέση του με το βιασμό ορίζει διαφορετικά την πράξη αυτή.

Ο ορισμός όμως της πράξης αυτής από το θύμα είναι διαφορετικής σημασίας γιατί καθορίζει το αν θα αναφέρει το έγκλημα στην αστυνομία. Σε περίπτωση δηλαδή που το θύμα δεν έχει αναγνωρίσει το βιασμό του ως τέτοια πράξη τότε δε θα προχωρήσει και σε δήλωση αυτού στις αρμόδιες αρχές.

7.2 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

Η σεξουαλική κακοποίηση στο μεγαλύτερο ποσοστό της αφορά τις γυναίκες και σε αρκετά μεγάλο βαθμό τις κοπέλες νεαρής ηλικίας . Αυτού του είδους η κακοποίηση περιλαμβάνει την έκθεση και επίδειξη των γεννητικών οργάνων του δράστη , τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι τον βιασμό και την αιμομιξία.Ο βιασμός των νεαρών κοριτσιών μπορεί να είναι μέρος της ενδοοικογενειακής βίας(από γονείς, συγγενείς, αδέρφια),βιασμός από οικείο φιλικό πρόσωπο και βιασμός από άγνωστο. Ένας βιασμός μπορεί να συμβεί μέσα στο ίδιο το σπίτι της νεαρής ή και σε δημόσιους-κοινόχρηστους χώρους.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει τρεις στους τέσσερις που βλέπουν έναν βιασμό δεν αντιδρούν και αυτό γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στις αρμόδιες αστυνομικές αρχές και κοινωνικές υπηρεσίες η γιατί απλά αδιαφορούν για το συνάνθρωπο.Επίσης ένας στους δυο Έλληνες έχει γίνει μάρτυρας κακοποίησης ανηλικού εκ των οποίων 3 στις 10 αφορούν σεξουαλική παρενόχληση.

7.2.1 Επιπτώσεις βιασμού σε έφηβες (γενικά)

Η σεξουαλική κακοποίηση γυναικών και ιδιαίτερα εφήβων και νεαρών κοριτσιών έχει μια πληθώρα επιπτώσεων στην ψυχική και σωματική τους υγεία.Συνήθως έπειτα από βιασμό οι κοπέλες παρουσιάζουν συμπτώματα όπως κατάθλιψη, χαμηλή αυτοπεποίθηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα στιγματισμού, απομόνωση, άγχος,

φόβο, αγωνία και διαταραχές ύπνου. Επίσης στα θύματα παρατηρείται συναίσθημα ενοχής, σύνδρομο ανεπανόρθωτης ζημίας και αδυναμία εμπιστοσύνης προς τους άλλους, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και ερωτικές δυσκολίες, όπως η αποφυγή της ερωτικής επαφής ή η πορνεία. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κοριτσιών που παρουσιάζουν άλλες επιπτώσεις όπως πρόωρο ξεκίνημα σεξουαλικών επαφών, εγκυμοσύνες στην εφηβεία, σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, φορείς ασθeneιών(AIDS, ηπατίτιδες,σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα).(39).

7.2.2 Επιπτώσεις βιασμού στην ψυχική υγεία της γυναίκας

Ο βιασμός αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις πιο τραγικές και ταπεινωτικές εμπειρίες που μπορεί να βιώσει μία γυναίκα και μία πράξη με καθαρά αντικοινωνικό χαρακτήρα η οποία στιγματίζεται από κάθε πολιτισμένη ανθρώπινη κοινωνία. Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα ο βιασμός προσβάλλει τη «γενετήσια ελευθερία» του ατόμου.

1. Οι σωματικές αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που συνοδεύουν ένα τέτοιο συμβάν στιγματίζουν τη γυναίκα για μια ζωή.

2. Φόβος, αγωνία και κατάθλιψη, είναι μόνο μερικές από τις συναισθηματικές αντιδράσεις μιας γυναίκας μετά από μια σεξουαλική επίθεση.

3. Το άγχος, η αγωνία

καθώς και οι διαταραχές ύπνου αποτελούν τα συμπτώματα του λεγόμενου «τραυματικού συνδρόμου του βιασμού» από το οποίο υποφέρει η πλειοψηφία των βιασμένων γυναικών.

4. Η μετατραυματική διαταραχή είναι ένα συχνό φαινόμενο που εμφανίζεται είτε αμέσως μετά το βιασμό είτε αργότερα. Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι το άτομο ξαναζει σε όνειρα τις τραυματικές στιγμές που έζησε ενώ επώδυνες εικόνες και αναμνήσεις έρχονται συνεχώς στη μνήμη της γυναίκας.

5. Άλλες επιπτώσεις που εμφανίζονται είναι ο θυμός, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο άλλο φύλο, η απώλεια της αυτοεκτίμησης καθώς και συναισθήματα ενοχής. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί βιασμό συχνά αποδίδουν την αιτία του γεγονότος αυτού στη δική τους στάση ή προκλητική εμφάνιση, γεμίζοντας το μυαλό τους με ενοχικές σκέψεις που καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη την ψυχολογική τους ηρεμία και ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησής τους.

Τέλος ένας βιασμός επηρεάζει και την καθημερινότητα μιας γυναίκας, την οικογενειακή της ισορροπία καθώς και μια πιθανή μελλοντική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, εμφανίζει μια δυσλειτουργία στην καθημερινότητα και αλλαγές στη συμπεριφορά της. Δεν είναι σπάνια τα φαινόμενα της εγκατάλειψης της εργασίας αλλά και της απομόνωσης από τις κοινωνικές σχέσεις λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης προς τους άλλους αλλά και λόγω του κοινωνικού στιγματισμού με τον οποίο έρχονται συχνά αντιμέτωπες. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι τα έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα και το διαρκές άγχος. Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ο βαθμός στον οποίο ένας βιασμός μπορεί να επηρεάσει την υπόλοιπη ζωή της γυναίκας που έχει πέσει θύμα αυτού. Υπάρχουν περιπτώσεις όμως που η κατάσταση είναι ακόμη πιο δύσκολη. (40,41).

7.3 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στις περισσότερες περιπτώσεις βιασμού χορηγείται στην εκάστοτε κοπέλα επείγουσα αντισύλληψη που είναι κοινώς γνωστή ως "χάπι της επόμενης μέρας" (Norlevo) για την αποφυγή ανεπιθύμητης κύησης. Όταν αποτέλεσμα ενός βιασμού είναι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη τα πράγματα γίνονται πολύ περίπλοκα διότι

είναι πολύ δύσκολο για την άτυχη κοπέλα να αποφασίσει εάν θα κρατήσει το έμβρυο η εάν θα προχωρήσει σε άμβλωση. Οποια και εάν είναι η απόφαση της έχει και κάποιες συνέπειες στη ζωή της.

Εάν αποφασίσει να κάνει άμβλωση αυτό θα γίνει είτε με τη θέληση της, είτε με την θέληση των γονέων, είτε για λόγους υγείας, είτε οικονομικούς, είτε κοινωνικούς. Όποιος και αν είναι ο λόγος της άμβλωσης η κοπέλα ποτέ δεν ξεχνά την εμπειρία της άμβλωσης και πάντα σκέφτεται πως θα ήταν εάν κρατούσε τελικά το παιδί, την ηλικία που θα είχε κ.ο.κ.

Είναι γεγονός ότι μια βιασμένη γυναίκα δεν μπορεί να διαχωρίσει την τραγική εμπειρία του βιασμού από το παιδί που ίσως προκύψει από την εμπειρία αυτή παρόλο που το "μισό" παιδί είναι δικό της. Υπάρχει όμως και η μια άλλη κατηγορία γυναικών οι οποίες είναι ικανές να διαχωρίσουν το βιασμό από το παιδί που συνελήφθη σε αυτόν. Πολλές έχουν γεννήσει τα παιδιά τους και αρκετές από αυτές τα μεγαλώνουν οι ίδιες και δεν τα δίνουν για υιοθεσία. Θεωρούν ότι όπως και να προέκυψε η εγκυμοσύνη το παιδί είναι δικό τους, είναι αίμα τους και αξίζει μια ευκαιρία στη ζωή.

> Στην Αμερική υπάρχει ολόκληρη οργάνωση με τέτοιες γυναίκες και παιδιά. Ιδρύθηκε από γυναίκα που γεννήθηκε από βιασμό και την οποία η μητέρα της έδωσε για υιοθεσία όχι επειδή δεν την αγαπούσε, αλλά επειδή δεν είχε χρήματα να την μεγαλώσει. Όταν η κόρη συνάντησε τη μητέρα της μετά από 18 χρόνια τη ρώτησε πώς και δεν έκανε έκτρωση μετά από το βιασμό. Και η μητέρα απάντησε: Είσαι η κόρη μου. Είσαι το πιο ευχάριστο γεγονός στη ζωή μου. Δεν έφταιγες για το κακό που μου συνέβη». (39).

7.4 ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η εγκυμοσύνη μετά από βιασμό είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο.

Η γυναίκα βρίσκεται σε μια ιδιαίτερα δύσκολη θέση καθώς καλείται να αποφασίσει αν θα συνεχίσει την κύηση και θα γεννήσει το παιδί του βιαστή της ή αν θα τη διακόψει. Η απόφαση αυτή καθίσταται ακόμη πιο δύσκολη αν λάβει κανείς υπόψη την ψυχολογική κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει μια γυναίκα μετά από το βιασμό της. Όταν μια γυναίκα αποφασίσει τελικά να διακόψει την κύηση, προβαίνει σε έκτρωση. Η διαδικασία της έκτρωσης επιφέρει ακόμη περισσότερες ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα αυτή καθώς η διαδικασία αυτή δεν είναι τόσο λυτρωτική όσο οι περισσότεροι νομίζουν.

Όσον αναφορά στις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχολογία μιας γυναίκας αξίζει να σημειωθεί πως το 58% των γυναικών που υπέστησαν άμβλωση αναφέρει πως ο πόνος που ένιωσε κατά την «επέμβαση» ήταν τόσο έντονος που είχε την ψυχική και σωματική ισχύ ενός βιασμού. Η θέση αυτή καταδεικνύει το βαθμό που μια έκτρωση θα επηρεάσει μια γυναίκα που έχει ήδη πέσει θύμα βιασμού. Η ταραχή που νιώθουν οι γυναίκες με παρελθόν σεξουαλικής επίθεσης, είναι μεγαλύτερη κατά και μετά την έκτρωση, λόγω των ομοιοτήτων των δύο εμπειριών, π Η διαδικασία της έκτρωσης θα

είναι για μια τέτοια γυναίκα ένας δεύτερος «ψυχολογικός και σωματικός» βιασμός. (33).

7.5 16 ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΒΙΑΣΜΟ

Οι γυναίκες που υφίστανται βιασμό ανήκουν σε πολλές ηλικιακές και κοινωνικές κατηγορίες, οι βιασμοί δεν διαπράττονται μόνο τις βραδινές ώρες και σε ερημικές τοποθεσίες και οι δράστες πολύ συχνά δεν αντιστοιχούν στο τρέχον στερεότυπο που περιγράφει το βιαστή ως άτομο άγνωστο στο θύμα, νεαρό, άνεργο και με

σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Δεκαέξι μύθοι για ένα έγκλημα Δεν είναι μόνο τα κυρίαρχα στερεότυπα για τα δύο φύλα που εμπλέκονται κατά τον πλέον άμεσο - και επώδυνο για τις γυναίκες- τρόπο στην αστυνομική και ποινική αντιμετώπιση του εγκλήματος του βιασμού. Γύρω από το συγκεκριμένο έγκλημα έχει δημιουργηθεί μια μυθολογία που επηρεάζει συστηματικά τις σχετικές συλλογικές αντιλήψεις, καθώς αναπαράγεται σχεδόν καθημερινά από τα μέσα ενημέρωσης και "επικυρώνεται" πολύ συχνά από τους αρμοδίους. Αναλύοντας την πανίσχυρη αυτή μυθολογία, εντοπίζει -και καταρρίπτει- τους δεκαέξι επιμέρους μύθους που τη συγκροτούν. Ας τον παρακολουθήσουμε:

1. Ο μύθος του γυναικείου μαζοχισμού. Η απλουστευτική μεταφορά ψυχαναλυτικών θεωριών που συνέδεσαν το μαζοχισμό με τη "γυναικεία φύση" οδήγησε στην εδραίωση της αντίληψης ότι οι γυναίκες επιθυμούν ενδόμυχα το βιασμό τους.

2. Ο μύθος της ισχυρής ανδρικής βιολογικής παρόρμησης. Ο μύθος αυτός εμφανίζει τους άνδρες ανίκανους από ένα σημείο και μετά να καταστείλουν τις σεξουαλικές τους ορμές και το βιασμό ως τη "νομοτελειακή" -αν όχι "φυσική"-εκτόνωση μιας επείγουσας βιολογικής ανάγκης.

3. Ο μύθος της ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας του μέσου βιαστή. Αντιμετωπίζοντας εκ προοιμίου κάθε βιαστή ως άτομο ψυχικά διαταραγμένο, ο μύθος συσκοτίζει την κοινωνική διάσταση του εγκλήματος και αγνοεί τα πορίσματα επιστημονικών ερευνών που απέδειξαν ότι ο βιαστής έχει συνήθως τα χαρακτηριστικά του μέσου "ευπόληπτου" πολίτη.

4. Ο μύθος ότι βιασμός δεν μπορεί να διαπραχθεί χωρίς τη συναίνεση του θύματος. Η ευρεία αποδοχή αυτού του μύθου, σύμφωνα με τον οποίο μια νέα και υγιής γυναίκα μπορεί σε κάθε περίπτωση να αντισταθεί αποτελεσματικά στο βιαστή της, οδηγεί συχνά στη δεύτερη θυματοποίηση (ακόμη και στην αυτοενοχοποίηση) των θυμάτων.

5. Ο μύθος της πρόκλησης. Σύμφωνα με αυτόν, το θύμα ευθύνεται και το ίδιο για το βιασμό που υπέστη, καθώς η συμπεριφορά του "προκάλεσε" το βιαστή (ντύσιμο, οικειότητα κ.λπ.).

6. Ο μύθος της σπανιότητας των βιασμών. Πρόκειται για μια απολύτως λανθασμένη αντίληψη βασισμένη σε απατηλά στατιστικά μεγέθη: τα περιστατικά που αναφέρονται στις αρχές είναι ελάχιστα συγκρινόμενα με την πραγματική συχνότητα του εγκλήματος.

7. Ο μύθος ότι ο βιασμός είναι ένα μη προσχεδιασμένο έγκλημα. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν ανατρέψει και αυτόν τον συνήθη ισχυρισμό, ο οποίος συνδέεται στενά με το μύθο περί της ισχυρής ανδρικής βιολογικής παρόρμησης.

8. Οι μύθοι σχετικά με τη φυλετική ταυτότητα βιαστή και θύματος. Αμερικανικές έρευνες θεωρούν ανυπόστατες τις στερεοτυπικές απόψεις σύμφωνα με τις οποίες μια μαύρη γυναίκα δεν είναι δυνατό να βιαστεί από λευκό άνδρα ή ότι μια λευκή γυναίκα είναι αδύνατο να συναινέσει σε σεξουαλική επαφή με μαύρο άνδρα.

9. Ο μύθος ότι ο βιασμός είναι μια πράξη διεξόδου που οφείλεται στην έλλειψη "φυσιολογικών" σεξουαλικών σχέσεων. Κατά την άποψη αυτή, η αδυναμία μερίδας

ανδρών να εξασφαλίσουν νόμιμη ερωτική διέξοδο τους οδηγεί να την απαιτήσουν με βίαιο τρόπο. Η υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται από τα ερευνητικά δεδομένα, γεγονός που μαρτυρεί ότι το πρωταρχικό κίνητρο του βιασμού δεν είναι σεξουαλικό.

10. Ο μύθος ότι ο βιασμός είναι το αποτέλεσμα της δυσαναλογίας των φύλων μέσα σε μια κοινωνία. Πρόκειται για υπόθεση που ουδέποτε αποδείχθηκε ερευνητικά.

11. Ο μύθος σύμφωνα με τον οποίο η νομιμοποίηση της πορνείας αποτελεί παράγοντα μείωσης των βιασμών. Πίσω από την ευρύτατα διαδεδομένη αυτή αντίληψη κρύβεται η θέση ότι ο βιασμός έχει καθαρά σεξουαλικά κίνητρα. Η νομιμοποίηση ωστόσο της πορνείας δεν συνδυάζεται με τη μείωση των βιασμών και οι βιαστές δεν αποτελούν την καλύτερη πελατεία των οίκων ανοχής.

12. Ο μύθος ότι δράστης και θύμα είναι άτομα άγνωστα μεταξύ τους. Η άποψη σύμφωνα με την οποία είναι δύσκολο να βιαστεί μια γυναίκα από άτομο του περιβάλλοντος της έχει αποδειχθεί λανθασμένη από πολλές σχετικές έρευνες.

13. Ο μύθος ότι ο βιασμός είναι έγκλημα που προσιδιάζει στις χαμηλότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η υπερεκπροσώπηση των τάξεων αυτών στις αστυνομικές, δικαστικές και σωφρονιστικές στατιστικές οφείλεται στο γεγονός ότι πρόκειται για μια εγκληματικότητα περισσότερο ορατή στις αρχές, καθώς αντιστοιχεί στο κυρίαρχο στερεότυπο του εγκληματία (φτωχός, αμόρφωτος και νεαρός).

14. Ο μύθος ότι ο βιασμός διαπράττεται σε δημόσιες και ερημικές τοποθεσίες και όχι σε ιδιωτικούς χώρους. Έγκυρες έρευνες έχουν δείξει ότι η εικόνα του "τυχαίου εγκλήματος στο δρόμο" είναι λανθασμένη, καθώς και ότι μεγάλο ποσοστό των βιασμών διαπράττεται στο σπίτι του θύματος.

15. Ο μύθος ότι οι βιασμοί διαπράττονται συνήθως κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι το έγκλημα δεν παρουσιάζει ειδική έξαρση κάποια συγκεκριμένη εποχή του χρόνου.

16. Ο μύθος ότι οι βιασμοί διαπράττονται συνήθως το βράδυ. Έχει αποδειχθεί ότι οι περισσότεροι βιασμοί γίνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας.(39).

7.6 ΒΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η επίθεση « κατά της γενετήσιας αξιοπρέπειας» είναι ένα βουβό , αθέατο έγκλημα και ταυτόχρονα ένα έγκλημα χωρίς τιμωρία. Σύμφωνα με έρευνες, 5000 γυναίκες βιάζονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα.

- Οι περισσότεροι βιασμοί σημειώνονται με το φως της ημέρας, κυρίως το καλοκαίρι, σε ερημικές περιοχές, ενώ οι μισοί διαπράττονται στην επαρχία.
- Στην αστυνομία καταγγέλλονται μόνο 270 τέτοιες πράξεις και από αυτές οι 183 καταλήγουν σε σύλληψη υπόπτων.
- Στα δικαστήρια φτάνουν τελικά 47 ύποπτοι, από τους οποίους μόνο οι 20 καταλήγουν στη φυλακή, από όπου φεύγουν το λιγότερο σε 5 χρόνια.
- Καθώς το αδίκημα δύσκολα αποδεικνύεται, ούτε οι 4 στους 100 κατηγορούμενους δεν τιμωρούνται. Οι περισσότεροι ένοχοι δεν συλλαμβάνονται ποτέ και συνεχίζουν το κτηνώδες έργο τους ανενόχλητοι.

7.6.1 Το προφίλ του δράστη

- Στις περιπτώσεις που είδαν το φως της δημοσιότητας τα 20 τελευταία χρόνια .οι Έλληνες που έκαναν το έγκλημα είναι 494 και οι αλλοδαποί 64.
- Το 53% των βιαστών είναι νεαρά άτομα, ενώ σε μεγάλο ποσοστό οικογενειάρχες.
- Οι μισοί προέρχονται από τη μεσαία-οικονομική τάξη, ενώ 30 στους 100 είναι αρκετά μορφωμένοι.
- Ο δράστης δρα μόνος. Συνήθως έχει χαμηλό διανοητικό επίπεδο, δεν «βασανίζεται» από ηθικές αναστολές ενώ συχνά διακατέχεται από σεξουαλική διαστροφή. Είναι σοβαροφανής, αλλά κατά βάθος ηδονίζεται προκαλώντας ψυχοσωματικό πόνο και ταπείνωση στα θύματα του. Είναι φορές μάλιστα που ξεσπά τις αρρωστημένες ορέξεις του στα ίδια τα παιδιά του, με προτίμηση τα κορίτσια, χωρίς όμως να εξαιρούνται και τα αγόρια.(οι 3 στους 100 βιαστές που έχουν συλληφθεί είναι συγγενείς του θύματος).
- Σπάνια ο δράστης οδηγείται στη δικαιοσύνη, είτε γιατί η ταυτότητα του παραμένει άγνωστη, είτε επειδή τα θύματα του φοβούνται να καταγγείλουν στις αρχές τον βιασμό τους για να αποφύγουν να ξαναζήσουν τον εφιάλτη, αλλά και τον « δεύτερο βιασμό» που υφίστανται κατά τη διάρκεια της ακροαματικής-ιδιαίτερα τραυματικής - διαδικασίας.

7.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΑΣΜΩΝ

Μέχρι πριν λίγα χρόνια , διαπράττονταν ετησίως στην Ελλάδα 4.500 βιασμοί. Εξ αυτών στην αστυνομία καταγγέλλθηκαν 270 και έγιναν 183 συλλήψεις ύποπτων. Το 53,4% των βιαστών είναι άτομα νεαρής ηλικίας, 32,8% είναι μεσήλικες. Το 50,9% αυτών προέρχονται από μεσαία κοινωνικοοικονομική τάξη και το 31% αυτών είναι μορφωμένοι εκ των οποίων το 1% είναι αιμομίκτες και το 2,2% ανήκει στ ο συγγενικό περιβάλλον.. Από το σύνολο 116 γυναικών που ρωτήθηκαν το 11,6% δήλωσαν ότι είχαν πέσει θύμα βιασμού, οι 6 είχαν υποστεί κατά φύσιν συνουσία, οι 4 (3,4%) παρά φύσιν συνουσία , οι 15 (12,9%) στοματική συνουσία ,49 (42,2%) είχαν υποστεί κάποια άλλη ασελή πράξη , ενώ οι 47(40,5%) είχαν πέσει θύμα απόπειρας βιασμού.

7.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο βιασμός σαν κοινωνικό πρόβλημα έχει τεράστιες διαστάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο.Στη χώρα μας υπάρχει υποστήριξη των γυναικών από διάφορους οργανισμούς και φορείς αλλά δεν έχουν πετύχει όμως την μείωση των περιστατικών σεξουαλικής εκμετάλλευσης αφού δεν αντιμετωπίζουν το σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα της σεξουαλικής κακοποίησης των νεαρών γυναικών και ως ένα πολιτικό πρόβλημα που απαιτεί κατάλληλους χειρισμούς μέσα από θεσμικούς προγραμματισμούς. Το πρόβλημα μπορεί να αμβλυνθεί εάν εφαρμοσθούν κάποια από τα παρακάτω μέτρα :

1. Καθιέρωση συμβουλευτικών κέντρων γονιών και παιδιών
2. Προγράμματα προετοιμασίας για το γονικό ρόλο που να απευθύνονται σε διάφορες ηλικίες (παιδιά, εφήβους, ενήλικες μελλοντικούς γονείς, ενήλικες γονείς)
3. Ίδρυση σχολιατρικών υπηρεσιών που θα διαθέτουν κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο οι οποίοι μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του προβλήματος.
4. Προγράμματα εκπαίδευσης εκπαιδευτικών που θα ειδικεύονται σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

5. Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας για νεαρές κοπέλες
6. Προγράμματα εκπαίδευσης εκπαιδευτικών που θα ειδικεύονται σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. (39, 41).

7.9 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ενδοοικογενειακή βία αφορά όλα τα κοινωνικά στρώματα και έχει αυξητικές τάσεις.

- Το 16% των γυναικών που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα, κατά την περίοδο 01/01/2002 έως 31/10/2006, είναι αλλοδαπές. Σημειώνεται ότι από το σύνολο των αλλοδαπών γυναικών θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας, κατά προσέγγιση, 4 από τις 10 αλλοδαπές προέρχονται από τα Βαλκάνια.
- Το 67% των γυναικών που υπέστησαν κακοποίηση και απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα είναι έγγαμες. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι το 21%, δηλαδή 1 στις 5 γυναίκες, είναι διαζευγμένες ή σε διάσταση, δηλαδή έχουν ήδη απομακρυνθεί από το δράστη πριν προσέλθουν στα Συμβουλευτικά Κέντρα.
- Ο μύθος ότι η κακοποιημένη γυναίκα είναι συνήθως χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν επιβεβαιώνεται. Σύμφωνα με τη στατιστική αξιοποίηση στοιχείων που αφορούν στην κακοποίηση γυναικών, 7 στις 10 γυναίκες είναι Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι 3 στις 10 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας είναι Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης και επίσης 3 στις 10 είναι Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Συνεπώς, η γυναίκα ενδέχεται να καταστεί θύμα βίας ανεξαρτήτως του μορφωτικού επιπέδου της.
- Μια γυναίκα μπορεί να υπάρξει θύμα κακοποίησης ανεξαρτήτως της οικονομικής της κατάστασης. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από την επεξεργασία, 6 στις 10 γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση και προσήλθαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας ανέφεραν ότι βρίσκονται σε μέτρια ή καλή οικονομική κατάσταση.
- 1 στις 3 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας -35%- παντρεύτηκε το δράστη ενώ είχε δείγματα βίαιης συμπεριφοράς του (ψυχολογική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση) και πριν το γάμο μαζί του. Ωστόσο αυτά τα δείγματα βίαιης συμπεριφοράς δεν αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα για την απόφαση της αυτή. Ο μη κοινωνικός στιγματισμός της βίας οδηγεί στην αποδοχή της ως χαρακτηριστικό του ανδρικού ρόλου.
- Δράστης ενδοοικογενειακής βίας, σε ποσοστό 82%, είναι ο σύζυγος του θύματος, σε ποσοστό 12% ο σύντροφος, ενώ, σε μικρότερα ποσοστά, παρατηρούνται και περιπτώσεις κακοποίησης της γυναίκας από άτομο του οικογενειακού ή κοινωνικού της περίγυρου (πατέρας, αδελφός, τέκνο, άλλο).
- Εξετάζοντας τη διάρκεια της σχέσης της γυναίκας με το δράστη, παρατηρείται ότι κατά προσέγγιση 2 στις 3 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας βρίσκονται σε αυτήν τη σχέση περισσότερο από 10 έτη. Ως εκ τούτου διαπιστώνεται ότι οι κακοποιητικές σχέσεις είναι συνήθως μακροχρόνιες. Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με την κοινωνική ανοχή στη βία, που οδηγεί στο στιγματισμό και την ενοχοποίηση του θύματος και αναγκάζει τις γυναίκες στην αποδοχή της κατάστασης τους.
- 3 στις 5 γυναίκες που υπέστησαν κακοποίηση και προσήλθαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γ.Γ.Ι. ανέφεραν ότι βιώνουν ψυχολογική και σωματική βία.
- Η ίδια η κακοποιημένη γυναίκα αναζητά βοήθεια για την απεμπλοκή της από την κακοποιητική σχέση. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι 3 στις 4 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας έχουν αναζητήσει βοήθεια στο παρελθόν

(Αστυνομία, Δικαστήρια, Νοσοκομεία, Πρόνοια κ.λπ.), πριν απευθυνθούν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γενικής Γραμματείας Ισότητας. Είναι έκδηλη η ανάγκη της ύπαρξης εξειδικευμένων δομών για την παροχή βοήθειας.

- Οι δράστες ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να είναι οποιοδήποτε μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου. Το φαινόμενο της βίας είναι διαταξικό. Συγκεκριμένα όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των δραστών, κατά προσέγγιση 6 στους 10 δράστες είναι Δευτεροβάθμιας, Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Ειδικότερα, κατά προσέγγιση, 3 στους 10 δράστες είναι Ανωτέρας ή Ανωτάτης Εκπαίδευσης. Όσο δε αφορά στην εργασιακή κατάσταση των δραστών, μόλις 1 στους 10 δράστες είναι άνεργος.

- Η κατανάλωση αλκοόλ ή η χρήση τοξικών ουσιών σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί την κύρια αιτία εκδήλωσης βίας. Ωστόσο μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να επιδρά έμμεσα στην εκδήλωση της. Σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση στοιχείων που αφορούν στην κακοποίηση, 6 στους 10 δράστες ενδοοικογενειακής βίας δεν κάνουν χρήση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά, ψυχοφάρμακα).

Τα παραπάνω συμπεράσματα προέκυψαν από την ποσοτική ανάλυση και επεξεργασία στοιχείων των γυναικών που έχουν υποστεί κακοποίηση και απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα Αθήνας Πειραιά της Γενικής Γραμματείας Ισότητας (Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης) κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2002 - 31/10/2006. Το δείγμα επεξεργασίας ανέρχεται στα 1870 περιστατικά κακοποίησης.

Εν κατακλείδι, επισημαίνεται ότι κατά το έτος 2006 παρατηρείται αύξηση του αριθμού των περιστατικών που προσέφυγαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα της Γ.Γ.Ι.

