

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ - ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ



ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:  
ΜΠΟΙΔΑΝΙΔΟΥ ΤΡΙΑΔΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ - ΣΤΡΑΤΙΚΗ-  
ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ ΠΑΝΤΑΖΑΚΑ  
ΤΣΙΟΥΦΗ ΘΕΑΝΩ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ  
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ)

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3103

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία είναι βιβλιογραφική. Αναφέρεται κυρίως σε τρία κεφάλαια με θέματα αλληλοεξαρτώμενα και αλληλοσυνδεόμενα μεταξύ τους χωρίς να δίνεται έμφαση σε κοινωνιολογικές προσεγγίσεις.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον οικογενειακό προγραμματισμό, στις δυνάμεις που οδήγησαν στην διαμόρφωσή του, στους λόγους που τον επιβάλλουν αλλά και στις σχέσεις του οικογενειακού προγραμματισμού τόσο με το κράτος όσο και με την ιδιωτική πρωτοβουλία.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις μεθόδους αντισύλληψης αλλά και στους τρόπους αντισύλληψης.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις αμβλώσεις, στα είδη των αμβλώσεων στους λόγους προσέλευσης για άμβλωση στις μεθόδους αλλά και στις συνέπειες των αμβλώσεων για την γυναίκα και ευρύτερα για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.

Επίσης η εργασία περιλαμβάνει και το κεφάλαιο που αναφέρεται στις στάσεις και τις αντιλήψεις της θρησκείας, ορισμένων φεμινιστικών οργανώσεων και ορισμένων ανθρώπων του πνεύματος όσον αφορά τις αμβλώσεις.

Τέλος το νομικό καθεστώς των ευρωπαϊκών κρατών και της Ελλάδας μαζί με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις ολοκληρώνουν τη εργασία.

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Π.Ο.Υ. \*: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ο.Η.Ε. \*\*: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ

Ο.Π.\*\*\*: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ε.Γ.Ε. (1): ΕΝΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ο.Γ.Ε.(2): ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Σ.Δ.Γ.(3): ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Σ.Ε.Ε.(4): ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

- ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ
- ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
- ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

- Α. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ
- Β. ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

- ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ
- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ
- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ
- ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- Γ. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

- Δ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

- Α. ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

- 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

- 2. ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

- 3. ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ.

- Β. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.

- Γ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΗΨΗΣ.

- Δ. ΣΤΑΣΕΙΣ - ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ.

- Ε. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

- ΣΤ. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία είναι βιβλιογραφική . Αναφέρεται κυρίως σε τρία κεφάλαια με θέματα αλληλοεξαρτώμενα και αλληλοσυνδεόμενα μεταξύ τους.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον οικογενειακό προγραμματισμό , στις δυνάμεις που οδήγησαν στην διαμόρφωσή του , στους λόγους που τον επιβάλλουν αλλά και στις σχέσεις του οικογενειακού προγραμματισμού τόσο με το κράτος όσο και με την ιδιωτική πρωτοβουλία .

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις μεθόδους αντισύλληψης αλλά και στους τρόπους αντισύλληψης .

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις αμβλώσεις , στα είδη των αμβλώσεων στους λόγους προσέλευσης για άμβλωση στις μεθόδους αλλά και στις συνέπειες των αμβλώσεων για την γυναίκα και ευρύτερα για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.

Επίσης η εργασία περιλαμβάνει και το κεφάλαιο που αναφέρεται στις στάσεις και στις αντιλήψεις της θρησκείας, ορισμένων φεμινιστικών οργανώσεων και ορισμένων ανθρώπων του πνεύματος όσον αφορά τις αμβλώσεις.

Τέλος το νομικό καθεστώς των ευρωπαϊκών κρατών και της Ελλάδας μαζί με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις ολοκληρώνουν την εργασία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά προβλήματα τα τελευταία χρόνια έχουν πάρει ιδιαίτερη και δραματική διάσταση μεταξύ των οποίων και το πρόβλημα των αμβλώσεων.

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

Η ποιότητα της κοινωνικής και μορφωτικής τομής της κοινωνίας αποδίδεται με τρόπο πολλές φορές τραγικό των αναμφίβολα ανεξίτηλο στα πρόσωπα των δεκάδων γυναικών που καταλήγουν καθημερινά στις ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια μαιευτικά νοσοκομεία, προκειμένου να αμβλώσουν το παιδί τους.

Έτσι λοιπόν το φαινόμενο αυτό δεν μπορεί να αποσιωπηθεί μέλημα είναι να το εξετασθεί από κάθε πλευρά μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας που αναπτύσσεται για την καλύτερη αντιμετώπιση του.



## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Στατιστικές για την έκτρωση από το Γερμανικό περιοδικό ELTERN, Νο10, Οκτώβριος 1987 αναφέρουν ότι διενεργούνται παγκοσμίως κάθε χρόνο 30.000.000 εκτρώσεις, 85.000 κάθε μέρα και 59 εκτρώσεις κάθε λεπτό . Το ίδιο περιοδικό αναφέρει ότι στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι εξίσου σημαντικό. Περίπου 200.000 υπολογίζονται οι εκτρώσεις ανά έτος παρ' όλο που η άμβλωση στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από το νόμο αδίκημα.

Σχετικά με τα βιοψυχοπαθολογικά επακόλουθα της έκτρωσης το περιοδικό ELTERN Νο13, Ιανουάριος 1988 γράφει ότι οι 117 από τις 263 γυναίκες Γερμανικής εθνικότητας που υπέστησαν εκτρώσεις το πρώτο τέταρτο το 1986 εξετάστηκαν πριν την έκτρωση καθώς επίσης και ένα χρόνο αργότερα. Όσον αφορά την ηλικία, συζυγική κατάσταση, οι γυναίκες αυτές δεν διέφεραν από το υπόλοιπο 55%. Ένα χρόνο αργότερα συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την συναισθηματική προσαρμογή γυναικών, με χρήση ερωτηματολογίου που αφορούσε αισθήματα ενοχής και απώλειας καθώς επίσης και προσωπικών αναφορών για την πορεία της προσαρμογής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 79% των γυναικών προσαρμόστηκαν χωρίς κανένα πρόβλημα, το 14% βρισκόταν ακόμη σε συναισθηματική διαταραχή και το 7% σε μια κατάσταση σοβαρής συναισθηματικής κατάπτωσης ακόμη και στην καθημερινή τους λειτουργία. Το 21% που είχαν προβλήματα προσαρμογής, ήταν επίσης περισσότερο δυσαρεστημένες και πριν την έκτρωση.

Στο βιβλίο της Κατοστάρα (1993) αναφέρεται έρευνα που

πραγματοποιήθηκε από την Έδρα Υγιεινής Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών (1988) και δίνει στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα των εκτρώσεων κατά ηλικία και οικογενειακή κατάσταση των γυναικών. Αναλυτικότερα το 40% των ανύπαντρων νέων γυναικών 17-22 ετών στην Ελλάδα έχουν σεξουαλικές σχέσεις και από αυτές, το 25% έχει ήδη κάνει μια τουλάχιστον έκτρωση. Το 35% των παντρεμένων γυναικών στην Ελλάδα έκαναν τουλάχιστον μια έκτρωση στη ζωή τους. Και η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι μέχρι τα 25 χρόνια η συχνότητα των εκτρώσεων είναι μεγαλύτερη στις ανύπαντρες γυναίκες, ενώ μετά την ηλικία αυτή, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις παντρεμένες.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από φοιτητές του Γυναικολογικού Τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Trondheim στη Νορβηγία (1988) σχετικά με το ρόλο του συντρόφου στην αντισύλληψη και την απόφαση για έκτρωση περιγράφεται στο βιβλίο του Α.Χιλιουτάκη (1992). Ο συγγραφέας αναφέρει ότι στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 96 γυναίκες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε έκτρωση και 52 από τους συντρόφους τους απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 2/3 δεν χρησιμοποιούσαν καμία μέθοδο αντισύλληψης, κυρίως επειδή πίστευαν ότι η περίπτωση εγκυμοσύνης ήταν πάρα πολύ μικρή. Η πλειοψηφία των γυναικών μίλησαν στο σύντροφο τους αμέσως μόλις το έμαθαν οι ίδιες. Το 1/4 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί άντρες δήλωσαν ότι και οι 2 σύντροφοι συμφώνησαν ότι έπρεπε να γίνει έκτρωση. Τα 2/5 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί από τους άντρες είπαν ότι η απόφαση της γυναίκας βάρυνε πιο πολύ. Πολλές γυναίκες ανέφεραν ότι η στάση του συντρόφου τους απέναντι στην εγκυμοσύνη ήταν σημαντική για την εκλογή τους. Οι μισές

από τις γυναίκες ωστόσο είπαν ότι είχαν πάρει την απόφασή τους να κάνουν έκτρωση ανεξάρτητα από την θέση των συντρόφων τους.

Στης σημειώσεις Υπουργείου Υγείας « Στόχος Οικογενειακού Προγραμματισμού», σελ. 10,1988 δημοσιεύτηκε έρευνα που πραγματοποίησε η EMRB Hellas σχετικά με τη θέση της ελληνίδας στο θέμα της αντισύλληψης. Συγκεκριμένα ρωτήθηκαν 400 Αθηναίες, 200 Θεσσαλονικείς και 400 γυναίκες από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Από το σύνολο των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι το 90% απλώς κάτι ήξεραν πάνω στο θέμα αντισύλληψη και μόλις ένα 10% δήλωνε πλήρη άγνοια. Οι γυναίκες που ήξεραν τα μέσα αντισύλληψης, κατά 90% ανήκαν στις παρακάτω κατηγορίες: νοικοκυρές 92%, εργαζόμενες 90%. Οι γυναίκες που δεν γνώριζαν τίποτα για την αντισύλληψη ανήκουν κυρίως στις εξής κατηγορίες: μη εργαζόμενες 10% , 35-40 ετών 11% , Αθηναίες 11% , αστικών – ημιαστικών περιοχών 10% .

Το 69% του συνόλου των όσων ερωτήθηκαν συμφωνούν με το επιχείρημα ότι η αντισύλληψη είναι πολύ καλύτερη μέθοδος από την άμβλωση. Ένα 15,5% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί ενώ ένα 5% διαφωνεί με την αντισύλληψη και προτιμά την άμβλωση. Υπάρχει ακόμη ένα 10% το οποίο δεν ήξερε ή δεν ήθελε να πει τη γνώμη του.

Το 34,5% έχουν χρησιμοποιήσει κάποια από τις αντισυλληπτικές μεθόδους , ενώ το 45% δεν τις έχει χρησιμοποιήσει ποτέ .

Από τις παραπάνω έρευνες είναι εμφανής η διάσταση που έχει πάρει το πρόβλημα των αμβλώσεων.

Το μεγάλο ποσοστό των εκτρώσεων οφείλεται στην ανεπαρκή πληροφόρηση των γυναικών πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης , οι οποίες σύμφωνα με τα

παραπάνω δεδομένα είναι κατά προτεραιότητα ανύπαντρες γυναίκες, νεαρής ηλικίας και μη εργαζόμενες .

Επίσης το πρόβλημα των εκτρώσεων οξύνεται περισσότερο αφού για τις περισσότερες γυναίκες οι συνέπειες που επιφέρει είναι τόσο ψυχοπαθολογικές όσο και σωματικές.

## ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός μελέτης είναι η παρουσίαση του φαινομένου των αμβλώσεων, η αναγκαιότητα του οικογενειακού προγραμματισμού και η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων.

Αναλυτικότερα στόχος είναι η μελέτη των δυνάμεων που οδήγησαν στην διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού, στους λόγους που επιβάλλουν τον οικογενειακό προγραμματισμό και την ευθύνη του κράτους για αναπτυξιακά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Ένας άλλος επιμέρους στόχος είναι η πληροφόρηση για το τι είναι έκτρωση, με ποιους τρόπους γίνεται, ποιές είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι και το σπουδαιότερο πως μπορεί να αποφευχθεί. Επίσης η απόδειξη της χρησιμότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων προκειμένου να εμποδίσουν τον σχηματισμό ενός νέου πλάσματος το οποίο δυστυχώς τις περισσότερες φορές, εξαιτίας τις ελλιπούς πληροφόρησης πάνω σε θέματα αντισύλληψης, θα καταλήξει να γίνει προϊόν μιας αμβλώσεως.

Από έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχει αναφερθεί ότι πάρα πολλές γυναίκες καταφεύγουν καθημερινά στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, προκειμένου να απαλλαγούν από ένα ανεπιθύμητο κλήμα με συνέπειες τραυματικές τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά για τις ίδιες. Έτσι δόθηκε το κίνητρο να μελετηθεί το πρόβλημα των αμβλώσεων.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Άμβλωση: Αντίθετα από την αντισύλληψη και τη στείρωση που αποτρέπουν την συνάντηση του ωαρίου με το σπερματοζωάριο η άμβλωση γίνεται μετά την ωοτοκία. Πρόκειται για την λεγόμενη τεχνητή άμβλωση εκείνη δηλαδή που προκαλείται από την γυναίκα που δεν θέλει να αποκτήσει παιδί.

(ΛΗΘΟΝΟΡ ΤΙΦΕΡ ,1982)

Άμβλωση: Αναφέρεται ο όρος στη βίαιη διακοπή της εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα .

(ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ,1990)

Έκτρωση: Δεν αναφέρεται διαχωρισμός ανάμεσα στον όρο έκτρωση και άμβλωση στην βιβλιογραφία.

(Ι.Ν. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ,1995)

Οικογενειακός προγραμματισμός: Ενημέρωση των πολιτών για την χρήση μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας και η γνώση των μέτρων εκείνων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στείρωση. Επίσης η παροχή συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, υιοθεσίας, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων.

(ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ. Γ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ.Α. 1987)

Αντισύλληψη: Αποφυγή της σύλληψης τεκνοποίησης και προφύλαξη από λοιμώδεις ασθένειες .

(ΝΤΑΛΙΦΗ.Δ , 1980)

Αντισύλληψη: “με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για να εμποδίσουν την εγκυμοσύνη.”

(ΡΑΓΙΑ.Α ,1991)

Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση: Μόρφωση με παιδαγωγικά μέσα σε θέματα που αφορούν την γενετήσια πράξη .

(ΚΡΕΑΤΣΑΣ.Γ. 1989)

Σεξουαλικότητα: “σεξουαλικότητα είναι η έμφυτη ορμή, η φυσική τάση της ζωής και της συμπεριφοράς ενός οργανισμού που το σύμπλεγμα των εκδηλώσεων του έχει σχέση με την συνουσία.”

(ΚΕΧΑΓΙΑΣ.ΠΛ. 1993)

Αναπαραγωγή: Είναι η σύζευξη δύο γενετικών υλικών για να δοθεί ζωή σε έναν απόγονο.

(ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΒΟΣΤΩΝΗΣ 1989)

Σεξ : Η στενή ερμηνεία της λέξης σεξ στην αγγλοσαξονική ιατρική ορολογία περιορίζεται στο φύλο του ατόμου. Ο κόσμος όμως σήμερα στον όρο σεξ έχει προσδώσει την έννοια των γενετησιακών σχέσεων.

(ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ Κ 1992)

## Α. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σύμφωνα με την Τριχοπούλου Αντ.(σελ.15-30,1986) εμφανίστηκε την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίστηκαν οι προσπάθειες των ειδικών, που αναζήτησαν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Σύμφωνα με την ίδια συγγραφέα, η αρχή έγινε από τον Άγγλο ιερέα Thomas Malthus (1766 – 1834) που ξεσηκώθηκε κυριολεκτικά το 1798 μπροστά στον κίνδυνο της μεγάλης αύξησης του πληθυσμού και προείπε ότι η ανθρωπότητα βαδίζει προς την αυτοκαταστροφή. Παράλληλα υποστήριξε ότι οι άνθρωποι αυξάνονται κατά γεωμετρική πρόοδο, ενώ τα αγαθά με αριθμητική. Έτσι, η έλλειψη της μεταξύ τους ισορροπίας θα δημιουργήσει στη γη προβλήματα πείνας, ασθενειών, καθώς επίσης και καταστροφές και πολέμους.

Κατά την ίδια πηγή, την ίδια ανάγκη ένιωσε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών Frangis Place, που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυνε να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Στο μεταξύ εμφανίζεται στο προσκήνιο, η περίφημη Margaret Sangen, που αφηφώντας τις απαγορευτικές διατάξεις, ρίχνεται σ' ένα αγώνα διάδοσης των αντισυλληπτικών. Κύριος σκοπός της είναι να αναχαιτίσει την πολυτεκνία της γυναίκας και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για την απελευθέρωση της γυναίκας.



Κατά την Γιαννοπούλου (1992) το 1968 ιδρύθηκε το International Planned Parenthood Federation. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο σύνδεσμο αυτό συμμετέχουν 54 χώρες απ' τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες. Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις ανεπτυγμένες χώρες είτε από τους Διεθνείς Οργανισμούς (όπως Π.Ο.Υ\* , Ο.Η.Ε\*\* ).

Ο βασικός σκοπός του συνδέσμου είναι η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλιστεί για τη μητέρα η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και για το παιδί η ισόρροπη ψυχοσωματική ανάπτυξη.

Στην Ελλάδα το 1980 ψηφίστηκε ο νόμος 1036 ο οποίος έδωσε νομική υπόσταση στον οικογενειακό προγραμματισμό. Η Ελληνική κυβέρνηση πιστεύει ότι η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος για να διασφαλιστεί το ανάφερε το δικαίωμα όλων των Ελλήνων, (γυναικών και ανδρών ), να αποκτήσουν όσα παιδιά επιθυμούν, την εποχή που αυτοί θα είναι έτοιμοι αλλά και ικανοί σαν γονείς να επιτύχουν την δημιουργία μιας σωστής οικογένειας.

Πολλοί φορείς έχουν συμβάλει στην επιτυχία αυτής της μεγάλης και φιλότιμης κρατικής προσπάθειας. Το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πραγματοποιώντας το πρώτο βήμα υλοποίησης του προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού ύδρισε σε ολόκληρη την επικράτεια ένα δίκτυο από είκοσι – εννέα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν δωρεάν πληροφορίες και συμβουλές σχετικές με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού σε προσωπικό εμπιστευτικό επίπεδο.

Ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού αρχίζει να συνειδητοποιείτε σε παγκόσμια κλίμακα μέσα στη δεκαετία του 1960 και εδραιώνεται με διεθνή διακήρυξη του οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών σύμφωνα με τις οποίες “η ρύθμιση της γονιμότητας αποτελεί βασικό αναφαίρετο δικαίωμα και μέρος της ατομικής ελευθερίας κάθε ανθρώπου”. (Πολυσίδου Ε.« Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα» σελ. 60,1989).

Η αποδοχή του θεσμού και η οργάνωση υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού για πολλές χώρες είχε σαν βασικό κίνητρο την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος.

Όμως το εννοιολογικό περιεχόμενο του οικογενειακού προγραμματισμού δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή αντισύλληψης και εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών. Είναι συνυφασμένο με πιο ευρύ πλέγμα παραγόντων μετρων και μέσων.

Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού σύμφωνα με τον Μαδιανό (σελ. 24,1989) είναι:

1. Να αποφεύγουν ανεπιθύμητες γεννήσεις.
2. Να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις (επιθυμητό παιδί).
3. Να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων.
4. Να ελέγχουν τον χρόνο των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων.
5. Να καθορίζουν τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια.
6. Η υγεία των γονιών να είναι όσο το δυνατόν καλύτερη.
7. Σωστή ενημέρωση γύρω από την αντισύλληψη για την αποφυγή των εκτρώσεων. (Μ. Μαδιανός, σελ. 32).

Οι μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν για να πετύχουν οι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι, 3 σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία:

- A) Κλινική Βάση - Κλινικός Προσανατολισμός.
- B) Κλινική Βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός.
- Γ) Κοινοτική Βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός.

#### **A. Κλινική Βάση - Κλινικός Προσανατολισμός:**

Στο μοντέλο αυτό που είναι Ιατροκεντρικό, οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού διατίθενται μόνο μέσα στις μονάδες υγείας (νοσοκομείο, κέντρα υγείας) και κατά κανόνα προϋποθέτει την ύπαρξη εξειδικευμένου γιατρού. Στο μοντέλο αυτό εμπεριέχονται τα προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια που έχουν γεννητικό πρόβλημα όπως στειρότητα, εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, ψυχοσεξουαλικά προβλήματα και προβλήματα που αφορούν τα νεαρά άτομα (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αφροδίσια νοσήματα).

(Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Υπουργείο Υγείας 1989).

#### **B. Κλινική Βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός**

Στο μοντέλο αυτό η κλινική παραμένει η βάση δράσης του προγράμματος όμως το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κύρια σε θέματα εκτός του κέντρου, που αφορούν στην κοινότητα προκειμένου για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό εδώ διενεργεί τακτικές επισκέψεις στην κοινότητα για να πληροφορήσει και να καθοδηγήσει τους πολίτες σε θέματα συνδεδεμένα με τη νόμιμη ή την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, την υιοθεσία, τον προγεννητικό έλεγχο, τα σεξουαλικά

μεταδιδόμενα νοσήματα και τη σεξουαλική αγωγή προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει και να επιτευχθεί η προσέλευσή τους στα κέντρα.

