

001



© PHOTOFEST/PHOTO DISCOVERY

ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
2904

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ – ΤΟ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΕΓΚΛΗΜΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΚΑΚΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΣΠΙΝΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

ΤΟΜΑΡΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1999

Ευχαριστούμε θερμά τον Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού για τα χρήσιμα στοιχεία που μας παρείχε, τις γυναίκες που ανταποκρίθηκαν πρόθυμα στις ερωτήσεις μας, καθώς και την καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής κ. Μαρία Παπαδημητρίου για την πολύτιμη και ουσιαστική βοήθειά της στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας (πτυχιακής εργασίας).

Αφιερώνουμε την εργασία αυτή στα χιλιάδες παιδιά που
δεν πρόλαβαν να δουν το φως του ήλιου,
δεν γεύτηκαν το άρωμα των λουλουδιών,
δεν ένοιωσαν το χάδι της μητέρας...,
γιατί καταδικάζονται σε θάνατο, προτού ακόμη γεννηθούν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
---------------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

1.1 Γενικά	9
1.2 Ορισμός άμβλωσης	10
1.3 Διαφορά μεταξύ άμβλωσης – έκτρωσης	10
1.4 Ιστορική αναδρομή	11
1.4.1 Αρχαιοελληνική κοινωνία	11
1.4.2 Εβραϊκός νόμος	13
1.4.3 Ρωμαϊκό δίκαιο	13
1.4.4 16 ^{ος} αιώνας έως σήμερα	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Γενετική – Βιολογία – Εμβρυολογία	16
--------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Ο προγεννητικός έλεγχος	20
----------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Τύποι εκτρώσεων	27
4.2 Μέθοδοι εκτρώσεων	28
4.3 Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής εγκυμοσύνης	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1	Επιπλοκές	35
5.1.1	Επιπλοκές αμβλώσεων του 2 ^{ου} τριμήνου της εγκυμοσύνης	39
5.2	Συνέπειες των αμβλώσεων για τη γυναίκα	43
5.3	Συνέπειες αμβλώσεως για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1	Νομοθετική διάταξη στην Ελλάδα	49
6.2	Νομοθετική διάταξη σε ξένες χώρες	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1	Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο Θέμα των αμβλώσεων	54
7.2	Η θέση άλλων θρησκειών	56
7.3	Η άποψη φεμινιστικών οργανώσεων	57
7.4	Απόψεις ανθρώπων του πνεύματος κατά των αμβλώσεων	58
7.5	Ηθική άποψη	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1	Η σημερινή πραγματικότητα στα νοσηλευτικά διλήμματα των αμβλώσεων	62
8.2	Το ηθικό δίλημμα της νοσηλεύτριας-τή στο θέμα των αμβλώσεων	66
8.3	Παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1	Οικογενειακός προγραμματισμός	73
-----	-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1	Αμβλώσεις – υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και ο ρόλος του Νοσηλευτή	76
------	--	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	82
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	84
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	132
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	138
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	141
SUMMARY	143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' (ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ)	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' (ΟΠΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ)	176

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με το πέρασμα της ιστορίας και την ανάπτυξη της επιστήμης και την εφεύρεση νέων τεχνολογικών κατακτήσεων που τέθηκαν στη διάθεση του ανθρώπου, πολλά από τα κοινωνικά προβλήματα που μαστιζαν κοινωνίες ατόμων παλαιότερων εποχών τείνουν να εξαλειφθούν. Ωστόσο, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, που εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να ταλανίζει την ανθρωπότητα, και να αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς προκαλώντας σημαντική διάσταση απόψεων είναι οι εκτρώσεις.

Έκτρωση ονομάζεται η 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 σαν κίνητρο τη μη απόκτηση ενός ανεπιθύμητου παιδιού.

Ο λόγος ο οποίος μας ώθησε να ασχοληθούμε με αυτό το λεπτό κοινωνικό ζήτημα είναι η ευαισθητοποίηση ημών των ιδίων για το σοβαρό αυτό θέμα, το οποίο περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από τις βαθυστόχαστες και μυστηριώδεις έννοιες της ζωής και του θανάτου.

Σκοπός της έρευνας ήταν να ενημερώσουμε τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, να τις ευαισθητοποιήσουμε για το τι είναι άμβλωση, με ποιους τρόπους γίνεται, ποιες επιπλοκές και ποιοι οι κίνδυνοι, και το σημαντικότερο πως πρέπει να την αποφύγει. Επιπλέον να δείξουμε ότι η άμβλωση είναι το μοιραίο αποτέλεσμα της ελλιπούς ή και μη σωστής πληροφόρησης και άγνοιας των ατόμων.

Στο πέρασμα των καιρών όπου η ελεύθερη σκέψη και έρευνα ήταν δυνατή το θέμα των αμβλώσεων συζητήθηκε περισσότερο απ' όλα. Το σπουδαιότερο ζήτημα για κάθε πολιτισμένο έθνος ήταν αν το έμβρυο θεωρείται ένα ανθρώπινο ον. Στο ζήτημα αυτό επιχείρησαν να πάρουν θέση,

ανάλογα με τη δομή και την ηθική κάθε κοινωνίας, πλήθος πολιτικών, θρησκευτικών, ιατρικών, νομικών και φιλοσοφικών ανθρώπων.

Είναι γνωστό το παλαιότερο στοιχείο που έδωσε στη νομοθεσία να συλλάβει την άμβλωση ως πράξη που καταστρέφει μια ανθρώπινη ζωή, προήλθε από τους αρχαίους Έλληνες. Δεύτερη πηγή ήταν η χριστιανική ηθική της Μικράς Ασίας.

Στις μέρες μας παρ' όλες τις αυξανόμενες φωνές διαμαρτυρίας και τη μεγαλύτερη σχετικά ενημέρωση που προσφέρουν τα ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας, τα άτομα και ιδιαίτερα οι γυναίκες φαίνεται να μην έχουν αντιληφθεί τη σοβαρότητα και επικινδυνότητα που περικλείει το πρόβλημα της άμβλωσης. Χαρακτηριστικό αυτού είναι το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες καταφεύγουν στην οδυνηρή εμπειρία της έκτρωσης. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός που δηλώνεται ότι καταφεύγει σήμερα στα νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές προκειμένου να κάνουν έκτρωση ανέρχεται στις 400.000 και περισσότερες.

Αξίζει να τονίσουμε ότι η πλειονότητα των γυναικών απάντησε με άνεση, ευκολία και προθυμία στα ερωτήματα που τους θέσαμε.

Άραγε αυτό να αποτελεί σημείο αλλαγής των καιρών και συγχρόνως των συμπεριφορών τους;

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Γενικά

Η επιλογή να αποκτήσουμε ή να μην αποκτήσουμε παιδιά είναι από τα πιο στοιχειώδη δικαιώματα των γυναικών. Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση αυτής της ελευθερίας. Ωστόσο, το κεφάλαιο για την αντισύλληψη δείχνει καθαρά ότι, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν μας προστατεύουν πάντοτε από τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Σπάνια η απόφαση να καταφύγουμε σε άμβλωση δεν μας δημιουργεί προβλήματα. Ακόμα και όταν γνωρίζουμε ότι μια άμβλωση, όταν γίνεται σε καλές συνθήκες, είναι σήμερα υπόθεση 10 λεπτών για μια εγκυμοσύνη σε πρώιμο στάδιο και ότι ενέχει λιγότερους κινδύνους από μια γέννα, οι περισσότερες γυναίκες θα προτιμήσουν να προλάβουν μια εγκυμοσύνη παρά να τη διακόψουν.

Πολλοί είναι αυτοί που αντιτίθενται στην άμβλωση με το επιχείρημα ότι πρόκειται για βιασμό του δικαιώματος στη ζωή, για ανθρωποκτονία, τόσο από βιολογική όσο και από ανθρωπιστική σκοπιά.

Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η άμβλωση αντιπροσωπεύει μια πράξη βίας σε μια κοινωνία όπου η βία κυριαρχεί.

Η άμβλωση δεν είναι ιδανική λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε καν υποκατάστατο της αντισύλληψης. Κάθε γυναίκα οφείλει να γνωρίζει λεπτομερειακά τη διαδικασία, τον τρόπο, την ατμόσφαιρα και τις επιπτώσεις της.

Η γυναίκα που καταλήγει στην άμβλωση υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχοσωματικό τραυματισμό. Ορισμένες φορές αντιμετωπίζει και τον κίνδυνο σοβαρών άμεσων ή έμμεσων επιπλοκών που εμφανίζονται μεγαλύτερες όταν η επέμβαση γίνεται χωρίς τις στοιχειώδεις ιατρικές προδιαγραφές. Η ζωή ενός εμβρύου διακόπτεται με άμεσες ή έμμεσες συ-

νέπειες για την οικογένεια και την κοινωνία, ιδιαίτερα σε χώρες με έντονα δημογραφικά προβλήματα. ¹

1.2. Ορισμός άμβλωσης

Άμβλωση καλείται η εξαγωγή του εμβρύου από τη μήτρα προκειμένου να παρουσιάσει αυτό σημεία ζωής. Η αυτόνομη άμβλωση (αποβολή) είναι συνέπεια οργανικών ατελειών ή οφείλεται σε αρρώστια της γυναίκας ή του ανδρός της.

Η βίαιη άμβλωση, μπορεί να προέλθει από κάθε είδους τραυματισμού που επιδρά, άμεσα ή έμμεσα στη μήτρα, από δηλητηρίαση, από βίαιες συγκινήσει κ.λ.π.

Τέλος, τεχνητή άμβλωση μπορεί να προκύψει με εσωτερικά φάρμακα (αμβλωτικά), με μηχανικά μέσα και με εγχείρηση.

1.3. Διαφορά μεταξύ άμβλωσης – έκτρωσης

Η άμβλωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβληματίσε όλες τις κοινωνίες από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις. Την άμβλωση ο περισσότερος κόσμος σήμερα την ονομάζει έκτρωση.

Άμβλωση είναι η βίαιη διακοπή μιας εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα. Η προκλητή έκτρωση γίνεται για θεραπευτικούς λόγους (πάθηση της μητέρας ή του εμβρύου) ή λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (άμβλωση).

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

του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα, διαμαρτίες της μήτρας (ανεστραμμένη μήτρα – δίκερω μήτρα) ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

1.4. Ιστορική αναδρομή

1.4.1. Αρχαιοελληνική κοινωνία

Είναι γενικώς παραδεκτό και ιστορικά αποδεδειγμένο πως οι αρχαίοι Έλληνες έφθασαν σε ένα υψηλό επίπεδο πολιτισμού ιδίως κατά την κλασική περίοδο. Στην αρχαιοελληνική κοινωνία το πνεύμα με γνώμονα πάντα την εύρεση της αλήθειας και την επιτέλεση του καλού, ήταν ελεύθερο να συλλογάζεται. Η παραδοχή των αμβλώσεων από τους αρχαίους φιλοσόφους δεν ήταν καθολική.

Στην Αθήνα δεν υπήρχε κανένας νόμος που να προέβλεπε ποινή για την άμβλωση ως την εποχή του Λυσία. Αυτός γύρω στα 430 π.Χ. έθεσε το πρόβλημα της έννοιας του εμβρύου. Αν ο δικαστής θέλει να προστατέψει το έμβρυο θα πρέπει προηγουμένως – σύμφωνα με τον Λυσία – να είναι σίγουρος αν πρόκειται για ένα ανθρώπινο ον (οπότε και μιλάμε για έγκλημα) ή όχι.

Ο Ιπποκράτης (πατέρας της επιστημονικής ιατρικής σκέψης 5^{ου} αι. π.Χ.) σεβόμενος την ανθρώπινη ζωή από τη στιγμή της σύλληψής της, δεσμεύει με όρκο τους θεράποντες της ιατρικής να μη δώσουν σε κανένα ούτε φάρμακο θανάσιμο, ούτε συμβουλή θανάτου, ούτε εκτρωτικό φάρμακο σε γυναίκα: *«Ουδέ δώσω δέ ουδενί φάρμακον θανάσινον, ουδέ ξυμβουλήν τοιήνδε, ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω»*. (Ιπποκράτειος όρκος)

Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης αποδέχονταν την άμβλωση, για κοινωνικοοικονομικούς λόγους, κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης όταν ακόμη το έμβρυο δεν είναι – κατ' αυτούς – ολοκληρωμένος ζων οργανισμός και η μητέρα δεν έχει αντιληφθεί τα πρώτα σκιρτήματά του.

Πιο συγκεκριμένα ο πρώτος ήθελε με βάση την «Ιδανική Πολιτεία» του να υπάρχει μέριμνα για τα υγιή παιδιά κάτω από όλες τις περιστάσεις. Το έμβρυο του οποίου ο ένας γεννήτορας δεν ήταν αρκετά νέος, έπρεπε να αποβληθεί. Μάλιστα θεωρούσε υποχρεωτική την άμβλωση σε όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών.

Ο Αριστοτέλης, ζητούσε να μην υπάρχει τίποτα το ατελές προκειμένου να προληφθεί ο υπερπληθυσμός αναφέρει στα «Πολιτικά» του (7,ΙΔ' παρ. 10) *«δια δε πλήθος τέκνων, εάν η τήξις των εθνών κωλύη μηδέν αποτίθεσθαι των γενομένων, ωρισθαι δει της τεκνοποιίας το πλήθος, εάν δε τισι γίγνηται παρά ταύτα συνδυασθέντων, πρίν αίσθησιν εγενέσθαι και ζωήν εμποιείσθαι δει την άμβλωσιν · το γαρ όσιον και το μη διωρισμένον τη αίσθησει και τω ζήν έσται»* (προς αποφυγή, δηλαδή, της πολυτεκνίας πρέπει να ορίζεται ανώτατο όριο της τεκνοποιίας, αν όμως, παρόλα αυτά, συλλάβει η σύζυγος, πριν ακόμη γεννηθεί στο έμβρυο αίσθηση και ζωή, πρέπει να ενεργείται η άμβλωση γιατί η θεμιτή άμβλωση διακρίνεται από την αθέμιτη από την ύπαρξη αίσθησης και ζωής στο έμβρυο). Στο έργο του «Ιστορία Ζώων» (Δ', 4) αναφερόμενος σχετικά με την θεμιτή και την αθέμιτη ζωή ορίζει για την πρώτη το χρονικό διάστημα των 40 πρώτων ημερών της κύησης, γιατί τότε το έμβρυο στερείται ακόμη αίσθησης και ζωής, όπως υποστηρίζει.²

Στην Θήβα η άμβλωση τιμωρείτο, ενώ σύμφωνα με μαρτυρία του Κικέρωνα στη Μίλητο την θεωρούσαν σαν σοβαρό έγκλημα. Η μαρτυρία αναφέρεται σε μια έγκυο γυναίκα που κατοικούσε στη Μίλητο, δέχτηκε χρήματα από τους υποτιθέμενους κληρονόμους που είδαν την κληρονομιά τους να απειλείται από τη γέννηση του παιδιού, και έκανε άμβλωση για την οποία τιμωρήθηκε. Και «δικαιολογημένα» γιατί είχε καταστρέψει την ελπίδα του πατέρα, τη συνέχιση του ονόματος, τους κληρονόμους της οικογένειας, τον πολίτη για την πολιτεία.

Γενικότερα στην αρχαία Ελλάδα υπήρχε αντίθεση γνώμων όσων αφορά την αντιμετώπιση της διακοπής της εγκυμοσύνης με άμβλωση. Από τη μία βρίσκουμε πολιτικές ωφελιμιστικές θεωρήσεις σα βάση για την τιμωρία, και από την άλλη την ενθάρρυνση της άμβλωσης για τους ίδιους λόγους.

Είναι πάντως βεβαιότερο γεγονός ότι στην κατοπινή ιστορία της αρχαίας Ελλάδας δεν υπήρξε ποτέ νομοθεσία κατά της άμβλωσης.³

1.4.2. Εβραϊκός νόμος

Ο εβραϊκός λαός βασανιζόταν και θρηνούσε θύματα από τις εθνικές καταστροφές και τις διώξεις γι' αυτό το λόγο είχε άρρηκτα συνδέσει την πολυτεκνία με την ευλογία και την τιμή, ενώ την ατεκνία με την καταισχύνη. Κατά συνέπεια η άμβλωση σπάνια συνέβαινε κι έτσι οι εβραϊκές πηγές δεν καταπιάνονται τόσο με αυτήν.

Ο Μωυσής θεώρησε την άμβλωση σα μια συνέπεια εγκληματικής ενέργειας από ένα τρίτο πρόσωπο. Το σχετικό κείμενο αναφέρει: «Αν άνδρες χτυπήσουν ή βλάψουν μια έγκυο γυναίκα, έτσι ώστε να χάσει το παιδί της, χωρίς φυσικά να πληγωθεί, αυτός που τη χτύπησε υπόκειται σε οποιοδήποτε πρόστιμο ζητήσει ο σύζυγος της γυναίκας με την έγκριση των δικαστών. Αλλά αν η ίδια η γυναίκα πληγωθεί, η τιμωρία θα είναι ζωή αντί ζωής, οφθαλμός αντί οφθαλμού, χείρ αντί χειρός, πους αντί ποδός κλπ. (Εξοδος στοιχ. 21-24) ⁴

1.4.3. Ρωμαϊκό δίκαιο

Ο μεγάλος αριθμός των αμβλώσεων στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία συνέβαλε στην ανησυχητική πληθυσμιακή μείωση (όπως υποστήριζαν σπουδαίοι άρχοντες σαν τον Αύγουστο) εντούτοις οι Ρωμαίοι δεν αποφάσισαν να τις καταργήσουν.

Η Στοά (που είχε στενή σχέση με τον αυτοκρατορικό θρόνο και μέλη της ήταν όλοι οι πολιτικοί της εποχής) δήλωνε πως το έμβρυο αποτελούσε ένα μέρος του γυναικείου σώματος κι έτσι έπρεπε να χαρακτηριστεί. Μια τέτοια θεώρηση απέκλειε την τιμωρία της άμβλωσης που γινόταν από την ίδια την έγκυο.

Με λίγα λόγια, οι βασικές αρχές του ρωμαϊκού νόμου ήταν οι εξής:

- Η άμβλωση αποτελεί προσβολή της πατρικής εξουσίας. Μια γυναίκα που προέβη σε άμβλωση τιμωρείτο μόνο γιατί παραβίασε τα δικαιώματα του συζύγου της.
- Η άμβλωση αποτελούσε αιτία διαζυγίου.
- Αν προκαλούταν από άλλο πρόσωπο, το πρόσωπο αυτό τιμωρείτο. Το ίδιο πάθαιναν και οι πωλητές εκτροπικών φαρμάκων, βοτάνων κτλ.

1.4.4. 16^{ος} αιώνας έως σήμερα

Με κορυφαίο τον Βολταίρο οι Γάλλοι Διαφωτιστές κατάγγειλαν την έκταση της δικαστικής αυθαιρεσίας, τους βασανισμούς του ανυπεράσπιστου λαού, την νοοτροπία και την σκοταδιστική κηδεμονία κράτους και Εκκλησίας.

Ωστόσο το πνεύμα της προόδου κάθε άλλο παρά αποτυπωμένο ήταν στην Γαλλική Εγκυκλοπαίδεια. Σε αυτήν, η άμβλωση εξισώθηκε με την παιδοκτονία ενώ επιδοκιμάστηκε πλήρως η απόδοση της θανατικής ποινής και για τις δύο αυτές πράξεις.

Ο Beccaria στην διατριβή περί εγκλημάτων που δημοσιεύτηκε το 1764 αναφέρει: «καθένας που βρίσκεται σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και είναι αναγκασμένος να διαλέξει ανάμεσα στην ατιμία και στο θάνατο μιας ύπαρξης αυτός είναι και ανίκανος να σκεφτεί το τρομερό του πράγματος και να διαλέξει συχνά το τελευταίο για να αποφύγει τον άμεσο κίνδυνο».

Για την μείωση των αμβλώσεων και της παιδοκτονίας λέει: «Από την κυβέρνηση να ιδρυθούν σπítια για τα παιδιά εκείνα που οι γονείς τους δεν μπορούν να τα ζήσουν και να τα αναθρέψουν. Η χριστιανική κυβέρνηση πρέπει να πάρει μια θέση κατά της μορφής προς ένα τέτοιο πρόσωπο και να προστατεύσει μια βιασμένη γυναίκα από παρόμοιες επιθέσεις!»

Στην διάρκεια του 18^{ου} αιώνα και ενώ πραγματοποιήθηκε η Βιομηχανική Επανάσταση τα κράτη - υποκινούμενα από την ανάγκη διάθεσης του μέγιστου αριθμού εργατικής δύναμης στην παραγωγή, απαγόρευσαν τις αμβλώσεις. Με την λογική αυτή η γυναίκα παρείχε την παραγωγική της ικανότητα προς χάριν της οικονομίας του κράτους.

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα οι δραματικές αλλαγές στη μόρφωση και τη θέση της γυναίκας, οδηγούν στην αφύπνισή της και την διεκδίκηση του σεβασμού της προσωπικής της ταυτότητας, της αναγνώρισης της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς της και της κατοχύρωσης των δικαιωμάτων της τόσο στον πολιτικό-πολιτιστικό όσο και στον επαγγελματικό χώρο.

Οι γυναίκες άρχισαν να διεκδικούν τη σεξουαλική ζωή και ικανοποίησή τους, γεγονός όμως που τις φέρνει αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εξαιτίας της ανεπαρκούς ενημέρωσής της πάνω σε θέματα αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η λύση εκλογής κατά κύριο λόγο ήταν η άμβλωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Γενετική – Βιολογία – Εμβρυολογία

Ο Dr. Ernest Haunt σε μία εμπειριστατωμένη, βιολογική, κοινωνιολογική και ηθική μελέτη "το γονιμοποιημένο ωάριο δεν είναι μία απλή κυτταρική μάζα χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Δεν είναι ακόμη σ' αυτό το στάδιο ένα μπουμπούκιασμα φυτικής ζωής, ούτε ακόμη ένα έμβρυο κάποιας ζωικής σειράς. Είναι πλήρως και απολύτως η ζωή η ανθρώπινη ύπαρξη, έστω κι αν βρίσκεται στα πιο πρώιμα στάδιά της".

Τα πειράματα έχουν αποδείξει ότι τη στιγμή που τα 23 χρωμοσώματα του ανδρικού σπερματοζωαρίου ενώνονται με τα 23 χρωμοσώματα του θηλυκού ωαρίου, δημιουργείται ένας ΝΕΟΣ ανθρώπινος οργανισμός αυτοπρογραμματιζόμενος σε αύξηση και διαφορετικούς από γεννήτορές του. Το γονιμοποιημένο ωάριο χρειάζεται μόνο χρόνο και τροφή για τα επόμενα στάδια. Όλοι εμείς υπήρξαμε έως μικροοργανισμός.

Το θέμα είναι η βιωσιμότητα του όντος αυτού εμβρύου εκτός της μήτρας, δηλαδή η ικανότητα του να επιζήσει έξω από το σώμα της μητέρας. Το 1940 η βιωσιμότητα του εμβρύου έξω από τη μήτρα ήταν 30 εβδομάδες (7 περίπου μήνες). Σήμερα κατέβηκε στις 20 (4 ½ μήνες) και σε 20 χρόνια θα κατεβεί στις 10 (2 ½ μήνες) με τεχνικό πλακούντα ίσως λιγότερο.

Ας μην ξεχνάμε το παιδί του "σωλήνα".

Το γονιμοποιημένο ωάριο εγκαθίσταται στο τοίχωμα της μήτρας σε 1 περίπου εβδομάδα από τη σύλληψη.

Σε 3 εβδομάδες τα καρδιογραφήματα "πιάνουν" τους χτύπους της καρδιάς ενώ από τη 16^η ημέρα ανοίγει τα μάτια του.

Σε 6 εβδομάδες, ο εγκεφαλογράφος δείχνει εγκεφαλική λειτουργία. Το μέγεθος του εμβρύου είναι πολύ μικρό, το χέρι του "χωρά" πάνω σ' ένα νόμισμα των 18 σεντς. Τον ίδιο χρόνο (6^η εβδομάδα) αρχίζει το έμβρυο να

κινείται, μολονότι η μητέρα αντιλαμβάνεται την κίνηση στους 4 ½ μήνες και όχι τώρα, δηλαδή στον 1 ½ μήνα. Στις 8 εβδομάδες "αδράχνει" με το χέρι του το αντικείμενο που του τοποθετούμε κοντά. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα, πλήρως σχηματισμένα πέλματα, τέλεια σχηματισμένο σώμα, είναι Δε τόσο μικροσκοπικό, ώστε θα μπορούσε να σταθεί στο νύχι του μικρού δακτύλου του πατέρα του.

Στις 11 εβδομάδες (2 ½ μήνες) θηλάζει τον αντίχειρά του, αναπνέει, καταπίνει το αμνιακό υγρό (ένα υπερηχογράφημα δείχνει καθαρά το έμβρυο να καταπίνει μεγάλες γουλιές αμνιακού υγρού, όταν η ζάχαρη που έφαγε η μητέρα του περάσει σ' αυτό) μέσα στο οποίο κολυμπά, με ταχύτητα ώριμου κολυμβητή. Αισθάνεται τον πόνο και αντιδρά με επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και κινήσεις των μελών του (αποτέλεσμα ενδομήτριας άσκησης κατά τους ειδικούς). Έχει γεύση, αντιδρά στο φως και στο άγγιγμα, στη ζέστη και στο θόρυβο (ομιλίας Τατιάνας Γκορίτσεβα στο ίδρυμα Χόρν την 17/10/1984). Αντιδρά στους ήχους που στέλνει ένα μεγάφωνο μέσω της μητρικής κοιλιακής χώρας.

Ο Άρνολντ Γκέσελ, ο διασημότερος ειδικός στην εξέλιξη του παιδιού λειεί ότι σ' αυτό το στάδιο "η οργάνωση του ψυχοσωματικού του εγώ είναι καλά αναπτυγμένη".

Σ' αυτό το στάδιο τα έμβρυα μπορούν να μάθουν. Διαφέρει μόνο ο τρόπος και η ταχύτητα από έμβρυο σε έμβρυο.

Το 1976 ένας Ιάπωνας απέδειξε την καθησυχαστική επίδραση μιας εγγραφής των χτύπων της καρδιάς στα ανήσυχα νεογέννητα. Ο σχετικός δίσκος είχε τεράστια επιτυχία.

Ο Αμερικανός ψυχίατρος Τόμας Βέρν αναφέρει διευθυντού ορχήστρας, ο οποίος ήξερε κάποια σύνθεση, χωρίς να την έχει διδαχθεί ποτέ του. Το μυστήριο λύθηκε όταν τον πληροφόρησε η Βιολουτσελίσια μητέρα του, ότι ήταν η σύνθεση, πάνω στην οποία δούλευε εκείνη, όταν ήταν έγκυος σ' αυτόν.

Ο μελετητής της ζωής των Τσιγγάνων Πιέρ Ντερλόν αναφέρει πως όταν κλαίει ένα νεογέννητο, οι τσιγγάνοι παίζουν με τα δάχτυλα το ρυθμό της καρδιάς πάνω σ' ένα τύμπανο "πνίγοντας" συγχρόνως τον ήχο κάτω από το καπέλο τους, όπως θα "πνίγονται" απ' το αμνιακό υγρό. Διηγείται ακόμη ένα επεισόδιο στη διάρκεια του διωγμού των τσιγγάνων, επί Λουδοβίκου 15^{ου}. Οι τσιγγάνοι να εγκαταλείψουν τα παιδιά τους σε διάφορα σημεία της Γαλλίας, να σωθούν. Χρόνια αργότερα επέστρεψαν και άρχισαν να τα αναζητούν με την μοναδική μέθοδο που αναγνώριζαν: παίζοντας μία σύνθεση σε βιολί την ίδια σύνθεση που έπαιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μητέρων εγκαταλειμμένων νηπιαγωγείων.

Και οι νεαροί τώρα τσιγγάνοι έτρεχαν πίσω από τους γονείς τους, "ανεξήγητα" γοητευμένοι από τη μουσική, που τους συντροφεύει στην ενδομήτρια ζωή τους.

Η ερευνήτρια Στάνλεϋ Γράνσπαν λειει ότι το έμβρυο εξέρχεται τόσο καλά σχηματισμένα ψυχοσωματικά, ώστε τα 3 πρώτα χρόνια της ζωής του το μωρό οργανώνει τα κοινωνικά του πρότυπα και υπάρχει ψυχοθεραπεία σ' αυτό το στάδιο.

Δε νομίζω ότι είναι εύκολο γιατρός να ισχυριστεί πως το κυοφορούμενο δεν είναι παιδί, όταν και η πιο απλοϊκή γυναικούλα το "ακούει" και καμιά φορά το βλέπει ζωντανό αν έχει την ατυχία να το αποβάλλει.

Ή γιατί νιώθουμε φρίκη και επαναστατεί η συνείδησή μας όταν διαβάζουμε στις εφημερίδες ότι η "νεαρή φοιτήτρια ή ανύπαντρη εργασία έπνιξε το νεογέννητο παιδί της" και δεν επαναστατούμε στο γεγονός ότι χιλιάδες κυρίες καθημερινά πληρώνουν για να τεμαχιστεί ή ακρωτηριαστεί ή να δηλητηριαστεί το άτυχο έμβρυο, μέσα στην προστατευτική γαστέρα.

Ο Αμερικανός άθεος καθηγητής Nathanson μεταβλήθηκε και θέλοντας να εξιλεωθεί κινηματογράφησε, με υπερήχους μια έκτρωση δια απορροφήσεως και πρόβαλε μετά την ταινία στο γιατρό που είχε διενεργήσει την έκτρωση ήταν τόσο φρικτή η διαδικασία (το έμβρυο προσπαθούσε

να "γαντζωθεί" στη μήτρα, η καρδιά επιτάχυνε το ρυθμό της, τα άκρα κινούνται σπασμωδικά, άνοιγε το στόμα σε μια σιωπηλή ικεσία και ήταν μόλις 10 εβδομάδων του διαμελισμού του εμβρύου που ο γιατρός δεν τόλμησε ΠΟΤΕ πάλι να εκτρώσει γυναίκα.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Προγεννητικός έλεγχος

Ο προγεννητικός έλεγχος είναι μια νέα ανακάλυψη της Ιατρικής Επιστήμης και ιδιαίτερα του κλάδου της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, που άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά στη δεκαετία του '70. Όταν λέμε προγεννητικό έλεγχο, εννοούμε τις διάφορες εξετάσεις που κάνουμε στο έμβρυο για να διαπιστώσουμε εάν πάσχει από κάποια ασθένεια ή όχι. Οι πρώτες ασθένειες, για τις οποίες άρχισε να γίνεται προγεννητικός έλεγχος συστηματικά, ήταν το σύνδρομο Down ή μογγολοειδής ιδιοτεία και η μεσογειακή αναιμία. Δυστυχώς, η Ελλάδα είχε το θλιβερό προνόμιο να είναι από τις πρώτες χώρες που άρχισε να εφαρμόζεται ο προγεννητικός έλεγχος για μεσογειακή αναιμία και άλλες παρεμφερείς αναιμίες, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Κατ' αρχάς πρέπει να πούμε σε ποιες γυναίκες εφαρμόζεται αυτός ο έλεγχος. Γίνεται σε εγκύους που φέρουν το στίγμα μεσογειακής αναιμίας, τόσο οι ίδιες, όσο και οι σύζυγοί τους. Σ' ένα ζευγάρι που έχουν και οι δύο το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας, υπάρχει πιθανότητα 25% (1/4) να γεννηθεί παιδί με μεσογειακή αναιμία, 50% να γεννηθεί παιδί που να φέρει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας και 25% να γεννηθεί παιδί που δεν θα φέρει ούτε καν το στίγμα.

Πώς γίνεται αυτή η εξέταση; Στα τέλη της δεκαετίας του '70 ήταν πολύ πρωτόγονη και σχεδόν όλες οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αυτήν την εξέταση απέβαλλαν, και η αποβολή γινόταν είτε το έμβρυο ήταν υγιές είτε ήταν άρρωστο. Η βασική αρχή του προγεννητικού ελέγχου και τότε και σήμερα είναι να πάρουμε εμβρυϊκό αίμα και να του κάνουμε ανάλυση, για να βρούμε εάν το έμβρυο πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή όχι. Από ποιο ανατομικό σημείο του εμβρύου παίρνουμε το αίμα; Στην αρχή της εφαρμο-

γής της μεθόδου παίρναμε αίμα από ένα αιμοφόρο αγγείο του πλακούντα, το ταίρι, όπως το ξέρει ο περισσότερος κόσμος. Ο μαιευτήρας τρυπούσε με μια ειδική μακριά βελόνα διαμέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων και της μήτρας της εγκύου, σχεδόν πάντοτε στα τυφλά. Μερικές φορές μπορούσε να καθοδηγείται από το πρωτόγονο Ultra Sound της δεκαετίας εκείνης, για να φθάσει με τη βελόνα στον πλακούντα και να πετύχει κάποιο αιμοφόρο αγγείο, για να πάρει εμβρυϊκό αίμα. Επειδή αυτή η παρακέντηση, αυτό το τρύπημα, μπορούσε να επαναληφθεί πολλές φορές, αυτός ήταν και ο λόγος που σχεδόν όλες οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αυτή τη μέθοδο απέβαλλαν.

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε η παρακέντηση με την καθοδήγηση εμβρουσκοπίου, οπότε μπορούσαμε να πάρουμε αίμα κατ' ευθείαν από τον ομφάλιο λώρο ή την έκφυση του ομφαλίου λώρου, από τον πλακούντα ή από αγγείο του πλακούντα.

Επειτα, με την τεράστια τεχνολογική ανάπτυξη των υπερήχων, του γνωστού Ultra Sound, μπορούμε να κάνουμε ομφαλοκέντηση, δηλαδή να πάρουμε εμβρυϊκό αίμα από τον ομφάλιο λώρο, κατευθύνοντας τη βελόνα παρακεντήσεως με τη βοήθεια των υπερήχων. Η τελευταία μέθοδος που αναφέραμε είναι μία από τις δύο μεθόδους που χρησιμοποιούνται και σήμερα για τον προγεννητικό έλεγχο της μεσογειακής αναιμίας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σήμερα σε προχωρημένες εγκυμοσύνες, ενώ η άλλη, που θα αναφέρουμε πιο κάτω, σε εγκυμοσύνες που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο.

Ένα ερώτημα που δημιουργείται είναι: σε ποιο στάδιο της εγκυμοσύνης γίνεται αυτή η εξέταση; Συνήθως γίνεται μεταξύ της 17ης - 20ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης και μετά από 8-10 ημέρες έχουμε τα αποτελέσματα. Εάν το έμβryo πάσχει, η λύση που δίνει η «μοντέρνα» Ιατρική είναι η έκτρωση, δηλ. μία έκτρωση στον 5ο - 6ο μήνα της εγκυμοσύνης. Τη λέξη «μοντέρνα» προηγουμένως την θέσαμε εντός εισαγωγικών.

Και τούτο, γιατί οποιαδήποτε Ιατρική ανέχεται την έκτρωση όχι μόνο δεν είναι μοντέρνα, αλλά είναι πανάρχαια, βάρβαρη, απάνθρωπη και οπισθοδρομική. Για να συνειδητοποιήσει ο αναγνώστης καλύτερα τι διαπράττουμε με την έκτρωση, ας σκεφθεί πως, αν αυτά τα παιδιά μετά την έκτρωση δεν τα ρίχναμε στον κουβά ή στα σκουπίδια του χειρουργείου να ξεψυχήσουν, αλλά τα βάζαμε σε μια σύγχρονη θερμοκοιτίδα, θα μπορούσαν άνετα να επιβιώσουν.

Η άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται σήμερα για τον προγεννητικό έλεγχο της μεσογειακής αναιμίας, είναι μια καινούργια μέθοδος, κατά την οποία παίρνουμε πλακουντιακές λάχνες. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να φτάσουμε στον πλακούντα και να πάρουμε λάχνες είτε δια μέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων είτε δια μέσου του κόλπου και εν συνεχεία του τραχηλικού στομίου. Η ηλικία του αγέννητου βρέφους, κατά την οποία εφαρμόζεται αυτή η μέθοδος, είναι 10-12 εβδομάδες. Η μέθοδος αυτή διαφημίστηκε πολύ στους ιατρικούς κύκλους και πολλοί γυναικολόγοι, ιδιαίτερα αυτοί που ασχολούνται με τον προγεννητικό έλεγχο, τη δέχθηκαν με ενθουσιασμό, με το δικαιολογητικό ότι, αντί η έκτρωση να γίνεται στην 26^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, να γίνεται στη 16^η εβδομάδα. Δυστυχώς, οι σκέψεις αυτές μπορούν να χαρακτηριστούν τουλάχιστον επιπόλαιες και ανεύθυνες, διότι είτε στη 16^η είτε στην 26^η είτε ακόμα και στην 6^η εβδομάδα γίνει η έκτρωση, η ίδια πράξη εκτελείται, όπως την αναφέρει και ο Καθηγητής Κ. Λούρος στο γνωστό σύγγραμμά του «Φόνος εκ προμελέτης». Ίσως να υπάρχει κάποια συναισθηματική διαφορά, αλλά η ουσία της πράξεως είναι η ίδια: ΦΟΝΟΣ!