7.9.1 Το προφίλ των γυναικών

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το προφίλ των γυναικών που έπεσαν θύματα ενδοοικογενειακής βίας αφού, βάσει των περιστατικών που σημειώθηκαν κατά τα έτη 2002 – 2006 από τα 1043 άτομα που προσέφυγαν, το 66,6% ήταν κακοποιημένες γυναίκες ενώ οι υπόλοιποι ήταν πολίτες που ενδιαφέρθηκαν να βοηθήσουν άτομα του οικογενειακού ή γειτονικού τους περιβάλλοντος και το 11% ήταν φορείς οι οποίοι αντιμετώπισαν περιστατικά κακοποιημένων ατόμων. Οι γυναίκες που έπεσαν θύματα βίας ήταν κυρίως ηλικίας 20 - 35 περίπου χρόνων, ανύπαντρες, παντρεμένες, άτεκνες ή με παιδιά, απόφοιτες λυκείου, εργαζόμενες και άνεργες.

7.9.2 Γιατί οι γυναίκες είναι ανεκτικές απέναντι στη βία

1) Γιατί τόσα χρόνια καταπίεσης και υποτίμησης δεν ξεχνιούνται μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα. Οι προκαταλήψεις, η συμπεριφορά των αντρών και η γυναικεία ευαισθησία συντέλεσαν στο να είναι οι γυναίκες επιρρεπής στις ενοχές και πολλές φορές νομίζουν ότι αυτές φταίνε όταν ασκείτε βία εις βάρος τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι όταν κάποια γυναίκα βιαστεί πάντα αναρωτιέται αν προκάλεσε τον βιασμό της. Ακόμα και προκλητικά να είναι ντυμένη μια γυναίκα δεν σημαίνει ότι θέλει να βιαστεί. Πρέπει να υπάρχει σεβασμός στις επιλογές του άλλου αρκεί αυτές να μην ξεπερνάνε τα όρια του επιτρεπτού.

2) Δεν τολμούν να αποκαλύψουν έναν βιασμό ή ότι ο άντρας ή ο σύντροφος τις δέρνει γιατί δε μπορούν να αντέξουν την κοινωνική κατακραυγή που δυστυχώς ακόμα υπάρχει, την ντροπή και την ταπείνωση. Το παράλογο είναι ότι πολλές φορές οι γυναίκες είναι αυτές που αντί να υποστηρίζονται μεταξύ τους μπορεί να πούνε ότι η γυναίκα φταίει που την χτύπησε ο άντρας της αφού ντύνεται έτσι και ο άντρας της την ζηλεύει. Πιθανόν τέτοιες κυρίες βγάζουν απωθημένα ζηλεύοντας

κάποιες γυναίκες που προσπαθούν να αποτινάξουν τον ζυγό επειδή οι ίδιες δεν έχουν αυτή την ικανότητα και ήταν μια ζωή συμβιβασμένες.

3) Πολλές γυναίκες δεν τολμούν να μιλήσουν ούτε στους γονείς τους επειδή έχουν μάθει να τους προστατεύουν από δυσάρεστα γεγονότα. Οι γονείς όμως είναι αυτοί που πρέπει να ενθαρρύνουν από μικρά τα παιδιά τους να μιλάνε και να μην κρύβουν την αλήθεια ειδικά όταν γίνεται κάτι άσχημο εις βάρος τους. Οι ίδιοι οι γονείς πολλές φορές έχουν κοινωνική φοβία και αποτρέπουν τα παιδιά τους να μιλήσουν γιατί όπως λένε οι ίδιοι θα γίνουν ρεζίλι.

4) Η βία είτε ψυχολογική, είτε λεκτική είτε σωματική γεννά φόβο και ο φόβος σιωπή. Έτσι όταν κάποια κοπέλα που την χτυπάει ο άντρας της λέει ότι θα φύγει και αυτός εκβιάζοντας την πιθανόν της λέει αν φύγεις θα σε καταστρέψω, ή θα σε στείλω νοσοκομείο, ή θα σε σκοτώσω χωρίς να τα εννοεί απλά για να την ελέγχει ίσως η ίδια ιδιαίτερα αν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη και δεν έχει αυτοπεποίθηση να φοβάται να φύγει. Αυτό είναι το χειρότερο γιατί διαιώνίζει την κατάσταση. Από την άλλη πρέπει όλοι να ξέρουμε πως υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να στηρίξουν κακοποιημένες γυναίκες τόσο η οικογένεια όσο και σύμβουλοι ψυχικής υγείας. Υπάρχουν ακόμα ειδικές τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης για κακοποιημένες .

5) Εξαιτίας της ανέχειας και για οικονομικούς λόγους κάποιες γυναίκες αναγκάζονται να μένουν σε σχέση επειδή δεν έχουν ή έτσι πιστεύουν στον ήλιο μοίρα. Είναι τραγικό αυτό και συμβαίνει ακόμα και στον εργασιακό τομέα όπου ισχυρά στελέχη κάνουν κατάχρηση εξουσίας εκμεταλλευόμενοι κοριτσάκια ή γυναίκες οι οποίες αναγκάζονται να κάνουν σχέση μαζί τους για να μην χάσουν την δουλειά τους. Θα πρέπει να ξέρουν όμως ότι υπάρχουν αρμόδιοι φορείς που ασχολούνται με τα θέματα βίας και εκμετάλλευσης των γυναικών και στον εργασιακό χώρο και οι γυναίκες θα πρέπει να αισθάνονται πιο ασφαλείς και να μην πελαγώνουν με τις πρώτες δυσκολίες.

Συμπερασματικά θα πρέπει οι γυναίκες να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να μην επιτρέπουν την βία γιατί κάποιοι άντρες βρίσκουν και τα κάνουν. Για να μην γίνουν παρεξηγήσεις δεν μιλήσαμε για όλους τους άντρες αλλά για αυτούς που χρησιμοποιούν την βία ως μέσο επιβολής. (42,43,44).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΥΙΟΘΕΣΙΑ



8.1 ΥΙΟΘΕΣΙΑ

Η έκτρωση δεν είναι η μόνη λύση για τη γυναίκα που έχει εγκυμοσύνη την οποία δεν θέλει, καθώς μπορεί να επιλέξει το να ολοκληρώσει την εγκυμοσύνη και να δώσει το παιδί για υιοθεσία στη συνέχεια. Σε αυτή την περίοδο είναι λογικό να αναζητήσει αξιόπιστες πληροφορίες για το τι μπορεί να ακολουθήσει, συμπεριλαμβανομένης και της βοήθειας για τη συναισθηματική της υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όταν έχει επιβεβαιωθεί το ότι υπάρχει εγκυμοσύνη και γίνουν απαραίτητες εξετάσεις, θα πρέπει να ρωτήσεις το γιατρό σου για το ποιες είναι οι επιλογές σου, συμπεριλαμβανομένης και της υιοθεσίας. Ο γιατρός ή ο ειδικός θα πρέπει να μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες με αντικειμενικότητα πάνω στα θέματα όπως το κατά πόσο μπορεί άλλο μέλος της οικογένειας σου να κρατήσει το παιδί και για το ποια οικογένεια θα ήταν καλό να υιοθετήσει.

Αν αποφασίσει να δώσει το παιδί για υιοθεσία, καλό θα είναι να αρχίσει τη διαδικασία άμεσα κάτω από την επίβλεψη κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σε υπηρεσία υιοθεσιών. Θα δημιουργηθεί ένας φάκελος με την ιστορία των παιδιού, των γονέων του και της κατάστασης της υγείας τους, του τρόπου ζωής και των θρησκευτικών αντιλήψεων τους. Είναι σπάνιο η μητέρα να έρχεται σε επαφή με τις υποψήφιες οικογένειες και γι αυτό δεν υπάρχει η υπηρεσία που θα τη βοηθήσει σε αυτό τον τομέα. Η συναίνεση της μητέρας να δώσει το παιδί της για υιοθεσία δεν μπορεί να δοθεί παρά μόνο μετά τη γέννηση του.

Αν η μητέρα είναι παντρεμένη, τότε αυτομάτως χρειάζεται και η συγκατάθεση του πατέρα για να δώσει το παιδί για υιοθεσία. Αν η μητέρα είναι ανύπαντρη αλλά χρησιμοποιήσει το επώνυμο του πατέρα στο πιστοποιητικό γεννήσεως, ο πατέρας μπορεί να ζητήσει την κηδεμονία του παιδιού. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και η συγκατάθεση του πατέρα για την υιοθεσία.

Σε περίπλοκες περιπτώσεις-νοητική ασθένεια, αρρώστια, κακοποίηση ή εγκατάλειψη-η υπηρεσία υιοθεσιών χρειάζεται την έγκριση μόνο ενός γονιού για να θέσει το παιδί σε διαδικασία υιοθεσίας. Σκοπός της διαδικασίας είναι να υπάρχει η αρχική συγκατάθεση για υιοθεσία, η οποία όταν δοθεί στο δικαστήριο θα είναι οριστική. Το δικαστήριο θα δώσει το παιδί σε ίδρυμα μέχρι να γίνει η τελική υιοθεσία.

Σε μια έγκυο γυναίκα που έχει την πρόθεση να δώσει το παιδί της για υιοθεσία θα πρέπει να παρέχεται συμβουλευτική θεραπεία προς την ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη. Ο γιατρός σου ή κάποια αρμόδια υπηρεσία μπορεί να σου προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες για τη διαδικασία του τοκετού και μετά. Δεν αναμένεται απαραίτητα ότι θα φροντίσεις το παιδί σου, καθώς από την αρχή θα δοθεί στους θετούς γονείς. Μπορεί να αποφασίσεις να μοιραστείς την ανατροφή του μωρού

με την βοήθεια και την εποπτεία του κοινωνικού λειτουργού. Θέματα όπως ο θηλασμός ή όχι του μωρού από τη φυσική μητέρα είναι απαραίτητο να θίγονται σε κάθε συζήτηση.

Είναι σημαντικό να βρεις τον κατάλληλο άνθρωπο με τον οποίο μπορείς να μιλήσεις ελεύθερα για τους λόγους που θέλεις να υιοθετηθεί το παιδί. Μπορεί να μην συμφωνείς με τον τερματισμό της εγκυμοσύνης ή αν η σύλληψη έγινε από συνθήκες βιασμού ή σεξουαλικής επαφής κάτω από πίεση, μπορεί να νιώθεις ότι δεν νοιάζεσαι για ένα παιδί που δημιουργήθηκε κάτω από αυτές τις συνθήκες. Ίσως να μην είσαι έτοιμη να παίξεις το ρόλο της μητέρας σε αυτή την περίοδο της ζωής σου.

Οποίοι και να είναι οι λόγοι, πρέπει να τους θέσεις έτσι ώστε να τους κατανοήσεις και να έχεις το χρόνο να στεναχωρηθείς για να μπορέσεις να επανέλθεις ολοκληρωτικά. Θα πρέπει να δεις το γιατρό σου έξι εβδομάδες μετά τη γέννηση του παιδιού για να επιβεβαιωθεί ότι είσαι καλά ψυχολογικά.

Στη χώρα μας γίνονται τετρακόσιες περίπου υιοθεσίες το χρόνο. Τετρακόσια ζευγάρια, με αποθέματα αγάπης και στοργής, υποδέχονται ένα παιδί και δημιουργούν μια ευτυχισμένη οικογένεια. Παλαιότερα υπήρχαν κοινωνικοί λόγοι που έπαιζαν απαγορευτικό ρόλο. Σήμερα, όμως, τα παιδιά εκτός γάμου γίνονται πια αποδεκτά, τόσο από τους φυσικούς τους

γονείς όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον. Έτσι, υπάρχουν πολλά άτεκνα ζευγάρια και λίγα παιδιά. Γι' αυτό, άλλωστε, και οι τυπικές διαδικασίες μιας υιοθεσίας απαιτούν πολύ χρόνο. Από την άλλη πλευρά, επειδή ο βασικός στόχος είναι η ευτυχία του παιδιού, οι κοινωνικές υπηρεσίες κάνουν εξονυχιστικές έρευνες, ώστε να καλυφθούν όλα τα πιθανά προβλήματα και να διασφαλιστεί, στο βαθμό του δυνατού, το ότι θα γίνει μέλος μιας οικογένειας που θα το αγαπά και θα το φροντίζει πραγματικά. Πολλά ζευγάρια που δεν μπορούν (λόγω υγείας κυρίως) να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί αποφασίζουν να υιοθετήσουν ένα παιδί καθώς είναι αναμφισβήτητο ότι τα παιδιά είναι ευτυχία και ολοκλήρωση. Η υιοθεσία είναι μια νομική πράξη κατά την οποία το υιοθετημένο παιδί απολαμβάνει όλα τα προνόμια και τα δικαιώματα ενός φυσικού παιδιού και η οικογένεια έχει τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό σαν να ήταν φυσικό παιδί της. Με την πράξη της υιοθεσίας αλλάζει η νομική ταυτότητα του παιδιού το οποίο πλέον παίρνει το επώνυμο των γονιών που το έχουν υιοθετήσει. Ο αριθμός των παιδιών που είναι διαθέσιμα για υιοθεσία στην χώρα μας είναι ελάχιστος. Από το 1995 και μετά δεν υπάρχουν παιδιά για υιοθεσία στα Ελληνικά Ιδρύματα, ενώ αυξάνονται ραγδαία οι υιοθεσίες από τις Βαλκανικές χώρες και τις πρώην χώρες της Σοβιετικής ενώσεως.

8.1.1 Συνοπτικά η διαδικασία

1) Το ζευγάρι που θέλει να υιοθετήσει ένα παιδί απευθύνεται στο "Κέντρο Βρεφών Μητέρα", το οποίο τελεί υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο κέντρο οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν αίτηση Υιοθεσίας.

2) Η αίτηση κατατίθεται από τους επιθυμούντες να υιοθετήσουν Αίτηση Υιοθεσίας ενώπιον του Πολυμελούς Πρωτοδικείου του Τόπου Κατοικίας τους. Η αίτηση εγγράφεται στο πινάκιο και κοινοποιείται στον Εισαγγελέα.

3) Η αίτηση δικάζεται κατά τη διαδικασία της Εκούσιας Δικαιοδοσίας.

4) Το Δικαστήριο εξετάζει την συνδρομή των προϋποθέσεων και την έλλειψη κωλυμάτων και ανάλογα αποφασίζει.

5) Οι υποψήφιοι γονείς προσκομίζουν στο Δικαστήριο και άλλα απαραίτητα έγγραφα όπως: ποινικά μητρώα, εκκαθαριστικό σημείωμα, αποδεικτικό επίδοσης στον εισαγγελέα της αίτησης υιοθεσίας, ιατρικά πιστοποιητικά των ενδιαφερομένων, ληξιαρχική πράξη γέννησης του προς υιοθεσία τέκνου, την έγγραφη συναίνεση των φυσικών γονέων του τέκνου.

6) Εκδίδεται η απόφαση και το υιοθετημένο παιδί αναγράφεται στην οικογενειακή μερίδα του Δήμου των νέων γονέων, αφού αυτή καταστεί αμετάκλητη.

Εγκυμοσύνη

Από αμνημονεύτων χρόνων, η αγγελία μιας εγκυμοσύνης ήταν πάντοτε ένα χαρμόσυνο γεγονός, η δε έγκυος κοπέλα τύγγανε πάντοτε ιδιαίτερου σεβασμού, ως ένα πρόσωπο που κυφορεί μέσα του μια καινούργια ζωή. Είναι λυπηρό που στις μέρες μας, η εγκυμοσύνη κατάντησε να είναι, πολλές φορές, αιτία θλίψης και αγωνίας ... Όποιες και αν ήταν οι περιστάσεις που οδήγησαν στην εγκυμοσύνη, είτε ήταν στα πλαίσια ενός γάμου, είτε ήταν στα πλαίσια ενός μακροχρόνιου δεσμού, είτε ήταν ως συνέπεια ενός πρόσκαιρου συναπαντήματος, όποιες λοιπόν και αν ήταν οι περιστάσεις, το αποτέλεσμα είναι ακριβώς το ίδιο: Η τώρα έγκυος κοπέλα βρίσκεται

σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, όπου ολόκληρο το σώμα της αλλά και ο ψυχισμός της έχουν μια προσανατολιστεί προς ένα συγκεκριμένο σκοπό: Την φιλοξενία, για εννέα

περίπου μήνες, μίας καινούργιας αλλά και εύθραυστης ύπαρξης. Από ένστικτο, η κοπέλα γνωρίζει ότι τώρα χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτική στις κινήσεις της, στη διατροφή της, ακόμη και στα συναισθήματα της, μιας και όλα αυτά έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ευημερία του αναπτυσσόμενου παιδιού.

Όταν όμως μια κοπέλα δεν είναι σίγουρη ότι επιθυμεί την εγκυμοσύνη της - ίσως διότι ήλθε σε μια περίοδο της ζωής της που πρακτικά δεν είναι έτοιμη για να αντεπεξέλθει - αν δεν είναι σίγουρη ότι επιθυμεί το παιδί που έρχεται, τότε βρίσκει τον εαυτό της σε μια σύγκρουση: Από τη μια πλευρά, βρίσκεται η ορμή του μητρικού της φίλτρου, που ζητά την προστασία και φροντίδα του αναπτυσσόμενου παιδιού, ενώ από την άλλη βρίσκεται η "φωνή της λογικής", που κάθεται και αναλογίζεται με ανησυχία τυχόν πρακτικές συνέπειες αυτής της εγκυμοσύνης ...

Η επιλογή της έκτρωσης φαίνεται να είναι μια εύκολη λύση στο πρόβλημα: Το "λάθος" της εγκυμοσύνης "σβήνεται", και η κοπέλα είναι ελεύθερη να προχωρήσει με τη ζωή της. Τα πράγματα όμως δεν είναι τόσο απλά. Η έκτρωση είναι μια τραυματική εμπειρία για την ίδια την κοπέλα, και πολλές φορές επηρεάζει την ικανότητα της να αγαπήσει με στοργή τα παιδιά που θα κάνει στο μέλλον. Και αυτό, διότι η έκτρωση ανατρέπει το ίδιο το νόημα της μητρότητας, όπου μια κοπέλα δίνει από την ψυχή και το σώμα της ώστε να δημιουργηθεί - και έπειτα να μεγαλώσει - μια νέα ύπαρξη.

Αυτό που ίσως δε γνωρίζουν οι πιο πολλοί, είναι ότι στις δέκα εβδομάδες από τη σύλληψη - δηλαδή στην ηλικία που συνήθως γίνονται οι εκτρώσεις, το αναπτυσσόμενο έμβρυο ήδη έχει χέρια και πόδια, στόμα, μάτια, μύτη και αυτιά, ήδη

κτυπά η καρδιά του και στέλνει αίμα στο μικρό του σώμα, ήδη ακούει τους θορύβους και τις φωνές από το περιβάλλον του, ήδη κλωτσά τα μικρά του πόδια στην κοιλιά της μητέρας του. Με άλλα λόγια, είναι ήδη ένα μικρό παιδί. Ποια μητέρα θα μπορούσε με ευκολία να βάλει τέρμα σε αυτή την ζωή;

Ναι, η έκτρωση όντως είναι μια επιλογή, κανένας δε μπορεί να ισχυριστεί το αντίθετο. Είναι μια επιλογή που απομακρύνει μερικές από τις πρακτικές συνέπειες της εγκυμοσύνης. Δεν είναι όμως χωρίς το κόστος της, ένα κόστος που η κοπέλα καλείται αργότερα να κουβαλήσει, μόνη, στα βάθη του ψυχικού της κόσμου.

Το ερώτημα λοιπόν πλανάται: Εφ' όσον η έκτρωση είναι μια σκληρή και άχαρη επιλογή, τι άλλο παραμένει; Είναι άραγε πρακτικά εφικτό για μια νέα κοπέλα, φοιτήτρια ίσως ή ακόμη και πιο μικρή, χωρίς σύντροφο και χωρίς χρήματα, να κρατήσει και να μεγαλώσει ένα παιδί; Εδώ χρειάζεται μια διευκρίνιση: Υπάρχουν δύο

τρόποι για να κρατήσει μια κοπέλα το παιδί της. Ο ένας είναι να το γεννήσει και μετά να αναλάβει και την ανατροφή του, ενώ ο άλλος είναι να το γεννήσει και μετά να το δώσει για υιοθεσία. Δεν είναι ντροπή το δεύτερο, ούτε είναι δειλία.

Επιλέγοντας την υιοθεσία, μια κοπέλα μπορεί να μειώσει τις πρακτικές συνέπειες της εγκυμοσύνης, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγει το βαρύτερο τραύμα της έκτρωσης.

Υπάρχουν πολλά ζευγάρια που δε μπορούν να κάνουν παιδιά, και θα παρακαλούσαν για την ευκαιρία να αναλάβουν ένα παιδί. Το δυσκολότερο σημείο σε μια υιοθεσία, για τη μητέρα, είναι η ιδέα ότι δε θα μπορεί να βλέπει μετά το παιδί της. Αυτό όντως

είναι μια εστία πόνου, ενός πόνου όμως που γλυκαίνεται από την επίγνωση ότι το παιδί τουλάχιστον ζει και μεγαλώνει ... Ένας φορέας στην Ελλάδα που αναλαμβάνει

Υιοθεσίες, είναι το Κέντρο Βρέφους -Μητέρας, που βρίσκεται στην Αθήνα. Σε περίπτωση που μια κοπέλα επιλέξει αυτή την οδό, η συνολική περίοδος που χρειάζεται να αφιερώσει αποκλειστικά για το παιδί είναι έξι μήνες - οι τέσσερις τελευταίοι μήνες της εγκυμοσύνης, και οι δύο πρώτοι μήνες μετά τον τοκετό. Ίσως

δηλαδή χρειαστεί να πάρει λιγότερα μαθήματα για ένα εξάμηνο, αν είναι φοιτήτρια, ή να πάρει άδεια τοκετού, αν εργάζεται, ή να αφήσει την εργασία της και να διεκδικήσει επίδομα ανεργίας, αν αυτό της ταιριάζει περισσότερο. Τα επόμενα βήματα εξαρτώνται από την υποστήριξη που έχει μια κοπέλα. Αν η οικογένεια δείχνει κατανόηση, ή αν ο σύντροφος αναλαμβάνει τις ευθύνες του, τότε η κοπέλα μπορεί να

μείνει και να γεννήσει εκεί που βρίσκεται. Αν όμως είναι μόνη, ή αν την απασχολεί να μη γνωστοποιηθεί η εγκυμοσύνη στον κοινωνικό της περίγυρο, τότε μπορεί να επιλέξει να πάει και να φιλοξενηθεί σε ένα ξενώνα, όπου θα βρει πρακτική βοήθεια και ψυχική στήριξη, ενώ ταυτόχρονα θα διατηρηθεί και το "μυστικό" της εγκυμοσύνης ... Στην περίπτωση τώρα που μια κοπέλα επιθυμεί να αναλάβει και την ανατροφή του παιδιού της, χρειάζεται πρώτα να οπλίσει τον εαυτό της με υπομονή, και έπειτα να κοιτάξει κατά πόσο υπάρχει και η πρακτική υποστήριξη, είτε από τους γονείς είτε από τον σύντροφο, ώστε να μπορεί να εργαστεί, να καλύψει το οικονομικό, ή να συνεχίσει τις σπουδές της. Αν δεν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις, τα πράγματα δυσκολεύουν, αν και υπάρχουν φορείς που είναι πρόθυμοι να στηρίξουν πρακτικά νέες ανύπαντρες μητέρες, όπως ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, που βρίσκεται στην Αθήνα. Το θέμα της στάσης των γονιών είναι σύνθετο και πολύπλοκο. Στην αρχή μιας απρόβλεπτης και εκτός γάμου εγκυμοσύνης, ενδέχεται οι γονείς να αντιδράσουν με όχι και τόσο θετικό τρόπο ... σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις, ίσως και να επιμένουν για έκτρωση. Σε τέτοιες στιγμές είναι καλό μια κοπέλα να θυμάται ότι κανείς δεν μπορεί να την αναγκάσει σε τίποτε, και ότι η τελική απόφαση ανήκει αποκλειστικά στην ίδια, αφού αυτή η ίδια θα κληθεί να ζήσει με τις συνέπειες της επιλογής της. Όσο όμως προχωρά η εγκυμοσύνη, και αρχίζει να διαφαίνεται στους γονείς η προοπτική να αποκτήσουν εγγονάκι, η στάση τους τείνει να γλυκαίνει... πολλές είναι οι ανύπαντρες μητέρες, που τελικά βρίσκουν τρόπο να συνυπάρχουν με τους γονείς τους, και να μοιράζονται μαζί τους τις ευθύνες της ανατροφής του παιδιού. Είναι βέβαια αυτονόητο, ότι το ιδανικό θα ήταν ο γάμος -ή τέλος πάντων η δέσμευση - με τον πατέρα του παιδιού. Μερικές φορές η λύση είναι απλά αυτή, να πάρουν και οι δύο την απόφαση να προχωρήσουν σε ένα πιο σοβαρό επίπεδο σχέσης και αμοιβαίας υποστήριξης. Ένα παιδί, στο κάτω-κάτω, μεγαλώνει καλύτερα όταν είναι κάτω από τη φροντίδα και την προστασία δύο γονιών που αγαπιούνται και το αγαπούν. Εδώ χρειάζεται όμως προσοχή: Θα ήταν λάθος αν δύο άτομα έπαιρναν αυτή την απόφαση απλά και μόνο εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης, χωρίς κατά τα άλλα να έχει η σχέση τους καλές προοπτικές βιωσιμότητας. Αν όμως η εγκυμοσύνη απλά δώσει την αφορμή, ώστε να κάνουν ένα βήμα που ούτως ή άλλως πιθανόν να έκαναν στο μέλλον, τότε δεν υπάρχει πρόβλημα.

8.1.1.2 Προϋποθέσεις

Ο νόμος 2447/96 μεταξύ άλλων:

- Ορίζει το όριο ηλικίας των θετών γονέων σύμφωνα με τον οποίο η διαφορά ηλικίας γονέα - παιδιού ορίζεται μεγαλύτερη από τα 18 έτη και μικρότερη από τα 45 έτη.
- Δίνει το δικαίωμα να υιοθετήσει σε γυναίκα χωρίς σύζυγο και αντίστροφα παιδί χωρίς να είναι απαραίτητο να είναι έγγαμος.
- Κρίνει απαραίτητο το να υπάρχει η συμφωνία και των δύο συζύγων
- Κρίνει απαραίτητο το να υπάρχει η συναίνεση του ανηλίκου αν αυτό έχει συμπληρώσει τα 12 χρόνια του.
- Κρίνει απαραίτητο το να έχει προϋπάρξει κοινωνική έρευνα από τον κοινωνικό φορέα προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η επικείμενη υιοθεσία συμφέρει το ανήλικο.
- Δίνει στο θετό τέκνο μετά την ενηλικίωση του το δικαίωμα να πληροφορείται πλήρως από τους θετούς γονείς και από κάθε αρμόδια αρχή τα στοιχεία των φυσικών γονέων του.

8.1.2 Υιοθεσία - δύσκολη απόφαση

«Η πλειονότητα των ζευγαριών επιθυμεί παιδιά μικρής ηλικίας, με καλό ιστορικό και υγεία. Ωστόσο, λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, αλλά και της ευαισθητοποίησης επάνω στο θέμα, πολλοί έγιναν πιο δεκτικοί στην υιοθεσία παιδιών με προβλήματα υγείας

ή βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό». Όσοι καταλήγουν σ1 αυτή την απόφαση είναι ήδη αρκετά ταλαιπωρημένοι, καθώς έζησαν σημαντική ματαίωση των προσπαθειών του, έχοντας αναλώσει χρόνο, συναίσθημα και χρήμα. Για να προσδοκούμε σε μια επιτυχημένη υιοθεσία, πρέπει το ζευγάρι να έχει βιώσει και να έχει ξεπεράσει το «πένθος» για ένα φυσικό παιδί. Διαφορετικά, το θετό παιδί θα του θυμίζει σε καθημερινή βάση την ανεπάρκεια του. Η κοινωνική έρευνα που γίνεται πριν από την υιοθεσία δεν βεβαιώνει μόνο τις υπηρεσίες ότι το παιδί θα πάει σε καλά χέρια, αλλά βοηθά και το ζευγάρι να εκτιμήσει τα κίνητρα, τα συναισθήματα του, τον τρόπο που σκέφτεται. Το ζητούμενο είναι ν' αγαπήσουν και ν' αποδεχτούν το παιδί, με όλα τα θετικά και τα αρνητικά του στοιχεία. Πρέπει να μπορούν συνειδητά να γίνουν γονείς του, παρόλο που δεν υφίσταται βιολογική συγγένεια, να πιστέψουν ότι δεν αποτελεί «ξένο σώμα» στην οικογένεια και να προσπαθήσουν να το καλωσορίσει ο περίγυρος τους».

8.1.2.1 Δικαίωμα στην αλήθεια

Ένα παιδί έχει δικαίωμα να μάθει ότι είναι υιοθετημένο. Έτσι, μπαίνουν οι βάσεις για μια σχέση ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης. Επιπλέον, εάν το γνωρίζει από μικρή ηλικία, θα το αποδεχτεί καλύτερα. Οι θετοί γονείς πρέπει να είναι έτοιμοι ανά πάσα στιγμή να μιλήσουν μαζί του για το ζήτημα, ανάλογα βέβαια με την ηλικία του. Επιβάλλεται, λοιπόν, να γνωρίσει και να συμφιλιωθεί με αυτή την πληροφορία προτού πάει στο σχολείο, πριν, δηλαδή, αρχίσει να «εκτίθεται», όπου υπάρχει κίνδυνος να την πάρει από έναν τρίτο. Σε αντίθετη περίπτωση, θα νιώσει ότι συμβαίνει κάτι παράξενο, μυστικό, κακό... ΓΥ αυτό είναι σημαντικό να καταλάβει ότι μπορεί να το μοιραστεί με ανθρώπους που αγαπά και το αγαπούν.

