



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»



Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγήτρια Καλανταρίδου Σοφία

Οικογενειακός Προγραμματισμός
και Κύηση. Χαρά ή προβληματισμός;

*Μεταπτυχιακή Εργασία
Κιαχοπούλου Νεκταρία*

Επιβλέπων Καθηγητής: Παναγόπουλος Περικλής

Γ' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,

Νοσοκομείο «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγήτρια Καλανταρίδου Σοφία

Αθήνα, 2018



Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, τους κυρίους Παπαντωνίου Νικόλα, Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Κασσάνο Δημήτριο, Ομότιμο Καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών και τον Χρέλια Χαράλαμπο, Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ για την ευκαιρία που μου δόθηκε να παρακολουθήσω ένα τόσο ενδιαφέρον μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Παναγόπουλο Περικλή, Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας – Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ, που ανέλαβε την εποπτεία της εργασίας μου και ο οποίος στάθηκε πλάι μου αρωγός σε μία από τις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής μου.

Ευχαριστώ όλες τις γυναίκες και τους άντρες που δέχτηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια της έρευνας, καθώς και τους συναδέλφους που βοήθησαν.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω όλη αυτήν την προσπάθεια και το αποτέλεσμα της στα παιδιά μου Χρήστο και Σοφία και στον σύζυγό μου Κωνσταντίνο που ήταν πάντα δίπλα μου σε κάθε προσπάθεια και έφυγε τόσο γρήγορα από κοντά μας.

Νεκταρία Κιαχοπούλου

Περίληψη

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει ως στόχο του τη συμβουλευτική σε ζητήματα σχετικά με την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, την απόκτηση υγιών παιδιών κατά το χρόνο που αυτά είναι επιθυμητά, αλλά και την ενημέρωση, ειδικά των νέων ατόμων, σε ό,τι αφορά σεξουαλικά και αναπαραγωγικά ζητήματα.

Η παρούσα μελέτη, αφού διερεύνησε τις βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τους επιμέρους παράγοντες που εστιάζει, παρουσιάζει έρευνα για τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων ανδρών και γυναικών όσον αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό και την στάση τους σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, διερευνώντας παράλληλα τις πηγές πληροφόρησης σχετικά με τα ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Λέξεις – κλειδιά: Οικογενειακός Προγραμματισμός, κύηση, αντισύλληψη, ενημέρωση

Abstract

Family Planning aims at counseling on issues related to the avoidance of unwanted pregnancies, the acquisition of healthy children at the parents' desires time, and the information, especially of young people, on sexual and reproductive issues.

This study, after investigating bibliographic reports on family planning and individual factors that focus, presents research to investigate the knowledge and attitudes of men and women in their family planning and attitudes about contraceptive methods, while exploring sources of information on family planning issues.

Key words: Family Planning, pregnancy, contraception, information

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη	5
Abstract	6
Περιεχόμενα.....	7
Εισαγωγή.....	11
Κεφάλαιο 1^ο	
Ορισμός Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	13
1.1. Ιστορική αναδρομή ιστορικού προγραμματισμού.....	14
1.2. Στατιστικά στοιχεία	16
1.3. Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού	19
1.4. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα.....	20
Κεφάλαιο 2^ο	
Ανατομία και Φυσιολογία Ανατομικού Συστήματος	23
2.1. Ανατομία Γυναικείου Ανατομικού Συστήματος.....	24
2.1.1. Αιδοίο.....	24
2.1.2. Το εφηβαίο	24
2.1.3. Μεγάλα χείλη	25
2.1.4. Μικρά χείλη	25
2.1.5. Κλειτορίδα	26
2.1.6. Παρθενικός υμένας.....	26
2.1.7. Ωοθήκες.....	26
2.1.8. Σάλπιγγες	26
2.1.9. Μήτρα	27
2.1.10. Κόλπος	28
2.2. Ανατομία Ανδρικού Ανατομικού Συστήματος	29
2.2.1. Πέος	29
2.2.2. Όσχεο.....	29
2.2.3. Όρχεις	30
2.2.4. Επιδιδυμίδα	31
2.2.5. Προστάτης	32

2.2.6. Σπερματοδόχος κύστη	32
2.2.7. Σπερματικός πόρος	33
2.3. Φυσιολογία του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας.....	34
2.3.1. Γονιμοποίηση – Κύηση.....	36
2.3.2. Κλιμακτήριος – Εμμηνόπαυση	37
2.4. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του άνδρα	38
2.4.1. Σπερματογένεση.....	38
2.4.2. Μεταφορά του σπέρματος	39
2.4.3. Στύση	39
2.4.4. Εκσπερμάτιση	40
Κεφάλαιο 3ο	
Παθολογία.....	43
3.1. Αντισύλληψη	43
3.1.1. Μέθοδοι αντισύλληψης	43
3.2. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα	47
3.2.1. Τα πιο κοινά ΣΜΝ.....	48
Κεφάλαιο 4ο	
Παρεμβάσεις.....	51
4.1. Στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού.....	51
4.2. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού	51
4.3. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	55
4.4. Προγεννητικός έλεγχος.....	56
Κεφάλαιο 5ο	
Εγκυμοσύνη και ψυχολογικό αντίκτυπο	59
5.1. Η μετάβαση στη μητρότητα.....	59
5.2. Διαταραχές της διάθεσης	60
5.3. Κόπωση	62
5.4. Εικόνα σώματος.....	63
5.5. Αυτοεκτίμηση	64
5.6. Άγχος κατά την εγκυμοσύνη.....	64
5.7. Άμβλωση	65
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	69
6.1. Ερωτηματολόγιο.....	71

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	71
6.2. Σκοπός της μελέτης	74
6.3. Υλικό και Μέθοδος	74
6.4. Περιορισμοί της έρευνας	74
6.5. Αποτελέσματα	75
Συζήτηση.....	103
Συμπεράσματα	107
Βιβλιογραφία	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	119

Εισαγωγή

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει ως στόχο του τη συμβουλευτική σε ζητήματα σχετικά με την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, την απόκτηση υγιών παιδιών κατά το χρόνο που αυτά είναι επιθυμητά, αλλά και την ενημέρωση, ειδικά των νέων ατόμων, σε ό,τι αφορά σεξουαλικά και αναπαραγωγικά ζητήματα. Η γνώση και η υγιής στάση και συμπεριφορά πάνω στα ζητήματα αυτά, προάγουν την υγεία του πληθυσμού βοηθώντας στην βέλτιστη ψυχική ισορροπία των ανθρώπων και μειώνοντας το κόστος ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας.

Στην χώρα μας, αν και οι πρώτες προσπάθειες για την ενσωμάτωση του οικογενειακού προγραμματισμού ξεκίνησαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970, υπάρχουν ακόμη αρκετές ελλείψεις και αδυναμίες. Η μελέτη που διενεργήσαμε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μας εργασίας, επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα και άλλων μελετών, σύμφωνα με τα οποία τα περισσότερα άτομα δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και τα μέσα σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και πώς θα μπορούσαν να βοηθηθούν μέσα από αυτόν, με αποτέλεσμα το ποσοστό των εκτρώσεων να είναι ακόμη υψηλό, αν και η ελληνική κοινωνία την θεωρεί ως μια απαράδεκτη κοινωνικά, θρησκευτικά και ηθικά πράξη.

Η εργασία μας διαρθρώνεται σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό, όπου γίνεται ιστορική αναφορά και αναφέρονται στατιστικά στοιχεία σχετικά με αυτόν. Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την ανατομία και φυσιολογία του γυναικείου και ανδρικού ανατομικού συστήματος. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αντισύλληψη και τις μεθόδους της και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με τις παρεμβάσεις του οικογενειακού προγραμματισμού, αναφέροντας τους στόχους και τα οφέλη του, ενώ γίνεται μνεία στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και τον προγεννητικό έλεγχο. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στο ψυχολογικό αντίκτυπο της εγκυμοσύνης για τη γυναίκα και τις αλλαγές που επιφέρει η νέα αυτή κατάσταση, τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά, ενώ γίνεται αναφορά στην άμβλωση και τις επιπτώσεις της.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας μας, παρουσιάζεται η έρευνα που διενεργήσαμε σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, εστιάζοντας στις γνώσεις που έχουν άτομα, γυναίκες και άνδρες, σχετικά με αυτόν, αλλά και την

σεξουαλική τους συμπεριφορά σε σχέση με τις μεθόδους αντισύλληψης και την εφαρμογή τους.

Η παρούσα εργασία έρχεται, σε γενικά πλαίσια, να επιβεβαιώσει προγενέστερες μελέτες ως προς την ελλιπή πληροφόρηση για το συγκεκριμένο ζήτημα και να καταδείξει την ανάγκη για την εφαρμογή ενεργειών με σκοπό την προαγωγή θεμάτων σεξουαλικής υγείας και την σωστή ενημέρωση με βέλτιστο στόχο την αλλαγή γνώσεων και στάσεων πάνω σε αυτά τα ζητήματα στις επόμενες γενιές. Έτσι, θεωρούμε ότι η εργασία αυτή αποτελεί ένα μικρό λιθαράκι πάνω στην μελέτη του οικογενειακού προγραμματισμού, το οποίο όμως ευελπιστούμε να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω μελέτη.

Κεφάλαιο 1^ο

Ορισμός Οικογενειακού Προγραμματισμού

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στα άτομα και τα ζευγάρια να προβλέψουν και να επιτύχουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών και το φύλο τους, καθώς και τον χρόνο γέννησής τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και τη θεραπεία της ακούσιας στειρότητας. Η ικανότητα της γυναίκας να αραιώσει και να περιορίσει τις εγκυμοσύνες της, έχει άμεση επίδραση στην υγεία και την ευεξία της καθώς και στην έκβαση κάθε εγκυμοσύνης¹.

Έτσι, ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι κομμάτι μιας στρατηγικής για τη μείωση της υψηλής θνησιμότητας και νοσηρότητας της μητέρας, του βρέφους και του παιδιού και αποτελεί επίσης ένα σημαντικό μέρος για τα προγράμματα της αναπαραγωγικής υγείας.

Οι αρχές για τον οικογενειακό προγραμματισμό περιλαμβάνουν:

- Την ελευθερία ανδρών και γυναικών να ελέγχουν τον αριθμό, το φύλο και τον χρόνο κατά τον οποίο θα αποκτήσουν παιδιά. Έτσι, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις γυναίκες και τις οικογένειές τους να διατηρήσουν την υγεία τους και τη γονιμότητά τους και συνεισφέρει στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της ζωής τους.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός συνεισφέρει στη βελτίωση της υγείας των παιδιών και τη διασφάλιση ότι θα έχουν πρόσβαση στη διατροφή, τη στέγαση και τις ευκαιρίες για εκπαίδευση.
- Επιτρέπει στις οικογένειες, και ειδικότερα στις γυναίκες, να έχουν χρόνο για να συμμετέχουν σε δραστηριότητες ανάπτυξης.

Μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού επιτυγχάνονται αυτές οι βελτιώσεις στην υγεία και την ποιότητα της ζωής πολύ πιο αποδοτικά σε σχέση με τις επενδύσεις σε άλλου είδους κοινωνικές και υγειονομικές παρεμβάσεις. Η δέσμευση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την βελτίωση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, δεν βελτιώνει μόνο την υγεία και την ευεξία σε παιδιά και γυναίκες, αλλά υποστηρίζει επίσης την εφαρμογή εθνικών και διεθνών πολιτικών. Έτσι, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει ενσωματωθεί ως

ουσιαστικό και αναπόσπαστο μέρος της παροχής υγείας στις κοινότητες και αυτή η υπηρεσία θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμη και προσιτή².

1.1. Ιστορική αναδρομή ιστορικού προγραμματισμού

Η πρώτη προσπάθεια να βρεθούν αντισυλληπτικές μέθοδοι για να αντιμετωπιστεί η πολυτοκία στις οικογένειες, έγινε κατά την Βιομηχανική Επανάσταση στην Αγγλία. Έτσι, αρχικά ο Άγγλος ιερέας Thomas L. Malthus (1766-1834), διαπίστωσε ότι η ανθρωπότητα αυτοκαταστρεφόταν αφού ο πληθυσμός αυξανόταν με πολύ γοργούς ρυθμούς την ίδια στιγμή που η παραγωγή αγαθών παρουσίαζε δυσανάλογη ανάπτυξη και έτσι η κατάσταση αυτή ενείχε κινδύνους σοβαρών ασθενειών, καταστροφών και πολέμων. Την ίδια άποψη εξέφρασε και ο Francis Place, επικεφαλής των Άγγλων εργατών, ο οποίος υποστήριξε ότι οι εργάτες θα μπορούσαν να κερδίσουν μεγαλύτερα ημερομίσθια και καλύτερες συνθήκες εργασίας εάν περιοριζόταν ο αριθμός των εργατών. Την ίδια εποχή, στην Αμερική ψηφίστηκε ο νόμος Comstock, με τον οποίο απαγορευόταν ο έλεγχος των γεννήσεων³.

Ουσιαστική ώθηση στην ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού, έδωσαν τρεις γυναίκες, η Margaret Sanger νοσηλεύτρια, η Mary Stope γιατρός και η Edith How-Martyn από τη Μεγάλη Βρετανία το 1915⁴. Αιτία στάθηκε μια νέα γυναίκα, η Sadie Sachs, η οποία μετά από έκτρωση ρώτησε τον γιατρό της πώς θα μπορούσε να αποφύγει επόμενη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και εκείνος της απάντησε ότι έπρεπε να στείλει τον άνδρα της να κοιμάται στη σοφίτα. Όταν όμως πέθανε στη δεύτερη έκτρωση, η Margaret Sanger εργάστηκε σκληρά για να γίνει ο οικογενειακός προγραμματισμός πραγματικότητα³.

Αρχικά, ο οικογενειακός προγραμματισμός ονομάστηκε «Κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων» (Birth Control). Οι γυναίκες αρχίζουν να ενημερώνονται και το 1916 άνοιξε η πρώτη κλινική για τον οικογενειακό προγραμματισμό στο Μπρούκλιν των ΗΠΑ, όπου υπήρξαν πολλά νομικά κωλύματα αφού κάτι τέτοιο ήταν εντελώς επαναστατικό. Η Sanger, παρόλα αυτά, συνέχισε και το 1921 δημιουργήθηκε ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος που είχε συμβουλευτικό σταθμό με στόχο τον έλεγχο των γεννήσεων. Έργο του ήταν η παροχή οδηγιών σε μελλοντικά ζευγάρια και η πληροφόρηση και η παροχή βοήθειας σε ζευγάρια που έπασχαν από στειρότητα.

Οι Edith How-Martyn και η Mary Stope έδειξαν ενδιαφέρον. Η δεύτερη άνοιξε το 1921 κλινική στο Λονδίνο με την επωνυμία “Mary Slope Mather’s Clinic for Birth Control”, ενώ η How-Martyn εργάστηκε για να τεθεί το θέμα της αντισύλληψης στο Κοινοβούλιο της Μεγάλης Βρετανίας.

Έτσι, το 1930 έγινε στη Ζυρίχη η πρώτη Διεθνής Συνάντηση με αντικείμενο τον έλεγχο των γεννήσεων, στην οποία συμμετείχαν 12 χώρες. Το κίνημα απέκτησε υποστήριξη από ιατρικό κόσμο. Σε αυτή τη Συνάντηση προτάθηκε:

- Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ο βασικός τρόπος για τον περιορισμό των εκτρώσεων.
- Ο έλεγχος της υγείας υπόκειται στον τομέα της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.
- Οι ιατρικές σχολές θα πρέπει να εντάξουν στα προγράμματα εκπαίδευσης μάθημα για τις κατάλληλες αντισυλληπτικές μεθόδους.
- Η πρόκληση στειρότητας να γίνεται μόνο για θρησκευτικούς ή ευγονικούς λόγους, όταν δεν είναι δυνατή η εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων.
- Δεν θα πρέπει να χορηγούνται από γιατρούς σκευάσματα αντισύλληψης όταν δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση³.

Η ιδέα για τον έλεγχο των γεννήσεων εξαπλώθηκε σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Οι προσπάθειες διακόπηκαν κατά τη διάρκεια του Β’ Παγκοσμίου Πολέμου, για να συνεχιστούν μετά το τέλος του. Έτσι, το 1946 διεξήχθη στη Στοκχόλμη Διεθνές Συνέδριο προκειμένου να συνεχιστούν οι προσπάθειες που ξεκίνησαν στη Ζυρίχη. Στο συνέδριο αυτό δόθηκε έμφαση στην σωματική και πνευματική υγεία του ανθρώπου, καθώς και στην ευημερία και την ευτυχία της οικογένειας και της κοινωνίας εν γένει⁴. Διατυπώνεται η θέση ότι το κάθε παιδί έχει δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δύο του γονείς, ενώ οι γονείς έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν πόσα παιδιά θα έχουν³.

Το 1948 έγινε η διεθνής συνάντηση με θέμα “Population and World Resources” και το 1952 το Γ’ Συνέδριο για τον οικογενειακό προγραμματισμό στη Βομβάη, όπου ιδρύθηκε η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (IPPF) της οποίας μέλη ήταν αρχικά η Ινδία, οι ΗΠΑ, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Γερμανία, το Χονγκ-Κονγκ και η Σιγκαπούρη⁴. Έτσι, το 1956 μετά από πολυετείς έρευνες έρχεται το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι.

Το 1966 η IPPF αναγνωρίζεται από τον ΟΗΕ, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό ως αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου³.

Στο Διεθνές Συνέδριο για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου που έλαβε χώρα το 1968 στην Τεχεράνη, διατυπώνεται η αρχή ότι βασικό δικαίωμα του ανθρώπου αποτελεί:

- Η ελεύθερη και υπεύθυνη επιλογή του χρόνου και του αριθμού των παιδιών που πρόκειται να φέρει στον κόσμο κάθε άτομο.
- Η πλήρης πληροφόρηση και κατάρτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η παροχή κατάλληλων μέσων από τα κράτη μέλη του ΟΗΕ για τον έλεγχο των γεννήσεων.

Στις μέρες μας, ο οικογενειακός προγραμματισμός στις αναπτυγμένες χώρες παρέχεται μέσω των υπηρεσιών υγείας και εξαρτάται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του κάθε κράτους, εντασσόμενος ουσιαστικά πλέον στην δημογραφική πολιτική της κάθε χώρας ως βασικός της θεσμός⁴.

1.2. Στατιστικά στοιχεία

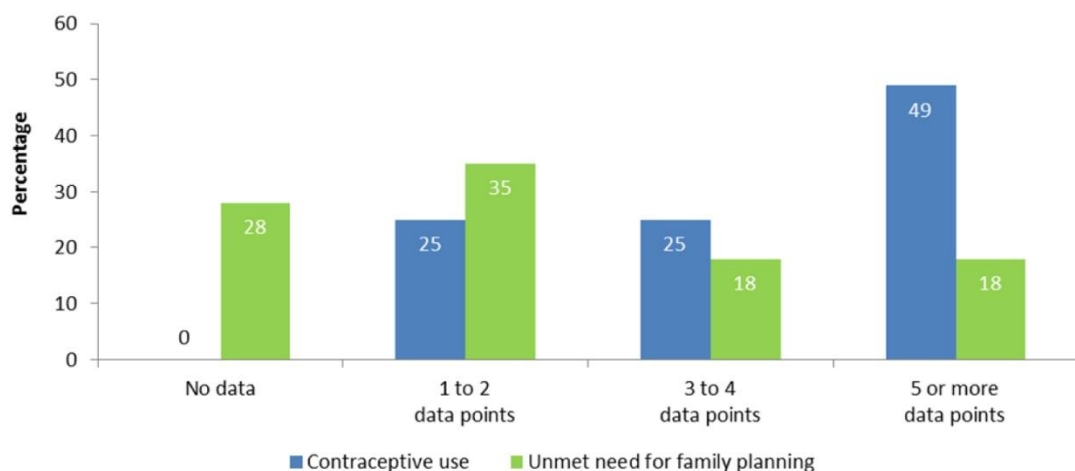
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στις αναπτυσσόμενες χώρες 214 εκατομμύρια γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία που θέλουν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, δεν χρησιμοποιούν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο.

Η χρήση αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί σε πολλά μέρη του κόσμου, ειδικά στην Ασία και την Λατινική Αμερική, αλλά συνεχίζει να είναι χαμηλή στην υπο-Σαχάρια Αφρική. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης έχει αυξηθεί ελαφρώς, από 54% το 1990 σε 57,4% το 2015. Τοπικά, η αναλογία των γυναικών ηλικίας 15-49 ετών που αναφέρουν ότι κάνουν χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης, έχει αυξηθεί ελάχιστα ή οριακά από το 2008 έως το 2015. Στην Αφρική πήγε από το 23,6% στο 28,5%, στην Ασία έχει αυξηθεί ελαφρώς από 60,9% σε 61,8% και στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική έχει παραμείνει σταθερή στο 66,7%⁵.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται από την πλειοψηφία των παντρεμένων γυναικών ή αυτών που είναι σε σχέση σχεδόν σε όλες τις περιοχές

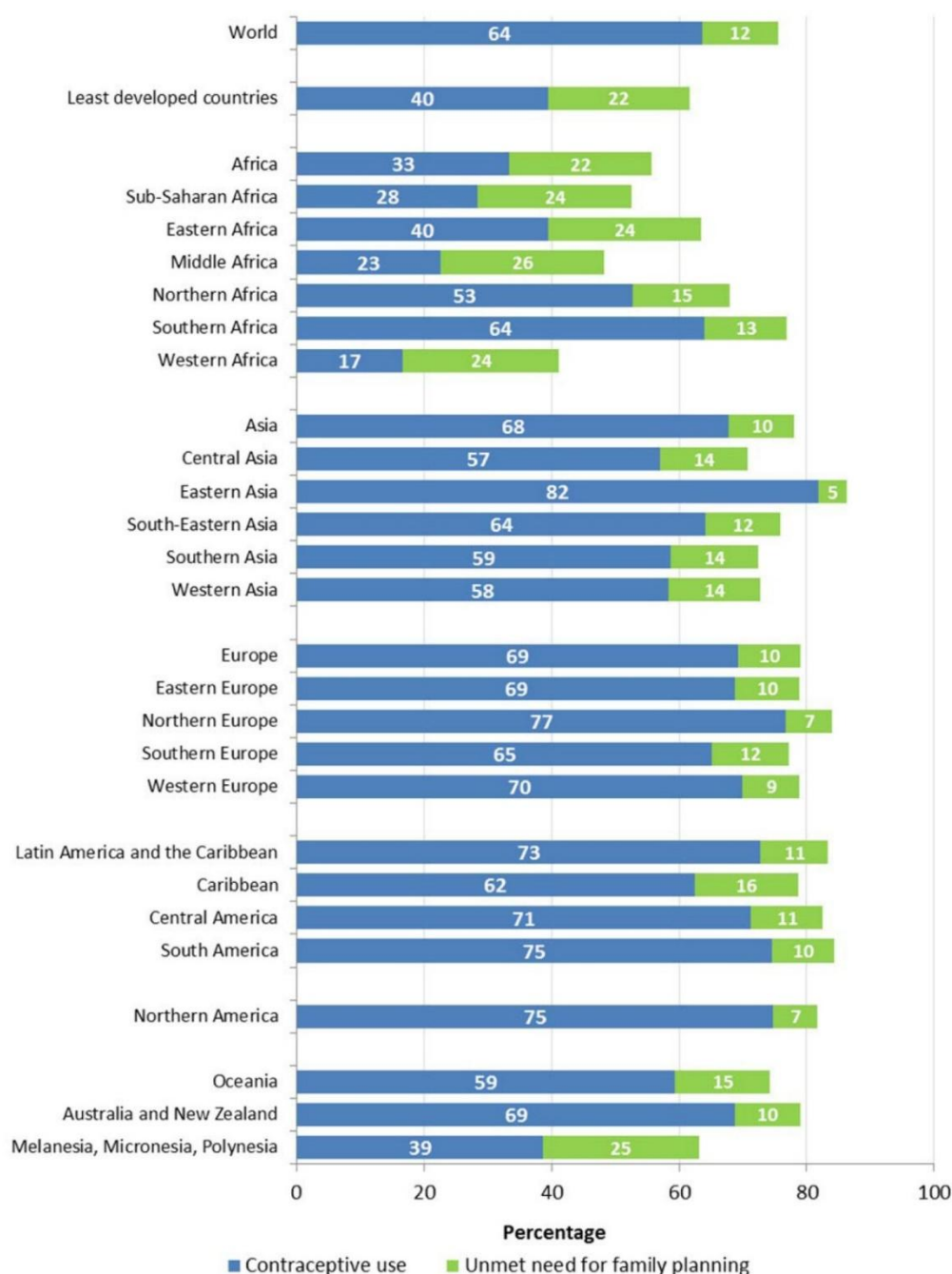
του κόσμου. Το 2015, το 64% των παντρεμένων γυναικών ή αυτών που ήταν σε σχέση αναπαραγωγικής ηλικίας παγκοσμίως, χρησιμοποιούσε κάποια μορφή αντισύλληψης. Όμως, η χρήση αντισύλληψης ήταν αρκετά πιο χαμηλή στις λιγότερες ανεπτυγμένες χώρες (40%) και ήταν ιδιαίτερα χαμηλή στην Αφρική (33%). Ανάμεσα σε άλλες βασικές γεωγραφικές περιοχές, η χρήση αντισύλληψης ήταν πολύ υψηλότερη (κυμαίνεται από 59%) στην Ωκεανία και 75% στην Βόρειο Αμερική. Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε όμως, ότι και σε αυτές τις περιοχές υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις από περιοχή σε περιοχή και από χώρα σε χώρα⁶.

Σχήμα 1. Ποσοστιαία κατανομή σε 195 χώρες ή περιοχές από τον αριθμό των παρατηρήσεων της έρευνας σε σχέση με τον επιπολασμό της αντισύλληψης και την ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό



Πηγή: Δεδομένα των Ηνωμένων Εθνών, Τμήμα Οικονομιών και Κοινωνικής Δικαιοσύνης, Τμήμα Πληθυσμού (2015).

Σχήμα 2. Επιπολασμός αντισύλληψης και μη ικανοποιημένης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό ανάμεσα σε έγγαμες γυναίκες και γυναίκες σε σχέση ηλικίας 15 έως 49 ετών κατά το έτος 2015.



Πηγή: Δεδομένα των Ηνωμένων Εθνών, Τμήμα Οικονομιών και Κοινωνικής Δικαιοσύνης, Τμήμα Πληθυσμού (2015).

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, τουλάχιστον μία στις δέκα παντρεμένες γυναίκες ή σε αυτές που βρίσκονται σε σχέση έχει μια ανικανοποίητη ανάγκη για

οικογενειακό προγραμματισμό. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2015, το 12% των γυναικών αυτών εκτιμήθηκε ότι δεν μπορούσαν να εκπληρώσουν την ανάγκη τους για οικογενειακό προγραμματισμό, που σημαίνει ότι ήθελαν να σταματήσουν ή να καθυστερήσουν μια εγκυμοσύνη αλλά δεν χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Το ποσοστό ήταν πολύ υψηλότερο, 22%, σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, πολλές από τις οποίες βρίσκονται στην υπο-Σαχάρια Αφρική όπου η ανεκπλήρωτη ανάγκη ήταν υψηλή (24%), διπλάσια από τον παγκόσμιο μέσο όρο για το 2015.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2015 το 57% των παντρεμένων γυναικών ή των γυναικών σε σχέση που βρίσκονταν σε αναπαραγωγική ηλικία, χρησιμοποιούσαν μια σύγχρονη μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού και αποτελούσαν το 90% των χρηστών αντισυλληπτικών μεθόδων. Ακόμη υπάρχουν μεγάλα κενά στην αναλογία της συνολικής ζήτησης για οικογενειακό προγραμματισμό που εκπληρώνεται μέσω των σύγχρονων μεθόδων σε χώρες όπου η συνολική χρήση αντισύλληψης είναι χαμηλή ή όπου πολλά ζευγάρια βασίζονται σε παραδοσιακές μεθόδους αντισύλληψης. Το 2015, λιγότερο από το μισό της συνολικής ζήτησης για οικογενειακό προγραμματισμό πραγματοποιήθηκε με σύγχρονες μεθόδους σε 54 χώρες (από τις οποίες 34 βρίσκονται στην Αφρική)⁶.

1.3. Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (IPPF) αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη παγκόσμια οργάνωση που στηρίζει την ιδιωτική πρωτοβουλία. Στην IPPF συμμετέχουν 54 χώρες, οι 36 από τις οποίες είναι χώρες του τρίτου κόσμου. Στόχος της ομοσπονδίας είναι η προώθηση της ιδέας ότι κάθε άνθρωπος θα πρέπει να είναι ελεύθερος και υπεύθυνος να αποφασίσει για ζητήματα που αφορούν την γονιμότητα και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Για τον σκοπό αυτό, προωθείται η επιστημονική έρευνα, η εκπαίδευση και η ενημέρωση. Από τον Μάιο του 1985 η Ελλάδα συμμετέχει στην IPPF.

Η IPPF εργάζεται σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να μεταδοθούν οι αξίες του οικογενειακού προγραμματισμού, να συνεργαστεί με τα Ηνωμένα Έθνη και τις κυβερνήσεις ξεχωριστά για ζητήματα που αφορούν την υγεία των ατόμων και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Επίσης, βοηθά τις εταιρείες – μέλη της σε θέματα τεχνικά και επιστημονικά, επιχορηγεί τη διεξαγωγή προγραμμάτων και

ενισχύει οικονομικά όταν αυτό είναι αναγκαίο. Τα έσοδα της Ομοσπονδίας προέρχονται από επιχορηγήσεις κυβερνήσεων, καθώς και από ιδιώτες⁷.

Επιμέρους αλλά σημαντικό στόχο του IPPF, αποτελεί η προστασία της υγείας μητέρας και παιδιού σε επίπεδο σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό και η κατάλληλη ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών. Όσον αφορά τους στόχους για την μητέρα, αυτοί περιλαμβάνουν:

- Την βοήθεια των γυναικών σε ενδεχόμενη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και την ψυχολογική της υποστήριξη για τα προβλήματα που επέρχονται σε μια τέτοια κατάσταση.
- Την αποδέσμευση των γυναικών από κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα που επιφέρει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Την αποφυγή διαδοχικών εγκυμοσύνων και θηλασμών που έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους και τον εν γένει κλονισμό της υγείας της γυναίκας.
- Την αποφυγή μεγάλου αριθμού εκτρώσεων, καθώς έχουν ως αποτέλεσμα την στέρωση.
- Την ενημέρωση γονέων με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες, ώστε να αποφύγουν να αποκτήσουν παιδιά.
- Τον περιορισμό της μητρικής θνησιμότητας.

Οι στόχοι για τα παιδιά περικλείουν:

- Την προστασία του εμβρύου από τον υποσιτισμό και τις αρνητικές συνέπειες που θα έχει κάτι τέτοιο.
- Την προαγωγή της ποιότητας ζωής των παιδιών, μέσω της ρύθμισης των διαστημάτων των κυήσεων.
- Την απαλοιφή της πεποίθησης των παιδιών που ανήκουν σε πολύτεκνες οικογένειες ότι δεν είναι επιθυμητά από τους γονείς τους.
- Την παροχή επιδομάτων για τα βρέφη και τα παιδιά στις περιπτώσεις όπου είναι αδύνατη η πλήρης οικονομική κάλυψη των εξόδων τους από την ίδια την οικογένεια⁷.

1.4. Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, παρά την παγκόσμια διάσταση που πήρε αρκετά νωρίς ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού, άργησε πολύ να ξεκινήσει η ένταξη

και υλοποίηση του θεσμού αυτού. Ο καθηγητής Ν. Λούρος, πρώτος το 1973 υλοποίησε το πρώτο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού στο μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» το οποίο συνεχίζει το έργο του μέχρι σήμερα. Νομοθετικά όμως, παρά το γεγονός ότι η χώρα μας είχε προσυπογράψει το «Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για τον Πληθυσμό», άργησε πολύ να ενταχθεί.

Το 1976 δημιουργήθηκε η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Ο.Π.), η οποία απαρτιζόταν από λίγα άτομα διαφορετικού κοινωνικού επαγγελματικού και οικονομικού υπόβαθρου που όμως τα ένωσαν οι αρχές που διέπουν τον οικογενειακό προγραμματισμό. Η Ε.Ο.Π. βασίζεται στον εθελοντισμό και την κοινωνική προσφορά.

Το 1978 η Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών του Υπουργείου Υγείας φιλοξενεί το πρώτο σεμινάριο που αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό⁸.

Ο πολιτικός χώρος εισάγει το 1980 το νόμο 1036/80, με τον οποίο για πρώτη φορά ο θεσμός αυτός εντάσσεται ως νόμος του κράτους. Το 1982 το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε μία ειδική επιτροπή με σκοπό την ίδρυση των πρώτων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Ο Ο.Η.Ε., μέσω του Γραφείου Πληθυσμιακών Δραστηριοτήτων, συνέβαλε οικονομικά και τεχνικά ώστε να γίνει εφικτή η κατάρτιση των πρώτων στελεχών και το 1983 άρχισε η ουσιαστική λειτουργία δέκα κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη την Ελλάδα. Το έργο αυτό ενισχύθηκε με το άρθρο 22 του νόμου 1397/83, όπου πλέον ο οικογενειακός προγραμματισμός εισήλθε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας⁴.

