

Α. Τ.Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ. Ε. Υ Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα πτυχιακής εργασίας: **ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ**

Εισηγήτρια : Φιδάνη Κατερίνα
Σπουδάστριες : *Ανδριοπούλου Ανδριάννα- Ευρικόμη*
Θλιβερού Ανδριάννα

Επιμελητές

Πάτρα, 2004



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3525
----------------------	------

ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΣΑΣ ΑΚΟΥΕΙ!

Αντιλαμβάνεται σχεδόν όλους τους θορύβους, τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του, τη φωνή της τα γουργουρίσματα του εντέρου τη μουσική που ακούει.



*Σε αυτόν που την αμφιβολία δεν φοβάται
σε αυτόν που τα γιατί αναζητάει
χωρίς να κουραστεί
έστω και αν θα πονέσει ή θα πεθάνει.
Σε αυτόν που αναρωτιέται με αγωνία
να δώσει ή να μη δώσει τη ζωή,
αφιερώνουμε το βιβλίο αυτό για όλες τις αθώα χαμένες ψυχές!!!*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... 8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΑΣ 11
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ:..... 31
 1.2.1 συλληψη..... 31
 1.2.2 αυλακωση 31
 1.2.3 εμφυτευση..... 32
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ: 34
1.4 ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ- ΕΚΤΡΩΣΗΣ..... 35
1.5 ΤΕΧΝΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ- ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: 36
1.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ..... 36
 1.6.1 η ψυχρη αληθεια των αριθμων..... 37
 1.6.2 πρωτη η ελλαδα στις αμβλωσεις..... 38
 1.6.3 περισσοτερες απο 150.000 αμβλωσεις καθε γρονο στην ελλαδα..... 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... 42
2.2 ΑΠΟΨΕΙΣ- ΑΝΤΙΑΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ..... 46
 2.2.1 θρησκευτικη αποψη..... 46
 2.2.2 αποψη ρωμαϊκης εκκλησιας..... 51
 2.2.3 αποψη καθολικης και ευαγγελικης εκκλησιας..... 51
 2.2.4 η αμβλωση στην ελληνικη νομοθεσια 51
 2.2.6 αμβλωσεις- ιατρικο λειτουρημα..... 57
 2.2.7 αποψεις φεμινιστικων οργανωσεων..... 58
 2.2.8 σταση ανδρων..... 64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΤΗΣ..... 66
3.2 ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΡΑΖΕΤΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ; 66
3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ 66
3.4 ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΜΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ: Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΠΟΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ..... 67



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ..... 70

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ 72

4.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΕ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:..... 72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ 76

5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ..... 77

5.2.1 αποξέση με αναρροφήση [d&c](εβδομάδα 6^η-16^η)¹⁹..... 77

5.2.2 εκκενώση της μήτρας ή κυρίως αποξέση..... 78

5.2.3 διαστολή του τραχηλικού στομιού και αναρροφήση του περιεχομένου της ενδομητρίου κοιλότητας 79

5.2.4 αλατούχα ένεση (εβδομάδα 16^η-32^η+)...... 80

5.2.5 δοκιμασία ενδοαμνιακής εγγύσης..... 80

5.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ..... 80

5.3.1 εκτρωτικά χάπια..... 80

5.3.2 προσταγλανδίνες και παραγωγά..... 81

5.3.3 πώς γίνεται η διαδικασία;..... 83

5.3.4 ποιες οι πιθανές επιπλοκές:..... 84

5.3.5 ανεπιθύμητες ενέργειες..... 84

5.3.6 αποτελεσματικότητα..... 84

5.3.7 σύγκριση χειρουργικής και φαρμακευτικής μεθόδου..... 85

5.3.8 συμπέρασμα..... 85

5.4 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΠΑΡΑΘΕΤΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ ΜΕΘΟΔΟΙ: 88

5.5 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ 88

5.6 ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ..... 89

5.7 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ:..... 90

5.8 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ..... 90

5.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ..... 90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ 93

6.1.1 επιπλοκές που οφείλονται στην τεχνητή διακοπή της κύησης 94

β. άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές..... 94

γ. απότερες επιπλοκές..... 94

6.1.2 συγκριτική παρουσίαση των επιπλοκών της τεχνητής εκτρώσης, όταν αυτή γίνεται με αποξέση του ενδομητρίου ή με αναρροφήση του περιεχομένου της μήτρας..... 95

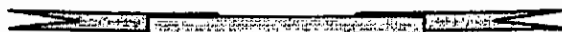
6.1.3 κίνδυνοι, επιπλοκές και παρενέργειες..... 98

6.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ..... 98

6.2.1 θάνατος:..... 98

6.2.2 καρκίνος του μαστού..... 99

ένας παραγνωρισμένος κίνδυνος..... 99



6.2.3	καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος	102
6.2.4	διατροφή της μητρας.....	102
6.2.5	ρήξη του τραχήλου.....	102
6.2.6	προδρομικός πλακούντας	103
6.2.7	προβληματικά παιδιά στις επομενες κησεις	103
6.2.8	εξωμητριος κηση.....	103
6.2.9	πυελικη φλεγμονη.....	103
6.2.10	ενδομητριτιδα.....	104
6.3	ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	104
6.3.1	μολυνση.....	104
6.3.2	αιμορραγια.....	105
6.3.3	ενδομητριος θρομβος αιματος- υπολειμματα προϊοντων συλληψης.....	105
6.3.4	εγκυμοσυνη που συνεχιζεται.....	106
6.2.5	αυξημενοι κινδουνοι για τις γυναικες που υποβαλλονται σε περισσοτερες απο μια αμβλωσεις.....	106
6.3.6	αυξημενοι κινδουνοι για τις νεες γυναικες.....	106
6.3.7	αυξημενος κινδυνος για εμφανιση συμπεριφορας επιβλαβους για την υγεια.....	106
6.3.8	αλλες αναφερθεισες βλαβες	107
6.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	108
6.4.1	μετατραυματικη αγχωδης διαταραχη (ptsd ή ras).....	110
6.4.2	προβληματα στη σεξουαλικη ζωη	113
6.4.3	ιδεασμος αυτοκτονιας και αποπειρες αυτοκτονιας.....	113
6.4.4	αυξηση του καπνισματος με αντιστοιχα αρνητικα αποτελεσματα στην υγεια.....	113
6.4.5	χρηση οισοπνευματος.....	113
6.4.6	χρηση ναρκωτικων.....	114
6.4.7	διαταραχες στη διατροφη.....	114
6.4.8	παραμεληση ή κακοποιηση παιδιων.....	114
6.4.9	διαζυγιο και χρονια προβληματα στις σχεσεις.....	114
6.4.10	πολλαπλες αμβλωσεις.....	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΜΕΘΟΔΟΥΣ.....	117
7.2	ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΝ ΤΑ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ	117
7.2.1	ληψη οργανων εμβρυων και νεογνων: ευποληπτη συλληση	117
7.2.2	η σχεση μεταξυ αμβλωσης και ληψης εμβρυακων οργανων	121
7.2.3	οργανισμοι που υποστηριζουν τη ληψη εμβρυακων οργανων	125
7.2.4	η διαμαχη για το εμβρυακο κολλαγονο	126
7.2.5	κειμενο της διαφημισης που κυκλοφορησε απο τη γαλλικη εταιρεια για τη χρηση εκτρωμενων βρεφων σε καλλυντικα.....	127

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

8.1	ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	130
8.2	ΕΦΗΒΕΣ: ΟΜΑΔΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	130



8.3 ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....	131
8.4 ΑΝΥΠΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	132
8.5 ΕΠΙΛΟΓΕΣ.....	133
8.6 ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΟΥΝ ΟΙ ΕΦΗΒΕΣ.....	135

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	138
9.2 ΚΙΝΗΤΡΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	140
9.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	140
9.4 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	141
9.5 ΑΜΒΛΩΣΗ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	143
9.6 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	144
9.7 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ.....	144
9.8 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ: Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 ΔΙΑΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....	149
10.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	161
10.3 ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ.....	162

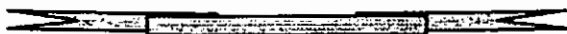
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	166
1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	166
1.3 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΜΙΑΣ ΕΠΙΖΟΥΣΑΣ ΑΠΟ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	168

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	170
2.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	170
2.3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	171
2.4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ.....	172
2.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ.....	172
2.6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	172
2.7. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ.....	173
2.8. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	173
2.9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	175



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	177
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ.....	219
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	225
©ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (γυναικείο).....	225
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ανδρικό).....	228
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	232
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ.....	233
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	234

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο μακραίωνα διάβα της ιστορίας της, μίας ατέρμονης πορείας ηρωισμού και αυταπάρησης, η Νοσηλευτική ξεκινώντας από τη φροντίδα της μάνας στην πρωτόγονη σπηλιά εισήλθε στα Ακκληπεία, πέρασε στην Αίγυπτο, στην Ινδία, στη Βαβυλώνα, έφθασε σε έξαρση αγάπης στους Βυζαντινούς χρόνους με την επίδραση του Χριστιανισμού για να παρακμάσει στο μεσαίωνα και να αναγεννηθεί τον 19^ο αιώνα, από τη δυναμική προσωπικότητα μίας Βρετανίδας νοσηλεύτριας.

Καθώς περνούσε την εξέλιξή της από τέχνη, σε επιστήμη και επάγγελμα ένοιωθε να τη δονούν τα μεγάλα προβλήματα της ύπαρξης: η ζωή και ο θάνατος. Ο εικοστός αιώνας ήρθε για τη Νοσηλευτική γεμάτος υποσχέσεις. Την αναγνώρισε σαν τέχνη, την καταξίωσε σαν επιστήμη, τη θεσμοθέτησε σαν επάγγελμα. Της πρόσφερε γνώσεις και μέσα τεχνολογικά, που προήγαγαν τη φροντίδα. Πίστεψε πως την έκανε σοφότερη, μα φεύγοντας την αφήνει όλο και πιο προβληματισμένη. Κάθε θάλαμος και ένα πρόβλημα, κάθε άρρωστος και ένα δίλημμα. Στο τέλος της ημέρας, ο νοσηλευτής μόνος αναζητά τη λύση.

Η Νοσηλευτική, ως γνωστό, δεν είναι απλά ένα έργο αγάπης, μία προσφορά στην ανακούφιση του πόνου. Η σύγχρονη πράξη γεμάτη από πολύπλοκα περιστατικά και δύσκολα προβλήματα απαιτεί από το νοσηλευτή πέρα από κάποιες βασικές γνώσεις και κλινικές δεξιότητες, την ικανότητα να κάνει υπεύθυνες επιλογές. Αγωνιώδη ηθικά διλήμματα εμφανίζονται καθημερινά στους θαλάμους των νοσοκομείων, παραμερίζοντας τα καθήκοντα ρουτίνας. Έχοντας διαφορετική κάθε φορά πλοκή και ένταση πιέζουν για λύσεις.¹



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάποτε σε μία εποχή του χρόνου της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη, προσγείωσε το διαστημόπλοιό 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 εγκαταλελειμμένος στο διάστημα, προσπαθούσε να βρει την απάντηση σε ένα ερώτημα που στη γη ακόμα το αναζητούσαν...¹

Σε μία εποχή, όπου ο άνθρωπος καθημερινά κάνει νέες ανακαλύψεις, εξακολουθεί να αναζητά απάντηση στο ερώτημα «Πότε αρχίζει η ζωή;» Σίγουρα δε θα μπορέσουμε να βρούμε λύση στο μεγάλο αυτό δίλημμα, μέσα σε αυτές τις ελάχιστες σελίδες. Θα προσπαθήσουμε, όμως, να ευαισθητοποιήσουμε όσους θα διαβάσουν αυτό το βιβλίο και να αποφασίσουν οι ίδιοι τι χαρακτήρα θα τηρήσουν απέναντι σε αυτό, το τόσο μεγάλο, ερώτημα της ζωής.

Στην εργασία αυτή, προσπαθήσαμε με διακριτικότητα και ευαισθησία να μάθουμε πρώτα εμείς και στη συνέχεια να ενημερώσουμε όλους τους ενδιαφερόμενους, για καίρια ζητήματα, όπως η άμβλωση, η αντισύλληψη, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η σεξουαλική αγωγή και οι ηθικοί προβληματισμοί.

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής:

Κος. Κυριακόπουλος Γεώργιος, Μαιευτήρας- Γυναικολόγος

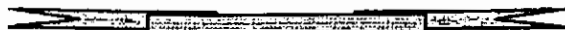
Κος. Μαραγκός Σπύρος, Ειδικευόμενος Ορθοπεδικός

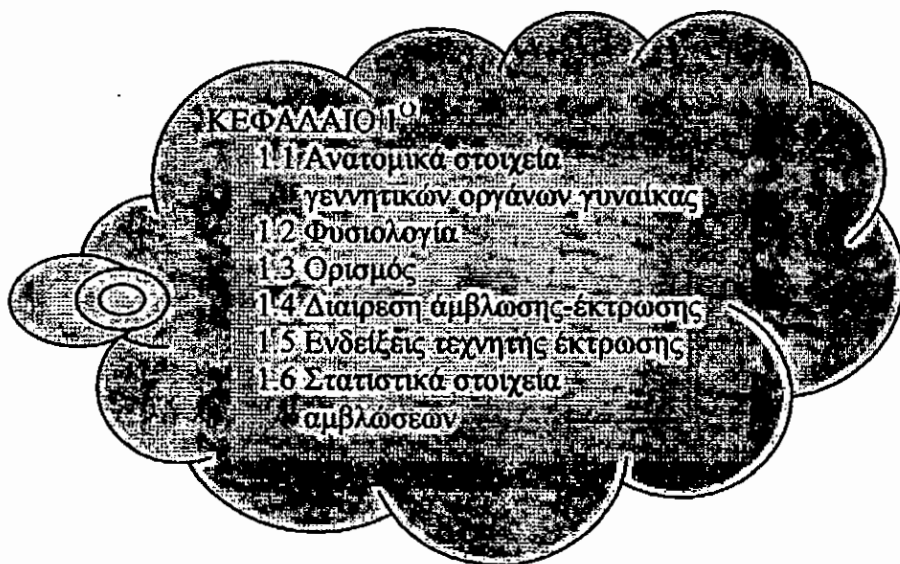
Κος. Σεϊντής Σοφοκλής, Δημόσιος Υπάλληλος

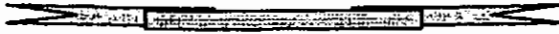
Κος. Ανδριόπουλος Ευάγγελος, Ελεύθερος Επαγγελματίας.

Επίσης, θερμές ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της έρευνάς μας, απαντώντας στα ερωτηματολόγια μας.

Τέλος, ευχαριστούμε πολύ την εισηγήτριά μας κα. Κατερίνα Φιδάνη, χωρίς τη βοήθεια της οποίας δε θα μπορούσαμε να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Ελπίζουμε η εργασία αυτή να αποτελέσει το κίνητρο για τον προβληματισμό, τόσο της σύγχρονης γυναίκας όσο και του σύγχρονου άνδρα, όσον αφορά στα ζητήματα και διλήμματα της ζωής.







1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωσιση 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 ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τα διακρίνουμε σε εσωτερικά και εξωτερικά. Όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας.

Μαζί με την περιγραφή των οργάνων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, θα περιγράψουμε όργανα και ανατομικά στοιχεία, που δεν ανήκουν στο ίδιο σύστημα, αλλά έχουν στενή σχέση με αυτό. Αυτά είναι η ουρήθρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες, το ορθό και το πυελικό έδαφος.²

1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το *αιδοίο*.

Έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδουική.

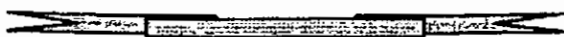
Το αιδοίο αποτελείται από το *εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης*, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinείους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.²

1.1.2 ΕΦΗΒΑΙΟ Ή ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ

Αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Όταν φτάσει η γυναίκα στην ήβη, το δέρμα. Που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Έτσι, ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άντρα, που πορεύεται ως τον ομφαλό.

Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.²

1.1.3 ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ



Παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο.

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβίου.

Οι εσωτερικές επιφάνειές τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μεγαλοχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας.

Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα.²

1.1.4 ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ

Παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό, και σκεπάζονται από αυτά. Προς τα έξω συνέχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδρόμου του κόλπου.

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μεγαλοχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα.

Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα επάνω την πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας.

Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος.²

1.1.5 ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ

Θεωρείται αρσενικής προέλευσης, αφού διαπλάστηκε από τους πόρους του Wolff και αφού αποτελεί ανδρογονικό υποδοχέα. Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Σκέλη: Είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβοισχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

Σώμα: Σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σπραγγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

Βάλανος: Παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικό ιστό, έχει από το επάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την καλύπτει, περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία, που στο επάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον *κρεμαστήρα σύνδεσμο*.



Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο αντρικό πέος, χωρίς όμως το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας και η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσπραγγωδών μθών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου, που περιβάλλουν τα σκέλη της.²

1.1.6 ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ

Είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια των παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράψαμε.²

1.1.7 ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ

Είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσπραγγώδεις μυς, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.²

1.1.8 ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άντρα και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ., τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.²

1.1.9 ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ

Είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα επάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σκαφοειδή βόθρο.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δαχτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια, δεν υπάρχει παρθενικός υμένας (άτρητος υμένας).

Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμά του συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.²

1.1.10 ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

Βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδρόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης στην έξοδό του.²

1.1.11 ΠΑΡΑΟΥΡΗΘΡΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από τη κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν τα εκκρίματά τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άντρα.²

1.1.12 ΔΙΑΠΛΑΣΗ

Το εξωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι όμοιο με του άντρα ως τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα. Ύστερα, αρχίζει τη διαφοροποίησή του.

Από το γεννητικό φύμα διαπλάθεται η κλειτορίδα. Από τις ουρογεννητικές πτυχές τα μικρά χείλη. Από τα γεννητικά ογκώματα τα μεγάλα χείλη.²

1.1.13 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

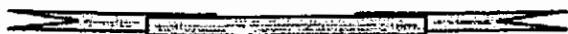
Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα.²

1.1.14 ΚΟΛΠΟΣ Ή ΚΟΛΕΟΣ

Περιγραφή: 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 ε τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία.

Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα. Το πάνω συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του, στον πρόδρομο του κόλπου.

Έχει, επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια: το αριστερό και το δεξιό. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι μακρύτερο από το πρόσθιο κατά 1-2 εκ., γιατί συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα συμπίπτουν μεταξύ τους. Έτσι, το άνοιγμα του κόλπου παίρνει τη μορφή του Η.



Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο. Γύρω από την κοιλιακή αυτή μοίρα του τραχήλου και τα κοιλικά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι, που, για λόγους περιγραφικούς, διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό.