Όταν ενηλικιωθεί, έχει τη δυνατότητα ν' απευθυνθεί στην αρμόδια υπηρεσία και να ενημερωθεί για τους φυσικούς του γονείς και (πιθανώς και να τους συναντήσει) τις συνθήκες υιοθεσίας του.

Ο λόγος μέχρι σήμερα αφορούσε το περίφημο «τρίγωνο της υιοθεσίας», δηλαδή τις τρεις πλευρές που συνδέονται μεταξύ τους (με στόχο την κοινή κάλυψη αναγκών) και είναι: Οι φυσικοί γονείς - Το παιδί - Οι θετοί γονείς.

Δειλά δειλά στους χώρους των ειδικών συζητιέται ο ρόλος του ρυθμιστή που παίζουν οι κοινωνικές οργανώσεις και η θέση που αυτές μπορούν να έχουν σαν μια ακόμα πλευρά (τετράγωνο) στο «σχήμα» της υιοθεσίας. Βασική προϋπόθεση για την κάθε επιτυχημένη απόφαση υιοθεσίας αποτελεί η ανάγκη οι τρεις πλευρές των ενηλίκων να εμπεριέξουν, να υποστηρίξουν, να σεβαστούν και να προβάλουν το λόγο, το συμφέρον και τα δικαιώματα του παιδιού, αφού το ίδιο στη δεδομένη στιγμή δεν είναι σε θέση να το κάνει.

8.1.3 Έγκριση της υιοθεσίας

Είναι η οργάνωση -τα συμβούλια- τα δικαστήρια. Όλοι αυτοί έχουν ρόλο, αφού το ίδιο το ζευγάρι «εγκρίνει» τον εαυτό του, μέσα από μια διαδικασία ηθικής τοποθέτησης απέναντι στο όποιο μόνο και απροστάτευτο παιδί. Αν ο φυσικός γονιός προστάτεψε το παιδί του από προβλήματα, το ίδιο οφείλουν να κάνουν οι υποψήφιοι θετοί γονείς. Οι ειδικοί των οργανώσεων έχουν κατά μεγάλο μέρος επιτύχει στο έργο τους αν προκαλέσουν αυτή την ευαισθητοποίηση.

Όλοι όμως οι θετοί γονείς έχουν το δικαίωμα να αξιολογούνται με τα ίδια κριτήρια, σ' ένα πλαίσιο θεσμικό - κοινωνικό - νομικό και όχι αυτά να διαφοροποιούνται εντελώς όταν πρόκειται για ιδιωτική υιοθεσία, διαφοροποίηση που ενδέχεται να περιπλέξει αρνητικά τη ζωή των παιδιών.

Οι θετοί γονείς που υγιώς ξεκινούν την κοινή με το παιδί τους ζωή μόνο με θετικές προσδοκίες και όνειρα θα μουν στην πραγματικότητα των αυξημένων υποχρεώσεων τους σιγά - σιγά και πιθανώς θα χρειαστούν την οργάνωση όχι για τα τρία πρώτα χρόνια, όπως ορίζει πρόσφατη τροπολογία του νόμου, αλλά και σε άλλες μεταγενέστερες στιγμές.

8.1.4 Δυσεύρετα παιδιά – Χρονοβόρες διαδικασίες

Τα δεδομένα στον χώρο της υιοθεσίας έχουν αλλάξει δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα, όπως συνέβη νωρίτερα σε πολλές δυτικοευρωπαϊκές χώρες. «Η έλλειψη παιδιών προς υιοθεσία και η αυξημένη ζήτηση τους, τα έχουν καταστήσει ένα είδος ανθρώπων εξαιρετικά σπάνιο και περιζήτητο». «Η σπανιότητα αυτή προκάλεσε μια μεγάλη ανατροπή στο έργο των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς η προτεραιότητα δίνεται στις διαδικασίες επιλογής των θετών γονέων. Οι διαδικασίες αυτές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ένα νέο είδος ευγονικής, η οποία δεν κατασκευάζει πια "σωστούς" γόνους, αλλά "σωστούς" γονείς. Η έλλειψη παιδιών προκάλεσε μια ακόμη ανατροπή: Οι υπηρεσίες προωθούν πλέον προς υιοθεσία παιδιά που πριν από μερικά χρόνια θεωρούνταν "ακατάλληλα" (μεγάλης ηλικίας, με προβλήματα ή ειδικές ανάγκες, κ.ά.)». Τα παραπάνω δεν αφορούν τις ιδιωτικές υιοθεσίες (τα παιδιά είναι βρέφη, υγιή και δίνονται χέρι χέρι). Αφορούν τα ιδρύματα, τα οποία λειτουργούν ως ασπίδες προστασίας για παραμελημένα ή κακοποιημένα παιδιά, αλλά και για παιδιά με γονείς που βρίσκονται σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες (χρήση ουσιών κ.ά.) και αδυνατούν να αναλάβουν τα παιδιά τους προσωρινά ή μόνιμα. «Η στήριξη των βιολογικών γονέων και η ανεύρεση λύσεων ώστε να κρατήσουν οι ίδιοι τα παιδιά τους είναι το πρώτο μέλημα του ιδρύματος». «Το έργο αυτό αναλαμβάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι βλέπουν επί μακρόν και τους υποψήφιους θετούς γονείς, ώστε να επιλεγούν εκείνοι που παρέχουν τις περισσότερες εγγυήσεις ότι θα ανταποκριθούν στον ρόλο τους. Σήμερα φιλοξενούμε 90 παιδιά, νεογέννητα έως 4-5 ετών. Το 25% είναι παιδιά αλλοδαπών γονέων (άγαμες μητέρες χωρίς κάρτα παραμονής, κ.ά.). Στο ίδιο ποσοστό ανέρχονται τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα (αναπηρίες, νοητική υστέρηση κ.ά.) τα οποία παραμένουν επί μακρόν στα ιδρύματα μέχρι να προωθηθούν σε αναδοχή ή σε ειδικευμένα ιδρύματα (οι φυσικοί γονείς τους δεν τα παίρνουν πίσω). Έτσι μειώνονται οι θέσεις για την υποδοχή νέων βρεφών από τα μαιευτήρια. Τα υγιή παιδιά που επιστρέφουν στους φυσικούς γονείς είναι περί τα δέκα τον χρόνο. Έτσι, τα διαθέσιμα για υιοθεσία παιδιά είναι 25-30 τον χρόνο, αριθμός δυσανάλογα μικρός σε

σχέση με τις αιτήσεις (150 ετησίως). Αναπόφευκτα, η αναμονή των υποψήφιων θετών γονέων επιμηκύνεται στα 5-6 χρόνια».

8.1.5 Το υιοθετημένο παιδί

Η υιοθεσία αποτελεί την κατάληξη της επιθυμίας των ενηλίκων να αποκτήσουν παιδί, όταν όλοι οι άλλοι τρόποι δεν έχουν φέρει αποτέλεσμα. Είναι μια λύση για εκείνους που πραγματοποιούν με αυτό τον τρόπο την επιθυμία τους να γίνουν γονείς, ταυτόχρονα όμως και για το παιδί, που αποφεύγει τις συνέπειες ενός προβληματικού περιβάλλοντος και τη ζωή στο ίδρυμα. Η υιοθεσία όμως ενέχει και κινδύνους. Συνήθως υπάρχει άγνοια της κληρονομικότητας που προέρχεται από τους βιολογικούς γονείς. Επίσης, εντοπίζεται πάντα ένας βαθμός συναισθηματικής στέρησης που ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία κατά την οποία το παιδί αποχωρίστηκε τη φυσική του μητέρα. Αν το παιδί ξεκίνησε τη ζωή του σε ίδρυμα, η έλλειψη αισθητηριακών ερεθισμάτων είναι πιθανόν να επιβραδύνει τη νοητική του εξέλιξη. Το υιοθετημένο παιδί είναι εύθραυστο και ενδεχομένως υπάρχει κίνδυνος να αντιμετωπίσει ψυχολογικά προβλήματα. Οι θετοί γονείς επίσης είναι περισσότερο ευάλωτοι στο άγχος και την αβεβαιότητα και ανησυχούν υπερβολικά ακόμη και για φυσιολογικές αντιδράσεις που παρατηρούνται στην εξελικτική πορεία του παιδιού. Θα ήταν λάθος όμως να υποθέσουμε ότι η ανησυχία για ορισμένες πλευρές της υιοθεσίας ή ο εντοπισμός πιθανών πηγών άγχους οδηγεί απαραίτητα σε ψυχολογικά προβλήματα. Πολλά από τα υιοθετημένα παιδιά έχουν ευτυχισμένα και δημιουργικά παιδικά χρόνια. Ορισμένα παρουσιάζουν διαταραχές στην παιδική ηλικία, οι οποίες όμως μπορεί να εξαφανιστούν όταν φτάσουν στην ενηλικίωση. Κάτω από κατάλληλες συνθήκες, οι πρώιμες δυσκολίες - οι οποίες προέρχονται από τις ψυχολογικές διεργασίες που είναι απαραίτητες για την

αποδοχή της υιοθεσίας- μπορούν να ξεπεραστούν και να μην ακολουθήσουν τα υιοθετημένα άτομα στο υπόλοιπο της ζωής τους.

8.1.5.1 Ψυχολογικές διεργασίες της υιοθεσίας

Η διαμόρφωση της ταυτότητας είναι μια φυσιολογική διεργασία που ακολουθεί κάθε παιδί. Η αίσθηση της ταυτότητας αναπτύσσεται σταδιακά και αναφέρεται στην εικόνα που έχει κανείς για τον εαυτό του. Παράμετροι όπως η εθνικότητα, η οικογενειακή ιστορία, η σύνθεση της οικογένειας και η ποιότητα των γονεϊκών φροντίδων συμμετέχουν στο χτίσιμο της ταυτότητας του ατόμου. Όσο πιο σταθερά είναι αυτά τα στοιχεία, τόσο πιο ολοκληρωμένη είναι η ταυτότητα και τόσο πιο ικανοποιημένοι νιώθουμε για τον εαυτό μας. Η αβεβαιότητα και η σύγχυση που διακατέχουν ορισμένα υιοθετημένα άτομα για τη βιολογική τους οικογένεια σχετικά με το ποιοι είναι και γιατί δόθηκαν για υιοθεσία αυξάνουν την αίσθηση ανασφάλειας και δυσχεραίνουν τη διαμόρφωση της ταυτότητας. Τα υιοθετημένα παιδιά πρέπει να ενσωματώσουν στην αναπτυσσόμενη προσωπικότητα τους δύο οικογένειες, μία βιολογική και μία ανάδοχη, η οποία έχει την ευθύνη για την ψυχοσωματική του ανάπτυξη. Από την πρώτη υπάρχουν τα αισθήματα της απόρριψης και της απώλειας. Δεν απασχολεί το παιδί μόνο το γεγονός ότι διαλύθηκε η οικογένεια του. Εξίσου βασανιστικές είναι και οι ερωτήσεις αν το ήθελαν, αν το αγαπούσαν, αν άξιζε να το αγαπούν. Αν μείνουν αναπάντητα αυτά τα ερωτήματα, μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη αυτοεκτίμησης και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Συναισθήματα κατάθλιψης, απελπισίας, ενοχής, θυμού συνυπάρχουν και συχνά εκφράζονται στους βιολογικούς γονείς. Η επούλωση αυτών των πληγών προϋποθέτει αγάπη, ζεστασιά, σταθερότητα και συνεχή φροντίδα εκ μέρους των θετών γονιών. Το νέο στοργικό, σταθερό και θετικό περιβάλλον στο οποίο ζει το παιδί, μπορεί να ανατρέψει τις πρώιμες αρνητικές εμπειρίες. Δεν είναι όμως μόνο το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και η κοινωνική αποδοχή που παίζει ρόλο στη διαμόρφωση της ταυτότητας του υιοθετημένου παιδιού. Συχνά το κοινωνικό κατεστημένο που εκφράζεται από την ευρύτερη οικογένεια και το σχολείο, στιγματίζει αυτά τα παιδιά. Το υιοθετημένο παιδί αρχίζει να βλέπει τον εαυτό του διαφορετικό από τα άλλα παιδιά και πρέπει να καταβάλλει μια επιπρόσθετη προσπάθεια για να αποδεχτεί αυτήν τη διαφορά. Σε οικογένειες άλλης εθνικότητας, πολιτισμού ή φυλής, η βιολογική διαφορά είναι εμφανής, τα υιοθετημένα παιδιά βρίσκονται σε δυσκολότερη θέση και καλούνται να επιδείξουν επιτεύγματα που τα άλλα παιδιά δεν είναι αναγκασμένα να πραγματοποιήσουν. Τα υιοθετημένα παιδιά ανάλογα με την ηλικία υιοθεσίας έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν μαθησιακές δυσκολίες ή προβλήματα συμπεριφοράς. Έρευνες δείχνουν ότι για τις σχολικές επιδόσεις η ηλικία της υιοθεσίας δεν παίζει κανένα ρόλο μέχρι τους 18 μήνες. Υπάρχουν αυξημένα ποσοστά αποτυχίας στο σχολείο όταν η υιοθεσία γίνει ανάμεσα στους 18 μήνες και τα τρία έτη, ενώ μετά τα τέσσερα έτη εμφανίζονται και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, καλό είναι η υιοθεσία να γίνεται σε όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία, έτσι ώστε η επίδραση των αρνητικών παραγόντων ενός αντίξοου περιβάλλοντος να παραμείνει περιορισμένη. Το αν θα παρουσιαστούν προβλήματα στη συνέχεια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο θετική εικόνα έχει αναπτύξει το παιδί για τον εαυτό του, από την ποιότητα των σχέσεων με τη θετή οικογένεια, καθώς και από το πόσο επιτυχής ήταν ο χειρισμός για την ενημέρωση και την παροχή πληροφοριών γύρω από την υιοθεσία.

8.2 Η ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Μερικοί χριστιανοί προβληματίζονται σε σχέση με τη γνώμη του Θεού για την υιοθεσία. Αν ο Θεός ήθελε να μου δώσει παιδί, θα μου το έδινε, λένε μερικοί. Αφού δεν μου το έδωσε, γιατί να προσπαθήσω να αποκτήσω με υιοθεσία; Κατ' αρχήν ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στην Αγία Γραφή τονίζεται με έμφαση η έξυπνη ενέργεια της μητέρας του Μωσέ,

που κατέστρωσε και έβαλε σε εφαρμογή ένα καταπληκτικό σχέδιο για να υιοθετηθεί το παιδί της από την κόρη του Φαραώ και να μη ριχθεί στο Νείλο ποταμό. Ακόμη και η Αγία Γραφή τονίζει ότι όλοι οι πιστοί έχουμε γίνει παιδιά του Θεού, δια της υιοθεσίας μας απ' Αυτόν, γι' αυτό και έχουμε το δικαίωμα να αποκαλούμε τον Θεό Πατέρα. Ο Θεός μας έχει υιοθετήσει προσφέροντας μάλιστα γι' αυτό θυσία το Γιο Του επάνω στο σταυρό. Εφόσον λοιπόν Εκείνος το έκανε, σημαίνει ότι εγκρίνει αυτή την πράξη. Τώρα σε σχέση με την ερώτηση, αν θα πρέπει ένα άτεκνο ζευγάρι να αποκτήσει ή όχι παιδί δια της υιοθεσίας, αυτό είναι τελείως προσωπικό τους θέμα. Ο Θεός μπορεί να μας χρησιμοποιήσει και με παιδιά και χωρίς. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ζευγαριών που δεν είχαν δικά τους παιδιά και όμως έγιναν πολύ χρήσιμοι σε εκατοντάδες ή χιλιάδες άλλα παιδιά ή διέπρεψαν σε άλλα πεδία, όπως επίσης υπάρχουν πολλές περιπτώσεις άλλων ζευγαριών, οι οποίοι, ακολουθώντας τη γραμμή της υιοθεσίας πρόσφεραν τόση αγάπη, στοργή και φροντίδα σε αβοήθητα μωρά, ώστε αυτά όχι μόνο δεν στερήθηκαν τίποτε στη ζωή αλλά προχώρησαν θαυμάσια και μερικά από αυτά διέπρεψαν. Γι' αυτό το λόγο, κάθε ζευγάρι που δεν έχουν δικό τους παιδί, θα πρέπει μετά από πολύ σκέψη και προσευχή να αποφασίσει ποια γραμμή θα ακολουθήσει στη ζωή. Η υιοθεσία είναι και καλή και θεάρεστη πράξη, αρκεί το κίνητρο της να είναι η αγάπη και όχι ο εγωισμός, αρκεί να τη δούμε σαν κάτι που θα ευαρεστεί τον Θεό και όχι σαν κάτι που θα ευαρεστήσει μόνο εμάς ή θα λύσει κάποιο πρόβλημα μας.

8.3 ΦΟΒΟΙ ΠΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΣΙΑ

Ο μεγαλύτερος ενδοιασμός των ζευγαριών αυτής της χώρας σε σχέση με την υιοθεσία είναι, ο φόβος τους μήπως το παιδί δεν βγει καλό και τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή. Φυσικά καλό είναι, για το ζευγάρι που πρόκειται να προχωρήσει σε υιοθεσία, να γνωρίζει μερικά βασικά στοιχεία για τους γονείς και την πιθανή, αν υπάρχει, κληρονομική επιβάρυνση του παιδιού. Αυτές τις πληροφορίες όμως τις δίνουν συνήθως οι κοινωνικές υπηρεσίες των οργανώσεων που ασχολούνται με υιοθεσίες. Ιδιαίτερα μάλιστα, σε περιπτώσεις που κάποιο ζευγάρι αποφασίσει να υιοθετήσει κάποιο παιδί με ειδικές ανάγκες, κάτι που γίνεται συχνά σε άλλες χώρες, καλό είναι να γνωρίζουν αρκετά σε σχέση με το πρόβλημα του παιδιού και τις πιθανές δυσκολίες που μπορεί να συναντήσουν στην ανατροφή του, πριν προχωρήσουν στην υιοθεσία. Από την στιγμή όμως που γίνει μια σχετική καλή ενημέρωση για την κληρονομική επιβάρυνση του παιδιού, δεν χρειάζεται να ψυχολογεί κανείς τα πράγματα, προσπαθώντας να εντοπίσει σπάνιες πιθανότητες.

Μήπως όταν παντρευόμαστε λαμβάνουμε τόσο σοβαρά υπόψη την κληρονομική επιβάρυνση τη γυναίκας ή του άντρα μας; Από τη στιγμή που αποφασίζουμε να παντρευτούμε πολύ λίγο υπολογίζουμε την πιθανή κληρονομική επιβάρυνση από τους γονείς ή προγόνους του ή την μελλοντικής μας συζύγου. Γιατί λοιπόν να φιλολογούμε τόσο πολύ το κληρονομικό παρελθόν κάποιου παιδιού που θα υιοθετήσουμε; Ίσως όμως κάποιος πει: Κι αν τελικά το παιδί δεν βγει καλό, τι θα γίνει; Και μήπως ξέρει κανείς τι είδους θα είναι το παιδί του όταν μεγαλώσει; Υπάρχουν σήμερα χιλιάδες περιπτώσεις παιδιών που γεννήθηκαν από οι οποίοι θεωρούνται φυσιολογικοί κι όμως εκείνα είναι ένα μόνιμο βάσανο γι' αυτούς. Παιδιά προβληματικά, παιδιά που έχουν πέσει σε ναρκωτικά, παιδιά με αντικοινωνική συμπεριφορά και τόσα άλλα πολλά. Παρόλα αυτά όμως κανένας δεν σκέφτεται να μην κάνει παιδί, για να μην του βγει προβληματικό.

8.4 ΔΕΣΜΟΣ ΑΓΑΠΗΣ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΙΜΑΤΟΣ

Για να μπορέσει να προχωρήσει σωστά μια υιοθεσία θα πρέπει να έχει την αγάπη και σαν πρωταρχικό κίνητρο της και σαν κατευθυντήρια δύναμη της στην μετέπειτα πορεία της. Αυτό εξάλλου ήταν το κίνητρο του Θεού στην προσπάθεια Του να μας υιοθετήσει και γι' αυτό η σχέση μας με Αυτόν είναι τόσο ευλογημένη. Είναι μια σχέση αγάπης που γεμίζει

χαρά την καρδιά μας και ευφροσύνη την ψυχή μας. Ακόμη και μια γυναίκα που αναγκαστεί να δώσει το παιδί της, επειδή διαπιστώνει ότι για πολύ σοβαρούς λόγους δεν μπορεί να προσφέρει σ' αυτό την αγάπη, στοργή και φροντίδα που αυτό χρειάζεται, θα πρέπει να το κάνει από αγάπη σε αυτό και όχι από κάποιο άλλο κίνητρο. Επειδή αγαπάει το παιδί της αποφασίζει να το δώσει σε ένα άλλο ζευγάρι ανθρώπων που ποθούν να προσφέρουν αγάπη σε αυτό. Επειδή η ίδια δεν μπορεί, για διάφορους λόγους, να προσφέρει ή να δημιουργήσει για το παιδί της τις κατάλληλες συνθήκες ώστε αυτό να μπορέσει να προοδεύσει και να πετύχει στη ζωή,

προσφέρει το παιδί της σε ένα άλλο ζευγάρι, που μπορούν και θέλουν να προσφέρουν όλα αυτά στο παιδί της. Επίσης όταν ένα ζευγάρι σκέφτεται ή αποφάσισε να υιοθετήσει ένα ή περισσότερα παιδιά, θα πρέπει να το κάνει από αγάπη γι αυτά και όχι από κάποιο άλλο κίνητρο. Δεν αποφασίζουμε να αποκτήσουμε παιδί για να μη θεωρηθούμε στείροι ή ανίκανοι ή για να έχουμε αργότερα κάποιο στήριγμα στη ζωή, άσχετα αν αυτό συμβεί, αλλά επειδή θα μπορέσουμε να προσφέρουμε αγάπη και στοργή στο παιδί. Το ίδιο πρέπει να ισχύει και στην υιοθεσία. Επειδή θέλουν να προσφέρουν αγάπη και στοργή το υιοθετούν. Το κίνητρο λοιπόν για υιοθεσία πρέπει να είναι η αγάπη και τίποτε άλλο. Η αγάπη όμως δεν έχει καμία σχέση με τον εγωκεντρισμό. Γι αυτό και όταν ένα ζευγάρι αποφασίσει να υιοθετήσει ένα παιδί, δεν πρέπει να το κάνει για να έχουν και αυτοί ένα δικό της παιδί που θα το χαίρονται και θα απολαμβάνουν τα παιδιαριστικά καμώματα του ή για να ικανοποιήσουν κάποια άλλη δική τους επιθυμία ή φιλοδοξία, αλλά για να κάνουν τη ζωή αυτού του παιδιού πιο καλή και πιο ευτυχισμένη. Αυτό θα πρέπει να το κάνουν σαφές και στο παιδί, καθώς αυτό σιγά σιγά μεγαλώνοντας θα μπορεί να το αντιληφθεί. Με λόγια απλά και

καθαρά θα πρέπει να του εξηγήσουν ότι δεν τους ήρθε αναγκαστικά αλλά επειδή οι ίδιοι το θέλησαν. Επειδή το αγάπησαν το διάλεξαν κι επειδή εκτίμησαν την αξία του το πήραν για να αναθρέψουν με αγάπη, ώστε να μπορέσει να δημιουργήσει μια καλή και ολοκληρωμένη προσωπικότητα. Ακόμη, μπορούν να πουν στο παιδί, ότι αν οι ίδιοι το είχαν γεννήσει, δεν θα μπορούσαν να κάνουν διαφορετικά, θα ήταν υποχρεωμένοι να το δεχτούν, όποιο κι αν ήταν αυτό. Στη δική τους όμως περίπτωση το διάλεξαν, και αυτό σημαίνει ότι το αγάπησαν γι αυτό που είναι. Η ίδια γραμμή πρέπει να ακολουθηθεί και στις πιο σπάνιες περιπτώσεις, στις οποίες, μια γυναίκα αποφασίζει να γεννήσει ένα παιδί για να το δώσει σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό ζευγάρι που δεν μπορεί να αποκτήσει δικό της.

Οι θετοί γονείς πρέπει να εξηγήσουν στο παιδί ότι επειδή ήθελαν να προσφέρουν αγάπη, στοργή φροντίδα και ευκαιρίες να προχωρήσουν καλά στη ζωή, ζήτησαν από τη γνωστή τους κυρία να γεννήσει ένα παιδί γι αυτούς, μια που οι ίδιοι δεν μπορούσαν να το γεννήσουν μόνοι τους. Επιπλέον πρέπει να του τονίσουν ότι η φυσική τους μητέρα ήξερε ότι μπορούσαν να του προσφέρουν όλα αυτά γι αυτό και δέχτηκε να προχωρήσει σε αυτή την πράξη. Το ίδιο πρέπει να πει και η φυσική του μητέρα. Αν το παιδί τη ρωτήσει γι αυτό τι θέμα αργότερα. Μια τέτοια ξεκάθαρη θέση ωφελεί και το παιδί και τους γονείς και αποτρέπει σοβαρά και άσκοπα προβλήματα, που αλλιώς μπορούν να δημιουργηθούν στο μέλλον.

Πραγματικά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις υιοθετημένων παιδιών που κλονίστηκε τελείως η εμπιστοσύνη τους στους θετούς γονείς τους και κόπηκε κάθε ψυχική επαφή μαζί τους, επειδή έγινε αυτό το σοβαρό λάθος. Οι θετοί γονείς του νόμισαν ότι μπορούν να αποκρύψουν αυτή την απλή αλήθεια από το παιδί και γι αυτό έκαναν το παν για να μην την πληροφορηθεί το παιδί.

Σε κάποια φάση όμως της ζωής του, τη στιγμή μάλιστα που υπήρχαν σοβαρά προβλήματα με τους γονείς του, βρέθηκε κάποιος «καλοθελητής» που του το σφύριξε στο αυτί. Κι ας μη νομίσουν μερικοί ότι δεν πρόκειται να υπάρξουν προβλήματα με το δικό τους παιδί. Οι περισσότεροι γονείς που έχουν δικά τους ή υιοθετημένα παιδιά,

συναντούν αρκετές δυσκολίες και αντιμετωπίζουν άλλοι σοβαρά και άλλοι λιγότερο σοβαρά προβλήματα στην εφηβική τους κυρίως ηλικία. Και δυστυχώς δεν λείπουν ποτέ οι «καλοθελητές» σε αυτή τη χώρα, άνθρωποι που χωρίς να νοιάζονται για τη ζημιά που θα

κάνουν στο παιδί, σπεύδουν να του αποκαλύψουν αυτό ποτ οι γονείς του προσπάθησαν να του αποκρύψουν. Το σοκ που φυσικά παθαίνει το παιδί εκείνη τη στιγμή δεν μπορεί να περιγραφεί. Καταρρέει ξαφνικά όλο το οικοδόμημα, πάνω στο οποίο είχε στηριχθεί. Αρχίζει τότε να βλέπει τους γονείς του με διαφορετικό μάτι. Κάνει ανασκόπηση όλης της ζωής του μέχρι εκείνη τη στιγμή και αποδίδει όλες τις συγκρούσεις που έχουν γίνει στο παρελθόν και μέχρι εκείνη την ώρα σε έλλειψη αγάπης από τους θετούς γονείς του, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν είναι δικό τους παιδί. Εδραιώνεται δηλαδή μέσα στο παιδί η αντίληψη ότι για κάθε τι που δεν πήγε καλά στη σχέση του με τους θετούς γονείς του φταίει το γεγονός ότι είναι υιοθετημένο. Μια τέτοια αντίληψη είναι το χειρότερο που μπορεί να συμβεί, επειδή είναι δύσκολο μετά να ανατραπεί. Γι αυτό το λόγο δεν είναι σωστό να κρύβεται η αλήθεια από το παιδί και να αφήνεται να ζει με ψευδαισθήσεις, τη στιγμή μάλιστα που ο δεσμός που το ενώνει με τους θετούς γονείς του είναι δεσμός αγάπης, κάτι που δεν μπορεί να μην εκτιμηθεί από ένα παιδί, έστω κι αν δεν υπάρχει συγγένεια αίματος.(10).

8.5 ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΥΙΟΘΕΣΙΑ

8.5.1 Εμπόριο βρεφών

Εμπόριο βρεφών υπό τον μανδύα της νομιμότητας Παλαιότερα, ζευγάρια από ανεπτυγμένες χώρες υιοθετούσαν παιδιά από αναπτυσσόμενες χώρες, ως πράξη φιλανθρωπίας. Σήμερα, οι γυναίκες στον ανεπτυγμένο κόσμο αποφασίζουν να γίνουν μητέρες σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία. Συνάμα έχει μειωθεί η γονιμότητα του ανδρικού σπέρματος. Έτσι, η υιοθεσία αποτελεί έναν από τους κύριους τρόπους με τους οποίους άτεκνα ζευγάρια γίνονται γονείς χωρίς αναμονή στις λίστες των κοινωνικών υπηρεσιών. Το εξαιρετικά δυσκίνητο και κάποιες φορές αδιαφανές σύστημα υιοθεσίας σε πολλά κράτη προσφέρει άπλετο χώρο για την εκμετάλλευση φυσικών γονέων, νεογνών, βρεφών και ζευγαριών που επιθυμούν να υιοθετήσουν. Τα ίδια κυκλώματα εμποδίζουν, όπου μπορούν, την ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών και πολιτικών για την προστασία των παιδιών. Κάποια παιδιά ανατρέφονται από τις οικογένειες που τα υιοθετούν στο εξωτερικό, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις αυτές οι υιοθεσίες χρησιμοποιούνται για να γίνουν τα παιδιά στη συνέχεια αντικείμενο εκμετάλλευσης. Τα τελευταία 14 χρόνια, οι απαγωγές και η παράνομη διακίνηση από χειμαζόμενα σε ευημερούντα κράτη έχει μετατραπεί σε άλλο ένα κερδοφόρο παρακλάδι του διεθνούς δικτύου διακίνησης ανθρώπων. Η πλήρης ένδεια και ο ευτελισμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας στις ανατολικές χώρες μετά την κατάρρευση των καθεστώτων τους, μαζί με την ανάπτυξη της «σκοτεινής» πλευράς του Ίντερνετ όπου δρουν παιδόφιλοι και δουλέμποροι έχουν δημιουργήσει μια εφιαλτική, χρυσοφόρα αγορά ανθρώπων.

