

# - ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ - ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Μετέχοντες σπουδαστές :

Ελευθερία Ζησιμοπούλου

Σωτηρία Ζαχαροπούλου

Χρήστος Παυλοχρήστος

Υπεύθυνος Καθηγητής :

Αποστόλης Αποστολόπουλος



Πτυχιακή για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ 1996

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	7742
----------------------	------

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

ΣΙΓΑΛΑ ΒΙΟΛΕΤΑ

ΤΕΡΖΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε θερμά όλους όσους, με όποιον τρόπο βοήθησαν στην συγγραφή της εργασίας αυτής. Επίσης, αυτούς που συμφώνησαν και αυτούς που διαφώνησαν με τις απόψεις μας καθώς και όλους όσους με προθυμία συνεργάστηκαν στην διεξαγωγή της ερευνητικής προσπάθειας.

\* Ιδιαίτερα τον Επόπτη μας κ. Αποστόλη Αποστολόπουλο Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας των Τ.Ε.Ι. Πάτρας, που με τις κατευθύνσεις του και τη συμπαράστασή του κατορθώσαμε να φέρουμε σε πέρας το έργο αυτό.

\* Τις Οικογένειές μας που μας συμπαραστάθηκαν καθόλη τη διάρκεια της εργασίας μας και με υπομονή ανέμεναν το τέλος της.

\* Τον κ. Λεωνίδα Καρνάρο, Κοινωνικό Λειτουργό, που μας βοήθησε στην ανεύρεση της βιβλιογραφίας.

\* Ευχαριστούμε επίσης τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού: "Μαρίκα Ηλιάδη", "Αλεξάνδρα", "Έλενας Βενιζέλου", την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, τον Πρόεδρο της Πανελλήνιας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων, το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το Υπουργείο Προεδρίας.

Ελευθερία Ζησιμοπούλου

Σωτηρία Ζαχαροπούλου

Χρήστος Παυλοχρήστος

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία μας αναφερόμαστε στις εκτρώσεις.

Σκοπός μας είναι να πληροφορήσουμε τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, τι είναι η έκτρωση, με ποιούς τρόπους γίνεται, ποιές είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι, τι πρέπει να κάνει μετά από μία έκτρωση, αλλά το σπουδαιότερο, πως μπορεί να το αποφύγει.

Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι η αντισύλληψη επιστημονικά και νομικά δεν προσβάλλει το δικαίωμα της ζωής, διότι απλώς σκοπεύει να εμποδίσει το σχηματισμό ενός νέου πλάσματος το οποίο δυστυχώς τις περισσότερες φορές θα καταλήξει να γίνει το προϊόν μιας άμβλωσης, μοιραία κατάληξη της ελλειπούς πληροφόρησης, πάνω στα θέματα της αντισύλληψης και της ανωριμότητας των ατόμων που καταλήγουν σ' αυτήν.

Ασχοληθήκαμε με τις εκτρώσεις ύστερα από την διαπίστωση ότι πάρα πολλές γυναίκες κάθε ηλικίας καταφεύγουν καθημερινά στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια να απαλλαγούν από ένα ανεπιθύμητο κύημα, με αποτέλεσμα ο αριθμός τους να ξεπερνάει τις 400.000 εκτρώσεις το χρόνο, και έτσι να έχουμε πολλές "κατεστραμένες" γυναίκες, σωματικά και ψυχολογικά, και αύξηση του δημογραφικού προβλήματος.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θλιβερή διαπίστωση πως στη χώρα μας, το πρόβλημα των εκτρώσεων παραμένει ακόμα στις μέρες μας μεγάλο, μας ώθησε στην απόφαση να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό και να προσεγγίσουμε το πρόβλημα, να εντοπίσουμε τις αιτίες και να συμβάλλουμε στη μείωσή του.

Η έκτρωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Η γυναίκα, έγγαμη ή άγαμη, αποτυγχάνοντας συχνά να διαχωρήσει τη σεξουαλικότητα από την αναπαραγωγή, καταλήγει στην έκτρωση σαν μέσο διακοπής «ανεπιθύμητης» εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη θεωρείται «ανεπιθύμητη» για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια, δυσαρμονία στις σχέσεις με τον σύντροφο, αδυναμία υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού), ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλίκων ή υπερηλίκων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Σε χώρες με ελεύθερο καθεστώς εκτρώσεων και έλλειψη ή αποτυχία ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης, η διακοπή της εγκυμοσύνης καταντά το απλούστερο και συνηθέστερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων προκαλώντας οξύτατα δημογραφικά προβλήματα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
Αναγνώριση	3
Πρόλογος	4
Εισαγωγή	5
<b>Κεφάλαιο 1</b>	10
1. Ιστορική αναδρομή	10
2. Η θέση της Εκκλησίας σχετικά με την έκτρωση	19
3. Ποιές οι απόψεις των διάφορων θρησκειών για την έκτρωση	20
4. Ιστορικό των αμβλώσεων στις ευρωπαϊκές χώρες	24
5. Ιατρική άποψη	29
6. Το ηθικό δίλλημα της νοσηλευτριας/τή στο θέμα των αμβλώσεων	31
7. Η άμβλωση όπως την βλέπει η σύγχρονη εφαρμοσμένη γυκολογία	34
8. Ποιοί οφελούνται από τις εκτρώσεις	35
9. Νομική άποψη των αμβλώσεων στην Ελλάδα	37
10. Φεμινιστική άποψη	39
11. Η άποψη της Πανελληνίας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων	40
12. Απόψεις ορισμένων ανθρώπων του πνεύματος κατά και υπέρ των εκτρώσεων	41
<b>Κεφάλαιο 2</b>	43
1. Στοιχεία που διαμορφώνουν το πρόβλημα στην Ελλάδα	43
2. Παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα ή το ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση	47
3. Χώρες διεξαγωγής - τρόποι αμβλώσεων	55
4. Τεχνική άμβλωσης	60
5. Όταν οι γυναίκες αμβλώνονται μόνες τους	60
6. Διάρκεια νοσοκομειακής νοσηλείας	61
7. Άμεσες και έμμεσες επιπλοκές αμβλώσεων	62
8. Έκτρωση - Άμβλωση: Υπάρχει διαφορά;	64
9. Μετά την επέμβαση της άμβλωσης - Οδηγίες	65
10. Θάνατοι από άμβλωση	66
11. Συνέπειες των αμβλώσεων	66
12. Η στάση των ανδρών για την έκτρωση	73

<b>Κεφάλαιο 3</b>	75
1. Εκτρώσεις και εφηβεία	75
2. Επικινδυνότητα των εκτρώσεων	76
3. Έγκυος έφηβη	76
4. Αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων	80
5. Τι πιστεύουν οι έφηβες για την αντισύλληψη και τι εφαρμόζουν	84
6. Συμπεράσματα έρευνας για την αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων στον Δήμο Αθηναίων	85
<b>Κεφάλαιο 4</b>	87
1. Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για έκτρωση	87
2. Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των εκτρώσεων	89
3. Ψυχοπαθολογία πριν την έκτρωση	90
4. Ψυχολογία μετά την έκτρωση	91
5. Αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων	92
6. Η Ελληνίδα και η έκτρωση	95
<b>Κεφάλαιο 5</b>	97
1. Ορισμός Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.)	97
2. Ιστορική ανασκόπηση του Ο.Π.	98
3. Ιδιωτική πρωτοβουλία στην Ελλάδα	100
4. Σκοποί και στόχοι Ο.Π.	103
5. Διοργάνωση - αρμοδιότητες	106
6. Εμπόδια στην διάδοση και εφαρμογή Ο.Π.	107
7. Συνεργασία Ο.Π. με άλλους φορείς	111
8. Αγωγή κοινού στον Ο.Π.	112
9. Κριτική αξιολόγηση - αποδοχή από το κοινό - προτάσεις για βελτίωση	112
10. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	114
<b>Κεφάλαιο 6</b>	120
1. Γιατί η αντισύλληψη είναι απαραίτητη	120
2. Αντισυλληπτικά μέσα	121
3. Επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου	122
4. Μέσα ελέγχου γονιμότητας	125
5. Ταξινόμηση αποτελεσματικότητας μέσω ελέγχου γονιμότητας	129
6. Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης	130



7. Κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης	132
8. Το αντισυλληπτικό χάπι	136
9. Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από τον άνδρα	142
10. Ψυχικές παράμετροι των αντισυλληπτικών μεθόδων	145
11. Χειρουργικές επεμβάσεις για την επιτυχία αντισύλληψης	147
<b>Κεφάλαιο 7</b>	<b>149</b>
Αφροδίσια νοσήματα	149
<b>Κεφάλαιο 8</b>	<b>157</b>
1. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	157
2. Σκοπός σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης	159
<b>Κεφάλαιο 9</b>	<b>165</b>
1. Μελέτες	165
2. Στατιστικές για αντισύλληψη	168
3. Στατιστικές για την έκτρωση	174
4. Η εμπειρία μιας έκτρωσης	175
5. Συνέντευξη	183
6. Πόσες εκτρώσεις γίνονται σήμερα στην Ελλάδα και στον Κόσμο	186
<b>Κεφάλαιο 10</b>	<b>190</b>
Επεξεργασία ερωτηματολογίου	190
1. Υλικό έρευνας	197
2. Αποτελέσματα έρευνας	197
3. Συμπεράσματα	199
Επίλογος	200
Βιβλιογραφία	201

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

#### ΠΩΣ ΟΙ ΠΡΟΓΟΝΟΙ ΜΑΣ ΕΦΑΡΜΟΖΑΝ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Όπως οι πιο πολλές ιδέες που φαίνονται πολύ νέες, έτσι και ο έλεγχος των γεννήσεων στην πραγματικότητα είναι πολύ παλιός. Μνημονεύεται σε ένα αρχαίο **Αιγυπτιακό πάπυρο**, γραμμένο εδώ και 4.000 χρόνια περίπου, και ήταν θέμα ζώηρης συζήτησης μεταξύ των **Ελλήνων φιλοσόφων** τουλάχιστον εδώ και 2.400 χρόνια. Στις **Ινδίες** οι πρώτες εξακριβωμένες από κείμενα μέθοδοι, ανάγονται σε 1.600 χρόνια πριν. Στην **Κίνα**, η πρώτη γραπτή αναφορά γίνεται σε ένα ιατρικό κείμενο 1.300 ετών περίπου και η ιδέα καθεαυτή φαίνεται πως είναι πολύ παλαιότερη.

Οι **πρωτόγονες φυλές** που είχαν και έχουν απομείνει στο σημερινό κόσμο, μολονότι είναι ξεκομμένες από την πρόοδο του πολιτισμού και δεν γνωρίζουν τίποτε για τα κείμενα της αρχαίας Αιγύπτου ή της Ανατολής και ακόμη λιγότερο για τη σύγχρονη επιστήμη ή ιατρική, έχουν δικές τους μεθόδους.

Είναι φανερό οι μέθοδοι αυτές που παραδόθηκαν προφορικά ουσιαστικά αμετάβλητες επί αναρίθμητες γενεές που φθάνουν ως τις απαρχές της ανθρωπότητας. Η διάθεση να περιορισθεί το μέγεθος της οικογένειας φαίνεται ότι είναι τόσο παλιά, όσο σχεδόν και η ίδια η ανθρωπότητα. Η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων βλάστησε αυτόματα σχεδόν σε κάθε γωνιά του κόσμου και συνεχίσθηκε μέσα στους αιώνες.

Προφανώς οι πρώτοι άνδρες και γυναίκες που εφάρμοσαν τον έλεγχο των γεννήσεων είχαν το ίδιο κίνητρο με πολλά σημερινά ζευγάρια. Επιθυμούσαν να ανακουφιστούν από τους συνεχείς περιορισμούς της εγκυμοσύνης και από το βάρος να θρέψουν και να φροντίσουν όπως πρέπει ένα καινούργιο μωρό κάθε χρόνο. Αλλά είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ο έλεγχος των γεννήσεων πολύ σύντομα έφτασε να θεωρείται ως σκόπιμη κοινωνική πολιτική, να τεθεί σαν υπηρεσία της κοινωνίας του συνόλου.

Ο **Αριστοτέλης**, ο αρχαίος έλληνας φιλόσοφος, πιστεύει ότι ο πολιτισμός θα εξυπηρετείται καλύτερα, αν ο πληθυσμός στις πόλεις-κράτη διατηρείται στάσιμος. Και υποστήριζε την θέσπιση νόμων που θα περιόριζαν τον αριθμό των παιδιών που κάθε οικογένεια μπορούσε να έχει.

Άλλοι Έλληνες φιλόσοφοι έφτασαν ως το σημείο να υποστηρίζουν ότι κάθε οικογένεια έπρεπε να είχε μόνο ένα παιδί. Και έτσι η ιδέα της εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, ώστε να προληφθεί η πληθυσμιακή έκρηξη, είναι παλαιότερη από 2.000 χρόνια και ανάγεται σε μια περίοδο κατά την οποία αν και υπήρχαν λιγότεροι άνθρωποι στη γη από όσοι σήμερα η ικανότητα του ανθρώπου να προμηθεύεται τροφή και τ' άλλα αναγκαία για τη ζωή του, ήταν αντίστοιχα μικρότερη.

Όσο για τις πρώτες μεθόδους εφαρμογής του ελέγχου των γεννήσεων, αυτές φυσικά ήταν πρωτόγονες και όχι πολύ αποτελεσματικές, όπως παραμένουν και σήμερα σε εκείνα τα μέρη του κόσμου όπου δεν είχαν εισχωρήσει ακόμα οι σύγχρονες ιατρικές γνώσεις.

Ο Αριστοτέλης π.χ. παραδεχόταν ότι το ιδεώδες για ένα στάσιμο πληθυσμό, μπορούσε να στηριχθεί μόνο στον έλεγχο των γεννήσεων όπως ήταν γνωστός. Υποχρεώθηκε λοιπόν να συστήσει πολύ σκληρότερα μέτρα -την έκτρωση και την θανάτωση των ανεπιθύμητων παιδιών με την έκθεσή τους. Και οι δύο αυτές μέθοδοι παρεπιπτόντως, χρησιμοποιούνται ακόμη για τον έλεγχο του πληθυσμού σε διάφορα μέρη του σύγχρονου κόσμου. Η έκτρωση όπως θα σημειωθεί, είναι νόμιμη και εντελώς κοινή σε χώρες όπως η Ιαπωνία και η Σοβιετική Ένωση. Η θανάτωση των παιδιών με έκθεση συνηθίζεται σε πολλές πρωτόγονες φυλές.

Ήταν φυσικό βέβαια, ώσπου να αναπτυχθεί η επιστήμη για μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων, ότι υπήρχε μια μακρά περίοδος στην ανθρώπινη ιστορία κατά την οποία κανένας άνθρωπος στη γη δεν είχε την παραμικρή ιδέα πως γενιόταν ένα παιδί. Και η άγνοια αυτή κάποτε πρέπει να ήταν καθολική. Στο κάτω-κάτω, τα γεγονότα απέχουν χρονικά πολύ μεταξύ τους.

Εννέα μήνες μεσολαβούν ανάμεσα στην πράξη της συνουσίας και στην εμφάνιση του μωρού. Σε αυτούς τους εννέα μήνες πολλά άλλα γεγονότα συμβαίνουν. Ένας πρωτόγονος άνθρωπος μπορούσε εύκολα να υποδέσει ότι το μωρό προέκυγε από κάτι που έφαγε η γυναίκα του, ή από κάποιο άλλο γεγονός, όπως από την επίδραση του ήλιου ή της σελήνης, ή ακόμη ότι τα παιδιά έρχονταν από μόνα τους, όπως έρχεται και ο καταμήνιος κύκλος της γυναίκας που με αυτόν φαινόταν να σχετίζονται κατά κάποιο τρόπο.

Στην αρχή τα παιδιά θεωρούνταν αποκλειστικά καρπός της γυναίκας. Ο ρόλος του πατέρα δεν αναγνωριζόταν. Αυτός λίγο-πολύ ήταν ένας αδώς δεατής, στην γυναίκα του οποίου συνέβαιναν κατά καιρούς παράξενα πράγματα, με αποτέλεσμα πρώτα να φουσκώνει και να βαραίνει, και έπειτα να γεννιέται ένα παιδί.

Επειδή η γυναίκα ήταν υπεύθυνη για τη γέννα, σ' αυτή εστράφησαν οι πρώτες προσπάθειες ελέγχου των γεννήσεων. Ίσως η πρώτη μέθοδος που δοκιμάστηκε να ήταν η **προσευχή**. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι πρώτοι από τους προγόνους μας που δεν ήθελαν άλλα παιδιά προσεύχονταν στους πρωτόγονους θεούς τους και μάλιστα ότι τις προσευχές τις έκαναν οι γυναίκες και όχι οι άνδρες. Αργότερα, πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαϊμαλιά γύρω από τον λαιμό ή τη μέση, για να διώχνουν τα πνεύματα.

Ή για να αναχαιτίσουν τις παράξενες διεργασίες που συνέβαιναν στο σώμα τους και κατέληγαν σ' ένα παιδί, έπιναν αλλόκοτα "φάρμακα", ή χρησιμοποιούσαν την τεχνική της διακεκομμένης συνουσίας, γνωστή στον ιατρικό κόσμο ως *Coitus Interruptus*. Η τεχνική αυτή μνημονεύεται στο βιβλίο της **Γεννέσεως** και στο **Ταλμούδ** και είναι γνωστή σε πολλές πρωτόγονες φυλές που ζουν σήμερα στην **Αφρική**. Ήταν η πιό γνωστή και η πιό αποτελεσματική από τις αρχικές μεθόδους και χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα ευρύτατα στον πολιτισμένο κόσμο.

Πολύ λιγότερο αποτελεσματικές ήταν οι παλιές τεχνικές με τις οποίες η γυναίκα προέβαινε σε ορισμένες ενέργειες που αποσκοπούσαν να παρεμποδίσουν το σπέρμα να επιφέρει συνέπειες. Μια μέθοδος ήταν να χοροπηδάει έπειτα από τη συνουσία, ώστε να αποβληθεί το σπέρμα.

Απ' όλες τις μεθόδους που χρησιμοποιούνταν στον αρχαίο κόσμο, η πιό εξελιγμένη ήταν η προσπάθεια να βρεθεί κάποιο μέσο που θα έκανε ότι κάνει το σύγχρονο διάφραγμα, δηλ. θα σχημάτιζε ένα μηχανικό φραγμό, που τοποθετούμενος πριν από τη συνουσία θα εμπόδιζε το σπέρμα να εισχωρήσει στη μήτρα. Σε πρωτόγονη μορφή, η τεχνική αυτή ήταν γνωστή στους **Αιγυπτίους** και αναφέρεται σε έναν πάπυρο ηλικίας 4.000 ετών και αναπτύχθηκε, προφανώς ανεξάρτητα, σε πολλούς άλλους πολιτισμούς και από πολλές πρωτόγονες φυλές σ' όλο τον κόσμο.

Πολλές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποτελέσουν τον φραγμό. Ο Αιγυπτιακός πάπυρος συμβουλεύει να χρησιμοποιείται ένα βύσμα καμωμένο από ακαθαρσίες κροκοδείλων. Σε άλλες εποχές και τόπους κατασκευάζονταν ένα βύσμα από χλόη, φύκια, ξερά σύκα, σπόρους μουστάρδας, φύλλα κερι μελισσών ή ύφασμα.

Στις **Ινδίες**, εδώ και 2.000 χρόνια, το βύσμα αυτό ήταν ένα κομμάτι από ορυκτό αλάτι βουτηγμένο σε λάδι. Στα γραπτά του **Καζανόβα**, που έζησε τον 18ο αιώνα, μνημονεύεται η χρησιμοποίηση μισού λεμονιού.

Καμιά φορά, αντί του βύσματος, χρησιμοποιούνται διάφορες ουσίες που πίστευαν ότι σκότωναν το σπέρμα και εισάγοταν μέσα στον κόλπο πριν από τη συνουσία. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές από αυτές τις μεθόδους, μολονότι όχι πολύ δραστικές κατά τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν, βρίσκονταν στο σωστό δρόμο.

Το ξύδι και ο χυμός του λεμονιού είναι επαρκώς όξινα για να σκοτώσουν το σπέρμα με το οποίο έρχονταν σε επαφή. Το λάδι και το μέλι είναι αρκετά γλοιώδη ώστε να εμποδίζουν τις φυσιολογικές προσπάθειες των σπερματοζωαρίων να ταξιδεύσουν προς τη θέση όπου θα συναντήσουν το ωάριο της γυναίκας.

Η ιστορία αναφέρει πολλές τέτοιες προσπάθειες για τον έλεγχο των γεννήσεων, που όλες φτάνουν ως την εποχή που ο ρόλος του πατέρα στη γέννηση του παιδιού δεν είχε εξακριβωθεί.

Στην **Αρχαία Ελλάδα** και στη **Ρώμη** υποδείκνυαν σα μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων να φοράει η γυναίκα ένα μαγικό φυλακτό, καμωμένο από τη μήτρα μιας λέαινας, το συκώτι μιας γάτας ή το δόντι ενός παιδιού.

Στην **Ευρώπη του Μεσσαίωνα** οι γυναίκες μάθαιναν να βασίζονται στην καρδιά μιας σαλαμάνδρας, ή σε δακτυλίδια από πολύτιμους λίθους, ή σε στεφάνια από μυρτιά που τα φορούσαν την ώρα του γάμου.

Είναι απειράριθμοι οι τύποι των "φαρμάκων" που ορίζονταν σα μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Ένας από τους πρώτους μνημονεύεται στο Ταλμούδ. Επιτρέπεται σε μια γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει "στείρα". Άλλοι τύποι, δια μέσου των αιώνων, περιελάμβαναν πολλά τέτοια "τσάγια" καμωμένα από διάφορα είδη ριζών, σπόρων ή φύλλων δέντρων.

Εκχύματα από μπαρούτι, χάπια από υδράργυρο ή ακόμη παρασκευάσματα από θανατηφόρα δηλητήρια όπως αρσενικό, που σε πολλές ατυχείς περιπτώσεις πραγματικά προλάβαιναν τη γέννηση ενός παιδιού, αλλά πολύ συχνά σκότωναν απλώς τη μέλλουσα μητέρα. Οι γυναίκες της Ιαπωνίας κάποτε έτρωγαν μέλι που περιείχε τα πτώματα μελισσών.

Αφρό από το στόμα καμήλας κατάπιναν με πολλές ελπίδες οι γυναίκες της Β. Αφρικής, που σε άλλους καιρούς στωϊκούς και ιεροκρυφίως έπιναν νερό που είχε χρησιμοποιηθεί για να πλυθεί ένας νεκρός.

Στην Αίγυπτο συμβούλευαν τις γυναίκες να τρώνε την επομένη του τοκετού σπόρους, γιατί πίστευαν ότι τις προστάτευε για ένα χρόνο από την εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν έχει εκλείψει τελείως.

Καθώς γνωρίζουμε σήμερα, η αναζήτηση κάποιας ουσίας που αν λαμβανόταν από το στόμα θα εμπόδιζε μια γυναίκα να συλλάβει παιδί,

επρόκειτο τελικά να καταλήξει σε επιτυχία. Το "Χάπι" είναι μια μέθοδος, δηλαδή μια ουσία και είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων που έχει επινοηθεί μέχρι σήμερα. Αλλά το χάπι είναι ένα περίπλοκο προϊόν της σύγχρονης επιστήμης που δεν ανακαλύφθηκε παρά το 1955, όλα τα προηγούμενα "φάρμακα" μολονότι αναρίθμητες γυναίκες τα κατάπιαν επί γενεές-γενεών, τα έπαιρναν ματαίως. Ήταν γεννήματα άγνοιας και δεισιδαιμονίας και ήταν καταδικασμένα να αποτύχουν.

Η ιστορία δεν αναφέρει το όνομα του πρώτου από τους προγόνους μας που υποπεύθηκε ότι το σπέρμα του άνδρα περνώντας στο σώμα της γυναίκας κατά τη συνουσία, ήταν υπεύθυνο για το ότι η γυναίκα έμενε έγκυος. Ασφαλώς όμως τούτο θα συνέβη πολλούς αιώνες πριν.

Το παλαιότερο στοιχείο πάντως που έδωσε στη νομοθεσία να συλλάβει ή να αντιληφθεί την άμβλωση ότι καταστρέφει μια ανθρωπινή ζωή, προήλθε από τους αρχαίους Έλληνες. Δεύτερη πηγή ήταν η χριστιανική ηθική της Μικράς Ασίας.

Αναλυτικότερα παρακάτω θα δούμε πως αντιμετωπιζονταν η άμβλωση από τις αρχαίες κοινωνίες μέχρι σήμερα:

### - Αρχαιοελληνική κοινωνία

Οι Αρχαίοι Έλληνες έφθασαν σε ένα υψηλό επίπεδο πολιτισμού ιδιαίτερα κατά την κλασική περίοδο και αργότερα. Εκτός από την ειλικρινή επιθυμία της προσπάθειας για το καλό, οι Έλληνες ήταν πιο δεκτικοί και ευαίσθητοι σ' αυτό από ότι εμείς, εφόσον ήταν πιο ανθρωπinoι και απροκάληπτοι.

Μέχρι την εποχή του Λυσία δεν υπήρχε νόμος στην Αθήνα που να προέβλεπε την τιμωρία της άμβλωσης. Γύρω στο 430π.Χ. ο Λυσίας έθεσε το πρόβλημα της έννοιας του εμβρύου, αν δηλαδή ήταν ένα ανθρωπino ον και συνεπώς η καταστροφή του ήταν έγκλημα και ανθρωποκτονία.

Στα πολιτικά του ο Αριστοτέλης λέει για την άμβλωση: "Είναι σωστό ή όχι, χρήσιμο και καλό ή και το αντίθετό του αν σκοτώνεται το έμβρυο ως καθαρά φυτική ζωή, η συνείδηση ενός ανθρωπinoου όντος είναι ήδη παρούσα ;". Ζητούσε επίσης να μην υπάρχει τίποτα το ατελές. Ο αριθμός των παιδιών έπρεπε να ελέγχεται νόμιμα, στην ανάγκη και με άμβλωση, προκειμένου να προληφθεί ο υπερπληθυσμός.

Η εμπειρία απελπισίας ή πόνου από μια ζωντανή ύπαρξη φαίνεται να είναι κρίσιμη σημασίας. Ο Πλάτων ζητούσε την «Ιδανική Πολιτεία» που θα

φρόντιζε τα γερά παιδιά κάτω από όλες τις περιστάσεις. Ένα έμβρυο όπου ένας από τους γεννήτορες δεν ήταν αρκετά νέος, έπρεπε να αποβληθεί.

Στην Θήρα η άμβλωση επιμωρείτο, στην δε Μίλητο την θεωρούσαν σαν σοβαρό έγκλημα. Ο Κικέρων αναφέρει ότι μια κάτοικος της Μηλίου που περίμενε παιδί, δέχθηκε χρήματα από τους υποτιθέμενους κληρονόμους που είδαν τη κληρονομιά τους να απειλείται από τη γέννηση του παιδιού και έκανε άμβλωση για την οποία τιμωρήθηκε. Και "δικαιολογημένα", γιατί είχε καταστρέψει την ελπίδα του πατέρα, τη συνέχιση του ονόματος, την υποστήριξη των συγγενών, τους κληρονόμους της οικογένειας, τον πολίτη για την Πολιτεία.

Έτσι στους αρχαίους Έλληνες, βρίσκουμε από τη μία πολιτικές ωφελιμιστικές θεωρήσεις σα βάση για την τιμωρία, και από την άλλη την ενθάρρυνση της άμβλωσης για τους ίδιους λόγους.

### - Εβραϊκός νόμος

Οι Εβραϊκές πηγές δεν καταπιάνονται τόσο με την άμβλωση. Το πρόβλημα δεν ήταν στην πραγματικότητα επείγον, γιατί άμβλωση σπάνια συνέβαινε. Τα πολλά παιδιά θεωρούνταν ευλογία και τιμή, ενώ από την άλλη μεριά η ατεκνία θεωρείτο κατεσχύνη. Οι απόψεις αυτές προέκυγαν από το γεγονός ότι οι εθνικές καταστροφές και οι διώξεις αποδεκάζαν τον Εβραϊκό λαό.

Έτσι εξηγείται και το ότι ο Μωυσής θεώρησε την άμβλωση σα μια συνέπεια εγκληματικής αμέλειας από ένα τρίτο μέρος. Το κείμενο πάνω σ' αυτό έχει ως εξής: *"Αν άνδρες κτυπίσουν ή βλάγουν μια έγκυο γυναίκα, έτσι ώστε να χάσει το παιδί της, χωρίς φυσικά να πληγωθεί, αυτός που τη κτύπησε υπόκειται σε οποιοδήποτε πρόστιμο ζητήσει ο σύζυγος της γυναίκας με την έγκριση των δικαστών. Αλλά αν η ίδια η γυναίκα πληγωθεί η τιμωρία θα είναι ζωή αντί ζωής, οφθαλμός αντί οφθαλμού, χείρ αντί χειρός, πους αντί ποδός κλπ."* (Έξοδος στιχ. 21-24).

Έτσι το κείμενο δεν θεωρεί την άμβλωση σαν την καταστροφή ενός ανθρώπινου σώματος, αλλά σαν παραβίαση του γυναικείου σώματος που θα μπορούσε να προκαλέσει ζημιά στη δύναμη, στην απώλεια εργασίας. Μ' άλλα λόγια, θα μπορούσε να απειληθεί μια τιμωρία ιδανικού μεν χαρακτήρα, αλλά που θα ήταν καθαρή ανθρωποκτονία. Ο ένοχος θα πλήρωνε το πρόστιμο που θα του είχαν επιβάλλει οι δικαστές μετά από αίτηση του συζύγου της εγκύου. Από τούτο συμπεραίνεται ότι ο σύζυγος θα ελάμβανε το ποσό του προστίμου,

αλλά ο ένοχος θα μπορούσε όμως να γλυτώσει την τιμωρία, αν ο σύζυγος δεν απαιτούσε αποζημίωση.

Η Βίβλος θεωρεί συνεπώς ως αβάσιμο το έγκλημα στην άμβλωση.

## - Ρωμαϊκό δίκαιο.

Παρά το μεγάλο αριθμό άμβλώσεων στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία και παρά το γεγονός ότι συνετοί άρχοντες όπως πχ. ο Αύγουστος, τις θεωρούσαν σα μεγάλο κίνδυνο γιατί μείωναν τον πληθυσμό, οι Ρωμαίοι δεν αποφάσιζαν ωστόσο να καταργήσουν την άμβλωση.

Στενά συνδεδεμένη με τον Αυτοκρατορικό Θρόνο η Στοά, στην οποία ανήκε κάθε πολιτικός της εποχής, δήλωνε ότι το έμβρυο έπρεπε να χαρακτηριστεί σαν ένα μέρος του γυναικείου σώματος. Με μια τέτοια ισχυρή επέμβαση στη νομική κατάσταση των ατόμων, η τιμωρία της άμβλωσης δεν θα μπορούσε να βρει μια νομική ή φιλοσοφική βάση.

Έτσι η απαγόρευση της άμβλωσης δεν ίσχυε στους ειδωλολατρικούς χρόνους. Με λίγα λόγια, οι βασικές αρχές του Ρωμαϊκού νόμου ήταν οι ακόλουθοι:

- Η άμβλωση που γινόταν από την ίδια την έγκυο γυναίκα, ήταν μόνο τιμωρητέα ως παραβίαση των δικαιωμάτων του άνδρα, συνεπώς μόνο σε σχέση με παντρεμένες ή διαζευγμένες γυναίκες και πιθανώς χήρες ίσχυε αυτό.
- Η άμβλωση που προκαλούταν από ένα άλλο πρόσωπο ήταν επίσης τιμωρητέα.
- Η άμβλωση, ήταν αιτία διαζυγίου.
- Η προαγωγή σε άμβλωση δημόσια, τιμωρούνταν χωρίς όρους. Αν μάλιστα προέκυπτε από αυτή θάνατος, επιβαλλόταν η θανατική ποινή.

Η άμβλωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα και ως τον 6<sup>ο</sup> μ. Χ. αιώνα, κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε και χρησιμοποιούνταν σαν ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης. Η κατάδικη της μεθόδου αυτής παρουσιάζεται με την αποκρυστάλλωση του Χριστιανικού Δόγματος, όταν οι Πατέρες της Εκκλησίας αποφαινόνται την ανθρωπολογική αλήθεια, ότι δηλαδή το ανθρωπινό έμβρυο από την σύλληψή του ακόμα είναι άνθρωπος με ψυχή, λογική και σώμα.



## - 13ος αιώνας μέχρι σήμερα

Τον 13ο αιώνα οι Αγγλικοί νόμοι αποδέχονται τη διακοπή της κύησης εφόσον γίνεται πριν από τον 5ο μήνα της εγκυμοσύνης, οπότε η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο.

Τον 16ο αιώνα στον Χεσσιανό Κανονισμό του 1554 αναφέρεται ότι τα κορίτσια που θα έκαναν άμβλωση θα θάβονταν ζωντανά με αγκάδια στο σώμα που θα μπηγόνταν με δρύϊνες ράβδους.

Το γεγονός ότι ο λαός υπόμεινε ως δικαιολογημένο αυτό το νέο μαρτύριο, πρέπει να αναζητηθεί στη δραστηριότητα της Εκκλησίας σχετικά με την αγωγή και την εκπαίδευση. Η άμβλωση του ζωντανού εμβρύου τιμωρούνταν με θάνατο σε όλες τις περιπτώσεις. Έτσι αποδείχθηκε πόσο η Εκκλησία με τα ισχυρά της μέσα είχε επιβάλλει στα έθνη ότι η άμβλωση είναι έγκλημα και αμαρτία μαζί με αυτό το γεγονός ότι η σχετική τιμωρία δεν είχε εισαχθεί στην κυβέρνηση.

Από τον 16ο αιώνα έως σήμερα, ο αγώνας για τη φιλελευθεροποίηση του ποινικού δικαίου από τα αυστηρά δεσμά της θεολογίας, ξεκίνησε με το Hobbes και η τελευταία και αποφασιστική μάχη δόθηκε από το μεγάλο Γερμανό φιλόσοφο του Διαφωτισμού, τον εχθρό της "παράδοσης" και του αυταρχισμού, τον Thomasius. Αρνήθηκε το γεγονός ότι το έμβρυο ήταν έμυχο καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και επομένως με αυτό και το ταυτόσημο του ανθρώπινου όντος, παντού βρίσκουμε να πολεμάει όλους εκείνους των οποίων η νομοθεσία υπηρετούσε την Θεολογία.

Με οξύνοια και με επιτυχία, οι Γάλλοι φιλόσοφοι του Διαφωτισμού, Μοντεσκιέ, Ρουσσώ και ιδιαίτερα ο Βολταίρος, κατήγγειλαν τις καταχρήσεις του ποινικού δικαίου και κυρίως τους βασανισμούς του ανυπεράσπιστου λαού και της δικαστικής αυδαιρεσίας, τα ήθη και τους τρόπους, τη βασανιστική κηδεμονία του κράτους και της εκκλησίας.

Το 1764 δημοσιεύθηκε η διατριβή περί εγκλημάτων και ποινών του Beccaria. Ο Beccaria για την παιδοκτονία και την άμβλωση εξέφρασε την ακόλουθη γνώμη: *"Η άμβλωση και η παιδοκτονία προκύπτουν από τις αναπόφευκτες αντιθέσεις που το ανθρώπινο ον έχει να αντιμετωπίσει και που το κάνουν να αποχωρεί λόγω αδυναμίας ή ανωτέρας βίας".*

Και συνεχίζει: *"Καθένας που βρίσκεται σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και είναι αναγκασμένος να διαλέξει ανάμεσα στην ατιμία και στον θάνατο μιας ύπαρξης, αυτός είναι ανίκανος να σκεφτεί το τρομερό του*

πράγματος και να διαλέξει συχνά το τελευταίο για να αποφύγει τον άμεσο κίνδυνο”.

Σαν μέσο κατά της παιδοκτονίας και της άμβλωσης συνιστά τα παρακάτω μέτρα αντί της σοβαρής τιμωρίας: “Από την Κυβέρνηση να ιδρυθούν σπίτια για τα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους δεν μπορούν να τα ζήσουν και να τα αναδρέμουν. Η χριστιανική κυβέρνηση πρέπει να πάρει μια θέση κατά της μορφής προς ένα τέτοιο πρόσωπο και να προστατεύσει μια βιασμένη γυναίκα από παρόμοιες επιθέσεις!”.

Κατά την Βιομηχανική Επανάσταση του 18<sup>ου</sup> αιώνα, η απαγόρευση των άμβλώσεων βρισκόταν στην ανάγκη των κρατών να διαθέτουν τη μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για την βιομηχανία και την αποικιακή εξάπλωση. Έτσι η γυναίκα διαθέτει την αναπαραγωγική της ικανότητα στο βωμό της οικονομίας.

Στη συνέχεια οι αλληλοεξαρτώμενες αλλαγές που παρατηρούνται στον τόπο μας, όπως το πέρασμα από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής στο μεταβιομηχανικό, χωρίς να περάσει η ελληνική κοινωνία από την βιομηχανική εποχή, η μετατροπή της αγροτικής κοινωνίας σε μικροαστική που έγινε σε χρόνο ρεκόρ για την Ελλάδα, ο συγκεντρωτισμός της οικονομίας στα μεγάλα αστικά κέντρα, η απελευθέρωση της γυναίκας κλπ., είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση και διάδοση των άμβλώσεων σε σημείο που να αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα σήμερα.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα και στις αρχές του 20<sup>ου</sup>, όλο και περισσότερες γυναίκες αφυπνίζονται, ζητούν μια θέση προσωπικής οντότητας, αναγνώρισης της ανδρώπινης αξιοπρέπειάς τους, διεκδικούν δικαιώματα στο επαγγελματικό, πολιτικό και πολιτιστικό χώρο, Έτσι:

1. Διεκδικούν τη σεξουαλική ζωή και ικανοποίησή τους σαν αναπόσπαστο μέρος του εαυτού τους.
2. Η διεκδίκησή τους τις φέρνει αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εξ αιτίας της ανεπαρκούς ενημέρωσής τους πάνω σε θέματα Αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού.
3. Η άμβλωση χρησιμοποιείται σαν η πλέον επιθυμητή μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων.

Η κοινωνική και γεωργαφική απομόνωση της σύγχρονης οικογένειας, η διάκριση των ρόλων, οι καθημερινές διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, υποβόσκει μόνιμη, εσωτερική και διαπροσωπική σύγκρουση που δυσκολεύει την επικοινωνία των δύο συντρόφων με αποτέλεσμα την έλλειψη συνειδητής ενημέρωσης. Επίσης το γεγονός ότι η πολιτεία δεν λαμβάνει μέτρα διαφώτισης του πληθυσμού, πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού δυσκολεύει πιά πολύ την κατάσταση αυτή.

## 2. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Οι θέσεις της Εκκλησίας είναι πολύ σεβαστές και πρέπει πάντα να ακούγονται. Όπως παίρνει θέση για κάθε ηθικό ζήτημα έτσι παίρνει θέση και για τις αμβλώσεις.

Όλοι γνωρίζουν ότι ο Χριστιανισμός είναι η δρασκεία της αγάπης, η δρασκεία της συγνώμης. Έτσι βρίσκει απήχηση κατά κύριο λόγο και έχει αποστολή μέσα στην γυχή των ανθρώπων εκείνων, οι οποίοι κάνουν σφάλματα στη ζωή τους.

Τις αμβλώσεις η Εκκλησία τις χαρακτηρίζει σα μεγάλα σφάλματα. Ως προς το θέμα αυτό είναι κατηγορηματικώς απαγορευτική χωρίς να κάνει καμιά διάκριση σε κάθε είδους περιστατικά της σύλληψης μιας νέας ζωής. Κινείται για τη δεώρηση του θέματος αυτού από την αγάπη της προς τον άνθρωπο. Δεν είναι απλά ένα πρόβλημα, αλλά ένα θέμα πολύ σοβαρό, γιατί είναι μια κατάσταση του κακομαθημένου ανθρώπου, ο οποίος δεν έχει ξεκαθαρίσει μέσα στη σκέψη του τα πράγματα της προσωπικής του ευθύνης σε ένα τόσο σοβαρό θέμα, της συμμετοχής του στη δημιουργία νέας ζωής.

Ένα άλλο θέμα που πρέπει να τονισθεί, είναι το θέμα της ευθύνης και της ηθικής από την πλευρά της Εκκλησίας. Δεν είναι επιτρεπτό να γίνει η διάκριση μεταξύ των φυσικών και ηθικών νόμων. Μεταξύ τους υπάρχει άμεση σχέση και αλληλουχία.

Αποτελεί πλάνη της σημερινής κοινωνίας η αντίληψη κατά την οποία είναι δυνατόν κατά την γενετήσια σχέση να γίνεται διάκριση μεταξύ της γενετήσιας ηδονής και του υπόλοιπου γενετήσιου κύκλου. Με αυτόν τον τρόπο οι περισσότεροι άνθρωποι της εποχής μας, απολαμβάνουν με πλήρη ανευθυνότητα μόνο την ηδονή του γενετήσιου διαλόγου, προσπαθούν όμως να αποδεσμευθούν από το ανεπιθύμητο κήμα, με τον χειρότερο τρόπο, την έκτρωση.

Ίσως σε μερικές περιπτώσεις εξετάζοντας ανθρώπινα το θέμα, η εκκλησία παρέχει μερικά ελαφρυντικά και προκαλεί την ανθρώπινη συμπάθεια, χωρίς όμως κανένα ελαφρυντικό. Οι σύλλογοι οφείλουν να αναλογισθούν τις τρομερές αυτές συνέπειες και την ανυπολόγιστη ευθύνη, όταν διαπράττει κανείς μια τέτοια εγκληματική πράξη. Δεν είναι επίσης μικρότερη η ευθύνη των συνεργών σ' ένα τέτοιο έγκλημα.

Ύστερα απ' όλα αυτά γίνεται σαφές ότι η άποψη της Εκκλησίας είναι έκφραση της αγάπης προς το άτομο και το κοινωνικό σύνολο που ταλαιπωρούνται με την τόσο επώδυνη λύση των αμβλώσεων.

### 3. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ;

Η Ορθόδοξη Εκκλησία ακολουθώντας την διδασκαλία της Παλαιάς και Καινής Διαθήκης, των Αγίων Πατέρων, των Ιερών Κανόνων και των Παραδόσεών της έχει λάβει και στα νεότερα χρόνια σαφή και κατηγορηματική θέση απέναντι στο έγκλημα των εκτρώσεων.

Κάνοντας λοιπόν μια σύντομη αναδρομή, αναφέρουμε ότι επανειλημμένως γίνεται λόγος στην Παλαιά και στην Καινή Διαθήκη για την τεκνοποιΐα, την οποία αντιστρατεύεται η έκτρωση (Λέκκου, "Εκτρώσεις", Αθήνα 1985).

Η κλήση του Θεού στους Πρωτόπλαστους ήταν σαφής: "Αυξάνεσθε και πληθύνεσθε". Ο Ιησούς Χριστός δεν κατάργησε την επιθυμία της τεκνοποιΐας. Αντίθετα της έδωσε το πλήρες νόημά της. Ευλόγησε τα παιδιά και τα καλεί διαρκώς κοντά του, "αφίετε τα παιδιά ελθεί προς με". (Μελέτιος "Εκτρώσεις", Πρέβεζα 1987).

Η άμβλωση επομένως είναι ενέργεια που ευθέως έρχεται σε αντίθεση με την κλήση του Θεού για τεκνοποιΐα. Συνέργεια σε έκτρωση είναι συνέργεια σε φόνο. Ο Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος, θεωρεί συνένοχο στο αμάρτημα του φόνου και τον άνδρα, που έδωσε σπέρμα στη γυναίκα που προβαίνει στην έκτρωση.

Σήμερα, ακόμη η Ορθόδοξη Εκκλησία καταδικάζει την άμβλωση, εξομοιώνοντάς την μάλιστα με την ανθρωποκτονία. Τις απόψεις της στηρίζει σε κανόνες των Πατέρων και των Συνόδων που ανάγονται στον 4ο μ. Χ. αιώνα.

Στον ΚΑ Κανόνα της Συνόδου της Αγκυρας (314 .Χ.) διακρίνεται η άμβλωση από την ανθρωποκτονία. «Περί των γυναικών των εκπορνεύων και αναιρουσιών τα γεννώμενα και σπουδαζουσών φθορία ποιείν, ο μεν πρότερος όρος μέχρις εξόδου εκάλυσε και τούτω συντίθενται. Φιλανθρωπότερον δε τι ευρόντες ωρίσαμεν δεκαετή χρόνον κατά τους βαθμούς του ωρισμένου».

Έτσι ενώ παλαιότερα στη γυναίκα που έκανε έκτρωση επιβαλλόταν ισόβια αποχή από το Μυστήριο της Θείας Κοινωνίας, το 314 οι Κανόνες γίνονται επιεικέστεροι και επιβάλλουν μόνο 10ετή αποχή από το μυστήριο. Με τον τρόπο αυτό η άμβλωση διαχωρίζεται σαφώς από την ανθρωποκτονία και κρίνεται επιεικέστερα.

Ο Μέγας Βασίλειος (330-379) είναι πολύ πιο αυστηρός στο θέμα των εκτρώσεων. Σε δύο Κανόνες του καταδικάζει ρητά την έκτρωση όπως και την προμήθεια και αγορά εκτρωτικών μέσων, εξομοιώνοντας τις πράξεις αυτές με την ανθρωποκτονία.

Διαφωνώντας με τον Μ. Βασίλειο ο Πατριάρχης της Κωνσταντινουπόλεως Ιωάννης ο Νηστευτής (580-619) παρουσιάζεται εξαιρετικά επιεικής στο θέμα των αμβλώσεων.

Το 680 μ.Χ. ωστόσο η ΣΤ΄ Οικουμενική Σύνοδος του Τρούλου στην Κωνσταντινούπολη υιοθετώντας τις αυστηρές απόψεις του Μ. Βασιλείου, εξομοιώνει την παροχή και λήψη εκτρωτικών μέσων με το φόνο και καθορίζει πια οριστικά την στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο επίμαχο θέμα.

Το γιατί η Χριστιανική Εκκλησία ταύτισε την αμβλωση με την ανθρωποκτονία δεν είναι βέβαια ένα θέμα το οποίο επιδέχεται απόλυτες και μονοδιάστατες ερμηνείες. Η στάση αυτή ίσως να πήγασε αρχικά από την αντίθεση των Χριστιανών απέναντι στη πλήρη ανηθικότητα που επικρατούσε την εποχή εκείνη κυρίως στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Η σεξουαλική σχέση δικαιολογείται πια μόνο όταν γίνεται για χάρη της τεκνοποιίας και θεωρείται αμάρτημα όχι μόνο η άρνηση των αποτελεσμάτων αυτής της σχέσης (άμβλωση) αλλά και η παρεμπόδισή τους με οποιοδήποτε τρόπο.

Εν τούτοις, ο κυριώτερος λόγος, φαίνεται να είναι αυτή καθ' αυτή η χριστιανική πίστη για την πηγή της ζωής. Η ζωή είναι Θείο δώρο και ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να το αρνηθεί αφού έτσι αρνείται την ίδια τη δέλση του Θεού.

Η Μαγδαλινή Κώστα-Τσολάνη, Θεολόγος - Νευρολόγος - Ψυχολόγος, Λέκτορας του Παν/μίου Θεσσαλονίκης υπογραμμίζει: «Η γυναίκα που αρνιέται τη μητρότητα, αρνιέται τη χαρά της δημιουργίας, ξεφεύγει από την αποστολή της, προδίδει το έργο της. Παραιτείται από την εντολή του Θεού να γίνει συνδημιουργός του.

Όταν αρνείται τη μητρότητα ενώ περιμένει ένα παιδί, διαπράττει διπλό έγκλημα. Το πρώτο είναι ότι σκοτώνει με τον χειρότερο τρόπο ότι πιο πολύ αγαπάει στον κόσμο, το παιδί της και δεύτερο, εξαφανίζει ότι πιο μεγάλο και πραγματικά ωραίο έχει να παρουσιάσει η ανθρωπίνη ψυχή.

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και την καταδικάζει. Επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας.

Οι Προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη, ενώ μερικά δόγματά τους αναφέρουν ότι: "Η Θεραπευτική «έκτρωση» είναι επιτρεπτή όταν ζητείται. Υπάρχουν βέβαια ορισμένοι Προτεστάντες που παίρνουν την ίδια θέση με αυτή της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την έκτρωση, ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού Νόμου. Γενικά όμως φαίνεται ότι η έκτρωση είναι αποδεκτή για τη "διατήρηση της υγείας της μητέρας".

Το 1937 η Ιεραρχία της Εκκλησίας της Ελλάδος απέστειλε προς τον Κλήρο και το Λαό μια πραγματικά βαρυσήμαντη για την τεκνογονία Εγκύκλιο. Στο προίμιο της εγκυκλίου επισημαίνεται το γεγονός ότι οι εκτρώσεις και τα κάθε μορφής προληπτικά της παιδοποιΐας μέσα, που βρίσκονταν σε πλήρη έξαρση παγκοσμίως, είχαν διεισδύσει και στη χώρα με κίνδυνο "να σαλεύσει τις βάσεις της οικογενείας, να καταστρέψει την ηθική έννοια και τον υψηλό του γάμου σκοπό, να διαφθείρει τους Έλληνες χριστιανούς συζύγους και να βλάψει ανεπανόρθωτα το Ελληνικό Έθνος δια της αραιώσεως του πληθυσμού". Στη συνέχεια τονίζονται οι ηθικής φύσεως συνέπειες για τη γυναίκα, γιατί οι φυσικές επιπτώσεις είναι και άμεσες και καταστροφικές.

Σύμφωνα με την εγκύκλιο του 1986 στην έκτρωση: "... εκτός από τη γυναίκα έγκυο υπάρχει και ένα άλλο πρόσωπο, το έμβρυο που έχει ίση με αυτή ανθρωπίνη ιδιότητα και ίσα δικαιώματα ζωής. Γιατί το έμβρυο, όπως είπαμε, είναι πλήρης, τέλειος και ολόκληρος άνθρωπος από τη στιγμή της σύλληψης. Και συνεπώς η έκτρωση είναι φόνος. Φόνος εκ προμελέτης.

Είναι μια ενέργεια που στερεί τον άνθρωπο από ο υπέρτατο αγαθό, τη ζωή. Πρέπει να τονισθεί, ότι ακόμη κι αν υποτεθεί ότι τη ζωή στον άνθρωπο την δίνει η μητέρα του, αυτό δεν της δίνει το δικαίωμα και να την αφαιρεί όποτε θέλει. Και συνεπώς, κάθε γυναίκα που κάνει έκτρωση είναι ένας απαίσιος φονιάς. Και όχι μόνο η μητέρα, αλλά και ο πατέρας και κάθε πρόσωπο που συνεργεί στο απαίσιο αυτό έγκλημα, έστω και μόνο με συμβουλή και υποδείξεις είναι φονιάδες....".

Η εγκύκλιος του 1986 αναφέρεται και στην άποψη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας πάνω στο θέμα και αποτελεί την επίσημη αντίδραση της Ιεράς Συνόδου στην γήφιση του νόμου για τις αμβλώσεις (20-3-86).

Αξίζει δε να παρουσιάσουμε και την επίσημη αντίδραση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας στη γήφιση αντίστοιχου νόμου στην Ιταλία στις 22-5-1978. Στο επίσημο όργανο του Βατικανού "Ρωμαίος Παρατηρητής" γράφτηκαν τα εξής: «Νομίζουμε πως ο νόμος αυτός πρέπει να καταχωρηθεί μεταξύ των

απαισιών συμβάντων που δεν αποφέρουν ούτε την απελευθέρωση ούτε τη δικαιοσύνη, ούτε το καλύτερο μέλλον που επιθυμούν άτομα και λαοί. Και το νομίζουμε όχι μόνο για λόγους πίστης, αλλά απλώς επειδή είναι νόμος που εκφράζει τον εγωϊσμό, την ασυδοσία, ακόμη και την βία, στην οποία η κοινωνία δεν μπορεί να αντισταθεί, αλλά απεναντίας, την βοηθά και την εφαρμόζει.

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

“Φόνος εκ προμελέτης”, “βία”, “ασυδοσία”, είναι λέξεις που περιγράφουν χαρακτηριστικά την έκτρωση. Και η σύγκρουση της Εκκλησίας με την Πολιτεία ήταν μεγάλη. Συζητήσεις έγιναν πολλές και δημοσιεύθηκαν στον τύπο, παρουσιάστηκαν στην τηλεόραση. Πόσο όμως επηρρεάστηκε η κοινωνία από αυτές τις συζητήσεις;

Η Ιεραρχία της Εκκλησίας απευθύνεται προς την Κυβέρνηση και την Κοινοβουλευτική Αντιπροσωπεία για να αποφύγουν τη νομική κατοχύρωση των αμβλώσεων και να ενθαρρύνουν την τεκνογονία, υποστηρίζοντας την οικογένεια προς τους εγγάμους άνδρες και γυναίκες αλλά και προς τον ιατρικό κόσμο να μην συνεργαστεί ποτέ στις αμβλώσεις.

Επίσης προτείνουν την συνεργασία Εκκλησίας-Κράτους-Αρμοδίων φορέων, θέλοντας να διαφυλάξουν την ηθική αντίληψη και δρησκευτική φιλοσοφία, με σκοπό να δημιουργηθούν προγράμματα για την ενημέρωση του πληθυσμού, την υπεύθυνη διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση, για θέματα τεκνογονίας, σεβασμού της ζωής. (Θεολογική Σχολή του Α.Π.Θ. “Για το θέμα των αμβλώσεων”- Εκκλησιαστική Αλήθεια 16/2/84, σελ. 5)

Όσον αφορά τη γυναίκα, τους ρόλους και τα δικαιώματα που της αποδίδονται στη σημερινή κοινωνία, διακηρύττει ότι αποτελεί οργανικό μέρος της ευρύτερης κοινωνίας και αρνείται την ύπαρξή της σαν απλό άτομο. Σαν τέτοια λοιπόν δεν μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα για την τύχη του εμβρύου που έχει μέσα της.

#### 4. Ιστορικό των αμβλώσεων σε Ευρωπαϊκές χώρες

Η παράγραφος αυτή αναφέρεται στο νομικό καθεστώς που έχει δεσποδεί τα τελευταία χρόνια, σ' όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη, όπως εκδόθηκε από την Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Λονδίνο την Άνοιξη του 1989.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που αποποινικοποίησε την αμβλωση από το 1955. Στη χώρα αυτή η αμβλωση δεν θεωρείται έγκλημα κατά της ζωής αλλά κατά της υγείας. Εδώ γίνεται διάκριση μεταξύ της νόμιμης και παράνομης αμβλώσεως (διάταγμα της 23/11/1995 του Πρεζίντιουμ του Ανωτάτου Σοβιέτ, "Περί παρανόμου αμβλώσεων").

Η νόμιμη αμβλωση επιτρέπεται ελεύθερα, αρκεί να γίνεται σε νοσοκομείο ειδικά καθορισμένο από γυναικολόγο ιατρό. Αντίθετα η παράνομη τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους.

Στην Γαλλία επιτρέπεται με όρους, αλλά το θέμα είναι πάντα ανοικτό. Η Σιμόν Βέϊλ νομιμοποίησε τις αμβλώσεις το 1973. Όταν ο νόμος αυτός τροποποιήθηκε το 1979 ήταν τόση η αντίδραση του ιατρικού κόσμου, ώστε ανάγκασαν να συμπεριληφθεί διάταξη στην οποία οι γιατροί μπορούν να αρνηθούν να εκτελέσουν αμβλωση όταν είναι αντίθετοι για λόγους "συνειδήσεως".

Ο νόμος στη Γαλλία επιτρέπει διακοπή μέχρι την 10η εβδομάδα, ενώ για θεραπευτικούς σκοπούς δεν θέτει περιορισμούς. Οι ανήλικες χρειάζονται συναίνεση των γονέων τους και από 1/2/1988 το κράτος καλύπτει το 80% των εξόδων.

Στην Αγγλία η νομοθεσία του 1803 καταδίκασε σε θάνατο τις γυναίκες που διέκοπαν εκούσια την κύησή τους. Το 1929 η ποινή μετατράπηκε σε ισόβια, ενώ το 1961 επιτράπηκε η έκτρωση σε περίπτωση κινδύνου της μητέρας. Το 1967 μέσα σ' ένα φιλελεύθερο κλίμα υψίστηκε ο νόμος "as Abortion Act" που αναγνωρίζει την προσφυγή της γυναίκας σε έκτρωση σε ορισμένες και μόνο περιπτώσεις, όπως όταν υπάρχει σωματικός ή ψυχικός κίνδυνος για τη γυναίκα, ή όταν το έμβρυο πάσχει από σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες, ή όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία άλλων παιδιών της οικογένειας.

Για να πραγματοποιηθεί μια έκτρωση θα πρέπει να έχει ληφθεί υπ' όψιν η γνώμη δύο γιατρών.

Για το 1979 έχουμε τα εξής στοιχεία:

- 119.000 νόμιμες αμβλώσεις για τους κατοίκους της Μ. Βρετανίας.



- 2,4 στους 1.000 κατοίκους.
- 12,0 στις 1.000 γυναίκες (15-44 χρονών).
- 184 νόμιμες αμβλώσεις στις 1.000 κανονικές γεννήσεις.

Στο Βέλγιο οι αμβλώσεις απαγορεύονται από το 1867 με ποινή φυλακίσης από 2-5 χρόνια για τον γιατρό ή την έγκυο. Απόπειρα τροποποιήσεων το 1968 απέτυχε.

Στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει ενιαία ρύθμιση για τις αμβλώσεις. Η κάθε Πολιτεία έχει το δικό της σχετικό νόμο. Τον Αύγουστο του 1972, ύστερα από αγώνα γυναικείων οργανώσεων, 13 Πολιτείες υψίφισαν νόμους για την έκτρωση ανάλογους με τους Σκανδιναυϊκούς.

Η Πολιτεία της Νέας Υόρκης αποποινικοποίησε πρώτη τις αμβλώσεις το 1970. Το 1973 η νομιμοποίηση έγινε σε εθνική κλίμακα. Λόγω όμως των αντιδράσεων χρηματοδοτήθηκαν μόνο σε 16 Πολιτείες.

Από το 1977 οι αμβλώσεις επιτρέπονται ως την 12η εβδομάδα και μόνο για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς. Το 1984 στην παγκόσμια διάσκεψη πληθυσμού που έγινε στο Μεξικό, οι Η.Π.Α. τοποθετήθηκαν εναντίον των αμβλώσεων και την χρησιμοποίησή τους ως μέσον αντισύλληψης. Αποφάσισαν δε να κόψουν την επιχορήγηση της αντισυλλυπτικής προπαγάνδας τόσο σε χώρες με έντονο δημογραφικό πρόβλημα, όσο και σε χώρες με υψηλή γεννητικότητα.

Το 1973 όταν ακόμη υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις εκτρώσεις, έγιναν 500.000 εκτρώσεις. Το 1975 δυό χρόνια μετά τη νομιμοποίηση, ο αριθμός έφθασε το 1.000.000.

Στην Ελβετία παρά το οξύ δημογραφικό πρόβλημα, η άμβλωση απαγορεύεται. Μόνο για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς επιτρέπεται με τη σύσταση δύο γιατρών.

Στη Γερμανία οι αμβλώσεις επιτρέπονται πλην ορισμένων περιπτώσεων. Με νόμο του 1974 που τροποποιήθηκε το 1976, οι αμβλώσεις επιτρέπονται όταν η ζωή ή η υγεία της μητέρας κινδυνεύει, ή όταν το παιδί έχει μεγάλες πιθανότητες να γεννηθεί με σοβαρές βλάβες, ή όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, και όταν πρέπει να προληφθεί μια κατάσταση κοινωνικής ανάγκης.

Επιβάλλεται για την επέμβαση γνωμάτευση γιατρού, ή αρμόδιας επιτροπής. Η επέμβαση γίνεται πριν την 12η εβδομάδα της κύησης και τα χρήματα τα καταβάλλει το ασφαλιστικό ταμείο της γυναίκας.

Στις Σκανδιναυϊκές χώρες (Φιλανδία, Σουηδία, Νορβηγία), ο νόμος για τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων υψίστηκε αρκετά νωρίς με πιέσεις όχι

μόνο των γυναικείων οργανώσεων και της κοινής γνώμης, αλλά και των εθνικών ιατρικών συλλόγων σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες όπου οι γιατροί έφεραν τα μεγαλύτερα εμπόδια.

Ωστόσο και πάλι η νόμιμη άμβλωση καλύπτει μόνο συγκεκριμένες περιπτώσεις π.χ.: Όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι, λόγοι ανδρωπισμού (βιασμοί), ευγονικής (αναπηρία του εμβρύου) και κοινωνικοί λόγοι.

Η διαδικασία για να καταταχθεί η περίπτωση μιας γυναίκας σ' αυτές τις κατηγορίες είναι μακρόχρονη και πολλές Σκανδιναυές προτιμούν να πάνε στη Πολωνία αντί να περιμένουν την έγκριση.

Στην Φιλανδία το 1978 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

- 16.900 νόμιμες άμβλώσεις, ποσοστό 3,64% στους 1.000 κατοίκους.
- 15,8% στις 1.000 γυναίκες (15-44 ετών) και
- 265 νόμιμες άμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

Στη Σουηδία για το 1979 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

- 34.700 νόμιμες άμβλώσεις, 4,24% στους 1.000 κατοίκους.
- 20,9% στις 1.000 γυναίκες (15-44 ετών). και
- 358 νόμιμες άμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

Στη Δανία επιτρέπεται η δωρεάν άμβλωση με μόνη προϋπόθεση την αίτηση της γυναίκας. Ωστόσο όταν η άμβλωση γίνεται κάτω από ορισμένες συνθήκες (βιασμός, όταν απειλείται η ζωή της γυναίκας, ή όταν το παιδί θα γεννηθεί με συγγενείς ανωμαλίες). Η έκτρωση επιτρέπεται ακόμη και σε περιπτώσεις που η γυναίκα είναι πολύ νέα, ή για κοινωνικούς λόγους.

Θα πρέπει να γίνει μόνο μέχρι τη 12η εβδομάδα και πάντα με τη συμβουλή γιατρού. Για το 1975 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

- έγιναν 23.200 νόμιμες άμβλώσεις, 4,5% στους 1.000 κατοίκους.
- 2,6% στις 1.000 γυναίκες (15-44 ετών). και
- 398 νόμιμες άμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

Στη Γαλλία, όπως αναφέρθηκε, το θέμα ρυθμίστηκε με τον περίφημο νόμο της Σιμόν Βεΐλ που ψηφίστηκε στις 17-1-1975. Ο νόμος καθιερώθηκε για μια δοκιμαστική περίοδο 5 ετών. Το γενικό πλαίσιο αυτού του νόμου επιτρέπει σε κάθε ανήλικη Γαλλίδα ή ξένη που διαμένει στη Γαλλία πάνω από 3 μήνες, να διακόψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μέχρι και την 20η εβδομάδα με την προϋπόθεση ότι θα γίνει από γιατρό δημοσίου ή ιδιωτικού νοσηλευτηρίου.