Ο οπίσθιος θόλος του κόλπου είναι βαθύτερος, γιατί, όπως αναφέραμε, το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου είναι μακρύτερο και συνάπτεται με τον τράχηλο σε ψηλότερο σημείο της οπίσθιας επιφάνειάς του.

Οι κοιλικοί θόλοι έχουν την ικανότητα να διατείνονται περισσότερο από ό,τι το υπόλοιπο μέρος του κόλπου και είναι πάντα υγροί από εκκρίσεις των αδένων της μήτρας και των κρυπτών του ενδοτραχήλου και από διίδρωση μέσα από το πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτει τα τοιχώματα του κόλπου. Σε απόσταση 1,5 εκ. από τους πλάγιους θόλους βρίσκονται τα τελικά τμήματα των ουρητήρων, πριν αυτοί εισέλθουν στην ουροδόχο κύστη.

Κατά μήκος του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου υπάρχουν, τις περισσότερες φορές, δύο ακρολοφίες, που παριστάνουν τα όρια, που έσμιξαν οι δύο πόροι του Müller. Δίπλα σε αυτές τις ακρολοφίες διακρίνονται πτυχές του κόλπου, που λέγονται στύλοι, και που εξαφανίζονται μετά από τοκετό.

Στήριξη: το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Ανάμεσα περνάει η ενδοπυελική περιτονία.

Από τα πλάγια ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους συνδέσμους, που θα τους βρούμε παρακάτω, και που, σαν σφεντόνες, εκτείνονται από τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου προς τους κοιλικούς θόλους και τη μοίρα του τραχήλου, που βρίσκεται πάνω από τον κόλπο.

Το μέσο τριτημόριο του κόλπου στηρίζεται με ίνες του ανελκτήρα μυ του πρωκτού. Στο μέρος αυτό ο κόλπος χωρίζεται από το ορθό με λεπτό διάφραγμα της πυελικής περιτονίας, το ορθοκοιλικό.

Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μυς του περινέου και η πάνω μοίρα του με τους ιερομητραίους συνδέσμους.

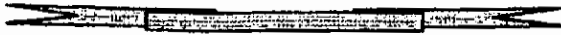
Υφή: τα κοιλικά τοιχώματα αποτελούνται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

1) εξωτερική στιβάδα: Είναι η στιβάδα, που βλέπουμε, όταν ανοίξουμε τον κόλπο. Η εξωτερική στιβάδα αποτελείται από τρεις στιβάδες: τη βασική, την ενδιάμεση και την επιφανειακή. Η γνώση των στιβάδων αυτών είναι απαραίτητη, γιατί οι μορφολογικές αλλαγές των κυττάρων της μας βοηθάνε στην εκτίμηση της ωοθηκικής λειτουργίας με τον έλεγχο των κοιλικών επιχρισμάτων.

α) βασική: Βρίσκεται πάνω στην υποκείμενη στιβάδα και αποτελείται από δύο στιβάδες: την εσωτερική βασική και την εξωτερική βασική ή παραβασική.

Εσωτερική βασική: Βρίσκεται ακριβώς πάνω στη μέση στιβάδα και αποτελείται από μία σειρά κυλινδρικών κυττάρων με μεγάλους βαθυχρωματικούς πυρήνες, που πιάνουν σχεδόν ολόκληρο το κύτταρο, δεν αποφολιδώνονται και αποτελούν τα μητρικά στοιχεία των πάνω από αυτή στιβάδων.

Εξωτερική βασική ή παραβασική: Αποτελείται από δύο ως τρεις στίχους κυττάρων, που έχουν σχήμα αβγού ή είναι πολυεδρικά και εμφανίζουν βαθυχρωματικό πυρήνα και πρωτοπλασματικές γέφυρες. Τα κύτταρά της αποφολιδώνονται, όταν λείπουν οι οιστρογόνες ορμόνες.



β) ενδιάμεση: Βρίσκεται πάνω από τη βασική και αποτελείται από πολλά στρώματα κυττάρων με μεγάλους πυρήνες, που είναι ανώμαλοι και κάπως συρρικνωμένοι. Η περιφέρεια των κυττάρων αυτών είναι περισσότερο βαθυχρωματική από το υπόλοιπο πρωτόπλασμα, το οποίο περιέχει κενοτόπια. Τα κύτταρα της ενδιάμεσης στιβάδας λέγονται και σκαφοειδή, γιατί μοιάζουν με σκάφη, και περιέχουν γλυκογόνο.

γ) επιφανειακή: Βρίσκεται πάνω από την ενδιάμεση και αποτελείται από δύο στιβάδες: την ενδοεπιθηλιακή και την κυρίως επιφανειακή.

Ενδοεπιθηλιακή: Βρίσκεται πάνω από την προηγούμενη και αποτελείται από σειρές κυττάρων, που εφάπτονται μεταξύ τους και που περιέχουν μεγάλα πρωτοπλασματικά κοκκία και γλυκογόνο.

Κυρίως επιφανειακή: Αποτελείται από μεγαλύτερα κύτταρα με πυκνωτό πυρήνα και ελάχιστο ή ανύπαρκτο γλυκογόνο.

2) μέση στιβάδα: Παριστάνει το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου, αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό και εμφανίζει αυξημένη αιμάτωση.

3) Εσωτερική στιβάδα: Αποτελεί λεπτό μυϊκό χιτώνα, που εξωτερικά έχει επιμήκειες και εσωτερικά κυκλικές ίνες. Οι εξωτερικές ίνες συνδέονται με τις ίνες της εξωτερικής στιβάδας του μυομητρίου.

4) Τα κολπικά τοιχώματα είναι πτυχωτά και το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, που περιγράψαμε, καλύπτει θηλές από συνδετικό ιστό.

Στην αναπαραγωγική ηλικία το επιθήλιο του κόλπου είναι παχύ και πλούσιο σε γλυκογόνο, λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων ορμονών. Πριν, όμως, από την ήβη και μετά την εμμηνόπαυση είναι λεπτό και δεν περιέχει γλυκογόνο. Αυτό έχει ενδιαφέρον, γιατί με την ήβη εμφανίζονται στον κόλπο οι βράκιοι του Döderlein, που παράγουν γαλακτικό οξύ ύστερα από επίδρασή τους στο γλυκογόνο των επιθηλιακών κυττάρων. Έτσι, η αντίδραση του κόλπου γίνεται όξινη και τέτοια παραμένει ως την εμμηνόπαυση. Το όξινο περιβάλλον του κόλπου τον προστατεύει από πολλά παθογόνα βακτηρίδια.²

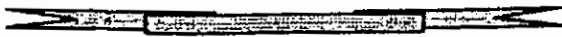
1.1.15 ΜΗΤΡΑ

Περιγραφή: 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, στη γυναίκα που γέννησε, 70 γρ. τα τοιχώματά 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, και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό, και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.

Η σχέση σώματος- τράχηλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες, από τα 7,5 εκ. του μήκους της μήτρας, τα 5 εκ. αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5 εκ. στον τράχηλό της, ενώ στις κορασίδες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες, που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μήτρα του τράχηλου σχεδόν εξαφανίζεται.

Σώμα μήτρας: Αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα. Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται



πάνω από γραμμή, που ενώνει τα δύο σημεία εισόδου των σαλπίνγων, λέγεται *πυθμένας*. Αυτό το τμήμα συμβάλλει πολύ στη μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται κέρασ της μήτρας. Φυσιολογικά, το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας συμπίπτουν.

Τράχηλος: ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την *υπερκοιλική*, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την *ενδοκοιλική*, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους, που αναφέραμε.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται *ενδοτράχηλος*, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κοιλική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σε αυτές, που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή.

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

Όταν η μήτρα βρίσκεται στη φυσιολογική της θέση, το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί σε γραμμή, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες της οστέινης πυέλου και ο πυθμένας της σε γραμμή, που ενώνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης με τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο.

Η φορά του τραχήλου είναι ανάλογη με τη θέση της μήτρας, έτσι, ο τράχηλος φέρεται προς τα κάτω και πίσω, σχηματίζοντας σχεδόν ορθή γωνία με τον άξονα του κόλπου, και το εξωτερικό του στόμιο βλέπει προς τον οπίσθιο κοιλικό θόλο.

Στήριξη: στην παραπάνω φυσιολογική θέση κρατάνε τη μήτρα τα παρακάτω στοιχεία:

Στρογγυλοί σύνδεσμοι: Είναι δύο και εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας, μπροστά από τα σημεία έκφυσης των σαλπίνγων, φέρονται στα πλάγια πυελικά τοιχώματα, περνάνε μέσα από τους βουβωνικούς πόρους και καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Πλατείς σύνδεσμοι: Βρίσκονται στα δύο πλάγια της μήτρας και παριστάνουν αναδιπλώσεις του πυελικού περιτοναίου. Μέσα στο ελεύθερο χείλος τους βρίσκονται οι σάλπιγγες και ανάμεσα στα πέταλά τους, που ξεχωρίζουν όσο κατεβαίνουμε από τις σάλπιγγες, σχηματίζονται τριγωνικοί χώροι, μέσα στους οποίους υπάρχουν τα παραμήτρια.

Τα παραμήτρια αποτελούνται από συνδετικό και λιπώδη ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, λεμφαδένες και νεύρα. Μέσα στα παραμήτρια βρίσκονται οι ουρητήρες μετά την είσοδό τους στη μικρή πυέλο.

Από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου και τον σχηματισμό των πρόσθιων και οπίσθιων πετάλων των πλατεών συνδέσμων σχηματίζονται δύο χώροι. Ο ένας βρίσκεται ανάμεσα από την ουροδόχο κύστη και την πρόσθια επιφάνεια της μήτρας και λέγεται *κυστεομητρίαίο κόλπωμα* ή *πρόσθιος*

δουγλάσειος χώρος (από τον Douglas, που πρώτος τον περιέγραψε) και ο άλλος ανάμεσα από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και το ορθό και λέγεται ευθυμητριάιο κόλπωμα ή οπίσθιος δουγλάσειος χώρος. Κάτω από τον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο υπάρχει το ευθυκολπικό κόλπωμα ή πυθμένας του δουγλάσειου, γιατί περιτόναιο της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος της μήτρας και της οπίσθιας επιφάνειας του τραχήλου συνεχίζει την πορεία του καλύπτοντας και το ανώτερο μέρος του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος.

Πλάγιοι σύνδεσμοι (λέγονται και κύριοι ή εγκάρσιοι σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι του Mackenrodt). Είναι δύο και εκτείνονται από τα πλάγια πυελικά τοιχώματα προς τον κόλπο και την υπερκοιλιακή μοίρα του τραχήλου.

Ιερομητριάιοι σύνδεσμοι: Είναι δύο και εκφύονται από την περιοχή της πυελικής επιφάνειας του ιερού οστού στο ύψος του 3^{ου}- 4^{ου} ιερού σπονδύλου, περιβάλλουν το ορθό και καταφύονται στο κατώτερο τμήμα της οπίσθιας επιφάνειας της μήτρας, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.

Μητροκυστικοί σύνδεσμοι: Είναι δύο, αντιστοιχούν στους ιερομητριάιους συνδέσμους και εκτείνονται από το κάτω μέρος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας ως τη βάση της ουροδόχου κύστης.

Ανεκκτήρας μυς: Ανήκει στους εσωτερικούς μυς του περινέου και, μαζί με ολόκληρο το πυελικό έδαφος, συμβάλλει στη στήριξη της μήτρας.

Υφή: αφού ξεχωρίσαμε στην περιγραφή της μήτρας το σώμα της από τον τράχηλό της, θα περιγράψουμε και την υφή τους ξεχωριστά.

1) σώμα μήτρας. Το σώμα της μήτρας αποτελείται από τρία τοιχώματα: το εξωτερικό ή περιμήτριο, το μεσαίο ή μυομήτριο και το εσωτερικό ή ενδομήτριο.

α) περιμήτριο: Αποτελεί τον ορογόνο χιτώνα της μήτρας και είναι περιτοναϊκό πέταλο, που καλύπτει τη μήτρα, αφήνοντας ακάλυπτα τα πλάγια χείλη και την πρόσθια επιφάνεια της υπερκοιλιακής μοίρας του τραχήλου.

β) μυομήτριο: Βρίσκεται κάτω από το περιμήτριο και αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

Εξωτερική στιβάδα: αποτελείται από κάθετες και εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες, που αρχίζουν από τον πυθμένα και φτάνουν ως τον τράχηλο. Οι εγκάρσιες ίνες καταλήγουν στους στρογγυλούς και στους πλατείς συνδέσμους και, λίγες από αυτές, στο μυϊκό τοίχωμα των σαλπγγων.

Μέση στιβάδα: είναι παχύτερη από τις άλλες και αποτελείται από αγκυλωτές ίνες. Οι ίνες αυτές βρίσκονται μόνο στο σώμα της μήτρας και περιβάλλουν τα αγγεία του μυομητρίου. Επίσης, εκτείνονται στους στρογγυλούς συνδέσμους και, μερικές από αυτές, στις σάλπιγγες. Τα μεγάλα φλεβικά αγγεία της την κάνουν να μοιάζουν με σπόγγο.

Η μέση στιβάδα στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Εκεί, συμπλέκεται με ίνες των άλλων στιβάδων και σχηματίζει σφιγκτήρα, που μόνο λειτουργική σύσταση έχει και όχι ανατομική.

Εσωτερική στιβάδα: αποτελείται από κάθετες και αγκυλωτές ίνες, περιβάλλει το ανώτερο τμήμα της μήτρας και γύρω από τα στόμια των σαλπγγων σχηματίζει σφιγκτήρα. Η στιβάδα αυτή περιέχει βηματοδότες, που ρυθμίζουν τη συσταλτικότητα της μήτρας. Πάνω στην εσωτερική στιβάδα ακουμπάνε οι πυθμένες των αδένων του ενδομητρίου.

γ) ενδομήτριο: κάτω από το μυομήτριο υπάρχει το σημαντικότερο τοίχωμα της μήτρας, το ενδομήτριο. Αυτό είναι βλεννογόνος, που καλύπτει την ενδομήτρια κοιλότητα χωρίς την παρεμβολή υποβλεννογόνιου χιτώνα. Η

σημαντικότητά του συνίσταται στο γεγονός, πως περιοδικά ανανεώνεται, ύστερα από απόπτωσή του (εμμηνορυσία).

Το επιθήλιο του βλεννογόνου του ενδομητρίου είναι κυλινδρικό. Μερικά κύτταρα έχουν κροσσούς. Το ίδιο επιθήλιο επενδύει και τους αδένες του ενδομητρίου, που παριστάνουν κολπάματα σε σχήμα σωλήνα. Κάτω από το επιθήλιο του ενδομητρίου υπάρχει το χόριο ή στρώμα, που περιέχει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και αδένες.

Το ενδομήτριο, κάτω από την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, διαφοροποιείται έτσι, ώστε να αποτελείται από δύο στιβάδες: τη βασική και τη λειτουργική.

Βασική στιβάδα: Βρίσκεται πάνω στο μυομήτριο και ελάχιστα επηρεάζεται από την ωοθηκική ορμονική δραστηριότητα.

Λειτουργική στιβάδα: Βρίσκεται πάνω στη βασική και αντανακλά τις μεταβολές της ωοθηκικής ορμονικής δραστηριότητας από την ήβη ως την εμμηνόπαυση. Μεταβολές, που έχουν σκοπό να προετοιμάσουν το ενδομήτριο να υποδεχθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Αν δε συμβεί γονιμοποίηση η λειτουργική στιβάδα πέφτει. Την απόπτωσή της συνοδεύει αιμορραγία, που αποτελεί την εμμηνορρυσία.

Μετά την απόπτωση της λειτουργικής στιβάδας, η ενδομήτρια κοιλότητα μοιάζει με ανοιχτό τραύμα, που η επούλωσή του πραγματοποιείται σε διάστημα 2-3 ημερών.

2) τραχήλος: η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας, γιατί το μεγαλύτερο τμήμα του δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, γιατί έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και λιγότερες λείες μυϊκές ίνες και γιατί δε διαθέτει συσταλτικότητα.

Ο αυλός του τραχήλου, ο ενδοτραχήλος, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωοθηκικού κύκλου.

Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δύο ειδών. Αυτά, που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή της βλέννας προς τον κόλπο.

~~Τα κύτταρα, που δεν έχουν βλεφαρίδες, παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτραχήλο.~~

Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό, οι φοινικοειδείς πτυχές, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κολπική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωοθηκική δραστηριότητα, όχι όμως όπως το κολπικό. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η βασική μεμβράνη, που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στιβάδα του τραχήλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δυνατό να ανευρεθούν φραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα ωάρια του Naboth.²

1.1.16 ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ Ή ΩΑΓΩΓΟΙ

Περιγραφή: οι σάλπιγγες αποτελούν δύο 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 δύο πλατέων συνδέσμων και καλύπτονται από αυτούς, εκτός από λεπτή μοίρα της κάτω επιφάνειάς τους.

Η ανάκαμψη του περιτοναίου για το σχηματισμό των πλατέων συνδέσμων και την κάλυψη των σαλπγγων σχηματίζει στο οπίσθιο πέταλό τους και ανάμεσα από τις σάλπιγγες και τους μητρωθηκικούς συνδέσμους τα *μεσοσαλπγγια*. Δηλαδή, οι σάλπιγγες καλύπτονται από περιτόναιο, όπως ακριβώς και οι εντερικές έλικες. Το μεσοσαλπγγιο αντιστοιχεί εδώ στο μεσέντεριο.

Ανάμεσα από τα δύο πέταλα των μεσοσαλπγγίων υπάρχουν 6-12 λεπτά σωληνάκια, που φέρονται κάθετα και καταλήγουν σε οριζόντιο πόρο, τον πόρο του Gartner. Ο σχηματισμός αυτός των σωληναρίων λέγεται *επωοθήκιο*.

Στο ίδιο μέρος και πλησιέστερα προς τη μήτρα, καμιά φορά, υπάρχει το *παρωοθήκιο*. Αυτό αποτελείται από λίγα τυφλά σωληνάκια, που παριστάνουν υπολείμματα του μεσονέφρου.

Κάποτε, από το εξωτερικό άκρο του πόρου του Gartner κρέμεται κυστικός σχηματισμός, η *υδατίδα του Morgagni*.

Τα στόμια των σαλπγγων 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 *διάμεσο* ή *ενδοτοιχωματικό*, τον *ισθμό*, τη *λήκυθο* και τον *κώδωνα*.

Διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό: το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπγγων, 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.

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

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

Κώδωνας: το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωοθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και λέγεται *ωοθηκικός κροσσός* ή *σύνδεσμος των σαλπγγων*.

Ο κώδωνας εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα, ιδιαίτερα τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, με σκοπό να εισροφήσει το απελευθερωμένο από την ωοθήκη ωάριο.

