

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ
ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΞΗ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΜΕΝΩΝ
ΒΡΕΦΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ- ΥΠΕΥΘΥΝΗ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

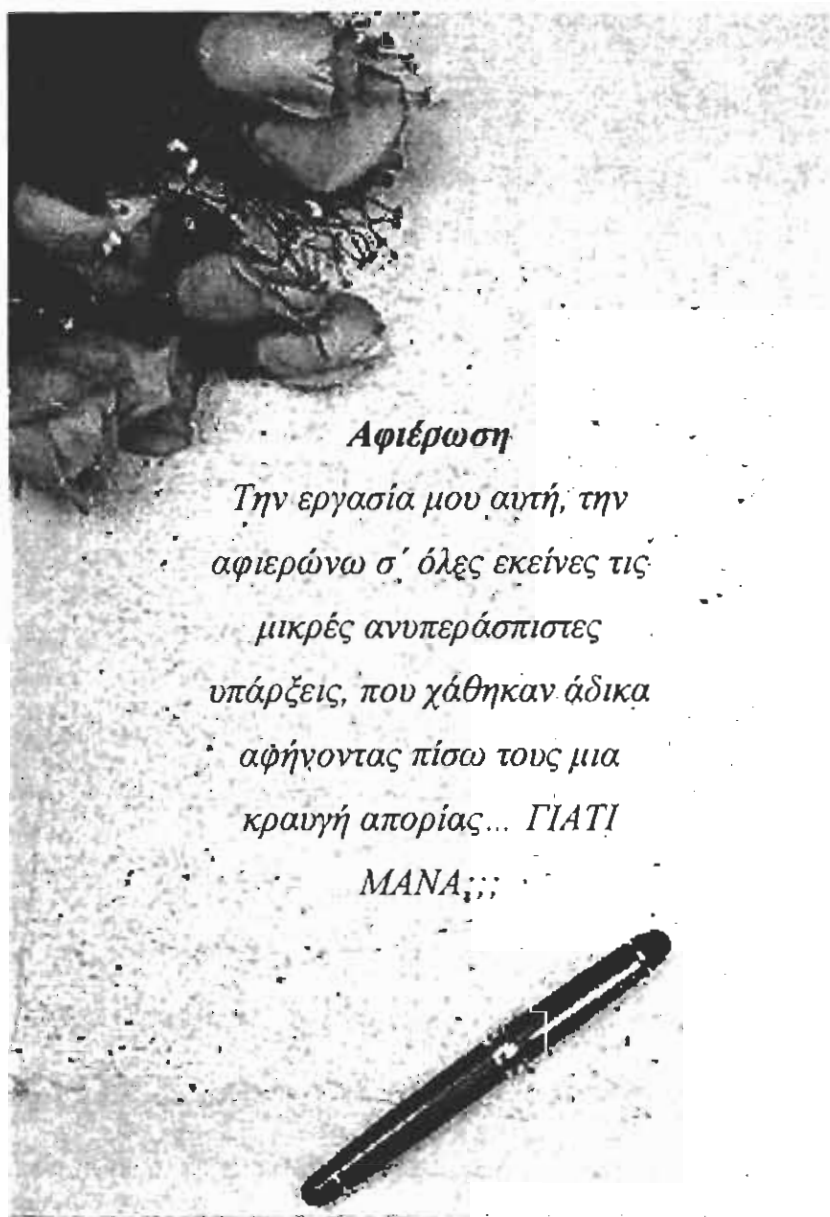


ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

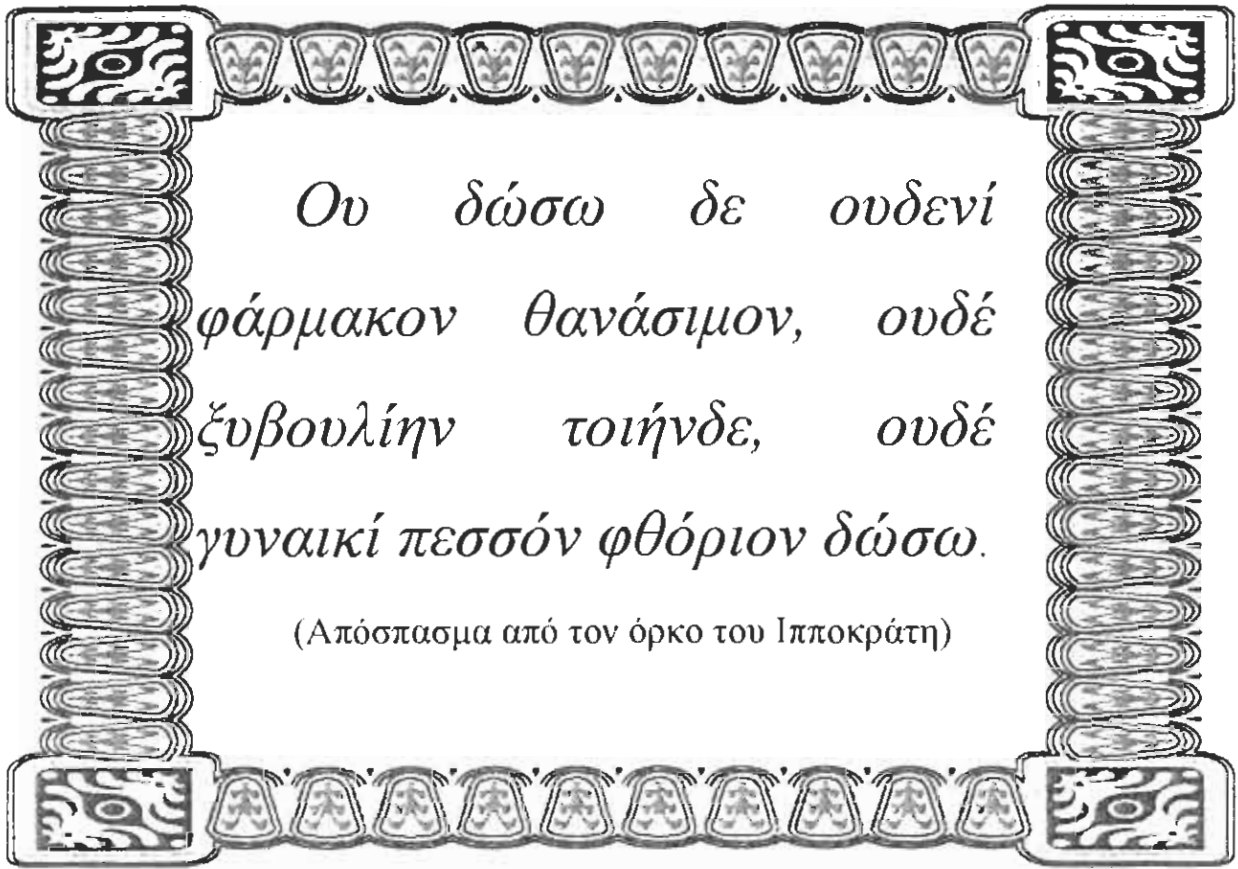
3423



Αφιέρωση

*Την εργασία μου αυτή, την
αφιερώνω σ' όλες εκείνες τις
μικρές ανυπεράσπιστες
υπάρξεις, που χάθηκαν άδικα
αφήνοντας πίσω τους μια
κραυγή απορίας... ΓΙΑΤΙ*

ΜΑΝΑ;:::




Ου δώσω δε ουδενί
φάρμακον θανάσιμον, ουδέ
ξυβουλίην τοιήνδε, ουδέ
γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω.

(Απόσπασμα από τον όρκο του Ιπποκράτη)

Ερμηνεία:

Δεν θα δώσω σε κανέναν φάρμακο θανάσιμο,
Ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτριωτικό
φάρμακο.



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

Απαντήστε αν συμφωνείτε με την απόφαση του δυστυχισμένου ζεύγους να κάνει έκτρωση. Η πλειονότητα των φοιτητών απάντησε ότι συμφωνεί με την απόφαση του ζεύγους να γίνει έκτρωση.

Και η απάντηση του καθηγητή ήταν:

Συγχαρητήρια!

Μόλις δολοφονήσατε τον..... Μπετόβεν!

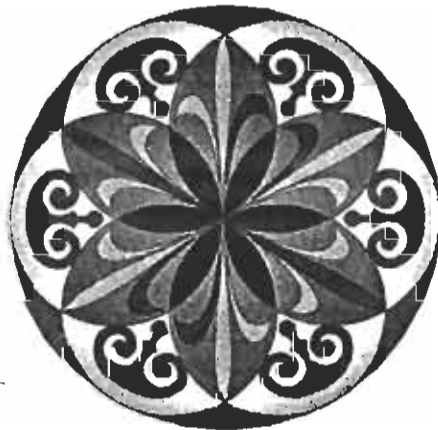
Πράγματι ο Μπετόβεν είχε τα παραπάνω αδέρφια με το ιστορικό όπως καθαρά καταγράφηκε και τελικά έζησε και μεγαλούργησε, όπως έζησαν και τα άλλα δυο αδέρφια του που γεννήθηκαν μετά από αυτόν. Δεν γνωρίζουμε βέβαια εάν το παραπάνω ερώτημα απασχόλησε τους γονείς του Λουδοβίκου Μπετόβεν (1770 –1827) ή αν ήταν υποθετικό παράδειγμα του Καθηγητή.



Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων.....	4
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	10
1.1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	10
1.2 Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.....	16
1.3 Ορισμοί.....	20
1.4 Διάγνωση Εγκυμοσύνης.....	21
1.5 Στατιστικά στοιχεία.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	43
2.1 Απόψεις σχετικά με την άμβλωση.....	43
2.1α Χριστιανική άποψη.....	43
2.1.β Ιατρική άποψη.....	51
2.1 γ Νομική άποψη.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	57
3.1 Τεχνικές εκτρώσεων.....	58
3.2 Επιπλοκές εκτρώσεων.....	61
3.3 Κίνδυνοι της έκτρωσης για την σωματική υγεία.....	61
3.4 Ψυχοπαθολογία πριν και μετά την άμβλωση.....	72
3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα ή το ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση.....	84
3.5.α Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο.....	84
3.5 β Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου.....	86
3.5.γ Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας.....	87
3.6 Συνέπειες της άμβλωσης στην οικογένεια.....	90

3.7 Συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο.....	91
Β΄ ΜΕΡΟΣ	94
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	94
4.1 Διλήμματα στην αρχή της ζωής- άμβλώσεις.....	94
4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	102
4.3 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη- Νοσηλευτικά διλήμματα.....	109
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	148
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	148
Νοσηλευτική Διεργασία.....	148
Κλινική περίπτωση Α.....	148
Κλινική περίπτωση Β.....	156
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄.....	163
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	178
Βιβλιογραφία.....	188



Πρόλογος

Βρισκόμαστε σε εποχή βίαιης και έντονης αμφισβήτησης των πάντων. Από παντού ακούγεται το σύνθημα: κάτω τα παλιά, κάτω το κατεστημένο, κάτω το κράτος, κάτω η θρησκεία, κάτω η εκκλησία, κάτω το καθήκον, κάτω τα παλιά κριτήρια, κάτω όλα.

Ακόμη και η ίδια η ζωή καταφρονείται. Ο άνθρωπος αντί για υπέρτατη αξία χαρακτηρίζεται «κομμάτι κρέας». Και σαν έμβρυο δολοφονείται εν ψυχρώ από την τάχα «μητέρα του» με το αμορραλιστικό πρόσχημα ότι έχει δικαίωμα να διαθέτει το σώμα της όπως θέλει.

Και πράγματι σύμφωνα το δημοσίευμα της εφημ. Πελοπόννησος στις 12/2/99 46.000.000 γυναίκες όλο το χρόνο υποβάλλονται στην άμβλωση.¹

Στην Ευρώπη οι ανατολικές χώρες είναι εκείνες με το μεγαλύτερο ποσοστό αμβλώσεων. Στη Ρουμανία 80.000 γυναίκες κάνουν άμβλωση κάθε χρόνο. Στην Ισπανία, Ιρλανδία και Ολλανδία 10 στις 1000 εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση.

Αλλά το συνταρακτικό είναι το εξής σύμφωνα με ένα δημοσίευμα της εφημ. Πατρινές ώρες 23/11/98 ότι το 35% των αμβλώσεων του γενικού πληθυσμού αποτελούσαν κορίτσια 14-19 ετών γεγονός που αποδεικνύει ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι άγνωστος όρος σε πολλές χιλιάδες νεαρά ζευγάρια, στην Ελλάδα. Ο κ. Δεληγεώργου Ευθύμιος με αφορμή το 4^ο Διεθνές Γυναικολογικό Συνέδριο που έγινε από 18-21 Νοεμβρίου τόνισε ότι στην Ελλάδα έχουμε συνηθίσει να βλέπουμε κυήσεις σε κορίτσια 12- 13 ετών.²

Σκοπός λοιπόν είναι να συμβάλλουμε από εθνική και ηθική υποχρέωση όλων μ̄ας επάνω στο καίριο θέμα αν θέλουμε να επιβιώσουμε.

Εισαγωγή

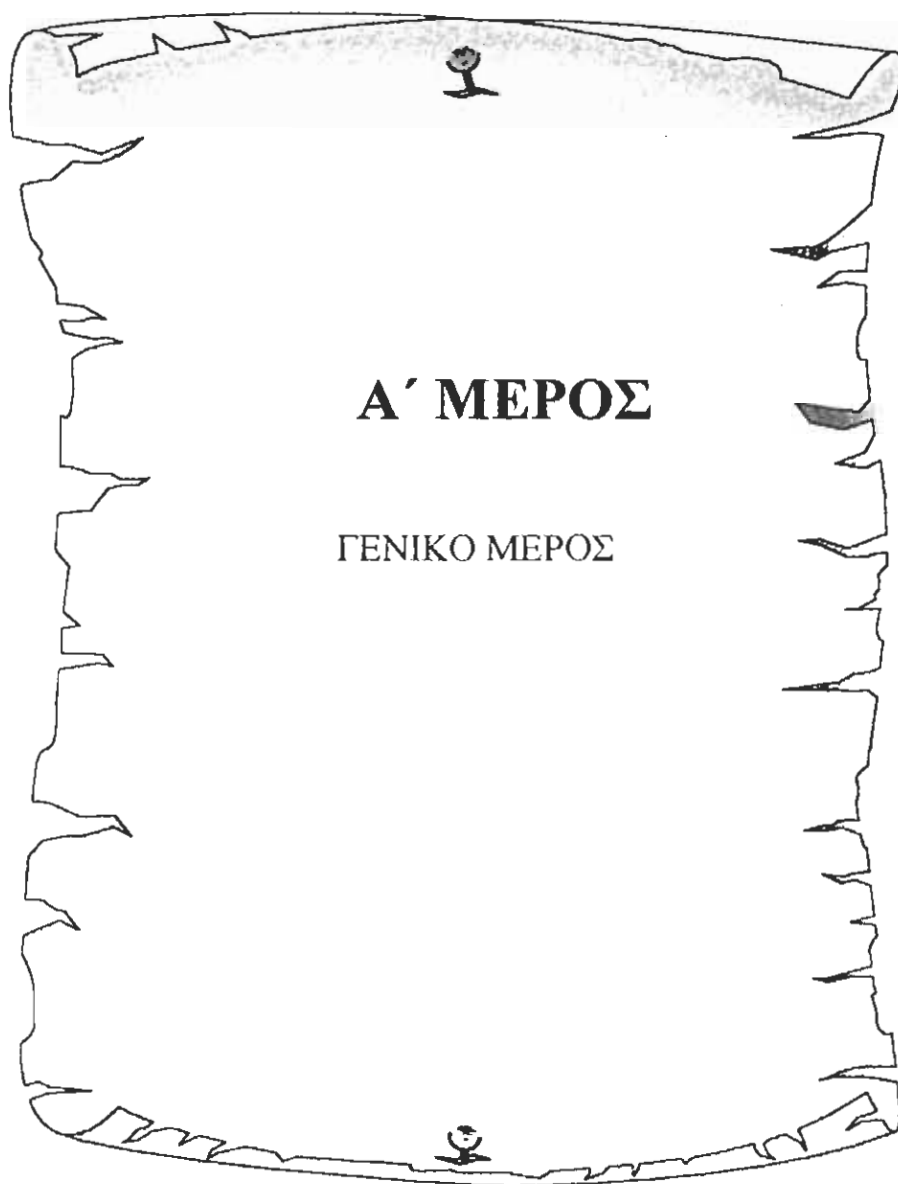
Η επιλογή να αποκτήσουμε ή να μην αποκτήσουμε παιδιά είναι από τα πιο στοιχειώδη δικαιώματα των γυναικών. Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση αυτής της ελευθερίας. Ωστόσο το κεφάλαιο για την αντισύλληψη δείχνει καθαρά ότι, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν μας προστατεύουν πάντοτε από τον κίνδυνο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

Σπάνια η απόφαση να καταφύγουμε σε άμβλωση δεν μας δημιουργεί προβλήματα. Ακόμη και όταν γνωρίζουμε ότι μια άμβλωση, όταν γίνεται σε καλές συνθήκες, είναι σήμερα υπόθεση δέκα λεπτών για μια εγκυμοσύνη σε πρώιμο στάδιο και ότι ενέχει λιγότερους κινδύνους από μια γέννα, οι περισσότερες γυναίκες θα προτιμήσουν 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 ανθρωπολογική σκοπιά. Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η άμβλωση αντιπροσωπεύει μια πράξη βίας σε μια κοινωνία που η βία κυριαρχεί.

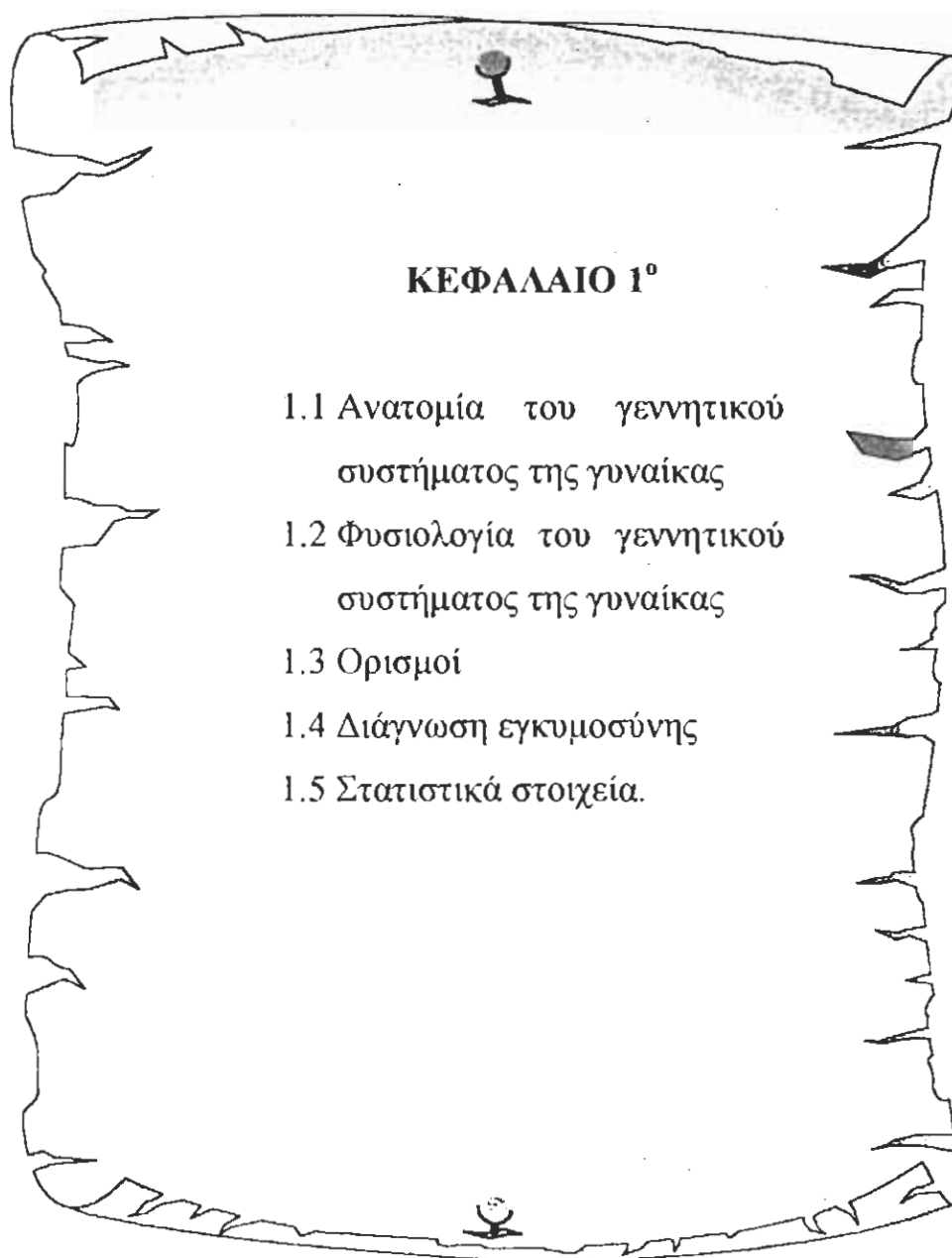
Η άμβλωση δεν είναι ιδανική λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε καν υποκατάστατο της αντισύλληψης. Κάθε γυναίκα οφείλει να γνωρίζει λεπτομερειακά τη διαδικασία, τον τρόπο, την ατμόσφαιρα και τις επιπτώσεις της.

Η γυναίκα που καταλήγει στην άμβλωση υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχοσωματικό τραυματισμό. Ορισμένες φορές αντιμετωπίζει 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 συνέπειες για την οικογένεια και την κοινωνία, ιδιαίτερα σε χώρες με έντονα δημογραφικά προβλήματα.



Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και την διαίωνιση του είδους.

Η φύση άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες μόνο μέρες, εκείνες που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, το διακρίνουμε σε εξωτερικό και εσωτερικό. Όριο ανάμεσα τους είναι ο παρθενικός υμένας.

Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πτυχές του στις αιδιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή την αιδοϊκή.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο όρος ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

Εσωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, η μήτρα, ο κολεός ή κόλπος και οι δυο γεννητικοί αδένες, οι ωοθήκες που παράγουν τα ωάρια.

Ωάριο

Το ωάριο έχει διάμετρο περίπου $\frac{1}{2}$ mm και είναι το μεγαλύτερο κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού. Είναι όμως πολύ μικρότερο από τα ωάρια π.χ. των πουλιών. Το αυγό των πουλιών περιέχει το σύνολο των θρεπτικών ουσιών για την ανάπτυξη. Το γονιμοποιημένο ωάριο του ανθρώπου, αντιθέτως, τρέφεται από το σώμα της μητέρας με τη βοήθεια του πλακούντα.

Ωρίμανση του ωοθυλακίου: Τα ωάρια δεν βρίσκονται μεμονωμένα μέσα στην ωοθήκη. Περιβάλλονται από καλυπτήρια κύτταρα (κύτταρα της θήκης), τα οποία πιθανώς έχουν σημασία για την διατροφή του ωαρίου. Στο πρωτογενές ωοθυλάκιο το ωάριο περιβάλλεται από μια στοιβάδα κυττάρων της θήκης. Με την μεγέθυνση του ωαρίου αυξάνονται γύρω από το ωάριο (δευτερογενές ωοθυλάκιο). Με περαιτέρω ωρίμανση σχηματίζεται το ώριμο ωοθυλάκιο (τριτογενές ωοθυλάκιο). Μέσα σ' αυτό βρίσκεται το ωάριο απωθημένο κοντά στο τοίχωμα, μέσα στον ωοφόρο δίσκο, το δε ωοθυλάκιο είναι γεμάτο με υγρό. Το ώριμο ωοθυλάκιο μετακινείται προς την επιφάνεια της ωοθήκης και φτάνει το μέγεθος των 2 cm πριν υποστεί ρήξη. Κατά την ωοθυλακιορρηξία αδειάζει το υγρό μαζί με το ωάριο και παραλαμβάνεται από τον κώδωνα του ωαγωγού. Το υπόλοιπο του ραγέντος ωοθυλακίου μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο.

Ανάπτυξη του ωαρίου: Κατά τον τοκετό, τα θηλυκά νεογνά υπάρχει ήδη ο τελικός αριθμός των ωαρίων (περίπου 200.000 σε κάθε ωοθήκη). Μετά τη γέννηση η ωοθήκη αναπτύσσεται ακόμη, αλλά τα ωάρια δεν πολλαπλασιάζονται άλλο. Λίγα μόνο ωάρια φτάνουν στην πλήρη ωρίμανση (το πολύ 400). Τότε η διπλή σειρά των χρωματοσωμάτων μειώνεται με 2 διαιρέσεις ωρίμανσης (μείωση) σε μια απλή σειρά. Κατά την γονιμοποίηση αποκαθίσταται η φυσιολογική σύνθεση σε χρωματοσώματα. Το αγονιμοποίητο ωάριο πεθαίνει σε λίγες ώρες. Το γονιμοποιημένο ωάριο (ζυγώτης) μεταφέρεται διαμέσου της σάλπιγγας στην κοιλότητα της μήτρας μέσα σε 4 μέρες. Κατά την διάρκεια αυτής της μεταφοράς ο ζυγώτης κάνει τα πρώτα βήματα της ανάπτυξης. Αυτό είναι απαραίτητο, ώστε να γίνει εμφύτευση στο βλεννογόνο της μήτρας. Ο οργανισμός της μητέρας δημιουργεί τις προϋποθέσεις, η εμφύτευση όμως γίνεται από το ίδιο το κύημα.

Ωοθήκες

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως και οι όρχεις του άνδρα. Είναι δυο συμπαγείς στη σύσταση και έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου. Το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γρ. και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια των πλατέων συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωοθηκικοί βόθροι.

Οι ωοθήκες στηρίζονται από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητοθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσωοθήκια. Η επιφάνεια τους στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάζουν και σχηματίζουν ωχρο σωματίο και κατόπιν μικροσκοπική ουλή. Έτσι η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες

μικραίνουν, γιατί ατροφούν, και η επιφάνεια τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

Ως προς την υφή αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες.

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Οι σάλπιγγες αποτελούν δυο λεπτούς σωλήνες μήκους 10- 12 εκ., που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη.

Οι σάλπιγγες πορεύονται κάτω από τα ελεύθερα χείλη των δυο πλατέων συνδέσμων και καλύπτονται από αυτούς, εκτός από λεπτή μοίρα της κάτω επιφάνειας τους. Οι σάλπιγγες καλύπτονται από περιτόναιο, όπως ακριβώς και οι εντερικές έλικες. Τα στόμια των σαλπίγγων προς τα κέρατα της μήτρας είναι λεπτά και λέγονται μητριάια. Τα στόμια που εκβάλλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, είναι μεγαλύτερα και λέγονται περιτοναϊκά. Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: το ενδιάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, τον ίσθμιο, τη λήκυθο και τον κώδωνα.

Ενδιάμεσο ή ενδοτοιχωματικό: το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίγγων, που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάιας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1- 1,5 εκ.

Ίσθμος: το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίγγων, έχει μήκος 3-4 εκ. διάμετρο 3-4 χιλ. και εμφανίζει περιορισμένη κινητικότητα.

Λήκυθος: το τμήμα αυτό αποτελεί το ευρύτερο μέρος των σαλπίγγων, έχει μήκος 5-6 εκ., διάμετρο 8-9 χιλ. και εμφανίζεται μεγάλη κινητικότητα.

Κώδωνας: το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωοθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς.

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γρ. και την γυναίκα που γέννησε, 70 γρ. τα τοιχώματα της έχουν πάχος 2 εκ. και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, το οποίο αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα, και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό, και λέγεται τράχηλος, ο οποίος διακρίνεται σε δυο μοίρες: την υπερκολπική και την ενδοκολπική. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.

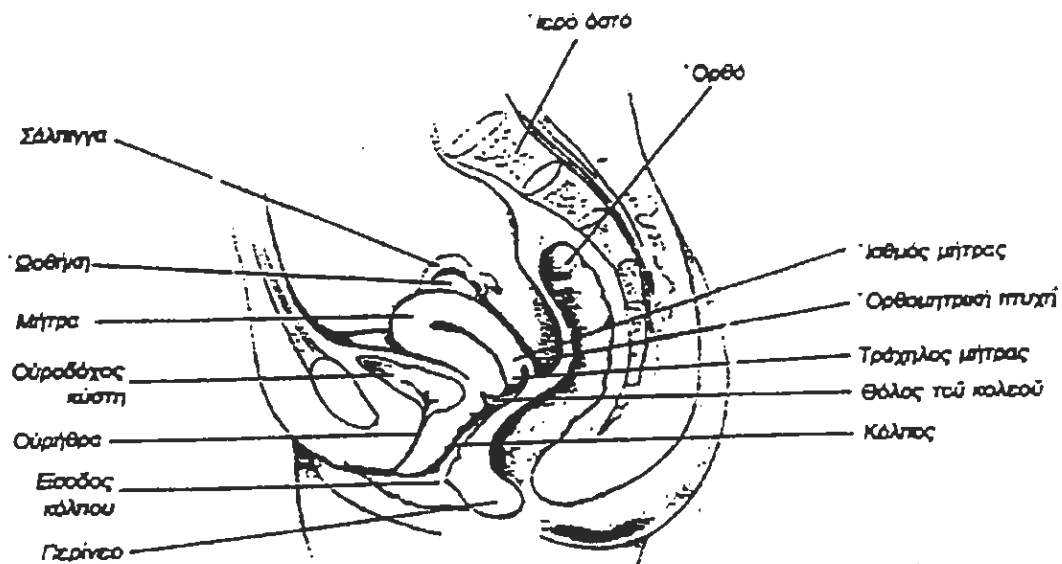
Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και το ορθό και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι ώστε οπίσθια επιφάνεια της να έρχεται προς τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω.

Κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια, ώστε να σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάσταση στο ανώτερο

τμήμα του και έχει δυο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδο του, τον πρόδρομο του κόλπου.

Έχει, επίσης τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο (το οποίο είναι μακρύτερο από το πρόσθιο κατά 1-2 εκ.) και τα δυο πλάγια το αριστερό και το δεξιό. Γύρω από την κοιλική μοίρα του τραχήλου και τα κοιλικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι που διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό. Οι κοιλικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο απ' ότι το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και είναι πάντα υγροί από εκκρίσεις των αδένων της μήτρας και των κρυπτών του ενδοτραχήλου από τη διίδρωση μέσα από το πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει τα τοιχώματα του κόλπου.³



ΠΡΟΣΘΙΟΠΙΣΘΙΑ ΔΙΑΤΟΜΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ

1.2 Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας

A. Ωοθηκικός κύκλος

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα του θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο, με σημείο αφετηρίας την εμμηνόρροια. Στις εναλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος – υπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως εκκρίνονται ορμόνες (γοναδοτροπίναι) που έχουν σαν σκοπό, α) F.S.H. την ωρίμανση του ωοθυλακίου β) L.H. την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την F.S.H και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνον η L.H. ή L.C.S.H. γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και δια της F.S.H. ωριμάζει το ωοθυλάκιο η κοκκώδης στιβάς του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν 1) υπερπλάσια της μήτρας, 2) υπερτροφία του ενδομητρίου 3) υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου, 4) έκκριση τραχηλικής βλέννης, 5) δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. Δια της η L.H. ή L.C.S.H. προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου εις ωχρό σωματίο που εκκρίνει την προγεστερόνη δια της οποίας τροποποιείται: α) η υφή του ενδομητρίου β) μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου και γ) τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης. Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 μέρες, στην κύηση μεταπίπτει σε ωχρό σωματίο της κύησης. Το ωάριο κατά την στιγμή της ωορρηξίας εξέρχεται από το ωοθυλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται στίγμα. Ελεύθερο στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπερματοζώαριο (αν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται. Προ της ωορρηξίας τα

χρωματοσώματα του υφίστανται μείωση ή μειωτική διαίρεση, το ήμισυ των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίο.

Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την γονιμοποίηση, διότι και το σπερματοζώαριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωματοσωμάτων.

Η ωοθήκη αποτελείται από την μυελώδη ουσία και το φλοιό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο φλοιός που περιέχει τα άωρα ωοθυλάκια, τα οποία με την σειρά τους ωριμάζουν πριν από την ωορρηξία, 24 ώρες προ αυτής ομοιάζουν με κύστη μεγέθους κερασιού στην επιφάνεια της ωοθήκης. Σε διατομή παρουσιάζουν την κοιλότητα του θυλακίου που περιβάλλεται από την έξω και την έσω θήκη, την μεμβράνη του Slawjanski, την κοκκώδη στιβάδα που σε ένα μέρος παχύνεται και σχηματίζει τον ακτινωτό στέφανο και την διαφανή ζώνη. Κατά την ωορρηξία εξέρχεται από την κοιλότητα του θυλακίου το ώριμο ωάριο με τον ακτινωτό στέφανο και την διαφανή ζώνη ενώ διαχέεται το θυλακινικό υγρό. Σε 24 ώρες η κοκκώδης στιβάς διαπερνάται από αγγεία και τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και υπερτρέφονται. Τότε έχει δημιουργηθεί το ωχρο σωματίο και αρχίζει η έκκριση της προγεστερόνης.

B. Έμμηνος ρύση

Οι Hitzmann και Abler και ιδίως Schroder, συνέχισαν τις μεταβολές της ωοθήκης μ' εκείνες του ενδομητρίου. Κατά την E.P. αποπίπτει η λειτουργική στιβάς του ενδομητρίου ενώ παραμένει η βασική με τους πυθμένες των αδένων από όπου και τα αναπλασθεί το νέο σώμα της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου.

Η στιγμή της E.P. του ενδομητρίου συμπίπτει με την εκφύλιση του ωχρού σωματίου της ωοθήκης. Με την επίδραση της F.S.H. της υπόφυσης

νέο ωοθυλάκιο ωριμάζει και από την έσω θήκη αρχίζει η έκκριση των οιστρογόνων, αναβαίνει η στάθμη των οιστρογόνων στο αίμα και αρχίζει η ανάπλαση της λειτουργικής στιβάδας στο ενδομήτριο.

Παραγωγική φάση: Όταν το επίπεδο των οιστρογόνων στο αίμα αυξάνει η F.S.H. της υπόφυσης μειώνεται.

Κατά την ωορρηξία παρατηρείται έκκριση της L.C.S.H ή L.H. με την οποία το ωχρό σωματίο παράγει προγεστερόνη, ενώ μειώνεται η έκκριση των οιστρογόνων χωρίς να αναστέλλεται τελείως.

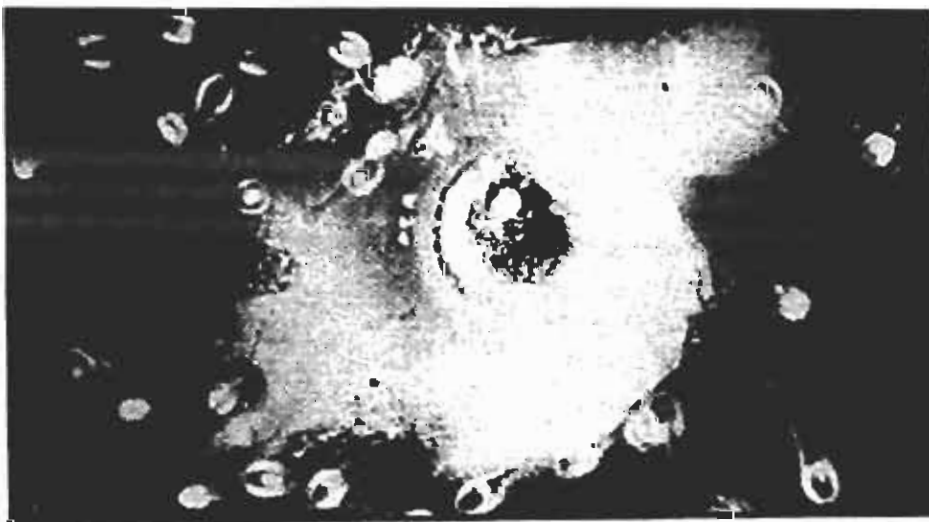
Από την ωορρηξία και μετά στο αίμα κυκλοφορούν τόσο οιστρογόνα όσο και προγεστερόνη. Η ιστολογική εικόνα του ενδομητρίου στο στάδιο αυτό ονομάζεται εκκριτική ή θυλακοωχρινική φάση, λέμε θυλακοωχρινική διότι για να παρουσιάσει τις μεταβολές αυτές πρέπει να προηγηθεί επίδραση οιστρογόνων (θυλακίνης) επί της οποίας προστίθεται η προγεστερονική επίδραση (ωχρίνη). Κατά την εκκριτική φάση το υπόστρωμα παρουσιάζει οίδημα από κατακράτηση ύδατος. Όταν μειωθεί το επίπεδο της προγεστερόνης στο αίμα στα σπειροειδή αρτηρίδια παρατηρούνται αιμορραγίες που επεκτείνονται στο συνδετικό υπόστρωμα και παρασύρουν σε απόπτωση όλη την λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου. Το υλικό αυτό αποτελεί την έμμηνο ρύση

Γ. Γονιμοποίηση – αρχικά στάδια εμβρύου

Η ωορρηξία γίνεται στο μέσο περίπου του κύκλου, αν κατά την διάρκεια της ωορρηξίας η γυναίκα έχει συνουσία, το σπέρμα, μετά την ρευστοποίηση που υφίσταται στο βάθος του κόλπου παρέχει αριθμόν κινουμένων σπερματοζωαρίων που δια μέσου της τραχηλικής βλέννης της μήτρας, των σαλπίνγων θα φθάσουν στην επιφάνεια της ωοθήκης

και θα συναντήσουν το ωάριο μετά την ωορρηξία, ένα δε από αυτά θα γονιμοποιήσει το ωάριο, το οποίο θα κατέλθει δια των σαλπίνγων και θα εγκατασταθεί στην κοιλότητα της μήτρας. Η εγκατάσταση του γονιμοποιηθέντος ωαρίου εντός της μήτρας γίνεται μετά 6 μέρες από της ωορρηξίας. Προϋπόθεση του ωαρίου για να καταστεί ώριμο είναι η μειωτική διαίρεση αυτών, κατά την οποία το ήμισυ των χρωμοσωμάτων πάντοτε XX παραμένει εντός του ωαρίου το δε άλλο ήμισυ σχηματίζει τα πολικά σώματα. Από τη συνένωση των χρωμοσωμάτων του ωαρίου με εκείνη του σπερματοζωαρίου εξαρτάται και το φύλο του κυοφορούμενου. Επειδή το ωάριο διαθέτει πάντοτε XX, είναι φανερό ότι το XY που είναι χαρακτηριστικό του αρρενος οφείλεται στο σπερματοζωάριο άρα υπόλογος δια το φύλο είναι μόνο το άρρεν.

Η εγκατάσταση του ωαρίου εντός της μήτρας (φωλεοποίηση) μεταβάλλει το ενδομήτριο σε φθαρτό. Εκ του φθαρτού και της εγκατάστασης του ωαρίου στο τοίχωμα της μήτρας σχηματίζεται η τροφοβλάστη, το χόριον, οι λάχνες του χορίου και εκ του λαχνωτού τμήματος του χορίου σχηματίζεται μετά τον 3^ο μήνα της κύησης ο πλακούς. Το έμβρυο διέρχεται δια διαφόρων σταδίων μέχρι της τελειοποίησής του παράλληλα με το σχηματισμό του πλακούντος και της



αμνιακής κοιλότητας η οποία πληρούται από αμνιακό υγρό.

Όταν επισυμβεί κύηση το ωχρό σωματίο των ωοθηκών δεν εκφυλίζεται μετά 14 μέρες ως συμβαίνει επί του κύκλου 28 ημερών αλλά συνεχίζει την έκκριση των ορμονών σαν ωχρό σωματίο της κύησης μέχρις ότου αναλάβει την εργασία αυτή ο πλακούς. Για τον λόγο αυτό είναι δυνατό μετά τον σχηματισμό του πλακούντος, να εξαιρεθούν οι ωοθήκες και η εγκυμοσύνη συνεχίζει αδιατάρακτα την πορεία της. Από την εγκατάσταση του ωαρίου και τον σχηματισμό του χορίου αρχίζει η έκκριση μιας ορμόνης που λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη (H.C.G.) Μετά την λειτουργία του πλακούντος η ποσότης της χοριακής γοναδοτροπίνης μειώνεται. Η ανίχνευση της H.C.G. έχει μεγάλη σημασία για την διάγνωση της κύησης.⁴

1.3 Ορισμοί

Έκτρωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20η εβδομάδα της και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500 γρ.

