



**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θ Ε Μ Α :**

***ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ***

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΝΤΩΝΟΓΙΑΝΝΑΚΗ  
ΒΑΡΒΑΡΑ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ  
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΣΕΚΟΥΡΑ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΥΣΣΑΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής , πέρα από το προσωπικό μας ενδιαφέρον να μελετήσουμε το συγκεκριμένο θέμα , είναι να το διερευνήσουμε το ζήτημα της έκτρωσης σε συνάρτηση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συνδέεται ες καθώς και να ενημερώσουμε τον αναγνώστη για την έκτρωση και την αντισύλληψη .

Η παρούσα αυτή μελέτη διαιρείται σε 5 κεφάλαια τα οποία πραγματεύονται τα εξής:

Ξεκινώντας λοιπόν με το πρώτο κεφάλαιο , αναφερόμαστε στο τι είναι **έκτρωση** και ποιες οι **αντισυλληπτικές μέθοδοι** χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αρχαιότητας , κάνοντας έτσι μια ιστορική αναδρομή του θέματος , βασιζόμενοι στις απόψεις που επικρατούσαν εκείνη την εποχή , τόσο φιλοσόφων (Πλάτωνας, Αριστοτέλης) όσο και του Χριστιανισμού .

Στη συνέχεια παραθέτουμε κάποιες βασικές γνώσεις για τις μεθόδους αντισύλληψης , δίνοντας αρχικά τον ορισμό της **αντισύλληψης** και έπειτα παραθέτοντας τις διάφορες **μεθόδους αντισύλληψης** που υπάρχουν (μέθοδοι φραγμού , αντισυλληπτικά χάπια , ενδομήτρια σπειράματα , ανδρική στείρωση , γυναικεία στείρωση , επείγουσα αντισύλληψη) , με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που αυτές δημιουργούν στον οργανισμό . Στο κεφάλαιο αυτό επίσης μελετάται **η αντισυλληπτική συμπεριφορά των νέων** καθώς η σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών .

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην **έκτρωση**, στη σύγχρονη εποχή . Περιλαμβάνει τους παράγοντες που οδηγούν ένα ζευγάρι (ή μια γυναίκα) στο να πάρει την απόφαση να κάνει έκτρωση , τις μεθόδους εκτρώσεως , καθώς και τις επιπτώσεις που έχει μια έκτρωση τόσο στην σωματική υγεία της γυναίκας όσο και στην ψυχική υγεία της γυναίκας και του άνδρα

Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται .μέσα από έρευνες που έχουν ήδη γίνει. το κατά πόσο υπάρχει ενημέρωση στους Έλληνες εφήβους σε θέματα **σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης** αλλά και τις απόψεις τους γύρω από το θέμα . Ένας τρόπος ώστε να ενημερωθούν σωστά οι έφηβοι όσον αφορά την σεξουαλική τους ζωή είναι μέσω του **οικογενειακού προγραμματισμού** , όπου παρέχει συμβουλές και συνήθως ξεκινάει από την παιδική ηλικία . .

Στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας αναφερόμαστε **στις προγαμιαίες σχέσεις**, καθώς θεωρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των εκτρώσεων οφείλεται σε τέτοιου είδους σχέσεις, **στον γάμο και το διαζύγιο**, έτσι ώστε να επακολουθήσουν έρευνες που έχουν ήδη γίνει όσον αφορά τις απόψεις των έγγαμων ζευγαριών γύρω από την άμβλωση, **στην εγκυμοσύνη, στις τεχνικές που χρησιμοποιεί η Ιατρική αλλά και η Κοινωνική εργασία**, ώστε να βοηθήσει τα άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδιά (εξωσωματική γονιμοποίηση) και **στις μονογονεϊκές οικογένειες**, με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτές (π.χ. φτώχεια, κοινωνική κατακραυγή) και την βοήθεια που τους παρέχεται από την Κοινωνική Πρόνοια. Τέλος, **στα δημογραφικά προβλήματα της Ελλάδας** μέσα από έρευνες που έχουν ήδη γίνει όπως συμπεράσματα και προτάσεις έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί αυτό το μεγάλης σημασίας κοινωνικό πρόβλημα

**Τα κεφάλαια σας είναι 7 και όχι 5 . Συμπληρώστε σωστά την περίληψη μελέτης**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup>

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Το πρόβλημα- Σκοπός μελέτης

1.2 Ορισμοί εννοιών

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup>

#### ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

2.1 Έκτρωση και αντισύλληψη στην αρχαιότητα

2.1.1 Κοινωνικές, νομικές, φιλοσοφικές και θεολογικές απόψεις για την έκτρωση

2.1.2 Κλινική μελέτη της έκτρωσης και εκτροπικά μέσα κατά την αρχαιότητα

2.2 Το χρονικό της αντισύλληψης

2.3 Αντισύλληψη. Βασικές γνώσεις για τις μεθόδους αντισύλληψης.

2.3.1 Γενικά

2.3.2 Μέθοδοι φραγμού

2.3.3 Αντισυλληπτικά χάπια

2.3.4 Ενδομήτρια σπειράματα

2.3.5 Νόμιμες μέθοδοι αντισύλληψης

2.3.6 Φυσικές, μηχανικές, ορμονικές μέθοδοι

2.4 Αντισύλληψη στην εφηβεία

2.5 Αντισύλληψη για γυναίκες

2.6 Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων

2.7 Υλικό και μέθοδος της έρευνας

2.8 Αντισύλληψη και επιπτώσεις

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΕΚΤΡΩΣΗ

3.1 Τι είναι έκτρωση και ποιες οι διατάξεις του νόμου περί νομιμοποίησης των εκτρώσεων

3.1.1 Νομικό πλαίσιο

3.2 Ποιοι παράγοντες συντείνουν στο να παρθεί η απόφαση της έκτρωσης

3.3 Μέθοδοι των εκτρώσεων

3.3.1 Μέθοδοι έκτρωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στην μήτρα

3.3.2 Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης

3.3.3 Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο

3.3.4 Εκτρωτικά χάπια

3.3.5 Πώς γίνεται η διαδικασία

3.3.6 Σύγκριση χειρουργικής και φαρμακευτικής μεθόδου

3.4 Επιπτώσεις των εκτρώσεων στην σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας

3.4.1 Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στην σωματική υγεία

3.4.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της γυναίκας

3.5 Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης στον πατέρα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

- 4.1 Έρευνες για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ελλάδα
- 4.2 Προτάσεις και γνώμες
- 4.3 Οικογενειακός προγραμματισμός
- 4.4 Έλεγχος των γεννήσεων
- 4.5 Ισχύοντα μέτρα οικογενειακής πολιτικής στην Ελλάδα και στην υπόλοιπη Ευρώπη

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

- 5.1 Η γυναίκα σήμερα
- 5.2 Οι δείκτες γονιμότητας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και τα Βαλκάνια
- 5.3 Προγαμιαίες σχέσεις
- 5.4 Γάμος, διαζύγιο και αμβλώσεις
  - 5.4.1 Λίγα λόγια για το γάμο και το διαζύγιο
- 5.5 Στάσεις, συμπεριφορές έγγαμων ζευγαριών για την έκτρωση
  - 5.5.1 Η έκτρωση σαν αντισυλληπτικό μέσο
  - 5.5.2 Η ηλικία της γυναίκας και του άντρα
  - 5.5.3 Ο αριθμός των παιδιών κατά οικογένεια
  - 5.5.4 Το επίπεδο της μόρφωσης των γυναικών
  - 5.5.5 Επαγγελματική δραστηριότητα των γυναικών-αντρών
  - 5.5.6 Οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας
  - 5.5.7 Προγαμιαίες σχέσεις

5.5.8 Αντιλήψεις για το διαζύγιο και την συζυγική συμβίωση

5.5.9 Διαχωρισμός των συζυγικών ρόλων

5.5.10 Σεξουαλική ζωή

5.6 Εγκυμοσύνη

5.6.1 Εγκυμοσύνη στην εφηβεία

5.6.2 Τεχνικές μέθοδοι που οδηγούν στην εγκυμοσύνη

5.6.3 Τα στάδια ανάπτυξης του εμβρύου

5.6.4 Προγεννητικοί έλεγχοι και έκτρωση

5.6.5 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΟΤΗΤΑ (ΜΟΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ)

6.1 Η διάσταση του φαινομένου της μονογονεϊκότητας

6.2 Μονογονεϊκές οικογένειες με μονές μητέρες- ομάδες υψηλού κινδύνου για φτώχεια

6.3 Η κοινωνική Πρόνοια τι μπορεί να κάνει για να καταπολεμηθεί η εξάρτηση και η οικονομική ανασφάλεια των μονών μητέρων

6.4 Προτάσεις για κοινωνική πολιτική

6.5 Δημογραφικά προβλήματα της Ελλάδας



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

7.1 Έκτρωση ως κοινωνικό πρόβλημα

7.2 Φορείς ενημέρωσης

7.3 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

7.4 Περίληψη και συμπεράσματα από την συνέντευξη στον Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού

7.5 Συμπεράσματα

7.6 Προτάσεις

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1.1.Το πρόβλημα – Σκοπός μελέτης

Αντισύλληψη και έκτρωση δύο έννοιες τόσο αντίθετες αλλά και τόσο αλληλένδετες συγχρόνως . Επί αιώνες όχι μόνο η εκκλησία αλλά και η ιατρική είχαν αντιτεθεί στη χρήση μεθόδων αντισύλληψης. Τελευταία όμως η αντισύλληψη χρησιμοποιείται ευρέως με σκοπό τον έλεγχο του πληθυσμού, τη προστασία κατά των αφροδίσιων νοσημάτων και το καθορισμό και έλεγχο του μεγέθους των οικογενειών. Παρά την ποικιλία και την ανάπτυξη των αντισυλληπτικών μεθόδων, σήμερα πολλά ζευγάρια βρίσκονται ενώπιον μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στην έκτρωση η οποία νομιμοποιήθηκε υπό όρους το 1986 ( Ν.1604/86 και Π.Δ 103/87).

Στη χώρα μας υπάρχει η τάση της πρόωρης σεξουαλικής δραστηριότητας , το γεγονός αυτό δημιουργεί την ανάγκη για διαπαιδαγώγηση στο τομέα αυτό .. Σε πολλές περιπτώσεις η κατάσταση αυτή αποκλείει τη πιθανότητα τακτικής επανάληψης αντισυλληπτικών μεθόδων εντός της σχέσης του ζευγαριού. Έφηβοι, σπουδαστές και άλλοι ενήλικοι δυστυχώς έχουν ελλιπή πληροφόρηση όσον αφορά: τα σεξουαλικές μεταδιδόμενα νοσήματα, τις μεθόδους αντισύλληψης , σχέσεις με το άλλο φύλο, τεκνοποίηση, εγκυμοσύνη κα .Το σχολείο δεν τους παρέχει σχεδόν καμία σεξουαλική διαπαιδαγώγηση οι πηγές πληροφόρησης τους είναι οι συνομήλικοι τους. Το θέμα λοιπόν της αγωγής που είναι πολύ σημαντικό και επείγει , επικεντρώνεται σε δύο βασικά σημεία : 1) τι είδους πληροφόρηση πρέπει να γίνει και 2) ποιος θα αναλάβει το λεπτό αυτό έργο.

Αυτό θα το αναλάβει ο οικογενειακός προγραμματισμός. Με τον όρο αυτό καλύπτεται όχι μόνο η παροχή συμβούλων στα ζευγάρια ή άτομα, αλλά ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που αρχίζει από τη παιδική ηλικία και προχωρά πέρα στην ενηλικίωση. Εμείς θα διευκρινίσουμε πότε εισήχθη ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα, ποια είναι τα κυριότερα θέματα με τα οποία ασχολείται, τι γίνεται στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, αν το κοινό ανταποκρίνεται σε αυτή την υπηρεσία και ποια η σχέση του με την έκτρωση και την αντισύλληψη.

Η αντισύλληψη είναι το δικαίωμα αλλά και η υποχρέωση του σύγχρονου ανθρώπου ούτως ώστε να διαφυλάξει τη σωματική και ψυχική του υγεία , να προστατευθεί και ταυτόχρονα να προστατεύσει τον σύντροφό του. Εμείς θα προσπαθήσουμε να δώσουμε

απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα όπως , αν υπάρχει η κατάλληλη μέθοδος αντισύλληψης για το κάθε ζευγάρι; Αν η αντισύλληψη είναι ένα θέμα που αφορά μόνο τη γυναίκα ή στις μόνιμες σχέσεις και τέλος ποιες είναι οι πλέον διαδεδομένες μέθοδοι αντισύλληψης;

Από την άλλη μεριά η έκτρωσή είναι η αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι αμβλώσεις είναι ένα θέμα λεπτό και ιδιαίτερο, αποτελεί χρόνια τώρα ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Όλοι γνωρίζουμε ότι υπάρχουν κίνδυνοι σωματικοί και ψυχοκοινωνικοί. Εμείς θα αναλύσουμε ιδιαίτερα το θέμα αυτό από ιατρικής, νομικής και κοινωνιολογικής απόψεως. Τα κυριότερα ερωτήματα που θα μας απασχολήσουν είναι για κάποιους η έκτρωση είναι αντισυλληπτικό μέσο , ποια η στάση των γυναικών, κατά πόσο παίζει ρόλο η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του ζευγαριού, ποια η στάση των ανδρών, αν και κατά πόσο χρησιμοποιούνται αντισυλληπτικές μέθοδοι, πως επιδρά η επαγγελματική κατά κατάσταση, αν η έκτρωση και αντισύλληψη είναι διαδεδομένη στον αγροτικό πληθυσμό.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η γυναίκα σήμερα έχει πολυδιάστατους ρόλους γι αυτό καλό θα ήταν να δούμε αν η έκτρωση και η αντισύλληψη διαφοροποιείται σε σχέση με την ηλικία, την εργασία και τον αστικό ή αγροτικό χαρακτήρα του πληθυσμού. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η σχέση απασχόλησης με τη γονιμότητα αναφέρουμε ότι παρουσιάζουν αρνητική σχέση . Εμείς θα επιχειρήσουμε να δούμε αν οι έγγαμες γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά οικονομικής δραστηριότητας σε σχέση με τις άγαμες. Ωστόσο αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ απασχόλησης γυναικών και αριθμός παιδιών και αν η ύπαρξη εκτεταμένης οικογένειας σαν είδος νοικοκυριού ευνοεί την απασχόληση των γυναικών. Όσον αφορά το θέμα του γάμου και του διαζυγίου γενικότερα θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απαντήσεις σε βασικά και πρωτογενή ερωτήματα. Να διευκρινίσουμε ότι αναφερόμαστε στη διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων δεκαετιών και θα δούμε αν οι έγγαμες γυναίκες αποφασίζουν να μπουν στη διαδικασία της έκτρωσης ποιοι λόγοι τις αναγκάζουν να πάρουν μία απόφαση, ποια η γνώμη των έγγαμων ανδρών και κατά πόσο παίζει ρόλο το κοινωνικό, επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο των οικογενειών , ποια στάση των έγγαμων γυναικών απέναντι στα αντισυλληπτικά μέσα.

Πολλές φορές οι αντισυλληπτικές μέθοδοι σε συνάρτηση με τον ανθρώπινο παράγοντα δε φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα και το ζευγάρι οδηγείται στην εγκυμοσύνη και ο τοκετός προκαλούν μοναδικές αλλαγές στο σώμα και στο συναίσθημα της γυναίκας, είτε αυτός είναι φυσιολογικός είτε έχει προέλθει από τεχνικές μεθόδους. Η κατανόηση του πώς και γιατί επέρχονται αυτές οι αλλαγές και ποια συμπτώματα είναι φυσιολογικά ή παθολογικά μπορεί να βοηθήσει στη καταστολή κάθε ανησυχίας για το τι συμβαίνει στο σώμα. Ποια είναι όμως τα συμπτώματα στη εφηβική εγκυμοσύνη; Αυτό είναι ένα από τα

θέματα που θα αναλύσουμε στα πλαίσια της εργασίας μας. Καλό θα ήταν ωστόσο να δούμε πώς και κατά ποιόν τρόπο η γυναίκα μέσα από τις αλλαγές που βιώνει αποφασίζει να κρατήσει το παιδί της ή όχι. Επίσης πόσο ρόλο παίζουν οι προγεννητικοί έλεγχοι στην απόφαση της έκτρωσης και κατά πόσο το έμβρυο αισθάνεται και βιώνει τον θάνατο του μέσα από τη διαδικασία της άμβλωσης

Ένα άλλο θέμα που θα μας απασχολήσει είναι οι μονογονεϊκές οικογένειες. Στην Ευρώπη το ποσοστό των νοικοκυριών με παιδιά κάτω των 18 ετών που θεωρούνται μονογονεϊκά είναι 11% εκ των οποίων το 9% αποτελούνται από μονές μητέρες με παιδιά. Τα στατιστικά από μόνα τους παρουσιάζουν τη διάσταση που έχει πάρει το φαινόμενο της μονογονεϊκότητας. Εδώ θα παρουσιαστεί αναλυτικά αν υπάρχουν κοινωνικές και οικονομικές διακρίσεις, ποιες είναι οι κυριότερες εισοδηματικές πηγές τους; αν οι οικογένειες με μονές μητέρες είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για φτώχεια. Άλλοτε η μητέρα ή ο πατέρας μεγαλώνουν μόνοι το παιδί και άλλοτε το μεγαλώνουν ενώ συζούν χωρίς απλά να έχουν παντρευτεί. Τι συμβαίνει άραγε στις σκανδιναβικές χώρες, στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α

Δυστυχώς γνωρίζουμε ότι η αναπαραγωγικότητα στην Ελλάδα παρουσιάζει δραματική πτώση. Αξίζει και μόνο να αναφερθεί το γεγονός τα ότι στη χώρα μας οι αμβλώσεις είναι περίπου 300.000 ετησίως ενώ οι γεννήσεις δεν ξεπερνούν τις 100.000. υπάρχει συσχέτιση μεταξύ απασχόλησης γυναικών και αριθμός παιδιών και αν η ύπαρξη εκτεταμένης οικογένειας σαν είδος νοικοκυριού ευνοεί την απασχόληση των γυναικών.

Ευελπιστούμε ότι μέσα από την εργασία αυτή θα προσπαθήσουμε να δώσουμε όλες τις απαντήσεις στα ερωτήματα που έχουμε θέσει, ώστε να καλύψουμε όσο καλύτερα όλες τις διαστάσεις του όσο σημαντικού και λεπτού αυτού κοινωνικού ζητήματος.

## **1.2 Ορισμοί εννοιών**

**Άμβλωση** :Ως άμβλωση χαρακτηρίζεται η τεχνητή διακοπή μιας εγκυμοσύνης με απώλεια του κυοφορούμενου, προτού γίνει βιώσιμο (τέλος 28<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης) χωρίς να υπάρχει ιατρική ένδειξη, άσχετα από το αν έγινε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης ή με εξωιατρικά μέσα. (Παπανικολάου, 1994).

**Έκτρωση** : Διακοπή της εγκυμοσύνης και εκβολή του κυήματος που προκαλείται για θεραπευτικό σκοπό (όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες στο έμβρυο) . Σήμερα δεν γίνεται διάκριση της έκτρωσης από την άμβλωση , που έχει για κίνητρο τη μη απόκτηση ενός ανεπιθύμητου παιδιού . (Παπανικολάου , 1994) .

**Οικογενειακός προγραμματισμός** : Ο όρος (κοινωνιολογικός) που εισήχθη για να αντικαταστήσει τον όρο *έλεγχος των γεννήσεων* και αποσκοπούσε στην υπογράμμιση του γεγονότος ότι ο έλεγχος των γεννήσεων αφορούσε παντρεμένα ζευγάρια και ότι δεν αναφερόταν μόνο στον αριθμό των τέκνων, αλλά και στην διασφάλιση της ιατρικά και κοινωνικά επιθυμητής απόστασης μεταξύ των γεννήσεων. (Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα , 1997)

**Οικογένεια** : είναι θεσμός που εξασφαλίζει τη βιολογική και κοινωνική αναπαραγωγή της κοινωνίας (γέννηση και ανατροφή τέκνων) και παράλληλα την αμοιβαία προστασία και βοήθεια, μεταξύ των προσώπων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς. Οικογένεια είναι μια ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί την διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση που περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συζυγικούς δεσμούς. (Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, 1997)

**Αντισύλληψη** : α) Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν την εγκυμοσύνη

β) Η αντισύλληψη περιλαμβάνει τις μεθόδους εκείνες που επιτρέπουν στα ζευγάρια να έχουν σεξουαλικές επαφές δίχως το φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιτρέποντας τους ταυτόχρονα την δυνατότητα να πραγματοποιήσουν την γονιμότητα τους μόλις το θελήσουν. ( Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα , 1997)

**Μονογονεϊκή οικογένεια** : Η μονογονεϊκή οικογένεια ορίζεται σαν οικογένεια στην οποία : « Ένας γονέας χωρίς σύζυγο ή σύντροφο αλλά, ίσως, μαζί με άλλα άτομα (π.χ. τους γονείς του/της) ζει με ένα τουλάχιστον ανύπαντρο τέκνο εξαρτώμενο από αυτόν. (Υδρόγειος, 1993)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **2.1 ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ**

#### **2.1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΝΟΜΙΚΕΣ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ**

Για να απαντήσουμε ικανοποιητικά σχετικά με το ποια ήταν η ηθική των αρχαίων όσον αφορά το ζήτημα των αμβλώσεων, οφείλουμε να εξετάσουμε και να παραθέσουμε τις βιολογικές και κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούσαν για το έμβρυο πριν και μετά τη γέννηση του.

Οι Στωικοί φιλόσοφοι θεωρούσαν ότι το έμβρυο δεν είναι ζώο αλλά μέρος της μήτρας της μητέρας. Συγκεκριμένα ο Πλούταρχος και ο Γαληνός σε ειδικά κεφαλαία τους μας δίνουν πλήρη εικόνα των δοξασιών αυτών.

Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης τάσσονταν υπέρ της έκτρωσης για καθαρά οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους. Ο Αριστοτέλης κάνοντας ένα βήμα παρά πάνω ζήτησε «δια νομού» καθορισμό των παιδιών και συνέστησε την έκτρωση στους πρώτους μήνες της κλήσεως σε περίπτωση που παρουσιάζονταν υπεράριθμα κρούσματα συλλήψεων. Κατά την γνώμη των δυο φιλοσόφων, η έκτρωση ήταν «εγκληματική « πράξη εάν το έμβρυο είχε αποκτήσει το αίσθημα της ζωής . Ο Πλάτων και ο Α Αριστοτέλης θεωρούσαν ότι η άμβλωση μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς ποινικές συνέπειες μέχρι και 4,5 μηνών εγκυμοσύνης.

Η κοινωνική θέση της νεαρής κοπέλας στην αρχαία ελληνική οικογένεια βοηθούσε πολύ τη τάση προς την έκτρωση. Διότι εάν δεν τις επιτρεπόταν να τεκνοποιήσει , τότε επιζητούσε με κάθε τρόπο να εξαλείψει από το σώμα αυτό το «έγκλημα». Γιατί η νεαρή κοπέλα δεν είχε μόνο να φοβηθεί τη πικρά που προερχόταν από τις απαγορευμένες τις σχέσεις αλλά ακόμη το ενδεχόμενο να εκδιωχθεί από το πατρικό της σπίτι και να πουληθεί νομίμως.

«Όσον αφορά τώρα την στάση της ελληνικής νομοθεσίας , σε αυτό το σημείο υπάρχει διαφωνία γνώμων των συγγραφών που ασχοληθήκαν και ερεύνησαν το ζήτημα. Ο καθηγητής Morache στο έργο του “La profession Medicale” αναφέρει πως η έκτρωση για μεγάλο χρονικό διάστημα επιτρεπόταν , ήταν ανεκτή και μάλιστα υπήρχε παρότρυνση υπέρ της, ανάλογα βεβαία με τις κατά τόπους νομοθεσίες και ιδιαίτερα στη περίοδο του

Λυκούργου . Άλλοι όπως ο Herman λένε ότι αν και ο νομός είχε τηρήσει σιγή στη πράξη υπήρχε συζήτηση περί του εάν το έμβρυο είναι άνθρωπος. Ο καθηγητής Γεωργαντας υποστηρίζει ότι η Ιατροδικαστική ήταν γνωστή στους Έλληνες και εφαρμοζόταν συχνά» ( Μ. Μ Μωυσειδου . Ιατρού , 1997,σελ. 4-7)

«Ο Κικέρων σε ένα ταξίδι του στη Μ. Ασία έμαθε ότι μια γυναικά από την Μίλητο είχε καταδικαστεί σε θάνατο επειδή δωροδοκήθηκε από τους κληρονόμους του άντρα της για να αποβάλει κάνοντας χρήση εκτρωτικών μέσων. Συνεπώς, στους Έλληνες της Μ. Ασίας η άμβλωση θεωρείτο βαρύτατο έγκλημα.

Από τα παραπάνω επιτρέπεται να συμπεράνουμε ότι η Ελληνική νομοθεσία δεν άφηνε ατιμώρητη την έκτρωση. Στην Αθήνα μάλιστα υπήρχε ειδική κατηγορία που τιμωρούσαν το αδίκημα της εκτρώσεως, γνωστή με το όνομα «Άμβλώσεως Γραφή» . Δε γνωρίζουμε όμως ποια είναι η ποινή. Αν υπήρχαν πόλεις, στις οποίες η πράξη της έκτρωσης θεωρούνταν θεμιτή ο Αριστοτέλης δε θα παρέλειπε να μας το αναφέρει, προς υποστήριξη των περί έκτρωση συμβουλών του» ( Μ.Μ Μωυσειδου. Ιατρου,1997,809)

«Ο Χριστιανισμός ανέτρεψε εξ' ολοκλήρου τις απελευθερωμένες αντιλήψεις των Ελλήνων ηθικολόγων και με αυστηρότατες ποινές απαγόρευσε την έκτρωση» ( Μ. Μ Μωυσειδου , Ιατρού , 1997,9 ) . Στην εποχή όμως της Καινής Διαθήκης η άμβλωση ήταν ευρύτατα διαδεδομένη και δε αποτελούσε αδίκημα, γιατί επικρατούσε η υποστηριζόμενη από τη Φιλοσοφία άποψη ότι το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος αλλά αποτελεί μέρος των σπλάχνων της γυναίκας.

Εν τούτοις , ευσυνείδητοι επιστήμονες γιατροί της αρχαιότητας καταδίκασαν με παρρησία την έκτρωση , ως απαυδούσα στην επιστήμη τους, όπως ο Ιπποκράτης , ο Γαληνός και ο μεγαλύτερος γυναικολόγος της αρχαιότητας Σωρανος ο Εφεσιος ( [www.unborn.gr](http://www.unborn.gr) ) . Η εκκλησιά αντιτάχθηκε σε αυτές τις αντιλήψεις, με την ίδια την ζωή και την πράξη της. Ο άνθρωπος είναι για το χριστιανισμό ολόκληρος και πλήρης « εξ' άκρας συλλήψεως», από τη στιγμή που συλληφθεί στο σώμα της μητέρας. Σημαντικό είναι ότι στο χριστιανικό κόσμο δεν γίνεται καμία διάκριση μεταξύ διαμορφούμενου και ασχημάτιστου εμβρύου, κάτι που ίσχυε στην Εβραϊκή Νομοθεσία.

Πολύ νωρίς η Εκκλησία προσκαλούσε τις άγαμες μητέρες , κάνοντας όπως πάντα τη διάκριση μεταξύ του ανθρώπου και του σφάλματος του, αντί να εκθέτουν τα βρέφη τους να τα αφήνουν στη θύρα των ναών, ώστε χωρίς να γίνονται γνωστές και εκτίθεται η κοινωνική υπόληψη τους να αναλάβει αυτή την φροντίδα τους. Προσκλητήριο που συνεχίστηκε να εφαρμόζεται και στους μετέπειτα αιώνες, αφού το συναντάμε πχ στη δράση της Αγίας Φιλότης της Αθηναίας αλλά και σήμερα ακόμη από γυναικεία κυρίως μοναστήρια.

«Συγκεκριμένες αναφορές για το ζήτημα της έκτρωσης έχουμε και ΚΑ κανόνα της Συνόδου της Άγκυρας (314 μ. χ) και επίσης στην 6<sup>η</sup> Οικουμενική της Κωνσταντινουπόλεως ( 91<sup>ος</sup> κανόνας) 680 μ. χ. Και οι δυο τάσσονται κατά της πράξεως της άμβλωσης. Επίσης , την ίδια θέση επί του θέματος έχει και ο Άγιος Βασίλειος, ο οποίος αφιέρωσε 2 από τους κανόνες του ( τον Β και τον Η) σε αυτό το θέμα. Καθώς και ο Πατριάρχης της Κωνσταντινουπόλεως Ιωάννης Νηστευτής (580- 619 μ. χ), ο οποίος είναι ιδιαίτερα αυστηρός με το ΚΑ κανόνα του .» ( Μ. Μ Μωσειδου. Ιατρού ,1997 ,9-11)

Οφείλουμε επίσης να παραθέσουμε λίγα λόγια για την Αγία Γραφή. Συγκεκριμένα, αναφέρει : Εκείνος ο οποίος δίνει, συντηρεί και αφαιρεί τη ζωή είναι ο Δημιουργός Θεός. Όπως το εξέφρασε ο Ιώβ : « ο Κύριος έδωσε και ο Κύριος αφαιρεί ..» ( Ιώβ 1:21). Ή όπως λέει ο Ψαλμοδός : «παίρνεις πίσω το Πνεύμα σου, πεθαίνουν και χρώμα ξαναγίνονται . Στέλνεις πάλι το Πνεύμα σου και δημιουργούνται....» ( Ψαλμός 104: 29-30).

Ο ευαγγελιστής Λουκάς στο πρώτο κεφάλαιο του ευαγγελίου του μας αναφέρει τη προφητεία του αγγέλου σχετικά με τον Ιωάννη το Βαπτιστή : «... Θέλει να γεμίσει με Πνεύμα Άγιο, από το καιρό που θα είναι στη κοιλιά της μάνας του...» .

Στο δεύτερο κεφαλαίο του ίδιου ευαγγελίου διαβάζουμε για το σκίρτημα του βρέφους , του Ιωάννη του Βαπτιστή, όταν ακόμη ήταν ακόμη μέσα στη κοιλιά της μητέρας του , στη συνάντηση της μητέρας με τον Κύριο. Είναι η ίδια λέξη , «βρέφος» , που χρησιμοποιεί ο ευαγγελιστής τόσο για το αγέννητο , όσο και για το νεογέννητο παιδί.

### **2.1.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ**

Σκόπιμο είναι σε αυτή τη φάση να αναφέρουμε και τις αντιλήψεις των γιατρών της αρχαιότητας για το ζήτημα της έκτρωσης .

Αρχίζουμε με το περίφημο όρκο του Ιπποκράτη , ο οποίος λέει : « Ουδέ γυνεκί πεσσόν Φθόριον δώσω». Αποδεικνύεται επίσης ότι η έκτρωση γενικώς δεν αποδοκιμαζόταν. Εξαίρεση αποτελεί η Ιπποκράτειος Συλλογή.

Εν συνεχεία ο Σώρανος ο Εφέσιος ένας από τούς γιατρούς της αρχαιότητας, είναι αυτός που εξέτασε και έκρινε το ζήτημα της εκτρώσεως με την απαιτούμενη σοβαρότητα, ορθοφροσύνη και ευσυνειδησία και επίσης καθόρισε τις ιατρικές ενδείξεις της θεραπευτικής έκτρωσης..

Ο Γαληνός, καταδικάζει την έκτρωση όπως επίσης και ο Θεόδωρος Πρισκιναιος , Έλληνας γιατρός του 4<sup>ου</sup> μχ αιώνα, ο οποίος διετέλεσε αρχίατρος στην αυλή του Βυζαντίου και γραφεί : « Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συνταγολογεί εκτρωτικά. Ο



Γιατρός μονό οφείλει να αναλάβει αυτή την ευθύνη. Η έκτρωση επιτρέπεται μόνο αν η μήτρα πάσχει ή ένα η γυναίκα διατρέχει κίνδυνο από τον τοκετό» ( Μ. Μ Μωυσειδου, Ιατρού,1997, 12-14)

Με τα ονόματα εκρύσιες- τρωσμοί - εκτρωσμοί- έκτρωσις- φθορή- αποφθορη- απόφθαυμα- διαφθορή – άμβλωσις- εξάμβλωσις- ωμοτόκια, οι αρχαίοι περιελάμβαναν τη πρώιμη εκβολή του προϊόντος της συλλήψεως σε οποιαδήποτε περίοδο της κύησης.

Η περίοδος κατά την οποία γίνεται η έκτρωση ποικίλει. Όμως οι περισσότερες συνέβαιναν τις πρώτες 40 μέρες. Η έκτρωση που γινόταν μεταξύ της πρώτης και εβδομής ημέρας της κύησης ήταν γνωστή με το όνομα « Εκρύσιες», ενώ αυτή που συνέβαινε τις πρώτες 40 μέρες καλούνταν « Τρωσμοί» ή « Εκτρωσμοί».

Οι λόγοι που προκαλούν τη πρόωρη εκβολή το εμβρύου είναι πολυάριθμοι. Ανάμεσα στους εξωγεννητικούς τραυματισμούς αναφέρονται : η πτώση, τα χτυπήματα, τα σπασίματα, η άρση βάρους, οι βίαιες ψυχικές και ηθικές συγκινήσεις, ο τρόμος, ο θυμός, και η υπερκόπωση .» ( Μ . Μ Μωυσειδου. Ιατρού, 1997, 15-16)

**Τοπικά Αίτια** που εξανάγκαζαν τη γυναίκα στην αρχαία Ελλάδα να μπει στη διαδικασία της έκτρωσης ήταν τα ακόλουθα:

**A) Υδρωπικία της μήτρας**: Η εγκυμοσύνη στη περίπτωση αυτή δεν προχωράει πέραν των 2 μηνών. Πρόκειται ίσως για τη μεταγενέστερη αμνιακή υδρόροια, που οφείλεται στην ενδομητρίτιδα.

**B) Κατάσταση των Κοτυληδόνων της μήτρας**: Από τους οποίους τρέφονται τα έμβρυα. Όταν έχουν φλεγμονή, αδυνατούν να συγκρατήσουν το έμβρυο και αποβάλλεται περίπου το δεύτερο ή τρίτο μηνά.

**Γ) Η Λειότητα της μήτρας**: Είτε εκ φύσεως είτε ως συνέπεια τραυματισμού/ πληγής, είναι δυνατόν να προκαλέσει έκτρωση. Στον τρίτο ή τέταρτο μήνα όταν το παιδί αρχίζει να κινείται, οι υμένες λόγω της λειότητας της μήτρας δεν είναι καλά προσκολλημένοι και το έμβρυο αποβάλλεται. ( Μ. Μ Μωυσειδου. Ιατρού .1997,19-20)

### **Παθολογική ανατομία:**

Η Ιπποκράτειος Συλλογή αναφέρει δυο περιπτώσεις μακροσκοπικής εξέτασεως εμβρύου το οποίο αποβλήθηκε κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Κατά των Ιπποκράτη γονή επτά ημερών έχει όλα τα ουσιώδη μέρη της. Εκτενή αναφορά επί του θέματος γίνεται στο 19<sup>ο</sup> κεφάλαιο επί των « Σαρκών».

Ο Γαληνός μετριοφρονέστερος από τον Ιπποκράτη αναφέρει ότι « Κατά τον πρώτο μηνά η έκτρωση δε μπορεί να μας δώσει τίποτα το σαφές» ( Γαληνού, τ. IV, 654 ΚΑΙ 663) (Μ. Μ. Μωσειδου. Ιατρού 1997, 21)

### **Συμπτωματολογία:**

Τα συμπτώματα που περιγράφονται σήμερα ως πρόδρομα , ήταν γνωστά στους αρχαίους. Οι Σωρανος και Αετιος σε ειδικά κεφαλαία με τίτλο « Τίνα προηγείται σημεία μελλούσης γίνεσθαι φθοράς» μας δίνουν μιας πρώτης τάξεως κλινική περιγραφή της προδρομικής συμπτωματολογίας της έκτρωσης . Ενδεικτικά παραθέτουμε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρουν ορισμένοι ιατροί της αρχαιότητας : κοιλιακοί πόνοι, βάρος των νεφρών , αιμορραγίες, οσφυϊκοί πόνοι, μητρορραγίες. Κατά την Ιπποκράτειο Συλλογή «τα λογία» διαρκούν λιγότερο σε εκτρώσεις πρώτων μηνών και περισσότερο στους μετέπειτα μήνες ( Μ. Μ. Μωσειδου. Ιατρού, 1997, 22-24)

### **Επιπλοκές**

Μεταξύ των επιπλοκών της έκτρωσης , οι ρίξεις του πλακούντα και των υμένων αναφέρονται συχνότατα στην ιπποκράτειο Συλλογή . Επίσης, με αξιοθαύμαστη κλινική παρατηρητικότητα περιγράφονται οι λοιμώξεις κατόπιν άμβλωσης. Ακόμη συναντώνται πολλά περιστατικά σηψαιμιών.

Στο Ιπποκράτους « Γυναικών» παρουσιάζεται αναλυτικώς η κλινική εικόνα της λοίμωξης. Οι περιπτώσεις όλες που παρουσιάζουν λοίμωξη στο «Γυναικείων» και « Επιδημιών» του Ιπποκράτη καταλήγουν στο θάνατο, μονό μια αναφορά έχουμε που γιατρεύτηκε τη 14η ημέρα.

Ενδεικτικά κάποια σημάδια λοιμώξεως από την Ιπποκράτειο Συλλογή, είναι: ρίγη, πυρετός, ξηρότητα γλωσσάς, αϋπνία, παραισθήσεις, κεφαλαλγία, οίδημα προσώπου, πόνοι οσφύος, ψυχρός ιδρώτας κα Ο Σωράνος επίσης αναφέρει επιληπτικούς ή οπισθοτονικούς σπασμούς και ο Αετιος το τέτανο.

Η έκτρωση διακινδύνευσε αρκετά τη γεννητική ακεραιότητα της γυναίκας. Η ιπποκράτειος Συλλογή μας αναφέρει πολλά περιστατικά στειρώσεως. Επίσης, ο Μιχαήλ Ψελλός σε ένα ποίημα περιγράφει ως συμπτώματα οξεία και βαθιά φλόγωση της μήτρας κατόπιν εκτρώσεως. ( Μ. Μ . Μωσειδου ιατρού, 1997, 24-27)

### **Η Έκβαση της έκτρωσης:**

Για τους αρχαίους Έλληνες η έκτρωση ήταν πολύ πιο επικίνδυνη για την σωματική ακεραιότητα της γυναίκας , παρά ο τοκετός. Ο Αριστοτέλης θεωρεί χειρότερη τη πρόγνωση στην έκτρωση κατά τον 8<sup>ο</sup> ή 4<sup>ο</sup> μήνα.

Για τη μεγάλη θνησιμότητα της εκτρώσεως έχουμε αρκετές αναφορές από το διάσημο γεωγράφο και αστρονόμο του 2<sup>ου</sup> αιώνας , Κλαύδιο Πτολεμαίο στη Τετραβίβλον του.

### **Θεραπεία:**

Η θεραπεία της έκτρωσης ήταν περίπλοκη ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση. Για εκτρώσεις που δεν ήταν δυνατόν να εκτελεστούν, λαμβάνονταν υπόψη διάφορες ενδείξεις. Όταν υπήρχε αδυναμία για εξώθηση , οι αρχαίοι χρησιμοποιούσαν άφθονες πλύσεις με ζεστό νερό και δίνανε διάφορα φάρμακα . Εάν το έμβρυο παρουσιαζόταν σε σωστή θέση αλλά δε μπορούσαν να το αποκολλήσουν εύκολα από τη μήτρα χορηγούσαν « παρμικα» και έντονες παλμικές κινήσεις κατά τις ωδίνες.

Ακόμη γινόταν συχνή χρήση και μάλιστα κατάχρηση εκτρωτικών σκευασμάτων, γνωστών με τον όνομα «Εκβολιον» ή « Διεκβολιον».

Για το οξύ έλκος της μήτρας , που είναι συνεπεία της έκτρωσης και εκδηλώνεται με αίμα , πόνους, κεφαλαλγίες, και παραληρήματα, η Ιπποκράτειος Συλλογή συνιστά διαιτητική και τοπική θεραπεία.

Κατά των λοιμώξεων με πόνους και αιμορραγίες , ο συγγραφέας των Γυναικείων , συνιστά πλύσεις των γεννητικών οργάνων με έγχυμα φυλών αγριελιάς και ξηρού Ολύνθου.

Κατά του πύου εντός της μήτρας ( απόστημα) η Ιπποκράτειος συλλογή συνιστά εισαγωγή μήλης στο στόμιο της μήτρας με διασωλήνωση.

Κατά των Εξελκώσεων του αυχενος της μήτρας εκτελούνταν διακλυσεις κολπικές με έγχυμα κισθου και ελελιφασκου. ( Μ. Μ . Μωυσειδου. Ιατρού, 1997, 27)

### **Εκτρωτικά μέσα:**

Τα εκτρωτικά μέσα που χρησιμοποιούσαν οι Έλληνες της αρχαιότητας ήταν πολυποίκιλα και πολυάριθμα. Με έναν γενικό τρόπο μπορούμε να τα χωρίσουμε σε « Μηχανικούς χειρισμούς» και « εκτρωτικές ουσίες».

A) **μηχανικοί χειρισμοί** : έχουν ως σκοπό να ερεθίσουν τη μήτρα και να προκαλέσουν συστολές με δυο τρόπους 1) παρακέντηση των υμένων όπου εκτελούνταν με φτερό είτε με λαβή είτε με ραβδί, με καρφί ή με μαχαίρι ( πολύπλοκο σπαθον) 2) ενδομήτριο διακλυσή όπου ήταν γνωστή ως εκτρωτικό και θεραπευτικό μέσο κατά την ιπποκράτειο Συλλογή αλλά και τους μετέπειτα χρόνους.

B)**Εκτρωτικές ουσίες:** Οι εκτρωτικές ουσίες ήταν γνωστές με τα ονόματα Εμβόλια , διεκβολία , φθόρια ή αμβλωτικά. Η αρχαία ελληνική φαρμακολογία περιέχει πληθώρα εκτρωτικών. Οι κυριότερες πηγές της φαρμακολογίας είναι: από την ιπποκράτειο συλλογή το Αο Βιβλίο των «Γυναικείων» και το 32<sup>ο</sup> κεφ. Του «περί γυναικείας φύσις» . Τα εκτρωτικά είχαν σκοπό να εκβάλουν το πεθαμένο έμβρυο, αποπληκτό , ακίνητο, ημίεργο, ή να εκδιώκουν τον πλακούντα και να σταματήσουν τους υμένες εντός μήτρας.

## 2.2 ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Ο 18<sup>ος</sup> αιώνας είναι ο αιώνας σταθμός στο θέμα της αντισύλληψης. Αν και πρώιμες αναφορές υπάρχουν ήδη από το Talmud και τα κείμενα του Ιπποκράτη, παρόλα αυτά οι πρώτοι επίσημοι υποστηρικτές και πολέμιοι εμφανίζονται τότε (Ανδρούτσος, Αλεξανδρόπουλου, Τρυφωνιδης, 1992,63)

Οι άνθρωποι ζώντας στο σκοταδισμό και κάτω από τη πίεση των θρησκευτικών δογμάτων, δεν συνειδητοποιούν το δικαίωμα στην αντισύλληψη.

Διακεκριμένες όμως φιγούρες του 18<sup>ου</sup> αιώνα όπως φιλόσοφοι, υπουργοί, επιφανείς επιστήμονες, αλλά ακόμα και γυναίκες, διακηρύττουν παντού το δικαίωμα- υποχρέωση στην αντισύλληψη και πολλές φορές πληρώνοντας με το τίμημα μιας δικής.

Δέκατος όγδοος αιώνας, σε πολλές χώρες ο πόλεμος εναντία σε αυτούς που άρχισαν να διακηρύττουν το δικαίωμα του ανθρώπου στην αντισύλληψη είχε ήδη αρχίσει.

Όπως πάντα συμβαίνει με κάθε είδους πρόοδο, έτσι και η ιδέα της αντισύλληψης είχε τους υποστηρικτές και τους πολεμίους της.

Ανάμεσα σε αυτούς, οι πιο αξιόλογοι και διακεκριμένοι όπως αναφέρεται από τους Ανδρούτσο, Αλεξανδροπούλου και Τρυφωνιδη ήταν:

- Jeremy Bent ham: Άγγλος φιλόλογος και δικαστικός. Συνιστούσε την αντίληψη ως μέσο αντιμετώπισης της φτώχειας. Στο βιβλίο του "Situation and Relief of the poor" τοποθετούσε τον εαυτό του εναντία στην χρήση προφυλακτικού και στην «εγκράτεια» αλλά είχε τεθεί υπέρ του «σπόγγου» του οποίου την χρήση θεωρούσε ιδιαίτερα αποτελεσματική
- Thomas Robert Mathis: Άγγλος υπουργός, ο οποίος έγινε γνωστός χάρη στην εργασία του με τίτλο "An essay on the principle of population as it effects the future improvement of Society". Σύμφωνα με την θεωρία του, ο ανθρώπινος πληθωρισμός αυξάνει με την γεωμετρική πρόοδο, ενώ το ποσό της τροφής το οποίο είναι διαθέσιμο, αυξάνει μονό με αριθμητική. Πρότεινε να παντρεύονται αργότερα και στα ζευγάρια να έχουν εγκράτεια, την οποία και αποκαλούσε «ηθική εγκράτεια»(moral abstinence).
- Francis Place: Ο πρώτος, προσπάθησε να εκπαιδεύσει το ευρύ κοινό στο θέμα της αντισύλληψης. Το 1822 στο βιβλίο του "The principle of population, inducing an examination of the proposed Remedies of Mr. Mathis", αναιρούσε τις ιδέες του Mathis. Έκδωσε τρία φυλλάδια τα οποία χαρακτηρίστηκαν ως "διαβολικά αντικείμενα" από τους πολέμους του. Αυτά είχαν ως τίτλους: "To the married of both sexes" and "To the married of both sexes of the working people". Το 1822 σε συνεργασία με τον

- Richard Carlile εξέδωσαν την εργασία "Every woman's book", το οποίο ήταν και το πρώτο βιβλίο που εκδόθηκε ποτέ στην Αγγλία και αναφερόταν στην αντισύλληψη. Σ' αυτό το βιβλίο καταγραφόταν η χρήση του "σπόγγου" ως αντισυλληπτικό. Οι εχθροί τους εξέδωσαν ένα περιοδικό το οποίο αποκαλούσαν "The bulldog" και στο οποίο χαρακτήριζαν τον Place ως τέρας, κτήνος, δειλό, φίδι και τον Carlyle ως τρελό, οι οποίοι ανοικτά και χωρίς ενδοιασμούς δίδασκαν τις νέες γυναίκες, πως θα γίνουν πόρνες και πως το μονό πραγματικό τους ενδιαφέρον ήταν το χρηματικό όφελος.
- Η Marie Steppes ίδρυσε την πρώτη κλινική –κέντρο για τον έλεγχο των γεννήσεων το 1921 στο Λονδίνο. Στην κλινική αυτή, παρέρχονταν συμβουλές για θέματα αντισύλληψης από την Steppes καθώς επίσης και δωρεάν αντισυλληπτικά στις γυναίκες της εργατικής τάξης. Το βιβλίο της "Married love" ήταν αφιερωμένο στον ερωτά και στον γάμο. Στο βιβλίο της "Wise Parenthood" πρότεινε ως μέσα αντισύλληψης, το διάφραγμα σε συνδυασμό με κινίνο, ή ένα σπόγγο αλειμμένο με σαπούνι, ή τέλος ένα ταμπόν βουτηγμένο στο λίπος. Ήταν εναντία στην χρήση προφυλακτικού, στην διακοπτόμενη "ερωτική συνομιλία", στα κολπικά λουτρά και στην περιοδική εγκράτεια. Το 1923 οδηγήθηκε σε δική μετά από μήνυση του Dr. Holliday Sutherland, οποίος την κατηγορήσε πως δεν ήταν γιατρός και μοίραζε επικίνδυνα προφυλακτικά στις γυναίκες. Η δημοσιότητα της δικής της συνέβαλε αποτελεσματικά. Το 1926, στην άρση οποιασδήποτε απαγόρευσης - που αφορούσε τις πληροφορίες γύρω από τον έλεγχο των γεννήσεων – από το Κοινοβούλιο.
- Margaret Higgins Sanger. Ιδρύτρια της πρώτης κλινικής Αντισύλληψης στις ΗΠΑ. Το 1941 ίδρυσε το "Planned Parenthood Federation's" Margaret Sangers Research Bureau-όπως μετονομάστηκε μετά τον θάνατο της- περισσότεροι από 2000 άνθρωποι ζητούσαν συμβουλές, οδηγίες και ιατρική εξέταση κάθε χρόνο μέχρι το 1966. Το 1912 έκδωσε μια μπροσούρα το "Family Limitation", η οποία μοιράστηκε σε εκατοντάδες χιλιάδες αντίτυπα ανά τον κόσμο. Συνέχισε δε με την έκδοση του περιοδικού "The woman rebel".
- Τέλος ο Antony Comstock: Εξαιτίας του, ένας νομός πέρασε στο Κογκρέσο των ΗΠΑ, το 1873, ο οποίος χαρακτήριζε κάθε είδους πληροφορία που αναφερόταν στην αντισύλληψη, και που στέλνονταν ταχυδρομικώς, ως παράνομη. Ως ειδικός ταχυδρομικός πράκτορας διέταξε την καταστροφή 160 τόνων φυλλαδίων, που αναφέρονταν στην αντισύλληψη. Ίδρυσε την "New York Society for the Suppression of vice", η οποία ήταν υπεύθυνη για 700 συλλήψεις, 333 φυλακίσεις και για την καταστροφή ενός τεραστίου αριθμού βιβλίων και άρθρων, τα οποία χαρακτηρίστηκαν ως άσεμνα και για ανήθικη χρήση.

Οι διάφοροι μέθοδοι αντισύλληψης αποτελέσαν από τους αρχαίους χρόνους αντικείμενο έρευνας . Είναι γνωστό ότι ο Σωρανός ο Εφέσιος αναφέρει φάρμακα που είναι εκτρωτικά και αντισυλληπτικά « περί φθορίων και άτοκων » , όπως αναφέρεται στο αρχαίο κείμενο. Αναφορές επίσης υπάρχουν και στους αρχαίους Αιγυπτίους, που τοποθετούσαν ειδικά χαλίκια στις μήτρες των καμηλών τους για να μην μείνουν έγκυες κατά την διάρκεια των μακροχρόνιων ταξιδιών στην έρημο.

Με το πέρασμα των χρόνων οι διαφορές αντισυλληπτικές μέθοδοι εξελιχθήκαν .Έτσι τα χαλίκια έγιναν το ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ , τα διαφορά προφυλακτικά που χρησιμοποιούσαν έγιναν πιο λεπτά, πιο ελαστικά και περισσότερο ασφαλή , τέλος μελέτες των Masters & Johnson από το 1950 για την σεξουαλική δραστηριότητα του ανθρώπου οδήγησαν άλλους ερευνητές , όπως τον G.Pincus, στην παραγωγή του αντισυλληπτικού χαπιού το 1956.

Η αντισύλληψη είναι το δικαίωμα αλλά και η υποχρέωση του σύγχρονου ανθρώπου να διαφυλάξει την σωματική και ψυχική του υγεία , να προστατευθεί και ταυτόχρονα να προστατεύσει τον σύντροφο του.

Η αντισύλληψη βασίζεται στην πρόληψη. Είναι μια διαρκής διαδικασία , που αποσκοπεί στην προστασία του ανθρώπινου οργανισμού και την αποφυγή των ανεπιθύμητων επιπτώσεων . Τέλος η αντισύλληψη αφορά όλες τις γυναίκες και τους άνδρες αναπαραγωγικής ηλικίας.

## 2.3 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

#### 2.3.1. ΓΕΝΙΚΑ

Με τον ορό αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για να προληφθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι προϋποθέσεις για τη σωστή μέθοδο αντισύλληψης είναι η αποτελεσματικότητα της. Ο μικρός αριθμός παρενεργειών, η ευκολία στην εφαρμογή, η αναστρεψιμότητα και η αποδοχή.

Όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορεί να αποτύχουν, είτε γιατί η αποτελεσματικότητά τους δε φτάνει το 100% είτε γιατί δε χρησιμοποιούνται σωστά.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι βασίζονται σε πολλές παραμέτρους ( Ε Ιατρικά 2003, 12) πρώτον στη αποχή από σεξουαλικές σχέσεις κατά τη γόνιμη περίοδο της γυναίκας, στη καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με τη χρήση διαφορών χημικών ουσιών, στη παρεμβολή ενός μηχανικού φραγμού, που εμποδίζει τη πορεία των σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες ( ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό, κολπικό διάφραγμα, κολπικός σπόγγος), επίσης στην απόσυρση του πέους από το κόλπο πριν από την εκσπερμάτιση ( διακεκομμένη συνουσία), στην αλλαγή του ενδομήτριου, ώστε να γίνει εχθρικό στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου, ( ενδομητριάκα σπειράματα), στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας με διάφορα ορμονικά σκευάσματα ( αντισυλληπτικά χάπια) και τέλος στη σύγχρονη ανάπτυξη του ενδομήτριου σε σχέση με τη φάση της περιόδου και την άμεση ή έμμεση καταστροφή του ωχρού σωματίου ( χάπια μετά την επαφή).

Οι βασικές μέθοδοι αντισύλληψης αναφέρονται παρακάτω και διαμορφώνονται στις εξής κατηγορίες:

#### 2.3.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ:

- 1) Το ανδρικό προφυλακτικό παρουσιάζει 2% αποτυχία στο πρώτο χρόνο και 10% γενικά αποτυχία με πολύ καλή εφαρμογή της μέθοδο. το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- 2) Το γυναικείο προφυλακτικό παρουσιάζει 4% αποτυχία για το πρώτο χρόνο και 19 % γενική αποτυχία. Οι γυναίκες αναφέρουν σε υψηλό ποσοστό πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή.



- 3) Το διάφραγμα παρουσιάζει 6% αποτυχία για το πρώτο χρόνο χρήσης και 15% για γενική χρήση.
- 4) Οι κολπικοί σπύγγοι παρουσιάζουν 20% αποτυχία σε πολύτοκες και 8% μονό σε άτοκες. Δεν επηρεάζει τυχόν τραχηλική δυσπλασία. Μπορεί να παραμείνει πάνω από 24 ώρες σε [περίπτωση επαναλαμβανομένων επαφών.
- 5) Σπερματοκτόνα κολπικά ενθέματα , τα βρίσκουμε στα φαρμακεία σε διαφορεές μορφές όπως κολπικές κρέμες ή gel και κολπικά υπόθετα ή αφρό . Έχουν γενικά πολύ μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σαν μοναδική μέθοδο και συνιστάται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μια άλλη μέθοδο φραγμού από αυτές που περιγράφηκαν παραπάνω.

### **2.3.3. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ**

#### A. ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ( κλασσικό χάπι)

##### Μηχανισμοί δράσης

Προκαλούν αναστολή της ωορρηξίας εμποδίζοντας τη μεσοκυκλικη αιχμή της LH που είναι απαραίτητη για να γίνει η ωορρηξία. Επίσης η παρουσία προγεστερόνης που περιέχεται από την αρχή στα συνδυασμένα αντισυλληπτικά προκαλεί μεταβολές στο ενδομήτριο και κυρίως στη τραχηλική βλέννα, που δεν ευνοούν τη διέλευση των σπερματοζωαρίων και κατ' επέκταση τη γονιμοποίηση τους.

##### Πλεονεκτήματα

Παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό επιτυχημένης αντισυλληπτικής δράσης με σωστή χρήση. Μικραίνουν τον κίνδυνο για καλοήθεις νεοπλασίες του μαστού καθώς και το κίνδυνο ενδομητρίωσης. Επίσης βελτιώνουν συμπτώματα δυσμηνόρροιας , προεμμηνορροσιακού συνδρόμου, ακμής και αναιμίας λόγω της αυξημένης εμμήνου ρύσεως. Επιπλέον μικραίνουν τον κίνδυνο για καρκίνο των ωοθηκών. Τέλος χρησιμοποιούνται θεραπευτικά για τις διαταραχές του κύκλου, του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών και της ενδομητρίωσης.

### Μειονεκτήματα

Πολλές φορές ευθύνονται για αλλαγές στο λιπιδαιμικό προφίλ καθώς και για την αύξηση του ποσοστού θρομβοεμβολικών επεισοδίων ειδικά σε βαριές καπνίστριες και γυναίκες με προϋπάρχουσα διαταραχή στη πήκτικότητα του αίματος περίπου 3% των γυναικών που τα χρησιμοποιούν παρουσιάζουν υπέρταση που υποχωρεί όταν α σταματήσουν. Επίσης προκαλούν μικρή αύξηση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου ή προκαρκινικών νεοπλασιών στο τράχηλο της μήτρας λόγω της ανοσοκαταστολής που επιφέρουν. Τέλος ενοχοποιούνται ως τερατογόνοι παράγοντες για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

## B. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

### Μηχανισμοί δράσης

Η δράση τους οφείλεται στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας όπως και τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά, αλλά και σε ωχρινοποίηση του ενδομήτριου και επίδραση στη τραχηλική βλέννα με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η γονιμοποίηση και η εμφύτευση του ωαρίου.

### Πλεονεκτήματα

Παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα και συνήθως χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο να πάρουν οιστρογόνα γιατί δεν έχουν τους κινδύνους από την οιστρογονική δράση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών.

### Μειονεκτήματα

Συνήθως παρουσιάζεται σχετική αύξηση του κινδύνου για εξωμήτρια κύηση και αυξημένη συχνότητα λειτουργικών ωοθηκικών κυστών.

## 2.3.4. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

### Μηχανισμός δράσης

Οι περισσότεροι συντάσσονται με τη άποψη ότι ο κύριος τρόπος με τον οποίο τα ενδομήτρια σπειράματα επιτυγχάνουν την αντισυλληπτική τους δράση είναι η

ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων και με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η αποτυχία της γονιμοποίησης.

#### Πλεονεκτήματα

Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει είναι η μεγάλη αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα. Επίσης καλύπτει μεγάλο διάστημα αντισυλληπτικής προστασίας ( από 2- 5 χρόνια) με μόνη υποχρέωση από μέρους της γυναίκας να ανιχνεύει κάθε μήνα ότι το IUD είναι στη θέση του. Τέλος παρουσιάζει χαμηλό ετήσιο κόστος μεθόδου και εύκολη τεχνική τοποθέτηση.

#### Μειονεκτήματα

Είναι το κατάλληλο αντισυλληπτικό μέσο για γυναίκες που έχουν γεννήσει και έχουν σταθερή μονογαμική σχέση.

### **2.3.5. ΜΟΝΙΜΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

#### Α. ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

##### Πλεονεκτήματα

Παρουσιάζει σχετικά απλή διαδικασία εφαρμογή, υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα και θεωρείται μόνιμη μέθοδος.