8.5.2 Εμπλοκή δικηγόρων – μαιευτήρων

Το εμπόριο βρεφών στην Ευρώπη ανθεί. Κάθε χρόνο, εκατοντάδες γυναίκες οδηγούνται από τη Βουλγαρία στο απελπισμένο ταξίδι, κατ' αρχήν προς την Ελλάδα και τη Γαλλία ή - δευτερευόντως- την Ιταλία και την Πορτογαλία. Σύμφωνα με στοιχεία της Europol, η «βιομηχανία» πώλησης βρεφών αποφέρει ένα δισ. ευρώ ετησίως. Η καταπολέμηση της διακίνησης είναι δύσκολη, καθώς οι γυναίκες συνήθως ταξιδεύουν κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης τους νόμιμα και ό,τι γίνεται μετά τη γέννα ενέχει τον μανδύα της νομιμότητας και κατά συνέπεια διαφεύγει του αστυνομικού ελέγχου. Ένα άλλο πρόβλημα που επισημαίνεται είναι η υψηλή ζήτηση βρεφών στην Ελλάδα. Όπως σημειώνεται, σε κάθε 50 άτεκνα ζευγάρια που κάνουν αίτηση για υιοθεσία, αντιστοιχεί μόλις ένα παιδί. Το πρόβλημα του οργανωμένου εγκλήματος είναι από τα σοβαρότερα στη Βουλγαρία. Στην έκθεση αξιολόγησης των Βρυξελλών της 16ης Μαΐου αναφέρεται ότι η ένταξη της χώρας

στην Ε.Ε. ενδέχεται να καθυστερήσει, εάν δεν καταπολεμηθεί επαρκώς το οργανωμένο έγκλημα και η κρατική διαφθορά. Γι' αυτό και από τον Οκτώβριο 2005 -οπότε είχε παραδοθεί η προηγούμενη έκθεση προόδου- έγιναν αυστηρότεροι οι συνοριακοί έλεγχοι και προσπάθεια να αντιμετωπισθεί η διαφθορά μεταξύ των δικαστών. Παρ' όλα αυτά, το 10%-15% του τουρισμού στο Μπουργκάς της Βουλγαρίας είναι προϊόν ξεπλύματος μαύρου χρήματος που προέρχεται από ναρκωτικά, πορνεία και παράνομη διακίνηση βρεφών. Κύριο θύμα της «βιομηχανίας» είναι οι γυναίκες Ρομ που κατοικούν στα τσιγγάνικα γκέτο της πόλης. Το οργανωμένο έγκλημα της πόλης δίνει «δάνεια» με υπέρογκα επιτόκια στις γυναίκες αυτές -που συχνά έχουν ήδη πολλά παιδιά- και στη συνέχεια τις εξαναγκάζει να μείνουν έγκυες ή να πουλήσουν τα κυοφορούμενα έμβρυα, προκειμένου να αποπληρώσουν το «δάνειο» από την πώληση του παιδιού τους. Σε άλλες περιπτώσεις, πείθουν αφελείς ανήλικες κοπέλες (τις οποίες φροντίζουν να καταστήσουν έγκυες) ή μέλλουσες μοναχικές μητέρες ότι μια καλή ευκαιρία για εργασία τις περιμένει στην Ελλάδα. Τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης οι γυναίκες ταξιδεύουν στην Ελλάδα, όπου τις «παραλαμβάνουν» οι Έλληνες και Βούλγαροι συνεργοί της μαφίας του Μπουργκάς. Μένουν κλεισμένες και επιτηρούμενες σε διαμερίσματα μέχρι να γεννήσουν. Οι έμποροι τις μεταφέρουν συστηματικά στους γυναικολόγους-συνεργούς τους, για εξετάσεις και ιατρικές συμβουλές ώστε το κύημα να γεννηθεί υγιές. Αλλά οι γενικότερες συνθήκες ζωής τους είναι κακές. Ζουν υπό καθεστώδες συνεχούς εκφοβισμού και σε πολλές περιπτώσεις υφίστανται σωματική κακομεταχείριση ή και βιάζονται.

Μόλις γεννηθεί το παιδί στην Ελλάδα, γίνονται άμεσα οι απαραίτητες συμβολαιογραφικές πράξεις, το παιδί παραδίδεται στους θετούς γονείς και η μητέρα επιστρέφει στη Βουλγαρία με ένα μέρος της «πληρωμής». Δυο τρεις μήνες αργότερα, η μητέρα επανέρχεται στην Ελλάδα για να εμφανισθεί στο Πρωτοδικείο, προκειμένου να συναινέσει στην υιοθεσία και να παραλάβει το υπόλοιπο της πληρωμής που συνήθως είναι 1.000 έως 3.000 ευρώ.

Μ' αυτόν το νομιμοφανή τρόπο έχουν υιοθετηθεί εκατοντάδες παιδιά στη Μακεδονία, την Κρήτη, την Αττική -σε πόλεις όπως η Θεσσαλονίκη, τα Ιωάννινα, η Κατερίνη, ο Βόλος, η Αθήνα, το Ηράκλειο. Σε πολλές περιπτώσεις, οι θετοί γονείς δε γνωρίζουν ότι έχουν πέσει θύματα κυκλώματος οργανωμένου εγκλήματος. Μάλιστα συνήθως πληρώνουν το αντίτιμο μεταφοράς της μητέρας από το εξωτερικό και διαμονής της, μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία δικαστικά. Η τελική τιμή πώλησης στο άτεκνο ζευγάρι κυμαίνεται από 20.000-25.000 ευρώ. Μόλις πριν από δυο χρόνια, η μέση τιμή ήταν 18.000 ευρώ. Αλλά η μεγάλη ζήτηση «ανέβασε» τις τιμές... Μέλη του κυκλώματος είναι γυναικολόγοι, μαιευτήρες και ιδιωτικές κλινικές, συμβολαιογράφοι και δικηγόροι που επί της ουσίας δεν τιμωρούνται. Σε μαιευτική κλινική της Λαμίας, σε διάστημα περίπου έξι μηνών (Αύγουστος 2005-Μάρτιος 2006) έγιναν 21 γεννήσεις από αλλοδαπές. Όσον αφορά το «προφίλ» των συνενόχων, είναι χαρακτηριστική η περίπτωση δικηγόρου που συνελήφθη πριν από λίγους μήνες για εμπλοκή σε κύκλωμα και αφέθηκε στη συνέχεια ελεύθερος με εγγύηση 15.000 ευρώ. Ήταν υπάλληλος της Γενικής Γραμματείας Τύπου, ο οποίος τα τελευταία δύο χρόνια είχε αποσπαστεί στο υπουργείο Απασχόλησης. Να σημειωθεί ότι κατά τη δεκαετία του 1990 είχε εργασθεί ως ωρομίσθιος καθηγητής στη σχολή Αξιωματικών της Ελληνικής Αστυνομίας...

8.5.3 Εμπορία βρεφών – Εξαναγκαστική εγκυμοσύνη

Εκτός από την ανεπιθύμητη γονιμότητα μέσα από σεξουαλική σχέση, δεσμό, βιασμό, υπάρχει καμία άλλη κατηγορία ανεπιθύμητης γονιμότητας η οποία έχει αρχίσει να παίρνει τεράστιες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Αυτή είναι η εγκυμοσύνη που τις περισσότερες φορές επιβάλλεται αναγκαστικά σε γυναίκες κυρίως αλλοδαπές με σκοπό την πώληση των βρεφών τους έναντι υψηλής χρηματικής αμοιβής για διάφορους σκοπούς.

8.5.4 Πως γίνεται η εγκυμοσύνη – εμπορία βρεφών

Τα περισσότερα περιστατικά τέτοιου είδους γονιμότητας αφορούν φτωχές νεαρές κοπέλες οι οποίες δανείζονται χρήματα από σωματέμπορους(δρουν όπως οι τοκογλύφοι) και μη μπορώντας να ξεπληρώσουν το χρέος τους τις υποχρεώνουν να κυοφορήσουν. Μόλις ολοκληρωθεί η εγκυμοσύνη τις οδηγούν σε ένα νοσοκομείο για να γεννήσουν και στη συνέχεια τους παίρνουν το μωρό πωλώντας το σε άτεκνες οικογένειες(έναντι του ποσού των 15 χιλιάδων ευρώ για τα κορίτσια και 20 χιλιάδες ευρώ για τα αγόρια)σε όλη την Ευρώπη. Άλλος ένας λόγος για τον οποίο της υποβάλλουν σε αυτή τη διαδικασία είναι για εμπορία οργάνων, μελλοντική τους εκμετάλλευση είτε για άλλους, άγνωστους λόγους. Το χρηματικό ποσό που εκείνες παίρνουν για οποίο λόγο και αν χρησιμοποιηθεί το παιδί δεν ξεπερνά τα 3 με 4χιλιαδες ευρώ.

8.5.5 Ψυχολογία γυναικών

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που πέφτουν θύμα τέτοιας εκμετάλλευσης, ανεξάρτητα από το ποιος λόγος τις οδήγησε σε αυτή την κατάσταση, αισθάνονται τύψεις για αυτό που έκαναν, νιώθουν πληγωμένες ανεπανόρθωτα, έχουν ένοχες, θέλουν πίσω το παιδί τους, τις στιγματίζει αυτή η εμπειρία και νιώθουν πως αχούν χάσει την αξιοπρέπεια τους. Νιώθουν μηχανές εκμετάλλευσης και δεν μπορούν να χαρούν το θείο δώρο της μητρότητας. Αισθάνονται μόνες και ανήμπορες και το χειρότερο είναι ότι δεν θα μπορέσουν ποτέ να χαρούν το παιδί που έφεραν στον κόσμο ούτε βέβαια το παιδί τη φυσική του μητέρα. Υπάρχει βέβαια και ένα ποσοστό γυναικών που δεν βιώνει την κατάσταση αυτή με τον ίδιο τρόπο και σε τόσο έντονο βαθμό, το ποσοστό όμως αυτό είναι πολύ μικρό. Όπως και να έχει η κατάσταση αυτή είναι τραγική και πρέπει να λάβει η πολιτεία τα μέτρα της διότι κατά κύριο λόγο αυτές οι σπείρες λειτουργούν αντικαθιστώντας το προβληματικό σύστημα υιοθεσιών που υφίσταται σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης.

8.5.6 Αγοραπωλησίες σε διάφορες χώρες

Πριν αρχίσει να δρα το βουλγαρικό κύκλωμα το 2003, εμπόριο βρεφών αλλά σε μικρότερη έκταση- γινόταν από Αλβανούς. Τον περασμένο Απρίλιο, τρεις Αλβανοί καταδικάστηκαν από δικαστήριο των Τιράνων για εμπόριο βρεφών στην Ελλάδα. Είχαν συλληφθεί τον Σεπτέμβριο 2002 στην Κορυτσά από την αλβανική αστυνομία. Αφού έπειθαν οικονομικά εξαθλιωμένες γυναίκες να πουλήσουν τα παιδιά τους στην Ελλάδα αντί 800 ευρώ, τους χορηγούσαν πλαστές ταυτότητες και χαρτιά. Τις μετέφεραν σε μαιευτήρια των Ιωαννίνων και της Θεσσαλονίκης, όπου γεννούσαν τα παιδιά συνήθως με προγραμματισμένη καισαρική. Την επόμενη κιάλας ημέρα, οι γυναίκες έπρεπε να επιστρέψουν στην Αλβανία. Όπως και στη Ρουμανία τη δεκαετία του 1990 τα διεθνή ΜΜΕ γνωστοποίησαν τις φρικτές συνθήκες που επικρατούσαν στα ρουμανικά ορφανοτροφεία και πολλά πορτοφόλια άνοιξαν στη Δύση. Τότε εκτιμάται ότι υιοθετήθηκαν 30.000 περίπου παιδιά. Πολλές υιοθεσίες είχαν αίσια κατάληξη. Όμως την κατάσταση εκμεταλλεύθηκαν και κυκλώματα εμπορίας βρεφών που κέρδισαν δεκάδες εκατομμύρια δολάρια, πουλώντας τα βρέφη έως και 55.000 δολάρια το καθένα. Ρουμανικός νόμος του 1997 έθετε τις αλλοδαπές υπηρεσίες υιοθεσίας σε πλεονεκτική θέση. Το αποτέλεσμα ήταν να αναπτυχθεί μια ολόκληρη «αγορά» διαφθοράς συνειδήσεων και δωροδοκίας γιατρών, νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και δημοσίων υπαλλήλων, ενώ συγχρόνως νέες μ Σήμερα, οι Ρουμάνοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι ο νέος νόμος τελικά εξανάγκασε τις δημόσιες υπηρεσίες να πάρουν μέτρα προστασίας των παιδιών και να προσανατολισθούν στην επανασύνδεση των οικογενειών, να δημιουργήσουν ένα νέο σύστημα υιοθεσίας και εναλλακτικές προτάσεις φροντίδας των ανεπιθύμητων παιδιών στα ιδρύματα της ενώ

νέες μητέρες ωθούνταν να εγκαταλείψουν τα παιδιά τους.. Σήμερα, οι Ρουμάνοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι ο νέος νόμος τελικά εξανάγκασε τις δημόσιες υπηρεσίες να πάρουν μέτρα προστασίας των παιδιών και να προσανατολισθούν στην επανασύνδεση των οικογενειών, να δημιουργήσουν ένα νέο σύστημα υιοθεσίας και εναλλακτικές προτάσεις φροντίδας των ανεπιθύμητων παιδιών στα ιδρύματα της

8.5.7 Ποιες γυναίκες δίνουν τα παιδιά τους

Παρ' όλο που η εμπορία βρεφών είναι διευρυμένη στη Βουλγαρία, ελάχιστες περιπτώσεις έρχονται στο φως της δημοσιότητας. Το οργανωμένο έγκλημα φροντίζει να ελέγχει απόλυτα τα θύματα του, ώστε οι ιστορίες τους να μην ακούγονται ποτέ. Γι' αυτό το παράρτημα του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης στη Βουλγαρία θεωρεί εξαιρετική επιτυχία το γεγονός ότι κατόρθωσε να εντοπίσει και να θέσει υπό προστασία 11 μητέρες, θύματα εμπορίας βρεφών. Σύμφωνα με δύο εκθέσεις του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης, στη συντριπτική τους πλειονότητα οι μητέρες είναι ηλικίας 18-25 ετών. Πρόκειται για μέλλουσες ανύπανδρες μητέρες (70%), που συνήθως συγκατοικούν με την οικογένεια τους όταν τις προσεγγίζει το κύκλωμα. Σπανιότερα ζουν μόνες τους ή με κάποιον «φίλο». Ένα πολύ μικρότερο ποσοστό είναι παντρεμένες (20%) και ένα 10% είναι χήρες. Μια από τις γυναίκες που περιθάλπεται αυτή τη στιγμή από τον ΔΟΜ ήταν, πριν πουλήσουν το βρέφος της, ήδη μητέρα 10 παιδιών...Το 77,8% των μητέρων ανήκει σε εθνοτική ομάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΔΟΜ, το 55,6% των γυναικών αυτών είναι Ρομ (Τσιγγάνες) στην καταγωγή, το 22,2%ο Πομάκες και μόλις το 22,2% είναι βουλγαρικής εθνικότητας. Η

ανέχεια, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη στοιχειωδών πολιτικών δικαιωμάτων εξηγούν τη στενή αλληλοσχέτιση κυκλωμάτων εμπορίας και εθνοτικής καταγωγής των θυμάτων. Τα περισσότερα θύματα είναι ήδη έγκυες, όταν στρατολογούνται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις, οι γυναίκες αποφασίζουν να κυφορήσουν για να πουλήσουν το μωρό τους. Καμία γυναίκα δεν εργάζεται την εποχή της προσέγγισης για πώληση του κνήματος.(42).

8.5.8 Η στρατολόγηση

Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι εξαιρετικά χαμηλό. Το 33,3% είναι αναλφάβητες, το 33,3% δεν έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και το 33,3% έχει ολοκληρώσει μόλις την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Όπως σημειώνεται, το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι ακόμη χαμηλότερο από αυτό των γυναικών που χρησιμοποιούνται για σεξουαλική εκμετάλλευση. Είναι, όμως, παρόμοιο με αυτό των ατόμων που χρησιμοποιούνται ως αντικείμενο εκμετάλλευσης από τα κυκλώματα για δουλεμπόριο εργασίας, επαιτεία και εξαναγκαστική ανήλικη εγκλη ματικότητα. Αν και οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι είχαν «καλές» ή «φυσιολογικές» οικογενειακές σχέσεις, στις συνεντεύξεις διαπιστώνεται ότι οι μισές έχουν υπάρξει θύματα κακομεταχείρισης ή βίας. Η «στρατολόγηση» γίνεται συνήθως από κάποιον ξένο άνδρα ή κάποιον γνωστό, αν και μια γυναίκα στρατολογήθηκε από φιλικό πρόσωπο. Οι «στρατολόγοι» είναι συνήθως Ρομ από τη Βουλγαρία και τη χώρα προορισμού. Κάποιοι είναι Βούλγαροι τουρκικής καταγωγής. Το κύκλωμα ενδιαφέρεται για παιδιά και των δύο φύλων. Πάγια τακτική είναι η μητέρα να μεταφέρεται έγκυος στη χώρα προορισμού και πώλησης του βρέφους και εκεί να γεννά.

Όλες περνούν τα σύνορα νόμιμα και ταξιδεύουν τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Συνήθως ταξιδεύουν με αυτοκίνητο ή λεωφορείο, αν και κάποια θύματα ταξιδεύουν αεροπορικώς. Οι δύο κύριες χώρες προορισμού είναι η Γαλλία και η Ελλάδα. Τη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων εμπορίας (88,9%) σε Ελλάδα και Γαλλία εντόπισαν οι τοπικές διωκτικές αρχές σε συνεργασία με τη βουλγαρική αστυνομία. Σε ένα ελάχιστο ποσοστό (11,1%) οι ίδιες οι μητέρες κατήγγειλαν το γεγονός. Όπως σημειώνεται από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (ΔΟΜ), η συνυπαιτιότητα της μητέρας είναι δύσκολο να ανιχνευθεί.

Εξίσου ασαφής είναι ο βαθμός στον οποίον απειλούνται ή εξαναγκάζονται από τους εμπόρους. Κάποιες μέλλουσες μητέρες φαίνεται να υποκύπτουν για χρήματα. Για όσες γυναίκες έχουν ήδη παιδιά, η παράνομη υιοθεσία είναι ένας τρόπος να στηρίξουν οικονομικά τα παιδιά που ήδη έχουν. Σε πολλές περιπτώσεις έχει δοθεί στις γυναίκες υπόσχεση για εργασία στο εξωτερικό. Κάποιες φαίνεται να μην έχουν συνείδηση της κατάστασης στην οποία συμμετέχουν και άλλες, ενώ αρχικά συμφώνησαν να συμμετάσχουν στον έγκλημα, στη συνέχεια το μετάνιωσαν. Αυτό που είπαν οι περισσότερες μητέρες, από τις οποίες έχει πάρει συνεντεύξεις ο ΔΟΜ, είναι ότι τα παιδιά τους θα είχαν μια καλύτερη μοίρα υιοθετημένα από εύπορες οικογένειες στο εξωτερικό. Όπως σημειώνει ο ΔΟΜ, ένα μείζονος σημασίας θέμα είναι αυτό της επανένωσης. Σε όσες περιπτώσεις τα βρέφη εντοπίστηκαν, επεστράφησαν στη μητέρα. Έγιναν προσπάθειες για να κινητοποιηθεί μηχανισμός υποστήριξης από τις τοπικές αρχές και τις υπηρεσίες προστασίας παιδιών ώστε να υποστηριχθεί η επανένωση. Ο κίνδυνος επιστροφής των βρεφών στο κύκλωμα εμπορίας είτε για υιοθεσία, είτε σε μεγαλύτερη ηλικία για άλλους σκοπούς παραμένει σοβαρότατο άλυτο πρόβλημα. Εάν δεν επιλυθεί το πρόβλημα των κοινωνικών συνθηκών που συμβάλλουν στην εμπορία, η «επαναδιακίνηση» αποτελεί σοβαρή απειλή. Από εγκληματολογική πλευρά, ο καθορισμός της συνυπαιτιότητας της μητέρας είναι απαραίτητος, αλλά και προβληματικός. Διότι η υπερβολική επικέντρωση στην ποινική δίωξη της μητέρας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στις προσπάθειες επανένωσης. Όπως τονίζεται από τον ΔΟΜ, από τη μια πλευρά αγνοείται η σοβαρή κοινωνική θυματοποίηση των μητέρων. Από την άλλη, δεν μπορεί να αγνοηθεί η ποινική συννοχή των θετών γονέων που επηρεάζει άμεσα τη φροντίδα και την ασφάλεια των υιοθετούμενων παιδιών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΗΛΙΚΙΑ:

2. ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΒΑΘΜΙΔΑ:

- Μαθητής
- Σπουδαστής
- Φοιτητής

4. Γνωρίζεται τι είναι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Γνωρίζεται τι είναι η αντισύλληψη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Από πού έχετε αποκτήσει τις γνώσεις περί αντισύλληψης;

- Οικογένεια
- Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- Γυναικολόγο
- Σχολείο
- ΜΜΕ
- Άλλού

7. Ποιες μορφές αντισυλληπτικών μεθόδων από τις παρακάτω γνωρίζετε;

- Χάπι
- Διάφραγμα
- Σπιράλ
- Αντρικό προφυλακτικό
- Γυναικείο προφυλακτικό

8. Θεωρείται σωστό η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να ξεκινά από :

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο

9. Θεωρείται τους Έλληνες, ιδίως τους νέους, ενημερωμένους για το ζήτημα της αντισύλληψης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10. Ποια ηλικία είναι η καταλληλότερη για έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων;

- Εφηβική (13-17)
- Νεανική(18 και άνω)

11. Ποιες μορφές αντισύλληψης θα προτείνετε σε ένα νέο ζευγάρι;

- Χάπι
- Διάφραγμα
- Σπιράλ
- Ανδρικό προφυλακτικό
- Γυναικείο Προφυλακτικό
- Διακεκομμένη Συνουσία

12. Πιστεύετε πως έχουν ενημέρωση των διαθέσιμων μεθόδων και σε ποιό βαθμό;

- Αρκετή ενημέρωση
- Μέτρια ενημέρωση
- Ελάχιστη ενημέρωση

13. Γνωρίζεται τις γόνιμες μέρες στον κύκλο της γυναίκας , ώστε να μπορείτε να εφαρμόσετε αποδεκτή μέθοδο αντισύλληψης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14. Πιστεύετε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν τη γονιμότητα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. Τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν την ερωτική επιθυμία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

16. Έχουν παρενέργειες τα αντισυλληπτικά χάπια;

- Πονοκέφαλο
- Ναυτία
- Εμετό
- Διογκωμένοι (πρησμένοι) μαστοί

17. Υπάρχει περίπτωση να παχύνει μια γυναίκα παίρνοντας αντισυλληπτικά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

18. Με ποιους τρόπους μπορεί να διακοπεί η κύηση;

- Έκτρωση
- Φάρμακα
- Άλλο τρόπο

19. Πότε μπορεί μια γυναίκα να διακόψει την εγκυμοσύνη;

- Όταν κινδυνεύει σωματικά η ίδια
- Όταν υπάρχουν γενετικές ανωμαλίες εμβρύου
- Όταν η ίδια είναι θύμα βιασμού
- Όταν δεν επιθυμεί το ρόλο της μητέρας
- Όλα τα παραπάνω

20. Τι θα κάνατε σε περίπτωση που μένατε έγκυος,(ή η σύντροφός σας) εκτός γάμου;

- Θα το κρατούσα
- Θα έκανα έκτρωση

21. Οι νεαρές γυναίκες καταφεύγουν περισσότερο στην άμβλωση ή στην αντισύλληψη;

- Άμβλωση
- Αντισύλληψη

22. Πιστεύεται ότι ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός εκτρώσεων οφείλεται σε έλλειψη παιδείας πάνω σε ζητήματα αντισύλληψης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

23. Αληθεύει ό,τι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν μελλοντικά προβλήματα γονιμότητας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

24. Είναι αιτία στειρότητας η άμβλωση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

25. Οι κύριες αιτίες θανάτων οφείλονται στην έκτρωση λόγω:

- Αιμορραγιών
- Μόλυνση
- Αναισθησία
- Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

26. Ποιες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο;

- Μεγαλύτερες των 20 ετών
- Μικρότερες των 20 ετών
- Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ

27. Πιστεύετε ότι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρεάζει τη σεξουαλική συμπεριφορά των συντρόφων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

28. Ο άντρας , θεωρείτε ότι πρέπει να είναι:

- Συνυπεύθυνος
- Αμέτοχος

29. Ποιος θα θέλατε να είναι ο ρόλος του συντρόφου σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σας, περισσότερο;

- Ηθικός
- Οικονομικός
- Οικονομική και ηθική υποστήριξη

30. Κορίτσια που δεν έχουν ηθική υποστήριξη από τον σύντροφο/γονείς , έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων :

- Σωματική υγεία
- Ψυχική υγεία

31. Θεωρείτε πως η κοινωνία στηρίζει τις νεαρές γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32. Πότε μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ,η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας είναι χειρότερη;

- Πριν την έκτρωση
- Μετά την έκτρωση

33. Λαμβάνετε υπόψιν σας την Ελληνική Νομοθεσία για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

34. Είναι η άμβλωση έγκλημα(φόνος);

ΝΑΙ

ΟΧΙ

A) Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας επιδημιολογικής έρευνας ήταν να γίνει η καταγραφή των γνώσεων των εφήβων και νέων σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και αν αυτές εφαρμόζονται σωστά από αυτούς. Ακόμα, να αναφερθεί η σωστή ηλικία σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και η σωστή ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας. Τέλος, να μελετηθούν οι απόψεις για τις αμβλώσεις και οι γνώσεις για τις επιπτώσεις που μπορεί να δημιουργήσουν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

B)Υλικό - Μέθοδος

Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν 260 κορίτσια και αγόρια, άγαμοι, ηλικίας 17-22 ετών των νομών Ηρακλείου και Χανίων από σχολεία, φροντιστήρια και από το ΤΕΙ Ηρακλείου. Η έρευνα διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος 2006 με Μάρτιο 2007.

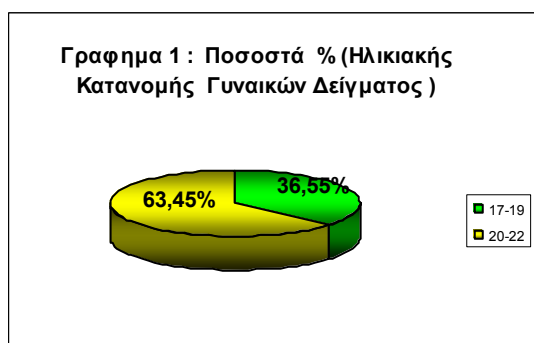
Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη γραπτή μέθοδο συμπλήρωσης τους. Η ανάλυση τους έγινε με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS V12.0.

Γ) Αποτελέσματα

1) Ηλικία

Το ποσοστό δείγματος ανάλογα με την ηλικία των ανδρών και γυναικών που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν 58 γυναίκες ηλικίας 17 – 19 ετών (36,55%) και 102 γυναίκες ηλικίας 20 – 22 ετών (63,45%) (Πίνακας 1, Γράφημα, 1), 52 άνδρες ηλικίας 17–19 ετών (52,35%) και 48 άνδρες ηλικίας 20- 22 ετών (47,65%) (Πίνακας 2, Γράφημα, 2).