Αν η διακοπή συμβεί χωρίς την επέμβαση μας, λέγεται αυτόματη έκτρωση. Αν συμβεί με την επέμβαση μας, λέγεται τεχνητή έκτρωση.

Οι τεχνικές εκτρώσεις διακρίνονται σ' αυτές που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης, και λέγονται τότε θεραπευτικές, σ' αυτές, που εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, γιατί είναι ανεπιθύμητο, και λέγονται εγκληματικές και σ' αυτές που εκτελούνται, για να καταστρέψουν το κύημα, επειδή, λόγοι, άσχετοι με την υγεία της εγκύου, το επιβάλλουν (ηθικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, ευγονικοί) και λέγονται εκλεκτικές.

Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνουμε την καθιέρωση του όρου άμβλωση, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την

ενέργεια μας. Όταν καταστρέφουμε επίτηδες κάτι που αναπτύσσεται αμβλώσκουμε («αμβλώσεως γραφή» λεγόταν η διάταξη στους νόμους του Λυκούργου, που τιμωρούσε τους «αμβλωτές»).

Έτσι, στην πλούσια σε λέξεις γλώσσα μας, τρεις όροι μπορούν να επικρατήσουν. «Αυτόματη έκτρωση», όταν συμβαίνει χωρίς την επέμβαση μας. «Τεχνητή έκτρωση», όταν εκτελείται, για οποιοδήποτε λόγο, με την επέμβαση μας. «Άμβλωση», όταν εκτελείται για την καταστροφή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Αντί του όρου αυτόματη έκτρωση χρησιμοποιούνται στην καθομιλουμένη και οι όροι εκβολή και αποβολή, αφού ο όρος έκτρωση ταυτίστηκε με τον όρο άμβλωση.

Η έκτρωση, που συμβαίνει ή εκτελείται πριν από την 12^η εβδομάδα, λέγεται πρόιμη κι αυτή που συμβαίνει ή εκτελείται ανάμεσα στη 12^η – 20^η εβδομάδα, όψιμη. Το αποβαλλόμενο περιεχόμενο της μήτρας, ύστερα από έκτρωση, λέγεται έκτρωμα. Το έμβρυο σ' αυτές τις περιπτώσεις ζυγίζει λιγότερο από 500 γρ., έχει μήκος κάτω από 18 εκ. και δεν καταχωρίζεται επίσημα, ούτε στα ζωντανά, ούτε στα νεκρά νεογνά.⁵

1.4 Διάγνωση Εγκυμοσύνης

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας που αρχίζει με την γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.

Κλινική διάγνωση



Η κλινική διάγνωση της εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει με το ιστορικό, τα συμπτώματα την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση.

Ιστορικό. Συμπτωματική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, που ξεκινάει από την πρώτη ημέρα επιβάλλεται γιατί με αυτή εξασφαλίζεται η ομαλή πορεία της, προλαμβάνονται επικίνδυνες για το κύημα ή την μητέρα επιπλοκές της και δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες τοκετού.

Υστερα από την συγκέντρωση στοιχείων ταυτότητας της εγκύου

αναζητούμε τα παρακάτω στοιχεία.

Από το ατομικό αναμνηστικό της εγκύου μας ενδιαφέρουν παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφοριακού και του ουροποιητικού συστήματος, ιογενείς λοιμώξεις, διαβήτη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή της κοιλιάς και του γεννητικού συστήματος, προηγηθείσες μεταγγίσεις αίματος κ. λ. π.

Η διαβίωση επίσης της εγκύου, η διατροφή και οι συνθήκες εργασίας της.

Από το οικογενειακό της αναμνηστικό, η γέννηση παιδιών με διαπλαστικές ανωμαλίες, η γέννηση διδύμων, η ύπαρξη διαβήτη στους γονείς.

Το πάνω μέρος της μήτρας ονομάζεται σώμα ή πυθμένας της μήτρας, ενώ η περιοχή ανάμεσα στο σώμα και τον τράχηλο αποτελεί τον ισθμό.

Δεξιά και αριστερά του πυθμένα, από τα κέρατα, ξεκινούν δύο ινομυώδεις σωλήνες, οι σάλπιγγες.

Το άκρο της κάθε σάλπιγγας έχει σχήμα αμυγδάλου και διαφέρει σε μέγεθος από άτομο σε άτομο, κατά μέσο όρο όμως είναι 3,5 χ 1,5 εκ.

Οι δύο ωοθήκες και οι σάλπιγγες συγκρατούνται από πτυχές του περιτόναιου που λέγονται σύνδεσμοι.

Οι σύνδεσμοι και οι σάλπιγγες συγκρατούνται από πτυχές του περιτοναίου που λέγονται σύνδεσμοι.

Οι σύνδεσμοι και οι σάλπιγγες όταν είναι σε φυσιολογική κατάσταση δεν ψηλαφώνται στην κλινική γυναικολογική εξέταση.

Ο όρος εξαρτήματα χρησιμοποιείται για τις ωοθήκες τις σάλπιγγες και τους συγκρατούντες συνδέσμους.

Όπως και στον άνδρα, η περιτοναϊκή επιφάνεια είναι προσιτή στον εξετάζοντα δάκτυλο, ακριβώς μπροστά από το ορθό και από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου, μέσα στην ορθομητρική πτυχή ή χώρο του Douglas.

Φάρμακα που πιθανά πήρε ως την επίσκεψη της για να εκτιμηθούν πιθανές βλαπτικές επιδράσεις τους στο έμβρυο, αν καπνίζει και πόσο, αν καταναλώνει οινόπνευμα και πόσο.

Συμπτώματα Έχουμε δευτεροπαθή αμηνόρροια. Ναυτία εμετούς, ιδίως τις πρωινές ώρες, διαστροφή της όρεξης, δηλαδή αποστροφή της εγκύου προς ορισμένα φαγητά ή αντίθετα υπέρμετρη επιθυμία της για άλλα και συνήθως εξαφανίζονται τα συμπτώματα αυτά μετά από 6-12 εβδομάδες. Επίσης σιαλόρροια, συχνουρία, διόγκωση των μαστών, μαστική έκκριση από την 16^η εβδομάδα, αίσθημα τάσης στο υπογάστριο

και σκιρτήματα που αναφέρονται μετά την 16^η – 18^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Επισκόπηση Επισκοπώντας την έγκυο θα παρατηρήσουμε μελάχρωση. Οι θηλές των μαστών και η θηλαία όλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Παρατηρείται πολλές φορές το *μητρικό χλόασμα* στο πρόσωπο. Ο ομφαλός στην αρχή είναι κοίλος, ύστερα γίνεται επίπεδος και αργότερα προβάλλει προς τα έξω. Σε πολλές έγκυες δημιουργούνται ραβδώσεις στην περιοχή της κοιλιάς των μηρών και των μαστών.

Ψηλάφηση Με γυναικολογική εξέταση ψηλαφάται κατά τους πρώτους μήνες η μήτρα και διαπιστώνεται το μέγεθός της. Κατά την 7^η εβδομάδα το μέγεθος της μήτρας είναι ίσο με αβγό, την 10^η με πορτοκάλι και μετά την 12^η η μήτρα ψηλαφάται από την κοιλιά. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, μετά τον 8^ο μήνα, οι χειρισμοί του Leopold μας βοηθούν να προσδιορίσουμε το σχήμα, την προβολή, τη θέση του εμβρύου.

Ακρόαση Με την συσκευή των υπερήχων διαπιστώνουμε την ύπαρξη εμβρυϊκών παλμών από την 7-8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Με το κοιλιοσκόπιο ή το στηθοσκόπιο ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί μετά τον πέμπτο μήνα της εγκυμοσύνης.

Εργαστηριακά Με εργαστηριακές μεθόδους (ανασοδοκιμασίες, ραδιοανασοδοκιμασίες) μπορούμε να διαγνώσουμε την κύηση από την αρχή τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης. Με υπερηχογράφηση ανιχνεύεται ο αμνιακός σάκος από την 6^η εβδομάδα και το έμβρυο με καρδιακή λειτουργία από την 7 – 8^η εβδομάδα.

Αβέβαια ή πιθανά σημεία κύησης

Αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται και σε άλλες διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου.

Μεταβολή στο σχήμα και στο μέγεθος της μήτρας μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.

Ναυτία και εμετός μπορεί να οφείλεται σε ψυχογενή ή άλλα αίτια.

Το μητρικό χλόασμα μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές.

Η διόγκωση του υπογαστρίου μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.

Βέβαια διαγνωστικά σημεία κύησης

Τα σκιρτήματα του εμβρύου.

Οι καρδιακοί παλμοί.

Η υπερηχογραφική απεικόνισή του.

Η ψηλάφηση των μελών του.

Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου.

Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας.

Η εσωτερική και εξωτερική αντιτυπία.

Διάρκεια εγκυμοσύνης

Η μέση διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 266 ημέρες με ανώτατο όριο 293 και κατώτατο 320.

Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38^η και 42^η εβδομάδα, δηλαδή στις 259-293 ημέρες, λέγεται ώριμο ή τελειόμηνο.

Αν γεννηθεί από την 28^η ως την 37^η εβδομάδα λέγεται πρόωρο. Την προωρότητα του εμβρύου χαρακτηρίζει και το βάρος του ⁶.

1.5 Στατιστικά στοιχεία

Σβήνει σιγά-σιγά η ελληνική φυλή

Η δημογραφική κρίση και η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού είναι πια κοινό μυστικό. Ένα μυστικό που καιει, που δεν τολμούμε να το πούμε από φόβο μην κατηγορηθούμε για καταστροφολογία, ενώ θα 'πρεπε να μας τρομάζουν τα πραγματικά γεγονότα. Και η πραγματικότητα είναι ότι η ελληνική φυλή σβήνει σιγά σιγά, ότι σε 2-3 γενιές δεν θα υπάρχουν πια Έλληνες στη Βαλκανική.

Ό,τι ισχύει για τον συνολικό Ελληνικό πληθυσμό, πολύ περισσότερο εφαρμόζεται στον επαρχιακό χώρο όπου υπερέχει ο αγροτικός και ημιαστικός πληθυσμός, ο οποίος παρουσιάζει ταχύτερη γήρανση. Δυστυχώς δεν υπάρχουν αρκετά δημογραφικά δεδομένα, γιατί στην επαρχία δεν έγινε ποτέ μια δημοσκόπηση ή μια, ατελής έστω, δημογραφική μελέτη. Όμως και με τα ελάχιστα στοιχεία που θα παραθέσουμε, θα δούμε την πληθυσμιακή γήρανση και, με αποδεικτικούς πίνακες για τον ελληνικό χώρο, θα δείξουμε την παραπάνω αλήθεια για τον δημογραφικό μαρασμό.

Οι πίνακες είναι συνοπτικοί, στηρίζονται σε επίσημα και αψευδή δημογραφικά στοιχεία και «βεβαιώνουν του λόγου το αφαλές».

Η δημογραφική γήρανση χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού των παιδιών και συρρίκνωση των παραγωγικών ηλικιών.

Στην Ελλάδα η αναλογία των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, σχεδόν τριπλασιάστηκε από το 1941 ως το 1986 (από 6,3% σε 15,0%) και ο αριθμός τους αυξήθηκε από 450.000 σε 1.500.000 άτομα. Εντυπωσιακή είναι και η αύξηση της αναλογίας των ατόμων άνω των 60 ετών από 9% σε 19%.

Η γήρανση στην Ελλάδα καλπάζει. Το 2000 οι 65 ετών και άνω θα είναι 1.650.000 - ποσοστό 16,6% και δείκτης γήρανσης 83 - ποσοστά ρεκόρ για την Ευρώπη.

Η γήρανση νοείται καλύτερα όταν χρησιμοποιούμε το δείκτη γήρανσης (αριθμός ηλικιωμένων 65 ετών και άνω ανά 100 παιδιά, ηλικία 0-14 ετών), που από 19,0% το 1941, έφτασε σε 71,0% το 1986 (Πίν. 1, 2).

Η καθοδική πορεία της γεννητικότητας οφείλεται τόσο στη μεγάλη ελάττωση του αναπαραγωγικού πληθυσμού, όσο και στη συνεχιζόμενη μείωση του αριθμού των πολυτέκνων οικογενειών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας, 1950 - 1980. Ακαθάριστα ποσοστά γεννητικότητας, Δείκτης γονιμότητας, Συνολικός πληθυσμός, Δείκτης γήρανσεως. Γεννήσεις ζώντων.

	1941	1951	1961	1971	1981	1986
Πληθυσμός	7.132.801	7.632.801	8.388.553	8.768.640	9.739.589	9.895.801
Γεννήσεις	198.200	156.000	150.000	140.000	140.000	113.000
Γεννητικότητα ανά 1000 χιλ.	24,9	20,4	17,8	15,98	14,5	11,1
Δείκτης γονιμότητα	2,80	2,48	2,40	2,29	2,07	1,58
Δείκτης γήρανσεως	10,0	23,4	30,6	44,8	53,7	71,0

Πηγές: ΕΣΥΕ, Απογραφές πληθυσμού 1928-1984.ΚΕΠΕ, Ο πληθυσμός της Ελλάδος, Αθήνα 1978.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών, δείκτης γήρανσης, δείκτης εξάρτησης, διάμεση ηλικία 1941, 1951, 1961, 1971, 1981, 1984, 1986

Έτος Απογραφής ή Υπολογισμού	Συνολικός πληθυσμός	Διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών επί %			Δείκτης γήρανσης
		0-14	15-64	65 - άνω	
1941	7.100.000	33,0	60,7	6,3	19,0
1951	7.632.801	28,8	64,4	6,8	23,4
1961	8.388.553	26,7	65,1	8,2	30,6
1971	8.768.640	24,9	64,0	11,1	44,8
1981	9.739.589	23,7	63,6	12,7	53,7
1984	9.895.801	21,3	65,4	13,3	62,4
1986	9.900.000	21,0	64,0	15,0	71,0
2000	9.900.000	20,4	63,3	16,6	83,0

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1964, σελ. 23. ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1973, σελ. 23. ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1964, σελ. 29. ΕΣΥΕ, Μηνιαίο Στατιστικό Δελτίο, Ιούλιος 1986, σελ. 9. ΚΕΠΕ, Ο πληθυσμός της Ελλάδος, Αθήνα 1978.

Ο Ελληνικός αναπαραγωγικός πληθυσμός συνεχώς περιορίζεται. Το 1950 οι γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών έφθαναν το 53% στο σύνολό τους, ενώ σήμερα (1986) είναι μόνο το 40%. Παράλληλα, ο αναπαραγωγικός πληθυσμός εμφανίζει σαφή γήρανση, που εκδηλώνεται με αύξηση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 35-49 ετών και μείωση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 15-34 ετών, που είναι η κυρίως αναπαραγωγική ηλικία.

Ο αριθμός των πολυτέκνων οικογενειών - με 5 παιδιά και άνω - έφθανε το 1940 στις 165.000, το 1950 στις 95.000, το 1970 στις 43.000, για να πέσει το 1979 στις 16.000. Το 1979, με την αλλαγή της νομοθεσίας, αναγνωρίστηκαν ως πολύτεκνοι και όσοι έχουν 4 παιδιά και άνω. Έτσι, άλλες 50.000 πολύτεκνες οικογένειες προστέθηκαν στις 16.000 πολυτέκνων με 5 παιδιά και άνω. Το 1984 οι πολύτεκνοι με 4 παιδιά είναι 40.000, και μόνο 5.000 εκείνοι με 5 παιδιά. **Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, έχουμε μία κάθετη πτώση του αριθμού των πολυτέκνων από το 1940 μέχρι σήμερα.**

Σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά κίνητρα, μπορούν να δημιουργήσουν μεγαλύτερο αριθμό νέων πολυτέκνων και να ανακόψουν τη ραγδαία πληθυσμιακή γήρανση της χώρας που απειλεί με εξαφάνιση τη φυλή. Πολλές από τις χώρες της Ευρώπης έχουν θεσπίσει και εξακολουθούν να εφαρμόζουν μέτρα που αποβλέπουν στην ενίσχυση των γεννήσεων και την υλική και ηθική προστασία της πολύτεκνης οικογένειας, η οποία αντισταθμίζει την υπογεννητικότητα και τη γήρανση, που προκαλούν η ακούσια στειρότητα, η θεληματική ατεκνία, η αγαμία, η μετανάστευση, η ανίατη αρρώστια, το αυτοκινητιστικό ατύχημα και, τελευταία, τα ναρκωτικά, η ομοφυλοφιλία, το τοξόπλασμα και το διαβόητο πιᾶ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, το γνωστό AIDS.

Στη Γαλλία, και γενικά στην Ευρώπη, η χορήγηση επιδόματος στη μητέρα - μάλιστα στην πολύτεκνη - η οποία χάρη των παιδιών της παύει να εργάζεται, θεωρείται υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου προς αυτήν και συνάμα αποτίμηση της συμβολής της στην παραγωγή του εθνικού προϊόντος. Παράλληλα εξασφαλίζει στη μη εργαζόμενη γυναίκα κάποια οικονομική ανεξαρτησία, δίκαιη και αναγκαία για την ψυχική της ισορροπία.

Τάχα η δουλειά της πωλήτριας ή της εργάτριας είναι περισσότερο παραγωγική από την αποστολή της μητέρας; Ή μήπως το πληρωμένο χάντι της baby sitter ή η ξένη στοργή του απρόσωπου βρεφικού σταθμού μπορούν να αντικαταστήσουν το πηγαίο ενδιαφέρον και την τρυφερότητα της μάνας, που το παιδί τη λαχταράει σαν τη διψασμένη γη; Καθίσαμε να σκεφτούμε πόσο κοστίζει στην οικογένεια η baby sitter και πόσο βαρύνει το κοινωνικό σύνολο ο βρεφικός σταθμός για εγκαταστάσεις, συντήρηση και λειτουργία; Δεν έχουμε επιφυλάξεις να βγει η γυναίκα στην παραγωγή. Πιστεύουμε όμως, ότι η μητέρα με 3-4 παιδιά δεν μπορεί να επαρκέσει και στη δουλειά και στο σπίτι. Γι' αυτό και πρέπει να επιδοτηθεί και να πάψει να εργάζεται. Θα αναρωτηθεί κανείς, πού θα βρεθούν τόσα χρήματα για επιδόματα; Η απάντηση είναι, ότι οι οικογενειακές επιδοτήσεις είναι κοινωνικές παροχές, όπως τα επιδόματα ανεργίας και τόσα άλλα, που κάπου λειτουργούν όχι πολύ σωστά.

Το 1985 το Ι.Κ.Α. σε 461.000 περιπτώσεις ανεργίας χορήγησε 17,5 δισ. δραχμές. Διπλάσιο ποσό για επιδόματα ανεργίας ξόδεψαν ο ΟΑΕΔ και άλλοι οργανισμοί στον ίδιο χρόνο. Και ερωτάται, αν τα μισά από τα χρήματα αυτά είχαν δοθεί ως επιδόματα οικογενειακά - π.χ. 30 με 40 χιλιάδες δρχ. το μήνα - στις 40.000 πολύτεκνες μητέρες με τον όρο να πάνε να εργάζονται, χάριν του υψηλότερου προορισμού της γυναίκας

που είναι η ανατροφή των παιδιών, αυτό δε θα ήταν μια προσφορότερη αντιμετώπιση της ανεργίας και της υπογεννητικότητας μαζί;

Οι Γερμανοί μετά το 3ο παιδί, και για κάθε παιδί, δίνουν 150 D.M. το μήνα. Οι Γάλλοι διαθέτουν σχεδόν το 1/4 των κοινωνικών παροχών τους για οικογενειακά επιδόματα. Στην Ισπανία τα μέτρα είναι ανάλογα.

Όταν η Γαλλία αντιμετώπισε σοβαρό πρόβλημα με τα εκατομμύρια των αποίκων που είχαν μαζευτεί στο Παρίσι από την Αλγερία, την Τύνιδα και το Μαρόκο, δημιουργώντας αδιέξοδα ανεργίας, στέγης, αποζημιώσεων, είπε ο Ντε Γκωλ: "Η Γαλλία δεν έχει ανάγκη από πωλήτριες και εργάτριες, έχει ανάγκη από μητέρες. Όποια Γαλλίδα χάρη των παιδιών της πάψει να εργάζεται, θα παίρνει 15-20 ημερομίσθια το μήνα ως επίδομα μητέρας".

Αίτια

Αναμφισβήτητα, τα αίτια της υπογεννητικότητας δεν είναι μόνο οικονομικά, είναι και ηθικά και κοινωνικά και ψυχολογικά. Οι πλούσιες οικογένειες αποφεύγουν τα παιδιά και οι αναπτυγμένες και πλούσιες χώρες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη γήρανση. Οι περισσότερες από τις χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν πληθυσμιακή γήρανση (Πίνακες 3, 4).



ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ακαθάριστα ποσοστά γεννητικότητας - Έτος 1981

Χώρα	Ποσοστό γεννητικότητας ανά 1000 κατοίκους
Ελλάδα	14,5
Ιρλανδία	21,0
Πορτογαλία	16,3
Γαλλία	14,9
Ισπανία	14,2
Δ. Γερμανία	14,2
Ην. Βασίλειο	12,8
Βέλγιο	12,7
Ολλανδία	12,5
Ιταλία	10,9
Δανία	10,4
Γιουγκοσλαβία	17,0
Βουλγαρία	16,7
Τουρκία	34,9

Πηγή: Demographic Yearbook, U.N. 1982.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ε.Ο.Κ. και στις Βαλκανικές χώρες

Χώρα	Αναλογία ηλικιωμένων, 64 ετών και άνω, στο συνολικό πληθυσμό		Μέσος ετήσιος ρυθμός γήρανσης
	1961	1981	
Ελλάδα	8,2	13,2	0,25
Δ. Γερμανία	10,8	15,3	0,22
Ηνωμένο Βασίλειο	11,7	15,1	0,17
Δανία (1960)	10,6	14,5	0,18
Βέλγιο	12,2	14,3	0,10
Ιταλία (1980)	9,5	13,5	0,21
Γαλλία (1982)	12,1	13,5	0,07
Ολλανδία	9,1	11,6	0,12
Ιρλανδία	11,2	10,7	0,03
Ισπανία (1960-1978)	8,2	10,7	0,13
Πορτογαλία (1980)	7,9	10,5	0,13
Γιουγκοσλαβία (1979)	6,1	9,3	0,17
Βουλγαρία (1980)	8,0	11,8	0,22
Τουρκία (1955- 1980)	- 3,4	4,6	0,05

Πηγή: Demographic Yearbook, 1962-1982. Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1964, 1982.

Βασική αιτία της υπογεννητικότητας είναι η έκτρωση και η αντισύλληψη, που προκαλούν στειρότητα σε μεγάλο ποσοστό. Όπως αναφέρει ο καθηγητής Ν. Λούρος, και όπως προκύπτει από ξένες στατιστικές, 5% των γυναικών που θα υποστούν μία μόνο έκτρωση, μένουν στείρες. Κι αυτό χωρίς να υπολογιστούν οι ψυχικές επιπτώσεις που γίνονται αιτία επίκτητων ψυχώσεων ή διαταραχών της γεννητικής λειτουργίας της γυναίκας.

Ανάλογες ανωμαλίες δημιουργεί η αντισύλληψη: Ιδιαίτερα τα αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία, εκτός του κινδύνου του καρκίνου της μήτρας και των υπερτασικών επεισοδίων, φέρνουν όλες τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης, από την πιο ελαφρά - τη φλεβοθρόμβωση - ως τη σοβαρότερη, την προεκλαμψία. Επίσης, σε πρόσφατα Παγκόσμια Καρδιολογικά και Αγγειολογικά Συνέδρια, έχει τονισθεί ο ολέθριος ρόλος που παίζει στο καρδιαγγειακό σύστημα το χάπι. Μάλιστα, σε συνδυασμό με το κάπνισμα, είναι απειλή αιφνίδιας ανακοπής. Σημαντικός αριθμός συγκοπτικών θανάτων έχει παρατηρηθεί σε νέες γυναίκες που έκαναν χρήση του συνδυασμού αυτού - αντισυλληπτικών δισκίων και καπνού.

Βλέπετε, η φύση έχει νόμους αδυσώπητους και τιμωρεί σκληρά όσους την καταδολιεύονται.

Με τη σύσταση 18 του 1984 της Παγκόσμιας Συνδιάσκεψης (Ην. Εθνών), οι κυβερνήσεις καλούνται να πάρουν τα κατάλληλα μέτρα για να βοηθήσουν τις γυναίκες να αποφύγουν τις εκτρώσεις, που σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να προπαγανδίζονται σαν μέθοδοι του οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι καιρός να εισακουσθεί και στην Ελλάδα η σύσταση αυτή.

Το έμβρυο, από τον πρώτο μήνα της κυοφορίας, είναι χωριστή βιολογική οντότητα: έχει δικό του αίμα, που δεν ανακατεύεται με το αίμα της μητέρας, έχει καρδιά που πάλλεται και εγκέφαλο που αντιδρά. Είναι ζωή αυθύπαρκτη, που η καταστροφή της είναι ανθρωποκτονία όσο και ο φόνος ενός νεογνού ή ενός βρέφους.

Δυστυχώς η χώρα μας έχει το μελαγχολικό ρεκόρ εκτρώσεων. Τρομάζει κανείς, ακούγοντας ότι 300.000 παιδιά το χρόνο σκοτώνονται με τις εκτρώσεις. Τραγική γενοκτονία! Αυτοκτονία της φυλής μας! Άλλοτε κλαίγαμε για τα παιδιά μας που άρπαζαν οι Τούρκοι για να τα κάνουν γενίτσαρους ή να τα κλείσουν στα χαρέμια τους. Σήμερα τα σκοτώνουμε μόνοι μας και τα πετάμε στο σκουπιδοτενεκέ του κάθε ασυνείδητου γυναικολόγου.

Χωρίς αμφιβολία, η έκτρωση είναι ασυμβίβαστη με την ιπποκρατική αντίληψη και με τη χριστιανική ηθική.

Η χαλάρωση της θρησκευτικής πειθαρχίας, η έκτρωση και η αντισύλληψη, το εύκολο διαζύγιο και η αύξηση των μονογονικών οικογενειών - κυρίως μητέρα με ένα παιδί - καθώς και η αρνητική στάση των νέων ζευγαριών απέναντι στην οικογένεια και την τεκνογονία, όλα αυτά μαζί με τη μετανάστευση και την αστικοποίηση των αγροτών, το γενικά χαμηλό μορφωτικό και τεχνικό-επιστημονικό επίπεδο και την ανεπαρκή υγειονομική οργάνωση και προστασία, είναι οι υπεύθυνοι παράγοντες για τη δημογραφική κρίση.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

(σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών)

Χώρα	Ποσοστό
Ολλανδία	5,6
Δ. Γερμανία	7,3
Καναδάς	10,2
Βρετανία	12,8
Γαλλία	14,9
Αυστραλία	15,2
Πολωνία	16,5
Ιταλία	19
Ισραήλ	21,9
Η.Π.Α.	27,4
Ρουμανία	90,9
Σοβ. Ένωση	181
Ελλάδα	140

Πηγή: Ινστιτούτο Alan Guttmacher 1988

Στα τελευταία 5 χρόνια με τη μεγάλη ανεργία, τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων και την αποποινικοποίηση της μοιχείας, τον προπαγανδισμό των αντισυλληπτικών - διατίθενται πολλά εκατομμύρια για το σκοπό αυτό - παρατηρείται απότομη μείωση του δείκτη γονιμότητας και μια κάθετη, σχεδόν, γήρανση του ελληνικού πληθυσμού,

παρά την ανακοπή του μεταναστευτικού ρεύματος και τον επαναπατρισμό σημαντικού αριθμού Ελλήνων του εξωτερικού.

Η εγωιστική, αντικοινωνική και αντεθνική στάση των νέων Ελλήνων απέναντι στην οικογένεια και το παιδί, έχουν καταλυτική σημασία για το όλο πρόβλημα. (Πρώτα το πολυτελές σπίτι και το μεγάλο αυτοκίνητο, τα ταξίδια και το σκάφος και, αν μείνει καιρός και μυαλό, κάνουμε κανένα παιδί).

Οι συνέπειες που προκύπτουν από τη μείωση της γεννητικότητας έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα:

Το ένα ή δύο παιδιά που αποκτά σήμερα, κατά μέσο όρο, η ελληνική οικογένεια, δεν εξασφαλίζουν την αναπαραγωγή του ελληνικού πληθυσμού.

Εκτός όμως από τις καθαρά ποσοτικές συνέπειες του φαινομένου, μεγαλύτερη σπουδαιότητα παρουσιάζουν οι ποιοτικές επιπτώσεις, δεδομένου ότι, η διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών, επηρεάζεται σημαντικά. Έτσι οι ηλικίες 0-14 και 15-64 ετών μειώνονται αναλογικά, ενώ αυξάνεται η ομάδα 65 ετών και άνω, οδηγώντας σε γήρανση του πληθυσμού, με όλες τις κοινωνικό-οικονομικές της επιβαρύνσεις.

Η αποδυνάμωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού 15-64 ετών και η δυσανάλογη αύξηση των οικονομικών βαρών για τις νεότερες ομάδες ηλικιών, αποτελεί άμεση συνέπεια της γήρανσης αυτής. Οποσδήποτε η Παραγωγή, η Κατανάλωση και το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν επηρεάζονται αρνητικά, ενώ παράλληλα δημιουργούνται και άλλες κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις από τη γήρανση του πληθυσμού και κυρίως: η αύξηση των δαπανών (Πίνακας 5) και η δυσκολία στην εξεύρεση οικονομικών πόρων για τις συντάξεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Κατανομή των δαπανών υγείας ανά ηλικία 1981 – 1982

Ηλικίες	Νοσοκομειακή περίθαλψη	Σύνολο δαπανών υγείας
0-15	0.36	0.36
16-24	0.60	0.50
25-39	0.71	0.65
40-49	0.74	0.68
50-54	0.90	1.01
55-59	1.42	1.47
60-64	2.03	1.87
65-69	2.63	2.34
70-75	2.89	2.73
75 +	5.59	6.86
Όλες οι ηλικίες	1.00	1.00

Πηγή: Social Welfare Policy Secretariat:

The Impact of population changes on social expenditure Canberra,
January 1984.

Στη δημογραφική γήρανση επίσης, οφείλουμε την προβληματική εξασφάλιση των συντάξεων "χωρίς παιδιά θα μείνουμε χωρίς σύνταξη", βροντοφώνησε ανώτατο ασφαλιστικό στέλεχος μιλώντας πρόσφατα για τη χρεοκοπία των ασφαλιστικών ταμείων και εξήγησε πως, εφόσον το 36% των Ελλήνων εισφέρουν για να συντηρήσουν το 64% είναι αδύνατο να μην χρεοκοπήσουν τα ταμεία.

Για πρώτη φορά στον ασφαλιστικό τομέα αποκαλύφθηκε η δραματική αλήθεια ότι: πάνω στη συρρικνούμενη συνεχώς ομάδα νέων, που καλείται να βαστάζει τα αυξανόμενα βάρη του ραγδαία αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων, η οικονομική πίεση θα είναι συντριπτική και θα οδηγήσει στην αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών, στη μείωση των συντάξεων και, τελικά, στη χρεοκοπία των ασφαλιστικών ταμείων. Η υπογεννητικότητα και η πληθυσμιακή γήρανση είναι υπεύθυνοι παράγοντες για την ερήμωση του μεγαλύτερου μέρους των επαρχιών: 88 στις 147 επαρχίες παραμένουν δημογραφικά στάσιμες και ερημώνονται. Η δημογραφική γήρανση και η ερήμωση του ελληνικού χώρου επιδεινώνουν παράλληλα και την ήδη χαμηλή πληθυσμιακή πυκνότητα της Ελλάδας, την πιο χαμηλή στην Ε.Ο.Κ. (74 άτομα κατά τετραγωνικό χιλιόμετρο έναντι 100 έως 345 στις χώρες της Ε.Ο.Κ.).

Κινδυνεύουμε να κατηγορηθούμε για καταστροφολογία. Δεν είμαστε καταστροφολόγοι, αλλά ρεαλιστές, και μιλάμε "μετά λόγου γνώσεως".

Άλλη θα ήταν η θέση της Ελλάδας στην Ανατολική Μεσόγειο, αν διέθετε τη μέση δημογραφική πυκνότητα των χωρών της Ε.Ο.Κ. Δυστυχώς, όπως πάμε θα είναι πολύ χειρότερη όταν ο γηρασμένος πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί στα 6 εκατομμύρια, μέσα στα προσεχή 40-50 χρόνια. Βασική επίπτωση της δημογραφικής κρίσεως είναι η ποσοτική και ποιοτική αποδυνάμωση της εθνικής μας άμυνας: η μείωση του αριθμού των κληρωτών, η συνεχής παράταση της στρατιωτικής θητείας και η αντισταθμιστική αύξηση των στρατιωτικών δαπανών.

Έτσι μειώνουμε το ανθρώπινο αμυντικό δυναμικό της Πατρίδας μας, που αποτελεί βασικό ψυχολογικό παράγοντα για την αποτροπή της τουρκικής βουλμίας και απειλής, και διευρύνουμε για το 2020 έτος το χάσμα μεταξύ των δύο χωρών στην αναλογία 1 προς 10. Σήμερα είμαστε

10.000.000 Έλληνες και 50.000.000 Τούρκοι. Μετά 35 χρόνια - κατά τις προβλέψεις των Δημογραφικών Υπηρεσιών του ΟΗΕ - η Ελλάδα θα έχει 7,5 εκατομμύρια κατοίκους, ενώ η Τουρκία θα ξεπερνάει τα 95 εκατομμύρια. Θα υπερβαίνει κατά 35.000.000 τις πολυπληθέστερες χώρες της Ε.Ο.Κ., Δ. Γερμανία, Βρετανία, Γαλλία και Ιταλία.

Η δημογραφία δεν είναι απλή στατιστική· είναι κοινωνική επιστήμη. Αδυνατεί να προσφέρει υπηρεσίες χωρίς σοβαρή έρευνα. Ανάγκη να γίνει σε όλες τις ελληνικές επαρχίες συστηματική δημογραφική μελέτη. Ανάγκη να ξυπνήσουμε από το λήθαργο της μακαριότητας και του ευδαιμονισμού, ή της στείρας μοιρολατρίας: "δε βαριέσαι, τίποτα δε γίνεται".

Ανάγκη να ατενίσουμε κατάματα την τραγική πραγματικότητα και να δραστηριοποιηθούμε για να ευαισθητοποιήσουμε και άλλους. Προ πάντων τους νέους, που είναι η μόνη, η τελευταία ελπίδα του Έθνους. Όσοι αγαπούμε αυτόν τον τόπο, πρέπει να εντείνουμε τις προσπάθειές μας στο όριο των δυνατοτήτων μας - χωρίς ξεσυνέρια, ο καθένας στον κύκλο του - αν δεν θέλουμε να κληρονομήσουμε στα παιδιά μας τη δυστυχία, την εθνική υποτέλεια και την κοινή καταφρόνια.

Όταν προπολεμικά κυριαρχούσαν στην Ευρώπη τα κηρύγματα του Μάλθους, τρομοκρατώντας τον κόσμο με το φάντασμα του υπερπληθυσμού και της πείνας, κάποια φωτεινά μυαλά μίλησαν αντίθετα για τον κίνδυνο της υπογεννητικότητας.

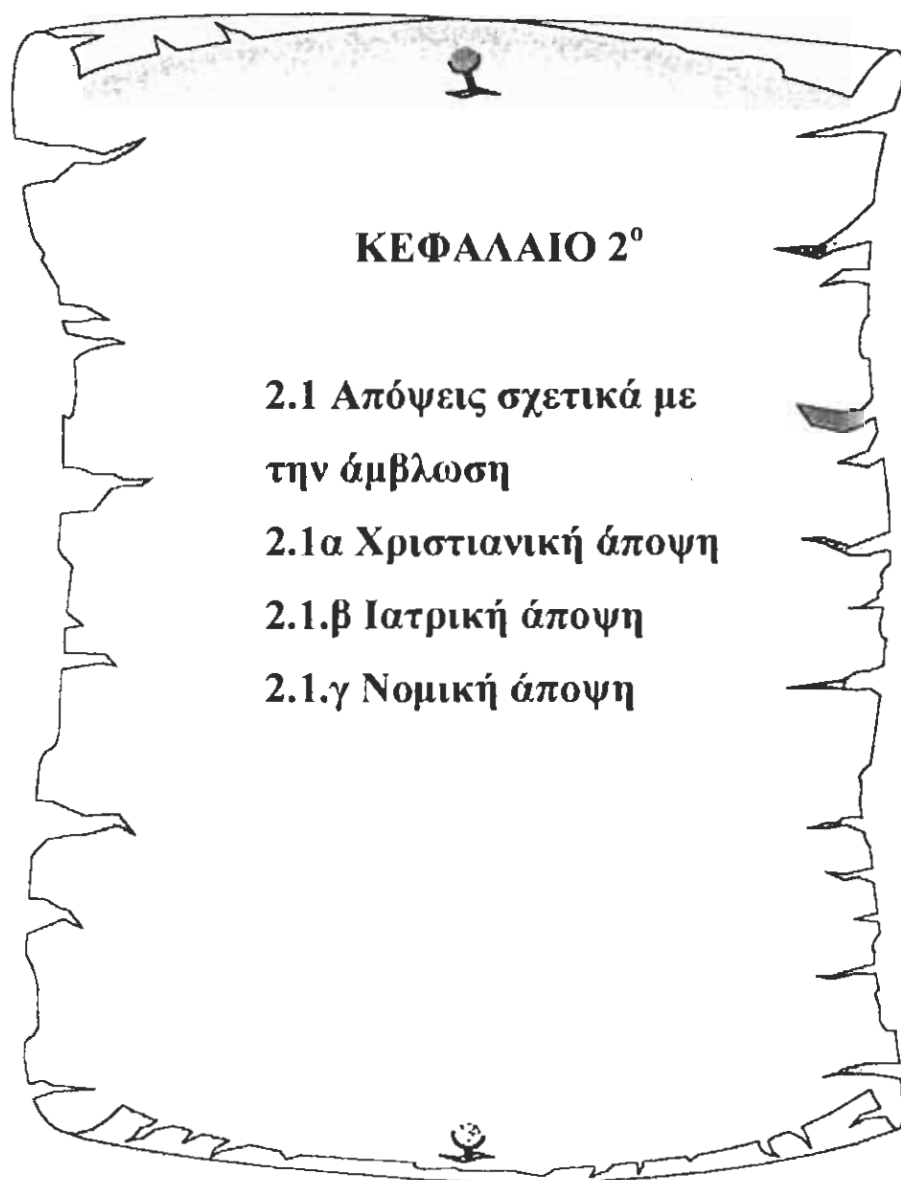
Ο μεγάλος γιατρός και βιολόγος Alexis Carrel, στο κλασικό βιβλίο του "L' homme, cet inconnu" - ο άνθρωπος αυτό το άγνωστο - έγραφε το 1938, προβλέποντας την επερχόμενη με την υπογεννητικότητα καταστροφή: "...κι αν ακόμη η Ευρώπη καταφέρει να αποφύγει την αυτοκτονία του πολέμου, με τη στείρωση βαδίζει στον εκφυλισμό και την εξαφάνιση...". Και αλλού: "... η θεληματική στείρωση των

γυναικών και η αποφυγή στρατεύσεως των ανδρών, είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα του εκφυλισμού ενός λαού που οδεύει προς το θάνατο...".

Κλείνω τη μικρή αυτή εισήγηση με μια ελπίδα και μια ευχή: Να αναγνωριστούν, στη μητέρα και το παιδί, τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα που στερούνται στην Ελλάδα, αντίθετα προς τις χώρες της Ε.Ο.Κ. Πρόκειται για στοιχειώδη εφαρμογή της αρχής της ισότητας και αναγνώριση του πιο υψηλού προορισμού της γυναίκας, που είναι η ανατροφή των παιδιών.

Στο γλαφυρό και βαρυσήμαντο βιβλίο του "Δημογραφική πρόκληση", ο καθηγητής κ. Νίκος Πολύζος παραθέτει την ακόλουθη περικοπή του Μεγαλοπολίτη ιστορικού Πολύβιου, ο οποίος, όταν γύρισε στην Ελλάδα μετά 17 χρόνια σκλαβιάς στη Ρώμη, έγραφε: "Στην εποχή μας η Ελλάδα υποφέρει από γενική ατεκνία και ολιγανθρωπία, ένεκα της οποίας και οι πόλεις ερημώθηκαν και η παραγωγή σταμάτησε, μολονότι δεν έγιναν ούτε πόλεμοι ούτε επιδημίες... Και όλα αυτά γιατί οι άνθρωποι αγαπούν την πολυτέλεια, το χρήμα και την τεμπελιά, και δεν επιθυμούν ούτε να παντρεύονται ούτε, παντρευόμενοι, να ανατρέφουν παιδιά, αλλά το πολύ πολύ δέχονται να έχουν ένα ή δύο παιδιά για να τα αφήσουν πλούσια και να τα μεγαλώσουν με σπατάλη, χωρίς να αντιλαμβάνονται πόσο, με αυτόν τον τρόπο, η κακοδαιμονία αυξάνεται".