##### Μειονεκτήματα

Γενικά θεωρείται δύσκολη τεχνικά, με αμφίβολα αποτελέσματα, αν ο άνδρας επιθυμήσει να αποκτήσει ξανά την γονιμότητά του σε 2% περίπου άμεσες επιπλοκές μετά την επέμβαση κυρίως φλεγμονή, αιμάτωμα ή επιδιδυμίτιδα. Τέλος συνήθως παρουσιάζεται μικρό ποσοστό επανασυραγγοποίησης συνήθως μετά από τις 6 πρώτες εβδομάδες.

## B. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

### Πλεονεκτήματα

Αποτελεί μόνιμη μέθοδο και παρουσιάζει υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα.

### Μειονεκτήματα

Συγκρινόμενη με την ανδρική στειροποίηση είναι περισσότερο δαπανηρή και επεμβατικά με περισσότερες επιπλοκές και υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας. Δύσκολη τεχνικά και δαπανηρή με αμφίβολα αποτελέσματα αν η γυναίκα επιθυμήσει να αποκτήσει τη γονιμότητα της ξανά, άμεσες επιπλοκές από την επέμβαση, φλεγμονές και περιστασιακά αιμορραγία.

### **2.3.6. ΦΥΣΙΚΕΣ, ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ, ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Σήμερα υπάρχουν πολλές μέθοδοι για να κάνει ένα ζευγάρι έρωτα χωρίς τον κίνδυνο της εγκυμοσύνης, οι οποίες όμως ποικίλλουν ανάλογα με την αξιοπιστία και την ευκολία της εφαρμογής τους. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος είναι η στείρωση του άντρα ή της γυναίκας με χειρουργική επέμβαση. Ο πιο απλός αλλά και λιγότερο αξιόπιστος τρόπος είναι η διακεκομμένη συνουσία. Κατά τη σεξουαλική πράξη, ο άντρας αποσύρει το πέος του από το κόλπο της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση. Ανάμεσα στα δύο άκρα υπάρχουν τρία αλλά είδη αντισύλληψης: οι φυσικές ή μέθοδοι ρυθμού, οι μηχανικές μέθοδοι και οι ορμονικές μέθοδοι ( χάπι).

Οι φυσικές μέθοδοι ή του ρυθμού που περιλαμβάνουν την ημερολογιακή, τη θερμική και τη μέθοδο της βλέννας του αυχένα, που προϋποθέτουν την αποχή από τη συνουσία, τις ημέρες του κύκλου της γυναίκας που υπάρχει πιθανότητα σύλληψης.

Όσον αφορά τις φυσικές μεθόδους, τρεις είναι οι μέθοδοι πρόληψης της εγκυμοσύνης που βασίζονται στους φυσιολογικούς κύκλους του σώματος 'έχουν αποδειχθεί σχετικά αποτελεσματικές κάτω από ιδεώδεις συνθήκες και όταν εφαρμόζονται κατά γράμμα. Η πρώτη, η ημερολογιακή μέθοδος υπολογίζει τη πρώτη μέρα τη περιόδου και θεωρεί πως οι τέσσερις ημέρες πριν και μετά τη 14<sup>η</sup> μέρα είναι γόνιμες, κατά τις οποίες πρέπει να αποφεύγεται η συνουσία για να αποτραπεί η εγκυμοσύνη. Με τη θερμική μέθοδο καταγράφεται καθημερινά η θερμοκρασία του σώματος σε ένα χάρτη και σημειώνονται οι τρεις ημέρες κατά τις οποίες είναι ανεβασμένη. Το τριήμερο αυτό

διάστημα της ανόδου της θερμοκρασίας και λίγο πριν θεωρείται γόνιμο και πρέπει να αποφεύγεται η συνουσία. Η μέθοδος της βλέννας του αυχένα προϋποθέτει τη παρατήρηση των εκκρίσεων του κόλπου, που επιτρέπει τη πρόβλεψη της ωορρηξίας και τις επικίνδυνες ημέρες για τη συνουσία. Γόνιμες μέρες έχουμε όταν οι εκκρίσεις βλέννας γίνονται άφθονες, διαυγείς και ολισθηρές. Η συνουσία γίνεται ασφαλής, όταν οι εκκρίσεις είναι παχύρρευστες και κολλώδεις . όλες αυτές οι μέθοδοι είναι εντελώς ακίνδυνες για την υγεία , επηρεάζουν ωστόσο τη συχνότητα της συνουσίας.

Επίσης ο θηλασμός, ο μοναδικός σχεδόν, τρόπος διατροφής του βρέφους στις παραδοσιακές κοινωνίες αποτελεί και μια συμβολή της ίδιας της φύσης στην αντισύλληψη. Στη περίπτωση αυτή η αντισύλληψη επιτυγχάνεται με την αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας κάτω από την επίδραση της προλακτίνης, που προκαλεί την ανταπόκριση κάθε οργανισμού στη προλακτίνη, ώστε ο θηλασμός να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος. Μερικές γυναίκες που θηλάζουν έχουν συχνά ωοθυλακιορρηξία μέσα στους πρώτους τρεις μήνες από το τοκετό.

Συγκεκριμένα, στο 6% περίπου των γυναικών η ωοθυλακιορρηξία επανέρχεται πριν από τη πρώτη μετά από το τοκετό περίοδο, περιορίζοντας έτσι την επιτυχία της μεθόδου. Εφόσον η γυναίκα έχει επαφές στη περίοδο του θηλασμού, πρέπει να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο εκτός από το χάπι.

Στη συνέχεια η μηχανικές μέθοδοι, ( Ε Ιατρικά 2003, 12) όπως το προφυλακτικό, το διάφραγμα, τα σπερματογόνα, ο κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος και το ενδομητριάκο σπείραμα δημιουργούν ένα φράγμα που εμποδίζει το σπερματοζώαριο να φτάσει το ωάριο και να γονιμοποιήσει. Το προφυλακτικό συνιστάται όχι μόνο ως ασφαλής μέθοδος αντισύλληψης αλλά και ως ασπίδα προστασίας του AIDS. Τα πλεονεκτήματα είναι πολλά : αποκλείει τον κίνδυνο πρόωρης δεν επιβαρύνει τον οργανισμό με ουσίες, αποτρέπει τους κινδύνους μόλυνσης , ενώ δε σκοτώνει την απόλαυση του έρωτα , όπως συμβαίνει στη διακεκομμένη συνουσία.

Όσον αφορά τα σπερματοκτόνα πρόκειται για χημικές ουσίες που καταστρέφουν ή αδρανοποιούν τα σπερματοζώαρια. Κυκλοφορούν σε τρεις κυρίως μορφές; Σε : κολπικά υπόθετα, σε κρέμες και gel , σε αφρούς τύπου “aerosol”. Τα κολπικά υπόθετα πρέπει να τοποθετούνται με το δάχτυλο όσο το δυνατόν βαθύτερα στο κόλπο. Οι κρέμες , τα ζελέ, και τα αεροζόλ μπορεί να εφαρμόζονται σε ειδικό ρύγχος. Όλα τα είδη των σπερματοκτόνων πρέπει να τοποθετηθούν στο κόλπο 10 λεπτά ως μισή ώρα πριν από την επαφή προκειμένου να δράσουν. Αν η συνουσία καθυστερήσει πάνω από μια ώρα ή αν επαναληφθεί είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση και νέου σπερματοκτόνου . τα σπερματοκτόνα ποτέ δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μονά τους ως μέθοδος αντισύλληψης. Ο συνδυασμός τους

όμως με το ανδρικό προφυλακτικό ή το κολπικό διάφραγμα ή το σπόγγο προσφέρει αποτελεσματικότητα μέχρι 100%..

Το διάφραγμα είναι κάψα συνήθως από καουτσούκ με εύκαμπτα μεταλλικά χείλη, που το τοποθετείται στο κόλπο έτσι ώστε να καλύπτει τον τράχηλο. Ενεργεί ως μηχανικός φραγμός στην άνοδο του σπέρματος προς τη μήτρα, αλλά και ως υποδοχέας σπερματοκτόνων ουσιών, που τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αυτό, παρόμοια χρήση έχει και η τραχηλική κάψα, που είναι διάφραγμα σχήματος δαχτυλήθρας με παχύτερες βάσεις κι εφαρμόζει πλήρως στο τράχηλο. Το κολπικό διάφραγμα και η τραχηλική κάψα διατίθενται σε διάφορα μεγέθη ανάλογα με τις διαμέτρους του κόλπου ή του τραχήλου, αντίστοιχα. Μειονεκτήματα του διαφράγματος είναι η συχνά κακή εφαρμογή του, καθώς και η δυσκολία στην επιλογή του καταλλήλου μεγέθους, πράγμα που έχει ως συνέπεια να φεύγει από τη θέση του πριν ή κατά την επαφή. Είναι αξιοσημείωτο ότι έχει αποδοχή από μικρό μόνο ποσοστό γυναικών.

Ο κολπικός αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ένας μικρός σπόγγος ( σφουγγάρι ), κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, με ένα αντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στο τράχηλο, και μια ταινία για την αφαίρεση του. Είναι εμποτισμένος με σπερματοκτόνες και αντιμικροβιακές ουσίες. Μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι 24 ώρες πριν από την επαφή και μπορεί να κρατηθεί για τουλάχιστον 12 ώρες μετά την επαφή, ώστε η γυναίκα να έχει τη δυνατότητα για επαναλαμβανόμενες επαφές. Η επινόηση αυτού, ο οποίος ήδη κυκλοφορεί στο εμπόριο της Αμερικής έχει μεγάλη σημασία, επειδή εκτός από την αντισύλληψη που προσφέρει, προστατεύει και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τέλος το ενδομητριακό σπείραμα είναι η συσκευή από μαλακό, εύκαμπτο πλαστικό ή συνδυασμός πλαστικού και μετάλλου, μήκους 2-4 εκατοστά, που τοποθετείται στη κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για 2-3 χρόνια, προσφέροντας υψηλής αποτελεσματικότητας αντισύλληψη.

Η πιο πολυσυζητημένη δράση του σπειράματος είναι η κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων ως αντίδραση στη παρουσία ξένου σώματος μέσα στη μήτρα.

Άλλοι μηχανισμοί για την λειτουργία των σπειραμάτων αναφέρονται η αυξημένη κινητικότητα που προκαλείται στις σάλπιγγες, η παρεμπόδιση της εμφύτευσης του κυήματος, η αύξηση τοπικά στο ενδομήτριο τοπικά στο ενδομήτριο των προσταγλανδινών, οι οποίες εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα, οι ενζυμικές διαταραχές στη λειτουργία του ενδομητρίου.

Υπάρχουν πολλοί τύποι σπειραμάτων, που ποικίλλουν σε σχήμα, μέγεθος και σύσταση: πολυπροπυλένιο, με περιέλιξη από μέταλλο ή εμπλουτισμένα σε προγεστερόνη.

Το σπείραμα με προγεστερόνη μειώνει τις πιθανότητες κύησης , λάθος και το αίμα που χάνεται σε κάθε περίοδο.

Η τοποθέτηση του σπειράματος συνιστάται κατά τη διάρκεια της περιόδου ή αμέσως μετά. Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να μπει στη μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό ή ύστερα από μια διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις όμως αυτές υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες η μήτρα να μη το δεχθεί και να το αποβάλλει.

Παρά το ότι σήμερα δεν έχει αναφερθεί αυξημένος κίνδυνος ανωμαλίας στα έμβρυα γυναικών που κυφορούσαν έχοντας ένα ενδομήτριο σπείραμα , σε περίπτωση εγκυμοσύνης πρέπει να αφαιρείται επειδή : α) το ποσοστό των αυτόματων εκτρώσεων φτάνει το 30% , β) ο κίνδυνος ενδομήτριας φλεγμονή είναι αυξημένος και γ) η συχνότητα πρώιμων τοκετών είναι επίσης αυξημένη .

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν κατά ή μετά την εφαρμογή του σπειράματος είναι : διάτρηση της μήτρας , μητρορραγία ή πόνος , έκτοπη κύηση, πυελική φλεγμονή , απόπτωση του σπειράματος, ανεπιθύμητες κυήσεις.

Το σπείραμα αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη , σε σοβαρές μορφές τραχηλίτιδας ,σε περίπτωση καρκίνου των γεννητικών οργάνων , αν υπάρχει ιστορικό έκτοπης εγκυμοσύνης .

Για το τέλος αφήσαμε τις ορμονικές μεθόδους ( Ε Ιατρικά, 2003, 12) δηλαδή τα αντισυλληπτικά δισκία.

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1950. ο Gregory Pinks και οι συνεργάτες του Rock και Garcia, στο Puerto rico , πέτυχαν να συνθέσουν το πρώτο ανασταλτικό της ωοθυλακιορρηξίας χάπι.

Από τότε μέχρι σήμερα οι προσπάθειες των ερευνητών στρέφονται στη χρησιμοποίηση δραστικότερων ουσιών έτσι , ώστε να αποφεύγεται η χορήγηση αυξημένων δόσεων και συγχρόνως να μειώνεται το ενδεχόμενο παρενεργειών και επιπλοκών από τη χρησιμοποίηση των ΑΔ . Τα ΑΔ νέας γενιάς περιέχουν μικρότερες δόσεις αιθυνιλοιστραδιόλης καθώς και νεότερα προγεσταγόνα, που είναι συνθετικές προγεστερόνες.

Η δράση των αντισυλληπτικών δισκίων βασίζεται στην αναστολή της ωοθυλακιορρηξίας , την οποία προκαλούν εμμέσως, αναστέλλοντας την έκκριση δοναδοτροπινών ορμονών απ-ο την απόφυση. Εκτός από αυτό, αναφέρεται ότι τροποποιούν την κινητικότητα των σαλίγγων και τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας.

Όσον αφορά το χάπι είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης . ανάλογα με τη περιεκτικότητα του στις ορμόνες αυτές μπορεί να διατίθεται σε τέσσερις κυρίως τύπους : α) στα συνοδευόμενα σκευάσματα οιστρογόνων προγεστερόνης ( μονοφασικά) , β) στα τριφασικά δισκία , τα οποία περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη σε διάφορους

συνδυασμούς κατά η διάρκεια των 21 ημερών που χορηγούνται καθημερινά (μικροχάπια ή mini pills).

Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα χαμηλής δοσολογίας δισκία ( νέας γενιάς), τα οποία περιέχουν 20 ή 25 mg αιθινιλοιστραδιόλης και ένα από τα προσεσταγόνα desogelstrel ή norgestimate.

Τα περισσότερα σκευάσματα περιέχουν 21 δισκία σε κάθε σειρά. Έχουν έναρξη λήψης τη 1<sup>η</sup> ή 5<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Αν η συσκευασία περιέχει 28 δισκία , η γυναίκα παίρνει το ένα δισκίο την ημέρα χωρίς διακοπή. Τα τελευταία 7 δισκία δεν περιέχουν ορμόνες ή περιέχουν μικρή ποσότητα σιδήρου.

Τα πλεονεκτήματα των δισκίων αυτών είναι η αποτελεσματικότητά τους στην αποφυγή εγκυμοσύνης. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κυμαίνονται σε 1 κύηση ανά 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο.

Άλλες ευεργετικές ιδιότητες είναι η ελάττωση της προεμμηνορρυσιακής τάσης, η ύφεση των συμπτωμάτων δυσμηνόρροιας, η ελάττωση της απώλειας αίματος κατά τη περίοδο, ο μικρότερος κίνδυνος καλοηθών παθήσεων του μαστού , η χαμηλή συχνότητα κυστών και ωοθηκών και πνευλικών φλεγμονών, η ελάττωση του κινδύνου εξωμήτριων κυήσεων και μειωμένη επίπτωση καρκίνου του ενδομήτριου και των ωοθηκών.

Επίσης στη νεαρή ηλικία συντελούν στη ρύθμιση της περιόδου και σε συνδυασμό με αντιανδρογόνα, βελτιώνουν την ακμή και την υπερτρίχωση.

Παρά τον πρόσφατο δημιουργηθέντα θόρυβο, η χρησιμοποίηση των ΑΔ νέας γενιάς θεωρείται ότι ελαττώνει τους κινδύνους θρομβοεμβολικών επεισοδίων . όπως είναι φυσικό , η έρευνα συνεχίζεται για τη δημιουργία όσο το δυνατόν ασφαλέστερων σκευασμάτων χωρίς να επηρεάζεται η αντισυλληπτική τους ιδιότητα.

Επίσης περιέχουν τα ενέσιμα ορμονικά σκευάσματα, όπου είναι ένα ορμονικό σύστημα βραδείας απορρόφησης που το δραστικό του συστατικό είναι η Οξική Μεδροξυπρογεστερόνη , που είναι παράγωγο της 17<sup>ης</sup> προγεστερόνης. Απ όλες τις υψηλής αποτελεσματικότητας , αναστρέψιμες μεθόδους αντισύλληψης, αυτή έχει την μακρότερη αντισυλληπτική δραστηριότητα. Απαιτεί μόνο μια ένεση κάθε 13 εβδομάδες και μπορεί να αντιστραφεί απλά με τη διακοπή των ενέσεων.

Ακόμη τελευταία έχουν εμφανιστεί τα ορμονικά εμφυτεύματα , όπου πρόκειται για έξι λεπτούς σωληνίσκους από σιλικόνη διαμέτρου 2,4 εκατοστών και μήκους 34 mm που περιέχουν λεβονοργεστρέλη και οι οποίοι τοποθετούνται υποδόρια στο δέρμα του αντιβραχίου. Αμέσως μετά την εισαγωγή τους αρχίζουν να απελευθερώνουν το προγεστερόνη με έναν συνεχή τρόπο. Ο χρόνος ζωής του εμφυτεύματος ποικίλλει από 6-84 μήνες.



Στο παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα ποσοστά αποτυχίας των διαφόρων αντισυλληπτικών μεθόδων απ' όπου φαίνεται ότι το χάπι είναι το καλύτερο.

<b>ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ</b>	
Χάπι.....	0-1%
Σπιράλ.....	3%
Προφυλακτικό.....	10%
Διακεκομμένη Συνουσία.....	23%
Μέθοδος αποφυγής γόνιμων ημερών.....	24%
Καμία προφύλαξη.....	90%

Μια νέα μέθοδος αντισύλληψης είναι η απολίνωση των σπερματικών πόρων, είναι μια μικροεγχείρηση που γίνεται στον άντρα και η οποία προκαλεί σίγουρη και αποτελεσματική αντισύλληψη. Με αυτή την επέμβαση απλώς διακόπτεται η μεταφορά του σπέρματος από τους όρχεις στο προστάτη. Η εκσπερμάτωση μετά την επέμβαση παραμένει ακριβώς η ίδια, μονό που λείπουν πλέον τα σπερματοζωάρια.

Στην Ελλάδα , δυστυχώς, είναι σχεδόν άγνωστη η μέθοδος αυτή. Η αντισύλληψη εδώ αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά στην γυναίκα η οποία καλείται να πάρει αντισυλληπτικά χάπια ή τα άλλα σχετικά μέτρα εάν δε θέλει να μένει έγκυος. Σε περίπτωση που συμβεί κάποιο «δυστύχημα», υπάρχει πάντα και η έκτρωση . τώρα το πόσες εκτρώσεις γίνονται στην Ελλάδα , υπάρχει πάντοτε η υποψία ότι είναι περισσότερες από τις γεννήσεις.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε Καναδά ΗΠΑ και κινά και το 13- 15% των ζευγαριών την χρησιμοποιούν καθώς είναι αποτελεσματική και ο πόνος είναι ασήμαντος έως ανύπαρκτος. Συνήθως το άτομο επιστρέφει αυθημερόν στη εργασία του. Τα ποσοστά επιτυχίας πλησιάζουν το 100% σε έμπειρα χέρια.

Πρόκειται λοιπόν για μια σίγουρη και απλή μέθοδο πρόληψης , για μια μέθοδο που είναι φθηνότερη και με ελάχιστες επιπλοκές, σε σύγκριση με την αντίστοιχη επέμβαση στην γυναίκα και τέλος για μια σχετικά μικρή προσφορά του άντρα στην πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των κακών που ενδέχεται να συμβούν στη γυναίκα από τη χρήση του χαπιού, την έκτρωση και τη σαλπιγγογραφία.

## 2.4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Εφηβεία ονομάζουμε την εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει «βιολογικά» με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει «ψυχολογικά» με τη τελική οργάνωση της σεξουαλικότητας. Πρόκειται για ένα φαινόμενο ορμονικό, βιολογικό, πνευματικό.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου γεμάτη βιολογικές, ανατομικές και ψυχολογικές αλλαγές που δημιουργούν ιδιαιτερότητες στην επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου για το κάθε άτομο ξεχωριστά. Η σύγχρονη Ελληνίδα παρουσιάζει εμμηναρχή νωρίτερα από ότι οι Ελληνίδες πριν από 20 χρόνια, περίπου στα 12 έτη, γεγονός που την οδηγεί σε γρηγορότερη σεξουαλική ωρίμανση. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι υπάρχουν κίνδυνοι στην εφηβεία, που έχουν σχέση με την σεξουαλική δραστηριότητα των νέων, όπως πρόωρη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η εγκυμοσύνη, η διακοπή της εγκυμοσύνης και άλλοι μικρότεροι που απορρέουν από τα παραπάνω.

Στην αύξηση των προαναφερθέντων κινδύνων συμβάλλει και η μέχρι τώρα ελλιπής ενημέρωση των νέων σε θέματα διαφυλικών σχέσεων από υπεύθυνους φορείς.

Τα προβλήματα των νέων αυτών που δεν είναι μονό δικά τους, δεν έχουν μόνο επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία των εφήβων αλλά και προεκτάσεις στην οικογένεια και στη κοινωνία. Είναι λοιπόν προβλήματα κοινωνικά, πολιτικά, ιατρικά, οικονομικά που κάθε μέρα πολλαπλασιάζονται. απαιτείται επομένως, συντονισμένη προσπάθεια των ειδικών και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση τους ή καλύτερα για τη πρόληψη τους.

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στις σχέσεις των εφήβων με το άλλο φύλο, όχι σαν πρόβλημα αλλά σαν μια πηγή ευχαρίστησης και άγχους ταυτόχρονα, που μπορεί να έχει πολύ βοηθητικές αλλά και δυσάρεστες συνέπειες. Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στο άλλο φύλο ώστε να νιώσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να διαπιστώσουν πώς μπορούν να παίξουν σωστά τους νεοαποκτηθέντες του ρόλους του άντρα και της γυναίκας. Από την άλλη ωστόσο, είναι άπειροι, η αυτοπεποίθησή τους είναι εύθραυστη και τα όρια τους ασαφή. Έτσι τείνουν να ερωτεύονται – πλατωνικά και μη- να εξιδανικεύουν τους συντρόφους τους, να δίνουν υποσχέσεις παντοτινής αγάπης και να πληγώνονται έντονα. Όλα αυτά τα παιχνίδια είναι απαραίτητα ώστε οι έφηβοι να μπορέσουν να γνωρίσουν καλύτερα τον εαυτό τους και να αποκτήσουν πολύτιμες εμπειρίες για το μέλλον. Ωστόσο χρειάζεται προσοχή ώστε οι έφηβοι να είναι ενημερωμένοι γύρω από το σεξ και την

αντισύλληψη και σε καμία περίπτωση να μη κάνουν κάτι παρορμητικό για το οποίο δεν είναι απολύτως σίγουροι. Σύμφωνα με τον Ευάγγελο Καναβιτσή (2008), ψυχολόγο η κύρια πηγή πληροφόρησης των εφήβων για το σεξ δε πρέπει να είναι ούτε οι συνομήλικοί τους , αλλά και ούτε οι επιστήμονες. Στη πρώτη περίπτωση η πληροφόρηση θα είναι ανεύθυνη ενώ στη δεύτερη ψυχρή και μηχανική. Οι γονείς λοιπόν είναι αυτοί που μπορούν υπεύθυνα και με ευαισθησία να μεταδώσουν στα παιδιά όλα όσα πρέπει να ξέρουν για το σεξ.

Η ενημέρωση για τον έφηβο είναι δύναμη. Η νεαρή γυναίκα σωστά ενημερωμένη, ποτέ δε θα γίνει θύμα ύποπτου προβληματισμού. Πρέπει όμως να γνωρίσει τα βιολογικά και ανατομικά στοιχεία της, που αποτελούν τη βάση της σεξουαλικής της δραστηριότητας.

Η αντισύλληψη στην εφηβεία αποτελεί αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ φορέων υγείας, γιατρών, γονέων και εκπαιδευτικών. Επίσης είναι συχνό θέμα συζήτησης και προβληματισμού στις παρέες των νέων.

Η αύξηση της συχνότητας των σεξουαλικών σχέσεων έχει συντελέσει στην αύξηση του αριθμού των κυήσεων και εκτρώσεων στην εφηβεία. Υπολογίζεται ότι στην περιοχή των Αθηνών το 7% των τοκετών γίνονται από έφηβες μητέρες, ενώ ένα ποσοστό 30 % των εφήβων ηλικίας 19 ετών αναφέρει 1 τουλάχιστον έκτρωση.

Η αντισύλληψη και ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας όπου το νεαρό κορίτσι δέχεται ποικίλες ψυχοσωματικές αλλαγές χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Είναι το γνωστό «tailoring» όπου στη κάθε νεαρή κοπέλα πρέπει να βρίσκεται και να χορηγείται ο καταλληλότερος ορμονικός συνδυασμός για αντισύλληψη. Ο μηχανισμός με τον οποίο δρα η ορμονική αντισύλληψη είναι ο εξής : επίδραση των ορμονών του χαπιού στην εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών και υποθαλάμου μειώνοντας τα επίπεδα της και κατ' επέκταση μείωση των υποφυσιακών ορμονών. Επίσης προκαλεί αλλαγή στη δομή του ενδομήτριου , μείωση γλυκογόνου, μείωση της κινητικότητας των σαλπίνγων και καθιστά την τραχηλική βλέννα εχθρική προς τα σπερματοζωάρια.

Μια από τις μη συχνά προτεινόμενες μεθόδους αντισύλληψης στα νεαρά κορίτσια είναι τα ενδομήτρια σπειράματα. Συνήθως προτείνονται σε έφηβες που δεν μπορούν να ακολουθήσουν άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους , όπως νεαρές που παρουσιάσουν πνευματική καθυστέρηση καθώς και σε πολύτονες. Διαχωρίζονται σε ορμονικά σπειράματα που περιέχουν Levonorgestel και σε μη ορμονικά που περιέχουν χαλκό. Κατασκευάζονται δε σε διαφορετικά μεγέθη και για την τοποθέτησή τους λαμβάνονται προληπτικά μέτρα όπως γυναικολογικά εξέταση της εφήβου.

Επίσης η κολπική αντισύλληψη χωρίζεται στην χημική όπου κυρίως αφορά σπερματοκτόνες ουσίες σε μορφή υπόθετων, αλοιφής και τις μεθόδους φραγμού όπως αντρικό προφυλακτικό όπου θεωρείται η συχνότερη αντισυλληπτική μέθοδος στην νεολαία, και το γυναικείο προφυλακτικό το οποίο χρησιμοποιείται ελάχιστα. Τέλος

συνιστάται η μέθοδος του ρυθμού όπου προσδιορίζονται σε γόνιμες μέρες του κύκλου και αποφεύγεται το σεξ και η διακεκομμένη συνουσία , όπου το αγόρι «τραβιέται» τη στιγμή της εκπερμάτωσης. Τόσο η μέθοδος ου ρυθμού όσο και αυτή της διακεκομμένης συνουσίας παρουσιάζουν ποσοστό αποτυχίας περίπου στο 25 % .

## 2.5. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι μέθοδοι αντισύλληψης για τις γυναίκες περιλαμβάνουν τις μηχανικές μεθόδους, σαλπινγική στείρωση και τις φυσικές μεθόδους.

Αρχικά λοιπόν, το **διάφραγμα** είναι ένας αβαθής ελαστικός θόλος με ένα σταθερό αλλά εύκαμπτο χείλος τοποθετείται στο κόλπο πριν από τη συνουσία, έτσι ώστε να εφαρμόσει καλά πίσω από το ηβικό οστό και να φράξει την είσοδο ου τραχήλου, εμποδίζοντας το σπέρμα να εισέλθει στο κόλπο. Είναι ένας πολύ αξιόπιστος τρόπος αντισύλληψης και προστατεύει αρκετά από αφροδίσια νοσήματα, ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με χημικά σπερματοκτόνα, που θα επαλειφθούν στο διάφραγμα πριν από την εισαγωγή του στο κόλπο. Το διάφραγμα υπάρχει σε μεγάλα φαρμακεία και το μέγεθος του πρέπει να ελέγχεται κάθε εξάμηνο επειδή ο κόλπος αλλάζει σχήμα σε μεταπτώσεις βάρους ή έπειτα από μια γέννα ή μια αποβολή. Το διάφραγμα πρέπει να πλένεται με ζεστό νερό μετά την αφαίρεση του, να ελέγχεται πάνω μήπως έχει σκισίματα ή οπές και πρέπει να βγαίνει από το κόλπο μόνο όταν έχουν περάσει έξι με οκτώ ώρες μετά τη συνουσία.

**Το αυχενικό κάλυμμα** χρησιμοποιείται όπως και το διάφραγμα, είναι όμως μικρότερο και καλύπτει μόνο τον τράχηλο.

Οι **ενδομήτριες συσκευές** είναι επίπεδα και εύκαμπτα αντικείμενα από πλαστικό , που τοποθετούνται στη μήτρα από το γιατρό. Ένα κοντό πλαστικό ελατήριο που προεξέχει από το τράχηλο είναι δεμένο στη συσκευή ώστε να διαπιστώνεται η παρουσία της συσκευής με δακτυλική εξέταση και αν χρειάζεται να αφαιρείται. Ένα από τα πλεονεκτήματα τους είναι ότι μετά την εισαγωγή τους στη μήτρα προσφέρουν άμεση και συνεχή αντισυλληπτική προστασία και δεν ενοχλούν στην σεξουαλική πράξη. Αντίθετα από το χάπι, δεν επηρεάζουν τον θηλασμό και την ορμονική ισορροπία αλλά ούτε και τη γονιμότητα της γυναίκας.

Στη συνέχεια είναι τα **γυναικεία προφυλακτικά** τα οποία κυκλοφορούν για πρώτη φορά το 1920 , αλλά δεν επικράτησαν , αποτελούν τη τελευταία λέξη της μόδας στην αντισύλληψη των γυναικών. Είναι ένας λεπτός σκληρός λαστιχένιος σωλήνας, ανοιχτός στη μια άκρη και κλειστός στην άλλη. Εισάγεται στο κόλπο πριν από τη συνουσία και

δημιουργεί ένα εύκαμπτο τοίχωμα που συγκρατεί το σπέρμα και εμποδίζει την είσοδο του στο σώμα της γυναίκας.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι το **χάπι** που περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη, ορμόνες παρόμοιες με εκείνες που παράγονται φυσιολογικά στις ωοθήκες. Οι γυναίκες που περνούν το αντισυλληπτικό χάπι πρέπει να κάνουν συστηματικά τσεκ απ, να διαλέγουν το χάπι με τα λιγότερα οιστρογόνα και να αναφέρουν αμέσως στο γιατρό τους τυχόν παρενέργειες, όπως αδυναμία στην όραση, ξαφνικοί πονοκέφαλοι, πόνοι στα πόδια, δύσπνοια, ταχυκαρδίες ή ανωμαλίες στη περίοδο.

Επίσης το **μικροχάπι** περιέχει αποκλειστικά προγεστερόνη και καθόλου οιστρογόνα. Οι παρενέργειες του είναι λιγότερες από του συνδυασμένου χαπιού που όμως καταργείται εντελώς η ωορρηξία. Αυτό δε συμβαίνει με το μικροχάπι με το οποίο η έμμηνος ρύση εξαρτάται από τον εσωτερικό κύκλο της γυναίκας. Σε ορισμένες μάλιστα, το αποτέλεσμα είναι ανωμαλίες στη περίοδο. Το μικροχάπι εμποδίζει τη σύλληψη αναστέλλοντας μερικώς την ωορρηξία. Ταυτόχρονα επεμβαίνει στο τράχηλο, τη μήτρα και τις σάλπιγγες, δημιουργώντας αρνητικές συνθήκες για το σπέρμα και την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Λαμβάνεται καθημερινά και σε μόνιμη βάση και είναι ίσως πιο κατάλληλο από το συνδυασμένο στις γυναίκες που θέλουν να αποφύγουν τη μεγάλη δόση οιστρογόνων.

Τέλος η **σαλπιγγική στείρωση** (ε Ιατρικά, 2003, 14) είναι μια μέθοδος η οποία προσφέρει μόνιμη αντισύλληψη και την προτιμούν συνήθως μόνο οι γυναίκες που δε θέλουν να αποκτήσουν άλλα παιδιά. Για τον αποκλεισμό των σαλπίγγων με την έμφραξη τους σε οποιοδήποτε τμήμα τους εφαρμόζονται πέντε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις- λαπαροτομία, μικρολαπαροτομία, κολποτομία και θυλακοσκοπία- έτσι ώστε το απελευθερωμένο ωάριο να μη μπορέσει να συναντηθεί με το σπερματοζώαριο. Η αποτελεσματικότητά τους είναι σχεδόν εξασφαλισμένη ενώ μετά τη στείρωση σπάνια εμφανίζονται επιπλοκές.

Όσο αν αφορά τις φυσικές μεθόδους, όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενο κεφάλαιο, τρεις είναι οι μέθοδοι πρόληψης που βασίζονται στους φυσιολογικούς κύκλους του σώματος. Η ημερολογιακή μέθοδος, η θερμική μέθοδος της βλέννας του αυχένα, που προϋποθέτει την παρατήρηση των εκκρίσεων του κόλπου, που επιτρέπει την πρόβλεψη την ωορρηξίας και τις επικίνδυνες ημέρες για τη συνουσία.

## 2.6 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο της εργασίας μας, θεωρούμε απαραίτητη την αναφορά της έρευνας που διεξήχθη το 1996 των Σωκρατακη και Τζοκα, Ιατρών του ΙΑΤΡΟΤΕΚ ( Ιατρικό Κέντρο Ορολογίας και Τεκμηρίωσης), λόγω της σπουδαιότητας της αλλά και της συνάφειας και της σχετικότητας αυτής με το θέμα μας. Στο Εργαστήριο της μεθοδολογίας έρευνας , πραγματοποιήθηκε έρευνα σε θέματα υγείας και πρόνοιας από το τμήμα επισκεπτών επισκεπτριών υγείας του ΤΕΙ Αθηνών το 1994.

Σε αυτή την έρευνα λοιπόν μελετήθηκαν η αντισυλληπτική συμπεριφορά και οι στάσεις των νέων της Αθήνας, σε δείγμα 146 άντρων και 154 γυναικών, ηλικίας 18 έως 23 ετών. Σεξουαλικά ενεργοί δήλωσαν 252 νέοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών άρχισε να έχει σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 16 , ενώ οι γυναίκες πάνω από τα 18. προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Συγκεκριμένα, στη πρώτη επαφή οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν σε μεγαλύτερα μέσα ποσοστά ήταν η διακεκομμένη συνουσία και η ορμονική αντισύλληψη από τις γυναίκες και το προφυλακτικό από τους άντρες. Με σταθερή ερωτική σχέση καταγράφηκαν 146 άτομα. Η μοναδική στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση προέκυψε από τη χρήση του προφυλακτικού, το οποίο βρέθηκε να χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερα μέσα ποσοστά από τους άντρες. Αρκετά μεγάλα είναι και τα μέσα ποσοστά και για τα δυο φύλα , των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μέθοδο, τόσο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας όσο και στη τελευταία σχέση τους. Στη συντριπτική πλειονότητά τους , οι νέοι θεωρούν ότι την ευθύνη για την αντισύλληψη έχει το ζευγάρι. Η αντισυλληπτική συμπεριφορά βρίσκεται σε αντιστοιχία με τις στάσεις των νέων απέναντι στην αντισύλληψη. Η χρήση μη αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης σε συνδυασμό με τη πρόωμη σεξουαλική μύηση εγκυμονεί κινδύνους.

Η σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών, η οποία όμως συνοδεύεται πάντα από αντίστοιχη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και λήψη αποτελεσματικών μέτρων προφύλαξης από ανεπιθύμητες κυήσεις.

Η προγαμιαία αντισύλληψη έχει αποτελέσει σε αρκετές χώρες αντικείμενο πολλών ερευνών και συζητήσεων. Στη Ελλάδα , μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε ο επιστημονικός διάλογος για το θέμα με αναφορές στην ευρωπαϊκή εμπειρία. Πρόσφατες μελέτες για την

ανθρώπινη σεξουαλικότητα στις ηνωμένες πολιτείες, σε συνδυασμό με την αντισυλληπτική συμπεριφορά είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες, ιδιαίτερα για τους νέους , διότι στοιχειοθετούν τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από συνομηλίκους, σχολειό κτλ.

Στη χώρα μας ανάμεσα σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες , ξεχωρίζει ως πλέον χαρακτηριστική η προοπτική μελέτη του Κρεατσά που αξιολογεί τους κινδύνους των κυήσεων επιλεγμένου δείγματος θηλέων εφήβων και προβαίνει σε συγκρίσεις με δείγματα μεγαλύτερης ηλικίας γυναικών. Τόσο η μικρότερη μέση ηλικία κατά την έναρξη της έμμηνης ρύσης και τις ανάπτυξης σεξουαλικών δραστηριοτήτων στους νέους όσο και ο κίνδυνος για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καθιστούν απαραίτητη τη διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με αυτές τις ηλικίες, την οποία και πρόκειται να σας παρουσιάσουμε στη συνέχεια , κυρίως για τα ερωτήματα που θέτει παρόλο που έγινε στις αρχές τις προηγούμενης δεκαετίας.

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι καταβάλλονται αξιόλογες προσπάθειες, για να εξακριβωθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χρηστών και μη χρηστών αντισυλληπτικών μεθόδων. Ομοίως η έρευνα στρέφεται στην αναζήτηση στάσεων και ενδεχομένως αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες αντισυλληπτικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα ενόσω διαρκώς μειώνονται οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι και η ηλικίας μύησης στις σεξουαλικές σχέσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μελετηθούν οι στάσεις απέναντι στην ευθύνη έλεγχου και χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και από τα δυο φύλα. Στην Ελλάδα οι εμπειρικές μελέτες προς τη κατεύθυνση αυτή είναι ελάχιστες. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη της αντισυλληπτικής συμπεριφοράς και των στάσεων απέναντι στην αντισύλληψη. Ελέγχεται ιδιαίτερα η υπόθεση ότι η συχνότητα χρήσης κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου διαφοροποιείται ανάμεσα στα δυο φύλα. Εδώ αξίζει να σημειωθεί η σπουδαιότητα του κοινωνικού αυτού ζητήματος τη δεκαετία του 90 ακόμα. Ήταν ένα θέμα επίκαιρο που απασχολούσε ολόκληρη την ιατρική κοινότητα αλλά και την ελληνική κοινωνία.

## 2.7 ΥΑΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 1994 , μελετήθηκαν 146 άντρες και 154 γυναίκες, ηλικίας 18 – 25 ετών , σε αντιπροσωπευτικό επιλεγμένο δείγμα με τη τεχνική της τυχαίας δειγματοληψίας στη περιοχή της πρωτεύουσας. Μοναδικό κριτήριο για την επιλογή του δείγματος, εκτός από την ηλικία, υπήρξε η οικογενειακή κατάσταση των εφήβων , επειδή η προγαμιαία αντισύλληψη εξετάζεται ως ξεχωριστό θέμα από την αντισύλληψη σε έγγαμα ζευγάρια. Γι αυτό οι νέοι που επιλέχθηκαν είναι άγαμοι. Ο σχεδιασμός και η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκαν με τη βοήθεια των χαρτών και των καταλόγων της εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος ( ΕΣΥΕ) .

Η αντισυλληπτική συμπεριφορά ( ΑΣ ) μετρήθηκε με δυο βασικές ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η πρώτη αφορούσε πληροφορίες σχετικές με είδη αντισύλληψης που χρησιμοποιούσε το άτομο α) συνολικά στη ζωή του, β) με το τωρινό σύντροφο του . οι απαντήσεις κάθε ατόμου ήταν ποσοτικές , εκφράζοντας ως ποσοστό τη συχνότητα χρήσης κάθε μεθόδου καθώς και τη απουσία χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου, ώστε τα ποσοστά αυτά να αθροίζονται στο 100. για να προκύψει όμως αντικειμενικότητα χρειάστηκε να αξιολογηθεί η συχνότητα χρήσης αυτών των αντισυλληπτικών μεθόδων από τους χρήστες όχι από απλά σεξουαλικά ενεργούς νέους.

Καταγράφηκε επίσης η ηλικία κατά την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Η μέτρηση των αντισυλληπτικών έγινε με δυο ερωτήσεις. Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να φανταστούν μια υποθετική κατάσταση, στην οποία ένα άγαμο ζευγάρι θέλει να έχει ερωτική σχέση , αλλά ταυτόχρονα θέλει να αποφύγει την κύηση. Η αντισυλληπτική ευθύνη μετρήθηκε με την ερώτηση « ποιος σύντροφος οφείλει να βεβαιωθεί ότι χρησιμοποιείται μια ΑΜ?». Η δεύτερη ερώτηση που αναφέρεται στην αντισυλληπτική μέθοδο, τέθηκε με το παρακάτω τρόπο: « αν λάβουμε ως δεδομένο ότι ισάξιες αποτελεσματικές, ποιος πρέπει να χρησιμοποιήσει μια μέθοδο;». Η επιλογή απάντησης έγινε όπως και στη προηγούμενη ερώτηση. Τι υλικό αναλύθηκε με δυο μεθόδους : α) με το κριτήριο του student για το ποσοστό ΑΜ διερευνήθηκαν ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων στους μέσους όρους της συχνότητας χρήσης κάθε μεθόδου, β) με το στατιστικό κριτήριο  $\chi^2$  αναζητήθηκαν τυχούσες διαφορές στις στάσεις ανάμεσα στα δύο φύλα.



ΗΛΙΚΙΑ (έτη) %	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	A	%	A	%	A	%
Μέχρι 14	16	(11)	1	(0,6)	17	(5,7)
15-17	102	(72,6)	46	(29,9)	152	(58,7)
18+	10	(11,6)	66	(42,9)	83	(27,7)
Παρθένοι	7	(4,8)	41	(26,6)	48	(16)
Σύνολο	146	(48,7)	154	(51,3)		
$\chi^2 = 89.78$	$P = 0.0000$					

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 300 νέους ( 84% ) δήλωσαν σεξουαλικά ενεργοί. Η ηλικία κατά την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων διαφοροποιείται σημαντικά, ανάμεσα στα δυο φύλα.

Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι άντρες συναινούν σεξουαλικές σχέσεις σε ηλικία κάτω των 14 ετών, σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι γυναίκες ( 11% και 0, 6% αντίστοιχα). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ( 72,6%) άρχισε σχέσεις σε ηλικία 15- 17 ετών , ενώ οι γυναίκες από τα 18 και πάνω ( 42,9%). Οι γυναίκες εμφανίζονται παρθένες, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες ( 26,6 % και 4,8 % αντίστοιχα).

Στη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας των 252 ενεργών νέων, χρησιμοποιήθηκαν ( με διάφορες συχνότητες ) :

- Το προφυλακτικό από 192 άτομα ( 76,2%)
- Η διακεκομμένη αντισύλληψη από 165 άτομα ( 65,5%)
- Η ορμονική αντισύλληψη από 74 άτομα ( 29,4%)

Τέλος , 78 άτομα δήλωσαν ότι δε χρησιμοποίησαν ΑΜ , σε συχνότητα που κυμάνθηκε από 1% έως και 100%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Κατανομή ατόμων του εξετασθέντος δείγματος. Με βάση την ηλικία κατά την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων κατά φύλο.

A= αριθμός

Τα ποσοστά χρήσης των διάφορων αντισυλληπτικών μεθόδων, από τους χρήστες της συγκεκριμένης μεθόδου στη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας τους βρέθηκε να διαφέρουν κατά φύλο σε στατιστικώς σημαντικά επίπεδα ( πιν. 2).

Από τους 192 νέους που χρησιμοποίησαν προφυλακτικό , 116 ήταν άντρες και η μέση συχνότητα χρήσης ήταν 52,4% ενώ 76 ήταν γυναίκες και το χρησιμοποίησαν κατά μέσο όρο με συχνότητα 43,1%.

Από τους 165 νέους που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας, 86 ήταν άντρες και η μέση συχνότητα χρήσης ήταν 44, 6% ενώ 79 ήταν γυναίκες και το χρησιμοποίησαν κατά μέσο όρο με συχνότητα 60.8%.

Από τους 74 νέους που χρησιμοποίησαν την ορμονική αντισύλληψη, 45 ήταν άντρες, στη σεξουαλική δραστηριότητα των οποίων χρησιμοποιήθηκε κατά μέσον όρο, με συχνότητα 28% ενώ 29 ήταν γυναίκες και η μέση συχνότητα χρήσης ήταν 48.7 %.

Από τους 252 σεξουαλικά ενεργούς οι 146 ( 58%) δήλωσαν ότι είχαν σταθερή ερωτική σχέση κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Σε αυτή τη σχέση, με τον τελευταίο σύντροφο, χρησιμοποιήθηκαν ( σε διάφορες συχνότητες)

- Το προφυλακτικό από 90 άτομα( 61,6%)
- Η διακεκομμένη συνουσία από 87 άτομα (59,6%)
- Η ορμονική αντισύλληψη από 36 άτομα (24,7%)

Τέλος , 43 άτομα (29,5%) δήλωσαν ότι δε χρησιμοποίησαν ΑΜ , σε συχνότητα που κυμάνθηκε από 1% έως 100%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Μέση τιμή (ΜΤ ) και σταθερή απόκλιση (ΣΑ) του ποσοστού χρήσης συγκεκριμένων αντισυλληπτικών μεθόδων, ανάμεσα στους χρήστες κάθε μεθόδου στη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας.

ΜΕΘΟΔΟΣ	Σύνολο			Άντρες			Γυναίκες			P
	A	ΜΤ	ΣΑ	A	ΜΤ	ΣΑ	A	ΜΤ	ΣΑ	
Προφυλακτικό	192		48,7	116		52,4	76		43,1	0.0500
Διακεκομμένη	32,2			32,4			31,1			0,0061
Συνουσία	165		52.3	86		44,6	79		60,8	
Ορμονική αντισύλληψη	30,7			27,7			31,7			0,0013
«Ουδεμία»	74		36,2	45		28,0	29		48,7	0,3719
	27,7			24,2			28,5			
	78		36,1	47		38,9	31		31,8	
	34,1			34,4			33.7			

Το μέσο ποσοστό χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου ανάμεσα στους χρήστες συγκεκριμένης μεθόδου , στη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας , με το τελευταίο ερωτικό σύντροφο, βρέθηκε να διαφέρει κατά το φύλο σε στατιστικώς σημαντικά επίπεδα μόνο για το προφυλακτικό.

Από τους 90 νέους που χρησιμοποίησαν τον προφυλακτικό, 45 ήταν άντρες και η μέση συχνότητα χρήσης ήταν 55,5 % ενώ 45 ήταν γυναίκες και το χρησιμοποίησαν κατά μέσο όρο με συχνότητα 41,1%.

Ως προς τις στάσεις απέναντι στη αντισύλληψη (πιν. 3) απάντησαν όλα τα άτομα του δείγματος. Ποσοστό περίπου 90% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο έλεγχος για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου αποτελεί ευθύνη και των ερωτικών συντρόφων. Ως προς τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου, οι γυναίκες θεώρησαν ότι και οι δυο σύντροφοι οφείλουν να λαμβάνουν την ευθύνη για τη χρήση ΑΜ ( 87.1% και 81,5% αντίστοιχα). Οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό (13%) θεωρούν ότι η σύντροφος τους οφείλει να έχει την ευθύνη, και οι γυναίκες δήλωσαν τους ‘άντρες σε ποσοστό 9,7%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Κατά φύλλο απόδοσης της ευθύνης έλεγχου και της ευθύνης χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου στον άντρα, στη γυναίκα ή στο ζευγάρι ( απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά %).

Φύλο	<u>ΕΥΘΥΝΗ ΕΛΕΓΧΟΥ</u>			<u>ΕΥΘΥΝΗ ΧΡΗΣΗΣ</u>		
	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΖΕΥΓΑΡΙ	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΖΕΥΓΑΡΙ
Α	7(4,8%)	5 (3,4%)	134(91,8%)	8 (5,5%)	19 (13%)	119(81,5%)
Θ	6(3,9%)	11 (7,1%)	137 (89%)	16 (9,7%)	5 (3,2%)	134(87,1%)
Σύνολο	13(4,3%)	16(5,3%)	271(90,3%)	23 (7,7%)	24 (8%)	253 (84,3%)

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπογραμμίσθηκε συχνά ότι η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη προγαμιαία αντισύλληψη κρίνεται απαραίτητη, δεδομένου ότι η διαμόρφωση αντισυλληπτικής συμπεριφοράς πρέπει να επιτυγχάνεται σε νεαρή ηλικία. Οι 300 ερωτηθέντες νέοι αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα για εξαγωγή συμπερασμάτων και συζήτηση.

Δυο περιπτώσεις διαπιστώσεις προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων:

Πρώτον: η ηλικία κατά την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων βρέθηκε να διαφέρει στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες, οι άντρες σε ποσοστό 72,6% μνηθήκαν στη γενετήσια πράξη σε ηλικία 15- 17 ετών, ενώ 42,9 % των γυναικών σε ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών. Αντίστοιχη μελέτη στους εφήβους το 1989 κατέγραψε ότι οι άρρενες σε μεγαλύτερα ποσοστά αρχίζουν να αναπτύσσουν σεξουαλικές σχέσεις στην ηλικία των 17 ετών και κάτω, αντίθετα οι θηλείς σε μεγαλύτερα ποσοστά αρχίζουν μετά τα 18. Στοιχεία από μελέτες στις ΗΠΑ (Δημόσιο Πανεπιστήμιο Μίσιγκαν , 1998)αναφέρουν ότι οι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες να έχουν τη πρώτη σεξουαλική εμπειρία τους σε ηλικία κάτω των 15 ετών.

Δεύτερον : αξιοσημείωτο παραμένει το μεγαλύτερο ποσοστό παρθενίας που παρατηρείται στις γυναίκες. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά μεγάλο εάν αναλογισθούμε ότι οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν βαθμιαία αύξηση των σεξουαλικών επαφών από τα 15 έτη και μετά και κορύφωση, συνήθως για τις θηλείς στην ηλικία των 19 ετών. Φαίνεται πως

οι δομές της ελληνικής κοινωνίας δε δίνουν ακόμα τη δυνατότητα στη γυναίκα να μνησθεί νωρίτερα στη γενετική πράξη, σε συνδυασμό με τη πρόωρη βιολογική ανάπτυξη που παρατηρείται τελευταία. Ο θεσμός της πορνείας πρέπει να συντελεί, ώστε η πλειονότητα των ανδρών να έχει πρώτη επαφή μέχρι την ηλικία των 18 ετών.

Ειδικότερα σχετικά με χρήση AM επιβεβαιώνεται η υπόθεση της έρευνας για τη διαφορετική συμπεριφορά των δύο φύλων στη χρήση AM. η μέθοδος που δηλώθηκε να έχει χρησιμοποιηθεί συνολικά σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι το προφυλακτικό για τους άντρες και η διακεκομμένη συνουσία για τις γυναίκες. Ακολουθούν η διακεκομμένη συνουσία και η ορμονική αντισύλληψη στη σεξουαλική σχέση των ανδρών, η ορμονική αντισύλληψη και το προφυλακτικό στη σεξουαλική σχέση των γυναικών. Παλαιότερη μελέτη στην Ελλάδα, σε έγγαμα ζευγάρια, έδειξε περίπου τα ίδια αποτελέσματα, τόσο από τις πρόσφατες μελέτες σε νεαρές ηλικίες όσο από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Από αυτές τις έρευνες προέκυψε ότι το προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία αποτέλεσαν κύριες AM. Ευρήματα σε μεγάλα δείγματα γυναικείου πληθυσμού παρουσιάζουν την ορμονική αντισύλληψη ως πρώτη μέθοδο ( 29,6%) και ακολουθούν το διάφραγμα και το προφυλακτικό ( 24,5 % και 23,5 %). Όλα τα ευρήματα είναι ενδεικτικά χωρίς να προσφέρονται για συγκρίσεις, αφού οι μεθοδολογίες και τα δείγματα διαφέρουν σημαντικά.

Το προφυλακτικό, η κατ' εξοχήν ανδρική AM, είναι φθινό και εύχρηστο και οι άντρες φροντίζουν εύκολα για την αγορά και τη χρήση του, δεδομένου ότι αυτό προφυλάσσει και από σεξουαλικές μεταδιδόμενα νοσήματα. Το μέσο ποσοστό χρήσης όμως παραμένει περιορισμένο, συνεπώς δε κρίνεται ικανοποιητικό και μπορεί ενδεχομένως να αποδοθεί στη μείωση του αυθορμητισμού που αυτό προκαλεί καθώς και σε άλλους ψυχολογικούς παράγοντες.

Η διακεκομμένη συνουσία φαίνεται πως συνεχίζει να αποτελεί στη Ελλάδα τη παραδοσιακή ανδρική μέθοδο. Η μέθοδος αυτή μάλλον «επιβάλλεται» στις νεαρές γυναίκες από τους συνήθως μεγαλύτερους συντρόφους τους, γι' αυτό αναφέρθηκε ως η πρώτη AM στις γυναίκες. Η κατεξοχήν γυναικεία μέθοδος, το χάπι, χρησιμοποιείται σε πολύ μικρό ποσοστό στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στις ηλικίες που μελετήσαμε, σε αντίθεση σε άλλες αναπτυγμένες Δυτικές κοινωνίες. Η ορμονική αντισύλληψη προϋποθέτει συνεργασία με τον ειδικό γιατρό, καθώς και αυξημένη επαγρύπνηση σε ημερήσια βάση από πλευράς χρήστη, κατά συνέπεια, πρόκειται για μέθοδο που δεν προτιμάται ιδιαίτερα. Βέβαια, πρέπει να ληφθεί υπόψη και η σχετικά περιορισμένη υγειονομική συνείδηση των νεαρών Ελληνίδων και η στρεβλή πληροφόρησή τους για το θέμα που δρουν ανασταλτικά στη χρήση αυτής της αποτελεσματικής μεθόδου.

Στη πρόσφατη μελέτη, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που ανέφεραν την εμπειρία μια έκτρωσης χρησιμοποιούσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το χάπι από ότι αυτές που δεν δήλωσαν έκτρωση. Φαίνεται ο φόβος για ανεπιθύμητη κύηση είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν ζήσει την εμπειρία έκτρωσης, γεγονός που τις οδηγεί στη χρήση ΑΜ. Ως πρόσθετος λόγος που περιορίζει την ευρεία χρήση του χαπιού στην Ελλάδα έχει προταθεί η αρνητική δημοσιότητα που αυτό απέκτησε.

Διαθέσιμα στοιχεία μελετών από τις ΗΠΑ δίνουν έμφαση στο φαινόμενο ότι οι νέοι Αμερικάνοι αργούν να αρχίσουν να μεταχειρίζονται κάποια ΑΜ και όταν μεταχειρισθούν κάποια, αυτή δεν είναι πάντα αποτελεσματική. από τη χρήση ΑΜ, το προφυλακτικό και το χάπι προτιμώνται από μεγάλα ποσοστά νέων.

Όσον αφορά στα ποσοστά χρήσης ΑΜ από τους νέους του δείγματος της 'ερευνάς, στη διάρκεια της ερωτικής σχέσης με τον τελευταίο σύντροφο, σε γενικές γραμμές δε παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα, με εξαίρεση τη χρήση προφυλακτικού. Γενικά η σταθερή σχέση συνεπάγεται συναισθηματική ασφάλεια, ωστόσο το μεγάλο ποσοστό και για τα δύο φύλλα που δε χρησιμοποίησε οποιαδήποτε ΑΜ ή έστω, η επίσης σε μεγάλο ποσοστό διακεκομμένη συνουσία φαίνεται να μη θέτει ιδιαίτερα προβλήματα στις σχέσεις των νέων.

Οι νέοι του δείγματος τείνουν να μην συνάπτουν σχέσεις με συνομηλικούς τους. Η παρατήρηση αυτή προκύπτει από την διαφορετική αντισυλληπτική συμπεριφορά ανάμεσα στα δυο φύλα και σε κάθε προσπάθεια για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Οι αντισυλληπτικές στάσεις βρέθηκαν σε αντιστοιχία με την αντισυλληπτική συμπεριφορά των νέων του δείγματος. Ποσοστό 91.8% των ανδρών και 89% των γυναικών πίστευαν ότι και τα δύο φύλα οφείλουν να έχουν ευθύνη της αντισύλληψης και να προβλέπουν για την χρήση κάποιας ΑΜ.

Ανάλογη μελέτη στις ΗΠΑ κατέγραψε διαφορετικές στάσεις ως προς την αντισύλληψη. Βρέθηκε ότι το 1/2 των νέων πίστευαν ότι η ευθύνη για την αντισύλληψη πρέπει να μοιράζεται στους δυο συντρόφους. Μεταξύ εκείνων που προτίμησαν τον έναν ή τον άλλον σύντροφο, οι γυναίκες ήταν περισσότερο επιφυλακτικές, προτίμησαν τη θηλυκή σύντροφο και οι άντρες υποστήριξαν περισσότερο τον αρσενικό σύντροφο. Περίπου ίδιες ήταν οι απαντήσεις για τη χρήση ΑΜ, 50-60% επέλεξαν το ζευγάρι. Εκείνοι που προτίμησαν τον ένα σύντροφο χωρίστηκαν ομοίμορφα. Περίπου 20% επέλεξαν αρσενικούς και 20-30% θηλυκές. Οι αριθμοί και από τις δυο μελέτες υποδεικνύουν ότι το ιδεώδες θα ήταν και τα δύο φύλα και να μοιράζονται την ευθύνη ελέγχου και την ευθύνη αντισυλληπτικής μεθόδου.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να λειτουργήσει κατά τρόπο που διευκολύνει την κατανομή της ευθύνης για αντισύλληψη στα ζευγάρια , προσανατολίζοντας τα στην από κοινού χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Έχει βρεθεί ότι η έλλειψη προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στη χώρα μας αποτελεί το κύριο λόγο για την αρνητική αντισυλληπτική συμπεριφορά και συνεπώς για την αύξηση των κήσεων και εκτρώσεων στην εφηβεία αφού αντίστοιχα σημείωσαν αντίστοιχη σημαντική άνοδο. Αν και τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης αναφέρονται σε επιλεγμένα άτομα , δε μειώνεται η σημασία τους. Ενισχύουν την πεποίθηση ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση χωρίς να αποτελεί πανάκεια, είναι επιβεβλημένη. Η πεποίθηση αυτή φαίνεται να υποστηρίζεται από πολλούς επιστήμονες , οι οποίοι τον τελευταίο καιρό ασχολούνται σοβαρά με την εμπειρία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις ευρωπαϊκές χώρες και προωθούν την εδραίωση της και στην χώρα μας.