Η τελευταία αυτή μέθοδος που αναφέραμε, ανακαλύφθηκε στην Κίνα από Κινέζους γιατρούς το 1981-82 και τελειοποιήθηκε από Άγγλους. Ο στόχος των Κινέζων γιατρών ήταν να βρίσκουν ποια έμβρυα είναι κορίτσια και ποια αγόρια, για να κάνουν έκτρωση τα κορίτσια. Με αυτή τη μέθοδο μπορούμε να βρούμε, εκτός από τη μεσογειακή αναιμία, εάν το έμβρυο εί-

ναι αγόρι ή κορίτσι ή εάν πάσχει από άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Ενώ πολλοί γιατροί υποδέχθηκαν τη μέθοδο αυτή με μεγάλο ενθουσιασμό, ένα-δύο χρόνια μετά την εφαρμογή της άρχισαν οι πρώτες απογοητεύσεις. Παιδιά, που βρήκαν οι γιατροί ότι είναι υγιή και δεν πάσχουν από μεσογειακή αναιμία και τα άφηναν να γεννηθούν, γεννιόνταν ακρωτηριασμένα, δηλ. μπορεί να μην είχαν πόδι ή χέρι ή και τα δύο μαζί, χωρίς να μπορούν ακόμα οι γιατροί να δώσουν μια εξήγηση, ένα συγκεκριμένο λόγο. Το μόνο σίγουρο που βλέπουμε είναι πως η φύση εκδικείται αμείλικτα τη βίαιη και βάνουση επέμβαση που κάνουμε πάνω της.

Καλό θα ήταν να αναφερθεί πώς γίνεται η έκτρωση σε αυτές τις προχωρημένες εγκυμοσύνες, που το έμβρυο πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή άλλη ασθένεια. Στο πρόσφατο παρελθόν χρησιμοποιούνταν υπέρτονα διαλύματα, τα οποία διοχετεύονταν με βελόνα, με παρακέντηση, στον αμνιακό σάκκο. Τότε το έμβρυο πέθαινε αμέσως, γιατί κατάπινε μαζί με το αμνιακό υγρό και το δηλητηριώδες άλας, το οποίο επιπλέον του προκαλούσε πολλαπλά εγκαύματα στο δέρμα. Μετά από το φρικιαστικό και επώδυνο θάνατο του εμβρύου άρχιζαν ωδίνες στη γυναίκα, η οποία απέβαλλε το έμβρυο σε λίγες ώρες. Αυτή η μέθοδος μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και σε συνδυασμό με κολπικά δισκία προσταγλανδινών, οι οποίες είναι ένα καινούργιο φάρμακο της τελευταίας 10ετίας. Επίσης μπορούσε να γίνει και κανονική απόξεση, όπως γίνεται στις κηύσεις του αρχικού σταδίου. Να γίνει δηλαδή στο χειρουργείο διαστολή του τραχηλικού στομίου και, αφού κομματιαστεί το έμβρυο, να αφαιρεθεί κομμάτι-κομμάτι μέσα από τη μήτρα.

Σήμερα κάνουν έκτρωση για τα έμβρυα με μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down ή διάφορες άλλες ασθένειες με πιο μοντέρνες μεθόδους. Απ' ότι φαίνεται, αυτές οι μοντέρνες μέθοδοι δίνουν και κάποιο «άλλοθι» στους γιατρούς που τις χρησιμοποιούν. Είναι κάτι ανάλογο με αυτό που γίνεται στον πόλεμο. Τα πιο παλιά χρόνια, ο στρατιώτης έβλεπε συνήθως

αυτόν που σκότωνε και μπορούσε να έχει και τύψεις. Σήμερα όμως όχι, γιατί πατάς ένα κουμπί και μπορείς να σκοτώσεις χιλιάδες. Κάτι παρόμοιο γίνεται και στην Ιατρική. Αποφασίζει κάποιος υπουργός Υγείας πως πρέπει να γίνεται σε όλες τις εγκύους προγεννητικός έλεγχος, οπότε χιλιάδες έμβρυα ή καλύτερα αγέννητα παιδιά θανατώνονται. Φυσικά, λέμε και «εύγε» σ' αυτόν τον Υπουργό, γιατί μας παρουσιάζει τον προγεννητικό έλεγχο σαν κοινωνική προσφορά! Μάλιστα ο κάθε υπουργός Υγείας έχει και την ψευδαίσθηση πως δεν είναι ο υπεύθυνος αυτών των χιλιάδων εκτελέσεων αθώων εμβρύων. Ίσως επειδή δεν επισκέφθηκαν καμία φορά τους φούρνους των νοσοκομείων την ώρα που καίνε τα σωματάκια αυτών των αθώων αγέννητων παιδιών. Αλήθεια, τι διαφορά υπάρχει μεταξύ αυτών των φούρνων των νοσοκομείων μας και των χιτλερικών φούρνων των στρατοπέδων συγκεντρώσεως; Αλήθεια, ποιοι υπέφεραν περισσότερο, αυτοί που εξολόθρευε ο Χίτλερ στους θαλάμους αερίων ή τα αγέννητα παιδιά που εξολοθρεύονται με τη χορήγηση δηλητηριώδους άλατος; Η σημερινή Ιατρική απαντά πως περισσότερο υποφέρουν τα αγέννητα παιδιά!

Μετά από την παρένθεση αυτή, σημειώνουμε μερικούς ακόμα σύγχρονους τρόπους εκτελέσεως των αγέννητων παιδιών. Το φάρμακο της προσταγλανδίνης, που κυκλοφορούσε μόνο σε κολπικά δισκία, σήμερα παρασκευάστηκε και για ενδοφλέβια χορήγηση. Σε ένα ορό 2 AMP ρίχνεται λίγο από το φάρμακο αυτό και σε 7-8 ώρες το πολύ η γυναίκα αποβάλλει το έμβρυο. Μία AMP προσταγλανδίνης στοιχίζει περίπου 25 κυπριακές λίρες. Για κάθε φόνο αγέννητου παιδιού με μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down, που γίνεται στα κρατικά νοσοκομεία, ο φορολογούμενος Κύπριος πληρώνει περίπου 1000 λίρες (500.000 δραχ. περίπου). Όσα χρήματα σπαταλά σήμερα η «πολιτισμένη» Ευρώπη και Βόρεια Αμερική για τον προγεννητικό έλεγχο, εάν χρησιμοποιούνταν για τα πεινασμένα παιδιά της Ασίας, Αφρικής και Λατινικής Αμερικής, δεν θα πέθαινε κανένα από πείνα ή παιδικές αρρώστιες. Όσο στοιχίζουν 2 AMP προσταγλανδίνης, το ίδιο

στοιχίζουν και 50 εμβόλια ερυθράς. Τα Υπουργεία Υγείας δεν έχουν κανέναν ενδοιασμό για την προμήθεια εκτροπικών φαρμάκων, γιατί χρησιμοποιούν τα πιο μοντέρνα και ακριβά φάρμακα. Στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα: ακολουθείται η αυτή τακτική και στην προμήθεια των υπολοίπων φαρμάκων; Εάν μια γυναίκα θέλει να κάνει έκτρωση για το άρρωστο αγέννητο παιδί της, εισάγεται χωρίς κανένα πρόβλημα σε κρατικό νοσοκομείο και την επόμενη γίνεται η έκτρωση. Εάν όμως μια άλλη έχει πέτρες στη χολή και χρειάζεται εγχείρηση, μπορεί κάλλιστα να της λεχθεί ότι θα υπάρξει κρεβάτι σε έξι μήνες. Διερωτώμαι γιατί αυτή η μανία με τις εκτρώσεις, γιατί αυτό το μίσος προς την ίδια την ζωή; Το κάθε παιδί που έρχεται στον κόσμο, είτε είναι άρρωστο είτε είναι υγιές, είναι ένας μικρός άγγελος. Εάν έχεις το δικαίωμα να σκοτώσεις έναν άγγελο, τότε έχεις το δικαίωμα να σκοτώσεις και ένα παιδί που πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down.

Ίσως είναι περιττό να αναφερθούν οι πολλές επιπλοκές που οπωσδήποτε έχει κάθε γυναίκα μετά την έκτρωση, ιδιαίτερα σε αυτή την προχωρημένη ηλικία της εγκυμοσύνης. Οι καθαρά ιατρικές επιπλοκές μετά από μια έκτρωση, αν και σπάνιες, μπορεί να φθάσουν τις τριάντα, όπως αιμορραγία, μόλυνση, ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου, διάτρηση μήτρας, επιπλοκές της ναρκώσεως κλπ. Η κυριότερη όμως επιπλοκή, η οποία πάντοτε εμφανίζεται σε όλες τις γυναίκες, χωρίς εξαίρεση, είναι το μετεκτροπικό σύνδρομο, δηλ. όλες οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν ψυχολογικά προβλήματα και τύψεις σε όλη τους τη ζωή!

Σε όλη αυτή τη διαδικασία του προγεννητικού ελέγχου, που γίνεται για τη διάγνωση της μεσογειακής αναιμίας, εκτός από τα άρρωστα μωρά, που θανατώνονται όλα ανεξαιρέτα, θανατώνονται και πάρα πολλά υγιή, λόγω λάθους και παρενεργειών της μεθόδου. Ο ακριβής αριθμός τους είναι άγνωστος, γιατί τα Υπουργεία Υγείας ποτέ δεν έδωσαν επίσημα στοι-

χεία, για ευνόητους λόγους. Πάντως ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος, λόγω του πολύπλοκου της μεθόδου.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Τύποι εκτρώσεων

Άμβλωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 18^η ημέρα από την αρχή του τελευταίου κύκλου. Η άμβλωση λοιπόν δεν είναι μια μέθοδος αντισυλληπτική. Εκείνο που κάνει είναι, ότι βοηθά ώστε μια γέννα που έχει όλα τα συγκεκριμένα στοιχεία, να μη γίνει.

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

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

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

- Η θεραπευτική αποβολή, στα κράτη όπου γίνεται είναι βέβαια και νόμιμη. Αφορά περιπτώσεις όπου η διακοπή της εγκυμοσύνης επιβάλλεται από το γεγονός ότι η υγεία της μητέρας, σωματική ή ψυχική, κινδυνεύει από τη συνέχισή της.

Στα περισσότερα κράτη από το είδος αποβολής επιτρέπεται και ανάμεσα στις αφορμές που την επιβάλλουν είναι συχνά και ο κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου.

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

- Η νόμιμη άμβλωση (περιλαμβάνει βέβαια και τη θεραπευτική), είναι αυτή που ένας νόμος προβλέπει τη δυνατότητα της διακοπής της εγκυ-

μοσύνης για προσδιορισμένους λόγους (σωματικές κακώσεις κλπ). Σε πολλά κράτη ο νόμος είναι τόσο πλατύς που δέχεται να μιλά για αληθινή και πραγματική ελευθεροποίηση της άμβλωσης που αφήνεται στην απόλυτη ελεύθερη επιλογή της γυναίκας.

- Η παράνομη αποβολή (έκτρωση), είναι η ηθελημένη διακοπή της εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που δεν προβλέπονται από τον νόμο ή όταν για κανένα λόγο δεν υπάρχει συγκατάθεση.⁶

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

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

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

4.2 Μέθοδοι εκτρώσεων

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι, που καθορίζονται κυρίως από το στάδιο της εγκυμοσύνης που πρόκειται να διακοπεί.

1. Έκτρωση με αναρρόφηση: Είναι μια διπλή τεχνική αναρρόφησης του εμβρύου από τη μήτρα, δια μέσου ενός στενού σωληναρίου που εισάγεται στη μήτρα από τον τράχηλο και συνδέεται με φιάλες στις οποίες υπάρχει κενό.

Είναι μια γρήγορη τεχνική, που επεξεργάστηκαν αρχικά κινέζοι γιατροί, το 1958. Ενδείκνυται για εκτρώσεις μέχρι τη 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και στις πιο πολλές χώρες έχει αντικαταστήσει την παλιότερη μέθοδο της απόξεσης.

Πριν από την επέμβαση πρέπει να ελεγχθεί η ομάδα του αίματος της γυναίκας. Για την αποφυγή εμετού, δεν πρέπει να τρώει για τρεις ώρες πριν από την επέμβαση. Πρέπει να κάνει μπάνιο πριν από την επέμβαση. Ο γιατρός κάνει μια γυναικολογική εξέταση για να προσδιορίσει το μέγεθος και τη θέση της μήτρας. Συμπεραίνει την ηλικία του εμβρύου.

Τότε ο γιατρός εισάγει ένα διαστολέα στον κόλπο της γυναίκας που κρατάει ανοιχτά τα τοιχώματα του κόλπου και επιτρέπει στο γιατρό να δει τον τράχηλο. Κανονικά μια τοπική αναισθησία φθάνει για την αναρρόφηση. Είναι ακίνδυνη, ενώ η γενική αναισθησία μπορεί να έχει επιπλοκές πολύ πιο επικίνδυνες από την ίδια την έκτρωση.

Έπειτα, διευρύνεται ο τράχηλος για να εξασφαλιστεί το πέρασμα των χειρουργικών οργάνων προς τη μήτρα. Η διεύρυνση επιτυγχάνεται με τη διαδοχική εισαγωγή και εξαγωγή στον τράχηλο διαφόρων βεργών (κηρίων), ή μία λίγο πιο μεγάλη από την άλλη. Σιγά σιγά διευρύνεται ο τράχηλος με την εισαγωγή και εξαγωγή της κάθε βέργας. Η τοπική αναισθησία εμποδίζει τον ισχυρό πόνο, αλλά κατά τη διεύρυνση του τραχήλου, μερικές γυναίκες αισθάνονται πόνους παρόμοιους με τους πόνους της περιόδου.

Όταν έχει διευρυνθεί ο τράχηλος, ο γιατρός εισάγει ένα πλαστικό σωληνάριο στη μήτρα ώσπου να αγγίξει το έμβρυο. Το σωληνάριο συνδέεται με φιάλη στην οποία έχει δημιουργηθεί κενό. Βάζοντας την ελαττωμένη πίεση διαλύεται το έμβρυο και τραβιέται προς τη φιάλη. Εάν το κεφάλι του εμβρύου δεν χωράει στο σωληνάριο, τότε με ένα άλλο όργανο (τον «κρανιοθρύπτη») που εισάγει από τον τράχηλο, το οποίο έχει στην άκρη δύο

κοιλότητες, συμπιέζει και κομματιάζει το κεφάλι και το τραβάει προς τη φιάλη.

Όταν η μήτρα εκκενωθεί, ο γιατρός εισάγει ένα όργανο σαν κουτάλα, το ξέστρο, και ξύνει ελαφρά τα τοιχώματα της μήτρας για να βεβαιωθεί ότι δεν έχουν απομείνει υπολείμματα του εμβρύου.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα πρέπει να αναπαυθεί για 30 περίπου λεπτά, και μετά να σηκωθεί αργά για να αποφευχθεί η λιποθυμία. Μετά την επέμβαση πολλές γυναίκες έχουν πόνους σαν της περιόδου, αλλά συνήθως δεν είναι ισχυροί και μπορούν να ελεγχθούν με ασπιρίνη. Πρέπει να μην κουράζονται για 1-2 μέρες μετά την έκτρωση. Μπορεί να έχει αιμορραγία για μια μέρα, μέχρι και για μια εβδομάδα. Μερικοί γιατροί απαγορεύουν τη χρήση ταμπόν σ' αυτήν τη περίπτωση, από φόβο μη γίνει μόλυνση.⁷

2) Έκτρωση με διεύρυνση και απόξεση.

Η προετοιμασία γίνεται όπως και στη μέθοδο της αναρρόφησης.

Η τεχνική της εφαρμόζεται ως εξής: Αφού εξετάσει ο γιατρός το κυκλοφοριακό και αναπνευστικό κυρίως σύστημα της γυναίκας χορηγείται κατάλληλη αναισθησία από αναισθησιολόγο πάνω στο γυναικολογικό τραπέζι. Απαιτείται γενική νάρκωση για την αποφυγή του πόνου και των κινήσεων της γυναίκας που μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές. Καθαρίζονται τα έξω γεννητικά όργανα και αδειάζει η ουροδόχος κύστη με καθετηριασμό. Ο γιατρός κάνει οπωσδήποτε μια γυναικολογική εξέταση. Τοποθετεί τους δύο διαστολείς για να ανοίξει ο κόλπος και πιάνει την άκρη του τραχήλου που προβάλλει στο βάθος με δύο λαβίδες. Πρέπει να παρίσταται και βοηθός του γιατρού που θα κρατά τις λαβίδες. Μετά γίνεται η διαστολή του τραχηλικού ανοίγματος με ειδικές βέργες (κηρία). Αυτές χρησιμοποιούνται με αυστηρή σειρά κατά την οποία αυξάνεται η διάμετρος τους. Χρησιμοποιείται τόση μεγαλύτερη βέργα όσο πιο προχωρημένη είναι η εγκυμοσύνη. Ακολουθεί η απόξεση με τα ξέστρα. Άλλα από αυτά έχουν ο-

ξεία άκρη και άλλα αμβλεία. Με τα ξέστρα ξύνεται η επιφανειακή στιβάδα της μήτρας αργά και απαλά. Σε περίπτωση προχωρημένης εγκυμοσύνης, τμήματα του εμβρύου αφαιρούνται με τσιμπίδα. Όταν αδειάσει η κοιλότητα της μήτρας η επέμβαση έχει τελειώσει. Ακολουθεί καθαρισμός του τραχηλικού ανοίγματος με ιώδιο.⁷

3) Έκτρωση με διάδημα άλατος

Μετά από την 12^η ή 13^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης δεν μπορεί να γίνει έκτρωση με αναρρόφηση ή με απόξεση χωρίς κίνδυνο. Σ' αυτήν τη περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προκαλέσει την αποβολή με ενδομήτρια έγχυση υπέρτονων αλκοολούχων διαλυμάτων που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας, διαστολή του τραχήλου και έξοδο του εμβρύου. Η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο για 3 περίπου ημέρες, όπου μετά από τοπική αναισθησία γίνεται αμνιοπαρακέντηση δηλ. μια βελόνα προωθείται απ' το δέρμα της κοιλιάς στον αμνιακό σάκο, συνήθως με τη βοήθεια των υπερήχων. Στην αρχή αναρροφείται μια ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο αντικαθίσταται με αλατούχο διάλυμα. Το διάλυμα προκαλεί καταστροφή του πλακούντα με επακόλουθο το θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον, προκαλεί συσπάσεις της μήτρας και αποβολή του εμβρύου μέσα σε 24-36 ώρες.⁸

Οι κίνδυνοι αυτής της έκτρωσης είναι παρόμοιοι με τους κινδύνους της γέννας και η ομοιότητά της με τη γέννα την καθιστά μια δυσάρεστη εμπειρία και για τη γυναίκα και για το γιατρό.⁷

4) Έκτρωση με προσταγλανδίνες.

Είναι χημικές ουσίες που υπάρχουν φυσιολογικά στον οργανισμό. Χρησιμοποιούνται όπως ακριβώς στην προηγούμενη μέθοδο, αντί για το διάλυμα άλατος.

5) Με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

6) Με εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη ή καθετήρα Foley μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα.

7) Με εκτέλεση υστεροτομίας.

8) Με εκτέλεση υστερεκτομίας.^{9,10}

4.3. Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής εγκυμοσύνης

Από τα πάρα πολύ παλιά χρόνια, οι γυναίκες έψαχναν να βρουν τρόπους για να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κατάπιναν όλων των ειδών τα ποτά, τα ροφήματα και τα καθαρτικά όλα χωρίς αποτέλεσμα. Αλλά και φάρμακα όπως η ερυσίβη, το κινίνο, το εκχύλισμα της υπόφυσης και άλλα δεν κατάφεραν να προκαλέσουν άμβλωση τις πρώτες εβδομάδες της κύησης. Άλλοτε προσπαθούσαν να επιτύχουν την αποκόλληση του πλακούντα και την αποβολή, πηδώντας από αρκετό ύψος. Αυτό όμως είχε σαν αποτέλεσμα την ακατάσχετη αιμορραγία και τον θάνατο.

Η επικίνδυνη πρακτική της εισαγωγής διαφόρων αντικειμένων μέσα στον τραχηλικό σωλήνα μπορεί να αποβεί μοιραία τόσο για το έμβρυο, όσο και για τη μητέρα. Οι θάνατοι απ' αυτή τη μέθοδο οφείλονται κυρίως στη διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, καθώς και σε εκτεταμένη ακατάσχετη αιμορραγία, ή σε σοβαρή λοίμωξη με σωματικό σοκ. Η έκχυση υπό πίεση χημικών διαλυμάτων ή υγροποιημένου σαπουνιού μέσα στην κοιλότητα της μήτρας με κοιλικές πλύσεις, μπορεί ακόμα να φέρει ακαριαίο θάνατο, λόγω μαζικού εμβολισμού στον εγκέφαλο.

Όποιοι και αν είναι οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στην άμβλωση, δεν πρέπει ποτέ να την κάνει μόνη της ή λαθραία. Τα αρχεία των νοσοκομείων και των νεκροτομείων είναι γεμάτα από περιστατικά γυναικών που στην απελπισία τους άσκεπτα και τραγικά υπέγραψαν οι ίδιες τη ληξιαρχική πράξη του θανάτου τους. Η ίδια η φύση της κυοφορούσας μήτρας με τα μαλακά τοιχώματα, την απίστευτη συρροή του αίματος και την παρουσία μεγάλων αιμοφόρων αγγείων μέσα στην κοιλότητά της, κάνει αυτές τις παρανοϊκές αμβλώσεις καθαρή αυτοκτονία.⁸

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δύο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) φαρμακευτικές ουσίες και β) μηχανικούς τρόπους ή μαλάξεις της κοιλιάς.

A) Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων (τα κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ο λύρας, ο θάμνος άρκευθος ή σαβίνη, το υπερμαγγανικό κάλι και ο μόλυβδος.

Αρκετές γυναίκες ακόμη και σήμερα προσπαθούν να προκαλέσουν άμβλωση ή τουλάχιστον να επαναφέρουν την περίοδο παίρνοντας διάφορα φάρμακα, μεταξύ των οποίων τα ορμονικά σκευάσματα προγεστερόνης. Με τα σκευάσματα αυτά έρχεται η περίοδος, μόνο όταν η γυναίκα δεν είναι έγκυος.

Σήμερα χρησιμοποιούνται τα παρακάτω φαρμακευτικά μέτρα άμβλωσης:

- * αλοιφές και διαλύματα για πλύση με βάση το σαπούνι. Το σαπούνι πηγαίνει στις φλέβες της μήτρας προκαλώντας έμφραγμα των αιμοφόρων αγγείων, καταπληξία και θάνατο.

- * υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου, μιας καυστικής χημικής ουσίας που καταστρέφει τους ιστούς και τα τοιχώματα του κόλπου ή μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση.

- * χάπια κινίνου. Όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας.

- * αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότατα παραμορφώσεις στο έμβρυο.

- * άχρηστα είναι επίσης το ρετσινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά.

B) Μηχανικοί τρόποι: Οι γυναίκες αποπειρώνται μερικές φορές να διακόψουν την εγκυμοσύνη με υπερβολικά ζεστά μπάνια ή βίαιες

ασκήσεις. Τα μέσα αυτά είναι απλώς επικίνδυνα και δεν προκαλούν αποβολή.

Κάθε είδους μυτερά εργαλεία ή αντικείμενα όπως βελόνες πλεξίματος, ραβδιά, μολύβια κ.λ.π. αν χρησιμοποιηθούν με σκοπό την άμβλωση, μπορεί να ακρωτηριάσουν τη γυναίκα, να της προκαλέσουν ακατάσχετη αιμορραγία και την οδηγούν κατευθείαν στο νοσοκομείο. Η γυναίκα δεν πετυχαίνει σχεδόν ποτέ το σκοπό της, απλώς θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της και στις καλύτερες περιπτώσεις υποφέρει αργότερα από οδυνηρή περίοδο, φλεγμονές της μήτρας, αποβολές και στειρότητα.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Επιπλοκές αμβλώσεων

Παρακάτω αναφέρουμε μερικές από τις επιπλοκές των αμβλώσεων που γίνονται κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών.

1. Πόνος μετά την έκτρωση: Μετά από μια έκτρωση οι γυναίκες αισθάνονται δυσφορία και πόνο, όπως στην περίοδο. Αν συνεχίσει πολύ ισχυρός πόνος, πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό που έκανε την επέμβαση.⁸

2. Μόλυνση: Οι μολύνσεις μετά την άμβλωση είναι πιθανές, εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα, και είναι δυνατό να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομήτρια) είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση, όποιας μορφής και αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο.

Όσον αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφριά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα, είτε στο νοσοκομείο, αν το κακό έχει προχωρήσει βαθιά, σαν σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα.

Στην πρώτη περίπτωση, αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα, αφαιρείται με τη μέθοδο της Διαστολής και Απόξεσης και αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά, ενδοφλέβια πάντοτε.

Στη βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μίγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκενταμισίν. Τέλος επισημαίνεται πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι από τα πράγματα αναπόφευκτη.⁸

3. Τραύμα τραχήλου ή μήτρας: Το πρόβλημα εμφανίζεται με τη μορφή της διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου ή της μήτρας. Μπορεί να

τραυματίσει τα εσωτερικά όργανα (έντερα) ή να προκαλέσει εσωτερική αιμορραγία. Γίνεται κυρίως από της βέργες που χρησιμοποιούνται για διαστολή. Αν το αντιληφθεί αμέσως ο γιατρός, αντιμετωπίζει την περίπτωση συντηρητικά. Τοποθετείται χαμηλά στην κοιλιά πάγος, δίνονται αντιβιοτικά και χρειάζεται παρακολούθηση. Μετά 10 μέρες επαναλαμβάνεται η απόξεση. Αν όμως υπάρχει μεγάλη διάτρηση και αιμορραγία, επιβάλλεται εγχείρηση στην οποία ή ράβεται το τραύμα, ή μπορεί να γίνει αφαίρεση της μήτρας.⁷

4. Ελλιπής έκτρωση: Τρεις ή τέσσερις φορές στις χίλιες (αμερικάνική στατιστική) η έκτρωση δεν ολοκληρώνεται και μικρά τμήματα του εμβρύου παραμένουν στη μήτρα. Αυτό προκαλεί αιμορραγία και πόνο. Τότε πρέπει να επανέλθει η αναρρόφηση.⁷

5. Συνέχιση εγκυμοσύνης: Μια τέτοια επιπλοκή μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε άμβλωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας που βεβαιώνεται με γυναικολογική εξέταση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται α) σε κύηση διδύμων β) σε εξωμήτρια κύηση γ) σε ανώμαλη μήτρα ιδιαιτέρως.

Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από τη μήτρα.⁹

6. Μεγάλη αιμορραγία: Σε μερικές περιπτώσεις παρουσιάζεται πολύ μεγάλη αιμορραγία της μήτρας. Καμιά φορά χρειάζεται και μετάγγιση αίματος.⁷

Άλλοτε, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας και μαλάξεις αυτής.

7. Ενδομήτριος θρόμβος: Η εμφάνιση ενδομήτριου θρόμβου αίματος είναι πολύ συχνή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ο θρόμβος παρουσιάζεται αμέσως ή μετά από 5 ημέρες και εκδηλώνεται με δυνατούς

πόνους κράμπας. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση της πυέλου και το καλύτερο φάρμακο είναι η μέθοδος της αναρρόφησης.⁹

8. Ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου: Από τη βίαιη διαστολή του ανοίγματος του τραχήλου ή από πολλές κι άτεχνες εκτρώσεις, το άνοιγμα του τραχήλου μπορεί να μείνει μεγαλύτερο του φυσιολογικού και σε περίπτωση επιθυμητής εγκυμοσύνης να μην κλείνει όπως θα έπρεπε, με συνέπεια το έμβρυο να πέφτει γύρω στον τέταρτο μήνα.

9. Θηλές και συμφύσεις: Αν το ξέστρο προχωρήσει πιο βαθιά από την επιφανειακή στιβάδα του ενδομητρίου, τότε σ' αυτό το σημείο θα γίνει ουλή κι αν αυτό συμβεί και στο απέναντι σημείο αυτά θα κολλήσουν και η κοιλότητα της μήτρας θα μικρύνει, οπότε το γονιμοποιημένο ωάριο δεν θα βρίσκει έδαφος να εγκατασταθεί και θα πέφτει. Μπορεί ακόμη αυτές οι συμφύσεις να φράξουν την είσοδο των σαλπίνγων. Αν γίνουν αυτά και προκληθεί στειρώση, πρέπει να γίνει νέα απόξεση ή να κοπούν οι συμφύσεις με ψαλίδι. Μετά τοποθετείται στη μήτρα μικρός πλαστικός σωλήνας (συνήθως σχήματος T) επί 30 μέρες που εμποδίζει τις δύο επιφάνειες να έρθουν σε επαφή και να ξανακολλήσουν.⁷

10. Θάνατος: Ο κίνδυνος είναι μικρός. Εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.

Η συνολική μητρική θνησιμότητα από τις τεχνητές εκτρώσεις υπολογίζεται σε 3,1/100.000. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η θνησιμότητα για κάθε εβδομάδα κύησης.

Πίνακας 1: Παρουσιάζεται η θνησιμότητα για κάθε εβδομάδα κύησης.

Εβδομάδα κύησης	Θάνατοι (100.000 περιπτώσεις)
8	0,7
9-10	1,9
11-12	4,1
13-15	7,5
16-20	19,6
20-24	22,9

Οι σοβαρότερες άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές παρουσιάζονται με συχνότητα που δείχνεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Παρουσιάζεται η συχνότητα των σοβαρότερων άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών ανά εβδομάδα κύησης.

Εβδομάδα κύησης	Επιπλοκές %
≤ 6	0,4
7-8	0,2
9-10	0,1
11-12	0,3
12-14	0,6
15-16	1,3
17-20	1,9

Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση από το αναισθητικό.¹²

5.1.1. Επιπλοκές αμβλώσεων του 2^{ου} τριμήνου της εγκυμοσύνης.

1. Έντονη φλεγμονή (ενδομητρίτιδα, σηψαιμία).
2. Μεγάλη αιμορραγία.
3. Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.
4. Παραμονή στοιχείων κύησης μέσα στη μήτρα (ατελής εκκένωση).
5. Ρήξη μήτρας, εντέρου ή ουροδόχου κύστεως.
6. Αποτυχία διεκπεραίωσης της έκτρωσης.
7. Νέκρωση του μυομητρίου, λόγω έγχυσης μέσα σ' αυτό του υπερτόνου αλατούχου διαλύματος.

Αναφέρεται ότι:

- I. Η έκτρωση είναι τρεις φορές πιο επικίνδυνη από τον τοκετό.
- II. Στις τρεις ανήλικες γυναίκες, που κάνουν έκτρωση, η μία υφίσταται επιπλοκές που μπορούν να την κάνουν στείρα.
- III. Ανάμεσα στις μητέρες που έχουν κάνει έκτρωση.
 - α) το 1/3 υποφέρει από αποβολές.
 - β) το 40% παρουσιάζει πρόωρους τοκετούς.
 - γ) άλλο ένα 40% γεννά παιδιά με προβλήματα υγείας.
- IV. Περισσότερες από τα 3/4 των μητέρων που έχουν κάνει έκτρωση παρουσιάζουν μετά σοβαρά ψυχολογικά και άλλα προβλήματα: μελαγχολία, κατάθλιψη, τύψεις, ενοχές, αγωνίες, εφιαλτικά όνειρα, επιθετικές τάσεις κλπ που φτάνουν μέχρι τη διάλυση της συζυγικής ενότητας, το διαζύγιο, κι επηρεάζουν όπως είναι φυσικό, και τ' άλλα παιδιά τους.¹³

Εξίσου τραγικές με τις σωματικές επιπλοκές είναι και οι επιπλοκές επάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας μετά από μια άμβλωση. Ο αείμνηστος ψυχίατρος Κων. Κριαράς έγραφε σχετικά: «Η άμβλωση δεν είναι μια απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείρηση αμυγδαλών ή σκωληκοειδίτιδος. Είναι σοβαρότατο γεγονός, που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς

της, να αναστατώσει τα άδυστα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φθάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας... Το πιο σταθερό ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σ' όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρύτερες έως τις πλέον βαρύτερες».¹⁴

α) Άμεσες

- ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου
- ενδομήτριες συμφύσεις
- φλεγμονή του ενδομητρίου
- φλεγμονή των σαλπίνγων
- ακατάσχετη αιμορραγία
- διάτρηση της μήτρας

β) Έμμεσες

- αποβολές
- πρόωροι τοκετοί
- διαταραχές εμμήνου ρήσεως
- επιπτώσεις σε επόμενη κύηση (δυστοκία, ρήξη θυλακίων κ.λ.π.)
- στειρώση

Οι επιπλοκές αυτές δεν μπορούν να αποφευχθούν τελείως ακόμη και σε οργανωμένο με σύγχρονα μέσα μαιευτήριο.

Εξίσου τραγικές με τις σωματικές επιπλοκές είναι και οι επιπλοκές επάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας μετά από μια άμβλωση. Ο αείμνηστος ψυχίατρος Κων. Κριαράς έγραψε σχετικά: «Η άμβλωση δεν είναι μία απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείρηση αμυγδαλών ή σκοληκοειδήτιδος.

Είναι σοβαρότατο γεγονός που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίζει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώνει τα άδυτα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φτάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας. Το πιο σταθερό ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σε όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ' αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρύτερες έως τις πλέον βαρύτερες».

Αν και το βάρος των επιπτώσεων πέφτει στη γυναίκα και οι άνδρες τις περισσότερες φορές δεν είναι άμοιροι των επιπτώσεων. Ο Κ. Κριαράς αναφέρει από την προσωπική του πείρα: «Δεν μπορώ να μην αναφέρω την εμπειρία συναδέρφου μου συμφοιτητού μου γιατρού μετά την άμβλωση φίλης του που είχε καταστήσει έγκυο. Επί μήνες έβλεπε εφιαλτικά όνειρα ότι βρισκόταν στο νεκροταφείο ανάμεσα σε ορισμένους σφαγιασμένους και διαμελισμένους που ήταν αδύνατο να περάσει από «παιδική χαρά» που έβλεπε τα παιδάκια να παίζουν».¹⁵

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν θα μπορούσαμε να αναφέρουμε συνοπτικά τις επιπλοκές ως εξής:

Α. Επιπλοκές κατά την εφαρμογή της μεθόδου πρόκλησης της τεχνητής έκτρωσης

1. Ανακοπή κατά την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας
2. Αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο
3. Αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο
4. Τοξικές αντιδράσεις από το γεν. και τοπ. αναισθητικό φάρμακο
5. Φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο
6. Βρογχόσπασμος, κατά τη γενική αναισθησία

7. Διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας
8. Διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος αναρρόφησης
9. Κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα
10. Ρήξεις του τραχήλου της μήτρας
11. Μεγάλη αιμορραγία
12. Υπερνατριαιμία και μόλυνση *
13. Ενδοκρανιακές θρομβώσεις *
14. Διάσπαρτη ενδαγγειακή πήξη
15. Χοριοαμνιονίτις
16. Καταπληξία (shock)
17. Διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές

B. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Κατακράτηση στην ενδομητριακή κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του κυήματος
2. Αιμορραγία
3. Φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων
4. Ενδοτραχηλίτιδα
5. Έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις
6. Περιτονίτιδα
7. Σηψαιμία
8. Καταπληξία (shock)

Γ. Απώτερες επιπλοκές

1. Δευτεροπαθείς αμηνόρροια
2. Δευτεροπαθείς στείρωση
3. Αυτόματες εκτρώσεις και πρόιμη τοκετοί
4. Εξωμήτρια κύηση

5. Προδρομικός πλακούντας
6. Πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου
7. Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
8. Ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS
9. Ενδομητρικές συμφύσεις
10. Ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου¹⁶

** Αναφέρονται στην τεχνική της ενδοαμνιακής έγχυσης*

5.2. Συνέπειες των αμβλώσεων για τη γυναίκα

α) **Άμεσες:** Θάνατος, υπολογίζονται 10 θάνατοι σε 1000 αμβλώσεις. Οι θάνατοι εκ των αμβλώσεων είναι δεκαπλάσιοι των θανάτων από τους τοκετούς. Άλλοτε οι θάνατοι ήταν «φυσικό φαινόμενο» που περιορίστηκε εδώ και στο εξωτερικό από το γεγονός ότι οι αμβλώσεις, γίνονται από επαγγελματίες γιατρούς που γνωρίζουν τη δουλειά τους, τα δε αντιβιοτικά εξουδετερώνουν τους κινδύνους μόλυνσεως. Αν και κατά τον κ. Κασκαρέλη, τα αντιβιοτικά με την κατάχρηση που γίνεται έχουν φθάσει να είναι κατά κάποιο τρόπο ανεπαρκή.

Κατά την έκτρωση μπορεί να προκληθούν απλές σοβαρές ή σοβαρότατες επιπλοκές όπως ακατάσχετη αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, που αν δε γίνει αμέσως αντιληπτή από το γιατρό, μπορεί να επιφέρει απόσπαση τμήματος εσωτερικής έλικας με αποτέλεσμα την ολική εξαίρεση της μήτρας και παρά φύση έδρα. Επίσης θρομβοεμβολικά επεισόδια, μόλυνση.

Ο κ. Κασκαρέλης λέει για απόσπαση εντέρου, που προκαλεί ψυχοταραχή στη γυναίκα και εμποδίζει τη φυσική γονιμοποίηση, ενώ ο μαιευτήρας Π. Βαλμός έχει συναντήσει διάτρηση εντέρου από κακή επέμβαση σαν ο ενεργών στην έκτρωση δεν 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 γιατί όπως αναφέραμε η έκτρωση είναι μια επέμβαση όπου ο γιατρός δε βλέπει απολύτως τίποτε, έχει απλώς την αίσθηση του άκρου του κοφτερού ξέστρου στην κοιλότητα της μήτρας (αν μάλιστα είναι άπειρος ή έχει άγνοια).