Ουσιαστικός όμως θεωρήθηκε ο ρόλος της Ε.Ο.Π. στη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη την Ελλάδα. Τον Μάιο του 1985 συμμετείχε στη Σύνοδο της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού που έγινε στο Παρίσι και η IPPF ενέκρινε παμψηφεί την ένταξή της ως μέλους στην Ομοσπονδία μαζί με άλλες 148 χώρες.

Σήμερα, η ΕΣΟΠ (Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού), λειτουργεί με στόχο τον σωστό σχεδιασμό και την οργάνωση της ζωής του κάθε ατόμου στα πλαίσια της ατομικής και οικογενειακής ζωής. Η μορφή της είναι μη κυβερνητική και μη κερδοσκοπική οργάνωση και παίρνει μέρος στον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων σε αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ είναι ενεργό μέλος της ESC (European Society of Contraception).

Κεφάλαιο 2^ο

Ανατομία και Φυσιολογία Ανατομικού Συστήματος

Το αναπαραγωγικό σύστημα ανδρών και γυναικών έχει κάποιες βασικές ομοιότητες και κάποιες διαφορές.

Τα περισσότερα αναπαραγωγικά όργανα και των δύο φύλων αναπτύσσονται από τον ίδιο εμβρυϊκό ιστό, που σημαίνει ότι είναι ομόλογα. Και τα δύο συστήματα έχουν αδένες αναπαραγωγής που παράγουν (σπέρμα και ωά ή ωάρια) και φυλετικά όργανα. Και τα δύο συστήματα βιώνουν ωρίμανση των αναπαραγωγικών οργάνων, όπου γίνονται λειτουργικά κατά την εφηβεία ως αποτέλεσμα των εκκρινόμενων ορμονών των γεννητικών αδένων.

Οι διαφορές μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος βασίζονται στις λειτουργίες του ρόλου κάθε ατόμου στον αναπαραγωγικό κύκλο. Ένας υγιής και ώριμος άνδρας, παράγει συνεχώς σπέρμα. Η ανάπτυξη των γυναικείων «αυγών» διακόπτεται κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Αυτό σημαίνει ότι γεννιέται με έναν προκαθορισμένο αριθμό ωοκυττάρων και δεν μπορεί να παράγει νέα.

Περίπου στον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης, οι ωοθήκες περιέχουν περίπου έξι με επτά εκατομμύρια ωογόνια, τα οποία ξεκινούν την μίτωση. Τα ωογόνια παράγουν αρχικά ωοκύτταρα η οποία διακόπτεται στην πρόφαση I της μείωσης από την στιγμή της γέννησης έως την εφηβεία.

Μετά την εφηβεία, κατά τη διάρκεια κάθε έμμηνου κύκλου, ένα ή πολλά ωοκύτταρα επαναλαμβάνουν την μείωση και περνούν στον πρώτο μειωτικό διαχωρισμό κατά την ωορρηξία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή δευτερογενών ωοκυττάρων και ένα πολικό σωματίο. Ο μειωτικός διαχωρισμός διακόπτεται στην μεταφάση II. Η γονιμοποίηση εκκινεί την ολοκλήρωση του δεύτερου μειωτικού διαχωρισμού και το αποτέλεσμα είναι ένα ωάριο και ένα επιπλέον πολικό σωματίο. Οι ωοθήκες ενός νεογέννητου κοριτσιού περιέχουν περίπου ένα εκατομμύριο ωοκύτταρα. Αυτός αριθμός φθίνει σε 400.000 έως 500.000 από την στιγμή που έρχεται η εφηβεία. Κατά μέσο όρο, 500-1000 ωοκύτταρα κάνουν ωορρηξία κατά τη διάρκεια της γόνιμης ζωής της γυναίκας.

Όταν η νεαρή γυναίκα φτάσει την εφηβεία στην ηλικία των 10 με 13 ετών, ένα πρωτεύον ωοκύτταρο αποβάλλεται από μία από τις ωοθήκες κάθε 28 ημέρες.

Αυτό συνεχίζεται έως ότου φτάσει η γυναίκα στην εμμηνόπαυση, συνήθως γύρω στην ηλικία των 50 ετών. Τα ωοκύτταρα υπάρχουν στην γέννηση και γερνούν καθώς γερνά η γυναίκα.

2.1. Ανατομία Γυναικείου Ανατομικού Συστήματος

Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα είναι προσαρμοσμένο ώστε να μπορεί να γίνει η σύλληψη και η κυοφορία του νεογνού, αλλά διευκολύνει την έκκριση διαφόρων ορμονών οι οποίες συμβάλλουν στην λειτουργία του οργανισμού. Διαχωρίζεται από τα έξω και έσω γεννητικά όργανα.

Τα έξω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν:

- Το αιδοίο.
- Το εφηβαίο.
- Τα μεγάλα χείλη.
- Τα μικρά χείλη.
- Την κλειτορίδα και
- Τον παρθενικό υμένα.

Τα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν:

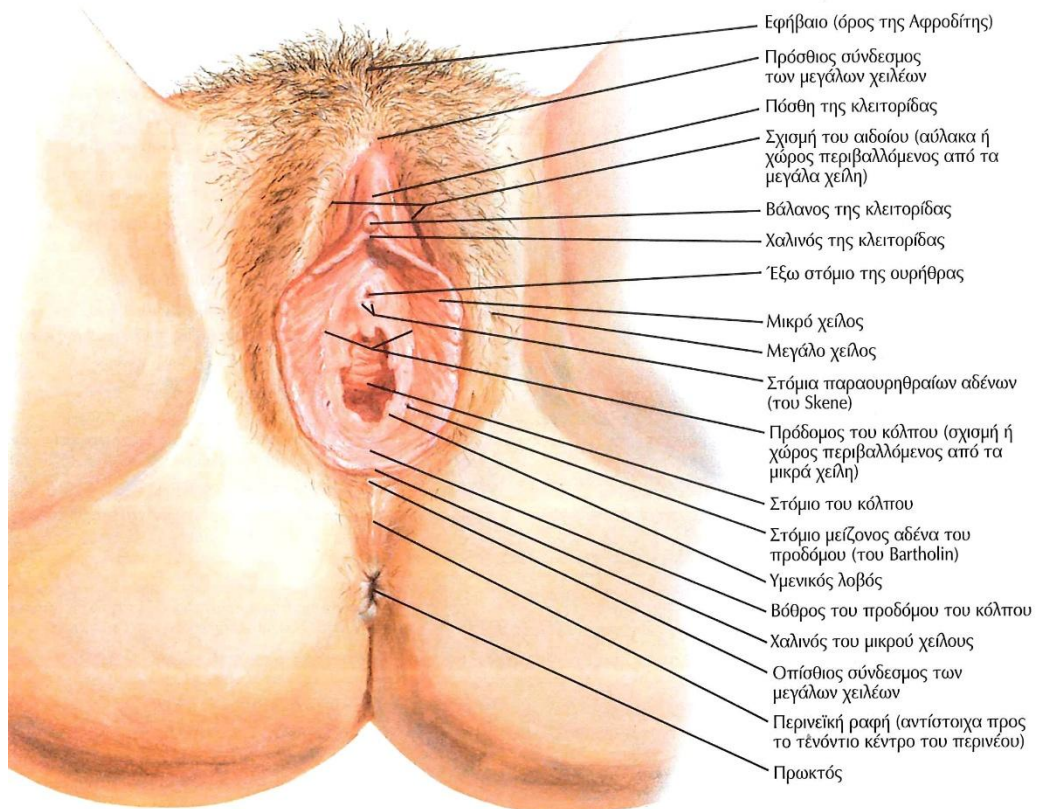
- Δύο ωόροθήκες.
- Δύο σάλπιγγες.
- Την μήτρα.
- Τον κόλπο.

2.1.1. Αιδοίο

Το αιδοίο απαρτίζεται από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα, δηλαδή από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μικρά και μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholin's αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες⁹.

2.1.2. Το εφηβαίο

Το εφηβαίο απαρτίζεται από ινολιπώδη ιστό, ο οποίος καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Κατά την εφηβεία, το εφηβαίο δημιουργεί τρίχωμα. Το δέρμα του εφηβαίου έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες⁹.



Εικ. 1. Έξω γεννητικά όργανα

Πηγή: Netter, 2003

2.1.3. Μεγάλα χείλη

Αποτελούνται από δύο πτυχές από δέρμα που περικλείουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Η εξωτερική επιφάνεια καλύπτεται από τρίχωμα και είναι συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Η εσωτερική επιφάνεια είναι άτριχη με ρόδινο χρώμα και προσομοιάζει με βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων περιέχει μελαγχρωστική έχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες⁹.

2.1.4. Μικρά χείλη

Όμοια με τα μεγάλα χείλη, αποτελούνται από δύο δερμάτινες πτυχές με λιγότερο, όμως, λιπώδη ιστό. Το δέρμα τους δεν καλύπτεται από τρίχωμα, ενώ περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους αδένες και πιο σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Κάτω από το δέρμα υπάρχει ο λιπώδης ιστός που αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολλά αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, καθιστώντας τα μικρά χείλη ιδιαίτερα ευαίσθητα⁹.

2.1.5. Κλειτορίδα

Το μήκος της κλειτορίδας είναι 3-4 εκ. και περιλαμβάνει τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Τα σκέλη είναι δύο και βρίσκονται πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου ενώ ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης. Το σώμα δημιουργείται από την ένωση των δύο σκελών και απαρτίζεται από δύο συραγγώδη σώματα, δηλαδή από τον αγγειοβριθή στυτικό ιστό. Η βάλανος είναι το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, το οποίο βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Στο πάνω μέρος βρίσκεται η πόσθη και στο κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος που την καλύπτει, ενώ έχει ειδικές νευρικές απολήξεις χρήσιμες κατά τη σεξουαλική διέγερση⁹.

2.1.6. Παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας είναι μια λεπτή μεμβράνη που αποτελείται από συνδετικό ιστό και καλύπτει το στόμιο του κόλπου. Η μεμβράνη του είναι διάτρητη, αφού στο κέντρο της υπάρχει ένα άνοιγμα. Κατά την πρώτη συνουσία της γυναίκας ο παρθενικός υμένας διαρρηγνύεται και αυτό που μένει είναι σαρκώδη χείλη που λέγονται μύρτα⁹.

2.1.7. Ωοθήκες

Είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από την μήτρα. Έχουν μήκος 3-4 εκατ. και πάχος 1-3 εκατ. Αποτελούνται από το βλαστικό επιθήλιο το οποίο καλύπτει την επιφάνειά της, την φλοιώδη μοίρα που είναι ένας λεπτός συνδετικός ιστός στον οποίο υπάρχουν τα ωοθυλάκια στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης και την μυελώδη μοίρα που βρίσκεται στο κέντρο της ωοθήκης που αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα αγγεία, λεμφικά αγγεία, νεύρα και εμβρυϊκά υπολείμματα¹⁰.

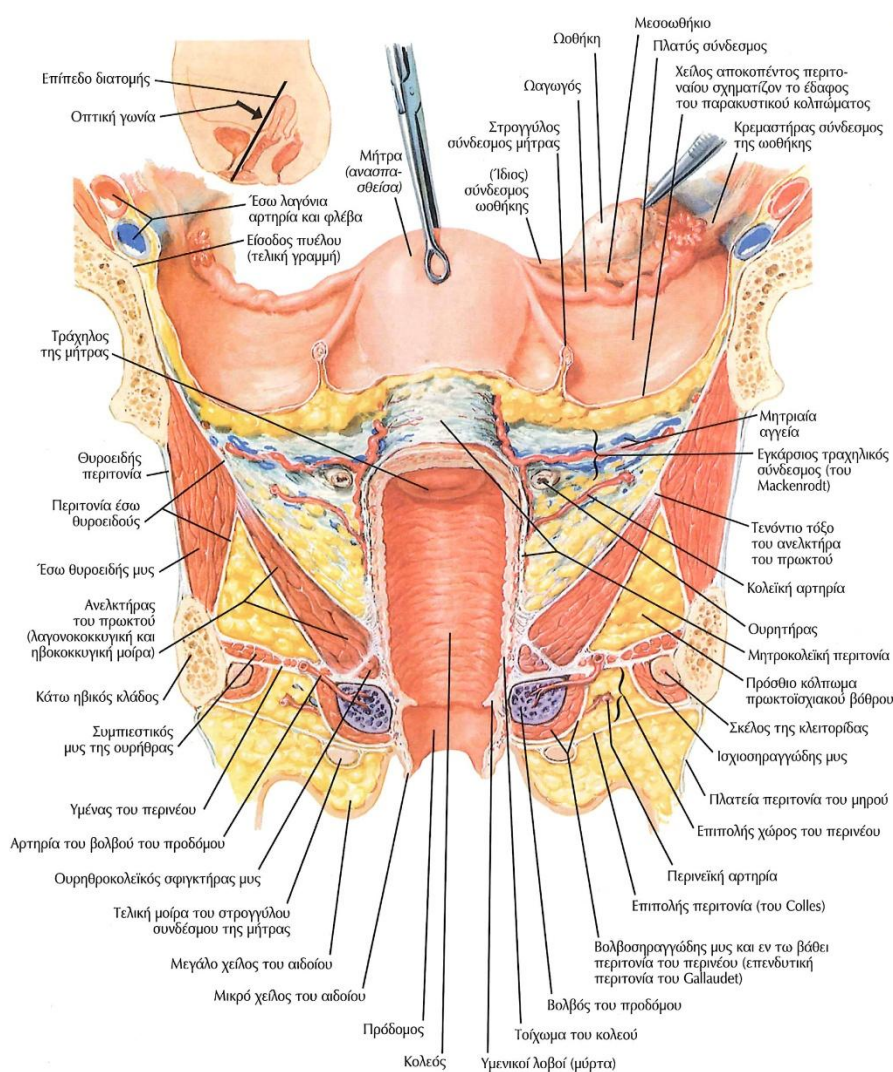
2.1.8. Σάλπιγγες

Οι σάλπιγγες (oviducts) ονομάζονται και ωαγωγοί (Fallopian tubes). Είναι δύο μυϊκοί σωλήνες με μήκος 8-10 εκ. και βρίσκονται μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου στη μήτρα που ονομάζεται μεσοσαλπίγγιο. Κάθε σάλπιγγα εφάπτεται στο ένα άκρο της στην αντίστοιχη ωοθήκη, ενώ το άλλο άκρο καταλήγει στη μήτρα. Η σάλπιγγα αποτελείται από τέσσερα τμήματα και έχει δύο στόμια. Τα τμήματα που την αποτελούν είναι: α) κώδωνας, β) λήκυθος, γ) ισθμός,

δ) μητριαία μοίρα. Τα στόμια είναι το έξω ή κοιλιακό στόμιο και το έσω ή μητριαίο στόμιο¹¹.

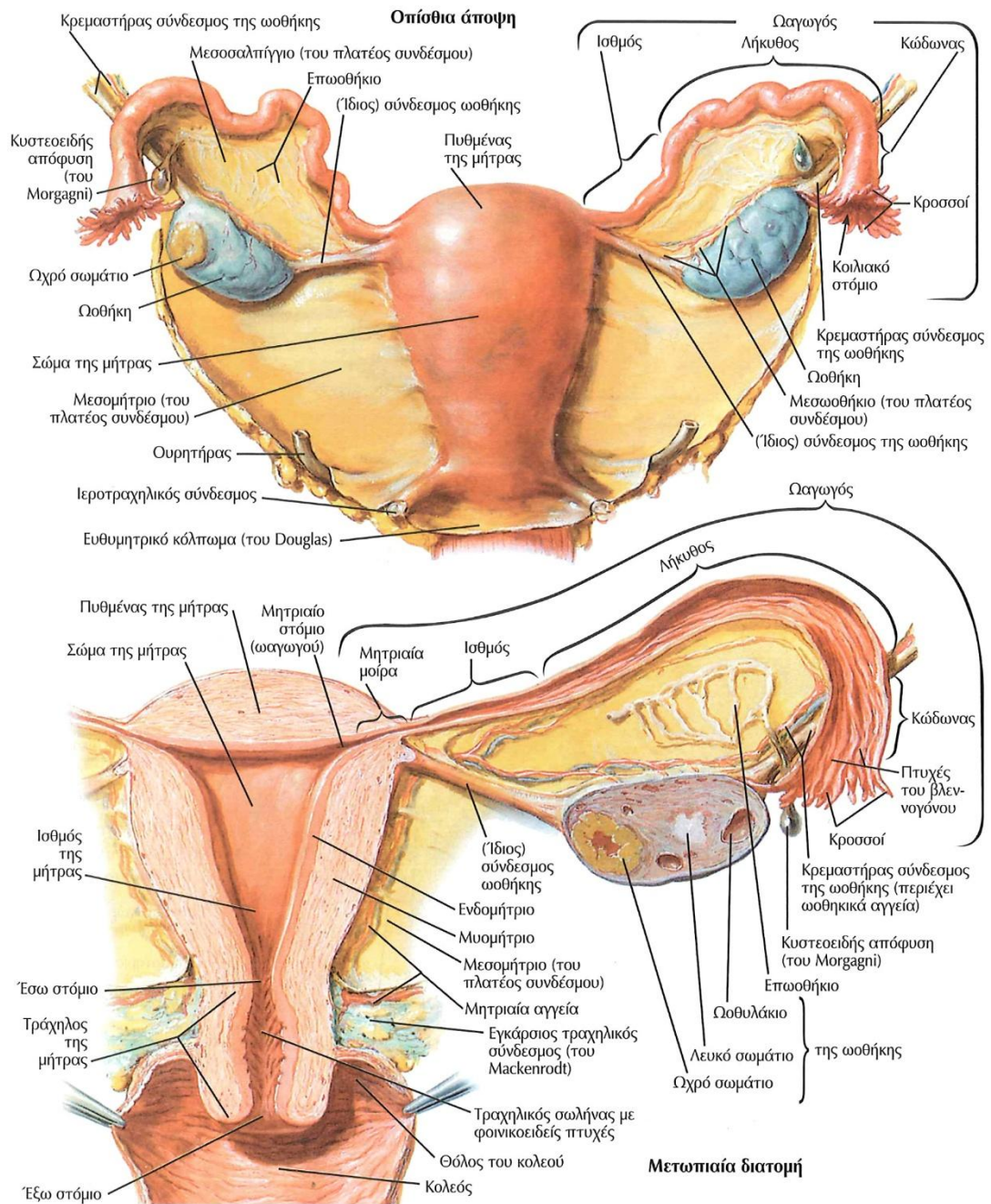
2.1.9. Μήτρα

Η μήτρα είναι το όργανο εκείνο που μετατρέπει το γονιμοποιημένο ωάριο σε έμβρυο. Το έμβρυο τρέφεται και αναπτύσσεται μέσα σε αυτήν. Μέσω της μήτρας επιτελείται ο τοκετός και η έμμηνος ρύση. Είναι κοίλο όργανο και έχει παχιά μυϊκά τοιχώματα και έχει τη βάση του προς τα πάνω και το πάνω τμήμα του προς τα κάτω. Η θέση του είναι μέσα στην ελάσσονα πύελο, μπροστά από το απευθυσμένο, πίσω από την ουροδόχο κύστη και κάτω από τις εντερικές έλικες¹¹.



Εικ. 2. Μήτρα, κολέος και στηρίγματα.

Πηγή¹².



Εικ. 3. Μήτρα και προσαρτήματα.

Πηγή¹².

2.1.10. Κόλπος

Ο κόλπος ή αλλιώς κολεός, έχει μήκος 8-10 εκ. και είναι ένας ινομυώδης σωλήνας. Κατά τη συνουσία δέχεται το πέος και κατά την τοκετό εξέρχεται από αυτόν το έμβρυο. Η θέση του είναι μεταξύ του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου, στη μέση γραμμή του περινέου, μπροστά από την ουρήθρα και πίσω από το απευθυσμένο¹¹.

2.2. Ανατομία Ανδρικού Ανατομικού Συστήματος

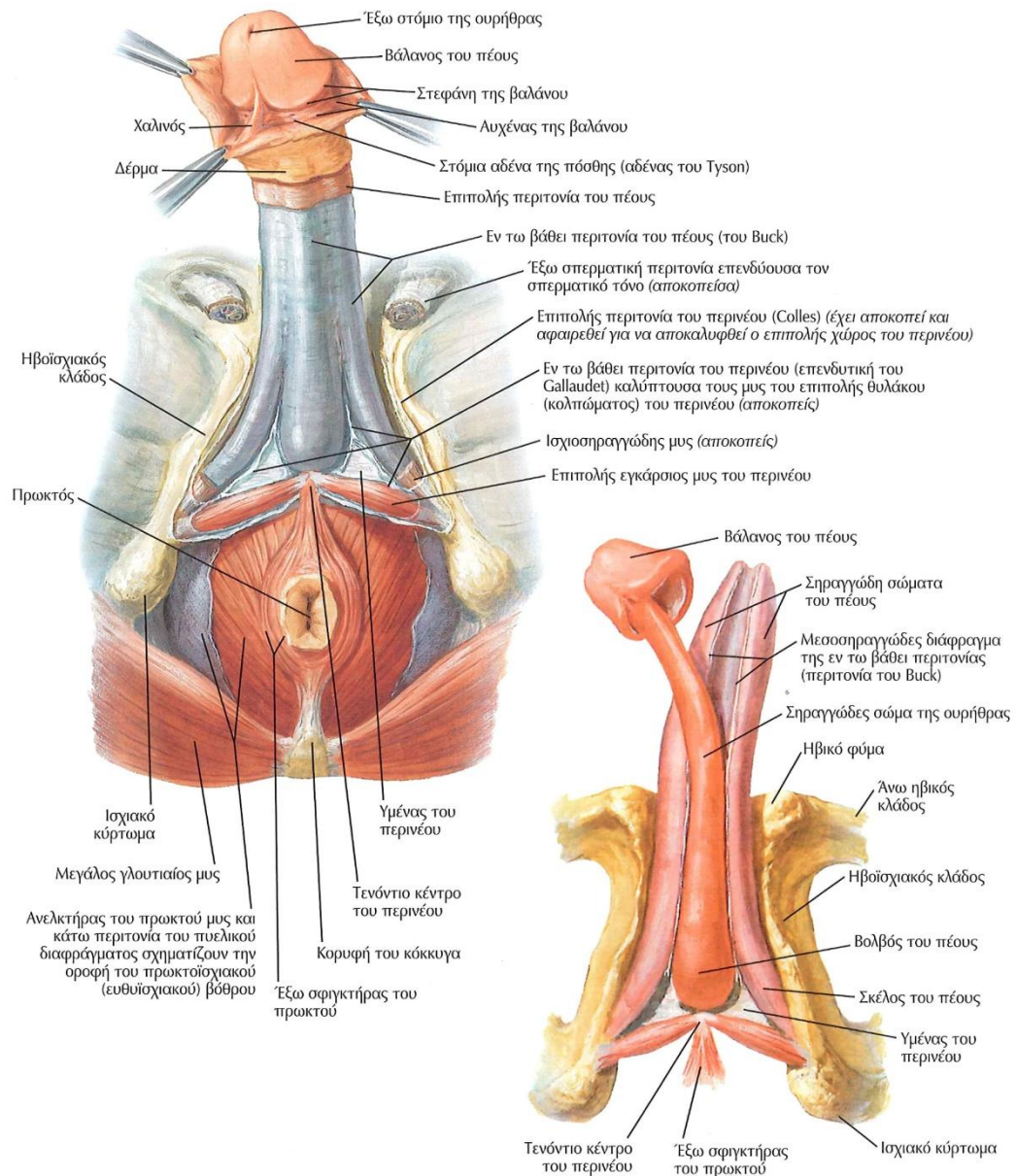
Το ανδρικό ανατομικό σύστημα περιλαμβάνει τα όργανα αναπαραγωγής, τα οποία άλλα είναι κρυμμένα και άλλα ορατά. Τα ορατά όργανα τα αποτελούν το πέος και το όσχεο μέσα στο οποίο υπάρχουν οι όρχεις και η επιδιδυμίδα, ενώ τα μη ορατά αποτελούνται από την προστάτη, τη σπερματοδόχο κύστη και τον σπερματικό πόρο του όρχεος.

2.2.1. Πέος

Το όργανο αυτό περιλαμβάνει και την ουρήθρα και αντιστοιχεί στην γυναικεία κλειτορίδα. Αποτελείται από το κυρίως σώμα και το άκρο του που ονομάζεται βάλανος, το οποίο σε άτομα που δεν έχουν κάνει περιτομή καλύπτεται από δέρμα που ονομάζεται πόσθη. Η στύση επιτελείται όταν τα σηραγγώδη σώματα πληρωθούν με αίμα σε απόκριση ενός αντανακλαστικού που διεγείρει το παρασυμπαθητικό σύστημα προκαλώντας αγγειοσυστολή στα αρτηριόλια. Μετά την εκσπερμάτωση συσπώνται τα αρτηριόλια και έτσι χαλαρώνει το πέος¹¹.

2.2.2. Όσχεο

Η θέση του είναι στη βάση του πέους, μπροστά από τον πρωκτό και σκοπός του είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας των όρχεων. Η θερμοκρασία που απαιτείται για να παραχθεί σπέρμα είναι 2-3 βαθμούς χαμηλότερη από τη θερμοκρασία του σώματος. Στην περίπτωση που η θερμοκρασία των όρχεων είναι χαμηλή, συσπάται το όσχεο ώστε να έρθουν οι όρχεις πάνω από το σώμα, ενώ αντίθετα όταν είναι υψηλή χαλαρώνει το όσχεο ώστε να απομακρυνθούν οι όρχεις από το σώμα¹¹.



Εικ. 4. Πέος.

Πηγή¹².

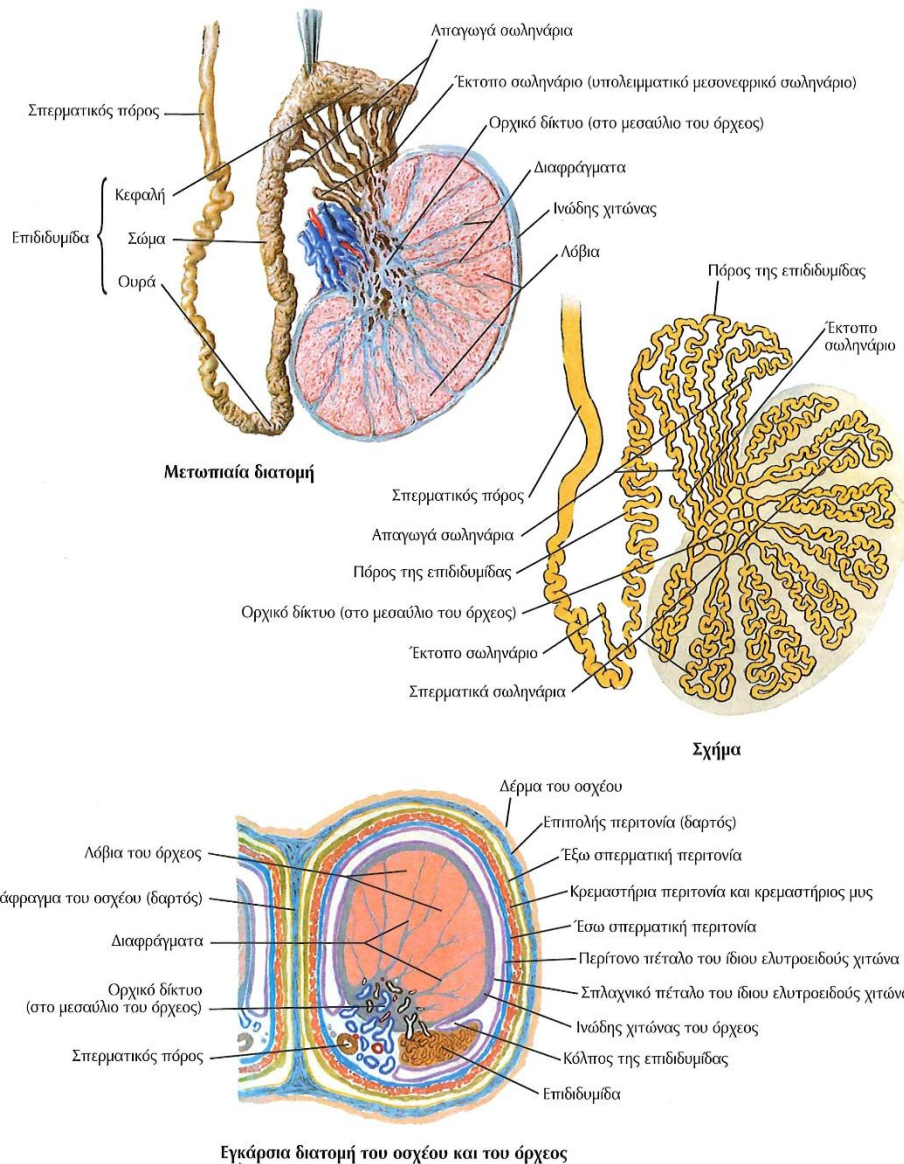
2.2.3. Όρχεις

Αρχικά οι όρχεις αναπτύσσονται μέσα στην κοιλιακή περιοχή του εμβρύου και στη συνέχεια κατεβαίνουν μέσω του βουβωνικού πόρου. Ο κάθε όρχης έχει περίπου 4 εκ. μήκος και 2,5 εκ. διάμετρο και διαιρείται σε 250-300 λοβία, όπου το καθένα έχει ένα έως τέσσερα σπερματικά σωληνάρια. Η εργασία που επιτελούν είναι να παράγουν σπέρμα μέσω των σπερματικών σωληναρίων και να εκκρίνουν

τεστοστερόνη μέσω των κυττάρων leydig (διάμεσα κύτταρα) που υπάρχουν στο συνδετικό ιστό γύρω από τα σπερματοφόρα σωληνάρια⁹.

2.2.4. Επιδιδυμίδα

Βρίσκεται πάνω στους όρχεις. Όλη η επιδιδυμίδα αποτελείται από ένα σωληνάριο με πολλές περιελίξεις. Στην κεφαλή, δηλαδή στο αρχικό μέρος της, βρίσκονται τα ευθέα σωληνάρια του όρχεως. Έπειτα υπάρχει ένα σωληνάριο από συνεχόμενες περιελίξεις, όπου σχηματίζει το σώμα και την ουρά. Αυτό το σωληνάριο έχει μήκος περίπου 7 μέτρα και τα σπερματοζωάρια χρειάζονται 12-14 ημέρες για να κάνουν αυτή τη διαδρομή. Τα ωάρια που έχουν ωριμάσει και μπορούν να γονιμοποιηθούν αποθηκεύονται στην ουρά της επιδιδυμίδας, η οποία είναι η βασική αποθήκη των ώριμων σπερματοζωαρίων⁹.



Εικ. 5. Όρχις, επιδιδυμίδα και σπερματικός πόρος

Πηγή¹²

2.2.5. Προστάτης

Ο προστάτης βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη. Αγκαλιάζει την ουρήθρα και περιβάλλεται από λείο μυ. Οι εκκρίσεις του είναι περίπου το 1/3 του συνολικού όγκου του σπέρματος. Κατά την εκσπερμάτωση, οι εκκρίσεις αυτές μπαίνουν στην ουρήθρα μέσα από πολλούς πόρους⁹.

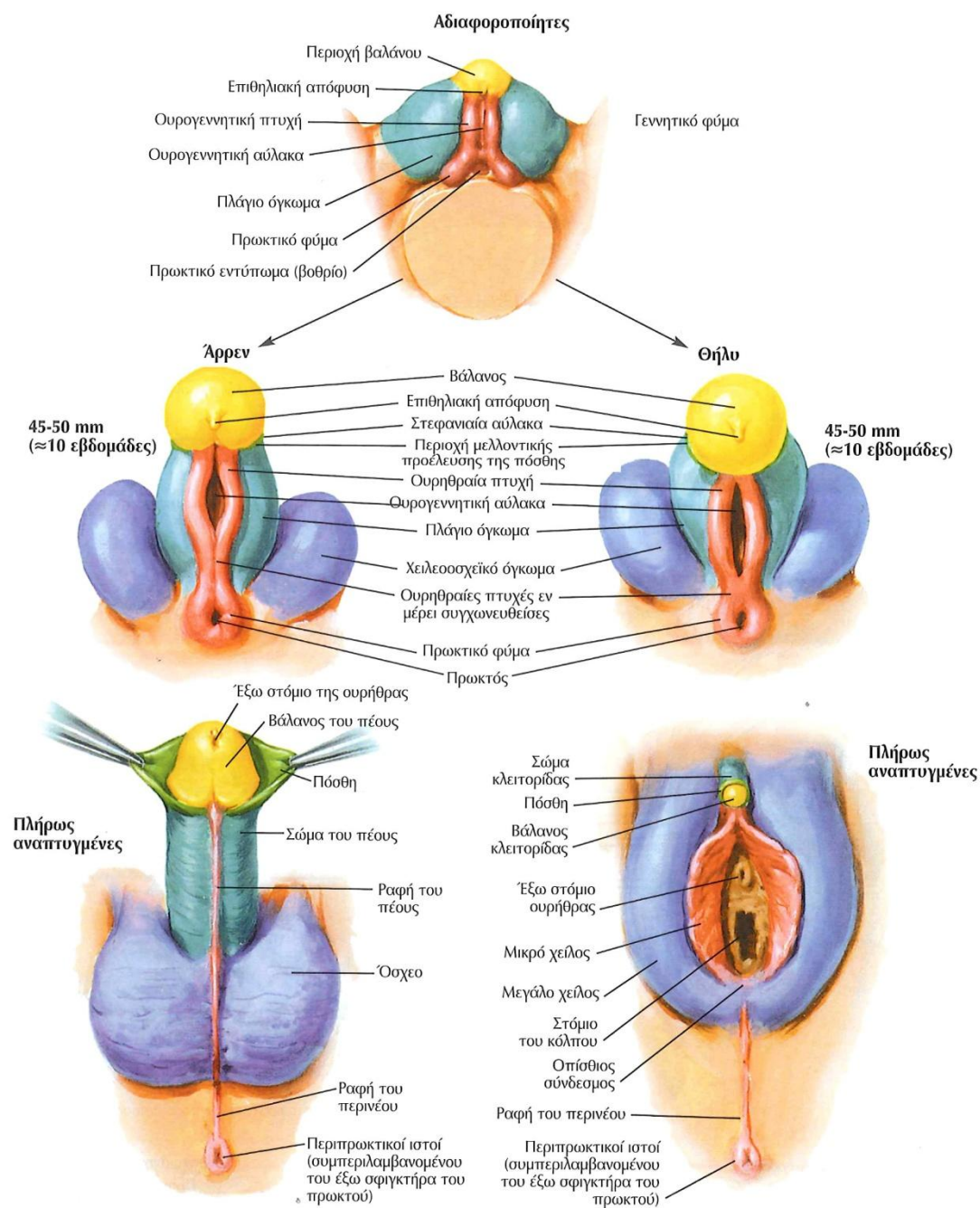
2.2.6. Σπερματοδόχος κύστη

Η σπερματοδόχος κύστη αποτελείται από δύο πολύχωρους επιμήκεις σάκους οι οποίοι συνδέονται με τους σπερματικούς πόρους εκεί που ξεκινούν οι

εσπερματικοί πόροι. Περιλαμβάνουν αδένες οι οποίοι εκκρίνουν υγρό που αποτελεί περίπου το 80% του συνολικού όγκου του σπέρματος. Αυτό το υγρό περιλαμβάνει τη φρουκτόζη που αποτελεί τροφή για τα σπερματοζωάρια και την ουσία που βοηθά στην πήξη του αίματος μετά ακριβώς από την εσπερμάτωση⁹.