Θεωρείται απαραίτητο και στην Ελλάδα να διεξαχθεί σε εθνική κλίμακα μια σειρά ερευνών για την μελέτη (α) του ρόλου των δυο φύλων ως προς την αντισύλληψη, (β) των πεποιθήσεων για την αντισύλληψη και την έκτρωση και (γ) των αντιλήψεων για τις επικίνδυνες πρακτικές στη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων.

Σκοπός των μελετών αυτού του είδους θα είναι η συναγωγή των απαραίτητων συμπερασμάτων, που θα χρησιμεύουν για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού.

Με δεδομένα την ενίσχυση του ρόλου της πυρηνικής οικογένειας και την αυξανόμενη ανησυχία και τον προβληματισμό του κοινού για τη κύηση των νέων επιβάλλεται η κατάρτιση προγραμμάτων που να αποσκοπούν στη βελτίωση της επικοινωνίας γονέων-παιδιών και στην εκπαίδευση των πρώτων γύρω από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των δευτέρων.

## 2.8 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η αντισύλληψη λοιπόν εκτός από θετικά και αρνητικά στοιχεία τα οποία πολλές φορές είναι επικίνδυνα για τον εκάστοτε οργανισμό . ιδιαίτερα επιπτώσεις παρουσιάζει η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντισυλληπτικών είναι δυνατόν αν είναι άμεσες ή αψότερες. Οι άμεσες είναι : αλλαγές του βάρους οι οποίες μπορεί να οφείλονται στην ανδρογόνο δράση του προγεσταγόνου που αυξάνει την όρεξη και της ψυχικής διάθεσης, ημικρανίες, μαστωδυνία και σταγονοειδής αιμόρροια η οποία συνήθως εμφανίζεται μετά τους 4 πρώτους μήνες της λήψης. Ενώ οι αψότερες ανεπιθύμητες ενέργειές είναι : η δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και η πρόκληση θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες που καπνίζουν και λαμβάνουν αντισυλληπτικά , αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων, τα οποία σχετίζονται με την αύξηση των λιποπρωτεϊνων χαμηλής πυκνότητας που προκαλούν τα προγεστεγόνα ελατώνουν την LDL δρώντας προστατευτικά ως προς την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Επίσης πρόσφατες μελέτες ( Ε. Ιατρικά, 2003,14) έδειξαν ότι τα αντισυλληπτικά δρουν στις παγκρεατικές ορμόνες προκαλώντας μια μικρή επίδραση στην έκκριση ινσουλίνης. Επιπλέον η δράση των αντισυλληπτικών στο ήπαρ, αφορά τα πολλά ενζυμικά συστήματα του ηπατικού κυττάρου. Μελέτες μεταξύ των ετών 1960 -1970 αναφέρουν αύξηση της συχνότητας της χολολιθιάσεως. Όμως τα τελευταία έτη δεν αναφέρθηκαν παρόμοιες ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της χρήσης δισκίων με μικρότερη περιεκτικότητα ορμονών.

Εκτός από τα παραπάνω από τη χρήση αντισυλληπτικών μπορεί να προκληθεί ακμή, δηλαδή με τη χρήση μπορεί να εμφανιστεί βελτίωση, χειροτέρευση , ή να παραμείνει αμετάβλητη. Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί κατάθλιψη η οποία βέβαια είναι αρκετά δύσκολο να διαπιστωθεί, εάν οφείλεται στο χάπι, ή οφείλεται σε φόβους από τη λήψη του ή σε ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να προέρχονται από τις σεξουαλικές και διαπροσωπικές σχέσεις που οδήγησαν στη χρήση αντισυλληπτικών. Τέλος, μπορεί να προκληθούν πονοκέφαλος και ναυτία όπου μπορούν να βελτιωθούν με αλλαγή του αντισυλληπτικού.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΕΚΤΡΩΣΗ

#### 3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΠΕΡΙ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Οι δίκες της Νυρεμβέργης , μετά το τέλος του Β παγκοσμίου πολέμου , κατέδειξαν ότι ορισμένοι γιατροί είχαν διαμορφώσει την εποχή εκείνη μια ανεπίτρεπτη φιλοσοφία ,σύμφωνα με την οποία ορισμένοι άνθρωποι είχαν μεγαλύτερη αξία από άλλους λόγω φυλής ,θρησκείας ,ηλικίας , πνευματικής ή σωματικής αναπηρίας ή λόγω κάποιας ασθένειας. Δεν αντιμετωπιζόταν , επομένως ως ανήθικη η διεξαγωγή πειραμάτων ή ακόμη και η θανάτωση τους .

Για να διασφαλιστεί ότι ουδέποτε στο μέλλον οι γιατροί θα απομακρύνονταν από την ορθή επιτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος , ο Ιπποκράτειος Ιατρικός Κώδικας Ηθικής επαναδιατυπώθηκε στην Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης στην Γενεύη το 1948 ως `` η διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης `` που ενισχύθηκε τον ίδιο χρόνο από τα Ηνωμένα Έθνη με την διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου `` .

Στην διακήρυξη της Γενεύης ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί του λόγου της τιμής του θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή από την ώρα της σύλληψης ,ότι «Η υγεία και η ζωή των ασθενών μου θα είναι ο πρώτος μου στοχασμός ότι δεν θα επιτρέψω να παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντος μου και των ασθενών μου η θεώρηση της θρησκείας ,εθνικότητας ,φυλής ,πολιτικής τοποθέτησης και κοινωνικής κατάστασης» και τέλος ότι «ακόμη και υπό την απειλή δεν θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον της ανθρωπότητας» .

Το 1974 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Ομοσπονδία των Ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή επανέλαβε την διακήρυξη της Γενεύης συμπληρώνοντας ότι το αγέννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμα της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από την μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη , που αναπτύσσει την δική του προσωπικότητα τόσο από πνευματική όσο και από φυσική άποψη .

Η Ομοσπονδία επίσης αποδέχεται την διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα , που αναφέρει ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι το παιδί για λογούς φυσικής και διανοητικής ανωριμότητας , έχει ανάγκη ειδικής

προστασίας και φροντίδας ,περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας ,πριν και μετά την έκτρωση .

Την παραπάνω διπλή ,πριν και μετά την γέννηση ,νομική προστασία παρέχει και το Ελληνικό Δίκαιο .Κατά το Ελληνικό Δίκαιο ,το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από την γέννηση του ,αλλά η προστασία του δικαίου επεκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται .Την προστασία του φυσικού προσώπου πριν από την γέννηση παρέχουν οι διατάξεις του Ποινικού Δικαίου ,ενώ μετά την γέννηση του τα δικαιώματα του διασφαλίζονται με το Αστικό Δίκαιο .Στο σημείο αυτό σκόπιμο είναι να ξεδιαλύνουμε κάποιους ορισμούς πάνω στις έννοιες “έκτρωση” και “άμβλωση” καθώς το νόημα τους δεν είναι απολύτως αυτονόητο.

([http://www.electridea.gr/issue1/epistimi\\_index.html](http://www.electridea.gr/issue1/epistimi_index.html). 13-06-2008)

**Έκτρωση** είναι η αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατό του. Αυτό μπορεί να προκληθεί τεχνητά μέσω των χημικών, χειρουργικών ή άλλων μέσων. Συνήθως, «η άμβλωση» αναφέρεται σαν μια προκληθείσα διαδικασία που συνέβη εντός των πρώτων είκοσι εβδομάδων κύησης, εντός των οποίων το έμβρυο δεν θεωρείται βιώσιμο (κατά κάποια λογική). ( Εγκ. Εποπτική, 1997, τόμος 4<sup>ος</sup>, σελ .98)

Στην καθημερινή μαιευτική πράξη **ο ορός έκτρωση** ανταποκρίνεται στην αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης , η οποία στην καθομιλουμένη αποδίδεται συνήθως με τον όρο αποβολή .Με βάση βιομηχανικές εξετάσεις και υπερηχογράφηκα ευρήματα η διάγνωση της έκτρωσης τίθεται ακριβέστερα και αντιστοιχεί πλέον στον ορισμό μη βιώσιμη ενδομήτρια εγκυμοσύνη , όταν παρουσιάζεται υπερηχογραφικά ως «κενός» εμβρυϊκός σάκος ή ενίοτε ως εγκυμοσύνη με ένα μικρό εμβρυϊκό πόλο χωρίς εμβρυϊκή καρδιακή κίνηση .  
([http://www.electridea.gr/issue2/epistimi\\_index.html](http://www.electridea.gr/issue2/epistimi_index.html) 13-06-2008)

-

Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης διακρίνεται σε **θεραπευτική έκτρωση** και **άμβλωση** .Θεραπευτική έκτρωση είναι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης , που γίνεται με στόχων προστασία της υγείας της μητέρας , πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, η ανατροπή της γέννησης παθολογικού νεογνού ,όταν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου.(Παπουτσής Α .Κωνσταντίνος,2000)

**Άμβλωση:** είναι η εθελουσία έκτρωση ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης , που γίνεται από γυναικολόγο πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο , με την συναίνεση και αίτηση της εγκύου και όχι για λόγους βλάβης της υγείας της εγκύου.(Παπουτσής Α. Κωνσταντίνος,2000)

**Άμβλωση:** η εξαγωγή του εμβρύου από την μήτρα προτού να παρουσιάσει σημεία ζωής .Υπάρχουν τρία είδη άμβλωσης α) Βίαιη Άμβλωση (αποβολή) που οφείλεται σε αρρώστια της μητέρας ή και του πατέρα. β ) Βίαιη Άμβλωση που μπορεί να προέλθει από κάθε είδους τραυματισμό ,δηλητηρίαση, βίαιες συγκινήσεις κ.τ.λ. και γ) Η τεχνητή Άμβλωση που γίνεται με σκοπό την απαλλαγή της μητέρας από το βρέφος και αιτία της είναι κυρίως η εξώγαμη εγκυμοσύνη η πολυτεκνία και η φτώχεια .Πραγματούμεται με διαφορά μηχανικά μέσα με εσωτερικά φάρμακα και εγχείρηση.(Εγκυκλοπ. Υδρογειος,1980 2<sup>ος</sup> τ.256)

**Έκτρωση :** Η πρόωρη εκβολή εμβρύου από την μήτρα πριν από το φυσιολογικό τέρμα της κύησης ,είτε αυτόματα είτε τεχνητά .Όταν γίνεται τεχνητά και σκόπιμα λέγεται Άμβλωση. Στην τεχνητή έκτρωση(Άμβλωση) η διακοπή της κύησης γίνεται με φαρμακευτικά ή εγχειρητικά μέσα Το θέμα της έκτρωσης αντιμετωπίζεται από κάθε κοινωνία με βάση τις κρατούσες αντιλήψεις περί ηθικής.(Εγκυκλ. Υδρία Ήλιος ,1992,1330)

### 3.1.1. Νομικό πλαίσιο

Αφού έγιναν οι απαραίτητες διευκρινήσεις ,μπορούμε να δούμε την εξέλιξη στο νομικό πλαίσιο πάνω στο θέμα των αμβλώσεων .Μέχρι το 1978 ο Ελληνικός Κώδικας απαγόρευε την Άμβλωση με ελάχιστες εξαιρέσεις.

Η πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρεπόταν ή έμενε ατιμώρητη ,με την προϋπόθεση ότι γινόταν από γιατρό όταν|:

1) Μοναδικός σκοπός ήταν η αποτροπή κινδύνου ζώνης ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της μητέρας και

2)Η σύλληψη του εμβρύου ήταν αποτέλεσμα βιασμού ,κατάχρησης ανικάνου σε αντίσταση ,αποπλάνησης κόρης μικρότερης των 15 ετών ή αιμομιξίας .Ανάγκη της άμβλωσης ,όταν ο κίνδυνος της υγείας δεν μπορούσε να αποτραπεί με άλλο τρόπο έπρεπε να βεβαιωθεί με γνωμάτευση δευτέρου γιατρού,

Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με τον νομό 821/1978 και άλλες δυο συμφωνά με τις οποίες η Άμβλωση επιτρέπεται:

- Μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης ,όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας και
- Μέχρι την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης εφόσον με τον προγεννητικό έλεγχο έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου που έχουν σαν αποτέλεσμα την γέννηση παθολογικού νεογνού.

Η σημερινή ισχύουσα ποινική νομοθεσία , η οποία είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν στους παραπάνω νόμους ,με τον νόμο 1609/1986, δείχνει να είναι πιο ελαστική.

Συγκεκριμένα ,ο νομός αναγνωρίζει ότι η μέριμνα για την προστασία της μητέρας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας .Η Άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη ,όταν διενεργείται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, με την συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με την συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα.

Μέχρι την 19<sup>η</sup> εβδομάδα η διακοπή της κύησης επιτρέπεται όταν αυτή είναι αποτέλεσμα βιασμού ,αποπλάνησης ανήλικης ,αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναικάς ανίκανης να

αντισταθεί, ενώ επιτρέπεται μέχρι και τις 24 εβδομάδες ,εάν έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού.

Η διακοπή της κύησης επιτρέπεται επίσης , εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης σωματικής ή ψυχικής υγείας της που βεβαιώνεται εγγράφως από τον κατά περίπτωση αρμόδιο γιατρώ η έγκυος είναι ανήλικη απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του πρόσωπου της ανήλικης .

Οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες ,όταν προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου ή αν προκλήθηκε ο θάνατος της καθώς και σε οποίον επενεργεί παράνομα ή χωρίς την συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα να προκληθεί θάνατος ,βαριά βλάβη του εμβρύου ή βαριά πάθηση του σώματος και της διανοίας του νεογνού .Στις περιπτώσεις αυτές η άμβλωση στην Ελλάδα αποτελεί εγκληματική πράξη που υπόκειται στις συνέπειες του Ποινικού νόμου .Συμπερασματικά το πνεύμα του νόμου είναι η προστασία του αγέννητου παιδιού ,παρέχοντας όμως ταυτόχρονα το δικαίωμα στην γυναικά να αποφασίζει για την εγκυμοσύνη της.

Ένα σημείο λίγο ασαφές είναι εκείνο που επιτρέπει την άμβλωση όταν υπάρχει ο κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της ψυχικής υγείας της εγκύου ,οπότε απαιτείται γνωμάτευση ψυχιάτρου για τις περιπτώσεις στις οποίες η άμβλωση θα μπορούσε να θεωρηθεί αναγκαία ,επειδή η συνέχιση της εγκυμοσύνης και η διατροφή ενός μη επιθυμητού παιδιού ή η πιθανή εγκατάλειψη του θα επιφέρουν μια διαρκή και καταστροφική επίδραση στην υγεία.

Η αλήθεια είναι πως οι περισσότερες γυναίκες που αιτούνται διακοπής της εγκυμοσύνης για ψυχικούς λόγους δεν είναι ψυχωτικές ,ουδέποτε ήταν και πιθανώς ουδέποτε θα είναι .Οι περισσότερες υποφέρουν από διαταραχές της προσωπικότητας ,νευρώσεις και αντιδραστικές διαταραχές .Σε μια γενικότερη όμως θεώρηση του προβλήματος μερικοί από τους ψυχιάτρους πιστεύουν ότι ένδειξη για έκτρωση υπάρχει σε κάθε περίπτωση που η ζωή της γυναίκας κινδύνευσε να διαταραχθεί από την εγκυμοσύνη της.

Η λέξη <ζωή.> της γυναίκας χρησιμοποιείται με μια ευρύτερη έννοια που ξεφεύγει από την αυστηρά ιατρική θεώρηση της έννοιας ζωής και επεκτείνεται περισσότερο προς τις κοινωνικές επιστήμες .Για παράδειγμα μια φοιτήτρια κινδυνεύει να καταστρέψει την σταδιοδρομία της λόγω της εγκυμοσύνης ή μια παντρεμένη γυναικά που έχει ήδη

περισσότερα παιδιά από όσα μπορεί να αναθρέψει, είναι ανθρώπινες υπάρξεις που βρίσκονται σε μια προβληματική κατάσταση και η ζωή τους βρίσκεται σε κίνδυνο .

Από όσα προαναφέρθηκαν αλλά και από τα παρακάτω διευκρινιστικά άρθρα θεωρούμε ότι το θέμα των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι ευνοϊκό και ελαστικό άσκηση όμως του δικαιώματος αυτού δημιουργεί αναπόφευκτα ηθικό δίλημμα στην ίδια την γυναικά και το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ,κάθε φορά που υπάρχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη .([http://www.electridea.gr/issue1/epistimi\\_index.html](http://www.electridea.gr/issue1/epistimi_index.html) 13-06-2008)

### 3.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΤΕΙΝΟΥΝ ΣΤΟ ΝΑ ΠΑΡΘΕΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται το φαινόμενο της έκτρωσης στον ελλαδικό και διεθνές χώρο είναι πολυποίκιλοι και έχουν να κάνουν κυρίως με κοινωνικό-οικονομικές και δημογραφικές μεταβλητές .

Συνεκτιμώντας κάποιες καταστάσεις , παρατηρούμε ότι :

A)Υπάρχει σημαντική συσχέτιση των αμβλώσεων με την ηλικία των γυναικών. Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες σε μεγαλύτερες ηλικίες ,

B)Το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού πιθανόν να επιδρά στον αριθμό των αμβλώσεων για δυο κυρίως λόγους: Το κατώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο συχνά συσχετίζεται με την χρήση μη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης (γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ,ενώ μπορεί επίσης να επιδρά αρνητικά στον αριθμό των παιδιών που έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν τα ζευγάρια , ανεξάρτητα από τις επιθυμίες τους για μεγαλύτερη οικογένεια .

Γ)Η σύγκρουση ρολών μητρότητας-γυναικείας απασχόλησης λειτουργεί με τρόπο ώστε οι γυναίκες που εργάζονται να εμφανίζουν υψηλότερο αριθμό αμβλώσεων , σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν εργάζονται ,

Στην προσπάθεια μας όμως να εντοπίσουμε με ακρίβεια τους παράγοντες εκείνους που έχουν άμεση σχέση με τον αριθμό των αμβλώσεων στην χώρα μας ,παραθέτουμε τα αποτελέσματα της **περιγραφικής ανάλυσης** της ερευνάς από την Ε.Κ.Κ.Ε: (Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες της Γονιμότητας στην Ελλάδα ,Συμεωνιδου , Αθήνα 1992 ).

Συνοπτικά , αναφέρουμε τα γενικά συμπεράσματα που είναι ότι ,στην Ελλάδα ο αριθμός των αμβλώσεων είναι *εξαιρετικά ψηλός* .Από την επεξεργασία των στοιχείων της ερευνάς ,προκύπτει ότι στην Περιοχή της Πρωτεύουσας , στο δείγμα 1.881 γυναικών ,αντιστοιχούσαν 1360 αμβλώσεις , δηλαδή , ποσοστό 72% .

Ωστόσο ο αριθμός αυτός αναφέρθηκε μονό από το 1/3 των γυναικών του δείγματος (629 γυναίκες από το σύνολο των 1.881) και αντιστοιχούσε στο 41 ,4% του συνόλου των γεννήσεων ζώντων , δηλαδή σε κάθε 2 περίπου γεννήσεις αντιστοιχούσε μια άμβλωση .Ανάμεσα στις γυναίκες που δήλωναν μια τουλάχιστον άμβλωση ,η αναλογία είναι 2 ,2 αμβλώσεις ανά γυναικά .

Από τα στοιχεία για την Λοιπή Χωρά ,προκύπτει ότι στις 4.560 γυναίκες του δείγματος αντιστοιχούσαν 1.902 αμβλώσεις ,ποσοστό 41 ,7% ,που είναι σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο της Περιοχής της Πρωτεύουσας αριθμός αυτός αναφέρθηκε

από το 1/5 περίπου των γυναικών του δείγματος (995 γυναίκες) και η αναλογία είναι 1,2 αμβλώσεις ανά γυναικά .Ανάμεσα στις γυναίκες που είχαν στο ενεργητικό τους τουλάχιστον μια άμβλωση .Η αναλογία ως προς τις γεννήσεις είναι μια άμβλωση ανά 5 γεννήσεις .

Εδώ να αναφερθεί ότι ,όπως συμβαίνει σε όλες τις έρευνες ,έτσι και τώρα θα πρέπει να υποεκτιμήσουμε τον πραγματικό αριθμό των αμβλώσεων .Διότι πολλές γυναίκες δεν αναφέρουν ότι έχουν κάνει άμβλωση , ή δηλώνουν μικρότερο αριθμό από τον πραγματικό .Ακόμη , επειδή οι περισσότερες γυναίκες στο δείγμα είναι σε αναπαραγωγική ηλικία ,επόμενο είναι να αναμένεται να αυξηθούν τα ποσοστά των αμβλώσεων ανά 100 γυναίκες και ίσως και ανά 100 γεννήσεις ζώντων ,μέχρι την εμμηνόπαυση .

Ο μέσος αριθμός αμβλώσεων (ΠΙΝΑΚΑΣ 1) ,είναι ένα στοιχείο που θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η ελληνική κοινωνία και από εκεί και έπειτα να προχωρήσουμε σε πιο συγκεκριμένες μεταβλητές .Παρατηρούμε ,λοιπόν ότι στο σύνολο της χώρας έχουμε 0 ,51 αμβλώσεις ανά γυναικά ,στην Περιοχή της Πρωτεύουσας 0,72 και στην Λοιπή Χωρά 0,44 .Ο μέσος αριθμός των αμβλώσεων στην Περιοχή της Πρωτεύουσας είναι όπως αναμενόταν ο ψηλότερος . Κάτι άλλο που προσέχουμε είναι ότι την ψηλότερη συχνότητα αμβλώσεων παρουσιάζουν γυναίκες στην ηλικία των 30-39 ετών και την χαμηλότερη στην ηλικία των 15-19 .Επίσης ,οι εντονότερες διαφορές παρατηρούνται στην ομάδα ηλικιών 40-44 ετών .

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Μέσος αριθμός αμβλώσεων ,κατά ομάδες ηλικιών στην περιοχή κατοικίας των γυναικών

<b>Ομάδες Ηλικιών</b>	<b>Περιοχή της πρωτεύουσας</b>	<b>Λοιπή χώρα</b>	<b>Σύνολο χώρας</b>
15-19	0,26 (46)	0,07 (107)	0,13 (153)
20-24	0,42 (205)	0,24 (600)	0,28 (805)
25-29	0,57 (96)	0,34 (870)	0,41 (1.266)
30-34	0,84 (461)	0,51 (903)	0,62 (1.364)



35-39	0,82	(463)	0,47	(964)	0,61	(1.427)
40-44	0,84	(310)	0,47	(1.046)	0,57	(1.356)
<b>Σύνολο</b>	<b>0,72</b>	<b>(1.881)</b>	<b>0,44</b>	<b>4.490)</b>	<b>0,51</b>	<b>(5.371)</b>

Στον παρακάτω πίνακα (2) παρουσιάζονται ορισμένοι από τους παράγοντες που οδηγούν αρκετές γυναίκες στην άμβλωση .Η ερέυνα ,ζητά απλά να πούνε την άποψη τους ,ανεξάρτητα από την δική τους προσωπική εμπειρία .

Εντύπωση λοιπόν προκαλεί το γεγονός ότι ,παρά τον υψηλό αριθμό των αμβλώσεων ,οι αντιλήψεις των γυναικών για το θέμα διαφέρουν από την πραγματική τους συμπεριφορά .Διότι ,όταν ερωτώνται σε ποια περίπτωση συμφωνούν με την επιθυμία μιας γυναίκας για άμβλωση ,δίνουν καταφατική απάντηση σε μεγάλο ποσοστό ,μόνο αν « η εγκυμοσύνη είναι επικίνδυνη για την ζωή ή την υγεία της μητέρας » , «Αν υπάρχουν σοβαροί φόβοι ότι το παιδί δεν θα γεννηθεί φυσιολογικό » και «Αν η γυναίκα έχει μείνει έγκυος μετά από βιασμό»Στις περιπτώσεις που η γυναίκα επιθυμεί την έκτρωση επειδή το ζευγάρι δεν έχει οικονομική δυνατότητα να μεγαλώσει αλλά παιδιά ή η γυναίκα δεν είναι παντρεμένη ή απλά δεν θέλει το ζευγάρι αλλά παιδιά ,λόγοι για τους οποίους και οι ίδιες πιθανότατα έχουν κάνει άμβλωση ,οι μισές γυναίκες στο δείγμα εμφανίζονται αντίθετες .

Τα ποσοστά αυτά είναι γενικά χαμηλότερα από τα αντίστοιχα της Περιφέρειας της Πρωτεύουσας .Μόνο στην περίπτωση που η εγκυμοσύνη είναι επικίνδυνη για την ζωή της μητέρας ,ταυτίζονται .Υψηλότερη αποδοχή της άμβλωσης ,σε σύγκριση με την Περιοχή της Περιφέρειας ,εμφανίζεται μόνο όταν ως αιτία της άμβλωσης δίνεται το γεγονός ότι η γυναίκα δεν είναι παντρεμένη

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Στάση των γυναικών για την άμβλωση .(Λοιπή –εκτός Περιφέρειας της Πρωτεύουσας-Χωρά)

Αίτιες για διακοπή της εγκυμοσύνης με άμβλωση	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Άλλο	Σύνολο
1. Αν η εγκυμοσύνη είναι επικίνδυνη για τη ζωή της μητέρας	94,1	4,8	1,1	100
2. Αν είναι επικίνδυνη για τη ζωή του παιδιού	83,8	12,7	3,4	100
3. Αν το ζευγάρι δεν έχει οικονομική δυνατότητα να μεγαλώσει άλλο παιδί	44	51,8	4,2	100
4. Αν η γυναίκα δεν είναι παντρεμένη	49,4	30,4	20,2	100
5. Αν η γυναίκα έχει μείνει έγκυος από βιασμό	78,8	11,5	9,7	100
6. Αν υπάρχουν σοβαροί φόβοι ότι το παιδί δεν είναι φυσιολογικό	94,3	4,5	1,2	100
7. Αν το ζευγάρι δε θέλει άλλα παιδιά	39,4	55,8	4,8	100
8. Αν η γυναίκα δε θέλει άλλα παιδιά	40,4	52,0	7,6	100

Στην συνέχεια εξετάζουμε τις υποθέσεις της πιθανής επίδρασης διαφόρων δημογραφικών και κοινωνικό – οικονομικών μεταβλητών στην συχνότητα των αμβλώσεων .Αρχίζοντας από την υπόθεση για την πιθανή επίδραση της ηλικίας των γυναικών στον αριθμό των αμβλώσεων (Πίνακας 3) ,διαπιστώνουμε ότι υπάρχει .

Συγκεκριμένα ,στην ομάδα ηλικιών 35 ετών και άνω , τα ποσοστά των γυναικών με 2 ή περισσότερες αμβλώσεις στο ιστορικό τους είναι ψηλότερα σε σύγκριση με τα ποσοστά των νεότερων .

Η διαφοροποίηση όμως κατά περιοχές δείχνει ότι η ομοιότητα οφείλεται στην επίδραση των δεδομένων των λοιπών αστικών περιοχών .Στις αγροτικές περιοχές κάποια διαφοροποίηση παρατηρείται στην ομάδα 25- 34 ετών ,όπου τα ποσοστά των γυναικών με μια τουλάχιστον άμβλωση εμφανίζονται ψηλότερα ,σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες ηλικιών .

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3**

Ποσοστά (%) κατανομή των γυναικών ,ανάλογα με τον αριθμό των αμβλώσεων και την ηλικία τους

#### **A. ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΑΡΧΙΑΣ**

##### **Αριθμός Αμβλώσεων**

<b>Ομάδες Ηλικιών</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2+</b>	<b>Σύνολο</b>
15-24	84,6	10,7	4,6	100
25-34	76,9	12,3	10,8	100
35 +	76,3	11,3	12,4	100
Σύνολο	77,9	11,6	10,5	100

#### **B. ΑΣΤΙΚΕΣ ( ΕΚΤΟΣ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ)**

15-24	79,5	13,6	6,9	100
25-34	74,4	12,6	12,9	100
35 +	70,1	13,6	16,3	100
Σύνολο	73,4	13,2	13,4	100

#### **Γ. ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ**

15-24	89,1	8,2	2,7	100
25-34	79,9	11,7	9,2	100

35 +	2,7	8,4	9,2	100
Σύνολο	82,2	9,9	7,8	100

Εξετάζοντας ,στην συνέχεια το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα (πίνακας 4 και πίνακας 5) φαίνεται πως ,όπως και στην Περιοχή της πρωτεύουσας δεν ασκούν επίδραση στον αριθμό των αμβλώσεων παρά μονό στην περίπτωση διαρκείας γάμου 10 + χρόνια .Συγκεκριμένα στις περιπτώσεις με ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση ,τα ποσοστά των γυναικών με 2+ αμβλώσεις είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με αυτά των γυναικών με κατώτερη ή μέση εκπαίδευση .Ακόμη , σχετικά με το επίπεδο του εισοδήματος ,όπως ακριβώς συνέβαινε και στην περιφέρεια της πρωτεύουσας , το ποσοστό των γυναικών με 2+ αμβλώσεις είναι υψηλότερο στην μεγαλύτερη εισοδηματική κατηγορία ,συγκριτικά με τις υπόλοιπες .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Ποσοστιαία (%)κατανομή των γυναικών ,ανάλογα με τον αριθμό των αμβλώσεων και ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους ,για διαφορετική διάρκεια γάμου

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΑΜΟΥ < 10 ΧΡΟΝΙΑ**  
**Αριθμός Αμβλώσεων**

Επίπεδο Εκπαίδευσης	0	1	2+	Σύνολο
Κατώτερη	84,3	9,6	6,1	100
Μέση	82,0	12,8	5,2	100
Ανώτερη				
Ανώτατη	77,0	12,2	10,8	100
Σύνολο	82,9	10,8	16,3	100

**ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΑΜΟΥ 10+ ΧΡΟΝΙΑ**

Κατώτατη	74,5	12,2	13,3	100
Μέση	71,0	11,0	18,0	100
Ανώτερη				100
Ανώτατη	71,0	19,0	10,0	100
Σύνολο	74,1	12,3	13,6	100

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Ποσοστιαία (%) κατανομή των γυναικών ,ανάλογα με τον αριθμό των αμβλώσεων και ανάλογα με το εισόδημα του νοικοκυριού ,για διαφορετική διάρκεια γάμου.

Διάρκεια Γάμου <10 χρόνια

Αριθμός Αμβλώσεων

Εισόδημα νοικοκυριού (δρχ.)	0	1	2+	Σύνολο
<30.000	89,5	6,2	4,3	100
30-69.000	82,7	10,5	6,8	100
70.000	81,2	12,5	6,3	100
Σύνολο	82,8	10,7	6,5	100

Διάρκεια Γάμου 10 + χρόνια

<30.000	82,5	10,2	7,3	100
30-69.000	74,3	11,8	13,8	100
70.000+	70,7	13,4	15,9	100
Σύνολο	74,2	12,1	13,7	100

Τέλος ,ως προς την εργασιακή κατάσταση των γυναικών ,ενώ αρχικά δεν φαίνεται να συνδέεται με το φαινόμενο των αμβλώσεων ,όταν όμως εξετάζεται αναλυτικότερα κατά κατηγορίες του δείκτη εργασίας ,φαίνεται ότι ,όπως ακριβώς συνέβαινε και στην περιοχή της περιφέρειας ,οι γυναίκες με δείκτη εργασίας <10% και 75+% εμφανίζουν χαμηλότερο ποσοστό 2+ αμβλώσεων .Στην πρώτη περίπτωση αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν την πρόθεση να αποκτήσουν και αλλά παιδιά ,ενώ στην δεύτερη στην αποτελεσματικότερη χρήση των διαφορών μεθόδων αντισύλληψης .

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Ποσοστιαία κατανομή των γυναικών ,ανάλογα με τον αριθμό των αμβλώσεων και

ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση και τις κατηγορίες του δείκτη εργασίας,

για διαφορετική διάρκεια γάμου

### Διάρκεια γάμου < 10 χρόνια

Αριθμός Αμβλώσεων

Τωρινή εργασία	0	1	2+	Σύνολο
Εργάζονται	83,8	9,1	7,1	100
Δεν εργάζονται	82,5	11,5	6,0	100
Σύνολο	82,9	10,7	6,3	100

### Δείκτης Εργασίας

<10%	83,7	11,3	5,0	100
10-39%	79,1	13,2	7,8	100
40-74%	80,7	8,6	10,7	100
75%	84,7	8,5	6,8	100
Σύνολο	82,9	10,7	6,3	100

### Διάρκεια Γάμου 10 + χρόνια

Εργάζονται	74,7	11,9	13,4	100
Δεν εργάζονται	73,5	12,7	13,8	100
Σύνολο	74,4	12,3	13,6	100

### Δείκτης Εργασίας

<u>&lt;10%</u>	<u>74,10</u>	<u>12,1</u>	<u>13,8</u>	<u>100</u>
<u>10-39%</u>	<u>67,2</u>	<u>15,2</u>	<u>17,6</u>	<u>100</u>
<u>40-74%</u>	<u>72,1</u>	<u>14,2</u>	<u>13,7</u>	<u>100</u>
<u>75%</u>	<u>79,1</u>	<u>9,9</u>	<u>11,0</u>	<u>100</u>
<u>Σύνολο</u>	<u>74,1</u>	<u>12,3</u>	<u>13,6</u>	<u>100</u>

Θέλοντας να επεκταθούμε λίγο περισσότερο και να εξετάσουμε την συνολική επίδραση διαφορών κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων ,όσο και την επίδραση κάθε παράγοντα ξεχωριστά ,χρησιμοποιούμε την **πολυμεταβλητή παλινδρόμηση**, υποθέτοντας ότι μια σειρά μεταβλητών επηρεάζει τον αριθμό των αμβλώσεων .

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

#### **Θετική επίδραση ως προς τον αριθμό των αμβλώσεων ,ασκούν:**

- Η διάρκεια του γάμου .Δηλαδή , διάρκεια γάμου μεγαλύτερη κατά έναν χρόνο συνεπάγεται αύξηση τού αριθμού των αμβλώσεων κατά 0,02%
- Ο ιδανικός αριθμός των παιδιών, δηλαδή όταν είναι υψηλότερος κατά ένα παιδί ,οι αμβλώσεις αυξάνονται κατά 0 ,20% .
- Το εισόδημα (σχετικά μικρή θετική επίδραση) ,ίσως λόγω του ότι στα υψηλότερα εισοδήματα συναντάμε και χαμηλότερο επιθυμητό αριθμό παιδιών .
- Η στάση των γυναικών ως προς την άμβλωση ασκεί θετική επίδραση στον αριθμό των αμβλώσεων ,αλλά αρνητική επίδραση στην διακύμανση ,γεγονός που υποδηλώνει ότι η θετική αυτή επίδραση στον αριθμό των αμβλώσεων, αλλά αρνητική επίδραση στη διακύμανση, γεγονός που υποδηλώνει ότι η θετική αυτή επίδραση είναι καθοριστική.

Η ηλικία γάμου μάλλον λόγω του αυξημένου αριθμού αμβλώσεων προ του γάμου όσων γυναικών παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία .

Ο αριθμός γεννήσεων ασκεί περιορισμένη θετική επίδραση, εφόσον η άμβλωση χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων μετά από την απόκτηση του επιθυμητού αριθμού παιδιών.

### **Αρνητική επίδραση ως προς τον αριθμό των αμβλώσεων, ασκούν :**

- Οι στάσεις για τους ρόλους των δυο φύλων
- Η ηλικία έναρξης της αντισύλληψης. Η αρνητική επίδραση που ασκεί πρέπει να οφείλεται στο γεγονός ότι υποδηλώνει την ηλικία έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων, σε συνδυασμό και με το γεγονός ότι στις νεότερες ηλικίες χρησιμοποιείται το αποβούτηγμα ως μέθοδος αντισύλληψης.

Η περιοχή κατοικίας, δηλαδή στις αγροτικές περιοχές, ο αριθμός των αμβλώσεων μειώνεται κατά 0.3 αμβλώσεις ανά γυναίκα.

Τι κοινωνικό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, όπως εκφράζεται από το επαγγελματικό γόητρο του συζύγου, ασκεί ελαφρά αρνητική επίδραση στον αριθμό των αμβλώσεων. Όσο υψηλότερο το κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας τόσο λιγότερες γυναίκες καταφεύγουν στην άμβλωση ως μέσο ελέγχου των κινήσεων.

Παρακάτω σας παραθέτουμε ορισμένες πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις γυναικών που απευθύνθηκαν στο «Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού» ώστε να εντοπίσουμε τις ανησυχίες τους και να δούμε τι τις οδηγεί στην απόφαση της έκτρωσης .

- Οι γονείς θα με διώξουν από το σπίτι αν μάθουν ότι είμαι έγκυος
- Οι γονείς μου με πιέζουν να κάνω έκτρωση
- Ο σύντροφος μου θα με εγκαταλείψει να κρατήσω το παιδί.
- Έχω σοκαριστεί! Τι θα σκεφτούν οι άλλοι; Είμαι μόλις 16 ετών...
- Έχω όλη τη ζωή μπροστά μου. ένα παιδί ταιριάζει στα τωρινά μου σχέδια.
- Δε μπορώ να κάνω παιδί τώρα γιατί θέλω να τελειώσω τις δουλείες μου.
- Δεν είμαι έτοιμη να γίνω μητέρα.
- Δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να κάνω παιδί...
- Είμαι εθισμένη στα ναρκωτικά και έμεινα έγκυος θα κάνω έκτρωση.



- Ο γιατρός λέει ότι το παιδί έχει κάποιο πρόβλημα.
- Μόλις απέκτησα μωρό. Δε μπορώ να κάνω κι άλλο τώρα.

### Άμβλωση μετά από βιασμό

Η άμβλωση από βιασμό είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα, διότι όπως παρατηρήσαμε και παραπάνω η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών θεωρεί αναγκαίο αυτό το παιδί που έχει συλληφθεί από μια τόσο αποτρόπαια πράξη να μην γεννιέται ποτέ. Ίσως γιατί πάντα θα θυμίζει το οδυνηρό αυτό συμβάν ή επειδή είναι παρά τη θέληση της γυναίκας ή γιατί δεν εγγυάται κανείς και δε γνωρίζει ολυτε στο ελάχιστο τη γονιδιακή κληρονομικότητα που θα φέρει.

Παρά ταύτα, ένα ποσοστό μικρό, τάσσεται καθαρά ενάντια στην έκτρωση και ας προέρχεται από βιασμό . συγκεκριμένα όμως , « **ομάδα γυναικών ΑΓΑΖΗΛΟΣ**» έστειλαν επιστολή προς το κ. Πανωσκαλτη, MD, MRCOG, επιστημονικό συνεργάτη πανεπιστημιακής κλινικής (Αρετειου ).

Η επιστολή εστάλη με αφορμή άρθρο του δρ. Πανωσκάλτη « δυο μέθοδοι ασφαλούς αντισύλληψης» ( Ιατρικά Ελευθεροτυπίας 15-06-2004).

Κύριο επιχείρημα είναι ότι η γυναίκα μετά από μια τόσο αποτρόπαια πράξη που της συμβαίνει είναι αδύνατον να ξεχωρίσει τον βιασμό από την εγκυμοσύνη και το μωρό που θα φέρει στο κόσμο, ούσα ψυχολογικά φορτισμένη. Και επίσης θεωρεί ότι τα παιδιά των βιαστών δεν είναι λιγότερο άνθρωποι ώστε να έχουν λιγότερα δικαιώματα από τα υπόλοιπα παιδιά.

### 3.3 ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

#### 3.3.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ

Παρότι αυτές οι μέθοδοι δε προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα ( διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευτεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν τη διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς , πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος «επείγουσα αντισύλληψη» που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης μέρας, εφόσον δε πρόκειται για αντισύλληψη.

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

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

#### 3.3.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Απόξεση με αναρρόφηση ( D &C): ( εβδομάδες 6 έως 16) είναι μια διπλή τεχνική αναρρόφησης του εμβρύου από τη μήτρα, δια μέσου ενός στενού σωλήνα που εισάγεται στη μήτρα από το τράχηλο και συνδέεται με φιάλες στις οποίες υπάρχει κενό.

Είναι μια γρήγορη τεχνική , με μικρό κίνδυνο επιπλοκών που επεξεργάστηκαν αρχικά Κινέζοι γιατροί το 1958. ενδείκνυται για εκτρώσεις μέχρι την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Πριν από την επέμβαση πρέπει να ελέγχει η ομάδα αίματος της γυναίκας. Ωστόσο ο γιατρός κάνει μια γυναικολογική εξέταση για να προσδιορίσει το μέγεθος και τη θέση της μήτρας. Κατά την επέμβαση , ο γιατρός εισάγει ένα διαστολέα στο κόλπο της γυναίκας που κρατάει ανοιχτά τα τοιχώματα του κόλπου και επιτρέπει στο γιατρό να δει το τράχηλο.

Κανονικά , μια τοπική αναισθησία φτάνει για την αναρρόφηση. Η ένεση δε πρέπει να πονάει, γιατί γίνεται στο βάθος του κόλπου, δίπλα στο τράχηλο, όπου δεν υπάρχουν νευρικές απολήξεις. Όταν έχει διευρυνθεί ο τράχηλος , ο γιατρός εισάγει ένα πλαστικό σωλήνα στη μήτρα ώσπου να αγγίξει το έμβρυο. Ο σωλήνας συνδέεται με φιάλη στην οποία έχει δημιουργηθεί κενό. Βάζοντας την ελαττωμένη πίεση για 20 με 40 δευτερόλεπτα. Διαλύεται το έμβρυο και τραβιέται προς τη φιάλη . όταν η μήτρα έχει εκκενωθεί , ο γιατρός εισάγει ένα όργανο, το ξέστρο, και ξύνει ελαφρά τα τοιχώματα της μήτρας για να βεβαιωθεί ότι δεν έχουν μείνει υπολείμματα του εμβρύου. Η όλη επέμβαση διαρκεί 5 έως 10 λεπτά. Μετά την επέμβαση η γυναίκα θα πρέπει να αναπαυθεί για 15 έως 30 λεπτά και να σηκωθεί αργά για να αποφύγει τη λιποθυμία. Μπορεί να έχει αιμορραγία για μια μέρα έως και μια εβδομάδα. Γι αυτό πρέπει να μη κουράζεται μια δύο μέρες μετά την έκτρωση. Όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις, μπορεί να έχει εφόσον το επιθυμήσει, αλλά για μερικές μέρες μετά από την έκτρωση δε πρέπει να κάνει κολπική πλύση.

Οι επιπλοκές :

- Ο πόνος μετά τη έκτρωση
- Μόλυνση
- Διάτρηση της μήτρας
- Ελλιπής έκτρωση
- Μεγάλη αιμορραγία
- Θάνατος

Mifepristone (εβδ. 5 έως 7) η χημική ουσία αυτή , γνωστή και ως RU- 486, προκαλεί το θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντος και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο prostaglandin για την αποβολή του εμβρύου. αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για

εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες . το mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

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

### **3.3.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ**

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

Prostaglandin: ( εβδ. 16 έως 38) το χημικό αυτό προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Η γεννήσεις ζωντανών βρεφών και συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι είναι σπασμοί εμετός και ανακοπή καρδιάς.

Ένεση με Digoxin: ( εβδ. 20 έως 32) το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατευθείαν στη καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.

Έκτρωση με άλας : ( εβδ. 16 έως 32+) μια μακριά βελόνα εισάγεται στη κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί , καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος . η μέθοδος αυτή δε χρησιμοποιείται πολύ συχνά λόγω των σοβαρών επιπτώσεων που προκαλούνται στη γυναίκα. Αυτή η μέθοδος είναι μια σοβαρή χειρουργική επέμβαση και απαιτεί τη παραμονή της γυναίκας στο νοσοκομείο για δυο τρεις ημέρες.

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

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

(οι παραπάνω πληροφορίες είναι από τα ‘ Τα αντισυλληπτικά μέσα’ Μαις, 1977 σελ.70-79 και από το site : [www.unborn.gr](http://www.unborn.gr), μέθοδοι εκτρώσεων)

### **3.3.4. ΕΚΤΡΩΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ (RU-486 MISOPROSTOL, METHOTREXATE)**

#### **MIFEPRISTONE (RU-486)**

Αποτελεί ένα ισχυρό αντί προγεστερονικό παράγοντα, παράγωγο του συνθετικού προγεσταγόνου norethindrone που το συναντάμε σε πολλά από τα συνηθισμένα αντισυλληπτικά χάπια που κυκλοφορούν. Όταν λαμβάνεται από το στόμα η mifepristone δρα σαν εκλεκτικός αναστολέας της προγεστερόνης και της κορτιζόνης συνδεδεμένη με τους υποδοχείς τους. Έτσι διακόπτει την υποστήριξη προς το ενδομήτριο και τη μυοχαλαρωτική δράση προς το μυομήτριο που ασκεί η προγεστερόνη προκαλώντας απόπτωση του ενδομητρίου και ευαισθητοποίηση του μυομητρίου με αποτέλεσμα έντονες συστολές. Χρησιμοποιείται σαν εκτρωτικό φρμ πρωτίστως και στην θρπ της ενδομητρίωσης, στα λειομειώματα, καρκίνο του μαστού και στην επείγουσα αντισύλληψη.

## **METHOTREXATE.**

Αποτελεί γνωστό κυτταροτοξικό φάρμακο προκαλώντας αναστολή τόσο για τα καρκινικά όσο για τα φυσιολογικά κύτταρα. Είναι ένας αντιμεταβολίτης του φυλλικού οξέος που είναι απαραίτητο για σύνθεση των νουκλεοτιδίων του πυρήνα των κυττάρων. Ήδη από το 1954 που ανακαλύφθηκε χρησιμοποιείται στην ογκολογία για θεραπεία ορισμένων τύπων καρκίνων. Στη μαιευτική είναι γνωστή η χρήση του σαν εναλλακτική μη χειρουργική θεραπεία στην αντιμετώπιση των άρρηκτων εξωμήτριων κυήσεων καθώς επίσης στη τροφοβλαστική νόσο.

## **MISOPROSTOL**

Αποτελεί μια συνθετική προσταγλανδίνη που στην αρχή εγκρίθηκε από το FDA σαν φάρμακο για την πρόληψη του γαστρικού έλκους από τη χρήση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Στη συνέχεια όμως, λόγω των ισχυρών συστολών που προκαλεί στη μήτρα χρησιμοποιήθηκε μαζί με το RU-486 για τη πιο αποτελεσματική εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας. Χορηγείται είτε από το στόμα ή ενδοκολπικά με την ενδοκολπική οδό να υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα και λιγότερες παρενέργειες.

## **ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΕΩΣ**

- Γενική κατάσταση υγείας υποψήφιας άριστη.
- Ηλικία κύησης όχι πάνω από 7 εβδ. για να έχουμε ποσοστό επιτυχίας πάνω από 95%
- Οι γυναίκες να είναι πάρα πολύ καλά ενημερωμένες για τη μέθοδο, τις επιπλοκές τις παρενέργειες και να είναι εκ των προτέρων σύμφωνες ότι θα γίνει χειρουργική εκκένωση της μήτρας σε περίπτωση αποτυχίας της φαρμακευτικής μεθόδου ή κάποιας άλλης σοβαρής επιπλοκής, και να τα αποδέχονται εγγράφως.
- Η όλη διαδικασία πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα που πληρούν όλους τους όρους ασφάλειας κάτω από τη στενή επίβλεψη ειδικά καταρτισμένων γιατρών.

Από τη διαδικασία εξαιρούνται οι γυναίκες με :

1. αναιμία
2. ηλικία > 35 ετών + βαριές καπνίστριες ειδικά αν συνυπάρχουν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες , υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, ιστορικό θρομβορρομβολικών επεισοδίων
3. διαταραχές πήκτικότητας αίματος.
4. κολπική αιμορραγία
5. χρόνια λήψη στεροειδών
6. χρόνια λήψη αντιεπιληπτικών.

### **METHOTREXATE**

1. Ηπατική ανεπάρκεια
2. νεφρική ανεπάρκεια
3. αναιμία
4. διαταραχές πήκτικότητας αίματος

### **Misoprostol**

1. αλλεργία στις προσταγλανδίνες
2. χαμηλή πίεση
3. φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου

### **3.3.5. ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Στη Γαλλία και τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες που είναι διαδεδομένη η μέθοδος η διαδικασία γίνεται με ένα αυστηρό πρωτόκολλο σε ειδικά κέντρα που έχουν μεγάλη εμπειρία.

Τα βήματα που ακολουθούνται με μεγάλη σχολαστικότητα είναι τα ακόλουθα

1. λήψη πλήρους ιστορικού καις τη συνέχεια εφόσον πληροί τις προϋποθέσεις και έχει ενημερωθεί σχολαστικά για τη διαδικασία και τις επιλοκές και τις έχει αποδεχτεί η υποψήφια υποβάλλεται σε πλήρη κλινικό εργαστηριακό έλεγχο ή για να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας της,( λειτουργικότητα του ήπατος των νεφρών, η ομάς αίματος το RH , πηξιολογικός μηχανισμός κτλ)
2. καθορισμός με ενδοκολπική κατά προτίμηση κεφαλή της ηλικίας κύησης καθώς αν είναι εξωμήτριος.

### **ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Οι συνδυασμοί των φαρμάκων που χορηγούνται είναι είτε mifepristone + m isoprostol ή methotrexate + misoprostol ποτέ και τα τρία μαζί.

Στο πρωτόκολλο mifepristone + misoprostol γίνεται μια λήψη RU-486 από το στόμα 600μγρ με άδειο στομάχι. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί αν συμβεί εμετός. Η ασθενής επιστρέφει στο κέντρο μετά από 2 ημέρες ακριβώς και της γίνεται η χορήγηση της misoprostol 800 μγρ ενδοκολπικώς η 400 μγρ από το στόμα. Η γυναίκα παραμένει στο κέντρο μέχρι να ολοκληρωθεί η εκβολή του κυήματος. Υπό στενή παρακολούθηση και μετά από 4 έως 6 ώρες ξεκινούν έντονες συστολές και αιμορραγία με επακόλουθο τη αποβολή του περιεχομένου της μήτρας.

Στο πρωτόκολλο methotrexate+ misoprostol χορηγείται δόση 50 μγρ/ εκ. επιφ. Σώματος και η misoprostol στη ίδια δόση με τη διαφορά ότι η χορήγηση γίνεται μετά άπα 6 έως 7 ημέρες. Αν μέσα σε 24 ώρες δεν έχουν ξεκινήσει συστολές και αιμόρροια επαναλαμβάνεται η δόση της misoprostol.

Μετά τη χορήγηση της και στα δυο πρωτόκολλα μέσα σε 24 ώρες επέρχεται αποβολή του κυήματος και ίσως χρειαστούν κάποια ήπια παυσίπονα ή αντιεμετικά.

Μετά από 1-7 ημέρες από την αποβολή γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος για διαπίστωση αν υπήρξε τέλεια εκβολή του κυήματος.



Αν μετά από 2 ή περισσότερες εβδομάδες από τη χορήγηση των φαρμάκων ανιχνευτεί θετική καρδιακή λειτουργία ή υπάρχουν υπολείμματα της κύησης μέσα στη μήτρα η φαρμακευτική έκτρωση απέτυχε και πρέπει να προχωρήσουμε σε χειρουργική εκκένωση της μήτρας.

#### ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Να συνεχιστεί η κύηση
- Μεγάλη αιμορραγία που να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας
- Ατελής έκτρωση
- Μεγάλη ουδετεροπενία μετά τη χορήγηση της μεθοτρεξάνης.

Με όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πρέπει να γίνεται επείγουσα χειρουργική εκκένωση της μήτρας γιατί η διατήρηση της κύησης μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο εξελισσόμενο έμβρυο.

#### ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Mifepristone: διάρροια, εμετός, ναυτία και αδιαθεσία.

Misoprostol: κοιλιακός πόνος, ρίγη, πυρετός, εμετός, κεφαλαλγία και διάρροια.

Methotrexate: ναυτία, εμετός, διάρροια, στοματίτις αλωπεκία.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η χειρουργική μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης με διαστολή και αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας έχει ποσοστό επιτυχίας 99% σε έμπειρα χέρια με επιπλοκές κάτω από 1%.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για το πρωτόκολλο με RU-486 είχαν τέλεια εκβολή μέσα σε 3 ημέρες από τη χορήγηση του φαρμάκου (κύσεις κάτω από 7 εβδ.) , ενώ για την methotrexate τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα 90-98% για τις κύσεις κάτω των 6 εβδ. και 80-90% για τις κύσεις 6-8 εβδ.

Οι επιπλοκές που συνήθως χρειάζονται αντιμετώπιση ανέρχονται σε ποσοστό 5- 10 % και είναι κυρίως η χειρουργική απόξεση λόγω συνεχιζόμενης κύησης και ατελούς εκβολής και λιγότερο λόγω σοβαρότερων επιπλοκών.

### **3.3.6. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ**

Στις μεθόδους που προαναφέρθηκαν άμεση εμπλοκή έχουν οι γιατροί. Αυτοί είναι που μαζί με τη γυναίκα αποφασίζουν για τον τρόπο της επέμβασης , τις όποιες δυσκολίες, παίρνουν το ιστορικό και αναλαμβάνουν τη αποπεράτωση του σκοπού. Αναμφισβήτητα κάποια μορφή συγκινησιακής επίδρασης έχει το θέμα σε κάθε γιατρό, ειδικά όμως στους γυναικολόγους και στους αναισθησιολόγους που βοηθούν στις αμβλώσεις.

Πολλοί νιώθουν μια ενστικτώδη απέχθεια για την επέμβαση. Η απέχθεια αυτή σε κάποιο ποσοστό συνδέεται με κάποιο βαθμό ενοχής, που και αυτή συνδέεται με το μέγεθος και την ωριμότητα του εμβρύου , του οποίου η ζωή διακόπτεται.

Ακόμη και γιατροί που έχουν βιώσει στο επάγγελμα τους διάφορες δύσκολες καταστάσεις και έχουν τη πείρα από πολλές σοκατιστικές επεμβάσεις είναι απίθανο να αντιμετωπίσουν την άμβλωση με απάθεια και χωρίς συγκίνηση. Στην ουσία αυτή η ενοχή και η συγκίνηση για την απώλεια μιας ανθρώπινης ζωής είναι το νόημα του ιατρικού λειτουργήματος. ([www.electridea.gr/issue10/epistimi3.html](http://www.electridea.gr/issue10/epistimi3.html)).

### **3.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ**

#### **3.4.1.Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία**

##### **§ ΘΑΝΑΤΟΣ**

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

##### **§ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

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

##### **§ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ**

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο από ότι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δυο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με τη μια και τις περισσότερες της μιας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν τη κύηση και τις ζημίες που προκαλούνται στον τράχηλο και δε θεραπεύονται.

##### **§ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

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

##### **§ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**

Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα που κανονικά δε τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρόωμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης

του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών , στις εκτρώσεις του δευτέρου τρίμηνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δε χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

#### § **ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΣ**

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κυήσεις από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούς είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για τη κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρηση της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, προγεννητικού θανάτου, και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά το τοκετό.

#### § **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ**

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

#### § **ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ**

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

#### § **ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ**

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

#### § **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ**

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

#### *ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ*

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

## *ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ*

Γενικά , οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες; Κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μια μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

## *ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ*

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

## *ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΙΒΛΑΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ*

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άντρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άντρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μια, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμήτριους κυήσεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο , αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άντρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης.

### **3.4.2 Επιπτώσεις στη ψυχική υγεία της γυναίκας**

Κάθε χρόνο σε όλη την Ελλάδα, 60.000 με 70.000 γυναίκες αποφασίζουν να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ένωσης Μαιευτήρων-Γυναικολόγων Ελλάδας. Αν και σήμερα τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από μια τέτοια επέμβαση, ευτυχώς έχουν μειωθεί στο ελάχιστο, αφού στη πλειονότητα τους οι γυναίκες απευθύνονται σε οργανωμένα κέντρα, το πλήγμα που δέχεται η γυναίκα στο ψυχικό της κόσμο είναι εκείνο που χαρακτηρίζει την «επόμενη μέρα» μια τέτοια εμπειρίας.

Η απόφαση για την άμβλωση λαμβάνεται γρήγορα και όλα τακτοποιούνται μέσα από συνοπτικές διαδικασίες. Η γυναίκα επιστρέφει σπίτι, όμως αντί να αισθανθεί «λυτρωμένη» ή έστω ικανοποιημένη νιώθει φορτωμένη ενοχές. Τι συμβαίνει;

«Μια άμβλωση φέρνει οπωσδήποτε αναστάτωση στη ζωή της γυναίκας είτε το θέλει να το περάσει πιο ελαφρά είτε όχι. Και στις δύο περιπτώσεις, η αλλαγή που αισθάνεται είναι μεγάλη, αφού πρόκειται για μια εμπειρία έντονη, πολλές φορές πρωτόγνωρη, που ενδέχεται να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα». Εξηγεί η Κατερίνα Παπαδοπούλου, ψυχολόγος-ψυχοθεραπεύτρια.

Στη συμβουλευτική ψυχολογία, γίνεται λόγος για το post abort syndrome ( Σύνδρομο κατάθλιψης μετά την άμβλωση), που δεν είναι άλλο παρά μια έντονη μελαγχολία που αισθάνεται η γυναίκα μετά από μια τέτοια επέμβαση.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις μετά την έκτρωση έχουν κυρίως προσωπικό χαρακτήρα και διαφέρουν πάρα πολύ από τη μια περίπτωση στην άλλη. Το πώς νιώθει η γυναίκα μετά την επέμβαση, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνθήκες που αποφασίστηκε και έγινε η έκτρωση. Δηλαδή αν είχαν δώσει στη γυναίκα την ενίσχυση και τη βοήθεια που χρειαζόταν και να είχε σκεφτεί καλά η ίδια προτού αποφασίσει να κάνει έκτρωση.

Επίσης, οι γυναίκες αυτές πολύ συχνά φορτώνονται ένοχες, οι οποίες δε προέρχονται από την άμβλωση αυτή καθαυτή αλλά από «τις αντιλήψεις ενός συστήματος στο οποίο είναι οι ίδιες ενταγμένες», επισημαίνει η κ. Παπαδοπούλου.

Με αυτό εννοούμε τα αποτρεπτικά μηνύματα που έχει εισπράξει γενικώς από το ευρύτερο περιβάλλον, δηλαδή τη οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο, την εκκλησία, την ίδια της τη κουλτούρα. Ακόμη όμως και αν οι συνθήκες ήταν οι καλύτερες, συμβαίνει συχνά λίγο καιρό μετά την έκτρωση, να αισθάνονται οι γυναίκες μελαγχολία και λύπη, παρόμοια αντίδραση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί ακόμη και μετά από μήνες ( Βασιλική Χρυσοστομίδου, 19-02-2006)

Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκτροτικό σύνδρομο»:

1. 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
2. 36% διαταραχές ύπνου
3. 30-50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
4. 25% επισκέπτονται ψυχιατρο- 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία
5. προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης του ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο.

## § ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για τη πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δυο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό ευρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου ( γυναικών χωρίς έκτρωση) (Badgley, 2002 ,313-321). Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 έτων, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μια εκτρώσεις.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν τη ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να τη ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία

ασθένειας πολλών αρρώστων γυναικών, παρόλο που οι ασθενείς έφτασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.

## § ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ( PTSD ή PAS)

Μια εκτενής μεικτή με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19 % των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνωστική μετατραυματική αγχώδη διαταραχή ( post –traumatic disorder- PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου , ενώ 20 με 40 % εμφάνιζαν μέτρια εως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Επειδή αυτή είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλήρης από τις άλλες της παρούσας ενότητας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείτε από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιέξοδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/ συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών « φυγής ή πάλης»

Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους απόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα, αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, αλλά μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα , αλλά μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους , φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης , μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από τη κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες ανεξάρτητα από το πόσο πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν τη διακοπή της κύησης τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό.

Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών. Όταν το αίτιο του άγχους οδηγεί στην PTSD είναι έκτρωση, συνήθως αναφέρεται απο τους ειδικούς ως Μετεκτρωτικό Σύνδρομο ( post- Abortion syndrome- PAS)

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

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάτων διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών «φυγών και πάλης». Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό

για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία , εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολία στον ύπνο.

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

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα με το τραύμα. Είναι η συμπεριφορά διαφυγής- προσπάθεια άρνησης και αποφυγής , αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων , τόπων , πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις μετεκτρωτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως : αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της έκτρωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της έκτρωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις , ιδιαίτερη αποξένωση από όσους συνδέονται με την απόφαση της έκτρωσης, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και τάσεις αυτοκαταστροφής.

## § ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

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

## § ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Περίπου το 60 % των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, υπό τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας, φαίνονται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.

## § ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος . οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιόδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία ( Harlap,1975,52-149). Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κηύσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.

## § §

## ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ



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

## § ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

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

## § ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

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

## § ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

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

## § ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

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

## § ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

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

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με τη παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης συνειδητής ή υποσυνειδητής επιθυμίας υποκατάστατης κήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κήσης από το νέο άντρα. αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει τη πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μια εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση. ([www.unborn.gr](http://www.unborn.gr))

Ωστόσο πρέπει να τονίσουμε ότι αν για αρκετές γυναίκες μια άμβλωση συνεπάγεται ψυχολογικά προβλήματα, για άλλες τα πράγματα είναι εντελώς διαφορετικά. Ενοχές δεν έχουν όλες όσες κάνουν άμβλωση. Κάποιες γυναίκες έχουν κάνει πέντε ή έξι φορές άμβλωση και απλώς τις «αντιπαρέρχονται» χωρίς να επιτρέπουν στη ζωή να επηρεάζεται από αυτές.

Με άλλα λόγια για κάθε γυναίκα η κατάσταση διαμορφώνεται, σύμφωνα με τα δικά της δεδομένα. Μάλλον έχει να κάνει περισσότερο με το πόσο ανεπιθύμητη ήταν η εγκυμοσύνη. Δεν είναι λίγες οι φορές που μια άμβλωση έρχεται σαν σωτήρια λύση, αφού συνδυάζεται με απαλλαγή από επικείμενα προβλήματα.

«Σημαντικό ρόλο για το πώς θα διαχειριστεί την επόμενη μέρα της άμβλωσης η γυναίκα θα παίξει, το πώς προέκυψε η εγκυμοσύνη, τονίζει η ψυχολόγος ψυχοθεραπεύτρια κ. Παπαδοπούλου. Ατύχημα με προφυλακτικό : παθιασμένη νύχτα μετά το μπαρ; Βιασμός; Ανάλογα με το τι έχει συμβεί η αντιμετώπιση θα είναι εντελώς διαφορετική».

Εκτός όμως από την ένταση της μελαγχολίας, εκείνο που διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα είναι η διάρκεια των συμπτωμάτων έπειτα από μια άμβλωση. Σημασία έχει κατά πόσον μια γυναίκα είχε πριν τάσεις κατάθλιψης, οπότε η έκτρωση έρχεται να «πατήσει» σε έδαφος ήδη καλλιεργημένο. Το πρόβλημα δεν γίνεται έντονο από μόνο του. Σύμφωνα με τη κ. Παπαδοπούλου «..... δυο με τρεις εβδομάδες είναι ένα συνηθισμένο χρονικό διάστημα που η γυναίκα υποφέρει συναισθηματικά μετά την άμβλωση- χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να κρατήσει περισσότερο ή λιγότερο καιρό» ( Βασιλική Χρυσιστομίδου , 2006, 22).

### 3.5.ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΤΕΡΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζει ο πατέρας στη περίπτωση της άμβλωσης είναι κάτι γνωστό , αν και όχι πολυσυζητημένο. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στο ότι οι άντρες δεν εξωτερικεύουν εύκολα τα αρνητικά συναισθήματα που οφείλονται σε τραυματικά περιστατικά, χωρίς αυτό να σημαίνει , ότι υποφέρουν λιγότερο από τις γυναίκες.

Μια ιδέα για τη συνήθη αντιμετώπιση του θέματος από το αντρικό φύλο, μας δίνει η επιστολή νεαρού μαθητή, που δημοσιεύτηκε ανώνυμη στη μαθητική εφημερίδα «Schooligans» ( τεύχος 3, Φεβρουαρίου 2005). « Έχεις νιώσει ποτέ σου πατέρας; Εγώ είμαι 15 χρονών κι **έχω νιώσει**. Δεν έχω μιλήσει σε κανένα γι αυτό ... πάνε 4 μήνες τώρα που βγαίνω με ένα κορίτσι. Έχουμε κάνει αρκετές φορές σεξ. Μια μέρα που ήμουν σπίτι της, αφού ήθελε κι αυτή, το κάναμε χωρίς προφυλακτικό. Τι το ήθελα; Ολοκλήρωσα μέσα της και τώρα έχω μπλέξει με τους γιατρούς, με την οικογένειά της ...! Από εκείνη τη στιγμή και μετά κατάλαβα πως ακόμα δεν είμαι αρκετά υπεύθυνος για τις πράξεις μου. Πραγματικά μόλις έμαθα πως πρέπει να κάνει έκτρωση μου **έφυγε η μαγκιά! Βρισκόμουν σε απόγνωση**, χωρίς να ξέρουν οι γονείς μου τίποτα, αλλά κατάφερα να το αντιμετωπίσω μόνος μου. Πολύ μεγάλη εντύπωση μου έκανε όμως η συμπεριφορά της κοπέλας. Με είπε ανώριμο επειδή **έκλαψα μπροστά στο πατέρα της όταν μιλούσαμε**».

Μεγάλη δημοσιότητα γνώρισε πρόσφατα ( 20/05/04) η περίπτωση ανηλίκου ζευγαριού στη Βρετανία. Η 14άχρονη Melissa Smith έμεινε έγκυος κι αποφάσισε να κάνει χημική άμβλωση, χωρίς οι γονείς της να το ξέρουν. Όταν πήρε το πρώτο από τα δυο χάπια που απαιτούνται, μετάνιωσε, όμως οι γιατροί τη πληροφόρησαν ότι ήταν πια αργά για να σωθεί το μωρό. Η μητέρα του επίσης 14χρονου , πατέρα του μωρού, δήλωσε ότι εκείνος ήθελε το μωρό και ήταν σοκαρισμένος από την άμβλωση.

Σε κάποιες περιπτώσεις που γνωρίζουμε μέσω του « Κέντρου Φροντίδας Μητέρας και παιδιού» , ο πατέρας υποφέρει και αισθάνεται αδικημένος και δυστυχής, καθώς η σύντροφός του θέλει να διακόψει τη ζωή του παιδιού που εκείνος επιθυμεί να προστατέψει. Σε κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις , όταν η γυναίκα προχωρά σε άμβλωση, ο άντρας αισθάνεται προδομένος από τη σύντρόφό του με συνέπεια τη σχέση να διαλύεται.

Σε άλλες περιπτώσεις, που αποτελούν τη πλειοψηφία, ο πατέρας είναι αυτός που επιμένει ότι η εγκυμοσύνη πρέπει να καταλήξει σε άμβλωση. Αυτό όμως δεν εγγυάται ότι δεν παρουσιάζουν προβλήματα αργότερα: ο ταλαντούχος παίκτης του μπάσκετ Michael “Chico” Goff, που κατέφυγε σε έναν πάστορα της περιοχής του για συμβουλευτική, περιγράφει τη περίπτωση τους ως εξής: « κανείς από τους δυο μας δεν ήθελε να κάνει τότε παιδί. Ένιωθα ο δυνατότερος από τους δύο, έτσι έκανα αυτό που θεωρούσα ότι ήταν το πιο υπεύθυνο πράγμα, που μπορούσα να κάνω. Τη πήγα στη κλινική κι έκανε άμβλωση». Το επόμενο φθινόπωρο όμως, ο νεαρός παρουσίασε απρόβλεπτες αντιδράσεις: « έμπαινα σε ένα μανάβικο κι άκουγα ένα μωρό να κλαίει κι αυτό με είχε στοιχειώσει».

Ο Michael επέλεξε να ζητήσει ψυχολογική βοήθεια και στη συνέχεια μετάνιωσε για την άμβλωση. Υπάρχουν όμως πολλοί που δε ζητούν ποτέ ψυχολογική βοήθεια, γιατί θεωρούν ότι ο ‘άντρας πρέπει να αντιμετωπίζει όλα μόνος του. ( Δημητριάδου Μ. , 1998)

Άλλοι ζητούν ψυχολογική βοήθεια, ακόμα και αν συνεχίσουν να θεωρούν ότι καλώς έπραξαν και επέμειναν στη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις που η άμβλωση οδηγεί στη αποξένωση της γυναίκας από το σύντροφο της και στην επιδείνωση ή τη διακοπή της σχέσης, τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν νωρίτερα και να αναφέρονται και στη σύντροφο, την οποία ο πατέρας μπορεί ακόμα και να κατηγορήσει, είτε επειδή δεν αντιστάθηκε αρκετά στη πίεση του για άμβλωση, είτε επειδή η άμβλωση στράφηκε εναντίον του ενώ την απόφαση την είχαν πάρει μαζί. Μερικές φορές τα αρνητικά συναισθήματα εστιάζονται κυρίως στον κίνδυνο, που ίσως διατρέχει η υγεία της μητέρας. Ο Α.Κ αναπολεί: « τη πρώτη φορά που έγινε αυτό ( άμβλωση) κι εγώ και η κοπέλα ήμασταν ανήλικοι, καθόμουν και σκεφτόμουν ότι αυτή θα πεθάνει πάνω στην επέμβαση και εγώ μετά θα αυτοκτονήσω.» άλλες φορές όμως οι ψυχολογικές επιπτώσεις εμφανίζονται μετά την επέμβαση και δεν έχουν άμεση σχέση με τη γυναίκα, αλλά με μονό το παιδί. « Ο πατέρας ψάχνει συνήθως να αναπληρώσει το χαμένο παιδί» παρατηρεί ο ψυχίατρος π. Στυλιανός Καρπαθίου ( Elain Minamide , 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

#### 4.1 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σκόπιμο σε αυτή την φάση της εργασίας θα ήταν να δούμε κατά πόσο οι Έλληνες έφηβοι αλλά και νεαροί ενήλικοι είναι ενημερωμένοι σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αν και σε ποιο βαθμό γνωρίζουν την αντισύλληψη αλλά και να μάθουμε τις στάσεις τους και τις γνώμες τους όσον αφορά την σεξουαλικότητά τους. Παρακάτω παραθέτουμε αντίστοιχες έρευνες που θα μας διαφωτίσουν.

**A)**Μελετήθηκε η σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά 720 εφήβων, ηλικίας 15 έως 19 ετών. Σεξουαλικά ενεργοί δήλωσαν 291 (41%) έφηβοι και 429 (59%) παρθένοι.

Οι άρρενες σε μεγαλύτερα ποσοστά ανέφεραν την πρώτη συνουσία σε ηλικία κάτω των 17 ετών, ενώ οι θήλυσ άνω των 18 ετών. Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων στην πρώτη συνουσία βρέθηκε να διαφοροποιείται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο ως προς την ηλικία και σε στατιστικώς λίαν σημαντικό επίπεδο ως προς το φύλο, την γνώση σε σεξουαλικά θέματα και την συχνότητα των συνουσιών. Δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται ως προς την στάση στην ευθύνη για χρήση αντισυλληπτικών μέσων. (Χλιαουτάκης Ι., Σωκρατάκη Φ., 1991,251-257).

**B)**Εξετάζουμε την πληροφόρηση των εφήβων του Δήμου Αθηναίων σε τυχαίο δείγμα 720 ατόμων σε έρευνα που έγινε με ερωτηματολόγιο τους μήνες Μάιο και Ιούνιο του 1989 από το τμήμα επισκεπτών-επισκεπτριών υγείας του ΤΕΙ Αθηνών. Διαπιστώθηκε ότι η πληροφόρηση βρίσκεται σε μεσαία επίπεδα.

Συγκεκριμένα ως προς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) τα τρία πιο γνωστά είναι «Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας» 97,9%. Η «Σύφιλη» 83,2% και η Βλεννόρροια 59,4%. Ενώ μόνο το 81,1% γνωρίζει το προφυλακτικό ως τρόπο προφύλαξης από αυτά τα νοσήματα.

Θεωρούν ως ΣΜΝ την αιμορροφιλία 22,5%, την Ηπατίτιδα Α και την Μεσογειακή Αναιμία 17,6% και 17,1% αντίστοιχα. Ως προς τις αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζουν κύρια το προφυλακτικό 97,5%, το Χάπι 94,6%, το διάφραγμα 62,9% και την διακεκομμένη συνουσία 55,3%.

Ποσοστό επίσης 9% θεωρεί το τεστ Παπανικολάου ως αντισυλληπτική μέθοδο. Το 65% δεν γνωρίζουν την διάρκεια ενός κανονικού κύκλου μιας γυναίκας, το 27,6% δεν γνωρίζουν την περίοδο που πραγματοποιείται η ωορρηξία σε έναν φυσιολογικό κύκλο και 15,8% δεν γνωρίζει τον τόπο γονιμοποίησης του ωαρίου. Τέλος, ποσοστό 30,4% γνωρίζει τις επικίνδυνες μέρες, ενώ ότι είναι δυνατή η σύλληψη με την πρώτη σεξουαλική επαφή γνώριζε το 78% (Χλιαουτάκης, 1990,18-2)

Γ)Μαζεύτηκαν όλα τα αρχεία εφήβων από το 1985 έως το 2003 και αναφέρουν ένα ποσοστό 7,48% εφήβων ηλικίας 14-19 να είναι υποψήφιες μητέρες! Από αυτές ένα 36% μόνο γέννησαν, ένα 56% έκαναν έκτρωση και ένα 8% απέβαλαν. Το ποσοστό από το 1985 μέχρι το 2003 στην κλίμακα αυτή έχει πέσει κι αυτό είναι σημαντικό. (Zortal – gr. Forum h.t.m , [www.Zortal.gr](http://www.Zortal.gr)).

## 4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΜΕΣ

Η διαπαιδαγώγηση των παιδιών σε όλους τους τομείς εμφανίζει πρακτικές δυσκολίες γιατί πάντα προτείνονται διαφορετικές απόψεις, θεωρίες και μέθοδοι. Ειδικά για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση υπεισέρχονται και θρησκευτικές, ηθικές, φιλοσοφικές και ψυχαναλυτικές θεωρίες.

Ακόμα πιο σημαντικό αλλά συνήθως αρνητικό ρόλο παίζουν τα Μ.Μ.Ε και κυρίως η τηλεόραση. Τα αποτελέσματα από την διδασκαλία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις χώρες που εφαρμόζεται ήδη από πολλών ετών, δεν έχουν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Δεν έχουν ελαττώσει ούτε τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ούτε τις αμβλώσεις, ούτε τις γεννήσεις ανεπιθύμητων παιδιών. Αντιθέτως έχουν αυξηθεί πάρα πολύ τα ποσοστά νέων ανθρώπων με ψυχολογικά και σεξουαλικά προβλήματα, που ουσιαστικά ταυτίζονται σε πολύ μεγάλη συχνότητα.

Η οποιαδήποτε εκπαίδευση καλή ή κακή αποδίδει τα μέγιστα αν αρχίζει από την παιδική ηλικία και δη από την γέννηση. Οι πιο κατάλληλοι εκπαιδευτές είναι οι γονείς (εάν έχουν εκπαιδευτεί καταλλήλως) και οι παιδίατροι, αφού είναι οι πρώτοι σύμβουλοι της οικογένειας.

Στην εποχή μας υπάρχει μεγάλη ανάγκη ενημέρωσης της εφήβου για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, καθότι και στην χώρα μας υπάρχει η τάση για πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα.

Είναι γνωστά προβλήματα ψυχολογικού και κοινωνικού τύπου που δημιουργεί μια εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία ή μια διακοπή αυτής. Είναι αναγκαίο λοιπόν, όχι μόνο να φτάνουν πληροφορίες στον έφηβο αλλά να υπάρχουν συνεντεύξεις κατά ομάδες ή διαπροσωπικές, για την ενημέρωση των μεθόδων αντισύλληψης, καθότι η επιλογή της μεθόδου στην εφηβική ηλικία μπορεί να είναι εξατομικευμένη λόγω της πολλαπλότητας εναλλακτικών λύσεων.

Η επιλογή της μεθόδου θα πρέπει να βασίζεται σε:

- 1. Σημεία βιολογικής ωριμότητας (έναρξη εμμηόρροιας, χαρακτηριστικά κύκλου)*
- 2. Στοιχεία ψυχοσυναισθηματικής ωριμότητας, όπως η αιτιολογία χρησιμοποίησης της αντισυλληπτικής μεθόδου, καθώς και ο τακτικός έλεγχος κατά τη διάρκεια*

*της προτιμηθείς αντισυλληπτικής μεθόδου.*

3. *Οι πιθανές αντιδράσεις της εφήβου που εκδηλώνονται σαν φοβίες όσον αφορά τη μελλοντική γονιμότητα ή την μεταβολή της σωματικής εικόνας.*
4. *Άλλοι παράγοντες όπως η συχνότητα των επαφών και ο αριθμός των συντρόφων. (Τσανάδης : Εφηβεία σελ 38)*

Στην πολυπληροφορική εποχή μας ο τρόπος παροχής πληροφόρησης επηρεάζει το κοινωνικό γίνεσθαι. Αυτό αφορά και την σεξουαλικότητα. Η πληροφόρηση κάθε είδους και ειδικότερα σε αυτόν τον τομέα-ταμπού μπορεί να φτάσει στο άτομο-αποδέκτη ελλιπής ή διαστρεβλωμένη.

Προβάλλει λοιπόν η αναγκαιότητα της σωστής ενημέρωσης των νέων πάνω σε θέματα σεξολογίας. Το πρόβλημα της ενημέρωσης επικεντρώνεται βασικά σε δύο σημεία: 1) τι είδους πληροφόρηση πρέπει να γίνει και 2) ποιος θα αναλάβει το λεπτό αυτό έργο.

Κατά την γνώμη μας η προσπάθεια πρέπει να εστιαστεί σε ότι αφορά σε ανατομία, λειτουργία της γεννητικής περιοχής, υγιεινή, αντισύλληψη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και βασικά στις ανθρώπινες σχέσεις και στην επικοινωνία σε ότι αφορά την σεξουαλικότητα. Σχετικά με το (2) τα άτομα που θα επιφορτιστούν με το έργο αυτό πρέπει να έχουν α) καλή γνώση του αντικειμένου και β) να είναι σε θέση να ενημερώνουν αντικειμενικά χωρίς υποκειμενικές κρίσεις, σχόλια, απαγορεύσεις, παραινήσεις.

Μέσω ενός προγράμματος επιμόρφωσης σε θέματα σεξολογίας, όπου οι προεκτάσεις και τα αποτελέσματα θα είναι πολύπλευρα, μπορεί να επιτευχθεί και είναι βασικός αντικειμενικός στόχος-κλειδί για την χώρα μας. Η αποτροπή του τεράστιου αριθμού διακοπών κύησης, ο έλεγχος της γονιμότητας, η βελτίωση των σχέσεων επικοινωνίας και η ορθολογικότερη διάπλαση.

Εκείνο που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι πως στις μέρες μας οι νεαρές ιδίως γυναίκες καταφεύγουν στην άμβλωση αρκετά εύκολα αντί στις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης. Η φιλελεύθερη πολιτική στις αμβλώσεις δεν νοείται ότι πρέπει να παρακινεί



τις γυναίκες να θεωρούν την άμβλωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης. Στόχος της πολιτείας και κυρίως των γιατρών σε κάθε χώρα θα πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μέσω της πρόληψης. ([www.electridea.gr](http://www.electridea.gr))

Για το σκοπό αυτό θεωρούμε ότι είναι απαραίτητη η ανοικτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία και στην οικογένεια σε ότι αφορά τα σεξουαλικά θέματα ως μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Η Ελλάδα, δυστυχώς είναι πολύ πίσω στο θέμα αυτό και αυτός είναι ίσως ένας από τους λόγους για τους οποίους έχουμε ίσως το υψηλότερο ποσοστό αμβλώσεων στην Ευρώπη. Πρέπει λοιπόν στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις καθώς και σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η άμβλωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Σπουδαίος είναι τέλος ο ρόλος της οικογένειας και της ιατρικής κοινότητας για το σκοπό αυτό.

### 4.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

« Με τον όρο **οικογενειακός προγραμματισμός** καλύπτεται όχι μόνο η παροχή συμβουλών στα ζευγάρια ή άτομα αλλά ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που αρχίζει από την παιδική ηλικία και προχωρά πέρα από την ενηλικίωση. Στον οικογενειακό προγραμματισμό περιλαμβάνονται πολλές διαδικασίες, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών στο σπίτι και στο σχολείο, οπωσδήποτε η διάδοση και χρήση των μέσων ελέγχου των γεννήσεων, η αντιμετώπιση των προβλημάτων γονιμότητας-στειρότητας, η παροχή συμβουλών σε θέματα ευγονικής και η πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων.» (Συμεωνίδου Χ.,1992, 169)

Το 1952 αποτελεί ορόσημο για τον οικογενειακό προγραμματισμό παγκόσμια. Πριν από το 1952, σε καμία χώρα δεν είχε αρχίσει οργανωμένα παρόμοιο πρόγραμμα. Αντίθετα, σε πολλές χώρες και κυρίως σε μερικές χώρες των Η.Π.Α., υπήρχαν νόμοι που απαγόρευαν, όχι μόνο την διάδοση αντισυλληπτικών μέσων αλλά ακόμη και την διάδοση της πληροφόρησης για την ρύθμιση των γεννήσεων.

Το 1952 ιδρύεται διεθνής ομοσπονδία οικογενειακού προγραμματισμού, με πρώτη πρόεδρο τη Margaret Sanger, η γνωστή ως International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F).

Το 1996 η I.P.P.F. γίνεται δεκτή από τον Ο.Η.Ε., ενώ το 1967, στις 10 Δεκεμβρίου, ημέρα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η Γενική Γραμματεία των Η.Ε. ανακοίνωνε ότι οι 30 πολιτικοί ηγέτες υπέγραψαν δήλωση σχετικά με το δικαίωμα των γονιών να αποκτούν τον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν και όποτε τα επιθυμούν. Από τις ευρωπαϊκές χώρες, η Δανία, η Φιλανδία, οι Κάτω Χώρες, η Σουηδία, η Αγγλία και η Γιουγκοσλαβία είχαν υπογράψει την δήλωση αυτή, στην οποία αναφερόταν ότι: «Οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις επιδιώξεις τους αν δεν αναγνωρίσουν το δημογραφικό πρόβλημα ως βασικό στοιχείο μακροχρόνιου προγραμματισμού σε εθνικό επίπεδο. Η πλειοψηφία των γονιών επιθυμούν να γνωρίσουν τους τρόπους και να έχουν τα απαραίτητα μέσα για να προγραμματίσουν την οικογένεια τους. Αποτελεί δε βασικό δικαίωμα η απόφαση σχετικά με τον επιθυμητό αριθμό παιδιών και με την χρονική κατανομή των γεννήσεων. Η εγκαθίδρυση μιας διαρκούς και εποικοδομητικής ειρήνης εξαρτάται κατά πολύ από την λύση του δημογραφικού προβλήματος. Πιστεύουμε ότι ο σχεδιασμός της οικογένειας έχει στόχο να εμπλουτίσει και όχι να περιορίσει την ανθρώπινη ζωή και ότι δίνοντας περισσότερες ευκαιρίες για όλους δίνεται στο άτομο η δυνατότητα να διατηρεί την ατομικότητα του και να εξελιχθεί σύμφωνα με τις δυνατότητες του».

Από την πιο πάνω δήλωση, γίνεται φανερό ότι κάθε χώρα μπορεί να εφαρμόσει τις αρχές αυτές ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες της και λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιαιτερότητες της πληθυσμιακής της εξέλιξης. Εκεί ακριβώς συναντάμε την δημογραφική πολιτική με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Ο όρος ο ίδιος, ωστόσο, επειδή εφαρμόστηκε βασικά για τον περιορισμό των γεννήσεων στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, έχει άμεσα συσχετιστεί με την πληθυσμιακή έκρηξη και τον στόχο της μείωσης των γεννήσεων στις χώρες αυτές.

Στις βιομηχανικές χώρες, όπου συναντάται το αντίθετο φαινόμενο, δηλαδή της μείωσης των γεννήσεων και πολλές φορές και του ίδιου του πληθυσμού, ο όρος ταυτίζεται με την ενημέρωση του πληθυσμού πάνω σε θέματα γονιμότητας, γενικά.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εισήχθη στην Ελλάδα για πρώτη φορά με τον νόμο 1036/80. Στον νόμο αυτό αναφέρεται ότι «το κράτος μεριμνά για την διάδοση και πρακτική εφαρμογή των σύγχρονών γνώσεων σε θέματα Γενετικής και Οικογενειακού προγραμματισμού». Ωστόσο, σε κανένα σημείο του δεν αναφέρεται αναλυτικά η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί στην εφαρμογή του. Κατ' επέκταση, δεν αναφέρεται και στην άμβλωση η οποία αποτελούσε μέχρι το 1986- εκτός ορισμένων εξαιρέσεων-ποινικό αδίκημα.

Τα μέσα και οι μέθοδοι ελέγχου των γεννήσεων (Τσαούση, 2000, 254) μπορούν να καταταγούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στα προληπτικά που επιδιώκουν την πρόληψη της σύλληψης (αντισυλληπτικά) και στα κατασταλτικά, που επιδιώκουν την διακοπή μιας κύησης (άμβλωση).

Οι λόγοι για την προτίμηση που παρατηρείται στα κατασταλτικά μάλλον μέτρα παρά στην χρήση προληπτικών είναι πολλοί. Πρώτον όπως υποστηρίζει ο Α. Σωβύ, «η άμβλωση απαιτεί μια μοναδική απόφαση, μια μοναδική εκδήλωση της θελήσεως. Μόλις αυτή η απόφαση ληφθεί, το πρόβλημα, λύθηκε κιόλας. Τα αντισυλληπτικά μέτρα αντιθέτως απαιτούν, κάθε λεπτό, μια συνεχή προσοχή, μια διαρκή ένταση». Ο ίδιος συγγραφέας παρατηρεί, δεύτερον ότι «σε όλα τα αντισυλληπτικά μέτρα, βρίσκουμε πάντα την ίδια αντίθεση μεταξύ των επιδιωκόμενων σκοπών ασφάλεια, ευχέρεια χρήσεως και σεξουαλική ικανοποίηση όπου πολύ δύσκολα μπορούν να συμβιβαστούν. Αν οι δύο τελευταίοι σκοποί δεν εγκαταλειφθούν, η ασφάλεια που παρέχουν τα μέσα που έχουμε στην διάθεση μας σήμερα, δεν θα είναι ποτέ απόλυτη». Έχει τρίτον, διαπιστωθεί από διάφορες έρευνες ότι υπάρχει σχετικά υψηλή σχέση μεταξύ του βαθμού συζυγικής επικοινωνίας αφενός και αφετέρου της προδιάθεσης για την χρήση αντισυλληπτικών μέσων και της αποτελεσματικότητας των μέσων αυτών. (Χώθορν 1970, Τσαούσης 1971). Αυτό σημαίνει ότι όσο υψηλότερος είναι ο βαθμός επικοινωνίας μεταξύ των συζύγων τόσο ισχυρότερη η προδιάθεση για την πρόληψη μιας άκαιρης σύλληψης και επομένως,

τόσο σταθερότερη και περισσότερο συνεχής η προσοχή που καταβάλλεται από τους δυο συζύγους και τόσο ευχερέστερη η απόφαση να θυσιάσουν ένα μέρος της ικανοποίησης τους και της ευχέρειας χρήσης έναντι της αυξημένης ασφάλειας, δηλαδή της ισχυρότερης αποτελεσματικότητας των χρησιμοποιούμενων μέσων.

Στην συνέχεια με την νομοθεσία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ν. 1397/83, άρθρο 15), ο οικογενειακός προγραμματισμός περιλαμβάνεται ανάμεσα στις υπηρεσίες που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας. Ωστόσο όπως είναι γνωστό λόγω των γενικότερων δυσχερειών που αντιμετώπισε η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν αναπτύχθηκε ικανοποιητικά ο συγκεκριμένος τομέας υπηρεσιών. Επισημαίνεται στο σημείο αυτό ότι παραμένει ακόμα ασαφές το νομικό πλαίσιο που αφορά την αντισύλληψη και περιορίζεται, συνήθως, σε ορισμένα αντισυλληπτικά μέσα.

#### 4.4 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

Ο χαρακτηρισμός μιας εγκυμοσύνης ως ανεπιθύμητης άρχισε από τότε που ο άνθρωπος οργανώθηκε σε κοινωνικές ομάδες. Η αύξηση των προγαμιαίων σχέσεων ανάμεσα στα δύο φύλα τα τελευταία χρόνια, αλλά και η πρωιμότερη έναρξη της εφηβείας, που ακολουθείται από μείωση του ορίου ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων, διαμόρφωσαν μια νέα κοινωνική πραγματικότητα με τα δικά της χαρακτηριστικά και τις δικές της επιπτώσεις. Εξάλλου η ανοδική τάση των ατόμων στον καταναλωτισμό, ιδιαίτερα στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, δημιούργησε νέα κοινωνικά πρότυπα, τα οποία για να υλοποιηθούν, χρειάζονται πρόσθετες οικονομικές επιβαρύνσεις των ατόμων, με συνέπεια την ανάπτυξη εγωκεντρικών τάσεων των ανθρώπων. Μέσα από αυτές τις διαμορφωμένες συνθήκες, η εγκυμοσύνη σε μία γυναίκα ή σε ένα ζευγάρι μπορεί να σημαίνει την διακοπή των παραπέρα σπουδών της κοπέλας και την πραγματοποίηση ενός πρόωρου γάμου, συχνά όχι με καλό τέλος. Μπορεί να σημαίνει ακόμη την δημιουργία εξώγαμων παιδιών, την δημιουργία ανύπαντρων γονιών και την δημιουργία συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον της κοπέλας, με αποτέλεσμα την αποξένωση της από το φυσικό της περιβάλλον, την διαταραχή του ψυχικού της κόσμου, την ενδεχόμενη απόπειρα αυτοκτονίας και την ώθηση της για λήψη τοξικών ουσιών.

Πέρα όμως από αυτά, μια εγκυμοσύνη σε ένα ζευγάρι μπορεί να σημαίνει την εγκατάλειψη κάποιων κοινωνικών προτύπων από την γυναίκα, τον άνδρα ή και τους δύο, εξαιτίας της αύξησης των κοινωνικών βαρών που θα προκύψουν. Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι ενδεχόμενο μια εγκυμοσύνη να χαρακτηριστεί ως ανεπιθύμητη, από την γυναίκα κατά κύριο λόγο αλλά και από το ζευγάρι, με συνέπεια τη μοναδική λύση να αποτελεί η τεχνητή διακοπή της. «Κατά την τριετία 1994-1996 πραγματοποιήθηκε έρευνα στο ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική ΑΠΘ, όπου προσήλθαν 480 γυναίκες, από τις οποίες οι 386 (76,7%) ήταν έγκυες. Η ηλικία των γυναικών κυμαινόταν από 16-45 έτη (πίνακας 1), ενώ η ηλικία της εγκυμοσύνης από 5-12 εβδομάδες. Οι 368 έγκυες γυναίκες ζήτησαν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης (ΤΔΕ). Η συμβουλευτική παρέμβαση των γιατρών του Ιατρείου είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί ο αριθμός των γυναικών που τελικά υποβλήθηκαν σε ΤΔΕ από 368 σε 276 (75%)» .(Καραγιάννης, Ρούσσο, κ.α., 1998, 63-66)

**Πίνακας 1.** Κατανομή των γυναικών ανάλογα με την ηλικία τους.

Ηλικία (έτη)	Αριθμός γυναικών (n)	Ποσοστό γυναικών (%)
<20	16	5,8
20-24	54	23,2
25-29	90	33,0
30-34	49	17,8
35-39	35	12,7
40-44	18	6,5
>45	3	1,0

Από το σύνολο των 276 εγκύων γυναικών, οι 204 (73,9%) ήταν ηλικίας 20-34 ετών. Μόνο 16 γυναίκες (5,8%) είχαν ηλικία μικρότερη των 20 ετών και 56 (20,3%) μεγαλύτερη των 35 ετών.

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση των γυναικών που συμπεριλήφθησαν στην μελέτη.

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός Γυναικών (n)	Ποσοστό γυναικών (%)
Εγγαμες	188	68,1
Άγαμες	74	26,8
Διαζευγμένες	12	4,4
Χήρες	2	0,7

Από τις 276 έγκυες γυναίκες, οι 188 (68,1%) ήταν έγγαμες, οι 74 (26,8%) άγαμες, οι 12 (4,4%) διαζευγμένες και οι 2 (0,7%) χήρες (πίνακας 2). Εξάλλου, οι 75 γυναίκες (27,2%) δεν είχαν παιδιά, οι 47 (17,0%) είχαν ένα παιδί, οι 119 (43,1%) δύο, οι 28 (10,1%) τρία και οι 7 (2,6%) είχαν τέσσερα ή περισσότερα παιδιά (πίνακας 3). Ακόμη οι 135 έγκυες γυναίκες (48,9%) δεν ανέφεραν στο ιστορικό τους προηγούμενη ΤΔΕ, οι 83 (30,1%) είχαν μια προηγούμενη ΤΔΕ, οι 28 (2,9%) τρεις και οι 22 (8,0 %) τέσσερις ή περισσότερες προηγούμενες ΤΔΕ.

**Πίνακας 3.** Μαιευτικό ιστορικό των γυναικών που συμπεριλήφθησαν στην μελέτη.

	Αριθμός γυναικών (n)	Ποσοστό γυναικών (%)
Προηγούμενοι τοκετοί		
0	75	27,2
1	47	17,0
2	119	43,1
3	28	10,1
4	3	1,1
>4	4	1,5
Προηγούμενες ΓΔΕ		
0	135	48,9
1	33	30,1
2	28	10,1
3	3	2,9
4	3	1,1
>4	19	6,9

ΤΔΕ: Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης

Η μεγαλύτερη ομάδα γυναικών είχε ως ασφαλιστικό φορέα το ΙΚΑ. Ακολουθούσαν κατά σειρά συχνότητας, η Κοινωνική Πρόνοια, οι ανασφάλιστες, ο ΟΓΑ, το Δημόσιο, το Ταμείο Φοιτητών, άλλα μικρότερα ταμεία και το ΤΕΒΕ (πίνακας 4).

**Πίνακας 4.** Ασφαλιστικός φορέας των γυναικών που μελετήθηκαν.

Ασφαλιστικός φορέας	Αριθμός γυναικών (n)	Ποσοστό γυναικών (%)
ΙΚΑ	110	39,9
ΟΓΑ	39	14,1
ΤΕΒΕ	3	2,9
ΔΗΜΟΣΙΟ	11	4,0
ΤΑΜΕΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ	11	4,0
ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ	11	4,0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ	44	15,9
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΕΣ	42	15,2

Τέλος οι λόγοι που οδήγησαν τις 276 γυναίκες σε ΤΔΕ ήταν κυρίως κοινωνικοί και οικονομικοί. Πολύ σπανιότερα οι λόγοι της ΤΔΕ ήταν ιατρικοί (πίνακας 5).

**Πίνακας 5.** Λόγοι που προέβησαν οι γυναίκες για την τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.

	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Ιατρικοί	30	10,9
Κοινωνικοί	130	47,1
Οικονομικοί	116	42,0

Είναι άξιο προσοχής ότι από το σύνολο των 480 γυναικών που επισκέφτηκαν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Κλινικής οι 368 ήταν έγκυες γυναίκες που ζήτησαν ΤΔΕ. Μεγάλος λοιπόν αριθμός γυναικών θεωρεί την ΤΔΕ «ως εναλλακτική λύση στον έλεγχο των γεννήσεων». Και αυτό συμβαίνει, ενώ το Ελληνικό Έθνος εξαφανίζεται από υπογεννητικότητα. Έτσι το ποσοστό των πολύτεκνων ζευγαριών από το 70% το 1821 έχει ελαττωθεί σε 2% τα τελευταία χρόνια. Για να ξεπεραστεί αυτή η κρίση και το Ελληνικό Έθνος να εξασφαλίσει την συνέχειά του, πρέπει να αφυπνιστεί ο πατριωτισμός της Ελληνίδας και η εθνική συνείδηση των κυβερνώντων. Το κράτος πρέπει να περιβάλλει την γυναίκα με στοργή και να την προστατεύει με σύγχρονη κοινωνική πολιτική. Μόνο έτσι θα μπορούσε να ανακοπεί η ραγδαία πληθυσμιακή γήρανση της χώρας, που απειλεί με εξαφάνιση την Ελληνική φυλή. Σημειώνεται ότι η μείωση του αριθμού των εγκύων γυναικών που τελικά υποβλήθηκαν σε ΤΔΕ κατά 25%, καθιστά την συμβουλευτική παρέμβαση του γιατρού ιδιαίτερα σημαντική.

Οι νέες κοινωνικές συνθήκες που διαμορφώνονται με την εγκυμοσύνη στην γυναίκα είναι οι ίδιες περίπου στα άτομα όλων των λαών. Έτσι, η εγκυμοσύνη για την έφηβη σημαίνει ενδεχομένως την διακοπή των σπουδών της, την πραγματοποίηση ενός πρόωρου γάμου, την δημιουργία ψυχικών προβλημάτων. Για μία ενήλικη γυναίκα μπορεί



να σημαίνει την απόκτηση ενός εκτός γάμου παιδιού, την δημιουργία ανύπαντρων γονιών, καθώς και την επιβάρυνση του ρόλου της ως εργαζόμενη.

Οι νέες οικονομικές συνθήκες που δημιουργεί η εγκυμοσύνη στην γυναίκα διαφέρουν στα άτομα διαφορετικών οικονομικών ομάδων. Έτσι η εγκυμοσύνη σε μία γυναίκα χαμηλού οικονομικού επιπέδου συνεπάγεται πρόσθετη, ενδεχομένως δυσβάσταχτη, οικονομική επιβάρυνση, ενώ η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα μέσου οικονομικού επιπέδου σημαίνει την αλλαγή τρόπου ζωής προς άλλες μορφές, πιο περιορισμένες όσον αφορά την ικανοποίηση διαφόρων επιθυμιών της. Η εγκυμοσύνη, εξάλλου, για μια γυναίκα ανωτέρου οικονομικού επιπέδου συχνά δεν σημαίνει τίποτα. Γίνεται λοιπόν προφανής η ανάγκη προστασίας της εγκυμοσύνης με διαδικασίες που περιλαμβάνουν την ενημέρωση των ατόμων και την κάλυψη των ανύπαντρων και διαζευγμένων μητέρων με οικονομικά μέτρα. Επιπλέον, πρέπει να ληφθούν μέτρα για την ενίσχυση των υπηρεσιών που συμβάλλουν στην υλοποίηση των παραπάνω, όπως είναι τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια πολυκεντρικών ερευνητικών προγραμμάτων, από τα οποία θα προκύψει η πραγματική καταγραφή των παραγόντων εκείνων που καθιστούν ανεπιθύμητη μια εγκυμοσύνη.

## 4.5 ΙΣΧΥΟΝΤΑ ΜΕΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ

Στην συνέχεια προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε ποια μέτρα ισχύουν για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής που στηρίζει τον θεσμό της οικογένειας, και είναι τα εξής:

### Α) Φύλαξη Παιδιών

Σύμφωνα με πρόσφατα (Συμεωνίδου Χ., 2000, 195) στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (1996), λειτουργούν συνολικά στην χώρα 1.308 Κρατικοί Παιδικό Σταθμοί, δυναμικότητας 78.000 παιδιών περίπου (οι 198 διαθέτουν και βρεφικά τμήματα), καθώς και 131 Κρατικοί Βρεφονηπιακοί Σταθμοί που έχουν μεταβιβαστεί στους Δήμους σύμφωνα με το άρθρο 42, Ν.2218/94 (ΦΕΚ 90/94) και το άρθρο 9 του Ν.2503/97 (ΦΕΚ. 107/τόμος Α□).

Εκτός από τους εποπτευόμενους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς (Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Ι.Β.Σ.Α., Κ.Β., «Η Μητέρα»), λειτουργούν άλλοι 180 Παιδικό Σταθμοί και Βρεφονηπιακοί Σταθμοί δυναμικότητας 11.270 παιδιών. Λειτουργούν επίσης-μετά από χορήγηση σχετικής άδειας από τους οικείους νομάρχες- 1.080 σταθμοί ιδιωτών επιχειρηματιών, δυναμικότητας 42.000 παιδιών περίπου.

Οι αριθμοί αυτοί απέχουν κατά πολύ από το να καλύπτουν τις υπάρχουσες ανάγκες. Το 1996 η κάλυψη των παιδιών από δημόσιες υπηρεσίες φύλαξης ήταν για παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών μόλις 3%, για τα παιδιά 3-6 ετών 64% και για παιδιά 6-10 ετών μικρότερη του 5% (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1996).

Λόγω των παραπάνω σκιαγραφημένων ελλείψεων και σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας έρευνας (Πίνακας 1), πιο συχνά την φύλαξη των παιδιών ηλικίας κάτω των 3, 3-5 και 6+ετών αναλαμβάνει η ίδια η γυναίκα και ακολουθεί «μέλος της οικογένειας-συγγενής», προφανώς η μητέρα ή η πεθερά της ερωτώμενης, στο σπίτι του ζευγαριού (συγκατοίκηση, διαμονή στην ίδια πολυκατοικία ή και μετάβαση στο σπίτι του ζευγαριού). Οι λοιπές κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των παιδικών σταθμών- ιδιαίτερα των δημοσίων παιδικών σταθμών- εμφανίζονται με εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά. Για παράδειγμα, μόνο το 3,6% των παιδιών κάτω των 3 ετών φυλάσσονται σε κρατικούς παιδικούς σταθμούς, ενώ το ποσοστό είναι υψηλότερο- αν και παραμένει πολύ χαμηλό για τα παιδιά ηλικίας 3-5 ετών. Αξίζει δε να επισημανθεί ότι οι σύζυγοι συμμετέχουν σε εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό στην φύλαξη των παιδιών.

Μέθοδοι φυλάξης παιδιών	Παιδιά <3ετών		Παιδιά 3-6 ετών		Παιδιά 6+ ετών	
	N	%	N	%	N	%
Παιδικός σταθμός με αμοιβή	14	2,8	48	9,6	8	1,6
Παιδικός σταθμός χωρίς αμοιβή	18	3,6	37	7,4	11	2,2
Ο σύζυγος	14	2,8	13	2,6	22	4,4
Μέλος οικογένειας (συγγενής μέσα στο σπίτι)	106	21,1	81	16,2	89	17,8
Γρίτο πρόσωπο με αμοιβή (μέσα στο σπίτι)	13	2,6	14	2,8	3	0,6
Μέλος οικογένειας (συγγενείς έξω από το σπίτι)	55	12,9	57	11,4	40	8,0
Γρίτο πρόσωπο με αμοιβή( έξω από το σπίτι)	4	0,8	1	0,2	3	0,6
Κάθονται μόνα τους	3	0,6	3	0,6	24	4,8
Άλλο/ δεν την αφορά	265	52,8	245	49,1	299	59,9
Σύνολο	502	100,0	499	100,0	499	100,0

## Β)Οικογενειακός Προγραμματισμός

Σήμερα λειτουργούν 48 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε όλη την χώρα. Βέβαια, ενημέρωση και συμβουλευτική για το θέμα παρέχονται από πολλά Κέντρα Υγείας, ενώ με στήριξη του Υπουργείου Υγείας ο θεσμός έχει επεκταθεί στις υγειονομικές μονάδες του Ι.Κ.Α., στα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του Π.Ι.Κ.Π.Α., όπως και σε δύο Δήμους που εκδήλωσαν σχετικό ενδιαφέρον. Ωστόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς

με το γνωστό αποτέλεσμα του εξαιρετικά υψηλού αριθμού αμβλώσεων στην Ελλάδα, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από πολλές έρευνες.

### Γ)Λοιπά μέτρα και Υπηρεσίες

Όσον αφορά τα λοιπά μέτρα οικογενειακής πολιτικής, επιγραμματικά αναφέρεται ότι τα οικογενειακά επιδόματα είναι εξαιρετικά ανεπαρκή, ενώ η γονική άδεια δεν αμείβεται και δεν καλύπτονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των γονιών. Ο/η εργαζόμενος/η υποχρεούται κατά την διάρκεια της γονικής άδειας να καλύψει όχι μόνο την δική του ασφαλιστική εισφορά αλλά και του εργοδότη, με αποτέλεσμα να μην χρησιμοποιεί το μέτρο της γονικής άδειας. Τέλος, τα Πρόνομιακά επιδόματα που χορηγούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε παιδιά ορφανά ή εγκαταλελειμμένα ή με ιδιαίτερα προβλήματα είναι επίσης πολύ χαμηλά. Το ίδιο ισχύει και για τα στεγαστικά δάνεια τα οποία ουσιαστικά δεν συνδέονται με κάποια μορφή οικογενειακής πολιτικής, ενώ οι φορολογικές απαλλαγές για την οικογένεια είναι μηδαμινές.

Αντίθετα (ιστοσελίδα Google.gr) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ληφθεί από πολλά χρόνια σοβαρά μέτρα για την ενίσχυση της πολύτεκνης οικογένειας. Το 1962 ο πρόεδρος ντε Γκολ προέβη σε σοβαρές οικονομικές προσφορές προκειμένου να αντιμετωπίσει αφενός το δημογραφικό πρόβλημα και αφετέρου το πρόβλημα της ανεργίας των μεταναστών. Η γαλλική πολιτεία έδωσε το επίδομα των 20 ημερομίσθιων στις γυναίκες με την προϋπόθεση να αφήσουν την εργασία τους. Η κίνηση αυτή είχε σαν αποτέλεσμα να ανοίξουν 600.000 θέσεις εργασίας.

Χώρες όπως η Πορτογαλία και η Ιρλανδία προσφέρουν σημαντικά οικογενειακά επιδόματα. Τα επιδόματα αυτά δεν εξαρτώνται από τον προϋπολογισμό. Υπάρχουν χωριστά ταμεία με ειδικό πόρο το 3% επί του φόρου κάθε φυσικού ή νομικού προσώπου. Αν υπολογιστεί ότι το προϊόν της αμέσου φορολογίας στην Ελλάδα είναι 9,5 τρις δραχμές, τότε ένα ποσό ύψους 280 δις μπορεί να κατατίθεται σε αυτό το ειδικό ταμείο ετησίως. Είναι ευνόητο ότι με αυτό το ποσό είναι δυνατόν να δοθούν υψηλά οικογενειακά επιδόματα τουλάχιστον στις οικονομικά ασθενέστερες οικογένειες και κυρίως στις πολύτεκνες οικογένειες. Αυτή η κατανομή πρέπει να γίνει με την αρχή της αναλογικότητας όπως άλλωστε και η είσπραξη του φόρου. Δηλαδή ο καθένας θα πληρώνει ανάλογα με τα εισοδήματά του. Αυτό άλλωστε επιτάσσει και η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπως έξοχα μας παραδίδεται και από το λόγο “Υπέρ Αδυνάτου” του Λυσία.

Με αυτόν τον τρόπο δίνεται μια ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα της οικονομικής ενίσχυσης. Συντρέχει και ένας ακόμη λόγος : τα οικογενειακά επιδόματα είναι

επιδόματα κοινωνικά και μάλιστα περισσότερο κοινωνικά από το επίδομα ανεργίας, γιατί δίνει στην γυναίκα που δεν εργάζεται οικονομική ανεξαρτησία που της είναι απαραίτητη για την ψυχική της ισορροπία. Είναι επιτακτική ανάγκη να θεσπιστούν και στην Ελλάδα αξιοπρεπή οικογενειακά επιδόματα, όχι μόνο για την στήριξη της οικογένειας, αλλά και για την στήριξη και ενδυνάμωση του κοινωνικού ιστού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αίτια της υπογεννητικότητας δεν είναι μόνο οικονομικά. Είναι γεγονός ότι οι οικογένειες χαμηλής οικονομικής στάθμης τεκνοποιούν σε αντίθεση με τις πλούσιες. Η άρνηση της τεκνοποιίας οφείλεται και στην διαμορφωμένη αντίληψη ενός ατομικισμού, από τον οποίο έχει προσβληθεί και η ελληνική κοινωνία.

Στην συνέχεια κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί ή να γίνει μία αναφορά στην γυναίκα του 21<sup>ου</sup> αιώνα θεωρώντας ότι στο συγκεκριμένο ζήτημα οι αλλαγές που συντελέστηκαν στην θέση της γυναίκας σήμερα συνδέονται άμεσα με τις κυρίαρχες αντιλήψεις περί αμβλώσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### 5.1 Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΗΜΕΡΑ

« Μία από τις σημαντικότερες κοινωνικές αλλαγές της εποχής μας είναι η συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κυρίως τα τελευταία πενήντα χρόνια σε όλες τις βιομηχανικές χώρες του δυτικού κόσμου και σε αρκετές από αυτές ο οικονομικά ενεργός γυναικείος πληθυσμός έφτασε να είναι σχεδόν ίδιος με αυτόν των ανδρών». (Κ.Σώκου, 1998, 14)

Αν λάβουμε υπόψη μας τα δεδομένα στην παιδεία, όπου για 4 αιώνες δέσποζε η πρωτοκαθεδρία των ανδρών, τον 20<sup>ο</sup> αιώνα όλο και περισσότερες γυναίκες αρχίζουν να επιλέγουν αντικείμενο σπουδών και να αποκτούν πτυχία εξειδίκευσης σε ζωτικούς τομείς για την σύγχρονη οικονομία και επιστήμη, όπως η αρχιτεκτονική, τα μαθηματικά, οι οικονομικές και πολιτικές επιστήμες ή οι νέες τεχνολογίες. Αν θεωρήσουμε ότι η γνώση σημαίνει δύναμη και εξουσία, τότε οι γυναίκες του 21<sup>ο</sup> αιώνα εξελίσσονται ταχύτατα στην κορυφή της ζωής και της σύγχρονης πραγματικότητας.

Για την καλύτερη κατανόηση της θέσης των γυναικών στην αγορά εργασίας, θεωρείται σκόπιμη η παράθεση επίσημων στοιχείων που αφορούν την γυναικεία απασχόληση, όπως αυτά διαμορφώθηκαν τα τελευταία χρόνια στα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

«Για την περίοδο 1973-1986, η Κοινότητα είχε αποτύχει να δημιουργήσει αρκετές θέσεις εργασίας, χωρίς ταυτόχρονα να προκαλέσει ανεργία ανάμεσα σε αυτούς που ήδη εργάζονταν»(Γ. Βουρνάς- Ε.Μαυρογένη, 1994,228) (CEC, “Employment in Europe”, 1990).

«Το ποσοστό ανεργίας έχει δραματικά αυξηθεί στις περιόδους που ακολούθησε τις δύο πετρελαϊκές κρίσεις (με εξαίρεση την Ελλάδα και την Ισπανία). Ανάμεσα στο 1973 και το 1976, το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε από 2,4% σε 5% και ανάμεσα στο 1980 και 1986 από 5,8% σε 11%» (CEC, “Urban Development” in Social Europe Supplement,1/1992).

« Σύμφωνα με την επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, το ποσοστό απασχόλησης αυξάνεται συνεχώς στα κράτη-μέλη της ΕΟΚ μετά το 1986. Στην περίοδο 1985-1987, η ανεργία έπεσε στο 9% και δημιουργήθηκαν περίπου 4,8 εκατομμύρια θέσεις

εργασίας. Τα χαρακτηριστικά αυτών των νέων θέσεων εργασίας είναι: α)η κάλυψη των θέσεων έγινε από νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας και όχι από άνεργους, β)ότι περισσότερο από 35% αυτών των θέσεων εργασίας ήταν μερικής απασχόλησης και γ) ότι η πλειοψηφία των νέων θέσεων εργασίας, είχαν καλυφθεί από γυναίκες» (CEC, “Urban Social Development” in Social Europe Supplement, 1/1992).

«Στην Ελλάδα, η ετήσια αύξηση στην απασχόληση για την περίοδο 1983-1988 ήταν σαφώς μεγαλύτερη για τις γυναίκες (1,93%) από ότι για τους άνδρες (0,16%). Ταυτόχρονα η αύξηση ήταν μεγαλύτερη από τον μέσο όρο στις χώρες της ΕΟΚ (1,83%). Επίσης υπήρχε μεγαλύτερη αύξηση στο ποσοστό απασχόλησης για τις γυναίκες ηλικίας 25-49 ετών στην Ελλάδα (3,14%) από ότι στην ΕΟΚ. Παρόλα αυτά το συνολικό ποσοστό απασχόλησης για την ίδια ομάδα ηλικιών ήταν το 1989 51,5% στην Ελλάδα και 63,7% στην ΕΟΚ» (CEC “Women of Europe”, No 36,1992).

Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 υπάρχει μια σημαντική αύξηση στο ποσοστό απασχόλησης των γυναικών σε όλες τις χώρες της ΕΟΚ και ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Παρά όμως την ποσοτική αυτή αύξηση, οι δομικές ανισότητες που δημιουργούν τις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών εξακολουθούν να υφίστανται με αποτέλεσμα οι γυναίκες να κατευθύνονται σε τομείς απασχόλησης που θεωρούνται περιθωριακά και χαμηλόμισθα.

«Με την αλλαγή βασικών κοινωνικών χαρακτηριστικών των έγγαμων γυναικών, βιώνεται όλο και πιο έντονα η σύγκρουση του περιεχομένου των παραδοσιακών ρόλων της συζύγου και μητέρας από την μια και της εργαζόμενης από την άλλη, εξαιτίας των τεχνητών διλημάτων που δέχονται ως προφανή την αντίθεση ανάμεσα στο οικιακό και στο δημόσιο και που σκοπεύουν να διατηρήσουν εγκλωβισμένη την γυναίκα στα πατριαρχικά δεσμά. (Μαγγιώρου, 1985). Με την ολοένα και σε μεγαλύτερο βαθμό συνειδητοποίηση από μέρους της ουσίας του κοινωνικού της αποκλεισμού θα οδηγείται σε υιοθέτηση νέων τάσεων και συμπεριφορών σε όλα τα επίπεδα της ζωής της.» (Τσαλκάνης, 1995,53)

«Με την «έξοδο των γυναικών» όμως δημιουργήθηκαν και διάφορα κοινωνικά προβλήματα. Ένα από αυτά είναι ότι η γυναίκα ξεκινάει για την «έξω-οικοκυρική» εργασία της με άνισους όρους, σε σχέση με τον άνδρα, αφού έχει επιπλέον και την κοινωνική υποχρέωση του νοικοκυριού. Επομένως έχει και δεύτερη επιβάρυνση υποχρεώσεων που αποτελεί κατ’ ουσία «κοινωνική ποινή». (Π. Σινόπουλος,1986,212-230)

Επειδή η «έξω-οικοκυρική» εργασία της γυναίκας δεν έχει πάντα την ίδια διάρκεια, το βάρος της κοινωνικής ποινής ποικίλλει. Η κοινωνική ποινή της έξω-οικοκυρικά απασχολούμενης γυναίκας (η επιβάρυνση από την επιπλέον εργασία με το νοικοκυριό) όλο και μεγαλώνει, όσο ο επαγγελματικός χρόνος της πλησιάζει στο πλήρες

ωράριο και ολοκληρώνεται όταν η γυναίκα εξεπαγγελματιάζεται (όταν δηλ. απασχολείται με πλήρες ωράριο).

Η κοινωνική ποινή των «έξω-οικοκυρικά» απασχολούμενων γυναικών αποτελεί πλέον φαινόμενο με παγκόσμιες διαστάσεις. Είναι ένα φαινόμενο, για το οποίο κανείς δεν είναι σε θέση, προς το παρόν, να μας πει πόσο θα διαρκέσει.

Η κοινωνική ποινή της «έξω-οικοκυρικά» εργαζόμενης γυναίκας διαπιστώνεται και στην χώρα μας. Από την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων για την Ελλάδα, των ετών 1971, 1981 και 1983 προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών που υπόκειται στην κοινωνική ποινή, σε σχέση με τον συνολικό γυναικείο πληθυσμό, έχει ανοδική τάση: το 1971 αντιστοιχούσε μια γυναίκα στις πέντε, ενώ το 1983 αντιστοιχεί μια γυναίκα στις τέσσερις. Εξάλλου, σε κάθε τρεις απασχολούμενους, ο ένας υπόκειται στην κοινωνική ποινή (είναι γυναίκα), ενώ και εδώ η τάση είναι ανοδική. Έτσι λοιπόν παρατηρούμε ότι ναι μεν όλο και λιγοστεύουν οι γυναίκες που δηλώνουν ως επάγγελμα τα οικιακά αλλά όλο και πληθαίνουν εκείνες που έχουν διπλή επιβάρυνση: το νοικοκυριό και την «έξω-οικοκυρική» εργασία.