Υφή: το τοίχωμα των σαλπγγων αποτελείται από *τρεις στιβάδες:* την *εξωτερική*, τη *μέση* και την *εσωτερική*.

Εξωτερική στιβάδα: Είναι ορογόνας, που προέρχεται από την ανάκαμψη του πυελικού περιτοναίου στο σχηματισμό των πλατέων συνδέσμων. Η στιβάδα αυτή δεν καλύπτει το διάμεσο τμήμα των σαλπγγων, αφού αυτό βρίσκεται μέσα στο μυϊκό χιτώνα της μήτρας, και λεπτή μοίρα κατά μήκος των κάτω επιφανειών των σαλπγγων.

Μέση στιβάδα: Αποτελείται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες εξωτερικά και κυκλοτερείς εσωτερικά. Οι μυϊκές ίνες δεν επεκτείνονται στους κροσσούς.

Εσωτερική στιβάδα: Αποτελεί το ενδοσαλπγγιο, δηλαδή το βλεννογόνο των αυλών των σαλπγγων. Το ενδοσαλπγγιο χωρίζεται από τη μυϊκή στιβάδα με χόριο και το επιθήλιό του είναι μονόστιβο κυλινδρικό, που αποτελείται από τρία είδη κυττάρων: τα κροσσωτά (περισσότερα στην λήκυθο και τον κώδωνα), τα εμβόλιμα ή πασσαλοειδή και τα εκκριτικά, που δεν έχουν κροσσούς.

Το επιθήλιο των σαλπγγων εμφανίζει πτυχές, που μεγαλώνουν την επιφάνεια του ενδοσαλπγγίου κατά 15-30 φορές και βρίσκεται κάτω από την επίδραση των ωθητικών ορμονών, όπως και το κάτω από αυτό χόριο.²

1.1.17 ΩΟΘΗΚΕΣ

Περιγραφή: οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις του άντρα. Είναι δύο, συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το 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.

Η επιφάνεια των ωοθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάζουν, σχηματίζουν ωχρό σωμάτιο και ύστερα μικροσκοπική ουλή. Έτσι, η επιφάνεια των ωοθηκών εμφανίζεται διαφορετική στις φάσεις του ωοθηκικού κύκλου.

Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν, γιατί ατροφούν, και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από εντυπώματα.

Στήριξη: οι ωοθήκες βρίσκονται στη θέση, που περιγράψαμε, στηριζόμενες από τους κρεμαστήρες συνδέσμους, τους μητροθηκικούς ή ίδιους συνδέσμους και τα μεσωοθήκια.

Κρεμαστήρες: Εκφύονται από τη λαγόνια περιτονία και καταφύονται στους άνω πόλους των ωοθηκών, έτσι που να μοιάζουν ότι τις κρεμάνε. Μέσα από αυτούς περνάνε τα ωοθηκικά αγγεία.

Μητροθηκικοί ή ίδιοι σύνδεσμοι των ωοθηκών: Συνδέουν τους κάτω πόλους των ωοθηκών με τα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, πίσω από τις εκφύσεις των σαλπγγων.

Μεσωοθήκια: Συνδέουν τα οπίσθια πέταλα των πλατέων συνδέσμων με τα πρόσθια χείλη των ωοθηκών σχηματίζοντας στο σημείο των ενώσεών τους λεπτές ακρολοφίες, τις γραμμές του Fagn.

Τα οπίσθια χείλη των ωοθηκών είναι ελεύθερα και στρέφονται προς τους ουρητήρες.

Υφή: οι ωοθήκες αποτελούνται από έξω προς τα μέσα από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη ουσία, τη μυελώδη ουσία και τις πύλες.

Βλαστικό επιθήλιο: Καλύπτει τις επιφάνειες των ωοθηκών και αποτελείται από ένα στίχο πλατιών κυττάρων. Στο μέρος, που καλύπτει τα ωοθυλάκια, που ωριμάζουν, περιέχει σωματία, όμοια με τα λυσοσώματα. Αυτά κάνουν το τοίχωμα του ώριμου ωοθυλακίου εύθραυστο τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας.

Φλοιώδης ουσία: Βρίσκεται κάτω από το βλαστικό επιθήλιο ύστερα από παρεμβολή του ινώδη χιτώνα, που αποτελεί λεπτή ζώνη, το πάχος της οποίας

αυξάνεται σε παθολογικές καταστάσεις των ωοθηκών και ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας.

Η φλοιώδης ουσία έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί μέσα σε αυτή και ανάμεσα από συνδετικό ιστό, που λέγεται στρώμα, υπάρχουν, σε διάφορα στάδια της ανάπτυξής τους, τα ωοθυλάκια, που στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας φτάνουν τις 300.000. Επίσης, υπάρχουν ωχρά σωματίδια σε διάφορα στάδια ωρίμανσής τους.

Από τα ωοθυλάκια, όπως παρακάτω θα αναφέρουμε, παράγονται οημόνες, που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Αλλά και το στρώμα της φλοιώδους ουσίας βρίσκεται κάτω από την ίδια επίδραση και μεταβάλλεται στη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου.

Μυελώδης ουσία: Βρίσκεται στο κέντρο των ωοθηκών και αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, νεύρα και εμβρυικά υπολείμματα.

Πύλες: είναι το μέρος των ωοθηκών από το οποίο εισέρχονται τα αγγεία και τα νεύρα τους. Στις πύλες των ωοθηκών υπάρχουν κύτταρα, που μοιάζουν με τα κύτταρα του Leydig των όρχεων. Πιστεύεται, πως αυτά παράγουν ανδρογόνες ορμόνες.²

1.1.18 ΔΙΑΠΛΑΣΗ

Το εσωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας διαπλάθεται μαζί με το ουροποιητικό της από το οπίσθιο τοίχωμα του αρχέγονου σπλαχνικού κοιλώματος του εμβρύου. Η καταβολή του αρχίζει όταν αυτό έχει ηλικία 3-4 εβδομάδων και τελειώνει τη διαφοροποίησή του την 7^η εβδομάδα.

Η καταβολή του εσωτερικού γεννητικού συστήματος αντιπροσωπεύεται από δύο μάζες κυττάρων, που λέγονται αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες και αποτελούν το πρωταρχικό στάδιο των γονάδων (ωοθηκών, όρχεων).

Όταν το θηλυκό έμβρυο βρίσκεται στην 7^η-8^η εβδομάδα ζωής του, οι αμετάπλαστοι γεννητικοί αδένες διαφοροποιούνται σε ωοθήκες. Αυτό γίνεται με την προοδευτική ανάπτυξη της φλοιώδους ουσίας των ωοθηκών, μέσα στην οποία βρίσκονται διάσπαρτα τα γεννητικά κύτταρα, και με τον περιορισμό της ανάπτυξης της μυελώδους ουσίας τους κοντά στις πύλες των ωοθηκών.

Παράλληλα με τη διάπλαση των γεννητικών αδένων και τη διάπλαση των πόρων του Wolff (~~αποχετευτικοί αγωγοί των μεσανέφρων~~) και από το έξω μέρος αυτών, σχηματίζονται κατά μήκος τους, δύο άλλοι πόροι. Αυτοί, προς το πάνω μέρος τους εκβάλλουν ελεύθεροι μέσα στο σπλαχνικό κοιλώμα και προς το κάτω μέρος τους κοντά στις εκβολές των πόρων του Wolff, δηλαδή στην αμάρα ή κλοάκη.

Οι παραπάνω νέοι πόροι είναι οι πόροι του Müller, από αυτούς διαπλάθονται τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Ειδικότερα, από το ανώτερο μέρος τους διαπλάθονται οι σάλπιγγες. Από το κατώτερο μέρος τους, που σμίγει με το αντίστοιχο του στις αρχές του τρίτου εμβρυϊκού μήνα, διαπλάθεται η μήτρα και κατά ένα μέρος ο κόλπος. Στη διάπλαση του κόλπου συμμετέχει και ο ουρογεννητικός κόλπος, από τον οποίο σχηματίζονται και οι αδένες του προδρόμου του κόλπου.

Στον τέταρτο εμβρυϊκό μήνα, με υπερπλασία του επιθηλίου του ουρογεννητικού κόλπου, διαπλάθεται στη θέση του φύματος του Müller, ο παρθενικός υμένας.

Στον έκτο εμβρυϊκό μήνα, το επιθήλιο, που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας, αποκτάει βλαστήματα, από τα οποία σχηματίζονται οι αδένες του ενδομητρίου.

Με την κυκλοφορία των οιστρογόνων ορμονών εκφυλίζονται οι πόροι του Wolff και συμπληρώνεται η ανάπτυξη του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.²

1.1.19 ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στα όργανα αυτά θα αναφερθούμε περιληπτικά στα σημεία εκείνα της ανατομικής τους, που έχουν σχέση με τη γυναικολογία.

1.1.20 ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΔΑΦΟΣ

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πύελου. Προς τα εμπρός έχει την ηβική σύμφυση και τους ηβοίσχιακούς κλάδους, στα πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα και πίσω τον κόκκυγα.

Το σχήμα του πυελικού εδάφους μοιάζει με ρόμβο. Με γραμμή, που ενώνει τα δύο ισχιακά κυρτώματα, χωρίζεται σε δύο μοίρες: την πρόσθια, που διαπερνά η ουρήθρα και ο κόλπος και λέγεται ουρογεννητική, και την οπίσθια, που διαπερνά ο πρωκτός και λέγεται πρωκτική. Η κάτω επιφάνειά του είναι κυρτή και λέγεται περινεϊκή και η πάνω επιφάνεια, που καλύπτεται από περιτόναιο, είναι κοίλη και λέγεται πυελική.

Επειδή στο πυελικό έδαφος στηρίζονται όργανα, που βρίσκονται μέσα στην πύελο, αυτό διαθέτει ισχυρό τοίχωμα από δέρμα, μύες και περιτονίες. Επίσης, βοηθάει στη συγκράτηση κλειστού του κόλπου και του ορθού, στην αποπάτηση, στην εξώθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό και τη στροφή της κεφαλής του.

Μύες: οι μύες του πυελικού εδάφους βρίσκονται σε τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

Εξωτερική στιβάδα: Αποτελείται από τους δύο ισχιοσηραγγώδεις, τους δύο βολβοσηραγγώδεις μύες, τον επιφανειακό εγκάρσιο και τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού μυ.

Μέση στιβάδα: Παριστάνει το ουρογεννητικό τρίγωνο ή ουρογεννητικό διάφραγμα και αποτελείται από τον στο βάθος εγκάρσιο τον ουρηθροκολεϊκό μυ. Η μέση στιβάδα δεν επεκτείνεται ως την πρωκτική μοίρα.

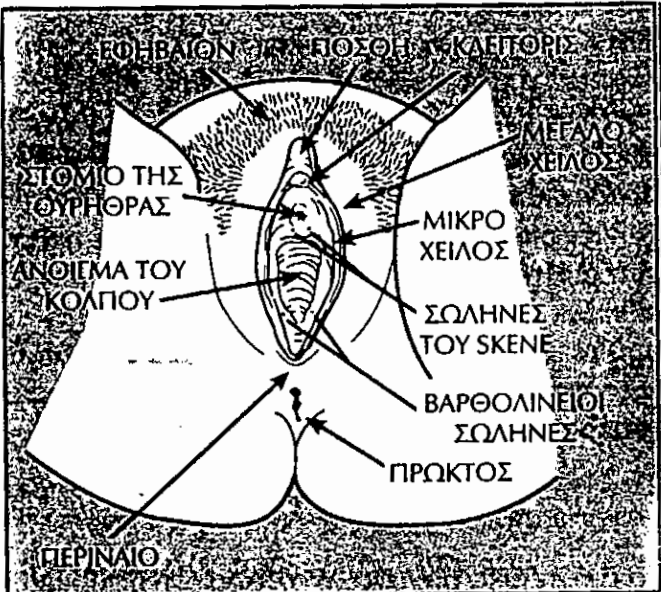
Εσωτερικά στιβάδα: Αποτελείται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού. Ο μυς αυτός αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του πυελικού εδάφους και έχει τέσσερις μοίρες: την ισχιοκοκκυγική, που περιγράφεται και ως ξεχωριστός μυς, τη λαγονοκοκκυγική, την ηβοκοκκυγική και την ηβοευθυϊκή. Τα πρόσθια τμήματα του ανελκτήρα μυ λέγονται σκέλη και περιβάλλουν τον κόλπο. Με σύσπασή του ασκεί ορισμένη σφιγκτηριακή ενέργεια.

Περιτονίες: οι περιτονίες του πυελικού εδάφους είναι η κάτω ή επιφανειακή, η μέση ή του ουρογεννητικού τριγώνου και η άνω ή του πυελικού διαφράγματος. Και οι τρεις περιτονίες ενώνονται στο κέντρο του πυελικού εδάφους.

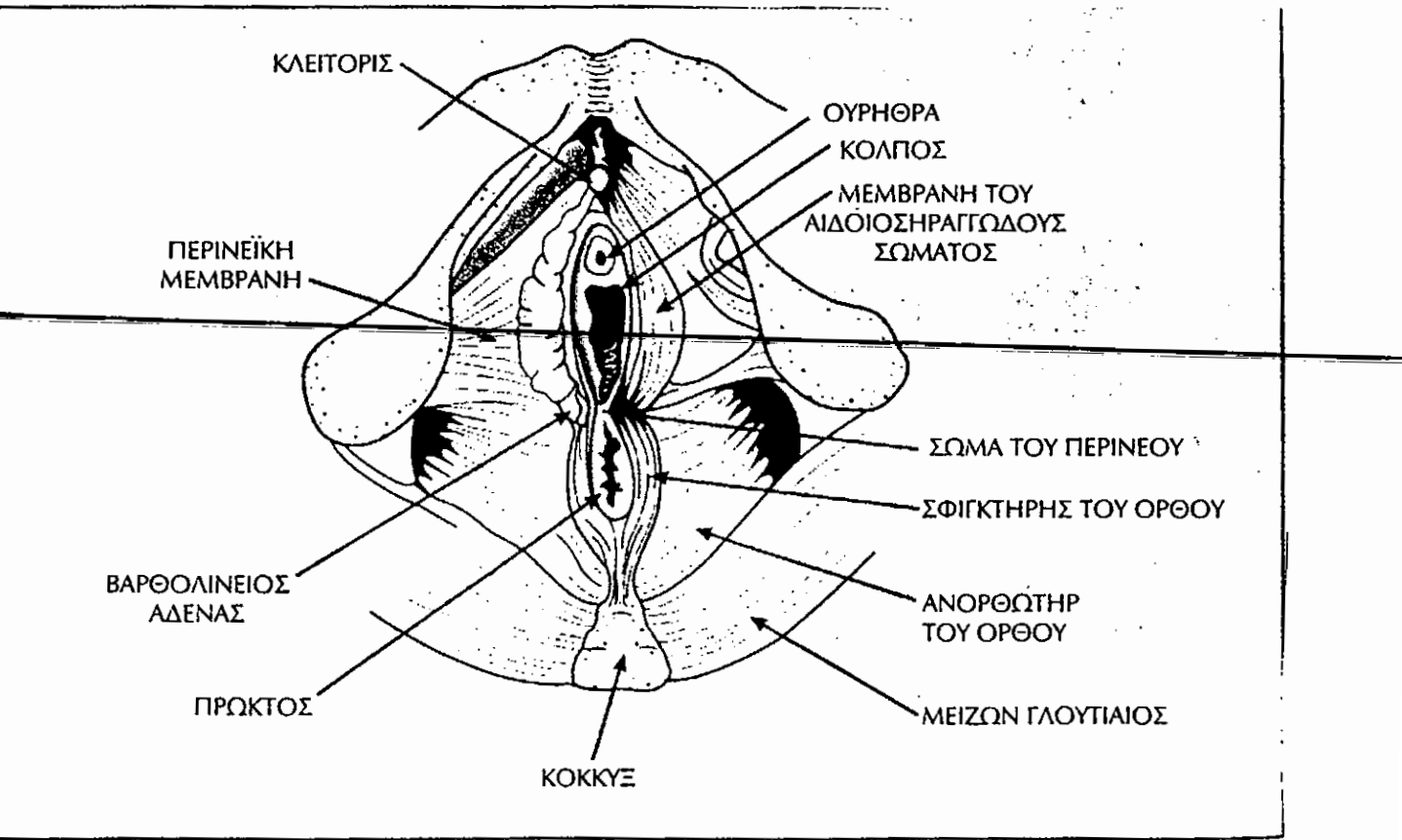
Ιδίως περίνεο: αυτό είναι η περιοχή των ιστών του πυελικού εδάφους, που βρίσκεται ανάμεσα από τον πρωκτό και το κάτω τριτημόριο του κόλπου. Η κορυφή του βρίσκεται στο κατώτερο άκρο του ορθοκολπικού διαφράγματος, στο σημείο όπου