### **Γ. Κοινοτική Βάση – Κοινοτικός Προσανατολισμός:**

Στο τρίτο μοντέλο η έμφαση των δραστηριοτήτων των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού επικεντρώνεται καθαρά στην κοινότητα όπου γίνεται ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Το κλινικό έργο περιορίζεται σε θέματα τεχνικής υποστήριξης και στη δημιουργία ενός δικτύου μελών της κοινότητας, οι οποίοι επωμίζονται την ευθύνη της προώθησης του προγράμματος των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και της παροχής ορισμένων υπηρεσιών σ' αυτά. Οι δραστηριότητες του οικογενειακού προγραμματισμού στα κοινοτικά πλαίσια αποσκοπούν στην προαγωγή υγείας της κοινότητας και θα πρέπει συνεπώς ν' αποτελεί στόχο των κοινοτήτων ή της τοπικής αυτοδιοίκησης η δημιουργία κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Πρόσφατες μάλιστα ενδείξεις (όχι αρκετές) συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο κινούνται τα προγράμματα των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού προς μία κοινοτική κατεύθυνση τόσο πιο αποτελεσματικά γίνονται.

(Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Υπουργείο Υγείας 1989).

Οι υπηρεσίες που μπορούν να εξασφαλίσουν τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνουν :

- 1) Εκπαίδευση και συμβουλευτική στον Οικογενειακό Προγραμματισμό
- 2) Παροχή αντισυλληπτικών μέσων
- 3) Αντιμετώπιση στειρότητας

- 4) Εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το σεξ, τις γενετήσιες σχέσεις και τον γονεϊκό ρόλο.
- 5) Γενετική συμβουλευτική
- 6) Συμβουλευτική γάμου
- 7) Μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος κακοηθών νοσημάτων
- 8) Προβλήματα υιοθεσίας (Μ.Μαδιανός 1987 σελ.36)

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επωμίζεται ένα σημαντικό και καθοριστικής σημασίας ρόλο στον τομέα της πρόληψης.

Το πρόγραμμα επεκτείνεται και συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες έτσι ώστε οι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού να επεκταθούν και σε άλλους τομείς. Όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει κάθε γυναίκα να διατηρήσει την ψυχική, σωματική και κοινωνική της ευεξία.

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1987) ο οικογενειακός προγραμματισμός κατ' αρχήν την απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που είναι δυνατόν να συμβεί σε κάποιον από τους 400-500 μηνιαίους κύκλους της αναπαραγωγικής της ζωής. Επιδίωξή του είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί πιο ζωτικά προβλήματα κυρίως κοινωνικά και οικονομικά που έχουν σχέση με την ποιότητα της ζωής τους την οποία υποβιβάζουν.

Σημαντική βοήθεια όμως προσφέρει και στις ανύπαντρες γυναίκες στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει συσσώρευση σοβαρών ψυχικών προβλημάτων και ερωτηματικών για την παραπέρα πορεία τους. Έτσι η έκτρωση, ο βεβιασμένος γάμος ή η γέννηση παιδιού σε

μια ανύπαντρη γυναίκα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη σημερινή κοινωνία.

Εκτός όμως από την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας της γυναίκας που είναι αποτέλεσμα της σιγουριάς και απελευθέρωσης που αισθάνεται. Ο οικογενειακός προγραμματισμός, προάγει και τη σωματική υγεία της. Βοηθάει να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη σε περίπτωση μιας σοβαρής παθήσεως της μητέρας είτε μόνιμης είτε παροδικής. Έτσι συνίσταται προσωρινά η εφαρμογή καταλλήλου αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ανίατη φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για την ζωή ή την υγεία της κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης. Επίσης βοηθάει σημαντικά και τις γυναίκες που έχουν ανάγκη από μόνιμη αντισύλληψη.

Επίσης είναι δυνατόν να αποφευχθεί η γέννηση και επομένως μετάδοση κληρονομικών παθήσεων, από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας τέτοιας νόσου.

Κατά την Ρουμελιώτου. Α. (1987) ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις πολύτοκες γυναίκες στις οποίες η εφαρμογή αποτελεσματικής αντισυλληψέως θεωρείτε επιβεβλημένη, γιατί στις υπό ανάπτυξη χώρες οι πολλαπλές κυήσεις επιφέρουν στη γυναίκα αναιμία, υποθρεψία, ψυχολογικά προβλήματα κ.τ.λ. Τέλος κατά την ίδια, ο οικογενειακός προγραμματισμός συντελεί στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας με τη δυνατότητα αποφυγής της εγκυμοσύνης την οποία προσφέρει στις πολύ μικρές και στις πολύ μεγάλες

γυναίκες στις οποίες η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα παρουσιάζεται αυξημένη .

Εκτός των άλλων, η ίδια συγγραφέας τονίζει ότι οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει τη δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογενείας του. Συμβάλλει στην ανύψωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού. Συγχρόνως όμως βοηθάει στην καλή ψυχική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών τους . Η ευθύνη για την ανάπτυξη του παιδιού βασίζεται στους γονείς ώστε αυτοί θα πρέπει τελικά να αποφασίζουν πότε οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια επιτρέπουν και ευνοούν τη σωστή παροχή φροντίδων στο παιδί. Αυτές είναι απαραίτητες για την καλή ψυχοσωματική και πνευματική του εξέλιξη. Τα παιδιά των οποίων τη γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα γίνονται συνήθως παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά την παιδική αλλά και την εφηβική ηλικία, παιδιά που δύσκολα προσαρμόζονται κοινωνικά.

Όταν οι λόγοι που είναι ανεπιθύμητο ένα παιδί συνδυάζονται και με οικονομικά προβλήματα τότε οι γονείς δεν τους δίνουν τη προσοχή και φροντίδα που χρειάζονται. (Κομνηνός Αντ. «Βασικές γνώσεις στη αντισύλληψη» σελ. 65, 1988)

## Β. ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΑΡΑΜΕΡΤΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Στο βιβλίο του Παπαευαγγέλου Γ. – Ρουμελιώτου Α. “Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού σελ. 50-58, 1987” αναφέρουν σχετικά με τις δυνάμεις που οδήγησαν στη διαμόρφωση των παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού ότι « αυτό που ονομάζεται οικογενειακός προγραμματισμός εκφράζει την συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δυο καίριες βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος» (σελ. 50). Συνεχίζοντας αναφέρουν ότι στα πλαίσια της ενίσχυσης αυτής της άποψης μπορεί να γίνει μια αξιολόγηση των δυνάμεων που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι δυνάμεις αυτές αναφορικά είναι : οι βιολογικές δυνάμεις, οι δημογραφικές δυνάμεις, οι ψυχοκοινωνικές δυνάμεις, και τέλος τα ιατρικά δεδομένα .

### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Περιγράφοντας τις βιολογικές δυνάμεις ως μια από αυτές που οδήγησαν στην διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού οι Παπαευαγγέλου Γ.- Ρουμελιώτου Α. στο βιβλίο τους “Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού, 1987 σελ. 52-53” τις αναφέρουν ως ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους και είναι ευρύτερα γνωστές ως “ εξωγενητική κληρονομικότητα ”.



Σε αντιδιαστολή με τα άλλα, είδη ο άνθρωπος έχει την δυνατότητα να μεταφέρει από γενιά σε γενιά με το γραπτό και προφορικό λόγο, γνώσεις και εμπειρίες οι οποίες δεν είναι καταχωρημένες στο γενετικό υλικό. Συνέπεια της καίριας σημασίας της εξωγενετικής κληρονομικότητας στον άνθρωπο καθώς και της έκδηλης ανωριμότητας του εγκεφάλου του κατά τη γέννηση, είναι ότι η περίοδος βιοκοινωνικής εξαρτήσεως του ατόμου είναι πολύ μεγαλύτερη στον άνθρωπο παρά στα άλλα ζωικά είδη. Κατά συνέπεια, στο ανθρώπινο είδος το φαινόμενο της εξωγε-νετικής κληρονομικότητας ήταν αυτό το οποίο προσέ-δωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ σημαντι-κότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος.

Συνεχίζοντας οι ανωτέρω γράφουν ότι «κάτω από αυτό το πρίσμα, η γενετήσια σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την υλοποίηση της ανα-παραγωγής, αλλά και μηχανισμό σφυρηλατήσεως του δεσμού του ζευγαριού. Οι καινούργιες διαστάσεις και το νέο αντικείμενο της γενετήσιας σχέσεις στον άνθρωπο, φαίνεται ότι αντανakλώνται σε πολλές μορφολογικές διαφοροποιήσεις. Έτσι η γυναίκα σε αντιδιαστολή προς τα άλλα θηλαστικά δεν έχει περιοδικότητα οίστρου, αλλά είναι πάντα δυνητικά έτοιμη για τη γενετήσια σχέση. Επίσης ο άνδρας συγκριτικά ως προς τους αρσενικούς ανθρωποειδείς πιθήκους διαθέτει αναλογικά μικρότερους άρχεις και μεγαλύτερο πέος. Στο σύνολο τους τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο μια διαδικασία αναπαρα-γωγής, αλλά και σημαντικό αυτοσκοπό με καίρια βιο-λογική εξελικτική σημασία.

Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφτούν για τον οικογενειακό προγραμματισμό, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους (Παρασκευόπουλου – Ρουμελιώτου, «Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού» σελ. 56-57-1987).

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

“Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλουν και δυναμικά από πληθυσμό σε πληθυσμό και η δυναμική τους δεν είναι πάντα κατανοητή”, αναφέρει χαρακτηριστικά ο Καρακατσάνης Κων/νος σε άρθρο του στο περιοδικό “Η δράσης μας” (Τεύχος 300 σελ. 219-220, 1992). Και συνεχίζει περιγράφοντας τις δυνάμεις αυτές γράφει ότι η “πληθυσμιακή έκρηξη” η οποία αναφέρεται συχνά για τις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας των προόδων στην ιατρική και τη δημόσια υγεία. Εκείνο όμως που συνέβη πραγματικά ήταν η μετάθεση του χρόνου θανάτου, σ’ ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, από την ηλικία των ολίγων μηνών η ετών στην ηλικία της ωριμότητας και πέρα. Η μετάθεση της μέσης ηλικίας θανάτου από την προαναπαραγωγική στην μετά αναπαραγωγική ηλικία, είχε ως αποτέλεσμα την εκρηκτική αύξηση του αριθμού των γεννήσεων. «Αναπόφευκτη ήταν πλέον η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και της τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος και της αποκατάστασης της οικολογικής ισορροπίας.

Η δημογραφική διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού είχε γεννηθεί», καταλήγει ο Καρακατσάνης Κων/νος στο άρθρο του “το πρόβλημα της υπογεννητικότητας” (περιοδικό “Η δράση μας” . Τεύχος 300 σελ. 218-219,1992).

### ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

“Καθυστέρησε σημαντικά να συνειδητοποιηθεί ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανakλά τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δυο φύλων στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγική διαδικασία δημιούργησε για τη γυναίκα αλυσιδωτές δυσχέρειες πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμη και σήμερα αντιμετωπισθεί και μερικές ούτε καν συνειδητοποιηθεί. Η επαγγελματική και γενετήσια απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νου ως παρασυνέπειες του οικογενειακού προγραμματισμού”, αναφέρει ο Μόρφης Γ.Α. αναλύοντας τις ψυχοκοινωνικές δυνάμεις ως δυνάμεις που οδήγησαν στην διαμόρφωση των παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού στο βιβλίο του (“Παιδιατρική”, Έκδοση 1<sup>η</sup>, 170, Αθήνα 1988).

### ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η Πουγγούρα Π. στο βιβλίο της (“Μαιευτική- γυναικολογίας σελ.190-192,1988”) αναφέρεται στις προόδους στην ιατρική και την τεχνολογία οι οποίες βοήθησαν να γίνεται πολλές φορές το επιθυμητό, εφικτό καθώς επίσης και στα διαθέσιμα αντισυλληπτικά μέσα τα οποία παρ’

όλο που δεν καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα των αναγκών εντούτοις σημειώνεται σημαντική προόδους, ενισχύοντας έτσι τον σκοπό του οικογενειακού προγραμματισμού στους δυο αυτούς βασικούς τομείς του. Η ανωτέρω τονίζει ότι « βρισκόμαστε μακριά ακόμη από τους επιθυμητούς στόχους στους τομείς αντιμετώπισης της γονιμότητας, ορισμένων αφροδίσιων νοσημάτων. Σε τελευταία ανάλυση η εξουδετέρωση των κατάλοιπων αβεβαιότητας στις γενετήσιες σχέσεις και το σεξουαλικό ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο βαθμό όσο η πετυχημένη αντισύλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα» ( Πουγγούρα Π. «Μαιευτική –Γυναικολογία», Έκδοση 1, Σελ. 187,1988)

## Γ. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Ο Δετοράκης Ι. στο βιβλίο του «Οικογενειακός Προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαφώτιση» σελ. 98-102, 1988 περιγράφει τους λόγους που επιβάλλουν τον οικογενειακό προγραμματισμό υποστηρίζοντας ότι οι λόγοι που απαιτούν τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι δημογραφικής φύσεως κυρίως και συνδέονται με την γεννητικότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Αναλύοντας τα δημογραφικά αίτια ο ανωτέρω συγγραφέας τονίζει τα εξής: «Αύξηση πληθυσμιακή παρουσιάζεται όταν βελτιώνεται η οργάνωση μιας κοινωνίας. Αντίθετα οι επιδημίες, οι πόλεμοι, οι καταστροφές μειώνουν τον πληθυσμό ενώ αυξάνει ο δείκτης θνησιμότητας. Η συνεχής οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας έχει σαν αποτέλεσμα την καλύτερη διοικητική οργάνωση του κράτους και συγχρόνως την δημιουργία υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Όλα αυτά συνεπάγονται την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής. Τα τελευταία χρόνια η προληπτική ιατρική συνέβαλε αποφασιστικά στην παραπέρα μείωση της θνησιμότητας με τη χρησιμοποίηση των χημειοθεραπευτικών και νεότερων επιτευγμάτων της χειρουργικής και των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής». ( Δετοράκης Ι «Οικογενειακός Προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαφώτιση», σελ. 100-102, 1988).

Αναφερόμενος στο ίδιο θέμα Χλιαουτάκης στο βιβλίο του («Η άμβλωση» σελ. 77-78, 1992) γράφει ότι συγ-

χρόνως με την μείωση της θνησιμότητας παρατηρείται και μείωση της γεννητικότητας γιατί γρήγορα συνειδητοποιήθηκε ότι το επιθυμητό ήταν ο μικρότερος αριθμός παιδιών και σε αυτό συνέβαλε η άνοδος του βιοτικού επιπέδου οι αυξημένες απαιτήσεις της ζωής και η επιθυμία βελτίωσης της ποιότητάς της, καθώς επίσης η ειδική νομοθεσία κατά της παιδικής εργασίας, η επιθυμία των γονέων για τη βελτίωση της ζωής των παιδιών τους και τα πρόσθετα οικονομικά βάρη τα οποία είχαν σαν αποτέλεσμα την συνειδητή μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Αντίθετα, προσθέτει ο ίδιος συγγραφέας, στις υποανάπτυκτες χώρες ο Οικογενειακός Προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στην μείωση της αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση την εφαρμογή αλλά και την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών μεθόδων.

Ένας άλλος λόγος που επιβάλλει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και που αναφέρεται στις σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων («Στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού» σελ. 17-18, 1988) είναι η γεννητικότητα και η θνησιμότητα του πληθυσμού. Οι παραπάνω σημειώσεις αναφέρουν ότι η μείωση της γεννητικότητας επήλθε, κυρίως στην Ελλάδα σχεδόν ταυτόχρονα με την μείωση της θνησιμότητας. Σαν αιτίες αυτού του φαινομένου αναφέρονται η βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, η αστικοποίηση του πληθυσμού διαδραμάτισε επίσης σημαντικό ρόλο διότι η γεννητικότητα του αστικού πληθυσμού είναι μικρότερη της γεννητικότητας του αγροτικού πληθυσμού, λόγω ειδικών συνθηκών. Σημαντικός επίσης παράγοντας θεωρείται η άνοδος του βιοτικού επιπέδου.

Εκείνο το οποίο τονίζεται στις σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων («Στόχος

Οικογενειακού Προγραμματισμού» σελ. 22-23, 1988) είναι ότι «στις κοινωνίες στις οποίες ευνοήθηκε η δευτεροβάθμια και ανώτερη εκπαίδευση, κυρίως της γυναίκας παρατηρείται ένα φαινόμενο αυξημένης υπογεννητικότητας. Αυτό συμβαίνει γιατί τα τελευταία 30-40 χρόνια η εκπαίδευση έδωσε τη δυνατότητα στη γυναίκα να γνωρίσει τον εαυτό της με αποτέλεσμα να πάψει να είναι μόνο νοικοκυρά, μητέρα και σύζυγος. Προσανατολίστηκε και σε άλλους τομείς δράσης και άρχισε να εξομοιώνεται σιγά-σιγά με τον άνδρα, ζήτησε τη νόμιμη κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της, απέκτησε οικονομική ανεξαρτησία και άρχισε να μην θέλει την μεγάλη οικογένεια. Τέλος, θα πρέπει να γίνει γνωστό το γεγονός ότι οι οικονομικά ανεξάρτητες τάξεις σήμερα έχουν ξεπεράσει το πρόβλημα της υπογεννητικότητας με την υιοθεσία.

Παρόλο που ο οικογενειακός προγραμματισμός κρίνεται αναγκαίος εν τούτοις στην εφαρμογή του συναντά ορισμένα εμπόδια.

Ένα από τα βασικά εμπόδια κατά τον Δετοράκη (1988) είναι η αντιδραστική διάθεση που υπάρχει απέναντι στην αντισύλληψη. Ο ιατρικός κόσμος δεν διατίθεται ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, μη προχωρώντας στις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις και οι σχετικές πιστώσεις δεν δίνονται. Η απροθυμία της πολιτικής ηγεσίας συνοδεύεται και από τον φόβο αφανισμού της φυλής, από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αυξήσεων του πληθυσμού. Η επιφυλακτική αυτή στάση της πολιτείας ενισχύεται και από συντηρητικές κοινωνικές, και θρη-

σκευτικές ομάδες οι οποίες απορρίπτουν κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων και ειδικά των εφήβων .

Επίσης, διάφορα ψυχολογικά προβλήματα εμποδίζουν την διάδοση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Οι άνδρες, για παράδειγμα, θεωρούν σαν αντιστροφή των σεξουαλικών ρόλων στην εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στη διακοπτόμενη συνουσία ή στο προφυλακτικό που δίνει την εντύπωση ότι εκείνος ρυθμίζει την αναπαραγωγή .

Ένα ακόμη εμπόδιο στη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η πολύ μικρή προτεραιότητα που δίνεται σ' αυτόν σε σχέση με άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές . Έτσι, οι ειδικές υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού λείπουν ή είναι ανεπαρκείς σε ορισμένες περιοχές. Σπάνια, λοιπόν, η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμη και η πληροφόρηση φτάνει στους αγράμματους, φτωχούς , τα κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης.

Ακόμη, υπάρχει μια αδυναμία εφαρμογής των ειδικών μεθόδων αντισύλληψης. Φόβοι για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων δημιουργούν ψυχολογικά εμπόδια για την ευρεία διάδοσή τους. Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το υψηλό κόστος ορισμένων μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για την δωρεάν παροχή τους.

Τέλος, ο Δετοράκης Ι. (1988) κλείνει την αναφορά του στα εμπόδια στη διάδοση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού αναφερόμενος στην διαφορετικότητα των προβλημάτων για την εφαρμογή του οικογενει-



ακού προγραμματισμού στις υπό ανάπτυξη χώρες επισημαίνοντας ότι αυτά συνίστανται στην έλλειψη καλής οργάνωσης και διοίκησης των προγραμμάτων, στην έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, στην αφοσίωση σε μια μόνο μέθοδο αντισύλληψης, στην απροθυμία αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς, και στην δημιουργία κατεστημένου που αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες ιδέες του οικογενειακού προγραμματισμού.

## Δ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ

Η Κατοστάρα («Νοσηλευτική στη Μαιευτική - Γυναικολογία Βρεφοκομία» σελ. 103-104, 1989) αναφερόμενη στην σχέση του οικογενειακού προγραμματισμού - κράτους τονίζει ότι θέσεις του κράτους ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Σε άλλες χώρες υπάρχει θεσμοθετημένη παρέμβαση - όπως στην Κίνα που ενεργεί ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων - σε κάποιες άλλες προσφέρεται από το κράτος σαν άσκηση κοινωνικής πολιτικής ενώ σε άλλες δεν αντιμετωπίζεται καν, όπως στην Αλβανία, Ρουμανία. Στην Ελλάδα παρόλο που επιθυμείται η αύξηση της γεννητικότητας, υπάρχουν προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού τα οποία υπολειτουργούν ή δεν λειτουργούν καθόλου αλλά δεν υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής αγωγής.