Αποτέλεσμα των θλιβερών αυτών διαπιστώσεων, ήταν η Ρωμαϊκή κατάκτηση και η μετατροπή της Ελλάδας σε Ρωμαϊκή επαρχία το 146 π.Χ. "Ο... νοών νοήτω...".⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Απόψεις σχετικά με την άμβλωση

2.1α Χριστιανική άποψη

Τη βάση για τη διαμόρφωση της αντίληψης για την έκτρωση αποτέλεσε η χριστιανική φιλοσοφία και ηθική, γιατί ο Ελληνισμός είναι συνυφασμένος με τον χριστιανισμό και ο Έλληνας γεννημένος και μεγαλωμένος μαζί του.

Η άποψη της Εκκλησίας της Ελλάδος για την άμβλωση είναι στοιχείο που συνθέτει το χαρακτήρα του Έλληνα και της Ελληνίδας.

Για την απόφαση για έκτρωση σημαντικό ρόλο θα παίζει η συνείδηση του ατόμου, που είναι διαμορφωμένη από τους ηθικούς κανόνες και διέπουν τις πράξεις του ανθρώπου, όπως τους ορίζει η κοινωνία και η θρησκεία. Αν όμως υπερिσχύσουν κάποιοι άλλοι λόγοι και η απόφαση του είναι διαφορετική, έχουμε προβλήματα ψυχολογικά στη γυναίκα, αλλά και στον άνδρα, (ενοχές που σκότωσαν μια ανθρώπινη ζωή, φόβο μήπως τιμωρηθούν από το Θεό για αυτή την πράξη τους) που θα αναφερθούν πλατιά στο κεφάλαιο συνέπειες των αμβλώσεων στη γυναίκα.

A) Η διδασκαλία της Εκκλησίας περί ανθρώπινης ζωής (ψυχής – σώματος).

Το ερώτημα «πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή; είναι το ανθρώπινο έμβρυο ψυχοσωματική ύπαρξη ή όχι;» απευθύνεται στη Γενετική και στη Βιολογία και ειδικότερα στην Εμβρυολογία. Το ίδιο ερώτημα απευθύνεται και στη Βιολογία. Γιατί η ανθρωπολογία δεν νοείται ούτε

κατανοείται, χωρίς την οργανική και άμεση σχέση της με την Ορθόδοξη διδασκαλία. Και ακόμη, γιατί η διδασκαλία της Ορθοδόξου Εκκλησίας γύρω από το θέμα του ανθρώπινου εμβρύου ως ψυχοσωματικής ύπαρξης είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η ηθική θεώρηση κάθε θέματος, που σχετίζεται με την αντιμετώπιση του ανθρώπινου εμβρύου. Άλλωστε κάθε θεωρητική αλήθεια της πίστεως έχει και τις ανάλογες ηθικές περιπτώσεις στην όλη μας ζωή.

Το ότι όμως, το κυοφορούμενο έμβρυο είναι ήδη ολοκληρωμένος άνθρωπος δηλαδή αδιαίρετη ψυχοσωματική οντότητα, το συμπεραίνουμε:

Από τους λόγους του Ψαλμωδού ο οποίος απευθυνόμενος προς το Θεό λέγει: «επί Σε επερρίφθην εκ μήτρας, από γαστρός μητρός μου Θεός μου ει Συ» (Ψαλμ. ΚΑ 11). Δηλαδή, όταν ήμουν ακόμα έμβρυο σε Εσένα και στην προστασία της αγαθής πρόνοιάς σου είχα ρίψει τον εαυτό μου από τότε, που ήμουν στην κοιλιά της μητέρας μου. συ είσαι ο προστάτης Θεός μου, από τον οποίο ποτέ δεν χωρίστηκα.

Το συμπεραίνουμε επίσης από τον Απόστολο Παύλο, ο οποίος διαλαλεί, ότι ο Θεός τον διάλεξε και τον ξεχώρισε για την υψηλή διακονία του Ευαγγελικού κηρύγματος «εκ κοιλίας μητρός» (Γαλ. Λ. α15. 16) δηλαδή «ευθύς από της πρώτης στιγμής της υπάρξεως» του στη κοιλιά της μητέρας του.

Από αυτά γίνεται σαφές, ότι καθ' όλη την εξέλιξη του εμβρύου από την ίδια την ώρα της συλλήψεως του, ο όλος άνθρωπος, ως αδιαίρετη ψυχοσωματική οντότητα είναι κάτω από το στοργικό και παντέφορο βλέμμα του Θεού⁸.

Η πλέον σαφής Καινοδιαθηκική μαρτυρία για την εμπύχωση του ανθρώπινου εμβρύου αναφέρεται στα δυο μοναδικά και αποκαλυπτικά παραδείγματα της εμβρυακής ζωής του Τιμίου Προδρόμου και του Θεανθρώπου Χριστού.

Η Καινή Διαθήκη μας λει ότι το βρέφος Ιωάννης ο Πρόδρομος «εσκίρτησε» στη κοιλιά της μητέρας του. «Εσκίρτησεν» είπε η Ελισάβετ στη Παρθένο «το βρέφος εν αγαλλίαση εν τη κοιλία μου» και άκουσα τη φωνή του χαιρετισμού σου (Λουκ. Α. 26,36,41)

Το σκίρτημα του βρέφους αποδεικνύει την ενιαία ψυχοσωματική οντότητα, αλλά η Ελισάβετ ομιλεί μετά τον φωτισμό του Αγίου Πνεύματος της Παρθένου «Μητέρα του Κυρίου της» ακριβώς διότι ο Θεάνθρωπος Κύριος Ιησούς ήταν ήδη κυοφορούμενο έμβρυο.

Βεβαίως στη περίπτωση αυτή έχουμε άρρητο και ασύλληπτο θαύμα. Αλλά ο αποκαλυπτικός και θαυματουργός χαρακτήρας της μοναδικής αυτής περίπτωσης δεν παραβιάζει καθόλου το φυσιολογικό ή βιολογικό μέρος της αναπτύξεως του εμβρύου. Ο Κύριος συνελήφθη μεν ασπόρως «εκ Πνεύματος Αγίου και Μαρίας της Παρθένου» αλλά στη συνέχεια ως τέλειος άνθρωπος όμοιος με εμάς «κατά πάντα», επέρασε και αυτός από όλα τα στάδια των βιολογικών φυσικών νόμων, που περνά κάθε ανθρώπινο έμβρυο, μέχρι ότου γεννηθεί ως άνθρωπος στον κόσμο.

Οι πατέρες της Εκκλησίας με την εμπύχωση του ανθρώπινου εμβρύου:

A) Στην διδασκαλία των Πατέρων, το ανθρώπινο έμβρυο θεωρείτε ολοκληρωμένος άνθρωπος και ονομάζεται «βρέφος» ή «παιδί» ή «τέκνο» αυτής που το κυοφορεί, όπως ακριβώς και το παιδί που έχει γεννηθεί. Γι' αυτό θεωρείται και χαρακτηρίζεται ως φόνος τόσο η φθορά του εμβρύου, όσο και η θανάτωση του παιδιού που έχει γεννηθεί.

B) Έχουμε σημαντική πληροφορία από τον Κλήμη τον Αλεξανδρέα, εκκλησιαστικό συγγραφέα του 2^{ου} μ.Χ. αιώνα (γεννήθηκε γύρω στο 150 μ.Χ.), ο οποίος επαναλαμβάνει κατά λέξη μια πληροφορία ενός προγενέστερου γέροντος, σύμφωνα με την οποία το έμβρυο αποκτά ψυχή από την στιγμή της συλλήψεως.⁹

Την ταυτόχρονη αρχή της συστάσεως ψυχής και σώματος, διδάσκει καθαρά και ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης (335-395 μ.Χ.). Γράφει «μιαν και την αυτής ψυχής και σώματος αρχήν της συστάσεως». Και αλλού γράφει « του ανθρώπου που είναι ενιαία ψυχοσωματική οντότητα, μια είναι και κοινή της συστάσεως η αρχή ούτε, το σώμα προηγείται της ψυχής ούτε η ψυχή του σώματος. Και των δύο η αρχή εν της γενέσεως αφορμές συνισταμένη». Αιτιολογεί δε, την θέση του αυτή, αφ' ενός μεν από την ζωοποιό ενέργεια της ψυχής, αφ' ετέρου δε από το ενιαίο του ανθρώπου ως ψυχοσωματικής ενότητας.

Την ταυτόχρονη έλευση εις το είναι της ψυχής και του σώματος διδάσκει και ο μεγάλος Θεολόγος της Εκκλησίας μας, ο Άγιος Ιωάννης ο Δαμασκηνός ΙΒ, ήμισυ του 2^{ου} μ.Χ. γράφει: «άμα Δε το σώμα και η ψυχή επλάσθησαν ταυτόχρονα και όχι το ένα πρώτα και το άλλο ύστερα».

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι κάθε ανθρώπινο έμβρυο ευθύς αμέσως από την ίδια ώρα της συστάσεως του « είναι ο εκ ψυχής και σώματος τέλειος άνθρωπος». «παν συλλαμβανόμενον έμβρυο είναι τέλεια ψυχοσωματική ανθρώπινη ύπαρξη. Συνεπώς η διδασκαλία, ότι ανθρώπινο έμβρυο = ψυχή + σώμα = άνθρωπος αποτελεί πραγματική ανθρωπολογική διάσταση του Χριστολογικού δόγματος».

Β) Θέση της Εκκλησίας

Η Ορθόδοξη Εκκλησία ακολουθώντας τη διδασκαλία της Παλαιάς και Καινής Διαθήκης, των Αγίων Πατέρων, των ιερών Κανόνων και των Παραδόσεων της έχει λάβει και στα νεώτερα χρόνια σαφή και κατηγορηματική θέση απέναντι στο έγκλημα των εκτρώσεων.

Κάνοντας λοιπόν μια σύντομη αναδρομή, αναφέρουμε ότι επανελλημένως γίνεται λόγος στην Παλαιά και Καινή Διαθήκη για την τεκνοποιία, την οποία αντιστρατεύεται η έκτρωση.¹⁰

Η κλήση του Θεού στους πρωτοπλάστους ήταν σαφής «αυξάνεσθε και πληθύνεστε». Εντολή με την οποία ο άνθρωπος συμμορφώθηκε και

στο πέραςμα των αιώνων «γέμισε τη γή». Γιατί ο Θεός έπλασε τον άνδρα και τη γυναίκα ικανούς να «δημιουργούν» νέες υπάρξεις «κατ' εικόνα και ομοίωση τους».

Όνειρο κάθε ανθρώπου είναι να διαιωνίσει το όνομα του, να αποκτήσει απογόνους. Έτσι η Π. Διαθήκη, όντας ένα βιβλίο σε πολλά σημεία του γενεαλογικού, σε αρκετές διηγήσεις περιέχει στοιχεία που φανερώνουν την με κάθε τρόπο εξασφάλιση απογόνων. Από την άλλη μεριά για να αντιμετωπισθεί η στειρότητα που θεωρείτο όνειδος, ντροπή, γινόταν προσφυγή στο τέχνασμα της υιοθεσίας, το οποίο τότε είχε διαφορετική, από την σημερινή μορφή.

Ο Ιησούς Χριστός δεν κατάργησε την επιθυμία της τεκνοποιίας. Αντίθετα της έδωσε το πλήρες νόημα της. Ο Κύριος ευλόγησε τα παιδιά και τα καλεί διαρκώς κοντά του, «άφετε τα παιδιά ελθείν προς με». ¹¹

Η άμβλωση επομένως είναι ενέργεια που ευθέως έρχεται σε αντίθεση με την κλίση του Θεού για τεκνοποιία. Θεωρείται αφού διακόπτει μια αυτόνομη ζωή, που υπάρχει σε τέλειο βαθμό, είναι φόνος και το έμβρυο θεωρείται αυτόνομη και αυθύπαρκτη ζωή, άτομο με όλα τα δικαιώματα «εξ άκρας συλλήψεως»

Συνέπεια της βασικής αυτής αρχής, την οποία τονίζουν με πολύ έμφαση ο Άγιοι Πατέρες και διδάσκαλοι της Εκκλησίας μας, Γρηγόριος ο Θεολόγος, Αναστάσιος ο Σιναίτης και Μάξιμος ο Ομολογητής, είναι ότι:

Α. «Η φθείρασα (το έμβρυο) κατ' επιτήδευσιν, φόνου δίκην υπέχει»

Συνέργεια σε έκτρωση είναι συνέργεια σε φόνο. Ο Άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος θεωρεί συνένοχον, στο αμάρτημα του φόνου και τον άνδρα, που έδωσε σπέρμα στην γυναίκα που προβαίνει σε έκτρωση.

Για την Εκκλησία του Χριστού η έκτρωση ή άμβλωση ή διακοπή της κήσεως, δεν είναι απλώς κάποια ηθικά ανεπίτρεπτη πράξη, είναι ένας – χωρίς περιστορφές και αμαρτωλές ωραιολογίες- φόνος. Είναι

φόνος εκ προμελέτης. Είναι ηθελημένη θανάτωση. Και μάλιστα φόνος πιο ένοχος και πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνο, γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο όν τη ζωή πριν τη γευτεί και κυρίως πριν αξιωθεί του Αγίου Βαπτίσματος.

Στο βιβλίο που ονομάζεται «Αμαρτωλών Σωτηρία» διαβάζουμε: «Εις την εντολήν ταύτην γροικάται το φονικόν ψυχικά και σωματικά. Τουτέστιν, αν εσυμβούλευσες τον πλησίον σου να πορνεύσει ή να φονεύσει ή άλλην αμαρτία να πράξη ή τον εβοήθησες και την έκαμε, λογίζεσαι φονεύς του αδελφού σου πνευματικώς. Περί δε του σώματος είπε: «αν φόνευσες, αν έδειρες γυναίκα και έρριξε το βρέφος και αν έφαγε βότανο δια να φονεύσει το έμβρυο ή δια να μη εγαστώνεται. Όλα αυτά και άλλα παρόμοια, λογίζονται φονικά. Και αυστηρώς κανονίζονται».

Οι άνθρωποι που προβαίνουν σε εκτρώσεις των παιδιών τους, ομοιάζουν με τον Ηρώδη, που έσφαξε τις 14.000 νήπια, για να μη ενοχληθεί η ζωή του.

Κάθε άνθρωπος που έχει συμμετοχή στο φρικαλέο έργο της αμβλώσεως, όπως και αν ο ίδιος το σκέπτεται, συμμετέχει σε δολοφονική ενέργεια και έχει μέγιστο κρίμα ενώπιον του Κυρίου, που ορίζει σε βαθμό απόλυτο: Ου φονεύσεις.

Μερικοί για την αποφυγή των αμβλώσεων και αραίωση των γεννήσεων προτείνουν Σα λύση την τελεία αποχή και εγκράτεια.

Ποια είναι η θέση της Εκκλησίας;

Τα βιβλία της Αγίας Γραφής και οι ιεροί Κανόνες δεν λενε τίποτε επί του συγκεκριμένου θέματος. Του Απ. Παύλου «το σωθήσετε δια της τεκνογονίας» δεν καθορίζει βεβαίως και τον αριθμό των παιδιών που πρέπει ν' αποκτήσουν οι γονείς, ώστε να συμπεραίνουμε ότι πρέπει συνεχώς και αδιάκοπα να τεκνοποιούν, χωρίς καμία ανάπαυλα. Ο ακριβώς καθορισμός των άγονων περιόδων είναι επίτευγμα το οποίο

έφθασε κατά τα τελευταία χρόνια η Ιατρική Επιστήμη. Πάντως το πνεύμα των χωρίων του Απ. Παύλου Α. Κόρινθ. 25 (μη αποστερείτε αλλήλους, ει μη τι αν εκ συμφώνου προς καιρόν και πάλι επί το αυτό συνέρχεσθε, ίνα μη πειράζη υμάς ο Σατανάς δια την ακρασίαν υμών...») ίσως είναι περισσότερο σύμφωνα με την περιοδική εγκράτεια μακράς πνοής.

Εξ' άλλου η συνεχή εγκράτεια αν συσταθεί στο πολύ λαό δεν θα τη δεχθεί, γιατί είναι δύσκολο να την εφαρμόσουν ακόμα και οι συνειδητοί χριστιανοί.

Κατά το Dr Med Friedriche ζευγάρια που εφαρμόζουν ακόμα την περιοδική εγκράτεια έχουν φυσική και ευτυχή συζυγική ζωή και έχουν αποκτήσει και την καλύτερη πείρα.

Υπάρχει και η άγονος περίοδος που δέχεται η Εκκλησία, η οποία είναι περισσότερο εφικτή στο μέσο άνθρωπο, την άγονη περίοδο την όρισε ο Δημιουργός για τον οργανισμό της γυναίκας.

Επιτρέπεται καταρχήν στους συζύγους να εκλέγουν τον κατάλληλο χρόνο για τη δημιουργία υγείων απογόνων. Όταν οι γονείς έχουν καλή υγεία, βρίσκονται σε ειρηνική συνύπαρξη.

Επιτρέπει να αραιωθεί το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των γεννήσεων, πράγμα σημαντικό για την υγεία του συζύγου, για την ανατροφή και εκπαίδευση των παιδιών και συντελεί στην ειρηνική διαβίωση και πρόοδο του οίκου.

Η Χριστιανική Κοινότητα όμως ανέκαθεν θεωρούσε και θεωρεί την άμβλωση πράξη εγκληματική, πράγμα που το φανερώνουν οι αυστηροί Κανόνες, γιατί κατά την ευαγγελική ηθική κάθε ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη.

Τις αμβλώσεις καταδικάζει και ο Κανόνας της Συνόδου Αγκύρας ενώ η Στ' Οικουμενική Σύνοδος θέσπισε ότι «τας τα αμβλωθρίδια διδούσας φάρμακα, και τα δεχομένας τα εμβρυοκτόνα δηλητήρια, τα του

φονέως επιτίμια καθυποβάλλμεν». Την ίδια αυστηρότητα κατά των εκτρώσεων έδειχνε και το βυζαντινό δίκαιο, που κατεδίκασε όσες παρέβαιναν στο έγκλημα αυτό με εξορία ή με θάνατο.

Στα νεώτερα χρόνια δυο φορές ασχολήθηκε η Ιερά Σύνοδος της Ιεραρχίας με το θέμα. Το 1937, όταν απηύθυνε εμπνευσμένη εγκύκλιο «προς τον Ιερό Κλήρο και τον Ευσεβή λαό».

Η πρώτη, ιστορική στο είδος της Εγκυκλίου αναφέρεται γενικώς μεν στην αποφυγή της τεκνογονίας, την οποίας «πρώτη εκδήλωση είναι η λεγόμενη άμβλωση, ειδικότερα σε αποτελεί ένα τεκμηριωμένο από θεολογικής, νομικής, ιατρικής, ψυχολογικής, δημογραφικής άποψης κείμενο το οποίο παρά τη διαρρεύσασα 50ετία, δεν έχασε την επικαιρότητα του, σήμερα μάλιστα που φουντώνει η κίνηση για την νομιμοποίηση του εγκλήματος τω εκτρώσεων.

Η δεύτερη εγκύκλιος του 1978, αναφέρεται στην πρώτη, γιατί κατά τα διαρρεύσαντα έτη όχι μόνο δεν σταμάτησε αλλά «τουναντίον χειροτέρευσε την ανησυχητική εκείνη κατάσταση».

Η Εκκλησία, όμως εκτός από τις εγκυκλίους και κανόνες των Ιερών Συνόδων και των κηρυγμάτων των Αποστόλων, προβάλλει τη θέση της και σε άλλα θέματα που έχουν σχέση με τις αμβλώσεις, πράγμα που δείχνει ότι η Εκκλησία είναι μέσα στη ζωή του Έλληνα.

Η Ιεραρχία της Εκκλησίας απευθύνεται προς την κυβέρνηση και την κοινοβουλευτική αντιπροσωπεία να αποφύγουν την νομική κατοχύρωση των αμβλώσεων και να ενθαρρύνουν την τεκνογονία, υποστηρίζοντας την οικογένεια προς τους έγγαμους άντρες και γυναίκες αλλά και προς τον ιατρικό κόσμο να μην συνεργαστεί ποτέ στις αμβλώσεις.

Επίσης προτείνουν τη συνεργασία Εκκλησίας- κράτους- αρμοδίων φορέων, θέλοντας να διαφυλάξουν την ηθική αντίληψη και θρησκευτική φιλοσοφία, με σκοπό να δημιουργηθούν προγράμματα για την

ενημέρωση του πληθυσμού, την υπεύθυνη διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση, για θέματα τεκνογονίας, σεβασμού της ζωής.

Η νομιμοποίηση των αμβλώσεων και η πραγματοποίησή τους «δημοσία δαπάνη» από τα ασφαλιστικά ταμεία εξαναγκάζει τον κάθε φορολογούμενο πολίτη να συμβάλλει σε μια διαδικασία που την αποκρούει η συνείδηση του και νομιμοποιεί την προσβολή της αξίας της ανθρώπινης ζωής.

Όσον αφορά την γυναίκα, τους ρόλους, και τα δικαιώματα που της αποδίδονται στην σημερινή κοινωνία, η Εκκλησία διακηρύττει, ότι αποτελεί οργανικό μέρος της ευρύτερης κοινωνίας και αρνείται την ύπαρξη της σαν απλό άτομο. Σαν τέτοια λοιπόν δεν μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα για την τύχη του εμβρύου που έχει μέσα της.

2.1.β Ιατρική άποψη

Την ιδεολογία και αντίληψη της ιατρικής για τις αμβλώσεις θα προσπαθήσουμε να την μελετήσουμε χωρίζοντας την σε δύο διαστάσεις: Στην άποψη της ιατρικής σαν επιστήμης και την άποψη της ιατρικής σαν επάγγελμα. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για να κατανοήσουμε την άποψη των επιστημόνων ερευνητών γιατρών, για την έκτρωση σαν επέμβαση, την ανθρώπινη ζωή, τη μέθοδο ρύθμισης της γονιμότητας και την άποψη των επαγγελματιών γιατρών, που προβαίνουν στη διαδικασία της επέμβασης αυτής και ζουν το φαινόμενο από πολύ κοντά.

Άποψη ιατρικής επιστήμης.

Η επιστήμη της εμβρυολογίας και γενετικής μετά από πολλές μελέτες και έρευνες στο ερώτημα πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή μπορεί

πλέον να δώσει απάντηση. «Η ζωή μιας ανθρώπινης ύπαρξης αρχίζει τη στιγμή της γονιμοποίησης». Από την ώρα της σύλληψης, το γονιμοποιημένο ωάριο, μια κυτταρική μάζα αγωνίζεται να ζήσει. Δραστηριοποιείται γι' αυτό. Ήδη στις 18 ημέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο κτύπος της καρδιάς του και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερα – δικό του- κυκλοφοριακό σύστημα.¹¹

Η έκτρωση σαν επέμβαση τα τελευταία χρόνια γίνεται με λιγότερους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας μετά την οργάνωση και τελειοποίηση των τεχνητών προϋποθέσεων. Δεν παύει όμως να είναι επικίνδυνη, γιατί είναι μια επέμβαση που ο γιατρός δεν μπορεί τι ακριβώς κάνει στη μήτρα. Και σαν μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων είναι η πιο απάνθρωπη.

Η έκτρωση σκοτώνει μια ανθρώπινη ζωή, που για κάποιους λόγους δεν ήταν δυνατόν ή δεν μπορούσε να γεννηθεί τη στιγμή που η επιστήμη για το σκοπό αυτό έχει προχωρήσει στην ανακάλυψη των μεθόδων αντισύλληψης, οι οποίοι είναι λιγότερο ακίνδυνοι.

Εκθέτει συγχρόνως τα άτομα σε πολλούς σωματικούς κινδύνους αλλά και ψυχολογικούς, γιατί η επιλογή δεν είναι υπεύθυνα συνειδητή.

«Ο αριθμός των αμβλώσεων χαρακτηρίζει και το βαθμό πολιτισμού των ανθρώπων, γιατί όσο οι χώρες είναι πιο πολιτισμένες, τόσο μικρότερο αριθμό αμβλώσεων έχουν».¹²

Άποψη ιατρικού επαγγέλματος

Οι γυναικολόγοι- γιατροί που προβαίνουν σε έκτρωση βρίσκονται μπροστά σε μια επιθετική παρέμβαση στη φυσιολογική εξέλιξη της ζωής

που δημιουργεί τραυματική εμπειρία, τόσο στην γυναίκα, όσο και στο γιατρό.¹³

Με τον Ιπποκρατικό όρκο είναι κατοχυρωμένη η θεμελιώδης αρχή για όλους τους ιατρούς – επιστήμονες, η απαγόρευση της άμβλωσης, καθώς και η ιατρική συνείδηση καταδικάζει την πράξη αυτή, γιατί η αποστολή των γιατρών είναι στην υπηρεσία της ζωής, και όχι στη συμμετοχή τους στη διακοπή μιας ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι γιατροί όμως αυτοί βρίσκονται μπροστά σε μια άλλη πραγματικότητα. Κάτω από την απαγόρευση με την επέμβαση της άμβλωσης αποκτούν, μεγάλα οικονομικά οφέλη. Και αυτό γιατί μεγάλος αριθμός γυναικών οδηγούνται στην άμβλωση και ο νόμος δεν εφαρμόζεται πλήρως. Αν δεχτούμε ότι το κόστος μιας έκτρωσης είναι 20.000 δρχ. τουλάχιστον, φτάνουμε στα 6 δις δρχ. το χρόνο σπατάλη για ολόκληρη την εθνική μας οικονομία. Λεφτά που ξοδεύουν οι γυναίκες και καρπώνονται οι γιατροί αφορολόγητα.

Με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης αντιμετωπίζεται το οικονομικό πρόβλημα εν μέρει. Δημιουργούνται οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, για να γίνονται οι εκτρώσεις και να αντιμετωπίζεται η μεγάλη αυτή σπατάλη των αφορολόγητων 6 δις. Αλλά ας μην παραλείψουμε το γεγονός ότι ένας αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται στους ιδιωτικούς γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε γιατί οι ελληνίδες δεν έχουν αποβάλλει από τη λέξη έκτρωση το συνακόλουθο της «κοινωνικό στίγμα», που θα τις ακολουθήσει πηγαίνοντας στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου και παίρνοντας την άδεια έκτρωσης από την δουλειά τους.

2.1 γ Νομική άποψη

Το έμβρυο και η έγκυος προστατεύονται από το νόμο από πάρα πολύ παλιά, σχεδόν από τότε που έχουμε ανακαλύψει ότι υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις.

Στη σημερινή εποχή η προστασία του εμβρύου θεμελιώνεται με βασικά θεμελιώδη άρθρα του Συντάγματος. Το άρθρο 36 του αστικού κώδικα δίνει δικαιώματα στο κυοφορούμενο. «Ως προς τα δικαιώματα που του υπάγονται το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό» (άρθρο 36 αστικού κώδικα). Όσο για την άμβλωση ο ποινικός νομοθέτης τη θεωρεί ως αξιόποινη πράξη που στρέφεται κατά της ζωής και καταλέγεται ανάμεσα στα εγκλήματα. Το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα τιμωρεί την άμβλωση. Τιμωρείται πρώτα- πρώτα η ίδια η γυναίκα που θα συναινέσει στην εφαρμογή αυτής της πράξης, με ποινές φυλάκισης από 10 μέρες- 2 χρόνια. Τιμωρείται επίσης και αυτός που κάνει την άμβλωση, με βαρύτερη ποινή από 6 μήνες- 5 χρόνια.¹⁴

Ο ποινικός κώδικας του 1950 προβλέπει κάποιες εξαιρέσεις, όπου επιτρέπεται η 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 ανηλίκου).

Στην πορεία όμως του χρόνου οι νόμοι που τιμωρούσαν την άμβλωση σαν έγκλημα έπαψαν να εφαρμόζονται, και όλο και λιγότερες περιπτώσεις έρχονταν στα δικαστήρια. Το 1959 είχαμε και το μέγιστο αριθμό καταδίκων. Καταδικάστηκαν για άμβλωση 27 άτομα. Το 1957 είχαμε 21 καταδίκες. Το 1974 είχαμε 8 καταδίκες, το ίδιο και το 1975 και το 1976 φτάσαμε σε δύο καταδίκες.

Συγχρόνως με το πέρασμα του χρόνου ο αριθμός των αμβλώσεων όλο και αυξάνει. Έχουμε δηλαδή ένα νόμο που αφήνει ατιμώρητους

τουλάχιστον 600.000 ανθρώπους το χρόνο. (300.000 αμβλώσεις το χρόνο επί 2 άτομα- το γιατρό και τη γυναίκα- εκτός του ότι πολλές φορές μπορεί να έχουμε 3 ή 4 άτομα συνεργάτες, οπότε ο αριθμός αυξάνει σημαντικά).

Κάτω από αυτή την πραγματικότητα λοιπόν, φτάνουμε στην ψήφιση του νόμου 1609 του 1986, όπου νομιμοποιείται η άμβλωση εμβρύου ηλικίας μέχρι 2 εβδομάδων. Την κίνηση αυτή για αλλαγή της νομοθεσίας μπορούμε να την κατανοήσουμε αν δούμε την πραγματικότητα όπως εξελιχνόταν.

Η νομοθεσία που ρύθμιζε τις αμβλώσεις λόγω του ότι δεν εφαρμόζονταν, έθιγε το συναίσθημα της δικαιοσύνης που απαιτεί ισότητα μεταχείρισης.¹⁵

Ο αριθμός των αμβλώσεων αυξανόταν ανησυχητικά από χρόνο σε χρόνο, λόγω της άγνοιας των μέτρων αντισύλληψης, την ανυπαρξίας προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής πάνω στο θέμα της αλλαγής των συνθηκών διαβίωσης, αξιών και προτύπων, χωρίς αυτά να έχουν συνειδητοποιηθεί.

Η άμβλωση δεν είναι πια έγκλημα, γιατί δεν προσβάλλει τα στοιχειώδη ηθικά συναισθήματα της κοινωνίας αφού τελείται από μεγάλο αριθμό γυναικών» θα μας πει η Κα Μαραγκοπούλου, καθηγήτρια εγκληματολογίας της ΠΑΣΠΕ. Αν και οι Έλληνες σήμερα τη θεωρούν αναγκαίο κακό, δεν την αντιμετωπίζουν σαν εγκληματική πράξη.

Η οικονομική επιβάρυνση των αμβλώσεων πλήττει τις ασθενέστερες τάξεις, ενώ επωφελείται η τάξη των γιατρών που είναι από τις πιο εύπορες.

Τέλος η σημαντική μείωση των γεννήσεων αποτελεί «εθνικό θέμα» γιατί η Ελληνική φυλή τείνει προς εξαφάνιση, πράγμα που χρειάζεται αντιμετώπιση.

Η εφαρμογή όμως του νόμου 1609 δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα όπως παρουσιάζεται στον Ελληνικό χώρο, ορισμένες μόνο πτυχές.

Η κίνηση που δημιουργήθηκε, γύρω από το νόμο, με υποστηρικτές και μαχητές του νομοσχεδίου, έφερε στην επιφάνεια το θέμα αυτό που δεν συζητιόταν, γιατί η ομολογία μιας έκτρωσης, ή η συζήτηση γύρω από αυτό βεβαίωνε την παρουσία της σεξουαλικής ζωής, πράγμα που ήταν κοινωνικά απαράδεκτο εκτός γάμου και αναγκαίο κακό μέσα στο γάμο.

Γίνεται συγχρόνως μια αρχή αντιμετώπισης του προβλήματος, χωρίς βέβαια να χαράζεται μια κοινωνική πολιτική, που σκοπό έχει να εκλείψει τους λόγους που το προκαλούν. Η δημιουργία ειδικών χώρων έκτρωσης σταματάει τον οικονομικό παράγοντα σε βάρος των γυναικών προς όφελος των γιατρών.

Το κόστος της έκτρωσης μοιράζονται τώρα οι γιατροί και το κράτος. Στις περιπτώσεις όμως που οι εκτρώσεις γίνονται σε ιδιώτες γιατρούς, αυτοί πληρώνονται για την επέμβαση παίρνοντας και από το κράτος το ανάλογο μερίδιο.

Η νομιμοποίηση εξάλλου ανοίγει το δρόμο για την διαπίστωση του προβλήματος, με επιστημονικές έρευνες, σ' όλους τους παραμέτρους, γιατρούς- γυναίκες άνδρες.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1 Τεχνικές εκτρώσεων
- 3.2 Επιπλοκές εκτρώσεων
- 3.3 Κίνδυνοι της έκτρωσης για την σωματική υγεία
- 3.4 Ψυχοπαθολογία πριν και μετά την άμβλωση
- 3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα ή το ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για την άμβλωση.
 - 3.5.α Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο
 - 3.5.β Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου
 - 3.5.γ Όταν η άμβλωση γίνεται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας.
- 3.6 Συνέπειες της άμβλωσης στην οικογένεια
- 3.7 Συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Τεχνικές εκτρώσεων

Γενικά

Μπορούμε να την πετύχουμε:

1. Με την εισαγωγή του λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του KANMAN στην ενδομήτρια κοιλότητα.

2. Με την αναρρόφηση του κύματος.

3. Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας

4. Με την εξωαμνιακή έγχυση προσταγλανδίνης F8α ή ριβανόλης

5. Με εισαγωγή λαμιναρίων στην ενδοτραχηλική κοιλότητα.

6. Με εφαρμογή λεπτού ενδομητρίου καθετήρα από σιλικόνη ή καθετήρα FOLEY.

7. Με ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F₂α. Με ενδοαμνιακή ή εξωαμνιακή εισαγωγή προσταγλανδίνης F₂α κυρίως στο δεξιό πλάγιο της μήτρας, με τη βοήθεια λεπτού ημίσκληρου καθετήρα.

8. Με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

9. Με ενδοαμνιακή έγχυση χλωριούχου διαλύματος και παράλληλη ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

10. Με ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F₂α.

11. Με εκτέλεση υστεροτομίας.

12. Με εκτέλεση υστερεκτομίας.

Αναλυτικά οι τρόποι είναι:

1. Με την εισαγωγή λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του Karman, στην ενδομήτρια κοιλότητα, που μας βοηθάει να αναρροφήσουμε το κύημα λίγες μέρες μετά την καθυστέρηση της εμμηνορυσίας ή και πριν την επέλευση της, όταν υπάρχουν

φόβοι ανεπιθύμητης σύλληψης. Η μέθοδος δεν έτυχε καλής υποδοχής, γιατί το κύημα μπορεί να παραμείνει και μετά την αναρρόφηση και γιατί σε περίπτωση έκτοπης εγκυμοσύνης, αυτή περνάει αδιάγνωστη στην αρχή της.

2. Με την αναρρόφηση του κυήματος ύστερα από διαστολή του τραχήλου σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.
 3. Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας, για την έξοδο του κυήματος σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.
 4. Με την εξωαμνιακή έγχυση προσταγλανδίνης $F_{2\alpha}$ για να προκαλέσουμε συσπάσεις της μήτρας και έξοδο του κυήματος. Μετά την έξοδο του ακολουθεί απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
 5. Με την εισαγωγή λαμιναρίων (ρίζα θαλάσσιου φυτού, που έχει την ιδιότητα να φουσκώνει, όταν υγραίνεται) στην ενδοτραχηλική κοιλότητα, ύστερα από διαστολή του τραχήλου, για την επιτυχία μεγαλύτερης διαστολής του, και συσπάσεων της μήτρας, που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος. Την έξοδο που ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
 6. Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη ή καθετήρα FOLLEY μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, ύστερα από μικρή διαστολή του τραχήλου και εισαγωγή 10-15 κ.εκ. φυσιολογικού ορού, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου και έξοδο του κυήματος. Ακολουθεί και αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
 7. Με την ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης $F_{2\alpha}$ κατά προτίμηση στο δεξιό πλάγιο της μήτρας, γιατί εκεί υπάρχουν περισσότεροι υποδοχείς, για την πρόκληση συσπάσεων.
-

Ακολουθούν συσπάσεις της μήτρας, έξοδος του κυήματος και αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

8. Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματα της δεν είναι ικανοποιητικά. Συνδυάζεται με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.

9. Με την ενδοαμνιακή έγχυση τόσης ποσότητας χλωριούχου διαλύματος, όσης αφαιρέσαμε με αμνιοπαρακέντηση σε αμνιακό υγρό. Παράλληλα χορηγούμε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη.

10. Με την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F_{2α}



(πρόσφατα προτιμάται ο μεθυλικός εστέρας της) ή με την κολπική ή από το ορθό εφαρμογή της σε υπόθεμα.

11. Με την εκτέλεση υστεροτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη.

12. Με την εκτέλεση υστεροτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, η γυναίκα πάνω από 36 ετών και δεν επιθυμεί την απόκτηση άλλων παιδιών.

Επιπλοκές της εκκένωσης της μήτρας αποτελούν η διάτρηση της και οι αιμορραγίες. Οι προσταγλανδίνες είναι δυνατό να προκαλέσουν υπέρταση, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετό. Απώτερες επιπλοκές των αμβλώσεων είναι η αιμορραγία από κατακράτηση υπολειμμάτων του

κνήματος, η φλεγμονή, η θρομβοφλεβίτιδα, η δευτεροπαθής στείρωση από ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων ή έμφραξη των σαλπγγικών αυλών, ο πρώιμος τοκετός από ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κ.λ.π.

Το ποσοστό της θνησιμότητας προκειμένου για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μικρότερη από 12 εβδομάδες υπολογίζεται σε 2:100.000 και για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες σε 17:100.000¹⁶

3.2 Επιπλοκές εκτρώσεων

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις "δευτερεύουσες" επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus.¹⁷

3.3 Κίνδυνοι της έκτρωσης για την σωματική υγεία

Θάνατος

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες

εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

Καρκίνος του μαστού

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

Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος

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

Διάτρηση της μήτρας

Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης.⁶ Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.

Ρήξη του τραχήλου

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

Προδρομικός πλακούς

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

Προβληματικά παιδιά στις επόμενες κύσεις

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

Εξωμήτριος κύηση

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

Πυελική φλεγμονή

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

Ενδομητρίτις

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

Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μια εκτρώσεις

Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες

δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες

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

Αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση συμπεριφοράς επιβλαβούς για την υγεία.

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας.¹⁵ Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμήτριους κυήσεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης.¹⁸

Άλλες αναφερθείσες βλάβες

Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κύησης, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4%. "Μας προκάλεσε έκπληξη το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε μέτρια ή μεγαλύτερη καταπόνηση στη διάρκεια της επέμβασης [άμβλωσης]. Δεν περιμέναμε τόσο πολλές γυναίκες να αναφέρουν πολύ έντονο πόνο".

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%, και οι ερευνητές είναι 99% βέβαιοι γι' αυτό το φαινόμενο. "Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης [HIV-1] σχετιζόνταν με την άμβλωση (0,49%) απ' ό,τι με τον τοκετό (0,18 %)

Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 και κρατήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν όμως κάνει έκτρωση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο 15% (υποθέτοντας ότι θα αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί μέχρι την ηλικία των 30). Εάν εξ αιτίας της έκτρωσης υποστεί στειρώση ή/και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο 30%.

Η έκτρωση και ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού

"Υπάρχει πραγματικός κίνδυνος όσον αφορά την έκτρωση και τον καρκίνο του μαστού και ο κόσμος θα πρέπει να γνωρίζει τον κίνδυνο

όταν αποφασίζει για μια έκτρωση ώστε να παίρνει την απόφαση με πλήρη γνώση."

Εκείνοι που ως τώρα απέρριπταν επιθετικά την πιθανότητα αιτιακής σχέσεως μεταξύ της αμβλώσεως και του καρκίνου του μαστού περνούν όλο και περισσότερο στην άμυνα, κάτι που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στα αποτελέσματα μιας εντυπωσιακής μελέτης η οποία δημοσιεύτηκε στο τεύχος της 2 Νοεμβρίου 1994 του Περιοδικού του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου (Journal of the National Cancer Institute - JNCI).