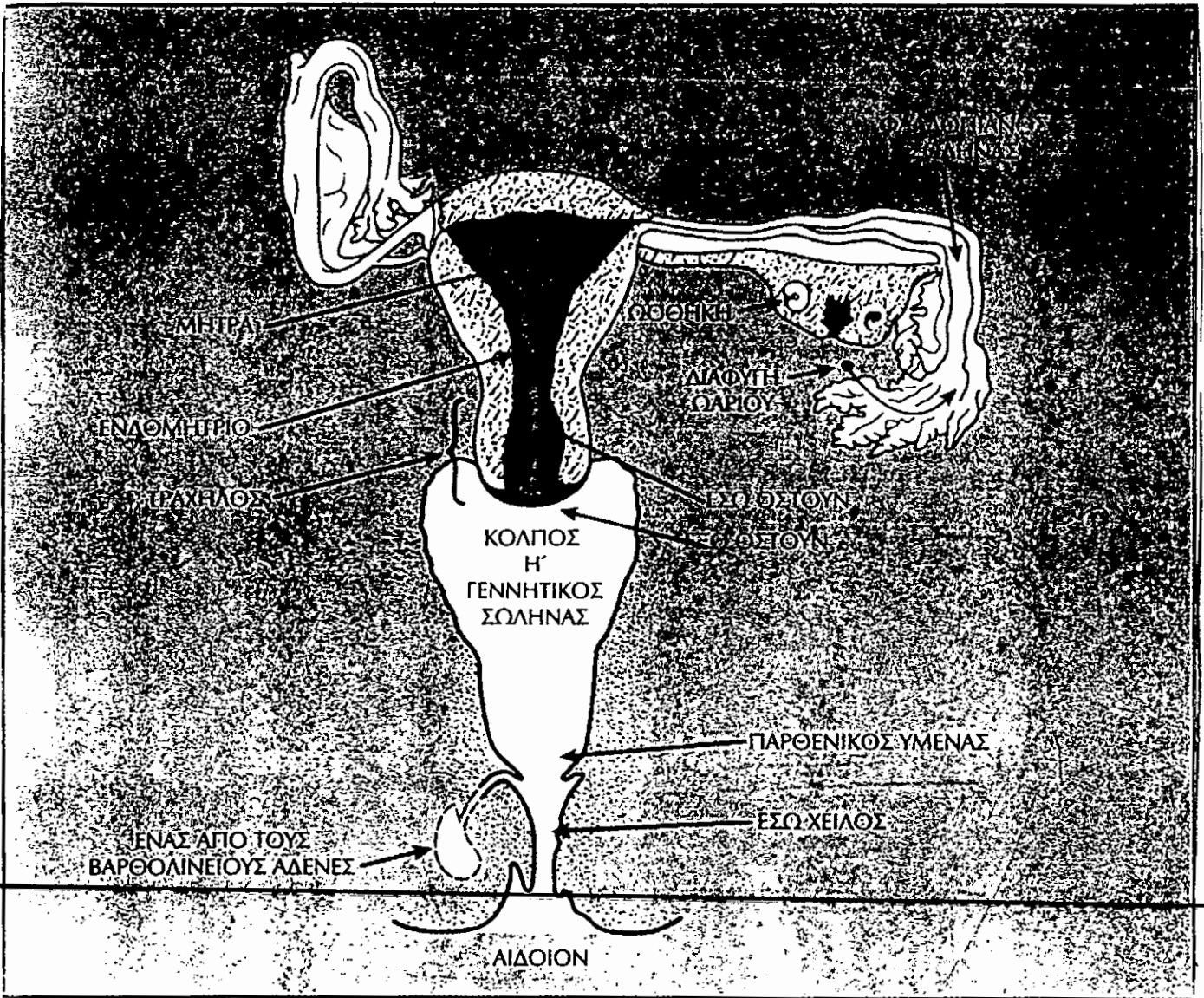
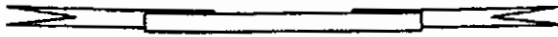
το ορθό ενώνεται με το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα. Η βάση του ιδίως περινέου βρίσκεται κάτω από το δέρμα, ανάμεσα από τον κόλπο και τον πρωκτό.²



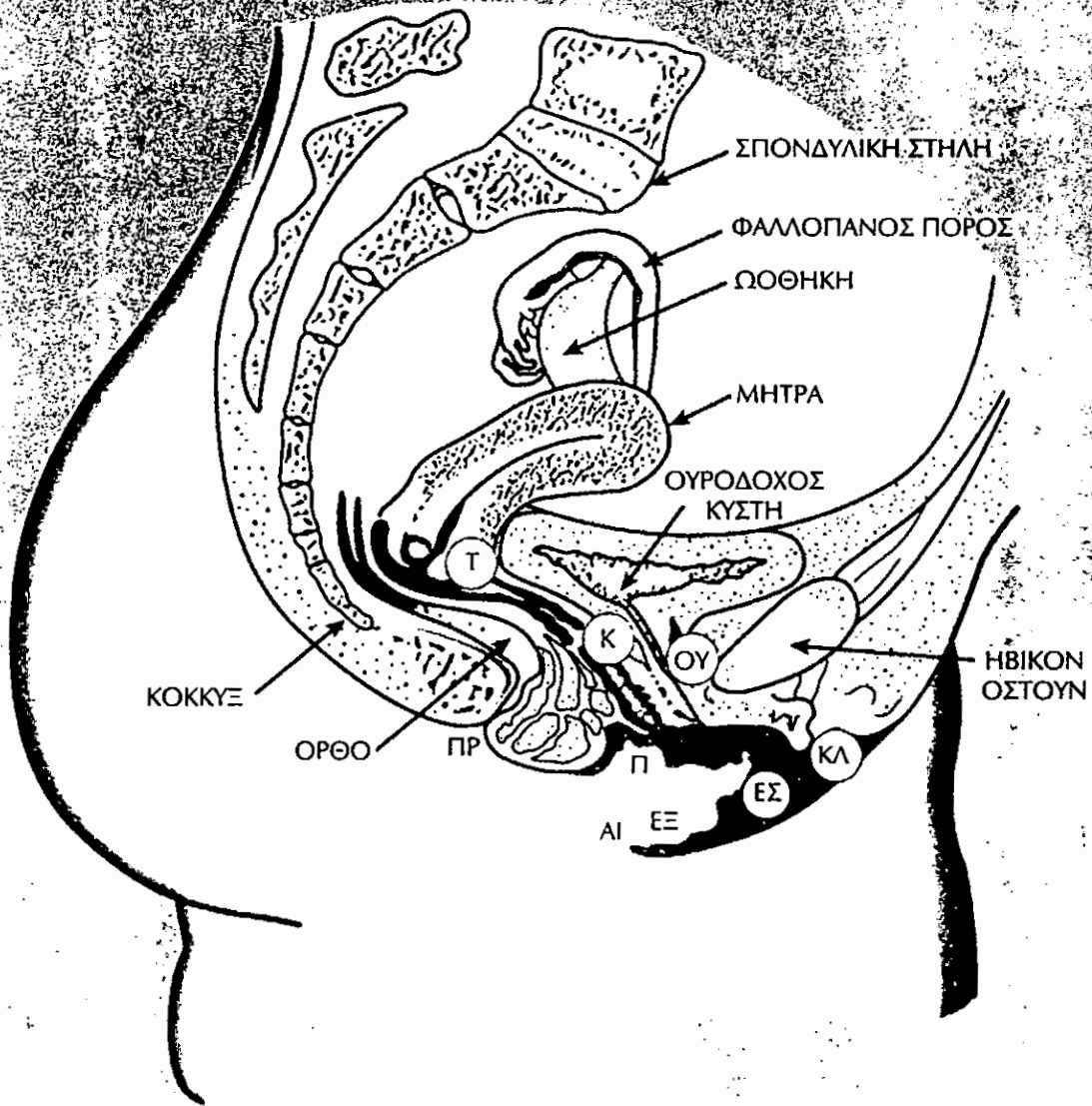
5. Έξω γεννητικά όργανα.



1. Περίναιο.

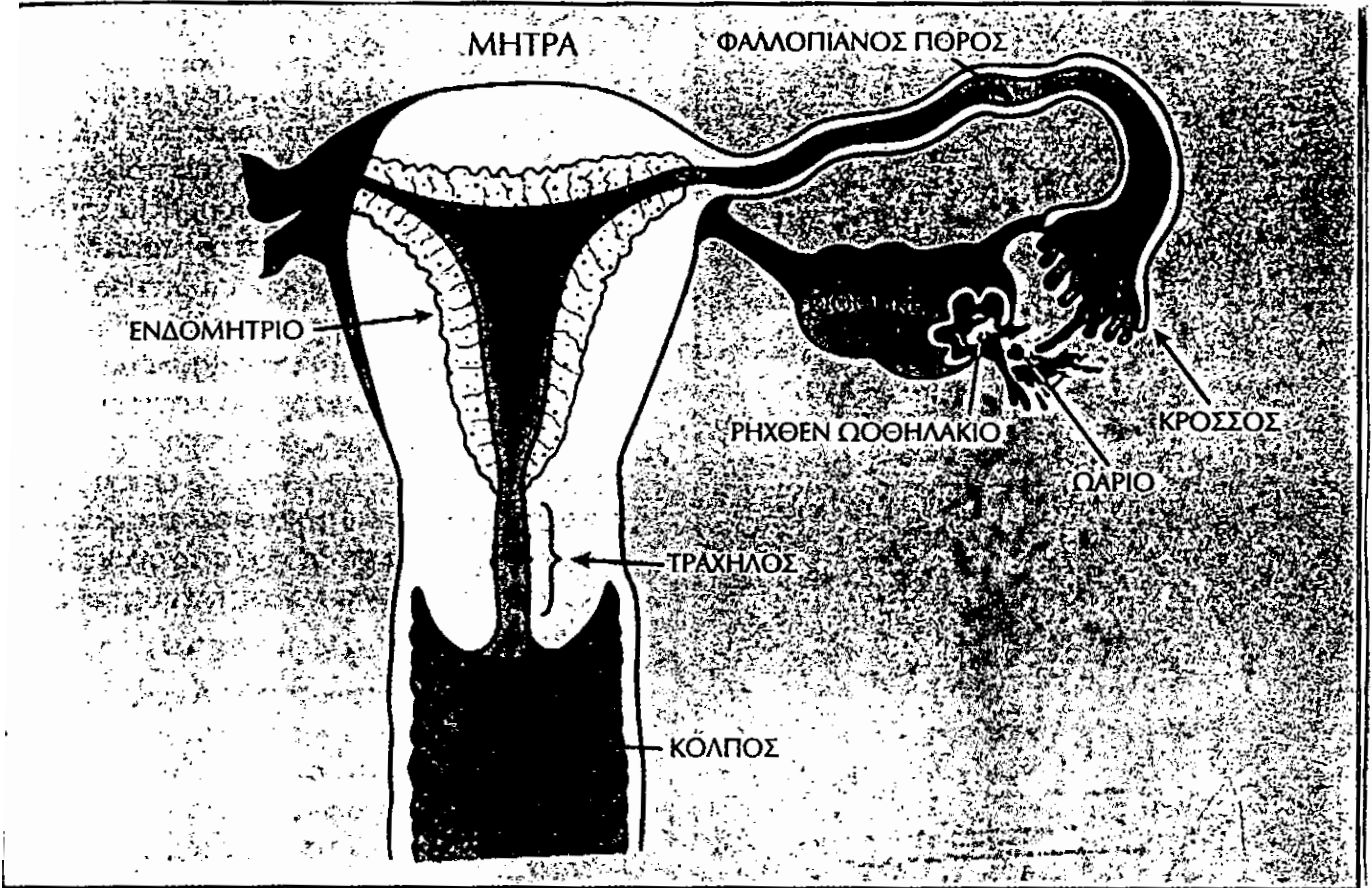


Έσω αναπαραγωγικά όργανα της γυναίκας (Προσαρμοσμένο από το Educational Department, Tamrax, Inc., Νέα Υόρκη).

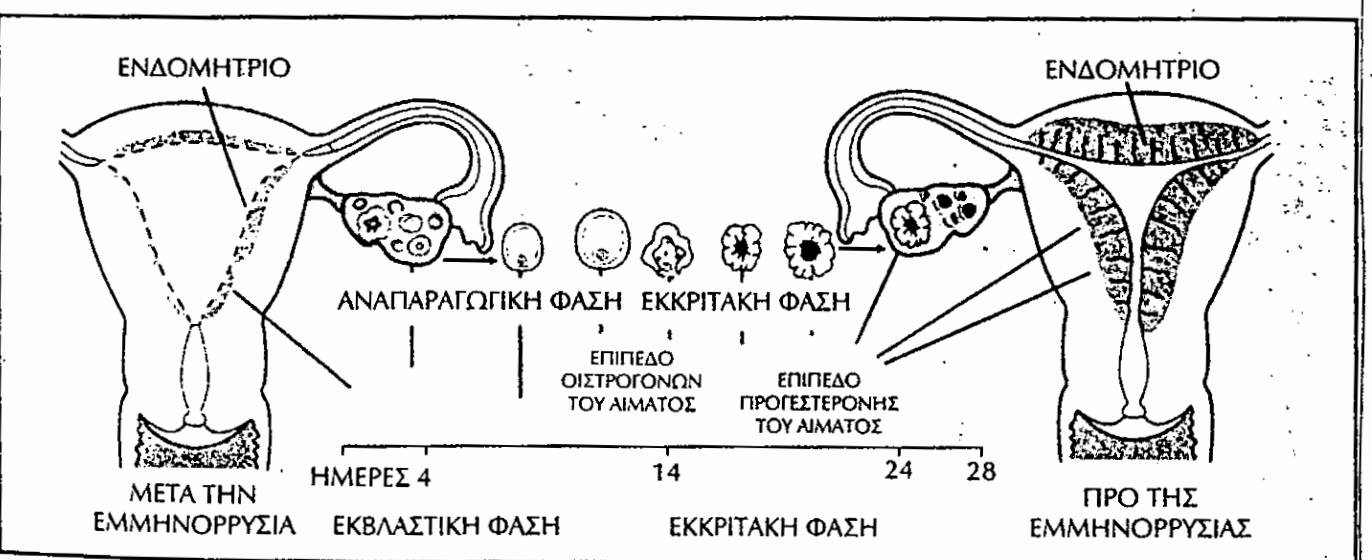


Π - ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ	ΚΛ - ΚΛΕΙΤΟΡΙΣ
ΑΙ - ΑΙΔΟΙΟ	Κ - ΚΟΛΠΟΣ
ΟΥ - ΟΥΡΗΘΡΑ	ΠΡ - ΠΡΩΚΤΟΣ
ΕΞ - ΕΞΩ ΧΕΙΛΟΣ	Τ - ΤΡΑΧΗΛΟΣ
ΕΣ - ΕΣΩ ΧΕΙΛΟΣ	

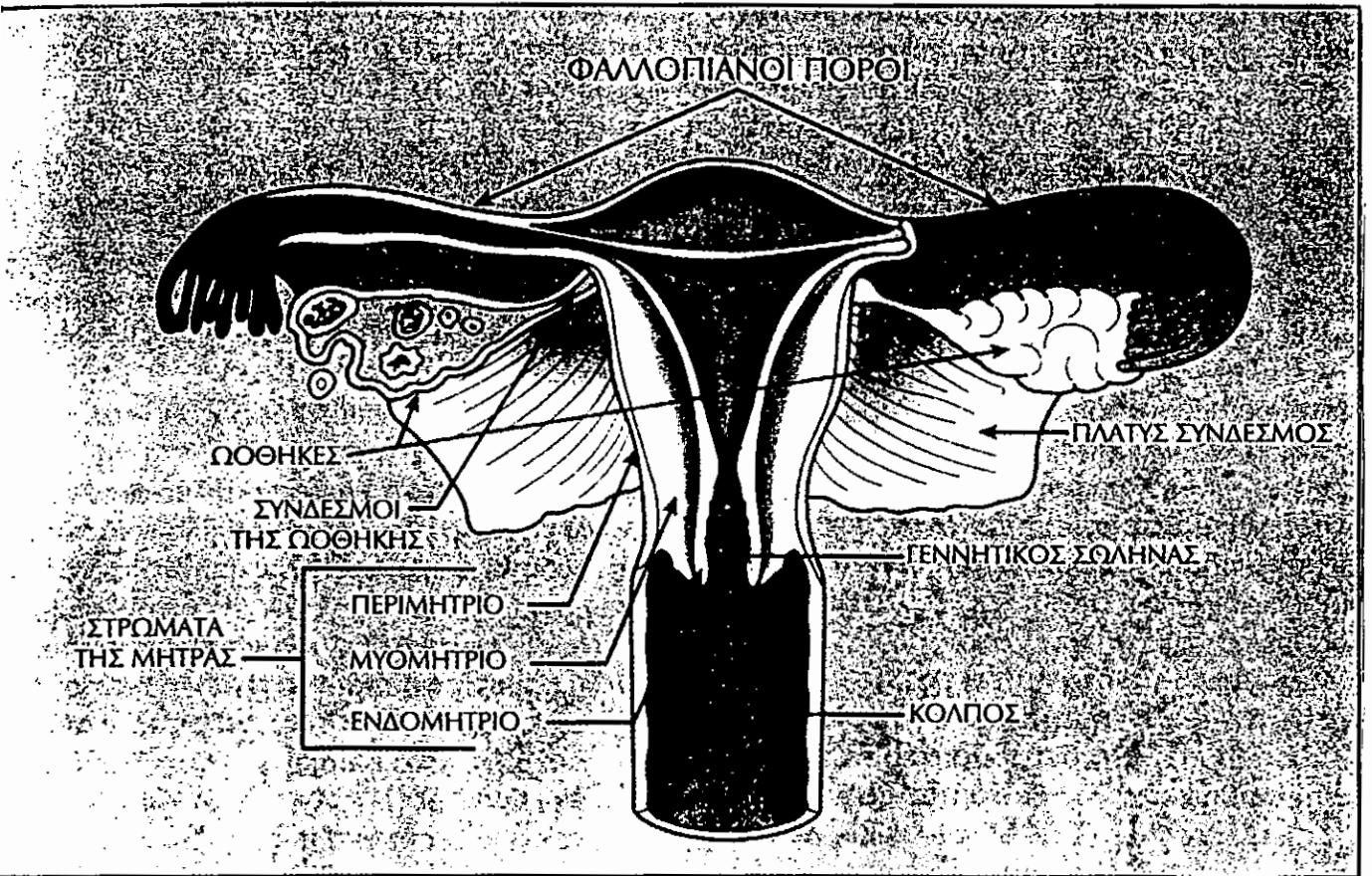
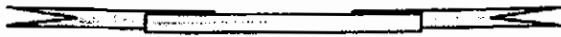
Ε Πλάγια άποψη των γυναικείων οργάνων της πυέλου (Προσαρμοσμένο από το Educational Department, Tamrax, Inc., Νέα Υόρκη).

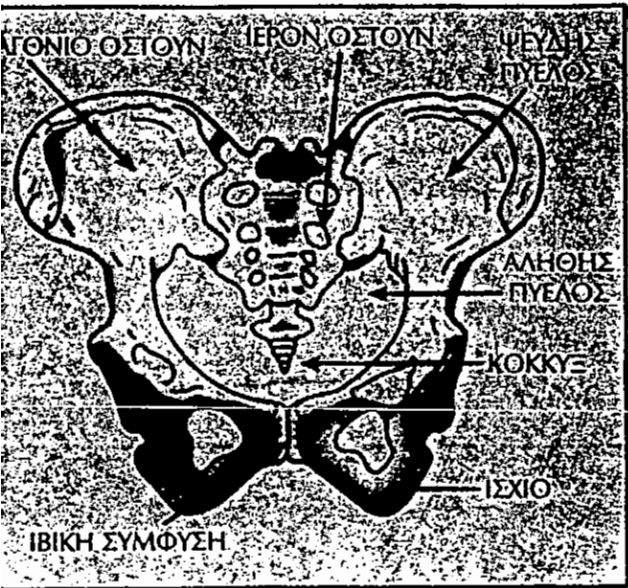


Ωορηξία. Η απελευθέρωση του ωαρίου από το ωοθηλάκιο (Προσαρμοσμένο από το DeLee's *Obstetrics for Nurses*, W.B. Saunders).