Η ίδια συγγραφέας αναφερόμενη στον Οικογενειακό Προγραμματισμό στην Ελλάδα γράφει τα εξής: «Στα 1980 ψηφίστηκε ο νόμος 1036 ο οποίος έδωσε νομική υπόσταση στον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Το 1982 δημιουργείται ειδική υπηρεσία εντεταλμένη να οργανώσει μια ενημερωτική εκστρατεία σε εθνικό επίπεδο, με θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Το 1983 πραγματοποιούνται σεμινάρια σε μαίες, επισκέπτριες υγείας, αδελφές, σχολιάτρους και γιατρούς με θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πραγματοποιώντας το πρώτο βήμα υλοποίησης του προγράμματος Οικογενειακού Προγραμματισμού, ίδρυσε σε ολόκληρη την Ελλάδα ένα δίκτυο από τριάντα δύο κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επίσης, το γραφείο πληθυσμιακών δραστηριοτήτων του Ο.Η.Ε βοήθησε το

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας εκπαιδύοντας υγειονομικό προσωπικό, δωρίζοντας σημαντικές ποσότητες υλικών απαραίτητων για το πρόγραμμα του οικογενειακού προγραμματισμού και ακόμη συμβάλλοντας ουσιαστικά στον τομέα ανάπτυξης της συμβουλευτικής με την ειδική εκπαίδευση στελεχών υγείας. Τέλος, στην εκπαίδευση γίνονται σποραδικά μαθήματα υγιεινής, βιολογίας και ανθρωπολογίας στο Δημοτικό, Γυμνάσιο και Λύκειο. Δυστυχώς, η ανάπτυξη εξαρτάται από την προσωπικότητα και την πρωτοβουλία του διδάσκοντος». (Ε. Κατοστάρα «Νοσηλευτική και Μαιευτική - Γυναικολογία – Βρεφοκομεία», σελ. 108-109, 1988).

Παράλληλα θεσπίστηκαν μέτρα ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας από το κράτος.

Σύμφωνα με την Παπαευαγγέλου και την Ρουμελιώτου (1987) η ενθάρρυνση της γεννητικότητας και η μείωση των εκτρώσεων αποτελούν τις δύο κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος της χαμηλής γεννητικότητας. Η αποφυγή των εκτρώσεων είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενημέρωση πάνω στις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Για την ενθάρρυνση όμως και την αποφυγή της αναπαραγωγικότητας έχουν θεσπιστεί από το κράτος μέτρα με σκοπό την ενίσχυσή της.

Τα μέτρα αυτά, κατά την Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου είναι τα εξής:

### **1. Προστασία του θεσμού του γάμου.**

Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα που έχουν υιοθετηθεί έως σήμερα αποσκοπούν στην ενίσχυση του θεσμού του γάμου. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλουν έμμεσα και στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις συνάψεως και διαλύσεως γάμου, η επιδίκαση διατροφής,

φορολογικές απαλλαγές, η απαγόρευση γάμου μεταξύ συγγενών, τα επιδόματα τελέσεων γάμου (από την εργατική εστία), καθώς και οι στεγαστικές παροχές αναφέρονται ενδεικτικά σαν ενισχυτικοί παράγοντες της αναπαραγωγικότητας. Αντίθετα ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου δε φαίνεται σε σημαντικό βαθμό, να επιδρούν αρνητικά στην αναπαραγωγικότητα.

## **2. Προστασία της μητρότητας**

Στον τομέα αυτό δεν εφαρμόζεται κάποιο ενιαίο πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διαφόρων φορέων. Οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με τον φορέα και καλύπτουν σε διάφορο βαθμό την ανάγκη μαιευτικής παρακολούθησης του τοκετού όπως συμβαίνει για κάθε άλλη κοινωνικό - οικονομική παροχή.

## **3. Οικογενειακή προστασία.**

### **α). Υγειονομική προστασία.**

Κυμαίνεται ανάλογα με τον ασφαλιστικό τομέα. Θα πρέπει να τονιστεί η συμβολή του Π.Ι.Κ.Π.Α στον τομέα της προληπτικής ιατρικής με τους συμβουλευτικούς σταθμούς επίτοκων και βρεφών, τα ιατροκοινωνικά κέντρα και δυο πολυκλινικές .

### **β). Προστασία εργαζόμενης μητέρας.**

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και λοχείας η εργαζόμενη μητέρα απαγορεύεται να απολυθεί. Οι μητέρες δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά δύο ώρες μέχρι να συμπληρώσει το παιδί το τέταρτο έτος της ηλικίας του. Οι άλλοι οργανισμοί και επιχειρήσεις δεν ακολουθούν ομοιόμορφο σύστημα, υποχρεούνται όμως στη χορήγηση δύο διακοπών μισής ώρας εργασίας καθημερινά για θηλασμό του βρέφους. Δεν υπάρχει πρόβλεψη μερικής απασχόλησης ή μικρότερης άδειας.

γ). Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.

#### 4. Κοινωνική προστασία

α). Βρεφονηπιακοί σταθμοί

β). Νηπιαγωγεία.

γ). Απροστάτευτα παιδιά:

Στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών λειτουργεί Επιτροπή Παιδικής Προστασίας για ορφανά, νόθα, εγκαταλελειμμένα παιδιά ή παιδιά με γονείς αρρώστους ή ανίκανους να τα φροντίζουν .

Αν και τα παραπάνω μέτρα είναι βοηθητικά εντούτοις τις περισσότερες φορές δεν εφαρμόζονται ή όταν αυτό γίνεται δεν συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις της σύγχρονης πραγματικότητας.

Έτσι σύμφωνα με την απόφαση της 56<sup>ης</sup> ολομέλειας (15-7-88) του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ύστερα από εισηγήσεις της επιτροπής Οικογενειακού Προγραμματισμού ορίστηκαν τα παρακάτω :

A). Οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχονται σε κάθε άτομο από τους παρακάτω φορείς :

α). Το μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των κέντρων υγείας. Είναι πλαισιωμένο από το απαραίτητο προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων (Μαία, Επισκέπτρια Υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος κ.α) προκειμένου να λειτουργήσουν από κοινού, σαν ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού, ανάλογα με την δομή των κέντρων υγείας και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.

β). Το εξωτερικό μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των Νομαρχιακών Νοσοκομείων. (Τονίζεται η ανάγκη ύπαρξης κοινωνιολόγου και ψυχολόγου).

γ). Το εξωτερικό Μαιευτικό και Γυναικολογικό ιατρείο των περιφερειακών νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών υποστηρίζεται και με γιατρούς και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (ενδοκρινολόγου, μέλη

ψυχιατρικής ομάδας και γενετήσιας υγείας και εξειδικευμένους μαιευτήρες σε θέματα στειρότητας, προβλημάτων γονιμότητας προγεννητικής διαγνωστικής και εφηβικής γυναικολογίας .

δ). Το προσωπικό των Περιφερειακών Αγροτικών Ιατρείων Υγειονομικών Σταθμών που λειτουργούν παρέχει υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού σε συμβουλευτικό επίπεδο.

ε). Εκπαίδευση του προσωπικού.

Η εκπαίδευση του προσωπικού γίνεται υπό μορφή σεμιναρίου το οποίο είναι διάρκειας 20 ημερών εκ των οποίων οι 15 αφορούν το πρακτικό μέρος και μια εβδομάδα αφιερώνεται σε θεωρητικές αναλύσεις.

Για να εκπαιδευτούν τα στελέχη πρέπει να έχει εξασφαλιστεί αρχικά η συνεργασία των υγειονομικών υπηρεσιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η απόδοχή του προγράμματος από τις μονάδες υγείας όπου πρόκειται να φιλοξενηθούν. Στα πλαίσια αυτής της «συμφωνίας» έχει ανασταλεί η λειτουργία πολλών Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού που επρόκειτο να αποτελέσουν τμήματα νοσοκομειακών πλαισίων λόγω των εκτεταμένων αναγκών που καλούνται να καλύψουν το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό στους χώρους αυτούς και της αδυναμίας τους για κυκλικό ωράριο.

Οι οικονομικοί πόροι του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού καλύπτουν από τον προϋπολογισμό της υπηρεσίας της οποίας αποτελεί μονάδα.

Όσον αφορά την στελέχωση των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού η Παπαευαγγέλου .Ε.(19-87) αναφέρει ότι παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα, που ασκούν όποια, δραστηριότητα, στα πλαίσια που προσδιορίζεται από την ειδικότητα του. Το παραϊα-

τρικό προσωπικό στα Νομαρχιακά ή Περιφερειακά Κέντρα εργάζεται μόνιμα. Σε περίπτωση αντικατάστασης, αντικαθίστανται από ειδικά μετεκπαιδευμένους της αντίστοιχης ειδικότητας. Ειδικότερα θέματα αρμοδιοτήτων αντιμετωπίζονται από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της αντίστοιχης υγειονομικής υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στις πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες προσδιορίζονται από την υποδομή και τη στελέχωση τους.

Γενικά η φιλοσοφία των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι ότι το έργο που επιτελείται είναι και κοινό για όλη τη διεπιστημονική ομάδα, έκτος των περιστατικών με εξειδικευμένο χαρακτήρα .

Οι υπηρεσίες – προγράμματα που παρέχονται από όλη την διεπιστημονική σύνθεση σύμφωνα με την ανωτέρω είναι οι εξής :

- πληροφόρηση, ενημέρωση των ατόμων ή της κοινότητας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- συμβουλευτική ατόμων ή της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής αγωγής.
- τέλος, συνέντευξη κατά άτομο η κατά ομάδα.

Στις σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας (1988) αναφέρεται ότι οι υπηρεσίες διαφέρουν ανάλογα με το φορέα, όπου λειτουργούν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Έτσι στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού που λειτουργούν στα Κέντρα Υγείας παρέχονται υπηρεσίες όπως :

- ανίχνευση περιστατικών ομάδων
- πληροφόρηση των ατόμων ή της κοινότητας
- συμβουλευτική ατόμων και οικογένειας
- γενετική ενημέρωση

- χορήγηση αντισύλληψης
- ανίχνευση καρκίνου των γεννητικών οργάνων
- πρόληψη των γεννησιακά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ακόμη στις σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας (1988) περιγράφονται οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία που είναι όλες οι παραπάνω και επιπλέον πραγματοποιούνται μικροεπεμβάσεις και εξειδικευμένες υπηρεσίες, που καθορίζονται από τον διαθέσιμο εξοπλισμό. Σε περίπτωση όμως που το Νομαρχιακό Νοσοκομείο παρέχει μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρέχει τις υπηρεσίες που δίνουν τα Κέντρα Υγείας .

Τέλος, στις ίδιες σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας (1988) αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Περιφερειακά Νοσοκομεία, εκτός από τις ανώτερω παρέχονται και υπηρεσίες για προβλήματα στειρότητας, προβλήματα γονιμότητας, γενετική καθοδήγηση, προγεννητική διάγνωση, συμβουλευτική οικογένειας, ατόμων, ζευγαριών, γενετική ενημέρωση, εφηβική γυναικολογίας. Είναι σκόπιμο να προστεθεί η συμβουλή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας που εφαρμόσθηκε μέχρι το 1980 .

Ο Χαντζημάς στο βιβλίο του «Επίτιμος Φιλοσοφίας» (σελ. 84-85, 1989) αναφέρεται στη σχέση ιδιωτικής πρωτοβουλίας και οικογενειακού προγραμματισμού λέγοντας ότι η ιδιωτική πρωτοβουλία έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει δραστηριότητες πληροφόρησης, εκπαίδευσης και παροχής υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού στους πολίτες της κάθε χώρας. Υπό αυτή την έννοια, έχει καθιερωθεί ο οικογενειακός προγραμματισμός ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε όλα σχεδόν τα κράτη. Ως επίσημος εκφραστής αυτής της μορφής



Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού η οποία έχει για μέλη της εξωκυβερνητικές οργανώσεις σε διαφορές χώρες .

Σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα σχετικά με την σχέση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και του οικογενειακού προγραμματισμού ο ανώτερος συγγραφέας αναφέρει ότι ήδη ξεκίνησαν να πραγματοποιούνται προσπάθειες εφαρμογής του οικογενειακού προγραμματισμού με την δημιουργία συνδέσμων από το 1973. Όμως μόλις το 1980 επιτράπηκε στους ιδιωτικούς φορείς ή άσκηση οικογενειακού προγραμματισμού με την επίβλεψη και την εποπτεία του κράτους. Ακολούθησε νόμος το ΕΣΥ που κατήργησε το δικαίωμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και κρατικοποίησε τον οικογενειακό προγραμματισμό με αποτέλεσμα να νεκρωθούν όλες οι προσπάθειες σε ένα τόσο ζωτικό χώρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### Α. ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

#### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Από τους ανθρωπολόγους είναι γνωστό ότι η πρώτη προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει ή περιορίζει το μέγεθος της οικογενείας του επιτεύχθηκε με την ανθρωποκτονία. Η άμβλωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα έως του 6<sup>ο</sup> μ.χ αιώνα και κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε.

Μετά την εμφάνιση του χριστιανισμού και την απόκρυστάλλωση του δόγματος της Χριστιανικής θρησκείας η έκτρωση καταδικάστηκε ως μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων από τους πατέρες της Εκκλησίας αφού αποφάνθηκαν ότι « το ανθρώπινο έμβρυο από την σύλληψη του ακόμη είναι άνθρωπος με ψυχή, λογική και σώμα».

Τον 13<sup>ο</sup> αιώνα οι αγγλικοί νόμοι αποδέχονται την διακοπή της εγκυμοσύνης εφόσον γινόταν πριν από τον 5<sup>ο</sup> μήνα, οπότε η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο. Όλα αλλάζουν τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Η Αγγλία απαγορεύει τις αμβλώσεις το 1803. Ο Ναπολέοντειος κώδικας το 1810 τοποθετεί τις γυναίκες από την προστασία των συζύγων τους και θεωρεί την άμβλωση παιδοκτονία. Το 1869 ο Πάπας Πίος-Θ δηλώνει ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα.

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών Κρατών απέναντι στο πρόβλημα των αμβλώσεων του 19<sup>ο</sup> αιώνα οφείλεται σε μία σειρά λόγων. Μερικοί από τους οποίους είναι το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλε την προστασία των γυναικών από επεμβάσεις αρκετά παρακινδυνευμένες. Επίσης την ίδια εποχή οι βιολόγοι υποστηρίζουν ότι το έμβρυο είναι ζωντανό πριν γίνει αντιληπτό από την

μητέρα. Τέλος, η καμπάνια κατά των αμβλώσεων στηρίχτηκε κύβια στην ανάγκη των κρατών να διαθέτουν την μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για την βιομηχανία καθώς επίσης και στην άρνηση της ερωτικής ευχαρίστησης.

Η άσκηση του ελέγχου των γεννήσεων στην Αρχαία Ελλάδα πλην της επικρατούσας μέχρι τότε μαγείας και δεισιδαιμονίας συμπεριλάμβανε και τις εξής μεθόδους: την παιδοκτονία, την άμβλωση και την παράταση του χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Εν τούτοις η παραδοχή των αμβλώσεων δεν ήταν καθολική από τους αρχαίους φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας αποδέχονταν την άμβλωση για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, εφ' όσον αυτή εκτελείται κατά τους πρώτους μήνες της κύησης. Επιπλέον ο Πλάτωνας θεωρούσε υποχρεωτική την άμβλωση σε γυναίκες άνω των 40 ετών.

Αντίθετα ο Ιπποκράτης έχει αρνητική στάση για τις αμβλώσεις πράγμα που συμπεραίνεται από τον Ιπποκράτειο όρκο « .... ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δόσης».

Η εγκυμοσύνη θεωρείται ανεπιθύμητη σε περιπτώσεις ανηλίκων ή υπερηλίκων μητέρων και όταν το κυοφορούμενο έμβρυο ήταν προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

(Δορφόκη Ειρήνη « Αμβλώσεις, ο αφανισμός του γένους») Ελληνική Ευρωεκδοτική, 1985.

## 2. ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

### Αυτόματη Έκτρωση

Σαν έκτρωση, σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια της φυσιολογίας και της ψυχολογίας (1973), εννοούμε τη διακοπή της εγκυμοσύνης λόγω της αποβολής του εμβρύου από την κοιλότητα της μήτρας πριν αυτό φτάσει στην ωρίμανση για να έχει κάποια δυνατότητα επιβίωσης γενικά πριν τη λήξη του 6<sup>ου</sup> μήνα .

Ο Λάιστ (εκδόσεις Νότος) αναφέρει ότι στην Ιταλία, η τρέχουσα νομοθεσία σταθεροποίησε αυτό το όριο, θεωρώντας έκτρωση οποιαδήποτε διακοπή της εγκυμοσύνης συμβαίνει πριν την 18η ημέρα από την έναρξή της που θεωρείται ότι αρχίζει από την τελευταία εμμηνορρυσία. Υπολογίζεται ότι περίπου το 10% -20% των εγκυμοσύνων καταλήγει στην έκτρωση. Τα δεδομένα είναι τελείως ανακριβή γιατί πολλές εκτρώσεις γίνονται παράνομα, εκτός του ελέγχου των νοσοκομείων. Πρέπει λοιπόν να διαχωριστούν η αυτόματη έκτρωση και η προκλητή: ενώ στην πρώτη περίπτωση η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται από αιτίες τελείως απρόβλεπτες ή και άγνωστες, στη δεύτερη περίπτωση αντίθετα, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ηθελημένη.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα η αυτόματη έκτρωση είναι πιο εύκολο να πραγματοποιηθεί στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Σ' αυτή την περίοδο το ωάριο δεν έχει εμφυτευτεί γερά και η μήτρα για διάφορες αιτίες μπορεί να συσταλθεί με τόση δύναμη ώστε να προκαλέσει την αποκόλληση του πλακούντα από το μητρικό ενδομήτριο. Κατά τον 4<sup>ο</sup> μήνα αντίθετα, η βλεννογόνος που καλύπτει και περιβάλλει το ωάριο γίνεται πολύ πιο γερή και προσκολλάται στο βλεννογόνο που καλύπτει την μήτρα, το δε έμβρυο έχει μεγαλώσει και δυναμώνει .

γερή και προσκολλάται στο βλεννογόνο που καλύπτει την μήτρα, το δε έμβρυο έχει μεγαλώσει και δυναμώνει .

Η έκτρωση σ' αυτές τις συνθήκες είναι πολύ πιο δύσκολη για να γίνει, αν και δεν αποκλείεται τελείως. Να λοιπόν γιατί εντείνεται η προσοχή και δίνονται οι συμβουλές για συχνή ανάπαυση στις εγκύους, κυρίως για τρεις πρώτους μήνες.

Ποιες είναι οι πιο συχνές αιτίες για αυτόματη έκτρωση ; Ο Λάϊστ αναφέρει πάνω σε αυτό ότι δεν μπορεί να αναγνωριστεί η αιτία που επέφερε την έκτρωση, αντίθετα είναι πολύ συχνές οι εκτρώσεις στις οποίες οι αιτίες παραμένουν τελείως άγνωστες. Ακόμα όταν με κάποια δυσκολία ανακαλύπτεται η αιτία δεν είναι πάντα δυνατό να ληφθούν οι απαραίτητες προφυλάξεις για μια μελλοντική εγκυμοσύνη. Αυτό συμβαίνει λόγω του γεγονότος ότι σήμερα είναι γνωστό ότι πολλές εκτρώσεις εξαρτώνται από ατέλειες του εμβρύου, δηλ. από χρωματοσωμιακές ανωμαλίες της αναπτυσσόμενης νέας ύπαρξης τέτοιες ώστε να το καθιστούν ευαίσθητο, λίγο προσαρμοσμένο στο να ξεπερνάει τις αυξανόμενες δυσκολίες που του δημιουργούνται, λόγω τις παραπέρα ανάπτυξης και της μετατροπής των ιστών του σε όλο και πιο σύνθετα και ευαίσθητα όργανα.

Μπορούμε να παρηγορηθούμε σκεπτόμενοι ότι αυτό το φαινόμενο δεν είναι καταβάθος άλλο παρά μια φυσική επιλογή λόγω της οποίας η πολύ ευαίσθητες και άρρωστες υπάρξεις σταματούν αυτόματα να επιζούν, ενώ φτάνουν στο τέλος της εγκυμοσύνης οι τελείως υγιείς ή με διορθώσιμες ανωμαλίες, γρήγορα ή αργά , μετά τη γέννηση τους.

Άλλες δυνατές αιτίες αυτόματης έκτρωσης, αν και λιγότερο συχνές είναι κατά του Πάϊστ, η μη φυσιολογικές ισορροπίες της μητέρας τέτοιες ώστε να μην επιτρέ-

έκτρωση π.χ η σύφιλη μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβρυο όταν είναι ακόμα στη μήτρα και να του προκαλέσει το θάνατο. Ο διαβήτης προδιαθέτει στην έκτρωση όπως μπορεί να αποδειχθεί στατιστικά. Ακόμα και μερικές τυχαίες ή χρόνιες ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν την έκτρωση.

Άλλες φορές η αιτία βρίσκεται στη διαμαρτία της ίδιας της μήτρας και στη σχέση της με τα άλλα όργανα του υπογαστρίου που για κάποιο λόγο μπορεί να έχει αλλοιωθεί. Άλλες φορές η μορφή της μήτρας παραμορφώνεται από την παρουσία ινομυωμάτων και μπορεί να καταστεί ανίκανη να περιέχει το υπό ανάπτυξη έμβρυο, αν και αυτό δεν συμβαίνει πάντα και μερικές φορές η εγκυμοσύνη μπορεί να φτάσει σε πέρας.

Η ατελής έκτρωσης σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια «ΥΓΕΙΑ» (1995) μπορεί να είναι η αιτία σοβαρών απωλειών αίματος γιατί η μήτρα δε διεγείρεται για να συσταλθεί κανονικά και πολλά αιματικά αγγεία παραμένουν ανοιχτά. Αυτός ο τύπος έκτρωσης απαιτεί πάντα την επέμβαση του μαιευτήρα για να συμπληρωθεί με την εξαγωγή των υπολειμμάτων του πλακούντα. Αυτή η επέμβαση ονομάζεται «απόξεση της μήτρας» και συνιστάται στην απόξεση ακριβώς του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας με ειδικά ξέστρα.