Στην Ιταλία μια δίκη το 1973 στην Πάντοβα, γίνεται αφορμή για σειρά φεμινιστικών κινητοποιήσεων. Λίγο αργότερα "Ιταλικά Κέντρα Αντισύλληψης και Στείρωσης" (CISA) άρχισαν να κάνουν δημόσια άμβλωση. Δυό χρόνια

αργότερα στο CISA της Φλωρεντίας, 40 γυναίκες κατηγορούνται για άμβλωση και ο Διευθυντής του Κέντρου συλλαμβάνεται.

Ακολουθούν μεγάλες διαδηλώσεις σε πολλές πόλεις της Ιταλίας και τον Ιούνιο της ίδιας χρονιάς ιδρύεται το CRAC (Επιτροπή της Άμβλωσης για την Άμβλωση και την Αντισύλληψη) όπου οι γυναίκες ανέλαβαν οι ίδιες να κάνουν παράνομες αμβλώσεις. Στο τέλος του χρόνου, το CRAC οργάνωσε στη Ρώμη μεγάλη διαδήλωση στην οποία συμμετείχαν 20.000 γυναίκες.

Μέχρι το 1978 που υψίστηκε ο νόμος για τις αμβλώσεις, έγιναν φεμινιστικές συναντήσεις σε εθνικό επίπεδο και η συντονιστική επιτροπή των Κέντρων Υγείας ετοίμασε την δική της πρόταση νόμου, που τελικά υψίστηκε και προέβλεπε την δυνατότητα άμβλωσης σε γυναίκες πάνω από 18 χρονών με τη συννένεση του "γεννήτορα" και σε περιπτώσεις σοβαρού κινδύνου της φυσικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας σε σχέση με την οικονομική, κοινωνική, οικογενειακή της κατάσταση.

Παρόλη τη νομιμοποίηση, οι δυσκολίες της άμβλωσης παρέμειναν τεράστιες. Πολλοί γιατροί αρνούνται να διακόσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι παράνομες αμβλώσεις συνεχίζονται σε ολόκληρη τη χώρα με τιμές αστρονομικές.

Στη Βουλγαρία, από το 1972 οι αμβλώσεις απαγορεύονται στις άτεκνες γυναίκες ή στις γυναίκες με ένα μόνο παιδί. Εξαιρέση γίνεται για τις νεότερες από 18 και τις μεγαλύτερες από 45 καθώς και για τις περιπτώσεις σοβαρής αρρώστιας.

Τα ίδια μέτρα με αυτά της Βουλγαρίας, ισχύουν και στην Τσεχία και στην Σλοβακία.

Στην Ισλανδία και στη Νορβηγία οι αμβλώσεις γίνονται ελεύθερα σύμφωνα με το Δανέζικο και το Σουηδικό πρότυπο με νόμους που θεσπίστηκαν το 1975.

Στην Ιρλανδία η άμβλωση απαγορεύεται με διάταξη του 1861 και τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη!!

Στην Ολλανδία από το 1970 νομιμοποιήθηκαν οι αμβλώσεις μόνο σε νοσοκομείο ή κλινική που διαθέτει ειδική άδεια. Το 1981 η άμβλωση θεωρήθηκε η "έσχατη λύση" και θα πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια για να αποφευχθεί. Τέλος για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται η συγκατάθεση ενός γιατρού και της γυναίκας.

Στην Πορτογαλία και στην Ισπανία η άμβλωση διώκεται ποινικά και στις δύο χώρες. Στην Ισπανία επιτρέπεται για θεραπευτικούς λόγους, για βιασμό και για δυσπλασία του εμβρύου.

Στο Λουξεμβούργο, η άμβλωση επιτρέπεται από το 1978 μέχρι τη 12η εβδομάδα της κύησης και σε περιπτώσεις σοβαρών κινδύνων της εγκύου ή του παιδιού που θα γεννηθεί. Για την επέμβαση χρειάζεται η γνωμοδότηση δύο γιατρών και απαιτείται ιατρικό συμβούλιο για τους κινδύνους.

Στην Πολωνία η άμβλωση είναι ελεύθερη κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Από το 1959 υπάρχει έντονη αντίδραση από την Ένωση Γυναικών και την Εκκλησία που συμμαχούν με την Κυβερνητική πολιτική για την ενίσχυση των γεννήσεων.

Στην Ιαπωνία όπου δεν υπήρχαν θρησκευτικά ή ηθικά εμπόδια για την άμβλωση, η καδιέρωση των αμβλώσεων με απλή αίτηση της γυναίκας συνετέλεσε μετά τον πόλεμο στο αναγκαίο δημογραφικό σε μια χώρα όπου η κατεστραμμένη οικονομία και η κατακόρυφη αύξηση των γεννήσεων αποτελούσαν σοβαρά προβλήματα.

Το χαμηλό κόστος των αμβλώσεων είχε σαν αποτέλεσμα μια σημαντική μείωση του ποσοστού των γεννήσεων μέσα σε 15 χρόνια. Στη συνέχεια όμως αυτή η "φιλελεύθερη" αντιμετώπιση του θέματος των αμβλώσεων δυσκόλεψε τη διάδοση των αντισυλληπτικών μέσων, αφού η άμβλωση ήταν για τις γυναίκες μια φτηνή και αποτελεσματική λύση. Το 1970 η Κυβέρνηση αποφάσισε ότι η μείωση των γεννήσεων έχει ξεπεράσει το όριο ασφαλείας με επακόλουθο την σχετική έλλειψη εργατικών χεριών και άρχισε να ασκεί πιέσεις για τον περιορισμό των αμβλώσεων.

Στην Τυνησία ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται ότι μειώθηκε από τότε που η έκτρωση νομιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκαν προγράμματα Αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Τον Οκτώβριο του 1966 η Ρουμανία επανέφερε τροποποιημένους περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νόμιμων εκτρώσεων να πέσει στο 1/12 αυτών που γίνονταν προηγουμένως.

Στην Κίνα οι αμβλώσεις αποτελούν ένα τρόπο ελέγχου των γεννήσεων. Οι αμβλώσεις επιτρέπονται έως την 12η εβδομάδα της κύησης. Υπάρχει δε και ένας ακόμη περιορισμός: Να μην κάνει η γυναίκα περισσότερες από δύο εκτρώσεις το χρόνο.

## 5. Ιατρική άποψη

Την ιδεολογία και αντίληψη της ιατρικής για τις αμβλώσεις θα προσπαθήσουμε να τη μελετήσουμε χωρίζοντάς την σε δύο διαστάσεις. Στην άποψη της ιατρικής σαν επιστήμης και την άποψη της ιατρικής σαν επάγγελμα. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για να κατανοήσουμε την άποψη των επιστημόνων ερευνητών γιατρών, για την έκτρωση σαν επέμβαση, την ανθρωπινή ζωή, τη μέθοδο ρύθμισης της γονιμότητας και την άποψη των επαγγελματιών γιατρών που προβαίνουν στη διαδικασία της επέμβασης αυτής και ζουν το φαινόμενο από πολύ κοντά.

Η επιστήμη της εμβρυολογίας και γενετικής μετά από πολλές μελέτες και έρευνες στο ερώτημα πότε αρχίζει η ανθρωπινή ζωή , μπορεί πλέον να δώσει απάντηση.

«Η ζωή μιας ανθρωπίνης ύπαρξης αρχίζει τη στιγμή της γονιμοποίησης». Από την ώρα της σύλληψης, το γονιμοποιημένο ωάριο, μια κυτταρική μάζα, αγωνίζεται να ζήσει. Ήδη στις 18 μέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο κτύπος της καρδιάς του και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερα δικό του κυκλοφοριακό σύστημα. (Μελέτιος, "Έκτρώσεις", 1987, σελ. 26)

Η έκτρωση σαν επέμβαση τα τελευταία χρόνια γίνεται με λιγότερους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας μετά την οργάνωση και τελειοποίηση των τεχνικών προϋποθέσεων. Δεν παύει όμως να είναι επικίνδυνη, γιατί είναι μια επέμβαση που ο γιατρός δε μπορεί να δει τι ακριβώς κάνει στη μήτρα. Και σα μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων είναι η πιο απάνθρωπη.

"Ο αριθμός των αμβλώσεων χαρακτηρίζει και το βαθμό πολιτισμού των ανθρώπων, γιατί όσο οι χώρες είναι πιο πολιτισμένες, τόσο μικρότερο αριθμό αμβλώσεων έχουν". (Παπαδημητρίου - καθηγητής γυναικολογίας, εφημερίδα "Το Βήμα" 9-2-1986, σελ. 20).

Οι γυναικολόγοι-γιατροί που προβαίνουν σε έκτρωση βρίσκονται μπροστά σε μια επιθετική παρέμβαση στη φυσιολογική εξέλιξη της ζωής, που δημιουργεί τραυματική εμπειρία, τόσο στη γυναίκα, όσο και στο γιατρό. (Γιαννάκης, "Αμβλώσεις", περιοδικό Δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Μάιος-Ιούνιος 1985, τεύχος 33, σελ. 7).

Με τον Ιπποκρατικό όρκο είναι κατοχυρωμένη η θεμελιώδης αρχή για όλους τους ιατρούς-επιστήμονες, η απαγόρευση της άμβλωσης, καθώς και η ιατρική συνείδηση καταδικάζει την πράξη αυτή, γιατί η αποστολή των γιατρών

είναι στην υπηρεσία της ζωής και όχι στη συμμετοχή τους στη διακοπή μιας ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι γιατροί όμως αυτοί βρίσκονται μπροστά σε μια άλλη πραγματικότητα. Κάτω από την απαγόρευση με την επέμβαση της άμβλωσης αποκτούν μεγάλα οικονομικά οφέλη. Και αυτό γιατί μεγάλος αριθμός γυναικών οδηγούνται στην άμβλωση και ο νόμος δεν εφαρμόζεται πλήρως. Αν δεχθούμε ότι το κόστος μιας έκτρωσης είναι 60.000 δρχ. τουλάχιστον, φθάνουμε στα 14 δις δρχ. το χρόνο σπατάλη για ολόκληρη την εθνική μας οικονομία. Λεφτά που ξοδεύουν οι γυναίκες και καρπώνονται οι γιατροί αφορολόγητα.

Με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης αντιμετωπίζεται το οικονομικό πρόβλημα εν μέρη. Δημιουργούνται οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες για να γίνονται οι εκτρώσεις και να αντιμετωπίζεται η μεγάλη αυτή σπατάλη των αφορολογήτων 12 δις.

Αλλά ας μην παραλείψουμε το γεγονός ότι ένας αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται στους ιδιωτικούς γιατρούς, είτε από έλλειψη εμπιστοσύνης στους γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε γιατί οι ελληνίδες δεν έχουν αποβάλλει από τη λέξη έκτρωση το συνακόλουθό της "κοινωνικό στίγμα", που θα τις ακολουθήσει πηγαίνοντας στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου και παίρνοντας την άδεια έκτρωσης από την δουλειά τους.

Η ευθύνη των γιατρών είναι μεγάλη και κυρίως των γυναικολόγων, οι οποίοι αν δεν ερωτηθούν δε δίνουν σχεδόν ποτέ στις πελάτισσές τους συμβουλές για το θέμα της αντισύλληψης. Ελάχιστοι είναι αυτοί που γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των αντισυλληπτικών μέσων και νοιάζονται να βρεθεί η κατάλληλη μέθοδος για τη κάθε γυναίκα. Μια εγκληματική άγνοια και αδιαφορία χαρακτηρίζει το σώμα των Ελλήνων γυναικολόγων. (Δετοράκης Ιωάννης: "Οικογενειακός Προγραμματισμός- Αντισύλληψη- Σεξουαλική Διαφώτιση", σελ. 66).

Μερικές μέθοδοι αντισύλληψης θεωρούνται ότι είναι "ιατρικές" (χάπι, κολπικά διαφράγματα, ενδομήτρια ελάσματα και στείρωση) και άλλες "μη ιατρικές" (συνουσία που διακόπτεται, μέθοδος του ρυθμού και προφυλακτικά). Οι γιατροί και οι νοσοκόμες δίνουν έμφαση στις ιατρικές μεθόδους και αδιαφορούν για τις άλλες, αγνοώντας ότι πολλά άτομα ίσως να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη συνουσία που διακόπτεται. Θα ήταν καλό να γίνεται διαφώτιση ώστε να αφήνεται η τελική εκλογή στον ενδιαφερόμενο-ν.

## 5. Το Ηθικό Δίλημμα της Νοσηλεύτριας/τή στο θέμα των αμβλώσεων

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

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

Ένα από τα πρόσωπα αυτά, για λόγους ανεξαρτητους από την θέλησή της, του είναι και η Νοσηλεύτρια-τής. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων, που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την διατήρηση στη ζωή μιάς ύπαρξης που δεν έχει την δυνατότητα να αποφασίσει, απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις.

Αποκτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική-επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία, ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του Θεού -μιά και είναι ο μόνος που έχει τη δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει τη ζωή από τα πλάσματά του- δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικά ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα "χρηστότητα" και γνώση.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και τα επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

*"Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλευτή-τρια που διαθέτει μόνο «εγκέφαλο» και όχι «καρδιά» και φωτισμένη ηθική συνείδηση, μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φθάνει μόνο η σοφία".*

Και στο θέμα των αμβλώσεων είναι άξιο προσοχής να αναρωτηθεί κάποιος: Άραγε ποιοί νόμοι "ηθικοί", ποιοί κανόνες δεοντολογικοί και ποιά επιστημονικά πρόσωπα και κανόνες υποχρεώνουν τους Νοσηλευτές να γίνουν

συνεργοί σ' ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα που μπόρεσε να κάνει άνθρωπος σε άνθρωπο.

Κάτω από ποιές ηθικές και δεοντολογικές διεργασίες γίνονται τελικά μέτοχοι τις πιο πολλές φορές σ' ένα έγκλημα που δεν έχει ούτε αρχή ούτε τέλος, παρασυρμένοι τις πιο πολλές φορές από τον κυκεώνα μιας λογικής αρρωστημένης από τα κούφια λόγια επιστημόνων που τελικά αποδείχθηκε ότι διαδέτουν μόνο "εγκέφαλο" και τίποτε άλλο.

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλημμα για τον Νοσηλευτή-τρια. Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει και παρά την απόφασή του να μην γίνει συνεργός στο έργο της άμβλωσης, έρχονται οι νόμοι της Πολιτείας που του επιβάλλουν κυρώσεις - όταν η άμβλωση επιτρέπεται - σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλημμα να θυσιάσεις τη ζωή του εμβρύου σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μέλλουσας μητέρας, ή όταν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να φέρει βαρείες σωματικές ή διανοητικές ανωμαλίες.

Μέσα απ' όλα αυτά τα διλήμματα υπάρχει η ομάδα του Νοσηλευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι άμβλωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης. Θεωρεί την άμβλωση ηθικό και σωματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο.

Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής, έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυϊκή κατάσταση, θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές καθαρής αισχροκέρδιας.

Στην αντίπερη όχθη υπάρχει όμως και η άλλη μερίδα των Νοσηλευτών, η οποία δέχεται τη συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει τη γνώμη της σχετικά με το θέμα. Ενεργεί τελείως άβουλα κάνοντας πάντα αυτό που κάποιοι άλλοι την υποχρεώνουν χωρίς να νοιάζεται αν αυτό που κάνει είναι σωστό ή όχι.

Είναι άξιο όμως προσοχής να παρατηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των αμβλώσεων αλλά και στην πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

Μια άλλη ομάδα Νοσηλευτικού προσωπικού είναι εκείνη η οποία δεν αρνείται τη συμμετοχή της στην διαδικασία της άμβλωσης. Αυτό όμως δεν την



εμποδίζει να σκέφτεται, να κρίνει και να ενεργεί σύμφωνα πάντα με την δική της κρίση και έχοντας λογικά επιχειρήματα.

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δεν σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δε μπορεί ο Νοσηλευτής-τρια να αρνηθεί τη βοήθεια όταν εργάζεται σε δημόσιο τομέα, από τη στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται.

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

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

Ακόμη και στην περίπτωση που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σ' αυτή φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη των νοσηλευτών και την ψυχολογική υποστήριξη τους. Καθήκον τους είναι να προετοιμάσουν ψυχολογικά τη γυναίκα για τη δοκιμασία που την περιμένει και να την περιβάλλουν με την ζεστασιά και την αγάπη τους.

Οι συνέπειες για το Νοσηλευτή-τρια που αποφασίζει να αρνηθεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από τη συνείδησή του και τις ηθικές αρχές του, είναι βαρύτερες. Η απώλεια της εργασίας του είναι θέμα ζωτικής σημασίας για τον/την ίδιο/α και την οικογένειά του. Η αναμενόμενη προστριβή με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αλλά και η αντιπαράθεσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας τους -έστω και αν πρόκειται για "φόνο"- είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του/της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο Νοσηλευτής/τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του/της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή/τριας.

## 7. Η άμβλωση όπως τη βλέπει η σύγχρονη εφαρμοσμένη ψυχολογία

Η μητρότητα έχει θεωρηθεί από χιλιετηρίδες σαν το νόημα και το σύμβολο της γυναικείας ζωής. Όταν η γυναίκα αποχτούσε ένα παιδί, σήμαινε πως είχε εκπληρώσει το σκοπό της ζωής της.

Έχει μόνο νόημα στα πλαίσια ενός αρμονικού, ευτυχισμένου γάμου, όπου υπάρχουν και οι οικονομικές προϋποθέσεις για την ανατροφή του παιδιού. Αυτή η αρμονία της συζυγικής ζωής κατορθώνεται μόνο με την κοπιαστική προσαρμοστική διαδικασία των συζύγων μεταξύ τους.

Αποδεικνύεται γενικά σαν καλός ψυχολογικός κανόνας να έρχεται το παιδί τότε στον κόσμο, όταν οι σύζυγοι έχουν προσαρμοστεί μεταξύ τους και του "έχουν ετοιμάσει τη φωλιά".

Πόση σπουδαιότητα έχει για τα παιδιά μια τέτοια "φωλιά" το βλέπει κανείς στην τύχη των παιδιών ανύπαντρων μητέρων. Η κοινωνία μας είναι ακόμη γεμάτη προκαταλήψεις ενάντια στην ανύπαντρη μητέρα. Στενοκέφαλοι άνθρωποι θεωρούν μια γυναίκα, που είχε την ατυχία να αποκτήσει παιδί ανύπαντρη, σχεδόν σαν αμαρτωλό πρόσωπο. Αυτή η αφελής αντίληψη προέρχεται ακόμη από τις "παλιές καλές εποχές", που οι άνθρωποι πίστευαν ότι οι προγαμιαίες και εξωγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις είναι αμαρτία και διαφθορά.

Με αυτούς τους άκαμπτους ηθικούς κανόνες παράβλεπαν ότι η σεξουαλικότητα είναι ένα φυσικό ένστικτο, που δεν υπακούει πάντα στις υποδείξεις σεμνότητων ηθικολόγων. Νόμιζαν πως αρκούσε απλώς να "προειδοποιήσουν το κορίτσι για τους άνδρες". Διαφώτιση για την προφύλαξη από τη σύλληψη λείπει πολύ συχνά ακόμη και σήμερα. Έτσι δεν είναι σπάνιο ότι ακριβώς αξιοπρεπή και καλοαναθρεμμένα κορίτσια έχουν προγαμιαίες εγκυμοσύνες.

Τα νόθα παιδιά βρίσκουν εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες για την ανάπτυξή τους. Οι συνάνθρωποι τα στραβοκοιτάζουν και τα υποβιβάζουν και σε πολλές περιπτώσεις ο ψυχίατρος μπορεί να διαπιστώσει δεκαετίες αργότερα, σε καλούς και πολύτιμους ανθρώπους, τα ίχνη μιας οδυνηρής παιδικής ηλικίας, που βρέθηκε κάτω από τη δαμόκλειο σπάθη της "έλλειψης του πατέρα". Νευρώσεις, αγχώδεις καταστάσεις, αντικοινωνικές στάσεις απέναντι στη ζωή κλπ. αποδίδονται μερικές φορές στο γεγονός ότι κάποιος μεγάλωσε σε νόθο παιδί, κυρίως στα χωριά και στις μικρές πόλεις.

Η μητρότητα δε μπορεί να ζαφνιάζει τη γυναίκα σε δυστύχημα, αλλά πρέπει να είναι προγραμματισμένη, εκούσια και επιθυμητή. Γιαυτό σήμερα είναι απαραίτητος περισσότερο από κάθε άλλη φορά ο οικογενειακός προγραμματισμός, ο οποίος διδάσκει στις γυναίκες τις εξαιρετικές δυνατότητες της πρόληψης της σύλληψης και τις διαφωτίζει να φέρνουν στο κόσμο μόνο "επιθυμητά παιδιά".

## **8. Ποιοί οφελούνται από τις εκτρώσεις**

Δύο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τις εκτρώσεις.

Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι, που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν έκτρωση σε μια γυναίκα, χωρίς πολλή φασαρία αλλά με αρκετά χρήματα.

Τη δεύτερη αποτελούν γιατροί που κατά καιρούς έχουν πάρει το λόγο πάνω στο θέμα, συνήθως για να τονίσουν την επίπτωση των εκτρώσεων στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδος.

Οι γυναικολόγοι, με προκάλυμμα την επιστημοσύνη, τον ορθολογισμό, την ταμπέλα του "ειδικού", όντας οι μόνοι που έρχονται σε άμεση επαφή με τη γυναίκα, είναι βασικά αυτοί που διαμορφώνουν την αντίληψή της για τις λειτουργίες του κορμιού της και κύρια την αναπαραγωγική λειτουργία.

Ο λόγος των γυναικολόγων από την εμπειρία που ο καθένας μας έχει, είναι αποκαλυπτικός. Άρνηση έστω και της ελάχιστης διαφώτισης πάνω στα διάφορα προβλήματα, μυθοποίηση των λειτουργιών του κορμιού σαν κάτι που μόνο η επιστήμη μπορεί να αποκρυπτογραφήσει, γελιοποίηση και παραγνώριση όσων η γυναίκα έχει να πει.

Η χρήση που κάνουν οι γιατροί των γνώσεών τους ή της άγνοιάς τους, δεν είναι καθόλου αυτονόητη. Η διαστρέβλωση δεν είναι πάντα προφανής και χρειάζεται αντίλογος, διαφορετική πρακτική, για να αποδειχθεί η ιδεολογική στράτευση της υποτιθέμενης ουδέτερης και ορθής επιστημονικής διάγνωσης, γνώμης.

Η έκτρωση είναι ένα ακραίο μέσο αντισύλληψης που αντιστοιχεί στο σύνολό του στις ιδεολογικές δομές μιας κοινωνίας βασισμένης στην αυταρχική οικογένεια, στη διπλή ηθική. Αυτή η ιδεολογία νομιμοποιεί και την αυθαίρετη επιστημονική επιλογή, "καλύτερα έκτρωση παρά χάπι" που στην Ελλάδα αποτελεί ιατρικό δόγμα. Και αν δεν λέγεται έτσι, πάντως εννοείται, μια που όταν γίνεται λόγος για αντισύλληψη οι γιατροί προτείνουν πάντα τα

λιγότερο αποτελεσματικά μέτρα, με φυσική συνέπεια η έκτρωση να αποτελεί κατά κανόνα τη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Το να έχει κάνει μια γυναίκα πέντε εκτρώσεις, που είναι αριθμός μετριοπαδής -τη στιγμή που υπάρχουν όχι λίγες γυναίκες που οι εκτρώσεις τους ξεπερνούν κατά πολύ αυτό τον αριθμό- είναι πρακτικά ακίνδυνο. Η επισήμανση των κινδύνων στην περίπτωση αυτή αντιμετωπίζεται θεωρητικά και ποτέ σε σχέση με την πράξη. Όπου έκτρωση σημαίνει χειρουργική επέμβαση και όπου οι επιπτώσεις επανειλημμένων αποξέσεων που είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος έκτρωσης, ελάχιστα επισημαίνεται. Ακόμα και όταν κάτι συμβεί δεν συνδέεται ποτέ με το γεγονός προηγούμενης απόξεσης.

Αντίθετα, για τα χάπια, συστηματικά και ύπουλα, υπό τύπον "μικρών" ειδήσεων στις εφημερίδες, κυκλοφορούν διάφορα τρομακτικά. Στις περιπτώσεις που τα χάπια χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς, οι φόβοι μοιάζουν να εκλείπουν. Λες και αυτοί οι λόγοι οφείλονται περισσότερο στην ηθική υπέρβαση παρά στο χάπι καθαυτό.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι όλες οι ιδιωτικές γυναικολογικές κλινικές έχουν ένα τμήμα για "επεμβάσεις", όλοι οι γυναικολόγοι της χώρας δησαυρίζουν απ' αυτές και μόνο όταν συμβεί κάποιο ακραίο γεγονός (όπως θάνατος), η υπόθεση περνάει στα χέρια του νόμου. Δηλαδή στην Ελλάδα οι εκτρώσεις γίνονται ανενόχλητα και σε μεγάλο βαθμό, με τις σιωπηλές ευλογίες του κράτους που τις απαγορεύει.

Θα μπορούσε, λόγου χάρη, να υποθέσει κανείς πως η ανοχή του κράτους απέναντι στην παράνομη έκτρωση οφείλεται στην έλλειψη επαγγελματικών, κοινωνικών κλπ. διεξόδων για μεγαλύτερο πληθυσμό σε μια μη ορθολογισμένη κοινωνία σαν την Ελληνική.

Αν όμως συμβαίνει κάτι τέτοιο, γιατί αυτή η σιωπηλή ανάγκη περιορισμού των γεννήσεων δεν θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί με την προγραμματισμένη αντισύλληψη; Αλλά στην Ελλάδα στήθηκε για τους γιατρούς η τεράστια βιομηχανία των εκτρώσεων. Έτσι δεν πληροφορούν τις γυναίκες για τις επιπτώσεις στην υγεία τους και τις δυνατότητες αποφυγής τους.

Το είπε γνωστός Αθηναίος γιατρός σε κοπέλα 22 ετών που του ζήτησε αντισυλληπτικά χάπια μετά από έκτρωση: "Από τώρα; Κάνετε πρώτα μια δυό εκτρώσεις ακόμα ... Τα χάπια θα καταστρέψουν τον οργανισμό σας".

Κάθε πρωί αναλογούν δέκα εκτρώσεις σε κάθε γιατρό. Οι συνθήκες περιποίησης και καθαριότητας αντιστοιχούν με τις δυνατότητες του βαλαντιού των γυναικών. Οι προκαταρτικές εξετάσεις δεν θεωρούνται απαραίτητες κι έτσι μπορεί να κάνουν μια "αποξεσουλά" χωρίς η γυναίκα να είναι καν έγκυος.

Ποιοί έχουν λοιπόν συμφέρον στη διαιώνιση αυτής της κατάστασης; Ποιοί χρηματοδοτούν τους εκδοτικούς οργανισμούς για να δημοσιεύουν τερατώδη άρθρα με επιστημονική σοβαρόφάνεια για τους θανάσιμους κινδύνους των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων -το χάπι φάρνει θάνατο ή στην καλύτερη περίπτωση καρδιοπάθεια, καρκίνο, στέρωση, ανώμαλα παιδιά. Για τους Έλληνες γιατρούς η ασφαλέστερη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η "της ελεγχόμενης αποχής". Όσο λιγότερο, τόσο καλύτερα.

Πιασμένες λοιπόν στα γρανάζια της άγνοιας, της διαστρέβλωσης, εμπιστευόμενη κάθε γυναίκα το γιατρό της, καταφεύγει στην έκτρωση.

## **9. Νομική άπουη των αμβλώσεων στην Ελλάδα**

Το έμβρυο και η έγκυος γυναίκα προστατεύονται από το νόμο από πάρα πολύ παλιά, σχεδόν από τότε που έχουμε ανακαλύψει ότι υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις. Στη σημερινή εποχή, η προστασία του εμβρύου δεμελιώνεται με βασικά άρθρα του Συντάγματος.

Το **άρθρο 36 του Αστικού Κώδικα** δίνει δικαιώματα στο κυοφορούμενο. «Ως προς τα δικαιώματα που του υπάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό», (άρθρο 36 του αστικού κώδικα). Όσο για την αμβλωση, ο ποινικός νομοθέτης τη θεωρεί ως αξιόποινη πράξη που στρέφεται κατά της ζωής και καταλέγεται ανάμεσα στα εγκλήματα.

Το **άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα** τιμωρεί την αμβλωση. Τιμωρείται πρώτα-πρώτα η ίδια η γυναίκα που θα συναινέσει στην εφαρμογή αυτής της πράξης, με ποινές φυλάκισης από 10 ημέρες έως 2 χρόνια. Τιμωρείται επίσης και αυτός που κάνει την αμβλωση, με βαρύτερη ποινή, από 6 μήνες έως 5 χρόνια. (Κασκαρέλης, 1980, σελ. 64).

Ο **Ποινικός Κώδικας του 1950**, προβλέπει κάποιες εξαιρέσεις, όπου επιτρέπεται η αμβλωση σε περίπτωση "ιατρικής ενδείξεως", (όταν διαπιστωθεί μόνιμη ή προσωρινή ανωμαλία στην ανάπτυξη του εμβρύου, ή στην υγεία της γυναίκας), και "ηθικής ενδείξεως" (όταν η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού, αποπλάνηση ανηλίκου).

Στην πορεία όμως του χρόνου οι νόμοι που τιμωρούσαν την αμβλωση σαν έγκλημα, έπαυαν να εφαρμόζονται και όλο και λιγότερες περιπτώσεις έρχονταν στα δικαστήρια. Το 1959 είχαμε το μέγιστο αριθμό καταδίκων. Καταδικάστηκαν για αμβλωση 27 άτομα. Το 1957 είχαμε 21 καταδίκες. Το 1974 είχαμε 8 καταδίκες, το ίδιο και το 1975, και το 1976 φτάσαμε στις 2 καταδίκες (Κασκαρέλης, 1980, σελ. 20).

Συγχρόνως με το πέρασμα του χρόνου, ο αριθμός των αμβλώσεων όλο και αυξάνει. Έχουμε δηλαδή ένα νόμο που αφήνει ατιμώρητους τουλάχιστον 600.000 ανθρώπους το χρόνο. (300.000 αμβλώσεις το χρόνο επί 2 άτομα -το γιατρό και τη γυναίκα- εκτός του ότι ο αριθμός αυξάνει σημαντικά).

Κάτω από αυτή την πραγματικότητα λοιπόν, φτάνουμε στην υψίωση του νόμου 1609 του 1986, όπου νομιμοποιείται η άμβλωση εμβρύου ηλικίας μέχρι 12 εβδομάδων. Την κίνηση αυτή για αλλαγή της νομοθεσίας μπορούμε να την κατανοήσουμε αν δούμε την πραγματικότητα όπως εξελίσσονταν.

Η νομοθεσία που ρύθμιζε τις αμβλώσεις, λόγω του ότι δεν εφαρμόζονταν, έδινε το συναίσθημα της δικαιοσύνης που απαιτεί ισότητα μεταχείρισης. (Μαγκάκης, "Τα προβλήματα των αμβλώσεων", περιοδικό "Κοινωνική Επιθεώρηση", Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 1976, τεύχος 9-12, σελ. 75).

Ο αριθμός των αμβλώσεων αυξάνονταν ανησυχητικά από χρόνο σε χρόνο, λόγω της άγνοιας των μέτρων αντισύλληψης, της ανυπαρξίας προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής πάνω στο θέμα, της αλλαγής των συνθηκών διαβίωσης, αξιών και προτύπων, χωρίς αυτά να έχουν συνειδητοποιηθεί.

Η άμβλωση δεν είναι πια έγκλημα, γιατί δεν προσβάλλει τα στοιχειώδη ηθικά συναισθήματα της κοινωνίας αφού τελείται από μεγάλο αριθμό γυναικών, θα μας πει η κα Μαραγκοπούλου, καθηγήτρια εγκληματολογίας της ΠΑΣΠΕ. (Δορκοφίκη 1985, σελ. 55). Αν και οι έλληνες σήμερα τη θεωρούν αναγκαίο κακό, δεν την αντιμετωπίζουν σαν εγκληματική πράξη.

Η οικονομική επιβάρυνση των αμβλώσεων πλήττει τις ασθενέστερες τάξεις, ενώ επωφελείται η τάξη των γιατρών που είναι από τις πιο εύπορες. Τέλος η σημαντική μείωση των γεννήσεων αποτελεί "εθνικό θέμα" γιατί η ελληνική φυλή τείνει προς εξαφάνιση, πράγμα που χρειάζεται αντιμετώπιση.

Η εφαρμογή όμως του νόμου 1609 δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα όπως παρουσιάζεται στον ελληνικό χώρο, παρά ορισμένες μόνο πτυχές του. Η κίνηση που δημιουργήθηκε, γύρω από το νόμο, με υποστηρικτές και μαχητές του νομοσχεδίου, έφερε στην επιφάνεια το θέμα αυτό που δεν συζητιόταν, γιατί η ομολογία μιας έκτρωσης, ή η συζήτηση γύρω από αυτό βεβαίωνε την παρουσία της σεξουαλικής ζωής, πράγμα που ήταν κοινωνικά απαράδεκτο εκτός γάμου και αναγκαίο κακό μέσα στο γάμο.

Γίνεται συγχρόνως μια αρχή αντιμετώπισης του προβλήματος, χωρίς βέβαια να χαράζεται μια κοινωνική πολιτική, που σκοπό έχει να εκλείψει τους λόγους που το προκαλούν. Η δημιουργία ειδικών χώρων έκτρωσης σταματά τον οικονομικό παράγοντα σε βάρος των γυναικών προς όφελος των γιατρών.

Το κόστος της έκτρωσης μοιράζονται τώρα οι γιατροί και το κράτος. Στις περιπτώσεις που οι εκτρώσεις γίνονται στα Κέντρα αυτά, απαλλάσσονται και οι γυναίκες από το οικονομικό πρόβλημα. Στις περιπτώσεις όμως που οι εκτρώσεις γίνονται σε ιδιώτες γιατρούς, αυτοί πληρώνονται για την επέμβαση, παίρνοντας και από το κράτος το ανάλογο μερίδιο.

Η νομιμοποίηση εξάλλου, ανοίγει το δρόμο για τη διαπίστωση του προγράμματος, με επιστημονικές έρευνες, σ' όλες τις παραμέτρους, γιατρούς - γυναίκες - άντρες.

## **10. Φεμινιστική άποψη**

### **Οι δέσεις της γυναίκας απέναντι στην Πολιτεία.**

(Κίνηση για την Απελευθέρωση Γυναικών: Αντισυλληπτικά μέσα, σελ. 18-24, περίληψη)

Οι επανειλημμένες εκτρώσεις, κάνουν τις γυναίκες ράκη και ο έρωτας καταντά μια αγγαρεία, όπου πλανιέται ο συνεχής φόβος της εγκυμοσύνης, το άγχος, η υποκρισία, το αίσθημα ενοχής, καταστάσεις που δημιουργούν νευρώσεις και στον άνδρα και στη γυναίκα.

Καλλιεργούν την παθητικότητα της γυναίκας, αφού εξαρτάται από τη μια από τον άνδρα, που έχει την ευθύνη να "προσέχει" και από την άλλη από τον γιατρό που κάνει τις εκτρώσεις. Καταργούν δηλαδή ουσιαστικά το δικαίωμα στον έρωτα και στην ηδονή για τη γυναίκα, το δικαίωμα στην ανεξαρτησία.

Έτσι, με την πολιτική της στρουθοκαμήλου, το Κράτος αφήνει ανεξέλεγκτο έναν τεράστιο τομέα της δημόσιας υγείας και τον παραδίδει στην κερδοσκοπία των γιατρών. Έτσι βολεύονται και οι πουριτανοί ιδεολόγοι και κερδοσκόποι. Το Κράτος δεν δίνει φράγκο, το δύμα είναι η γυναίκα.

Για τις γυναίκες, το θέμα των γεννήσεων πρέπει να είναι ένα προσωπικό ζήτημα, που να λύνεται από την ίδια τη γυναίκα, με τη συμβουλή άλλων αν το επιθυμήσει. Αλλά, η κοινωνία έχει το χρέος να προσφέρει στη γυναίκα την αντικειμενική δυνατότητα για μια λύση, για μια πραγματικά ελεύθερη εκλογή, που σήμερα δεν υπάρχει.

Σήμερα δεν υπάρχει κοινωνική προστασία και ηθική υποστήριξη, για τη γυναίκα που θέλει να κρατήσει το παιδί. Δεν υπάρχει ενημέρωση και οικονομική βοήθεια, ώστε η γυναίκα να μπορέσει να προφυλαχθεί από την εγκυμοσύνη και να μην αναγκασθεί να καταφύγει στην έκτρωση.

Τέλος, δεν υπάρχει κοινωνική πρόνοια στην περίπτωση που κάνει έκτρωση, αντίθετα, η γυναίκα είναι μόνη και απροστάτευτη. Αυτές οι τρεις

καταστάσεις μέσα από τις οποίες η γυναίκα ζει με την καταπίεσή της, που είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους, πρέπει να πολεμηθούν και να καταργηθούν. Θα τις πολεμήσουν απαιτώντας:

α) Προστασία της μητρότητας.

β) Σεξουαλική ενημέρωση

γ) Αντισυλληπτικά μέσα και έκτρωση νόμιμα και δωρεάν.

## **11. Η άποψη της Πανελλήνιας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων**

Η Π.Ε.Φ.Κ. είναι φιλανθρωπικός-κοινωνικός σύλλογος και λειτουργεί ως "σταθμός πρώτων βοηθειών απόρων υπερπολυτέκνων Ελλάδος" απ' όλη τη χώρα με 6 παιδιά και άνω, ανήλικα ή σπουδάζοντα. Επίσης η Π.Ε.Φ.Κ. ασχολείται με ειδικές περιπτώσεις πολυτέκνων και παιδιών πολυτέκνων και περιπτώσεις χηρείας, αναπηρίας, ασθενείας, φυλακίσεως, εγκαταλείψεως, διαζεύξεως-διαστάσεως, προλήψεως εκτρώσεως άγαμων μητέρων.

Η Π.Ε.Φ.Κ. είναι υπέρ του σεβασμού της ανθρωπίνης ζωής. Στην Ελλάδα, εκτός από τους άλλους συλλόγους-σωματεία (Ιατρών, Επιστημόνων, Γυναικών κλπ) που έχουν αναπτύξει και αναπτύσσουν μια δραστηριότητα κατά των φονικών εκτρώσεων, στους κόλπους των "Φίλων των Πολυτέκνων" λειτουργεί από το 1980 η ομάδα "Ευαγγελισμού - Προλήψεως Εκτρώσεων" που ήδη οργανώνεται με την επωνυμία «ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΑ.ΣΥ.Π.Α.Π.).

Η Π.Ε.Φ.Κ. έχει σα στόχο την πρόληψη και θεραπεία των εκτρώσεων με την ηθική και υλική τόνωση και συμπαράσταση των πολυτέκνων γονέων. Η Π.Ε.Φ.Κ. ρίχνει περισσότερο το βάρος των δυνάμεών της τόσο στον ηθικό όσο και στον υλικό τομέα οσόντου οι δοκιμασμένοι να στηριχθούν και να στερεωθούν ψυχοσωματικά.

Η Π.Ε.Φ.Κ. αναφέρει ότι 500.000 υπολογίζονται σε παγκόσμια κλίμακα οι καθημερινές εκτρώσεις, που ο ετήσιος αριθμός τους υπολογίζεται στα 150-200.000.000. Για την Ορθόδοξη Εκκλησία οι ανάλογοι αριθμοί είναι: 1.000-1200 εκτρώσεις την ημέρα και 400.000 περίπου τον χρόνο. Ωστόσο οι αριθμοί αυτοί είναι κατά πολύ μεγαλύτεροι αν υπολογισθούν και οι εκτρώσεις που γίνονται με θεωρούμενα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ είναι εκτρωτικά (σπειράματα και κάποια φάρμακα). Γιατί ενώ αυτά δεν εμποδίζουν και ματαιώνουν την γονιμοποίηση αλλά εμποδίζουν και ματαιώνουν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα της μητέρας του.



## 12. ΑΠΟΨΕΙΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ & ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

### Απόψεις κατά των Εκτρώσεων

1. "Φόνο εκ προμελέτης, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας αξιόποινης πράξεως" τις χαρακτηρίζει ο ακαδημαϊκός Ν. Λούρος και τις θεωρεί "τον υπ. αιθμ. 1 κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου -από διάτρηση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση".

2. "Το γεγονός ότι 1 στα 4 κορίτσια, με εμπειρία γενετήσιας ζωής, έχει επίσης την οδυνηρή εμπειρία της εκτρώσεως, δίνει τις διαστάσεις της κοινωνικής μας ευθύνης, απέναντι στην οποία δεν επιτρέπεται να σιωπήσουμε". Δημ. Τριχόπουλος, Πρόεδρος Κρατικής Επιτροπής Πληθυσμού.

3. "Από τις εκτρώσεις δημιουργούνται πολυποίκιλες ψυχοσωματικές διαταραχές με επιπλοκές στο οικογενειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στην κοινωνία". Διον. Κασκαρέλης, Καθηγητής Μαιευτικής.

4. "Η βελτίωση, η τεχνική που κάνει πιο εύκολη την άμβλωση είναι εξαιρετικά ύπουλη, γιατί οδηγεί πιο εύκολα τις γυναίκες σ' αυτή τη λύση. Και αυτό είναι εκείνο που πρέπει να τονισθεί στο γυναικείο πληθυσμό". Διον. Αραβαντινός.

5. "Ολόκληρος ο ηθικός κόσμος της γυναίκας κλονίζεται γιατί έχει ακούσει για το μεγαλείο της μητρότητας". Σιμόν ντε Μπωβουάρ.

6. "Με την αύξηση των αμβλώσεων έχει και παραμένει απειλητικότερος ο κίνδυνος της στειρώσεως". Νικ. Λούρος.

7. "Η Εκκλησία, αντιμετωπίζουσα το θέμα από αγάπη προς τον άνθρωπο -και με όσα δίδαξε ο Χριστός για την ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου και της ανθρωπίνης ζωής- δεν αναγνωρίζει σε κανένα το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη συνεργασία των γονέων, αλλά και του Δημιουργού της ζωής, του Θεού". Μάρκος Σιώτης, Καθηγητής Θεολογίας.

### Απόψεις Υπέρ των Αμβλώσεων

Η βασική σύγκρουση ανάμεσα στις δύο διαφορετικές απόψεις γίνεται κυρίως ανάμεσα στην Εκκλησία και στην Επιστήμη γενικότερα. Η άποψη της Επιστήμης διαφέρει ριζικά. Οι θέσεις των επιστημόνων σχετικά με το αν το έμβρυο έχει ζωή ή όχι είναι οι εξής:

- Το έμβρυο δεν αποτελεί βιολογική αντίληψη. Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη ξεκινάει ως καθαρά οργανική ζωή και μόνο σ' αυτό το επίπεδο της ανάπτυξης έχει άμεση σχέση με την καταγωγή της.

- Ο άνθρωπος είναι μέρος της οργανικής ζωής, γιατί χωρίς αυτό δεν θα υπήρχε. Η νοημοσύνη όμως που είναι χαρακτηριστικό του ανώτερου στρώματος τον κάνει ανθρώπινη ύπαρξη. Με το έμβρυο το χαρακτηριστικό του ανώτερου στρώματος απουσιάζει: η νοημοσύνη είναι η ουσία με την οποία διακρίνεται από το κατώτερο στρώμα ανάπτυξης.

- Το γεγονός ότι ένα γονιμοποιημένο ωάριο μεγέθους 0,2 του χιλιοστομέτρου θα μπορούσε να είναι νοητική ύπαρξη, είναι δύσκολο να υποστηριχθεί. Κάθε τι που κάνει τον άνθρωπο αρχίζει με τη γέννηση.

- Ένα άλλο που πρέπει επίσης να σημειωθεί είναι ότι το ανθρώπινο έμβρυο και το έμβρυο του πιθήκου είναι τόσο όμοια όσο δυό μπιζέλια σ' ένα κλουβί. Οι ανατομικές λεπτομέρειες που θεωρούνται ανθρώπινα χαρακτηριστικά, μπορούν επίσης να βρεθούν και στον αγέννητο πίθηκο. Αν λοιπόν θέλουμε να ονομάσουμε το έμβρυο ανθρώπινο, δεν έχουμε λόγο να αρνηθούμε στο έμβρυο του πιθήκου αυτό το όνομα.

Δε μπορούμε δηλαδή να αποφανθούμε που τελειώνει το ζώο και αρχίζει ο άνθρωπος. Αν κάνουμε κάτι τέτοιο φυσικά θα ήταν υκοκειμενικό αποτέλεσμα. Κάθε ταξινόμηση είναι αυθαίρετη. Η φύση δεν ταξινομεί. Οι άνθρωποι ταξινομούν για λόγους ευκολίας.

Εφόσον το έμβρυο δεν αποτελεί ζωή, δεν αποτελεί ύπαρξη, δεν μπαίνει κατά συνέπεια ζήτημα αν η άμβλωση είναι φόνος ή όχι και άρα δεν πρέπει να τιμωρείται. Οι νόμοι δεν είναι τέλειοι για το λόγο ότι τους φτιάχνουν οι άνθρωποι. Ανάλογα με την κοινωνική δομή και τις προκαταλήψεις της εποχής διαμορφώνονται αντίστοιχα. Η άμβλωση είναι δικαίωμα της γυναίκας που το κατακτάει σιγά-σιγά, ξεφεύγοντας από την σκληρή ηθική δέσμευση και προκατάληψη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 1. Στοιχεία που διαμορφώνουν το πρόβλημα στην Ελλάδα

#### Επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα

Σε σχέση με το πρόβλημα της άμβλωσης, στην Ελλάδα εμφανίζονται στη βιβλιογραφία από το 1964. Μετά το συνέδριο του 1964 στο Λονδίνο, που πραγματοποίησε η Διεθνής Ομοσπονδία Προγραμματισμού της Οικογένειας (International Planned Parenthood Federation - I.P.P.F.) και συμμετείχε και Ελληνική αντιπροσωπεία της Ευγονικής Εταιρείας, η ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Αθήνας, πραγματοποίησε σειρά ερευνών με στατιστικό και επιδημιολογικό κυρίως χαρακτήρα. (έδρα Υγιεινής & Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών από τους Β. Βαλαώρα, Δ. Τριχόπουλο, Α. Πολυχρονούλου, Ι. Δανέζη, Κ. Καδάς κ.ά.).

Η πρώτη έρευνα της ομάδας αυτής πραγματοποιήθηκε το 1965-66 σε δείγμα 6.513 εγγάμων γυναικών ηλικίας 20-50 ετών. Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει για πρώτη φορά με έγκυρο τρόπο, ότι η συχνότητα των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλότερη από άλλες χώρες που έχουν το ίδιο ή διαφορετικό νομοθετικό καθεστώς. Και διαπιστώνεται ότι οι πιο διαδεδομένες αντισυλληπτικές μέθοδοι στην Ελλάδα είναι η διακεκομμένη συνουσία και το αντρικό προφυλακτικό.

Η ίδια ομάδα συνέχισε την εργασία εξετάζοντας τη συχνότητα των αμβλώσεων σε παντρεμένες και ανύπαντρες γυναίκες (περιοδ. "Ίπποκράτης", τόμος 6, τεύχος 4, 1978, σελ. 263-267). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν, ότι η πρακτική της άμβλωσης είναι ένα φαινόμενο ουσιαστικά ανεξάρτητο από παράγοντες που διαφοροποιούν το γυναικείο πληθυσμό της χώρας και ιδίως την οικογενειακή κατάσταση, παντρεμένες-ανύπαντρες, (Πίνακας 1) και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μορφωμένες-αμόρφωτες, πλούσιες-φτωχές, αστές-μη αστές. (Πίνακες 2 & 3).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

**Σχετική συχνότητα αμβλώσεων κατά ηλικία και οικογενειακή κατάσταση με βάση στοιχεία απογραφής 1971 (Ε.Σ.Υ.Ε. 1975)**

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΕΣ	ΑΝΥΠΑΝΤΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
15-19	0,40	0,69	0,66
20-24	1,50	1,58	1,55
25-29	2,53	1,50	2,19
30-34	1,27	0,29	1,07
35-44	0,39	0,02	0,32
ΣΥΝΟΛΟ	1,07	0,90	

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1978 (βάση αναφοράς = 100).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

**Συχνότητα σπουδαστριών μετά γεννητισίων σχέσεων και αναμνηστικού αμβλώσεως αναλόγως της εκπαιδευτικής στάθμης του πατέρα τους.**

Χρόνος σπουδών του πατέρα	Εξετασθέντες	Μετά γεννητισίων σχέσεων	Μετά αμβλώσεων αναμνηστ.	Μετά γεννητισίων σχέσεων επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επί τοις %
1	266	106	25	40	9	24
2	69	26	7	38	10	27
3	60	26	8	43	13	31
ΣΥΝΟΛΟ	395	158	40	40	10	25

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών 1980

- 1 = Χωρίς απολυτήριο Δημοτικού ή με απολυτήριο Δημοτικού
- 2 = Με απολυτήριο Γυμνασίου (Εξατάξιο ή Λύκειο)
- 3 = Ανώτερη ή Ανώτατη Εκπαίδευση

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Γυναίκες που ομολόγησαν άμβλωση και αριθμός αμβλώσεων κατά γεωγραφική περιοχή και αγροτικούς-αστικούς οικισμούς σε δείγμα 2.288 γυναικών από όλη την Ελλάδα

Περιοχή	Γυναίκες που ομολόγησαν αμβλώσεις			Αμβλώσεις που έγιναν		
	Σύνολο	Αστικές	Αγροτικές	Σύνολο	Αστικές	Αγροτικές
Σύνολο	2288	1155	1133	4904	2770	2134
Αθήνα	195	195	-	740	740	-
Στεριά-Πελοπόν.	624	228	396	1182	444	738
Θεσσαλία-Ήπειρος	272	150	122	504	286	218
Μακεδον.-Θράκη	788	352	436	1692	802	884
Νησιά	409	230	179	786	492	294

Πηγή: Ελληνική Ευγονική Εταιρεία 1967

Είναι φανερό από τα δεδομένα αυτά, ότι στην Ελλάδα η συχνότητα των αμβλώσεων είναι μεγαλύτερη στις παντρεμένες γυναίκες, σε αντίθεση με άλλες χώρες, όπως στις Η.Π.Α. όπου τα 3/4 των αμβλώσεων αφορούν ανύπαντρες γυναίκες.

Η σχετική σταθερότητα των αμβλώσεων σε ανύπαντρες σπουδάστριες, ανάλογα το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και η σχετική σταθερότητα σε γυναίκες, ανάλογα τον τόπο καταγωγής, διαφοροποιεί την αιτιολογία των αμβλώσεων στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες.

Από τα παραπάνω στοιχεία, μπορούμε να επισημάνουμε ιδιαιτερότητες του προβλήματος της άμβλωσης, όπως παρουσιάζονται στην Ελληνική κοινωνία. Η κακή πληροφόρηση και η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, έχει επιβάλλει μέχρι τώρα τη "χαλαρή" εφαρμογή του νόμου και στην πράξη την "κατά προτίμηση" αντισυλληπτική μέθοδο της άμβλωσης. Παρόλα αυτά, μπορούμε να μιλήσουμε και για κάποιο είδος "αντίστασης" στην παροχή και αποδοχή πληροφοριών, όσο αφορά το θέμα αυτό.

Η επαναλαμβανόμενη άμβλωση (δηλαδή περισσότερες από μια άμβλώσεις), αποτελεί σχεδόν κανόνα ιδίως για τις ελληνίδες που έχουν αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών, ενώ το 1/3 των άμβλώσεων γίνεται από γυναίκες 16-20 ετών, γεγονός που πιθανότατα υποδηλώνει, ότι η πρώτη έκτρωση συμπίπτει συχνά με την απαρχή των σεξουαλικών σχέσεων. (Ναζίρη, 1986).

Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα η προκλητή έκτρωση τελείται από "καλές" σχετικά συνθήκες, διότι οι γυναικολόγοι λόγω της συχνότητας των επεμβάσεων διαθέτουν αρκετή πείρα και οι θανατηφόρες περιπτώσεις είναι περιορισμένες. (Δανέζης, 1989)

Τελειώνοντας τη μικρή αυτή ανασκόπηση των στοιχείων που διαμορφώνουν το πρόβλημα άμβλωση, θα θέλαμε να σκιαγραφήσουμε λίγο την ελληνική οικογένεια, στους κόλπους της οποίας αποφασίζεται μια έκτρωση, είτε αυτή είναι η πατρική από την οποία προέρχονται η γυναίκα ή το ζευγάρι, είτε η οικογένεια που διαμορφώνεται από τους δύο συντρόφους, όπου και θα ενταχθούν τα παιδιά. (Ευρεία οικογένεια - πυρηνική οικογένεια, σύμφωνα με την Χάρις Κατάκη).

### Ο δεσμός της Οικογένειας

Βρισκόμαστε στις αρχές της μεταβιομηχανικής εποχής. Μέσα στις δύο - τρεις τελευταίες δεκαετίες, η χώρα μας πέρασε αστραπιαία από τον παραδοσιακό αγροτικό τρόπο ζωής, στο μεταβιομηχανικό, χωρίς να περάσουμε στη βιομηχανική εποχή.

Ο τρόπος της ανорδόδοξης αυτής πορείας, είχε τεράστια επίδραση πρώτα στη ψυχολογία του κάθε ανθρώπου χωριστά και κατόπιν στις σχέσεις των ανθρώπων μεταξύ τους. Ανακατεύουν το παλιό με το καινούργιο και διαρκώς παραπαίουν ανάμεσα σ' αυτά τα δυό.

Στο τέλος του 20ου αιώνα, η οικογένεια περνάει ένα μεταβατικό στάδιο. Η οριακή της θέση δεν βεβαιώνει τις μελλοντικές της μορφές. Είναι πάντως σίγουρο πως οι αλλαγές γίνονται, οι στόχοι της αλλάζουν.

Δεν υπάρχουν σταθερά πρότυπα. Λείπει εντελώς το καινούργιο μοντέλο ζωής. Η ελληνική κοινωνία αλλά και η ανθρωπότητα γενικότερα, φαίνεται να βρίσκεται μπροστά σ' ένα σημαντικό σταυροδρόμι. (Κατάκη Χ. "Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας", εκδόσεις Κέδρος, 1984, σελ. 76-79).

Μέχρι σήμερα, ο βασικός σκοπός και επιδίωξη της οικογένειας ήταν η βιολογική επιβίωση. Σήμερα στο μεγαλύτερο μέρος του πλανήτη μας, έχει

καλύγει τις βιοτικές του ανάγκες. Στη Δύση, όπου ανήκουμε και μεις, φτάσαμε στην εποχή του υπερκαταναλωτισμού. Κι όμως, τα προβλήματα του ανθρώπου είναι όσο ποτέ καυτά. Λέγονται άγχος, ανασφάλεια, νευρώσεις, γυχώσεις. Σήμερα βασικός σκοπός της οικογένειας είναι η ψυχολογική επιβίωση (Κατάκη 1984, σελ. 80), και η κάλυψη συναισθηματικών αναγκών (Τσαούσης Γ. "Στοιχεία Κοινωνιολογίας", εκδόσεις Gutenberg, 1979, σελ. 359).

## **2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα ή το ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση**

Σ' αυτή τη παράγραφο θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τους παράγοντες αυτούς, που οδηγούν την Ελληνίδα ή το Ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας που οδηγείται στην άμβλωση.

### **Όταν η Άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο**

#### **α) Οικονομικός παράγοντας**

Ο πυρήνας της ελληνικής οικογένειας είναι το παιδί όπου η λειτουργία του εμπλουτίζει τις συναισθηματικές σχέσεις του ζευγαριού. Στο πρόσωπο του παιδιού φαίνεται να αντικατοπτρίζεται το ζευγάρι και η επιθυμία του να συνυπάρξει μέσα στο χρόνο.

Η συμβολική αυτή λειτουργία του παιδιού, ωθεί τους γονείς να προσπαθούν να εξασφαλίσουν στο παιδί πολύ περισσότερα -σε σχέση με το παρελθόν- συναισθηματικά και υλικά πλεονεκτήματα. Έτσι όσο περισσότερο επενδύουν τα ζευγάρια σήμερα στην παρουσία του παιδιού στη ζωή τους, τόσο δυσκολότερα αποφασίζουν να φέρουν παιδί στη ζωή.

Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι τα κίνητρα τα οποία επικαλούνται συνήθως οι άντρες και οι γυναίκες όταν τους ρωτούν γιατί καταφεύγουν στην άμβλωση, αναφέρονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αφορούν τις σχέσεις του ζευγαριού. (Ναζίρη, 1986). Συγκεκριμένα αυτό γίνεται όταν στην οικογένεια δεν υπάρχει δυνατότητα για καλές απολαβές, πράγμα που δυσκολεύει την προσφορά στο παιδί

Άλλοτε πάλι η οικογένεια έχει τόσα παιδιά όσα μπορεί να αναδρέμει. Στην περίπτωση αυτή λείπουν τα χρήματα και η ενεργητικότητα για ένα ακόμα παιδί. Τέλος το ζευγάρι μπορεί να έχει βάλει κάποιες καταναλωτικές προτε-

ραιότητες (αν είναι σε καλή οικονομική κατάσταση) με αποτέλεσμα να θέλει να αναβάλλει την απόκτηση ενός παιδιού.

### β) Προγραμματισμός της Οικογένειας

Για να μπορέσει το ζευγάρι να προσφέρει στο παιδί τους, πρέπει και τα δύο μέλη του ζευγαριού να το θέλουν στη συγκεκριμένη στιγμή του χρόνου που έρχεται στη ζωή. Η υγιής οικογένεια έχει παιδιά επιθυμητά στο χώρο και στο χρόνο. Όταν η ελληνική οικογένεια αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών αποφασίζει την προκλητή έκτρωση.

### Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου

#### Επαγγελματικοί λόγοι

Όταν η γυναίκα ζει μόνη της και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας, ή την οικογένειά της, εξαρτάται από το μισθό της δουλειάς της και επηρεάζεται η απόφασή της για άμβλωση. Γιατί ένα παιδί απαιτεί χρόνο και ενεργητικότητα και είναι δύσκολο να συνδυασθεί η ανατροφή του με μια συνεχή εξωτερική απασχόληση, όταν η οικογένεια είναι μητρική, μονογονεϊκή.

Η έλλειψη πρόνοιας του Κράτους, όσον αφορά την δημιουργία συνθηκών ύπαρξης βρεφονηπιακών σταθμών, ελαστικά ωράρια εργασίας που θα βοηθήσουν να μεγαλώσει ένα παιδί, συντελεί στην απόφαση της γυναίκας να προβεί σε άμβλωση παρά να κρατήσει και να μεγαλώσει ένα παιδί εκτός γάμου.

#### Εκπαιδευτικοί λόγοι

Μια εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να είναι καταστροφική για τις σπουδές μιας φοιτήτριας. Ένα παιδί σε ακατάλληλη στιγμή είναι επιβάρυνση, είτε για τη συνέχιση, είτε για το ξεκίνημα κάποιου κύκλου σπουδών.

#### Κοινωνικοί λόγοι

Πολλές φορές η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει απόφαση για άμβλωση επειδή της επιβάλλεται από τις συνθήκες της ζωής, είτε από ανθρώπους του περιβάλλοντος (στενό οικογενειακό ή ευρύτερο κοινωνικό).

Είναι η άγαμη γυναίκα που ο πατέρας του παιδιού που κυοφορεί, την ωθεί στην άμβλωση για να απομακρύνει από τον εαυτό του ορισμένες ευθύνες και μάλιστα προτείνει σαν δόλωμα την πιθανότητα ενός μελλοντικού γάμου τον οποίο υπόσχεται να τελέσουν, αλλά ισχυρίζεται ότι δεν θέλει να τελέσει κάτω από την πίεση του παιδιού που θα γεννηθεί.



Είναι η γυναίκα που αναγκάζεται από το φόβο της εγκατάλειψης του συντρόφου της να προβεί στην άμβλωση. Είναι η γυναίκα που έχασε τις ελπίδες, που είχε να την παντρευτεί ο ερωτικός της σύντροφος. Είναι η κοπέλα, της οποίας η κοινωνία δεν της αναγνωρίζει το δικαίωμα να αναλάβει τον ρόλο της μάνας και επειδή δεν έχει το θάρρος να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ερωτικής προσέγγισης, αποφασίζει να απαλλαγεί απ' αυτές.

Τέλος, είναι η γυναίκα που φοβάται την κοινωνική κατακραυγή και αποξένωση και τέλος την περιθωριοποίηση τη δικιά της και του παιδιού της.

### Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας

#### Άγνοια και κακή ενημέρωση αντισυλληπτικών μεθόδων

Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα (1988) διαπιστώθηκε ότι η πιο διαδεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η άμβλωση και δεύτερο οι παραδοσιακοί τρόποι αντισύλληψης. Φτάνει λοιπόν στην άμβλωση η Ελληνίδα από άγνοια των σύγχρονων μέτρων αντισύλληψης ή την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα αυτών.

Λόγω της μερικής ενημέρωσης που έχει από περιοδικά, συζητήσεις κλπ. και της ανύπαρκτης ενημέρωσης από αρμόδιο φορέα - γιατρό. Λόγω του φόβου της να αναζητήσει κάποια λύση ή της ντροπής να συζητήσει ή να γιάξει το θέμα. Ο πίνακας 4 μας φανερώνει το μεγάλο ποσοστό των προκλητών εκτρώσεων σε ανύπαντρες σπουδάστριες μετά γεννητσίων σχέσεων

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Συχνότητα σπουδαστριών μετά γεννητσίων σχέσεων και αναμνηστικού προκλητών εκτρώσεων ανάλογα την ηλικία

Ηλικία	Εξετα- σθείσες	Μετά γεννητ. σχέσεων	Μετά αμβλώ- σεων	Μετά γεννητ. σχέσεων επι τοις %	Μετά αμβλώ- σεων επί τοις %	Μετά αμβλ. επί τοις % γεννητσο. σχέσεων
- 18	29	5	0	17	0	0
19	78	26	5	33	6	19
20	136	60	12	44	9	20
21	105	43	15	41	14	35
22	47	24	8	51	17	33
Σύνολο	395	158	40	40	10	25

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών 1988

Από τον πίνακα αυτό προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών με γενετήσιες σχέσεις, αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία, από 17% σε σπουδάστριες 18 ετών φτάνει σε 51% σε σπουδάστριες 22 ετών. Από την ηλικία των 22 ετών, το 33% των σπουδαστριών με γενετήσιες σχέσεις, έχουν υποβληθεί σε προκλητή έκτρωση. Τέλος, το 17% των αγάμων σπουδαστριών σε ηλικία 22 ετών, έχουν ήδη υποβληθεί σε άμβλωση.

Ο Sandstrom (1977) αναφέρει ότι στις Σκανδιναβικές χώρες, μεταξύ 1966-1977, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός νεαρών αγάμων γυναικών, οι οποίες έμειναν έγκυοι και ένας από τους λόγους αυτής της μείωσης είναι η καλύτερη γνώση των γυναικών για τις μεθόδους αντισύλληψης, λόγω εισαγωγής της διδασκαλίας αυτής σαν μάθημα στα σχολεία.