Γι' αυτό δεν είναι ασυνήθιστο το πιο κάτω φαινόμενο: Η επαγγελματίας γυναίκα, η «έξω - οικοκυρικά» εργαζόμενη, επιστρέφει μετά από ένα πλήρες ωράριο στην οικία της. Εκεί επιστρέφει και ο άντρας ή οι άντρες του σπιτιού (πατέρας, ενήλικα αγόρια), μετά από ένα πλήρες ωράριο και αυτοί. Πολλές φορές θεωρείται δεδομένο ότι ο άνδρας έχει κάνει πλήρως το καθήκον του απέναντι στην οικογένεια του και έχει πια το δικαίωμα να ξεκουραστεί. Όσο για την γυναίκα, αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι έκανε το καθήκον της αν αδιαφορήσει για το νοικοκυριό. Έτσι θα αρχίσει ένα νέο υπερπλήρες ωράριο εργασίας στο σπίτι, που αποτελεί την κοινωνική ποινή της, μια συνέπεια που παρουσιάζεται σαν φυσική για όποια γυναίκα αποφασίσει να ασχοληθεί με «έξω-οικοκυρική εργασία».

Όσον αφορά την επίδραση της γονιμότητας στην γυναικεία απασχόληση, πρόσφατες συγκριτικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ύπαρξης μικρών παιδιών στην οικογένεια και συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό (Joesch, 1994-Συμεωνίδου κ.α., 1992). Σχετικά με τον καταμερισμό των οικιακών εργασιών, τα αποτελέσματα ερευνών των Coverman και Sheley (1986) έδειξαν ότι μεταξύ των ετών 1965 και 1975- περίοδος η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταβολές σχετικά με την συμμετοχή των γυναικών στις οικιακές εργασίες αλλά και στην αγορά εργασίας- παρατηρήθηκαν ελάχιστες αλλαγές ως προς τον χρόνο που αφιερώνουν οι άνδρες σύζυγοι στις δουλειές του σπιτιού. Εντοπίζοντας δύο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο που αφιερώνουν οι άνδρες-σύζυγοι στις οικιακές εργασίες, δηλαδή τον χρόνο αμειβόμενης εργασίας και τον χρόνο ανάπαυσης,



υποστηρίζουν ότι το γεγονός αυτό, δηλαδή η ελάχιστη αύξηση στον χρόνο που διαθέτουν οι άνδρες-σύζυγοι στις δουλειές του σπιτιού και στην φροντίδα των παιδιών, δεν αποτελεί προφανώς ένδειξη για κάποια ουσιαστική αλλαγή στον καταμερισμό των εργασιών στο σπίτι, ούτε και «σύγκλιση» των ρόλων ανάμεσα στα δύο φύλα.

Ωστόσο με το πέρασμα των χρόνων, στην σημερινή εποχή υπάρχουν και νοικοκυριά όπου όλα τα μέλη της οικογένειας βοηθούν στις δουλειές και μάλιστα πολλές φορές οι σύζυγοι μοιράζονται τις υποχρεώσεις του νοικοκυριού. Βέβαια υπάρχουν και εκείνες οι περιπτώσεις όπου κανείς από τους συζύγους δεν συμμετέχει στις δουλειές του νοικοκυριού αλλά, υπάρχει συγκεκριμένο άτομο το οποίο έχει προσληφθεί από το ζευγάρι γι' αυτόν ακριβώς τον σκοπό. Παρόλα αυτά η γυναίκα δε θα πάψει ποτέ να είναι η υπεύθυνη και η καταλληλότερη για το στήσιμο και την λειτουργία κάθε νοικοκυριού.

« Είναι γνωστό (Τσαλκάνης,1995) ότι στις σημερινές συνθήκες όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο ενός λαού τόσο περισσότερο επιτυχής μπορεί να είναι και η πολιτική δημογραφικού ελέγχου. Ανάλογα ισχύουν και στο επίπεδο διατομικών σχέσεων. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του ζευγαριού και ιδιαίτερα της γυναίκας, αποτελεί βασική προϋπόθεση κύρια της επιτυχούς αντισύλληψης.» (Συμεωνίδου,1992, σελ.213 κ.επ.,Τσαούσης,1991, σελ 75-76)

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αντίδραση αυτή της γυναίκας στο βάρος της «κοινωνικής ποινής» είναι πρωτογενής με στοιχεία αυθορμητισμού. Δευτερογενώς το υψηλό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να της επιτρέψει να καταλάβει ότι η ουσιαστική μείωση της «ποινής» της θα επιτυγχάνεται όσο ο άνδρας συνειδητοποιεί την αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού των οικογενειακών ρόλων, αναλαμβάνοντας μεγαλύτερο μέρος των οικιακών ευθυνών στα πλαίσια ουσιαστικής από μέρους του αναγνώρισης της ισοτιμίας των δύο φύλων.

Κατά συνέπεια, ο περισσότερος ισομερής καταμερισμός, όσο τείνει προς την συνυπευθυνότητα ως έκφραση της αναγκαιότητας εγκαθίδρυσης ισότιμων σχέσεων στο ζευγάρι, μπορεί να λειτουργήσει θετικά και προς την κατεύθυνση της αύξησης των γεννήσεων στο μέτρο πάντοτε βέβαια που οι άλλοι έξω-οικογενειακοί παράμετροι δεν παρεμβάλλονται ανασταλτικά. Αντίθετα αν η συνειδητή προσπάθεια της γυναίκας να αποτινάξει την «ποινή» της προσκρούει σε ισχυρή αντίσταση του άντρα, είναι πιθανό η συναίνεση των δύο φύλων που στηρίζονταν μέχρι τώρα στην, συνειδητή ή μη, αποδοχή ενός συστήματος κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια, να παραχωρήσει την θέση της στην σύγκρουση (Blood,1976) και σε ουσιαστική ή σε τυπική διάλυση του οικογενειακού σχήματος. Ο αντίκτυπος στον άγαμο γυναικείο πληθυσμό θα εκδηλωθεί με έντονο σκεπτικισμό απέναντι στον γάμο που μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, από την ένταξη με όρους που η μη πλήρωσή τους θα οδηγήσει κάποια στιγμή σε έξοδο από το σχήμα, ως την

εξαρχής άρνηση ένταξης στα οικογενειακά θεσμικά πλαίσια που δεν τα θεωρούν ως εγγυητές αλλά ως υπονομευτές της προσωπικής ολοκλήρωσης των ατόμων.

Ωστόσο αν πραγματικά θέλουμε να υποστηρίξουμε τα δικαιώματα των γυναικών, είμαστε υποχρεωμένοι να πούμε την αλήθεια όσον αφορά και το θέμα της έκτρωσης και να δουλέψουμε με στόχο να σταματήσει να εφαρμόζεται. Οι γυναίκες νιώθουν από την φύση τους ευάλωτες, καθώς οι στατιστικές των βιασμών δείχνουν άνοδο και το γυναικείο σώμα γίνεται αντικείμενο διαφημίσεων και διασκεδάσεων. Ακόμη και τις παλαιότερες εποχές η υποτίμηση που έδειχνε ο κόσμος προς τις γυναικείες ικανότητες συνδυαζόταν με βάρβαρες διαθέσεις προς τα σώματά τους. Γιατί μια εγκυμοσύνη την οποία δεν είχαν προγραμματίσει την θεωρούσαν σαν εισβολέα, σαν έναν εχθρό αποφασισμένο να ιδρύσει αποικία μέσα στο σώμα τους και να καταστρέψει τα σχέδιά τους.

Η κα. Frederica Mathewes-Green αναφέρει ότι: «Πιστεύω ακόμα ακράδαντα ότι οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να προστατεύουν το σώμα τους. Για αυτό τώρα αντιτίθεται στην έκτρωση. Το δικαίωμα μιας γυναίκας αρχίζει από την στιγμή που το σώμα της αρχίζει να υπάρχει. Είναι δικό της και πρέπει να προστατεύεται, χωρίς να έχει σημασία που ζει, ακόμα και στην μήτρα της μητέρας της».

Έχουν οι γυναίκες ωφεληθεί από την νομιμοποίηση των εκτρώσεων; Κάποιος έχει ωφεληθεί, όχι όμως η γυναίκα, που καταφεύγει στην έκτρωση. Η βιομηχανία εκτρώσεων έχει κέρδη περίπου 500 εκατομμύρια Ευρώ το χρόνο, και η πώληση των μελών των αγέννητων παιδιών μπορεί να ανεβάσει το ποσό αυτό σε δισεκατομμύρια. Η μέση γυναίκα όμως δεν κερδίζει, αλλά χάνει όταν κάνει έκτρωση. Χάνει πρώτα τις εκατοντάδες χρήματα που πρέπει να πληρώσει για την επέμβαση. Δεύτερον, πρέπει να περάσει μέσα από μια εξευτελιστική διαδικασία, να υποστεί μια εισβολή στο εσωτερικό της χειρότερη από βιασμό, καθώς και η μήτρα της εκκενώνεται από κάθε απομεινάρι ζωής με αναρροφητική αντλία, κατά κάποιο τρόπο βίαιο και αφύσικο. Μερικές γυναίκες θα τις κυνηγάει ο ήχος αυτής της αντλίας για όλη τους την ζωή.

Τρίτον, όπως έχουμε προαναφέρει, μπορεί να χάσει την υγεία της. Στο σώμα της γυναίκας υπάρχει μια οικολογία με λεπτές ισορροπίες, που δεν ανέχεται και διαταράσσονται οι φυσικές διεργασίες της υγείας της με μηχανικές επεμβάσεις.

Και ερχόμαστε στην πιο σημαντική απώλεια για την γυναίκα, την απώλεια του ίδιου της του παιδιού. Η ρητορεία γύρω από την έκτρωση περιγράφει το αγέννητο παιδί σαν παράσιτο, σαν έναν όγκο, σαν μια μάζα από ιστούς. Στην πραγματικότητα είναι το παιδί της. Με την έκτρωση, προσφέρει το παιδί της θυσία στο δικαίωμα της να συνεχίσει το είδος της ζωής που κάνει, μια θυσία που θα καταστήσει όλη την υπόλοιπη ζωή της στοιχειωμένη.

Και αυτό γιατί η τελευταία απώλεια είναι αυτή η απώλεια της ειρήνης του λογικού της. Πολλές γυναίκες θλίβονται βαθιά και σιωπηλά μετά την έκτρωση. Η θλίψη τους αγνοείται από την κοινωνία που νομίζει ότι νιώθουν ευγνωμοσύνη για την ελευθερία που έχουν να κάνουν έκτρωση. Μερικές φορές υποφέρουν από κατάθλιψη, από εφιάλτες ακόμα και από σκέψεις αυτοκτονίας.

Για όλες αυτές τις απώλειες οι γυναίκες δεν κερδίζουν τίποτε άλλο εκτός από το δικαίωμά τους να κινούνται χωρίς δεσμεύσεις στο χώρο τους. Η έκτρωση δεν θεραπεύει καμιά αρρώστια, σε καμιά γυναίκα δεν προσφέρει πρόοδο. Εάν υποθέσουμε ότι οι γυναίκες αποτελούν μια καταπιεσμένη κοινωνική ομάδα, θα είναι η μόνη τέτοια ομάδα που καταφεύγει στο χειρουργείο για να επιτύχει την ισότητα. Στην Ελληνική μυθολογία, υπήρχε ο Προκρούστης ο οποίος ήταν ένας οικοδεσπότης που πρόσφερε φιλοξενία. Αν δεν είχες το κατάλληλο μέγεθος για το κρεβάτι του ή θα σε τραβούσε ή θα σε έκοβε για να σε προσαρμόσει σε αυτό. Η χειρουργική τράπεζα της έκτρωσης είναι η προσκρούστεια κλίνη του σύγχρονου φεμινισμού, την οποία, με ακατανόητη διαστροφή, τα θύματα της την διεκδικούν διαδηλώνοντας στους δρόμους.

Εάν θέλουμε πράγματι μια κοινωνία που να υποστηρίζει και να σέβεται τις γυναίκες πρέπει να ξεκινήσουμε από τον περιορισμό των μη προγραμματισμένων εγκυμοσύνων. Για να περιοριστούν οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες πρέπει να υπάρξει σεξουαλική υπευθυνότητα. Δεύτερον, δεν πρέπει να θεωρούμε την συνέχιση μιας εγκυμοσύνης και το μεγάλο παιδιών ως βάρος επαχθές. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι οι γυναίκες πρέπει να παίξουν ένα ρόλο στην δημόσια ζωή της κοινωνίας μας.

Τα δικαιώματα των γυναικών δεν έρχονται σε σύγκρουση με αυτά των παιδιών τους. Η εμφάνιση μιας τέτοιας σύγκρουσης είναι δείγμα ότι κάτι πάει στραβά στην κοινωνία. Όταν οι γυναίκες επιτύχουν τον σεβασμό της σεξουαλικής λειτουργίας και την επαγγελματική ευελιξία που χρειάζονται δεν θα καταφεύγουν πια, σαν σε ένα υποκατάστατο, στην αιματηρή αδικία της έκτρωσης.

Είναι άξιο να αναφερθεί (Βήμα Donna,2006,214) ότι στην Ολλανδία σχηματίστηκε μια μη κερδοσκοπική γυναικεία οργάνωση η «Women on Waves», η οποία δραστηριοποιείται στην προστασία των δικαιωμάτων των γυναικών. Αποστολή της είναι η αποτροπή των ανεπιθύμητων κηύσεων και η παρεμπόδιση των επισφαλών παράνομων αμβλώσεων ανά τον κόσμο. Προς αυτή την κατεύθυνση τα μέλη της ναύλωσαν πλοίο και το εξόπλισαν με κοντέινερ ειδικά διαμορφωμένο για την διενέργεια ασφαλών εκτρώσεων εν πλω παρουσία ιατρών και νοσηλευτριών. Ακολούθως έβαλαν ρότα για τις ακτές χωρών όπου οι εκτρώσεις είναι παράνομες με σκοπό να μοιράσουν ενημερωτικό υλικό για τις μεθόδους αντισύλληψης και να διευκολύνουν γυναίκες που επιθυμούν να τερματίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Την τελευταία πενταετία οι «Γυναίκες στα κύματα»

αποπειράθηκαν να προσεγγίσουν λιμάνια της Πολωνίας (όπου κάθε χρόνο λαμβάνουν χώρα 60.000-200.000 παράνομες εκτρώσεις) και της Ιρλανδίας (όπου 6.000 γυναίκες ετησίως ταξιδεύουν στην Αγγλία προκειμένου να τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους), ενώ το καλοκαίρι του 2004 προσπάθησαν να καταπλεύσουν στην Πορτογαλία (όπου κάθε χρόνο γίνονται 40.000 παράνομες εκτρώσεις), ωστόσο τον δρόμο τους έφραξαν πολλά πολεμικά πλοία.

## 5.2 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΒΑΛΚΑΝΙΑ

Στην προσπάθεια μας να δείξουμε το σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει όχι μόνο η Ελλάδα, αλλά και τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη καθώς και τα Βαλκάνια, από τον χαμηλό δείκτη γονιμότητας ( αλλά και σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό αμβλώσεων) θεωρήσαμε σκόπιμο να παραθέσουμε το παρακάτω κείμενο.

Ένα από τα πιο σημαντικά δημογραφικά προβλήματα, που εμφανίζονται τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, αποτελεί η απότομη μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας του πληθυσμού. Ο αριθμός των παιδιών, που αντιστοιχεί κατά μέσο όρο στην κάθε γυναίκα γόνιμης ηλικίας σήμερα στην Ελλάδα, είναι μικρότερος από το ελάχιστο όριο, το οποίο απαιτείται για την αντικατάσταση του πληθυσμού.

«Οι ειδικοί δείκτες γονιμότητας αναλογίζουν τις γεννήσεις των μητέρων μιας συγκεκριμένης ομάδας ηλικιών σε 1.000 γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Το άθροισμα των ειδικών δεικτών γονιμότητας πολλαπλασιαζόμενο με το διάστημα της ομάδας ηλικιών δίνει το ολικό ποσοστό γονιμότητας, το οποίο διαιρούμενο δια 1.000 μας δίνει συμπυκνωμένη την εικόνα της αναπαραγωγικής συμπεριφοράς του συνολικού γυναικείου πληθυσμού σε μια ορισμένη χρονική περίοδο. Με άλλα λόγια, το ολικό ποσοστό γονιμότητας είναι ο μέσος αριθμός τέκνων ανά γυναίκα κατά την διάρκεια της γόνιμης ηλικίας.» (Βελέντζας Κ. Χατζηπροκοπίου Μ.1997, 156)

«Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια φθίνουσα πορεία των δεικτών γεννητικότητας και γονιμότητας. Η γεννητικότητα από 19,4% στα μέσα της δεκαετίας του '50, μειώνεται στο 18,9% το 1960, στο 16,5% το 1970, φτάνοντας στο 15,4% το 1980. Στην δεκαετία που ακολουθεί η μείωση γίνεται με ταχύτερους ρυθμούς για να φτάσει το 1990 στο 10,1% και το 1993 στο 9,8%.

Η μείωση της γεννητικότητας ακολουθείται και από μία αρκετά σημαντική μείωση της γονιμότητας. Έτσι, ενώ το 1955 σε κάθε γυναίκα ηλικίας 15-49 ετών αντιστοιχούσαν 2, 4 παιδιά, το 1980 αντιστοιχούσαν 2, για να αρχίσει τα επόμενα χρόνια για μία πορεία αισθητής μείωσης της γονιμότητας και να αντιστοιχούν το 1993 σε κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας 1, 3 παιδιά.

Η πτωτική τάση των δεικτών γεννητικότητας δεν μπορεί να αποδοθεί στην ευρεία χρήση των μέσων ελέγχων γεννήσεων (Michel and Texier, 1964 τ.Π σελ 134). Η αντισύλληψη και η έκτρωση δεν είναι παρά μέσα επίτευξης στόχων. Τόσο οι στόχοι όσο και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη τους εξαρτώνται από αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες.» (Τσαλκάνης, 1995,53)

Χωρίς να υποτιμούμε την σημασία που πρέπει να δοθεί στους διαγενεακούς δείκτες (Κοντζαμάνης, 1993), είναι πρόδηλη η σχέση που αναδύεται μεταξύ της φθίνουσας πορείας των δεικτών γεννητικότητας και γονιμότητας από την μια και των γενικότερων οικονομικό-κοινωνικών συνθηκών που επικρατούν στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες αλλά και της κινητικότητας του γυναικείου πληθυσμού στον επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο από την άλλη, ιδιαίτερα την δεκαετία του '80 που συγκεκριμενοποιούνται οι νέες στάσεις του γυναικείου πληθυσμού.

Ύστερα από έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί όσον αφορά την εξέλιξη της γονιμότητας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο 1965-1991, από τους Βελέντζα και Χατζηπροκοπίου αναπληρωτές καθηγητές στο τμήμα Οικονομικών Σπουδών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, φαίνεται ότι ο δείκτης ολικής γονιμότητας για το σύνολο του γυναικείου πληθυσμού της χώρας μας εξελισσόταν αρνητικά κατά την περίοδο 1965-1991. Το 1980 όμως, μπορεί να χαρακτηριστεί ως έτος τομής για την αναπαραγωγική συμπεριφορά του γυναικείου πληθυσμού. Μετά το έτος αυτό, οι σχετικά αργοί αρνητικοί αριθμοί μεταβολής επιταχύνονται κατά πολύ και ο δείκτης ολικής γονιμότητας πέφτει κάτω από το όριο αντικατάστασης του πληθυσμού που είναι τα 2 παιδιά ανά γυναίκα. Παρατηρείται όμως, ότι ο μέσος ετήσιος αριθμός μεταβολής του ποσοστού ολικής γονιμότητας της περιόδου 1980-1988 είναι σημαντικά υψηλότερος από τον αντίστοιχο αριθμό της περιόδου 1980-1991. Το φαινόμενο αυτό εκφράζει προφανώς κάμψη των αρχικών ρυθμών μείωσης. Στο βαθμό δε που σταθεροποιείται, αποκτώντας μόνιμο χαρακτήρα, σημαίνει ότι έχει ήδη ανακοπεί η αρχική ορμή των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι προκάλεσαν την μεταβολή του αναπαραγωγικού προτύπου του γυναικείου ελληνικού πληθυσμού.

Η αναπαραγωγική συμπεριφορά του γυναικείου πληθυσμού δεν είναι ομοιόμορφη. Διαφέρει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Έτσι, το ειδικό ποσοστό γονιμότητας για γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, το οποίο μεταπολεμικά εμφανίζει συνεχή αύξηση, μετά το 1980 παρουσιάζει μείωση και μάλιστα απότομη. Άρα, η σημερινή κατάσταση, σε ότι αφορά την τροπή της γονιμότητας προς το χειρότερο, οφείλεται κύρια στην μεταβολή των αναπαραγωγικών προτύπων των πιο νεαρών μητέρων. Από την άλλη μεριά, ο ρυθμός της πτωτικής τάσης του ειδικού ποσοστού γονιμότητας των γυναικών, που ως νεαρότερες μητέρες την προηγούμενη δεκαετία εμφάνιζαν μεγαλύτερη διάθεση για τεκνοποίηση από ότι εμφανίζουν οι σημερινές της ίδιας ηλικίας.

Η αναπαραγωγική συμπεριφορά του γυναικείου πληθυσμού των αστικών περιοχών δεν φαίνεται να είναι σημαντικά διαφορετική από εκείνη των αγροτικών περιοχών. Και στις δύο περιοχές παρατηρείται μείωση της γονιμότητας, η οποία μετά το 1980 γίνεται

ιδιαίτερα έντονη και κυρίως οφείλεται στην αλλαγή της αναπαραγωγικής συμπεριφοράς των γυναικών ηλικίας 15-29 ετών. Εκεί που εμφανίζονται διαφοροποιήσεις είναι η μεγαλύτερη ένταση με την οποία εμφανίζεται η μείωση της γονιμότητας, στις αγροτικές από ότι στις αστικές περιοχές και οι προτιμήσεις των ζευγαριών των αγροτικών περιοχών προς μία συγκριτικά με τις αστικές περιοχές, πρωιμότερη τεκνοποίηση. Διαφοροποίηση, επίσης παρουσιάζεται στην τάση υψηλότερης γονιμότητας των αγροτικών περιοχών σε σχέση με τους αστικούς πληθυσμούς.

Η αναπαραγωγική συμπεριφορά του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζεται μάλλον ομοιόμορφη σε όλες τις περιοχές της χώρας. Το ολικό ποσοστό γονιμότητας, εμφανίζει κάμψη και κατά την πρώτη (1971-1981) και κατά την δεύτερη (1981-1991) δεκαετία. Εξαιρέση αποτελούν τα νησιά του Ιονίου, η Μακεδονία και η Θράκη.

Έρευνες σε πολλές χώρες έχουν δείξει ότι η επαγγελματική απασχόληση και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των έγγαμων γυναικών επιδρά αρνητικά στους δείκτες γεννητικότητας και γονιμότητας (Michel, 1987). Ανάλογα ισχύουν και στην Ελλάδα. Όπως φαίνεται καθαρά από την έρευνα που έκανε η Συμεωνίδου το 1983, «η γυναικεία απασχόληση ασκεί στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση στον αριθμό των παιδιών που αποκτούν οι γυναίκες» (Συμεωνίδου 1986 και 1989), χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι η γυναικεία απασχόληση αυτή καθαυτή μπορεί να θεωρηθεί ως αποκλειστικός παράγοντας προσδιορισμός της γονιμότητας (Μπαλούρδος, 1988).

Οι έγγαμες που απασχολούνται στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα χωρίς παράλληλα να έχει αλλάξει το περιεχόμενο των παραδοσιακών ρόλων, αισθάνονται όλο και περισσότερο ότι υπόκεινται σε «κοινωνική ποινή» (Σινόπουλος, 1986) λόγω του διπλού φορτίου - οικιακής και έξω-οικιακής απασχόλησης – που τους ανατίθεται (Myrdal and Klein, 1970). Σε αυτήν την περίπτωση, η σταδιακή εξάλειψη της «ποινής» περνά κατά ένα μέρος και μέσα από τον περιορισμό των υποχρεώσεων των ρόλων μητέρας-νοικοκυράς, που επιτυγχάνεται εν μέρει με την γέννηση περιορισμένου αριθμού παιδιών.

«Είναι σημαντικό να αναφερθεί να αναφερθεί ότι από το 1866 έως το 1960, τα ποσοστά γεννήσεων που παρατηρούνται σε 14 χώρες εμφανίζουν πτώση παράλληλη με την ανάπτυξη της εκβιομηχάνισης. Ο Ουίλιαμ Τζ. Γκούντ υποστηρίζει πως η εκβιομηχάνιση συνέβαλε στην επιτάχυνση της πτώσης του ποσοστού των γεννήσεων.» (Michel. A., 2003, 203)

Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει, πως στις περισσότερες χώρες, η πτώση του ποσοστού γεννητικότητας συνεχίστηκε από το 1866 έως το 1974-1975.

<b>Χώρα</b>	1866-1926	1960-1961	1974-1975
Νορβηγία	29,88(1898)	17,4	14,9
Σουηδία	27,5(1891)	13,6	12,6
Φινλανδία	31,8(1866)	18,5	13,3
Δανία	30,7(1866)	16,7	14,2
Γερμανία	35,7(1890)	17,7(1898)	9,7
Γαλλία	24,7(1881)	18,4	15,2
Βέλγιο	28,8(1898)	16,9	12,8
Αγγλία	33,5(1881)	16,5	13,3
Ιταλία	38(1881)	18,4	15,7
Γιουγκοσλαβία	38,5(1898)	23	18
Γσεχοσλοβακία	26,7(1920)	16	19,8
Βουλγαρία	39,6(1920)	17,6	16,3(1898)
Ουγγαρία	44,6(1881)	14,6	17,8
Σοβιετική Ένωση	44(1926)	24,9	17,8(1898)
ΗΠΑ	39,8(1880)	23,5	14,8

Οι στατιστικές της περιόδου 1866 έως 1961 πάρθηκαν από το βιβλίο του W. Goode που ήδη αναφέραμε .

Μία βασική αιτία της υπογεννητικότητας (εκτός από τα πολιτικοοικονομικά αίτια που έχουμε ήδη αναφέρει) είναι η έκτρωση και η αντισύλληψη. Αυτοί οι παράγοντες, σε συνδυασμό βέβαια και με άλλους παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές συνθήκες και οι στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει ο μέσος πολίτης στις μέρες μας, προκαλούν στειρότητα σε μεγάλο ποσοστό. Όπως προκύπτει από ξένες στατιστικές, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που υπέστησαν έκτρωση έμειναν στείρες χωρίς να υπολογιστούν οι ψυχικές επιπτώσεις, που γίνονται αιτία επίκτητων ψυχώσεων και διαταραχών της γεννητικής λειτουργίας της γυναίκας.

Μια νεότερη έρευνα (Α. Μισέλ, 2000, 284) αντέστρεψε τα ευρήματα σχετικά με την επίδραση της ηλικίας και διαφοροποίησε σημαντικά την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου. Η έρευνα βρήκε εξάλλου πως η στάση απέναντι στην έκτρωση επηρεάζεται αρνητικά από την επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας και δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την οικονομική της κατάσταση. Η καταφυγή στην άμβλωση δεν



συνδέεται με την «υιοθέτηση πρωτοποριακών αντιλήψεων στους άλλους τομείς της οικογενειακής ζωής», αλλά εκφράζει την έλλειψη γνώσεων και χρήσης ικανοποιητικών μεθόδων αντισύλληψης.

Σύμφωνα με το πόρισμα της Βουλής σε μεγάλα λαϊκά στρώματα η έκτρωση θεωρείται, ακόμη και σήμερα, μέσο ελέγχου των γεννήσεων και αθώα πράξη. Η αντίληψη αυτή πρέπει να εκλείψει, με την κατάλληλη ενημέρωση των γυναικών και των ζευγαριών γενικά, λόγω των σοβαρών επιπλοκών, ψυχικών και σωματικών, που προκαλούνται από αυτές τις επεμβάσεις και κυρίως από τον βίαιο θάνατο εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπινων ζωών. Σύμφωνα με την Ακαδημία Αθηνών η άμβλωση είναι το κύριο αίτιο της υπογεννητικότητας και της στειρώσης. Ο καθηγητής Κ. Τριχόπουλος αναφέρει ότι το 40% της μείωσης της αναπαραγωγικής διαδικασίας οφείλεται στις αμβλώσεις που προκαλούνται από τον άνθρωπο. Επίσης οι καθηγητές Πολύζος και Βαλαώρας σημειώνουν ότι η ανανεωτική ικανότητα του πληθυσμού πλησιάζει σε μη αναστρέψιμο σημείο, με κύριο αίτιο την εκούσια άμβλωση και ο καθηγητής γυναικολογίας Κ. Κουτιφάλης σημειώνει ότι πάνω από 150.000 ζευγάρια δεν είναι σε θέση να τεκνοποιήσουν, γιατί υπάρχει στο ιστορικό της γυναίκας η άμβλωση. Επιπρόσθετα, προτείνει την επανεξέταση του θέματος προς την κατεύθυνση εφαρμογής κάποιου συγκεκριμένου οικογενειακού προγράμματος, συνυπολογίζοντας παράλληλα εθνικούς, θρησκευτικούς και δημογραφικούς λόγους.

### 5.3 ΠΡΟΓΑΜΙΑΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Το γεγονός ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό των αμβλώσεων παρατηρείται σε σχέσεις εκτός γάμου, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις η έγκυος γυναίκα αντιμετωπίζει όχι μόνο οικονομικά προβλήματα αλλά και κοινωνικά, την οδηγεί και πιο εύκολα στην «λύση» της άμβλωσης.

Λίγες προσπάθειες έχουν (Bernard G. Guerne, 1996, σελ. 386) καταβληθεί για την ανάπτυξη και την καλυτέρευση της προγαμιαίας σχέσης. (Στην πραγματικότητα υπάρχει πολύ περισσότερη βιβλιογραφία και έρευνα στον τομέα και στην συμβουλευτική του διαζυγίου από αυτή που υπάρχει για την ανάπτυξη της προγαμιαίας σχέσης και της βελτίωσής της). Ο κύριος όγκος της διαθέσιμης βιβλιογραφίας αναφορικά με την προγαμιαία σχέση προέρχεται γενικά από την κοινωνιολογία της οικογένειας. Οι Moss, Arolonio και Jensen (1971), όπως αναφέρεται από τον Bernard G. Guerne στο βιβλίο του «Βελτίωση των σχέσεων», δημοσίευσαν μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας που ασχολήθηκε με την προγαμιαία σχέση στην διάρκεια της δεκαετίας του 1960. Το άρθρο τους αναγνώριζε πολλά θεωρητικά σημεία και συζητούσε παράγοντες όπως εγγύτητα κατοικίας, αγάπη και μέθεξη, αλληλοσυμπληρούμενες ανάγκες, αξιολόγηση της αυτοεικόνας του ενός από τον άλλον, ομοιότητα καταγωγής και άγχη που πιέζουν το ζευγάρι. Μεταξύ αυτών των εννοιών υπάρχουν ωστόσο λίγοι κοινοί τόποι, ενώ καμία γενικευμένη θεωρία που ασχολείται με την προγαμιαία σχέση δεν φαίνεται ικανοποιητική.

Ένα μεγάλο ποσοστό της βιβλιογραφίας για τις προγαμιαίες σχέσεις αναφέρεται στην επιλογή του συντρόφου. Ο Lewis αναφέρει ότι ορισμένοι θεωρητικοί «έχουν προτείνει ότι η διαδικασία της επιλογής συντρόφου σε ένα ανοικτό σύστημα γάμου είναι περισσότερο σύνθετη από όσο υπαινίχθηκε γι' αυτό το θέμα». Ο Lewis πρότεινε ένα μοντέλο ανάπτυξης και ένα πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας για την προγαμιαία σχέση. Το πλαίσιο είναι η σχέση έξι διαδικασιών που ακολουθεί το ζευγάρι. Πρόκειται για τις διαδικασίες τις οποίες βιώνουν τα ζευγάρια της αμερικανικής μεσαίας τάξης με βάση τις εμπειρίες τους από δημιουργία σχέσεων και είναι οι ακόλουθες: α) η διαδικασία της αντίληψης ομοιοτήτων, β) η διαδικασία της επίτευξης σχέσης, γ) η διαδικασία της συμπερίληψης της αυτό-έκφρασης στην σχέση, δ) η διαδικασία της ανάληψης ρόλων, ε) η διαδικασία της θέσπισης ρόλων που ταιριάζουν στην σχέση και στα άτομα, στ) η διαδικασία της επίτευξης δυναμικής αποκρυστάλλωσης απόψεων.

Από την ανάλυση του Lewis φαίνεται καθαρά ότι η επικοινωνία είναι ένα αναγκαίο και σταθερό συστατικό στοιχείο της εξέλιξης της σχέσης από προγαμιαία σε συζυγική στην κοινωνία μας. Η σημασία της επικοινωνίας συνεχίζει να υφίσταται μέσα στον γάμο και στην διάρκεια ολόκληρης της ζωής. Επομένως, αν τα ζευγάρια που έχουν δεσμό μεταξύ τους αποκτήσουν δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας, αυτό θα ήταν ένα σημαντικό έργο για την προετοιμασία τους για έναν επιτυχημένο γάμο.

Η σημασία της επικοινωνίας στην συζυγική σχέση έχει συζητηθεί επίσης και από αρκετούς ερευνητές και κλινικούς ψυχολόγους. Οι Targow και Zweber, σύμφωνα με τον Bernard G. Guerney, προσπαθώντας να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα από την εμπειρία παντρεμένων ζευγαριών τα οποία παρακολουθούσαν μια ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη ομάδα, συμπέραναν ότι η μεγαλύτερη αλλαγή που υπερτόνισαν τα ζευγάρια ήταν η βελτίωση της επικοινωνίας. Οι Ard και Ard (1969) διερεύνησαν ένα μεγάλο τμήμα της βιβλιογραφίας που αποδεικνύει ότι η κακή επικοινωνία αποτελεί πηγή συζυγικών δυσκολιών.

Εκτός από το ότι η επικοινωνία είναι μια πηγή βαθιάς ευχαρίστησης από μόνη της και βάζει τα θεμέλια για την μελλοντική συζυγική ευτυχία, έχουμε κάθε λόγο να πιστεύουμε ότι μια καλή προγαμιαία σχέση μπορεί να λειτουργήσει ως πρωταρχικό στοιχείο της ατομικής ψυχικής υγείας και της προσωπικής ανάπτυξης του κάθε συντρόφου, συμπεριλαμβανομένων ακόμη και εκείνων των περιπτώσεων όπου υπάρχουν πολύ έντονες συναισθηματικές δυσκολίες ( Guerney, 1969).

Τέλος, στις προγαμιαίες σχέσεις υπάρχουν πολύ μεγάλη ανασφάλεια και έλεγχος αναφορικά με την αμοιβαιότητα των αντιλήψεων και των προσδοκιών. Σε αυτή την σημαντική σχέση φαίνεται να υπάρχει μια προσπάθεια για αυτό-αξιολόγηση. Η δημιουργία άμεσων διαπροσωπικών σχέσεων αντιπροσωπεύει σε μεγάλο βαθμό ένα αναπτυξιακό στάδιο μετάβασης προς την ωριμότητα. Όταν οι άνθρωποι εμπλέκονται σε σημαντικές σχέσεις με άλλους, πρέπει να προχωρήσουν σε προσαρμογές. Αναπτύσσονται υποχρεώσεις τόσο προς τον εαυτό σου όσο και προς το άλλο άτομο. Πρέπει να γίνουν μετατροπές για να διευκολυνθεί ο άλλος, ενώ αναδύονται πλευρές του εαυτού που είτε παρέμεναν κρυμμένες είτε είναι καινούργιες για τον άνθρωπο. Οι προγαμιαίες σχέσεις διαμορφώνονται συχνά κατά την διάρκεια μιας περιόδου όπου η αυτοσυνείδηση βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Φαίνεται αρκετά εύλογο ότι για να προχωρήσει κάποιος προς την αυτοσυνείδηση μέσα από μία σημαντική συντροφική- προγαμιαία σχέση, πρέπει να ικανοποιήσει ατομικές ανάγκες που αφορούν την ανάπτυξή του.

Ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους I. Χλιαουτάκη και Φ. Σωκρατάκη το 1997, όσον αφορά την προγαμιαία αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων, μελετήθηκε η σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά 720 εφήβων ηλικίας

15-19 ετών. Οι άρρενες σε μεγαλύτερα ποσοστά ανέφεραν την συνουσία σε ηλικία κάτω των 17 ετών, ενώ οι θήλυς άνω των 18 ετών. Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων στην πρώτη συνουσία βρέθηκε να διαφοροποιείται σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο ως προς το φύλο, την γνώση σε σεξουαλικά θέματα και την συχνότητα συνουσιών. Δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται ως προς την στάση στην ευθύνη για χρήση αντισυλληπτικών μέσων. Επιβάλλεται πληρέστερη μελέτη των ποικίλων παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση επικίνδυνης αντισυλληπτικής συμπεριφοράς.

Σε αντίθεση με την μάλλον εκτεταμένη φιλολογία γύρω από τις προγαμιαίες στάσεις και συμπεριφορές των νέων, μόλις τις τελευταίες δεκαετίες δόθηκε λίγη προσοχή στην έρευνα για την αντισυλληπτική συμπεριφορά ανάμεσα στα νεαρά άτομα. Ήδη από το 1973, μελέτες έδειχναν ότι οι έφηβοι και οι νέοι αμερικάνοι είχαν καλή γνώση της αντισύλληψης και ότι υιοθετούσαν ευνοϊκές στάσεις στην διάθεση και στην χρήση αντισυλληπτικών. Μελέτη του 1976 στην Β. Αμερική πρότεινε την σχέση ανάμεσα στην γνώση για τα μέσα και τις τεχνικές αντισύλληψης και στην αποδοχή των προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων. Από αποτελέσματα διεθνούς έρευνας, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αύξησε τις γνώσεις των μαθητών, αλλά είχε μικρή ή καμία επίδραση στην σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά τους.

Επίσης ο συγγραφέας άλλης μελέτης κατέληγε το 1977 στο συμπέρασμα ότι η διαμόρφωση ιδιαίτερων στάσεων είναι ισχυρά συνδεδεμένη με την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Συγκεκριμένα, μια δυνατή αίσθηση του προσωπικού ελέγχου ή της αποτελεσματικότητας κάποιου ατόμου σε σύνδεση με την δεκτικότητά του για αλλαγή των παραδοσιακών ρόλων και σχέσεων άνδρα- γυναικας συμβάλλει σε αποτελεσματική χρήση αντισυλληπτικού μέσου.

Σε πιο πρόσφατη μελέτη, ερευνητές επέμεναν στο ρόλο των δύο φύλων στην προγαμιαία αντισύλληψη. Συγκεκριμένα, το 1984 η Mac Corquodale επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι όσο πιο ισότιμη στάση στους ρόλους των φύλων υιοθετούν οι έφηβοι τόσο περισσότερες οι πιθανότητες να πιστεύουν ότι η αντισυλληπτική ευθύνη και η χρήση πρέπει να μοιράζονται. Επίσης τόσοι περισσότερες είναι οι πιθανότητες να συζητούν για την αντισύλληψη πριν από την συνουσία και να είναι συχνότεροι χρήστες αποτελεσματικότερων μεθόδων από τα άτομα με παραδοσιακές στάσεις. Μερικά χρόνια αργότερα, άλλοι ερευνητές υπογράμμιζαν ότι οι έφηβοι χρειάζονται ισορροπημένο περιβάλλον ανάμεσα στα φιλελεύθερα και συντηρητικά άκρα, γιατί ένα τέτοιο περιβάλλον προάγει την σεξουαλική υπευθυνότητα, αυξάνοντας την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής σχέσης και της χρήσης αντισυλληπτικών. Επίσης, άλλες εργασίες ασχολήθηκαν με την επίδραση της οικογένειας, των ομηλικών και των ερωτικών συντρόφων στην αναζητούμενη αντισυλληπτική συμπεριφορά των εφήβων.

Στον Ελλαδικό χώρο, τα επιστημονικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα και αποσπασματικά, από επιλεγμένα δείγματα, αφού δεν έχει διεξαχθεί έρευνα σε εθνική κλίμακα. Τα περισσότερα από αυτά αφορούν σε επιδημιολογικές μελέτες της σεξουαλικής συμπεριφοράς και της χρήσης αντισυλληπτικών από διαφορετικές ομάδες ηλικίας. Χαρακτηρίζονται από διαφορετικές ομάδες συλλογής και επεξεργασίας του υλικού, συνεπώς τα αποτελέσματά τους παρουσιάζουν ανομοιογένεια, περιορίζοντας τις δυνατότητες για συγκρίσεις.

Στοιχεία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα» ανέφεραν την ορμονική αντισύλληψη ως πρώτη μέθοδο στην προτίμηση ενός δείγματος 3145 γυναικών. Χρησιμοποιούσαν το ενδομήτριο σπείραμα και το προφυλακτικό. Άλλα στοιχεία από διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι οι άρρενες χρησιμοποιούσαν σε μεγαλύτερα ποσοστά από τις θήλυς κάποια αντισυλληπτικά μέσα. Αποτελέσματα άλλης μελέτης παρουσίασαν το προφυλακτικό και την διακεκομμένη συνουσία ως τις πλέον συνήθεις αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται από τους νέους. Κατέγραψαν επίσης ποσοστό 38,5% παρθενίας στις γυναίκες.

## 5.4 ΓΑΜΟΣ, ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

### 5.4.1.ΛΙΓΑ ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ

*Γάμος* είναι η νόμιμη, μακροχρόνια θεσμική διαδικασία σύζευξης άνδρα και γυναίκας. Εάν μία ένωση καλείται γάμος αυτό σημαίνει ότι ο σύζυγος και η σύζυγος έχουν αναγνωρίσει απαιτήσεις έναντι των συντρόφων τους, οι οποίες συχνά είναι και υλικές. Ο γάμος δίνει στα παιδιά που γεννιούνται από μια τέτοια ένωση μια ειδική προνομιακή κατάσταση. (Εγκυκλ. Υδρία Ηλιος, 1990, τομ 3<sup>ος</sup>, 967)

Ο γάμος αποτελεί σύμβαση του ενοχικού δικαίου, η οποία καταρτίζεται με την σύμφωνη βούληση δύο προσώπων διαφορετικού φύλου με σκοπό την δημιουργία μιας μόνιμης κοινωνικής συμβίωσης. Η σύμβαση αυτή είναι τυπική και ανεπίδεκτη αντιπροσώπευσης και προϋποθέτει για την εγκυρότητά της, τρεις βασικές αρχές, τις ακόλουθες:

1. Την αρχή της ελευθερίας στην σύναψη του γάμου (μια και δεν υπάρχει σε αυτόν η έννοια του καταναγκασμού άμεσου ή έμμεσου)
2. Την αρχή σύναψης γάμου μόνο μεταξύ ετερόφυλων (συνεπώς ο γάμος ομοφυλοφίλων είναι ανυπόστατος)
3. Την αρχή της μονογαμίας (μιας και επιτρέπεται ένας μόνο γάμος και αφού αυτός λυθεί μπορεί να υπάρξει δεύτερος ή τρίτος) (Σ. Δροσοπούλου, 1995,144)

*Διαζύγιο* είναι η λύση του γάμου, ενώ ζουν οι σύζυγοι με αμετάκλητη δικαστική απόφαση. Ο Αστικός Κώδικας ρυθμίζει τα σχετικά με το διαζύγιο, στα άρθρα 1.438-1.462, οι διατάξεις των οποίων είναι δημόσιας τάξης. Γι' αυτό κάθε συμφωνία που οδηγεί στην λύση του γάμου πέρα από τις διατάξεις αυτές είναι άκυρη (Εγκυκλ. Υδρία Ηλιος,1990, τομ 4<sup>ος</sup> , 1.195).

Ο Ν.1.329/1983 άλλαξε ριζικά τον θεσμό του διαζυγίου με κύρια χαρακτηριστικά την καθιέρωση του αντικειμενικού κλονισμού από οποιαδήποτε αιτία ως λόγο διαζυγίου, την καθιέρωση του συναινετικού διαζυγίου, καθώς και την προστασία του οικονομικά ασθενέστερου των πρώην συζύγων κατ' αρχήν με βάση τις ανάγκες και άσχετα με την ύπαρξη ή όχι υπαιτιότητας.

Το διαζύγιο (το οποίο απαγγέλλεται με αμετάκλητη δικαστική απόφαση, άρθρο 1.438 Α.Κ.) μπορεί να οφείλεται:

- ∅ Είτε σε «ισχυρό κλονισμό» της έγγαμης σχέσης (άρθρο 1439 Α.Κ.)
  - ∅ Είτε λόγο τετραετούς διακοπής της έγγαμης συμβίωσης, διότι τότε είναι δεδομένο ότι ισχύει ο προηγούμενος λόγος- άρθρο 1439 Α.Κ.
  - ∅ Λόγω κήρυξης κάποιου από τους συζύγους σε αφάνεια, άρθρο 1440 Α.Κ.
  - ∅ Λόγω κοινής συμφωνίας των συζύγων (συναινετικό διαζύγιο) ανεξάρτητα από υπαιτιότητα και κλονισμό γάμου :
1. Εφ' όσον ο γάμος έχει διαρκέσει πάνω από έναν χρόνο από την κατάθεση της αίτησης διαζυγίου.
  2. Εφ' όσον έχει δηλωθεί η συμφωνία των συζύγων αυτοπροσώπως στο δικαστήριο ή με ειδικό πληρεξούσιο σε δύο συνεδριάσεις (που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον έξι μήνες)
  3. Εφ' όσον υπάρχουν ανήλικα τέκνα, θα πρέπει να προσκομίζεται γραπτή συμφωνία των συζύγων που να ρυθμίζει την επιμέλεια των τέκνων και την επικοινωνία με αυτά. (Σ. Δροσοπούλου, 1995,148-149)

Οφείλουμε να αναφέρουμε ότι οι Έλληνες δημογράφοι λίγο έχουν ασχοληθεί και διερευνήσει το ζήτημα του γάμου και του διαζυγίου στον Ελλαδικό χώρο. Το ότι δεν υπάρχει το αναμενόμενο αυτό ενδιαφέρον δεν μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη στατιστικών δεδομένων. Καθώς η Ε.Σ.Υ.Ε συλλέγει, επεξεργάζεται και δημοσιεύει ετησίως τα αναγκαία για την δημογραφική ανάλυση στοιχεία.

Για την διάλυση των εγγάμων συμβιώσεων αυτό εν μέρει αποδίδεται αφ' ενός στο μικρότερο χρονικό βάθος (έναρξη :1962) αφ' ετέρου δε παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία στον χειρισμό τους λόγω ανεπάρκειας των επιφορτισμένων με την παραγωγή και επεξεργασία των υπηρεσιών τους. (Στην Στατιστική της Δικαιοσύνης δημοσιεύεται ετησίως η κατανομή των οριστικών αποφάσεων διαζυγίων κατά: α)λόγο διαζυγίου, υπαιτιότητα και περιφέρειες εφετείων, β)λόγο διαζυγίου και διάρκεια λυθέντος γάμου, γ)τον αριθμό των τέκνων και δ)έτος λύσεως του γάμου σε σχέση με το έτος τέλεσης του. Τα διαζύγια κατά

την διάρκεια του λυθέντος γάμου σε τρέχοντα έτη δημοσιεύονται από το 1962. Για την περίοδο 1962-1971 δεν διαθέτουμε την στατιστική σειρά «έτος τέλεσης γάμου χ έτος διαζυγίου», επομένως έχουμε μόνο στην διάθεσή μας στοιχεία που αναφέρονται σε διάρκειες γάμου σε τρέχοντα έτη)

Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το μικρό ποσοστό διαζυγίων στην χώρα μας δικαιολογεί κατά έναν βαθμό την απουσία από την Ελληνική βιβλιογραφία μελετών που προσεγγίζουν το παραπάνω θέμα. (Β.Κοτζαμάνης, 1997,63-64)

v

### *Η Θεωρία της Ζερμαίν Τιγιόν*

Παρ' όλο που ο Κλωντ Λέβι-Στρως, η Ζ.Τιγιόν και ο Τάλκοτ Πάρσονς αποσπίαστηκαν από τις θεωρίες του μονογαμικού εξελικτισμού, οι θεωρίες τους μπορούν να καταταγούν μεταξύ των «Μεγάλων Θεωριών».

Στους συγγραφείς αυτούς παρατηρεί κανείς την προσπάθεια τοποθέτησης του προβλήματος του γάμου και της συγγένειας στα πλαίσια της καθολικής κοινωνίας, είτε αυτή είναι αρχαϊκή, είτε είναι σύγχρονη βιομηχανική.

Η Ζερμαίν Τιγιόν ανέλυσε τις δευτερογενείς οικογενειακές δομές των ιστορικών κοινωνιών, οι οποίες είναι ενδογαμικές, χαρακτηρίζονται από δημογραφική αύξηση και τοποθετούνται γύρω από την λεκάνη της Μεσογείου.

Συγκεκριμένα οι δευτερογενείς δομές εμφανίστηκαν εκεί που δημιουργήθηκε «μία έντονη διαφοροποίηση της γενικής οικονομίας των ανθρώπων, αποτέλεσμα μιας σειράς σχεδόν ταυτόχρονων επινοήσεων: Καλλιέργεια των δημητριακών, εξημέρωση των ζώων, πρώτα μέσα μεταφοράς, αστεακή ζωή κ.λπ.».

Το ότι υπήρξε άφθονη και επίσης η οικονομία πήγαινε όλο και καλύτερα, επέτρεψε την ύπαρξη πολλών παιδιών και στην συνέχεια δημιουργήθηκε η ανάγκη για περισσότερα μέλη της οικογένειας ώστε να προστατέψουν και να αναλάβουν τις γεωργικές εκτάσεις. Τώρα που οι άνθρωποι δεν έχουν ανάγκη τις συμμαχίες που εξασφάλιζε η εξωγαμία αλλά εφαρμόζουν την ενδογαμία ώστε να κρατήσουν τα παιδιά της οικογένειας.



Το σύνθημα του συστήματος αυτού είναι η φράση της Παλαιάς Διαθήκης «Αυξάνεστε και πληθύνεστε». Η Τιγιόν επίσης παρατηρεί πως αυτή η πληθυσμιακή αντίληψη εξακολουθεί να επικρατεί στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες, οι οποίες προβάλλουν αρκετή αντίσταση στην αντισύλληψη και την άμβλωση. Εκεί που επικρατεί ο Ισλαμισμός και ο Καθολικισμός είναι περισσότερο επηρεασμένοι από την αντίληψη αυτή και η ενδογαμική τους συμπεριφορά φανερώνεται με τις απαγορεύσεις των μικτών γάμων. (Α. Μισέλ, 2000,51,74)

## ▼

### Το ζήτημα του γάμου στον ελληνικό πληθυσμό

Τα νέα για το μέλλον της ελληνικής οικογένειας είναι αρκετά ευοίωνα αν και μόνο αν σκεφτεί κανείς τα ποσοστά της γαμηλιότητας, όπου το 1949 δεν έχουν παρουσιάσει σχεδόν καμία αλλαγή. Κινούνται με μία τρομερή σταθερότητα της τάξεως των 7 και 8 τοις χιλίοις.

Σαφώς οι επιπτώσεις των δίσεκτων ετών αντικατοπτρίζονται σε κάθε τέταρτο έτος και οδηγούν στην κατάρρευση των ποσοστών γαμηλιότητας σε όλες τις ηλικίες. Διότι η επίδραση που συνδέεται με την σύναψη γάμου σε δίσεκτο έτος παραμένει έντονη στην ελληνική κοινωνία.

Όσον αφορά κάποια στατιστικά τα οποία θα καταφέρουν να μας διαφωτίσουν σχετικά με το θέμα του γάμου, παραθέτουμε τα εξής:

Στην Ελλάδα την περίοδο 1861-1971 τα ποσοστά έγγαμων ανδρών όλων των ηλικιών αυξήθηκε από 33% σε 49%, των έγγαμων γυναικών από 35% σε 49%. Μεταξύ των απογραφών 1951 και 1971 το ποσοστό έγγαμων ανδρών (15 ετών και άνω) αυξήθηκε από 54,3% σε 66,6% και το ποσοστό των έγγαμων γυναικών από 51,4% σε 63,7%.

Εφ' όσον η γαμηλιότητα, όπως είδαμε παραπάνω, παραμένει σταθερή, η αύξηση του ποσοστού των έγγαμων θα πρέπει να οφείλεται στην παράταση του μέσου όρου ζωής (αναβολή χηρείας), στους δεύτερους γάμους και στην σύναψη γάμου σε μικρότερη ηλικία.

Μεταξύ των ετών 1964 και 1976 η μέση ηλικία των γαμπρών μειώθηκε προοδευτικά από 29 σε 28 έτη και των νυφών από 24,5 σε 23 (περίπου) έτη. Επίσης υπάρχει αύξηση της

μέσης διαφοράς ηλικίας μεταξύ των γαμπρών και των νυφών από 4,5 έτη σε 5 έτη. (Α. Μισέλ, 2000,282)

Μέχρι το 1979-1980, το ποσοστό των γυναικών στην χώρα μας που έχει ήδη συνάψει πρώτο γάμο πριν το 25<sup>ο</sup> έτος αυξάνεται συνεχώς : Από 54% το 1956 ανέρχεται σε 70% τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Εν συνεχεία όμως συρρικνώνεται τάχιστα, μόνο μία στις δύο ελληνίδες έχει συνάψει πρώτο γάμο πριν τα 25 το 1995. (Β. Κοτζαμάνης,1997,72)

Στην περίοδο 1951 και 1971 το ποσοστό των γαμπρών με απολυτήριο εξατάξιου γυμνασίου πέρασε από 12,7% σε 22,9% και των νυφών από 11,4% σε 25,3%. Το ποσοστό των πτυχιούχων γαμπρών ανώτερων και ανώτατων σχολών από 5,6% σε 10,8% και των νυφών από 2,1% σε 6,1%.

Η παρατηρούμενη τάση σύναψης γάμου σε μικρότερη ηλικία είναι αξιοπρόσεκτη γιατί συμβαίνει παράλληλα με την άνοδο του εκπαιδευτικού επιπέδου. Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες ιδιαίτερα, κάτοικοι αστικών περιοχών παντρεύονται πάντα αργότερα από τους κατοίκους των αγροτικών. (Α. Μισέλ, 2000, 282). Οι ρυθμοί σύστασης της οικογένειας επιταχύνονται για τις γυναίκες που γεννήθηκαν μετά το 1930 και τέμνουν την περίοδο 1955-1985. Αντίθετα, η σταθεροποίηση και σε συνέχεια η επιβράδυνση των ρυθμών σύστασης της οικογένειας για τις γυναίκες που γεννήθηκαν μετά το 1960, οδηγούν τον στιγμιαίο δείκτη σε ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο στα 1994-1995 (Γύρω στους 700 γάμους ανά 1000 γυναίκες). Επίπεδο που δεν αντιπροσωπεύει την πραγματική γαμηλιότητα των γυναικών που γεννήθηκαν από το 1960-1970. (Β. Κοτζαμάνης, 1997, 90)

Ανακεφαλαιώνοντας, διακρίνουμε τρεις περιόδους άνισης διάρκειας:

Α) Διαρκεί περίπου μια δεκαπενταετία, αρχίζοντας πιθανότατα μετά το τέλος του εμφυλίου και τελειώνοντας στα μέσα του 1960. Οι νέες Ελληνίδες που γεννήθηκαν μετά το 1940 παντρεύονται όλο και πιο συχνά στις ηλικίες 15-24 και οι πλέον ηλικιωμένες εξ' αυτών που γεννήθηκαν πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο τείνουν να σταθεροποιούν την γαμηλιότητά τους στις ώριμες και σχετικά μεγάλες ηλικίες. (>30 έτη).

Β) Η περίοδος αυτή προεκτείνεται μέχρι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980, οι Ελληνίδες σταθεροποιούν την γαμηλιότητά τους στα 20-24 έτη ή συνήθως οι άνω των 25 την συρρικνώνουν σημαντικά.

Γ) Στην περίοδο που εκτείνεται έως το 1995, οι τάσεις αναστρέφονται, οι γυναίκες άνω των 25 παντρεύονται συχνότερα από τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας στην διάρκεια της πρώτης μεταπολεμικής τριακονταετίας, ενώ οι Ελληνίδες 15-24 ετών, συνεχίζουν όπως και στην προηγούμενη περίοδο να μειώνουν την γαμηλιότητά τους. (Β. Κοτζαμάνης, 1997, 71,72)

Είναι γνωστό ότι στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα διακρίνονται δύο μοντέλα γαμηλιότητας στην Ήπειρό μας. Το πρώτο χαρακτηρίζεται από χαμηλή γαμηλιότητα και υψηλή μέση ηλικία σύναψης γάμου και αντιπροσωπεύει την Σουηδία και την Νορβηγία στον Βορρά και το δεύτερο χαρακτηρίζεται από υψηλή γαμηλιότητα και χαμηλή ηλικία σύναψης γάμου και αντιπροσωπεύει τις Βαλκανικές χώρες στον Νότο.

Θα ήταν ενδιαφέρον να συγκρίνουμε τις τάσεις γαμηλιότητας της χώρας μας με το δυτικό μοντέλο, το υπέστη ριζικές αλλαγές στην διάρκεια της τελευταίας εκατονταετίας, ενώ στις επτά πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα οι αλλαγές αυτές συνέτειναν στην σημαντική συρρίκνωση των άγαμων ( ιδιαίτερα μετά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο) γεγονός που επέτρεψε σε ορισμένους δημογράφους να χαρακτηρίζουν το φαινόμενο αυτό ως ένα «marriage-boom».

Στις Βόρειες χώρες της Ευρώπης παρατηρείται μια τάση για όλο και λιγότερους γάμους, ελεύθερες συμβιώσεις που δεν καταλήγουν εύκολα σε γάμο, γεννήσεις εκτός γάμου και την μέση ηλικία στον γάμο και των δύο φύλων να ανεβαίνει.

Σε αντίθεση με αυτές τις χώρες, στην Ελλάδα ο θεσμός του γάμου είναι ιδιαίτερα ισχυρός, τα ποσοστά των άγαμων και των διαζυγίων (αν και σε ανοδική πορεία) μικρά..

Αν και οι αλλαγές είναι ταχύτατες στην Ελλάδα και οι τάσεις κοινές με την υπόλοιπη Ευρώπη, οι διαφορές παραμένουν έντονες. Ουδέποτε προσμετρήθηκαν στην χώρα μας κάτω από 650 γάμοι (εκτός των δίσεκτων ετών) επί 1000 γυναικών, όταν στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι αντίστοιχοι ετήσιοι δείκτες τοποθετούνται στους 500-550 γάμους επί των 1000 γυναικών.

Τέλος, το πλέον απαισιόδοξο σενάριο θέλει στην Ελλάδα τις γυναίκες που γεννήθηκαν μετά το 1970 να είναι άγαμες μόνο το 25%, όταν στις υπόλοιπες χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης το ποσοστό φτάνει στο 40% (B. Κοτζαμάνης, 1997, 95-98)

-  
Μέχρι το 1976 ο ετήσιος συνθετικός δείκτης παραμένει σταθεροποιημένος σε χαμηλά επίπεδα, 550 διαζύγια επί 10.000 γάμους, παρουσιάζοντας μικρές διακυμάνσεις. Μετά το έτος αυτό ο δείκτης ακολουθεί ανοδική πορεία, μια πορεία που θα τον οδηγήσει μια δεκαετία αργότερα σε 1.300 διαζύγια επί 10.000 γάμους. Μια σχετική σταθερότητα θα επικρατήσει τα τελευταία τρία χρόνια (1.100 διαζύγια). Η σταθερότητα αυτή όμως θα διαταραχθεί, καθώς ο δείκτης θα εκτιναχθεί στα 1.700 διαζύγια ανά 10.000 γάμους το 1995.