Και σ' αυτή την περίπτωση η ζωή της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο λόγω του ότι το αίμα της μπορεί να εμφανίσει ανικανότητα πήξης, λόγω ολικής κατανάλωσης του ινωδογόνου. Αυτό το σύνδρομο ονομάζεται ελάττωμα πήξης και είναι συχνό ειδικά στην εγκυμοσύνη. Στο σύνδρομο αυτό το αίμα της ασθενούς γίνεται ανίκανο να πήχτη και επομένως δεν είναι ικανό να «επισκευάσει» τις ρήξεις των αιματικών αγγείων. Οποιαδήποτε αιμορραγία

ακόμη και μικρής έκτασης σ' αυτό το σημείο μπορεί να διαρκέσει για απεριόριστο χρόνο με κίνδυνο σοκ.

Η συμπτωματολογία αυτή μας κάνει να μιλάμε σύμφωνα με τον TOR DYMAN (1981) για περίπτωση εσωτερικής έκτρωσης, επομένως πρέπει να εφαρμοσθεί άμεσα η εκκένωση της μητρικής κοιλότητας. Η θεραπεία σ' αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται σε χορήγηση πλήρους αίματος.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα τα συμπτώματα που γενικά ανησυχούν την έγκυο, για μια απειλή έκτρωσης είναι τα εξής:

- η απώλεια αίματος δια της κοιλικής οδού και
- ο πόνος συνοδευόμενος από συστολές του κάτω τμήματα της κοιλιάς κολικοειδούς τύπου που αφορούν ακριβώς την μήτρα.

Η απώλειας αίματος αν και μικρή και διακοπτόμενη πρέπει πάντα να θεωρείται σαν ένα σήμα κινδύνου για την έγκυο, αν και δεν προαναγγέλλει πάντοτε μια απειλή έκτρωσης. Μπορεί να πρόκειται για τη λεγόμενη ψευδή εμμηνορρυσία. Αυτή συνίσταται στους πρώτους δύο ή τρεις μήνες απώλειας αίματος που μπορεί να υπάρξουν και αντιστοιχεί στην περίοδο της εκλιπούσας εμμηνορρυσίας. Η μόνη προφύλαξη στην περίπτωση γνώσης της ύπαρξης εγκυμοσύνης συνίσταται και στην περισσότερη ανάπαυση σ' αυτές τις δύσκολες περιόδους και στην απόφυγή της σεξουαλικής επαφής. Μερικές φορές το αίμα παρουσιάζεται χωρίς τη συνοδεία πόνου αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να υποτιμηθεί.

Γενικά η αγωγή κατά των απειλών έκτρωσης είναι η ακόλουθη: μόλις αρχίσουν οι απώλειες αίματος χρειάζεται απόλυτη ανάπαυση και πρέπει να καλέσουμε τον μαιευτήρα. Εάν οι απώλειες συνεχιστούν και μάλιστα άφθονες, ο γιατρός θα συμβουλέψει την εισαγωγή στην

κλινική όπου θα χορηγηθεί μια ηρεμιστική ορμονική και αντιαιμορραγική θεραπεία στην προσπάθεια της διακοπής οποιασδήποτε συστολής έκ μέρους της μήτρας και για να επιτραπεί στην εγκυμοσύνη να συνεχιστεί πέρα από τον τρίτο μήνα περίοδο πολύ λιγότερο επικίνδυνη. Στην περίπτωση που η έκτρωση παρουσιάζεται αναπόφευκτη πρέπει να παρακολουθηθεί και να έλεγχοι αν γίνεται κατά τελείως πλήρη τρόπο. Εάν μετά την αποβολή του εμβρύου, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας παραμένουν υπολείμματα του πλακούντα, θα πρέπει να ακολουθήσει ο καθαρισμός της μήτρας.

### **ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ**

Σαν προκλητή έκτρωση, σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια “ για καλύτερες ερωτικές σχέσεις ” (1983), ονομάζεται μια έκτρωση που προκλήθηκε από την απευθείας επέμβαση μέσων, που υιοθετήθηκαν εθελοντικά από την έγκυο ή από τον μαιευτήρα ή άλλο πρόσωπο, με σκοπό να προκαλέσουν τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Σ’ αυτή την περίπτωση υπεισέρχονται και θεραπευτική άμβλωση και εγκληματική .

Η ίδια εγκυκλοπαίδεια σαν θεραπευτική άμβλωση αναφέρει ότι ο νόμος ευνοεί την προκλητή από το γιατρό έκτρωση για την αποφυγή ενός σοβαρού κινδύνου είτε φυσικού, είτε ψυχικού, για τη ζωή της μητέρας, λόγω της υπάρχουσας εγκυμοσύνης. Μπορεί να πρόκειται για μια σοβαρή καρδιοπάθεια, μια χρόνια νεφρίτιδα, εκλαμψία ή άλλες σοβαρές παθήσεις του αίματος. Σ’ αυτή την περίπτωση η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης δεν τιμωρείται από τον νόμο, αλλά η γυναίκα πριν μερικά χρόνια έπρεπε να αποδείξει ότι λόγω προυπάρχουσων παθήσεων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ζωή της βρισκόταν σε σοβαρό κίνδυνο τη στιγμή της άμβλωσης και υπήρχαν πιθανότητες ότι η γενική της κατάστα-



σης και υπήρχαν πιθανότητες ότι η γενική της κατάσταση θα βελτιωνόταν μετά την επέμβαση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να αποδειχθεί ότι δεν υπάρχουν άλλα μέσα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εγκύου. Μετά το 1975, ο νόμος έκανε πιο πλατειά την έννοια της κατάστασης ανάγκης όσον αφορά την θεραπευτική άμβλωση και δέχθηκε την δυνατότητα διακοπής της εγκυμοσύνης, όταν αυτή είναι επικίνδυνη και για τη φυσική υγεία και την ψυχική ισορροπία της εγκύου. Σ' αυτή τη περίπτωση η άμβλωση πραγματοποιείται στο νοσοκομείο, κάτω από ιατρικό έλεγχο και τελείως δωρεάν νοσηλεία. Πάντα όμως εάν η κατάσταση της υγείας της γυναίκας και ο κίνδυνος που η εγκυμοσύνη επιφέρει γι' αυτήν έχει αποδειχθεί από πραγματογνώμονα.

Άλλη περίπτωση είναι εκείνη της εγκληματικής άμβλωσης. Σύμφωνα με την παραπάνω εγκυκλοπαίδεια είναι η περίπτωση των γυναικών που μένουνε έγκυοι χωρίς να επιθυμούν μια εγκυμοσύνη αποφασίζουν να την διακόψουν.

Είναι αδύνατο να καθοριστεί η συχνότητα με την οποία πραγματοποιείτε αυτό το φαινόμενο δοσμένης της δυσκολίας ενός άμεσου ελέγχου. Πάντως οι υιοθετούμενες μέθοδοι είναι διάφορες, πολύ συχνά εμπειρικές και εξαιρετικά βλαβερές. Λίγες είναι οι γυναίκες που μπορεί να επιτρέψουν στον εαυτό τους ιατρική βοήθεια ή που κάνουν την άμβλωση στο εξωτερικό.

### **ΠΑΡΑΝΟΜΑ ΑΜΒΛΩΤΙΚΑ**

Η Πολυσίδου(1989) αναφέρει ότι οι παράνομες αμβλωτικές μέθοδοι είναι διάφορες ξεκινούν από πράξεις που έχουν σκοπό να υποβάλουν την μήτρα σε τέτοιους τραυματισμούς ώστε να προκαλέσουν αποκόλληση του πλακούντα όπως κούραση, βίαιες ασκήσεις, χτυπήματα στο πάνω μέρος της κοιλιάς, καυτά

μπάνια, πτώσεις έως πράξεις που συνίστανται στη λήψη προϊόντων τοξικών για το έμβρυο, όπως απιόλη, κρόκος και τα παράγωγα του φυτού κράθυ.

Άλλες γυναίκες προσπαθούν να αποβάλουν κάνοντας ζεστές κοιλικές πλύσεις με εξαιρετικά τοξικές ουσίες στην προσπάθεια να κάνουν να φθάσει το υγρό στη μήτρα. Πρόκειται για ερεθιστικές και καυστικές ουσίες των οποίων η χρήση βλάπτει σοβαρά τους ιστούς του κόλλου και τη δομή της μήτρας. Εάν η γυναίκα επιζήσει μπορεί να παραμείνουν βλάβες οι οποίες να κάνουν ακόμα και αδύνατη μια επόμενη εγκυμοσύνη και το σαπούνι, το ξίδι η τρεμεντίνι η αλισίβα χρησιμοποιούνται για κοιλικές πλύσεις και έκτος του ότι είναι χωρίς αποτέλεσμα συχνά αφήνουν παραμένουσες βλάβες στο γεννητικό σύστημα.

Άλλη συχνή αμβλωτική μέθοδος κατά την Πολυσίδου (1989) είναι εκείνη της εισαγωγής ξένων σωμάτων στην κοιλότητα της μήτρας π.χ βελόνες ξύλα, ψαλίδια με σοβαρό κίνδυνο ρήξη δυσεπίσχετων αιμορραγιών και κυρίως σηψαιμίας. Επομένως ο πιο συχνός κίνδυνος της εγκληματικής αμβλώσης δίνεται από τις επιπλοκές τις οποίες μπορεί να συναντήσουν αυτές οι γυναίκες. Όχι σπάνια σε λίγο διάστημα μετά την αμβλώση επέρχεται ο θάνατος της γυναίκας λόγω οξείας δηλητηρίασης λόγω εμβολής γενικής μόλυνσης ή καρδιοκυκλοφοριακής ανακοπής. Οι μολυσματικές ασθένειες είναι οι πιο επίφοβες. Ακόμα και όταν η φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία επιτυγχάνουν να σώσουν τη ζωή της γυναίκας, οι συνέπειες είναι συχνές και σοβαρές.

### 3.ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Κατά την Πολυσίδου (1989) μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από τον βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που τις δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου stress. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνηθέστατα μερικοί από αυτούς συνυπάρχουν. Για να συζητήσουμε έναν – έναν τους παράγοντες αυτούς, σύμφωνα με την Τίφερ (1982) κατατάξαμε εντελώς σχηματικά τις γυναίκες που οδηγούνται για έκτρωση στις παρακάτω κατηγορίες :

**A) Ανύπαντρες κοπέλες :** καθαρά κοινωνικοί λόγοι είναι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή στην έκτρωση. Το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» και του εξώγαμου παιδιού και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια επιλογής. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και τον φόβου τους προσέρχονται συνήθως για την έκτρωση σε πιο προχωρημένο σταδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου αυτές που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

**Β) Κουρασμένες μητέρες:** Στον αντίποδα της ανύπα-  
ντρης κοπέλας βρίσκεται η κουρασμένη μητέρα με τα  
πολλά παιδιά το λίγο διαθέσιμο χρόνο και τα πενιχρά  
οικονομικά μέσα. Συνήθως οι κουρασμένες μητέρες δεν  
έχουν αξιόλογη αμφιθυμία για την έκτρωση. Αντίθετα  
αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκα-  
λεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολο-  
γίας. Έτσι συχνά μαζί με την έκτρωση ζητούν και στεί-  
ρωση που θα τις απαλλάξει από την «βιομηχανία παι-  
διών».

**Γ) Δοκιμή Γονιμότητας:** Μερικές γυναίκες επιδιώκουν  
συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκι-  
μάσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες να  
αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές όπως και οι κου-  
ρασμένες μητέρες, πολύ μικρή αμφιθυμία έχουν συνή-  
θως σε σχέση με την απόφαση τους για έκτρωση.

**Δ) Άρνηση Μητρότητας :** Μερικές γυναίκες έχουν  
ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με  
την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με την μη-  
τρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφι-  
θυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη.

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

**Ε) Αποφυγή ή Αποτυχία Αντισύλληψης :**

Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη  
χρησιμοποίηση ή αποτυχία των αντισυλληπτικών με-  
τρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε

άγνοια, άλλοτε σε φόβο και άλλοτε σε ντροπή για την ανεπαρκή αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

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

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

Έτσι αναφέρεται κατά τον Ασπιώτη (1969) ότι το 92% των εγκύων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για την πρόληψη του γεννητικού συστήματος παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους, εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη.

Εκτός από τους κύριους λόγους προσέλευσης για άμβλωση στους οποίους έγινε αναφορά σύμφωνα με την Λουσιέν Λάνσον (1978) υπάρχουν ορισμένες ανάγκες των ατόμων που όταν αυτές δεν ελέγχονται οδηγούν σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Μερικές από αυτές τις ανάγκες είναι:

**α) Ανάγκες ταυτότητας:** κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία το να είσαι σεξουαλικός σημαίνει ότι είσαι ενήλικος, σωστός άντρας ή γυναίκα. Συνεπώς όταν τα ενήλικα άτομα επιδίδονται σε σεξουαλικές δραστηριότητες, συχνά το κάνουν για να επιβεβαιώσουν την υπόστασή τους. Η ύπαρξη σεξουαλικών αισθημάτων και η επίδειξη σεξουαλικής συμπεριφοράς μπορεί επιπλέον να χρησιμεύουν σαν επιβεβαίωση της αξίας και ικανότητας και καθοριστική για τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης, γιατί χωρίς αυτά οι άνθρωποι νιώθουν κατάθλιψη και φόβο και μερικές φορές φτάνουν ακόμα και στην αυτοκτονία.

Η σεξουαλικότητα μπορεί να χρησιμεύει σαν μια ένδειξη ότι τουλάχιστον σ'έναν τομέα ένα άτομο είναι ισχυρό, ικανό, πραδεκτό και απόλυτα δυναμικό. Έτσι το καμαρωτό βήμα ενός νεαρού αδικημένου από τη φύση άντρα, καθώς περπατάει στο πλάι μιας όμορφης γυναίκας γίνεται κατανοητό. Προσπαθεί μ' αυτόν τον τρόπο να πει στον κόσμο ότι αξίζει και ότι μπορεί να πάρει ότι θέλει ακόμα κι αν η αλήθεια είναι ότι η ζωή τον έχει τοποθετήσει πολύ χαμηλά.

Με τον ίδιο τρόπο η έντονη ικανοποίηση που νιώθουν οι γυναίκες για την ικανότητά τους να προσελκύουν και να διεγείρουν τους άντρες, μπορεί να προέρχεται, εν μέρει, από αυτό το ίδιο αίσθημα δύναμης, που συχνά τους λείπει σε άλλες σφαίρες της ζωής τους.

**β) Ανάγκη για σχέσεις:** Η λαχτάρα για σωματική και συναισθηματική αμεσότητα και επαφή που αισθάνονται όλοι σχεδόν οι άνθρωποι, συχνά, εκδηλώνεται σεξουαλικά. Το άτομο δοκιμάζει ένα βαθύ αίσθημα γαλήνης ίσως μια υποσυνείδητη ανάμνηση από τη βρεφική ηλικία όταν χαϊδεύεται, αγκαλιάζεται και φιλιέται κατά τη διάρκεια μιας σεξουαλικής επαφής. Αν και η επικοινωνία

της σεξουαλικής επαφής μπορεί να δηλώνει άμεσα ή έμμεσα εμπιστοσύνη, στοργή και απέραντη ευχαρίστηση, ένα πρόσωπο, του οποίου οι ανάγκες ζητούν, κυρίως συναισθηματική οικειότητα, θα απογοητευθεί από μια αποκλειστικά σεξουαλική σχέση. Μερικές φορές η σεξουαλική επαφή πραγματοποιείται από καθήκον σαν ένας τρόπος αίτησης συγνώμης μετά από μια προστριβή ή σαν ένα είδος δώρου από μεγαλοψυχία ή από οίκτο. Μερικοί άνθρωποι βλέπουν το σεξ σαν κάτι βρώμικο και ταπεινωτικό. Τέτοια άτομα μπλέκονται σε σεξουαλικές σχέσεις από μίσος και περιφρόνηση, επιθυμώντας να εξουτελίσουν το άλλο πρόσωπο, εξαναγκάζοντας ή αποπλανώντας σε ότι εκείνοι θεωρούν σαν ταπεινωτική σεξουαλική πράξη.

**γ) Ανάγκες ανάπτυξης:** Το σεξ μπορεί να περικλείει ένα σημαντικό στοιχείο περιπέτειας, καθώς οι άνθρωποι επεκτείνονται πέρα από τις προηγούμενες εμπειρίες τους, για να εξερευνήσουν νέες διαστάσεις αισθήσεων και συγκινήσεων. Το υγιές άτομο έχει μεγάλη περιέργεια για τα φαινόμενα του κόσμου και του εαυτού του και κανένας δεν ξεπερνάει εντελώς την περιέργεια της παιδικής ηλικίας για τη σεξουαλική λειτουργία. Η επιθυμία για περιπέτεια και για την γοητεία του καινούριου χρησιμοποιείται μερικές φορές σαν εξήγηση του γιατί τα άτομα κουράζονται από το σεξ με το «ίδιο και το ίδιο» πρόσωπο αν και είναι πιθανό τέτοια άτομα να μην έχουν καν επιχειρήσει να εξερευνήσουν τις ποικιλίες της συμπεριφοράς και της εμπειρίας που είναι δυνατό, να δοκιμαστούν σε μια και μόνο σχέση.

**δ) Αλλαγή κινήτρων:** Τα κίνητρα μπορεί να αλλάξουν στην πορεία μιας σεξουαλικής πράξης. Μια σχέση που άρχισε από περιέργεια και από διάθεση περιπέτειας μπορεί να γίνει μια υπόθεση καθήκοντος. Μια πράξη που

κάποιος ξεκίνησε από την ανάγκη να φανεί ικανός στα μάτια του κόσμου μπορεί να γίνει μια σχέση ανταλλαγής συναισθηματικής οικειότητας. Έτσι λοιπόν, τα κίνητρα διαφοροποιούνται στη διάρκεια μιας ολόκληρης ζωής. Οι έφηβοι αναζητούν διαφορετικά είδη ικανοποίησης από το σεξ από εκείνα που ζητούν οι νεαροί-ενήλικοι των οποίων τα ενδιαφέροντα είναι με την σειρά τους, διαφορετικά από τα ενδιαφέροντα των μεγάλων.



## **B. Συνέπειες της άμβλωσης για τη γυναίκα.**

Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και τον θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας.

Για τις σωματικές συνέπειες της άμβλωσης που υφίσταται η γυναίκα ο Κασκαρέλης Κ. (1990) επισημαίνει ότι σήμερα εξαιτίας της αλματώδους εξέλιξης της τεχνολογίας και την καλύτερη οργάνωση η έκτρωση δεν αποτελεί τόσο μεγάλο κίνδυνο για την ζωή της γυναίκας όσο παλιότερα. Παρ' όλα αυτά όμως πιστεύει ότι οι συνέπειες για το σώμα της γυναίκας συνεχίζουν να υπάρχουν και όχι μόνο αυτό αλλά να την επηρεάζουν. Για την βαθύτερη κατανόηση και μελέτη των σωματικών συνεπειών τις κατάταξε σε δύο κατηγορίες, στις άμεσες και στις έμμεσες. Αναλυτικότερα αναφέρει για κάθε κατηγορία ότι «στις άμεσες συνέπειες κατατάσσονται ως πρώτη και κυριότερη ο θάνατος, η ακατάσχετη αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας που αν δεν γίνει έγκαιρα αντιληπτή μπορεί να επιφέρει απόσπαση τμήματος με αποτέλεσμα την ολική εξαίρεση της μήτρας. Επίσης θρομβολυτικά επεισόδια, μολύνσεις, απόσπαση εντέρου η οποία προκαλεί ψυχοταραχή και εμποδίζει τη φυσική γονιμοποίηση». («Μαιευτική» σελ. 34, Έκδοση 2, 1990).

Ως έμμεσες ο Κασκαρέλης Κ. (1990) κατατάσσει τις παρακάτω: «αποβολές, πρόωροι τοκετοί, διαταραχές της περιόδου, επιπτώσεις σε επόμενη κύηση, στείρωση, εξωμήτριες κυήσεις, χρόνιες φλεγμονές της μήτρας και των σαλπίνγων και τέλος νευρικές διαταραχές ανεπάρκειας του τραχήλου». («Μαιευτική» σελ. 34-35 Έκδοση 2<sup>η</sup>, 1990).

Εξίσου με τις σωματικές επιπλοκές είναι και οι επιπλοκές επάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας κατά την άμβλωση.

Κατά τον Κασκαρέλη Κ. (1990) οι συνέπειες μιας άμβλωσης στην ψυχική υγεία της γυναίκας είναι ανυπολόγιστες. Αναφέρει ότι μελέτες σε κλινικά εργαστήρια έχουν αποδείξει ότι οι ψυχοσωματικές διαταραχές που δημιουργούνται από την άμβλωση, θεραπεύονται πάρα πολύ δύσκολα σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες. Επίσης ο ίδιος υποστηρίζει ότι οι ψυχικές συνέπειες της άμβλωσης ακολουθούν τα στάδια της διαδικασίας της άμβλωσης. Αναλύει τις ψυχικές συνέπειες σε αυτές πριν την άμβλωση και σε αυτές μετά την άμβλωση.

Σχετικά με τις ψυχικές συνέπειες πριν την άμβλωση ο Κασκαρέλης Κ. (1990) γράφει ότι «από την ίδια τη φύση η ψυχωσύγκρουση που αφορά την άμβλωση συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα. Το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό. Σαν αποτέλεσμα της σύγκρουσης στο ατομικό και οικογενειακό – κοινωνικό επίπεδο, η έγκυος πριν από την έκτρωση εμφανίζει μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Το στρες είναι εντονότερο συνήθως εξαιτίας της έλλειψης συναισθηματικής υποστήριξης και της δυσανάλογα μεγάλης ευθύνης που συχνά αναγκάζεται να αναλάβει η ίδια η γυναίκα» («Μαιευτική» σελ. 50, 1990).