β) Έμμεσες: Αποβολές, πρόωροι τοκετοί, διαταραχές της περιόδου, επιπτώσεις σε επόμενη κύηση (δυστοκία, ρίγη θυλακίων κ.λ.π.), στείρωση. Κατά τον κ. Λήρο το 1/3 των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση παραμένουν στείρες, χωρίς τη δυνατότητα θεραπείας.

Επίσης νευρικές διαταραχές, ανεπάρκεια του τραχήλου, εξωμήτριες κυήσεις (πενταπλασιάζονται οι κίνδυνοι). Καθ' έξη αποβολές, χρόνιες φλεγμονές της μήτρας και σαλπίνγων, προδρομικός πλακούντας κ.λ.π.).¹⁶

Ο γυναικολόγος μαιευτήρας κ. Ιωάν. Τράγκας γράφει για τις συνέπειες της εκτρώσεως: 1) Τραύματα στον κόλπο και τη μήτρα, 2) Διάτρηση της μήτρας, 3) Αιμορραγία – θάνατος, 4) Θανατηφόρες μόλυνσεις, γάγγραινα. Ο κ. Τράγκας ως ιατρός περιγράφει πολύ ζοφερά τι περνάει η γυναίκα όταν έχει μόλυνση, για να καταλήξει ότι δεν είναι σπάνια συνέπεια «Ο καρκίνος της μήτρας, ο οποίος άμα είναι καλοήθης προκαλεί αφαίρεση γεννητικών οργάνων της γυναίκας, αν δε είναι κακοήθης γίνεται μετάσταση».¹⁷

Πάνω από 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να κάνουν παιδιά γιατί υπάρχει στο ιστορικό τους μια έκτρωση, λει ο γυναικολόγος Βας. Κατήφαρης τους κινδύνους της αποξέσεως (μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις απαγορεύονται για λόγους ανατομικούς).¹⁸

Για να γίνουν αντιληπτές οι συνέπειες μιας εκτρώσεως θα παραθέσω την περιγραφή μιας επεμβάσεως: «η αδερφή» με την προσφώνηση «για τονωτική ένεση» δίνει την προανάρκωση. Ο γορίλας, αρσενικός ή θηλυκός, αναλόγως το βάρος της υποψήφιας τη μεταφέρει στο χειρουργείο.

Αφού της αφαιρεθούν όλα τα ρούχα τοποθετείται στο ειδικό κρεβάτι το «μπουμ» όπου της περνούν τα πόδια στους «αναβολείς». Αν γίνεται ο «εξωγεννητικός ευπρεπισμός» την αλείφουν με διάφορα φάρμακα για αποφυγή μόλυνσεως, που μπορεί σπάνια βέβαια να προκαλέσει θάνατο από το χημικό έγκαυμα (πρώτη περίπτωση θανάτου).

Αφού δοθεί ολική νάρκωση (σ' αυτές που πληρώνουν φυσικά) αρχίζει η προεργασία με ειδικό μηχάνημα τη «βλάβη κολποδιαστολής» διανοίγει τον κόλπο και οδηγεί προς το εσωτερικό, όπως ο υποδηματοποιός στα στενά παπούτσια. Το άνοιγμα είναι ανάλογο του παιδιού που θα τεμαχιστεί και των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν.

«Όταν το άνοιγμα του κόλπου θα φτάσει στο σημείο σωλήνας αποχετεύσεως (λούκι) τότε ο εκτρωιολόγος με μια ειδική λαβίδα (τανάλια), «μίζε» λέγεται στην ιατρική, πιάνει τη μήτρα και την τραβάει προς τα έξω. Καμιά φορά με το τράβηγμα ξεκολλάει ολόκληρη η μήτρα από το στήριγμά της και η γυναίκα πεθαίνει (δεύτερη περίπτωση θανάτου).¹⁹

Ψυχικές

Είναι ανυπολόγιστες οι συνέπειες στην ψυχική υγεία της γυναίκας αλλά και του άνδρα. Ο κ. Κριαράς αναφέρει πολλά παραδείγματα: (νεαρός φοιτητής, που είχε ωθήσει σε έκτρωση μια συμφοιτήτριά του πάθαινε κρίση όταν έβλεπε παιδότοπους).

Κατάθλιψη, ενοχές, διαταραχή ψυχικής υγείας, σύμπλεγμα παιδοκτονίας, εφιαλτικά όνειρα. Ο κ. Κασκαρέλης λειει ότι με μελέτες στην κλινική, έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχοσωματικές διαταραχές που δημιουργούνται από την τεχνητή έκτρωση, θεραπεύονται πάρα πολύ δύσκολα σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες. Έτσι λένε οι ψυχίατροι. Γι' αυτό πίσω από μια ψυχοθεραπεία οι γιατροί αναζητούν το γυναικολόγο και μια έκτρωση. Ο λαός που γνωρίζει τις συνέπειες αυτές, λειει «κάλιο δέκα γέννες παρά μία αποβολή» και εννοεί φυσικά την ακούσια, σκεφτείτε τι γνώμη έχει για την εκούσια.

Κάθε έκτρωση συνοδεύεται από έντονη ανησυχία και άγχος για τη γυναίκα και διακατέχεται από συναισθήματα απογοητεύσεως. Η απογοήτευση προέρχεται από την κατάληξη της ερωτικής σχέσεως, και από την αντιμετώπιση που έχει από τον ερωτικό της σύντροφο για την καταστροφή του εμβρύου. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις γυναικών που χρησιμοποιούν την άμβλωση για την επιβεβαίωση της ταυτότητάς τους ως γυναίκες ή για να επιδείξουν την ικανότητά τους να κάνουν παιδιά ή ακόμα για να τραβήξουν και φροντίδα του συντρόφου τους.²⁰

Πριν κλείσουμε το κεφάλαιο αυτό το λόγο σε δυο γυναίκες που έχουν οδυνηρή εμπειρία της άμβλωσης. Λεει η φοιτήτρια Ελένη Κ. 20 ετών στη δημοσιογράφο Νταουντάκη «Με έβαλαν σε εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το ταίμπημα της βελόνας και έτσι καθώς ένιωθα να χάνομαι στο κενό, σκέφτηκα πως τίποτα δε με νοιάζει πια. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σ' ένα διαφορετικά δωμάτιο. Προσπάθησα να σηκωθώ. Ζαλιζόμουν και πονούσα. Η νοσοκόμα θέλησε να με ησυχάσει. Την έπεισα πως είμαι καλά, ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη. Το άλλο πρωί πήγα στο πανεπιστήμιο. Επτά μήνες αργότερα θυμάμαι εκείνο το χαμένο μωρό. Μεγαλώνει δίπλα μου σαν σκιά χωρίς κανείς να το βλέπει εκτός από μένα».

Και άλλο παράδειγμα πρόσφατο. Γράφουν οι δημοσιογράφοι Μηλοπούλου και Σούρα, μεταξύ άλλων και μια δραματική περίπτωση: «Είμαι 17 ετών και έχω κάνει κιόλας τρεις εκτρώσεις. Την πρώτη μάλιστα πριν δυο χρόνια, δυο μήνες αφ' ότου έκανα έρωτα. Δεν ήξερα. Απλώς με το αγόρι μου προχωρήσαμε στις σχέσεις μας πριν προχωρήσουμε στη γνώση. Κι αυτό ήταν το λάθος. Τώρα δεν ξέρω αν θ' αποκτήσω παιδί. Και αυτός είναι ο λόγος που αρνήθηκα την πρόταση γάμου που μου έκανε προ μηνός το παιδί που αγαπούσα. Δεν ήθελα να το κάνουν δυστυχισμένο τα λάθη του δικού μου παρελθόντος».

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η παρέμβαση των φυσικών και ηθικών νόμων που γίνεται με την έκτρωση, δεν μένει ατιμώρητη (όπως διδάσκει η πείρα) αφού οι φυσικοί και ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. Εκτός όμως από την τιμωρία-συνέπειες της γυναίκας που αναφέρθηκαν υπάρχουν και επιπτώσεις για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.²¹

5.3. Συνέπειες αμβλώσεων για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο

Με την άμβλωση επέρχεται η διαταραχή της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης σαν άμεση ηθική τιμωρία. Της πράξεως αυτής γιατί η γυναίκα είναι ψυχικά τραυματισμένη (ίσως και οι δύο) και γιατί το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός νέου μέλους δεν μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Συγκεκριμένες ψυχολογικές έρευνες απέδειξαν ότι ένα παιδί ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη δεν είναι πια ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας, για διακοπή της κύησης εξαιτίας του ανεπιθύμητου δεν είναι ασφαλής.

Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατό να πάρει μια ευτελής αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει φοβερές ψυχολογικές συγκρούσεις στη μητέρα, λει ο κ. Καββαδίας. Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι.

Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεκνογονίας ως "κακία παρά φύση». Η μέση ηθική τιμωρία της «κακίας» αυτής είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την «κακία» αυτή την παρακολουθεί εσωτερική πάλη, έλεγχος της συνειδήσεως, αφού το ένστικτο της γεννήσεως είναι και ηθικό ένστικτο βαθιά ριζωμένο στην ψυχή. Έτσι η ψυχολογική κατάθλιψη καταστρέφει την οικογενειακή γαλήνη και δημιουργεί στη γυναίκα σοβαρές νευρικές διαταραχές όπως διαπιστώθηκε το 1929 στο συνέδριο ψυχιάτρων στη Ολλανδία.

Η διαταραχή της οικογενειακής γαλήνης γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί όταν το θελήσουν ή αν ένας από τους δύο στραφεί

στον εξωσυζυγικό δεσμό ή αν ένα από τα παιδιά τους πεθάνει, οπότε μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτά που θα μπορούσαν να ζουν.

Γενικά η έκτρωση είναι αντικοινωνική πράξη γιατί στρέφεται κατά του κοινωνικού κυττάρου, της οικογένειας.^{22,23}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Νομοθετική διάταξη στην Ελλάδα

Οι αμβλώσεις στην Ελλάδα νομιμοποιήθηκαν το 1986 με την ψήφιση του νόμου 1609. Στα χρόνια που προηγήθηκαν οι αμβλώσεις ήταν παράνομες – και ως εκ τούτου τιμωρητέες – ωστόσο στην πορεία του χρόνου οι νόμοι που τιμωρούσαν την άμβλωση σαν έγκλημα, έπαψαν να εφαρμόζονται και όλο και λιγότερες περιπτώσεις έρχονται στα δικαστήρια.

Το 1959 είχαμε το μέγιστο αριθμό καταδίκων. Καταδικάστηκαν για άμβλωση 27 άτομα. Το 1967 είχαμε 21 καταδίκες. Το 1974 είχαμε 8 καταδίκες ενώ ο ίδιος αριθμός ισχύει και για το έτος 1975 και το 1976 φτάσαμε στις 2 μόλις καταδίκες.²⁴

Αυτό ήταν απόρροια «εκμετάλλευσης» κάποιων εξαιρέσεων που προέβλεπε ο Ποινικός Κώδικας. Συγκεκριμένα ο Π.Κ. του 1950 επιτρέπει την άμβλωση σε περίπτωση «ιατρικής ενδείξεως», (όταν διαπιστωθεί μόνιμη ή προσωρινή ανωμαλία στην ανάπτυξη του εμβρύου, ή στην υγεία της γυναίκας), και «ηθικής ενδείξεως» (όταν η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού, αποπλάνηση ανήλικου).²⁵

Στις αρχές της δεκαετίας του 80 και πριν την νομιμοποίηση των αμβλώσεων, αυτές σύμφωνα με επίσημες στατιστικές υπολογίζονταν γύρω στις 100.000 το χρόνο. Σήμερα, 12 χρόνια μετά την νομιμοποίηση ο αριθμός ανέρχεται στις 300.000 με 400.000 το χρόνο!

Η νομική κατοχύρωση αυτών των πράξεων βρίσκεται στην παράγραφο 4 του Άρθ. 304 περί τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης του Ποινικού Κώδικα. Συγκεκριμένα στην παράγραφο αυτή αναφέρεται: «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

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

Στο ίδιο άρθρο και στις 3 πρώτες παραγράφους του προβλέπεται ποινική δίωξη για τις εξής περιπτώσεις:

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

2. α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών κι αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

β) 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 θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.

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

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το άρθρο 305 του Π.Κ. περί διαφήμισης μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.²⁶

6.2. Νομοθετική διάταξη σε ξένες χώρες

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

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

β) Της χαλαρώσεως των ηθών, αποτέλεσμα των δύο παγκόσμιων πολέμων στο μικρό διάστημα μισού αιώνα και της «βιομηχανικής επανάστασης», που οδήγησε στην αλλαγή της δομής της οικογένειας και της κοινωνίας.

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

δ) Της έντεχνης υποκινήσεως του φεμινιστικού κινήματος σε ακρότητες, από εξτρεμιστικά στοιχεία ή ύποπτα κέντρα λήψεως αποφάσεων, που στοχεύουν στην ανατροπή της αστικής κοινωνίας και πολεμούν τη σημερινή δομή της οικογένειας, χτυπώντας έμμεσα τη θρησκεία και την έννοια της πατρίδας. Ή όπως γράφει ο κ. Θ. Παλακωνσταντίνου: «από 15ετίας εισέβαλλαν στο φεμινιστικό κίνημα ξένου φορείς και «παράγοντες» ποικίλης προελεύσεως και κατευθύνσεως, το διεύρυναν και προσέθεσαν «τσόντες», το βάφτισαν «κίνημα απελευθέρωσης της γυναίκας» και του προσέδωσαν το περιεχόμενο το οποίο ταπεινώνει αντί να ανυψώνει το ήμισυ του ανθρωπίνου γένους. Τώρα πλέον διανύουμε την περίοδο του «νεοφεμινισμού», ο οποίος στην Ελλάδα τείνει να υποδυθεί παρανοϊκή μορφή». Και αναφέρει ως παράγοντες την κομματική ιδιοτέλεια, την εμπορική ιδιοτέλεια, την ατομική ιδιοτέλεια γυναικών που απέτυχαν αλλά κατατρύχονται

από το σύμπλεγμα «διακρίσεως» κυρίως δεν έγιναν μητέρες αλλά και ανδρών που διαισθάνονται ότι στο τέλος αυτοί θα είναι οι κερδισμένοι...

ε) Την έλλειψη κοινωνικής πολιτικής των κρατών, τα οποία εφαρμόζουν την έκτρωση ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων δηλαδή ως αντισυλληπτικό μέτρο.¹¹

Ξένες νομοθεσίες

Αγγλία: Σύμφωνα με την ABORTION ACT του 1967 οι αμβλώσεις επιτρέπονται μόνο όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι όπως σωματικός και ψυχικός κίνδυνος για την γυναίκα, σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, κίνδυνος για την ψυχική υγεία άλλων παιδιών της οικογένειας. Η ενέργεια της αμβλώσης γίνεται κατόπιν γνωμοδοτήσεως δύο γιατρών.

Βέλγιο: Η προσπάθεια τροποποίησης του ισχύοντος νόμου απέτυχε το 1968 και έτσι οι αμβλώσεις απαγορεύονται και επισείουν ποινή φυλάκισης από 2 έως 5 έτη για την γυναίκα και τον γιατρό.

Βουλγαρία: Με νόμο του 1974 επιτρέπονται οι αμβλώσεις σε περίπτωση που η γυναίκα είναι ανύπαντρη και άτεκνη, είναι χήρα, είναι πάνω από 40 και χωρισμένη ή με ένα παιδί. Στο αν θα πρέπει να γίνει αμβλώση αποφαινεται ειδική επιτροπή.

Γαλλία: Η Σιμόν Βέλ το 1973 νομιμοποίησε τις αμβλώσεις αλλά η αντίδραση του ιατρικού κόσμου ήταν τέτοια που την ανάγκασε να συμπεριλάβει διάταξη κατά την οποία έδινε το ελεύθερο εκλογής στους γιατρούς για συμμετοχή ή όχι στις αμβλώσεις για λόγους συνειδήσεως.

Για θεραπευτικούς σκοπούς δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός ενώ σε άλλη περίπτωση η διακοπή γίνεται μέχρι την 10^η εβδομάδα κύησης.

Το κράτος από την 1/2/83 ανέλαβε την κάλυψη του 80% των εξόδων.

Γερμανία: Το ισχύον Π.Δ. για τις αμβλώσεις (ψηφίστηκε το 1974) θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επιγραμματικά σαν «Μοντέλο Ενδείξεων»

που έχει χρονικά κλιμακωμένες ρυθμίσεις και είναι εξοπλισμένο με ιδιαίτερους διαδικαστικούς κανόνες. Πριν από οποιαδήποτε απόφαση επιχειρείται συμβουλευτική αγωγή από ειδικούς. (Συμβουλευτικά καθήκοντα άρθρου 218b Γερμ. Π.Κ.)²⁴

Η άμβλωση επιτρέπεται άνευ όρων πριν την εμφώλευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ενώ μετά από αυτήν και ως την 12^η εβδομάδα επιτρέπεται σε περίπτωση που απειλείται η υγεία της μητέρας ή του εμβρύου ή αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού.

Η.Π.Α.: Δεν υπάρχει σύμπνοια των πολιτικών όσον αφορά τους Π.Κ. περί αμβλώσεων. Στις περισσότερες πολιτείες ωστόσο οι αμβλώσεις είναι νόμιμες και επιτρέπεται να γίνονται ως την 12^η εβδομάδα για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς. Το θέμα των αμβλώσεων εξακολουθεί να διχάζει το λαό και να οδηγεί σε ακραίες πράξεις όπως βομβιστικές ενέργειες κατά των εκτρωτικών κλινικών με ελάχιστα ευτυχώς ανθρώπινα θύματα. Στις 16-1-1997 στην Ατλάντα και στις 20-1-1997 στην Οκλαχόμα των ΗΠΑ σημειώθηκαν εκρήξεις βομβών σε κτίρια που στεγάζουν κλινικές για αμβλώσεις με 6 τραυματίες στην πρώτη πολιτεία και κανένα στη δεύτερη. Η ενέργειες αυτές πιθανώς να αποτελούν έκφραση διαμαρτυρίας για την 24^η επέτειο νομιμοποίησης των αμβλώσεων στις Η.Π.Α.²⁷

Ιταλία: Με δημοψήφισμα που πραγματοποιήθηκε το 1980 ο ιταλικός λαός επέλεξε την διατήρηση του νόμου 194/78 σύμφωνα με τον οποίο επιτρέπονται οι αμβλώσεις όταν τις συνιστά ο γιατρός για λόγους ψυχικής και σωματικής υγείας της εγκύου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας στο θέμα των αμβλώσεων

Από όσα διδάσκει η Αγία Γραφή για τη δημιουργία του ανθρώπου, από όσα οι Άγιοι Πατέρες της Εκκλησίας αποσαφηνίζουν και Οικουμενικές Σύνοδοι αποφάσισαν, καθώς και από όσα οι Ιεροί Κανόνες της Εκκλησίας αποκαλύπτουν το συμπέρασμα είναι σαφέστατο σχετικά με την Ορθόδοξη Ανθρωπολογία και Ορθόδοξη Χριστολογία: ο άνθρωπος είναι ενιαία ψυχοσωματική ολότητα από την πρώτη στιγμή της σύλληψης του «Άμα σύλληψις, άμα και άνθρωπος τέλειος εκ ψυχής και σώματος». Ας μην ξεχνάμε πως η εκκλησία μας γιορτάζει στις 23-9 την σύλληψη του Προδρομού από την Ελισσάβητ, στις 9-12 την σύλληψη της Θεοτόκου απ' την Αγία Άννη και τη σύλληψη του Θεανθρώπου με τον Ευαγγελισμό της Θεοτόκου στις 25-3.

Ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης (4^{ος} αιώνας μ.Χ.) γράφει: «Του ανθρώπου, πού είναι ψυχοσωματική οντότητα, μία και κοινή είναι η χρονική αρχή της υπάρξεως. Ούτε το σώμα προηγείται χρονικά από την ψυχή, ούτε η ψυχή προηγείται χρονικά από το σώμα. Καί των δύο (ψυχής και σώματος) η χρονική αρχή συνίσταται τη στιγμή της σύλληψης».

Σχετικά με τους Ιερούς Κανόνες της Εκκλησίας (σε σχέση με την έναρξη της ανθρώπινης ζωής και της έκτρωσης) βρίσκουμε ότι:

Ο 2^{ος} Κανόνας του Μ. Βασιλείου λέει: «Η έγκυος γυναίκα, που σκόπιμα και συνειδητά κατέστρεψε το κυοφορούμενο έμβρυο, κρίνεται και κανονίζεται για επιτέλεση φόνου. Κι αυτό ισχύει για οποιοδήποτε στάδιο ανάπτυξης κι αν ήταν το κυοφορούμενο έμβρυο». Ο Μ. Βασίλειος είχε σπουδάσει Ιατρική στην Αθήνα και υποστήριζε ότι: «ημείς εξεικονυσμένον και μή εξεικονυσμένον έμβρυον δέν γνωρίζομεν». Διαπιστώνουμε πως το δίλημμα για το πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο υπήρχε και τότε και ο ιερός Πατέρας είχε πάρει σαφή θέση. Είτε το έμβρυο έχει πάρει μορφή

και χαρακτηριστικά ανθρώπου είτε όχι, είναι ζωντανός άνθρωπος και κάθε απόπειρα κατά της ζωής του φόνος.

Άλλος Ιερός Κανόνας (91^{ος} της ΣΤ΄ Οικουμενικής Συνόδου του Τρούλου στην Κωνσταντινούπολη) υιοθετώντας τις απόψεις του Μ. Βασιλείου εξομοιώνει την παροχή και λήψη εκτρωτικών μέσων με το φόνος και καθορίζει πια οριστικά την στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο επίμαχο θέμα. «Και όσες γυναίκες χορηγούν εκτρωτικά φάρμακα, και αυτές είναι και κρίνονται σαν φονεύτριες, όπως, επίσης είναι φονεύτριες και όσες δέχονται τα εμβρυοκτόνα αυτά δηλητήρια».

Ας σημειωθεί ότι στο Κανονικό Δίκαιο της Ανατολικής Ορθόδοξης Εκκλησίας δεν υπάρχει διάταξη που να αφορά σε περίπτωση ιατρικά επιβαλλόμενης έκτρωσης, όπως π.χ. συμβαίνει στον ελληνικό Π.Κ. (άρθρο 304 παρ. 4) ή και στον ελληνικό νόμο 1609/86 περί «τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης». ²⁸

Εναντίον αυτού του νόμου η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας με την περίφημη εγκύκλιό της τον Μάρτιο του 1986 με ατράνταχτα επιχειρήματα καταδικάζει κάθε απόπειρα κατά της ζωής του εμβρύου. ²⁹

Για την Ορθόδοξη Εκκλησία η έκτρωση ή άμβλωση ή διακοπή της κύησης δεν είναι απλώς κάποια ηθικά επιτρεπτή πράξη. Είναι ένας – χωρίς περιστροφές και αμαρτωλές ωραιολογίες – φόνος. Ένας εκ προ μελέτης φόνος. Και μάλιστα είναι φόνος πιο ένοχος και πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνος, γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο ον τη ζωή, πριν τη γευθεί, και κυρίως πριν αξιωθεί του άγιου Βαπτίσματος. ³⁰

Ορθότατα η εκκλησία διαμαρτύρεται κατά της νομιμοποίησης των αμβλώσεων. Φρουρός του υπέρτατου Ηθικού νόμου, δεν είναι δυνατός να παραμείνει απαθής όταν βλέπει να νομιμοποιούνται τα εγκλήματα. Οι πάντες έχουν γνώμη για οποιοδήποτε εθνικό ή κοινωνικό ζήτημα, επομένως και η εκκλησία οφείλει να μη σιωπά στα πελώρια ηθικά, κοινωνικά και εθνικά θέματα. Βέβαια θα ήταν αδιανόητο η εκκλησία να αξιώσει από την

πολιτεία και να τιμωρεί του μη εκκλησιαζόμενους, του μη εξομολογούμενους, του μη νηστεύοντες ή τους σχετικούς ή τους απίστους.

Αναφέρουμε μια μαρτυρία:

«Μια γυναίκα έμεινε έγκυος στον Αμφιλόχειο δηλαδή πριν από 33 χρόνια και είχε αρχίσει η μόδα των εκτρώσεων να μεταδίδεται και στα χωριά. Επειδή είχε άλλα τρία παιδιά, σκέφθηκε με το σύζυγό της να μην το κρατήσουν αυτό. Πήγαν στην πόλη και επισκέφθηκαν γνωστό τους γιατρό γυναικολόγο. Του είπαν τι ήθελαν, εκείνος τους άκουσε και μετά τους είπε: «Βρε Κώστα αφού θέλεις να έχεις τρία παιδιά και τα τέσσερα σου φαίνονται πολλά γιατί δεν κάνεις κάτι άλλο. Ας σκοτώσεις καλύτερα ένα από τα τρία που έχεις, κατά προτίμηση το μικρότερο και να αφήσουμε αυτό να γεννηθεί, έτσι και τρία παιδιά θα έχεις πάλι και η γυναίκα σου δε διατρέχει κανένα κίνδυνο». Όταν άκουσε αυτό ο σύζυγος ανατρίχιασε, νόμισε ότι έπεσε κεραυνός στο κεφάλι του. Τότε κατάλαβε τι πήγαινε να κάνει. «Καλά γιατρέ μου, έχεις δίκιο, του είπε. Σ' ευχαριστώ το παιδί θα το κρατήσουμε». «Και θα το βαπτίσω εγώ» είπε ο γιατρός. Δώσανε τα χέρια και όταν γεννήθηκε ο Αμφιλόχιος και όταν το βάπτισε ο γιατρός του έδωσε το όνομα του πατέρα του που έτυχε να τον λένε Αμφιλόχιο. Έπειτα από αυτό πού να ξανασκεφθούν για έκτρωση. Έτσι ήλθαν στον κόσμο άλλα δύο παιδιά μετά τον Αμφιλόχιο. Και φυσικά δε μετανιώσανε ποτέ. Όλα του τα παιδιά βγήκαν πολύ καλά και όλα αποκατασταθήκανε με τον καλύτερο τρόπο. Όταν μεγαλώσανε και πήραν το δρόμο του Θεού βοήθησαν του γονείς τους να γίνουν καλοί χριστιανοί...».³¹

7.2. Η θέση άλλων θρησκειών

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία είναι ενάντια στη διακοπή της εγκυμοσύνης και θεωρεί αυτή πράξη ανήθικη και καταδικαστέα. Παρόλα αυτά η άμβλωση επιτρέπεται αν πρόκειται να σωθεί η ζωή της μητέρας.

Οι Προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη, ενώ μερικά δόγματά τους αναφέρουν πως «Η θεραπευτική έκτρωση είναι επιτρεπτή όταν ζητείται». Ωστόσο κάποιοι Προτεστάντες ασπάζονται τη θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας για το ζήτημα αυτό.

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

7.3. Η άποψη φεμινιστικών οργανώσεων

Το φεμινιστικό κίνημα ασχολείται με όλα τα προβλήματα, τις αδικίες και τα διλήμματα που υπάρχουν στη ζωή των γυναικών. Θα ήταν λοιπόν αδύνατο, να μην έχει υιοθετήσει μια συγκεκριμένη στάση και πολιτική στο ζήτημα των αμβλώσεων.

Χρόνια τώρα ο φεμινισμός πολεμούσε ενάντια στους νόμους που καταδίκαζαν την αμβλωση ως πράξη εγκληματική και τιμωρούσαν τις γυναίκες που αμβλώνονταν και τους γιατρούς που συνεργούσαν. Διαποτισμένος με το πνεύμα της ισοτιμίας αλλά και της άκρατης ελευθερίας των γυναικών, διαλαλούσε με συγκεντρώσεις, με πορείες, με ομιλίες και διαλέξεις το αίτημα για «ελεύθερες εκτρώσεις».

Το αίτημα αυτό πήγαζε και από την ανάγκη προστασίας της γυναίκας, επειδή οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονταν (πριν την νομιμοποίηση) κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας (Ένωση Γυναικών Ελλάδος).

Εξάλλου η θεωρία των γυναικείων σωματίων έλεγε πως «Πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις γιατί αυτό συμβαίνει σ' όλες τις πολιτισμένες χώρες». Πίστευαν πως η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικο-

κοινωνική χειραφέτηση, πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας, τη «μητρική δουλεία» από την οποία ο άντρας είναι απαλλαγμένος.

Γενικότερα ο φεμινισμός στόχευε να βάζει «τέρμα στις στενοκεφαλιές των αρτηριοσκληρωτικών». Συνθήματα των απανταχού φεμινιστριών ήταν κι άλλα όπως «Το σώμα μας το ορίζουμε μόνο εμείς και θα το κάνουμε ό,τι θέλουμε». «Δεν έχει κανένας το δικαίωμα να επεμβαίνει στα καθαρώς προσωπικά μας θέματα».

Η δύναμη των συνθημάτων αυτών ήταν τόσο μεγάλη και η οργάνωση τόσο καλή που δεν θα ήταν υπερβολή αν λέγαμε πως συνέβαλαν καταλυτικά στην αποποινικοποίηση των εκτρώσεων το έτος 1986 στην χώρα μας.³²

7.4. Απόψεις ανθρώπων του πνεύματος κατά των αμβλώσεων

Ο διαπρεπής Γάλλος καθηγητής της κυτταρογενετικής στο Πανεπιστήμιο των Παρισίων Ιερώνυμος Λεζέν γράφει: «Όπως όλοι οι επιστήμονες που παρατηρούν αμερόληπτα τα βιολογικά φαινόμενα, είμαι κι εγώ πεπεισμένος, ότι το ον άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει από την στιγμή της γονιμοποίησης. Αυτό σημαίνει ότι η εσκεμμένη εξαφάνιση ενός εμβρύου οποιασδήποτε ηλικίας ισοδυναμεί με φόνο ενός ανθρώπινου όντος».

Ο ίδιος καθηγητής, ο Λεζέν, σε ανακοίνωσή του στην Ακαδημία Ηθικών και Πολιτικών Επιστημών της Γαλλίας την 1 Οκτωβρίου 1973 δήλωσε: «Η αρχή του ανθρώπινου όντος ανάγεται στη στιγμή της σύλληψης (γονιμοποίησης)... Αυτό το ανθρώπινο ον είναι από τότε τέλειο και μοναδικό. Είναι ένα, γιατί είναι πάντοτε απόλυτα το ίδιο σε όλα του τα σημεία, και μοναδικό, γιατί δεν μπορεί σε τίποτε να αντικατασταθεί σε κάτι άλλο!... Αυτό το μικροσκοπικό έμβρυο την 6^η ή 7^η ημέρα της ζωής του, που έχει μόλις ενάμισι χιλιοστό ύψος, είναι ικανό κιόλα να προνοεί για την τύχη του.

Αυτό, ναι αυτό επιφέρει την διακοπή του έμμηνου κύκλου της μητέρας του, επιβάλλοντας έτσι στη μητέρα του να το προστατεύει». ³³

Ο Dr. Ernest Haunt λέει: «Το γονιμοποιημένο ωάριο δεν είναι μια απλή κυτταρική μάζα, χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά... Είναι πλήρως κι απολύτως η ζωή μιας ανθρώπινης υπάρξεως. Και έχει τόση ζωή, όσο το νεογέννητο, το νήπιο, το παιδί, ο έφηβος και ο ώριμος. Συνεπώς στην έκτρωση σκοτώνεται η ανθρώπινη ζωή, η ανθρώπινη ύπαρξη, έστω, κι αν βρίσκεται στα πιο πρώιμα στάδιά της». ³⁰

Ο καθηγητής Αβραμίδης επισημαίνει: «Το έμβρυο δεν είναι μέρος του σώματος της κυοφορούσης. Και συνεπώς δεν μπορεί μόνη να αποφασίζει για την τύχη του εμβρύου της, όπως θα αποφάσιζε για την αφαίρεση ενός οργάνου του σώματός της, π.χ. της σκωληκοειδούς αποφύσεως ή των αμυγδαλών της». ³⁰

Ο ιατρός-γυναικολόγος Δρ. Δημ. Παπαευαγγέλου γράφει «Τώρα, πέρα από φιλοσοφικές ή θεωρητικές θέσεις, είναι βέβαιο ότι ο άνθρωπος ως αξία υπάρχει «εξ άκρας συλλήψεως» και ότι η ζωή δεν αρχίζει μετά την πλήρη οργανογένεση «8^η-12^η εβδομάδα (όπως πίστευαν παλαιότερα). Το έμβρυο δεν είναι εξάρτημα ή μέλος του σώματος της γυναίκας με δικαίωμα θανάτωσης ή ζωής». ³⁰

Ο ακαδημαϊκός Ν. Λούρος θεωρεί τις αμβλώσεις «φόνος εκ προμελέτης, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας αξιόποινης πράξεως». Αποτελούν «τον υπ. αριθμ. 1 κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου – για διάτρωση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση.

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

Ο Διον. Αραβαντινός αναφέρει: «Η βελτίωση, η τεχνική που κάνει πιο εύκολη την αμβλώση είναι εξαιρετικά ύπουλη, γιατί οδηγεί πιο εύκολα τις

γυναίκες σ' αυτή τη λύση. Και αυτό είναι εκείνο που πρέπει να τονισθεί στο γυναικείο πληθυσμό».

Ο καθηγητής Θεολογίας κος Μάρκος Σιώτης λέει: «Η Εκκλησία, αντιμετωπίζουσα το θέμα, από αγάπη προς τον άνθρωπο – και όσα δίδαξε ο Χριστός με την ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου της ανθρώπινης ύπαρξης – δεν αναγνωρίζει σε κανέναν το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη συνεργασία των γονέων, αλλά και του Δημιουργού της ζωής, του Θεού».

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Πατρός Παϊσίου που καλεί του ιατρούς «να γνωστοποιούν στις γυναίκες ότι η επιστήμη έχει αποφανθεί πως το 95% απ' τις γυναίκες που έχουν στο παθητικό τους μια έκτρωση προσβάλλονται από καρκίνο στη μήτρα στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες, στο μαστό κτλ, γιατί ο οργανισμός, όταν η γυναίκα συλλάβει, είναι έτσι ρυθμισμένος ώστε να διεγείρεται όλος σε μια ετοιμασία για να αναπτυχθεί το βρέφος. Για παράδειγμα οι μαστοί προετοιμάζονται να παράγουν το μητρικό γάλα, οι ορμόνες αλλάζουν κτλ. Όταν λοιπόν μια γυναίκα κάνει έκτρωση, σταματά εντελώς απότομα όλες αυτές τις διεργασίες του οργανισμού και επέρχονται οι φυσιολογικές αρνητικές επιπτώσεις, όπως του καρκίνου. Να εξηγούν λοιπόν, οι ιατροί, λεπτομερώς το τι συμβαίνει και τις επιπτώσεις».³⁴

7.5. Ηθική άποψη

Η κοινωνία έχει συνήθως ηθικά προβλήματα στο να αποδεχτεί την άμβλωση στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Γενικά πιστεύεται ότι το έμβρυο αξίζει να προστατεύεται περισσότερο όταν η εγκυμοσύνη γίνεται εμφανής από τη στιγμή που η βιωσιμότητα του εμβρύου προσεγγίζεται. Ηθικά διλήμματα λοιπόν περιβάλλουν την καθυστερημένη άμβλωση και έχουν δύσκολες συνέπειες για τις γυναίκες και για όσους εμπλέκονται σ' αυτήν. Η

ηθική καταδίκη δημιουργεί στις γυναίκες και θέτει ένα βαρύ φορτίο σε εκείνους που παίρνουν ή όχι την απόφαση να εκτελέσουν την άμβλωση.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Η σημερινή πραγματικότητα στα νοσηλευτικά διλήμματα των αμβλώσεων

Το δίλημμα των αμβλώσεων

Κάποτε σε μια εποχή του χρόνου και της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη προσγείωσε το διαστημόπλοιό του σε έναν άγνωστο πλανήτη. Ξεκινώντας από την εξερεύνηση του πλανήτη συνάντησε κάτι περίεργα όντα. Τότε αναρωτήθηκε: «Άραγε τα όντα αυτά είναι άνθρωποι και πρέπει να τους σεβαστώ σαν ανθρώπους ή δεν είναι οπότε θα μπορώ να τα χρησιμοποιήσω σαν είδος τροφής;». Ξαφνικά όμως ο δυστυχής ταξιδιώτης ανακάλυψε ότι μόνος και εγκατελειμένος στο διάστημα προσπαθούσε να βρει την απάντηση σε ένα ερώτημα που στη γη ακόμα το συζητούσαν...

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλημμα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήμματος των αμβλώσεων που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος «συγκλονίζει» απηχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούργιο δίλημμα. Ένα δίλημμα που πρόσφατα δημιουργήθηκε τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο.

Μέχρι του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση. Όταν ξαφνικά ήρθε ο Ν. 1609/86 και με μια ρητή διαπίστωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι την 12^η εβδομάδα, ορίζοντας ταυτόχρονα τη 12^η εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφό του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δε

θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδησιακούς. Τίποτε όμως απ' αυτά δεν έγινε και έτσι ο νόμος αφήνοντάς μας ακάλυπτους και θέτοντας τις αμβλώσεις στην προστασία του Κράτους με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα μαιευτήρια σαν επεμβάσεις ρουτίνας και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία μετέβαλε το θέμα των αμβλώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σ' ένα δίλημμα που όχι απλά ζητάει μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην άμβλωση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι της απώλεια της θέσης του.