Η διεξοδική εργασία της Dr. Janet Daling και των συνεργατών της στο Αντικαρκινικό Ερευνητικό Κέντρο Fred Hutchinson του Seattle εξέτασε την πιθανή σχέση μεταξύ εκτρώσεως και καρκίνου του μαστού. Χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Αντικαρκινικό Κέντρο και διεξήχθη υπό τον έλεγχο μιας γυναίκας η οποία δηλώνει ότι είναι υπέρ της δυνατότητας επιλογής διακοπής της κύησης, συνεπώς η μελέτη αυτή δεν μπορεί να κατηγορηθεί ότι είναι επηρεασμένη κατά των αμβλώσεων. Ωστόσο, ένα συνοδευτικό εκδοτικό άρθρο, γραμμένο από την Dr. Lynn Rosenberg στο JNCI προσπάθησε αδικαιολόγητα να μειώσει το βάρος των αποτελεσμάτων δίνοντας πιθανές εξηγήσεις που αίρουν τα συμπεράσματα της μελέτης τα οποία σαφώς στηρίζουν την άποψη ότι μια αμβλωση εκθέτει τη γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Πολλοί παράγοντες συνετέλεσαν στο να αναδειχθεί η μελέτη της Dr Daling, με τίτλο "Κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις νέες γυναίκες: Σχέση με την αμβλωση", κρίσιμο σημείο στο διάλογο σχετικά με το αν η αμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- ❖ το μέγεθος της μελέτης (1.806 γυναίκες -845 γυναίκες με καρκίνο του μαστού συγκρίθηκαν με μια ομάδα "ελέγχου" 961 γυναικών χωρίς καρκίνο)
- ❖ η πληρότητά της οι γυναίκες ερωτήθηκαν μία προς μία, στο σπίτι τους, επί δύο ώρες
- ❖ το συμπέρασμα της μελέτης ότι μια αυτόματη έκτρωση -- αποβολή -- δεν αυξάνει τον κίνδυνο, μεταφέροντας το βάρος εκεί που πρέπει, στην άμβλωση
- ❖ η διαπίστωση ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνει μετά από μια άμβλωση, ανεξάρτητα από
 - την ηλικία της μητέρας κατά τον χρόνο της άμβλωσης,
 - την ηλικία του αγέννητου παιδιού
 - το αν η γυναίκα είχε γεννήσει παλαιότερα.

Τι έδειξε συγκεκριμένα η μελέτη της Dr Daling; Τα περισσότερα μέσα μαζικής ενημέρωσης επικεντρώθηκαν στο συμπέρασμα ότι, κατά μέσο όρο, η πιθανότητα μιας μητέρας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού πριν τα 45 αυξάνει κατά 50% εάν αυτή έχει υποβληθεί σε άμβλωση. Όμως, αυτός ο αυξημένος κίνδυνος απορρίφθηκε στο συνοδευτικό άρθρο του JNCI ως "μικρός από επιδημιολογικής απόψεως". Εάν ο καρκίνος του μαστού ήταν σπάνιος ή εάν η άμβλωση ήταν σπάνια, το επιχείρημα αυτό θα είχε περισσότερη αξία. Όμως, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 182.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου και πεθαίνουν 46.000 γυναίκες. Αν προστεθούν στον αριθμό αυτό οι ετήσιες 1.530.000 αμβλώσεις, ο αυξημένος κίνδυνος, που απεκλήθη "μικρός", σημαίνει ένα τεράστιο αριθμό νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα, χωρίς να ληφθεί υπ' όψιν η έκτρωση, μια γυναίκα σήμερα έχει στη διάρκεια της ζωής της 10% πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Επειδή όμως κάθε χρόνο πάρα πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε έκτρωση, ακόμα και αν η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο κατά 50% (από 10% σε

15%), σε μερικές δεκαετίες το αποτέλεσμα θα είναι τουλάχιστον 40.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο.

Αλλά η μελέτη της Dr Daling περιελάμβανε ακόμα ανησυχητικότερα συμπεράσματα, που σε μεγάλο βαθμό αγνοήθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Εάν μια γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 110%.

Εάν μια γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 18 της χρόνια, η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 150%.

Εάν στην οικογένεια μιας γυναίκας υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού (μητέρα, αδελφή, θεία) και είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 270%.

Περισσότερο δραματικές ήταν οι περιπτώσεις των γυναικών που υποβλήθηκαν σε έκτρωση πριν τα 18, στην οικογένεια των οποίων υπήρχε ιστορικό καρκίνου του μαστού. Στη μελέτη της Dr Daling υπήρχαν 12 γυναίκες αυτής της κατηγορίας. Όλες είχαν καρκίνο του μαστού!

Γιατί η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

Ένας λόγος που κάνει δυσκολότερη την άρνηση της σχέσεως μεταξύ άμβλώσεως και καρκίνου του μαστού είναι ότι η σχέση αυτή είναι διαισθητικά κατανοητή στον άνθρωπο που δεν έχει ιδιαίτερες γνώσεις αλλά και συμφωνεί με τις έως τώρα γνώσεις των επιστημόνων σχετικά με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού και σχετικά με την προστασία που προσφέρει στη γυναίκα μια εγκυμοσύνη που τελειώνει στον πλήρη κύκλο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ερευνητές

πιστεύουν ότι ο καρκίνος ξεκινά σε ανώριμα, μη διαφοροποιημένα κύτταρα του μαστού -- σε ιστούς που δεν έχουν ωριμάσει και ειδικευτεί. Τέτοια κύτταρα αφθονούν ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενισχυμένα από τις αυξημένες συγκεντρώσεις της θηλυκής ορμόνης οιστρογόνης. "Αυτά τα νεαρά, αναπτυσσόμενα κύτταρα", όπως περιέγραψε ένας επιστημονικός ανταποκριτής, "αν αφεθούν ανεξέλεγκτα, είναι πολύ επιρρεπή στην κακοήθεια". Στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα της οιστρογόνης μειώνονται. Υπό την επιρροή ορμονών όπως η ανθρώπινη πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη, οι ανώριμοι ιστοί αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται γρήγορα σε ώριμο, εξειδικευμένο ιστό παραγωγής γάλακτος. Όταν η εξειδίκευση πραγματοποιηθεί, τα κύτταρα είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν καρκινοειδή.

Γι' αυτό οι επιστήμονες γνωρίζουν από παλιά ότι μια εγκυμοσύνη που ολοκληρώνεται παρέχει ασφάλεια κατά του καρκίνου του μαστού. Η διαδικασία βραχυκυκλώνεται όταν μια γυναίκα υποβληθεί σε άμβλωση. Ενώ η οιστρογόνη των πρώτων σταδίων της εγκυμοσύνης προκαλεί αφθονία μη διαφοροποιημένων, επιρρεπών στον καρκίνο κυττάρων, η προστασία που προέρχεται από ορμόνες οι οποίες ελευθερώνονται αργότερα στην εγκυμοσύνη δεν υλοποιείται ποτέ. Έτσι, μια άμβλωση επιφέρει στη γυναίκα τη χειρότερη δυνατή κατάσταση. Χάνει την ασφάλεια που κερδίζει από την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης -- μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος του 10% πέφτει σε 7% -- ενώ, εξ αιτίας της έκτρωσης, ο κανονικός κίνδυνος αυξάνεται -- από 10% σε 15%.

Η μελέτη της Dr Daling, ωστόσο, περιελάμβανε μόνο γυναίκες μέχρι την ηλικία των 50. Τι θα συμβεί αργότερα στη ζωή τους; Μια πολύ σημαντική αλλά αρκετά άγνωστη μελέτη στο τεύχος Δεκεμβρίου 1993 του Περιοδικού της Αμερικανικής Ιατρικής Ενώσεως ερεύνησε την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε περίπου 1.000 μαύρες γυναίκες (500

με καρκίνο του μαστού, 500 χωρίς) καθώς αυξάνουν σε ηλικία. Η μελέτη "Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε Αφρικανό-Αμερικανές γυναίκες: Η εμπειρία του Ογκολογικού Μητρώου του Πανεπιστημίου Howard" επιβεβαίωσε ότι οι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνονταν πολύ περισσότερο για τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση απ' ό,τι για τις γυναίκες που δεν είχαν. Η πολύ καλή αυτή μελέτη διαπίστωσε το ίδιο συνολικό ποσοστό αύξησης του κινδύνου (50%) για γυναίκες κάτω των 40 ετών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Αλλά οι γυναίκες που ήταν άνω των 40 ετών και είχαν υποβληθεί σε έκτρωση αντιμετώπιζαν κίνδυνο αυξημένο κατά 180%. Ο κίνδυνος αυξανόταν σε 370 για μαύρες γυναίκες άνω των 50 που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση.

Γνωρίζαμε πάντα ότι η άμβλωση είναι θανάσιμη για τα αγέννητα παιδιά. Μόνο πρόσφατα φανερώθηκαν σαφώς και οι κίνδυνοι για τις εγκύους.

Πολλοί εκπρόσωποι τύπου και κυβερνητικοί εκπρόσωποι της κυβέρνησης Κλίντον κάνουν τα αδύνατα δυνατά για να κρύψουν τα προφανή στοιχεία σχετικά με την άμβλωση και τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, με περισσότερες μελέτες σε εξέλιξη, η επικράτηση της αλήθειας είναι ζήτημα χρόνου.¹⁸

3.4 Ψυχοπαθολογία πριν και μετά την άμβλωση

α) Συμπλέγματα ενοχής

Η άμβλωση αποτελεί παράβαση της φύσης και η γυναίκα από μία αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας, και από την άλλη μεριά αποχωρίζεται ότι κάθε γυναίκα μπορεί να έχει αγαπήσει. Είναι μια κατάσταση που δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο

αξιών της οικογένειας και της θρησκείας με αποτέλεσμα, μετά την επέμβαση να δημιουργεί ενοχές στη γυναίκα. Πολλές γυναίκες βασανίζονται από όνειρα, έβλεπαν νεκρά έμβρυα.



B) Διαταραχή ψυχικής ηρεμίας

Μετά την επέμβαση της άμβλωσης αισθάνονται κατωτερότητα και χάνουν την αυτοεκτίμησή τους. μια έγκυος οδηγείται στην άμβλωση είτε εκούσια, είτε υποκύπτοντας στη θέληση των άλλων. Συνήθως η άμβλωση δεν είναι απόλυτα εκούσια ή απόλυτα ακούσια. Ανάλογα με τον βαθμό συμμετοχής της βούλησης για άμβλωση, η γυναίκα νιώθει αδύναμη να πάρει μια απόφαση χάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της. Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν την διακοπή της εγκυμοσύνης.

Ανεξάρτητα από αυτό η έγκυος γυναίκα βιώνει μια έντονη ψυχοσύνθεση που της δημιουργεί μια κατάσταση έντονου στρες: Άγχος, ανησυχία, απογοήτευση. Ανησυχία και φόβο νιώθει μπροστά στην πιθανή τιμωρία από την αντιμετώπιση του γιατρού – εκτρωλόγου, των νοσοκόμων, από την επαφή που ήταν στο χώρο της άμβλωσης, μέχρι την πιθανή καταδίκη από τους ανθρώπους και το Θεό. Η απογοήτευση προέρχεται από την κατάληξη της ερωτικής σχέσης, από την αντιμετώπιση που έχει από τον σύντροφο της.

Γ) Πάγωμα ή απόρριψη της σχέσης από τον σύντροφο της

« Μια χαρακτηριστική περίπτωση! Ανύπαντρη κοπέλα που έκανε άμβλωση, διέκοψε την σχέση με το φίλο της. Ύστερα από την εμπειρία απόρριπτε κάθε προοπτική ερωτικών σχέσεων. Υπόφερε από μελαγχολία. Όταν κάποτε σχετίστηκε πάλι ερωτικά, δεν ένιωθε τίποτε».

Όλες οι γυναίκες που έχουν κάνει άμβλωση, είτε είναι παντρεμένες, είτε είναι ανύπαντρες, παρουσιάζουν πάγωμα της σχέσης, η απόρριψη που μπορεί να οδηγήσει στο τέλος του ερωτικού δεσμού. Η Οριάννα Φαλάτσι γράφει ότι διέκοψε αμέσως το δεσμό της και η αγάπη της για το σύντροφο της έγινε μίσος, όταν ενώ του ανακοίνωσε με χαρά ότι περίμενε παιδί, της συνέστησε να το εκτρώσει.

Σε όλες πάντως παρατηρείται χρόνια ή προσωρινή ψυχρότητα.

Δ) Κατάθλιψη

Μετά την άμβλωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη, που υποχωρεί μέσα σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες, όπου το άτομο λύνει τις συγκρούσεις του και σίγουρο πλέον για τις αποφάσεις που πήρε, προσαρμόζεται στη νέα κατάσταση. Αν αυτό δεν γίνει, διαγωνίζεται η «περιπέτεια άμβλωση», στην υπόλοιπη ζωή της γυναίκας, για μεγάλο διάστημα δημιουργώντας προβλήματα οργανικά (λιποθυμίες, σωματικούς πόνους, πονοκεφάλους, στομαχόπονους), ψυχικά (αγχώδη νεύρωση που προκαλεί δυσκολίες στην λήψη αποφάσεων, υπερευαισθησία, επιρρέπεια για απογοήτευση και φοβίες).¹⁹

Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης

Ανάγκη ψυχικής θεραπείας

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού.² Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου³ (γυναικών χωρίς έκτρωση). Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για

φαινομενικά άσχετα προβλήματα.

Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (PTSD ή PAS)

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (post-traumatic stress disorder - PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Επειδή είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στον χώρο ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλάγια από τις άλλες της παρούσας ενότητας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί των αμυντικών μηχανισμών ενός Προσώπου και οδηγεί σε έντονα αρνητικά συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται ότι τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της FETD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς

έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

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

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

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

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανώμαλος διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου.

Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας (για παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού).

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

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

άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία); μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής.

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

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

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

Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή

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

Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας

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

Αύξηση του καπνίσματος με αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία.

Το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία.¹⁴ Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.

Χρήση οιοπνεύματος

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

Χρήση ναρκωτικών

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

Διαταραχές στη διατροφή

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

Παραμέληση ή κακοποίηση παιδιών

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

Πολλαπλές εκτρώσεις

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

συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο.

Πολλαπλές εκτρώσεις

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

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

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.²⁰

3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα ή το ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση

Εδώ θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τους παράγοντες αυτούς, που οδηγούν την Ελληνίδα ή το Ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, της γυναίκας που οδηγείται στην άμβλωση.

3.5.α Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο

Α) Οικονομικός παράγοντας

Ο πυρήνας της ελληνικής οικογένειας είναι το παιδί όπου η λειτουργία του εμπλουτίζει τις συναισθηματικές σχέσεις του ζευγαριού. Στο πρόσωπο του παιδιού φαίνεται να αντικατοπτρίζεται το ζευγάρι και η επιθυμία του να συνυπάρξει μέσα στο χρόνο. Η συμβολική αυτή λειτουργία του παιδιού ωθεί τους γονείς να προσπαθούν να εξασφαλίσουν στο παιδί πολύ περισσότερα- σε σχέση με το παρελθόν- συναισθηματικά και υλικά πλεονεκτήματα. Έτσι όσο περισσότερο επενδύουν τα ζευγάρια σήμερα στην παρουσία του παιδιού στη ζωή τους, τόσο δυσκολότερα αποφασίζουν να φέρουν παιδί στη ζωή. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός, ότι τα κίνητρα τα οποία επικαλούνται συνήθως οι άντρες και οι γυναίκες όταν ρωτούνται γιατί καταφεύγουν στην άμβλωση, αναφέρονται σε κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τις σχέσεις του ζευγαριού. Συγκεκριμένα αυτό γίνεται όταν στην οικογένεια δεν υπάρχει δυνατότητα για καλές απολαβές, πράγμα που δυσκολεύει την προσφορά στο παιδί. Άλλοτε πάλι οικογένεια έχει τόσα παιδιά όσα μπορεί να αναθρέψει. Στην περίπτωση αυτή λείπουν τα χρήματα και η ενεργητικότητα για ένα ακόμα παιδί. Τέλος το ζευγάρι μπορεί να έχει βάλει κάποιες καταναλωτικές προτεραιότητες (αν είναι σε

καλή οικονομική κατάσταση) με αποτέλεσμα να θέλει να αναβάλλει την απόκτηση ενός παιδιού.

Β) Προγραμματισμός της οικογένειας

Για να μπορέσει το ζευγάρι να προσφέρει στο παιδί τους πρέπει και τα δυο μέλη του ζευγαριού να το θέλουν στη συγκεκριμένη στιγμή του χρόνου που έρχεται στη ζωή. Η υγιής οικογένεια έχει παιδιά επιθυμητά στο χώρο και στο χρόνο.

Όταν η Ελληνική οικογένεια αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών αποφασίζει την προκλητή έκτρωση.

Από τον παρακάτω πίνακα μπορούμε να δούμε τα ποσοστά των γυναικών που κάνουν άμβλωση σε σχέση με την ηλικία τους και τα παιδιά που έχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Κατανομή 643 παντρεμένων γυναικών που έκαναν άμβλωση ανάλογα με την ηλικία τους και τον αριθμό των παιδιών τους που ήταν ζωντανά κατά το χρόνο της έκτρωσης.

Ηλικία	Προηγούμενα παιδιά				Σύνολο
	0	1	2	3+	
-19	2	3	1	-	6
20-24	14	53	38	6	111
25-29	15	95	126	12	248
30-34	1	25	104	39	169
35+	-	8	65	36	109
Σύνολο	32	184	334	93	643

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1978

Η συχνότητα των αμβλώσεων αυξάνει προοδευτικά μέχρι τα 30, επειδή συμπληρώνεται προοδευτικά το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας, ενώ μετά τα 30 μειώνεται προοδευτικά, γιατί αμβλύνεται η συχνότητα των γενετήσεων σχέσεων, η σε κάποιο βαθμό μειώνεται η γονιμότητα των ζευγαριών.²¹

3.5 β Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου.

A) Επαγγελματικοί λόγοι

Όταν η γυναίκα ζει μόνη της και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας, ή την οικογένεια της εξαρτάται από το μισθό της δουλειάς της και επηρεάζεται η απόφαση της για άμβλωση. Γιατί ένα παιδί απαιτεί χρόνο και ενεργητικότητα και είναι δύσκολο να συνδυαστεί η ανατροφή του με μια συνεχή εξωτερική απασχόληση, όταν η οικογένεια είναι μητρική μονογονεϊκή. Η έλλειψη πρόνοιας του κράτους, όσον αφορά την δημιουργία συνθηκών ύπαρξης βρεφονηπιακών σταθμών, ελαστικά ωράρια εργασίας, που θα βοηθήσουν να μεγαλώσει ένα παιδί συντελεί στην απόφαση της γυναίκας να προβεί σε άμβλωση παρά να κρατήσει και να μεγαλώσει ένα παιδί εκτός γάμου.

B) Εκπαιδευτικοί λόγοι

Μια εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να είναι καταστροφική για τις σπουδές μιας φοιτήτριας. Ένα παιδί σε ακατάλληλη στιγμή είναι επιβάρυνση, είτε για τη συνέχιση, είτε για το ξεκίνημα κάποιου κύκλου σπουδών.

Γ) Κοινωνικοί και ηθικοί λόγοι

Πολλές φορές η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει απόφαση για άμβλωση επειδή της επιβάλλεται από τις συνθήκες της ζωής, είτε από ανθρώπους του περιβάλλοντος (στενό οικογενειακό ή ευρύτερο κοινωνικό).

Είναι η άγαμη γυναίκα που ο πατέρας του παιδιού που κυοφορεί, την ωθεί στην άμβλωση για να απομακρύνει από τον εαυτό του ορισμένες ευθύνες και μάλιστα προτείνει σαν δόλωμα την πιθανότητα ενός μελλοντικού γάμου τον οποίο υπόσχεται να τελέσουν, αλλά ισχυρίζεται, ότι δεν θέλει να τελέσει κάτω από την πίεση του παιδιού που θα γεννηθεί. Είναι η γυναίκα που αναγκάζεται από το φόβο της εγκατάλειψης του συντρόφου της να προβεί στην άμβλωση. Είναι η γυναίκα που έχασε τις ελπίδες, που είχε να την παντρευτεί ο ερωτικός της σύντροφος. Είναι η κοπέλα, την οποίας η κοινωνία δεν της αναγνωρίζει το δικαίωμα να αναλάβει το ρόλο της μάνας και επειδή δεν αναγνωρίζει το δικαίωμα να αναλάβει το ρόλο της μάνας και επειδή δεν έχει το θάρρος να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ερωτικής προσέγγισης, αποφασίζει να απαλλαγεί απ' αυτές. Είναι η γυναίκα που φοβάται την κοινωνική κατακραυγή και αποξένωση και τέλος την περιθωριοποίηση τη δικιά της και του παιδιού της.

3.5.γ Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας

Α) Άγνοια και κακή ενημέρωση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα (1980) διαπιστώθηκε ότι η πιο διαδεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η άμβλωση και δεύτερο οι

παραδοσιακοί τρόποι αντισύλληψης. Φτάνει λοιπόν στην άμβλωση η Ελληνίδα από άγνοια των σύγχρονων μέτρων αντισύλληψης ή την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα αυτών. Λόγω της μερικής ενημέρωσης που έχει από περιοδικά, συζητήσεις κ.λ.π. και της ανύπαρκτης ενημέρωσης από αρμόδιο-φορέα-γιατρό. Λόγω του φόβου της να αναζητήσει κάποια λύση ή της ντροπής της να συζητήσει ή να ψάξει το θέμα.

Ο πίνακας μας φανερώνει το μεγάλο ποσοστό των προκλητών εκτρώσεων σε ανύπαντρες σπουδάστριες μετά γενετήσεων σχέσεων.

Πίνακας

Συχνότητα σπουδαστριών μετά γενετήσεων σχέσεων και αναμνηστικού προκλητών εκτρώσεων ανάλογα την ηλικία.

Ηλικία	Εξετασθέντες	Μεταγενετήσεων σχέσεων	Μετά αμλώσεων	Μετά γενετ. επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επί τοις %	Μετά αμλώσεων επί % γεν. σχέσεων
	29	5	0	17	0	0
	78	26	5	33	6	19
	136	60	12	44	9	20
	105	43	15	41	14	35
	47	24	8	51	17	33
Όλο	395	158	40	40	10	25

Πηγή: Πανεπιστημίου Αθηνών 1980

Από τον πίνακα αυτό προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών μετά γενετήσεων σχέσεων αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία, από 17% σε σπουδάστριες 18 ετών φτάνει σε 51% σε σπουδάστριες 22 ετών. Από την ηλικία των 22 ετών το 33% των σπουδαστριών με γενετήσιες σχέσεις έχουν υποβληθεί σε προκλητική έκτρωση. Τέλος το 17% των αγάμων σπουδαστριών σε ηλικία 22 ετών έχουν ήδη υποβληθεί σε άμβλωση.

Ο Sandstrom (1977) αναφέρει ότι στις Σκανδιναβικές χώρες, μεταξύ 1966-1977, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός νεαρών αγάμων γυναικών, οι οποίες έμειναν έγκυοι και ένας από τους λόγους αυτής της μείωσης είναι η καλύτερη γνώση των γυναικών για τις μεθόδους αντισύλληψης, λόγω εισαγωγής της διδασκαλίας αυτής σαν μάθημα στα σχολεία. Εξάλλου η νομιμοποίηση των αμβλώσεων δεν φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μείωση τους αλλά το μέγεθος τους συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής.²²

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο για να εξεταστεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση, για να προσδιοριστούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα, που με τη συμμετοχή τους επηρεάζουν το άτομο για τη λήψη απόφασης για άμβλωση.

B) Ψυχολογικός παράγοντας

Για να καταλάβουμε το βίωμα της άμβλωσης πρέπει να εξετάσουμε τη ζωή της γυναίκας ανάλογα με την ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη και κυρίως με τη θέση που κατέχουν στο ψυχισμό της η εικόνα της μητέρας και η εικόνα του σώματος της. Ωστόσο αυτή η προσωπική εμπειρία εξελίσσεται πάντα σε ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και επομένως επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες.

3.6 Συνέπειες της άμβλωσης στην οικογένεια

Με την άμβλωση έρχεται διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και



οικογενειακής γαλήνης, σαν άμεση ηθική τιμωρία της πράξης 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 ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας να διακόψει την εγκυμοσύνη, δεν είναι ασφαλής.

Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατόν να πάρει μια εντελώς αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει σοβαρές ψυχολογικές συγκρούσεις στην μητέρα.

Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και οι ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. «Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεκνογονίας ως κακία παρά φύση. Άμεση ηθική τιμωρία της κακίας αυτής, είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την κακία αυτή την ακολουθεί εσωτερική πάλη.²³ –

Η διαταραχή του οικογενειακού βίου γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί, όταν θελήσουν. Αν ένας από τους δυο

στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό ή ένα από τα απιδιά τους πεθάνει, μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτό που θα μπορούσε να ζήσει.

3.7 Συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο

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 παρ' όλο που ανήκει στα αναπτυσσόμενα κράτη λόγω της οικονομικής και κοινωνικής της δομής αντιμετωπίζει το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα από τις αναπτυσσόμενες χώρες, την υπογεννητικότητα.

Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της Ελληνικής κοινωνίας, γιατί με την μείωση της γεννητικότητας- που συμπίπτει με την αύξηση της μετανάστευσης μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γηράνσεως του πληθυσμού.

Μελετώντας τη δομή του πληθυσμού κατά ηλικία, φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά γρήγορα δημογραφική γήρανση. Από εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο ΚΕΠΕ υπολογίζεται ότι το 2001 τα άτομα 60 ετών και άνω θα αποτελούν το 19,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ σε αγροτικές περιοχές το ποσοστό αυτό θα φτάσει τα 22,7%. Ακόμη πιο σημαντικό αναφορικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει για τις υπηρεσίες υγείας, είναι η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2001 τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (75 ετών και άνω) θα είναι περίπου το 4,7 % του Ελληνικού πληθυσμού.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας όπως τα νησιά Αιγαίου, Πελοπόννησος, Ήπειρος

και Κρήτη υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα γήρανσης και μη ανανέωσης του πληθυσμού.

Το 1967 η Ακαδημία Αθηνών ασχολήθηκε με το δημογραφικό πρόβλημα μετά από εισήγηση του κ. Λούρου.²⁴

Δύο ήταν τα συμπεράσματα από την ιστορική εκείνη συνεδρίαση:

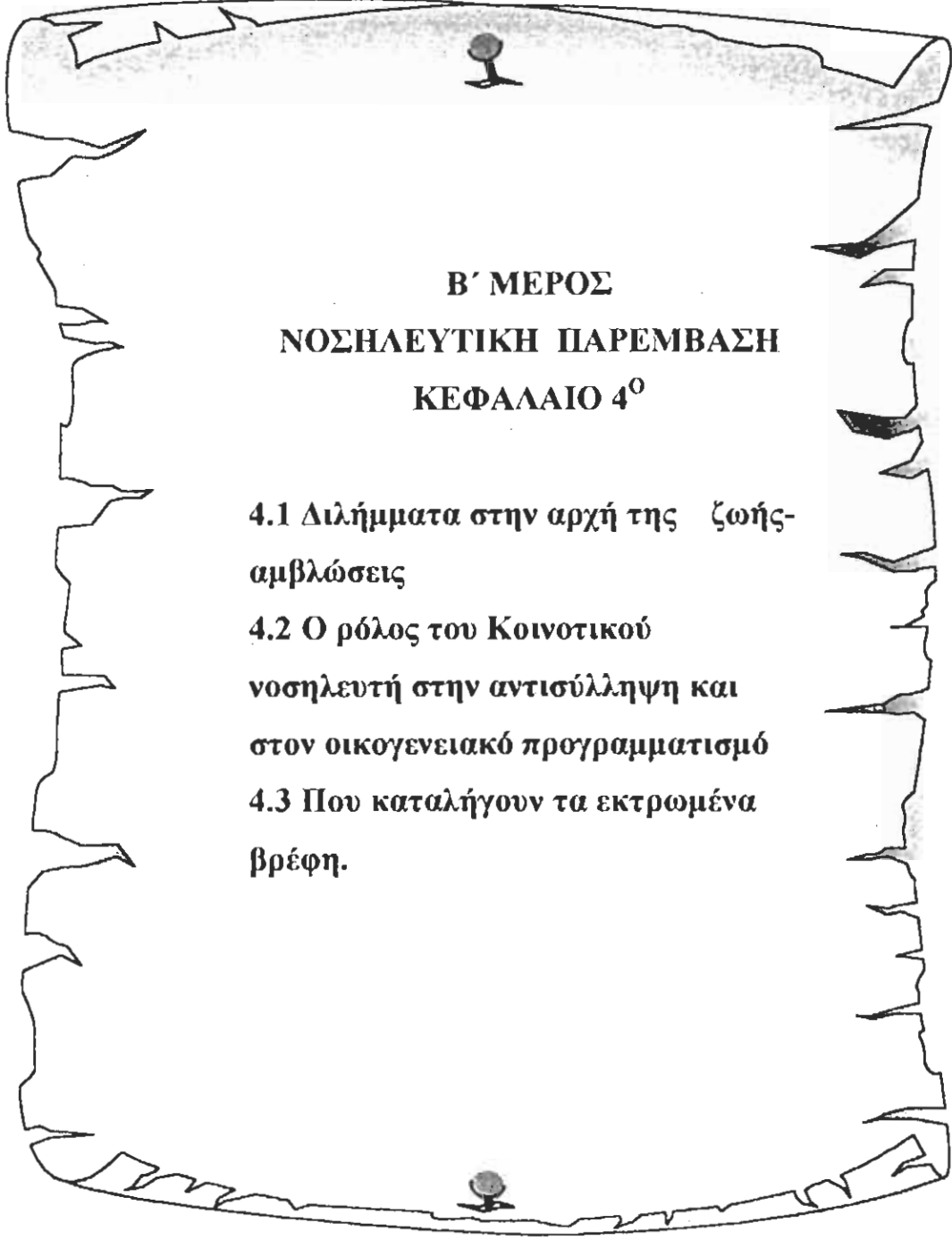
A) ότι το δημογραφικό μας πρόβλημα που είναι εθνικό θέμα, γιατί η Ελληνική φυλή «τείνει προς εξαφάνιση» και

B) ότι ήταν δυνατόν να ανασταλεί η υπογεννητικότητα με τη λήψη μέτρων.

Η ακαδημία στηρίχτηκε σε μελέτες του Πανεπιστημιακού καθηγητή κ. Βαλαώρα, όπου με βιοστατιστικά αποδείκνυε το δημογραφικό κίνδυνο: «Η γεννητικότητα του Ελληνικού λαού κατήλθε σε ανεπίτρεπτα πλέον επίπεδα, απειλούντα τον πληθυσμό με προοδευτική μείωση...»²⁵

Όσον αφορά τα αίτια της υπογεννητικότητας ο κ. Βαλαώρας, η κ. Πολυχρονοπούλου και ο υφηγητής κ. Δανέζης με πρωτοβουλία της Ελληνικής Ευγονικής εταιρίας και με οικονομική ενίσχυση του INTERNATIONAL PATENTHOOS FEDERATION κατέληξαν ότι είναι η τερατώδης συχνότητα των εκτρώσεων στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα η έκτρωση στην Ελλάδα είναι κατ'έξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της περιοχής Αθηνών. Στη σχετική έρευνα που διεξήχθη το 1966-67 το 37% των ερωτώμενων γυναικών απάντησαν ότι κατέφυγαν στην έκτρωση. Οι εκτρώσεις στις αγροτικές περιοχές κάτω από 2000 κατοίκους ανέρχονται σε 22% έναντι 37% στην περιοχή των Αθηνών.



Β' ΜΕΡΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

**4.1 Διλήμματα στην αρχή της ζωής-
αμβλώσεις**

**4.2 Ο ρόλος του Κοινοτικού
νοσηλεύτη στην αντισύλληψη και
στον οικογενειακό προγραμματισμό**

**4.3 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα
βρέφη.**

Β' ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Διλήμματα στην αρχή της ζωής- αμβλώσεις

Κάποτε σε μια εποχή του χρόνου της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη προσγείωσε το διαστημόπλοιο του σε έναν άγνωστο πλανήτη. Ξεκινώντας την εξερεύνηση του πλανήτη συνάντησε κάτι περίεργα όντα. Τότε αναρωτήθηκε: «Άραγε τα όντα αυτά είναι άνθρωποι και πρέπει να τα σεβαστώ σαν ανθρώπους ή δεν είναι οπότε θα μπορώ να τα χρησιμοποιήσω σαν είδος τροφής;». Ξαφνικά όμως ο δυστυχής ταξιδιώτης ανακάλυψε ότι μόνος και εγκαταλειμμένος 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 μας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήματος 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 πριν λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η άμβλωση βάση 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 διατύπωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι την 12 εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφο του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δεν θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδησιακούς, αν και όπως παρατήρησε η τότε πρόεδρος του ΕΣΔΝΕ κ. Σταυρούλα Παπαμικρούλη, στη Γενική Συνέλευση του Συνδέσμου το Μάρτιο του 1987, «ο νομοθέτης ενός τόσο αμφιλεγόμενου από ηθικής απόψεως νόμου, θα έπρεπε να προβλέψει τη δημιουργία ηθικών διλημμάτων στις συνειδήσεις του υγειονομικού προσωπικού». Τίποτε όμως απ' αυτά δεν έγινε, κι έτσι ο νόμος αφήνοντας 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 σε ένα δίλημμα που όχι απλώς ζητά μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην άμβλωση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απώλεια της θέσης του. Αν και η αθώωση ενός γιατρού του ΕΣΥ στη Φλώρινα που αρνήθηκε τη συμμετοχή του στη διενέργεια άμβλωσης δημιουργεί ένα προηγούμενο που κατοχυρώνει την ελευθερία συνειδήσεως των γιατρών και κατ' επέκταση άλλων Υγειονομικών λειτουργών όπως Νοσηλευτές, Μαιευτές κ.α.

Το επειγόν και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε μια υπεύθυνη απάντηση απαιτεί ανάλυση, αλλά και κάθε υπεύθυνη απάντηση απαιτεί ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατόν διεξοδική συζήτηση σε όλες τις πτυχές ενός θέματος.

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

A) Πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής; από της εμφανίσεως της η Ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του όρκου του την περίφημη φράση «ου μη δώσω πεσσόν φθόριον τη γυναικί», όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαίνεται ότι ήδη από τη σύλληψη 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 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 κ. Β. Σωτηρόπουλος «η ζωή αρχίζει από την ώρα της σύλληψης». Εξάλλου στο Β' Ιατρικό Συνέδριο του Μονακό, 2.000 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 Γκελτή- 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 φάση, σε όποια ηλικία, έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή ανθρώπινης ύπαρξης».

Εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές πειράματα Ευρωπαίων και Ιαπόνων επιστημόνων ήρθαν να αποδείξουν πόσο σαθρό είναι το όριο της δωδεκάτης εβδομάδας που έθεσε ο νόμος.

Είναι πραγματικά αστείο να υποστηρίζεται ότι μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος και τη δωδέκατη εβδομάδα και μια μέρα είναι. Μετά δηλαδή, τη δωδέκατη εβδομάδα η άμβλωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ μια μέρα πριν είναι πράξη που επιτρέπεται. Αλλά τι συμβαίνει μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα που είναι το επιτρεπόμενο όριο; τα πειράματα έδειξαν ότι: Την 16^η μέρα από τη σύλληψη το έμβρυο έχει ανοίξει τα μάτια του. σε 18 ημέρες από τη σύλληψη η καρδιά του έχει σχηματιστεί και χτυπάει. Μετά από 30 μέρες έχουν σχηματιστεί οι βασικότερες δομές του σώματος. Σε 6 εβδομάδες ο εγκεφαλογράφος δείχνει εγκεφαλική λειτουργία. Τον ίδιο χρόνο αρχίζει το έμβρυο να κινείται, μολονότι η μητέρα αντιλαμβάνεται την κίνηση στους 41/2 μήνες. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα, πλήρως σχηματισμένα πέλματα και τέλεια σχηματισμένο σώμα. Στις 11 εβδομάδες θηλάζει τον αντίχειρα του, αναπνέει και κολυμπά μέσα στο αμνιακό υγρό με ταχύτητα ώριμου κολυμβητή. Αισθάνεται τον πόνο και αντιδρά με επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και κινήσεις των μελών του. Έχει γεύση, αντιδρά στο φως, στο άγγιγμα, στη ζέστη, στο θόρυβο. Αντιδρά στους ήχους που στέλνει ένα megάφωνο μέσω της μητρικής κοιλιακής χώρας. Δώδεκα εβδομάδων που είναι το προτεινόμενο όριο το έμβρυο μπορεί να γυρίζει το κεφάλι του, να κάνει μορφασμούς, να εκτελεί χαριτωμένες κινήσεις.

B) Αν όμως στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι εύκολη, επειδή υπάρχουν άφθονες επιστημονικές μαρτυρίες, το δεύτερο σημείο απαιτεί

μεγαλύτερη περίσκεψη. Οπωσδήποτε το ανθρώπινο έμβρυο είναι άνθρωπος ήδη από τη σύλληψη του και η ζωή του έχει αξία. Είναι όμως η αξία της ζωής του εμβρύου απόλυτη αξία; Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγοσταθμιστούν δυο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Η αξία μητέρα ή η αξία παιδί; σε περίπτωση που το παιδί 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, γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται. Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωισμός και μεγάλο απόθεμα αγάπης. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαιτήσουμε, μπορούμε όμως να τα εμπνεύσουμε. Σοβαρότερη προσπάθεια από μέρους της κοινωνίας, πιο πρόθυμη μέριμνα του κράτους που συνίσταται 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 τοποθέτησης μας στο θέμα άμβλωση πρέπει να παραμένει η αξία παιδί. Καμιά περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε κι αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε κι αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και τη 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 την γέννηση; Δεν 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 με 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. Έχουμε το δικαίωμα να παραθεωρούμε τη γνώμη του πατέρα; Κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε να αφήσουμε σ' εκείνον το δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Έστω όμως ότι και οι δυο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο έθνος; Οι 350.000 – 400.000 αμβλώσεις 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.

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του σαν υπάλληλος, όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος.

Στην προσπάθεια του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής: Η μελέτη του προβλήματος απέδειξε ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα που

στρέφεται κατά της ζωής του παιδιού, της ψυχικής και σωματικής υπόστασης της μητέρας και της ασφάλειας του έθνους.

Από αυτά συνάγεται ότι:

Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό είναι συνεργοί στο έγκλημα.

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».

Παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου το κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει να αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες». Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε στην αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει μόνο 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, κι όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα κατά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου αγάπη δεν υπάρχει.

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 ηθικά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.

Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δεν συνίσταται μόνο στην δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθεια του να αποτρέψει την μητέρα από το στυγερό έγκλημα (Γιατί

το κακό δεν σημαίνει μόνο «πράττω το κακό», αλλά και «δεν κάνω το καλό όταν μπορώ»).

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

Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.

Την ενημέρωση της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο και της συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.

Την κατανόηση στο πρόβλημα της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζέστη αγάπη.

Προβληματισμοί

Πρέπει ο νοσηλευτής να δεχθεί διορισμό σε μια νοσηλευτική υπηρεσία, όταν εκ των προτέρων γνωρίζει ότι κατά την άσκηση του έργου του θα αναγκασθεί να έρθει σε σύγκρουση με τις θρησκευτικές και ηθικές του πεποιθήσεις;

Που πρέπει να απευθυνθεί ο νοσηλευτής για να λάβει οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των τυχόν ηθικών προβλημάτων που θα συναντήσει;

Η παραίτηση από τη θέση του αποτελεί λύση για το πρόβλημα;

Υπάρχουν άραγε άλλες λύσεις εκτός από την παραίτηση;

Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα της άμβλωσης;

Αν δεν διδαχθεί, μήπως αντιστρατευόμαστε το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, που λέγει ότι όλοι οι ασθενείς δικαιούνται κατάλληλη φροντίδα;

Μπορεί ο εκπαιδευτής να περάσει στους σπουδαστές ένα μήνυμα με το οποίο διαφωνεί;²⁶

4.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Ένας από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των αμβλώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των αμβλώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η άμβλωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα ο αριθμός των αμβλώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο ακριβής αριθμός των αμβλώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού, στις περισσότερες χώρες, στις οποίες οι αμβλώσεις είναι στοιχεία που προέρχονται από χώρες, στις οποίες οι αμβλώσεις είναι νόμιμες. Έτσι, το 1973, έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 αμβλώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση αμβλώσεων προς γεννήσεις ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200, 41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973 έγιναν 138.600 αμβλώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000=18 ανά χίλιες γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000=2227 ανά χίλιες γεννήσεις ζώντων. Το 1975, η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμία διαφορά. Η ίδια περίπου με την Πολωνία αναλογία αμβλώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία, και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των αμβλώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με την διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης.