Έρευνα της Μαριέτας Ρήγα (1989) σχετικά με τις επιπτώσεις της άμβλωσης παρατίθεται στο βιβλίο («Ειδικά προβλήματα ζευγαριών, 3<sup>ος</sup> τόμος σελ. 24-25, 3<sup>η</sup> Έκδ.» του Smith Tony (1992) και αναφέρει ότι «η γυναίκα αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας. Πρέπει να αποφασίσει να χάσει κάτι που έχει αγα-

πήσει σαν μέρος του σώματός της και αυτό της προκαλεί θλίψη.

Χάνει την αυτοεκτίμησή της με την άμβλωση γιατί ξέρει ότι καταστρέφει μια ζωή ενώ έχει το αίσθημα ότι δεν πρέπει. Αντιλαμβάνεται την άγνοιά της για την αντισύλληψη και πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο αξιών της οικογένειάς της κάτι που την γεμίζει ενοχές, θλίψη και τέλος φοβάται και αγωνιά μπροστά στην «ταμπέλα του εγκληματία».

Τέλος, ο Κασκαρέλης Κ. (1990) κλείνει την αναφορά του στις ψυχικές συνέπειες της άμβλωσης περιγράφοντας αυτές μετά την άμβλωση. Γράφει τα εξής: «η ψυχοπαθολογία μετά την άμβλωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη που υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες, το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την άμβλωση. Μέσα στις πρώτες 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση έχουν αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις βοηθούν να επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Αντίθετα οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε νόμιμη ανεπιθύμητη έκτρωση παρουσιάζουν σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, αναπτύσσοντας σε μεγάλο βαθμό κατάθλιψη, ενοχές, διαταραχές ψυχικής υγείας και το σύνδρομο της παιδοκτονίας» («Μαιευτική» σελ. 50-51).

Επιπλέον, οι συνέπειες της άμβλωσης επεκτείνονται στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο. Ο Χλιαουτάκης Α. (1992) αναφέρει ότι με την άμβλωση επέρχεται διαταραχή της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης και αυτό γιατί αφ' ενός μεν η γυναίκα είναι ψυχικά ταραγμένη και αφ' ετέρου ότι το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός νέου μέλους δεν μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Η διαταραχή αυτή γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν όταν θελήσουν να αποκτήσουν παιδί και

ο ένας από τους δύο στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό ή τη λύση του γάμου με διαζύγιο.

Κλείνοντας, ο Χλιαουτάκης Α. (1992) γράφει ότι «γενικά η έκτρωση είναι αντικοινωνική πράξη γιατί στρέφεται κατά του κοινωνικού κυττάρου, της οικογένειας. Η απόφαση της εγκύου να προχωρήσει στη διαδικασία της έκτρωσης τη φέρνει σε σύγκρουση με τις ηθικές αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επενδύσεις, θέσεις και αντιθέσεις της κοινωνίας με αποτέλεσμα τον αλληλοεπιχειρησισμό και των δύο πλευρών σε μεγάλο βαθμό» («Άμβλωση» σελ. 47).

## Γ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Κατά καιρούς πολλά λέγονται και γράφονται για το θέμα των αμβλώσεων και τη σχέση τους με την αντισύλληψη και τις αντισυλληπτικές μεθόδους γενικότερα. Πολλές φορές οι πληροφορίες είναι αντιφατικές με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μύθοι, παρεξηγήσεις, απόρίες και το πιο βασικό σύγχυση στον κόσμο.

Από την μελέτη στο θέμα της άμβλωσης και του οικογενειακού προγραμματισμού καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι η άμβλωση δεν έχει απλώς κάποια σχέση με την αντισύλληψη αλλά αλληλοσυνδέεται και σε πολλές περιπτώσεις είναι συνέπεια της ελλιπούς ή καθόλου αντισύλληψης.

Παρατίθενται οι κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι κατά την Α. Τριχοπούλου (1993) η οποία αναφέρει την κάθε μέθοδο και τα χαρακτηριστικά της:

### **α) Το προφυλακτικό**

Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη φτιαγμένη από ελαστικό ή ζωική μεμβράνη (από δέρμα προβάτου) που καλύπτει τελείως το πέος κατά την συνουσία χρησιμεύει έτσι σαν υποδοχή των προϊόντων της εκσπερμάτωσης και προστατεύει μηχανικά από την κύηση.

Η χρήση του προφυλακτικού μεταθέτει την ευθύνη για την αποφυγή της εγκυμοσύνης στον άντρα. Στα εκατό γόνιμα ζεύγη που χρησιμοποιούν το προφυλακτικό σαν το μοναδικό αντισυλληπτικό μέσο για ένα χρόνο, μένουν έγκυες δεκάξι περίπου γυναίκες.

Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με την χρησιμοποίηση προφυλακτικού GEL, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά πριν τη συνουσία.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του προφυλακτικού είναι ότι δεν χρειάζεται συνταγή γιατρού για την προμή-

θεία του και πωλείται παντού ακόμη και από τους αυτόματους πωλητές. Επιπρόσθετα το προφυλακτικό προστατεύει τη γυναίκα από τα αφροδίσια νοσήματα.

Πέρα από όλα αυτά η χρήση του προφυλακτικού παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα. Μπορεί να σχιστεί την πιο ακατάλληλη στιγμή. Έπειτα εμποδίζουν την πλήρη ικανοποίηση, απαιτούν διακοπή της σεξουαλικής επαφής για να τοποθετηθούν αλλά και μερικά άτομα μπορεί να είναι αλλεργικά στην χρήση τους .

**β) Τα αντισυλληπτικά χάπια:** Σύμφωνα με την Α. Τριχοπούλου(1986) είναι η πιο διαδεδομένη και χρησιμοποιημένη αντισυλληπτική μέθοδος. Είναι διάφοροι συνδυασμοί των δυο γυναικείων ορμονών, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης σε συνθετική μορφή. Παρόλο ότι αυτά τα συνθετικά παρασκευάσματα μιμούνται την δράση των φυσικών ωοθηκών ορμονών, δεν είναι τα ίδια. Τόσο χημικά, όσο και φυσιολογικά διαφέρουν σε πολλά πράγματα. Τα μεταβολικά τους στοιχεία είναι διαφορετικά και γι' αυτό διαφέρει και η δράση τους πάνω στα διάφορα όργανα και τους ιστούς. Σήμερα κυκλοφορούν πάνω από εικοσιπέντε διαφορετικά είδη αντισυλληπτικών χαπιών. Διαφέρουν μεταξύ τους τόσο στην περιεκτικότητα όσο και στον τύπο των χρησιμοποιούμενων οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Η αποφυγή της εγκυμοσύνης με την μέθοδο των χαπιών, πετυχαίνεται με ποικίλους τρόπους που εξαρτώνται από την μάρκα του χαπιού που χρησιμοποιείται , από την δόση και τον αριθμό των χαπιών που λαμβάνει μια γυναίκα.

Το αντισυλληπτικό χάπι παρέχεται με συνταγή γιατρού, ο οποίος θα συστήσει, στη γυναίκα που ενδιαφέρεται το κατάλληλο χάπι ύστερα από ιατρικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν. Οι ιατρικές εξετάσεις

περιλαμβάνουν, τεστ Παπανικολάου, εξέταση στήθους, μέτρηση της πίεσης του αίματος, γενικές εξετάσεις αίματος και λήψη ιατρικού ιστορικού. Οι εξετάσεις αυτές πρέπει να γίνονται δυο φορές το χρόνο.

Ως σημαντικότερα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής αναφέρονται ο εύκολος τρόπος λήψης των χαπιών και η μεγάλη τους αποτελεσματικότητα.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι οι παρενέργειες που παρουσιάζονται σε αρκετές γυναίκες από την λήψη του χαπιού. Μπορεί να είναι είτε ασθενείς και εξαφανίζονται σε λίγους μήνες είτε σοβαρότερες. Μερικές τέτοιες παρενέργειες είναι η κατάθλιψη, ναυτία, εντερικός ερεθισμός, κούραση, πρήξιμο του στήθους, εμφάνιση σταγονιδίων του αίματος στη μέση του κύκλου έως και θρομβωτικά επεισόδια. Το χάπι δεν ενδείκνυται στις γυναίκες που είναι διαβητικές, παχύσαρκες, καπνίζουν πολύ, παρουσιάζουν μεγάλη πίεση του αίματος ή ιστορικό θρομβώσεων.

Επίσης κατά την κα Α. Τριχοπούλου(1986) αναφέρετε ότι το 60-70% των γόνιμων γυναικών, που σταματούν το χάπι, μένουν έγκυες μέσα σε τρεις μήνες. Αντίθετα όμως απ' ό,τι πιστεύουν πολλοί η γονιμότητας δεν αυξάνεται από το χάπι.

### **γ) Αντισυλληπτικά μικροχάπια.**

Αντίθετα με τα άλλα αντισυλληπτικά δισκία, τα μικροχάπια (σήμερα κυκλοφορούν τρία είδη τους) περιέχουν μόνο προγεστίνη και λαμβάνονται σε συνεχή ημερήσια βάση. Η αντισυλληπτική τους δράση (ασφάλεια 97%) δεν εξαρτάται βασικά από την ανύσχεση της ωορρηξίας.

Τα μικροχάπια εμποδίζουν την κύηση με έναν από τους εξής δυο τρόπους: Αλλοιώνουν τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας εμποδίζοντας έτσι τα σπερματοζώαρια να εισχωρήσουν στον τραχηλικό σωλήνα ή ακόμη

προκαλούν οστικές αλλοιώσεις στο ενδομήτριο, από-  
τρέποντας έτσι την εμφύτευση του γονιμοποιημένου  
ωαρίου.

Το μικροχάπι επειδή δεν περιέχει οιστρογόνα δεν  
προκαλεί συνήθως παρενέργειες που συνδέονται με άλλα  
σύνθετα αντισυλληπτικά δισκία. Στο παθητικό των  
μικροδισκίων εγγράφονται κατά την Α Τριχοπούλου  
δυο μειονεκτήματα : η ξαφνική ενοχλητική αιμορραγία  
και πολλές φορές ανωμαλίες στον εμμυνορρυσιακό  
κύκλο .

#### **δ) Ενδομήτριο σπείραμα.**

Σύμφωνα με την εν λόγω συγγραφέα – ιατρό είναι μια  
συσκευή από μαλακό, εύκαμπτο πλαστικό που κυκλο-  
φορεί σε διάφορα φανταστικά σχήματα. Όταν τοπο-  
θετείται σωστά και συγκρατείται μέσα στην κοιλότητα  
της μήτρας είναι μετά το χάπι το αποτελεσματικότερο  
αντισυλληπτικό μέσο (ασφάλεια 97%). Τα σπείράματα  
αυτά τοποθετούνται από γιατρό συνήθως κατά την διά-  
ρκεια της εμμηνόρρυσης όπου η μήτρα έχει διασταλεί.  
Επίσης ο γιατρός πρέπει να κάνει απαραίτητα μια εξέ-  
ταση του μήνα στην γυναίκα εκτός εάν είναι απόλυτα  
βέβαιος ότι η τοποθέτηση έχει γίνει σωστά.

Κατά την συγγραφέα – ιατρό η μέθοδος δράσης του  
ενδομητρίου σπείράματος δεν είναι ακόμα για όλους  
γνωστή. Δεν υπάρχουν στοιχεία για το αν και πως το  
ενδομήτριο σπείραμα επηρεάζει την ωορρηξία ή την  
γονιμοποίηση του ωαρίου και περαιτέρω τη μεταφορά  
του σπέρματος. Η δράση του πρέπει να είναι τοπική  
μέσα στη μήτρα όπου το σπείραμα φαίνεται ότι εμπο-  
δίζει την εμφύτευση.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής που αναφέρο-  
νται εδώ είναι ότι: το σπείραμα μπορεί να παραμείνει για  
μεγάλο χρονικό διάστημα. Με τη χρήση σπείράματος



δεν χρειάζεται καμία άλλη αντισυλληπτική μέθοδος. Επίσης μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν τη συνουσία αν το σπείραμα είναι απόλυτα στη θέση του ή αν έχει πέσει στον κόλπο οπότε ενεργεί κατάλληλα. Τέλος όταν η γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος μπορεί να το κάνει αρκεί να αφαιρέσει το σπείραμα.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι σπάνια και ελάχιστα. Η χρήση του σπειράματος μπορεί να προκαλέσει μερικές σταγόνες αίματος ή και αιμορραγίες ανάμεσα σε δύο κύκλους. Επίσης προκαλεί πόνους στην γυναίκα για μερικούς μήνες. Εάν οι πόνοι είναι πάρα πολύ δυνατοί, τότε το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί. Τέλος, παρόλο που έχει συμβεί πολλές φορές να γεννηθεί το μωρό και μαζί του να πέσει το ενδομήτριο σπείραμα, οι πιθανότητες μιας αυτόματης αποβολής αυξάνονται αισθητά αν το σπείραμα αφηθεί στη θέση του.

**ε) Το διάφραγμα:** Η ίδια συγγραφέας – ιατρός αναφέρει για το διάφραγμα ότι έχει σχήμα ελαστικού θόλου και είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να συγκρατούν το σπέρμα κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας.

Έχει διάμετρο 5-10 εκ. περίπου και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Το κολπικό διάφραγμα τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο. Τοποθετείται στη γυναίκα από γιατρό 2 ώρες πριν τη συνουσία και μπορεί να παραμείνει για 8 ώρες μετά από αυτή .

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαφράγματος είναι ότι είναι αβλαβές στον οργανισμό, είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμία λοίμωξη στον κόλπο. Επίσης όταν είναι τοποθετημένο σωστά δεν γίνεται αισθητό κατά την συνουσία και έτσι δεν μειώνεται η σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματα είναι ότι όταν δεν τοποθετείται σωστά προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα. Τέλος το διάφραγμα δεν χρησιμοποιείται όταν προκαλεί αλλεργία στη γυναίκα ή στον σύντροφό της.

**στ) Η διακοπτόμενη συνουσία:** είναι μία μέθοδος που κατά τη συγγραφέα – ιατρό Α. Τριχοπούλου (1986) απαιτεί από τον σύντροφο μεγάλη αυτοκυριαρχία. Το τράβηγμα από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση προϋποθέτει ακόμη πείρα και γνώση. Οι περισσότερες αποτυχίες (ποσοστό 16% οφείλονται βασικά σε μία καθυστερημένη απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο. Ένας κακός υπολογισμός του χρόνου εκσπερμάτωσης μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε μια ανεπιθύμητη εκσπερμάτωση στο εσωτερικό του άνοιγμα κόλπου. Ωστόσο, παρόλα αυτά τα μειονεκτήματα, πολλά ζευγάρια θεωρούν τη διακοπτόμενη συνουσία σαν μία αποτελεσματική και ικανοποιητική αντισυλληπτική μέθοδο.

**η) Η μέθοδος του ρυθμού:** Η αποφυγή της εγκυμοσύνης, κατά την συγγραφέα – ιατρό Α. Τριχοπούλου (1986) με την αποχή από σεξουαλικές επαφές κατά τις γόνιμες μέρες της γυναίκας είναι μια παλιά θεωρία. Το πρόβλημα είναι πως μπορεί να προσδιοριστεί με βεβαιότητα ο χρόνος της ωορρηξίας. Με έναν δείκτη εγκυμοσύνης 15% με 34% που παρουσιάζει αυτή η μέθοδος φαίνεται καθαρά ότι το πρόβλημα δεν έχει ακόμη λυθεί. Ο μόνος κίνδυνος που διατρέχει από αυτή την μέθοδο είναι η πιθανότητα ανώμαλης κύησης.

**θ) Κολπικά σπερματοκτόνα:** Διάφορα χημικά παρασκευάσματα, που διατίθενται χωρίς συνταγή γιατρού και κυκλοφορούν σε μορφή κρέμας, σπρέι, υπόθετων, ή σαν

νουσία με την βοήθεια ενός εισαγωγέα και δρουν σαν σπερματοκτόνα σε απευθείας επαφή με τα σπερματοζώαρια κι ακόμη παρεμποδίζοντας τη διέλευση τους μέσα από τον τραχηλικό σωλήνα. Όταν χρησιμοποιούνται σαν τα μόνα αντισυλληπτικά για έναν χρόνο έχουν ένα δείκτη πιθανής εγκυμοσύνης, που κυμαίνεται ανάμεσα από 4% έως 40%.

Απ' όλα τα κολπικά σπερματοκτόνα τα πιο απότελεσματικά είναι αυτά που διατίθενται σε μορφή σπρέι ( σύμφωνα με ορισμένες κλινικές έρευνες, ασφάλεια 96%). Είναι πιο εύκολα στην χρήση τους, πιο απλά, επενεργούν αμέσως και μπορούν να εισαχθούν στον κόλπο μέχρι μια ώρα πριν από τη συνουσία.

Οι κολπικές σπερματοκτόνες αλοιφές είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το προφυλακτικό ή με διάφραγμα. Όταν χρησιμοποιούνται μόνες τους υπάρχει ο κίνδυνος της σύλληψης σε ποσοστό 20%-30% μέσα σ'ένα χρόνο (Α. Τριχοπούλου 1993)

**ι) Οι κολπικές πλύσεις :** είναι μια άλλη μέθοδος που αναφέρεται από την Α. Τριχοπούλου (1993), οι οποίες έχουν έναν δείκτη πιθανότητας κύησης πάνω από 40% και δεν ενδείκνυται σαν αντισυλληπτική μέθοδος. Μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους : όπως με ζεστό νερό, με ξύδι, χυμό λεμονιού ή με διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα . Το υγρό της πλύσης τοποθετείτε σε μία μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζετε στον κόλπο. Κατά άποψη της προαναφερθείσας συγγραφέας ιατρός δεν υπάρχει κανένα πλεονέκτημα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ .Ι.

Αντισυλληπτικές Μέθοδοι Και Κίνδυνος Εγκυμοσύνης

Μέθοδος	Μέσος όρος εγκύων γυναικών το χρόνο	Ποσοστό Πιθανού κινδύνου το χρόνο
---------	--	--------------------------------------

Αντισυλληπτικό χάπι	λιγότερο από 1%	(συνδυασμένος) 0,2%
Μικροχάπι	3	;

Ενδομήτριο σπέρμα (Θηλιά, σπείρα, ασπίδα)	3	2-7
Διάφραγμα	12	5-28
Προφυλακτικό (από ελαστικό)	15	8-15
Διακοπτόμενη συνουσία	16	;
Μέθοδος του ρυθμού	16	15-34
Αλοιφές, αφροί, υπόθετα	ποικίλει	4-40
Κολπικές Πλύσεις (μετά τη συνουσία)	πάνω από 40	
Στην τύχη (καμιά προφύλαξη)	80	
ΠΗΓΗ: Λουσιέν Λάνσον (1978)		

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

### ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΠΙΝΑΚΑΣ
Συνουσία χ. προφ.	60-80
Διακοπτόμενη Συνουσία	10-25
Κολπικά δισκία, αλοιφή, τζελ	25
Αφρώδη υπόθετα	2,8-10
Προφυλακτικό	3-7
Διάφραγμα	2-4
Φυσική Αντισύλληψη	2-3
Σπιράλ	1-2,5
Μικροχάπι	1-1,5
Χάπι	0,2-1
Στείρωση	0,1-0,2

ΠΗΓΗ: Α. Τριχοπούλου, (1993)

Παρακάτω παρατίθεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού Θεσσαλονίκης σχετικά με τις εκτρώσεις και την αντισύλληψη.

Μέσα από την έρευνα φαίνονται τα ποσοστά των γυναικών που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους αλλά και το είδος των μεθόδων αυτών.

Το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού Θεσσαλονίκης στην προσπάθειά του για την καλύτερη ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, έκανε μια έρευνα σε μεγάλο αριθμό γυναικών ώστε να βρούνε στοιχεία που να έχουν στατιστική σημασία σχετικά με ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα ο γυναικείος πληθυσμός δηλ. τις εκτρώσεις και την σχέση των εκτρώσεων με την αντισύλληψη.

Για τον σκοπό αυτό σε 2.572 γυναίκες, ηλικίας 16-45ετών και σε 724 γυναίκες από 46 και πάνω, υποβλήθηκαν οι εξής ερωτήσεις:

α) ηλικία, β) αριθμός εκτρώσεων, γ) αριθμός τοκετών, δ) μέθοδος αντισύλληψης ή προφύλαξης. Σαν μέθοδος προφύλαξης θεώρησαν την διακεκομμένη συνουσία, μέθοδο του ρυθμού (επαφή στις μέρες που η γυναίκα δεν είναι γόνιμη, π.χ. παραμονές της περιόδου) και την σποραδική χρήση του προφυλακτικού. Οι προϋποθέσεις για όλες τις γυναίκες που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα αυτή, ήταν η ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων για διάστημα πάνω από ένα χρόνο και αυτό αφορά τις γυναίκες από 16-45 ετών. Καμία από τις παραπάνω γυναίκες δεν παρουσίαζε ιδιαίτερο γυναικολογικό πρόβλημα τώρα και στο παρελθόν. Έτσι οι γυναίκες με σοβαρά γυναικολογικά προβλήματα αποκλείστηκαν από την έρευνα.