Εξάλλου η νομιμοποίηση των άμβλώσεων δεν φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μείωσή τους αλλά το μέγεθός τους συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής (Lafitte F. "Abortion in Britain today" στο Family Planning 21, σελ. 78-84, 1983).

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο για να εξετασθεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση, για να προσδιορισθούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα, που με τη συμμετοχή τους επηρεάζουν το άτομο για τη λήψη απόφασης για άμβλωση.

### β) Ψυχολογικός παράγοντας

Για να καταλάβουμε το βίωμα της άμβλωσης πρέπει να εξετάσουμε τη ζωή της γυναίκας ανάλογα με τη ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη και κυρίως με τη θέση που κατέχουν στον ψυχισμό της η εικόνα της μητέρας και η εικόνα του σώματός της. Ωστόσο αυτή η προσωπική εμπειρία εξελίσσεται πάντα σε ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και επομένως επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες.

### Ψυχοσεξουαλική εξέλιξη της γυναίκας

Για να διατυπώσουμε κάποιες υποθέσεις σχετικά με την απόφαση της Ελληνίδας να προσφύγει στην άμβλωση, πρέπει να λάβουμε υπόψην μας τη θέση και τους ρόλους που της αποδίδονται στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία.

Η μορφή και η δυναμική της ελληνικής οικογένειας επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικότητας και την ψυχοσεξουαλική εξέλιξή της. Στο στάδιο που βρίσκεται σήμερα η ελληνική κοινωνία έχουν φτάσει σε έξαρση οι αλλαγές που αφορούν τη γυναίκα. Ενώ αμφισβητούνται τα πάντα γύρω από το ρόλο της, μένουν ζωντανά τα δεδομένα και τα βιώματα του παραδοσιακού

εαυτού της, (Κατάκη Χάρης "Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας", 1984) και αναπόφευκτα δημιουργείται σύγχυση.

Σύμφωνα με την Κατάκη (1984) στην παραδοσιακή οικογένεια, η εικόνα της γυναίκας-κόρης, ήταν φορτισμένη με αρνητικές ιδιότητες. Η γέννηση του κοριτσιού αποτελούσε απογοήτευση για την οικογένεια και η ανατροφή του γίνονταν μέσα σε αυστηρές απαγορεύσεις, ενώ ο ρόλος της μητέρας ήταν εξιδανικευμένος. Με την απόκτηση του πρώτου παιδιού γίνονταν ξαφνικά το επίκεντρο της προσοχής.

Συνδέθηκε με ένα συνεχές δόσιμο στο παιδί, αλλά και με σημαντικές απολαβές για την ίδια. Η ταυτότητά της στηριζόταν στην προσφορά και στη δύναμη. Από τη συνεχή προσφορά της στο σύζυγο, στα παιδιά, στο σπιτικό της, στα πεδερικά της, στην κοινωνία, αντλεί δύναμη και κουράγιο για να προσφέρει, παίρνοντας παραδοχή, τρέφεται συγχρόνως και η αυτοεκτίμηση της.

Στην πυρηνική όμως οικογένεια, η γυναίκα είναι η βασίλισσα της φυλακής. Ο άνδρας της επωμίζεται τις ευθύνες για τη επιβίωση της οικογένειας, αναλαμβάνοντας η ίδια το βοηθητικό ρόλο της νοικοκυράς. Κλεισμένη στο διαμέρισμα, διοχετεύει την ανάγκη της για προσφορά και δύναμη στη σχέση της με το παιδί της, ικανοποιώντας το ρόλο της μάνας που είναι και ο σημαντικότερος.

Συγχρόνως όμως θέλει και να χαρεί. Απορρίπτει το ρόλο της παραδοσιακής γυναίκας όσο και της αστής. Θέλει να δώσει τη φροντίδα της στους δικούς της και να ικανοποιήσει τις δικές της προσωπικές φιλοδοξίες και επιδιώξεις. Η αντιπαράθεση μ' αυτές τις αντιφατικές καταστάσεις έχει αντίκτυπο στον ψυχισμό της που καταλήγει στη δημιουργία ενδοψυχικών συγκρούσεων έντασης και άγχους.

Οι συγκρούσεις αυτές αντανakλώνται στα σημαντικότερα γεγονότα που σπιγματίζουν την ψυχοσεξουαλική της ανάπτυξη: Έμμηνη ρύση, αντισύλληψη, τοκετό, έκτρωση.

Αναλύοντας λίγο το γεγονός της άμβλωσης θα δούμε ότι η σημερινή γυναίκα με τη διάδοση των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων και τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων, έχει πολύ μεγαλύτερη δυνατότητα πρόσβασης στη σεξουαλική ευχαρίστηση. Μην έχοντας όμως η ελληνίδα ξεκαθαρισμένη ταυτότητα μπλεγμένη ανάμεσα σε αντιφάσεις και αμφιθυμίες, -μεταξύ του παραδοσιακού ρόλου της και του σύγχρονου- οδηγείται σε ακινητοποίηση ή σε αντιφαντική συμπεριφορά. Ενώ δηλαδή θεωρεί τη σεξουαλική ζωή της αναπόσπαστο μέρος του εαυτού της, συγχρόνως την απορρίπτει.

Ο πίνακας 5 μας αποκαλύπτει τη διαφορά ποσοστού γενετήσεων σχέσεων και αμβλώσεων μεταξύ αγάμων σπουδαστριών που γεννήθηκαν σε αστική ή μη αστική περιοχή. Ο αριθμός των αμβλώσεων είναι μεγαλύτερος στις αστικές περιοχές. Στις μη αστικές περιοχές η γυναίκα εξακολουθεί να πιστεύει στις παραδοσιακές αξίες και έννοιες ως η αποφυγή των προγαμιαίων σχέσεων, ενώ στις αστικές περιοχές οι ιδέες αυτές και οι αξίες αμφισβητούνται.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Σύγκριση απαντήσεων αγάμων σπουδαστριών που γεννήθηκαν σε αστική ή μη αστική περιοχή, μετά γενετήσεων σχέσεων και αμβλώσεων

Τόπος γέννησης	Εξετασθείσες	Μετά γενετ. σχέσεων	Μετά αμβλώσεων	Μετά γενετ. σχέσεων επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επί τοις %	Μετά αμβλ. επί τοις % γενετ. σχέσεων
1	107	30	7	28	7	23
2	89	32	7	39	9	22
3	55	24	5	44	9	21
4	151	72	21	48	14	29
Σύνολο	395	158	40	40	10	25

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών 1988

- 1 = Μικρό χωριό κάτω των 1.000 κατοίκων
- 2 = Μεγάλο χωριό 1.000-10.000 κατοίκων
- 3 = Μικρή πόλη 10.000-50.000 κατοίκων
- 4 = Μεγάλη πόλη άνω των 50.000 κατοίκων

Η σύγχρονη ελληνίδα θέλει να ζήσει τη ζωή της και τον έρωτα, αλλά υποσυνείδητα αισθάνεται τόσο ένοχη για τις σεξουαλικές σχέσεις της, ώστε να υποχρεωθεί προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχική της ισορροπία, στην αυτοτιμωρία της μη λήψης αντισυλληπτικών, της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και της άμβλωσης. Συγχρόνως, ενισχύει την αρχαϊκή εξουσία της, τη δοσμένη από τη φύση, της δυνατότητας να παρέχει τη ζωή ή και το θάνατο, φέρνοντας στο κόσμο ζωές μεγαλώνοντάς τες ή σκοτώνοντάς τες.

## Η σημασία της παρουσίας του άντρα στη ζωή της γυναίκας

Τα περισσότερα από τα βιώματα της γυναίκας είναι συνιφασμένα με την παρουσία του άντρα στη ζωή της. Η άμβλωση δεν συντελεί μόνο, στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης της γυναίκας με το ίδιο της το σώμα, αλλά και της σχέσης του άντρα με το σώμα της γυναίκας. Έτσι η διαμόρφωση της μυχουσύνδεσης και της ταυτότητας του φύλου του άντρα και της γυναίκας προσλαμβάνει καινούργιες διαστάσεις.

Στην παραδοσιακή οικογένεια (Κατάκη, 1984), η γυναίκα που παντρευόταν, αποκτούσε το στήριγμά της, αυτό που θα τις πρόσφερε ότι επιθυμούσε: προστασία, οικονομική άνεση. Και η ίδια θα ανταπέδωνε με μια συνεχή προσφορά, αποστερώντας από τον εαυτό της τις υλικές απολαύσεις.

Αντίθετα, στη πυρηνική οικογένεια, αρνείται να δεχθεί το ρόλο της παραδοσιακής γυναίκας. Θέλει να ζήσει και να χαρεί. Μη έχοντας, όμως, χαράζει κάποιο δρόμο, δυσκολεύεται να σταθεροποιήσει τις σχέσεις με τον άνδρα. Δηλώνει χειραφετημένη και ικανή να ικανοποιήσει τις δικές της προσωπικές φιλοδοξίες. Στη πράξη όμως, διχάζεται ανάμεσα στη σύγχρονη αντίληψη για τη ζωή και στη παραδοσιακή. Θέλει να είναι ανεξάρτητη και εξαρτημένη, συγχρόνως.

Με τη θεωρία αυτή, μπορούμε να εξηγήσουμε τη χρήση και διάδοση της διακεκομμένης συνουσίας και της προκλητής έκτρωσης, σαν μέσα αντισύλληψης στην Ελλάδα. Μια έρευνα με βάση ένα ερωτηματολόγιο πάνω στο θέμα, έδωσε την ευκαιρία να διαπιστωθούν διάφορα στοιχεία σχετικά με την αντισυλληπτική συμπεριφορά του πληθυσμού.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Σύγκριση των αντισυλληπτικών μέτρων στην Ελλάδα και στην Βασιλεία της Ελβετίας επί τοις % σε γυναίκες γόνιμης ηλικίας

	Ελβετία	Ελλάδα
Δεν έχουν σεξουαλικές σχέσεις	7,2	-
Δεν παίρνουν αντισυλληπτικά μέτρα	11,6	6,0
Διακεκομμένη συνουσία	5,5	69,0
Προφυλακτικά	6,7	24,0
Ενδομήτρια σπειράματα	-	0,7
Ορμονικά χάπια	54,0	0,8
Άλλες μέθοδοι	15,6	0,7

Πηγή: Ελληνική Εταιρεία Γονιμότητας και Στείροτητας, 1986

Η Ελληνίδα -σε αντίθεση με την Ελβετίδα- χρησιμοποιεί συχνότερα τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας -πράγμα που δείχνει το βαθμό της εξαρτημένης σχέσης. Με τον τρόπο αυτό αναλαμβάνει την ευθύνη της πιθανής εγκυμοσύνης ο σύντροφός της. Ακολουθώντας το ρόλο της παραδοσιακής γυναίκας, πιστεύει ότι θα τον τιμωρήσει γιατί δεν φρόντισε και δεν επικοινωνήσε μαζί της όσο περίμενε.

### Προσπάθειες απόδειξης αναπαραγωγικής ικανότητας

Σε κάθε σύλληψη "εγγράφεται" στο σώμα της γυναίκας κάποια εσωτερική επιθυμία ενός άντρα. (Ναζίρη, 1986). Κατά συνέπεια η φύση αυτής της επιθυμίας, όπως εκδηλώνεται στην ελληνική κοινωνία, αναδεικνύει μια επιθυμία τεκνοποίησης χωρίς τη θέληση να αποκτήσουν στην πραγματικότητα παιδί.

Με βάση τα παραπάνω, μπορεί να γίνει κατανοητό γιατί στη χώρα μας η προσφυγή στην άμβλωση φαίνεται να γίνεται πιο εύκολα αποδεκτή αν και είναι ο επώδυνος τρόπος ελέγχου της γονιμότητας, ενώ η χρήση της αντισύλληψης να προσκρούει σε σοβαρές "αντιστάσεις". Αφού όλα τα αντισυλληπτικά μέσα αναστέλλουν απόλυτα ή σχετικά την αναπαραγωγική δυνατότητα.

Η ενεργητική και υπεύθυνη στάση απέναντι στο έλεγχο της γονιμότητας φαίνεται να προκαλεί, πολύ πιο έντονα, αισθήματα ενοχής από ότι η παθητική αποδοχή του προβλήματος. Η κατανόηση της επιθυμίας να επιβεβαιώνεται το αναπαραγωγικό δυναμικό, μπορεί να γίνει, αν δούμε την περίπτωση της διάδοσης της επαναλαμβανόμενης άμβλωσης και της συχνής σύμπτωσης της πρώτης προκλητής έκτρωσης με την απαρχή της σεξουαλικής ζωής.

### Ιατρικοί λόγοι

Τέλος η προκλητή έκτρωση εκτελείται με σκοπό την αποφυγή κινδύνων για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου. Όταν διαπιστωθούν σοβαρές ανωμαλίες στο έμβρυο, κληρονομικοί ή ευγονικοί λόγοι, θα οδηγήσουν σε σχετική ή απόλυτη αναπηρία. Όταν διαπιστωθεί σπουδαία και διαρκής βλάβη στην υγεία της γυναίκας ή όταν κινδυνεύει η ψυχική της υγεία.

### 3. Χώρος διεξαγωγής - τρόποι αμβλώσεων

#### Τεχνητή Έκτρωση (άμβλωση)

Αμβλωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 18η ημέρα από την αρχή του τελευταίου καταμήνιου κύκλου, σε μια περίοδο δηλαδή, που το βγαλμένο έμβρυο δεν έχει πιθανότητα να επιζήσει. Η άμβλωση λοιπόν δεν είναι μια μέθοδος αντισυλληπτική. Εκείνο που κάνει είναι, ότι βοηθά ώστε μια γέννα που έχει όλα τα συγκεκριμένα στοιχεία, να μη γίνει.

Η άμβλωση μπορεί να είναι α) αυθόρμητη (αποβολή) ή β) ηδελημένη.

α) Αυθόρμητη άμβλωση (αποβολή): Μπορεί να έχει πολλές αφορμές. Ανάμεσα στις πιο συνηθισμένες μπορούμε να σημειώσουμε γενικότερα τους τυχαίους τραυματισμούς, τις ασθένειες του ωαρίου, την ανικανότητα διατροφής, τις παθολογικές συνθήκες του πλακούντα και πολλές φορές τα ψυχικά τραύματα.

Καλό είναι να γνωρίζουμε τα συμπτώματα της απειλής μιας αποβολής, ώστε αν είναι δυνατό, να την προλάβουμε. Η απειλή αποβολής χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από μια αιμορραγία που δε συνοδεύεται από πόνους. Ένα τέτοιο γεγονός, έστω και ελάχιστο πρέπει να είναι σήμα κινδύνου και η γυναίκα να απευθυνθεί αμέσως στο γυναικολόγο της.

Στις περιπτώσεις απειλών αποβολής, η θεραπεία πρέπει να τείνει να θεραπεύσει ή να εξουδετερώσει τις αφορμές. Αν δεν εντοπιστούν, τότε το μόνο που επιβάλλεται είναι η πρόληψη με απόλυτη ξεκούραση (ακινησία), ορμόνες προγεστερόνης, ηρεμιστικά του νευρικού συστήματος κλπ.

Όταν η αποβολή γίνεται με ομαλές συνθήκες υγιεινής, ο κίνδυνος θανάτου της γυναίκας είναι σχεδόν ανύπαρκτος.

β) Ηδελημένη αποβολή (έκτρωση): Μπορεί να είναι θεραπευτική, νόμιμη και αναγνωρισμένη ή παράνομη.

- Η θεραπευτική αποβολή, στα κράτη όπου γίνεται είναι βέβαια και νόμιμη. Αφορά περιπτώσεις όπου η διακοπή της εγκυμοσύνης επιβάλλεται από το γεγονός ότι η υγεία της μητέρας, σωματική ή ψυχική, κινδυνεύει σοβαρά από τη συνέχισή της. Στα περισσότερα κράτη αυτό το είδος αποβολής επιτρέπεται και ανάμεσα στις αφορμές που την επιβάλλουν είναι συχνά και ο κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου.

Η πρόοδος που έχει γίνει στο θεραπευτικό τομέα έχει μειώσει κατά πολύ την ανάγκη διακοπής της εγκυμοσύνης για λόγους σοβαρών ασθενειών της μητέρας.

- Η νόμιμη άμβλωση, (περιλαμβάνει βέβαια και τη θεραπευτική), είναι αυτή που ένας νόμος προβλέπει τη δυνατότητα της διακοπής της εγκυμοσύνης για προσδιορισμένους λόγους (σωματικές κακώσεις, επισφαλείς κοινωνικο-περιβαλλοντικές συνθήκες της μητέρας ή του ζευγαριού κλπ.). Σε πολλά κράτη ο νόμος είναι τόσο πλατύς που δέχεται να μιλά για αληθινή και πραγματική ελευθεροποίηση της άμβλωσης που αφήνεται στην απόλυτη ελεύθερη επιλογή της γυναίκας.

- Η παράνομη αποβολή (έκτρωση), είναι η ηδελημένη διακοπή της εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που δεν προβλέπονται από το νόμο ή όταν για κανένα λόγο δεν υπάρχει συγκατάθεση.

Η Διεθνής Ομοσπονδία για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό (Δ.Ο.Ο.Π.) αναφέρει ότι το ένα τρίτο του δηλικού πληθυσμού (στοιχεία του 1988), ζούνε σε κράτη όπου η έκτρωση απαγορεύεται εντελώς. Σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία της Δ.Ο.Ο.Π. ο αριθμός των νόμιμων ή παράνομων εκτρώσεων που γίνονται στον κόσμο, φτάνει περίπου τα 55 εκατομμύρια. Μ' άλλα λόγια, μια εγκυμοσύνη στις τέσσερες, διακόπτεται σκόπιμα.

Φτάνοντας κανείς στην απόφαση για άμβλωση, έχει να αντιμετωπίσει μια χειρουργική επέμβαση που περικλύει κινδύνους. Τους κινδύνους μιας τεχνητής παρεμβολής στη φυσιολογική ανάπτυξη του σώματος του ανθρώπου, όπως άλλωστε όλες οι επεμβάσεις και εγχειρήσεις. Τους κινδύνους μιας τιμωρητέας πράξης, είτε νομικά είτε κοινωνικά.

Ο χώρος που γίνεται η επέμβαση της έκτρωσης συντελεί στην αύξηση ή μείωση, ανάλογα των κινδύνων που ακολουθούσαν.

#### **α) Στις παράνομες εκτρώσεις**

Όταν λέμε παράνομες εκτρώσεις, δεν εννοούμε μόνο τις εκτός νόμου εκτρώσεις, οι οποίες και τιμωρούνται ποινικά, αλλά και τις παράνομες κοινωνικά εκτρώσεις. Τις εκτρώσεις που ανεξάρτητα το νομικό καθεστώς, έπρεπε να γίνουν κρυφά για λόγους ηθικούς, κοινωνικούς.

Η ανύπαντρη γυναίκα σε μια επαρχιακή πόλη σκοτώνει το αποτέλεσμα της σεξουαλικής ζωής, όπου έπρεπε το γεγονός να μείνει κρυφό, έτσι ώστε να μην απομονωθεί κοινωνικά. Η μαθήτρια του Λυκείου που έμεινε έγκυος μετά από πρόσκαιρο δεσμό από συμμαθητή της, κρύβει το γεγονός σε χώρο τέτοιο, ώστε να μην το μάθει το σχολείο της και οι γονείς της στο σπίτι.



Οι εκτρώσεις αυτές οι εκτός νόμου γραπτού ή άγραφου, γίνονται με πολύ άσχημες συνθήκες, από άτομα που δεν έχουν τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις και σε χώρους ακατάλληλους, που συχνά καλύπτονται πίσω από μια καλή ταμπέλα, ή κάτω από κάποιον άλλο εξωτερικό ιατρικό μανδύα.

#### β) Στις νόμιμες εκτρώσεις (μετά τη γήφιση του νόμου)

Τώρα προβλέπεται η διακοπή της εγκυμοσύνης να γίνεται σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες που συγκεντρώνουν τις ακόλουθες προδιαγραφές, σύμφωνα με το Υ.Υ.Π. & Κ.Α.

βα) Την ευθύνη της διενέργειας της επέμβασης έχει ο ειδικευμένος γυναικολόγος

ββ) Η επέμβαση γίνεται με την παρουσία ειδικευμένου αναισθησιολόγου, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή της αναισθησίας ή αναλγησίας κατά την επέμβαση.

βγ) Η ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας αποτελεί υποχρέωση της ομάδας Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, στην οποία είναι απαραίτητη η παρουσία κλινικού ψυχολόγου.

Καθημερινά δεκάδες γυναίκες περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, όχι για να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο, αλλά για να το ξεριζώσουν πριν οι ρίζες ριζώσουν βαθειά και τις πληγώσουν, τις πονέσουν.

Στα προσωπικά τους διαγράφεται η ενοχή, ο φόβος, η απογοήτευση, η πίκρα. Ελάχιστες παριστάνουν τις αδιάφορες, έχοντας συνηθίσει την διαδικασία της άμβλωσης. Μεταξύ τους, όχι λίγες μαθήτριες Λυκείου και ακόμη Γυμνασίου.

“Δεν είχα ολοκληρωμένες σχέσεις, είναι δυνατόν; Πως έγινε; Μα ήταν η πρώτη φορά .... Τι να κάνω; Είναι η δέκατη φορά, δεν υπάρχει τρόπος να λυτρωθώ”;

Αυτά και πολλά άλλα ακούει κανείς καθημερινά από εκατοντάδες γυναίκες που γίνονται θυσία στον βωμό της άγνοιας, της αμάθειας και της εκμετάλλευσης.

Έως 500.000 υπολογίζονται οι αμβλώσεις που γίνονται, ενώ χιλιάδες σακατεύονται, μένουν στείρες. Βασανίζονται από ψυχολογικά και βιολογικά προβλήματα και ενοχές. Η αντισύλληψη αποτελεί τη καλύτερη εγγύηση για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ωστόσο δε μας εξασφαλίζει απόλυτα.

Όταν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταλήγει στην άμβλωση, σαν ακραίο μέσο αντισύλληψης, είναι ίσως μια υπεύδυνη λύση γιατί αρνείται κανείς να φέρει στον κόσμο ένα ανεπιθύμητο παιδί, στις απαιτήσεις του οποίου δεν θα έχει την δυνατότητα να ανταποκριθεί. Όταν όμως βρεθεί μια

γυναίκα σε αυτήν την δυσάρεστη θέση μπορεί να απευθυνθεί είτε σε έναν γιατρό, είτε στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού και ακολουθούνται τα εξής στάδια:

#### **- Βεβαιότητα για την ύπαρξη εγκυμοσύνης**

Το πρώτο που χρειάζεται είναι η βεβαιότητα εγκυμοσύνης. Τα δύο συμπτώματα που οδηγούν στην σκέψη για εγκυμοσύνη είναι η καθυστέρηση των εμμήνων και το φούσκωμα του στήθους. Μπορεί ακόμα να συνυπάρχουν ναυτία, εμετοί, κούραση, συχνουρία, υπνηλία.

Για την βεβαιότητα της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται παρά με σύμφωνη γνώμη τα τεστ εγκυμοσύνης που βρίσκονται στα φαρμακεία, γιατί είναι αιτίες πολυάριθμων πλάνων. Καλύτερα, είτε είναι κανονικός είτε όχι ο κύκλος, να γίνεται το διάγραμμα της θερμοκρασίας.

Εάν για τρεις ή τέσσερες μέρες η θερμοκρασία παραμένει χαμηλή (δηλαδή περίπου 36,5°), δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Η ωορρηξία δεν έχει ακόμα συντελεστεί. Εάν η θερμοκρασία παραμένει σε επίπεδο υψηλό, είτε η ωορρηξία έχει καθυστερήσει και τα έμμηνα θα έρθουν, είτε υπάρχει εγκυμοσύνη.

Και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να επισκεφτεί τον γιατρό. Σε περίπτωση που αγοράσει ένα προσωπικό τεστ από το φαρμακείο, θα το χρησιμοποιήσει σύμφωνα με τις οδηγίες. Όταν το τεστ είναι θετικό, κατά 99% υπάρχει εγκυμοσύνη. Αν όμως είναι αρνητικό, θα πρέπει να επαναληφθεί τουλάχιστον μετά από δέκα μέρες.

#### **- Η πρώτη ιατρική επίσκεψη**

Σε μια υποτιθέμενη εγκυμοσύνη, το πρώτο πράγμα είναι η επίσκεψη σε γιατρό όσο γίνεται ταχύτερα: Κάθε μέρα μετράει.

Ο γιατρός θα προβεί σε γυναικολογική εξέταση. Εάν κρίνει αναγκαίο διαγνωστικά, θα ζητήσει μια RIG ανοσολογική αντίδραση εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση που η εγκυμοσύνη βεβαιώνεται, θα συντάξει πιστοποιητικό και θα υποδείξει, γενικά την διεύθυνση ενός Κέντρου Προγραμματισμού για την κοινωνική συνομιλία και την διεύθυνση κλινικής ή νοσοκομείου που μπορεί να γίνει η άμβλωση.

#### **- Η κοινωνική συνομιλία**

Αυτή η συνομιλία που καλείται καταχρηστικά "κοινωνική", προβλέπεται για να βοηθήσει τη γυναίκα ή το ζευγάρι στην εξέταση όλων των

προβλημάτων που τίθεται από αυτή την άμβλωση, μπορεί να είναι συναισθηματικής και ψυχολογικής σημασίας. Αυτή η συνομιλία, όπως κάθε ψυχολογική συνομιλία, αποβλέπει να διευκολύνει την έκφραση της επιθυμίας της γυναίκας ή του ζευγαριού και να βοηθήσει στην τοποθέτησή τους μέσα σ' αυτές τις αντιθέσεις.

Σε καμιά περίπτωση ο συνδιαλεγόμενος δεν πρέπει και δεν οφείλει να υποκαθιστά αυτή ή αυτούς που δέχεται και να προσπαθεί να τους επηρεάσει προς τη μια ή άλλη κατεύθυνση. Οφείλει να ξεχνά τις προσωπικές του πεποιθήσεις, είτε είναι υπέρ της άμβλωσης είτε αντίθετες.

Υποχρεωτικά δίνεται μια βεβαίωση της συνομιλίας. Σε καμιά περίπτωση δεν είναι τούτο μια άδεια ή (ο) κοινωνική βοηθός ή η (ο) συζυγικός σύμβουλος δεν έχουν καμιά εξουσία για απόφαση.

#### **- Η επίσκεψη στο ίδρυμα επέμβασης**

Ο γιατρός που πιστοποίησε την εγκυμοσύνη ή η σύμβουλος συζύγων, είναι σε θέση να δώσουν την διεύθυνση μιας κλινικής ή νοσοκομείου που θα γίνει η επέμβαση. Είναι προτιμότερο να ακυρώσει τυχόν ραντεβού της στα ιδρύματα αυτά και να αναζητήσει άλλο αν δει ότι περνάνε οι προθεσμίες.

Ο γιατρός που θα κάνει την επέμβαση, θα προβεί σε μια γυναικολογική εξέταση, θα υποδείξει τις αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις. Σε περιπτώσεις, θα ζητήσει μια ηχογραφία (για να προσδιορίσει την ακριβή "ηλικία" της εγκυμοσύνης), ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος (ας σημειώσουμε πως οι δύο τελευταίες φαίνονται πολύ συχνά αχρείαστες). Στη συνέχεια θα καθορίσει την ημερομηνία για την επέμβαση.

#### **- Ο φάκελος για την επέμβαση**

- Ιατρικό πιστοποιητικό εγκυμοσύνης
- Βεβαίωση συνομιλίας
- Συγκατάθεση γονική για τις ανήλικες (κάτω από 18 χρονών)
- Γραπτή αίτηση της γυναίκας στην οποία φαίνεται η απόφασή της για την άμβλωση
- Ποιόν βαρύνουν τα έξοδα εάν είναι αναγκαίο.

Το ιδιόγραφο γράμμα-αίτηση της γυναίκας στο οποίο επιβεβαιώνεται η απόφασή της για την άμβλωση, δεν πρέπει να συγχέεται με την απαλλαγή από ευθύνες που ζητάνε καταχρηστικώς μερικές κλινικές από τις πελάτισσές τους.

Αυτό το ντοκουμέντο, που πράγματι δεν έχει καμιά δικαστική αξία, αφού κάθε γιατρός είναι υπεύθυνος για εκείνο που κάνει, αποβλέπει στο να

αποδαρρύνει τις γυναίκες να επιχειρήσουν μια διαδικασία όταν πιστεύουν ότι αυτό ισοδυναμεί με βαρεία βλάβη.

#### 4. Τεχνική άμβλωσης

Την τεχνική άμβλωσης μπορούμε να την πετύχουμε

1. Με την εισαγωγή του λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του Kanman στην ενδομήτρια κοιλότητα.
2. Με την αναρρόφηση του κυήματος.
3. Με την απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
4. Με την εξωαμνιακή έκχυση προσταγλανδίνης F2a ή οιβανόλης.
5. Με εισαγωγή Λαμινάριων στην ενδοτραχηλική κοιλότητα.
6. Με εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη ή καθετήρα Folley.
7. Με ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F2a.
8. Με ενδοαμνιακή ή εξωαμνιακή εισαγωγή προσταγλανδίνης F2a κυρίως στο δεξιό πλάγιο της μήτρας με την βοήθεια λεπτού ημίσκληρου καθετήρα.
9. Με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.
10. Με ενδοαμνιακή έκχυση χλωριούχου διαλύματος και παράλληλη ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.
11. Με ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F2a.
12. Με εκτέλεση υστεροτομίας.

#### 5. Όταν οι γυναίκες αμβλώνονται μόνες τους

Από τα πολύ παλιά χρόνια, οι γυναίκες έμαχαν να βρουν τρόπους για να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κατάπιναν όλων των ειδών τα ποτά, τα ροφήματα και τα καθαρτικά, χωρίς αποτέλεσμα.

Αλλά και φάρμακα όπως η ερυσίβη, το κινίνο, το εκχύλισμα της υπόφυσης και άλλα, δεν κατάφερναν να προκαλέσουν άμβλωση τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Η επικίνδυνη πρακτική της εισαγωγής διαφόρων αντικειμένων μέσα στον τραχηλικό σωλήνα, μπορεί να αποβεί μοιραία τόσο για το έμβρυο όσο και για τη μητέρα.

Οι θάνατοι απ' αυτή τη μέθοδο, οφείλονται κυρίως στη διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, καθώς και σε εκτεταμένη ακατάσχετη αιμορραγία ή σε σοβαρή λοίμωξη και σωματικό σοκ.

Η έκχυση υπό πίεση χημικών διαλυμάτων ή υγροποιημένου σαπουνιού μέσα στην κοιλότητα της μήτρας με κολπικές πλύσεις, μπορεί ακόμα να φέρει ακαριαίο θάνατο, λόγω μαζικού εμβολισμού στον εγκέφαλο.

Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στην άμβλωση, δεν πρέπει ποτέ να την κάνει μόνη της, λαθραία. Τα αρχεία των νοσοκομείων και των νεκροτομείων είναι γεμάτα από περιστατικά γυναικών, που στην απελπισία τους, απερίσκεπτα και τραγικά υπέγραψαν οι ίδιες την ληξιαρχική πράξη του θανάτου τους.

Η ίδια η φύση της κυοφορούσας μητέρας, με τα μαλακά τοιχώματα, την απίστευτη συρροή του αίματος και την παρουσία μεγάλων αιμοφόρων αγγείων μέσα στην κοιλότητα της, κάνει αυτές τις παρανοϊκές αμβλώσεις καθαρή αυτοκτονία.

Σήμερα που υπάρχει μια μεγαλύτερη ανοχή στο θέμα των αμβλώσεων, καμιά γυναίκα δεν χρειάζεται να καταφύγει σε τόσο ριγοκίνδυνες μεθόδους. Ο γιατρός ή τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι στην διάθεση κάθε γυναίκας για οποιαδήποτε συμβουλή.

## **6. Διάρκεια Νοσοκομειακής Νοσηλείας**

### **α) Αναρρόφηση με τοπική αναισθησία.**

Η επέμβαση διαρκεί από δεκαπέντε μέχρι είκοσι λεπτά (η αναρρόφηση καθεαυτή διαρκεί πέντε λεπτά) όμως, πρέπει να προβλέπεται παραμονή στην κλινική μισή μέρα. Πράγματι, λίγο χρόνο πριν την αναρρόφηση, χορηγούνται κάποια φάρμακα που διευκολύνουν τη μυϊκή χαλάρωση. Μετά την επέμβαση, κάποιος χρόνος ανάπαυσης είναι αναγκαίος πριν η γυναίκα φύγει από την κλινική.

### **β) Αναρρόφηση με γενική αναισθησία.**

Από θέση αρχής, μετά από μια γενική αναισθησία προβλέπεται παραμονή υπό ιατρική επίβλεψη ένα εικοσιτετράωρο περίπου. Μπορεί να σημειωθούν πολλές δυνατότητες:

- Η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες και πληρώνει τιμολόγιο που προβλέπει το Υπουργείο Υγείας.

- Η γυναίκα παραμένει περισσότερο από 24 ώρες και πληρώνει το προβλεπόμενο τιμολόγιο.

- Η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες αλλά πληρώνει σα να παρέμεινε περισσότερο από 24 ώρες.

Πολύ συχνά οι ίδιες οι γυναίκες για διάφορους λόγους, ζητούνε να παραμείνουν λιγότερο από 24 ώρες. Στην περίπτωση αυτή, είναι ανωμαλία να υποχρεώνονται να πληρώνουν σα να παραμείνανε περισσότερο από 24 ώρες. Δυστυχώς τούτο είναι ακόμη τρέχουσα πρακτική.

## **7. Άμεσες και έμμεσες επιπλοκές αμβλώσεων**

Θα αναλύσουμε τα προβλήματα που εμφανίζονται μετά την άμβλωση:

### **- Μόλυνση**

Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δε ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα του είδους αυτού, οι μολύνσεις είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομητρίτιδα), είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπιγγίτιδα ή περιτονίτιδα).

Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν γίνει, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή της κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι άρρωστες, μόλις αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα πρέπει αμέσως να σπεύσουν και να συμβουλευτούν το γιατρό τους.

Όσο αφορά την θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφρά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα, είτε στο νοσοκομείο αν το κακό έχει προχωρήσει βαθειά σαν σαλπιγγίτιδα ή περιτονίτιδα.

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

Στην βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκενταμισίν. Τέλος επισημαίνεται, πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι από τα πράγματα αναπόφευκτη.

### **- Ενδομήτριος θρόμβος αίματος - Υπολείμματα προϊόντων σύλληψης**

Όταν η άμβλωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί ένας θρόμβος αίματος, ο ενδομήτριος, όπως λέγεται, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ζύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά από πέντε μέρες από τη στιγμή της άμβλωσης και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα.

Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πύελου κατά την οποία διαπιστώνεται πως η μήτρα είναι τεντομένη, μαλακή και μεγάλη και αυτό το οφείλει όχι βέβαια σε αιμορραγία του αυχένα της.

Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδομητρίτιδα. Η παραμονή υπολειμμάτων προϊόντων σύλληψης είναι πολύ σπάνια

περίπτωση απ' την ύπαρξη θρόμβου αίματος και θεραπεύεται εύκολα με ξύστρο αναρρόφησης. Για να αποτραπεί η παραμονή τυχόν υπολειμμάτων σύλληψης στη μήτρα, πρέπει κατά την επέμβαση να χρησιμοποιούμε το ξύστρο αναρρόφησης.

#### **- Συνέχιση της εγκυμοσύνης**

Σε ορισμένες περιπτώσεις CO, 1-0,3% από τις εργασίες των Grimes, David etc. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών Η.Π.Α., TPISA, CDC, 1974 TPISA αποδείχθηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη.

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

Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματισθεί, τότε μπορεί να συμβαίνουν τα εξής:

- α) Να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π.χ. δίκερως).
- β) Να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων.
- γ) Να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη.

Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από τη μήτρα.

#### **- Τραύμα του τραχήλου ή της μήτρας**

Το μετεκτρωτικό πρόβλημα εδώ εμφανίζεται με τη μορφή της διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου. Για να αποφύγουμε τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση είναι αναγκαίο παράλληλα με τη μέθοδο της ενστάλαξης -πριν ή κατά την επέμβαση- να τοποθετείται κατά το 6<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης η τραχηλική Laminaria.

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

#### **- Αιμορραγία**

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της άμβλωσης ή μετά απ' αυτή, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της

μήτρας (όπως π.χ. Oxytocin I. V. χορήγηση Ergotrate ενδομυϊκά ή από το στόμα κλπ.) και μαλάξεις αυτής.

Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενστάλαξης κατά το δεύτερο τρίμηνο, είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορη αναρρόφηση του πλακούντα μέσα σε μια ώρα μετά την αποβολή του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί υπερβολική απώλεια του αίματος.

Άλλες επιπλοκές της άμβλωσης είναι οι εξής:

α. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαιη ή απότομη διαστολή, με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.

β. Ενδομητρικές συμφύσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγμονή. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να έχουμε στειρώση λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα ή αποβολές.

γ. Ενδομητρίτιδα (φλεγμονή του ενδομητρίου)

δ. Πυελική φλεγμονή (σαλπιγγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων των σαλπίγγων και στειρώση.

ε. Ψυχικές διαταραχές. Όπως προαναφέραμε, η γυναίκα που καταλήγει στην άμβλωση, υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις, ψυχοσωματικό τραυματισμό. Έγγαμη ή άγαμη καταφεύγει στην άμβλωση, ως ύστατη λύση αντιμετωπίζοντας τον κίνδυνο σοβαρών αμέσων ή αεμμέσων επιπλοκών.

Τελειώνοντας πρέπει να πούμε ότι η γυναίκα οφείλει να επισκεφθεί το γιατρό της αμέσως μόλις εντοπίσει κάποια απόκλιση από τη φυσιολογική της κατάσταση (πυρετός, κράμπες, αιμορραγία).

## **8. Έκτρωση - άμβλωση: Υπάρχει διαφορά:**

Τι εννοούμε με τον όρο άμβλωση; Άμβλωση είναι η αφαίρεση του αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας όπου είναι προσκολλημένο.

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

Τα πιο κοινά αίτια είναι: Η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

Ο νόμος επιτρέπει τις εκτρώσεις σε ειδικές μόνο περιπτώσεις, όταν δηλαδή απειλείται η ψυχική και σωματική υγεία της μέλλουσας μητέρας ή η υγεία του εμβρύου.



## 9. Μετά την επέμβαση της άμβλωσης - Οδηγίες

Μετά την άμβλωση μπορεί να υπάρχει αιμόρροια και πόνος, που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα, μπορεί να φάει και να πιεί ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική σωματική και ψυχική ξεκούραση.

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

Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στην μπανιέρα. Είναι προτιμότερο το ντους. Αν η γυναίκα χρησιμοποιεί ταμπόν είναι καλύτερα να μην το χρησιμοποιεί για ένα χρονικό διάστημα ή αλλιώς να το αλλάζει πολύ συχνά. Οι γεννητήσιες σχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται τουλάχιστον για δέκα μέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά ή πυρετός, πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της.

Την ημέρα που έγινε η άμβλωση -το βράδυ αυτής- συνιστάται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα:

- Από το ένα μέρος βέβαια, αντισυλληπτικό μέσο που επιτρέπει ερωτικές σχέσεις χωρίς κίνδυνο εγκυμοσύνης.

- Από το άλλο, βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτητα τη φυσιολογική του σύσταση.

Γενικά δεν πρέπει να παίρνεται παρά για ένα μήνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί η άμεση τοποθέτηση ενός σπειράματος.

Επίσης είναι καλό να γίνεται μία επίσκεψη ελέγχου τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπει την επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμιά διαταραχή.

Από την άλλη μεριά, εάν η γυναίκα το επιθυμεί, με την ευκαιρία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντισύλληψη για τον επόμενο κύκλο.

## 10. Θάνατοι από άμβλωση

Ο κίνδυνος θανάτου από την άμβλωση είναι μικρός. Ο παρακάτω πίνακας (από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α.) δείχνει ότι ο κίνδυνος θανάτου από άμβλωση εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται σε συνδιασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ποσοστό Θανάτων από νόμιμες εκτρώσεις στις Η.Π.Α. με χρόνο κύησης σε εβδομάδες

ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΕ 100.000 ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ
- 8	10	1.539.649	0,6	1,0
9-10	19	1.100.484	0,7	2,8
11-12	17	600.357	2,8	4,7
13-15	17	216.983	7,0	13,0
16-20	40	249.161	16,1	26,8
21-	13	48.553	26,8	44,7
ΣΥΝΟΛΟ	116	3.809.187	3,0	

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως όσο πιο έγκαιρα γίνεται η επέμβαση τόσο οι κίνδυνοι από την έκτρωση μειώνονται.

## 11. Συνέπειες των αμβλώσεων

### 1. Στη Γυναίκα

#### Σωματικές Συνέπειες

Με την εξέλιξη της επιστήμης και την καλύτερη οργάνωση των διαφόρων τεχνικών προϋποθέσεων, η έκτρωση δεν αποτελεί τόσο μεγάλο κίνδυνο, κυρίως για τη ζωή της γυναίκας, όπως αποτελούσε πριν αρκετά χρόνια. Είναι γνωστό, ότι η ζωή της γυναίκας δεν κινδυνεύει με την τελειοποίηση της νάρκωσης και την χρησιμοποίηση των αντιβιοτικών. Παρόλο όμως ότι η ζωή της γυναίκας δεν αποτελεί άμεσο κίνδυνο, οι επιπλοκές της επέμβασης αυτής εξακολουθούν να υπάρχουν και να τις συνοδεύουν καμιά φορά σε όλη τους τη ζωή.

Οι επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρουσιαστούν, είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης, είτε μετά, οφείλονται βασικά όχι μόνο στην απειρία του εκτρωσιολόγου (του γιατρού που κάνει την έκτρωση), αλλά και τη δυσκολία του να δει τι ακριβώς κάνει. Η έκτρωση είναι από τις λίγες επεμβάσεις που ο γιατρός την κάνει χωρίς να βλέπει τι κάνει.

Κατά την στιγμή της επέμβασης μπορεί να προκαλέσει απλές, σοβαρές ή και σοβαρότερες επιπλοκές, που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο.

### **Ψυχολογικές συνέπειες**

Πριν αρχίσουμε να περιγράφουμε τις ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα, θα αναφερθούμε σε κάποια συναισθήματα, που δεν συνειδητοποιούνται λόγω του λίγου χρόνου που έχει στη διάθεσή της, από τη διαπίστωση ότι είναι έγκυος μέχρι την επέμβαση της έκτρωσης. Για το λόγο αυτό μετά την έκτρωση, δημιουργούνται φοβεροί ψυχολογικοί τραυματισμοί και ψυχοσωματικές διαταραχές, που επουλώνονται μόνο επιφανειακά και που αρκεί να προσεγγίσει κανείς για να βγούνε πάλι στην επιφάνεια.

#### **- Συναισθήματα της γυναίκας που οδηγείται στην άμβλωση**

Συχνά τα συναισθήματα της γυναίκας απέναντι στην άμβλωση είναι συγκεχυμένα.

**Φόβος** ότι η οικογένεια θα ανακαλύψει την κατάστασή της και θα την τιμωρήσει. Γιατί καταστρέφει μια ζωή και έχει το αίσθημα ότι δεν πρέπει, αφού δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο αξιών της οικογένειας και κοινωνίας. Φόβος από την διαπίστωση ότι είναι ανίκανη να πάρει την απόφαση αφού τις πιο πολλές φορές δεν το αποφασίζει με τη θέλησή της, αλλά της το επιβάλλουν είτε ο σύντροφος, είτε το κοινωνικό περιβάλλον, είτε άλλοι οικονομικοί λόγοι. (Δορκοφίκη, 1985, σελ. 80).

Η Simon De Buvoir λέει ότι: "Δεν συγχωρεί τον άντρα γιατί εκείνος απαιτεί να απαρνηθεί το δρίαμβο της δηλκυτότητάς της". Φόβο για την ίδια την έκτρωση. Θα πονέσει; Θα στοιχίσει ακριβά; Θα έχει επιπλοκές; Θα μείνει στείρα; Να το πει στον "πατέρα"; Τι θα σκεφτεί;

Ακόμα νιώθει **θυμό** για τον εαυτό της και τον σύντροφό της που δεν ενδιαφέρθηκαν όσο θα έπρεπε για την αντισύλληψη. Θυμό και στενοχώρια, γιατί δεν μπορεί να κρατήσει το παιδί, γιατί αποχωρίζεται ένα κομμάτι του εαυτού της, που πιθανόν να είχε αγαπήσει.

Γιατί γίνεται αφορμή η ίδια να αποχωριστεί η νέα ζωή (το έμβρυο) από αυτήν που θα το προστάτευε και θα το βοηθούσε στην ανάπτυξη και

ολοκλήρωσή του. (Δορκοφίκη, 1985, σελ. 81). Θυμό, γιατί όλες οι συνέπειες της σεξουαλικής ζωής πέφτουν πάνω της χωρίς τη συμπαράσταση του φίλου ή συντρόφου της. Αισθάνεται προδομένη.

Αν είναι η πρώτη φορά που μένει έγκυος δεν θα αποφύγει την ευχάριστη σκέψη, ότι το σώμα της λειτουργεί. Αυτό το αίσθημα περηφάνειας είναι παράξενο στο μέτρο που αρνείται να κάνει παιδί. Αποδέχεται τη γονιμότητα και ταυτόχρονα την απορρίπτει (Κασκαρέλης, 1980, σελ. 35)

### - Η ιδεολογία της γέννησης

"Ο μεγαλύτερος σταθμός στη ζωή της γυναίκας είναι η εποχή που θα κάνει παιδιά. Μέχρι τότε θεωρείται από το κοινωνικό σύνολο ανολοκλήρωτη και η ίδια νιώθει εκκρεμής και μειωμένη" (Αβδή-Καλκάνη Ιρ. "Η επαγγελματικά εργαζόμενη Ελληνίδα", εκδ. Παπαζήση, 1978, σελ. 80).

Η γέννηση συνδέεται με όλες τις ιδέες και όλες τις δοξασίες με το μυστήριο της ζωής, με το μυστήριο του θανάτου, με την αρχή και τον προορισμό του σύμπαντος και των όντων. Το κάλεσμα εξάλλου του Θεού, στους ανθρώπους ήταν "αυξάνεσθε και πληθύνεσθε".

Κάτω από αυτό το πρίσμα, η έκτρωση παίρνει άλλες διαστάσεις γιατί αγγίζεται η ουσία της ζωής.

Ο κύριος καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι η προσωπικότητα της γυναίκας. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες άρχισε να εξελίσσεται η εγκυμοσύνη, οι λόγοι που δεν χρησιμοποιήθηκε η αντισύλληψη. Μεγαλύτερα προβλήματα παρουσιάζει η σύγχρονη Ελληνίδα που έχει μεγάλες εξαρτητικές ανάγκες, χαμηλό επίπεδο προσαρμοστικότητας, ισχυρές ηθικές αντιλήψεις και συγχρόνως τάσεις για αναζήτηση ικανοποιήσεων και φιλοδοξιών. (Δορκοφίκη 1984)

Ψυχοσωτικές διαταραχές μπορεί να είναι:

#### α) Συμπλέγματα Ενοχής.

Η άμβλωση αποτελεί παράβαση της φύσης και η γυναίκα από τη μία αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας, και από την άλλη μεριά αποχωρίζεται ότι κάθε γυναίκα μπορεί να έχει αγαπήσει. Είναι μια κατάσταση που δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο αξιών της οικογένειας και της θρησκείας με αποτέλεσμα, μετά την επέμβαση, να δημιουργεί ενοχές στη γυναίκα. Πολλές γυναίκες βασανίζονται από όνειρα, έβλεπαν νεκρά έμβρυα. (Δορκοφίκη 1984)

### **β) Διαταραχή ψυχικής ηρεμίας**

Μετά την επέμβαση της έκτρωσης αισθάνονται κατωτερότητα και χάνουν την αυτοεκτίμησή τους. Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια, είτε υποκύπτοντας στη θέληση των άλλων. Συνήθως η άμβλωση δεν είναι απόλυτα εκούσια ή απόλυτα ακούσια. Ανάλογα με το βαθμό συμμετοχής της βούλησης για έκτρωση, η γυναίκα νιώθει αδύναμη να πάρει μια απόφαση χάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της. Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν την διακοπή της εγκυμοσύνης. (Ξένου - Βενάρδου Αλ. "Οι ψυχολογικές συνέπειες της άμβλωσης", περιοδ. «Πάνθεον», Οκτώβριος 1983, τεύχος 797, σελ. 60-63).

Ανεξάρτητα από αυτό η έγκυος γυναίκα βιώνει μια έντονη ψυχοσύνδεση που της δημιουργεί μια κατάσταση έντονου στρες: Άγχος, ανησυχία, απογοήτευση. Ανησυχία και φόβο νιώθει μπροστά στη πιθανή τιμωρία από την αντιμετώπιση του γιατρού-εκτρολόγου, των νοσοκόμων, από την επαφή που ήταν στο χώρο της έκτρωσης, μέχρι την πιθανή καταδίκη από τους ανθρώπους και το Θεό. Η απογοήτευση προέρχεται από την κατάληξη της ερωτικής σχέσης από την αντιμετώπιση που έχει από τον σύντροφό της.

### **γ) Πάγωμα, ή απόρριψη της σχέσης από τον σύντροφό της**

"Μια χαρακτηριστική περίπτωση! Ανύπαντρη κοπέλα που έκανε έκτρωση, διέκοψε την σχέση με το φίλο της. Ύστερα από αυτή την εμπειρία απόρριπτε κάθε προοπτική ερωτικών σχέσεων. Υπόφερε από μελαγχολία. "Όταν κάποτε σχετίστηκε πάλι ερωτικά, δεν ένιωθε τίποτε" (Σακκάς, 1983, σελ. 62).

Όλες οι γυναίκες που έχουν κάνει άμβλωση, είτε είναι παντρεμένες, είτε είναι ανύπαντρες, παρουσιάζουν πάγωμα της σχέσης, η απόρριψη που μπορεί να οδηγήσει στο τέλος του ερωτικού δεσμού. Η Οριάννα Φαλάτσι γράφει ότι διέκοψε αμέσως το δεσμό της και η αγάπη της για το σύντροφό της έγινε μίσος, όταν ενώ του ανακοίνωσε με χαρά ότι περίμενε παιδί, της συνέστησε να το εκτρώσει.

Σε όλες πάντως παρατηρείται χρόνια ή προσωρινή ψυχρότητα.

### **δ) Κατάθλιψη**

Μετά την έκτρωση, κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη, που υποχωρεί μέσα σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες, όπου το άτομο λύνει τις συγκρούσεις του και σίγουρο πλέον για τις αποφάσεις που πήρε, προσαρμόζεται στη νέα κατάσταση. Αν αυτό δεν γίνει, διαιωνίζεται η "περιπέτεια έκτρωση", στην υπόλοιπη ζωή της γυναίκας, για μεγάλο διάστημα δημιουργώντας προβλήματα οργανικά (λιποθυμίες, σωματικούς πόνους,

πονοκεφάλους, στομαχόπονους), ψυχικά (αγχώδη νεύρωση που προκαλεί δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων, υπερευαισθησία, επιρρέπεια για απογοήτευση και φοβίες) (Σακκάς, 1983, σελ. 62).

## 2. Στην Οικογένεια

Με την άμβλωση έρχεται διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης, σαν άμεση ηθική τιμωρία της πράξης αυτής. Γιατί η γυναίκα είναι ψυχικά τραυματισμένη (ίσως και οι δύο) και γιατί το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός νέου μέλους δε μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Συγκεκριμένες ψυχολογικές έρευνες, απέδειξαν ότι ένα παιδί, ανεπιθύμητο κατά τη σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως, η απόφαση της μητέρας να διακόψει την εγκυμοσύνη, δεν είναι ασφαλής.

Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατόν να πάρει μια εντελώς αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει σοβαρές ψυχολογικές συγκρούσεις στη μητέρα. Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. "Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεκνογονίας ως κακία παρά φύση. Άμεση ηθική τιμωρία της κακίας αυτής είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την κακία αυτή την ακολουθεί εσωτερική πάλη" (Δορκοφίκη 1988)

Η διαταραχή του οικογενειακού βίου γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί, όταν θελήσουν. Αν ένας από τους δύο στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό, ή ένα από τα παιδιά τους πεθάνει, μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτό που θα μπορούσε να ζήσει.

## 3. Συνέπειες στο κοινωνικό σύνολο.

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες που ανήκουν στο λεγόμενο "Τρίτο Κόσμο".

Η Ελλάδα παρόλο που ανήκει στα αναπτυσσόμενα κράτη λόγω της οικονομικής και κοινωνικής της δομής αντιμετωπίζει το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα από τις αναπτυσσόμενες χώρες, την υπογεννητικότητα.

Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της ελληνικής κοινωνίας, γιατί με την μείωση της υπογεννητικότητας -που συμπίπτει με την

αύξηση της μετανάστευσης μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού.

Μελετώντας τη δομή του πληθυσμού κατά ηλικία, φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά γρήγορα δημογραφική γήρανση. Από εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο ΚΕΠΕ υπολογίζεται ότι, το 2001 τα άτομα 60 ετών και άνω θα αποτελούν το 19,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ σε αγροτικές περιοχές το ποσοστό αυτό θα φτάσει τα 22,7%.

Ακόμη πιο σημαντικό αναφορικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει για τις υπηρεσίες υγείας, είναι η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2001 τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (75 ετών και άνω) θα είναι περίπου το 4,7% του Ελληνικού πληθυσμού.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας όπως τα νησιά Αιγαίου, Πελοπόννησος, Ήπειρος και Κρήτη, υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα γήρανσης και μη ανανέωσης του πληθυσμού.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 9

#### Δείκτες Γήρανσης του Πληθυσμού κατά Περιφέρεια (1981)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ
1. Ανατολική Στερεά	49,86
2. Πελοπόννησος-Δυτική Στερεά	65,38
3. Ήπειρος	63,32
4. Θεσσαλία	51,27
5. Κεντρική & Δυτική Μακεδονία	45,91
6. Ανατολική Μακεδονία	57,08
7. Θράκη	45,16
8. Νησιά Ανατολικού Αιγαίου	75,44
9. Κρήτη	58,71
ΣΥΝΟΛΟ	53,72

[Πηγή: "Επεξεργασία απογραφής του πληθυσμού 1981", Σωμαράκης (αδημοσίευτη)]

Το 1975 η Ακαδημία Αθηνών ασχολήθηκε με το δημογραφικό πρόβλημα μετά από εισήγηση του κ. Λούρου. (Ν. Λούρος "Προβλημάτων Εκτρώσεων", Κοινωνική Επιθεώρηση, Δεκ. 1976, τεύχος 9-12)

Δύο ήταν τα συμπεράσματα από την ιστορική εκείνη συνεδρίαση:

α) Ότι το δημογραφικό μας πρόβλημα είναι εθνικό μας θέμα, γιατί η Ελληνική φυλή "τείνει προς εξαφάνιση" και

β) Ότι ήταν δυνατό να ανασταλεί η υπογεννητικότητα με την λήψη μέτρων.

Η Ακαδημία στηρίχθηκε σε μελέτες του πανεπιστημιακού καθηγητή Δ. Βαλαώρα, όπου με βιοστατιστικά αποδείκνυε τον δημογραφικό κίνδυνο: "Η γεννητικότητα του Ελληνικού λαού κατέληξε σε ανεπίτρεπτα πλέον επίπεδα, απειλούντα τον πληθυσμό με προοδευτική μείωση ...", (Βαλαώρας, "Δυσμενείς οι Δημογραφικές μας Προοπτικές", περιοδικό Νέα Οικονομία, Αθήνα Δεκέμβριος 1965)

Όσον αφορά τα αίτια της υπογεννητικότητας, ο κ. Βαλαώρας, η κα Πολυχρονοπούλου και ο υφηγητής κ. Δανέζης με πρωτοβουλία της Ελληνικής Ευγονικής Εταιρείας και με οικονομική ενίσχυση του International Planned Parenthood Federation, κατέληξαν ότι είναι η τερατώδης συχνότητα των εκτρώσεων στη χώρα μας.

Η Δημογραφική ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Δημογραφικών Μελετών κατέληξε στα εξής συμπεράσματα το 1984:

α) Η δημογραφική κατάσταση των χωρών Ελλάδας και Τουρκίας είναι εκ διαμέτρου αντίθετες.

Η ετήσια αύξηση του Ελληνικού πληθυσμού είναι εξαιρετικά βραδεία 0,6%, ενώ η Τουρκία έχει αύξηση με εξαιρετικά ταχύ ρυθμό 2%. Η αναλογία των νέων μέχρι 14 ετών μειώθηκε από 29 σε 23% ενώ στην Τουρκία παραμένει σε υψηλό επίπεδο.

β) Όσον αφορά στην κυριότερη πηγή της υπογεννητικότητας, η Δημογραφική Εταιρεία αναφέρει την έκτρωση που στην Τουρκία δεν υφίσταται γιατί απαγορεύεται από το νόμο, αφού στόχος της είναι να γίνει η ισχυρότερη δημογραφική χώρα της Ευρώπης.

γ) Στον τομέα της δημογραφικής έρευνας οι Τούρκοι από χρόνια έχουν ιδρύσει Ινστιτούτο δημογραφικών ερευνών όπου καταρτίζει προγράμματα και ετοιμάζει δημογραφικά στελέχη.

Ο Ν. Λούρος (1976), επισημαίνει ότι το 2000 θα αντιστοιχεί ένας λευκός σε πέντε μαύρους. Αναφέρει ως παράγοντες υπογεννητικότητας την εξελικτική αντισύλληψη και φυσικά την χειραφέτηση της γυναίκας. Συνέπεια όλων αυτών είναι η ποιοτική και ποσοτική αποδυνάμωση της εθνικής άμυνας.

Όσο παράδοξο και αν φαίνεται, η ποιοτική άνοδος της κοινωνίας επηρεάζεται από την αύξηση του αριθμού των ανδρών. Συνακόλουθο της μείωσης των γεννήσεων στην Ελλάδα μας οδηγεί σε μια δεύτερη συνέπεια



που είναι η μείωση των ενηλίκων του εργατικού δυναμικού, ενώ έχουμε τεράστια διόγκωση του αριθμού της καταναλωτικής ομάδας. (Λούρος 1976)

Αυτονόητο λοιπόν είναι ότι, αφού μειώνονται οι παραγωγικές ηλικίες, μειώνεται και η προσφορά εργατικού δυναμικού. Τα τελευταία χρόνια, ενώ ο πληθυσμός αυξάνει με χαμηλό ρυθμό, το εργατικό δυναμικό ελλοιώνεται με ταχύ ρυθμό 0,8%. Θα αναγκασθούμε σε λίγο να κάνουμε σοβαρή εισαγωγή εργατών από το εξωτερικό.

"Η Δημογραφική αύξηση είναι η απαρχή της κατανομής της εργασίας και της αύξησης της παραγωγής" κατά τον Κοινωνιολόγο Durkheimm.

Κατά τον Πολύζο παρεμποδίζεται ο εμπλουτισμός του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας όταν κηρύσσεται και προπαγανδίζεται η άρνηση του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα περιορίζουμε το εργατικό δυναμικό που δημιουργήσε η κοινωνία με συλλογικές και ατομικές δυσίες. (Δορκοφίκη 1985)

Οι παράγοντες όπως, άρνηση παιδιού, άνιση αστικοποίηση, μετανάστευση, μαζί με το χαμηλό γενικό και τεχνικό-επιστημονικό επίπεδο και την ανεπαρκή υγειονομική οργάνωση, μας οδηγούν στην δημογραφική κρίση που είναι η συλλογική γήρανση του πληθυσμού. Έτσι λοιπόν έχουμε διαρκή πτώση των γεννήσεων με αποτέλεσμα να μειώνονται οι ανδρώπινες αμυντικές δυνάμεις. Κατά τις προβλέψεις της διεύθυνσης δημογραφικών ερευνών των Η.Π.Α., η Ελλάδα θα αριθμεί σε 35 χρόνια 12 εκατομμύρια η δε Τουρκία 95 εκατομμύρια.

Το πρόγραμμα της παγκόσμιας δράσης των Η.Π.Α. καλεί τις κυβερνήσεις να πάρουν μέτρα για να βοηθήσουν τις γυναίκες να αποφεύγουν τις εκτρώσεις. Αυτό σημαίνει προστασία της μητρότητας, οικογενειακά επιδόματα, φορολογικές απαλλαγές, παιδικοί σταθμοί, γονικές άδειες κλπ.

Τέλος μια πληθυσμική πολιτική βασισμένη στην πληροφόρηση είναι ο καταλληλότερος τρόπος. Τίποτα δε μπορεί να γίνει με εξαναγκασμό και επιβολή.

## 12. Η στάση των αντρών για την έκτρωση

Η στάση των αντρών απέναντι στην έκτρωση εξαρτάται από την ηλικία τους. Από έρευνες που έχουν γίνει, βλέπουμε ότι οι άντρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την έκτρωση απ' ό,τι οι άντρες των 30 ετών και άνω.

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι νέοι Έλληνες ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στη φάση "δημιουργίας οικογένειας", που συμβαδίζει με τη φάση

επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Για να μη θέσουν σε κίνδυνο την επαγγελματική και οικονομική προσπάθεια με πρόωρη αύξηση του πληθυσμού των παιδιών, τάσσονται υπέρ της έκτρωσης, εκφράζοντας την επιθυμία να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη.

Το ίδιο ισχύει και με τους νέους ανύπαντρες άντρες, οι οποίοι δεν είναι έτοιμοι να προχωρήσουν στο γάμο, κρατώντας έτσι το παιδί, ούτε οικονομικά ούτε ψυχολογικά.

Αντίθετα, οι άντρες 30-33 ετών εισέρχονται στη φάση συμπλήρωσης του αριθμού των παιδιών που θέλουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της επιπλέον αύξησης της οικογένειάς τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 1. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ο Δεληγεώρογλου (1992) αναφέρει ότι σημαντικότερο μέσο ρύθμισης της αναπαραγωγικής συμπεριφοράς των νεαρών ανύπαντρων κοριτσιών είναι η έκτρωση και όχι η προφύλαξη για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Στην Ελλάδα το ποσοστό των εκτρώσεων είναι πολύ υψηλό.

Από τα στοιχεία του μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα", προκύπτουν ότι οι εκτρώσεις για κορίτσια 14-19 ετών το 1975 αντιπροσώπευαν ένα ποσοστό 28,8%, ενώ το 1989 αυτό αυξήθηκε σε ποσοστό μεγαλύτερο του 35%. (Δεληγεώρογλου, 1992, σελ. 111)

Από έρευνα που έκανε το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Θεσσαλονίκης, με καθηγητή τον κ. Αναπλιώτη, προκύπτει ότι το 26,9% των κοριτσιών 16-20 ετών είχαν κάνει 1-2 εκτρώσεις και το 3,8% από 3-5 εκτρώσεις.