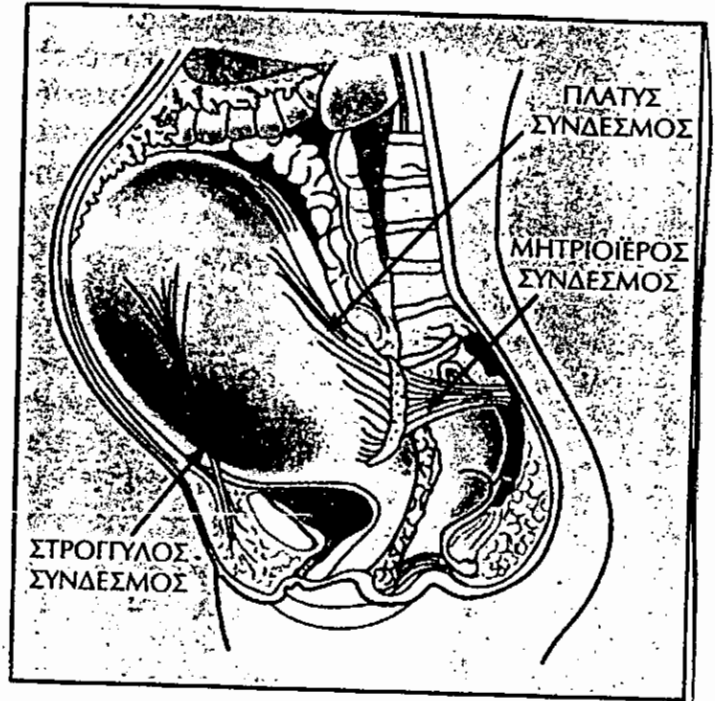


Ει: Ορμονική ρύθμιση των αναπαραγωγικών οργάνων.

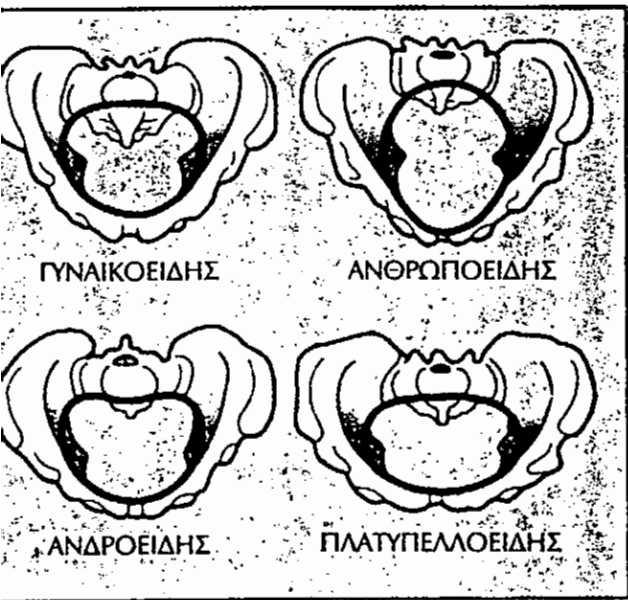




Κατασκευή της πυέλου.



Ε Ανάρτηση της μήτρας από τους συνδέσμους: στρογγυλός, πλατύς και μητροϊερός.



Σχήματα και τύποι της πυέλου.

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ:

1.2.1 ΣΥΛΛΗΨΗ

Συνουσία είναι η σεξουαλική πράξη, σπέρμα παραδίδεται στον τράχηλο από το ορθό πέος. Εκσπερμάτιση είναι η βίαιη απελευθέρωση σπέρματος από το πέος. Η ποσότητα σπέρματος κυμαίνεται από 1,5- 4 ml ανά εκσπερμάτιση. Τα μικροσκοπικά σπερματοζωάρια, συχνά φθάνουν τα 150 εκατομμύρια ανά εκσπερμάτιση, προωθούνται από τις ουρές τους από τον κόλπο προς τη μήτρα και μετά στη σάλπιγγα αναζητώντας το ωάριο. Άσχετα με τον υπερβολικά αριθμό των σπερματοζωαρίων, μόνο ένα γονιμοποιεί το ωάριο. Μόλις το σπερματοζωάριο διαπεράσει το ωάριο, η χημική σύνθεση του έξω τοιχώματος του ωαρίου αλλάζει. Το ωάριο κλείνει ερμητικά, εμποδίζοντας έτσι οποιοδήποτε άλλο σπερματοζωάριο να εισέλθει. Τόσο το ωάριο όσο και το σπερματοζωάριο συνεισφέρουν ακριβώς τα μισά από όλα τα χαρακτηριστικά του μωρού. Πολλαπλές γεννήσεις παρατηρούνται όταν περισσότερα από ένα ωάρια γονιμοποιούνται ή όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται σε ένα ή περισσότερα έμβρυα.

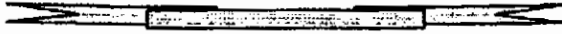
Ο ανθρώπινος κύκλος ζωής αρχίζει όταν η κεφαλή και ο λαιμός του σπερματοζωαρίου εισέρχονται στο ωάριο. Η είσοδος συνήθως λαμβάνει χώρα στο εξωτερικό ένα τρίτο της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται ζυγωτό. Το ζυγωτό είναι ένα κύτταρο με έναν πυρήνα, που περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη μελλοντική ανάπτυξη του απογόνου.³

1.2.2 ΑΥΛΑΚΩΣΗ

Αμέσως μετά τη συγχώνευση του πυρήνα του πυρήνα του σπερματοζωαρίου με τον πυρήνα του ωαρίου, αρχίζει μία αλληλουχία κυτταρικών διαιρέσεων. Αυτή η διαδικασία διαίρεσης του κυττάρου ονομάζεται αυλάκωση και συνήθως αρχίζει όταν το γονιμοποιημένο ωάριο βρίσκεται στη σάλπιγγα.

Η πρώτη διαίρεση του γονιμοποιημένου ωαρίου καταλήγει σε δύο κύτταρα που ονομάζονται βλαστομερίδια. πριν τη διαίρεση, κάθε ένα χρωμόσωμα διπλασιάζεται το γενετικό του υλικό. Μετά χωρίζεται κατά μήκος έτσι ώστε να δώσει δύο ίσα μισά χρωμοσώματα τα οποία ανασυγκροτούνται σε δύο ξεχωριστούς πυρήνες, καθένας από τους οποίους πηγαινει με το κάθε μισό του χωρισμένου ωαρίου. Έτσι, από την αρχή, κάθε κύτταρο του αναπτυσσόμενου μωρού περιέχει ίσο αριθμό χρωμοσωμάτων από κάθε γονέα. Αυτά τα χρωμοσώματα μεταφέρουν τα γονίδια. Η πρώτη αυλάκωση διαρκεί περίπου 36 ώρες, κάθε επιτυχής διαίρεση διαρκεί ελάχιστα λιγότερο χρόνο. Ο πολλαπλασιασμός συνεχίζεται σε ένα σχετικά σταθερό ρυθμό. Το ωάριο δεν αυξάνεται σε μέγεθος (όγκο) κατά τη διάρκεια της κυτταρικής διαίρεσης και του πολλαπλασιασμού.

Το γονιμοποιημένο ωάριο σταδιακά παίρνει την εμφάνιση ενός μούρου και ονομάζεται μορίδιο. Κατά τη διάρκεια της διαίρεσης το γονιμοποιημένο ωάριο ταξιδεύει από τη σάλπιγγα προς τη μήτρα, αυτό το ταξίδι διαρκεί περίπου τέσσερις ημέρες. Την ώρα που τα κύτταρα φθάνουν στο άκρο της σάλπιγγας, είναι περισσότερα από 100. Το μορίδιο τώρα παίρνει το σχήμα μίας σφαίρας με κούλο (κούφιο) εσωτερικό και ονομάζεται βλαστίδιο.³



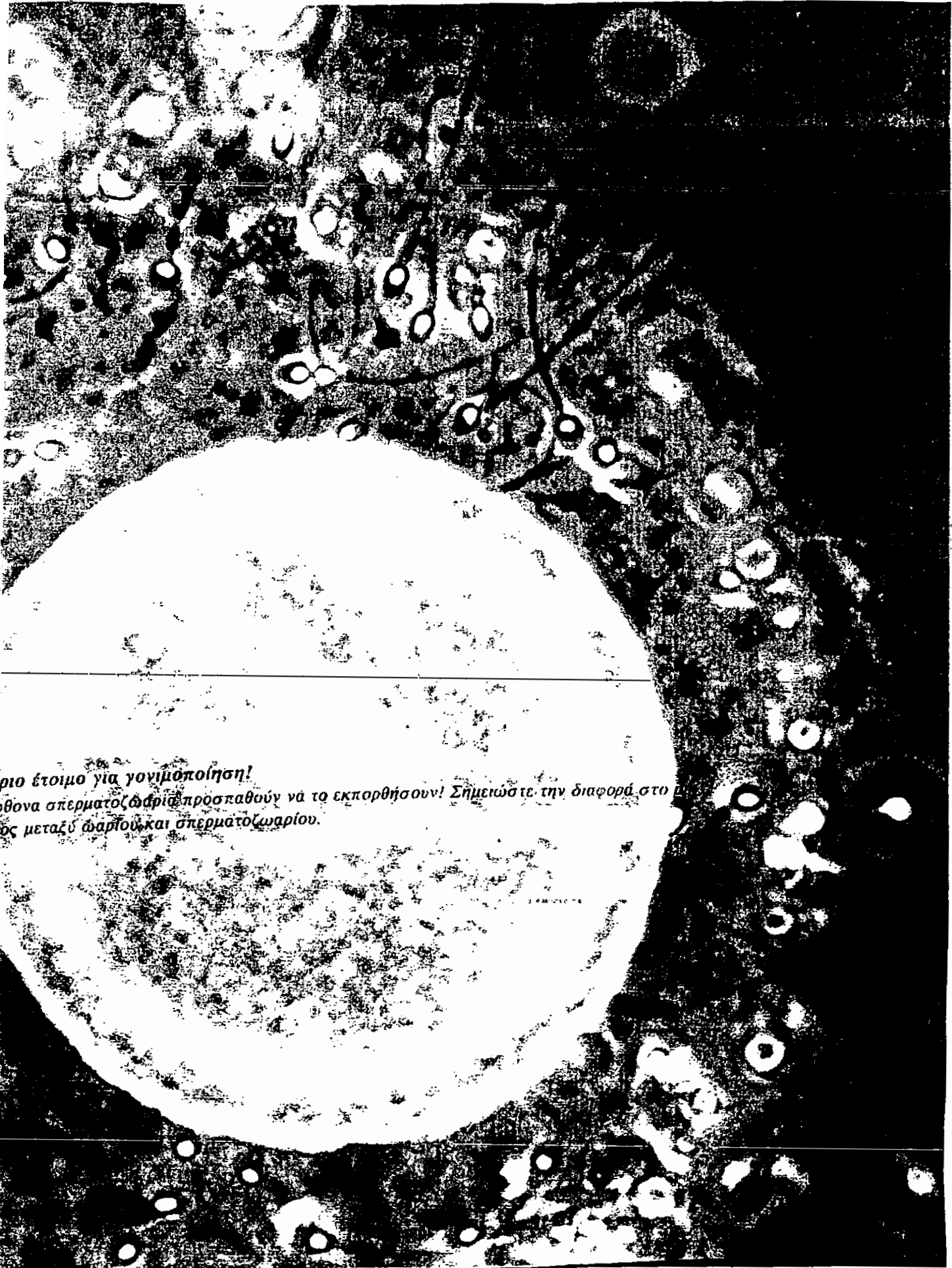
1.2.3 ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

Το βλαστίδιο είναι το αρχικό έμβρυο. Μπορεί να προσκολληθεί ή να εμφυτευθεί οπουδήποτε στο ενδομήτριο, αλλά συνήθως εμφυτεύεται κοντά στην κορυφή της μήτρας. Το βλαστίδιο εμφυτεύεται στον βλεννογόνο υμένα της μήτρας, ο οποίος έχει προετοιμαστεί για αυτό. Οι δίσκοι των κυττάρων κοντά στην εξωτερική στεφάνη αναπτύσσονται σε έμβρυο, η στεφάνη αυτή καθεαυτή σχηματίζει τους υμένες (χιτώνες) του εμβρύου. Η στεφάνη, ονομάζεται τροφοβλάστη, γίνεται πλακούντας και το κάλυμμα (χόριον). Ο πλακούντας τρέφει και το χόριον προστατεύει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Το χόριον, ο πλακούντας και το αμνίο (σάκος με υγρά) παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν αποτελούν μέρος του σώματος του εμβρύου.

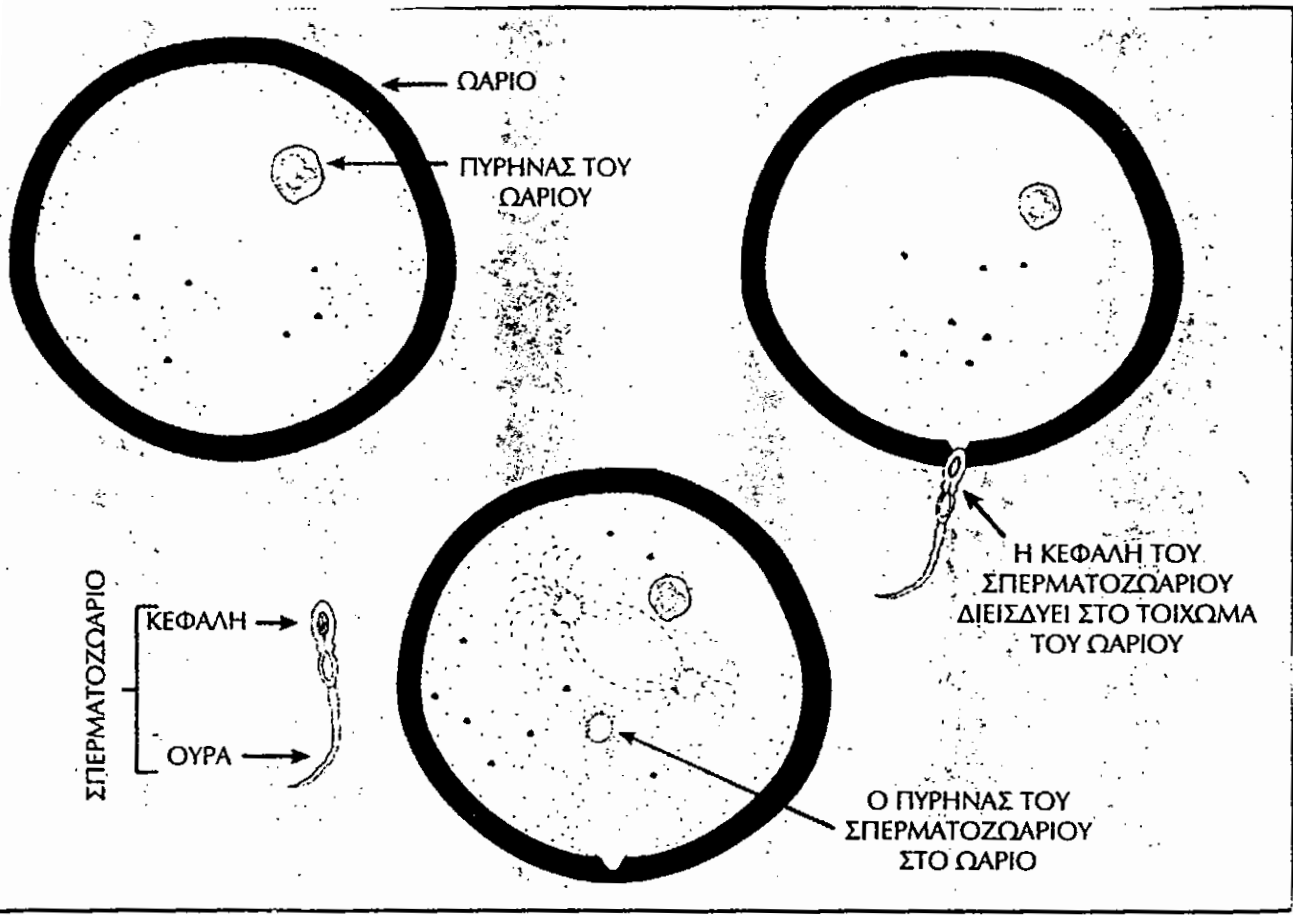
Το βλαστίδιο αρχίζει να παράγει μία ορμόνη η οποία διεγείρει τις ωοθήκες να συνθέσουν προγεστερόνη. Η προγεστερόνη ειδοποιεί στην υπόφυση ότι η γυναίκα είναι έγκυος και δεν πρέπει να επέλθει εμμηνορροσία. Την ίδια στιγμή, το βλαστίδιο αποβάλλει χημικά για να παραλύσει το ανοσοποιητικό σύστημα μέσα στη μήτρα. Αν δε συνέβαινε αυτό το σώμα της μητέρας θα αναγνώριζε τη γενετικά διαφοροποιημένη ύπαρξη σαν ένα ξένο σώμα και θα την κατέστρεφε.

Το ενδομήτριο, που τώρα ονομάζεται φθαρός υμένας, παχαίνει και τα κύτταρα διογκώνονται. Ένζυμα μέσα στα κύτταρα πέπτουν στον ιστό της μήτρας ως ότου η εμφυτευμένη μάζα να εισχωρήσει στα τοιχώματα κάποιων από τα αιμοφόρα αγγεία της μητέρας, αλυσίδες κυττάρων λούονται με αίμα. Δακτυλόμορφες προεξοχές (χοριακή λάχνη) που περιέχουν αιμοφόρα αγγεία και συνδέονται με το έμβρυο φυτρώνουν από τα εξωτερικά κύτταρα και εκτείνονται μέσα σε διαστήματα γεμάτα αίμα. Το έμβρυο λαμβάνει οξυγόνο και τροφή και αποβάλλει τα άχρηστα υλικά μέσω αυτής της λάχνης. Όσο το βλαστίδιο ενσωματώνεται, ή εμφυτεύεται, η εσωτερική μάζα των κυττάρων πολλαπλασιάζεται και οι μεμβράνες του εμβρύου συνεχίζουν να αναπτύσσονται. Το βλαστίδιο διαστέλλεται και μερικά από τα κύτταρα γύρω από την κοίλη σφαίρα συναθροίζονται στη μία μεριά. Αυτή η διογκωμένη μάζα από κύτταρα σχηματίζει το βλαστόδερμα. Αυτά τα κύτταρα είναι που σταδιακά αναπτύσσονται για να σχηματίσουν το έμβρυο.