2.2.7. Σπερματικός πόρος

Αποτελούν συνέχεια των επιδιδυμίδων και αφού διέλθουν από τον βουβωνικό σωλήνα, μπαίνουν στην ελάσσονα πύελο. Το τελικό τμήμα τους βρίσκεται πίσω από την ουροδόχο κύστη, όπου σχηματίζεται η σπερματοδόχος λήκυθος. Η σπερματοδόχος λήκυθος ουσιαστικά είναι η δεύτερη αποθήκη για τα ώριμα σπερματοζωάρια. Στη συνέχεια, ο σπερματικός πόρος διέρχεται από τον προστάτη και εκβάλει στην ουρήθρα, όπου ονομάζεται εκσπερματικός πόρος⁹.



Εικόνα. 6. Ομόλογες δομές των έξω γεννητικών οργάνων.

Πηγή¹².

2.3. Φυσιολογία του Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας

Η αρχή της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας ξεκινάει με την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Αρχίζει να παράγεται η εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών (Gonadotropin – Releasing Hormone, GnRH) που παράγεται στον υποθάλαμο και στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται οι γοναδοτροπίνες FSH και LH. Η FSH είναι υπεύθυνη για την ωρίμανση των

ωοθυλακίων, τα οποία με την σειρά τους, αφού ωριμάσουν, εκκρίνουν οιστρογόνα με σκοπό να προετοιμαστεί το ενδομήτριο για να δεχθεί γονιμοποιημένο ωάριο. Αυτή είναι μια διαδικασία που επαναλαμβάνεται κάθε 28 ημέρες και αποτελείται από δύο φάσεις: την παραγωγική και την εκκριτική.

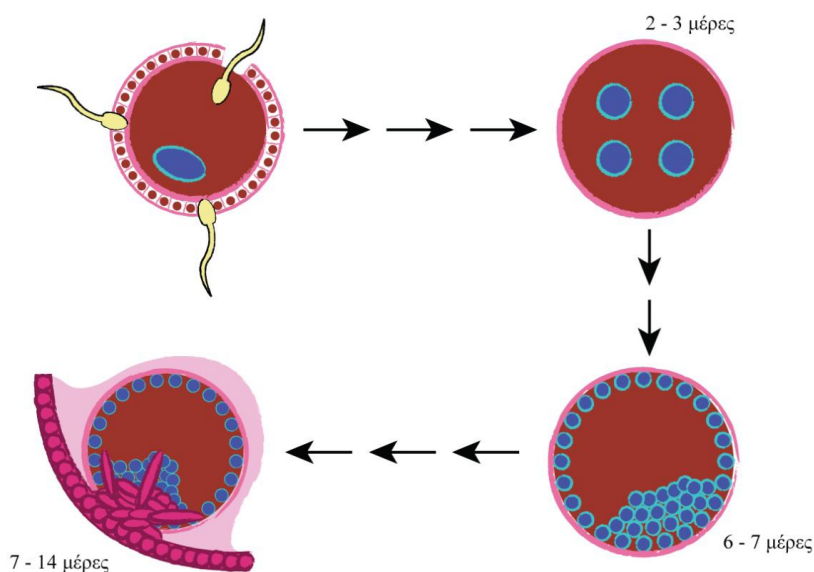
Η παραγωγική φάση αρχίζει την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία. Η συνεχής αύξηση των οιστρογόνων συμβάλλει στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων που βρίσκονται στην βασική στιβάδα του ενδομητρίου με αποτέλεσμα να αναδομείται η λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου. Έτσι, διογκώνονται οι αδένες του ενδομητρίου, ενώ το πάχος του αυξάνεται από 1-2 χιλ. σε 10-12 χιλ.

Μετά την παραγωγική φάση και στα μέσα του κύκλου, τα οιστρογόνα φτάνουν σε πολύ υψηλά επίπεδα προκαλώντας απότομη έκκριση της LH από την υπόφυση. Αυτή με την σειρά της προκαλεί την ωοθυλακιορρηξία και την απελευθέρωση του ωαρίου και μεταβάλλει το ωοθυλάκιο σε ωχρό σωματίο. Τα οιστρογόνα προκαλούν την παραγωγή βλέννας στον τράχηλο, η οποία διευκολύνει τη διέλευση του σπερματοζωαρίου¹³.

Η ωχρινική ή εκκριτική φάση επέρχεται μετά την ωοθυλακιορρηξία. Κατά την φάση αυτή, το ωχρό σωματίο παράγει προγεστερόνη που μαζί με τα οιστρογόνα, βοηθά στη διόγκωση των ενδομήτριων αδένων και αυξάνεται το γλυκογόνο στο ενδομήτριο. Στο τέλος της φάσης αυτής, οι ενδομήτριοι αδένες επανέρχονται στο αρχικό τους μέγεθος και παίρνουν ακανόνιστο σχήμα, ενώ την ίδια στιγμή στο στρώμα του ενδομητρίου εμφανίζονται οι σπειροειδείς αρτηρίες και μεγαλώνει ο όγκος των στρωματικών κυττάρων. Εάν δεν υπάρχει ωάριο για να γονιμοποιηθεί διακόπτεται απότομα η έκκριση προγεστερόνης, με αποτέλεσμα να ελαττωθούν τα επίπεδα των οιστρογόνων. Έτσι συσπώνται οι σπειροειδείς αρτηρίες και προκαλείται ισχαιμία της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου που αποπίπτει. Κατά την απόπτωση αποβάλλονται νεκρά αδένια, κύτταρα του στρώματος και αιμορραγικά κατάλοιπα από τον κόλπο μέσω των συσπάσεων της μήτρας, οπότε έχουμε έμμηνο ρύση. Η βασική στιβάδα του ενδομητρίου δεν επηρεάζεται, αλλά τα κύτταρά της ξεκινούν την διαδικασία αναγέννησης της λειτουργικής στιβάδας, προετοιμάζοντας έτσι τον οργανισμό για την επόμενη έμμηνο ρύση¹⁴.

2.3.1. Γονιμοποίηση - Κύηση

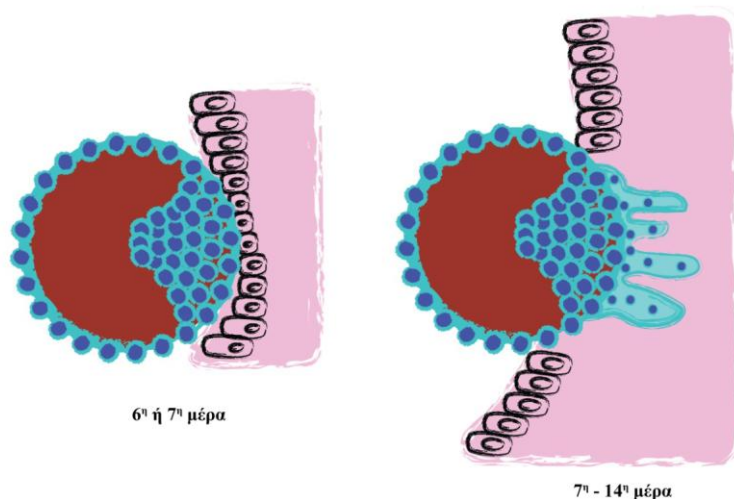
Μετά την ωοθυλακιωρηξία (περίπου την 15^η μέρα του έμμηνου κύκλου) το ώριμο ωάριο φεύγει από την ωοθήκη και μπαίνει στον ωαγωγό, όπου εκεί πραγματοποιείται η γονιμοποίηση. Εκεί σχηματίζεται ένας διπλοειδικός ζυγώτης από την ένωση του απλοειδικού σπερματοζωαρίου με το απλοειδικό ωάριο. Έπειτα από ένα πλήθος μιτωτικών διαιρέσεων, δημιουργείται το μορίδιο που περνάει στην ενδομήτρια κοιλότητα. Εκεί επιτελούνται επιπλέον μιτωτικές διαιρέσεις και δημιουργείται η βλαστοκύστη η οποία έχει μια κοιλότητα με υγρό. Τα κύτταρα του μοριδίου συνεχίζουν τις μιτώσεις δημιουργώντας την έσω κυτταρική μάζα από την οποία δημιουργούνται οι ιστοί του εμβρύου. Η βλαστοκύστη εισέρχεται στη μητριαία κοιλότητα με σκοπό να εμφυτευτεί στο εκκριτικό ενδομήτριο (εικ. 8). Αν δεν γίνει αυτό εφικτό, τότε αποβάλλεται με την λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου (έμμηνος ρύση).



Εικόνα 7. Γονιμοποίηση και διαδικασία εμφύτευσης.

Πηγή⁴

Αν η εμφύτευση είναι επιτυχής, τότε η βλαστοκύστη προσκολλάται στο στρώμα του ενδομητρίου με την τροφοβλάστη (εικ. 9).



Εικόνα 8. Σχηματισμός τροφοβλάστης.

Πηγή¹⁴

Σε αυτή την περίπτωση το ωχρό σωματίο μεγαλώνει και συνεχίζεται η έκκριση προγεστερόνης έως το τέλος του 1^{ου} τριμήνου της κύησης, όπου σχηματίζεται πλήρως ο πλακούντας. Μετά την εμφύτευση του εμβρύου συνεχίζει να υπάρχει το εκκριτικό ενδομήτριο που επηρεάζεται από την προγεστερόνη, οπότε οι ενδομήτριοι αδένες συνεχίζουν να διογκώνονται, ενώ τα κύτταρα του στρώματος, καθώς μεγαλώνουν και μεταβάλλονται σε γνήσιο φθαρτό. Η τροφοβλάστη και το τμήμα του φθαρτού του ενδομητρίου διαμορφώνουν τον πλακούντα, μέσω του οποίου το έμβρυο σιτίζεται και εκκρίνονται οι ορμόνες για την σωστή πορεία της κύησης (χοριακή γοναδοτροπίνη, προγεστερόνη, οιστρογόνα)¹³.

2.3.2. Κλιμακτήριος – Εμμηνόπαυση

Κατά την φάση της κλιμακτηρίου, τελειώνει η αναπαραγωγική φάση της γυναίκας. Στην προεμμηνόπαυση, (40^ο – 45^ο έτος) μειώνεται η διάρκεια του κύκλου και η αύξηση των επιπέδων της FSH επιφέρει πρόωρη ωοθυλακιορρηξία. Στην περιεμμηνόπαυση (45^ο – 51^ο έτος), η εκκριτική φάση της εμμήνου ρύσεως επηρεάζεται από ορμονικές αλλαγές και μειώνεται η παραγωγή προγεστερόνης και η διαδικασία ωχρινοποίησης. Η υπόφυση εκκρίνει παραπάνω ποσότητες γοναδοτροπίνης, με συνέπεια να γίνεται υπερδιέγερση των ωοθυλακίων και επομένως αυξάνεται το φαινόμενο της ατρησίας.

Έτσι, ο λόγος που δεν ανταποκρίνονται οι ωοθήκες στις γοναδοτροπίνες είναι η μείωση των ωοθυλακίων και κατ' επέκταση η μείωση των υποδοχέων των γοναδοτροπινών στις ωοθήκες, οπότε παύει η λειτουργία των ωοθηκών. Η εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικά η τελευταία φυσιολογική έμμηνος ρύση και κατά τη διάρκειά της παράγοντες ελάχιστα οιστρογόνα, προγεστερόνη και ανδρογόνα.

Η φάση της μεταεμμηνόπαυσης αρχίζει μετά την εμμηνόπαυση και διαρκεί περίπου έως το 65^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας, ολοκληρώνοντας την φάση της κλιμακτηρίου. Οι ορμονικές μεταβολές που συντελούνται είναι ικανές να δημιουργήσουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα, ακόμη και αρκετά χρόνια μετά την τελευταία έμμηνο ρύση¹⁴.

2.4. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος του άνδρα

2.4.1. Σπερματογένεση

Στο πρώτο στάδιο της σπερματογένεσης, κατά την εφηβεία, τα σπερματογόνια (αδιαφοροποίητα σπερματικά κύτταρα), ξεκινούν να διαιρούνται μέσω της μίτωσης. Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται ξανά και δημιουργείται από κάθε σπερματογόνιο ένας ολόκληρος κλώνος σπερματογόνιων. Επιπλέον, η μίτωση διαφοροποιείται. Από την τελική μιτωτική διαίρεση και τη σειριακή διαφοροποίηση, τα κύτταρα ονομάζονται πρωτογενή σπερματοκύτταρα, τα οποία κατά τη διαδικασία της σπερματογένεσης υποβάλλονται στην πρώτη μειωτική διαίρεση.

Κάθε πρωτογενές σπερματοκύτταρο μεγαλώνει σε μέγεθος και υποβάλλεται στην πρώτη μειωτική διαίρεση για να παραχθούν δύο δευτερογενή σπερματοκύτταρα, όπου το κάθε ένα από αυτά έχει 23 χρωμοσώματα με δύο χρωματίδες. Στη συνέχεια, κάθε δευτερογενές σπερματοκύτταρο υποβάλλεται σε δεύτερη μειωτική διαίρεση και μεταβάλλεται σε σπερματίδες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, κάθε πρωτογενές σπερματοκύτταρο, το οποίο έχει 46 χρωμοσώματα με διπλές χρωματίδες, δημιουργεί 4 σπερματίδες όπου η κάθε μία έχει 23 χρωμοσώματα με μία χρωματίδα το κάθε ένα.

Η διαδικασία της σπερματογένεσης ολοκληρώνεται με την μεταβολή των σπερματίδων σε σπερματοζώαρια. Κατά τη διαδικασία αυτή, γίνεται κυτταρική αναδόμηση με εκτεταμένη επιμήκυνση, αλλά δεν γίνεται επιπλέον διαίρεση του κυττάρου. Στην κεφαλή του σπέρματος υπάρχει ο πυρήνας, που περιέχει το DNA

με όλη τη γενετική πληροφορία. Το άκρο του πυρήνα καλύπτεται από το ακρόσωμα, το οποίο είναι ένα κυστίδιο με πρωτεΐνες και ένζυμα προκειμένου να είναι δυνατή η διείσδυση του σπέρματος εντός του ωαρίου. Η ουρά, κατά το μεγαλύτερο μέρος της, λειτουργεί ως ένα μαστίγιο που αποτελείται από συσταλτά νημάτια που δημιουργούν μια ημιτονοειδή προωθητική κίνηση και δίνει την ικανότητα στο σπέρμα να κινείται με ταχύτητα 1 έως 4 mm το λεπτό. Το πίσω μέρος του σπέρματος έχει μιτοχόνδρια που του δίνουν την απαραίτητη ενέργεια για να κινηθεί¹¹.

Αυτή η διαδικασία χρειάζεται 64 ημέρες για να ολοκληρωθεί. Ένας φυσιολογικός άνδρας παράγει περίπου 30 εκατομμύρια σπερματοζωάρια την ημέρα.

2.4.2. Μεταφορά του σπέρματος

Το σπέρμα ξεκινάει από τα σπερματικά σωληνάρια, περνά μέσω του ορχικού δικτύου, των απαγωγών σωληνίσκων, της επιδιδυμίδας και φτάνει στον σπερματικό πόρο. Ο σπερματικός πόρος και η γύρω περιοχή της επιδιδυμίδας είναι οι χώροι αποθήκευσης όπου το σπέρμα μένει έως ότου να γίνει η εκσπερμάτωση μέσω της ερωτικής διέγερσης, ενώ του δίνεται η ευκαιρία να ωριμάσει.

Το σπέρμα μπορεί και φτάνει μέχρι την επιδιδυμίδα μέσω της πίεσης που προκαλείται από την συνεχόμενη παραγωγή υγρού μέσω των κυττάρων Sertoli το οποίο καταλήγει στα σπερματικά σωληνάρια, αλλά και από περισταλτικές κινήσεις που κάνει η σωλήνα. Καθώς περνάει από την επιδιδυμίδα, γίνεται συμπύκνωση του σπέρματος μέσω της απορρόφησης αυλικού υγρού. Κατ' αυτόν τον τρόπο, καθώς το σπέρμα μπαίνει στον σπερματικό πόρο, είναι πλέον μια πυκνοσυσκευασμένη μάζα όπου η κίνησή της δεν οφείλεται πλέον στην κίνηση του υγρού, αλλά σε περισταλτικές συστολές του λείου μυός της επιδιδυμίδας και του σπερματικού πόρου¹⁵.

2.4.3. Στύση

Η στύση είναι ένα αγγειακό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από την ανόρθωση και την ακαμψία του πέους. Το πέος έχει τρία κυλινδρικά αγγειακά τμήματα, τα οποία τροφοδοτούνται από μικρές αρτηρίες. Αυτές κανονικά περιέχουν λίγο αίμα με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε συστολή καθιστώντας το

πέος πλαδαρό. Όμως, κατά την ερωτική διέγερση, οι αρτηρίες αυτές διαστέλλονται και τα τρία τμήματα μεγαλώνουν σε όγκο καθώς δέχονται μεγάλες ποσότητες αίματος, κάνοντας το πέος άκαμπτο. Η αγγειακή διαστολή ξεκινά από νευρικά σήματα που δίνονται στις μικρές αρτηρίες του πέους. Όπως διαστέλλονται τα αγγειακά τμήματα, οι φλέβες που αδειάζουν από το αίμα συμπιέζονται και έτσι συμβάλλουν στην αιματική συμφόρηση του πέους. Αυτή η διαδικασία είναι αρκετά γρήγορη και μια πλήρης στύση μπορεί να γίνει ακόμα και μέσα σε 5 έως 10 δευτερόλεπτα.

Όταν το πέος βρίσκεται σε ηρεμία, το βασικό σήμα είναι συμπαθητικής υφής καθώς τα νεύρα εκκρίνουν νορεπινεφρίνη που προκαλεί συστολή του αρτηριακού λείου μυός. Όμως, κατά τη διάρκεια της στύσης αυτό το συμπαθητικό σήμα αναστέλλεται και ενεργοποιούνται τα μη αδρενεργικά και μη χολινεργικά αυτόνομα νεύρα των αρτηριών που απελευθερώνουν μονοξείδιο του αζώτου και επέρχεται χαλάρωση του αρτηριακού λείου μυός.

Το ερέθισμα του πέους μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: μέσω υπερευαίσθητων μηχανοαισθητήρων στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και ειδικά στην κεφαλή του πέους, όπου οι προσαγωγές ίνες που μεταφέρουν τη νευρική ώση συνάπτονται στο κάτω μέρος του νωτιαίου μυελού επί διαμέσων νευρώνων που ελέγχουν την απαγωγή ροή των πληροφοριών, είτε από τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα. Τα τελευταία, δύναται να έχουν διεγερτική ή ανασταλτική επίδραση μέσω κατιουσιών οδών επί των αυτόνομων νευρώνων των μικρών αρτηριών του πέους. Με αυτό τον τρόπο, εξωτερικές επιδράσεις όπως οι είναι οι σκέψεις, τα συναισθήματα κλπ. είναι δυνατόν να επιφέρουν στύση ακόμα και με παντελή απουσία ερεθισμού του πέους¹¹.

2.4.4. Εκσπερμάτιση

Η εκσπερμάτιση αποτελεί ένα νωτιαίο αντανακλαστικό, όπου βασικό ρόλο παίζουν οι μηχανοαισθητήρες του πέους και οι προσαγωγές οδοί. Έτσι, όταν κορυφώνεται η διέγερση προκαλείται μια αλληλουχία ώσεων στα φυγόκεντρα νεύρα, η οποία αποτελείται από δύο φάσεις: (α) Η συμπαθητική διέγερση προκαλεί τη συστολή των λείων μυών της επιδιδυμίδας, του σπερματικού πόρου, των εκσπερματικών αγωγών, του προστάτη και των σπερματικών κύστεων, μεταφέροντας το σπέρμα και τις αδενικές εκκρίσεις μέσα στην ουρήθρα (ρεύση)

και (β) Οι γρήγορες συστολές των λείων μυών της ουρήθρας και των σκελετικών μυών στη βάση του πέους προωθούν το σπέρμα. Το σπέρμα περιέχει περίπου 300 εκατομμύρια σπερματοζωάρια και έχει κατά μέσο όρο 3 ml όγκο. Κατά τη διαδικασία αυτή, ο σφιγκτήρας στη βάση της ουροδόχου κύστεως κλείνει ώστε να μην μπορεί να εισέλθει σπέρμα μέσα σε αυτή, αλλά ούτε και να εξαχθούν ούρα¹¹.

Ο οργασμός είναι το φαινόμενο εκείνο που δημιουργείται από τις ρυθμικές συστολές των μυών που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της εκσπερμάτισης και τις διάφορες μεταβολές σε ένα πλήθος φυσιολογικών συστημάτων. Αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση, ενώ προκαλούνται έντονες μυοσκελετικές συστολές σε όλο το σώμα. Μετά τον οργασμό ακολουθεί μυϊκή και ψυχολογική χαλάρωση.

Μετά την εκσπερμάτιση ακολουθεί μια λανθάνουσα περίοδος που μπορεί να διαρκέσει από κάποια λεπτά ή και κάποιες ώρες όπου καθίσταται αδύνατη μια ενδεχόμενη δεύτερη στύση¹⁵.

Κεφάλαιο 3^ο

Παθολογία

3.1. Αντισύλληψη

Όταν λέμε αντισύλληψη εννοούμε όλα εκείνα τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται είτε από τον άνδρα είτε από την γυναίκα για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν φυσικές ή τεχνικές μεθόδους που συμβάλλουν ώστε να μην γίνει εφικτή η γονιμοποίηση του ωαρίου της γυναίκας από το σπερματοζωάριο του άνδρα.

Υπάρχουν διάφορες μορφές αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται από την αρχαιότητα, όταν κατανοήθηκε η σχέση της συνουσίας με την εγκυμοσύνη. Η χρήση ανδρικού προφυλακτικού παρουσιάζεται για πρώτη φορά σε μια τοιχογραφία ενός σπηλαίου που εκτιμάται 12.000 – 15.000 πριν, ενώ η πρώτη γραπτή αναφορά έρχεται από την Αίγυπτο για ένα είδος αντισύλληψης από όξινες ουσίες που προέρχονταν από κόπρανα κροκόδειλου και μέλι ή λάδι. Το 1550 π.Χ. γίνεται επίσης αναφορά στον αιγυπτιακό πάπυρο Ebers για κολπικά υπόθετα φτιαγμένα από μέλι, ακακία και σπόρους. Ο Συριανός ο Εφέσιος, 15 αιώνες μετά, προτείνει ως μέσο αντισύλληψης την απόφραξη του τραχηλικού στομίου με βαμβάκι ή διάφορες ουσίες. Αρκετά αργότερα, κατά τον Μεσαίωνα, οι γνωστές ζώνες αγνότητας ήταν ο πιο γνωστός τρόπος αντισύλληψης, ενώ ο γνωστός Giacomo Casanova (1725-1798) πρότεινε την τοποθέτηση μισού λεμονιού στον κόλπο της γυναίκας ώστε να καλύπτεται ο τράχηλος, που θεωρείται ο πρόδρομος της τραχηλικής κάψας. Τον 17^ο αιώνα, στην Ευρώπη η ανώτερη τάξη χρησιμοποιούσε προφυλακτικά από έντερα ζώων. Η ευρεία χρήση των προφυλακτικών ξεκίνησε το 1840-1850 όταν ξεκίνησε η χρήση του καουτσούκ, ενώ στις αρχές του 20^{ου} αιώνα εμφανίζονται τα προφυλακτικά από ελαστικό. Το 1956 ο Gregory Pincus έκανε την πρώτη κλινική εφαρμογή αντισυλληπτικών δισκίων για να ανασταλεί η ωοθυλακιορρηξία¹⁶.

3.1.1. Μέθοδοι αντισύλληψης

Φυσικές μέθοδοι

Οι φυσικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τη διακεκομμένη συνουσία, τη μέθοδο ρυθμού και τον θηλασμό. Η διακεκομμένη συνουσία εφαρμόζεται από τον άνδρα

και είναι η απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση. Όπως γίνεται αντιληπτό, αυτή η μέθοδος απαιτεί αυτοέλεγχο και εμπειρία από τον άνδρα, αλλά παρόλα αυτά χρησιμοποιείται αρκετά συχνά. Εμφανίζει μεγάλα ποσοστά αποτυχίας, ενώ μειώνει την απόλαυση και των δύο συντρόφων¹⁷.

Μέθοδος ρυθμού

Στη μέθοδο αυτή υπολογίζονται οι γόνιμες ημέρες (ωορρηξία) ώστε να αποφευχθεί η σεξουαλική επαφή. Για τον υπολογισμό αυτό γίνεται χρήση της μεθόδου του ημερολογίου, της θερμοκρασίας και της τραχηλικής βλέννης¹⁸.

Στην μέθοδο του ημερολογίου γίνεται ο υπολογισμός των γόνιμων ημερών, δηλαδή της ωορρηξίας και των ημερών γύρω από αυτή, με την προϋπόθεση ο κύκλος της γυναίκας να είναι σταθερός. Σε αντίθετη περίπτωση η μέθοδος δεν μπορεί να είναι αποδοτική, δεδομένου ότι δεν είναι εφικτός ο υπολογισμός των γόνιμων ημερών¹⁸.

Η μέθοδος της θερμοκρασίας υπολογίζει την μεταβολή της σωματικής θερμοκρασίας της γυναίκας κατά τη διάρκεια του κύκλου, λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι η παραγωγή προγεστερόνης μετά την ωορρηξία αυξάνει την θερμοκρασία του σώματος, που φτάνει έως τους 37,2° C. Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη, δεδομένου ότι η εφαρμογή μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα, όπως π.χ. σε περιπτώσεις πυρετού, ενώ απαιτεί την συνεχή χρήση θερμόμετρου¹⁸.

Ενδομήτρια σπειράματα (σπιράλ)

Τα σπιράλ είναι μικρά μέρη από πλαστικό ή μέταλλο σε ποικίλα σχήματα και μεγέθη. Τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας και εμποδίζουν την είσοδο του γονιμοποιημένου ωαρίου. Μπορεί να παραμείνει στη θέση του για αρκετά χρόνια και μετά το χάπι και θεωρείται ως ένα αποτελεσματικό είδος αντισύλληψης¹⁹.

Αντισυλληπτικά χάπια

Τα αντισυλληπτικά χάπια είναι φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία καταστέλλουν την ωορρηξία μέσω του συνδυασμού ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης που περιέχουν. Η κάθε συσκευασία έχει 21 χάπια, η λήψη των οποίων ξεκινάει την 1^η ημέρα της περιόδου και σταματάει 7 ημέρες πριν την περίοδο. Τα αντισυλληπτικά δισκία έχουν αρκετά πλεονεκτήματα, όπως:

- Την μείωση του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου του πόνου της περιόδου και της μεγάλης απώλειας αίματος.
- Την βελτίωση της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας και της ακμής σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.
- Την μείωση του κινδύνου για καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών, για την εμφάνιση κύστεων στις ωοθήκες και των καλοήθων παθήσεων στον μαστό.

Βασικό μειονέκτημα είναι η πιθανότητα πρόκλησης θρόμβωσης σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στο κυκλοφοριακό ή το καρδιαγγειακό σύστημα. Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες άνω των 35 ετών που καπνίζουν, εκτός αν λάβουν χάπι που περιέχει μόνο προγεστερόνη. Επίσης, οι γυναίκες που υποφέρουν από ημικρανίες και έντονους πονοκεφάλους, έχουν διαβήτη με επιπλοκές, πάσχουν από καρκίνο του μαστού ή ηπατική νόσο, θα πρέπει να λαμβάνουν πρώτα την συμβουλή του γυναικολόγου τους. Μπορεί να υπάρξουν παρενέργειες όπως ναυτία, μικρή αιμόρροια, πονοκεφάλους, διαταραχές της ερωτικής διάθεσης, οπότε πιθανόν να πρέπει να διακοπεί η λήψη του σκευάσματος ή να αλλάξει η αγωγή σε συνεννόηση με τον γυναικολόγο. Τέλος, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι δεν μπορεί να παρέχει προστασία έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων²⁰.

Σπερματοκτόνα

Σκοπός των σπερματοκτόνων είναι η μείωση της κινητικότητας του σπέρματος. Οι χημικές ουσίες που περιέχουν επιδρούν στο σώμα του σπέρματος και έτσι δεν είναι δυνατή η προσέγγιση του σπέρματος στο τραχηλικό στόμιο. Στα πλεονεκτήματά τους προσμετράται ότι δεν απαιτείται ιατρική συνταγή, είναι δυνατή η χρήση τους σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους αντισύλληψης, δεν προκαλούν ορμονικές αλλαγές, ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Μειονέκτημα αποτελεί ότι έχουν σχετικά μεγάλο ποσοστό αποτυχίας (20-30%), ενώ δεν συμβάλλουν στην προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα²¹.

Αντισυλληπτικός σπόγγος

Πρόκειται για έναν σπόγγο από πολυουρεθάνη με σπερματοκτόνο νονοξυνόλη-9. Η μία του πλευρά είναι κοίλη προκειμένου να εφαρμόζει καλύτερα στον τράχηλο. Η προστασία που παρέχει διαρκεί έως 24 ώρες και για πολλές

σεξουαλικές επαφές. Μπορεί να μείνει στον κόλπο έως 24 ώρες, αφού η περαιτέρω παραμονή του ενέχει τον κίνδυνο για εκδήλωση του συνδρόμου τοξικής καταπληξίας (TSS)²¹.

Κολπικός δακτύλιος

Ο κολπικός δακτύλιος είναι ένας εύκαμπτος δακτύλιος από σιλικόνη ο οποίος τοποθετείται στον κόλπο και περιέχει προγεστερόνη και αιθυνιλική οιστραδιόλη. Χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή και παραμένει στη θέση του για τρεις εβδομάδες και έπειτα αφαιρείται για μία εβδομάδα. Σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να προκληθεί κολπίτιδα, λευκόρροια ή κολπική ενόχληση. Η δράση του, η αποτελεσματικότητά του και οι αντενδείξεις είναι παρόμοιες με αυτές των αντισυλληπτικών δισκίων²¹.

Στείρωση

Αφορά χειρουργική διαδικασία, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως κυρίως στις ΗΠΑ και στόχος της είναι να ανασταλεί η ικανότητα γονιμότητας στο άτομο, μέσω της οποίας αποκλείονται οι δίοδοι του ωαρίου και του σπέρματος. Στις γυναίκες επιτελείται απολίνωση των σαλπίγγων και στους άνδρες απολίνωση των σπερματικών πόρων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την ολική στειρότητα στις γυναίκες απαιτείται αφαίρεση της μήτρας ή των ωοθηκών χειρουργικά ή και των δύο²¹.

Χάπι της επόμενης ημέρας

Το χάπι της επόμενης ημέρας, ή αλλιώς επείγουσα αντισύλληψη, στοχεύει σε περιπτώσεις κατά τις οποίες έγινε σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή δεν ακολουθήθηκε η σύνηθης μέθοδος αντισύλληψης, καθώς και σε περιπτώσεις που έχει παραμείνει σπέρμα στον κόλπο από σπάσιμο του προφυλακτικού ή επειδή δεν κατέστη έγκαιρη απόσυρση του πέους από τον κόλπο. Το χάπι θα πρέπει να λαμβάνεται όσο πιο σύντομα μετά την επαφή. Το σκεύασμα είναι ασφαλές για την γυναίκα και ιδιαίτερα αποτελεσματικό, αλλά δεν θα πρέπει να λαμβάνεται τακτικά και θα πρέπει να υπάρχει υπόδειξη για την λήψη του από τον γυναικολόγο²².