Οι επιπλοκές των εκτρώσεων στην εφηβική ηλικία παρουσιάζονται αυξημένες και σ' αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι εδώ η έκτρωση γίνεται κρυφά και βιαστικά, για να μην το μάθουν οι γονείς. Επιπλέον, η συνήθως απληροφόρητη έφηβη, παρασύρεται και καταφεύγει σε επικίνδυνους τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης. Στην έφηβη συνίσταται:

- α) Σε κάθε καθυστέρηση της περιόδου να πηγαίνει έγκαιρα στον γυναικολόγο.
- β) Να μην συμβουλευτεί φίλους ή γνωστούς για το πρόβλημά της αλλά μόνο υπεύθυνα ιατρικά κέντρα και το γυναικολόγο της.
- γ) Να απευθύνεται στις Κοινωνικές Υπηρεσίες όπου Κοινωνικοί Λειτουργοί την συμβουλεύουν ανάλογα.
- δ) Αν είναι δυνατό να απευθυνθεί στη μητέρα της και να αντιμετωπίσουν μαζί το πρόβλημα και
- ε) Να μην χρησιμοποιήσει κανένα φάρμακο χωρίς την συμβουλή του γιατρού της.

Το θέμα των εκτρώσεων σήμερα αντιμετωπίζεται νομοθετικά. Η έφηβη όμως πρέπει να καταλάβει ότι είναι καλύτερο γι' αυτή να εφαρμόσει κάποια αντισυλληπτική μέθοδο παρά να καταφύγει στην έκτρωση, έστω και αν δεν είναι παράνομη. Τα διάφορα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχουν πληροφορίες με κάθε μυστικότητα και μπορούν να δώσουν στην έφηβη την λύση που αναζητά.

## 2. Επικινδυνότητα των εκτρώσεων

Οι παγκόσμιες ανακοινώσεις αναφέρουν ποσοστό θανάτου 2% στις 100.000 γυναίκες. Οι επιπλοκές από την επέμβαση αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο.

Η απαλλαγή από το προϊόν σύλληψης, αποτελεί πρόχειρη και αντι-ιατρική λύση, διότι τα ιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα εξακολουθούν να έχουν σοβαρές επιπλοκές. Η αυστηρή κριτική από την οικογένεια και το περιβάλλον, δημιουργούν περισσότερα πλέγματα ενοχής, ανάλογα με την τοποθέτηση του ατόμου σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς και επιπλέον το άγχος ή οι άλλες επιπτώσεις δεν αφορούν μόνο το κορίτσι αλλά ολόκληρη την οικογένεια και ακόμη το θεωρούμενο ως φυσικό πατέρα (Δανέζης, 1983, σελ. 40).

## 3. Έγκυος έφηβη

Κατά τον Σταυρόπουλο, "Η άγαμη μέλλουσα μητέρα είναι η γυναίκα που έχοντας ολοκληρωμένες σχέσεις με έναν άνδρα, μόνιμες ή ευκαιριακές, συνέλαβε και βρίσκεται στο στάδιο της κύησης μιας νέας ανδρώπινης ζωής. (Σταυρόπουλος 1983, σελ. 23)

Σύμφωνα με στατιστικούς πίνακες που παρουσιάστηκαν στο σεμινάριο με θέμα "Το παιδί και οι γονείς του σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες", που οργάνωσε το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ" το 1980, διαφαίνεται ότι οι γεννήσεις εξώγαμων προς το σύνολο των νόμιμων γεννήσεων στα έτη '65-'76, παραμένουν σταθερές με διακύμανση 1,0-1,5 εξώγαμα ανά 100 νόμιμες γεννήσεις, παρατηρείται μια μικρή αύξηση το έτος 1986 των εξώγαμων που ανέρχεται στο 1,8%.

Επίσης διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των εξώγαμων είναι υψηλότερο στις αστικές περιοχές συγκριτικά με τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές και ακόμη ότι στη διάρκεια της ίδιας εικοσαετίας τα ετήσια ποσοστά δεν παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις ανά περιοχή.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Στατιστικής Επετηρίδας της Ελλάδας, που παρουσιάστηκαν στο ίδιο συνέδριο, αφορούν τις γεννήσεις ζώντων κατά το έτος 1975 και παρουσιάστηκαν ανά ομάδες ηλικιών και νομιμότητα τέκνων, προκύπτει ότι η μεγαλύτερη αναλογία εξώγαμων προς νόμιμα αντιστοιχεί στην ομάδα 15-19 ετών. Το ίδιο ισχύει και για το 1986.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΝΟΜΙΜΩΝ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΕΞΩΓΑΜΩΝ
	112.638	110.607	2.031
Κάτω των 15	78	61	17
15-19	12.038	11.631	404
20-24	39.054	38.498	547
25-29	33.454	34.976	454
30-34	18.109	17.789	320
35-39	6.404	6.203	228
40-44	1.327	1.276	51
45-49	106	102	4
50 & άνω	23	23	-

Η μεγαλύτερη αναλογία παιδιών εκτός γάμου προς νόμιμα παρατηρείται στις ηλικίες 15-19 προς 2,9 παιδιά νόμιμα.

Έτσι παρατηρεί κανείς ότι ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό των κυήσεων στην εφηβική ηλικία ήταν το 1974 περίπου 5,3%, το 1988 αντιπροσώπευε το 10,3% του συνόλου των κυήσεων.

Στον ίδιο χρόνο στην Φιλανδία αυτό το ποσοστό ήταν 3,4%. Χώρες με προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων, όπως η Σουηδία, παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά ανεπιθύμητων κυήσεων. (Δεληγιώργου Εθύμιος 1992, σελ. 110).

Στην Ιταλία 40.000 έφηβες κάθε χρόνο γίνονται μητέρες από τις οποίες οι 10.000 είναι ανήλικες.

Ενδεικτική για την Ελλάδα είναι μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Μαιευτήριο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" από τον επίκουρο καθηγητή κ. Κρεατσά και τους συνεργάτες του που αναφέρει ο Δεληγιώργου (1992) και έδειξε ότι: κατά τα έτη 1987 και 1988 η αναλογία των τοκετών των εφήβων, στο σύνολο των τοκετών της κλινικής ήταν 10,65% και από αυτούς το 88,7% αφορούσε έφηβες ηλικίας 17-19 ετών.

Η εγκυμοσύνη εκτός γάμου ήταν σημαντικά υψηλότερη στις έφηβες ομάδα Α (28,5%) συγκρινομένη με δύο άλλες ομάδες Β (ηλικίας 20-35 ετών) και Γ (ηλικίας >35 ετών). Το 49,8% της ομάδας των εφήβων εγκύων ήταν χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Το 1989, όπως προκύπτει από τα πεπραγμένα της κλινικής από το σύνολο των 3.686 νεαρών κοριτσιών, που εξετάστηκαν στο μοναδικό για την Ελλάδα Τμήμα Γυναικολογίας, οι 386 περιπτώσεις αφορούσαν κυήσεις στην εφηβεία, ποσοστό δηλαδή 10,47%.

Επιπλέον, σύμφωνα με στατιστικές έρευνες του Κέντρου Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ" που αφορούν 809 ανύπαντρες μητέρες που συνεργάστηκαν με το Κέντρο στην πενταετία 1975-1979 διαπιστώθηκε ότι: Όσον αφορά την ηλικία, το 50% των μητέρων ήταν 13-21 χρονών, ενώ το 20% ήταν κάτω των 18, με τάση μείωσης της ηλικίας κατά την περίοδο της πενταετίας.

Ενώ η Κουσίδου, Κοινωνική Λειτουργός του Κέντρου υποστηρίζει ότι: "Οι σημερινοί αριθμοί θα πρέπει να μας ανησυχούν, εφόσον από χρόνο σε χρόνο ο αριθμός των εφήβων μητέρων αυξάνεται" (Τ. Κουσίδου, 1983, σελ. 44).

Επιπλέον, στο σεμινάριο με θέμα "Το παιδί και οι γονείς σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες", η Κουσίδου παρουσίασε τα ακόλουθα συμπεράσματα: Όσον αφορά την εκπαίδευση, το 58% των μητέρων είχαν μόνο στοιχειώδη εκπαίδευση και το 19% είχαν κάνει μερικές τάξεις εξαταξίου γυμνασίου. Ενώ μόνο το 5% φοιτούσαν ή είχαν τελειώσει κάποια ανώτερη ή ανώτατη σχολή.

Αναφορικά με το επάγγελμα, το 65% δεν είχαν καμιά επαγγελματική εκπαίδευση και μόνο το 25% είχαν κάποια ειδίκευση σε τέχνη ή ήταν υπάλληλοι. Το 80-90% των μητέρων είχαν συχνές αλλαγές εργασίας και μεγάλα διαστήματα που δεν εργάζονταν.

Σημαντικός είναι ο ρόλος που παίζει και το οικογενειακό περιβάλλον, όπου στην συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 40% και το 50% των εγκύων προέρχονταν από ακατάλληλα, διαλυμένο ή ανύπαρκτο οικογενειακό περιβάλλον, ενώ ένα 20-30% αναφέρουν αρνητικές εμπειρίες από την οικογένειά τους.

Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα, που παρουσιάστηκε στο σεμινάριο, διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό εγκύων μελλουσών μητέρων αντιμετώπιζαν κάποια ειδικά προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, νοπτική καθυστέρηση. Το ποσοστό αυτό κατά τα έτη '75-'76-'77 ήταν 13%, ενώ αυξήθηκε σημαντικά στο 22,7% το 1983 και 23% το 1984.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η ανύπαντρη έγκυος και μέλλουσα μητέρα, είναι κατά κανόνα 16-21 χρονών, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, χωρίς επαγγελματική ειδίκευση και σταθερότητα εργασίας, με αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες. Όσον αφορά τη συμπεριφορά της, συχνά

παρατηρείται ανωριμότητα, ανευθυνότητα, αβουλία, χαμηλός αυτοέλεγχος, περιορισμένη ικανότητα για δετικές διαπροσωπικές σχέσεις και έλλειψη δετικής ταυτότητας.

Ακόμη, σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκε μια αδιαφορία ή άρνηση της πιθανότητας για εγκυμοσύνη και της χρήσης αντισυλληπτικών, χωρίς το τελευταίο να σημαίνει οπωσδήποτε άγνοια. (Κουσίδου, 1983, σελ. 45). Ένα μέρος της συμπεριφοράς που περιγράφηκε έχει σχέση στις περιπτώσεις των εφήβων αλλά και των εφήβων μητέρων με το γεγονός ότι βρίσκονται ακόμη σε στάδιο ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, το οποίο αποτελεί και μέρος της αιτιολογίας της εφηβικής εγκυμοσύνης, υποστηρίζει η Τ. Κουσίδου (1983).

Επιπλέον, στο σεμινάριο αυτό η κ. Κουσίδου (1983), αναφέρει ότι αίτιο της εφηβικής εγκυμοσύνης αποτελούν και κοινωνικοί παράγοντες που σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές ανάγκες και τις συναισθηματικές συγκρούσεις του ατόμου, οδηγούν στην παραπάνω κατάσταση. Οι κοινωνικοί αυτοί παράγοντες όπως υποστηρίζει η κ. Κουσίδου (1983), είναι αντικρουόμενες αξίες και αρχές, οι αλλαγές στην οικογένεια παραδοσιακού τύπου, οι προγαμιαίες σχέσεις, το φεμινιστικό κίνημα, η άγνοια και η έλλειψη προετοιμασίας για γάμο και οικογένεια.

Επίσης, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με τις γνωστές επιπτώσεις του στη ζωή και τη συμπεριφορά του ατόμου, ευνοεί την εξώγαμη μητρότητα. Επιπλέον, αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, πραγματική ή ψυχολογική απουσία πατρικού ή μητρικού προτύπου, συναισθηματική αποστέρηση, ασθενές ή υπερβολικά αυστηρό "οικογενειακό υπερέγώ" κ.ά. παρατηρούνται σε μεγάλο αριθμό ανύπαντρων μητέρων.

Αιτία επίσης αποτελεί και το γεγονός ότι πολλά κορίτσια στην εφηβεία φεύγουν από τα σπίτια τους για σπουδές ή εργασία και κατά συνέπεια έχουμε απουσία οικογενειακού περιβάλλοντος. Τέλος, στην Ελλάδα, παρατηρείται έλλειψη επαρκούς οικογενειακής και κρατικής προστασίας για κοπέλες με νοητικές καθυστερήσεις, ψυχικές παθήσεις ή άλλες σοβαρές αναπηρίες, με αποτέλεσμα την έλλειψη γνώσεων γύρω από θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς των ευαίσθητων αυτών κατηγοριών εφήβων. Επίσης, η χρησιμοποίηση της εγκυμοσύνης σα μέσο γάμου, σαν συνειδητό κίνητρο, αποτελεί και αυτό αίτιο εξώγαμης εφηβικής αλλά και ενήλικης εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με τα πρακτικά του σεμιναρίου "Το παιδί και οι γονείς σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες" (1983), ο κ. Δανέζης αναφέρει κάποιες επιπτώσεις που είναι ψυχολογικές, κοινωνικές αλλά και υγιείς στις έφηβες έγκυες που προαναφέρθηκαν. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τον κ. Δανέζη,

εξαρτώνται από την συναισθηματική ωριμότητα, την οικονομική ανεξαρτησία, την μόρφωση, τους παραδοσιακούς δεσμούς και γενικότερα τον τρόπο προετοιμασίας τους για τη μητρότητα.

“Συνήθως η ανύπαντρη μέλλουσα μητέρα και κυρίως η έφηβη, στερείται αυτής της ωριμότητας αλλά και των προϋποθέσεων για την ασφάλεια, την υγεία και το κατάλληλο περιβάλλον που είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού”. (Δανέζης, 1983, σελ. 38)

Επίσης κατά τον Δανέζη, ο στιγματισμός, τα ενδοοικογενειακά προβλήματα, η άρνηση της κοινωνίας να δεχθεί μια ανύπαντρη έγκυο κοπέλα, η απομόνωσή της, είναι μερικές καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει. Βέβαια τα προβλήματα μεγαλώνουν μετά τον τοκετό και η στάση της κοινωνίας γίνεται πιο αρνητική, όχι μόνο στην ίδια αλλά και στο παιδί της.

Προκύπτει λοιπόν, ότι η οικογένεια θα αποτελέσει τον καθοριστικό παράγοντα μιας ομαλής ζωής της εγκύου εφήβου. Η αποδοχή για το γεγονός της εγκυμοσύνης, η συναισθηματική συμπαράσταση και η οικογενειακή βοήθεια, θα συμβάλλουν τόσο στην ψυχική περμία της, όσο και στην αποδοχή της κοινωνίας.

Πάνω σ' αυτό το θέμα, η Margaret Chesney (1983), έχει την άποψη ότι η κοινωνία αποθαρρύνει την εγκυμοσύνη των εφήβων κατά το κενό αυτό της ωρίμανσης με την χρήση κοινωνικοπολιτιστικών περιορισμών κατά της σεξουαλικής συνουσίας, καθώς και με μάλλον αναποτελεσματικές νομοθετικές απαγορεύσεις. Τα περισσότερα κορίτσια ανατρέφονται με τον φόβο της αποδοκιμασίας της οικογένειας και των γειτόνων, εάν μείνουν έγκυες.

Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, οι ελαττούμενοι δεσμοί της οικογένειας, η αυξανόμενη αστικοποίηση και η αλλαγή των ηθών της κοινωνίας, συνέβαλαν στην ελάττωση της καταδίκης της σεξουαλικής συνεύρευσης, μολονότι η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο δυσμενούς κριτικής.

#### **4. Αντιουλληπτική συμπεριφορά των εφήβων.**

Στη σύγχρονη κοινωνία, η σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα όχι μόνο των ενηλίκων αλλά και των εφήβων, που όμως δεν συνοδεύεται και από την αντίστοιχη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και τη χρήση κατάλληλων μέτρων προφύλαξης από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, όπως αναφέρει ο Χλιαουτάκης (1992).



Ο Χλιαουτάκης (1992) αναφέρει ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η αντισύλληψη ειδικά, δεν έτυχαν ακόμη στη χώρα μας της ανάλογης αξιολόγησης και αντιμετώπισής τους. Η αντισύλληψη παρόλο που έχει επισημανθεί τώρα και μια δεκαετία ως ένα καθημερινό πρόβλημα, φαίνεται να κυριαρχεί ως τέτοιο στις σχέσεις των ζευγαριών και ιδιαίτερα των εφήβων.

Από την άλλη πλευρά, οι ερευνητές των κοινωνικών και υγειονομικών επιστημών, δεν έχουν μελετήσει σε βάθος την αντισυλληπτική και σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, τις επιπτώσεις της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τους και τις στάσεις απέναντι σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, αφού οι εμπειρικές έρευνες προς αυτή την κατεύθυνση είναι πολύ περιορισμένες στη χώρα μας.

Ακόμα ο Χλιαουτάκης (1992), αναφέρει ότι η αντισύλληψη περιβάλλεται από μια μυθολογία του συντηρητού κυρίως από την παραπληροφόρηση, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για νεαρά άτομα όπως κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας. Την ίδια άποψη υποστηρίζει και η Ομάδα Γυναικών Βοστώνης (1981) και ότι οι πληροφορίες που παρέχουν οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι γιατροί είναι ανεπαρκείς ή παραπλανητικές - αφού εκείνο που μετράει είναι κατά κανόνα το κέρδος.

Ακόμη, ότι όταν μια γυναίκα γάχνει να βρει μια καλή αντισυλληπτική μέθοδο, συναντά συνήθως δυσκολίες: Η ενημέρωση είναι περιορισμένη, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ελλιπής ή ανύπαρκτη, ή ο νόμος ή η οικογένεια αντιτίθεται στον τεχνητό (δηλαδή συνειδητό) έλεγχο των γεννήσεων.

Η αντισύλληψη στην εφηβική ηλικία έχει γίνει σε πολλές χώρες αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ γονέων, εκπαιδευτικών, γιατρών και του κοινού γενικά. Η επιδημική αύξηση των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία και η αύξηση των επιλοκών τους, θεωρείται αποτέλεσμα της έλλειψης ή ανεπάρκειας στην εφαρμογή ή της μη αποδοχής μιας συστηματικής ενημέρωσης πάνω σε θέματα γενετισιακής αγωγής.

Τα προβλήματα και οι ιδιαιτερότητες που αντιμετωπίζει η έφηβος, κάνουν επιτακτική την προσέγγισή της, τόσο από την οικογένεια και το σχολείο, όσο και από τον γιατρό.

Η πρόοδος στη μείωση της επιδημίας των κυήσεων και εκτρώσεων στην εφηβεία θα επιτευχθεί μόνο αν υπάρξει σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων. Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να έχει μαζικό χαρακτήρα και να γίνεται από το σχολείο, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού ή τα μέσα ενημέρωσης, αλλά θα πρέπει να είναι και προσωπική καθώς ο κάθε νέος αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση με ξεχωριστές ανάγκες.

Στην συνέχεια θα αναφερθούν οι διαθέσιμες αντισυλληπτικές μέθοδοι, καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους στην εφηβική ηλικία.

### **1) Μέθοδοι Ρυθμού**

Είναι μια μέθοδος που χρειάζεται καλή γνώση της φυσιολογίας της αναπαραγωγής και επιπλέον δεν είναι πρακτικά εφαρμόσιμη στις περιπτώσεις των νέων με σποραδικές σεξουαλικές σχέσεις που είναι και οι πιο συχνές.

### **2) Σπερματοκτόνες Ουσίες**

Η αποτελεσματικότητά τους είναι σχετικά μικρή, όταν χρησιμοποιούνται μόνες τους. Σε συνδυασμό με το προφυλακτικό προσφέρουν υψηλού βαθμού προστασία και η χρήση τους είναι πιο απλή απ' ό τι των διαφραγμάτων.

### **3) Κολπικό Διάφραγμα**

Η εφαρμογή κολπικών διαφραγμάτων δεν είναι δημοφιλής στην χώρα μας. Σε συνδυασμό με τις σπερματοκτόνες ουσίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυνται η χρήση των χαπιών ή των σπειραμάτων.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που δημιουργεί είναι η κακή εφαρμογή που θα μπορούσε όμως να ελαττωθεί με τη σωστή εκπαίδευση από το γιατρό. Πάντως το διάφραγμα δύσκολα θα μπορούσε να γίνει μέθοδος ευρύτερης αποδοχής.

### **4) Διακεκομμένη Συνουσία**

Είναι μια παραδοσιακή μέθοδος αντισύλληψης, που χρησιμοποιείται ίσως πιο πολύ από κάθε άλλη, ακόμα και σήμερα. Η αποτελεσματικότητά της μεθόδου είναι περιορισμένη και επιπλέον μειώνει και την ικανοποίηση των δύο συντρόφων. Η μέθοδος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους νέους και σ' αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι δεν κοστίζει τίποτα.

### **5) Ανδρικό Προφυλακτικό**

Παρόλο που αρκετοί νέοι δεν το βρίσκουν σαν ελκυστική μέθοδο με τις κατηγορίες ότι "σπάζει εύκολα και μειώνει την ευαισθησία", εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από πολλούς εφήβους γιατί είναι φθηνό και εύκολο στη χρήση του. Επιπλέον προφυλάσσει σε ικανοποιητικό βαθμό από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

### **6) Ενδομήτριο Σπείραμα**

Το ενδομήτριο σπείραμα ενώ χρησιμοποιήθηκε πολύ στην δεκαετία του '70, σήμερα αρχίζει να παρακμάζει μεταξύ των νέων επειδή κοστίζει και έχει ορισμένες παρενέργειες. Στα νέα κορίτσια εμφανίζεται αυξημένη συχνότητα πυελικής φλεγμονής και μάλιστα μερικές φορές δημιουργούνται συμφύσεις στις σάλπιγγες.

Η αναιμία λόγω της αυξημένης απώλειας αίματος κατά την περίοδο, είναι ένας ακόμη λόγος μη αποδοχής του σπειράματος. Το ενδομήτριο σπείραμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται σαν εναλλακτική λύση σ' αυτούς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι και έχουν συχνές επαφές.

### 7) Αντισυλληπτικό Χάπι

Το χάπι είναι το δημοφιλέστερο μέσο αντισύλληψης μεταξύ των εφήβων. Η προτίμηση αυτή οφείλεται στην αποτελεσματικότητά του και στο ότι η λήψη του είναι ανεξάρτητη από την σεξουαλική επαφή. Το χάπι είναι η ενδεδειγμένη μέθοδος σε νέους με συχνές και μη προγραμματισμένες σεξουαλικές σχέσεις. Με την προϋπόθεση ότι παίρνεται ανελλιπώς, εξασφαλίζει αποτελεσματικότητα σχεδόν 100%, ενώ ταυτόχρονα αφαιρεί από τη σεξουαλική πράξη το άγχος της πιθανής σύλληψης, επιτρέποντας τη μεγαλύτερη δυνατή απόλαυσή της.

Οι νέες γυναίκες αντιμετωπίζουν πολύ μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών από ότι οι ενήλικες. Τα απειλητικά για τη ζωή καρδιαγγειακά επεισόδια, είναι μάλλον ασυνήδη στην εφηβική ηλικία. Οι κίνδυνοι όμως εξακολουθούν να είναι μεγάλοι για τις βαριές καπνίστριες και για τα κορίτσια με ιστορικό αγγειακών ανωμαλιών. Η βιβλιογραφία πάντως δεν περιλαμβάνει ούτε μια περίπτωση θανάτου από έμφραγμα, θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή σε έφηβο που έκανε συστηματική χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.

Συνήθως μπορεί να εμφανισθούν διάφορες επιπλοκές, όπως:

- α) Αίμα στο μέσο του κύκλου (μεσοκυκλική αιμόρροια) ή καθυστέρηση στην περίοδο (αμηνόρροια).
- β) Ναυτία ή έμετοι.
- γ) Υγρά από τον κόλπο
- δ) Αύξηση του βάρους.
- ε) Οίδημα.
- στ) Ακμή.
- ζ) Διόγκωση των μαστών.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω παρενέργειες συνήθως εξαφανίζονται με το σταμάτημα του χαπιού ή με την αλλαγή του είδους του. Σπανιότερα και σε άτομα με επιβαρημένο ιστορικό μπορεί να παρατηρηθούν:

- α) Υπέρταση.
- β) Επιδείνωση ήδη υπάρχουσας διαταραχής της πήκτικότητας του αίματος (θρομβοεμβολικά επεισόδια).
- γ) Επιδείνωση υπάρχοντος διαβήτη.
- δ) Παρόξυνση ημικρανιών.

ε) Χολολιθίαση ή χολοκυστίτιδα.

Για την αποφυγή των επιπλοκών αυτών πριν την χορήγηση του χάπιού, θα πρέπει να γίνει πλήρης εξέταση όλων των συστημάτων του οργανισμού, γυναικολογική εξέταση, Pap test και αιματολογικός έλεγχος. Σε καμία περίπτωση η έφηβη δεν πρέπει να χρησιμοποιεί το χάπι που χρησιμοποιεί η φίλη της, χωρίς η ίδια να συμβουλευτεί γυναικολόγο.

Στον παρακάτω πίνακα, τα στοιχεία του οποίου προέρχονται από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", είναι φανερό ότι το 65% (170) προτίμησαν το χάπι, ενώ οι υπόλοιπες μέθοδοι ήταν πολύ λιγότερο προσφιλείς.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11**  
**Επιλογή μεθόδου αντισυλληπτικής μεθόδου**  
**από κορίτσια στην εφηβεία.**

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Αντισυλληπτικό Χάπι	170	65,5
Κολπικό Υπόθετο	30	11,5
Ανδρικό Προφυλακτικό	30	11,5
Διάφραγμα & Σπερματοκτόνος αλοιφή	20	7,7
Ενδομητρικό Σπείραμα	10	3,8

#### 5. Τι πιστεύουν οι έφηβες για την αντισύλληψη και τι εφαρμόζουν

Ο Κόνγκερ (1986) αναφέρει ότι οι κυριότερες αιτίες που οι έφηβοι δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικό χάπι είναι γιατί πιστεύουν ότι δεν θα συλλάβουν λόγω της ημέρας του κύκλου, της ηλικίας ή της μη συχνής επαφής ή γιατί τα αντισυλληπτικά δεν είναι διαθέσιμα τη στιγμή που τα χρειάζονται.

Επίσης ο Κόνγκερ (1986) αναφέρει ότι σε πολλές χώρες έχουν γίνει ψυχολογικές μελέτες όπου συγκρίνουν κοπέλες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά μέσα σε σχέση με αυτές που δεν παίρνουν καθόλου προφυλάξεις. Βρέθηκε ότι οι κοπέλες που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά μέσα τείνουν να έχουν μοιρολατρική στάση: Αισθάνονται αδυναμία να ελέγξουν τα γεγονότα της ζωής τους, έχουν χαμηλή εκτίμηση των ικανοτήτων τους και παρουσιάζουν μια παθητική και εξαρτημένη στάση απέναντι στις ετεροφυλικές σχέσεις.

Είναι γενικά προετοιμασμένες να διακινδυνεύσουν και να ανταπεξέρχονται στο άγχος τους με το να αρνούνται τους πιθανούς κινδύνους παρά να τους αντιμετωπίζουν. Μερικοί έφηβοι αποφεύγουν τα αντισυλληπτικά μέσα γιατί φοβούνται ότι θα επηρεάσουν τον "αυθορμητισμό" της σχέσης τους ή ότι η λήψη τους μπορεί να θεωρηθεί σαν πρόσκληση για συνουσία.

Ένα άλλο εύρημα αυτών των ερευνών, είναι ότι οι κοπέλες που παραδέχονται τον σεξουαλισμό τους με ειλικρίνεια, χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά μέσα με μεγαλύτερη ευκολία από εκείνες που το αρνούνται είτε στον εαυτό τους είτε στους άλλους. Μόνο μία στις 15 εφήβους δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά, γιατί ήθελε να κάνει παιδί και μόνο μία στις 11 είπε ότι δεν θα την πείραζε να μείνει έγκυος.

Από έρευνα που έκανε το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Θεσσαλονίκης με καθηγητή τον κ. Αναπλιώτη, σε 104 γυναίκες 16-20 ετών, βρέθηκε ότι το 9,6% χρησιμοποιούσαν σπιράλ, το 3,5% χάπι, το 3,8% διάφραγμα, το 19,2% χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό, διακεκομμένα συνουσία ή την μέθοδο του ρυθμού και το 39,9% δεν χρησιμοποιούσαν κανένα αντισυλληπτικό μέσο.

## 6. Συμπεράσματα Έρευνας για την Αντισυλληπτική Συμπεριφορά των Εφήβων στο Δήμο Αθηναίων

Ο Χλιαουτάκης (1992) στο σεμινάριο που διοργάνωσε η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού και έγινε με θέμα "Σεξουαλική Αγωγή και Υγεία", παρουσίασε τα παρακάτω συμπεράσματα από έρευνα που έγινε για να εντοπισθεί η αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων του Δήμου Αθηναίων, σε 720 εφήβους ηλικίας 15-19 ετών τους μήνες Μάϊο και Ιούνιο του 1989.

Τα συμπεράσματα είναι ότι η πληροφόρηση σε σεξουαλικά θέματα προηγείται συνήθως της σύναυξης σεξουαλικών σχέσεων. Οι κύριες πηγές πληροφόρησης σε θέματα αντισύλληψης δε μπορούν να θεωρηθούν οι πλέον αξιόπιστες, αφού οι ειδικοί επαγγελματίες υγείας και οι διαλέξεις συγκεντρώνουν χαμηλά ποσοστά.

Οι γυναίκες ως πιο άμεσα ενδιαφερόμενες, διαθέτουν υψηλότερη πληροφόρηση από τους άνδρες. Όμως και για τα δύο φύλα η πληροφόρηση βρίσκεται σε μεσαία επίπεδα.

Αν ληφθεί υπόψιν:

α) η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών (ιδιαίτερα αυξημένη στις γυναίκες,

β) το είδος της χρησιμοποιούμενης αντισύλληψης (χαμηλά ήταν τα ποσοστά για το χάπι και το προφυλακτικό) και

γ) από τον τρόπο αντίδρασης και τις δηλωθείσες στάσεις στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (από τις 25 ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες υπήρξαν 3 μόνο αποδοχές με σύναψη γάμου, το 68% των υπολοίπων σεξουαλικά ενεργών εφήβων θα αντιδρούσε με έκτρωση), ορίζονται οι υπαρκτοί κίνδυνοι για τον πληθυσμό του δείγματος και για τις οικογένειές τους.

Τέλος προτείνει ότι οι οδηγίες για κατανόηση της λειτουργίας του αναπαραγωγικού συστήματος και των διαδικασιών χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων, με παράλληλη εκπαίδευση για αποδοχή από πλευράς εφήβων της ισότιμης συμμετοχής των δύο φύλων σε αυτές τις διαδικασίες θα ενισχύσει την πίστη τους ότι η αντισυλληπτική χρήση και ευθύνη πρέπει να μοιράζονται και θα αυξήσει τη συχνότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 1. ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησής της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου stress. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής, θα πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνηδέστατα μερικοί απ' αυτούς συνυπάρχουν. Για να συζητήσουμε έναν-έναν τους παράγοντες αυτούς, κατατάξαμε εντελώς σχηματικά τις γυναίκες που οδηγούνται στην έκτρωση στις παρακάτω κατηγορίες:

A) Ανύπαντρες Κοπέλλες: Καθαρά κοινωνικοί λόγοι είναι οι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή έγκυο στην έκτρωση. Το κοινωνικό στίγμα της "ανύπαντρης μητέρας" και του εξώγαμου παιδιού και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια επιλογής.

Οι νεαρές κοπέλλες, εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους, προσέρχονται συνήθως για την έκτρωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης, και παρουσιάζουν περισσότερες αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου αυτές που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

B) Κουρασμένες Μητέρες: Στον αντίποδα της ανύπαντρης κοπέλλας βρίσκεται η κουρασμένη μητέρα με τα πολλά παιδιά, το λίγο διαθέσιμο χρόνο και τα πενιχρά οικονομικά μέσα. Συνήθως οι κουρασμένες μητέρες δεν έχουν αξιόλογη αμφιθυμία για την έκτρωση. Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι, συχνά μαζί με την έκτρωση ζητούν και στείρωση, που θα τις απαλλάξει από την "βιομηχανία παιδιών".

Γ) Δοκιμή Γονιμότητας: Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκιμάσουν αν είναι γόνιμες, χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές, όπως και οι

κουρασμένες μητέρες, πολύ μικρή αμφιδυμία έχουν συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για έκτρωση.

**Δ) Αρνηση Μητρότητας:** Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδογυχνικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιδυμία και τελικά αρνητική τάση προς την εγκυμοσύνη.

Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτό τους ότι "δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες" ή ότι "δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών". Αν κάποτε μείνουν έγκυες ζητούν έκτρωση χωρίς αξιόλογη αμφιδυμία, εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργήσει σαν σήμα θηλυκότητας, που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο την ταυτότητα του φύλου τους.

**Ε) Αποφυγή ή Αποτυχία Αντισύλληψης:** Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή αποτυχία των αντισυλληπτικών μέτρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε άγνοια, άλλοτε σε φόβο από ανεπαρκή και άλλοτε σε ντροπή για την αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

Μερικές γυναίκες, σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους (αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης, επαγγελματική αποτυχία, απομάκρυνση συζύγου κλπ.), μπορεί να καταφύγουν συνειδητά ή ασυνείδητα στην εγκυμοσύνη, ζητώντας ένα μέσο επιβεβαίωσης του εγώ τους. Έτσι προσπαθούν να χειριστούν το άγχος ή την κατάθλιψη που τους προκαλούν οι συνθήκες της ζωής τους. Αυτές οι γυναίκες πολύ συχνά προσέρχονται για έκτρωση, αν και η έκτρωση δεν μπορεί να είναι τίποτε περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

**ΣΤ) Σωματική ή Ψυχική Νόσος:** Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν, με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές, που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν), εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις.

Έτσι, αναφέρεται ότι το 92% των εγκύων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για την πρόληψη γενετικού συστήματος παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους, εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη.



Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και ασθενείς πάσχοντες από κατάθλιψη, οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικά μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής και αυτομομφής με αφορμή την έκτρωση. Για αυτό η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση, φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

Ζ) Εξαναγκασμός από τρίτους: Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά υποκύπτουν σε πιέσεις από τους γονείς, το σύζυγο, τον εραστή ή άλλα πρόσωπα, που μπορεί να σκήσουν αποφασιστική επίδραση προς αυτή την κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές, όπως και εκείνες που έχουν ιατρική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης, εμφανίζουν συχνότερα ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις.

## 2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Καθορίζονται τα επίπεδα της ψυχοσύγκρουσης (ατομικό, συζυγικό και οικογενειακό-κοινωνικό) και περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την έκτρωση. Συνήθως η ελαφρά ψυχοπαθολογία (άγχος και κατάθλιψη) που συνοδεύει την έκτρωση, υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες.

Σοβαρότερη και μονιμότερη ψυχοπαθολογία εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης. Η έκτρωση, όχι μόνο δεν συνεπάγεται αξιόλογη ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας, αλλά αντίθετα φαίνεται ότι μπορεί να έχει κάποιον ψυχοπροφυλακτικό ρόλο.

Κύριο κοινωνικό μέτρο για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων, είναι η φιλελευθέρωσή τους. Σε ατομικό επίπεδο ο γυναικολόγος έχει τον κεντρικό θεραπευτικό ρόλο και συνήθως είναι σε θέση να προλάβει ή ακόμη και να αντιμετωπίσει ελαφράς μορφής ψυχοπαθολογία. Μόνο περιπτώσεις σοβαρότερης και μονιμότερης ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να παραπέμπονται στον ψυχίατρο.

Εξαιτίας της έλλειψης νομικής κάλυψης, οι εκτρώσεις στην Ελλάδα γίνονται κάτω από συνθήκες μεγάλης μυστικότητας και ενοχής, τόσο από την πλευρά της γυναίκας και του περιβάλλοντός της όσο και από την πλευρά του γιατρού ή της μαίας και του τυχόν βοηθητικού προσωπικού.

Όμως η νομική πλευρά της εμπλοκής του ψυχιάτρου σε περιπτώσεις εκτρώσεων δεν φαίνεται να οδηγεί σε σημαντικό αριθμό ψυχιατρικών παραπομπών. Αντίθετα, τις πιο πολλές φορές ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει τη διαταραχή της ψυχικής υγείας της γυναίκας πριν ή συνηδέστερα μετά την έκτρωση.

### 3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα: Το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό.

Σε ατομικό επίπεδο συγκρούονται η επιθυμία για μητρότητα με τους λόγους (ψυχολογικούς ή κοινωνικοοικονομικούς) που την εμποδίζουν και η διάθεση για διακοπή της εγκυμοσύνης με το προσωπικό σύστημα ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις εκμυστήρευση του διλήματος σε φιλικό πρόσωπο που ακολουθεί παρόμοιο σύστημα ηθικών αξιών ή σε ένα θρησκευτικό λειτουργό με ευρύτητα αντιλήψεων θα βοηθούσε αποφασιστικά την ομαλή λύση της ψυχοσύγκρουσης. Παρόμοιες ενδοψυχικές συγκρούσεις με αυτές που εμφανίζει η έγκυος παρουσιάζει και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος.

Στο επίπεδο του συζύγου ή εραστού, οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαρτώνται από την προσωπικότητά του, τυχόν παρουσία ψυχοπαθολογίας, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματά του προς την έγκυο και την προσωπική αξία που έχει γι' αυτόν η εγκυμοσύνη.

Μερικές φορές ο υπογύφιος πατέρας δεν πληροφορείται ούτε την εγκυμοσύνη ούτε την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μέσα από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών του σχέσεων με την έγκυο. Η σταθερότητα της στάσης του και η συνεργασιμότητά του προ και κατά την έκτρωση θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην έκτρωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ότι αφορά στην έκτρωση δεν περιορίζεται συνήθως στο σύζυγο ή στον ερωτικό σύντροφο. Επεκτείνεται και σε μέλη της ευρύτερης οικογένειάς της. Οι δικές τους ηθικές αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επενδύσεις, θέσεις και αντιθέσεις, είναι φυσικό να επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση και την ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου.

Το ίδιο ισχύει και για τα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει η έγκυος. Θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει τις συγκρούσεις στο οικογενειακό-κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε "απόλυτες ηθικές επιταγές"

και μιας πιο φιλελεύθερης απροκατάλυπτης προσέγγισης που εξασφαλίζει συνεκτίμηση και παραδοχή των διαφόρων πλευρών μιας πραγματικότητας.

Σαν αποτέλεσμα της ψυχοσύγκρουσης στο ατομικό και οικογενειακό-κοινωνικό επίπεδο η έγκυος πριν από την έκτρωση εμφανίζει μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Το στρές είναι εντονότερο συνήθως εξαιτίας της έλλειψης συναισθηματικής υποστήριξης και της δυσανάλογα μεγάλης ευθύνης που συχνά αναγκάζεται να αναλάβει η ίδια η γυναίκα.

Έτσι ορισμένες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες ψυχολογικά μπροστά στα διλήματα της έκτρωσης. Είναι συνήθως γυναίκες ψυχοκοινωνικά εξαρτημένες από άλλους, με προηγούμενες δυσκολίες προσαρμογής ή με ισχυρές ηθικές απαγορεύσεις. Φυσικά, έντονο στρές παρουσιάζουν και οι γυναίκες που πάντοτε είχαν έναν υπερβολικό φόβο για τις χειρουργικές επεμβάσεις.

#### 4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακολούθων της έκτρωσης είχε στηριχθεί σε μεμονομένα περιστατικά πριν από την δεκαετία του '60. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη που υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες, το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την έκτρωση.

Προφανώς μέσα σε 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σοβαρότερη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κατά κανόνα γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης, στις οποίες μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση της προϋπάρχουσας συμπτωματολογίας. Το ίδιο όμως μπορεί να παρατηρηθεί σ' αυτές τις γυναίκες και μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό.

Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η έκτρωση και ο φόβος μιας νέας έκτρωσης επιδρούν αρνητικά στη σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Κάτι τέτοιο όμως, αν και δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, δεν φαίνεται να συμβαίνει.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθερωποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επιτράπη, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερα αντικοινωνική

συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας.

Αντίθετα, γυναίκες που κάνουν νόμιμη έκτρωση την οποία επιθυμούν επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Η πλειονότητα (74%) των γυναικών που έκαναν νόμιμη έκτρωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν μετανιώσει καθόλου για την όλη διαδικασία. Εξάλλου, μόνο δύο από 35 γυναίκες που διέκογαν την εγκυμοσύνη τους δήλωσαν ότι δεν θα ζανάπερναν την ίδια απόφαση.

Η νόμιμη επιθυμητή έκτρωση έχει ψυχοπροφυλακτικό χαρακτήρα για τις περισσότερες γυναίκες. Μάλιστα αναφέρεται σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Με την επέμβαση εκτονώνεται η συναισθηματική φόρτιση που προηγείται της έκτρωσης. Η ανακούφιση της γυναίκας που βρέθηκε στη δύσκολη θέση να έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπερτερεί σε σύγκριση με το μάλλον μικρό συναισθηματικό κόστος της έκτρωσης.

Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση, δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το μισό και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

## 5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Στο κοινωνικό επίπεδο η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων και η νομική κατοχύρωση του δικαιώματος κάθε γυναίκας να αποφασίζει αν και πότε θα γίνει μητέρα, θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση όλων αυτών που μετέχουν και επηρεάζουν τη διαδικασία της έκτρωσης (γυναίκας, συζύγου, οικογένειας, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού).

Μόνον όταν η διαδικασία της έκτρωσης είναι απροκάλυπτα αποδεκτή θα μπορεί να γίνει ανοιχτή συζήτηση με το γιατρό και διερεύνηση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των εκτρώσεων, επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις θα βρίσκονται άλλες προσφορότερες λύσεις. Άλλωστε η δυνατότητα για παρόμοιες συζητήσεις προάγει την εφαρμογή και άλλων μεθόδων για αποτελεσματικότερη αντισύλληψη.

Μια ανοικτή συζήτηση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχοσύγκρουσης και του άγχους που προηγούνται της επέμβασης, αλλά και της ενοχής και της κατάθλιψης που ακολουθούν. Μπορούμε συνεπώς να

συμπεράνουμε ότι η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων θα οδηγήσει ουσιαστικά σε πρόληψη της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την έκτρωση.

Σε ατομικό επίπεδο το κύριο βάρος της αντιμετώπισης, ιατρικής και ψυχολογικής, πέφτει στο γυναικολόγο. Είναι μάλλον βέβαιο ότι σχεδόν το σύνολο των γυναικολόγων δεν έχει αμφιθυμία σ' ότι αφορά την έκτρωση. Όμως, πολύ σπάνια προβαίνουν σε συστηματική ψυχολογική αντιμετώπιση των γυναικών που ζητούν να υποβληθούν σ' αυτή την επέμβαση.

Ο γυναικολόγος θα πρέπει να προβαίνει σε αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για την έκτρωση. Συνήθως η ερώτηση που τίθεται δεν είναι αν θα πρέπει να γίνει διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά με ποιό τρόπο η διαδικασία θα γίνει λιγότερο ψυχοτραυματική.

Είναι απαραίτητο για το γιατρό να καταλάβει τι σημαίνει για τη συγκεκριμένη γυναίκα η εγκυμοσύνη και τι αντιπροσωπεύει για αυτήν η έκτρωση. Θα πρέπει να της δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις προσδοκίες της από την έκτρωση.

Ακόμη, μπορεί να είναι χρήσιμη η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα (το σύζυγο, τους γονείς κ.ά.) βέβαια μόνον εφόσον η γυναίκα συγκατατεθεί προηγουμένα σ' αυτήν. Σ' ορισμένες περιπτώσεις που μετά από την πρώτη εκτίμηση γίνεται φανερή μια έντονη αμφιθυμη στάση της γυναίκας ή του περιβάλλοντός της για την έκτρωση, είναι σκόπιμο να γίνεται επανεκτίμηση 1-2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα να αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην έκτρωση και τα υπόλοιπα προβλήματα γύρω απ' αυτήν.

Η πείρα σε μερικές χώρες έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις με σοβαρότερες κοινωνικές συνιστώσεις μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια ο/η Κοινωνικός/ή Λειτουργός ή η Επισκέπτρια Αδελφή. Στον Ψυχίατρο πρέπει να παραπέμπονται μόνο γυναίκες με έντονα ψυχιατρικά προβλήματα και ιδίως γυναίκες με σχιζοφρανική ψύχωση, με σοβαρή κατάθλιψη και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η διαδικασία που προβλέπεται από πολλές νομοθεσίες και εξασφαλίζει απαραίτητα εκτίμηση από ψυχίατρο πριν από κάθε έκτρωση, στην πράξη έχει γίνει γραφειοκρατική τυπικότητα.

Υποστηρίζεται μάλιστα ότι είναι περισσότερο επιβλαβής για τη γυναίκα, γιατί της καλλιεργεί την εντύπωση ότι έχει κάνει κάτι παράλογο, με αποτέλεσμα να ενισχύεται το αίσθημα της ενοχής της. Γενικά έχει παρατηρηθεί ότι ανεπαρκής εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των γυναικών πριν από την έκτρωση, έχει άμεση σχέση με τα ψυχολογικά επακόλουθά της.

Επίσης για την διερεύνηση και θεραπεία αυτών των ψυχολογικών αντιδράσεων είναι σκόπιμο ο γιατρός να βλέπει τη γυναίκα οποσδήποτε και μετά την έκτρωση. Μόνο στις λίγες περιπτώσεις που οι αντιδράσεις αυτές είναι έντονες, η ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε ψυχίατρο, ο οποίος θα τη βοηθήσει να αναγνωρίσει τα συναισθήματά της και να αναπτύξει ρεαλιστικά σχέδια για τη ζωή της στο μέλλον. Οι συναντήσεις αυτές μπορεί να έχουν και τον τύπο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, με ομάδα ομοιοπαθών γυναικών.

**Συμπερασματικά** αξίζει να σημειωθούν τα ακόλουθα:

1. Η σχετική με την έκτρωση ψυχοσύγκρουση συμβαίνει ταυτόχρονα σε τρία επίπεδα: Το ατομικό, το συζυγικό και το οικογενειακό-κοινωνικό. Έτσι η έγκυος, εκτός από την ενδοψυχική της διαπάλη, αντιμετωπίζει και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ψυχοσυναλλαγή της με το σύζυγο ή εραστή και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Η ψυχοσύγκρουση πριν από την έκτρωση δημιουργεί μια κατάσταση στρές που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Μετά την έκτρωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη που υποχωρεί μέσα σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες. Οι σχετικά σπάνιες καταστάσεις βαρύτερης ψυχοπαθολογίας συνήθως αφορούν σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης.

2. Η έκτρωση, όχι μόνο δεν φαίνεται να έχει γενικότερα αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, αλλά θα μπορούσε να της αποδοθεί και κάποιος ψυχοπροφυλακτικός ρόλος.

3. Τα κοινωνικά μέτρα για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων. Ανοικτή διαδικασία για την έκτρωση θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση της γυναίκας και του περιβάλλοντός της και συνεπώς σε μεγαλύτερη δυνατότητα διερεύνησης εναλλακτικών λύσεων.

4. Η κύρια ευθύνη για την ατομική αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων πέφτει στο γυναικολόγο. Ο γυναικολόγος θα πρέπει να κάνει μια αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για έκτρωση, συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες που θα τη διαμορφώσουν.

5. Παραπομπή σε ψυχίατρο πριν από την έκτρωση θα πρέπει να γίνεται μόνο για περιπτώσεις γυναικών με σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα που είναι μάλλον σπάνιες.

## 6. Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΚΤΡΩΣΗ

Η συχνή προσφυγή της Ελληνίδας στην έκτρωση, καθώς και η επιφυλακτική στάση της ως προς τη χρήση των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων, αποτελεί κοινή παραδοχή που προκύπτει όχι μόνο από αλληπάλλληλα δημοσιογραφικά δημοσιεύματα, αλλά και από τις υπάρχουσες επιστημονικές εργασίες που έχουν επισημάνει τις κοινωνικό-δημογραφικές κυρίως πλευρές του θέματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η βασική εξήγηση η οποία κατά κύριο λόγο είχε προβληθεί και συνέδεε τα φαινόμενα της έκτρωσης και αντισύλληψης στη χώρα μας είναι μια απλή σχέση αιτίου-αιτιατού, δηλαδή ότι η μη διάδοση της αντισύλληψης είναι υπεύθυνη για το μεγάλο αριθμό εκτρώσεων.

Η ελλειπής διάδοση της σύγχρονης αντισύλληψης εκ μέρους των υπεύθυνων φορέων και η ιδιαίτερα προβληματική σχέση εκ μέρους των γυναικών, δε μπορεί παρά να αναλυθεί και να ερμηνευθεί ως ένα είδος "αντίστασης" που υπαγορεύεται συνειδητά από μη συνειδητά κίνητρα.

Η αντίσταση αυτή συνδέεται άμεσα με την πραγματική και συμβολική λειτουργία της αντισύλληψης, το γεγονός δηλαδή ότι αφενός αίρει προσωρινά τη γονιμοποιητική ικανότητα της γυναίκας και αφετέρου προσφέρει τις προϋποθέσεις για πιο άμεση πρόσβαση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ωστόσο, οι λειτουργίες αυτές φαίνεται να έρχονται σε φανερό αντίθεση με τις προδιαγραφές του γυναικείου ρόλου στα πλαίσια της παραδοσιακής ιδεολογίας η οποία εξαίρει τη μητρότητα και θέτει γενικότερους περιορισμούς στην εκδήλωση της γυναικείας σεξουαλικότητας.

Η συχνότητα με την οποία καταφεύγουν οι Ελληνίδες στην έκτρωση, - ανεξάρτητα από την κοινωνικο/οικονομική τους θέση ή τις ιδεολογικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις - θέτει το ερώτημα σχετικά με την πιθανή(ές) σημασία(ες) της λεγόμενης "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης.

Στην περίπτωση αυτή η σύλληψη που έχει μεσολαθήσει, φέρνει στην επιφάνεια κάποιου άλλου είδους επιθυμία(ες), η οποία δεν παραπέμπει αναγκαστικά στην (υποσυνείδητη) επιθυμία για την απόκτηση παιδιού, αλλά ανταποκρίνεται σε βαθύτερες ανάγκες του ψυχικού κόσμου της γυναίκας, μια επιθυμία η οποία έρχεται συχνά σε φανερό αντίθεση με τις συνειδητές προθέσεις της γυναίκας και /ή του συντρόφου της.

Η συμπεριφορά αυτή της Ελληνίδας μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα εάν λάβουμε υπόψη μας το πλέγμα των σχέσεων που διατηρεί με τα πρόσωπα

του άμεσου περιβάλλοντός της (π.χ. ερωτικός σύντροφος, γονείς, κλπ.) καθώς και του ευρύτερου κοινωνικού περίγυρου.

Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει κυρίως από το γεγονός ότι σχετικά πρόσφατες κοινωνιολογικές έρευνες διατύπωσαν την άποψη ότι η Ελληνίδα παραμένει σ' ένα μεγάλο βαθμό προσκολλημένη στον παραδοσιακό μητρικό ρόλο και το σύστημα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και αξιών που συνδέονται μ' αυτόν.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

#### 1. Ορισμός

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει ο Π.Ο.Υ. ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι: "Τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής, που τον υιοθετούν δεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις που πέρνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας".

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι συνιφασμένος:

1) Με το δικαίωμα της γυναίκας να αναπτύξει ελεύθερα την προσωπικότητά της (πράγμα που ορίζεται και κατοχυρώνεται στο Ελληνικό Σύνταγμα του 1975 για όλους τους πολίτες).

2) Αναγνωρίζει το δικαίωμα της γυναίκας σαν αυθύπαρκτο άτομο πέρα από το ρόλο της και την ευθύνη της σα μητέρα.

3) Συγχρόνως λαμβάνει υπόψη και τα δικαιώματα του παιδιού για ψυχική και σωματική υγεία.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δίνει στο άτομο ελευθερία επιλογής για το αν θα αποκτήσει παιδιά, πότε και πόσα, παιδιά επιθυμητά, γερά, ευτυχισμένα, οικογένειες σταθερές, υγιείς με ευτυχισμένους γονείς. Σήμερα η ελευθερία αυτή αναγνωρίζεται σαν ένα από τα βασικά δικαιώματα του ανθρώπου και ιδιαίτερα της γυναίκας

Όμως η υπεύθυνη γονιμότητα έχει τόσο μεγάλη επίδραση στην υγεία της μητέρας και του παιδιού που δε μπορεί να θεωρείται μόνο δικαίωμα αλλά και καθήκον του ατόμου προς τους απογόνους του και προς το κοινωνικό σύνολο, είναι βασικό δικαίωμα του παιδιού που γεννιέται.

Για ιστορικούς λόγους έχει καθιερωθεί ο όρος "Οικογενειακός Προγραμματισμός" το εννοιολογικό του όμως περιεχόμενο είναι πολύ ευρύτερο από αυτό του όρου. Επειδή οι στόχοι αφορούν και την επίλυση προβλημάτων, που δεν έχουν άμεση σχέση με τον σχηματισμό οικογένειας, οι φορείς προβληματίστηκαν και έγιναν οι παρακάτω προτάσεις για την αντικατάσταση του όρου: "Υπεύθυνη Γεννητήσια Σχέση, Υπεύθυνη Σεξουαλικότητα, Αναπαραγωγικός Προγραμματισμός, Προγραμματισμένη Αναπαραγωγή, Επιλεγμένη/Εκούσια Γονιμότητα ή Αναπαραγωγικότητα".

Γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός επηρεάζει, ποσοτικά και ποιοτικά, σε συνδιασμό με άλλους παράγοντες, την διαδικασία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό της κοινωνίας και στην ανύψωση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός συνέβαλε στην αναπτυξιακή προσπάθεια των αναπτυσσόμενων χωρών. Εκεί παράλληλα με τον καθολικότερο στόχο του για προάσπιση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αποβλέπει στον περιορισμό των γεννήσεων και στην επιβράδυνση της πληθυσμιακής εξέλιξης.

Η επιβράδυνση αυτή διευκολύνει την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη με την έννοια ότι διευρύνει τις δυνατότητες για παραγωγικές επενδύσεις, ενισχύει την παραγωγικότητα, επιτρέπει την εξωοικιακή απασχόληση της γυναίκας και αμβλύνει τις ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων.

## 2. Ιστορική Ανασκόπηση

Το έναυσμα για την εμφάνιση του Οικογενειακού Προγραμματισμού, αποτέλεσε η θεωρία του Άγγλου ιερέα και οικονομολόγου Thomas L. Malthus (1766-1834), που διατυπώθηκε το 1798. Σύμφωνα με την πληθυσμιακή θεωρία του Malthus, ο πληθυσμός αυξανόταν δυσανάλογα σε σχέση με τα υλικά αγαθά.

Συγκεκριμένα, η αύξηση του πληθυσμού της ανθρωπότητας, γινόταν κατά γεωμετρική πρόοδο, ενώ η αύξηση των υλών κατά αριθμητική πρόοδο. Η απαισιόδοξη βέβαια για το μέλλον των ανθρώπινων κοινωνιών θεωρία του Malthus, δε βγήκε απόλυτα αληθινή. Υπάρχει όμως σταθερό τέτοιο πρόβλημα στις υπό ανάπτυξη χώρες, που λόγω της μεγάλης θνησιμότητας, παρατηρείται προς αντιστάθμιση, αύξηση της γεννητικότητας, ενώ παράλληλα τα είδη πρώτης ανάγκης και οι τροφές παρουσιάζουν έλλειμα.

Ο 19ος αιώνας και η αρχή του 20ου, ήταν μια περίοδος που χαρακτηρίσθηκε για το συντηρητικό και σταθερό της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ήταν η Βικτωριανή εποχή όπως χαρακτηριστικά ονομάστηκε, γιατί συνδέθηκε με τη Βασίλισσα της Αγγλίας Βικτωρία. Τα ήθη ήταν αυστηρά και προσδιόριζαν τη σκοπιμότητα των σχέσεων των δύο φύλων, μόνο στην τεκνοποίηση.

Στις αρχές του αιώνα μας, η πρωτοπόρος, προοδευτική και δραστήρια Αμερικανίδα Margaret Sanger, κόντρα στα αυστηρά ήθη και τις λανθασμένες απόψεις της Βικτωριανής εποχής, αγωνίζεται για την απελευθέρωση της

γυναίκας και συντονίζει τις κινήσεις που είχαν αρχίσει για την αντισύλληψη και την επιθυμητή εγκυμοσύνη. Μετά από σκληρούς αγώνες και περνώντας η ίδια ορισμένο διάστημα στη φυλακή, πετυχαίνει το 1916 να θέσει η ίδια σε λειτουργία, συμβουλευτικό σταθμό για τον έλεγχο των γεννήσεων και επίσης τη δεσμοδέτηση, όπως οι γιατροί να δίνουν συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη και να γράφουν συνταγές αντισυλληπτικών χαπιών για λόγους υγείας. Το 1921, ιδρύεται ανάλογος σταθμός στο Λονδίνο από τη Mary Stopes.

Με τον καιρό, το κίνημα των γυναικών αυτών παίρνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη το διεθνές συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων, του οποίου οι κυριότερες προτάσεις που προέκυψαν ήταν:

α) Ο έλεγχος των γεννήσεων να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.

β) Η διάδοση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού των εκτρώσεων.

γ) Να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών, η εκπαίδευση σε θέματα αντισύλληψης.

δ) Να μην χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά άγνωστης χημικής σύνδεσης.

Το 1948 στο συνέδριο του Cheltenham δημιουργήθηκε μια διεθνής επιτροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Το 1952 στη Βομβάη και κατά το 3ο συνέδριο του Οικογενειακού Προγραμματισμού, η Διεθνής Επιτροπή για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό γίνεται Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.) που αξίζει να υπομνηστεί ότι συμμετέχουν 123 χώρες από τις οποίες οι 36 ήταν υποανάπτυκτες.

Ο βασικός σκοπός της ήταν η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλισθεί για τη μητέρα η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και για το παιδί η ισόρροπη ψυχοσωματική ανάπτυξη. Ειδικότερα όσον αφορά τη μητέρα έδωτε τους πιο κάτω στόχους:

1) Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.

2) Να απαγκιστρώσει κάθε γυναίκα από τα κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

3) Να καθοδηγήσει την γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις που οδηγούν στην στέρωση.

4) Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.

5) Να δώσει τέλος οποιαδήποτε συμβουλή, ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

Για το παιδί εξάλλου είχε τους παρακάτω στόχους:

α) Για να προστατεύσει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες που συνεπάγεται, προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες.

β) Για να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού, επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων.

γ) Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη, ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.

δ) Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός τους υπερβαίνει την δυνατότητα της οικογένειας.

Από το 1966, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός γίνεται ολοκληρωτικά αποδεκτός από τον Ο.Η.Ε. και μέχρι σήμερα συνεχίζει τη δράση του σε παγκόσμια κλίμακα. (Δετοράκης Γ. "Οικογενειακός Προγραμματισμός", εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1986).

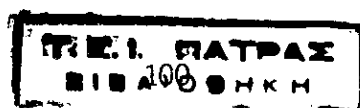
### 3. Ιδιωτική πρωτοβουλία στην Ελλάδα

Στην πατρίδα μας το ξέρουμε όλοι ότι δε γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Η πρώτη προσπάθεια για οικογενειακό προγραμματισμό έγινε από τον καθηγητή Νικόλαο Λούρο το 1973 με την ίδρυση της "Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού" με κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα".

Μερικοί πολίτες που κατανόησαν το μεγάλο κίνδυνο της έλλειψης κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού, αποφάσισαν την ίδρυση, με δική τους πρωτοβουλία, της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Σόλωνος 12, στην Αθήνα, που είναι προσιτή και ανοικτή σε όλους αυτούς που χρειάζονται μια σωστή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα καυτά προβλήματα της σεξουαλικής διαφώτισης.

Άλλες υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι:

- 1) Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία", Γουδί, Αθήνα.
- 2) Νοσοκομείο "Αρεταίειο", Βασ. Σοφίας, Αθήνα.



- 3) Νοσοκομείο-Μαιευτήριο "Μαρίκα Ηλιάδη", Αμπελόκηποι, Αθήνα.
- 4) Νοσοκομείο Γενικό Αθηνών "Λαϊκό", Αθήνα.
- 5) "Τζάνειο" Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά.
- 6) Νοσοκομείο "Αγία Σοφία", Θεσσαλονίκη
- 7) Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Χατζηκώστα", Ιωάννινα.
- 8) Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα.
- 9) "Χωρέμειο" Ερευνητικό Εργαστήριο.
- 10) Νοσοκομείο "Ανδρέας Συγγρός", Ιλίσια, Αθήνα.
- 11) Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου Πατρών.
- 12) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας"-  
Δορυφορικό 409
- 13) Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
- 14) Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Το 1978 δημιουργήθηκε ο "Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού Βορείου Ελλάδος". Επίσης υπάρχει η "Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής και Γενετικής του Ανθρώπου". Με το Ν. 1036/80 επιτρεπόταν σε ιδιωτικούς φορείς η άσκηση Οικογενειακού Προγραμματισμού με την επίβλεψη και την εποπτεία του Κράτους. Για το λόγο αυτό είχε συσταθεί και η Ειδική Γνωμοδοτική Επιτροπή, η οποία συντόνιζε το έργο αυτό. Οργάνωνε σεμινάρια οικογενειακού προγραμματισμού, ενίσχυε όλες αυτές τις πρωτοβουλίες και προ παντός ασκούσε τον επιβεβλημένο έλεγχο.

Ο νέος νόμος για το Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας), με το άρθρο 22, κατήργησε το δικαίωμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και κρατικοποίησε τον Οικογενειακό Προγραμματισμό με αποτέλεσμα να νεκρωθούν όλες οι προσπάθειες σε ένα τόσο ζωτικό χώρο.

Απ' όσα εκτέθηκαν, βλέπουμε ότι νομοθετικά ο Οικογενειακός Προγραμματισμός υπάρχει σα δεσμός στην Ελλάδα, αλλά δεν εφαρμόζεται επαρκώς. Και εδώ γεννάται το μεγάλο ερώτημα: Ποιός Οικογενειακός Προγραμματισμός θα εφαρμοσθεί και ποιά είναι τα κατάλληλα πρόσωπα; Η εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα καθυστέρησε σημαντικά γιατί υπήρχε η παρεξήγηση ότι η εφαρμογή του δεσμού θα μεγάλωνε την ήδη μειωμένη αναπαραγωγικότητα.

Από την εμπειρία όμως άλλων εθνών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όχι μόνο δεν εντείνει την υπογεννητικότητα, αλλά αντίθετα, επηρεάζει θετικά την υπογεννητικότητα, γιατί με την εφαρμογή του περιορίζονται μέχρι

εξαφανίσεως οι αμβλώσεις, οι οποίες προκαλούν συχνά δευτεροπαθείς στειρώσεις.