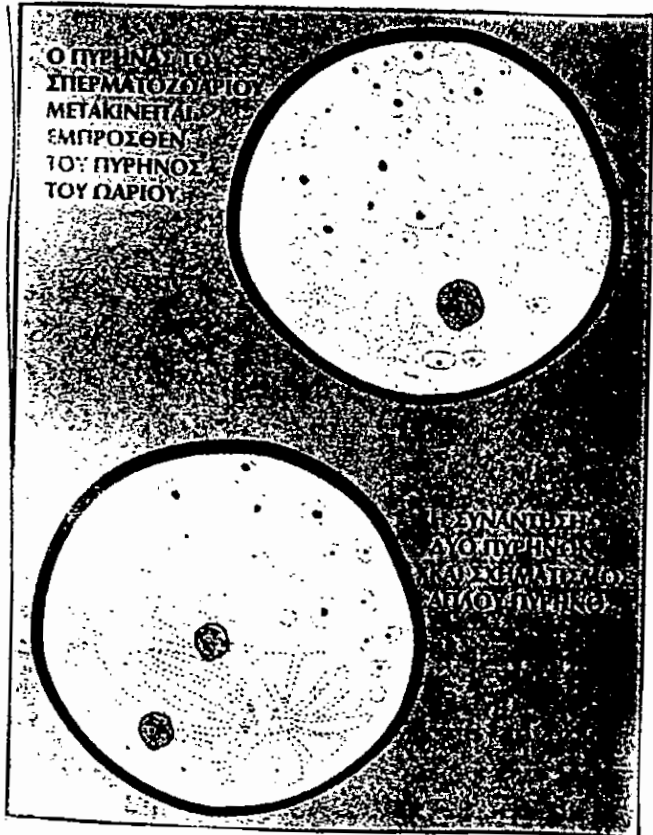
Το βλαστόδερμα αποτελείται από δύο ξεχωριστά στρώματα κυττάρων. Το αυθεντικό, εξωτερικό και χονδρότερο στρώμα, που ονομάζεται εκτόδερμα, εξελίσσεται σε εγκέφαλο, νωτιαίο μυελό, όλα τα νεύρα και τα αισθητικά όργανα και σε δέρμα. Το νεότερο και πιο εσωτερικό στρώμα ονομάζεται ενδόδερμα και θα εξελιχθεί σε ενδοθήλιο όλου του πεπτικού συστήματος από το φάρυγγα μέσω του οισοφάγου, στο στομάχι, ήπαρ και έντερο ως τον πρωκτό. Το ενδιάμεσο στρώμα, που ονομάζεται μεσόδερμα, εμφανίζεται αργότερα και δημιουργεί το σκελετό, τους μύες και πολλά από τα εσωτερικά όργανα. Αυτά τα τρία στρώματα εμφανίζονται στην ανάπτυξη όλων των υψηλότερων ζώων.³



ριο έτοιμο για γονιμοποίηση!
 θηνα σπερματοζωάρια προσπαθούν να το εκπορθήσουν! Σημειώστε την διαφορά στο μ
 ος μεταξύ ωαρίου και σπερματοζωαρίου.



Γονιμοποίηση. Το σπερματοζώαριο ενώνεται με το ώαριο.



1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η άμβλωση είναι μία ιδιότυπη περίπτωση εγκλήματος κατά της ζωής, που προβλέπεται και τιμωρείται από το άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα.

Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, για να στοιχειοθετηθεί το αδίκημα, πρέπει το έμβρυο είτε να εξαχθεί βίαια από τη μήτρα, είτε να θανατωθεί μέσα σε αυτήν πριν να τερματισθεί η κύηση.

Η έξοδος του εμβρύου από τη μήτρα πολύ πριν από το τέρμα της κύησης, όταν ακόμα δεν έχει συμπληρώσει την 28^η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής του, λέγεται έκτρωση. Πριν από την 28^η εβδομάδα το έμβρυο δε θεωρείται βιώσιμο, δηλαδή με δυνατότητα να διατηρήσει μία ζωή ανεξάρτητη από τη μητέρα του, έστω και κάτω από ειδικές συνθήκες.^{4,5,6,7}

Το έμβρυο της 28^{ης} εβδομάδας έχει κατά μέσο όρο μήκος 35 εκ. για αυτό και το μήκος αυτό είναι κρίσιμο για την απόφαση αν είναι βιώσιμο ή όχι.

Το μήκος από την κορυφή του κρανίου ως τα ισχιακά κυρτώματα είναι 23 εκ. η περίμετρος του κεφαλιού 25 εκ., ο μηρός 52 mm και το βραχιόνιο 46 mm. (χωρίς τους χόνδρους).

Αν η έκτρωση δεν είναι αυτόματη, τότε θα πρέπει να είναι προκλητή και είτε να γίνει για σκοπό θεραπευτικό είτε αποτελεί εγκληματική ενέργεια.

Η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται πάντοτε από γιατρό σύμφωνα με τους κανόνες της τέχνης. Πριν επιχειρηθεί μία θεραπευτική έκτρωση είναι απαραίτητο δύο γιατροί να βεβαιώσουν ότι υφίσταται κάποια ανάγκη να διακοπεί η κύηση, γιατί από κάποια συγκεκριμένη σοβαρή αρρώστια απειλείται η όλη υγεία και η ζωή της γυναίκας.

Στις νόμιμες αυτές διακοπές, υπάγονται οι περιπτώσεις που προβλέπονται από την παράγραφο 4 του άρθρου 304. πρέπει να σημειωθεί ότι δε χρειάζεται η βεβαίωση δεύτερου γιατρού όταν το έμβρυο είναι ήδη βεβαιωμένα νεκρό, όπως στην υπόστροφο κύηση και τη μύλη κύηση (εκφύλιση του ωού), αφού για να στοιχειοθετηθεί το αδίκημα της άμβλωσης, το έμβρυο πρέπει να είναι ζωντανό μέσα στη μήτρα της μητέρας του.⁴

1.4 ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ- ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Ταυτόσημος προς τον όρο έκτρωση είναι και ο όρος άμβλωση. Η έκτρωση διακρίνεται σε αυτόματη και προκλητή. Η δε προκλητή, σε θεραπευτική και εγκληματική(άμβλωση). Ως έκτρωση ορίζεται η πρόωρη και αυτόματη εκβολή του εμβρύου από τη μήτρα, σε οποιοδήποτε χρόνο πριν από το κανονικό τέρμα της κύησης.

Ιατρικώς, ο όρος έκτρωση χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη διακοπή της κύησης κατά τους τρεις πρώτους μήνες της ενδομητρίου ζωής. Διακοπή που επέρχεται κατά το μέσο της κύησης χαρακτηρίζεται ως αποβολή, ενώ όταν λαμβάνει χώρα μετά τον 7^ο μήνα καλείται πρόωρος τοκετός. Νομικώς δε γίνεται διάκριση μεταξύ έκτρωσης, αποβολής ή πρόωρου τοκετού και όλα είναι γνωστά με το όνομα έκτρωση.

Η αυτόματη έκτρωση, μπορεί να οφείλεται σε παθολογικές αιτίες που προέρχονται από τον πατέρα, τη μητέρα ή και το ίδιο το έμβρυο(ελαττωμένη

κινητικότητα του σπερματοζωαρίου από οποιαδήποτε αιτία, ανωμαλία της θέσης της μήτρας, ωθηκική ανεπάρκεια, ασυμβατότητα ομάδων αίματος, χρήση διαφόρων φαρμάκων, παθήσεις του εμβρύου ή του πλακούντα.). η προκλητή έκτρωση διενεργείται με σκοπό είτε θεραπευτικό (θεραπευτική έκτρωση ή θεραπευτικά ενδεδειγμένη άμβλωση), είτε εγκληματικό (εγκληματική έκτρωση), οπότε, τότε και μόνο τότε, λέγεται άμβλωση.

Η προκλητή εγκληματική έκτρωση (άμβλωση) έχει ως σκοπό τη διακοπή της κύησης, δια θανατώσεως του εμβρύου με διάφορα μέσα (συντηρητικά ή χειρουργικά).⁸

1.5 ΤΕΧΝΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ- ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:

Η τεχνητή έκτρωση γίνεται για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μήτρας ή του εμβρύου αποτελούν τις ιατρικές ενδείξεις για θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης. Μεταξύ αυτών κυρίως υπέρχουν οι μη αντirroπούμενες καρδιοπάθειες, βαρειές μορφές φυματίωσης, καρκίνος του μαστού ή των γεννητικών οργάνων, ψυχοπάθειες κ. ά. Εκ μέρους του εμβρύου η διαπίστωση με τον προγεννητικό έλεγχο της ύπαρξης μεσογειακής αναιμίας, τρισωμίας ή άλλων βαρειών σωματικών ανωμαλιών αποτελούν ενδείξεις τεχνητής διακοπής της κύησης.

Η εκτέλεση τεχνητής έκτρωσης για κοινωνικούς λόγους έχει κατά τα τελευταία χρόνια επεκταθεί σημαντικά, επειδή στην έκφραση αυτή είναι δυνατό να δοθεί άλλοτε άλλης ευρύτητας έννοια. Η κατάχρηση που παρατηρείται σε μερικές χώρες στην εφαρμογή της τεχνητής έκτρωσης σε κάθε μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, έχει οδηγήσει σε αύξηση των διαφόρων μορφής και βαρύτητας επιπλοκών της επέμβασης αυτής - που περιγράφεται σε ειδικό κεφάλαιο- με συνέπειες καταστρεπτικές όχι τόσο για τη ζωή των γυναικών αλλά κυρίως για τη μελλοντική τους ικανότητα να συλλάβουν ή και να φέρουν σε πέρας μία μελλοντική κύηση.⁹

1.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

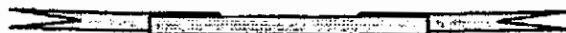
Τα στοιχεία προέρχονται από πλατιά έρευνα που έγινε σε δύο φάσεις. Μία περιληπτική από το 1962-64 και μία λεπτομερειακή και σε βάθος που έγινε από το 1966-67. πιο πρόσφατες έρευνες δεν πρέπει να έχουν γίνει σε τέτοια έκταση. Εντούτοις, το ότι αναφερόμαστε σε προηγούμενη δεκαετία πρέπει να ληφθεί υπόψη.

Το δείγμα για τη δεύτερη φάση αποτελούσαν 6500 γυναίκες ηλικίας 20-25 ετών, αστικών και μη περιοχών όλης της Ελλάδας. Οι απαντήσεις αφορούν μόνο σε παντρεμένες γυναίκες. Οι ανύπαντρες αρνήθηκαν να απαντήσουν. Στο κείμενο τονίζεται, επιπλέον, ότι τα αποτελέσματα πρέπει να υστερούν από την πραγματικότητα και ότι υπήρξαν περιπτώσεις αποξέσεων που δεν αποκαλύφθηκαν.

α. αριθμός παιδιών και εκτρώσεων κατά οικογένεια (μέσος όρος):

αγροτικές περιοχές: 0,5 εκτρώσεις για 2,4 παιδιά

Αθήνα και Θεσσαλονίκη: 2 εκτρώσεις για 2,1 παιδιά



β. συχνότητα εκτρώσεων ανάλογα με την ηλικία:

Αυξάνονται όσο η γυναίκα μεγαλώνει και μέχρι 40-45 ετών, με αποτέλεσμα γυναίκες με είκοσι χρόνια γάμου να κάνουν περίπου επτά φορές περισσότερες εκτρώσεις από τις παντρεμένες λιγότερο από πέντε χρόνια. Φαίνεται ότι οι γυναίκες καταφεύγουν όλο και περισσότερο στην έκτρωση, όταν αποκτήσουν τον αριθμό των παιδιών που θέλουν.

Κάτι που επισημαίνεται στην έρευνα είναι ότι πρέπει να γίνονται αποξέσεις χωρίς λόγο μια που σχεδόν ποτέ δεν προηγείται τεστ εγκυμοσύνης. Δείγμα και αυτό της αντιμετώπισης της έκτρωσης από τους γιατρούς σαν υπεραπλουστευμένης διαδικασίας ρουτίνας.

γ. εκτρώσεις- κοινωνικές ομάδες- επίπεδο μόρφωσης:

Οι αγράμματες ή σχεδόν αγράμματες γυναίκες κάνουν τρεις φορές περισσότερες εκτρώσεις σε σχέση με απόφοιτους ανώτατων σχολών. Επίσης, φτωχές οικογένειες δήλωσαν διπλάσιο αριθμό κήσεων και διπλάσιες αποξέσεις από εύπορα ζευγάρια. Αν το κόστος της έκτρωσης είναι ασήμαντο σε σχέση με εκείνο της συντήρησης του παιδιού, πολλές φορές οικογένειες με μικρό ή σταθερό εισόδημα αναγκάζονται να κρατήσουν το παιδί, επειδή και αυτό το μικρό ποσό έλειπε.

δ. αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται ή συνιστώνται:

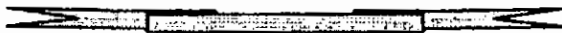
Τα πρώτα χρόνια του γάμου παίρνονται διάφορα αντισυλληπτικά μέτρα, που όμως αποδεικνύονται μη αποτελεσματικά. Έτσι, οι γυναίκες στρέφονται όλο και περισσότερο προς την απόξεση, σαν το μόνο σίγουρο και πρόσφορο μέσο για να μην κάνουν άλλα παιδιά.

1. 10% των γυναικών δήλωσαν ότι δεν κάνουν τίποτα για να αποφύγουν την εγκυμοσύνη 12% αποδοκιμάζουν κάθε προσπάθεια περιορισμού των γεννήσεων, αν και καμιά φορά το επιχειρούν.
2. 32% τραβιούνται, ενώ 40% το συνιστούν.
3. 6% χρησιμοποιούν προφυλακτικό και 12% το συνιστούν.
4. 16% χρησιμοποιούν αλοιφές και άλλα μη αποτελεσματικά μέτρα ενώ μόνο 3% τα συνιστούν.
5. 35% των γυναικών καταφεύγουν στις εκτρώσεις, μολονότι πιστεύουν ότι πρέπει να περιοριστούν. Αυτοί οι αριθμοί δεν αντιστοιχούν στην πραγματικότητα γιατί, ενώ πριν από τη γέννηση του πρώτου παιδιού το ποσοστό είναι 8,5% περίπου, μετά τη γέννηση του δεύτερου ανέρχεται στο 64%.

Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ο συνολικός ετήσιος αριθμός εκτρώσεων είναι γύρω στις 100.000.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία έχουν ενδεικτική και σχετική αξία, τόσο γιατί οι συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας- απαντήσεις μόνο παντρεμένων γυναικών, η δυσκολία του ίδιου του προβλήματος, η εποχή που έγινε η έρευνα- δεν εγγυώνται την εγκυρότητά τους, όσο και γιατί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι αμφισβητήσιμη.¹⁰

1.6.1 Η ΨΥΧΡΗ ΑΛΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΩΝ



Σύμφωνα με στοιχεία της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, τα οποία δόθηκαν στη δημοσιότητα το Φεβρουάριο του 2000, κάθε χρόνο πραγματοποιούνται στην Ελλάδα 100.000 ως 120.000 εκτρώσεις. Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με τις ετήσιες γεννήσεις και δίνει στη χώρα μας μία θλιβερή πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Είναι κοινό μυστικό ότι πολλές Ελληνίδες αντιμετωπίζουν την άμβλωση ως μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού, προφανώς επειδή έχουν έλλειψη ή λανθασμένη πληροφόρηση για την αντισύλληψη.

Η άποψη αυτή ενισχύεται από ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωσαν έφηβες που προσήλθαν το 1998 στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, που εδρεύει στο Αρεταίειο. Από αυτά προκύπτει ότι ένα στα τρία κορίτσια ηλικίας 14-19 ετών έχει κάνει έκτρωση.^{11,12}

1.6.2 ΠΡΩΤΗ Η ΕΛΛΑΔΑ ΣΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

(δημοσίευση 09/12/2002)

Την πρώτη θέση στις εκτρώσεις κατέχει η Ελλάδα συγκριτικά, τόσο με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες όσο και με τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων, που πραγματοποιούνται, τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια του γάμου και που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπλοκές (συμφύσεις μήτρας, απόφραξη των σαλπίγγων κλπ.) είναι και ο βασικός λόγος ύπαρξης του τόσο υψηλού ποσοστού υπογονιμότητας στη χώρα μας. Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες, στις εκτρώσεις οφείλεται το 40% της υπογονιμότητας της γυναίκας. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δε μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μία έκτρωση, που στο σύνολό τους υπερβαίνουν τις 250.000 το χρόνο, από τις οποίες περίπου 40.000 διενεργούνται σε ανήλικα κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών. Επίσης, το ένα τρίτο από αυτές γίνονται σε γυναίκες παντρεμένες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν αν είχαν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια.

Τα εντυπωσιακά αυτά στοιχεία ανακοίνωσε ο καθηγητής μαιευτικής-γυναικολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Ιωάννης Μπόντης μιλώντας στο 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στεριρότητας, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη.

Στο χρονικό διάστημα 1980-1999, τόνισε ο κος. Μπόντης, η Ελλάδα παρουσιάζει μία μείωση της γονιμότητας κατά 41%, διπλάσια δηλαδή ποσοστιαία μείωση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ αντίθετα οι Η. Π. Α. παρουσιάζουν έναν έντονο δυναμισμό, αφού στο ίδιο χρονικό διάστημα παρατηρείται αύξηση του συντελεστή γονιμότητας κατά 14%.

Το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα προέκυψε μετά από την επίδραση διαφόρων παραμέτρων. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση του αριθμού των γάμων, που τελούνται σε ετήσια βάση, συνδυαζόμενη με την αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, περιόρισε τον αριθμό των γεννήσεων, αφού στην Ελλάδα, αντίθετα με χώρες του εξωτερικού, το 97-98% των παιδιών γεννιούνται μέσα στο πλαίσιο ενός γάμου.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια, είτε λόγω οικονομικών δυσκολιών, είτε λόγω τρόπου ζωής, παρατηρείται μία αύξηση του μέσου όρου ηλικίας σ απόκτησης του



πρώτου παιδιού, με αποτέλεσμα τα χρονικά περιθώρια απόκτησης δεύτερου να περιορίζονται σοβαρά. Παράλληλα, καθώς η απόφαση για το πρώτο ή το δεύτερο παιδί βραδύνει, αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας, γεγονός που αποτελεί γνωστό παράγοντα μειωμένης γονιμότητας. Έτσι, μία ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος, που σχετίζεται με την υπογεννητικότητα, είναι η υπογονιμότητα που αντιμετωπίζουν πολλά νέα ζευγάρια.