Πράγματι στην Ουγγαρία όπου το πρότυπο μεγέθους οικογένειας είναι μικρό, το 1973 που ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν σχεδόν ανύπαρκτος ο αριθμός των αμβλώσεων ήταν αναλογικά μεγαλύτερος, π.χ. από την Πολωνία. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού, πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των αμβλώσεων μειώθηκε σημαντικά.

Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις αμβλώσεις. Παρά την εντατική πληροφόρηση και προβολή νεώτερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται πάντα ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε άμβλωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση της πιο κατάλληλης γι' αυτήν μεθόδου την οποία θα ακολουθεί, για να μην αναγκαστεί στο μέλλον να υποβληθεί πάλι σε άμβλωση.

Παρόμοιος αριθμός αμβλώσεων γίνεται και στις χώρες, στις οποίες οι αμβλώσεις είναι παράνομες. Έτσι, στο Βέλγιο επί 200.000 τοκετών το χρόνο πραγματοποιούνται 400.000 αμβλώσεις το χρόνο περίπου και στην Δυτική Γερμανία επί 1.000.000 γεννήσεων ο αριθμός των αμβλώσεων έχει υπολογιστεί σε ένα με τρία εκατομμύρια.

Στις υπο ανάπτυξη χώρες, όπου οι αμβλώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός των φαίνεται ότι πριν την νομιμοποίηση τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Πράγματι, στη Χιλή, μια στις τρεις γυναίκες παραδέχτηκε ότι είχε

τουλάχιστον μια άμβλωση, ενώ στο Μεξικό τρεις στις δέκα. Η διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και υπο ανάπτυξη χωρών δεν είναι στον αριθμό των αμβλώσεων αλλά στον τρόπο με τον οποίο γίνονται. Έχει βρεθεί ότι στις υπο ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται από «πρακτικές» γυναίκες και κάτω από τρομερά επικίνδυνες συνθήκες.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των αμβλώσεων στις υπο ανάπτυξη περιοχές. Σημαντική αύξηση των αμβλώσεων στις υπο ανάπτυξη περιοχές (Ινδίες, Σιγκαπούρη, Τυνησία και αλλού). Αυτό εν μέρει μπορεί να αποδοθεί στην ακριβέστερη δήλωση και καταγραφή τους μετά την νομιμοποίηση. Κυρίως, όμως αποδίδεται στην παράλειψη ανάπτυξης παράλληλης υποδομής για πληροφόρηση και προσφορά αποτελεσματικών μέσων αντισύλληψης. Έτσι, επιβάλλεται η δημιουργία όλων των προϋποθέσεων για την εφαρμογή των ορθών μεθόδων αντισύλληψης πριν από την νομιμοποίηση των αμβλώσεων. Μόνο τότε οι αμβλώσεις θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εξαιρετικών περιπτώσεων, χωρίς να αποτελούν συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, όπως γίνεται τώρα. Στην Ελλάδα, έχει αποδειχθεί (1965) ότι το 35-49% των Ελληνίδων έχουν κάνει μια άμβλωση. Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις, παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που ήδη έχουν κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε άμβλωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του

ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Αντίθετα, στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και στις ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αμβλώσεων.

Αυτό αποδίδεται στην πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων αλλά και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φτάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με άμβλωση.²⁷

Αντισυλληπτικές μέθοδοι

Μέθοδος του ρυθμού

Όταν το ζευγάρι χρησιμοποιεί αυτή την μέθοδο δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις αρκετές μέρες πριν και μετά την ωορρηξία. Επειδή η ωορρηξία δεν γίνεται την ίδια μέρα του μηνιαίου κύκλου, η μέθοδος αυτή δεν είναι αρκετά ασφαλής για τις περισσότερες γυναίκες. Ποσοστό αποτυχίας την με θερμόμετρο 0,8%. Ημερολογιακά 15-20%.

Το προφυλακτικό

Το προφυλακτικό είναι από ελαστικό και τοποθετείται στο πέος πριν από τη σεξουαλική πράξη. Εμποδίζει το σπέρμα να εισχωρήσει στο κόλπο. Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 3-5%.

Το διάφραγμα (με σπερματοκτόνο αλοιφή

Το διάφραγμα έχει το σχήμα καλύμματος από ελαστικό, τοποθετείται πριν από τη σεξουαλική πράξη στο κόλπο και καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας. Μπορεί να συνοδεύεται από σπερματοκτόνο αλοιφή. Δρα σαν προστατευτικό φράγμα στη διέλευση του σπέρματος.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 6-10%.

Ενδομήτριες προθέσεις

Η ενδομητρική πρόθεση είναι συσκευή που τοποθετείται μέσα στην μήτρα από γιατρό. Δημιουργεί μέσα στην μήτρα ένα περιβάλλον εχθρικό τόσο για την εμφύτευση του ωαρίου όσο και για την προσπέλαση του σπέρματος.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 2%.

Αντισυλληπτικός σπόγγος

Είναι ένας μικρός σπόγγος μιας χρήσεως, κατασκευασμένος από μαλακό σπογγώδες ελαστικό που περιέχει σπερματοκτόνο ουσία. Ο σπόγγος υγραίνεται με νερό και τοποθετείται στον κόλπο, πριν από την σεξουαλική πράξη. Δρα μέχρι 24 ώρες και μπορεί να παραμείνει τοποθετημένος για πάνω από 6 ώρες μετά την σεξουαλική πράξη. Ο σπόγγος εκτός από αντισυλληπτική προστασία, υπάρχουν οι ενδείξεις ότι παρέχει επίσης προστασία από ιογενείς σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και αυτό αυξάνει έντονα το ενδιαφέρον της μεθόδου.

Ποσοστό της μεθόδου 10%.

Το «χάπι»

Από τη δεκαετία του 1960 που άρχισε να χρησιμοποιείται παγκόσμια το «χάπι» έχει εξελιχθεί σημαντικά. Το σημερινό εξελιγμένο αντισυλληπτικό «χάπι» περιέχει ελάχιστη δόση ορμονών και εξασφαλίζει, όταν ακολουθούν οι οδηγίες του γιατρού, ασφάλεια σχεδόν 100% με ελάχιστες παρενέργειες. Δρα εμποδίζοντας την απελευθέρωση ωαρίου από την ωοθήκη, ενώ ταυτόχρονα δημιουργεί αρνητικό περιβάλλον στην μήτρα για το σπέρμα.

Αντισυλληπτικά «χάπια» είναι δύο τύπων: τα μονοφασικά με 21 όμοια δίσκια, και τα τριφασικά με δυο διαφορετικούς τύπους δισκίων.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 0,1- 0,4%.

Υποδερμική μέθοδος αντισύλληψης (δεν γίνεται στην Ελλάδα)

Με την υποδερμική μέθοδο μικροσκοπικές κάψουλες ελαίου περιέχουν ορμόνες, τοποθετούνται κάτω από το δέρμα του βραχίονος, ποσότητα ορμόνης απελευθερώνεται βαθμιαία ώστε να παρέχεται αντισυλληπτική προστασία, για περίπου 5 χρόνια. Δρα εμποδίζοντας την απελευθέρωση ωαρίου.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 0,6 – 1,5%.

Ενέσιμη μέθοδος αντισύλληψης

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει μια ενδομυϊκή ένεση όπου απελευθερώνεται ποσότης ορμονών και απορροφάται σταδιακά. Δρα εμποδίζοντας την απελευθέρωση ωαρίου. Με την ενέσιμη μέθοδο αντισύλληψης επιτυγχάνεται αντισυλληπτική προστασία για διάστημα 1-6 μηνών.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 0 –3,6%.

Στείρωση της γυναίκας

Με την τομή ή ραφή των σαλπίγγων το ωάριο εμποδίζεται αν φθάσει στην μήτρα. Αυτό επιτυγχάνεται με χειρουργικό τρόπο. Η μέθοδος αυτή είναι μόνιμη και συνεπώς πρέπει να γίνεται μόνο όταν το ζευγάρι δεν θέλει άλλα παιδιά.

Ποσοστό αποτυχίας κάτω από 0,15%.

Στείρωση του άνδρα

Επιτυγχάνεται με εγχείρηση, κόβοντας την οδό που οδηγεί τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις στο πέος.

Ποσοστό αποτυχίας 0,15%.

Διακεκομμένη επαφή

Ο άνδρας απομακρύνεται από τον κόλπο της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση, για να εμποδιστεί η είσοδος σπερματοζωαρίων μέσα στον κόλπο. Σαν αντισυλληπτική μέθοδος, έχει μέτρια αποτελέσματα και είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις που όλα τα άλλα μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 20-30%.

Κολπικές πλύσεις

Οι πλύσεις του κόλπου αμέσως μετά την επαφή, για την απομάκρυνση του σπέρματος αποτελεί ανασφαλή μέθοδο αντισύλληψης.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα σπερματοζώαρια δύο λεπτά με την εκσπερμάτωση έχουν φθάσει στον τράχηλο της μήτρας.

Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 40%.

Θηλασμός

Η παράταση του θηλασμού και η καθυστέρηση της περιόδου μετά τον τοκετό δεν προφέρουν ασφάλεια στην παρεμπόδιση της σύλληψης.

Ποσοστό αποτυχίας 60%.²⁸

4.3 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη- Νοσηλευτικά διλήμματα.

Τα 'οφέλη' της λήψης οργάνων από έμβρυα

Οι ισχυρισμοί

Περισσότεροι από 15 εκατομμύρια Αμερικανών υποφέρουν από ασθένειες και βλάβες οι οποίες κατά τους ισχυρισμούς διαφόρων θα μπορούσαν να βοηθηθούν σε διάφορους βαθμούς από μεταμοσχεύσεις εμβρυακού ιστού. Αυτές οι ασθένειες περιλαμβάνουν την ασθένεια του Parkinson, του Alzheimer, τον διαβήτη, βλάβες του εγκεφάλου, την εγκεφαλική συμφόρηση και την παράλυση. Αυτές είναι οι καταστάσεις στις οποίες εστιάζουν την προσοχή οι ερευνητές που υποστηρίζουν την λήψη οργάνων όταν λένουν ότι οι εμβρυακές μεταμοσχεύσεις μπορούν να βοηθήσουν.

Συνεπώς, μερικοί 'ηθικολόγοι' και ερευνητές νοσοκομείων έχουν γίνει σχεδόν υστερικά χαρούμενοι με την προοπτική του να έχουν

πρόσβαση σε μια άφθονη πηγή χρήσιμου 'εμβρυακού υλικού' που παράγεται από εκατομμύρια εκτρώσεων.

Όπως έθεσε το θέμα ο Dr. Abraham Lieberman του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης "Αυτές [οι τεχνικές εμβρυακού ιστού] είναι για την ιατρική ότι είναι η υπεραγωγιμότης για τη φυσική."

Τα κύτταρα του εμβρύου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση γιατί είναι "ανοσολογικώς αφελή" κάτι που σημαίνει ότι δεν έχουν αναπτύξει ακόμα όλα τα αντιγόνα που επιτρέπουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ενός αποδέκτη μοσχεύματος να τα προσδιορίζει και να τα αποδέκτη. Επιπλέον, τα νευρικά κύτταρα του εμβρύου αναζωογονούνται και αναπτύσσονται, σε αντίθετα με τα νευρικά κύτταρα των ενηλίκων.

Ένα έθνος βρυκολάκων:

Ο ηθικολόγος Arthur Caplan του Hastings Center έχει ονομάσει τη χρήση ιστών από βρέφη που προέρχονται από ηθελημένες εκτρώσεις "μια χρονοβόμβα της βιοηθικής που χτυπά", και έχει τους λόγους του. Οι εγκέφαλοι και οι νευρικοί ιστοί από 500.000 βρέφη που εκτρώνονται κατ' έτος κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μπορούν τελικά να απαιτηθούν για μεταμοσχεύσεις εάν οι νέες μέθοδοι γίνουν δημοφιλείς και εδραιωθούν.

Εάν οι μεταμοσχεύσεις πραγματικά γίνουν δημοφιλείς, οι διάφορες μέθοδοι και τα όποια οφέλη παράγουν θα χρησιμοποιηθούν ως μέσον ισχυρής προπαγάνδας εναντίων των 'άκαρδων' εχθρών των εκτρώσεων που προσπαθούν να στερήσουν τις 'δύσκολες περιπτώσεις' αυτών που υποφέρουν από την ασθένεια του Parkinson και του Alzheimer από τη δυνατότητα για μια φυσιολογική ζωή.

Είναι λοιπόν εντελώς πιθανόν το ιατρικό μας κατεστημένο να υποστηρίξει τελικά ένα εκατομμύριο ή περισσότερους 'νεο-βρυκόλακες', που απαιτούν τα φρέσκα μυαλά των διαμελισμένων πρώιμα γεννημένων ανθρώπινων υπάρξεων για να παραμείνουν ζωντανοί.

Η προοπτική τραπεζών οργάνων που θα γεμίζουν από μέρη ακουσίων θυμάτων, κάτι που για καιρό αποτελούσε στοιχείο πλοκής των κειμένων τρόμου, έρχεται ένα βήμα κοντύτερα στην πραγματικότητα με την προοπτική και την προώθηση του πειραματισμού με έμβρυα και της μεταμόσχευσης οργάνων από αυτά.

Η αλήθεια

Μια συνήθης τακτική που χρησιμοποιείται από τους Νεοφιλελεύθερους σε όλα τα πεδία είναι ένα πρόγραμμα που χρησιμοποιεί την ηχηρή τυμπανοκρουσία επιστημονικών μελετών που υποστηρίζουν τις απόψεις τους και την μελετημένη αδιαφορία για μεγαλύτερη ποσότητα αποδείξεων που είναι αντίθετες με τους σκοπούς τους.

Για παράδειγμα, τα πολύ λίγα άρθρα που γράφονται προς υποστήριξη της ιδέας ότι η ομοφυλοφιλία είναι εκ γενετής ροπή έχουν γίνει σημεία αναφοράς για την εκστρατεία υπέρ της ομοφυλοφιλίας, παρά το γεγονός ότι αυτά τα κείμενα βασίστηκαν σε κακής ποιότητας μελέτες, εσφαλμένες κατά την εκτέλεση και προφανώς προϊόντα ενός υπερβολικού βαθμού ανταγωνιστικού ενδιαφέροντος. Προφανώς, οι νεοφιλελεύθεροι αναγνωρίζουν την αξία της 'επιστημονικής' υποστήριξης των θέσεών τους.

Το ίδιο σενάριο ξεδιπλώνεται και στη διαμάχη για τους εμβρυακούς ιστούς. Περισσότερα από τα τρία τέταρτα όλων των μελετών

σε αυτόν τον τομέα έχουν καταλήξει ότι τα οφέλη από τη μεταμόσχευση εμβρυακών ιστών ωφελούν μόνο λίγους: Τους επιστήμονες που λαμβάνουν τις επιδοτήσεις. Πολύ λίγα άρθρα έχουν περιγράψει μετρήσιμη βελτίωση στα συμπτώματα που σχετίζονται με νευρολογικές ασθένειες, και τα περισσότερα από αυτά τα άρθρα περιγράφουν μελέτες που είναι ημιτελείς ή περιέχουν σημαντικά σφάλματα.

Ο Dr. Robert J. White εξέτασε τις μελέτες αυτές και συμπέρανε ότι "Οι κλινικές μελέτες που έχουν έως τώρα πραγματοποιηθεί για τη μεταμόσχευση ανθρώπινου εμβρυακού εγκεφαλικού ιστού στο εγκεφαλικό ημισφαίριο ασθενών με την ασθένεια του Parkinson έδειξαν λίγες αποδείξεις μετρήσιμης, μόνιμης βελτίωσης στη νευρολογική βλάβη."

Ο ρόλος των "Ειδικών Επιτροπών"

"Η προσωπική μου έρευνα έχει εστιαστεί στην ελπίδα παροχής πληροφοριών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ανακούφιση του πόνου και της κακοπαθείας των ατόμων που πάσχουν από νευρολογικές ασθένειες. Αυτή όμως δεν μπορεί να είναι η απώτερη κατεύθυνση όσων κάνω... Εάν πρέπει να βασιστώ στον θάνατο ενός άλλου ατόμου προκειμένου να παρατείνω τη ζωή κάποιου, απορρίπτω αυτή τη λύση και αυτό το κάνω με σθένος."

Keith Crutcher, Ph.D.

Εισαγωγή

Οι 'ειδικές επιτροπές' που συγκαλούνται για να μελετήσουν τα θέματα της λήψης και μεταμόσχευσης εμβρυακών ιστών δεν έχουν εξουσίες κανονιστικές ή αστυνομικές. Μπορούν μόνο να προτείνουν τρόπους δράσεως.

Παρ' όλο που τα καταστατικά τους προβάλλουν άλλους λόγους, ο πραγματικός σκοπός αυτών των επιτροπών είναι να κάνουν ευπρόσδεκτο στο κοινό τον κανιβαλισμό των αγέννητων παιδιών δίνοντας σε τέτοιες δραστηριότητες ένα κάλυμμα επαγγελματικής ευπρεπείας. Όπως τυχόν αναμένεται, οι επιτροπές διορίζονται από οργανισμούς που υποστηρίζουν τις εκτρώσεις, όπως είναι η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association - AMA), και αποτελούνται από μέλη που είναι γνωστά με βεβαιότητα για τις απόψεις τους υπέρ των εκτρώσεων.

Η AMA υποστηρίζει με σθένος την μεταμόσχευση εμβρυακών ιστών. Κάτι τέτοιο δεν αποτελεί έκπληξη. Εφ' όσον η AMA είναι έντονα υπέρ των εκτρώσεων, και εφ' όσον οι ιστοί από την φυσική έκτρωση (αποβολή) είναι ακατάλληλοι για κάτι τέτοιο, η ίδια η ύπαρξη της μεταμόσχευσης εμβρυακών ιστών εξαρτάται από την συνεχή άσκηση της χειρουργικής έκτρωσης.

Στήνοντας την τράπουλα

Οι επιτροπές 'βιοηθικής' έχουν πάντα συμβολικά ένα (συνήθως ανημέρωτο) Καθολικό ιερέα ή άλλον συντηρητικό που συμμετέχει, έτσι ώστε όταν δοθεί από την ομάδα το αναπόφευκτο και προαποφασισμένο σύνθημα "εμπρός", να μπορεί να ισχυριστεί ότι συμμετείχε κληρικός ή συντηρητικός όταν ελήφθη η απόφαση.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, μια επιτροπή μπορεί να είναι έντονα 'στημένη' προκειμένου να εξασφαλίσει μια απόφαση υπέρ της λήψης οργάνων-ιστών, και ωστόσο να αποφύγει την εντύπωση ότι λαμβάνει προκατειλημμένες αποφάσεις, ακόμα και όταν έτσι ακριβώς έχουν τα πράγματα. Οποιαδήποτε αντίθεση γραφεί από μέλη των επιτροπών που έχουν ηθικούς ενδοιασμούς σχετικά με την λήψη εμβρυακών ιστών,

απορρίπτεται εκ προοιμίου και αποκαλείται "αφελής" και "ασύμφωνος με την τρέχουσα ιατρική πρακτική."

Φυσικά, οι 'ειδικές επιτροπές' γνωρίζουν πολύ καλά ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης θα τις στηρίξουν και θα διατυμπανίσουν τα συμπεράσματά τους ως μια μεγάλη ευεργεσία προς το ανθρώπινο είδος.

Δόλωμα και καλάμι

Οι ειδικές επιτροπές πάντα αρχίζουν τις 'μελέτες' τους (σύμφωνα με μακρά και απaráλλακτη παράδοση) επιμένοντας μεγαλοφώνως ότι η μεταμόσχευση εμβρυακών ιστών-οργάνων είναι εντελώς άσχετη με το ηθικό θέμα της έκτρωσης.

Αυτός ο παράλογος ισχυρισμός αντιτίθεται με την κοινή λογική, διότι οι εμβρυακοί ιστοί προέρχονται κατ' ευθείαν από εκτρώσεις -- την μόνη δυνατή πηγή κατάλληλων ιστών! Ειδικοί από το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας (ACOG) παραδέχονται με την γνωστή σκοτεινή πολυλογία στήριξης της νοοτροπίας του θανάτου ότι "... το έμβρυο έχει διαφορετική φύση και αξία απ' ό,τι οι ιστοί και τα όργανα των άλλων ανθρώπων διότι έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί σε μέλος της ανθρώπινης οικογενείας."

Με άλλα λόγια, το ACOG πιστεύει ότι το αγέννητο παιδί είναι στην κυριολεξία ένα όργανο ώριμο για λήψη.

Όταν η επιτροπή δηλώσει ότι η λήψη εμβρυακών οργάνων και η έκτρωση είναι ανεξάρτητα θέματα, το προφανές επόμενο βήμα είναι να αποχαρακτηρίσει ακόμα περισσότερο τα αγέννητα παιδιά από την ιδιότητά τους ως ανθρώπινες υπάρξεις.

Στέρηση ανθρώπινης ιδιότητας και λήψη οργάνων

Καμία τάξη πραγματικών θυμάτων δεν είναι δυνατό να τύχει κακομεταχείρισης χωρίς τιμωρία, να θανατωθεί ή να εξοντωθεί εκτός αν τα μέλη της έχουν προηγουμένως διαβληθεί ή καταστεί στα μάτια του κοινού ως κάτι κατώτερο του ανθρώπινου όντος.

Η 'βιοηθικολόγος' Mary Anne Warren μας προσφέρει ένα εξαιρετικό παράδειγμα αυτού του αποχαρκτηρισμού από την ανθρώπινη ιδιότητα σε μια υποθετική κατάσταση που τίθεται στην αναφορά "Hastings Center Report" , όπως περιγράφεται παρακάτω. Στο άρθρο αυτό, η Warren επιδοκιμάζει με ενθουσιασμό τη μετατροπή των αγέννητων παιδιών σε καλλιέργειες οργάνων, καθώς αναφέρει και εγκρίνει εγκάρδια την περίπτωση ενός 28χρονου νεφροπαθούς (που δεν είναι πλέον υποθετική) του οποίου η γυναίκα συλλαμβάνει με συγκεκριμένο σκοπό τη μεταμόσχευση και των δύο νεφρών του βρέφους στον σύζυγό της.

Το πρόβλημα

"Ο κύριος R., ένας 28χρονος μηχανικός, υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση για τρία έτη και πλησιάζει στην απελπισία εξ αιτίας των περιορισμών που εμφανίζονται στη ζωή του. Δεν μπορεί να εργαστεί κανονικά διότι ο χρόνος που πρέπει να παραμένει στο κέντρο αιμοκάθαρσης είναι μεγάλος, αισθάνεται εξασθενημένος και υποφέρει από πολλές από τις παρενέργειες εξουθένωσης που προκαλεί η θεραπεία.

"Ο κύριος R. έχει ήδη εξετάσει την πιθανότητα μεταμόσχευσης. Ωστόσο, είχε υιοθετηθεί ως βρέφος και δεν γνωρίζει τους φυσικούς τους γονείς. Επιπροσθέτως, οι εξετάσεις δείχνουν ότι έχει σπάνιο τύπο ιστών

που κάνει ιδιαίτερα απίθανη την ανεύρεση κατάλληλου νεφρού από πτώμα.

"Η φυσική και η πνευματική κατάσταση του κυρίου R. συνεχίζει να επιδεινώνεται και η σύζυγός του προτείνει μια λύση στον χειρουργό. Θα μείνει, λει, έγκυος, και μετά από 5 ή 6 μήνες, θα υποβληθεί σε έκτρωση. Τα νεφρά από το έμβρυο θα μπορούν τότε να μεταμοσχευθούν στον σύζυγό της.

"Ο χειρουργός γνωρίζει ότι τεχνικώς η μεταμόσχευση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί, και ότι τα νεφρά πιθανώς δεν θα απορριφθούν. Γνωρίζει επίσης ότι ο κύριος R. έχει απειλήσει να αυτοκτονήσει εάν πρόκειται να συνεχίσει την αιμοκάθαρση επ' αόριστον.

Θα πρέπει να συμφωνήσει με την μεταμόσχευση των νεφρών από ένα έμβρυο που εσκεμμένα συνελήφθη και εκτρώθηκε;"

Η λύση της 'Βιοηθικολόγου' Mary Ann Warren

"Τα έμβρυα, ιδιαίτερα εκείνα που είναι 5 ή 6 μηνών, προκαλούν τη συμπάθειά μας, και μας δελεάζουν να τα περιβάλουμε με ηθικά δικαιώματα, όχι μόνο γιατί είναι πιθανοί άνθρωποι, αλλά διότι γιατί δημιουργούν σύγχυση μοιάζοντας με ανθρώπους επειδή τα φυσικά τους χαρακτηριστικά αναγνωρίζονται ως ανθρώπινα. Αυτή όμως η συμπάθεια είναι άτοπη, εκτός αν υπάρχει κάποια πολύ περισσότερο συνειδητή δραστηριότητα στον εμβρυακό "νου" απ' ό,τι έχουμε κάθε λόγο να υποπτευόμαστε.

"Αν και ένα έμβρυο 5 ή 6 μηνών μπορεί, ίσως, να διαθέτει κάποια αναλαμπή αίσθησης ή κάποια δυνατότητα αίσθησης πόνου, αυτό συμβαίνει απολύτως και ίσως ακόμα περισσότερο με όντα όπως είναι τα ψάρια ή τα έντομα, για τα οποία λίγοι θα αμφισβητούσαν την εξουσία θανάτωσης προκειμένου να σωθούν ανθρώπινες ζωές. Σε τέτοιες

περιπτώσεις, ένας σωστός σεβασμός για το δικαίωμα στη ζωή απαιτεί να μην είναι σεβαστό εκεί όπου δεν υπάρχει."

Πηγή: Mary Anne Warren. "Μπορεί το έμβρυο να καταστεί καλλιέργεια οργάνων;" *Hastings Center Report*, Οκτώβριος 1978.

Όπως φαίνεται από τη 'λύση' της στο πρόβλημα, η Warren όχι απλώς επιδοκιμάζει την πρακτική της χρήσης οργάνων από βρέφη που εκτρώθηκαν διότι ήταν αποτέλεσμα ανεπιθύμητων κυήσεων -- συνιστά οι γυναίκες να μένουν έγκυες ειδικά και με συγκεκριμένο σκοπό την ανάπτυξη βρεφών με μοναδικό στόχο την λήψη των οργάνων τους!

Αυτός ο τύπος κανιβαλισμού ήδη πραγματοποιείται ως ρουτίνα σε μερικές Μεσανατολικές χώρες. Για παράδειγμα, σε μια περίπτωση, ένας ανίκανος Λιβανέζος έκανε μεταμιόσχευση όρχεως από ένα πρώιμο βρέφος που εκτρώθηκε την 25η εβδομάδα της κύησης.

Όλος ο καπνός και η ρητορική που διαχέεται από τις δυνάμεις που υποστηρίζουν τη λήψη οργάνων είναι μια προσπάθεια απόκρυψης του κεντρικού σημείου εστίασης της διαμάχης περί των εμβρυακών ιστών: Ότι τα ανθρώπινα βρέφη πρέπει να πεθάνουν προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ενηλίκων. Πάντως, μερικοί ιατροί δεν επιτρέπουν στη λογική τους και στη συνείδησή τους να υπνωτισθεί ηθελημένα από το τραγούδι των σειρήνων της ευκολίας τους. Όπως λέει ο Dr. Ralph DeGeorgio, "Πρέπει να αναγνωρίσουμε γιατί η χρήση του ανθρώπινου εμβρυακού ιστού υποστηρίζεται στη βάση της: Ακριβώς γιατί ΕΙΝΑΙ ανθρώπινη.

Στόχος: 'Πρόοδος'

Ο κύριος στόχος των 'ειδικών επιτροπών' και των αποθεμάτων σκέψης των βιοηθικολόγων είναι, συνεπώς, ο χαρακτηρισμός διαφόρων 'καινοτομιών' στην τεχνολογία του θανάτου και η κάλυψή τους με ένα

μανδύα ευπρεπείας. Ο ρόλος αυτών των ομάδων είναι να εμφανίζονται ως εναγώνιες για τα θέματα υπό μελέτη, να διαρρηγνύουν τα ιμάτιά τους, να τραβούν τα μαλλιά τους, και τέλος να συγκαλούν μια συνέντευξη τύπου για να ανακοινώσουν ότι η προτεινόμενη 'πρόοδος' είναι "πλήρως αρμόζουσα και ανθρωπιστική." Με συντομία, ο ρόλος των επιτροπών βιοηθικής είναι υλοποιήσουν τον "Πρώτο αναλλοίωτο νόμο της βιοηθικής":

Χρειάζομαι ένα μυαλό, Ιγκόρ
Ένα ΜΙΚΡΟ μυαλό

Οι αρχές

Φυσικά, οι ιατροί δεν έχουν πραγματική ανάγκη να περιμένουν τις γνώμες των 'ειδικών επιτροπών' για να προσπαθήσουν να υλοποιήσουν νέες και αλλόκοτες 'ιατρικές προόδους.'

Η πρώτη μεταμόσχευση οργάνων εμβρύου πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 1985 στο Denver. Οι ερευνητές Everett Spees και Kevin Lafferty μεταμόσχευσαν εμβρυακούς ιστούς του παγκρέατος στο σώμα ενός 51ετούς διαβητικού. Τα κύτταρα αυτά σύντομα άρχισαν να παράγουν την απαιτούμενη ινσουλίνη για τον ασθενή. Αυτός ο τύπος μεταφοράς έχει πραγματοποιηθεί περίπου 15 φορές από το τέλος του 1987.

Όλο και μακρύτερα

Στο τέλος του 1988, οι ερευνητές προχώρησαν ένα βήμα παραπάνω. Κύτταρα από τον εγκέφαλο ενός εκτρωμένου βρέφους 7

εβδομάδων μεταφέρθηκαν για πρώτη φορά σε ενήλικα ασθενή. Τα κύτταρα μεταμοσχεύθηκαν σε ένα ανώνυμο 55ετή άρρενα ασθενή θύμα της ασθένειας του Parkinson από μια χειρουργική ομάδα υπό τον Dr. Curt Freed και τον Dr. Robert Breeze στο Κέντρο Υγειονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Colorado.

Ο Dr. Neil Rosenberg είπε ότι ο ασθενής είχε ζητήσει τη μεταμόσχευση και η 'μητέρα' του δότη είχε δώσει τη συγκατάθεσή της να κανιβαλιστεί το αγέννητο παιδί της (είναι σχεδόν βέβαιο ότι υπέγραψε την τυποποιημένη φόρμα "συγκατάθεσης" για την έκτρωση όπου δίδεται άδεια να χρησιμοποιηθεί "κάθε ιστός που αφαιρείται"). Η πειραματική διαδικασία χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτικούς φορείς και εγκρίθηκε από την επιτροπή ανθρωπίνων προσώπων (human subjects committee) του Πανεπιστημίου του Colorado.

Τέτοιες μεταμοσχεύσεις έχουν επίσης επιτελεστεί στη Σουηδία, το Μεξικό και την Κούβα.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από οκτώ Σουηδούς ερευνητές ήταν αποκαλυπτική διότι έμμεσα περιέγραφε πόσο επιθυμητά είναι τα βρέφη που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της κύησης για λήψη οργάνων: "Χρησιμοποιήθηκαν αδένες παγκρέατος από ανθρώπινα έμβρυα, που ελήφθησαν από 31 διαδοχικές νόμιμες εκτρώσεις. Οι εκτρώσεις επετεύχθησαν με prostaglandin σε μια περίοδο τριών μηνών. Το κεφαλοουριαίο μήκος των εμβρύων... ήταν από 12 έως 34 cm."

Ένα αγέννητο βρέφος με κεφαλοουριαίο μήκος 34 εκατοστών είναι στις 28 εβδομάδες ανάπτυξης -- και, εφ' όσον παραμορφωμένα βρέφη δεν χρησιμοποιούνται για λήψη οργάνων, το παιδί θα πρέπει να ήταν θύμα έκτρωσης του τρίτου τριμήνου της κύησης.

Προκειμένου να βοηθήσουν αυτές τις διαδικασίες, οι ιατροί έχουν προετοιμάσει τραπέζια που δείχνουν την καταλληλότητα του εμβρυακού ιστού για μεταμοσχεύσεις. Τα τραπέζια αυτά θυμίζουν έντονα το

διάγραμμα κρεοπωλείου που δείχνει ένα βόδι (δαρμένο) με εμφανείς τις διάφορες τομές για το κοινό.

Πόσος χρόνος θα περάσει ακόμη μέχρις ότου τα διάφορα μέρη των εκτρωμένων βρεφών σφραγιστούν με την επιγραφή "Επιλογή της USDA";

Πηγαίνοντας μέχρι τα άκρα

Όλες οι παραπάνω χειρουργικές επεμβάσεις χρησιμοποιούν νεκρά εκτρωμένα βρέφη ως δωρητές οργάνων. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί που δεν βλέπουν ηθικό εμπόδιο και στη χρήση ζωντανών αγέννητων βρεφών, χωρίς αναισθησία!

Στο τεύχος Φεβρουαρίου 1987 του Hastings Center Report , η 'ηθικολόγος' Mary Mahowald και οι ερευνητές Jerry Silver και Richard Ratcheson της Ιατρικής Σχολής του Case Western Reserve ανέφεραν ότι ο κανιβαλισμός ζώντων βρεφών "... είναι ηθικά δικαιολογημένος εάν δεν υπάρχουν διαθέσιμα νεκρά έμβρυα ή εάν τα τελευταία δεν μπορούν να οδηγήσουν σε επιτυχείς μεταμοσχεύσεις."

Αυτό, βεβαίως, δεν αποτελεί καθόλου περιορισμό, διότι είναι γνωστό σε όλους ότι τα ζώντα έμβρυα μπορούν περισσότερο "να οδηγήσουν σε επιτυχείς μεταμοσχεύσεις".

Στις πολιτείες California, New Jersey και Ohio έγιναν απόπειρες για ένα παραπάνω βήμα, με την προσπάθεια να περάσουν νομοθεσία που επιτρέπει τη λήψη όλων των οργάνων από ζώντα προβληματικά νεογνά! Το κύριο επιχείρημα που προβάλλεται προς υποστήριξη αυτών των ωμοτήτων είναι ακριβώς το ίδιο που προβλήθηκε από τον Ναζιστή ιατρό Julius Hallervorden ως υπεράσπιση για τα ειδικά ιατρικά πειράματα στις δίκες της Νυρεμβέργης: "Εάν πρόκειται να εξοντώσεις όλους αυτούς

τους [Εβραίους] ανθρώπους, τουλάχιστον βγάλε τους τον εγκέφαλο, έτσι ώστε το υλικό αυτό να μπορεί να χρησιμοποιηθεί."

Το επιχείρημα αυτό ήταν προσβλητικό και απαράδεκτο τότε, και εξακολουθεί να παραμένει και τώρα.

Σκοπιμότης, η μεγαλύτερη αρετή

Δυστυχώς, η εύκολη διαθεσιμότητα εμβρυακών ιστών καθυστέρησε την έρευνα σε άλλους υποσχόμενους τομείς. Φαίνεται ότι, εάν παρουσιαστεί μια λύση, ακόμα κι αν είναι ηθικά μεμπτή, γίνεται δεκτή ως ευεργεσία ενώ η νόμιμη έρευνα σε ηθικά αποδεκτούς τομείς με μεγάλες δυνατότητες καθυστερεί λόγω έλλειψης προσοχής. Ακόμη ακούγονται κατά καιρούς έρευνες που μπορούν να καταστήσουν περιττή ακόμα και την μεταμόσχευση εμβρυακού ιστού. Τον Μάιο του 1990, η Ιατρική Σχολή του Johns Hopkins ανακοίνωσε ότι είχαν καλλιεργηθεί κύτταρα νευρώνων του εγκεφάλου ενός κοριτσιού ηλικίας 18 μηνών που είχε χειρουργηθεί το 1986. Αυτή είναι μια μεγάλη καινοτομία για την έρευνα στις ασθένειες Alzheimer και Parkinson, και μπορεί να εξαλείψει την ανάγκη για λήψη εγκεφαλικού εμβρυακού ιστού.

Η σχέση μεταξύ έκτρωσης και λήψης εμβρυακών οργάνων

"Ο [Πρόεδρος] Bush φοβάται ότι αν το Κογκρέσο επέτρεπε την εμβρυακή έρευνα με ιστούς που προέρχονται από ηθελημένες εκτρώσεις, κάποιες ιδεαλίστριες μπορεί να έμεναν εσκεμμένα έγκυες απλώς και μόνο για να κάνουν έκτρωση. Τέτοιοι φόβοι είναι παράλογοι. Ένα τόσο εξεζητημένο σενάριο πιέζει την ευπιστία πέρα από τα όρια..."

Συνδικαλισμένος αρθρογράφος James J. Kilpatrick.

Η μόνη πιθανή πηγή

Είναι απολύτως αναπόφευκτο τα εκτρωμένα πρόιμα βρέφη να καταλήξουν να γίνουν δωρητές μοσχευμάτων, διότι πολύ λίγα βρέφη από αποβολές και εξωμήτριες κυήσεις είναι κατάλληλα για τον σκοπό αυτόν. Το γεγονός αυτό υποδείχθηκε πρόσφατα από τον Frederick Bieber, ειδικό στη γενετική στο τμήμα παθολογίας του Νοσοκομείου Γυναικών στο Brigham, ο οποίος εξέτασε τα αποτελέσματα 1.025 αποβολών μέσα σε ένα έτος και διαπίστωσε ότι μόνο 39, ή 3,8%, έδωσαν γενετικά κανονικό βρέφος που δεν είχε πεθάνει δύο ή τρεις εβδομάδες νωρίτερα και ήταν συνεπώς ακατάλληλο για μεταμοσχεύσεις. Από τα 39 βρέφη, τα περισσότερα είχαν με κάποιον τρόπο μολυνθεί και συνεπώς ήταν επίσης ακατάλληλα. Στη διάρκεια του ίδιου έτους, τα περισσότερα βρέφη που πέθαναν ως αποτέλεσμα 125 εξωμήτριων κυήσεων τα οποία εξέτασε ο Bieber ήταν πολύ μικροκαμωμένα ή άχρηστα για μεταμοσχεύσεις.

Κυρίως ζήτημα επιχείρησης

Στις μελλοντικές δεκαετίες, η παραδοσιακή επιχειρησιακή σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ φορέων άμβλωσης και εγκύων γυναικών ενδέχεται να αντιστραφεί. Εάν τα όργανα του αγέννητου παιδιού κριθούν αρκετά πολύτιμα για μεταμοσχεύσεις (για παράδειγμα, \$500 έως \$1.000, κάτι που θεωρείται πιθανό), οι ανήθικες γυναίκες μπορεί να μένουν έγκυες, να αναπτύσσουν τα αγέννητα παιδιά τους μέχρι την 'βέλτιστη' ηλικία (20 έως 28 εβδομάδες), και στη συνέχεια να τα πωλούν σε κλινικές εκτρώσεων για 'διανομή'.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτή η ειδεχθής πρακτική θα θεωρηθεί από τα μέσα ενημέρωσης ως 'εύπλαχνη απόκριση' προς αυτούς που πάσχουν από ασθένειες και καταστάσεις που μπορούν να βελτιωθούν με

χρήση εμβρυακού ιστού. Ο τύπος θα επιδοκιμάσει οπωσδήποτε τις γυναίκες αυτές και θα διαβάλει όσους αντιτίθενται.

Αστείες "εγγυήσεις".

Το κοινό καθησυχάζει την συλλογική του συνείδηση σχετικά με τέτοιες ωμότητες όπως είναι η χρήση οργάνων από έμβρυα, πείθοντας τον εαυτό του ότι οι άσκοπες "εγγυήσεις" που προτείνονται από τους βιοηθικολόγους έχουν κάποια ουσιαστική υπόσταση. Έτσι, στο όνομα της "προόδου" και της "ανοχής", το κοινό και η ιατρική 'κοινότητα' συνεχίζουν τον χορό της αμοιβαίας παραπλάνησής τους. Μερικές από αυτές τις προτάσεις θα μπορούσαν να είναι ιδιόρρυθμα διασκεδαστικές αν δεν ήταν τόσο εγγενώς μοχθηρές. Το 1988, κατά την ακροαματική διαδικασία ενώπιον του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας, ένας ερευνητής υποστηρικτής της χρήσης εμβρυακών οργάνων επέμενε ότι "Δεν θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες επιρροής των αποφάσεων των γυναικών σχετικά με την πραγματοποίηση έκτρωσης ή με το να πειστούν να δωρίσουν τους [εμβρυακούς] ιστούς."