Άλλωστε μία από τις αιτίες των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι η νοοτροπία, ότι αποτελούν εύκολη και χωρίς συνέπειες λύση. Αφού λοιπόν μέσα στον Οικογενειακό Προγραμματισμό εντάσσεται και η σωστή πληροφόρηση και η διαφώτιση των γυναικών για τις συνέπειες των αμβλώσεων και την αποφυγή τους, είναι εύλογο ότι ευνοεί την αύξηση της γεννητικότητας η εφαρμογή του στη χώρα μας.

Βασικός λοιπόν στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα είναι η δημιουργία υγείων και ισορροπημένων ατόμων. Τα άτομα αντιλαμβάνονται σταδιακά, με την πάροδο της ηλικίας, τις διαφορές της ανατομικής κατασκευής τους κατά φύλο και αισθάνονται τις παρορμήσεις και τη λειτουργία του γενετήσιου μηχανισμού. Αυτό σημαίνει ότι, επιβάλλεται σε κάθε στάδιο της ηλικίας τους σωστή πληροφόρηση και ανάλογη διαφώτιση.

Επομένως, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός θα ξεκινά προοδευτικά από την οικογένεια και το σχολείο και θα δίνει τις κατάλληλες πληροφορίες για την ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου. Έτσι ώστε να αποφεύγονται οι εσφαλμένες εντυπώσεις και αντιλήψεις, που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στο άτομο. Γιατί μόνο όταν το άτομο γνωρίζει τη βιολογική, συναισθηματική και ηθικοκοινωνική πλευρά της σεξουαλικότητάς του, μπορεί να ρυθμίζει ελεύθερα και συνειδητά τις γενετήσιες σχέσεις του.

Γιατί ο άνθρωπος δεν έχει μόνο βιολογικές ανάγκες, αλλά κυρίως ψυχοπνευματικές. Αυτή πρέπει να είναι η ευθύνη του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας: Να εξασφαλίσει στο άτομο την ισορροπία που είναι απαραίτητη για τη σεξουαλική του υγεία.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός λοιπόν θα έπρεπε να αντιμετωπισθεί με γνώση και συναίσθημα ευθύνης. Όμως η προχειρότητα και η ανευθυνότητα που μας διακρίνει, δεν εγγυάται την καλύτερη δυνατή εφαρμογή του δεσμού. Για ένα τόσο ευαίσθητο και σημαντικό θέμα πρέπει να συνεργασθεί η Πολιτεία με την Εκκλησία και την Επιστήμη (Δικηγορικούς & Ιατρικούς συλλόγους, Κοινωνιολόγους, Θεολόγους κλπ.).

#### 4. Σκοποί και Στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Σ' όλες τις αναπτυγμένες χώρες ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει αναγνωρισθεί ως βασικό δικαίωμα και προϋπόθεση για την ευτυχία της οικογένειας και τη χειραφέτηση της γυναίκας.

Γιατί δίνει τη δυνατότητα στα σύγχρονα ζευγάρια να αποκτήσουν όσα παιδιά επιθυμούν και όποτε το θελήσουν. Βοηθά δηλαδή, να ρυθμίζουν το μέγεθος της οικογένειάς τους, στηριζόμενοι σε υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση, παράλληλα δε μεριμνά για την υγεία και την ευτυχία των μελλοντικών παιδιών τους και κατ' επέκταση βέβαια και των ίδιων.

Από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού, αποτελεί η ενημέρωση των ατόμων και κυρίως των νέων ανδρών, σχετικά με τη λειτουργία της εγκυμοσύνης και τις μεθόδους αντισύλληψης, ώστε να καταστήσει την παραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή.

Στόχος του επίσης είναι η διαφώτιση των νέων γύρω από τα προβλήματα της γενετικής λειτουργίας, την πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων και την προετοιμασία τους για την εφηβεία, την οικογένεια και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή, τις εξωγαμικές σχέσεις, τις επιπτώσεις της ανεξέλεγκτης σεξουαλικής λειτουργίας, οι οποίες οδηγούν σε προβλήματα και ενέργειες που θεωρούνται ιατρικώς, θρησκευτικώς, ηθικώς και κοινωνικώς απαράδεκτες. Έχουν δε σοβαρές επιδράσεις στη σωματική, ψυχική υγεία του ανθρώπου και διασαλεύουν την αρμονία του κοινωνικού συνόλου.

Επίσης ο οικογενειακός προγραμματισμός επεκτείνεται και στα προβλήματα-κινδύνους της εγκυμοσύνης, για τη μητέρα και το έμβρυο και στον προγεννητικό έλεγχο. Ο έλεγχος των γεννήσεων δεν ασχολείται με τον τομέα αυτόν, παρά μόνο με τις δημογραφικές εξελίξεις. Ενώ για την αντιμετώπιση του υπερπληθυσμού προβαίνει σε μέτρα που έχουν σκοπό τη μείωση της αναπαραγωγικότητας, αντίθετα ο οικογενειακός προγραμματισμός, βοηθά στην αύξηση της γεννητικότητας με τις μεθόδους θεραπείας και στειρότητας.

Παρ' όλες τις διαφορές τους, ο έλεγχος των γεννήσεων και ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορούν να συνυπάρχουν και υπαγόμενοι στον ίδιο φορέα, να συμβάλλουν στη ρύθμιση του μεγέθους της οικογένειας και γενικά του πληθυσμού μιας χώρας.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού, επικεντρώνονται στην επίλυση των δημογραφικών προβλημάτων, τη μείωση των εκτρώσεων και την εξασφάλιση της υγείας της μητέρας και του παιδιού.

Τα προγράμματα του οικογενειακού προγραμματισμού είναι δυνατόν να διαφέρουν από χώρα σε χώρα και πολλές φορές να είναι αντίθετα μεταξύ τους. Η επικέντρωσή τους, καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την ιεράρχηση των προβλημάτων κάθε κοινωνίας.

Από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού αποτελεί η μείωση των εκτρώσεων, που αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί μέθοδος αντισύλληψης, ωστόσο είναι μια μέθοδος για τον έλεγχο της γονιμότητας. Οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές, άμεσες ή έμμεσες και απώτερες από την έκτρωση, είναι αρκετά σοβαροί και πολλαπλοί. Γιαυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να διαφωτίσει τους νέους για όλες τις συνέπειές της και να τους βοηθήσει να μη φθάσουν στο δύσκολο και δυσάρεστο αυτό σημείο, πληροφωρώντας τους για τις μεθόδους αντισύλληψης.

Τα προγράμματα και οι υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους, με ιδιαίτερη έμφαση μάλιστα, στα προβλήματα της εφηβικής και νεανικής ηλικίας, αντιμετωπίζοντας την πραγματικότητα της πρωίμης έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων.

Σήμερα, ο όρος "Οικογενειακός Προγραμματισμός" ίσως είναι ανεπαρκής. Η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγή δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο στα πλαίσια της οικογένειας και να αγνοούνται τα ανύπαντρα άτομα. Σημαντική πάντως είναι η βοήθεια που προσφέρουν τα προγράμματα ρύθμισης των συλλήψεων στις νέες ανύπαντρες γυναίκες, απαλλάσσοντας αυτές από τις τραυματικές εμπειρίες και τα σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, που θα επιφέρουν η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και ίσως η έκτρωση.

Στα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού οι γυναίκες μαθαίνουν να κανονίζουν τα χρονικά μεσοδιαστήματα μεταξύ των κυήσεων, ώστε ο οργανισμός τους να μπορέσει να αναπτυχθεί στο βαθμό που χρειάζεται, για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις νέας κύησης.

Προάγεται έτσι η σωματική υγεία της μητέρας, αλλά μειώνεται και η περιγεννητική θνησιμότητα, που εξαρτάται πολύ από τα μεσοδιαστήματα των κυήσεων. Η αποφυγή της κύησης στις μικρές ή πολύ μεγάλες ηλικίες που επιδιώκεται με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, προστατεύει την γυναίκα, γιατί στις ηλικίες αυτές η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι αυξημένη, παράλληλα δε, ελαττώνει την περιγεννητική και βρεφική θνησιμότητα.

Η επιδμητή και υπεύθυνη αναπαραγωγικότητα που εξασφαλίζει ο οικογενειακός προγραμματισμός, εκτός των άλλων έχει και ευνοϊκή επίδραση στην ανάπτυξη και διαβίωση των παιδιών της οικογένειας. Το ζευγάρι, σύμφωνα με τις επιθυμίες του και τις οικονομικές του δυνάμεις, αποφασίζει για τη



γέννηση των παιδιών του και δεν καταλήγουμε στη θλιβερή κατάσταση, να μεγαλώνουν παιδιά με περιορισμένα οικονομικά μέσα, υποσιτισμένα και παράλληλα παραμερισμένα και ανεπιθύμητα από τους γονείς τους, με σοβαρούς ψυχολογικούς τραυματισμούς.

Σκοπός του επίσης είναι η ενημέρωση των ζευγαριών στα προβλήματα των συζυγικών σχέσεων, μια σωστή ενημέρωση, υπεύθυνη και επιστημονική, η οποία οδηγεί στον ενσυνείδητο και σωστό ρυθμό οργάνωσης της οικογένειας και στον ασφαλέστερο τρόπο αποτροπής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Στους στόχους του περιλαμβάνεται η ενημέρωση και επιμόρφωση των γονέων για τον τρόπο διαφώτισης των παιδιών τους γύρω από τα προβλήματα της γενετισιακής σφαίρας.

Είναι η διερεύνηση δημογραφικών προβλημάτων και η παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή δημογραφικών προγραμμάτων σε εθνική και διεθνή κλίμακα. Η ρύθμιση πάντως της γονιμότητας αποτελεί έναν από τους βασικότερους στόχους του, αρκεί να αναφέρουμε ότι το κονδύλι που διέδωσε ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (WHO) για έρευνα και εκπαίδευση στα μέσα και τις μεθόδους που ρυθμίζουν την γονιμότητα ξεπέρασε για το 1988 τα 32 εκατομμύρια δολάρια.

Καταρτίζει επίσης προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια στειρότητας. Ασχολείται επίσης με την καλή ανατροφή των παιδιών, με την υιοθεσία και τα νόθα παιδιά. Παρέχει συμβουλές πάνω σε προβλήματα ευγονικής (γενετική συμβουλευτική και προγενετικός έλεγχος) και με την έγκαιρη διάγνωση παθήσεων των γεννητικών οργάνων. Τέλος άλλος στόχος είναι τα ψυχικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα του γάμου καθώς επίσης και τα διακνώματα του ζεύγους, του κάθε γονιού χωριστά και του παιδιού.

Παράγοντας επιτυχίας των στόχων είναι η:

- 1) Άνοδος του μορφωτικού και εκπολιτιστικού επιπέδου.
- 2) Εξάλειψη των προλήψεων και των θρησκευτικών προκαταλήψεων.
- 3) Επιμόρφωση του πληθυσμού σε προβλήματα αναπαραγωγής.
- 4) Επιμόρφωση του πληθυσμού στους στόχους ρύθμισης της γονιμότητας.
- 5) Σταθερή και γενναία ενίσχυση από την κυβέρνηση.
- 6) Πληροφόρηση, τα μέσα και οι σχετικές υπηρεσίες να είναι εύκολα προσιτές σε όσους επιθυμούν ή έχουν ανάγκη.
- 7) Συνεχής επιμόρφωση όλων των φορέων.
- 8) Διασύνδεση και συνεργασία όλων των φορέων.
- 9) Εξασφάλιση του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας.

- 10) Νομική κατοχύρωση των στόχων ρύθμισης της γονιμότητας
- 11) Αναγνώριση του ενδιαφέροντος για την αξιοπρέπεια και την ευημερία του ατόμου.
- 12) Κινητοποίηση Δημοσίων και Ιδιωτικών φορέων για την εξεύρεση πόρων.
- 13) Άμεση συμμετοχή της Κοινότητας.
- 14) Επιλογή και δημιουργία στελεχών απ' όλες τις επιστήμες.

## 5. Διοργάνωση - Αρμοδιότητες

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός κατευθύνεται συνήθως από τις αρμόδιες για την υγεία, κρατικές υπηρεσίες σε συνεργασία με οργανισμούς, ιδρύματα και μη κυβερνητικούς φορείς που έχουν σχέση με το θέμα και που οι αρμοδιότητές τους αλληλοσυμπληρώνονται. Πολλές φορές δημιουργείται ένας ξεχωριστός οργανισμός ή οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού υπάγονται σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Είναι πολύ σημαντικό, ο οργανισμός που τελικά αναλαμβάνει τον συντονισμό να μπορεί να καλύπτει επαρκώς ολόκληρη τη χώρα, να είναι ευαίσθητος και ευέλικτος στις ανάγκες του πληθυσμού και να έχει εκ των προτέρων καθορίσει με ακρίβεια τις οριζόντιες και κάθετες κατευθυντήριες γραμμές της ευθύνης του.

Το προσωπικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελείται από:

- 1) Γιατρούς των περισσότερων ειδικοτήτων με επίκεντρο τον γυναικολόγο.
- 2) Επιλεγμένο παραϊατρικό προσωπικό δηλ. Μαίες, Αδελφές Νοσοκόμες, Επισκέπτριες Υγείας, Κοινωνικούς Λειτουργούς

Η επιλογή των προσώπων αυτών, τόσο από πλευράς προσόντων και πείρας, όσο και από πλευράς προσωπικότητας και ικανότητας προσέγγισης, επικοινωνίας και πειθούς, είναι ένα σημαντικό κριτήριο για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Πρόσωπα επίσης που καλούνται να βοηθήσουν στη σύλληψη και την εκτέλεση του διαφωτιστικού προγράμματος, προέρχονται από τα διάφορα επαγγέλματα που έχουν σχέση με την επικοινωνία και την επιστήμη συμπεριφοράς και επιμόρφωσης του ατόμου, όπως: Δάσκαλοι-Καθηγητές, Δημογράφοι-Στατιστικοί, Νομικοί, Δημοσιογράφοι, Διαφημιστές, Κλήρος, Οικονομολόγοι, Κινηματογράφος, Έντυπα, Ραδιόφωνο, Τηλεόραση, Τύπος (Ιατρικός και

Δημόσιος). Όλοι οι άνθρωποι αυτοί διαμορφώνουν την στάση του κοινού και χρησιμεύουν σαν άνθρωποι-κλειδιά στην διείσδυση των μηνυμάτων.

## 6. Εμπόδια στη διάδοση και εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού

### α) Σε χώρες με μικρή πληθυσμιακή αύξηση

#### Αντιδραστική διάθεση στην Αντισύλληψη

Ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται γενικά ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Η πολιτική αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, επειδή φοβάται ότι θα δώσει την ευκαιρία βλαπτικής πολιτικής εκμετάλλευσης ή επειδή πιέζεται από διάφορες ομάδες που αντιστρατεύονται τον οικογενειακό προγραμματισμό. Οι αντιδράσεις συνοδεύονται από υστερικές εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από την διαφαινόμενη μείωση ρυθμού αύξησης του πληθυσμού.

Η συντηρητικότητα και ατολμία της πολιτικής ηγεσίας, υποβοηθείται από συντηρητικές κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται τη διάδοση προγραμμάτων. Οι άνδρες π.χ. πολλές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στο "τράβηγμα" ή στα ανδρικό προφυλακτικό που δίνει ικανοποίηση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή.

Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα είναι εδραιωμένα στο ιατρικό προσωπικό, κυρίως στο γεροντότερο, που είναι επηρεασμένο από προσωπικά βιώματα ή από θρησκευτικές πεποιθήσεις, που δεν το αφήνουν να προωθήσει τον οικογενειακό προγραμματισμό.

#### Ανεπάρκεια Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού

Στον Οικογενειακό Προγραμματισμό δίνεται πολύ μικρότερη προτεραιότητα από πολλές άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι, ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σ' αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Πολλές φορές όχι μόνο από έλλειψη πιστώσεων, αλλά και από διάθεση παρεμπόδισης του έργου των σχετικών υπηρεσιών δεν υποβοηθείται η δημοσιότητα και η διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τις αρχές και μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού. Έτσι σπάνια η παροχή υπηρεσιών ή

ακόμα και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης.

#### Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωοθυλακιορρηξίας, δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους.

Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομητρικών σπειραμάτων και της χειρουργικής στείρωσης. Προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την άρση των ψυχολογικών αυτών εμποδίων. Παράλληλα όμως επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών των αντισυλληπτικών που κυκλοφορούν, αλλά και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων περισσότερο αποδεκτών από τον πληθυσμό.

Σημαντικό εμπόδιο είναι και το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για την δωρεάν παροχή τους.

#### **β) Στις υπό Ανάπτυξη χώρες που έχουν μεγάλη πληθυσμιακή ανάπτυξη**

Κληρονομιά του πρωτοποριακού και εδελοντικού κινήματος του παρελθόντος, αποτελεί η παράδοση της εφαρμογής των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού από μια Επιτροπή. Η Επιτροπή αυτή στη βάση της διευθύνεται από το κράτος και αυτό την βοηθά στη νομιμοποίηση του προγράμματος.

Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα, χρειάζεται υπεύθυνη και δυναμική διοίκηση, θα πρέπει ο οργανισμός να μπορεί να ελίσσεται όχι μόνο εντός των προσχεδιασμένων ορίων, αλλά και να μπορεί να αντιμετωπίζει απροσδόκητα προβλήματα. Γιαυτό θα πρέπει να στρατολογηθούν και να εξασκηθούν για την αρχηγία, άνθρωποι άξιοι και δημιουργικοί, οι οποίοι όμως να έχουν τη δυνατότητα να διοικούν χωρίς να εμπλέκονται σε γραφιοκρατικά γρανάζια.

#### Ερασιτεχνισμός

Με την αρχική εφαρμογή των προγραμμάτων, δημιουργήθηκε ένα κλειστό κύκλωμα εργασίας πάνω σε εδελοντική βάση και εργασία μερικής απασχόλησης. Παρατηρήθηκε μια βραδύτητα στο να δεχθεί το κύκλωμα τις

νέες ιδέες και καταστάσεις, οπότε έχουμε αναχαίτηση στο συγχρονισμό και στην δραστήρια εξάπλωση των προγραμμάτων.

Τώρα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός χρειάζεται μια μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων και υποστρωμάτων. Σήμερα δεν ικανοποιούν τις ανάγκες εφαρμογής των προγραμμάτων χαμηλά πληρωμένοι ή και εθελοντές ιεραπόστολοι. Δεν πρέπει όμως να αρνηθεί κανείς το σημαντικό ρόλο που διαδραμάτισε ο ερασιτέχνης στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Όμως δεν πρέπει να τοποθετούνται σε δέσεις-κλειδιά ενός οργανισμού, ερασιτέχνες, σαν ανταμοιβή για την διαρκή και αφιλοκερδή συνεισφορά τους.

#### Έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού

Σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί η επάνδρωση και η ανάθεση άμεσης επαφής με το κοινό και μετάδοσης μηνυμάτων σε ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν την υποδομή και τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και στις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

#### Δυσχέρειες από το ιατρικό επάγγελμα

Το ιατρικό επάγγελμα ενεπλάκει στον προγραμματισμό της οικογένειας ιδίως μετά την ανακάλυψη των από του στόματος αντισυλληπτικών. Τότε έγινε πιο απαραίτητη η συμμετοχή γιατρών στην εφαρμογή των προγραμμάτων και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το αυξανόμενο ενδιαφέρον τους στην διαχείριση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

Είναι γνωστό ότι μόνο ένας γιατρός μπορεί να κάνει έκτρωση ή απολίνωση σπερματικών πόρων ή να τοποθετήσει ενδομήτριο έλασμα ή να χορηγήσει αντισυλληπτικά χάπια. Εν τούτοις, η εμπειρία και η γνώση που απαιτούνται για μερικές από τις επεμβάσεις αυτές είναι μικρή και μπορεί να γίνει κτήμα με την επανάληψη.

Η ιδέα ότι μια μαία ή γενικότερα ιατρική βοηθός, μπορούν να κάνουν μερικά από τα παραπάνω θεωρείται βέβηλο από τους γιατρούς, παρά την αρκετή εμπειρία και την επιστημονικά βεβαιωμένη ικανότητα του προσωπικού αυτού να επιτύχει αποτελέσματα συγκρινόμενα με αυτά των γιατρών.

#### Φόβος δημιουργίας ενοχλητικών αντιδράσεων και πολιτικού ανταγωνισμού

Σχεδόν κάθε νέα ιδέα χαρακτηρίζεται από το "δε μπορούμε να το κάνουμε αυτό γιατί", έτσι και στον Οικογενειακό Προγραμματισμό ισχύει αυτό το "σόφισμα" σα μια αντίδραση προς τη λεπτή φύση της αντισύλληψης σαν θέμα.

Η αντίδραση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την εξάντληση ανθρώπων και οργανισμών. Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι είναι απαραίτητη αλλά και ωφέλιμη η δημοσιότητα και η κριτική πάνω σε θέματα οικογενειακού

προγραμματισμού. Οι σκοποί να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό. Η αμυντική ψυχολογία του παρελθόντος, θα πρέπει να αντικατασταθεί με πρωτοβουλία για ευρεία ενημέρωση, αλλά και με διάθεση σωστής αντιμετώπισης της κριτικής και των αντιδράσεων που τυχόν θα παρουσιαστούν κατά την εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

#### Σύγκρουση - Ανταγωνισμός μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών που ασχολούνται με Οικογενειακό Προγραμματισμό

Η διαμάχη που συμβαίνει μεταξύ ατόμων, τα οποία έχουν τους ίδιους τελικά ανθρωπιστικούς σκοπούς, δημιουργεί πικρίες και οπισθοδρόμηση στην εφαρμογή των προγραμμάτων. Η διαμάχη αυτή είναι ένα μεγάλο πρόβλημα σε κάθε προσπάθεια στην οποία περιλαμβάνονται περισσότερα από ένα επαγγέλματα, ο προγραμματισμός της οικογένειας δεν αποτελεί εξαίρεση.

#### Αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης

Ένα μεγάλο πρόβλημα στον προγραμματισμό της οικογένειας αποτελεί η προσκόληση σε μια μέθοδο αντισύλληψης. Οι άνθρωποι προέρχονται από διαφορετικές περιοχές, από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν διαφορετικές ηθικοθρησκευτικές πεποιθήσεις, ώστε ότι είναι κατάλληλο και παραδεκτό για μια ομάδα, να είναι απαράδεκτο για μια άλλη.

#### Απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς

Οι περισσότεροι οργανισμοί προγραμματισμού της οικογένειας, έχουν μια εσωτερική πίστη ότι κάθε όψη ενός προγράμματος είναι προτιμότερο να αναλαμβάνεται από το προσωπικό του οργανισμού. Ελάχιστοι οργανισμοί έχουν σοβαρά προσπαθήσει να διαμοιράσουν τις αναπτυξιακές τους εκστρατείες σε επαγγελματίες π.χ. διαφημιστές, οι οποίοι έχουν αποδείξει την ικανότητα που έχουν να πείθουν λογικούς ανθρώπους να αγοράσουν σχεδόν το κάθε τι.

Υπάρχει γενικά ένας φόβος ότι θα ξοδευτούν τα περιορισμένα χρήματα του οργανισμού, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πηγές συχνά προσφερόμενες δωρεάν, οι οποίες έχουν μικρή απήχηση των ιδεών του οικογενειακού προγραμματισμού στο ευρύ κοινό.

#### Δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες ιδέες του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Είναι φανερό ότι διεδνώς αρχίζει να γενικεύεται το κατεστημένο στον οικογενειακό προγραμματισμό της οικογένειας. Η άρχουσα τάξη τείνει να γίνει οπισθοδρομική και η αντίδρασή της είναι προσκολλημένη στις αμυντικές μάχες μιας δεκαετίας πριν.

Στους νέους, αυτή η αντίδραση είναι κιόλας μια ιστορία. Κοιτάζουν μπροστά και αυτή η αργή αντιμετώπιση των καταστάσεων των αρχηγών τους, δεν είναι επιθυμητή. Αυτή η κατάσταση όχι μόνο θα μπορούσε να μην είναι εμπόδιο στη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά αφορμή για νέες ιδέες. Το πρόβλημα όμως είναι ότι το κατεστημένο συνήθως ελέγχει τη διεύθυνση της έρευνας και της ανάπτυξης, ώστε ο ανταγωνισμός αποτελεί τροχοπέδη στην πρόοδο των προγραμμάτων.

## **7. Συνεργασία του Οικογενειακού Προγραμματισμού με άλλους φορείς**

Η συνεργασία του οικογενειακού προγραμματισμού με άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες έχει ουσιώδη σημασία. Ορισμένες υπηρεσίες μπορούν να βοηθήσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό με την εκτύπωση μορφωτικού υλικού και την εξασφάλιση της δυνατότητας χρησιμοποίησης του ραδιοφώνου, της τηλεόρασης και των άλλων μέσων μαζικής ενημέρωσης. Υποστήριξη μπορούν να παρέχουν ακόμη οι προγραμματιστές κοινωνικής ανάπτυξης, τα όργανα επέκτασης της γεωργικής παραγωγής, οι δάσκαλοι και τα υπουργεία άμυνας, εργασίας και παιδείας.

Επιβεβαίωση για τα παραπάνω αποτελεί η διαπίστωση που έγινε κατά τη διάρκεια ενός Ασιατικού συνεδρίου (ECAFE, 1986), επί των "Διοικητικών Τομέων του Προγραμματισμού της Οικογένειας". Στο συνέδριο αυτό τονίστηκε ότι στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, μπορούν να συμβάλλουν διάφορες κυβερνητικές υπηρεσίες με τους ακόλουθους τρόπους:

- α) Προμήθειες αντισυλληπτικών (εμπόριο).
- β) Ενημέρωση κοινού (επικοινωνίες, πληροφορίες, δημοσιεύσεις).
- γ) Κοινωνική υποστήριξη με μικρά οικογενειακά πρότυπα (Κοινωνική ανάπτυξη, παιδεία, τοπική διοίκηση).
- δ) Προσέγγιση ειδικών ομάδων (Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνική Ασφάλιση).
- ε) Αξιολόγηση (απογραφές, κοινωνική έρευνα).
- στ) Εκπαίδευση (ιδρύματα επαγγελματικής εκπαίδευσης).
- ζ) Έρευνα (μέσα έρευνας)

Η συνεργασία των εξωκυβερνητικών υπηρεσιών μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια, ιδίως στην εκπαίδευση προσωπικού και τον πειραματισμό σε νέες τεχνικές και προσεγγίσεις. Σημαντικό όμως είναι να αποφεύγεται η υπερεξάρτηση από τις μη κυβερνητικές υπηρεσίες.

## 8. Αγωγή του κοινού στον Οικογενειακό Προγραμματισμό

Η κύρια μέθοδος με την οποία ο προγραμματισμός επιδρά στην συμπεριφορά απέναντι στον έλεγχο της γεννητικότητας, είναι η εκπαίδευση της οικογένειας και των κοινωνικών ηγετών.

Η επιτυχία της αγωγής απαιτεί γνώσεις για το τι γινόταν παλιότερα και σχέδια παρακολούθησης των ενεργειών, οι οποίες αναλαμβάνονται. Ιδιαίτερα σημαντικές για την παροχή εκπαίδευσης και παρακολούθησης είναι οι επανειλημμένες επισκέψεις στην οικογένεια. Η παροχή της αγωγής μέσω μιας συνεχούς οικογενειακής μέριμνας, μπορεί να έχει μεγάλη επιτυχία.

Σε κοινωνικό επίπεδο η αγωγή δεν είναι δυνατόν να γίνει από ευκαιριακούς ή κινητούς υπαλλήλους, αλλά απαιτεί μόνιμους σε κάθε τόπο, οι οποίοι θα κατανοούν το κοινωνικό περιβάλλον. Σε διεθνή βάση, οι τρεις κύριες υγειονομικές και εκπαιδευτικές απαιτήσεις για την άριστη ανάπτυξη των παιδιών και την αναπαραγωγή του ανθρώπου, είναι η διατροφή, ο έλεγχος των λοιμώξεων και ο χειρισμός των κυήσεων, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού.

Η εκπαίδευση στα θέματα αυτά είναι αναγκαία προκειμένου να επιτύχουμε άριστη μητρική και παιδική υγεία. Σε επίπεδο περιφέρειας, στο χωριό των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών, οι προτεραιότητες αυτές καλύπτονται συνήθως από μια και μόνη υπηρεσία. Στις περισσότερες περιοχές το πιο διαδεδομένο όργανο, που σχετίζεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό, είναι η μαία. Για την κάλυψη του πληθυσμού των περιοχών αυτών βασική προϋπόθεση είναι η προσπάθεια ανόδου του επιπέδου της μαιευτικής περίθαλψης, η παροχή εκπαίδευσης στα όργανα αυτά για τους κινδύνους και η εκπαίδευση του στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Παροχή αγωγής στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται και από το σχολείο. Τομέας υψηλής προτεραιότητας για τις σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες είναι η υποστήριξη και η εκπαίδευση των δασκάλων.

## 9. Κριτική αξιολόγηση των Κέντρων - Αποδοχή από το κοινό - Προτάσεις για βελτίωση

Είναι πολύ σημαντικό, που και στη χώρα μας άρχισαν να λειτουργούν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Όλοι ξέρουμε πολύ καλά, ότι στην Ελλάδα δεν γίνεται σεξουαλική εκπαίδευση. Ευτυχώς όμως, μερικοί πολίτες κατανόησαν το μεγάλο κίνδυνο



αυτής της έλλειψης και αποφάσισαν την ίδρυση, με δική τους πρωτοβουλία, της εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Αθήνα, που είναι προσιτή και ανοικτή σε όλους αυτούς που χρειάζονται μια σωστή, πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση πάνω στα καυτά θέματα της σεξουαλικής διαφώτισης. Αναμφίβολα, οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα αυτά, είναι απαραίτητες και χρήσιμες και παρέχουν ένα αξιόλογο έργο στο κοινωνικό σύνολο.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα που θα θέλαμε να δίζουμε, είναι η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού. Η έλλειψη αυτή δημιουργεί ένα κενό στην προσπάθεια επαφής και μετάδοσης μηνυμάτων στο κοινό του οικογενειακού προγραμματισμού, και αυτό αυξάνεται ολοένα, όταν το προσωπικό δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στους σκοπούς και στις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

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

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, προσανατολίζονται κυρίως στις καθαρά ιατρικές πράξεις πχ. εξέταση μαστού, Παπ-τέστ, γυναικολογικά προβλήματα κλπ., και όχι στις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού πχ. αντισυλληπτικά μέτρα, πληροφορίες για έκτρωση και AIDS, σεξουαλική αγωγή.

Ιδιαίτερα εντυπωσιακό είναι ότι το AIDS δεν έχει τονισθεί καθόλου. Φαίνεται ότι η Εθνική Επιτροπή για AIDS δεν έχει αξιοποιήσει τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού ως κανάλια πληροφόρησης. Ακόμη, παρόλο που από το 1986 υπάρχει νομική και ασφαλιστική κάλυψη για την διακοπή της ανεπιθύμητης κύησης, ο αριθμός των ατόμων που ζήτησε υπηρεσίες για αμβλώσεις είναι δυσανάλογος με τον αριθμό των ατόμων που χρησιμοποιούν το Κέντρο.

Προτείνουμε λοιπόν, τα καινούργια Κέντρα Υγείας που δημιουργούνται στην επαρχία, να περιλαμβάνουν ένα μικρότερο τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού, που θα ασχοληθεί με τις άμεσες ανάγκες του πληθυσμού. Σε περιπτώσεις που θα χρειάζονται περαιτέρω παρακολούθηση και φροντίδα, θα πρέπει να παραπέμπονται αυτές στις μεγάλες μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού που θα υπάρχουν στην μεγαλούπολη.

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

Επίσης, για να υπάρχει ένα σύστημα αποτελεσματικού Οικογενειακού Προγραμματισμού προσιτό σε όλους τους ανθρώπους, θα πρέπει να λειτουργούν απαραίτητα τα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν τις αναγκαίες πληροφορίες. Πρέπει επίσης να υπάρχουν κέντρα που θα λειτουργούν σε 24ωρη βάση και θα μπορούν να προμηθεύουν στο κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών.

Ακόμη, τα κέντρα αυτά είναι σημαντικό να βρίσκονται κοντά σε πολυσύχναστα μέρη της πόλης. Πρέπει να παρέχουν ειδικές ευκολίες στα πνευματικώς ανίκανα άτομα, στους αρρώστους, στους αναπήρους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα.

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

## **10. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού**

Το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ελλάδα, πιστεύεται ότι άρχισε όταν, γύρω στα 1945, απόφοιτοι Σχολών Κοινωνικής Πρόνοιας προσλαμβάνονται για να δουλέψουν σε προνοιακά προγράμματα. Την εποχή εκείνη, οι ανάγκες της χώρας μας στους τομείς υγείας και πρόνοιας από τα δεινά του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και της Κατοχής που υπέστη, ήταν ιδιαίτερα αυξημένες.

Έτσι προέκυψε η ανάγκη δημιουργίας μαζικών προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και η επιστράτευση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού για την επάνδρωση των προγραμμάτων αυτών. Ταυτόχρονα οι ανάγκες επέβαλαν την χρησιμοποίηση ανεκπαίδευτου προσωπικού και κάθε εδελοντικής προσφοράς.

Η εκπαίδευση Κοινωνικών Λειτουργών στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1937 με την "Ελευθέρα Σχολή Κοινωνικής Πρόνοιας" που λειτούργησε για δύο

μόνο χρόνια. Στα κατοπινά χρόνια ιδρύθηκαν και άλλες σχολές, μέχρι να αρχίσουν να λειτουργούν οι σημερινές κρατικές σχολές Κοινωνικής Εργασίας, που ενταγμένες στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα ανήκουν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.

Ως επαγγελματική δραστηριότητα, η Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα, καθιερώθηκε το 1959. Συγκεκριμένα στις 11 Νοεμβρίου 1959, με το Ν.Δ. 4018, το Κράτος αποφάσισε τη δημιουργία του νέου επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού, η άσκηση του οποίου ανατέθηκε σε ειδικά εκπαιδευμένα άτομα.

Η Κοινωνική Εργασία, ανήκει αναντίρρητα στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα. Σύμφωνα με τη δεοντολογία της, βασικές αρχές του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η πίστη στον άνθρωπο, στις ικανότητές του και στην αξιοπρέπείά του, ο σεβασμός και η πίστη, μαζί, στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει κάθε άτομο, στις αντιδράσεις του σε διάφορες καταστάσεις.

Ένας από τους τομείς δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η εφαρμογή προγραμμάτων βοήθειας της οικογένειας. Στο χώρο αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός ασχολείται με την οικογένεια ως ομάδα, αλλά και με κάθε μέλος της ξεχωριστά, με στόχο την ανάπτυξη και διατήρηση καλών σχέσεων μεταξύ τους, για την προαγωγή και εξέλιξη της προσωπικότητας του καθενός, αλλά και ολόκληρης της οικογένειας.

Συνεργάζεται με τους γονείς και τους ενημερώνει σε θέματα διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους, ανάλογα με τη τάση της ανάπτυξής τους. Οι γονείς είναι τα μόνα πρόσωπα που βρίσκονται τόσο κοντά στα παιδιά, ιδίως τα πρώτα χρόνια γι' αυτό και καλύτερα από κάθε άλλο κατανοούν τη συστηματική τους κατάσταση και γνωρίζουν τις πνευματικές τους ικανότητες.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στα κατάλληλα πρόσωπα, πρέπει να τονίσει τη σημασία της συμμετοχής τους στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ώστε αυτά να μάθουν να ενημερώνονται γύρω από θέματα του σεξ, και να φθάσουν στο σημείο να βάζουν αυτά τα ίδια, τους φραγμούς στη ζωή τους.

Οι γονείς πρέπει να είναι έτοιμοι και σε κάθε ευκαιρία που τους δίνεται, να δίνουν σωστές ερμηνείες και να κατευδύνουν τα παιδιά τους, έτσι ώστε αυτά μεγαλώνοντας να μην έχουν το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να συζητούν γύρω από θέματα που έχουν σχέση με το σεξ και να είναι έτοιμα κατά την εφηβεία να δεχθούν καλύτερα τα μηνύματα της σεξουαλικής τους διαπαιδαγώγησης.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός για το θέμα αυτό, συνεργάζεται και με την υπόλοιπη κοινότητα, όπου το παιδί ανήκει, όπως είναι το σχολείο. Στη συνεργασία του αυτή επιδιώκει να περάσει το μήνυμα της συμμετοχής και των δασκάλων στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, παράλληλα με τη γενική διδασκαλία που δίνουν στα παιδιά.

Δουλεύοντας με ομάδες εφήβων, ο Κοινωνικός Λειτουργός, συζητάει μαζί τους πάνω στα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν σ' αυτή την ηλικία οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως η κύηση, η έκτρωση, τα εξώγαμα παιδιά, αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων γι' αυτούς.

Στα πλαίσια του Οικογενειακού προγραμματισμού, ο Κοινωνικός Λειτουργός ενημερώνει και καθοδηγεί τους εφήβους για την αντισύλληψη και την πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων.

Κατά την εφαρμογή προγραμμάτων βοήθειας της οικογένειας και έχοντας ως βάση τους σκοπούς και στόχους του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ο Κοινωνικός Λειτουργός μαζί με την ομάδα ειδικευμένου προσωπικού του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού, ενημερώνει το ζευγάρι, για τις μεθόδους αντισύλληψης και την σκοπιμότητα αυτών, ώστε να προγραμματίσουν ελεύθερα το μέγεθος της οικογένειάς τους, κάνοντας επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά, αλλά και για την αντιμετώπιση της στειρότητας, ενημερώνει τα άτεκνα ζευγάρια.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται επίσης με τη μέλλουσα μητέρα σε ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, σε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, σε Μαιευτήρια και σε ομάδες Συμβουλευτικής Γονέων, με σκοπό να τη βοηθήσει να προσαρμοσθεί, όσο το δυνατόν, πιο φυσιολογικά και ομαλά, στις απαιτήσεις του νέου ρόλου, γνωρίζοντας καλά την ψυχολογία και τις αντιδράσεις της γυναίκας στην περίοδο αυτή.

Την ενθαρρύνει να συζητήσει μαζί του, το άγχος που ενδέχεται να την έχει καταλάβει ή τις φοβίες της για το άγνωστο που την κυριεύσαν ή ακόμα για τα εφιαλτικά όνειρα που την βασανίζουν και της δημιουργούν ένταση και αγωνία, που με τη σειρά τους προκαλούν οργανικά προβλήματα (πεπτικές διαταραχές, συσπάσεις της μήτρας κλ.π.). Γνωρίζει ότι αυτό που ανακουφίζει την έγκυο, είναι η διαλογική συζήτηση με κάποιο υπεύθυνο άτομο, που την κατανοεί. Στον τελευταίο μήνα χρειάζεται πολύ ενθάρρυνση και διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται παράλληλα και με τον μελλοντικό πατέρα, που αντιμετωπίζει και αυτός τα δικά του προβλήματα προσαρμογής στον καινούργιο ρόλο του συζύγου-πατέρα. Συζητάει μαζί του

για τα προβλήματά του αυτά, ώστε να μειωθούν οι φόβοι του και οι ανησυχίες του. Τον ενημερώνει για τις ψυχοσωματικές μεταβολές της γυναίκας του στην περίοδο αυτή, ώστε να μην τον ξαφνιάζουν, αλλά να του φαίνονται φυσιολογικά επακόλουθα της κατάστασής της.

Έχοντας ο ίδιος ξεπεράσει τις δυσκολίες αυτές, μπορεί να ασκήσει ευεργετική επίδραση στη σύζυγό του, προσφέροντάς της ψυχολογική υποστήριξη και σιγουριά, ώστε και οι δύο μαζί να χαρούν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και να προσαρμοσθούν καλύτερα στις αλλαγές της περιόδου αυτής.

Ευθαρρύνει την έγκυο να επισκέπτεται τακτικά το γιατρό της, ενισχύοντας έτσι την πρόληψη συγγενών ανωμαλιών στο παιδί, αλλά και τη διατήρηση της καλής σωματικής της υγείας.

Σε παθολογικές καταστάσεις, επιδιώκει εντατικές συζητήσεις-συντεύξεις με την έγκυο, προσπαθεί να την ενισχύσει με παραδοχή και κατανόηση και να τη βοηθήσει να πιστέψει ότι η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια, αλλά μια μοναδική εμπειρία και ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη.

Στα πλαίσια του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ο Κοινωνικός Λειτουργός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα ενημέρωσης και διαφώτισης, των νέων κυρίως ατόμων, σχετικά με την προγαμιαία ιατρική εξέταση, ως βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κληρονομικών νόσων και τη θεραπεία αφροδίσιων νοσημάτων, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού, που είναι η γέννηση ψυχοσωματικά αρτιμελών παιδιών.

Οι επιδιώξεις αυτές του Κοινωνικού Λειτουργού αποσκοπούν στην πρόληψη γενετικών προβλημάτων και στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού.

Στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, ο Κοινωνικός Λειτουργός εφαρμόζει όλες τις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας. Έτσι εργάζεται με μεμονωμένες περιπτώσεις (άτομα), με ομάδες ενδιαφερομένων, αλλά και με την ευρύτερη κοινότητα σε συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την τοπική αυτοδιοίκηση και τους διάφορους συλλόγους, για την υπεύθυνη πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, κύρια επιδίωξή του είναι η ψυχική ισορροπία του ατόμου, μέλους της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας.

Δουλεύοντας με ομάδες εγκύων, αλλά και ατομικά, ο Κοινωνικός Λειτουργός συζητά μαζί τους, τους προβληματισμούς τους για το νέο τρόπο ζωής, την αλλαγή της οικογενειακής τους δομής, τη νέα μορφή των συζυγικών

τους σχέσεων, καθώς και την αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης από τα μεγαλύτερα παιδιά, που ενδέχεται να έχουν.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, επεκτείνεται και στην ενημέρωση της εργαζόμενης μελλούσας μητέρας για τα δικαιώματά της στην περίοδο της μητρότητας (εγκυμοσύνη-τοκετό-λοχεία) και παρότρυνσή της, για τη διεκδίκησή τους.

Βοήθεια για ομαλή προσαρμογή της εγκύου στο νέο της αυτό ρόλο και τρόπο ζωής, της δίνεται και από τον Κοινωνικό Λειτουργό, που εργάζεται σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Συμβουλευτικούς Σταθμούς, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, συνεργαζόμενος με τα μέλη της επιστημονικής ομάδας αυτών (γιατρό, κοινωνιολόγο, ψυχολόγο, μαία, αδελφή κλπ.).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν ενδιαφέρεται μόνο για την έγγαμη μητέρα. Ιδιαίτερη ανάγκη παραδοχής και κατανόησης έχει γιαυτόν η άγαμη μητέρα, που αντιμετωπίζει προβλήματα αποδοχής από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον, αλλά και από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα. Η στάση όλων αυτών είναι απορριπτική και έτσι η θέση της γίνεται πió δύσκολη γιαυτό και απαιτούνται ειδικοί χειρισμοί από την πλευρά του Κοινωνικού Λειτουργού.

Ο ρόλος λοιπόν του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ουσιαστικός για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της σύγχρονης οικογένειας, συντελεί δε στη δημιουργία της κοινωνικής ευημερίας και στη δημιουργία μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να εργασθεί στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και με τις τρεις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας:

### **1) Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Κ.Ε.Α.)**

Εδώ ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει ατομικές περιπτώσεις που παρουσιάζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σχετικά με την σεξουαλικότητά τους και την ερωτική τους ζωή, με την προκατάληψή τους για αντισύλληψη, με τις ανησυχίες και τις φοβίες που επακολουθούν μετά την τοποθέτηση ενός αντισυλληπτικού μέσου, καθώς και την αμφιδυμία τους να αποφασίσουν στο να αποκτήσουν ένα παιδί.

### **2) Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (Κ.Ε.Ο.)**

Εδώ απαιτείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να συνεργάζεται ομαδικά με το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας. Να ενημερώνεται για το έργο τους στον τομέα αυτό, αλλά και να τους διαφωτίζει για τα προβλήματα και τις ανάγκες των ατόμων που επισκέπτονται το Κέντρο. Επίσης ο Κοινωνικός

Λειτουργός οργανώνει ομάδες ατόμων που τους απασχολεί ένα κοινό πρόβλημα και τους καθοδηγεί στο να βρουν την καλύτερη λύση.

### **3) Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (Κ.Ε.Κ.)**

Πιστεύουμε ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύ σημαντικός στις σχέσεις του με την Κοινότητα. Ερευνά τον παραδοσιακό τρόπο αντισύλληψης της κοινότητας και προσαρμόζει τα προγράμματα της μονάδας, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου.

Επίσης διαφωτίζει την κοινότητα για τις καινούργιες μεθόδους αντισύλληψης που υπάρχουν και βοηθά τα άτομα να κάνουν μια καλύτερη και συνειδητή εκλογή, διασφαλίζοντας έτσι τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Ακόμα έρχεται σε επαφή με τους αρμόδιους φορείς οργανώνοντας ειδικά σεμινάρια στους τομείς που αντιπροσωπεύουν, ώστε να υπάρχει άμεση επαφή με το κοινό.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να προσφέρει πολλά και στη συνεργασία με ολόκληρη την οικογένεια. Τους βοηθά να δεχθούν την ιδέα και τη χρησιμότητα της σωστής αντισύλληψης, καθώς και να αποφασίσουν από κοινού για τον προγραμματισμό της οικογένειάς τους.

Παρόλη την αξιόλογη δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, κανένα μέχρι τώρα δεν έχει στη δύναμή του την ειδικότητα αυτή. Στην ερώτησή μας, που οφείλεται αυτό, το προσωπικό του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών μας απάντησε ότι, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έδειξαν πολύ λίγο ενδιαφέρον για την λειτουργία των Κέντρων και δεν επιδίωξαν ώστε να δημιουργηθούν θέσεις απασχόλησής τους.

Είπαν επίσης, ότι ο δεσμός των Κέντρων είναι ακόμη πολύ πρόσφατος και για την αρχική του λειτουργία η απασχόληση του γυναικολόγου ή μιας μαίας είναι περισσότερο απαραίτητη. Στην περαιτέρω όμως εξέλιξή τους, η πρόσληψη ενός Κοινωνικού Λειτουργού θα είναι αναγκαία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

#### 1. Γιατί η αντισύλληψη είναι απαραίτητη.

Από τη στιγμή που ο άνδρας και η γυναίκα ανακάλυψαν ότι αν δεν πάρουν τα μέτρα τους θα έχουν σε κάθε επαφή και παιδί, άρχισαν να γάχνουν για το ιδανικό αντισυλληπτικό. Η επιστήμη όμως, παρά την πλούσια προσφορά της στον τομέα αυτό, ακόμα το γάχνει. Στο μεταξύ ...

\* 300 - 500.000 αμβλώσεις εξακολουθούν να γίνονται κάθε χρόνο στα μαιευτήρια ή στις ιδιωτικές κλινικές.

\* Το 44,6% περίπου των νέων αρχίζουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα στα 19, ενώ το 22,3% στα 18 και το 16,1% στα 17 του χρόνια.

\* Χιλιάδες νέες γυναίκες ζουν την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία τεράστιων οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών προβλημάτων.

\* Οι κυήσεις στην εφηβεία τα τελευταία χρόνια έχουν διεθνώς αυξηθεί.

\* Τα εξιδικευμένα βιβλία ή οπτικοακουστικά μέσα που ασχολούνται με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση είναι ανεπαρκή ή επιεικώς κατάλληλα.

\* Η ουσιαστική συνεργασία γονιών - σχολείου ανύπαρκτη.

\* Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων στη χώρα μας υπολείπεται σημαντικά.

Σήμερα, στην Ελλάδα, μιλάμε ανοιχτά πια για τη διαβόητη αντισύλληψη. Αν και δεν είναι πολύ μακριά μας ο καιρός που αντιμετωπίζαμε το θέμα με προκαταλήψεις και φοβίες παράλογες ή με δεικτικά αδιάφορη συμπεριφορά, κάτι που τελικά οδήγησε στην καθιέρωση της άμβλωσης σαν του επικρατέστερου αντισυλληπτικού σε προσωπικό επίπεδο, η προφύλαξη από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένη.

Όσο και αν ηθικοί ή κοινωνικοί παράγοντες φέρουν εμπόδια για την εκστρατεία περί αντισύλληψης, όσο και η ημιμάθεια ή ο φόβος να μας εμποδίζουν από την επίσκεψη στον ειδικό, η αναγκαιότητα για την εφαρμογή κάποιας μεθόδου σε όλους τους νέους που έχουν σεξουαλικές σχέσεις, είναι πια πρωταρχικής σημασίας.

Η σεξουαλική επαφή είναι πηγή χαράς και ευτυχίας μόνο όταν οι αμφιβολίες και η αγωνία ενός ανεπιθύμητου παιδιού δεν μπαίνουν ανάμεσα. Ο



καρπός της αγάπης ενός άντρα και μιας γυναίκας ας έρθει όταν είναι επιθυμητός. Μόνο τότε θα αγαπηθεί και θα πάρει τη θέση που του ταιριάζει.

Η φροντίδα για τη μέθοδο της αντισύλληψης είναι υπόθεση μοιρασμένη στα δύο. Τόσο του άντρα όσο και της γυναίκας. Κανείς περισσότερο, κανείς λιγότερο. Ο ερχομός μιας νέας ζωής στον κόσμο, η ευτυχία ή η δυστυχία που συνεπάγεται, αποφασίζεται και αντιμετωπίζεται με υπευθυνότητα και ωριμότητα. Δεν παίζεται στην τύχη.

## 2. Αντισυλληπτικά μέσα

Ο ορισμός αντισύλληψη ή αντισυλληπτικά μέσα και αντισυλληπτικές μέθοδοι στην στενή του έννοια, υποδηλώνει κάθε μέθοδο και μέσο που αντιστρατεύεται, που παρεμποδίζει τη σύλληψη, την γονιμοποίηση δηλαδή του ωαρίου. Όταν όμως χρησιμοποιούμε τον ορισμό αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα, εννοούμε όχι μόνο τα μέσα που παρεμποδίζουν τη γονιμοποίηση του ωαρίου, αλλά και την εγκατάσταση μέσα στη μήτρα του γονιμοποιηθέντος ωαρίου και ακόμη κάθε μέσο που οδηγεί στον βίαιο τερματισμό της εγκυμοσύνης.

Είναι γιαυτό σωστό να γίνεται χρήση αντί του ορισμού αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα, ο ορισμός Έλεγχος Γονιμότητας και Μέσα που ελέγχουν τη γονιμότητα. Ο ορισμός αντισυλληπτικά μέσα, μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο όταν τα μέσα αυτά περιορίζονται στο να παρεμποδίζουν τη σύλληψη.

Η ρύθμιση της γονιμότητας ονομάστηκε εύστοχα "Πέμπτη ελευθερία του ατόμου" και δικαιώνει την καθοριστική έννοια που τόνισαν τα Ηνωμένα Έθνη ότι αποτελεί "βασικό ανθρωπινό δικαίωμα". Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες πολιτισμένες χώρες του κόσμου έχουν αποδεχθεί τις διεθνείς διακηρύξεις και έχει γίνει συνείδηση ότι η ρύθμιση της γονιμότητας δεν αποτελεί ιδιαίτερη φιλοσοφία, στην οποία συμφωνούμε ή διαφωνούμε, αλλά αποτελεί ανάγκη για όλα τα άτομα της αναπαραγωγικής ηλικίας και για όλα τα στρώματα του πληθυσμού.

Από τα διεθνή δεδομένα φαίνεται ότι, η συγκεκριμενοποίηση του δικαιώματος αυτού και ακόμη περισσότερο, του τρόπου υλοποίησής του, προσκρούει σε σοβαρά εμπόδια διότι είναι νεοφανές και κατά συνέπεια δεν υπάρχει νομοθετική εμπειρία. Προσκρούει κυρίως στο ότι οι αντιλήψεις του ατόμου για ελεύθερη και υπεύθυνη γονιμότητα, σπάνια συμπίπτουν με τις αντίστοιχες αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου και της πολιτικής εξουσίας.

Οι διαφορές αυτές συνεπάγονται ποικίλες διαμαρτυρίες που κάποτε προσλαμβάνουν διαστάσεις όχι μόνο ανάμεσα στα διαφορετικά πολιτικοοικονομικά συστήματα ή τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του κόσμου, αλλά ακόμη ανάμεσα στην πολιτική και διοικητική εξουσία μέσα στην ίδια την χώρα, ανάμεσα στους διαφορετικούς κλάδους επιστημών συμπεριφοράς του ανθρώπου, ανάμεσα στους φορείς υγείας του τόπου και ακόμη ανάμεσα στα κοινωνικά σύνολα με διαφορετική μορφωτική, οικονομική δομή ή πολιτιστική αντίληψη.

Το πρόβλημα ελέγχου της γονιμότητας, απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Όλες σχεδόν οι ανθρωπίνες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποίησαν μέσα και εφάρμοσαν μεθόδους για έλεγχο της γονιμότητας, ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τα μέσα αυτά αποσκοπούσαν είτε στην αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είτε στην προσπάθεια καταστροφής της.

Τα μέσα όμως που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για τον έλεγχο της γονιμότητάς του ήταν μέχρι πριν από λίγο καιρό ακόμη στην πλειονότητά τους αυτοσχέδια και εμπειρικά, χωρίς επιστημονική βάση, γιαυτό τα περισσότερα από αυτά όχι μόνο δεν ήταν αποτελεσματικά, αλλά πολλές φορές ήταν και επικίνδυνα.

Από τα αυτοσχέδια μέσα που απέβλεπαν στην αποφυγή της εγκυμοσύνης άλλα ήταν μηχανικά, όπως η τοποθέτηση στον κόλπο πώματος πριν από την συνουσία, κατασκευασμένου από διάφορες ουσίες και υλικά, υφασμάτινα, ελαστικά, πλαστικές ύλες και σπόγγους, και άλλα χημικά, όπως κολπικές πλύσεις με ξύδι, λεμόνι, αλατοπίπερο, σαπουνάδα, λάδι και εργότερα διάφορα αντισηπτικά διαλύματα.

Όλα τα μέσα αυτά σπάνια είχαν το ποδούμενο αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα τις περισσότερες φορές αποδεικνύονταν επιβλαβή για την υγεία και επικίνδυνα.

### 3. Επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου

Πρέπει να γίνει συνείδηση του κάθε ατόμου που ασχολείται με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, ότι ο έλεγχος της γονιμότητας, αυτό που λέμε αντισύλληψη, απαιτεί όπως και η σύλληψη, την συμμετοχή δύο προσώπων. Οποιαδήποτε και αν είναι η μέθοδος ή το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί για αντισύλληψη, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να επιτύχει όταν και τα δύο πρόσωπα συμφωνούν στην αναγκαιότητα ελέγχου της γονιμότητάς τους και στο είδος της μεθόδου που θα χρησιμοποιήσουν.

Είναι φανερό ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία να έχει το κάθε ζευγάρι σωστές πληροφορίες -από έγκυρη μάλιστα πηγή και μόνο- σχετικά με τη ρύθμιση της γεννητικότητας. Πριν τεθεί καν θέμα επιλογής μιας οποιαδήποτε μεθόδου, πρέπει να τονίζουμε ότι αυτό το σημείο είναι το πιο σημαντικό.

Όπως επίσης αποφασιστικός ρόλος επιλογής είναι η ιδιοσυγκρασία και η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας. Διότι εκτός από τον βιολογικό παράγοντα, θα πρέπει και η προσωπικότητά της να βαρύνει στον καθορισμό της καταλληλότερης για την περίπτωση της, αντισύλληψη.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ένδειξη ή αντένδειξη της μιας ή της άλλης μεθόδου είναι:

#### α) Ιατρικά ιστορικά

Σ' αυτό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή.

- Στα νοσήματα όπως ο διαβήτης, ηπατικές & κυκλοφορικές διαταραχές.
- Στο μαιευτικό ιστορικό
  - \* Μορφολογία και κατάσταση του γεννητικού συστήματος.
  - \* Διαταραχές του κύκλου.
  - \* Επεμβάσεις του γεννητικού συστήματος και ποιές.
  - \* Τοκετοί, πως και πόσοι, παιδιά πόσα.

#### β) Η ηλικία

Είναι εξίσου σημαντικός παράγων επιλογής. Μαζί όμως με την ηλικία θα προσδέσουμε και την αιτία που η γυναίκα ζητά την αντισύλληψη. Αν ενώσουμε την ηλικία με την αιτία, θα χωρίζουμε τις περιπτώσεις στις ακόλουθες κατηγορίες:

\* *15-18 χρονών που παρεμβάλλονται:* η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τα αφροδίσια νοσήματα και τα νομικά προβλήματα.

\* *18 χρονών και άνω άγαμες ή διαζευγμένες:* όπου υπάρχει η επιθυμία σεξουαλικής ελευθερίας και όπου μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε αναγκαστική διακοπή.

\* *18 χρονών και άνω έγγαμες:* όπου το πρόβλημα είναι να προγραμματιστεί η οικογένεια, ή να μην υπάρξουν άλλα παιδιά, ή όπου έχουν κάνει επανειλημμένες εκτρώσεις.

\* *Οι γυναίκες άνω των 40 χρόνων:* όπου δεν θέλουν πια να μεγαλώσουν την οικογένειά τους.

#### γ) Οικογενειακή ή κοινωνική και οικονομική κατάσταση

Η ανύπαντρη έχει μεγαλύτερη ανάγκη αντισύλληψης από μια παντρεμένη που θέλει απλώς να αναστείλλει την απόκτηση παιδιών για λίγα

χρόνια. Η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού θα επιτρέψει ή όχι την χρήση ενός ακριβού αντισυλληπτικού.

Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε και τις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού. Σε πολλά ζευγάρια ιδίως καθολικά, θα αναγκαστούμε να περιοριστούμε μόνο στη διδασκαλία του ρυθμού. Σε άλλες περιπτώσεις θα προσπαθήσουμε να πείσουμε το ζευγάρι για λανθασμένες ή αμφισβητούμενες αρχές και πεποιθήσεις.

Στο θέμα αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Θα πρέπει να πληροφορήσουμε το ζευγάρι, όχι να εξαναγκάσουμε με οποιοδήποτε τρόπο ή να προσπαθήσουμε να επιβάλλουμε απόψεις που είναι αντίθετες στις ηθικές αρχές. Οι Μουσουλμάνες και οι Ισραηλίτισες γυναίκες, αποφεύγουν τη μέθοδο με βάση τα προγεστάγονα ή τα ενδομητρικά σπειρώματα, διότι το κάποιο παραπανήσιο αίμα που προκαλούν δεν επιτρέπεται από τους θρησκευτικούς κανόνες τους.

Οι έξεις, οι τρόποι ζωής και οι κοινωνικές συνήθειες θα καθορίσουν πόσο εύκολη είναι η καθημερινή λήψη του αντισυλληπτικού ή ακόμη αν οι σεξουαλικές επαφές είναι τόσο συχνές ώστε να επιβάλλουν τη συνεχή, μόνιμη αντισύλληψη ή αν υπάρχει αποστροφή προς το ενδομήτριο σπείρωμα. Πρέπει επίσης να γίνεται απαραίτητα κατάλληλη εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή είναι τα κίνητρα του ζευγαριού.

Η ανάγκη αντισύλληψης μπορεί να είναι:

- Απόλυτη: Σε σοβαρές παθήσεις της μητέρας από τις οποίες απειλείται σοβαρά η υγεία της ή όταν υπάρχουν φόβοι γέννησης παιδιού με σοβαρή κληρονομική πάθηση.
- Μεγάλη: Όταν υπάρχουν πολλά παιδιά ή παρεμβάλλεται μια προσωρινή αρρώστια ή κοινωνική, οικονομική κρίση.
- Σχετική: Αναστολή γέννησης παιδιού ή ρύθμιση μεσοδιαστήματος μεταξύ δύο παιδιών.

Ακόμη και ο τρόπος διαμονής έχει σημασία, διότι αλλιώς πρέπει να συμβουλευθεί κανείς μια γυναίκα που μένει στην ύπαιθρο, χωρίς τις ευκολίες της αστής με την άνετη ιατρική παρακολούθηση.

Τέλος τα χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες, θα καθορίσουν την τελική επιλογή. Στη λήψη απόφασης, τον κυριώτερο ρόλο θα παίξουν η αποτελεσματικότητα, η ευχρηστία και οι παρενέργειες του αντισυλληπτικού.

#### 4. Μέσα ελέγχου γονιμότητας

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για έλεγχο της γονιμότητας του ανθρώπου, μπορούν να διακριθούν και να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες και ομάδες.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1. Προέλευση - Κατασκευή - Δράση
2. Γυναικεία - Ανδρικά
3. Ιατρική Παρακολούθηση ΝΑΙ / ΟΧΙ
4. Μόνιμη Δράση - Προσωρινή Δράση

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

#### ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1. Κολπική πλύση μετά τη συνουσία
2. Βιομηχανοποιημένα σπερματοκτόνα
3. Αυτοσχέδια σπερματοκτόνα
4. Διακεκομένη συνουσία
5. Προφυλακτικό

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

#### ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1. Μέθοδος ρυθμού
2. Κολπικά διαφράγματα - Τραχηλικές καλύπτρες
3. Ενδομητρικά ελάσματα
4. Ορμονικά αντισυλληπτικά
5. Χειρουργική στειροποίηση

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ & ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ, ΔΙΑΚΡΙΝΟΝΤΑΙ:

1. Φυσικά
  2. Ορμονικά
    3. Ενδομητρικά σπειράματα (ελάσματα)
    4. Μηχανικά (παρεμποδιστικά)
    5. Χημικά σπερματοκτόνα
    6. Χειρουργικά
    7. Ιουτική ακτινοβολία ωοθηκών
    8. Βίαιη διακοπή εγκυμοσύνης

### 1. ΦΥΣΙΚΑ

#### α. ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

#### β. ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΠΟΧΗ

- Ημερολογιακή μέθοδος ρυθμού
- Θερμομετρική μέθοδος ρυθμού
- Μέθοδος ελέγχου τραχηλικής βλέννης

### 2. ΟΡΜΟΝΙΚΑ

#### α. ΔΙΣΚΙΑ

- Μικτός τύπος (combined)
- Διαδοχικός τύπος
- Συνεχής χορήγηση κυογόνων (mini Pill)
- Μεγάλη δράση οιστρογόνων μετά τη συνουσία (after-Morning Pill)
- Μεγάλη δόση κυογόνων μετά τη συνουσία (Post-Coitocl Pill)

#### β. ΕΝΕΣΙΜΑ

- Μακράς δράσης κυογόνα (Depot)

#### γ. ΕΝΘΕΤΑ (Implants)

- Υποδερμικά
- Ενδομητρικά
- Κολπικοί δακτύλιοι

### 3. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

- α. ΑΠΛΑ (Αδρανής Πλαστική Ύλη)
- β. ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΜΕΤΑΛΛΑ (Χαλκός)
- γ. ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΑ ΜΕ ΣΤΕΡΟΕΙΔΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ

### 4. ΜΗΧΑΝΙΚΑ

- α. ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΑ
- β. ΤΡΑΧΗΛΙΚΕΣ ΚΑΛΥΠΤΡΕΣ (Πώματα)
- γ. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΑ ΚΟΛΠΙΚΑ ΠΩΜΑΤΑ
- δ. ΑΝΔΡΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ
  - Ελαστικά
  - Δερμάτινα
  - Πλαστική ύλη

### 5. ΧΗΜΙΚΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ

- α. ΑΕΡΟΣΟΛ
- β. ΚΡΕΜΕΣ
- γ. ΠΗΚΤΕΣ
- δ. ΠΑΣΤΕΣ
- ε. ΔΙΣΚΙΑ
- στ. ΥΠΟΘΕΤΑ
- ζ. ΑΦΡΙΖΟΥΣΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
- η. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΑ (πλύσεις κολπικές με νερό, ζύδι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι, λεμόνι και διάφορα αντισηπτικά)

## 6. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ (Χειρουργική Στείρωση)

### α. ΓΥΝΑΙΚΑ

#### 1. Σάλπιγγες

- Καυτηρίαση / Απόφραξη	}	<u>οδός</u> Λαπαροσκοπία
- Περίδεση	}}	Δουγλασισκοπία
- Τομή	}}	Κολποτομία
- Σάλπιγγεκτομία	}	Υστεροτομία

#### 2. Μήτρα

- Υστεροτομία

### β. ΑΝΔΡΑΣ

- Τομή - Απολίνωση σπερματικών πόρων

## 7. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

### ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΩΟΘΗΚΩΝ

## 8. ΕΚΤΡΩΣΗ - ΒΙΑΙΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

### α. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ή ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

### β. ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΠΟΞΕΣΗ

### γ. ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

### δ. ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ - ΡΗΞΗ ΥΜΕΝΩΝ

### ε. ΕΝΔΟΑΜΝΙΑΚΑ ΥΠΕΡΤΟΝΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ - ΟΥΤΙΑ - ΡΙΒΑΝΟΛΗ

Αριθμός κατά προσέγγιση των ζευγαριών που χρησιμοποιούν σε όλο τον κόσμο αντισυλληπτικά (σε εκατομμύρια)

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	1977	1987
Θεληματική στείρωση	20	80
Χάπι	30	55
Προφυλακτικό	25	35
Ενδομήτριο έλασμα	12	15
Διάφραγμα, Σπερματοκτόνα, Ρυθμός, Διακ. Συνουσία κλπ.	60	65
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>147</b>	<b>250</b>



## 5. Ταξινόμηση αποτελεσματικότητας μέσω ελέγχου γονιμότητας

### Θεωρητική ή Βιολογική:

Αποτελεσματικότητα της μεθόδου υπό ιδεώδεις συνθήκες συνεχούς εφαρμογής της και αυστηρή τήρηση των οδηγιών χωρίς παραλήψεις ή σφάλματα στην εφαρμογή της τεχνικής

### Κλινική ή Χρήσεως:

Αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε ορισμένη πληθυσμιακή ομάδα υπό πραγματικές συνθήκες διαβίωσης με όλες τις πιθανές επιπτώσεις από παραλήψεις και αδυναμία αυστηρής εφαρμογής της μεθόδου

### Δημογραφική:

Αναφέρεται στην ελάττωση της αναπαραγωγικότητας σε επιλεγμένο δείγμα πληθυσμού που έλαβε οδηγίες και πληροφορίες για αντισυλληπτική μέθοδο.

Η διαβάθμιση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων που ελέγχουν την γονιμότητα είναι δύσκολη, γιατί βασικά δεν υπάρχουν απόλυτα κριτήρια διαβάθμισης της δραστηριότητας των αντισυλληπτικών μέσων. Η περισσότερο αποδεκτή είναι αυτή που έκανε ο Tietze χωρίζοντάς την σε τέσσερες ομάδες:

#### **A΄ ΟΜΑΔΑ: Πολύ καλή αποτελεσματικότητα.**

Συγκαταλέγονται η χειρουργική στείρωση για τη γυναίκα και τον άντρα, τα ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια, τα ενέσιμα ορμονικά αντισυλληπτικά και η μέθοδος του ρυθμού με δερμομέτρηση.

#### **B΄ ΟΜΑΔΑ: Καλή αποτελεσματικότητα.**

Συγκαταλέγονται τα ενδομητρικά σπειράματα, το κολπικό διάφραγμα και τα τραχηλικά πώματα ή καλύπτρες, το ανδρικό προφυλακτικό και η συνεχής χορήγηση κυογόνων χαπιών (Μικροχάπι - mini pill).

#### **Γ΄ ΟΜΑΔΑ: Μέτρια αποτελεσματικότητα.**

Συγκαταλέγονται τα χημικά σπερμοκτόνα, η διακεκομμένη συνουσία και η ημερολογιακή μέθοδος ρυθμού.

#### **Δ΄ ΟΜΑΔΑ: Μικρή αποτελεσματικότητα.**

Συγκαταλέγονται οι κολπικές πλύσεις και η γαλουχία.

## 6. Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης

Οι μέθοδοι του ρυθμού είναι: α) η ημερολογιακή μέθοδος και β) η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας (τραχηλικής βλέννης).

### **A. Ιστορικά**

Οι έρευνες για την "ασφαλή" περίοδο συνουσίας μπερδεύαν την κατάσταση, γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργανισμό των ζώων (στα οποία γίνονταν τα πειράματα) και την εμμηνορροια των γυναικών.

Αλλά με την ανακάλυψη της φυσιολογίας της ωορρηξίας και της εμμηνορροιας τέθηκε τέρμα σ' αυτή τη σύγχυση και διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας, γιατί βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε ότι η ωορρηξία γίνεται τη δεκάτη τετάρτη ημέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνου ρύσης.

Η μέθοδος αυτή του ρυθμού προκάλεσε το μεγάλο ενδιαφέρον μιας μεγάλης μερίδας Χριστιανών και Μουσουλμάνων, ενώ και το Βατικανό την αποδέχτηκε. Ωστόσο, η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όσον αφορά την εξακρίβωση των επικίνδυνων γόνιμων ημερών.

Τι γίνεται με τις γυναίκες (ποσοστό 15%) που έχουν ασταθή περίοδο;

Σ' αυτές, η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σ' οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα, ακόμα και κατά τις τελευταίες μέρες της περιόδου (σπάνια). Υπάρχει πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιάσει μια ανωμαλία (όχι κανονικό κύκλο), γεγονός που οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους (θάνατος, γάμος, φιλονικίες κλπ.). Ακόμη ένας όχι φυσιολογικός κύκλος είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στα νεαρά κορίτσια, γιατί αυτά υφίσταται συνεχείς συγκινησιακές και βιολογικές μεταβολές και είναι σχεδόν φυσιολογικό να εμφανίζονται τέτοια κρούσματα.

Όσα αναφέρονται παραπάνω δείχνουν ότι η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει μεγάλη αβεβαιότητα για τους που την χρησιμοποιούν

### **B. Ημερολογιακή μέθοδος**

Για να καθοριστούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια οι γόνιμες μέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των κύκλων του προηγούμενου έτους (περίπου 8-12 μήνες). Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού (S) και του μεγάλου κύκλου (L) κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου.

Για τον υπολογισμό, θα πρέπει να μετριοούνται οι ημέρες από την πρώτη ημέρα κάθε περιόδου, μέχρι και την πρώτη ημέρα της επόμενης περιόδου,

χωρίς αυτή να συμπεριλαμβάνεται. Η πρώτη ημέρα της εμμηνόρρυσης θεωρείται αριθμητικά σαν πρώτη ημέρα.

Αφού συγκεντρωθούν τα στοιχεία αυτά, μπορεί να υπολογισθεί η "περίοδος των γόνιμων ημερών" κάθε κύκλου. Η πρώτη ανασφαλής ημέρα βρίσκεται αν από τον αριθμό των ημερών του μικρότερου κύκλου, αφαιρεθεί ο αριθμός 18 (αριθμός ημερών μικρότερου κύκλου - 18 = πρώτη ανασφαλής ημέρα).

Η τελευταία ανασφαλής ημέρα βρίσκεται αν από τον αριθμό ημερών του μεγαλύτερου κύκλου αφαιρεθεί ο αριθμός 11 (αριθμός ημερών μεγαλύτερου κύκλου - 11 = τελευταία ανασφαλής ημέρα).

Οι ημέρες ανάμεσα στην πρώτη και την τελευταία ανασφαλή ημέρα θεωρούνται γόνιμες και κατά την διάρκειά τους, θα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές.

Για παράδειγμα, αν ο μικρότερος κύκλος μιας γυναίκας έχει διάρκεια 25 ημερών και ο μεγαλύτερος 31, η πρώτη ανασφαλής ημέρα είναι η  $25-18=7$ η και η τελευταία η  $31-11=20$ η. Έτσι η γυναίκα προκειμένου να αποφύγει την εγκυμοσύνη, θα πρέπει να μην έχει σεξουαλικές επαφές μεταξύ 7ης και 20ης ημέρας του κύκλου.

1.	7.	20.	30.
Εμμηνόρρυση ασφαλείς μέρες	Επικίνδυνες μέρες	Ασφαλής, περίοδος μέχρι την επόμενη εμμηνόρρυση	

Έτσι από τις 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν την ημερολογιακή μέθοδο, πάνω από 47 μένουν έγκυες μέσα σ' ένα χρόνο. Όλες απαιτούν αρκετή παρατηρητικότητα, υπομονή και προσεκτική καταγραφή για τις επερχόμενες μεταβολές.

### Γ. Μέθοδος της τραχηλικής βλέννης

Η μέθοδος αυτή, που αξιολογήθηκε για πρώτη φορά το 1964 από ένα ζευγάρι γιατρών, τους John και Evelyn Billings, βασίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της ποσότητας και σύστασης της τραχηλικής βλέννας.

Περίπου τέσσερες μέρες πριν την ωοθυλακιορρηξία, η τραχηλική βλέννα αυξάνει σε ποσότητα και μετατρέπεται από δολή και κιτρινωπή, σε διαυγή και γλοιώδη. Οι αλλαγές αυτές επιτρέπουν στα σπερματοζώαρια να ανεβαίνουν ευκολότερα προς τη μήτρα. Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια διαυγή, σαν ασπράδι νωπού αυγού, έκκριση από τον κόλπο στο μέσο, περίπου

του κύκλου, που οφείλεται στην έκκριση της βλέννας του τραχήλου λίγο πριν την ωοθηλακιορρηξία.

Η μέθοδος προϋποθέτει αρκετή θέληση και υπομονή. Είναι απλή και δεν κοστίζει, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Οι αλλαγές στην παρουσία υγρών στον κόλπο, δεν αποτελούν ενδείξεις της επικείμενης ωοθυλακιορρηξίας, γιατί την ίδια αίσθηση μπορεί να προκαλέσουν άλλες καταστάσεις όπως οι κολπίτιδες.

Γυναίκες, τέλος, με ορμονικές διαταραχές όπως αυτές που πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση, ή εκείνες που βρίσκονται στην εφηβεία, δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν τις αλλαγές της βλέννας.

Ποσοστό επιτυχίας: Σε όσες την χρησιμοποιούν προσεκτικά φθάνει στο 70-80%. Σε όσες την χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά το ποσοστό ανεβαίνει από 80-98%.

## 7. Κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης

Οι κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι οι εξής: α) Σπερματοκτόνες ουσίες, β) Κολπικές πλύσεις, γ) Κολπικό διάφραγμα και δ) Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος.

### Σπερματοκτόνες ουσίες.

Τι είναι και πως δρουν τα κολπικά σπερματοκτόνα.

Πρόκειται για χημικές ουσίες, που καταστρέφουν ή αδρανοποιούν τα σπερματοζωάρια. Κυκλοφορούν σε τρεις κυρίως μορφές:

- \* Κολπικά χάπια
- \* Κρέμες και ζελέ (Jelly)
- \* Αφρούς τύπου "aerosol"

Πως χρησιμοποιούνται τα σπερματοκτόνα.

Τα κολπικά χάπια, τα οποία κατά την επαφή τους με τα κολπικά υγρά αφρίζουν, πρέπει να τοποθετούνται με το δάκτυλο όσο το δυνατόν βαθύτερα στον κόλπο. Οι κρέμες, τα ζελέ και τα αεροσόλ, μπορεί να εφαρμοσθούν με ειδικό ρύγχος.

Στις περισσότερες περιπτώσεις όλα τα είδη των σπερματοκτόνων πρέπει να τοποθετηθούν στον κόλπο δέκα λεπτά ως μισή ώρα πριν την επαφή, προκειμένου να δράσουν. Αν η συνουσία καθυστερήσει πάνω από μια ώρα ή αν επαναληφθεί, είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση και νέου σπερματοκτόνου.

Ποσοστό επιτυχίας: Σε όσες τις χρησιμοποιούν προσεκτικά, 85%. Σε όσες τις χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά, 95-98%.

Τα σπερματοκτόνα δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούνται μόνα τους σαν μέθοδος αντισύλληψης. Ο συνδυασμός τους με το ανδρικό προφυλακτικό ή το κολπικό διάφραγμα, προσφέρει αποτελεσματικότητα μέχρι 100%.

### Κολπικές πλύσεις

Οι κολπικές πλύσεις θεωρούνται σαν μια από τις λιγότερο αποτελεσματικές αντισυλληπτικές μεθόδους. Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, σαπουνάδα και αντισηπτικά διαλύματα υπό μορφή κολπικών "ντουζ" μετά τη συνουσία. Σε όλες τις περιπτώσεις, το υγρό της πλύσης τοποθετείται σε μια μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζει μέσα στον κόλπο.

Θεωρητικά η κολπική πλύση αποσκοπεί στο να απομακρύνει το σπέρμα από τον κόλπο. Στην πράξη, η εφαρμογή νερού και άλλων ουσιών μπορεί να έχει ορισμένες σπερματοκτόνες ιδιότητες, αλλάζοντας το περιβάλλον του κόλπου, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις το σπέρμα θα βρίσκεται τουλάχιστον στον τραχηλικό σωλήνα, όταν η γυναίκα θα κάνει το "ντουζ".

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα 30 δευτερόλεπτα μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου, οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για το εσωτερικό της μήτρας.

Συνίσταται στο ζευγάρι να αποφεύγεται αυτή η μέθοδος, γιατί δεν προσφέρει καμιά σιγουριά.

### Κολπικό διάφραγμα

Τι είναι το διάφραγμα;

Το διάφραγμα είναι κάγα, συνήθως από καουτσούκ με εύκαμπτα μεταλλικά χείλη που τοποθετείται στον κόλπο, έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο. Ενεργεί σαν μηχανικός φραγμός στην άνοδο του σπέρματος προς τη μήτρα, αλλά και σαν υποδοχέας σπερματοκτόνων ουσιών, που τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αυτό.

Παρόμοια χρήση έχει και η τραχηλική κάγα, που είναι διάφραγμα σχήματος δακτυλήδρας με παχύτερες βάσεις και εφαρμόζει πλήρως στον

τραχήλο. Το κοιλιακό διάφραγμα και η τραχηλική κάβα, διατίθενται σε διάφορα μεγέθη, ανάλογα με τις διαμέτρους του κόλπου ή του τραχήλου αντίστοιχα.

Πόσο αποτελεσματικό είναι το διάφραγμα.

Όταν έχει το σωστό μέγεθος και χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις οδηγίες, το ποσοστό αποτυχίας του δεν ξεπερνάει τις 4 κυήσεις στις 100 γυναίκες που θα το χρησιμοποιήσουν για ένα χρόνο. Στην πράξη όμως το ποσοστό αυτό μπορεί να φθάσει μέχρι 35%.

Μπορεί οποιαδήποτε γυναίκα να χρησιμοποιήσει το διάφραγμα;

Οι περισσότερες γυναίκες, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μπορούν να χρησιμοποιήσουν το διάφραγμα ή την τραχηλική κάβα.

Αντεδείξεις για την εφαρμογή τους είναι:

\* Αλλεργία στο ελαστικό.

\* Ύπαρξη διαφόρων ανατομικών ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, συγγενών ή επίκτητων (πρόπτωση μήτρας, κυστεοκήλη, ορδοκήλη), του τραχήλου (τραχηλίτιδα), ή του κόλπου (κολπίτιδα).

\* Ουρολοιμώξεις.

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

Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο οποιαδήποτε ώρα, πριν από την επαφή. Πολλές γυναίκες το βάζουν λίγο πριν από αυτή, όπως οι άνδρες το προφυλακτικό. Σωστό πάντως είναι να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και σπερματοκτόνα.

Το διάφραγμα πρέπει να παραμένει στη θέση του τουλάχιστον 6 ώρες, μετά την τελευταία επαφή. Μπορεί να παραμείνει και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ποτέ όμως πάνω από 24 ώρες χωρίς να αφαιρεθεί και να καθαριστεί.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου.

- 1) Είναι αβλαβές στον οργανισμό.
- 2) Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί λοιμώξεις στον κόλπο.
- 3) Όταν είναι τοποθετημένο σωστά, δεν γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία και έτσι δεν μειώνει την ικανοποίηση.

Μειονεκτήματα της μεθόδου.

- 1) Όταν δεν τοποθετείται σωστά, προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.

- 2) Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα, μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα ή στο σύντροφό της.
- 3) Τέλος, δεν χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα, καθώς και από αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας.

Τα μειονεκτήματα αυτά, σε συνδυασμό με τις αντενδείξεις, η δυσχέρεια εκμάθησης του σωστού τρόπου εφαρμογής τους, καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργεί η εφαρμογή του, λίγο πριν από την σεξουαλική επαφή, έχουν σαν αποτέλεσμα την αποδοχή του από μικρό μόνο ποσοστό γυναικών. Πριν από την επαφή, καλό είναι το διάφραγμα να ελέγχεται αν είναι στην θέση του.

Ποσοστό επιτυχίας: Σε όσες το χρησιμοποιούν προσεκτικά 90%. Σε όσες το χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά 98%.

### Κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος

Πρόκειται για ένα μικρό στρογγυλό σπόγγο (σφουγγάρι), κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, με ένα εντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο και μια ταινία για την αφαίρεσή του. Είναι εμποτισμένος με μια σπερματοκτόνο ουσία και είναι μιας χρήσης.

Η γυναίκα βρέχει τον σπόγγο με καθαρό νερό για να ενεργοποιηθεί, έτσι ώστε να καλύψει τον τράχηλο. Πρέπει να διατηρηθεί για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την επαφή. Η προστασία του διαρκεί 24 ώρες. Ένα λεπτό κορδονάκι που είναι συνδεδεμένο με το σπόγγο, την βοηθά να τον μετακινήσει και να τον βγάλει την κατάλληλη στιγμή. Ο σπόγγος λειτουργεί μπλοκάροντας το σπέρμα, ενώ συστατικά του το σκοτώνουν.

### Ενδομητρικά σπειράματα

Τι είναι ενδομήτριο σπείραμα

Είναι μια συσκευή από μαλακό εύκαμπτο πλαστικό ή σε συνδυασμό πλαστικού και μετάλλου, μήκους 2-4 cm που τοποθετείται στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για μήνες ή χρόνια, προσφέροντας υψηλή αποτελεσματικότητα αντισύλληψης.

Ο ακριβής τρόπος δράσης του δεν είναι γνωστός. Πιθανότατα υπάρχουν μηχανισμοί περισσότεροι από ένας. Η πιο πολυσυζητημένη δράση του είναι η κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων (μακροφάγα), σαν αντίδραση στην

παρουσία ξένου σώματος μέσα στη μήτρα. Τα λευκοκύτταρα αυτά αδροίζονται γύρω από το σπείραμα και πιθανότατα δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον στην εγκατάσταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- α) Είναι αποτελεσματικό
- β) Δεν επηρεάζει την ορμονική λειτουργία του σώματος.
- γ) Δίνουν μακρόχρονη προστασία και είναι αποτελεσματικά από τη στιγμή που τοποθετούνται.

Αντενδείξεις για την εφαρμογή σπειράματος:

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

Σχετικές αντενδείξεις για την εφαρμογή σπειράματος είναι: Η ηλικία κάτω των 25, οι άτοκες γυναίκες, η αναιμία, διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, σακχαρώδης διαβήτης και αλλεργία στο μέταλλο.

Πότε πρέπει να αφαιρείται το σπείραμα:

- α) Αν εμφανισθεί έντονος πόνος στο υπογάστριο (κοιλιά).
- β) Σε μεγάλη μητρορραγία (αυξημένη ποσότητα αίματος στην περίοδο δεν είναι σπάνια κατά τους πρώτους μήνες μετά την εφαρμογή του σπειράματος).
- γ) Σε ενδομήτρια εγκυμοσύνη.
- δ) Σε πυελική φλεγμονή (σαλπιγγίτιδα).

Ποσοστό επιτυχίας: Σε όσες το χρησιμοποιούν προσεκτικά, 96%. Σε όσες το χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά, 98,5%.

## 8. Το αντισυλληπτικό χάπι

### Τι είναι το αντισυλληπτικό χάπι

Πρόκειται για χάπι που περιέχει συνδυαστικά οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε συνδυασμό ή μόνα τους. Σήμερα, πάνω από 100 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο, χρησιμοποιούν το χάπι.



Η δράση των αντισυλληπτικών χαπιών βασίζεται στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας, την οποία προκαλούν έμμεσα αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτροπινών ορμονών από την υπόφυση. Εκτός απ' αυτό αναφέρεται ότι τροποποιούν την κινητικότητα των σαλπίνγων και τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας.

Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά, αναστέλλει την παραγωγή της ωχρινοτροπίνης και θυλακιοτροπίνης (ορμόνες που είναι απαραίτητες για την παραγωγή και απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη), πριν παραχθεί ένα ώριμο ωάριο. Αυτό οφείλεται στην παρουσία των συνθετικών οιστρογόνων και προγεστερόνης. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η ωορρηξία και έτσι δεν υπάρχει ωάριο να ενωθεί με το σπέρμα, που έχει εκκριθεί κατά τη συνουσία.

Όπως είπαμε παραπάνω, το χάπι είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης, ανάλογα με την περιεκτικότητά του στις ορμόνες αυτές διαιρείται σε 3 κυρίως τύπους:

α) Τα σύνθετα σκεύασμα οιστρογόνων-προγεστερόνης.

Κάθε τέτοιο σκεύασμα είναι σχεδιασμένο να λαμβάνεται για 20-21 ημέρες από την εμμηνόρροια, αρχίζοντας την 5η μέρα και τελειώνοντας την 24η-25η. Μετά για 7-8 μέρες σταματάει η λήψη του χαπιού. Μερικές μάρκες περιέχουν 28 χάπια από τα οποία τα 21 είναι ενεργά, ενώ τα υπόλοιπα 7 είναι Placedos (εικονικά) ή περιέχουν συμπλήρωμα σιδήρου και επιτρέπουν την διατήρηση λήψης του χαπιού σ' όλη την διάρκεια του κύκλου των 28 ημερών. Το σύνθετο χάπι είναι η πιό δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων, με ποσοστό αποτυχίας από 0,2% μέχρι 0,5% σε ετήσια βάση.

β) Σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων.

Τα χάπια αυτά έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνα και δημιουργήθηκαν με την ελπίδα ότι θα μειώσουν τα θρομβωτικά επεισόδια. Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται σε 1-2% σε ετήσια βάση.

γ) Χάπια προγεστερόνης.

Τα χάπια αυτά περιέχουν μόνο προγεστερόνη σε χαμηλή δόση. Διατίθενται σε πακέτα των 35-45 δισκίων. Σε αντίθεση με τα άλλα, το χάπι προγεστερόνης πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά, χωρίς διακοπή για όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη. Το χάπι προγεστερόνης συμβάλλει στην πρόληψη των μεταβολών στο βλεννογόνο της μήτρας και της διόδου του σπέρματος και υπάρχουν ενδείξεις ότι συμβάλλει στη μεταβολή του ενδομήτριου και της εισόδου των σαλπίνγων. Το ποσοστό αποτυχίας ανέρχεται στο 3% σε ετήσια βάση.

### δ) Πρωινό χάπι.

Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτείται μεγάλη προσοχή, γιατί η μακροχρόνια χρήση του είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.

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

Αν η συσκευασία περιέχει 28 χάπια, η γυναίκα τότε παίρνει ένα χάπι την ημέρα χωρίς διακοπή. Τα τελευταία 7 χάπια δεν περιέχουν ορμόνες.

Αν η γυναίκα ξεχάσει να πάρει ένα χάπι, τότε ανάλογα και με την ημέρα στην οποία αντιστοιχεί το χάπι αυτό, η ασφάλεια περιορίζεται. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να πάρει το "ξεχασμένο" χάπι όσο το δυνατόν συντομότερα και να συνεχίσει κανονικά τη σειρά. Υπάρχει όμως η περίπτωση να εμφανισθεί αίμα. Τέτοιες μικροαιμορραγίες συμβαίνουν συχνότερα από σκευάσματα που περιέχουν μικρή δόση οιστρογόνων.

Οι απόψεις των γιατρών, όσον αφορά τη διάρκεια λήψης του χαπιού χωρίς κίνδυνο, διχάζονται. Πολλοί, όπως ο γιατρός Robert Kistner συμβουλεύουν τις γυναίκες να διακόπτουν τη λήψη του χαπιού για τρεις-τέσσερις μήνες κάθε δύο χρόνια, ενώ άλλοι όπως η γιατρός Elizabeth Conell υποστηρίζουν ότι η γυναίκα μπορεί να παίρνει άφοβα το χάπι για τρία, τέσσερα ακόμη και για δέκα χρόνια, αρκεί βέβαια να έχει τακτική παρακολούθηση από τον γιατρό της.

Κατά κανόνα, γίνεται διακοπή της λήψης κάθε 1-2 χρόνια για 3-4 κύκλους, εκτός αν υπάρχουν άλλοι λόγοι διακοπής.

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

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

Η γυναίκα πρέπει να εξετάζεται 3 μήνες μετά την πρώτη δόση και κάθε 6-12 μήνες στις παραπάνω εξετάσεις.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι η αποτελεσματικότητά τους στην αποφυγή εγκυμοσύνης. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κυμαίνονται σε 1 κύηση ανά 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο. Στα πλεονεκτήματα αναφέρονται επίσης:

- α) Η ελάττωση της προεμμηνορυσιακής τάσης
- β) Η ελάττωση των συμπτωμάτων της δυσμηνόρροιας
- γ) Η ελάττωση της απώλειας αίματος κατά την περίοδο
- δ) Η ελάττωση του κινδύνου εξωμήτριων κυήσεων
- ε) Η χαμηλή συχνότητα κύστεων των ωοθηκών και πυελικών φλεγμονών

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

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

#### 1) Αιμόρροια από τον κόλπο

Είναι αποτέλεσμα της χαμηλής ποσότητας των οιστρογόνων, τα οποία δεν είναι αρκετά για να σταθεροποιήσουν το ενδομήτριο. Συμβαίνει συχνότερα με χάπια χαμηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνα.

#### 2) Μεταβολικές διαταραχές

##### α) Προκαλούν μείωση της ανοχής της γλυκόζης.

Γιαυτό πρέπει να χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη.

##### β) Προκαλούν αύξηση του βάρους.

Οφείλεται σε κατακράτηση υγρών και στην αύξηση της όρεξης. Όσο πιο μικρή είναι η δόση των οιστρογόνων, τόσο μικρότερη είναι η αύξηση του βάρους του σώματος, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί επίσης με την κατάλληλη διαίτα.

##### γ) Επιδρούν στον μεταβολισμό ορισμένων βιταμινών.

Αυξάνουν το επίπεδο της βιταμίνης Α που επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα 2-3 μήνες μετά την διακοπή της λήψης. Είναι πιθανόν να επέλθουν συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο όταν γίνει σύλληψη, αμέσως μετά την διακοπή τους. Προκαλούν μείωση της βιταμίνης Β2 επιδρώντας στον μεταβολισμό της. Επηρεάζουν τον μεταβολισμό της βιταμίνης Β6 και γιαυτό προκαλούνται δερματικές και νευρογυχικές διαταραχές. Μειώνουν το επίπεδο της Β12 χωρίς όμως να παρατηρούνται αιματολογικές διαταραχές.

### 3) Εμφάνιση χλοάσματος.

Το χλοάσμα, δηλαδή το μαύρισμα του δέρματος του προσώπου, εμφανίζεται ιδιαίτερα σε γυναίκες που ζουν σε θερμά κλίματα. Παρατηρείται σπάνια με χάπια μικρών δόσεων ορμονών και μερικές φορές μπορεί να παραμείνει μόνιμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι αν η γυναίκα εμφανίζει ακμή, αυτή βελτιώνεται με την χρήση των χαπιών, πιθανόν από την δράση των οιστρογόνων.

### 4) Κατάπτωση ή Κατάθλιψη

Παρουσιάζεται σε μερικές γυναίκες, μπορεί όμως να υποχωρήσει σημαντικά με χορήγηση βιταμίνης Β6. Μπορεί να παρουσιαστεί σαν απλή κατάθλιψη και να φθάσει μέχρι την αυτοκτονία και γιαυτό πρέπει να αποφεύγεται η χρήση των χαπιών από γυναίκες που πάσχουν από μελαγχολία.

### 5) Ναυτία

Παρουσιάζεται συνήθως από τον πρώτο μήνα της λήψης των αντισυλληπτικών δισκίων. Μπορεί να προκαλέσει εμμέτους που οφείλονται όπως και η ναυτία στα οιστρογόνα. Σαν λύση η γυναίκα μπορεί να παίρνει το χάπι πριν κοιμηθεί το βράδυ και να χρησιμοποιεί χάπια με χαμηλή δόση οιστρογόνων.

### 6) Πονοκέφαλοι

Μπορεί να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου, αλλά πιο συχνά παρουσιάζονται τις ημέρες που δεν παίρνει χάπια. Συνήθως είναι παροδικοί, αλλά αν συνδυάζονται με παραισθησία, με μεταβολή στην ομιλία ή στον τόνο των μυών, πρέπει να διακόπτεται η λήψη των δισκίων αμέσως.

### 7) Αύξηση της ευαισθησίας των μαστών

Δεν παρουσιάζεται πάντοτε και είναι παροδικό φαινόμενο.

### 8) Μονιλίαση

Παρατηρείται σε αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τη λήψη των αντισυλληπτικών. Η θεραπεία μπορεί να γίνει παράλληλα με την χρήση του χαπιού, αν και πολλές φορές είναι προτιμότερο να γίνει πρώτα η θεραπεία της μονιλιώσεως και μετά να συνεχιστεί η χρήση των χαπιών.

### 9) Μείωση του γάλακτος

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας προκαλούν μείωση του γάλακτος, αλλά δεν επηρεάζουν την ποιότητά του. Είναι προτιμότερο αν η γυναίκα θέλει να θηλάζει να χρησιμοποιεί στο διάστημα αυτό κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης.

### 10) Ολιγομηνόρροια και αμηνόρροια

Η ολιγομηνόρροια είναι η πιο συχνή παρενέργεια των χαπιών (μικρή ποσότητα και διάρκεια). Στην αμηνόρροια, έχουμε στην αρχή ελάττωση της ποσότητας της περιόδου, με κατάληξη την πλήρη διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Στην περίπτωση αυτή η γυναίκα μπορεί να αντικαταστήσει τα δισκία που χρησιμο-

ποιεί με άλλα με χαμηλή ποσότητα οιστρογόνων, Μπορεί να διαρκέσει μερικές φορές 6 ή περισσότερους μήνες και παρατηρείται στο 1% των γυναικών. Είναι πιο συχνή σε γυναίκες που έχουν ιστορικό ανωμαλιών της περιόδου και οφείλεται κυρίως σε αναστολή της λειτουργίας του υποθαλάμου.

Επίσης, η ποσότητα των οιστρογόνων επηρεάζει την εμφάνιση θρομβώσεων.

Οι θρομβώσεις των αγγείων μπορεί να προκαλέσουν:

*Αα) Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή.*

Ο κίνδυνος έχει βρεθεί ότι είναι 5,7 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που παίρνουν χάπια και σχετίζεται περισσότερο με το οιστρογονικό μέρος τους.

*Αβ) Έμφραγμα της καρδιάς.*

Ο κίνδυνος για έμφραγμα είναι αυξημένος σε γυναίκες με μεγάλο βάρος, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία.

*Αγ) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.*

Ο κίνδυνος εγκεφαλικής αιμορραγίας ή θρόμβωσης, είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που παίρνουν το χάπι.

Β) Διαταραχές του μεταβολισμού

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

Γ) Επιδείνωση του υπάρχοντος διαβήτη σε ορισμένες γυναίκες.

Δ) Υπέρταση

Τα ανασταλτικά της ωορρηξίας είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση της πίεσης. Γυναίκες που παίρνουν ορμονικά αντισυλληπτικά, αναπτύσσουν υπέρταση μετά 5 χρόνια χορήγησης σε ποσοστό μέχρι 5%.

Ε) Καλοήθη αδενώματα του ήπατος.

ΣΤ) Αύξηση των παθήσεων των χοληφόρων (χολολιθίαση - χολοκυστίτιδα)

Ζ) Καρκινογέννεση

Δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η χορήγηση οιστρογόνων επηρεάζουν την ανάπτυξη καρκίνου. Είναι όμως γνωστό ότι δύο είδη καρκίνων: της ωοθήκης και του ενδομητρίου επηρεάζονται ευνοϊκά από τα αντισυλληπτικά, όπως επίσης μερικές καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Αντίθετα, ορισμένοι όγκοι του ήπατος (αδενώματα) επηρεάζονται δυσμενώς. Τελευταία γίνεται μεγάλη συζήτηση για τη σχέση χαπιού με τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου. Για τον καρκίνο του μαστού, περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι ο κίνδυνος δεν αυξάνει με την λήψη των αντισυλληπτικών.

## Σκευάσματα του χρησιμοποιούνται στην αντισύλληψη εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία

### 1) Τα Μικροχάπια

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

### 2) Το "χάπι μετά την επαφή" ή "pill after morning"

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

### 3) Ορμονική αντισύλληψη με ενέσιμα σκευάσματα

Η μέθοδος βασίζεται στην χορήγηση ενέσιμων ορμονικών αντισυλληπτικών.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι απαλλάσσει τις γυναίκες από την καθημερινή λήψη χαπιών, ενώ δεν έχει τις παρενέργειες των οιστρογόνων. Τα μειονεκτήματά της αφορούν ξαφνικά επεισόδια μητρορραγιών, αμηνόρροια μετά τη διακοπή της δράσης τους και όχι σπάνια αύξηση του σωματικού βάρους.

## 9. Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από τον άντρα

### Διακεκομμένη συνουσία

Πρόκειται για την πιο παλιά αντισυλληπτική μέθοδο. Συνίσταται στο τράβηγμα (απομάκρυνση) του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση. Ο άντρας πρέπει να είναι έτοιμος με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού, να σταματήσει τη συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες να εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

Δεν χρειάζεται ιατρική συμβουλή ή παρακολούθηση. Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση και είναι πάντα προσιτή. Η μέθοδος αυτή δεν απαιτεί καμιά προετοιμασία. Μπορεί να εφαρμοστεί κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Δεν παρεμβάλλεται οποιαδήποτε ενέργεια πριν από τη συνουσία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζει τη μυστικότητα και την αίσθηση της προσωπικής υπόθεσης σε ένα πρόβλημα που το ζευγάρι θέλει να το τηρήσει απόλυτα προσωπικό και να μη ζητήσει την παρέμβαση τρίτων.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι:

Η διακοπόμενη συνουσία είναι η μόνη μέθοδος της "τελευταίας στιγμής", αλλά παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας. Πιστεύεται ότι το ποσοστό αυτό ανέρχεται από 20 - 30 κυήσεις ανά γυναίκες - έτη. Δεν είναι καθόλου ασφαλής, γιατί οι σταγόνες υγρού που εκκρίνονται από το πέος σε στύση μπορεί να περιέχουν ποσότητα σπερματοζωαρίων ικανή να γονιμοποιήσει τη γυναίκα.

Επιπλέον, το "τράβηγμα" δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει έγκαιρα ώστε να εκσπερματώσει αρκετά μακριά από τον κόλπο και τα γεννητικά όργανα της γυναίκας (είναι γνωστό ότι τα σπερματοζωάρια μπορούν να "κολυμπήσουν" από τα χείλη μέχρι τις σάλπιγγες). Ο άντρας πρέπει να διατηρεί τον αυτοέλεγχό του και αυτή η έγνοια μπορεί να του δημιουργήσει νευρικότητα και άγχος.

Όταν η διακεκομμένη συνουσία χρησιμοποιείται για πολύ καιρό, μπορεί να προξενήσει στον άντρα πρόωρη εκσπερμάτωση και στην γυναίκα, γυχνρότητα, γιατί ο άντρας μπορεί να τραβηχθεί προτού η γυναίκα φθάσει σε οργασμό, διακόπτοντας εντελώς τη ροή της σεξουαλικής της ανταπόκρισης.

Άλλωστε, ούτε η γυναίκα μπορεί να χαλαρώσει, όταν ανησυχεί μήπως εκείνος δεν προλάβει να τραβηχθεί έγκαιρα. Μερικές φορές, λίγο πριν από τον οργασμό, ο άντρας και η γυναίκα καταλαμβάνονται από ένα είδος μέδης που μπορεί να φθάσει μέχρι τη στιγμιαία απώλεια των αισθήσεων και εκείνες τις στιγμές, οι κινήσεις των οργάνων παύουν να ελέγχονται. Με αυτές τις προϋποθέσεις, κάθε απόπειρα για συνειδητό "τράβηγμα" είναι αδύνατη. Όσο πιο σύντομη είναι η σεξουαλική επαφή, τόσο πιο δύσκολα διαχωρίζει ο άντρας τις διάφορες φάσεις της.

Ποσοστό επιτυχίας: Σε όσα ζευγάρια την χρησιμοποιούν προσεκτικά 70%. Σε όσα ζευγάρια τη χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά 80%.

Ποσοστό αποτυχίας: 20-30 κυήσεις ανά γυναίκες-έτη.

### Ανδρικά προφυλακτικά

Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη από καουτσούκ ή ελαστικό, ή περικόλυμμα από δέρμα ζώου, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία. Με την εφαρμογή του, το σπέρμα μαζεύεται μέσα σε ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό μέρος και εμποδίζεται έτσι η είσοδός του μέσα στον κόλπο. Είναι μια από τις παλαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιείται αποκλειστικά από τον άντρα.

Πως πρέπει να εφαρμόζεται το προφυλακτικό

Το προφυλακτικό πρέπει να εφαρμόζεται μετά τη στύση του πέους και πριν αρχίσει η σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα είναι δυνατόν να μείνει έγκυος και με μικρή ακόμα ποσότητα σπέρματος που μπορεί να χυθεί στην είσοδο του κόλπου πριν την εκσπερμάτωση, έστω και αν δεν έγινε ολοκληρωμένη επαφή. Επομένως, ο άντρας θα πρέπει να προσέχει ώστε να βάζει έγκαιρα το προφυλακτικό και να το κρατάει μέχρι την τέλεια έξοδο του πέους από τον κόλπο.

Εννοείται, ότι σε περίπτωση επανάληψης της επαφής, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί καινούργιο προφυλακτικό. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με την χρησιμοποίηση προφυλακτικού Gel, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά, πριν τη συνουσία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός πριν τη συνουσία.

Πλεονεκτήματα του ανδρικού προφυλακτικού

- 1) Τεχνική απλότητα.
- 2) Προφύλαξη όχι μόνο από τα αφροδίσια νοσήματα αλλά και από άλλες μολύνσεις, τον έρπητα και το Aids.
- 3) Θνησιμότητα και θνητότητα σε αντίθεση με άλλες μεθόδους, είναι ίση με μηδέν.
- 4) Χρησιμοποιείται διαφορετικό για κάθε επαφή, σε αντίθεση με τα ενδομήτρια σπειράματα και με τα από του στόματος αντισυλληπτικά.
- 5) Έχουν μεγάλη διάδοση, στον ανδρικό πληθυσμό είναι γνωστό περίπου 100%.
- 6) Ασφάλεια σε σωστή χρήση, ο δείκτης του Pearl 3,6.
- 7) Καμμία επίδραση επί του κύκλου.
- 8) Ελεύθερη αγορά χωρίς συνταγή γιατρού.
- 9) Χρησιμοποιείται και κατά την περίοδο της γαλουχίας.
- 10) Ελλάτωση της ερεθιστικότητας του άνδρα με θετική επίδραση σε πρόωρη εκσπερμάτωση.

Μειονεκτήματα

Το κυριότερο μειονέκτημα του ανδρικού προφυλακτικού είναι η μικρή του αποτελεσματικότητα. Αυτή σπάνια οφείλεται στο ότι το προφυλακτικό μπορεί να τρυπήσει κατά τη συνουσία γιατί τα σημερινά προφυλακτικά είναι πιο ανθεκτικά και ελέγχονται περισσότερο.

Συνηδέστερα, η αποτυχία τους οφείλεται στο ότι ο άνδρας αποτραβιέται αρκετά γρήγορα, έπειτα από την εκσπερμάτωση. Τότε το προφυλακτικό μπορεί να γλιστρίσει και το σπέρμα να χυθεί μέσα στον κόλπο. Άλλοτε το προφυ-



λακτικό δεν τοποθετείται έγκαιρα, ιδίως όταν υπάρχει το πρόβλημα της πρόωρης εκσπερμάτωσης.

Άλλο μειονέκτημα είναι ότι μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση, επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων, του πέους με τον κόλπο. Επίσης μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στη χρήση τους και τέλος πολλά ζευγάρια αποφεύγουν την χρήση τους για καθαρά οικονομικούς λόγους.

#### Αποτελεσματικότητα:

Όταν το προφυλακτικό χρησιμοποιείται σωστά, παρέχει ικανοποιητική προστασία. Ύστερα από μια έρευνα που έγινε σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποιούσαν το προφυλακτικό για ένα χρόνο, μόνο στα 13-14 από αυτά παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη.

#### Ποσοστό επιτυχίας:

Σε όσα ζευγάρια το χρησιμοποιούν προσεκτικά, 90%. Σε όσα ζευγάρια το χρησιμοποιούν πολύ προσεκτικά, 98%.

### **10. Ψυχικές παράμετροι αντισυλληπτικών μεθόδων.**

Ας δούμε το θέμα και από πλευράς ψυχολογίας και ας θεωρήσουμε σαν πιο βασικά σημεία τα ακόλουθα:

1) Ποιός ψυχολογικός μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την άρνηση ή την έλλειψη εφαρμογής μιας οποιασδήποτε μεθόδου αντισύλληψης από ένα ζευγάρι.

2) Τι είναι εκείνο που κάνει μια γυναίκα ή ένα ζευγάρι να χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη μέθοδο αντισύλληψης.

Τα άτομα που μόνιμα ή τακτικά απορρίπτουν την αντισύλληψη, σε αντίθεση με όσα χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις αντισυλληπτικές μεθόδους, έχουν χαρακτηριστεί σαν ανώριμα, ανασφαλής, παρορμητικά, αναποφάσιστα και εξαρτητικά. Έχει ειπωθεί ότι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μικρή θέληση στο να ελέγξουν τη ζωή τους και την ζωή των άλλων. Επίσης έχουν περιορισμένη ικανότητα στην ανάληψη οποιασδήποτε υπευθυνότητας και πρωτοβουλίας και τέλος δεν ανέχονται την ματαίωση.

Αυτοί όμως οι τόσο γενικευμένοι χαρακτηρισμοί αποτελούν χονδροειδή και απλοϊκή θεώρηση του προβλήματος. Μπορεί να δικαιολογηθούν από κάποιο θεωρητικό μελετητή του προβλήματος αντισύλληψη, αλλά όχι από ένα γιατρό που έρχεται σε επαφή καθημερινά με τον κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα.

Είναι δύσκολο να απαριθμήσει κανείς το πλήθος και τον πλούτο των ψυχικών διεργασιών, συνειδητών ή τις περισσότερες φορές υποσυνειδητών που οδηγούν σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Και θα δούμε στη συνέχεια μερικούς λόγους αποτυχίας των αντισυλληπτικών και επομένως ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

1) Μια γυναίκα είναι πιθανόν να αισθάνεται υποσυνείδητα τόσο ένοχη για τις σεξουαλικές της σχέσεις ώστε να υποχρεωθεί, προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχική της ισορροπία, στην αυτοτιμωρία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Και αυτό είναι δυνατόν να συμβεί χωρίς καν να το συνειδητοποιήσει η ίδια, απλά και μόνο ξεχνώντας να πάρει τα χάπια της ή ακόμα μπερδεύοντας την αρίθμηση των ημερών του κύκλου της.

2) Βέβαια, μια άλλη γυναίκα μπορεί να πιστεύει ότι η εγκυμοσύνη θα την βοηθήσει να παντρευτεί τον ερωτικό της σύντροφο ή να περισώσει έναν κλονισμένο γάμο.

3) Όπως επίσης, (ένα ακραίο αλλά συχνό παράδειγμα), μια γυναίκα φροντίζει, υποσυνείδητα πάντα, να αποτύχει η αντισυλληπτική μέθοδος που της συνέστησε ο γιατρός γιατί έτσι νομίζει ότι θα τιμωρήσει και τον γιατρό, επειδή αυτός δεν της έδειξε τη φροντίδα που αυτή περίμενε.

4) Άλλη περίπτωση είναι εκείνη η γυναίκα που ενδόγυχα φοβάται ότι αν εξαλειφθεί η επικρεμάμενη απειλή της εγκυμοσύνης, δεν θα καταφέρει να ελέγξει την σεξουαλική της επιθετικότητα.

5) Μερικά πάλι ζευγάρια, αισθάνονται ότι η ερωτική διέγερση είναι μεγαλύτερη όταν η επαφή γίνεται κάτω από αντίξοες και επικίνδυνες συνθήκες (πχ. απαγορευμένες σχέσεις από τους γονείς, εξωσυζυγικές σχέσεις, ερωτικές περιπτώξεις σε δημόσιους χώρους κλπ). Παρόμοια κίνητρα μπορεί να οδηγήσουν και στην απόφαση για σεξουαλικές σχέσεις χωρίς κανένα αντισυλληπτικό μέτρο.

6) Υπάρχουν επίσης γυναίκες που θεωρούν σαν υπέρτατο δείγμα αγάπης το να μην λαμβάνουν κανένα αντισυλληπτικό μέτρο.

Όσο ο έλεγχος των γεννήσεων εναπόκειται στην ελεύθερη θέληση του καθενός, αποτελεί προσωπική επιλογή το πότε και ποιά μέθοδος ταιριάζει στην ψυχοσύνθεση και τις συνθήκες ζωής κάθε ανθρώπου.

## 11. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Στείρωση είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αποτρέπεται η απόκτηση παιδιών, είναι δηλαδή η αφαίρεση της ικανότητας για αναπαραγωγή με μια επέμβαση που γίνεται και στα δύο φύλα. Στις γυναίκες γίνεται με πολλούς τρόπους, ωστόσο η θεληματική στείρωση επιβάλλει κατά κανόνα την χειρουργική απολίνωση και των δύο σαλπίγγων.

Η στείρωση στον άνδρα προϋποθέτει την εκτομή των σπερματικών πόρων. Αυτή η διαδικασία λέγεται βαζεκτομή και συνίσταται στην απόφραξη των εκφορητικών πόρων, των δύο διαβάσεων δηλαδή μέσα από τις οποίες το σπέρμα περνά από τους όρχεις, στο πέος.

Η στείρωση δεν έχει καμιά σχέση με τον ευνουχισμό. Ο ευνουχισμός προϋποθέτει τη χειρουργική αφαίρεση των γονάδων (ωοθηκών ή όρχεων) ή ε εξαιρετικές περιπτώσεις την καταστροφή αυτών των οργάνων με ειδικές ακτινοβολίες. Κατά συνέπεια ο ευνουχισμός πέρα από το ότι προκαλεί μόνιμη στείρωση, σταματά την παραγωγή σεξουαλικών ορμονών από αυτούς τους αδένες.

### Στείρωση στις γυναίκες

Σήμερα υπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τρόποι για την απολίνωση των σαλπίγγων:

- α) Η κοιλιακή απολίνωση των σαλπίγγων.
- β) Η απολίνωση των σαλπίγγων με μικρολαπαροτομία.
- γ) Η κολπική απολίνωση
- δ) Η ηλεκτροπληξία των σαλπίγγων με λαπαροσκόπηση.

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

### Στείρωση στους άνδρες - Βαζεκτομή

Τα σπερματοζώαρια μεταφέρονται από τους όρχεις στην ουρήθρα του πέους (στον ουρικό σωλήνα) μέσα από τους δύο σπερματικούς πόρους, η βαζεκτομή είναι η λύση της συνέχειας αυτών των διαβάσεων στο πιο

ευπρόσιτο ανατομικό σημείο τους, ακριβώς κάτω από το δέρμα σε κάθε πλευρά του όσχεου.

Η επέμβαση διαρκεί είκοσι με τριάντα λεπτά και γίνεται στο ιατρείο. Με τοπική νάρκωση διενεργείται μια μικρή τομή κι από τις δύο πλευρές του όσχεου. Ύστερα αφαιρείται ένα τμήμα από κάθε σπερματικό πόρο και κλείνονται τα ελεύθερα άκρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται ένας ελαφρύς πόνος και ο άνδρας μπορεί να επαναλάβει τις δραστηριότητές του μέσα σε δύο ημέρες.

Η βαζεκτομή δεν επηρεάζει την σεξουαλική ικανότητα του άντρα ούτε παρεμποδίζει την αναπαραγωγή των ανδρικών ορμονών.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η θεληματική στειρώση του ενός από τους δύο, θα πρέπει να συστήνεται μόνο στα άτομα που είναι συναισθηματικά ώριμα, ξέρουν τι θέλουν και ύστερα από προσεκτική σκέψη επιθυμούν μια αποτελεσματική και μόνιμη λύση στο αντισυλληπτικό τους πρόβλημα.

Η στειρώση επιβάλλεται μόνο στην περίπτωση που ο ένας από τους δύο συζύγους είναι φορέας σοβαρής κληρονομικής ασθένειας, όταν η γυναίκα διατρέχει κίνδυνο να πεθάνει από μια πιθανή εγκυμοσύνη και όταν επίσης η γυναίκα είναι διανοητικά καθυστερημένη και δεν μπορεί να εφαρμόσει καμιά μέθοδο αντισύλληψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 1. ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

#### Γενικά

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

Αρχικά, στα αφροδίσια περιλαμβάνονταν πέντε μόνο νοσήματα: Η βλεννόρροια, η σύφιλη, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και το βουβωνικό κοκκίωμα. Αυτά σήμερα αποτελούν την ομάδα των "κλασικών" αφροδισίων νοσημάτων. Τελευταία, στην ομάδα των αφροδισίων, περιελήφθησαν πολλά άλλα νοσήματα που μεταδίδονται επίσης συχνά με την σεξουαλική επαφή και αναφέρονται σαν "νέα αφροδίσια νοσήματα" (πίνακας 12).

Τα "νέα αφροδίσια νοσήματα" συγκεντρώνουν σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον λόγω της συνεχώς αυξανόμενης συχνότητας με την οποία απαντώνται. Τα αφροδίσια νοσήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σ' όλον τον κόσμο, παρά τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής στον τομέα της πρόληψης και θεραπείας των λοιμωδών νοσημάτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι, κάθε χρόνο δηλώνονται σ' όλο τον κόσμο 200.000.000 νέες περιπτώσεις γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και 40.000.000 νέες περιπτώσεις συφιλίδας. Οι πραγματικές περιπτώσεις είναι φυσικά περισσότερες, δεδομένου ότι η δήλωση των αφροδισίων δεν είναι παντού υποχρεωτική.

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί έξαρση των νοσημάτων που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη φόβου, αλλά και γνώσεων γύρω από τα αφροδίσια νοσήματα, αλλά και στην εύκολη μετακίνηση των ανθρώπων από το ένα μέρος στο άλλο. Μερικά από τα νοσήματα αυτά, όταν μένουν αθεράπευτα κάνουν μεταστάσεις σ' άλλα μέρη του σώματος, προκαλώντας πόνους, στειρότητα και πολλές φορές θάνατο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12**  
**ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Α) Κλασικά αφροδίσια νοσήματα	Συφιλίδα Βλεννόρροια ή γονοκοκκική ουρηθρίτιδα Μαλακό έλκος Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα Βουβωνικό κοκκίωμα
Β) Νέα αφροδίσια νοσήματα	Τριχομονάδωση Καντιτίαση των γεννητικών οργάνων Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα Ψώρα Φθειρίαση του εφηβαίου Οξυτενή κονδυλώματα Έρπης των γεννητικών οργάνων Ηπατίτιδα Β Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας

Από τα νοσήματα του Πίνακα 12 η μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα παρατηρείται με τη μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθεί η βλεννόρροια. Ο αριθμός των περιπτώσεων μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας θεωρείται ότι είναι περίπου διπλάσιος από τον αριθμό των περιπτώσεων βλεννόρροιας. Επίσης πολύ συχνές είναι η κολπίτιδα και ο έρπης των γεννητικών οργάνων.

Αντίθετα, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα και το βουβωνικό κοκκίωμα, παρατηρούνται σπανίως σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ η συχνότητα της σύφιλης προς τη συχνότητα της βλεννόρροιας είναι 1:25-40 στην Ευρώπη από στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Η αποτυχία ελέγχου των αφροδισίων νοσημάτων οφείλεται στην ιδιομορφία των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη διασπορά τους και οι παράγοντες αυτοί είναι:

- 1) Ελευθερία των ερωτικών σχέσεων λόγω μεταβολής των εθίμων, αλλαγή του κώδικα συμπεριφοράς, εξασθένηση των ανασταλτικών επιδρροσκείας και παραδόσεων
- 2) Διακίνηση πληθυσμού (τουρισμός- αστυφιλία-μετανάστευση)
- 3) Μείωση του φόβου σύλληψης ή νόσησης από αφροδίσια

- 4) Αντικατάσταση του ελαστικού προφυλακτικού από αντισυλληπτικά δισκία.
- 5) Επέκταση της συνεκπαίδευσης και κοινής εργασίας ανδρών-γυναικών.
- 6) Διάδοση της ομοφυλοφιλίας.
- 7) Διάδοση των ψυχοφαρμάκων.
- 8) Θεραπευτικές αποτυχίες.
- 9) Ειδικά για τη βλενόρροια: απουσία ανοσίας, ασυμπτωματικές περιπτώσεις και ανάπτυξη ανδεκτικών στελεχών γονοκόκκου.

Για τη σωστή αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών θεωρείται απολύτως απαραίτητη η γνώση του μεγέθους του προβλήματος σε κάθε χώρα. Πιστεύεται ότι δεν θα υπήρχε άγνοια του προβλήματος εάν μπορούσαν να ληφθούν πληροφορίες από γενικούς γιατρούς που νοσηλεύουν τέτοιους ασθενείς έξω από ειδικά κέντρα και κλινικές. Σημαντική επίσης βοήθεια θα δώσει η δημιουργία καλά οργανωμένων κέντρων υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού, όπου θα μπορούν να κατευθύνονται οι άνθρωποι σωστά για διάγνωση και θεραπεία.

Πρωταρχικής σημασίας παράγοντας είναι και η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα και ιδιαίτερα στις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, στην επιδημιολογία και στην ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά.

Μεγάλη σημασία έχει ακόμη η πρόληψή τους που μπορεί να επιτευχθεί με την ενημέρωση και υγειονομική επιμόρφωση όλων των ανθρώπων και ιδίως των νέων. Το κάθε άτομο μόνο του μπορεί να προστατεύσει τον εαυτό του από ένα αφροδίσιο νόσημα εάν:

- 1) Χρησιμοποιεί προφυλακτικό όταν έχει σχέσεις με κάποιον που δεν γνωρίζει.
- 2) Μετά την επαφή να πλένει τα γεννητικά όργανα με νερό και σαπούνι.
- 3) Όταν διαπιστώνει κάποιο σύμπτωμα, πάει αμέσως στο γιατρό προτρέποντας και το σύντροφό του να κάνει το ίδιο.
- 4) Έχει μόνιμο ερωτικό σύντροφο, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες να προσβληθεί κανείς από ένα σεξουαλικό νόσημα.

Παρακάτω θα αναφερθούμε περιληπτικά στα χαρακτηριστικά των αφροδισίων νοσημάτων:

### - Σύφιλη

Αίτιο της σύφιλης είναι η ωχρά σπειροχαίτη (*Treponema pallidum*). Διακρίνεται σε "επίκτητη" όταν το άτομο μολυνθεί από κάποιο άλλο άτομο,

συνήθως με τη σεξουαλική επαφή και "συγγενή" όταν το έμβρυο μολυνθεί από τη συφιλιδική μητέρα του.

Η επίκτητη σύφιλη, ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις ταξινομείται σε τέσσερα στάδια: Πρωτόγονο, δευτερογόνου, λανθάνων και τριτογόνου.

**Πρωτόγονος σύφιλη:** Εκδηλώνεται 3 εβδομάδες μετά την μόλυνση. Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση μιας βλατίδας που γρήγορα εξελκώνεται. Το έλκος είναι ανώδυνο, συνήθως εντοπίζεται στα γεννητικά όργανα και πιο σπάνια σε άλλα μέρη του σώματος, όπως χείλη, γλώσσα, αμυγδαλές, μαλακή ή σκληρή υπερώα, θηλή του μαστού, δάκτυλα των χεριών κλπ.

**Δευτερογόνος σύφιλη:** Οι εκδηλώσεις της δευτερογόνου σύφιλης αρχίζουν συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά την αρχική μόλυνση. Χαρακτηριστική εκδήλωση αυτού του σταδίου είναι η εμφάνιση ανώδυνου, συμμετρικού εξανθήματος (ροδάνθη), το οποίο συνοδεύεται από γενικευμένη ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων.

Το εξάνθημα εμφανίζεται σε οποιαδήποτε περιοχή της επιφάνειας του δέρματος. Συνοδεύεται και από γενικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ανορεξία, απώλεια βάρους, πόνο στις αρθρώσεις και στους μυς. Σ' όλη τη διάρκεια του σταδίου το άτομο μεταδίδει τη νόσο. Χωρίς θεραπεία το εξάνθημα υποχωρεί μετά από τις λίγες εβδομάδες και η νόσος μεταπίπτει στο επόμενο στάδιο.

**Λανθάνουσα σύφιλη:** Χαρακτηριστικό του σταδίου αυτού είναι η απουσία κλινικών εκδηλώσεων της νόσου ενώ οι ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές. Κατά την αρχική περίοδο αυτού του σταδίου, η οποία εκτείνεται σε διάστημα τεσσάρων χρόνων, παρατηρούνται υποτροπές της νόσου με τη μορφή των βλεννογονοδερματικών εκδηλώσεων της δευτερογόνου σύφιλης και το άτομο μεταδίδει τη νόσο. μετά τα τέσσερα χρόνια δεν παρατηρούνται υποτροπές, το άτομο δεν μεταδίδει τη νόσο, είναι όμως δυνατή η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα.

**Τριτογόνος σύφιλη:** Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η νόσος εξελίσσεται αργά και ο ασθενής δε μεταδίδει τη νόσο. Οι βασικές εκδηλώσεις του σταδίου αυτού είναι τα συφιλιδικά κομμώματα, η σύφιλη του καρδιαγγειακού συστήματος και η νευροσύφιλη.

**Διάγνωση:** Η διάγνωση της σύφιλης βασίζεται κυρίως στην ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό των ασθενών (ορολογικές αντιδράσεις). Στην αρχή, όμως της πρωτογόνου σύφιλης είναι δυνατόν να αναζητηθεί ο μικροοργανισμός σε άμεσο παρασκεύασμα υλικού από το έλκος.



**Θεραπεία:** Η κατάλληλη θεραπεία με πενικιλλίνη δίνει γρήγορα και ικανοποιητικά αποτελέσματα. Εάν υπάρχει ευαισθησία στην πενικιλλίνη μπορεί να χορηγηθούν τετρακυκλίνες και ερυθρομυκίνη. Οποσδήποτε θα πρέπει να γίνει θεραπεία και των δύο συντρόφων.

Η μόλυνση του εμβρύου από τη μητέρα δια μέσου του πλακούντα έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της συγγενούς σύφιλης. Ο μικροοργανισμός μεταδίδεται στο έμβρυο μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης και εάν γίνει θεραπεία της μητέρας στο διάστημα των τεσσάρων πρώτων μηνών το έμβρυο δεν προσβάλλεται από τη νόσο.

Εάν η λοίμωξη της μητέρας παραμείνει χωρίς θεραπεία παρατηρείται ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου στο 25% των περιπτώσεων ενώ στο 30% τα μολυσμένα νεογνά πεθαίνουν αμέσως μετά τον τοκετό. Από το παιδιά που θα επιζήσουν περίπου τα μισά εμφανίζουν τα συμπτώματα της νόσου.

### - Βλεννόροια

Είναι η συχνότερη αφροδίσια νόσος και οφείλεται στο γονόκκοκο *Neisseria Gonorrhoeae* (ναισερία της γονόρροιας). Έχει χρόνο επώασης 3-5 ημέρες. Περιοχές πρωτοπαθούς εντόπισης είναι η ουρήθρα, η αυχενική μοίρα του τραχήλου της μήτρας, ο βλεννογόνος του απευδυσμένου, ο φάρυγγας και ο επιπεφυκότας. Η επέκταση της λοίμωξης κατά συνέχεια ιστών έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενδομητρίτιδας, σαλπινγγίτιδας και περιτονίτιδας στις γυναίκες και επιδιδυμίτιδας στους άνδρες.

Στις γυναίκες, η αρχική εντόπιση γίνεται στο βλεννογόνο της αυχενικής μοίρας του τραχήλου της μήτρας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη είναι ασυμπτωματική. Η συμπτωματική λοίμωξη χαρακτηρίζεται από την έκκριση ενός παχύρευστου, κιτρινωπού εκκρίματος που δεν συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα φλεγμονής.

Άλλη εντόπιση κατά σειρά συχνότητας είναι η ουρήθρα, ο βλεννογόνος του απευδυσμένου και ο φάρυγγας. Η επέκταση της λοίμωξης από την αυχενική μοίρα του τραχήλου της μήτρας προς τα άνω, προκαλεί την ανάπτυξη ενδομητρίτιδας, σαλπινγγίτιδας ή πυελικής περιτονίτιδας.

Στα μικρά κορίτσια, η γονοκοκκική λοίμωξη εμφανίζεται με τη μορφή αιδοιοκολπίτιδας και οφείλεται συνήθως στην άμεση επαφή με εκκρίματα των γονέων που πάσχουν ή σπανιότερα σε επαφή με μολυσμένα αντικείμενα, όπως πχ. πετσέτες. Στα νεογνά η νόσος εμφανίζεται με τη μορφή της γονοκοκκικής οφθαλμίας και η μόλυνση του επιπεφυκότα γίνεται κατά τη γέννηση.

Διάγνωση: Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα και την αναζήτηση του γονόκοκκου στο έκκριμα, είτε σε άμεσο παρασκεύασμα, είτε σε καλλιέργεια. Οι ορολογικές εξετάσεις δεν βοηθούν.

Θεραπεία: Η θεραπεία βασίζεται στην πενικιλίνη σε συνδυασμό με συχνή ιατρική παρακολούθηση. Σε περίπτωση αποτυχίας της πενικιλίνης, χορηγείται σουλφοναμίδη ή τετρακυκλίνη.

### - Μαλακό Έλκος

Αίτιο του μαλακού έλκους είναι ο *Haemophilus Ducreyi*. Ο αριθμός των περιπτώσεων της νόσου σήμερα είναι περιορισμένος στις αναπτυγμένες χώρες. Η νόσος είναι συνηθέστερη στους άνδρες, ενώ 10% μόνο των περιπτώσεων αφορά τις γυναίκες.

Πρωτοπαθής εντόπιση της λοίμωξης είναι τα γεννητικά όργανα. Πιο σπάνια η λοίμωξη εντοπίζεται στο στόμα, τα δάκτυλα και στους μαστούς. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η εμφάνιση μιας βλατίδας η οποία γρήγορα μετατρέπεται σε φλύκταινα και ακολουθεί η εξέλκωση στην περιοχή της βλάβης.

Το έλκος είναι περιγεγραμμένο, μαλακό και επώδυνο. Λίγες μέρες μετά την εμφάνιση του έλκους, παρατηρείται επώδυνη διόγκωση και διαπύση των συστοίχων βουβωνικών λεμφαδένων. Σοβαρή επιπλοκή της νόσου είναι η επιμόλυνση και η εξάπλωση του έλκους σε έκταση και σε βάθος που απολήγει σε νέκρωση των ιστών.

### - Μη Γονοκοκκική Ουρηθρίτιδα

Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των περιπτώσεων της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας είναι τουλάχιστον διπλάσιος από εκείνο της βλεννόροιας. Αξιόπιστα όμως στατιστικά στοιχεία για τη νόσο δεν υπάρχουν, επειδή η διάγνωση της νόσου δεν είναι υποχρεωτική και στην καθημερινή εργαστηριακή πράξη δεν είναι εύκολη η απομόνωση του αιτιολογικού παράγοντα.

Ο χρόνος επώασης της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας κυμαίνεται από 2-3 εβδομάδες. Χαρακτηριστική εκδήλωση της νόσου είναι η παραγωγή μικρής ποσότητας λευκού, λευκόμευστου ουρηθρικού εκκρίματος και ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσουρίας, όχι όμως έντονο όπως συμβαίνει στη βλεννόροια.

## - Οξυτενή Κονδυλώματα

Η συχνότητα των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι μεγάλη. Εντοπίζονται κυρίως στα γεννητικά όργανα και στο δακτύλιο, τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών.

Στον άνδρα συνήθως, παρατηρούνται στη βαλανοποσθική αύλακα, στην πόσθη, στο βάλανο και σπανιότερα στο στόμιο της ουρήθρας. Στις γυναίκες εμφανίζονται κυρίως στο αιδοίο, μπορούν όμως να επεκταθούν στον κόλπο, στο περίνεο και στις μηρογεννητικές πτυχές. Η αρχική βλάβη είναι ένα μικρό, ανώδυνο, βλατιδώδες ογκίδιο με επιφάνεια ομαλή ή συνηθέστερα ανώμαλη, το οποίο με την πάροδο του χρόνου μεγαλώνει σε μέγεθος.

## - Κολπίτιδα

Η κολπίτιδα είναι ένα πολύ κοινό κλινικό σύνδρομο και αποτελεί τη συχνότερη αιτία συμπτωμάτων από το γεννητικό σύστημα των γυναικών.

Η τριχομονάδωση, η καντιντίαση και η μη ειδική κολπίτιδα εμφανίζονται με την ίδια περίπου αναλογία και όλες μαζί αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων κολπίτιδας. Η τριχομονάδωση παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, ενώ η καντιντίαση σε γυναίκες με ένα σεξουαλικό σύντροφο.

## - Έρπης των Γεννητικών Οργάνων

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (Herpes Simplex Virus - HSV). Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα του έρπητα των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί σημαντικά. Σήμερα θεωρείται η τρίτη σε συχνότητα νόσος που μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή στους άνδρες και τις γυναίκες.

Περιοχές όπου εντοπίζονται τα έλκη είναι το πέος, το αιδοίο, ο πρωκτός, η περιπρωκτική περιοχή, οι μηροί και οι γλουτοί. Ποσοστό 90-95% των γυναικών εμφανίζουν επίσης βλάβες στον τράχηλο της μήτρας. Σε πολλά άτομα παρατηρούνται συμπτώματα συστηματικής νόσου, όπως πυρετός, πονοκέφαλος και μυαλγίες.

Από τη μητέρα είναι δυνατή η μόλυνση του νεογνού στη διάρκεια του τοκετού. Η συχνότητα της ερπητικής λοίμωξης των νεογνών είναι 1:3.000 έως 1:30.000. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων δεν αφήνει ανοσία και γιαυτό δεν είναι σπάνιες οι υποτροπές.

Θεραπεία: Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Σήμερα χρησιμοποιούνται αντιιοικά φάρμακα πχ. χρήση αλοϊφής Vibaabin.

### - Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Το AIDS είναι μια καινούργια αρρώστια. Εντοπίστηκε μόλις το 1981 και έκτοτε εξαπλώνεται με μεγάλη ταχύτητα. Μεταδίδεται βασικά με τη σεξουαλική πράξη. Δυστυχώς δεν εμφανίζει προειδοποιητικά συμπτώματα, όπως συμβαίνει με τα άλλα αφροδίσια νοσήματα.

Χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου είναι το πρήξιμο των λεμφαδένων, η απώλεια βάρους, κακοδιαθεσία και κούραση, πυρετοί και ιδρώτες, επίμονη διάρροια, δερματικές βλάβες, ασυνήθιστη αιμορραγία από το στόμα, τη μύτη ή το ορθό, δύσπνοια και βήχας, πονοκέφαλοι και σύγχιση.

Ο ιός του AIDS μεταδίδεται αποκλειστικά με το σπέρμα και το αίμα. Επίσης μπορεί να μεταδοθεί πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού από τη μητέρα φορέα στο παιδί. Ο ιός δεν μεταδίδεται με το σάλιο, τον αέρα, τον ιδρώτα, το νερό, τα τρόφιμα, τη θάλασσα, τα ξυραφάκια, τα κουνούπια κλπ.

Άτομα που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο να προσβληθούν από AIDS είναι οι ομοφυλόφιλοι άνδρες, αμφισεξουαλικοί άνδρες, οι πορνευόμενες γυναίκες, τα πολυμεταγγιζόμενα άτομα, άτομα που αλλάζουν συχνά ερωτικούς συντρόφους και άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ενδοφλέβια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

#### 1. Γενικά

Το σεξουαλικό θέμα είναι ένα σύνθετο φαινόμενο. Είναι βιολογικό, κοινωνικό, φιλοσοφικό, δε μπορεί να το αποφύγει κανείς να το πλησιάσει, να εξοικειωθεί μαζί του, να το ξεπεράσει, όπως αναφέρει η Χουρδάκη (1992).

Η Μ. Χουρδάκη (1992) υποστηρίζει ότι, αν και οι γονείς είναι αυτοί που πρέπει να παίζουν το ρόλο του "διαφωτιστή", παρόλα αυτά έχει ξεφύγει το θέμα αυτό από τα χέρια των γονέων. Στο βιβλίο της αναφέρει το αποτέλεσμα μιας στατιστικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε 944 σπουδαστές, οι οποίοι ρωτήθηκαν από που έμαθαν τα θέματα της σεξουαλικής τους αγωγής. Το 91,5% δήλωσε πως το έμαθε από άλλους παράγοντες και όχι από τους γονείς.

Το δεύτερο ερώτημα ήταν, αφού μάθανε το σεξουαλικό θέμα από άλλους παράγοντες πως αισθάνονται: Το 79% απάντησε πως δεν αισθάνεται καλά και άνετα με το θέμα αυτό γιατί φαίνονται ότι οι πληροφορίες που πήραν ήταν από παράγοντες που δεν ήταν υπεύθυνοι και δεν τους έδωσαν να καταλάβουν τα σωστά, αυτά που έπρεπε να μάθουν. Και έτσι το 79% των παιδιών αυτών αισθάνονταν άσχημα εξαιτίας της κακής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Το ίδιο υποστηρίζει και ο Κόνγκερ (1981) στο βιβλίο του "Η εφηβική ηλικία". Υποστηρίζει λοιπόν, ότι είναι γεγονός ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία γονέων δεν ενημέρωναν τα παιδιά τους. Αναφέρεται και αυτός σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε επίσης στην Αμερική, όπου οι έφηβοι ρωτήθηκαν αν οι γονείς τους μιλάνε "σχετικά ελεύθερα" για το σεξ. Πάνω από 70% απάντησαν όχι. Όταν ρωτήθηκαν αν ποτέ οι γονείς τους είχαν συζητήσει θέματα όπως ο αυνανισμός, η αντισύλληψη ή τα αφροδίσια νοσήματα, περισσότερο από τα δύο τρίτα (2/3) απάντησαν όχι.

Η άποψη ότι οι έφηβοι δεν έχουν να μάθουν τίποτα, δεν ευσταδεί (Κόνγκερ, 1986, σελ. 55). Έχουν διαδοθεί πολλοί μύθοι, όπως ο ακόλουθος που αναφέρει ο Κόνγκερ στο βιβλίο του: "Περισσότερο από το ένα τέταρτο (1/4) των εφήβων 16 ετών και πάνω είπαν ότι αν μια κοπέλα δεν θέλει να κάνει παιδί, δεν θα μείνει έγκυος, ακόμα και αν δεν έχει πάρει κανένα αντισυλληπτικό χάπι. Παρόλα αυτά, μόνο το ένα τρίτο (1/3) περίπου των σχολείων της Μέσης Εκπαίδευσης στις Η.Π.Α. προσφέρουν πλήρη σεξουαλική

εκπαίδευση. Η πλειονότητα των εφήβων πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο". (Κόνγκερ, 1986, σελ. 55)

Τόσο ο Ράπνερ (1969) όσο και η Μ. Χουρδάκη (1992), υποστηρίζουν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανατροφής των παιδιών. Την κύρια ευθύνη την έχουν οι γονείς, που όμως είτε από άγνοια, είτε από προκατάληψη, ντροπή, ενοχή, ταμπού, είτε τέλος από αδιαφορία, αγνοούν ένα από τα σπουδαιότερα μέρη της ανατροφής των παιδιών τους.

Η στάση των γονέων θα πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένη. Δεν είναι κακό να συζητάει κανείς με το παιδί τα σεξουαλικά θέματα με όλη την ειλικρίνεια και αλήθεια. Αντί να πάνε αντίθετα προς το θέμα του παιδιού, θα πρέπει να ταυτισθούν με το παιδί πάνω στο πρόβλημά του. Επίσης κατά τη Μ. Χουρδάκη (1992), πρέπει κάθε γονιός να προσπαθεί να δώσει στο παιδί να καταλάβει ότι η ανάγκη για σεξουαλικότητα αποτελεί ένστικτο, πως είναι μια βαθύτερη ανάγκη του ανθρώπου, πως δεν την δημιουργούμε γιατί είμαστε ιδιότροποι.

Έτσι λοιπόν, από πλευράς διαλόγου και ενημέρωσης, βασικό είναι το παράδειγμα των γονέων. Το τι παράδειγμα δηλαδή δίνουν οι γονείς αναφορικά με το σεξουαλικό θέμα. "Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η τηλεόραση, το θέαμα, οι αφίσες και όλα τα σχετικά στους κινηματογράφους" (Χουρδάκη, 1992, σελ. 181)

Σύμφωνα με τη Μ. Χουρδάκη (1992), ο διάλογος πάντα πρέπει να είναι ανάλογος του περιβάλλοντος που ζει ο έφηβος. Φυσικό είναι ο έφηβος που ζει στην επαρχία, που περικλείεται από τις παραδόσεις, το στενό κύκλο, ο διάλογος να είναι διαφορετικός από εκείνον που γίνεται με έναν έφηβο που ζει σε μεγαλούπολη.

Επίσης σε κάθε διάλογο ο γονιός πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, τις δικές του ιδιοσυγκρασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν. Εκείνο όμως που μπορεί να γενικευθεί είναι οι συνέπειες του σεξουαλικού θέματος που πρέπει αναμφίβολα να αναφέρονται στους εφήβους. Σε κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε άνθρωπος υιοθετεί πιο υπεύθυνη στάση, αν γνωρίζει τις συνέπειες. Κάτι ανάλογο, υποστηρίζει η Μ. Χουρδάκη (1992), πρέπει να κάνουν οι γονείς με τα παιδιά τους πάνω στο σεξουαλικό θέμα.

## 2. Σκοπός σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θέμα που απασχολεί αρκετές χώρες από πολλά χρόνια, τελευταία δε και στην Ελλάδα. Πράγματι έχει αρχίσει ήδη να προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Διάφοροι φορείς και σχολές γονέων προσπαθούν να μυήσουν και να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των γονέων και των εφήβων.

Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική συμπεριφορά των νεωτέρων ιδίως ατόμων, αλλά και με την αλλαγή της στάσης της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα προβλήματα. Σήμερα είναι γεγονός ότι οι ενήλικες ανέχονται περισσότερο από άλλοτε τις προγαμιαίες σχέσεις, ενώ συγχρόνως δίνουν στους εφήβους ευκαιρίες και δυνατότητες στενής επαφής μεταξύ τους με σύγχρονη χαλάρωση της επίβλεψής τους.

Στις προηγμένες κοινωνικοοικονομικά χώρες έχει παρατηρηθεί ότι οι σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων είναι πιο συχνές και πιο πρώιμες από ότι στο παρελθόν και αυτό έχει αρχίσει να παρουσιάζεται και στη δική μας χώρα. Αν γιάξει κανείς να βρεί τα αίτια θα μπορέσει να αντιληφθεί και να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά μια κατάσταση, η οποία είναι ήδη γεγονός.

Έρευνες στην Αγγλία και στην Αμερική έχουν αποδείξει ότι η έλλειψη αγάπης, στοργής και ενδιαφέροντος από τους γονείς και η δίψα για αγάπη και αναγνώριση από τους εφήβους είναι οι κυριότερες αιτίες που τους σπρώχνουν στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις και σε μικρότερο βαθμό η περιέργεια.

Ποιά θα πρέπει να είναι η στάση της κοινωνίας, αλλά και των γονέων ειδικότερα πάνω στις πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις των παιδιών τους;

Να τις ανεχθούν, είναι βέβαια αρκετά δύσκολο και κυρίως είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουν και να λύσουν τα πιθανά επακόλουθα αυτών των σχέσεων (π.χ. κύηση, ανύπαντρη μητέρα, βεβιασμένος γάμος, έκτρωση, αντισυλληπτικά κλπ.). Ακόμη χειρότερη και με αμφίβολα αποτελέσματα, είναι η τελείως απαγορευτική στάση, δεδομένου ότι οι νέοι επαναστατούν σε συστήματα που έχουν υπερβολική αυστηρότητα και προχωρούν από αντίδραση σε πράξεις, τις οποίες πιθανόν δεν έχουν πρόθεση να κάνουν.

Επομένως πρέπει να βρεθεί η χρυσή τομή των γονέων που θα πρέπει να καλλιεργηθεί από πολύ νωρίς, πριν ακόμη αρχίσουν να δημιουργούνται τέτοιου είδους προβλήματα και αυτό προσπαθεί να επιτύχει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Είναι η γνώση της ανατομίας και φυσιολογίας της αναπαραγωγής και των σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και των συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με αυτές, για την αγάπη, τη φιλία, τη χαρά, τη σεξουαλική ορμή, αλλά και για το πάθος ή την λύπη που μπορεί να προκαλέσουν.

Θα πρέπει να μάθουν για τις σχέσεις και τα προβλήματα που δημιουργεί ο γάμος, αλλά και για ψυχικές και σωματικές ανάγκες του παιδιού. Ακόμη για τους περιορισμούς που θέτει η κοινωνία που για να γίνουν παραδεκτοί από το παιδί χρειάζεται αυτοπειθαρχία, συζήτηση και συνεχής διάλογος και ενημέρωση, χρειάζεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Βέβαια η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν είναι μια καινούργια έννοια, πάντα υπήρχε ενημέρωση γύρω από το θέμα, η οποία όμως γινόταν από συνομιλήκους που μετέφεραν λανθασμένες ιδέες συχνά άσχημα χρωματισμένες, αλλά και από την φύση παρακολουθώντας τις δραστηριότητες των ζώων.

Άρα σεξουαλική διαπαιδαγώγηση γινόταν πάντοτε και επομένως το θέμα είναι όχι αν θα πρέπει να γίνεται, αλλά και πως θα γίνεται σωστά για να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται κυρίως από τους γονείς και τους δασκάλους. Η σημασία της συμμετοχής των γονέων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι τεράστια. Εν τούτοις, οι γονείς αισθάνονται δέος και φόβο που είναι αποτελέσματα του συναισθήματος ευθύνης και του ερωτήματος μήπως δεν μπορέσουν να ανταποκριθούν και να καθοδηγήσουν το παιδί τους σωστά.

Άλλοι φοβούνται μήπως μειωθεί το κύρος τους ή τα παιδιά τους αποχαλινωθούν. Όμως πρέπει να γίνει συνείδηση ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν σημαίνει "αφήστε τα παιδιά σας να κάνουν ότι θέλουν γύρω από το σεξ", αλλά σημαίνει "μάθετε τα παιδιά σας ότι υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν φραγμοί γύρω από το σεξ, γιατί πρέπει να υπάρχουν και βοηθήστε τα να βάλουν αυτά τα ίδια τους φραγμούς αυτούς στη δική τους ζωή".

Οι γονείς είναι πολύ κοντά στα παιδιά τους, ιδίως τα πρώτα χρόνια, κατανοούν την συναισθηματική τους κατάσταση, αλλά και τις πνευματικές τους ικανότητες και είναι οι πιο κατάλληλοι για να ξεκινήσουν την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

**Βέβαια, τίθεται το ερώτημα. Πότε πρέπει να αρχίσει αυτή η διαπαιδαγώγηση;**

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η σεξουαλική αγωγή δεν είναι μια ομάδα συμβουλών, που κάποτε θα πρέπει να την πουν οι γονείς στα παιδιά τους.



Αφορμές δίνονται συνεχώς με τις απορίες τους για την διαφορά των γεννητικών οργάνων αγοριών και κοριτσιών, για την έγκυο μαμά και το πώς γίνονται τα μωρά.

Αυτές οι απορίες αρχίζουν από την ηλικία των 2-3 ετών και δίνουν τη δυνατότητα στους γονείς να εξηγήσουν στα παιδιά τους, την ύπαρξη των δύο φύλων, αλλά και ότι τα παιδιά δεν τα φέρνει ο πελαργός. Ότι αυτά γεννιούνται από την αγάπη δύο ανθρώπων, μεγαλώνουν για λίγο στην κοιλιά της μαμάς τους και μετά βγαίνουν από αυτή. Οι γονείς δεν πρέπει να πάρουν αρνητική ή και απαγορευτική στάση πάνω στα ερωτήματα αυτά, αλλά αντίθετα πρέπει αυτό να είναι αφορμή για συζήτηση πάνω στις διαφορές αγοριών και κοριτσιών με πολύ φυσιολογικό τρόπο.

Αν τα παιδιά από πολύ μικρά μεγαλώνουν χωρίς το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να γίνεται λόγος για ότι έχει σχέση με το σεξ, δέχονται πολύ καλύτερα κατά την εφηβεία μηνύματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αργότερα βέβαια όσο μεγαλώνει το παιδί οι ερωτήσεις είναι πιο συγκεκριμένες, πιο δύσκολες και δείχνουν την τάση που έχουν τα παιδιά για ενεργό συμμετοχή.

Ερωτήσεις σαν "μπορώ εγώ να έχω δικό μου παιδί;", "πότε θα παντρευτώ;", "πρέπει να παντρευτώ για να έχω παιδί;", "πώς ακριβώς γεννιέται το παιδί;", "πώς μπαίνει στην κοιλιά της μαμάς;", είναι σαφώς δύσκολες για να απαντήσει κανείς.

Πολλές φορές ο καλύτερος τρόπος είναι να ρωτήσουμε το παιδί τι νομίζει αυτό ώστε να ανοίξει πιά εύκολα ο δρόμος για συζήτηση, για ειλικρινή όμως συζήτηση από μέρους των γονέων. Όταν αυτό αρχίσει από την πολύ μικρή ηλικία, τότε θα δημιουργηθεί εμπιστοσύνη μεταξύ γονέων και παιδιών, αλλά κυρίως των παιδιών προς τους γονείς τους, τους οποίους θα πρέπει να βλέπουν σαν τους ανθρώπους που πράγματι θα τα βοηθήσουν και θα τα συμβουλευσουν σε κάθε δυσκολία τους και όχι σαν ανθρώπους που θα τα κατακρίνουν και θα τα περιορίσουν.

Γενικά, πρέπει οι γονείς να δίνουν με τη ζωή τους το παράδειγμα στα παιδιά τους, ώστε να μπορούν να ζητούν από αυτά σεβασμό και ειλικρίνεια προς τον εαυτό τους και προς την κοινωνία την οποία ζουν.

Η αγάπη και η κατανόηση μέσα στην οικογένεια και η αμοιβαία εμπιστοσύνη δέτουν υγιείς βάσεις για την σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών ώστε η ολοκλήρωση των σεξουαλικών σχέσεων να συμβαδίζει με ανάλογη ολοκλήρωση της προσωπικότητας του εφήβου.

Εκτός όμως από τους γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να συμμετέχουν στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Θα πρέπει όμως οι

δάσκαλοι να έχουν κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση, ώστε να δώσουν στα παιδιά σωστά μηνύματα. Στο νηπιαγωγείο και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού είναι σχετικά εύκολα τα πράγματα.

Χρειάζεται να δημιουργήσει ο δάσκαλος πνεύμα ειλικρίνειας και να κατανοήσει την αξία του διαλόγου με τους μαθητές. Πρέπει να απαντά χωρίς να επεκτείνεται σε άσκοπες λεπτομέρειες. Οι δυσκολίες αρχίζουν στις μεγάλες τάξεις του γυμνασίου όταν ο έφηβος χρειάζεται και ειδική μεταχείριση και κατανόηση των ψυχολογικών και βιολογικών μεταβολών.

Πολλοί έφηβοι δεν έχουν κανενός είδους σεξουαλική δραστηριότητα. Οι έφηβοι αυτοί αισθάνονται φυσιολογικά και θα πρέπει επομένως να αντιμετωπίζονται σαν απόλυτα φυσιολογικά άτομα.

Όσοι όμως έχουν σεξουαλικές σχέσεις θα πρέπει να μάθουν και να συνειδητοποιήσουν ότι είναι απόλυτα υπεύθυνοι γιαυτό που κάνουν. Θα πρέπει να είναι υπεύθυνοι ο ένας απέναντι στον άλλον. Οι σχέσεις τους δε αυτές, θα πρέπει να τις κρατούν σε παραδεκτά για την κοινωνία, στην οποία ζουν, πρότυπα. Θα πρέπει επίσης να είναι έτοιμοι να δεχθούν την συναισθηματική αναστάτωση που θα φέρει η πιθανή διακοπή των σχέσεων που δημιούργησαν.

Σ' αυτήν την ηλικία μπορεί να συζητηθούν τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως η κύηση, η έκτρωση, τα νόθα παιδιά αλλά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων πάνω στους εφήβους. Στην ανάπτυξη των προβλημάτων που συνδέονται με την σεξουαλική ζωή, εύκολα μπορεί να ενσωματωθούν βασικές αρχές και μέθοδοι Οικογενειακού προγραμματισμού. Η ηλικία αυτή έχει ιδιαίτερη ανάγκη καθοδήγησης για πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων και αντισύλληψη.

Κάθε σχετική ενημέρωση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Έτσι θα μειωθεί η συχνότητα των εκτρώσεων και αφροδισίων νοσημάτων, που σήμερα είναι ιδιαίτερα υψηλή κατά την εφηβική ηλικία και την πρό του γάμου ηλικία.

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού έχουν εφαρμοστεί προγράμματα για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τα οποία αρχίζουν συνήθως από τη νηπιακή ηλικία και τα οποία συνεχίζουν μέχρι της ηλικίας των 18 ετών. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η σεξουαλική διπαιδαγώγηση δεν προκαλεί πρωϊμότητα, ούτε αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αντίθετα, βοηθά στην ομαλή εξέλιξη της σεξουαλικής ζωής του νέου γιατί είναι δεδομένο ότι η γνώση είναι καλύτερη από την άγνοια.

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα. Μέχρι αυτή την στιγμή, τουλάχιστον, δεν έχει γίνει σχεδόν τίποτε το οργανωμένο προς αυτήν την κατεύθυνση.

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

- 1) Από βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα άτομα.
- 2) Από τη σεξουαλική ζωή των ζώων (κυρίως στην ύπαιθρο), που δεν είναι αρκετή, για να δώσει απάντηση στα ερωτηματικά, που τριβελίζουν το μυαλό των παιδιών.

Το μόνο σχετικό μάθημα που διδάσκεται στα σχολεία και συγκεκριμένα στη Β΄ τάξη του Γυμνασίου είναι αυτό της "Ανθρωπολογίας-Στοιχεία Υγιεινής" για μια ώρα την εβδομάδα.

Το μάθημα αυτό προσφέρει ορισμένες χρήσιμες πληροφορίες για τα γεννητικά όργανα και των δύο φύλων (απλή ανατομική περιγραφή), αλλά δεν μπορεί να πληροφορήσει επαρκώς τους μαθητές, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, τωρινά ή μελλοντικά.

Δεν έχει δηλαδή το μάθημα αυτό καμιά σχέση με τη σεξουαλική διαφώτιση, αφού δεν αναφέρεται τίποτα σχετικό για τις προληπτικές μεθόδους ή για οτιδήποτε άλλο χρειάζονται τα παιδιά.

Το πρόβλημα εντείνεται από την άγνοια και την απροθυμία των καθηγητών να κάνουν μια σωστή διαφώτιση στηριγμένη σε επιστημονική βάση που είναι κατανοητή από τα παιδιά του Γυμνασίου και του Λυκείου. Αυτή η άγνοια των καθηγητών οφείλεται στο ότι τις περισσότερες φορές, αυτοί είναι άλλων ειδικοτήτων και δεν έχουν σχέση με το μάθημα της Υγιεινής. Αυτό δυσκολεύει την κατάσταση γιατί ο καθηγητής δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στα διάφορα θέματα. Έτσι, τα μαθήματα σεξουαλικής αγωγής ή δεν διδάσκονται καθόλου ή περιορίζονται στα στενά όρια του βιβλίου.

Είναι λοιπόν κατάλληλη η στιγμή να δημιουργηθεί ομάδα καθηγητών και ειδικευμένων επιστημόνων, που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαφώτισης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα, γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει είναι απλά στη διατύπωση, αλλά σύνθετα στη θεώρηση (κοινωνικά, πνευματικά, ψυχολογικά) και απαιτούν γνώσεις, αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπαράστασης.

Μόνο αν πραγματοποιηθούν αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω, θα γίνει δυνατή η δημιουργία μιας σωστής κοινωνίας χωρίς προκαταλήψεις και ταμπού, ενώ οι ανεπιθύμητες γεννήσεις και τα προβλήματα που δημιουργούνται από

αυτές θα εξαφανιστούν σχεδόν τελείως. Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής είναι πολύ χρήσιμο για τα νέα άτομα, γιατί τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Ακόμα μπορεί να βοηθήσει τις νέες κοπέλες να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεδομένου ότι η σεξουαλική επανάσταση, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της εποχής μας, επιβάλλει η σεξουαλική αγωγή να μην αναφέρεται μόνο στην αναπαραγωγή, αλλά και στην αντισύλληψη.

Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενός διαφωτιστού, πρέπει να περιλαμβάνονται θέματα όπως η αναπαραγωγή, η αυτογνωσία αγοριών και κοριτσιών (η γνώση δηλαδή του τι σημαίνει να είναι άνδρες ή γυναίκες), η ευχαρίστηση στη σεξουαλική ζωή, η προετοιμασία για γάμο και η τοποθέτηση γερών βάσεων για μια υπεύθυνη πατρότητα ή μητρότητα και μια σωστή και ευτυχισμένη οικογένεια. Ακόμα πρέπει να περιλαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων, όπως το πληθυσμιακό, η προφύλαξη από τα διάφορα αφροδίσια νοσήματα, η μείωση των ποσοστών προγαμιαίας εγκυμοσύνης, έκτρωσης και γέννησης νόθων.

Η αποφυγή ή η άρνηση σεξουαλικής πληροφόρησης από τη μεριά των γονιών, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική διαφώτιση των νέων, που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό και βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο συμβεί μια δυό φορές, το παιδί θα πάψει πια να απευθύνεται στους γονείς του για συμβουλές που αφορούν σεξουαλικά ή άλλα προβλήματα.

Βλέποντας τους γονείς όμως να ενοχλούνται, επηρεάζονται και τα ίδια τα παιδιά, γεγονός που μπορεί να έχει άσχημη επίδραση στη μελλοντική διαμόρφωση του χαρακτήρα, αφού θα επηρεάσει οπωσδήποτε την εκλογή του συντρόφου τους, τη δημιουργία πετυχημένου γάμου ή όχι, και την ανατροφή των παιδιών τους.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι η σεξουαλική εκπαίδευση και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του σεξουαλικού προβλήματος από τους νέους και την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. Το μεγαλύτερο πρόβλημα θα το έχει σε τελική ανάλυση, το ίδιο το εξώγαμο παιδί, παρά οι γονείς του. Για όλα αυτά βέβαια, τις μεγαλύτερες ευθύνες φέρει η κοινωνία μας που είναι έτοιμη να καταδικάσει "ελαφρά τη καρδία" γιατί είτε το θέλει είτε όχι, είναι ανήμπορη πάντως να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές στους νέους, για να αποφύγουν ανεπιθύμητες καταστάσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΜΕΛΕΤΕΣ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 1. Μελέτες Γενικά

Στη παράγραφο αυτή γίνεται μιά αναφορά σε μελέτες ή στατιστικά στοιχεία που έχουν γίνει στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Οι μελέτες αυτές εξετάζουν το πρόβλημα των εκτρώσεων σε διάφορους τομείς.

#### α. Μελέτη: Βιοψυχοπαθολογικά επακόλουθα της νομικής έκτρωσης

Οι 117 (45%) από τις 263 γυναίκες Γερμανικής εθνικότητας που υπέστησαν εκτρώσεις στο πρώτο τέταρτο του 1982, εξετάστηκαν πριν την έκτρωση, καθώς επίσης και ένα χρόνο αργότερα.

Όσον αφορά την ηλικία, συζυγική κατάσταση και τον αριθμό των παιδιών που έλαβαν υπόψιν, αυτές οι γυναίκες δεν διέφεραν χαρακτηριστικά από το υπόλοιπο 55%. Ένα χρόνο αργότερα, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την συναισθηματική προσαρμογή των γυναικών, με χρήση ερωτηματολογίου που αφορούσε αισθήματα ενοχής και απώλειας και προσωπικών αναφορών για την πορεία προσαρμογής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 79% των γυναικών προσαρμόστηκαν χωρίς κανένα πρόβλημα, το 14% βρισκόταν ακόμη σε συναισθηματική διαταραχή και το 7% σε μιά κατάσταση σοβαρής συναισθηματικής κατάπτωσης ακόμα και στην καθημερινή τους λειτουργία. Το 21% των γυναικών που είχαν προβλήματα προσαρμογής, ήταν επίσης περισσότερο δυσαρεστημένες και πριν την έκτρωση.

Ένα χρόνο αργότερα βρισκόταν επίσης σε μεγαλύτερη κατάθλιψη από κάθε άλλη γυναίκα και περισσότερο δυσαρεστημένες με τη ζωή τους καθώς και με τη σεξουαλική τους ζωή. Αυτές είχαν τη μεγαλύτερη αμφιβολία για το αν πήραν τη σωστή απόφαση, δείχνοντας μικρότερη ροπή για μιά επιπλέον έκτρωση και αναφέροντας τα δυνατότερα μετεκτρωτικά αισθήματα ενοχής.

Χαρακτηριστικά που συνδέονται με τέτοιες συναισθηματικές διαταραχές, είναι η κατώτερη κοινωνική τάξη, δύσκολη οικονομική κατάσταση, η έλλειψη ψυχικής διαφοροποίησης μεταξύ sex και αναπαραγωγής, έλλειψη συντρόφου ή αρνητική σχέση με το σύντροφο ή διαφωνία μεταξύ τους, ιδιαίτερα στην

περίπτωση που ο σύντροφος επιθυμούσε περισσότερο την έκτρωση απ' ό τι η γυναίκα.

### **β. Μελέτη: Γιατι οι γυναίκες κάνουν εκτρώσεις**

Οι περισσότερες ασθενείς που απάντησαν σε μιά έρευνα για τις εκτρώσεις, που έγινε στις Η.Π.Α. το 1987, είπαν ότι περισσότεροι από ένας λόγος συνέτρεξαν στην απόφασή τους να κάνουν έκτρωση.

Οι αιτίες ήταν περίπου 4.

- Τα 3/4 είπαν ότι το να έχουν ένα παιδί θα δημιουργούσε πρόβλημα στη δουλειά τους, στο σχολείο ή σε άλλες υπευθυνότητες.
- Περίπου τα 2/3 είπαν ότι δεν είχαν τα εφόδια για να ζήσουν ένα παιδί.
- Οι μισές είπαν ότι δεν ήθελαν να είναι ο μοναδικός γονιός και οι
- Άλλες μισές ότι είχαν προβλήματα σχέσεων.

Μια ανάλυση της έρευνας έδειξε ότι από τις έφηβες μέχρι 18 χρονών, το 32% είπε ότι δεν αισθανόταν αρκετά ώριμες να μεγαλώσουν ένα παιδί και το 19% ότι οι γονείς τους ήθελαν να κάνουν έκτρωση. Το 17% των ανύπαντρων γυναικών διάλεξαν την έκτρωση για να εμποδίσουν τους άλλους να μάθουν ότι είχαν σεξουαλική ζωή ή ότι έμειναν έγκυες.

Από τις γυναίκες που έκαναν έκτρωση στη 16η εβδομάδα και πάνω της εγκυμοσύνης τους, το 7% αποδίδουν τη καθυστέρηση στο ότι δεν είχαν αντιληφθεί ότι ήταν έγκυες ή δεν γνώριζαν την πραγματική ηλικία της εγκυμοσύνης τους. Σχεδόν οι μισές καθυστέρησαν επειδή είχαν προβλήματα στο να κανονίσουν μιά έκτρωση, συνήθως επειδή χρειάζονταν χρόνο για να συγκεντρώσουν τα χρήματα.

Το 1/3 δεν έκανε έκτρωση νωρίτερα επειδή φοβούνταν να πουν στο σύντροφό τους ή στους γονείς τους ότι είναι έγκυες. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι γυναίκες που καθυστέρησαν εξ αιτίας των παραπάνω λόγων, ήταν κάτω των 18 ετών.

### **γ. Μελέτη: Ώρα απόφασης για μια έκτρωση**

Για τη περίπτωση του αν οι μέθοδοι της πρώιμης έκτρωσης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πιά συχνά ή αν θα πρέπει να αποφεύγοντα, μιά έρευνα έγινε στη Στοκχόλμη το 1982.

Οι 120 γυναίκες που ζήτησαν έκτρωση, ερωτήθηκαν σχετικά με το χρόνο που χρειάστηκαν για να αποφασίσουν να κάνουν έκτρωση. Το 72% των γυναικών αποφάσισαν να προχωρήσουν στην έκτρωση αμέσως μόλις έμαθαν για την εγκυμοσύνη τους. Το 66% αποφάσισαν πριν το τέλος της 8ης εβδομάδας.

Οι περισσότερες (84%) συζήτησαν την απόφασή τους με τον μελλοντικό πατέρα, ωστόσο το 54% δήλωσαν ότι είχαν πάρει την απόφαση να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους λίγο πολύ μόνες τους.

Αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι μέθοδοι πρώιμης έκτρωσης μπορεί να είναι ωφέλιμοι για πολλές γυναίκες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο συχνά. Όλες όμως θα πρέπει να έχουν μιά ευκαιρία να συζητήσουν την απόφασή τους προσεκτικά πριν την έκτρωση.

#### δ. Μελέτη: Προκλητές εκτρώσεις - Απόφαση και ανάγκη για ιατρική πληροφόρηση

Αυτή η μελέτη δίνει σημασία στην προεκτρωτική συνάντηση: Στο τι έκταση παρέχεται και σε τι έκταση παίρνει μέρος το προσωπικό υγείας στην απόφαση σχετικά με την έκτρωση.

Κατά την διάρκεια του πρώτου μισού χρόνου του 1983, 405 γυναίκες ζήτησαν έκτρωση στο Γυναικολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Trondheim στη Νορβηγία. Το 95% των γυναικών είχαν μια προεκτρωτική επίσκεψη στον γιατρό. Το 44% περίπου των γυναικών πληροφορήθηκαν σχετικά με την χειρουργική μέθοδο, ενώ μόνο το 26% των γυναικών πληροφορήθηκαν σχετικά με τις πιθανές ιατρικές επιπλοκές.

Με την άφιξή τους στο νοσοκομείο για να γίνει η έκτρωση, το 53% των γυναικών ζήτησαν πληροφορίες για τη χειρουργική μέθοδο, ενώ το 72% ζήτησαν πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές που σχετίζονται με την επέμβαση.

Το 56% των γυναικών αποφάσισαν την έκτρωση μόνες τους. Το 76% των γυναικών συζήτησαν τη διακοπή της εγκυμοσύνης τους με τον σύντροφό τους. Παντρεμένες γυναίκες και γυναίκες που συζούν, αποφασίζουν πιο συχνά μαζί με τους συντρόφους τους απ' ό,τι οι γυναίκες που ζουν μόνες τους. Μόνο το 7% των γυναικών που είχαν μια προεκτρωτική συνάντηση, συζήτησαν την απόφαση με τον γιατρό τους, ενώ λιγότερο από το 1% αποφάσισαν να κάνουν έκτρωση κατά την διάρκεια της επίσκεψης στο γιατρό τους.

Κατά τη σύλληψη, πάνω από 70% των γυναικών δεν χρησιμοποιούσαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Οι γυναίκες που έμειναν έγκυες σαν αποτέλεσμα αντισυλληπτικής αποτυχίας ήταν γυναίκες παντρεμένες ή γυναίκες που συζούσαν.

#### ε. Μελέτη: Ο ρόλος του συντρόφου στην αντισύλληψη και στην απόφαση για έκτρωση

Σε μία έρευνα που έγινε στη Νορβηγία (1988), σε 96 γυναίκες που έκαναν έκτρωση και σε 52 από τους συντρόφους τους, απάντησαν σ' ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση. Σχεδόν κανένας από αυτούς δεν ήθελε την εγκυμοσύνη από την αρχή. Τα 2/3 δεν χρησιμοποιούσαν καμιά μέθοδο αντισύλληψης, κυρίως επειδή πίστευαν ότι η περίπτωση εγκυμοσύνης ήταν πολύ μικρή. Πολλοί δήλωσαν ότι σκόπευαν να χρησιμοποιήσουν κάποιο μέσο αλλά δεν πρόλαβαν.

Η πλειοψηφία των γυναικών μίλησαν στο σύντροφό τους για την εγκυμοσύνη αμέσως μόλις το έμαθαν και οι ίδιες. Το 1/4 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί άντρες δήλωσαν ότι και οι 2 σύντροφοι συμφώνησαν ότι έπρεπε να γίνει έκτρωση. Τα 2/5 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί από τους άντρες είπαν ότι η απόφαση της γυναίκας βάρυνε πιά πολύ. Πολλές γυναίκες είπαν ότι η στάση του συντρόφου τους απέναντι στην εγκυμοσύνη ήταν σημαντική για την εκλογή τους.

Οι μισές από τις γυναίκες ωστόσο είπαν ότι είχαν πάρει την απόφασή τους να κάνουν έκτρωση ανεξάρτητα από την θέση των συντρόφων τους.

## 2. Στατιστικές για την αντισύλληψη

*(Από το περιοδικό "ΠΑΝΘΕΟΝ", Σεπτέμβριος 1985)*

Αποκαλυπτικά για τη θέση της Ελληνίδας στο θέμα της αντισύλληψης είναι τα συμπεράσματα της έρευνας που πραγματοποίησε η EMRB Hellas για λογαριασμό της εταιρίας Spot Thompson που είχε αναλάβει την ενημερωτική καμπάνια.

Για τα συμπεράσματα από την "ποιοτική" έρευνα, οι ερευνητές συναντήθηκαν με έξι ομάδες γυναικών μεταξύ δεκαοκτώ και εικοσιπέντε ετών στην Αθήνα, δύο στη Λάρισα, από όλες τις κοινωνικές τάξεις και έγιναν συζητήσεις μαζί τους "εκ βαθέων" σε ότι είχε σχέση με το θέμα της σεξουαλικής τους ζωής.



Η "ποσοτική" έρευνα που κινήθηκε σε πανελλήνια κλίμακα, έγινε με βάση πέντε ερωτήσεις. Συγκεκριμένα ρωτήθηκαν τετρακόσιες Αθηναίες, διακόσιες Θεσσαλονικές και τετρακόσιες γυναίκες από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν είναι οι εξής:

- Γνωρίζετε τι θα πει ο όρος αντισύλληψη;

- Πολλές γυναίκες μας έχουν πει κατά καιρούς ότι το να αποφύγει κανείς μια εγκυμοσύνη χρησιμοποιώντας μια αντισυλληπτική μέθοδο, είναι πολύ καλύτερο, από το να πρέπει μια γυναίκα να έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και να κάνει άμβλωση. Με την άποψη αυτή διαφωνείτε ή συμφωνείτε;

- Πιστεύετε ότι στην Ελλάδα, μπορεί κάποιος άνδρας ή γυναίκα να χρησιμοποιήσει εύκολα μέθοδο αντισύλληψης;

- Πολλοί μας έχουν πει ότι η αντισύλληψη σα μέθοδος, είναι ασφαλής να χρησιμοποιείται από τους άνδρες και από τις γυναίκες. Εσείς συμφωνείτε ή διαφωνείτε;

- Έχετε χρησιμοποιήσει προσωπικά, κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;

Από το σύνολο των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι το 90% απλώς κάτι ήξεραν πάνω στο θέμα αντισύλληψη και μόλις ένα 10% έδειξαν πλήρη άγνοια. Οι γυναίκες που ήξεραν τα μέσα της αντισύλληψης, κατά 90% ανήκαν κυρίως σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες:

- Νοικοκυρές κατά 92%

- Εργαζόμενες κατά 92%

Οι γυναίκες που δεν γνώριζαν τίποτε για την αντισύλληψη ανήκουν κυρίως στις εξής κατηγορίες:

- Μη εργαζόμενες 10%

- 35-40 χρόνων 11%

- Αθηναίες 11%

- Αστικών - ημιαστικών περιοχών 10%

Το 69% του συνόλου των όσων ερωτήθηκαν, συμφωνούν με το επιχείρημα ότι η αντισύλληψη είναι πολύ καλύτερη μέθοδος από την άμβλωση για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Εν τούτοις, ένα 15,5% από όσες πήραν μέρος στην έρευνα, ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, ενώ ακόμη ένα 5% διαφωνεί με την αντισύλληψη και προτιμά την άμβλωση.

Υπάρχει ακόμη ένα 10% το οποίο ή δεν ήξερε, ή δεν ήθελε να πει τη γνώμη του για το θέμα αυτό. Αυτό το 69% που συμφωνεί με την αντισύλληψη ανήκει κατά:

- 75% στην κατηγορία των εργαζομένων γυναικών

- 74% στην κατηγορία των μεταξύ 18-24 ετών
- 85% στην κατηγορία των Θεσσαλονικέων
- 68% στην κατηγορία της Ανώτερης, Μέσης & Αστικής τάξης

**Συμπέρασμα:** Η πλειοψηφία των γυναικών αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της αντισύλληψης. Εξακολουθεί όμως να υπάρχει ένα ποσοστό γυναικών, ακόμη και κατοίκων της Αθήνας (8%), που χρειάζεται τη σωστή ενημέρωση, ώστε να πεισθούν για την αναγκαιότητα της αντισύλληψης.

Τα αποτελέσματα των ερευνών στο κεφάλαιο αυτό, δείχνουν ότι οι χαμηλότερες τάξεις και οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μεγαλύτερη πληροφόρηση. Και αυτό γιατί ένα 10% δεν πιστεύουν στην ασφάλεια της αντισύλληψης, σε αντίθεση με ένα 48% που συμφωνεί και που ανήκει κατά 49% στην κατηγορία των νοικοκυρών, κατά 56% στην κατηγορία των εργαζομένων, κατά 56% στην κατηγορία της ανώτερης τάξης.

Το 34,5% όσων ρωτήθηκαν, έχουν χρησιμοποιήσει κάποια από τις αντισυλληπτικές μεθόδους, ενώ το 45% δεν τις έχει χρησιμοποιήσει ποτέ. Από το 34,5% που έχουν προσωπική εμπειρία το:

- 68% ζει στη Θεσσαλονίκη
- 36% είναι νοικοκυρές
- 42% είναι εργαζόμενες
- 60% είναι της ανώτερης κοινωνικής τάξης
- 50% είναι της μεσαίας κοινωνικής τάξης

Από το 45% που απάντησαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, το:

- 47% είναι νοικοκυρές
- 57% είναι κοπέλες μεταξύ 18-24 ετών
- 40% είναι χειρονάκτριες
- 49% ανήκουν στην κατώτερη μέση αστική τάξη

Οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση, αποδεικνύουν ότι η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, κινείται ακόμη σε χαμηλά επίπεδα και συναντιέται κυρίως μεταξύ των νέων, μορφωμένων και απελευθερωμένων γυναικών. Αντίθετα, οι μεγαλύτερες γυναίκες των χαμηλότερων τάξεων, εξακολουθούν να κινδυνεύουν από μια πιθανή άμβλωση.

Στην ερώτηση αν μπορεί να χρησιμοποιεί εύκολα και ο άνδρας και η γυναίκα την αντισύλληψη, απάντησαν:

- εύκολη για τις γυναίκες το 62%
- εύκολη για τους άνδρες το 59%

Η ανάλυση των στοιχείων έδωσε τελικά ότι οι νεώτερες εργαζόμενες γυναίκες των μεγάλων πόλεων, δέχονται καλύτερα τη γυναικεία αντισύλληψη, ενώ η αντισύλληψη για άνδρες είναι προτιμότερη σε γυναίκες των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Στις ημιαστικές περιοχές, το ποσοστό αυτών που δεν πιστεύουν στην ευκολία της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων είναι πολύ υψηλότερο.

Εξίσου ενδιαφέροντα και ενδεικτικά για τη σημερινή πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας στο θέμα αντισύλληψης είναι τα συμπεράσματα από την ποιοτική έρευνα. Γενικά, οι περισσότερες νέες γυναίκες, γνωρίζουν τι είναι αντισύλληψη. Οι πιο γνωστές σε όλους αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι το προφυλακτικό, το χάπι και το σπирάλ.

- Ιδιαίτερα το προφυλακτικό θεωρείται, σύμφωνα πάντα με την έρευνα αυτή, ως το πιο ασφαλές, κάτι που δεν ισχύει για τις άλλες δύο γνωστές μεθόδους.

- Για το σπирάλ επικρατεί η εντύπωση ότι δημιουργεί παρενέργειες. - Το διάφραγμα, οι σπέρματοκτόνες κρέμες και σπρέϊ και ο σπόγγος δεν έχουν τόσο διάδοση, επειδή πρέπει να χρησιμοποιούνται λίγο πριν από τη σεξουαλική πράξη, κάτι που δημιουργεί αρνητική διάθεση.

Άλλωστε, αυτές οι μέθοδοι, επειδή δεν τοποθετούνται από ειδικούς αλλά από την ίδια τη γυναίκα, δημιουργούν την εντύπωση ότι δεν θα είναι αποτελεσματικά, λόγω πιθανής κακής τοποθέτησης. Από την έρευνα αυτή επισημαίνεται η ευθύνη των γιατρών -γυναικολόγων κυρίως- οι οποίοι αν δεν ρωτηθούν δεν δίνουν σχεδόν ποτέ στις πελάτισσές τους συμβουλές για το θέμα της αντισύλληψης, τα υπέρ και τα κατά της κάθε μεθόδου.

Εκτός από την ενημέρωση από τους γιατρούς, οι γυναίκες που ρωτήθηκαν, πιστεύουν ότι η ενημέρωση πρέπει να ξεκινάει από το σχολείο και την ίδια την οικογένεια, κάτι που δεν συμβαίνει μέχρι σήμερα.

Το σύνολο, δεν πιστεύει ότι η εκστρατεία διαφώτισης για τον οικογενειακό προγραμματισμό πρέπει να είναι υπό την αιγίδα του Κράτους και η πληροφόρηση να γίνεται κυρίως μέσα από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, τα δε ενημερωτικά φυλλάδια να είναι γραμμένα από το ειδικευμένο προσωπικό. Απ' όλα αυτά φαίνεται ότι η πλειοψηφία των Ελληνίδων θα ήταν σε θέση να δεχθεί την αντισύλληψη μόνο αν είχε πληροφορηθεί από το σωστό πρόσωπο.

Η αντισύλληψη αντιμετωπίζεται γενικά ως θέμα των γυναικών. Αυτό όχι επειδή είναι αποκλειστική υπόθεσή τους και όχι κοινή με τους άνδρες, αλλά επειδή οι συνέπειες από μια ανεπιθύμητη γέννα, από μια άμβλωση, επιβαρύνουν τη δική της θέση, τη δική της υγεία.

## Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων της Αθήνας

Ι. Χλιαουτάκης, Γ. Τζόκας, Φ. Σωκρατάκη

(Εργαστήριο Μεθοδολογίας Έρευνας - Έρευνα σε θέματα Υγείας και Πρόνοιας - Τμήμα Επισκεπτών/τριών Υγείας ΤΕΙ Αθηνών)

Περιοδικό Ιατρική 1994, 65 (5): 482-488

Μελετήθηκαν η αντισυλληπτική συμπεριφορά και οι στάσεις των νέων της Αθήνας, σε δείγμα 146 ανδρών και 154 γυναικών, ηλικίας 18-23 ετών. Σεξουαλικά ενεργοί δήλωσαν 252 νέοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών άρχισε σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 16, ενώ των γυναικών άνω των 18 ετών. Προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Συγκεκριμένα στην πρώτη επαφή οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν σε μεγαλύτερα μέσα ποσοστά ήταν η διακεκομμένη συνουσία και η ορμονική αντισύλληψη από τις γυναίκες και το προφυλακτικό από τους άνδρες.

Με σταθερή ερωτική σχέση καταγράφηκαν 146 άτομα. Η μοναδική στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε από τη χρήση του προφυλακτικού, το οποίο βρέθηκε να χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άνδρες. Αρκετά μεγάλα είναι και τα μέσα ποσοστά και για τα δύο φύλα, των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μέθοδο, τόσο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας όσο και στην τελευταία σχέση τους.

Στη συντριπτική πλειονότητά τους, οι νέοι θεωρούν ότι η ευθύνη για τη λήψη αντισυλληπτικών μέτρων ανήκει και στα δύο φύλα. Σε αρκετά μεγάλα ποσοστά, άνδρες και γυναίκες θεωρούν ότι την ευθύνη για την αντισύλληψη έχει το ζευγάρι. Η αντισυλληπτική συμπεριφορά βρίσκεται σε αντιστοιχία με τις στάσεις των νέων απέναντι στην αντισύλληψη. Η χρήση μη αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης σε συνδυασμό με την πρώιμη σεξουαλική μύηση εγκυμονεί κινδύνους.

Η σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών, η οποία όμως δεν συνοδεύεται πάντα από αντίστοιχη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και λήψη αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης από ανεπιθύμητες κυήσεις.

Η προγαμιαία αντισύλληψη έχει αποτελέσει σε αρκετές χώρες αντικείμενο πολλών ερευνών και συζητήσεων. Στην Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε ο επιστημονικός διάλογος για το θέμα, με αναφορές στην

Ευρωπαϊκή εμπειρία. Πρόσφατες μελέτες για την ανθρωπίνη σεξουαλικότητα στις ΗΠΑ, σε συνδυασμό με την αντισυλληπτική συμπεριφορά, είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες, ιδιαίτερα για τους νέους, διότι στοιχειοθετούν τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από συνομήλικους, σχολείο, προσωπική μελέτη, επαγγελματίες υγείας κλπ.

Στη χώρα μας, ανάμεσα σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, ξεχωρίζει ως πλέον χαρακτηριστική η προοπτική μελέτη των Κρεατσά και συν. που αξιολογεί τους κινδύνους των κυήσεων επιλεγμένου δείγματος δηλέων εφήβων και προβαίνει σε συγκρίσεις με δείγματα μεγαλύτερης ηλικίας γυναικών. Τόσο η μικρότερη μέση ηλικία κατά την έναρξη της έμμηνυς ρύσης και της ανάπτυξης σεξουαλικών δραστηριοτήτων στους νέους, όσο και ο κίνδυνος για ανεπιθύμητη κύηση καθιστούν απαραίτητη τη διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με αυτές τις ηλικίες.

Η πρόωρη σεξουαλική εμπειρία, μπορεί να επηρεάσει τους νέους στη μεταγενέστερη σεξουαλική συμπεριφορά και να ενισχύσει ή να ενθαρρύνει μεγαλύτερη δραστηριότητα στη σεξουαλική ζωή τους. Η υιοθέτηση, συνεπώς, λανθασμένων προτύπων και επιλογών στην πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην αντισυλληπτική συμπεριφορά στη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι καταβάλλονται αξιόλογες προσπάθειες για να εξακριβωθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χρηστών και μη χρηστών αντισυλληπτικών μεθόδων. Ομοίως, η έρευνα στρέφεται στην αναζήτηση στάσεων που ενδεχομένως αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες αντισυλληπτικής συμπεριφοράς.

Συγκεκριμένα, ενόσω διαρκώς μειώνονται οι σεξουαλικά ανενεργοί έφηβοι και η ηλικία μύησης στις σεξουαλικές σχέσεις, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μελετηθούν οι στάσεις απέναντι στην ευθύνη ελέγχου και χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων από τα δύο φύλα. Στην Ελλάδα, οι εμπειρικές μελέτες προς την κατεύθυνση αυτή είναι ελάχιστες.

### 3. Στατιστικές για την έκτρωση

(Από το Γερμανικό περιοδικό ELTERN, Νο 10, Οκτώβριος 1987)

Στατιστικά στοιχεία του Ο.Η.Ε. μαρτυρούν ότι τριάντα εκατομμύρια εκτρώσεις διενεργούνται κάθε χρόνο παγκοσμίως, ογδόντα πέντε χιλιάδες κάθε μέρα και πενήντα εννέα εκτρώσεις κάθε λεπτό. Οι παραπάνω αριθμοί δείχνουν την έκταση του προβλήματος παγκοσμίως.

Το πρόβλημα στη χώρα μας είναι εξίσου σημαντικό. Περίπου διακόσιες χιλιάδες υπολογίζουν οι ειδικοί τις αμβλώσεις, πολλοί δε υποστηρίζουν ότι ξεπερνούν και τις τριακόσιες χιλιάδες, παρόλο που η άμβλωση χαρακτηρίζεται από το νόμο σαν αδίκημα που στρέφεται κατά της ανθρωπίνης ζωής.

Έρευνα που έγινε από το "Κέντρο Βιομετρικών & Δημογραφικών Ερευνών" του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον τότε καθηγητή της Υγιεινής Β. Βαλαώρα (1977), είχε τα εξής αποτελέσματα:

Εκατό χιλιάδες περίπου εκτρώσεις διενεργούνται κάθε χρόνο στην Ελλάδα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι εκτρώσεις των άγαμων γυναικών, οι οποίες κατά κοινή ομολογία είναι πολλές. Στο σημείο αυτό, νεώτερες έρευνες του καθηγητή Δ. Τριχόπουλου αποδεικνύουν ότι το 51% των κοριτσιών μέχρι 22 ετών, έχουν εμπειρία γεννητικών σχέσεων, το 30% δε από αυτές έχουν κάνει έκτρωση. Επίσης στις πόλεις, οι εκτρώσεις είναι πολύ περισσότερες από την επαρχία και ξεπερνούν τις γεννήσεις ζωντανών παιδιών. Στις επαρχίες μια έκτρωση αντιστοιχεί σε τρεις γεννήσεις ζωντανών παιδιών.

Οι σχεδόν αγράμματες γυναίκες κάνουν τρεις φορές περισσότερες εκτρώσεις από τις μορφωμένες. Επίσης υπάρχει σχέση μεταξύ επαγγέλματος συζύγου και έκτρωσης και εδώ άλλωστε τίθεται το θέμα του μορφωτικού επιπέδου.

Αποτελέσματα νεώτερης έρευνας (1988) που έγινε από την έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, μας δίνει στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα των εκτρώσεων κατά ηλικία και οικογενειακή κατάσταση των γυναικών. Οι 40 στις 100 ανύπαντρες νέες, 17-22 ετών στην Ελλάδα, έχουν σεξουαλικές σχέσεις και από αυτές, το 25% έχει ήδη μια τουλάχιστον έκτρωση.

Το 35% των παντρεμένων γυναικών στην Ελλάδα έκαναν τουλάχιστον μια έκτρωση στη ζωή τους. Μέχρι τα εικοσιπέντε χρόνια, η συχνότητα των εκτρώσεων είναι μεγαλύτερη στις ανύπαντρες, ενώ μετά την ηλικία αυτή, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις παντρεμένες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που κάνουν εκτρώσεις έχουν δύο παιδιά. Υπάρχουν βέβαια αρκετές γυναίκες που έκαναν έκτρωση μολονότι είχαν ένα παιδί και άλλες που δεν είχαν κανένα, κατά κανόνα όμως είναι λιγότερες.

#### 4. Η «Εμπειρία» μιας έκτρωσης

Κάποια μέρα ανακαλύπτεις ότι έχεις "καθυστέρηση", κάτι δεν πήγε καλά στους υπολογισμούς σου. Αρχίζει να μπαίνει μπροστά σου ένα φάντασμα που μέχρι την τελική βεβαίωση του γεγονότος, ελπίζεις να το αποφύγεις: η έκτρωση.

Αρχίζεις να γάχνεις για λεφτά, προσπαθείς να εξηγήσεις στον άνδρα που έχεις ότι φοβάσαι αυτή την ιστορία. Στο μυαλό σου περιτριγυρίζουν πολλές σκέψεις. Κι αν αυτό γίνει αιτία να μην κάνω παιδιά ποτέ; Και αν μου κάνουν κακή επέμβαση; Λες: Δε μπορώ αυτό το πράγμα.

Μια φίλη σου συστήνει ένα γιατρό. Πηγαίνεις. Σε εξετάζει. Σου λέει πόσα δέλει και που θα τη κάνει. Ρωτάει πότε είχες τελευταία φορά περίοδο, πόσο χρονών είσαι. Σου λέει την ημέρα της έκτρωσης να μην πας μόνη σου. Κλείνεται το ραντεβού. Παίρνεις φάρμακα για να προετοιμαστεί η επέμβαση. Πληρώνεις την επίσκεψη. Φεύγεις.

Ο άνδρας σου αρχίζει και φοβάται. Του λες πως σ' εξέτασε ο γιατρός και πιάνει τη κοιλιά σου. Όταν οριστεί η μέρα, αρχίζεις και το σκέπτεσαι πιο έντονα. Μιλάς πιο συχνά γι' αυτό. Φαντάζεσαι τον εαυτό σου πάνω στο γυναικολογικό κρεβάτι με ανοιχτά τα πόδια και ένα γιατρό αδιάφορα να ασχολείται με τη μήτρα σου. Ένας αριθμός που περνάει από μπροστά του κι ακολουθούν άλλοι.

Σκέφτεσαι: Πως νάταν το μωράκι αν γεννιότανε; Φαντάζεσαι, φαντάζεσαι... Ο άντρας σου, σου λέει ότι δεν είναι και τόσο τραγικό, όσο το κάνεις. Χιλιάδες γυναίκες κάνουν εκτρώσεις χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα. Νιώθεις να σε βαραίνει η παρουσία της μήτρας σου πάνω στο κορμί σου, να σου δίνει άλλη διάσταση. Ο άνδρας σου γάχνει για λεφτά μαζί σου, τα βρίσκετε και χωρίς να τα χρωστάτε.

Την προηγούμενη της έκτρωσης, περνάνε εφιαλτικά πράγματα από το μυαλό. Σε ψυχάζει κάπως η ιδέα ότι θα την κάνεις σε σύγχρονο μαιευτήριο κι όχι σε κάποια σκοτεινά υπόγεια. Άρα είσαι από τις τυχερές εσύ. Το πρωί στις 9 έχεις ραντεβού με τον γιατρό. Πηγαίνεις 9 παρά τέταρτο.

Δηλώνεις ότι ήλθες και περιμένεις να σε φωνάξουν. Το μαιευτήριο δεν έχει μυρωδιά νοσοκομείου. Είναι σαν ένα μοντέρνο ξενοδοχείο. Ανθοπωλείο, Baby Shop, υπερμοντέρνο μπαρ, τεράστια σαλόνια. Από μεγάφωνα ακούγεται σιγανά κλασική μουσική. Σύγχρονοι πίνακες στους τοίχους, μοντέρνες πόρτες, όμορφα χρώματα.

Δεν κάνει να φας τίποτα πριν την έκτρωση. Σούρχεται να πέσεις κάτω, νιώθεις να μην ισοροπείς καλά όταν είσαι όρθια. Σε πιάνει ταχυπαλμία, ένας τρελός φόβος. Οι φίλοι, αν δεν είσαι μόνη σου, μιλάνε για άσχετα πράγματα για να αλλάξουν το κλίμα. Σε φωνάζουν και μπαίνεις σ' ένα μικρότερο σαλόνι, με ωραίες πολυθρόνες, πίνακες, μουσική. Άνδρες πηγαινοέρχονται νευρικά. Γυναίκες περιμένουν και αυτές όρθιες τη σειρά τους.

Κάποια στιγμή ανοίγει μια πόρτα. Βγαίνει μια προϊσταμένη. Φωνάζει ένα όνομα. Μπαίνει μέσα ένας και βγαίνει μαζί με μια γυναίκα, κατάχλωμη που προσπαθεί να δείχνει ότι δεν τρέχει τίποτα. Χαμογελάει συγκαταβατικά και με ασταθή βήματα φεύγουν. Σε λίγο βγαίνει ένας με άσπρη μπλούζα. Πλησιάζει ένα νεαρό και μπαίνουν δίπλα. Ακούς:

- Είναι καλά μην ανησυχείτε, κοστίζει ....

Σε λίγο θα βγει κι αυτή. Άλλες μπαίνουν, άλλες βγαίνουν. Κάποια στιγμή ακούς. Για τον κ. τάδε ποιά είναι; Και αυτή τη φορά είσαι εσύ. Λες ένα βιαστικό "σας χαιρετώ" και μπαίνεις μέσα..... Είσαι πια μέσα.

Πίσω από την πόρτα που κλείνει υπάρχουν πολλά ενδιαφέροντα πράγματα. Ένα γκισέ που κάθονται διάφοροι γιατροί. Κάποιες πόρτες που σκέφτεσαι ότι εκεί γίνεται η ιστορία. Πολλά δωμάτια στη σειρά με ένα ή δύο κρεβάτια, ένα νιπτήρα, μια καρέκλα, μια κρεμάστρα, ένα κομοδίνο, χαρτοβάμβακα και πτυελοδοχείο.

Μένεις στο διάδρομο διστακτική. Η νοσοκόμα δεν έχει που να σε βάλει. Είναι πολλές οι πελάτισσες σήμερα. Κάθεσαι στο διάδρομο. Βλέπεις ξαφνικά μια κοπέλα με μια περίεργη ρόμπα να γάχνει ζαλισμένη για το δωμάτιό της, ή μάλλον για κάποιο δωμάτιο, γιατί στο δικό της είναι άλλη. Κάποια νοσοκόμα την παίρνει.

Μια φωνή σου λέει. Στην άκρη -εκεί, βλέπεις τη γυναίκα. Πάνω σ' ένα φορείο αναίσθητη και ξύπνια, με κραυγές σαν κλάμα η γυναίκα βρίσκεται χαμένη στις παραισθήσεις του αναισθητικού, μισόγυμνη με μια γάζα να κρέμεται ανάμεσα στα μπούτια της, διαλυμένη.

Πάνω σ' ένα φορείο με τη μήτρα ματωμένη και το φύλο κουρασμένο. Ανοίγεις τα μάτια τεράστια. Οι νοσοκόμες σε κοιτάνε με απάθεια. Σκέφτεσαι τον άνδρα σου, στα σκαλάκια που καθόσασταν σου είπε: "Από δω και μπρος να προσέχεις" και νιώθεις ότι αν εσύ δεν "προσέχεις" εσύ και μόνο εσύ θα υποφέρεις.

Σε βάζουν σ' ένα δωμάτιο. Μέσα στο μοναδικό κρεβάτι που υπάρχει, βρίσκεται ξαπλωμένη μια μελαχροινή κοπέλα. Σου λέει πως πονάει, δε μπορεί να σταθεί. Νιώθεις ανόητα, σα να σου ῥχεσαι να την διώξεις. Τη ρωτάς κάτι.



Μαθαίνεις πως ήταν τεσσάρων μηνών, είναι παντρεμένη και σε διάσταση. Το παιδί ήταν με τον άνδρα της. Είχαν ξανασμοίξει. Αυτός ήταν ρεμάλι. Είχε έλθει και χθές αλλά μετάνιωσε και έφυγε. Σήμερα το πρωί το αποφάσισε. Χθες τσακώθηκαν.

Με το πιο ήρεμο ύφος μου λέει: «Μισώ όλους τους άνδρες». Έχει έλθει ολομόναχη. Ξαφνικά σηκώνεται. Έχει αιμορραγία πολλή. Έρχονται και της κάνουν ενέσεις. Μετά από δέκα λεπτά ντύνεται και φεύγει. Το γιατρό τον πλήρωσε 60.000. Σου λέει κουράγιο. Έξω αρχίζει να χιονίζει. Στέλνω μ' αυτήν την κοπελιά ένα σημείωμα στα παιδιά. Πριν δέκα λεπτά ένας γιατρός τσακώνονταν με μια νοσοκόμα. Γιατί δεν τον φώναζε για δέκα λεπτά από τον τοκετό που είχε, να κάνει μια έκτρωση. Νομίζω ότι παρακολουθώ θέατρο του παραλόγου. Πάνω το κολιέ από τα κοχύλια που μου 'φτιαξε στις διακοπές. Είμαι λιγότερο μόνη μου.

Δίπλα στο κρεβάτι είναι χαρτομάντηλα με σάλια, κάτω καμιά δεκαριά τσιρότα με οινόπνευμα από τις ενέσεις με το αναισθητικό. Η νοσοκόμα σου λέει: «βγάλτα όλα και πήγαινε στη τουαλέτα. Φόρεσε αυτή τη ρόμπα πάνω στο κρεβάτι».

Βγάζεις τα ρούχα σου, το κάλυμμά σου, η ρόμπα είναι ζεστή από το κορμί της άλλης γυναίκας που έφυγε. Νιώθεις σαν το δέκατο αντίγραφο στο καρμπόν, σαν να είσαι η ίδια η προηγούμενη που έφυγε. Ακούγονται κλάμματα. Πλησιάζει ο γιατρός σου. Δεν έρχεται σε σένα. Λέει στη νοσοκόμα να του αλλάξει σειρά γιατί βιάζεται. Είναι και Σάββατο σήμερα άλλωστε.

Νιώθεις απροστάτευτη και ασήμαντη, ανόητη που βρέθηκαν σ' αυτή τη θέση, θέλεις κάποιον δίπλα σου. Το μυαλό σου τρέχει. Δεκάδες γυναίκες με τις ίδιες ρόμπες. Δεκάδες γυναίκες με μήτρες βαλμένες σε λαιμητόμο. Και πιο πολλές μόνες τους. Όχι χωρίς παρέα. Μόνες τους μέσα στην κατάστασή τους. Αυτές και το φύλο τους, να διαμαρτύρεται με σπασμούς πάνω σ' ένα φορείο για την ίδια του τη φύση και τη μοναξιά του. Μια μοναξιά που μόνο οι γυναίκες μεταξύ μας τη νιώθουμε καθημερινά στα βλέμματα, στις κινήσεις στα χάρδια, ακόμα και των πιο αγαπημένων μας προσώπων.

Ο υποβιβασμός της γυναικείας υπόστασης μας βιώνεται πάνω στο ίδιο μας το σώμα πριν από όλα τ' άλλα. Σκέφτεσαι. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Προχωρείς στο διάδρομο. Βλέπεις τρεις πόρτες και τρεις ισάρριθμες γυναικολογικές καρέκλες. Φώτα, νοσοκόμες, χειρουργικά εργαλεία. Σου λένε ξανά, περίμενε. Σε βάζουν σ' ένα διπλανό δωμάτιο. Ακούς που λένε «δώσε μου τη λαβίδα, κράτα τη ... πιο σιγά» και μετά τη φωνή της νοσοκόμας.

- Το 1 τελείωσε.

Κλείνεις τ' αυτιά για να μην ακούς. Αν περιμένεις και άλλο θα λιποθυμήσεις. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Πριν μπεις μέσα βλέπεις δυό-τρεις σε φορείο, να παρακαλάνε, να κλαίνε. Σκέφτεσαι, πρέπει να είμαι χλωμή ... Φτάσαμε. Εδώ είναι η αρχή του τέλους. Νιώθεις να περπατάς σε μπαμπάκι. Ο γιατρός είναι μέσα. Σου λέει ανέβα και κάτσε προς τα έξω.

Πατάς πάνω σ' ένα σκαλί που κάποιος έχει φτύσει. Σου λέει «άνοιξε τα πόδια και βάλτα εκεί». Τα βάζεις στα στηρίγματα. Νιώθεις αμήχανα. Την ώρα που πας να κάτσεις, βλέπεις ένα χοντρό δοχείο με κάτι πηχτά κόκκινα. Ρωτάς σε έξαλλη κατάσταση: «Αίματα έχει εκεί»; Σου απαντούν φυσικότατα: «Ε, βέβαια τι ήθελες να έχει»;

Ξαπλώνεις. Ο αναισθησιολόγος γάχνει να σου βρεί φλέβα. Φαντάζεσαι τη μήτρα σου κομματιασμένη σ' ένα δοχείο. Ακούς το θόρυβο από τα γάντια του γιατρού. Βλέπεις μια τσιμπίδα μ' ένα βαμβάκι. Ρωτάς τον αναισθησιολόγο. Πως θα σου φαινόταν αν λιποθύμαγα τώρα; Με σταθερότητα σου λέει: «Είναι αδύνατον».

Σου βάζει τη σύριγγα στο μπράτσο. «Ανάπνευσε βαθειά» Αρχίζεις και ζαλίζεσαι. Τα πρόσωπα γίνονται σκιές, χάνονται για σένα. Στην πραγματικότητα υπάρχουν γύρω απειλητικά. Είσαι πιά οι «εξήντα χιλιάδες» της αμοιβής.

Ανοίγεις τα μάτια πάνω σ' ένα κρεβάτι μόνη σου. Τρέμεις πολύ. Από την τρεμούλα πονάει πιο πολύ η κοιλιά σου. Σούρχεται εμετός, ζαλίζεσαι. Νιώθεις πως η κοιλιά σου μίκρυνε. Ένα ταμπόν κρέμεται ανάμεσα στα πόδια σου. Κρυώνεις πολύ, πάρα πολύ. Τρέμεις. Έρχεται ο γιατρός. Σου λέει μέσα στη ζάλη διάφορα και φεύγει. Δεν καταλαβαίνεις τι λέει. Πονάς και κουλουριάζεσαι. Φωνάζεις από τους πόνους. Δεν ακούς εσύ.

Θέλεις να φύγεις εκείνη τη στιγμή, όπως κι αν είσαι. Φωνάζεις τη νοσοκόμα. Σου βγάζει το ταμπόν. Σε βοηθάει να ντυθείς. Μετά από λίγη ώρα περπατάς τρεκλίζοντας στο διάδρομο απ' όπου ήλθες. Οι καινούργιες σε παρατηρούν. Λες στη νοσοκόμα ότι είναι απαράδεκτο αυτό που γίνεται. Σου λέει ότι έχεις δίκιο. Ίσως νομίζει ότι παραμιλάς.

Στο μικρό προδάλανο φωνάζει αυτόν που σε περιμένει. Έρχεται χαμογελώντας φοβισμένα. Δίνεις ένα πεντοχίλιορο στη νοσοκόμα. Αυτός σε κρατάει από τη μέση και σε κοιτάει στα μάτια. Αναρωτιέσαι πόσο καταλαβαίνει το κουρέλιασμα της Μάρως εκεί μέσα και πόσο όχι.

Πάντως νιώθεις ευγνωμοσύνη για το άγγιγμα στη μέση. Ζεστό και όμορφο. Ρωτάει αν πονάς. Του λες ναι και σμίγει τα φρύδια. Βγαίνουμε έξω, χιονίζει. Σου φοράει το κασκόλ του. Εκείνη την ώρα σ' αγαπάει. Στο ταξί πάει

να μπει μπροστά. Η Σούλα του λέει: Κάτσε πίσω. Έρχεται πίσω. Τον κοιτάς ερωτηματικά. Λέει: Μωρέ από συνήθεια, μου ξέφυγε. Σε κρατάει αγκαλιά. Στις λακούβες σε σφίγγει πάνω του. Μιλάμε για κάτι που δεν θυμάμαι.

Νιώθεις όλες τις γυναίκες μικρές και μεγάλες αδελφές σου, κομμάτια της πίκρας σου, ενωμένες και μαζί κάθε μια πιο δυνατή, σκέφτεσαι. Νιώθεις ζεστασία δίπλα του. Ναι εκείνος τι να νιώθει. Μερικές στιγμές δεν ξέρει. Άλλες ξέρει. Αυτή ποιά στιγμή είναι.

10 Ιανουαρίου 1981 - Ξημερώματα Κυριακής

\*\*\*\*\*

Η γιαγιά της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 15 της. Έκανε 7 παιδιά και ζήσανε τα 5.

- "Γιαγιά, πόσες έχεις κάνει"; "10", "χωρίς να κατονομάζω τι".

Έχει κάνει πάνω από 10 εκτρώσεις. Στην τελευταία την έπιασε ακατάσχετη αιμορραγία. Τη μετέφεραν στο νοσοκομείο της πλησιέστερης πόλης - 3 ώρες πάνω στο ζώο - όπου την έσωσαν μετά βίας. Γιαυτό την επόμενη φορά το κράτησε το παιδί. Ήταν η μητέρα της Ελένης.

Η μητέρα της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 25 της. Έκανε 2 παιδιά και 8 εκτρώσεις. Το τελευταίο ήθελε να το κρατήσει αλλά ήταν φυματικά και υπήρχε κίνδυνος για το έμβρυο. Η έκτρωση έγινε στους 4 μήνες. Η φίλη μου η Ελένη είναι 23 χρονών. Έκανε μια έκτρωση φέτος.

Η αγωνία σου αρχίζει πολλές φορές κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά τη σεξουαλική πράξη. Παρόλο που στις μέρες μας η λέξη αντισύλληψη χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο, η ίδια η αντισύλληψη χρησιμοποιείται σπανιότατα. Η πληροφόρηση είναι ανύπαρκτη και αντιφατική. Τα οικονομικά μέσα των νέων ανδρών από μέτρια έως φτωχά και βέβαια όχι σπάνια η αμέλεια συμπληρώνει το πλαίσιο.

Όταν πλησιάζουν οι μέρες της περιόδου η αγωνία σου μεγαλώνει. Όταν η περίοδος δεν έρδει τελικά, αρχίζεις να γάχνεις για γιατρό. Είναι φοβερό το να μην έχεις τον προσωπικό σου γιατρό. Δεν είναι μόνο το θέμα της εμπιστοσύνης στην επιστημονική του κατάρτιση όσο το ότι πρόκειται για ένα τόσο προσωπικό σου θέμα.

Ίσως, αν ανήκεις στο λεγόμενο φοιτητικό χώρο - εκεί που και οι αντιλήψεις σχετικά με την σεξουαλική απελευθέρωση είναι ίσως σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο κάπως πιο ανοιχτές και που το πρόβλημα παρουσιάζεται συχνά - ίσως άκουσες τα ονόματα κάποιων γιατρών που θεωρούνται καλοί, ανοιχτόμυαλοι και που κάνουν και καλή τιμή. Γιατί το οικονομικό είναι ένα

μεγάλο πρόβλημα - είτε το αντιμετωπίζεις μόνη, είτε με τη βοήθεια του συντρόφου ή φίλων σου.

Το πως φτάνεις στην απόφαση να κάνεις έκτρωση είναι για κάθε περίπτωση μια διαφορετική ιστορία. Τις περισσότερες είναι αυτονόητο. Ούτε τα μέσα ούτε η στιγμή είναι κατάλληλα για ένα παιδί. Μπορεί ο σύντροφός σου να μην έχει πια σχέσεις μαζί σου. Τότε συνήθως προτιμάς να μη το μάθει πως είσαι έγκυος. Δεν θέλεις ούτε τα λεφτά του, ούτε την τυπική συμπαράστασή του.

Μπορεί πάλι να είσατε ακόμη μαζί. Σε αγαπά αλλά δεν έχει τελειώσει τις σπουδές του και ύστερα θέλει να κάνει και μεταπτυχιακά. Την απόφαση θα την πάρεις μόνη σου. Ώρες-ώρες σκέφτεσαι να το κρατήσεις. Μπορεί να φτάσεις να ονειροπολείς. Ένα παιδί. Και όταν φτάσεις να το σκεφτείς σου μπαίνουν ίσως και διάφορα διλήμματα.

Καθένας μας κουβαλά αντιλήψεις περί της ζωής, περασμένες από την Εκκλησία και την Παιδεία που είναι θέμα του προσωπικό, αν θα τις απορρίψει ή όχι. Και μετά προσγειώνεσαι. Με τι μέσα θα το μεγαλώσεις; Και που θα το αφήνεις όταν θα έχεις τις δουλειές σου; Και θα πει ο κόσμος; Μια ανύπαντρη μητέρα.

Βέβαια την έκτρωση τη φοβάσαι - αν και δεν ξέρεις τι ακριβώς είναι αυτό που φοβάσαι. Από την άλλη δεν θεωρείς έγκλημα το να κάνεις έρωτα όταν το θέλεις. Θα έπρεπε ασφαλώς να έχεις λάβει τα μέτρα σου - για σένα την ίδια, άλλωστε, για να μην είσαι τώρα σ' αυτή την κατάσταση. Γιατί δεν τα έλαβες;

Το χάπι, το ξέρεις ίσως, πολλοί όμως λένε πως φέρνει καρκίνο. Χώρια που πρέπει να το παίρνεις κάθε μέρα την ίδια ώρα και συ το ξεχνάς. Το σπιράλ μπορεί να μην το έχεις ακούσει καν. Ή να μην έχεις λεφτά να το βάλεις. Ή να το φοβάσαι και αυτό, που θα μπει και θα μείνει μέσα σου. Και αν σου φέρει αιμορραγίες. Ή καρκίνο;

Ίσως δεν το έχεις κουβεντιάσει με τον σύντρόφό σου. Επειδή δεν τον ξέρεις ακόμα καλά ή επειδή ντρέπεσαι παρόλο που βρίσκεστε καιρό μαζί. Το ότι ανήκεις στη νέα γενιά δεν θα πει πως έχεις καταρρίψει στην ουσία τους τα ταμπού. Και εκείνος σπάνια θα κάνει κουβέντα.

Ίσως να μην είχες προβλέψει τη στιγμή που θα έκανες έρωτα. Ίσως πάλι να αμέλησες. Ίσως απλά να μην ήξερες. Κάτι είχες ακούσει για την αντισύλληψη να σιγομιθυρίζουν οι φίλες σου μεταξύ τους. Και κάποια κομμάτια στο περιοδικό για γυναίκες που αγοράζεις. Τότε σου είχαν φανεί μπερδεμένα. Θα το πληρώσεις έτσι και αλλιώς αρκετά ακριβά.

Πηγαίνεις στον γυναικολόγο. Σε ρωτά, σε εξετάζει. Έχεις αγωνία. Μάλλον θετικό. Κάνεις τη μικροβιολογική εξέταση. Περιμένεις. Θετικό. Κλείνεις ραντεβού. Την παραμονή μένεις νηστική. Πηγαίνεις μόνη ή με τον σύντροφό σου ή με φίλες. Πηγαίνεις μόνη.

Μπροστά στις άσπρες πόρτες του χειρουργείου συναισθάνεσαι την ουσιαστική σχεδόν υπαρξιακή μοναξιά σου. Κάνεις ένα γρήγορο φλας-μπακ. Βρίζεις τον εαυτό σου "πως ήμουνα τόσο ηλίθια. Πως τα κατάφερα έτσι". Ψιλοτρέμεις.

Μια νοσοκόμα που δεν την ξέρεις, σου λέει "γδύσου". Ίσως δεν είναι αλήθεια, αλλά νιώθεις ότι σε περιφρονεί. Ότι βρίζει μέσα της "τα βρωμοκόριτσα, πάνε και βγάζουν τα μάτια τους και ύστερα έρχονται και τα ρίχνουν ...."

Ντρέπεσαι που γδύνεσαι μπροστά της. Ξαπλώνεις στην καρέκλα στην περίεργα ύποπτη στάση. Ύστερα μια ένεση και σε μισή ώρα όλα έχουν τελειώσει.

Γύρω οι φίλοι σου ανήσυχoi. "Έλα τελείωσε" σου λένε. Μήπως νιώθουν οίκτο για σένα; Σηκώνεσαι γιατί θα έρθει η επόμενη γυναίκα να πάρει τη θέση σου. Νιώθεις σα μεδυσμένη. Σε βάζουν στο ταξί. Αν μένεις μόνη, έχει καλώς. Θα πας σπίτι σου. Αν μένεις με τους δικούς σου πως να σε δουν σ' αυτά τα χάλια .... Θα πας σε κάποιες φίλες, ίσως.

Όλα κρυφά από το σπίτι. Ίσως το ξέρει η αδελφή σου. Ίσως αργότερα το μάθει η μητέρα σου. Το να πρέπει να κάνεις έκτρωση θα πει ότι έχεις κάνει έρωτα. Και αυτά τα πράγματα γίνονται, αλλά δεν λέγονται ....

"Έλα, τελείωσε". Και όμως τώρα αρχίζει. Το σκέφτεσαι. "Δεν είναι δυνατόν να έχει συμβεί αυτό. Όχι σε μένα". Θα μπορούσαν να σε πάνε φυλακή γιαυτό. Και εσύ δε μπορείς να πιστεύεις καν ότι έγινε.

Και λες πως από δω και πέρα θα προσέχεις. Και ύστερα βρίζεις τον εαυτό σου που, ενώ την έπαθε μια φορά, δεν λέει να προσέξει. Γιατί δε μπορείς, ή δεν ξέρεις.

Η γιαγιά της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 15 της και έκανε πάνω από 10 εκτρώσεις.

Η μάνα της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 25 της και έκανε 8 εκτρώσεις.

Η φίλη μου η Ελένη έκανε έρωτα στα 18. Στα 23 της έκανε μια έκτρωση. Εύχεται να μην ζανακάνει ....

(Το κείμενο αυτό γράφτηκε από την Άννα Μιχαλοπούλου στην Αθήνα 15/12/1983 για την αγάπη της Ομάδας Γυναικών Φιλοσοφικής). \*\*\*\*\*

Είμαι μια κοπέλα από επαρχία που ήρθε στην Αθήνα να σπουδάσω. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα βιασμού. Όταν είχα τα πρώτα συμπτώματα πήγα στο φαρμακείο και ζήτησα χάπια καθυστερήσεως. Μετά τα αποτελέσματα πείστηκα ότι είμαι έγκυος. Δεν ήξερα όμως από το φόβο μου τι να κάνω. Πήγα σε μια γυναίκα φαρμακοποιό. Της είπα τι μου συμβαίνει μου έδωσε πιο έντονα χάπια και μου είπε πως αν δεν είμαι πολλών ημερών θα μου κάνει μια ένεση για διακοπή εγκυμοσύνης.

Ήμουν ήδη ενός μηνός και δεν γινόταν τίποτα. Επειδή δεν υπήρχε καμιά προοπτική να βοηθηθώ - δεν είχα ούτε τους δικούς μου εδώ - ούτε φίλες και το σπουδαιότερο, ούτε χρήματα, πήγα και εργάστηκα σ' ένα εργοστάσιο δύο μήνες. Τα απογεύματα παρακολουθούσα όσο μπορούσα τα μαθήματά μου.

Στις 28 Ιανουαρίου συγκέντρωσα τα χρήματα που πίστευα πως θα μου χρειαστούν. Περπατώντας στους δρόμους της πρωτεύουσας, βρήκα ένα ιατρείο γυναικολόγου. Το Σάββατο 1 Φεβρουαρίου στις 5 μμ πήγα. Συνάντησα ένα κύριο 50 ετών περίπου. Μου είπε να περιμένω λίγο. Μετά από ένα τέταρτο πέρασα. Ήταν ένα μεγάλο δωμάτιο. Με ρώτησε από ποιά κυρία είμαι συστημένη, πόσο μηνών είμαι και αν έχω φάει. Του είπα ότι δεν είμαι συστημένη από καμιά, ότι είμαι τριών μηνών και ότι έχω φάει.

Ανέφερε ότι δεν γίνεται άμβλωση, γιατί έχω φάει και δεν επιδρά η νάρκωση. Είπα ότι δε μπορώ να έλθω τη Δευτέρα. Είπε ότι έπρεπε να κρατήσω το παιδί, γιατί δεν αναλαμβάνει να μου κάνει άμβλωση χωρίς να το ξέρουν οι αγονείς αφ' ενός και αφ' ετέρου, γιατί είμαι τρισημίση μηνών. Ύστερα από λίγο πρόσθεσε όμως ότι με μια τοπική ένεση δεν θα πονούσα πολύ.

- Γιατρέ φοβάμαι τις ενέσεις και να κάνω άμβλωση ζύπνια.

Πήρε ύφος αυστηρό και λέει:

- Κι αν πάθεις κάτι μέχρι την Δευτέρα; Μια αιμορραγία;

Τότε δεν ήξερα πραγματικά τι να κάνω. Μόλις μου έκανε την ένεση, της οποίας τα αποτελέσματα δεν τα κατάλαβα, περίμενα 20 λεπτά. Μετά τα 20 λεπτά με ανέβασε σε κείνο το κρεβάτι και προσπαδούσε να βγάλει το έμβρυο, βάζοντας το ένα χέρι στον κόλπο και πιέζοντας με το άλλο την κοιλιακή χώρα. Αρχίζα να φωνάζω και να κλαίω από τον πόνο.

Μετά την συζήτησή μου και την επίπληξη από μέρος του, πήρε τα μηχανήματα τα αποστηρωμένα και άρχισε η επέμβαση. Τότε πονούσα περισσότερο. Είχα ιδρώσει και έτρεμα ολόκληρη.

Επειδή δεν έμενα ακίνητη και τον εμπόδιζα, φώναζε τη γυναίκα του να βοηθήσει. Μου κρατούσε τα χέρια χέρια και μου τραβούσε τα μαλλιά για να μην καταλαβαίνω τον πόνο. Μετά από δύο ώρες, αφού τελείωσε, μου λέει:

- Θές να δεις τα δημιουργημάτά σου;

Μου έφερε μπροστά το έμβρυο και μου είπε:

- Ότι αρχίζει ωραία τελειώνει με πόνο, κορίτσι μου. Αυτό πρέπει να το θυμάσαι. Και έφυγε. Ύστερα από λίγο ξανάρθε. Μου έγγραψε να πάρω ένα φάρμακο και ετοιμαζόταν να φύγει. Εγώ δεν είχα συνέλθει ακόμα. Μου ζήτησε τα χρήματα.

- Έλα να κατεβούμε γρήγορα, μη μας βρει η εφορία. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, ήρδες και έκανες μια εξέταση.

\*\*\*\*\*

## 5. Συνέντευξη

**Ερώτ.:** Τότε ήσαστε παντρεμένη, είχατε δύο μεγάλα παιδιά ήδη και αν ακόμη είστε νέα, ανήκετε στην γενιά που οι κοπέλες του δικού σας μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου, δεν είχαν προγαμιαίες σχέσεις και επομένως δεν αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα. Τι σας έκανε να πάρετε την απόφαση να διακόψετε την κύηση;

**Απάντ.:** Φοβηθήκαμε πως θα χαλούσε την αρμονία της οικογένειας. Θα υπήρχε μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στα παιδιά μου και στην τρίτη ενδεχόμενη κύηση. Ο μεγάλος γυιός μου ήταν ήδη έντεκα ετών.

**Ερώτ.:** Την πήρατε μόνη σας την απόφαση;

**Απάντ.:** Μαζί σκεφτήκαμε, μαζί κουβεντιάσαμε, τελικά όμως εγώ. Ο άντρας μου, μου έδωσε την ευκαιρία να αποφασίσω μόνη μου. Και ίσως και γιαυτό το αποφάσισα.

**Ερώτ.:** Με ποιόν πήγατε στο μαιευτήριο;

**Απάντ.:** Με τον άντρα μου. Πήγαμε πάλι στο ίδιο μαιευτήριο που είχα ξεγεννήσει τα δύο μου παιδιά.

**Ερωτ.:** Πως αισθανθήκατε;

**Απάντ.:** Άσχημα, πολύ άσχημα. Έτσι είχα αισθανθεί και σε μία αποβολή που είχα κάνει. Αγαπώ τα παιδιά.

\*\*\*\*\*

**Λέει η Φοιτήρια Καίτη Β. 20 ετών:**

"Με έβαλαν σε εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη η μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας και έτσι, καθώς ένωθα να χάνομαι στο κενό, σκέφτηκα πως τίποτα δεν με νοιάζει πιά. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σε ένα διαφορετικό δωμάτιο.

Προσπάθησα να σηκωθώ. Ζαλιζόμουν και πονούσα. Η νοσοκόμα δέλησε να με καθυσηχάσει. Την έπεισα πως είμαι καλά, ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη.

Το άλλο πρωί πήγα στο Πανεπιστήμιο.

Επτά μήνες αργότερα, θυμάμαι εκείνο το χαμένο μωρό.

"Μεγαλώνει" δίπλα μου σαν σκιά, χωρίς κανείς να το βλέπει, εκτός από μένα".

\*\*\*\*\*

Απέναντί μου μια γλυκιά κοπέλα γύρω στα 19 με μεγάλη επιφυλακτικότητα δέχεται να μου διηγηθεί την δική της ιστορία, χωρίς βέβαια να αποκαλύγω το όνομά της.

**Μου λέει η Μαίρη Β.**

Όσο και αν σου φαίνεται περίεργο, είμαι μόνο 16 ετών και έζησα και εγώ την "φρικιαστική" εμπειρία. Είμαι μαθήτρια ακόμα στο σχολείο και συντηρούμε από τους γονείς μου. Στο σπίτι, οι γονείς μου μεγαλώνουν συνεχώς, η δε οικονομική μας κατάσταση απελπιστική. Βρέθηκα σχεδόν χωρίς να το καταλάβω, λοιπόν με ένα νεαρό δίπλα μου πρόθυμο να ακούσει, αλλά και να συμεριστεί τα προβλήματά μου.

Σχεδόν πριν δυό μήνες αισθάνθηκα κάτι περίεργα συμπτώματα συνάμα με μια καθυστέρηση της περιόδου. Αμυδροί πόνοι στη μέση, ελαφρά ζάλη συνήδως το πρωί και ένα αίσθημα πίεσης στο στήθος. Βέβαια δεν είχα τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από την αντισύλληψη, αλλά αυτή η έλλειψη ενημέρωσής μου θα μπορούσε να είναι μοιραία.

Πήγα στο γιατρό που μου σύστησε μιά φίλη μου, αποκρύπτοντας την ηλικία μου. Βέβαια, με βοήθησε και η σωματική μου διάπλαση σε αυτό.

"Αγαπητή μου Δεσποινίς είστε έγκυος", ήταν τα λόγια του γιατρού που θυμάμαι, όταν όλα χάνονταν γύρω μου. Μ' έπιασε απελπισία, δεν ήξερα τι να κάνω, δεν είχα ούτε χρήματα, αλλά ούτε την συμπαράσταση από τον φίλο μου, τον οποίο είχα χάσει από τη στιγμή που του εξέφρασα τις ανησυχίες μου.

Φρόντισα να τελειώσουν όλα γρήγορα με την βοήθεια της φίλης μου. Προσπαδούσα να σκέφτομαι ότι δεν συμβαίνει μόνο σε μένα, να δικαιω-



λογήσω τον εαυτό μου, αλλά αυτό το μικρό πλασματάκι που σκότωσα εγώ η ίδια, με καταδίκασε.

Ντρέπομαι που χρησιμοποίησα αυτό τον τρόπο να απαλλαγώ από αυτό, αλλά ήταν ένα μεγάλο λάθος με όλες τις συνέπειες για την υπόλοιπη ζωή μου.

\*\*\*\*\*

### **Μου λέει η Κατερίνα Χ.**

Είμαι 18 χρονών και έχω κάνει κιόλας τρεις εκτρώσεις. Την πρώτη μάλιστα πριν δυό χρόνια, δύο μήνες αφ' ότου πρωτόκανα έρωτα. Δεν ήξερα. Απλώς με το αγόρι μου προχωρήσαμε στις σχέσεις μας πριν προχωρήσουμε στην γνώση. Και αυτό ήταν λάθος. Τώρα δεν ξέρω αν θα αποκτήσω παιδί. Και αυτός είναι ο λόγος που αρνήθηκα την πρόταση γάμου που μου έκανε προ μηνός το παιδί που αγαπούσα. Δεν ήθελα να τον κάνω δυστυχισμένο, τα λάθη του δικού μου παρελθόντος.

\*\*\*\*\*

### **Η ιστορία της μικρής Αντιγόνης:**

Έφυγε από το σχολείο της και πήγε να βρει την καλοκαιρινή της αγάπη. Οι γονείς της βρήκαν την Αντιγόνη στη Θάσο, να γάχνει για τον καλό της και την έφεραν πίσω στην Θεσσαλονίκη, στο σπίτι και στο σχολείο της.

- Θέλεις να μιλήσουμε για το πρόβλημά σου; Πως νιώθεις σήμερα;
- Απαίσια, αλλά αισθάνομαι πως εκδηλώθηκα ανόητα και υπερβολικά.
- Πες μου Αντιγόνη, πως γνώρισες το νέο;
- Δουλεύαμε μαζί σ' ένα καλοκαιρινό μπαράκι για δυό μήνες. Σερβίραμε ποτά. Εκείνος φοιτητής, εγώ μαθήτρια Β' Λυκείου. Τα φτιάξαμε αμέσως και ....
- Τον αγάπησες;
- Δεν ξέρω ακριβώς, αλλά τον ερωτεύτηκα έτσι απλά, χωρίς να το πολυκαταλάβω. Έφυγα από το δωμάτιό μου και μέναμε μαζί.
- Συμβίωση κανονική .....
- Ναι, ήταν κάτι πρωτόγνωρο για μένα και παράξενο και όμορφο. Φρόντιζα το δωμάτιο, έπλενα, σιδέρωνα, καμιά φορά μαγείρευα, τον περιποιόμουν, του έφτιαχνα καφέ..... Ήταν συγκλονιστικό για μένα, χωρίς καμιά απολύτως προηγούμενη εμπειρία, ένιωσα σύντροφός του. Μην το κοροϊδεύετε, ένιωσα σα τη μαμά μου. Κάπου ήταν σα να την αντέγραφα.
- Εκείνος πως αντιδρούσε;

- Καλά νομίζω. Μάλλον αδιάφορα. Απολάμβανε τις φροντίδες. Θυμάμαι κάποια μέρα μου είπε: "Φέρεσαι σαν παντρεμένη. Αυτός είναι ο σκοπός σου; Σε έχει δασκαλέψει η μάνα σου";

Γέλασα και ενοχλήθηκα, αλλά η ιδέα του γάμου, της συζύγου, τότε πρωτομπήκε στο μυαλό μου και ειλικρινά τρόμαξα.

- Σε νιώθω να θες να κλαυεις, σε πονάει αυτή η ιστορία ή συνέβη κάτι άλλο;

- Ναι συνέβη.

- Θέλεις να το πεις; Είναι κάποιος λόγος σοβαρός, εκείνος που σε έκανε να τον γάζεις;

- Ναι, αλλά δεν θέλω να το πω.

Από το περιβάλλον της Αντιγόνης μαθεύτηκε πως είχε μείνει έγκυος και αναγκάστηκε κάποια πέμπτη να πάει για άμβλωση. Αυτό συνέβη σε Κλινική της πόλης, μια μέρα πριν το σκάσει από το σχολείο.

\*\*\*\*\*

## 6. Πόσες εκτρώσεις γίνονται σήμερα στον κόσμο και στην Ελλάδα

Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 περίπου κυήσεις στη γη, διακόπτεται με έκτρωση. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η υπολογιζόμενη σχέση μεταξύ εκτρώσεων και παιδιών που γεννιούνται ζωντανά, κυμαίνεται μεταξύ 0,8/1 και 13/1 αν και ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος από αυτόν που υπολογίζεται.

Στην Ιαπωνία, η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Στις Η.Π.Α. οι εκτρώσεις έφθασαν το 1985 το 1.000.000 τον χρόνο. Τον ίδιο χρόνο έγιναν 273 εκτρώσεις για κάθε 1.000 ζωντανά παιδιά που γεννήθηκαν. Το 1/3 από τις εκτρώσεις αυτές αφορούσαν γυναίκες κάτω από τα 19 χρόνια.

Στην Ελλάδα γίνονται κάθε χρόνο από 150.000 έως 400.000 εκτρώσεις. Σύμφωνα με άρθρο της εφημερίδας "Πελοπόννησος" των Πατρών (12-5-1995), κάθε μήνα 400 γυναίκες στην Πάτρα προκαλούν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. Παρά τα όσα λέγονται, η νεολαία της Πάτρας δε γνωρίζει σε μικρή ηλικία την ολοκληρωμένη σεξουαλική ζωή.

Τέλος, μη ξεχνάμε το θάνατο 22χρονης που πέθανε μετά από έκτρωση στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Σύμφωνα με μαρτυρίες συναδέλφων του, ο γιατρός που έκανε την επέμβαση, χρησιμοποιούσε μη αποστειρωμένα εργαλεία.

Το πρόβλημα για την έκτρωση, σύμφωνα με τον Μιλτιάδη Ματκάρη, γυναικολόγο-μαιευτήρα, διδάκτορα του Πανεπιστημίου Πατρών, είναι η έλλειψη ενημέρωσης. «Δυστυχώς οι νέοι αρχίζουν την ερωτική τους ζωή γνωρίζοντας

ελάχιστα για τα μέτρα προφύλαξης. Είναι χαρακτηριστικό πως το πιο διαδεδομένο μέτρο είναι η "απόσυρση" του άντρα, πριν την ολοκλήρωση της ερωτικής πράξης. Η μέθοδος όμως αυτή έχει ποσοστό αποτυχίας 21%».

Η ενημέρωση, σε αρκετές περιπτώσεις μεταξύ νεαρών, είναι λανθασμένη. Οι κοπέλλες φοβούμενες να μιλήσουν για το θέμα, δεν γνωρίζουν που να απευθυνθούν. Έτσι συνήθως η ενημέρωση γίνεται από τη μεγαλύτερη φίλη, ή την πιο μεγάλη αδελφή, διαιωνίζοντας το κακό.

Πότε πηγαίνουν στον γυναικολόγο; Στην καλύτερη περίπτωση όταν μια φίλη της μείνει έγκυος. Στην πιο συνηθισμένη όμως όταν η ίδια είναι έγκυος.

Σε μικρότερο ποσοστό η νεολαία ως μέθοδο προφύλαξης χρησιμοποιεί το προφυλακτικό. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι λόγω της έλλειψης ενημέρωσης, ενώ διεθνώς η μέθοδος έχει ποσοστό αποτυχίας 4% (συνήθως εξ αιτίας κακής κατασκευής), στην περιοχή μας οι αριθμοί είναι μεγαλύτεροι, γιατί δεν χρησιμοποιείται από την αρχή της σεξουαλικής πράξης.

Ένα ακόμη μέτρο προφύλαξης είναι η "μέθοδος των επικίνδυνων ημερών", που δεν είναι καθόλου ασφαλής, όπως μας εξήγησε ο κ. Ματκάρης, δεδομένου ότι στις νέες, η περίοδος δεν είναι σταθερή και οι "επικίνδυνες μέρες" αλλάζουν.

Είναι ευχάριστο πάντως ότι ποσοστό 15% των κοριτσιών έχουν απαντήσει στην έρευνά μας, πως έχουν χρησιμοποιήσει το "χάπι". Δεν είναι ικανοποιητικό ωστόσο το νούμερο, γιατί συνεχή χρησιμοποίησή του έχουμε μόνο σε ποσοστό 7-8%.

Το αποτέλεσμα των προαναφερθέντων, είναι η ύπαρξη σημαντικού αριθμού εκτρώσεων. Ο κ. Ματκάρης μας παρέδωσε στοιχεία αποκαλυπτικά για το πρόβλημα. «Τον τελευταίο χρόνο στην Πάτρα, έχουμε μέσο όρο 400 εκτρώσεις το μήνα. Αυτό το νούμερο είναι μεγαλύτερο καθώς υπάρχουν περιπτώσεις εκτρώσεων που γίνονται, κυρίως στην Αθήνα, λόγω οικογενειακών συνήθως συνθηκών. Δηλαδή, μία στις 100. γυναίκες κάθε μήνα κάνει έκτρωση.

Αυτό αποδεικνύει ότι εφαρμόζονται αντισυλληπτικές μέθοδοι, αλλά και όταν αυτό συμβαίνει, δεν γίνεται σωστά. Πρέπει να αλλάξει το σύστημα διαπαιδαγώγησης της νεολαίας στον τομέα της σεξουαλικής ζωής. Η ενημέρωση στον χώρο του σχολείου πρέπει να γίνεται από ειδικευμένους επιστήμονες που θα μπορούν να μιλήσουν με το νέο, να του αναλύσουν, να του εξηγήσουν, αλλά και να λύσουν τις απορίες του».

Συγκλονιστικές είναι οι πληροφορίες από μαιευτήριο της Λάρισας, ότι οι εκτρώσεις που γίνονται ετησίως στο νομό είναι τριπλάσιες του αριθμού των γεννήσεων και ξεπερνούν τον αριθμό ρεκόρ των 10.000!!! Η αναλογία μία

γέννηση - τρεις αμβλώσεις, έρχεται να επιβεβαιώσει με τον πλέον δραματικό τρόπο, τις επισημάνσεις έρευνας που διεξήγαγε το Τμήμα Επισκεπτών Υγείας του ΤΕΙ Αθήνας, σύμφωνα με τις οποίες, η γνώση γύρω από την αντισύλληψη παραμένει ένα δύσκολο ζητούμενο, ιδιαίτερα στην επαρχία.

Και ενώ για τον Δήμο Αθηναίων, πρόσφατα είδαν το φως της δημοσιότητας στατιστικά στοιχεία για ένα θέμα - ταμπού μέχρι σήμερα, η Λάρισα επιμένει να συζητεί το οξύτατο πρόβλημα της αντισύλληψης "οφθαλμοφανώς" και αυτό παρά το γεγονός ότι η έκτρωση έχει εδώ και χρόνια νομιμοποιηθεί.

Σύμφωνα με ανεπίσημα στοιχεία που δίδονται από ντόπιους γυναικολόγους-μαιευτήρες της Λάρισας, ο αριθμός των αμβλώσεων παραμένει εξαιρετικά υψηλός, όντας υπερδιπλάσιος έως τριπλάσιος των γεννήσεων. Υπολογίζεται ότι κάθε μήνα, πάνω από 750 γυναίκες, 16 έως 45 ετών, περνούν την πόρτα του μαιευτηρίου για να υποστούν την "επέμβαση" όπως κατά τρόπο "sic" λέγεται η έκτρωση. Καθημερινά, ο αριθμός αυτών των γυναικών υπολογίζεται ότι φθάνει τις 25.

Αν εξαιρέσει κανείς το επιστημονικό μέρος της έκτρωσης, που οι γιατροί διαβεβαιώνουν ότι είναι άμεμπτο, οι σκηνές που εκτυλίσσονται σε καθημερινή σχεδόν βάση, στα μαιευτήρια της περιοχής, προκαλούν και προβληματισμό μα και κλαυσίγελο.

"Όσες πιο πολλές φορές περνάς ένα δρόμο, τόσο πιο πολύ κινδυνεύεις να σε πατήσει αυτοκίνητο" συμβουλεύει συνήθως ένας μαιευτήρας την "απέναντί του" γυναίκα, όταν αυτή είναι ή παντρεμένη ή μπορεί να κρατήσει το παιδί, σε μια ταυτόχρονη προσπάθεια να την ευαισθητοποιήσει στο θέμα της αντισύλληψης. Διαπιστώνεται όμως, ότι μέθοδοι αντισύλληψης, όπως το διάφραγμα και το σπινάλ δεν προτιμώνται για λόγους ... οικονομικούς.

Περισσότερο ωστόσο, σοβαρές είναι οι περιπτώσεις ανήλικων κοριτσιών που εγκυμονούν και που ενίοτε, αδυνατούν να πληρώσουν τα έξοδα μιας έκτρωσης, αφήνοντας "βερεσέ" στα ιατρεία.

Η έλλειψη της ενημέρωσης κυρίως στις νεαρές ηλικίες, είναι ο βασικότερος παράγοντας που ενοχοποιείται για το μεγάλο αριθμό των εκτρώσεων. Σε μια έρευνα που έκανε η ομάδα Εργασίας Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης του 2ου Λυκείου Λάρισας, υπογραμμίζεται-σχολιάζεται αυτή η έλλειψη ως ακολούθως:

«Η αντισύλληψη, όπως κάθε τι καινούργιο, δημιουργεί φόβο. Το κορίτσι ιδιαίτερα φοβάται το γιατρό, συνήθως παίρνει πληροφορίες από τις φίλες και προτιμά να πάει στα κέντρα που είναι εκτός νοσοκομείου. Το αγόρι γνώρίζει

ελάχιστα πράγματα για την αντισύλληψη, δεν ενδιαφέρεται και το βάρος πέφτει στο κορίτσι», λέει ο επίκουρος καθηγητής μαιευτικής-γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γεώργιος Κρεατσάς, όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες της αντισύλληψης.

Στην εφηβεία, τονίζει ιδιαίτερα ότι οι έφηβοι έχουν ανάγκη από μεγαλύτερη ενημέρωση πάνω στο θέμα της αντισύλληψης, η οποία θα πρέπει να έχει μαζικό χαρακτήρα και να γίνεται από διάφορους φορείς, όπως είναι το σχολείο, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ή τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η επιδημική αύξηση των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία και η αύξηση των επιπλοκών τους θεωρείται αποτέλεσμα της έλλειψης ή της ανεπάρκειας στην εφαρμογή μιας συστηματικής ενημέρωσης πάνω στα θέματα γεννητσιακής αγωγής, προσθέτει ο κ. Κρεατσάς.

Στην ίδια εργασία οι μαθητές του 2ου Λυκείου Λάρισας επισημαίνουν την ανάγκη ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής ενημέρωσης στον τομέα της αντισύλληψης.

Μέσα από τη διαδικασία εκπόνησης της εργασίας υποστηρίζουν τα παιδιά, μας δημιουργήθηκε η εντύπωση της πλημμελούς ενημέρωσης των νέων πάνω στα θέματα αντισύλληψης. Οι αρμόδιοι φορείς -κράτος, σχολείο, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, οικογένεια, Μ.Μ.Ε., ειδικοί επιστήμονες- αδυνατούν ή αποφεύγουν για διάφορους λόγους να σηκώσουν το βάρος της σωστής και ολοκληρωμένης ενημέρωσης των νέων.

Παρ' όλα αυτά, οι νέοι φαίνεται να αναζητούν πηγές για την πληροφόρησή τους και σημειώνεται μια συνεχής ευαισθητοποίηση προς ανάλογα θέματα. (εφημερίδα "Ημερήσιος Κήρυκας" Λάρισας, 24-8-1995).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πίνακας 1

#### Σχολή και έτος σπουδών

Έτος σπουδών /Σχολή	Νοσηλ/κή	Κοινωνικής Εργασίας	Οικονομίας & Διοίκησης	Σύνολο
ΑΒ (1)	28	23	22	73
ΓΔ (2)	18	26	14	58
Ε - ΣΤ (3)	16	18	12	46
<b>Σύνολο</b>	<b>62</b>	<b>67</b>	<b>48</b>	<b>177</b>

Πίνακας 2

#### Οικογενειακή κατάσταση

Σχολή	Νοσηλ/κή	Κοινωνικής Εργασίας	Οικονομίας & Διοίκησης	Σύνολο n	%
<b>Αγαμη</b>	52	57	40	149	84.1
<b>Εγγαμη</b>	10	10	8	28	15.7

### Πίνακας 3

#### Υπαρξη σεξουαλικής σχέσης ανά σχολή

Σχολή	Ναι		Οχι		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
Νοσηλευτικής	32	51.6	18	29	12	17.7
Κοινωνικής Εργασίας	57	85	8	11.9	2	2.9
Οικονομίας & Διοίκησης	37	77	6	12.5	5	10.4
Σύνολο	126	71	32	18	19	10.1

### Πίνακας 4

#### Υπαρξη σεξουαλικής σχέσης ανά έτος σπουδών

Έτος σπουδών	Ναι		Οχι		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
ΑΒ	50	68.4	19	26	4	5.4
ΓΔ	40	68.9	10	17.2	8	13.7
Ε - ΣΤ	36	78.2	3	6.5	7	15.2
Σύνολο	126	71.1	32	18	19	10.7

### Πίνακας 5

Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικής μεθόδου ανά σχολή

Σχολή	Ναι		Όχι	
	n	%	n	%
Νοσηλευτική	27	84.3	5	15.6
Κοινωνικής Εργασίας	52	91.2	5	8.7
Οικονομίας & Διοίκησης	32	86.4	5	13.5
Σύνολο	111	88	15	11.9

### Πίνακας 6

Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικής μεθόδου ανά έτος σπουδών

Έτος σπουδών	Ναί		Όχι	
	n	%	n	%
ΑΒ	47	94	3	6
ΓΔ	39	97.5	1	2.5
Ε - ΣΤ	31	86.1	5	13.8
Σύνολο	117	92.8	9	7.1



**Πίνακας 7**

**Αντισυλληπτική μέθοδος ανά σχολή**

Σχολή	Αντισυλ/κό χάπι		Προφ/κό		Σπιράλ		Διακεκ/νη συνουσία	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Νοσηλ/τική	10	31.2	12	37.5	1	3.1	4	12.5
Κοινωνικής Εργασίας	18	31.5	16	28	9	15.7	9	15.7
Οικονομίας & Διοίκησης	6	16.2	13	35.1	3	8.1	10	27
<b>Σύνολο</b>	<b>34</b>	<b>26.9</b>	<b>41</b>	<b>32.4</b>	<b>13</b>	<b>10.3</b>	<b>23</b>	<b>18.2</b>

**Πίνακας 8**

**Αντισυλληπτική μέθοδος ανά έτος σπουδών**

Έτος σπουδών	Αντισυλ/κό χάπι		Προφ/κό		Σπιράλ		Διακεκ/νη συνουσία		Δεν σπαντώ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ΑΒ (1)</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>ΓΔ (2)</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>47.5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>12.5</b>
<b>Ε-ΣΤ (3)</b>	<b>7</b>	<b>19.4</b>	<b>12</b>	<b>33.3</b>	<b>3</b>	<b>8.3</b>	<b>11</b>	<b>30.5</b>	<b>3</b>	<b>8.3</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>27.7</b>	<b>49</b>	<b>30.9</b>	<b>7</b>	<b>5.5</b>	<b>25</b>	<b>19.8</b>	<b>10</b>	<b>7.9</b>

**Πίνακας 9**

Παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η χρήση αντιουλληπτικής μεθόδου ανά σχολή

Σχολή	Νοσ/τική		Κοινωνικής Εργασίας		Οικ/μίας & Διοίκησης		Σύνολο	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Συνενόηση -Συμφωνία με σύντροφο	18	29	18	26.8	17	35.4	53	29.9
Βαθμός αποτελεσ/τικότητας	12	19.3	17	25.3	12	25	41	23.1
Ευκολία στη χρήση	15	24.1	21	31.3	6	12.5	42	23.7
Σύσταση από γυναικολόγο	12	19.3	10	14.9	7	14.5	29	16.3
Δεν απαντώ	5	8	8	11.9	7	14.5	20	11.2

**Πίνακας 10**

Ιστορικό έκτρωσης ανά σχολή

Σχολή	Ναι		Όχι		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
Νοσηλευτική	17	53.1	12	37.5	3	9.3
Κοινων. Εργασίας	12	21	45	78.9		
Οικ. & Διοίκησης	5	13.5	32	86.4		
Σύνολο	34	26.9	89	70.6	3	2.3

## Πίνακας 11

### Ιστορικό έκτρωσης ανά έτος σπουδών

Έτος σπουδών	Ναι		Όχι		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
ΑΒ (1)	7	14	42	84	1	2
ΓΔ (2)	11	27.5	29	72.5		
Ε - ΣΤ (3)	10	27.7	23	63.8	3	8.3
Σύνολο	28	22.2	94	74.6	4	3.1

## Πίνακας 12

### Αριθμός εκτρώσεων ανά σχολή

Σχολή	Μία		Δύο		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
Νοσηλευτικής	6	35.2	2	11.7	9	52.9
Κοιν. Εργασίας	6	50	3	25	3	25
Οικ. Διοίκησης	3	60	2	40	0	0
Σύνολο						

### Πίνακας 13

#### Αριθμός εκτρώσεων ανά έτος σπουδών

Έτος σπουδών	Μία		Δύο		Δεν απαντώ	
	n	%	n	%	n	%
ΑΒ(1)	4	57.1	1	14.2	2	28.5
ΓΔ (2)	6	54.5	2	18.8	3	27.2
Ε - ΣΤ (3)	6	60	4	40		
Σύνολο	16	57.1	7	25	5	17.8

### Πίνακας 14

#### Λόγοι έκτρωσης ανά σχολή

Σχολή	Νοσηλ/κή	Κοινωνικής Εργασίας	Οικονομίας & Διοίκησης	Σύνολο	
				n	%
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	6	5	5	16	47
Εγκυμοσύνη εκτός γάμου	4	3		7	20.5
Κοινωνικο-οικονομικοί λόγοι	1	3		4	11.7
Λόγοι υγείας	6	1		7	20.5

## ΥΛΙΚΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έγινε στα Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Μοιράστηκαν 177 ερωτηματολόγια στις σχολές: Νοσηλευτική, Κοινωνικής Εργασίας και Οικον. Διοίκηση.

Η έρευνά μας απευθυνόταν μόνο στις φοιτήτριες αυτών των σχολών και ο σκοπός μας ήταν να αξιολογήσουμε την ύπαρξη και τους τρόπους αντιμετώπισης των σεξουαλικών σχέσεων και των αμβλώσεων.

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να κατοχυρώνεται η ανωνυμία των φοιτητριών. Πολλές φοιτήτριες (περίπου 25-30) αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, με αποτέλεσμα να υπάρχει αρνητική αλλοίωση του αποτελέσματος κατά 10-15%.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στον πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανά σχολή και έτος σπουδών.

28 φοιτήτριες είναι έγγαμες (ποσοστό 15,7%), **πίνακας 2.**

Το 71% των ερωτηθέντων έχουν σεξουαλικές σχέσεις ενώ το 19,1% δεν απάντησαν, **πίνακας 3.**

Η αύξηση της εκατοστιαίας αναλογίας είναι μικρή στο Ε - ΣΤ εξάμηνο σε σχέση με τα Α - Β και Γ - Δ εξάμηνα (78,2% έναντι 68,4% και 68,9% αντίστοιχα), **πίνακας 4.**

Και στις τρεις σχολές ένα μεγάλο ποσοστό των φοιτητριών (88%) που έχουν σεξουαλικές σχέσεις, εφαρμόζουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, **πίνακας 5.**

Και στα τρία έτη σπουδών το 92,8% των σπουδαστριών εφαρμόζουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Δεν παρατηρούνται διαφορές στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων ανά σχολή και έτος σπουδών, **πίνακας 5,6,7.**

Στο **πίνακα 7** εξετάζουμε τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι φοιτήτριες ανά σχολή. Βλέπουμε ότι το 32,5% χρησιμοποιούν προφυλακτικό, το 26,9% χάπι, το 18% την διακεκομμένη συνουσία και το 10,3% το σπирάλ. Τα ίδια ποσοστά κυμαίνονται και στο **πίνακα 8** που εξετάζουμε τις μεθόδους αντισύλληψης ανά έτος σπουδών. Έτσι το 30,9% χρησιμοποιούν προφυλακτικό, το 27,7% το χάπι, το 19,8% την διακεκομμένη συνουσία και το 5,5% σπирάλ.

Οι αντίστοιχοι δείκτες αναποτελεσματικότητας είναι 10% (προφυλακτικό), 0,3% (αντισυλληπτικό χάπι), 25% (διακεκομμένη συνουσία)

Και στους δύο πίνακες (7,8) βλέπουμε ότι τα νεαρά κορίτσια προτιμούν το προφυλακτικό, το οποίο είναι ακίνδυνο, φθινό, εύκολο στη χρήση και προστατεύει από τα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης οι νεαρές γυναίκες του ερωτηματολογίου προτιμούν και το χάπι σα μέθοδο αντισύλληψης και φαίνονται να είναι ενημερωμένες για τα μεγάλα ποσοστά ασφάλειας που παρέχει.

Η μέθοδος της διακεκομένης συνουσίας εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από μεγάλο ποσοστό κοριτσιών παρά τη σχετική αναποτελεσματικότητα που την διακρίνει (25%) εκθέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε κινδύνους όπως AIDS και λοιμώδη νοσήματα.

Τέλος το σπινάλ φαίνεται να μην είναι μια αρκετά διαδεδομένη μέθοδος παρ' ότι είναι ασφαλής και ακίνδυνη.

Το 29,9% των ερωτηθέντων διαλέγουν την αντισυλληπτική μέθοδο σε συνενόηση και συμφωνία με τον σύντροφο, και το 23,7% χρησιμοποιούν μια μέθοδο ανάλογα με την ευκολία που έχει στη χρήση. Το 23,1% χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης ανάλογα με το βαθμό αποτελεσματικότητας, ενώ μόνο το 16,3% επισκέπτεται το γυναικολόγο για να τους συστήσει μια ασφαλή και ακίνδυνη μέθοδο αντισύλληψης, **πίνακας 9**.

Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων έχουν ιστορικό έκτρωσης (26,9%) και 2,3% δεν απάντησαν.

Η αύξηση της εκατοστιαίας αναλογίας του ιστορικού της έκτρωσης είναι μεγάλη στη Νοσηλευτική (53,1%) σε σχέση με τη Κοινων. Εργασίας και την Οικον. Διοίκηση (21% και 13,5% αντίστοιχα), **πίνακας 10**.

Μεγαλύτερο ποσοστό εκτρώσεων κυμαίνεται στα τελευταία εξάμηνα σπουδών (Γ - Δ 27,5% και Ε - ΣΤ 27,7%), σε σχέση με το Α εξάμηνο σπουδών (14%) λόγω των περισσότερων και διαφορετικών σχέσεων που παρατηρούνται στα μεγάλα εξάμηνα, **πίνακας 11**.

Το 44,1% απαντούν ότι έχουν κάνει μια έκτρωση και το 20,5% δύο εκτρώσεις. Ωστόσο το 35,2% δεν απαντά και αυτό μπορεί να αυξάνει το ποσοστό των εκτρώσεων, **πίνακας 12**.

Ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος στο τελευταίο έτος σπουδών όπου το 60% έχουν κάνει μια έκτρωση και το 40% δύο εκτρώσεις, **πίνακας 13**.

Ο σημαντικότερος λόγος για έκτρωση φαίνεται να είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (47%). Σημαντικοί επίσης λόγοι για να παρθεί μια απόφαση για έκτρωση είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (20,5%) και οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι (20,5%), **πίνακας 14**.

Πιθανότερη αιτία εκτρώσεων φαίνεται ότι είναι η έλλειψη αντισυλληπτικής μεθόδου και η επιλογή όχι ιδιαίτερα αποτελεσματικών μεθόδων όπως η διακεκομένη συνουσία (25% αναποτελεσματικότητα) και η χρήση προφυλακτικού (10%), λόγω της ευκολίας στην επιλογή τους ιδιαίτερα σε πρόσκαιρες σεξουαλικές σχέσεις.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που η αντισύλληψη έχει προχωρήσει σε σημαντικό βαθμό και χρησιμοποιείται σε υψηλό ποσοστό (90%), οι αμβλώσεις όπως φαίνεται στην έρευνά μας παραμένουν πρόβλημα και αφορούν το 30% αυτών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις (80% του συνόλου).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης που είναι εύκολες στη χρήση και δεν κοστίζουν (προφυλακτικό, διακεκομένη συνουσία) εκθέτοντας τον εαυτό τους σε κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αναγκαστικής κατάληξης στη λύση της έκτρωσης.

Η άμβλωση φαίνεται να είναι η εύκολη λύση για να απαλλαγεί μια γυναίκα, κυρίως νεαρή, από ένα ανεπιθύμητο παιδί.

Οι εκτρώσεις παραμένουν σε υψηλά ποσοστά λόγω της άγνοιας και της αποτελεσματικότητας όσο αφορά την γυναικεία αντισύλληψη.

Η έλλειψη της ενημέρωσης για την αποτελεσματικότητα κυρίως στις νεαρές ηλικίες είναι ο βασικότερος λόγος που ενοχοποιείται για το μεγάλο αριθμό εκτρώσεων.

Όσο αφορά τον αριθμό των γυναικείων εκτρώσεων πρέπει να πούμε ότι μπορεί να είναι αναξιόπιστος γιατί ο πληθυσμός αναφοράς ήταν δύσπιστος και επιφυλακτικός.

Λύση στο πρόβλημα των εκτρώσεων είναι η ενημέρωση για την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων, η σύσταση για επιλογή ασφαλούς μεθόδου όπως είναι το αντισυλληπτικό χάπι ή το σπιράλ, η σύσταση χρήσης προφυλακτικού στις αρχικές, πρόσκαιρες σεξουαλικές σχέσεις (και για τον πρόσθετο κίνδυνο του AIDS) και η αποφυγή εύκολων μεθόδων όπως είναι η διακεκομένη συνουσία.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έχοντας μια συνοπτική θεώρηση του θέματος συνάγεται το συμπέρασμα ότι είναι επιτακτική η ανάγκη υπεύθυνης ενημέρωσης του κοινού στο θέμα της αντισύλληψης και ίδρυση περισσότερων ιατρικών Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Η εκλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ζευγάρι, αφού ληφθούν υπόψη τα κίνητρα του ζευγαριού, το ιατρικό και γυναικολογικό ιστορικό, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι έξεις και ο τρόπος ζωής, η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες της κάθε μεθόδου.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αζιωτάκης Α. «Άμβλωση», έκδοση 1η, εκδόσεις Ανδρ. Αζιωτάκης, Αθήνα 1987
2. Βαλαώρας Β. «Υγιεινή του ανδρώπου», εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1975
3. Γιαννακίης Κ. «Άμβλώσεις», περιοδικό δελτίο Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Μάϊος - Ιούνιος 1985, τεύχος 33
4. Δετοράκης Ιωάννης «Οικογενειακός Προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική διαφώτιση», εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1983
5. Δετοράκης Ιωάννης «Οικογενειακός Προγραμματισμός», Αθήνα 1987
6. Δορκοφίκη Ειρήνη «Άμβλώσεις - Αφανισμός του Γένους», έκδοση 1η, Ελληνική Ευρωεκδοτική, Αθήνα 1985
7. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού «Τι ξέρεις για την αντισύλληψη», ενημερωτικό φυλλάδιο.
8. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού «Σεξουαλική Αγωγή και υγιεινή», πρακτικά 1ου σεμιναρίου, Αθήνα χ.χ.
9. Κασκαρέλης Κ. «Μαιευτική», Αθήνα 1980
10. Κατάκης Χ. «Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας», εκδόσεις Κέρδος, Αθήνα 1988
11. Κρεατσάς Γ. «Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση», επίτομος έκδοση, εκδόσεις Δωρικός, Αθήνα 1989
12. Lanson L. «Από γυναίκα σε γυναίκα», μετάφραση Μιχαλοπούλου Μ., έκδοση 1η, εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1980
13. Λέκκας Ευάγγελος «Εκτρώσεις και η θέση της Εκκλησίας», Αθήνα 1985
14. Μητροπολίτου Πρεβέζης Μελετίου «Εκτρώσεις», έκδοση Ι. Μητρ. Πρεβέζης 1987
15. Νταλίφη Δέσποινα «Έκτρωση και αντισύλληψη. Φαινόμενα στην Ελληνική κοινωνία», Αθήνα 1980
16. Ξένου Βενάρδου Αλ. «Οι ψυχολογικές συνέπειες της άμβλωσης», περιοδικό "Πάνθεον", Οκτώβρης 1983, τεύχος 797
17. Ομάδα Γυναικών Δανίας «Η γυναίκα και το κορμί της», εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα 1980
18. Παπαευαγγέλου Γ. - Ρουμελιώτου Α. «Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού», Αθήνα 1987
19. Ρονζο Μ. «Άμβλωση», μετάφραση Καραγιάννη Γαρυφαλιά, Αθήνα 1988
20. Τσαούσης Γ. «Στοιχεία Κοινωνιολογίας», Αθήνα 1979
21. Χλιαουτάκης Α. «Άμβλωση», Αθήνα 1992