Ο νόμος 868/79 που καθιέρωνε ως μαχητό τεκμήριο κλονισμού της έγγαμης σχέσης την εξάχρονη τουλάχιστον συνεχή διακοπή της, προφανώς «ευνόησε» τα ζευγάρια που κατά το μεταβατικό στάδιο της εφαρμογής του, είχαν συμπληρώσει τουλάχιστον μια επταετία από την σύναψη του γάμου τους, συνθήκη που δεν ήταν δυνατόν να πληρωθεί για τους τελεσθέντες προ του 1970 γάμους. Για τον λόγο αυτό έχουμε και την πρώτη σημαντική αύξηση της συχνότητας των διαζυγίων στην τριετία 1979-1981 στις μεσαίες και μεγάλες διάρκειες γάμου. Διαπιστώνουμε έτσι ότι οι αλλαγές στο οικογενειακό δίκαιο αντικατοπτρίζονται στις αναλογίες των διαζυγίων ανά διάρκεια γάμου.

Ακολουθεί η νέα ριζική θεσμική αλλαγή του 1983, οι επιπτώσεις της είναι προφανείς. Καταγράφονται 1.100-1.300 διαζύγια ετησίως στην τετραετία 1984-1987 έναντι 820-870 στην διετία 1982-1983. Επομένως με την επελθούσα αλλαγή και την απλοποίηση των διαδικασιών λύνονται κατ' αρχάς οι γάμοι εκείνοι για την λύση των οποίων, με το προϋπάρχον θεσμικό πλαίσιο, θα απαιτείτο σαφώς μεγαλύτερο διάστημα. Λύνονται όμως από τότε και έπειτα σε συναινετική βάση και όλοι εκείνοι οι γάμοι για τους οποίους στο παρελθόν απαιτείτο η εικονική κατ' αντιδικία διάλυσή τους. (B. Κοτζαμάνης, 1997, 102-111)

Κάτι εξίσου σημαντικό που πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι αυξάνει ταχύτερα το ποσοστό των διαζευγμένων γυναικών σε σχέση με το ποσοστό των διαζευγμένων ανδρών. Όπως παρατηρήσαμε, η γυναίκα των πόλεων προχωρεί ευκολότερα από την αγρότισσα σε ένα διαζύγιο και χωρίζει ευκολότερα. (A. Μισέλ, 2000, 292)

## **5.5. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΕΓΓΑΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ**

Το θέμα της εκτρώσεως είναι πολύ σημαντικό για την γυναίκα, δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε την ευθύνη που φέρει ο άνδρας και δει ο σύζυγος. Στην συνέχεια προσπαθούμε να καταγράψουμε τις στάσεις των εγγάμων όπως αυτές διαφαίνονται από την παρακάτω έρευνα. Γι' αυτό , στην παρούσα φάση θα παραθέσουμε και θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα από την έρευνα που διεξήγαγαν η Κλειώ Πρεσβέλου και η Αφροδίτη Τεπέρογλου στο Ε.Κ.Κ.Ε με τον γενικό τίτλο «Οι νεαρές οικογένειες» στην μείζονα περιφέρεια της πρωτεύουσας το 1971-1972.(τεύχος 28/Γ' και 39-40, Επιθ. Κοινωνικών Ερευνών ,έκδοση Ε.Κ.Κ.Ε ).

Η έρευνα στο αντιπροσωπευτικό της δείγμα προέρχεται από 6 αστικούς δήμους της Πρωτεύουσας και αφορά την στάση έγγαμων ανδρών και γυναικών ως προς την άμβλωση. Συνολικά 366 ζεύγη πήραν μέρος στην έρευνα, οι δύο σύζυγοι απάντησαν χωριστά και γραπτά .Οι απαντήσεις διαφοροποιήθηκαν κατά φύλο και όχι κατά ζεύγος

### **5.5.1. Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΑΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΜΕΣΟ**

Ενδιαφέρον είναι να δούμε πως αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια το θέμα της έκτρωσης όταν θέλουν να περιορίσουν τον αριθμό των παιδιών τους. Λειτουργεί δηλαδή η άμβλωση ως μέθοδος αντισύλληψης και πόσο εύκολα καταφεύγουν σε αυτήν

Ήταν φυσικό και εν μέρει αναμενόμενο να υπάρχει διαφορά στις απαντήσεις των δύο φύλων , δεδομένου ότι το πρόβλημα της εκτρώσεως πέραν της ευρύτερης δημογραφικής , κοινωνικής και ηθικής σημασίας του , απασχολεί διαφορετικά τους άνδρες και τις γυναίκες.

Σύμφωνα όμως με τα πορίσματα της έρευνας δεν υπάρχουν βασικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η πλειοψηφία των έγγαμων ανδρών και γυναικών απαντά πως συμφωνούν απόλυτα ή εν μέρει με την έκτρωση στην παραπάνω ερώτηση (άνδρες:54,2 %) ( γυναίκες: 55%)Η μεγάλη ταύτιση των απαντήσεων , δηλώνει υποθετικά την «πλήρη συζυγική σύμπνοια και κατανόηση»σε ένα θέμα τόσο σημαντικό όπως η έκτρωση. Αλλά επίσης και ότι «Η ευρεία χρήση της έκτρωσης , σαν αντισυλληπτικό μέσον , φαίνεται να βρίσκει την βάση της σε μια γενικευμένη ευμενή γνώμη τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, υπέρ της χρησιμοποίησής της».

Το μικρό σχετικά ποσοστό των αναποφάσιστων (7,5%) είναι ενδεικτικό του γεγονότος ότι τα νεαρά ζεύγη της περιοχής των Αθηνών -Πειραιώς έχουν πάρει ήδη μια οριστική θέση (θετική ή αρνητική) έναντι του θέματος της εκτρώσεως.

### **5.5.2. Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ**

Με την πάροδο της ηλικίας , το ποσοστό των γυναικών που τάσσονται υπέρ της αμβλώσεως μειώνεται σημαντικά , ενώ αντίστοιχα αυξάνει το ποσοστό εκείνων που την αποδοκιμάζουν.

Είναι αξιοπρόσεχτο ότι στην κατηγορία των νεαρών γυναικών , ηλικίας μεταξύ 21 και κάτω των 25 ετών που αντιπροσωπεύουν το ένα τρίτο του δείγματος (34,7%) , δύο γυναίκες στις τρεις (64,6) συμφωνούν απόλυτα ή εν μέρει με την πρόταση , ενώ μεταξύ των πιο προχωρημένων στην ηλικία ,άνω των 29 ετών, μόνο μια γυναίκα στις δύο (51,5%) συμφωνεί ακόμη.

Αντίθετα το ποσοστό των γυναικών που διαφωνεί αυξάνει αS^fei βαθμιαία με την ηλικία και αντιπροσωπεύει το 35,4% στις νεότερες έναντι 48,5% στις πιο ηλικιωμένες.

Η γνώμη , θετική ή αρνητική , που εκφράζει η γυναίκα όταν της τίθεται το ερώτημα πάνω στο ζήτημα της αμβλώσεως , είναι όπως παρατηρήσαμε σχετική με την ηλικία της και το συγκεκριμένο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον της. Οι νεότερες που βρίσκονται στην αρχή του αναπαραγωγικού τους κύκλου , δεν απορρίπτουν ασυζητητί το ενδεχόμενο της εκτρώσεως .Αντίθετα οι μεγαλύτερες (29 ετών και άνω) φαίνονται να αντιμετωπίζουν πιο ψύχραιμα την πιθανή αύξηση των μελών της οικογένειας τους.

Αναφορικά με την ηλικία του άνδρα και σε συνάρτηση με την γνώμη του για την έκτρωση , έρευνες που έγιναν επί παγκοσμίου επιπέδου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι « Οι άνδρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι από ότι οι άνδρες 30

ετών και άνω».(Όταν λέμε «φιλελεύθεροι» εννοούμε ,νεαρότερη ηλικία - υψηλότερο ποσοστό ευμενούς γνώμης για την έκτρωση).

Στο ελληνικό δείγμα το ποσοστό παραδοχής της έκτρωσης αυξάνει με την ηλικία του άνδρα : 59% των ανδρών ηλικίας 24-27 ετών τίθενται υπέρ της εκτρώσεως έναντι 63,1% ηλικίας 30-33 ετών.

Η εξήγηση μάλλον πρέπει να αναζητηθεί στην φάση του οικογενειακού κύκλου που οι νεαρές οικογένειες διανύουν σε συνδυασμό πάντα με οικονομικής φύσεως παράγοντες. Οι άνδρες που βρίσκονται στην ηλικία 24-27 είναι αυτοί που εισέρχονται στην φάση δημιουργίας οικογένειας , άρα και προσπάθεια για επαγγελματική και οικονομική εξέλιξη. Συνεπώς, εκφράζουν την επιθυμία να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη. Αντίθετα οι άνδρες ηλικίας 30-33 ετών μπαίνουν στην φάση συμπλήρωσης του αριθμού των παιδιών τους και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της επί πλέον αυξήσεως των μελών της οικογένειας τους. Συνεπώς οι μεν νέοι σύζυγοι επιθυμούν να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη ,οι δε ηλικιωμένοι να διακόψουν κάθε πρόσθετη εγκυμοσύνη. Αυτή την έννοια παίρνει στον ελληνικό χώρο η διαπίστωση ότι οι πιο ηλικιωμένοι είναι και πιο φιλελεύθεροι.

Σύμφωνα με τα δεδομένα από τις γυναικείες και ανδρικές γνώμες καταλήγουμε στην υπόθεση ότι στην Ελλάδα ο άνδρας σε μεγαλύτερη ηλικία , γίνεται πιο φιλελεύθερος στο θέμα της έκτρωσης ενώ η γυναίκα πιο αντιδραστική. Η εξήγηση πιθανόν μπορεί να δοθεί στην μέχρι τότε αρνητική θέση της ελληνικής νομοθεσίας και κοινωνικής πολιτικής όσον αφορά την χρήση αντισυλληπτικών μέσων .Και επίσης αν προσθέσουμε ότι η παγκόσμια αντισυλληπτική πολιτική απευθύνεται κατά το πλείστον στην γυναίκα, σαν να είναι η αποφυγή τεκνοποίησης καθαρά γυναικεία υπόθεση.

### **5.5.3. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι από το δείγμα που απάντησε , μόνο 13 νέες μητέρες (4,1%) έχουν τρία παιδιά , το 60,3% έχουν δύο , ενώ 35,6% ένα παιδί .Φαίνεται πως οι οικογένειες της έρευνας αφού είναι και νεαρές ,δεν έχουν ακόμη ολοκληρώσει τον κύκλο της τεκνογονίας τους.

Το ποσοστό των γυναικών που συμφωνούν με την πρόταση περί εκτρώσεως αυξάνει με τον αριθμό των παιδιών στις κατηγορίες των γυναικών που έχουν ένα ή δύο παιδιά.55,8% και 61,8% αντίστοιχα. Αξιοπρόσεχτο είναι το γεγονός ότι το ποσοστό των μητέρων με τρία παιδιά αντί να αυξάνεται, μειώνεται στο 46,2%.

Αν και το δείγμα είναι μικρό για περαιτέρω ανάλυση μπορούμε μόνο να υποθέσουμε ότι οι συγκεκριμένες γυναίκες ανήκουν στην κατηγορία των γυναικών που λόγω ηθικών , παραδοσιακών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων τάσσονται ευκολότερα ενάντια στην έκτρωση.

Η ανάλυση των απαντήσεων του ανδρικού δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών τείνει να δώσει βάση στην οικονομική εξήγηση. Διαπιστώνεται κατ' αρχήν μια αυξανόμενη τάση υπέρ της εκτρώσεως ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών ,

αρχίζοντας από 58,7% για το ένα παιδί, 59,5% για δύο παιδιά και 64,3% για τα τρία παιδιά. Τις ίδιες τάσεις παρατηρήσαμε παραπάνω και στο δείγμα των γυναικών , με μια βασική διαφορά όμως στις απαντήσεις με τρία παιδιά .

#### **5.5.4. ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

Σκόπιμο είναι να μελετήσουμε την άποψη των γυναικών σχετικά με την έκτρωση σε συνάρτηση με το μορφωτικό τους επίπεδο .Από την έρευνα προκύπτει ότι μια στις δύο ερωτώμενες είναι απόφοιτος δημοτικού , ενώ 7,3% είναι απόφοιτος Ανώτερος Σχολών. Το 15,5% έχουν τελειώσει τις τρεις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου και το 27,2% είναι απόφοιτες εξατάξιου Γυμνασίου.

Το ποσοστό των γυναικών που αποδέχεται την έκτρωση παραμένει υψηλό και στα τέσσερα επίπεδα μορφώσεως .Παρατηρούμε ότι το χαμηλότερο ποσοστό αποδοχής (56%) το κατέχουν οι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου , ενώ το υψηλότερο (67,3%) οι απόφοιτοι των τριών πρώτων τάξεων του Γυμνασίου.

Η θετική σχέση που έχει παρατηρηθεί επανειλημμένως μεταξύ του επιπέδου μορφώσεως της γυναίκας και της ελευθεροποίησης της σε άλλους τομείς της οικογενειακής ζωής, δεν επιβεβαιώνεται εδώ.

Η σχετική επιφύλαξη των καλλιεργημένων γυναικών στο θέμα της εκτρώσεως σε αντίθεση με τις γυναίκες μέτριου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτες των τριών πρώτων τάξεων γυμνασίου)πιθανά οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρώτες όχι μόνο έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της σοβαρής αναταραχής που υφίσταται ο γυναικείος οργανισμός κατά την έκτρωση αλλά επιπλέον είναι πληροφορημένες σχετικά με την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων .Το υψηλό ποσοστό γυναικών (πρώτων τάξεων Γυμνασίου) που τάσσονται υπέρ της έκτρωσης ίσως να έχει να κάνει με την ημιμάθεια των γυναικών αυτών που πιθανά θεωρούν ότι η μειωμένη γεννητικότητα θα τις προστατέυε από τις οικονομικές και κοινωνικές αντιξοότητες .Το υψηλότερο ποσοστό που απορρίπτει την έκτρωση έχει μόρφωση δημοτικού .Αξίζει να σημειωθεί ότι Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλες έρευνες.

(Πίνακας 1)

<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ</b>
---------------------------------------



Γνώμη για την έκτρωση	Δημοτικό	Γυμνάσιο (τρεις πρώτε	Γυμνάσιο (απολυτήριο )	Ανώτερη ή Ανώτατη Εκπαίδευση	Σύνολο
<b>Θετική</b>	56%	67,3%	59,3%	60,9%	59%
<b>Αρνητική</b>	44%	32,7%	40,7%	39,1%	41%
	(50%)	(15,5%)	(27,2%)	(7,3%)	

### **5.5.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ-ΑΝΔΡΩΝ**

Πολλοί ερευνητές συσχετίζουν την εξωοικογενειακή εργασία της γυναίκας με τον μειωμένο αριθμό παιδιών .Με αυτά τα δεδομένα και αφού έχει αποδειχθεί ότι η έκτρωση χρησιμοποιείται ως αντισυλληπτική μέθοδος , θα ήταν φυσικό οι εργαζόμενες με πλήρες ωράριο γυναίκες να καταφεύγουν στην έκτρωση πολύ περισσότερο από ότι οι μη εργαζόμενες ή μερικώς απασχολούμενες.

Ωστόσο από την έρευνα διαπιστώνεται το αντίθετο(πίνακας 2 ).Η εξήγηση βασίζεται στην νοοτροπία των εργαζόμενων μητέρων .Στις οικογένειες που και οι δύο σύζυγοι εργάζονται δημιουργούνται κοινωνιολογικές προϋποθέσεις αρνητικές προς την έκτρωση. , για παράδειγμα ευρύτερη συζήτηση και κατανόηση μεταξύ των συζύγων γύρω απο τον προγραμματισμό τεκνογονίας ,ορθότερες και πιο ολοκληρωμένες πληροφορίες που έχει η εργαζόμενη μητέρα σχετικά με την χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μέτρων.

Ένας τομέας ιδιαίτερης σημασίας είναι να εξακριβωθεί εάν και κατά πόσο το επάγγελμα του άνδρα επηρεάζει την γνώμη του για την έκτρωση. Από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3) , δεδομένου ότι οι επαγγελματικές κατηγορίες δεν ανταποκρίνονται σε ξεκαθαρισμένα επαγγέλματα συνεπώς απευθύνονται σε πολύ διαφοροποιημένο επίπεδο της παιδείας ,εκπαίδευσης και εισοδήματος , μπορούμε να πληροφορηθούμε μόνο το εξής: Μεταξύ των ελεύθερων επαγγελματιών και μισθωτών δεν υπάρχει σχεδόν καμία διαφοροποίηση ποσοστών σχετικά με την υπέρ ή κατά θέση απέναντι στην έκτρωση.

(πίνακας 2)

Γνώμη για την έκτρωση	Πλήρης	Μερική	Χωρίς Επαγγελματική δραστηριότητα	Σύνολο
<b>Θετική</b>	52,3%	60%	60,1%	59%
<b>Αρνητική</b>	47,7%	40%	39,9%	41%
	(13,9%)	(6,3%)	(79,8)	

(Πίνακας 3 )

<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ</b>					
Γνώμη για τις εκτρώσεις	Ελεύθερος Επαγγελματίας	Μισθωτός	Βοηθητικός	Ελεύθερος και Μισθωτός	Σύνολο
Υπέρ	59,8%	58,3%	-	57,1	179(58,7°
Κατά	40,2%	41,7%	1(100%)	42,9%	126(41,3°
Σύνολο	122	175	1	7	305(100
	(40%)	(57,4%)	(0,3%)	(0,23%)	

### **5.5. 6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Συναντούν οικονομικές Δυσκολίες	Άνδρες	Γυναίκες		
Πολύ συχνά ή συχνά	145	149		
Πότε-Πότε	108	109		
Σπάνια ή ποτέ	57	59		
Σύνολο	310	317		
<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ (Ανδρών)</b>				
Γνώμη για την έκτρωση	Πολύ συχνά ή συχνά	Πότε-πότε	Συχνά η ποτέ	Σύνολο
Υπέρ	58,6%	60,2%	57,9%	59%
Κατά	41,4%	39,8%	42,1%	41%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ (Γυναικών)</b>				
Γνώμη για την έκτρωση	Πολύ συχνά ή συχνά	Πότε-Πότε	Συχνά ή ποτέ	Σύνολο
Υπέρ	59%	56%	64,4%	59%
Κατά	41%	41%	35,4%	41%
Σύνολο	100%	100%	100%	100%

Παρατηρούμε ακόμη ότι οι απαντήσεις ανδρών και γυναικών ταυτίζονται σχετικά με το εισόδημα τους, και αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία διότι δείχνει ότι εκτιμούν κατά τον ίδιο τρόπο τις οικονομικές τους δυσκολίες.

Το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν ότι έχουν οικονομικές δυσκολίες είναι ιδιαίτερα αυξημένο .Το 49% δηλώνουν ότι συναντούν οικονομικές δυσκολίες ενώ μόνο το 13,3% αναφέρει ότι σπάνια αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα.

Το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν ότι σπάνια συναντούν ή ότι δεν συναντούν σχεδόν ποτέ οικονομικές δυσκολίες και που τάσσονται υπέρ της εκτρώσεως ,

ανέρχεται σε 64,4% , ενώ το ποσοστό των γυναικών που συναντούν πολύ σπάνια ή συχνά οικονομικές δυσκολίες και που δέχονται την έκτρωση , πέφτει σε 59%.Όσον αφορά το δείγμα των ανδρών στις δύο ακραίες κατηγορίες (πολύ συχνά ή συχνά και σπάνια ή ποτέ ) εμφανίζουν περίπου τα ίδια ποσοστά (υπέρ: 58,6% και 57,9% κατά: 41,4% και 42,1%). Γενικά , από την ανάλυση καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων δεν επηρεάζει αισθητά την γνώμη τους υπέρ ή κατά της εκτρώσεως.

### **5.5.7. ΠΡΟΓΑΜΙΑΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

Θέλουμε να εξετάσουμε «εάν μια φιλελεύθερη προγαμιαία συμπεριφορά είναι δυνατόν να έχει θετική επίδραση απέναντι στην έκτρωση ή αντίθετα μια συντηρητική προγαμιαία σεξουαλική συμπεριφορά να έχει αρνητική επίδραση».

Συσχετίστηκαν η γνώμη των ερωτώμενων γυναικών για την έκτρωση με τις απόψεις για τις προ γάμου σεξουαλικές σχέσεις. Από την μελέτη των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι το 41,1% των ερωτώμενων γυναικών αναγνωρίζουν ότι είχαν προγαμιαίες σχέσεις.

Η ποσοστιαία δομή των απαντήσεων εκείνων των γυναικών που αποδέχονται ή εκείνων που αρνούνται την έκτρωση , δεν μεταβάλλεται καθόλου με την εμπειρία ή απειρία σεξουαλικών προγαμιαίων σχέσεων (υπέρ: 49,5% , και 50,5% αντίστοιχα).Αναλύοντας και τις απαντήσεις των ανδρών συμπεραίνουμε ότι και σε αυτούς το ζήτημα των προγαμιαίων σχέσεων σχεδόν καθόλου δεν διαφοροποιεί την στάση τους (θετική ή αρνητική ) απέναντι στην έκτρωση.

### **5.5.8. ΑΝΤΙΑΨΕΙΣ ΠΑ ΤΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ**

Στα νεαρά ζευγάρια του δείγματος ζητήθηκε να πάρουν θέση απέναντι στο διαζύγιο , την άρνηση της τεκνογονίας και της εξωγαμιαίας συμβίωσης. Στο συνολικό δείγμα μόνο το 1/3 των γυναικών (34,7%) συμφωνούν με την πρόταση «Το διαζύγιο να είναι εξ' ίσου εύκολο όπως και ο γάμος», ενώ από τις γυναίκες που αποδέχονται την έκτρωση , το 40,1% τάσσονται υπέρ του διαζυγίου και 54,5% αρνούνται.

Στην πρόταση «Είναι παραδεκτό κοινωνικά τα ζευγάρια να μην επιθυμούν παιδιά και να αποφασίζουν να μην κάνουν ποτέ» μόνο το 26,5% συμφωνούν , το 62% δεν συμφωνούν , ενώ το 33,7% δέχονται και την έκτρωση και την παραπάνω πρόταση.

Η Τρίτη πρόταση «Η ελεύθερη συμβίωση να είναι εξίσου παραδεκτή κοινωνικά όπως και ο γάμος» προσβάλλει ακόμη περισσότερο τις παραδοσιακές οικογενειακές αρχές.. Επί των 317 γυναικών που απάντησαν ,μόνο το 12,2% συμφωνούν και ένα 14,4% που αποδέχονται την έκτρωση αναγνωρίζουν σαν κοινωνικώς αποδεκτή την εξωγαμιαία συμβίωση.

Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός ότι μεταξύ των γυναικών που έχουν ταχθεί υπέρ της εκτρώσεως υπάρχει ένα 15% αναποφάσιστων γυναικών , που δεν έχουν προφανώς συγκεκριμένη γνώμη για την εξωγαμία συμβίωση.

Αναφορικά με τους άνδρες έχουμε , υπέρ της πρώτης πρότασης : 35,7% ,υπέρ της δεύτερης πρότασης : 23,3% , υπέρ της τρίτης πρότασης : 15,3%.Αναλυτικότερα και συγκριτικά με την άποψη τους για την έκτρωση παρατηρούμε ότι η ομάδα των ανδρών που συμφωνεί με την πρόταση της εκτρώσεως , διαφωνεί με την πρόταση του διαζυγίου με 54,6%.Αλλα και η ομάδα που διαφωνεί με την πρόταση της έκτρωσης , επίσης διαφωνεί και με την πρόταση του διαζυγίου., με 64%.

Εν συνεχεία, αναφέρουμε ότι η ομάδα των ανδρών που έχει θετική άποψη για την έκτρωση αλλά διαφωνεί με την πρόταση της θεληματικής αρνήσεως της τεκνογονίας είναι 67,6%.Όσον αφορά την στάση των ανδρών για την έκτρωση σε συνδυασμό με την εξωγαμη συμβίωση , διαπιστώνουμε οτι δεν υπάρχει μεγάλη επιρροή μεταξύ τους. Συγκεκριμένα , στην θετική άποψη για την έκτρωση διαφωνούν με την παραπάνω πρόταση 74,1 % και στην αρνητική διαφωνούν 83,6%.

### **5.5.9. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΙΚΩΝ ΡΟΛΩΝ**

Στην φάση αυτή παραθέτουμε τα αποτελέσματα της έρευνας στον παρακάτω πίνακα για να εξετάσουμε τις απόψεις των Ελληνίδων για την έκτρωση και τους διάφορους ρόλους που καλούνται οι ίδιες και οι σύζυγοι τους να αναλάβουν.

<b>ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ (γυναικών)</b>						
<b>Προτάσεις Σχετικές με τους Κοινωνικού ς Ρόλους</b>	<b>ΘΕΤΙΚΗ</b>			<b>ΑΡΝΗΤΙΚΗ</b>		
	Συμφωνού ν	διαφωνού ν	Δεν μπορού ν να	συμφωνού ν	διαφωνού ν	Δεν μπορούν να
<b>Η γυναίκα</b>	142	40	5	109	21	

αφοσιώνεται ι αποκλειστι κά στο σπίτι και	75,9%	21,4%	<b>2,7%</b>	83,8%	16,2	
Ο σύζυγος προτιμά να μείνει στο σπίτι και η σύζυγος προτιμά να εργάζεται	<b>27</b> 14,4 %	132 70,6	<b>28</b> <b>15</b> %	13 <b>10</b> %	109 83,8 %	<b>7</b> <b>5,4%</b>
Γνώμη για τον παραδοσιακ ό διαχωρισμό	75,9%	<b>21,4%</b>	<b>2,7%</b>	83,8%	<b>16,2</b> %	<b>6,5%</b>

<b>Σύνολο απαντήσεων για τους κοινωνικούς ρόλους</b>			
Προτάσεις σχετικές με τους κοινωνικοί ρόλους		<b>Συμφωνούν</b> <b>Διαφωνούν</b>	
1( η παραπάνω)		<b>79,2%</b>	<b>19,3%</b>
2 (η παραπάνω)	<b>12,6%</b>	<b>76%</b>	
3 (η παραπάνω)		<b>79,2%</b>	<b>19,3%</b>

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που είναι φορείς παραδοσιακών αρχών , τηρούν μια ανεξάρτητη στάση απέναντι στην έκτρωση. Ο πλήρης διαχωρισμός των συζυγικών ρόλων γίνεται αποδεκτός από ένα μικρό ποσοστό των γυναικών. Μόνο το 12,6% του συνολικού δείγματος συμφωνεί με την πρόταση αυτή και το ποσοστό των γυναικών που δέχεται και την έκτρωση και την πρωτοποριακή αυτή πρόταση παραμένει επίσης πολύ χαμηλό : 14,4%.

	<b>ΘΕΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ (Άνδρες)</b>			
Προτάσεις σχετικά με τους ρόλους	Συμφωνούν	Δεν μπορούν να αποφασίσουν	Διαφωνούν	Χωρίς συγκεκρι. Απάντηση
Η γυναίκα αφοσιώνεται αποκλειστικά στο σπίτι και τα παιδιά και ο άνδρας στην εργασία.	87%		12,4%	0,6%
Ο σύζυγος προτιμά να μένει σπίτι και η σύζυγος του να εργάζεται έξω , αυτή τους η απόφαση δεν σχολιάζεται.	14,6%	9,2%	75,7%	0,5%

	<b>ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ (Άνδρες)</b>			
Προτάσεις με τους ρόλους	Συμφωνούν	Δεν μπορούν να αποφασίσουν	Διαφωνούν	Χωρίς απάντηση
1 <sup>η</sup> (παραπάνω)	88,3%	0,8%	10,9%	-
2 <sup>η</sup> (παραπάνω)	8,6%	-	91,4%	-



Από τον παραπάνω πίνακα των ανδρών , άσχετα με την θετική ή αρνητική γνώμη τους για την έκτρωση , τα ποσοστά διαφωνίας μέσα στις ομάδες είναι υψηλά (75,7% για όσους δέχονται την έκτρωση και 94,1% για όσους την αρνούνται).Το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό αυτών που διαφωνούν και με την έκτρωση και με την αντιστροφή των ρόλων αποδεικνύει ότι η αρνητική τους άποψη βασίζεται σε καθαρά παραδοσιακές δομές.

Η ομάδα των αναποφάσιστων ( 9,2%) στην θετική στάση της έκτρωσης , βρίσκεται μάλλον μεταξύ του παραδοσιακού και πρωτοποριακού τρόπου παραδοχής της προτάσεως, δηλαδή είναι μία αμφιταλαντευόμενη ομάδα.

Από την παρατήρηση των πινάκων του γυναικείου αλλά και του ανδρικού δείγματος συμπεραίνουμε ότι , σχετικά με τους κοινωνικούς ρόλους των 2 φύλων οι άνδρες στο σύνολο τους δεν δέχονται αλλαγές .Το ίδιο και οι γυναίκες, αποδέχονται (λίγο πιο διστακτικά) το παραδοσιακό διαχωρισμό άνδρα - γυναίκας.

#### **5.5.10. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ**

Το 62,1% των γυναικών του δείγματος συμφωνούν με την πρόταση «Τα αντισυλληπτικά διατίθενται ελεύθερα στην αγορά για όλους : παντρεμένους και μη» , το ποσοστό πέφτει στο 42,2% στην πρόταση «Οι αρραβωνιασμένοι να μπορούν να ζουν μαζί για ένα χρονικό διάστημα πριν παντρευτούν» και κατεβαίνει ακόμη χαμηλότερα στο 12,9% στην πρόταση «Η μητρότητα να επιτρέπεται στις ανύπαντρες γυναίκες που δεν επιθυμούν να παντρευτούν».

Επίσης παρατηρείται ότι μεταξύ εκείνων που αποδέχονται την έκτρωση , το 79,7% συμφωνεί με την διάδοση των αντισυλληπτικών (1<sup>η</sup> πρόταση), 47,1% με την συμβίωση των αρραβωνιασμένων (2<sup>η</sup> πρόταση) και μόνο 18,2% με την μητρότητα χωρίς γάμο (3<sup>η</sup> πρόταση).

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις αυτές , στον ελληνικό χώρο , η αποδοχή της εκτρώσεως δεν συσχετίζεται με πρωτοποριακές τάσεις που παρουσιάζονται στον κοινωνικό ,οικονομικό και πνευματικό τομέα .Πολύ περισσότερο, δεν αποτελεί δείκτη πρωτοποριακών τάσεων.

Όσον αφορά την θετική ή αρνητική θέση των ανδρών για την έκτρωση διαπιστώνουμε ότι όσοι έχουν θετική στάση απέναντι στην έκτρωση συμφωνούν με την πρόταση για τα αντισυλληπτικά με 80,5%.Εκείνοι που έχουν αρνητική άποψη για την έκτρωση διαφωνούν 51,6%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον πάντως παρουσιάζει το γεγονός ότι και οι άνδρες και οι γυναίκες ,εμφανίζουν σημαντική ταύτιση απόψεων πάνω στο θέμα της μητρότητας εκτός γάμου

.Τα ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας είναι σχεδόν τα ίδια. Αυτό το γεγονός χρειάζεται να τονιστεί, γιατί δείχνει ότι η μητρότητα αποτελεί θέμα κοινωνικής δομής που δεν επιδέχεται συζήτηση ή αλλαγή

## 5.6 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Για την κάθε γυναίκα, η γέννηση ενός παιδιού είναι ένα υπέροχο γεγονός στην ζωή της και μια εμπειρία που πρέπει να είναι ευχάριστη.

Όποιες και αν είναι (Στόπαρντ Μ., 2003,17) οι περιστάσεις που οδηγούν στην εγκυμοσύνη, είτε είναι στα πλαίσια ενός γάμου, είτε στα πλαίσια ενός μακρόχρονου δεσμού, είτε ως συνέπεια μιας πρόσκαιρης σχέσης, όποιες λοιπόν και αν είναι οι περιστάσεις το αποτέλεσμα είναι ακριβώς το ίδιο: Η τώρα έγκυος κοπέλα βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, όπου ολόκληρο το σώμα της αλλά και ο ψυχισμός της έχουν πια προσανατολιστεί προς ένα συγκεκριμένο σκοπό. Την φιλοξενία, για εννέα περίπου μήνες, μιας καινούριας αλλά και εύθραυστης ύπαρξης. Από ένστικτο η μητέρα γνωρίζει ότι τώρα χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτική στις κινήσεις της, στην διατροφή της ακόμη και στα συναισθήματα της μιας και όλα αυτά έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ευημερία του αναπτυσσόμενου παιδιού.

Η έναρξη μιας εγκυμοσύνης σηματοδοτεί και την λήξη της αντισύλληψης. Όποια και αν είναι η μέθοδος αντισύλληψης που έχει επιλεγεί από το ζευγάρι εξασφαλίζει δύο καθοριστικά πλεονεκτήματα τόσο για την ύπαρξη της μητέρας όσο και για την ευτυχία της οικογένειας που ονειρεύεται το κάθε ζευγάρι να αποκτήσει. Πρώτον επιτρέπει στο ζευγάρι να φέρει στον κόσμο τον μωρό τους την πιο κατάλληλη στιγμή: όταν θα είναι σε θέση να αναλάβουν όλες τις ευθύνες ενός παιδιού και να του προσφέρει την αγάπη και όλες εκείνες τις προϋποθέσεις για να χτίσει το μέλλον του σε γερές βάσεις. Επιπλέον προστατεύει τον οργανισμό της μητέρας για να χαρίσει την μητρότητα όποτε αυτό αποφασιστεί. Χωρίς αντισύλληψη, οι πιθανότητες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι πολλές. Άλλωστε η άμβλωση είναι η χειρότερη λύση, αφού ενέχει πάντα τον κίνδυνο μιας επιπλοκής ή φλεγμονής, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε πρόβλημα γονιμότητας. Μια άμβλωση έχει τεράστιο ψυχικό κόστος, όταν μια γυναίκα πάρει την απόφαση να μείνει έγκυος, αλλά παρά τις προσπάθειες της δεν μένει, αρχίζει να βασανίζεται από τις ενοχές για την άμβλωση που είχε κάνει στο παρελθόν.

Έτσι το άγχος και το στρες δεν την αφήνουν να συλλάβει, ακόμα και αν δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα σχετικά με την γονιμότητα της.

### **5.6.1 Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

Η πρόωγη είσοδος των (ιστοσελίδα Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας) κοριτσιών στην σεξουαλική ζωή είναι συχνότατα απόρροια έλλειψης εκπαίδευσης, της φτώχειας, των πολιτισμικών συνηθειών και της ελλιπούς πληροφόρησης. Αποτέλεσμα αυτής μπορεί να είναι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και η επικίνδυνη διακοπή τους, η εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και η καταρράκωση της γυναικείας προσωπικότητας.

Κάθε χρόνο σχεδόν 15 εκατομμύρια κορίτσια 15 έως 19 ετών γίνονται μητέρες κάθε χρόνο, δηλαδή γεννούν το 10% των παιδιών σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών γίνονται μητέρες στην εφηβεία τους.

Οι έγκυοι έφηβες έχουν αυξημένες πιθανότητες πρόωρου τοκετού, αποβολής και γέννησης θνησιγενούς βρέφους, ενώ έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες από τις γυναίκες άνω των 20ετών να πεθάνουν από περιγεννητικές αιτίες. Τα βρέφη τους, σε σχέση με αυτά των ενήλικων γυναικών, είναι συχνότερα λιπόβαρη και διατρέχουν 30% μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν πριν συμπληρώσουν το πρώτο έτος. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στην εφηβεία μπορεί να προκαλέσει τρόμο στην απροετοίμαστη έφηβη.

Επιπλέον μια έφηβος έγκυος γυναίκα έχει και κοινωνικά προβλήματα να αντιμετωπίσει, που μάλιστα είναι σοβαρά και συχνά επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της. Όσο και αν έχει προοδεύσει η κοινωνία, όσο και αν έχει αποβάλλει οπισθοδρομικές ιδέες, παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα κρίνει αυστηρά την γέννηση ενός παιδιού στην εφηβεία, ειδικά όταν η έφηβος δεν είναι παντρεμένη. Αυτό βέβαια συμβαίνει σε μικρές κλειστές κοινωνίες. Αν η νεαρή γυναίκα έχει μια απόλυτη υγιή προσωπικότητα, θα μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματα που θα συναντήσει, εφόσον έχει βέβαια και την υποστήριξη των γονιών της. Διαφορετικά είναι πολύ εύκολο να περιθωριοποιηθεί και να ακολουθήσει διάφορους δρόμους και τις περισσότερες φορές δρόμους χωρίς επιστροφή.

Η κοινωνική κατακραυγή μπορεί να οδηγήσει την έφηβο εύκολα στον ψεύτικο δρόμο των ναρκωτικών. Ακόμη η έφηβος μητέρα που αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις της μητρότητας χωρίς ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να οδηγηθεί στην απομόνωση και στην κατάθλιψη, συνέπεια αυτών καταστάσεις πολύ δύσκολες και μη αναστρέψιμες. Γι' αυτό οι γονείς των εφήβων μητέρων πρέπει να μην εγκαταλείπουν τα παιδιά τους, σκεπτόμενοι τις επιπτώσεις από τον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά

αντίθετα να βρίσκονται δίπλα τους και να αντιμετωπίζουν από κοινού όλες τις καταστάσεις, να αναλάβουν να βοηθήσουν την νεαρή γυναίκα όχι μόνο ηθικά αλλά και οικονομικά. Υπολογίζεται ότι εξακόσιες χιλιάδες (600.000) γυναίκες το χρόνο πεθαίνουν κατά την διάρκεια του τοκετού ή από αιτίες που συνδέονται με την εγκυμοσύνη, εξαιτίας έλλειψης σωστής φροντίδας, όταν δεν τους παρέχονται ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, επαρκής τροφή και συμβουλευτική υποστήριξη.

Ποιες όμως είναι οι επιλογές της έφηβης γυναίκας μπροστά στην εγκυμοσύνη;

Οι επιλογές είναι τρεις:

- Να διατηρήσουν την εγκυμοσύνη, να γεννήσουν και να κρατήσουν το παιδί.
- Να διατηρήσουν την εγκυμοσύνη και να δώσουν το παιδί για υιοθεσία.
- Να διακόψουν την εγκυμοσύνη.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι εκατομμύρια ανήλικα κορίτσια οδηγούνται σε αναγκαστικούς γάμους. Πρόκειται για ένα φαινόμενο ευρύτατα διαδεδομένο σε χώρες της Αφρικής (π.χ. Κονγκό 74%, Νιγηρία 70%) αλλά και σε άλλα μέρη της υφηλίου ( Αφγανιστάν 54%, Μπαγκλαντές 51%, Ιράκ 28%, Ονδούρα 30%) και που αποτελεί μια κατάφωρη παραβίαση των δικαιωμάτων των παιδιών και τα βλάπτει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Στις δύο πρώτες περιπτώσεις η έγκυος έφηβος πρέπει να χρήζει προγεννητικής φροντίδας όσο το δυνατόν πιο νωρίς. Στην τρίτη περίπτωση πρέπει όσο το δυνατόν πιο σύντομα να πάρει την απόφαση της ώστε να είναι εφικτή η διακοπή της εγκυμοσύνης. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η νεαρή γυναίκα που αποφασίζει να διατηρήσει την εγκυμοσύνη της χρειάζεται ηθική, κοινωνική και οικονομική στήριξη. Αυτήν την στήριξη μπορεί να την βρει στον σύντροφο - πατέρα του παιδιού ,την οικογένεια, αλλά και κάποιους οργανισμούς που λειτουργούν για το σκοπό αυτό.

Υπάρχει λοιπόν η κοινωνική πρόνοια με διάφορα προγράμματα για τις ανύπαντρες μητέρες. Μέσα σε αυτά τα προγράμματα εκτός από ηθική και οικονομική στήριξη, παρέχεται και προγεννητικός έλεγχος. Η πιο αποτυχημένη προγεννητική φροντίδα εκτός από παρακολούθηση της κύησης προσφέρει πληροφορίες για τον θηλασμό και την μητρότητα, ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα κατά την λοχεία.

Πρέπει ή έφηβος να καταλάβει πως είναι υπεύθυνη για τον εαυτό της και το έμβρυο. Διδάσκοντας την για την υγεία και την φροντίδα του παιδιού, πρέπει να πετύχουμε την αύξηση του ενδιαφέροντος και της προσοχής της καθώς και την ανάπτυξη υπεύθυνης στάσης απέναντι στην εγκυμοσύνη της.

Στην περίπτωση που θα δώσει το παιδί της για υιοθεσία, πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά, χωρίς να έχει καμία αμφιβολία και κανένα δισταγμό για

την πράξη της. Θα πρέπει επίσης να συμβουλευθεί την κοινωνική υπηρεσία κάποιου νοσοκομείου ή να απευθυνθεί στο κέντρο βρεφών της περιοχής της.

Η έκτρωση νομιμοποιήθηκε στην Ελλάδα την περασμένη δεκαετία και με την συναίνεση της γυναίκας δεν αποτελεί πλέον αδίκημα. Στις έφηβες κάτω των δεκαοχτώ ετών για να πραγματοποιηθεί η διακοπή μιας εγκυμοσύνης πρέπει να υπάρχει γραπτή συναίνεση των γονιών της εφήβου ή του κηδεμόνα της. Επίσης πρέπει να ενημερωθεί η έφηβος πλήρως για τους κινδύνους και τις επιπλοκές από μια τέτοια επέμβαση.

Πρόκειται για μια χειρουργική επέμβαση που δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, γιατί δεν προλαμβάνει την σύλληψη, αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κυήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα. Απαραίτητος είναι ο κλινοεργαστηριακός έλεγχος και η αναισθησιολογική εξέταση πριν από την επέμβαση. Γι' αυτήν, η οποία είναι ολιγόλεπτης διάρκειας απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός και πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα από γυναικολόγο.

Θα ήταν πάρα πολύ δύσκολο μιλώντας για εκτρώσεις στην εφηβεία να αναφερθείς σε ποσοστά (αν και έχουν γίνει αναφορές σε προηγούμενα μέρη της παρούσας μελέτης). Εντούτοις ενδεικτικά για τον Ελλαδικό χώρο, οι εκτρώσεις για κορίτσια 14-19 ετών το 1975 έφτασαν το 28,8% ενώ το 1989 ήταν μεγαλύτερο του 35%.

Παρά το ότι το θέμα των εκτρώσεων σήμερα αντιμετωπίζεται νομοθετικά θα πρέπει τα κορίτσια που έχουν σχέσεις να καταλάβουν ότι είναι προτιμότερο να εφαρμόζουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, παρά να καταφύγουν στην έκτρωση. Θα πρέπει λοιπόν να βοηθηθεί οπωσδήποτε στο θέμα της αντισύλληψης η έφηβη. Μπορεί δηλαδή να της προσφερθεί ένα μηχανικό μέσο, όταν το ζευγάρι δεν έχει συστηματικές σχέσεις. Το μηχανικό αυτό μέσο μπορεί να είναι το κολπικό διάφραγμα με σπερματοκτόνο αλοιφή ή το αντρικό προφυλακτικό. Μπορεί επίσης να προσφερθεί τα νεότερου τύπου αντισυλληπτικά χάπια, δηλαδή τα τριφασικά χάπια που έχουν ελαχιστοποιήσει τις επιπλοκές.

Πιστεύεται ότι το ποσοστό των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία είναι δυνατόν να ελαττωθεί, εάν εφαρμοστούν σωστά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων μπορεί να γίνει μέσω:

1. **Θέσπισης προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.** Προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που μπορεί να οργανώνονται και να εφαρμόζονται από υπηρεσίες υγείας, κοινωνικούς ή πολιτιστικούς φορείς, επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους τους έφηβους. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να αρχίζουν από την βασική

εκπαίδευση και να συνεχίζονται σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Μπορεί να απευθύνονται ατομικά σε νέους, σε μικρές ομάδες νέων ή σε μεγάλο ακροατήριο.

2. **Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.** Τα κέντρα αυτά διαθέτουν όλο το επιστημονικό προσωπικό, γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους και είναι εύκολο να συμβάλλουν στην ενημέρωση των νέων αλλά και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται από την σεξουαλική δραστηριότητα των νέων. Ένας επιπλέον λόγος είναι ότι είναι συνήθως εγκατεστημένα εκτός των νοσοκομείων. Εάν δε συνδεθούν με το σχολείο, σαν μονάδες παροχής υγείας και άλλα γενικότερα θέματα υγείας, γίνεται ακόμα πιο εύκολο να πετύχουν αλλαγή στην συμπεριφορά των νέων στα θέματα υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι η συνεργασία σχολείων και κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού (σε χώρες όπως Δυτική Ευρώπη και Αμερική) έχει συμβάλει στην μείωση του αριθμού κυήσεων στην εφηβεία.

**3. Προγραμμάτων της κοινότητας και κρατικών.** Τέτοια προγράμματα έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιούν άτομα -δημοφιλή στην κοινότητα-. Έχουν επίσης την δυνατότητα να χρησιμοποιούν τα μέσα ευρείας ενημέρωσης. Τέλος έχουν την δυνατότητα συλλογής στοιχείων για την διερεύνηση των προβλημάτων καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Συμπερασματικά λοιπόν, αν θέλουμε να μειώσουμε τον αριθμό των κυήσεων στην εφηβεία, την πρόωγη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων, την συχνότητα μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και τον αριθμό εκτρώσεων στην εφηβεία, πρέπει να αρχίσουν τα προγράμματα σε πολύ μικρότερη ηλικία, από την βασική εκπαίδευση, ώστε να δημιουργηθούν στους νέους έγκαιρα θετικές προσεγγίσεις. Η δημιουργία και η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων, απαιτεί την συνεργασία πολλών επαγγελματιών και επιστημόνων.

Παρατηρητές και ειδικοί στα θέματα για την μείωση των κυήσεων στην εφηβεία, προτείνουν τα παρακάτω μέτρα:

- 1) *Συμπαράσταση της πολιτείας ή της κοινότητας των γονέων, των τοπικών αρχών και συμμετοχή αυτών στα προγράμματα διαπαιδαγώγησης των νέων.*
- 2) *Συνεχής ενημέρωση και προβολή μηνυμάτων δια των μέσων ευρείας ενημέρωσης.*
- 3) *Επικέντρωση των προγραμμάτων στα σχολεία, όπου υπάρχουν πολλοί νέοι και περνούν πολλές ώρες εκεί, με παρέμβαση στο σχολικό πρόγραμμα.*
- 4) *Δυνατότητα των νέων να φθάνουν εύκολα στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αγωγής υγείας.*
- 5) *Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην παιδαγωγική και των παιδαγωγών σε θέματα αγωγής Υγείας με συνεχή εκπαίδευση.*

## **5.6.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναφέραμε τους παράγοντες που προκαλούν στειρότητα . Επομένως και θεωρήσαμε σημαντικό να αναφερθούμε σε τεχνικές μεθόδους που χρησιμοποιεί η Ιατρική , ώστε να βοηθήσει στο σοβαρό αυτό πρόβλημα (Εξωσωματική γονιμοποίηση).

Η Ιατρική, στην προσπάθεια της να βοηθήσει τα άτεκνα ζευγάρια με προβλήματα στειρότητας δημιούργησε τεχνικές, που σε σημαντικό βαθμό παρακάμπτουν τα υφιστάμενα προβλήματα στην περιπόθητη απόκτηση τέκνων. Η Αναπαραγωγική Τεχνολογία παρουσιάζει πολλές και ενδιαφέρουσες όψεις.

Η Ιατρός Robyn Rowland, εξέχουσα μορφή της Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας αναφέρει στο βιβλίο της «Living Laboratories : Women and Reproductive Technologies» ότι : " Η αναπαραγωγική τεχνολογία για τα στείρα ζευγάρια αποτελεί την τελευταία ελπίδα για σχηματισμό οικογένειας από κλινικό ιατρό με την θεραπεία της στειρότητας με οριακή αύξηση της πιθανότητας αποκτήσεως τέκνων από τον ερευνητή με την μοναδική ευκαιρία για πειραματισμό στην ανθρώπινη εμβρυολογία, για τις φαρμακευτικές εταιρίες μια πολλά υποσχόμενη περιοχή αναπτύξεως προϊόντων θεραπείας στειρότητας και ελέγχου γονιμότητας, για τους νομοθέτες τον εφιάλτη πολύπλοκων προβλημάτων που απαιτούν νομοθετική λύση, για τους οικονομολόγους την «μαύρη τρύπα» που απορροφά τεράστια ποσά και για τους δημοσιογράφους πηγή ειδήσεων, ενδιαφερουσών ιστοριών και κοινωνικών σχολίων".

Μεταξύ των διαφόρων τεχνικών (Μαρίνος Α.,1998, 32) της Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας, η σπουδαιότερη και η εφαρμοζόμενη εδώ και αρκετά χρόνια είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση (Ε.Γ.). Με την Ε.Γ. και τις προεκτάσεις της, που όλες εξακολουθούν να δημιουργούν προβληματισμό και διλήμματα θα ασχοληθούμε στην συνέχεια.

Η δημιουργία κάθε νέας ανθρώπινης ζωής προϋποθέτει τη συνάντηση και συγχώνευση των γεννητικών κυττάρων, του σπερματοζωαρίου και του ωαρίου και την δημιουργία ενός νεότερου του 5γονιμοποιημένου ωαρίου ή ζυγωτού , που να



είναι η απαρχή της νέας ανθρώπινης ζωής. Με την γονιμοποίηση το ζυγωτό πολλαπλασιάζεται κατά γεωμετρική πρόοδο, το ένα κύτταρο γίνονται τέσσερα κ.ο.κ., και στην συνέχεια τα κύτταρα διαφοροποιούμενα σχηματίζουν τα όργανα του ανθρώπινου σώματος

Η συνάντηση των δύο γεννητικών κυττάρων υπό φυσιολογικές συνθήκες γίνεται εντός του συστήματος της γυναίκας. Όταν αυτό για διάφορους λόγους είναι αδύνατο, η ιατρική επιλέγει την εξωσωματική γονιμοποίηση. Στην περίπτωση αυτή, η συνάντηση των δύο γεννητικών κυττάρων στο δοκιμαστικό σωλήνα (ακριβέστερα στο Τρυβλίο Petri ),εξ ' ου και τα γεννώμενα με την μέθοδο αυτή παιδιά ονομάζονται «παιδιά του σωλήνα». Στην συνέχεια το γονιμοποιημένο ωάριο αρχίζει τον πολλαπλασιασμό του και όταν φθάσει στο στάδιο των 8 ή 16 κυττάρων, εμφυτεύεται στην μήτρα της γυναίκας προς περαιτέρω εξέλιξη.

Συνήθως γονιμοποιούνται και εμφυτεύονται περισσότερα του ενός ωάρια,3-5, για να αυξηθεί η πιθανότητα επιτυχίας. Για την ωρίμανση και συλλογή των περισσότερων ωαρίων απαιτείται προηγούμενη χορήγηση ορμονών στη γυναίκα και αυτό, εάν επαναληφθεί πολλές φορές ίσως να έχει δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία της. Η επιτυχία της μεθόδου με τα σημερινά δεδομένα υπολογίζεται γύρω στο 30% κατά κύκλο εμφυτεύσεως. Εάν η πρώτη προσπάθεια αποτύχει, επακολουθεί δεύτερη και τρίτη, γι' αυτό γονιμοποιούνται περισσότερα ωάρια από αυτά που εμφυτεύονται κάθε φορά και η εμφύτευση δημιουργεί μονόδυμη ή πολύδυμη εγκυμοσύνη. Η πολύδυμη εγκυμοσύνη συνεπάγεται μαιευτικά προβλήματα και επιπλοκές, γι' αυτό πολλές φορές επιχειρείται μείωση του αριθμού των κυοφορούμενων εμβρύων σε δύο. Τα " παιδιά του σωλήνα", όπως φαίνεται σε πρόσφατη έρευνα στην Γαλλία, σε πολύ μεγάλη συχνότητα είναι πρόωρα χαμηλού βάρους γέννησης, κάτω των 2.500 γραμμ. Επίσης εμφανίζουν σαφώς υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικής, νεογνικής και παιδικής θνησιμότητας.

Η χορήγηση των γεννητικών κυττάρων γίνεται από το ζευγάρι, και η εμφύτευση στην μήτρα της γυναίκας, οπότε το παιδί αποτελεί αληθινό τέκνο των γονέων του. Ακόμη, μερικές φορές, λόγω προβλημάτων, η χορήγηση του γεννητικού κυττάρου γίνεται από τρίτο, εκτός ζευγαριού, άτομο. Συνήθως λαμβάνεται το σπερματοζωάριο από τράπεζα σπέρματος και ο πραγματικός (βιολογικός) πατέρας του παιδιού είναι άγνωστος. Η περίπτωση αυτή , όπως τονίζει ο καθ. Ν. Μητσόπουλος αποτελεί ένα είδος μοιχείας και είναι εξ' αρχής πλήρως απορριπτέα. Πέραν αυτού , θεωρητικώς, είναι δυνατόν η πιθανότητα διάφορων ζευγαριών, που έχουν τον ίδιο βιολογικό πατέρα (τον δότη του σπέρματος), να έλθουν σε γάμο, οπότε δημιουργείται και θέμα επιμειξίας. Επίσης, η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει την δυνατότητα σε άγαμες γυναίκες να δημιουργήσουν οικογένεια, της οποίας τα παιδιά δεν θα γνωρίσουν ποτέ τον πατέρα τους. Αυτό ασφαλώς αποτελεί σοβαρό πλήγμα για τον θεσμό της οικογένειας. Επίσης παρέχει την δυνατότητα σε γυναίκες πέραν της αναπαραγωγικής ηλικίας να κυοφορήσουν και να γεννήσουν.

Τα κύριο ερώτημα είναι, εάν η Ε.Γ. μπορεί να γίνει αποδεκτή μέθοδος στις περιπτώσεις που δεν μεσολαβεί τρίτο, εκτός ζευγαριού, πρόσωπο και τα γεννητικά κύτταρα προέρχονται αποκλειστικά από το ζευγάρι. Η απάντηση στο ερώτημα έχει άμεση σχέση με τον καθοριστικό παράγοντα υποστάσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου ή ζυγωτού, το οποίο θεωρείται ως αρχή της αναπαραγωγής. Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες δυτικές χώρες έχουν νομιμοποιήσει την έκτρωση και επιπλέον δεν αναγνωρίζουν στο έμβryo ανθρώπινη υπόσταση, δεν το θεωρούν πρόσωπο και δεν του αναγνωρίζουν ανθρώπινα δικαιώματα. Πολύ περισσότερο δεν δέχονται ανθρώπινη υπόσταση από γονιμοποιημένο ωάριο. Η αλήθεια είναι όμως διαφορετική και ευτυχώς προς αυτή την κατεύθυνση υπάρχουν πολλές φωνές και όλες δηλώνουν απερίφραστα ότι:

- *"αμφότερα, οι επιστημονικές μαρτυρίες και τα φιλοσοφικά επιχειρήματα, υποστηρίζουν ότι το γονιμοποιημένο ωάριο είναι ένα ανθρώπινο ον, ένα πρόσωπο".*
- *" υπάρχουν καθαρές μαρτυρίες από τις επιστημονικές πηγές ότι η γονιμοποίηση αποτελεί την αρχή της νέας ανθρώπινης ζωής".*
- *" το πριν την εμφύτευση έμβryo είναι το ίδιο με το ενήλικο άτομο, και ότι η ηθική υπόσταση του εμβρύου είναι ίδια με εκείνη του καθενός μας".*
- *" το έμβryo είναι ένας ζωντανός οργανισμός και όχι συσσώρευση ζώντων κυττάρων και η εμφάνιση της ανθρώπινης προσωπικότητας εντοπίζεται στην ολοκλήρωση της γονιμότητας".*

Σε μία γενική θεώρηση της Ε.Γ., η ιατρός Robyn Rowland σημειώνει : «Η δημιουργία παιδιού αποτελεί αμοιβαία επιλογή ενός άνδρα και μιας γυναίκας, για να εκφράσουν έτσι την αγάπη του ενός στον άλλον, που είναι ανοικτή στην πιθανότητα της παιδοποιίας. Το παιδί έρχεται στον κόσμο εν' όψει μιας συναντήσεως, αλλά σαν προέκταση της αγάπης που οι σύζυγοι έχουν ο ένας για τον άλλον. Με την Ε.Γ. οι σύζυγοι στέκονται παθητικοί παρατηρητές στην διαδικασία της γονιμοποίησης.

Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, που η κυοφορία του εξωσωματικώς γονιμοποιηθέντος ωαρίου δεν είναι δυνατή στην μήτρα της συζύγου. Στις περιπτώσεις αυτές το ζεύγος δανείζεται την μήτρα μιας άλλης γυναίκας, η οποία αναλαμβάνει την κυοφορία του εμβρύου και την μετά τον τοκετό παρακολούθηση από τους βιολογικούς του γονείς. Ενίοτε η "φέρουσα μητέρα" παρέχει και το προς γονιμοποίηση ωάριο της και θεωρείται και η βιολογική μητέρα του εμβρύου. Συνήθως μεταξύ της "φέρουσας μητέρας" και του ζευγαριού, υπογράφεται ένα ιδιωτικό συμφωνητικό, στο οποίο καταγράφονται αφ' ενός οι οικονομικές

υποχρεώσεις του ζεύγους προς αυτήν και αφ' ετέρου η υποχρέωση της "φέρουσας μητέρας" να παραδώσει το νεογέννητο στο ζεύγος.

Μέχρι σήμερα πολλές περιπτώσεις έχουν φθάσει στα δικαστήρια λόγω αρνήσεως της "φέρουσας μητέρας" να παραδώσει το νεογέννητο. Οπωσδήποτε φαίνεται λογικό ότι η βιολογική μητέρα θεωρείται η πραγματική μητέρα του παιδιού και προς αυτήν την κατεύθυνση κινούνται αρκετές νομοθεσίες αν και υπάρχει έντονος αντίλογος. Κατ' αρχήν υπάρχει μια μακρά νομική παράδοση, σύμφωνα με την οποία η γυναίκα που γεννά είναι και η μητέρα του παιδιού.