Γυναικεία προφυλακτικά

Πρόκειται για μια κυλινδρική, μαλακή θήκη περίπου 14 εκατοστών που στο κάθε άκρο της φέρει έναν δακτύλιο και λιπαντική ουσία. Λειτουργεί ως εμπόδιο για την είσοδο του σπέρματος στη μήτρα. Φέρει έναν δακτύλιο που εισάγεται

στον κόλπο προκειμένου να κρατηθεί στη θέση του, ενώ στην άλλη μεριά υπάρχει ένας δακτύλιος που παραμένει έξω από τον κόλπο και καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο²¹.

Δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την χρήση του, ενώ είναι αρκετά πιο ανθεκτικό από τα κοινά προφυλακτικά. Η τοποθέτησή του μπορεί να γίνει αρκετές ώρες πριν την σεξουαλική πράξη. Στα μειονεκτήματά του περιλαμβάνεται η μη ελκυστική του εμφάνιση, ενώ υπάρχει ο κίνδυνος να τοποθετηθεί με λάθος τρόπο και έτσι να γίνει η διείσδυση έξω από το προφυλακτικό.

Ανδρικά προφυλακτικά

Αποτελεί την πιο διαδεδομένη επιλογή προφύλαξης. Είναι μια λεπτή ελαστική καλύπτρα από λατέξ, η οποία καλύπτει το πέος και αφαιρείται αμέσως μετά την εκσπερμάτιση. Παρέχει προστασία από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το μεγάλο του μειονέκτημα είναι ότι κατά τη διάρκεια της επαφής μπορεί να «σπάσει», προκαλώντας εντελώς αντίθετα αποτελέσματα.

Πλεονέκτημά τους αποτελεί ότι δεν απαιτείται ιατρική συνταγή, ενώ είναι πολύ εύκολο και φθινό να το προμηθευτεί κανείς. Επίσης, αν χρησιμοποιείται σωστά, αποτελεί πολύ αποτελεσματικό τρόπο προφύλαξης, αφού παρέχει προστασία και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβάνοντας και τους ιούς. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να παρέχει προστασία από τον ιό HIV, τον ιό της ηπατίτιδας Β, τους ιούς του απλού έρπητα Ι και ΙΙ και τα κονδυλώματα. Επιπλέον, μπορούν να προληφθούν προκαρκινικές καταστάσεις στον τράχηλο. Σημαντικό μειονέκτημα είναι ότι σε κάποια άτομα μπορεί να προκαλέσει αλλεργία, ενώ υπάρχει αλλαγή της αισθητικότητας που για κάποια άτομα μειώνει την ευχαρίστηση²¹.

3.2. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Ο όρος σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) είναι ένας ευρύς όρος που αφορά τις νόσους που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Περιλαμβάνει μολύνσεις από βακτήρια, ιούς και πρωτόζωα τα οποία οδηγούν σε κλινικές εκδηλώσεις στα γεννητικά όργανα και σε άλλα σημεία του σώματος από την σεξουαλική αλληλεπίδραση²³. Κάποια ΣΜΝ είναι δυνατόν να μεταδοθούν και

με άλλους τρόπους, όπως μέσω της χρήσης βελόνας από μολυσμένο άτομο ή μέσω της γέννας και του θηλασμού²⁴.

3.2.1. Τα πιο κοινά ΣΜΝ

Τριχομοναδική κολπίτιδα

Προκαλείται από την *Trichomonas vaginalis*, ένα αναερόβιο πρωτόζωο και εκδηλώνεται με ερεθισμό του αιδοίου και δύσοσμη λευκοκίτρινη έκκριση από τον κόλπο. Η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται από όλους τους σεξουαλικούς συντρόφους με παράλληλη αποχή από σεξουαλικές επαφές, ενώ η πιθανότητα επιμόλυνσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι υψηλή (17%)²⁵.

Κονδυλώματα

Οφείλονται σε ιογενή λοίμωξη που προκαλείται από τους ιούς των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Viruses – HPV) και οι οποίοι περιλαμβάνουν πάνω από 100 στελέχη. Τα κονδυλώματα οφείλονται κυρίως στους τύπους 6 και 11. Παρουσιάζονται στα γυναικεία και ανδρικά γεννητικά όργανα. Στην κλινική εξέταση εμφανίζονται μονήρεις ή πολλαπλές ανώμαλες βλάβες και σε περίπτωση που η βλάβη είναι υπερχρωματική απαιτείται βιοψία για να αποκλειστεί άλλη παθολογική αιτία²⁵.

Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι μια πολύ διαδεδομένη μολυσματική ασθένεια και επικρατεί περισσότερο σε άτομα έως 24 ετών (CDC, 2014). Είναι ενδοκυτταρικά βακτήρια που προσβάλλουν το έσω μέρος του τραχήλου στις γυναίκες και την ουρήθρα στους άνδρες. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διάδοσή τους είναι η ηλικία (έως 24 ετών), η διακοπή της κύησης στις γυναίκες και η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό (70% για τις γυναίκες και 50% για τους άνδρες) η ασθένεια είναι ασυμπτωματική, αλλά όταν υπάρχουν συμπτώματα χαρακτηρίζονται από εκκρίσεις, πόνο στην κάτω κοιλία, κολπική αιμορραγία και δυσπαρευνία. Για τη διάγνωση απαιτείται καλλιέργεια ενδοτραχηλικών ή ουρηθρικών αντίστοιχα δειγμάτων ή ενζυματική ανοσοαντίδραση από δείγμα ούρων²⁵.

Σύφιλη

Η σύφιλη είναι μια συστηματική μεταδοτική ασθένεια που οφείλεται στο *Treponema pallidum*. Η ασθένεια χωρίζεται σε στάδια βάσει των κλινικών

ευρημάτων, που βοηθούν στη θεραπεία και την παρακολούθηση. Τα άτομα που έχουν σύφιλη μπορεί να ζητήσουν θεραπεία για σημάδια ή συμπτώματα στο αρχικό στάδιο (π.χ. απλό έλκος ή σκληρό έλκος στο σημείο μόλυνσης), για δευτερεύουσα σύφιλη (π.χ. εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν δερματικό εξάνθημα, βλεννογονοδερματικές βλάβες και λεμφαδενοπάθεια, χωρίς να περιορίζονται σε αυτές) ή τριτογενή σύφιλη (π.χ. καρδιακές, ελαστικές αλλοιώσεις, νωτιαία συφιλιδική φθίση και γενική πάρεση). Η λανθάνουσα μόλυνση (π.χ. χωρίς κλινικές εκδηλώσεις) ανιχνεύεται με ορολογικές εξετάσεις²⁶.

Η μετάδοση της νόσου γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής ή από την μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα. Η σύφιλη είναι πιο συχνή σε άνδρες μεταξύ 20-40 ετών²⁷.

Ηπατίτιδα

Ο όρος ηπατίτιδα χρησιμοποιείται για ασθένειες που προκαλούνται από φλεγμονές στο ήπαρ. Ο σύνηθης διαχωρισμός της είναι σε οξεία και σε χρόνια και επί το πλείστον οφείλεται στην παρουσία ιών που προσβάλλουν το συκώτι, προκαλώντας έτσι διάφορους τύπους ηπατίτιδας (π.χ. ηπατίτιδα Α ή Β). Η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή αντίθετα να είναι οξεία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να χρειαστεί μεταμόσχευση του ήπατος²⁷.

AIDS / HIV

Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Acute Immunodeficiency Syndrome) ή αλλιώς AIDS οφείλεται στον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus). Ο συγκεκριμένος ιός εκδηλώνεται 2-4 εβδομάδες μετά την προσβολή και επιφέρει την καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου. Οι τρόποι μετάδοσης είναι η σεξουαλική επαφή, η χρήση μολυσμένων βελόνων και συρίγγων για χορήγηση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η μεταφορά του ιού από την μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα, η μετάγγιση με μολυσμένο αίμα ή παράγωγά του που πλέον είναι σπάνια λόγω των αυστηρών ελέγχων και ο θηλασμός (πιο σπάνια)²⁷.

Γονόρροια

Η γονόρροια ή αλλιώς βλεννόρροια, προκαλείται από το βακτήριο του γονόκοκκου (*Neisseria gonorrhoeae*). Είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος και μεταδίδεται τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Στους άνδρες προσβάλλει την ουρήθρα, το ορθό έντερο και τον λαιμό, ενώ στις γυναίκες προσβάλλει τον

τράχηλο της μήτρας. Η μετάδοσή της γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, ενώ μπορεί να προσβληθούν και τα έμβρυα στην περίπτωση που νοσεί η μητέρα. Συνήθως είναι ασυμπτωματική, αλλά η θεραπεία της κρίνεται απαραίτητη δεδομένου ότι υπάρχει κίνδυνος να προκληθούν σοβαρές και ανεπανόρθωτες βλάβες. Η πρόληψη περιλαμβάνει την αποχή από το σεξ, τη χρήση ανδρικού προφυλακτικού και τη σύναψη μονογαμικής σχέσης²⁷.

Ψείρες των τριχών της ήβης

Πρόκειται για μικροσκοπικά παρασιτικά έντομα που υπάρχουν στην τρίχα. Εξαπλώνονται με την σεξουαλική επαφή, ενώ είναι ορατές με γυμνό μάτι. Εκτός από τον έντονο κνησμό και τον ερεθισμό που προκαλείται, δεν είναι επικίνδυνες για την υγεία (Colledge, Walker & Ralston, 2014).

Έρπης

Εμφανίζεται στο στόμα ή στα γεννητικά όργανα ως μικρές πληγές και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή ή το στοματικό σεξ. Τα συμπτώματα του έρπη εμφανίζονται κατά περιόδους, παρουσιάζοντας εξάρσεις και υφέσεις. Δεν υπάρχει μόνιμη θεραπεία, ενώ η μετάδοσή της μπορεί να γίνει και με απουσία συμπτωμάτων²⁷.

Κεφάλαιο 4^ο

Παρεμβάσεις

4.1. Στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει ως βασικό του σκοπό τη διασφάλιση της ψυχικής και σωματικής υγείας των μελών της οικογένειας. Το ζευγάρι θα πρέπει να μπορεί να επιλέξει πότε θέλει να αποκτήσει παιδιά και πόσα, δεδομένης της υποχρέωσής του να είναι σε θέση να μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες τόσο τις δικές του όσο και των νέων μελών, διασφαλίζοντας παράλληλα την ψυχική και σωματική υγεία όλης της οικογένειας. Έτσι, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού, η ηλικία του, η κατάσταση της υγείας του κ.ά.²⁸

Με άλλα λόγια, ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ο έλεγχος της γονιμότητας που υιοθετείται από ζευγάρια που ζουν σε μια σταθερή σεξουαλική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, σημαίνει ότι οι γονείς επιλέγουν συνειδητά τον συνολικό αριθμό των παιδιών που θέλουν να έχουν και τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων. Η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού είναι συνώνυμη με τον περιορισμό των γεννήσεων, επειδή αναφέρεται σε μια συνειδητή επιλογή που γίνεται από τους γονείς. Έτσι, μπορεί να σηματοδοτήσει μια μετάβαση από την φυσική γονιμότητα σε μια συνειδητή γονιμότητα. Τα κράτη που προάγουν μια πολιτική για τη μείωση του αριθμού των γεννήσεων, υιοθετούν εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού²⁹.

4.2. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού

Η πρόσβαση στον οικογενειακό προγραμματισμό έχει πολλά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη, που σημαίνει πιο υγιή και πιο παραγωγική ζωή για τις γυναίκες. Η Συνθήκη του Άμστερνταμ, η οποία τροποποίησε τη Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εισάγει τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών στην επίσημη δομή της ΕΕ και συγκεκριμένα ενισχύει και εστιάζει στην ευρωπαϊκή δέσμευση για την ισότητα των δύο φύλων. Επιπλέον, η Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Συνθήκη ΕΚ) θέτει ως στόχους της την ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών και την αύξηση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής και υποχρεώνει την Κοινότητα να

εξαλείψει γενικώς τις ανισότητες και να προωθήσει την ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Όσον αφορά την πρόσβαση στην αντισύλληψη, οι Υπουργοί για την Ισότητα των Φύλων στα κράτη μέλη επιβεβαίωσαν ότι η πλήρης απόλαυση των γυναικών όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα δικαιώματά τους αποτελούν προϋπόθεση για την επίτευξη της ισότητας των φύλων³⁰. Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε ψήφισμα σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα δικαιώματα, το οποίο απαιτεί μεγαλύτερη πρόσβαση στην αντισύλληψη και ειδικότερα συνιστά στα κράτη μέλη:

- Τη δημιουργία μιας εθνικής πολιτικής υψηλής ποιότητας για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, σε συνεργασία με οργανισμούς της τοπικής κοινωνίας, που θα παρέχει ολοκληρωμένη πληροφόρηση σχετικά με τις αποτελεσματικές και υπεύθυνες μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, εξασφαλίζοντας την ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις μορφές μεθόδων αντισύλληψης υψηλής ποιότητας,
- Τη διασφάλιση ότι οι άνθρωποι που ζουν στην φτώχεια έχουν καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες για την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, και ειδικότερα, την παροχή σε αυτούς της επιλογής της αντισύλληψης³¹.

Στόχος των παραπάνω δράσεων είναι:

Η βελτίωση της υγείας. Η πρόσβαση σε ασφαλείς, αξιόπιστες, αποδεκτές και προσιτές μεθόδους αντισύλληψης έχει μια σημαντική θετική επίδραση στην υγεία και τη ζωή των γυναικών (WHO, 2009). Κάθε χρόνο, οι σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης βοηθούν στην πρόληψη 215.000 θανάτων που συνδέονται με εγκυμοσύνες και 2.7 εκατομμύρια θανάτους βρεφών³². Η χρήση αντισύλληψης δίνει τη δυνατότητα στις γυναίκες να σχεδιάσουν τον αριθμό των παιδιών τους και τα διαστήματα μεταξύ των εγκυμοσύνων τους και τις βοηθά να αποφύγουν τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή μια επικίνδυνη άμβλωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το ένα τέταρτο των εγκυμοσύνων παγκοσμίως είναι ανεπιθύμητες, θέτοντας σε σοβαρό κίνδυνο τις γυναίκες³³. Οι μελέτες δείχνουν ότι ο σχεδιασμός και τα κατάλληλα διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων έχουν ως αποτέλεσμα υγιέστερες εγκυμοσύνες, μειώνοντας τον κίνδυνο της μητρικής θνησιμότητας και έχοντας μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία των γυναικών³⁴. Επιπλέον, η αύξηση της χρήσης

αντισύλληψης συχνά συνδέεται με τη μείωση των ποσοστών αμβλώσεων³⁴, που μπορεί να οδηγήσει σε μια μείωση των μη ασφαλών αμβλώσεων και του συνακόλουθου κινδύνου της μητρικής θνησιμότητας. Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Πληθυσμό (UNFPA) σημειώνει ότι τα ποσοστά της μητρικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλά για τις γυναίκες που έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε μεθόδους αντισύλληψης, δηλαδή αυτές που είναι νέες και φτωχές³⁵.

Επιπλέον, η αντισύλληψη προσφέρει βοήθεια στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας, η οποία είναι «συχνή, δεν αναφέρεται, τις πιο πολλές φορές είναι καταστροφική για τη γυναίκα και επιφέρει σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις στις οικογένειες και την κοινωνία»³². Για κάθε γυναίκα που πεθαίνει κατά την εγκυμοσύνη ή λόγω επιπλοκών στον τοκετό, τουλάχιστον 20 γυναίκες υποφέρουν από μακροπρόθεσμες ασθένειες και ανικανότητες που συνδέονται με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή πρόσφατο τοκετό³². Οι επιπλοκές από μη ασφαλείς εκτρώσεις είναι ο κύριος λόγος για την μητρική θνησιμότητα, με περίπου μία στις τέσσερις γυναίκες να εισάγονται στο νοσοκομείο μετά από την υποβολή τους σε μη ασφαλή αποβολή. Η βελτίωση της πρόσβασης και η χρήση στην αντισύλληψη έχει αναγνωριστεί ως μια σημαντική στρατηγική για να μπορέσουν οι γυναίκες να αποφύγουν τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τις επιπλοκές που προκύπτουν συχνά από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή την μη ασφαλή αποβολή³⁶.

Η ικανότητα των ατόμων να μπορούν να σχεδιάζουν τον αριθμό των παιδιών και το διάστημα μεταξύ των τοκετών, ενισχύει τους γονείς να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα, σίτιση, στέγαση και εκπαίδευση στα παιδιά τους, δημιουργώντας θετικές επιδράσεις για την υγεία για όλη την οικογένεια³⁷. Επιπλέον, αποτρέποντας την μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα, η αντισύλληψη μειώνει την οικονομική και ψυχολογική επίδραση του μητρικού θανάτου ή της χρόνιας νοσηρότητας σε παιδιά και οικογένειες³⁸. Έτσι, η χρήση της αντισύλληψης δεν προάγει μόνο την υγεία των γυναικών και των κοριτσιών, αλλά παρέχει ένα πλήθος ωφελημάτων που σχετίζονται με την υγεία για τα παιδιά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Αύξηση της αυτονομίας για γυναίκες και κορίτσια. Η χρήση της αντισύλληψης αυξάνει την αυτονομία των γυναικών και των κοριτσιών και την κοινωνική ευεξία. Μελέτες δείχνουν ότι η χρήση αντισύλληψης για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να προάγει την κοινωνική θέση των γυναικών

και να αυξήσει την δύναμη λήψης αποφάσεων μέσα στο νοικοκυριό τους. Επιπλέον, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει δείξει ότι αυξάνει την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής των γυναικών και των κοριτσιών, την πρόσβαση στην εκπαίδευση και τις ευκαιρίες για εργασία και δημιουργία εισοδήματος³³.

Μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και απασχόλησης. Η χρήση της αντισύλληψης βελτιώνει την πρόσβαση των γυναικών και των κοριτσιών στην εκπαίδευση, καθώς οι ακούσιες ή ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συχνά αναγκάζουν ή υποχρεώνουν τα κορίτσια να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους³¹. Η αποτυχία ολοκλήρωσης των ακαδημαϊκών σπουδών, έχει μια «ξεκάθαρη επίδραση στην ικανότητα της γυναίκας να παίξει έναν πλήρως οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό ρόλο μέσα στην κοινότητά της και συνδέεται άμεσα με την φτώχεια»³⁷. Η εκπαίδευση μπορεί να έχει επίσης επιδράσεις σε πολλές γενιές: οι γυναίκες που εκπαιδεύονται είναι πιο πιθανό να έχουν εκπαιδευμένα παιδιά, ειδικά κόρες. Επιπλέον, όσον αφορά τη βελτίωση της πρόσβασης στην εκπαίδευση έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισύλληψη είναι συχνά πιο ενεργές ως εργατικό δυναμικό και έχουν αυξημένη οικονομική δύναμη, βελτιώνοντας έτσι την οικονομική τους ασφάλεια και την ευεξία της οικογένειάς τους³⁷.

Στρατηγική δαπάνη για τη δημόσια υγεία. Διασφαλίζοντας την πρόσβαση σε υπηρεσίες αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, οι κυβερνήσεις προάγουν την ανθρώπινη και οικονομική ανάπτυξη. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία και την εκπαίδευση για τις γυναίκες και τα παιδιά και έτσι συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικότητας και την οικονομική ευεξία σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, η πρόληψη των ανεπιθύμητων γεννήσεων και η μείωση των ποσοστών της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας και νοσηρότητας μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση για τα συστήματα παροχής φροντίδας³². Η επιχορήγηση των υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας, επιτρέπει στις κυβερνήσεις να προάγουν την υγεία κατανέμοντας τους κρατικούς πόρους με πιο στρατηγικό και αποτελεσματικό τρόπο.

4.3. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι ακόμη και σήμερα ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα σε πολλά μέρη. Για πρώτη φορά εισήχθη στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των «δυτικών» σχολείων στα τέλη 1950, συχνά ως μέρος του μαθήματος βιολογίας³⁹. Στόχος ήταν κατά κύριο λόγο να αποθαρρύνει τους ανθρώπους από το σεξ εκτός γάμου. Πλέον έχει δοθεί περισσότερη προσοχή στις συναισθηματικές πτυχές των σεξουαλικών σχέσεων και σε μια προσέγγιση βασισμένη στη σεξουαλικότητα⁴⁰.

Σε πολλές χώρες με χαμηλά και μέτρια εισοδήματα, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση φαίνεται να είναι σημαντική για τους νέους ανθρώπους προκειμένου να αποκτήσουν καλύτερη γνώση για τις σωματικές και συναισθηματικές πτυχές του σεξ και της αναπαραγωγής. Σήμερα, στα σχολεία η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γίνεται από τους εκπαιδευτικούς, μερικές φορές σε συνεργασία με εργαζομένους στον τομέα της υγείας. Η ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στους νέους και πρέπει ακόμη να αναπτυχθεί και να διευρυνθεί καλύτερα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες εκείνων που δεν φοιτούν στο σχολείο, συμπεριλαμβανομένων των ενήλικων ανδρών και γυναικών. Θα πρέπει, επίσης, να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση όσον αφορά την ενσωμάτωση των εννοιών της ισότητας των φύλων και της γυναικείας χειραφέτησης στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτό θα παρέχει στις νέες γυναίκες τα κατάλληλα εργαλεία για την εφαρμογή των πληροφοριών και των γνώσεων που αποκτούν. Επιπλέον, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να αναπτυχθεί καλύτερα ως ένας μηχανισμός για την καταπολέμηση της βίας λόγω φύλου σε όλη την κοινωνία με την ενεργό συμμετοχή ανδρών και γυναικών, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας σε αυτή την προσπάθεια⁴¹.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί να δημιουργήσει απαίτηση για υπηρεσίες αναπαραγωγής υγείας οι οποίες να είναι πάντα διαθέσιμες σε νέους ανθρώπους. Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι οι πάροχοι μπορεί να αρνηθούν την πρόσβαση στον οικογενειακό προγραμματισμό για αυτούς που είναι κάτω των 18 ετών⁴². Έτσι, οι πάροχοι μπορεί να έχουν αρνητική άποψη για την σεξουαλική δραστηριότητα πριν τον γάμο και να εκφράζουν την αποδοκιμασία τους στους νέους. Επιπλέον, μπορεί να εξετάζουν μεθόδους αντισύλληψης που είναι

κατάλληλες για νέες γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει ποτέ. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας⁴¹.

Από την άλλη, η διδασκαλία στην τάξη για την σεξουαλικότητα απαιτεί καλά εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς, προγράμματα σπουδών ευαίσθητα σε ζητήματα φύλου και εκπαιδευτικό υλικό. Απαιτεί μια γνώση για την ισότητα των φύλων. Η συμμετοχή των κοριτσιών, η παρακολούθηση και η απόδοση μπορούν να βελτιωθούν μέσω της εμπλοκής γυναικών εκπαιδευτικών και την προαγωγή γυναικών σε ηγετικές θέσεις στο σχολείο, κάτι το οποίο θα συμβάλλει θετικά στην συμπερίληψη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στο πρόγραμμα μαθημάτων των σχολείων. Επίσης απαιτείται μια πολιτική «μηδενικής ανοχής» για την σεξουαλική παρενόχληση στα σχολεία.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι νέοι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο και τα κοινωνικά δίκτυα όλο και περισσότερο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι νέες τεχνολογίες για να ληφθούν τα μηνύματα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Για παράδειγμα, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη σεξουαλικότητα βασισμένο στο διαδίκτυο, μπορεί να αυξήσει την γνώση για την αναπαραγωγική υγεία αποτελεσματικά ανάμεσα στους μαθητές και να αλλάξει τις στάσεις τους για ζητήματα που σχετίζονται με το σεξ⁴³.

4.4. Προγεννητικός έλεγχος

Ο προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει μια σειρά σωματικών εξετάσεων (που συμπεριλαμβάνει και πυελική εξέταση) κατά την αρχική επίσκεψη, μέτρηση βάρους και πίεση αίματος σε όλες τις επισκέψεις, παρακολούθηση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού μετά τις 10 έως 12 εβδομάδες μέσω Doppler ή μετά από τις 20 εβδομάδες με εμβρυοσκόπιο, το ύψος του πυθμένα μετά τις 20 εβδομάδες και την εμβρυϊκή διαμόρφωση στις 36 εβδομάδες⁴⁴.

Η πυελική εξέταση κατά την αρχική επίσκεψη είναι χρήσιμη για την ανίχνευση ανωμαλιών στην αναπαραγωγική οδό και για την ανίχνευση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Κατά τον προγεννητικό έλεγχο θα πρέπει να διενεργείται τεστ Παπανικολάου ανάλογα με την ηλικία και το ιστορικό, αλλά δεν απαιτείται να επαναληφθεί κατά την εγκυμοσύνη⁴⁵. Αν και είναι σημαντική η προώθηση του θηλασμού, δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία για να υποστηρίξουν τις κλινικές εξετάσεις για τον μαστό. Εντούτοις, η εξέταση των

μαστών μπορεί να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά ζητήματα ή προβλήματα που αφορούν τον θηλασμό⁴⁶.

Η αρχική μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος θεωρείται σημαντική για να δοθούν διατροφικές οδηγίες και να γίνει διαχείριση του κινδύνου παχυσαρκίας και διαβήτη⁴⁷. Η μέτρηση της πίεσης αίματος σε κάθε επίσκεψη μπορεί να καθορίσει διαταραχές υπέρτασης που μπορεί να αναπτυχθούν κατά την εγκυμοσύνη, όπως προεκλαμψία και υπέρταση κύησης⁴⁸. Αυτές οι διαταραχές συχνά είναι ασυμπτωματικές.

Οι περιοδοντικές ασθένειες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού και συχνά στην αρχική επίσκεψη γίνεται στοματική εξέταση. Παρόλα αυτά, η θεραπεία δεν αλλάζει τα αποτελέσματα⁴⁹.

Το πρώτο ραντεβού θα πρέπει να γίνεται όσο πιο γρήγορα γίνεται, δεδομένου ότι είναι σημαντικό για τον προγραμματισμό των εξετάσεων και τον σχεδιασμό. Η εκτιμώμενη ημερομηνία του τοκετού υπολογίζεται από την πρώτη μέρα της τελευταίας εμμηνορροϊκής περιόδου συν 280 ημέρες⁴⁴.

Εάν η ασθενής είχε μη τακτικούς κύκλους ή αιμορραγία ή αν υπάρχει διαφορά στο μέγεθος της μήτρας σε σχέση με την ηλικία κύησης, θα πρέπει να διενεργείται υπέρηχος στην αρχή. Ο υπέρηχος μπορεί να εκτιμήσει ακριβώς την ημερομηνία της εγκυμοσύνης και να διερευνήσει εάν υπάρχουν πολλαπλές κυήσεις⁵⁰. Ο υπέρηχος θα πρέπει να διενεργείται μέσα στις πρώτες τέσσερις με επτά ημέρες του πρώτου τριμήνου, 10 με 14 ημέρες του δεύτερου τριμήνου και 21 ημέρες του τρίτου τριμήνου.

Η αναιμία που οφείλεται στην ανεπάρκεια σιδήρου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ενδομήτρια επιβράδυνση ανάπτυξης και περιγεννητική κατάθλιψη⁵¹. Όλες οι γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται για αναιμία στην αρχή της εγκυμοσύνης και να λαμβάνουν συμπλήρωμα σιδήρου εάν είναι απαραίτητο⁴⁹.

Τα γενετικά τεστ συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση διαφόρων γενετικών ανωμαλιών. Το σύνδρομο Down εμφανίζεται σε μία από τις 1.440 γεννήσεις σε γυναίκες ηλικίας 20 ετών και σε μία ανά 32 γεννήσεις σε γυναίκες ηλικίας 45 ετών⁵². Η παραδοσιακή εξέταση ορού για το σύνδρομο Down εμπλέκεται με υψηλά ψευδώς θετικά ποσοστά (90% έως 95% των θετικών αποτελεσμάτων είναι ψευδή). Επίσης είναι πιθανά τα ψευδή αρνητικά αποτελέσματα. Στις

γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω θα πρέπει να γίνονται διηθητικά γεννητικά τεστ (αμνιοκέντηση ή δείγμα χοριακής λάχνης). Επίσης, πρωτόκολλα για την ανίχνευση άλλων τρισωμιών μπορούν να ανιχνεύουν ένα μεγάλο ποσοστό γενετικών ανωμαλιών. Άλλες γενετικές εξετάσεις θα πρέπει να βασίζονται στο οικογενειακό ιστορικό των ασθενών και των συντρόφων τους.

Επίσης, θα πρέπει να γίνεται μέτρηση στα επίπεδα της θυρεοτροπίνης σε γυναίκες με ιστορικό θυροειδούς νόσου ή συμπτώματα της νόσου στην εγκυμοσύνη. Υπάρχει ανησυχία ότι ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός σε εγκύους γυναίκες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο νευροαναπτυξιακών καθυστερήσεων στα βρέφη⁵³. Γυναίκες με υποθυρεοειδισμό, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο απώλειας της εγκυμοσύνης, προεκλαμψίας, χαμηλού βάρους γέννησης και θανάτωση του εμβρύου ή θνησιγέννηση. Ο υπερθυρεοειδισμός συμβαίνει σε δύο ανά 1.000 εγκυμοσύνης και συνδέεται με απώλεια της εγκυμοσύνης, προεκλαμψια, χαμηλό βάρος γέννησης, πρωϊμότητα και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια⁴⁹.

Κεφάλαιο 5ο

Εγκυμοσύνη και ψυχολογικό αντίκτυπο

5.1. Η μετάβαση στη μητρότητα

Δεδομένα από την βιβλιογραφία δείχνουν ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης και του τοκετού επιφέρουν πολλές συναισθηματικές αλλαγές στην γυναίκα⁵⁴. Αμέσως μετά την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης επέρχονται συγκεκριμένες αλλαγές των συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που προκύπτουν, εξαρτώνται από το εάν η εγκυμοσύνη είχε σχεδιαστεί ή όχι, εάν αυτή ήταν η πρώτη εγκυμοσύνη, εάν η γυναίκα έχει έναν μόνιμο σύντροφο ή η κατάσταση της υγείας της απαιτεί σταθερή χορήγηση συγκεκριμένων φαρμάκων τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εμβρύου⁵⁵. Εάν μια γυναίκα έχει ήδη και άλλο παιδί, πιθανώς να ανησυχεί για τις δυσκολίες για την φροντίδα των παιδιών. Μια γυναίκα που μένει έγκυος για πρώτη φορά βιώνει διαφορετικές προσδοκίες και φόβους όσον αφορά τον τοκετό από μια γυναίκα που έχει ξαναβιώσει μια γέννα. Έτσι, για μια γυναίκα που πρόκειται να αποκτήσει παιδί για πρώτη φορά, η πηγή του άγχους της μπορεί να είναι η έλλειψη γνώσης ή εμπειρίας, ενώ σε γυναίκες που έχουν γεννήσει ξανά μπορεί να είναι ο προηγούμενος τοκετός, η διάρκειά του, ο τρόπος και η περίοδος αμέσως μετά τον τοκετό⁵⁶.

Για τις περισσότερες γυναίκες, ο τοκετός είναι η εμπειρία που θα θυμούνται για όλη τους την ζωή. Έτσι, είναι σημαντικό αυτή η εμπειρία να λαμβάνεται με θετικό τρόπο, δημιουργώντας αυτο-εκτίμηση. Η κατάσταση γίνεται δύσκολη όταν μια γυναίκα εξαντλείται, αφού θα θυμάται την εμπειρία ως έναν εφιάλτη και για την υπόλοιπη ζωή της θα την θυμάται μόνο ως μια τραυματική εμπειρία.

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων⁵⁷, η περιγεννητική περίοδος είναι ο χρόνος όπου μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος ψυχολογικών ανωμαλιών σε μια έγκυο γυναίκα κατά επτά φορές τουλάχιστον.

Συνήθως, οι αλλαγές της διάθεσης, οι ανησυχίες για την υγεία του μωρού και της δικής της και η ευερεθιστότητα προσεγγίζονται με μικρή ανοχή, ενώ όταν είναι έντονες και παρατεταμένες χρονικά, μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια αναπτυσσόμενες ψυχικές διαταραχές. Βάσει στατιστικών, περίπου το 25% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία υποφέρουν από κατάθλιψη. Ο Molyneaux και οι συνεργάτες του⁵⁸ εκτιμούν ότι στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, το

7,4% των γυναικών αναπτύσσουν κατάθλιψη, στο δεύτερο τρίμηνο το επίπεδο αυξάνεται στο 12,8% και στο τρίτο τρίμηνο φτάνει το 12%. Η εγκυμοσύνη και η περιγεννητική περίοδος, με τις ορμονικές αλλαγές και τις συχνές αλλαγές της διάθεσης, συμπεριλαμβάνοντας την κατάπτωση σε υπερβολικές καταστάσεις (κλάμα, ευφορία) που είναι τυπικά αυτής της περιόδου, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης⁵⁹.