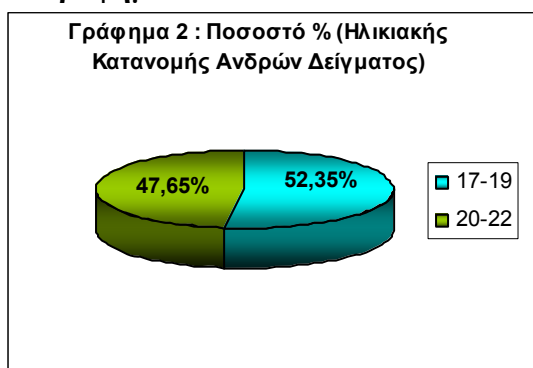
Γραφημα.1



Πίνακας.1

Κατανομή Ηλικιών Γυναικών		
Ηλικία	Σύνολο ατόμων	Ποσοστό %
17-19	58	36,55%
20-22	102	63,45%
Σύνολο	160	100,00%

Γράφημα.2



Πίνακας.2

Κκατανομή ηλικιών ανδρών		
Ηλικία	Σύνολο ατόμων	Ποσοστό %
17-19	52	52,35%
20-22	48	47,65%
Σύνολο	100	100,00%

2) Φύλο

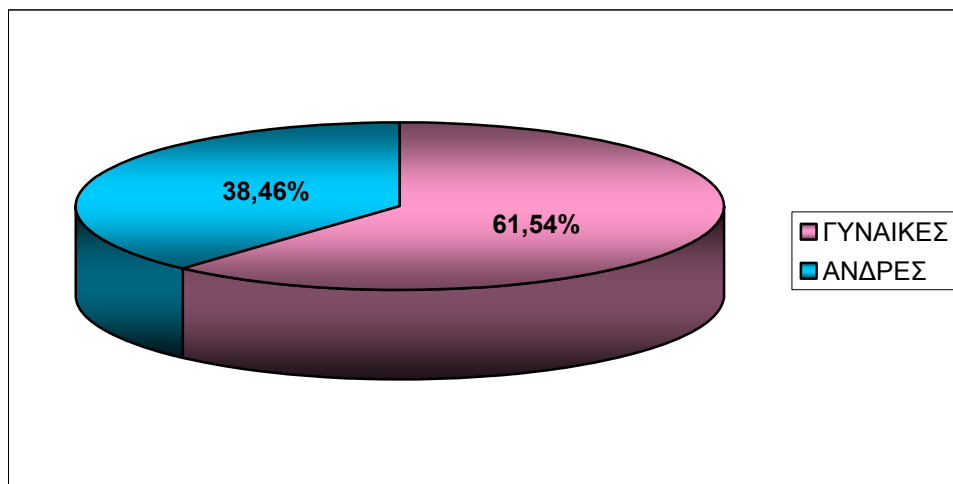
Από τους 260 συμμετέχοντες, οι 160 με ποσοστό 61,54% ήταν γυναίκες και οι 100 με ποσοστό 38,46% ήταν άνδρες (Πίνακας 3, Γράφημα 3).

Πίνακας 3

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γυναίκες	160	61,54
Άνδρες	100	38,46
Σύνολο	260	100

Γράφημα 3

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



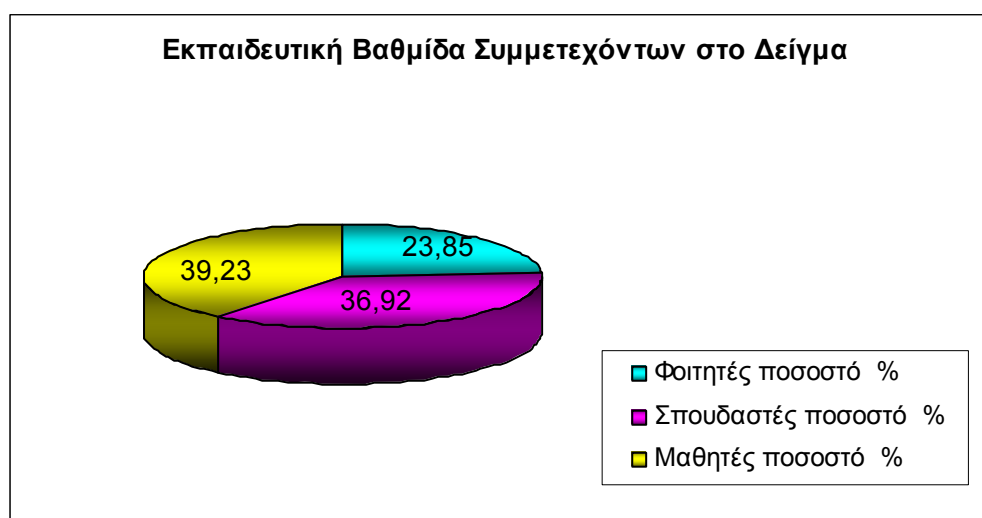
3) Εκπαιδευτική Βαθμίδα

Από τους 260 ερωτηθέντες οι 102 με ποσοστό 39,23% ήταν μαθητές, οι 96 με ποσοστό 36,92% ήταν σπουδαστές και οι 62 με ποσοστό 23,85% ήταν φοιτητές (Πίνακας 4, Γράφημα 4).

Πίνακας 4

	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό %
Μαθητές	102	39,2308
Σπουδαστές	96	36,9231
Φοιτητές	62	23,8462
Σύνολο	260	100

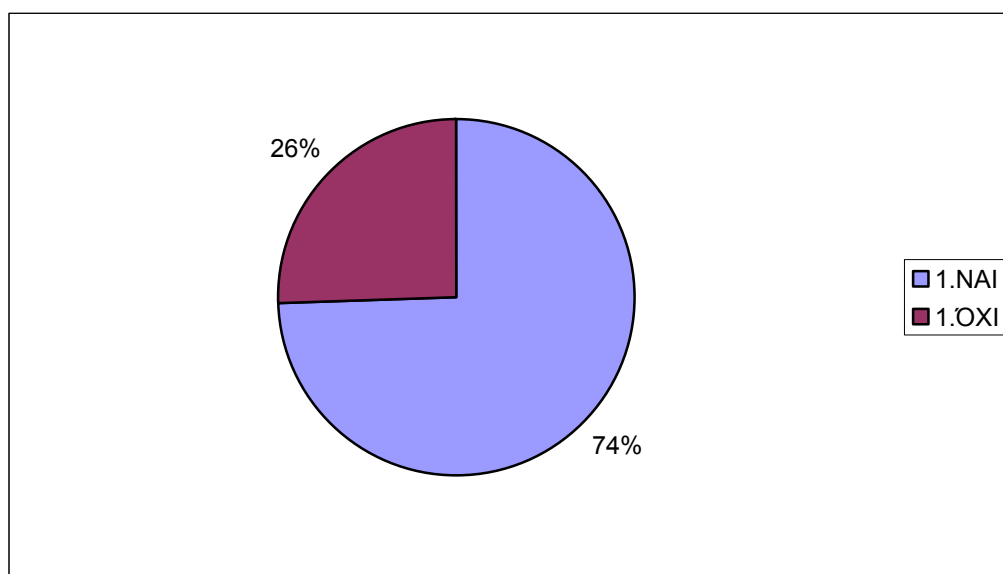
Γράφημα 4



4) Κατά πόσο γνωρίζουν οι νέοι τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός

Στο ερώτημα, << *Κατά πόσο γνωρίζουν οι νέοι τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός;* >>, παρατηρούμε ότι από τα 260 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μας, τα 192 που αντιστοιχούν στο 74% απάντησαν **ΝΑΙ**. Από τα 192 άτομα, τα 118 με ποσοστό 45,39 % ήταν γυναίκες και τα 74 με ποσοστό 28,46% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν τα υπόλοιπα 68 άτομα που αντιστοιχούν στο 26 % και από αυτά, τα 42 με ποσοστό 16,25% ήταν γυναίκες και 26 με ποσοστό 10,00% ήταν άνδρες.(**Γράφημα 4, Πίνακας 4**).

Γράφημα 4



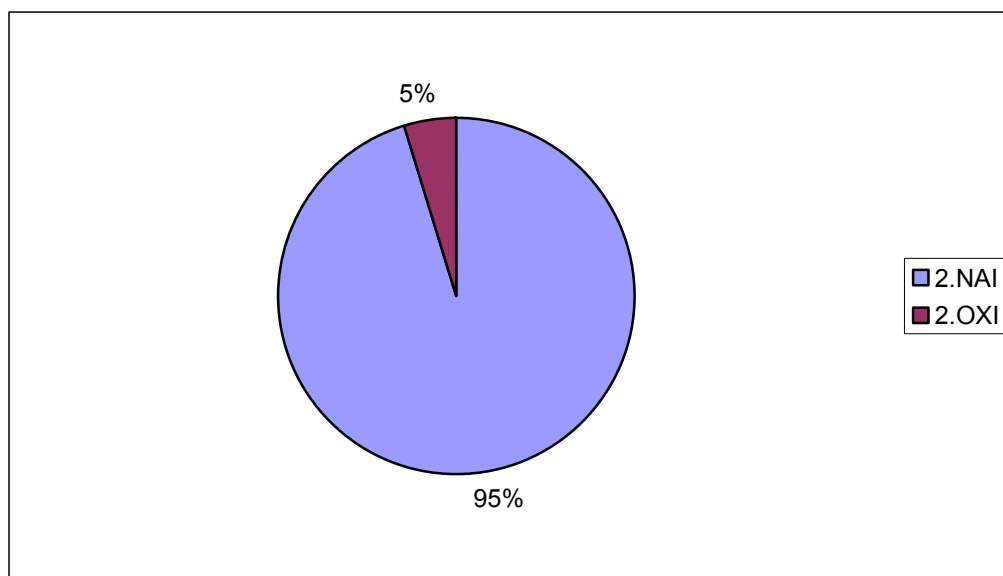
Πίνακας 4

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	192	118	45,39	74	28,46
ΟΧΙ	68	42	16,15	26	10,00
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

5) Κατά πόσο γνωρίζουν τι είναι αντισύλληψη

Στο ερώτημα, << **Κατά πόσο γνωρίζετε τι είναι αντισύλληψη;** >> βλέπουμε ότι από τα 260 άτομα που απάντησαν, τα 247 δηλαδή το 95 % απάντησε **ΝΑΙ**. Απο αυτά, τα 152 με ποσοστό 58,46% ήταν γυναίκες και τα 95 με ποσοστό 36,53% ήταν άνδρες. Τα υπόλοιπα 13 που συμπληρώνουν το 5% απάντησαν **ΟΧΙ** και από αυτά, τα 8 με ποσοστό 3,07% ήταν γυναίκες και οι 5 με ποσοστό 1,92% ήταν άνδρες. (Γράφημα 5, Πίνακας 5).

Γράφημα 5



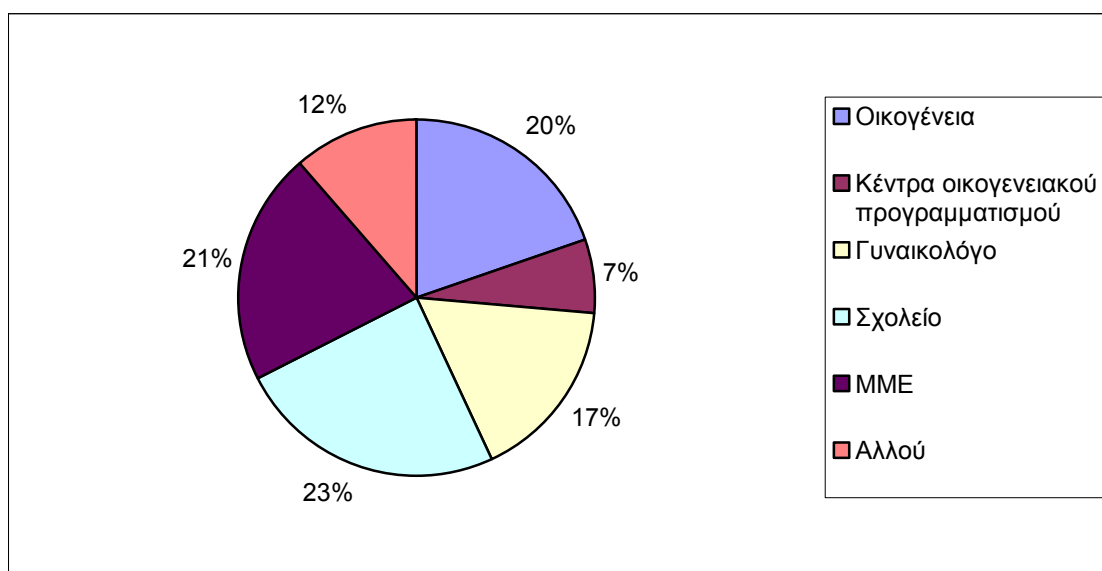
Πίνακας 5

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	247	152	58,46	95	36,53
ΟΧΙ	13	8	3,09	5	1,92
Σύνολο	260	160	61,55	100	38,45

6) Από πού έχουν αποκτήσει γνώσεις περί αντισύλληψης.

Στο ερώτημα <<από πού έχουν αποκτήσει γνώσεις γύρω από την αντισύλληψη;>> , έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα: την **Οικογένεια** απάντησαν 52 άτομα με ποσοστό 20% εκ των οποίων τα 32 με ποσοστό 12,31% ήταν γυναίκες και τα 20 με ποσοστό 7,69% ήταν άνδρες. Τα **Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού** απάντησαν 18 άτομα με ποσοστό 7% από τα οποία , τα 11 με ποσοστό 4,23% ήταν γυναίκες και τα 7 με ποσοστό 2,69% ήταν άνδρες. Το **Γυναικολόγο** απάντησαν 44 άτομα με ποσοστό 17% από τα οποία, τα 27 με ποσοστό 10,38 ήταν γυναίκες και τα 17 με ποσοστό 6,54 ήταν άνδρες. Το **Σχολείο** απάντησαν 60 άτομα με ποσοστό 23% εκ των οποίων τα 37 με ποσοστό 14,23% ήταν γυναίκες και τα 23 με ποσοστό 8,85% ήταν άνδρες. Τα **Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης** απάντησαν 55 άτομα δηλαδή το 21% και τα 34 από αυτά με ποσοστό 13,08% ήταν γυναίκες και τα 21 με ποσοστό 8,08% ήταν άνδρες. **Άλλού** απάντησαν 31 άτομα με ποσοστό 12% και από αυτά, τα 19 με ποσοστό 7,31% ήταν γυναίκες και τα 12 με ποσοστό 4,62% ήταν άνδρες.(Γράφημα 6, Πίνακας 6).

Γράφημα 6



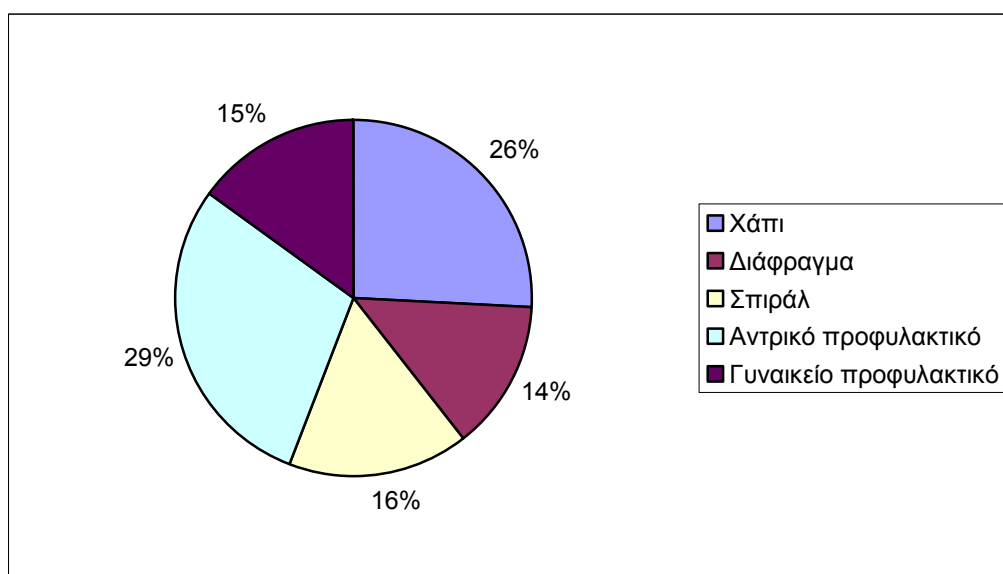
Πίνακας 6

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Οικογένεια	52	32	12,31	20	7,69
Κέντρα Οικογ. Προγραμματισμού	18	11	4,23	7	2,69
Γυναικολόγος	44	27	10,38	17	6,54
Σχολείο	60	37	14,23	23	8,84
ΜΜΕ	55	34	13,08	21	8,08
Άλλού	31	19	7,31	12	4,62
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

7) Ποιες μορφές αντισύλληψης γνωρίζουν

Στην ερώτηση <<Ποιες μορφές αντισύλληψης γνωρίζουν;>> απάντησαν 260 άτομα και έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα: Το **Αντισυλληπτικό Χάπι** απάντησαν 68 άτομα με ποσοστό 26% από τα οποία, τα 42 με ποσοστό 16,15% ήταν γυναίκες και τα 26 με ποσοστό 10,00% ήταν άνδρες. Το **Διάφραγμα** απάντησαν 36 άτομα με ποσοστό 14%, από τα οποία τα 22 με ποσοστό 8,46% ήταν γυναίκες και τα 14 με ποσοστό 5,38% ήταν άνδρες. Το **Σπιράλ** απάντησαν 42 άτομα με ποσοστό 16% από τα οποία, τα 26 με ποσοστό 10,00% ήταν γυναίκες και τα 16 με ποσοστό 6,15% ήταν άνδρες. Το **Ανδρικό Προφυλακτικό** απάντησαν 75 άτομα με ποσοστό 29% από τα οποία τα 46 με ποσοστό 17,69% ήταν γυναίκες και τα 29 με ποσοστό 11,15% ήταν άνδρες. Το **Γυναικείο Προφυλακτικό** απάντησαν 39 άτομα με ποσοστό 15% από τα οποία τα 24 με ποσοστό 9,23% ήταν γυναίκες και τα 15 με ποσοστό 5,77% ήταν άνδρες. (**Γράφημα 7, Πίνακας 7**).

Γράφημα 7



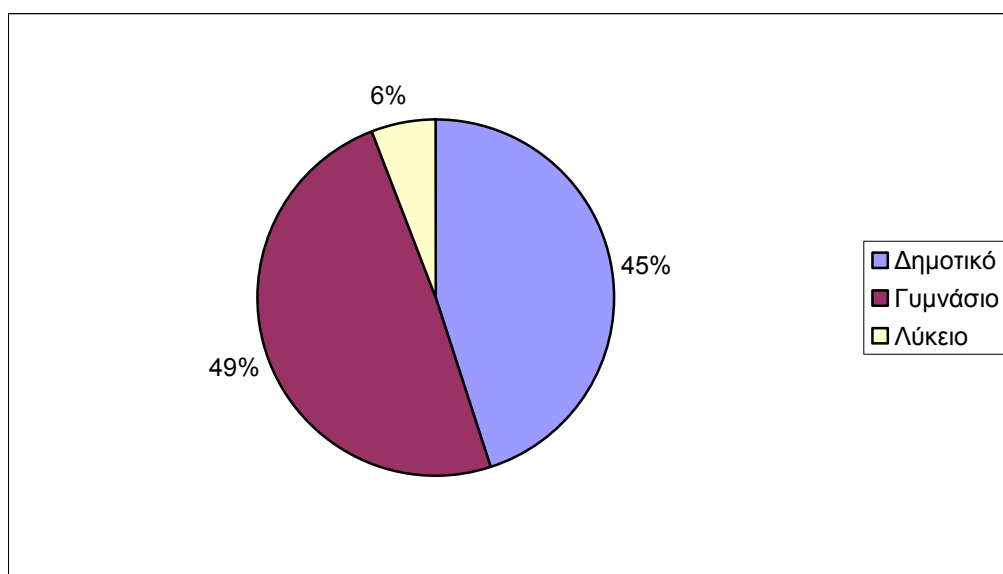
Πίνακας 7

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Χάπι	68	42	16,16	26	10,00
Διάφραγμα	36	22	8,46	14	5,38
Σπιράλ	42	26	10,00	16	6,15
Αντρικό Προφυλακτικό	75	46	17,69	29	11,16
Γυναικείο Προφυλακτικό	39	24	9,23	15	5,77
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

8) Πότε θεωρείται σωστό να ξεκινά η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

Στο ερώτημα, <<Πότε θεωρείτε σωστό να ξεκινάει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση;>>, Έχουμε τα εξής αποτελέσματα : από το **Δημοτικό** απάντησαν 117 άτομα με ποσοστό 45% εκ των οποίων τα 72 με ποσοστό 27,69% ήταν γυναίκες και τα 45 με ποσοστό 17,31% ήταν άνδρες. Από το **Γυμνάσιο** απάντησαν 127 άτομα με ποσοστό 49% εκ των οποίων τα 78 με ποσοστό 30,00% ήταν γυναίκες και τα 49 με ποσοστό 18,85% ήταν άνδρες. Από το **Λύκειο** απάντησαν 16 άτομα με ποσοστό 6% εκ των οποίων τα 10 με ποσοστό 3,85% ήταν γυναίκες και τα 6 με ποσοστό 2,31% ήταν άνδρες. (**Γράφημα 8, Πίνακας 8**).

Γράφημα 8



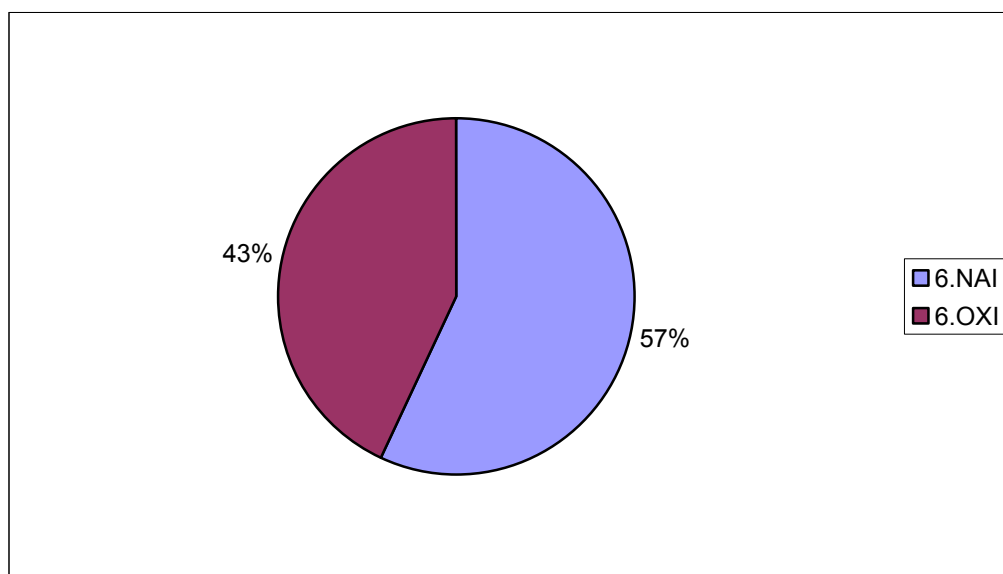
Πίνακας 8

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δημοτικό	117	72	27,69	45	17,30
Γυμνάσιο	127	78	30,00	49	18,85
Λύκειο	16	10	3,85	6	2,31
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

9) Κατά πόσο θεωρούν τους Έλληνες, ιδίως τους νέους, ενημερωμένους για το θέμα της αντισύλληψης

Στην ερώτηση <<Κατά πόσο θεωρούν τους Έλληνες, ιδίως τους νέους, ενημερωμένους για το θέμα της αντισύλληψης>> παρατηρούμε ότι, **ΝΑΙ** απάντησαν 148 άτομα με ποσοστό 57% από τα οποία τα 91 με ποσοστό 35,00% ήταν γυναίκες και τα 57 με ποσοστό 21,92% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 112 άτομα με ποσοστό 43% από τα οποία τα 69 με ποσοστό 26,54% ήταν γυναίκες και τα 43 με ποσοστό 16,54% ήταν άνδρες. (Γράφημα 9, Πίνακας 9).

Γράφημα 9



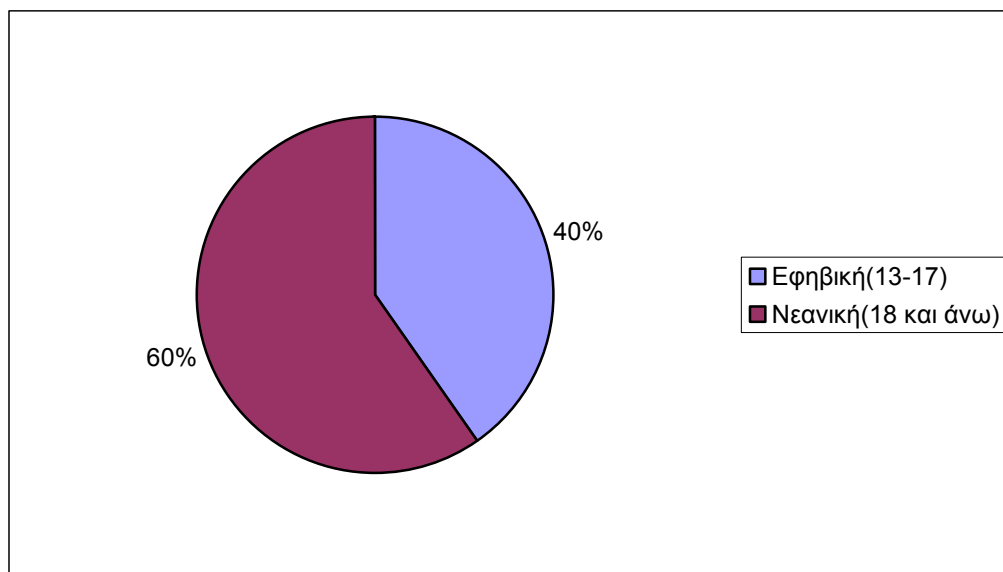
Πίνακας 9

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	148	91	35,00	57	21,92
ΟΧΙ	112	69	26,54	43	16,54
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

10) Ποια ηλικία είναι η καταλληλότερη για έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων

Στο ερώτημα <<Ποια ηλικία είναι η καταλληλότερη για έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων>>, τα 104 άτομα με ποσοστό 40% θεωρούν ότι κατάλληλη ηλικία είναι η **Εφηβική (13 – 17)**. Από αυτά, τα 64 με ποσοστό 24,62% ήταν γυναίκες και τα 40 με ποσοστό 15,38% ήταν άνδρες. Ενώ, τα 156 άτομα με ποσοστό 60% θεωρούν ότι κατάλληλη ηλικία είναι η **Νεανική (18 και άνω)** από τα οποία τα 96 με ποσοστό 36,92% ήταν γυναίκες και τα 60 με ποσοστό 23,08% ήταν άνδρες. (Γράφημα 10, Πίνακας 10).

Γράφημα 10



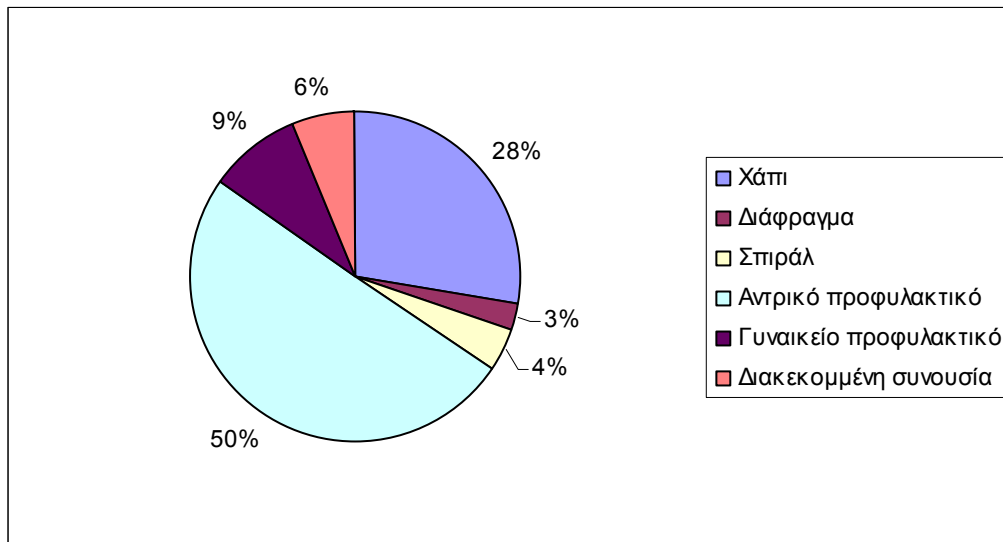
Πίνακας 10

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Εφηβική(13-17)	104	64	24,62	40	15,38
Νεανική(18 και άνω)	156	96	36,92	60	23,08
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

11) Ποιες μορφές αντισύλληψης θα προτείνετε σ' ένα νέο ζευγάρι

Στο ερώτημα, <<Ποιες μορφές αντισύλληψης θα προτείνετε σ' ένα νέο ζευγάρι>>, βλέπουμε ότι το **Αντισυλληπτικό Χάπι** θα πρότειναν 73 άτομα με ποσοστό 28%, όπου τα 45 με ποσοστό 17,31% ήταν γυναίκες και τα 28 με ποσοστό 10,77% ήταν άνδρες. Το **Διάφραγμα** θα πρότειναν 8 άτομα με ποσοστό 3% από τα οποία τα 5 με ποσοστό 1,92% ήταν γυναίκες και τα 3 με ποσοστό 1,15% ήταν άνδρες. Το **Σπιράλ** θα πρότειναν 10 άτομα με ποσοστό 4% από τα οποία τα 6 με ποσοστό 2,31% ήταν γυναίκες και τα 4 με ποσοστό 1,54% ήταν άνδρες. Το **Ανδρικό Προφυλακτικό** θα πρότειναν 130 άτομα με ποσοστό 50% από τα οποία τα 80 με ποσοστό 30,77% ήταν γυναίκες και τα 50 άτομα με ποσοστό 19,23% ήταν άνδρες. Το **Γυναικείο Προφυλακτικό** θα πρότειναν 23 άτομα με ποσοστό 9% από τα οποία τα 14 με ποσοστό 5,38% ήταν γυναίκες και τα 9 με ποσοστό 3,46% ήταν άνδρες. Τη **Διακεκομμένη Συνουσία** θα πρότειναν 16 άτομα με ποσοστό 6% από τα οποία τα 10 με ποσοστό 3,85% ήταν γυναίκες και τα 6 με ποσοστό 2,31% ήταν άνδρες. (Γράφημα 11, Πίνακας 11).