Εξηγώντας ο καθηγητής κ. Παπαχρήστος την εμμονή της διεθνούς έννομης τάξεως να θεωρεί μητέρα εκείνη που γεννά, ανεξάρτητα αν το ωάριο είναι κάποιας άλλης λέγει: «Κατά την διάρκεια της κύσεως δημιουργείται άρρηκτος δεσμός ανάμεσα στο παιδί και την μητέρα και η τυχόν μητέρα προκαλεί ισχυρό συναισθηματικό κλονισμό. Και επιπλέον δεν είναι εύκολο να ανατραπεί το αξίωμα του Ρωμαϊκού Δικαίου: Μητέρα είναι η γυναίκα που γεννά».

Η μέχρι τώρα εμπειρία ( εκτρώσεις, ευθανασία, εγκεφαλικός θάνατος) δημιουργεί την βεβαιότητα για την όποια νομοθετική ρύθμιση των σχετικών με την Αναπαραγωγική Τεχνολογία ζητημάτων καθώς και την εγκληματική νομοθεσία , αν δεν στηριχθεί στον απόλυτο σεβασμό της αξίας και της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας της.

Η επιθυμία της εντός γάμου αποκτήσεως τέκνου είναι και νόμιμη και επαινετή και θεωρητικά η τεκνοποιία αποτελεί έναν εκ των κύριων σκοπών του γάμου. Ακόμη η καταφυγή στην υιοθεσία για την επίλυση των σχετικών με την τεκνοποιία προβλημάτων, όχι μόνο δεν αντίκειται ενώπιον του Θεού, αλλά είναι και επιβεβλημένη. Όμως η προσπάθεια παρακάμψεως τεκνοποίησης με την βοήθεια της Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή και μάλιστα πολλοί αξιόλογοι εκπρόσωποι της Ορθοδόξου Εκκλησίας απορρίπτουν κάθε μορφή τεχνητής γονιμοποίησης.

### **5.6 .3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ**

Στο παρακάτω κείμενο θα αναφερθούμε στα στάδια ανάπτυξης του εμβρύου από την πρώτη εβδομάδα της σύλληψης του έως και την στιγμή που είναι έτοιμο για να γεννηθεί.

**Πρώτη Εβδομάδα:** Στο μέσο του κύκλου της μητέρας, δύο εβδομάδες μετά την τελευταία της περίοδο, το ωάριο της , με 23 χρωμοσώματα περίμενε στην ωοθήκη όπου ήρθε το σπερματοζώαριο του πατέρα με άλλα 23 χρωμοσώματα και «αγκαλιάστηκαν» σφιχτά δημιουργώντας το έμβρυο. Δύο μέρες περίπου αργότερα το έμβρυο αρχίζει να πολλαπλασιάζεται ιλιγγιωδώς και να διαφοροποιείται από τους γονείς του. Μαζί με τα 30.000 γονίδια του περνάει μέσα από τις σάλπιγγες για να εγκατασταθεί στην μήτρα.

**Δεύτερη Εβδομάδα:** Το έμβρυο έχει ήδη πολλαπλασιαστεί σε περισσότερα από 8.000 κύτταρα, διαφοροποιημένα σε τρία βλαστικά φύλλα. Σε 9 μήνες τα κύτταρα του εμβρύου θα είναι περισσότερα από 6.000.000.000.000! Πρώτα σχηματίζονται ο ομφάλιος λώρος και ο πλακούντας , που τροφοδοτούν το έμβρυο με θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο. Σε αυτή την φάση το έμβρυο αν και τρέφεται και θερμαίνεται από την μητέρα του, δεν έχουν το ίδιο αίμα και η ίδια δεν ξέρει καν ότι υπάρχει εγκυμοσύνη ενώ αντίθετα περιμένει την κανονική έμμηνου ροή στο τέλος της εβδομάδας.

**Τρίτη Εβδομάδα:** Αυτήν την περίοδο σχηματίζονται η σπονδυλική στήλη του εμβρύου, το κεφάλι του, οι πνεύμονες, το έντερο και τα νεφρά του. Το συκώτι του παράγει το αίμα του. Από την 18<sup>η</sup> μέρα αρχίζει να σχηματίζεται το καρδιαγγειακό του σύστημα.

**Τέταρτη Εβδομάδα:** Το έμβρυο συμπληρώνει το πρώτο μήνα της ζωής του. Έχει ύψος μισό εκατοστό και ζυγίζει μισό γραμμάριο. Οι γάμπες του είναι σαν μικρές φτερούγες και τα χέρια του έχουν σχηματιστεί. Αν και ζει ήδη ένα μήνα, η μητέρα μόλις τώρα αρχίζει να το υποψιάζεται καθώς η περίοδος της έχει καθυστερήσει εδώ και δύο εβδομάδες. Με τους υπερήχους μπορεί να ακουστεί η καρδιά του εμβρύου να χτυπά.

**Πέμπτη Εβδομάδα:** Σε μια εβδομάδα το ύψος και το βάρος του εμβρύου έχουν διπλασιαστεί. Έχει ύψος ένα εκατοστό και βάρος ένα γραμμάριο. Ξεχωρίζει το κεφάλι του, ο θώρακας και η κοιλιά του. Σχηματίζονται τα μάτια του με τον

αμφιβληστροειδή, τον φακό και τα βλέφαρα. Ξεπροβάλλουν τα αυτιά και η μύτη του. Στον εγκέφαλο του πρωτοεμφανίζεται η καταβολή του κέντρου του λόγου. Μπορεί να καταγράψει ακόμα και το ηλεκτροκαρδιογράφημα του.

**Έκτη Εβδομάδα:** Έχουν διαφοροποιηθεί τα γόνατα του και διακρίνονται τα δάχτυλα στα χέρια του και στα πόδια του. Στο τέλος της εβδομάδας τα εγκεφαλικά του κύτταρα μπορούν να καταγραφούν σε έναν κανονικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

**Εβδομη Εβδομάδα:** Ο εγκέφαλος του είναι τέλειος . Μπορεί να αισθανθεί και να αντιδράσει σύμφωνα με τα ερεθίσματα. Ανοίγουν τα χείλη του, μπορεί να κάνει θηλαστικές και καταποτικές κινήσεις. Τα δάχτυλα του μακραίνουν και τα δακτυλικά του αποτυπώματα παίρνουν την μορφή που θα έχουν σε όλη του τη ζωή.

**Ογδοη Εβδομάδα:** Οι 60 πιο σπουδαίες μέρες της ζωής του. Όλα τα όργανα του έχουν σχηματιστεί. Τώρα πια δεν θα δημιουργηθούν άλλα. Συνεχώς θα μεγαλώνει και οι λειτουργίες του θα τελειοποιούνται. Στους 7 μήνες που έχει μπροστά του ώσπου να γεννηθεί, το ύψος του θα έχει εικοσαπλασιαστεί (μέχρι 60 εκατοστά) και το βάρος του θα αυξηθεί χίλιες φορές (τρία κιλά περισσότερο).

Αν τσιμπήσετε ένα έμβρυο 8 εβδομάδων στην παλάμη του, ανοίγει το στόμα του και απομακρύνει το χέρι του. Μια πιο επιστημονική περιγραφή θα προσέθετε ότι αλλαγές του ρυθμού λειτουργίας της καρδιάς και κινητικότητα του εμβρύου υποδεικνύουν ότι οι ενδομήτριοι χειρισμοί είναι οδυνηροί για το έμβρυο . (Volman & Pearson, 1980,233).

**Ένατη- Δέκατη Εβδομάδα:** Τώρα πια λειτουργούν όλα του τα όργανα: μύες, νεύρα αρχίζουν να συγχρονίζονται, κινεί χέρια και πόδια, πιπιλίζει το δάχτυλο του κλπ. Μπορεί να πιάνει ένα μικρό αντικείμενο. Αναπηδά και κολυμπά στο ζεστό αμνιακό υγρό. Αν το τρυπούν, αισθάνεται πόνο, ακούει τους ήχους και θυμάται τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του, τους οποίους θα αποζητά όταν θα γεννηθεί.

**Ενδέκατη-Δωδέκατη Εβδομάδα:** Είναι ήδη 8 εκατοστά και ζυγίζει 25 γραμμάρια. Μέσα σε ένα μήνα το ύψος του τριπλασιάστηκε και το βάρος του οκταπλασιάστηκε. Φυτρώνουν τα μαλλιά του και τα νύχια του. Η ομοιότητα που έχει με τους γονείς του στα χαρακτηριστικά είναι πια φανερή. Όλες οι ψυχικές και εγκεφαλικές μεταβολές της μητέρας του και κάθε ουσία που χρησιμοποιεί επηρεάζουν και το ίδιο. Όταν η μητέρα του ανησυχεί γι' αυτό, το αισθάνεται. Το ίδιο και όταν την πιάνει αγωνία, κάτι που είναι σύνηθες και κανονικό τους 2 πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και δημιουργείται από τον φόβο για το μέλλον, για το «νέο» και άγνωστο. Το έμβρυο καμιά φορά νοιώθει τους ιλίγγους, τον πονοκέφαλο, τους εμετούς ή ακόμα και τις ναυτίες της μητέρας του.

Όλα αυτά όμως θα περάσουν καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται. Κι όταν η μαμά του, το κρατήσει στην αγκαλιά της με τα χέρια της, θα της φανούν όλα ασήμαντα.

#### **5.6.4 ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΙ ΈΚΤΡΩΣΗ**

*Ο προγεννητικός έλεγχος είναι σειρά εξετάσεων που δείχνουν αν το έμβρυο είναι υγιές. Κάποιες μπορεί να δώσουν ανακριβή αποτελέσματα, ενώ μερικές είναι επικίνδυνες για το έμβρυο.*

*([https://www.wyethnutrition.gr/na\\_dynamic\\_page3.asp?menu\\_id=76&menu\\_item\\_id=1](https://www.wyethnutrition.gr/na_dynamic_page3.asp?menu_id=76&menu_item_id=1))*

Τις περισσότερες φορές ο προγεννητικός έλεγχος σκοπεύει στον εντοπισμό θεραπεύσιμων ανωμαλιών του εμβρύου. Υπάρχουν και φορές όμως όπου η έκτρωση είναι αναγκαίο κακό στην περίπτωση που ο προγεννητικός έλεγχος υποδεικνύει «πρόβλημα» στο έμβρυο.

Συχνά, έγκυοι που αμφισβητούν αυτές (Δρ. Σάββας Κυριακίδης) τις γνωματεύσεις διαπιστώνουν, είτε μετά από επόμενες λεπτομερέστερες εξετάσεις είτε κατά τον τοκετό, ότι το παιδί τους είναι απολύτως υγιές.

Δεν είμαστε σε θέση λόγω ελλείψεως στατιστικών στοιχείων, να αναλύσουμε το πραγματικό και δυστυχώς συχνό αυτό φαινόμενο σε βάθος, αλλά μπορούμε να αναφερθούμε σε πιθανές αιτίες:

- *Υπερβολική εξοικείωση του γιατρού με μια «ιατρική επέμβαση», εξοικείωση που υποβαθμίζει την αντίληψη του γιατρού α) για την βαρύτητα που έχει η διακοπή μιας κήσεως ως διακοπή μιας ζωής και ως ορόσημο στη ζωή της εγκύου και β) για την γνώση της εγκύου ως προς τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της.*
- *Άγνοια του γιατρού για τον τρόπο σωστής αντιμετώπισης της εγκύου στην διάρκεια μιας ψυχολογικά φορτισμένης περιόδου, προκειμένου αυτή να λάβει μια ώριμη και ισορροπημένη απόφαση, που προϋποθέτει ψυχική και συναισθηματική ηρεμία και ενημέρωση για όλες τις πλευρές του προβλήματος. Μια κοινωνική λειτουργός ή ένας ψυχολόγος κατάλληλα εκπαιδευμένοι θα ήταν περισσότερο αρμόδιοι να αναλάβουν κάτι τέτοιο.*
- *Φόβος του γιατρού για τι βάρος των ευθυνών που μπορεί να χρεωθεί ο ίδιος ή το μαιευτήριο σε περίπτωση γέννησης ενός παιδιού με κάποιο μικρό ή μεγαλύτερο πρόβλημα.*

- Υπερεκτίμηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων προγεννητικών ελέγχων και βεβιασμένη εξαγωγή συμπερασμάτων, ιδιαίτερα από γιατρούς που εκτελούν υπερηχογραφήματα Η έγκυος πρέπει να γνωρίζει ότι είναι πιθανό να παρασυρθεί εσφαλμένα σε μια ταχεία διαδικασία έκτρωσης, ώστε να έχει την ετοιμότητα να καθυστερήσει να λάβει την απόφαση μέχρις ότου:
- Έχει στα χέρια της λεπτομερέστερα και οριστικότερα ιατρικά δεδομένα για την κατάσταση του εμβρύου, και έχει ενημερωθεί για τις πιθανότητες σφάλματος των γνωματεύσεων
- Έχει αντιληφθεί την βαρύτητα του τερματισμού της ζωής του εμβρύου.
- Έχει φθάσει σε ψυχική και συναισθηματική εμπειρία προκειμένου να λάβει απόφαση.
- Τέλος, έχει ενημερωθεί για τις πιθανές επιπτώσεις μιας έκτρωσης στην ψυχική και την σωματική της υγεία.
- 

Σε αυτό το σημείο είναι ενδιαφέρον να παρουσιάσουμε την επιστολή μιας γυναίκας σε περιοδικό(9 ΜΗΝΕΣ PLUS, 2003) που ασχολείται με την εγκυμοσύνη και σχετίζεται με τον προγεννητικό έλεγχο.

«Αγαπητό περιοδικό, είμαι πιστή σου αναγνώστρια και μητέρα δύο παιδιών του Λάμπρου 2,5 ετών και της Δέσποινας 3,5 μηνών. Με αυτό το γράμμα θα ήθελα να καταθέσω την εμπειρία μου για να βοηθήσω - ίσως- όσες μέλλουσες μαμάδες αντιμετωπίσουν παρόμοιο πρόβλημα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ο γιος μου γεννήθηκε στην Θεσσαλονίκη και η εγκυμοσύνη αλλά και ο τοκετός ήταν η ωραιότερη εμπειρία της ζωής μου, αφού δεν αντιμετώπισα κανένα πρόβλημα. Όταν έμεινα έγκυος στην κόρη μου και λόγω μετάθεσης μου επισκεπτόμουν μια γυναικολόγο στην Χαλκίδα, με την προοπτική μόλις πάρω άδεια κυήσεως να με παρακολουθεί ο γιατρός που γέννησα το γιο μου στην Θεσσαλονίκη.

Έχοντας λοιπόν , μια τέλεια πρώτη εγκυμοσύνη, πίστευα ότι όλα θα πήγαιναν καλά και στην δεύτερη. Όμως , όταν στις 21 εβδομάδες πήγα σε γνωστό μαιευτήριο των Αθηνών για τον υπέρηχο Β' επιπέδου άλλαξαν όλα. Ούτε λίγο ούτε πολύ μου είπαν ότι είχα απουσία αμνιακού υγρού, ότι το μωρό μου δεν έχει νεφρούς και ότι έπρεπε άμεσα να τερματίσω την κύηση παρότι το έμβρυο αναπτυσσόταν με βάση τις μετρήσεις και την ηλικία της κύησης. Τα ακριβή μάλιστα, λόγια του κύριου που θέλει να λέγεται γιατρός ήταν: «Α! εντάξει τότε, δεν υπάρχει πρόβλημα. Θα χρειαστεί να το βγάλουμε αυτό και μάλιστα άμεσα!».

Έχασα την γη κάτω από τα πόδια μου, όμως παρά το σοκ και ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία με τον γιατρό μου στην Θεσσαλονίκη, ο οποίος με ενημέρωσε για την σοβαρότητα της κατάστασης αλλά με καθησύχασε κάπως, ταξίδεψα για Θεσσαλονίκη την επόμενη κιόλας μέρα. Εκεί κάναμε Doppler στο



οποίο, ναι μεν φάνηκε ολόγυμνο, όμως το μωρό ήταν μια χαρά, αρτιμελές και το σπυδαϊότερο είχε και τους δύο νεφρούς του. Φυσικά , ακολούθησε μια σειρά εξετάσεων, μεταξύ των οποίων βιοψίας τροφοβλάστης , Doppler ανά δεκαπενθήμερο, μικροβιολογικές εξετάσεις και επισκέψεις εβδομαδιαίες στο γιατρό μου για να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως «έσπασαν τα νερά μου» κάπου μεταξύ 17<sup>ης</sup> και 21<sup>ης</sup> εβδομάδος, αλλά επειδή έχανα υγρό σε ελάχιστη ποσότητα, δεν το κατάλαβα. Μετά την 22<sup>η</sup> εβδομάδα η φλεγμονή έκλεισε και το αμνιακό υγρό επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα. Έτσι, λοιπόν έφερα στον κόσμο 'ένα υγιέστατο κοριτσάκι.

Θα ήθελα, λοιπόν να πω πως σε οποιοδήποτε πρόβλημα και αν παρουσιαστεί μην το βάλετε κάτω. Η ζωή που έχετε μέσα σας αξίζει όλες τις ταλαιπωρίες του κόσμου και φυσικά της πίστη σας πως όλα θα πάνε καλά. Και πιστέψτε με, όταν γεννηθεί το αγγελούδι σας θα σας αποζημιώσει με τον καλύτερο τρόπο».

Διαβάζοντας, λοιπόν, την παραπάνω μαρτυρία μπορούμε να αντιληφθούμε την ευκολία ορισμένων γιατρών να οδηγούν την μητέρα απευθείας στην έκτρωση του εμβρύου χωρίς να το σκέφτονται και πολύ. Χρειάζεται λοιπόν προσοχή και επιλογή του σωστού γιατρού.

### **5.6.5. ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΝ ΤΑ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ**

Τα μέλη των βρεφών είναι μια σπουδαία επιχείρηση, εφ' όσον η δυνατότητα κέρδους από την λήψη εμβρυακών οργάνων είναι σχεδόν απεριόριστη. Είναι αναπόφευκτο λοιπόν οι γιατροί και άλλοι χωρίς ιδιαίτερο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή ή την ιατρική δεοντολογία να χρησιμοποιούν την ευκαιρία να «αρμέξουν» τα βρέφη μέχρι να βγάλουν όλα τα χρήματα που αξίζουν.

([https://www.wyethnutrition.gr/na\\_dynamic\\_page.asp?menu\\_id=89&menu\\_item\\_id=4](https://www.wyethnutrition.gr/na_dynamic_page.asp?menu_id=89&menu_item_id=4))

Η εταιρεία Flow Labs of Rockville, στο Maryland, είναι μια από τους οκτώ τουλάχιστον εμπόρους ιστών εμβρυακών οργάνων στις ΗΠΑ. Λαμβάνει τον ιστό από περισσότερους από 250 προμηθευτές σε 12 χώρες, κυρίως του Τρίτου Κόσμου. Μεταξύ των χωρών αυτών είναι η Αϊτή, η Βραζιλία και η Νότιος Κορέα. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 100.000 εγχώρια και ξένα πρώιμα βρέφη χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ κάθε χρόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Ένας «γιατρός» από την Νότιο Κορέα, ο καθηγητής Lee Myung Bok του Ιατρικού τομέα του Πανεπιστημίου της Σεούλ, πλήρωσε γιατρούς να κόψουν τα νεφρά από 12.000 αγέννητα παιδιά αμέσως μετά την θανάτωσή τους και στη συνέχεια να τα συσκευάσουν με πάγο και να τα αποστείλουν στις ΗΠΑ. Κέρδισε \$ 180.000 για τις προσπάθειές του. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες που εκτελούσαν τις εκτρώσεις πληρώνονταν με ούισκι, νάιλον καλσόν και τσίχλες. Όλες οι μητέρες των οποίων τα βρέφη θανατώθηκαν υπέγραψαν άδειες.

Πολλές φορές τα εκτρωμένα βρέφη καταλήγουν σε « έργα τέχνης». Κατά την περίοδο 1985 έως 1990, αρκετοί αυτοαποκαλούμενοι «καλλιτέχνες» κατασκεύαζαν σκουλαρίκια και άλλα είδη που εμφάνιζαν πρώιμα παιδιά σε κέλυφος πλαστικό ή πλεξιγκλάς. Αυτά τα «έργα» λαμβάνουν εκτενείς επαίνους από τους κριτικούς τέχνης.

Το 1989 η «Επίδειξη εκφυλισμένης τέχνης» δέχθηκε μια συμβολική επιχορήγηση \$ 500 από τον «Χώρο του Καλλιτέχνη». Στην επίδειξη αυτή υπήρχε έκθεμα της Σων Άιχμαν, με όνομα «Βιτρίνα Αλχημείας», που εμφάνιζε το δικό της διαμελισμένο βρέφος που εκτρώθηκε στο δεύτερο τρίμηνο, δίπλα στην υποχρεωτική κρεμάστρα από στριμμένο σύρμα ως πολιτική δήλωση.

Ακόμη περισσότεροι από 15 εκατομμύρια Αμερικανών υποφέρουν από ασθένειες και βλάβες οι οποίες κατά τους ισχυρισμούς διαφόρων θα μπορούσαν να βοηθηθούν σε διάφορους βαθμούς από μεταμοσχεύσεις εμβρυακού ιστού. Αυτές οι ασθένειες περιλαμβάνουν την ασθένεια του Parkinson, του Alzheimer, τον διαβήτη,

βλάβες του εγκεφάλου, την εγκεφαλική συμφόρηση και την παράλυση. Αυτές είναι οι καταστάσεις στις οποίες εστιάζουν την προσοχή οι ερευνητές που υποστηρίζουν την λήψη οργάνων όταν λένε ότι οι εμβρυακές μεταμοσχεύσεις μπορούν να βοηθήσουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Rae Leith, η οποία εμφανίστηκε στο πρόγραμμα «Nightline» του ABC και ανακοίνωσε ότι θέλει να κυφορήσει ένα βρέφος ειδικά για να το εκτρέψει με σκοπό την μεταμόσχευση ιστών του εγκεφάλου στον πατέρα της, ο οποίος έπασχε από την νόσο του Parkinson.

Τον Απρίλιο του 1980, οι φυλακές στα σύνορα Ελβετίας- Γαλλίας συνέλαβαν ένα φορτηγό από την Κεντρική Ευρώπη φορτωμένο με εκατοντάδες κιλά κατεψυγμένων εκτρωμένων βρεφών τα οποία, σύμφωνα με τις συνοδευτικές φορτωτικές, κατευθύνονταν προς αρκετές γαλλικές εταιρείες καλλυντικών για επεξεργασία σε ακριβά καλλυντικά.

Γαλλική εφημερίδα εξηγούσε ότι το εμπόριο εμβρυακών υπολειμμάτων είναι ζωηρό, γιατί περιλαμβάνονται σε «...προϊόντα ομορφιάς που χρησιμοποιούνται για την αναζωογόνηση του δέρματος, που πωλούνται στην Γαλλία σε υψηλές τιμές». Μια εταιρεία η Madame Renne Ibry, διαφημίζει ότι τα προϊόντα υγείας της που περιέχουν εμβρυακό κολλαγόνο είναι «απόλυτα φυσικά».

Ωστόσο, όπως συμβαίνει και με όλες τις άλλες τους προσπάθειες, οι δολοφόνοι των πρώιμων βρεφών είναι ειδικοί στην πειθώ και την εκλογίκευση των διαφόρων πλευρών του ρυπαρού τους επαγγέλματος προς λαϊκή κατανάλωση. Έτσι, είναι αναμενόμενο ότι περίπου πέντε εκατομμύρια άνθρωποι θα κάνουν χρήση των προϊόντων των εμβρυακών ιστών σε συστηματική βάση. Αυτό σημαίνει ότι η συνολική ποσότητα εμβρυακού ιστού απαιτείται για την ικανοποίηση της ζήτησης αυτών των «νέο-βρικόλακων» θα μετράται σε τόνους κάθε χρόνο.

Εφ' όσον υπάρχουν μόνο 120.000 περίπου εκτρώσεις δευτέρου και τρίτου τριμήνου στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, αυτό σημαίνει ότι η ζήτηση για εμβρυακό ιστό θα ξεπεράσει συντριπτικά και αναπόφευκτα την διαθέσιμη προσφορά.

Υπό τέτοιες συνθήκες αγοράς εξελίσσεται οπωσδήποτε ένα συγκεκριμένο σύνολο συνθηκών. Αυτές περιλαμβάνουν τα εξής: ιδιαίτερα αυξημένες τιμές, ακμάζουσα μαύρη αγορά, την κύηση και πώληση πρώιμων βρεφών, την εισαγωγή εμβρυακών ιστών από φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες, κάτι που αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε σοβαρές καταχρήσεις στις χώρες εκείνες, και επιχειρηματίες που θα ενθαρρύνουν τις γυναίκες να κάνουν έκτρωση όσο το δυνατόν αργότερα με χρηματική αμοιβή, με αποτέλεσμα την αύξηση των θανάτων στις μητέρες και των

επιπλοκών λόγω των πιο επικίνδυνων διαδικασιών έκτρωσης των τελευταίων σταδίων της κύησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑ (ΜΟΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ)

#### 6.1. Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑΣ

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ευρέως διαδεδομένες και επίσης η έκτρωση δεν αποτελεί ταμπού, παρ' όλα αυτά το ποσοστό των γεννήσεων εξώγαμων παιδιών στην δυτική Ευρώπη δεν μειώθηκε, ενώ περιορίστηκε στις Η.Π.Α.

Οι αμερικανοί δημογράφοι υποστηρίζουν πως η νόμιμη έκτρωση επιτρέπει την αποτροπή της μη επιθυμητής έκτρωσης και πως επιδρά ιδιαίτερα στις γεννήσεις εξώγαμων. Μερικοί, υπολογίζουν ότι χωρίς την νομοθεσία για την έκτρωση που θεσπίστηκε το 1970, θα είχαν καταγραφεί κατά το 1974 39.000 περισσότερες γεννήσεις εξώγαμων και 28.000 περισσότερες γεννήσεις νόμιμων παιδιών. Επίσης φαίνεται ότι η νόμιμη έκτρωση συμβάλλει στην μείωση των γάμων που συνάπτονται λόγω εγκυμοσύνης.

Είναι ακόμη νωρίς για να πει κανείς ότι αν αυτή η σχέση στην νόμιμη έκτρωση και στο ποσοστό γεννήσεων εξώγαμων θα διαγραφεί σύντομα στην Σουηδία και στην Γαλλία, χώρες που το δικαίωμα έκτρωσης νομιμοποιήθηκε πιο πρόσφατα από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Τούτο δεν είναι βέβαιο, γιατί στις χώρες αυτές δεν ισχύει η αμερικάνικη πουριτανική ηθική.

«Κατά τον Γ. Τροστ, η γέννηση εξώγαμου γίνεται καλύτερα δεκτή από τη σουηδική κοινή γνώμη γιατί οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις των τελευταίων ετών ευνοούν τα μονά και με παιδιά άτομα. Όπως αποδείχθηκε, η αύξηση γεννήσεων εξώγαμων αφορά και τις άλλες Σκανδιναβικές χώρες: Δανία, Φιλανδία, Νορβηγία. Η ίδια σύμπτωση παρατηρείται και στην Γαλλία. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι ακόμη είναι πολύ πρόσφατη η σύμπτωση για να αποφανθεί κανείς οριστικά σχετικά με την υπόθεση αυτή.» (Α.Μισέλ, 2000, 211-214)

Η Μονογονεϊκή οικογένεια είναι η οικογένεια που αποτελείται από έναν γονέα και τα ανήλικα τέκνα του. Αυτό είναι συνέπεια θανάτου του ενός γονέα, διαζυγίου, χωρισμού των συζύγων, εγκατάλειψης από τον ένα γονέα ή αγαμίας του γονέα με αποτέλεσμα ο άλλος να αναλάβει τα παιδιά. Εκτός από αυτές τις τυπικές μορφές μονογονεϊκών οικογενειών υπάρχουν και άλλοι τύποι, οι λεγόμενες «χωλές» ή «οιονεί» οικογένειες που στην πλειονότητα έχουν αρχηγό γυναίκα. Πρόκειται για συζυγικές οικογένειες που έχουν διασπαστεί σε δύο κομμάτια με την μετανάστευση του ενός γονέα ή την απουσία του λόγω επαγγέλματος, π.χ. ναυτικού.

«Το πρόβλημα των μονογονεϊκών οικογενειών έχει πάρει διαστάσεις στην εποχή μας ,(όπου η συνήθης μορφή οικογένειας είναι η πυρηνική) , αφ' ενός λόγω της αύξησης τους και αφ' ετέρου της αδυναμίας τους να εξασφαλίσουν τους απαραίτητους όρους επιβίωσης , όταν ο θάνατος του ενός γονέα , το διαζύγιο , η εγκατάλειψη επιφέρουν την «διάλυση του οικογενειακού κυττάρου». (Ε.Μπαρμπαλή,1993.198-199)

«Η μονογονεϊκή οικογένεια δεν αποτελεί πάντοτε μόνιμη ούτε υποχρεωτικά μακροχρόνια μορφή οικογένειας για τα μέλη της. Είναι δηλαδή , βέβαιο ότι περισσότερα άτομα διαβαίνουν "το κατώφλι της μονογονεϊκότητας" απ' όσα δείχνουν οι καταγραφές , όποιον ορισμό μονογονεϊκότητας και αν έχουν αυτές ως βάση.

Στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η συντριπτική πλειοψηφία των μονών-γονέων είναι μητέρες .Σε όλα σχεδόν τα κράτη η κατηγορία των διαζευγμένων/χωρισμένων είναι μεγαλύτερη και αντιπροσωπεύει σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των μονών οικογενειών, ενώ η κατηγορία των ανύπαντρων η μικρότερη.»(Δ.Κογκίδου, 1996, 2-3)

## 6.2. ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΜΟΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ: ΟΜΑΔΑ

### ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑ

Οι κυριότερες εισοδηματικές πηγές των μονογονεϊκών οικογενειών στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**α)Εισοδήματα από διατροφή :** Τα οποία είναι ασταθή και συνεισφέρουν ελάχιστα στο εισόδημα των μονογονεϊκών οικογενειών , ακόμη και αν εξαιρεθούν οι περιπτώσεις χηρείας. Σε κράτη που λειτουργεί ακόμη το υποστηρικτικό δίκτυο της εκτεταμένης οικογένειας , όπως η Ελλάδα , παρέχεται άτυπη οικονομική βοήθεια (σε χρήμα και είδος) στην μονογονεϊκή οικογένεια, από μέλη της οικογένειας καταγωγής του μονού γονέα ή από το δίκτυο της γειτονιάς.

**β)Εισοδήματα από απασχόληση:** Τα οποία παρόλο που διαφέρουν ανα κράτος, είναι αναμφίβολα πιο σημαντικά από την διατροφή. Ενώ το ποσοστό απασχόλησης των μονών μητέρων ποικίλλει πάρα πολύ, ανά κράτος, στα περισσότερα κράτη-μέλη οι μονές μητέρες είναι πιθανόν να εργάζονται παρά οι μητέρες σε ζευγάρι και μάλιστα περισσότερες ώρες.

**γ)Εισοδήματα από επιδόματα :** Ο ρόλος των κοινωνικών επιδομάτων ως πηγή εισοδήματος ποικίλλει κατά πολύ ανά κράτος .Σε ορισμένα κράτη το ύψος αυτών των επιδομάτων είναι αντίστοιχο των διατροφών και γι 'αυτό συνεισφέρουν ελάχιστα, σε άλλα κράτη ενώ υπερισχύει η προώθηση της πολιτικής της απασχόλησης , τα κοινωνικά επιδόματα είναι μια δευτερεύουσα πηγή. Ενώ σε κάποια άλλα αποτελούν την κυριότερη εισοδηματική πηγή για τις μονογονεϊκές οικογένειες. Τα επιδόματα αυτά μπορεί να είναι ειδικά ή γενικά , να αφορούν δηλαδή το σύνολο της οικογενειακής και κοινωνικής πολιτικής.

Όποιον ορισμό της φτώχειας και αν υιοθετήσουμε , οι μονογονεϊκές οικογένειες με μονή μητέρα όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά και στις Η.Π.Α. , ανήκουν στο φτωχότερο τμήμα του πληθυσμού. Βέβαια, η μονογονεϊκότητα δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από την φτώχεια γιατί οι μονογονεϊκές οικογένειες δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα .Μονοί γονείς υπάρχουν σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και αυτό σε κάποιο βαθμό αντανακλάται στην κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Το γεγονός όμως ότι οι περισσότερες μονογονεϊκές οικογένειες έχουν μονό γονιό -γυναίκα , τόσο με βάση την λογική του μέσου όρου όσο και την υποκειμενική βίωση της κατάστασης τους , αυξάνει τον κίνδυνο να διολισθήσουν στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

«Υπάρχουν διαφορές στο εισόδημα των μονογονεϊκών νοικοκυριών ανάλογα με το φύλο του μονού γονιού αλλά και τον τύπο της μονογονεϊκότητας. Οι μονοί πατέρες βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση απ' ό,τι οι μονές μητέρες. Από τις μονές μητέρες οι χήρες είναι σε καλύτερη κατάσταση από τις ανύπαντρες και τις διαζευγμένες λιγότερο ευνοημένη ομάδα μονών μητέρων φαίνεται πως είναι η ανύπαντρη μητέρα, η οποία συχνά δεν έχει βοήθεια και από την οικογένεια της, εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτή η μορφή μονογονεϊκότητας είναι λιγότερο κοινωνικά αποδεκτή σε ορισμένα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ηλικία του παιδιού παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της εισοδηματικής κατάστασης του νοικοκυριού και κατά συνέπεια επηρεάζει το βιοτικό επίπεδο ζωής της οικογένειας και τις επιλογές της.» (Κογκίδου Δ., 1996, 3-5)

Μέσα από την έρευνα που διενήργησε η κοινωνική Λειτουργός Μπαρμπαλή Ειρήνη το 1990, με τίτλο «Μονογονεϊκές οικογένειες στις πόλεις Βόλου και Ρόδου: Μια διερεύνηση του φαινομένου» μπορούμε να συνάγουμε τα εξής συμπεράσματα,

- Περίπου το 1/3 των μονών γονέων και στις δύο πόλεις μένουν με συγγενείς ή φιλοξενούνται. Οι κύριοι λόγοι είναι οικονομικοί και η φροντίδα των παιδιών ώστε να καταφέρουν να εργαστούν. Το κόστος αυτής της επιλογής είναι οι περιορισμοί που τους επιβάλλονται από το συγγενικό τους περιβάλλον επειδή φοβούνται τον αντίκτυπο στον κοινωνικό περίγυρο.
- Το πρωταρχικό πρόβλημα για τους μονούς γονείς στον Βόλο είναι το οικονομικό και η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ στην Ρόδο το στεγαστικό. Όσοι έχουν χαμηλό εισόδημα έχουν και πρόβλημα πληρωμής ενοικίου με αποτέλεσμα οι συνθήκες κατοικίας να είναι κακές.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των μονογονεϊκών οικογενειών στην πόλη του Βόλου είναι απόφοιτοι δημοτικού και αρκετοί γονείς είναι αναλφάβητοι. Έτσι, ανήκουν στην χαμηλή εισοδηματική τάξη. Σημειώνεται ότι ο Βόλος είναι κατ' εξοχήν βιομηχανική περιοχή και οι περισσότερες θέσεις εργασίας απαιτούν εξειδικευμένο προσωπικό.
- Οι περισσότεροι γονείς στον Βόλο εξαρτώνται οικονομικά από τα επιδόματα που χορηγούνται από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας, τον Ο.Α.Ε.Δ. και την διατροφή που λαμβάνουν οι διαζευγμένες γυναίκες.
- Η στάση των μονών μητέρων είναι χαλαρή έναντι της διεκδικήσεως διατροφής για τα παιδιά τους, είτε γιατί δεν έχουν χρήματα για τα δικαστικά έξοδα ή γιατί έχουν υψηλό εισόδημα είτε γιατί δεν θέλουν να έχουν διαπληκτισμούς με τον πρώην σύντροφο τους.



- Ένας σημαντικός αριθμός γονέων και στις δύο πόλεις δηλώνουν ότι νιώθουν σπάνια ή ποτέ την ανάγκη να μιλήσουν στους φίλους , συγγενείς ή γνωστούς για τα προβλήματα τους. Αυτό συμβαίνει γιατί διακατέχονται από εσωστρέφεια ή πιστεύουν ότι αυτή την περίοδο οι φίλιες είναι πιο εύθραυστες και δεν θέλουν να γίνουν φορτικοί. Επίσης , όταν βρίσκονται με φίλους είναι ευκαιρία απώθησης προβλημάτων και συζήτησης για κάτι ανώδυνο και ευχάριστο.
- Κοινωνικά απομονωμένοι νιώθουν εντονότερα οι άγαμοι γονείς. Η συντριπτική πλειοψηφία δεν λαμβάνει μέρος σε κοινές εκδηλώσεις κοινωνικής ζωής. Λίγοι είναι εκείνοι που προσπαθούν να ξεφύγουν από τον κλοιό των προβλημάτων τους ασχολούμενοι με κοινοτικές δραστηριότητες.
- Κανείς από τους γονείς δεν προτείνει τις λύσεις για υιοθεσία , ανάδοχη οικογένεια , συγγενικό σπίτι για την αποκατάσταση των παιδιών του.
- Όταν οι γονείς δημιουργήσουν μια νέα σχέση οδηγούνται συχνά για βοήθεια σε ειδικούς επιστήμονες γιατί δημιουργούνται προβλήματα με τα παιδιά τους που μόνοι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν.(Μπαρμπαλή, 1993,202-207)

Ο κίνδυνος της φτώχειας αυξάνει όταν η μονογονεϊκή οικογένεια συγκεντρώνει και άλλα χαρακτηριστικά , όπως : Μεγάλος αριθμός παιδιών , άτομο με ειδικές ανάγκες, χρόνια προβλήματα υγείας κ.α.

Η είσοδος στην κατάσταση της μονογονεϊκότητας συνδέεται στις περισσότερες περιπτώσεις με αλλαγές στο ποσό του εισοδήματος που έχει η οικογένεια .Το γεγονός αυτό όμως επιφέρει ορισμένες αλλαγές και στον τρόπο ζωής ,όπως αλλαγή κατοικίας, αλλαγές στα σχήματα κατανάλωσης , αλλαγή κοινωνικού περιβάλλοντος , απώλεια ορισμένων καταναλωτικών ειδών , νέοι διακανονισμοί για την παιδική προστασία , απώλεια ή περιορισμούς ορισμένων κοινωνικών αγαθών κ.α. Οι περιορισμοί που θέτουν οι νέοι οικονομικοί όροι σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες , δημιουργούν σταδιακά μια αποκοπή απο την κοινωνική ζωή. (Κογκίδου, 1996,5-6)

**Στην έρευνα της Κογκίδου και Πανταζής 1990** , για τις μονογονεϊκές οικογένειες στην Δυτική Θεσσαλονίκη ,στο πλαίσιο του προγράμματος "Φτώχεια 3", οι μονογονεϊκές οικογένειες κρίνουν σε μεγάλο ποσοστό ότι το εισόδημα τους είναι ανεπαρκές για να καλύψει τις βιοτικές τους ανάγκες Το 38% αντιμετωπίζει πρόβλημα επιβίωσης σε σύγκριση με το 8% του γενικού πληθυσμού της περιοχής. Ιδιαίτερα τραγική είναι η κατάσταση των επιδοτούμενων μονογονεϊκών οικογενειών , από τις οποίες το 69% αντιμετωπίζει προβλήματα επιβίωσης.

Μεγάλες διαφορές παρατηρούνται στο τι θεωρούν αναγκαίο εισόδημα και τι έχουν στην πραγματικότητα. Ένα μεγάλο ποσοστό των μονογονεϊκών οικογενειών ζει σε συνθήκες έλλειψης των στοιχειωδών για την διαβίωση τους. Το 44% δεν έχει νερό ή /και ηλεκτρικό ή / και τουαλέτα.

Εν συνεχεία , παραθέτουμε διαπιστώσεις από την λειτουργία του "Κέντρου Μονογονεϊκής Οικογένειας" στην Θεσσαλονίκη :

ο Εάν η μονή μητέρα και κυρίως η ανύπαντρη δεν έχει μια σταθερή απασχόληση που να της προσδίδει κοινωνικό κύρος , τότε πολύ πιο εύκολα βιώνει αισθήματα αποτυχίας ,ανεπάρκειας που την οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα.

ο Οι προτεραιότητες στην ζωή που θέτουν οι μονές μητέρες στην Δυτική Θεσσαλονίκη είναι οι υλικές αξίες ,με πρώτη την επιθυμία για σταθερή δουλειά και δεύτερη το σταθερό εισόδημα.

ο Η επιλογή της μονής μητέρας να έχει ως κύρια εισοδηματική πηγή τα επιδόματα και όχι την εργασία μπορεί να αντανακλά και μια τάση να

δεχθεί το πολύ χαμηλό επίπεδο ζωής. Συνήθως άτομα που έχουν ζήσει σε καταστάσεις φτώχειας είναι πιθανόν να δεχθούν αυτό το βιοτικό επίπεδο απ 'ότι τα άτομα που είχαν προηγούμενα υψηλό επίπεδο ζωής.

Συμπερασματικά , η επιλογή των μονών μητέρων να δεχθούν τα κοινωνικά βοηθήματα και να μην εργαστούν δεν μπορεί να ερμηνευτεί ως κύριο στοιχείο της «υποκοουλτούρας της φτώχειας».

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ορισμένες διαδικασίες που μεταδίδονται από γενιά σε γενιά επηρεάζουν αυτή την επιλογή .Οι εμπειρίες της μητέρας στην οικογένεια της επηρεάζουν ορισμένες όψεις του μητρικού της ρόλου και του ρόλου της εργασίας. Αυτές οι όψεις δεν συσχετίζονται όμως με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας καταγωγής της.(Κογκίδου , 1996, 6-9)

Η δυναμική και η μεταβίβαση της φτώχειας και εξάρτησης από επιδόματα από γενιά σε γενιά.

Υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη πολλών παιδιών έχει άμεση σχέση με την "φτώχεια" και ότι συχνά οι μονές μητέρες κάνουν και άλλα παιδιά για να αυξήσουν το ποσό που συγκεντρώνουν από τα επιδόματα. Από την έρευνα της της Κογκίδου και Πανταζή το 1990 , δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οι μονές μητέρες επιθυμούν να έχουν παιδιά εκτός γάμου. Άλλες καταστάσεις , αξίες και αντιλήψεις μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα γέννησης και άλλου παιδιού και όχι για να μην εργασθούν και να παραμείνουν εξαρτημένες από επιδόματα. Η άποψη οτι συχνά τα επιδόματα κοινωνικής Πρόνοιας αποτελούν «Παγίδες

φτώχειας» αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα στο οποίο επικεντρώνεται διεθνώς το ενδιαφέρον .Η δυναμική και η μεταβίβαση της φτώχειας των μονογονεϊκών οικογενειών με μονές μητέρες και της εξάρτησης από επιδόματα από γενιά σε γενιά διερευνάται στο πλαίσιο της πολιτικής καταπολέμησης της φτώχειας.

Αν και τα πιο γενναιόδωρα επιδόματα μειώνουν την ανάγκη ένταξης των μονών μητέρων στην αγορά εργασίας , οι επιδράσεις δεν είναι τέτοιες έτσι ώστε να αυξηθεί η φτώχεια. Αντίθετα, η μείωση του ποσού της κοινωνικής βοήθειας αυξάνει το επίπεδο φτώχειας και δεν μειώνει το διάστημα παραμονής της οικογένειας στην φτώχεια.

Συμπερασματικά , η εξάρτηση από επιδόματα έχει αρνητικές συνέπειες .Όχι όμως τόσο σοβαρές ώστε να δικαιολογούνται οι απόψεις , όπως ότι οι αυξήσεις των επιδομάτων θα οδηγήσουν σε αύξηση του ποσοστού των οικογενειών που ζουν στην φτώχεια.

Αυτό που μας ενδιαφέρει πολύ στο κομμάτι αυτό είναι ο βαθμός στον οποίο υπάρχει η μεταβίβαση της φτώχειας από την μια γενιά στην άλλη και οι παράγοντες που καθορίζουν την κινητικότητα αυτή. Οι φτωχές μονογονεϊκές οικογένειες δεν είναι ομοιογενείς , ούτε ο μονός γονιός κατάγεται πάντα από φτωχή οικογένεια. Είναι επομένως αρκετά δύσκολο να εκτιμήσουμε τις πιθανότητες που έχουν τα παιδιά από φτωχές οικογένειες να ξεφύγουν από την φτώχεια.

Τα περισσότερα παιδιά δεν έχουν τα κατάλληλα εκπαιδευτικά εφόδια , αλλά αυτό αφορά το αρχικό στάδιο της ζωής τους , γιατί μπορούν να υπάρξουν και άλλες δυνατότητες ,ευκαιρίες και και προτάσεις κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Αν και υπάρχει άσχημη οικονομική κατάσταση η οποία μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά , αυτό δεν οφείλεται στο γεγονός οτι και ένας συγκεκριμένος τρόπος ζωής μεταδίδεται και εμποδίζει τα παιδιά των αδύναμων οικονομικά μονών οικογενειών να αποδεσμευτούν από την φτώχεια.

Συνεπώς , δεν υπάρχει μια "υποκουλτούρα της φτώχειας "με ένα ευδιάκριτο πλαίσιο αξιών , αντιλήψεων και σχημάτων αλληλεπίδρασης που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά. Αντίθετα υπάρχει μια ποικιλία συνθηκών που συνδέονται με την άσχημη οικονομική κατάσταση και ότι συνεπάγεται από αυτήν και έχει διαφοροποιημένη επίδραση στις διαφορετικές όψεις του τρόπου ζωής των φτωχών οικογενειών.

«Τέλος , σύμφωνα με τους Axinn and Hirsch το γεγονός της εξάρτησης των μονών μητέρων είναι μια προσπάθεια για να επιστρέψουν οι γυναίκες στον θεσμό του γάμου και να βρίσκονται κάτω από την εξουσία των ανδρών.

Πολλά από τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής στον τομέα αυτό καθώς και οι αναθεωρήσεις που εμπεριέχουν περικοπές δαπανών μειώνουν την δυνατότητα των γυναικών να μεγαλώνουν παιδιά εκτός γάμου και το δικαίωμα επιλογής διαφορετικών μορφών οικογενειακής οργάνωσης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Axinn and Hirsch , μέσα από την εφαρμοζόμενη κοινωνική πολιτική ο γάμος προβάλλεται ουσιαστικά ως το προσφορότερο μέτρο για την καταπολέμηση της φτώχεια στις γυναίκες ( είτε γιατί οι άνδρες κερδίζουν περισσότερα , είτε γιατί υπάρχουν δύο δυνάμεις να συνεισφέρουν για την οικογένεια)» (Κογκίδου , 1996 ,10-13).

### **6.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΘΕΙ Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΜΟΝΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ**

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε εξ' αρχής ότι στις σύγχρονες κοινωνίες με τις αλλαγές στην αγορά εργασίας τα άτομα χρειάζονται περισσότερο ευέλικτες μορφές κοινωνικής προστασίας. Αναμένεται ότι οι συνέπειες από την κρίση στην αγορά εργασίας, τον περιορισμό της δημόσιας χρηματοδότησης της κοινωνικής πρόνοιας, την αλλαγή των οικογενειακών δομών και την αύξηση του κοινωνικού αποκλεισμού να επιδεινωθούν τα επόμενα χρόνια. Συνεπώς, μόνο νέοι και καινοτόμοι τρόποι συνδυασμένης αντιμετώπισης της απασχόλησης και της πρόνοιας είναι δυνατόν να βοηθήσουν τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι μονοί γονείς να σταθούν αυτόνομα και να φροντίσουν τον εαυτό τους. Ο προσανατολισμός προς θετικούς στόχους, όπως η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η ατομική αυτάρκεια, η ολοκλήρωση και η ένταξη των ατόμων στην κοινωνία, είναι επιδιωκόμενοι στόχοι και προκλήσεις για την σύγχρονη κοινωνία.

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εθνικών πολιτικών για τις μονογονεϊκές οικογένειες έγκειται στην διασφάλιση των βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, μετά τον καθορισμό των εμποδίων και διαδικασιών μέσα από τις οποίες οι μονογονεϊκές οικογένειες αποκλείονται από αυτά. Η ομάδα των μονογονεϊκών οικογενειών με μονές μητέρες είναι μια από αυτές τις ομάδες για τις οποίες δεν μπορούν να διασφαλιστούν αυτά τα δικαιώματα και αυτό οφείλεται αφενός στο γεγονός ότι δεν είναι ιδιαίτερα πολιτικά ορατές έτσι ώστε να αποκτήσουν προτεραιότητα και να γίνουν αντικείμενο της πολιτικής για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού και αφετέρου, σύμφωνα με πρόσφατες κριτικές σε αδυναμίες της πολιτικής κατά τομείς.

Εξ' αιτίας των περιορισμών των πολιτικών κατά τομείς και κατά ειδικές κατηγορίες η τάση που διαγράφεται, τουλάχιστον στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η υιοθέτηση μιας σφαιρικής στρατηγικής για την κάλυψη των πολυδιάστατων αναγκών των λιγότερο ευνοημένων ομάδων.

Πρόκειται για μια πολυδιάστατη προσέγγιση που συνδυάζει στοιχεία ενεργητικής πολιτικής για την εργασία και μείωση της κοινωνικής απομόνωσης. Η πολιτική αυτή, στοχεύει σε : α) Πιο αποτελεσματικό συντονισμό των πολιτικών

έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν οι πολυδιάστατες ανάγκες τω ατόμων , β) Προγράμματα που λειτουργούν σε μια συγκεκριμένη περιοχή και γ)σταθερότητα και συνέχεια στις παρεμβάσεις.

Η συγκρότηση , αλλά και η εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής για τις μονές μητέρες , τόσο γενικά όσο και ειδικότερα στον τομέα της εξάρτησης εξαρτάται από αρκετά ζητήματα.

Από την δεκαετία του '80 δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην «ενεργητική» πολιτική ,ήδη από την περιγραφή της πολιτικής διαφαίνεται μια απαξία για την αντίθετη της , δηλαδή την «παθητική» που στηρίζεται στην παροχή επιδομάτων , σε όλα τα κράτη - μέλη Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα , που επηρεάζουν την συγκρότηση και εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής για τις μονές μητέρες είναι η ελλιπής πληροφόρηση για την κοινωνική πραγματικότητα ως συγκεκριμένης ομάδας - κατηγορίας. Ένα ακόμη , αλλά εξ' ίσου σημαντικό ζήτημα , σε άλλο επίπεδο , που μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων μονών μητέρων είναι η ίση κατανομή οικιακών και γονικών ευθυνών στο πλαίσιο κάθε μορφής οικογενειακή οργάνωσης. (Κογκίδου,1996,19-21)

#### 6.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας της Μπαρμπαλή Ειρήνης το 1990 με θέμα «Μονογονεϊκές οικογένειες στις πόλεις Βόλου και Ρόδου : μια διερεύνηση του φαινομένου» , παρακάτω προτείνονται ορισμένα ενδεικτικά μέτρα από την ίδια που θα μπορούσαν να μελετηθούν στην χώρα μας με απώτερο σκοπό την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής για τις μονογονεϊκές οικογένειες

##### 1. ΕΡΕΥΝΑ

Καταρχήν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί στην χώρα μας μια ολοκληρωμένη και εκτεταμένη έρευνα από ειδικούς φορείς ( π.χ. Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ) , για τον εντοπισμό των μονογονεϊκών οικογενειών στην Ελλάδα - των συνθηκών διαβίωσης τους ,των αναγκών που απορρέουν απο αυτές κ.λ.π. . Χωρίς να περιοριστεί η έρευνα στα άτομα που επιδοτούνται απο κάποιον φορέα , π.χ. τις Υπηρεσίες Πρόνοιας των Νομαρχιών.

##### 2. ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

A) Δημιουργία συλλόγων μονογονεϊκών οικογενειών στις πόλεις που θα βρεθεί υψηλός αριθμός μονών γονέων , για την άσκηση της πίεσης προς την πολιτεία και την διεκδίκηση δικαιωμάτων για μια ποιότητα ζωής ,καθώς και για την οικονομική και νομική αυτονομία τους.

B) Η απασχόληση της κοινωνικού Λειτουργού στους συλλόγους ( π.χ. με απόσπαση από άλλους μεγάλους φορείς πρόνοιας) που θα εντοπίζει τα προβλήματα τους και θα συνεργάζεται με τις υπηρεσίες της κοινότητας για την πραγμάτωση των αναγκαίων αλλαγών.

##### 3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ- ΕΡΓΑΣΙΑ

A) Να δίνεται προτεραιότητα στους αρχηγούς μονογονεϊκών οικογενειών για επαγγελματική κατάρτιση σε σχολές μαθητείας του Ο.Α.Ε.Δ. ή σε άλλες σχολές , καθώς και σε σεμινάρια επαγγελματικής επιμόρφωσης , πριν αρχίσουν να εργάζονται, για την διευκόλυνση τους στην εύρεση εργασίας.

B) Να διαθέτει το κράτος ορισμένες θέσεις στο δημόσιο για τους μονούς γονείς . Επίσης προσφορά βοήθειας για την δημιουργία συνεταιρισμών που θα αναλάβουν μέλη των συλλόγων.

#### 4.ΣΤΕΓΑΣΗ

A) Δημιουργία προσωρινών ξενώνων που να δέχονται πολύ δύσκολες ή και «κακοποιημένες περιπτώσεις» μονογονεϊκών οικογενειών ,όπου τα μέλη τους θα παραμένουν ώσπου να βρεθούν λύσεις στα επείγοντα προβλήματα τους.

B) Προτεραιότητα στην λήψη δανείων για αγορά κατοικίας .Διευκολύνσεις όπως σε άλλες κατηγορίες οικογενειών π.χ. πολύτεκνες.

Γ) Στα κρατικά οικιστικά προγράμματα μερίδα των κατοικιών αυτών να δίνεται σε αυτές τις οικογένειες με χαμηλό ενοίκιο και για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

#### 5.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΕΙΣ

A) Σημαντική αύξηση του επιδόματος "παιδικής προστασίας" για να ανταποκρίνεται στις τιμαριθμικές μεταβολές καθώς και επιμήκυνση του ανωτάτου ορίου ηλικίας των παιδιών που δικαιούνται επιδότησης.

B) Καθιέρωση ειδικού οικογενειακού επιδόματος στις οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους , που μαζί με άλλα επιδόματα θα φτάνει το ύψος του κατώτερου μισθού ανειδίκευτου εργάτη.

#### 6.ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

A) Δωρεάν προσωρινή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στους αρχηγούς μονογονεϊκών οικογενειών στους άγαμους γονείς. ( σε όσους δεν το έχουν ήδη)

B) Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους μονούς γονείς που δεν ασκούν επάγγελμα και τα εισοδήματα τους είναι πενιχρά.

#### 7.ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ ΟΙΚΟΓ. ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΥ

Προετοιμασία του ζευγαριού πριν τον γάμο , για την μείωση των μονογονεϊκών οικογενειών που δημιουργούνται απο διαζύγια και εκτός γάμου παιδιά.



## 8.ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΟΝΩΝ ΓΟΝ ΕΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αύξηση των ορών λειτουργίας τους που θα εξυπηρετεί τους γονείς και κατά την διάρκεια απογευματινής εργασίας .Χρησιμοποίηση και ανδρικού προσωπικού σε αυτά για την παρουσία ανδρικού προτύπου στα παιδιά που μεγαλώνουν χωρίς πατέρα.

## 9.ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΩΝ ΦΥΛΛΑΔΙΩΝ

Για παράδειγμα από τον Ο.Α.Ε.Δ. και τα κέντρα κοινωνικής πρόνοιας που θα χρησιμεύουν σαν οδηγοί των μονών γονέων , με απαντήσεις σε ερωτήματα τους, υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν , τα δικαιώματα τους .τις υποχρεώσεις , ανάλογα με την περίπτωση (Ε.Μπαρμπαλή , 1993 , 209-211).

## 6.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η δημογραφική κρίση και η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού είναι πια κοινό μυστικό. Ένα μυστικό που δεν τολμούμε να πούμε από φόβο να μην κατηγορηθούμε για καταστροφολογία, ενώ θα έπρεπε να μας τρομάζουν τα πραγματικά γεγονότα. Και η πραγματικότητα είναι ότι η ελληνική φυλή σβήνει σιγά - σιγά, ότι σε 2-3 γενιές δεν θα υπάρχουν πια Έλληνες στην Βαλκανική.

Ότι ισχύει για τον συνολικό Ελληνικό πληθυσμό, πολύ περισσότερο εφαρμόζεται στον επαρχιακό χώρο όπου υπερέχει ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός, ο οποίος παρουσιάζει ταχύτερη γήρανση. Δυστυχώς (Μπαλούρδος Δ., 1997,14) δεν υπάρχουν αρκετά δημογραφικά δεδομένα, γιατί στην επαρχία δεν έγινε ποτέ μια δημοσκόπηση ή μια, ατελής έστω δημογραφική μελέτη. Όμως και με τα ελάχιστα στοιχεία που θα παραθέσουμε, θα δούμε την πληθυσμιακή γήρανση και με αποδεικτικούς πίνακες για τον ελληνικό χώρο, θα δείξουμε την παραπάνω αλήθεια για τον δημογραφικό μαρασμό.

Η δημογραφική γήρανση χαρακτηρίζεται από την συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού των παιδιών και συρρίκνωση των παραγωγικών ηλικιών.

Στην Ελλάδα η αναλογία των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, σχεδόν τριπλασιάστηκε από το 1941 ως το 1986 (από 6,3% σε 15,0%) και ο αριθμός τους αυξήθηκε από 450.000 σε 1.500.000 άτομα. Εντυπωσιακή είναι και η αύξηση της αναλογίας των ατόμων άνω των 60 ετών από 9% σε 19%.

Ο Ελληνικός αναπαραγωγικός πληθυσμός συνεχώς περιορίζεται. Το 1950 οι γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών έφθαναν το 53% στο σύνολο τους ενώ σήμερα είναι μόνο το 40%. Παράλληλα, ο αναπαραγωγικός πληθυσμός εμφανίζει σαφή γήρανση, που εκδηλώνεται με αύξηση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 35-49 ετών και μείωση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 15-34 ετών, που είναι η κυρίως αναπαραγωγική ηλικία.

Ο αριθμός των πολυτέκνων οικογενειών -με 5 παιδιά και άνω- έφθανε το 1940 στις 165.000, το 1950 στις 95.000, το 1970 στις 43.000, για να πέσει το 1979, με την αλλαγή της νομοθεσίας, αναγνωρίστηκαν ως πολύτεκνοι όσοι έχουν 4 παιδιά και άνω. Έτσι, άλλες 50.000 πολύτεκνες οικογένειες προστέθηκαν στις 16.000 πολυτέκνων με 5 παιδιά και άνω. Το 1984 οι πολυτέκνοι με 4 παιδιά είναι 40.000, και μόνο 5.000 εκείνοι με 5 παιδιά. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, έχουμε μια κάθετη πτώση του αριθμού των πολυτέκνων από το 1940 μέχρι σήμερα. Ενώ σήμερα με την τελευταία τροποποίηση της νομοθεσίας πολύτεκνες οικογένειες θεωρούνται και αυτές με τα τρία παιδιά χωρίς όμως να χηρύνουν πλήρως όλων των δικαιωμάτων τους.

Σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά κίνητρα, μπορούν να δημιουργήσουν μεγαλύτερο αριθμό νέων πολυτέκνων και να ανακόψουν τη ραγδαία πληθυσμιακή γήρανση της χώρας που απειλεί με εξαφάνιση τη φυλή. Πολλές από τις χώρες της Ευρώπης έχουν θεσπίσει και εξακολουθούν να εφαρμόζουν μέτρα που αποβλέπουν στην ενίσχυση των γεννήσεων και την υλική και ηθική προστασία της πολύτεκνης οικογένειας, η οποία αντισταθμίζει την υπογεννητικότητα και την γήρανση , που προκαλούν η ακούσια στειρότητα, η θεληματική ατεκνία, η αγαμία, η μετανάστευση, η ανίατη αρρώστια, το αυτοκινητιστικό ατύχημα και τελευταία τα ναρκωτικά, η ομοφυλοφιλία , το τοξόπλασμα και το διαβόητο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 1**

Διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών, δείκτης γήρανσης, δείκτης εξάρτησης, διάμεση ηλικία 1941, 1951,1961, 1971, 1981, 1984, 1986,2000

Έτος Απογραφής ή Υπολογισμού	Συνολικός πληθυσμός	I Διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών επί%			Δείκτης γήρανσης
		0-14	15-64	65-άνω	
1941	7.100.000	33,6	60,7	6,3	19,0
1951	7.632.801	28,8	64,4	6,8	23,4
1961	8.388.553	26,7	65,1	8,2	30,6

1971	8.768.640	24,9 64,0	11,1	44,8
1981	9.739.589	23,7 63,6	12,7	53,7
1984	9.895.801	21,3 65,4	13,3	62,4
1986	9.900.000	21,0 64,0	15,0	60,3
2000	9.900.000	20,4 63,3	16,6	25,7

*Πηγές: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδας 1964, σελ. 23. ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδας 1973, σελ. 23. ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδας ] ΕΣΥΕ, Μηνιαίο Στατιστικό Δελτίο, Ιούλιος 1986, σελ. 9. ΚΕΠΕ, Ο πληθυσμός της Ελλάδος, Αθήνα 1978*

Στην Γαλλία και γενικά στην Ευρώπη, η χορήγηση επιδόματος στην μητέρα η οποία χάρη των παιδιών της παύει να εργάζεται, θεωρείται υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου προς αυτήν και συνάμα αποτίμηση της συμβολής της στην παραγωγή του εθνικού προϊόντος. Παράλληλα εξασφαλίζει στην μη εργαζόμενη γυναίκα κάποια οικονομική ανεξαρτησία, δίκαιη και αναγκαία για την ψυχική ης ισορροπία.

Αναμφισβήτητα, τα αίτια της υπογεννητικότητας δεν είναι μόνο οικονομικά, είναι και ηθικά και κοινωνικά και ψυχολογικά. Οι πλούσιες οικογένειες αποφεύγουν τα παιδιά και οι αναπτυγμένες και πλούσιες χώρες παρουσιάζουν την μεγαλύτερη γήρανση.

Οι περισσότερες από τις χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν πληθυσμιακή γήρανση(Πίνακες 3,4).

Βασική αιτία της υπογεννητικότητας είναι η έκτρωση και η αντισύλληψη, που προκαλούν στειρότητα σε μεγάλο ποσοστό. Όπως αναφέρει ο καθηγητής κ. Λούρος και όπως προκύπτει από ξένες στατιστικές, 5% των γυναικών που θα υποστούν μία μόνο έκτρωση, μένουν στείρες.

Κι αυτό χωρίς να υπολογιστούν οι ψυχικές επιπτώσεις που γίνονται αιτία επίκτητων ψυχώσεων ή διαταραχών της γεννητικής λειτουργίας της γυναίκας

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Ακαθάριστα ποσοστά γεννητικότητας-Έτος 1981

Χώρα	Πηγή: <i>Demographic Yearbook, U.N. 1982</i> ; γεννητικότητας ανά 1000 κατοίκους
Ελλάδα	14,5
Ιρλανδία	21,0
Πορτογαλία	16,3
Γαλλία	14,9
Ισπανία	14,2
Δ. Γερμανία	14,2
Ηνωμένο Βασίλειο	12,8
Βέλγιο	12,7
Ολλανδία	12,5
Ιταλία	10,9
Δανία	10,4
Γιουγκοσλαβία	17,0
Βουλγαρία	16,7
Τουρκία	34,9

Ανάλογες ανωμαλίες δημιουργεί η αντισύλληψη: Ιδιαίτερα τα αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία εκτός του κινδύνου του καρκίνου της μήτρας και των υπερτασικών επεισοδίων, φέρνουν όλες τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης, από την πιο ελαφρά, την φλεβοθρόμβωση ως την σοβαρότερη την προεκλαμψία..

Επίσης σε πρόσφατα Παγκόσμια Καρδιολογικά και Αγγειολογικά Συνέδρια, έχει τονισθεί ο ολέθριος ρόλος που παίζει στο καρδιαγγειακό σύστημα το χάπι. Σημαντικός αριθμός συνοπτικών θανάτων έχει παρατηρηθεί σε νέες γυναίκες που έκαναν χρήση του συνδυασμού αυτού αντισυλληπτικών δισκίων και καπνού.

Με την σύσταση 18 του 1984 της Παγκόσμιας Συνδιάσκεψης (Ην. Εθνών), οι κυβερνήσεις καλούνται να πάρουν τα κατάλληλα μέσα για να βοηθήσουν τις γυναίκες να αποφύγουν τις εκτρώσεις, που σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προπαγανδίζονται σαν μέθοδοι του οικογενειακού προγραμματισμού.

**πίνακας 3 :** Δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ε.Ο.Κ. και στις Βαλκανικές χώρες

ΧΩΡΑ	Αναλογία ηλικιωμένων, 64 ετών και άνω, στο συνολικό πληθυσμό		Μέσος ετήσιος ρυθμός γήρανσης
	1961	1981	
Ελλάδας	8,2	13,2	0,25
Δ. Γερμανία	10,8	15,3	0,22
Ην. Βασίλειο	11,7	15,1	0,17
Δανία (1960)	10,6	14,5	0,18
Βέλγιο	12,2	14,3	0,10
Ιταλία (1980)	9,5	13,5	0,21
Γαλλία (1982)	12,1	13,5	0,07
Ολλανδία	9,1	11,6	0,12
Ιρλανδία	11,2	10,7	0,03

Ισπανία(1960-1978)	8,2	10,7	0,13
Πορτογαλία(1980)	7,9	10,5	0,13
Γιουγκοσλαβία (1979)	6,1	9,3	0,17
Βουλγαρία(1980)	8,0	11,8	0,22
Τουρκία(1955-1980)	3,4	4,6	0,05

ΠΗΓΗ: *Demographic Yearbook, 1962-1982. Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1964, 1982.*

Δυστυχώς η χώρα μας έχει το μελαγχολικό ρεκόρ εκτρώσεων. Τρομάζει κανείς ακούγοντας ότι 300.000 παιδιά το χρόνο σκοτώνονται με τις εκτρώσεις. Χωρίς αμφιβολία, η έκτρωση είναι ασυμβίβαστη με την ιπποκρατική αντίληψη και με την χριστιανική ηθική.

Η χαλάρωση της θρησκευτικής πειθαρχίας, η έκτρωση και η αντισύλληψη, το εύκολο διαζύγιο και η αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών καθώς και η αρνητική στάση των νέων ζευγαριών απέναντι στην οικογένεια και την τεκνογονία, όλα αυτά μαζί με την μετανάστευση και την αστικοποίηση των αγροτών, το γενικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και την ανεπαρκή υγειονομική οργάνωση και προστασία, είναι υπεύθυνοι παράγοντες για την δημογραφική κρίση.

Στα τελευταία πέντε χρόνια με την μεγάλη ανεργία, την νομιμοποίηση των εκτρώσεων και την αποποινικοποίηση της μοιχείας, τον προπαγανδισμό των αντισυλληπτικών, παρατηρείται απότομη μείωση του δείκτη γονιμότητας και μια κάθετη σχεδόν γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, παρά την ανακοπή του μεταναστευτικού ρεύματος και τον επαναπατρισμό σημαντικού αριθμού

Ελλήνων του εξωτερικού.

### **ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ**

(σε κάθε χίλιες γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών)

*(Πηγή: Ινστιτούτο Alan Guttmacher 1988)*

Χώρα	Ποσοστά
Ολλανδία	5,6
Δ. Γερμανία	7,3
Καναδάς	10,2
Βρετανία	12,8
Γαλλία	14,9
Αυστραλία	15,2
Πολωνία	16,5
Ιταλία	19
Ισραήλ	21,9
Η.Π.Α.	27,4
Ρουμανία	90,9
Σοβ. Ένωση	181
<b>Ελλάδα</b>	<b>140</b>



Οι συνέπειες που προκύπτουν από την μείωση της γεννητικότητας έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα:

- Το ένα ή δύο παιδιά που αποκτά σήμερα, κατά μέσο όρο , η ελληνική οικογένεια, δεν εξασφαλίζουν την αναπαραγωγή του ελληνικού πληθυσμού.
- Εκτός όμως από τις καθαρά ποσοτικές συνέπειες του φαινομένου, μεγαλύτερη σπουδαιότητα παρουσιάζουν οι ποιοτικές επιπτώσεις δεδομένου ότι η διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών, επηρεάζεται σημαντικά. Έτσι οι ηλικίες 0-14 και 15-64 ετών μειώνονται αναλογικά, ενώ αυξάνεται η ομάδα 65 ετών και άνω, οδηγώντας σε γήρανση με όλες τις κοινωνικό-οικονομικές της επιβαρύνσεις.

Η αποδυνάμωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού 15-64 ετών και η δυσανάλογη αύξηση των οικονομικών βαρών για τις νεότερες ομάδες ηλικιών, αποτελεί άμεση συνέπεια της γήρανσης αυτής. Οπωσδήποτε η Παραγωγή, η Κατανάλωση και το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν επηρεάζονται αρνητικά , ενώ παράλληλα δημιουργούνται και άλλες κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις από την γήρανση του πληθυσμού και κυρίως : η αύξηση των δαπανών (Πίνακας 5) και η δυσκολία στην εξεύρεση οικονομικών πόρων για τις συντάξεις.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

Κατανομή των δαπανών υγείας ανά ηλικία  
1981-1982

Ηλικίες	Νοσοκομειακή περίθαλψη	Σύνολο δαπανών υγείας
0-15	0,36	0,36
16-24	0,60	0,50
25-39	0,71	0,65
40-49	0,74	0,68
50-54	0,90	1,01
55-59	1,42	1,47
60-64	2,03	1,87
65-69	2,63	2,34
70-75	2,89	2,73

75+	2,59	6,86
Όλες οι ηλικίες	1,00	1,00

Πηγή : Social Welfare Police Secretariat : The Impact of population changes on social expenditure Canberra , January 1984

Για πρώτη φορά στον ασφαλιστικό τομέα αποκαλύφθηκε η δραματική αλήθεια ότι: πάνω στην συρρικνωμένη στην συνεχώς ομάδα νέων, που καλείται να βαστάει τα αυξανόμενα βάρη του ραγδαία αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων, η οικονομική πίεση θα είναι συντριπτική και θα οδηγήσει στην αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών, στην μείωση των συντάξεων και τελικά, στην χρεοκοπία των ασφαλιστικών ταμείων. Η υπογεννητικότητα και η πληθυσμιακή γήρανση είναι υπεύθυνοι παράγοντες για την ερήμωση του μεγαλύτερου μέρους των επαρχιών : 88 στις 147 επαρχίες παραμένουν δημογραφικά στάσιμες και ερημώνονται. Η δημογραφική γήρανση και η ερήμωση του ελληνικού χώρου επιδεινώνουν παράλληλα και την ήδη χαμηλή πληθυσμιακή πυκνότητα της Ελλάδας, την πιο χαμηλή στην Ε.Ο.Κ..

Άλλη θα ήταν η θέση της Ελλάδας στην Ανατολική Μεσόγειο, αν διέθετε την μέση δημογραφική πυκνότητα των χωρών της Ε.Ο.Κ. Δυστυχώς , όπως πάμε θα είναι πολύ χειρότερη όταν ο γερασμένος πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί στα 6 εκατομμύρια, μέσα στα προσεχή 40-50 χρόνια. Βασική επίπτωση της δημογραφικής κρίσεως είναι η ποσοτική και ποιοτική αποδυνάμωση της εθνικής μας άμυνας.

## Κεφαλαίο 7ο

### 7.1. ΕΚΤΡΩΣΗ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Σε κάθε εγκυμοσύνη υπάρχουν τρία πρόσωπα. Κάθε ένα από αυτά με τις δικές του ιδιαιτερότητες. Αναμφίβολα θα μπορούσε κανείς να πει πως ο δυσκολότερος ρόλος είναι αυτός της γυναίκας. Είναι όμως; Η απάντηση είναι δύσκολη. Αν βεβαίως μπορούμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχει ξεκάθαρη απάντηση.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αποτελεί οξύ και πολλές φορές τραγικό πρόβλημα. Η λύση της έκτρωσης που συχνά εφαρμόζεται υπόγεια και που πάει να γίνει κοινωνικός θεσμός είναι και αυτή τραγική καθότι δημιουργεί πολλά προβλήματα στη γυναίκα. Ενώ αφήνει άθικτες τις ρίζες του προβλήματος καταπατεί το πιο στοιχειώδες ανθρώπινο δικαίωμα, το δικαίωμα της ζωής, της πιο αδύναμης και ανυπεράσπιστης υπάρξεως, του εμβρύου. Το επιχείρημα ότι το έμβryo μέχρι 3 μηνών δεν είναι άνθρωπος, δεν προσβάλλει μόνο τη λογική του απλού ανθρώπου, αλλά ανατρέπει μονομιάς τις πιο σύγχρονες επιστημονικές κατακτήσεις στη βιολογία, στη γενετική, στην εμβρυολογία κ.τ.λ. Η επιστήμη σήμερα έχει αποφανθεί, η ζωή ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης.

Το δικαίωμα στη ζωή είναι αναφαίρετο και αυτό φαίνεται πως το γνώριζαν πολύ καλά και οι πρώτες φεμινίστριες οι οποίες είχαν ξεκάθαρη θέση εναντίων της έκτρωσης. Πίστευαν ότι παραβιάζει τα βασικά αξιώματα του φεμινισμού, που περιλάμβαναν μη βία, κατάργηση των διακρίσεων και δικαιοσύνη για όλους.

Η έκτρωση γι' αυτές αποτελούσε την ύψιστη μορφή εκμετάλλευσης της γυναίκας. Δεν δίσταζαν να χρησιμοποιήσουν φράσεις όπως παιδοκτονία και φόνος παιδιού. Αρκετά τραβηγμένες αλλά δεδομένων των τότε συνθηκών κατανοητές. Η Elizabeth Candy Stanton πρωτοπόρα φεμινίστρια είχε πει «Όταν φρονούμε ότι η γυναίκα αντιμετωπίζεται ως περιουσιακό στοιχείο, είναι ατιμωτικό για τις γυναίκες το ότι θα έπρεπε να αντιμετωπίζουμε τα παιδιά μας σαν περιουσιακό στοιχείο, το οποίο διαχειριζόμαστε κατά τα κέφια μας.» (Επιστολή στην Julia Ward Howe, 16 Οκτωβρίου 1873, καταγεγραμμένη στο ημερολόγιο της Howe στη βιβλιοθήκη του πανεπιστημίου

του Harvard). Βέβαια θεωρούσαν υπεύθυνους για τις εκτρώσεις τους άνδρες και την ανδροκρατούμενη κοινωνία που εξανάγκαζαν τη γυναίκα να προχωρήσει σε έκτρωση αν κατέστη έγκυος σε συνθήκες που εναντιωνόταν στο τότε κοινωνικό κατεστημένο.

Αλλά ακόμα και σήμερα οι απόψεις των σύγχρονων γυναικών δεν διαφέρουν τόσο. Σήμερα, αρκετά χρόνια μετά, πολλές από τις αιτίες που οδηγούσαν τότε στην έκτρωση συνεχίζουν να υπάρχουν.

Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι η κοινωνία και το κράτος αδυνατούν σε πολλές περιπτώσεις να παρέχουν τις απαραίτητες συνθήκες για να μεγαλώσει ένα παιδί οδηγώντας έτσι με μαθηματική ακρίβεια χιλιάδες γυναίκες στην έκτρωση. Η κοινωνική κατακραυγή που μπορεί να υποστεί μια γυναίκα είτε επειδή έμεινε έγκυος εκτός γάμου είτε για το νεαρό της ηλικίας της, οι δυσκολίες στην ανατροφή λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων είναι στην πλειονότητα τους οι λόγοι που οδηγούν σήμερα μια γυναίκα στο γυναικολόγο της. Δεν μπορεί όμως να παραβλέψει κανείς ότι όντως υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που η γέννηση του παιδιού ισοδυναμεί με το θάνατο του ή ακόμα χειρότερα και με το θάνατο της μητέρας του. Περιπτώσεις όπου σίγουρα το παιδί θα οδηγηθεί στο θάνατο αργά ή γρήγορα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το στίγμα όπου οι πιθανότητες κάποιου παιδιού που πάσχει να επιβιώσει είναι σχεδόν ανύπαρκτες.

Υπάρχουν βεβαίως και περιπτώσεις όπου οι λόγοι της έκτρωσης είναι κάπως διαφορετικοί. Γυναίκες καριέρας όπου μια εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή μόνο όταν είναι «προγραμματισμένη» ή ακόμα, εφήμερες σχέσεις που οδηγούν σε «ανεπιθύμητα» αποτελέσματα και για τους δυο. Κανείς δεν μπορεί να καταδικάσει κάποιον για τα σχέδια που κάνει για τη ζωή του ή για τον τρόπο που επιλέγει να ζήσει και να εκφράσει τη σεξουαλικότητα του. Αυτό θα ήταν βήμα πίσω σε αναχρονιστικές και πεπαλαιωμένες αντιλήψεις. Ούτε βεβαίως οι ηθικοπλαστικές ρητορείες κυρίως εκπροσώπων της εκκλησίας για το θέμα όπου προσπαθούν να ενοχοποιήσουν τη μητέρα ασκώντας της πολλές φορές ψυχολογική βία βοηθούν στην επίλυση του προβλήματος. Αντιθέτως τέτοιες μέθοδοι διαιωνίζουν το πρόβλημα προκαλώντας συγκρούσεις μεταξύ των πλευρών που τάσσονται υπέρ ή εναντίων της άμβλωσης.

Ανεξάρτητα αν μια γυναίκα αποφασίσει να γεννήσει ένα παιδί ή όχι οι αλλαγές στη ζωή της θα είναι πολύ σημαντικές. Σχεδόν το 60% των γυναικών που κάνουν έκτρωση επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και το 28% δυστυχώς το καταφέρνει, ενώ πάρα πολλές παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Ακόμα οι επιπτώσεις στην υγεία της μπορεί να είναι πολύ σημαντικές όπως ο διπλασιασμός των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου

του μαστού για κάθε μια έκτρωση που κάνει κάποια.

Όλα αυτά πρέπει να αποτελούν επιχειρήματα για το ενδιαφέρον και την ευαισθητοποίηση τόσο της πολιτείας όσο και της κοινωνίας και όχι αφορμές για διαμάχες. Πρέπει να σταθούμε δίπλα στη γυναίκα τόσο όταν αποφασίζει να φέρει έναν άνθρωπο στον κόσμο αλλά ακόμη περισσότερο όταν αποφασίζει να μην το κάνει.

([http://arena-asee.blogspot.com/2007/10/blog-post\\_29.html](http://arena-asee.blogspot.com/2007/10/blog-post_29.html)

Ημ. Αν:

03.09.08) Επίσης η έκτρωση συμβάλλει στο δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει αυτή η ώρα και στη μείωση του πληθυσμού στις νεαρές ηλικίες. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στη γενικευμένη τάση των ζευγαριών να αποφεύγουν τη γέννηση πολλών παιδιών, κάτι που επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της αντισύλληψης και των εκτρώσεων. Υπάρχει η άποψη πως η τάση αυτή είναι δικαιολογημένη, καθώς με τις υπάρχουσες συνθήκες (εργαζόμενες μητέρες, πυκνοκατοικημένα αστικά κέντρα, καταναλωτικός τρόπος ζωής) είναι δύσκολο να δημιουργηθούν οικογένειες με περισσότερα από 2 παιδιά. Ο αντίλογος στην άποψη αυτή είναι πως λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες κατορθώνουν να έχουν πολύτεκνες οικογένειες και να αυξάνουν τον πληθυσμό τους. Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι μια Ελλάδα που όχι μόνο δεν αυξάνει σε ικανοποιητικό βαθμό τον πληθυσμό της, αλλά και ο πληθυσμός αυτός κυριολεκτικά «γερνά», αφού ο αριθμός των ηλικιωμένων συνεχώς αυξάνεται ενώ των νέων μειώνεται. Ο δημογραφικός αυτός μαρασμός έχει σοβαρές συνέπειες, τόσο στις σχέσεις της Ελλάδας με τις άλλες χώρες, όσο και στο δεδομένο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα της χώρας (προβλήματα στην αγορά εργασίας, στο ασφαλιστικό σύστημα, στην εκπαίδευση, ιδίως στους περιφερειακούς νομούς).

Είναι γεγονός πως οι εκτρώσεις αυτές καθαυτές δεν αποτελούν κύρια αιτία του δημογραφικού προβλήματος, μια και ο αριθμός τους είναι σχετικά μικρός αναφορικά με το συνολικό αριθμό θανάτων. Παρόλα αυτά, απαιτείται μια συνολική αναθεώρηση των απόψεων περί οικογενειακού προγραμματισμού, η οποία θα μειώσει τις εκτρώσεις και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακοπή της κατάρρευσης των γεννήσεων και την σε σημαντικό βαθμό αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος.

## 7.2 ΦΟΡΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

- **ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού ιδρύθηκε το 1997 για να συμβάλλει στην προσπάθεια ενημέρωσης των Ελλήνων για όλα τα θέματα που αφορούν το αγέννητο παιδί και ιδίως για τις συνέπειες της έκτρωσης , αλλά και να συμπαρασταθεί ποικιλοτρόπως στους γονείς και το αγέννητο παιδί τους . Η προσπάθεια αυτή εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τον κόσμο του πνεύματος και της προσφοράς .

Μεταξύ των ιδρυτικών μελών του Συλλόγου είναι ο πρωτοπρεσβύτερος π. Γεώργιος Μεταλληνός , η Διδάκτωρ Βαρβάρα Μεταλληνού , ο επίκουρος καθηγητής του πανεπιστημίου Αθηνών κος Αθανάσιος Αβραμίδης , ο γυναικολόγος-μαιευτήρας-χειρουργός κος Δημήτριος Παπαευαγγέλου , ο τ. καθηγητής της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Νικόλαος Αντωνόπουλος , ο αγιογράφος κος Ιωάννης Ναυπλιώτης , ο καθηγητής και μέλος της Πανελληνίας Ένωσης Γονέων κος Ιωάννης Μηλιώνης και η συγγραφέας και δημοσιογράφος κα Μαρία Δημητριάδου .

Στο διάστημα των 7 ετών λειτουργίας του έχει συστήσει το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού , μέσω του οποίου παρέχει πολλές υπηρεσίες , όπως μπορείτε να δείτε στις σχετικές σελίδες .

Το Διοικητικό Συμβούλιο και τους λίγους μόνιμους υπαλλήλους του Συλλόγου , εκτός από τα τακτικά μέλη , έχουν περιστοιχίσει πολλοί εθελοντές και εθελόντριες στους οποίους οφείλεται σε μεγάλο βαθμό η δράση του . Ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού αποτελεί μια μεγάλη οικογένεια με κοινούς στόχους και πνεύμα αγάπης και θυσίας .

Διεύθυνση : ΗΠΕΙΡΟΥ 28

Περιοχή : ΑΘΗΝΑ

T.K. : 10433

Τηλέφωνο : 210 8828788

Φαξ : 210 8235121

([www.abortion.com](http://www.abortion.com))

- **ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού που έχει δημιουργήσει τα τελευταία χρόνια ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού βρίσκεται στην οδό Ηπείρου 28 , στην Αθήνα . Οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν από πολυμελές επιστημονικό και υποστηρικτικό προσωπικό με το οποίο συνεργάζονται πολυάριθμοι επιστήμονες ιατροί , ψυχολόγοι και καθηγητές της κοινωνικής εργασίας .

Γίνονται ατομικές και ομαδικές συνεδρίες με σκοπό την ψυχολογική στήριξη και κοινωνική αποκατάσταση των μητέρων και των οικογενειών τους . Οι Εθελόντριες Κοινωνικής Πρόνοιας , με κατάλληλη επιμόρφωση , στέκονται δίπλα σε κάθε περιστατικό , προσφέροντας συναισθηματική , ψυχολογική και πρακτική στήριξη και βοήθεια . Υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης από μαιευτήρες-γυναικολόγους , και κάλυψης των εξόδων τοκετού , εφόσον χρειάζεται . Παρέχονται νομικές συμβουλές στις εγκύους από νομικούς , και στέγαση εγκύων , σε διαμερίσματα που παραχωρούν δωρητές για αυτό τον σκοπό αλλά και σε συνεργαζόμενους ξενώνες . Βρίσκουν εργασία οι μητέρες ή οι σύζυγοι-σύντροφοί τους , σε συνεργασία με αρκετούς ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς . Λειτουργεί επιπλέον τμήμα αναδοχής , τόσο για βαπτίσεις όσο και για μακροχρόνια οικονομική ενίσχυση .

([www.abortion.com](http://www.abortion.com))

### **7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Στο βιβλίο της η Αντωνία Τριχοπούλου (1982) αναφέρεται στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού γενικά αλλά και ειδικά στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού και μάλιστα στηρίζει δυναμικά την παρουσία του σε τέτοια προγράμματα.

Αναφέρει σχετικά για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ότι στηρίζεται και εργάζεται σύμφωνα με τις βασικές αρχές του επαγγέλματός του που είναι η πίστη στον άνθρωπο, στις ικανότητες του και στην αξιοπρέπεια του, ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει κάθε άτομο στις αντιδράσεις του σε διάφορες καταστάσεις.

Συνεχίζει τονίζοντας ότι «ένας από τους τομείς δράσης του κοινωνικού λειτουργού είναι η εφαρμογή προγραμμάτων βοήθειας της οικογένειας. Στον χώρο αυτό ασχολείται με την οικογένεια ως ομάδα αλλά και με κάθε μέλος ξεχωριστά, με στόχο την ανάπτυξη και την διατήρηση καλών σχέσεων μεταξύ τους, για την προαγωγή και εξέλιξη της προσωπικότητας του καθενός, αλλά και ολόκληρης της οικογένειας.

Συνεργάζεται με τους γονείς και τους ενημερώνει για θέματα διαπαιδαγώγησης ανάλογα με την τάση της ανάπτυξής τους, τα ενδιαφέροντα τους, την ηλικία τους.

Τονίζει ιδιαίτερα στους γονείς τη σημασία της συμμετοχής τους στη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους, ώστε να μάθουν να ενημερώνονται γύρω από το σεξ έτσι ώστε μεγαλώνοντας να μην έχουν το συναίσθημα ότι είναι ντροπή να συζητούν γύρω από θέματα που έχουν σχέση με το σεξ.



Δουλεύοντας με ομάδες εφήβων και μετεφήβων ο κοινωνικός λειτουργός συζητεί μαζί τους τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν σε αυτή την ηλικία οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση , η άμβλωση , τα εκτός γάμου παιδιά , τους ενημερώνει για την αντισύλληψη και την πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων για αυτούς .

Τέλος , ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται και με την υπόλοιπη κοινότητα όπου η οικογένεια και το κάθε μέλος της ανήκει , όπως είναι το σχολείο . Στη συνεργασία του αυτή επιδιώκει να περάσει το μήνυμα της συμμετοχής και των δασκάλων στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων .» (Τριχοπούλου , 1982)

Ο Smith Tony (1991) , υποστηρίζει την ύπαρξη του κοινωνικού λειτουργού στα Προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναφέρει ότι ο κοινωνικός λειτουργός μετέχει στη θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναπτύσσει δραστηριότητες για την επιτυχία του σκοπού του , που είναι η θεραπεία και η φροντίδα για την πρόληψη και την διατήρηση της υγείας . Μαζί με την ομάδα ειδικευμένου προσωπικού του Κέντρου ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει τι ζευγάρι και όσους ζητούν πληροφορίες για τις μεθόδους αντισύλληψης και τη σκοπιμότητα αυτών , ώστε να προγραμματίσουν ελεύθερα το μέγεθος της οικογένειάς τους , κάνοντας επιθυμητά , υγιή και ευτυχισμένα παιδιά καθώς επίσης ενημερώνει για την αντιμετώπιση της στειρότητας . Συνεργάζεται με τη μέλλουσα μητέρα , με σκοπό να τη βοηθήσει να προσαρμοστεί ομαλά στις απαιτήσεις του νέου ρόλου . Παράλληλα συνεργάζεται και με τον μελλοντικό πατέρα , που αντιμετωπίζει και αυτός τα δικά του προβλήματα προσαρμογής στον καινούριο ρόλο του συζύγου-πατέρα .

Συνεχίζοντας την περιγραφή του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ο Smith Tony (1991) αναφέρει ακόμα ότι ο κοινωνικός λειτουργός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα ενημέρωσης και διαφώτισης , των νέων κυρίως ατόμων , σχετικά με την προγαμιαία ιατρική εξέταση , ως βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κληρονομικών νοσημάτων , γενετικών προβλημάτων και την θεραπεία αφροδισίων νοσημάτων , ώστε να επιτευχθεί ο στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού , που είναι η γέννηση ψυχοσωματικά αρτιμελών παιδιών . Στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού , ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζει όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας .

Εργάζεται με μεμονωμένες περιπτώσεις , με ομάδες ενδιαφερόμενων , αλλά και την ευρύτερη κοινότητα σε συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης , την τοπική αυτοδιοίκηση και τους διάφορους συλλόγους για την υπεύθυνη πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού . Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η ψυχική ισορροπία του ατόμου-μέλους της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας .

Αναλυτικότερα οι μέθοδοι που εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι οι τρεις ακόλουθοι κατά τον Smith Tony (1991) **«η κοινωνική εργασία με άτομα»** : Εδώ ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει ατομικές περιπτώσεις που παρουσιάζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σχετικά με την σεξουαλικότητά τους και την ερωτική τους ζωή , με την προκατάληψη τους για την αντισύλληψη , με τις ανησυχίες και τις φοβίες που επακολουθούν μετά την τοποθέτηση ενός αντισυλληπτικού μέσου και την αμφιθυμία τους να αποφασίσουν εάν θα αποκτήσουν παιδί .

Είναι ο πρώτος που θα υποδεχθεί το ενδιαφερόμενο άτομο , με σκοπό την ενημέρωση του τρόπου λειτουργίας του προγράμματος , της προσφερόμενης υπηρεσίας προσπαθώντας να δημιουργήσει μια σωστή , επικοινωνιακή δίοδο επικοινωνίας μαζί του . Στη συνέχεια με την τεχνική της συνέντευξης παίρνει το ιστορικό του ενδιαφερόμενου και αν χρειαστεί συλλέγει πληροφορίες και από την οικογένεια και από την κοινότητα .

Μια άλλη μέθοδος είναι **«η κοινωνική εργασία με ομάδες»** : Εδώ απαιτείται ο κοινωνικός λειτουργός να συνεργάζεται ομαδικά με το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας . Επίσης οργανώνει ομάδες ατόμων ανάλογα με την ηλικία , τα ενδιαφέροντα, τις ανάγκες αλλά κυρίως το τι απασχολεί τα άτομα που επισκέπτονται το κέντρο . Μέσα από διάφορες συζητήσεις , η ομάδα καλείται να βρει την πιο κατάλληλη και αποδεκτή λύση .

Η τελευταία μέθοδος είναι **«η κοινωνική εργασία με την κοινότητα»** : Ο κοινωνικός λειτουργός ερευνά την κοινότητα και συγχρόνως την δια φωτίζει σχετικά με θέματα αντισύλληψης π.χ. τις καινούριες μεθόδους , τρόπους αντισύλληψης , αλλά και για άλλα ζητήματα που αφορούν την ερωτική ζωή και τις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων , διασφαλίζοντας έτσι την σωματική και την ψυχική τους υγεία .

Ακόμα έρχεται σε επαφή με φορείς όπως τον Δήμο , Γυναικείους Συλλόγους , Κέντρα Νεότητας ενώ οργανώνει ειδικά σεμινάρια με ομιλίες , συζητήσεις με αρμόδιους για κάθε θέμα συζήτησης ώστε να υπάρχει αμεσότητα με το κοινό .

#### 7.4 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας θεωρήσαμε σκόπιμο να μην προχωρήσουμε σε έρευνα ποσοτική , θεωρώντας ότι οι ερωτώμενοι πιθανά να μην ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις τους και ότι υπάρχουν πολλές ενδιάμεσες μεταβλητές οι οποίες δεν μπορούν εύκολα να παρατηρηθούν και επηρεάζουν τις ερευνητικές υποθέσεις και δεν μπορούν να αποδώσουν γενικεύσιμα αποτελέσματα.. Ωστόσο μη θέλοντας να μείνουμε μόνο στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το θέμα , αποφασίσαμε να ζητήσουμε από του Κοινωνικό Λειτουργό του φορέα ενημέρωσης «κέντρο.....» να μας παραχωρήσει συνέντευξη για τους σκοπούς και τη λειτουργία του φορέα , όσο και για την εργασία της με τη συγκεκριμένη ομάδα στόχου **Μία συνέντευξη δεν είναι ποιοτική έρευνα**

Υπάρχουν 4 είδη συνεντεύξεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικά ως εργαλεία έρευνας: η δομημένη συνέντευξη , η μη δομημένη συνέντευξη , η μη κατευθυντική συνέντευξη και η εστιασμένη συνέντευξη . Εμείς θεωρήσαμε καταλληλότερο να χρησιμοποιήσουμε την μη δομημένη συνέντευξη . Η μη δομημένη συνέντευξη είναι μια ανοιχτή κατάσταση και έχει μεγαλύτερη ευελιξία και ελευθερία . Όπως σημειώνει ο Kerlinger , αν και οι στόχοι της έρευνας καθορίζουν τις ερωτήσεις που τίθενται , το περιεχόμενό τους , η αλληλουχία τους και η διατύπωσή τους βρίσκονται αποκλειστικά στα χέρια του συνεντευκτή . Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι η

μη δομημένη συνέντευξη είναι τυχαία υπόθεση , γιατί , με τον δικό της τρόπο , πρέπει επίσης να είναι προσεκτικά σχεδιασμένη .(Louis Cohen , Lawrence Manion , 1994)

Η ποιοτική έρευνα τυπικά περιλαμβάνει τη συλλογή και ανάλυση χαλαρά δομημένων πληροφοριών που αφορούν ανθρώπους σε φυσικά πλαίσια . Η ποιοτική νοσηλευτική έρευνα έχει γίνει μια ελκυστική μέθοδος έρευνας , που είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για περιγραφή , παραγωγή υπόθεσης και ανάπτυξη θεωρίας . Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν σε βάθος και ολιστικές εννοήσεις μέσα σε ένα φαινόμενο , επειδή η συλλογή δεδομένων είναι πλούσια και εντατική , επικεντρωμένη στην ολότητα του φαινομένου . Οι ποιοτικές προσεγγίσεις , ωστόσο , είναι λιγότερο κατάλληλες για εγκατάσταση σχέσεων αιτίας και αποτελέσματος , για αυστηρή δοκιμασία ερευνητικών υποθέσεων και για εύρεση γνώμων , πρακτικών και θέσεων ενός μεγάλου πληθυσμού . (Α. Σαχίνη – Καρδάση , 2004)

Στις 29/10/08 και ώρα 19:15 μ.μ. επισκεφθήκαμε τον Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού Πατρών . Εκεί συνομιλήσαμε με την Κ.Λ. κα Κων/να Τσάτσαρη με σκοπό να μας δώσει πληροφορίες για τον σκοπό και τις υπηρεσίες του συλλόγου , για τον ρόλο του συλλόγου , για τα μέλη που απευθύνονται στην υπηρεσία καθώς και για το προσωπικό από το οποίο απαρτίζεται ο συγκεκριμένος σύλλογος .

Ο σύλλογος ιδρύθηκε στην Πάτρα το 2002 και έχει ως σκοπό του να βοηθήσει τις έγκυες γυναίκες , ανύπαντρες και μη , να κρατήσουν το παιδί καθώς ο σύλλογος αυτός είναι κατά των εκτρώσεων .

Συνεργαζόμενος κυρίως με την εκκλησία (Αγ. Ανδρέας Πατρών) αλλά και με ιδιώτες εθελοντές γιατρούς , δικηγόρους , Κ.Λ. κ.τ.λ. παρέχει υπηρεσίες όπως : οικονομική ενίσχυση , ιατροφαρμακευτική περίθαλψη , παροχή τροφίμων και ρούχων για τα παιδιά και τις μητέρες αλλά και συμβουλευτική από ειδικούς (ψυχολόγους , Κ.Λ.) .

Το προσωπικό του συλλόγου αποτελείται από ένα 5μελές συμβούλιο και από 100 εθελοντές . Σε αυτόν τον σύλλογο σήμερα είναι εγγεγραμμένα 40 μέλη μεταξύ των οποίων υπάρχουν και ανύπαντρες και παντρεμένες μητέρες ηλικίας από 16-29 ετών . Η διαδικασία που ακολουθούν τα μέλη για να γραφτούν στον σύλλογο είναι απλή καθώς συμπληρώνουν απλά μια αίτηση δίνοντας τα προσωπικά τους στοιχεία και βάζοντας μια υπογραφή . Τέλος πρέπει να παραθέσουν το υπερηχογράφημα για να διαπιστωθεί ότι είναι όντως έγκυες .

Το συμπέρασμα που βγάλαμε από αυτή τη συνέντευξη είναι ότι ο σύλλογος έχει χάσει τον αρχικό σκοπό λειτουργίας του , καθώς οι περισσότερες γυναίκες

πηγαίνουν εκεί καθαρά για οικονομικούς λόγους , αφού έχουν ήδη πάρει την απόφαση να κρατήσουν το παιδί .

Ο σύλλογος λειτουργεί κάθε Δευτέρα και Τετάρτη απογευματινές ώρες 19:00-22:00 . Εκεί πάντα βρίσκεται η πρόεδρος και η αντιπρόεδρος του συλλόγου και ο σύλλογος είναι ανοιχτός για οποιονδήποτε θελήσει να τον επισκεφθεί .

## 7.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πτυχιακή **επίσης** εργασία είναι ένα θέμα ενδιαφέρον , επίκαιρο μα πάνω από όλα ευαίσθητο και πολύπλευρο . Η ευρύτητα και γενικότητα του τίτλου **επίσης** έδωσε τη δυνατότητα να μην μπούμε σε ένα συγκεκριμένο **καλούπι** και μέσα από την έρευνα και **τη μελέτη της βιβλιογραφίας** να καταλήξουμε **επίσης** σε πιο καίριες για εμάς θεματικές ενότητες .

Αρχικά λοιπόν , συμπεραίνουμε ότι μπορεί η εικόνα που εμφανίζει η χώρα **επίσης** τα τελευταία χρόνια **σε ότι αφορά τη μείωση των ποσοστών** των αμβλώσεων να καλυτερεύει , η πραγματικότητα των αριθμών **επίσης** εξακολουθεί να καταδεικνύει ότι οι έλληνες στερούνται ενημέρωσης στο θέμα **επίσης** αντισύλληψης τουλάχιστον συγκριτικά με **επίσης** υπόλοιπους Ευρωπαίους .

Αξίζει να σημειωθεί πάντως ότι ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων δεν μπορεί να καταγραφεί καθώς **επίσης** γυναίκες επιλέγουν να παρουσιάζουν την άμβλωση ως «θεραπευτική απόξεση επί παλίνδρομου κύησης» , ώστε να καλύπτονται τα έξοδα **επίσης** επέμβασης από τα ασφαλιστικά ταμεία . Παράλληλα πολλά από τα ιδιωτικά μαιευτήρια δεν δίνουν τον ακριβή αριθμό αμβλώσεων που πραγματοποιούν . Ωστόσο οι εκτρώσεις σήμερα επιτυγχάνονται κατά ένα μεγάλο ποσοστό μέσω του «χαπιού **επίσης** επόμενης μέρας» και έτσι ουσιαστικά δεν έχουμε μείωση των εκτρώσεων αλλά αλλαγή του τρόπου διεξαγωγής τους **επίσης** .

Η στάση των ανδρών διαφοροποιείται σε σχέση με την ηλικία **επίσης** με την τάση να συμβαδίζει η αύξηση των θετικών τάσεων **επίσης** την έκτρωση σε σχέση με την αύξηση **επίσης** ηλικίας **επίσης** . Την τάση αυτή την αποδίδουμε στον ρόλο που παίζει το οικονομικό κόστος σε συσχέτιση με τη φάση του οικογενειακού κύκλου.

Η αντίθετη τάση που παρατηρείται **επίσης** στις γυναίκες εξηγείται από το γεγονός ότι η έκτρωση έχει γίνει βίωμα **επίσης** της Ελληνίδας . Με την πάροδο του χρόνου και την εμπειρία από την συζυγική ζωή , η γυναίκα ίσως να αποκτά περισσότερη πεποίθηση στην «αποδοτικότητα **επίσης** μεθόδου» , αντιστέκεται **επίσης** στο μέσο αυτό διακοπής **επίσης** εγκυμοσύνης όταν δεν είναι πια πολύ νέα .

Σαν γενικό συμπέρασμα είναι ότι τα νεαρά ζευγάρια δέχονται βασικά την έκτρωση και ότι υπέρ **επίσης** έκτρωσης τάσσονται οι γυναίκες νεότερης ηλικίας , μετρίου επιπέδου μορφώσεως , που ασχολούνται με τα οικιακά ή που έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας , καθώς και εκείνες που δηλώνουν ότι δεν συναντούν οικονομικές δυσκολίες .

Αποδεικνύεται έτσι εμπειρικά ότι στον ελληνικό χώρο η έκτρωση έχει γίνει ένα στοιχείο επίσης καθημερινής ζωής και εμπειρίας . Δεν συσχετίζεται ούτε με οικονομικούς παράγοντες ούτε με νεωτεριστικές ιδέες , ούτε επίσης βασικά με επίσης τις διαφορές των δυο φύλων .

Στην Ελλάδα η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν ριζικό αντισυλληπτικό μέσο , ενώ ταυτόχρονα η ενημέρωση των νέων γύρω από τη χρήση επίσης αντισύλληψης είναι σχεδόν ανύπαρκτη . Παρόλα αυτά η ενημέρωση των Ελλήνων πολιτών σχετικά με την αντισύλληψη θα λειτουργούσε θετικά λόγω και του φόβου από επίσης σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες . Τα ποσοστά των αμβλώσεων σε νεαρές κυρίως ηλικίες παρουσιάζουν κάμψη , ωστόσο οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες δεν παύουν να αποτελούν ακανθώδες ζήτημα για την Ελλάδα , δεδομένου μάλιστα και του σοβαρού δημογραφικού προβλήματος .. «Η ενημέρωση είναι ανεπαρκής , πολλοί έχουν λανθασμένες γνώσεις επί του θέματος , ενώ η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων δεν είναι ευρεία.» επισημαίνει ο Πρόεδρος επίσης εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού κος Ε. Κουμαντάκης . Ο οικογενειακός προγραμματισμός και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θέματα μεγάλης σημασίας και απαιτούν την άμεση προσοχή και επέμβαση των ειδικών επί των θεμάτων αυτών καθώς και των υπευθύνων επίσης κοινωνικής και δημογραφικής πολιτικής .

Ακόμη αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει η τάση μείωσης επίσης επιθυμίας για τεκνοποιία , φαινόμενο που οδηγεί σε αύξηση επίσης συχνότητας των εκτρώσεων μετά επίσης δυο πρώτες κήσεις . Καταδεικνύεται η σημαντική έκταση των εκτρώσεων στον αγροτικό πληθυσμό επίσης χώρας η οποία φαίνεται να είναι μικρότερη από εκείνη του αστικού πληθυσμού . Επίσης αποκαλύπτεται εξαιρετικά περιορισμένη η χρήση αποτελεσματικής αντισυλληπτικής μεθόδου από τον γυναικείο πληθυσμό .

Σε κάθε περίπτωση , η ζωή δεν είναι ένα μέγεθος που μπορεί να αντιμετωπίζεται απλώς με ποσοτικά κριτήρια . Η σωστή ενημέρωση και ο προβληματισμός μοιάζουν ιδανική λύση καθώς κάθε ανθρώπινη ζωή που χάνεται εξαιτίας μιας άμβλωσης , είναι αναντικατάστατη .

## 7.6 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την ενασχόληση μας με το θέμα και την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας μας εντοπίσαμε κάποια βασικά στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλουν στην μείωση του αριθμού των εκτρώσεων

- Τοποθέτηση Κοινωνικών Λειτουργών στα σχολεία. Μέσα από αυτή τη τοποθέτηση επιτυγχάνεται η ενημέρωση μαθητών και γονέων γύρω από τον οικογενειακό προγραμματισμό , ενώ ο κοινωνικός λειτουργός με ειδικές τεχνικές και μεθόδους κοινωνικής εργασίας θα είναι σε θέση να βοηθάει γονείς που αντιμετωπίζουν τέτοιων ειδών εμπειρίες.
- Οικογενειακός Προγραμματισμός σε άγαμους και σε παντρεμένα ζευγάρια. Σκοπός είναι να ενημερώνονται τα ζευγάρια για τις μεθόδους αντισύλληψης, για θέματα σεξουαλικής αγωγής έτσι ώστε να αποκτήσουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών ,εάν αυτό επιθυμούν ή να πληροφορηθούν για τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της έκτρωσης..
- Χορήγηση οικονομικών ενισχύσεων σε ανύπαντρες μητέρες. Κάτι τέτοιο υλοποιείται μέσα από τη συμπαράσταση του κράτους , π.χ. με ιατροφαρμακευτική κάλυψη ή με δημιουργία ξενώνων γυναικών που αντιμετωπίζουν κοινωνικά , ιατρικά η οικονομικά προβλήματα.
- Απαγόρευση δια του νόμου εμπορίας εμβρυϊκών οργάνων που προέρχονται από εκτρώμενα βρέφη. Το έμβρυο πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένας ζωντανός ανθρώπινος οργανισμός.

- Κρατικοί Βρεφονηπιακοί σταθμοί και κέντρα δημιουργικής απασχόλησης Έτσι ώστε να μην επιβαρύνεται οικονομικά **ποιος** ; για ανάγκες οι οποίες είναι βασικές σε αυτή την ηλικία.

**Για να μπορεί να εργασθεί η μητέρα ,και να έχει λίγο ελεύθερο χρόνο**

- Βελτίωση γραφειοκρατίας με στόχο να μειωθεί η ταλαιπωρία των ενδιαφερομένων. **( για ποιο ζήτημα:)**



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΠΗΓΕΣ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξανδροπούλου Ευτ., Ανδρούτσος Γ.Ι., Τρυφωνίδης Φ., 1992 «Οι σκαπανείς της αντισύλληψης», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, τεύχος 4, σελ. 63-65.
  2. Αντισυλληπτικά Μέσα, Μάιος 1977, «Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών», Β έκδοση, Αθήνα.
  3. Αλεξίου, Θεοδοσίου, Σεργίνη κ.α., 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Αξιολόγηση του τρόπου παρουσίασης θεμάτων σεξολογίας από τα έντυπα μέσα ενημέρωσης. «Παιδί και ο έφηβος στην κοινωνία των πληροφοριών, Η πρόκληση των Μ.Μ.Ε.», σελ. 16.
  4. Βότση Η., 2005, «Τα μυστικά για ανώδυνη αντισύλληψη», ΤΟ ΘΕΜΑ, σελ. 8Ζ.
  5. Βουρνάς Γ., Μαυρογένη Ε., 1994, «Ελληνίδες στην αγορά εργασίας», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 36, σελ.227-234.
  6. Βελέντζας Κ., Χατζηπροκοπίου Μ., 1997, «Η εξέλιξη της γονιμότητας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, 1965-1991», Επιθ. Κοιν. Ερυνών, τεύχος 94, σελ. 153-183.
- Βαβουράκη, Χανιωτάκης, 16ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο: «Συχνότητα Προκλήτων Εκτρώσεων σε Σπουδάστριες», σελ. 48.
7. Βαρανάκης Χάρης «Εκτρωτικά χάπια, μπορούν να αποκαταστήσουν την χειρουργική επέμβαση;»
  8. Γιωτάκης, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Εφηβεία «Σεξουαλικές στάσεις-γνώσεις και εμπειρίες φοιτητών και σπουδαστών», σελ. 36.
  9. Γεωργούλη-Κούκκου, 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Οι δυσκολίες της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης- Γιατί; Ποιος; Πότε; Πώς; ,»Εφοδιάζοντας τα παιδιά με δεξιότητες ζωής», σελ. 33.

10. Γαλάνη-Κρητικού Μ., 1979, «Κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού», Εκλογή, τεύχος 49, σελ. 42-45.
11. Δημητριάδου Μαρία, 1998, συνέντευξη στα πλαίσια της εκπομπής «Τα παιδιά που δεν βλέπουμε» 89,5 FM.
12. Δροσοπούλου Σόνια, 1995, Στοιχεία Αστικού Δικαίου, interbooks, Αθήνα.
13. Δεληγεώρογλου Ε., Σαλάκος Ν., 1999, «Αντισύλληψη στην εφηβεία», Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας, τεύχος 2, σελ. 30-35.
14. Εγκυκλοπαίδεια Υδρία ήλιος, 1990, τόμοι: 3ος , 4ος ,έκδοση: Τέσσερα Έψιλον.
15. Εγκυκλοπαίδεια Ήλιος, 1980, τόμος 2ος , έκδοση: Δομική.
16. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, 1997
17. Εγκυκλοπαίδεια Υδρόγειος, 1993, τόμος Ί , έκδοση : Δομική
18. Εταιρεία οικογενειακού προσανατολισμού, Σόλωνος 121, Αθήνα, τηλ. 210-63 06 390.
19. Ε/Ιατρικά Ελευθεροτυπία, «Αντισύλληψη», 2003, τεύχος 77, σελ. 12-18.
20. Ε/Ιατρικά Ελευθεροτυπία, «Αντισύλληψη», 2003, τεύχος 93, σελ. 14-20.
21. Εφημερίδα metro, «Το χάπι της επόμενης μέρας», 2005, σελ. 21.
22. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, 2004, / Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας, 2003, Αθήνα.
23. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2004, «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής», Στοιχεία, 1998, / Κοινωνικές Στατιστικές, Πειραιάς.
24. Κοτζαμάνης Βύρων, 1997, «Γαμηλιότητα και διάλυση των έγγαμων συμβιώσεων στην Ελλάδα: μια πρώτη δημογραφική προσέγγιση», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 94, σελ. 63-111.
25. Κορτεσιδής Ε., Κουρατίδης Α., Παπανικολάου Ν., Πράπας Ι., Πράπας Ν., 1992, «Η διακοπή εγκυμοσύνης στο νοσοκομείο», Γαληνός, τεύχος 2, σελ. 161-164.
26. Κογκίδου Δήμητρα, 1996, «Εξάρτηση-Ανεξαρτησία, φύλο και κοινωνική πολιτική», Διεθνές Συνέδριο: Το φύλο των δικαιωμάτων, Διότιμα, Αθήνα.
27. Καναβιτσάς Ε., 2004, «Εφηβεία: τα χρόνια της ωρίμανσης, τα χρόνια των συγκρούσεων».
28. Κώστογλου-Αθανασίου Ι., 2004, «Αντισυλληπτικά και Καρκίνος του μαστού», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, τεύχος 3, σελ. 217-218.
29. Κοκκινόπουλος Π., 2003, «Για τη γυναίκα», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τεύχος 34, σελ. 40.

30. Κόλιου Κ., 2006, «Εκτρώσεις: το αμείλικτο δείλημμα», Το Βήμα/Βήμα Donna, τεύχος 49, σελ. 210-214.
31. Καραγιάννης Β., Κλεάρχου Ν., Μαμόπουλος Μ., Πανίδης Δ., Πετρόπουλος Π., Ρούσσοι Δ., Τριανταφύλλου Γ., 1998, «Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης. Πρέπει να αποτελεί εναλλακτική λύση στον έλεγχο των γεννήσεων», Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, σελ. 63-66.
32. Μισέλ Α., 2000, «Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου», Gutenberg, Αθήνα.
33. Μαμέλη, Μπαρούτσου, Τσέλιου κ.α., 31ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, «Μελέτη των ποσοστών Εκτρώσεων-Αποβολών, των αιτιών που τις προκαλούν, ποιοι συμβάλλουν περισσότερο σε αυτές και μελέτη άλλων σχετικών παραγόντων», σελ. 331ΑΑ.
34. Μαράκης Ε., 2004, «Το ΧΑΠ», Ε/Ιατρικά Ελευθεροτυπία, τεύχος 97, σελ. 13-14.
35. Μαρίνος Ν. Αναστάσιος, 2001, «Γενετική μηχανική: διλήμματα και προβληματισμοί», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τεύχος 20, σελ. 30-33.
36. Μητσόπουλος Ν., 1990, «Επιτεύγματα της Συγγόνου Γενετικής, Ηθική Θεώρησης, Αθήνα.
37. Μπαλούρδος Δ., 1997, «Δημογραφική μετάβαση και δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας: Θεωρητικοί και μεθοδολογικοί προβληματισμοί», Επιθ. Κοιν. Ερευνών, τεύχος 94, σελ. 3-44.
38. Μαστρογιάννης Χ., 2005, «Το πληθυσμιακό πρόβλημα της Θράκης».
39. Μπαρμπαλή Ειρήνη, 1993, «Προβλήματα και διέξοδοι για τις μονογονεϊκές οικογένειες των αστικών περιοχών», Εκλογή, Ιούλιος-Αύγουστος.
40. Μπαγιάτης, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Εφηβεία, ο βαθμός ενημέρωσης σε θέματα σχέσεων των 2 φύλων μεταξύ πρωτοετών φοιτητών, σελ. 181.
41. Μ.Μ.Μωεισίδου, Ιατρού, 1997, «Η έκτρωση κατά την ελληνική αρχαιότητα, Εκάτη, Αθήνα.
42. Παπουτσής Κωνσταντίνος, 2000 «Αμβλώσεις: Δικαίωμα στην επιλογή ή μέθοδος αντισύλληψης».
43. Πρεσβέλου Κλειώ, 1976, «Κοινωνιολογική Ανάλυση του φαινομένου της έκτρωσης στον ελληνικό χώρο», Το φαινόμενο της έκτρωσης, Ε.Κ.Κ.Ε., τεύχος 39-40 (σελ. 324-341) και 28Γ (σελ. 275-285).
44. Σαχίνη-Καρδάση, 2004, «Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας», Γ' Έκδοση, (σελ. 271)

45. Σωκρατάκη Φ., Τζόκας Γ., Χλιαουτάκης Ι., 1994, «Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων της Αθήνας», Ιατρική, τεύχος 5, σελ. 483-488.
46. Συμεωνίδου Χ., 1992, «Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της γονιμότητας στην Ελλάδα» Ε.Κ.Κ.Ε-Αθήνα.
47. Συμεωνίδου Χ., 2000, «Επιθυμητό και πραγματικό μέγεθος οικογένειας. Γεγονότα κύκλου ζωής» Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ. 195-197.
48. Σώκου Κ., 1998, «Γυναίκα και υγεία: η επίδραση της εργασίας, οικιακής απασχόλησης και ανεργίας στην υγεία της γυναίκας», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 9 κ 10, σελ. 13-19.
49. Συμεωνίδου Χ., 1986, «Γονιμότητα και απασχόληση των γυναικών: μια πρώτη προσέγγιση του θέματος για την περιφέρεια πρωτεύουσας», Επιθ. Κοιν. Ερευνών, τεύχος 61, σελ. 188-200.
50. Σινόπουλος Π.Α., 1986, «Ο επαγγελματικός χρόνος της γυναίκας και η κοινωνική ποινή της», Επιθ. Κοιν. Ερευνών, τεύχος 61, σελ. 212-230.
51. Σωκρατάκη Φ., Χλιαουτάκης Ι., 1991, «Η προγαμιαία αντισυλληπτική συμπεριφορά των Αθηναίων εφήβων», Ιατρική Επιθ. Ενόπλων Δυνάμεων, τεύχος 25, σελ. 251-257.
52. Συλλογή νομοθεσίας για την άσκηση του Ιατρικού Επαγγέλματος και το νομικό καθεστώς των Ιατρικών Συλλόγων, 1997, Έκδοση: Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Αθήνα.
53. Τσαναδής, 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Εφηβεία: Αντισύλληψη στην εφηβική ηλικία, σελ. 38.
54. Τσαούση Δ.Γ., 2000, Η κοινωνία του ανθρώπου, Gutenberg, Αθήνα.
55. Τσαλκάνης Α., 1995, «Η εργασία και η μόρφωση ως βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της γυναικείας στάσης απέναντι στην μητρότητα», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 37, σελ. 49-59.
56. Φραγκάκης Γ., 2005, «Μ' ενδιαφέρει», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τεύχος 43, σελ.50.
57. Χλιαουτάκης , 1990, Εφηβική Γυναικολογία για την αναπαραγωγή και την εμμηνόπαυση, Κοινωνική προσέγγιση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης- Πληροφόρησα για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων του δήμου Αθηναίων, τόμος 2, τεύχος 1, σελ. 18-26.
58. Χρυσοστομίδου Βασιλική, 2006, «Μετά την Αμβλωση», Popular Medicine, σελ. 19-22.

59. Χ. Ζηλίδης και συνεργάτες, 1993, «Έκτρωση και Αντισύλληψη στον Αγροτικό Πληθυσμό, Αποτελέσματα από την έρευνα των Αχαρνών», Ιατρική, 63.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Στόπαρντ Μίριαμ, 2003, «Σύλληψη, Εγκυμοσύνη, Τοκετός, ΜΙΝΩΑΣ, Αθήνα.
2. Elaine Minamide, 1998, περιοδικό Focus on the Family, “Taboo Grief Men and Abortion”.
3. Bernard G.Guerney, 1996, «Βελτίωση Σχέσεων», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
4. Louis Cohen , Lawrence Manion , 1994 , «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας» , Μεταίχμιο , Αθήνα

## **ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ**

1. [www.e-psychology.gr](http://www.e-psychology.gr)
2. [www.electridea.gr](http://www.electridea.gr)
3. [www.kourelis.com](http://www.kourelis.com)
4. [www.wyethnutrition.gr](http://www.wyethnutrition.gr)
5. [www.greekmeds.gr](http://www.greekmeds.gr)