Πιο συγκεκριμένα, η υπογεννητικότητα και η υπογονιμότητα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως δύο φαινόμενα συγκοινωνούντα και αλληλοτροφοδοτούμενα, τα οποία πρέπει να εξεταστούν κυρίως να αντιμετωπιστούν συνολικά, προκειμένου να περιοριστούν σε σημαντικό βαθμό τα διαφαινόμενα συμπτώματα της δημογραφικής κατάρρευσης της χώρας μας, κατέληξε ο κος. Μπόντης.^{13,14,15,16}

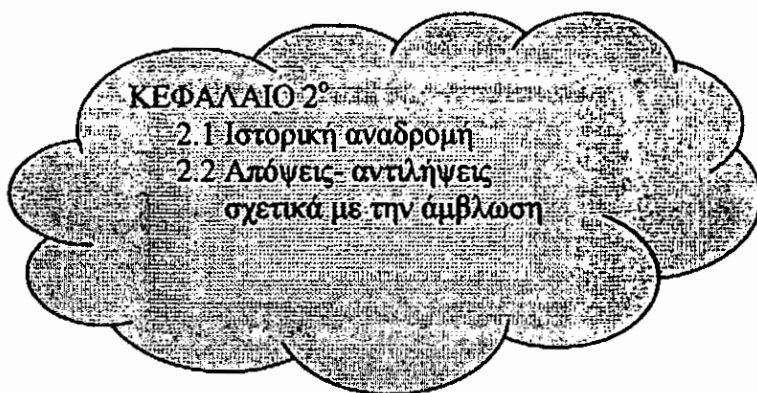
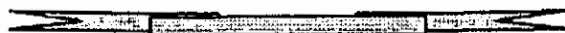
1.6.3 ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 150.000 ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

(δημοσίευση 07/10/2000)

Οι Έλληνες, δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπαραγωγής και σεξουαλικής συμπεριφοράς, κάτι που αποδεικνύεται και από τις 150.000 εκτρώσεις που γίνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας. Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι εκτρώσεις στην Ελλάδα έχουν μειωθεί, ωστόσο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων εξακολουθεί να γίνεται τόσο σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας όσο και σε έφηβες. Τα παραπάνω στοιχεία καθώς και άλλα ενδιαφέροντα επιδημιολογικά δεδομένα για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα, παρουσιάσθηκαν από τη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αρεταιείου Νοσοκομείου.

Σε ό,τι αφορά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φαίνεται ότι η συχνότητα τους έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Τα κρούσματα ηπατίτιδας Α και Β έχουν παρουσιάσει σημαντική μείωση τα τελευταία χρόνια, ενώ η ηπατίτιδα C, έπειτα από μία περίοδο έξαρσης την περασμένη δεκαετία, άρχισε σταδιακά να μειώνεται. Το ίδιο ισχύει τόσο για τη σύφιλη και τη γονόρροια. Το AIDS εξακολουθεί να πλήττει μεγάλο αριθμό ατόμων, ιδιαίτερα ανδρών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών με ενεργό σεξουαλική ζωή, το οποίο φθάνει ως και το 30% έχει μολυνθεί από τον ιό HPV, ο οποίος προκαλεί τη δημιουργία των οξυτενών κονδυλομάτων, ωστόσο δεν είναι γνωστό ακόμα το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες.

Σε ό,τι αφορά την αντισύλληψη, η μέθοδος που χρησιμοποιούν οι περισσότερες γυναίκες, είναι η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών, με ποσοστό 32%, ακολουθεί η τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος, με ποσοστό 30%, ενώ η χρήση προφυλακτικού, προτιμάται περίπου από το 15% των γυναικών. Τέλος, το 25% των γυναικών, επιλέγει κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης. Επίσης, όπως αναφέρεται στην έρευνα, φαίνεται ότι όλο και περισσότερα ζευγάρια, επιλέγουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ σημαντική αύξηση παρουσιάζουν οι εγκυμοσύνες που πραγματοποιούνται με τη βοήθεια μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.¹⁷



2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όσοι προσπαθούν να πείσουν για μία ζωή χωρίς συζήτηση καταδίκη των εκτρώσεων επαναλαμβάνουν επί έναν το ίδιο επιχείρημα : η έκτρωση παραβιάζει έναν παμπάλαιο φυσικό νόμο. Αγνοούν δηλαδή ή αρνούνται να παραδεχτούν ότι η έκτρωση αποτελούσε τρέχουσα πρακτική στην αρχαιότητα και ως τον 6^ο μ. Χ. αιώνα, ότι κανένας γραπτός ή άγραφος νόμος δεν την απαγόρευε, και ότι χρησιμοποιούταν σαν ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης. Η καταδίκη της μεθόδου αυτής παρουσιάζεται με την αποκρυστάλλωση του χριστιανικού δόγματος, όταν οι Πατέρες της Εκκλησίας αποφαινόμενοι ότι το αρσενικό έμβρυο έχει ψυχή από τις σαράντα πρώτες ημέρες της κύησης, ενώ το θηλυκό από τις ογδόντα, επομένως η έκτρωση αποτελεί έγκλημα μετά την πάροδο των ημερομηνιών αυτών. Το 13^ο αιώνα, οι αγγλικοί νόμοι αποδέχονταν τη διακοπή της κύησης εφόσον γινόταν πριν τον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης, οπότε η γυναίκα αντιλαμβάνεται το έμβρυο.

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

Η αλλαγή της στάσης των Ευρωπαϊκών κρατών απέναντι στο πρόβλημα των εκτρώσεων το 19^ο αιώνα οφείλεται σε μία σειρά λόγων. Θα μπορούσαμε να επισημάνουμε το ανθρωπιστικό κλίμα που επέβαλλε την προστασία των γυναικών από επεμβάσεις αρκετά παρακινδυνευμένες. 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 τη 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 εκτρώσεων 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, ακόμα και μέσα στο γάμο, ήταν ανήθικη. Μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν μπορεί 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 τους από τις λειτουργίες του ίδιου του κορμιού τους. Ενοχές, στειρότητα, θάνατος για τόσες γυναίκες που στο πέρασμα αυτού του αιώνα εξαναγκάστηκαν να διακόψουν μόνες και αβοήθητες μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η παράνομη έκτρωση αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ιστορίας των γυναικών και της εξέγερσής τους.

Θα δώσουμε ενδεικτικά μερικά στοιχεία από τον αγώνα των γυναικών για τη νομιμοποίηση της έκτρωσης σε διάφορες χώρες.

Στη Γαλλία, η αυστηρή απαγόρευση της έκτρωσης σύμφωνα με το Ναπολεόντειο Κώδικα (1810) που είχε σχεδόν αναιρεθεί στην πράξη, γύρω στο τέλος του αιώνα, επανέρχεται με τους νόμους του 1920 και 1923, ενώ στο Μεσοπόλεμο η υπογεννητικότητα οδηγεί σε αυστηρότερους διακανονισμούς της νομοθεσίας. Το 1955 επιχειρείται μία περισσότερο φιλελεύθερη ανάγνωση του νόμου και ξεκινά η καμπάνια για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Η δράση όμως των οπαδών του



ελέγχου των γεννήσεων σκαλώνει στις θρησκευτικές απαγορεύσεις, στη στάση του Κομμουνιστικού κόμματος, στην αρνητική θέση μεγάλου τμήματος του ιατρικού σώματος, στις κυβερνητικές απόψεις και τις κοινωνικές προλήψεις που επικρατούν σε όλα τα θέματα που αγγίζουν τη σεξουαλικότητα.

Το 1961 ιδρύεται στη Γκρενόμπλ το πρώτο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού και μέσα σε πέντε χρόνια αυτά τα κέντρα έχουν φτάσει τα 100, με 100.000 μέλη και 800 γιατρούς. Το 1967 δημοσιεύεται νέος νόμος που επιτρέπει διστακτικά την αντισύλληψη αλλά απογοητεύει με τη συντηρητικότητά του. Στις 5 Απριλίου 1971, 343 γυναίκες υπογράφουν ένα μανιφέστο όπου διακηρύσσουν : « ναι, δηλώνω ότι έχω κάνει έκτρωση» και υποστηρίζονται από 252 γιατρούς. Η πάλη είναι πια ανοιχτή. Οι γυναίκες δημιουργούν οργανώσεις κατεβαίνουν σε διαδηλώσεις και καταδικάζουν τα εγκλήματα σε βάρος των γυναικών. Τον Ιούλιο του 1972, μία ομάδα φοιτητών και γιατρών στο Γκρενόμπλ αρχίζει να κάνει εκτρώσεις με τη μέθοδο Karman. Την επόμενη χρονιά οργανώνεται το «κίνημα για την ελευθερία της έκτρωσης και της αντισύλληψης» (MLAC) που δικτυώνεται σε όλη τη χώρα και προχωρεί σε μαζική πρακτική εκτρώσεων, καταλήξεις νοσοκομείων κλπ. Η κοινή γνώμη έχει πια ξεσηκωθεί. Το Δεκέμβριο του 1973 αρχίζει στη Βουλή η συζήτηση που θα καταλήξει στην ψήφιση του νέου νόμου που επιτρέπει τη διακοπή της κύησης πριν από το τέλος της δέκατης εβδομάδας, σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Ωστόσο, μέχρι σήμερα το πρόβλημα δεν έχει λυθεί. Ο αριθμός των παράνομων εκτρώσεων παραμένει υψηλός, οι ιδιωτικές κλινικές συνεχίζουν να θησαυρίζουν. Μεγάλο μέρος των γιατρών ταλαιπωρεί τις γυναίκες με διάφορες προφάσεις: καθυστερήσεις αδικαιολόγητες, κατάλογοι αναμονής, φόρτος εργασίας, συνειδησιακοί λόγοι. Η έκτρωση, νόμιμη τώρα πια, δεν παύει να προκαλεί τον τραυματισμό της γυναίκας, που αντιμετωπίζεται πάντοτε σαν ένα ον παράδοξο, αφού αρνείται τον ίδιο της τον προορισμό.

Στην Αγγλία, η νομοθεσία του 1803 καταδικάζει σε θάνατο τις γυναίκες που διέκοπταν εκούσια την κύησή τους. Το 1861 η ποινή μετατράπηκε σε ισόβια, ενώ το 1929 νομιμοποιείται η έκτρωση σε περίπτωση κινδύνου της υγείας της μητέρας. Μολαταύτα, μέχρι τη δεκαετία του 1960 ελάχιστες εκτρώσεις γίνονται νόμιμα. Τέλος, το 1967, μέσα σε ένα γενικά φιλελεύθερο κλίμα ψηφίζεται ο νόμος που αναγνωρίζει την προσφυγή της γυναίκας σε έκτρωση σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις: όταν η συνέχιση της κύησης αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας ή των παιδιών της και όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος αναπηρίας του παιδιού. Επίσης, λαμβάνεται υπόψη η κοινωνική κατάσταση της γυναίκας. Η απόφαση για την έκτρωση παίρνεται από δύο γιατρούς και όχι από την ενδιαφερόμενη. Το ιατρικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα άρνησης για συνειδησιακούς λόγους. Με το νόμο του 1967 η έκτρωση παρέμεινε μία καθαρά ιατρική απόφαση, η εξέταση όμως της κοινωνικής κατάστασης της γυναίκας άφηνε κάποιες δυνατότητες για μία πιο ανθρώπινη εμπειρία του νόμου. Οι παράνομες εκτρώσεις περιορίστηκαν, όπως περιορίστηκαν οι θάνατοι από έκτρωση και οι περιπτώσεις γυναικών που προσπάθησαν να διακόψουν μόνες τους την κύησή τους. Στο μεταξύ, μετά την ψήφιση του νόμου, ξεκίνησε μία μεγάλη καμπάνια κατά των εκτρώσεων από την « Εταιρεία για την προστασία των αγέννητων παιδιών» (SPUC) με την υποστήριξη της εκκλησίας. Το σύνθημα της εταιρείας είναι « η έκτρωση σκοτώνει» και «κοινωνική βροχίτιδα και όχι φόνος». Το Μάρτιο του 1975 συγκροτείται η εθνική καμπάνια υπέρ των εκτρώσεων (NAC) με κύριο αίτημα την ελεύθερη έκτρωση σαν δικαίωμα αποκλειστικό της γυναίκας. Η NAC προσπαθεί να συγκροτήσει ένα κίνημα μαζών με στόχο την πλήρη νομιμοποίηση των εκτρώσεων,



να ενημερώνει για τις εξελίξεις του θέματος τα Πανεπιστήμια, συνδικάτα, μαζικούς φορείς, να διοργανώνει κέντρα πληροφόρησης κλπ.

Στις Σκανδιναβικές χώρες, ο νόμος για τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων ψηφίστηκε αρκετά νωρίς με πίεση όχι μόνο των γυναικείων οργανώσεων και της κοινής γνώμης, αλλά και των εθνικών ιατρικών συλλόγων, σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες όπου οι γιατροί έφερναν συνήθως τα μεγαλύτερα εμπόδια. Ωστόσο, και πάλι η νόμιμη έκτρωση καλύπτει μόνο συγκεκριμένες περιπτώσεις: όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι, λόγοι ανθρωπισμού(βιασμός κλπ.), ευγονικής(αναπηρία του εμβρύου) και κοινωνικοί λόγοι. Η διαδικασία για να καταταχθεί η περίπτωση μίας γυναίκας σε αυτές τις κατηγορίες είναι μακρόχρονη και πολλές Σκανδιναβές προτιμούν να πάνε στην Πολωνία αντί να περιμένουν την έγκριση.

Στην Ιταλία, μία δίκη το 1973 στην Πάντοβα γίνεται αφορμή για σειρά φεμινιστικών κινητοποιήσεων. Λίγο αργότερα, τα «ιταλικά κέντρα αντισύλληψης και στείρωσης» (CISA) αρχίζουν να κάνουν δημόσια εκτρώσεις. Δύο χρόνια αργότερα, στο CISA της Φλωρεντίας, 40 γυναίκες κατηγορούνται για έκτρωση και ο διευθυντής του κέντρου συλλαμβάνεται. Ακολουθούν μεγάλες διαδηλώσεις σε πολλές πόλεις της Ιταλίας, και τον Ιούνιο της ίδιας χρονιάς, ιδρύεται το CRAC (επιτροπή Ρώμης για την έκτρωση και αντισύλληψη) όπου οι γυναίκες αναλαμβάνουν να κάνουν οι ίδιες τις εκτρώσεις. Στο τέλος του χρόνου, το CRAC οργανώνει στη Ρώμη μεγάλη διαδήλωση στην οποία συμμετείχαν 20.000 γυναίκες. Μέχρι το 1978 που ψηφίζεται ο νόμος για τις εκτρώσεις, γίνονται φεμινιστικές συναντήσεις σε εθνικό επίπεδο και η συντονιστική επιτροπή των Κ. Υ. ετοιμάζει δική της πρόταση νόμου. Γενικά, στην περίπτωση της Ιταλίας είναι αδύνατο να διαχωρίσει κανείς την πρόσφατη ιστορία του γυναικείου κινήματος από την πάλη για την πλήρη νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Η μανιασμένη αντίδραση στη νομιμοποίηση δε μπορεί να αποδοθεί μόνο στο περίφημο ιταλικό «αντριλίκι» που αρνείται στις γυναίκες το δικαίωμα να ελέγχουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα, αλλά συνδέεται και με άλλες εθνικές ιδιοτυπίες. Έτσι, ο κλονισμός της παραδοσιακής αντίληψης για τη γυναικεία σεξουαλικότητα μείωσε την ιδεολογική εξουσία της Καθολικής Εκκλησίας, που για πρώτη φορά είδε να κινδυνεύει η επιρροή της στις γυναικείες μάζες, τους πιστότερους ως τότε οπαδούς της. Επίσης, έθιγε άμεσα τον οικογενειακό θεσμό, κύριο μέσο ελέγχου και εκτόνωσης των κοινωνικών εντάσεων. Γιατί, η πάλη αυτή δε περιορίστηκε σε καμία φάση σε μία κουραστική και παθητική διεκδίκηση κάποιας νομοθετικής μεταρρύθμισης, αλλά έδωσε το έναυσμα για μία έντονη συζήτηση γύρω από τη γυναικεία σεξουαλικότητα, την αντισύλληψη, τη σχέση των γυναικών μεταξύ τους και ταυτόχρονα για μία ριζική κριτική της ιατρικής αυθεντίας. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων αποτέλεσε το αντικείμενο μίας ατέρμονης συζήτησης στην Ιταλική Βουλή με βάση το νομοσχέδιο που πρότειναν τα κόμματα της αριστεράς. Ο νόμος που ψηφίστηκε τελικά, προβλέπει τη δυνατότητα έκτρωσης σε γυναίκες πάνω από 18 ετών, με τη συναίνεση του «γεννήτορα» και σε περίπτωση σοβαρού κινδύνου της φυσικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας σε σχέση με την οικονομική, κοινωνική ή οικογενειακή της κατάσταση. Παρόλη τη νομιμοποίηση, οι δυσκολίες έκτρωσης παραμένουν τεράστιες, πολλοί γιατροί αρνούνται να διακόψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι παράνομες εκτρώσεις συνεχίζονται σε όλη τη χώρα με τιμές αστρονομικές.

Η αντισύλληψη και η έκτρωση στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ακολούθησαν μία πορεία εντελώς διαφορετική. Το δικαίωμα της γυναίκας να ελέγχει το σώμα και την αναπαραγωγική της ικανότητα ίσχυε στις χώρες αυτές για ελάχιστο διάστημα, αλλά ουδέποτε υπήρξε το αντικείμενο διεκδίκησης ενός μαζικού γυναικείου κινήματος. Πρόκειται για μία λίγο-πολύ γνωστή ιστορία: η Οκτωβριανή



επανάσταση επέβαλλε μία ιδιαίτερα προοδευτική σχετική νομοθεσία (ελεύθερες εκτρώσεις, ελεύθερη συμβίωση, διαζύγιο) που ανακλήθηκε επί Στάλιν, οπότε η έκτρωση ποινικοποιήθηκε, τα διαζύγια περιορίστηκαν, άρχισαν να προσφέρονται μετάλλια και τίτλοι τιμητικοί στις γυναίκες με πέντε ή περισσότερα παιδιά. Την εποχή της αποσταλινοποίησης, οι αυστηροί νόμοι άρχισαν να παραχωρούν τη θέση τους σε κάπως φιλελευθερότερους. Πρώτη η Ρουμανία μετά τη Σοβιετική Ένωση επέτρεψε το 1955 τις εκτρώσεις. Ακολούθησαν σιγά-σιγά οι υπόλοιπες χώρες με εξαίρεση την Αλβανία. Ως το 1966 αρκούσε μία επίσκεψη σε κάποιο ρουμανικό νοσοκομείο για να κάνει μία γυναίκα έκτρωση. Το 1966, οι ρουμανικές αρχές θα θέσουν υπό απαγόρευση τις εκτρώσεις. Η Ουγγαρία και η Βουλγαρία απέκτησαν στις αρχές της δεκαετίας μας νέους νόμους που αποβλέπουν σε σημαντική μείωση των εκτρώσεων και στην αυστηρή ποινικοποίηση των παραβάσεων. Στη Βουλγαρία από το 1972 οι εκτρώσεις απαγορεύονται σε άτεκνες γυναίκες ή σε γυναίκες με ένα μόνο παιδί. Εξαίρεση γίνεται για τις νεότερες από 18 και τις μεγαλύτερες από 45, καθώς και για τις περιπτώσεις σοβαρής αρρώστιας. Αντίστοιχα μέτρα ισχύουν από το 1971-1972 και στην Τσεχοσλοβακία. Η Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας έχει την πιο φιλελεύθερη πολιτική για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού παρά το οξύ δημογραφικό της πρόβλημα. Το 1972 η Βουλή ψήφισε νόμο που επιτρέπει στις γυναίκες να διακόπτουν την εγκυμοσύνη τους με δική τους ευθύνη. Οι μόνοι περιορισμοί είναι οι εξής: η κύηση να μην έχει ξεπεράσει τους τρεις μήνες και να μην έχει προηγηθεί άλλη έκτρωση τους τελευταίους έξι μήνες. Η έκτρωση είναι ελεύθερη κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις στην Πολωνία από το 1959, υπάρχει όμως έντονη αντίδραση και από την Ένωση Γυναικών και από την Εκκλησία, που συμμαχούν με την κυβερνητική πολιτική ενίσχυσης των γεννήσεων.