Έτσι από το σύνολο 2.572 γυναικών που ερωτήθηκαν διαπιστώθηκε ότι μόνο οι 167 ή ποσοστό 6,49% χρησιμοποιούσαν σαν μέθοδο αντισύλληψης το χάπι, ενώ 387 ή ποσοστό 15,1% χρησιμοποιούσαν το spiral, το διάφραγμα το διαλέξανε σαν μέθοδο αντισύλληψης μόνο 28 γυναίκες ή ποσοστό 1,1%. Από το σύνολο αυτό των

γυναικών που χρησιμοποίησαν αντισύλληψη: οι 68 που χρησιμοποιούν spiral δεν έχουν κάνει καμιά έκτρωση, ενώ οι υπόλοιπες 319 έχουν κάνει από 1-18 εκτρώσεις. Οι υπόλοιπες 144 έκαναν 3 εκτρώσεις. Μεγάλο ποσοστό γυναικών (87%) έβαλαν το spiral αμέσως μετά από έκτρωση ή τοκετό.

Στο χάπι από τις 167 γυναίκες οι 73 δεν έκαναν καμιά έκτρωση ενώ από τις υπόλοιπες 94 οι 66 έκαναν 1-2 εκτρώσεις και οι υπόλοιπες πάνω από 3.

Το διάφραγμα είναι μέθοδος που προσελκύει της μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, το χρησιμοποιούσαν 28 γυναίκες από τις οποίες οι 19 ή ποσοστό 67,8% ήταν άνω των 25 ετών. Οι γυναίκες 16-25 ετών έχουν μεγαλύτερη προτίμηση στο χάπι και αμέσως μετά το spiral. Από τις άλλες μεθόδους είναι αρκετά διαδεδομένο το προφυλακτικό, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο 112 γυναίκες από τις 2.752 δηλ. 4,35% δεν είχαν σεξουαλική επαφή ποτέ με προφυλακτικό.

Το 89% των γυναικών δεν ενδιαφέρθηκαν ποτέ για την προμήθεια προφυλακτικού, αφήνοντας έτσι την πρωτοβουλία της αντισύλληψης στον άντρα και μόνο το 11% των γυναικών με πλειονότητα τις γυναίκες από 26-40 ετών να αναλαμβάνουν αυτές την προμήθεια.

Η διακεκομμένη συνουσία εφαρμόζεται στις περισσότερες γυναίκες με εξαίρεση το γκρουπ ηλικίας 16-20 ετών με μεγάλο όμως ποσοστό αποτυχίας μια και το 88% των γυναικών αυτών έχουν κάνει έκτρωση την εποχή που χρησιμοποιούσαν την μέθοδο αυτή αντισύλληψης.

Έτσι βλέπουμε ότι στις 2.572 γυναίκες ηλικίας 16-45 ετών έγιναν 4.489 εκτρώσεις. Στις γυναίκες άνω των 45 ετών έγιναν 1.683 εκτρώσεις κάνοντας έτσι να αντιστοιχεί 2,3 εκτρώσεις ανά γυναίκα (Dr. Αναπαλιώτης 1989 σελ. 167).

## Δ. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Πολλές είναι οι απόψεις για το θέμα των αμβλώσεων. Η επιστημονική κοινότητα συγκρούεται για το αν θα πρέπει να ταχθεί υπέρ ή κατά των αμβλώσεων. Έτσι έχει χωριστεί σε δύο απόψεις. Σ' αυτή που είναι υπέρ της άμβλωσης την οποία την στηρίζουν με επιχειρήματα πολλά από άτομα από διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Οι απόψεις αυτές υποστηρίζουν ότι « το έμβρυο δεν αποτελεί βιολογική αντίληψη. Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη ξεκινάει ως καθαρά οργανική ζωή και μόνο σ' αυτό το επίπεδο της ανάπτυξης έχει άμεση σχέση με την κατάγωγή της» (Σερμαιν. Γκηρ. «Άμβλωση το δικαίωμα της γυναίκας» σελ. 34 1985).

«Ο άνθρωπος είναι μέρος της οργανικής ζωής, γιατί χωρίς αυτό δεν θα υπήρχε. Η νοημοσύνη όμως που είναι χαρακτηριστικό του ανώτερου στρώματος τον κάνει ανθρώπινη ύπαρξη. Στο έμβρυο το χαρακτηριστικό του ανώτερου στρώματος απουσιάζει» (Ι. Νικ. Ζακόπουλος «Σύγχρονος Προβληματισμός – Ο σημερινός κόσμος», σελ. 50, 1983).

«Το γεγονός ότι ένα γονιμοποιημένο ωάριο μεγέθους 0,2 του χιλιοστού θα μπορούσε να είναι νοητική ύπαρξη, είναι δύσκολο να υποστηριχθεί. Κάθε τι που κάνει τον άνθρωπο αρχίζει με τη γέννηση» (Δρ. Ζον Στεφανί Σερτμπλιε, «Άμβλωση το δικαίωμα της γυναίκας σελ. 27, 1986).

«Εφόσον το έμβρυο δεν αποτελεί ζωή, δεν αποτελεί ύπαρξη, δεν μπαίνει κατά συνέπεια ζήτημα αν η άμβλωση είναι φόνος ή όχι και άρα δεν πρέπει να τιμωρείται. Η άμβλωση είναι δικαίωμα της γυναίκας που το κατακτά σιγά – σιγά ξεφεύγοντας από την σκληρή ηθική δε-

σμευση και προκατάληψη». (Μιχαήλ Μανολόπουλος «Μειώνονται οι γεννήσεις», 1994).

Υπάρχει όμως και η αντίθετη άποψη η οποία τάσσεται κατά των αμβλώσεων και στηρίζεται στους κινδύνους της άμβλωσης κυρίως για την γυναίκα. Χαρακτηριστικές είναι οι ακόλουθες απόψεις: «Φόνος εκ προμελέτης με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας αξιόποινης πράξης» τις χαρακτηρίζει ο ακαδημαϊκός Ν. Δούρος και τις θεωρεί «τον υπ' αριθμό ένα κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου από διάτρηση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση» (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος «Διαφυλικές σχέσεις - Εισηγήσεως - Σεμινάριο Καταρτίσεις Εκπαιδευτικών σε θέματα Σεξουαλικής Αγωγής» Α' Τόμος σελ. 60 1995).

«Το γεγονός ότι 1 στα 4 κορίτσια με εμπειρία γενετήσιας ζωής, έχει την οδυνηρή εμπειρία της έκτρωσης, δίνει τις διαστάσεις της κοινωνικής μας ευθύνης, απέναντι στην οποία δεν επιτρέπεται να σιωπούμε». (Δημ. Τριχόπουλος «Επιδημιολογία Αρχές - Μέθοδοι - Εφαρμογές» Έκδοση 2, 1989).

«Από τις εκτρώσεις δημιουργούνται πολυποίκιλες ψυχοσωματικές διαταραχές με επιπλοκές στο οικογενειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στην κοινωνία» (Δ. Κασκαρέλης «Μαιευτική», σελ. 30)

«Η βελτίωση, η τεχνική που κάνει πιο εύκολη την άμβλωση είναι εξαιρετικά ύπουλη, γιατί οδηγεί πιο εύκολα τις γυναίκες σ' αυτή τη λύση. Και αυτό είναι εκείνο που πρέπει να τονισθεί στον γυναικείο πληθυσμό» (Α. Αξιωτάκης «Άμβλωση», σελ. 27 Εκδ. 1<sup>η</sup>, 1987).

Σ' αυτό το σημείο είναι σκόπιμο να αναφέρουμε την άποψη της Εκκλησίας για τις αμβλώσεις η οποία είναι πάγια και σταθερή από το ξεκίνημα της εμφανίσεως του θέματος αυτού. Η Ευστρατία Κατοστάρα (1993) παρουσιάζει τις απόψεις της Ορθόδοξης Εκκλησίας, της



Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, της Μωαμεθανικής και της Ιουδαϊκής θρησκείας σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων.

Σχετικά με την θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας αναφέρει την Εγκύκλιο στις 29 Μαΐου 1989 που γνωστοποίησε η ιερά σύνοδος της Ελλάδος επανερχόμενη στο θέμα των αμβλώσεων και η οποία περιέχει τα εξής : «η Εκκλησία διαμαρτύρεται κατά της νομιμοποίησης των αμβλώσεων και της άποψης η οποία υποστηρίζει ότι η γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει μόνη της για τη ζωή του εμβρύου που έχει μέσα της. Τα θεωρεί αυτά τα δυο ζητήματα απαράδεκτα ηθικά, κοινωνικά και λογικά. Στηρίζοντας το πνεύμα που διέπει τη διδασκαλία της διακηρύσσει ότι το έμβρυο δεν είναι ιδιοκτησία ούτε του άνδρα ούτε της γυναίκας αλλά αποτελεί εξ' αρχής μια ξεχωριστή ύπαρξη η οποία δεν λαμβάνεται υπόψη από τους γονείς . Μόνος υπεύθυνος για την δημιουργία και παύση της ζωής είναι θεός» (Ευστρατία Κατοστάρα «Νοσηλευτική στη Μαιευτική Γυναικολογίας –Βρεφοκομία» Ε' Έκδοση, σελ.34 , 1993)

Η ίδια συγγραφέας συνεχίζει με την αναφορά της στην άποψη της Επίσημης Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας η οποία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και την καταδικάζει. Την επιτρέπει όμως μόνο όταν τίθεται σε κίνδυνο ζωή της μητέρας.

Τέλος, η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει θέση κατά των εκτρώσεων, ενώ η θέση της Ιουδαϊκής θρησκείας εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού Νόμου .

Αντίθετη από τις απόψεις της Εκκλησίας και των διάφορων θρησκειών είναι η άποψη παλαιών και νέων φεμινιστικών οργανώσεων για το θέμα της αμβλώσεως. Παρατίθενται μερικές από αυτές τις απόψεις.

Η ιατρική άποψη των γυναικείων σωματείων ΕΓΕ (1), ΟΓΕ (2), ΣΔΓ(3) η οποία υποστηρίζει ότι «πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις για την προστασία της υγείας της γυναίκας επειδή οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται σήμερα με συνθήκες ανθυγιεινές, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης «Εμείς και το σώμα μας» Έκδοση 1<sup>η</sup>, σελ. 42 1989).

Η θεωρία που υποστήριξε ο Σ.Ε.Ε. (4) .Κατά την άποψη αυτή «η άμβλωση να πραγματοποιείται στα κρατικά νοσοκομεία και να καλύπτεται οικονομικά από τα Ταμεία Ασφαλίσεως. Ως λόγοι αυτό προβάλλονται η οικονομική ανεπάρκεια των γονέων και οι υγιεινοί κίνδυνοι της μητρότητας» (Δουμάνη Χ.Μ.«η Ελληνίδα μητέρα άλλοτε και σήμερα» σελ. 52, 1989).

Η θεωρία της παλαιάς σχολής των φεμινιστριών και της Ένωσης Γυναικών Ελλάδος υποστηρίζει ότι « η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικοκοινωνική χειραφέτηση πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας, από την οποία ο άνδρας είναι απαλλαγμένος. Η έκτρωση είναι δικαίωμα της γυναίκας, γιατί κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στο σώμα της» (Γιαννοπούλου Αθήνα «Διλήμματα και Προβληματισμοί στην Σύγχρονη Νοσηλευτική» Έκδοση 1<sup>η</sup> σελ. 45 1990).

Στο σύγγραμμα του ο Ι.Ν Παρασκευόπουλος (1995) καταγράφει την άποψη της Π.Ε.Φ.Ι.Κ (5) σχετικά με το θέμα των εκτρώσεων, η οποία είναι υπέρ της ανθρώπινης ζωής και κατά των εκτρώσεων. Για το λόγο αυτό λειτουργεί στην Ελλάδα από το 1980 ομάδα δραστηριοποίησης κατά των εκτρώσεων με την επωνυμία «Πανελληνιος Σύνδεσμος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού». Η Π.Ε.Φ.Ι.Κ έχει σαν στόχο την πρόληψη και θεραπεία των εκτρώσεων με την ηθική και υλική συμπαράσταση των

πολύτεκνων γονέων. Ρίχνει περισσότερο το βάρος των δυνάμεων της τόσο στον υλικό όσο και τον ηθικό τομέα ωστότου οι πολύτεκνοι γονείς να στηριχθούν και να στερεωθούν ψυχοσωματικά.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία της Π.Ε.Φ.Ι.Κ αναφέρεται ότι «500.000 υπολογίζονται σε παγκόσμια κλίμακα οι καθημερινές εκτρώσεις που ο ετήσιος αριθμός τους υπολογίζεται στα 150-200.000.000. Ωστόσο οι αριθμοί αυτοί είναι πολύ μεγαλύτεροι αν υπολογιστούν και οι εκτρώσεις που γίνονται με αντισυλληπτικά μέσα» (Πολύτεκνη Οικογένεια «Αφιέρωμα στις εκτρώσεις» Αρ. φύλου 60. σελ. 16 Δεκέμβριος 1993).

Σχετικά με την στάση των ανδρών για τις εκτρώσεις αναφέρονται συμπεράσματα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες της Ευρώπης και οι οποίες παρουσιάζουν τα εξής αποτελέσματα : « η στάση των ανδρών απέναντι στις εκτρώσεις εξαρτάται από την ηλικία τους. Αναλυτικότερα, οι άντρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την έκτρωση απ' ότι οι άντρες των 30 ετών και άνω. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι άντρες ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στην φάση δημιουργίας οικογένειας που συμβαδίζει με την φάση επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Έτσι για να μην θέσουν σε κίνδυνο την επαγγελματική και οικονομική προσπάθεια, τάσσονται υπέρ της έκτρωσης. Αντίθετα οι άντρες 30-33 ετών και άνω εισέρχονται στη φάση συμπλήρωσης, έχουν συνήθως κατασταλάξει και αποκατασταθεί επαγγελματικά και οικονομικά οπότε θέλουν πια να δημιουργήσουν οικογένεια με αποτέλεσμα να εκφράζονται κατά της έκτρωσης» (Ι.Ν.Παρασκευόπουλος «Διαφυλικές Σχέσεις» : Εισηγήσεις – Σεμινάριο, σελ.84, 1995).

## Ε. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Στο βιβλίο της η Αντωνία Τριχοπούλου (1992) αναφέρεται στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού γενικά αλλά και στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού ειδικότερα 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 αξιοπρέπειά του, ο σεβασμός και η πίστη μαζί, στη 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. Στο χώρο αυτό ασχολείται με την οικογένεια ως ομάδα αλλά και με κάθε μέλος ξεχωριστά, με στόχο την ανάπτυξη και διατήρηση καλών σχέσεων μεταξύ τους, για την προαγωγή και εξέλιξη της προσωπικότητας του καθενός, αλλά και ολόκληρης της οικογένειας. Συνεργάζεται με τους γονείς και τους ενημερώνει για θέματα διαπαιδαγώγησης ανάλογα με την τάση της ανάπτυξής τους, τα ενδιαφέροντά τους, την ηλικία τους. Τονίζει ιδιαίτερα στους γονείς την σημασία της συμμετοχής τους στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ώστε αυτά 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 συζητάει μαζί τους τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν σ' αυτή την ηλικία οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση, η έκτρωση, τα εκτός γάμου

παιδιά, τους ενημερώνει για την αντισύλληψη και την πρόληψη των άφροδίσιων νοσημάτων αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων γι' 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» («Προληπτική Ιατρική- Κεφ. Δημόσια Υγιεινή σελ. 240-241 Β' Έκδοση).

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 τη διατήρηση της υγείας. Μαζί με την ομάδα ειδικευμένου προσωπικού του Κέντρου ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει το ζευγάρι και όσους ζητούν πληροφορίες, για τις μεθόδους αντισύλληψης και την 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 την μέλλουσα μητέρα, με σκοπό να την βοηθήσει να προσαρμοσθεί 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 στη αναγκαιότητα ενημέρωσης και διαφώτισης, των νέων κυρίως ατόμων, σχετικά με την προγαμιαία ιατρική εξέταση, ως βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κληρονομικών νόσων, γενετικών προβλημάτων και τη 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 ενδιαφερομένων, 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, μέλος της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας.

Αναλυτικότερα οι μέθοδοι που μπορεί να εργασθεί 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 παρασιάζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σχετικά με την σεξουαλικότητα τους και την ερωτική τους ζωή, με την προκατάληψη τους για αντισύλληψη, με τις ανησυχίες και τις φοβίες που επακολουθούν μετά την τοποθέτηση ενός αντισυλληπτικού μέσου καθώς και την αμφιθυμία τους να αποφασίσουν στο να απαιτήσουν παιδί. Είναι ο πρώτος που θα υποδεχθεί το ενδιαφερόμενο άτομο, με σκοπό το ενημερώσει για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος, της υπηρεσίες που

προσφέρει προσπαθώντας να δημιουργήσει μια σωστή, εποικοδομητική δίοδο επικοινωνίας μαζί του. Στην συνέχεια με την τεχνική της συνέντευξης παίρνει το ιστορικό του ατόμου πελάτη και αν χρειαστεί συλλέγει πληροφορίες και από την οικογένεια, 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 και είναι ο συντονιστής των συζητήσεων που γίνονται ώστε να βρεθεί μέσα από την ομάδα μια αποδεκτή λύση.

Η τελευταία μέθοδος είναι η **Κοινωνική Εργασία με την Κοινότητα**: ο κοινωνικός λειτουργός ερευνά την κοινότητα και συγχρόνως τη διαφωτίζει σχετικά με θέματα αντισύλληψης τις καινούργιες μεθόδους, τρόπους αντισύλληψης αλλά και για άλλα ζητήματα που αφορούν το σεξ, την ερωτική ζωή και τις σχέσεις των ανθρώπων, διασφαλίζοντας έτσι την σωματική και ψυχική τους υγεία. Ακόμα έρχεται σε επαφή με φορείς όπως το δήμο, Γυναικείους Συλλόγους, Κέντρα Νεότητας ενώ οργανώνει ειδικά σεμινάρια με ομιλίες, συζητήσεις με αρμόδιους για κάθε θέμα συζήτησης ώστε να υπάρχει άμεση με το κοινό «Ειδικά προβλήματα ζευγαριών : Στειρότητα και αντισύλληψη» Μετ. Ιατρική Εταιρία Αθηνών σελ. 230-231 3<sup>ο</sup> Τόμος.

## ΣΤ) Το νομικό καθεστώς των Ευρωπαϊκών κρατών και της Ελλάδας για τις Αμβλώσεις

Όπως εκδόθηκε από τη Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Λονδίνο την Άνοιξη του 1989.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που αποποινικοποίησε την αμβλώση από το 1955. Στη χώρα αυτή η αμβλώση δεν θεωρείται έγκλημα κατά της ζωής αλλά κατά της υγείας. Εδώ γίνεται διάκριση μεταξύ της νόμιμης και παράνομης αμβλώσης (διάταγμα τις 23/11/1995 του πρεζίντιουμ του Ανωτάτου Σόβιετ, «περί παράνομων αμβλώσεων»).

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

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

Ο νόμος στην Γαλλία επιτρέπει διακοπή μέχρι την 10η εβδομάδα ενώ για θεραπευτικούς σκοπούς δεν θέτει περιορισμούς. Οι ανήλικες χρειάζονται συναίνεση των γονέων τους και από 1.2.1988 το κράτος καλύπτει το 80% των εξόδων.

Στην Αγγλία η νομοθεσία το 1803 καταδικάζει σε θάνατο τις γυναίκες που διέκοπταν εκούσια την κύησή τους. Το 1929 η ποινή μετατράπηκε σε ισόβια, ενώ το 1961 επιτράπηκε η έκτρωση σε περίπτωση κινδύνου της



ζώης της μητέρας. Το 1967 μέσα σ' ένα φιλελεύθερο κλίμα ψηφίστηκε ο νόμος «as Abortion Act» που αναγνωρίζει την προσφυγή της γυναίκας σε άμβλωση σε ορισμένες και μόνο περιπτώσεις, όπως όταν υπάρχει σωματικός ή ψυχικός κίνδυνος για την γυναίκα ή όταν το έμβρυο πάσχει από σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες, ή όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία άλλων παιδιών της οικογένειας.

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

Για το 1979 έχουμε τα εξής στοιχεία:

- 119.000 νόμιμες αμβλώσεις για τους κατοίκους της Μ. Βρετανίας.
- 2,4 στους 2.000 κατοίκους.
- 12,0 στις 1.000 γυναίκες (15-44 χρονών).
- 184 νόμιμες αμβλώσεις στις 1.000 κανονικές γεννήσεις.

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

Στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει ενιαία ρύθμιση για τις αμβλώσεις. Η κάθε πολιτεία έχει τον κάθε δικό της σχετικό νόμο. Τον Αύγουστο του 1972, ύστερα από αγώνα γυναικείων οργανώσεων, 13 πολιτείες ψήφισαν νόμους για την άμβλωση ανάλογους με τους Σκανδιναβικούς.

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

Από το 1977 οι αμβλώσεις επιτρέπονται ως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα και μόνο για λόγους θεραπευτικούς και ευγονιτικούς. Το 1984 στην παγκόσμια διάσκεψη πληθυσμού που έγινε στο Μεξικό οι Η.Π.Α. τοποθετήθηκαν εναντίον των αμβλώσεων και την χρησιμοποίησή τους

ως μέσον αντισύλληψης. Αποφάσισαν δε να κόψουν την επιχορήγηση της αντισυλληπτικής προπαγάνδας τόσο σε χώρες με έντονο δημογραφικό πρόβλημα όσο και σε χώρες με υψηλή γεννητικότητα.

Το 1973 όταν ακόμη υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις εκτρώσεις έγιναν 500.000 εκτρώσεις. Το 1975 δυο χρόνια μετά την νομιμοποίηση ο αριθμός έφθασε στο 1.000.000.