Γράφημα 11



Πίνακας 11

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Χάπι	73	45	17,31	28	10,77
Διάφραγμα	8	5	1,92	3	1,15
Σπιράλ	10	6	2,31	4	1,54
Ανδρικό Προφυλακτικό	130	80	30,77	50	19,23
Γυναικείο Προφυλακτικό	23	14	5,38	9	3,46
Διακεκομμένη Συνουσία	16	10	3,85	6	2,31
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

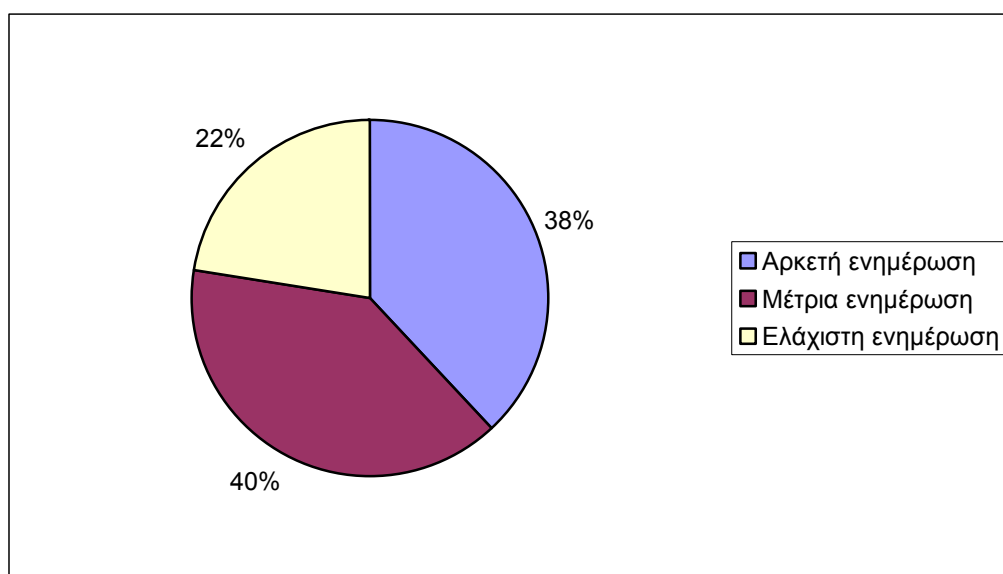
12) Πιστεύετε πως έχουν ενημέρωση των διαθέσιμων μεθόδων αντισύλληψης και σε ποιο βαθμό

Στην ερώτηση, <<Κατά πόσο πιστεύετε ότι κάνουν χρήση των διαθέσιμων μεθόδων αντισύλληψης και σε ποιο βαθμό>>, τα 99 άτομα με ποσοστό 38% απάντησαν ότι οι νέοι έχουν **Αρκετή Ενημέρωση**. Από τα 99 αυτά άτομα, τα 61 με ποσοστό 23,50% ήταν γυναίκες και τα 38 με ποσοστό 14,60% ήταν άνδρες.

Μέτρια Ενημέρωση απάντησαν τα 104 άτομα με ποσοστό 40% από τα οποία τα 64 με ποσοστό 24,60% ήταν γυναίκες και τα 40 με ποσοστό 15,40% ήταν άνδρες.

Ελάχιστη Ενημέρωση απάντησαν τα 57 άτομα με ποσοστό 22% από τα οποία τα 35 με ποσοστό 13,46% ήταν γυναίκες και τα 22 με ποσοστό 8,50% ήταν άνδρες. (**Γράφημα 12, Πίνακας 12**).

Πίνακας 12



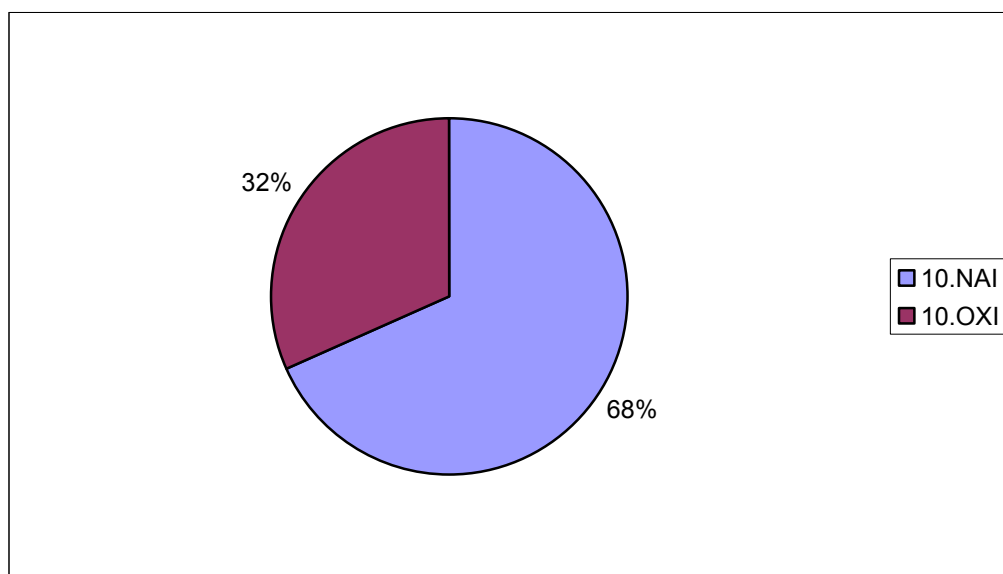
Πίνακας 12

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Αρκετή Ενημέρωση	99	61	23,50	38	14,56
Μέτρια Ενημέρωση	104	64	24,60	40	15,40
Ελάχιστη ενημέρωση	57	35	13,44	22	8,50
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

13) Γνωρίζεται τις γόνιμες μέρες στον κύκλο της γυναίκας , ώστε να μπορείτε να εφαρμόσετε αποδεκτή μέθοδο αντισύλληψης

Στο ερώτημα, <<Γνωρίζεται τις γόνιμες μέρες στον κύκλο της γυναίκας , ώστε να μπορείτε να εφαρμόσετε αποδεκτή μέθοδο αντισύλληψης>>, **ΝΑΙ** απάντησαν 177 άτομα που αποτελούν το 68% εκ των οποίων τα 109 με ποσοστό 41,92% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 68 με ποσοστό 26,15% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 83 άτομα που αποτελούν το 32% εκ των οποίων τα 51 με ποσοστό 19,62% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 32 με ποσοστό 12,31% ήταν άνδρες. (Γράφημα 13, Πίνακας 13).

Γράφημα 13



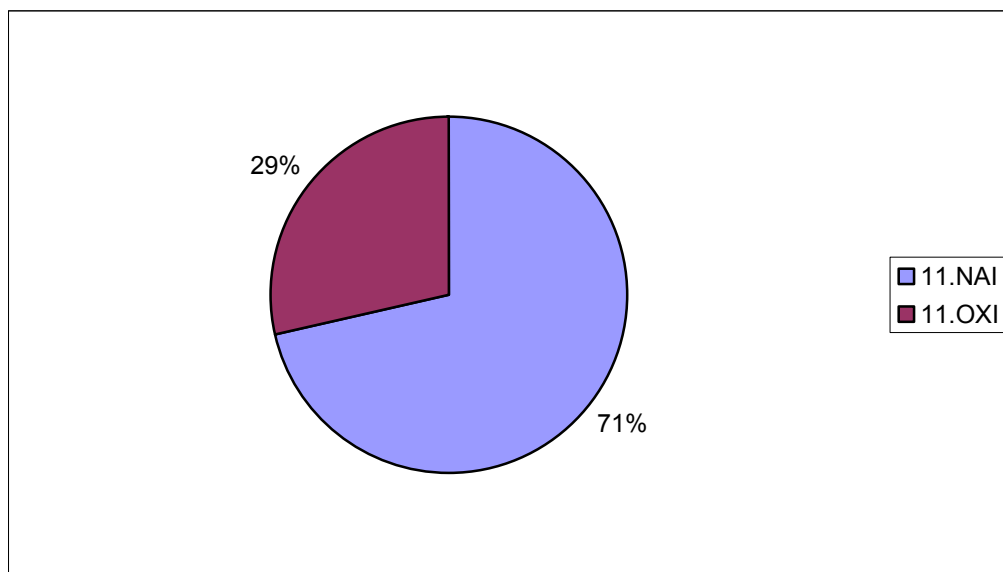
Πίνακας 13

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	177	109	41,92	68	26,15
ΟΧΙ	83	51	19,62	32	12,31
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

14) Πιστεύετε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν τη γονιμότητα

Στην ερώτηση, <<Εάν πιστεύετε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν τη γονιμότητα>>, παρατηρούμε ότι: **ΝΑΙ** απάντησαν 185 άτομα με ποσοστό 71% από τα οποία τα 114 με ποσοστό 43,8% ήταν γυναίκες και τα 71 με ποσοστό 27,31% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 75 άτομα με ποσοστό 29% από τα οποία τα 46 με ποσοστό 17,69% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 29 με ποσοστό 11,15% ήταν άνδρες. (Γράφημα 14, Πίνακας 14).

Γράφημα 14



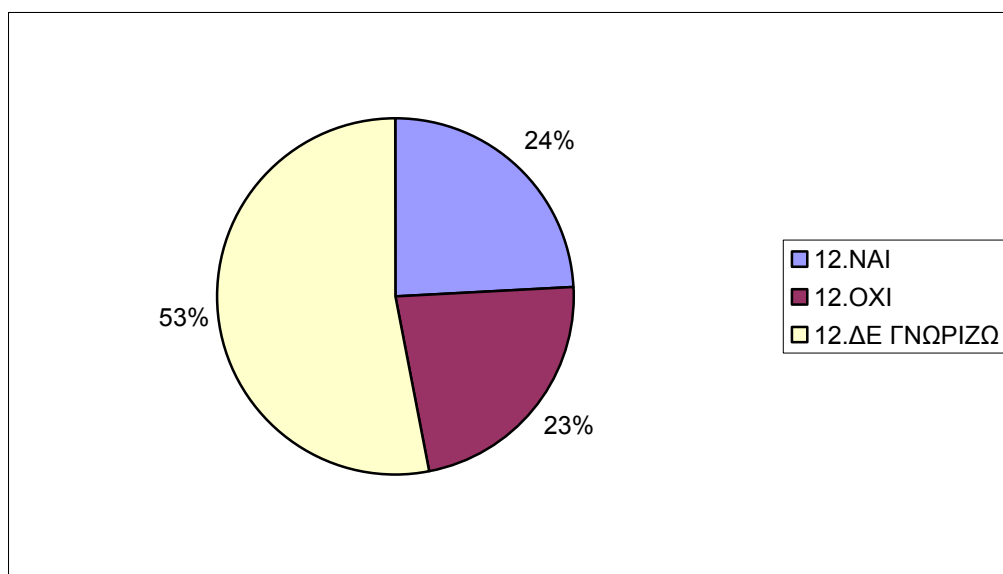
Πίνακας 14

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	185	114	43,85	71	27,31
ΟΧΙ	75	46	17,69	29	11,15
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

Ερώτηση 15 : Τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν την ερωτική επιθυμία

Στην ερώτηση, <<Κατά πόσο τα αντισυλληπτικά χάπια επηρεάζουν την ερωτική επιθυμία;>>, **ΝΑΙ** απάντησαν 62 άτομα με ποσοστό 24% από τα οποία τα 38 με ποσοστό 14,62% ήταν γυναίκες και τα 24 με ποσοστό 9,23% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 60 άτομα με ποσοστό 23% από τα οποία τα 37 με ποσοστό 14,23% ήταν γυναίκες και τα 23 άτομα με ποσοστό 8,85% ήταν άνδρες. **Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ** απάντησαν 138 άτομα με ποσοστό 53% από τα οποία, τα 85 με ποσοστό 32,69% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 53 με ποσοστό 20,38% ήταν άνδρες. (Γράφημα 15, Πίνακας 15).

Γράφημα 15



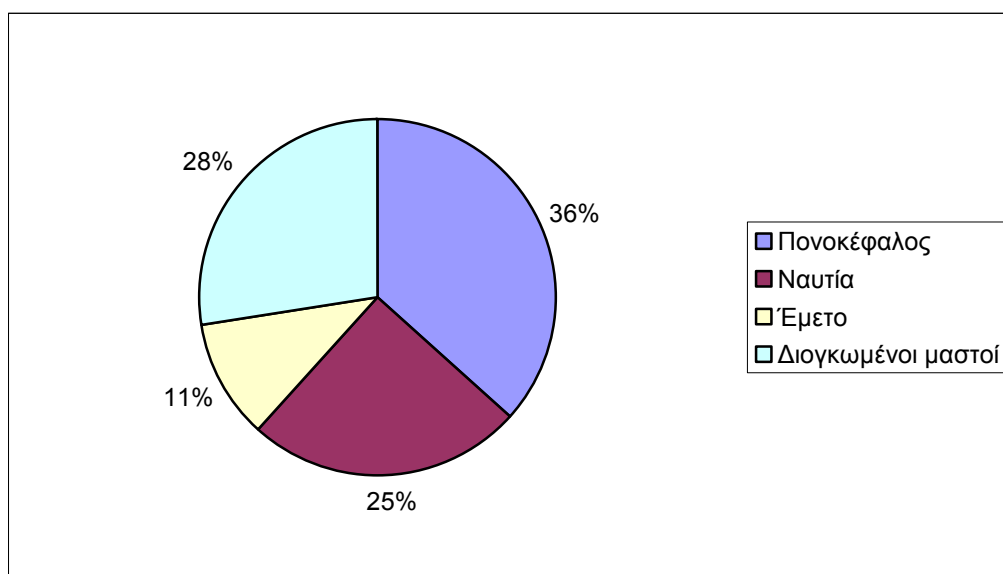
Πίνακας 15

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	62	38	14,62	24	9,23
ΟΧΙ	60	37	14,23	23	8,85
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	138	85	32,69	53	20,38
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

16) Έχουν παρενέργειες τα αντισυλληπτικά χάπια

Στην ερώτηση, <<Εάν τα αντισυλληπτικά χάπια έχουν παρενέργειες>>, έχουμε τις παρακάτω απαντήσεις : **Πονοκέφαλο** απάντησαν 93 άτομα με ποσοστό 36% από τα οποία, τα 57 με ποσοστό 21,92% ήταν γυναίκες και τα 36 με ποσοστό 13,85% ήταν άνδρες. **Ναυτία** απάντησαν 65 άτομα με ποσοστό 25% από τα οποία, τα 40 με ποσοστό 15,38% ήταν γυναίκες και τα 25 με ποσοστό 9,62% ήταν άνδρες. **Εμετό** απάντησαν 29 άτομα με ποσοστό 11% από τα οποία τα 18 με ποσοστό 6,92% ήταν γυναίκες και τα 11 με ποσοστό 4,23 ήταν άνδρες. **Διογκωμένοι Μαστοί** απάντησαν 73 άτομα με ποσοστό 28% από τα οποία, τα 45 με ποσοστό 17,31% ήταν γυναίκες και τα 28 με ποσοστό 10,77 ήταν άνδρες. (Γράφημα 16, Πίνακας 16).

Γράφημα 16



Πίνακας 16

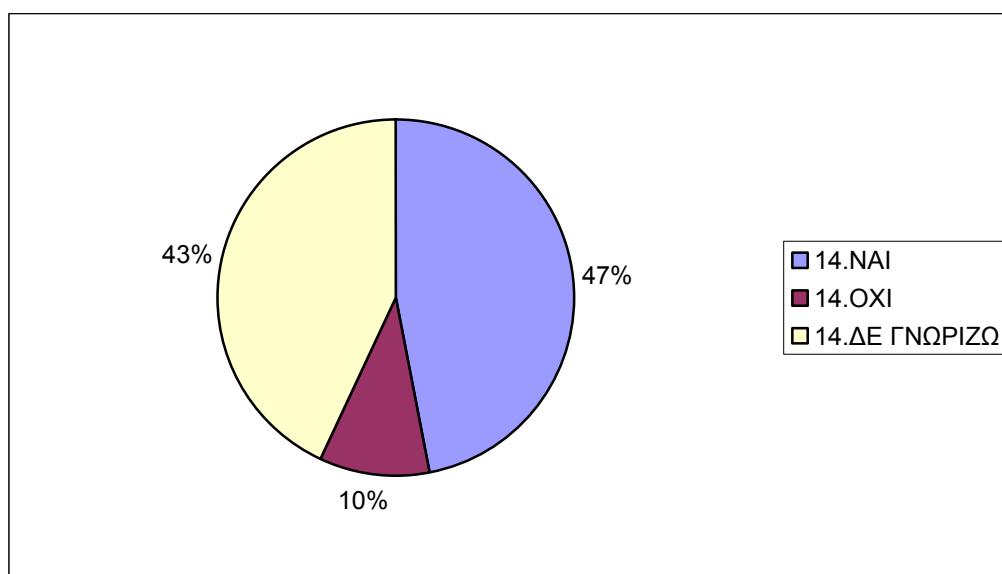
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πονοκέφαλος	93	57	21,93	36	13,85
Ναυτία	65	40	15,38	25	9,62
Εμετός	29	18	6,92	11	4,23
Διογκωμένοι Μαστοί	73	45	17,31	28	10,76
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

17) Υπάρχει περίπτωση να παχύνει μια γυναίκα παίρνοντας αντισυλληπτικά

Στην ερώτηση, <<Εάν υπάρχει περίπτωση να παχύνει μια γυναίκα παίρνοντας αντισυλληπτικά χάπια>>, **ΝΑΙ** απάντησαν 122 ερωτηθέντες με ποσοστό 47% από τους οποίους οι 75 με ποσοστό 28,85% ήταν γυναίκες και οι 47 με ποσοστό 18,07 ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 26 ερωτηθέντες με ποσοστό 10% από τους οποίους οι 16 με ποσοστό 6,15% ήταν γυναίκες και οι 10 με ποσοστό 3,85% ήταν άνδρες.

Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ απάντησαν 112 ερωτηθέντες με ποσοστό 43% από τους οποίους οι 69 με ποσοστό 26,54% ήταν γυναίκες και οι υπόλοιποι 43 με ποσοστό 16,54% ήταν άνδρες. (Γράφημα 17, Πίνακας 17).

Γράφημα 17



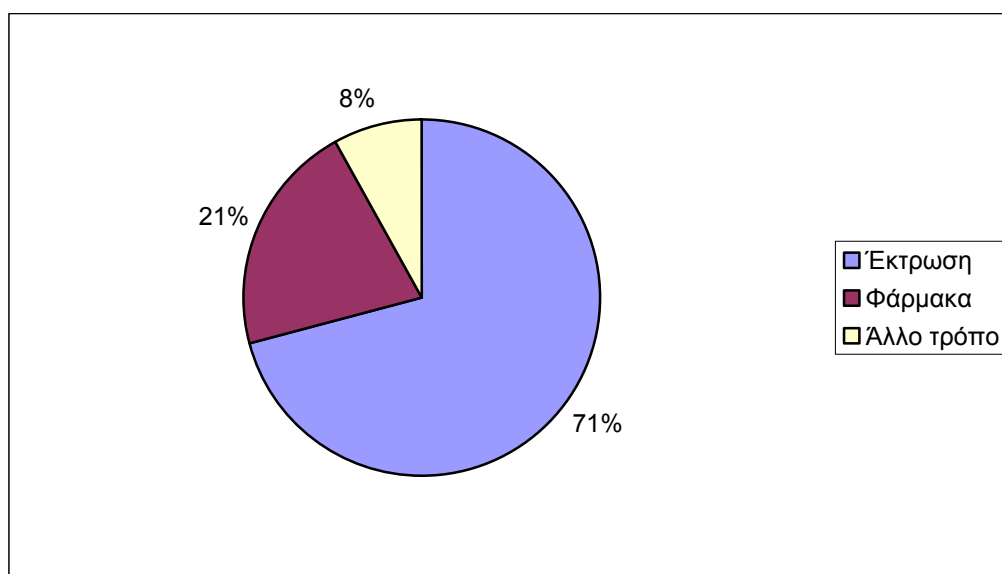
Πίνακας 17

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	122	75	28,85	47	18,07
ΟΧΙ	26	16	6,15	10	3,85
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	112	69	26,54	43	16,54
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

18) Με ποιους τρόπους μπορεί να διακοπεί η κύηση

Στο ερώτημα, <<Με ποιους τρόπους μπορεί να διακοπεί η κύηση>>, παρατηρούμε ότι: **Έκτρωση** απάντησαν 184 άτομα με ποσοστό 71% εκ των οποίων τα 113 με ποσοστό 43,46% ήταν γυναίκες και τα 71 άτομα με ποσοστό 27,31% ήταν άνδρες. **Φάρμακα** απάντησαν 55 άτομα με ποσοστό 21% εκ των οποίων τα 34 με ποσοστό 13,08% ήταν γυναίκες και τα 21 με ποσοστό 8,07% ήταν άνδρες. **Άλλο Τρόπο** απάντησαν 21 άτομα με ποσοστό 8% εκ των οποίων τα 13 με ποσοστό 5,00% ήταν γυναίκες και τα 8 με ποσοστό 3,08% ήταν άνδρες. (Γράφημα 18, Πίνακας 18).

Γράφημα 18



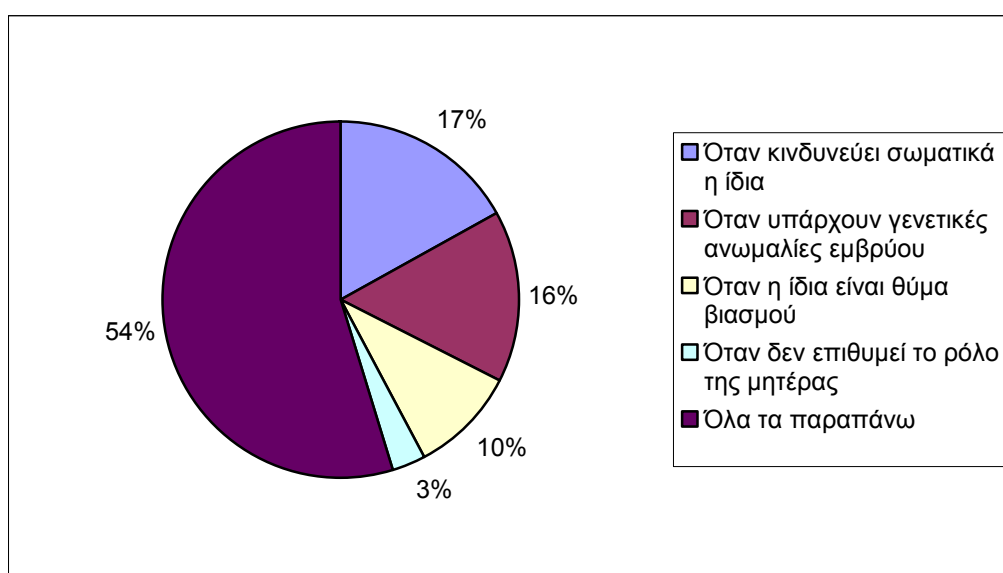
Πίνακας 18

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έκτρωση	184	113	43,46	71	27,31
Φάρμακα	55	34	13,08	21	8,07
Άλλο Τρόπο	21	13	5,00	8	3,08
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

Ερώτηση 19 : Πότε μπορεί μια γυναίκα να διακόψει την εγκυμοσύνη

Στο ερώτημα, <<Πότε μπορεί μια γυναίκα να διακόψει την εγκυμοσύνη;>>, οι απαντήσεις έχουν ως εξής: **Όταν κινδυνεύει σωματικά η ίδια** απάντησαν 44 άτομα με ποσοστό 17% από τα οποία, τα 27 με ποσοστό 10,38% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 17 με ποσοστό 6,54% ήταν άνδρες. **Όταν υπάρχουν γενετικές ανωμαλίες εμβρύου** απάντησαν 42 άτομα με ποσοστό 16% από τα οποία, τα 26 με ποσοστό 10,00% ήταν γυναίκες και τα 16 με ποσοστό 6,15% ήταν άνδρες. **Όταν η ίδια είναι θύμα βιασμού** απάντησαν 26 άτομα με ποσοστό 10% από τα οποία, τα 16 με ποσοστό 6,15% ήταν γυναίκες και τα 10 με ποσοστό 3,85% ήταν άνδρες. **Όταν δεν επιθυμεί το ρόλο της μητέρας** απάντησαν 8 άτομα με ποσοστό 3% από τα οποία, τα 5 με ποσοστό 1,92% ήταν γυναίκες και τα 3 με ποσοστό 1,15% ήταν άνδρες. **Όλα τα παραπάνω** απάντησαν 140 άτομα με ποσοστό 54% από τα οποία, τα 86 με ποσοστό 33,09% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 54 με ποσοστό 20,77% ήταν άνδρες. (Γράφημα 19, Πίνακας 19).

Γράφημα 19



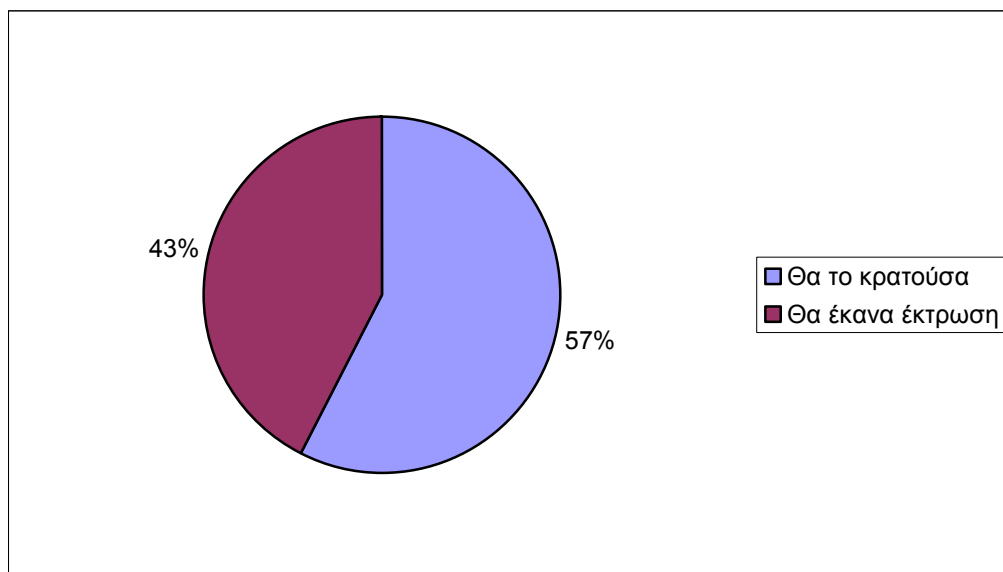
Πίνακας 19

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Όταν κινδυνεύει σωματικά η ίδια	44	27	10,38	17	6,54
Όταν υπάρχουν γενετικές ανωμαλίες εμβρύου	42	26	10,00	16	6,15
Όταν η ίδια είναι θύμα βιασμού	26	16	6,15	10	3,85
Όταν δεν επιθυμεί το ρόλο της μητέρας	8	5	1,92	3	1,15
Όλα τα παραπάνω	140	86	33,09	54	20,77
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

20) Τι θα κάνατε σε περίπτωση που μένατε έγκυος,(ή η σύντροφός σας) εκτός γάμου

Στην ερώτηση, <<Τι θα κάνατε σε περίπτωση που θα μένατε έγκυος(ή η σύντροφός σας) εκτός γάμου>>, **Θα το κρατούσα** απάντησαν τα 148 άτομα με ποσοστό 57%. Από αυτά, τα 91 με ποσοστό 35,00% ήταν γυναίκες και τα 57 με ποσοστό 21,92% ήταν άνδρες. **Θα έκανα έκτρωση** απάντησαν τα 112 άτομα με ποσοστό 43%. Από αυτά, τα 69 με ποσοστό 26,54% ήταν γυναίκες και τα 43 με ποσοστό 16,54% ήταν άνδρες. (Γράφημα 20, Πίνακας 20).

Γράφημα 20



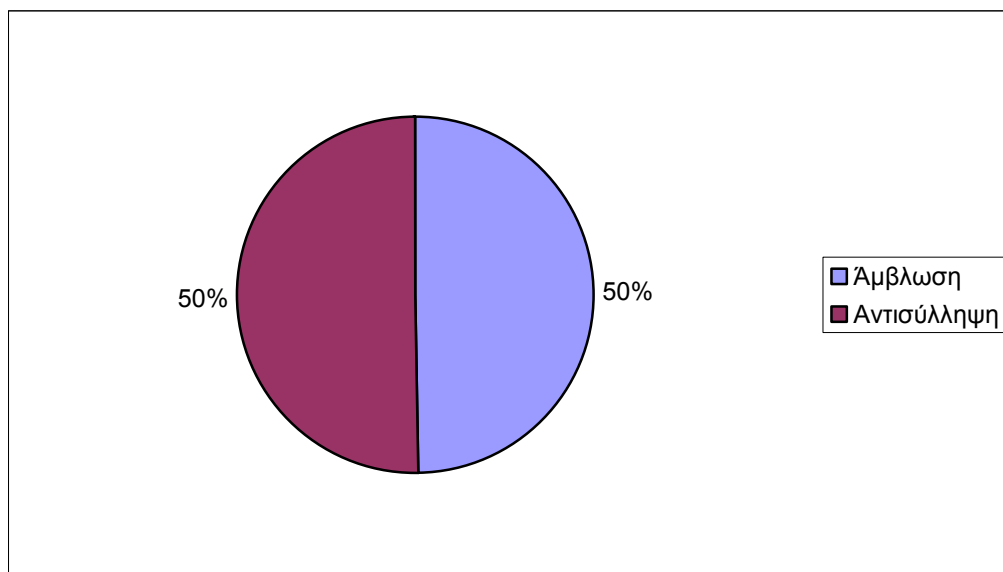
Πίνακας 20

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Θα το κρατούσα	148	91	35,00	57	21,92
Θα έκανα έκτρωση	112	69	26,54	43	16,54
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

21) Οι νεαρές γυναίκες καταφεύγουν περισσότερο στην άμβλωση ή στην αντισύλληψη

Στην ερώτηση, <<Εάν οι γυναίκες καταφεύγουν περισσότερο στην αντισύλληψη ή στην άμβλωση;>>, Άμβλωση απάντησαν 130 άτομα με ποσοστό 50% από τα οποία, τα 80 με ποσοστό 30,77% ήταν γυναίκες και τα 50 με ποσοστό 19,23% ήταν άνδρες. Αντισύλληψη απάντησαν 130 άτομα με ποσοστό 50% από τα οποία, τα 80 με ποσοστό 30,77% ήταν γυναίκες και τα 50 με ποσοστό 19,23% ήταν άνδρες. (Γράφημα 21, Πίνακας 21).