Τα πιο συχνά συμπτώματα συμβαίνουν στην πλειονότητα των γυναικών μετά τον τοκετό, συνήθως την τρίτη ή τέταρτη ημέρα μετά την γέννα και κρατάνε περίπου δύο εβδομάδες⁵⁶. Κλινικά υπόκειται σε μια κατάσταση υπο-κατάθλιψης, με συμπτώματα όπως: νευρικότητα, αμηχανία, θλίψη, κλάμα και αλλαγές διάθεσης. Η θεραπευτική ομάδα παρέχει φροντίδα για την μητέρα από το μαιευτήριο και αφού πάει στο σπίτι η μητέρα και το μωρό, δεν θα πρέπει να παραβλέπονται αυτές οι καταστάσεις ή να αντιμετωπίζονται σαν υπερβολικοί φόβοι ή υπερευαίσθησιες. Σε κάποιες γυναίκες, αυτά τα συμπτώματα αυξάνουν τον κίνδυνο για μεταγεννητική κατάθλιψη⁶⁰. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό αναπτύσσεται γύρω στον πρώτο και δεύτερο μήνα μετά τη γέννα και συμβαίνει στο 10-20% των μητέρων. Σε αυτή τη διαταραχή συμβάλλουν πολλά συμπτώματα, συμπεριλαμβάνοντας το αίσθημα της μόνιμης κόπωσης, της ανηδονίας, της απομόνωσης ή αυτοκτονικών σκέψεων. Η διάγνωση και η θεραπεία αυτής της διαταραχής είναι σημαντική, σύμφωνα με τον βαθμό της έντασης των συμπτωμάτων, μέσω φαρμακευτικής αγωγής ή ψυχοθεραπείας.

5.2. Διαταραχές της διάθεσης

Κάθε γυναίκα, κατά την εγκυμοσύνη, έρχεται αντιμέτωπη με την βιολογική θηλυκότητά της, η οποία επηρεάζει την αυτοεκτίμησή της. Επιπλέον, βιώνει ένα πλήθος συγκεκριμένων ανησυχιών που αφορούν την πορεία και το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης. Αυτό την καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτη, καθώς εξαρτάται από τις προσαρμοστικές ικανότητες της προσωπικότητάς της, τον τρόπο ζωής και την θέση της στο κοινωνικό περιβάλλον.

Κάθε εγκυμοσύνη συνοδεύεται από συναισθηματικές, ψυχολογικές και γνωστικές αλλαγές. Οι Marrs et al.⁶¹ παρατήρησαν διάφορες συνακόλουθες αλλαγές στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και για ένα μεγάλο διάστημα μετά από αυτήν, είναι να πιθανόν να

παρατηρηθούν διάφορες αλλαγές στη διάθεση. Στην πλειονότητα των γυναικών, η εγκυμοσύνη επηρεάζει την στάση απέναντι στον εαυτό τους, όλο το περιβάλλον τους και την μελλοντική τους ζωή. Κάθε εγκυμοσύνη έχει κάποιες απαιτήσεις για τη διαχείριση συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και επιβάλλονται οι προσαρμογές στις ορμονικές και φυσικές αλλαγές. Παρόλα αυτά, ο τρόπος που η κάθε γυναίκα αντιλαμβάνεται την εγκυμοσύνη εξαρτάται από την πολιτιστική κατάσταση. Επιπλέον, είναι σημαντική η προσωπική αντίληψη της μητέρας και οι απόψεις της για την εγκυμοσύνη ως ένα συνηθισμένο μέρος της ζωής της και όχι ως μια μεταβατική «κατάσταση ασθένειας»⁶².

Πολλοί ερευνητές θεωρούν την εγκυμοσύνη ως ένα «ψυχολογικό φορτίο». Οι συνηθισμένες καταστάσεις είναι συχνές αλλαγές της διάθεσης. Επιπλέον, η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος άγχους, με συμπτώματα που κλιμακώνονται στο τρίτο τρίμηνο. Έτσι, η εγκυμοσύνη μπορεί να κατανοηθεί ως μια κατάσταση στην οποία το σώμα και η ψυχή «φέρουν το φορτίο» σε εναλλαγή με την ανακούφιση και τη διατήρηση των ψυχικών εντάσεων. Η ένταση προκαλείται είτε συνειδητά ή ασυνείδητα, από το φόβο της απώλειας της προσωπικής ταυτότητας, την αίσθηση της αβεβαιότητας και της μοναξιάς, του φόβου της απώλειας του παιδιού ή του τοκετού. Ακόμη και στις μέρες μας, οι μητέρες αισθάνονται τον πρωτόγονο φόβο αν θα πεθάνουν κατά τον τοκετό. Ο όρος «τοκοφοβία» σχετίζεται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ανησυχίας / άγχους με μια φοβική αποφυγή της εγκυμοσύνης. Η πρωτογενής τοκοφοβία έρχεται στην εφηβεία, ενώ η δευτερεύουσα είναι συνέπεια ενός τραυματικού τοκετού. Η εγκυμονούσα γυναίκα με τοκοφοβία υποφέρει συχνά από «υπερεμετική εγκυμοσύνη». Τα χαρακτηριστικά της είναι: απόρριψη της εγκυμοσύνης, ανικανότητα να δημιουργηθούν συναισθηματικοί δεσμοί με το έμβρυο, υπερβολικός φόβος για τον επερχόμενο τοκετό και κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Κάποιες τοκοφοβικές γυναίκες απαιτούν αποστείρωση ή αγγειοεκτομή από τον σύντροφό τους λόγω του υπερβολικού φόβου στην εγκυμοσύνη. Επίσης βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές μετατραυματικού στρες⁶³.

Υποθέτοντας ότι οι πόνοι του τοκετού δεν προκαλούνται μόνο από το τρίγωνο των ανατομικών, ψυχολογικών και νευρολογικών παραγόντων, ο Whitburn⁶⁴ συμπέρανε ότι είναι μια σύνθετη αλληλεπίδραση του μυαλού, του

εγκεφάλου, του σώματος και του κοινωνικού περιβάλλοντος, υπογραμμίζοντας ότι ο πόνος δεν είναι πάντα ένα σήμα σωματικής ανωμαλίας, αλλά βρίσκεται στον τομέα του συνειδητού νου. Ο πόνος είναι μια ατομική και πολυπαραγοντική εμπειρία που επηρεάζεται από την κουλτούρα, την προηγούμενη εξοικείωση με τον πόνο, τις πεποιθήσεις, τη διάθεση και την ικανότητα αντιμετώπισης. Η παρουσία του συντρόφου μπορεί να μειώσει τον πόνο και το άγχος. Η μέθοδος Bonapace επωφελείται από αυτό για να ελέγξει τον πόνο μέσω της αναπνοής, της χαλάρωσης, της γνωστικής δομής και υπερδιέγερσης των σημείων ενεργοποίησης μέσω της πιεσοθεραπείας, που μπορούν να βελτιώσουν την εξέλιξη του τοκετού⁶⁵.

Το νεαρό της ηλικίας, ειδικά στις γυναίκες, οι φτωχές σχέσεις με τους συντρόφους και το άγχος που σχετίζεται με τον ρόλο των φύλων, είναι όλα προβλέψεις λύπης που συμβαίνει στο μέσο της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, οι αρνητικές διαθέσεις του συντρόφου και οι κακές σχέσεις μπορούν να είναι παράγοντες πρόβλεψης για δυσχέρεια μετά τον τοκετό⁶⁶. Κατά την εγκυμοσύνη της συζύγου, ο σύζυγος επίσης βιώνει σημάδια από κάτι νέο και άγνωστο, καθώς είναι αρχάριος στον ρόλο του πατέρα. Περίπου στο 11-15% των περιπτώσεων, οι μελλοντικοί πατέρες βιώνουν το «σύνδρομο Couvade», το οποίο ορίζεται ως η απώλεια της όρεξης, ναυτία, ευερεθιστότητα, πονοκέφαλοι και διαταραχές στον ύπνο. Επιπλέον, κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν τις αλλαγές στις σεξουαλικές συνήθειες, τον φόβο, το άγχος και την περιέργεια. Τα συμπτώματα εξαφανίζονται μετά τον τοκετό της συζύγου τους⁶⁷.

5.3. Κόπωση

Η κόπωση κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο μετά τον τοκετό είναι μια συνηθισμένη εμπειρία. Ο επιπολασμός της ποικίλει σε μεγάλο βαθμό και κυμαίνεται μεταξύ 15% και 76%⁶⁸, ανάλογα με το εργαλείο μέτρησης, την κουλτούρα και την περίοδο που μετρήθηκε⁶⁹.

Η κόπωση είναι ένα σημαντικό σύμπτωμα που μπορεί να επηρεάσει την μετάβαση στη μητρότητα. Κατά την εγκυμοσύνη, η κόπωση συνδέεται με την κατάθλιψη, το άγχος, τον φόβο, τη διάρκεια του τοκετού και την προωρότητα⁷⁰. Η κόπωση κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως είναι η

αυθόρμητη έκτρωση, ο πρόωρος τοκετός, η πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και η αύξηση του ποσοστού των καισαρικών.

Κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, η κούραση συνδέεται με την κατάθλιψη, τις εναλλαγές του ύπνου, τις δυσκολίες στο θηλασμό και προβλήματα σύνδεσης με το μωρό⁷¹.

5.4. Εικόνα σώματος

Η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από φυσιογνωμικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές, όπως είναι οι ορμονικές διακυμάνσεις, η εμπειρία φυσικών συμπτωμάτων και αλλαγών στην εμφάνιση που συνδέονται με την εγκυμοσύνη (π.χ. γρήγορη αύξηση βάρους, ναυτία, πόνος στην πλάτη, κίρσοι, ραγάδες, ακμή και πρησμένοι αστράγαλοι και πόδια) και η αλλαγή της δυναμικής των σχέσεων με τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους⁷². Δεδομένου ότι κατά την εγκυμοσύνη το σώμα της γυναίκας αυξάνεται σε μέγεθος, αλλάζει το σχήμα του σώματος και τα φυσικά συμπτώματα που συνδέονται με την εγκυμοσύνη γίνονται πιο έντονα, οι γυναίκες που διατηρούν κοινωνικά πρότυπα για την εμφάνιση είναι πιθανόν να βιώνουν αυξημένη δυσαρέσκεια για το σώμα τους. Ο βαθμός στον οποίο οι εγκυμονούσες γυναίκες είναι σε θέση να απορρίψουν το λεπτό ιδανικό σώμα ή να υιοθετήσουν πιο ρεαλιστικές αξίες που σχετίζονται με την εμφάνιση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορούν να εξηγήσουν τη διατήρηση ή τη μείωση της σωματικής δυσαρέσκειας⁷³.

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίπλοκη περίοδος για τις γυναίκες και συχνά η απόκτηση βάρους είναι αναμενόμενη και αποδεκτή. Η κοινωνική προσέγγιση για την εικόνα του σώματος εξηγεί το ιδανικό σώμα ως ένα κοινωνικά δομημένο φαινόμενο⁷⁴. Η ασυμφωνία μεταξύ της εικόνας του σώματος της γυναίκας και του ιδεατού σώματος μπορεί να προκαλέσει δυσαρέσκεια, που πιθανόν να οδηγήσει σε σημαντική ψυχολογική δυσφορία⁷⁵. Μια επισκόπηση στη βιβλιογραφία δείχνει ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα συνδέεται με ένα πλήθος παραγόντων που περιλαμβάνουν χαμηλή διάθεση, σημαντικότητα για την εικόνα του σώματος, αντιληπτή κοινωνικο-πολιτιστική πίεση, πρόθεση για θηλασμό και περιορισμός του φαγητού⁷³.

5.5. Αυτοεκτίμηση

Η αυτοεκτίμηση είναι ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό που υπόκειται σε συστηματικές αναπτυξιακές αλλαγές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου⁷⁶. Διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις δείχνουν ότι τα γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου και η μετάβαση στη γονεϊκότητα, μπορεί να συνδέονται με αλλαγές στην αυτοεκτίμηση. Κάποιοι δίνουν έμφαση στον ρόλο των βιολογικών καταβολών για την αυτοεκτίμηση και εστιάζουν στις ψυχολογικές και νευρολογικές αλλαγές που συνδέονται με τη μετάβαση στη μητρότητα. Για παράδειγμα, η εικόνα του σώματος μιας μητέρας μπορεί να επηρεάζεται από φυσικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη. Αυτά τα ζητήματα για την εικόνα του σώματος, μπορεί με την σειρά τους να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση της μητέρας.

Άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις θεωρούν τη μητρότητα ως μια ευκαιρία να βιώσουν μια αίσθηση ανωτερότητας και νοήματος. Ειδικότερα, η ικανοποίηση των απαιτήσεων και των προκλήσεων που σχετίζονται με τη μητρότητα μπορεί να μεταφέρει μια αίσθηση ελέγχου στον εαυτό και το περιβάλλον που μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης των μητέρων⁷⁷. Γενικότερα, η θεωρία και η προηγούμενη έρευνα δείχνει ότι η μετάβαση στη μητρότητα είναι μια σημαντική περίοδος για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, σε σύγκριση με την γέννηση του πρώτου παιδιού, η γέννηση του δεύτερου ή του τρίτου παιδιού μπορεί να φέρει διαφορετικές προκλήσεις και αλλαγές.

5.6. Άγχος κατά την εγκυμοσύνη

Είναι φανερό ότι οι ψυχοκοινωνικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες που βιώνονται κατά την κύηση μπορεί να είναι επιζήμιοι για την εγκυμοσύνη και την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Το άγχος κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να είναι σοβαρό (π.χ. τραύμα), μέτριο (π.χ. αλλαγές στη ζωή) έως ήπιο (π.χ. εμπειρία καθημερινών ενοχλήσεων) και η πλειονότητα των μελετών δείχνουν ότι το άγχος μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις για το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης και στη συμπεριφορική και φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών.

Αν και είναι άγνωστη η γενική επικράτηση, μια μεγάλη μελέτη στις ΗΠΑ βρήκε ότι περίπου το 84% των γυναικών βιώνουν κάποιο επίπεδο άγχους κατά

την εγκυμοσύνη τους, ενώ υψηλά επίπεδα αναφέρει το 6%⁷⁸. Μια μεγάλη μετα-ανάλυση 102 μελετών, βρήκε ότι η επικράτηση του άγχους κυμαίνεται από 18,2% το πρώτο τρίμηνο έως 24,6% το τρίτο τρίμηνο, κάτι που δείχνει ότι το άγχος κατέχει ένα σημαντικό ποσοστό στις εγκυμονούσες γυναίκες⁷⁹. Η ανασκόπηση στη βιβλιογραφία δείχνει ότι το άγχος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει το άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, το γενικό άγχος, το άγχος που συνδέεται με διάφορα συμβάντα της ζωής και το χρόνιο άγχος⁸⁰.

Το άγχος κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με διάφορα αρνητικά αποτελέσματα για τα παιδιά όπως κακή γνωστική ανάπτυξη, αυτισμό και σχιζοφρένεια⁸¹. Επίσης υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι το άγχος μπορεί να έχει διάφορες επιδράσεις, ανάλογα με το τρίμηνο στο οποίο βιώνεται. Για παράδειγμα, το σοβαρό άγχος στο πρώτο τρίμηνο συνδέεται με συγγενείς παραμορφώσεις, ενώ το άγχος στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει πιο αρνητική επίδραση στην κινητική ανάπτυξη⁸². Επίσης, μπορεί να εκθέσει την μητέρα και το βρέφος σε πολλούς ψυχολογικούς κινδύνους, που συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία δεσμού με το έμβρυο και το νεογέννητο, τον αυξημένο κίνδυνο κακής ψυχολογικής μεταγεννητικής προσαρμογής, την κατάθλιψη μετά τον τοκετό καθώς και φυσιολογικές συνέπειες, όπως το χαμηλό βάρος του νεογέννητου, τον περιορισμό στην ενδομήτρια ανάπτυξη και την πρόωρη γέννηση⁸³.

5.7. Άμβλωση

Η άμβλωση είναι η τεχνητή διακοπή της κύησης ενός ή περισσότερων εμβρύων, η οποία λαμβάνει χώρα σε ηλικία κύησης μικρότερη των 24 εβδομάδων, κατά την οποία αφαιρείται το έμβρυο από τη μήτρα έχοντας ως συνέπεια το θάνατο του κυήματος. Αυτό μπορεί να γίνει με χημικούς, χειρουργικούς ή άλλους τρόπους. Σε διεθνές επίπεδο, το καθορισμένο όριο για άμβλωση έχει οριστεί στις 24 εβδομάδες, ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διάπλαση της καρδιάς ολοκληρώνεται κατά την 23^η εβδομάδα κύησης.

Οι αμβλώσεις μπορεί να επιφέρουν τόσο σωματικές, όσο και ψυχολογικές συνέπειες.

Οι σωματικοί κίνδυνοι από την άμβλωση μπορεί να είναι οι ίδιοι με κάθε άλλη επέμβαση βραχείας διάρκειας που εκτελείται στην κοιλιακή χώρα. Οι

επιπλοκές μπορεί να είναι προσωρινές, μακράς διάρκειας ή μόνιμες. Στις προσωρινές επιπλοκές συμπεριλαμβάνονται οι επιμολύνσεις, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, οι αιμορραγίες, η διάτρηση της μήτρας, ο τραυματισμός του εντέρου, η ρήξη του τραχήλου της μήτρας ή ο τραυματισμός του ουρητήρα. Κάποιες από αυτές τις συνέπειες είναι αρκετά σοβαρές, ενώ κάποιες, όπως ο τραυματισμός του ουρητήρα, μπορεί να είναι μακροχρόνιες ή και μόνιμες. Παρόλα αυτά, η συχνότητα των παραπάνω επιπλοκών είναι μικρή, υπό την προϋπόθεση ότι η άμβλωση εκτελείται από έμπειρο μαιευτήρα σε οργανωμένη χειρουργική μονάδα. Στις μόνιμες επιπλοκές περιλαμβάνεται η στειρότητα, η οποία παρατηρείται στο 3% έως 5% των περιπτώσεων.

Πρόσφατες μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν καταδείξει ότι η άμβλωση συνδέεται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η αιτία που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού είναι η εξής: Τα οιστρογόνα που παράγονται σε πολύ μεγάλες ποσότητες κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης, οδηγούν στον γρήγορο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του αδένου του μαστού μέσα στο πρώτο τρίμηνο⁸⁴. Ο μεγάλος αριθμός των κυττάρων αυτών είναι επιρρεπής σε καρκινογένεση. Στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης, το επίπεδο των οιστρογόνων μειώνεται λόγω της επίδρασης άλλων ορμονών, όπως είναι το πλακουντιακό γαλακτογόνο. Στη φάση αυτή τα νέα κύτταρα του μαστού ωριμάζουν και μετατρέπονται σε γαλακτοπαραγωγά. Η αλλαγή μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο μετατροπής τους σε καρκινικά. Η άμβλωση σταματά την διεργασία αυτή και τα ανώριμα αδενικά κύτταρα δεν είναι δυνατόν να μετατραπούν σε γαλακτοπαραγωγά, κάνοντάς τα έτσι πιο ευπαθή σε καρκινική μετάλλαξη.

Πέρα, όμως, από τις σωματικές επιπτώσεις της άμβλωσης, υπάρχουν ψυχολογικές πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από αυτήν. Μια ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη επιφέρει διάφορες ψυχολογικές φάσεις. Αρχικά, πριν την επέμβαση η γυναίκα νιώθει αμφιβολία ως προς την ηθική, κυρίως, ορθότητα της απόφασής της με αποτέλεσμα να βιώνει άγχος, αϋπνίες και ενοχές. Στην περίπτωση που η γυναίκα υποβάλλεται για πρώτη φορά στην άμβλωση, κυριαρχεί ο φόβος, η ανησυχία και η αγωνία που έχει σχέση με τις ενδεχόμενες επιπτώσεις, αλλά και πιθανή μελλοντική αδυναμία για νέα σύλληψη. Οι πληροφόρηση από τους γιατρούς ή από άλλες πηγές μπορεί να αυξομειώσει αυτά τα συναισθήματα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος

είναι εντονότερα σε γυναίκες οι οποίες είναι ευαίσθητες, με έντονη ηθική συνείδηση, αλλά και σε αυτές που πιστεύουν στο Θεό και θεωρούν την άμβλωση αμαρτία. Όμως, όλες οι γυναίκες λίγο πριν την επέμβαση βιώνουν έντονο φόβο και ανησυχία. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπερισχύουν ο φόβος, το άγχος και οι ενοχές⁸⁵.

Μετά την άμβλωση συνήθως οι γυναίκες βιώνουν ανακούφιση για το γεγονός ότι το ανεπιθύμητο ή προβληματικό έμβρυο αποτελεί παρελθόν. Όμως, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό νιώθει ενοχές για αυτή την απόφαση. Σε μια έρευνα πέντε ετών που διεξήχθη στις ΗΠΑ, αποκαλύφθηκε ότι το 25% των γυναικών που είχαν προχωρήσει σε άμβλωση, χρειάστηκε έπειτα ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με το 3% των γυναικών που δεν είχαν υποβληθεί σε άμβλωση. Μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση υπέφεραν συχνότερα από κατάθλιψη, στρες, μειωμένη αυτοεκτίμηση και συχνά παρουσίαζαν αυτοκτονικές τάσεις⁸⁶.

Στην χώρα μας η άμβλωση επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις. Το άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι επιτρέπεται η άμβλωση εφόσον υπάρχει συναίνεση της εγκύου και μόνο από ιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη μονάδα όταν αυτή γίνεται:

- Τις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης σε κάθε περίπτωση.
- Τις πρώτες 24 εβδομάδες όταν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που συνεπάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.
- Τις πρώτες 19 εβδομάδες εάν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανηλίκου, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας η οποία είναι ανίκανη να αντισταθεί.
- Χωρίς χρονικό περιορισμό σε περίπτωση που υπάρχει μη αναστρέψιμος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς σωματικής ή ψυχικής βλάβης, ο οποίος να βεβαιώνεται από αντίστοιχο ιατρό. Σε αυτή την περίπτωση υπάγεται και η περίπτωση άμβλωσης εμβρύου με αποδεδειγμένα σοβαρές δυσλειτουργίες.

Στο 1^ο Πανελλήνιο Σεμινάριο Ψυχοσωματικής στη Μαιευτική Γυναικολογία με θέμα «Προσεγγίζοντας την ψυχική διάσταση της γυναίκας» που πραγματοποιήθηκε το 2015 στη Θεσσαλονίκη, αναφέρθηκε ότι στην Ελλάδα γίνονται τουλάχιστον 80.000 αμβλώσεις το χρόνο. Η μία στις τέσσερις γυναίκες

που προχωρούν σε άμβλωση είναι έφηβη, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει η οικονομική κρίση, η οποία οδηγεί τα ζευγάρια σε αυτή την απόφαση λόγω αδυναμίας να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις ανάγκες ενός νέου μέλους⁸⁷.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.1. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μας σπουδών στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών «Παθολογία της Κύησης», στην έρευνα που διεξάγουμε με θέμα: «Οικογενειακός Προγραμματισμός και Κύηση. Χαρά ή προβληματισμός;». Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και τα αποτελέσματά του θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας αυτής.

Ημερομηνία ___/___/2018

Φύλο ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
Ηλικία ☐ 18-25 ☐ 26-33 ☐ 34-40 ☐ 40 και άνω
Εκπαίδευση ☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΤΕΙ
☐ ΑΕΙ Άλλο: _____
Οικογενειακή κατάσταση ☐ Άγαμη ☐ Έγγαμη
Τέκνα _____
Ηλικίες τέκνων _____

Γνωρίζετε για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ποιος θεωρείτε ότι είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού;

Έχετε υποβληθεί σε διακοπή κύησης;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ποιοι οι λόγοι που σας οδήγησαν να διακόψετε την εγκυμοσύνη;

☐ Κοινωνικοί ☐ Ιατρικοί ☐ Οικονομικοί Άλλο: _____

Έχετε διενεργήσει προγεννητικό έλεγχο;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Εάν ναι, ποια ήταν τα αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου;

Θεωρείτε ότι ο προγεννητικός έλεγχος που διενεργήσατε σας βοήθησε και για ποιους λόγους;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Γνωρίζετε για τις μεθόδους αντισύλληψης;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Από πού έχετε ενημερωθεί για τις μεθόδους αντισύλληψης;

Ποιον τρόπο αντισύλληψης θεωρείτε πιο αποτελεσματικό;

Διακεκομμένη συνουσία

☐

Κολπικός δακτύλιος

☐

Αντισυλληπτικά δισκία για γυναίκες

☐

Αντισυλληπτικά δισκία για άνδρες

☐

Σπιράλ

☐

Ανδρικό προφυλακτικό

☐

Σπόγγος

☐

Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα υγείας λόγω της μη χρήσης προφύλαξης;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Κατά την άποψή σας, η χρήση μεθόδων αντισύλληψης υποβιβάζει την σεξουαλική επαφή;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Κατά τη γνώμη σας, ποιος θα πρέπει να χρησιμοποιεί αντισύλληψη;

☐

Άνδρας

☐

Γυναίκα

☐

Και οι δύο

Χρησιμοποιείτε κάποιο είδος αντισύλληψης και αν ναι, τι;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Έχετε συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Στην πάροδο των χρόνων, έχετε αλλάξει την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούσατε;

☐

ΝΑΙ

☐

ΟΧΙ

Αν ναι, γιατί;

Για ποιον από τους λόγους που αναφέρονται παρακάτω χρησιμοποιείτε αντισύλληψη;

Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης

☐

Αποφυγή αφροδίσιων νοσημάτων

☐

Άλλος λόγος

☐

6.2. Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μεταπτυχιακή μας εργασία με θέμα «Οικογενειακός προγραμματισμός και κύηση. Χαρά ή προβληματισμός;», έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων ανδρών και γυναικών όσον αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό και την στάση τους σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα να διερευνηθούν οι πηγές πληροφόρησης σχετικά με τα ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού.

6.3. Υλικό και Μέθοδος

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια αυτά διανεμήθηκαν στο Εσπερινό ΕΠΑΛ Αιγάλεω (50 ερωτηματολόγια), στο Κέντρο Υγείας Αιγάλεω – Τμήμα Πρόληψης (50 ερωτηματολόγια) και στο Σωματείο Ελληνικών Χορών «Παραδοσιακή Φλόγα» (30 ερωτηματολόγια). Διανεμήθηκαν 130 ερωτηματολόγια, από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 124 και ήταν κατάλληλα για επεξεργασία και περιελάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου κυρίως (ποσοστό αποδοχής 95,3%). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν την περίοδο Μάιος – Οκτώβριος 2018 και προσπαθήσαμε να εντάξουμε άτομα που να καλύπτουν όλα τα ηλικιακά, μορφωτικά και οικονομικά προφίλ.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel, από το οποίο αντλήσαμε πίνακες και επεξηγηματικά γραφήματα με τα αντίστοιχα ποσοστά για την ανάλυση κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου.

6.4. Περιορισμοί της έρευνας

Δεν συναντήσαμε ιδιαίτερη δυσκολία στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και οι περισσότεροι υποψήφιοι ήταν θετικοί στο να λάβουν μέρος στην έρευνα. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηματολογίων, όμως, δεν συμπληρώθηκαν όλες οι ερωτήσεις.

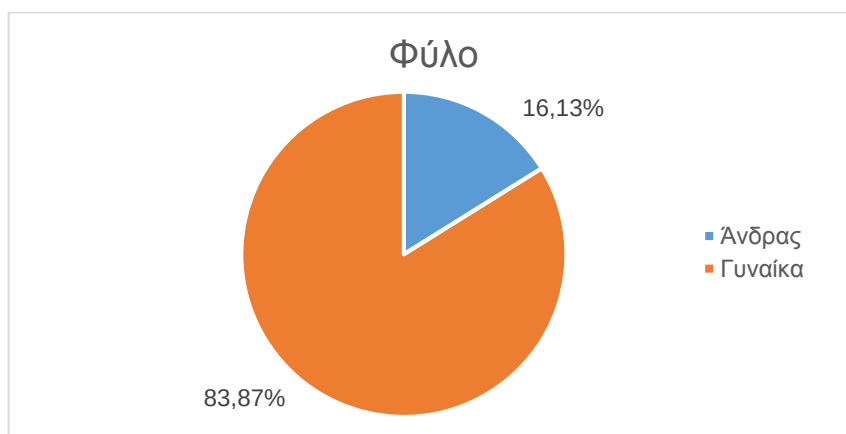
6.5. Αποτελέσματα

Το ερωτηματολόγιο αρχικά περιλαμβάνουν τα **δημογραφικά** στοιχεία των ερωτώμενων. Έτσι, ως προς το **φύλο** έχουμε τα εξής αποτελέσματα.

Πίνακας 1. Φύλο ερωτώμενων

Άνδρας	20
Γυναίκα	104

Γράφημα 1. Φύλο ερωτώμενων



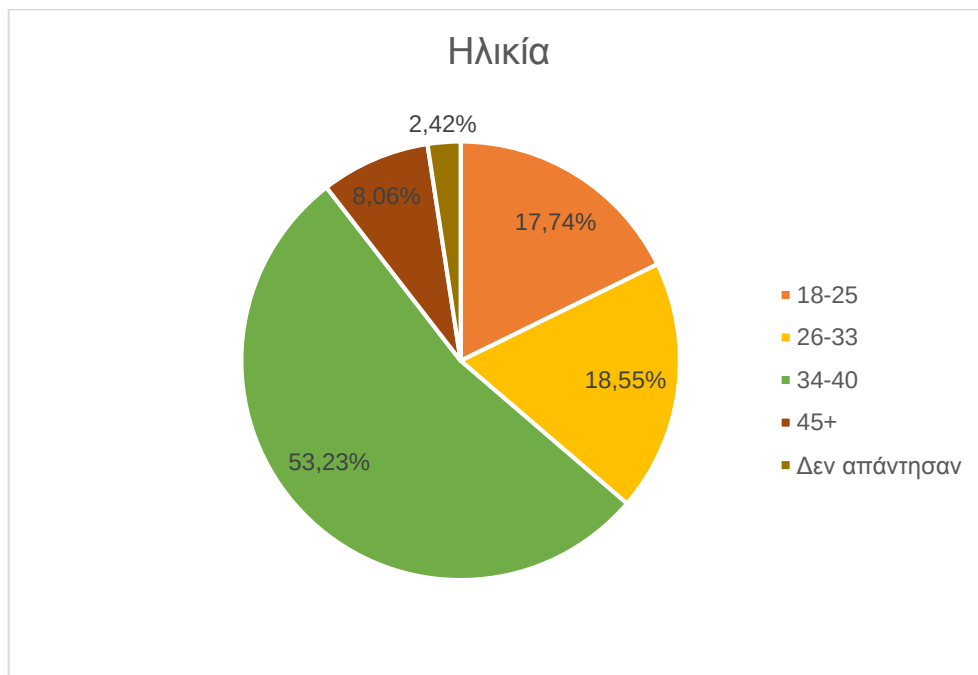
Από τους 124 ερωτώμενους, οι 20 ήταν άνδρες (ποσοστό 16,13%) και οι 104 γυναίκες (ποσοστό 83,87%).

Όσον αφορά την **ηλικία** τους, τα αποτελέσματα φαίνονται παρακάτω.

Πίνακας 2. Ηλικία ερωτώμενων

18-25	22
26-33	23
34-40	66
45+	10
Δεν απάντησαν	3

Γράφημα 2. Ηλικία ερωτώμενων



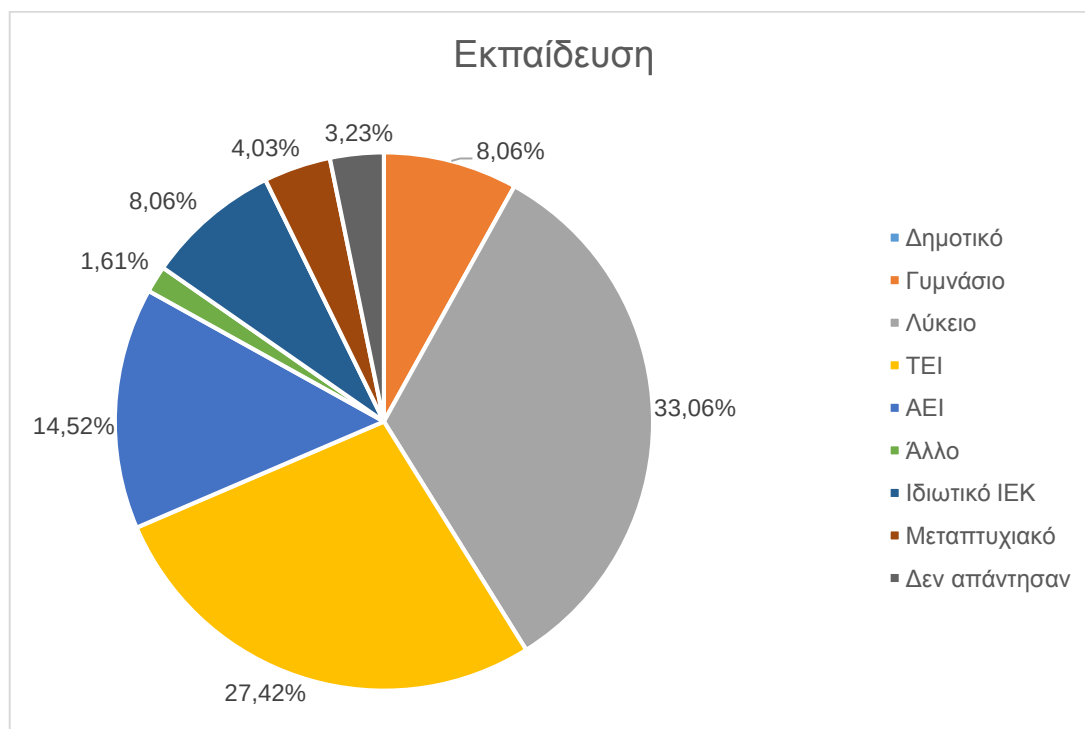
Από τους 124 ερωτώμενους, οι 66 ήταν ηλικίας μεταξύ 34-40 ετών (ποσοστό 53,23%), οι 23 ήταν ηλικίας 26-33 ετών (ποσοστό 18,55%), οι 22 ήταν ηλικίας 18-25 ετών (ποσοστό 17,74%), ενώ 10 ήταν ηλικίας 45 ετών και άνω (ποσοστό 8,06%). Από τα άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, 3 άτομα (ποσοστό 2,42%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Ως προς το **επίπεδο εκπαίδευσης** των ερωτώμενων, έχουμε:

Πίνακας 3. Επίπεδο εκπαίδευσης.