Λίγα λεπτά αργότερα, ο ίδιος ερευνητής αναγνώρισε το ανέφικτο της συλλογιστικής αυτής, λέγοντας ότι, στη Σουηδία, όπου η χρήση εμβρυακών οργάνων είναι εκτεταμένη, "Η αντίδραση από τις περισσότερες γυναίκες είναι ότι ενθαρρύνονται προκειμένου να προκύψει τουλάχιστον κάτι 'καλό' από αυτήν την αρνητική εμπειρία της έκτρωσης."

Κίνητρο τα χρήματα

Η πρακτική της πώλησης ιστών από εκτρωμένα έμβρυα είναι ήδη διαδεδομένη, αν και οι γυναίκες που θανατώνουν τα παιδιά τους σπάνια

γνωρίζουν το γεγονός. Αυτοί που κάνουν τις εκτρώσεις μεταβάλλουν λίγο τη διαδικασία της έκτρωσης ώστε να μπορούν να επιτύχουν περισσότερο αβλαβή έμβρυα ή μέρη που μπορούν να πουληθούν καλά στη σημερινή αγορά εμβρυακών οργάνων.

Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων γνωρίζουν ότι τα βρέφη που εκτρώνονται ζωντανά φέρουν πολύ περισσότερο κέρδος από εκείνα που εκτρώνονται νεκρά. Συνεπώς, προκειμένου να εισπράξουν λίγα παραπάνω μετρητά από το αποτρόπαιο εμπόριό τους, έχουν επινοήσει διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι τα εκτρωμένα βρέφη θα διατηρηθούν ζωντανά ή θα θανατωθούν με τρόπο ώστε τα όργανά τους να μην καταστραφούν κατά την επέμβαση.

Το Δίκτυο Εμβρυακού Παγκρέατος (Fetal Pancreas Network), που οργανώθηκε το 1984, συμβουλεύει ότι ο καλύτερος 'ιστός από έκτρωση' λαμβάνεται από βρέφη 6 μηνών θανατωμένα με έκτρωση D&E. Ο Dr. Kurt Hirschhorn από το Νοσοκομείο Mt. Sinai της Νέας Υόρκης λέει ότι "Με prostaglandin, μπορεί κανείς να ρυθμίσει την όλη έκτρωση ώστε το έμβρυο να εξέλθει βιώσιμο, υπό την έννοια ότι μπορεί να επιζήσει μερικές ώρες ή μία ημέρα." Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων εκτιμούν επίσης "χρέωση παροχής υπηρεσιών" παρέχοντας νεκρά αγέννητα βρέφη σε εργαστήρια που ειδικεύονται σε πειράματα που απαιτούν εμβρυακό ιστό. Η "χρέωση" αυτή σήμερα έχει μέση τιμή \$25 ανά εκτρωμένο βρέφος. Πολλές από τις πιο ακραίες ωμότητες που διαπράττονται κατά των ζώντων πρώιμων βρεφών αναφέρονται υποτονικά στον τύπο και στα γνωστά ιατρικά περιοδικά με μεγάλη κυκλοφορία. Είναι ένα σημείο της αδιάφορης και άτολμης αποδοχής του κακού και της ωμότητας εκ μέρους της κοινωνίας μας το ότι οι αναφορές αυτές δεν προκαλούν κατακραυγή ως σκάνδαλα.

Στο ιατρικό περιοδικό "New England Journal of Medicine" της 18ης Μαΐου 1972 αναφέρθηκε ότι "Τα περισσότερα από τα βρέφη που εκτρώθηκαν με την τελευταία μέθοδο [δηλ., την υστερεκτομή, ή Καισαρική τομή], ήταν ακόμα ζωντανά όταν ρίφθηκαν σε μηχανή άλεσης ιστού για να ομογενοποιηθούν."

Σύμφωνα με το φύλλο της 15 Απριλίου 1973 της Washington Post, ο Dr. Gerald Gaull, Διευθυντής Παιδιατρικής στο Ινστιτούτο της Νέας Υόρκης για τη Βασική Έρευνα στην Νοητική Καθυστέρηση "... εγχέει ραδιενεργά χημικά στον ομφάλιο λώρο των εμβρύων... Ενώ η καρδιά κτυπά ακόμη, αφαιρεί τον εγκέφαλο, τους πνεύμονες, το ήπαρ και τα νεφρά για μελέτη."

Αγάπη μου, πέταξα το παιδί

Όπως πάντα, όταν πρόκειται για ανήθικες δραστηριότητες, η μυστικότητα στις υπεύθυνες πλευρές είναι θεμελιώδης. Όταν μια γυναίκα θανατώνει το παιδί της, το κάνει υπό την προστασία μιας ασπίδας μυστικότητας που παρέχεται από τη νομική εξουσία. Και όταν αυτός που κάνει την έκτρωση πωλεί το μικρό θλιμμένο σώμα, πρέπει επίσης να ενεργήσει με την μέγιστη μυστικότητα. Μάλιστα, είναι συνήθως διατεθειμένος να εγκαταλείψει την αιματηρή του "χρέωση" εάν υπάρχει πιθανότητα να εκτεθούν οι δραστηριότητές του.

Αυτό αποδείχθηκε πρόσφατα από τον James S. Bardsley, πρόεδρο του "Διεθνούς Ινστιτούτου για την Πρόοδο της Ιατρικής" (International Institute for the Advancement of Medicine), ενός αποτρόπαιου ιδρύματος διαλογής που παρέχει κάθε χρόνο εκατοντάδες κιλά εμβρυακού ιστού στους ερευνητές.

Η εταιρεία του διαφημίζει για "ειδικούς εκτρώσεων" που χρησιμοποιούν μια ειδική τεχνική έκτρωσης με αναρρόφηση που αφήνει

ανέπαφο το κεφάλι του βρέφους έτσι ώστε να μπορεί να αφαιρεθεί ο εγκέφαλος.

Η εταιρεία διαφημίζει επίσης για τα υπολείμματα βρεφών που εκτρώνονται στο δεύτερο τρίμηνο με διαμελισμό-απόξεση (D&E) και όχι με δηλητηρίαση με άλας, διότι με την πρώτη διαδικασία, το βρέφος είναι ακόμη ζωντανό όταν αρχίζει η έκτρωση και ο ιστός που θα προκύψει από την έκτρωση είναι πολύ περισσότερο φρέσκος.

Ο Bardsley αποκάλυψε πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η μυστικότητα σε αυτή την αποτρόπαιη πρακτική όταν παραδέχθηκε ότι "Στις περισσότερες περιπτώσεις, η γυναίκα δεν μαθαίνει καν ότι ο ιστός θα χρησιμοποιηθεί για ιατρική έρευνα."

Όταν η εταιρεία του επέμεινε οι κλινικές εκτρώσεων να ενημερώνουν τις γυναίκες ότι τα αγέννητα παιδιά τους θα πωλούνταν ως βιολογικά (ανακυκλώσιμα) "απορρίμματα", περισσότερες από τις μισές κλινικές απλά σταμάτησαν να προμηθεύουν ιστούς, παρά την προσοδοφόρο φύση της πρακτικής.

Η άρνηση αυτή είναι πολύ αποκαλυπτική. Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων αναγνώριζαν ότι οι γυναίκες θα απεχθάνονταν την ιδέα ότι τα βρέφη τους θα 'διαλύονταν'.

Το δίκαιο δίκαιο

Άλλη μία από τις πανταχού παρούσες "ηθικολόγους" της ιατρικής, υποστηρίκτρια των εκτρώσεων, η Marjorie Schultz, ανέφερε ότι, εφ' όσον οι ιατροί και οι εταιρείες μπορεί σύντομα να κερδίζουν εκατομμύρια από την πώληση μελών σώματος, η "προέλευση" - η γυναίκα - θα πρέπει επίσης να μπορεί να έχει κέρδος. Άλλωστε, το δίκαιο δίκαιο.

Άλλοι συγγραφείς είναι εξ ίσου χυδαία (και ειλικρινά) ωφελμιστές. Ο Harry Schwartz, μέλος της επιτροπής σύνταξης των New York Times, είπε ορθά-κοφτά ότι "Εάν μια φτωχή γυναίκα ζητά αποζημίωση για τη χρήση των ιστών από το εκτρωμένο της έμβρυο, πρέπει οπωσδήποτε να την λάβει αν κάποιος χρειάζεται τον ιστό και είναι διατεθειμένος να πληρώσει."

Τα μέσα ενημέρωσης δεν δίστασαν να προωθήσουν τους σκοπούς αυτών των τεράτων που τρέφονται με πτώματα. Ασυνείδητες 'μητέρες' έχουν ήδη εμφανιστεί στην εθνική τηλεόραση, επιμένοντας ότι μια τέτοια προσέγγιση είναι "λογική και εύπλαχνη."

Για παράδειγμα, η Rae Leith εμφανίστηκε στο πρόγραμμα "Nightline" του ABC και ανακοίνωσε ότι θέλει να κυήσει ένα βρέφος ειδικά για να το εκτρώσει με σκοπό τη μεταμόσχευση ιστών του εγκεφάλου του στον πατέρα της, ο οποίος έπασχε από τη νόσο του Parkinson.

Όπως είπε ένας συγγραφέας, είμαστε στο χείλος "... ενός νέου είδους υποκατάστατης μητρότητας, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες μένουν έγκυες με σκοπό να κάνουν εκτρώσεις και να πωλήσουν τα υπολείμματα του θύματος."

Αυτός είναι ένας ακόμη τρόπος προκειμένου η έκτρωση να προκαλεί την εκμετάλλευση των γυναικών. Μερικοί οπαδοί των εκτρώσεων έχουν ήδη προτείνει οι φτωχές γυναίκες να στραφούν στην "καλλιέργεια ιστών" αντί της προσφοράς κοινωνικού έργου.

Πώς θα λειτουργεί η αγορά

Όταν (όχι εάν) η λήψη εμβρυακών οργάνων καταστεί διαδεδομένη πρακτική, πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από νόσους οι οποίες υποτίθεται ότι βελτιώνονται από τη μεταμόσχευση εμβρυακών ιστών

αναμφίβολα θα αρνηθούν να συμμετάσχουν στην αποτρόπαιη επιχείρηση της χρήσης εκτρωμένων βρεφών, ακόμα και αν αυτή η ηθική στάση τους θα μειώσει σημαντικά τη διάρκεια της ζωής τους.

Ωστόσο, όπως συμβαίνει και με όλες τις άλλες τους προσπάθειες, οι δολοφόνοι των πρώιμων βρεφών είναι ειδικοί στην πειθώ και την εκλογίκευση των διαφόρων πλευρών του ρυπαρού τους επαγγέλματος προς λαϊκή κατανάλωση. Έτσι, είναι αναμενόμενο ότι περίπου πέντε εκατομμύρια άνθρωποι θα κάνουν χρήση των προϊόντων των εμβρυακών ιστών σε συστηματική βάση.

Αυτό σημαίνει ότι η συνολική ποσότητα εμβρυακού ιστού που απαιτείται για την ικανοποίηση της ζήτησης αυτών των "νεο-βρυκολάκων" θα μετράται σε τόνους κάθε χρόνο.

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

Υπό τέτοιες συνθήκες αγοράς -- ανεξάρτητα του θεωρουμένου 'προϊόντος' -- εξελίσσεται οπωσδήποτε ένα συγκεκριμένο σύνολο συνθηκών. Αυτές περιλαμβάνουν τις εξής: ιδιαίτερα αυξημένες τιμές (έτσι οι φτωχοί θα αποκλειστούν από τις επεμβάσεις αυτές), ακμάζουσα μαύρη αγορά, την κύηση και πώληση πρώιμων βρεφών, την εισαγωγή εμβρυακών ιστών από φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες, κάτι που αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε σοβαρές καταχρήσεις στις χώρες εκείνες, και επιχειρηματίες που θα ενθαρρύνουν τις γυναίκες να κάνουν έκτρωση όσο το δυνατόν αργότερα με χρηματική αμοιβή, με αποτέλεσμα την αύξηση των θανάτων στις μητέρες και των επιπλοκών λόγω των πιο επικίνδυνων διαδικασιών έκτρωσης των τελευταίων σταδίων της κύησης.

Ο Jack ("Αμιοσταγής") Kenorkian, ο συνταξιούχος παθολόγος του Michigan που βοηθά τους ανθρώπους να αυτοκτονούν, συζητά τη

μελλοντική μορφή που μπορεί να πάρει το εμπόριο οργάνων ενηλίκων: "Φαίνεται περισσότερο εύπλαστο και λογικό να υπάρχει ένας συγκεκριμένος αριθμός πλουσίων, που πεθαίνουν από νεφροπάθειες, οι οποίοι αγοράζουν νεφρά από μια πηγή που επεκτείνεται πολύ λόγω της αγοραστικής τους δύναμης και έτσι επιζούν, ενώ ένας συγκεκριμένος αριθμός φτωχών που πεθαίνουν υποκύπτει εξ αιτίας της ανισότητας στην αγοραστική δύναμη... οι πλούσιοι μπορεί να προτιμούν να αγοράζουν πολύ ακριβά, "υψηλής ποιότητας" νεφρά από δωρητές που βρίσκονται στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα και να αφήνουν τα περισσότερα ή όλα τα δωρεάν ή φθηνά, "χαμηλής ποιότητας" όργανα από δωρητές "της σειράς" στους φτωχούς -- βελτιώνοντας έτσι ουσιαστικά την ποιότητα."

Αυτό που διαβλέπει ο Kenorkian είναι ένα νέο εμπόριο μελών του ανθρωπίνου σώματος, κάτι που προέβλεψε ακριβώς ένας συγγραφέας επιστημονικής φαντασίας πριν 20 χρόνια περιγράφοντας μια τάξη 'οργανο-πόδων.'

Επειδή η χώρα μας (ΗΠΑ) τιμά τους ενήλικες ανθρώπους τόσο περισσότερο απ' ό,τι τα αγέννητα παιδιά, η πρόταση του Kenorkian είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα υλοποιηθεί και στον τομέα της λήψης ιστών από έμβρυα.

Αλλά γιατί να σταματήσουμε στα αγέννητα παιδιά;

'Μικρά τέρατα'

Όπως πάντα, οι ηθικές 'πρόοδοι' προς τον θάνατο κινούνται στο μονοπάτι το στρωμένο με πτώματα βήμα προς βήμα. Εάν δεν θέλουμε να σπαταλήσουμε τον πολύτιμο ιστό από νεκρά εκτρωμένα βρέφη και από ζώντα εκτρωμένα βρέφη, οπωσδήποτε δεν θέλουμε να σπαταλήσουμε και τους ιστούς των νεογνών που πρόκειται ούτως ή άλλως να πεθάνουν. Για παράδειγμα, ας πάρουμε αυτά που οι αμερικανοί αθεϊστές ονομάζουν

άκαρδα "μικρά τέρατα", τα βρέφη εκείνα που γεννιούνται χωρίς εγκεφαλικό φλοιό.

Αυτή η σπάνια κατάσταση λέγεται ανεγκεφαλία και συμβαίνει περίπου μία φορά στις 30.000 γεννήσεις. Το βρέφος γεννιέται χωρίς τον κύριο (άνω) εγκεφαλικό όγκο, διαθέτει όμως το εγκεφαλικό στέλεχος που ελέγχει τις βασικές λειτουργίες του σώματος. Το βρέφος μπορεί να αναπνέει, να κινείται, να αισθάνεται πόνο και να κλαίει. Τα βρέφη αυτά συνήθως δεν ζουν περισσότερο από τρεις μήνες. Η θνησιμότητα είναι περίπου 90% την πρώτη εβδομάδα, παρ' όλο που μερικά ζουν αρκετά χρόνια. Μια οικογένεια στο Connecticut μεγάλωσε με επιτυχία δύο τέτοια παιδιά σε ηλικία μεγαλύτερη των πέντε ετών.

Μικροσκοπικές καλλιέργειες οργάνων

Καθώς τα βρέφη αργοπεθαίνουν, το ίδιο συμβαίνει και με όλα τους τα όργανα. Όταν διαπιστωθούν 'εγκεφαλικώς νεκρά', τα όργανά τους δεν είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση.

Το Νοσοκομείο Loma Linda Hospital στην California βλέπει αυτά τα παιδιά ως ουρανόσταλη ευκαιρία για έρευνα και μεταμόσχευση. Αυτό το ερευνητικό κέντρο σε κάποια φάση κρατούσε τα βρέφη αυτά ζωντανά έτσι ώστε τα όργανά τους να είναι φρέσκα για αφαίρεση όταν θα βρισκόταν κατάλληλος δέκτης. Στη συνέχεια θα θανατώνονταν (ανώδυνα, φυσικά), και τα όργανα θα αφαιρούνταν από τα μικρά τους σώματα.

Ίσως ένας λόγος για τον οποίο αυτά τα φτωχά βρέφη είναι τόσο εύκολοι στόχοι λήψης οργάνων είναι η μη ελκυστική τους εμφάνιση. Πολλά από αυτά δεν έχουν κρανίο πάνω από τα φρύδια ή έχουν κρανιακές διαμορφώσεις με ομολογουμένως ασυνήθιστη εμφάνιση.

Μόνο ένα μικρό πρόβλημα...

Βέβαια, υπάρχει μια μικρή προβληματική λεπτομέρεια (τίποτα όμως άξιο λόγου): Τα βρέφη είναι ακόμη ζωντανά.

Τώρα τι μπορούμε να κάνουμε για να αποφύγουμε αυτό το ενοχλητικό μικρό εμπόδιο; Θα μπορούσαμε κάλλιστα να επανορίσουμε τον "θάνατο" και να χαρακτηρίσουμε τα νεογνά με ανεγκεφαλία ως "νεκρά"!

Και γιατί όχι; Τα αγέννητα βρέφη δεν είναι ζωντανά, λοιπόν ας ορίσουμε και τα άλλα με τον ίδιο τρόπο!

Στην ετήσια συνάντηση του 1990 της Εθνικής Ιατρικής Ενώσεως (National Medical Association), στο Las Vegas, ο Dr. Mark Evans πρότεινε σοβαρά ότι υπήρχε μια ιδιαίτερη ευνοϊκή "... πιθανότητα δημιουργίας ενός νέου νομικού ορισμού προκειμένου να επιτραπεί στους ιατρούς να δηλώνουν τα ανεγκεφαλικά νεο-γεννηθέντα ως 'ελλείποντα εγκεφάλου' και συνεπώς νομικώς νεκρά, έτσι ώστε τα όργανά τους να μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση."

Παρατηρήστε τη χρήση λέξεων από τον Evans που αφαιρούν τον χαρακτήρα του ανθρώπου: δεν αποκαλεί τα βρέφη "νεογέννητα". Είναι "νεο-γεννηθέντα" ("neonates").

Φυσικά, και οι νομικοί μπαίνουν σε αυτή την παράδοξη και φοβερή πράξη. Η πρώτη προσπάθεια αποχαρακτηρισμού των βρεφών με ανεγκεφαλία από την ιδιότητα του ανθρώπου έγινε τον Φεβρουάριο του 1986, όταν ο Γερουσιαστής της California Milton Marks παρουσίασε το νομοσχέδιο 2018, πῶς απλά ανέφερε: "Ένα άτομο που γεννάται στην κατάσταση της ανεγκεφαλίας είναι νεκρό."

Όταν οι ενδιαφερόμενοι αποκτήσουν ελεύθερη πρόσβαση να λεηλατήσουν τα μικρά σώματα των βρεφών με ανεγκεφαλία, θα στοχεύσουν αναπόφευκτα σε άλλες ομάδες ανυπεράσπιστων βρεφών. Η ειδικός Dr. Jacquelyn Bamman, μεταξύ άλλων, διαπιστώνει ότι η θανάτωση δεν θα σταματήσει ποτέ με τα βρέφη με ανεγκεφαλία. Όταν αυτά χρησιμοποιηθούν, θα βρεθούν άλλοι πιθανοί ακούσιοι "δότες", όπως τα νεογνά με ασθένειες Tay-Sachs, Werdnig-Hoffman, υδρεγκεφαλία, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία βαθμού IV, καθώς και τρισωμία 13, 18 και 21.

Έχουμε ξαναπεράσει από τον δρόμο αυτόν

Οι 'διαφορετικοί' είναι πάντα εύκολος στόχος στην κοινωνία: Οι λεπροί, οι ανάπηροι, οι καθυστερημένοι, οι μαύροι, οι Εβραίοι, και τώρα τα φτωχά βρέφη που γεννιούνται με παράξενη ή ξενίζουσα εμφάνιση χωρίς δικό τους σφάλμα.

Στη δίκη της Νυρεμβέργης, ο Dr. Julius Hallervorden υπερασπίστηκε τον εαυτό του λέγοντας στο δικαστήριο: "Άκουσα ότι επρόκειτο να το κάνουν αυτό και έτσι τους είπα: 'Κοιτάζτε παιδιά, αν πρόκειται να σκοτώσετε όλους αυτούς τους ανθρώπους, τουλάχιστον βγάλτε τους τον εγκέφαλο, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υλικό αυτό'."

Στην ουσία, χρησιμοποιήθηκε ίδια γλώσσα από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των ΗΠΑ 40 χρόνια αργότερα, τον Οκτώβριο του 1988, στην Έκθεση της Επιτροπής για τον Ανθρώπινο Εμβρυακό Ιστό (Draft Report of the Human Fetal Tissue Transplant Panel): "Εφ' όσον πρόκειται για ιστούς πτωμάτων [από εκτρώσεις] με τους οποίους ασχολούμαστε, και εφ' όσον κανονικά θα απορρίπτονταν, και εφ' όσον η έρευνα επί αυτών των ιστών υπόσχεται την διάσωση αμέτρητων ζωών

και την αναίρεση του πόνου αμέτρητων άλλων, βρίσκουμε τη χρήση τέτοιων ιστών αποδεκτή."

Ο Γερουσιαστής Brock Adams [D.-Wa.] είπε "Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τον ιστό σε ό,τι γνωρίζουμε ότι μπορεί να είναι σωτήρια έρευνα, ή μπορούμε να τον θάψουμε. Αυτή είναι η επιλογή." Και ο συνδικαλισμένος αρθρογράφος James J. Kilpatrick κατέληξε ότι "Από το θλιβερό γεγονός της εκτρώσεως, που στερεί μια εν δυνάμει ζωή, τουλάχιστον θα πρέπει να περισώσουμε τη διάσωση μιας άλλης."

Αυτή η γλώσσα θυμίζει τρομακτικά τη γλώσσα που χρησιμοποιούσαν οι Ναζιστές 'γιατροί' στα τμήματα ιατρικού πειραματισμού των στρατοπέδων συγκεντρώσεως του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Ίσως οι σύγχρονοι επαγγελματίες του ιατρικού χώρου και οι πολιτικοί να είναι τόσο πολύ τυλιγμένοι στην γοητευτική προπαγάνδα της κίνησης ενάντια στη ζωή και να μην μπορούν να κοιτάζουν ούτε εμπρός ούτε στο παρελθόν.

Ο ολισθηρός ορισμός του "Θανάτου"

"Με τη μεγάλη πρόοδο που έχει επιτελεστεί στην τεχνολογία υποστήριξης της ζωής και στην μεταμόσχευση οργάνων, οι νεκροί σήμερα έχουν πραγματικά πολλή 'πρωτεΐνη' να μας προσφέρουν -- υπό τη μορφή οργάνων και μελών. Είμαστε οι 'Νεο-κανίβαλοι.'"

Kathleen Stein, Περιοδικό Omni.

Εισαγωγή

Τα βάθη των ανεξερεύνητων νερών στα οποία ορμήσαμε, υποδεικνύονται από το γεγονός ότι ούτε οι λέξεις "ζωή" και "θάνατος" έχουν πλέον σταθερή σημασία.

Ο όρος "θάνατος" παραδοσιακά και λογικά σήμαινε την ολική και μη αναστρέψιμη παύση της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Το Νοσοκομείο Loma Linda Hospital και άλλες ιατρικές ομάδες θα ήθελαν τώρα να δημιουργήσουν ένα νέο ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο ανθρώπινες υπάρξεις που αναπνέουν και έχουν χτύπο καρδιάς θα διατηρούνται με μόνο σκοπό τη λεηλασία των οργάνων τους, και ωστόσο θα χαρακτηρίζονται 'νεκρές'.

Αυτός ο νέος ορισμός, που συνήθως καλείται 'εγκεφαλικός θάνατος', είναι η "...μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους", και χρησιμοποιείται "όταν οι αναπνευστικές συσκευές και άλλες θεραπείες κάνουν το παραδοσιακό πρότυπο αναξιόπιστο."

Οι "Νέοι Νεονεκροί"

Το Νοσοκομείο Loma Linda, άλλα υγειονομικά ιδρύματα και πολλοί ηγετικοί 'βιοηθικολόγοι' μπορούν τώρα να δικαιολογήσουν τον επαναχαρακτηρισμό των νεογνών με ανεγκεφαλία και άλλων νηπίων που αναπνέουν και οι καρδιές τους χτυπούν ως "νεκρών". Συνεπώς, δεν υπάρχει απολύτως κανείς λόγος και οι ενήλικες που βρίσκονται σε κώμα και οι οποίοι ανταποκρίνονται σε αυτή την περιγραφή να μην ενταχθούν στη μοίρα των 'νέων μη ζώντων'.

Οι δυνατότητες χρήσης νέας γλώσσας και παραπλανητικών εκφράσεων στο νέο αυτό πεδίο είναι σχεδόν απεριόριστες.

Σε ένα άρθρο με κωμικό τίτλο "Προτάσεις ένταξης των νεκρών στην έρευνα", ο Jim Detjen προτείνει τους εξής νέους 'ορισμούς':

"Νεονεκρός: Σώμα που διατηρείται τεχνητώς στη ζωή από συστήματα διατήρησης της ζωής για να χρησιμοποιηθεί για φαρμακευτικές έρευνες, ανάπτυξη νέων χειρουργικών τεχνικών,

εξάσκηση νέων χειρουργών και ως χώρος αποθήκευσης αίματος και οργάνων.

Νεοεκροτομεία: Χώροι αποθήκευσης των σωμάτων των εγκεφαλικά νεκρών διότι τέτοιοι χώροι αποθήκευσης θα έλυναν το δίλημμα της αποθήκευσης ορισμένων οργάνων έξω από τα σώματα."

Ο Willard Gaylin, πρώην πρόεδρος του Ινστιτούτου της Κοινωνίας, της Ηθικής και των Επιστημών της Ζωής ("Hastings Institute"), θα ήθελε να δει τους ενήλικες που βρίσκονται σε κώμα ("νεοεκρούς") στοιβαγμένους σε ειδικούς χώρους ("βιοκαταστήματα" - "bioemporiiums") με σκοπό την λήψη οργάνων και τον πειραματισμό σε ζώντα οργανισμό.

Ένας άλλος συγγραφέας περιγράφει τους στόχους του Gaylin: "Θα μπορούσαν να προκληθούν διάφορες ασθένειες στους νεοεκρούς, και να δοκιμαστούν διάφορες θεραπείες, και έτσι θα προστατεύονταν οι ζώντες ασθενείς από το να γίνουν "πειραματόζωα" σε πειραματικές επεμβάσεις και θεραπείες... Οι νεοεκροί θα μπορούσαν να παρέχουν σταθερή πηγή αίματος, εφ' όσον θα μπορούσαν να υποβάλλονται τακτικά σε αφαιμάξη... Θα ήταν δυνατή η λήψη μυελού των οστών, χόνδρων και δέρματος, καθώς και η κατασκευή ορμονών, αντιτοξινών και αντισωμάτων στους νεοεκρούς... Για να γίνει αυτό, σημειώνει [ο Gaylin], θα πρέπει να δεχθούμε την έννοια "υπόστασης προσώπου" ως διαφορετική της έννοιας "ύπαρξης ζωής" για τους ενήλικες, όπως κάνουμε τώρα με τα έμβρυα."

Ίσως ο Dr. Robin Cook ήταν επηρεασμένος από την τρομακτική φύση των απόψεων του Gaylin όταν έγραψε το ιατρικό του μπεστ-σέλλερ θρίλερ "Κώμα".

Η εκπρόσωπος του Αμερικανικού Συμβουλίου Ασφάλειας Ζωής Ronna Klingenberg έχει δηλώσει ότι το 2000 η χώρα θα διαθέτει αφθονία "νεοεκρών" γιατί θα έχουμε δικαίωμα να πωλούμε τα όργανά μας όταν

πεθάνουμε έτσι ώστε να παράγουμε χρήματα για να διασκεδάσουμε πιο πολύ στη ζωή τώρα. Είπε επίσης ότι σύντομα οι άνθρωποι θα έχουν δικαίωμα να "διαλέξουν ανώδυνο θάνατο με άφθονη χρήση ηρωίνης και τεχνικών ελέγχου του νου" και ότι τα ταξιδιωτικά γραφεία θα προσφέρουν "περιπετειώδεις θανάτους". Αυτό σημαίνει ανθρώπους που θα αυτοκτονούσαν ηρωικά σε ένα εντυπωσιακά στημένο σκηνικό. Τέτοια σενάρια θα σχεδιάζονταν από ένα "μηχανικό μελέτης του στυλ ζωής."

Τα μέλη των βρεφών είναι σπουδαία επιχείρηση

Οι έμποροι του θανάτου

Όταν δημοσιεύεται μια ηθικά αμφίβολη ιατρική "πρόοδος", οι επαγγελματίες αμφιβόλου χαρακτήρος του ιατρικού επαγγέλματος μαζεύονται ως σμήνος γύρω από τη νέα τεχνολογία σαν αρπακτικά γύρω από πτώμα.

Εφ' όσον η δυνατότητα κέρδους από τη λήψη εμβρυακών οργάνων είναι σχεδόν απεριόριστη, είναι αναπόφευκτο οι ιατροί και άλλοι χωρίς ιδιαίτερο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή -- η



την ιατρική δεοντολογία -- να χρησιμοποιήσουν την ευκαιρία να αρμέξουν τα βρέφη μέχρι να βγάλουν όλα τα χρήματα που αξίζουν.

Και μερικές φορές συλλαμβάνονται με τα χέρια τους στη ματωμένη γυάλα με το γλυκό.

Οι έμποροι

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

Η εταιρεία Flow Labs έχει πωλήσει πολύ από τον εμβρυακό ιστό στο Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας για Μολυσματικές Ασθένειες του Αμερικανικού Στρατού, στο Fort Detrick του Maryland. Τα κύτταρα αυτά χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές του Στρατού για την απομόνωση των αιτιών πολλών ασθενειών, μεταξύ των οποίων ο αιμορραγικός πυρετός.

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

Το 1976, η Washington Post αποκάλυψε ότι το Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας Columbia εισέπραξε περισσότερα από \$68.000 για τα όργανα των βρεφών που είχαν θανατώσει οι γιατροί που εκτελούσαν τις εκτρώσεις. Στο φύλλο της 21 Μαρτίου 1977 η Village Voice ανέφερε ότι αυτοί οι "γιατροί" είχαν παροτρύνει μητέρες κοινωνικής προσφοράς να περιμένουν και να πραγματοποιήσουν εκτρώσεις στα τελευταία στάδια

της κηίσεως διότι από αυτά τα βρέφη λαμβάνονται περισσότερα και καλύτερα ανεπτυγμένα όργανα.

Οι "Καλλιτέχνες"

Δεν είναι αρκετό για τους οπαδούς των εκτρώσεων να θανατώνουν τα αγέννητα βρέφη κατά εκατομμύρια. Πρέπει ακόμα να γελάσουν με αυτούς που θρηνούν τη σφαγή, διαπράττοντας την απώτατη αθλιότητα. Μετασηματίζουν τα μικρά θλιμμένα τους θύματα σε 'τέχνη.'

Έτσι τα αγέννητα παιδιά, αντί να αντιμετωπιστούν ως τα θαυμαστά έργα του Θεού όπως και είναι, μειώνονται σε αντικείμενα συζήτησης και γελοιοποίησης.

Αυτό δεν αποτελεί απλά αποκύημα της φαντασίας μερικών σπανίων αρρώστων μυαλών. Μετατρέποντας τα εκτρωμένα παιδιά σε 'τέχνη', οι οπαδοί των εκτρώσεων περιγελούν τους εχθρούς των εκτρώσεων -- και τον Θεό. Λένε, στην ουσία, "Δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα να σταματήσετε τις εκτρώσεις, διότι είναι νόμιμες. Έτσι προχωρούμε ένα βήμα παραπάνω και κάνουμε τα βρέφη αυτά σκουλαρίκια και πρεσ-παπιέ για να σας δείξουμε πόσο αδύνατοι είστε."

Κατά την περίοδο 1985 έως 1990, αρκετοί αυτοαποκαλούμενοι 'καλλιτέχνες' κατασκεύαζαν σκουλαρίκια και άλλα είδη που εμφάνιζαν πρώιμα παιδιά σε κέλυφος πλαστικό ή πλεξιγκλάς. Αυτά τα "έργα" λάμβαναν εκτενείς επαίνους από τους κριτικούς τέχνης.

Το 1989, η "Επίδειξη εκφυλισμένης τέχνης" δέχθηκε μια συμβολική επιχορήγηση \$500 (National Endowment of the Arts (NEA)) από τον "Χώρο του Καλλιτέχνη." Στην επίδειξη αυτή υπήρχε ένα έκθεμα της Σων Άιχμαν (κάμμία σχέση με τον Αδόλφο), με όνομα "Βιτρίνα αλχημείας", που εμφάνιζε το δικό της διαμελισμένο βρέφος που

εκτρώθηκε στο δεύτερο τρίμηνο, δίπλα στην υποχρεωτική κρεμάστρα από στριμμένο σύρμα ως πολιτική δήλωση.

Ένας άλλος 'καλλιτέχνης' που αυτοαποκαλείται Ιστός Αράχνης, είναι ένας "χαράκτης δέρματος" ο οποίος αγόρασε ένα εκτρωμένο κατά το τελευταίο στάδιο βρέφος από μια κλινική εκτρώσεων για \$300, δημιούργησε ένα τατού μιας καρδιάς στο στήθος του και το εξέθεσε σε μια επίδειξη 'τέχνης' με τίτλο "Ερ: Ποιος είναι αυτός; Απ: Έμβρυο με τατού."

Οι ιδιώτες με διεστραμμένα και άρρωστα μυαλά δεν είναι οι μόνοι στην επιχείρηση εμφάνισης των αξιοθρήνητων μικρών σωμάτων των εκτρωμένων βρεφών ενώπιον όλων. Μερικές εταιρείες ιατρικών προμηθειών βγάζουν και μερικά γρήγορα δολάρια μετατρέποντάς τα σε (δεν πρόκειται για δική μου εφεύρεση) πρεσ-παπιέ!

Η εταιρεία Turtox, θυγατρική της MacMillan Science Company, εξέδωσε ένα κατάλογο με τίτλο "Turtox '76: Turtox/Cambosco Life and Physical Science". Στη σελίδα 183 του καταλόγου, υπό τον τίτλο "Πλαστικές Ενσωματώσεις της Turtox", εμφανίζει ένα εκτρωμένο στον τέταρτο μήνα βρέφος, σφραγισμένο σε πλαστικό, με την εξήγηση:

"Αυτά τα έμβρυα ποικίλλουν από [sic] 3 έως 4 μήνες στην ηλικία. Έχουν κοπεί κατά μήκος της μέσης, καθαριστεί και τοποθετηθεί με φυσικό τρόπο. Δηλώστε την ηλικία ή τις ηλικίες που προτιμάτε. [Αριθμός καταλόγου] D10.100, \$97.50.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: κατά περιόδους μπορεί να κυκλοφορήσουν ηλικίες διαφορετικές από τις παραπάνω. Παρακαλούμε γράψτε μας για τις τελευταίες πληροφορίες."

Και οι υποστηρικτές

Καμία από τις ωμότητες που περιγράφηκαν παραπάνω δεν θα μπορούσε να συμβεί χωρίς μια πληθώρα 'διακεκριμένων, σημαντικών' επιχειρήσεων που κραυγάζουν για το αίμα (και τα μέλη) ανυπεράσπιστων εκτρωμένων βρεφών.

Οι παρακάτω επιχειρήσεις, που αντιπροσωπεύουν περισσότερους από τα τρία τέταρτα των ιατρών της χώρας, υπέβαλαν μαρτυρίες ενώπιον του Κογκρέσου υπέρ του πειραματισμού με έμβρυα και της λήψης οργάνων από αυτά.

Οργανισμοί που υποστηρίζουν τη λήψη εμβρυακών οργάνων

Το απώτατο βδέλυγμα έχει ήδη φθάσει!

Ήταν απολύτως αναπόφευκτο ότι θα φθάναμε τελικά πολύ μακρύτερα από την λήψη οργάνων από νεκρά και ζωντανά βρέφη και από ανάπηρα νεογνά, αλλά φαίνεται ότι παραπατάμε συνεχώς μέσα στην προθυμία μας να πάμε στην κόλαση όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Όπως ανέφερε στο φύλλο της 9ης Αυγούστου 1988 η ιταλική εφημερίδα "Il Tempo" και το τεύχος της 10ης Δεκεμβρίου 1988 του "America", έξη Παραγουανοί συνελήφθησαν τον Ιούλιο του 1988 γιατί σχεδίαζαν να πουλήσουν επτά αρσενικά νήπια 3 έως 6 μηνών για όργανα στις ΗΠΑ. Τα νήπια είχαν ήδη "συλλεγεί" διάφορες πηγές, και απλά περίμεναν τη σφαγή. Οι Παραγουανοί κατέθεσαν ότι αυτό το έκαναν επί έτη και ότι η πρακτική είναι "συνήθης".

Οι συλληφθέντες πωλούσαν τα βρέφη σε μεσάζοντες, οι οποίοι τα μετέφεραν στις ΗΠΑ στα χέρια γυναικών που είχαν προσληφθεί να φέρονται ως 'μητέρες' τους (παρεμιπιπόντως, τα βρέφη ταξίδευαν δωρεάν), και κατόπιν παραδίδονταν σε εταιρείες αγνώστου ταυτότητας

στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τους συλληφθέντες, ασφαλώς δεν υπήρχε έλλειψη ζήτησης στις ΗΠΑ για ζωντανά, υγιή, ανεπιθύμητα βρέφη.

Σκιές του Άουσβιτς! Ο Μένγκελε ζει -- εδώ, στη χώρα των ελευθέρων!

Αλλά ποια κοινωνία μπορεί να επιχειρηματολογεί με αξιώσεις ενάντια σε αυτήν και άλλες 'προωθημένες' πρακτικές, όταν η ίδια κοινωνία έχει δώσει την ευλογία της για τη λήψη οργάνων από νεογνά με ανεγκεφαλία; Η αναπόφευκτη κατάβαση προς την αιώνια καταδίκη δεν μπορούσε να είναι σαφέστερη, και είμαστε σχεδόν εκεί, όπως φαίνεται παρακάτω.

Ο ΔΡΟΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΑΟΥΣΒΙΤΣ -- Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ!

1973: ΕΚΤΡΩΣΗ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΛΟΓΟ

1986: ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ

1987: ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΑΝΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΟΓΝΑ

1988: ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΥΓΙΗ ΝΕΟΓΝΑ

1995;: ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ;

Εάν το τελευταίο βήμα μοιάζει λίγο εξεζητημένο, αναλογιστείτε ότι ο Jack ("Αμιοσταγής") Kenorkian έχει συστήσει την λήψη των οργάνων των εγκληματιών. Και η συνδικαλισμένη οπαδός των εκτρώσεων Ellen Goodman, που είναι πάντα έτοιμη και πρόθυμη να εφορμήσει στους ανυπεράσπιστους, έγραψε ότι "Πραγματικά, μία από τις εμφανέστερες νέες εντυπώσεις από την συνέλευση [PVS] είναι πώς η γλώσσα της "ανικανότητας" εφαρμόζεται σε εκείνους που βρίσκονται σε μια διαρκή κατάσταση φυτού. Χρησιμοποιείται στα δικαστήρια εναντίον οικογενειών που θέλουν να σταματήσουν τη θεραπεία αυτών που δεν έχουν συνείδηση και να τους αφήσουν να πεθάνουν. Χρησιμοποιείται από συνηγόρους όπως ο James Borpp του Εθνικού Νομικού Κέντρου για τους Ιατρικώς Εξαρτημένους και Ανίκανους, οι οποίοι κατηγορούν

οικογένειες όπως του Ryan [Amerman] και της Christine [Busalacchi] για "υποτιμημένη, ανάξια ζωή με βάση την ανικανότητα."