Γράφημα 21



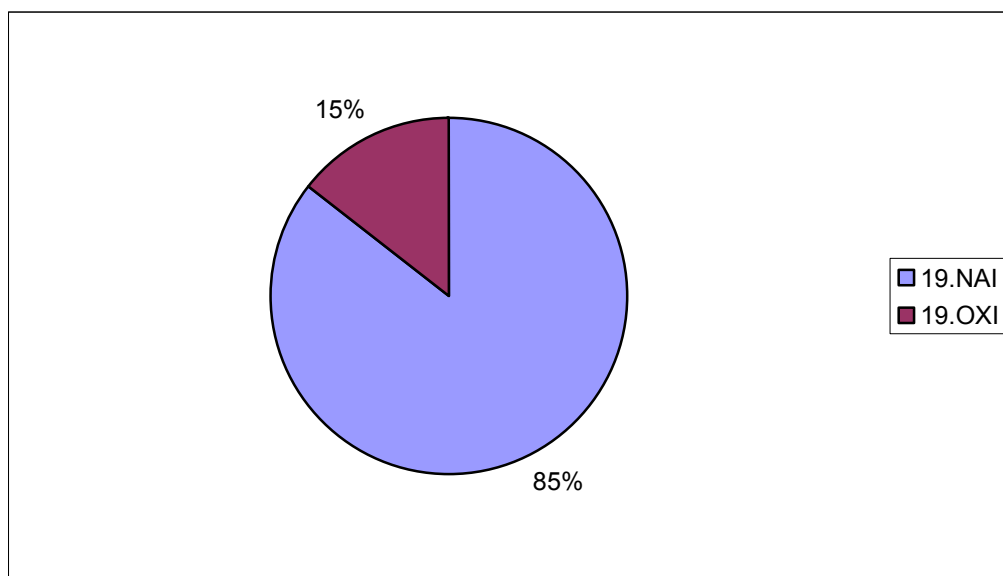
Πίνακας 21

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Άμβλωση	130	80	30,77	50	19,23
Αντισύλληψη	130	80	30,77	50	19,23
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

22) Αν οφείλεται η έλλειψη παιδείας για το μεγάλο ποσοστό αμβλώσεων

Στην ερώτηση, <<Αν οφείλεται η έλλειψη παιδείας για το μεγάλο ποσοστό αμβλώσεων>>, **ΝΑΙ** απάντησαν 221 άτομα με ποσοστό 85% από τα οποία, τα 136 με ποσοστό 52,31% ήταν γυναίκες και τα 85 με ποσοστό 32,69% ήταν άνδρες. **ΌΧΙ** απάντησαν 39 άτομα με ποσοστό 15% από τα οποία, τα 24 με ποσοστό 9,235 ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 15 με ποσοστό 5,77% ήταν άνδρες. (Γράφημα 22, Πίνακας 22).

Γράφημα 22



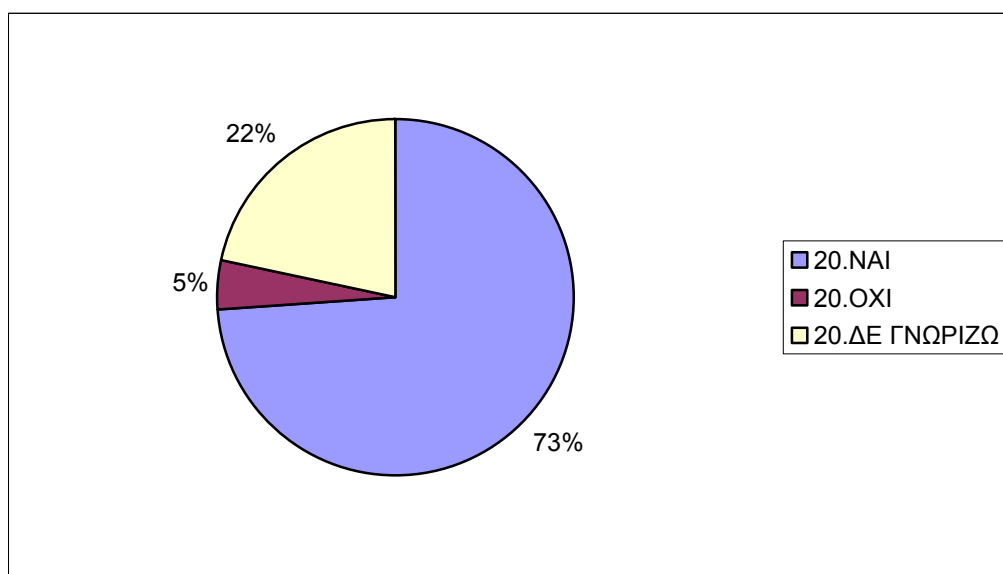
Πίνακας 22

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	221	136	52,31	85	32,69
ΌΧΙ	39	24	9,23	15	5,77
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

23) Αληθεύει ό,τι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν μελλοντικά προβλήματα γονιμότητας

Στην ερώτηση, <<Αν αληθεύει ότι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν μελλοντικά προβλήματα γονιμότητας;>>, **ΝΑΙ** απάντησαν 190 από τους ερωτηθέντες με ποσοστό 73%. Από αυτούς οι 117 με ποσοστό 45,00% ήταν γυναίκες και 73 με ποσοστό 28,08% ήταν άνδρες. **ΌΧΙ** απάντησαν 13 από τους ερωτηθέντες με ποσοστό 5%. Από αυτούς οι 8 με ποσοστό 3,08% ήταν γυναίκες και 5 με ποσοστό 1,92% ήταν άνδρες. **Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ** απάντησαν 57 ερωτηθέντες με ποσοστό 22% και από αυτούς οι 35 με ποσοστό 13,46% ήταν γυναίκες και οι 22 με ποσοστό 8,46% ήταν άνδρες. (Γράφημα 23, Πίνακας 23).

Γράφημα 23



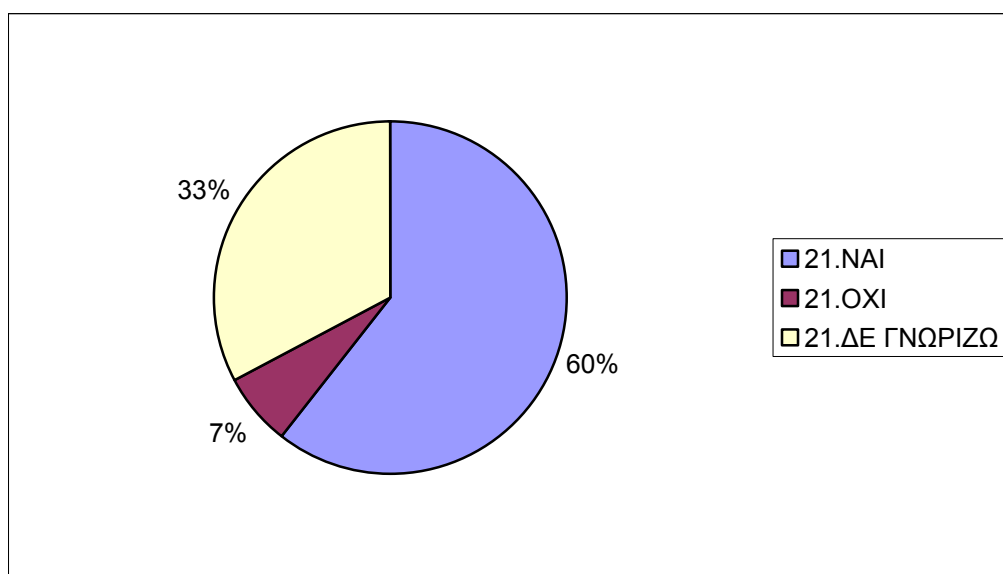
Πίνακας 23

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	190	117	45,00	73	28,08
ΌΧΙ	13	8	3,08	5	1,92
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	57	35	13,46	22	8,46
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

24) Είναι αιτία στειρότητας η άμβλωση

Στην ερώτηση, <<Αν είναι αιτία στειρότητας η άμβλωση;>> **ΝΑΙ** απάντησαν 156 άτομα με ποσοστό 60% από τα οποία, τα 96 με ποσοστό 36,92% ήταν γυναίκες και τα 60 με ποσοστό 23,08% ήταν άνδρες. **ΌΧΙ** απάντησαν 18 άτομα με ποσοστό 7% από τα οποία, τα 11 με ποσοστό 4,23% ήταν γυναίκες και τα 7 με ποσοστό 2,69% ήταν άνδρες και **Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ** απάντησαν 86 άτομα με ποσοστό 33% από τα οποία, τα 5 με ποσοστό 1,92% ήταν γυναίκες και τα 33 με ποσοστό 12,69% ήταν άνδρες. (Γράφημα 24, Πίνακας 24).

Γράφημα 24



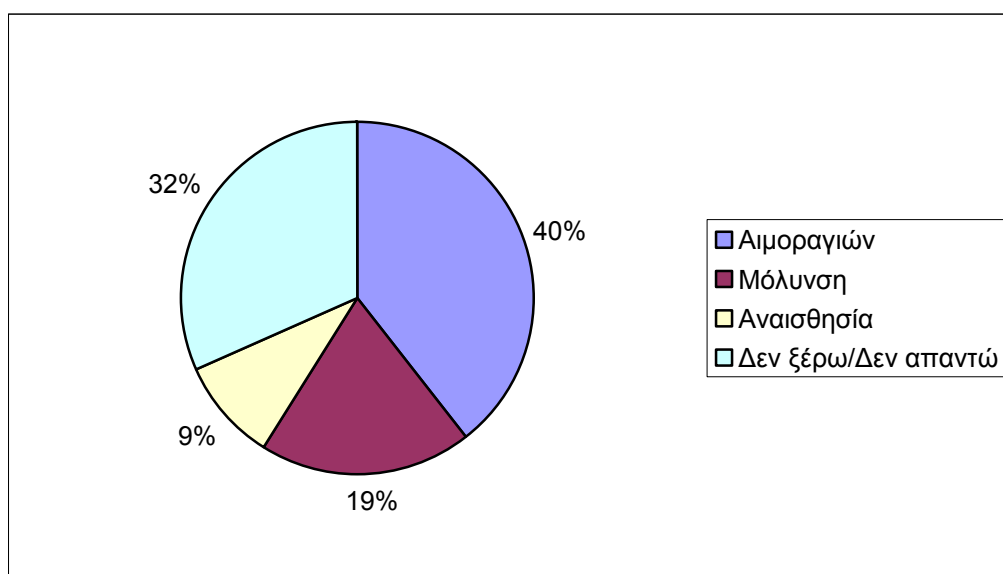
Πίνακας 24

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	156	96	36,93	60	23,08
ΌΧΙ	18	11	4,23	7	2,69
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	86	53	20,38	33	12,69
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

25) Οι κύριες αιτίες θανάτων οφείλονται στην έκτρωση λόγω

Στην ερώτηση, <<Ποιες είναι οι κυριότερες αιτίες θανάτου που οφείλονται στην έκτρωση;>>, Θάνατο λόγω **Αιμορραγιών** απάντησαν 104 άτομα με ποσοστό 40% από τα οποία, τα 64 με ποσοστό 24,62% ήταν γυναίκες και τα 40 με ποσοστό 15,38% ήταν άνδρες. Θάνατο λόγω **Μόλυνσης** απάντησαν 50 άτομα με ποσοστό 19% από τα οποία, τα 31 με ποσοστό 11,92% ήταν γυναίκες και τα 19 με ποσοστό 7,31% ήταν άνδρες. Θάνατο λόγω **Αναισθησίας** απάντησαν 23 άτομα με ποσοστό 9% από τα οποία, τα 14 με ποσοστό 5,38% ήταν γυναίκες και τα 9 με ποσοστό 3,46% ήταν άνδρες και τέλος, **Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ** απάντησαν 83 άτομα με ποσοστό 32% από τα οποία, τα 51 με ποσοστό 19,62% ήταν γυναίκες ηλικίας 17 – 22 ετών και τα υπόλοιπα 32 με ποσοστό 12,31% ήταν άνδρες ηλικίας 17 – 22 ετών. (Γράφημα 25, Πίνακας 25).

Γράφημα 25



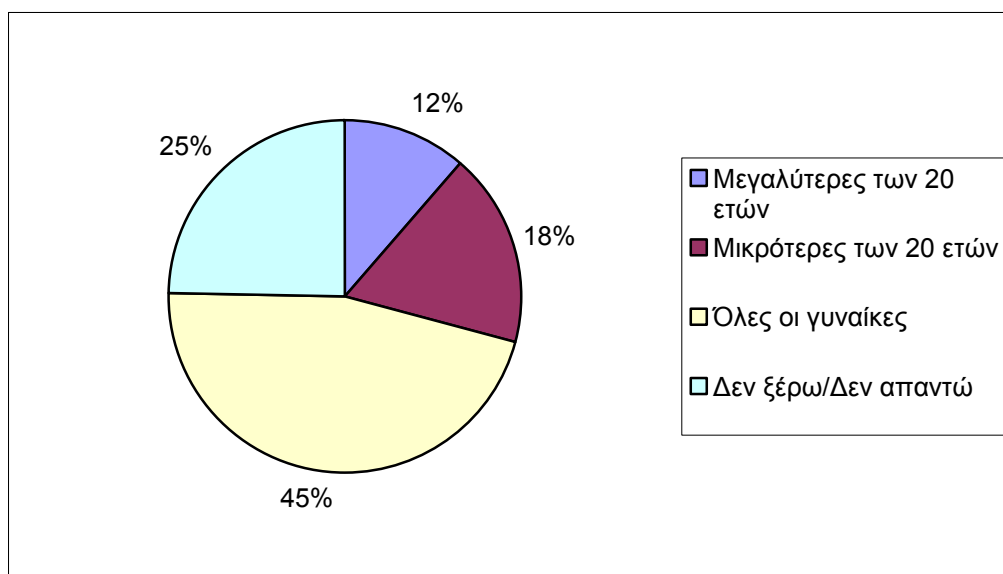
Πίνακας 25

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Αιμορραγιών	104	64	24,62	40	15,38
Μόλυνση	50	31	11,92	19	7,31
Αναισθησία	23	14	5,38	9	3,46
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	83	51	19,62	32	12,31
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

26) Ποιες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο

Στο ερώτημα, <<Ποιες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο;>>, **Μεγαλύτερες των 20 ετών** απάντησαν τα 31 άτομα με ποσοστό 12% από τα οποία, τα 19 με ποσοστό 7,31% ήταν γυναίκες και τα 12 με ποσοστό 4,61% ήταν άνδρες. **Μικρότερες των 20 ετών** απάντησαν τα 47 άτομα με ποσοστό 18% από τα οποία, τα 29 με ποσοστό 11,15% ήταν γυναίκες και τα 18 με ποσοστό 6,92% ήταν άνδρες. **Όλες οι γυναίκες** απάντησαν τα 117 άτομα με ποσοστό 45% από τα οποία, τα 72 με ποσοστό 27,70% ήταν γυναίκες και τα 45 με ποσοστό 17,30% ήταν άνδρες. Τέλος, **Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ** απάντησαν τα υπόλοιπα 65 άτομα με ποσοστό 25% από τα οποία, τα 40 με ποσοστό 15,39% ήταν γυναίκες και τα 25 με ποσοστό 9,62% ήταν άνδρες. (Γράφημα 26, Πίνακας 26).

Γράφημα 26



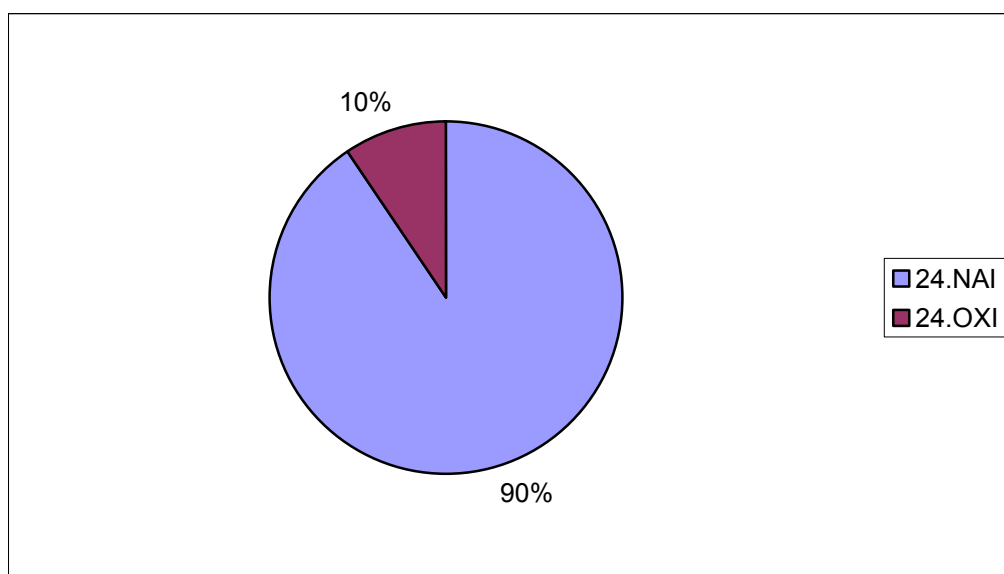
Πίνακας 26

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Μεγαλύτερες των 20 ετών	31	19	7,31	12	4,61
Μικρότερες των 20 ετών	47	29	11,15	18	6,92
Όλες οι γυναίκες	117	72	27,70	45	17,30
Δεν γνωρίζω/Δεν Απαντώ	65	40	15,39	25	9,62
Σύνολο	260	160	61,55	100	38,45

27) Πιστεύετε ότι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρεάζει τη σεξουαλική συμπεριφορά των συντρόφων

Στο ερώτημα, <<Εάν πιστεύετε ότι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρεάζει την σεξουαλική συμπεριφορά των συντρόφων;>>, **ΝΑΙ** απάντησαν τα 234 άτομα με ποσοστό 90% από τα οποία, τα 144 με ποσοστό 55,38% ήταν γυναίκες και τα 90 με ποσοστό 34,62% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν τα υπόλοιπα 26 άτομα με ποσοστό 10% από τα οποία, τα 16 με ποσοστό 6,15% ήταν γυναίκες και τα 10 με ποσοστό 3,85% ήταν άνδρες. (Γράφημα 27, Πίνακας 27).

Γράφημα 27



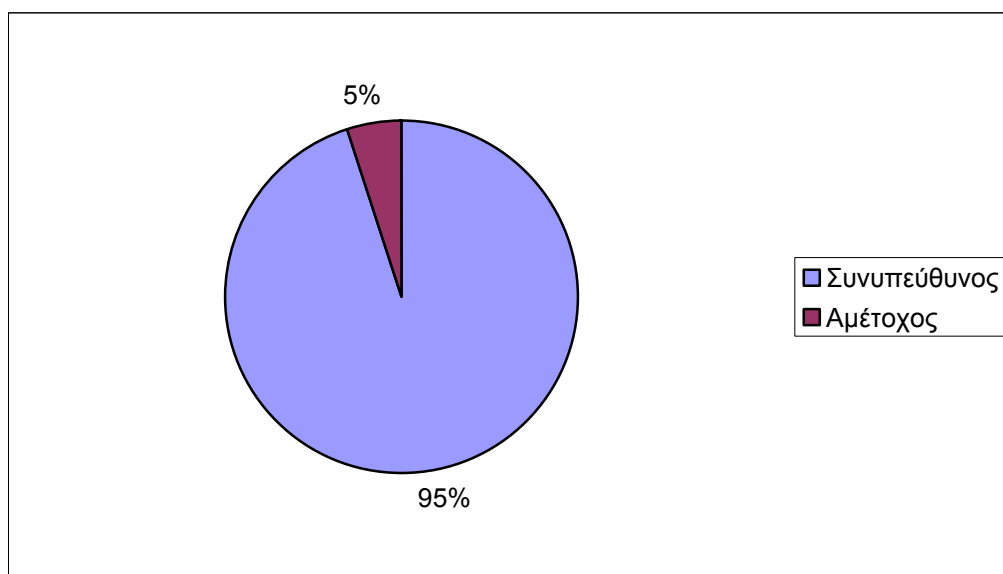
Πίνακας 27

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	234	144	55,38	90	34,62
ΟΧΙ	26	16	6,15	10	3,85
Σύνολο	260	160	61,53	100	38,47

28) Ο άντρας θεωρείτε ότι πρέπει να είναι συνυπεύθυνος ή αμέτοχος

Στην ερώτηση, <<Αν θεωρείτε ότι ο άνδρας πρέπει να είναι συνυπεύθυνος ή αμέτοχος;>>, **Συνυπεύθυνος** απάντησαν 247 άτομα με ποσοστό 95% από τα οποία, τα 152 με ποσοστό 58,46% ήταν γυναίκες και τα 95 με ποσοστό 36,54% ήταν άνδρες. **Αμέτοχος** απάντησαν 13 άτομα με ποσοστό 5% από τα οποία, τα 8 με ποσοστό 3,08% ήταν γυναίκες και τα 5 με ποσοστό 1,92 ήταν άνδρες. (Γράφημα 28, Πίνακας 28).

Γράφημα 28



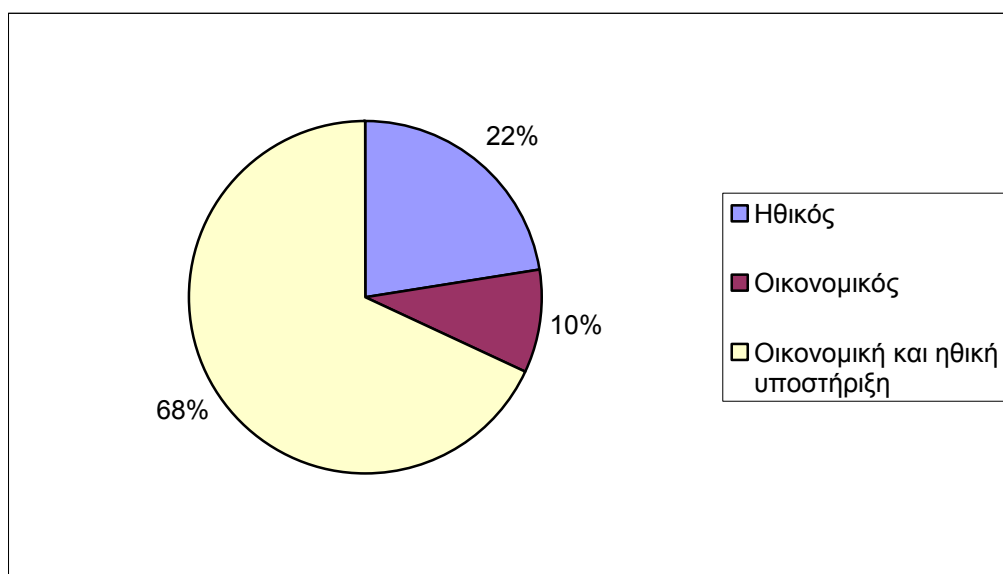
Πίνακας 28

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Συνυπεύθυνος	247	152	58,46	95	36,54
Αμέτοχος	13	8	3,08	5	1,92
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

29) Ποιος θα θέλατε να είναι ο ρόλος του συντρόφου σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη περισσότερο

Στη ερώτηση, <<Ποιος θα θέλατε να είναι ο ρόλος του συντρόφου σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;>>, **Ηθικός** απάντησαν τα 57 άτομα με ποσοστό 22% από τα οποία, τα 35 με ποσοστό 13,47% ήταν γυναίκες και τα 22 με ποσοστό 8,46% ήταν άνδρες. **Οικονομικός** απάντησαν τα 26 άτομα με ποσοστό 10% από τα οποία, τα 16 με ποσοστό 6,15% ήταν γυναίκες και τα 10 με ποσοστό 3,85% ήταν άνδρες. Τέλος, **Οικονομική και ηθική υποστήριξη** απάντησαν 117 άτομα με ποσοστό 68% από τα οποία, τα 109 με ποσοστό 41,92% ήταν γυναίκες και τα 68 με ποσοστό 26,15% ήταν άνδρες. (Γράφημα 29, Πίνακας 29).

Γράφημα 29



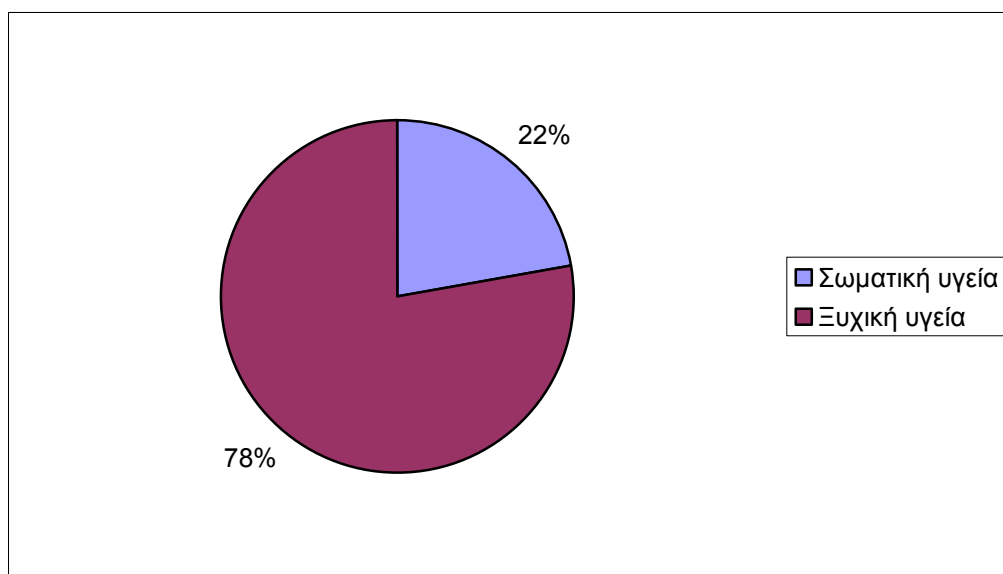
Πίνακας 29

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ηθικός	57	35	13,47	22	8,46
Οικονομικός	26	16	6,15	10	3,85
Οικονομική και ηθική υποστήριξη	117	109	41,92	68	26,15
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

30) Κορίτσια που δεν έχουν ηθική υποστήριξη από τον σύντροφο/γονείς , έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων

Στην ερώτηση, <<Κορίτσια που δεν έχουν ηθική υποστήριξη από τον σύντροφο/γονείς , έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων στη Σωματική ή Ψυχική υγεία;>> στη Σωματική υγεία απάντησαν τα 57 άτομα με ποσοστό 22% από τα οποία, τα 35 με ποσοστό 13,46% ήταν γυναίκες και τα 22 με ποσοστό 8,46 ήταν άνδρες. Στην Ψυχική υγεία απάντησαν τα υπόλοιπα 203 άτομα με ποσοστό 78% από τα οποία, τα 125 με ποσοστό 48,08% ήταν γυναίκες και τα 78 με ποσοστό 30,00% ήταν άνδρες. (Γράφημα 30, Πίνακας 30).

Γράφημα 30



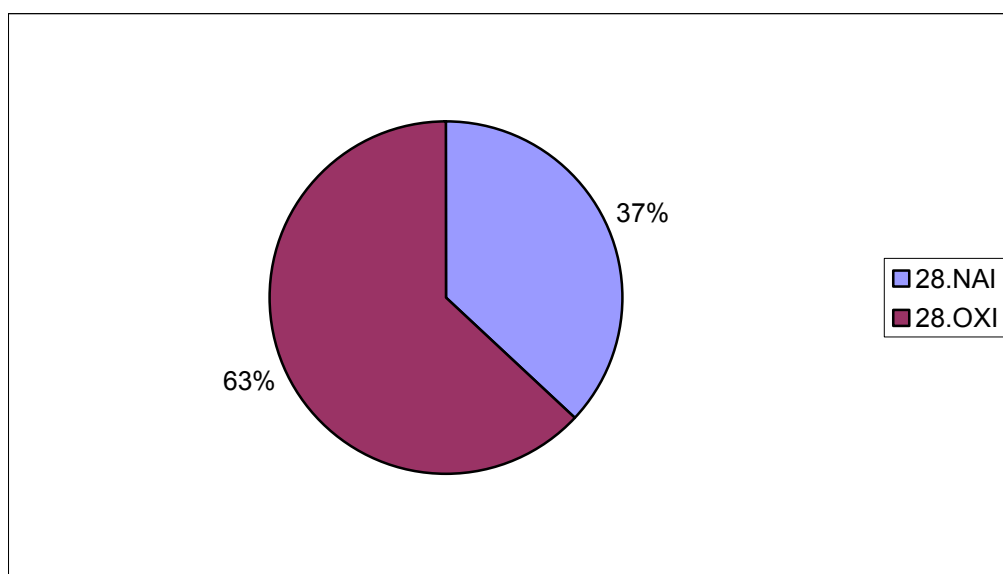
Πίνακας 30

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Σωματική υγεία	57	35	13,46	22	8,46
Ψυχική υγεία	203	125	48,08	78	30,00
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

31) Θεωρείτε πως η κοινωνία στηρίζει τις νεαρές γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Στην ερώτηση, <<Εάν θεωρείτε πως η κοινωνία στηρίζει τις νεαρές γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;>>, **ΝΑΙ** απάντησαν τα 96 άτομα με ποσοστό 37% από τα οποία, τα 59 με ποσοστό 22,69% ήταν γυναίκες και τα 37 με ποσοστό 14,23% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν τα υπόλοιπα 164 άτομα με ποσοστό 63% από τα οποία, τα 101 με ποσοστό 38,85% ήταν γυναίκες και τα 63 με ποσοστό 24,23% ήταν άνδρες. (Γράφημα 31, Πίνακας 31).

