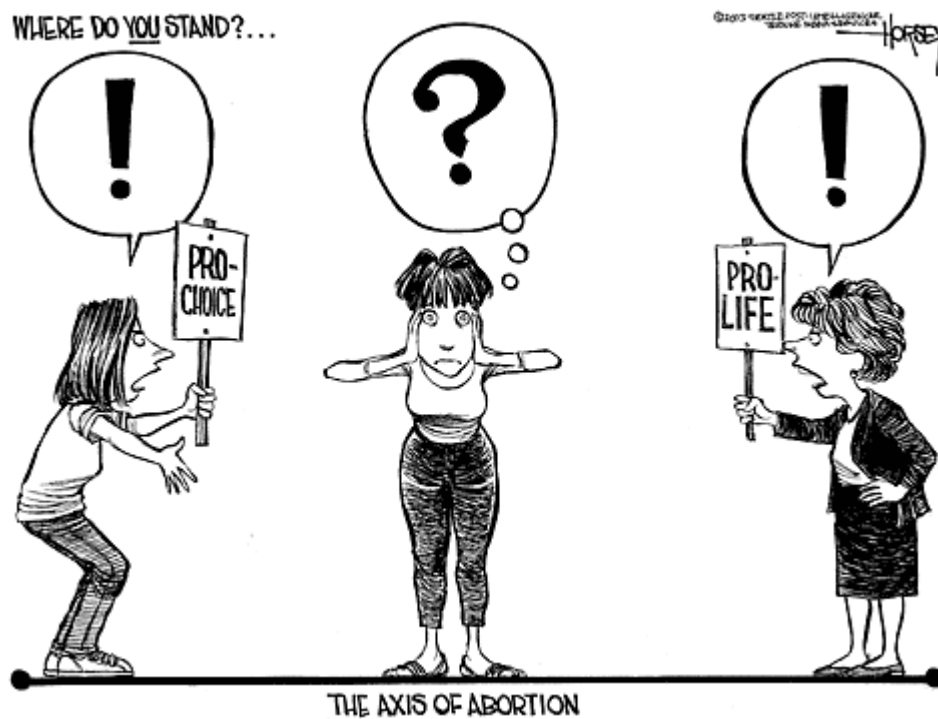


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
“ ΑΜΒΛΩΣΗ: ΕΝΑ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΖΗΤΗΜΑ. ”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΕΤΡΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΩ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ5

Το πρόβλημα6

Σκοπός μελέτης7

Ορισμοί όρων7

Μεθοδολογία9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Ιστορική αναδρομή10

1.2 Είδη άμβλωσης11

1.3 Μέθοδοι άμβλωσης15

1.3.1 Μέθοδοι άμβλωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου16

1.3.2 Μέθοδοι άμβλωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης.....16

1.3.3 Μέθοδοι άμβλωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.....17

1.4 Λόγοι που οδηγούν στην άμβλωση18

1.5 Το παιχνίδι των παραγόντων που διαμορφώνουν την απόφαση της γυναίκας 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις 33

2.2 Το μετεκρωτικό σύνδρομο48

2.3 Η ψυχολογία του ζευγαριού 49

2.4 Εμβρυακή ψυχολογία55

2.5 Επιπτώσεις της άμβλωσης στην υπάρχουσα ή μελλοντική οικογένεια της γυναίκας66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

3.1 Νομοθεσία	67
3.2 Απόψεις της εκκλησίας	77
3.3 Απόψεις επιστημόνων	82
3.4 Πολιτισμικές απόψεις	89
3.5 Κοινωνικές απόψεις	92
3.6 Φεμινιστικές απόψεις	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1 Εισαγωγή- Ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης	97
4.2 Μέθοδοι αντισύλληψης	100
4.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός	115
4.4 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση	121
4.5 Φορείς ενημέρωσης	129
4.6 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 Συμπεράσματα	136
5.2 Προτάσεις	138

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	140
------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η εργασία αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη του πτυχίου. Για την υλοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια μας κα Διαμάντω Γεωργίου, για την καθοδήγηση, την συμβολή της και την υποστήριξη της όσον αφορά στην δομή και την αποπεράτωση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε εκείνους που με τις πολύτιμες γνώσεις τους βοήθησαν στην διεύρυνση των πνευματικών μας οριζόντων, ανάμεσα στους οποίους είναι η καθηγήτρια μας κα Διαμάντω Γεωργίου, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Τσάκα Ασπασία και Δαλδάκη Αγγελική.

Καθώς και ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας και τους φίλους μας που με την διακριτική αλλά ουσιαστική τους παρουσία συντέλεσαν στην δημιουργία αυτής της εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Κοινωνική Λειτουργό στο Σύλλογο Αγέννητου παιδιού και τον πατερ-Χρύσανθο του Ιερού Ναού Αγίου Νεκταρίου Πατρών για τον πολύτιμο χρόνο τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αρχικά δίνεται μια ολοκληρωμένη εικόνα της έκτρωσης. Παρουσιάζονται δηλαδή οι λόγοι που οδηγούν στην έκτρωση, οι μέθοδοι έκτρωσης, οι επιπτώσεις της έκτρωσης στην γυναίκα και στο ευρύτερο της περιβάλλον και ο ρόλος του άνδρα.

Στην συνέχεια αναφέρεται η σχετική νομοθεσία και αναλύονται οι απόψεις της εκκλησίας, των επιστημόνων, των φιλοσόφων, της κοινωνίας και του φεμινισμού.

Γίνεται λόγος για την σημασία της αντισύλληψης, του οικογενειακού προγραμματισμού και της σεξουαλική διαπαιδαγώγησης. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρονται οι φορείς ενημέρωσης που απευθύνονται σε γυναίκες που χρήζουν βοήθειας και αναφέρεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στο κοινωνικό πρόβλημα που είναι η έκτρωση.

Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, καθώς και κάποιες προτάσεις που μπορούν να αποτελούν σημαντική πηγή για τον περιορισμό του αριθμού των εκτρώσεων. Επιπλέον, στο ίδιο κεφάλαιο παραθέτονται μαρτυρίες γυναικών, ανδρών και επιστημόνων, καθώς και τους προβληματισμούς που γεννήθηκαν από αυτή την έρευνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας (Αμερική) καθηγητής του τμήματος της Ιστορίας της Ιατρικής, έθεσε ένα ιατρικό πρόβλημα- ερώτημα και ζήτησε την άποψη των φοιτητών. «Σε ένα ζεύγος, που έχει 4 παιδιά, ο πατέρας είναι συφιλιδικός, η μητέρα φυματική και από τα παιδιά το 1^ο είναι τυφλό, το 2^ο πέθανε, το 3^ο είναι κωφάλαλο και το 4^ο φυματικό, ενώ η φυματική μητέρα εγκυμονεί το 5^ο παιδί της. Με τέτοια κληρονομική επιβάρυνση και τέτοια οικογενειακή δυστυχία, οι γονείς αποφάσισαν να κάνουν έκτρωση το 5^ο παιδί τους.

– Απαντήστε αν συμφωνείτε με την απόφαση του δυστυχισμένου ζεύγους να κάνει έκτρωση.

Η πλειονότητα των φοιτητών απάντησε ότι συμφωνεί με την απόφαση του ζεύγους να γίνει έκτρωση. Και η απάντηση του καθηγητή ήταν:

– Συγχαρητήρια. Μόλις δολοφονήσατε τον ...Μπετόβεν!

πράγματι ο Μπετόβεν είχε τα παραπάνω αδέρφια με το ιστορικό όπως καθαρά καταγράφηκε και τελικά έζησε και μεγαλούργησε, όπως έζησαν και τα άλλα δυο αδέρφια του που γεννήθηκαν μετά από αυτόν. Δεν γνωρίζουμε βέβαια εάν το παραπάνω ερώτημα απασχόλησε τους γονείς του Λουδοβίκου Μπετόβεν (1770- 1827) ή ήταν ένα υποθετικό παράδειγμα του καθηγητή. (‘‘ Οτι πεις εσύ δεν σημαίνει ότι συμφωνώ εγώ’’ , 1999)

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς, έχει κηρυχτεί ένας πραγματικός πόλεμος εναντίον των εμβρύων. Είναι ένας πόλεμος που διεξάγεται εδώ και δεκαετίες και όσο περνάνε τα χρόνια τα θύματά του αυξάνουν. Ο πόλεμος των αμβλώσεων έχει πάρει κολοσσιαίες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με απόσπασμα από το άρθρο της κ. Δέσποινας Χαιτίδη στο περιοδικό "ΜΕΤΡΟ" κάθε χρόνο γίνονται 50.000.000 εκτρώσεις παγκοσμίως από τις οποίες οι 20.000.000 είναι παράνομες. Στην Αμερική το 49% των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες και οι μισές από αυτές τερματίζονται με έκτρωση. Στην Αγγλία το 2002 έγιναν 390 εκτρώσεις και σε ηλικίες κάτω των 14 ετών. Σοβαρά προβλήματα σημειώνονται σε μια με δύο γυναίκες σε κάθε 1.000 εκτρώσεις, δηλαδή κάθε χρόνο περίπου 100 γυναίκες στην Αγγλία αποκτούν σοβαρό πρόβλημα μετά από μια έκτρωση. Στις Η.Π.Α. το 1973 έγιναν 774.000 εκτρώσεις, ενώ το 1996 έγιναν 1.365.700 εκτρώσεις. Οι εκτρώσεις στη Ελλάδα φημολογείται πως είναι 300.000 ετησίως. Γυναικολόγοι που ασκούν το επάγγελμα στην Ελλάδα και την Αγγλία υπολογίζουν πως οι εκτρώσεις στη χώρα μας κυμαίνονται από 100.000 έως 200.000 τον χρόνο. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές από τις εκτρώσεις που γίνονται δεν

καταγράφονται επίσημα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό. Για όσους μάλιστα ισχυρίζονται πως είναι χριστιανοί, το θέμα έχει τεράστια σημασία. Στην περίπτωση αυτή το ερώτημα είναι αν έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα, πόσο μάλλον ο γιατρός, να υποκαθιστά το Θεό.

Εκείνο που έχει σημασία είναι ότι η πρακτική αυτή που παλιότερα είχε θεωρηθεί "περιθωριακή", έχει τόσο επεκταθεί στον καιρό μας, ώστε μια μελέτη πριν από μερικά χρόνια αποδείκνυε ότι οι θάνατοι των εμβρύων από εκτρώσεις ήταν 240 φορές περισσότεροι από τους θανάτους στον πόλεμο του Βιετνάμ. Κανένας βέβαια δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής αποτέλεσε πάντοτε το τυπικό χαρακτηριστικό κάθε πολιτισμένες κοινωνίες. (Περιοδικό "ΜΕΤΡΟ", τεύχος 111, Φεβρουάριος 2005, με τίτλο "Έκτρωση")

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της έκτρωσης ως κοινωνικό φαινόμενο και ο ρόλος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Οι επιμέρους στόχοι που τέθηκαν είναι:

- A) Να γίνει μελέτη στα ουσιαστικά σημεία της έκτρωσης και στην ψυχοσύνθεση της γυναίκας.
- B) Να γίνει αντιπαράθεση των απόψεων ειδικών σε νομικό, θεολογικό, επιστημονικό, κοινωνικό, φιλοσοφικό και φεμινιστικό επίπεδο.
- Γ) Να γίνει μελέτη στη σημασία της αντισύλληψης και στο ρόλο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Άμβλωση :Ως άμβλωση χαρακτηρίζεται η τεχνητή διακοπή μιας εγκυμοσύνης με απώλεια του κυοφορούμενου, προτού γίνει βιώσιμο (τέλος της 28^{ης} εβδομάδας της κύησης), χωρίς να υπάρχει ιατρική ένδειξη, άσχετα

από το αν έγινε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης ή με εξωιατρικά μέσα. (Παπανικολάου, 1994)

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

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

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

Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση: Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι η προσπάθεια εφαρμογής των αξιών (ηθικών και συμπεριφοράς) σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, από τη νηπιακή του ηλικία μέχρι τη στιγμή που γίνεται γονιός. (Κρεατσάς, 1989)

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

β) Η αντισύλληψη περιλαμβάνει τις μεθόδους εκείνες που επιτρέπουν στα ζευγάρια να έχουν σεξουαλικές επαφές δίχως το φόβο μιας ανεπιθύμητης

εγκυμοσύνης, επιτρέποντας τους ταυτόχρονα τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν τη γονιμότητά τους μόλις το θελήσουν. (Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, 1997)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η βιβλιογραφική αυτή μελέτη είναι η παρουσίαση του προβλήματος της έκτρωσης και η σημασία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Οι βασικοί στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

- A) Ως προς την έκτρωση.
- B) Ως προς τις επιπτώσεις της έκτρωσης στην γυναίκα.
- Γ) Ως προς την ψυχολογία της γυναίκας πριν και μετά την έκτρωση.
- Δ) Ως προς τα μέτρα που εφαρμόζονται από την πολιτεία για την πρόληψη των εκτρώσεων και την ύπαρξη φορέων ενημέρωσης.

Για την συγγραφή αυτής της εργασίας χρειάστηκε η συγκέντρωση υλικού από συγκεκριμένη βιβλιογραφία για το θέμα. Η διαδικασία συγκέντρωσης του υλικού δεν είχε ιδιαίτερες δυσκολίες, μόνο στο κομμάτι που αναφέρει την γνώμη του άντρα η βιβλιογραφία ήταν ελλιπείς. Ο χρόνος που χρειάστηκε για να διεκπεραιωθεί η εργασία αυτή υπολογίστηκε και εκτελέστηκε περίπου στους δέκα μήνες.

Για τη συλλογή πληροφοριών απευθυνθήκαμε: 1. Στη Βιβλιοθήκη του Τ.Ε.Ι. Πατρών, 2. Στη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών, 3. Στη Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πατρών, 4. Στο Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, 5. Στον Ιερό Ναό Αγίου Νεκταρίου Πατρών, 6. Στην Κοινωνική Υπηρεσία του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών, 7. Στο διαδίκτυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Ιστορική αναδρομή

Είναι γνωστό από τους ανθρωπολόγους, ότι η πρώτη προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει ή να περιορίζει το μέγεθος της οικογένειας του επιτεύχθηκε δια της ανθρωποκτονίας. Η έκτρωση φαίνεται να είναι εξίσου παλιά μέθοδος και ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Σε διασωθέν γραπτό κινέζικης Βοτανικής, προ 5.000 ετών, αναφέρεται ο υδράργυρος ως δραστικό εκτρωτικό φάρμακο και οι γνωστοί πρώτοι ιατρικοί Αιγυπτιακοί πάπυροι KAHUNI και EBERS, που γράφτηκαν πριν 3.000 χρόνια, αναφέρουν συνταγές για την πρόκληση εκτρώσεως. Η έκτρωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα έως του 6^{ου} μ.Χ. αιώνα και κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε.

Ο ανθρωπολόγος George Devereux αναφέρει κατάλογο παλαιών μεθόδων, επί τόπου ψηλά πηδήματα των γυναικών επί εδάφους, εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στο επιγάστριο, εισαγωγή ειδικών σπιλέτων εντός της μήτρας (γυναίκες στην Ταϊτή), την κατάποση εκτρωτικών εκχυλισμάτων από δηλητηριώδη βότανα κατόπιν βρασμού σε ούρα αγελάδας (γυναίκες στην Κεϋλάνη) – μερικές από τις οποίες χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα.

Μετά την εμφάνιση του χριστιανισμού και την αποκρυστάλλωση 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».

Η πρώτη διά νόμου απαγόρευση της έκτρωσης θεσμοθετήθηκε στη Ρώμη, το 211 μ.Χ., και η τιμωρία ήταν προσωρινή εξορία, αλλά η εξάπλωση του χριστιανισμού σκλήρυνε τη στάση κατά της έκτρωσης, η οποία θεωρήθηκε δολοφονία έμβριου όντος.

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών Κρατών απέναντι στο πρόβλημα των εκτρώσεων του 19^{ου} αιώνα οφείλεται σε μια σειρά λόγων. Μερικοί από τους οποίους είναι το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλλε 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.

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 έκτρωση και την παράταση του χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Εν τούτοις η παραδοχή των εκτρώσεων από τους αρχαίους φιλοσόφους δεν ήταν καθολική. Ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας αποδέχονταν την έκτρωση για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, εφ' όσον αυτή εκτελείται κατά τους πρώτους μήνες της κύησης, πριν η μητέρα αντιληφθεί τα πρώτα σκιρτήματα, οπότε το έμβρυο δεν είναι ακόμη ολοκληρωμένος ζων οργανισμός. Επιπλέον ο Πλάτωνας θεωρούσε ως υποχρεωτική την έκτρωση σ' όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών. Αντιθέτως ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Γαληνός καταδίκάζαν την έκτρωση ως εγκληματική πράξη. Η αρνητική επίσης θέση του Ιπποκράτη για την έκτρωση συμπεραίνεται από τον Ιπποκράτειο όρκο: «...ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω».

Αναμφισβήτητη άρνηση αποδοχής της έκτρωσης εκφράζει ο Ιουδαϊσμός, ο οποίος προβλέπει βαριές ποινές για τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε τέτοια επέμβαση. Η εν λόγω αντίληψη προστέθηκε στη Χριστιανική θρησκεία μέσω του Αγίου Αυγουστίνου γύρω στα 400 μ.Χ. και απαγορεύει τη έκτρωση, έστω και για θεραπευτικούς λόγους ή ακόμα κι όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας και παραμένει μέχρι σήμερα αμετάβλητη στο Καθολικό κυρίως δόγμα. (Δορκοφίκη,1985)

1.2 Είδη άμβλωσης

Όταν η έκτρωση γίνει αναπόφευκτη, λόγω της αιμορραγίας ή της διαστολής του τραχήλου, εξελίσσεται σε τέλεια ή ατελή.

1. ΤΕΛΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ: Λέγεται όταν ολόκληρο το κύημα έχει εγκαταλείψει την ενδομήτρια κοιλότητα. Οι συστολές της μήτρας μοιάζουν με ωδίνες «μικρού τοκετού». Ο τράχηλος είναι ανοιχτός και συνεχίζεται η αιμορραγία. Η μήτρα

συσπάται και δεν χρειάζεται να γίνει καμία θεραπεία εκτός από την αντιμετώπιση της μεθαιμορραγικής αναιμίας.

2. ΑΤΕΛΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗ: Λέγεται όταν μέσα από το ανοιχτό τραχηλικό στόμιο πέσει το μεγαλύτερο μέρος του κυήματος. Μέρος του πλακούντα παραμένει με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η αιμορραγία. Η ταξινόμηση βασίζεται σε κλινικά και παθολογικά δεδομένα και είναι αρκετά ευέλικτη για να δεχτεί μια κατάσταση που η διάγνωση συχνά είναι μόνο υποθετική.

3. ΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Λέγεται όταν εμφανιστεί αιμορραγία πριν από την 28^η ,εικοστή όγδοη εβδομάδα. Είναι δυνατό να συνοδεύεται από πόνο, ακόμα και πριν αρχίσει η διαδικασία της έκτρωσης αλλά η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί. Μερικές γυναίκες εμφανίζουν μια τάση αιμορραγίας στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, με άγνωστη αιτιολογία. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί απόπτωση του φθαρού στον αναμενόμενο χρόνο της εμμηνορρυσίας, που δεν εμφανίστηκε μέχρι 12 εβδομάδες. Στην ασθενή συστήνουμε να παραμείνει στο κρεβάτι και να γίνει υπερηχογραφικός έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το έμβρυο είναι ζωντανό. Αν πράγματι είναι ζωντανό τότε θα πρέπει να καθησυχαστεί η ασθενής και να της συστηθεί η προοδευτική κινητοποίηση της.

4. ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Εδώ η αιμορραγία είναι δυνατόν να είναι μικρή και ο τράχηλος να είναι ακόμα κλειστός. Κλινικά η γυναίκα εμφανίζει την εικόνα της απειλούμενης έκτρωσης αλλά η αιμορραγία είναι πλακουντιανή και το κύημα ήδη νεκρό. Στη συνέχεια θα εμφανιστούν οι επώδυνες συσπάσεις της μήτρας και θα αρχίσει η διαστολή του τραχήλου. Οι υπέρηχοι θα επιβεβαιώσουν ότι η εγκυμοσύνη δεν συνεχίζεται και η θεραπεία είναι το άμεσο άδειασμα της μήτρας.

5. ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Η κατακράτηση ενός κυήματος για χρονικό διάστημα αρκετών εβδομάδων. Συνήθως, ο θάνατος του κυήματος περνάει απαρατήρητος ή εκδηλώνεται με μικρή κολπική αιμορραγία. Αυτή συνήθως αποχωρεί μετά από τη θεραπεία που χορηγείται για την απειλούμενη έκτρωση. Επίσης, θα σταματήσει η διόγκωση των μαστών και το μέγεθος της

μήτρας θα ελαττωθεί, λόγω απορρόφησης του αμνιακού υγρού. Το τεστ εγκυμοσύνης θα βγει αρνητικό μια περίπου εβδομάδα μετά το θάνατο του κύηματος, ενώ οι υπέρηχοι θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Αν το κύημα παραμείνει για αρκετό διάστημα, καταλήγει σε σαρκώδη μύλη ή εμβρεγμένο έμβρυο. Η σαρκώδη μύλη είναι μια λοβώδης μάζα που αποτελείται από πήγματα αίματος. Οι προεξοχές στη συρρικνωμένη κοιλότητα οφείλονται στις συχνές αιμορραγίες μέσα στη χοροφθορτοειδή περιοχή. Στην πολύ μικρή εγκυμοσύνη (μέχρι δώδεκα εβδομάδες) είναι δυνατό να απορροφηθεί τέλεια το νεκρό κύημα. Στο εμβρεγμένο έμβρυο τα οστά του κρανίου υποχωρούν και εφιππεύουν, ενώ η σπονδυλική στήλη κάμπτεται. Τα ενδοκοιλιακά όργανα εκφυλίζονται και η κοιλιά γεμίζει με οροαιματηρό υγρό. Το δέρμα αποκολλάται εύκολα.

6. ΣΗΠΤΙΚΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Είναι η μόλυνση που είναι δυνατό να επιλέξει την έκτρωση, μόλις αρχίσει η διαστολή του τραχήλου ή κατά την εισαγωγή των εργαλείων μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.

ΑΙΤΙΕΣ

A) Καθυστέρηση στην κένωση της μήτρας, είτε επειδή η ασθενής καθυστέρησε να συμβουλευτεί το γιατρό της, είτε γιατί η κένωση της μήτρας με απόξεση δεν ήταν τέλεια. Η μόλυνση εμφανίζεται μετά από 48 ώρες και οφείλεται στους μικροοργανισμούς του κόλπου.

B) Τραυματισμός, είτε διάτρηση της μήτρας, είτε ρήξη του τραχήλου. Η επούλωση καθυστερεί και η μόλυνση είναι πιθανό να εξελιχτεί σε περιτονίτιδα ή σε έντονη φλεγμονή των κυττάρων. Στις εγκληματικές αποξέσεις υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλωθεί σηπτική κατάσταση.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ελαφρά αιμορραγία που συνεχίζεται με πυρετό και ταχυσφυγμία. Κατά την εξέταση παρατηρείται ευαισθησία της πυέλου, ενώ η ασθενής είναι ανήσυχη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή θα πρέπει να είναι δραστική έτσι ώστε να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του σηπτικού σοκ. Επιβάλλεται η λήψη κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος, καθώς επίσης και καλλιέργεια αίματος. Στη συνέχεια χορηγείται ένα αντιβιοτικό με ευρύ φάσμα, όπως η κεφαλοσπορίνη, μαζί με ένα σκεύασμα δραστικό έναντι των αναερόβιων. Η αποξένωση θα πρέπει να εκτελεστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, γιατί δεν υπάρχει κανένα κέρδος από την παραμονή του φλεγμονώδους υλικού μέσα στη μήτρα. Η σηπτική μήτρα τραυματίζεται πολύ εύκολα.

7. ΚΑΤΑ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ: Λέγεται όταν συμβούν τουλάχιστον τρεις συνεχόμενες αυτόματες εκτρώσεις.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Έναν παράγοντα που επαναλαμβάνεται, σπάνια τον διαπιστώνουμε. Παρόλα αυτά, χρειάζεται να γίνει έλεγχος για κάθε μια από τις διάφορες καταστάσεις που αναφέρονται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία συνήθως είναι εμπειρική και όταν πετύχει, δεν θα πρέπει να αγνοηθεί ο ψυχολογικός παράγοντας της στενής ιατρικής παρακολούθησης. Η ανάπαυση και η επιβεβαίωση μέσω των υπερήχων ότι η εγκυμοσύνη εξελίσσεται κανονικά, παίζουν κάποιο θετικό ρόλο.

8. ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Είναι η θεληματική διακοπή της εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που δεν προβλέπεται από το νόμο ή όταν για κανένα λόγο δεν υπάρχει συγκατάθεση.

9. ΠΡΟΚΛΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ: Εννοούμε μια έκτρωση που προκλήθηκε από την απευθείας επέμβαση μέσω των, που υιοθετήθηκε εθελοντικά από την έγκυο ή από τον μαιευτήρα ή άλλο πρόσωπο, με σκοπό να προκαλέσουν τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Σε αυτή την περίπτωση υπεισέρχονται η θεραπευτική έκτρωση και η εγκληματική έκτρωση.

A) Ως θεραπευτική έκτρωση ο νόμος εννοεί την προκλητή από το γιατρό έκτρωση για την αποφυγή ενός κινδύνου είτε φυσικού, είτε ψυχικού για τη ζωή της μητέρας, λόγω της υπάρχουσας εγκυμοσύνης. Μπορεί να πρόκειται για

μια σοβαρή καρδιοπάθεια, μια χρόνια νεφρίτιδα και άλλες παρενέργειες. Σε αυτή την περίπτωση η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης δεν τιμωρείται από το νόμο.

B) Εγκληματική έκτρωση είναι η περίπτωση των γυναικών που μένοντας έγκυες χωρίς να επιθυμούν μια εγκυμοσύνη αποφασίζουν να τη διακόψουν. (Παπανικολάου, 1994)

1.3 Μέθοδοι άμβλωσης

1.3.1 Μέθοδοι άμβλωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα

Παρ' ότι ο μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευτεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος " επείγουσα αντισύλληψη " που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης μέρας, εφ' όσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

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

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

1.3.2 Μέθοδοι άμβλωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης

Απόξεση με αναρρόφηση (D&C): Σε εγκυμοσύνες μικρότερες των 8 εβδομάδων, η μέθοδος της αναρρόφησης και απόξεσης, και σε πολύ μικρή έκταση, μόνο η οξεία απόξεση είναι οι πιο συχνές τεχνικές για τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Ένας σωλήνας μεγάλης αναρροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το αγέννητο παιδί σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται σε ένα δοχείο. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας. (Shulman, 1994)

Mifepristone: (εβδομάδα 5 έως 7). Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντα και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις Η.Π.Α. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές. (Shulman, 1994)

Methotrexate: (εβδομάδα 5 έως 9). Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την F.D.A. (στις Η.Π.Α.) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης(διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις στο γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας. (Shulman, 1994)

1.3.3 Μέθοδοι άμβλωσης σε προχωρημένο στάδιο της κυήσεως.

Διαστολή και αναρρόφηση: Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος. Ένας αναρροφητικός εμβρυουλκός συνδέεται με αντλία κενού, περνάει μέσα από το άνοιγμα της μήτρας και γίνεται η αναρρόφηση του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής, όταν γίνεται κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αν χρησιμοποιηθεί μετά τη 12η εβδομάδα, είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας, ώστε να μπορέσει να εισέλθει ο αναρροφητικός εμβρυουλκός.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί δεξιότητα και συνίσταται στη διαστολή του αυχένα της μήτρας και στο ξύσιμο των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας με ένα ξέστρο, που μοιάζει με κουτάλι. (Δετοράκης, 1997)

Αλατούχα ένεση: Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 ημέρες αποβάλλονται το έμβρυο και στη συνέχεια ο πλακούντας. Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά τη 16η και μέχρι την 24η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 ημέρες, αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στις άλλες μεθόδους. (Δετοράκης, 1997)

Μυϊκή καταπόνηση και γενική βία: Όταν η γυναίκα είναι υγιής, το γονιμοποιημένο ωάριο είναι σταθερά προσκολλημένο στο βλεννογόνο της μήτρας. Επομένως, τόσο η υπέρμετρη σωματική δραστηριότητα, όσο και η εφαρμογή βίαιης μηχανικής επίδρασης που επιφέρεται απ' ευθείας στο σώμα της εγκυμονούσας, είτε από την ίδια, είτε από άτομα του περιβάλλοντος της, παραμένουν χωρίς αποτέλεσμα. Αντί δε της επιθυμητής διακοπής της κυήσεως μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ενδοκοιλιακές ή ενδοθωρακικές κακώσεις, όπως ρήξη του ήπατος ή της σπλήνας, κατάγματα των πλευρών ή της πυέλου με επακόλουθο την τραυματική καταπληξία ή την εσωτερική αιμορραγία. (Μπεναρδή, 1985)

Prostaglandin: (εβδομάδα 16 έως 38). Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό

μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Η γέννηση ζωντανών βρεφών είναι συνήθης. Πιθανοί κίνδυνοι είναι σπασμοί, εμετός και ανακοπή καρδιάς.(Shulman, 1994)

Εμβρυοτομή (D & E): (εβδομάδα 13 έως 20). Ο τράχηλος διαστέλλεται. Με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο "γιατρός" που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το παιδί και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας. (Shulman, 1994)

Ένεση με Digoxin: (εβδομάδα 20 έως 32). Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.(Shulman, 1994)

Υστεροτομή: (εβδομάδα 24 έως 38). Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή. (Shulman, 1994)

D & X: (εβδομάδα 20 έως 32+). Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης" ("partial- birth abortion"). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού. (Shulman, 1994)

1.4 Λόγοι που οδηγούν στην άμβλωση

Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου στρες. 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.

ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Σ' αυτή την απόφαση θα παίξουν ρόλο τόσο οι βιολογικοί όσο και οι ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες. Για παράδειγμα αν το έμβρυο είναι πάσχον ή εξωμήτριο, οπότε αναγκαστικά θα κάνει έκτρωση. Εάν η κύηση είναι προϊόν βιασμού ή αν πρόκειται να παντρευτεί τον πατέρα του παιδιού, αν θέλει το μωρό, αν νιώθει τύψεις. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χαρακτηριστούν ως προσωπικές παράμετροι, γιατί αφορούν την κάθε γυναίκα ξεχωριστά και έχουν να κάνουν με τη βιολογικό- ψυχοσυναισθηματική πλευρά της οντότητας της.

Η θετική ή αρνητική γνώμη που εκφράζει η γυναίκα όταν της τίθεται ερώτηση πάνω στο θέμα της έκτρωσης, είναι σχετική με την ηλικία της και το συγκεκριμένο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον της. Οι νέες κοπέλες (18 ετών) που βρίσκονται στην αρχή του αναπαραγωγικού τους κύκλου, δεν απορρίπτουν το ενδεχόμενο της έκτρωσης. Αντίθετα, οι μεγαλύτερες γυναίκες (29 και άνω) φαίνεται να αντιμετωπίζουν πιο ψύχραιμα την πιθανή αύξηση των μελών της οικογένειας.

ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

Σε συνάρτηση με την ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης επηρεάζει τη στάση της γυναίκας απέναντι στην έκτρωση. Η επιφύλαξη των καλλιεργημένων

γυναικών στο θέμα της έκτρωσης, σε αντίθεση με γυναίκες μετρίου μορφωτικού επιπέδου, οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρώτες όχι μόνο έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της σοβαρής αναταραχής που υφίσταται ο οργανισμός κατά την έκτρωση, αλλά είναι πληροφορημένες σχετικά με τη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων.

Το ποσοστό των γυναικών μετρίου μορφωτικού επιπέδου που τάσσεται υπέρ της έκτρωσης, δύσκολα εξηγείται. Ίσως να πρόκειται για υποσύνολο γυναικών, προκειμένου να επιτύχουν βελτίωση των συνθηκών της οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής, αποφασίζουν έτσι να αρκεστούν σε ένα, το πολύ δυο παιδιά, τα οποία αποφασίζουν να μορφώσουν με κάθε θυσία μια και αυτές δεν μπόρεσαν να σπουδάσουν.

Ακόμη το υψηλότερο ποσοστό των γυναικών που απορρίπτουν την έκτρωση έχει μόρφωση δημοτικού. Οι γυναίκες αυτές ανήκουν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό και απορρίπτουν την έκτρωση λόγω των κοινωνικών και κυρίως των θρησκευτικών πεποιθήσεων τους.

Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το ποσοστό των γυναικών που αποδέχονται την έκτρωση είναι αντιστρόφως ανάλογο με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο. Θα ήταν φυσικό οι εργαζόμενες με πλήρες ωράριο να καταφεύγουν στην έκτρωση πολύ περισσότερο από τις εργαζόμενες με μειωμένο ωράριο και τις μη εργαζόμενες.

Σύμφωνα με τη νοοτροπία των εργαζόμενων μητέρων, στις οικογένειες όπου και οι δυο σύζυγοι εργάζονται, δημιουργούνται κοινωνιολογικές προϋποθέσεις αρνητικές προς την έκτρωση.

Σύμφωνα με έρευνα, το ποσοστό των γυναικών που δηλώνει ότι έχουν οικονομικές δυσκολίες, είναι ιδιαίτερα αυξημένο, ενώ εκείνες που δεν συναντούν τέτοιας φύσεως δυσκολίες, αποτελούν το 13,3 % δηλαδή 1 στις 10 γυναίκες. Ο όρος οικονομική δυσκολία δεν βασίζεται σε αντικειμενικούς οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους.

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

έκτρωσης, ανέρχεται σε 64,4%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που συναντά πολύ συχνά οικονομικές δυσκολίες και που δέχονται την έκτρωση αντιστοιχεί σε 59%. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η κοινωνική κατάσταση δεν επηρεάζει αισθητά τη γνώμη τους υπέρ ή κατά της έκτρωσης.

Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η έκτρωση φαίνεται να αποτελεί αναγνωρισμένο μέσο για την αποφυγή ενός άλλου παιδιού όταν υπάρχουν στην οικογένεια μεγάλης ηλικίας παιδιά και ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεγάλος αριθμός παιδιών στην οικογένεια και, λόγω οικονομικής κατάστασης, αδυνατεί η μητέρα και ο πατέρας να τα μεγαλώσει. Χρησιμοποιείται σαν μέσο για την αποφυγή εξόδων. (‘‘ Εγώ το αγέννητο παιδί ’’, 2001)

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνήθως μερικοί από αυτούς συνυπάρχουν. Για να αναλύσουμε έναν-έναν τους παράγοντες αυτούς, κατατάξαμε στις παρακάτω κατηγορίες τις γυναίκες που οδηγούνται σε έκτρωση:

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

β) ΚΟΥΡΑΣΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ: Στον αντίποδα της ανύπαντρης 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 προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι συχνά μαζί με την έκτρωση ζητούν και στείρωση που θα τις απαλλάξει από τη «βιομηχανία παιδιών».

γ) ΔΟΚΙΜΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκιμάσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμα να είναι έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές όπως και οι κουρασμένες μητέρες, έχουν πολύ μικρή αμφιθυμία σε σχέση με την απόφαση τους για έκτρωση.

δ) ΑΡΝΗΣΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ: Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με την ταυτότητα του φύλου και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη.

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

ε) ΑΠΟΦΥΓΗ Ή ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ: Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή αποτυχία των αντισυλληπτικών μέτρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε άγνοια, άλλοτε σε φόβο και άλλοτε σε ντροπή για την ανεπαρκή αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

Μερικές γυναίκες σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους 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 άλλο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

στ) ΣΩΜΑΤΙΚΗ Ή ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσος 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, εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις.

Έτσι αναφέρεται κατά τον Αξιωτάκη(1987) 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 έκτρωση, στους οποίους έγινε αναφορά από τη Λούσιεν 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 άνδρας ή γυναίκα. Συνεπώς όταν τα ανήλικα 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 αυτοί 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' ένα τομέα ένα άτομο είναι ισχυρό, ικανό και απόλυτα δυναμικό. Έτσι το καμαρωτό βήμα ενός νεαρού αδικημένου από τη φύση άνδρα, καθώς περπατάει στο πλάι μιας όμορφης γυναίκας, γίνεται κατανοητό. Προσπαθεί με αυτό τον τρόπο να πει στον κόσμο ότι αξίζει και ότι μπορεί να πάρει ότι θέλει ακόμα και 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 άνδρες, μπορεί να

προέρχεται εν μέρει από 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 δηλώσει άμεσα ή έμμεσα εμπιστοσύνη, στοργή, απέραντη ευχαρίστηση, ένα πρόσωπο το οποίο ζητά κυρίως συναισθηματική οικειότητα, θα απογοητευτεί 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 οίκτο. Μερικοί άνθρωποι βλέπουν το σεξ σαν κάτι βρώμικο και ταπεινωτικό. Τέτοια άτομα μπλέκονται σε σεξουαλικές σχέσεις από μίσος και περιφρόνηση, επιθυμώντας να εξευτελίσουν 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, 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 τη γοητεία του καινούριου χρησιμοποιείται μερικές φορές σαν εξήγηση του γιατί τα άτομα κουράζονται από το σεξ με το ίδιο πρόσωπο αν και είναι πιθανό τέτοια άτομα να μην έχουν καν επιχειρήσει να εξερευνήσουν τις ποικιλίες της συμπεριφοράς και τις εμπειρίες 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 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 ενήλικες των οποίων τα ενδιαφέροντα είναι με τη σειρά τους διαφορετικά από τα ενδιαφέροντα των μεγάλων.

1.5 Το παιχνίδι των παραγόντων που διαμορφώνουν την απόφαση της γυναίκας

Σ' αυτή την απόφαση θα παίξουν ρόλο τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, αν το έμβρυο πάσχει ή είναι εξωμήτριο, οπότε αναγκαστικά θα γίνει έκτρωση, εάν η κύηση είναι προϊόν βιασμού ή αν πρόκειται να παντρευτεί τον πατέρα του παιδιού, αν θέλει το μωρό, αν νιώθει τύψεις και πολλά άλλα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χαρακτηριστούν ως προσωπικές παράμετροι, γιατί αφορούν την κάθε έφηβο ξεχωριστά και έχουν να κάνουν με τη βιολογικό- ψυχοσυναισθηματική πλευρά της οντότητάς της.

ΕΦΗΒΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα αμηνόρροιας, η έφηβη καταλαβαίνει ότι πρέπει να απευθυνθεί σε γιατρό. Αφού κάνει τις εξετάσεις της, γίνεται γνωστό ότι είναι έγκυος. Έστω και αν είναι βέβαιο, εκείνη σκέφτεται: “ Δεν είναι δυνατόν “. Ακολουθεί το άγχος και η ταραχή. Όταν πλέον συνειδητοποιήσει το γεγονός, πρέπει να αποφασίσει για το τι θα κάνει. Βασικά οι επιλογές είναι: **α)** να κάνει έκτρωση, **β)** να γεννήσει το παιδί και να γίνει μητέρα, **γ)** να γεννήσει, αλλά να δώσει το βρέφος για υιοθεσία. Η λήψη οποιασδήποτε απόφασης δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι παράγοντες εξωτερικοί από το πλαίσιο ζωής

της έφηβης, που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαμόρφωση της τελικής γνώμης της νέας. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

α) ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: Η στάση της οικογένειας είναι καθοριστική. Σύμφωνα με τους επιστήμονες Young Rehr & Berkman, οι έφηβες συζητούν το θέμα κυρίως με τη μητέρα τους και συνήθως ακολουθούν τη γνώμη τους. Επίσης η άποψη της αδερφής και η υποστήριξή της, επηρεάζει πολύ ιδίως στην αρχή της κύησης. Ο πατέρας και ο αδερφός επηρεάζουν μεν την έφηβη σε μικρότερο όμως βαθμό, καθώς η φύση του θέματος είναι τέτοια που δύσκολα συζητείται με πρόσωπα του άλλου φύλου.

Ακόμη όπως είναι γνωστό, σ' αυτή την ηλικία δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην παρέα των συνομηλίκων. Η έφηβη συζητά το μυστικό με τη φίλη της, η οποία ιδίως αν είχε η ίδια εμπειρία ή γνωρίζει άλλα άτομα που είχαν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση, τείνει να την οδηγήσει. Επίσης, ο πατέρας του παιδιού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η αρνητική στάση της φίλης και του πατέρα, ιδιαίτερα όταν ο τελευταίος εξαφανίζεται, προβάλλουν ως μόνη λύση την έκτρωση. Σύμφωνα με τον Rosers, αν ο πατέρας δηλώνει ότι θα σταθεί πλάι στην έφηβη και ότι θέλει να κρατήσουν το παιδί, συνήθως η κοπέλα τεκνοποιεί.

« Μία ημέρα του 2001 το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού δέχθηκε την επίσκεψη της εικοσάχρονης Μαρίας, που ήταν έγκυος στον τρίτο μήνα της.

Ήταν αγχωμένη και πληγωμένη, διότι ο σύντροφός της μετά την ανακοίνωση της εγκυμοσύνης της την εγκατέλειψε και δεχόταν την πίεση των γονέων της για έκτρωση. Δεν άντεχαν την ιδέα ότι η κόρη τους θα αποκτούσε παιδί εκτός γάμου.

Η ίδια ήταν διχασμένη μεταξύ της αγάπης που ένοιωθε για το παιδί που είχε στα σπλάχνα της και της οικογενειακής και κοινωνικής κατακραυγής.

Το δίλημμα ήταν μεγάλο: Να κρατήσει το παιδί που τόσο ήθελε ή να υποκύψει στις πιέσεις του περιβάλλοντός της και να πιστέψει τα λόγια τους, ότι θα καταστραφεί η ζωή της, ότι δεν πρόκειται να την αγαπήσει κανείς με ένα παιδί, ότι όλοι θα τους κοροϊδεύουν;»

Σε ορισμένες περιπτώσεις όλη η παρέα γνωρίζει για την κύηση και το κρατάει μυστικό από τον έξω κόσμο. Έτσι γίνονται όλοι συνένοχοι. Νιώθουν ότι το έμβρυο είναι κτήμα της παρέας και κατά μια έννοια ανήκει σε όλους. Όταν πλέον συνειδητοποιούν την βαρύτητα της κατάστασης, η κύηση έχει προχωρήσει, οπότε η έκτρωση είναι δυνατή και η υιοθεσία φαίνεται η καλύτερη επιλογή.

β) Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Όταν η έφηβη είναι στο γυμνάσιο ή όταν έχει αρκετά καλό επίπεδο και προοπτικές να συνεχίσει τις σπουδές, καθώς η κύηση θα την αποτρέψει από αυτό, τείνει να μην κρατά το παιδί και να κάνει έκτρωση. Αν νομίζει ότι μπορεί να συνδυάσει και τα δύο, ίσως κρατήσει το παιδί. Όμως στην πραγματικότητα την προσγειώνει, οπότε είτε παραιτείται από τις σπουδές είτε δίνει το παιδί για υιοθεσία.

Ακόμη το επίπεδο γνώσεων της για τις ανάγκες ή τη φροντίδα του μωρού είναι δυνατόν να λειτουργήσουν ανασταλτικά προς τη μητρότητα. Αν και τελευταία αντιμετωπίζεται καμιά φορά μοιρολατρικά και ως λύση καριέρας για ορισμένες εφήβους.

γ) ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ: Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της ίδιας της εφήβου αλλά και των γονιών της είναι παράγοντες καταλυτικοί. Σύμφωνα με έρευνα των Ortiz & Nuttall, όσο πιο πολύ πηγαίνουν εκκλησία οι γονείς και οι κόρες, τόσο πιο συχνά επιλέγουν την έκτρωση. Αυτό εξηγείται από τους ίδιους πως συμβαίνει διότι μια κρυφή έκτρωση δεν έχει επιπτώσεις, αντίθετα μια κύηση εκτός γάμου, το μέγλωμα της κοιλιάς, θα αποτελέσει θέμα για τους άλλους πιστούς και πώς να πηγαίνουν πλέον στην εκκλησία;

Σε άλλες περιπτώσεις, επειδή πιστεύουν πραγματικά ότι η έκτρωση είναι βαριά αμαρτία και δεν επιτρέπεται από τη θρησκεία, η έφηβη γεννά το παιδί.

δ) ΘΕΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Ο νόμος μπορεί να μην αφήνει περιθώρια επιλογής, για παράδειγμα η έκτρωση μπορεί να απαγορεύεται ή αντίθετα να επιτρέπεται, αλλά η κηδεμονία του παιδιού χάνεται από την ανήλικη μητέρα αν δεν την κρίνει ικανή. Επιπλέον, ο άγραφος νόμος, δηλαδή το τι συμβαίνει στην κοινωνία όπου ζει ο έφηβος, είναι σημαντικός. Τελικά, η έφηβη επηρεασμένη και ουσιαστικά καθοδηγούμενη θα ανακοινώσει την απόφαση

της. Το αν θα μετανιώσει γι' αυτήν ή εάν είναι σωστή ή όχι, εξαρτάται μόνο από την ίδια. Βέβαια, στο πως θα είναι η ζωή της μετέπειτα θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο η κοινωνία. (Χιωτέλη, 1998)

ΑΝΥΠΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Στις αναπτυγμένες χώρες το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ, στις μεγαλύτερες και παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και τις ανύπαντρες μητέρες κάτω των 24 ετών. Οι γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων. Αυτό αποδίδεται στην πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και αποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φτάσουν στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, την οποία τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν με έκτρωση.

Η αναλογία των γυναικών που έχουν σεξουαλικές σχέσεις πριν τα 20, αυξήθηκε στην Ευρώπη, αλλά αυτή η εξέλιξη δε συνοδεύτηκε από αύξηση των γεννήσεων από μητέρες σε εφηβική ηλικία, διότι αυτές οι κοινωνίες αντέδρασαν αποτελεσματικά παρέχοντας σεξουαλική και αντισυλληπτική πληροφόρηση και υπηρεσίες. Τα υψηλά ποσοστά εκτρώσεων σε κοπέλες εφηβικής ηλικίας δείχνουν ότι αυτές οι εγκυμοσύνες δεν είναι επιθυμητές.

Η κύηση στην εφηβεία τα τελευταία χρόνια έχει διεθνώς αυξηθεί. Η αύξηση αυτή θεωρείται αποτέλεσμα της ελάττωσης της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας και της ανεπαρκούς διαφώτισης ή αποτυχίας ορισμένων προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Στην εφηβική ηλικία οι κίνδυνοι από την έκτρωση παρουσιάζονται αυξημένοι, γιατί η έκτρωση γίνεται κρυφά και βιαστικά για να μην το μάθουν οι γονείς. Επιπλέον, το απληροφόρητο κορίτσι παρασύρεται από φίλες ή γνωστούς και καταφεύγει σε επικίνδυνους τρόπους διακοπής της κυήσεως.

Η διατήρηση της κύησης δεν σημαίνει πάντα την υπέρβαση των προβλημάτων που θα δημιουργηθούν από την απόκτηση ενός ανεπιθύμητου παιδιού, Ειδικά στις ανύπαντρες γυναίκες που έχουν μια εκτός γάμου εγκυμοσύνη, η εγκυμοσύνη δύναται σε ασυνείδητο επίπεδο να παριστά:

- Επίθεση κατά των γονιών: Είναι σύνηθες η απόκτηση ενός παιδιού εκτός γάμου να παριστά μια ανοιχτή επίθεση κατά της άκαμπτης “ ηθικότητας ” των γονιών της κοπέλας με τους οποίους ευρίσκεται σε διαμάχη επικράτησης σε θέματα ηθικής και κυρίως σε θέματα σεξουαλικότητας.
- Εκβιασμός του συντρόφου: Η γυναίκα κρατά το παιδί στην προσπάθεια συγκράτησης του συντρόφου, που ήδη πριν την εγκυμοσύνη επιζητούσε να αποδράσει από τη σχέση. Ταυτόχρονα είναι η ασυνείδητη στάση να συγκρατήσει κάτι από τον άνθρωπο που είχε αγαπήσει , έστω και με προσωπική θυματοποίηση.
- Ατομική επιβεβαίωση: Η γυναίκα κρατά ένα παιδί που θα το έχει μόνη, θέλοντας να αποδείξει ότι είναι ικανή μόνη της να αντιμετωπίσει τόσο τις ανάγκες του παιδιού, όσο και κάποιες πιθανές κοινωνικές αντιδράσεις. Εξάλλου για κάποιες γυναίκες το παιδί μπορεί να σημαίνει την κάλυψη της μοναξιάς που τους επιφυλάσσει το μέλλον.

«Η Γεωργία, ετών 27, ήρθε σε επικοινωνία μαζί μας για πρώτη φορά το καλοκαίρι του 2001, έγκυος στον 3^ο μήνα. Η ιστορία της ξεκινάει έναν χρόνο πριν, όταν το 2000 βρίσκεται για υπηρεσιακούς λόγους σε γειτονική χώρα.

Εκεί στον ίδιο εργασιακό χώρο γνωρίζεται με τον Ανδρέα, ο οποίος έχει έλθει από Αμερική και συζούν για ένα περίπου χρόνο. Ο Ανδρέας καλείται από την υπηρεσία του να επιστρέψει πίσω στην Αμερική και υπόσχεται στην Γεωργία ότι επιθυμεί να τον ακολουθήσει και η ίδια μελλοντικά με σκοπό να παντρευτούν.

Ένα μήνα μετά τον αποχωρισμό τους, η Γεωργία αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος και προβληματισμένη επικοινωνεί με τον Ανδρέα και του γνωστοποιεί την εγκυμοσύνη της. Ο Ανδρέας φαίνεται ψύχραιμος, την καθησυχάζει και της υπόσχεται ότι την περίοδο των εορτών του Πάσχα θα βρίσκεται κοντά της με σκοπό να επισημοποιήσουν την σχέση τους. Πράγματι έρχεται ο ίδιος στην Ελλάδα αλλά παρουσιάζει ένα άλλο πρόσωπο στη Γεωργία, την οποία πιέζει να προβεί αμέσως σε έκτρωση. Η Γεωργία κάτω από την πίεση εκείνου αλλά και της δυσκολίας της να γνωστοποιήσει την εγκυμοσύνη της στο οικογενειακό της περιβάλλον, οδηγείται από αυτόν σε γιατρό για την έκτρωση.

Στη διάρκεια της διαδικασίας για την έκτρωση και τη στιγμή που ο γιατρός είναι έτοιμος να την ναρκώσει, η Γεωργία, η οποία μέσα της βαθιά ήθελε τον καρπό του ερωτά της, μετανιωμένη για αυτό το οποίο οδηγήθηκε να πράξει, σηκώνεται από το χειρουργικό κρεβάτι και από εκείνη τη στιγμή βρίσκει τον πραγματικό της εαυτό. Έχει συνειδητοποιήσει ότι ο Ανδρέας δεν την αγαπάει πραγματικά και ότι δεν ήθελε να αναλάβει τις ευθύνες του.

Ο Ανδρέας φεύγει για την πατρίδα του και η Γεωργία αποφασισμένη να φέρει στον κόσμο το παιδί της προσπαθεί να βρει από κάπου ψυχολογική στήριξη για να μπορέσει να ανακοινώσει στους γονείς της ότι είναι έγκυος».

- Καταθλιπτική αποδοχή: Η γυναίκα νιώθει ότι έχει διαπράξει λάθος, για το οποίο πρέπει να τιμωρηθεί. Δεν ήλπιζε ποτέ σε μια ζωή με νόημα, με χαρά, με λειτουργικές σχέσεις. Δεν έχει φανταστεί ποτέ σαν παιδί ότι μπορεί και δικαιούται να ζήσει μια ζωή που θα είναι βιωματικά ευχάριστη. Έτσι η αποδοχή του παιδιού δεν σημαίνει γι' αυτήν υπέρβαση, απόφαση ζωής, πίστη στο άπειρο, έλεος του Θεού, αλλά μια αποδοχή του μοιραίου.

Στα πλαίσια ενός γάμου, η διατήρηση μιας κύησης δεν παριστά πάντα μια ευλογημένη κατάφαση στη ζωή. Η μοιραία αποδοχή του παιδιού, δίχως την αντίστοιχη συνειδητή ανάληψη της προσωπικής ευθύνης του γονιού, οδηγεί σε ανάλογες αδιέξοδες καταστάσεις. Στα πλαίσια αυτά το παιδί έρχεται στη ζωή, αλλά οι γονείς το χρησιμοποιούν ως:

Κάλυψη: Το παιδί αποτελεί την κάλυψη του κενού ζευγαριού, που νιώθει ότι μόνο η παρουσία του παιδιού μπορεί να το καλύψει. Τότε όμως, σ' αυτό το παιδί δεν θα επιτραπεί η ενηλικίωση του και η αυτονόμηση του, γιατί τότε το ζευγάρι θα έμνε πάλι μόνο. Το παιδί αυτό θα πρέπει να καλύψει όλες εκείνες τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες των γονιών από τη δική τους ζωή.

Όπλο: Οι ατέλειωτες διαμάχες του ζευγαριού απαιτούν την παρουσία του παιδιού που θα νομιμοποιεί την συνέχεια της σχέσης. Στην συνέχεια όμως τιμωρεί ο ένας τον άλλον, γιατί κράτησαν το παιδί που υπήρξε ο κύριος λόγος του γάμου τους. Στα πλαίσια αυτής της διαμάχης, το παιδί χρησιμοποιείται τότε σαν όμηρος και πότε σαν όπλο επίθεσης του ενός συντρόφου προς τον άλλον.

Βάρος: Οι γονείς κράτησαν στη ζωή το παιδί και στη συνέχεια του την κλέβουν, όπως ένιωσαν ότι τους την έκλεψε και αυτό όταν θυσιάστηκαν για να το κρατήσουν.

Τιμωρία: Το παιδί που το κράτησαν οι γονείς για να μην τιμωρηθούν από το Θεό, αντιπροσωπεύει κατ' αυτούς την τυραννία και την σκληρότητα του Θεού. Οι γονείς παύουν να ζουν ευχάριστα και το μόνο που προσφέρουν στο Θεό είναι η απελπισία και η απογοήτευση τους.

Η γυναίκα που θα διστάσει εμπρός στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεν είναι μια γυναίκα αδύναμη και κακιά, αλλά αυθεντική και ανθρώπινη. Η αγωνία της αποσταθεροποίησης μπροστά στη νέα κατάσταση, αντιστοιχεί ακόμα και σε μια επιθυμητή εγκυμοσύνη. Δεν είναι λίγες οι γυναίκες που ντρέπονται για τα επώδυνα και δυσάρεστα συναισθήματα που συνεπάγεται η εγκυμοσύνη. Δυστυχώς φοβούνται να τα εξωτερικεύσουν και να τα μοιραστούν ακόμα και με το σύντροφο τους. Και πράγματι δεν είναι λίγες οι φορές που οι σύντροφοι ή οι πνευματικοί τις κατακρίνουν, μη κατανοώντας ότι αυτά τα συναισθήματα μπορεί να αντιστοιχούν στην υπευθυνότητα απέναντι στη ζωή, στην κατανόηση της ανεπάρκειας μπροστά στο θαύμα της δημιουργίας και στην ανατροπή της μέχρι τότε πορείας τους.

Η αναγνώριση της ύπαρξης των όποιων αρνητικών συναισθημάτων από την γυναίκα, αντιστοιχεί στη γνησιότητα της και στην αυθεντικότητα της. Η ενοχοποίηση των όποιων αρνητικών συναισθημάτων της γυναίκας στη διάρκεια της κύησης, τάχα ως έλλειψη πνευματικότητας, οδηγεί στην καταρράκωση της σ' αυτή την ευαίσθητη περίοδο που διέρχεται. Στην πραγματικότητα όποιος δεν αντέχει τα αρνητικά συναισθήματα της γυναίκας μπροστά στην εγκυμοσύνη, φανερώνει τη δική του συναισθηματική ισοπέδωση, την δική του πνευματική ανεπάρκεια και τη τραγικά ζωώδη αντίληψη του μπροστά στο μυστήριο της δημιουργίας. Η κατάσταση του όμως είναι πλέον τραγική καθώς δεν έχει συνείδηση της τραγικής αδυναμίας του, που την θεωρεί ως υπεύθυνη στάση και συνεπώς στερείται της ζωοποιού μετάνοιας.

Τα ζευγάρια που δεν μπορούν να κρατήσουν τον καρπό της σχέσης τους, ήδη υπάρχει ρήξη. Δεν πρόκειται για κάποια τιμωρία, αλλά συνιστά φυσική συνέπεια της ζωής. Δεν υπάρχει ζευγάρι που να καταφεύγει σε έκτρωση, που

να μην νιώθει αυτό το κενό. Η επώδυνη αυτή βίωση οδηγεί τα ζευγάρια στην απομάκρυνση και στο χωρισμό, είτε στην γνήσια ανάληψη της ευθύνης που τους παρέχει τη δυνατότητα μιας ουσιαστικής και διαφορετικής αντίληψης της ζωής. Όταν η έκτρωση αναπαριστά ένα εύκολο αβασάνιστο σβήσιμο του λάθους, τότε το λάθος τείνει να επαναλαμβάνεται και όχι μόνο στο θέμα της εγκυμοσύνης. Η ζωή των ανθρώπων που καταφεύγουν στο σβήσιμο των λαθών που κάνουν, τείνει να είναι γεμάτη λάθη. Η συγκάλυψη του λάθους, οδηγεί στην συγκάλυψη της ελπίδας που θα μπορούσε να προκύψει από την υπεύθυνη επεξεργασία του λάθους.

Είναι εύκολο να αναφερόμαστε μόνο στις εκτρώσεις, αλλά στην καθημερινή κλινική πρακτική δεν είναι καθόλου αυτονόητη η ύπαρξη μιας μονογαμικής σχέσης ή η ύπαρξη εξωσυζυγικής σχέσης ή η ύπαρξη νεκρών γάμων. (www.care. Gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟΙΙ

2.1 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις

Σωματικές επιπτώσεις:

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

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 1 στις 100.000 γυναίκες πεθαίνει κατά τη διάρκεια της έκτρωσης. Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση, θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το 1/5 περίπου (20%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι περισσότερες συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια της έκτρωσης είναι οι εξής: α) Μόλυνση, β) Ακατάσχετη αιμορραγία, γ) Εμβολή, δ) Ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, ε) Επιπλοκές από την αναισθησία, στ) Σπασμοί, ζ) Διαταραχές πήξεως, η) Βλάβες στον τράχηλο και θ) Σοκ ενδοτοξίνης. Όποια γυναίκα βρεθεί σε μια τέτοια θέση, πρέπει να γνωρίζει πόσο μεγάλοι είναι οι κίνδυνοι που διατρέχει από μια τέτοια επέμβαση, τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά την επέμβαση.

Οι σοβαρότερες επιπτώσεις σύμφωνα με συμπεράσματα Ιατρικών ερευνών, είναι οι ακόλουθες:

1. ΘΑΝΑΤΟΣ: Οι κύριες αιτίες θανάτου που οφείλονται στην έκτρωση, είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις Η.Π.Α., παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξαιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Σύμφωνα με τον Leon Bradlow, διευθυντή του εργαστηρίου βιομηχανικής επιδημιολογίας στο εργαστήριο αντικαρκινικής έρευνας: " Υπάρχει πραγματικός κίνδυνος όσον αφορά την έκτρωση και τον καρκίνο του μαστού και ο κόσμος θα πρέπει να γνωρίζει τον κίνδυνο όταν

αποφασίζει για μια έκτρωση, ώστε να παίρνει την απόφαση με πλήρη γνώση". Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά. Η διεξοδική εργασία της Dr. Janet Daling και των συνεργατών της στο αντικαρκινικό ερευνητικό κέντρο Fred Hutchinson και του Seattle, εξέτασε την πιθανή σχέση μεταξύ έκτρωσης και καρκίνου του μαστού. Χρηματοδοτήθηκε από το εθνικό αντικαρκινικό ερευνητικό κέντρο και διεξήχθη υπό τον έλεγχο μιας γυναίκας η οποία δηλώνει ότι είναι υπέρ της δυνατότητας επιλογής διακοπής της κύησης. Συνεπώς η μελέτη αυτή δε μπορεί να κατηγορηθεί ότι είναι επηρεασμένη κατά των εκτρώσεων. Ωστόσο, ένα συνοδευτικό άρθρο γραμμένο από την Dr. Lynn Rosenberg στο JNCI, προσπάθησε αδικαιολόγητα να μειώσει το βάρος των αποτελεσμάτων δίνοντας πιθανές εξηγήσεις που αίρουν τα συμπεράσματα της μελέτης, τα οποία σαφώς στηρίζουν την άποψη ότι μια έκτρωση εκθέτει τη γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πολλοί παράγοντες συντέλεσαν στο να αναδειχθεί η μελέτη της Dr. Daling, με τίτλο "Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις νέες γυναίκες: σχέση με την έκτρωση.", κρίσιμο σημείο στο διάλογο σχετικά με το αν η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα.

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ: Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια έκτρωση, αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση. Και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια, αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν συσχετιστεί με τη μια και τις περισσότερες της μίας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημίες που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

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

5. **ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ:** Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα, συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδινών του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών. Στις εκτρώσεις του δευτέρου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

Γενικά τα προβλήματα που ίσως δημιουργούν οι μέθοδοι έκτρωσης των πρώτων μηνών, αποφεύγονται με μια ελαφριά τραχηλική ενστάλαξη χωρίς τη χρησιμοποίηση οργάνων που εισάγονται βαθιά στη μήτρα.

6. **ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ:** Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντα σε επόμενες κυήσεις, από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούντας είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας, αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.

7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ: Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα. Αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρόωμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και την ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κυήσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα.

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

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

10. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ: Είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά την έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες, κάτω των 20 ετών. Οι νέες σε αυτή την ηλικία έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών. (Shulman, 1994)

11. ΜΟΛΥΝΣΗ: Οι μολύνσεις μετά από την έκτρωση είναι πιθανές αν δεν ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα. Του είδους αυτού οι μολύνσεις είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπινγγίτιδα ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση όποιας

μορφής κι αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο.

Επισημαίνεται πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι αναπόφευκτη.

12. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ: Σε ορισμένες περιπτώσεις αποδείχτηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη.(Κέντρο ελέγχου ασθενειών, Η.Π.Α.) Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται, καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας, που βεβαιώνεται με τη γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση. Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, μπορεί να συμβαίνουν τα εξής: α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π.χ. δίκερως), β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων, γ) να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού (ξυσίματος) του εμβρύου από τη μήτρα. (Δετοράκης, 1997)

13. ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΦΕΡΘΕΙΣΕΣ ΒΛΑΒΕΣ: Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο πόνο κατά την έκτρωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κυήσεως, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4%.

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε εκτρώσεις βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV απ' ότι οι γυναίκες που γεννούν κανονικά.

Ο Κασκαρέλης (1990) αναφέρει ότι εξαιτίας της αλματώδους εξέλιξης της τεχνολογίας και την καλύτερη οργάνωση, η έκτρωση δεν αποτελεί τόσο μεγάλο κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας όσο παλιότερα. Παρ' όλα αυτά όμως οι συνέπειες για το σώμα της γυναίκας συνεχίζουν να υπάρχουν και όχι μόνο αυτό αλλά να την επηρεάζουν. Για τη βαθύτερη κατανόηση και μελέτη των σωματικών συνεπειών τις κατέταξε σε δύο κατηγορίες, στις άμεσες και στις έμμεσες.

Στις άμεσες αναφέρει το θάνατο. Οι θάνατοι από εκτρώσεις είναι δεκαπλάσιοι των θανάτων από τοκετούς. Άλλοτε οι θάνατοι ήταν "φυσικό φαινόμενο" που περιορίστηκε εδώ και στο εξωτερικό από το γεγονός ότι οι

εκτρώσεις, γίνονται από επαγγελματίες γιατρούς που γνωρίζουν τη δουλειά τους, τα δε αντιβιοτικά εξουδετερώνουν τους κινδύνους μόλυνσεως. Αν και κατά τον Κασκαρέλη, τα αντιβιοτικά με την κατάχρηση που γίνεται έχουν φτάσει να είναι κατά κάποιο τρόπο ανεπαρκή.

Ο Κασκαρέλης επίσης αναφέρει για απόσπαση εντέρου, που προκαλεί ψυχοταραχή στη γυναίκα και εμποδίζει τη φυσική γονιμοποίηση, ενώ ο μαιευτήρας Βαλμός Π. έχει συναντήσει διάτρηση εντέρου από κακή επέμβαση σαν ο ενεργών στην έκτρωση να μην έχει προσέξει ότι η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη και έχει παρεκτοπίσει τη μήτρα προς τα πίσω. Τότε το όργανο αντί να προχωρήσει στη σωστή θέση, τρυπάει τη μήτρα και ενδεχομένως και την ουροδόχο κύστη με κίνδυνο αιμορραγίας, μόλυνσεως και δημιουργία συριγγίων.

14. ΜΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ ΕΚΘΕΤΕΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΜΩΡΟ:

Η πραγματοποίηση μιας έκτρωσης σχεδόν διπλασιάζει την πιθανότητα της γυναίκας για επικίνδυνα πρόωρο τοκετό σε μεταγενέστερη εγκυμοσύνη της, σύμφωνα με μια έρευνα που θα προκαλέσει νέους διαπληκτισμούς γύρω από την πιο αμφιλεγόμενη απ' όλες τις ιατρικές διαδικασίες.

Μια Γαλλική μελέτη σε 2,837 γέννες – η πρώτη μελέτη που ερεύνησε την σχέση μεταξύ αμβλώσεων και πρόωρων τοκετών – διαπίστωσε πως οι μητέρες που είχαν προηγουμένως προβεί σε έκτρωση έχουν 1,7 περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν με διάρκεια κύησης μικρότερη των 28 εβδομάδων. Πολλά από τα μωρά που γεννώνται τόσο πρόωρα πεθαίνουν πολύ γρήγορα μετά την γέννα, και ένα μεγάλο ποσοστό εκείνων που επιβιώνουν, υφίστανται σοβαρή ανικανότητα.

Η επικεφαλής της έρευνας Δρ. Caroline Moreau, επιδημιολόγος στο Νοσοκομείο Hôpital de Bicêtre στο Παρίσι, είπε πως τα αποτελέσματα της μελέτης –τα οποία εμφανίσθηκαν στο British Journal of Obstetrics and Gynaecology (Βρετανική Εγκύκλιος Μαιευτικής και Γυναικολογίας) – θεωρούνται οριστική απόδειξη της σχέσεως ανάμεσα στην προκαλούμενη άμβλωση και τις μεταγενέστερες πρόωρες γέννες.

Η Δρ. Moreau είπε: «Σαφέστατα υπάρχει σχέση. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως η προκαλούμενη άμβλωση μπορεί να τραυματίσει τον αυχένα της μήτρας με ένα τρόπο που κάνει πιο πιθανό τον πρόωρο τοκετό σε μεταγενέστερες εγκυμοσύνες».

Η μελέτη της έκανε σύγκριση ανάμεσα στα ιατρικά ιστορικά 2,219 γυναικών με μωρά που γεννήθηκαν πριν από την 34^η εβδομάδα με άλλες 618 περιπτώσεις που είχαν ολοκληρώσει τον χρόνο της κύησης. Επί του συνόλου, οι γυναίκες που είχαν προβεί σε έκτρωση είχαν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα για πρόωρη γέννα (λιγότερο από 33 εβδομάδες) από εκείνες που δεν είχαν παρόμοιο ιστορικό. Ο κίνδυνος να προκύψει ένα υπερβολικά πρόωρο βρέφος – που θα γεννηθεί σε λιγότερο από 28 εβδομάδες - αυξήθηκε ακόμα περισσότερο, κατά 70%. Η έκτρωση φάνηκε να **αυξάνει το ρίσκο για τους πιο σοβαρούς τύπους πρόωρου τοκετού**, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης ρήξης μεμβρανών, της ακατάλληλης θέσης του εμβρύου επάνω στον πλακούντα και του αυτόματου πρόωρου τοκετού. Ο μόνος κοινός παράγοντας των πρόωρων τοκετών - που δεν συνδέεται με την έκτρωση – είναι η υπέρταση.

Ο κ. Peter Bowen-Simpkins, εκπρόσωπος του Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Βασιλικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων) και σύμβουλος μαιευτήρας στο Νοσοκομείο Sancta Maria στο Swansea της Αγγλίας, είπε ότι η μελέτη αυτή αποκάλυψε πως η έκτρωση μάλλον δεν είναι τόσο ασφαλής, όσο είχε υποτεθεί μέχρι τώρα. «Η μελέτη αυτή μας δείχνει πως η χειρουργική διακοπή κυήσεων μπορεί να επιφέρει επιπλοκές αργότερα και ίσως να μην είναι χωρίς κινδύνους», δήλωσε ο ίδιος.

Περίπου 185,000 γυναίκες προβαίνουν σε εκτρώσεις ετησίως στην Βρετανία, είτε για κοινωνικούς είτε για ιατρικούς λόγους, και χθες βράδυ, οι διαδηλωτές που εναντιώνονται στις εκτρώσεις γαντζώθηκαν από την νέα αυτή μελέτη, ως απόδειξη ότι οι κίνδυνοι είχαν υποτιμηθεί.

Ο Jack Scarisbrick, πρόεδρος της ομάδας εκστρατείας Life (Ζωή), είπε: "Χρόνια τώρα εμείς επιμένουμε, πως η χειρουργική άμβλωση αυξάνει τις πιθανότητες για μεταγενέστερα προβλήματα. Φαίνεται πως η διαδικασία της έκτρωσης κουβαλάει μαζί της κάποια ρίσκα που οι γυναίκες δεν πρόκειται να

ανακαλύψουν, παρά μόνο όταν –αργότερα- κυοφορήσουν ένα «επιθυμητό» παιδί".

Περίπου 80,000 μωρά γεννώνται πρόωρα στην Αγγλία και την Ιρλανδία κάθε χρόνο: 17,000 από αυτά χρειάζονται εντατική φροντίδα.

Ένας εκπρόσωπος του οργανισμού Marie Stopes International, του μεγαλύτερου **παρόχου εκτρώσεων** που δεν υπάγεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, είπε πως δεν λένε στις γυναίκες που επιζητούν διακοπή κύησης για τον αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, «επειδή μέχρι τώρα, ο κίνδυνος αυτός δεν έχει επαληθευτεί». (www.news.telegraph.com)

Όσο αφορά τον ψυχολογικό τομέα, από την ίδια της τη φύση η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση, εκδηλώνεται σε πολλά επίπεδα. Το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό και το κοινωνικό, σε καθένα από τα οποία περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την έκτρωση.

Η μαιευτήρας- γυναικολόγος Ανδρομάχη Τράκα, Επιστημονική συνεργάτιδα του Ιασώ, τονίζει ότι τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση, η γυναίκα νιώθει αμηχανία και συνήθως έρχεται αντιμέτωπη με ηθικά διλήματα. Η μετατραυματική περίοδος διαρκεί συνήθως έξι μήνες. Σε ποσοστό 1% η έκτρωση θεωρείται μια πολύ τραυματική εμπειρία που επηρεάζει το άτομο για πολύ καιρό. Σε γενικές γραμμές οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση αντιμετωπίζουν την επέμβαση ψύχραιμα.

Ο αείμνηστος ψυχίατρος Κων/νος Κριαράς έγραψε σχετικά: “ Η έκτρωση δεν είναι μια απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείρηση αμυγδαλών ή σκωληκοειδήτιδος. Είναι σοβαρότατο γεγονός που έχει σχέση με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώνει τα άδυστα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπερνάει τις σχέσεις του ζευγαριού να δονήσει την οικογένεια και να φτάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας. (www.news.telegraph.com)

Κατά τον Κασκαρέλη (1976), οι συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχική υγεία της γυναίκας είναι ανυπολόγιστες. Αναφέρει ότι μελέτες σε κλινικά εργαστήρια έχουν αποδείξει ότι οι ψυχοσωματικές διαταραχές που δημιουργούνται από την έκτρωση θεραπεύονται πολύ δύσκολα σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες.

Σε ερευνά της η Μαριέττα Ρήγα αναφέρει ότι από την ίδια τη φύση η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση εκδηλώνεται σε πολλά επίπεδα. Το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό και το κοινωνικό, σε καθένα από τα οποία περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την έκτρωση. Η ελαφρά ψυχοπαθολογία, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, που συνοδεύει την έκτρωση, υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες. Η έκτρωση όχι μόνο δεν συνεπάγεται αξιόλογη ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας, αλλά αντίθετα φαίνεται ότι μπορεί να έχει κάποιον ψυχοπροφυλαχτικό ρόλο. (Smith Tony, 1991)

Ψυχολογικές επιπτώσεις:

A) Ανάγκη ψυχικής θεραπείας:

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις. Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα. (Bernard, 1990)

B) Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD ή PAS):

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνωσίμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (post-traumatic stress disorder - PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία / συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πειστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κυήσεώς τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση

αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών⁹. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκρωτικό Σύνδρομο (Post-Abortion Syndrome -PAS).

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

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορση, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας (για παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού).

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

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής -- προσπάθεια

άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις μετεκτρωτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως: αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της έκτρωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της έκτρωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις, ιδιαίτερα αποξένωση απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την έκτρωση, αποφυγή των παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία), μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής.

Η μελέτη του Bernard διαπίστωσε την ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που είχαν δεχθεί έκτρωση τρία έως πέντε έτη παλαιότερα. Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση, η μελέτη του Barnard σφάλλει κατά ένα ποσοστό 50%. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση.¹⁰ Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση), κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD.

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου μια ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει

ικανοποιητική αποκατάσταση, το PTSD μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μια ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από τον νόμο (στις ΗΠΑ). Αυτή η ανικανότητα, συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μακρότερη περίοδος αποκατάστασης από τον νόμο. (Bernard, 1990)

Γ) Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή:

30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και /ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων. (Bernard, 1990)

Δ) Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας:

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μία φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών. (Bernard, 1990)

Ε) Αύξηση του καπνίσματος με αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία:

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία. Οι

γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών. (Bernard, 1990)

ΣΤ) Χρήση _____ οينوπνεύματος:

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οينوπνεύματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οينوπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία. (Bernard, 1990)

Ζ) Χρήση _____ ναρκωτικών:

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HIV/ AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς. (Bernard, 1990)

Η) Διαταραχές _____ στη _____ διατροφή:

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία. (Bernard, 1990)

Η) Παραμέληση _____ ή _____ κακοποίηση _____ παιδιών:

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οينوπνεύματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των

παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτρωτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών. (Bernard, 1990)

Θ) Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις:

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μία εκτρώσεις (και αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο. (Bernard, 1990)

Ι) Πολλαπλές

εκτρώσεις:

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

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας υποκατάστατης κυήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης /απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση. (Bernard, 1990)

2.2 Το μετεκρωτικό σύνδρομο

Τα συμπτώματα του μετεκρωτικού συνδρόμου περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ενοχές και ανησυχία, όπως επίσης αυξημένα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, διαταραχών στη διατροφή, άλλες συμπεριφορές αυτοτιμωρίας (αχαλίνωτη σεξουαλική δραστηριότητα, σχέσεις κακοποίησης) και αυτοκτονία. Μια μελέτη που αναφέρει το περιοδικό USA Today, από τον Αμερικανικό Σύλλογο Ψυχολόγων και τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο, έχει βρει ότι γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη ή άλλες διανοητικές ασθένειες είναι πιθανότερο να υποφέρουν από τις συναισθηματικές συνέπειες μιας έκτρωσης, πράγμα που ξεμπροστιάζει την υποστήριξη της έκτρωσης για “θεραπευτικούς” λόγους.

Πολλές γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά άλλων μορφών μετά-τραυματικής διαταραχής και ξαναζουν την έκτρωση με διάφορους τρόπους, όπως μέσω επαναλαμβανόμενων εφιαλτών ή φλας μπακ στο άκουσμα μιας αντλίας κενού. Μερικές γυναίκες παρουσιάζουν αντίδραση κατά την επέτριο της έκτρωσης ή της αναμενόμενης ημερομηνίας τοκετού. Άλλες απορροφώνται από το να μείνουν και πάλι έγκυες.

Η έκτρωση μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχία σχετικά με θέματα γονιμότητας και τεκνοποίησης, και μπορεί να παρεμποδίσει την ανάπτυξη δεσμού της γυναίκας με τα παιδιά που θα κάνει στο μέλλον, προκαλώντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, “ενοχή του επιζώντος” και ακόμα υποσυνείδητη υποτίμηση των άλλων παιδιών της.

Πολλές γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν πρόβλημα να θρηνήσουν τα χαμένα παιδιά τους, εξαιτίας της απροθυμίας τους και της κοινωνίας, να

παραδεχτούν τι έχει συμβεί. Άλλη δυσκολία στο να εκτιμηθούν οι συναισθηματικές επιπτώσεις της έκτρωσης είναι ότι στις περισσότερες μελέτες οι γυναίκες έχουν ερωτηθεί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα μετά την έκτρωση που έκαναν. Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι νιώθουν ανακούφιση, όμως πολλά συμπτώματα δεν έρχονται στην επιφάνεια παρά χρόνια μετά.

Η σπουδαιότητα και βλαπτικότητα του μετεκτρωτικού συνδρόμου έχει αρχίσει να γίνεται αντιληπτή στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα εδώ και κάποια χρόνια.(Speckhard and Rue, 1998)

2.3 Ψυχολογία του ζευγαριού

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση, συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα. Σε ατομικό επίπεδο συγκρούεται η επιθυμία για μητρότητα με τους λόγους που την εμποδίζουν και η διάθεση για διακοπή της εγκυμοσύνης με το προσωπικό σύστημα ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές.

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

Η ψυχολογία της εγκύου σε ότι αφορά την έκτρωση δεν περιορίζεται συνήθως στο σύζυγο ή στον ερωτικό σύντροφο, επεκτείνεται και σε μέλη της ευρύτερης οικογένειας της. Οι δικές τους ηθικές αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επενδύσεις, θέσεις και αντιθέσεις, είναι φυσικό να επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση και την ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου. Το ίδιο ισχύει και για τα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει η έγκυος. Θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει τις συγκρούσεις στο οικογενιακό- κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας

συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης, που προϋποθέτει εμμονή σε "απόλυτες ηθικές επιταγές" και μιας πιο φιλελεύθερης απροκατάληπτης προσέγγισης που εξασφαλίζει συνεκτίμηση και παραδοχή των διαφόρων πλευρών μιας πραγματικότητας.

Σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σύγκρουσης, η έγκυος πριν 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. Έτσι ορισμένες γυναίκες είναι ψυχοκοινωνικά εξαρτημένες από άλλους με προηγούμενες δυσκολίες προσαρμογής ή με ισχυρές ηθικές απαγορεύσεις. Φυσικά, έντονο στρες παρουσιάζουν και οι γυναίκες που πάντοτε είχαν ένα υπερβολικό φόβο για τις χειρουργικές επεμβάσεις. (Κασκαρέλης, 1990)

"Η γυναίκα αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής εκκρεμότητας. Πρέπει να αποφασίσει να χάσει κάτι που έχει αγαπήσει σαν μέρος του σώματος της και αυτό της προκαλεί θλίψη. Χάνει την αυτοεκτίμηση της με την έκτρωση, 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 μπροστά στην "ταμπέλα του εγκληματία". (Smith Tony, 1991,σελ.24-25)

Τέλος από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί μια ανεπιθύμητη προβληματική εγκυμοσύνη και προβληθεί η έκτρωση σαν πιθανή ή ενδεδεδειγμένη λύση, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της και ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία για μια νέα σύλληψη, αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχιακές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από γιατρούς, από το περιβάλλον ή άλλες πηγές. Φυσικά η αγωνία, η ανησυχία και ο φόβος είναι πολύ μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση. Όπως σε αυτές που πιστεύουν συνειδητά στο Θεό και γι 'αυτό θεωρούν την έκτρωση αμαρτία και προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα τους με διαφορετικό τρόπο. Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε έκτρωση, οι τελευταίες στιγμές πριν την επέμβαση είναι οι πιο κρίσιμες και η ανησυχία και ο φόβος γίνονται

πιο έντονοι.

"Η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη που υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες, το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την έκτρωση. 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". (Κασκαρέλη, 1990)

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επετράπει, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία, είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερη αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας. Αντίθετα γυναίκες που κάνουν νόμιμη έκτρωση, την οποία επιθυμούν, επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Η πλειονότητα των γυναικών που έκαναν νόμιμη έκτρωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν μετανιώσει καθόλου για την όλη διαδικασία. Μόνο 2 γυναίκες από τις 35 που διέκοψαν την εγκυμοσύνη τους δήλωσαν ότι δεν θα ξανάπαιρναν την ίδια απόφαση.

Η νόμιμη έκτρωση έχει χαρακτήρα προφύλαξης για τις περισσότερες γυναίκες. Αναφέρεται και σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Με την επέμβαση εκτονώνεται η συναισθηματική φόρτιση που προηγείται της έκτρωσης. Η ανακούφιση της γυναίκας που βρέθηκε στη δύσκολη θέση να έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπερτερεί σε σύγκριση με το μάλλον μικρό συναισθηματικό κόστος της έκτρωσης. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση, δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν, ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά από την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

Οι σύνοδες ψυχολογικές δυσκολίες μετά την έκτρωση είναι:

α) Ενοχές, **β)** Άγχος, **γ)** Πανικός, **δ)** Ψυχολογικό μούδιασμα, **ε)** Κλάμα, **στ)** Χαμηλή αυτοεκτίμηση, **ζ)** Συναισθήματα και ο χειρισμός τους, **η)** Προβλήματα ύπνου, **θ)** Εφιάλτες, **ι)** Θυμός, **κ)** Δυσκολία λήψης αποφάσεων.

Τα συναισθήματα που κυρίως διακατέχονται οι γυναίκες είναι το άγχος, οι φόβοι και οι ενοχές. Μερικές εκμυστηρεύτηκαν ότι η διαδικασία της έκτρωσης ήταν γι' αυτές πολύ οδυνηρή. Αρκετές δήλωσαν χαρακτηριστικά "Αισθάνθηκα σαν να είμαι ένα σκουπίδι. Προτιμούσα να σφάξουν εμένα την ίδια".

Τα πολύ έντονα αρνητικά συναισθήματα παρατηρούνται μόνο σε μικρό ποσοστό γυναικών που έχουν πολύ έντονες ηθικές αναστολές.

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο American Journal of psychiatry από τις 500 γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση, το 43% παρουσίαζε άμεσες αρνητικές επιδράσεις. Το 10% από αυτές τις γυναίκες χαρακτηρίστηκε ότι είχαν συναισθηματικές επιπλοκές. Ανάμεσα σε αυτές οι πιο συχνές ήταν οι τύψεις, οι ενοχές, η αδυναμία, η σεξουαλική ψυχρότητα και διάφορες άλλες ψυχολογικές διαταραχές.

«Η πρώτη έχει σκληρή έκφραση στο πρόσωπο κι ενώ μιλά το βλέμμα της είναι καθηλωμένο. « Έχω κάνει δεκατέσσερις εκτρώσεις! Δύο αποτυχημένους γάμους, με δύο υπέροχους ανθρώπους. Για τα διαζύγια από ότι καταλαβαίνετε, φταίω εγώ. Η δασκάλα μου στο μάθημα διαλογισμού που παρακολουθώ μου λέει συνέχεια ότι έτσι έπρεπε να γίνει, καρμικά δηλαδή, με καταλαβαίνετε; Προσπαθώ με τον διαλογισμό να βοηθηθώ, μήπως και σταματήσουν αυτά τα όνειρα. Είναι δεκατέσσερις σκιές που έρχονται κάθε βράδυ στον ύπνο μου. Ξυπνώ τόσο βαριά και δεν χαίρομαι πια τίποτα. Δεν καταλαβαίνω, πώς ζει ο κόσμος; Πού βρίσκει τη δύναμη να περνά την κάθε μέρα, την κάθε ώρα; Δεν χαίρομαι τίποτα, με ακούτε; Τίποτα! Ούτε τα παιδιά μου ούτε την δουλειά μου.. τίποτα. Τώρα πείτε μου, τι έχω, κατάθλιψη, τι, έχω τρελαθεί; Θα με βοηθήσετε; Τι ψυχοθεραπευτική μέθοδο θα χρησιμοποιήσετε;»

Στο επίπεδο του συζύγου ή του εραστή οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαρτώνται από την προσωπικότητα, τυχόν παρουσία ψυχοπαθολογίας, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματα του προς την έγκυο και την

προσωπική αξία που έχει γι' αυτόν η εγκυμοσύνη. Μερικές φορές ο υποψήφιος πατέρας δεν πληροφορείται ούτε για την εγκυμοσύνη, ούτε για την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μέσα από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών του σχέσεων με την έγκυο. Η σταθερότητα της στάσης του και η συνεργασία του πριν και κατά την έκτρωση θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην έκτρωση.

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

Η στάση των ανδρών απέναντι στην άμβλωση εξαρτάται από την ηλικία τους. Έτσι, από έρευνες που έχουν γίνει, βλέπουμε ότι άνδρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την άμβλωση απ' ότι οι άνδρες των 30 ετών και άνω. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι νέοι ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στη φάση " δημιουργίας οικογένειας", που συμβαδίζει με τη φάση επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Για να μην θέσουν σε κίνδυνο την οικονομική και επαγγελματική προσπάθεια τάσσονται υπέρ της άμβλωσης.

Το ίδιο ισχύει και με τους νέους ανύπαντρους άνδρες, οι οποίοι δεν είναι έτοιμοι ούτε οικονομικά ούτε ψυχολογικά να προχωρήσουν σε γάμο και να κρατήσουν έτσι το παιδί.

Αντίθετα, οι άνδρες 30-33 ετών εισέρχονται στη φάση συμπλήρωσης του αριθμού των παιδιών που θέλουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της επιπλέον αύξησης της οικογένειάς τους. (Εγκυκλοπαίδεια "Υγεία", 1998).

Μια ιδέα για τη συνήθη αντιμετώπιση του θέματος από το αντρικό φύλο μας δίνει η επιστολή νεαρού μαθητή, που δημοσιεύθηκε ανώνυμη στη μαθητική εφημερίδα «Schooligans» (τεύχος 3, Φεβρουάριος 2005): «Έχεις νιώσει ποτέ σου πατέρα; Εγώ είμαι 15 χρονών κι έχω νιώσει. Δεν έχω μιλήσει σε κανέναν γι' αυτό... Πάνε 4 μήνες τώρα που τα έχω με ένα κορίτσι. Έχουμε κάνει αρκετές φορές σεξ. Μια μέρα που ήμουν σπίτι της, αφού ήθελε κι αυτή, το

κάναμε χωρίς προφυλακτικό. Ο μ...ας τι το ήθελα; Ολοκλήρωσα μέσα της και τώρα έχω μπλέ-

ξει με τους γιατρούς, με την οικογένειά της... Χ..ε μέσα! Από εκείνη τη στιγμή και μετά κατάλαβα πως ακόμα δεν είμαι αρκετά υπεύθυνος για τις πράξεις μου. Πραγματικά μόλις έμαθα πως πρέπει να κάνει έκτρωση, μου έφυγε η μαγκιά! Βρισκόμουν σε απόγνωση, χωρίς να ξέρουν οι γονείς μου τίποτα, αλλά κατάφερα να το αντιμετωπίσω μόνος μου. Πολύ μεγάλη εντύπωση μου έκανε όμως η συμπεριφορά της κοπέλας. Με είπε ανώριμο, επειδή έκλαψα μπροστά στον πατέρα της όταν μιλούσαμε».

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

Υπάρχουν πολλοί που δεν ζητούν ποτέ ψυχολογική βοήθεια, γιατί θεωρούν ότι ο άντρας πρέπει να τα αντιμετωπίζει όλα μόνος του. Άλλοι ζητούν ψυχολογική βοήθεια, ακόμα κι αν συνεχίζουν να θεωρούν ότι καλώς έπραξαν και επέμειναν στη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις που η άμβλωση οδηγεί στην αποξένωση της γυναίκας από τον σύντροφό της και στην επιδείνωση ή τη διακοπή της σχέσης, τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν νωρίτερα και να αναφέρονται και στη σύντροφο, την οποία ο πατέρας μπορεί ακόμα και να κατηγορήσει, είτε επειδή δεν αντιστάθηκε αρκετά στην πίεσή του για άμβλωση, είτε επειδή μετά την άμβλωση στράφηκε εναντίον του ενώ την απόφαση την είχαν πάρει μαζί.

Σε κάποιες περιπτώσεις που ο πατέρας δεν έχει παρουσιάσει εμφανή ψυχολογικά προβλήματα μετά από άμβλωση, συνεχίζει ωστόσο μετά από χρόνια να θυμάται με δυσαρέσκεια και λύπη το γεγονός. Ο Α. Β. ο οποίος παντρεύτηκε τη σύντροφο με την οποία είχε κάνει άμβλωση και στη συνέχεια έφεραν στον κόσμο

δύο παιδιά, λέει χαρακτηριστικά: «Σκέφτομαι ότι αν είχαμε κρατήσει αυτό το παιδί, θα ήταν σήμερα δεκαπέντε χρονών. Το λέω και στη γυναίκα μου... Για σκέψου, της λέω, αν το είχαμε κρατήσει... Ήμουν αντίθετος με την άμβλωση τότε, αλλά το έβλεπα πιο χαλαρά. Από τότε που κάναμε παιδιά, με πειράζει

περισσότερο γιατί σκέφτομαι ότι κι εκείνο ήταν ένα τέτοιο παιδάκι... Με στενοχωρεί το ότι δεν θα το δούμε ποτέ».

2.4 Εμβρυακή ψυχολογία

Το βρέφος σας αισθάνεται, ονειρεύεται και είναι σε θέση να ακούσει και Μότσαρτ μέσα στη μήτρα.

Γενικά

Από άποψη συμπεριφοράς λίγο διαφέρει ένα νεογέννητο από ένα έμβρυο 32 εβδομάδων. Μια νέα σειρά ερευνών δείχνει ότι το έμβρυο αισθάνεται, ονειρεύεται, και ακόμη μπορεί να ευχαριστηθεί την κινηματογραφική παραγωγή (του Dr. Seuss) «Cat in the Hat». Απ' ό,τι φαίνεται, **η συζήτηση για τις αμβλώσεις μπορεί να μην είναι ποτέ πια η ίδια.**

Η σκηνή αυτή ποτέ δεν είναι δυνατόν να μη συγκινήσει: το νεογνό, δευτερόλεπτα μετά τον τοκετό, ακόμη ελαφρά υγρό από την μήτρα, σηκώνεται στην αγκαλιά των εξαντλημένων αλλά υπερευτυχισμένων γονιών του. Παρακολουθούν γεμάτοι λατρεία πώς το νέο τους παιδί τεντώνεται και στριφογυρίζει, πώς κάνει μορφασμούς με το στόμα του, πώς ανοίγει τα μάτια του. Για οποιονδήποτε παρακολουθεί αυτή την τρυφερή σκηνή, το μήνυμα είναι αλάνθαστο. Η γέννηση είναι η αρχή του παντός, η ώρα μηδέν, η στιγμή από την οποία το ρολόι αρχίζει να χτυπά.

Δεν είναι έτσι, δηλώνει η Janet DiPietro. Ίσως ο τοκετός είναι μία μεγάλη στιγμή, λέει η ψυχολόγος του Πανεπιστημίου Johns Hopkins, «ωστόσο είναι μία δευτερεύουσα στιγμή από άποψη ανάπτυξης του παιδιού. Τίποτε το ενδιαφέρον από νευρολογικής άποψης δεν συμβαίνει.»

Οπλισμένοι με σύστημα καταγραφής υψηλής ακρίβειας και τελειότητας, η DiPietro και άλλοι ερευνητές ανακαλύπτουν σήμερα ότι οι πραγματικές εξελίξεις αρχίζουν εβδομάδες νωρίτερα. Στην 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης -δύο μήνες δηλαδή πριν το βρέφος θεωρηθεί απολύτως έτοιμο για τον κόσμο,

ή στην ώρα του- το έμβρυο συμπεριφέρεται σχεδόν ακριβώς όπως και ένα νεογνό. Και συνεχίζει να συμπεριφέρεται έτσι για τις επόμενες 12 εβδομάδες.

Σαν να μην έφτανε η ανατροπή της κοινής αντίληψης για τη νηπιακή ηλικία, οι επιστήμονες δημιουργούν μια νέα εκπληκτική εικόνα ευφούς ζωής μέσα στην μήτρα. Μεταξύ των αποκαλύψεων:

- Την ένατη εβδομάδα, το αναπτυσσόμενο έμβρυο μπορεί να έχει λόξιγκα και να αντιδράσει σε δυνατούς θορύβους. Στο τέλος του δεύτερου τριμήνου λειτουργεί η αίσθηση της ακοής.

- Ακριβώς όπως και οι ενήλικες, το έμβρυο κάνει τον χαρακτηριστικό τύπο ύπνου με όνειρα (ύπνος με γρήγορες κινήσεις οφθαλμών [Rapid Eye Movement [REM] sleep]).

- Το έμβρυο γεύεται τα γεύματα της μητέρας του, γνωρίζοντας έτσι τις γεύσεις του πολιτισμικού του χώρου κιόλας από την μήτρα.

- Μεταξύ άλλων διανοητικών ικανοτήτων του, το έμβρυο είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ της φωνής της Μαμάς από τη φωνή ενός αγνώστου, και να ανταποκρίνεται σε μια γνώριμη ιστορία που του διαβάζουν.

- Ακόμη και ένα πρόωρο βρέφος αντιλαμβάνεται, αισθάνεται, αποκρίνεται και προσαρμόζεται στο περιβάλλον του.

- Το ότι το έμβρυο αντιδρά σε συγκεκριμένα ερεθίσματα δεν σημαίνει ότι πρέπει να γίνει στόχος προσπαθειών ενίσχυσης της ανάπτυξής του. Ερεθισμός των αισθητηρίων του εμβρύου μπορεί μάλιστα να οδηγήσει σε παράξενους τρόπους προσαρμογής αργότερα.

Οι ρίζες της ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως γνωρίζουν τώρα οι ερευνητές, αρχίζουν να αναπτύσσονται νωρίς -μόλις εβδομάδες μετά τη σύλληψή του. Πολύ πριν τον χρόνο που η γυναίκα συνήθως γνωρίζει ότι είναι έγκυος, ο εγκέφαλος του εμβρύου έχει ήδη αρχίσει να διογκώνεται. Την πέμπτη εβδομάδα, το όργανο που μοιάζει με στρουμπουλή κάμπια έχει ξεκινήσει τον πιο θεαματικό άθλο στην διαδικασία ανάπτυξης του ανθρώπου: την δημιουργία του βαθιά πτυχωτού και σπειροειδούς εγκεφαλικού φλοιού, που είναι το τμήμα του εγκεφάλου το οποίο με τον καιρό θα επιτρέψει στον αναπτυσσόμενο άνθρωπο να κινείται, να σκέπτεται, να μιλά, να προγραμματίζει και να δημιουργεί κατά τον ανθρώπινο τρόπο.

Την ένατη εβδομάδα, ο διογκούμενος εγκέφαλος του εμβρύου, του επιτρέπει να λυγίζει το σώμα του, να έχει λόξιγκα, και να αντιδρά σε δυνατούς

ήχους. Την δέκατη εβδομάδα κινεί τους βραχίονες, «εισπνέει» και «εκπνέει» αμνιακό υγρό, ανοίγει τις σιαγόνες του και τεντώνεται. Πριν συμπληρωθεί το πρώτο τρίμηνο, χασμουριέται, πιπιλάει και καταπίνει, καθώς επίσης αισθάνεται και οσφραίνεται. Στο τέλος του δεύτερου τριμήνου ακούει. Προς το τέλος δε της κύησης μπορεί να βλέπει.

Εμβρυακή επαγρύπνηση

Οι επιστήμονες που καταγράφουν την καθημερινή ζωή του εμβρύου παρατηρούν ότι τον περισσότερο χρόνο του δεν ασκεί αυτές τις νέες ικανότητες αλλά κοιμάται. Την 32η εβδομάδα κοιμάται 90 έως 95% της ημέρας. Μερικές από αυτές τις ώρες κοιμάται βαθύ ύπνο, άλλες με ύπνο τύπου REM και μερικές ώρες τις περνά σε μη διευκρινισμένη κατάσταση, που οφείλεται στην ανωριμότητα του εμβρυακού εγκεφάλου και που είναι διαφορετική από την κατάσταση ύπνου βρέφους, παιδιού, ή ενήλικα. Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM τα μάτια του εμβρύου κινούνται εμπρός-πίσω, έτσι όπως και τα μάτια ενός ενήλικα. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το έμβρυο ονειρεύεται. Η DiPietro υποθέτει ότι τα έμβρυα ονειρεύονται ό,τι γνωρίζουν - τα αισθήματα που νοιώθουν μέσα στην μήτρα.

Καθώς πλησιάζει ο τοκετός, το έμβρυο κοιμάται 85 ή 90% του χρόνου, όσο και τα νεογνά. Μεταξύ των συχνών ύπνων του, το έμβρυο φαίνεται να έχει «κάτι σαν περιόδους αφυπνίσεως», σύμφωνα με τον ψυχολόγο ανάπτυξης (developmental psychologist) William Filer που, μαζί με τους συναδέλφους του από το Πανεπιστήμιο Columbia, παρακολουθεί αυτούς τους κύκλους ύπνου και επαγρύπνησης, με σκοπό να αναγνωρίσει μοτίβα κανονικής ή μη ανάπτυξης του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων και πιθανών σημείων πρόβλεψης του συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου των νηπίων. Ο Filer λέει: «στην ουσία ρωτάμε το έμβρυο: - Προσέχεις; Το νευρικό σου σύστημα συμπεριφέρεται έτσι όπως πρέπει;»

Εμβρυακή κινητικότητα

Είτε κοιμάται είτε είναι ξύπνιο, το ανθρώπινο έμβρυο κινείται 50 φορές ή περισσότερες ανά ώρα, τεντώνοντας το λαιμό του, κινώντας το κεφάλι του, το πρόσωπο και τα άκρα του και εξερευνώντας το θερμό υγρό διαμέρισμά του δια της αφής. Η Heidelise Als, ψυχολόγος ανάπτυξης στο Harvard Medical

School, είναι εντυπωσιασμένη από τον αριθμό των ερεθισμάτων που δίνει το έμβρυο στον εαυτό του μέσω της αφής. Αναφέρει: «αγγίζει με το χέρι το πρόσωπό του, το ένα χέρι με το άλλο, αγκαλιάζει τα πόδια του, αγγίζει με το πέλμα την άλλη κνήμη ή με το χέρι τον ομφάλιο λώρο».

Η Als θεωρεί ότι υπάρχει μια αναντιστοιχία μεταξύ του περιβάλλοντος που δίνεται στα πρόωρα νεογνά στα νοσοκομεία και του περιβάλλοντος που θα είχαν μέσα στη μήτρα. Χρόνια τώρα προσπαθεί να βελτιώσει την περίθαλψη που προσφέρεται στα πρώιμα νεογνά, ώστε να μπορούν να κουλουριάζονται, να ενώνουν τα γόνατά τους, και να αγγίζουν αντικείμενα με τα χέρια τους έτσι όπως θα έκαναν για εβδομάδες ακόμη μέσα στην μήτρα.

Εκτός από τέτοιες κοινές κινήσεις, η DiPietro έχει παρατηρήσει κάποιες πιο παράξενες εμβρυακές δραστηριότητες, όπως το ότι «γλείφει τα τοιχώματα της μήτρας και κυριολεκτικά περπατά μέσα στη μήτρα απωθώντας την με τα πόδια του.». Όταν η έγκυος έχει ήδη ένα τοκετό στο παρελθόν, το έμβρυο μπορεί να έχει περισσότερο χώρο μέσα στην μήτρα για τέτοιες κινήσεις απ' ό,τι ένα έμβρυο που εξελίσσεται στη διάρκεια μιας πρώτης κυοφορίας. Μετά την πρώτη κύηση η μήτρα είναι μεγαλύτερη και ο ομφάλιος λώρος μακρύτερος, παρέχοντας μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων. «Τα δεύτερα και τα επόμενα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν μεγαλύτερη κινητική εμπειρία ενδομητρίως και έτσι μπορεί να εξελιχθούν σε πιο ενεργητικά νήπια», εικάζει η DiPietro.

Τα έμβρυα αντιδρούν απότομα στις ενέργειες της μητέρας τους. «Όταν παρατηρούμε το έμβρυο με υπερήχους και η μητέρα αρχίζει να γελά, τότε μπορούμε να δούμε το έμβρυο να πλέει ανάποδα μέσα στην μήτρα, να αναπηδά πάνω κάτω επάνω στο κεφάλι του, μπαμ-μπαμ-μπαμ, σαν να αναπηδά πάνω σε τραμπολίνο», λέει η DiPietro. «Όταν οι μητέρες το βλέπουν αυτό στην οθόνη, γελούν ακόμη πιο έντονα και το έμβρυο πάει πάνω κάτω ακόμη ταχύτερα. Αναρωτιόμαστε αν αυτός είναι ο λόγος που αρέσουν στους ανθρώπους, όταν αυτοί μεγαλώσουν, τα τραινάκια των λούνα παρκ.»

Εμβρυακή γεύση

Το ότι υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους αρέσουν οι καυτές πιπεριές ή άλλα καυτερά καρυκεύματα ίσως έχει σχέση με το εμβρυακό περιβάλλον. Κιόλας από την 13η με 15η εβδομάδα οι αισθητήρες γεύσης του εμβρύου μοιάζουν με αυτούς που έχουν οι ώριμοι ενήλικες, και οι γιατροί γνωρίζουν ότι το αμνιακό υγρό που περιβάλλει το έμβρυο μπορεί να έχει την οσμή του κάρυ, του κύμινου, του σκόρδου, του κρεμμυδιού και άλλων ουσιών από τη δίαιτα της μητέρας του. Το αν τα έμβρυα μπορούν και να γευθούν αυτές τις γεύσεις δεν είναι ακόμη γνωστό, αλλά οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι ένα πρόωρο 33 εβδομάδων θα πιπιλήσει πιο δυνατά μια ζαχαρωμένη θηλή παρά μια απλή ελαστική.

«Κατά το τρίτο τρίμηνο το έμβρυο καταπίνει μέχρι και ένα λίτρο την ημέρα» αμνιακό υγρό, σημειώνει η Julie Mennella, βιοψυχολόγος του Κέντρου Χημικών Αισθήσεων Monell, στην Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ. Η ίδια πιστεύει ότι το υγρό ίσως λειτουργεί ως «γέφυρα γεύσεων» για το μητρικό γάλα, το οποίο επίσης φέρει γεύσεις φαγητών από τη δίαιτα της μητέρας.

Εμβρυακή ακοή

Άσχετα με το αν το έμβρυο έχει την αίσθηση της γεύσης, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ακούει. Ένα πολύ πρώιμο νεογνό, που έρχεται στον κόσμο την 24η ή 25η εβδομάδα, αντιδρά στους ήχους γύρω του, παρατηρεί η Als, έτσι τα όργανα ακοής πρέπει να είναι ήδη σε λειτουργία στην μήτρα. Πολλές έγκυοι αναφέρουν εμβρυακό τίναγμα ή ξαφνικό λάκτισμα αμέσως μετά από δυνατό κλείσιμο πόρτας ή έντονο θόρυβο εξάτμισης αυτοκινήτου.

Ωστόσο, ακόμη και χωρίς τέτοιες «εισβολές», η μήτρα δεν είναι σιωπηλός χώρος. Σύμφωνα με την DiPietro, ερευνητές που έχουν εισαγάγει υδρόφωνο μέσα σε μήτρα εγκύου, κατέγραψαν επίπεδο θορύβων «συγγενές με τον θόρυβο του περιβάλλοντος που μπορεί να καταγραφεί σε ένα διαμέρισμα». Στους ήχους που κατέγραψαν συμπεριλαμβάνονται ο θυελλώδης ήχος της ροής του αίματος στα αγγεία της μητέρας, το γουργουρητό και η βοή του στομάχου και των εντέρων της, όπως επίσης και οι τόνοι της φωνής της φιλτραρισμένοι μέσα από τα οστά, τους ιστούς και το υγρό, όπως επίσης οι φωνές άλλων ανθρώπων που φτάνουν στο έμβρυο μέσω του αμνιακού τοιχώματος. Ο Filer διαπίστωσε ότι η εμβρυακή καρδιά

χτυπά με βραδύτερο ρυθμό όταν η μητέρα του μιλά, κάτι που δείχνει ότι το έμβρυο όχι μόνο ακούει και αναγνωρίζει τον ήχο, αλλά και ότι ο ήχος αυτός το ηρεμεί.

Εμβρυακή όραση

Η όραση είναι η αίσθηση που αναπτύσσεται τελευταία. Ένα πολύ πρόωρο νεογνό μπορεί να δει φως και σχήμα. Οι ερευνητές υποθέτουν ότι το έμβρυο έχει κι αυτό τέτοια ικανότητα. Έτσι όπως η μήτρα δεν είναι απόλυτα ήσυχη, έτσι επίσης δεν είναι και απόλυτα σκοτεινή. Ο Filer λέει: «Ίσως υπάρχει επαρκής οπτικός ερεθισμός, που διαπερνά τους ιστούς του σώματος της εγκύου μητέρας, έτσι που το έμβρυο να μπορεί να ανταποκριθεί όταν η μητέρα βρίσκεται σε δυνατό φως», όπως για παράδειγμα όταν κάνει ηλιοθεραπεία.

Ιάπωνες επιστήμονες έχουν μάλιστα αναφέρει διαφορετική εμβρυακή αντίδραση σε εκθαμβωτικό φως που ρίχνεται στην κοιλιά της μητέρας. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές προειδοποιούν ότι η έκθεση των εμβρύων (ή προώρων νεογνών) σε δυνατό φως πριν είναι έτοιμα, μπορεί να είναι επικίνδυνη. Μάλιστα, η Als από το Harvard πιστεύει ότι βλάβες της ίριδας πρώιμων βρεφών, που επί μακρόν αποδίδονται σε υψηλές συγκεντρώσεις οξυγόνου, ίσως στην πραγματικότητα οφείλονται σε υπέρμετρη έκθεση στο φως σε ακατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.

Ένα έμβρυο έξι μηνών, γεννημένο πρόωρα κατά 14 περίπου εβδομάδες, έχει εγκέφαλο που ούτε είναι προετοιμασμένος αλλά ούτε και περιμένει σήματα από τα μάτια τα οποία θα σταλούν στον οπτικό φλοιό του εγκεφάλου και από εκεί στο εκτελεστικό τμήμα των μετωπικών λοβών, όπου ενσωματώνονται οι πληροφορίες. Όταν το έμβρυο αναγκάζεται να δει πολύ νωρίτερα απ' ό,τι πρέπει, λέει η Als, η ταχύτερη διέγερση των αισθητηρίων μπορεί να οδηγήσει σε παρεκτροπές της ανάπτυξης του εγκεφάλου.

Εμβρυακή μάθηση

Μαζί με την ικανότητα αίσθησης, όρασης και ακοής, έρχεται και η ικανότητα μάθησης και μνήμης. Αυτές οι δραστηριότητες μπορεί να είναι υποτυπώδεις, αυτόματες ακόμη και βιοχημικές. Για παράδειγμα, ένα έμβρυο μετά από μια αρχική αντίδραση συναγερμού, τελικά παύει να αντιδρά σε

κάποιον επαναλαμβανόμενο δυνατό θόρυβο. Ο Fifer έχει διαπιστώσει ότι το έμβρυο επιδεικνύει το ίδιο είδος πρωτόγονης μάθησης, γνωστής ως εξοικείωσης, ανταποκρινόμενο στην φωνή της μητέρας του.

Όμως το έμβρυο έχει αποδείξει ότι είναι ικανό για πολλά περισσότερα. Στην δεκαετία του '80 ο καθηγητής ψυχολογίας Anthony James DeCasper και συνάδελφοί του από το Πανεπιστήμιο της North Carolina στο Greensboro, ανέπτυξαν τεχνική διατροφής που επιτρέπει σε ένα βρέφος να θηλάζει γρηγορότερα προκειμένου να ακούσει μια σειρά ήχων μέσω ακουστικών, και να θηλάζει με πιο αργό ρυθμό προκειμένου ν' ακούσει μια άλλη σειρά ήχων. Με αυτήν την τεχνική, ο DeCasper ανακάλυψε ότι μόλις μερικές ώρες μετά τον τοκετό, το βρέφος προτιμά τη φωνή της μητέρας του από τη φωνή κάποιου αγνώστου. Αυτό υποδηλώνει ότι το βρέφος πρέπει να έμαθε και να απομνημόνευσε την φωνή, αν και όχι απαραίτητα συνειδητά, κατά τους τελευταίους μήνες της κύησης μέσα στην μήτρα. Πιο πρόσφατα ανακάλυψε ότι ένα νεογνό προτιμά μια ιστορία που του διάβαζαν επανειλημμένα ενόσω ήταν στην μήτρα -στη συγκεκριμένη περίπτωση την ιστορία «The Cat in the Hat»- παρά κάποια άλλη ιστορία, που του διαβάστηκε πρώτη φορά σύντομα μετά τον τοκετό.

Ο DeCasper και άλλοι έχουν ανακαλύψει περισσότερες νοητικές ικανότητες. Τα νεογνά όχι μόνο είναι σε θέση να ξεχωρίσουν την ομιλία της μητέρας τους από την ομιλία κάποιου ξένου, αλλά προτιμούν ν' ακούν τη φωνή της μαμάς τους, ιδιαίτερα έτσι όπως ακούγεται φιλτραρισμένη από το αμνιακό υγρό παρά μέσα από τον αέρα. Και είναι και ξενόφοβα: προτιμούν να ακούν τη μαμά τους να μιλά τη μητρική της γλώσσα, παρά να ακούν αυτήν ή κάποιον άλλον να μιλά μια ξένη γλώσσα.

Παρακολουθώντας τις μεταβολές του εμβρυακού καρδιακού παλμού, ο ψυχολόγος JeanPierre Lecanuet και οι συνεργάτες του στο Παρίσι διαπίστωσαν ότι τα έμβρυα **ξεχωρίζουν τη φωνή κάθε αγνώστου**. Επίσης φαίνεται να τους αρέσουν κάποιες ιστορίες περισσότερο απ' ό,τι άλλες. Ο παλμός της εμβρυακής καρδιάς επιβραδύνεται όταν κοντά στην κοιλιά της μητέρας διαβάζονται γνωστά τους γαλλικά παραμύθια όπως το «La Poulette» («Το κοτοπουλάκι») ή το «Le Petit Crapaud» («Το μικρό βατραχάκι»). Όταν ο ίδιος αναγνώστης διαβάζει κάποιο άγνωστό τους παραμύθι, ο εμβρυακός καρδιακός παλμός παραμένει σταθερός.

Το έμβρυο πιθανώς αντιδρά στη διακύμανση του τόνου της φωνής και το ρυθμό των παραθυθιών και όχι στις ίδιες τις λέξεις, παρατηρεί ο Fifer, αλλά το συμπέρασμα παραμένει το ίδιο: το έμβρυο μπορεί να ακούει, να μαθαίνει και να θυμάται σε κάποιο επίπεδο, και, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα βρέφη και παιδιά, του αρέσει η άνεση και η βεβαιότητα που του προσφέρει το ήδη γνωστό.

Εμβρυακή προσωπικότητα

Δεν αποτελεί μυστικό ότι τα βρέφη γεννιούνται με ιδιαίτερες διαφορές και πρότυπα δραστηριότητας που δείχνουν ότι κάθε ένα τους έχει δικό του χαρακτήρα. Ακριβώς τότε και πώς τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς γεννώνται μέσα στην μήτρα αποτελεί αυτή τη στιγμή αντικείμενο εξονυχιστικής έρευνας.

Στην πρώτη μελέτη του εμβρυακού χαρακτήρα που έγινε με πλήρως επιστημονική μεθοδολογία το 1996, η DiPietro και οι συνεργάτες της κατέγραψαν τον καρδιακό παλμό και τις κινήσεις 31 εμβρύων, έξι φορές πριν από τον τοκετό και τις σύγκριναν με καταγραφές που ελήφθησαν δύο φορές μετά τον τοκετό. (Από τότε έχουν διευρύνει την μελέτη ώστε να συμπεριλαμβάνει 100 ακόμη έμβρυα). Τα πορίσματα τους: τα έμβρυα που είναι πολύ δραστήρια μέσα στην μήτρα, τείνουν να είναι πιο ευερέθιστα ως νήπια. Εκείνα που κοιμούνται/ξυπνούν μέσα στην μήτρα ακανόνιστα, δεν κοιμούνται τόσο καλά ως μικρά νήπια. Επίσης τα έμβρυα με ταχύ καρδιακό παλμό γίνονται απρόβλεπτα, αδρανή βρέφη.

«Η συμπεριφορά δεν αρχίζει κατά τον τοκετό» αποφαινεται η DiPietro. «Αρχίζει νωρίτερα και αναπτύσσεται με προβλεπόμενους τρόπους». Μια από τις σημαντικότερες επιδράσεις στην ανάπτυξη είναι το εμβρυακό περιβάλλον. Όπως παρατηρεί η Als από το Harvard, «Το έμβρυο δέχεται τεράστια ποσότητα «ορμονικών λουτρών» μέσω της μητέρας, έτσι οι χρονοβιολογικοί ρυθμοί του επηρεάζονται από τους κύκλους ύπνου/ξυπνήματος της μητέρας, τις διαιτητικές της συνήθειες, τις κινήσεις της».

Οι ορμόνες που η μητέρα εκκρίνει αντιδρώντας στο στρες παρουσιάζονται επίσης κρίσιμες. Η DiPietro βρίσκει ότι οι πολύ πιεσμένες μέλλουσες μητέρες τείνουν να έχουν πιο δραστήρια έμβρυα -και πιο ευερέθιστα νήπια. «Οι πιο στρεσαρισμένες απ' όλες είναι οι εγκυμονούσες

που εργάζονται» λέει η DiPietro. «Σ' αυτούς τους καιρούς οι γυναίκες τείνουν να εργάζονται μέχρι την ημέρα του τοκετού, ακόμη κι αν οι επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένες ακόμη. Αυτό είναι το πολιτισμικό μας πρότυπο, **ωστόσο εγώ το θεωρώ τρέλα.**»

Η Als συμφωνεί ότι η εργασία μπορεί να αποτελέσει τεράστιο στρες, αλλά υπογραμμίζει ότι οι ορμόνες της εγκυμοσύνης βοηθούν στην προστασία τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Ακόμη ρόλο παίζουν και οι προσωπικές αντιδράσεις στο στρες. «Η έγκυος που επιλέγει να εργαστεί είναι κιάλας διαφορετική από κάποια που επιλέγει να μην εργαστεί», εξηγεί η Als.

Είναι επίσης διαφορετική από τη γυναίκα που δεν έχει άλλη επιλογή παρά να εργαστεί. Οι μελέτες της DiPietro δείχνουν ότι τα έμβρυα πτωχών γυναικών είναι από άποψη νευρολογικής συμπεριφοράς αλλοιώτικα -είναι λιγότερο δραστήρια, με λιγότερο κυμαινόμενο καρδιακό παλμό- απ' ό,τι τα έμβρυα των εγκύων μέσης (αστικής) τάξης. Ωστόσο, παρατηρεί ότι «οι πτωχές γυναίκες κατατάσσουν τους εαυτούς τους ως λιγότερο στρεσαρισμένες απ' ό,τι οι εργαζόμενες γυναίκες μέσης αστικής τάξης». Η DiPietro υποπτεύεται ότι η ανεπαρκής διατροφή και η έκθεση σε ρυπαντικές ουσίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τα έμβρυα των πτωχών γυναικών.

Το στρες, η διατροφή, και οι τοξίνες μπορούν, συνδυαζόμενες μεταξύ τους, να έχουν επιβλαβή επίδραση στην νοημοσύνη. Πρόσφατη μελέτη του βιοστατιστικολόγου Bernie Devlin από το Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ, υποδεικνύει ότι τα γονίδια ίσως έχουν λιγότερη επίδραση στον δείκτη νοημοσύνης, απ' ό,τι θεωρείτο παλαιότερα και ότι το ενδομήτριο περιβάλλον ίσως επιδρά πολύ περισσότερο. Η DiPietro επιμένει: «Η παλιά μας αντίληψη περί επιρροής της φύσεως επί του εμβρύου προ του τοκετού και περί ανατροφής μετά τον τοκετό χρειάζεται ανανέωση. Υπάρχει και ένα προγεννητικό περιβάλλον, το οποίο παρέχεται από την μητέρα.»

Οι μέλλοντες γονείς που επιθυμούν να ενισχύσουν την νοητική ανάπτυξη του αγέννητου παιδιού τους, πρέπει να ξεκινήσουν από το να εξασφαλίσουν ότι το προγεννητικό περιβάλλον παρέχει καλή διατροφή, χαμηλό στρες και απουσία φαρμακευτικών ουσιών. Ποικίλοι συγγραφείς και «ειδικοί» έχουν επίσης προτείνει να δίνονται ωθήσεις στο έμβρυο κατά τακτά διαστήματα, να του μιλούν οι γονείς μέσω ενός χαρτοσωλήνα

(«εγκυοφώνου»), να του διοχετεύουν κλασσική μουσική, ακόμη και να εκπέμπεται ισχυρός φωτισμός στην κοιλιά της μητέρας.

Τέτοιο είδος ερεθισμών έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα; Και ακόμη σημαντικότερο: είναι ασφαλές; Ορισμένοι χρήστες αυτών των μεθόδων ορκίζονται ότι τα παιδιά τους είναι εξυπνότερα, με μεγαλύτερη κλίση προς τον λόγο και την μουσική, με μεγαλύτερο φυσικό (σωματικό) συντονισμό και κοινωνικές δεξιότητες απ' ό,τι ο μέσος όρος. Οι επιστήμονες ωστόσο είναι δύσπιστοι.

«Δεν υπάρχει πουθενά επιστημονικά κατοχυρωμένη έρευνα, που να δείχνει κάποιο μόνιμο αποτέλεσμα από αυτούς τους ερεθισμούς» βεβαιώνει ο Fifer. «Εφ' όσον κανείς δεν μπορεί με βεβαιότητα να πει πότε το έμβρυο κοιμάται και πότε όχι, το να σκουντά κανείς το έμβρυο ή να κολλά ηχεία στην κοιλιά της μητέρας μπορεί να διαταράξει το φυσιολογικό μοτίβο ύπνου. Κανείς δεν θα διανοείτο να σκαλίσει ή να σκουντήσει ένα νεογνό μέσα στην κούνια του, ή να βάλει δίπλα στο αυτί του ηχείο, γιατί λοιπόν να κάνει κάτι τέτοιο σε ένα έμβρυο;»

Η Als είναι ακόμη πιο κατηγορηματική. «Στοιχηματίζω ότι το σκούντημα, η διατάραξη ή ο με άλλον τρόπο εσκεμμένος ερεθισμός του εμβρύου, θα μπορούσε να αλλοιώσει την ακολουθία ανάπτυξής του και οτιδήποτε επιδρά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου έχει το τίμημά του.»

Πάντως, το να μιλά κανείς ήρεμα στο έμβρυο, φαίνεται να μην είναι επικίνδυνο. Ο Fifer ισχυρίζεται ότι τέτοιου είδους δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει τόσο τους γονείς όσο και το έμβρυο. «Το να σκέπτεσαι το έμβρυο, το να του μιλάς, το να ζητάς από τον σύζυγό σου να του μιλά, όλα αυτά θα σε βοηθήσουν να προετοιμαστείς γι' αυτό το νέο πλάσμα που θα μπει στη ζωή σου και θα την φέρει άνω κάτω,» λέει ο Fifer -όταν τελικά κάνει την είσοδό του που αποτελεί το αποκορύφωμα της αναμονής.

Ποιο είναι το αντίκτυπο στην άμβλωση;

Παρά το γεγονός ότι η εμβρυακή ψυχολογία εστιάζει στο τελευταίο τρίμηνο, κατά το οποίο οι περισσότερες αμβλώσεις είναι παράνομες, η σκέψη ενός εμβρύου που ονειρεύεται, ακούει, και αποκρίνεται στη φωνή της μητέρας του, σίγουρα θα προσθέσει νέα πολυπλοκότητα στο θέμα. Τα νέα πορίσματα αναμφίβολα θα ενισχύσουν την πεποίθηση των υποστηρικτών της ζωής (pro-

lifers) και πιθανώς θα κλονίσουν την βεβαιότητα των υποστηρικτών της επιλογής (στην άμβλωση), που θεωρούν ως αρχή της διανοητικής ζωής τον τοκετό.

Ωστόσο, πολλοί από τους επιστήμονες -μελετητές των εμβρύων παραμένουν μακριά από την αντιπαράθεση για τις αμβλώσεις, επιμένοντας ότι η εργασία τους είναι τελείως άσχετη με την δημόσια συζήτηση περί αμβλώσεων.

«Δεν πιστεύω ότι η εμβρυολογική έρευνα διαφωτίζει καθόλου το θέμα», διατείνεται η ψυχολόγος Janet DiPietro του Πανεπιστημίου Johns Hopkins. «Η ουσία της αντιπαράθεσης περί των αμβλώσεων είναι η εξής: Πότε αρχίζει η ζωή; Ορισμένοι άνθρωποι πιστεύουν ότι αρχίζει με την σύλληψη, το άλλο άκρο πιστεύει ότι αρχίζει με τον τοκετό, και υπάρχει και μια ομάδα στο μέσον που πιστεύει ότι αρχίζει γύρω στην 24η με 25η εβδομάδα, όταν το έμβρυο είναι σε θέση να επιβιώσει εκτός της μήτρας, παρ' ότι χρειάζεται πολλή βοήθεια για να το καταφέρει.

«Μέχρι την 25η εβδομάδα περίπου, είτε πιπιλά ή όχι τον αντίχειρά του είτε έχει ή όχι προσωπικότητα είτε κάνει οτιδήποτε άλλο, το έμβρυο δεν μπορεί να επιζήσει έξω από την μητέρα του. Λοιπόν, αυτό είναι ζωή, ή όχι; **Αυτό είναι ηθικοθρησκευτικό ερώτημα, όχι επιστημονικό.** Υπάρχουν πράγματα που συμπεριφέρονται κι όμως δεν είναι ζωντανά. Οι υποστηρικτές της ζωής μπορεί να πουν ότι αυτή η έρευνα αποδεικνύει ότι το έμβρυο είναι ζωντανό, αλλά δεν το κάνει. Δεν μπορεί να το κάνει».

«Η εμβρυολογική έρευνα αλλάζει την συζήτηση για τις αμβλώσεις μόνο γι' αυτούς που νομίζουν ότι η ζωή αρχίζει **κάποια** μαγική στιγμή» ισχυρίζεται η Heidelise Als, ψυχολόγος στο Πανεπιστήμιο του Harvard. «Αν πιστεύεις ότι η ζωή αρχίζει με τη σύλληψη, τότε δεν χρειάζεσαι την απόδειξη της εμβρυακής συμπεριφοράς». Για άλλους, πάντως, η άμβλωση είναι πολύ περίπλοκο θέμα και σχετίζεται με πολύ περισσότερα πράγματα από το αν η έρευνα δείχνει ότι το έμβρυο είναι ζωντανό. **«Οι περιστάσεις στις οποίες βρίσκεσαι και τα προσωπικά σου πιστεύω έχουν πολύ μεγαλύτερη επίπτωση στην απόφασή σου**», παρατηρεί.

Όπως η DiPietro, έτσι και η Als καταλαβαίνει ότι «κάποιοι θα χρησιμοποιήσουν αυτήν την έρευνα σαν ένα συναισθηματικό μέσο για να προσελκύσουν τον κόσμο προς την πλευρά που τάσσεται υπέρ της ζωής

(pro-life), αλλά δεν θα πρέπει να τύχει εκμετάλλευσης από επιθετικούς (φανατικούς) ακτιβιστές.» Αντίθετα, πιστεύει ότι θα έπρεπε να εφαρμοστούν τα αποτελέσματα της έρευνας για να βοηθηθούν οι μητέρες ώστε να έχουν όσο το δυνατόν υγιέστερη εγκυμοσύνη, και για να προετοιμαστούν να κηδεμονεύσουν καλύτερα το παιδί τους. Σύμφωνα είναι και ο ψυχολόγος του Πανεπιστημίου της Columbia, William Fifer: «Η έρευνα σχετίζεται πολύ περισσότερο με θέματα που αφορούν βιώσιμα έμβρυα - πρόωρα βρέφη.» (Baird, 1995)

2.5 Επιπτώσεις της άμβλωσης στην υπάρχουσα ή μελλοντική οικογένεια της γυναίκας

Οι επιπτώσεις επεκτείνονται και στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, όπου ανάλογα συγκρούεται η ψυχολογία της γυναίκας απέναντι στα δύο αυτά υποσυστήματα της κοινωνίας. Ο Χλιαουτάκης (1992) αναφέρει ότι με την έκτρωση 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 στρέφει σε εξωσυζυγικό δεσμό ή τη λύση του γάμου με διαζύγιο.

Τέλος, ο Χλιαουτάκης (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 σύγκριση με τις ηθικές αρχές και αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επενδύσεις, θέσεις και αντιθέσεις της κοινωνίας με αποτέλεσμα τον αλληλοεπηρεασμό και των δύο πλευρών σε μεγάλο βαθμό ``.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1 Νομοθεσία

Από νομική άποψη ο υπέρτατος και θεμελιώδης νόμος του κράτους είναι το Σύνταγμα. Για πρώτη φορά στο Σύνταγμα του 1975/86 κατευθυντήρια αρχή που πρέπει να διέπει όλες τις διατάξεις του, καθώς και την εφαρμογή του τίθεται η προστασία της ζωής και της ελεύθερης ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2) . Άλλωστε και στο άρθρο 5, ρητά και πιο συγκεκριμένα, ορίζεται ότι αποστολή της πολιτείας είναι η προστασία της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου.

Επομένως το έμβρυο, ως ιδιαίτερη ψυχοσωματική ύπαρξη, έχει τα ίδια δικαιώματα για τη ζωή και πρέπει να τυγχάνει του ίδιου σεβασμού, όπως και οποιοσδήποτε άνθρωπος, αφού η ιατρική επιστήμη διακηρύσσει ότι, η αρχή του ανθρώπινου όντως ανάγεται στη στιγμή της σύλληψης. Επομένως, το έμβρυο θα έπρεπε να απολαμβάνει κάθε δικαίωμα που αναγνωρίζεται στον Έλληνα πολίτη.

Το άρθρο 21 θέτει κάτω από τα προστατευτικά πέπλα της πολιτείας τους θεσμούς της μητρότητας, του γάμου και της οικογένειας, ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του έθνους. Τα κοινωνικά αυτά δικαιώματα δεσμεύουν άμεσα το κράτος, ώστε να επιλέγει εκείνες τις λύσεις που προωθούν την προστασία της μητρότητας, της οικογένειας και του γάμου.

Η έκτρωση θεωρείται ποινικό αδίκημα, που τιμωρείται με το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα, το οποίο έχει ως εξής:

ΑΡΘΡΟ 304

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με κάθειρξη.
2. Α. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτήν μέσα για τη διακοπή της,

τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών κι αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών.

Β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος της, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

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

Α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

Δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναικός ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

Το παραπάνω άρθρο αντικατέστησε το παλιό με το νόμο 1609/1986 (ΦΕΚ 86^Α της 3.7 86). (Βαγιούκας, 1993))

ΤΕΧΝΙΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ (άρθρα του Ν. 1609/ 86 ΦΕΚ Α/86)

(Πηγή: Συλλογή Νομοθεσίας για την άσκηση του ιατρικού εππαγέλματος και το νομικό καθεστώς των ιατρικών συλλόγων. Έκδοση ιατρικού συλλόγου Αθηνών , Αθήνα 1997)

ΑΡΘΡΟ 1:

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.
2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμοδίων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν:

Α) Την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

Β) Την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της.

Γ) Τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στη περίπτωση β της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του ΠΚ.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

ΑΡΘΡΟ 2: Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του ΠΚ αντικαθίστανται ως εξής:

4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα –

γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

A) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης

B) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα τεχνικά μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 20 εβδομάδες.

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

Δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφ' όσον δεν έχουν συμπληρωθεί 19 εβδομάδες εγκυμοσύνης

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

ΑΡΘΡΟ 3: Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του ΠΚ, τροποποιούνται ως εξής:

ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.
2. α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών
β) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.
3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλο να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους

ΑΡΘΡΟ 4: Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304^Α

ΑΡΘΡΟ 304 Α.:Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού. Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310

ΑΡΘΡΟ 5: Το άρθρο 305 του ΠΚ αντικαθίσταται ως εξής:

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης

1. Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 2 έτη.
2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων, που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

Ο γιατρός που προκαλεί σιωπηρώς έκτρωση, χωρίς η ίδια η γυναίκα να το γνωρίζει, όπως συμβαίνει ενώ την έχει ναρκώσει ή όταν, ενώ εναντιώνεται γι' αυτή, τη πραγματοποιεί με παραπλανητικό τρόπο, δηλαδή ενεργεί χωρίς τη συναίνεση της, τιμωρείται με κάθειρξη. Είναι από τις περιπτώσεις που επισύρουν τις βαρύτερες ποινές (παραγρ. 1), ενώ η μητέρα μένει ατιμώρητη. Αν κατά την έκτρωση αποβιώσει η έγκυος ή υποστεί σωματική βλάβη, τότε υπάρχει συρροή αξιόποινων πράξεων, δηλαδή έκτρωση και ανθρωποκτονία από αμέλεια ή κάκωση από αμέλεια, σύμφωνα με την παράγραφο 2β.

Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο οι επιπλοκές, που ενδεχόμενα ακολουθούν τη επέμβαση, όπως είναι οι μολύνσεις, οι αιμορραγίες ή οι κακώσεις από αδέξιους χειρισμούς, κλπ.

Στη περίπτωση που εκείνος που επιχειρεί την έκτρωση νεκρώνει το πρόωρα τεχθέν έμβρυο τότε πρόκειται για ανθρωποκτονία από πρόθεση, για την οποία δεν κάνει μνεία ο νομοθέτης σε κανένα σημείο του άρθρου.

Για τη θεμελίωση του εγκλήματος απαιτείται δόλος άμεσος ή ενδεχόμενος, για τον οποίο αρχικά είναι υπεύθυνη η έγκυος, η οποία με τη συναίνεση της, με σκοπό να απαλλαγεί από το κύημα, προσφεύγει σε γιατρό, σε μαία ή άλλον, που με την επέμβαση τους ή τα μέσα που της παρέχουν αφαιρεί τη ζωή του κυήματος (παραγρ. 2^α).

Με άλλους δηλαδή λόγους επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο ώστε να πετύχει η έκτρωση, την οποία αποδέχεται και αποσκοπεί στη θανάτωση του εμβρύου.

Στη προκειμένη όμως περίπτωση και ο ενδεχόμενος δόλος είναι αρκετός, παρά το ότι στη παράγραφο 2 α εδάφιο πρώτο δεν αναφέρεται στο νέο άρθρο ότι η ενέργεια έγινε «από πρόθεση». Για το λόγο αυτό, ενώ τιμωρεί την έγκυο με φυλάκιση μέχρι ενός έτους, (παραγρ. 3) τον τρίτο τον τιμωρεί μέχρι έξι μήνες.

Ο όρος «κατά συνήθεια» της παραγράφου 2 α αναφέρεται στους γιατρούς, στις μαίες ή σε άλλους οιοσδήποτε που ασχολούνται αποκλειστικά και μόνο με τις εκτρώσεις και τους οποίους τιμωρεί με φυλάκιση μέχρι δυο χρόνια.

Η συναυτουργία είναι καταφανής στην παράγραφο 2 α και προϋποθέτει συναίνεση, ανεξάρτητα με το χρόνο που πραγματοποιείται η έκτρωση. Δίνεται με ελεύθερη βούληση της εγκύου ενσυνείδητα κι ακόμα πρέπει να είναι σοβαρή και σπουδαία και να μην είναι προϊόν ψυχολογικής ή σωματικής βίας ή απάτης.

Αυτό αποτελεί ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σημείο, που πάντοτε ερευνάται από το δικαστήριο, σε σχέση με την πνευματική της κατάσταση και την ψυχική της ισορροπία.

Ο γιατρός που εκτελεί την εγκληματική έκτρωση είναι ο άμεσος αυτουργός, ενώ η έγκυος, που προσφεύγει σ' αυτόν είναι η άμεσος αυτουργός (συναυτουργός).

Η έγκυος γυναίκα είναι αυτουργός όταν μόνη της η ίδια προκαλεί με διάφορα φαρμακευτικά ή χημικά μέσα τη θανάτωση του εμβρύου. Μπορεί όμως να την αναθέσει σε άλλον συναυτουργό της ο οποίος, είναι ενδεχόμενο να αγνοεί την εγκυμοσύνη της. Έτσι, ο γιατρός εν αγνοία του κάνει επικίνδυνους χειρισμούς, πιέζει την κοιλιά της ή της χορηγεί φάρμακα εκτρωτικά με συνέπεια να διακοπεί η κύηση.

Γενικά η συναίνεση της δεν αίρει το αξιόποιο της πράξης, απλώς μόνο, επειδή το έμβρυο αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του σώματος της και υποβάλλεται σε όλες τις συνέπειες και τους κινδύνους από τη συγκεκριμένη επέμβαση, μπορεί να κριθεί επιεικέστερα από το δικαστήριο και την τιμωρεί με φυλάκιση μέχρι ένα χρόνο.

Ακόμα το νομοθέτη δεν τον ενδιαφέρει αν η έγκυος είναι έγγαμη ή άγαμη, ενώ για τον είναι ανήλικη κάνει μνεία στην παράγραφο 5.

Αν τα μέσα που χρησιμοποίησε η έγκυος δεν έφεραν το αποτέλεσμα που επιδίωκε, παρά το ότι μπορούσαν να προκαλέσουν τη θανάτωση του εμβρύου, τότε πρόκειται για απόπειρα, η οποία τιμωρείται με το άρθρο 42 του ποινικού κώδικα, που αναφέρεται στην «έννοια και στην ποινή της απόπειρας». Η έννοια της έκτρωσης, κατά συνέπεια, ολοκληρώνεται μόνο όταν επέλθει ο θάνατος του.

Η ηλικία και η βιωσιμότητα του δεν ενδιαφέρει το νομοθέτη, παρά μόνο το αντικείμενο του εγκλήματος, που είναι το ίδιο το κύημα, ώστε η έκτρωση στοιχειοθετείται από τη στιγμή που γίνεται η σύλληψη του ζώντος εμβρύου μέχρι την έξοδο του με βίαια μέσα. Με άλλους λόγους ο νόμος τιμωρεί την καταστροφή του προϊόντος της σύλληψης και προστατεύει την ανθρώπινη ζωή ακόμα και στη γένεση της.

Στην περίπτωση κατά την οποία η έγκυος αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, ενώ γνωρίζει ότι είναι δυνατή και η θανάτωση του εμβρύου, τότε η απόπειρα αποτελεί νοητή έκτρωση. Το ίδιο συμβαίνει κατά την ανθρωποκτονία ή τις σωματικές κακώσεις, όπως το λάκτισμα στην κοιλιά της εγκύου, από τρίτο (παραγρ.2 β).

Κατά τη θεραπευτική έκτρωση, ή την αφόρητη προσβολή της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης βούλησης της, ο γιατρός δε διώκεται, γιατί, στην ενέργεια του αυτή προβαίνει για να αποτρέψει κάποιο κίνδυνο, που απειλεί τη ζωή της εγκύου, έστω κι αν αυτός είναι σκιώδης ή ο

κίνδυνος της βλάβης της υγείας της είναι σπουδαίος και διαρκής, σύμφωνα με την παράγραφο 4 β. την επέμβαση την εκτελεί ο ειδικός γιατρός με τις προϋποθέσεις που αναφέρονται σ' αυτήν.

Στις περιπτώσεις αυτές δεν υφίσταται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, εφ' όσον πριν από την επέμβαση και όχι μετά από αυτήν υφίσταται έγγραφη πιστοποίηση άλλου γιατρού που δικαιολογεί την αναγκαιότητα της.

Σύμφωνα με το Ελβετικό δίκαιο, την πιστοποίηση αυτή, στην ανάγκη, μπορεί να χορηγήσει και άλλος μη ειδικός γιατρός, έχει όμως πιο μεγάλη βαρύτητα όταν αυτή χορηγείται από τον ειδικό.

Στην περίπτωση που δεν εφαρμόζεται η παραπάνω αρχή, τότε, η απλή πιστοποίηση της αναγκαιότητας της από άλλο γιατρό και μάλιστα μετά από την επέμβαση, δεν αποτελεί ικανοποιητική απόδειξη και αφήνεται στην κρίση του δικαστηρίου. Αλλά και αν ακόμα η πιστοποίηση του γιατρού δόθηκε πριν την έκτρωση, η εκτίμηση του περιεχομένου της θα κριθεί και πάλι από το δικαστήριο, κάτω από ορισμένες συνθήκες.

Στην περίπτωση που δεν ήταν δυνατή η έγκαιρη πιστοποίηση, και έγινε η έκτρωση πριν δοθεί αυτή, τότε έχουν εφαρμογή οι διατάξεις «περί καταστάσεως ανάγκης», σύμφωνα με το άρθρο 25 του ποινικού κώδικα, που έχει ως εξής:

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΕΙ ΤΟ ΑΔΙΚΟ

ΑΡΘΡΟ 25

1. Δεν είναι άδικη η πράξη που τελεί κάποιος για να αποτρέψει παρόντα και αναπότρεπτο με άλλα μέσα κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το πρόσωπο ή την περιουσία του ή κάποιου άλλου χωρίς δική του υπαιτιότητα, αν η βλάβη που προκλήθηκε στον άλλο είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε.
2. Η προηγούμενη διάταξη δεν εφαρμόζεται σε όποιον έχει καθήκον να εκτεθεί στον απειλούμενο κίνδυνο.
3. Η διάταξη του άρθρου 23 έχει ανάλογη εφαρμογή και την περίπτωση αυτού του άρθρου.

Με την προϋπόθεση ότι η επέμβαση γίνεται από γιατρό ,εφ' όσων υποστηριχθεί ότι δεν υπήρχε άλλος τρόπος για τη διάσωση της ζωής της εγκύου, εκτός από τη διακοπή της κύησης και ότι ο κίνδυνος αυτός βρισκόταν σε άμεση σχέση με το κύημα, τότε αίρεται το άδικο της πράξης. Στις περιπτώσεις αυτές και σε απόλυτη ανάγκη, την επέμβαση μπορεί να φέρει σε πέρας και ο μη ειδικός γιατρός.

Άλλοι λόγοι που επιτρέπουν την έκτρωση και αίρουν το άδικο της πράξης, εφ' όσον υπάρχει η συγκατάθεση της εγκύου ή των νόμιμων αντιπροσώπων της, όταν η ίδια δεν είναι σε θέση να κρίνει, είναι, όπως αναφέρεται στην παράγραφο 4 δ, λόγοι ηθικής τάξης. Είναι η ηθικώς ενδεδειγμένη έκτρωση.

Στις περιπτώσεις αυτές, που η επέμβαση γίνεται επίσης από γιατρό, μετά από τη συγκατάθεση της μητέρας, η έκτρωση δεν τιμωρείται όταν η σύλληψη έγινε:

- A) Μετά από βιασμό, σύμφωνα με το άρθρο 336 του ποινικού κώδικα.
- B) Μετά από αδυναμία της να αντισταθεί λόγω ανικανότητας (κατάχρηση ανίκανου προς αντίσταση) , σύμφωνα με το άρθρο 338 του ΠΚ.
- Γ) Μετά την αποπλάνηση της κόρης ηλικίας κάτω των 16 ετών, σύμφωνα με το άρθρο 339 του ΠΚ.
- Δ) Μετά από αιμομιξία, σύμφωνα με το άρθρο 345 του ΠΚ.

Στις παραπάνω περιπτώσεις, η έκτρωση δεν τιμωρείται, γιατί, κατά το νόμο, η διατήρηση της ηθικής τάξης στην κοινωνία θεωρείται μεγαλύτερης σπουδαιότητας από τη διατήρηση της ενδομήτριας ζωής.

Σήμερα, σε άλλα κράτη, όπως στη Σουηδία και στη Ρωσία, επιτρέπεται και δεν τιμωρείται η έκτρωση που γίνεται για λόγους ευγονίας (το σύνολο των κληρονομικών στοιχείων που μεταβιβάζεται στους απογόνους). Όταν δηλαδή κατά τη γνώμη του γιατρού κάποια κληρονομική νόσος, όπως είναι οι συγγενείς μη αιμολυτικές αναιμίες, ή άλλες νόσος, όπως τα λοιμώδη νοσήματα (ερυθρά τοξοπλάσμωση) , ιδιαίτερα στη αρχή της κύησης είναι δυνατόν να βλάψουν την ομαλή, χωρίς αποκλίσεις ανάπτυξη του εμβρύου, τότε επιβάλλεται η διακοπή της.

Η τακτική αυτή εφαρμόζεται και στη χώρα μας. Ιδιαίτερα για τα λοιμώδη νοσήματα από ιούς, όπως είναι οι εγκεφαλίτιδες, προκαλούν σοβαρό

προβληματισμό, αν δηλαδή θα πρέπει να διακόπτεται η κύηση, όταν η έγκυος νοσεί, κατά το πρώτο τρίμηνο.

Σήμερα, ιδιαίτερα για τις υποανάπτυκτες χώρες, συζητείται αν και κατά πόσο, λόγοι κυρίως οικονομικοί, θα μπορούσαν να νομιμοποιήσουν την έκτρωση.

Το νέο άρθρο 304 αν το συγκρίνει κανείς με το παλιό θα διαπιστώσει την προσπάθεια του νομοθέτη να δώσει μια διέξοδο σ' αυτό το δύσκολο θέμα των εγκληματικών εκτρώσεων, που σε διεθνή κλίμακα δεν έπαυσε να απασχολεί τους επιστήμονες. Ακόμα η προσφυγή στο άρθρο 25 του ΠΚ «περί καταστάσεως ανάγκης» δεν είχε πάντοτε απόλυτη εφαρμογή.

Η παράλειψη του όρου «εκ προθέσεως απόρριψη της εμβρυϊκής ζωής», η οποία ταυτίζεται με δόλο, η ελάττωση της αυστηρότητας της ποινής για τους «κατά συνήθεια» επιδιδόμενους σ' αυτή και η μετατροπή του αδικήματος από κακούργημα σε πλημμέλημα, είναι ενδεικτικά της προσπάθειας του.

Η άρση του αξιόποινου της πράξης στις θεραπευτικές εκτρώσεις, λόγω διαταραχής της ψυχικής υγείας της εγκύου (παράγφ. 4), ήταν το πλέον ευαίσθητο σημείο, στο οποίο, επικεντρώθηκε η λύση του αδιεξόδου, γιατί στην πραγματικότητα διευκόλυνε την έγκυο γυναίκα να αποφασίζει μόνη της, χωρίς την απειλή της τιμωρίας, για τη διατήρηση της ενδομήτριας ζωής.

Κατά την εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα μετά τους πρώτους μήνες, υπάρχει μια ψυχολογική επιβάρυνση, που είναι απόλυτα δικαιολογημένη, γιατί περιορίζει σε σημαντικό βαθμό, την κοινωνική ζωή της εγκύου. Ακόμα και άλλες αιτίες που έχουν σχέση με την οικονομική κατάσταση, τη σχέση τους με τον άνδρα και τον οικογενειακό προγραμματισμό μπορεί να έχουν την ίδια συνέπεια, χωρίς όλη αυτή η κατάσταση να είναι ψυχικό νόσημα.

Μια γυναίκα αλλοτριωμένη από την υλιστική κοινωνία, που ως κύριο μέλημα της έχει την σωματική της καλλονή και την καλοπέραση, είναι σίγουρο πως την τρομάζει η δοκιμασία της εγκυμοσύνης. Η ανευθυνότητα και έλλειψη αγάπης για το έμβρυο δεν προετοιμάζει ευοίωνα το μέλλον του παιδιού που θα έρθει. Από την πλευρά αυτή η προσπάθεια του νομοθέτη να βρει μια διέξοδο, όταν μάλιστα η θεραπευτική έκτρωση δείχνει την υπεροχή της ζωής και της υγείας της εγκύου έναντι στη ζωή του κυήματος, φαίνεται δικαιολογημένη, παρά το φόβο ότι με τη διάταξη αυτή της παραγράφου 4 γ

σηματοδοτεί μια εύσχημη δικαιολογία ενθάρρυνσης της εγκληματικής έκτρωσης.

Η θεραπευτική έκτρωση έχει καθιερωθεί σε όλα τα δίκαια των πολιτισμένων χωρών, γιατί η ζωή της εγκύου υπερτερεί της αξίας της ζωής του κήματος (κώδικες Ελβετίας, Ιταλίας, Γερμανίας). Σ' αυτές περιλαμβάνεται και η βαριά ψυχική νόσος της εγκύου. (Πηγή: Συλλογή Νομοθεσίας για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και το νομικό καθεστώς των ιατρικών συλλόγων. Έκδοση ιατρικού συλλόγου Αθηνών, Αθήνα 1997)

3.2 Απόψεις της εκκλησίας

Αρχικά πρέπει να διευκρινισθεί ότι στο θέμα των αμβλώσεων η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν διαφοροποιείται μεταξύ άμβλωσης ενήλικης ή ανήλικης γυναίκας. Κρατεί ίσες αποστάσεις μεταξύ τους και διατυπώνει ξεκάθαρες απόψεις. Η Ορθοδοξία εμμένει σταθερά στην άποψη της ότι ο άνθρωπος είναι κατ' εξοχήν δημιούργημα του Θεού «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν» Του και ότι αποτελεί μια καθ' ολοκληρία ψυχοσωματική οντότητα. Από τη στιγμή που ολοκληρώνεται ή γονιμοποίηση, υπάρχει ένα μοναδικό ανθρώπινο ον, το οποίο η Εκκλησία αναγνωρίζει ως πρόσωπο, ένα ον σε κοινωνία με το Θεό και τα άλλα πρόσωπα. Η άμβλωση, η διακοπή της ζωής επομένως, ισοδυναμεί με φόνο, είναι μια προμελετημένη αφαίρεση ανθρώπινης ζωής παραβιάζοντας τα δικαιώματα του θύματος. Ως εκ τούτου αντιβαίνει την εντολή του Θεού «ου φονεύσεις». Εκτός όμως την πρωταρχική αυτή εντολή του Δεκάλογου υπάρχουν αρκετές μαρτυρίες των Πατέρων της Εκκλησίας, αναφορές των Ιερών Κανόνων επικυρωμένων από τις Οικουμενικές Συνόδους, απόψεις συγχρόνων Θεολόγων, οι οποίες καταδικάζουν την άμβλωση και την χαρακτηρίζουν ως εκούσιο φόνο.

Από την αρχαιότητα ακόμα, υπάρχουν κείμενα που καταδικάζουν την πράξη της έκτρωσης. Στην Αγία Γραφή αναφέρεται: «Εάν δε εισέλθεις εις την γην, ην Κύριος ο Θεός σου δίδωσί σοι, ου μαθήση ποείν κατά τα βδελύγματα των εθνών εκείνων. Ουχ ευρεθήσεται εν σοι περικαθαίρων τον υιόν αυτού ή

την θυγατέρα αυτού εν πυρί, μαντευόμενος μαντείαν, κληδονιζόμενος και οιωνιζόμενος, φάρμακος, επαείδων απασιδών, εγγαστρίμυθος και τερατοσκόπος, επερωτών τους νεκρούς. Έστι γαρ βδέλυγμα Κυρίω τω Θεώ σου πας ποιών ταύτα, ένεκεν γαρ των βδελυγμάτων τούτων Κύριος εξολοθρεύσει αυτούς από προσώπου σου». (Δευτερονόμιον 18/1η 9-12). Φαρμακός ονομάζεται εκείνος που παρασκευάζει ή δίνει φαρμάκια (δηλητήρια). Τέτοια φαρμάκια έπαιρναν οι γυναίκες για να σκοτώσουν τα αγέννητα παιδιά τους, πριν από την εμφάνιση του κρανιοθραύστη και των λοιπών εργαλείων. Δεν είναι τυχαίο ότι οι φαρμακοί αναφέρονται μαζί με τους παιδοθυσιαστές λάτρεις του Βαάλ.

Από την αποστολική εποχή, ο χριστιανισμός αναγνώρισε ότι η έκτρωση είναι ασυμβίβαστη με την στροφή προς το Θεό. Υπάρχουν αρχαία κείμενα που αφορούν στη ζωή του Χριστού και αντιμετωπίζουν το ζήτημα της έκτρωσης. Στη «Διδαχή των Αποστόλων»(50- 70 μ.Χ.), η έκτρωση συγκαταλέγεται στις σοβαρές αμαρτίες. «Δεν θα φονεύσεις, δεν θα μοιχεύσεις, δεν θα αρσενοκοιτεύσεις, δεν θα πορνεύσεις, δεν θα κλέψεις, δεν θα χρησιμοποιήσεις μαγεία, δεν θα χρησιμοποιήσεις (μαγικά) φίλτρα, δεν θα παράσχεις αμβλωθρίδια, ούτε θα διαπράξεις παιδοκτονία». Άρα η έκτρωση είχε ανέκαθεν καταδικαστεί από το χριστιανισμό.

Ο Σέπτιμος Τερτυλλιανός (160- 240μ.Χ.) υποστήριζε ότι : «σε μας, η δολοφονία είναι απαγορευμένη μια για πάντα. Δεν μας επιτρέπεται να καταστρέψουμε ούτε το έμβρυο στη μήτρα, εφ' όσον του παρέχεται αίμα για τον σχηματισμό του ανθρωπίνου όντος. Το να εμποδιστεί η γέννηση ενός παιδιού είναι ένας συντομότερος δρόμος να θανατωθεί. Δεν υπάρχει διαφορά στο κατά πόσο κάποιος καταστρέφει μια ήδη γεννημένη ψυχή ή επεμβαίνει στη γέννηση της. Πρόκειται περί ενός ανθρωπίνου όντος και περί ενός ατόμου εν τω γίνεσθαι, επειδή όλος ο καρπός είναι παρών στο σπόρο.»

Παρόμοια θέση για το θέμα των εκτρώσεων είχε και ο Μηνούκιος Φήλικας (170-215 μ.Χ).

Η νομοθεσία για τις εκτρώσεις και οι αντιλήψεις που επικρατούν στους ανθρώπους για τις εκτρώσεις, πιστεύεται ότι, σε ένα μεγάλο βαθμό, επηρεάστηκαν από την χριστιανική διδασκαλία. Σήμερα η Ορθόδοξη εκκλησία καταδικάζει την έκτρωση, εξομοιώνοντας την με την ανθρωποκτονία. Τις

απόψεις της , τις στηρίζει σε κανόνες των Πατέρων και των Συνόδων που ανάγονται στο 4^ο αιώνα μ.Χ.

Στον ΚΑ' κανόνα της Συνόδου της Άγκυρας (314 μ.Χ.) διακρίνεται η έκτρωση από την ανθρωποκτονία. «Περί των γυναικών των εκπορνεύων και αναιρουσών τα γεννώμενα και σπουδαζουσών φθορία ποιείν, ο μιν πρότερος όρος μέχρις εξόδου εκώλυσε και τούτω συντίθενται. Φιλανθρωπότερον δε τι εύροντες ωρίσαμεν δεκαετή χρόνον κατά τους βαθμούς τους ωρισμένους». Έτσι, ενώ παλαιότερα στη γυναίκα που έκανε έκτρωση επιβαλλόταν η ισόβια αποχή από το μυστήριο της Θεία Κοινωνίας, το 314 μ.Χ. , οι κανόνες γίνονται επιεικέστεροι και επιβάλλουν μόνο δεκαετή αποχή από το μυστήριο. Έτσι η έκτρωση διαχωρίζεται από την ανθρωποκτονία και κρίνεται επιεικέστερα.

Ο Μέγας Βασίλειος (330- 379 μ.Χ.) σε δύο κανόνες του, καταδικάζει την έκτρωση όπως και την προμήθεια και αγορά εκτρωτικών μέσων, εξομοιώνοντας τις πράξεις αυτές με την ανθρωποκτονία. Επίσης εκφράζεται ξεκάθαρα κατά της έκτρωσης στην επιστολή του προς Αμφιλόχιον (Επιστολή 188). «Εκείνη που κατέστρεψε σκόπιμα ένα έμβρυο υπέχει την ποινή του φόνου. Και δεν υπάρχει σε μας ακριβής έλεγχος του κατά πόσον το έμβρυο είναι διαμορφωμένο ή ασχημάτιστο.

Από την άλλη μεριά, ο Πατριάρχης Κωνσταντινουπόλεως Ιωάννης ο Νηστευτής (580- 619 μ.Χ.) ,ήταν επιεικής στο θέμα των εκτρώσεων. Όμως το 680 μ.Χ. στην ΣΤ' Οικουμενική Σύνοδο του Τρούλου, στην Κωνσταντινούπολη υιοθετούνται οι αυστηρές απόψεις του Μ. Βασιλείου. Τότε καθορίζεται και οριστικά πια, η θέση της Ορθόδοξης εκκλησίας για τις εκτρώσεις. Η Εκκλησία υποστηρίζει ότι η σεξουαλική σχέση δικαιολογείται μόνο όταν γίνεται για χάρη της τεκνοποιίας και θεωρείται αμαρτία η άρνηση των αποτελεσμάτων αυτής της σχέσης (έκτρωση), αλλά και ο παρεμπόδισμός της με κάθε τρόπο. Το ανθρώπινο έμβρυο θεωρείται ολοκληρωμένος άνθρωπος και ονομάζεται βρέφος ή παιδί ή τέκνο αυτής που το κυοφορεί. Ο Μέγας Βασίλειος δεν κάνει διάκριση σε «εξεικονισμένο» (ολοκληρωμένο) και «μη εξεικονισμένο» (ασχημάτιστο, μη ολοκληρωμένο) έμβρυο.

Ο πρώτος χριστιανός αυτοκράτορας, ο Μέγας Κωνσταντίνος, θέλοντας να μειώσει τη φτώχεια, εκδίδει το 315 μ.Χ. μια προκήρυξη στην οποία επισημαίνει πως: «Ένα πατήρ τις προσαγάγη το τέκνον αυτού λέγων, ότι

αδυνατεί να συντηρήσει αυτό, διατάσσομεν, όπως χωρίς αναβολής δοθώσιν αυτώ τρόφιμα και ενδύματα, διότι η φροντίς των νεογέννητων ουδεμίας αναβολής είναι δεκτική, και όπως το θησαυροφιλάκιον του Κράτους βοηθή εις τα έξοδα ταύτα εκ των δημοσίων προσόδων». (Βασιλειάδης, 1987)

Η Ορθόδοξη Εκκλησία δέχεται από την πρώτη στιγμή της σύλληψης, πλήρη τον άνθρωπο και δεν συμφωνεί με την άποψη ότι η ψυχή εισέρχεται στο αίμα στον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης. Επίσης η «Εκκλησία πιστεύει πως η έκτρωση είναι δείγμα ανελευθερίας, δηλαδή συνδέεται άμεσα με τον εγωισμό και τον ατομισμό που θυσιάζει την ξένη ζωή, για να διασφαλίσει τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σημερινής ατομοκρατίας, π.χ της ηδονικής απόλαυσης και της απόρριψης κάθε ευθύνης.» (Μερικά παιδιά σε χρειάζονται, 2004) .

Στη σύγχρονη εποχή η εκκλησία ασχολείται ακόμη με το θέμα της έκτρωσης. Στις 17/5/07 η Ιερά Σύνοδος συνεδρίασε με θέμα την ασχολία της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής για την προγεννητική και προεμφυτευτική διάγνωση του εμβρύου. Η Ιερά Σύνοδος, μέσω του κειμένου που συνέταξε ο μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής Νικόλαος, δεν δηλώνει απλά τις αντιρρήσεις της, αλλά αναφερόμενη στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής μιλά για «κρυπτορατισμό». Το κείμενο αναφέρει τα εξής :

« Όταν αντικρίζουμε τους συνανθρώπους μας που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία ή έχουν σύνδρομο Down, πώς από δω και μπρος μπορούμε να τους πούμε ότι λυπούμαστε για τη δοκιμασία τους, αλλά χαιρόμαστε την ύπαρξη τους; Η εκκλησία μας καταδικάζει αυτόν το κρυπτορατισμό, τιμά το αγαθό της ζωής ως ιερό μυστήριο ακόμη και μέσα από αναπηρίες, ατέλειες ή σοβαρές ασθένειες, αγκαλιάζει τους πάσχοντες συνανθρώπους μας ως αδελφούς και προτρέπει τις κοινωνίες μας σε εκστρατεία αγάπης, καλοσύνης, συμπόνιας, ανάπτυξης κέντρων και μονάδων θεσμοθέτησης φιλανθρωπίας. Χωρίς να μπορούμε να δικαιολογήσουμε, κατανοούμε τη δυσκολία των γονέων να προχωρήσουν στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης, στις περιπτώσεις που αυτή συνοδεύεται από δυσμενή προγεννητική διάγνωση.

Σύμφωνα με την Βαρβάρα Μεταλληνού, προέδρου του συλλόγου του αγέννητου παιδιού: « Για την εκκλησία η εμβρυοκτονία δεν καταδικάζεται

ορθόδοξα για λόγους ηθικής ή τιμωρείται ως νομική παράβαση, αλλά νοείται ως αμαρτία, αστοχία, δηλαδή του ανθρώπου, που εμποδίζει ή ματαιώνει την πορεία του προς τη Θέωση, αφού έμπρακτα αρνείται να συνεργαστεί στο δημιουργικό έργο του Θεού. Επίσης, από πλευράς Ορθοδοξίας, η έκτρωση, θεωρείται και δείγμα ανελευθερίας, που συνδέεται άμεσα με τον εγωισμό και τον ατομισμό που θυσιάζει την ξένη ζωή, για να διασφαλίσει τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σημερινής ατομοκρατίας, π.χ. της ηδονικής απόλαυσης και της απόρριψης κάθε ευθύνης. Να γιατί η εκκλησία μας, ως εν Χριστώ κοινωνία, θεωρεί την έκτρωση ως αντικοινωνική συμπεριφορά και ενέργεια, που θυσιάζει την ανθρωπιά και την αγάπη στον ατομισμό και την εγωπάθεια.»

Από τη μεριά της η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής θεωρεί ηθικά δικαιολογημένη την επιλογή εμβρύου για σοβαρούς λόγους υγείας, ύστερα από την κατάλληλη ιατρική προγεννητική εξέταση και με τελική, αποκλειστική, απόφαση και ευθύνη των γονέων. Ως σοβαροί λόγοι υγείας που δικαιολογούν απόλυτα τη διακοπή της κύησης προτείνεται να θεωρηθούν για την ελληνική πραγματικότητα οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο Down) και από τις γενετικές παθήσεις η μεσογειακή αναιμία. Αυτό σημαίνει ότι θεωρείται ηθική δικαιολογημένη η θανάτωση του εμβρύου για σοβαρούς λόγους υγείας.

Η μόνη περίπτωση στην οποία η διακοπή της κύησης γίνεται ανεκτή από την Ορθόδοξη Εκκλησία, είναι η περίπτωση της ύπαρξης σοβαρού κινδύνου για τη μητέρα. Η Ορθόδοξη παράδοση, όταν υπάρχει πραγματικά το δίλημμα, δίνει προτεραιότητα στη διάσωση της ζωής της μητέρας, όχι γιατί η μια ζωή έχει μεγαλύτερη αξία από την άλλη, αλλά γιατί από τη μητέρα εξαρτώνται κι άλλοι, όπως άλλα παιδιά και ο σύζυγος. Η Εκκλησία λοιπόν, στέκεται στοργικά κοντά στη μητέρα (έγγαμη ή άγαμη), γιατί αυτή είναι η εντολή του Θεού: καταδικάζει την πράξη, αλλά συγχωρεί τον άνθρωπο.

Όπως υποστηρίζει ο Ιερέας του Αγίου Νεκταρίου Πάτερ Χρύσανθος, η εκκλησία πάντα καταδίκασε την άμβλωση σαν ανθρωποκτονία. Είναι κατηγορηματική, χωρίς διάκριση ως προς τα περιστατικά συλλήψεως της ανθρώπινης ζωής.

Κατ' αυτήν, όπως υποστηρίζει ο ίδιος, οι εκτρώσεις είναι μια κατάσταση του κακομαθημένου ανθρώπου ο οποίος δεν έχει ξεκαθαρίσει μέσα στη σκέψη

του την προσωπική του ευθύνη, σ' ένα τόσο σοβαρό θέμα, όπως είναι η δημιουργία μιας νέας ζωής.

Η Θεία Πρόνοια εμπιστεύεται στον άνθρωπο τη διαφύλαξη της καινούριας ζωής, ο οποίος είναι ελεύθερος να αποφασίσει αν θα κάνει χρήση του προνομίου του ή όχι. Από την ώρα όμως που γίνεται συνδημιουργός και υπαναχωρεί με την άμβλωση, είναι παιδοκτόνος.

3.3 Απόψεις επιστημόνων

Οι επιστημονικές θεωρίες θεωρούν το σημείο της σύλληψης καθοριστικό για τη δημιουργία του προσώπου. Θεωρείται ότι η προσωπικότητα καθορίζεται πλήρως από το ανθρώπινο γονιδίωμα του ανθρώπινου όντος ή αλλιώς το DNA μπορεί να καθορίσει επακριβώς το πώς θα αναπτυχθούμε, εάν η φυσική διαδικασία ανάπτυξης μας δεν ανακοπεί και αποκτηθεί ο κατάλληλος φαινότυπος για την έκφραση της προκαθορισμένης μας προσωπικότητας.

Τα έμβρυα μπορούν να καλλιεργηθούν μέχρι το στάδιο της βλαστοκύστης *in vitro*. Υπάρχουν τεχνικές, όπως η ενδομητριάκη σπερματέγχυση (*intrauterine insemination*), η ενδοσαλπινγική μεταφορά των γαμετών (*gamete intrafallopian transfer*) και άλλες τεχνικές που υποστηρίζουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ο Θεός δεν εισάγει ψυχή στο ζυγωτή, αλλά ο επιστήμονας, παίρνει το ωάριο και το σπερματοζωάριο (που μπορεί να είναι κατεψυγμένα, δανεικά ή ακόμα τεχνητά) και τα γονιμοποιεί σε ένα σωλήνα.

Η ολοκληρωμένη γενετική ταυτότητα του εμβρύου υπάρχει από τη σύλληψη του, εγκαθιδρύοντας το ανθρώπινο είδος, παραμένει δε αναλλοίωτη στη διάρκεια του χρόνου. Η πρώιμη βιολογική ταυτότητα του εμβρύου υπάρχει από την εμφύτευση του και την έναρξη ενός βιολογικού διαλόγου με τη μητέρα και είναι προσωρινή μέχρι τη δημιουργία του φαινότυπου και την απόκτηση της δευτερογενούς βιολογικής ταυτότητας, η οποία είναι επίσης προσωρινή μέχρι την γέννηση του παιδιού και την απόκτηση βιολογικής ανεξαρτησίας. Η κύρια βιολογική ταυτότητα του ατόμου υπάρχει υπάρχει από τη γέννηση του και είναι εξελίξιμη, μέχρι το τέλος του ατόμου, σε αντίθεση με τη γενετική ταυτότητα που παραμένει σταθερή. Η πρώιμη κοινωνική ταυτότητα του

εμβρύου υπάρχει από τη στιγμή που η μητέρα του καθίσταται ενήμερη για την ύπαρξη του εντός του σώματος της και η κύρια κοινωνική ταυτότητα του παιδιού αποκτάται με τη γέννηση του.

Υπάρχουν και περιπτώσεις επιστημόνων που συμφωνούν με τις απόψεις της εκκλησίας. Όπως η άποψη του Γάλλου γιατρού Rene Biot που στο βιβλίο του «Η υγεία μας», αναφέρει τα εξής: «Μόλις υπάρξει ζωή, υπάρχει και έμψυχος βίος. Από τη στιγμή κατά την οποία πραγματοποιείται η γονιμοποίηση, μια ψυχή ζωοποιεί το ον αυτό». Παρόμοια θέση είχαν πάρει οι Πατέρες της εκκλησίας, τον 4^ο αιώνα μ.Χ., οι οποίοι έθεσαν το ζήτημα της εμψυχώσεως του ανθρώπινου εμβρύου.

Ο καθηγητής Max Aron, της ιατρικής σχολής του Στρασβούργου, σε μια μελέτη του για τις εμβρυϊκές μορφές, αναφέρει: «Υπάρχει ένα στοιχείο ζωογόνου, που συναρμολογεί και προσανατολίζει όλους τους μηχανισμούς. Υπάρχει μια ζωή.»

Η επιστήμη της εμβρυολογίας επιβεβαιώνει τις γνώμες του Rene Biot και του Max Aron. Η επιστήμη αυτή με τη βοήθεια των υπερήχων και άλλων τεχνολογικών μέσων, που έχει σήμερα στη διάθεση της, απέδειξε ότι το αγέννητο βρέφος είναι «σαφώς ένα ανθρώπινο ον, ένα μέλος της ανθρώπινης κοινωνίας, αναπόσπαστο με οποιονδήποτε τρόπο από τον καθένα μας», όπως παρατηρεί ο Dr. Bernard Nathason. (Νικόλαος Βασιλειάδης, Πότε εμψυχούται το έμβρυο).Ο Dr. Bernard Nathason έχει τεκμηριώσει τα επιστημονικά του πορίσματα με το κινηματογραφικό ντοκιμαντέρ «Η σιωπηλή κραυγή».

Σύμφωνα με τους κλάδους της γενετικής και της εμβρυολογίας, από τη στιγμή που τα 23 χρωμοσώματα του σπερματοζωαρίου ενωθούν με τα 23 χρωμοσώματα του ωαρίου, έχουμε ένα ανθρώπινο ον, διαφορετικό γενετικώς από το σώμα του πατέρα ή της μητέρας.

Στο 2^ο ιατρικό συνέδριο του Μονακό 2000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες είχαν συμπεράνει ότι «πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη». Στο ίδιο συνέδριο ο γιατρός Claude Edelmann, ασχολούμενος με τις πρώτες μέρες της ζωής του ανθρώπου γράφει:

«Μόλις το 1965 ο Σουηδός φωτογράφος Lennart Nilson κατόρθωσε να φωτογραφήσει ανθρώπινα έμβρυα με τα ωραιότερα χρώματα της ζωής. Ήταν

μια πραγματική αποκάλυψη για τον ιατρικό κόσμο και για το κοινό. Κανένας δεν είχε πιστέψει πως το έμβρυο ήταν τόσο όμορφο. Ετοιμαζόμαστε να γυρίσουμε ένα φιλμ με θέμα τη ζωή πριν από τη γέννηση. "Οι πρώτες μέρες της ζωής". Εξερευνούσαμε την κρυμμένη όψη της ύπαρξης, όταν μέσα σε ένα περίβλημα διαυγές σαν κρύσταλλο, μας παρουσιάστηκε μια παιδική μορφή. Δεν ήταν καν ένα μικρό μωράκι., ήταν αβέβαιο πρόσωπο, ένα ζωντανό νεφέλωμα, σχεδόν μια υπόσχεση. Κάτι απίστευτο μέσα σε έναν άγνωστο πλανήτη. Μερικά χιλιόμετρα, που έχουν τη μυστική δύναμη να φτιάξουν έναν άνθρωπο. Ο Guigoz αποφάσισε τότε να κάνει το παν για να μάθει το κοινό, οι μαμάδες και οι μελλοντικές μητέρες, πόσο όμορφο κι εύθραυστο είναι το έργο που ετοιμάζουν. Έπρεπε να μάθουν πόσο είναι απαραίτητο να προστατέψουν το παιδί πολύ πριν έρθει στον κόσμο. Αμέσως μετά τη σύλληψη του. Οι φωτογραφίες ποτέ δεν είχαν προορισμό να χρησιμοποιηθούν σε μια οποιαδήποτε δημοσιογραφική καμπάνια. Αποτελούν μόνο μαρτυρία του παλιού μας παρελθόντος, ντοκουμέντα που μιλάνε μόνα τους. Καταρχήν γίνεται δεκτό, πως το έμβρυο, που βέβαια δεν είναι ένα άτομο, ούτε ένας ενήλικας σε μικρογραφία, αποτελεί μια ανθρώπινη ύπαρξη. Έχει ιστορία. Μόλις εκκολαφθεί, κινείται από μια επιτακτική ανάγκη να αυτοοργανωθεί, να αναπτυχθεί, κατά γράμμα να "εκραγεί". Το παν παίζεται τη στιγμή της σύλληψης».(Βασιλειάδης, 1987).

Σύμφωνα με τον Savulescu η έκτρωση δεν είναι ο φόνος ενός ανθρώπου αλλά ο τερματισμός της πρώιμης βιολογικής ζωής ενός ανθρώπινου όντος. Η διαφορά από το φόνο συνίσταται στο ότι το έμβρυο δεν έχει κύρια κοινωνική ταυτότητα, ενώ το θύμα ενός φόνου έχει, κι αυτό του αφαιρείται με την πράξη του φόνου. Η έκτρωση δεν μπορεί να κρίνεται με τον ίδιο τρόπο που κρίνεται ένας φόνος. Ο Savulescu για να περιγράψει την έκτρωση λέει τα εξής: «Εμποδίζω κάτι από το να υπάρξει» . Εννοεί ότι η πράξη αφορά στην καταστροφή μιας δυνατότητας παρά σε μια πραγματική κατάσταση. (Savulescu, Abortion, embryo destruction and a future of value argument, 2002).

Η εξομολόγηση του γυναικολόγου Στόγιαν Αδάσεβιτς

Ο γνωστός στη Σερβία χειρουργός - γυναικολόγος Στόγιαν Αδάσεβιτς, έδωσε τελευταία μία συνέντευξη στο περιοδικό της Σερβικής Εκκλησίας " Ορθοδοξία". Η συνέντευξη αυτή, που αποτελεί δημόσια εξομολόγηση, είναι μία περίληψη θα λέγαμε, ενός βιβλίου που τελευταία εξέδωσε ο γιατρός Αδάσεβιτς στα Σερβικά, με γενικό τίτλο "Η αγιότης τής ζωής".

Ποια ήταν ή στιγμή που σαν γιατρός καταλάβατε, ότι γινόσαστε "εν ψυχρώ " συνεργός φόνου;

Είμαι γιατρός, γνωρίζω τις πράξεις μου, και είμαι ένοχος για όλες τις φρικαλεότητες που έκανα εργαζόμενος σαν γυναικολόγος. Είμαι όμως υποχρεωμένος να μαρτυρήσω, να αφυπνίσω, να προειδοποιήσω τον κόσμο ότι ή διακοπή τής εγκυμοσύνης είναι στην πραγματικότητα φόνος ενός ανυπεράσπιστου παιδιού...
Ανάμεσα στις υποχρεώσεις τής εργασίας μου ήσαν βέβαια, και οι νόμιμες αμβλώσεις.

Τότε δεν γνώριζα ότι διέπραττα φόνους, τώρα όμως υποστηρίζω και γνωρίζω ότι ή αμαρτία μου απέναντι τού Θεού είναι πολύ μεγάλη. Στο Πανεπιστήμιο μάς λέγανε ότι το παιδί θεωρείται ζωντανό μόλις γεννηθεί, με το πρώτο κλάμα. Πριν το πρώτο κλάμα στην ουσία δεν είναι τίποτα, αλλά είναι σαν ένα εσωτερικό όργανο τής γυναίκας, όπως το νεφρό, ή σκληροκοιδής απόφυση, ή όπως ένα δόντι. Αυτά μάς δίδασκαν...

Έκανα από 48.000 έως 62.000 εκτρώσεις!!!

Αυτό είναι, σαν να έχω εξαφανίσει μία ολόκληρη Πολιτεία...Το Βελιγράδι έχει πολλά Νοσοκομεία αλλά και ιδιωτικές κλινικές που γίνονται καθημερινά εκατοντάδες εκτρώσεις.

Στα τέλη τής δεκαετίας τού '80 ενεφανίσθη το υπερηχογράφημα και με την διαγνωστική του δυνατότητα μου δημιούργησε πολλές εκπλήξεις. Είδα ζωντανό πια το έμβρυο, άκουγα τούς κτύπους τής καρδιάς του, έβλεπα τις κινήσεις του, το ανοιγόκλειμα τού στόματός του...

Στα μεγαλύτερα έμβρυα παρατηρούσα ακόμη το " πιπίλισμα " των δακτύλων τους, μία συνήθεια που έχουν και τα παιδιά όταν είναι ήδη γεννημένα. Έβλεπα ακόμη ότι το έμβρυο σκεπτόταν και καταλάβαινε μα και αντιδρούσε ενεργά στους βαθείς και διαπεραστικούς ήχους, επιταχύνοντας τις κινήσεις του... Και ύστερα από 4-5 λεπτά, όσο διαρκεί ή λεγόμενη διακοπή κυήσεως, το έμβρυο αυτό το έβλεπα τεμαχισμένο, κομματιασμένο από τα νυστέρια, ανάμεσα από τα εργαλεία, πεταμένο στο τραπέζι...

Πότε ακριβώς και γιατί, σταματήσατε να κάνετε εκτρώσεις;

Αυτό που θα σας διηγηθώ τώρα, είναι λυπηρό, και πολύ φρικτό, αλλά δεν πρέπει να ωραιοποιούμε κάτι, για το οποίο πρέπει να ντρεπόμαστε...

Προς θλίψη και δυστυχία μου, το 1988 έκανα άμβλωση σε μία προχωρημένη εγκυμοσύνη των 4,5 μηνών. Κατά την διάρκεια της επέμβασης που όταν την θυμάμαι μου φέρνει πάντοτε ταραχή, με φρίκη κατάλαβα ότι είχα έναν φονιά μέσα μου. Μία εγχείρηση που ήταν πάντοτε για μένα πράξη ρουτίνας, μου έγινε τελικά ένας πραγματικός εφιάλτης... Με την πρώτη κίνηση της λαβίδας συνθλίψεως έβγαλα το χεράκι και το πέταξα ματωμένο πάνω στο τραπέζι των εργαλείων... Και ξαφνικά παρατήρησα ότι το νεύρο τού χεριού που κρεμόταν, καθώς ακούμπησε στο ιώδιο με το βαμβάκι πάνω στο τραπέζι, ερεθίστηκε από την οξύτητα τού ιωδίου κι' άρχισε έντονα το μικρούλικο χεράκι να συσπάται...

Με την επόμενη κίνηση έβγαλα και το ποδαράκι. Και συνέβηκε πάλι το ίδιο. Τώρα έτρεμε και ταρακουνιόταν το πόδι. Τέτοιο πράγμα δεν μου είχε ποτέ ξαναγίνει. Ύστερα με την αρπάγη της λαβίδας έπιασα την καρδιά τού μωρού, ή οποία κτυπούσε ακόμη, έβλεπα τις συσπάσεις της, ολοένα πιο αργά μέχρι που στο τέλος σταμάτησε... Τότε συνειδητοποίησα ότι είχα διαπράξει φόνο, ότι είχα θανατώσει έναν ζωντανό άνθρωπο! Ή γυναίκα έπεσε σε ακατάσχετη αιμορραγία, κινδύνευε πια ή ζωή της...

Προσευχήθηκα στον Θεό, και τού είπα: " Κύριε, βοήθησέ με να σώσω αυτή την γυναίκα, και τιμώρησέ με εμένα !.."
Από τότε, ποτέ μου δεν ξανάκανα έκτρωση. Και έτυχε ή νέα μου γνώσις να συμπίπτει με την θέση τής Εκκλησίας - ότι το έμβρυο είναι ζωντανό ανθρώπινο πλάσμα από την πρώτη στιγμή γονιμοποίησης τού ωαρίου. Ή ενδομήτριος παιδοκτονία είναι πολύ μεγαλύτερη καί βαρύτερη αμαρτία από ένα απλό φόνο, απέναντι ενός αδύναμου παιδιού πού δέν μάς φταίει σέ τίποτα... **Έχουν ακουσθεί πολλά για τα υπολείμματα των εκτρώσεων...Τελικά τι τα κάνουν, και πού χρησιμοποιούνται;**

Ο κόσμος δεν ξέρει, και σπανίως διερωτάται τι τα κάνουν τα Νοσοκομεία. Εδώ στην Σερβία, κανείς δεν λέει τίποτα. Ή Φαρμακευτική εμπορική βιομηχανία (πού συνήθως τα χρησιμοποιεί για καλλυντικά (!) στις γυναίκες), δεν έχει την κατάλληλη υποδομή χρήσεως. Εμείς στα Νοσοκομεία εδώ, τα βάζουμε σε μαύρους σάκους μαζί με τα απόβλητα χειρουργικών επεμβάσεων, και τα πάμε για αποτέφρωση.
Όμως, σαν κοινωνία είμαστε υποχρεωμένοι να προστατεύσουμε ιατρικώς, ηθικώς, δικαστικώς, και νομικώς, τα αγέννητα αυτά παιδιά, δίνοντάς τους όλα τα δικαιώματα των ενηλίκων. Αυτό, πρέπει να είναι καθήκον κάθε πολιτισμένης κοινωνίας!

Υπάρχει μία ακριβής στατιστική για τις εκτρώσεις στη Σερβία;

Υπάρχει μία διαφωνία στους αριθμούς. Κάποιοι μιλούν για 120.000 αμβλώσεις τον χρόνο, και άλλοι για 420.000 χιλιάδες. Εγώ πιστεύω ότι, όταν αφήνεται να βγει ζωντανό ένα παιδί, έχουν δολοφονηθεί άλλα 25...

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ...

...Το "σπιράλ" , είναι ένα μηχανικό στοιχείο πού τοποθετείται στη μήτρα για να προκαλέσει στείρωση. Όμως, το κάθε "σπιράλ" είναι πρακτικά και ένα μέσον αμβλώσεως. Μάλιστα τα πρώιμα τεστ εγκυμοσύνης αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες πού έχουν "σπιράλ" μπορούν να έλθουν σε κατάσταση εγκυμοσύνης περισσότερες φορές το χρόνο από άλλες γυναίκες πού δεν

έχουν...

Εκείνο το οποίο κάνει το "σπιράλ", είναι να εμποδίζει το έμβρυο να εμφυτευτεί στην μήτρα υποχρεώνοντάς το σε θάνατο, σε ηλικία μιας εβδομάδος. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με τα χάπια που εμποδίζουν την ωρίμανση του ωαρίου, αλλοιώνουν τον βλεννογόνο χιτώνα της μήτρας, δηλητηριάζοντας έτσι το έμβryo.

Δυστυχώς, υπάρχουν πολλές απληροφόρητες γυναίκες, οι οποίες στέκονται ανεύθυνες απέναντι σ' ένα τόσο μεγάλο θέμα.

Είδατε ποτέ στα Μέσα Ενημέρωσης, στα γυναικεία περιοδικά, σε Ραδιοφωνικές και Τηλεοπτικές εκπομπές, να γίνεται λόγος εναντίον των εκτρώσεων, των αντισυλληπτικών μέσων, και της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Κανείς αντίλογος, και όλα τα παρουσιάζουν ρόδινα...

Η εξωσωματική γονιμοποίηση για την οποία τα τελευταία χρόνια ακούμε πολλά, στην πραγματικότητα τι ακριβώς είναι;

Την έχω δουλέψει κι' αυτή. Σήμερα, υποστηρίζω ανεπιφύλακτα ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι κάτι κακό.

Πόσοι γνωρίζουν σήμερα, ότι για να βγάλουν οι γιατροί 2 με 3 παιδιά και να εξασφαλίσουν την ιατρική επιτυχία τους, πρέπει να γονιμοποιήσουν 10 με 20, και τα υπόλοιπα, μη βιώσιμα, να τα θανατώσουν; Κι αυτό, γιατί αν ληφθούν περισσότερα από 3, τότε δεν θα μπορέσει η μήτρα να τα βγάλει πέρα...

Αυτά όμως τα κρύβουν, και οικοδομούν μία "οικογενειακή ευτυχία" δύο και τριών παιδιών από εξωσωματική, αφού έχουν θανατώσει πολλαπλάσια... Θα έχουν άραγε ευτυχία; (Βόσκωφ, 2005)

Μαρτυρίες: "Είναι απολύτως παράλογο το ότι έχω νόμιμο δικαίωμα να βγάλω αυτό το βρέφος από τη μητέρα του μέχρι μια εβδομάδα από τον τοκετό και να το πετάξω, όμως επειδή έχει γεννηθεί, να μην έχω πρόσβαση σε αυτό [για τα όργανά του]."

Dr. Leonard Bailey, ο οποίος απέκτησε φήμη για την μεταμόσχευση της καρδιάς ενός μπαμπούνου σε ένα νεογέννητο βρέφος.¹

"Εάν πρόκειται να εξοντώσετε όλους αυτούς τους ανθρώπους (τους Εβραίους), τουλάχιστον βγάλτε τους τον εγκέφαλο, έτσι ώστε το υλικό αυτό να μπορεί να χρησιμοποιηθεί."

Ναζιστής γιατρός Julius Hallervorden, δίκη της Νυρεμβέργης, 1945.²

"Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον ιστό σε ό,τι γνωρίζουμε ότι μπορεί να είναι σωτήρια έρευνα [επί εμβρυακών ιστών], ή μπορούμε να τον θάψουμε. Αυτή είναι η επιλογή."

Αμερικανός Γερουσιαστής Brock Adams [D.-Wa.], 1992.³

3.4 Πολιτισμικές απόψεις

Οι εκτρώσεις διενεργούνται σε παγκόσμια κλίμακα, συνήθως χωρίς καμία αίσθηση ενοχής. Είναι μια ιατρική πρακτική που στηρίζεται από πολλές κυβερνήσεις και μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Ο αριθμός των αγέννητων παιδιών που σκοτώνονται μέσα στη μήτρα της μητέρας τους, σε παγκόσμια κλίμακα, είναι μεγαλύτερος από τον συνολικό πληθυσμό της Ιρλανδίας, της Ελλάδας, της Ουγγαρίας, του Καναδά, της Ρουμανίας, της Πολωνίας ή της Ισπανίας. Είναι ισοδύναμο του να σκοτώνει κανείς ολόκληρο τον πληθυσμό της Γαλλίας ετησίως. Η έκτρωση είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην ανατολική Ευρώπη, όπου τα προηγούμενα αθεϊστικά- κομμουνιστικά καθεστώτα διέσπασαν και διέλυσαν με βαρβαρότητα τον ορθόδοξο χριστιανικό πολιτισμό και τα ορθόδοξα χριστιανικά ιδρύματα.

Οι Ευρωπαίες συνήθως αποφεύγουν να μείνουν έγκυες και όταν αυτό συμβαίνει, συχνά σκοτώνουν το παιδί που έχουν μέσα τους, έχοντας σε όλη αυτή την περίοδο τη γνώμη ότι έχουν ενεργήσει υπεύθυνα. Τα παιδιά απαιτούν αυτοθυσία από τους γονείς τους και όσο περισσότερα είναι τα παιδιά, τόσο μεγαλύτερη είναι η θυσία. Είναι γνωστό στο σύγχρονο πολιτισμό ότι μια εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων και λίγο μετά τα 20 μπορεί να διακυβεύσει εκπαιδευτικά και επαγγελματικά σχέδια και αποτελεί ένα αβάσταχτο φορτίου. Έτσι ο σύγχρονος και μετα-παραδοσιακός πολιτισμός δέχεται την έκτρωση:

1. Λόγω του φορτίου ενός ανεπιθύμητου παιδιού
2. Επειδή η μητέρα δεν συγκατατέθηκε με την εγκυμοσύνη
3. Επειδή το παιδί στη μήτρα υποφέρει από ένα σοβαρό σωματικό ελάττωμα

Η διαθεσιμότητα της έκτρωσης είναι ένα είδος ασφάλειας απέναντι στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη διαφυλάσσοντας την προτεραιότητα στην εργασία, τη σταδιοδρομία, την ικανοποίηση του εγώ και την επιτυχία. (Herman, 1992)

Από τα 210 εκατομμύρια γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο, περίπου το 20% επιλέγει να καταφύγει σε άμβλωση. Το θέμα των αμβλώσεων διχάζει την υφήλιο με αποτέλεσμα σε κάθε γωνιά της Γης να επικρατούν διαφορετικά νομικά καθεστώτα και συνθήκες.

ΙΡΛΑΝΔΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Υπό την πίεση της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας, οι αμβλώσεις επιτρέπονται μόνο σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή της μητέρας. Ως αποτέλεσμα αυτού, 6.000 Ιρλανδέζες πηγαίνουν κάθε χρόνο στη Βρετανία για την επέμβαση.

ΝΙΓΗΡΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Στην πολυπληθέστερη αφρικανική χώρα οι αμβλώσεις απαγορεύονται πλην ελαχίστων περιπτώσεων. Για τη μουσουλμανική πλειονότητα της χώρας όμως, η άμβλωση ισοδυναμεί με παράπτωμα και οι γυναίκες το

αποφεύγουν.

ΚΙΝΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Η πολιτική του "Ενός Παιδιού", οδήγησε σε εκτόξευση του αριθμού των αμβλώσεων, οι περισσότερες από τις οποίες πραγματοποιούνται με πρόχειρα μέσα.

ΟΥΓΚΑΝΤΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Είναι η χώρα με τα μεγαλύτερα ποσοστά αμβλώσεων στον κόσμο-16,4 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες-. Η έλλειψη υποδομών όμως, καθιστά τις αμβλώσεις υπόθεση πολύ επικίνδυνη για την υγεία των γυναικών.

ΒΡΑΖΙΛΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Η κυβέρνηση της χώρας δεσμεύτηκε για την άρση των απαγορεύσεων. Στη Βραζιλία 1 στις 3 γυναίκες ηλικίας από 14 έως 17 χρονών εγκαταλείπουν το σχολείο λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

ΙΡΑΝ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Το 2005 η ιρανική κυβέρνηση, νομιμοποίησε για α΄ φορά τις αμβλώσεις σε περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας.

ΗΠΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Σε ελάχιστες πολιτείες των ΗΠΑ, οι αμβλώσεις επιτρέπονται σε κάθε περίπτωση. Στις περισσότερες υπάρχουν περιορισμοί, ενώ πρόσφατα, η κυβέρνηση Μπους, έθεσε εκτός νόμου τις αμβλώσεις που πραγματοποιούνται σε προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης.

ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Η χώρα με το μεγαλύτερο μουσουλμανικό πληθυσμό παγκοσμίως, επιτρέπει τις αμβλώσεις σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις.

ΜΑΛΤΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Πρόκειται για τη μοναδική χώρα στην ΕΕ, όπου οι αμβλώσεις απαγορεύονται σε κάθε περίπτωση. Πρόσφατα μάλιστα απαγορεύτηκαν

και οι αμβλώσεις που πραγματοποιούνταν σε πλοία, στα χωρικά ύδατα της χώρας.

ΑΓΓΛΙΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Σύμφωνα με πρόσφατη ανακοίνωση του υπουργείου υγείας υπήρχε το 2006 μια μεγάλη αύξηση στην Αγγλία αλλά και στην Ουαλία. Συνολικά 193.000 γυναίκες διέκοψαν την κύησή τους, με τις έφηβες να είναι σαφώς περισσότερες.

ΙΤΑΛΙΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ

Παρά τις αντιδράσεις του Βατικανού, η Ιταλία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στον κόσμο.

ΙΝΔΙΑ:ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ

Λόγω των υψηλών ποσοστών του γυναικείου πληθυσμού, οι αυστηροί περιορισμοί χαλαρώνουν στις περιπτώσεις αμβλώσεων που αφορούν θηλυκά έμβρυα.

ΕΛΛΑΔΑ:ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ (ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ 4 ΜΗΝΑ)

Η χώρα μας κατέχει μια θλιβερή πρωτιά καθώς παρά την υπογεννητικότητα, υπολογίζεται ότι 2 στις 3 εγκυμοσύνες τερματίζονται με επέμβαση.

Στην Ελλάδα ο πόλεμος των εκτρώσεων έχει πάρει γιγαντιαίες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια, από το 1986 που νομιμοποιήθηκαν. Ο μέσος όρος των εκτρώσεων, σύμφωνα με έρευνες, είναι 300000 κάθε χρόνο, δηλαδή 22000 εκτρώσεις κάθε μήνα. (www.elpaso.gr)

3.5 Κοινωνικές απόψεις

Η κοινωνία έχει συνήθως ηθικά προβλήματα στο να αποδεχτεί την έκτρωση. Η ηθική καταδίκη δημιουργεί συναισθήματα ντροπής και ενοχής στις γυναίκες και θέτει ένα βαρύ φορτίο σε εκείνους που είναι υπεύθυνοι να

συμβουλεύουν τις έγκυες και σε εκείνους που παίρνουν ή όχι την απόφαση να εκτελέσουν την έκτρωση.

Η άσκηση του αναπαραγωγικού δικαιώματος του ανθρώπου δεν επηρεάζει μόνο την οικογένεια του αλλά και την κοινωνία στο σύνολο της. Κάθε νέο μέλος της κοινωνίας θεωρητικά μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων που η συγκεκριμένη κοινωνία έχει θέσει. Ταυτοχρόνως όμως το ίδιο νέο μέλος κάνει χρήση κοινωνικών πόρων που τείνουν να στερέψουν. Αν για παράδειγμα από τον προγεννητικό έλεγχο γνωρίζει ο γονιός ότι πρόκειται να φέρει στον κόσμο ένα παθολογικό παιδί έχει το δικαίωμα να επιτρέψει ή να αποτρέψει την γέννηση του. Αν τελικά ο γονιός αποφασίσει στα πλαίσια πάντα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του να γεννηθεί αυτό το παιδί, η άσκηση της αυτονομίας του ίσως και να σημαίνει σπατάλη επιπλέον κοινωνικών πόρων αποκατάστασης ή θεραπείας. Άρα έμμεσα τα προσωπικά συμφέροντα του κάθε ατόμου σχετίζονται τόσο με το αναπαραγωγικό δικαίωμα όσο και με την ηθική του. Πέρα όμως από την οικονομική παράμετρο της άσκησης του δικαιώματος της αναπαραγωγής, υπάρχει και η κοινωνική παράμετρος της άσκησης του δικαιώματος της τεκνοποίησης. Έχει όμως ο άνθρωπος την ικανότητα και την ωριμότητα να πάρει ορθές αποφάσεις για τον ίδιο και για τα παιδιά του ασκώντας το αναπαραγωγικό του δικαίωμα; (‘‘ Μερικά παιδιά σε χρειάζονται ’’, 2004)

3.6 Φεμινιστικές απόψεις

Ο φεμινισμός σαν κίνημα διεκδικεί την εξίσωση της γυναίκας με τον άντρα σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής ζωής. Οι φεμινίστριες πάλευαν από χρόνια για αυτή την ισότητα. Από τα παλαιότερα χρόνια ίσχυαν νόμοι που ήταν άδικοι για τις γυναίκες. Όπως για παράδειγμα ένας νόμος στην Αμερική, τον 19^ο αιώνα, όριζε πως αν ο άντρας μιας γυναίκας πέθαινε όσο εκείνη ήταν ακόμα έγκυος, της έπαιρναν το παιδί μόλις αυτό γεννιόταν και το έδιναν σε κάποιον κηδεμόνα που είχε ορίσει ο πατέρας.

Οι φεμινίστριες έχουν κάνει πολλές εκστρατείες σχετικά με την αποποινικοποίηση της έκτρωσης. Στη χώρα μας έχουν γίνει πολλές εκστρατείες για αυτό το σκοπό. Δυο από τα πιο γνωστά συνθήματα και

αιτήματα των φεμινιστριών είναι τα : «Έξω οι νόμοι από το κορμί μας» και «Ελεύθερες και δωρεάν εκτρώσεις». Δεν είχαν όμως όλες οι φεμινίστριες την ίδια άποψη.

Το 1792 στην Αγγλία η Mary Wollstonecraft έγραψε το βιβλίο «Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών», το οποίο αποτελεί σταθμό στην ιστορία του φεμινιστικού κινήματος. Στο συγκεκριμένο βιβλίο η συγγραφέας όχι μόνο υπεραμύνθηκε των δικαιωμάτων των γυναικών, αλλά καταδίκασε την έκτρωση και την παιδοκτονία. Επίσης αναφέρει: «Οι γυναίκες γίνονται πιο αδύναμες από όσο έπρεπε να είναι, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να ασκήσουν το βασικό καθήκον της μητέρας και θυσιάζουν τη γονική στοργή στο βωμό της λαγνείας, είτε καταστρέφουν το έμβρυο μέσα στη μήτρα, είτε το πετούν όταν γεννηθεί».

Στην Αμερική η Susan B. Anthony συνέχισε τις προσπάθειες της Wollstonecraft για ενδυναμώσει τις γυναίκες. Η συγγραφέας εξέδιδε ένα έντυπο με τίτλο «Η επανάσταση». Σε αυτό το έντυπο δημοσιευόταν σε συνέχειες η «Υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών» και αποκαλούσε την έκτρωση φόνο παιδιού. Συγκεκριμένα η συγγραφέας ανέφερε: «Ένοχη; Ναι. Ανεξάρτητα με το ποιο ήταν το κίνητρο, η αγάπη ή η άνεση ή η επιθυμία να σώσει από τη δυστυχία το αθώο αγέννητο παιδί, η γυναίκα που κάνει αυτή την πράξη είναι φρικτά ένοχη. Αυτό θα βαραίνει τη συνείδηση της στη ζωή και την ψυχή της στο θάνατο. Αλλά όμως, τρεις φορές ένοχος είναι εκείνος που την οδηγεί στην απελπισία, η οποία την εξωθεί στο έγκλημα... Θέλουμε πρόληψη, όχι απλώς τιμωρία. Πρέπει να φτάσουμε στη ρίζα του κακού. Γίνεται από αυτούς που τα μύχια της ψυχής τους έχουν ξεσηκωθεί ενάντια στη φοβερή πράξη... Όλα τα άρθρα που έχω διαβάσει πάνω σε αυτό το θάμα, προέρχονται από άνδρες. Καταγγέλλουν τη γυναίκα ως τη μόνη ένοχη και δεν περιλαμβάνουν ποτέ τον άνδρα σε οποιαδήποτε σχέδια για λύση του προβλήματος».

Στο ίδιο περιοδικό (Η επανάσταση) πολλές φεμινίστριες έγραψαν άρθρα που αφορούσαν στις εκτρώσεις. Μερικά παραδείγματα είναι τα παρακάτω.

Η Emma Goldman θεωρούσε τις εκτρώσεις αποτέλεσμα δυστυχίας: «Η συνήθεια των εκτρώσεων έχει φτάσει σε τόσο τρομακτικές διαστάσεις στην

Αμερική, ώστε να είναι απίστευτο... τόσο μεγάλη δυστυχία στην εργατική τάξη, ώστε σε κάθε 100 εγκυμοσύνες διαπράττονται 70 εκτρώσεις»

Η Mattie Brinkerhoff αναφέρει: «Όταν κάποιος κλέβει για να ικανοποιήσει την πείνα του, μπορούμε να συμπεράνουμε με βεβαιότητα ότι κάτι δεν πάει καλά στην κοινωνία- ομοίως όταν μια γυναίκα καταστρέφει τη ζωή του αγέννητου παιδιού της, είναι μια απόδειξη ότι είτε λόγω εκπαίδευσης είτε λόγω περιστάσεων έχει κάνει μεγάλο λάθος.»

Αντίθετη με το θέμα της έκτρωσης ήταν η φεμινίστρια Victoria Woodhull, η οποία ήταν και η πρώτη γυναίκα υποψήφια για πρόεδρος της Αμερικής. Σύμφωνα με την ίδια: «Τα δικαιώματα των παιδιών ως ατόμων αρχίζουν όταν ακόμα είναι έμβρυα».

«Κάθε γυναίκα ξέρει ότι αν ήταν ελεύθερη, ποτέ δε θα εγκυμονούσε ένα παιδί ανεπιθύμητο, ούτε θα σκεφτόταν να δολοφονήσει κάποιον παιδί πριν τη γέννηση του.»

Η Sarah Norton επέκρινε έντονα τους γιατρούς που κάνουν εκτρώσεις κι οραματιζόταν καλύτερες μέρες για τις ανύπαντρε μητέρες και τα παιδιά τους: «Οι δολοφόνοι παιδιών εξασκούν το επάγγελμα τους χωρίς εμπόδιο ή κώλυμα και ανοίγουν σφαγεία παιδιών χωρίς να κρίνονται... δεν υπάρχει θεραπεία για όλη αυτή την προγεννητική δολοφονία;... Ίσως έρθει κάποια εποχή κατά την οποίαν... μια ανύπαντρη μητέρα δεν θα περιφρονείται εξ αιτίας της μητρότητας της... και το δικαίωμα του αγέννητου να γεννηθεί δεν θα αποκηρύσσεται ή θα παραβιάζεται.»

Η Alice Paul, συγγραφέας της «Τροπολογίας περί ίσων δικαιωμάτων» (1923), ήταν αντίθετη με το μεταγενέστερο ρεύμα που προσπαθούσε να συνδέσει τη νομοθεσία με την έκτρωση. Έλεγε ότι η έκτρωση είναι η έσχατη εκμετάλλευση της γυναίκας.

Στο φεμινισμό υπήρχαν δυο απόψεις σχετικά με την έκτρωση. Η παλαιότερη άποψη ήταν καταδικαστική για τις εκτρώσεις. Στο μεταγενέστερο ρεύμα όμως παρατηρείται το αντίθετο. Μια γνωστή φεμινίστρια, η Frederica Matthews Green εξηγεί αυτή τη διαφορά. «Δυο τάσεις του μοντέρνου φεμινισμού, υιοθετημένες από μια παλαιότερα καθιερωμένη δομή γνωρισμάτων ανδρικής ισχύος, συνδυάστηκαν έτσι ώστε να καταστεί η έκτρωση αναγκαία. Ο φεμινισμός, όπως επεκράτησε τελευταία, επεδίωξε

κυρίως να ανοίξει για τις γυναίκες τις πόρτες της επαγγελματικής και δημόσιας ζωής και επιπλέον, υποστήριξε με πάθος τη σεξουαλική τους ελευθερία. Εν τούτοις, η δημόσια ζωή δυσχεραίνεται από την ευθύνη για τα παιδιά, ενώ εξ άλλου η ανεύθυνη σεξουαλική δραστηριότητα είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να προκύψουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αυτό το δίλημμα (η ταυτόχρονη υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που παράγει παιδιά και ενός άλλου για τον οποίο τα παιδιά είναι εμπόδια) βρίσκει τη λύση του στο τραπέζι των εκτρώσεων».

Στη δεκαετία του 1970, η συγγραφέας του best seller «Η γυναίκα ευνούχος» Zermain Grir αναφέρει: «Κάναμε κακή χρήση της αντισύλληψης και του δικαιώματος της έκτρωσης... είναι η ζωή που με ενδιαφέρει, όχι η σταδιοδρομία. Στους δυτικούς πολιτισμούς δεν αγαπούν τα μωρά γιατί δεν θέλουν να τα αναθρέψουν... η αγνότητα και ο γάμος δεν είναι αν το καλοσκεφθείς τόσο άσχημα πράγματα.»

Στη σύγχρονη εποχή, θύελλα αντιδράσεων ξεσήκωσε η ψήφιση από το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο της έκθεσης «Γυναίκες και φονταμενταλισμός». Στη συγκεκριμένη έκθεση αποκαλύφθηκε η ύπαρξη ενός άτυπου δογματικού αντιφεμινιστικού λόμπι, το οποίο, παρά την παραπλανητική ρητορεία του, απεργάζεται συστηματικά την κατάργηση θεμελιωδών δικαιωμάτων των γυναικών.

Οι «Γυναίκες στα κύματα» είναι μια ολλανδική φεμινιστική ομάδα, η οποία έχει μετασκευάσει ένα παλιό ψαράδικο πλοίο σε πλωτή κλινική. Το πλοίο αυτό επισκέπτεται χώρες όπου οι εκτρώσεις είναι απαγορεύονται και προσφέρει ιατρικές συμβουλές στις ενδιαφερόμενες γυναίκες. Όσες το επιθυμούν μπορούν να υποβληθούν σε έκτρωση, η οποία διενεργείται σε διεθνή ύδατα. Πρόσφατα η κυβέρνηση της Πορτογαλίας, όπου η έκτρωση θεωρείται παράνομη, απαγόρευσε την είσοδο του πλοίου των «Γυναικών στα κύματα» σε λιμάνι της χώρας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί κρίση στις σχέσεις Ολλανδίας- Πορτογαλίας. Οι «Γυναίκες στα κύματα» κατήγγειλαν τη στάση της Πορτογαλίας στα αρμόδια ευρωπαϊκά όργανα και αναμένεται η ετυμηγορία τους. ([www. agazilos.org](http://www.agazilos.org))

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1 Εισαγωγή- Ιστορική αναδρομή της αντισύλληψης

“ Το πρώτο αντισυλληπτικό που παίρνεται από το στόμα (κοινώς το χάπι) παρασκευάστηκε από το γιατρό Γκρέγκορ Πίνκους στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1954. Το πρώτο τέτοιο αντισυλληπτικό που διανεμήθηκε εμπορικά ήταν το Enovid 10 που βγήκε στην αγορά τον Αύγουστο του 1960.”

Πίσω από την αυλαία της σεξουαλικότητας, τα τελευταία χρόνια πολλά προβλήματα έχουν πάρει ιδιαίτερη και δραματική δημοσιότητα, εξαιτίας της στενής τους σχέσης τους όχι μόνο με την δραστηριότητα του ατόμου, αλλά και με την ίδια τη ζωή της ευρύτερης κοινωνίας. Εξάλλου τα παιδιά μας γεννιούνται και μεγαλώνουν σε ένα ομαδικό περιβάλλον, όπου ο τρόπος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησής τους ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική και μορφωτική δομή της ίδιας της κοινωνίας που βρισκόμαστε.

Σε ένα τόσο καυτό θέμα όπως είναι η αντισύλληψη, η ποιότητα της κοινωνικής και μορφωτικής δομής της κοινωνίας αποδίδεται με τρόπο πολλές φορές τραγικό αλλά αναμφίβολα ανεξίτηλο στα πρόσωπα δεκάδων γυναικών που κατακλύζουν καθημερινά τις ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια μαιευτικά νοσοκομεία, προκειμένου να κάνουν έκτρωση όχι μόνο στο παιδί τους αλλά και στην ίδια τους την ψυχή.

Το σίγουρο είναι ότι πρώτοι εχθροί της αντισύλληψης και επομένως της συνειδητής αναπαραγωγής, είναι η κακή πληροφόρηση και ορισμένες προκαταλήψεις που δυστυχώς ακόμα υπάρχουν και που είναι ταυτόχρονα αίτια και αποτέλεσμα άγνοιας στο σεξουαλικό τομέα, για τον οποίο πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι αρκεί η πρόβλεψη μερικών πραγμάτων την τελευταία στιγμή. Δεν υπολογίζουν λογικά ότι η σεξουαλική επιθυμία και η θέληση της αναπαραγωγής είναι δύο εντελώς διαφορετικά πράγματα που μπορούν όμως με την επιλογή του ζευγαριού να συνυπάρξουν.

Πρόκειται για ένα φαινόμενο που δεν μπορεί να αποσιωπηθεί και θεωρούμε καθήκον μας να το εξετάσουμε από κάθε πλευρά, στα πλαίσια του περιβάλλοντος της κοινωνίας όπου αναπτύσσεται. Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι δίχως την κατάλληλη σεξουαλική αγωγή κανένα από τα

πολλαπλά και ποικίλα προβλήματα που κατακλύζουν το θέμα της αντισύλληψης, είτε σε ατομικό είτε σε δημόσιο επίπεδο, δε θα μπορέσει να αντιμετωπιστεί. (Δετοράκης- Παπαγεωργίου 2002)

Από την αρχαιότητα, το ζευγάρι προσπαθούσε να ελέγχει τη δική του γονιμότητα, με απώτερο σκοπό την απόλαυση των σεξουαλικών σχέσεων χωρίς το φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Σε αρχαίο Αιγυπτιακό πάπυρο, γραμμένο το 1850 π.Χ, περιγράφεται κάποια μέθοδος αντισύλληψης που ήταν ένα μείγμα κοπράνων κροκόδειλου και κόλλας και τοποθετούνταν στον κόλπο της γυναίκας πριν από τη συνουσία. Στην Κίνα, επίσης, η πρώτη ιατρική αναφορά γίνεται σε ένα ιατρικό κείμενο 1300 ετών περίπου. Το σίγουρο όμως είναι ότι από πολύ παλαιότερα είχε αναπτυχθεί η ιδέα αυτή στις πρωτόγονες φυλές. Συνεπώς μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η αναζήτηση αποτελεσματικών μεθόδων αναπτύχθηκε αυτόματα σχεδόν σε ολόκληρο τον κόσμο και συνεχίστηκε με το πέρασμα των αιώνων.

Ίσως η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε να ήταν η προσευχή προς τους θεούς. Αργότερα πιστεύοντας ότι κάποιο πνεύμα έμπαινε στο σώμα και φύτευε το παιδί, οι γυναίκες φορούσαν μαγικά χαϊμαλιά στο λαιμό ή στη μέση, για να διώχνονται τα πνεύματα. Σε άλλες περιπτώσεις, έπιναν αλλόκοτα φάρμακα ή εφάρμοζαν την τεχνική της διακεκομμένης συνουσίας, που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ευρύτατα.

Από όλους τις μεθόδους που χρησιμοποιούσαν στα αρχαία χρόνια, η πιο εξελιγμένη ήταν η προσπάθεια να βρεθεί κάποιο μέσο που θα έκανε ό,τι κάνει το σύγχρονο διάφραγμα, δηλαδή θα σχημάτιζε μηχανικό φραγμό, ο οποίος θα τοποθετούνταν πριν την συνουσία και θα εμπόδιζε το σπέρμα να εισχωρήσει στη μήτρα. Σε πρωτόγονη μορφή, αυτή η τεχνική ήταν γνωστή στους Αιγυπτίους και αναφέρεται σε έναν πάπυρο ηλικίας 4000 ετών. Επίσης, πολλές ουσίες χρησιμοποιήθηκαν για τον ίδιο λόγο. Στην Αίγυπτο ξανά χρησιμοποιούσαν ένα βύσμα από ακαθαρσίες κροκοδείλων. Στις Ινδίες, πριν 2000 χρόνια, το βύσμα αυτό ήταν ένα κομμάτι από ορυκτό βουτηγμένο σε λάδι. Σε γραπτά του Καζανόβα, που έζησε τον 18^ο αιώνα, μνημονεύεται η χρησιμοποίηση μισού λεμονιού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές από αυτές τις μεθόδους , μολονότι δεν ήταν πολύ δραστικές με τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν, βρισκονταν στο σωστό

δρόμο. Το ξίδι για παράδειγμα, και ο χυμός λεμονιού είναι αρκετά όξινα για να σκοτώσουν το σπέρμα με το οποίο έρχονται σε επαφή. Για τον ίδιο λόγο χρησιμοποιήθηκαν και πολλοί τύποι φαρμάκων. Ένας από τους πρώτους αναφέρεται στο Ταλμούδ: « Επιτρέπεται σε μία γυναίκα να πίνει μια κούπα από αφέψημα ριζών, ώστε να γίνει στείρα». Διαμέσου των αιώνων, αναφέρονται και διάφορα «τσάγια» φτιαγμένα από ρίζες, σπόρους ή φύλλα δέντρων. Εκχύματα από μπαρούτι, χάπια από υδράργυρο ή ακόμα διάφορα δηλητήρια που όμως σε πολλές ατυχείς περιπτώσεις, όχι μόνο δεν προλάβαιναν τη γέννηση του παιδιού αλλά πολύ συχνά σκότωναν και τη μέλλουσα μητέρα.

Πολύ αργότερα, με τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, έγινε αντιληπτό ότι ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού σε ορισμένες χώρες . Επιπλέον η διαπίστωση της περιορισμένης γνώσης μας στο μυστήριο της αναπαραγωγής, οδήγησε την επιστήμη στη δραστηριοποίηση της έρευνας για ανακάλυψη νέων μεθόδων, που να είναι κυρίως ακίνδυνες, αποτελεσματικές, απλές, εύχρηστες, οικονομικές και προσιτές σε όλους και κυρίως χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.

Έτσι η δεκαετία του 1950 υπήρξε καθοριστική στη διερεύνηση των μυστηρίων του φαινομένου της αναπαραγωγής και στην ιστορία των μέσων ελέγχου της γονιμότητας. Η δεκαετία αυτή επέτρεψε την παραγωγή τέτοιων μέσων με βάση όχι πια εμπειρική, αλλά καθαρά επιστημονική και σφραγίστηκε με την ανακάλυψη των **αντισυλληπτικών χαπιών**. Φυσικά στη συνέχεια ακολούθησε η ανακάλυψη και άλλων μεθόδων, η αποτελεσματικότητα των οποίων ήταν τέτοια, που η διάδοσή τους σε παγκόσμια κλίμακα υπήρξε εντυπωσιακή.

Παρ' όλα αυτά, οι έρευνες συνεχίζονται ανελλιπώς για την εξεύρεση ολοένα πιο καινούριων και ασφαλέστερων μεθόδων, με κύριο πάντα μέλημα την εξασφάλιση της υγείας των ανθρώπων που τις χρησιμοποιούν. Το σίγουρο ευτυχώς είναι ότι το μέλλον σε αυτόν τον τομέα διαγράφεται αισιόδοξο. (Παπαδημητρίου-Γαλάνης, 1995)

4.2 Μέθοδοι αντισύλληψης

Η αντισύλληψη είναι το μέσον που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της γεννητικότητας και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που είναι διαθέσιμες στις μέρες μας είναι ποικίλες . Εδώ εξετάζονται λεπτομερώς οι βασικές αρχές, ο τρόπος χρήσης, η αποτελεσματικότητα, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε τύπου με σκοπό να προσφερθεί μια εμπειριστατωμένη παρουσίαση του θέματος. Χωρίζονται στις εξής κατηγορίες : 1. Φυσικές αντισυλληπτικές μέθοδοι, 2. αντισυλληπτικές μέθοδοι φραγμού, 3. ενδομήτρια σπειράματα, 4.ορμονική αντισύλληψη και 5. στείρωση.

ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Η διακεκομμένη συνουσία ή «τράβηγμα» είναι μια πολύ παλιά και διαδεδομένη μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Σημαίνει ότι η σεξουαλική επαφή διακόπτεται πριν από τον οργασμό του άντρα. Αυτός βγάζει το πέος από τον κόλπο της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση.

Η διακεκομμένη συνουσία έχει σοβαρά μειονεκτήματα, αφού είναι καθαρά ευθύνη του άντρα, που μπορεί ή «να προσέχει» ή όχι, και στρέφει τη γυναίκα σε παθητική στάση απέναντί του. Επίσης, η χρησιμοποίηση της μεθόδου του «τραβήγματος» μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικό πρόβλημα και στον άνδρα και στη γυναίκα.

Μια αιτία αποτυχίας της αντισυλληπτικής δράσης της μεθόδου είναι η έλλειψη αυτοελέγχου που απαιτείται από τη μέθοδο αυτή. Ο άντρας μπορεί να μην επιχειρήσει να αποσυρθεί την κατάλληλη στιγμή για να εμποδίσει την γονιμοποίηση. Στην συνέχεια ακολουθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου.

Πλεονεκτήματα :

1. Δεν απαιτείται προετοιμασία ή κάποιος μηχανισμός.
2. Δεν είναι απαραίτητη η ιατρική επίβλεψη.
3. Δεν κοστίζει τίποτα.
4. Δεν υπάρχει ένδειξη για ψυχολογικές και σωματικές παρενέργειες.
5. Επιτρέπει την απόλυτη μυστικότητα των σεξουαλικών σχέσεων του ζευγαριού.

Μειονεκτήματα :

1. Υψηλό ποσοστό αποτυχίας όταν εφαρμόζεται από σεξουαλικά άπειρο άντρα και κυρίως νέο.
2. Περιορισμός της απόλαυσης της σεξουαλικής πράξης.

ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αυτές οι αντισυλληπτικές μέθοδοι βασίζονται στην αποφυγή της συνουσίας κατά τη διάρκεια της γόνιμης περιόδου και κύκλου, όταν θεωρείται ότι μπορεί να συμβεί η σύλληψη και επομένως η εγκυμοσύνη.

Ημερολογιακή μέθοδος (μέθοδος Ogino-Knaus). Αυτή η μέθοδος συνίσταται στον καθορισμό της περιόδου κατά την οποία πρέπει να αποφεύγεται η συνουσία, υπολογίζοντας από πριν την πιθανή ημέρα ωορρηξίας που ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα, με βάση τη διάρκεια μιας σειράς προηγούμενων κύκλων. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η καταγραφή της διάρκειας 6-12 διαδοχικών κύκλων για τον καθορισμό του συντομότερου και του μεγαλύτερου έτσι ώστε να καθοριστεί η περίοδος κατά την οποία θα πρέπει να διατηρείται η αποχή.

Μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας. Αυτή η μέθοδος βασίζεται στο γεγονός ότι η σωματική θερμοκρασία της γυναίκας υφίσταται μια υπολογίσιμη μεταβολή μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου ημίσεως του κύκλου, καθώς κατά την ημέρα της ωορρηξίας συμβαίνει μια αύξηση 0,2 έως 0,5°C, που διατηρείται μέχρι το τέλος του κύκλου. Έτσι, αν καθοριστεί η στιγμή του κύκλου κατά την οποία συμβαίνει αυτή η αύξηση της θερμοκρασίας, μπορούμε να γνωρίζουμε τη μέρα κατά την οποία συμβαίνει η ωορρηξία.

Γι' αυτόν το σκοπό η γυναίκα πρέπει να μετρά συστηματικά τη σωματική θερμοκρασία της, προτού σηκωθεί από το κρεβάτι κατά προτίμηση με ένα ειδικό θερμόμετρο, καταγράφοντας τα αποτελέσματα σε ένα διάγραμμα, για να κατασκευάσει μια καμπύλη με τις ημερήσιες διακυμάνσεις. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, η αποχή πρέπει να διατηρηθεί κατά τη διάρκεια του πρώτου μέρους του κύκλου και μέχρι να περάσουν οι πρώτες 3 ημέρες από τη στιγμή που θα παρατηρηθεί μία σταθερή αύξηση της βασικής θερμοκρασίας .

Μέθοδος της κολπικής βλέννας (μέθοδος του Billings)

Αυτή η μέθοδος βασίζεται στην παρατήρηση των μεταβολών που υφίσταται η βλέννα που παράγεται από τους αδένες του τραχήλου της μήτρας υπό την επίδραση των γυναικείων σεξουαλικών ορμονών κατά τη διάρκεια του κύκλου, πράγμα που μπορεί να παρατηρηθεί μέσω των αλλαγών των εκκρίσεων που βρίσκονται στην είσοδο του κόλπου. Για να εφαρμοστεί πρακτικά αυτή η μέθοδος η γυναίκα πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει τις μεταβολές της κολπικής βλέννας υπό τις οδηγίες ενός ειδικού.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των παραπάνω φυσικών αντισυλληπτικών μεθόδων :

Τα κύρια πλεονεκτήματα αυτών των μεθόδων είναι ότι δεν απαιτούν τη χρήση καμίας χημικής ουσίας ή ειδικής συσκευής ούτε επεμβαίνουν καθόλου στο φυσικό μηχανισμό του κύκλου. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι είναι οι μοναδικές αντισυλληπτικές μέθοδοι που είναι σίγουρα αποδεκτές από την **εκκλησία**.

Πάντως τα μειονεκτήματα είναι περισσότερα, αρχίζοντας από τις πιθανές διαφωνίες που προκύπτουν από τη σεξουαλική ανικανοποίηση του ζευγαριού, που προκύπτει ως συνέπεια της ανάγκης αποφυγής της συνουσίας κατά τη διάρκεια ορισμένων ημερών κάθε κύκλου. Επιπλέον όλες αυτές οι μέθοδοι απαιτούν τη συμβουλή ενός γιατρού. Το βασικό μειονέκτημα είναι το μεγάλο ποσοστό αποτυχίας που παρατηρείται στο σύνολο των ζευγαριών που χρησιμοποιούν αυτές τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Αποτελεσματικότητα :

Η αποτελεσματικότητα των φυσικών μεθόδων που βασίζονται στην περιοδική αποχή είναι συνολικά πολύ χαμηλή. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, ο δείκτης των ετησίων αποτυχιών της *ημερολογιακής μεθόδου* κυμαίνεται μεταξύ 15 και 33%, ενώ αυτός της *βασικής θερμοκρασίας* βρίσκεται μεταξύ 3 και 19% και αυτός της *κολπικής βλέννας* μεταξύ 1,5 και 25%.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ:

Σε αυτή την ομάδα περιλαμβάνονται διάφορες διατάξεις και χημικά προϊόντα, που χρησιμοποιούνται για να εμποδίσουν παροδικά την πρόσβαση ζωντανών σπερματοζωαρίων στο εσωτερικό της μήτρας και την άφιξή τους στις σάλπιγγες, σε αναζήτηση ωαρίου προς γονιμοποίηση.

ΑΝΔΡΙΚΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ:

Το ανδρικό προφυλακτικό τοποθετείται στη γεννητική περιοχή του άνδρα με τέτοιο τρόπο ώστε να το καλύπτει και να κρατάει στο εσωτερικό του το σπέρμα.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Μεταξύ των πλεονεκτημάτων της χρήσης του προφυλακτικού πρέπει να τονίσουμε ότι πρόκειται για μια απλή μέθοδο, πολύ εύκολη στην εκμάθηση της χρήσης της και που δεν απαιτεί έλεγχο ή ιατρική συνταγή. Επιπλέον, εκτός της λειτουργίας του ως αντισυλληπτικό, όταν χρησιμοποιείται σωστά, χρησιμεύει και για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και το AIDS. Γι' αυτούς τους λόγους, συνίσταται η χρήση του, κυρίως για τις περιστασιακές σεξουαλικές επαφές. Ως μειονέκτημα, μπορεί να αναφερθεί μόνο η αρνητική στάση ορισμένων ανδρών στο να χρησιμοποιήσουν το προφυλακτικό.

Αποτελεσματικότητα:

Η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού εξαρτάται από τον τρόπο χρήσης του. Όταν χρησιμοποιείται μόνο του υπολογίζεται ότι ο δείκτης ετήσιων αποτυχιών είναι της τάξης του 10-15 %, κυρίως λόγω εσφαλμένης χρήσης. Η μέθοδος είναι πολύ πιο αποτελεσματική αν συνδυαστεί με τη χρήση σπερματοκτόνων καθώς τότε το προφυλακτικό, χρησιμοποιημένο καλά, έχει δείκτη ετήσιων αποτυχιών που μειώνεται στο 0-3 %.

ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ:

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι ένα είδος κυλινδρικού σάκου πολουρεθάνης, που εισάγεται στον κόλπο με σκοπό την αποφυγή της γονιμοποίησης.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του γυναικείου προφυλακτικού είναι παρόμοια με αυτά του ανδρικού αν και ο τρόπος χρήσης του γυναικείου προφυλακτικού είναι λίγο πιο άβολος. Επίσης είναι παρόμοια και η αποτελεσματικότητα των δύο μεθόδων, αν και ο δείκτης αποτυχίας του γυναικείου προφυλακτικού είναι ελαφρά μεγαλύτερος, λόγω των αποτυχιών στην τεχνική εφαρμογής.

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ:

Το διάφραγμα είναι ένα καπελάκι από εύκαμπτο καουτσούκ ενισχυμένο στο άκρο του με ένα μεταλλικό τόξο που διατηρεί το κυκλικό του περίγραμμα. Είναι σχεδιασμένο να τοποθετείται στον πυθμένα του κόλπου με τρόπο ώστε να καλύπτει τον τράχηλο και να εμποδίζει την είσοδο του σπέρματος στη μήτρα. Σε κάθε περίπτωση, καθώς η εφαρμογή αυτού του καπέλου στον τράχηλο της μήτρας δεν είναι τέλεια κι επιπλέον μπορεί να μεταβληθεί κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης, συνίσταται η ταυτόχρονη χρήση κάποιου σπερματοκτόνου για την εξασφάλιση της αντισύλληψης. Υπάρχουν διαφράγματα με διάφορες διαστάσεις, με διαμέτρους που ποικίλουν μεταξύ 50 και 100 χιλιοστών, γι' αυτό και σε κάθε περίπτωση ο γιατρός πρέπει να συστήσει τις πλέον κατάλληλες διαστάσεις αφού εξακριβώσει μέσω μίας κολπικής εξέτασης τις διαστάσεις του τραχήλου της μήτρας.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Ως πλεονέκτημα θα πρέπει να τονίσουμε ότι το διάφραγμα, όταν χρησιμοποιείται σωστά αποτελεί μια αβλαβή αντισυλληπτική μέθοδο που δεν καταβάλλει καθόλου τη λειτουργία του γεννητικού συστήματος. Επιπλέον, σε συνδυασμό με τα σπερματοκτόνα παρέχει επίσης κάποια προστασία, αν και μικρότερη από το προφυλακτικό, από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Μεταξύ των μειονεκτημάτων πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι

απαιτείται ιατρική συνταγή και ότι η εφαρμογή του πρέπει να υποδειχθεί από έναν ειδικό που θα εξακριβώσει το σωστό τρόπο τοποθέτησής του από τη γυναίκα. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να τηρούνται κάποια μέτρα προφύλαξης για τυχών τραυματισμούς του τραχήλου της μήτρας. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση του διαφράγματος ως αντισυλληπτική μέθοδος, απαιτεί περιοδικό ιατρικό έλεγχο τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια, διάστημα μετά το οποίο πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα αλλαγής του.

Αποτελεσματικότητα:

Αν χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με ένα σπερματοκτόνο, το διάφραγμα έχει ετήσιο δείκτη αποτυχιών της τάξης του 5-10 %, αν και τα ατυχήματα οφείλονται κυρίως σε κακή χρήση. Όταν χρησιμοποιείται σωστά ο δείκτης αποτυχίας μπορεί να μειωθεί στο 2 %.

Διάρκεια του διαφράγματος:

Συνίσταται η αλλαγή του διαφράγματος το πολύ κάθε δύο χρόνια, ακόμη κι αν δεν φαίνεται να έχει πρόβλημα, δεδομένου ότι οι διαστάσεις των εσωτερικών γεννητικών οργάνων μπορεί να έχουν αλλάξει σε αυτό το διάστημα και σε τέτοια περίπτωση μπορεί να προκληθεί αποτυχία της μεθόδου. Για τον ίδιο λόγο, επίσης, θα πρέπει να γίνεται αλλαγή του διαφράγματος και μετά τον τοκετό, την άμβλωση, την αποβολή ή μετά από την απώλεια σωματικού βάρους. Για να επιλεγεί το νέο μέγεθος του διαφράγματος είναι πάντοτε απαραίτητο ο γιατρός να κάνει μια εξέταση του γεννητικού συστήματος της γυναίκας ώστε να καθορίσει με ακρίβεια τις διαστάσεις του τραχήλου της μήτρας της γυναίκας.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΣΦΟΥΓΓΑΡΙ:

Το αντισυλληπτικό σφουγγάρι είναι ένα στρογγυλό μαξιλαράκι από πολυουρεθάνη, διαμέτρου 5 εκατοστών και πάχους 5 χιλιοστών, εμποτισμένο σε σπερματοκτόνο και εφοδιασμένο με μια μικρή λαβή για να διευκολύνεται η εξαγωγή του. Το σχήμα του είναι ειδικά προσαρμοσμένο, ώστε όταν τοποθετείται στο βάθος του κόλπου η κοίλη πλευρά του να καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας και να εκπληρώνει 3 αντισυλληπτικές δράσεις:

απελευθέρωση σπερματοκτόνου, απορρόφηση του σπέρματος μετά την εκσπερμάτωση και αποκλεισμός της εισόδου της μήτρας. Η τοποθέτηση του σφουγγαριού είναι πολύ απλή. Μπορεί να τοποθετηθεί οποιαδήποτε στιγμή πριν την ερωτική πράξη και μπορεί να παραμείνει στον κόλπο μέχρι και 24 ώρες, αν και καλό είναι να αποσύρεται μετά από 6 ώρες αφού τελειώσει η ερωτική επαφή. Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου είναι γενικά παρόμοια με αυτή των σπερματοκτόνων, του διαφράγματος και του τραχηλικού καλύμματος.

ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ:

Τα σπερματοκτόνα είναι χημικές ενώσεις που απενεργοποιούν τα σπερματοζωάρια που εισέρχονται στον κόλπο προτού διεισδύσουν στη μήτρα. Διατίθενται σε διάφορες μορφές που έχουν διαφορετικούς τρόπους εφαρμογής : ζελέ ή κρέμες, σπρέι ή αφρούς, κολπικά υπόθετα ή ταμπλέτες.

ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ : Τα σπερματοκτόνα, οποιαδήποτε μορφή κι αν έχουν, πρέπει να τοποθετούνται πριν από κάθε συνουσία ακολουθώντας τις οδηγίες της συσκευασίας. Η τοποθέτηση στον κόλπο είναι απλή, καθώς γίνεται από την ίδια τη γυναίκα στην περίπτωση των ταμπλέτων ή των κολπικών υπόθετων. Είναι πολύ σημαντικό η τοποθέτηση να γίνεται κάποιο χρονικό διάστημα πριν τη συνουσία που ποικίλει σε κάθε περίπτωση : τα σπρέι, τα ζελέ, και οι κρέμες, διαχέονται γρήγορα στον κόλπο και απαιτούν μόνο ένα ή δύο λεπτά αναμονής, ενώ τα υπόθετα ή οι ταμπλέτες χρειάζονται 5 ή δέκα λεπτά για να λιώσουν και να σχηματίσουν ένα προστατευτικό στρώμα στον τράχηλο. Κάθε προϊόν έχει ένα περιορισμένο χρόνο δράσης, από μισή έως δύο ώρες, γι' αυτό και πρέπει να γίνει καινούργια εφαρμογή αν η συνουσία δεν πραγματοποιηθεί μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Το πλεονέκτημα των σπερματοκτόνων είναι ότι είναι απλά στη χρήση, αν και είναι εξαιρετικά σημαντικό να ακολουθηθούν πιστά οι οδηγίες που αναγράφονται στη συσκευασία κι επίσης δεν απαιτούν ιατρική συνταγή. Επιπλέον δεν έχουν τοπικές ή γενικές παρενέργειες, αν και ορισμένοι αφροί προξενούν ένα δυσάρεστο παροδικό αίσθημα θερμότητας.

Ως μειονέκτημα αρκεί να αναφέρουμε ότι είναι απαραίτητο να γίνεται νέα εφαρμογή σε κάθε συνουσία και ότι απαιτούν ένα χρόνο αναμονής που δεν μπορεί να συντομευτεί. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις που επιβάλλουν την αποφυγή της χρήσης του συγκεκριμένου προϊόντος.

Αποτελεσματικότητα:

Αν χρησιμοποιηθούν μόνα τους, τα σπερματοκτόνα έχουν ετήσιο δείκτη αποτυχιών της τάξης του 10-15%, κυρίως λόγω ατελούς εφαρμογής των οδηγιών χρήσης. Αντίθετα σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους έχουν πολύ μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, καθώς ο συνδυασμός με το διάφραγμα έχει δείκτη ετήσιων αποτυχιών 5-10% και σε συνδυασμό με το προφυλακτικό 0-3%.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ:

Το ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ είναι μία μικρή διάταξη από εύκαμπτο υλικό και με διάφορα σχήματα, που τοποθετείται παροδικά στο εσωτερικό της μήτρας και δεν επιτρέπει την εξέλιξη εγκυμοσύνης όσο καιρό διατηρείται στη θέση του και μέχρι την απομάκρυνσή του.

ΤΥΠΟΙ : Στην εποχή μας υπάρχει μεγάλη ποικιλία τύπων σπιράλ κατασκευασμένων από διάφορα είδη πλαστικών υλικών, διαφορετικών μεγεθών και σχεδίων, για παράδειγμα σε σχήμα δακτυλίου, ταυ ή σπιράλ, αλλά σήμερα συνήθως χρησιμοποιούνται αυτά που έχουν σχήμα Τα ή , με το οριζόντιο τμήμα λιγότερο ή περισσότερο κεκαμένο και μ' ένα χάλκινο νήμα περιτυλιγμένο στο κεντρικό στέλεχος. Από το εξωτερικό άκρο προβάλλουν κάτι νήματα, που όταν η διάταξη έχει τοποθετηθεί στο εσωτερικό της μήτρας προεξέχουν μέσα στον κόλπο και χρησιμεύουν για την διευκόλυνση της εξαγωγής του την κατάλληλη στιγμή. Ορισμένα πρόσφατα μοντέλα έχουν ένα απόθεμα γυναικείων σεξουαλικών ορμονών που απελευθερώνονται σταδιακά και αυξάνουν την αντισυλληπτική δράση της συσκευής.

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ : Το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να τοποθετηθεί από τον γιατρό μετά την πραγματοποίηση των σχετικών εξετάσεων για τον αποκλεισμό της ύπαρξης αντενδείξεων, λοιμώξεων των γεννητικών οργάνων, όγκων της μήτρας, κ.λ.π., καθώς επίσης και για να μετρηθεί η κοιλότητα της

μήτρας και να επιλεγεί το καταλληλότερο μοντέλο. Η τοποθέτηση μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στιγμή, αν και συνήθως πραγματοποιείται κατά την διάρκεια της περιόδου, κατά την οποία είναι βέβαιο ότι δεν υπάρχει πρόσφατη εγκυμοσύνη σ' εξέλιξη και η τεχνική διευκολύνονται λόγω της μεγαλύτερης διαστολής του ανοίγματος του τραχήλου (που αποτελεί την επικοινωνία μεταξύ του εσωτερικού της μήτρας και του κόλπου. Κατά τις ημέρες μετά την εισαγωγή, είναι καλό η γυναίκα ν' απέχει από τις ερωτικές επαφές και ν' αποφεύγει να μπαίνει σε νερό, ενώ είναι προτιμότερο να μην χρησιμοποιεί ταμπόν αλλά σερβιέτες. Επίσης, ο γιατρός συνήθως συνιστά μια σειρά αντιβιοτικών για την πρόληψη των λοιμώξεων. Ως προφύλαξη, συνιστάται η χρήση μιας άλλης αντισυλληπτικής μεθόδου μέχρι τον πρώτο έλεγχο ύστερα από ένα μήνα, καθώς κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η αποτελεσματικότητα του σπινάλ δεν παρέχει αρκετές εγγυήσεις.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ:

Ο μηχανισμός που είναι υπεύθυνος για την αντισυλληπτική δράση του σπινάλ ακόμη δεν έχει επαρκώς διασαφηνιστεί αν και υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που φαίνεται να συνεισφέρουν στη λειτουργία του. Η συσκευή που τοποθετείται στο εσωτερικό της μήτρας λειτουργεί σαν «ξένο σώμα» και προκαλεί μια μη ειδική φλεγμονώδη αντίδραση στον βλεννογόνο που καλύπτει την κοιλότητα της μήτρας (ενδομήτριο). Αν και αυτό δεν προκαλεί ενοχλήσεις στη γυναίκα που το φέρει έχει δύο κύρια αντισυλληπτικά αποτελέσματα: από τη μία δυσκολεύει την δίοδο των σπερματοζωαρίων μέσω της μήτρας προς τις σάλπιγγες προς αναζήτηση ωαρίου, μειώνοντας τις πιθανότητες γονιμοποίησης και από την άλλη, ακόμη κι αν έχει προκληθεί γονιμοποίηση, εμποδίζει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα και την ακόλουθη εξέλιξη εγκυμοσύνης χωρίς η γυναίκα να αντιληφθεί τίποτα από αυτά που συμβαίνουν.

Αποτελεσματικότητα :

Η αποτελεσματικότητα του σπινάλ είναι πολύ υψηλή, καθώς ο δείκτης ετήσιων αποτυχιών κυμαίνεται σύμφωνα με έρευνες μεταξύ 0,5 και 2%. Γενικά, η αποτυχίες οφείλονται σε εσφαλμένη τοποθέτηση ή στην έλλειψη

επαρκών ελέγχων για να διασφαλιστεί ότι παραμένει τέλεια τοποθετημένο στη θέση που του αντιστοιχεί.

Μειονεκτήματα και επιπλοκές :

Η χρήση του σπιράλ συνήθως δεν προκαλεί σοβαρά προβλήματα, αν και τυπικά συνδέεται με πιο άφθονη ροή αίματος, μεγαλύτερη διάρκεια καθώς και περισσότερους από πριν, πόνους κατά τη διάρκεια της περιόδου. Κατά τον πρώτο μήνα μπορεί να εμφανιστούν μικρές απώλειες αίματος στο μέσω του κύκλου που συμπίπτουν με την ωορρηξία. Αν οι αιμορραγίες είναι εντονότερες από τις φυσιολογικές αλλά διατηρούνται μέσα σε ορισμένα όρια, το σπιράλ μπορεί να μείνει τοποθετημένο, αλλά αν είναι υπερβολικές, έντονες ή επαναλαμβανόμενες μπορεί να είναι απαραίτητη η απομάκρυνσή του. Ένα πιθανό μειονέκτημα είναι η προδιάθεση για ανάπτυξη λοιμώξεων των γεννητικών οργάνων, που προκαλούνται από μικρόβια που έχουν μεγαλύτερη ευκολία στην πρόσβαση στο εσωτερικό της μήτρας. Η εμφάνιση πόνων στην κοιλιακή χώρα, γενικής αδιαθεσίας, πυρετού και ανώμαλης κολπικής ροής είναι συμπτώματα που θα πρέπει να οδηγήσουν τη γυναίκα στο γιατρό. Η πιο σοβαρή επιπλοκή είναι η ρήξη της μήτρας, εάν η συσκευή καρφωθεί στο τοίχωμα της μήτρας, ή ακόμα και αν το διαπεράσει φθάνοντας στην κοιλιακή κοιλότητα. Πρόκειται για ένα επικίνδυνο πρόβλημα, αλλά ευτυχώς πολύ σπάνιο αν η τοποθέτηση του σπιράλ γίνει από ειδικό γιατρό. Άλλη επιπλοκή, που δεν είναι πλέον επικίνδυνη, αλλά που επιφέρει την πλήρη απώλεια της αποτελεσματικότητας της μεθόδου, είναι η εξώθηση του σπιράλ που συμβαίνει περίπου στο 2% των περιπτώσεων. Μερικές φορές, καθώς είναι εντελώς ανώδυνη συμβαίνει και κατά τη διάρκεια της περιόδου αλλά περνά εντελώς απαρατήρητη.

ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ:

Αυτή η αντισυλληπτική μέθοδος βασίζεται στη χρήση ορμονικών σκευασμάτων, η λήψη των οποίων με διάφορους τρόπους προκαλεί την αναστολή της ωορρηξίας κι έτσι καθιστά αδύνατη τη γονιμοποίηση και την εγκυμοσύνη.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ: Η λειτουργία του γυναικείου γεννητικού συστήματος ρυθμίζεται από το σύστημα υποθαλάμου της υπόφυσης που ελέγχει τη

λειτουργία των ωοθηκών τόσο σε ότι αφορά την ωρίμανση και απελευθέρωση των γαμετών όσο και στα σχετικά με την παραγωγή των γυναικείων σεξουαλικών ορμονών. Η ορμονική ρύθμιση είναι πολύπλοκη και υπόκειται σε ένα μηχανισμό ρύθμισης δεδομένου ότι η λειτουργία του άξονα του υποθαλάμου της υπόφυσης επηρεάζεται από τα επίπεδα στο αίμα των σεξουαλικών ορμονών που παράγουν οι ωοθήκες. Η ορμονική αντισύλληψη βασίζεται ακριβώς σε αυτό το γεγονός. Συνίσταται στη χορήγηση ορμονών που παράγονται φυσικά από τις ωοθήκες και που μεταξύ άλλων δράσεων παρεμποδίζουν την ωρίμανση των ωαρίων και την ωορρηξία.

ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ:

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος ορμονικής αντισύλληψης, που χρησιμοποιείται από δεκάδες εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο, είναι η χορήγηση από το στόμα ορμονικών σκευασμάτων ποικίλης σύνθεσης. Ανάλογα με τη βασική τους σύνθεση διακρίνονται δύο βασικοί τύποι: τα συνδυασμένα χάπια και τα μικροαντισυλληπτικά.

Συνδυασμένα αντισυλληπτικά: Αυτά τα αντισυλληπτικά, που είναι τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα, πρέπει να λαμβάνονται όλες τις μέρες για διάρκεια τριών εβδομάδων και στη συνέχεια να σταματήσει η λήψη τους για μια εβδομάδα οπότε λόγω της ορμονικής έλλειψης στο επίπεδο της μήτρας προκαλείται μια απώλεια αίματος, παρόμοια με αυτή της περιόδου αν και συνήθως μικρότερη σε ποσότητα. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν διάφοροι τύποι συνδυασμένων αντισυλληπτικών που ορισμένοι αποτελούνται από την ίδια αναλογία οιστρογόνων για όλες τις ημέρες και άλλοι πιο σύγχρονοι, με διαφορετική αναλογία των δύο ορμονών για την κάθε μέρα (διφασικά, τριφασικά), γεγονός που επιτρέπει την καλύτερη προσομοίωση της ορμονικής κατανομής του κύκλου. Όλα αυτά τα χάπια παρεμποδίζουν τον μηχανισμό της ωορρηξίας, αλλά επίσης μεταβάλλουν τις εκκρίσεις της βλέννας του τραχήλου της μήτρας, πράγμα που δυσκολεύει την κίνηση των σπερματοζωαρίων και μειώνουν το πάχος του εσωτερικού βλεννογόνου της μήτρας, πράγμα που δυσκολεύει την ενδεχόμενη εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου.

Μικροαντισυλληπτικά: Αυτά τα χάπια πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά, συνεχώς και αδιαλείπτως. Αποτελούνται αποκλειστικά από μια ορμόνη, την γεσταγόνη και εμποδίζουν πλήρως την ωορρηξία μόνο σε ένα μικρό ποσοστό

γυναικών στις οποίες δεν συνίσταται η λήψη οιστρογόνων και σε αυτές που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να καταφύγουν σε μη ορμονικές αντισυλληπτικές μεθόδους. Σε κάθε περίπτωση, η αποτελεσματικότητά τους είναι κατώτερη αυτής των συνδυασμένων αντισυλληπτικών.

Παρενέργειες και αντενδείξεις: Η συνεχής λήψη ορμονικών ουσιών, πέραν της αντισυλληπτικής δράσης, προκαλεί μεταβολές στη λειτουργία του οργανισμού και μπορεί να προκαλέσει διάφορες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Ορισμένες αν και ενοχλητικές δεν θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Κάποιες από αυτές είναι: η ναυτία, πιθανή αύξηση βάρους, σε σπάνιες περιπτώσεις μεταβολές της διάθεσης, μερικές φορές υπερτρίχωση ή εμφάνιση κηλίδων στο πρόσωπο, παρόμοιων με αυτές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Άλλες, λιγότερο προφανείς, που είναι όμως δυνητικά επικίνδυνες για την υγεία, καθώς τ' αντισυλληπτικά προκαλούν μια μεταβολή του μηχανισμού πήξης του αίματος που σε ορισμένες περιπτώσεις προκαλεί το σχηματισμό θρόμβων, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και καθιστά ανεπιθύμητη τη χρήση αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου. Ειδικά από γυναίκες που ήδη εμφανίζουν άλλους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών προβλημάτων, όπως το κάπνισμα, η ηλικία άνω των 35, ο σακχαροδιαβήτης ή η αρτηριακή υπέρταση. Πρακτικά, η χρήση των από το στόμα λαμβανόμενων αντισυλληπτικών έχει διάφορες αντενδείξεις και γι' αυτό απαιτείται προσωπική ιατρική συνταγή, καθώς επίσης και περιοδικοί έλεγχοι, κατά τους οποίους να διαπιστώνεται η απουσία παραγόντων που να ορίζουν την αναγκαιότητα διακοπής τους.

Αποτελεσματικότητα, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ανάμεσα στα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της αντισυλληπτικής μεθόδου πρέπει να τονιστεί πάνω απ' όλα η υψηλή αποτελεσματικότητά της: θεωρητικά φθάνει στο 100%, αν και βέβαια πρακτικά, κυρίως λόγω σφαλμάτων στη λήψη του φαρμάκου, υπάρχουν στατιστικές που καταγράφουν ετήσιους δείκτες αποτυχίας της τάξεως του 0 έως 2,5%. Σε κάθε περίπτωση, μπορεί να λεχθεί ότι όταν χρησιμοποιείται σωστά εγγυάται την αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων. Άλλα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι δεν παρενοχλεί καθόλου τις αυθόρμητες ερωτικές επαφές, καθώς η συνουσία μπορεί να πραγματοποιηθεί

σε οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμιά προηγούμενη προετοιμασία και είναι εντελώς αντιστρεπτή, καθώς όταν παύσει η χρήση της η γυναίκα ανακτά σύντομα τη γονιμότητά της. Το μειονέκτημα βρίσκεται στο γεγονός ότι πρέπει η γυναίκα να θυμάται καθημερινά τη λήψη του φαρμάκου, βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου. Επιπλέον, η συνεχής λήψη του χαπιού μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες, αν και στην πλειοψηφία τους είναι ελαφρές ή παροδικές και είναι εξαιρετικά σημαντικό να υποβάλλεται η γυναίκα σε τακτικούς ιατρικούς ελέγχους για την εξακρίβωση της απουσίας παρενεργειών από την παράταση της χρήσης.

Ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία. (ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΗΣ ΕΠΟΜΕΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ) Αυτή η μέθοδος αποσκοπεί στην πρόληψη της εξέλιξης μιας πιθανής εγκυμοσύνης, μετά την πραγματοποίηση μιας συνουσίας χωρίς προφύλαξη και βασίζεται στην παρεμπόδιση της εμφύτευσης ενός ωαρίου, ενδεχομένως γονιμοποιημένου. Πρόκειται λοιπόν, για μια στρατηγική «εκτάκτου ανάγκης». Γι' αυτόν το λόγο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ορμονικά προϊόντα, που χρησιμοποιούνται επίσης και γι' άλλους λόγους, με ιδιαίτερο όμως τρόπο λήψης ή επίσης ειδικά σκευάσματα, όπως ένα φάρμακο που είναι γνωστό ως το «χάπι της επόμενης ημέρας». Για την ώρα όμως διατίθεται μόνο σε ορισμένες χώρες. Πρέπει να τονίσουμε ότι αυτή η τακτική είναι αποτελεσματική μόνο όταν εφαρμοσθεί πριν από την πάροδο 72 ωρών από τη συνουσία, πάντοτε υπό αυστηρή ιατρική παρακολούθηση.

Άλλες μέθοδοι ορμονικής αντισύλληψης:

- Ø Ενέσιμα ορμονικά αντισυλληπτικά. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται χρήση σκευασμάτων συνθετικών ορμονών, διαλυμένων σε ελαιώδεις ουσίες, που μετά τη χορήγησή τους με ενδομυϊκή ένεση απελευθερώνονται αργά και σταθερά στο αίμα. Με αυτό τον τρόπο δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή λήψη τους.
- Ø Υποδερμικά εμφυτεύματα. Αυτό το σύστημα, που δεν είναι ακόμα διαθέσιμο σε όλες τις χώρες, συνίσταται στην εμφύτευση κάτω από το δέρμα μικρών φυσαλίδων από πλαστικό υλικό που απελευθερώνουν αργά ορμονικά φάρμακα που έχουν αντισυλληπτική δράση.
- Ø Κολπικός δακτύλιος. Αυτή η συσκευή από πλαστικό υλικό τοποθετείται στον πυθμένα του κόλπου για μεγάλο χρονικό διάστημα και ελευθερώνει ορμονικές ουσίες που απορροφώνται από το βλεννογόνο

του κόλπου για να περάσουν έτσι στην κυκλοφορία του αίματος, παρέχοντας αντισυλληπτική δράση.

ΣΤΕΙΡΩΣΗ:

Αυτή η αντισυλληπτική μέθοδος, η μόνη μόνιμη, βασίζεται σε μια χειρουργική επέμβαση, που πραγματοποιείται στον άνδρα ή τη γυναίκα για να εμποδίσει τη δίοδο των γαμετών και άρα και την ενδεχόμενη εγκυμοσύνη.

Ανδρική στείρωση: Βασεκτομή

Πραγματοποιείται μια απλή χειρουργική επέμβαση που δεν απαιτεί την παραμονή του ατόμου στο νοσοκομείο. Η επέμβαση διαρκεί συνολικά 15-20 λεπτά. Το αποτέλεσμα της βασεκτομής δεν είναι άμεσο, γι' αυτό είναι απαραίτητη η προσωρινή χρήση κάποιας άλλης ασφαλούς μεθόδου. Η αποτελεσματικότητα της βασεκτομής είναι πολύ υψηλή και φτάνει θεωρητικά το 100%. Σε κάθε περίπτωση, οι σπάνιες αποτυχίες της μεθόδου, συνήθως οφείλονται στο ότι δεν υιοθετήθηκαν τα απαραίτητα μέτρα κατά την περίοδο αμέσως μετά την επέμβαση.

Γυναικεία στείρωση: Περίδεση των σαλπίγγων

Η επέμβαση αυτή αποκαλείται «περίδεση σαλπίγγων», γιατί συνήθως γίνεται τομή και περίδεση αυτών των αγωγών αν και στις μέρες μας γίνεται και με καυτηριασμό. Πρέπει να τονιστεί ότι η επέμβαση δεν μεταβάλλει σε τίποτα τη λειτουργία των ωοθηκών, ούτε του υπόλοιπου γυναικείου γεννητικού συστήματος, γι' αυτό και δεν επηρεάζει τις ερωτικές επαφές αλλά ούτε προκαλεί μεταβολές στον φυσιολογικό ορμονικό κύκλο. Η επέμβαση προκαλεί άμεσα διαρκή στείρωση και έχει θεωρητικό δείκτη αποτελεσματικότητας της τάξης του 100%, αν και σπάνια παρατηρούνται αποτυχίες οφειλόμενες σε ανεπαρκείς χειρουργικές τεχνικές.

Ενδείξεις:

Η στείρωση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την οριστική αποφυγή της εγκυμοσύνης σε άτομα ή ζευγάρια που δεν επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Μια μόνο ενέργεια αποτρέπει σχεδόν πλήρως και για πάντα τον κίνδυνο ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων. Γι' αυτό αποτελεί μια αντισυλληπτική μέθοδο που επιλέγεται οικειοθελώς από άτομα στις χώρες που δεν υπάρχει

περιορισμοί για την εφαρμογή τους. Επιπλέον υπάρχουν διάφορες καταστάσεις στις οποίες η στείρωση αποτελεί ιατρική σύσταση, όταν η εγκυμοσύνη αποτελεί κίνδυνο για την μητέρα. Για παράδειγμα όταν υπάρχουν άλλα προβλήματα υγείας όπως καρδιοπάθειες ή όταν η γυναίκα ή ο σύντροφος είναι φορέας μιας κληρονομικής γενετικής ανωμαλίας που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχικές ή οργανικές διαταραχές στους απογόνους.

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο είναι σημαντικό να πούμε συμπερασματικά, ότι μεταξύ των πολλών διαθέσιμων αντισυλληπτικών μεθόδων που υπάρχουν σήμερα **καμία** δεν μπορεί να θεωρηθεί «ιδανική». Μερικές είναι περισσότερο αποτελεσματικές, άλλες όμως εμφανίζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κι έχουν λιγότερο ή περισσότερο πολύπλοκες προδιαγραφές χρήσης. Έτσι λοιπόν, προτού επιλεγεί η μία ή η άλλη είναι απαραίτητο να υπάρχει **επαρκής πληροφόρηση**, γνώση του βαθμού προστασίας που προσφέρει η κάθε δυνατότητα, των βασικών αρχών και του τρόπου χρήσης, των μέτρων που πρέπει να τηρούνται σε κάθε περίπτωση για να αποφευχθούν τα ατυχήματα και των ενδεχόμενων παρενεργειών. Μόνο έτσι μπορούν να ληφθούν υπ' όψιν τα υπέρ και τα κατά της κάθε μεθόδου και να γίνει επιλογή με επαρκή κριτήρια. Υπάρχουν κάποιοι που θα προτιμήσουν να καταφύγουν σε κάποια από τις φυσικές μεθόδους, αν και είναι ελάχιστα αξιόπιστες, λόγω των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων, ενώ άλλοι θα επιλέξουν τη στείρωση, που διαθέτει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα αλλά είναι μη αναστρεπτή. Αυτοί που διατηρούν σποραδικές σεξουαλικές σχέσεις, θα πρέπει να επιλέξουν το προφυλακτικό και για την αποφυγή μόλυνσης από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ενώ άλλοι το σπιράλ, το διάφραγμα ή τα αντισυλληπτικά χάπια.

Το καλύτερο λοιπόν είναι η λεπτομερής πληροφόρηση σχετικά με τις διαθέσιμες μεθόδους, στη συνέχεια η συζήτηση με τον γιατρό για να διευκρινιστούν οι αμφιβολίες και ύστερα από την κατάλληλη εξέταση, ο καθορισμός των αντενδείξεων, σε κάθε περίπτωση, για τη χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου ή των περιστάσεων που να συνιστούν την επιλογή μιας άλλης. Πρόκειται όμως μόνο για επαγγελματική συμβουλή: η οριστική απόφαση έγκειται στην ίδια τη γυναίκα ή το ζευγάρι που ενδιαφέρεται. (Εγκυκλοπαίδεια "Χρυσή Υγεία", 2002)

4.3 Οικογενειακός προγραμματισμός

Σήμερα γίνεται έλεγχος των γεννήσεων σε όλους τους υποανάπτυκτους λαούς, όπου το δημογραφικό πρόβλημα έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις. Στις χώρες αυτές (Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν.Α Ασία κ.α) είναι επιβεβλημένη η αναχαίτιση της πολυγονίας για το καλό των λαών στις χώρες αυτές. Δεν χωράει αμφιβολία πως η δημιουργία οικογένειας είναι ατομική υπόθεση και αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός. Ήδη το 1968 το Διεθνές Συνέδριο για τα ανθρώπινα δικαιώματα που έγινε στην Τεχεράνη διακήρυξε τα εξής: *Τα ζευγάρια έχουν το βασικό δικαίωμα να αποφασίζουν ελεύθερα για τον αριθμό των παιδιών και το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβήσει ανάμεσα στις γεννήσεις των παιδιών τους.* Τα ίδια περίπου διακήρυξε και η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε στις 11-12-1979. Συνεπώς, ο οικογενειακός προγραμματισμός κάθε άλλο παρά έλεγχος της ελεύθερης ανάπτυξης της οικογένειας είναι. Στις ανεπτυγμένες χώρες όπου δεν υπάρχει δημογραφικό πρόβλημα, τα προγράμματα Οικογενειακού προγραμματισμού είναι εθελοντικά και επιθυμητά.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ :

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι, να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωσή του.

Αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση. Τέλος, η παροχή συμβουλών πάνω στα προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων κ.λ.π. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, αποβλέπει να δώσει όλα εκείνα τα στοιχεία, ώστε το ζευγάρι να προγραμματίσει –πάντα ελεύθερα –τη μελλοντική του οικογενειακή ζωή, για να μη συρθεί σε περιπέτειες, που συνεπάγεται η άγνοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Τέλος ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, στοχεύει κατά κύριο λόγο στην προστασία της υγείας της μητέρας και των παιδιών, και επιθυμεί τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης οικογένειας, όπου όλα τα μέλη ζουν αρμονικά. (Δετοράκης, 2002)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ :

Η ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού ξεκινά 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.

Η αρχή έγινε από τον Άγγλο ιερέα Thomas L. 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.

Την ίδια ανάγκη ένωσε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών Francis Place, που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυne να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1822 μάλιστα, εκδόθηκε μια εργασία, που είχε τίτλο «Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα». Μετά από αυτό ακολούθησαν κι άλλες εκδόσεις. Σ' αυτές ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων για καλύτερη οικονομική και σωματική υγιεινή και περιέγραψαν ορισμένες *αντισυλληπτικές μεθόδους*.

Στο μεταξύ εμφανίζεται στο παρασκήνιο, η περίφημη Margaret Sanger, που ρίχνεται σε έναν 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 ελεύθερη βούληση και την απελευθέρωση της γυναίκας. Η Margaret Sanger συνδέθηκε κατ' αρχάς με το γνωστό Σύνδεσμο Ελέγχου των Γεννήσεων και προσπάθησε να αποκτήσει την εύνοια και υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Ο σκοπός του Συνδέσμου ήταν να δίνει τις οδηγίες εκείνες που ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά, αλλά

και να βοηθάει αποτελεσματικά αυτούς που πάσχουν από στειρότητα είτε είναι άντρες είτε γυναίκες.

Από το 1942 ο Σύνδεσμος εξαπλώθηκε και στις υποανάπτυκτες χώρες και ονομάστηκε Planned Parenthood Federation (IPPF). Αξίζει να υπομνηστεί ότι στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες, απ' τις οποίες οι 36 είναι υποανάπτυκτες.

Βασικός σκοπός του IPPF 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.

Ειδικότερα ότι αφορά τη μητέρα θέτονται οι παρακάτω όροι :

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
2. Να απαγκιστρώνει κάθε γυναίκα από κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
3. Να διευκολύνει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
4. Να καθοδηγήσει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις, που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση.
5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.

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

Για το παιδί έχει τους παρακάτω στόχους :

1. Για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες που συνεπάγεται, προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες.
2. Για να συμβάλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού, επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων.
3. Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.
4. Λαμβάνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.(Δετοράκης, 2002)

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

Η Ελληνική πολιτεία έχει θεσπίσει αυστηρές απαγορευτικές διατάξεις και ποινές, με σκοπό την καταστολή των εκτρώσεων. Έτσι, υποβάλλεται φυλάκιση μέχρι 10 χρόνια σε εκείνον που εκτελεί συστηματικά εκτρώσεις και μέχρι 6 μήνες σε εκείνον που εκτελεί ή υποβοηθάει και προτρέπει την έγκυο σε έκτρωση, έστω και με την συγκατάθεσή της. Εάν γίνει έκτρωση χωρίς τη συγκατάθεση της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση άνω των 5 ετών. Τέλος, φυλάκιση μέχρι 3 ετών επιβάλλεται στην έγκυο που συγκατατίθεται στην έκτρωση. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια έκτρωση επιτρεπόταν, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης δημιουργούσε κίνδυνο θανάτου ή μόνιμης βλάβης της υγείας της εγκύου. Επίσης, επιτρεπόταν, όταν η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα αιμομιξίας ή βιασμού. Σε κάθε άλλη περίπτωση απαγορευόταν, ακόμα και όταν υπήρχαν άλλοι λόγοι υγείας της μητέρας ή κίνδυνοι βλάβης του εμβρύου από λοιμώξεις ή κληρονομικές παθήσεις.

Επειδή όμως τα νομοθετικά μέτρα ήταν ανεπαρκή, παρά την αυστηρή στάση της εκκλησίας κατά των εκτρώσεων, ο αριθμός τους ήταν πολύ σημαντικός και θεωρήθηκε πιο σωστό μέτρο η νομιμοποίηση των εκτρώσεων και για άλλες σοβαρές αιτίες. Πράγματι, στις 14/10/1978 δημοσιεύτηκε ο νόμος 821 και αναφέρει «Επιτρέπεται η άμβλωση μέχρι και της εικοστής εβδομάδας κύησης, στις περιπτώσεις στις οποίες διαπιστωθούν με τα σύγχρονα μέσα διαγνωστικού ελέγχου (προγεννητική διάγνωση) σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου συνεπαγόμενες τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Ο νόμος αυτός αποτέλεσε ένα μικρό βήμα στην αντιμετώπιση του προβλήματος των παράνομων εκτρώσεων. Εξακολουθούν όμως να εκτελούνται σχεδόν νόμιμα. Εκτός τούτου, η επέκταση εφαρμογής των νέων τεχνικών προγεννητικής διάγνωσης επέβαλε τη νομιμοποίηση των άλλων ειδικών κατηγοριών.

Το 1980 ψηφίστηκε στην Ελλάδα ένας νόμος, ο 1036, ο οποίος έδωσε νομική υπόσταση στον οικογενειακό προγραμματισμό. Το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε μια προσπάθεια να πραγματοποιήσει το πρώτο βήμα υλοποίησης του προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού, ίδρυσε σε ολόκληρη την επάρκεια ένα δίκτυο από 29 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Εκτρώσεις και οικογενειακός προγραμματισμός:

§ Σύμφωνα με στοιχεία της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, τα οποία δόθηκαν τον Φεβρουάριο στη δημοσιότητα, πραγματοποιούνται στην Ελλάδα 100.000 έως 120.000 εκτρώσεις. Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με τις ετήσιες γεννήσεις και θλιβερή πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Έκτρωση θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου. Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο όταν έχει γίνει η σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού στις περισσότερες χώρες γίνεται παράνομα. Μετά όμως, την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά.

Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις, παρά την εντατική πληροφόρηση και προβολή νεώτερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται σωστή ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι εκτρώσεις απαγορεύονται ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν τη νομιμοποίησή τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις ανεπτυγμένες χώρες.

Σε αντίθεση με τις ανεπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Στην Ελλάδα, έχει αποδειχτεί ότι 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει.

Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα γίνεται πιο έντονο αν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. Τα τελευταία χρόνια όμως, το πρόβλημα έχει αρχίσει να γίνεται οξύ στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων.

Αυτό αποδίδεται στην πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φτάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με έκτρωση.

Υπηρεσίες και οικογενειακός προγραμματισμός:

Για να υπάρχει ένα αποτελεσματικό σύστημα Οικογενειακού Προγραμματισμού, προσιτό σε όλους τους ανθρώπους, θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν πληροφορίες. Επίσης πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα ανίκανα πνευματικά άτομα, τους αρρώστους, στα άτομα με αναπηρία και σε αυτούς που παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα. Να τονίσουμε ωστόσο πως η οποιαδήποτε υπηρεσία που προσφέρεται θα είναι πάντα συνάρτηση των δυνατοτήτων της εκάστοτε υγειονομικής ομάδας και πάνω από όλα της επιθυμίας του νέου να αποδεχτεί ή όχι τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.

Όπως κάθε κοινωφελής προσπάθεια, έτσι και το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, για να βελτιώνεται ολοένα και να εξαλείφει τυχόν αδυναμίες και κενά που παρουσιάζει, επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενούς του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου του κάθε τόσο και να επανδρώνεται συνεχώς με ανθρώπους σχετικούς με το αντικείμενο.

§ *Υπηρεσίες που προσφέρουν Οικογενειακό Προγραμματισμό :*

1. Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Γουδί, Αθήνα.
2. Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» Βας. Σοφίας & Λούρου, Ιλίσια, Αθήνα.
3. Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Βας. Σοφίας, Αθήνα.
4. Νοσοκομείο Γενικό Αθηνών «Βασιλεύς Παύλος», (Λαϊκό), Αγίου Θωμά 17, Αθήνα.
5. «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς.
6. Νοσοκομείο «Αγία Σοφία» Ά Γυναικολογική Κλινική, Θεσσαλονίκη.
7. Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Χατζηκώστα» Ιωάννινα.
8. Νοσοκομείο «Ανδρέα Συγγρού», Ι. Δραγούμη 5, Ιλίσια, Αθήνα. (www.Health.gr).

4.4 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

- § *Τα αρχαιότερα στην ιστορία εγχειρίδια για το σεξ δημοσιεύτηκαν στην Κίνα πριν 5000 χρόνια.*
- § *Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος πολλών Ευρωπαϊκών χωρών και μερικών Αμερικάνικων.*

Η έλλειψη του μαθήματος της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία μας είναι μια θλιβερή κατάσταση. Το παιδί πρέπει να μάθει ορισμένα πράγματα που είναι απαραίτητα για τη ζωή του, αλλά βρίσκει όλες τις πόρτες κλειστές. Το πρόβλημα ξεκινάει από τους γονείς, που από δειλία δεν αναφέρουν τίποτα γι' αυτό το θέμα, και από το σχολείο, που δεν διαθέτει ούτε ειδικούς καθηγητές, αλλά ούτε ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής. Τις απορίες των παιδιών ποιος θα τις απαντήσει;

Στον Ελλαδικό χώρο υπάρχουν πολλοί που θέλουν η σεξουαλική αγωγή να εφαρμοστεί στα σχολεία.

Τα εμπόδια είναι πολλά και ορθώνονται τις περισσότερες φορές από τις χριστιανικές οργανώσεις, που υποστηρίζουν ότι η σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση είναι κάτι το " βρώμικο ", όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες π.χ Η.Π.Α. (Δετοράκης, 2002)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ :

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική διαφώτιση, στην Ελλάδα. Μέχρι αυτή τη στιγμή τουλάχιστον δεν έχει γίνει, σχεδόν τίποτα το οργανωμένο προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι γνωστό από την απογραφή του 1971 ότι τα παιδιά ηλικίας 5-19 ετών είναι περίπου 2.102.238. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των παιδιών αυτών ενημερώνεται πάνω στα σεξουαλικά θέματα από ανεπίσημες πηγές ή από άτομα που δεν είναι αρμόδια αλλά ούτε και υπεύθυνα. Η πληροφόρηση των Ελληνοπαίδων γίνεται κατά βάση από τις παρακάτω πηγές :

1. Από βιβλία και έντυπα που είναι γραμμένα από ανεύθυνα άτομα.
2. Από τους συνομήλικούς τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Από τη σεξουαλική ζωή των ζώων κυρίως της υπαίθρου.(Δετοράκης, 2002)

ΣΕ ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΗΜΕΡΑ :

Στις μέρες μας χρειαζόμαστε να γνωρίζουμε ότι ερευνώντας τη σεξουαλική συμπεριφορά, δίνουμε στον δάσκαλο μια ευκαιρία να οργανώσει μια πλούσια εκπαιδευτική πρακτική έρευνα πάνω στην πιο σημαντική και σπουδαία άποψη της ζωής. Μια καλή διδασκαλία έχει να προσφέρει και να μεταβιβάσει πολύ περισσότερα από μια στατική πληροφορία, που δεν έχει καμία σχέση με τα τρέχοντα προβλήματα. Για να επηρεάσουμε θετικά την συμπεριφορά του ατόμου και για να βοηθήσουμε αποτελεσματικά στην ολοκλήρωση του κάθε μέλους της οικογένειας, πρέπει η μακροχρόνια προσπάθεια που καταβάλλεται για την σεξουαλική εκπαίδευση να είναι κάτι περισσότερο από την απλή περιγραφή των γεννητικών οργάνων. Είναι σημαντική η ύπαρξη πληροφοριών για την εγκυμοσύνη, την ομοφυλοφιλία, αλλά η σπουδαιότερη συμβολή των αποτελεσμάτων των στατιστικών πάνω στη σεξουαλική δραστηριότητα είναι η βοήθεια στη διαμόρφωση των δικών μας αξιών και προτύπων. Είναι χρήσιμο να γνωρίζει κανείς για τα κοινωνικά προβλήματα, *την παιδική πορνεία, την εγκατάλειψη των παιδιών, τις ανύπανδρες μητέρες*

και τις εκτρώσεις. Θα πρέπει ακόμα να διδάσκουμε για την υπεργεννητικότητα και τα αντισυλληπτικά.

Ωστόσο δεν κάνουμε σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, χωρίς προηγουμένως να έχουμε μελετήσει το θρησκευτικό δόγμα. Για παράδειγμα, οι Ιουδαίοι και οι μουσουλμάνοι και μερικές άλλες θρησκείες αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη μυστικότητα και στα έθιμα του γάμου.

Συζήτηση για τις σχέσεις μεταξύ αγοριού και κοριτσιού, για την πατρότητα ή τη μητρότητα, ή για τα ονόματα των σεξουαλικών οργάνων, είναι θέματα που δεν μπορούν να μην απασχολήσουν τη σημερινή εποχή. Για πολλούς ανθρώπους, η οικογένεια και η εκκλησία ασκούν μεγαλύτερη επιρροή από το σχολείο σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς. (Δετοράκης, 2002)

Βλέπουμε λοιπόν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του σεξουαλικού προβλήματος από τους νέους και την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. (Δετοράκης, 2002)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ :

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής διδάσκεται σε πολλές χώρες του κόσμου. Είναι κοινή διαπίστωση ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων στη χώρα μας υπολείπεται σημαντικά. Η εκπαίδευση στο μάθημα της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να είναι σταδιακή και προοδευτική.

Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι, ώστε να είναι σε θέση να μεταδώσουν τα πρώτα μηνύματα στο παιδί τους. Στη συνέχεια, στο δημοτικό σχολείο το παιδί πρέπει να μαθαίνει την περιγραφή των γεννητικών οργάνων του άντρα και της γυναίκας. Στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού, μπορεί να διδαχθεί στοιχεία για την περίοδο, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Στο Γυμνάσιο το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής επεκτείνεται στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό, στις διαταραχές της περιόδου και στην πρόληψη άλλων παθολογικών καταστάσεων από το γεννητικό σύστημα. Με τον τρόπο αυτό, τελειώνοντας το γυμνάσιο, ο έφηβος έχει ξεκαθαρίσει στο μυαλό του τα βασικά θέματα σεξουαλικής αγωγής και είναι έτοιμος να αντιδράσει σωστά σε κάποια σχέση με το άλλο φύλο.

Στο λύκειο τα μαθήματα συνεχίζονται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Αναφέρονται σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις των γεννητικών

οργάνων και στην αντιμετώπισή τους και επεκτείνονται σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνιολογίας, πάντα σε σχέση με την σεξουαλική επαφή με το αντίθετο φύλο. Τα μαθήματα γίνονται υπό μορφή συζήτησης και έχουν διαλογικό χαρακτήρα.

Τέλος, όταν το παιδί είναι ενημερωμένο πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αποφεύγονται δυσάρεστα προβλήματα, όπως οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι *εκτρώσεις*, οι ψυχικές διαταραχές κτλ. Παράλληλα το παιδί μαθαίνει το σώμα του, τον τρόπο επαφής με το άλλο φύλο, ξέρει να εντοπίζει τυχόν προβληματικές καταστάσεις και συμβουλευεται έγκαιρα και χωρίς φόβο τους γονείς του και το γιατρό. (Δετοράκης, 2002)

Ωστόσο, έγινε προσπάθεια του ΥΠΕΠΘ και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου στις αρχές της σχολικής χρονιάς 2003–2004 διατέθηκε στα Λύκεια της χώρας σαν συνοδευτικό υλικό για το μάθημα των Θρησκευτικών της Γ΄ Ενιαίου Λυκείου ένα CD–ROM παραγωγής του ΥΠΕΠΘ και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Συνεργαζόμενος φορέας εμφανίζεται το Ινστιτούτο Πληροφορικής και Τηλεματικής και ανάδοχος η MLS Πληροφορική Α.Ε. Το CD–ROM υπάγεται στο έργο: *Αναδιατύπωση και Εκσυγχρονισμός των Προγραμμάτων Σπουδών στον Τομέα των Κοινωνικών Επιστημών II και παραγωγή διδακτικού υλικού*. Το CD τιτλοφορείται «Θέματα Χριστιανικής Ηθικής–Ο Σεβασμός της ανθρώπινης ζωής και οι κίνδυνοι που την απειλούν» και, ειδικότερα, πραγματεύεται τα θέματα **Ναρκωτικά, Aids, Κακοποίηση–παραμέληση παιδιών και Εκτρώσεις**.

Το συγκεκριμένο CD περιέχει πολυμεσική εφαρμογή με πληθώρα ύλης. Κείμενα ιδεολογικού κυρίως περιεχομένου σχετικά με τα αντίστοιχα κεφάλαια του σχολικού βιβλίου, ακουστικό υλικό όπως συνεντεύξεις, ανάγνωση αποσπασμάτων θρησκευτικών κειμένων, ιατρικές απόψεις συνοδευόμενες από φωτογραφίες και βιντεοπροβολές, ασκήσεις και ερωτήσεις προς τους μαθητές και τις μαθήτριες και τέλος αναφορά σωματείων και συλλόγων που δραστηριοποιούνται σε συγκεκριμένους τομείς (φορείς προστασίας «αγέννητου παιδιού», κέντρα αποτοξίνωσης και επανένταξης, κέντρα ελέγχου και αναφοράς για το Aids).

Ωστόσο παρατηρείται κάτι τουλάχιστον περίεργο για ένα τέτοιο παιδαγωγικό υποτίθεται έργο, που μάλιστα φέρει τη σφραγίδα του ΥΠΕΠΘ και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Δεν αναγράφεται πουθενά σε εμφανές σημείο του εξωφύλλου ή του περιεχομένου ούτε η επιστημονική ομάδα που το παρήγαγε, ούτε ο επιστημονικός υπεύθυνος. Εντοπίστηκαν μόνον μετά από προσεκτική αναζήτηση κατά την πλοήγηση του CD. Επιπλέον δεν υπάρχει επιτροπή αξιολόγησης λογισμικού, ούτε εμφανίζεται κάποιος υπεύθυνος εκ μέρους του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Αντίθετα στο βιβλίο Θρησκευτικών της Γ΄Λυκείου (όπως άλλωστε και σε όλα τα σχολικά βιβλία) αναγράφεται τόσο η Κριτική Επιτροπή που αξιολόγησε το βιβλίο, όσο και ο εποπτεύων σύμβουλος του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Τέλος δεν υπάρχουν καθόλου οδηγίες προς τους διδάσκοντες και τις διδάσκουσες θεολόγους των λυκείων σχετικά με τον τρόπο χρήσης του περιεχομένου και παρουσιάσής του στις μαθήτριες και τους μαθητές. Το αντίστοιχο CD για το μάθημα Θρησκευτικών της Γ΄Γυμνασίου έχει 34 σελίδες οδηγιών προς τους εκπαιδευτικούς και πρωτοσέλιδη παράθεση των ονοματεπωνύμων όλων των συντελεστών και αξιολογητών της παραγωγής.

Όσον αφορά τις εκτρώσεις η θέση των παραγωγών του cd (και κατ' επέκταση και του Υπουργείου Παιδείας και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου) δεν επιδέχεται παρερμηνείες. Η έκτρωση είναι φόνος, είναι έγκλημα και οι γυναίκες που προβαίνουν σ' αυτήν είναι δολοφόνοι. Για να εμπεδώσουν μάλιστα οι έφηβες μαθήτριες των 17 και 18 χρόνων τη βαρύτητα του αμαρτήματος της έκτρωσης επιστρατεύονται και τα ακόλουθα:

α) οι απόψεις των πατέρων της εκκλησίας. (η πρώτη αναφορά γίνεται στον Μέγα Βασίλειο και τη ρήση του «...η καταστροφή του εμβρύου είναι ένας φόνος»)

β) απόσπασμα συνέντευξης (κατασκευασμένης ή γνήσιας) μαθήτριας που περιγράφει με δραματικό τρόπο την οδυνηρή εμπειρία της έκτρωσης. Η συνέντευξη υπάρχει σε μορφή γραπτού κειμένου και συγχρόνως απαγγέλλεται δραματοποιημένη από γυναικεία φωνή. Η συνέντευξη καταλήγει

«... Επτά μήνες αργότερα θυμάμαι εκείνο το χαμένο μωρό. Μεγαλώνει δίπλα μου σαν σκιά, χωρίς κανείς να το βλέπει εκτός από μένα.»

γ) περιγραφή της διαδικασίας της ανάπτυξης του εμβρύου από γυναίκα γιατρό, όμως το ομιλούν πρόσωπο εμφανίζεται να είναι όχι η γιατρός, αλλά το ίδιο το έμβρυο, το οποίο κάνει συνεχείς αναφορές στη μητέρα του και στη λαχτάρα του να ζήσει («...ξεκινώ με τόση όρεξη τη ζωή μητέρα...Τώρα δε με σταματά τίποτε μητέρα....Πολύ ζωντανή για να πεθάνω...»)

δ) προβολή του περιβόητου βίντεο του 1976 «Σιωπηλή Κραυγή», όπου εμφανίζεται το έμβρυο τη στιγμή της έκτρωσης να αμύνεται σπαρακτικά (κατά την ερμηνεία του σχολιαστή, που είναι και ιδιαίτερα δραματικός στις περιγραφές του).

ε) ερωτήσεις υπό μορφή τεστ. Ενδεικτικά παρατίθενται οι ακόλουθες:

Είναι ολοφάνερο πως το μωρό της κινηματογραφικής ταινίας αισθάνεται τον κίνδυνο και ενεργεί όπως κάθε ανθρώπινο ον. Συμπληρώστε τα χαρακτηριστικά εκείνα ρήματα που βεβαιώνουν την παραπάνω διαπίστωση, και τοποθετείστε τα κατά σειρά προτεραιότητας.

Με το πρόσχημα της ποιότητας ζωής ο Χίτλερ έστειλε στο θάνατο 300.000 Γερμανούς με μόνο μειονέκτημα κάποια δυσμορφία, πολύ πριν στείλει τα 6 εκατομμύρια των Εβραίων. Με τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων επισημοποιείται πια η οργανωμένη γενοκτονία. Κάποιοι γιατροί, γίνονται συνένοχοι μιας τεράστιας εγκληματικότητας. Σχολιάστε την παραπάνω θέση γραπτά.

Η ομάδα «**Γυναίκες στην Εκπαίδευση**», μόλις πληροφορηθήκαμε την ύπαρξη του συγκεκριμένου CD, στείλαμε στις 30/06/2004 διερευνητική επιστολή τόσο στην υπουργό Παιδείας κ. Γιαννάκου (δεν υπέπεσε στην αντίληψή μας νωρίτερα για να απευθυνθούμε και στον προκάτοχό της υπουργό της προηγούμενης κυβέρνησης), όσο και στον Πρόεδρο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, τους προϊσταμένους δηλαδή των δύο βασικών φορέων, οι οποίοι παράγουν την εθνική εκπαιδευτική πολιτική και οι οποίοι

συνυπογράφουν το CD. Με την επιστολή ζητούσαμε ενημέρωση σχετικά με την επιστημονική επιτροπή που παρήγαγε το cd, την επιτροπή αξιολόγησης, καθώς και τους εκπαιδευτικούς σκοπούς αυτής της παραγωγής. Μετά από μερικές εβδομάδες, στις 17/08/2004 η μεν κ. Γιαννάκου απάντησε παραπέμποντας το θέμα στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και ζητώντας και η ίδια από αυτό ενημέρωση, το δε Παιδαγωγικό Ινστιτούτο δεν μας απάντησε ποτέ.

Οι «Γυναίκες στην Εκπαίδευση» καλούμε την Υπουργό Παιδείας να αποσύρει άμεσα το συγκεκριμένο Διδακτικό υλικό για τους εξής λόγους:

- 1) Στερείται νομιμότητας και είναι αναξιόπιστο και μόνο από το γεγονός ότι κανείς αρμόδιος εκ μέρους του Υπουργείου ή του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου δεν έχει το σθένος να χρεωθεί την παραγωγή και έγκρισή του, αναλαμβάνοντας και τις όποιες ευθύνες προκύψουν. Η τόση μυστικότητα και αδιαφάνεια για ένα επίσημο επιστημονικό και παιδαγωγικό έργο ενδεχομένως κρύβει και άλλες σκοπιμότητες, τις οποίες οφείλουμε να αναζητήσουμε.
- 2) Οι απόψεις που διατυπώνονται στο περιεχόμενο (με κείμενα, εικόνες, ήχο και βίντεο) διακρίνονται από απόλυτη μονομέρεια. Η έκτρωση καταγγέλλεται ως φόνος, η εγκυρότητα και η επιστημονική αξιοπιστία του βίντεο «Σιωπηλή κραυγή» θεωρείται δεδομένη και συστηματικά κατευθύνονται οι θεατές (έφηβοι αγόρια και κορίτσια) να αναγνωρίσουν λεπτομέρειες και δεδομένα, ακόμη κι αν αυτά είναι ελάχιστα ή καθόλου ορατά και να δεχθούν ως αντικειμενικές αλήθειες πράγματα που εναπόκεινται στην υποκειμενική κρίση. Δεν είμαστε εμείς αρμόδιες να κρίνουμε την εγκυρότητα των δεδομένων αυτού του βίντεο που κατά κόρον χρησιμοποιείται από τους συλλόγους που αντιτίθενται στο δικαίωμα της άμβλωσης, γνωρίζουμε όμως ότι έχει αμφισβητηθεί από πληθώρα ιατρών. Γιατί λοιπόν προκρίνεται η μία προσέγγιση ως «επιστημονικότερη» και δεν δίνεται βήμα και στην άλλη;
- 3) Ανεξάρτητα από την εγκυρότητα ή μη των προβαλλόμενων απόψεων σχετικά με την τραυματική εμπειρία της έκτρωσης, οι αφορισμοί («αρνητές της ζωής» κ.λ.π.) , οι ψυχολογικές πιέσεις («φρικτό θέαμα», «..να ξεσκίσει και να καταστρέψει το μωρό») και η ενοχοποίηση που,

έμμεσα και άμεσα, προωθείται, μπορούν να πληγώσουν ανεπανόρθωτα την ψυχική υγεία των παιδιών και κυρίως όταν αυτά περνούν την κρίσιμη εφηβική ηλικία. Μάλιστα στην περίπτωση που μια έφηβη μαθήτρια ή μια νεαρή κοπέλα βρίσκεται στην έτσι κι αλλιώς δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίσει το δίλημμα της άμβλωσης, τα τραύματα από τον χαρακτηρισμό της ως «δολοφόνος», μπορεί να είναι πολύ πιο οδυνηρά από αυτά που ή ίδια η έκτρωση ενδεχομένως δημιουργεί. Ή μήπως οι παραγωγοί του CD (και κατ'επέκταση και το ΥΠΕΠΘ και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο) θεωρούν ότι μια ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη, μια μη επιθυμητή και μη συνειδητή τεκνοποίηση και μια *de facto*, χωρίς δικαίωμα επιλογής, μητρότητα είναι ό,τι καλύτερο για μια ανήλικη κοπέλα;

- 4) Θεωρούμε ότι το περιεχόμενο του συγκεκριμένου Διδακτικού Υλικού όχι μόνον συντάσσεται απολύτως με τον κατηχητισμό σε βάρος της θρησκευτικής ελευθερίας, αλλά έρχεται και σε σύγκρουση με το ισχύον νομικό πλαίσιο της χώρας μας, σύμφωνα με το οποίο οι αμβλώσεις είναι νόμιμες. Πώς λοιπόν χρησιμοποιούνται βαρύτατες εκφράσεις, όπως «φόνος» και «δολοφόνοι» για μια γυναίκα που επιλέγει να κάνει άμβλωση, τη στιγμή που αυτή ασκεί ένα νόμιμο δικαίωμά της; Να υποθέσουμε ότι εντός του ΥΠΕΠΘ και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου υπάρχουν κύκλοι που θα επιθυμούσαν κατάργηση του δικαιώματος των γυναικών στην άμβλωση και χρησιμοποιούν τους κορυφαίους εκπαιδευτικούς θεσμούς για την προώθηση των σχεδίων τους;

Πιστεύουμε ότι είναι καιρός το ΥΠΕΠΘ να αναλάβει επιτέλους μια σοβαρή και υπεύθυνη ενημέρωση των εφήβων για τις συνέπειες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και για τους τρόπους της αντισύλληψης μέσα στα πλαίσια της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των μαθητών και μαθητριών. (www.femnetsalonica.gr)

4.5 Φορείς ενημέρωσης

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού ιδρύθηκε το 1997 για να συμβάλει στην προσπάθεια ενημέρωσης των ελλήνων για όλα τα θέματα που αφορούν το αγέννητο παιδί και ιδίως για τις συνέπειες της έκτρωσης, αλλά και να συμπαρασταθεί ποικιλοτρόπως στους γονείς και το αγέννητο παιδί τους. Η προσπάθεια αυτή εκτιμήθηκε ιδιαίτερα από τον κόσμο του πνεύματος και της προσφοράς.

Μεταξύ των ιδρυτικών μελών του Συλλόγου είναι ο πρωτοπρεσβύτερος π. Γεώργιος Μεταλληνός, η Διδάκτωρ κα Βαρβάρα Μεταλληνού, ο επίκουρος καθηγητής του πανεπιστημίου Αθηνών κος Αθανάσιος Αβραμίδης, ο γυναικολόγος-μαιευτήρας-χειρουργός κος Δημήτριος Παπαευαγγέλου, ο τ. καθηγητής της Νομικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Νικόλαος Αντωνόπουλος, ο αγιογράφος κος Ιωάννης Ναυπλιώτης, ο καθηγητής και μέλος της Πανελληνίας Ένωσης Γονέων κος Ιωάννης Μηλιώνης και η συγγραφέας και δημοσιογράφος κα Μαρία Δημητριάδου.

Στο διάστημα των σχεδόν 7 ετών λειτουργίας του έχει συστήσει το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού, μέσω του οποίου παρέχει πολλές υπηρεσίες, όπως μπορείτε να δείτε στις σχετικές σελίδες.

Το Διοικητικό Συμβούλιο και τους λίγους μόνιμους υπαλλήλους του Συλλόγου, εκτός από τα τακτικά μέλη, έχουν περιστοιχίσει πολλοί εθελοντές και εθελόντριες στους οποίους οφείλεται σε μεγάλο βαθμό η δράση του. Ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού αποτελεί μια μεγάλη οικογένεια με κοινούς στόχους και πνεύμα αγάπης και θυσίας.

Διεύθυνση : ΗΠΕΙΡΟΥ 28

Περιοχή : ΑΘΗΝΑ

Τ.Κ. : 10433

Τηλέφωνο : 210 8828788

Φαξ : 210 8235121

(www.abortion.gr)

ΚΕΝΤΡΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ

Το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού που έχει δημιουργήσει τα τελευταία χρόνια ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού βρίσκεται στην οδό Ηπείρου 28, στην Αθήνα (Τ.Κ. 10433). Οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν από πολυμελές επιστημονικό και υποστηρικτικό προσωπικό με το οποίο συνεργάζονται πολυάριθμοι επιστήμονες ιατροί, ψυχολόγοι και καθηγητές κοινωνικής εργασίας.

Γίνονται ατομικές και ομαδικές συνεδρίες με σκοπό την ψυχολογική στήριξη και κοινωνική αποκατάσταση των μητέρων και των οικογενειών τους. Οι Εθελόντριες Κοινωνικής Πρόνοιας, με κατάλληλη επιμόρφωση, στέκονται δίπλα σε κάθε περιστατικό, προσφέροντας συναισθηματική, ψυχολογική και πρακτική στήριξη και βοήθεια. Υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης από μαιευτήρες-γυναικολόγους, και κάλυψης των εξόδων τοκετού, εφόσον χρειάζεται. Παρέχονται νομικές συμβουλές στις εγκύους από νομικούς, και στέγαση εγκύων, σε διαμερίσματα που παραχωρούν δωρητές γι' αυτό το σκοπό αλλά και σε συνεργαζόμενους ξενώνες. Βρίσκουν εργασία οι μητέρες ή οι σύζυγοι-σύντροφοι τους, σε συνεργασία με αρκετούς ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς. Λειτουργεί επιπλέον τμήμα αναδοχής, τόσο για βαπτίσεις όσο και για μακροχρόνια οικονομική ενίσχυση. (www.abortion.gr)

EΥΤΟΚΙΑ

Η ΕΥΤΟΚΙΑ είναι μη κερδοσκοπικός σύλλογος που δημιουργήθηκε από ανθρώπους ευαισθητοποιημένους στα θέματα μητρότητας. Μέλη μας είναι μαίες, μητέρες, γιατροί, ψυχολόγοι και άλλοι.

Σκοπός του συλλόγου είναι η μελέτη, έρευνα, προβολή και προώθηση θεμάτων που αφορούν την προστασία της μητρότητας από πριν τη σύλληψη μέχρι και τους πρώτους μήνες της ζωής του μωρού.

Όσον αφορά τη γέννα, μάς απασχολεί ιδιαίτερα ότι:

στις 100 γυναίκες οι 33 φέρνουν το παιδί τους στον κόσμο με καισαρική τομή
στις 100 γυναίκες οι 94 γεννούν με φάρμακα και παρεμβάσεις

(Διευρωπαϊκή Περιγεννητική Έρευνα 1998)

Σήμερα στην Ελλάδα, ενώ η γέννα εξαρτάται όλο και περισσότερο από την τεχνολογία, το υπέροχο ένστικτο της μητρότητας όλο και συμπιέζεται. Η γέννα έχει πλέον γίνει ιατρική πράξη και οι γυναίκες υποβάλλονται σε μια σωματική, ψυχολογική και οικονομική δοκιμασία που επηρεάζει όλη την οικογένεια, αλλά κυρίως την υγεία και την ανάπτυξη του ίδιου του μωρού.

Πολλές σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει πόσο πολύ η εξέλιξη και η μελλοντική ευτυχία του ατόμου εξαρτώνται από τις πιο πρώιμες εμπειρίες της ζωής. Η πρώτη φάση της ζωής του ανθρώπου, με την οποία ασχολείται ιδιαίτερα η ΕΥΤΟΚΙΑ, είναι πλέον παγκόσμια και διεπιστημονικά αποδεκτή ως η πιο σημαντική για την ανάπτυξη μιας υγιούς κοινωνίας.

Η ΕΥΤΟΚΙΑ προσκαλεί όλους όσους ενδιαφέρονται για την μητρότητα να συμπαρασταθούν στο έργο της, για να μπορέσουν τα αναρίθμητα πλεονεκτήματα του φυσικού τοκετού να γίνουν γνωστά και να εμπλουτίσουν τη ζωή όλο και περισσότερων νέων ανθρώπων στη χώρα μας.

Η ΕΥΤΟΚΙΑ είναι μέλος της ENCA (European Network of Childbirth Associations).

Διεύθυνση : Φλέμινγκ 50

Περιοχή : Αμαρούσιο

T.K. : 15123

Τηλέφωνο : 210-6844201

Fax: 210-6844970

(www.abortion.gr)

4.6 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Στο βιβλίο της η Αντωνία Τριχοπούλου (1982) αναφέρεται στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού γενικά αλλά και ειδικά στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού και μάλιστα στηρίζει δυναμικά την παρουσία του σε τέτοια προγράμματα.

Αναφέρει σχετικά για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ότι στηρίζεται και εργάζεται σύμφωνα με τις βασικές αρχές του επαγγέλματός του που είναι η πίστη στον άνθρωπο, στις ικανότητες του και στην αξιοπρέπείά του, ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει κάθε άτομο στις αντιδράσεις του σε διάφορες καταστάσεις.

Συνεχίζει τονίζοντας ότι «ένας από τους τομείς δράσης του κοινωνικού λειτουργού είναι η εφαρμογή προγραμμάτων βοήθειας της οικογένειας. Στο χώρο αυτό ασχολείται με την οικογένεια ως ομάδα αλλά και με κάθε μέλος ξεχωριστά, με στόχο την ανάπτυξη και τη 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 διαπαιδαγώγησή τους, ώστε να μάθουν να ενημερώνονται γύρω από το σεξ έτσι ώστε μεγαλώνοντας να μην έχουν το συναίσθημα ότι είναι

ντροπή να συζητούν γύρω από θέματα που έχουν σχέση με το σεξ. Δουλεύοντας με ομάδες εφήβων και μετεφήβων ο Κοινωνικός Λειτουργός συζητεί μαζί τους τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούν σ' αυτή την ηλικία οι σεξουαλικές σχέσεις όπως η κύηση, η άμβλωση, τα εκτός γάμου παιδιά, τους ενημερώνει για την αντισύλληψη και την πρόληψη των αφροδισίων νοσημάτων αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις των σεξουαλικών σχέσεων 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» (Τριχοπούλου, 1982)

Ο Smith Tony (1991), υποστηρίζει την ύπαρξη του κοινωνικού Λειτουργού στα Προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναφέρει ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός μετέχει στη θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναπτύσσει δραστηριότητες για την επιτυχία του σκοπού του, που είναι η θεραπεία και η φροντίδα για την πρόληψη και 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 προσαρμοστεί ομαλά στις απαιτήσεις του νέου ρόλου. Παράλληλα συνεργάζεται και με τον μελλοντικό πατέρα, που αντιμετωπίζει και αυτός τα δικά του προβλήματα προσαρμογής στον καινούριο ρόλο του συζύγου-πατέρα.

Συνεχίζοντας την περιγραφή του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ο Smith Tony (1991) αναφέρει ακόμα ότι ο κοινωνικός λειτουργός δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα ενημέρωσης και διαφώτισης, των νέων κυρίως ατόμων, σχετικά με την προγαμιαία ιατρική εξέταση, ως βασική προϋπόθεση για την πρόληψη κληρονομικών νοσημάτων, γενετικών προβλημάτων και τη θεραπεία

αφροδίσιων 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-μέλους της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας.

Αναλυτικότερα οι μέθοδοι που εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι οι τρεις ακόλουθοι κατά τον Smith Tony (1991) « **η κοινωνική εργασία με άτομα** » : Εδώ ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει ατομικές περιπτώσεις που παρουσιάζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους και την ερωτική τους ζωή, με την προκατάληψή τους για την αντισύλληψη, με τις ανησυχίες και τις φοβίες που επακολουθούν μετά την τοποθέτηση ενός αντισυλληπτικού μέσου και την αμφιθυμία τους να αποφασίσουν εάν θα αποκτήσουν παιδί.

Είναι ο πρώτος που θα υποδεχθεί το ενδιαφερόμενο άτομο, με σκοπό την ενημέρωση του τρόπου λειτουργίας του προγράμματος, της προσφερόμενης υπηρεσίας προσπαθώντας να δημιουργήσει μια σωστή, επικοινωνιακή δίοδο επικοινωνίας μαζί του. Στη συνέχεια με την τεχνική της συνέντευξης παίρνει το ιστορικό του ενδιαφερόμενου και αν χρειαστεί συλλέγει πληροφορίες και από την οικογένεια και την κοινότητα.

Μια άλλη μέθοδος είναι « **η κοινωνική εργασία με ομάδες.**» : Εδώ απαιτείται ο κοινωνικός λειτουργός να συνεργάζεται ομαδικά με το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας. Επίσης οργανώνει ομάδες ατόμων ανάλογα με την ηλικία, τα ενδιαφέροντα, τις ανάγκες αλλά κυρίως το τι απασχολεί τα άτομα που επισκέπτονται το κέντρο. Μέσα από διάφορες συζητήσεις, η ομάδα καλείται να βρει την πιο κατάλληλη και αποδεκτή λύση.

Η τελευταία μέθοδος είναι « **κοινωνική εργασία με την κοινότητα** » : Ο κοινωνικός λειτουργός ερευνά την κοινότητα και συγχρόνως τη διαφωτίζει σχετικά με θέματα αντισύλληψης π.χ τις καινούργιες μεθόδους, τρόπους αντισύλληψης, αλλά και για άλλα ζητήματα που αφορούν την ερωτική ζωή και τις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων, διασφαλίζοντας έτσι τη σωματική και την ψυχική τους υγεία. Ακόμα έρχεται σε επαφή με φορείς όπως τον Δήμο, Γυναικείους Συλλόγους, Κέντρα Νεότητας ενώ οργανώνει ειδικά σεμινάρια με ομιλίες, συζητήσεις με αρμόδιους για κάθε θέμα συζήτησης ώστε να υπάρχει αμεσότητα με το κοινό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα πιο αισιόδοξα στατιστικά στοιχεία ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2025 έχει υπολογιστεί ότι θα διαμορφωθεί στα 13,5 εκατομμύρια εκ των οποίων οι Έλληνες θα αριθμηθούν πάνω από 9 εκατομμύρια και από αυτούς το 20% θα είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών. Στη χώρα μας έχουμε 100.000 γεννήσεις ετησίως και πάνω από 200.000 εκτρώσεις. Συμπερασματικά η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις γήρανσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Βαλκανικών χωρών. Ως γνωστό η πηγή ζωής είναι η γυναίκα. Παρ' όλα αυτά τρομάζει κανείς ακούγοντας ότι κάθε χρόνο 200.000 παιδιά πεθαίνουν σε γυναικολογικές κλινικές από έκτρωση. Εκτός της Θεολογικής άποψης ότι στο έμβρυο υπάρχει ψυχή από την πρώτη μέρα της κυήσεως, έχουμε και την άποψη των επιστημόνων που συνηγορούν στο γεγονός ότι μιλάμε για ένα ζωντανό ανθρώπινο οργανισμό που αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς.

Όσο αφορά την ανάπτυξη του εμβρύου σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα διαπιστώνουμε ότι:

1. Από την τρίτη κιόλας εβδομάδα της κυήσεως έχουν σχηματιστεί όλα τα ζωτικά όργανα και το έμβρυο λειτουργεί ως αυτόνομος οργανισμός.
2. Κατά την πέμπτη έως και το τέλος της έκτης εβδομάδας οι περισσότερες εγκυμονούσες αρχίζουν να υποψιάζονται την ύπαρξη του εμβρύου, το οποίο έχει αναπτυχθεί τόσο που τα εγκεφαλικά του κύματα και οι χτύποι της καρδιάς του μπορούν να ανιχνευτούν με τα ανάλογα τεχνικά μέσα.
3. Ο εγκέφαλος είναι τέλεια διαμορφωμένος στην 17η εβδομάδα και το έμβρυο μπορεί να αισθανθεί και να αντιδράσει σύμφωνα με τα ερεθίσματα.
4. Από την 6η έως την 7η εβδομάδα το έμβρυο έχει αναπτυχθεί κινητικά και αισθητικά. Οι ψυχικές και εγκεφαλικές μεταβολές της μητέρας το επηρεάζουν αν και η διάπλαση του δεν ξεπερνά τα 8 εκατοστά.

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, αντιμετωπίζουν κινδύνους τόσο σε ψυχικό όσο και σωματικό επίπεδο.

Μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει τέτοιες βλάβες, ώστε οι επόμενες επιθυμητές εγκυμοσύνες να παρουσιάσουν προβλήματα, ή ακόμα και να καταλήξουν σε

στεριότητα. Εκτός από τις οργανικές επιπτώσεις υπάρχει και πλήθος ψυχολογικών. Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή γιατρού, ενώ το 30-50% αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή.

Μια πτυχή του ζητήματος που δεν είναι ευρύτερα γνωστή, είναι η εμπορία οργάνων και εμβρυακών οστών που προέρχονται από τα εκτρωμένα βρέφη. Οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση δεν γνωρίζουν ότι το έμβryo τους είναι πολύ πιθανό να αποτελέσει αντικείμενο εμπορίας. Τα αγέννητα παιδιά ως ανθρώπινες οντότητες θα πρέπει να προστατεύονται από τους νόμους που διασφαλίζουν τη ζωή και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου.

Όσο αφορά την ψυχολογία της γυναίκας πριν και μετά την έκτρωση, αυτή συμβαίνει σε τρία επίπεδα: σε ατομικό, σε συζυγικό και σε οικογενειακό-κοινωνικό. Έτσι οι γυναίκες εκτός από τις ενδοψυχικές τους διαμάχες, αντιμετωπίζουν και δυσκολίες με ότι αφορά το σύζυγο ή τον εραστή και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Η κύρια ευθύνη για την ατομική αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων πέφτει στο γυναικολόγο. Θα πρέπει ο γυναικολόγος να κάνει μια λεπτομερή εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για έκτρωση, εκτιμώντας ταυτόχρονα και όλους τους παράγοντες που θα τη διαμορφώσουν.

Σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό θα πρέπει να τονίσουμε ότι προϋποθέτει όχι μόνο γνώσεις αλλά και ορθή πρακτική εφαρμογή των αντισυλληπτικών μέτρων, εφόσον οι γυναίκες καταφεύγουν στην έκτρωση σε έσχατη ανάγκη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι 9 στις 10 γυναίκες είναι υπέρ της εφαρμογής κάθε αντισυλληπτικού μέτρου. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις γυναικών οι οποίες αν και αντίθετες προς την έκτρωση συμφωνούν με την εφαρμογή των αντισυλληπτικών μέτρων.

Εκείνο που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι πως στις μέρες μας οι νεαρές ιδίως γυναίκες καταφεύγουν στην έκτρωση αντί στις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης. Η έκτρωση δεν είναι μέτρο αντισύλληψης. Η φιλελεύθερη πολιτική στις εκτρώσεις δεν νοείται ότι πρέπει να παρακινεί τις γυναίκες να θεωρούν την έκτρωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης. Στόχος της

πολιτείας και των γιατρών κάθε χώρας θα πρέπει να είναι η ελάττωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των εκτρώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου. Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητη η ανοικτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία και στην οικογένεια σε ότι αφορά τα σεξουαλικά θέματα ως μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Η Ελλάδα δυστυχώς είναι πολύ πίσω στο θέμα αυτό και αυτός είναι ίσως ένας από τους λόγους για τους οποίους έχουμε ίσως το υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων στην Ευρώπη.

5.2 Προτάσεις

1. Αλλαγή του πλαισίου που αφορά τις εκτρώσεις με:

• Άμεση απαγόρευση οποιασδήποτε διαδικασίας εμπορίας εμβρυακών οργάνων ή ιστών που προέρχονται από εκτρωμένα βρέφη.

• Αντιμετώπιση του εμβρύου ως ζώντος ανθρώπινου οργανισμού και περιορισμό των αδειών εκτρώσεων μόνο σε ειδικές περιπτώσεις.

2. Εξονυχιστική παρακολούθηση σε οργανωμένα ιατρικά κέντρα με σωστή ιατρική και κοινωνική φροντίδα, ώστε να μειωθούν οι ενδεχόμενες επιπλοκές της εγκυμοσύνης.

3. Ουσιαστική συμπαράσταση στις ανύπαντρες μητέρες από το κράτος με τη δημιουργία ενός οργανισμού πρόνοιας εξειδικευμένου στο αντικείμενο αυτό. Ένας τέτοιος οργανισμός θα πρέπει να παρέχει στην ανύπαντρη την υποστήριξη κοινωνικών λειτουργιών, τη δυνατότητα διαμονής σε ειδικούς ξενώνες, την οικονομική βοήθεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των απαραίτητων εξετάσεων και την μηνιαία επιδότηση της με ειδικό επίδομα ανύπαντρης μητέρας. Η εκκλησία αλλά και ανεξάρτητοι φορείς που ασχολούνται με την υποστήριξη της ανύπαντρης μητέρας, έχουν επιτύχει πολλά χωρίς την παραμικρή κρατική βοήθεια. Αυτό καθιστά σαφές ότι δεν λείπουν από την πολιτεία τα μέσα αλλά η πρόθεση και η πολιτική βούληση ώστε να

αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το πρόβλημα των εκτρώσεων και να στηριχθεί ουσιαστικά η ανύπαντρη μητέρα.

4. Εμείς προτείνουμε η Πολιτεία να αναλάβει τις ευθύνες της και να ξοδέψει άφθονα για απεριόριστη προστασία της μητρότητας. Ηθική και οικονομική ενίσχυση της οικογένειας, νόμος προστασίας της εργαζόμενης εγκύου έξω από το σπίτι, εργασία υπό ορισμένες συνθήκες για την έγκυο γυναίκα, βρεφονηπιακούς σταθμούς σε κάθε γειτονιά, ανανέωση της νομοθεσίας της υιοθεσίας. Οικονομική βοήθεια στα νέα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν οικογένεια και δημιουργία συμβουλευτικών κέντρων ανθρωπίνων σχέσεων και γάμων. Πρέπει να μάθουν τα ζευγάρια να ξεκινούν με σωστές ηθικές αρχές, να αντιμετωπίζουν έντιμα τον δεσμό τους, να στηρίζονται στην αγάπη, στην αλληλοεκτίμηση, στην κατανόηση μεταξύ τους, να μάθουν πως το σεξ δεν είναι μόνο ικανοποίηση, αλλά μπορεί να έχει και επιπτώσεις στην όλη ζωή του ατόμου.

5. Προτείνουμε διαλέξεις Κοινωνικών Λειτουργιών σε σχολεία. Να πραγματοποιείται άμεση επαφή τόσο με τους μαθητές όσο και με τους γονείς. Πρέπει λοιπόν στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο η ενημέρωση πάνω σε σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις καθώς και σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η έκτρωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο ρόλος της οικογένειας και της ιατρικής κοινότητας είναι εξίσου σημαντικός.

6. Προστασία των γυναικών, όταν η διακοπή της κυήσεως γίνεται στο σκοτάδι της παρανομίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

► ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΚΟ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΤΗΣ ΟΡΙΑΝΑ ΦΑΛΑΤΣΙ, *“ΤΡΑΜΜΑ Σ’ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΔΕ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΠΟΤΕ”*

«... δίχως εγωισμό *π α ι δ ά κ ι*, πίστεψέ με: να σε γεννήσω δεν μου κάνει κέφι. Δεν το αντέχω να κυκλοφορώ στους δρόμους με φουσκωμένη την κοιλιά, να σε θηλάζω, να σε πλένω, να σε μαθαίνω να μιλάς. Είμαι γυναίκα εργαζόμενη, με ένα σωρό άλλες υποχρεώσεις και ενδιαφέροντα : στο ξαναλέγω, δεν σε έχω ανάγκη. Όμως ο σημερινός συλλογισμός μου μπορεί να αλλάξει έτσι, από τη μια στιγμή στην άλλη.

Και πραγματικά, ναι, αυτό παθαίνω : νιώθω κιάλας μπερδεμένη, απροσανατόλιστη. Ίσως γιατί δεν μπορώ ν’ ανοίξω την καρδιά μου σε κανέναν. Είμαι μια γυναίκα που διάλεξε να ζει μόνη της. Ο πατέρας σου δεν βρίσκεται κοντά μου. Στον κόσμο που ετοιμάζεσαι να ζήσεις *παιδάκι*, όσο κι αν ισχυρίζονται ότι άλλαξαν οι καιροί, μια γυναίκα ανύπανδρη που περιμένει παιδί θεωρείται γενικά άνθρωπος ανεύθυνος. Στην καλύτερη περίπτωση την βλέπουν σαν εκκεντρική, που θέλει να προκαλέσει την κοινωνία. Ή και σαν ηρωίδα. Ποτέ όμως σαν γυναίκα όμοια με τις άλλες...

Αυτό που δεν καταλαβαίνω είναι γιατί, όταν μια γυναίκα αναγγέλλει ότι είναι νόμιμα σε ενδιαφέρουσα, όλοι τη συγχαίρουν, της αρπάζουν τα πακέτα από τα χέρια, την ικετεύουν να μην κουράζεται, να μην ταράζεται. Στην δική μου όμως περίπτωση, απομένουν βουβοί, μαρμαρωμένοι ή μου μιλάνε για άμβλωση. Θα έλεγε κανείς πως πρόκειται για συνωμοσία, με σκοπό να μας χωρίσουν. Έρχονται στιγμές που νιώθω ανήσυχη, που αναρωτιέμαι ποιος θα νικήσει τελικά : εκείνοι ή εσύ και εγώ *π α ι δ ά κ ι* ;»

[...]

« Από πάνω μου υπάρχει ένα λευκό ταβάνι και δίπλα μου, μέσα σ’ ένα ποτήρι, είσαι εσύ. Δεν ήθελαν να σε δω, μα κατάφερα να τους πείσω, λέγοντάς τους πως ήταν δικαίωμά μου. Κι έτσι σε τοποθέτησαν εκεί, μ’ έναν μορφασμό αποδοκιμασίας. Επιτέλους σε βλέπω. Κι αισθάνομαι ότι με

εξαπάτησαν, δεν έχεις τίποτα κοινό με το παιδάκι της φωτογραφίας. Δεν είσαι παιδάκι: είσαι ένα αυγό.

Ένα γκρίζο αυγό, που πλέει σ' ένα ροζ οινόπνευμα, και που μέσα του δεν διακρίνεται τίποτα. Η ανάπτυξή σου σταμάτησε πολύ πριν το πάρουν είδηση οι γιατροί: δεν έφτασες ποτέ στο σημείο να αποκτήσεις τα νύχια και το δέρμα και τα τόσα αγαθά που πίστευα πως είχες.

Πλάσμα της φαντασίας μου, μόλις που κατόρθωσες να πραγματοποιήσεις την επιθυμία για δυο χέρια και δύο πόδια, για κάτι που μοιάζει κάπως με σώμα, για ένα ακαθόριστο περίγραμμα προσώπου, με μια μυτούλα και δύο μικροσκοπικά μάτια. Τελικά αγάπησα ένα ψαράκι. Κι από αγάπη για ένα ψαράκι, επινόησα ένα Γολγοθά, που η συνέπειά του είναι να τελειώσω τώρα κι εγώ.

[...]

Τώρα είναι νύχτα: το λευκό ταβάνι άρχισε να γίνεται μαύρο. Και κάνει κρύο. Καλύτερα να φορέσεις το πανωφόρι σου, για να κατέβουμε στο ισόγειο. Εμπρός λοιπόν, φεύγουμε. Πάμε σπίτι μας. Θα ήθελα να σε κρατήσω στην αγκαλιά μου, *π α ι δ ά κ ι*. Μα είσαι τόσο μικροσκοπικό: δε γίνεται να σε πάρω στην αγκαλιά μου. Μπορώ μονάχα να σε αποθέσω στην παλάμη του ενός μου χεριού. Φτάνει μόνο να μη σε αρπάξει κανένα φύσημα του αέρα. Να κάτι που με κάνει να σαστίζω: το φύσημα του ανέμου μπορεί να σε κλέψει από μένα, κι όμως είσαι τόσο βαρύ που τρεκλίζω. Δώσε μου το χέρι σου σε παρακαλώ: να έτσι. Τώρα εσύ με πηγαίνεις, με οδηγείς. Λοιπόν δεν είσαι αυγό, ούτε ψαράκι είσαι: είσαι αληθινό παιδί! Το μπόι σου έφτασε κιόλας ως τα γόνατά μου. Όχι, ως την καρδιά. Όχι, ως τον ώμο. Όχι, πάνω από τον ώμο. Δεν είσαι παιδάκι, είσαι άντρας! Ένας άντρας με δάχτυλα γερά και τρυφερά. Τα έχω τώρα πια τόσο ανάγκη: γιατί γέρασα. Δεν καταφέρνω ούτε τα σκαλιά να κατέβω, αν εσύ δε με στηρίξεις. Θυμάσαι όταν ανεβοκατεβαίναμε τούτη εδώ τη σκάλα, προσέχοντας να μη σκοντάψουμε, σφιχτοδεμένοι οι δυο μας σε ένα αγκάλιασμα συνενοχής;

[...]

Τι έγινε αλήθεια μετά; Η σκέψη μου θολώνει, τα βλέφαρά μου μοιάζουν πιο βαριά και από μολύβι. Τάχα να είναι ο ύπνος, ή το τέλος; Πρέπει να αντισταθώ στον ύπνο, στο τέλος. Βοήθησέ με να κρατήσω τα μάτια μου

ανοιχτά, απάντησέ μου: δυσκολεύτηκες πολύ να χρησιμοποιήσεις τα φτερά σου; Ήταν πολλοί εκείνοι που σε πυροβολούσαν; Τους ανταπέδωσες τα πυρά; Σε καταπίεσαν; Σε νίκησαν οι απογοητεύσεις, οι πίκρες, οι θυμοί, ή στάθηκες όρθιος σαν δυνατό δέντρο; Ανακάλυψες αν υπάρχει ελευθερία, ευτυχία, καλοσύνη, αγάπη; Ελπίζω να σε ωφέλησαν οι συμβουλές μου. Ελπίζω να μην ούρλιαξες ποτέ την φριχτή βλαστήμια "γιατί να γεννηθώ;" Ελπίζω να κατέληξες στο συμπέρασμα ότι άξιζε τον κόπο. Έστω αν το τίμημα είναι ο πόνος, ο θάνατος. Είμαι τόσο περήφανη που κατόρθωσα να σε τραβήξω από το τίποτα έστω κι αν το τίμημα είναι ο πόνος, ο θάνατος. Αλήθεια κάνει κρύο τώρα, και το λευκό ταβάνι είναι κατάμαυρο. Αλλά εμείς φτάσαμε πια: να η μανόλια. Κόψε ένα λουλούδι. Εγώ δεν το κατάφερα ποτέ, εσύ όμως θα μπορέσεις. Σήκω στις μύτες των ποδιών σου, τέντωσε το χέρι σου, έτσι μπράβο. Μα πού πήγες; Ήσουν εδώ, με στήριζες, ήσουν μεγάλο, ήσουν άντρας. Και τώρα χάθηκες. Υπάρχει μόνο ένα ποτήρι με οινόπνευμα, που μέσα του πλέει κάτι που δεν θέλησε να γίνει άντρας, γυναίκα. Για ποιο λόγο έπρεπε να το κάνω, με ρωτάς, για ποιο λόγο έπρεπε κι εσύ να το θελήσεις; Μα γιατί η ζωή υπάρχει, *π α ι δ ά κ ι*! Και λέγοντας πως η ζωή υπάρχει, έπαψα να κρυώνω, έφυγε ο ύπνος.. νιώθω πως η ζωή είμαι εγώ. Κοίτα, ανάβει κάποιο φως. Ακούγονται φωνές. Κάποιος τρέχει, φωνάζει, απελπίζεται. Μα κάπου αλλού γεννιούνται χίλια, εκατό χιλιάδες παιδάκια, μανάδες και πατεράδες των μελλοντικών παιδιών: η ζωή δεν έχει ανάγκη εσένα ή εμένα. Εσύ είσαι νεκρό. Ίσως να πεθάνω κι εγώ. Αλλά δεν έχει σημασία. Γιατί η ζωή δεν πεθαίνει».

► Η ΜΑΡΙΑ ΜΑΣ ΑΦΗΣΕ ΜΕ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΓΙΑΤΙ...

ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ

Γνώρισα τη Μαρία πριν από πολλά χρόνια, όταν αγόρασε ένα διαμέρισμα στην πολυκατοικία που έμενα τότε. Ήταν 23 χρόνων τότε και ήδη αρραβωνιασμένη με τον Γιώργο δύο χρόνια περίπου και ετοιμάζονταν να παντρευτούν. Αρχίσαμε να κάνουμε παρέα και πολύ σύντομα αναπτύχθηκε μια ισχυρή φιλία μεταξύ μας. Μου εκμυστηρεύτηκε ότι πριν από αρκετούς

μήνες είχε μείνει έγκυος και παρόλο που εκείνη ήθελε πάρα πολύ να «κρατήσει» το παιδί, ο αρραβωνιαστικός της ήταν ανένδοτος. Έλεγε ότι δεν είναι έτοιμος να αναλάβει μια τέτοια ευθύνη, έπρεπε πρώτα να αποκατασταθεί επαγγελματικά και ότι θα ήταν καλύτερα το παιδί να έρθει αργότερα (αυτός κόντευε να φτάσει την ηλικία των τριάντα χρόνων).

Την πίεσε πολύ ασκώντας πάνω της ψυχολογική και σωματική βία. Τελικά υπέκυψε στους εκβιασμούς και πήγε να κάνει την έκτρωση. Αυτός της έδωσε τα χρήματα για να πληρώσει τον γιατρό αλλά δεν τη συνόδευσε στο νοσοκομείο. Πήγε με μια φίλη της. Μετά από αυτό το γεγονός, μη θέλοντας να ξανασυμβεί το ίδιο, της επέβαλε την τοποθέτηση του ενδομήτριου σπιράλ, ως την ασφαλέστερη αντισυλληπτική μέθοδο (το χάπι μπορεί να ξεχνούσε να το πάρει...)

Όμως και η σχέση τους πήρε άλλη τροπή. Η γκρίνια και οι καυγάδες ήταν πολύ συχνοί και η αναπόφευκτη φθορά δεν άργησε να έρθει. Εκείνη τον έβλεπε με άλλο μάτι από τότε. Είχε πολλές ενοχές και αισθανόταν ότι ήταν εκείνος η αιτία που αναγκάστηκε να σκοτώσει έναν άνθρωπο, το παιδί τους. Μετά από δύο χρόνια χώρισαν οριστικά.

Μετά τον χωρισμό δεν μπόρεσε να εμπιστευθεί ξανά τους άντρες. Έκανε σχέσεις που όμως δεν κρατούσαν σε διάρκεια. Είχε γίνει πλέον πάρα πολύ επιφυλακτική με το άλλο φύλο και κλεινόταν στον εαυτό της. Είχε ξεχάσει τι θα πει περιποίηση. Ενώ όταν τη γνώρισα ήταν μια πανέμορφη γυναίκα, έπειτα παραμέλησε πολύ τον εαυτό της.

Το σημαντικότερο όμως είναι ότι την έκτρωση που έκανε δεν τη ξέχασε ποτέ. Της είχε γίνει εμμονή. Συζητούσαμε συνέχεια γι' αυτό το θέμα. Μου το είχε πει εμπιστευτικά. Δεν το έλεγε σε άλλους. Παρ' όλα αυτά, από τότε συμβούλευε κάθε γυναίκα που έμενε έγκυος ότι πρέπει οπωσδήποτε να κρατήσει το παιδί πάση θυσία. Γιατί η ίδια θεωρούσε μετά από την έκτρωση που έκανε δεν θα μπορούσε να ξανακάνει παιδί. Ενώ ήταν άνθρωπος που πρόσφερε στους άλλους (οικογένεια, φίλους) ό,τι μπορούσε, τον εαυτό της τον «μαστίγωνε». Είχε τάσεις αυτοκαταστροφής. Μετά από έναν περίπου χρόνο από τον χωρισμό της (ήταν ήδη 26 χρονών) είχε κατά διαστήματα αιμορραγίες, αλλά δεν έκανε την απαραίτητη επίσκεψη στον γυναικολόγο. Ενώ έβλεπε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά με την υγεία της, δεν μπορούσε να τον επισκεφθεί. Μετά από την έκτρωση θεωρούσε ότι όλοι οι γυναικολόγοι είναι φονιάδες αφού

κάνουν εκτρώσεις. Γι' αυτό και ανέβαλε συνεχώς να επισκεφθεί κάποιον. Ενώ έπρεπε να πάει να βγάλει το σπιράλ σε καθορισμένο χρόνο, το καθυστέρησε δραματικά. Το άφησε περίπου 6 χρόνια! Το αποτέλεσμα ήταν να της δημιουργήσει γυναικολογικά προβλήματα. Όταν επισκέφθηκε κάποιον άλλο, όχι αυτόν που της είχε κάνει την έκτρωση, ήταν ήδη αργά, μετά από δέκα χρόνια περίπου. Είχε πολύ συχνή αιμορραγία και αφόρητους πόνους. Ο γιατρός διέγνωσε έναν μεγάλο όγκο στη μήτρα της. Ήταν κακοήθης και έκανε πολύ γρήγορα μετάσταση σε πολλά ζωτικά όργανα. Έκανε υστερεκτομή και μετά άρχισε τις χημειοθεραπείες. Ψυχολογικά είχε πέσει πολύ. Δεν ήθελε να την επισκέπτονταν φίλοι και τους έλεγε ότι ήθελε να τη θυμούνται όπως ήταν παλιά, πριν τις χημειοθεραπείες.

Όμως δεν ήθελε ούτε εμένα να πάω κοντά της να την δω στο νοσοκομείο.

Τελικά έφυγε από κοντά μας μετά από επτά μήνες περίπου, αφού είχε διαγνωστεί ο όγκος. Στα 47 της. Αφήνοντας πίσω της την οικογένειά της και τους φίλους της και ένα μεγάλο ερώτημα μέσα της και μέσα μας: ΓΙΑΤΙ;

► Η "Σιωπηλή Κραυγή" - Τεκμηριώνοντας την άμβλωση από τη σκοπιά του θύματος.

Η	Σιωπηλή	Κραυγή					
Τεκμηριώνοντας	την	άμβλωση	από	τη	σκοπιά	του	θύματος
Richard	D.	Glasow,	Ph.D.*				

Οι επικρίσεις κατά της «Σιωπηλής Κραυγής» καταρρίπτονται με λεπτομερή έλεγχο

Από την δραματική πανεθνική (σ.σ. στις ΗΠΑ) αποκάλυψη που έκανε η ταινία «Σιωπηλή Κραυγή» τον Ιανουάριο του 1985, οι κριτικές των οπαδών των εκτρώσεων κατευθύνονται εναντίον της αυθεντικότητας της παρουσίασης και της αξιοπιστίας του αφηγητή, Dr. Bernard Nathanson. Η λεπτομερής ανασκευή αυτών των κριτικών παρακάτω, αποδεικνύει ότι, χωρίς εξαίρεση, οι

κριτικές των δυνάμεων κατά της ζωής είναι σαν θύελλα μέσα σ' ένα φλιτζάνι τσαγιού: ηχούν εντυπωσιακές ώσπου να εξετάσει κανείς τις κατηγορίες σημείο προς σημείο.

Το κεντρικό μήνυμα της ταινίας

Η δημοσιότητα και οι επικρίσεις που περιβάλλουν την «Σιωπηλή Κραυγή» δεν πρέπει να εκτρέπουν την προσοχή του θεατή από το κεντρικό και ακαταμάχητο μήνυμα της ταινίας. Όπως δήλωσε ο Dr. Nathanson στην εκπομπή CBS Morning News, «υπάρχουν μόνο τέσσερα ερωτήματα ουσιαστικού ενδιαφέροντος εδώ: 1. Πρόκειται για κινηματογράφηση υπερηχογραφήματος σε πραγματικό χρόνο; 2. Αυτό στην οθόνη είναι ένα αγέννητο παιδί ανθρώπου; 3. Πρόκειται για καταγραφή της άμβλωσης αγέννητου παιδιού σε υπερηχογράφημα σε πραγματικό χρόνο; 4. Στο τέλος της ταινίας, έχει εξολοθρευθεί η ζωή του παιδιού, καθώς από το σώμα έχει αποκοπεί το κεφάλι, και το κεφάλι έχει συντριβεί και αφαιρεθεί σε κομμάτια; Ακόμα και οι 'ουδέτεροι' ειδικοί μας θα συμφωνήσουν, αν και απρόθυμα», συνέχισε ο Dr. Nathanson, «ότι η απάντηση σ' αυτές τις ερωτήσεις είναι 'ναι'».

Μετάθεση της εστίας της διαμάχης για τις αμβλώσεις

Από την πρεμιέρα της «Σιωπηλής κραυγής» η εστία της διαμάχης για τις αμβλώσεις έχει μετατοπιστεί στο χώρο της υψηλής τεχνολογίας, για να καταδειχθεί ότι η έκτρωση έχει δύο θύματα – τη γυναίκα με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και το αγέννητο παιδί της που μπορεί να απεικονιστεί μέσω των υπερήχων.

Σε μια συνέντευξη, ο Dr. Nathanson συνοψισε εύγλωττα το ευρύτερο μήνυμα της «Σιωπηλής Κραυγής»: «Ενώ το θέμα του εμβρυακού πόνου είναι 'ενδιαφέρον' και κυριαρχεί στις συζητήσεις σχετικά με την ταινία», είπε, «η ταινία έχει ένα ευρύτερο μήνυμα: Γινόμαστε για πρώτη φορά μάρτυρες στη συστηματική, εν ψυχρώ καταστροφή ενός ανθρώπινου όντος. Το φιλμ ξεκινά με ένα αρτιμελές υγιές, αγέννητο παιδί, και τελειώνει με τα άκρα του παιδιού να έχουν αποκοπεί από το σώμα, και το σώμα από το κεφάλι του, και το κεφάλι του να επιπλέει μέσα στη μήτρα, στο έλεος του

κρανιοθρύπτη του ιατρού που εκτελεί την έκτρωση. Αυτό το είδος της πράξης τώρα – της πράξης της οποίας γίναμε αυτόπτες μάρτυρες στην οθόνη – δεν είναι, κατά την εκτίμησή μου, συμβατό με τα δηλωμένα ηθικά εχέγγυα της οποιασδήποτε πολιτισμένης ανθρώπινης κοινωνίας».

Οι κατηγορίες των επικρίσεων

Υπάρχουν τρεις γενικές κατηγορίες επικρίσεων. Πρώτον, εκπρόσωποι της αμερικανικής Ομοσπονδίας για τον Προγραμματισμό των Γεννήσεων (Planned Parenthood Federation of America, PPFA) και του Εθνικού Οργανισμού για τις Γυναίκες (National Organization for Women) καταγγέλλουν την περιγραφή του Dr. Nathanson σχετικά με τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά του αγέννητου παιδιού που εκτρώνεται. Δεύτερον, προσπαθούν να αμφισβητήσουν τις τεχνικές πλευρές της ταινίας, όπως τις εικόνες του υπερηχογραφήματος και τη μέθοδο της έκτρωσης που παρουσιάζεται. Και τρίτον, οι ομάδες υπέρ των εκτρώσεων επιτίθενται με δριμύτητα – και κάποιες φορές με κακοήθεια – προσωπικά στον Dr. Nathanson, και στην εκτίμησή του σχετικά με το πώς η βιομηχανία των αμβλώσεων παραπλανά και κακομεταχειρίζεται τις γυναίκες που κάνουν εκτρώσεις.²

Αυτό το φυλλάδιο απαντά πρώτα στις κριτικές για τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά του αγέννητου παιδιού και τις τεχνικές πλευρές της ταινίας, και μετά απαντά στις πιο έντονες επικρίσεις και στις προσωπικές επιθέσεις των ομάδων υπέρ των αμβλώσεων.

Αισθάνεται το έμβryo πόνο, και αντιδρά για να τον αποφύγει;

Επίκριση 1: Η ταινία παραπλανά, επειδή ο εγκεφαλικός φλοιός του εμβρύου δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένος ώστε να αισθάνεται πόνο το έμβryo.

Απάντηση: Ένα αγέννητο παιδί 12 εβδομάδων έχει αναπτύξει τα μέρη του σώματος που απαιτούνται για να έχει εμπειρία του πόνου. Επιπλέον, ο

εγκεφαλικός φλοιός δεν είναι απαραίτητος για να γίνει ο πόνος αισθητός. Ο καθηγητής Daniel N. Robinson, νευροψυχολόγος στο Πανεπιστήμιο του Georgetown και διεθνώς γνωστός ειδικός επί της λειτουργίας του εγκεφάλου, δήλωσε σε κατάθεσή του στο Κογκρέσο ότι «κανένα από τα μέρη του σώματος που γνωρίζουμε σήμερα ότι εμπλέκονται στην έναρξη, διάδοση ή έλεγχο των σημάτων πόνου (pain-signals) δεν περιλαμβάνει τον εγκεφαλικό φλοιό».

Όλα τα νεύρα, καθώς και ο νωτιαίος μυελός και ο υποθάλαμος (thalamus), που αρκούν για να γίνει αισθητός ο πόνος, είναι ανεπτυγμένα στο αγέννητο παιδί των 12 εβδομάδων. Τα νεύρα που ξεκινούν από το δέρμα φέρνουν το ερέθισμα του πόνου στο νωτιαίο μυελό, ο οποίος έπειτα μεταφέρει το ερέθισμα στον υποθάλαμο.

Ο υποθάλαμος του εγκεφάλου είναι το κέντρο «όπου πρωτογίνονται συνειδητές αισθήσεις όπως της ζέστης, του κρύου, του πόνου και της αφής», σύμφωνα με άρθρο του TIME του Ιουνίου του 1984, με τίτλο «Γιατί ο πόνος προκαλεί πόνο: Αποκαλύπτοντας ένα οδυνηρό μυστήριο». Με αυτή την εκτίμηση, το έγκυρο Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας του καθηγητή Arthur C. Guyton δηλώνει ότι «πιστεύεται ότι τα ερεθίσματα πόνου που εισέρχονται μόνο στον υποθάλαμο και άλλα κατώτερα κέντρα (του εγκεφάλου), προκαλούν τουλάχιστον κάποια συνειδητή αντίληψη πόνου».3

Ο εγκεφαλικός φλοιός δεν είναι απαραίτητος για να υπάρξει εμπειρία του πόνου. Επιπλέον, ένας πλήρως ανεπτυγμένος εγκεφαλικός φλοιός δεν είναι απολύτως απαραίτητος για την κανονική ανθρώπινη δραστηριότητα. Στην εκπομπή "CBS Morning News" ο καθηγητής Robinson τόνισε ότι ο ισχυρισμός των επικριτών ότι «ο εγκεφαλικός φλοιός είναι που έχει σημασία και μας κάνει ανθρώπους, διαψεύδεται από το γεγονός ότι παιδιά που έχουν γεννηθεί με πολύ ελαττωμένα εγκεφαλικά ημισφαίρια και που αναπτύσσονται με σχετικά μικρή εγκεφαλική μάζα... μπορούν ν' αναπτυχθούν εντελώς κανονικά και ακόμα κι εξαιρετικά».4

Όσοι εκτελούν εκτρώσεις δεν κάνουν αναισθησία στο αγέννητο μωρό κατά την άμβλωση, και το κίνημα υπέρ των αμβλώσεων αντιτίθεται στη νομοθεσία που απαιτεί τη χρήση αναισθησίας.5

Επίκριση 2: Η Planned Parenthood ισχυρίζεται ότι ένα έμβρυο 12 εβδομάδων

δεν είναι ικανό να κάνει σκόπιμες κινήσεις. «Σ' αυτό το στάδιο της κύησης, όλες οι εμβρυακές κινήσεις είναι αντανακλαστικής φύσης, κι όχι σκόπιμες».

Απάντηση: Η συμπεριφορά του αγέννητου παιδιού κατά την άμβλωση απέδειξε ότι αντιδρούσε για ν' αποφύγει το οδυνηρό ερέθισμα. Αυτού του τύπου η αντίδραση στον πόνο είναι τουλάχιστον αρχικά ανακλαστική σε όλα τα ανθρώπινα όντα, ανεξαρτήτως ηλικίας. Όπως παρατήρησε ο καθηγητής Robinson στην εκπομπή CBS Morning News, «η καθιερωμένη αντίδραση στον πόνο είναι μια ανακλαστική αντίδραση, είτε πρόκειται για ένα έμβρυο 12 εβδομάδων είτε για έναν ενήλικο».6

Αφ' όσον το έμβρυο δεν μπορεί να μας μιλήσει, πρέπει να παρατηρήσουμε τη συμπεριφορά του για να κρίνουμε αν πονά. Κατά τη διάρκεια του φιλμ, το αγέννητο παιδί επέδειξε συμπεριφορά χαρακτηριστική του ότι βρισκόταν σε αγωνία, με το να κινείται μακριά από το εκτρωτικό εργαλείο και να έχει επιταχυμένο καρδιακό παλμό. Όπως ακριβώς συμβαίνει και σ' έναν ενήλικο, αυτές οι κινήσεις διαφυγής πηγάζουν από το επίπεδο του νωτιαίου μυελού κι όχι από τον εγκεφαλικό φλοιό. Η Dr. Micheline Mathews-Roth της Ιατρικής Σχολής του Harvard παρατήρησε στην εκπομπή CBS Morning News ότι «οι συνδέσεις εδώ είναι από το δέρμα στο νωτιαίο μυελό, και από κει στον υποθάλαμο και από εκεί στον εγκέφαλο για να πει «Κινήθηκα. Πόνεσα». Και σημείωσε ότι όταν ο εγκεφαλικός φλοιός είναι πλήρως ανεπτυγμένος, παρέχει μια επιπρόσθετη λειτουργία: «επιτρέπει να πάρουμε μια ευφυή απόφαση σχετικά με τον πόνο».7

Αυτό που λέει ο Dr. Nathanson στην ταινία είναι ότι το έμβρυο κινείται «με πιο σκόπιμο τρόπο» όταν αισθάνεται την «επίθεση στο καταφύγιό του» μέσω της αναρροφητικής αιχμής του εκτρωτικού εργαλείου. Σε συνέντευξή του στην USA Today ο Dr. Nathanson επεσήμανε ότι όλα τα ανθρώπινα όντα που αντιμετωπίζουν επίθεση, εμφανίζουν επιτάχυνση του καρδιακού παλμού και ανακλαστική αντίδραση διαφυγής.8

Επίκριση 3: Δεν μπορεί να προκύψει κραυγή χωρίς αέρα στους πνεύμονες. Επιπλέον, ο θεατής δεν μπορεί να είναι σίγουρος ότι αυτό που προσδιορίζεται ως το στόμα του μωρού, δεν είναι κάποιο άλλο ανατομικό σημείο του.

Απάντηση: Ακόμα και ο Dr. John Hobbins, ένας επικριτής της ταινίας, παραδέχτηκε στην εκπομπή "CBS Morning News" ότι το στόμα του αγέννητου παιδιού ήταν ορατό.⁹ Ο Dr. Ian Donald, καθηγητής Γυναικολογίας στο Πανεπιστήμιο της Γλασκώβης (University of Glasgow), διεθνώς γνωστός ερευνητής και εφευρέτης της τεχνολογίας υπερήχων, κατέθεσε επίσης σχετικά με την αυθεντικότητα του υπερηχογραφήματος. (Βλ. ένορκη κατάθεση στην επόμενη σελίδα).

Επιπροσθέτως, το έγκυρο εγχειρίδιο «Williams Obstetrics», λέει ότι ένα έμβρυο 12 εβδομάδων «είναι ικανό για αναπνευστικές κινήσεις αρκετά έντονες, ώστε το αμνιακό υγρό να κινείται μέσα κι έξω από την αναπνευστική οδό».¹⁰

Επίσης ο Dr. Alfred W. Liley, από τις πιο επιφανείς αυθεντίες στην εμβρυολογία, ανέφερε σε κατάθεσή του στο Κογκρέσο μια δεκαετία πριν, ένα αξιοπρόσεκτο περιστατικό κατά το οποίο ένα αγέννητο παιδί (προφανώς στο δεύτερο τρίμηνο ή στην αρχή του τρίτου), περιβλήθηκε από αέρα και «η παρουσία άφθονης ποσότητας αέρα μέσα στο αμνιακό υγρό, οδήγησε σε παρατεταμένο δυνατό εμβρυακό κλάμα».¹¹ Η αναλογία ενός παιδιού που πνίγεται κάτω από το νερό σε λίμνη ή πισίνα και του αγέννητου παιδιού στην ταινία, που βγάζει μια σιωπηλή κραυγή καθώς απειλείται η ζωή του, είναι χρήσιμη. Σε καμιά απ' τις δυο περιπτώσεις οι κραυγές τους δεν θ' ακούγονταν, γιατί δεν υπάρχει αέρας να μεταφέρει τον ήχο.

Πόσο ανθρώπινο είναι ένα έμβρυο 12 εβδομάδων;

Επίκριση 4: Αντίθετα με την δήλωση του Dr. Nathanson στην ταινία, ο ρυθμός της καρδιάς του εμβρύου δεν αλλάζει από 140 σε 200 παλμούς το λεπτό κατά την άμβλωση. Ακόμα κι αν άλλαζε, διακόσιοι παλμοί το λεπτό είναι κάτι φυσιολογικό σ' ένα έμβρυο αυτής της ηλικίας.

Απάντηση: Το πρώτο μέρος της επίκρισης είναι απλούστατα μια εσφαλμένη δήλωση. Η ταινία παρουσιάζει αναντίρρητα μια έντονη αύξηση των παλμών της εμβρυακής καρδιάς, καθώς το αγέννητο παιδί αντιμετωπίζει τον θάνατο. Ένας καρδιακός παλμός 200 χτύπων ανά λεπτό είναι ανώμαλος σε κάθε

σημείο της κύησης.
Σύμφωνα με το έγκυρο εγχειρίδιο Williams Obstetrics, «κανονικά, ο εμβρυακός καρδιακός ρυθμός κυμαίνεται από 120-160 παλμούς το λεπτό». Επιπλέον, επιστημονικά όργανα «μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εντοπίσουν την δραστηριότητα της εμβρυακής καρδιάς ακόμα και 48 ημέρες μετά την πρώτη μέρα της τελευταίας κανονικής εμμηνόρροιας».12

Επίκριση 5: Το έμβρυο δεν έχει γνήσια εγκεφαλικά κύματα μέχρι το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Απάντηση: Εγκεφαλικά κύματα αγέννητων παιδιών έχουν καταγραφεί από επιστημονικά όργανα ακόμα και 40 μέρες μετά τη γονιμοποίηση.13 Η χρήση της λέξης «γνήσια» είναι προπέτασμα καπνού. Τα εγκεφαλικά κύματα είτε υπάρχουν, είτε δεν υπάρχουν. Στην άλλη άκρη του φάσματος της ανθρώπινης ζωής, όταν συζητάμε για τα εγκεφαλικά κύματα στους ηλικιωμένους, ποτέ δεν εγείρεται θέμα «γνήσιων» εγκεφαλικών κυμάτων.

Επίκριση 6: Το έμβρυο της ταινίας είναι μεγαλύτερο των 12 εβδομάδων, προφανώς είναι στην 14η εβδομάδα της κύησης.

Απάντηση: Ίσως η πιο ανέντιμη επίκριση ήταν ο ισχυρισμός, ότι το έμβρυο είναι μεγαλύτερο των 12 εβδομάδων. Ο «πατέρας των υπερήχων», Dr. Ian Donald, κατέθεσε για την ακρίβεια ολόκληρου του υπερηχογραφήματος. Ένας ανεξάρτητος ειδικός στα υπερηχογραφήματα, μέτρησε το μέγεθος της κεφαλής του μωρού, χρησιμοποιώντας σημάδια διαμέτρησης (calibration markings) στην οθόνη και επιβεβαίωσε ότι το μωρό ήταν 12 εβδομάδων. Επιπλέον, ακόμα και δυο επικριτές της ταινίας στην εκπομπή CBS Morning News, ο Dr. Hobbins και η Jennifer Niebyl, δεν αμφισβήτησαν το ότι το έμβρυο ήταν 12 εβδομάδων.14 Θεατές της βιντεοταινίας από την Planned Parenthood του Seattle-King County μπορεί να μπερδεύτηκαν από τα σχόλια σχετικά με τις εβδομάδες της κύησης. Η περιγραφή του Dr. Nathanson ότι η άμβλωση έγινε στις 12 εβδομάδες ήταν απόλυτα συνεπής με την ορολογία που χρησιμοποιεί τόσο η ιατρική κοινότητα όσο και το κοινό γενικά. Ένας επικριτής στην βιντεοταινία

από την Planned Parenthood του Seattle ομολόγησε ότι οι γιατροί και το κοινό μιλούν συνήθως για το μήκος της εγκυμοσύνης μετρώντας τον αριθμό των εβδομάδων από την τελευταία περίοδο της μητέρας. Η άμβλωση που δείχνει αυτή η ταινία έλαβε χώρα στις δώδεκα εβδομάδες μετά την τελευταία περίοδο όταν το αγέννητο μωρό ήταν 10 εβδομάδων (μετρώντας από τη στιγμή της σύλληψης).

Επίκριση 7: Είναι ανάρμοστο να αναφέρει ο Dr. Nathanson το έμβρυο ως αγέννητο παιδί, όμοιο με τον καθένα μας.

Απάντηση: Το αγέννητο παιδί είναι σαφώς ένα ανθρώπινο ον στο οποίο πρέπει να αποδίδονται πολιτικά δικαιώματα, και ειδικά το δικαίωμα στη ζωή. Μια έγκυος αναφέρει τακτικά το «έμβρυό» της ως «αγέννητο παιδί». «Έμβρυο» είναι ένας ιατρικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το αγέννητο παιδί σε μια συγκεκριμένη περίοδο της ενδομήτριας ανάπτυξής του, και οι υπέρμαχοι των εκτρώσεων χρησιμοποιούν τον όρο σε μια προσπάθεια να καταστήσουν απρόσωπο το παιδί του οποίου η ζωή απειλείται από την άμβλωση.

Όπως τονίζει στην ταινία ο Dr. Nathanson, το αγέννητο παιδί των 12 εβδομάδων «έχει εγκεφαλικά κύματα για 6 εβδομάδες τουλάχιστον, η καρδιά του λειτουργεί για 8 ίσως εβδομάδες, και όλες οι υπόλοιπες λειτουργίες του είναι όμοιες με του καθενός από εμάς». Επιπροσθέτως, τα δακτυλικά αποτυπώματα σχηματίζονται στις 8 εβδομάδες και δεν θ' αλλάξουν ποτέ, εκτός από το μέγεθός τους. Στην ένατη και δέκατη εβδομάδα, το μωρό πιπιλίζει τον αντίχειρά του, κάνει τούμπες, πηδάει, μπορεί να λοξοκοιτάξει, να καταπιεί και να κινήσει τη γλώσσα του. Οι σεξουαλικές ορμόνες είναι ήδη παρούσες, και 95% των γνωστών δομών, χαρακτηριστικών και οργάνων, από τα μικροσκοπικά νεύρα μέχρι τα δάχτυλα και τους μύς, είναι στη θέση τους. Ο θυρεοειδής αδένας και τα επινεφρίδια λειτουργούν.¹⁵

Ήταν η σάρωση της άμβλωσης με υπερήχους ακριβής:

Επίκριση No. 8: Οι εικόνες του υπερηχογραφήματος τροποποιήθηκαν ιδιοτελώς, δηλ. επιταχύνθηκαν και μεγενθύνθηκαν. Επιπλέον, στην ταινία

χρησιμοποιήθηκαν 2 τύποι υπερήχων και ο τύπος που χρησιμοποιήθηκε στην άμβλωση ήταν πιο δυσδιάκριτος.

Απάντηση: Οι εικόνες του υπερηχογραφήματος δεν τροποποιήθηκαν. Ο Dr. Nathanson εξήγησε καθαρά στον θεατή τον χειρισμό του εξοπλισμού και πώς χρησιμοποιήθηκε αυτός.

Στην αρχή της ταινίας, ο Dr. Nathanson επέδειξε τη λειτουργία της τεχνολογίας υπερήχων περιλαμβάνοντας τους δύο τύπους σάρωσης – τον ένα που είναι κατάλληλος για μικρές εγκυμοσύνες (sector scan) και τον άλλον για τις προχωρημένες (linear scan). Οι εικόνες του παιδιού με υπέρηχο στην αρχή της ταινίας επιδείχθηκαν μόνο για να επιτραπεί μια πιο προσεκτική μελέτη του παιδιού και να επιδειχθεί το πώς λειτουργεί η τεχνολογία. Στην ακολουθία σκηνών της άμβλωσης, χρησιμοποιήθηκε sector scan, οι εικόνες του υπερηχογραφήματος ήταν στην κανονική ταχύτητα, και κάποια πλάνα ακινητοποιήθηκαν για να διευκρινιστεί ένα σημείο. Δεν επιταχύνθηκαν καθόλου. Ο Dr. E. Michael Linzey, καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας στο τμήμα Μητρικής-Εμβρυακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της California, στο Irvine, έχει γράψει ότι «Η Σιωπηλή Κραυγή είναι μια ακριβής απεικόνιση του τι λαμβάνει χώρα σε μια άμβλωση 12 εβδομάδων... Η δραστηριότητα του εμβρύου δεν είναι μεγαλοποιημένη κίνηση του μορφομετατροπέα (transducer) του υπερηχογράφου, αλλά μια ακριβής απεικόνιση του τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης.¹⁶

Ο Dr. Nathanson κανόνισε να έχει την εικόνα του υπερηχογραφήματος (που συνήθως καταγράφεται σε οθόνη των 4 ιντσών) σε τηλεοπτική οθόνη των 21 ιντσών ώστε οι θεατές να βλέπουν τι συμβαίνει. Όπως μπορεί να αντιληφθεί ο κάθε τηλεθεατής, η εικόνα του μωρού ήταν μεγαλύτερη από το φυσικό μέγεθος, χωρίς πρόθεση εξαπάτησης.

Επίκριση 9: Μια έκτρωση 12 εβδομάδων δεν απαιτεί τη χρήση γενικής αναισθησίας για τη γυναίκα ή θρυπτικών εργαλείων, για να βγάλει ο εκτρωσιολόγος το κεφάλι του παιδιού.

Απάντηση: Έγκυροι εκπρόσωποι ομάδων υπέρ των εκτρώσεων συμφωνούν με τον Dr. Nathanson ότι και η γενική αναισθησία και τα θρυπτικά εργαλεία

χρησιμοποιούνται ευρέως σε αμβλώσεις παιδιών 12 εβδομάδων. Ο Dr. Warren Hern, που εκτελεί αμβλώσεις, συγγραφέας ενός έγκυρου βιβλίου του 1984 σχετικά με την πραγματοποίηση αμβλώσεων, γράφει ότι λαβίδες χρησιμοποιούνται κατά τις εκτρώσεις 11 και 12 εβδομάδων «για να προσδιοριστεί αν παραμένει σημαντική ποσότητα ιστού». Οι λαβίδες είναι αναγκαίες για να συντριβεί και να αφαιρεθεί το κεφάλι σε αμβλώσεις 11 και 12 εβδομάδων αφού το κεφάλι είναι πολύ μεγάλο για να βγει από τον διεσταλμένο τράχηλο της μήτρας με τον απορροφητικό σωλήνα. Σύμφωνα με τον Dr. Hern, (που διεξήγαγε εκτεταμένη σειρά μετρήσεων μεγέθους κεφαλής και ποδιών σε εκτρωμένα μωρά), η διάμετρος κεφαλής ενός αγέννητου μωρού 12 εβδομάδων κυμαίνεται από 17-21 χιλιοστά, με μέσο όρο διαμέτρου τα 18 χιλιοστά (σχεδόν $\frac{3}{4}$; της ίντσας).¹⁷ Αυτή η σύνθλιψη είναι απαραίτητη επειδή για μια άμβλωση 12 εβδομάδων ο τράχηλος δεν διαστέλλεται πάνω από 10 χιλιοστά. Περαιτέρω διαστολή αυξάνει «την πιθανότητα διάτρησης ή μόνιμης βλάβης στον τράχηλο» σύμφωνα με ένα κεφάλαιο σχετικά με τις πρακτικές αμβλώσεων στο πρώτο τρίμηνο, που έχουν γράψει οι Kaunitz και Grimes σε ένα νέο βιβλίο, που έχει συν-εκδόσει η Louise Tyler, διευθύνουσα ιατρική σύμβουλος της PPFA.¹⁸ Ο Dr. Nathanson ήταν επίσης απολύτως ακριβής στην περιγραφή του για την χρήση γενικής αναισθησίας στην άμβλωση 12 εβδομάδων. Οι Kaunitz και Grimes αναφέρουν ότι «τοπική και γενική αναισθησία είναι σε κοινή χρήση στις αμβλώσεις πρώτου τριμήνου στις ΗΠΑ». Επίσης, μια έρευνα που διεξήγαγε το 1981 η Εθνική Ομοσπονδία Αμβλώσεων (National Abortion Federation) (ο συντεχνιακός σύνδεσμος της βιομηχανίας των εκτρώσεων) έδειξε ότι η γενική αναισθησία χρησιμοποιείτο ευρέως από μεγάλο αριθμό παροχών έκτρωσης στις αμβλώσεις πρώτου τριμήνου.¹⁹ Ο Dr. Nathanson είναι από τις εξέχουσες αυθεντίες στην άμβλωση. Διηύθυνε την μεγαλύτερη εκτρωτική κλινική στον μη-κομμουνιστικό κόσμο, όπου επέβλεψε την εκτέλεση 60.000 περίπου αμβλώσεων και πραγματοποίησε προσωπικά πάνω από 5.000.

Επίκριση 10: Η άμβλωση στην ταινία διαρκεί περισσότερο από το συνηθισμένο. Η PPFA είπε ότι «μια άμβλωση πρώτου τριμήνου χωρίς επιπλοκές συνήθως χρειάζεται λιγότερο από 10 λεπτά».

Απάντηση: Η άμβλωση στην ταινία δεν διήρκεσε περισσότερο από το συνηθισμένο, στην πραγματικότητα διήρκεσε λιγότερο από 7 λεπτά. Η υπόλοιπη διάρκεια της ταινίας των 28 λεπτών, περιλαμβάνει εξήγηση της τεχνικής των υπερήχων, εμβρυολογία, μεθόδους έκτρωσης, και τις δυσμενείς επιπτώσεις των νόμιμων αμβλώσεων στις γυναίκες και την αμερικανική κοινωνία.

Επίκριση 11: Το μοντέλο εμβρύου που χρησιμοποιεί ο Dr. Nathanson κατά την άμβλωση είναι μεγαλύτερο από ένα έμβρυο στις 12 εβδομάδες της κύησης.

Απάντηση: Ο Dr. Nathanson επέδειξε δυο φορές το σχετικό μέγεθος ενός εμβρύου 12 εβδομάδων και μετά κατά την έκτρωση χρησιμοποίησε ένα μεγαλύτερο μοντέλο, σαν βοήθημα για να δείξει τον σχετικό προσανατολισμό του παιδιού μέσα στη μήτρα. Στα αρχικά μέρη του φιλμ, ο Dr. Nathanson έκανε χρήση ενός μοντέλου αγέννητου παιδιού 12 εβδομάδων, όταν περιέγραφε την εμβρυακή ανάπτυξη και επεδείκνυε πώς χρησιμοποιούνται τα εργαλεία της άμβλωσης. Αργότερα κατά το υπερηχογράφημα της άμβλωσης, χρησιμοποίησε το μεγαλύτερο μοντέλο σαν βοήθημα για να επιδείξει τον σχετικό προσανατολισμό του παιδιού στη μήτρα, και πώς ο εκτρωτικός απορροφητικός σωλήνας τεμάχιζε το παιδί. Στη βιντεοταινία από την Planned Parenthood του Seattle-King County, δυο από τους «ιατρικούς ειδήμονες» διαφωνούν σχετικά με το μέγεθος του μοντέλου που χρησιμοποιεί ο Dr. Nathanson.

Παρουσιάζει ο Dr. Nathanson δίκαια τα στοιχεία;

Επίκριση 12: Οι φωτογραφίες των εμβρύων στα δοχεία απορριμμάτων που βλέπουμε στην ταινία είναι στην πραγματικότητα νεογέννητα (αφού είναι τόσο μεγάλα) και όχι το αποτέλεσμα αμβλώσεων.

Απάντηση: Οι φωτογραφίες δείχνουν μωρά που σκοτώθηκαν με άμβλωση. Προέρχονται από εντοπισμό 16.500 εκτρωμένων εμβρύων στο Λος Άντζελες

το

1982.20

Κάθε χρόνο γίνονται 15.000 αμβλώσεις μωρών τέτοιου μεγέθους, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Alan Guttmacher, το ερευνητικό όργανο της Planned Parenthood. Οι στατιστικές που συγκεντρώνει δείχνουν ότι 1% των 1.600.000 αμβλώσεων που γίνονται ετησίως στις ΗΠΑ αφορούν μωρά 21 εβδομάδων και μεγαλύτερα (σ.σ. τέτοιες αμβλώσεις είναι νόμιμες στις ΗΠΑ). Ένα κύριο ειδησεογραφικό άρθρο του Αυγούστου 1981 στο κυριακάτικο περιοδικό Philadelphia Inquirer ανέφερε ότι τουλάχιστον 500 από αυτά τα εκτρωμένα μωρά γεννιούνται κάθε χρόνο ζωντανά. Κάποια μωρά έχουν επιζήσει, αλλά τα περισσότερα αφήνονται να πεθάνουν μετά την άμβλωση.²¹

Επίκριση 13: Η εκτίμηση του Dr. Nathanson για 100.000 παράνομες αμβλώσεις το 1963 είναι πολύ μικρή. Η PPFA δηλώνει ότι «ο Dr. Christopher Tietze... εκτίμησε ότι το 1963 οι αριθμοί κυμαίνονταν από 200.000 έως 1.200.000 αμβλώσεις. Γενικά πιστεύεται ότι ο αριθμός ήταν κοντά στο άνω όριο.

Απάντηση: Η Επιτροπή της Γερουσίας των ΗΠΑ ανέφερε το 1983 μετά από εκτεταμένη μελέτη ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων προκάλεσε δραματική αύξηση στον αριθμό των αμβλώσεων που πραγματοποιούνταν ετησίως, από 100.000 περίπου το 1963, σε πάνω από 1,6 εκατομμύρια 20 χρόνια αργότερα.²²

Η PPFA παρερμήνευσε αυτά που είπε ο Tietze για τον αριθμό των παράνομων αμβλώσεων. Η αναφορά της Επιτροπής της Γερουσίας τόνιζε ότι μια μελέτη από μια διάσκεψη της που εκδόθηκε το 1958 «εκτιμούσε ότι ο αριθμός των παράνομων αμβλώσεων 'μπορούσε να είναι τόσο χαμηλός όσο 200.000 ετησίως, αλλά και τόσο υψηλός όσο 1.200.000 ετησίως', προσθέτοντας ότι 'δεν υπάρχει αντικειμενική βάση για την επιλογή συγκεκριμένης τιμής μεταξύ αυτών των δύο εκτιμήσεων, σαν μια προσέγγιση της πραγματικής συχνότητας». Το 1969, ο Dr. Christopher Tietze του Συμβουλίου Πληθυσμού (Population Council) ανέφερε ότι «δεν έχουν γίνει διαθέσιμα νέα δεδομένα, πάνω στα οποία θα μπορούσε να στηριχθεί μια πιο αξιόπιστη εκτίμηση».²³

Η μελέτη της Επιτροπής της Γερουσίας συμφώνησε με την βασική άποψη του

Dr. Nathanson ότι «μικρή αμφιβολία μπορεί να υπάρξει για το ότι η νομιμοποίηση και η επακόλουθη θεσμοποίηση της άμβλωσης είχε σαν αποτέλεσμα σημαντική αύξηση στο συνολικό αριθμό των αμβλώσεων». Η Επιτροπή παρέθεσε μια έρευνα τριών ανεξάρτητων ερευνητών του 1981 που έδειχνε ότι οι εκτιμήσεις της Planned Parenthood και άλλων σχετικά με τις παράνομες αμβλώσεις, είχαν «εμφανώς υπερβάλλει» τον πραγματικό αριθμό τέτοιων αμβλώσεων. Χρησιμοποιώντας ένα καλύτερο μαθηματικό μοντέλο για να προσδιορίσουν τους αριθμούς, η έρευνα εκτιμούσε ότι οι παράνομες αμβλώσεις που πραγματοποιήθηκαν από το 1950 έως το 1977 «κυμαίνονταν από έναν χαμηλό αριθμό 39.000 αμβλώσεων (το 1950) μέχρι τον υψηλό των 210.000 (το 1961) με ένα μέσο όρο 98.000 αμβλώσεων ετησίως», έλεγε η Αναφορά της Γερουσίας. Η μελέτη συμπέραινε ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων είχε αυξήσει τον συνολικό αριθμό των εκτελούμενων αμβλώσεων, ανέφερε η Επιτροπή, «6 έως 11 φορές».24

Επίκριση 14: Η PPFA ρώτησε «αν ο Dr. Nathanson είναι κατά των αμβλώσεων, πώς μπόρεσε να συμμετάσχει στην κινηματογράφηση μιας πραγματικής εκτρωτικής διαδικασίας;» Η απάντησή τους ήταν ότι αυτός ήταν «ζηλωτής», και «οι ζηλωτές δεν σταματούν σε τίποτα στην προσπάθειά τους να πετύχουν το σκοπό τους».

Απάντηση: Ο Dr. Nathanson δεν ήταν παρών και δεν έλαβε μέρος στην άμβλωση. Αυτή η άμβλωση επρόκειτο να λάβει χώρα έτσι κι αλλιώς, είτε την κινηματογραφούσαν είτε όχι. Αυτή η κριτική ισοδυναμεί με προσωπική επίθεση από τους υπέρμαχους των αμβλώσεων, για να αποσπάσουν την προσοχή από το περιεχόμενο της ταινίας. Σύμφωνα με άρθρο του Philadelphia Inquirer, ο αγνώστου ταυτότητας γιατρός έκανε ταινίες με υπερηχογραφήματα από 20 έως 25 άλλων αμβλώσεων, που πραγματοποίησε σε εγκύους έως 12 εβδομάδων. Αφού εξέτασε τις ταινίες μαζί με τον Dr. Nathanson, σταμάτησε να κάνει αμβλώσεις.25

Επίκριση 15: Αντίθετα με τον ισχυρισμό του Dr. Nathanson ότι η PPFA και άλλοι παροχείς αμβλώσεων δεν πετυχαίνουν επαρκώς πληροφορημένη συγκατάθεση από τις γυναίκες πριν από την άμβλωση, η PPFA δηλώνει ότι

«δείχνει μεγάλη φροντίδα στο να συμβουλευεί και να καθοδηγεί τις γυναίκες και τους συντρόφους τους σε διάφορα δικαιώματα επιλογής για την διαχείριση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης».

Απάντηση: Όπως τόνισε ο Dr. Nathanson, η βιομηχανία των αμβλώσεων διεξάγει «μια συνεχή συνωμοσία σιωπής για να κρατά τις γυναίκες στο σκοτάδι σχετικά με την πραγματική φύση της άμβλωσης». Σε κατάθεση που έκανε τον Ιούνιο του 1983 στο Κογκρέσο η Nancy Jo Mann, ιδρύτρια των «γυναικών που εκμεταλλεύθηκε η άμβλωση», μιας ομάδας από γυναίκες που έκαναν εκτρώσεις και τώρα αναγνωρίζουν ότι ήταν λάθος απόφαση, υποστήριξε τον ισχυρισμό του Dr. Nathanson. Είπε στην επιτροπή του (Λευκού) Οίκου ότι «δεν μας είπαν την αλήθεια, μέχρις ότου ήταν πολύ αργά. Οι γυναίκες δεν έτυχαν εκτενούς συμβουλευτικής, και ρωτάω 'γιατί όχι;'. Τι φοβόντουσαν οι σύμβουλοι; ...οι γυναίκες είναι ικανές να παίρνουν πολύ έξυπνες αποφάσεις, αλλά μπορεί κάποιος να πάρει αληθινά μια έξυπνη απόφαση όταν δεν έχει πληροφορηθεί για όλες τις πλευρές και τις πιθανές επιπλοκές;...»

Η PPFA και οι άλλοι κερδοσκόποι των αμβλώσεων αρνούνται να δείξουν στις γυναίκες υπερηχογραφήματα των αγέννητων παιδιών τους, γιατί αυτό θα τις απέτρεπε απ' το να κάνουν την άμβλωση. Οι ιατρικοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι μια έγκυος που βλέπει το υπερηχογράφημα του αγέννητου παιδιού της, αναπτύσσει μητρικό δεσμό με το παιδί. Με τα λόγια των ερευνητών που αναφέρουν αυτά τα ευρήματα, αυτό το θέαμα μπορεί να «επηρεάσει την επίλυση οποιασδήποτε αμφιθυμίας προς την ίδια την εγκυμοσύνη, προς όφελος του παιδιού. Η εξέταση του υπερηχογραφήματος μπορεί έτσι να έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες αμβλώσεις και περισσότερες επιθυμητές εγκυμοσύνες».26

Επίκριση 16: Η PPFA ισχυρίζεται ότι ο Dr. Nathanson επικαλέστηκε το βιβλίο Williams Obstetrics το οποίο δηλώνει ότι το έμβρυο είναι επιδεκτικό ενδομήτριας θεραπείας, και πρέπει να θεωρείται ως «δεύτερος ασθενής». Ο Nathanson εστίαστηκε, είπαν, «μόνο στο έμβρυο, αγνοώντας τελείως την έγκυο γυναίκα, η οποία είναι ο πρώτος ασθενής και το επίκεντρο της προσοχής στο κείμενο. Παρερμηνεύει τη δήλωση του Williams και υπονοεί ότι

ο Dr. Nathanson θεωρεί το έμβρυο ως πρώτο ασθενή – μια βάση συλλογισμού απαράδεκτη κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες».

Απάντηση: Η επίκριση ότι το έμβρυο θεωρείται «ο δεύτερος ασθενής» ενώ η μητέρα αγνοείται είναι γελοίος γιατί αυτοδιαψεύδεται. Πρώτα, η PPFA υποστήριξε ότι ο Nathanson είπε ότι το έμβρυο είναι ο δεύτερος ασθενής (πράγμα που είναι αλήθεια) και μετά η PPFA αυτοδιαψεύσθηκε ισχυριζόμενη ότι ο Nathanson είπε ότι το έμβρυο είναι ο πρώτος ασθενής. Ο Nathanson ανέφερε τον Williams, και η PPFA προσπάθησε να διαβάσει τις δικές της προκαταλήψεις εναντίον οποιουδήποτε υπολογισμού του αγέννητου παιδιού μέσα στην δήλωση.

Επίκριση 17: Η PPFA δήλωσε ότι «η ταινία αγνοεί τη δυσχερή θέση των γυναικών που επιζητούν την άμβλωση και αντίθετα προσπαθεί να εστιάσει στο έμβρυο».

Απάντηση: Ο Dr. Nathanson δηλώνει στην ταινία ότι «οι ίδιες οι γυναίκες είναι θύματα όπως είναι και τα αγέννητα παιδιά». Στην αρχή του φιλμ ο Dr. Nathanson τόνισε πώς η πρόσφατη αξιοποίηση των θαυμάτων της επιστήμης μας έδωσε πρόσθετη επίγνωση της ανάπτυξης του αγέννητου παιδιού, που δείχνει ότι μέσα στη μήτρα υπάρχει ένα ανθρώπινο ον που αξίζει να προστατευθεί. Εστίασε στο παιδί στη μήτρα, το οποίο είχε αγνοηθεί κατά τη συζήτηση του «δικαιώματος στην έκτρωση». Προς το τέλος της ταινίας κατηγόρησε τη βιομηχανία των αμβλώσεων, συμπεριλαμβανομένης της Planned Parenthood, για εκμετάλλευση των γυναικών. «Οι ίδιες οι γυναίκες» είπε, «είναι θύματα όπως είναι και τα αγέννητα παιδιά». Οι γυναίκες θα έπρεπε να έχουν περισσότερη πληροφόρηση, όπως αυτή η ταινία, για να ζητάται η συγκατάθεσή τους στην άμβλωση μετά από πραγματική ενημέρωση.

► Αναφορά στη διαδήλωση της Genoa.

Το Σάββατο, 23 Φεβρουαρίου 2008, στην Genoa, όπως και στην υπόλοιπη Ιταλία, έγινε μια διαδήλωση για την υπεράσπιση του νόμου περί άμβλωσης της Ιταλίας (Νόμος 194), που αυτή την περίοδο βρίσκεται κάτω από την επίθεση των διεφθαρμένων θεσμών καθώς και της Καθολικής Εκκλησίας. Το τμήμα «Nino Malara» της Genoa της FdCA συμμετείχε στη διαδήλωση με άλλα 3000 περίπου άτομα. Υπήρξε ισχυρή αρσενική παρουσία και η μέση ηλικία των επιδεικνυόντων ήταν πάνω από 40. Δυστυχώς ελάχιστοι νέοι ήταν παρόντες.

Οι πρόσφατες επιθέσεις στο νόμο της άμβλωσης πρέπει να αποτελέσουν τροφή για σκέψη, αλλά και για δράση, εκ μέρους οποιασδήποτε σκεπτόμενης γυναίκας ή άνδρα. Η κατάσταση στη Genoa είναι κρίσιμη: από τα 3 σημαντικότερα νοσοκομεία της πόλης, κανένα δεν πραγματοποιεί αμβλώσεις, ενώ οι αμβλώσεις που πραγματοποιούνται σε άλλα δυο νοσοκομεία είναι εργασία ενός μόνο γιατρού. Αυτό αναγκάζει τις γυναίκες που επιθυμούν να κάνουν άμβλωση να πηγαίνουν αλλού για την αναζήτηση ενός γιατρού που δεν τις θεωρεί εγκληματίες και ανάξιες εκτίμησης.

Από το 1978 που νομιμοποιήθηκε η άμβλωση, οι θάνατοι ως αποτέλεσμα αμβλώσεων στην Ιταλία έχουν εξαφανιστεί ουσιαστικά, ενώ έχει μειωθεί και ο αριθμός των εγχειρήσεων. (Τμήμα «Nino Malara» της Genoa της FdCA, www.anarkismo.net)

5.4.2006: Βρετανική μελέτη καταδεικνύει ότι τα πρόωρα βρέφη αισθάνονται τον πόνο

Μια νέα βρετανική μελέτη ανακαλύπτει ότι τα πρόωρα βρέφη αισθάνονται πόνο και δεν κάνουν απλώς αντανάκλαστικές κινήσεις ανταποκρινόμενα σε επώδυνα ερεθίσματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να έχουν αναπάντεχες επιπτώσεις στο διάλογο σχετικά με τις αμβλώσεις, καθώς αμβλώσεις σε προχωρημένο στάδιο κύησης γίνονται την ίδια χρονική περίοδο όπου γεννιούνται βιώσιμα βρέφη.

Η μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο *Journal of Neuroscience* (περιοδικό για τη Νευρο-επιστήμη) από ομάδα του Πανεπιστημίου του Λονδίνου (*University College London*), ανέλυσε εικόνες του εγκεφάλου από πρόωρα βρέφη την ώρα που τους γινόταν αιμοληψία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι βρέφη ηλικίας 24 εβδομάδων μετά τη γέννησή τους αισθάνονταν πόνο, και οι ερευνητές ελπίζουν ότι η μελέτη θα ωθήσει σε νέες θεραπευτικές μεθόδους κατά του πόνου.

«Είναι η πρώτη φορά που μετρήσαμε πραγματικά τη δραστηριότητα του πόνου στον ανθρώπινο εγκέφαλο», ανέφερε η επικεφαλής της έρευνας, καθηγήτρια *Maria Fitzgerald*. «Προηγουμένως, αν και μπορούσαμε να το υποθέσουμε, δε γνωρίζαμε με σιγουριά ότι τα βρέφη αυτής της ηλικίας αισθάνονται τον πόνο», εξήγησε η Φιτζέραλντ. «Ο εγκέφαλος αυτών των βρεφών είναι τόσο ατελής που ήταν δύσκολο να γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι τα ερεθίσματα του πόνου μεταφέρονταν στον εγκέφαλό τους».

Στη μελέτη οι ερευνητές πήραν εικόνες από τον εγκέφαλο 18 βρεφών που γεννήθηκαν μεταξύ της 25^{ης} και της 45^{ης} εβδομάδας μετά τη σύλληψη. Οι εικόνες αυτές «τραβήχτηκαν» πριν νοσοκόμες τους αφαιρέσουν αίμα από τις φτέρνες τους, κατά τη διάρκεια της αιμοληψίας και μετά από αυτήν. Οι μετρήσεις των εικόνων έδειξαν αύξηση της πίεσης του αίματος και του οξυγόνου στον εγκέφαλο, ενδείξεις ότι τα βρέφη ένιωθαν τον πόνο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί έμμεσα να παράσχουν επιχειρήματα στο διάλογο για τις αμβλώσεις.

Ομάδες «υπέρ της ζωής» (Pro-life) πιέζουν για νομοθεσία στο Αμερικανικό Κογκρέσο και πολιτειακά νομοθετήματα, που θα απαιτούν από ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται στις αμβλώσεις να ενημερώνει τις γυναίκες που είναι σε προχωρημένη εγκυμοσύνη και σκέφτονται την άμβλωση, ότι το μωρό τους θα αισθανθεί έντονο πόνο κατά τη διαδικασία της άμβλωσης.

Η βρετανική μελέτη έρχεται να επιβεβαιώσει έρευνα που διεξήχθη υπό τον Δρα Kanwaljeet Anand του πανεπιστημίου του Ιατρικού Κέντρου του Αρκάνσας (Η.Π.Α.), ο οποίος δήλωσε ότι αυτός και άλλοι ειδικοί έχουν ανακαλύψει ότι τα μωρά αισθάνονται πόνο πριν τη γέννησή τους από την 20^η κιάλας εβδομάδα της κύησης.

Ο Anand έχει μιλήσει και γι' άλλες ιατρικές μελέτες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα αγέννητα μωρά είναι πολύ πιθανό να είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στον πόνο κατά την 20^η έως την 30^η εβδομάδα της κύησης.

«Τώρα που έχουμε αυτή την επιστημονική, αντικειμενική μέτρηση του πόνου, θα είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε θεραπείες που ανακουφίζουν τον πόνο με μεγαλύτερη ακρίβεια», κατέληξε η Φιτζέραλντ σχετικά με τη μελέτη.

«Είναι σίγουρα κάτι που χρειάζεται να γνωρίζουμε. Πρόκειται για άλλον ένα καλό λόγο να θεραπεύσουμε τον πόνο και να τον καταπραΰνουμε σε ένα τόσο πρώιμο στάδιο της ανάπτυξής τους όπου τα μωρά είναι τόσο ευάλωτα», ανέφερε.

Πηγή: Άρθρο του Steven Ertelt στο Lifenews.com

Μετάφραση: Κ.Π.

ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ ΜΗΤΕΡΑ

Ημερομηνία καταχώρησης Friday, January 19 @ 00:37:08 EET από

Απαντά η **Ιωάννα Προσμίτη**
Ψυχολόγος

Είμαι 34 χρονών και έμεινα έγκυος από τον σύντροφο μου 40 ετών. Μόλις έμεινα μου αποκάλυψε ότι δεν γίνεται να παντρευτούμε γιατί είναι παντρεμένος. Έξι μήνες που είχαμε σχέση με παραμύθιαζε και δεν κατάλαβα τίποτα. Τι να κάνω; Από τη μία δεν θέλω να γίνω ανύπαντρη μητέρα από την άλλη θέλω να το κρατήσω γιατί το θεωρώ έγκλημα να το ρίξω αλλά δεν ξέρω και το αν θα μου δοθεί ευκαιρία να κάνω άλλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:Θα αναλύσουμε ένα κρίσιμο θέμα κυριολεκτικά ζωής και θανάτου που συχνά συναντάται στις μέρες μας καθώς πολλές μητέρες αποφασίζουν να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί χωρίς πατέρα και χωρίς γάμο επειδή οι συνθήκες δεν το ευνοούν.

ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΕΙΝΑΙ ΕΥΛΟΓΙΑ ΟΤΑΝ ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΓΑΜΟ;Ένα παιδί είναι ευλογία όπως και να έχει είτε προέρχεται από γάμο είτε για συγκυρίες διάφορες εκτός γάμου και χωρίς προοπτική για γάμο. Δεν μπορούμε να καταδικάσουμε ένα αθώο, ευαίσθητο πλάσμα που δεν έχει δει ακόμα το φως του ηλίου για λάθη γονέων ή για απρόβλεπτους μοιραίους παράγοντες. Ένα παιδί πάντα είναι δώρο θεού ωστόσο δεν έχουν ίδιες απόψεις όλοι οι άνθρωποι. Άλλοι γιατί δεν αντέχουν την κοινωνική κατακραυγή του εξώγαμου παιδιού, άλλοι γιατί δεν θεωρούν την έκτρωση έγκλημα.

Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ; Ναι από τη στιγμή που αφαιρείται μια ζωή. Ο άνθρωπος μεγαλώνει 9 μήνες στην κοιλιά της μητέρας μέχρι να αναπτυχθεί έτσι ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί στο περιβάλλον και να επιβιώσει. Άρα υπάρχει ζωή και μέσα στη μήτρα που φιλοξενεί το έμβρυο μέχρι να εξελιχτεί και να είναι σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσει τον κόσμο. Ωστόσο δεν συμμερίζονται όλοι την άποψη αυτή. Έτσι άλλα ζευγάρια ή γυναίκες εύκολα παίρνουν την απόφαση της έκτρωσης χωρίς να αισθάνονται τύψεις και ενοχές. Έχουμε ακούσει μάλιστα την άποψη ότι ο καθένας μπορεί να κάνει στο σώμα του αυτό που θέλει. Δεν θα κάνουμε κριτική στην διαφορετικότητα των απόψεων αλλά θα αναφέρουμε πως οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση ενώ θεωρούν ότι είναι έγκλημα είτε γιατί δεν έχουν οικονομική άνεση είτε γιατί φοβούνται την κριτική του κόσμου για μια ανύπαντρη μητέρα ποτέ δεν θα μπορέσουν να ξεπεράσουν εντελώς το γεγονός αυτό.

ΤΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΜΙΑ ΜΗΤΕΡΑ ΠΟΥ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΝΑ ΦΕΡΕΙ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΤΕΡΑ;

1) Την κοινωνική κριτική, τις προκαταλήψεις και τα κατηγορώ του κόσμου που θα την καταδικάζουν χωρίς να ξέρουν εκ των προτέρων. Δυστυχώς ο κόσμος δεν εγκρίνει την επιλογή αυτή και ότι ξεφεύγει από τα πλαίσια που μπορεί να καταλάβει το κατηγορεί. Έτσι μπορεί να λένε ότι φταίει η μητέρα η οποία δεν ήταν άξια για γάμο λες και αυτές που θεωρούνται πρέπει να έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Σπάνια θα πει κάποιος όπως στην περίπτωση της φίλης μας ότι έφταιγε ο άντρας αλλά κατηγορούν συχνά αθώες γυναίκες και δυστυχώς η διαμόρφωση της κοινωνίας είναι ακόμα φαλλοκρατική.

2) Η σύγκρουση με την οικογένεια μπορεί να είναι μεγάλη ιδιαίτερα όταν η οικογένεια είναι συντηρητική και φοβάται το συγγενικό περιβάλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει ρήξη αλλά είναι στο χέρι μας να προσπαθήσουμε να υποστηρίξουμε την επιλογή μας και είναι πολλές οι φορές που όταν οι γονείς γνωρίσουν το παιδί ξεχνάνε κοινωνικές προκαταλήψεις.

3) Η μοναξιά, η έλλειψη συντρόφου και οι ευθύνες που καλείτε να αντιμετωπίσει μια μητέρα χωρίς σύντροφο είναι πολλές καθώς τα αναλαμβάνει όλα μόνη της χωρίς την αντρική παρουσία να την στηρίζει στις δύσκολες στιγμές. Γιατί είναι τελείως διαφορετικό να μοιράζεται κανείς την ζωή του με κάποιον σε μόνιμη βάση και άλλο δύο ώρες την ημέρα, ή σαββατοκύριακα ή καθόλου.

4) Το οικονομικό πρόβλημα είναι μεγάλο όταν η μητέρα δεν έχει άνεση ή όταν ο πατέρας δεν συνεισφέρει καθόλου στα έξοδα του παιδιού. Και όταν μια μητέρα έχει μωρό είναι αυτονόητο ότι τον πρώτο καιρό δεν μπορεί να δουλέψει ιδιαίτερα αν δεν έχει κάποιον να φροντίσει το παιδί. Οπότε τα οικονομικά της έξοδα αυξάνονται καθώς δεν είναι πια μόνη της αλλά πρέπει να λαμβάνει για δύο.

5) Πρέπει να προσέχει το παιδί της και να του δημιουργήσει κλίμα αγάπης και ασφάλειας έτσι ώστε να μπορεί να αμυνθεί όταν άλλα παιδιά το σχολιάσουν, ή μιλούν για τους μπαμπάδες τους. Επίσης οφείλει να το ενημερώσει όσον αφορά την απόφαση της ότι αποφάσισε να το φέρει στον κόσμο χωρίς γάμο όταν φυσικά αυτό αρχίσει να καταλαβαίνει και με τον κατάλληλο τρόπο ώστε να το αντιμετωπίσει πιο ψύχραιμα. Χρειάζεται προσοχή για να μην βγούνε τα απωθημένα της μητέρας και το παιδί μισήσει όλους τους άντρες επειδή ένας δεν παντρεύτηκε την μητέρα του. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να λέει ψέματα στο παιδί ότι ο πατέρας πήγε ταξίδι και θα γυρίσει όπως κάνουν κάποιες μητέρες.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΕΙ ΜΙΑ ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ ΜΗΤΕΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ;

1) Ότι ακόμα και αν κάνει εξώγαμο παιδί θα μπορέσει να βρει κάποιον σύντροφο ο οποίος θα την αγαπήσει, θα την στηρίξει και την ίδια και το παιδί γιατί το αξίζει.

2) Υπάρχουν δομές και κέντρα κοινωνικής πρόνοιας που προστατεύουν τις ανύπαντρες μητέρες. Μπορούν εκεί να βρουν υποστήριξη και βοήθεια σε ότι

χρειαστούν ακόμα και στην εύρεση εργασίας και στην ιατρική περίθαλψη. Ακόμα και η συναναστροφή με ομοιοπαθούσες είναι ανακουφιστική γιατί βρίσκει κανείς κατανόηση, αγάπη και στήριξη.

3) Για τις μητέρες που έχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα η εκκλησία διαθέτει ξενώνες που φιλοξενούν για όσο χρειαστεί τις ανύπαντρες μητέρες με τα παιδιά τους παρέχοντας τα απαραίτητα για την διαβίωση τους και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού

Από εκεί και πέρα η απόφαση της φίλης μας είναι μόνο δική της.
(www.femnetsalonica.gr)

► **Εκτρώσεις: Όσα γνωρίζουν οι Ειδικοί (αλλά δεν τα λένε)**

Τι διαδραματίζεται μέσα σε μια Κλινική Εκτρώσεων;

Επαναδημοσίευση (μετά από σχετική άδεια): Carolyn Gargaro

Σκεφτείτε το κάπως έτσι: Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να μάθει κανείς για τις εκτρώσεις; Ή θα πρέπει να είναι παρών, την ώρα που γίνεται μια έκτρωση, ή να εργάζεται μέσα σε μια κλινική εκτρώσεων. Ο δεύτερος εναλλακτικός τρόπος είναι να διαβάζει κανείς τις έγκυρες περιγραφές αυτοπτών μαρτύρων - άνθρωποι που είναι σημερινοί, αλλά και παλαιότεροι εκτελεστές εκτρώσεων.

Τα όσα θα αναφέρουμε πιο κάτω προέρχονται από ποικίλες πηγές: από την έρευνα της συγγραφέως Magda Denes, μέχρι την εφημερίδα Washington Post, καθώς και από διάφορα περιοδικά.

Διασταυρώστε και μόνοι σας τα επιστημονικά δεδομένα της εμβρυϊκής ανάπτυξης, μελετώντας κάποια εγκυκλοπαίδια ή κάποιο εξειδικευμένο εγχειρίδιο (σας προτείνω το "**The Developing Human, Clinically Oriented Embryology**" (=Ο Αναπτυσσόμενος Άνθρωπος – Μια Κλινικά

Προσανατολισμένη Εμβρυολογία) του K.L. Moore, 3^η έκδοση, 1982). Ρίξτε και μια ματιά μέσα στον Τηλεφωνικό «Χρυσό Οδηγό», για να δείτε τις κλινικές που διαφημίζουν την διεξαγωγή αμβλώσεων κατά την 24^η εβδομάδα της κύησης... (Σημ.Μετ.: στις ΗΠΑ).

Sarah Terzo

"Πράγματι, πολλές γυναίκες έρχονται σε μένα με την πρόθεση να προχωρήσουν σε έκτρωση, και μου έχει ζητηθεί προσωπικά κατά την εξέτασή τους, να στρέψω την οθόνη μακριά από το οπτικό τους πεδίο, ώστε να μην επηρεασθεί η απόφασή τους από την θέα του μωρού τους να χοροπηδάει επί της οθόνης."

Από την Shari Richards

Μεταφορά από το τηλεοπτικό πρόγραμμα John Ankerburg Show την 3/7/90

"Μου ήταν δυσβάσταχτο να τοποθετώ βρέφη μέσα σε σουρωτήρι, να τα ξεπλένω, και να τα τοποθετώ μέσα σε σφραγιζόμενες πλαστικές σακούλες (τροφίμων)."

Πρώην ιδιοκτήτης κλινικής αμβλώσεων, Eric Harrah

"Δεν υπάρχει καμμία απολύτως διαφορά μεταξύ μιας έκτρωσης ή βρεφοκτονίας του πρώτου τριμήνου, του δεύτερου τριμήνου ή του τρίτου τριμήνου. Πρόκειται για το ίδιο ανθρώπινο όν, σε διαφορετικά στάδια της ανάπτυξής του. Έφτασα στο σημείο να μην μπορώ πια να αντικρύσω εκείνα τα μικρά κορμάκια."

Δρ. *Arnold Halpern*, πρώην διευθυντής κλινικής εκτρώσεων «Προσχεδιασμένης Μητρότητας» (*Planned Parenthood*)

"Έτσι, όταν ξανάρχισα να εκτελώ εκτρώσεις και έβλεπα ένα έμβρυο στον υπέρηχο, θυμόμουν τον παλιό καιρό των δικών μου κυήσεων, όταν είχα εξακριβώσει πως ήμουν έγκυος και είχα δει το μωρό στον υπέρηχο. Είχα τότε πραγματικά νοιώσει πως επρόκειτο για μωρό μέσα μου, δηλαδή, για μια πολύ αληθινή και εν δυνάμει οντότητα. Τώρα πιστεύω μεν πως πρόκειται για ένα εν δυνάμει πρόσωπο, που δεν έχει δική του ζωή έξω από την μητέρα του, αλλά εξ' ίσου όμως αντιλαμβάνομαι πως όταν είσαι έτοιμη να αποδεχθείς μια εγκυμοσύνη, πρέπει να την αποδεχθείς από την στιγμή της σύλληψης, ή από την στιγμή που αντιλαμβάνεσαι πως είσαι έγκυος. Είχε πει πρόσφατα η Faye Wattleton «Νομίζω πως έχουμε σκόπιμα εξαπατήσει τον εαυτό μας, να πιστεύει πως οι άνθρωποι δεν γνωρίζουν πως η έκτρωση είναι φόνος.» Γι' αυτό, η οποιαδήποτε πρόφαση πως η έκτρωση τάχα δεν είναι φόνος είναι ένα δείγμα αμφιταλάντευσης, είναι μια ένδειξη πως δεν μπορούμε να πούμε «ναι, η έκτρωση σκοτώνει ένα έμβρυο, αλλά το σώμα δεν παύει να είναι της γυναίκας, οπότε είναι εν τέλει δική της η απόφαση». Αυτό το πιστεύω ακράδαντα. Κοιτάζεις τους υπέρηχους, και βλέπεις ένα έμβρυο με καρδιοχτύπι, και μετά την επέμβαση, το βλέπεις το έμβρυο -συνήθως τεμαχισμένο- μέσα σε ένα δοχείο. Την μια στιγμή ήταν ζωντανό, και την επόμενη δεν είναι. Δεν πιστεύω πως είναι επώδυνη η εμπειρία αυτή για το έμβρυο, καθ' ότι το νευρικό του σύστημα δεν είναι ακόμα «καλωδιωμένο» ώστε να νοιώθει πόνο σε εκείνη τη φάση. Δεν πιστεύω -όπως θα ήθελαν να πιστεύετε κάποιοι άνθρωποι που εναντιώνονται στις αμβλώσεις- πως υπάρχει μια «σιωπηλή κραυγή». Αλλά είναι ολοφάνερο σε μένα, πως η έκτρωση είναι η θανάτωση μιας υποψήφιας ζωής. Και αυτό μου φαινόταν βαρύ, στην αρχή."

Ανώνυμο, μεταφορά από την *Camille Peri* στο: <http://www.salonmagazine.com/june97/mothers/abortion970623.html>
περιοδικό «*Salon Magazine*»

"Ποτέ, μέχρι στιγμής, δεν έχω συμβουλέψει κανένα να κρατήσει το μωρό. Έχω αναλάβει και συμβουλευτική γυναικών στις εγκαταστάσεις του πανεπιστημίου Albany State, όπου εκεί όμως είμαι υποχρεωμένη να προτείνω και εναλλακτικές λύσεις. Ενώ στην κλινική εκτρώσεων, δεν το απαιτούν στην πραγματικότητα να το κάνεις."

Σύμβουλος εκτρώσεων

«Rachel Weeping and Other Essays About Abortion». (Η Ραχήλ Θρηνούσα και Άλλα Δοκίμια για την Έκτρωση) του James Tunstead Burtchaell, εκδ.: Universal Press, Νέα Υόρκη 1982 σελ.42-43

"Εάν μια γυναίκα εξέφραζε κάποιους ενδοιασμούς στον σύμβουλο, για το αν πρέπει να κάνει την έκτρωση, εμείς της λέγαμε ό,τι ήταν αναγκαίο προκειμένου να την πείσουμε να κάνει αμέσως την έκτρωση."

Judy W., πρώην διευθύνουσα της δεύτερης σε μέγεθος κλινικής εκτρώσεων στο El Paso, Texas.

"Η σύμβουλος στην δική μας κλινική μπορούσε ανετότατα να δακρύσει, μαζί με τις κοπέλλες. Έβρισκε το αδύνατο σημείο τους, και δούλευε πάνω σε αυτό. Στις γυναίκες δεν δινόταν καμμία εναλλακτική λύση. Τους έλεγαν πόσος μπελάς είναι να κάνουν παιδί."

Debra Harry, πρώην εργαζόμενη στον τομέα αμβλώσεων, λόγια που ειπώθηκαν στην ταινία "Meet the Abortion Providers" (Γνωρίστε τους Παρόχους Εκτρώσεων) 1989.

"Όταν αναλύετε το υπερηχογράφημα, πρέπει να λέτε στον πελάτη πως πρόκειται για μια μέτρηση που αφορά αορίστως την εγκυμοσύνη, και πως δεν είναι για να υπολογίζεται το μέγεθος του κεφαλιού του εμβρύου ή κάτι παρόμοιο."

Τα λόγια είναι της Rosemary Petruso, όταν εκπαιδευόταν να γίνει σύμβουλος εκτρώσεων. Η ιστορία της δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα St. Louis Review και επίσης επαναλήφθηκαν τα λόγια στο "Women Exploited: The Other Victims of Abortion" (Γυναίκες Εκμεταλλεόμενες: Τα Άλλα Θύματα της Έκτρωσης) της Paula Ervin, εκδότριας. Huntington: Our Sunday Visitor, 1985

"Το υπερηχογράφημα, σε σχέση με την προγραμματισμένη έκτρωση, μπορεί να εμπεριέχει ψυχολογικούς κινδύνους. Η θέα μιας μεγεθυμένης εικόνας του εμβρύου που κυοφορείται μπορεί να προκαλέσει μεγάλη ταραχή στην γυναίκα που ετοιμάζεται να υποστεί έκτρωση, παρατηρεί η Δρ.Sally Faith Dorfman. Τονίζει πως η οθόνη πρέπει να είναι στραμμένη μακριά από την ασθενή."

"Obstetrics and Gynecology News" (Μαιευτικά και Γυναικολογικά Νέα), άρθρο Φεβρουάριος 15-28, 1986.

"Το 95% των γυναικών που έχουν κάνει εκτρώσεις δήλωσαν πως οι σύμβουλοι της «Προγραμματισμένης Μητρότητας» τους παρέιχαν «ελάχιστες έως μηδενικές πληροφορίες για το έμβρυο που θα κατέστρεφε η έκτρωση»."

Από το βιβλίο Aborted Women-Silent No More (Γυναίκες από άμβλωση – Ποτέ Πια Σιωπηλές) του David Reardon, Crossway Books, 1987

"Λοιπόν, το μωρό που εγώ αφαίρεσα με έκτρωση ήταν ένδεκα εβδομάδων. Μπορείτε να φαντασθείτε τι έπαθα, όταν αντίκρυσσα μπροστά μου ένα βρέφος με χέρια και με πρόσωπο, να πιπιλάει τον αντίχειρά του; Και εκείνοι μου έλεγαν πως ήταν μόνο ένα τσαμπί από κύτταρα!!"

Carole K. Διευθύντρια Πολιτείας στον σύλλογο «Γυναικών που έπεσαν θύματα εκμετάλλευσης λόγω της αμβλώσεως» [WEBA (Women Exploited by Abortion)], σε ένα δείγμα από ιστορίες που έχουν καταγραφεί από μέλη του Συλλόγου.

"Θυμάμαι... τον ειδικευόμενο γιατρό να κάθεται κάτω, να εισάγει τον σωλήνα και να αφαιρεί τα περιεχόμενα. Είδα το αιμόφυρτο υλικό να κατεβαίνει μέσα από τον πλαστικό σωλήνα και να καταλήγει μέσα σε ένα μεγάλο γυάλινο βάζο. Η δική μου δουλειά ήταν να πάω μετά, να αποσυνδέσω το βάζο, και να εξετάσω τι είχε μέσα.

Δεν είχα ιδιαίτερες απόψεις για την αμβλωση. Βρισκόμουν σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης, και αυτό ήταν μια ολοκαίνουργια εμπειρία για μένα. Επρόκειτο να παρακολουθήσω μια επέμβαση και να μάθω κάποια πράγματα. Άνοιξα το βάζο, πήρα το μικρό νάυλον διχτάκι και άνοιξα το μικρό σακουλάκι. Ο ειδικευόμενος γιατρός τότε μου είπε «Τώρα βάλτο επάνω στην μπλε πετσέτα και έλεγξέ το. Χρειάζεται να ελέγξουμε αν τα πήραμε όλα.» Εγώ σκέφθηκα «Να κάτι συγκλονιστικό – μια χειροπιαστή εμπειρία – η εξέταση ιστών». Άνοιξα το μικρό δίχτυ, και το άδειασα πάνω στην πετσέτα, και εκεί μέσα βρίσκονταν τεμάχια ανθρώπου...

Είχα σπουδάσει ανατομία. Ήμουν μαθητής ιατρικής. Ήξερα τι έβλεπα μπροστά μου. Μια μικρούλα ωμοπλάτη και ένας βραχίονας. Είδα μερικά πλευρά και ένα θώρακα, και ένα τόσο δα μικρούτσικο κεφαλάκι. Είδα ένα τμήμα ποδιού, και ένα μικροσκοπικό χέρι... και ξέρεις, ήταν σαν να με διαπέρασε ένα πυρακτωμένο σίδερο. Είχα συνείδηση, και με πονούσε. Τέλος πάντων, έλεγχσα το περιεχόμενο, και όντως βρέθηκαν δύο χέρια και δύο πόδια

και ένα κεφάλι, κλπ., και γύρισα και του είπα «Μάλλον τα πήρες όλα». Ήταν μια πάρα πολύ δύσκολη εμπειρία για να την βιώσει κανείς συναισθηματικά.

Εκτελεστής εκτρώσεων

"Οι εκτρώσεις με άλας πρέπει να γίνονται σε νοσοκομείο, λόγω των επιπλοκών που μπορεί να παρουσιαστούν. Όχι πως αποκλείεται να παρουσιαστούν σε άλλες περιπτώσεις, αλλά είναι πιο πιθανό σ' αυτές. Το διάλυμα του άλατος εισάγεται μέσα στον αμνιακό σάκο της γυναίκας, και το μωρό αρχίζει να πεθαίνει, με αργό και βίαιο θάνατο. Η μητέρα τα καταλαβαίνει όλα, και πολλές φορές, είναι ακριβώς στο σημείο αυτό, που αντιλαμβάνεται πως έχει μέσα της ένα ζωντανό μωρό, επειδή το έμβρυο αρχίζει να παλεύει απελπισμένα για την ζωή του (ή της). Παλεύει μέσα της, επειδή καίγεται."

Debra Harry

"Ακολουθώντας τις οδηγίες [του γιατρού], πήρα το μπουκάλι-συλλέκτη και άδειασα το περιεχόμενό του σε ένα ρηχό σκεύος. Μετά, χρησιμοποίησα νερό για να ξεπλύνω το αίμα και τα μικρότερα μόρια, που θόλωναν τον πάτο του σκεύους. «Τώρα παρατήρησε προσεκτικά» μου είπε ο γιατρός. «Είναι σημαντικό, να έχουμε βγάλει όλο το υλικό από μέσα». Κοίταξα μέσα στο σκεύος, και διαπίστωσα πως το «υλικό» απαρτιζόταν από τα υπολείμματα εκείνου που –προ ολίγων λεπτών- ήταν ένα έμβρυο δεκατριών εβδομάδων. Μπορούσα να διακρίνω τα απομεινάρια χεριών και ποδιών, και ενός κορμού, και του κρανίου. Προσπάθησα να τα συναρμολογήσω νοερά μέσα στο μυαλό μου όλα τα κομμάτια, για να δω αν τυχόν έλειπαν κάποια μέλη. Τα περισσότερα κομμάτια ήταν συντρίμμια, και τόσο κατεστραμμένα, που δεν ήσαν αναγνωρίσιμα καν ως ανθρώπινα. Τότε, η ματιά μου καρφώθηκε πάνω σε ένα τέλειο χεράκι, ούτε μισό εκατοστό σε μήκος. Έμεινε καρφωμένο το βλέμμα μου σε τέσσερα μικροσκοπικά δαχτυλάκια και ένα μικροσκοπικό,

αντικρυστό αντίχειρα...ένα ολόκληρο χεράκι, πλήρες, με τα διαφανή δαχτυλάκια του. Και κατανόησα τι είχα κάνει."

Λόγια του πρώην παρόχου εκτρώσεων "Chi An" – αναφέρονται στο έργο του Stephen Mosher "A Mother's Ordeal: One Woman's Fight Against China's One Child Policy" (Η Δοκιμασία μιας Μητέρας: Η Μάχη μιας Γυναίκας Εναντίον της Κινεζικής Πολιτικής Του Ενός Τέκνου), σελίδες 60-61

"Έφτασα στο σημείο να μην αντέχω πια να βλέπω εκείνα τα μικρά κορμάκια."

--Δρ. Beverly McMillan, όταν ρωτήθηκε γιατί σταμάτησε να διεκπεραιώνει εκτρώσεις.

"Το έχω ζήσει αυτό, και έχω δει πλήρως σχηματισμένα μωρά – ακόμα και δέκα εβδομάδων – να τους λείπει το ένα πόδι, ή να είναι χωρίς το κεφάλι τους. Έχω δει τους μικροσκοπικούς τους θώρακες με τα πλευρά..."

Debra Harry

"Όλοι μας ευχόμασταν να ήταν άμορφο, αλλά δεν ήταν... και ήταν πολύ επώδυνο. Υπάρχει πολλή συναισθηματική οδύνη."

Εργαζόμενος σε κλινική εκτρώσεων, καταγράφηκε αυτολεξεί στο άρθρο "The Ex Abortionists: They Have Confronted Reality" (Οι Πρώην Εκτρωτές: Έχουν Αντικρύσει την Πραγματικότητα) της εφημερίδας Washington Post 1 Απριλίου, 1988 σελ.21

Από το βιβλίο "Rachel Weeping" (Η Ραχήλ Θρηνούσα)

"Οι γιατροί αφαιρούσαν το έμβρυο όταν έκαναν υστερεκτομές, και το τοποθετούσαν πάνω στο τραπέζι, όπου θα εσυσπάτο μέχρι να πεθάνει.... Όλα τα έμβρυα είχαν τέλειες μορφές και σχήματα.... Δεν το άντεχα άλλο.... Καμμία νοσοκόμα δεν το άντεχε....."

Joyce Craig, διευθύντρια κλινικής «Προσχεδιασμένης Μητρότητας» στο Brooklyn, η οποία είχε βοηθήσει σε εκτρώσεις επί δύο μήνες, και που μετά παραιτήθηκε. Σελ. 34

Ο Edward Eichner, Διευθυντής σε κέντρο εκτρώσεων στο Cleveland, είχε πει:—"Κανένας γιατρός, είτε για ηθικούς είτε για λόγους ειλικρινείας, δεν θέλει να έχει σχέση με τις εκτρώσεις.... Οι γυναίκες δεν θέλουν να κάνουν εκτρώσεις ξανά και ξανά, για λόγους συνείδησης. Μερικές φορές, οι ίδιες οι γυναίκες-γιατροί εδώ σε μας μένουν έγκυοι, πράγμα που αναστατώνει τις ασθενείς. Παράλληλα όμως, αν μια γυναίκα κυοφορεί, δεν της αρέσει να κάνει έκτρωση στο μωρό μια άλλης γυναίκας. Έχουμε πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να κρατήσουμε γυναίκες γιατρούς στο ίδρυμά μας, παρά άνδρες." Σελ. 49

"Ανησυχώ βαθύτατα με την δική μου, αυξανόμενη βεβαιότητα πως έχω επιβλέψει περισσότερους από 60.000 θανάτους. Δεν υπάρχει πλέον καμία σοβαρή αμφιβολία στο μυαλό μου, πως η ανθρώπινη ζωή υφίσταται, από την έναρξη κιόλας της εγκυμοσύνης. "

Δρ. Bernard Nathanson, "Deeper Into Abortion" (Βαθύτερα Μέσα Στην Έκτρωση), περιοδικό New England Journal of Medicine Νοέμβριος 1974 σελ. 1189

"Ακόμα και αν είσαι υπέρ της επιλογής (της έκτρωσης), κανείς δεν θέλει να δει ένα νεκρό έμβρυο..."

Vilma Valdez, Διευθύντρια Επιμόρφωσης της οργάνωσης 'Προσχεδιασμένη Μητρότητα' του Ευρύτερου Miami, εφημερίδα The Miami Herald, Οκτ. 24, 1992

"Ανέβηκα στο εργαστήριο μια μέρα, και πάνω στο τραπέζι του παθολόγου είδα κάτι που το πέρασα για μικρή λαστιχένια κούκλα, μέχρι να καταλάβω πως ήταν έμβρυο... Τaráχθηκα τόσο πολύ και συγχύστηκα, που δεν μπορούσα να πιστέψω αυτό που είδα... Είχε όλα τα δαχτυλάκια του - ξέρεις, στα χέρια και στα πόδια... Ποτέ δεν μπορούσα να φανταστώ πως θα έμοιαζε τόσο αληθινό... δεν μου άρεσε καθόλου..."

Εργαζόμενη στην οργάνωση Προσχεδιασμένη Μητρότητα, αναφέρεται στο βιβλίο της Magda Denes "In Necessity and Sorrow" (Σε Ανάγκη και Θλίψη) New York:Basic Books 1979

Επίσης από την σύσκεψη του 1993 στο Chicago

"Η Προσχεδιασμένη Μητρότητα είναι οργανωμένη έτσι ώστε οι εργαζόμενοι δεν χρειάζεται ποτέ να δούνε τα μωρά. Είναι οργανωμένη με αυτόν τον τρόπο, επειδή η θέα των μωρών ενοχλεί τους εργαζόμενους... Γενικά, υπάρχει ένας εργάτης της κλινικής, ο οποίος είναι υπεύθυνος των μωρών... Εγώ ήμουν ένας τέτοιος εργάτης... Εγώ έπρεπε να τα κοιτάω τα μωρά αυτά. Έπρεπε να τα αποθηκεύω, να τα στέλνω στο παθολογικό τμήμα. Και εγώ ήμουν το άτομο που έπρεπε να τα ξεφορτωθεί... Για να διατηρήσω τα λογικά μου, είχα καθιερώσει μια προσωπική πένθιμη τελετή. Συνήθιζα να απαγγέλω Shiva για τα μωρά. Έλεγα προσευχές για τους νεκρούς. Επίσης έδινα ονόματα στα μωρά, καθώς τα τοποθετούσα μέσα στο δοχείο απορριμμάτων..."

"Το έμβρυο είναι μια μορφή ζωής... Αυτό είναι σίγουρα φόνος... Το ερώτημα τότε γίνεται: «Αυτή η μορφή φόνου είναι δικαιολογημένη;» Στο δικό μου μυαλό είναι δικαιολογημένη, αλλά μόνο με την ενημερωμένη συγκατάθεση της μητέρας."

Εκτελεστής εκτρώσεων, καταγράφηκε στο περιοδικό "Democrat and Chronicle" 7/5/92

Η «τυραννία του φόνου»
Τη στάση του προκατόχου του για τις αμβλώσεις υιοθετεί ο Πάπας Βενέδικτος ΙΣΤ'

Ρώμη

Ο νέος Πάπας Βενέδικτος ΙΣΤ' έστειλε κατά την τελετή της ενθρόνισής του το μήνυμα ότι δεν πρόκειται να υποχωρήσει από τις θέσεις του προκατόχου του Ιωάννη Παύλου Β', όσον αφορά τις εκτρώσεις και την ευθανασία, τις οποίες περιέγραψε ως «τυραννία του φόνου».

Μιλώντας το Σάββατο στη βασιλική του Αγίου Ιωάννη στη Ρώμη, όπου εγκαταστάθηκε Επίσκοπος Ρώμης, ο νέος επικεφαλής της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας δήλωσε ότι ο Πάπας «δεν πρέπει να διακηρύττει τις δικές του ιδέες, αλλά πάντα να συνδέει τον εαυτό του και την εκκλησία με την υποταγή στο λόγο του Θεού, όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με προσπάθειες προσαρμογής ή μετριάσμού, καθώς και με κάθε καιροσκοπισμό.»

»Αυτό έπραξε και ο Πάπας Ιωάννης Παύλος Β', όταν αντιμετώπισε λανθασμένες ερμηνείες της ελευθερίας [...] Η ελευθερία να σκοτώνεις δεν είναι πραγματική ελευθερία, αλλά μια τυραννία, η οποία καταδικάζει το

ανθρώπινο ον στη δουλεία».

Ως Γερμανός καρδινάλιος, ο Βενέδικτος ήταν για περίπου 25 χρόνια αρμόδιος για τη διαφύλαξη του καθολικού δόγματος, γνωστός για την αυστηρότητα με την οποία ερμήνευε τα εκκλησιαστικά κείμενα.

Η τελετή του Σαββάτου ήταν η τελευταία σε μια μεγάλη σειρά τελετών που σηματοδοτούν την επίσημη ανάληψη των καθηκόντων του Βενέδικτου ΙΣΤ' ως Πάπα.

Κόσμος: Περισσότερες ειδήσεις

(www.anarkismo.net)

► ΕΡΕΥΝΕΣ

ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" (1998)

s Το 1998 στο μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" το 65% των γεννήσεων ήταν από αλλοδαπές μητέρες.

s Το 1980 είχαμε 1.000.000 παιδιά στο δημοτικό. Το 1990 813.353.

Το 2000 643.475. Σε 30 χρόνια δεν θα υπάρχει μαθητής στο Δημοτικό.

s Το 1990 είχαμε 7.653 δημοτικά. Το 2000 6.367. Δηλαδή σε δέκα χρόνια έκλεισαν 1300 σχολεία από έλλειψη παιδιών.

s Σε πέντε χρόνια οι αλλοδαποί μαθητές παρουσίασαν αύξηση 300%. Οι Έλληνες μαθητές είχαν μείωση 30%. Επομένως το 2030 οι αλλοδαποί μαθητές θα είναι 600.000, ενώ οι Έλληνες μαθητές 300.000 πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παιδείας.

s Τα ο 2030 τα άνω των 60 ετών άτομα θα είναι το 35%. Τα μέχρι 20 ετών θα είναι το 15%. Εργαζόμενοι το 34%.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Α. Αξιωτάκης. *Άμβλωση*. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Φωτοδέτες. Αθήνα 1987
- 2) Αντώνης Βαγιούκας. *Η επαγγελματική ευθύνη του γιατρού*. Εκδόσεις Art of text, Αθήνα 1993
- 3) Νικόλαος Παν. Βασιλειάδης. *Πότε εμψυχούται το έμβρυο*; Αδελφότης θεολόγων «Ο Σωτήρ», Αθήνα 1987
- 4) Ιωάννης Δετοράκης υγειονομικός διαφωτιστής. *Οικογενειακός Προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1997
- 5) Ιωάννης Δετοράκης- Ιωάννης Παπαγεωργίου. *Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2002
- 6) Ειρήνη Δορκοφίκη. *Άμβλώσεις, ο αφανισμός του γένους*. Εκδόσεις Ελληνική Ευρωεκδοτική. Αθήνα 1985
- 7) Ειρήνη Δορκοφίκη. *Έκτρωση*. Ελληνική Ευρωεκδοτική, Αθήνα 1985
- 8) Δ. Κασκαρέλης. *Μαιευτική και γυναικολογία*. Αθήνα, 1976
- 9) Γ. Κρεατσάς. *Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. Β΄ Έκδοση. Εκδόσεις Δωρικός. Αθήνα 1989
- 10) Νικ. Ι. Μπεναρδής. *Εγχειρίδιο ιατροδικαστικής*. Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1985
- 11) Απ. Παπαδημητρίου- Θ. Γαλάνης. *Αντισύλληψη*. Πρακτική και προοπτικές ιατρικές- Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995
- 12) Α. Παπανικολάου- Ν Παπανικολάου. *Μαιευτική*. Εκδόσεις Γρηγόρης Παρισιανός 3^η έκδοση, Αθήνα 1994
- 13) Τριχοπούλου Αντωνία. *Προληπτική ιατρική- Αγωγή Υγείας- Κοινωνική ιατρική- Δημόσια υγιεινή*. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις: Γρηγόρης Παρισιανός, Αθήνα, 1982
- 14) Ειρήνη Χιωτέλη. *Πρώιμη μητέρα, έφηβη κύηση και μητρότητα*. Εκδόσεις Ελλήν. Αθήνα 1998
- 15) Α. Χλιαουτάκης. *Άμβλωση*. Αθήνα 1992

- 16) Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα, 1997
- 17) Εγκυκλοπαίδεια " Υγεία ". Εκδόσεις Δομική. 1998
- 18) Εγκυκλοπαίδεια " Χρυσή Υγεία ". Εκδόσεις Δομική. 2002
- 19) Συλλογή Νομοθεσίας για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και το νομικό καθεστώς των ιατρικών συλλόγων. Έκδοση ιατρικού συλλόγου Αθηνών , Αθήνα 1997

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Lousien Lansen. *Από γυναίκα σε γυναίκα*. Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1978
- 2) H. Shulman. *Second trimester abortion: Techniques and complications*. Gynecology and obstetrics. 1994
- 3) Tony Smith. *Μεγάλος ιατρικός οδηγός*. Τόμος 3^{ος}, Επιστημονική επιμέλεια: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 1991
- 4) Robert M. Baird. *The Ethics of abortion: Pro-life vs Pro-choice*. Contemporary issues. 1995
- 5) Catherine Bemard. *The long term, psychological effects of abortion*, Portsmouth, N H: Institute for pregnancy. Loss. 1990
- 6) Herman. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992
- 7) Speckhard A. and Rue V. *Postabortion syndrome. An everything public health concern*. Journal of social issues, 1992
- 8) Oriana Falatsi. *Γράμμα σε ένα παιδί που δε γεννήθηκε ποτέ*. Εκδοτικός οργανισμός Πάπυρος. Μιλάνο, 1975
- 9) Nathanson Bernard N. *Aborting America*. New York: Doubleday, 1979
- 10) Adler A. *Η ατομική ψυχολογία στο σχολείο*. (Μετάφραση: Λιάππη Κ.) Εκδόσεις επίκουρος. Αθήνα 1990
- 11) Savulescu. *Abortion, embryo destruction and a future of value argument*. Contemporary issues. 2002
- 12) Εγκυκλοπαίδεια Pro-life activist's. Έκδοση The American life league. 1992

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- 1) Μιλίτσα Βόσκωφ, Ορθόδοξος τύπος, 7 Ιανουαρίου 2005
- 2) Χαιτίδη Δέσποινα. `` Έκτρωση ``. Περιοδικό ``ΜΕΤΡΟ``. Τεύχος 111. Φεβρουάριος 2005
- 3) Χριστιανικό ιεραποστολικό κέντρο νεότητας, Διμηνιαίο περιοδικό «Ό,τι πεις εσύ, δεν σημαίνει ότι συμφωνώ εγώ», Τρίκορφο Φωκίδος, 1999
- 4) Περιοδικό του συλλόγου Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, Τεύχος 1^ο «Μερικά παιδιά σε χρειάζονται», Ιανουάριος- Απρίλιος 2004
- 5) Περιοδικό του συλλόγου Προστασίας Αγέννητου Παιδιού «Μερικά παιδιά σε χρειάζονται», Τεύχος 4^ο, Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος 2005
- 6) Έντυπο φυλλάδιο του συλλόγου Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. «Εγώ το αγέννητο παιδί»
- 7) Εφημερίδα `` Schooligans ``. Τεύχος 3. Φεβρουάριος 2005

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1) www.agazilos.org
- 2) www.abortion.gr
- 3) www.unborn.gr
- 4) www.care.gr
- 5) www.anarkismo.net
- 6) www.health.gr
- 7) www.lifenews.com
- 8) www.femnetsalonica.gr
- 9) www.newstelegraph.com
- 10) www.elpaso.gr
- 11) www.health.gr