"Υπάρχει σε αυτό κάτι όχι μόνο παραπλανητικό, αλλά απάνθρωπο. Το να περιγράφεται ένας ασθενής PVS ως ανίκανος, όπως το έθεσε ο ηθικολόγος George Annas, είναι σαν "να περιγράφεται μια χιονοθύελλα της Minnesota ως βροχόπτωση". Η χρήση κεφαλαίων που προορίζονται για εκείνους που μπορούν να ωφεληθούν από εκείνους που δεν μπορούν είναι κάτι ανάμεσα στη διαστροφή και στην ανηθικότητα.

"Υπάρχουν βέβαια ολισθηρές πλευρές. Αλλά οι ασθενείς που βρίσκονται σε μια διαρκή κατάσταση φυτού δεν είναι άνθρωποι με μειωμένη ποιότητα ζωής. Είναι άνθρωποι χωρίς ποιότητα ζωής. Πρέπει να κοιτάξουμε ευθέως αυτήν την πραγματικότητα.

"Το να εφαρμόζει κανείς τη γλώσσα της ανικανότητας σε ανθρώπους που βρίσκονται διαρκώς χωρίς συνείδηση δεν σημαίνει ενδυνάμωση αλλά μείωση της γλώσσας και της βάσης της. Πρόκειται για εμπαιγμό των καλύτερων προθέσεών μας..."

Η Goodman, όπως και οι ομόγνωμοί της, βλέπει την ανθρώπινη ζωή καθαρά από μια ωφελμιστική οπτική γωνία "ποιότητας ζωής", και χρωματίζει εκείνους που δίνουν αξία σε όλες τις ανθρώπινες ζωές "απάνθρωπους", "πλάνους", "διεφθαρμένους" και "ανήθικους". Αυτή -- και άλλοι που έχουν την ίδια απάνθρωπη φιλοσοφία -- δεν θα είχαν καμία αντίθεση στη λήψη των οργάνων των "διαρκώς σε κατάσταση φυτού" προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των "πραγματικών" ανθρωπίνων υπάρξεων.

Η διαμάχη για το εμβρυακό κολλαγόνο

"Υπάρχει ένα επίμονο ψέμα που λέγεται από ορισμένες ομάδες οι οποίες είναι ενάντιες στην έκτρωση ότι μια ουσία που ονομάζεται "κολλαγόνο" ("collagen") παράγεται από έμβρυα που πωλούνται από κλινικές εκτρώσεων σε εταιρείες καλλυντικών."

Planned Parenthood (Οργάνωση για τον προγραμματισμό των γεννήσεων).

Η κατάσταση στις ΗΠΑ

Από καιρού εις καιρόν, έρχεται στην επιφάνεια ο ισχυρισμός ότι οι κλινικές εκτρώσεων πωλούν σώματα εμβρύων σε μεγάλες εταιρείες καλλυντικών προκειμένου αυτά να "χρησιμοποιηθούν" για το κολλαγόνο τους. Αυτή η φήμη είναι επίμονη και φαίνεται να έχει δική της ζωή, αλλά δεν υπάρχει απόδειξη τέτοιας πρακτικής -- τουλάχιστον, όχι στις ΗΠΑ.

Καμία Αμερικανική εταιρεία καλλυντικών δεν θα διακινδύνευε την τρομακτική δημοσιότητα που θα προκαλούσε μια τέτοια πρακτική απλώς και μόνο για το αμφίβολο προνόμιο να περιλαμβάνει τις λέξεις "εμβρυακό κολλαγόνο" στον κατάλογο των περιεχομένων, ιδιαίτερα όταν άλλες πηγές παρέχουν πολύ μεγαλύτερο όγκο κολλαγόνου σε πολύ χαμηλότερη τιμή.

Για παράδειγμα, το εκχύλισμα του ανθρώπινου πλακούντα χρησιμοποιείται σε πολλά καλλυντικά, αλλά δεν υπάρχει κάτι ανήθικο σε αυτή την ομολογουμένως αλλόκοτη πρακτική. Τα νοσοκομεία συνήθως πωλούν τους πλακούντες περίπου 1 δολάριο το κομμάτι σε φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες καλλυντικών οι οποίες στη συνέχεια εξάγουν ορμόνες και πρωτεΐνες προς χρήση σε προϊόντα όπως είναι το TiaZolin Placenta, ένα προϊόν για τα μαλλιά.

Ακόμη παραδοξότερη είναι η πρακτική της 'πλακουντοφαγίας', η χρήση του πλακούντα ενός νεογνού ως φαγητού. Σύμφωνα με αυτούς που έχουν δοκιμάσει αυτό το τόσο εξωτικό πιάτο, οι πλακούντες μπορούν να βραστούν με αλατόνερο, να τηγανιστούν με βούτυρο και σκόρδο, να τηγανιστούν μαζί με λαχανικά, ή να γίνουν σωτέ με κρασί ή μπαχαρικά. Γι' αυτούς που θέλουν πραγματικά να ξέρουν, ο ανθρώπινος πλακούντας έχει οσμή συκωτιού κατά το μαγείρεμα και γεύση συκωτιού ή νεφρού.

Η FDA απαντά

Σε μια απόκριση του 1985 προς την Εθνική Επιτροπή για το Δικαίωμα στη ζωή (National Right to Life Committee), η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (United States Food and Drug Administration - FDA) ανέφερε ότι "Έχουμε λάβει πολυάριθμες ερωτήσεις από ενδιαφερομένους ιδιώτες και οργανισμούς σχετικά με τη χρήση κολλαγόνου σε καλλυντικά. Παρ' όλο που σε αρκετές από αυτές τις ερωτήσεις υπάρχει ο ισχυρισμός ότι η πηγή του κολλαγόνου των καλλυντικών είναι εκτρωμένα έμβρυα, σε καμία δεν υπήρξε η δυνατότητα ή η προθυμία να παρασχεθούν στέρεες πληροφορίες ότι πράγματι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Δεν διαθέτουμε άλλες ενδείξεις ότι χρησιμοποιείται υλικό από ανθρώπινα έμβρυα ως πηγή είτε εκχυλίσματος πλακούντων είτε κολλαγόνου."

Δεν υπάρχει λόγος να αμφισβητηθεί η δήλωση της FDA σχετικά με το θέμα. Ο Dr. Jack Willke, πρόεδρος της National Right to Life Committee, ότι ούτε μια σωστά τεκμηριωμένη περίπτωση δεν έχει έρθει ως τώρα στην επιφάνεια στις ΗΠΑ.

Ο Γαλλικός σύνδεσμος

Σε ότι αφορά την ιατρική δεοντολογία, ότι ισχύει για την California, ισχύει και για τις υπόλοιπες ΗΠΑ. Αλλά ακόμα και η California ενεργεί όπως και η Ευρώπη νωρίτερα.

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

Η γαλλική εφημερίδα εξηγούσε ότι το εμπόριο εμβρυακών υπολειμμάτων είναι ζωηρό, γιατί περιλαμβάνονται σε "...προϊόντα ομορφιάς που χρησιμοποιούνται για την αναζωογόνηση του δέρματος, που πωλούνται στη Γαλλία σε υψηλές τιμές." [29] Μια εταιρεία, η Madame Renne Ibry, διαφημίζει ότι τα προϊόντα υγείας της -- που περιέχουν εμβρυακό κολλαγόνο -- είναι "απόλυτα φυσικά."

Το διαφημιστικό καυχάται ότι η χρήση του εμβρυακού κολλαγόνου μπορεί να "αναζωογονήσει" το δέρμα και μεταφράζεται από τα Γαλλικά παρακάτω. Αυτή η επιδεικτική διαφήμιση, που εμφανίζεται σε πολλά σαλόνια ομορφιάς της Ευρώπης, μιλάει μόνη της.

**ΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΠΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΣΕ
ΑΠΟ ΤΗ ΓΑΛΛΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΚΤΡΩΜΕΝΩΝ
ΒΡΕΦΩΝ ΣΕ ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ**

-ΟΜΟΡΦΙΑ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΟΣ

Αυτή η επαναστατική θεραπεία αναζωογόνησης κυττάρων χρησιμοποιεί

ψυχρή τεχνολογία. Χάρη στις εργασίες του Dr. Alexis Cattel, γνωρίζουμε ότι όταν τοποθετούνται νεαρά κύτταρα επάνω σε παλαιούς ιστούς μπορούν να τους αναζωογονήσουν. Τα κύτταρα αυτά είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά αν είναι ζωντανά. Αυτή η τεχνική συνίσταται στην 'απόσχιση' ή 'θραύση' φρέσκων κυττάρων, τους φορείς ζωής του DNA και του RNA.

Επειδή λαμβάνονται αποκλειστικά από ανθρώπινα έμβρυα, τα κύτταρα αυτά δεν είναι πλέον ανεξάρτητα, δεν φέρουν σε καμία περίπτωση αντισώματα. Έτσι, κάθε κίνδυνος αλλεργικής αντίδρασης μειώνεται στο ελάχιστο.

-- Απόλυτα φυσικό, το προϊόν αυτό κατασκευάζεται για χρήση κατ' οίκον.

-- Κόκκινη στήλη: πλακούντας και σπλήνα, ήπαρ και θυμός του εμβρύου.

-- Λευκή στήλη: υγρό πολυσθενές [από εντερικές μεμβράνες].

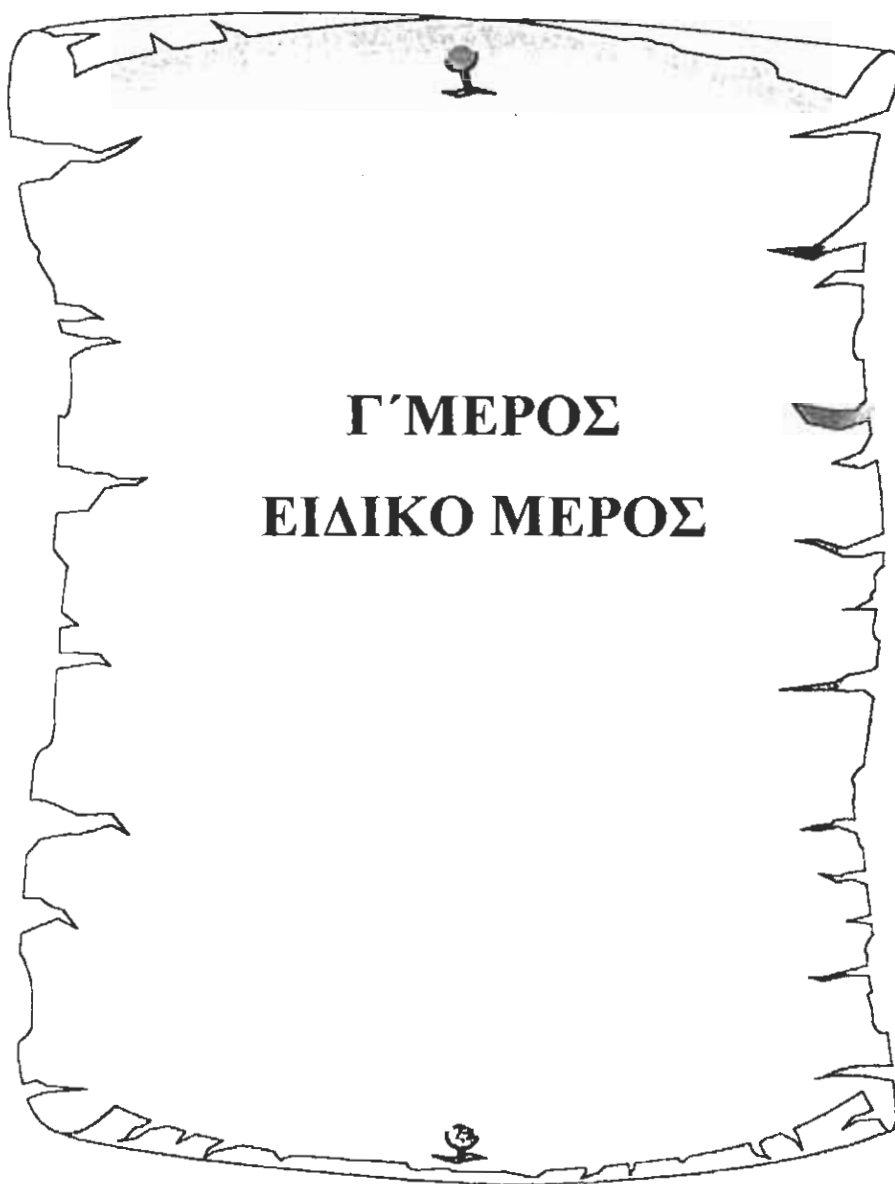
-- Στο κουτί: κόκκινες ή λευκές φιάλες²⁹

ΤΙΜΕΣ

-- Για το πρόσωπο: 180 φράγκα

-- Για το στήθος: 160 φράγκα

-- Για τα μαλλιά: 120 φράγκα



Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διεργασία

Κλινική περίπτωση Α

Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 30 ετών εισήλθε στην κρατική μαιευτική-γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας στις 3/2/2000. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων» .

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 6 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να γνωρίζει ακόμη για την κύηση της, χορηγήθηκαν δραστικά αντιβιοτικά φαρμακευτικά σκευάσματα για την θεραπεία λοίμωξης του αναπνευστικού.

Στοιχεία ασθενούς

Φύλο : Γυναίκα

Ηλικία: 30

Επάγγελμα: Δασκάλα

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος

Τόπος γέννησης: Αίγιο

Τόπος κατοικίας: Μητροπόλεως 181

Έτος γέννησης: 1970

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Πανεπιστημίου

Ύψος: 1,65

Βάρος: 70 kg

Πίεση: 120/80mmHg

Σφύξεις: 80/ min

Θερμοκρασία: 36,6 βαθμούς Κελσίου

Όταν εισήλθε η ασθενής στη Μαιευτική Κλινική προγραμματίστηκαν και έγιναν οι ακόλουθες εξετάσεις:

Γενική αίματος, ΗΚΜ, RO Θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κυήσεως για την επόμενη μέρα 4/2/2000. Αφού έγινε η επέμβαση, παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα, και έτσι η ασθενής υποχρεώθηκε να κάτσει άλλες δυο μέρες. Πήρε δηλαδή εξιτήριο στις 6/2/2000. Της συστάθηκε να έρθει μετά από 2 εβδομάδες για επανεξέταση εφ' όσον όμως θα συνέχιζε τη φαρμακευτική της αγωγή Augmentin 1X3 και Mitrodan 1X1 για 7 ημέρες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc 1X1 (προεγχειρητικά)

N/S 0.9 1000 cc 1X1 (μετεγχειρητικά για 2 ημέρες)

L-R 1000 cc 1x1 (μετεγχειρητικά για 2 ημέρες)

Mitrodan 1X1

Apotel 1X1

Augmentin 1X5 625 mg

Κατά την διάρκεια της παραμονής της στην Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

<u>Αξιολόγηση ασθενούς</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
1. Πόνος στην κάτω κοιλιακή χώρα λόγω των συσπάσεων του τοιχώματος της μήτρας	❖ Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου για τις επόμενες ώρες	❖ Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής ❖ Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς	❖ Χορηγήθηκε 1 amp Arofel (1M) ΙΧ1 στις 2 μ.μ. κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zideron (1M) ΙΧ1, στις 9 μ.μ.	❖ Μετά την χορήγηση του αναλγητικού Arofel ο πόνος υποχώρησε για μερικές ώρες αλλά επανήλθε. Έτσι χορηγήθηκε ένα δραστικότερο αναλγητικό ταχείας και παρατεταμένης δράσης το Zideron και ο πόνος άρχισε να

			<p>Έγινε προσπάθεια να καθησυχαστεί η άρρωστη και να διαβεβαιωθεί ότι με την χορήγηση των αναλγητικών αλλά και με τις υπόλοιπες νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν ο πόνος θα μειωθεί και θα εξλειφθεί τελείως μετά από λίγες ώρες. Επίσης η παραμονή κοντά στην άρρωστη για λίγο χρονικό διάστημα, την ώρα του παροξυσμού του πόνου, και η προσπάθεια να της αποσπαστεί η προσοχή με</p>	<p>υποχωρεί ώσπου εξλειφθηκε εντελώς.</p>
--	--	--	--	---

			<p>συζήτηση και παρότρυνση της ασθενούς να εξωτερικεύσει τα αισθήματά της.</p>	
<p>2. Αρτηριακή πίεση νευρογενούς φύσεως.</p>	<p>❖ Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην επόμενη 1 ώρα.</p>	<p>❖ Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης</p> <p>❖ Χορήγηση αντιυπερτασικών</p> <p>❖ Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος</p> <p>❖ Ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>❖ Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της πίεσής.</p> <p>❖ Για να αντιμετωπιστεί η πίεση χορηγήθηκε 1 amp Pethidine 1X 2 (0.05 mg) (IM) κατά την ιατρική εντολή.</p> <p>❖ Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, εξασφαλίστηκαν περιόδοι ανάπαυσης και ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος</p>	<p>❖ Μετά την χορήγηση της Pethidine η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα ώστου σταθεροποιήθηκε τις επόμενες ώρες. Η Pethidine προκάλεσε την πτώση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικές με την πορεία της κατάστασης της και γενικά την συναισθηματική και ψυχική της διέγερση και ένταση. 	<p>επιπέδα και τελικά τη σταθεροποίηση της. Επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε και η έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών της ασθενούς, καθώς και η έκδηλη αγάπη και προσοασία από την νοσηλεύτρια.</p>
<p>3. Επίσχεση ούρων πιθανόν από μικροτραυμα-τισμούς του στομίου της ουρήθρας</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Η κένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη 1 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά αλλά φυσικά μέσα. ❖ Χορηγ <p>ηση διουρητικών κατόπιν</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ανοίξαμε τη βρύση μέσα στην τουαλέτα να βλέπει το νερό που τρέχει. ❖ Ριξ <p>αμε λίγο νερό στα έξω</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Κατ <p>ότιν αποτυχίας όλων των φυσικών μέσων χορηγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1X1</p>

	ώρα.	ιατρικής οδηγίας. ❖ Τοποθέτηση καθετήρα κνήσας.	γεννητικά όργανα. ❖ Χορηγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1X1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ❖ Πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως.	κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Μετά από 1 ώρα και εφόσον δεν επιτευχθηκε η κένωση της κύστεως ο καθετήρας αφαιρέθηκε το πρωί της επομένης.
4. Κατάθλιψη εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής της κνήσας.	❖ Κατά την αποχώρηση της από το νοσοκομείο η εξάλειψη ή μείωση όλων των αρνητικών συναισθημάτων της.	❖ Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια τα αρνητικά της συναισθήματα αναφορικά με την διακοπή της κνήσας.	❖ Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια τους φόβους της, τα αρνητικά της συναισθήματα, όλο τον τόνο και την λύπη της. ❖ Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά από το νοσηλεύτικό προσωπικό	❖ Περιορισμός της κατάθλιψης. ❖ Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης ❖ Αισιόδοξη για το μέλλον.

			<p>λέγοντας της ότι αυτό που της συνέβη ήταν αναπόφευκτο και η ίδια δε φέρει ευθύνη γι' αυτό.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Παρότρυνση για μια άλλη προσπάθεια <p>απόκτησης παιδιού στο μέλλον.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Απαλλάχτηκε από τα συναισθήματα ενοχής αφού πείσθηκε ότι δεν ευθύνεται η ίδια. Ήταν κάτι πέρα από τη θέληση της.	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική Διεργασία

Κλινική περίπτωση Β

Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 28 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας στις 7/2/2000. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά» .

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 9 εβδομάδων. Η ασθενής μόλις πληροφορήθηκε την εγκυμοσύνη της, ανακάλυψε ότι έχει προσβληθεί από ερυθρά. Έτσι λοιπόν κρίθηκε αναγκαία η διακοπή κύησης.

Στοιχεία ασθενούς

Φύλο : Γυναίκα

Ηλικία: 28

Επάγγελμα: Οικιακά

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Έτος γέννησης: 1972

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,65

Βάρος: 70kg

Πίεση: 125/70mmHg

Σφύξεις: 85/ min

Κατά την είσοδο της ασθενούς στην κλινική προγραμματίστηκαν οι ακόλουθες εξετάσεις:

Γενική αίματος, ΗΚΜ, RO Θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κυήσεως για την επόμενη μέρα 8/2/2000. Αφού έγινε η επέμβαση, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα, και έτσι της δόθηκε εξιτήριο την επόμενη μέρα δηλ. στις 9/2/2000 και παράλληλα της δόθηκαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες. Ceclor 1X3 και Mitrodan 1X1 για 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc	1X1	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)
Mandokef 1gr i.v.	1X3	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για 3 ημέρες)
Mitrodan	1X1	(μετεγχειρητικά)
Pethidine (0,05 mg) i.m.	1X2	(μετεγχειρητικά)
Zideron i.m.	1X1	(επί πόνου)
Apotel	1X1	(επί πόνου)
Lasix i.m.	1X1	(κατόπιν ιατρικής οδηγίας)

Κατά την διάρκεια της παραμονής της στην Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Αξιολόγηση ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντιδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντιδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Αγωνία – φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά)</p> <p>Εξαιτίας της άρνησης της να δεχθεί τη διακοπή της κύησης, γεγονός αντίθετο με τα πιστεύω της.</p>	<p>❖ Μείωση του φόβου και της αγωνίας</p> <p>όλων των άλλων συναισθημάτων μέσα στο δυνατό λιγότερο χρονικό διάστημα.</p>	<p>❖ Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια το φόβο της για την επέμβαση.</p> <p>❖ Γνωριμία με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής.</p> <p>❖ Το προηγούμενο βράδυ χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	<p>❖ Παοτρύθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια και να γίνει κατανοητό, τι ακριβώς φοβάται. Έτσι λυτούν μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα θα πάνε καλά και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους της. Με τη γνωριμία της με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής ξεπέρασε ως ένα σημείο το άγχος και την αγωνία της.</p>	<p>❖ Περιορισμός του άγχους.</p> <p>Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Δόθηκε στην ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης 	
<p>2. Ναυτία και έμετος από την αποδρομή της αναισθησίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών άμεσα. ❖ Καταστολή μετά από λίγες ώρες της ναυτίας και του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμέτων (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή). ❖ Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ❖ Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Αυξήθηκε η χορήγηση ορών Ringers 1000 ccX1 ❖ Παρακολούθηση της συχνότητας των εμέτων και χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. ❖ Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκε Primperan IV 1X1 για την καταστολή των εμέτων. Στη συνέχεια 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Μετά από λίγες ώρες η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφίστηκε από τους εμετούς. Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως μετά από την χορήγηση του Primperan το οποίο δρα επιτυγχάνοντας την κένωση του στομάχου.

			Sir Primperan (10 mgX3)	❖ Έγινε διακοπή του Ringers κατόπιν καταστολής των εμέτων.
3. Θερμοκρασία 38° C. Που οφείλεται σε πιθανή λοίμωξη ή ψυχογενή αιτία.	❖ Επαναφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μια ώρα.	❖ Συχνή λήψη ζωτικών σημείων ❖ Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. ❖ Χορήγηση αντιτυρετικών. ❖ Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη. ❖ Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς. ❖ Χορήγηση υγρών.	❖ Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. ❖ Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο τα οποία αντικαθίσταντο κάθε 20 λεπτά. Χορηγήθηκε αντιτυρετικό Apotel 1 amp (IM) 1X1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ❖ Έγινε εργαστηριακός έλεγχος	❖ Με το αντιτυρετικό Apotel που δόθηκε στην ασθενή, καθώς και με τις άλλες νοσηλευτικές ενέργειες ο πυρετός σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη λοίμωξης.

			<p>για λοίμωξη.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Έγινε αλλαγή τόσο των λευκωμαίων όσο και των ενδυμάτων της ασθενούς. ❖ Χορηγήθηκε για την πρόληψη αφυδάτωση όρος. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Έγινε διακοπή κατόπιν σταθεροποίησης της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.
<p>4. Αιμορραγία πιθανόν από τραυματισμό της μήτρας</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωσης της στα φυσικά επίπεδα μέσα σε λίγες ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης της ποσότητας και της οσμής του αίματος. ❖ Ακινησία της ασθενούς. ❖ Ετοιμασία όλων των απαραίτητων 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης της ποσότητας και της οσμής του αίματος και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. Η ασθενής ακινητοποιήθηκε. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Μετά από λίγες ώρες η αιμορραγία αποκαταστάθηκε σε φυσικά επίπεδα αναμενόμενα. Συστάθηκε στην ασθενή να αποφεύγει

		<p>διαδικασιών για μετάγγιση αίματος εάν χρειαστεί.</p> <p>❖ Συχνή αλλαγή λευγημάτων και ενδυσμίας της ασθενούς.</p> <p>Παρακολούθηση από τον γιατρό του αιματοκρίτη της ασθενούς.</p>	<p>❖ Πάρθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για μετάγγιση εάν χρειαστεί.</p> <p>❖ Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στα ενδύματα της ασθενούς.</p> <p>❖ Ο αιματοκρίτης δεν παρουσίασε σημαντική πτώση. Τιμή Ηt:30</p>	<p>τις απότομες κινήσεις και να παραμένει στο κρεβάτι για λίγες ώρες. Η μετάγγιση αποφεύχθηκε εφόσον η τιμή του αιματοκρίτη δεν μας άφησε υποψίες για επικίνδυνη αιμορραγία και η αιμορραγία αποκαταστάθηκε στη φυσιολογική ποινή.</p>
--	--	--	---	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΝΑ ΜΙΣΟΤΕΛΕΙΩΜΕΝΟ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ

5 Οκτωβρίου: Σήμερα η ζωή μου αρχίζει. Οι γονείς μου δεν το γνωρίζουν ακόμα. Είμαι μικρούτσικο, μικρότερο και από ένα σπόρο μήλου, αλλά ήδη είναι κάτι. Πρόκειται να γίνω κοριτσάκι, θα έχω ξανθά μαλλάκια και θα αγαπώ τα άνθη.

19 Οκτωβρίου: Έχω μεγαλώσει λιγάκι, αλλά ακόμη είμαι πολύ μικρό για να φροντίσω τον εαυτό μου. Η μητέρα κάνει τα πάντα για μένα. Το αστείο είναι ότι εκείνη δεν γνωρίζει τη μικρή μου ύπαρξη, ότι ζω κάτω από την καρδιά της και ότι τρέφομαι με το αίμα της.

23 Οκτωβρίου; Το στόμα μου μόλις αρχίζει να σχηματίζεται. Σκέπτομαι πως ύστερα από ένα έτος θα γελώ, αργότερα θα μπορώ να μιλώ. Ξέρω ποια θα είναι η πρώτη μου λέξη: MANA.

27 Οκτωβρίου: Η καρδούλα μου αρχίζει να κτυπά. Από σήμερα και πέρα θα κτυπά για όλη μου τη ζωή χωρίς να ξεκουράζεται ποτέ. Ύστερα από πολλά χρόνια, θα ξεκουραστεί και θα σταματήσει. Αλλά γιατί να σκέπτομαι το τέλος, αφού είμαι ακόμη στην αρχή;

2 Νοεμβρίου: Κάθε μέρα μεγαλώνω και λιγάκι. Τα χέρια μου και τα πόδια μου αρχίζουν να παίρνουν μορφή. Θα περιμένω πολύ πριν τα μικρά μου πόδια με οδηγήσουν τρέχοντας στις μανούλας μου την αγκαλιά και πριν τα μικρά μου χέρια μπορέσουν ν' αγκαλιάσουν τον πατέρα.

12 Νοεμβρίου: Τώρα τα μικροσκοπικά μου δακτυλάκια αρχίζουν να σχηματίζονται. Πόσο αστεία είναι, μα πόσο όμορφα θα γίνουν. Ίσως κάποτε μάθουν να ζωγραφίζουν.

20 Νοεμβρίου: Σήμερα ο γιατρός είπε στη μητέρα για τη μικρή μου ύπαρξη. Δεν είσαι ευτυχισμένη μητέρα;

25 Νοεμβρίου: Οι γονείς μου δεν ξέρουν ότι είμαι ένα κοριτσάκι. Ίσως να περιμένουν αγόρι ή και δίδυμα ακόμη μα εγώ θα τους εκπλήξω με την παρουσία μου. Θα ήθελα μα μου δώσουν ωραίο όνομα Αικατερίνη.

10 Δεκεμβρίου: Το πρόσωπό μου έχει εντελώς σχηματιστεί. Πόσο θέλω να μοιάσω της μανούλας!

15 Δεκεμβρίου: Τώρα είμαι ικανή να βλέπω, μα όλα γύρω μου είναι σκοτεινά. Γρήγορα όμως τα ματάκια μου θα ανοίξουν στον κόσμο του ήλιου, των λουλουδιών και των μικρών παιδιών.

24 Δεκεμβρίου: Μανούλα: μπορώ να ακούσω τους κτύπους της καρδιάς σου. Αναλογίζομαι αν και εσύ ακούς τους ψιθύρους της δικής μου καρδιάς. Είναι τόσο συχνοί, τικ-τακ, τικ-τακ. Ύστερα από λίγο θα έχεις, μία γερή και όμορφη ΚΟΡΗ, Μανούλα! Ξέρω, πως μερικά μωρά φθάνουν δύσκολα στον κόσμο, αλλά υπάρχουν καλοί γιατροί που βοηθούν τις μητέρες και τα μωρά... Ξέρω επίσης μερικές μητέρες, που δεν θέλουν τα μωρά τους. Αλλά εγώ με λαχτάρα περιμένω να βρεθώ στην αγκαλιά σου, ν' αγγίξω το πρόσωπό σου, να κοιτάξω τα μάτια σου, να σε φιλώ συνέχεια, να σε βοηθώ. Με περιμένεις κι εσύ μητέρα, δεν είναι έτσι;

28 Δεκεμβρίου: Μανούλα γιατί; Γιατί τους άφησες να διακόψουν τη ζωούλα μου; Το τόλμησες κι εσύ; Το άντεξες; Γιατί; Γιατί; Θα είμαστε τόσο ευτυχισμένοι μαζί, τόσο ευτυχισμένοι. Αχ! Γιατί; Που με στέλνεις, Μάνα; γνωρίζεις; Εσύ τώρα θα ησυχάσεις ποτέ;

Η χαρά της ζωής



Το παιδάκι στην οικογένεια φέρνει τη ζωντάνια και το γέλιο, την αισιοδοξία και τη χαρά. Δίνει ελπίδα στη ζωή.

Η χαρά της ζωής καθρεπτίζεται στο πρόσωπο και της μητέρας και του πατέρα, αλλά και στο πρόσωπο του χαριτωμένου μωρού, που δέχεται τη φροντίδα της μάνας με την έκφραση της απόλυτης εμπιστοσύνης!

Πολλά όμως ζευγάρια χάνουν δυστυχώς αυτή τη χαρά της ζωής. Γιατί μόλις διαπιστώσουν την εγκυμοσύνη σκέφτονται την άμβλωση.

Παρακάτω παραθέτουμε συγκλονιστικές μαρτυρίες και αποκαλυπτικά όνειρα γυναικών που υποβλήθηκαν σε άμβλωση.

Σε χωριό της Δ. Μακεδονίας ζούσε πριν μερικά χρόνια ένα ζεύγος που είχε δύο αγοράκια, ηλικίας 12 και 9 ετών. Στο μεταξύ η σύζυγος και μητέρα έμεινε έγκυος, αλλά δεν καλοδέχθηκε το γεγονός (για το οποίο στην Π.Ε.Φ.Π. συνηθίζουμε να λέμε: «τον ευλογημένο ερχόμενο Άγγελο- Άνθρωπο...»). Γι' αυτό και πήγε στο γιατρό της και ζήτησε να κάμει άμβλωση. Και ευτυχώς, ο καλός εκείνος γιατρός (γιατί υπάρχουν και θα υπάρχουν πάντοτε και καλοί, έστω σπανίζοντες, δηλαδή μεταξύ των μαιευτήρων- γυναικολόγων), της συνέστησε να μην κάνει άμβλωση. Αλλά εκείνη δεν πείσθηκε. Είχε αποφασίσει να την κάνει... Πριν όμως την κάνει είδε στον ύπνο της όνειρο (μάλλον όραμα εδώ), μία μαυροφορεμένη γυναίκα (που μετά πιστεύει ότι ήταν η Παναγία), η οποία της είπε: «Πρόσεξε μην κάμεις το κακό που έχεις στο νου σου γιατί θα πάθεις μεγάλη συμφορά!» Αλλά εκείνη ενώ αντιλήφθηκε το

μήνυμα του φανερού, άλλωστε, ονείρου- οράματος, δεν έδωσε σημασία. «Όνειρο είναι,» είπε «στα όνειρα θα πιστεύουμε;» Τελικά προχώρησε και έκαμε άμβλωση... Αλλά δεν πέρασε μήνας και τα δύο αγοράκια της, χωρίς αυτή να το αντιληφθεί, πήγαν σ' ένα γειτονικό ποτάμι να παίζουν και να κολυμπήσουν. Όμως το ένα παιδί παρασύρθηκε από το ρεύμα και το άλλο έσπευσε να βοηθήσει το αδελφάκι του, με αποτέλεσμα να παρασυρθούν και να πνιγούν και τα δύο παιδιά!...

Η συνέχεια του οικογενειακού, αλλά και του κοινού δράματος στο χωριό είναι αυτονόητη για τον πρώτο τουλάχιστο καιρό, που μόλις έφθασε το χρόνο. Γιατί στο χρόνο επάνω κλονίστηκε ο πονεμένος σύζυγος πατέρας και πέθανε! Ενώ η «ζωντανή νεκρή» σύζυγος-μητέρα, μην μπορώντας ν' αντέξει τον αβάστακτο πόνο της, ίσως και παρασυρόμενη από πρόχειρους συμβούλους, τόλμησε δεύτερο γάμο μακριά από το χωριό της, με την ελπίδα ότι θα αποκτήσει παιδί ή παιδιά που τώρα ήθελε και θέλει πάρα πολύ! Αλλά τα τόσο επιθυμητά παιδιά δεν έρχονταν, είτε από σωματικά- εκτρωτικά αίτια στειρώσεως, είτε από ψυχοπαθολογικά. Και ακόμη η δύστυχη ζει το δράμα της..., που της ευχόμαστε να το μετριάσει και απαλύνει με την ειλικρινή μετάνοια και εξομολόγηση, αλλά και με την ταπεινή και διακριτική ομολογία του παθήματός της, για να γίνεται μάθημα σε όσες περισσότερες γυναίκες, αλλά και άνδρες.

(Μας το διηγήθηκε Φίλος των Πολυτέκνων από την Θεσσαλονίκη, γνωστός της τραγικής οικογένειας. Τα στοιχεία είναι αυθεντικά και επώνυμα για την Π.Ε.ΦΙ.Π., που προτίμησε την ανωνυμία για λόγους ευνόητης διακρίσεως. Ωστόσο είναι στη διάθεση τυχόν αμφιβαλλόντων.)

Σε νότιο προάστειο της Αθήνας ένα ζεύγος, μάλιστα υπερπολύτεκνο, με 8 παιδιά αποφάσισε από κοινού κι έκαμε άμβλωση, όταν ο σύζυγος έπαθε πλευρίτιδα κι έκλεισε μία ψησταριά που τους

ζούσε. Έμεναν και στο νοίκι κι η φτώχεια απρόσκλητη κλείστηκε μέσα στο ξένο σπίτι τους... Αλλά τη δεύτερη ή Τρίτη μέρα μετά την άμβλωση η μητέρα είδε στον ύπνο της το εξής συμβολικό και εφιαλτικό όνειρο, μάλιστα δύο ή τρεις φορές το ίδιο.

Έξω στην αυλή τους, που ήταν μία λεμονιά, ήρθε ένα παράξενο πουλί, σαν μεγάλο καναρίνι, αλλά με χρυσαφί χρώμα, και αντί για φωνή πουλιού είχε φωνή μικρού παιδιού, που



έκλαιε! Περιεργη και έκπληκτη εκείνη κοιτούσε κι άνοιξε το παράθυρο να το δει και να το ακούσει καλύτερα. Τότε εκείνο πέταξε και μπήκε μέσα στο δωμάτιό της κι άρχισε να κάνει γύρους στο ταβάνι, ενώ από το ράμφος του έσταζε αίμα. Έτσι βλέποντάς το η μητέρα τρόμαξε και ξύπνησε, χωρίς να ξανακοιμηθεί, αλλά ούτε και να ξεχάσει το περίεργο εκείνο όνειρο, που χωρίς δυσκολία συνδύασε με την άμβλωσή της και η θύμησή τους τη βασάνιζε όλη την ημέρα. Ωστόσο δεν το είπε στον άντρα της, για να μη στενοχωρηθεί, καθώς ήταν άρρωστος. Αλλά το ερχόμενο βράδυ ξαναείδε το ίδιο όνειρο και ταραχτηκε πιο πολύ. Ίσως το είδε και τρίτη φορά, και τότε μόνη της πήγε στον Ιερέα της Ενορίας της και του το είπε.

Είναι ολοφάνερο παιδί μου, της είπε ο Ιερέας. Η ψυχή του εκτρωμένου παιδιού σου ζητεί βοήθεια, αλλά θέλει να βοηθήσει και εσάς.

-Και τι να κάνω παπούλη;

-Να εξομολογηθείτε εσύ και ο άνδρας σου. Και όχι μόνο να μην ξανακάνετε άμβλωση, αλλά και να μην αποφεύγετε όσα παιδιά σας δώσει

ο Θεός. Εκείνος που τα δίνει θα τα θρέψει, δεν θα τα αφήσει. Και να προσεύχεστε να σας βοηθήσει ν' αναστήσετε αυτό που φονεύσατε...

Αλλά επί 3-4 χρόνια, χωρίς να τα αποφεύγουν, δεν μπορούσαν ν' αποκτήσουν άλλο παιδί, ενώ η μητέρα, που περισσότερο το επιθυμούσε, έκλαιε συνέχεια και παρακαλούσε την Παναγία, ώσπου συνέλαβε και γέννησε ένα πολύ χαριτωμένο αγοράκι, μάλιστα με μαλλιά ολόξανθα και χρυσαφένια, σαν το χρώμα εκείνου του πουλιού... Και το αγοράκι δεν τους έδωσε μόνο πολύ χαρά, αλλά έφερε και πολύ ευλογία στην πολύτεκνη Οικογένεια. (Το διηγήθηκαν οι δύο γονείς σε δύο Φίλους των Πολυτέκνων, που είχαν επισκεφτεί την οικογένεια με αφορμή το χαριτωμένο και πανέμορφο αγοράκι, 1,5 –2 χρονών γύρω στο 1978, αλλά ιδιαίτερα παιγνιδιάρικο και στην παρουσία των επισκεπτών, που σχολίασαν το γεγονός. Και τότε αυθόρμητα η μητέρα είπε: «Αχ, και να ξέρατε τι έχω τραβήξει γι' αυτό το παιδί!» Και στην απορία τους, σφίγγοντάς το στην αγκαλιά της, διηγήθηκε μαζί με τον άνδρα της την περιπέτειά τους αλλά και την ευτυχή κατάληξή της.)

Ακόμη αναφέρουμε και ένα ζωντανό όραμα, που συνέβη ως εξής σε ένα γυναικείο Μοναστήρι στην Κέρκυρα.

Η γερόντισσα του Μοναστηριού ήταν πολύ ενάρετη γυναίκα, που θύμιζε παλιές ασκήτριες. Γι' αυτό και κατέφευγαν σ' αυτή πολλές γυναίκες κυρίως και την παρακαλούσαν να προσεύχεται γι' αυτές και τα προβλήματά τους. Έτσι μία μέρα την πλησίασε μία νεαρή γυναίκα και με δάκρυα της ανέφερε ότι κάποια χρόνια δεν μπορούσε να συλλάβει παιδί, πράγμα που στενοχωρούσε και την ίδια αλλά πιο πολύ τον άνδρα της. Γι' αυτό και την παρακάλεσε να κάνει Παράκληση στην Παναγία, αν ήταν δυνατό μαζί της. Άρχισε η Γερόντισσα να ψάλλει ευλαβικά την Παράκληση, οπότε για μία στιγμή βλέπει μπροστά της στον αέρα μετέωρο ένα μωράκι να κινείται ζωηρά μέσα σε αίματα! Τότε διέκοψε

την Παράκληση και γυρνώντας προς την νεαρή γυναίκα, που ήταν γονατιστή και δακρυσμένη, της είπε:

-Με συγχωρείς παιδί μου. Μήπως έχεις κάνει άμβλωση;

Ξαφνιασμένη με την απροσδόκητη ερώτηση η γυναίκα την ώρα της Παρακλήσεως και τρέμοντας ομολόγησε:

-Ναι, πριν παντρευτώ, είχα κάμει μία έκτρωση!