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	10
Λύκειο	41
ΤΕΙ	34
ΑΕΙ	18
Άλλο	2
Ιδιωτικό ΙΕΚ	10
Μεταπτυχιακό	5
Δεν απάντησαν	4

Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης



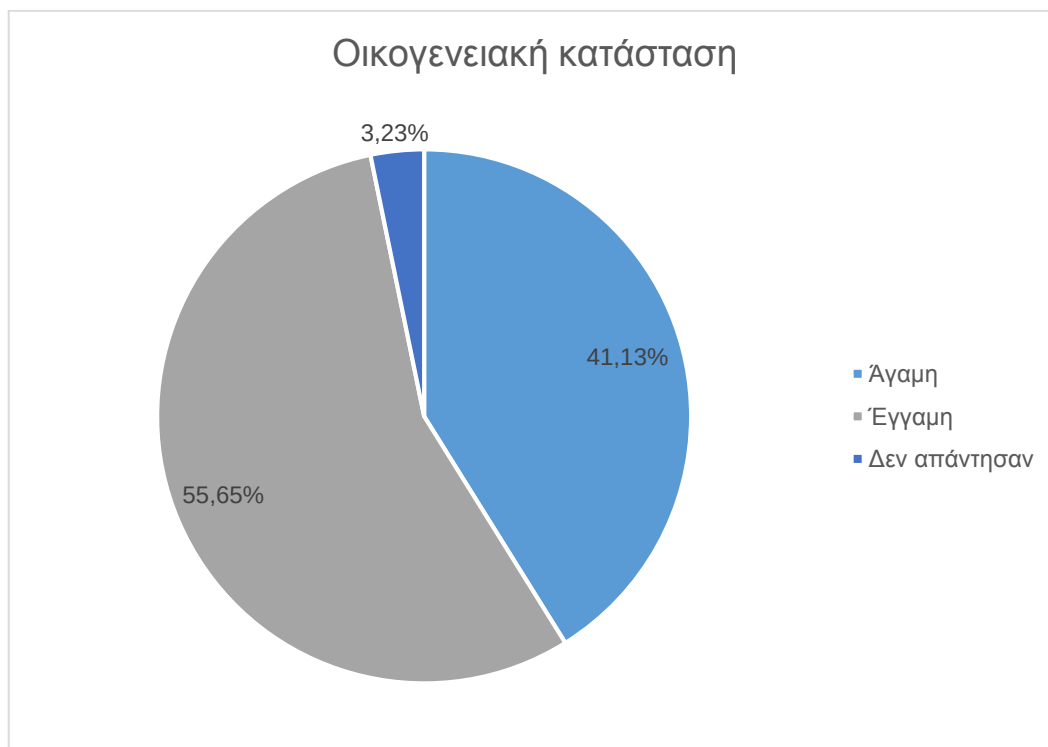
41 άτομα δήλωσαν ότι έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 33,06%), 34 άτομα έχουν τελειώσει Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 27,42%), 18 άτομα έχουν τελειώσει Α.Ε.Ι. (ποσοστό 14,52%), 10 άτομα έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο (ποσοστό 8,06%), 10 άτομα έχουν παρακολουθήσει Ιδιωτικό ΙΕΚ (ποσοστό 8,06%), 5 άτομα είναι σε κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα (ποσοστό 4,03%) και 2 άτομα έχει δηλώσει «Άλλο» (ποσοστό 1,61%), ενώ κανένα άτομο δεν δήλωσε ότι έχει τελειώσει μόνο το Δημοτικό. Επίσης, 4 άτομα (ποσοστό 3,23%) δεν απάντησαν.

Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση** των ερωτώμενων, τα αποτελέσματα είναι:

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμη	51
Έγγαμη	69
Δεν απάντησαν	4

Γράφημα 4. Οικογενειακή κατάσταση



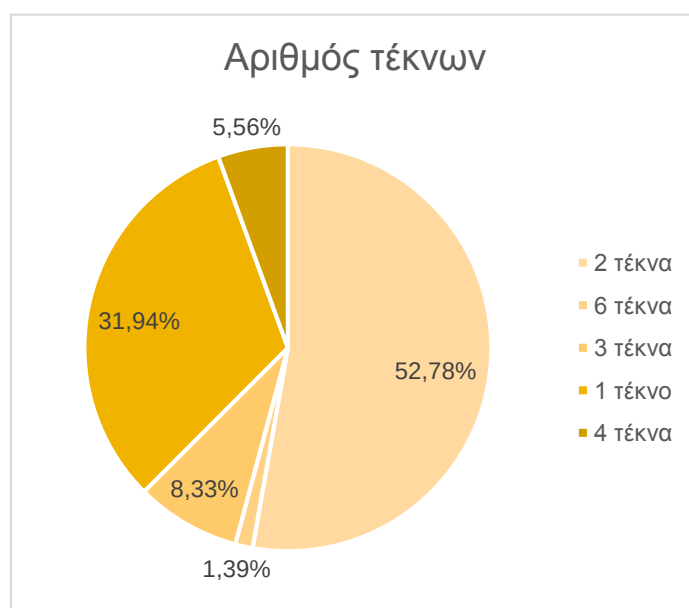
69 άτομα δήλωσαν ότι είναι έγγαμα (ποσοστό 55,65%), 51 άτομα δήλωσαν ότι είναι άγαμα (ποσοστό 41,13%) και 4 άτομα (ποσοστό 3,23%) δεν απάντησαν.

Από τους ερωτώμενους, οι 72 δήλωσαν ότι έχουν **παιδιά**.

Πίνακας 5. Αριθμός τέκνων

2 τέκνα	38
6 τέκνα	1
3 τέκνα	6
1 τέκνο	23
4 τέκνα	4

Γράφημα 5. Αριθμός τέκνων



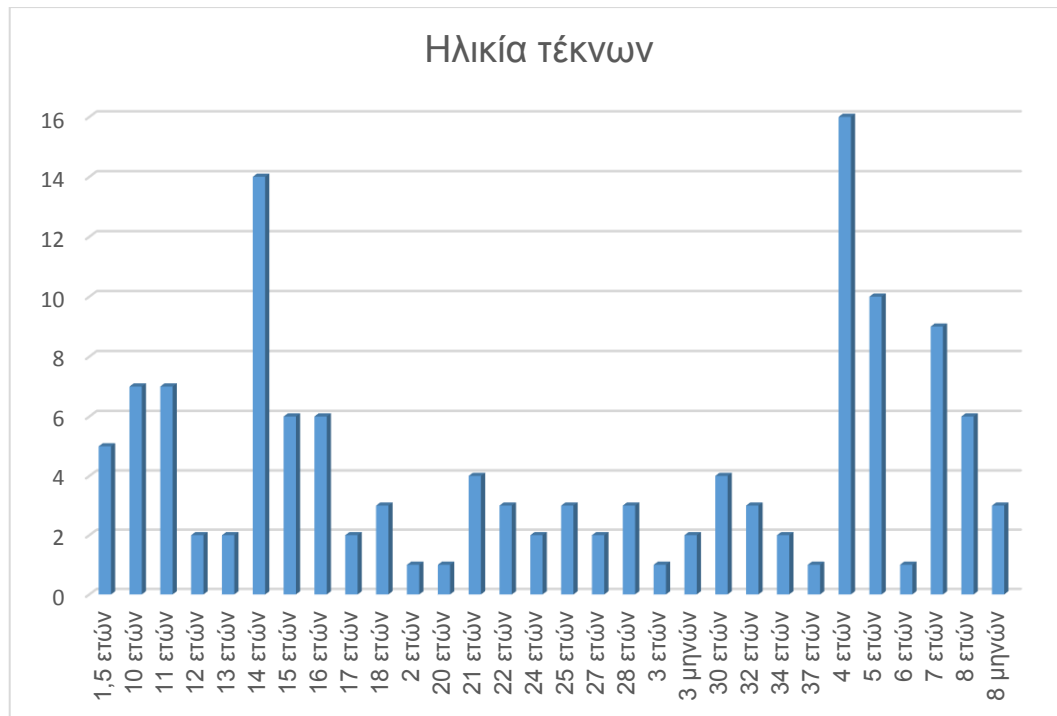
38 άτομα δήλωσαν ότι έχουν 2 τέκνα (ποσοστό 52,78%), 23 άτομα δήλωσαν ότι έχουν 1 τέκνο (ποσοστό 31,94%), 6 άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 τέκνα (ποσοστό 8,33%), 4 άτομα δήλωσαν ότι έχουν 4 τέκνα (ποσοστό 5,56%) και 1 άτομο δήλωσε ότι έχει 6 τέκνα (ποσοστό 1,39%).

Όσον αφορά την **ηλικία των τέκνων**, η διακύμανση είναι ευρεία και περιλαμβάνει:

Πίνακας 6. Ηλικία τέκνων

1,5 ετών	5	27 ετών	2
10 ετών	7	28 ετών	3
11 ετών	7	3 ετών	1
12 ετών	2	3 μηνών	2
13 ετών	2	30 ετών	4
14 ετών	14	32 ετών	3
15 ετών	6	34 ετών	2
16 ετών	6	37 ετών	1
17 ετών	2	4 ετών	16
18 ετών	3	5 ετών	10
2 ετών	1	6 ετών	1
20 ετών	1	7 ετών	9
21 ετών	4	8 ετών	6
22 ετών	3	8 μηνών	3
24 ετών	2	9 ετών	3
25 ετών	3		

Γράφημα 6. Ηλικία τέκνων



Η ηλικιακή διακύμανση των τέκνων, όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε ποικίλει κατά πολύ, ξεκινώντας από παιδιά 3 μηνών έως 37 ετών, με την

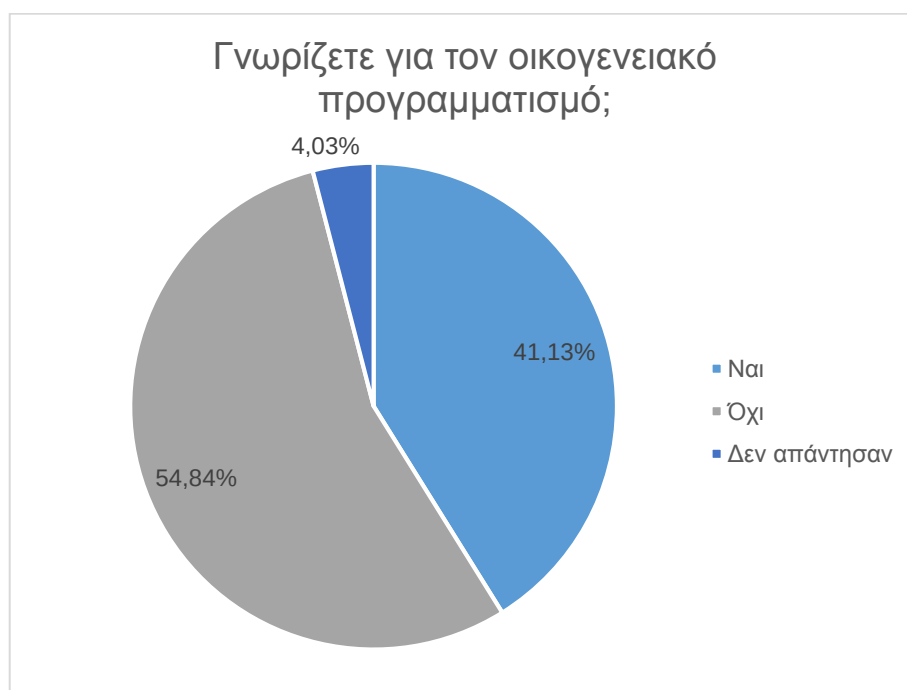
πλειοψηφία ωστόσο να εμφανίζεται στα 4 έτη (16 παιδιά), 5 έτη (10 παιδιά), 7 έτη (9 παιδιά) και 14 ετών (14 παιδιά).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε τον **οικογενειακό προγραμματισμό**, η πρώτη ερώτηση αφορούσε εάν οι ερωτώμενοι γνωρίζουν για τον **οικογενειακό προγραμματισμό**. Οι απαντήσεις ήταν:

Πίνακας 7. Γνώση για τον οικογενειακό προγραμματισμό

Ναι	51
Όχι	68
Δεν απάντησαν	5

Γράφημα 7. Γνώση για τον οικογενειακό προγραμματισμό



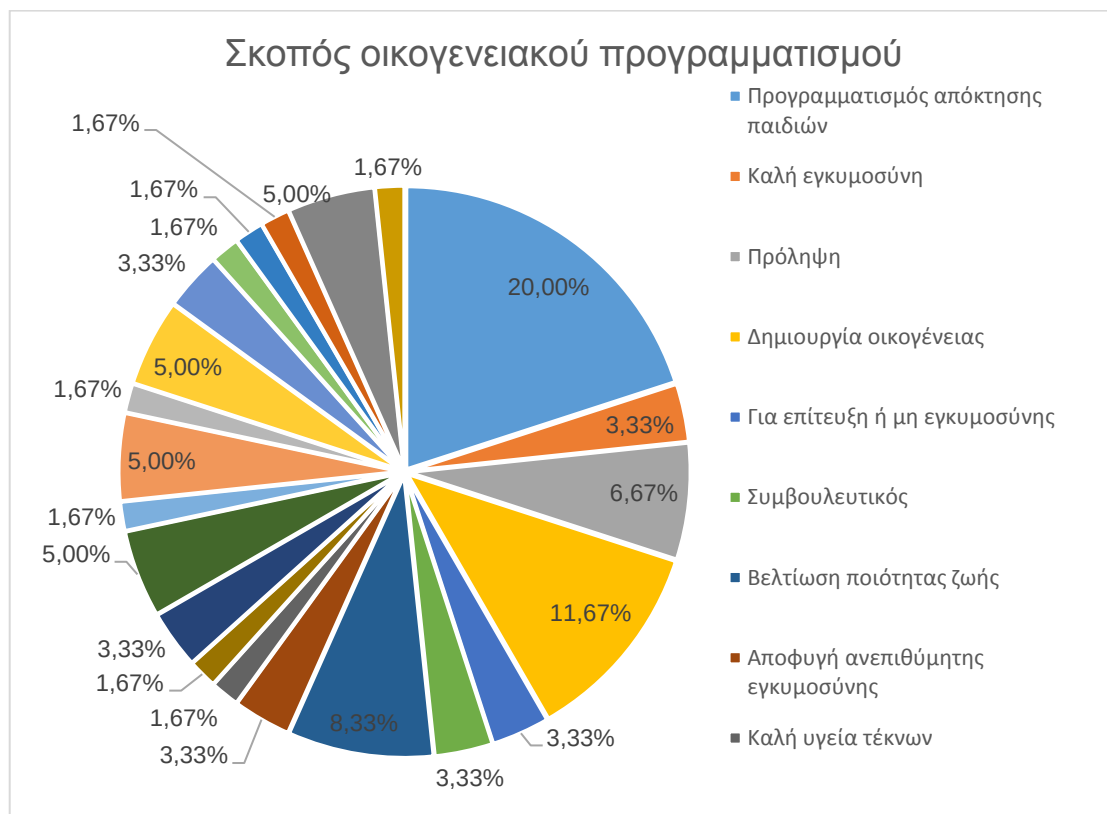
Από τα 119 άτομα που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση, οι 68 (ποσοστό 54,84%) δεν γνώριζαν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, οι 51 (ποσοστό 41,13%) απάντησαν πως γνωρίζουν, ενώ 5 άτομα (ποσοστό 4,03%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση «ποιος είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού», απάντησαν μόνο όσοι απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση. Η συγκεκριμένη ερώτηση είναι ανοιχτού τύπου και οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής:

Πίνακας 8. Σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού

Προγραμματισμός απόκτησης παιδιών	Εξειδικευμένες υπηρεσίες για ισότητα, αντίληψη και σεξουαλική αναπαραγωγή	1
Καλή εγκυμοσύνη	Δεν ξέρω	3
Πρόληψη	Βοήθεια	1
Δημιουργία οικογένειας	Ενημέρωση για την σεξουαλική υγεία και την αναπαραγωγή	3
Για επίτευξη ή μη εγκυμοσύνης	Οικονομική διαχείριση οικογένειας	2
Συμβουλευτικός	Ενδοοικογενειακό δίκαιο	1
Βελτίωση ποιότητας ζωής	Οικονομικό πακέτο εξετάσεων	1
Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης	Κανόνες στην οικογένεια	1
Καλή υγεία τέκνων	Λήψη αντισυλληπτικών μεθόδων	3
Καλύτερη συμβίωση	Προγραμματισμός εξόδων	1
Ενημέρωση οικογένειας	Επιθυμητός αριθμός παιδιών	2
Ενημέρωση για ασθένειες		

Γράφημα 8. Σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού



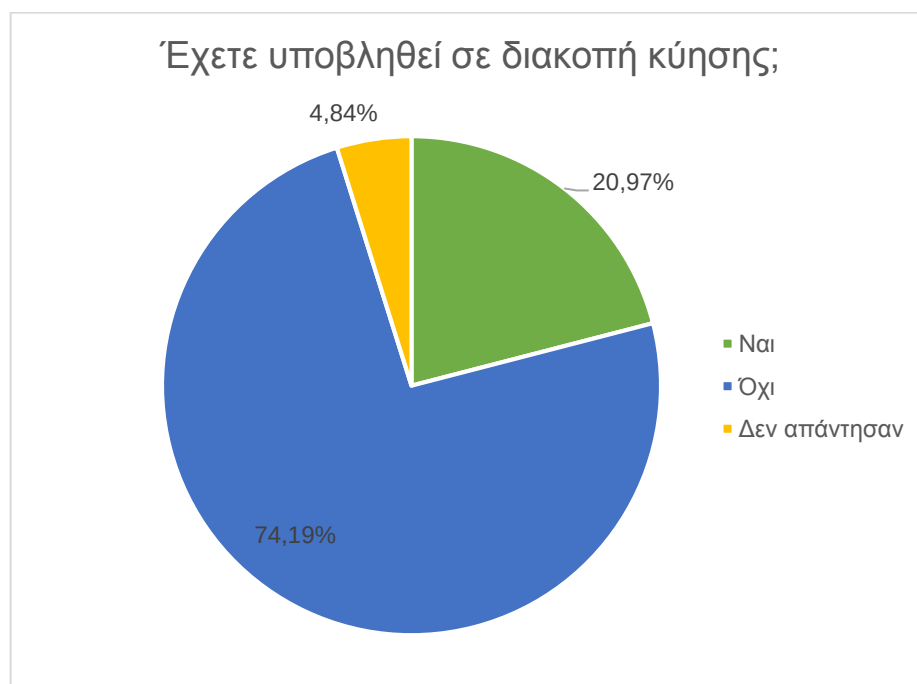
Οι περισσότεροι (12 άτομα, ποσοστό 20%), απάντησαν πως σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ο προγραμματισμός απόκτησης παιδιών, ενώ ακολούθησαν οι απαντήσεις «δημιουργία οικογένειας» (7 άτομα, ποσοστό 11,67%), «η βελτίωση της ποιότητας ζωής» (5 άτομα, ποσοστό 8,33%), «η πρόληψη» (4 άτομα, ποσοστό 6,67%), «η ενημέρωση για ασθένειες» (3 άτομα, ποσοστό 5%), «η ενημέρωση για τη σεξουαλική υγεία και την αναπαραγωγή» (3 άτομα, ποσοστό 5%), «η λήψη αντισυλληπτικών μεθόδων» (3 άτομα, ποσοστό 5%), «η καλή εγκυμοσύνη» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «για επίτευξη ή μη εγκυμοσύνης» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «συμβουλευτικός» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «ενημέρωση της οικογένειας» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «οικονομική διαχείριση της οικογένειας» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), «επίτευξη επιθυμητού αριθμού παιδιών» (2 άτομα, ποσοστό 3,33%), και ακολούθησαν οι απαντήσεις «καλή υγεία παιδιών» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «καλύτερη συμβίωση» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «εξειδικευμένες υπηρεσίες για ισότητα, αντισύλληψη και σεξουαλική αναπαραγωγή» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «βοήθεια» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «ενδοοικογενειακό δίκαιο» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «οικονομικό πακέτο εξετάσεων» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%), «κανόνες στην οικογένεια» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%) και «προγραμματισμός εξόδων» (1 άτομο, ποσοστό 1,67%).

Στην ερώτηση «έχετε υποβληθεί σε **διακοπή κύησης**;», τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

Πίνακας 9. Διακοπή κύησης

Ναι	26
Όχι	92
Δεν απάντησαν	6

Διάγραμμα 9. Διακοπή κύησης



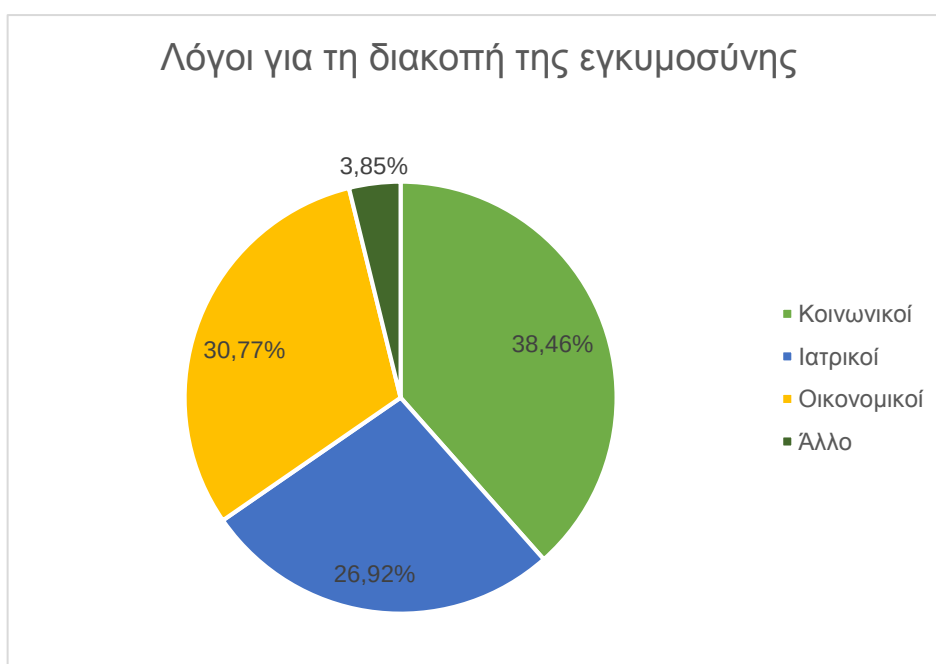
Το 74,19% των ερωτώμενων (92 άτομα) απάντησαν πως όχι, ενώ το 20,97% (26 άτομα) απάντησαν πως έχουν υποβληθεί σε διακοπή κύησης στο παρελθόν. 6 άτομα (ποσοστό 4,84%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Στη συνέχεια, η ερώτηση «ποιοι **οι λόγοι** που σας οδήγησαν να διακόψετε την εγκυμοσύνη» αφορούσε όσους απάντησαν «ναι» στην προηγούμενη ερώτηση.

Πίνακας 10. Λόγοι για την διακοπή της κύησης

Κοινωνικοί	10
Ιατρικοί	7
Οικονομικοί	8
Άλλο	1

Διάγραμμα 10. Λόγοι για την διακοπή της κύησης



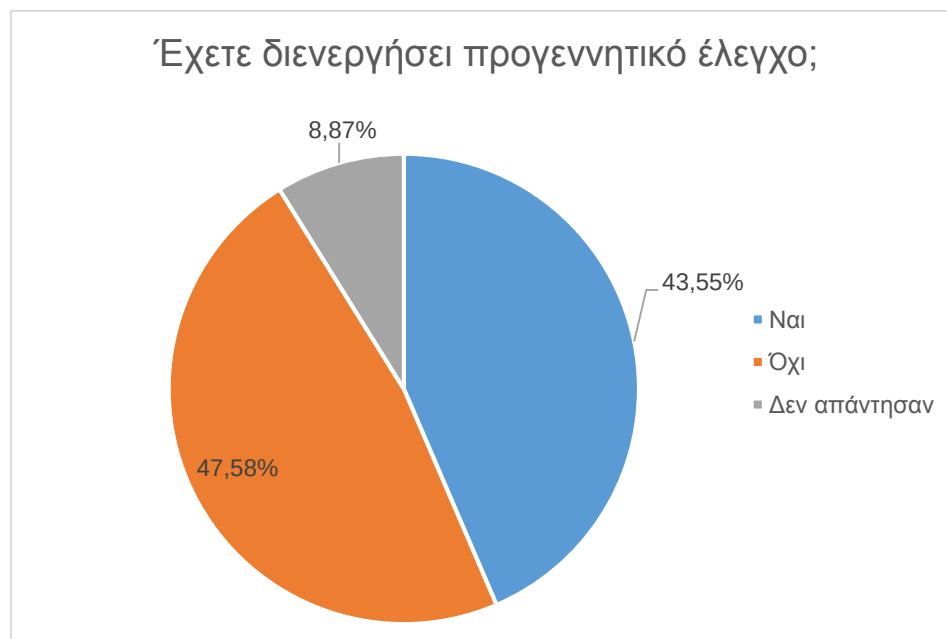
Από τα 26 άτομα που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, τα 10 (ποσοστό 38,46%) απάντησαν πως προχώρησαν σε διακοπή της κύησης για κοινωνικούς λόγους, τα 8 άτομα (ποσοστό 30,77%) για οικονομικούς λόγους, τα 7 άτομα (ποσοστό 26,92%) για ιατρικούς λόγους και 1 άτομο (ποσοστό 3,85%) απάντησε για άλλους λόγους.

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τον προγεννητικό έλεγχο. Στην ερώτηση «έχετε διενεργήσει **προγεννητικό έλεγχο**;», οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

Πίνακας 11. Προγεννητικός έλεγχος

Ναι	54
Όχι	59
Δεν απάντησαν	11

Διάγραμμα 11. Προγεννητικός έλεγχος



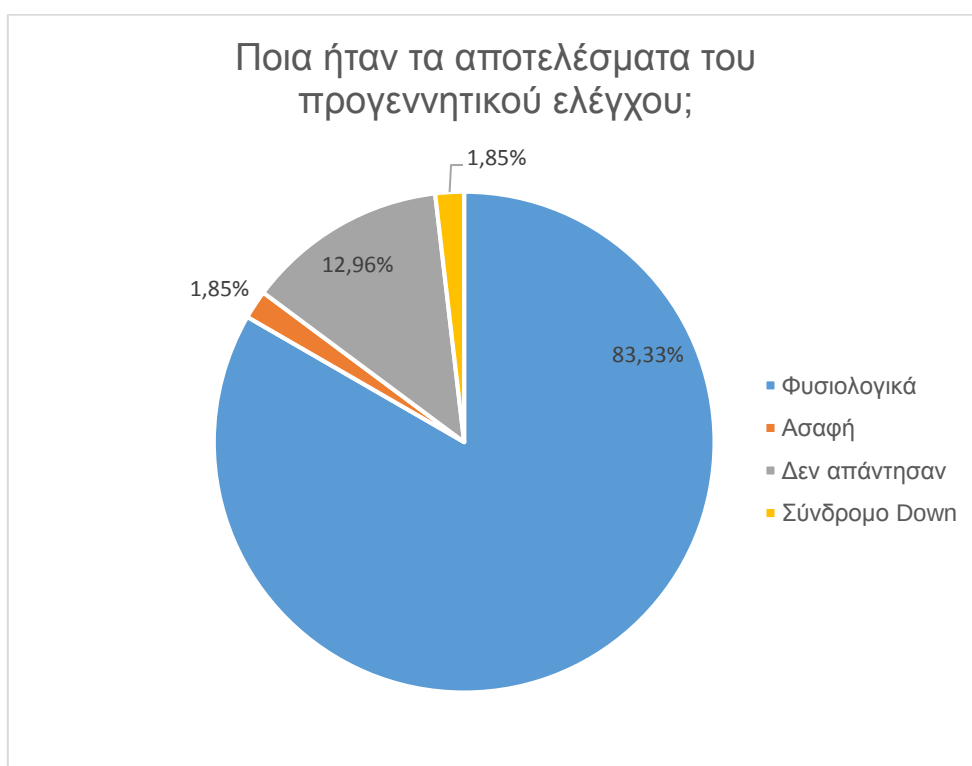
59 άτομα (ποσοστό 47,58%) απάντησαν πως δεν έχουν διενεργήσει προγεννητικό έλεγχο, 54 άτομα (ποσοστό 43,55%) απάντησαν πως είχαν διενεργήσει προγεννητικό έλεγχο και 11 άτομα δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση. Στην συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν και άτομα που δεν είχαν αποκτήσει παιδιά ή είχαν προβεί σε έκτρωση.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τα άτομα που είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, αφού ρωτούσε «Εάν ναι, ποια ήταν τα **αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου**;». Οι απαντήσεις δίνονται παρακάτω.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα προγεννητικού ελέγχου

Φυσιολογικά	45
Ασαφή	1
Σύνδρομο Down	1
Δεν απάντησαν	7

Διάγραμμα 12. Αποτελέσματα προγεννητικού ελέγχου



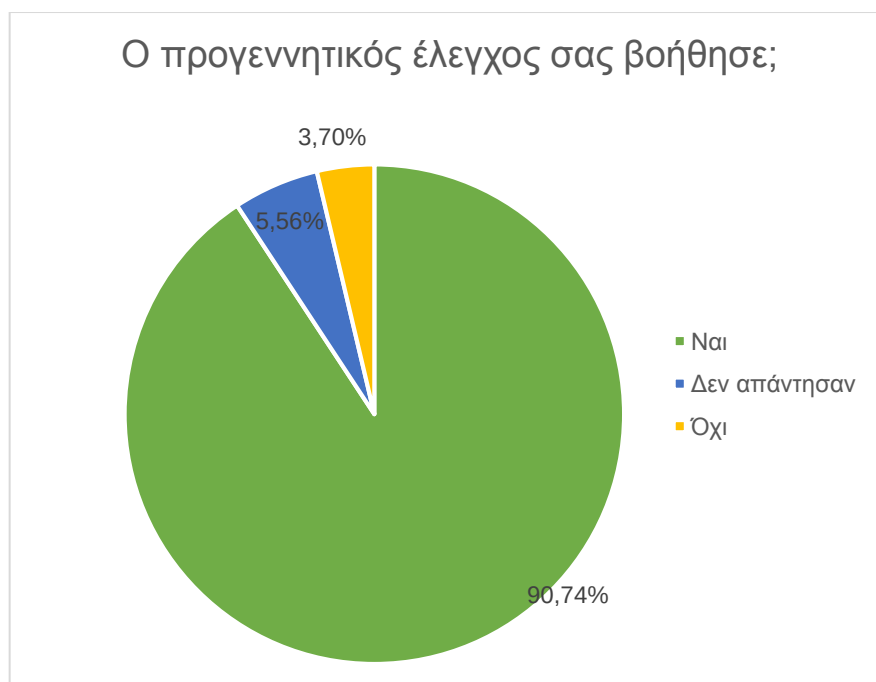
45 άτομα (ποσοστό 83,33%) απάντησαν πως τα αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά, 1 άτομο (ποσοστό 1,85%) πως τα αποτελέσματα ήταν ασαφή και 1 άτομο (ποσοστό 1,85%) πως διαπιστώθηκε σύνδρομο Down, ενώ 7 άτομα που είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση (ποσοστό 12,96%) δεν απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση.

Η παρακάτω ερώτηση αφορούσε πάλι τα άτομα που είχαν απαντήσει θετικά στις παραπάνω δυο ερωτήσεις, «Θεωρείτε ότι **ο προγεννητικός έλεγχος που διενεργήσατε σας βοήθησε και για ποιους λόγους;**».