Το επείγον και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε υπεύθυνη απάντηση, αλλά και κάθε υπεύθυνη απάντηση απ' ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατό διεξοδική συζήτηση σε όλες τις πτυχές του θέματος.

Προκειμένου για το θέμα των αμβλώσεων, η προβληματική στρέφεται γύρω από τρία ερωτήματα-σημεία:

α) Πότε εμπυχώνεται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει τα στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα, με σημαντικότερο δικαίωμα του σεβασμού της ζωής; Από της εμφανίσεως της Ιατρικής έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση «ου μη δώσει πεσσόν φθόρων τη γυναίκα» όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαίνεται ότι ήδη από τη σύλληψή του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται. Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη Ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις.

Ο Γάλλος γιατρός RENE BIOT στο βιβλίο του «SANTE HUMAINE» – «Η υγεία μας» γράφει: «Πράγματι μόλις υπάρξει ζωή υπάρχει έμψυχος βίος». Αυτό αναγνώρισε πρόσφατα και το Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο του 1985 το οποίο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η έναρξη της ζωής του

ανθρώπου είναι η στιγμή της γονιμοποίησης». Όπως τόνισε και ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου στο Β΄ Ιατρικό Συνέδριο του Μονακό, 2000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες διακήρυξαν: «Πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη».

Τις γνώμες τους έρχεται να επιβεβαιώσει και η σύγχρονη επιστήμη της Εμβρυολογίας και Γενετικής. Η Επίκουρος καθηγήτρια της Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Γκέλη Δούκα Ελένη, τονίζει: «όταν διαιρούμε τη ζωή του ανθρώπου σε στάδια, δεν εννοούμε διαφορετικά γεγονότα το ένα ανεξάρτητο από το άλλο, αλλά φάσεις εν εξελίξει ενός και του αυτού φαινομένου επομένως η διακοπή της ζωής του ανθρώπου, σε όποια ηλικία έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή ανθρώπινης ύπαρξης.

Εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές, πειράματα Ευρωπαίων και Ιαπώνων επιστημόνων ήρθαν να αποδείξουν πόσο σαθρό είναι το όριο της 12^{ης} εβδομάδας, που έθεσε ο νόμος. Είναι πραγματικά αστείο να υποστηρίζεται ότι μέχρι την 12^η εβδομάδα το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος και την 12^η εβδομάδα και ημέρα είναι. Μετά δηλαδή τη 12^η εβδομάδα η άμβλωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ ένα δευτερόλεπτο πριν είναι πράξη που επιτρέπεται.

β) Αν όμως στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι εύκολη επειδή υπάρχουν άφθονες επιστημονικές μαρτυρίες το δεύτερο σημείο απαιτεί μεγαλύτερη περισκεψη. Οποσδήποτε το ανθρώπινο έμβρυο είναι άνθρωπος ήδη από τη σύλληψή του και η ζωή του έχει αξία. Είναι όμως η αξία της ζωής του εμβρύου απόλυτη αξία. Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγισταθμιστούν δύο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Η αξία μητέρα ή η αξία παιδί; Σε περίπτωση που θα γεννηθεί με σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ. μεσογειακή αναιμία, AIDS) αξίζει να ζει; Έχει αξία η ζωή του παιδιού όταν το παιδί γεννηθεί αυτιστικό; Έχουμε δικαίωμα να επιφορτίσουμε τη μητέρα να δεχτεί ένα παιδί άρρωστο, ένα παιδί που θα αποτελεί μόνιμο πρόβλημα γι' αυτή όλα τα χρόνια της ζωής του;

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται.

Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωισμός και μεγάλα ποσά αγάπης. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαιτήσουμε, μπορούμε όμως να τα εμπνεύσουμε. Σοβαρότερη προσπάθεια από μέρους της κοινωνίας, πιο πρόθυμη μέριμνα του κράτους που συνιστάται στην προαγωγή της υγείας και των συνθηκών νοσηλείας, δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών υγειονομικών κέντρων, οικονομικές επιχορηγήσεις στις οικογένειες με προβληματικά παιδιά και υπεύθυνος προγεννητικός έλεγχος από πλευράς των γονέων οπωσδήποτε θα αποφορτίσουν την απάντηση. Παρά τους προβληματισμούς που είναι λογικοί και πολλές φορές δικαιολογημένοι, σταθερό κριτήριο της τοποθέτησής μας στο θέμα άμβλωση πρέπει να παραμένει η αξία παιδί. Καμιά περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Έχουμε χρέος όποιες και αν είναι οι επιφυλάξεις να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα να προστατευτεί η ζωή της μητέρας, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την άμβλωση.

γ) Τελικά το ερώτημα παραμένει: έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατ'εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Δε θα σταθούμε βέβαια στο επιπόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα: «το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να το διαθέσουμε όπως θέλουμε», γιατί και λογικής στερείται και καταρρίφθηκε, όταν το παιδί του σωλήνα αποδείχτηκε ότι το παιδί δεν αποτελεί τμήμα του σώματος της μητέρας αλλά αυτόνομο οργανισμό. Οπωσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Μπορούμε όμως να εμπιστευτούμε σ' αυτή μόνο την απάντηση; Έχουμε το δικαίωμα να παραθεωρήσουμε τη γνώμη του πατέρα, κι αν η απόφαση για

την άμβλωση είναι απαίτηση το πατέρα μπορούμε ν' αφήσουμε σ' εκείνον το δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Εστω όμως ότι οι δύο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο έθνος; Οι 300.000 άμβλώσεις που διενεργούνται κάθε χρόνο στα ελληνικά μαιευτήρια στοιχίζουν στο έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή καθώς οι παραγωγικές δυνάμεις μειώνονται σταθερά, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων και τελικά σε κίνδυνο εθνικό, καθώς στη γειτονική Τουρκία ο πληθυσμός αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα.

8.2. Το ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή στο θέμα των άμβλώσεων

Η άμβλωση είναι μία επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτή την ενέργεια. Το έμβρυο είναι μία ζωή που αναπτύσσεται σιγά-σιγά μέσα στην μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι' αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του να ζήσει. Επειδή όμως η φύση αλλά και ο Δημιουργός, του στερεί αυτή τη δυνατότητα σε αυτή την εμβρυϊκή φάση της ζωής του την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη ή όχι πληροφόρηση αλλά και ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα «αποφασίσουν» για την συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Ένα από τα πρόσωπα αυτά ανεξάρτητα από την θέλησή του είναι ο Νοσηλευτής -τρια. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την διατήρηση στην ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει, απαιτούν υψηλές προ-

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

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση τη δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί: «Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της νοσηλευτικής από ένα νοσηλεύτη -τρια που διαθέτει μόνο «εγκέφαλο» και όχι «καρδιά» και φωτισμένη ηθική συνείδηση μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φτάνει μόνο η σοφία».

Πραγματικά η διανοητική ευφυΐα πολλές φορές αποδεικνύεται κατώτερη από την ευφυΐα της καρδιάς που γι' αυτή ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός Blaise Pascal παρατηρεί επιγραμματικά: «Η καρδιά έχει τους λόγους της τους οποίους αγνοεί το λογικό. Γνωρίζουμε την αλήθεια όχι μόνο με τη λογική αλλά και με την καρδιά».

Και στο θέμα των αμβλώσεων είναι άξιο προσοχής να αναρωτηθούμε άραγε ποιοι νόμοι «ηθικά» ποιοι κανόνες δεοντολογικοί και ποια επιστημονικά πρόσωπα και κανόνες μας υποχρεώνουν εμάς τους νοσηλευτές να γίνουμε συνεργοί σε ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα, που μπόρεσε να κάνει άνθρωπος σε άνθρωπο. Κάτω από ποιες ηθικές και δεοντολογικές διεργασίες γινόμαστε τελικά μέτοχοι τις πιο πολλές φορές σε ένα έγκλημα που δεν έχει αρχή ούτε τέλος, παρασυρμένοι τις πιο πολλές φορές από τον κυκεώνα μιας λογικής αρρωστημένης από τα κούφια λόγια επι-

στημόνων που τελικά αποδείχθηκε ότι διαθέτουν μόνο «εγκέφαλο» και τίποτα άλλο.

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

Μέσα από όλα αυτά τα διλήμματα υπάρχει η ομάδα του νοσηλευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει η παραβίαση του νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης, θεωρεί την άμβλωση ηθικό και πνευματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο. Για την ομάδα αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυακή κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί όπως οι άλλες φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο του Θεού προς τους ανθρώπους. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων την συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

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

τηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των αμβλώσεων αλλά και στην πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

Μια άλλη ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού είναι εκείνη η οποία δεν αρνείται τη συμμετοχή της στη διαδικασία της άμβλωσης. Αυτό όμως δεν την εμποδίζει να σκέφτεται, να κρίνει και να ενεργεί σύμφωνα πάντα με τη δική της κρίση και έχοντας λογικά επιχειρήματα.

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δε σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβryo αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί ο νοσηλευτής -τρια να αρνηθεί την βοήθεια όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, από τη στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται. Άρνηση της εκτέλεσης εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου, απέναντι, στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν σε άμβλωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους κομπογιαννίτες του «επαγγέλματος» που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

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

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

Ακόμη και στην περίπτωση, που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σ' αυτήν φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη μας και την ψυχολογική υποστήριξή μας. Καθήκον μας είναι να προετοιμάσουμε ψυχολογικά την γυναίκα για την δοκιμασία που την περιμένει και να την περιβάλλουμε με την ζεστασιά και την αγάπη μας.

Αλλά το νοσηλευτικό δίλημμα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από τον αυστηρό και λιτό χώρο του χειρουργείου, ενός νοσηλευτικού ιδρύματος. Πέρα από τα όρια των ψυχικών και ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκεινται προκειμένου να γίνει συνεργός στην πράξη της άμβλωσης.

Έρχεται τώρα η πολιτεία να αντιπαραθέσει την δική της γνώμη στο θέμα των αμβλώσεων – που στην προκειμένη περίπτωση εκφράζεται με τη νομιμοποίησή τους – με το ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή -τριας που του επιβάλλουν οι δικές του ηθικές αρχές. Το να αρνηθείς τα καθήκοντά σου συνεπάγεται αναμφίβολα κυρώσεις για την περαιτέρω πορεία της εργασίας σου. Όταν δουλεύεις και έχεις περιορισμένη ή μηδενική συμμετοχή στις αποφάσεις που πρέπει να εκτελέσεις, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν οι αποφάσεις αυτές αποτελούν νόμους του κράτους δεν έχεις δικαίωμα να αρνηθείς.

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

ται για «φόνου» είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του -της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να αντεπεξέλθει ο νοσηλευτής -τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του -της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού αυτού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή -τριας. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη Θεία Χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνειδήσεως. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.³⁶

8.3. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του τόσο σαν υπάλληλος όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος. Στην προσπάθειά του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

Από αυτά συνεπάγεται ότι:

1. Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό είναι συνεργοί στο έγκλημα.
2. Καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή: «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου».
3. Παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου στο κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει «ν' αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες». Δυστυχώς όμως η διάταξη αυτή απαλείφθηκε

στην αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει η γενική διατύπωση ότι «η νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου».

Νοσηλευτική σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη και όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα αυτό του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου, αγάπη δεν υπάρχει. Ένα γνωστό σλόγκαν νοσηλευτικό λέει: «NO NURSES, NO FUTURE», δηλαδή, χωρίς νοσηλευτές η κοινωνία δεν έχει μέλλον. Το σλόγκαν θα πρέπει να διατυπωθεί: «χωρίς νοσηλευτές ανθρώπους, η κοινωνία δεν έχει μέλλον».

Είναι προτιμότερο ο νοσηλευτής να χάσει και τη θέση του ακόμα, παρά να υπηρετήσει την καταστροφή της ζωής. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι της εργασίας του γι' αυτό και η άρνηση προσφοράς υπηρεσίας μπορεί να έχει επιπτώσεις, είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα και θεϊκά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.

Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δε συνίσταται μόνο στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα (γιατί δεν σημαίνει μόνο «πράττω το κακό», αλλά και «δεν κάνω το καλό όταν μπορώ»).

Η βοήθεια που θα προσφέρει ο νοσηλευτής στην μητέρα μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβryo αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβryo, και με τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Οικογενειακός προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίστηκαν οι προσπάθειες των ειδικών, που αναζητούν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η θλιβερή διαπίστωση που έγινε στη χώρα μας είναι ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός όχι μόνο σαν θεσμός, αλλά και σαν όρος είναι ολότελα άγνωστος. Είναι πράγματι απορίας άξιο γιατί μέχρι τώρα απουσίασε διακριτικά η πολιτεία από ένα τόσο νευραλγικό και ταυτόχρονα κοινωφελή τομέα. Η πρωτοβουλία μέχρι τώρα ανήκε σε ορισμένους ανθρώπους που ανησυχώντας μπροστά σ' αυτήν την κατάσταση συνέλαβαν την ιδέα να ιδρύσουν Εταιρίες ή άλλες Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού, για να αντιμετωπίσουν σε πρώτη φάση τα προβλήματα του είδους. Φυσικά, το αποτέλεσμα από τις παραπάνω πρωτοβουλίες δεν ήταν ικανοποιητικό.⁹

Στις μέρες μας ο όρος οικογενειακός προγραμματισμός έχει ταυτιστεί με τον έλεγχο των γεννήσεων. Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική. Ο Οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει στη βελτίωση των προϋποθέσεων δημιουργίας της μελλοντικής οικογένειας ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων στοχεύει στο να αυξήσει ή να μειώσει τον πληθυσμό μιας χώρας ανάλογα βεβαίως με τις πληθυσμιακές ανάγκες που έχει η χώρα.

Βασικοί στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι οι εξείς:

«Ειδικότερα σε ότι αφορά τη μητέρα έθετε τους πιο κάτω στόχους:

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

2. Να 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 το αδυνάτισμά της, αλλά και 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 ν' αποκτήσουν παιδιά.

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

Για το παιδί εξάλλου 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 ν' απαλλάξει τα παιδιά των πολυτέκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.

4. Λαβαίνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο θεσμό αυτό του οικογενειακού προγραμματισμού είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, μέσα από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, με την συμμετοχή του σε ειδικά σεμινάρια, σε συνέδρια, αλλά και με την ενημέρωση σε μικρές κοινωνικές ομάδες προσφέρει την ορθή γνώση γύρω από τα θέματα

του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι επικρατεί λανθασμένη εντύπωση στον κόσμο πάνω στα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και αυτό του δίνει την ικανότητα να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση και ν' αλλάξει τη στάση του κοινωνικού συνόλου. Η παραδοχή της δυσμενούς πραγματικότητας είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι πολλά πράγματα στην Ελλάδα θεωρούνται αποκλειστικά ευθύνη των γυναικών ενώ στους άνδρες δεν καταλογίζεται καμία ευθύνη, γνωρίζει ότι πίσω από ένα πνεύμα ψευτοσυντηρητισμού αγνοούνται σοβαρά θέματα όπως είναι η αντισύλληψη και κυρίως γνωρίζει ότι δεν δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα στους νέους και στα θέματα που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα και ενημέρωσή τους. Όλα αυτά είναι καθήκον του να τα αλλάξει. Η συναίσθηση της ευθύνης του και στηριζόμενος στις γνώσεις, στην εμπειρία αλλά και στη συνεργασία του με τους υπόλοιπους φορείς της υγείας, σεβόμενος τα ήθη και τις συνήθειες, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε κοινωνικής ομάδας ο νοσηλευτής είναι σε θέση ν' αλλάξει την υπάρχουσα κατάσταση.^{8,9}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. Αμβλώσεις – υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και ο ρόλος του νοσηλευτή

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας, έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση.

Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες που ανήκουν στο λεγόμενο «Τρίτο Κόσμο».

Η Ελλάδα, παρόλο που ανήκει ακόμη στα αναπτυσσόμενα κράτη, λόγω της οικονομικής και κοινωνικής δομής, από δημογραφική άποψη κατατάσσεται μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, αντιμετωπίζει όμως το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα την υπογεννητικότητα.

Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού, που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές, κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της ελληνικής κοινωνίας, γιατί με τη μείωση της γεννητικότητας που συμπίπτει με την αύξηση της μετανάστευσης, μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γηράνσεως του πληθυσμού. Μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν αποδείξει ότι η πληθυσμιακή μείωση της χώρας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έξαρση της μετανάστευσης προς το εξωτερικό και στο χαμηλό ποσοστό γεννητικότητας.

Μέχρι τώρα έχουν γίνει πολυάριθμες μελέτες, δημογραφικού και θρησκευτικού περιεχομένου, με σκοπό όχι μόνο του φαινομένου της υπογεννητικότητας και αναζήτηση των αιτιών της, αλλά και την επισήμανση του άμεσου κινδύνου που εγκυμονεί αυτή η κατάσταση για την επιβίωση του Έθνους, γεγονός που πρέπει να προβληματίσει την κοινή γνώμη και πολύ περισσότερο του υπευθύνους.

Σπουδαίο ρόλο στην υπογεννητικότητα παίζει και η έκτρωση, η οποία έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια.

Το θέμα της έκτρωσης δεν έχει εξεταστεί ακόμα στην Ελλάδα από κοινωνιολογικής πλευράς. Ο καθηγητής Βαλαώρας έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για τις εκτρώσεις μετά από τη μελέτη που έκανε το 1966-69. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι το 37% των Ελληνίδων έκανε από μία φορά έκτρωση τουλάχιστον. Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα, η έκτρωση στην Ελλάδα είναι κατ' εξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της περιοχής Αθηνών 97% έναντι 22% στις αγροτικές περιοχές.

Επειδή η έκτρωση δίνει πρακτικά αποτελέσματα στα προχωρημένα στάδια κύησης, κατά τον καθηγητή Βαλαώρα χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο. «Οι προκλητές εκτρώσεις δεν αποτελούν το μόνο μέσο στο οποίο οι σημερινές ελληνίδες καταφεύγουν για περιορισμό του αριθμού των τέκνων. Στην πραγματικότητα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα λαμβάνονται εξίσου ή ενίοτε συχνότερα των εκτρώσεων, τουλάχιστον κατά τα αρχικά στάδια της αναπαραγωγικής δραστηριότητας των συζύγων. Μόνο αργότερα, όταν οι γονείς απογοητευτούν από τη μερική ή ολική αποτυχία των άλλων μέτρων, τα ζευγάρια στρέφονται όλο και περισσότερο στη βίαιη διακοπή της κύησης, μέτρο το οποίο λαμβάνει τότε προτεραιότητα έναντι κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου».

Σύμφωνα με τα πορίσματα μιας συγκριτικής έρευνας που έγινε στη Γαλλία, η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέσο όταν ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπαρκτος και όταν τα νεαρά ζευγάρια δεν μπορούν να καταφύγουν στις απαρχαιωμένες μεθόδους όπως η διακεκομμένη συνουσία.

Στην ίδια έρευνα αναφέρεται χαρακτηριστικά σε χώρες όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται ελλιπώς, η έκτρωση αποτελεί την εύκολη λύση για τα ζευγάρια που δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο θέμα της γονιμότητάς τους.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επίτευξη των στόχων όλων των βαθμίδων της αγωγής υγείας είναι βασικότατος.

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες.

Ανιχνεύει, μελετά και αξιολογεί τις ανάγκες υγείας της κάθε πληθυσμιακής ομάδας, κυρίως των ευπαθών και παραπέμπει στις ανάλογες υπηρεσίες, διευκολύνοντας διαδικασίες πρόσβασης.

Συμβάλλει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στα πλαίσια αυτά διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων, στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα σχολεία, σε χώρους δουλειάς και ειδικότερα σωματομετρήσεις, τεστ δερματοαντιδράσεων ή εμβολιασμούς κ.λ.π.

Πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι για αγωγή υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά, κοινωνικά νοσήματα ή νοσήματα φθοράς (καρκίνος, καρδιοπάθειες, ατυχήματα, φυματίωση, AIDS, σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, τοξικομανία) και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, έγκυες, βρέφη και παιδιά.

Διενεργεί σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες επί τόπου επιδημιολογικές και ιατροκοινωνικές έρευνες στα λοιμώδη και κοινωνικά νοσήματα. Εφαρμόζει μέτρα πρόληψης διασποράς λοιμωδών νοσημάτων στο σπίτι, στο σχολείο, στη δουλειά.

Ασκεί συμβουλευτική υγείας και αγωγή υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αμβλώσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε κέντρα υγείας, σχολεία, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Ασκεί σχολική υγιεινή σε συνεργασία με τον υπεύθυνο γιατρό.

Συμμετέχει σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής της υγείας των φυματικών, διαβητικών, καρκινοπαθών, πολυμεταγγιζόμενων ή χρονίως πασχόντων.

Ασκεί κοινοτική νοσηλευτική. Διερευνά τις οικογενειακές συνθήκες για τη δυνατότητα και τον προγραμματισμό νοσηλείας στο σπίτι.

Στις υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής παρέχει πρώτες βοήθειες, συμμετέχει σε προγράμματα ειδικών προληπτικών εξετάσεων σε ειδικές ομάδες εργαζομένων.

Έτσι λοιπόν, ο νοσηλευτής καλείται σήμερα να αγκαλιάσει το κοινωνικό σύνολο και να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το τόσο μεγάλο κοινωνικό και εθνικό πρόβλημα της χώρας μας – την υπογεννητικότητα.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής της κοινότητας θα πρέπει:

Να διαφωτίσει το κοινό σχετικά με τα νοσήματα της εποχής μας που παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες).

Να παρέχει πληροφορίες και να δίνει οδηγίες για την πρόληψη και αποφυγή των νοσημάτων αυτών.

Να ασκείται τακτικά καθώς η άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση όχι μόνο στην καρδιά αλλά και στις φλέβες και στις αρτηρίες.

Οδηγίες που θα πρέπει να δίνει για την πρόληψη των νεοπλασμάτων είναι να αποφεύγεται το κάπνισμα, που αποτελεί το σπουδαιότερο προληπτικό παράγοντα.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να πληροφορήσει το κοινό σχετικά με τις επιπτώσεις των αμβλώσεων στην αύξηση του πληθυσμού. Θα πρέπει ενημερώνοντας να αποτρέψει τις γυναίκες από την άμβλωση, λέγοντάς τους για τις επιπλοκές που μπορεί να τους δημιουργήσει κατά τη διάρκεια αυτής και τις ανεπανόρθωτες βλάβες που μπορεί να τους προκαλέσει μετά από αυτή (διάτρωση μήτρας, φλεγμονές μήτρας-σαλπίγγων, δευτεροπαθή στείρωση, αιμορραγία, καθ' ἑξιν αποβολές, ψυχολογικά προβλήματα).

Με τη διδασκαλία θα πρέπει να κάνει συνείδηση του κοινού ότι η άμβλωση δεν αποτελεί αντισυλληπτικό μέσο αλλά «φόνο». Να ενημερώνει το

κοινό και ιδιαίτερα τα νέα ζευγάρια, που έχουν προβλήματα στειρότητας, για τα νέα φάρμακα και τις νέες χειρουργικές μεθόδους που δίνουν λύση σ' αυτό το πρόβλημα.

Να παραπέμπει τα ζευγάρια, με προβλήματα στειρότητας, στον αρμόδιο γιατρό και να τα πληροφορεί για την τεχνητή γονιμοποίηση. Να παροτρύνει τα νέα ζευγάρια να υποβάλλονται σε προγεννητικό έλεγχο αφού έτσι μπορούν να προληφθούν διάφορα λοιμώδη και κληρονομικά νοσήματα όπως σύφιλη, μεσογειακή αναιμία, σύνδρομο Down, Aids, κ.λ.π.

Να διαφωτίσει τις γυναίκες για τους κινδύνους που διατρέχει τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο από μια πιθανή εγκυμοσύνη μετά το 35^ο της ηλικίας τους και να τις συμβουλεύει για τις απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να υποβάλλονται π.χ. αμνιοκέντηση.

Με τον τρόπο αυτό εμείς οι νοσηλευτές θα μπορέσουμε μέσα από τους δρόμους που μας δίνει η επιστήμη μας να συμβάλουμε με όλες μας τις δυνάμεις στην επίλυση ενός μεγάλου εθνικού προβλήματος, της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο δύσκολο έργο μας θα είναι η γνώση και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα.³⁶

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Η έρευνά μας άρχισε από το Σεπτέμβριο του 1998 και τελείωσε το Σεπτέμβριο του 1999. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από γυναίκες στην περιοχή της Πάτρας (νοσοκομεία, ΤΕΙ και αλλού).

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στην συμπλήρωση των 47 ερωτήσεων, ανέρχεται στους 500. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις

των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2. χ^2 (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p-value)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0.005$

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το χ^2 chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων, όπως οι πίνακες των αποτελεσμάτων με το αντίστοιχο σχήμα και την ανάλογη γραφική παράσταση για την σαφέστερη κατανόησή τους.

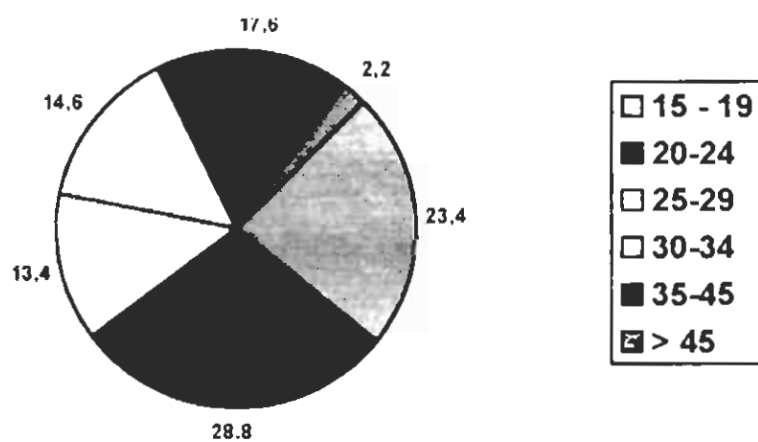
Έχουμε ήδη αναφέρει ότι απάντησαν στις ερωτήσεις 500 γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
15 - 19 έτη	117	23,4
20-24	144	28,8
25-29	67	13,4
30-34	73	14,6
35-45	88	17,6
>45	11	2,2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες μικρής ηλικίας.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

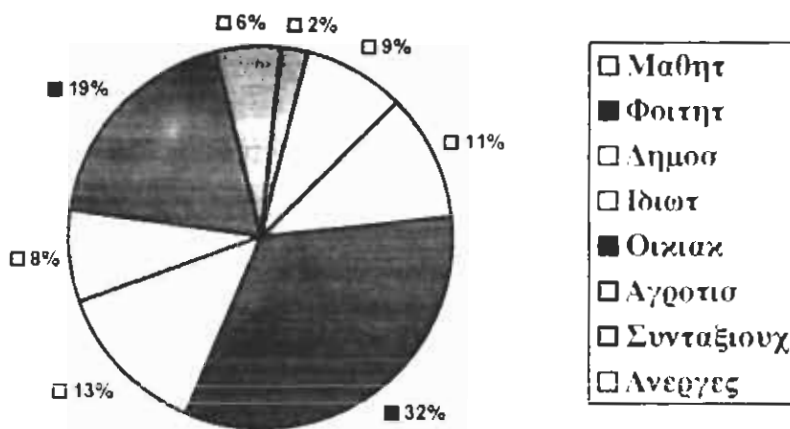


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα - απασχόληση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μαθήτριες	55	11
Φοιτήτριες	166	33,2
Δημόσιοι Υπάλληλοι	62	13
Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	40	8
Οικιακά	94	18,8
Άνεργες	44	8,8
Αγρότισσες	28	5,6
Συνταξιούχοι	11	2,2

Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιπροσωπεύει μαθήτριες και φοιτήτριες (44%).

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την απασχόληση.

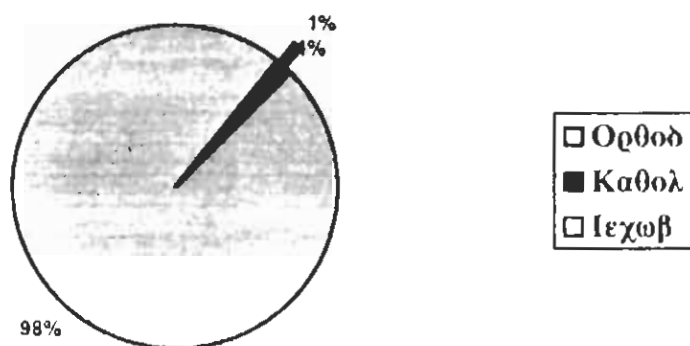


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το θρήσκευμα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ορθόδοξοι	491	98,2
Καθολικοί	6	1,2
Μάρτυρες του Ιεχωβά	3	0,6

Οι περισσότεροι φυσικά ήταν Ορθόδοξοι χριστιανοί

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το θρήσκευμα

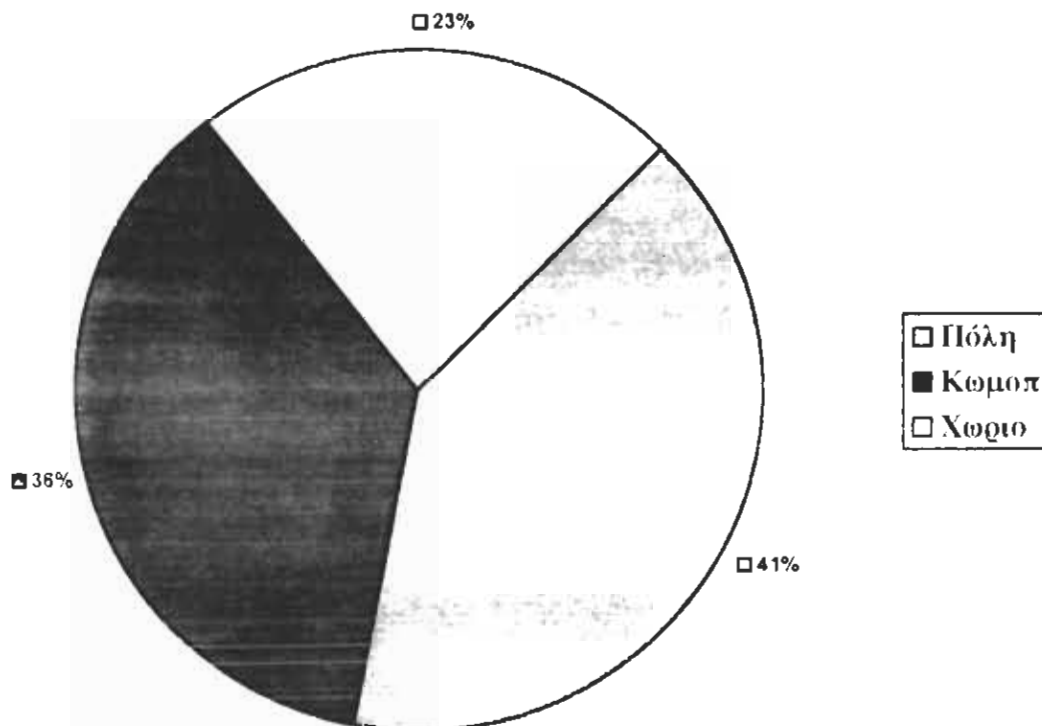


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο καταγωγής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πόλη	203	40,6
Κωμόπολη	182	36,4
Χωριό	115	23

Η πλειοψηφία αντιπροσωπεύει κατοίκους πόλεων.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο καταγωγής.

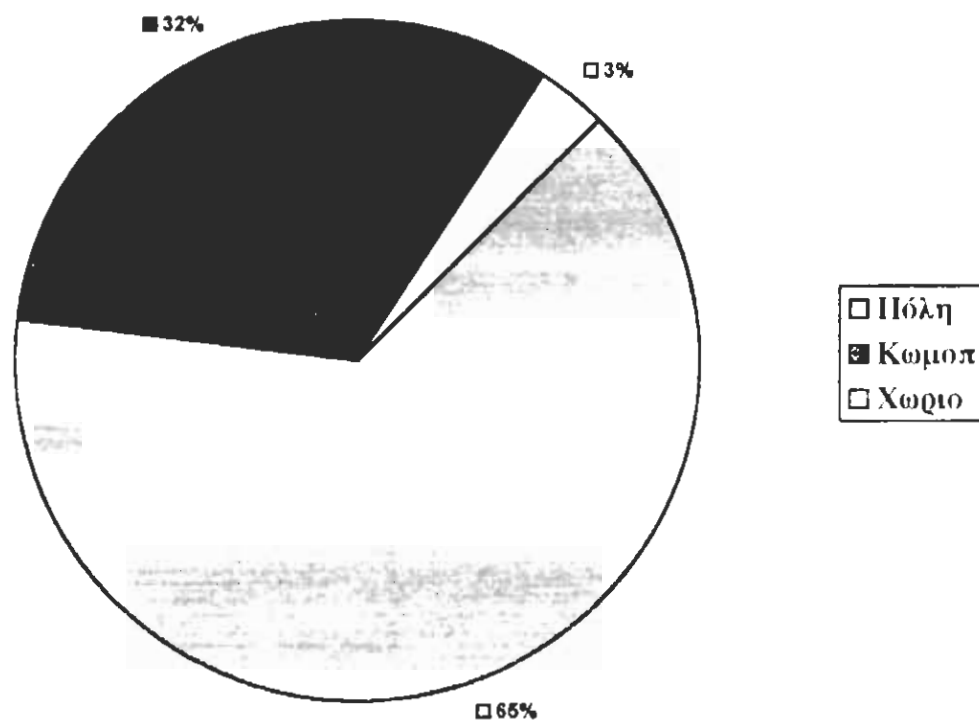


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής τα τελευταία 5 χρόνια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πόλη	284	56,8
Κωμόπολη	141	28,2
Χωριό	75	15

Η πλειοψηφία αντιπροσωπεύει και εδώ κατοίκους πόλεων.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

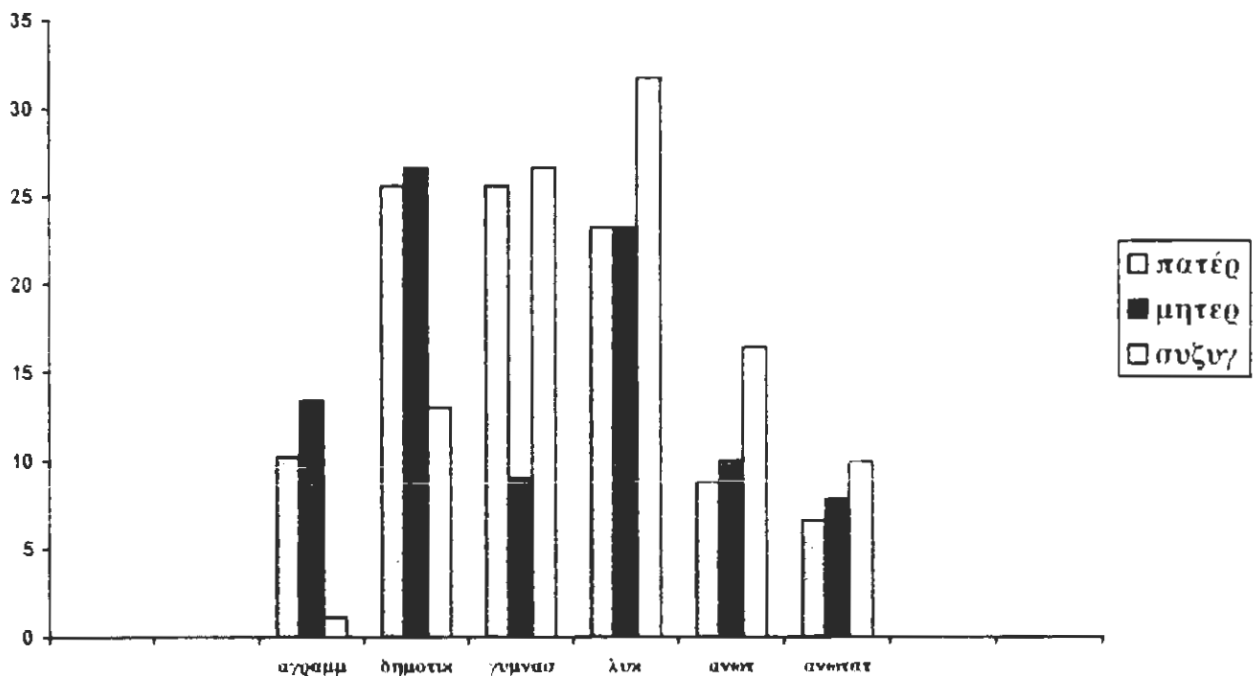


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την μόρφωση των γονέων και συζύγων-συντρόφων

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ			ΠΟΣΟΣΤΟ		
	Πατέρα/Μητέρα/Συζυγ			Πατέρα/Μητέρα/Συζυγ		
Αγρόματοι	51	67	5	10,2	13,4	1,1
Δημοτικό	128	133	60	25,6	26,6	13,9
Γυμνάσιο	128	95	115	25,6	19	26,6
Λύκειο	116	116	137	23,2	23,2	31,7
Ανώτερη Σχολή	44	50	71	8,8	10	16,4
Ανώτατη Σχολή	33	39	43	6,6	7,8	9,9

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι τουλάχιστον Γυμνασίου.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την μόρφωση των οικείων.

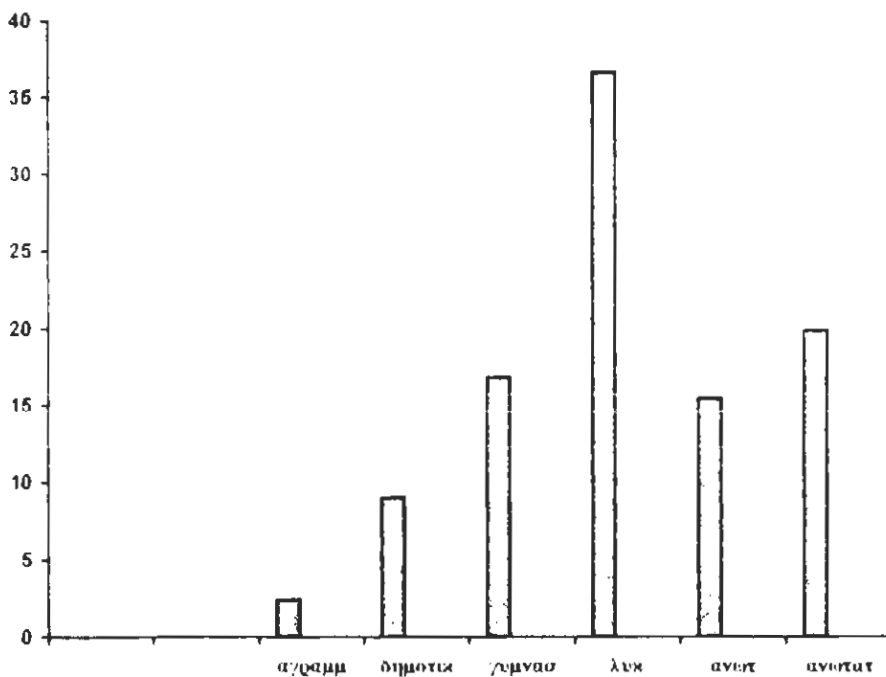


ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την μόρφωσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αγράμματα	12	2,4
Δημοτικό	45	9
Γυμνάσιο	84	16,8
Λύκειο	183	36,6
Ανώτερη Σχολή	77	15,4
Ανώτατη Σχολή	99	19,8

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτες λυκείου.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση



ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμες	216	43,2
Άγαμες	201	40,2
Χήρες	66	13,2
Διαζευγμένες	17	3,4

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση την ύπαρξη παιδιών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	266	53,2
ΟΧΙ	234	46,8

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 266 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 παιδί	67	25,1
2 παιδιά	83	31,2
3 παιδιά	77	28,9
4 παιδιά	33	12,4
5 παιδιά	6	2,2

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε 2 έως 3 παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωση για τα κέντρα Οικογεν. Προγραμματισμού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	112	22,4
ΟΧΙ	388	77,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό δεν γνωρίζει για την ύπαρξη Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : Κατανομή των απαντήσεων 112 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο επίσκεψης στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	83	46,1
ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ	11	6,1
ΠΡΟΓΕΝ. ΕΛΕΓΧΟ	3	1,6
ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	72	40
ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛ	11	6,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό πήγε να ενημερωθεί για την αντισύλληψη και αμέσως μετά για τις αμβλώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
14 Ετών	24	5,1
15 Ετών	49	10,5
16 Ετών	94	20,2
17 Ετών	90	19,3
18 Ετών	59	12,7
19 ετών	55	11,8
20 Ετών	29	6,2
21 Ετών	16	3,4
22 Ετών	33	7,1
23 Ετών	9	1,9
24 Ετών και πάνω	6	1,2

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε δραστηριότητα σε ηλικία μικρότερη των 18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	397	79,4
ΟΧΙ	103	20,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε κάνει αντισύλληψη στο παρελθόν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Κατανομή των απαντήσεων 397 ερωτηθέντων σε σχέση με την μέθοδο αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	336	54,2
ΔΙΑΚ ΣΥΝΟΥΣ	22	3,5
ΧΑΠΗ	44	7,1
ΣΠΥΡΑΛ	66	10,6
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	19	3
ΠΗΜΕΡΟΛΟΓ. ΚΥΚΛΟΥ	94	15,1
ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡ	38	6,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιούσε προφυλακτικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο μη αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΜΦΙΒΟΛΙΕΣ	7	5
ΦΟΒΟΣ	33	23,9
ΘΡΗΣΚΕΙΑ	22	15,9
ΑΡΝΗΣΗ	64	46,3
ΑΓΝΟΙΑ	3	2,1
ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ	9	6,5

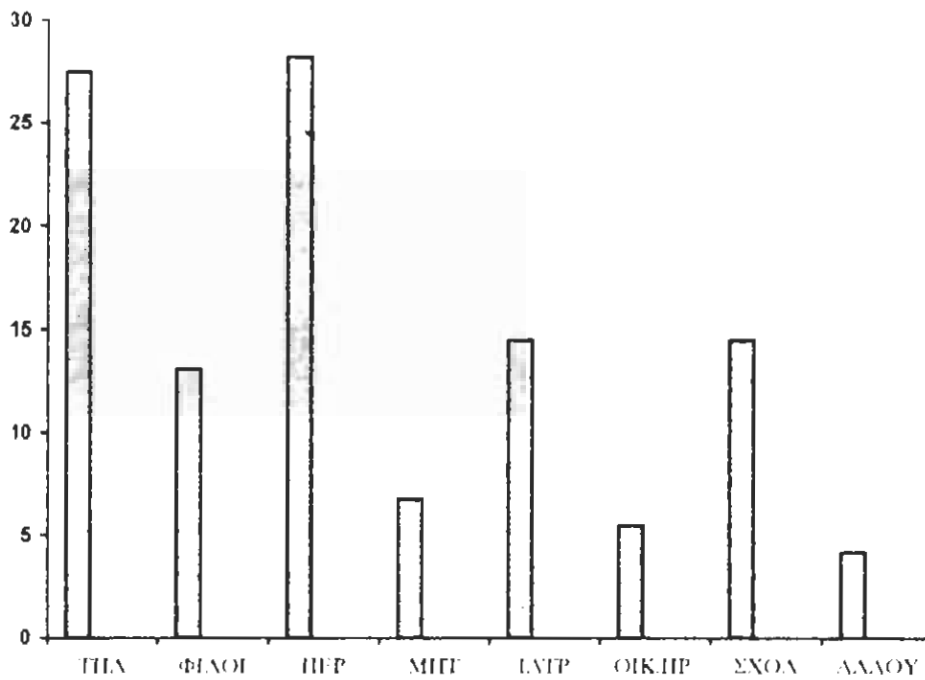
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό δεν χρησιμοποιούσε προφυλακτικό, χωρίς ιδιαίτερο λόγο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τρόπο ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	220	27,5
ΦΙΛΟΙ	105	13,1
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	226	28,2
ΜΗΤΕΡΑ	55	6,8
ΙΑΤΡΟΣ	116	14,5
ΟΙΚΟΓΕΝ ΠΡΟΓΡ	44	5,5
ΣΧΟΛΕΙΟ	34	4,2
ΑΛΛΟΥ	0	0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ενημερώθηκαν από περιοδικά και μετά από την τηλεόραση, ενώ ένα μικρό ποσοστό ενημερώθηκε από τη μητέρα.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων για την ενημέρωση για την αντισύλληψη.



ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Κατανομή των απαντήσεων 216 ερωτηθέντων σε σχέση με τις εξωσυζυγικές σχέσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	45	26,8
ΟΧΙ	171	79,1

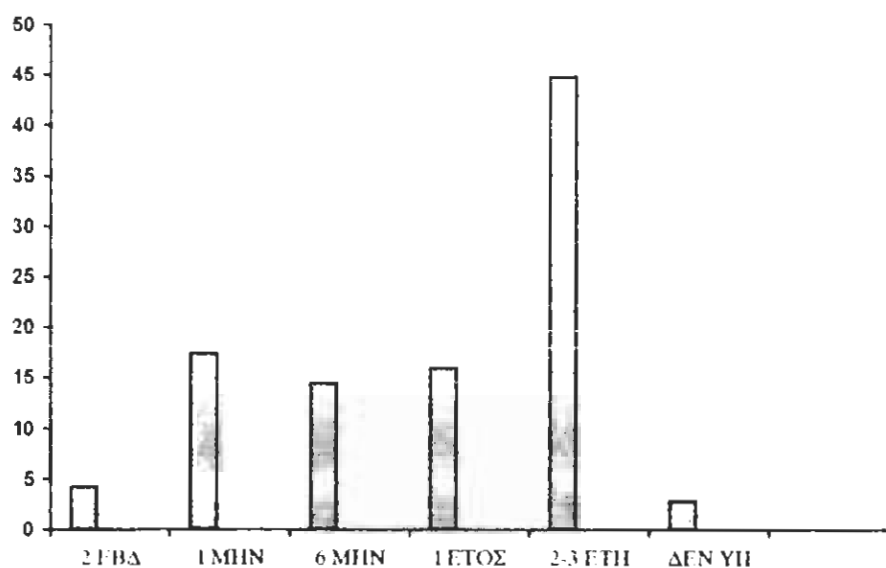
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε εξωσυζυγικές σχέσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων στην ερώτηση για την συχνότητα αλλαγής ερωτικών συντρόφων.

ΑΙΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Κάθε 2 εβδομάδες	16	4,2
Κάθε 1 μήνα	66	17,4
Κάθε 6 μήνες	55	14,5
Κάθε 1 έτος	61	16
Κάθε 2-3 έτη	170	44,8
Δεν υπάρχει σύντροφος	11	2,9

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αλλάζουν ερωτικό σύντροφο κάθε 2-3 έτη

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την αλλαγή συντρόφου.

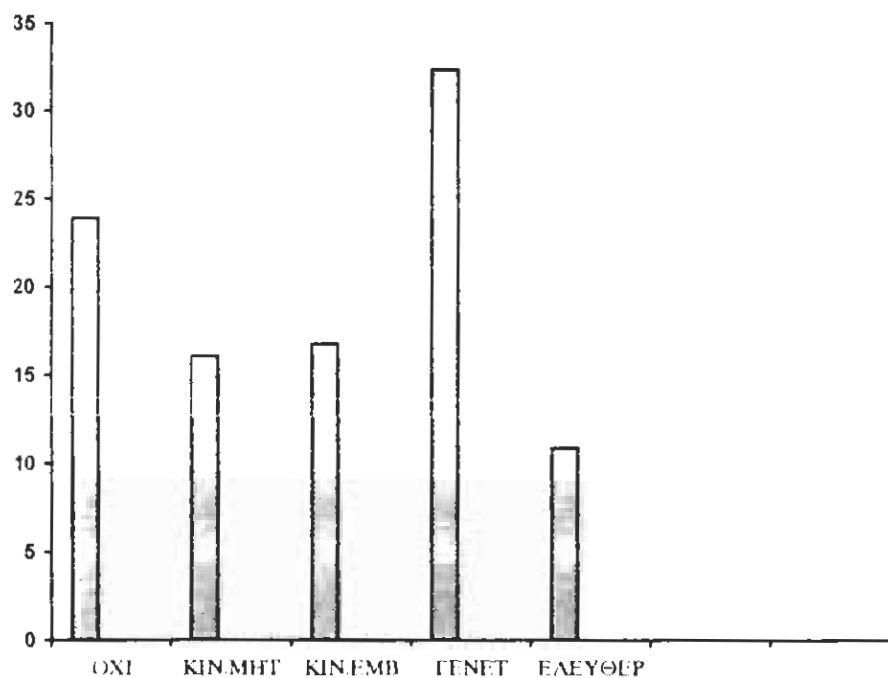


ΠΙΝΑΚΑΣ 20 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων στην ερώτηση για την άποψή τους για τις αμβλώσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΧΙ	138	23,9
ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	93	16,1
ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΒΡΥΟΥ	97	16,8
ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	187	32,4
ΕΛΕΥΘΕΡΑ	63	10,9

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δέχονται τις αμβλώσεις κάτω από συνθήκες κινδύνου, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό επιθυμεί την ελεύθερη πραγματοποίησή τους.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για τις αμβλώσεις



ΠΙΝΑΚΑΣ 21 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων στην ερώτηση για την άμβλωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	209	41,8
ΟΧΙ	291	58,2

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ΔΕΝ θα έκαναν άμβλωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 : Κατανομή των απαντήσεων 291 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους της ΜΗ άμβλωσης σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΙ	115	27,3
ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΟΙ	102	24,2
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	57	13,5
Ο ΦΟΒΟΣ	56	13,3
ΟΛΑ	90	21,4

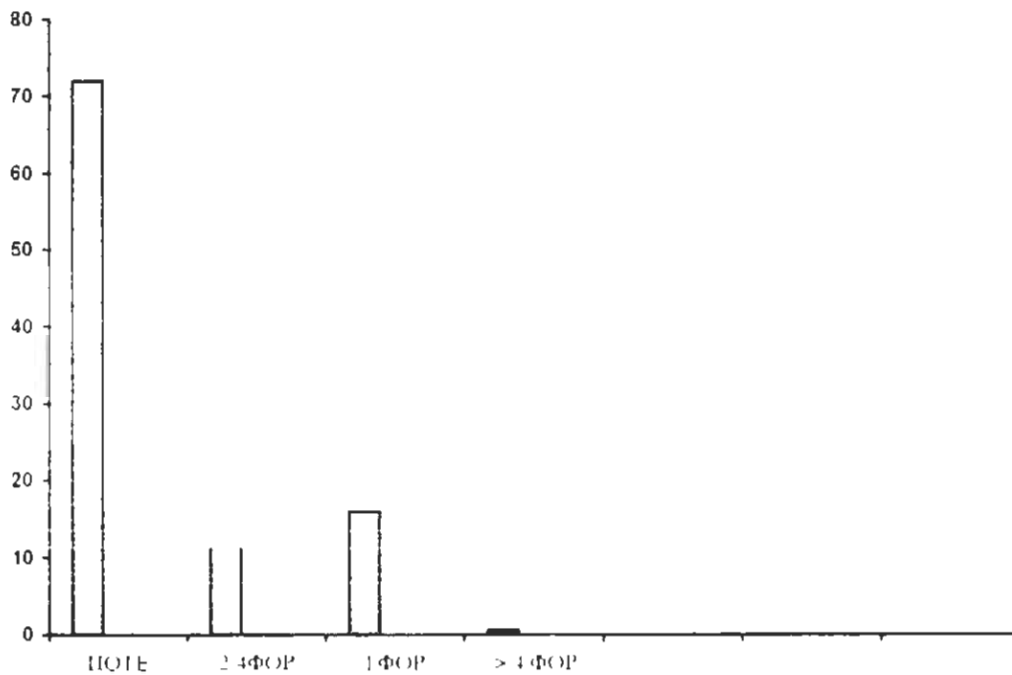
Οι λόγοι άρνησης της άμβλωσης είναι στην πλειοψηφία τους θρησκευτικοί αλλά και συνειδησιακοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει αμβλώση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΤΕ	360	72
2 - 4 ΦΟΡΕΣ	57	11,4
1 ΦΟΡΑ	80	16
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 4 ΦΟΡΕΣ	3	0,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε κάνει εκτρώσεις, ενώ ένα αρκετό ποσοστό είχε κάνει τουλάχιστον μία φορά.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν κάνει αμβλώσεις

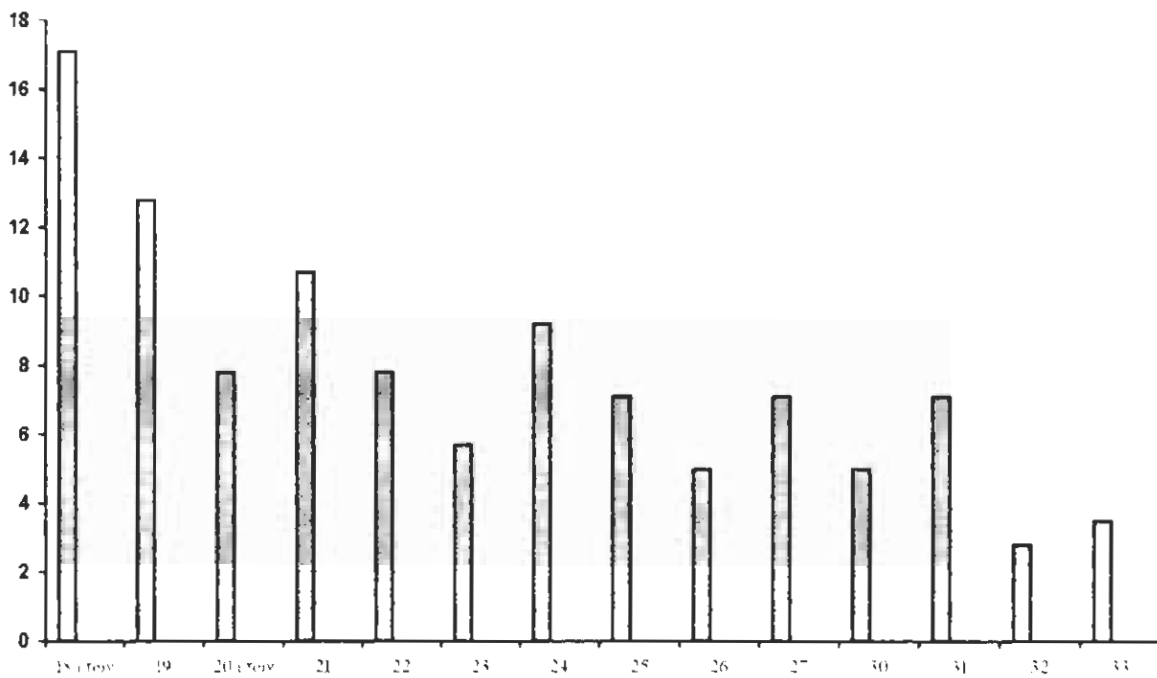


ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε έχουν κάνει την πρώτη έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
18 Ετών	24	17,1
19 Ετών	18	12,8
20 Ετών	11	7,8
21 Ετών	15	10,7
22 Ετών	11	7,8
23 Ετών	8	5,7
24 Ετών	13	9,2
25 Ετών	10	7,1
26 Ετών	7	5
27 Ετών	10	7,1
30 Ετών	4	2,8
32 Ετών	4	2,8
33 Ετών	5	3,5

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν κάνει τις πρώτες εκτρώσεις σε ηλικία 18 ετών.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία που έκαναν την πρώτη έκτρωση.

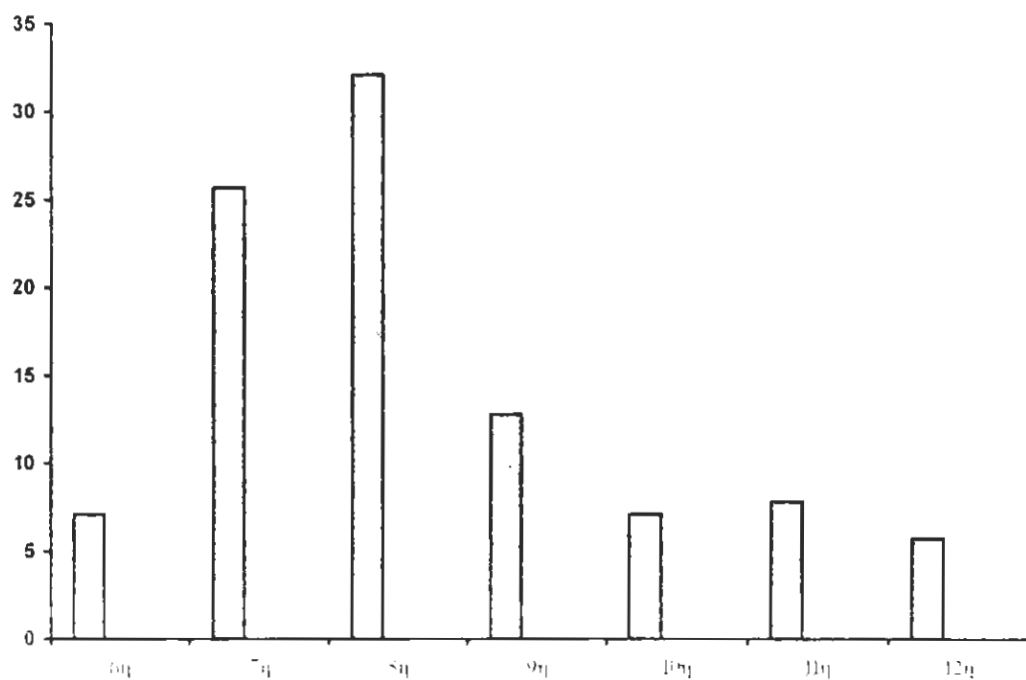


ΠΙΝΑΚΑΣ 25 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την εβδομάδα κύησης που έχουν κάνει την πρώτη έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
6 ^η εβδομάδα	10	7,1
7 ^η	36	25,7
8 ^η	45	32,1
9 ^η	18	12,8
10 ^η	11	7,1
11 ^η	12	7,8
12 ^η	8	5,7

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε κάνει την πρώτη έκτρωση στην 8^η εβδομάδα κύησης.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την εβδομάδα κύησης που έχουν κάνει την πρώτη έκτρωση.

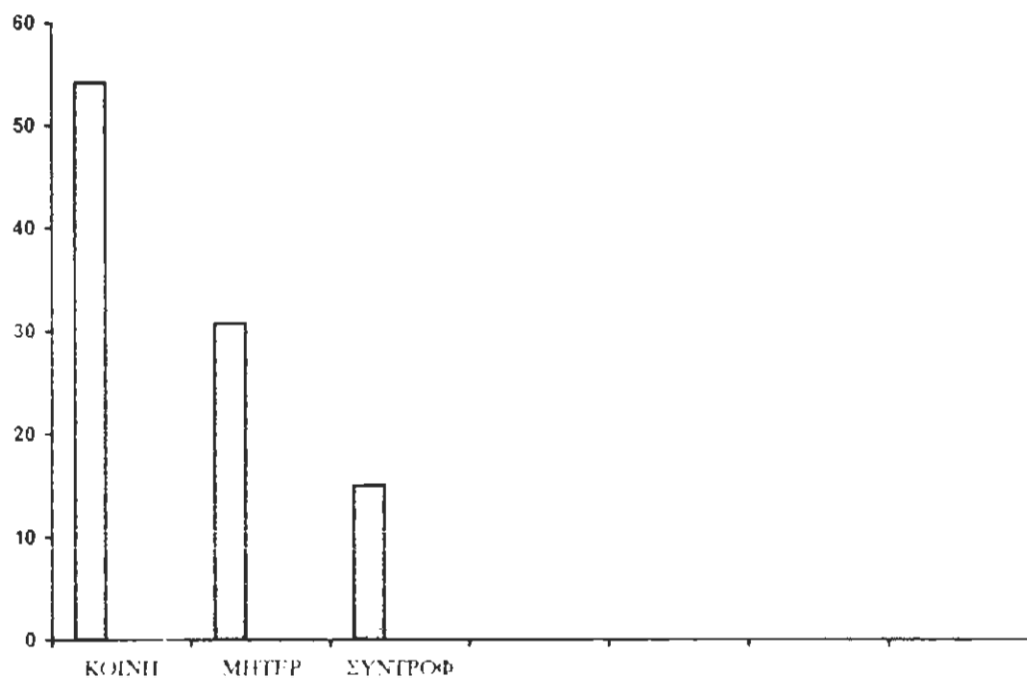


ΠΙΝΑΚΛΣ 26 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την απόφαση για έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΟΙΝΗ	76	54,2
ΜΗΤΕΡΑΣ	43	30,7
ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	21	15

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν κάνει τις εκτρώσεις με κοινή απόφαση.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την απόφαση για την έκτρωση.

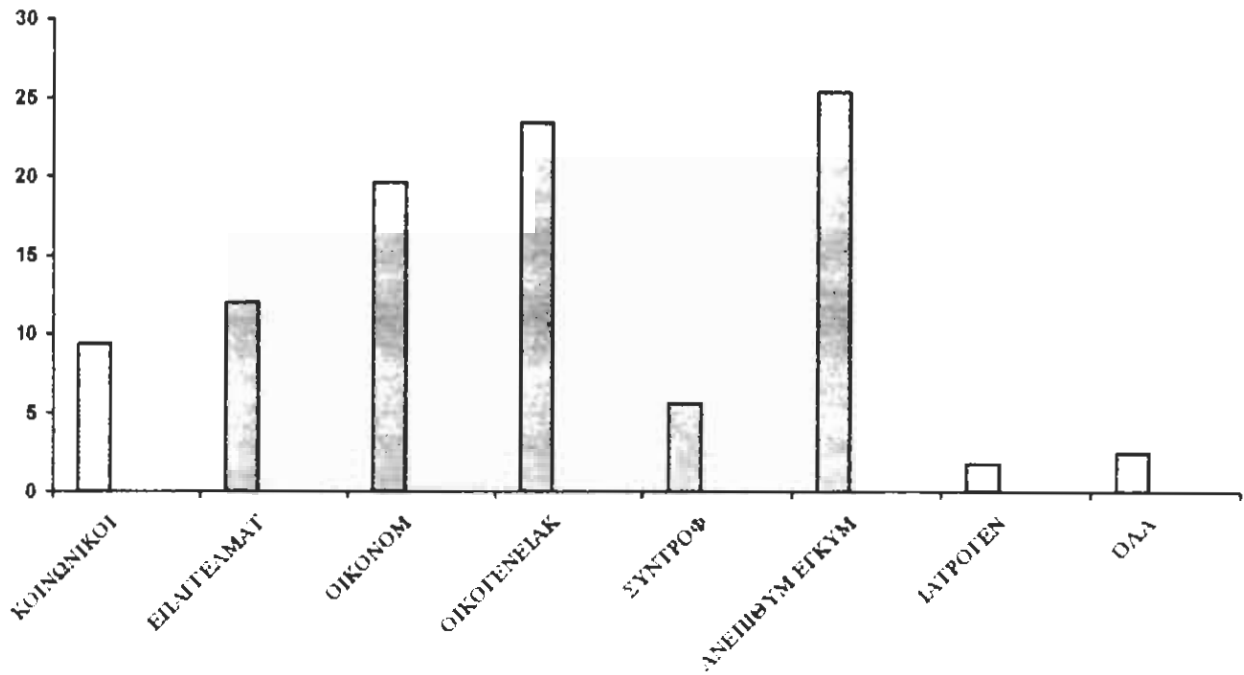


ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που οδήγησαν στην έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	15	9,4
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ	19	12
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	31	19,6
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ	37	23,4
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	9	5,6
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	40	25,3
ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ	3	1,8
ΟΛΑ	4	2,5

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο μεγαλύτερο ποσοστό είχαν κάνει τις εκτρώσεις λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και μόνο το 1,8% για ιατρογενείς λόγους.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που οδήγησαν στην έκτρωση.

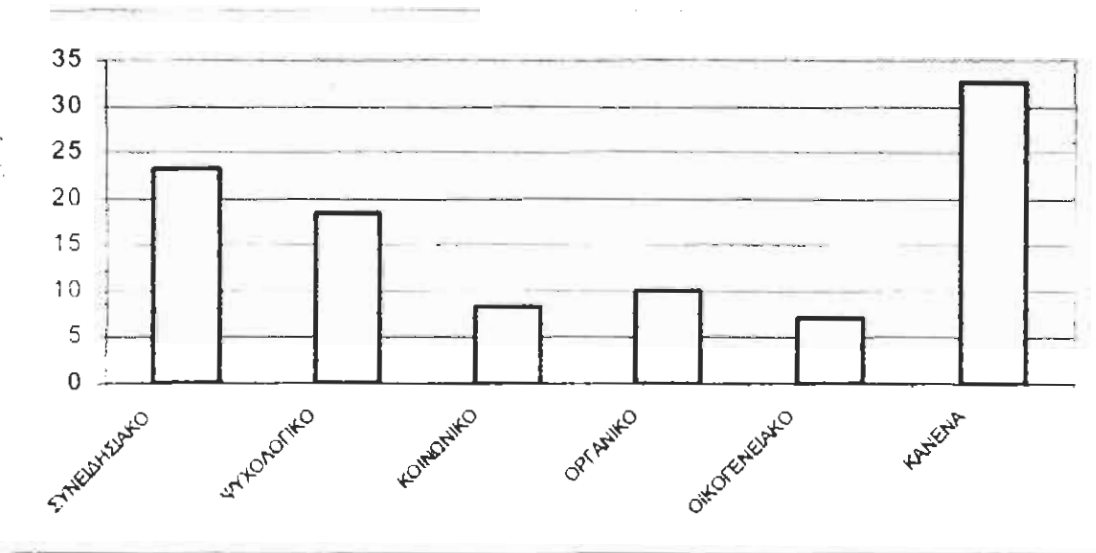


ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τα προβλήματα μετά την έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΟ	39	23,2
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	31	18,4
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	14	8,3
ΟΡΓΑΝΙΚΟ	17	10,1
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ	12	7,1
ΚΑΝΕΝΑ	55	32,7

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε κάνει τις εκτρώσεις με ποικίλα δυσμενή αποτελέσματα!!!

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τα προβλήματα μετά την έκτρωση

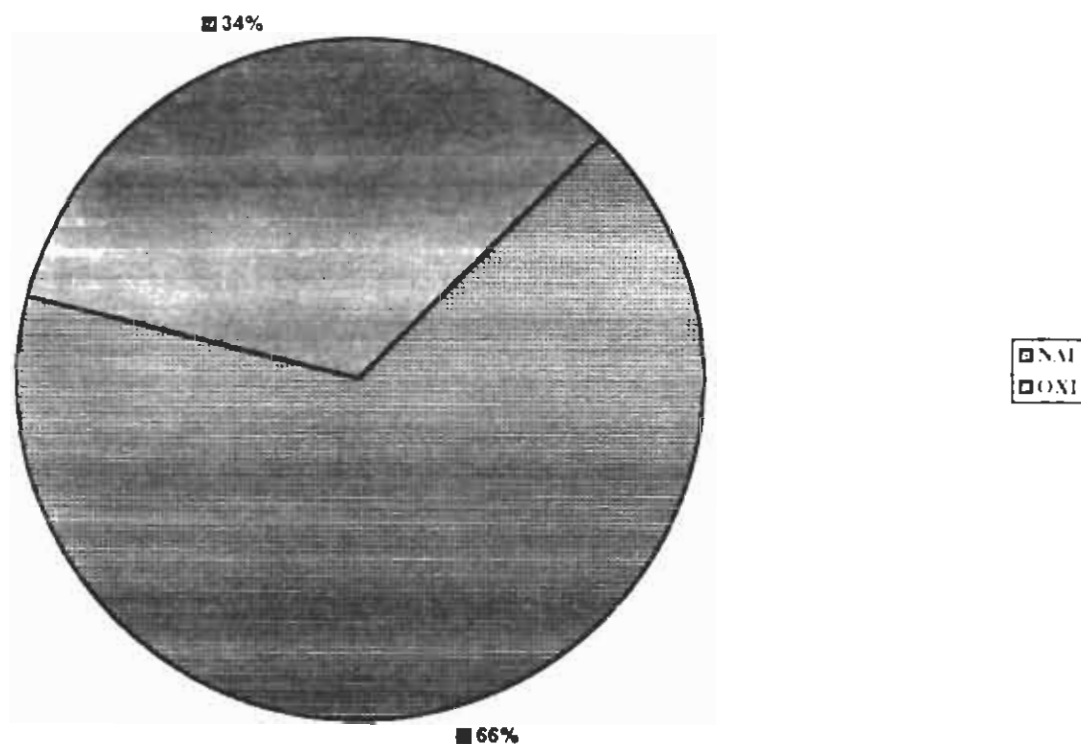


ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την ψυχολογική υποστήριξη μετά την έκτρωση

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	93	66,4
ΟΧΙ	47	33,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν ψυχολογική υποστήριξη από κάποιο άτομο.

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την ψυχολογική υποστήριξη μετά την έκτρωση

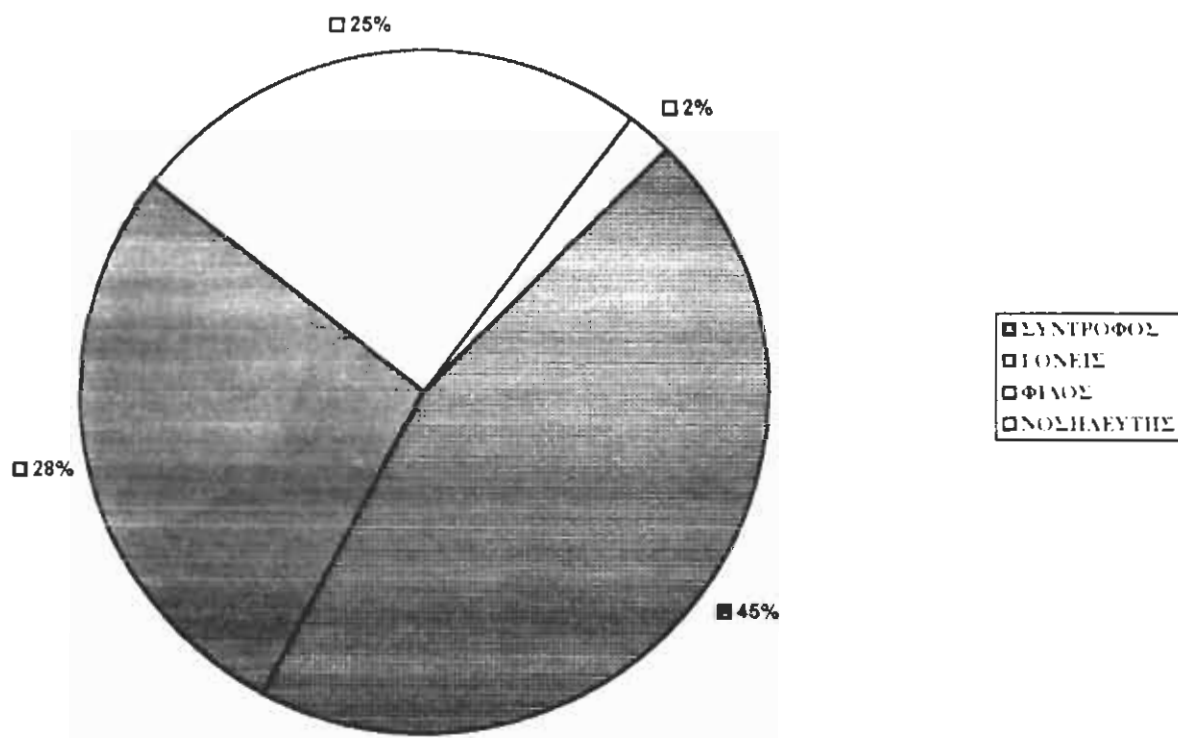


ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : Κατανομή των απαντήσεων 93 ερωτηθέντων σε σχέση με το άτομο που πρόσφερε την ψυχολογική υποστήριξη μετά την έκτρωση

ΑΙΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ	42	45,1
ΓΟΝΕΙΣ	26	27,9
ΦΙΛΟΣ	23	24,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	2	2,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό υποστηρίχθηκε ψυχολογικά από τον σύντροφό του και μόνο το 2,1 % από νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 93 ερωτηθέντων σε σχέση με το άτομο που πρόσφερε την ψυχολογική υποστήριξη μετά την έκτρωση

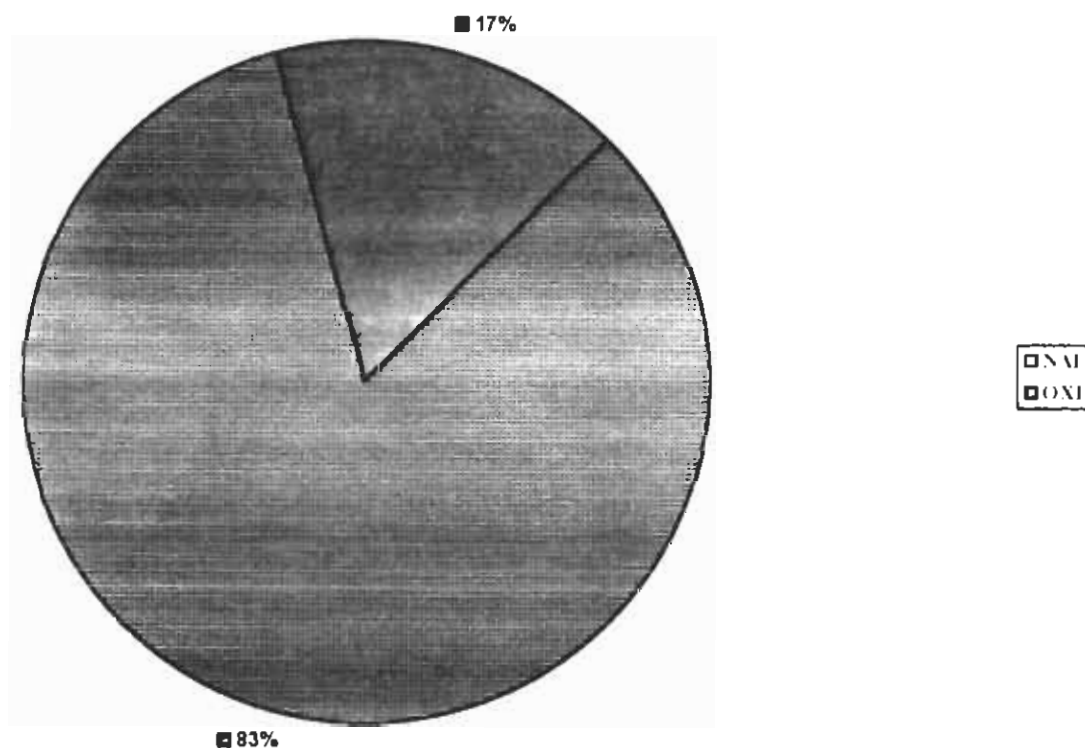


ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την γνώση των επιπλοκών μιας έκτρωσης

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	417	83,4
ΟΧΙ	83	16,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν ενημερωθεί για το πλήθος των επιπλοκών μιας έκτρωσης

ΣΧΗΜΑ 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σχέση με την γνώση των επιπλοκών μιας έκτρωσης

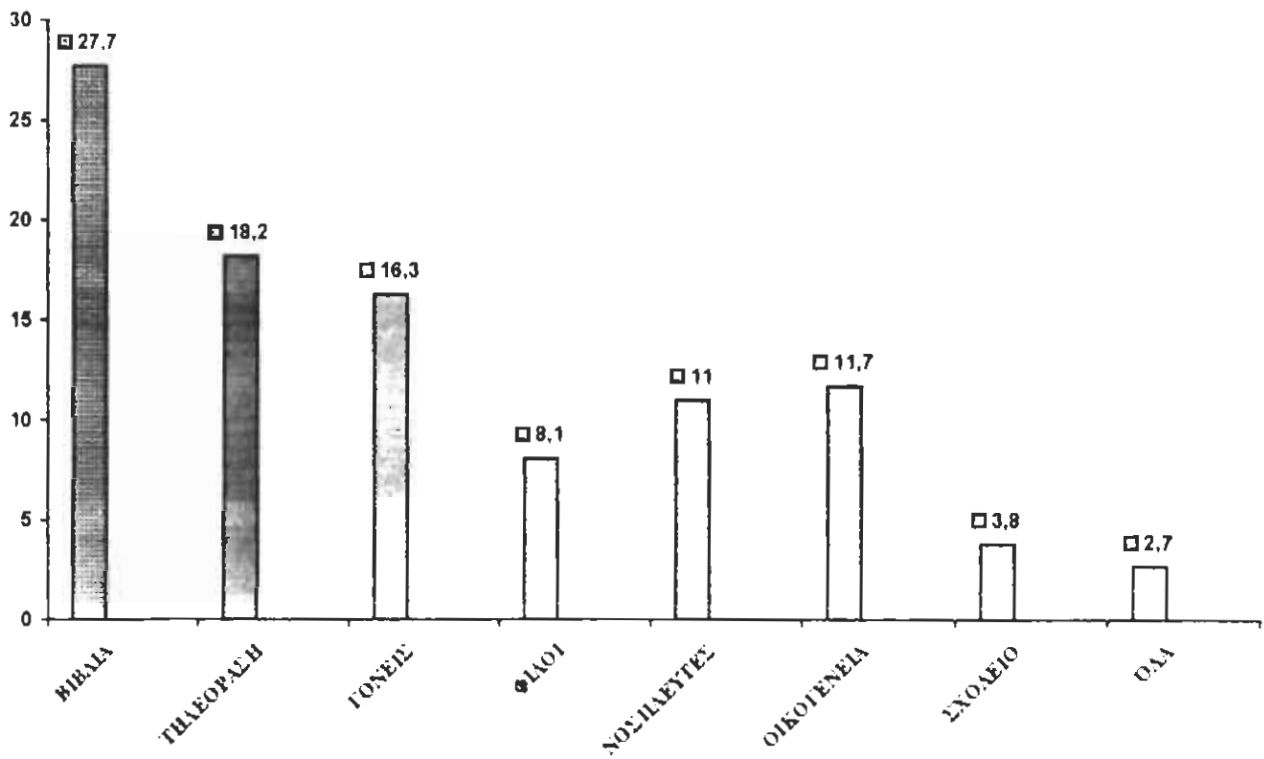


ΠΙΝΑΚΛΣ 33 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή της ενημέρωσης στη γνώση των επιλοκών

ΑΙΤΙΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΒΙΒΛΙΑ-ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	193	27,7
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	127	18,2
ΓΟΝΕΙΣ	114	16,3
ΦΙΛΟΙ	57	8,1
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	77	11
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	82	11,7
ΣΧΟΛΕΙΟ	27	3,8
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	19	2,7

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γνωρίζουν για τις επιλοκές μετά την έκτρωση από τα βιβλία και περιοδικά και όχι από τους νοσηλευτές.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης τους για τις επιπλοκές



ΠΙΝΑΚΑΣ 34 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τα είδη των επιπλοκών που γνωρίζουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ	80	5,1
ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	96	5,8
ΜΟΛΥΝΣΗ	107	6,8
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΥΚΛΟΥ	106	6,7
ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ	29	1,8
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	151	9,6
ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ-ΕΝΤΕΡΟΥ	84	5,3
ΤΡΑΥΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	101	6,4
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ	52	3,3
ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗ	41	2,6
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	212	13,5
ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ	81	5,1
ΚΑΘ' ΕΞΙΝ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	42	2,6
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	107	6,8
ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	44	2,8
ΘΑΝΑΤΟΣ	195	12,4

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε ενημερωθεί κυρίως για τις αιμορραγίες, την στείρωση και τον θάνατο που προκαλούνται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τους χώρους που προτίμησαν για την έκτρωση τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	84	60
ΙΔ. ΚΛΙΝΙΚΗ	53	37,8
ΑΛΛΟΥ	3	2,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο μεγαλύτερο ποσοστό είχαν κάνει τις εκτρώσεις σε νοσοκομείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την αντισύλληψη μετά την έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	102	72,8
ΟΧΙ	38	27,1

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θα χρησιμοποιούσε μεθόδους αντισύλληψης μετά την έκτρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τις μεθόδους αντισύλληψης

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ	37	29,3
ΧΑΠΙ	21	16,6
ΔΙΑΚ. ΣΥΝΟΥΣΙΑ	17	13,4
ΣΠΙΡΑΛ	9	7,1
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ	13	10,3
ΗΜΕΡ. ΚΥΚΛΟΥ	12	9,5
ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΗ	17	13,4

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό θα έκαναν χρήση προφυλακτικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους για την χρήση της αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΧΙ ΝΕΑ ΕΚΤΡΩΣΗ	131	93,5
ΦΟΒΟ	9	6,4

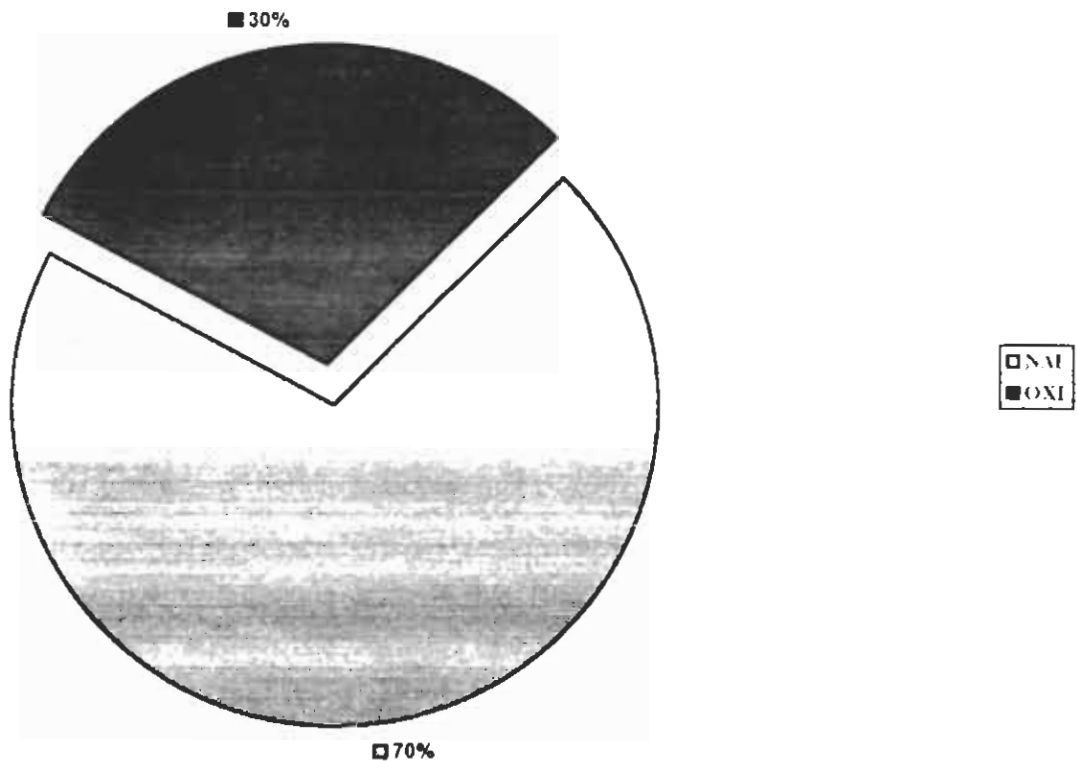
Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό που είχαν κάνει εκτρώσεις θα χρησιμοποιούσαν μεθόδους αντισύλληψης γιατί δεν θέλουν μια νέα έκτρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την αύξηση των αμβλώσεων μετά την νομιμοποίηση τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	352	70,4
ΟΧΙ	148	29,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό έχει την άποψη ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων αύξησε τον αριθμό τους.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την αύξηση των αμβλώσεων μετά την νομιμοποίησή τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 40 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων για το αν η εγκυμοσύνη αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	241	48,2
ΟΧΙ	259	51,8

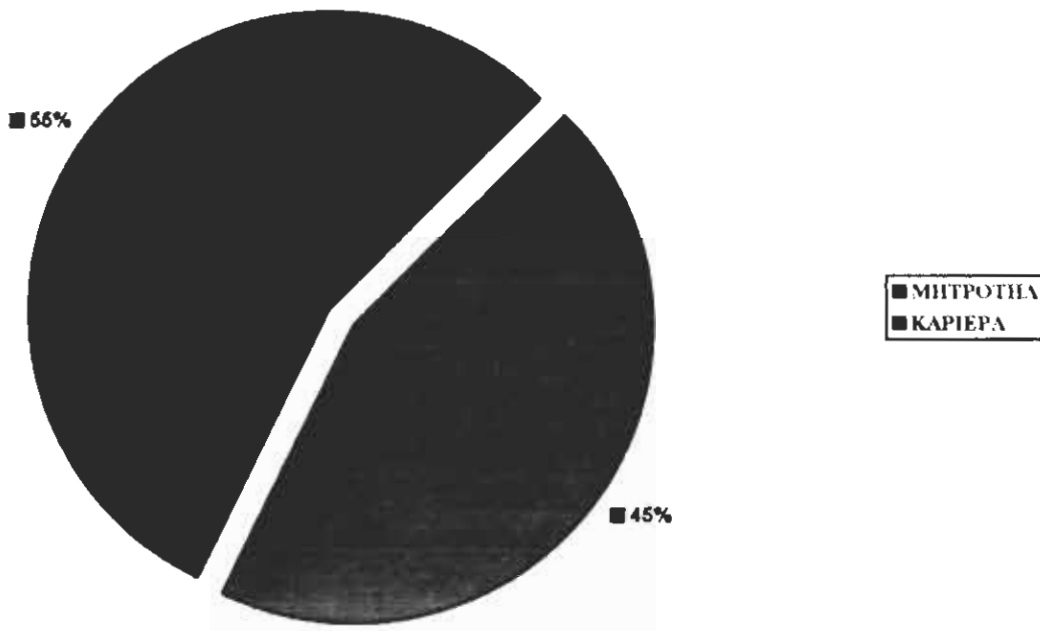
Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες ερωτηθέντες με οριακή διαφορά πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη δεν αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση την επιλογή μεταξύ μητρότητας και καριέρας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	277	55,4
ΚΑΡΙΕΡΑ	223	44,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών επιθυμούν την μητρότητα σε σχέση με την καριέρα.

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιλογή: μητρότητα ή καριέρα

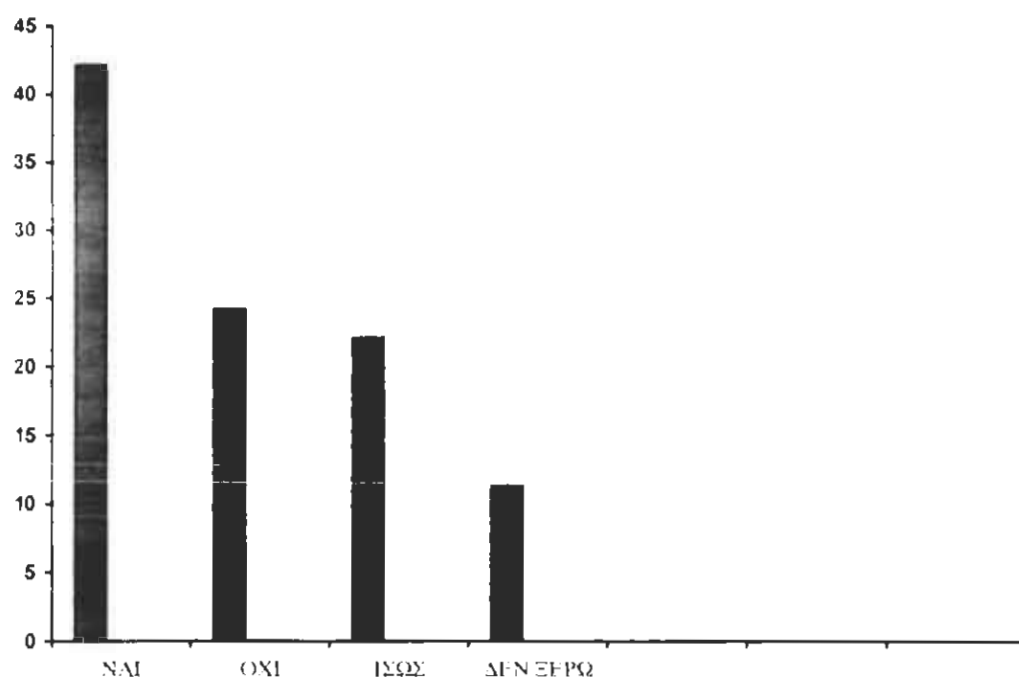


ΠΙΝΑΚΑΣ 42 : Κατανομή των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων που έκαναν έκτρωση σε σχέση με το αν κρατούσαν το παιδί αν βοηθούσε το κράτος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	59	42,1
ΟΧΙ	34	24,2
ΙΣΩΣ	31	22,1
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	16	11,4

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό δεν θα είχε κάνει τις εκτρώσεις με περισσότερη βοήθεια από το κράτος.

ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση της κρατικής μέριμνας στην άμβλυσή τους

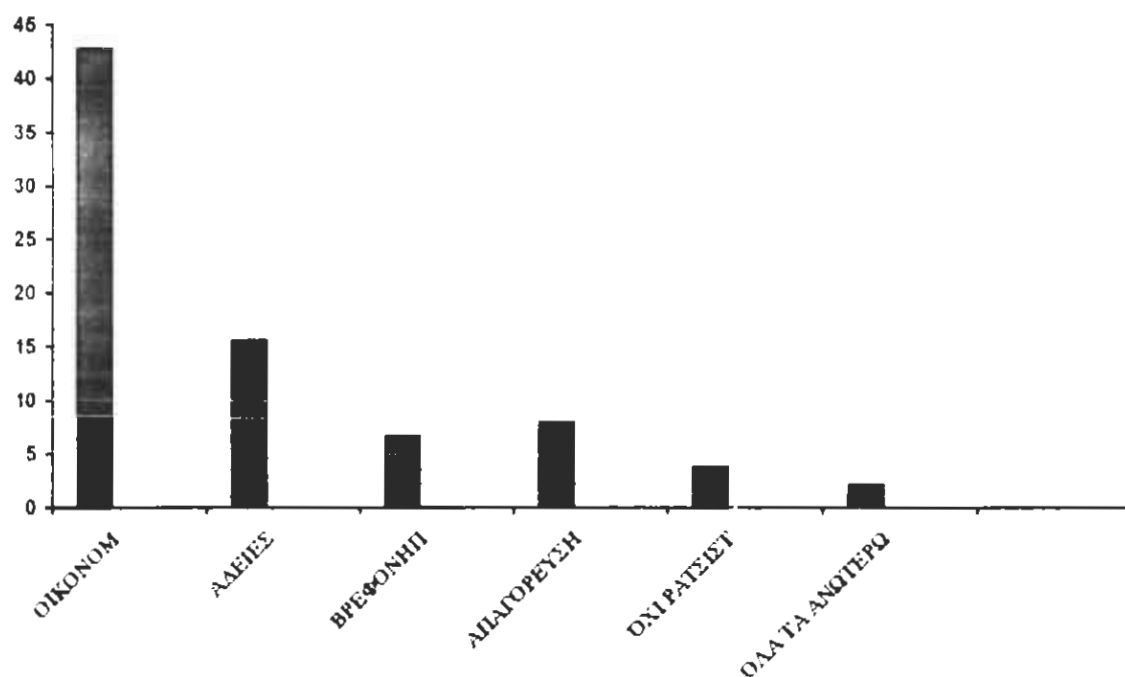


ΠΙΝΑΚΑΣ 43 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους κρατικής βοήθειας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ (ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ, ΦΟΡΟΙ, ΚΛΠ)	150	42,8
ΑΔΕΙΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ	37	15,6
ΑΡΙΘΜΟΣ ΒΡΕΦΟΝΗΠ. ΣΤΑΘΜ	16	6,7
ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ	19	8
ΟΧΙ ΡΑΤΣΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	9	3,8
ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ	8	2,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών επιθυμούν οικονομική ενίσχυση της οικογένειας.

ΣΧΗΜΑ 24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τρόπο υλοποίησης της κρατικής μέριμνας



ΠΙΝΑΚΑΣ 44 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θέλουν το παιδί τους να κάνει έκτρωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	37	7,4
ΟΧΙ	463	92,6

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο μεγαλύτερο ποσοστό ΔΕΝ θέλουν το παιδί τους να κάνει έκτρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 45 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το ρόλο του Νοσηλεύτη-τριας στο συγκεκριμένο θέμα..

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ	117	20,7
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ	77	13,6
ΔΙΑΦΩΤΙΣΤΙΚΟΣ	86	15,2
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΣ	91	16,1
ΟΛΑ	194	34,3

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θέλουν τον Νοσηλεύτη να παρεμβαίνει πλήρως και με όλους τους δυνατούς τρόπους στο ζήτημα των εκτρώσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 : Κατανομή των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους θεωρούν αρμόδιους για το συγκεκριμένο θέμα..

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	94	16
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	124	21,1
ΕΚΚΛΗΣΙΑ	91	15,5
ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚ. ΠΡΟΓΡ	106	18
ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ	171	29,1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό θέλει όλους τους φορείς (Νοσηλεύτες, Εκκλησία, Κοινωνικούς Λειτουργούς και τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού) να παρεμβαίνουν στο ζήτημα των εκπτώσεων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 47: Συσχέτιση των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρόθεση για αντισύλληψη από τις γυναίκες που έκαναν έκτρωση και αυτές που δεν έκαναν (Ερωτήσεις 23 και 37)

Αριθμός	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	Όχι ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΚΤΡΩΣΗ	102	38	140
ΟΧΙ	295	65	360
ΣΥΝΟΛΟ	397	103	500

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	5.0	0.001

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι υπέρ της αντισύλληψης με στόχο την αποφυγή της έκτρωσης ανεξάρτητα με την εμπειρία τους από ένα τέτοιο γεγονός.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48: Συσχέτιση των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιλογή για την λύση της έκτρωσης και την άποψή τους για τις εκτρώσεις γενικά (ερωτήσεις 22 και 27)

Αριθμός	ΟΧΙ	ΚΙΝΔ. ΜΗΤΕΡΑΣ	ΚΙΝΔ. ΒΡΕΦ	ΓΕΝΕΤ. ΑΝΩΜ.	ΕΛΕΥ- ΘΕΡΑ	ΣΥΝΟ- ΛΟ
ΝΑΙ	65	86	89	97	51	360
ΟΧΙ	73	7	8	40	12	140
ΣΥΝΟΛΟ	138	93	97	187	63	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	85.0	0.002

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θα έκανε έκτρωση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μόνο υπό προϋποθέσεις (όπως κίνδυνος της ζωής τους).

ΠΙΝΑΚΑΣ 49: Συσχέτιση των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την γνώμη για την καριέρα της γυναίκας και την εγκυμοσύνη με βάση το γεγονός της έκτρωσης (ερώτηση 41 και 23).

Αριθμός	ΚΑΡΙΕΡΑ	ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	60	80	140
ΟΧΙ	163	197	360
ΣΥΝΟΛΟ	223	277	500

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	75.0	0.02

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πιστεύει ότι δεν επιδρά η εγκυμοσύνη στην επαγγελματική εξέλιξη και θα προτιμούσαν την μητρότητα αντί για την καριέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 50: Συσχέτιση των απαντήσεων 500 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή της ενημέρωσης για την αντισύλληψη και την επιλογή της έκτρωσης (ερώτηση 2 και 23).

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΒΙΒΛΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	53	80	133
ΦΙΛΟΙ	5	52	77
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	7	55	82
ΣΧΟΛΕΙΟ	10	17	27
ΙΑΤΡΟΣ	30	64	114
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	35	62	127
ΣΥΝΟΛΟ	140	360	

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	88.0	0.007

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ακολουθούν μεθόδους αντισύλληψης ενημερωμένοι από τα βιβλία και περιοδικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνά μας ασχοληθήκαμε με τις αμβλώσεις, ένα πρόβλημα που οξύνεται συνεχώς.

Οι περισσότερες από τις ερωτηθείσες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες μικρής ηλικίας, και αυτό είναι φυσικό αν αναλογιστεί κανείς ότι την τελευταία χρονιά οι εκτρώσεις παρατηρούνται σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Αν συγκρίνει κανείς τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών τόσο σε τοπικό (ελληνικό) επίπεδο, όσο και σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο, θα διαπιστώσει ότι ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που καταφεύγουν στην έκτρωση μειώνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό λοιπόν, 41%, είναι μαθήτριες και φοιτήτριες.

Οι περισσότερες ήταν, όπως αναμενόταν χριστιανές ορθόδοξες σε ποσοστό 98% ενώ μόλις 1,2 ήταν καθολικές ενώ το 0,6 μάρτυρες του Ιεχωβά.

Το 40% των γυναικών που ερωτήθηκαν ήταν από πόλη, το 36,4 από κωμόπολη ενώ το 23% κατάγονταν από αγροτικές περιοχές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων και συζύγων είναι απόφοιτοι γυμνασίου – λυκείου. Αν συγκριθεί αυτό με παλαιότερες έρευνες διαπιστώνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο της χώρας μας παρουσιάζει μικρή αλλά σταθερή άνοδο.

Το 72% των γυναικών είναι απόφοιτες λυκείου ενώ από αυτό το 35 είναι απόφοιτες ανώτερων ή ανώτατων σχολών. Αγράμματα είναι μόνο το 2,4 των γυναικών.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότερες ήταν έγγαμες, 43,2%, ακολουθούν οι άγαμες με 40,2 ,οι διαζευγμένες 13,2% ενώ οι χήρες μόλις 3,4%.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε μέχρι 3 παιδιά, ενώ μόλις το 14,4 ήταν πολύτεκνες και υπερπολύτεκνες (αυτό συσχετίζεται άμεσα με το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα μας).

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά, το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (77,6) δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν επισκεφθεί τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Μόλις το 22,4 έχουν επισκεφθεί για κάποιο λόγο τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. ($p < 0.001$)

Εντύπωση μας κάνει το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών είχε αρχίσει τη σεξουαλική του δραστηριότητα πριν τα 18 χρόνια, ενώ μόλις το 1,2% των γυναικών άρχισε να έχει σεξουαλική ζωή μετά τα 24 χρόνια. ($p < 0.005$)

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, σε ποσοστό 79,4%, χρησιμοποιούσε κάποια μέτρα αντισύλληψης με πιο διαδεδομένο το προφυλακτικό (54%) και το ημερολόγιο κύκλου 15%.

Η ενημέρωση των γυναικών γίνεται κατά πρώτο λόγο από τα περιοδικά 28% και την τηλεόραση 27% και κατά δεύτερο από τον ειδικό γιατρό και τους φίλους. Η ενημέρωση από την μητέρα ήταν ελάχιστη σε ποσοστό 6,8%, από το σχολείο 4,2%, ενώ από το κατεξοχήν όργανο διαφωτισμού του κράτους για τέτοιου είδους θέματα, τις Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού μόλις 5,5%. ($p < 0.001$)

Το 80% περίπου των ερωτηθέντων δεν είχε εξωσυζυγικές σχέσεις, ενώ μόνο 20% των έγγαμων γυναικών είχε τουλάχιστον μια εξωσυζυγική σχέση. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αλλάζουν ερωτικό σύντροφο κάθε 2 έως 5 έτη (45%).

Η πλειοψηφία των γυναικών 66% δέχεται τις αμβλώσεις μόνο υπό συγκεκριμένες συνθήκες (κίνδυνο για τη ζωή της μητέρας, του παιδιού, σε γενετικές ανωμαλίες) ενώ ένα 24% πιστεύει ότι δεν πρέπει να πραγματοποιούνται καθόλου οι αμβλώσεις. Τέλος μόνο το 11% πιστεύει ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται ελεύθερα.

Από τις 500 ερωτηθείσες οι περισσότερες (291) δεν θα κατέφευγαν στην άμβλωση ακόμη και αν είχαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ενώ οι 209 σε μια τέτοια περίπτωση θα κατέφευγαν στην άμβλωση. Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες αρνούνται να καταφύγουν στην άμβλωση είναι περισσότερο θρησκευτικοί 27,3% και ακολουθούν οι συνειδησιακοί 24,2%. Παρατηρούμε ότι υπάρχει σ' ένα βαθμό θρησκευτική συνείδηση και εμπιστοσύνη στο Θεό και γι' αυτό έχουν σωθεί αρκετά κυήματα από την άμβλωση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών, 72%, δεν έχουν καταφύγει ποτέ σε έκτρωση ενώ από αυτές που έχουν κάνει έκτρωση οι περισσότερες δοκίμασαν αυτή την εμπειρία μία φορά.

Όπως είναι φυσιολογικό το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση είναι από 18-30 ετών, ενώ μόνο το 9% έχει κάνει έκτρωση πέρα από τα 30 χρόνια.

Όσον αφορά την απόφαση για την έκτρωση και σε σχέση με το σύντροφό τους αποδείχθηκε με την έρευνά μας ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν κάνει τις εκτρώσεις με κοινή απόφαση (54,2%). Το 30,7% των γυναικών αποφάσισαν μόνες τους για το αν θα κάνουν ή όχι έκτρωση ενώ το 15% των γυναικών κατέφυγαν στην άμβλωση ύστερα από επίμονη απαίτηση των συντρόφων τους. Σε παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες έχει διαπιστωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών αποφασίζει μόνη της για το αν θα κάνει έκτρωση, χωρίς να υπολογίζει καθόλου τη γνώμη του συντρόφου της.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διαπιστώνουμε ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη 25,3% είναι ο κυριότερος λόγος που οδηγεί μια γυναίκα στην άμβλωση. Ακολουθούν οι οικογενειακοί λόγοι με 23,4% και οι οικονομικοί λόγοι με ποσοστό 19,6%. Οι οικογενειακοί λόγοι αφορούν κυρίως τα νεαρά ζευγάρια λόγω διαφωνιών των γονιών τους, ενώ οι οικονομικοί τα πιο μεγάλα σε ηλικία ζευγάρια.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, το 67%, υποστηρίζει ότι τους δημιουργήθηκε κάποιο περαιτέρω πρόβλημα ενώ το 33% αποκάλυψε ότι δεν είχε πρόβλημα. Το κυριότερο είναι το συνειδησιακό με 23,2% ενώ ακολουθεί το ψυχολογικό με 18,4%. Οι περισσότερες, 93, είχαν ψυχολογική υποστήριξη από τους συντρόφους κυρίως, αλλά και από τους γονείς και τα φιλικά πρόσωπα, ενώ μόνο 47 δεν είχαν ψυχολογική συμπαράσταση από κανέναν.

Σε σχέση με τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων 417 γυναίκες υποστήριξαν ότι ήταν απόλυτα ενημερωμένες ενώ 83 έδειξαν άγνοια. Η ενημέρωση έγινε κατά κύριο λόγο από περιοδικά (27%) και τηλεόραση (18%) και ακολουθεί η ενημέρωση από τον ιατρό (16%) και την οικογένεια (12%). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανεπαρκής και μόλις το 11% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είχε ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι περισσότερες από τις γυναίκες πιστεύουν ότι οι πιο συχνές επιπλοκές των εκτρώσεων είναι η στειρώση, ο θάνατος, οι αιμορραγίες, οι μολύνσεις καθώς επίσης ψυχολογικές επιπλοκές, όπως μελαγχολία και κατάθλιψη. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν και με τα αποτελέσματα μιας αντιστοιχικής έρευνας των Τ.Ε.Ι. Πατρών του 1998 (στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας), κατά την οποία το 88% των γυναικών γνωρίζουν τις επιπλοκές ($p < 0.0001$).

Το 60% των γυναικών που έκαναν έκτρωση προτίμησε το οργανωμένο νοσοκομείο ενώ το 38% τις ιδιωτικές κλινικές. Αυτό βεβαίως έχει σχέση και με την οικονομική κατάσταση της γυναίκας.

Η μεγάλη πλειοψηφία (73%) των γυναικών που είχαν καταφύγει στην οδυνηρή εμπειρία της άμβλωσης, χρησιμοποίησε μετά την άμβλωση κάποια μέθοδο αντισύλληψης με κυριότερη αυτή του προφυλακτικού (29,6%) ενώ μόνο το 27% δε χρησιμοποιεί μετά την έκτρωση αντισύλληψη. Όπως

παραδέχονται οι ίδιες οι γυναίκες μετά την έκτρωση χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης για να μην ξαναυποστούν την ίδια δοκιμασία.

Το 70% περίπου των γυναικών πιστεύει ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συνετέλεσε στην αύξηση του αριθμού τους, διότι η γυναίκα καταφεύγει ευκολότερα στη λύση αυτή, ενώ το 30% έχει αντίθετη άποψη, πιστεύοντας ότι και παράνομες να ήταν οι αμβλώσεις ο αριθμός γυναικών που θα κατέφευγαν σ' αυτές δεν θα ήταν μικρότερος.

Οι απόψεις για το αν η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καριέρα της σύγχρονης γυναίκας διίστανται. Το 52% αρνείται αυτή την άποψη ενώ το 48% δείχνει να τη συμμερίζεται. Το 55% των γυναικών θα επέλεγε τη μητρότητα από την καριέρα ενώ την καριέρα σε σχέση με τη μητρότητα προτιμούν 44%. Τη δεύτερη άποψη υποστηρίζουν κυρίως οι νέες γυναίκες οι οποίες βάζουν πάνω απ' όλα την επαγγελματική καταξίωση αδιαφορώντας για τη δημιουργία οικογένειας.

Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι το 42% των γυναικών θα κρατούσε το παιδί αν υπήρχε βοήθεια από το κράτος, ενώ μόνο το 24% θα προτιμούσε και πάλι το δρόμο της έκτρωσης. Η βοήθεια που επιθυμούν οι γυναίκες από το κράτος είναι να αυξηθεί τα οικογενειακά επιδόματα, να μειώσει τη φορολογία κ.ά. Το πιο αξιοσημείωτο είναι ίσως το γεγονός ότι το 93% περίπου των γυναικών δεν θα ήθελε η κόρη τους να κάνει αμβλώση ενώ μόνο το 7% δεν θα είχε πρόβλημα σ' αυτή την περίπτωση.

Σε σχέση με το ρόλο του νοσηλευτή οι περισσότερες γυναίκες, 34%, πιστεύουν ότι θα πρέπει να συνδυάζει τη συμβουλή, τη διαφώτιση, την πρόληψη και την υποστήριξη, ενώ θεωρούν εξίσου αρμόδιους φορείς για την ενημέρωση του κοινού για θέματα αμβλώσεων τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, την Εκκλησία και τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Με την κατάλληλη συσχέτιση των ερωτήσεων αποδείχθηκε αρχικά ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι υπέρ της αντισύλληψης με

στόχο την αποφυγή της έκτρωσης, ανεξάρτητα με την εμπειρία τους από ένα τέτοιο γεγονός ($p < 0,001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θα έκαναν έκτρωση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, μόνο υπό την προϋπόθεση ότι υπήρχε κίνδυνος για τη ζωή τους ($p < 0,002$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων φαίνεται ότι προτιμά τη μητρότητα από την επαγγελματική εξέλιξη ($p < 0,02$).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κατέφυγε στη μέθοδο της έκτρωσης επειδή δεν είχε την κατάλληλη ενημέρωση από τα βιβλία και τα περιοδικά και δεν είχε καταφύγει στους αρμόδιους φορείς ($p < 0,007$).

Αυτό που διαπιστώσαμε (και από τη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε) είναι ότι οι αμβλώσεις αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα και μεγάλη απειλή για τη χώρα μας (λόγο της υπογεννητικότητας) . Ελπιδοφόρο είναι το γεγονός ότι το 93% των ερωτηθέντων δεν ήθελε η κόρη τους να κάνει άμβλωση. Εάν όλοι ενδιαφερούμε, ίσως το « αύριο» να είναι καλύτερο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πρόβλημα των εκτρούσεων έχει πάρει στις μέρες μας τεράστιες διαστάσεις. Κύρια αιτία θεωρείται η άγνοια, η ελλιπής ή και λανθασμένη πληροφόρηση. Για να λυθεί ή να μειωθεί σημαντικά το τεράστιο αυτό πρόβλημα που έχει θρησκευτικές και πολιτικές διαστάσεις θα πρέπει να επισημανθεί ο σημαντικός ρόλος της πρόληψης.

Για να υπάρχει όμως σωστή πρόληψη θα πρέπει να υπάρχει σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση από φορείς σωστά ενημερωμένους. Παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται για να αναπτυχθούν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ο θεσμός αυτός είναι ακόμα άγνωστος, όπως φαίνεται και απ' την έρευνα. Ο θεσμός δε αυτός θα πρέπει να επανδρωθεί και να ενισχυθεί με έμπειρο και επιστημονικά καταρτισμένο υγειονομικό προσωπικό (ιατροί, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες, ψυχολόγοι κ.ά.) ώστε η διαφώτιση του κοινού να είναι σωστή.

Επιπλέον ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού θα πρέπει να γίνει προσιτός σ' όλα τα άτομα. Το πρόβλημα παρουσιάζεται κυρίως στην επαρχία αλλά και σε μεγαλύτερες πόλεις.

Εκεί όμως που θα πρέπει να δοθεί η μεγαλύτερη προσοχή είναι στη σωστή πληροφόρηση του ατόμου. Οι νέοι στην εποχή μας ενημερώνονται για τα σεξουαλικά θέματα από περιοδικά και εκπομπές αμφιβόλου ποιότητας και από πρόσωπα που δεν είναι ούτε αρμόδια ούτε υπεύθυνα. Οι γονείς σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς θα πρέπει να δώσουν, με διακριτικό τρόπο, τη σωστή ενημέρωση στους νέους. Στο δημοτικό θα πρέπει να δίδονται στους νέους βιολογικές πληροφορίες. Στα επόμενα έτη θα πρέπει να διδάσκονται θέματα όπως οι εκτρούσεις, η αντισύλληψη, η γονιμοποίηση καθώς οι τελευταίες έρευνες δείχνουν ότι ο μέσος όρος ηλικίας των εκτρούσεων μειώνεται συνεχώς και πολλές ανήλικες κοπέλες ακόμα και 14 ετών καταφεύγουν στην έκτρωση.

Πολύ σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκκλησίας. Σε μια εποχή όπου βασιλεύει ο αμοραλισμός, οι άνθρωποι έχουν απομακρυνθεί από ηθικές αρχές και αξίες, ο λόγος του ευαγγελίου είναι περισσότερο επίκαιρος από κάθε άλλη φορά. Απέναντι στις επικρατούσες απόψεις της εποχής μας για σεξουαλική χειραφέτηση και ικανοποίηση των γενετήσιων ορμών, στέκεται ο λόγος της Ορθοδόξου διδασκαλίας που προτείνει έναν άλλο τρόπο ζωής, βασισμένο σε ηθικά πρότυπα και αξίες. Ασφαλώς και δεν πιστεύουμε ότι θα πρέπει να επιβάλλουμε στους νέους τον τρόπο της ζωής τους. Θα πρέπει όμως πριν αποφασίσουν οι νέοι να έχουν ακούσει από τους παιδαγωγούς τους όλες τις απόψεις, ώστε η επιλογή να είναι δική τους.

Μεγάλη σημασία ωστόσο έχει και ο ρόλος του Νοσηλευτή, ιδιαίτερα στην κοινότητα. Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να είναι μόνο κατάλληλα επιστημονικά καταρτισμένος όσον αφορά την αντισύλληψη και τις εκτρώσεις, αλλά θα πρέπει να κινείται από ανθρωπιστικά αισθήματα. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενημερώνει κάθε γυναίκα που ετοιμάζεται να κάνει έκτρωση για τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων. Αν δεν καταφέρει να της αλλάξει γνώμη, θα πρέπει στη συνέχεια να την πληροφορήσει για όλες τις μεθόδους αντισύλληψης και να την πείσει ότι πρέπει να αποφύγει μία άλλη έκτρωση.

Εκείνοι οι οποίοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη μείωση των εκτρώσεων είναι οι ιατροί. Στην εποχή μας δυστυχώς, οι εκτρώσεις αποτελούν μέσο κερδοσκοπίας των ιατρών. Πριν ο ιατρός προχωρήσει στην άμβλωση θα πρέπει να εξαντλήσει όλα τα δυνατά εναλλακτικά μέσα και να κινηθεί μέσα στα πλαίσια που επιτρέπει το νομικό καθεστώς. Η σωστή ενημέρωση για τους κινδύνους και τις επιπλοκές της γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε έκτρωση αποτελεί καθήκον του ιατρού και θα πρέπει να γίνεται πριν την εκτέλεσή της.

Αλλά και το ίδιο το κράτος, το οποίο δέχεται τις συνέπειες των εκτρώσεων, καθώς μειώνεται δραματικά ο αριθμός των πολιτών του, πρέπει

να πάρει θέση. Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να αυξήσει τα επιδόματα και να μειώσει τη φορολογία προς τους πολύτεκνους. Έπειτα θα πρέπει να δημιουργήσει κέντρα όπου η ανύπαντρη μητέρα θα βρει ζεστασιά και θαλαπωρή.

Τέλος η κοινωνία μας και εμείς θα πρέπει να πάψουμε να αντιμετωπίζουμε ρατσιστικά τις ανύπαντρες μητέρες. Θα πρέπει να σκεφτούμε ότι η ανύπαντρη μητέρα θα μπορούσε εύκολα να κάνει έκτρωση, προτίμησε όμως το δύσκολο δρόμο και τώρα θυσιάζεται προκειμένου να μεγαλώσει κάποιο παιδί και να το προσφέρει στην κοινωνία προς όφελός της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν στην οδυνηρή εμπειρία των αμβλώσεων στην εποχή μας. Ταυτόχρονα, επιθυμούμε να ενημερώσουμε τις γυναίκες για το τι είναι άμβλωση, τους κινδύνους των αμβλώσεων και για την αυξανόμενη μη συνειδητή τάση των γυναικών για άμβλωση. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται στη χώρα μας περισσότερες από 400.000 αμβλώσεις, οι οποίες ασφαλώς μεγαλώνουν το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα η χώρα μας.

Η έρευνα διεξήχθη από το Σεπτέμβριο του 1998 μέχρι το Σεπτέμβριο του 1999 στη Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Πατρών (409), στη Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Π.Π.Ν.Ρίου, στο προσωπικό των Νοσοκομείων Αγ. Ανδρέας, στο Π.Π.Ν.Ρίου, στο Τ.Ε.Ι. καθώς και σε τυχαίο δείγμα γυναικών ηλικίας 14 έως 60 ετών. Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο του ερωτηματολογίου που περιλάμβανε ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, οι κυριότεροι λόγοι που ωθούν μία γυναίκα στο να κάνει άμβλωση είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η οικονομική κατάσταση καθώς και η αρνητική αντιμετώπιση της κοινωνίας προς την ανύπαντρη μητέρα. Οι εκτροώσεις είναι πιο συχνές στην νεαρή ηλικία, χωρίς να είναι μικρός ο αριθμός των εκτροώσεων και στις μεγαλύτερες ηλικίες, και δεν επηρεάζονται ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση της μητέρας καθώς και από τον τόπο διαμονής της.

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών, 67%, δέχεται υπό όρους τις αμβλώσεις, ενώ μόνο το 10% δέχεται την ελεύθερη πραγματοποίησή τους ($p < 0,001$).

Το 70% των γυναικών πιστεύει ότι η νομιμοποίηση αύξησε τον αριθμό των αμβλώσεων ($p < 0,0001$). Το 45% των γυναικών δεν θα κατέφευγε στην άμβλωση αν υπήρχε η βοήθεια του κράτους ($p < 0,001$).

Συμπερασματικά, πρέπει να τονισθεί ο σημαντικός ρόλος της ενημέρωσης στην πρόληψη των αμβλώσεων. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται από μικρή ηλικία, με διακριτικό βέβαια τρόπο. Στη σωστή ενημέρωση θα πρέπει να συμβάλλουν όλοι εκείνοι που επηρεάζουν με άμεσο ή με έμμεσο τρόπο την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού, όπως το σχολείο, η οικογένεια, το υγειονομικό προσωπικό, η εκκλησία, ακόμα και τα Μ.Μ.Ε.

Οι εκτρώσεις είναι από τα πιο σημαντικά προβλήματα της εποχής μας και η επίλυσή τους είναι ευθύνη όλων μας.

SUMMARY

The purpose of our work is to search through all the factors that cause, in our time, the painful experience of abortion. At the same time, nowadays we wish all the women to be informed of the dangers an abortion cause, and also to be informed of the increasing unconscious tendency in abortion. It is estimated that every year more than 400.000 abortion is being procured in our country, increasing with this way the problem of population that our country 's having nowadays.

The research (September 1995 – early September '99) took place at the obstetrical – gynecological clinic of Patras Hospital (409), also at the obstetrical and gynecological clinic of Rio University Hospital, at the staff of St. Andrew Hospital and Rio University Hospital, at the place of T.E.I. Finally was based on a random sample of women aged 14-60 years dd. We used the "question method" where were included open & closed type of questions.

According to the results of our research, the main reasons that make a woman to hare an abortion are the unwitting pregnancy, the financial situation and the negative reaction of society towards to the unmarried woman. Abortion is having had more of ten at young age, although the number of abortion at older age is not so small, and independently of the mother' s financial situation and her living place.

The largest percentage oh women 67% accept the abortion under circumstances, while only 10% of women accept it' free realization ($p < 0.001$). 70% of women believe that the legalization in creased the number of abortion ($p < 0.0001$). 45% of women wouldn't take refuge in abortion, if there were the states help ($p < 0.001$).

In conclusion, it has to be remarked the significant part of information on the prevention of abortion. Information should be given at young age in o discreet way. To the right information, should contribute all that in

flounce the physical child's development in a direct or indirect way, such as the school, the family, the church the staff of health, even mass media communication.

Nowadays, abortion is one of the most significant problems and their solution is responsibility of all of us.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΛΞΙΟΤΑΚΗΣ Α. «Αμβλωση», Επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις «Λ. Λεξιώτακη», Αθήνα 1982.
2. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΥΔΡΙΑ, τόμος 6^{ος}, Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων ΑΕ, Αθήνα 1978, σελ. 451.
3. COEN VAN TRICHT «Αμβλωση το δικαίωμα της γυναίκας», Μετάφραση Τριανταφύλλου Κ., Επίτομος έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καρανάση, Αθήνα 1985.
4. ΖΑΪΜΗ Ε., ΛΑΪΝΑ Σ., «Αμβλώσεις – Μελέτη του φαινομένου όπως παρουσιάζεται στον ελληνικό χώρο», Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα Νοέμβριος 1988.
5. Kunitz, "Causes of Maternal Mortality in the United States", *Obstetrics and Gynecology*, 65(5) May 1985.
6. MILLER A., CALLANDER R., «Μαιευτική Εικονογραφημένη», Μετάφραση Σαρρής Γ., Νέα Έκδοση 1991, Επίτομος έκδοση 4^η, σελ. 239-248.
7. ΚΙΝΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, «Αντισυλληπτικά Μέσα», Επίτομος έκδοση Β', Εκδόσεις «Κίνημα για την Απελευθέρωση των Γυναικών», Αθήνα, Μάης 1977.
8. ΤΣΑΜΗΣ Χ., ΣΧΟΙΝΑ Σ. κ.α., «Υπογεννητικότητα στην Ελλάδα», Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 1995.
9. ΔΕΓΓΟΡΑΚΗΣ Ι., «Οικογενειακός Προγραμματισμός: Αντισύλληψη- Σεξουαλική Διαφώτιση», Επίτομος έκδοση 3^η, Εκδόσεις «Πατάκη», Αθήνα 1988.
10. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν., ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α., «Γυναικολογία», Επίτομος έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1994, σελ. 338-339.

11. ΘΩΔΗ Μ., ΚΟΥΤΑ Α., ΜΑΛΗ Ι., «Αμβλώσεις – ο αφανισμός του γένους», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή ΣΕΥΠ, Πάτρα 1998.
12. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ε., «Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία», Μέρος Δεύτερο, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις «Γιαννακόπουλος», Αθήνα 1988.
13. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, «Εγώ το Αγέννητο Παιδί», Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Αθήνα, σελ. 19.
14. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α., «Διλήμματα και Προβληματισμού στη Σύγχρονη Νοσηλευτική», Επίτομος έκδοση Α', Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1990, σελ. 77-84.
15. ΛΥΔΙΑ «Ο χλευασμός του σκύλου», Θεσσαλονίκη 1991.
16. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ε., «Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία», Μέρος Πρώτο, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις «Γιαννακόπουλος», Αθήνα 1988.
17. ΔΑΒΑΚΗΣ Ι. «Παιδιατρική», Τόμος 42, Τεύχος 5-6, Αθήνα 1979.
18. ΤΡΑΓΚΑΣ Ι. «Προγραμματισμένη δημογραφική πολιτική», «Καθημερινή», Αθήνα 1976.
19. ΒΑΛΑΟΥΡΑΣ Β. «Η υπογεννητικότητα οδηγεί την Ελλάδα σε μαρασμό», «Καθημερινή», Αθήνα 1975.
20. ΒΑΛΑΟΥΡΑΣ Β. «Σπυδαί», Τόμος ΚΖ, Τεύχος 3, Αθήνα 1975.
21. ΡΗΓΑ Μ. «Εθνικός κίνδυνος το δημογραφικό πρόβλημα», «Απογευματινή», Αθήνα 1982.
22. ΔΟΡΚΟΦΙΚΗ ΕΙΡ. «Αμβλώσεις. Ο αφανισμός του γένους», Επίτομος, Έκδοση Ι', Εκδόσεις «Ελληνική Ευρωεκδοτική», Αθήνα 1985.
23. ΔΡΕΤΑΚΗ Μ. «Η παλινδρομηση δεν θεραπεύει την μετανάστευση», «Βήμα», Αθήνα 1981.
24. ΠΟΙΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, Μηνιαίο περιοδικό, Τόμος ΣΤ', Εκδοτικός Οίκος αφοί Π. Σακκουλά, Αθήνα 1986.

25. ΚΑΣΚΑΡΕΛΗΣ Δ., «Μαιευτική και Γυναικολογία», Τόμος Β΄, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1973.
26. ΚΑΡΑΤΖΑ Λ., «Ποινικός Κώδικας», Επίτομος έκδοση Δ΄, Εκδόσεις Νομικής Βιβλιοθήκης Χ. Καρατζάς, Αθήνα 1997.
27. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Ε., «Έκτρωση: αυτός ο νομικός φόνος πρέπει να σταματήσει», Ορθόδοξο Μηνιαίο Φοιτητικό Περιοδικό «Η Δράσις μας», Τεύχος 349, Ιούνιος-Ιούλιος 1997, σελ. 204-205.
28. ΓΚΙΟΥΡΤΖΙΑΝ Μ., «Αρνητική αντιμετώπιση ελαττωματικών / αναπήρων εμβρύων και βρεφών ιστορικά Α΄», Ορθόδοξο Μηνιαίο Φοιτητικό Περιοδικό «Η Δράσις μας», Τεύχος 350, Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1997, σελ. 230.
29. Ο ΣΩΤΗΡ, «Μ. Βασίλειος: Ο φεμινισμός και αι αμβλώσεις β΄», Εβδομαδιαίο Ορθόδοξο Χριστιανικό Περιοδικό Ομωνύμου Αδελφότητας Θεολόγων, Τεύχος 1260, Αθήναι 2 Δεκεμβρίου 1987.
30. ΜΕΛΕΤΙΟΥ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΟΥ ΝΙΚΟΠΟΛΕΩΣ, «Έκτρώσεις», Επίτομος έκδοση 4^η βελτιωμένη, Εκδόσεις Ιεράς Μητροπόλεως Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1992.
31. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι. ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ ΑΡΧΙΜΑΝΔΡΙΤΟΥ, «προγαμιαίες σχέσεις, πολιτικός γάμος, αμβλώσεις», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις «Ορθόδοξου Τύπου», Αθήνα 1990.
32. Ο ΣΩΤΗΡ, «Μ. Βασίλειος: Ο φεμινισμός και αι αμβλώσεις α΄», Εβδομαδιαίο Ορθόδοξο Χριστιανικό Περιοδικό Ομωνύμου Αδελφότητας Θεολόγων, Τεύχος 1259, Αθήναι 25 Νοεμβρίου 1987.
33. ΓΚΙΟΥΡΤΖΙΑΝ Μ., «Αρνητική αντιμετώπιση ελαττωματικών / αναπήρων εμβρύων και βρεφών ιστορικά Β΄», Ορθόδοξο Μηνιαίο Φοιτητικό Περιοδικό «Η Δράσις μας», Τεύχος 351, Οκτώβριος 1997, σελ. 268.
34. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΙΕΡΟΜΟΝΑΧΟΥ, «Σκεύος Εκλογής», Επίτομος έκδοση 1^η, Άγιον Όρος 1996.

35. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΛΘ. «Σφαιρική θεώρηση του θέματος στην ανακοίνωση: Διλήμματα στη νοσηλευτική, Η νοσηλεύτρια μπροστά στο πρόβλημα αμβλώσεις», Πρακτικά ΙΔ΄ Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, 1-3 Σεπτεμβρίου, Θεσσαλονίκη 1987.
36. ΜΑΡΓΑΡΙΤΙΔΟΥ Β. «Οικογενειακός Προγραμματισμός και αγωγή υγείας στην κοινότητα», Πρακτικά Α΄ Πανελληνίου Συνεδρίου Αγωγής Υγείας: «Η αγωγή υγείας στην κοινότητα», 1-2 Νοεμβρίου, Πάτρα 1991.
37. ΚΑΚΚΟΣ Δ., ΣΠΙΝΟΣ Π., ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε., «Νοσηλευτική Παρέμβαση στις Αμβλώσεις», Σεμιναριακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή ΣΕΥΠ, Πάτρα 1999.
38. ΠΟΛΥΤΕΚΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, «Από την ζωντανή επικοινωνία φιλοπολυτέκνων και πολυτέκνων», Τριμηνιαίο δημοσιογραφικό όργανο της «Πανελληνίας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων», Τεύχος 80, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1988, σελ. 6 και 16.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Ηλικία : 15 – 19 []
 20 – 24 []
 25 – 29 []
 30 – 34 []
 35 – 45 []
- α) Επάγγελμα :.....
- β) Θρήσκευμα :.....
- γ) Τόπος καταγωγής :.....
- δ) Τόπος διαμονής τα τελευταία πέντε χρόνια :.....
- ε) Γραμματικές γνώσεις του πατέρα : α) Αγράμματος []
 β) Απόφοιτος Δημοτικού []
 γ) Απόφοιτος Γυμνασίου []
 δ) Απόφοιτος Λυκείου []
 ε) Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής []
 στ) Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής []
- ζ) Γραμματικές γνώσεις της μητέρας : α) Αγράμματη []
 β) Απόφοιτη Δημοτικού []
 γ) Απόφοιτη Γυμνασίου []
 δ) Απόφοιτη Λυκείου []
 ε) Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής []
 στ) Απόφοιτη Ανώτατης Σχολής []
- η) Γραμματικές γνώσεις συζύγου ή συντρόφου: α) Αγράμματος []
 β) Απόφοιτος Δημοτικού []
 γ) Απόφοιτος Γυμνασίου []
 δ) Απόφοιτος Λυκείου []
 ε) Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής []
 στ) Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής []
- θ) Γραμματικές γνώσεις δικές σας: α) Αγράμματη []
 β) Απόφοιτη Δημοτικού []
 γ) Απόφοιτη Γυμνασίου []
 δ) Απόφοιτη Λυκείου []
 ε) Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής []
 στ) Απόφοιτη Ανώτατης Σχολής []

-) Οικογενειακή κατάσταση: α) Έγγαμος -η []
 β) Άγαμος -η []
 γ) Διαζευγμένος -η []
 δ) Χήρος -α []

) Έχετε παιδιά: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
) Εάν ΝΑΙ, πόσα παιδιά έχετε:.....

) Έχετε απευθυνθεί σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού:
 ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

) Εάν ΝΑΙ, για ποιο λόγο το επισκεφτήκατε:

-) Για να ενημερωθείτε σχετικά με την αντισύλληψη []
) Για να ενημερωθείτε σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση []
 Προγεννητικό έλεγχο []
) Για να ενημερωθείτε σχετικά με τις αμβλώσεις []
 Για να κάνετε test pap []

) Σε ποια ηλικία άρχισε η σεξουαλική σας δραστηριότητα:.....

) Χρησιμοποιείται κάποια μέθοδο αντισύλληψης: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

) Εάν ΝΑΙ, ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιείται:

-) Χάπι []
) Προφυλακτικό []
) Διακεκομμένη συνουσία []
) Σπιράλ []
) Διάφραγμα []
) Ημερολόγιο κύκλου []
) Θερμομετρικό διάγραμμα []
) Καμία []

) Εάν όχι, ποιος είναι ο λόγος που δεν χρησιμοποιείται κάποια από τις παραπάνω

- μεθόδους: α) Φόβος []
 β) Αμφιβολία αποτελεσματικότητας αντισυλληπτικής μεθόδου []
 γ) Προκατάληψη []
 δ) Θρησκεία []
 ε) Άγνοια []
 στ) Δεν θέλω []

) Η ενημέρωσή σας για την αντισύλληψη έγινε από:

-) Περιοδικά []
) Τηλεόραση []

- Φίλους
- Μητέρα
- Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού
-) Ειδικό γιατρό
- Σχολείο
- Από κάπου άλλού:.....

2) Είχατε ποτέ εξωσυζυγικές σχέσεις (μόνο για έγγαμες): ΝΑΙ ΟΧΙ

·) Πόσο συχνά αλλάζετε ερωτικούς συντρόφους:

-) Κάθε 2 εβδομάδες
-) Κάθε 1 μήνα
-) Κάθε 6 μήνες
-) Κάθε 1 χρόνο
-) Κάθε 2-3 χρόνια
-) Δεν έχω

2) Ποια η γνώμη σας για τις αμβλώσεις:

-) Δεν πρέπει να γίνονται
-) Να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή της μητέρας
-) Να γίνονται μόνο όταν απειλείται η ζωή του παιδιού
-) Να γίνονται σε γενετικές ανωμαλίες
-) Να γίνονται ελεύθερα

3) Εάν είχατε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα καταφεύγατε στην αμβλώση:

ΝΑΙ ΟΧΙ

4) Εάν ΟΧΙ, ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν σ' αυτή την απόφαση:

-) Θρησκευτικοί λόγοι
-) Συνειδησιακοί λόγοι
-) Κοινωνικοί λόγοι
-) Ο φόβος της αμβλώσης
-) Όλα τα ανωτέρω

5) Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση: α) 1 φορά

β) 2-4 φορές

γ) Πάνω από 4 φορές

δ) Ποτέ

6) Σε ποια ηλικία κάνατε την πρώτη σας έκτρωση:.....

7) Πόσων εβδομάδων ήταν η κύηση όταν έγινε η αμβλώση:.....

-) Η απόφαση για την έκτρωση ήταν: α) Δική σας
- β) Του συντρόφου σας
- γ) Και των δυο σας

) Ποιοι λόγοι σας οδήγησαν στην έκτρωση:

- Κοινωνική κατακραυγή
- Επαγγελματικοί λόγοι
- Οικονομικοί λόγοι
- Οικογενειακοί λόγοι
- Προβλήματα με τον σύντροφό σας
-) Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Όλα τα ανωτέρω
- Ιατρογενείς
- Βιασμός

■) Εφόσον κάνατε την έκτρωσή σας δημιουργήθηκε κάποιο περαιτέρω πρόβλημα:

- Συνειδησιακό
- Ψυχολογικό
- Κοινωνικό
- Οργανικό
- Οικογενειακό
-) Κανένα

) Είχατε ψυχολογική υποστήριξη από κάποιο άτομο:

ΑΙ ΟΧΙ

■) Εάν ΝΑΙ, από ποιους:

- Σύντροφό σας
- Γονείς σας
- Κάποιο φιλικό πρόσωπο
- Νοσηλεύτη-τρια
- Κάποιος άλλος:.....

■) Γνωρίζετε τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων:

ΑΙ ΟΧΙ

■) Εάν ΝΑΙ, από πού ενημερωθήκατε:

- Βιβλία – περιοδικά
- Τηλεόραση
- Ιατρό
- Νοσηλεύτη-τρια
- Φιλικό πρόσωπο
-) Οικογένεια

- ι Σχολείο []
- κ) Από κάπου αλλού:.....
- 5) Ποιες από τις παρακάτω νομίζετε ότι είναι:
- | | |
|---|-----|
| α) Ισχυροί πονοκέφαλοι | [] |
| β) Διάτρηση της μήτρας | [] |
| γ) Μόλυνση | [] |
| δ) Προβλήματα στον κύκλο | [] |
| ε) Ισχιαλγία | [] |
| ς) Αιμορραγία | [] |
| ζ) Ρήξη μήτρας, εντέρου ή ουροδόχου κύστεως | [] |
| η) Τραύμα τραχήλου | [] |
| θ) Ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου | [] |
| ι) Ελλιπής έκτρωση | [] |
| ια) Στείρωση | [] |
| ιβ) Φλεγμονή μήτρας | [] |
| ιγ) Καθ' έξιν αποβολές | [] |
| ιδ) Φλεγμονή σαλπίνγων | [] |
| ιε) Μελαγχολία, κατάθλιψη | [] |
| ισ) Διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές | [] |
| ιθ) Θάνατος | [] |
- 6) Που έχετε κάνει έκτρωση: α) Σε οργανωμένο νοσοκομείο []
 β) Σε ιδιωτική κλινική []
 γ) Κάπου αλλού.....
- 7) Μετά την έκτρωση, θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε κάποια μέθοδο αντισύλληψης: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []
- 8) Εάν ΝΑΙ, ποια μέθοδο θα χρησιμοποιούσατε: α) Προφυλακτικό []
 β) Χάπι []
 γ) Διακεκομμένη συνουσία []
 δ) Σπιράλ []
 ε) Διάφραγμα []
 στ) Ημερολόγιο κύκλου []
 ζ) Θερμομετρικό διάφραγμα []
- 9) Γιατί θα χρησιμοποιούσατε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο μετά από μια έκτρωση;

- 10) Πιστεύετε ότι η νομιμοποίηση των αμβλώσεων συντέλεσε στην αύξηση του αριθμού των γυναικών που καταφεύγει ευκολότερα στη λύση αυτή;
 ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

1) Πιστεύετε ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καριέρα της έγκυρης γυναίκας: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

2) Εάν ΝΑΙ, ποιο από τα δύο θα επιλέγατε: α) Καριέρα []
β) Μητρότητα []

3) Εάν υπήρχε βοήθεια από το κράτος θα κρατούσατε το παιδί: α) Ναι []
β) Όχι []
γ) Ίσως []
δ) Δεν ξέρω []

4) Τι είδους βοήθεια θα θέλατε από το κράτος για να κρατήσετε το παιδί:

- α) Να αυξήσει τα οικογενειακά επιδόματα []
- β) Να μειώσει τη φορολογία []
- γ) Να δώσει μεγαλύτερα επιδόματα []
- δ) Να παρατείνει την άδεια μητρότητας []
- ε) Να αυξήσει τον αριθμό βρεφονηπιακών σταθμών []
- ς) Να εφαρμόσει την απαγόρευση των εκτρούσεων []

Θα μπορούσατε να προτείνετε κάτι άλλο

εσείς:.....
.....

5) Το παιδί σας θα θέλατε να κάνει άμβλωση:

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

6) Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να είναι ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας:

- α) Συμβουλευτικός []
- β) Διαφοπιστικός []
- γ) Προληπτικός []
- δ) Υποστηρικτικός []
- ε) Όλα τα παραπάνω []

7) Ποιους από τους πιο κάτω φορείς θεωρείτε περισσότερο αρμόδιους για την ενημέρωση του κοινού: α) Νοσηλευτές-τριες []

β) Κοινωνικούς λειτουργούς []

γ) Ιερείς - Εκκλησία []

δ) Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού []

ε) Όλα τα ανωτέρω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β´

Η «εμπειρία» μιας έκτρωσης

Το κείμενο που θα διαβάσετε παρακάτω είναι γραμμένο από μια 20χρονη κοπέλα, που αναγκάστηκε να κάνει έκτρωση. Την εμπειρία της αυτή, την έζησε οδυνηρά και με πολλή ευαισθησία, γι' αυτό και θέλησε να πει κάπου την αγανάκτησή της, γι' αυτή την απάνθρωπη διαδικασία.

Ο «Θούριος» το δημοσιεύει στα πλαίσια ενός μικρού αφιερώματος για την έκτρωση. Η έρευνά μας έχει ατέλειες, πιστεύουμε όμως ότι ήταν αναπόφευκτες σ' ένα βαθμό μια που το ίδιο το θέμα έχει πελώριες διαστάσεις.

Κάποια μέρα ανακαλύπτεις ότι έχεις «καθυστερήσει», κάτι δεν πήγε καλά στους υπολογισμούς σου. Αρχίζει να μπαίνει μπροστά σου ένα φάντασμα που μέχρι την τελική βεβαίωση του γεγονότος, ελπίζεις να το αποφύγεις: η έκτρωση. Αρχίζεις να ψάχνεις για λεφτά, προσπαθείς να εξηγήσεις στον άντρα που έχεις ότι φοβάσαι ότι αυτή την ιστορία. Στο μυαλό σου περιτριγυρίζουν πολλές σκέψεις. Κι' αν αυτό γίνει αιτία να μην κάνω παιδιά ποτέ; Κι αν μου κάνουν κακή επέμβαση; Λες: Δεν μπορώ αυτό το πράγμα. Μια φίλη σου συστήνει ένα γιατρό. Πηγαίνεις. Σε εξετάζει. Σου λέει πόσα θέλει και πού θα την κάνει. Ρωτάει τότε είχες τελευταία φορά περίοδο, πόσο χρονών είσαι. Σου λέει, την ημέρα της έκτρωσης να μην πας μόνη σου. Κλείνεται το ραντεβού. Παίρνεις φάρμακα για να προετοιμαστεί η επέμβαση. Πληρώνεις την επίσκεψη. Φεύγεις. Ο άντρας σου αρχίζει και φοβάται. Του λες πως σ' εξέτασε ο γιατρός και πιάνει την κοιλιά του. Όταν οριστεί η μέρα αρχίζεις και το σκέφτεσαι πιο έντονα. Μιλάς πιο συχνά γι' αυτό. Φαντάζεσαι τον εαυτό σου πάνω στο γυναικολογικό κρεβάτι με ανοιχτά τα πόδια και ένα γιατρό αδιάφορα να ασχολείται με τη μήτρα σου. Ένας αριθμός που περνάει από μπροστά σου κι ακολουθούν άλλοι.

Σκέφτεσαι: Πώς να 'ταν το μωράκι αν γεννιότανε; Φαντάζεσαι, φαντάζεσαι... Ο άντρας σου, σου λέει ότι δεν είναι και τόσο τραγικό, όσο το κάνεις. Χιλιάδες γυναίκες κάνουν εκτρώσεις χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα.

Νιώθεις να σε βαραίνει η παρουσία της μητέρας σου πάνω στο κορμί σου, να σου δίνει άλλη διάσταση. Ο άντρας σου ψάχνει για λεφτά μαζί σου, τα βρίσκετε, και χωρίς να τα χρωστάτε.

Την προηγούμενη της έκτρωσης περνάνε εφιαλτικά πράγματα από το μυαλό. Σε ησυχάζει κάπως η ιδέα ότι θα την κάνεις σε σύγχρονο μαιευτήριο κι όχι σε κάποια σκοτεινά υπόγεια. Άρα είσαι από τις τυχερές εσύ. Το πρωί στις 9 έχεις ραντεβού με το γιατρό. Πηγαίνεις 9 παρά τέταρτο.

Δηλώνεις ότι ήρθε και περιμένεις να σε φωνάξουν. Το μαιευτήριο δεν έχει μυρωδιά νοσοκομείου. Είναι σαν ένα μοντέρνο ξενοδοχείο. Ανθοπωλείο, BABY SHOP, υπερμοντέρνο μπαρ, τεράστια σαλόνια. Από τα μεγάφωνα ακούγεται σιγανά κλασική μουσική. Σύγχρονοι πίνακες στους τοίχους μοντέρνες πόρτες, όμορφα χρώματα.

Δεν κάνει να φας τίποτα πριν την έκτρωση. Σου ὀρχεται να πέσεις κάτω. νιώθεις να μην ισορροπείς καλά, όταν είσαι όρθια. Σε πιάνει ταχυπαλμία, ένας τρελός φόβος. Οι φίλοι αν δεν είσαι μόνη σου, μιλάνε γι' άσχετα πράγματα για να αλλάξουν το κλίμα. Σε φωνάζουν και μπαίνεις σ' ένα μικρότερο σαλόνι, μ' ωραίες πολυθρόνες, πίνακες, μουσική. Εκεί οι περισσότεροι είναι όρθιοι. Άντρες πηγαινοέρχονται νευρικά. Γυναίκες περιμένουν και αυτές όρθιες τη σειρά τους.

Κάποια στιγμή ανοίγει μια πόρτα. Βγαίνει μια προϊσταμένη. Φωνάζει ένα όνομα. Μπαίνει μέσα ένας και βγαίνει μαζί με μια γυναίκα, κατάγλωμη που προσπαθεί να δείχνει ότι δεν τρέχει τίποτα, χαμογελάει συγκαταβατικά, και με ασταθή βήματα φεύγουν. Σε λόγο βγαίνει ένας με άσπρη μπλούζα. Πλησιάζει ένα νεαρό και μπαίνουν σ' ένα ιατρείο δίπλα. Ακούς: «Είναι καλά μην ανησυχείτε, κοστιίζει...». Σε λίγο θα βγει κι αυτή. Άλλες μπαίνουν άλλες βγαίνουν. Κάποια στιγμή ακούς. Για τον κ. τάδε ποια είναι: Και αυτή τη φορά είσαι εσύ. Λες ένα βιαστικό σας χαιρετώ και μπαίνεις μέσα... είσαι πιο μέσα.

Πίσω από την πόρτα που κλείνει υπάρχουν πολλά ενδιαφέροντα πράγματα. Ένα γκισέ που κάθονται διάφοροι γιατροί. Κάποιες πόρτες που σκέφτεσαι ότι εκεί γίνεται η ιστορία. Πολλά δωμάτια στη σειρά με ένα ή δύο κρεβάτια, ένα νιπτήρα, μια καρέκλα, μια κρεμάστρα, ένα κομοδίνο, χαρτοβάμβακα και πτυελοδοχείο.

Μένεις στο διάδρομο διστακτική. Η νοσοκόμα δεν έχει πού να σε βάλει. Είναι πολλές οι πελάτισσες σήμερα. Κάθεσαι στο διάδρομο. Βλέπεις ξαφνικά μια κοπέλα με μια περίεργη ρόμπα να ψάχνει ζαλισμένη για το δωμάτιό της, ή μάλλον για κάποιο δωμάτιο γιατί στο δικό της είναι άλλη. Κάποια νοσοκόμα την παίρνει.

Μια φωνή σου λέει. Στην άκρη – εκεί, βλέπεις τη γυναίκα. Πάνω σ' ένα φορείο αναίσθητη και ξύπνια, με κραυγές σαν κλάμα η γυναίκα βρίσκεται χαμένη στις παραισθήσεις του αναισθητικού, μισόγυμνη με μια γάζα να κρέμεται ανάμεσα στα μπούτια της, διαλυμένη.

Πάνω σ' ένα φορείο με τη μήτρα ματωμένη και το φίλο κουρασμένο. Ανοίγεις τα μάτια τεράστια. Οι νοσοκόμες σε κοιτάνε με απάθεια. Σκέφτεσαι τον άντρα σου, στα σκαλάκια που καθόσασταν σου είπε «από δω κι εμπρός να προσέχεις» και νιώθεις ότι αν εσύ δεν «προσέχεις» εσύ και μόνο εσύ θα υποφέρεις.

Σε βάζουν σ' ένα δωμάτιο. Μέσα στο μοναδικό κρεβάτι που υπάρχει βρίσκεται ξαπλωμένη μια μελαχρινή κοπέλα. Σου λέει πως πονάει, δεν μπορεί να σταθεί. Νιώθεις ανόητα σαν να 'ρχεσαι να τη διώξεις. Τη ρωτάς κάτι. Μαθαίνεις πως ήταν τεσσάρων μηνών, είναι παντρεμένη και σε διάσταση. Το παιδί ήταν με τον άντρα της. Είχαν ξανασιμίξει. Αυτός ήταν ρεμάλι. Είχε έρθει κι εχθές αλλά το μετάνιωσε και έφυγε. Σήμερα το πρωί τ' αποφάσισε. Χθες τσακώθηκαν. Με το πιο ήρεμο ύφος μου λέει «Μισώ όλους τους άντρες». Έχει έρθει ολομόναχη. Ξαφνικά σηκώνεται. Έχει αιμορραγία πολλή. Έρχονται και τις κάνουν ένεση. Μετά από δέκα λεπτά ντύνεται και φεύγει. Έχει έρθει εντελώς μόνη. Το γιατρό τον πλήρωσε

20.000. Σου λέει κουράγιο. Έξω αρχίζει να χιονίζει. Στέλνω μ' αυτή την κοπελιά ένα σημείωμα στα παιδιά. Πριν δέκα λεπτά ένας γιατρός τσακωνόταν με μια νοσοκόμα. Γιατί δεν τον φώναξε για δέκα λεπτά από τον τοκετό που είχε, να κάνει μια έκτρωση. Νομίζω ότι παρακολουθώ θέατρο του παραλόγου. Πάνω το κολιέ από τα κοχύλια που μου 'φτιαξε στις διακοπές. Είμαι λιγότερο μόνη μου. Είμαι όμως:

Δίπλα στο κρεβάτι είναι χαρτομάντιλα με σάλια, κάτω, καμιά δεκαριά τσιρότα με οινόπνευμα από τις ενέσεις με το αναισθητικό. Η νοσοκόμα σου λέει βγάλτα όλα και πήγαινε στη τουαλέτα. Φόρεσε αυτή τη ρόμπα πάνω στο κρεβάτι. Βγάζεις τα ρούχα σου, το κάλυμμα σου, η ρόμπα είναι ζεστή από το κορμί της άλλης γυναίκας που έφυγε. Νιώθεις σαν το δέκατο αντίγραφο στο καρμπόν, σαν να είσαι η ίδια η προηγούμενη που έφυγε. Ακούγονται κλάματα.

Πλησιάζει ο γιατρός σου. Δεν έρχεται σε σένα. Λέει στη νοσοκόμα να του αλλάξει σειρά γιατί βιάζεται, βιάζεται. Είναι και Σάββατο σήμερα άλλωστε.

Νιώθεις απροστάτευτη και ασήμαντη, ανόητη που βρέθηκες σ' αυτή τη θέση, θέλεις κάποιον δίπλα σου. Το μυαλό σου τρέχει. Δεκάδες γυναίκες με τις ίδιες ρόμπες. Δεκάδες γυναίκες με μήτρες βαλμένες σε λαιμητόμο. Και πιο πολλές μόνες τους. Όχι χωρίς παρέα. Μόνες τους μέσα στην κατάσταση τους. Αυτές και το φύλο τους, να διαμαρτύρεται με σπασμούς πάνω σ' ένα φορείο για την ίδια του τη φύση και τη μοναξιά του. Μια μοναξιά που μόνο οι γυναίκες μεταξύ μας τη νιώθουμε καθημερινά στα βλέμματα, στις κινήσεις, στα χάρδια, ακόμα και των πιο αγαπημένων μας προσώπων. Ο υποβιβασμός της γυναικείας υπόστασής μας βιώνεται πάνω στο ίδιο μας το σώμα πριν από όλα τ' άλλα. Σκέφτεσαι. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Προχωρείς στο διάδρομο. Βλέπεις τρεις πόρτες και τρεις ισάριθμες γυναικολογικές καρέκλες. Φώτα, νοσοκόμες, χειρουργικά εργαλεία. Σου λένε ξανά περίμενε. Σε βάζουν σ' ένα διπλανό δωμάτιο. Ακούς που λένε «δώσε μου

τη λαβίδα, κράτα τη... πιο σιγά» και μετά την φωνή της νοσοκόμας. Το 1 τελειώσει. Κλείνεις τ' αυτιά για να μην ακούς. Αν περιμένεις κι άλλο θα λιποθυμήσεις. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Πριν μπεις μέσα βλέπεις δυο-τρεις σε φορείο, να παρακαλάνε, να κλαίνε. Σκέφτεσαι, πρέπει να είμαι γλωμή... φτάσαμε, εδώ είναι η αρχή του τέλους. Νιώθεις να περπατάς σε μπαμπάκι. Ο γιατρός είναι μέσα. Σου λέει ανέβα στο ειδικό κρεβάτι.

Πατάς πάνω σ' ένα σκαλί που κάποιος έχει φτύσει. Σου λέει άνοιξε τα πόδια και βάλα εκεί. Τα βάζεις στα στηρίγματα. Νιώθεις αμήχανα. Την ώρα που πας να κάτσεις βλέπεις ένα χοντρό δοχείο με κάτι πηχτά κόκκινα. Ρωτάς σε έξαλλη κατάσταση. Αίματα έχει εκεί: Σου απαντούν φυσικότατα «ε, βέβαια, τι ήθελες να έχει;»

Ξαπλώνεις. Ο αναισθησιολόγος ψάχνει να σου βρει φλέβα. Φαντάζεσαι τη μήτρα σου κομματιασμένη σ' ένα δοχείο. Ακούς το θόρυβο απ' τα γάντια του γιατρού. Βλέπεις μια τσιμπίδα μ' ένα βαμβάκι. Ρωτάς τον αναισθησιολόγο. Πως θα σου φαινόταν αν λιποθύμαγα τώρα: Με σταθερότητα σου λέει: είναι αδύνατον. Σου βάζει την σήραγγα στο μπράτσο. Ανάπνευσε βαθιά. Αρχίζει και ζαλίζεσαι. Τα πρόσωπα γίνονται σκιές και οι σκιές χάνονται για σένα. Στην πραγματικότητα υπάρχουν γύρω απειλητικά. Είσαι πιο οι «δέκα χιλιάδες της αμοιβής».

Ανοίγεις τα μάτια πάνω σ' ένα κρεβάτι μόνη σου. Τρέμεις πολύ. Από την τρεμούλα πονάει πιο πολύ η κοιλιά σου. Σου ῥχεται εμετός, ζαλίζεσαι. Νιώθεις πως η κοιλιά σου μίκρυνε. Ένα ταμπόν κρέμεται ανάμεσα στα πόδια σου. Κρουώνεις πολύ, πάρα πολύ. Τρέμεις. Έρχεται ο γιατρός. Σου λέει μέσα στη ζάλη διάφορα και φεύγει. Δεν καταλαβαίνεις τι λέει. Πονάς και κουλουριάζεσαι. Φωνάζεις από τους πόνους. Δεν ακούς εσύ.

Θέλεις να φύγεις εκείνη τη στιγμή, όπως κι αν είσαι. Φωνάζεις την νοσοκόμα. Σου βγάζει το ταμπόν. Σε βοηθάει να ντυθείς. Μετά από λίγη ώρα περπατάς τρεκλίζοντας στο δωμάτιο απ' όπου ήρθες. Οι καινούργιες

σε παρατηρούν. Λες στη νοσοκόμα ότι είναι απαράδεκτο αυτό που γίνεται. Σου λέει ότι έχεις δίκιο. Ίσως νομίζει ότι παραμιλάς.

Στον μικρό προθάλαμο φωνάζει αυτόν που σε περιμένει. Έρχεται χαμογελώντας φοβισμένα. Δίνεις ένα κατοστάρικο στη νοσοκόμα. Αυτός σε κρατάει από τη μέση και σε κοιτάει στα μάτια. Αναρωτιέσαι, πόσο καταλαβαίνει το κουρέλιασμα της Μάρως εκεί μέσα και πόσο όχι. Πάντως νιώθεις ευγνωμοσύνη για το άγγιγμα στη μέση. Είναι ζεστό και όμορφο. Ρωτάει αν πονάς. Του λες ναι και σμίγει τα φρύδια. Βγαίνουμε έξω, χιονίζει. Σου φοράει το κασκόλ του. Εκείνη την ώρα σ' αγαπάει. Στο ταξί πάει να μπει μπροστά. Η Σούλα του λέει: κάτσε πίσω. Έρχεται πίσω. Τον κοιτάς ερωτηματικά. Λέει: μωρέ από συνήθεια. Μου ξέφυγε. Σε κρατάει αγκαλιά. Στις λακκούβες σε σφίγγει πάνω του. Μιλάμε για κάτι που δεν θυμάμαι.

Νιώθεις όλες τις γυναίκες μικρές και μεγάλες αδελφές σου κομμάτια της πίκρας σου, ενωμένες και μαζί κάθε μια πιο δυνατή, σκέφτεσαι. Νιώθεις ζεστασιά δίπλα του. Ναι, εκείνος τι να νιώθει; Μερικές στιγμές δεν ξέρει. Άλλες ξέρει. Αυτή ποια στιγμή είναι;³⁷

10 Ιανουαρίου '81
Ξημερώματα Κυριακής

«Αφήστε με να ξεδιπλώσω την ψυχή μου...»

«Αγαπητοί Φίλοι των Πολυτέκνων, αφήστε με, σας παρακαλώ, να ξεδιπλώσω την ψυχή μου, ψάχνοντας να βρω λίγη γαλήνη στην αποκοτιά μου και στα λάθη μου.

Σάλεψε ο νους μου, μ' έπνιξαν οι παρορμήσεις της ψυχής, δειλίασα προς τους πόνους του κορμιού. Το λάθος όμως έγινε και δυστυχώς δεν διορθώνεται! Οι ευλογία του Θεού μ' εγκατέλειψε. Κάποιος μου 'πε: «Ε-

χεις 4 παιδιά. Φτάνουν, καλά είναι». Κι εγώ έφυγα από κοντά Του, παρέβηκα τον Νόμο Του, έκλεισα την πόρτα της καρδιάς μου, δεν Τον άφησα να μπει μέσα. Και τώρα ΦΟΝΙΣΣΑ, σαλεύει ο νους μου ο γιατρός είπε ότι επιβάλλεται έκτρωση, γιατί έκανα χρήση αγχολυτικών φαρμάκων. Εγώ όμως ξέρω ότι έψαχνα για άλλοθι στο Δικαστήριο της ψυχής μου.

Ο άντρας μου, με τον οποίον διαφέρουμε πνευματικά, μου είπε: «Ποτέ δεν μ' άκουσες, πάντα έκανες ότι ήθελες», επειδή ο ίδιος δεν ήθελε τα 4 παιδάκια που έχουμε. Άλλοι ίσως του έριχναν δίκιο. Έτσι τα έβγαζα πέρα με πολύ κόπο... μόνα τους στο σχολείο, μόνα τους περιμένουν την επιστροφή μου, βοήθεια από πουθενά. Ο άντρας μου δεν ασχολείται. Ένας ξερός του λόγος: «Εσύ τα ήθελες, βγάλα πέρα μόνη σου» πιο πολύ σε πληγώνει παρά σε βοηθάει... Προσπαθούσα να κρατηθώ νιώθοντας πολλές φορές το συναίσθημα που μόνο η εργαζόμενη μητέρα έχει: «ΣΤΕΡΕΙΣ το παιδί σου από την αγάπη σου, από το χρόνο σου, από την ηρεμία σου».

Και ήρθε λοιπόν το 5^ο μωρό. Ένα μωρό που δεν θα γνωρίσουμε ποτέ αν είναι αγόρι ή κορίτσι, αν είναι ξανθό ή καστανό, αν έχει πράσινα μάτια ή μαύρα. Ένα μωρό που δεν το πήρε ο Θεός», αλλά που εμείς οι γονείς του, η μάνα του έβαψε κόκκινα τα χέρια της...

«Μην έχεις τύψεις», είπε ο γιατρός, «έπρεπε να γίνει διακοπή». Πέθανα κι εγώ μαζί του. Ας με συγχωρέσει ο Θεός». ³⁸

12 Απριλίου 1998 (Ανώνυμη από επαρχιακή πόλη Νότιας Ελλάδας).

«Να σκοτώσω το παιδί μου, για να ζήσω εγώ; Ποτέ!».

Αυτά είναι τα θαυμαστά και ηρωικά λόγια της ηρωίδας Πολύτεκνης Μητέρας του Πανιερού Μητροπολίτη Κυρηναίας κ. Παύλου και των τεσσάρων μεγαλύτερων αδελφών του (φωτογρά.). Και τα είπε το 1945 κατά την κυοφορία του τελευταίου παιδιού της, που έμεινε ορφανό από πατέρα (1 ½

έτους), όταν εκείνη προσβλήθηκε από καρκίνο και οι ιατροί της πρότειναν «διακοπή κυήσεως» – έκτρωση, με την ελπίδα θεραπείας και επιβιώσεως της ίδιας. Γιατί την απαιτούμενη εγχείριση, χωρίς προηγούμενη έκτρωση, δεν την αναλάμβαναν οι ιατροί, ως πολύ επικίνδυνη, πράγμα που επιβεβαίωσε και μεγάλος χειρουργός ιατρός Άγγλος, που συμπτωματικά βρέθηκε τότε στην Κύπρο. Και την ανέλαβε εκείνος θαυμάζοντας την πίστη και την αυταπάρησή της, όταν απάντησε και στον ίδιο, που επίσης πρότεινε... έκτρωση χάρη της πιθανής διασώσεώς της: «Να σκοτώσω το παιδί μου για να ζήσω εγώ; Ποτέ!». Τότε ο Άγγλος χειρουργός είπε τη λέξη «θαύμα!» (αγγλ. miracle) και ανέλαβε τη δύσκολη εγχείριση της εγκύου στον 5^ο μήνα. Και το θαύμα έγινε! Μητέρα και έμβρυο επέζησαν, εκείνη ως τα 86 της χρόνια και ο αγαπημένος τελευταίος της γιος, με την προσευχή της και την ελληνορθόδοξη ανατροφή της, αξιώθηκε ν' αναδειχθεί και Επίσκοπος και μάλιστα διάδοχος μεγάλων και ηρωικών Επισκόπων Κυρηναίας...». ³⁸

Είμαι μια κοπέλα από επαρχία που ήρθα στην Αθήνα να σπουδάσω. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα βιασμού. Όταν είχα τα πρώτα συμπτώματα πήγα στο φαρμακείο και ζήτησα χάπια καθυστερήσεως. Μετά τα αποτελέσματα πείστηκα ότι είμαι έγκυος. Δεν ήξερα όμως από το φόβο μου τι να κάνω. Πήγα σε μια γυναίκα φαρμακοποιό. Της είπα τι μου συμβαίνει μου έδωσε πιο έντονα χάπια και μου είπε πως αν δεν είμαι πολλών ημερών θα μου κάνει μια ένεση για διακοπή εγκυμοσύνης.

Ήμουν ήδη ενός μηνός και δεν γινόταν τίποτα. Επειδή δεν υπήρχε καμιά προοπτική να βοηθηθώ – δεν είχα ούτε τους δικούς μου εδώ – ούτε φίλες και το σπουδαιότερο, ούτε χρήματα, πήγα και εργάστηκα σ' ένα εργοστάσιο δύο μήνες. Τα απογεύματα παρακολουθούσα όσο μπορούσα τα μαθήματά μου.

Στις 28 Ιανουαρίου συγκέντρωσα τα χρήματα που πίστευα πως θα μου χρειαστούν. Περπατώντας στους δρόμους της πρωτεύουσας, βρήκα ένα ιατρείο γυναικολόγου. Το Σάββατο 1 Φεβρουαρίου στις 5 μμ πήγα. Συνάντησα ένα κύριο 50 ετών περίπου. Μου είπε να περιμένω λίγο. Μετά από ένα τέταρτο πέρασα. Ήταν ένα μεγάλο δωμάτιο. Με ρώτησε από ποια κυρία είμαι συστημένη, πόσο μηνών είμαι και αν έχω φάει. Του είπα ότι δεν είμαι συστημένη από καμιά, ότι είμαι τριών μηνών και ότι έχω φάει.

Ανέφερε ότι δεν γίνεται άμβλωση, γιατί έχω φάει και δεν επιδρά η νάρκωση. Είπα ότι δεν μπορώ να έλθω τη Δευτέρα. Είπε ότι έπρεπε να κρατήσω το παιδί, γιατί δεν αναλαμβάνει να μου κάνει άμβλωση χωρίς να το ξέρουν οι γονείς αφ' ενός και αφ' ετέρου, γιατί είμαι τρεισήμισι μηνών. Υστερα από λίγο πρόσθεσε όμως ότι με μια τοπική ένεση δεν θα πονούσα πολύ.

– Γιατρέ φοβάμαι τις ενέσεις και να κάνω άμβλωση ξύπνια.

Πήρε ύφος αυστηρό και λέει:

– Κι αν πάθεις κάτι μέχρι τη Δευτέρα: Μια αιμορραγία:

Τότε δεν ήξερα πραγματικά τι να κάνω. Μόλις μου έκανε την ένεση, της οποίας τα αποτελέσματα δεν τα κατάλαβα, περίμενα 20 λεπτά. Μετά τα 20 λεπτά με ανέβασε, σε κείνο το κρεβάτι και προσπαθούσε να βγάλει το έμβρυο, βάζοντας το ένα χέρι στον κόλπο και πιέζοντας με το άλλο την κοιλιακή χώρα. Άρχισα. Να φωνάζω και να κλαίω από τον πόνο.

Μετά την συζήτησή μου και την επίπληξη από μέρους του, πήρε τα μηχανήματα τα αποστειρωμένα και άρχισε η επέμβαση. Τότε πονούσα περισσότερο. Είχα ιδρώσει και έτρεμα ολόκληρη.

Επειδή δεν έμενα ακίνητη και τον εμπόδιζα, φώναξε τη γυναίκα του να βοηθήσει. Μου κρατούσε τα χέρια και μου τραβούσε τα μαλλιά για να μην καταλαβαίνω τον πόνο. Μετά από δυο ώρες, αφού τελείωσε, μου λέει:

– Θεε να δεις τα δημιουργήματά σου:

Μου έφερε μπροστά το έμβρυο και μου είπε:

– Ότι αρχίζει ωραία τελειώνει με πόνο, κορίτσι μου. Αυτό πρέπει να το θυμάσαι. Και έφυγε. Υστερα από λίγο ξανάρθε. Μου έγραψε να πάρω ένα φάρμακο και ετοιμαζόταν να φύγει. Εγώ δεν είχα συνέλθει ακόμα. Μου ζήτησε τα χρήματα.

– Έλα να κατέβουμε γρήγορα, μη μας βρει η εφορία. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, ήρθες και έκανες μια εξέταση.³⁷

Συνέντευξη

Ερώτ. : Τότε ήσαστε παντρεμένη, είχατε δυο μεγάλα παιδιά ήδη και αν ακόμη είστε νέα, ανήκετε στην γενιά που οι κοπέλες του δικού σας μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου, δεν είχαν προγαμιαίες σχέσεις και επομένως δεν αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα. Τι σας έκανε να πάρετε την απόφαση να διακόψετε την κύηση;

Απάντ. : Φοβηθήκαμε πως θα χαλούσε την αρμονία της οικογένειας. Θα υπήρχε μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στα παιδιά μου και στην τρίτη ενδεχόμενη κύηση. Ο μεγάλος γιος μου ήταν ήδη έντεκα ετών.

Ερώτ. : Την πήρατε μόνη σας την απόφαση;

Απάντ. : Μαζί σκεφτήκαμε, μαζί κουβεντιάσαμε, τελικά όμως εγώ. Ο άντρας μου, μου έδωσε την ευκαιρία να αποφασίσω μόνη μου. Και ίσως και γι' αυτό το αποφάσισα.

Ερώτ. : Με ποιόν πήγατε στο μαιευτήριο;

Απάντ. : Με τον άντρα μου. Πήγαμε πάλι στο ίδιο μαιευτήριο που είχα ξεγεννήσει τα δυο μου παιδιά.

Ερώτ. : Πώς αισθανθήκατε;

Απάντ. : Άσχημα, πολύ άσχημα. Έτσι είχα αισθανθεί και σε μία αποβολή που είχα κάνει. Αγαπώ τα παιδιά.

Λέει η φοιτήτρια Καίτη Β. 20 ετών:

«Με έβαλαν σε εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη η μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας και έτσι, καθώς ένιωθα να χάνομαι στο κενό, σκέφτηκα πως τίποτα δεν με νοιάζει πια. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σε ένα διαφορετικό δωμάτιο.

Προσπάθησα να σηκωθώ. Ζαλιζόμουν και πονούσα. Η νοσοκόμα θέλησε να με καθησυχάσει. Την έπεισα πως είμαι καλά, ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη.

Το άλλο πρωί πήγα στο Πανεπιστήμιο.

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

Μου λέει η Κατερίνα Χ.

Είμαι 18 χρονών και έχω κάνει κιόλας τρεις εκτροώσεις. Την πρώτη μάλιστα πριν δυο χρόνια, δύο μήνες αφ' ότου πρωτόκανα έρωτα. Δεν ήξερα. Απλώς με το αγόρι μου προχωρήσαμε στις σχέσεις μας πριν προχωρήσουμε στην γνώση. Και αυτό ήταν το λάθος. Τώρα δεν ξέρω αν θα αποκτήσω παιδί. Και αυτός είναι ο λόγος που αρνήθηκα την πρόταση γάμου που μου έκανε προ μηνός το παιδί που αγαπούσα. Δεν ήθελα να τον κάνουν δυστυχημένο, τα λάθη του δικού μου παρελθόντος.³⁷

Η γιαγιά της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 15 της. Έκανε 7 παιδιά και ζήσανε τα 5. Έχει κάνει πάνω από 10 εκτροώσεις. Στην τελευταία την έπιασε ακατάσχετη αιμορραγία. Την μετέφεραν στο νοσοκομείο της πλησιέστερης πόλης – 3 ώρες πάνω στο ζώο – όπου την έσωσαν μετά βίας. Γι' αυτό την επόμενη φορά το κράτησε το παιδί. Ήταν η μητέρα της Ελένης.

Η μητέρα της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 25 της. Έκανε 2 παιδιά και 8 εκτρώσεις. Το τελευταίο ήθελε να το κρατήσει αλλά ήταν φυματική και υπήρχε κίνδυνος για το έμβρυο. Η έκτρωση έγινε στους 4 μήνες.

Η φίλη μου η Ελένη είναι 23 χρονών. Έκανε μια έκτρωση φέτος.

Η αγωνία σου αρχίζει πολλές φορές κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά τη σεξουαλική πράξη. Παρόλο που στις μέρες μας η λέξη αντισύλληψη χρησιμοποιείται σπανιότατα. Η πληροφόρηση είναι ανύπαρκτη και αντιφατική, τα οικονομικά μέσα των νέων ανθρώπων από μέτρια έως φτωχά και βέβαια όχι σπάνια η αμέλεια συμπληρώνει το πλαίσιο.

Όταν πλησιάζουν οι μέρες της περιόδου η αγωνία σου μεγαλώνει.

Όταν η περίοδος δεν έρθει τελικά, αρχίζεις να ψάχνεις για γιατρό. Είναι φοβερό το να μην έχεις τον προσωπικό σου γιατρό. Δεν είναι μόνο το θέμα της εμπιστοσύνης στην επιστημονική του κατάρτιση όσο το ότι πρόκειται για ένα τόσο προσωπικό σου θέμα. Ίσως αν ανήκεις στο λεγόμενο φοιτητικό χώρο – εκεί που και οι αντιλήψεις σχετικά με τη σεξουαλική απελευθέρωση είναι ίσως, σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο, κάπως πιο ανοιχτές και που το πρόβλημα παρουσιάζεται συχνά - ίσως ακούσεις τα ονόματα κάποιων γιατρών που θεωρούνται καλοί, ανοιχτόμυαλοι και που κάνουν και καλή τιμή. Γιατί το οικονομικό είναι ένα μεγάλο πρόβλημα – είτε το αντιμετωπίζεις μόνη είτε με την βοήθεια του συντρόφου ή φίλων σου.

Το πώς φτάνεις στην απόφαση να κάνεις έκτρωση είναι για κάθε περίπτωση μία διαφορετική ιστορία. Τις περισσότερες φορές είναι αυτονόητο. Ούτε τα μέσα ούτε η στιγμή είναι κατάλληλα για ένα παιδί. Μπορεί ο σύντροφός σου να μην έχει πια σχέσεις μαζί σου. Τότε συνήθως προτιμάς να μη το μάθει καν πως είσαι έγκυος. Δεν θέλεις ούτε τα λεφτά του ούτε την τυπική συμπαράστασή του. Μπορεί πάλι να είστε ακόμη μαζί. Σε αγαπά αλλά δεν έχει τελειώσει τις σπουδές του και ύστερα θέλει να κάνει με-

ταπτυχιακά. Την απόφαση θα την πάρεις μόνη σου. Ωρες – ώρες σκέφτεσαι να το κρατήσεις. Μπορεί να φτάσεις να ονειροπολείς. Ένα παιδί. Και όταν φτάσεις να το σκεφτείς σου μπαίνουν ίσως και διάφορα διλήμματα. Καθένας μας κουβαλά αντιλήψεις περί της ζωής περασμένες από την εκκλησία και από την παιδεία που είναι θέμα προσωπικό αν θα τις απορρίψει ή όχι. Και μετά προσγειώνεσαι. Με τι μέσα θα το μεγαλώσεις. Και που θα το αφήνεις όταν θα έχεις τις δουλειές σου. Και τι θα πει ο κόσμος. Μια ανύπαντρη μητέρα.

Βέβαια την έκτρωση την φοβάσαι – αν και δεν ξέρεις τι ακριβώς είναι αυτό που φοβάσαι. Από την άλλη δεν θεωρείς έγκλημα το να κάνεις έρωτα όταν το θέλεις. Θα έπρεπε ασφαλώς να έχεις λάβει τα μέτρα σου – για σένα την ίδια, άλλωστε, για να μην είσαι τώρα σ' αυτή την κατάσταση. Γιατί δεν τα έλαβες:

Το χάπι, το ξέρεις ίσως, πολλοί όμως λένε πως φέρνει καρκίνο. Χώρια που πρόκει να το παίρνεις κάθε μέρα την ίδια ώρα και εσύ το ξεχνάς. Το σπιράλ μπορεί να μην το έχεις ακούσει καν. Ή να μην έχεις λεφτά να το βάλεις. Ή να το φοβάσαι και αυτό, που θα μπει και θα μείνει μέσα σου. Και αν σου φέρει αιμορραγίες; Ή καρκίνο:

Ίσως δεν το έχεις κουβεντιάσει με το σύντροφό σου. Επειδή δεν τον ξέρεις ακόμα καλά ή επειδή ντρέπεσαι παρόλο που βρίσκεστε καιρό μαζί. Το ότι ανήκεις στη νέα γενιά δεν θα πει πως έχεις καταρρίψει στην ουσία τους τα ταμπού. Και εκείνος σπάνια θα κάνει κουβέντα.

Ίσως να μην είχες προβλέψει τη στιγμή που θα έκανες έρωτα.

Ίσως πάλι να αμέλησες.

Ίσως απλά να μην ήξερες. Κάτι είχες ακούσει για την αντισύλληψη να σιγοψιθυρίζουν οι φίλες σου μεταξύ τους. Και κάποια κομμάτια στο περιοδικό για τις γυναίκες που αγοράζεις. Τότε σου είχαν φανεί μπερδεμένα.

Θα το πληρώσεις έτσι και αλλιώς αρκετά ακριβά.

Πηγαίνεις στο γυναικολόγο. Σε ρωτά, σε εξετάζει. Έχεις αγωνία. Μάλλον θετικό. Κάνεις τη μικροβιολογική εξέταση. Περιμένεις. Θετικό. Κλείνεις ραντεβού.

Την παραμονή μένεις νηστική. Πηγαίνεις μόνη ή με το σύντροφό σου ή με φίλες. Πηγαίνεις μόνη.

Μπροστά στις άσπρες πόρτες του χειρουργείου συναισθάνεσαι την ουσιαστική σχεδόν υπαρξιακή μοναξιά σου. Κάνεις ένα γρήγορο φλας – μπακ. Βρίζεις τον εαυτό σου "πώς ήμουνά τόσο ηλίθια: Πώς τα κατάφερα έτσι". Ψιλοτρέμεις.

Μια νοσοκόμα που δεν την ξέρεις σου λει "γδύσου". Ίσως δεν είναι αλήθεια, αλλά νοιώθεις ότι σε περιφρονεί. Ότι βρίζει μέσα της "τα βρομοκόριτσα. Πάνε και βγάζουν τα μάτια τους και ύστερα έρχονται και τα ρίχνουν.....".

Ντρέπεσαι που γδύνεσαι μπροστά τους. Ξαπλώνεις στην καρέκλα στην περίεργα ύποπτη στάση. Υστερα μια ένεση και σε μισή ώρα όλα έχουν τελειώσει.

Γύρω οι φίλοι σου ανήσυχoi... "Έλα τελείωσε" σου λένε. Μήπως νοιώθουν οίκτο για σένα;

Σηκώνεσαι γιατί θα έρθει η επόμενη γυναίκα να πάρει τη θέση σου. Νοιώθεις σαν μεθυσμένη. Σε βάζουν στο ταξί. Αν μένεις μόνη έχει καλώς. Θα πας σπίτι σου. Αν μένεις με τους δικούς σου πώς να σε δουν σ' αυτά τα χάλια..... θα πας σε κάποιες φίλες, ίσως.

Όλα κρυφά από το σπίτι. Ίσως το ξέρει η αδελφή σου. Ίσως αργότερα το μάθει η μητέρα σου. Το να πρέπει να κάνεις έκτρωση θα πει ότι έχεις κάνει έρωτα. Και αυτά τα πράγματα γίνονται, αλλά δεν λέγονται.....

"Έλα τελείωσε". Και όμως τώρα αρχίζει. Το σκέφτεσαι. "Δεν είναι δυνατόν να έχει συμβεί αυτό. Όχι σε μένα". Θα μπορούσαν να σε πάνε φυλακή γι' αυτό. Και εσύ δεν μπορείς να πιστέψεις καν ότι έγινε.

Και λες πως από δω και πέρα θα προσέχεις. Και ύστερα βρίζεις τον εαυτό σου που, ενώ την έλαθε μια φορά δεν λει να προσέξει.

Γιατί δεν μπορείς ή δεν ξέρεις.

Η γιαγιά της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 15 της και έκανε πάνω από 10 εκτρώσεις.

Η μάνα της φίλης μου της Ελένης παντρεύτηκε στα 25 της και έκανε 8 εκτρώσεις.

Η φίλη μου η Ελένη έκανε έρωτα στα 18. Στα 23 της έκανε μια έκτρωση. Εύχεται να μην ξανακάνει.....

Το κείμενο αυτό
γράφτηκε για την αγάπη
της Ομάδας Γυναικών Φιλοσοφικής.

Άννα Μιχοπούλου

Αθήνα, 15/12/83.

Μου λει η Μαίρη Β.:

Όσο και αν σου φαίνεται περίεργο, είμαι μόνο 16 ετών και έζησα και εγώ τη "φρικιαστική" εμπειρία. Είμαι μαθήτρια ακόμη στο σχολείο και συνηρούμαι από τους γονείς μου. Στο σπίτι, οι γονείς μου μεγαλώνουν συνεχώς, η Δε οικονομική μας κατάσταση απελπιστική. Βρέθηκα σχεδόν χωρίς να το καταλάβω, μ' ένα νεαρό δίπλα μου πρόθυμο να ακούσει, αλλά και να συμμεριστεί τα προβλήματά μου.

Σχεδόν πριν δύο μήνες αισθάνθηκα κάτι περίεργα συμπτώματα συνάμα με μια καθυστέρηση της περιόδου. Αμυδροί πόνοι στη μέση, ελαφρά ζάλη συνήθως το πρωί και ένα αίσθημα πίεσης στο στήθος. Βέβαια δεν εί-

χα τις απαραίτητες γνώσεις γύρω απ' την αντισύλληψη, αλλά αυτή η έλλειψη ενημέρωσής μου θα μπορούσε να είναι μοιραία. Πήγα στο γιατρό που με συνέστησε μια φίλη μου, αποκρύπτοντας την ηλικία μου. Βέβαια, με βοήθησε και η σωματική μου διάπλαση σ' αυτό.

"Αγαπητή μου δεσποινίς είστε έγκυος", ήταν τα λόγια του γιατρού που θυμάμαι, όταν όλα χάνονταν γύρω μου. Μ' έπιασε απελπισία δεν ήξερα τι να κάνω, δεν είχα ούτε χρήματα αλλά ούτε τη συμπαράσταση από το φίλο μου τον οποίο είχα χάσει μόλις είχα εκφράσει τις ανησυχίες μου.

Φρόντισα να τελειώσουν όλα γρήγορα με τη βοήθεια της φίλης μου. Προσπαθούσα να σκέφτομαι ότι δε συμβαίνει μόνο σε εμένα, να δικαιολογήσω τον εαυτό μου, αλλά αυτό το μικρό πλασματάκι που σκότωσα εγώ η ίδια, με καταδίκασε.

Ντρέπομαι που χρησιμοποίησα αυτόν τον τρόπο να απαλλαγώ από αυτό, αλλά ήταν ένα μεγάλο λάθος με όλες τις συνέπειες για την υπόλοιπη ζωή μου.

Η ιστορία της μικρής Αντιγόνης:

Έφυγε από το σχολείο και πήγε να βρει την καλοκαιρινή της αγάπη. Οι γονείς της βρήκαν την Αντιγόνη στη Θάσο, να ψάχνει για τον καλό της και την έφεραν πίσω στη Θεσσαλονίκη στο σπίτι και στο σχολείο της.

- Θέλεις να μιλήσουμε για το πρόβλημά σου; Πως νιώθεις σήμερα:
- Απαίσια, αλλά αισθάνομαι πως εκδηλώθηκα ανόητα και υπερβολικά.
- Πες μου Αντιγόνη πως γνώρισες το νέο.

- Δουλεύαμε μαζί σ' ένα καλοκαιρινό μπαράκι για δύο μήνες. Σεοβί-
ραμε ποτά. Εκείνος φοιτητής, εγώ μαθήτρια Β' Λυκείου. Τα φτιά-
ξαμε αμέσως και.....
- Τον αγάπησες;
- Δεν ξέρω ακριβώς, αλλά τον ερωτεύτηκα έτσι απλά, χωρίς να το πο-
λυκαταλάβω. Έφυγα από το δωμάτιό μου και μέναμε μαζί.
- Συμβίωση κανονική δηλαδή.
- Ναι, ήταν κάτι πρωτόγνωρο για μένα και παράξενο και όμορφο.
Φρόντιζα το δωμάτιο, έπλενα, σιδέρωνα, καμιά φορά μαγειρεύα,
τον περιποιόμουν, του έφτιαχνα καφέ... Ήταν συγκλονιστικό για
μένα, χωρίς καμιά απολύτως προηγούμενη εμπειρία, ένιωσα σύ-
ντροφός του. Μην το κοροϊδεύετε, ένιωσα σαν τη μαμά μου. Κά-
που ήταν σαν να την αντέγραφα.
- Εκείνος πως αντιδρούσε;
- Καλά νομίζω. Μάλλον αδιάφορα. Απολάμβανε τις φροντίδες. Θυ-
μάμαι κάποια μέρα μου είπε: "Φέρεσαι σαν παντρεμένη. Αυτός εί-
ναι ο σκοπός σου; Σε έχει δασκαλέψει η μάνα σου;". Γέλασα και ε-
νοχλήθηκα, αλλά και η ιδέα του γάμου, της συζύγου, τότε προπο-
μπήκε στο μυαλό μου και ειλικρινά τρόμαξα.
- Σε νιώθω να θες να κλάψεις, σε πονάει αυτή η ιστορία ή συνέβη κάτι
άλλο;
- Ναι, συνέβη.
- Θέλεις να το πεις; Είναι κάποιος λόγος σοβαρός, εκείνος που σε έ-
κανε να τον ψάξεις;
- Ναι αλλά δεν θέλω να το πω.

Από το περιβάλλον της Αντιγόνης μαθεύτηκε πως έχει μείνει έγκυος και αναγκάστηκε κάποια Πέμπτη να πάει για άμβλωση. Αυτό συνέβη σε κλινική της πόλης, μια μέρα πριν το σκάσει από το σχολείο.

Πιστεύω, πως μέσα από αυτές τις μαρτυρίες, να κατάφερα να σας ευαισθητοποιήσω και να σας δείξω την πιο πραγματική και δραματική εικόνα της έκτρωσης.

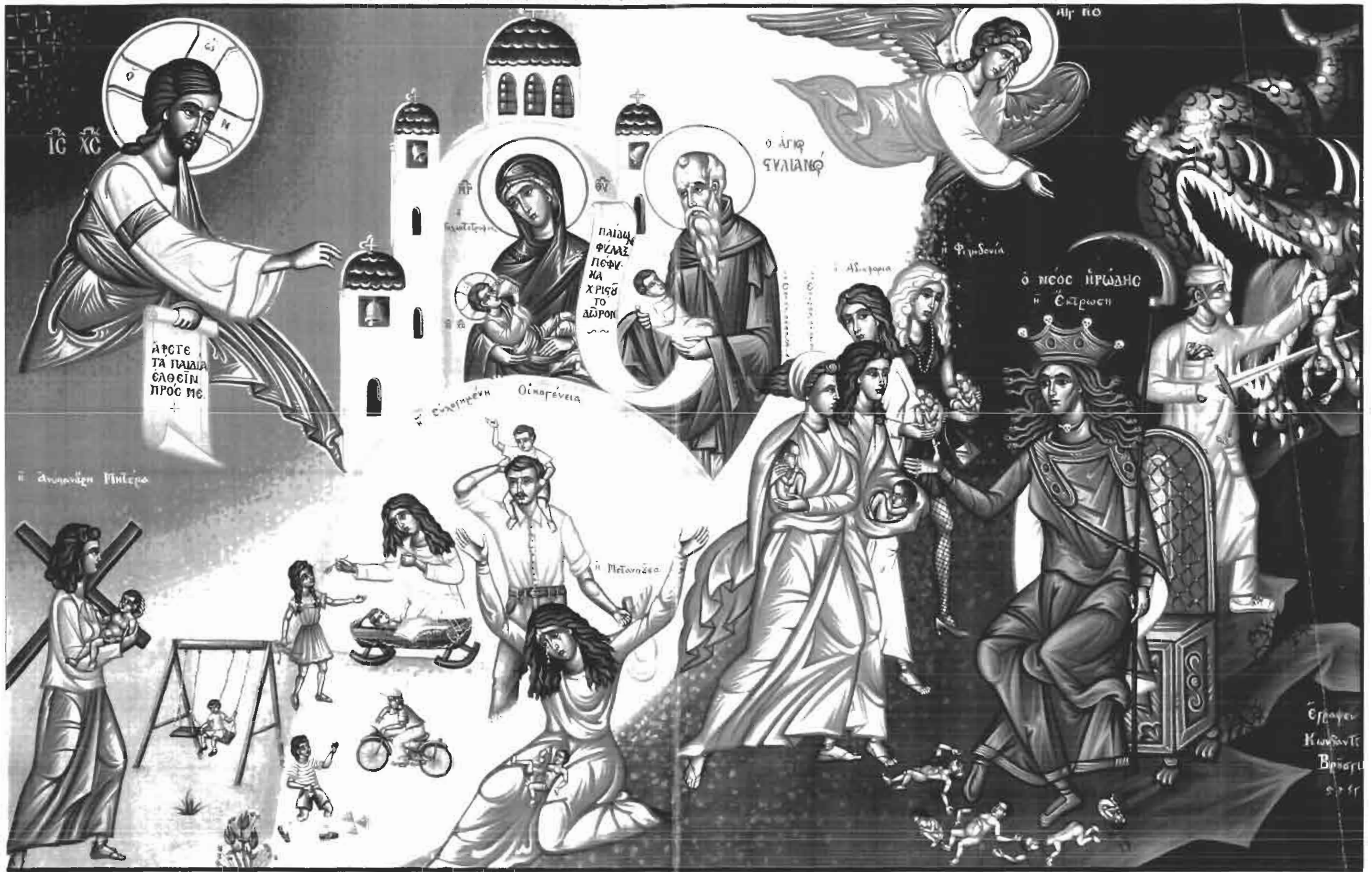


ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄



«Ἐφ' ὅσον ἐποιήσατε ἐνὶ τού-
των τῶν ἀδελφῶν μου τῶν ἐλα-
χίστων, Ἐμοὶ ἐποιήσατε!»
(Ματθ. 25, 40).

Ο Χριστὸς κρατῶν τὴν ψυχὴ ἐκτρωμένου ἀνθρωπίνου ἐμβρυοῦ-εικόνας Του καί... κλαίων! Κάτω, στὸ εἰλη-
τάριο, ἀναγράφεται ὁ ἐτήσιος ἀριθμὸς τῶν φονικῶν ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ σὲ παγκόσμια κλίμακα, ποῦ υπολογίζονται
στά 150—200.000.000! Στὴν Ἑλλάδα τὸ ἔτος γίνονται 500.000 ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ καὶ τὴν ἡμέρα 1.200 περίπου!...



• ΠΡΩΤΟ ΗΜΙΣΥ-αριστερά ΑΝΩ: Ο Χριστός και η Εκκλησία Του, που προστατεύουν και «υλογούν» την Οικογένεια. Σ αυτήν ανήκουν (ΚΑΤΩ): η ευλογημένη Πολύτεκνη Οικογένεια, η «Ανυπανδρη Μητέρα», που ανέλαβε την ευθυνη της μητρότητας και σηκώνει το σταυρό της .. αλλά και η παρασυρθείσα σε έκτρωση και «Μετανοουσα» Μητέρα.
 • ΔΕΥΤΕΡΟ ΗΜΙΣΥ-δεξιά ΚΕΝΤΡΟ: Ο νεός Ηρωδης, η ΕΚΤΡΩΣΗ, ως βασίλισσα σύγχρονη! Τα μαλλιά της είναι φίδια και τὸ στεμμα της κοσμοῦν... νεκροκεφαλές, ενώ για σκήπτρο κρατει το δρεπανι του Θανατου αιματοβαμμενο. Καλει τις γυναικες-προσωποποιησεις της Σκληροκαρδιας, Επιπολαιιοτητας, Αδιαφοριας και Φιληδονιας και τῆς προσφερουν τα σπλαγχνα-εμβρυά τους, που εκτρωνει... και καταπατει! ΔΕΞΙΑ ένας γιατρος-χασαπης, με τσεπωμενά χαρτονομίσματα, φανευει εμβρυα, που καταβροχθίζει ο Δρακων Αδης! ΑΝΩ: Αγγελος Κυριου κλαιων και απαστρεφων το προσωπο Του...

[Έργο του αγιογραφου Κωνσταντίνου Βρουαγου, Θεσσαλονικεως, ήδη ευρισκομενου στην Αυστραλια. — Copyright-αποκλειστικοτητα για την Ελλάδα, κατα ευγενη παραχωρηση του καλλιτεχνη, «Πανελληνιος Συνδεσμος Προστασίας Αγεννητου Παιδιου» (Π.Α.ΣΥ Π.Α.Π.) και «Πανελληνια Ένωση Φίλων των Πολυτεκνων» (Π.Ε.Φι.Π.), οδ. Ακαδημιας 78Δ — 106 78, Αθήνα, τηλ. 36.38.496 και 36.22.586]