-Εξομολογήθηκες, παιδί μου, το αμάρτημά σου;

-Όχι γερόντισσα...

-Φανερά, παιδί μου, το 'δειξε η Παναγία, πως έγινες στείρα από την άμβλωση, που μάλιστα δεν εξομολογήθηκες. Σου είχε δώσει ο Θεός παιδί και συ το σκότωσες. Πρέπει πρώτα να εξομολογηθείς και μετά να παρακαλέσουμε την Παναγία...

(Μας το διηγήθηκαν δύο Φίλοι των Πολυτέκνων Κερκυραίοι, που γνώριζαν καλά την αγία εκείνη Γερόντισσα, η οποία το διηγήθηκε ανώνυμα σχετικά με την οικογένεια και την τεκνογονία συζήτηση.)

Πρώτη γέννα δίδυμα! Δεύτερη γέννα δίδυμα!! Πω!... και αν η Τρίτη εγκυμοσύνη – γέννα φέρει δίδυμα; Αλίμονο! Βολιδοσκόπησε η κυρία το σύζυγο, μα αυτός ανένδοτος: «τα παιδιά είναι του Θεού». Ναι, αλλά τα πολλά... βάσανα είναι της μάνας, που σκέφτηκε «λογικά». Έτσι κρυφά πούλησε λάδι, έβαλε τα χρήματα στην τσάντα της και «αποφάσισε» την άλλη μέρα να πάει μόνη στη γιατρό να... Το βράδυ κοιμήθηκε, κάπως αργά και δύσκολα, αλλά αποφασισμένη... Μα ενώ κοιμόταν, είδε, λέει όνειρο ότι περπατούσε σ' ένα δρόμο και βρέθηκε μπρος από μία Εκκλησία. Έκαμε το σταυρό της απ' έξω και θέλησε να μπει και μέσα να προσκυνήσει. Προσκυνώντας έφτασε στο Τέμπλο και πήγε να προσκυνήσει το Χριστό. Μα άστραψε ο Ναός κι ο Χριστός ολοζώντανος πετάχτηκε έξω από την εικόνα Του και απλώνοντας το Χέρι Του είπε τρομερά προς τη γυναίκα:

-Πίσω φόνισσα! Εσύ θέλεις να με σκοτώσεις!

Εδώ έντρομη πετάχτηκε απ' τον ύπνο της η γυναίκα. Ευτυχώς που δεν ξύπνησε τον άντρα της. Που να την ξαναπάρει ο ύπνος!... Το όνειρο ήταν ολοφάνερο. Το κατάλαβε... Μα και πώς να το πει στον άντρα της;... Το μόνο που του είπε ήταν τούτο:

-Αν γεννήσω αγόρι, το' χω τάξει να το βγάλουμε Χρήστο το όνομα του Χριστού... Έχεις αντίρρηση;

-Κάθε άλλο. Αντίθετα, μ' ευχαριστεί πολύ, είπε εκείνος.

Στον καιρό του γεννήθηκε ένα χαριτωμένο αγοράκι, που βέβαια το βάπτισαν Χρήστο. Χαριτωμένος όντως ο Χρηστάκης μεγάλωνε, ώσπου μία μέρα κτυπά η πόρτα. Κάποιος κύριος ζητούσε την κυρία, μα στο πατρικό της επίθετο.

-Ναι, εγώ είμαι, απάντησε. Τι συμβαίνει;

-Ακούστε, κυρία. Έρχομαι από την Αμερικανική Πρεσβεία να σας πω πως την τάδε ημέρα και ώρα πρέπει να συναντήσετε τον Πρέσβη...

Έρθε μαντάτο από την Αμερική πως ο θείος ο Χρήστος της κυρίας, πάμπλουτος, όριζε κληρονόμο όποιον απ' τους συγγενείς του έφερε το όνομά του!...

Φυσικά, όταν τ' άκουσαν οι δύο αδελφές, της επιτέθηκαν:

-Πλεονέχτρα! Είχες μυστική αλληλογραφία με το θείο κι έβαλες το παιδί Χρίστο, για να...

-Χριστός και Παναγιά! Όχι, όχι! Αυτό κι αυτό...

-Ντροπή σου! Μας κάνεις και τη θεοφοβούμενη...

Μα η μάνα του Χρήστου, δοξάζοντας το Χριστό, που δεν σκότωσε το Χρίστο της – Του παραβαίνοντας τον Ορισμό Του, παράβηκε τον όρο της «Διαθήκης» και έδωσε τα μισά στις αδελφές της! Και ο Χρήστος σήμερα ζει κάπου στην Αθήνα και είναι 60 χρονών περίπου.

Είμαι κόρη πολυτέκνων με 8 παιδιά- αδέρφια. Οι γονείς μου ήσαν άνθρωποι τίμιοι και θρησκευόμενοι και μας ανέθρεψαν με καλές αρχές. Κι εγώ, δόξα τω Θεώ, σαν έμεινα πιστή στις αρχές αυτές και με αυτές δημιούργησα τη δική μου οικογένεια ως το τρίτο παιδί μου.

Αλλά δυστυχώς η κοινωνία, ακόμα και συγγενείς, από το τρίτο μας παιδί μας επήραν τα αυτιά και τα μυαλά. Και τελικά μας παρέσυραν και τους δύο στο θέμα της τεκνογονίας. Βέβαια ήταν και το οικονομικό, στο ενοίκιο μέναμε, εργάτης ήταν ο άνδρας μου κι ο φόβος του οικονομικού μας κλόνισε! Έτσι κάναμε ... δύο... εκτρώσεις... (και άρχισαν τα δάκρυα)!

...Πέρασαν πέντε χρόνια περίπου και δεν είχαμε ως κάτι σοβαρό, ώσπου ένα βράδυ είδα στον ύπνο μου το εξής φοβερό όνειρο, να ολοζώντανο! Είδα [ως βρισκόμουν σπίτι και , καθώς κοιτούσα έξω, βλέπω στην πόρτα δύο παιδάκια, ένα αγοράκι και ένα κοριτσάκι, που έδειχναν σαν να ήθελαν να μπουν μέσα. Το κοριτσάκι κρατούσε από το χέρι το αγοράκι και φαινόταν πολύ παραμελημένα!... Άλλ' όπως τα πρόσεξα καλύτερα, με έκπληξη αναγνώρισα ότι ήσαν δικά μου παιδιά αυτά που είχα «χάσει»...! Και ήταν ακριβώς στην ηλικία που θα είχαν, αν ζούσαν! Επειδή όμως η πόρτα ήταν κλειστή, πήγαν προς το παράθυρο, που ήταν με ανοιχτές τις γρίλιες, αλλά με κλειστά τα τζάμια. Και μη μπορώντας να μπουν ξαναγύριζαν προς την πόρτα και πάλι προς το παράθυρο κοιτώντας λυπημένα. Στο βλέμμα τους διέκρινα πως σαν να ήθελαν να μου πουν: «Γιατί μας έχεις αφημένα έξω;»! Εγώ τα παρακολουθούσα με προσοχή, ήξερα ότι ήταν δικά μου παιδιά, αλλά ούτε τους άνοιγα ούτε τους μιλούσα. Απλώς που τα παρακολουθούσα αμήχανη και ταραγμένη. Και έτσι ξύπνησα, έχοντας νωπή και ζοηρότατη την εντύπωση του



ονείρου, που για μένα δεν ήταν απλό όνειρο, αλλά κάτι φοβερό από εκείνη την στιγμή. Γιατί όπως ξύπνησα ταραγμένη, έτσι έμεινα τρεις ημέρες, χωρίς να μπορώ να ξεχάσω το φοβερό αυτό όνειρο και να ηρεμήσω. Μάλιστα στο σύζυγό μου δεν το είπα. Τότε αποφάσισα να πάω σε έναν Πνευματικό, που μου συνέστησε μία πολύ καλή φίλη μου. Λέγεται π. Πάμφιλος (σ.σ. Παπαγιάννης, ήδη μακαριστός) και για μένα είναι ο καλύτερος Πνευματικός που έχω γνωρίσει. Μου συνέστησε να μην αποφύγουμε τη σύλληψη παιδιού, αλλά αντίθετα να προσευχόμαστε γι' αυτή, ώστε ν' αναστήσουμε αυτά που σκοτώσαμε....

Πέρασαν δυόμισι έως τρία χρόνια από τότε και δεν μπορούσα να συλλάβω παιδί, μολονότι και οι δυο μας πολύ το θέλαμε και προσευχόμαστε. Εγώ μάλιστα έκλαιγα συνέχεια και παρακαλούσα ιδιαίτερα την Παναγία. Και όταν με την χάρη της έμεινα έγκυος, έτρεξα χαρούμενη στον Πνευματικό μου, που με δέχτηκε πάλι με πολύ καλοσύνη και χαρά. Μου διάβασε συγχωρητική ευχή και μου επέτρεψε να κοινωνήσω. Το ίδιο και στον άντρα μου, στο οποίο έδειξε επίσης καλοσύνη.

Γέννησα κοριτσάκι, όπως το είχα δει, και μετά αγοράκι, επίσης όπως το είχα δει. Και πρέπει να ομολογήσω πως σαν μητέρα αγαπώ όλα μου τα παιδιά, τα τρία μου μεγάλα και τα δυο μικρά. Αλλά γι' αυτά τα τελευταία, πως να το κάνω αισθάνομαι κάτι άλλο. Γιατί έχω χύσει γι' αυτά πολλά δάκρυα!....

Αλλά δόξα τω Θεώ. Και τώρα περιμένω και έκτο. Γιατί, κομματάκια να με κάνουν έκτρωση δεν ξανακάνω, Θεός φυλάξει! Εγώ μπορώ να πώ τι έχω νιώσει και τι νιώθω, καθώς αθελά μου ξαναθυμάμαι. Γιατί δεν ξεχνιούνται αυτά.....

Αποκαλυπτικό όραμα Αγιορείτη Ασκητή

«Εφέτος, το 1984, την Τρίτη ημέρα του Πάσχα, ώρα 12^η τα μεσάνυχτα, στις 11 του μηνός Απριλίου, είδα ένα φοβερό όραμα!. Ενώ είχα ανάψει δύο κεράκια (μέσα σε δύο τενεκεδάκια), όπως συνήθως, και όταν κοιμάμαι ακόμη, για όσους πάσχουν ψυχικά και σωματικά, που συμπεριλαμβάνονται και οι κεκοιμημένοι, βλέπω ένα Όραμα!

Έναν κάμπο από σιτάρι, αλλά το σιτάρι δεν είχε ξεσταχυάσει ακόμη, μόλις άρχιζε να καλαμιάζει. Εγώ βρισκόμουν έξω από την μάνδρα του χωραφιού και κολλούσα κεριά απ'έξω στον τοίχο για τους κεκοιμημένους.

Αριστερά από την μάνδρα ήταν μια έκταση, τόπος ανώμαλος,, κρημνώδης και χέρσος, ο οποίος τόπος σειόταν συνέχεια από μια δυνατή βοή, η οποία αποτελείτο από χιλιάδες βοές σπαρακτικές, που έκαναν να σπαράζει ακόμη και την καρδιά του πιο σκληρού ανθρώπου.

Ενώ υπέφερα από το άκουσμα των σπαρακτικών εκείνων φωνών και δεν μπορούσα να εξηγήσω το όραμα, άκουσα φωνή να μου λει:

«Ο μεν κάμπος με το σπαρμένο σιτάρι, που δεν έχει ακόμη ξεσταχυάσει, είναι το Κοιμητήρι με τις ψυχές των νεκρών που θα αναστηθούν. Ο δε τόπος εκείνος που σείεται από τις σπαρακτικές φωνές, είναι ο τόπος που βρίσκονται οι ψυχές των παιδιών από τις εκτρώσεις».

Ενώ λοιπόν συνήλθα από το όραμα, δεν μπορούσα όμως να συνέλθω απο τον πολύ πόνο που ένιωσα και δεν μπορούσας να πλαγιάσω, για να ξεκουραστώ λίγο,παρ' όλο που ήμουν κατάκοπος από την οδοιπορία και ορθοστασία της προηγούμενης μέρας»!

Λέει η μαθήτρια Μαρία Γ. 16 ετών.

Όσο κι αν φαίνεται περίεργο, είμαι μόνο 16 ετών και έζησα και εγώ την φρικιαστική εμπειρία. Βρέθηκα σχεδόν χωρίς να το καταλάβω μ'

έναν νεαρό δίπλα μου πρόθυμο ν' ακούσει αλλά και να συμεριστεί τα προβλήματά μου.

Σχεδόν πριν 2 μήνες αισθάνθηκα κάτι περίεργα συμπτώματα συνάμα με μία καθυστέρηση της περιόδου. Αμυδροί πόνοι στην μέση, ελαφρά ζάλη συνήθως το πρωί και ένα αίσθημα πίεση στο στήθος. Βέβαια δεν είχα τις απαραίτητες γνώσεις γύρω από την αντισύλληψη αλλά αυτή η έλλειψη ενημέρωσης θα μπορούσε να είναι μοιραία. Πήγα σε ένα γιατρό που μου σύστησε μία 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 την συμπαράσταση από το φίλο μου, τον οποίο είχα χάσει από τη στιγμή που του εξέφρασα τις ανησυχίες μου.

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

Ντρέπομαι πολύ που χρησιμοποίησα αυτόν τον τρόπο ν' απαλλαγώ απ' αυτό. Ήταν μεγάλο λάθος μ' όλες τις συνέπειες για την υπόλοιπη ζωή μου.

Μια τραυματική εμπειρία

«Η αγωνία μου άρχισε όταν είχα καθυστέρηση 2,3 μέρες που μετά γίνανε 5 και μετά μία βδομάδα. Πριν ούτε που μπορούσα να φανταστώ ότι ήμουν έγκυος, παρ' όλο που είχα λιποθυμήσει κιόλας ένα πρωί. Είχα όλα τα συμπτώματα της περιόδου και τοποθετώντας ζεσταμένες πετσέτες πάνω στις ωοθήκες προσπαθούσα να την προκαλέσω. Ένα ψυχρό

απόγευμα πήρα ένα τεστ. Το άνοιξα με χέρια που έτρεμαν λες και ήξερα. Μερικά λεπτά αγωνίας και ύστερα αυτό που περίμενα να δώ πλέον θετικό. Η πρώτη μου αντίδραση ήταν έντονη «όχι δεν το θέλω» είπα, και μία κίνηση έριξα στο πάτωμα ότι υπήρχε στο τραπέζι. Το αγόρι μου δεν ήθελε να κρατήσουμε παιδί. Δεν ήταν οικονομικό το πρόβλημα. Εγώ ήμουν στη μέση στις σπουδές μου. Πήγαμε σε μία γιατρό που μου συνέστησε μία γίλη μου. Μου φέρθηκε πολύ καλά. Έκανε ότι μπορούσε για να πείσει το αγόρι μου. Εκείνος είχε σκύψει το κεφάλι, δεν μιλούσε. Η πρώτη μου έντονη αντίδραση όμως άλλαξε. Άρχισα σιγά-σιγά να το νιώθω σαν κάτι δικό μου, μέρος του σώματός μου. Άρχισα να το θέλω, να το αγαπάω κάθε μέρα και πιο πολύ. Να το σκέφτομαι στην αγκαλιά μου και να το βλέπω στα όνειρά μου – αγαπάω πολύ τα παιδιά – αγόρι θα ήτανε. Το μεγαλύτερο δράμα ήταν ότι και το αγόρι μου το αγαπούσε. Όταν κοιμόμασταν μου χάισευε την κοιλιά και όλη τη νύχτα είχς ακουμπισμένο το χέρι του εκεί. Υποφέραμε κι οι δύο έστω κι αν εκείνος δεν το παραδεχόταν.

Ήταν απόγευμα κατά τις 5.00, Δεκέμβρης μήνας, κανονισμένα όλα. Μία ώρα πριν την επέμβαση όμως είχα αιμορραγία μεγάλη σαν περίοδο. Πιθανότατα να έκανα αποβολή. Δεν μπόρεσα ποτέ να μάθω. Ήδη τότε μπήκα στη νάρκωση. Ένα τρύπημα στο χέρι και το μόνο που πρόλαβα να κάνω ήταν να γυρίσω τα μάτια μου και να κοιτάξω ψηλά στο ταβάνι το φωτισμό και βλέφαρά μου έπεσαν. Όταν ξύπνησα άκουγα ομιλίες που δεν μπορούσα να ξεχωρίσω. Κάποιος μου χάιδευε το πρόσωπο και τα μαλλιά και μου κρατούσε το χέρ, ήταν το αγόρι μου και η φίλη μου. Τον έσφιξα στην αγκαλιά μου, ενώ θα έπρεπε να μη τον θέλω, εκείνη τη στιγμή ήτα ν ο μόνος που είχα ανάγκη. Μόλις ξύπνησα κατά ζαλιζόμουνα υπερβολικά και έκανα εμετό. Ξανακάθισα. Όταν ξανασηκώθηκα το αίμα το αίμα έτρεχε ως το πάτωμα. Με πήραν

κρατώντας και φύγαμε. Δεν ξέρω αν το έχω μετανιώσει. Ξέρω όμως ότι δεν θα το ξεχάσω ποτέ, ούτε πρόκειται να το ξανακάνω».

Η Ιστορία της Αντιγόνης

«Είμαι μία κοπέλα από επαρχία ου ήρθα στην Αθήνα να σπουδάσω. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα βιασμού. Όταν είχα τα πρώτα συμπτώματα πήγα στο φαρμακείο και ζήτησα χάπια καθυστέρησης. Μετά τα αποτελέσματα πείστηκα ότι ήμουν έγκυος. Από φόβο δεν ήξερα τι να κάνω. Πήγα σε μία φαρμακοποιό. Μου έδωσε πιο δυνατά χάπια και μου είπε ότι αν δεν ήμουν πολλών ημερών θα μου έκανε ένεση για διακοπή. Ήμουν ενός μηνός. Δεν γινόταν τίποτε. Χρήματα δεν είχα, ούτε τους δικούς μου. Έτσι πήγα και εργάστηκα σ' ένα εργοστάσιο για δύο μήνες.

Τα απογεύματα παρακολουθούσα όσο μπορούσα τα μαθήματά μου. Στις 28 Ιανουαρίου συγκέντρωσα τα χρήματα. Περπατώντας στους δρόμους βρήκα ένα ιατρείο γυναικολόγου. Το Σάββατο 1 Φεβρουαρίου πήγα. Συνάντησα ένα κύριο 50 περίπου ετών. Μου είπε να περιμένω. Μετά από ένα τέταρτο πέρασα. Ήταν ένα μεγάλο δωμάτιο. Με ρώτησε από κυρία είμαι συστημένη, πόσο μηνών είμαι και αν έχω φάει. Του είπα ότι μπήκα τυχαία, ότι είμαι 3,5 μηνών και ότι έχω φάει. Μου είπε ότι αν έχω φάει δεν επιδρά η νάρκωση. Είπα ότι μπορώ να πάω τη Δευτέρα. Είπε ότι έπρεπε να κρατήσω το παιδί γιατί δεν αναλαμβάνει την ευθύνη εφ' όσον δεν το ξέρουν οι δικοί μου και επειδή ήμουν ήδη 3,5 μηνών. Ύστερα από λίγο μου είπε ότι με μία τοπική ένεση δεν θα πονούσα πολύ. Απάντησα ότι φοβάμαι τις ενέσεις και ότι φοβάμαι να κάνω άμβλωση ζύπνια. Πήρε ύφος τ'αυστηρό και λέει: «κι αν πάθεις κάτι μέχρι τη Δευτέρα; Μία αιμορραγία;» τότε δεν ήξερα πραγματικά τι να κάνω. Μόλις μου έκανε την ένεση της οποίας τα αποτελέσματα δεν κατάλαβα,

περίμενα 20 λεπτά. Μετά ανέβηκα σ' εκείνο το κρεβάτι και προσπαθούσε να βγάλει το έμβρυο πιέζοντας τα κοιλιακά τοιχώματα και βάζοντας το άλλο χέρι στον κόλπο. Άρχισα να φωνάζω και να κλαιώ απ' τον πόνο. Μετά από την συζήτησή μου και επίπληξη πήρε τα μηχανήματα τα αποστειρωμένα και άρχισε η επέμβαση. Επειδή δεν έμενα ακίνητη και τον εμπόδιζα, φώναξε τη γυναίκα του. Μου κρατούσε τα χέρια και μου τραβούσε τα μαλλιά για να μην καταλαβαίνω τον πόνο. Μετά από δύο ώρες, αφού τελείωσε μου είπε: «θες να δεις τα δημιουργήματά σου;» Μου έφερε το έμβρυο και μου είπε: «Ό,τι αρχίζει ωραίο, τελειώνει με πόνο, κορίτσι μου. Αυτό πρέπει να το ξέρεις». Έφυγε. Ύστερα από λίγο ξανάρθε, μου έγραψε ένα φάρμακο και ετοιμαζόταν να φύγει. Εγώ δεν είχα συνέλθει ακόμα. Μου ζήτησε τα χρήματα. «Έλα να κατεβούμε γρήγορα, μη μας βρει η εφορία. Αν συμβεί κάτι τέτοιο θα πεις ότι ήρθες κι έκανες μία εξέταση».

Ιδιαίτερο επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει η περιγραφή άμβλωσης εμβρύου 8 εβδομάδων (δύο μηνών) από τον διαπρεπή ιατρό Paul Rockwell (Νέα Υόρκη, Η.Π.Α.).

«Πριν 14 χρόνια έδωσα αναισθητικό για εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Το έμβρυο ήταν 2 μηνών. Πήρα στα χέρια μου τον αμνιακό σάκο. Ήταν το μικρότερο ανθρώπινο πλάσμα που άγγιξε ποτέ άνθρωπος. Μέσα στο σάκο κολυμπούσε εξαιρετικά ζωηρά ένα μικροσκοπικό ανθρώπινο ον, αρσενικού γένους, 11,5 ίντσας μήκους. Αυτός ο μικροσκοπικός άνθρωπος ήταν τέλεια διαμορφωμένος με μακριά κωνοειδή δάκτυλα. Το δέρμα του σχεδόν διάφανο και τις άκρες των δακτύλων ήταν ευδιάκριτες οι λεπτές αρτηρίες και φλέβες. Το μωρό έδειχνε δραστήριο και κολυμπούσε με ταχύτητα ενός γύρου το δευτερόλεπτο, σε ρυθμό φυσικού κολυμβητή. Όταν ο σάκος ανοίχτηκε, ο μικροσκοπικός άνθρωπος έχασε

την ζωή του και πήρε σ' αυτή την ηλικία ακαμψία των άκρων. Νόμιζα ότι έβλεπα νεκρό ένα ώριμο άνθρωπο».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ιστορική Αναδρομή

Είναι γνωστό από τους ανθρωπολόγους, ότι πρώτη προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει ή να περιορίζει το μέγεθος της οικογένειας του επιτεύχθηκε με την ανθρωποκτονία. Η άμβλωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα ως το έκτο μ.Χ. και κανένας γραπτός ή άγραφτος λόγος δεν την απαγόρευε, αντίθετα χρησιμοποιούνταν ως ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης.

Η καταδίκη της μεθόδου αυτής παρουσιάζεται με την αποκρυστάλλωση του χριστιανικού δόγματος όταν οι Πατέρες της Εκκλησίας αποφαινόνται την ανθρωπολογική αλήθεια ότι δηλ. το ανθρώπινο έμβρυο από τη σύλληψη του ακόμη είναι άνθρωπος με ψυχή, λογική και σώμα.

Τον 13^ο αιώνα οι αγγλικοί νόμοι αποδέχονταν τη διακοπή της κύησης εφόσον γίνονταν πριν από τον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης, οπότε η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο.

Όλα αλλάζουν τον 19^ο. Η Αγγλία απαγορεύει τις αμβλώσεις το 1803. Ο Ναπολεόντειος Κώδικας το 1810 τοποθετεί τις γυναίκες υπό την προστασία των συζύγων τους και θεωρεί την άμβλωση παιδοκτονία. Το 1869 ο Πάπας Πίος Θ' δηλώνει ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα.

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών κρατών απέναντι στο πρόβλημα των αμβλώσεων τον 19^ο αιώνα οφείλεται σε μια σειρά λόγων. Θα μπορούσαμε να επισημάνουμε το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλε την προστασία των γυναικών από επεμβάσεις αρκετά παρακινδυ-

νευμένες. Την ίδια εποχή οι βιολόγοι υποστηρίζουν ότι το έμβρυο είναι ζωντανό και προτού γίνει αντιληπτό από τη μητέρα. Στη βάση όμως της απαγόρευσης βρισκόταν η ανάγκη των κρατών αυτών να διαθέτουν την μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για τη βιομηχανία και τις ανάγκες της αποικιακής εξάπλωσης. Οι γυναίκες έπρεπε να προσφέρουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα στο βωμό της αναπτυσσόμενης οικονομίας.

Η καμπάνια κατά των αμβλώσεων στηρίχθηκε κύρια στην άρνηση της ερωτικής ευχαρίστησης. Οι πραγματικοί λόγοι καλύφθηκαν κάτω από τη νέα «διδασκαλία». Ο έρωτας εκτός γάμου είναι κάτι αδιανόητο. Η ευχαρίστηση, ακόμη και μέσα στο γάμο, ανήθικη. Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν μπορεί παρά να αποτελέσει τη φυσική τιμωρία- κάθαρση της ευχαρίστησης.

Οι σταδιακοί απαγορευτικοί νόμοι, κοινοί στις Ευρωπαϊκές χώρες, οδήγησαν στην αύξηση του τρόμου των γυναικών και στην αποξένωσή του από τις λειτουργίες του ίδιου της τους του κορμιού. Ενοχές, στειρότητα, θάνατος για τόσες γυναίκες που στο πέρασμα αυτού του αιώνα, εξαναγκάστηκαν να διακόψουν μόνες και αβοήθητες μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Άμβλωση στην Αρχαία Ελλάδα

Η άσκηση του ελέγχου των γεννήσεων στην Αρχαία Ελλάδα πλην της επικρατούσας μέχρι τότε μαγείας και δεισιδαιμονίας, συμπεριλάμβανε την παιδοκτονία, την άμβλωση και την παράταση του χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Η παραδοχή των αμβλώσεων, εν τούτοις από τους αρχαίους φιλοσόφους δεν ήταν καθολική.

Ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας αποδέχονταν την άμβλωση, για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους, εφ' όσον αυτή εκτελείται κατά

τους πρώτους μήνες της κύησης, πριν η μητέρα αντιληφθεί τα πρώτα σκιρτήματα, οπότε το έμβρυο δεν είναι ακόμη ολοκληρωμένος ζωός οργανισμός.

Επιπλέον ο Πλάτωνας θεωρούσε ως υποχρεωτική την άμβλωση σ' όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών.

Η αρνητική επίσης θέση του Ιπποκράτη για τις αμβλώσεις συμπεραίνεται από τον Ιπποκράτειο όρκο: «...Ομοίως Δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσης».

Γενικότερα στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχε αντίθεση γνώμών όσον αφορά την αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης με άμβλωση.

Άμβλωση: Νομιμοποίηση στην Ελλάδα

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

Στην Ελλάδα σήμερα, ο νόμος τις απαγορεύει, αλλά σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές υπολογίζονται γύρω στις 100.000 το χρόνο με τις μετριοπαθέστερες προβλέψεις. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έχουν αρχίσει να γίνονται γνωστές τα τελευταία χρόνια στις νεαρότερες γυναίκες και μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Επίσημη πληροφόρηση δεν υπάρχει, η μόνη πηγή ενημέρωσης για τις γυναίκες είναι τα αμφίβολης αξίας άρθρα στις ημερήσιες εφημερίδες και στα γυναικεία περιοδικά. Άλλωστε οι περισσότεροι γυναικολόγοι κρατούν αρνητική ή απλώς αδιάφορη στάση απέναντι στα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ συχνά ενθαρρύνουν τις αμβλώσεις.

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

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

Με το νομοσχέδιο αυτό ρυθμίζονται, βασικά «αι προϋποθέσεις αφαιρέσεων βιολογικών ουσιών, ενοφθαλμισμών και μεταμοσχεύσεων προς θεραπευτικούς σκοπούς ή προς επιστημονικήν έρευναν». Είναι πράγματι ενδιαφέρον ο συνειρμός που οδηγεί τη Βουλή των Ελλήνων να θίξει παρενθετικά το ζήτημα των αμβλώσεων με αφορμή το νόμο «περί μεταμοσχεύσεων».

Το θέμα παρεισφρύει αναπάντεχα αλλά με εκπληκτική ψυχραιμία με τη μορφή «μικρής συμπλήρωσης» στο νομοσχέδιο από τον εισηγητή της πλειοψηφίας που προτείνει να προστεθεί η εξής παράγραφος: «Επιτρέπεται η άμβλωσις μέχρι της 20ης εβδομάδας εις τας περιπτώσεις κατά τας οποίας ήθελον διαπιστωθεί δια των σύγχρονων μέσων προγνωστικού ελέγχου σοβαρά ανωμαλία του εμβρύου επαγόμεναι την γέννησιν παθολογικών νεογνών».

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

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

Η συζήτηση που ακολούθησε μέσα σε ένα κλίμα ευφορίας και αλληλοκατανόησης ανάμεσα στην πλειοψηφία και στην αντιπολίτευση κατέληξε στην ψήφιση μιας δεύτερης πρότασης στα πλαίσια της «μικρής συμπλήρωσης» που ορίζει ότι «Επίσης επιτρέπεται αυτή και μέχρι της 12^{ης} εβδομάδος εις περιπτώσεις κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητρός διαπιστουμένου υπό ψυχιάτρου, εργαζόμενου εις Νοσηλευτικόν Ίδρυμα δημοσίου Δικαίου».

Πλεονεκτήματα- Μειονεκτήματα Νομιμοποίησης αμβλώσεων

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

A) Μείωση του αριθμού, των επιλοκών από τις αμβλώσεις

B) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας

Γ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών

Δ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που «εγκαταλείπονται» μετά την γέννησή τους.

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

Παραδοσιακοί και χωρίς ιατρική Δεοντολογία τρόποι διακοπής της
εγκυμοσύνης

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

Α) Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μία μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα για την διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων (τα κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβόδου ολύρας, 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 σοβαρή αποβολή αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας. -

Αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότατα παραμορφώσεις στο έμβryo.

Άχρηστα είναι επίσης το ρετσινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά.

Β) 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 τον σκοπό της, απλώς θέτει σε κίνδυνο την ζωή της στις καλύτερες περιπτώσεις υποφέρει αργότερα από οδυνηρή περίοδο, φλεγμονές της μήτρας, αποβολές και στειρότητα.

Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για άμβλωση

Μία έγκυος οδηγείται στην άμβλωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η άμβλωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης για άμβλωση, η έγκυος μία έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μία κατάσταση έντονου στρες. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί λειτουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για άμβλωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για άμβλωση. Συνήθως μερικοί απ' αυτούς συνυπάρχουν. Γυναίκες που οδηγούνται στην άμβλωση κατατάσσονται στις παρακάτω λειτουργίες:

Α. Ανύπαντρες κοπέλες: Καθαρά κοινωνικοί είναι οι λόγοι που οδηγούν μία ανύπαντρη νεαρή έγκυο στην άμβλωση. Το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» και του «εξώγαμου παιδιού» και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας δεν αφήνουν πολλά περιθώρια εκλογής. Ακόμα και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκάλυπτες από τη δική μας, η ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο. Ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους, αποφασίζουν να κάνουν άμβλωση είτε μόνες τους, είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους προσέρχονται συνήθως για την άμβλωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξ' άλλου κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

Β. Κουρασμένες μητέρες: Στον αντίποδα της ανύπαντρης κοπέλας βρίσκεται η κουρασμένη μητέρα, με τα πολλά παιδιά, τον λίγο διαθέσιμο χρόνο και τα πενιχρά οικονομικά μέσα. Συνήθως οι κουρασμένες μητέρες δεν έχουν αξιόλογη αμφιθυμία για την άμβλωση. Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι συχνά με την άμβλωση ζητούν και στείρωση που θα τις απαλλάξει από τη «βιομηχανία παιδιών».

Γ. Δοκιμή γονιμότητας: Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνειδητά να μείνουν έγκυες για να διαπιστώσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές

όπως και οι κουρασμένες μητέρες, πολύ μικρή αμφιθυμία έχουν συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για άμβλωση.

Δ. Άρνηση μητρότητας: Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις με την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με την μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αντιμετωπίζουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη. Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτόν τους ότι «δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες» ή ότι δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών». Αν κάποτε μείνουν έγκυος ζητούν άμβλωση χωρίς αξιόλογη αμφιθυμία, εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργεί σαν σήμα θηλυκότητας που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο τη ταυτότητα του φύλου τους.

Ε. Αποφυγή ή αποτυχία αντισύλληψης: Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή η αποτυχία των αντισυλληπτικών μέτρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε άγνοια, άλλοτε σε φόβο από ανεπαρκή ενημέρωση και άλλοτε σε ντροπή για την αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης.

Η αποτυχία μιας προηγούμενα επιτυχημένης αντισυλληπτικής μεθόδου συχνά συμπίπτει με κάποια αλλαγή των συνθηκών της ζωής της γυναίκας και μπορεί να οφείλεται σε ασυνείδητη επιθυμία εγκυμοσύνης. Μερικές γυναίκες σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους (αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης, επαγγελματική αποτυχία, απομάκρυνση συζύγου κ.λ.π.) μπορεί να καταφύγουν συνειδητά ή ασυνείδητα στην εγκυμοσύνη ζητώντας ένα μέσο επιβεβαίωσης του Εγώ τους. Έτσι προσπαθούν να χειριστούν το άγχος ή την κατάθλιψη που τους προκαλούν οι συνθήκες της ζωής τους. Αυτές οι γυναίκες πολύ συχνά προσέρχονται για έκτρωση, αν και η έκτρωση δεν μπορεί να είναι τίποτε περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

ΣΤ. Σωματική ή ψυχική νόσος: Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν) εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι αναφέρεται ότι το 92% των εγκύων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για τη πρόληψη γενετικού νοσήματος, παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη. Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και ασθενείς πάσχουσες από κατάθλιψη οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής και αυτόμορφης με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό, η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

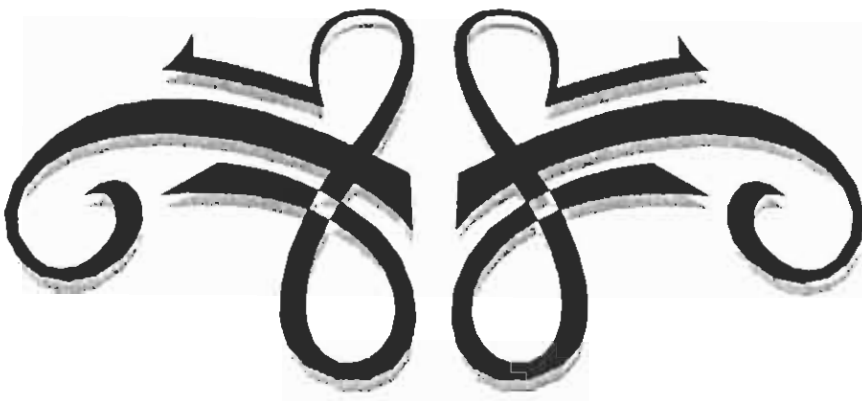
Z. Εξαναγκασμός από τρίτους: Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν την διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά υποκύπτουν σε πιέσεις από τους γονείς, το σύζυγο, τον ερωτικό τους σύντροφο ή άλλα πρόσωπα που μπορεί να ασκήσουν αποφασιστική επίδραση προς αυτή την κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές, όπως και εκείνες που έχουν ιατρική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης, εμφανίζουν συχνότερα ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις.

Βιβλιογραφία

1. **Καραγιάννης Ν.**, άρθρο : «Η λύση της άμβλωσης». Εφημερίδα Πελοπόννησος 11/2/99.
2. **Παπαευαγγέλου Κ.** , «Αμβλώσεις ακόμα και από παιδιά 12 χρονών». Εφημερίδα Πατρινές Ώρες 23/11/98.
3. **Herbert Lippert**, Μετάφραση: Ν.Δ Νηφόρος. Επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος «Ανατομική» έκδοση 5^η , Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος κ. Παρισιανός . Διάδοχος: Μαρία Γρ. Παρισιανού. Αθήνα 1993.
4. **Παναγιώτη Θ. Πούγγουρα**, Μαιευτική Γυναικολογία ΟΕΔΒ Αθήνα 1988.
5. **Παπανικολάου Ν.** , «Μαιευτική». Έκδοση 3^η Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος κ. Παρισιανός . Διάδοχος: Μαρία Γρ. Παρισιανού. Αθήνα 1994.
6. **Λέφα Βαρβάρα**, , Σημειώσεις Μαιευτικής Νοσηλευτικής, Πάτρα Οκτώβριος 1999.
7. **ΕΣΥΕ**, Στατιστική επετηρίς της Ελλάδος, 1978
8. **Βασιλειάδης Νίκος**, «Πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο; Η ώρα μηδέν της ανθρώπινης ζωής» έκδοση 3^η, εκδόσεις Αδελφότης Θεολόγων ο ΣΩΤΗΡ, Αθήνα 1987.
9. **Δορκοφίκη Ειρήνη**, «Αμβλώσεις. Ο αφανισμός του γένους», Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1984.
10. **Λέκου Ευάγγελος**, «Εκτρώσεις, φεμινιστική, νομική, ιατρική δημογραφική άποψη και θέση της Εκκλησίας», Εκδόσεις Λέκου Ευάγγελος Αθήνα 1985
11. **Μητροπολίτου Νικοπόλεως Μελέτιου**, «Εκτρώσεις», Εκδόσεις Ιερά Μητρόπολις Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1987.

-
12. **Παπαδημητρίου**, «Για τις αμβλώσεις», Εφημερίδα «Βήμα» 9/2/86, σελ. 20
 13. « Αμβλώσεις Ιατρικός Σύλλογος. Αθηνών. Τεύχος 33, Μάης-Ιούνιος 1985, σελ7
 14. **Κασκαρέλης Διονύσιος**, Το πρόβλημα των εκτρώσεων στη σημερινή κοινωνία» εκδόσεις Ελληνική εταιρία Ο.Π. Αθήνα 1980
 15. **Λούρος Ν**, «Προβλήματα εκτρώσεων» Κοινωνική επιθεώρηση Δεκέμβριος 1976, τεύχος 9-12
 16. **Παπανικολάου Ν.** , «Μαιευτική». Έκδοση 3^η Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος κ. Παρισσιανός . Διάδοχος: Μαρία Γρ. Παρισσιανού. Αθήνα 1994.
 17. **Frank et al**, «Indured Abortion Operations and their Early Seryelae», Journal of the Royal College of General Practioners , April 1985.
 18. **Wadhera**, «Legal Abortion among teens», Canadian Medical Association on Journal 1974-1978, June 1980.
 19. **Σολδάτος Κων**, «Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία των αμβλώσεων». Ιπποκράτης, τόμος 12, Τεύχος 5-6, Αθήνα 1984.
 20. **Kent et al**. « Bereavment in Post- Abortive Women a clinical report». World Journal of Psychosynthesis, Autumn- Winter 1981.
 21. **Ναζίρη Δέσποινα** « Έκτρωση και αντισύλληψη, φαινόμενα στην ελληνική κοινωνία, Αθήνα 1986.
 22. **LAFITTE F**, «Abortion in Britain today» to Family planning 21 1983, σελ.78-84
 23. **Δορκοφίκι Ειρήνη**, «Αμβλώσεις. Ο αφανισμός του γένους», Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1984
-

24. **Λούρος Ν.**, « Τα προβλήματα των εκτρώσεων» Κοινωνική επιθεώρηση Δεκέμβριος 1976, τεύχος 9-12.
25. **Βαλαώρας Β.**, «Δυσμενείς οι δημογραφικές μας προοπτικές» περιοδικό Νέα Οικονομία, Αθήνα Δεκέμβριος 1965.
26. **Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου**, « Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική» έκδοση 2^η, Αθήνα 1995.
27. **Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ.** «Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός» Έκδοση 2^η, εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 1993.
28. **Περιοδικό «Πληροφορίες για Οικογενειακό προγραμματισμό»**, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφάλισων. Αθήνα 1994
29. **Pro- Life Activist's Encyclopedia.** . Έκδοσεις της «The American Life League».



Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά

- ❖ Την υπεύθυνη Καθηγήτρια κ. Βαρβάρα Λέφα
- ❖ Το Βιβλιοπωλείο ΓΕΘΣΗΜΑΝΗ
- ❖ Το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου παιδιού για την πολύτιμη βοήθεια του.