Πίνακας 13. Συμβολή του προγεννητικού ελέγχου

Ναι	49
Όχι	2
Δεν απάντησαν	3

Διάγραμμα 13. Συμβολή του προγεννητικού ελέγχου



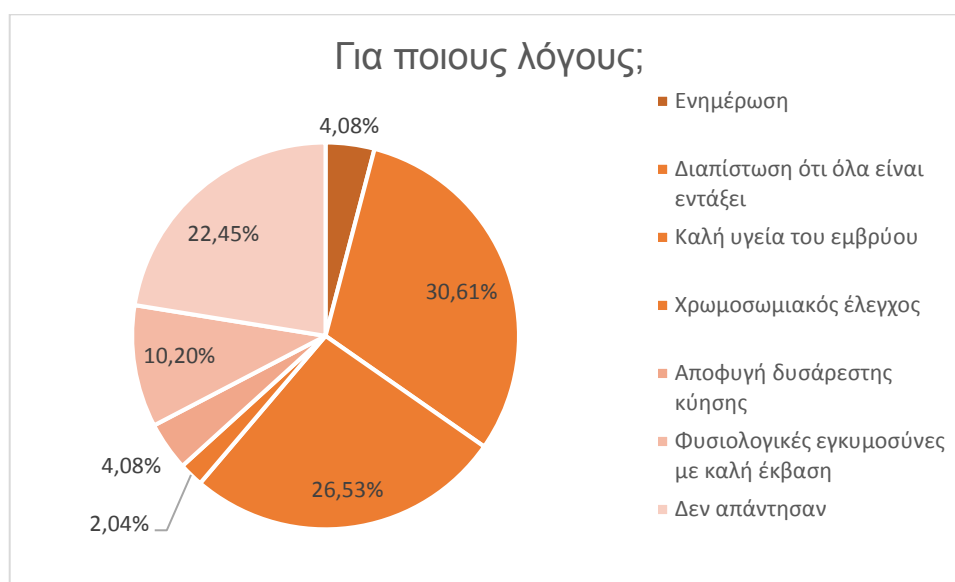
49 άτομα (ποσοστό 90,74%) απάντησαν πως τα βοήθησε, ενώ 2 άτομα (ποσοστό 3,70%) απάντησαν αρνητικά. 3 άτομα που είχαν απαντήσει θετικά στην βασική ερώτηση (ποσοστό 5,56%) δεν απάντησαν.

Τα άτομα που απάντησαν θετικά σε αυτή την ερώτηση, αιτιολόγησαν την απάντησή τους ως εξής:

Πίνακας 14. Τομείς που βοήθησε ο προγεννητικός έλεγχος

Ενημέρωση	2
Διαπίστωση ότι όλα είναι εντάξει	15
Καλή υγεία του εμβρύου	13
Χρωμοσωμιακός έλεγχος	1
Αποφυγή δυσάρεστης κύησης	2
Φυσιολογικές εγκυμοσύνες με καλή έκβαση	5
Δεν απάντησαν	11

Διάγραμμα 14. Τομείς που βοήθησε ο προγεννητικός έλεγχος



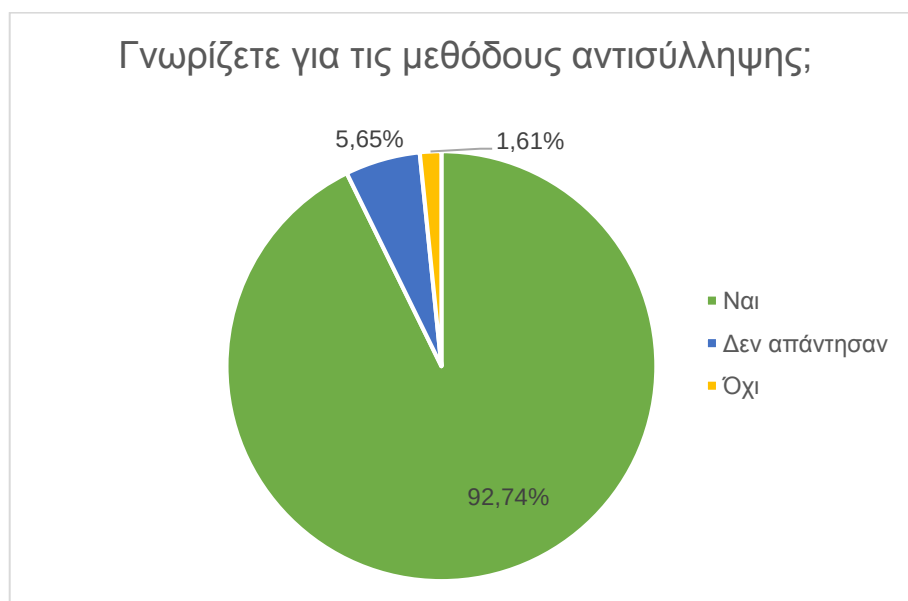
15 άτομα (ποσοστό 30,61%) δήλωσαν πως τους βοήθησε να διαπιστώσουν ότι όλα είναι εντάξει, 13 άτομα (ποσοστό 26,53%) πως τα βοήθησε να διαπιστώσουν την καλή υγεία του εμβρύου, 5 άτομα (ποσοστό 10,20%) πως τους βοήθησε στο να έχουν φυσιολογική εγκυμοσύνη με καλή έκβαση, 2 άτομα (ποσοστό 4,08%) πως τα βοήθησε ώστε να έχουν ενημέρωση, 2 άτομα (ποσοστό 4,08%) πως τα βοήθησε να αποφύγουν μια δυσάρεστη κύηση και 1 άτομο (ποσοστό 2,04%) πως το βοήθησε αφού έγινε ο χρωμοσωμιακός έλεγχος. 11 άτομα (ποσοστό 22,45%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Όσον αφορά την αντισύλληψη, η επόμενη ερώτηση ήταν «Γνωρίζετε τις μεθόδους αντισύλληψης;» απαντήθηκε ως εξής:

Πίνακας 15. Γνώση των μεθόδων αντισύλληψης

Ναι	115
Όχι	2
Δεν απάντησαν	7

Διάγραμμα 15. Γνώση των μεθόδων αντισύλληψης



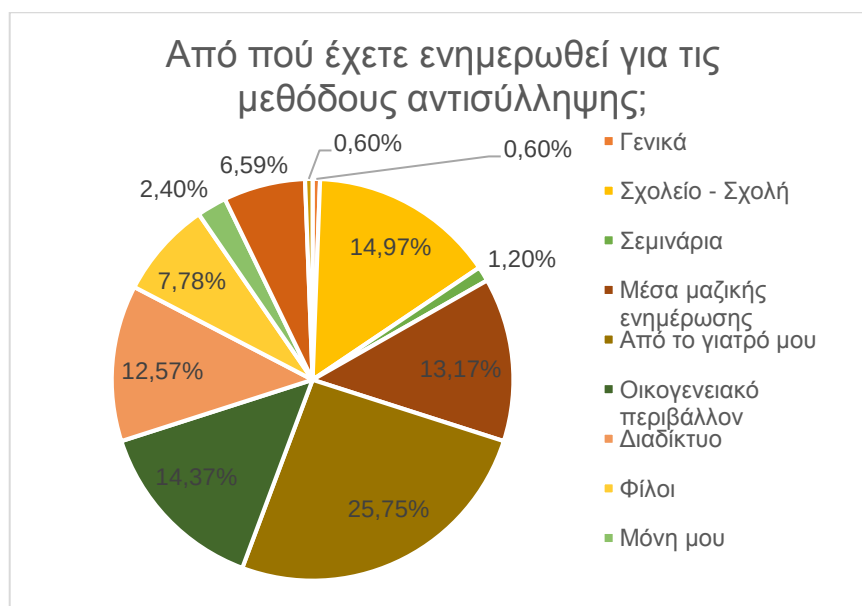
115 άτομα (ποσοστό 92,74%) απάντησαν πως γνωρίζουν τις μεθόδους αντισύλληψης, ενώ 2 άτομα (ποσοστό 1,61%) απάντησαν αρνητικά. 7 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα (ποσοστό 5,65%) δεν απάντησαν.

Η ερώτηση «Από πού έχετε ενημερωθεί για τις μεθόδους αντισύλληψης;» αφορούσε τα άτομα που είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση.

Πίνακας 16. Πηγή ενημέρωσης για τις μεθόδους αντισύλληψης

Γενικά	1	Διαδίκτυο	21
Σχολείο - Σχολή	25	Φίλοι	13
Σεμινάρια	2	Μόνη μου	4
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	22	Βιβλία	11
Από το γιατρό μου	43	Επαγγελματίες υγείας	1
Οικογενειακό περιβάλλον	24		

Διάγραμμα 16. Πηγή ενημέρωσης για τις μεθόδους αντισύλληψης



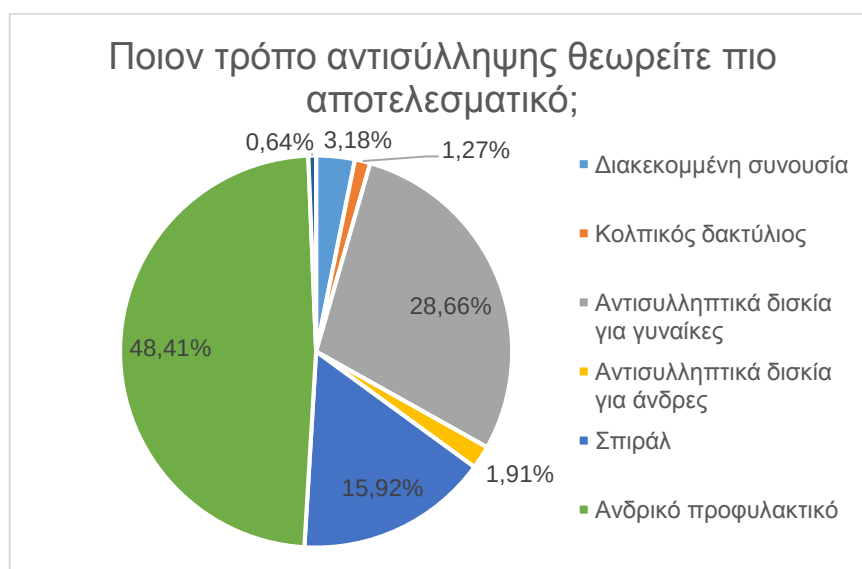
43 άτομα (ποσοστό 25,75%) απάντησαν πως έχουν ενημερωθεί από τον γιατρό τους, 25 άτομα (ποσοστό 14,97%) απάντησαν πως έχουν ενημερωθεί από το Σχολείο τους ή τη Σχολή τους, 24 άτομα (ποσοστό 14,37%) πως έχουν ενημερωθεί από το οικογενειακό τους περιβάλλον, 22 άτομα (ποσοστό 13,17%) από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, 21 άτομα (ποσοστό 12,57%) απάντησαν πως έχουν ενημερωθεί από το Διαδίκτυο, 13 άτομα (ποσοστό 7,78%) από φίλους, 11 άτομα (ποσοστό 6,59%) από βιβλία, 4 άτομα (ποσοστό 2,40%) δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν μόνοι τους, 1 άτομο (ποσοστό 0,60%) ότι έχει ενημερωθεί γενικά και 1 άτομο (ποσοστό 0,60%) ότι έχει ενημερωθεί από επαγγελματίες υγείας. **Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετά άτομα έδωσαν δύο ή περισσότερες απαντήσεις.**

Στην ερώτηση «**Ποιον τρόπο αντισύλληψης θεωρείτε πιο αποτελεσματικό;**», οι απαντήσεις ήταν οι εξής:

Πίνακας 17. Τρόπος αντισύλληψης που θεωρείται πιο αποτελεσματικός

Διακεκομμένη συνουσία	5
Κολπικός δακτύλιος	2
Αντισυλληπτικά δισκία για γυναίκες	45
Αντισυλληπτικά δισκία για άνδρες	3
Σπιράλ	25
Ανδρικό προφυλακτικό	76
Σπόγγος	1

Διάγραμμα 17. Τρόπος αντισύλληψης που θεωρείται πιο αποτελεσματικός



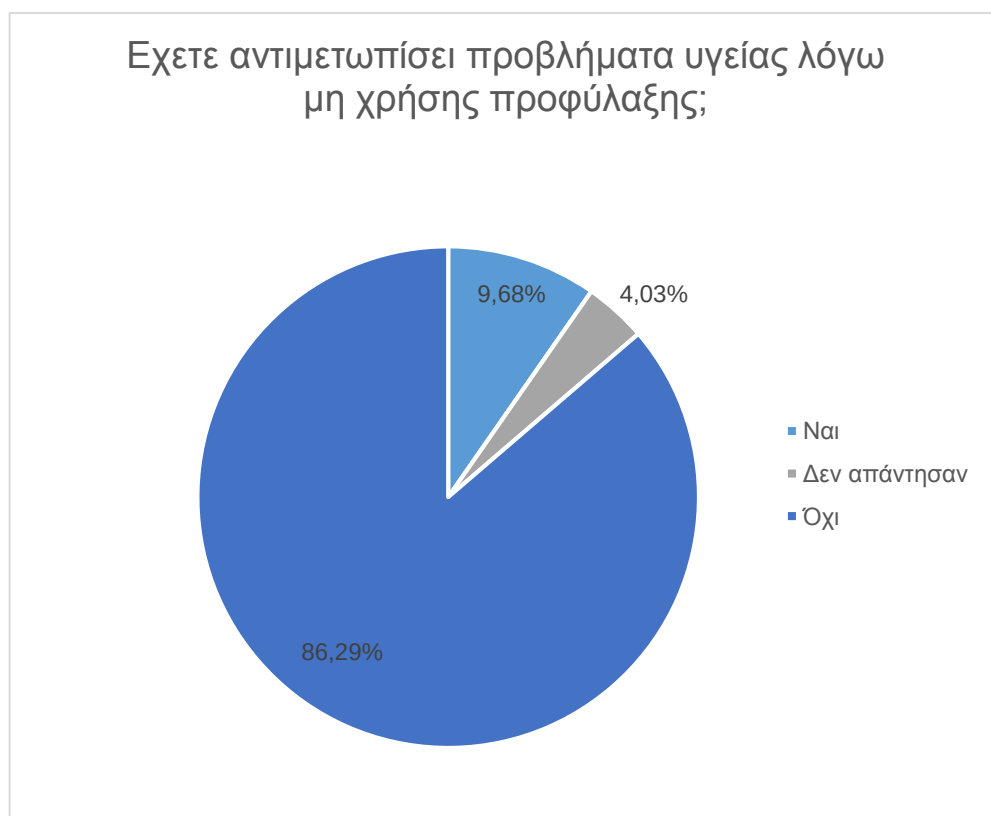
76 άτομα (ποσοστό 48,41%) απάντησαν ότι θεωρούν πιο αποτελεσματικό το ανδρικό προφυλακτικό, 45 άτομα (ποσοστό 28,66%) τα αντισυλληπτικά δισκία για γυναίκες, 25 άτομα (ποσοστό 15,92%) το σπιράλ, 5 άτομα (ποσοστό 3,18%) τη διακεκομμένη συνουσία, 3 άτομα (ποσοστό 1,91%) τα αντισυλληπτικά δισκία για άνδρες, 2 άτομα (ποσοστό 1,27%) τον κολπικό δακτύλιο και 1 άτομο (ποσοστό 0,64%) τον σπόγγο. Και σ' αυτή την ερώτηση, **κάποια άτομα έδωσαν πολλαπλές απαντήσεις.**

Στην ερώτηση «Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ **προβλήματα υγείας** λόγω της μη χρήσης προφύλαξης;», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν:

Πίνακας 18. Προβλήματα υγείας λόγω μη χρήσης προφύλαξης

Ναι	12
Όχι	107
Δεν απάντησαν	5

Διάγραμμα 18. Προβλήματα υγείας λόγω μη χρήσης προφύλαξης



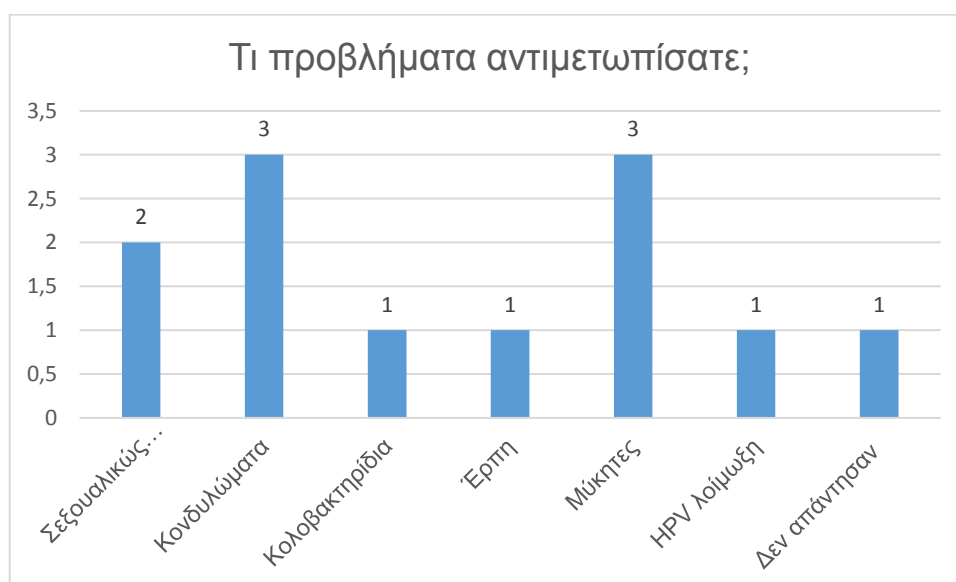
107 άτομα (ποσοστό 86,29%) απάντησαν πως δεν έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας λόγω της μη χρήσης προφύλαξης, ενώ 12 άτομα (ποσοστό 9,68%) απάντησαν θετικά. 5 άτομα (ποσοστό 4,03%) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Στα άτομα που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, δινόταν η δυνατότητα να επεξηγήσουν τι είδους πρόβλημα αντιμετώπισαν. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είχαν ως εξής:

Πίνακας 19. Είδος προβλημάτων λόγω μη χρήσης προφύλαξης

Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	2
Κονδυλώματα	3
Κολοβακτηρίδια	1
Έρπη	1
Μύκητες	3
HPV λοίμωξη	1
Δεν απάντησαν	1

Διάγραμμα 19. Είδος προβλημάτων λόγω μη χρήσης προφύλαξης



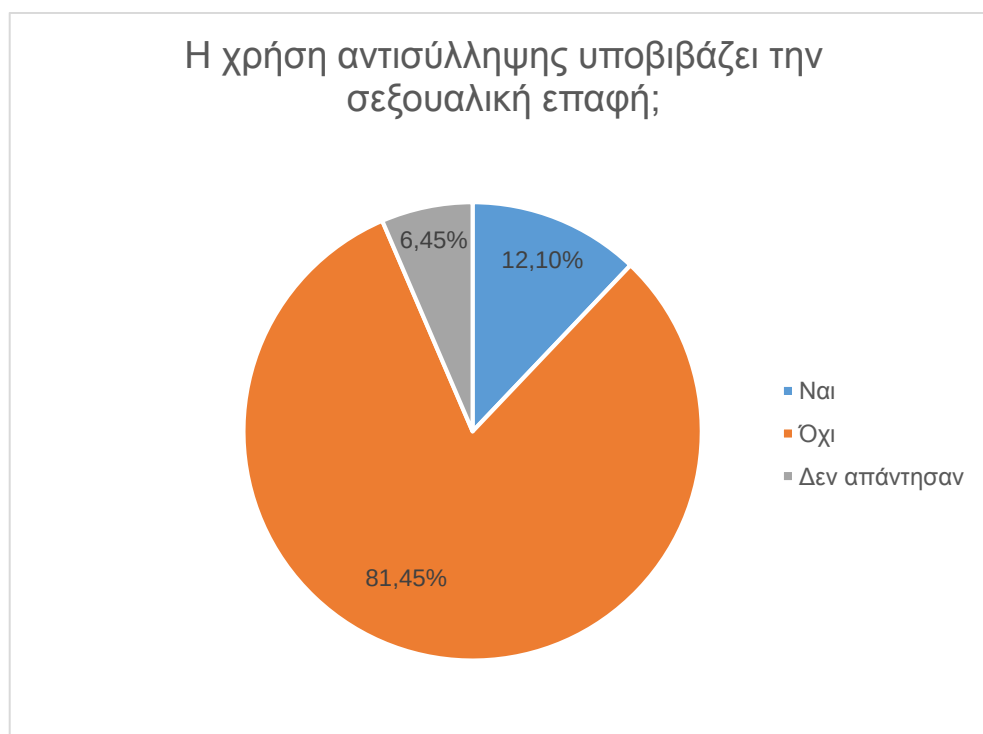
3 άτομα απάντησαν πως παρουσίασαν κονδυλώματα, 3 άτομα μύκητες, 2 άτομα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, 1 άτομο κολοβακτηρίδια, 1 άτομο έρπη και 1 άτομο HPV λοίμωξη. 1 άτομο δεν έδωσε κάποια απάντηση.

Στην ερώτηση «Κατά την άποψή σας, η χρήση μεθόδων αντισύλληψης υποβιβάζει την σεξουαλική επαφή;», οι απαντήσεις είχαν ως εξής:

Πίνακας 20. Απόψεις για το αν η χρήση αντισύλληψης υποβιβάζει τη σεξουαλική επαφή

Ναι	15
Όχι	101
Δεν απάντησαν	8

Διάγραμμα 20. Απόψεις για το αν η χρήση αντισύλληψης υποβιβάζει τη σεξουαλική επαφή



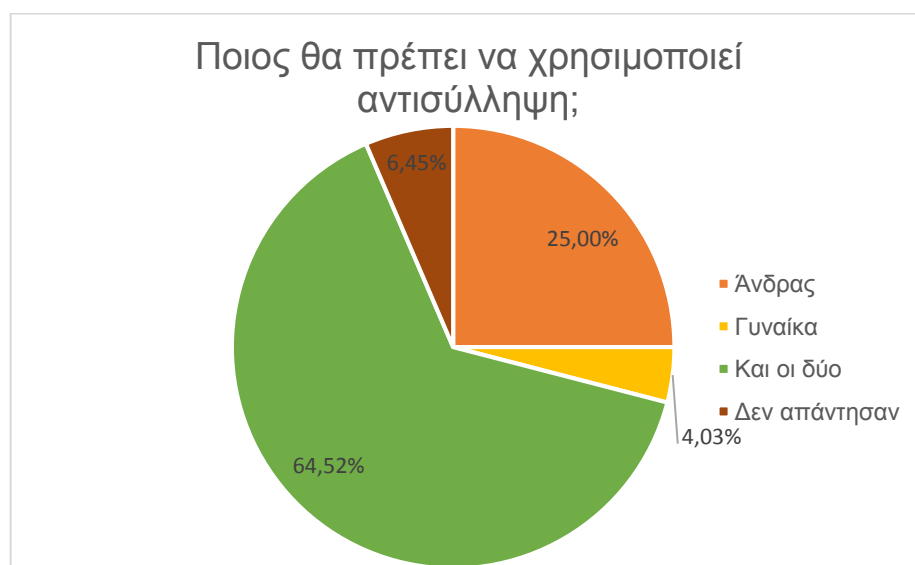
101 άτομα (81,45%) απάντησαν πως δεν υποβιβάζεται η σεξουαλική επαφή από τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, ενώ 15 άτομα (ποσοστό 12,10%) απάντησαν θετικά. 8 άτομα (ποσοστό 6,45%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση «Κατά τη γνώμη σας, **ποιος θα πρέπει να χρησιμοποιεί αντισύλληψη**;», οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν:

Πίνακας 21. Απόψεις για το ποιος πρέπει να χρησιμοποιεί αντισύλληψη

Άνδρας	31
Γυναίκα	5
Και οι δύο	80
Δεν απάντησαν	8

Διάγραμμα 21. Απόψεις για το ποιος πρέπει να χρησιμοποιεί αντισύλληψη



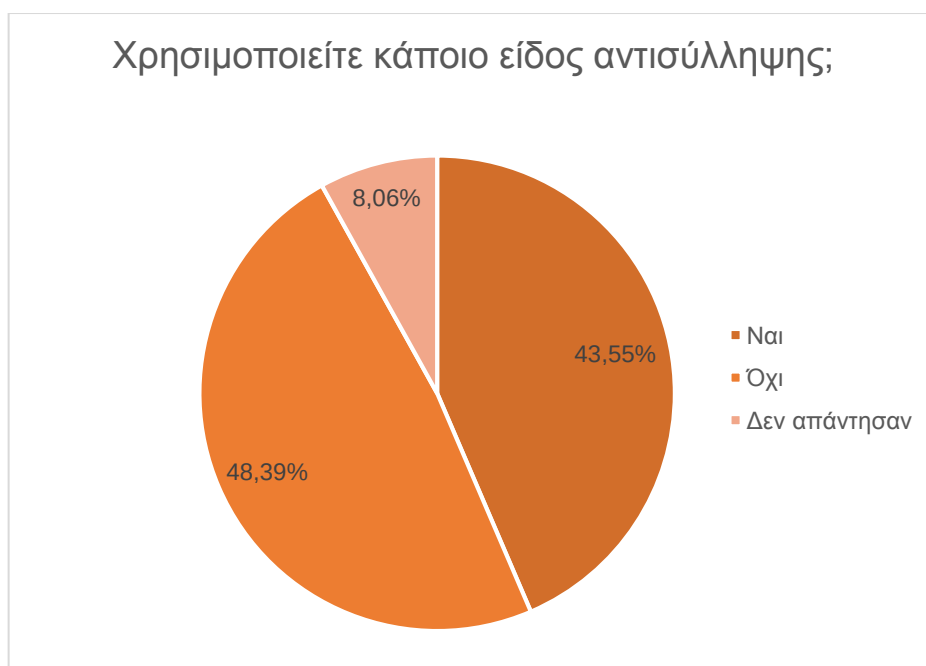
80 άτομα (ποσοστό 64,52%) απάντησαν πως θα πρέπει να χρησιμοποιούν και οι δύο αντισύλληψη, 31 άτομα (ποσοστό 25%) απάντησαν πως θα πρέπει ο άνδρας να χρησιμοποιεί αντισύλληψη και 5 άτομα (ποσοστό 4,03%) πως θα πρέπει να χρησιμοποιεί η γυναίκα, ενώ 8 άτομα (ποσοστό 6,45%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση «Χρησιμοποιείτε κάποιο **είδος αντισύλληψης** και αν ναι, ποιο;», απάντησαν:

Πίνακας 22. Είδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται

Ναι	54
Όχι	60
Δεν απάντησαν	10

Διάγραμμα 22. Είδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται



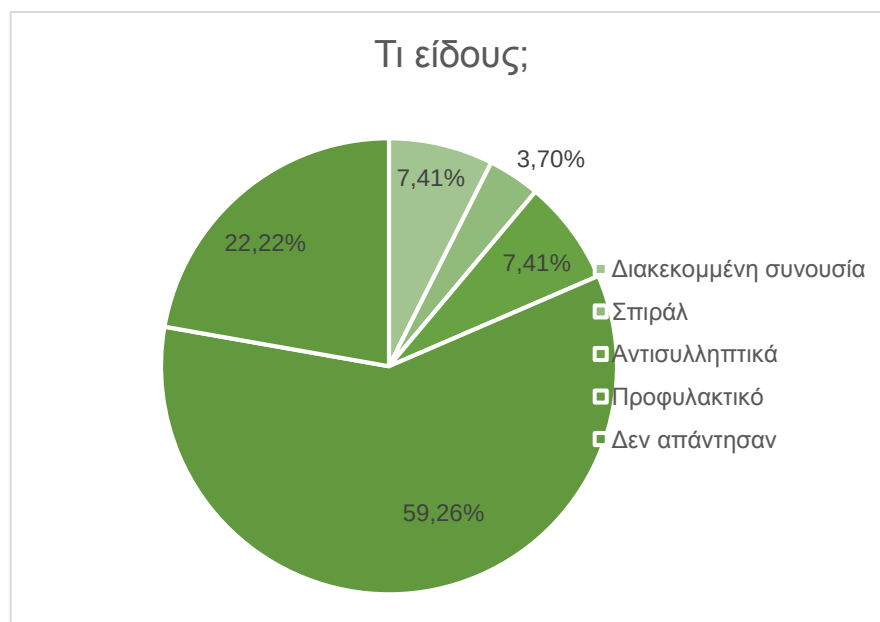
60 άτομα (ποσοστό 48,39%) απάντησαν πως δεν χρησιμοποιούν κάποιο είδος αντισύλληψης και 54 άτομα (ποσοστό 43,55%) πως χρησιμοποιούν κάποιο είδος αντισύλληψης, ενώ 10 άτομα (ποσοστό 8,06% δεν απάντησαν).

Τα άτομα που απάντησαν θετικά, για το **είδος της αντισύλληψης** που χρησιμοποιούν απάντησαν:

Πίνακας 23. Είδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται

Διακεκομμένη συνουσία	4
Σπιράλ	2
Αντισυλληπτικά	4
Προφυλακτικό	32
Δεν απάντησαν	12

Διάγραμμα 23. Είδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται



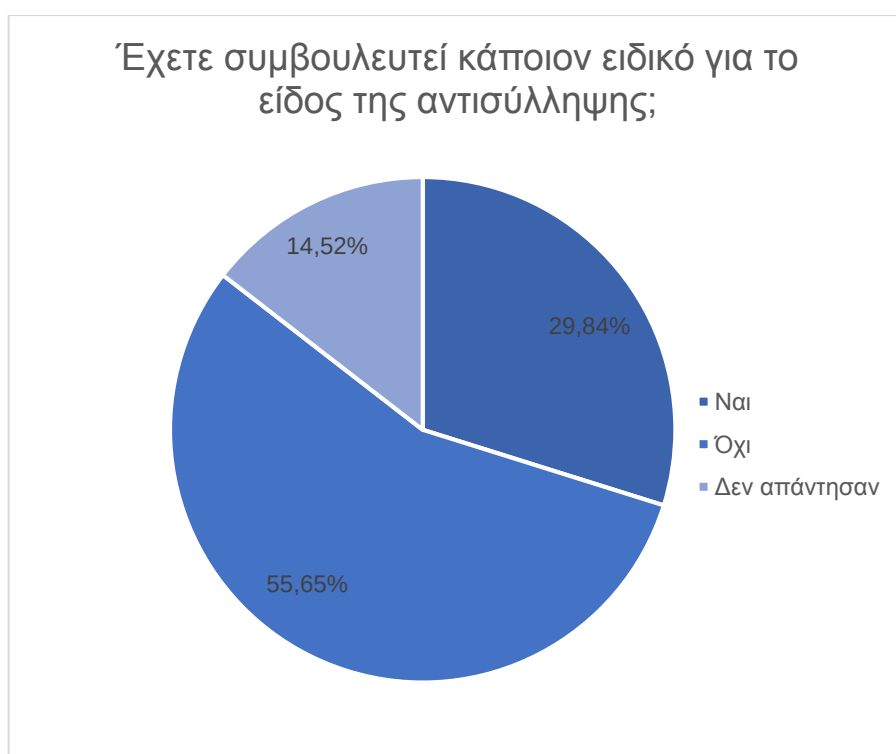
32 άτομα (ποσοστό 59,26%) απάντησαν πως χρησιμοποιούν προφυλακτικό, 4 άτομα (ποσοστό 7,41%) πως χρησιμοποιούν τη διακεκομμένη συνουσία, 4 άτομα (ποσοστό 7,41%) πως λαμβάνουν αντισυλληπτικά και 2 άτομα (ποσοστό 3,70%) πως χρησιμοποιούν σπιράλ, ενώ 12 άτομα (ποσοστό 22,22%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση «Έχετε συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε;», οι απαντήσεις ήταν:

Πίνακας 24. Έχετε συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης;

Ναι	37
Όχι	69
Δεν απάντησαν	18

Διάγραμμα 24. Έχετε συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης;



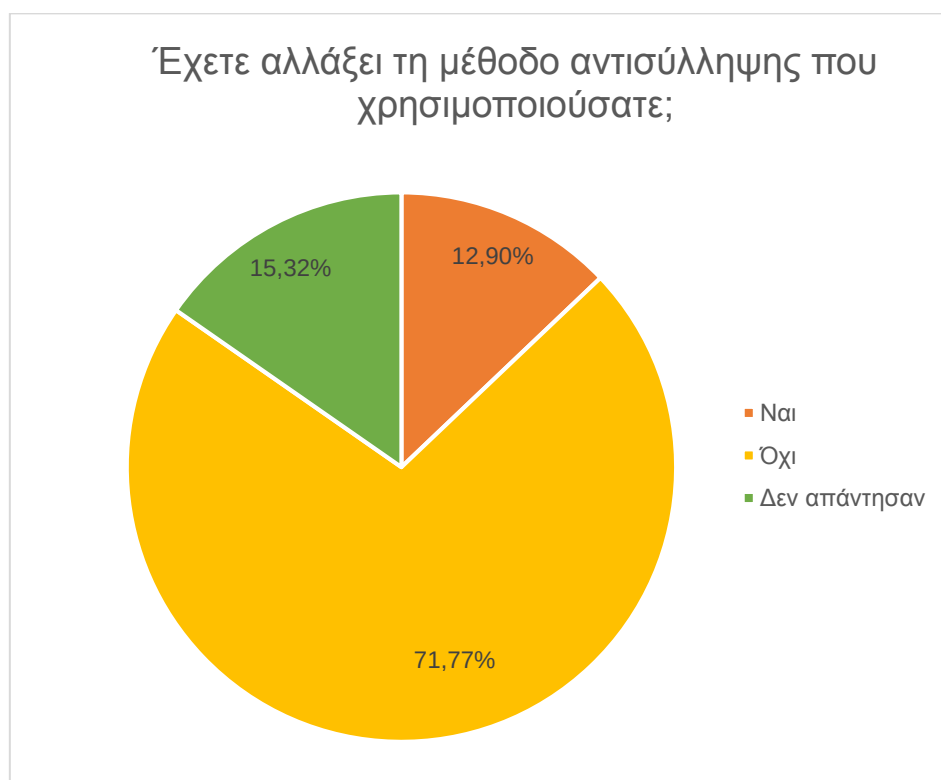
69 άτομα (ποσοστό 55,65%) απάντησαν πως δεν έχουν συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιούν, 37 άτομα (ποσοστό 29,84%) απάντησαν πως έχουν συμβουλευτεί ειδικό, ενώ 18 άτομα (ποσοστό 14,52%) δεν απάντησαν.

Στην ερώτηση «Στην πάροδο των χρόνων, **έχετε αλλάξει την μέθοδο αντισύλληψης** που χρησιμοποιούσατε;», απάντησαν ως εξής:

Πίνακας 25. Έχει αλλάξει ο τρόπος αντισύλληψης;

Ναι	16
Όχι	89
Δεν απάντησαν	19

Διάγραμμα 25. Έχει αλλάξει ο τρόπος αντισύλληψης;



89 άτομα (ποσοστό 71,77%) απάντησαν πως δεν έχουν αλλάξει τη μέθοδο αντισύλληψης, 16 άτομα (ποσοστό 12,90%) απάντησαν πως με την πάροδο των χρόνων έχουν αλλάξει την μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιούσαν, ενώ 19 άτομα συνολικά (ποσοστό 15,32%) δεν απάντησαν.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τα άτομα που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση και εδώ καλούνταν να απαντήσουν στην ερώτηση «Εάν ναι, γιατί».

Πίνακας 26. Λόγοι αλλαγής μεθόδου αντισύλληψης

Οικογενειακό προγραμματισμό	1
Αλλαγή συνθηκών ζωής	2
Δεν ήταν ασφαλής	3
Δεν είναι μόνιμο το σπιράλ	1
Για λόγους υγείας	1
Αλλαγή σεξουαλικής συμπεριφοράς	2
Δεν απάντησαν	6

Διάγραμμα 26. Λόγοι αλλαγής μεθόδου αντισύλληψης



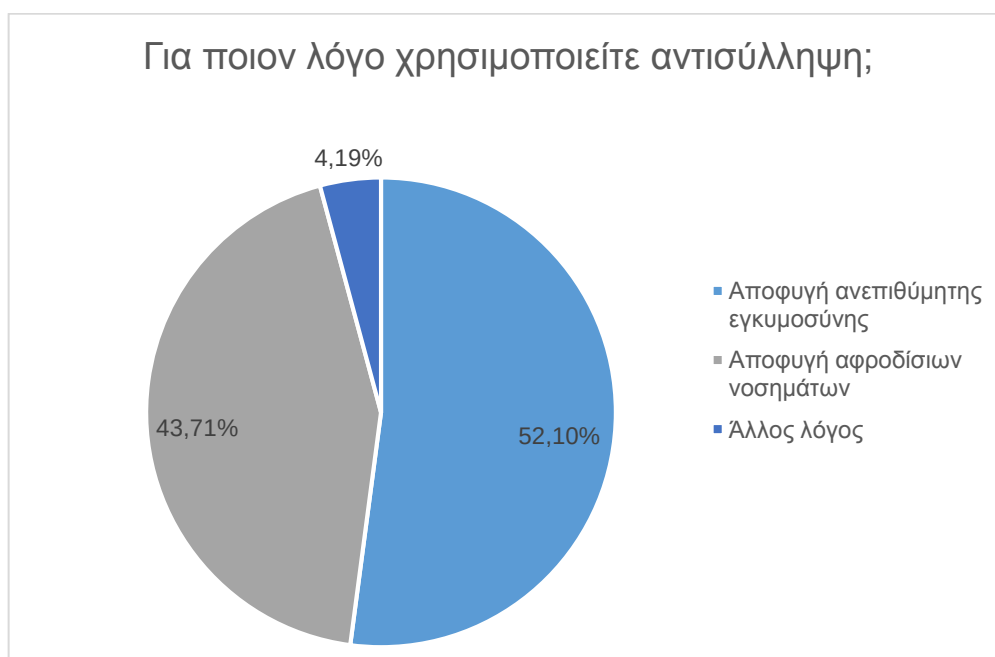
3 άτομα απάντησαν πως δεν ήταν ασφαλής η προηγούμενη μέθοδος αντισύλληψης, 2 άτομα απάντησαν πως άλλαξαν την μέθοδο αντισύλληψης λόγω αλλαγής της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, 2 άτομα απάντησαν λόγω αλλαγής συνθηκών ζωής, 1 άτομο απάντησε για λόγους υγείας, 1 άτομο απάντησε πως το σπιράλ δεν είναι μόνιμος τρόπος αντισύλληψης και 1 άτομο απάντησε πως άλλαξε μέθοδο αντισύλληψης λόγω οικογενειακού προγραμματισμού. 6 άτομα δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Η τελευταία ερώτηση ανέφερε «Για ποιον από τους λόγους που αναφέρονται παρακάτω χρησιμοποιείτε αντισύλληψη;».

Πίνακας 27. Λόγοι χρήσης αντισύλληψης

Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης	87
Αποφυγή αφροδίσιων νοσημάτων	73
Άλλος λόγος	7

Διάγραμμα 27. Λόγοι χρήσης αντισύλληψης



87 άτομα (ποσοστό 52,10%) απάντησαν πως χρησιμοποιούν αντισύλληψη για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, 73 άτομα (ποσοστό 43,71%) για την αποφυγή αφροδίσιων νοσημάτων και 7 άτομα (ποσοστό 4,19%) απάντησαν για άλλους λόγους. **Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετά άτομα έδωσαν παραπάνω από μία απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση.**

Συζήτηση

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι κομμάτι μιας στρατηγικής για τη μείωση της υψηλής θνησιμότητας και νοσηρότητας της μητέρας, του βρέφους και του παιδιού και αποτελεί επίσης ένα σημαντικό μέρος για τα προγράμματα της αναπαραγωγικής υγείας. Έτσι, μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό μπορούν οι άνθρωποι να επιλέξουν τον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν, το φύλο τους, αλλά και τον χρόνο γέννησής τους.

Γενικότερα, οι αρχές για τον οικογενειακό προγραμματισμό περιλαμβάνουν:

- Την ελευθερία ανδρών και γυναικών να ελέγχουν τον αριθμό, το φύλο και τον χρόνο κατά τον οποίο θα αποκτήσουν παιδιά. Έτσι, ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις γυναίκες και τις οικογένειές τους να διατηρήσουν την υγεία τους και τη γονιμότητά τους και συνεισφέρει στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της ζωής τους.
- Ο οικογενειακός προγραμματισμός συνεισφέρει στη βελτίωση της υγείας των παιδιών και τη διασφάλιση ότι θα έχουν πρόσβαση στη διατροφή, τη στέγαση και τις ευκαιρίες για εκπαίδευση.
- Επιτρέπει στις οικογένειες, και ειδικότερα στις γυναίκες, να έχουν χρόνο για να συμμετέχουν σε δραστηριότητες ανάπτυξης.

Στόχος των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η βελτίωση της υγείας, η αύξηση της αυτονομίας για γυναίκες και κορίτσια, οι μεγαλύτερες ευκαιρίες για εκπαίδευση και απασχόληση και η στρατηγική δαπάνη για τη δημόσια υγεία. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παίζει τεράστιο ρόλο στην επίτευξη των στόχων αυτών, αφού πλέον έχει δοθεί περισσότερη προσοχή στις συναισθηματικές πτυχές των σεξουαλικών σχέσεων και σε μια προσέγγιση βασισμένη στη σεξουαλικότητα⁴⁰ και έτσι οι νέοι δύνανται να αποκτήσουν καλύτερη γνώση για τις σωματικές και συναισθηματικές πτυχές του σεξ και της αναπαραγωγής. Ο προγεννητικός έλεγχος αποτελεί άλλο ένα εργαλείο στη φαρέτρα των ιθυνόντων των προγραμμάτων υγείας, μιας και μπορεί να ανιχνεύσει προβλήματα τα οποία μπορεί να προκύψουν στο έμβρυο ή στην μητέρα, που μπορούν να αντιμετωπιστούν έγκαιρα μειώνοντας μακροχρόνια ιατρικά ζητήματα και επομένως το κόστος υγείας.

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού μας προγράμματος σπουδών στην Παθολογία της Κύησης της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, διενεργήσαμε έρευνα με θέμα «Οικογενειακός προγραμματισμός και κύηση. Χαρά ή προβληματισμός;», η οποία είχε ως στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων ανδρών και γυναικών όσον αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό και την εν γένει στάση τους σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης.

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια αυτά διανεμήθηκαν στο Εσπερινό ΕΠΑΛ Αιγάλεω (50 ερωτηματολόγια), στο Κέντρο Υγείας Αιγάλεω – Τμήμα Πρόληψης (50 ερωτηματολόγια) και στο Σωματείο Ελληνικών Χορών «Παραδοσιακή Φλόγα» (30 ερωτηματολόγια). Διανεμήθηκαν 130 ερωτηματολόγια, από τα οποία συμπληρώθηκαν τα **124** και ήταν κατάλληλα για επεξεργασία και περιελάμβαναν ερωτήσεις κλειστού τύπου κυρίως (ποσοστό αποδοχής 95,3%). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν την περίοδο Μάιος – Οκτώβριος 2018 και προσπαθήσαμε να εντάξουμε άτομα που να καλύπτουν όλα τα ηλικιακά, μορφωτικά και οικονομικά προφίλ.

Σχολιάζοντας τα ερωτήματα, όσον αφορά τα **δημογραφικά στοιχεία** οι περισσότεροι ερωτώμενοι ήταν γυναίκες (σε ποσοστό 83,87%) ηλικίας 34-40 ετών (ποσοστό 53,23%) που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας, οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 33,06%) ή Τ.Ε.Ι. (ποσοστό 27,42%). 69 άτομα δήλωσαν ότι είναι έγγαμα (ποσοστό 55,65%) και 51 άτομα δήλωσαν ότι είναι άγαμα (ποσοστό 41,13%), ενώ τα 72 άτομα δήλωσαν πως έχουν παιδιά. Από τους ερωτώμενους, 68 άτομα (ποσοστό 54,84%) δεν γνώριζαν για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Τα άτομα που απάντησαν πως γνωρίζουν σχετικά με τον **οικογενειακό προγραμματισμό**, ρωτήθηκαν για το τι πιστεύουν ότι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός. Οι απαντήσεις ήταν διάφορες και πολλές φορές συγκεχυμένες, όπως ότι σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού είναι «ο προγραμματισμός απόκτησης παιδιών», «η δημιουργία οικογένειας», «η βελτίωση της ποιότητας ζωής», «η πρόληψη», «η ενημέρωση για ασθένειες», «η ενημέρωση για τη σεξουαλική υγεία και την αναπαραγωγή», «η λήψη αντισυλληπτικών μεθόδων», «η καλή εγκυμοσύνη», «για επίτευξη ή μη

εγκυμοσύνης», «συμβουλευτικός», «η αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης», «η ενημέρωση της οικογένειας», «η οικονομική διαχείριση της οικογένειας», «η επίτευξη επιθυμητού αριθμού παιδιών» δηλαδή η αποφυγή των εκτρώσεων, και ακολούθησαν οι απαντήσεις «η καλή υγεία των παιδιών», «η καλύτερη συμβίωση», «οι εξειδικευμένες υπηρεσίες για ισότητα, αντίληψη και σεξουαλική αναπαραγωγή», «η βοήθεια», «το ενδοοικογενειακό δίκαιο», «πιο οικονομικό πακέτο εξετάσεων», «οι κανόνες στην οικογένεια» και «ο προγραμματισμός των εξόδων». Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, εύκολα ότι αρκετοί που απάντησαν θετικά για τη γνώση τους σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό γνώριζαν μεν για αυτόν, αλλά όχι όλο το εύρος των σκοπών και των στόχων του, κάτι που δείχνει ότι υπήρχε ελλιπής πληροφόρηση για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (74,19%) δεν είχε υποβληθεί σε **διακοπή κύησης**, ενώ τα περισσότερα άτομα που υποβλήθηκαν σε διακοπή κύησης (ποσοστό 38,46%) δήλωσαν τους κοινωνικούς λόγους ως την αιτία για τη διακοπή της κύησης, ενώ αναδείχθηκαν δημογραφικά και ιατρικά ζητήματα που εμπόδισαν τη συνέχεια της κύησης.

Στο ερώτημα αν έχουν υποβληθεί σε **προγεννητικό έλεγχο**, η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν σε αυτό, 59 άτομα (ποσοστό 47,58%), δεν είχαν υποβληθεί. Σε αυτό, θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι συνέβαλε το γεγονός ότι αρκετά άτομα που απάντησαν δεν είχαν τεκνοποιήσει και ήταν μικρής ηλικίας. Το 83,33% των ατόμων που είχαν υποβληθεί σε προγεννητικό έλεγχο, δήλωσε ότι τα αποτελέσματα της εξέτασης ήταν φυσιολογικά και το 30,61% δήλωσε ότι τα βοήθησε να διαπιστώσουν ότι όλα είναι εντάξει, να διαπιστώσουν την καλή υγεία του εμβρύου στο να έχουν φυσιολογική εγκυμοσύνη με καλή έκβαση, ώστε να έχουν ενημέρωση, να αποφύγουν μια δυσάρεστη κύηση και 1 άτομο το βοήθησε αφού έγινε ο χρωμοσωμικός έλεγχος.

Από το σύνολο των ερωτώμενων, το 92,74% δήλωσε πως γνωρίζει για τις **μεθόδους αντισύλληψης**, ενώ μόνο 2 άτομα (ποσοστό 1,61%) που προέρχονταν από το ΕΠΑΛ, δηλαδή ήταν μικρής ηλικίας, απάντησαν αρνητικά. Η ενημέρωση για τις μεθόδους αυτές έγινε από τον γιατρό τους στην πλειοψηφία, από το Σχολείο τους ή τη Σχολή τους, από το οικογενειακό τους περιβάλλον, από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, από το Διαδίκτυο, από φίλους και από βιβλία. Μόνο 1 άτομο απάντησε ότι ενημερώθηκε από τους επαγγελματίες υγείας,

γεγονός που υποδηλώνει τις προσπάθειες που θα πρέπει να γίνουν για να ενισχυθεί ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι αρκετά άτομα έδωσαν δύο ή περισσότερες απαντήσεις.

Ως προς τον **τρόπο αντισύλληψης** που θεωρείται πιο αποτελεσματικός, η πλειοψηφία απάντησε το ανδρικό προφυλακτικό και τα αντισυλληπτικά δισκία για γυναίκες, ενώ το 86,29% απάντησε πως δεν έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας λόγω της μη χρήσης προφύλαξης. Επίσης, το 81,45% απάντησαν πως δεν υποβιβάζεται η σεξουαλική επαφή από τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και το 64,52% πως η αντισύλληψη θα πρέπει να χρησιμοποιείται και από τους δύο συντρόφους. Παρόλα αυτά, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το **48,39%** των ερωτώμενων απάντησαν πως δεν χρησιμοποιούν κάποιο είδος αντισύλληψης. Από τα άτομα που χρησιμοποιούν αντισύλληψη, η πλειοψηφία (59,26%) χρησιμοποιεί ανδρικό προφυλακτικό και το 55,65% δήλωσε ότι δεν έχει συμβουλευτεί κάποιον ειδικό για το είδος της αντισύλληψης που χρησιμοποιεί.

Το 71,77% δήλωσε πως δεν έχουν **αλλάξει το είδος της αντισύλληψης** που χρησιμοποιούν με την πάροδο των χρόνων, ενώ τα άτομα που είχαν αλλάξει μέθοδο αντισύλληψης το αιτιολόγησαν ότι δεν ήταν ασφαλής η προηγούμενη μέθοδος αντισύλληψης, λόγω αλλαγής της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς ή λόγω αλλαγής συνθηκών ζωής. Τέλος, το 52,10% δήλωσαν πως χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και το 43,71% των ερωτώμενων για την αποφυγή αφροδίσιων νοσημάτων.

Οι παραπάνω απαντήσεις μας κάνουν σαφές ότι η ενημέρωση για τους σκοπούς και τους τρόπους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ελλιπής. Οι περισσότεροι δεν υποβάλλονται σε προγεννητικό έλεγχο, αφού δεν γνωρίζουν τα οφέλη του. Επίσης, ενώ οι περισσότεροι αρχικά φαίνεται να γνωρίζουν για τις μεθόδους αντισύλληψης, η χρήση τους είναι μικρότερη από το αναμενόμενο και μόνο το 25,75% των ατόμων που απάντησαν έχει ενημερωθεί από ιατρικό προσωπικό.

Συμπεράσματα

Η έρευνά μας αποδεικνύει για άλλη μια φορά ότι η ελληνική κοινωνία έχει διατηρήσει αναχρονιστικές κοινωνικές αξίες και στάσεις για τα ζητήματα της αναπαραγωγής που δεν μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας, ενώ θα πρέπει να υπάρξει η κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την σεξουαλική του υγεία και τη διατήρησή της. Ενώ έχουν γίνει προσπάθειες για ενημέρωση από διάφορους φορείς πάνω στα ζητήματα του οικογενειακού προγραμματισμού, τα δεδομένα μας καταδεικνύουν ότι πρέπει να γίνουν μεγαλύτερες προσπάθειες ώστε όλοι να μπορούν να έχουν γνώσεις από την εφηβική τους ακόμη ηλικία για τους κατάλληλους τρόπους προφύλαξης, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατή η απόκτηση παιδιών κατά τον επιθυμητό χρόνο, στον επιθυμητό αριθμό. Η ενημέρωση θα πρέπει να είναι πολυεπίπεδη και να διαρθρώνεται από τα σχολεία όλων των βαθμίδων και από όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας, προκειμένου οι νέες γενιές να αποβάλλουν τις κοινωνικές αναστολές πάνω στα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά ζητήματα, ενώ ταυτόχρονα θα συμβάλλει στην αλλαγή σκέψης και συμπεριφοράς, κάτι που θα λειτουργήσει ευεργετικά για τις επόμενες γενιές. Σημαντικό, επίσης, είναι ότι η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού αρχικά θα πρέπει να γίνεται από την οικογένεια, κάτι που υποδεικνύει την ανάγκη εκπαίδευσης εκπαιδευτών (ιατρών, διατροφολόγων, ψυχολόγων, επαγγελματιών υγείας, κοινωνικών λειτουργών, μαιών κ.λπ.). Τέλος, ο ρόλος όλων των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ενισχυθεί, ώστε να είναι δυνατή η **πολυπρόσωπη ενημέρωση** που να περιλαμβάνει την ενημέρωση και την παρέμβαση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Βιβλιογραφία

1. WHO (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf;jsessionid=92080A83CEE30D113438CB9AA7AE10B4?sequence=1 (last visited July 26, 2018).
2. Bongaarts J., Cleland J. Townsend J.W., Bertrand J.T., Das Gupta M. (2012), *Family Planning Programs For the 21st Century. Rationale and design*. The Population Council.
3. Αυγενάκη Μ., Γενιτσαρίδη Ε., Ζουμπουλάκη Μ., Χαραλαμπίκη Ε. (2009). *Οικογενειακός Προγραμματισμός, Υπογονιμότητα και ο ρόλος της Ομάδας υγείας*. Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής.
4. Κρεατσάς Γ. (2003). *Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φύλων*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
5. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, (πρόσβαση στις 21/6/2018).
6. United Nations (2015), *Trends in Contraceptive Use Worldwide*, Economic and Social Affairs, New York.
7. <https://www.ippf.org/>
8. Milsom I. (2009). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός Προγραμματισμός*. Επιμ. Ευθυμιάδη Σ., Κρεντήρης Δ., εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα.
9. Fritsch, H. & Kuhnel, W. (2010). *Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής*, τ. Β': *Εσωτερικά όργανα*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
10. Χατζημπούγιας Ι. (2007). *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου*. Επιμέλεια 4ης έκδοσης: Χατζημπούγιας Δημήτρης, Αθήνα.
11. Παρασκευάς, Γ.Κ. (2008). *Ανατομία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
12. Netter F. (2003). *Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών*. Τόμ. 1, *Ανατομία του Ανθρώπου*, μτφρ. – επιμ. Ιωάννης Βαράκης, Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης.
13. Neill, J. (2005). *Knobil and Neill's Physiology of Reproduction* (3rd ed.). Saint Louis, MO: Elsevier Science.
14. Αντωνίου Α. (2015). *Φυσιολογία του θήλεος*. 1^ο εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

15. Luciano P., Sherman J., Vander A. (2011). Φυσιολογία του ανθρώπου. Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού. Επιμ. – μτφρ. Γελαδάς Ν., τόμ. 2^{ος}, έκδ. 8^η. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
16. Χρυσικόπουλος Α. (2006). Αντισύλληψη. Μύθοι και πραγματικότητα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
17. Trussell J., Guthrie K.A. (2011). Choosing a contraceptive: efficacy, safety, and personal considerations. In *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. Edited by Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. New York: Ardent Media: 45-74.
18. Aiken R.A., Trussell J. (2014). Recent advances in contraception. *F1000Prime Reports*, 6(113): 1-6.
19. Teal S.B. (2014). Postpartum contraception: optimizing interpregnancy intervals. *Contraception*, 89:487-8.
20. Apter D., Gemzell-Danielsson K., Hauck B., Rosen K., Zurth C. (2014). Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. *Fertil Steril*, 101:1656-62.e1-4.
21. Lowdermilk, D. & Perry, Sh.E. (2013). *Νοσηλευτική Μητρότητα*. 8^η έκδ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτριος Λαγός.
22. Cameron S.T., Glasier A., Chen Z.E., Johnstone A., Dunlop C., Heller R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG*, 119:1074-80.
23. Workowski K.A., Bolan G.A. (2015). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *Recommendations and Reports*, 64(3): 1-110.
24. Βιβιλάκη, Β. (2014). *Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
25. O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2014). Εγχειρίδιο μαιευτική και γυναικολογία. 2^η έκδ., Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
26. CDC, (2009). *Association of Public Health Laboratories. Laboratory diagnostic testing for Treponema pallidum*, Expert Consultation Meeting Summary Report, January 13-15, 2009, Atlanta, GA. Available at: <http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/>

ID_2009Jan_Laboratory-Guidelines-Treponema-pallidum-Meeting-Report.pdf. 2009.

27. Colledge, N.R., Walker, B.R. & Ralston, St.H. (2014). *Davidson's Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής*, Παθολογία, 21^η έκδ., Αθήνα: Παρισιάνος.
28. Αποστολόπουλος Κ., Γεωργιτισογιάννη Ε., Κανέλλου Α., Σαΐτη Α., Σδράλη Δ., Τριάδη Δ. (2015). *Οικιακή Οικονομία Α' Γυμνασίου*. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, ΟΕΔΒ, Αθήνα.
29. Enache R.G. (2013). Psychological Counselling and Family Planning for Teenagers. 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84: 264 – 268.
30. G7 (2017). *Ministerial meeting on Gender Equality*, available at <http://www.g7italy.it/en/meeting/gender-equality> (last visited July 22, 2018).
31. EU (2011). Resolution 2011/1. Fertility, reproductive health and development, available at http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2011/CPD44_Res2011-1.pdf (last visited July 20, 2018).
32. UNFPA (2008). *Contraception: An Investment in Lives, Health and Development*, No. 5, 1. Guttmacher Institute, United Nations Population Fund, available at https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ib_adding_it_up.pdf (last visited July 19, 2018).
33. Population Reference Bureau (PRB) (2013), *Family Planning Worldwide - 2013 Data Sheet*, available at https://www.prb.org/wp-content/uploads/2013/11/family-planning-2013-datasheet_eng.pdf (last visited July 25, 2018).
34. Smith R., Ashford L., Gribble J.& Clifton D. (2009), *Family Planning Saves Lives*, 4th ed. Population Reference Bureau, available at <http://www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx> (last visited July 23. 2018).
35. Stover, J. and J. Ross (2010). "How increased contraceptive use has reduced maternal mortality." *Matern Child Health J* 14(5): 687-695.
36. United Nations (2017). *Women's Right to Abortion. Her Body, Her Choice*. Available at <http://www.olinca.edu.mx/Olinmun/>

olinmun%202017/Backgrounds/Background%20UNIFEM%20Topic%20B.pdf (last visited July 26, 2018).

37. Barot S. (2017). The Benefits of Investing in International Family Planning and the Price of Slashing Funding. *Guttmacher Policy Review*, vol. 20, 82-85.
38. Ilboudo P.G, Greco G., Sundby J., Torsvik G. (2015). Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso, *Health Policy and Planning*, 30(4): 500–507.
39. Carlson D.L. (2014). The Education of Eros: A History of Education and the Problem of Adolescent Sexuality. *Journal of Youth and Adolescence* 44(4):986-989.
40. Marques, M., Ressa N. (2013). The sexuality education initiative: a programme involving teenagers, schools, parents and sexual health services in Los Angeles, CA, USA. *Reproductive Health Matters*. Vol 21 (41): 124-135.
41. Sida (2016). Comprehensive Sexuality Education. Swedish International Development Cooperation Agency, Stockholm.
42. Sidze, E., Lardoux, S., Speizer, I, Faye, C, Mutua, M and F. Badji (2014). Young women’s access to and use of contraceptives: The role of providers’ restrictions in urban Senegal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol 40(4): 176 – 183.
43. Lou, C., Zhao, Q., Gao., Shah I. (2006). Can the internet be used effectively to provide sex education to young people in China. *Journal of Adolescent Health*. Vol 39(5): 720-8.
44. Ratcliffe S.D., Baxley E.G., Cline M.K., Sakornbut E.L. (2008). *Family Medicine Obstetrics*. 3rd ed. Philadelphia, Pa.: Mosby Elsevier; 2008.
45. ACOG (2017). *Cervical Cancer Screening*. American College of Obstetricians and Gynecologists. Available at: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cervical-Cancer-Screening> (last visited July 27, 2018)
46. Lee S.J., Thomas J. (2008). Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.*; (3):CD006064.

47. Thornton YS, Smarkola C, Kopacz SM, Ishaof S.B. (2009). Perinatal outcomes in nutritionally monitored obese pregnant women. *J Natl Med Assoc.* 101(6):569-577.
48. NIHC (2008). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline, CG62. National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at <http://www.nice.org.uk/CG62>. (last visited July 27, 2018).
49. Dhabhai N. (2016). Preterm birth and periodontal disease: A medical perspective. *Journal of ICDRO, Innovations in Dentistry*, 8(2): 98-101.
50. Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. (2010). Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*; (4):CD007058.
51. ACOG (2008). Anemia in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*; 112(1):201-207.
52. Chitayat D., Langlois S., Wilson R.D. (2011). Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; Prenatal Diagnosis Committee of the Canadian College of Medical Geneticists. Prenatal screening for fetal aneuploidy in singleton pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.*; 33(7):736-750.
53. Lazarus J.H., Bestwick J.P., Channon S., Paradise R., Maina A., Rees R., Chiusano E., John R., Guaraldo V., George L.M., Perona M., Dall'Amico D., Parkes A.B., Joomun M., Wald N.J. (2012). Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *N Engl J Med.*; 366(6):493-501.
54. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M. (2013). Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med.* 20(1): 195-202.
55. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 74: e321-341. doi: 10.4088/JCP.12r07968 PMID: 23656857.

56. Raisanen S., Lehto S.M., Nielsen H.S., Gissler M., Kramer M.R., Heinonen S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*. 4: e004883. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004883 PMID: 25398675.
57. American College of Obstetricians and Gynecologists (2008). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist. *Obstetrics & Gynecology*; 111: 1001–1020.
58. Molyneaux E., Poston L., Ashurst-Williams S., Howard L.M. (2014). Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 123: 857–867.
59. Reynolds R.M., Pesonen A.K., O'Reilly J.R., Tuovinen S., Lahti M., Kajantie E., Villa P.M., Laivuori H., Hämäläinen E., Seckl J.R., Räikkönen K. (2015). Maternal depressive symptoms throughout pregnancy are associated with increased placental glucocorticoid sensitivity. *Psychol Med*: 1–8.
60. Huizink A.C., Menting B., Oosterman M., Verhage M.L., Kunseler F.C., Schuengel C. (2014). The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014; 35: 92–100. doi: 10.3109/0167482X.2014.944498 PMID: 25093467
61. Marrs C.R., Ferarro D.P., Cross C.L., McMurray J. (2013). Understanding Maternal Cognitive Changes: Associations between Hormones and Memory. *Hormones Matter*, 1-13.
62. Bjelica A., Cetkovic N., Trninic-Pjevic A., Mladenovic-Segedi L. (2018). The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska*, vol. 89, no. 2, 102–106.
63. Forray A., Mayes L.C., Magriples U., Epperson C.N. (2009). Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 22(6): 522–527, doi: 10.1080/14767050902801686, indexed in Pubmed: 19488936.

64. Whitburn L.Y. (2013). Labour pain: from the physical brain to the conscious mind. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*; 34(3): 139–143, doi: 10.3109/0167482X.2013.829033, indexed in Pubmed: 23952172.
65. Bonapace J., Chaillet N., Gaumond I., Paul-Savoie É., Marchand S. (2013). Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res.* 2013; 6: 653–661, doi: 10.2147/JPR.S46693, indexed in Pubmed: 24043953.
66. Khan M., Sharma V. (2015). Post-partum depressive episodes and bipolar disorder. *Lancet.* 385(9970): 771–772, doi: 10.1016/S0140-6736(15)60433-0, indexed in Pubmed: 25752172.
67. Kazmierczak M., Kielbratowska B., Pastwa-Wojciechowska B. (2013). Couvade syndrome among Polish expectant fathers. *Med Sci Monit.*; 19: 132–138, doi: 10.12659/MSM.883791, indexed in Pubmed: 23425940.
68. Cheng C.Y., Li Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues* 18(4):267_280 DOI 10.1016/j.whi.2008.02.004.
69. Cheng C.Y., Chou Y.H., Wang P., Tsai J.M., Liou S.R. (2014). Survey of trend and factors in perinatal maternal fatigue. *Nursing & Health Sciences* 17(1):64_70 DOI 10.1111/nhs.12149.
70. Hall W., Hauck Y.L., Carty E.M., Hutton E.K., Fenwick J., Stoll K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 38(5):567_576 DOI 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x.
71. Lai Y., Hung C., Stocker J., Chan T., Liu Y. (2014). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research* 28(2):116_120 DOI 10.1016/j.apnr.2014.08.002.
72. Skouteris H. (2011). *Body image issues in obstetrics and gynecology. In Body image: A handbook of science, practice, and prevention.* 2nd edition. Edited by Cash T, Smolak L. New York: Guilford Press.

73. Fuller-Tyszkiewicz M., Skouteris H., Watson B., Hill B. (2012). Body image during pregnancy: an evaluation of the suitability of the body attitudes questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12(91): 1-11.
74. Lorber J., Yancy M.P. (2011). *The Socially Constructed Body: Insights from Feminist Theory. In: Illuminating Social Life: Classical and Contemporary Theory Revisited.* Edited by Kivisto P. California: Pine Forge Press; 2011.
75. Clark A., Skouteris H., Wertheim E., Paxton S., Milgrom J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum a prospective study. *J Health Psychol*, 14(1):27-35.
76. Orth, U., & Robins, R.W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387. doi:10.1177/0963721414547414.
77. Erol, R.Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. doi:10.1037/a0024299
78. Woods S., Melville J., Guo Y., Fan M., Gavin A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *Am Obstet Gynecol.*; 202:61.e1-7.
79. Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Advance online publication. 2017. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179.
80. van Willenswaard K.C., Lynn F., McNeill J., McQueen K., Dennis C.L., Lobel M. and Alderdice F. (2017). Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *MC Psychiatry* (2017) 17(271): 1-9. DOI 10.1186/s12888-017-1432-x.
81. Glover V., Barlow J. (2014). Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes? *J Child Serv.*; 9:96-108.
82. Grace T., Bulsara M., Robinson M., Hands B. (2016). The impact of maternal gestational stress on motor development in late childhood and adolescence: a longitudinal study. *Child Dev.*; 87:211-20.
83. Staneva A., Bogossian F., Pritchard M., Wittkowski A. (2014). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth* 28: 179-193.

84. Kerns, R. Vanjani, L. Freedman, K. Meckstroth, E. A. Drey, and J. Steinauer (2012). "Women's decision-making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications," *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 116, no. 3, pp. 244–248.
85. Aiken A. R. A., Gomperts R., Trussell J. (2016). Experiences and characteristics of women seeking and completing at-home medical termination of pregnancy through online telemedicine in Ireland and Northern Ireland: A population-based analysis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 122(8): 1050–1051.
86. Rubin S.E, Godfrey E., Gold M. (2008). Patient attitudes toward early abortion services in the family medicine clinic. *J Am Board Fam Med*; 21: 162–4.
87. <https://www.medicalcongress.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Πειραιάς, 18-6-2018
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ 30461

**ΠΡΟΣ: Όλα τα Κέντρα Υγείας και Μονάδες
Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού
Δικτύου Υγείας της 2^{ης} Υγειονομικής
Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου**

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας στην κ. Νεκταρία Κιαχοπούλου για συλλογή
δεδομένων.**

Σχετ.: Η αριθμ. 24990/18-5-2018 αίτηση της κ. Νεκταρίας Κιαχοπούλου .

Σε συνέχεια της ανωτέρω σχετικής και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ., παρακαλούμε να διευκολύνετε την **κ. Νεκταρία Κιαχοπούλου**, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Παθολογία της Κύησης» του τμήματος Ιατρικής, του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο της εκπόνησης της ερευνητικής μελέτης με θέμα: «Συμβουλευτική σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον ετήσιο Γυναικολογικό έλεγχο».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας.
- Τα στοιχεία που θα προκύψουν από τη συλλογή των δεδομένων θα είναι ανώνυμα.
- Να μην απασχοληθούν οι υπάλληλοι των Φορέων σας για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω του φόρτου εργασίας και του περιορισμένου χρόνου τους.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ α/α

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΝΤΥΠΑΣ
ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

Κοινοποίηση:

Ενδιαφερόμενη

Εσωτερική διανομή:

- Γρ. Διοικητή
- Γρ. Υποδιοικητών