Γράφημα 31



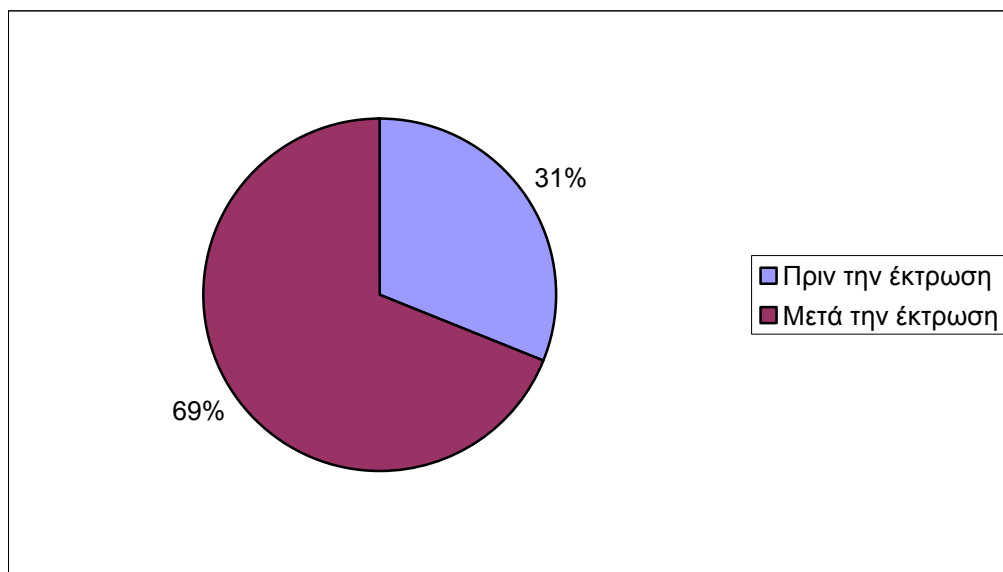
Πίνακας 31

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	96	59	22,69	37	14,23
ΟΧΙ	164	101	38,85	63	24,23
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

32) Πότε μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ,η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας είναι χειρότερη

Στην ερώτηση, << **Πότε μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ,η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας είναι χειρότερη;**>>, **Πριν την έκτρωση** απάντησαν τα 81 άτομα με ποσοστό 31% από τα οποία, τα 50 με ποσοστό 19,23% ήταν γυναίκες και τα 31 με ποσοστό 11,92% ήταν άνδρες. **Μετά την έκτρωση** απάντησαν 179 άτομα με ποσοστό 69% από τα οποία, τα 110 με ποσοστό 42,31% ήταν γυναίκες και τα 69 με ποσοστό 26,54% ήταν άνδρες. (Γράφημα 32, Πίνακας 32).

Γράφημα 32



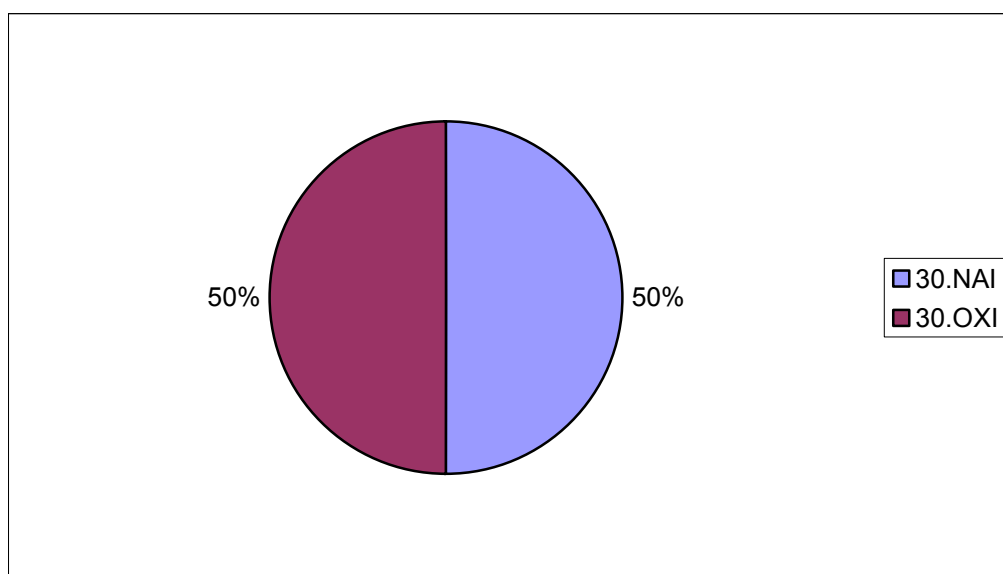
Πίνακας 32

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πριν την έκτρωση	81	50	19,23	31	11,92
Μετά την έκτρωση	179	110	42,31	69	26,54
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

33) Λαμβάνετε υπόψιν σας την Ελληνική Νομοθεσία για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης

Στην ερώτηση, <<Λαμβάνετε υπόψιν σας την Ελληνική Νομοθεσία για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης;>>, **ΝΑΙ** απάντησαν τα 130 άτομα με ποσοστό 50% από τα οποία, τα 80 με ποσοστό 30,77% ήταν γυναίκες και τα 50 με ποσοστό 19,23% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 130 άτομα με ποσοστό 50% από τα οποία, τα 80 με ποσοστό 30,77% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 50 με ποσοστό 19,23% ήταν άνδρες. (Γράφημα 33, Πίνακας 33).

Γράφημα 33



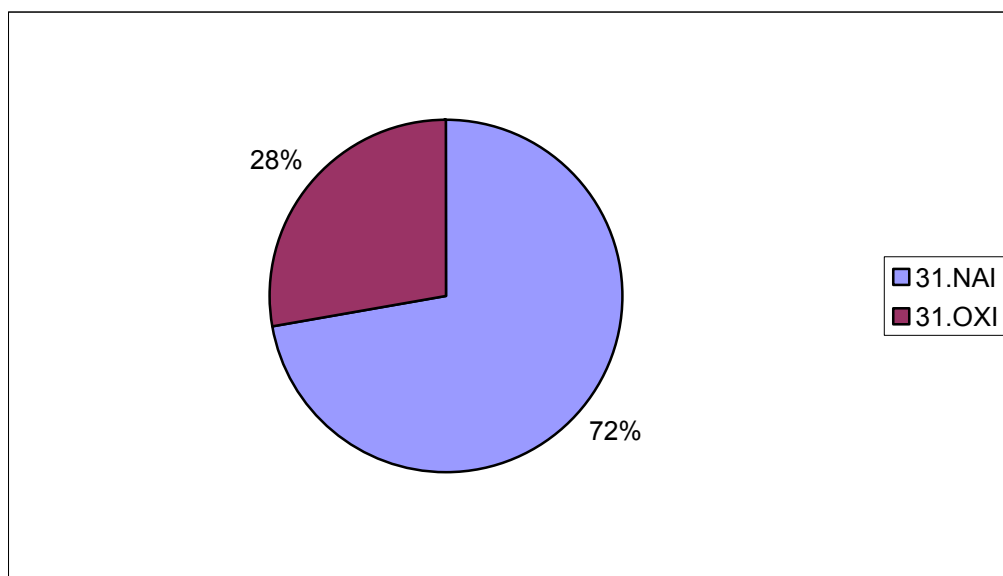
Πίνακας 33

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	130	80	30,77	50	19,23
ΟΧΙ	130	80	30,77	50	19,23
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

34) Είναι η άμβλωση έγκλημα(φόνος)

Στην ερώτηση, <<Είναι η άμβλωση έγκλημα (φόνος);>>, **ΝΑΙ** απάντησαν τα 187 άτομα με ποσοστό 72% από τα οποία, τα 115 με ποσοστό 44,23% ήταν γυναίκες και τα 72 με ποσοστό 27,69% ήταν άνδρες. **ΟΧΙ** απάντησαν 73 άτομα με ποσοστό 28% από τα οποία, τα 45 με ποσοστό 17,31% ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 28 με ποσοστό 10,77% ήταν άνδρες. (Γράφημα 34, Πίνακας 34).

Γράφημα 34



Πίνακας 34

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΝΔΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	187	115	44,23	72	27,69
ΟΧΙ	73	45	17,31	28	10,77
Σύνολο	260	160	61,54	100	38,46

Δ)Συζήτηση - Συμπεράσματα

Στην έρευνα μας συμμετείχαν 260 νέοι, 160 γυναίκες και 100 άνδρες, άγαμοι, ηλικίας 17-22 ετών οι οποίοι ήταν μαθητές, φοιτητές και σπουδαστές. Από τις 160 γυναίκες, οι 118(45,39%) γνώριζαν τι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός και από τους 100 άνδρες οι 74(28,46%) απάντησαν ότι γνώριζαν. Σε ανάλογη ερευνά που έγινε στην Καλιφόρνια των Ηνωμένων Πολιτειών σε δείγμα 5000 νέων, έδειξε ότι το 68% των γυναικών και το 26% των ανδρών γνώριζαν τι ακριβώς είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός. Στο δείγμα μας η ηλικία των νέων ήταν από 17-22 ετών ποσοστό που συμφωνεί με τις ηλικίες της προηγούμενης μελέτης.

Στην ερευνά μας οι 152(58,46%)των γυναικών γνώριζαν τι είναι η αντισύλληψη. Από τους άντρες, οι 95(36,53%) γνώριζαν για την αντισύλληψη. Σε μια άλλη έρευνα από το National Academy of Science βρέθηκε ότι το 90% των γυναικών και το 52% των ανδρών γνώριζαν τι είναι η αντισύλληψη, ποσοστό σχετικά καλό.

Άλλη έρευνα του πανεπιστήμιου της Καλιφόρνιας που απευθυνόταν σε 100 γυναίκες και 100 άνδρες, τους ρωτούσε την ηλικία που πιστεύουν ως καταλληλότερη για την έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων, βρέθηκε ότι 60(60%) γυναίκες πιστεύουν ως καταλληλότερη την εφηβική ηλικία(13-17) και 40(40%) την νεανική ηλικία(άνω των 18). Οι 80(80%)άντρες απάντησαν ότι θεωρούν καταλληλότερη ηλικία για την έναρξη των σεξουαλικών δραστηριοτήτων την εφηβική και οι 20(20%)τη νεανική. Στην ερευνά μας το ποσοστό των γυναικών που πίστευε ότι η εφηβική ηλικία είναι η καταλληλότερη είναι 64(24,62%) και αυτοί που πιστεύουν την νεανική ως καταλληλότερη είναι 96(36,92%). Από τους άνδρες, 40(15,38%) πιστεύουν ότι είναι η εφηβική και 60(23,08%) ότι είναι η νεανική Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι όσο περνάνε τα χρόνια τόσο μειώνεται η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής των νέων, οι νέοι όμως σε αυτή την ηλικία έχουν ελλιπή ενημέρωση για την αντισύλληψη που αυτό αυξάνει τον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Όσον αφορά το πώς θα αντιδρούσαν σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης εκτός γάμου οι 112(69%)γυναίκες θα έκαναν έκτρωση και οι 91(35%)γυναίκες θα το κρατούσαν, αποτελέσματα λίγο απογοητευτικά. Οι 57(21,92%)άνδρες θα έλεγαν στη σύντροφο τους να το κρατήσουν και οι 43(16,54%) θα ήθελαν η σύντροφος τους να κάνει έκτρωση. Επίσης 117(45%)γυναίκες και 73(28,08%) άνδρες πιστεύουν ότι η άμβλωση μπορεί να προκαλέσει μελλοντικά προβλήματα γονιμότητας. Ακόμα βρέθηκε ότι οι 152(58,46%)γυναίκες και οι 95(36,54%)άνδρες πιστεύουν ότι οι άντρες θα πρέπει να είναι συνυπεύθυνοι. Οι 59(22,69%)γυναίκες και οι 37(14,23%)άνδρες πιστεύουν ότι η κοινωνία στηρίζει τις νεαρές γυναίκες που αντιμετωπίζουν κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Στην έρευνα μας για το αν είναι ενημερωμένοι οι νέοι για την Ελληνική νομοθεσία οι 80(30,77%)γυναίκες και οι 50(19,23%)άνδρες βρέθηκε ότι ήταν ενημερωμένοι. Τελικά για το αν η άμβλωση είναι φόνος βρέθηκε πως οι 115(44,23%)γυναίκες και οι 72(27,69%) πιστεύουν ότι πράγματι είναι φόνος.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ενημέρωση των νέων δεν είναι επαρκή και θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση από όλα τα μέσα.

Από τα στοιχεία της ερευνάς προκύπτει πως ένας μεγάλος αριθμός των νέων προτιμάει την άμβλωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης εκτός γάμου από το να κρατήσει το παιδί, μολονότι η συντριπτική πλειοψηφία παραδέχεται ότι γνωρίζει τις μελλοντικές συνέπειες στη γονιμότητα της γυναίκας.

Η ενημέρωση για τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντισύλληψη σύμφωνα με την έρευνα είναι ελλιπής γι αυτό θα πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού από τα επαγγέλματα υγείας για να προλαμβάνονται οι ανεπιθύμητες

εγκυμοσύνες. Η ενημέρωση θα πρέπει να ξεκινάει από το σχολείο με μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Διοργάνωση σεμιναρίων που θα ενημερώνουν τους νέους για τη σωστή σεξουαλική συμπεριφορά. Επίσης πρέπει να γίνει έκδοση και διανομή φυλλαδίων που θα διαφωτίζουν τους νέους για τους μεθόδους αντισύλληψης και για τις αμβλώσεις.

Θα πρέπει λοιπόν να συνεργαστούν τα επαγγέλματα υγείας(π.χ γιατροί, γυναικολόγοι, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι)καθώς και η αρωγή εκ μέρους του κράτους και των διευθύνσεων των νοσοκομείων. Επίσης θα πρέπει να στηριχτούν υλικά και ηθικά οι προτάσεις. Μόνο αν υπάρξει οργάνωση, κίνητρα και υποστήριξη από το κράτος θα επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

E) Προτάσεις

Τα συμπεράσματα που καταλήξαμε μετά από την έρευνα που κάναμε, οδηγούν στις παρακάτω προτάσεις για τη διαφώτιση του κοινού για την ανεπιθύμητη γονιμότητα στη νεαρή ηλικία αλλά για την αποφυγή της:

1. Να πραγματοποιηθούν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού τα οποία θα ενημερώνουν τους νέους για τις μεθόδους αντισύλληψης, έτσι ώστε να προλαμβάνονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και κατά συνέπεια οι εκτρώσεις. Όπως επίσης να τους δίδονται πληροφορίες σχετικά με τα προβλήματα γονιμότητας και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
2. Η ενημέρωση να ξεκινάει από τα σχολεία κυρίως από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση με μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που θα διδάσκονται σε όλα τα σχολεία. Το μάθημα αυτό πρέπει να παρέχει σωστή ενημέρωση των μορφών αντισύλληψης και των κατάλληλων μεθόδων για την κάθε ηλικία. Η ενημέρωση αυτή πρέπει να αφορά στον ίδιο βαθμό και τους άντρες.
3. Επίσης θα πρέπει να γίνονται σεμινάρια που θα αποσκοπούν στην ενημέρωση των νέων σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά και τις επιπτώσεις που προκαλεί η λανθασμένη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης.
4. Όταν μια νεαρή κοπέλα μαθαίνει ότι είναι σε κατάσταση εγκυμοσύνης μπορεί να παρουσιάσει διάφορες ψυχολογικές μεταβολές οι οποίες οφείλονται σε διάφορους παράγοντες όπως μη επιθυμία κύησης, φόβος για την εγκυμοσύνη, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, άγχος και έλλειψη γνώσεων σχετικά με την κύηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η κάθε νεαρή μέλλουσα μητέρα πρέπει να δέχεται την κατάλληλη ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη έτσι ώστε να πάρει την πιο σωστή απόφαση είτε κρατήσει το παιδί είτε όχι.
5. Ακόμα θα πρέπει να αλλάξει η νομοθεσία για τις υιοθεσίες ώστε να μπορεί μια οικογένεια να πάρει ευκολότερα για υιοθεσία ένα παιδί έτσι ώστε να αποφευχθούν και οι παράνομες υιοθεσίες. Γιατί η έκτρωση δεν είναι η μόνη λύση σε περίπτωση ανεπιθύμητης γονιμότητας.
6. Διανομή φυλλαδίων για την ενημέρωση των νέων σχετικά με τις μορφές αντισύλληψης.
7. Έκδοση φυλλαδίων με στόχο τη διαφώτιση των νέων για τις αμβλώσεις και για τις συνέπειες που μπορεί να προκαλέσουν στη γονιμότητα της γυναίκας, στην κοινωνική και προσωπική της ζωή.

ΣΤ) Επίλογος

ΩΔΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΔΕ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΠΟΤΕ

Μεθύσι ολόγυρα μου της ζωής. Ανάσταση!

Κι όμως μια λόγγη φως με ταξιδεύει απρόσμενα στον κήπο της αγωνιάς, όπου << βάπτεται κάλαμος αποφάσεως>>.

Το νιόφυτρο μπουμπούκι δε θα λουλουδίσει ποτέ, απ' το κουκούλι η πεταλούδα δε θα βγει στη γιορτή της Άνοιξης και το φτωχό χελιδόνι δε θα τιτιβίσει στα γαλανά τα πλάτη τ' ουρανού. Τούτη η Γεσθημανή είναι σιωπηλή σαν το θάνατο και μονάχα ένα θρόισμα μυστικό σαν το βουβό πόνο της Παναγίας κεντάει τις άδειες στιγμές.

Είναι τραγούδι απόκοσμο του παιδιού που δε θα γεννηθεί ποτέ.

Σωπαίνω κι αφουγκράζομαι.

<<Θεέ μου, σύρε το δοξάρι της συμπόνιας στις ανθρώπινες χορδές, για ν' ακουστεί η αδύναμη φωνή μου : Χάνομαι! Βάρβαρα εισβάλλουν στη φωλιά μου. Που να κουρνιασώ;

Η ατσάλινη ρομφαία βηματίζει απειλητικά εναντίον μου. Τρομάζω!

Αλλά κι η παγερή καταχνιά του καταψύκτη πιο σκληρή κι απ' το θάνατο. Κρυώνω!

Περνώ τα σύνορα της οδύνης. Η ψυχή μου αδειάζει.

Η φωνή μου σβήνει. Πεθαίνω!

Τώρα που σφύζει ολόγυρα μου η ζωή στους ρυθμούς της Άνοιξης,

Δε ζητώ παρά μια χούφτα ήλιο ν' ανακουφιστεί το παράπονο μου.

Ήλθα, τραγούδι απ' τ' άπειρο, να γλυκάνω μια άδεια αγκαλιά και με φίμωσαν. Κρατούσα στα μάτια την ανατολή και με βύθισαν στο πιο αποτρόπαιο σκοτάδι.

Άπλωσα δειλά το χέρι στην αγάπη και με πλήγωσαν θανάσιμα

-παράξενο- όσοι τραγούδησαν τη ζωή, την ελπίδα, το δίκαιο.

Για μένα τώρα όλο το σύμπαν ένα δάκρυ

στα γαλήνια μάτια του λευκόφτερου αγγέλου μου...>>

Φτωχό χελιδόνι, δες, πάνω απ' τον κήπο της αγωνιάς

δυο μάτια γεμάτα ήλιους, μια αγκαλιά ανοιχτή σαν ουρανός,

για να φτερουγίσεις ολόχαρο,

και μια καμπάνα που σημαίνει στη σιγαλιά

Χριστός Ανέστη!

Αγιόκλημα

Κορίτσια στην εφηβεία: Πώς να προστατευτείτε από βιασμό.

- Απέφυγε να βρίσκεσαι σε απομονωμένα μέρη μόνη ή και με κάποιο αγόρι ή άντρα, εκτός κι αν τον γνωρίζεις καλά και τον εμπιστεύεσαι
- Μην μένεις μόνη με κάποιον που δεν νιώθεις άνετα ή που το ένστικτό σου σε προειδοποιεί να φύγεις. Μην πιστεύεις αυτά που ακούς, ό,τι αν δεν υπακούσεις στις σεξουαλικές επιθυμίες κάποιου είσαι «ξενέρωτη», «ανέραστη», ή «μυξοπαρθένα».
- Όταν βγαίνεις με αγόρι ή παρέα που δεν γνωρίζεις καλά, προσπάθησε να μη πεις πολύ. Ακόμη και το ελαφρό μεθύσι, μειώνει τις αναστολές σου, ενώ σε έντονο μεθύσι μπορεί να σε βιάσουν και να μην το θυμάσαι καν! Μην ενδίδεις στις πιέσεις των άλλων για αλκοόλ, ώστε να φανείς «κουλ» και «ώριμη». Προτεραιότητα έχει η ασφάλειά σου και οι άλλοι θα σε σέβονται πιο πολύ, όταν μπορείς και υποστηρίζεις τον εαυτό σου.
- Συζήτησε με μεγαλύτερους που εμπιστεύεσαι για το πώς είναι μια υγιής σχέση. Ξεκαθάρισε με τον εαυτό σου τι θέλεις από μια σχέση. Αν νιώθεις ότι είναι νωρίς για να προχωρήσεις σεξουαλικά, ότι δεν είσαι έτοιμη, πες το στο αγόρι σου. Αν σε σέβεται, θα περιμένει. Μην κάνεις πράγματα που δεν θέλεις, επειδή τα κάνουν άλλες, επειδή το λένε τα περιοδικά ή για να μην τον χάσεις. Αν σε εκβιάζει με σεξουαλικές απαιτήσεις για να μην σε αφήσει, τότε καλύτερα να τον «χάσεις» και να είσαι ελεύθερη για κάποιο άτομο που πραγματικά αξίζει. Απειλές ότι θα κυκλοφορήσει κακές φήμες για σένα ή ότι θα σε εκδικηθεί με άλλο τρόπο, είναι επίσης εκβιασμοί και θα πρέπει να σου δείξουν ότι το συγκεκριμένο άτομο δεν αξίζει τη σχέση.
- Όταν βγαίνεις έξω να προσέχεις το ποτό σου και κατά προτίμηση ζήτα ποτά που είναι κλειστά, όπως μπίρα κλπ. Δυστυχώς κυκλοφορούν χάπια και ουσίες που μπορούν να σε ναρκώσουν και χρησιμοποιούνται από επίδοξους δράστες με σκοπό το βιασμό.
- Πες **ΟΧΙ** δυνατά και αποφασιστικά, φώναξε δυνατά και φύγε, αν νιώσεις απειλή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) Γεώργιος Κρεατσάς. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Εκδόσεις Εντοπία. Αθήνα, 1992.
- 2) Γεώργιος Κρεατσάς. Η ενημέρωση των νέων σε θέματα γενετησιακής αγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων στην Ελλάδα. Εκδόσεις Εντοπία, Αθήνα 1997.
- 3) Γεώργιος Κοντής. Σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα, Διαφυλικές σχέσεις, τόμος Α΄. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1995.
- 4) Γεώργιος Κρουσταλάκης. Γονείς και παιδιά μπροστά στην ερωτική σχέση, Διαφυλικές σχέσεις, τόμος Α΄. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1995.
- 5) Χριστίνα Αντωνοπούλου. Ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Εκδόσεις Ίδριας. Αθήνα, 1997.
- 6) Αναστασίου Ματσόπουλου. Αμβλώσεις και οι ψυχολογικές τους συνέπειες σε εφήβους και νεαρές γυναίκες: Προτάσεις για αντιμετώπιση. Διατριβή Επίκουρου Καθηγητή Σχολής Επιστημών Αγωγής Πανεπιστημίου Κρήτης.
- 7) Κουκλάκη Δέσποινα Η άγνοια αυξάνει τις εκτρώσεις. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2004.
- 8) Παπαγεωργίου Ιωάννης – Δετοράκης Ιωάννης. Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2003.
- 9) Κολιάτσου Όλγα. Μανούλες σε τρυφερή ηλικία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2004.
- 10) Dr. Lesley Hickin, "Οδηγος υγειας για τη γυναικα", Μεταφραση, Δημητρης Δαλλας, Βασιλης Πλαταρης, Ουβα, 1^η εκδοση, Αθηνα, 2001.
- 11) Cole m., Cole S., "Η αναπτυξη των παιδιων – Εφηβεια", Μεταφραση Σολμαν Μαρια, 1^η εκδοση, Αθηνα, 2002.
- 12) Δανέζης Ι. . Προσεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων και αντισύλληψη. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθηνα 1986.
- 13) Σικάκη Δούκα. Ο τοκετός είναι αγάπη, Αθηνα 1984.

ΕΕΝΗ

- 14) Adler, N., David, H., Major, B. Roth. Psychological responses after abortion, Science. April 1990.
- 15) Lodl, K., McGettigan, A., Bucy, J. Women's responses to abortion: Implications for post-abortion support groups, Journal of Social Work and Human Sexuality. 1984.
- 16) Greenglass, E. Therapeutic abortion and psychiatric disturbance in Canadian women, Canadian Psychiatric Association Journal. 1976.
- 17) Major, B., Muller, P., & Hilderbrandt, K. Attributions, expectations, and coping with abortion, Journal of Personality and Social Psychology. 1985.
- 18) Martucci, J. Meta-analysis. Psychological predictors of psychological sequelae of induced abortion, Dissertation Abstracts International, Section B, The Sciences and Engineering. October 1998.
- 19) Miller, W., Pasta, D., & Dean, C. Testing a model of the psychological consequences of abortion in The New Civil War: The Psychology, Culture, and Politics of Abortion, Beckman, Linda J. (Ed), Harvey, S. Marie (Ed), Psychology of women book series. American Psychological Association, Washington, DC. 1998.
- 20) Payne, E. G. Outcome following therapeutic abortion, Archives of General Psychiatry. 1976.
- 21) Shaw, P., Funderbunk, C., Franklin, B. An investigation of the abortion decision process, Psychology: A Journal of Human Behavior. 1979.
- 22) Whitmore, E. Abortion in Psychological aspects of women's reproductive health by O'Hara, M. Reiter C. Springer Publishi. 1995 .
- 23) Πίνακας: Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, Speroff Leon et at. 6 Ed, 1999.
- 24) Balen A. Jacobs il. Infertility in practice. Edinburgh:Churcil Livingstone 1977.
- 25) Cahill DJ and Wardi PG. Management of enfertility. BMJ 2002.

ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- 26) <http://www.greekmssociety.gr/Sskp7.htm>
- 27) <http://www.babybaby.gr/showarticle>
- 28) <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/lessons/6.htm>
- 29) <http://www.imop.gr/active.aspx>
- 30) <http://www.health.in.gr/pregn/Article.asp>
- 31) http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm
- 32) http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2442
- 33) <http://www.unborn.gr>
- 34) www.health.in.gr/news/narticle.asp?arcode
- 35) http://www.bioethics.gr/print_document.php?category_id=63&document_id=228
- 36) www.syntagma.idx.gr
- 37) <http://www.abortion.agazilos.org/abort-read.htm>
- 38) <http://impaphou.org/sitemap.ihtml?step=3&catid=13&itemid=59>
- 39) www.help-net.gr/Themes/Viasmos.htm
- 40) www.medlook.net/article.asp?item_id
- 41) www.benl.primedu.uoa.gr/ptde/database-ptde/egkymosynh.pdf
- 42) www.greektechforum.com/forums/showthread
- 43) www.isotita.gr/index.php/docs/c60/
- 44) <http://www.kethi.gr/greek/ekdoseis/index.htm> *4
- 45) http://enplo.blogspot.com/2006/01/blog-post_07.html
- 46) <http://www.myworld.gr/browse/784>
- 47) www.gynecology.gr/antisilipsi.html
- 48) www.health.in.gr
- 49) www.unborn.gr
- 50) www.iatronet.gr/antisilipsi.html

ΝΟΜΟΣ 1609/1986 (ΦΕΚ Α΄86)

ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.
2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Προνοίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:
 - α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.
 - β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και
 - γ) τον τρόπο προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β΄ της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του ποινικού Κώδικα
3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

Άρθρο 2

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής :

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

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες κύησης

β) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής αναμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναικάς ανίκανης να αντισταθεί εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

“5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης”.

Άρθρο 3

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του Π.Κ τροποποιούνται ως εξής:

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.
2. α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για την διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών.
β) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δυο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.
3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος”