

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΚΟΠΗ
ΚΥΗΣΕΩΣ»***

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: 1. ΚΑΛΑΝΤΖΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
 2. ΠΕΡΙΣΣΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΕΡΕΖΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2005

- Ευχαριστούμε θερμά την εισηγήτριά μας κα Τερέζη Ελένη που με τις οδηγίες της αλλά και την υπομονή της, καταφέραμε ν' αποπερατώσουμε την πτυχιακή μας εργασία,
- Ευχαριστούμε πολύ τις 20 γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνά μας,
- Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας που ήταν συμπαραστάτες σε όλη μας την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θεωρητικό κομμάτι της πτυχιακής αρχίζει με την ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού, που αρχίζει πριν το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, με τη σημασία του αλλά και με την εξέλιξη και τους πολλαπλούς στόχους του.

Στη συνέχεια θα δούμε τη λειτουργία του Ο.Π στην χώρα μας, στην Ελλάδα, στα προβλήματα που συναντάει για τη διάδοσή του σε μια χώρα με δημογραφικό πρόβλημα, και στις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού, πώς οργανώνεται και πώς στελεχώνεται.

Αφήνοντας τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, περνάμε στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής, όπου θα μελετήσουμε την Ελληνίδα γυναίκα και την έκτρωση: τι σημαίνει έκτρωση; Πότε άρχισαν να γίνονται εκτρώσεις; Αποφεύγουν οι γυναίκες στην Ελλάδα να προβαίνουν σε εκτρώσεις; Ποια η νομική διάταξη για τις εκτρώσεις στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες; Όλα αυτά θα απαντηθούν στο Α΄ και Β΄ κεφάλαιο του Β΄ μέρους της εργασίας.

Φτάνουμε στο μέρος Γ΄ όπου διεισδύουμε στην ψυχολογία των γυναικών στο θέμα των εκτρώσεων. Αρχίζουμε με τους λόγους που την οδήγησαν στην έκτρωση, συνεχίζουμε με τα συναισθήματα που είχε πριν την επέμβαση και τελειώνουμε με τα συναισθήματα μετά την επέμβαση. Για να τα καταλάβουμε όλα αυτά καλύτερα, στη συνέχεια συναντάμε τρεις προσωπικές καταθέσεις γυναικών που έκαναν έκτρωση, όπου βλέπουμε πως αισθανόταν αλλά και πώς το αντιμετώπισαν.

Το τελευταίο κομμάτι της πτυχιακής περιλαμβάνει την έρευνα, το σκοπό για τον οποίο έγινε, τον τρόπο που πραγματοποιήθηκε, το δείγμα με το οποίο δουλέψαμε, το ερωτηματολόγιο, τα αποτελέσματα τις διαπιστώσεις μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....σελ. 8
Εισαγωγή.....σελ.10
Ορισμος.....σελ.13

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

1. Ιστορικό του Οικογενειακού Προγραμματισμού
 - A. Οι προ του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου εξελίξεις.....σελ. 15
 - B. Οι μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο εξελίξεις.....σελ. 17
 - Γ. Ηνωμένα Έθνη και Οικογ. Προγραμματισμός.....σελ.18
2. Ονοματολογία και εννοιολογική τοποθέτηση του Ο.Π
 - A. Αρχική εννοιολογική τοποθέτησησελ. 19
 - B. Αλλαγή τίτλου.....σελ.20
 - Γ. Εξέλιξη του Οικογενειακού Προγραμματισμούσελ.22
3. Στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμούσελ. 23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

- 1.Ο Ο.Π στην Ελλάδα.....σελ. 28
2. Οργάνωση – Στελέχωση υπηρεσιών του Ο.Πσελ. 30

3. Προβλήματα στη διάδοση και εφαρμογή του Ο.Πσελ. 35
4. Ο Ο.Π και το ελληνικό δημογραφικό πρόβλημασελ. 37
5. Μέθοδοι του Ο.Π.....σελ. 44.

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

1. Η Ελληνίδα και η έκτρωση: κοινωνικοψυχολογική μελέτη του φαινομένουσελ. 49
2. Έκτρωση: ορισμός και εννοιολογική εξέλιξησελ. 55
3. Ιστορική αναδρομή.....σελ. 57
4. Έκτρωση:Αναπόφευκτη εμπειρία στη ζωή της Ελληνίδας;σελ.59
5. Έκτρωση – Άμβλωση: υπάρχει διαφορά;σελ.65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

1. Η νομική διάταξη της Ελλάδος στο θέμα των αμβλώσεωνσελ. 66
2. Η νομοθεσία των αμβλώσεων σε άλλες χώρεςσελ.69
3. Άμβλωση: νομιμοποίηση στην Ελλάδασελ.73

ΜΕΡΟΣ Γ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

- Α. Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των εκτρώσεων
1. Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για έκτρωση ..σελ. 76
 2. Ψυχοπαθολογία πριν από την έκτρωσησελ. 79
 3. Ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωσησελ. 81
 4. Προσωπικές καταθέσεις γυναικώνσελ. 83
 5. Αντιμετώπιση ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεωνσελ. 85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

1. Ο ρόλος του Κ.Λ σε κέντρα Ο.Π.σελ. 88

ΜΕΡΟΣ Δ

ΕΡΕΥΝΑ

- Έρευνα.....σελ.90
- Αποτελέσματα έρευνας.....σελ. 92
- Αποτελέσματα.....σελ. 96
- Συμπεράσματα Ποσοστά.....σελ.99
- Επίλογος.....σελ.100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 101

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ. 103

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, ειδικοί επιστήμονες και υπεύθυνοι παράγοντες της πολιτείας, άρχισαν ν' ανησυχούν για τη δημογραφική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού. Η μείωση της αναπαραγωγικότητας και ο τρόπος με τον οποίο αυτή επιτυγχανόταν, συνειδητοποιήθηκαν κυρίως όταν συγκεντρώθηκαν ακριβέστερα βιοστατιστικά στοιχεία και τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα.

Η υπέρμετρη και ανορθόδοξη εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση αύξησε την ανησυχία της Πολιτείας για τις μελλοντικές εξελίξεις του ελληνικού πληθυσμού. Η ανησυχία αυτή μεταδόθηκε στο ευρύτερο κοινό που πολλές φορές αντέδρασε με υπερβολές. Σήμερα όλοι μιλούν για σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα, κάνουν συγκρίσεις με γειτονικά κράτη και προτείνουν διάφορους τρόπους αντιμετώπισής του. Η μείωση της αναπαραγωγικότητας του ελληνικού πληθυσμού δεν πρέπει να υποτιμάται. Η πορεία της καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη και ακολουθεί τα πρότυπα των Δυτικοευρωπαϊκών κρατών. Η συγκράτηση όμως της παραπέρα μείωσής της επιβάλλεται κυρίως για να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής μας.

Πρέπει όμως να συνειδητοποιήσουμε ότι αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί με απαγορευτικές διατάξεις, που όπως είναι γνωστό εύκολα παραβιάζονται, αλλά με τη λήψη μέτρων για την ενίσχυση του θεσμού του γάμου, της οικογένειας και της μητρότητας. Μεγαλύτερη ανησυχία θα πρέπει να υπάρχει σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται η μείωση της αναπαραγωγικότητας

Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα, απέδειξαν ότι ελάχιστο ποσοστό των Ελληνίδων έχει τις απαραίτητες γνώσεις για σωστό οικογενειακό προγραμματισμό. Αντίθετα, οι περισσότερες δεν έχουν γνώσεις, μέσα και τρόπο για σωστό οικογενειακό προγραμματισμό, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε παράνομες εκτρώσεις για να πετύχουν το πρότυπο της οικογένειας που θεωρούν σαν ιδανικό.

Επομένως, επιτακτική εμφανίζεται η ανάγκη να προσφερθούν στην Ελληνίδα οι γνώσεις και τα μέσα που θα τη βοηθήσουν ν' αποκτήσει ευτυχισμένη οικογένεια με υγιή και επιθυμητά παιδιά και θα τη βοηθήσουν ν' αποφύγει την έκτρωση που τη θεωρεί ως θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά απαράδεκτη. Για το σκοπό αυτό, χρειάζεται η υιοθέτηση ορισμένων αρχών και μεθόδων Οικογενειακού Προγραμματισμού από την Πολιτεία και η ευρεία διάδοση αυτών στο κοινό. Ήδη η Πολιτεία μετά την κατάργηση του προγαμιαίου πιστοποιητικού ιατρικής εξέτασης, διακήρυξε την ανάγκη πληροφόρησης του κοινού σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε συνδυασμό με παροχή προγαμιαίων ιατρικών συμβουλών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει η Π.Ο.Υ (παγκόσμια οργάνωση υγείας), ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι «τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής, που τον υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις που παίρνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας».

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι συνυφασμένος :

- 1) Με το δικαίωμα της γυναίκας, ν' αναπτύξει ελεύθερα την προσωπικότητά της (πράγμα που ορίζεται ή κατοχυρώνεται στο ελληνικό Σύνταγμα του 1975, για όλους τους πολίτες)
- 2) Αναγνωρίζει το δικαίωμα της γυναίκας ως αυθύπαρκτο άτομο, πέρα από το ρόλο της και την ευθύνη της ως μητέρα
- 3) Συγχρόνως λαμβάνει υπόψη και τα δικαιώματα του παιδιού για σωματική ή ψυχική υγεία.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δίνει στο άτομο ελευθερία επιλογής για το αν θα αποκτήσει παιδιά, πότε ή πόσα, παιδιά επιθυμητά, γερά, ευτυχισμένα, οικογένειες σταθερές, υγιείς με ευτυχισμένους γονείς. Σήμερα, η ελευθερία αυτή αναγνωρίζεται ως ένα από τα βασικά δικαιώματα του ανθρώπου ή ιδιαίτερα της γυναίκας. Όμως η υπεύθυνη γονιμότητα έχει τόσο μεγάλη επίδραση στην υγεία της μητέρας και του παιδιού που δεν μπορεί να θεωρείται μόνο δικαίωμα, αλλά και καθήκον του ατόμου προς τους απογόνους του και προς το κοινωνικό σύνολο, είναι βασικό δικαίωμα κάθε 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 των προβλημάτων, που δεν έχουν άμεση σχέση με το σχηματισμό οικογένειας, οι φορείς προβληματίστηκαν και έγιναν οι παρακάτω προτάσεις για την αντικατάσταση του όρου (υπεύθυνη γενετήσια σχέση, υπεύθυνη σεξουαλικότητα, αναπαραγωγικός προγραμματισμός, προγραμματισμένη αναπαραγωγή, επιλεγμένη/εκούσια γονιμότητα ή αναπαραγωγικότητα). Γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός επηρεάζει ποσοτικά και ποιοτικά, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, τη διαδικασία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης συμβάλλει στον εκσυγχρονισμό της κοινωνίας 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 ή 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 στις γυναίκες, και αμβλύνει τις ανισότητες μεταξύ κοινωνικών ομάδων.

Στην Ελλάδα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός διακηρύσσεται ότι έχει (όπως και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες), κυρίως ποιοτικό χαρακτήρα, δηλαδή ότι ανάγεται στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των μέσων βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, την προαγωγή του ατόμου και ταυτόχρονα ότι αποτελεί τη δίοδο για την αποτελεσματική εφαρμογή της πολιτικής ενίσχυσης της γεννητικότητας, στα πλαίσια των δυνατοτήτων και των αναγκών σε πληθυσμό της χώρας. Με τον προσανατολισμό αυτό ο οικογενειακός προγραμματισμός θα συντελέσει στην εξασφάλιση του απαραίτητου για την ανάπτυξη της χώρας εργατικού δυναμικού, στην αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος και στη βελτίωση των συνθηκών στεγάσεως, διατροφής, εκπαίδευσης, επαγγελματικής προαγωγής, κοινωνικής κινητικότητας και χειραφέτησης του πληθυσμού.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ:

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει η Π.Ο.Υ (παγκόσμια οργάνωση υγείας) ο Ο.Π είναι « τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής, που τον υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις που παίρνουν άτομα ή ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας».

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ο όρος αντισύλληψη ή αντισυλληπτικά μέσα και αντισυλληπτικές μέθοδοι, στη στενή τους έννοια υποδηλώνουν κάθε μέθοδο και μέσο που αντιστρατεύεται , που παρεμποδίζει τη σύλληψη, τη γονιμοποίηση δηλαδή του ωαρίου. Όταν χρησιμοποιούμε τον ορισμό αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα εννοούμε, όχι μόνο τα μέσα που παρεμποδίζουν τη γονιμοποίηση του ωαρίου, αλλά και την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα. Ακόμη κάθε μέσο που οδηγεί στο βίαιο τερματισμό της εγκυμοσύνης.

ΕΚΤΡΩΣΗ

Έκτρωση καλείται η έξοδος του εμβρύου από τη μήτρα πολύ πριν το τέρμα της κύησης, όταν ακόμη δεν έχει συμπληρώσει την 28^η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής του. Πριν την 28^η εβδομάδα το έμβρυο δεν θεωρείται βιώσιμο, δηλαδή με δυνατότητα να διατηρήσει μια ζωή ανεξάρτητη από τη μητέρα του, έστω και κάτω από ειδικές συνθήκες.

ΑΠΟΒΟΛΗ

Η έκτρωση μπορεί να είναι αυτόματη, δηλαδή να προέρχεται από κάποια αιτία παθολογική της μητέρας και του εμβρύου που προκαλεί την εκβολή του από τη μήτρα και ονομάζεται αποβολή.

ΑΜΒΛΩΣΗ

Αν η έκτρωση δεν είναι αυτόματη, τότε είναι προκλητή και γίνεται είτε για θεραπευτικό σκοπό είτε πρόκειται για εγκληματική ενέργεια.

Η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται πάντοτε από γιατρό. Πριν επιχειρηθεί μια θεραπευτική έκτρωση, είναι απαραίτητο δυο γιατροί να βεβαιώσουν ότι υφίσταται ανάγκη να διακοπεί η κύηση, διότι από κάποια συγκεκριμένη σοβαρή αρρώστια απειλείται η υγεία ή και η ζωή της γυναίκας.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Α) ΟΙ ΠΡΟ ΤΟΥ Β΄ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΠΟΛΕΜΟΥ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού σε διεθνή κλίμακα, κρίνεται όχι μόνο χρήσιμη αλλά και απαραίτητη για να εκτιμηθεί η σημασία του θεσμού και η πορεία του στη χώρα μας.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, ως κοινωνικό κίνημα, άρχισε στις αρχές του αιώνα μας με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες, τη Margaret Sanger στις Η.Π.Α το 1912, νοσοκόμα σε βιομηχανική περιοχή της Νέας Υόρκης και τις Mary Store γιατρό, και Edith How-Martin στη Μ.Βρετανία το 1915. Στο ξεκίνημα της η Sanger είδε την κίνηση της συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας, ονομάστηκε κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων (birth control) και στηρίχτηκε στην άποψη ότι ο έλεγχος των γεννήσεων και η απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συνδέεται άμεσα με την προαγωγή της υγείας μάνας και παιδιού. Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή παίρνει συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σ' αυτό βοήθησε αποφασιστικά η υιοθέτησή της από τα γυναικεία σωματεία, κυρίως στην Αγγλία. Περνά από πολλά κρίσιμα στάδια, και εδώ μπορούμε ενδεικτικά ν' αναφέρουμε:

Το 1916 η Margaret Sanger, η πιο μαχητική πρωτοπόρος της ιδέας ελέγχου των γεννήσεων, ανοίγει στη Ν.Υόρκη την

πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και η Sanger συλλαμβάνεται και φυλακίζεται για λίγο. Αυτό όμως δεν αποθαρρύνει τη M.Sanger και τους φίλους της, οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και το 1921 συγκροτούν στην Αμερική τον Σύνδεσμο ελέγχου των γεννήσεων.

Ενώ αυτά συνέβαιναν στις Η.Π.Α, η Mary Stope ανοίγει το 1921 στο Λονδίνο τη δική της κλινική, «Mary Stope Mother's Clinic for Birth Control». Στη συνέχεια για την περαιτέρω εξάπλωση και διεθνοποίηση του κινήματος, συγκαλείται το 1930 στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων στην οποία παίρνουν μέρος αντιπρόσωποι από 12 χώρες. Η συνάντηση αυτή είχε και ένα πιο ειδικό σκοπό: να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου, πράγμα πολύ σημαντικό για την εποχή εκείνη και που σ'ένα βαθμό το κατόρθωσε. Γενικά η εκτίμηση είναι ότι η συνάντηση της Ζυρίχης πέτυχε τους σκοπούς της. Αναφέρουμε περιληπτικά τις προτάσεις της:

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

Στη συνέχεια, μέχρι την έναρξη του Β'παγκοσμίου πολέμου, το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά στην Ευρώπη, Ασία και

Β.Αμερική. Κατά τη διάρκεια του πολέμου η [πρωτοβουλία που πάρθηκε στη Ζυρίχη για διεθνή συνεργασία στον τομέα αυτό φυσικά διακόπηκε εξ' ολοκλήρου.

Β) ΟΙ ΜΕΤΑ ΤΟΝ Β΄ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΟΛΕΜΟ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Μετά το τέλος όμως του πολέμου, άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των σκόρπιων δυνάμεων που κινούνταν διεθνώς σ' αυτό το χώρο. Η Σουηδέζα Elise Ohesenjensen, για να δοθεί συνέχεια στις πρωτοβουλίες που πάρθηκαν στη Ζυρίχη το 1930, οργανώνει το 1946 διεθνές συνέδριο στη Στοκχόλμη.

Στη συνάντηση αυτή, συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες της κίνησης θα έπρεπε να αποσκοπούν στην πραγμάτωση του παρακάτω βασικού σκοπού: να προωθηθεί η σωματική και πνευματική υγεία, η ευημερία και ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, σ' έναν καινούριο και ενωμένο κόσμο.

Ανάμεσα στα ψηφίσματα που πάρθηκαν, το πρώτο ήταν το ακόλουθο: «κάθε παιδί έχει δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από δύο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα ν' αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο». Στη συνάντηση της Στοκχόλμης, κυριάρχησε το θέμα των ανθρώπινων δικαιωμάτων ως βασική αρχή της κίνησης.

Η επόμενη διεθνής συνάντηση μετά τη Στοκχόλμη, έγινε στο Cheltenham το 1948 με θέμα: "Population and World Resources", για να ακολουθήσει η οργάνωση στη Βομβάη το 1952 του Γ' παγκοσμίου πολέμου του Ο.Π. Εκεί ιδρύθηκε η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού, με ιδρυτικά μέλη τις Εταιρίες Ο.Π των κρατών: Ινδίας, Η.Π.Α, Ολλανδίας, Σουηδίας, Γερμανίας, Σιγκαπούρης και Χονγκ Κονγκ. Η M.Sanger και η Lady Ramma εξελέγησαν πρόεδροι της ομοσπονδίας. Η ίδρυση της Δ.Ο.Ο.Π, αποτέλεσε διεθνώς το βασικότερο σταθμό στην ιστορία του Ο.Π.

Στο μεταξύ, μέσα στη δεκαετία του '50 και συγκεκριμένα το 1956 ο G.Pincous, του ιδρύματος Πειραματικής Βιολογίας του Worcester της Μασαχουσέτης, ανακαλύπτει το αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο φέρνει μια σημαντική επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης και αποτελεί μέχρι σήμερα μια από τις κυριότερες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Γ) ΗΝΩΜΕΝΑ ΈΘΝΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ένας άλλος μεταπολεμικός σταθμός στην εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού, πολύ σημαντικός ήταν η αναγνώριση από τον Ο.Η.Ε.

Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε, για πρώτη φορά διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της». Δύο χρόνια αργότερα, το 1968, στην 20^η επέτειο Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων:

- 1) να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους και
- 2) να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σ' αυτό τον τομέα.

Καθοριστική τέλος είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του 1969, η οποία συνιστά στα κράτη μέλη να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί ν' αποφασίσει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε.

Με την απόφαση αυτή, οι ευθύνες ασκήσεως του δικαιώματος της ελεύθερης τεκνογονίας κατανέμονται μεταξύ κράτους και ατόμου. Η καθολική αποδοχή των αρχών του οικογενειακού προγραμματισμού, αποτυπώνεται και στα

«Παγκόσμια Σχέδια Δράσης για τον Πληθυσμό» που αποδέχτηκαν ομόφωνα τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε στα Παγκόσμια Συνέδρια Πληθυσμού στο Βουκουρέστι (1974) και στην πόλη του Μεξικού (1984). Επίσης το θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού, αποδέχεται ανεπιφύλακτα το Συμβούλιο της Ευρώπης, συνιστώντας με δύο αποφάσεις του (το 1975 και το 1978), στα κράτη μέλη του να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Το τελευταίο διάστημα καταβάλλεται προσπάθεια και από πλευράς κρατών μελών της ΕΕ να πολιτογραφηθεί ενιαία στρατηγική ως προς τη χάραξη της δημογραφικής πολιτικής, στα πλαίσια της οποίας κυρίαρχη θέση αποδίδεται στον οικογενειακό προγραμματισμό.

2. ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

α) ΑΡΧΙΚΗ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ως ιδέα και πράξη έχει περάσει από πολλά στάδια εξέλιξης, μέχρι να φτάσει στη σημερινή του μορφή.

Αρχικά, ξεκίνησε ως κίνηση ελέγχου των γεννήσεων (birth control), με βασικό στόχο την

προαγωγή της υγείας μάνας-παιδιού και θεωρήθηκε λιγότερο ή περισσότερο ως αποκλειστική υπόθεση της γυναίκας. Η διεθνοποίηση όμως της κίνησης και οι προσπάθειες σε εθνικό

επίπεδο να εξασφαλίσουν την υποστήριξη της κοινής γνώμης, της ιατρικής κοινότητας και των κυβερνήσεων, επέβαλλαν για λόγους τακτικής την τροποποίηση του τίτλου birth control σε family planning.

Με την αλλαγή αυτή εκτός από τη μεγαλύτερη απήχηση που εξασφάλισε η παρουσία της λέξης «οικογένεια» στο νέο τίτλο, δινόταν και μεγαλύτερη έμφαση στη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μεθόδων και διευρυνόταν το πεδίο της κίνησης, αφού τώρα για πρώτη φορά συμπεριλάμβανε εκτός από τη γυναίκα, τον άντρα και τα παιδιά. Επίσης, αξίζει ν' αναφερθεί ότι εκείνη την εποχή –10ετία του 1930- επικράτησε και η αντίληψη, ότι η κίνηση θα έπρεπε να αποστασιοποιηθεί από την «ευγονική» που είχε υιοθετηθεί από τους πρωτεργάτες της περασμένης δεκαετίας, λόγω πιθανής παρερμηνείας του όρου και της συσχέτισής του με ρατσιστικές θέσεις.

β) ΑΛΛΑΓΗ ΤΙΤΛΟΥ

Στη συνέχεια γίνεται νέα αλλαγή του τίτλου και μέχρι να συγκροτηθεί η Δ.Ο.Ο.Π, το 1952, είχε ήδη επίσημα επικρατήσει ο όρος “Planned Parenthood” αντί για “Family Planning”. Ο νέος τίτλος, εκφράζει πολύ περισσότερες θέσεις από αυτές που περιέχει εννοιολογικά ο όρος «Οικογενειακός Προγραμματισμός». Προσδίδει ευρύτερο περιεχόμενο στο κίνημα και υποδηλώνει ότι τα θέματα που συνδέονται με την αναπαραγωγή και γονική ιδιότητα του ατόμου, μέσα στο πνεύμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ευθυνών, επεκτείνονται πέρα από τη σφαίρα της παραδοσιακής οικογένειας και περιλαμβάνουν κατάλληλη πληροφόρηση στην παιδική ηλικία, για το πώς έρχεται στον κόσμο ένα παιδί, και κυρίως για το βασικό δικαίωμα του ατόμου στη γνώση και τα μέσα, με τα οποία επιτυγχάνεται στην αναπαραγωγική ηλικία ο περιορισμός ή η προαγωγή της

γονιμότητας, στοιχείο σημαντικό για την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αρχικά ξεκίνησε ως κίνημα ελέγχου των γεννήσεων και αποκτά δύο διαστάσεις: η μια αφορά το άτομο, την οικογένεια, και η άλλη την παγκόσμια πληθυσμιακή κατάσταση (δημογραφική). Η δημογραφική θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε ακραίες θέσεις. Έτσι μερικοί φθάνουν να υποστηρίξουν ότι σε χώρες που υπάρχει υπογεννητικότητα, όπως η Ελλάδα, δεν θα πρέπει να μιλάμε για Ο.Π. Η θέση αυτή δεν είναι σωστή. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η αναπαραγωγικότητα ενός λαού ή μιας κοινωνικής ομάδας επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική του ανάπτυξη και όχι από την άγνοια ή την αντίθεση στη ρύθμιση της γονιμότητας και μάλιστα στο όνομα κάποιων εθνικών ή εθνικών αναγκών.

Στην Ελλάδα η άγνοια και η αντίθεση που υπήρξε μέχρι σήμερα στην αποτελεσματική αντισύλληψη οδήγησε στη σιωπηρή ανοχή των εκτρώσεων και το μέγεθος της οικογένειας έχει περιορισθεί σε 1-2 παιδιά. Το πρότυπο του οικογενειακού προγραμματισμού που αναπτύχθηκε και επικράτησε στην Ευρώπη δεν έχει ποσοτικό, όσο κυρίως ποιοτικό χαρακτήρα, και έτσι διαφοροποιείται από το πρότυπο που υιοθετείται και εφαρμόζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι

οποίες αντιμετωπίζουν πιεστικό πρόβλημα υπερπληθυσμού.

Γίνεται επίσης δεκτό ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός, κατάλληλα θεσμοθετούμενος και ενισχυόμενος με μέτρα δημογραφικής πολιτικής, δεν αντιστρατεύεται το στόχο της αύξησης των γεννήσεων, αλλά ενδέχεται να τον ισχυροποιεί και να επιταχύνει την επίτευξή του. Η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού και η δημογραφική πολιτική δεν είναι έννοιες ασυμβίβαστες, δεν δρουν ανταγωνιστικά αλλά συμπληρωματικά και μπορούν να

εναρμονισθούν μεταξύ τους, αρκεί να υπάρχει το απαιτούμενο για τη συνύπαρξή του θεσμικό και νομικό πλαίσιο καθώς και τα κατάλληλα οικονομικο-κοινωνικά κίνητρα τεκνοποίησης.

γ) ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ενώ ξεκίνησε ως κίνημα ελέγχου των γεννήσεων, στην πορεία του εξελίχθηκε, διεύρυνε τους στόχους και το περιεχόμενό του και χωρίς να ξεφεύγει από τη φιλοσοφία και τις βασικές αρχές του, συχνά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας, π.χ κατάσταση υγείας του πληθυσμού, δημογραφικές ανάγκες, οικονομικο-κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη της χώρας.

Σήμερα το περιεχόμενο του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνει και άλλους τομείς που αφορούν την υπεύθυνη γενετήσια σχέση και τα προβλήματα που συνδέονται μ' αυτή, όπως: στειρότητα, υιοθεσία, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αφροδίσια νοσήματα και γενικά όλες τις πλευρές της σεξουαλικής υγείας.

Αν μέχρι τώρα η προσπάθεια προς τις κατευθύνσεις αυτές δεν ήταν έντονη, οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχαν άλλες ανάγκες και προτεραιότητες. Με τον τρόπο αυτό διευρύνεται και διαφοροποιείται το περιεχόμενο του όρου Οικογενειακός Προγραμματισμός, ώστε να διαφαίνεται καθαρά ότι η εξελικτική εννοιολογική του τοποθέτηση δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί.

3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Βασικός στόχος του Ο.Π, είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι, να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του, ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του. Αποσκοπεί με τον τρόπο αυτό να δημιουργηθεί μια οικογένεια από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά.

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή η παροχή συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων κλπ.

Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός, ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων ο οποίος εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, οι οποίες μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Γι αυτό έχει δημιουργηθεί σε πολλές χώρες μια αντίδραση στη γενικότερη εφαρμογή των σκοπών του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Και όμως ο οικογενειακός προγραμματισμός διαφέρει βασικά από τον έλεγχο των γεννήσεων.

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

Οι δυο αυτοί κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας, δηλαδή ο Οικογενειακός

Προγραμματισμός και ο έλεγχος των γεννήσεων, διακρίνονται μεταξύ τους σε αρκετά σημεία γιατί:

1) έχουν διαφορετικούς στόχους

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να κάνει την αναπαραγωγικότητα υπεύθυνη και συνειδητή. Θεωρεί ότι είναι αναφαίρετο δικαίωμα η πληροφόρηση κάθε ανθρώπου πάνω στα θέματα αυτά. Προσφέρει επομένως στα ενδιαφερόμενα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες, τις υπεύθυνες συμβουλές και τα σχετικά μέσα. Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων δε λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, αλλά αποβλέπει στο σύνολο, έχει ποσοτικό χαρακτήρα και αποσκοπεί στην αύξηση ή τη μείωση των γεννήσεων και να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.

2) έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση των τεχνικών μέσων ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας

Ενώ η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στειρότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζευγάρι να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας ερχόμενος σε αντίθεση με αυτόν τον τρόπο στην πολιτική ελέγχου των γεννήσεων.

2) έχουν διαφορετική αιτιολογική και ιδεολογική τοποθέτηση

Η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού και υποπληθυσμού. Αντίθετα ο οικογενειακός προγραμματισμός αδιαφορεί για τα παραπάνω προβλήματα και θεμελιώνει την πολιτική του πάνω σε ορισμένες παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες. Επομένως ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα προστατευόμενο σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα. Αυτό δε σημαίνει ότι οι δυο αυτοί

κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας είναι ασυμβίβαστοι.

Αντίθετα συνυπάρχουν και εφαρμόζονται από τον ίδιο φορέα, που είναι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού που συμβάλλουν στη γεφύρωση των ατομικών και εθνικών αντιλήψεων, σχετικά με το μέγεθος οικογένειας. Το μέγεθος αυτό, εξαρτάται από τα πρότυπα που έχουν επικρατήσει στην κοινωνία, καθώς και από την αποτελεσματικότητα των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας.

Στην ελληνική κοινωνία έχει επικρατήσει το πρότυπο των 2 έως το πολύ 3 παιδιών. Αυτό αποτελεί συνέπεια της αλλαγής των προσδιοριστικών παραγόντων αναπαραγωγικότητας (εισόδημα, κοινωνικό επίπεδο, επάγγελμα, μόρφωση, τόπος διαμονής, απασχόληση γυναικών κλπ) που συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την οικονομική ανάπτυξη, με την εκβιομηχάνιση, την αστικοποίηση και τον κοινωνικό εκσυγχρονισμό.

Σήμερα εξάλλου, το μέσο άτομο αντιμετωπίζει ορθολογικότερα και περισσότερο υπεύθυνα τον προγραμματισμό της οικογένειάς του γιατί επιθυμεί να εξασφαλίσει όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης, καλύτερη μόρφωση για τα παιδιά του και προσπαθεί να πετύχει την προσωπική του προαγωγή και την κοινωνική και οικονομική του χειραφέτηση. Έτσι σήμερα υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη πληροφόρησης του κοινού πάνω στα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού.

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

- 1) Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων
- 2) Στη μείωση των εκτρώσεων
- 3) Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας του και
- 4) Στην προαγωγή της υγείας του παιδιού.

α) *Παράγοντες επιτυχίας στόχων*

- 1) Άνοδος μορφωτικού, εκπολιτιστικού επιπέδου.
- 2) Εξάλειψη προλήψεων και θρησκευτικών προκαταλήψεων.
- 3) Επιμόρφωση πληθυσμού σε προβλήματα αναπαραγωγής.
- 4) Επιμόρφωση πληθυσμού στους στόχους ρυθμίσεως γονιμότητας.
- 5) Σταθερή ή γενναία ενίσχυση από την κυβέρνηση .
- 6) Η πληροφόρηση, τα μέσα και οι σχετικές υπηρεσίες να είναι εύκολα προσιτές σε όσους επιθυμούν ή έχουν ανάγκη.
- 7) Συνεχής επιμόρφωση όλων των φορέων.
- 8) Εξασφάλιση κοινωνικού ρόλου της γυναίκας.
- 9) Αναγνωρισμένο ενδιαφέρον για την αξιοπρέπεια και την ευημερία του ατόμου.
- 10) Διασύνδεση και συνεργασία όλων των φορέων.
- 11) Νομική κατοχύρωση των στόχων ρύθμισης της γονιμότητας
- 12) Κινητοποίηση ιδιωτικού και δημοσίου τομέα για την εξεύρεση πόρων.
- 13) Άμεση συμμετοχή της κοινότητας.
- 14) Επιλογή και δημιουργία στελεχών απ' όλες τις επιστήμες συμπεριφοράς και επιμόρφωσης του ατόμου.

β) *Ενδείξεις που υπαγορεύουν την ανάγκη για Οικογενειακό Προγραμματισμό*

- 1) Περισσότερα από 4 παιδιά.
- 2) Παιδιά με λιγότερο από 2 χρόνια διαφορά μεταξύ τους
- 3) Η μητέρα είναι κάτω των 20 ετών
- 4) Η μητέρα είναι άνω των 40 ετών

- 5) Η μητέρα είναι σε κακή κατάσταση υγείας.
- 6) Ένα ή περισσότερα παιδιά είναι σε κακή κατάσταση υγείας.
- 7) Ο αρχηγός της οικογένειας είναι άνεργος.
- 8) Έλλειψη κατοικίας.
- 9) Η μητέρα θέλει να εργασθεί.
- 10) Όταν υπάρχουν συζυγικά προβλήματα.
- 11) Η μητέρα δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει με τα παιδιά που έχει.
- 12) Επιθυμία για καλύτερη μόρφωση για παιδιά και γονείς.
- 13) Αίσθημα ότι δεν μπορεί να ρυθμίσει τη ζωή της.
- 14) Τα παιδιά ντύνονται και τρέφονται ανεπαρκώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

1) Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας, η θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού, καθυστέρησε σημαντικά. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στη σύγχυση που επικράτησε σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή του προγράμματος σε μια χώρα, που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της αναπαραγωγικότητας. Η λεπτομερέστερη όμως μελέτη των χαρακτηριστικών της υπογεννητικότητας έδειξε ότι τα δημογραφικά μας χαρακτηριστικά συμβαδίζουν με την κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική μας ανάπτυξη και πλησιάζουν προς το πρότυπα των χωρών της Ε.Ε. Η σημαντικότερη πτυχή του δημογραφικού μας προβλήματος δεν είναι η υπογεννητικότητα, αλλά η μεθοδολογία που ακολουθείται για τη μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Μετά από έρευνες που έγιναν, διαπιστώθηκε ότι τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της γονιμότητας δεν είναι αποτελεσματικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μεγάλη συχνότητα των εκτρώσεων με τις οποίες επιχειρείται η επίτευξη του προτύπου της ελληνικής οικογένειας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός μετά την αποποινικοποίηση της έκτρωσης με το Ν.1609/86 καλείται να βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού δεν θα επιταχύνει τη μείωση της αναπαραγωγικότητας γιατί αυτή εξαρτάται από δέσμη κοινωνικο-οικονομικών και άλλων παραγόντων. Αντίθετα, μπορεί να επηρεάσει θετικά τη γεννητικότητα από την αποφυγή δευτεροπαθών στειρώσεων που συχνά ακολουθούν τις εκτρώσεις.

Η ορθή τοποθέτηση του ρόλου του Ο.Π στα πλαίσια του δημογραφικού προβλήματος αλλά και των διεθνών

συγκυριών οδηγούν στην επίσημη αποδοχή του θεσμού εκ μέρους της πολιτείας που εκφράζεται με το Νόμο 1036 του 1980. ο οικογενειακός προγραμματισμός εντάχθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας με το άρθρο 22 του Ν.1397/83. σήμερα λειτουργούν 50 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ με τη στήριξη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, επεκτείνεται το πρόγραμμα μέσα στις υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ, ΙΚΑ και σε ορισμένους Δήμους, που έχουν εκδηλώσει ανάλογο ενδιαφέρον, με προγραμματικές συμβάσεις.

Στόχος του Υπουργείου είναι σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο να λειτουργεί κέντρο Ο.Π και σε όλα τα κέντρα Υγείας να παρέχεται συμβουλευτική και ανάλογες υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Κάθε Κ.Ο.Π εναρμονιζόμενο με τους στόχους και τις κατευθυντήριες γραμμές του εθνικού προγράμματος πρέπει:

- 1) να διαμορφώνει τους δικούς του στόχους σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, τις τρέχουσες περιστάσεις, συνθήκες και τη δυναμικότητα του κέντρου

- 2) να εξασφαλίζει στη διαδικασία αυτή τη συμμετοχή όλου του προσωπικού του. Τα στελέχη θα πρέπει να γνωρίζουν τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο την έκταση και το βαθμό στον οποίο μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη αξιοποίηση του κέντρου και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος

- 3) να ορίζει το άτομο που θα έχει την υπευθυνότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Το ρόλο αυτό αναλαμβάνει ο υπεύθυνος γιατρός ή, όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες, ανατίθεται στην υπεύθυνη μαία δεδομένου ότι η παρουσία της είναι

συνεχής, σε αντίθεση με την παρουσία των γιατρών που περιορίζεται συνήθως σε ορισμένες ώρες κατά τη διάρκεια λειτουργίας του κέντρου.

Βέβαια ορισμένοι γιατροί δείχνουν τελείως απρόθυμοι να δεχτούν σ' αυτό το ρόλο τη μαία, γεγονός που οδήγησε σε πολλές συζητήσεις διεθνώς και οι οποίες κατέληξαν στην άποψη ότι ή θα πρέπει να βρεθούν τρόποι παρακίνησης των γιατρών, ώστε να έχουν περισσότερο ενεργό συμμετοχή και ενδιαφέρον στις δραστηριότητες του κέντρου ή διαφορετικά θα πρέπει να επικεντρώνουν περισσότερο την προσοχή τους και να δίνουν περισσότερες πρωτοβουλίες στα άλλα στελέχη της ομάδας.

2) ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Ο.Π

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

A) οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού παρέχονται σε κάθε άτομο από τους παρακάτω φορείς:

- 1) το μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των Κέντρων Υγείας πλαισιωμένο από το απαραίτητο προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων, προκειμένου να λειτουργήσουν από κοινού ως ομάδα Ο.Π (μαία, κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτρια υγείας, κλπ) ανάλογα με τη δομή των Κ.Υ και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.
- 2) Το εξωτερικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των Νομαρχιακών νοσοκομείων. Το προσωπικό των

ιατρείων αυτών είναι πλαισιωμένο με άτομα και άλλων ειδικοτήτων, που λειτουργούν ως ομάδα Ο.Π όπως αναφέρθηκε. Επισημαίνεται η ανάγκη παρουσίας ψυχολόγου και κοινωνιολόγου.

- 3) Το εξωτερικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των Περιφερειακών Νοσοκομείων. Το προσωπικό αυτών των ιατρείων υποστηρίζεται και με ιατρούς και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (ενδοκρινολόγους, γενετιστές, μέλη της Ψυχιατρικής ομάδας και Γενετήσιας Υγείας, κλπ), και εξειδικευμένους μαιευτήρες σε θέματα στειρότητας, προβλημάτων γονιμότητας, προγεννητικής διαγνωστικής και εφηβικής γυναικολογίας. Επίσης το προσωπικό και των άλλων επαγγελματιών υγείας και συνεργάζεται με κοινωνιολόγο, ώστε να λειτουργεί ως ομάδα Ο.Π.
- 4) Το προσωπικό των Περιφερειακών, Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών που λειτουργούν, παρέχει υπηρεσίες Ο.Π σε συμβουλευτικό μόνο επίπεδο.

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού λειτουργούν σε τακτές ημέρες και ώρες που καθορίζονται από τη Διεύθυνση των Κέντρων Υγείας, ή των νοσοκομείων.

Στα Κ.Υ παρέχονται υπηρεσίες που περιλαμβάνουν:

- Ανίχνευση περιστατικών ή ομάδων
- Πληροφόρηση-ενημέρωση των ατόμων ή της κοινότητας
- Συμβουλευτική ατόμων ή οικογένειας
- Γενετήσια ενημέρωση

- Χορήγηση αντισύλληψης σε όλο της το φάσμα (Φυσική, Ορμονική, Μηχανική) σύμφωνα με τα ισχύοντα
- Ανίχνευση κακοήθειας των γεννητικών οργάνων (test Παπανικολάου)
- Πρόληψη των γενετησιακά μεταδιδόμενων νοσημάτων

B) χώροι Κ.Ο.Π

i) Για τα νομαρχιακά νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας Εφόσον δεν υπάρχει η δυνατότητα διάθεσης αποκλειστικών χώρων για τον οικογενειακό προγραμματισμό, οι χώροι που προορίζονται για τη λειτουργία του μαιευτικού και γυναικολογικού ιατρείου θα χρησιμοποιούσε σε τακτές ημέρες και ώρες σαν ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού.

ii) για τα περιφερειακά νοσοκομεία

Το ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να αποτελείται από:

- 1) γραφείο ιατρών
- 2) γραφείο μαίας-αρχείο
- 3) γραφείο κοινωνικού λειτουργού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού
- 4) μικρή αίθουσα διαλέξεων
- 5) εξεταστήριο. Στο χώρο εξεταστηρίου θα πρέπει να υπάρχει διαχωριστικό, για την προετοιμασία της εξεταζόμενης

6) χώρος αναμονής

7) μικρός χώρος αποθήκευσης υλικού.

Γ) έντυπο υλικό

- 1) φάκελος ιστορικού
- 2) ιστορικό ασθενούς
- 3) έντυπο με τυποποιημένες εξετάσεις για συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως: για τη χορήγηση χαπιού, για την τεχνητή έκτρωση, για τον έλεγχο πριν από την κύηση
- 4) ατομική κάρτα παρακολούθησης
- 5) ενημερωτικό έντυπο για τους κινδύνους της τεχνητής έκτρωσης
- 6) ιδιαίτερο ιστορικό για την τεχνητή έκτρωση (υπό διεκπεραίωση από το Υπουργείο)
- 7) ενημερωτικά φυλλάδια για τον οικογενειακό προγραμματισμό
- 8) βιβλίο μητρώου ασθενών
- 9) βιβλίο μητρώου τεχνητών εκτρώσεων.

Δ) προσωπικό-διαφώτιση

Το προσωπικό που στελεχώνει τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού αποτελείται από: (1) ιατρούς των περισσότερων ειδικοτήτων με επίκεντρο το γυναικολόγο, (2) επιλεγμένο παραϊατρικό προσωπικό δηλ. μαίες, αδελφές νοσοκόμες, επισκέπτριες αδελφές, κοινωνικούς λειτουργούς. Η επιλογή αυτών των προσώπων τόσο από πλευράς προσόντων, πείρας, προσωπικότητας, ικανότητας προσέγγισης, επικοινωνίας

και πειθούς είναι ένα σημαντικό κριτήριο για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Επίσης καλούνται πρόσωπα για να βοηθήσουν στη σύλληψη και την εκτέλεση του διαφωτιστικού προγράμματος τα οποία προέρχονται από διάφορα επαγγέλματα που έχουν σχέση με την επικοινωνία και την επιστήμη συμπεριφοράς και επιμόρφωσης του ατόμου όπως είναι: δάσκαλοι, καθηγητές, δημοσιογράφοι, στατιστικολόγοι, νομικοί, διαφημιστές, οικονομολόγοι, έντυπα, ραδιόφωνο, τηλεόραση, τύπος ιατρικός και δημόσιος. Όλοι αυτοί οι άνθρωποι διαμορφώνουν τη στάση του κοινού και χρησιμεύουν ως άνθρωποι κλειδιά στη διεξόδωση των μηνυμάτων.

Ο ρόλος της διαφώτισης στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι πολύπλευρος. Δεν περιορίζεται μόνο στην τροφοδότηση ενός παθητικού κοινού με στοιχεία, αλλά επιχειρεί την αναζήτηση και καταστολή αντιστάσεων,

το ξεπέραςμα της αδιαφορίας, την αλλαγή στάσεως και συμπεριφοράς, την ενεργοποίηση και την κινητοποίηση ατόμων, κατηγοριών ατόμων και ολόκληρου του πληθυσμού.

Ακόμη, στην περίπτωση του οικογενειακού προγραμματισμού, η διαφώτιση προσπαθεί να πείσει ότι η αντισύλληψη δεν μπορεί να διαχωριστεί από τη σεξουαλικότητα και ακόμη ότι δεν είναι μια μεμονωμένη ιδέα, αλλά ένας τρόπος ζωής που προϋποθέτει ψυχική ή φυσική υγεία, υπευθυνότητα, διαπροσωπικές σχέσεις και καθορισμό του ρόλου του καθενός στο κοινωνικό πλαίσιο.

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

A) σε χώρες με μικρή πληθυσμιακή αύξηση

1) Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη

Πολλές φορές εμφανίζεται μια αντιδραστική διάθεση στον τομέα της αντισύλληψης από ένα μέρος του ιατρικού κόσμου, το οποίο διατίθεται γενικά ευνοϊκά στην ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Από την άλλη πλευρά η πολιτική ηγεσία αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, εξαιτίας κάποιας πίεσης που υφίστανται από διάφορες ομάδες οι οποίες αντιστρατεύονται τον οικογενειακό προγραμματισμό. Οι αντιδράσεις αυτές συνοδεύονται από υστερικές εκρήξεις φόβου, αφανισμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού. Η συντηρητικότητα και ατομία της πολιτικής ηγεσίας υποβοηθείται από συντηρητικές, κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες.

Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα αντιστρατεύονται τη διάδοση των προγραμμάτων. Οι άνδρες π.χ πολλές φορές θεωρούν ως αντίστροφη των σεξουαλικών ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων από τη γυναίκα. Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα είναι εδραιωμένα στο ιατρικό προσωπικό, κυρίως στο γεροντότερο που είναι επηρεασμένο από προσωπικά βιώματα ή από θρησκευτικές του πεποιθήσεις, που δεν το αφήνουν να προωθήσει τον οικογενειακό προγραμματισμό.

2) ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού

Στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται μικρότερη προτεραιότητα από 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 η πληροφόρηση και η παροχή υπηρεσιών είναι ελλιπής και δεν φτάνει στους κοινωνικά μειονεκτούντες, απομονωμένους, στους αγράμματους και στους φτωχούς, στα άτομα εκείνα που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης.

3) αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι παρενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωοθυλακορρυξίας, δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Παρόμοιες δυσχέρειες δημιουργήθηκαν για την εφαρμογή των ενδομήτριων σπειραμάτων και της χειρουργικής στείρωσης.

Σημαντική προσπάθεια θα πρέπει να γίνει ώστε να ενισχυθούν ερευνητικά προγράμματα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών των αντισυλληπτικών που υπάρχουν, αλλά και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων περισσότερο και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων περισσότερο αποδεκτών από τον πληθυσμό. Σημαντικό εμπόδιο είναι το υψηλό κόστος ορισμένων μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για τη δωρεάν παροχή τους.

(«Αγωγή Υγείας», Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας-Αθήνα, 1994)

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ & ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η Ελλάδα κατά τη μακρά της ιστορία της προσπάθησε να επιβιώσει βελτιώνοντας την πληθυσμιακή της ανάπτυξη και αντιμετωπίζοντας τα διάφορα προβλήματα που δημιουργούσε η ξεχωριστή γεωγραφική της θέση. Έτσι με το πέρασμα του χρόνου κατόρθωσε να μειώσει σημαντικά τη γενική και ιδιαίτερα τη βρεφική θνησιμότητα. Σ' αυτό συντέλεσε η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής. Οι μεταβολές αυτές έφεραν και μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Ο δείκτης γεννητικότητας υποδιπλασιάστηκε με αποτέλεσμα η φυσική αύξηση του πληθυσμού να μειωθεί σημαντικά και να γίνει πιο αισθητή από το μεταναστευτικό κύμα που πήρε μεγάλες διαστάσεις φυγής κατά τη δεκαετία του 1960. Η μείωση της αναπαραγωγικότητας ακολουθείται από την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη του πληθυσμού.

Η Ελληνίδα σήμερα, προσπαθεί να περιορίσει την αναπαραγωγικότητά της στο πρώτο μισό της αναπαραγωγικής της ηλικίας και μετά την γέννηση δύο περίπου παιδιών, με μεθόδους αντισύλληψης μικρής αποτελεσματικότητας γι' αυτό και καταφεύγει τόσο συχνά στις εκτρώσεις που είναι απαράδεκτες από ιατρικής, κοινωνικής, ηθικής και θρησκευτικής πλευράς. Έτσι είναι μεγάλη ανάγκη να διαδοθούν οι αρχές και οι μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός θα πρέπει να πάψει να ταυτίζεται με τον έλεγχο των γεννήσεων. Ο Ο.Π δεν αντιστρατεύεται την πολιτική ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας. Παράλληλα με τα μέτρα ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας επιβάλλεται η διάδοση των αρχών και μεθόδων οικογ. προγρ., όχι μόνο γιατί η πληροφόρηση, η γνώση και η ελευθερία της χρήσης του αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα, αλλά γιατί μ' αυτό τον τρόπο θα μειωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων.

Παρακολουθώντας τη δημογραφική εξέλιξη κάθε πληθυσμού παρατηρούμε ότι από την αρχή υπάρχει ελάχιστη αντισύλληψη και πολύ λίγες εκτρώσεις. Ολόκληρη όμως η γονιμότητα εκδηλώνεται με άμετρη γεννητικότητα.

Κατά τη δημογραφική ωρίμανση η γεννητικότητα περιορίζεται με τις εκτρώσεις.

Στην Ελλάδα βρισκόμαστε περίπου σ' αυτό το σημείο. Η γεννητικότητα θα μειωθεί ακόμη περισσότερο ακολουθώντας τα πρότυπα των χωρών της Ε.Ε. Εάν εξακολουθήσει η ίδια κατάσταση, το ποσοστό της μείωσης θα καταλάβουν οι εκτρώσεις. Η προσπάθεια, επομένως, θα πρέπει να κατευθυνθεί στην αντικατάσταση των εκτρώσεων από μεθόδους αντισύλληψης παραδεκτές από κάθε άποψη.

(«Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού», Dr Γεώργιος Παπαευαγγέλου- Dr Αναστασία Ρουμελιώτου-Καραγιάννη)

Έτσι με την παράλληλη εφαρμογή μέτρων ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας θα επιτύχουμε αύξηση του ρυθμού ανάπτυξης του πληθυσμού και συγχρόνως μείωση των εκτρώσεων.

Στον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι πλησιάζουμε τις χώρες της Ε.Ε, ελάχιστα μόνο υπολοιπόμεθα από τις βαλκανικές χώρες. Σε αντίθεση, τόσο η Τουρκία όσο και η Αλβανία υπερτερούν τόσο στη γεννητικότητα όσο και στη φυσική αύξηση που αποτελεί σχετικό εμπόδιο για βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της ποιότητας της ζωής τους.

(«Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού», Dr Γεώργιος Παπαευαγγέλου, Dr Αναστασία Ρουμελιώτου-Καραγιάννη, Αθήνα, 1979)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Σύγχρονοι δημογραφικοί δείκτες (σε 100 κατοίκους) στις Ευρωπαϊκές χώρες.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΦΥΣ. ΑΥΞΗΣΗ
ΧΩΡΕΣ Ε.Ε	15	11	4
ΕΛΛΑΣ	16	9	7
ΒΑΛΚΑΝΙΑ			
α) Χωρίς την Αλβανία & Τουρκία	18	9	9
β) Με την Αλβανία & Τουρκία	26	11	15

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι ακόμη και η λήψη των πιο δραστικών μέτρων ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας δεν είναι δυνατόν να επιφέρει αύξηση του πληθυσμού μας πάνω από 11.000.000 περίπου κατά το τέλος του 20^{ου} αιώνα. Σήμερα έχει επικρατήσει στην ελληνική οικογένεια ως επιθυμητό μέγεθος τα δύο παιδιά.

(«Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού», Dr Γεώργιος Παπευαγγέλου, Dr Αναστασία Ρουμελιώτου-Καραγιάννη, Αθήνα, 1979)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Προοπτικές εξελίξεως του ελληνικού πληθυσμού (1976-2000)

ΠΕΡΙΟΔΟΙ	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000
Μέσος αριθμός παιδιών	2,32	2,26	2,21	2,15	2,08
Πληθυσμός (000)	9,205	9,512	9,792	10,022	10,188
Φυσική αύξηση	6,8	6,3	5,3	3,9	2,6
Μέσος αριθμός παιδιών	2,32	2,31	2,30	2,28	2,25
Πληθυσμός (000)	9,213	9,543	9,861	10,141	10,373
Φυσική αύξηση	7,1	7,0	6,2	5,0	4,0
Μέσος αριθμός παιδιών	2,32	2,36	2,37	2,38	2,39
Πληθυσμός (000)	9,220	9,569	9,915	10,328	10,530
Φυσική αύξηση	7,4	7,4	6,8	6,0	5,3

Στον Πίνακα 3 παρατηρούμε ότι ήδη από το 1965 το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας είχε μειωθεί σε 2,6 στον αστικό και σε 2,9 στον αγροτικό πληθυσμό. Ακόμη στον πίνακα βλέπουμε το μεγάλο ποσοστό Ελληνίδων που εξασκούν κάποια μορφή αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ελληνική έρευνα γονιμότητας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ
Επιθυμητό μέγεθος οικογένειας	2,6	2,9
Άσκηση αντισύλληψης	87%	79%
Αντισυλληπτικές μέθοδοι		
Αποτράβηγμα	42%	68%
Προφυλακτικό	32%	19%
Άλλη μέθοδος	25%	13%

Στον Πίνακα 4 διαπιστώνουμε το μέγεθος του προβλήματος των εκτρώσεων. Από τα στοιχεία του Πίνακα, όχι μόνο τονίζεται η σοβαρότητα του προβλήματος, αλλά και καθορίζονται μερικοί από τους προσδιοριστικούς του παράγοντες. Έτσι η Ελληνίδα προσπαθεί να περιορίσει την αναπαραγωγικότητά της στο πρώτο μισό της αναπαραγωγικής της ηλικίας και μετά τη γέννηση δυο περίπου παιδιών, με μεθόδους μικρής αποτελεσματικότητας, γι αυτό και καταφεύγει στις εκτρώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ελληνική έρευνα εκτρώσεων

Συχνότητα (%) εκτρώσεων ανά 100 γυναίκες	35
Συνολικός αριθμός εκτρώσεων ανά 100 γυναίκες	75
Αύξηση συχνότητας εκτρώσεων με χρόνια γάμου	14-49
Μείωση συχνότητας εκτρώσεων με μορφωτικό επίπεδο	94-38
Αύξηση συχνότητας εκτρώσεων με μέγεθος κοινότητας	31-52
Αύξηση συχνότητας εκτρώσεων με σειρά εγκυμοσύνης	3-57

Στον Πίνακα 5 παρατηρούμε ότι η συχνότητα προγαμιαίων σχέσεων στις Ελληνίδες, έχει αυξηθεί σημαντικά στα τελευταία χρόνια. Έτσι προγαμιαίες γενετήσιες σχέσεις έχει το 1/3 των κοριτσιών μέχρι το 19ο έτος και οι μισές μέχρι ηλικίας 22 ετών. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι η έλλειψη πληροφόρησης σε αντισύλληψη οδηγεί σε εκτρώσεις που η συχνότητά τους σε κορίτσι μέχρι 19 ετών που έχουν γενετήσιες σχέσεις ανέρχεται σε 16% και σε 33% για όσα είναι πάνω από 22 χρονών. Αυτό προέρχεται κυρίως από έλλειψη σωστής πληροφόρησης ή από χρησιμοποίηση λιγότερο αποτελεσματικών μεθόδων και μέσων αντισύλληψης με αποτέλεσμα τη δευτεροπαθή στέρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Εκτρώσεις σε ανύπαντρα κορίτσια

ΗΛΙΚΙΑ	Ποσοστό (%) με γενετήσιες σχέσεις	Ποσοστό (%) με εκτρώσεις στο σύνολο	Ποσοστό (%) με εκτρώσεις στα κορίτσια με γεν. σχέσεις
-19	29	5	16
20-21	43	11	26
22+	51	17	33
ΣΥΝΟΛΟ	40	10	25

5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αντισύλληψη

Ο όρος αντισύλληψη ή αντισυλληπτικά μέσα και αντισυλληπτικές μέθοδοι στη στενή τους έννοια υποδηλώνουν κάθε μέθοδο και μέσο που αντιστρατεύεται, που παρεμποδίζει τη σύλληψη, τη γονιμοποίηση δηλαδή του ωαρίου. Όταν χρησιμοποιούμε τον ορισμό αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα εννοούμε, όχι μόνο τα μέσα που παρεμποδίζουν τη γονιμοποίηση του ωαρίου, αλλά και την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη μήτρα. Ακόμη κάθε μέσο που οδηγεί στο βίαιο τερματισμό της εγκυμοσύνης.

Γενικά χαρακτηριστικά αντισυλληπτικών μεθόδων

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι οι εξής:

- να επιτρέπει φυσιολογική γενετήσια επαφή, αλλά να παρεμποδίζει τη σύλληψη
- να μην έχει δυσμενή επίδραση στη σωματική ή ψυχική υγεία του ζεύγους
- η δράση της στην ικανότητα σύλληψης να μην είναι μόνιμη, αλλά αναστρέψιμη.

Για την ευρύτερη όμως εφαρμογή της και για την ευχερέστερη αποδοχή της από τον πληθυσμό η μέθοδος πρέπει εκτός από τις τρεις παραπάνω προϋποθέσεις να έχει χαμηλό κόστος, να είναι απλή και εύχρηστη από το ευρύ κοινό.

Οι τεράστιες πρόοδοι των τελευταίων χρόνων επέτρεψαν την ανακάλυψη μεθόδων που εκπληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις. Σ' αυτό βοήθησαν η πρόοδος στις γνώσεις μας, στη φυσιολογία της αναπαραγωγής, η καλύτερη

μελέτη και συνθετική παραγωγή στεροειδών ορμονών και οι τεχνολογικές πρόοδοι κυρίως στον τομέα των αδρανών πλαστικών ουσιών.

Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου

Η ποικιλία των μεθόδων αντισύλληψης προβάλλει την ανάγκη επιλογής που είναι ατομικό θέμα της συζύγου ή του συζύγου, αλλά και συνδυασμός των δυνατοτήτων και των επιθυμιών και των δυο. Απαραίτητη είναι η συνεργασία με το γιατρό ή τη μαία για την ανεύρεση της πιο κατάλληλης και πρακτικής μεθόδου. Ο σύμβουλος Οικογενειακού Προγραμματισμού θα πρέπει να λάβει υπόψη του τους παρακάτω παράγοντες για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου κατά περίπτωση:

1) κίνητρα του ζεύγους

Η ανάγκη του ζεύγους για αντισύλληψη μπορεί να είναι:

- Απόλυτη: όταν υπάρχουν σοβαρές παθήσεις της μητέρας από τις οποίες μπορεί να απειληθεί σοβαρά η υγεία της ή όταν υπάρχουν φόβοι γεννήσεως παιδιού με σοβαρή κληρονομική πάθηση.
- Μεγάλη ανάγκη: όταν υπάρχουν ήδη πολλά παιδιά και το ζεύγος δεν επιθυμεί αλλά, ή όταν παρεμβάλλεται μια προσωρινή αρρώστια ή σοβαρή κοινωνική ή οικονομική κρίση.
- Σχετική ανάγκη: όταν το ζεύγος επιθυμεί ν' αναστείλει προσωρινά τη γέννηση του παιδιού ή να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα μεταξύ των 2 παιδιών. Η αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου στην περίπτωση αυτή δεν θα δημιουργήσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα.

2) ιατρικές ενδείξεις και πληροφορίες

Σημαντικός παράγοντας για την επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου αποτελεί το ιατρικό ιστορικό του ζευγαριού και ιδίως της γυναίκας. Πριν από την υπόδειξη της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου για το υποψήφιο ζευγάρι θα πρέπει να εξετασθεί η παρούσα ιατρική κατάσταση.

Αν διαπιστωθεί προσβολή θρομβοφλεβίτιδας ή υποψία νεοπλασίας των γεννητικών οργάνων θα αποφευχθεί η χορήγηση ανασταλτικών της ωορρηξίας. Αν υπάρχει φλεγμονή του τραχήλου της μήτρας δεν θα συστηθεί η εφαρμογή ενδομήτριου ελάσματος ή διαφράγματος. Αν υπάρχουν σοβαρές ανωμαλίες της περιόδου δεν θα προτιμηθεί η μέθοδος του ρυθμού. Εκτός από το γυναικολογικό ιστορικό, το γενικό ιατρικό ιστορικό θα μας καθοδηγήσει στην επιλογή της μεθόδου. Η παχυσαρκία και η υπέρταση αποτελούν αντένδειξη χορήγησης ανασταλτικών της ωορρηξίας. Η ύπαρξη νεφροπάθειας ή καρδιοπάθειας επιβάλλει την εφαρμογή αποτελεσματικής αντισυλληπτικής μεθόδου.

3) οικογενειακή και οικονομική κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ανάγκη και το είδος της αντισύλληψης. Η ανύπαντρη έχει μεγαλύτερη ανάγκη αντισύλληψης από μια παντρεμένη που θέλει απλώς να αναστείλει την απόκτηση παιδιών για λίγα χρόνια. Η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού θα επιτρέψει ή όχι τη χρήση ενός ακριβού αντισυλληπτικού κλπ.

4) ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ζευγαριού

Σε πολλά ζευγάρια με διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις όπως καθολικοί, μωαμεθανοί κλπ, θα περιοριστούμε μόνο στη διδασκαλία της αντισύλληψης, θα πληροφορήσουμε το ζευγάρι για τις μεθόδους που εφαρμόζονται και χωρίς να επιβάλλουμε τις απόψεις μας θα επιτρέψουμε στο ζευγάρι να επιλέξει την αντισυλληπτική μέθοδο που επιθυμεί, η οποία δεν θα είναι αντίθετη προς τις θρησκευτικές και ηθικές τους αρχές.

5) τρόποι ζωής και κοινωνικές συνήθειες

Οι τρόποι ζωής και οι κοινωνικές συνήθειες του ζευγαριού καθορίζουν σημαντικά την καθημερινή χρήση του αντισυλληπτικού. Ακόμη αν οι σεξουαλικές επαφές είναι τόσο συχνές, ώστε να επιβάλλουν τη συνεχή, μόνιμη αντισύλληψη ή αν υπάρχει αποστροφή προς το ενδομήτριο έλασμα.

6) χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου

Τα χαρακτηριστικά της αντισυλληπτικής μεθόδου σε συνδυασμό με τους παραπάνω πέντε παράγοντες θα καθορίσουν την τελική επιλογή. Για τη λήψη της απόφασης τον κυριότερο ρόλο θα παίξουν η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες του αντισυλληπτικού.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

A) Διακεκομμένη συνουσία

B) Ανδρικά προφυλακτικά

Γ) Γυναικεία προφυλακτικά: 1) κολπικό διάφραγμα,
2) καλύπτρα του Dumas

3) τραχηλική καλύπτρα

4) vimule

Δ) Σπερματοκτόνα- χημικά αντισυλληπτικά

Ε) Μέθοδος του ρυθμού ή ασφαλούς περιόδου: 1) ημερολογιακή μέθοδος

2) θερμομετρική

μέθοδος

3) εργαστηριακές μέθοδοι

ΣΤ) Ενδομήτρια σπειράματα

Ζ) Ανασταλτικά της ωορρηξίας

Η) Χειρουργική στείρωση

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

1. Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΚΤΡΩΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Το 1988 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα η οποία χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Έρευνας και Τεχνολογίας και αποτέλεσε αντικείμενο διδακτορικής διατριβής. Με την έρευνα αυτή επιχειρείται μια κοινωνικο-ψυχολογική μελέτη των ιδιομορφιών, με τις οποίες παρουσιάζεται το πρόβλημα της έκτρωσης στον ελληνικό χώρο. Διερευνώνται με τη χρήση της κλινικής μεθοδολογίας, οι ψυχικές διαδικασίες οι οποίες σε συνδυασμό με κοινωνικούς παράγοντες δημιουργούν τις προϋποθέσεις, ώστε η Ελληνίδα να καταφεύγει επανειλημμένα στην έκτρωση και αφετέρου να αποκτά ή όχι πρόσβαση στα σύγχρονα αντισυλληπτικά μέσα.

Από την έρευνα προέκυψε ότι η έκτρωση μπορεί να θεωρηθεί μέσα από ένα πλέγμα συγκρούσεων που διατρέχουν την ψυχική ζωή της Ελληνίδας και ιδιαίτερα τη συγκρότηση της γυναικείας ταυτότητάς της. Στη δημιουργία των συγκρούσεων αυτών σημαντικό ρόλο παίζουν οι επιρροές που δέχεται η γυναίκα σε διάφορα επίπεδα, από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον της και κυρίως της σεξουαλικής της ζωής. Η επίλυση των συγκρούσεων αυτών- η οποία προϋποθέτει τη δραστηριοποίηση ορισμένων ψυχολογικών μηχανισμών- εξαρτάται άμεσα από τη δομή του ψυχικού της κόσμου.

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 αλληπάλληλα δημοσιογραφικά δημοσιεύματα, αλλά και από τις επιστημονικές εργασίες που έχουν επισημάνει τις κοινωνικο-δημογραφικές πλευρές του θέματος.

Καθώς συνιστά όχι μόνο ένα σημαντικό γεγονός στην ψυχοσεξουαλική εξέλιξη της γυναίκας αλλά και μια κοινωνική πρακτική, με την έρευνα τέθηκε σαν στόχος, η ανίχνευση των ψυχικών εκείνων μηχανισμών οι οποίοι σε συνδυασμό με κοινωνικούς παράγοντες, ερμηνεύουν τη στάση της Ελληνίδας απέναντι στην έκτρωση και την αντισύλληψη.

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε περίπου την ίδια χρονική περίοδο με την τροποποίηση του νομικού καθεστώτος που ίσχυε στη χώρα μας σχετικά με τις εκτρώσεις μέχρι τον Ιούνιο του 1986. η νομιμοποίηση της έκτρωσης δεν αποτέλεσε αντικείμενο σκληρής διαμάχης και ιδιαίτερα δυναμικής κινητοποίησης από μέρος διάφορων κοινωνικών ομάδων (κυρίως των γυναικείων οργανώσεων) όπως συνέβη σε άλλες χώρες. Εάν το θέμα της έκτρωσης δεν φέρνει στην επιφάνεια ηθικής φύσεως προβλήματα με ιδιαίτερη οξύτητα, αυτό δεν σημαίνει ότι παρουσιάζεται ως ένα ανώδυνο γεγονός από τις γυναίκες που απάντησαν στην έρευνα.

Οι περισσότερες αν και δεν αναφέρονται παρά μόνο σπάνια σε μακροχρόνιες επιπλοκές από την έκτρωση, έχουν δυσάρεστα βιώματα πριν από την επέμβαση. Η διαδικασία της έκτρωσης σύμφωνα με τις ερωτώμενες (σε συνδυασμό με τη λήψη αναισθησίας) δημιουργεί έντονα αισθήματα άγχους και αγωνίας. Οι γυναίκες αισθάνονται έντονο φόβο ότι η σωματική τους ακεραιότητα και η ίδια τους υπόσταση διατρέχει άμεσο κίνδυνο.

Η αγωνία που εκφράζεται με την έκτρωση παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με τις ανησυχίες που εκφράζουν οι γυναίκες σχετικά με τη σύγχρονη αντισύλληψη (και κυρίως το χάπι) προκειμένου να δικαιολογήσουν, είτε την αρνητική στάση τους είτε την αδυναμία τους να τη χρησιμοποιήσουν με συνέπεια.

Πολλές φορές θεωρούν ότι το αντισυλληπτικό μέσο αποτελεί ξένο σώμα ή επικίνδυνη χημική ουσία, η οποία μπορεί να αλλοιώσει τις φυσιολογικές λειτουργίες και να είναι απειλητικό για τη σωματική τους ακεραιότητα.

Αν αναλύσουμε τα συναισθήματα που συνδέονται με την πρακτική της έκτρωσης και της αντισύλληψης, θεωρούμε ότι η

εμφάνιση αυτών των φόβων και αγωνιών αποτελούν έμμεση εκδήλωση μιας βαθιάς ενοχής. Η ενοχή αυτή προκύπτει ως αναπόφευκτη συνέπεια της παραβίασης ορισμένων ηθικών απαγορεύσεων, που αφορά κυρίως τη δυνατότητα της γυναίκας να απολαμβάνει τις σεξουαλικές σχέσεις και να παραμένει γόνιμη, χωρίς ωστόσο να κάνει παιδιά.

Η επαναλαμβανόμενη προσφυγή στην έκτρωση φέρνει στην επιφάνεια μια βαθιά αναγκαιότητα της γυναίκας- αλλά και του άντρα- να αποδείξει πως διατηρεί την αναπαραγωγική της ικανότητα την οποία η χρήση της αντισύλληψης μπορεί να θέσει –έστω και προσωρινά- σε αμφισβήτηση. Στη γυναίκα η αντισύλληψη γίνεται πιο εύκολα αποδεκτή από τη στιγμή που έχει αποκτήσει τουλάχιστον μια φορά τη βεβαιότητα ότι είναι γόνιμη. Η προϋπόθεση αυτή δεν αποτελεί ωστόσο τη μοναδική συνθήκη που επιτρέπει ή εμποδίζει την Ελληνίδα ν' αποκτήσει πρόσβαση στην αντισύλληψη.

Η ανάλυση των συνεντεύξεων ανέδειξε και άλλους σημαντικούς παράγοντες, όπως είναι η ποιότητα των ερωτικών σχέσεων που διατηρεί με το σύντροφό της καθώς και η γενικότερη ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη στην οποία η κεντρική θέση κατέχουν οι ταυτίσεις με τις γονικές μορφές. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι η καλή συναισθηματική και σεξουαλική επαφή του ζευγαριού αποτελεί έναν ιδιαίτερα ευνοϊκό παράγοντα.

Αντίθετα η μη ικανοποίηση των συναισθηματικών και σεξουαλικών αναγκών της γυναίκας από το σύντροφό της ή η αναζήτηση «με οποιοδήποτε τίμημα» της σεξουαλικής ευχαρίστησης, μπορεί να προκαλέσει σχεδόν την πλήρη αδιαφορία της γυναίκας στο θέμα της αντισύλληψης. Όσον αφορά την απόφαση για την αλλαγή του αντισυλληπτικού μέσου, αυτή φαίνεται ν' ανήκει σχεδόν στην αποκλειστική δικαιοδοσία της γυναίκας, ενώ ο άντρας παρουσιάζεται με αυτό τον τρόπο αδιάφορος ως προς το θέμα.

Η χρήση μιας συγκεκριμένης αντισύλληψης φαίνεται ν' αντανακλά το γενικότερο πλέγμα σχέσεων εξουσίας που χαρακτηρίζει τη δυναμική κάθε ζευγαριού, ενώ η εμπειρία της έκτρωσης αποβαίνει μια διαδικασία κατά την οποία η γυναίκα

είναι σε θέση να εκτιμήσει το βαθμό συναισθηματικής επένδυσης του συντρόφου της προς το πρόσωπό της, κρίνοντας τις αντιδράσεις του σ' αυτή την κατάσταση. Έτσι η αναφορά στο ζήτημα αυτό συνδέεται από την έκφραση ποικίλων συναισθημάτων, συχνά αμφιθυμικών, τα οποία απηχούν και πάλι το γενικότερο χαρακτήρα της ερωτικής σχέσης.

Η αμφιθυμία χαρακτηρίζει επίσης τα συναισθήματα και τις αναπαραστάσεις που συνδέονται μετά τις γονικές μορφές και ιδιαίτερα την εικόνα της μητέρας, η εικόνα αυτή επενδύεται ταυτόχρονα από θετικά συναισθηματικά στοιχεία αλλά και αρνητικά τα οποία αφορούν κυρίως το ρόλο της μητέρας στην ψυχοσεξουαλική εξέλιξη της γυναίκας.

Με άλλα λόγια προβάλλεται συχνά ως ο κύριος φορέας των απαγορεύσεων που σφράγισαν την έκφραση και ικανοποίηση των σεξουαλικών αναγκών της. Στις περιπτώσεις όμως που η εικόνα της μητέρας εμπνέει είτε έντονα συναισθήματα απόρριψης, είτε υπερβολικής προσέγγισης, φαίνεται ν' αντιπροσωπεύει έναν κίνδυνο που στοχεύει άμεσα στη σωματική ακεραιότητα της γυναίκας ή την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Μπροστά σ' αυτή την απειλή η γυναίκα επιστρατεύει τους αμυντικούς μηχανισμούς που διαθέτει ενώ το ενδεχόμενο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης –και της έκτρωσης που συνήθως έπεται- παίρνει έναν ιδιαίτερο συμβολικό χαρακτήρα: της αντίστασης στη μητρική αυτή επιβολή ή της πληρωμής ενός χρέους προκειμένου να διασφαλιστεί η αυτονομία της γυναικείας της υπόστασης και επομένως της επιθυμίας της.

Το ιστορικό των γυναικών που έχουν κάνει μεγάλο αριθμό εκτρώσεων (περισσότερες από 5) χαρακτηρίζεται συχνά από σχέσεις με τον πατέρα –αλλά συχνά και με τους ερωτικούς συντρόφους- ιδιαίτερα προβληματικές. Τα οδυνηρά αυτά βιώματα προκύπτουν ως επί το πλείστον από μια ελλιπή παρουσία του πατέρα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, ενώ τροφοδοτούν αισθήματα απόρριψης ή/και επιθετικότητας η οποία μπορεί να στραφεί και εναντίον της εικόνας της μητέρας.

Ο προβληματισμός που τυχόν αναπτύσσει η γυναίκα σχετικά με την απόφασή της να καταφύγει στην έκτρωση, τη φέρνει αντιμέτωπη με τις επιθυμίες της που αφορούν είτε τη θέση του παιδιού στη ζωή της, είτε τις ικανοποιήσεις που αντλεί από τη σχέση με το σύντροφό της, καθώς και τις άλλες δραστηριότητές της.

Έτσι μπορεί να οδηγηθεί σε μια επανεκτίμηση της στάσης της και του τρόπου λειτουργίας της στα πλαίσια του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα να προβεί σε μια τροποποίηση της συμπεριφοράς της. Απόδειξη μιας τέτοιας εσωτερικής μεταβολής μπορεί να θεωρηθεί η απόφασή της να χρησιμοποιήσει με μεγαλύτερη συνέπεια μια ασφαλή αντισυλληπτική μέθοδο.

Από τα προηγούμενα στοιχεία γίνεται φανερό ότι το πρόβλημα της επαναλαμβανόμενης έκτρωσης τίθεται με διαφορετικούς όρους στον ελληνικό χώρο από ότι σε άλλα κράτη, όπου αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης.

Για τις γυναίκες εκείνες που έχουν κάνει μεγάλο αριθμό εκτρώσεων η έννοια της «περιθωριακότητας» πρέπει να χρησιμοποιηθεί με επιφυλακτικότητα. Αυτό γιατί από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων διαπιστώθηκε με σαφήνεια ότι η ψυχική δομή των γυναικών αυτών παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό είχαν επισημανθεί από ξένους ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα της επαναλαμβανόμενης έκτρωσης.

Η αποδοχή της σύγχρονης αντισύλληψης και επομένως η ελάττωση των εκτρώσεων –δεν εξαρτάται μόνο από την οργάνωση του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά και από τις γενικότερες μεταβολές της θέσης της γυναίκας στην οικογένεια και στην κοινωνία. Γι αυτό το λόγο οποιαδήποτε προσπάθεια συστηματικής αντιμετώπισης του προβλήματος του ελέγχου των γεννήσεων στον ελληνικό χώρο δεν θα πρέπει να περιορισθεί σε μια απλή ενημέρωση και διάδοση της αντισύλληψης.

Θα πρέπει να προβλέψει την οργανωτική εκείνη δομή η οποία:

- 1) θα επιτρέψει στις γυναίκες να εκφράσουν όλο τον προβληματισμό και τις αντιφάσεις που βιώνουν, ιδιαίτερα όσον αφορά την απόφασή τους να καταφύγουν

στην έκτρωση ή να χρησιμοποιήσουν ένα σύγχρονο αντισυλληπτικό μέσο

- 2) θα ευαισθητοποιήσει τους ειδικούς στον τομέα αυτό, αφενός από τις προσωπικές τους δυσκολίες να δεχτούν την αντισύλληψη και αφετέρου σε σχέση με τους παράγοντες εκείνους, φανερούς και υπολανθάνοντες που καθορίζουν το βίωμα και τη στάση των γυναικών ως προς την έκτρωση και την αντισύλληψη.

(Δ.Ναζίρη, «Ψυχολογικά Θέματα», Φεβρουάριος 1989, τόμος 2, τεύχος 1)

2. ΈΚΤΡΩΣΗ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

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

Καθημερινά δεκάδες γυναίκες περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, όχι για να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί, αλλά για να ξεριζώσουν πριν ακόμα οι ρίζες ριζώσουν βαθιά και τις πληγώσουν, τις πονέσουν. Στα πρόσωπά τους διαγράφεται ο φόβος, η απογοήτευση, η ενοχή και η πίκρα. Λίγες είναι αυτές που παριστάνουν τις ψύχραιμες, τις αδιάφορες έχοντας υποτίθεται συνηθίσει την διαδικασία της έκτρωσης. Ανάμεσά τους δεν είναι λίγες και οι μαθήτριες Λυκείου ακόμη και Γυμνασίου.

Χιλιάδες γυναίκες έπειτα από μια τέτοια επέμβαση μένουν στείρες, βασανίζονται από ψυχολογικά και βιολογικά προβλήματα. Η αντισύλληψη είναι μια λύση για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όμως δεν μας εξασφαλίζει πάντα απόλυτα. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να διεκδικήσουμε το δικαίωμα της νόμιμης έκτρωσης, διότι το να θέλει ή να μην θέλει παιδιά, είναι στοιχειώδες δικαίωμα της ίδιας της γυναίκας.

ΟΡΙΣΜΟΙ

Έκτρωση καλείται η έξοδος του εμβρύου από την μήτρα πολύ πριν το τέρμα της κύησης, όταν ακόμη δεν έχει συμπληρώσει την 28^η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής του. Πριν την 28^η εβδομάδα το έμβρυο δεν θεωρείται βιώσιμο, δηλαδή με δυνατότητα να διατηρήσει μια ζωή ανεξάρτητη από την μητέρα του, έστω και κάτω από ειδικές συνθήκες.

Αποβολή

Η έκτρωση μπορεί να είναι αυτόματη, δηλαδή να προέρχεται από κάποια αιτία παθολογική της μητέρας ή και του εμβρύου,

που προκαλεί την εκβολή του από τη μήτρα και ονομάζεται αποβολή.

Άμβλωση

Αν η έκτρωση δεν είναι αυτόματη, τότε είναι προκλητή και γίνεται είτε για θεραπευτικό σκοπό είτε πρόκειται για εγκληματική ενέργεια.

Η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται πάντοτε από γιατρό. Πριν επιχειρηθεί μια θεραπευτική έκτρωση, είναι απαραίτητο δυο γιατροί να βεβαιώσουν ότι υφίσταται ανάγκη να διακοπεί η κύηση, διότι από κάποια συγκεκριμένη σοβαρή αρρώστια απειλείται η υγεία ή και η ζωή της γυναίκας.

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σε κείμενο της κινέζικης βοτανικής που γράφτηκε πριν πέντε χιλιάδες χρόνια, αναφέρεται ο υδράργυρος σαν δραστικό εκτριωτικό φάρμακο και οι πρώτοι γνωστοί Αιγυπτιακοί ιατρικοί πάπυροι KAUHN και EBERS που γράφτηκαν πριν από τρεις χιλιάδες χρόνια, αναφέρουν συνταγές για την πρόκληση έκτριωσης.

Στην εποχή των Ασσυροβαβυλωνίων επίσης, υπήρχαν εκτριωτές γιατροί, τους οποίους ο κώδικας του Χαμουραμπί (1750 π.χ) τιμωρούσε.

Στον αρχαίο ελληνικό κόσμο η έκτριωση ήταν πάρα πολύ διαδεδομένη και γινόταν σε μεγάλη κλίμακα, όχι μόνο από γιατρούς αλλά και από μαίες. Γνωστότατη ήταν η Ολυμπιάδα από τη Θήβα για τα εκτριωτικά της.

Ο πρώτος που αντιτάχθηκε στη διακοπή της κύησης ήταν ο Ιπποκράτης, που όπως αναφέρεται και στον όρκο του «ομοίως δε ουδέ γυναιξί πεσόν φθόριο δώσω».

Αντίθετα, ο Αριστοτέλης αναγνώριζε την ανάγκη της έκτριωσης, την οποία δεν χαρακτήριζε σαν πράξη εγκληματική και τούτο για να προφυλάξει τη ζωή των εγκύων από τους κινδύνους που διέτρεχαν καταφεύγοντας στους εμπειρικούς γιατρούς της εποχής. Ακόμη πίστευε ότι «εμποιήστε δει την άμβλωσιν πριν αίσθησιν εγγενέσθαι και ζωήν», δηλαδή πως το έμβρυο κατά το αρχικό στάδιο της ανάπτυξής του δεν έχει ζωή και αποτελεί εξάρτημα του σώματος της μητέρας. Επίσης και ο Πλάτωνας δεχόταν την έκτριωση για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, εφ' όσον όμως αυτή γίνεται στους πρώτους μήνες της κύησης. Επιπλέον ο Πλάτωνας θεωρούσε υποχρεωτική την έκτριωση σε όλες τις γυναίκες άνω των σαράντα ετών

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους η συχνότητα των εκτριώσεων ήταν αρκετά μεγάλη. Όταν ο αυτοκράτορας Αλέξανδρος Σεβήρος κρατικοποίησε τους ιατρούς, ο Βαλεντιανός ο Δ΄ με διάταγμά του προέβλεπε σοβαρές τιμωρίες για τους αμβλωτές.

Ο Ιουδαϊσμός αρνιόταν την έκτρωση και προέβλεπε βαριές ποινές για τις γυναίκες που την έκαναν. Αυτή δε η αντίληψη πέρασε και στη Χριστιανική θρησκεία.

Στον Μεσαίωνα και κυρίως στην Αναγέννηση ανέκυψε με ιδιαίτερη οξύτητα το πρόβλημα των παράνομων κυήσεων. Επειδή δε οι συνέπειες της παράνομης εγκυμοσύνης ήταν τρομερές για τη γυναίκα, οι εκτρώσεις είχαν πάρει πολύ μεγάλη έκταση, γιατί σε όλες σχεδόν τις Ευρωπαϊκές χώρες δεν είχαν θεσπισθεί ακόμη ειδικοί νόμοι, που να χαρακτηρίζουν την άμβλωση σαν αδίκημα ποινικώς κολάσιμο. Η αποβολή του ανεπιθύμητου εμβρύου γινόταν στην αρχή με διάφορα δραστικά βότανα και υπήρχε ολόκληρος κατάλογος που περιελάμβανε διακόσια πενήντα περίπου μέτρα έκτρωσης. Τα γνωστότερα και τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα ήταν ο απήγανος, το δίκταμο και προπάντων το βράδυ, που ήταν πιο δραστικό αλλά εξίσου επικίνδυνο. Αν η εγκυμοσύνη ήταν πολύ προχωρημένη και δεν έφερνε κανένα αποτέλεσμα το βράδυ, κατέφευγαν στα ζεστά λουτρά και προπάντων σε εξαντλητικούς χορούς.

Στους επόμενους αιώνες η έκτρωση άρχισε σιγά-σιγά να χαρακτηρίζεται σαν αδίκημα, πρώτα στις χώρες που ήθελαν να πετύχουν αύξηση του πληθυσμού τους και αργότερα και στις υπόλοιπες.

Τα τελευταία χρόνια η έκτρωση έχει γίνει οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα, επειδή η συχνότητά της αυξήθηκε ραγδαία σε πολλούς πληθυσμούς του κόσμου, με μεγάλες διαστάσεις.

4. ΕΚΤΡΩΣΗ: ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ;

Σύμφωνα με το άρθρο που δημοσιεύτηκε στο φεμινιστικό περιοδικό « ΔΙΝΗ » το 1994, με θέμα: «αφιέρωμα στην μητρότητα», σας παραθέτουμε την παρουσίαση δυο περιπτώσεων γυναικών που προέβησαν στην έκτρωση, οι οποίες αποσκοπούν, κυρίως στην υπογράμμιση δυο διαστάσεων: πρόκειται για τη σχέση της γυναίκας με τη μητέρα της και για την παρουσία του άντρα ως ερωτικού συντρόφου, ως πατέρα και ως γυναικολόγου. Αυτές οι περιπτώσεις επιβεβαιώνουν ότι η προσφυγή στην έκτρωση μπορεί να θεωρηθεί απόρροια των ποικίλων συγκρούσεων που διατρέχουν την ψυχική ζωή της Ελληνίδας και καθορίζουν τη συγκρότηση της γυναικείας της ταυτότητας.

Η σχέση με τη μητέρα

Η Ελπίδα είναι 25 ετών και εργάζεται ως δασκάλα σε δημοτικό σχολείο. Είναι μοναχοκόρη και προέρχεται από εύπορη οικογένεια. Έχει κάνει δυο εκτρώσεις: την πρώτη σε ηλικία 21 ετών και τη δεύτερη 20 μέρες πριν τη συνέντευξη. Δέχτηκε με μεγάλη προθυμία να πάρει μέρος στην έρευνα, γεγονός που πρέπει να ήταν αναπόσπαστα συνδεδεμένο με τον τότε πρόσφατο θάνατο της μητέρας της (40 μέρες πριν) από καρκίνο της μήτρας. Η συνέντευξη υπήρξε ιδιαίτερα μακροσκελής και περιέλαβε πολλά θέματα που είχαν κυρίως άξονα τη σχέση της Ελπίδας με τη μητέρα της και τον τρόπο με τον οποίο βίωνε την απώλειά της. Η ίδια άρχισε να μιλάει για την εμπειρία της σχετικά με τις εκτρώσεις ως εξής: « έκανα δυο εκτρώσεις, μια πριν από 4 χρόνια και μια τώρα...και στις δυο περιπτώσεις μάλλον ήτανε...θεωρώ επιπολαιότητα τη δική μου στάση με την έννοια ότι ήμουν ενημερωμένη, έτυχε να είμαι, γιατί δεν είναι οι περισσότερες γυναίκες ως γνωστόν, ενημερωμένες. Ήξερα θεωρητικά τους τρόπους αντισύλληψης.

Δοκίμασα πριν και από τις δυο εκτρώσεις το χάπι, το οποίο μου προκάλεσε κάποιο πρόβλημα δηλαδή δεν είχα καθόλου όρεξη να κάνω έρωτα. Ίσως ήταν και κάποιο ψυχολογικό σύνδρομο που με επηρέασε. Άμα δεν έχεις τακτικές σεξουαλικές επαφές ή μια μόνιμη σχέση και κάποια ελευθερία στη ζωή σου ώστε να έχεις μια νορμάλ σεξουαλική ζωή...λες γιατί αν πάρω το χάπι; Περνάνε μήνες χωρίς να κάνεις έρωτα και είναι άδικο, δώρο άδωρο να το παίρνεις και με αυτή τη λογική δέχτηκα τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας και κάποια φορά δεν υπολόγισα καλά τον κύκλο ή από επιπολαιότητα και ...έμεινα έγκυος.»

Μολονότι και στις δυο περιπτώσεις ένιωσε ότι «ταλαιπώρησε τον εαυτό της», η δεύτερη έκτρωση εντάσσεται σε τελείως διαφορετικό πλαίσιο: «τη δεύτερη φορά είχα πάλι ψυχολογικές διαταραχές επειδή ήταν οι μέρες που πέθαινε η μητέρα μου, κάπου μάλλον αυτή ήταν η αιτία και είχα ωορρηξία τρίτη μέρα περιόδου, που ήταν θεωρητικά ασφαλής μέρα. Και πάλι το κατάλαβα...δεν ξέρω, ήταν εκείνος ο καιρός που μπαίνουν διάφορα προβλήματα του στυλ ζωή-θάνατος. Εγώ ήμουν αρκετά επηρεασμένη, δηλαδή έβλεπα να πεθαίνει... Στην πρώτη εγχείρηση της μάνας μου είχα δει τη μητέρα της και όλα αυτά...που ήτανε ο καρκίνος αρχινισμένος...και είχα επηρεαστεί στο στυλ ότι εγώ κάπου από κει προέρχομαι. Τώρα που πέθανε καταλάβαινα ότι έβλεπα ένα θάνατο και με είχε πιάσει μια μανία να αντιδράσω σε όλη αυτή την ιστορία και ήθελα να κάνω ένα παιδί τελείως υποσυνείδητα».

Οι συνειρμοί της Ελπίδας αποδεικνύονται εξαρχής αποκαλυπτικοί ως προς τις ποικίλες σημασίες με τις οποίες επενδύεται η προσφυγή της στην έκτρωση: θεωρεί αποκλειστικά υπεύθυνο τον εαυτό της, αλλά συνδέει την ασυνεπή στάση της στο θέμα της αντισύλληψης με την αδυναμία να έχει ικανοποιητική σεξουαλική ζωή αλλά και τη γενικότερη ελευθερία στη ζωή της. Επιπλέον, οι παρενέργειες που μπορεί να προκληθούν είτε από τη σύγχρονη αντισύλληψη είτε από τις εκτρώσεις συναρτώνται άμεσα με τον καρκίνο της μητέρας της. Ο θάνατος της μητέρας αναζωπυρώνει εξάλλου τις

ενοχές της Ελπίδας και τις απειλητικές φαντασιώσεις που ελλοχεύουν στη σκέψη των περισσότερων γυναικών και τροφοδοτούν τις αντιστάσεις τους στα διάφορα αντισυλληπτικά μέσα. Καθώς αναλογίζεται ότι η ίδια υπήρξε προϊόν αυτής της θανατηφόρας μήτρας, έρχεται αντιμέτωπη με τη βαθύτατη αγωνία που αφορά την ίδια της την ύπαρξη.

Τα ευφορικά αυτά και παράδοξα, εκ πρώτης όψεως, συναισθήματά της εναλλάσσονται με τις έντονες τύψεις και τη μεγάλη θλίψη και συνθέτουν την εικόνα του πένθους για τη μητέρα, όπως βιώνεται από την Ελπίδα. Η έκτρωση φαίνεται ότι αποτελεί κομβικό σημείο στη διαδικασία αυτή του πένθους, γιατί η φέρνει αντιμέτωπη όχι μόνο με την αμφιθυμία που επισφραγίζει τη σχέση της με τη μητέρα της αλλά και την επιθυμία της να αποκτήσει ή όχι παιδί σε συνάρτηση με άλλες προτεραιότητες στη ζωή της.

Η ανάλυση του λόγου της Ελπίδας επέτρεψε την εμβάθυνση σε δυο σημεία που θεωρούνται καθοριστικά: α) την προβληματική των ταυτίσεων που συνδέουν κάθε γυναίκα με τις γονικές εικόνες και ιδιαίτερα την εικόνα της μητέρας της, β) τη θέση που καταλαμβάνει η αντισύλληψη στην ψυχοσεξουαλική εξέλιξη της νέας Ελληνίδας και κυρίως σε ότι αφορά την αναζήτηση ικανοποιητικής ερωτικής και προσωπικής ζωής. Η «ιστορία» της Ελπίδας προσφέρει επομένως τη δυνατότητα να αφουγκραστούμε το λόγο μιας ορισμένης ίσως κατηγορίας γυναικών: τις νέες δηλαδή γυναίκες, οι οποίες έχοντας επιλέξει να σπουδάσουν και να ασκήσουν ένα επάγγελμα συναφές με τις σπουδές τους αποβλέπουν σε ένα πιο ελεύθερο τρόπο ζωής, που δεν συμβαδίζει αναγκαστικά με την απόκτηση παιδιών.

Η θέση του άντρα

(ως ερωτικού συντρόφου, πατέρα και γυναικολόγου)

Εάν η περίπτωση της Ελπίδας έστρεψε την προσοχή προς την προβληματική των ταυτίσεων με τη μητέρα, η αναφορά και

σε άλλες περιπτώσεις γυναικών μας επιτρέπει να αντιληφθούμε τη σημαντική θέση που κατέχει ο άντρας στη διαδικασία που οδηγεί στην έκτρωση αλλά και στη δυνατότητα να υιοθετηθούν άλλες λύσεις.

Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση των συνεντεύξεων οδήγησε στη διαπίστωση ότι η πρόσβαση της γυναίκας στη σύγχρονη αντισύλληψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα της σχέσης που διατηρεί με τον σύντροφό της.

Η Μαριάνθη είναι 45 ετών, παντρεμένη και μητέρα 2 κοριτσιών (15 και 18 ετών). Ο άντρας της είναι μογατζής, ενώ η ίδια δεν εργάζεται. Μένουν σε μια λαϊκή γειτονιά και η οικονομική τους κατάσταση δεν φαίνεται ιδιαίτερα ανθηρή.

Έχει κάνει 9 εκτρώσεις, αλλά από την πρώτη στιγμή δίνει την εντύπωση ότι ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων δεν συνιστά από μόνος του κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Αντίθετα η Μαριάνθη αφήνει σχεδόν να εννοηθεί ότι οι συχνές « ανεπιθύμητες » εγκυμοσύνες θα μπορούσαν να έχουν ίσως και μία θετική διάσταση: προϋποθέτουν δραστήρια σεξουαλική ζωή αλλά και ιδιαίτερη προδιάθεση στη γονιμότητα: « έκανα περίπου 7,8 ή 9 . με προβλημάτισε η μια μονάχα, γιατί εκείνον τον καιρό ήμουν λίγο στρουμπουλή και έπαιρνα κάτι χάπια αδυνατίσματος και λόγω αυτών η νάρκωση με πείραξε στα νεύρα πάρα πολύ. Δεν ήθελα τον άντρα μου ούτε να τον βλέπω. Για αρκετό διάστημα ήμουν σε άθλια κατάσταση. Τις έκανα τις εκτρώσεις, με τη θέλησή μου βέβαια. Ξέροντας ότι έμενα εύκολα έγκυος, δεν φυλαγόμουν και...τύχαινε».

Οι συνειρμοί της Μαριάνθης οδηγούν εξ αρχής στην υπόθεση ότι η λήψη κάποιων προληπτικών μέτρων δεν φαίνεται να συμβαδίζει με τη δυνατότητα σεξουαλικής ικανοποίησης κι έτσι η αναζήτηση της ευχαρίστησης προηγείται κάθε άλλης μέριμνας.

« Για ένα καλοκαίρι σχεδόν ήμουν σε κατάσταση μελαγχολίας, έκλαιγα δεν ήθελα τον άντρα μου κοντά μου, ενώ τον αγαπώ και τον λατρεύω στην κυριολεξία εκείνο ήταν το κάτι άλλο, τον έβλεπα και νόμιζα ότι έβλεπα τον εχθρό μου, τον σιχαινόμουν. Κάναμε πολύ καιρό να έρθουμε σε επαφή. Έριχνα στον άντρα μου ευθύνη αλλά και σ' εμένα γιατί έλέγα

ότι δεν είναι μόνο αυτός κτήνος, είμαι κι εγώ, γιατί κι εγώ θα μπορούσα...».

Σε όλη την διάρκεια της συνέντευξης οι αναφορές της Μαριάνθης στον άντρα της χαρακτηρίζονται από έντονη αμφιθυμία: άλλοτε αισθάνεται απειλημένη από τις « κτηνώδεις» διαθέσεις του κι άλλοτε νιώθει ανακουφισμένη γιατί συμμετέχει με τον τρόπο του στην οδύνη και την αγωνία της. Αμφιταλαντεύεται διαρκώς ανάμεσα σε δυο αντιφατικές διαθέσεις απέναντι στον άντρα της, την έκφραση έντονης αντιθετικότητας και την τάση για εξιδανίκευση. Δεν δείχνει ωστόσο να συνειδητοποιεί την αντίφαση αυτή αφού δεν κάνει καμία προσπάθεια να δώσει κάποια εξήγηση. Με τον ίδιο τρόπο εξάλλου μιλάει για τον εαυτό της: άλλοτε κολακεύεται να παρουσιάζεται ως επιθυμητή και επιθυμούσα γυναίκα κι άλλοτε εκφράζεται με αυτοκατηγορίες κι έλλειψη αυτοσεβασμού.

Μέχρι το τέλος της συνέντευξης θα διατηρηθεί μάλλον απροσδιόριστη η αντισυλληπτική πρακτική της Μαριάνθης, ενώ εξίσου ανεξιχνίαστη θα παραμείνει η παρέμβαση του γυναικολόγου που της « εξασφάλισε» ότι δεν θα ξαναμείνει έγκυος. Ο τρόπος όμως με τον οποίο μιλάει για το γεγονός αυτό οδηγεί στη σκέψη ότι η Μαριάνθη υιοθετεί παθητική στάση απέναντι στο γιατρό αποδίδοντάς του κάποια μαγική ικανότητα.

Η παθητική αυτή στάση ίσως φέρει στην επιφάνεια έναν βαθύτερο φόβο απέναντι στη στειρότητα, ο οποίος και συντηρεί την ισχυρή αντίστασή της σε κάποια ασφαλή αντισυλληπτική πρακτική. Εξάλλου η ίδια εκφράζει με σαφήνεια την ανησυχία της μήπως η παρέμβαση του γιατρού λειτούργησε εις βάρος της γονιμότητάς της.

Παρότι η ίδια η Μαριάνθη δεν επιχειρεί καμία ευθεία συσχέτιση ανάμεσα στα γεγονότα που σημάδεψαν την ερωτική της ζωή και τα παιδικά της βιώματα, η σχέση με τη μητέρα της, όπως διαγράφεται μέσα από τα λόγια της, φαίνεται ότι έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην εικόνα της γυναίκας που δημιούργησε για τον εαυτό της.

Ο θάνατος του πατέρα της εξαιτίας ενός εμφράγματος φαίνεται ότι πυροδότησε τις συγκρούσεις με τη μητέρα της, οι

οποίες ενδεχομένως είχαν προκύψει ήδη από την βρεφική ηλικία. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η απουσία πατρικής μορφής φαίνεται ότι δυσχέραινε τη δυνατότητα απεμπλοκής της Μαριάνθης από την έντονη δυαδική σχέση με τη μητέρα της. Ο δε πατριός όχι μόνο δεν μπόρεσε να πάρει, σε φαντασιωτικό κυρίως επίπεδο, τη θέση του απόντος πατέρα, αλλά μετατράπηκε σε ένα επιπλέον αντικείμενο διαμάχης με τη μητέρα. Έτσι, η γεμάτη συγκρούσεις σχέση της με τη μητέρα καθώς και η ανεπάρκεια μιας ισχυρής πατρικής μορφής φαίνεται ότι επηρέασε όλη την ψυχοσεξουαλική εξέλιξή της και υπονόμισαν τη συγκρότηση μιας γυναικείας ταυτότητας με μεγαλύτερη ασφάλεια και αυτάρκεια.

4. ΈΚΤΡΩΣΗ-ΆΜΒΛΩΣΗ : ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΦΟΡΑ

Η άμβλωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες , από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές και νομικές αντιπαραθέσεις , κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις. Την άμβλωση ο περισσότερος κόσμος σήμερα την ονομάζει έκτρωση: Άμβλωση είναι η βίαιη διακοπή μιας εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα. Η προκλητή έκτρωση γίνεται για θεραπευτικούς λόγους (πάθηση της μητέρας ή του εμβρύου) ή λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Μία στις δέκα εγκυμοσύνες πιστεύεται ότι διακόπτεται μ' αυτόν τον τρόπο. Το 75% των αποβολών συμβαίνει κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Τα πιο κοινά αίτια είναι: η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα, ανεστραμμένη μήτρα, ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

1. Η ΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Άμβλωση ή έκτρωση κατά το Ποινικό Δίκαιο, είναι η πρόκληση πρόωρου τοκετού, με την οποία επιτυγχάνεται η θανάτωση του κυοφορούμενου. Η έκτρωση είναι καθ' έξη ή τεχνητή. Ο νόμος εννοεί την τεχνητή έκτρωση, η οποία γίνεται για θεραπευτικούς ή εγκληματικούς (συνήθως) σκοπούς. Η δε εγκληματική τεχνητή άμβλωση, είτε δια φαρμάκων αμβλωτικών είτε δια χειρισμών και εγχειρήσεων εκ μέρους μαιών ή νοσοκόμων ή ενίοτε επιστημόνων ελαστικής συνειδήσεως είναι άκρως επικίνδυνη και καθιστά τη γυναίκα ψυχικώς και σωματικώς ανάπηρη, και όχι σπάνια καταλήγει στο θάνατο. Κατά τις στατιστικές η θνησιμότης των αμβλώσεων είναι δεκαπλάσια από τους τοκετούς.

Μετά από ορισμένες τροποποιήσεις που έγιναν κατά καιρούς στο νόμο σχετικά με τις αμβλώσεις στην Ελλάδα, ισχύουν τα παρακάτω άρθρα:

- Άρθρο 304. ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με κάθειρξη.

2.α. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή, μέσα για την διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση δυο ετών.

β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους.

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

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 24 εβδομάδες.

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

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί 19 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

- Άρθρο 304.Α. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΕΜΒΡΥΟΥ Η ΝΕΟΓΝΟΥ

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

- Άρθρο 305. ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΜΕΣΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1.Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνα ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 2 έτη.

2.Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

2. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σε καμία χώρα δεν υπάρχει εντελώς ελεύθερη έκτρωση. Όπου εφαρμόζεται και ρυθμίζεται νομοθετικά υπήρξε αποτέλεσμα των παρακάτω παραγόντων, που οδήγησαν και στην όξυνση του καυτού αυτού κοινωνικού θέματος, που αποτελεί την πιο επικίνδυνη κοινωνική πληγή του αιώνα μας:

A) Της άγνοιας των κινδύνων και των συνεπειών των εκτρώσεων για τη γυναίκα, την οικογένεια αλλά και το έθνος.

B) Της χαλαρώσεως των ηθών, αποτέλεσμα των δυο παγκόσμιων πολέμων στο μικρό διάστημα μισού αιώνα και της ‘βιομηχανικής επανάστασης’, που οδήγησε στην αλλαγή της δομής της οικογένειας και της κοινωνίας.

Γ) Της παρερμηνείας της έννοιας της ισότητας με αποτέλεσμα τα φεμινιστικά κινήματα να μπερδεύουν την ισότητα, που είναι δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, με τη μητρότητα, που είναι αποκλειστικό προνόμιο της γυναίκας, το οποίο ασύστολα απεμπολή.

Δ) Της έντεχνης υποκινήσεως του φεμινιστικού κινήματος σε ακρότητες, από εξτρεμιστικά στοιχεία ή ύποπτα κέντρα λήψεως αποφάσεων, που στοχεύουν στην ανατροπή της αστικής κοινωνίας και πολεμούν τη σημερινή δομή της οικογένειας, χτυπώντας έμμεσα τη θρησκεία και την έννοια της πατρίδας.

E) Την έλλειψη κοινωνικής πολιτικής των κρατών τα οποία εφαρμόζουν την έκτρωση ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων δηλαδή ως αντισυλληπτικό μέτρο.

Οι νομοθεσίες που ισχύουν σε κάποιες χώρες του εξωτερικού είναι:

Η.Π.Α.

Στην Αμερική πρώτα νομιμοποιήθηκαν οι αμβλώσεις, το 1970 στην πολιτεία της Νέας Υόρκης. Όταν το 1973 η νομιμοποίηση

έγινε σε εθνική κλίμακα, ήταν τέτοια η κινητοποίηση και η αντίδραση που θύμιζε αντιπολεμικές εκδηλώσεις. Έτσι μόνο δεκαέξι πολιτείες τις χρηματοδοτούν.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ.

Απαγορεύεται πλην ορισμένων περιπτώσεων. Στη Γερμανία με νόμο του 1974 που τροποποιήθηκε το 1976, επιτρέπεται η άμβλωση μόνο αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι για τη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου, ή υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το παιδί θα γεννηθεί παραμορφωμένο. Ή αν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό ή για λόγους κοινωνικής ανάγκης και πάντα μέχρι τη 12^η εβδομάδα.

ΡΩΣΙΑ.

Επιτρέπονται ελεύθερα. Στη Σοβιετική Ένωση νομιμοποιήθηκαν λίγο μετά το θάνατο του Στάλιν, μέχρι τη 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και με τα έξοδα του κράτους, όταν η γυναίκα εργάζεται.

ΓΑΛΛΙΑ.

Επιτρέπονται με όρους αλλά το θέμα είναι πάντα ανοικτό. Στη Γαλλία, που η Σιμόν Βέλ νομιμοποίησε τις αμβλώσεις το 1973, (και ο νόμος τροποποιήθηκε το 1979) ήταν τόση η αντίδραση του ιατρικού κόσμου, ώστε αναγκάστηκε να συμπεριλάβει διάταξη, που να οφείλει ότι οι γιατροί μπορούν ν' αρνηθούν να εκτελέσουν άμβλωση όταν είναι αντίθετοι για λόγους 'συνειδήσεως'. Ο νόμος στη Γαλλία επιτρέπει διακοπή μέχρι την 10^η εβδομάδα, ενώ για θεραπευτικούς σκοπούς δεν θέτει περιορισμούς. Οι ανήλικες χρειάζονται συναίνεση γονέων και από 1/2/1983 το κράτος καλύπτει το 80% των εξόδων.

ΑΓΓΛΙΑ.

Απαγορεύονται πλην ορισμένων περιπτώσεων. Με την ABORTION ACT του 1967 επιτρέπεται η άμβλωση μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος της ζωής της γυναίκας ή άλλων παιδιών της οικογένειας ή όταν το έμβρυο πάσχει από

σοβαρή σωματική ή πνευματική αναπηρία. Πάντα με γνωμοδότηση δυο γιατρών.

ΒΕΛΓΙΟ.

Απαγορεύεται. Ο νόμος του 1867 απαγορεύει τις εκτρώσεις και προβλέπει φυλάκιση 2-5 ετών για το γιατρό και την έγκυο. Απόπειρα τροποποίησης το 1968 όπου και απέτυχε.

ΕΛΒΕΤΙΑ.

Η άμβλωση απαγορεύεται. Μόνο για λόγους θεραπευτικούς επιτρέπονται και για λόγους ευγονικούς με τη σύσταση δυο γιατρών. Το θέμα θα έρθει πάλι στην κυβέρνηση τον Ιούνιο του 1985.

ΣΟΥΗΔΙΑ.

Στη Σουηδία επιτράπηκαν οι αμβλώσεις από 1/1/1975, αλλά γίνεται αγώνας να εκλείψουν με τη διάδοση της αντισύλληψης (δωρεάν συμβουλές καθώς και αντισυλληπτικά μέσα).

Συνοπτικός πίνακας νομοθεσιών

Χώρα	Ανώτατο όριο	Πότε επιτρέπεται η έκτρωση	Διοικητικές προϋποθέσεις	Πιο πρόσφατη νομοθεσία
Αγγλία	28 εβδομάδες	Κίνδυνοι για ζωή γυναίκας. Κίνδυνος αναπηρίας του παιδιού που θα γεννηθεί.	Ασκείται από 1 γιατρό Άδεια: 2 γιατροί	1967
Δανία	12 εβδομάδες	Με αίτηση της γυναίκας.	Από 1 γιατρό σε νοσοκομείο.	1973
Φινλανδία	16 εβδομάδες 16-20 για ηλικίες κάτω από 17 ετών	Λόγοι ιατρικοί, κοινωνικοοικονομικοί, λόγους ευγονικής.	Από 2 γιατρούς. Άδεια: 2 γιατροί.	1970
Νορβηγία	3 μήνες	Ιατρικοί λόγοι με την πλατύτερη έννοια. Βιασμός, αιμομιξία.	Από 1 γυναικολόγο ή χειρουργό. Άδεια: 2 γιατροί.	1960

Ολλανδία		Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας.		1911
Σουηδία	18 εβδομάδες	Με αίτηση της γυναίκας.	Υποχρεωτική επίσκεψη σε κοινωνικό λειτουργό.	1974
Αυστρία	90 μέρες	Υπάρχουν παραλείψεις του νόμου.		1974
Ελβετία		Ιατρικοί λόγοι.	Από 1 γιατρό. Άδεια: 2 γιατροί	1937 (ισχύει από το 1942) 1960(καντόνι της Γενεύης)

3. ΑΜΒΛΩΣΗ: ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

α. Η εγκυμοσύνη, θεωρείται ‘ανεπιθύμητη’ για κοινωνικούς λόγους (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια), δυσαρμονίας στις σχέσεις με το σύντροφο, αδυναμίας υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού, ηλικία μητέρας (περιπτώσεις ανήλικων ή παρήλικων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Στην Ελλάδα σήμερα, ο νόμος τις απαγορεύει, αλλά σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές υπολογίζονται γύρω στις 100.000 το χρόνο με τις μετριοπαθέστερες προβλέψεις. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έχουν αρχίσει να γίνονται γνωστές τα τελευταία χρόνια στις πιο νέες γυναίκες και μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Επίσημη πληροφόρηση δεν υπάρχει, η μόνη πηγή ενημέρωσης για τις γυναίκες είναι τα αμφίβολης αξίας άρθρα στις ημερήσιες εφημερίδες και στα γυναικεία περιοδικά. Άλλωστε οι περισσότεροι γυναικολόγοι κρατούν αρνητική ή απλώς αδιάφορη στάση απέναντι στα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ συχνά ενθαρρύνουν τις αμβλώσεις.

Μολονότι όμως το πρόβλημα των παράνομων αμβλώσεων αναγνωρίζεται σαν υπαρκτό απ’ όλα τα δημόσια πρόσωπα και ταυτόχρονα θεωρείται πληγή από δημογραφική σκοπιά, το κράτος εμμένει κατά παράδοξο τρόπο στην εθελουφλία του και δεν φροντίζει να δώσει καμία απολύτως λύση.

Το Σεπτέμβριο του 1978 οι εφημερίδες πρόβαλλαν με τυχαίους τίτλους (‘νόμιμες οι αμβλώσεις’) τη συζήτηση «περί διακοπής της κύησης» που έγινε από το τμήμα διακοπών της Βουλής στα πλαίσια του νομοσχεδίου «περί μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως».

Με το νομοσχέδιο αυτό ρυθμίζονται, βασικά «αι προϋποθέσεις αφαιρέσεων βιολογικών ουσιών, ενοφθαλμισμών και μεταμοσχεύσεων κυττάρων, ιστών, οργάνων και λοιπών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως προς θεραπευτικούς σκοπούς ή προς θεραπευτικούς σκοπούς ή προς επιστημονικήν έρευναν».

Είναι πράγματι ενδιαφέρον ο συνειρμός που οδηγεί τη Βουλή των Ελλήνων να θίξει παρενθετικά το ζήτημα των αμβλώσεων με αφορμή το νόμο «περί μεταμοσχεύσεων».

Το θέμα παρεισφρύει αναπάντεχα αλλά με εκπληκτική ψυχραιμία με τη μορφή ‘μικρής συμπλήρωσης’ στο νομοσχέδιο από τον εισηγητή της πλειοψηφίας που προτείνει να προστεθεί η εξής παράγραφος: «επιτρέπεται η άμβλωση μέχρις της 10^{ης} εβδομάδας εις τας περιπτώσεις κατά τας οποίας ήθελον διαπιστωθεί δια των συγχρόνων μέσων προγνωστικού ελέγχου σοβαρά ανωμαλία του εμβρύου επαγόμενο την γέννηση παθολογικών νεογνών.

Η προσθήκη αυτής της διάταξης που δεν έχει βέβαια καμία σχέση με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης και το δικαίωμα της γυναίκας ν’ αποφασίζει υπεύθυνα για το αν θα φέρει ή όχι στον κόσμο ένα παιδί, φαίνεται απλώς να δίνει μια μεγαλύτερη νομική κάλυψη στους γιατρούς και ένα εκσυγχρονιστικό στίγμα στη νομοθεσία μας.

Η μικρή συμπλήρωση του εισηγητή χώρεσε σε 141 λέξεις –περιλαμβάνονται η αιτιολογία και η νομική διατύπωση της διάταξης- χωρίς να χρειαστεί ούτε μια φορά να αναφερθεί η λέξη γυναίκα και παρουσιάστηκε σαν λύση της μοναδικής εκκρεμότητας που υπάρχει σχετικά με την άμβλωση.

Η συζήτηση που ακολούθησε μέσα σ’ ένα κύμα ευφορίας και αλληλοκατανόησης ανάμεσα στην πλειοψηφία και στην αντιπολίτευση κατάληξε στην ψήφιση μιας δεύτερης πρότασης στα πλαίσια της μικρής συμπλήρωσης που ορίζει ότι «επίσης επιτρέπεται αυτή και μέχρι της 12^{ης} εβδομάδας εις περιπτώσεις κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητρός διαπιστωμένο από ψυχίατρο, εργαζόμενο εις Νοσηλευτικόν Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου».

β. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ-ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ.

Από στατιστικά δεδομένα σε χώρες με ελεύθερες τις αμβλώσεις, προκύπτει ότι η νομιμοποίηση έχει τα επακόλουθα:

- α. Μείωση του αριθμού των επιπλοκών από τις αμβλώσεις.
- β. Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας.
- γ. Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.
- δ. Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που 'εγκαταλείπονται' μετά τη γέννησή τους.

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων, στις χώρες που είναι νόμιμες, είναι το δημογραφικό, δηλαδή η ελάττωση του αριθμού των γεννήσεων. Ένα άλλο πρόβλημα δημιουργείται στην εξαγωγή συμπερασμάτων, λόγω της δυσκολίας του υπολογισμού των παράνομων αμβλώσεων. Ο υπολογισμός γίνεται μόνο με εκτιμήσεις και όχι με ακριβή στατιστικά στοιχεία.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Α. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

1. Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για έκτρωση.

Μία 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 βαθμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξετασθούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Για να διαπιστώσουμε τους παράγοντες κατατάσσουμε τις γυναίκες σχηματικά που οδηγούνται στην έκτρωση στις παρακάτω κατηγορίες:

Ανύπαντρες μητέρες. Καθαρά κοινωνικού 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 εκλογής. Ακόμη και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκατάληπτες από τη δική μας η ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο. Έτσι ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους, αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση είτε μόνες τους είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους

προέρχονται συνήθως για την έκτρωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου, κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

Κουρασμένες μητέρες. Στον αντίποδα της ανύπαντρης μητέρας 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».

Δοκιμή γονιμότητας. Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκιμάσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες ν' αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές όπως και οι κουρασμένες μητέρες έχουν πολύ μικρή αμφιθυμία συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για έκτρωση.

Άρνηση μητρότητας. Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με την ταυτότητα του φύλλου τους και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση 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 αμφιθυμία εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργήσει σαν σήμα θηλυκότητας που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο την ταυτότητα του φύλλου τους.

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 ενημέρωση και άλλοτε σε ντροπή για την αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

Η αποτυχία μιας προηγούμενα επιτυχημένης αντισυλληπτικής μεθόδου συχνά συμπίπτει με κάποια αλλαγή των συνθηκών της ζωής της γυναίκας και μπορεί να οφείλεται σε ασυνείδητη επιθυμία εγκυμοσύνης. 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 «ΕΓΩ» 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 τίποτα περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

Σωματική ή ψυχική νόσος. Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στον γυναικολόγο από τους ειδικούς που της 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 νοσήματος παρουσίασαν κατάθλιψη.

Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη. Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και ασθενείς πάσχουσες από κατάθλιψη οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό επέμβαση σε τέτοιες

περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση. Φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

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 ασκήσουν αποφασιστικά επίδραση προς αυτή την κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές όπως και εκείνες που έχουν ιατρική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης εμφανίζουν συχνότερα ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις.

2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

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

Σε ατομικό επίπεδο συγκρούονται οι επιθυμίες για μητρότητα με τους λόγους (ψυχολογικούς ή κοινωνικοοικονομικούς) που την εμποδίζουν και η διάθεση για διακοπή 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 διλήμματος 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 του εραστή οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαιρούνται: 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 υποψήφιος

πατέρας δεν πληροφορείται ούτε την εγκυμοσύνη ούτε την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μετά από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών τους 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 τον 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 συνοψίσει τις συγκρούσεις στο οικογενειακό-κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε «απόλυτες ηθικές επιταγές» και μιας πιο φιλελεύθερης –απροκατάληπτης 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 stress που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Το stress 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 διλήμματα της έκτρωσης, είναι συνήθως γυναίκες ψυχοκοινωνικά εξαρτημένες από άλλους, με προηγούμενες δυσκολίες προσαρμογής ή με ισχυρές ηθικές απαγορεύσεις. Φυσικό έντονο stress παρουσιάζουν και οι γυναίκες που κάποτε είχαν ένα υπερβολικό φόβο για τις χειρουργικές επεμβάσεις.

3. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ.

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακόλουθων της έκτρωσης που είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από την δεκαετία του '60 έχει καταπέσει. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη, και υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες ή 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 σε 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 στην σεξουαλική ζωή μιας γυναίκας. Κάτι τέτοιο όμως, αν και δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, δεν φαίνεται να συμβαίνει.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επιτράπη, ανεξάρτητα 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 των γυναικών που έκαναν νόμιμη έκτρωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν καθόλου μετανιώσει για την όλη διαδικασία. Εξάλλου μόνο 2 από 35 γυναίκες που διέκοψαν την

εγκυμοσύνη τους, δήλωσαν ότι δεν θα ξανάπαιρναν την ίδια απόφαση.

Η νόμιμη επιθυμητή έκτρωση έχει ψυχοπροφυλακτικό χαρακτήρα για τις περισσότερες γυναίκες. Μάλιστα αναφέρεται σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Μετά 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 ανεπιθύμητη έκτρωση δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

4. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΤΑΘΕΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΟΤΑΝ ΕΦΥΓΑΝ ΑΠΟ ΤΟ «ΚΡΕΒΑΤΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ».

«Όταν έφυγα από την κλινική, τα συναισθήματά μου ήταν συγκεχυμένα. Έλεγα στον εαυτό μου πως είχα νιώσει πολύ καλά αυτή την εμπειρία, αλλά πως δεν θα μου ξανασυνέβαινε ποτέ».
(Όταν όλα τελειώσουν, αισθανόμαστε συχνά ανακούφιση και καμιά φορά κατάθλιψη.)

«Για ένα ή δυο μήνες οι σεξουαλικές σχέσεις με απωθούσαν σε φοβερό βαθμό, και όταν τελικά ξανακάναμε έρωτα η μόνη σκέψη μου ήταν: ‘αυτή τη φορά ελπίζω να μην την πληρώσω’.
Χρησιμοποιούσα το διάφραγμα αλλά αμφέβαλα για την αποτελεσματικότητά του. Ο άντρας μου προσπαθούσε να με βοηθήσει, αλλά δεν κατάφερνα να χαλαρώσω.»

(Η ιδέα ότι αρνηθήκαμε τη μητρότητα μπορεί να μας στεναχωρεί. Μερικές γυναίκες έχουν ενοχές, και αυτό είναι πολύ φυσικό σε μια κοινωνία που δεν αναγνωρίζει το δικαίωμα στην έκτρωση. Νιώθουν μάλιστα πως με κάποιο περίεργο τρόπο θα ‘τιμωρηθούν’. Στην πραγματικότητα, οι περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης είναι σπάνιες. Αν έχουμε ξεκαθαρίσει τα αισθήματά μας πριν από την επέμβαση, αν τα έχουμε συζητήσει και κατανοήσει, δεν είναι πολύ πιθανό να πάθουμε κατάθλιψη. Η έκτρωση μπορεί να σημαίνει το τέλος των σχέσεών μας μ’ έναν άντρα και μπορεί να επιδεινώσει την κακή μας ψυχολογική διάθεση. Η αντίδρασή μας μπορεί να είναι, να διακόψουμε εντελώς τις σεξουαλικές μας επαφές, τουλάχιστον για ένα διάστημα.)

«Έδωσα λύση στις εσωτερικές μου συγκρούσεις, ενάμισι χρόνο αργότερα, όταν βρήκα το κουράγιο να κουβεντιάσω γι αυτές σε μια ομάδα γυναικών στην οποία συμμετείχα. Μιλώντας για τις εμπειρίες μας κατάφερα να δεχτώ τη δική μου.»

(Οπωσδήποτε μετά από μια τέτοια εμπειρία, τα συναισθήματά μας, αρνητικά ή θετικά, θα πρέπει να τα θεωρούμε εντελώς

φυσικά και να τα δεχτούμε σαν μέρος του εαυτού μας και της ζωής μας. Συζητώντας με άλλες γυναίκες φτάνουμε ευκολότερα σε αυτό το σημείο.)

5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Στο κοινωνικό επίπεδο η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων και η νόμιμη 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, οικογένεια, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού). Μόνο όταν η διαδικασία της έκτρωσης είναι απροκάλυπτα αποδεκτή θα μπορεί να γίνει ανοιχτή συζήτηση με το γιατρό και διεύρυνση 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 ανοιχτή συζήτηση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχοσύγκρουσης και του άγχους που προηγείται 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 σε ότι αφορά την έκτρωση. Όμως πολύ σπάνια προβαίνουν σε συστηματική ψυχολογική αντιμετώπιση των γυναικών που ζητούν να υποβληθούν σ' αυτήν 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 η διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά με ποιο 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 και η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα στο σύζυγο, τους γονείς κ.α βέβαια μόνο εφόσον η γυναίκα συγκατατεθεί προηγουμένα σ' αυτήν. Σε ορισμένες περιπτώσεις που μετά την πρώτη εκτίμηση, γίνεται φανερό μια έντονα αμφίθυμη στάση της γυναίκας ή το περιβάλλον της για την έκτρωση, είναι σκόπιμο να γίνεται επανεκτίμηση μετά 1-2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα ν' αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην έκτρωση και τα υπόλοιπα προβλήματα γύρω από αυτήν.

Η πείρα σε μερικές χώρες έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις με σοβαρές κοινωνικές συνιστώσες μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια η κοινωνική λειτουργός, η επισκέπτρια αδελφή ή η νοσηλεύτρια. Στον ψυχίατρο πρέπει να παραπέμπονται μόνο οι γυναίκες με έντονα ψυχιατρικά προβλήματα και ιδίως οι γυναίκες με σχιζοφρενή ψύχωση, με 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 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 οπωσδήποτε 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 της περιβάλλον. Η ψυχοσύγκρουση πριν την έκτρωση δημιουργεί μια κατάσταση stress που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Μετά την έκτρωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη που υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες. Οι σχετικά σπάνιες καταστάσεις βαρύτερης ψυχοπαθολογίας συνήθως αφορούν τις γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης.

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

3. Τα κοινωνικά μέσα για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν την φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων. Ανοιχτή 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 στον 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 την διαμορφώσουν.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί (σελ.) κάθε κέντρο Ο.Π είναι στελεχωμένο από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους, προκειμένου να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με θέματα αντισύλληψης ή καθοδήγησης, σε περιπτώσεις διακοπής κύησης.

Σε κάποια γυναικολογικά κέντρα λειτουργεί τμήμα Ο.Π από το οποίο παραπέμπονται στην κοινωνική υπηρεσία περιπτώσεις για διακοπή κύησης, οι οποίες βρίσκονται κάτω από το επιτρεπόμενο όριο των 12 εβδομάδων, είτε το ξεπερνούν.

Στην πρώτη περίπτωση επανεξετάζονται σε βάθος από τον Κοινωνικό Λειτουργό οι λόγοι που οδήγησαν στην απόφαση για

διακοπή κύησης και παρέχεται συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Στις περιπτώσεις που έχει ξεπεραστεί το όριο των 12 εβδομάδων που προβλέπει η νομοθεσία, ο Κ.Λ έχει άμεση συνεργασία με τον μαιευτήρα και τον ψυχίατρο (εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο), προκειμένου να γίνει η θεραπευτική διακοπή της κύησης. Διαφορετικά, εάν δεν συντρέχουν λόγοι γι αυτό ολοκληρώνεται η εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό , επανεξετάζεται το όλο θέμα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα κάνει επισταμένη έρευνα για κάθε μια περίπτωση χωριστά, σχετικά με την επαγγελματική τους αποκατάσταση, την αποδοχή του όλου προβλήματος από το οικογενειακό περιβάλλον και την ένταξή τους στην κοινωνία γενικότερα. Επίσης πολλές φορές πολλές περιπτώσεις άγαμων Ελληνίδων μητέρων είναι ανασφάλιστες. Σ' αυτή την

περίπτωση καλύπτονται τόσο για τις εξετάσεις όσο και για τον τοκετό από την Κοινωνική Υπηρεσία.

Ο Κ.Λ στο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού έχει ένα πολύπλευρο ρόλο. Συνεργάζεται με όλους τους άλλους ειδικούς, για να μπορέσει να παρέχει όσο γίνεται καλύτερα και ασφαλέστερα τις υπηρεσίες του στις διάφορες περιπτώσεις. Παράλληλα αναπτύσσει έντονα τον προβληματισμό του και προτείνει ανάλογα με τις περιπτώσεις μια κατάλληλη μέθοδο αντισύλληψης, πάντοτε σε συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία.

Η μαία στο Κ.Ο.Π θα αναφερθεί στις μεθόδους αντισύλληψης που υπάρχουν και εφαρμόζονται και στην περίπτωση όπου υπάρχει μια ιδιαιτερότητα ή κάποιο πρόβλημα, παραπέμπει την περίπτωση στον Κ.Λ.

Παρατηρούμε λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η καλή συνεργασία μεταξύ των ειδικών, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την όσο το δυνατόν καλύτερη ενημέρωση και καθοδήγηση των ατόμων σε αυτό το τόσο ευαίσθητο και σημαντικό θέμα, όπως είναι η αντισύλληψη.

ΜΕΡΟΣ Δ΄

ΕΡΕΥΝΑ

Ξεκινώντας τις διαδικασίες για την έρευνά μας απευθυνθήκαμε σε ένα μεγάλο γυναικολογικό νοσοκομείο της Αθήνας και ειδικότερα στο τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού, που στεγάζεται εκεί, με σκοπό να πάρουμε πρώτα κάποια στατιστικά στοιχεία και δεύτερον κάποιες πληροφορίες από τους υπεύθυνους κοινωνικούς λειτουργούς του τμήματος για τον τρόπο και το σκοπό λειτουργίας του Ο.Π και τις δράσεις που πραγματοποιούνται σε αυτό. Το άλλο κομμάτι και το πιο σημαντικό που θέλαμε να ερευνήσουμε ήταν πληροφορίες για τις γυναίκες που καταφεύγουν στη βοήθεια του Ο.Π, έτσι ώστε να καταγράψουμε τις αντιδράσεις τους σε καταστάσεις δύσκολες, όπως της έκτρωσης, αλλά και τα συναισθήματα που βίωναν καθ' όλη τη διάρκεια αυτής τους της « περιπέτειας ».

Δυστυχώς η επιλογή μας να στραφούμε στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν ευφόρησε, διότι δεν δέχτηκαν να μας δώσουν κανένα στοιχείο ή πληροφορία για αυτά που ζητήσαμε, λέγοντας ότι όλα είναι προσωπικά δεδομένα και δεν επιτρέπεται να εξέλθουν από το τμήμα.

Αφού είδαμε ότι δεν έχουμε κάποιο θετικό αποτέλεσμα από το συγκεκριμένο νοσοκομείο απευθυνθήκαμε σε μια ιδιωτική γυναικολογική κλινική της Πάτρας, της οποίας αν και οι υπεύθυνοι ήταν πρόθυμοι να μας βοηθήσουν, μας είπαν ότι δεν κρατάνε στοιχεία (στατιστικά ή προσωπικά) κι αυτό μας έφερε πάλι σε αδιέξοδο.

Μετά από τις άκαρπες προσπάθειές μας αποφασίσαμε να διεξάγουμε την έρευνά μας με ερωτηματολόγιο, που θα απευθυνόταν σε γυναίκες που έχουν προβεί σε μια τέτοια επέμβαση, της έκτρωσης.

Το δείγμα της έρευνάς μας ήταν 20 γυναίκες κι έγινε με τυχαία επιλογή.

Σίγουρα το να δεχτεί μια γυναίκα να μιλήσει για ένα δύσκολο βίωμά της σε ένα τρίτο πρόσωπο, δεν ήταν εύκολο για αυτό και η έρευνα περιορίζεται σε 20 ερωτηματολόγια, τα οποία περιείχαν 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν από 21/08/05 έως 29/09/05, στο δήμο Τρικκαίων και στο δήμο Σκοπέλου.

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν κατά πρώτον η εμβάθυνση στην ψυχολογία των γυναικών μετά από διακοπή κύησης και κατά δεύτερον, το πόσο ενημερωμένες είναι σήμερα οι γυναίκες για θέματα όπως ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και η αντισύλληψη.

Αποτελέσματα έρευνας:

1.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ανύπαντρη	62,9 %
Παντρεμένη	28,3 %
Διαζευγμένη	7 %
Χήρα	1,8 %

Σχόλιο: το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ανύπαντρες γυναίκες με 62,9 %

2.

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
20-30	50,9 %
30-40	21,6 %
40-50	18,1 %
50 & άνω	9,4 %

Σχόλιο: με 50,9 % οι ηλικίες 20-30 ετών καταλαμβάνουν την πρώτη θέση

3.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Οικιακά	43,7 %
Ιδ. Υπάλληλος	27,3 %
Δημ. Υπάλληλος	25,2 %
Άλλο	3,8 %

Σχόλιο: τα οικιακά με ποσοστό 43,7 % είναι πρώτα στη λίστα

4.

ΜΟΡΦΩΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Δημοτικού	33,4 %
Γυμνασίου	37,1 %
Λυκείου	21,5 %
Ανωτ. εκπαίδευση	8 %

Σχόλιο: οι γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο Γυμνασίου έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό, 37.1 %

5.

ΕΙΝΑΙ Ο Ο.Π ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ναι	72 %
Όχι	28 %

Σχόλιο: με 72 % ο Ο.Π είναι απαραίτητος

6.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Χάπι	21,2 %
Προφυλακτικό	51,7 %
Σπιράλ	4,9 %
Άλλη	1,8 %
Καμία	20,4 %

Σχόλιο: πρώτη προτίμηση των γυναικών για μέθοδο αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό με 51,7 %

7.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ Ο.Π	ΠΟΣΟΣΤΑ
Έντυπα	27,8 %
Μέσα ενημέρωσης	23 %
Κέντρα Ο.Π	37,2 %
Ομιλίες στα σχολεία	11,4 %
Άλλο	0 %

Σχόλιο: τα Κ.Ο.Π υπερέχουν των προτιμήσεων με 37,2 %

8.

Ναι	100 %
Όχι	0 %

9.

ΛΟΓΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Οικογενειακοί	19,7 %
Κοινωνικοί	44 %
Οικονομικοί	35,1 %
Άλλοι	1,2 %

Σχόλιο: με 44 % οι λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες για διακοπή κύησης είναι κοινωνικοί

10.

Ναι	94,4 %
Όχι	5,6 %

Σχόλιο: το 94,4 % των γυναικών έχει επηρεαστεί από τρίτα πρόσωπα

11.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΠΙΡΡΟΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Οικογενειακό	35 %
Φιλικό	17,3 %
Κοινωνικό	47,4 %
Άλλο	0,3 %

Σχόλιο: ο κοινωνικός κύκλος με 47,4 % είναι το κυρίαρχο περιβάλλον επιρροής

12.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ενοχή	31 %
Ντροπή	23 %
Φόβος	27,1 %
Αδιαφορία	5,9 %
Ανακούφιση	13 %

Σχόλιο: με 27,1 % το συναίσθημα του φόβου είναι αυτό που υπερισχύει στην ψυχολογία των γυναικών πριν την έκτρωση

13.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ενοχή	23,7 %
Ντροπή	40 %
Φόβος	9,9 %
Αδιαφορία	11 %
Ανακούφιση	15,4 %

Σχόλιο: ντροπή είναι το συναίσθημα που καταλαμβάνει τις γυναίκες μετά τη διακοπή κύησης με 40 %

14.

Ναι	34,7 %
Όχι	65,3 %

Σχόλιο: απο το 65,3 % των γυναικών λάβαμε ανητική απάντηση

15.

Ναι	28,9 %
Όχι	71,1 %

Σχόλιο: η διακοπή κύησης δεν θεωρείται ως μέσο αντισύλληψης απο το 71,1 %

Αποτελέσματα:

1) Όπως παρουσιάζεται στα αποτελέσματα της έρευνας οι ανύπαντρες γυναίκες προσβάλλονται με το 62,9 % το οποίο είναι το μεγαλύτερο ποσοστό, αφού ακολουθούν οι παντρεμένες γυναίκες με ποσοστό συχνότητας 28,3 % και την τρίτη θέση καταλαμβάνουν οι διαζευγμένες με ποσοστό 7 %. Τέλος το ποσοστό 1,8 % που απομένει αντιστοιχεί στις χήρες γυναίκες.

2) Απ' ότι βλέπουμε στ' αποτελέσματα, οι ηλικίες που είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κίνηση αυτή, είναι δυστυχώς αυτές από 20 έως 30 ετών με 50,9 %. Και λέμε δυστυχώς, γιατί οι μικρές αυτές ηλικίες μας δείχνουν ότι δεν λειτουργεί σωστά η ενημέρωση για αντισύλληψη, έτσι ώστε να προλαβαίνουν τα δυσάρεστα αποτελέσματα. Ακολουθούν όπως βλέπουμε σε, όχι πολύ μικρό ποσοστό, οι ηλικίες από 30 έως 40 ετών με 21,6 %, και οι ηλικίες από 40 έως 50 ετών με 18,1 %. Τέλος αλλά όχι με ασήμαντο ποσοστό είναι οι ηλικίες από 50 ετών και άνω με 9,4 %.

3) Φαίνεται μάλλον ότι και η επαγγελματική σταδιοδρομία των γυναικών παίζει μεγάλο ρόλο στην απόφαση αυτή για διακοπή κύησης. Ενώ βλέπουμε ότι οι γυναίκες που ασχολούνται με το νοικοκυριό φτάνουν στο 43,7 %, την ίδια στιγμή οι εργαζόμενες γυναίκες, είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, αγγίζουν το 27,3 % και το 25,2 % αντίστοιχα. Ίσα που ακουμπούν το 3,8 % μια άλλη μερίδα γυναικών που συγκαταλέγονται στην κατηγορία «Άλλο».

4) Έκτός από την επαγγελματική αποκατάσταση όμως, σημαντικός παράγοντας είναι και το πνευματικό τους επίπεδο. Με έκπληξη παρατηρούμε ότι οι απόφοιτες γυμνασίου ξεπερνούν με 37,1 % τις απόφοιτες δημοτικού που ακολουθούν με 33,4 %. Στη συνέχεια έχουμε τις απόφοιτες λυκείου με ποσοστό 25,2 % και τέλος τις γυναίκες που έχουν ακολουθήσει και ανώτατες σπουδές με 8 %.

5) Όσο για την 4^η μας ερώτηση, αν ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι απαραίτητος, τα αποτελέσματα μας δίνουν σαφή εικόνα για την ιδέα που έχουν οι γυναίκες με μια, τουλάχιστον, διακοπή κύησης στο ενεργητικό τους. Θετική απάντηση 72 % και αρνητική 28 %.

6) Η πιο 'φημισμένη' μέθοδος αντισύλληψης σύμφωνα με την έρευνά μας, είναι τα προφυλακτικά με 51,7 % ενώ ακολουθούν τα χάπια με 21,2 %, τα σπιράλ με 4,9 % και η κατηγορία «Άλλη» με 1,8 %. Το 20,4 % που απομένει πηγαίνει, όσο κι αν φαίνεται απίστευτο, στην κατηγορία «Καμία».

7) Τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι αυτά που θεωρούνται ο καταλληλότερος τρόπος ενημέρωσης για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού με ποσοστό 37,2 %. Μετέπειτα έρχονται τα έντυπα με 27,8 % και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης με 23 %. Μόλις με 11 % είναι οι ομιλίες στα σχολεία, που κατ' εμάς από εκεί αρχίζει το πρόβλημα άρα από εκεί πρέπει ν' αρχίζει και η ενημέρωση.

8) Δεν μπορούσε να είναι διαφορετικό το αποτέλεσμα αφού η έρευνα έγινε σε γυναίκες που έχουν προβεί σε διακοπή κύησης. Άρα, 100 % θετική απάντηση και 0 % αρνητική απάντηση.

9) Κοινωνικοί είναι κατά κύριο λόγο η αιτία που οι γυναίκες της έρευνάς μας διέκοψαν την κύηση τους με ποσοστό 44 %. Με 35,1 % ακολουθούν οι οικονομικοί λόγοι και 19,7 % οι οικογενειακοί. Η κατηγορία «Άλλο» φτάνει στο 1,2 %.

10) Όλοι γνωρίζουμε ότι η απόφαση αυτή είναι πάρα πολύ δύσκολη, πόσο μάλλον αν δεν έχεις κάποιον να σε στηρίζει. Αυτό φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας αφού το 94,4 % προέβη στην έκτρωση μετά από παρότρυνση άλλων, ενώ μόνο το 5,4 % το έκανε με τη θέλησή του.

11) Το 94,4 % αυτό διασπάστηκε σε 3 κατηγορίες: το 47,4 % πηγαίνει στο κοινωνικό περιβάλλον, απ' όπου προήλθε η πίεση, το 35 % στο οικογενειακό και το 17,3 % στο φιλικό.

12) Πριν την διακοπή κύησης τα συναισθήματα που κυριαρχούν με τα υψηλότερα ποσοστά είναι η ενοχή, ο φόβος και η ντροπή με ποσοστά 31 %, 27,1 % και 23 % αντίστοιχα και ακολουθούν η ανακούφιση με 13 % και η αδιαφορία με 5,9 %.

13) Μετά την έκτρωση τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι, πρώτο και με διαφορά, η ντροπή με 40 %, η ενοχή με 23,7 %, η ανακούφιση με 15,4 %, η αδιαφορία με 11 % και ο φόβος με 9,9 %.

14) Στην ερώτηση αν θα επαναλαμβάνανε την πράξη τους το 65,3 % απήντησε όχι και το 34,7 % ναι.

15) Είναι τελικά η διακοπή κύησης μέσο αντισύλληψης; Του 71,1 % η απάντηση ήταν όχι και του 28,9 % η απάντηση ήταν ναι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Οι μικρές κυρίως ηλικίες γυναικών δεν δείχνουν ενδιαφέρον για ενημέρωση σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και το ποσοστό.
2. Διαπιστώσαμε επίσης από την έρευνα ότι ο Ο.Π θεωρείται απαραίτητος ενώ η ενημέρωση δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού αλλά και από τα σχολεία, Μ.Μ.Ε, έντυπα κλπ.
3. Όσο για τις μεθόδους αντισύλληψης διαπιστώνουμε ότι το προφυλακτικό αποτελεί το πιο γνωστό και συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, καθώς επίσης και το χάπι για το οποίο υπάρχει κάποια επιφυλακτικότητα.
4. Ένα άλλο συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι η έκτρωση δεν αποτελεί μέσο αντισύλληψης, σε αντίθεση με ότι θεωρούταν παλιότερα. Κι αυτό μας δείχνει ότι ίσως σκέφτονται τις δυσάρεστες συνέπειες που μπορεί να έχει μελλοντικά στην υγεία τους.

Από την ολοκλήρωση της έρευνας, συμπεραίνουμε ότι είναι απαραίτητη η διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού και η ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης. Η ενημέρωση θα πρέπει να επεκταθεί και σε άλλους χώρους πέρα από τα οργανωμένα κέντρα Ο.Π, ώστε να μπορούν όλοι να ενημερώνονται και να μην αποτελεί πλέον η διακοπή κύησης τη μόνη λύση και έμμεσο τρόπο αντισύλληψης. Θα πρέπει να συνειδητοποιηθεί απ' όλες τις γυναίκες ότι η έκτρωση δεν έχει μόνο βλαβερές συνέπειες στη σωματική, αλλά και στην ψυχική υγεία τους. Η συνειδητοποίηση αυτή θα επιτευχθεί μόνο μέσα από τη σωστή και υπεύθυνη ενημέρωση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Απ' όσα αναφέρθησαν γίνεται φανερό ότι τα επίπεδα και η ροπή της αναπαραγωγικότητας καθορίζονται από ευρύτατες και ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές ή πολιτιστικές δυνάμεις. Η προσαρμογή ή η αντίσταση προς τις οποίες διευκολύνονται ή παρεμποδίζονται από τη νομοθεσία που κατά διαστήματα εφαρμόζεται όσον αφορά τις εκτρώσεις ή τη χρήση αντισυλληπτικών.

Στην Ελλάδα ο Ο.Π θα πρέπει όχι μόνο να μη μειώσει την αναπαραγωγικότητα, αλλά αντιθέτως να βοηθήσει την Ελληνίδα να πετύχει το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας με μεθόδους οι οποίες θα είναι παραδεκτές ηθικά, ιατρικά και θρησκευτικά, ώστε να νιώθει ολοκληρωμένο άτομο και να βιώνει μια ευτυχισμένη οικογενειακή ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγιουτάντη Γ. , « Ιατροδικαστικά θέματα », εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήνα, 1980.
2. Αξιωτάκης Α. , « Άμβλωση », έκδοση πρώτη, Αθήνα, 1993.
3. Δετοράκης Ι. , « Οικογενειακός προγραμματισμός (Αντισύλληψη-Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση) », εκδόσεις Πατάκη, έκδοση πρώτη, Αθήνα, Ιούνιος 1983.
4. Κασκαρέλη Δ. , « Μαιευτική και γυναικολογία », τόμος Β΄.
5. Ναζίρη Δ. , « Ψυχολογικά θέματα », τόμος 2, τεύχος 1, Φεβρουάριος 1989.
6. Ομάδα γυναικών Βοστώνης, « Εμείς και το σώμα μας », εκδόσεις Υποδομή, Αθήνα, 1981.
7. « Παγκόσμια ερωτική εγκυκλοπαίδεια », Οργανισμός επιστημονικών εκδόσεων, Αθήνα, 1975.
8. Παπαευαγγέλου Γ. – Ρουμελιώτου Αν. , « Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού », Αθήνα, 1979.
9. Σουρμπουλιέ Ζαν Στεφανί, « Το δικαίωμα στο σεξ », εκδόσεις Αλ. Μανιατέα, Αθήνα.

10. Συμεωνίδη – Καστανίδα Ε. , « Η άμβλωση ως πρόβλημα ποινικού δικαίου », εκδόσεις Αντιγ. Ν. Σακουλά, έκδοση πρώτη, Αθήνα, 1984.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ-ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. Κεχαγιάς Πλ. , « Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», Απογευματινή της Κυριακής, αρ. φύλλου 43, Φεβρουάριος, Αθήνα, 1980.

2. Φεμινιστικό περιοδικό « Δίνη », « Αφιέρωμα μητρότητα », 7/1994.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Deutch H. , « Psychology of women », vol. 2, Grune and Statton, 1945.

2. Dragonas Th., Vassiliou V. And Golding J., « Perception of family environment », Cross cultural findings, process in press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Ανύπαντρη
- Παντρεμένη
- Διαζευγμένη
- Χήρα

2. Ποια η ηλικία σας:

20-30

30-40

40-50

50 & άνω

3. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Οικιακά

Ιδ. Υπάλληλος

Δημ. υπάλληλος

Άλλο

4. Τι γραμματικές γνώσεις έχετε;

Δημοτικού

Γυμνασίου

Λυκείου

Ανωτ. Εκπαίδευση

5. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητος ο Οικογενειακός Προγραμματισμός;

Ναι
Όχι

6. Ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;

Χάπι
Προφυλακτικό
Σπιράλ
Άλλη
Καμία

7. Πώς θα θέλατε να ενημερώνεστε για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού;

Έντυπα
Μέσα ενημέρωσης
Κέντρα Ο.Π
Ομιλίες στα σχολεία
Άλλο

8. Έχετε κάνει ποτέ διακοπή κύησης;

Ναι
Όχι

9. Αν ναι για ποιους λόγους;

Οικογενειακοί
Κοινωνικοί
Οικονομικοί
Άλλοι

10. Σας επηρέασε κάποιος στην απόφασή σας;

Ναι
Όχι

11. Αν ναι, προερχόταν από ποιο περιβάλλον;

Οικογενειακό
Φιλικό
Κοινωνικό
Άλλο

12. Ποια τα συναισθήματά σας πριν από την διακοπή κύησης;

Ενοχή
Ντροπή
Φόβος
Αδιαφορία
Ανακούφιση

13. Ποια τα συναισθήματά σας μετά την διακοπή κύησης;

Ενοχή
Ντροπή
Φόβος
Αδιαφορία
Ανακούφιση

14. Αν χρειαζόταν θα επαναλαμβάνατε την πράξη σας;

Ναι
Όχι

15. Θεωρείτε ότι η διακοπή κύησης είναι μέσο αντισύλληψης;

Ναι
Όχι