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

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

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

Στις Σκανδιναβικές χώρες (Φιλανδία, Σουηδία, Νορβηγία) ο νόμος για την νομιμοποίηση των άμβλώσεων ψηφίστηκε αρκετά νωρίς με πιέσεις όχι μόνο των γυναικείων οργανώσεων και της κοινής γνώμης αλλά και των εθνικών ιατρικών συλλόγων σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες όπου οι γιατροί έφεραν τα μεγαλύτερα εμπόδια.

Ωστόσο και πάλι η νόμιμη άμβλωση καλύπτει μόνο συγκεκριμένες περιπτώσεις π.χ. όταν υπάρχουν ιατρικοί

λόγοι, λόγοι ανθρωπισμού (βιασμοί), ευγονικής (αναπηρία του εμβρύου) και κοινωνικοί λόγοι.

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

Στη Φιλανδία το 1978 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

-16.900 νόμιμες αμβλώσεις, ποσοστό 3,64% στις 1.000 κατοίκους.

-15,8% στις 1.000 γυναίκες (15-44) ετών και

-265 νόμιμες αμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

Στη Σουηδία για το 1979 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

-34.700 νόμιμες αμβλώσεις, 4,24% στους 1.000 κατοίκους.

-20,9% στις 1.000 γυναίκες (15-44 ετών) και

-358 νόμιμες αμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

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

Θα πρέπει να γίνει μόνο μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα και πάντα με τη συμβουλή ιατρού. Για το 1975 δόθηκαν τα εξής στοιχεία:

-έγιναν 23.200 νόμιμες αμβλώσεις 4,5% στους 1.000 κατοίκους

-2,6% στις 1.000 γυναίκες (15-44 ετών ) και

-398 νόμιμες αμβλώσεις στις 1.000 γεννήσεις.

Στη Γαλλία όπως αναφέρθηκε το θέμα ρυθμίστηκε με το περίφημο νόμο της Σιμόν Βέλ που ψηφίστηκε στις 17-1-1975. Ο νόμος καθιερώθηκε για μια δοκιμαστική περί-

οδο 5 ετών. Το γενικό πλαίσιο αυτού του νόμου επιτρέπει σε κάθε Γαλλίδα ή ξένη που διαμένει στη Γαλλία πάνω από τρεις μήνες, να διακόψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μέχρι την 20η εβδομάδα με την προϋπόθεση ότι θα γίνει από γιατρό δημοσίου ή ιδιωτικού νοσηλευτηρίου.

Στην Ιταλία μια δίκη το 1973 στην Πάντοβα γίνεται αφορμή για σειρά φεμινιστικών κινητοποιήσεων. Λίγο αργότερα «Ιταλικά Κέντρα Αντισύλληψης και Έκτρωσης» (CISA) άρχισαν να κάνουν δημόσια άμβλωση. Δύο χρόνια αργότερα στο CISA της Φλωρεντίας, 40 γυναίκες κατηγορούνται για άμβλωση και ο Διευθυντής του κέντρου συλλαμβάνεται.

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

Μέχρι το 1978 που ψηφίστηκε ο νόμος για τις αμβλώσεις έγιναν φεμινιστικές συναντήσεις σε εθνικό επίπεδο και η συντονιστική επιτροπή των Κέντρων Υγείας ετοίμασε την δική της πρόταση νόμου, που τελικά ψηφίστηκε και προέβλεπε την δυνατότητα της άμβλωσης σε γυναίκες πάνω από 28 χρονών με την συναίνεση του «γεννήτορα» και σε περιπτώσεις σοβαρού κινδύνου της φυσικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας σε σχέση με την νομική, κοινωνική, οικογενειακή της κατάσταση παρόλη την νομιμοποίηση, οι δυσκολίες της άμβλωσης παρέμειναν τεράστιες. Πολλοί γιατροί αρνούνται να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι παράνομες

αμβλώσεις συνεχίζονται σε ολόκληρη τη χώρα με τιμές αστρονομικές.

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

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

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

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

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

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

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

Στην Πολωνία η άμβλωση είναι ελεύθερη κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Από το 1959 υπάρχει έντονη αντίδραση από την Ένωση Γυναικών και την Εκκλησία

που συμμαχούν με την κυβερνητική πολιτική για την ενίσχυση των γεννήσεων.

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

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

Στην Τυνησία ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται ότι μειώθηκε από τότε που η έκτρωση νομιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκαν προγράμματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού.

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

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

Τέλος στην Ελλάδα ο ποινικός κώδικας (1609/1986) στο άρθρο 304 αναφέρεται σχετικά με την τεχνητή άμβλωση και ορίζει τα εξής: «η έγκυος η οποία με την θέλησή της σκοτώνει με έκτρωση ή με άλλο τρόπο το «κυοφορούμενο», που έχει ή επιτρέψει σ άλλον να πράξει κάτι τέτοιο τιμωρείται με φυλάκιση ως τρία έτη». Το ίδιο άρθρο συνεχίζει ότι αν κάποιος με συγκατάθεση της εγκύου θανατώνει το έμβρυο ή της προμηθεύει τα μέσα για αυτό τιμωρείται με φυλάκιση έξι μηνών τουλάχιστον.

Ακόμη ο ίδιος νόμος στο άρθρο 305 ορίζει ότι αν κάποιος κάνει αμβλώσεις κατά συνήθεια, τιμωρείται με κάθειρξη 10 ετών το πολύ. Δεν είναι άδικη και μένει ατιμώρητη η πράξη όταν γίνεται από γιατρό με σκοπό την αποφυγή κινδύνου της ζωής ή μόνιμης βλάβης της υγείας της εγκύου όταν ο κίνδυνος δεν αποφεύγεται με άλλον τρόπο. Επίσης ατιμώρητη μένει η άμβλωση που έγινε από γιατρό και με την συγκατάθεση της εγκύου όταν η σύλληψη έγινε από βιασμό αποπλάνηση ανήλικης κοπέλας ή αιμομιξίας.

Τέλος ο νόμος ορίζει φυλάκιση ανήλικης κοπέλας ως ένα χρόνο, για όποιου διαφημίζει αμβλωτικά φάρμακα ή με παρόμοιο τρόπο προσφέρει τις υπηρεσίες του για τον σκοπό αυτό.

Τα νομικά πλαίσια που υπάρχουν απέναντι στην έκτρωση ποικίλουν. Έτσι το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε χώρες με μέτρια περιοριστικούς νόμους όπου οι ανεπιθύμητες κυήσεις διακόπτονται μόνο όταν υπάρχουν ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ενδείξεις. Το άλλο 1/3 ζει σε χώρες χωρίς περιοριστικούς νόμους, και το υπόλοιπο σε χώρες όπου οι εκτρώσεις είναι παράνομες.

Ανεξάρτητα όμως από το νομικό καθεστώς κάθε χώρας, η νομιμοποίηση των εκτρώσεων έχει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα για αυτές που την έχουν υιοθετήσει.

Στα θετικά αποτελέσματα της νομιμοποίησης των εκτρώσεων συμπεριλαμβάνεται η μείωση των επιπλοκών τους αφού τώρα πια αυτές πραγματοποιούνται σε οργανωμένα ιατρικά κέντρα από ιατρούς και αποστειρωμένα ιατρικά εργαλεία και όχι από τις ίδιες τις γυναίκες με πρωτόγονα μέσα που έθεταν σε κίνδυνο ακόμα και την ίδια τους την ζωή.

Ένα ακόμη θετικό σημείο της νομιμοποίησης των εκτρώσεων είναι η μείωση της νεογνικής θνησιμότητας η οποία σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εκτός γάμου παιδιών. Συγκεκριμένα την νομιμοποίηση των εκτρώσεων στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα.

Τέλος, στα θετικά της νομιμοποίησης συγκαταλέγεται και η ελάττωση του αριθμού των παιδιών τα οποία εγκαταλείπονται μετά την γέννηση τους, και αυτό γιατί ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των παιδιών δεν γεννιούνται ποτέ ενώ όσα γεννιούνται και είναι ανεπιθύμητα δίνονται για υιοθεσία.

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων είναι το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες. Η ελάττωση του αριθμού των γεννήσεων ύστερα από την νομιμοποίηση των εκτρώσεων έχουν σε πολλές χώρες διπλασιαστεί. Αυτό αποδεικνύεται από εκτιμήσεις των ανθρώπων που ασχολούνται με αυτό το ζήτημα και όχι από ακριβή στατιστικά στοιχεία γιατί τα τελευταία είναι δύσκολο να υπάρξουν. Κατά την άποψη των μελετητών ο νόμος 304-305



του ποινικού κώδικα είναι ανεπαρκής γιατί δίνει έμφαση στο ποινικό τμήμα της άμβλωσης με αποτέλεσμα αυτές να αυξάνονται ώστε το πρόβλημα να οξύνεται.

Σκοπός του νόμου δεν θα πρέπει να είναι η τιμωρία αλλά η συνειδητοποίηση του ηθικού προβλήματος των αμβλώσεων και των συνεπειών που αυτές συνεπάγονται.

Το παραπάνω θα μπορούσε να επιτευχθεί με την ύπαρξη νόμου που να προωθεί τον ηθικό προβληματισμό μεσο της πληροφόρησης και της ενημέρωσης σχετικά με τους τρόπους άμβλωσης και τις συνέπειές τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Λιβανού (1984) ο πιο ριζικός τρόπος για να μπει τροχοπέδη στο φαινόμενο αυτό, είναι ίσως να βρεθεί τρόπος για να γίνουν και πάλι σεβαστές οι αξίες της αγνότητας και της παρθενίας. Δυστυχώς όμως, αυτή η λύση είναι λιγότερο ρεαλιστική. Είναι πράγματι γεγονός ότι πολλοί νέοι έχουν σεξουαλικές σχέσεις και σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις στο μέλλον θα είναι ακόμη περισσότεροι.

Σύμφωνα με την μελέτη της βιβλιογραφίας συμπεραίνουμε: ότι η εγκυμοσύνη δημιουργεί κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα ιδιαίτερα για τις μικρότερες ηλικίες. Για να ελαττωθεί το ποσοστό των κυήσεων και των εκτρώσεων πρέπει να εφαρμοσθούν σωστά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού. Επίσης οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης θα μειωθούν όταν η παρακολούθηση γίνεται σε οργανωμένα ειδικά κέντρα με σωστή ιατρική και κοινωνική φροντίδα.

Ακόμη διαπιστώθηκε ότι στην χώρα μας ο αριθμός των γυναικών που χρησιμοποιούν μια από τις ιατρικές μεθόδους αντισύλληψης (χάπι, spiral, διάφραγμα) βρίσκεται σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα κάνοντας έτσι την έκτρωση σαν την υπ' αριθμόν πρώτη μέθοδος περιορισμού των γεννήσεων με όλες τις γνωστές συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών. Σύμφωνα με την έρευνα του κέντρου οικογενειακού προγραμματισμού της Θεσσαλονίκης αποδείχτηκε ότι κύριος υπεύθυνος είναι η ίδια η γυναίκα που διακόπτει την αντισύλληψη που τις εδόθη από ειδικό γιατρό. Από 2572 γυναίκες που ερωτήθηκαν σε ποσοστό 77% είχε προταθεί στο παρελθόν μια από τις τρεις μεθόδους αντισύλληψης από τους γιατρούς των γυναικών παρ' όλα αυτά λιγότερες από τις μισές πείστηκαν

στη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης και από αυτές ένα 20% διέκοψαν μόνες τους την μέθοδο, ή σταματώντας το χάπι, η βγάζοντας το spiral ή τέλος μη χρησιμοποιώντας το διάφραγμα.

Έτσι λοιπόν κρίνεται πάλι αναγκαία η σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση, η κρατική μέριμνα και η ενεργή συμμετοχή του υγειονομικού προσωπικού προκειμένου να συμβάλλουν στην μείωση του αριθμού εκτρώσεων, Σ' αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν οι παράγοντες που κωλύουν στην ευρύτερη διάδοση του οικογενειακού προγραμματισμού στη χώρα μας όπως τους παρουσιάζει ο Αξιοτάκης Α. στο βιβλίο του («Άμβλωση» σελ.77-89, Αθήνα, 1987).

Σαν τέτοιοι παράγοντες αναφέρεται πρώτα πρώτα η αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη «ο ιατρικός κόσμος συνδέει τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού αποκλειστικά με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία φοβάται και επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών γιατί πιέζεται από κάποιες ομάδες οι οποίες αντιστρέφονται τον οικογενειακό προγραμματισμό. Χρειάζεται ακόμη μεγάλη προσπάθεια για να αποσυνδεθεί η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων» (Αξιοτάκης «Άμβλωση» σελ.77).

Ένας άλλος εξίσου σοβαρός παράγοντας είναι τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που αντιστρατεύονται την διάδοση των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού. « οι άντρες συνήθως θεωρούν σαν αντιστροφή των ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα ενώ συγχρόνως αδιαφορεί για το αποτέλεσμα της επαφής και παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα, με αποτέλεσμα, τη μη προώθηση του

οικογενειακού προγραμματισμού υπάρχουν και στο ιατρικό προσωπικό (Αξιωτάκης «Άμβλωση» σελ. 79) Τρίτος παράγοντας που αναφέρεται από τον ανωτέρω συγγραφέα είναι η ανεπάρκεια των υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού. Αναλυτικότερα αναφέρεται ότι δίνεται στον οικογενειακό προγραμματισμό η μικρότερη προτεραιότητα απ' όλες τις άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές.

Με συνέπεια να λείπουν ή να είναι ανεπαρκείς ειδικές υπηρεσίες. Σ' αυτό βέβαια συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη υγειονομικών στελεχών για να επανδρώσουν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Σημαντική βοήθεια σ' αυτόν τον τομέα μπορεί να δώσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση όχι μόνο στα σχολεία αλλά και σε άλλες πληθυσμιακές μονάδες .

Ένας άλλος παράγοντας , τέλος, ο οποίος περιγράφεται από τον Αξιωτάκη .Α. (1987) είναι η αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης. Με δυο λόγια αυτό σημαίνει ότι λόγω της ανασφάλειας που έχει δημιουργηθεί για την αποτελεσματικότητα κάποιων μεθόδων αυτές έχουν πάψει να χρησιμοποιούνται ή η χρήση τους γίνεται από λίγους και με επιφύλαξη. Πέρα όμως από τα ψυχολογικά εμπόδια που υψώνονται ώστε να μην χρησιμοποιηθεί μια αντισυλληπτική μέθοδος, ένας άλλος ανασταλτικός παράγοντας είναι και το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων καθώς και η αδυναμία του κράτους για δωρεάν παροχή του. Σαν συνέπεια όλων αυτών είναι η αύξηση των εκτός γάμου παιδιών αλλά και των αμβλώσεων σε όλο και μικρότερες ηλικίες, με επακόλουθα την δημιουργία μεγάλων κοινωνικών προβλημάτων όπως ο στιγματισμός της γυναίκας είτε προβεί σε άμβλωση είτε

ως ανύπαντρη μητέρα, και την αύξηση , τέλος οικονομικών και ψυχολογικών την αύξηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όχι μόνο τα άτομα αλλά και οι οικογένειες τους.

ως ανύπαντρη μητέρα, και την αύξηση , τέλος οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όχι μόνο τα άτομα αλλά και οι οικογένειες τους.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τους σεξολόγους έχει γίνει σαφές ότι πρέπει να αρχίσει να παρέχεται επιστημονική και ανθρωπιστική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από πολύ μικρή ηλικία στο σπίτι και στο σχολείο, απ' το νηπιαγωγείο ως το πανεπιστήμιο. Έτσι οι νέοι θα είναι ενημερωμένοι για τα ζητήματα που αφορούν τις προγαμιαίες σχέσεις και την αντισύλληψη πριν απ' την πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Ορισμένοι ειδικοί (κοινωνιολόγοι, ερευνητές γυναικολόγοι) πιστεύουν ότι πρέπει να αλλάζει η νοοτροπία πάνω σε αυτό το θέμα, ώστε η ενόχληση με τα προβλήματα της αντισύλληψης να προηγείται της πρώτης σεξουαλικής επαφής και όχι το αντίστροφο.

Κατά τη γνώμη μας η πρόληψη είναι το κύριο μέτρο αντιμετώπισης των εκτρώσεων. Για να υπάρχει όμως πρόληψη θα πρέπει να υπάρχει και σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση. Σήμερα στην Ελλάδα, όμως, ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού βρίσκεται ακόμη σε «βρεφική ηλικία». Και αυτό είναι πολύ λυπηρό γιατί ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μία από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου.

Είναι λοιπόν ανάγκη ο θεσμός αυτός να ενισχυθεί και να επανδρωθεί από έμπειρο και επιστημονικά καταρτισμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό (υγειονομικοί διαφωτιστές, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες) και να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα και κυρίως στην επαρχία που ο θεσμός αυτός δεν είναι γνωστός ούτε σαν όρος.

Το σύστημα του οικογενειακού προγραμματισμού για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να είναι προσιτό σ' όλους τους ανθρώπους. Θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν τις α-

προμηθεύουν στο κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών μέτρων. Επίσης θα πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα ανίκανα πνευματικά άτομα, στους αρρώστους, αναπήρους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα. Το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για να βελτιώνεται ολοένα και να εξαλείφει τυχόν αδυναμίες και κενά επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενούς του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου του σε τακτά χρονικά διαστήματα και να επανδρώνεται ανελλιπώς με ανθρώπους που έχουν σχέση με αυτή τη δουλειά.

Συνοψίζοντας προτείνουμε:

- Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πρέπει να επεκταθεί και σε άλλες Υπηρεσίες Υγείας – Πρόνοιας.
- Οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες μπορούν να συμβάλουν στην προσπάθεια πληροφόρησης διοργανώνοντας συζητήσεις, διαλέξεις, μοιράζοντας έντυπο υλικό, συνεργαζόμενες όμως πάντα με το σχολείο, τους γονείς και τους νέους ώστε η πληροφόρηση να είναι ουσιαστικότερη.
- Η ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να γίνεται από ειδικούς και να είναι ανάλογη για κάθε ηλικία ξεχωριστά, ενώ θα πρέπει να είναι σύμφωνη με το συναισθηματικό κόσμο και τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Ύπαρξη του μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης ώστε να είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα οι νέοι και ώριμοι στην απόφασή τους για προσωπική ζωή, επιλογή συντρόφου, δημιουργία οικογένειας αλλά και της φύλαξης της υγείας και ύπαρξής τους.



- Να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στους γονείς – παιδιά – σχολείο και αυτό να λειτουργήσει προς το συμφέρον των παιδιών.
- Η ανάπτυξη συνεργασίας ειδικών – γονέων σχολείου ώστε να τονισθεί και να κατανοηθεί η ιδιαίτερη αξία και σημασία της εμπλοκής των γονέων σε μια τέτοια διαδικασία.
- Η δημιουργία και λειτουργία σχολών γονέων και έκδοση σχετικού έντυπου υλικού θα βοηθούσε και θα προωθούσε τους γονείς ώστε να εμπλέκονται περισσότερο και με περίσσια κατανόηση στον τομέα αυτόν ανάπτυξης του παιδιού, εφήβου, νέου.
- Η δημιουργία συμβουλευτικού σταθμού μέσα σε κάθε φορέα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η ύπαρξη κοινωνικού λειτουργού μέσα στην επιστημονική ομάδα στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά και στις υπόλοιπες ομάδες δράσης ώστε να προσφέρει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του και να είναι πιο ολοκληρωμένη η λειτουργία του κέντρου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι  
Υπηρεσίες και Κέντρα Οικογενειακού  
Προγραμματισμού

Υπηρεσίες πληροφόρησης κοινού που μπορούν να απευθύνθουν οι πολίτες και να ενημερωθούν για θέματα αμβλώσεων και Οικογενειακού Προγραμματισμού.

-ΚΕΝΤΡΟ ΒΡΕΦΩΝ «ΜΗΤΕΡΑ»

Π. Δημοκρατίας 65, ΑΘΗΝΑ

Αγ. Ανάργυροι 13561

Τηλ. 01-2611181 – 2627155

-Μαιευτήριο

«Έλενα Βενιζέλου»

Πλ. Ελ. Βενιζέλου 2

ΑΘΗΝΑ 11521

Τηλ. 01-6462782

-Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού

Σόλωνος 121

ΑΘΗΝΑ 10678

Τηλ. 01-3606390

-Νοσοκομείο

«Αλεξάνδρα»

Λαμψάκου 6, ΑΘΗΝΑ

Τηλ. 01-7799424

## Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού

1. Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Αγ. Μαρίνης 2 – Λάρισα

Τηλ. 257229

2. Γενικό Νοσοκομείο «Αγ. Σοφία»

Ολύμπου 29, Πλ. Διοικητηρίου – Θεσσαλονίκη

Τηλ. 538777

3. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Δήμητρας 19 – Αλεξανδρούπολη

Τηλ. 24912

4. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πατρών Κλάους – Πάτρα

Τηλ. 223173

5. Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα»

Βασ. Σοφίας 80 – Αθήνα

6. Γενικό Νοσοκομείο «Ο Άγιος Παντελεήμων»

Φαναριωτών 3 – Νίκαια Πειραιά

Τηλ. 4915061

7. Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Χατζηκώστα

Λεωφ. Μακρυγιάννη – Ιωάννινα

Τηλ. 25691

8. Ιατροκοινωνικό Κέντρο Π.Ι.Κ.Π.Α.

Καρίλου 16- Αθήνα.

Τηλ. 5227376

9. Γενικό Νοσοκομείο Σερρών  
Σέρρες  
Τηλ. 63113
10. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου  
Πολυμέρι 134- Βόλος  
Τηλ. 27531
11. Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας  
Αμερ. Ερυθρού Σταυρού 113- Καβάλα  
Τηλ. 223376
12. Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής  
Σησμονόγλου 45- Κομοτηνή  
Τηλ. 24601
13. Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας  
Αθηνών 99- Καλαμάτα  
Τηλ. 23565
14. Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης  
Τέρμα Ερυθρού Σταυρού – Τρίπολη  
Τηλ. 222518
15. Γενικό Νοσοκομείο Άργους  
Κορίνθου 191 – Άργος  
Τηλ. 28242
16. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας  
Συνοικισμός Παπάγου-Βέροια  
Τηλ. 22082

17. Γενικό Νοσοκομείο «Τζάνειο»  
Αφεντούπολη κ. Ζαννή – Πειραιάς  
Τηλ. 4510751

18. ΙΚΑ Λάρισας  
Τηλ. 259410

19. Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης  
Τέρμα 4<sup>η</sup> Οκτωβρίου 1919 Ξάνθη  
Τηλ. 22388

20. Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου – Κρήτης  
Λεωφόρος Κνωσού – Ηράκλειο – Κρήτης  
Τηλ. 231931

21. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων – Κρήτης  
Δραγούμη Χανιά Κρήτης

22. Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας  
Φιλίππου 37 Έδεσσας  
Τηλ. 23222

23. Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης  
Κοζάνη  
Τηλ. 34759

24. Π.Ι.Κ.Π.Α. ΑΓ. Βαρβάρας  
Σερίφου 2 – Αιγάλεω  
Τηλ. 5441425

25. Π.Ι.Κ.Π.Α. Κόκκινου Μύλου  
Νικηταρά 2 – Στάση Σχολείου  
Τηλ. 2525911

26. Π.Ι.Κ.Π.Α. Μενιδίου  
Αγ. Κων/νου 39 Μενίδι  
Τηλ. 2463255

27. Π.Ι.Κ.Π.Α. Μεταμόρφωσης  
Κ. Βάρναλη 35 Μεταμόρφωση  
Τηλ. 2810108

28. Π.Ι.Κ.Π.Α. Ν. Σμύρνης  
Θ. Σοφούλη 46 – Στάση Αγ. Παρασκευής  
Τηλ. 9344550

30. Π.Ι.Κ.Π.Α. Ν. Σφαγείων  
Αθ. Διάκου – Κ Κλαζομενών – Ταύρος  
Τηλ. 343623

31. Π.Ι.Κ.Π.Α. Πλ. Αμερικής  
Φιντίου 19 – Στάση Καλλιφρονά  
Τηλ. 8649208

32. Π.Ι.Κ.Π.Α. Ν Ιωνίας  
Ελ. Αλαμείν 27 Στάση Τροχονόμου  
Τηλ. 2775348

Αναφέρονται από τον Παπανικολάου Ν.  
«Μαιευτική» Έκδοση 2<sup>η</sup>  
Θεσσαλονίκη, 1987

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**  
**ΠΙΝΑΚΕΣ**

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**



## ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.  
Ταξινόμηση με βάση την αποδοχή της και την νομική της κάλυψη.

### ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

### ΧΩΡΕΣ

I. Υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία

Δανία, Σουηδία, Γερμανία, Τσεχοσλοβακία

II. Αποδεκτή και καλυμμένη νομοθετικά

Πολωνία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία,  
Ιταλία, Βουλγαρία

III. Επίσημα αποδεκτή αλλά χωρίς  
ειδ. Νόμους

Μ. Βρετανία, Ε.Σ.Σ.Δ., Κάτω Χώρες

IV. Όχι απαγορευμένη αλλά πρακτικά  
δεν γίνεται

Ελλάδα, Τουρκία

»

ΠΗΓΗ: Γ. Κρεατσάς «Σεξ – Διαπαιδαγώγηση» 1989

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

Πότε αρχίζει το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής στις ευρ. Χώρες

### *Σχολική Βαθμίδα*

### *Χώρες*

Νηπιαγωγείο

Δανία, Γερμανία, Σουηδία,  
Αγγλία

Δημοτικό Σχολείο

Δανία, Γερμανία, Σουηδία,  
Αγγλία

Γυμνάσιο

Γαλλία, Ιταλία, Βουλγαρία,  
Πολωνία

ΠΗΓΗ: Γ. Κρεατσάς: «Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση», 1989

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

Πασοστία (%) κατανομή συχνότητας για την πιο προσιτή διαθέσιμη πηγή πληροφορησης σήμερα ως προς το φύλο, τη βαθμίδα εκπαίδευσης.

ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ (%)	ΦΥΛΟ Α / Κ	Β Α Θ Μ Ι Δ Α ΓΥΜΝΑΣΙΟ	Ε Κ Π Α Ι Δ Ε Λ Υ Κ Ε Ι Ο	Υ Σ Η Σ Π Α Ν / Μ Ε Ι Ο
1. Μητέρα	28,8	10,3 / 43,3	36	26,1	13,4
2. Φύλοι - Συμμεθητές	22,3	23,5 / 21,4	16,4	26,9	24,2
3. Τηλεόραση	8,7	14,2 / 4,5	12,4	7,1	2,7
4. Πατέρας	7,4	16,0 / 0,7	9,5	7,0	1,3
5. Περιοδικά	5,9	7,1 / 5,0	4,5	6,6	8,1
6. Προσωπική Εμπειρία	5,9	9,6 / 3,0	2,4	5,3	21,5
7. Εγκυκλο-παιδίες	4,2	2,9 / 5,3	2,5	4,9	7,4
8. Άλλοι Συγγενείς	2,4	2,4 / 2,5	2,7	2,2	2,7
9. Σχολικά Βιβλία	0,8	0,8 / 0,8	0,9	0,8	0,7
10. Καθηγητές	0,1	0,1 / 0,1		0,2	
11. Ιερέας	0,1	0,2 / 0,1	0,2	0,2	
12. Άλλη Πηγή	1,3	1,9 / 0,9	0,9	1,2	3,4

ΠΗΓΗ: Έρευνα Μ. Ηπιώτου στο βιβλίο του Ι. Ν. Παρασκευόπουλου  
«Διαφυλικές Σχέσεις» σελ. 404, Αθήνα, 1995

## ΠΙΝΑΚΑΣ IV

Ποσοστιαία κατανομή των πηγών πρώτης πληροφόρησης για θέματα σεξουαλικής λειτουργίας και συμπεριφοράς ως προς το φύλο.

Ποσοστιαία κατανομή (%)				
Πηγές Πληροφόρησης	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	
1. Μητέρα	20,3	4,6	32,6	
2. Γονείς - Οικογένεια	20,2	23,2	17,8	
3. Φίλοι - Συμμαθητές - Συνομήλικοι	19,9	24,7	16,1	
4. Βιβλία	9,3	10,2	8,7	
5. Τηλεόραση - Βίντεο	8,2	10,5	6,5	
6. Περιοδικά - Εφημερίδες	3,9	4,7	3,2	
7. Άλλοι Ενήλικοι	1,6	2,0	1,3	
8. Καθηγητές - Δάσκαλοι	0,4	0,5	0,3	
9. Προσωπική Εμπειρία	0,4	0,7	0,1	
10. Άλλη Πηγή	1,0	1,5	0,5	

ΠΗΓΗ: Έρευνα των Ν. Γιαννίτσα  
 Ηλία Μπεσβέκη  
 Γ. Γεωργουλέα

Αναφέρεται στο βιβλίο του Ι. Ν. Παρασκευόπουλου «Διαφυλικές Σχέσεις» σελ.398, Αθήνα, 1995

ΠΙΝΑΚΑΣ V

Ποσοστά (%) γυναικών ηλικίας 15-60 ετών ως προς τη μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιείται σε χώρες τις Ευρώπης.

ΧΩΡΑ	ΧΑΠΗ	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ	ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΟ	ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟ
Γαλλία	31,8	17,3	4,0	1,4	1,4	9,4
Αγγλία	31,0	8,0	16,0	2,0	1,5	
Ολλανδία	34,0	8,0	10,0	3,0	2,0	
Ελλάδα	2,0	10,0	10,0	4,0	2,0	
Ιρλανδία	44,0	4,0	8,0	4,0		40,0
Ισπανία	19,0	13,0	23,0	23,0	23,0	16,0
Γερμανία	33,0	10,0	7,0	1,0	2,0	14,0
Δανία	35,0	15,0	15,0	5,0	5,0	
Ιταλία	5,0	15,0	23,0	23,0	23,0	26,0
Πορτογαλία	32,0	6,0	18,0		6,0	38,0
Βέλγιο	35,0	10,0	78,0	2,0		5,0
Λουξεμβούργο	30,0	20,0	10,0		5,0	

ΠΗΓΗ: Ι. Ν. Παρασκευόπουλος «Διαφυλικές Σχέσεις» σελ. 420, Αθήνα, 1995

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ  
ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ**

## MARTYRIΕΣ

### MARTYRIA 1<sup>η</sup>

«Είμαι μια κοπέλα από επαρχία που ήλθα στην Αθήνα να σπουδάσω. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα βιασμού. Μετά τα πρώτα συμπτώματα πήγα στο φαρμακείο και ζήτησα τεστ εγκυμοσύνης . Μετά τα αποτελέσματα πείστηκα ότι είμαι έγκυος. Πήγα σε μια γυναίκα φαρμακοποιό της είπα τι μου συμβαίνει και μου είπε πως αν είμαι πολλών ημερών θα μου κάνει μια ένεση για διακοπή της εγκυμοσύνης. Επειδή δεν υπήρχε καμία προοπτική να βοηθηθώ, δεν είχα γονείς, φίλους και το σπουδαιότερο χρήματα πήγα και εργάστηκα για 2 μήνες.

Στις 28 Ιανουαρίου συγκέντρωσα τα χρήματα που μου χρειαζόταν και βρήκα ένα γυναικολόγο. Το Σάββατο, 1 Φεβρουαρίου 5.00 πήγα στο ιατρείο του. Κανόνισα να κάνω άμβλωση την Δευτέρα. Δευτέρα 3 Φεβρουαρίου ξαναπήγα στο ιατρείο μου έκανε μια ένεση και περίμενα για 20 λεπτά . Μετά με ανέβασε σε εκείνο το κρεβάτι και προσπαθούσε να βγάλει το έμβρυο βάζοντας το ένα χέρι στον κόλπο και πιέζοντας την κοιλιακή χώρα με το άλλο. Αρχίζα να κλαιω και να φωνάζω από πόνο. Μετά πήρε τα μηχανήματα και άρχισε την επέμβαση ενώ εγώ πονούσα περισσότερο. Είχα ιδρώσει και έτρεμα ολόκληρη. Μου κρατούσε τα χέρια και μου τραβούσε τα μαλλιά για να μην νοιώθω τον πόνο. Όταν τελείωσε η επέμβαση έφυγε. Γυρίζοντας μου έδωσε μια συνταγή, και ενώ δεν είχα συνέλθει ακόμη μου ζήτησε τα χρήματα προσθέτοντας. “Αν σε βρει η εφορία, ήρθες και έκανες μια εξέταση” και ετοιμάστηκε για να φύγει».

(Μόρφη .Π. «Παιδιατρική» Έκδοση 1<sup>η</sup> Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα, 1989 σελ. 39-40).

## ΜΑΡΤΗΡΙΑ 2η

Η φοιτήτρια Χριστίνα .Β. 20 ετών περιγράφει την δικιά της ιστορία λέγοντας τα παρακάτω.

« Με έβαλαν σε εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Φοβόμουν, αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας και ύστερα ένιωθα να χάνομαι σε ένα απέραντο κενό. Ξύπνησα σε ένα άλλο δωμάτιο. Ζαλιζόμουν και πονούσα παρόλα αυτά έπεισα την νοσοκόμα που ήταν δίπλα μου ότι αισθανόμουν καλά και έτσι ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη. Το άλλο πρωί πήγα στο πανεπιστήμιο. Έχουν περάσει επτά μήνες και σκέφτομαι ακόμα εκείνο το χαμένο μωρό» (Ronzo M «Άμβλωση» σελ.50 Μετ.Καραγιάνη .Γ. 1988).

+

## ΜΑΡΤΥΡΙΑ 3<sup>η</sup>

Η Μαίρη .Β περιγράφει την δική της ιστορία την οποία αναφέρει ο Αντώνιος Κωμνηνός στο βιβλίο(«Βασικές γνώσεις αντισύλληψης», σελ. 100, 1988). Λεει λοιπόν ο συγγραφέας αναλυτικότερα « είμαι μόλις 16 ετών και ετών ζήσει αυτή την εμπειρία. Είμαι ακόμη μαθήτρια και συντηρούμαι από τους γονείς μου οι οποίοι μαλώνουν συνεχώς ενώ η οικονομική μας κατάσταση είναι απελπιστική. Βρέθηκα λοιπόν με ένα νεαρό δίπλα μου πρόθυμο να με ακούσει και να με καταλάβει. Σχεδόν πριν δύο μήνες αισθάνθηκα πόνους στη μέση, ζάλη κυρίως τις πρωινές ώρες και πόνους στο στήθος, τα οποία συνοδεύονταν και από μια καθυστέρηση. Δίχως να έχω τις απαραίτητες γνώσεις για την αντισύλληψη και μετά από την παρότρυνση φίλης μου πήγα σε ένα γιατρό που μου σύστησε κρύβοντας φυσικά την ηλικία μου. Όταν ο γιατρός μου ανακοίνωσε ότι ήμουν έγκυος ένοιωσα όλα να χάνονται γύρω μου, με έπιασε απελπισία, δεν ήξερα τι να σκεφτώ και τι να



κάνω, δεν είχα χρήματα αλλά ούτε συμπαράσταση από τον φίλο μου με τον οποίο είχαμε διακόψει. Φρόντισα να τελειώσουν όλα γρήγορα με την βοήθεια της φίλης μου. Ντρέπομαι που χρησιμοποίησα αυτόν τον τρόπο για να απαλλαγώ από το μωρό, αλλά πιστεύω ότι ήταν ένα μεγάλο λάθος με σοβαρές συνέπειες για την υπόλοιπη ζωή μου».

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αξιωτάκη Α «Άμβλωση»

Έκδοση 1<sup>η</sup>

Αθήνα, 1987

2. Γιανοπούλου Αθηνά

«Διλήμματα και προβληματισμού στη σύγχρονη νοσηλευτική»

Έκδοση 1<sup>η</sup>

Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών

Νοσοκόμων «Η Ταβιθά»

Αθήνα 1992

3. Δετοράκης Ι.

«Οικογενειακός προγραμματισμός - Αντισύλληψη- Σεξουαλική διαφώτιση»

Έκδοση 3<sup>η</sup>

Εκδόσεις Πατάκη

Αθήνα, 1988

4. Δουμάνη Μαριέλα

«Η Ελληνίδα μητέρα άλλοτε και σήμερα»

Έκδοση 1<sup>η</sup>

Εκδόσεις Κέδρος

Αθήνα, 1989

5. Δορδοφόκη Ειρήνη «Άμβλώσεις ο αφανισμός του γένους».

Ευρωεκδοτική, 1985

6. Εγκυκλοπαίδια

«Για καλύτερες ερωτικές σχέσεις»

Ερωτική Αρμονία

5<sup>ος</sup> Τόμος  
Εκδόσεις Αρμονία  
Αθήνα, 1983

7.Εγκυκλοπαίδεια Φυσιολογίας και Ψυχολογίας  
«Σεξουαλική αγωγή για όλες τις ηλικίες»  
Έκδοση Ελληνική Παιδεία  
Αθήνα, 1973

8.Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής.  
«Θέματα προληπτικής ιατρικής»  
2<sup>η</sup> Έκδοση  
1<sup>ο</sup> Τόμος  
Εκδόσεις Λιβάνη  
Αθήνα, 1989

9.Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού  
Υπ. Υγείας- Πρόνοιας  
Αθήνα, 1989

10.Ζακόπουλος Νίκος  
«Σύγχρονος προβληματισμός – Ο σημερινός κόσμος»  
2<sup>η</sup> Έκδοση  
Εκδόσεις Στρατή Φιλιππάτη  
Αθήνα, 1983

11.Ινστιτούτο Ιατρικής Ψυχολογίας και Ψυχιατρική  
«Η σεξουαλική σφαίρα και ο νέος άνθρωπος»  
Αθήνα, 1969

12.Κεχαγιάς Πλ.  
«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης  
Απογευματινή της Κυριακής

Αθήνα, Φεβρουάριος 1993

13. Κομνηνός Αντ.

«Βασικές γνώσεις στην αντισύλληψη»

Ομιλία στο Πολεμικό Μουσείο

Αθήνα, Μάρτιος 1988

14. Κρεατσάς Γ.

«Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Μαθήματα  
γενετησιακής Αγωγής

2<sup>η</sup> Έκδοση

Εκδόσεις Δωρικός

Αθήνα, 1989

15. Λάνσεν Λουσιέν

«Από γυναίκα σε γυναίκα»

Εκδόσεις Γλάρος

Αθήνα, 1978

16. Λάιστ Μ.

«Ένας σύμβουλος για εφήβους και νέους»

Εκδόσεις Νότος

Αθήνα, 1980

17. Μορφής Γ.Λ

Παιδιατρική

Έκδοση 1<sup>η</sup>

Αθήνα, 1988

18. Παπανικολάου Ν.

«Μαιευτική»

2<sup>η</sup> Έκδοση

Θεσσαλονίκη, 1987

19. Πολύτεκνη Οικογένεια

«Προτάσεις για το δημογραφικό πρόβλημα»

Τρηνιακό δημοσιογραφικό όργανο «Πανελλήνιας Ένωσης Φύλλων Πολυτέκνων»

Αρ. Φύλλου 57

Αθήνα, Μάρτιος 1993

20. Παπαευαγγέλου Γ. – Ρουμελιώτου Α.

«Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού»

Αθήνα, 1987

21. Πουγουρά Π.

«Μαιευτική – Γυναικολογία»

1<sup>η</sup> Έκδοση

Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων

Αθήνα, 1988

22. Παπακώστα Σ.

«Το ζήτημα της τεχνολογίας»

Εκδόσεις Αδελφότητας Θεολόγων «Ζωή»

Αθήνα, 1993

23. Πολυσίδου Ε.

«Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα»

Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη

Θεσσαλονίκη, 1989

24. Νταλφίνη Δ.

«Έκτρωση και Αντισύλληψη. Φαινόμενα στην Ελληνική κοινωνία»

Αθήνα, 1980

25.Ραγιά Αφρ.  
«Βασική Νοσηλευτική»  
2<sup>η</sup> Έκδοση  
Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες  
Αθήνα, 1991

26.Ronzon M.  
«Το δημογραφικό πρόβλημα»  
Εγκυκλοπαίδεια Υγεία  
Μετ. Γαρουφαλιά Ν.  
3<sup>η</sup> Έκδοση, 3<sup>ος</sup> Τόμος  
Εκδόσεις Δωρικός  
Αθήνα, 1992

27.Smith Tony  
«Ειδικά Προβλήματα ζευγαριών – Στεριότητα και  
Αντισύλληψη»  
Ιατρικός Οδηγός  
Μετάφραση Ιατρική Εταιρία Αθηνών  
3<sup>η</sup> Έκδοση, 3<sup>ος</sup> Τόμος  
Εκδόσεις Π. Γιανέλη  
Αθήνα, 1991

28.Συμεωνίδη – Καστανίδη Ε.  
«Η άμβλωση ως πρόβλημα Ποινικού Δικαίου»  
Εκδόσεις Αντιγ. Ν. Σακουλά  
Έκδοση 1<sup>η</sup>  
Αθήνα 1984

29.Τίφερ Λήονορ  
«Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα»  
Εγκυκλοπαίδεια «Ο κύκλος της ζωής»  
Εκδόσεις Ψυχογιός

Αθήνα, 1982

30. Tor Dyman Gilbert

«Σεξουαλική Αγωγή για όλες τις ηλικίες  
Πραγματικότητες και Προβλήματα της σεξουαλικής  
ζωής»

Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία

Αθήνα, 1981

31. Τριχοπούλου Αντ.

«Προληπτική Ιατρική – Αγωγή Υγείας – Κοινωνική  
Ιατρική – Δημόσια Υγιεινή

1<sup>η</sup> Έκδοση

Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου

Αθήνα, 1986

32. Τριχόπουλος Δ.

«Επιδημιολογικές Αρχές – Μέθοδοι – Εφαρμογές

1<sup>η</sup> Έκδοση

Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου

Αθήνα, 1982

33. Παρασκευόπουλος Ι. Ν.

«Διαφυλικές Σχέσεις – Εισηγήσεις – Σεμινάρια

Κατάρτισης Εκπαιδευτικών σε θέματα

Σεξουαλικής Αγωγής και ισότητας των δύο φύλων»

Α, Β Τόμος

Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Αθήνα, 1995

34. Χαντζημηνάς Ι.

«Επίτιμος φιλοσοφία»

Εκδόσεις Παρισιάνος

Αθήνα , 1989

35. Λιβανού «Σεξουαλική υγεία – Ο ρόλος των ειδικών»  
Εκδόσεις Εταιρία οικογενειακού προγραμματισμού.  
Αθήνα , 1989

36. Μαδιανός Γ. «Υγεία και Ελληνική κοινωνία»  
Επίτιμος έκδοση: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών  
Αθήνα , 1988

37. Χλιαουτάκης Α.  
«Άμβλωση»  
Αθήνα , 1992



38. Σημειώσεις Υπουργείου Υγείας  
« Στόχος Οικογενειακού Προγραμματισμού»  
Αθήνα , 1988