Στην Ιαπωνία, όπου δεν υπήρχαν θρησκευτικά ή ηθικά εμπόδια για την έκτρωση, η καθιέρωση των εκτρώσεων με απλή αίτηση της γυναίκας συντέλεσε μετά τον Πόλεμο στον αναγκαίο δημογραφικό έλεγχο σε μία χώρα όπου η κατεστραμμένη οικονομία και η κατακόρυφη αύξηση των γεννήσεων αποτελούσαν σοβαρά προβλήματα. Ο νόμος του 1948 και δύο μετέπειτα τροπολογίες σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος των εκτρώσεων, είχε σαν αποτέλεσμα μία σημαντική μείωση του ποσοστού γεννήσεων μέσα σε 15 χρόνια. Στη συνέχεια όμως, αυτή η φιλελεύθερη αντιμετώπιση του θέματος των εκτρώσεων δυσκόλεψε τη διάδοση των αντισυλληπτικών μέσων, αφού η έκτρωση ήταν για τις γυναίκες μία φτηνή και αποτελεσματική λύση. Το 1970, η κυβέρνηση αποφάσισε ότι η μείωση των γεννήσεων είχε ξεπεράσει τα όρια ασφαλείας με επακόλουθο τη σχετική έλλειψη εργατικών χεριών και άρχισε να ασκεί πιέσεις για τον περιορισμό των εκτρώσεων.

Στις Η. Π. Α., τον Αύγουστο του 1972, ύστερα από πολύχρονο αγώνα των γυναικείων οργανώσεων, 13 πολιτείες παραχώρησαν «μεταρρυθμισμένους» νόμους για την έκτρωση, ανάλογους με τους σκανδιναυκούς, 3 πολιτείες ενέκριναν μία περιορισμένη ανάκληση του προηγούμενου νόμου και μία μόνο πολιτεία της Ν. Υόρκης ψήφισε ένα νόμο που επιτρέπει την έκτρωση σε κάθε γυναίκα, φτάνει η εγκυμοσύνη της να μην έχει υπερβεί τις 24 εβδομάδες και η επέμβαση να γίνει από ειδικευμένο γιατρό. Οι «μεταρρυθμισμένοι» νόμοι προβλέπουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπεται η έκτρωση, και που καλύπτουν ιατρικούς, ανθρωπιστικούς και ψυχολογικούς λόγους. Ωστόσο, αυτές οι κατηγορίες λειτουργούν και εδώ περιοριστικά, παρέχοντας στους γιατρούς και στα νοσοκομεία το δικαίωμα να κρίνουν πότε επιβάλλεται η έκτρωση και πότε όχι. Αυτή η δυσκολία, καθώς και η γραφειοκρατική διαδικασία της έγκρισης, οι υψηλές τιμές και οι ψυχολογικές πιέσεις



αναγκάζουν πολλές να καταλήξουν στη Ν. Υόρκη για να κάνουν έκτρωση, όπου πολύ συχνά γίνονται θύματα εκμετάλλευσης ή υποβάλλονται σε ταλαιπωρία.¹⁰

2.2 ΑΠΟΨΕΙΣ- ΑΝΤΙΑΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

2.2.1 ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

«Το πρόβλημα και η πρόκληση»

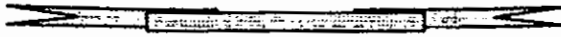
Έκτρωση(ή άμβλωση) είναι η πρόωρη και τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που προκαλείται με διάφορους τρόπους. Είναι αυτονόητο ότι αποτελεί ιατρική πράξη, που μέχρι πριν λίγο καιρό, ισοδυναμούσε με εγκληματική ενέργεια. Εδώ και μερικά χρόνια, τουλάχιστον σε μερικές χώρες, η πράξη αυτή έχει νομιμοποιηθεί κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί το θέμα αυτό να αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα παγκόσμια προβλήματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό. Για όλους εκείνους μάλιστα που ισχυρίζονται πως είναι χριστιανοί, το θέμα έχει τεράστια σημασία. Η ιερότητα της ζωής που δοτήρας της και συντηρητής της είναι ο Θεός, με τον τρόπο αυτό καταστρατηγείται. Έτσι ώστε και στην περίπτωση αυτή, όπως και σε ορισμένες άλλες, το τελικό ερώτημα είναι αν έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα, ακόμα περισσότερο ο γιατρός, να υποκαθιστά το Θεό. Βέβαια στις ποικίλες και μακροχρόνιες συζητήσεις που έγιναν πάνω σε αυτό το πρόβλημα εδώ και δεκαετίες, επιστρατεύθηκαν επιχειρήματα και από τις δύο πλευρές, που φυσικά έχουν και λογική και θεμελίωση, ανάλογα με την οπτική γωνία και την ψυχοσύνθεση του κάθε ερευνητή.

Εκείνο που έχει σημασία, είναι ότι η πρακτική αυτή που παλιότερα είχε θεωρηθεί «περιθωριακή» έχει τόσο επεκταθεί στον καιρό μας, ώστε μία μελέτη πριν από μερικά χρόνια αποδείκνυε ότι (τουλάχιστον για την Αμερική), οι «θάνατοι» των εμβρύων από εκτρώσεις ήταν 240 φορές περισσότεροι από τους θανάτους στον πόλεμο του Βιετνάμ.

Ας σημειωθεί ακόμα, ότι το φαινόμενο είναι πανάρχαιο. Και κανένας δε μπορεί να αμφισβητήσει ότι ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής αποτέλεσε πάντοτε το τυπικό χαρακτηριστικό κάθε πολιτισμένης κοινωνίας.

Βέβαια, επιχειρήματα υπάρχουν και από τις δύο πλευρές. Και μία εμπεριστατωμένη αντιμετώπιση είναι αδύνατο να ξεπεράσει την επιχειρηματολογία της αντίθετης πλευράς, χωρίς προσοχή και χωρίς μελέτη. Λένε π. χ. οι οπαδοί των εκτρώσεων ότι, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις είναι ηθικά θεμελιωμένη η άποψή τους. Τυπική περίπτωση, μία μητέρα εργαζόμενη, που έχει ήδη αρκετά παιδιά, ένας οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρημένος, που κοντεύει ήδη να ανατραπεί, μία οικογενειακή ισορροπία ασταθής (βίαιος ή αλκοολικός πατέρας), που όπου να'



ναι καταρρέει –όλα αυτά αποτελούν καταστάσεις που δε μπορεί κανείς να παραβλέψει.

Από την άλλη μεριά, όμως, πώς μπορεί κανείς να ανάψει το «πράσινο φως» σε μία ιατρική πράξη, που ίσως σε τελική ανάλυση, δε διαφέρει καθόλου από την αφαίρεση μίας ανθρώπινης ζωής; Ο Παναγιώτης Καννελόπουλος είχε γράψει κάποτε ότι η δολοφονία αποτελεί το υπόλοιπο μίας ανθρώπινης ζωής. Η έκτρωση όμως αφαιρεί το σύνολό της. Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει από ειδικούς ανθρώπους, με αντικείμενο να καθοριστεί πότε ακριβώς αρχίζει μία ανθρώπινη ζωή. Μερικοί ισχυρίζονται πως αυτό συμβαίνει όταν γίνεται η συνένωση των δύο αρχικών κυττάρων. Άλλοι επιμένουν ότι αυτό γίνεται όταν εμφυτευτεί το κύημα στο βλεννογόνο της μήτρας. Άλλοι πάλι τοποθετούν την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στην εμφάνιση των «σκιρτημάτων» του εμβρύου. Και τέλος, κάποιοι άλλοι, ακόμα περισσότεροι τολμηροί, προσδιορίζουν ως έναρξη της ανθρώπινης ζωής τη στιγμή του τοκετού.

Η Χριστιανική άποψη, πολύ απλά τοποθετεί την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στη στιγμή της σύλληψης. Και πρέπει κανείς να ομολογήσει ότι κανένα άλλο σημείο στην εξέλιξη του κήματος δε φαίνεται να είναι τόσο οριακό, ώστε να τροποποιηθεί η άποψη αυτή. Ας θυμηθούμε άλλωστε ότι ακόμα και ο Ιπποκρατικός όρκος, αρκετούς αιώνες π. Χ. φορτώνει στο γιατρό την υποχρέωση να μην πραγματοποιήσει έκτρωση, αν θέλει να είναι συνεπής με τη δεοντολογία της δουλείας του.¹⁸

Απόσπασμα από τον όρκο του Ιπποκράτη:

« Ού δώσω δε ουδενί φάρμακον θανάσιμον, ουδέ ζυμβουλίην τοιήνδε, ού δε γυναικί πεσσόν θφόριον δώσω »

ερμηνεία: δε θα δώσω σε κανένα φάρμακο θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτρωτικό φάρμακο.¹⁹

Βέβαια, η απόλυτη και ξηρή υποστήριξη αυτής ή εκείνης της άποψης δεν είναι πάντοτε η πιο σωστή θέση. Χρειάζεται και επιχειρηματολογία αλλά και προσπάθεια να πείσεις ότι αυτό που υποστηρίζεις είναι το σωστό. Και βέβαια, όσοι κρατούν στα χέρια τους το βιβλίο του Θεού, την Αγία Γραφή, δε συναντούν στην περίπτωση αυτή μεγάλο προβληματισμό. Εκεί τα πράγματα είναι ξεκαθαρισμένα. Κύριος της ζωής είναι ο Θεός και η απόφαση για τη διακοπή ή τη συνέχισή της παραμένει αποκλειστικά στα χέρια τα δικά Του, χωρίς να φαίνεται πουθενά ότι αυτό Του το δικαίωμα το έχει εκχωρήσει σε κάποιους ανθρώπους ο Θεός.

Αν όμως υπολογίσει κανείς τα ποικίλα επιχειρήματα και τους πολλαπλούς συλλογισμούς που επιστρατεύονται για την υποστήριξη της αντίθετης άποψης, τότε θα πρέπει να παραδεχθεί ότι ο τομέας των εκτρώσεων είναι ένα ολισθηρό πεδίο, που πάνω σε εκείνο οι πιστοί του Ιησού Χριστού έχουν και πολλή δουλειά να κάνουν και πολλή δραστηριότητα να αναπτύξουν.

Έτσι, λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να προτείνει μερικά «μέτρα» που χωρίς να είναι εντυπωσιακά αποτελεσματικά μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση μίας σωστότερης πορείας. Μίας πορείας που θα τη χαρακτηρίζει η κατανόηση, η προσπάθεια να βρεθεί καθένας στο επίπεδο του άλλου, και πρώτα από όλα και πάνω από όλα, η προσευχή. Χωρίς την παρουσία του Θεού, χωρίς τη δραστηριότητα του Αγίου Πνεύματος, πώς θα μπορέσει ο άνθρωπος να αντιμετωπίσει ένα θέμα τόσο τεράστιο, όσο εκείνο των εκτρώσεων; Αλήθεια πώς,^{18,20}

Είναι η ζωή στα αλήθεια ιερή;

Κάθε φορά που βλέπουμε ένα νεογέννητο βρέφος, η φυσιολογική αντίδρασή μας είναι χαρά και θαυμασμός. Χαρά γιατί γεννήθηκε ένας άνθρωπος στον κόσμο (Ιωάννης 16:21) και θαυμασμός γιατί βρισκόμαστε μπροστά στο θαύμα της ζωής, στη τέλεια θεϊκή δημιουργία. Ο βασιλιάς Δαβίδ δοξολογεί το Θεό, καθώς αναλογίζεται το ξεχωριστό ενδιαφέρον του Κυρίου, γιατί δική του δημιουργία μέσα στην κοιλιά της μητέρας του: «θέλω σε υμνεί, διότι φοβερώς και θαυμασίως πλάσθηκα. Θαυμάσια είναι τα έργα Σου και η ψυχή μου κάλλιστα γνωρίζει τούτο». (ψαλμός 139:14). Ο ψαλμωδός θεωρεί τα παιδιά ιδιαίτερη ευλογία και εύνοια του θεού και χαρακτηρίζει μακάριο τον άνθρωπο με τη μεγάλη οικογένεια (ψαλμός 127:3-5).

Ο λόγος του Θεού από τις πρώτες σελίδες διακηρύττει τη μεγάλη αλήθεια: «κατ' εικόνα Θεού έφτιαξε ο Θεός τον άνθρωπο» (Γένεση 9:6β). είναι τότε που μετά τον κατακλυσμό, ο Θεός ευλογεί το Νώε και την οικογένειά του και κάνει σαφή διάκριση ανάμεσα στον άνθρωπο και στα ζώα. Για το φόνο οποιουδήποτε ανθρώπου ορίζει την ποινή του θανάτου: «όποιος χύσει αίμα ανθρώπου, από άνθρωπο θα χυθεί και το δικό του αίμα.» (Γένεση 9:6^α).

Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων από το 1967 στη Μ. Βρετανία και από το 1986 στη χώρα μας, έφερε στην επιφάνεια ένα σοβαρό πρόβλημα. Εκατοντάδες χιλιάδες έμβρυα θυσιάζονται κάθε χρόνο με τη χρήση ή και πολλές φορές με την κατάχρηση του σχετικού νόμου. Οι υποστηρικτές των εκτρώσεων προβάλλουν το δικαίωμα της μητέρας για αυτοδιάθεση. Ποιος όμως θα υποστηρίξει το δικαίωμα για ζωή του εμβρύου; Αθώες ανθρώπινες υπάρξεις καταδικάζονται σε θάνατο με μεγάλη ελαφρότητα.

Το ερώτημα που συζητιέται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες στους Ιατρικούς και Θεολογικούς κύκλους, ιδιαίτερα της Δύσης, περιστρέφονται γύρω από το εάν και πότε το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ανθρώπινη ύπαρξη. Η πιο ακραία άποψη είναι εκείνη που υποστήριξε ο αρχιεπίσκοπος Fisher και προέρχεται από τους Στωϊκούς φιλοσόφους, ότι το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται προσωπικότητα με την πρώτη αναπνοή του αμέσως μετά τη γέννηση. Κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι το έμβρυο δεν είναι τίποτε περισσότερο από μία μάζα ιστών. Τέτοιες απόψεις, όταν μάλιστα υποστηρίζονται από λεγόμενους χριστιανούς, αποτελούν με τον ελαφρύτερο χαρακτηρισμό, ύβρη και βλασφημία απέναντι στο Δημιουργό.

Η Αγία Γραφή έχει αρκετό φως για εκείνους που ειλικρινά αναζητούν να δουν την αλήθεια. Πιστεύουμε ότι η βιβλική θέση είναι σαφής. Το ανθρώπινο έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι ένα θαυμάσιο δημιούργημα με ασύλληπτες προοπτικές. Το να το καταστρέψει κάποιος θεληματικά σε οποιαδήποτε φάση της ενδομήτριας ζωής είναι τρομερό και ως χριστιανοί θα έπρεπε να είμαστε βέβαιοι ότι θα λογοδοτήσουμε στο Θεό για τέτοιες βαρύτατες ενέργειες. Ο Κύριος είπε στον Ιερεμία: «πριν ακόμα σε πλάσω μέσα στην κοιλιά της μάνας σου σε διάλεξα, και πριν ακόμα γεννηθείς σε είχα ξεχωρίσει για να είσαι προφήτης στα έθνη» (Ιερεμίας 1:5). Υπάρχει αδιάσπαστη σύνδεση ανάμεσα στην υποδοχή της ύπαρξης του Θεού και στη μοναδική αξία της ανθρώπινης ζωής από τη στιγμή της σύλληψης. Η έκτρωση είναι μία καταστροφική παρέμβαση στο έργο του σοφού Δημιουργού.

Η Καινή Διαθήκη μας δίνει περισσότερο φως όσον αφορά στην αξία του εμβρύου ως προσώπου. Όταν η Μαρία η μητέρα του Κυρίου, επισκέφθηκε την Ελισάβετ αμέσως μετά το μήνυμα του αγγέλου Γαβριήλ, ο Ιωάννης ο Βαπτιστής, στον έκτο



μήνα της ενδομήτριας ζωής του, σκίρτησε από χαρά όταν η μητέρα του άκουσε για την ενσάρκωση του Κυρίου. Να πώς το περιγράφει η Ελισάβετ: «αλλά πώς έγινε αυτό, να έρθει η μητέρα του Κυρίου μου σε εμένα; Γιατί αμέσως μόλις έφτασε στα αυτιά μου η φωνή του χαιρετισμού σου, σκίρτησε από αγαλλίαση το βρέφος στην κοιλιά μου.»(Λουκάς 1:43-44). Ο Λουκάς υπονοεί ότι το συναίσθημα του εμβρύου προκλήθηκε όταν η Ελισάβετ «γέμισε με πνεύμα γιο», όμως δεν είναι καθόλου αδύνατο σε αυτό το στάδιο της εγκυμοσύνης, ο Ιωάννης ο ίδιος να άκουσε την καλή αγγελία.

Από τη στιγμή που θα παραδεχτεί κανείς ότι το ανθρώπινο έμβρυο φέρει την εικόνα του Θεού ή ότι έχει αυτόν τον προορισμό, τότε δε μπορεί να το θυσιάσει απλώς και μόνο γιατί θα προκαλέσει η γέννησή του αναστάτωση στη μητέρα. Πραγματικά, μόνος εμφανής λόγος έκτρωσης θα πρέπει να θεωρηθεί ο πραγματικός κίνδυνος θανάτου της μητέρας, γεγονός σπάνιο στη σύγχρονη ιατρική. Οι περιπτώσεις των εμβρύων με κάποιες διαμαρτίες στη διάπλαση θα πρέπει να κρίνονται κατά περίπτωση. Εκεί, κανένας δεν έχει το δικαίωμα να παρέμβει ή να κρίνει, παρά μόνο οι γονείς. Από την άλλη μεριά όμως, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι πολλοί χαρισματικοί και αξιαγάπητοι άνθρωποι γεννήθηκαν με σοβαρές φυσικές αναπηρίες και οι περισσότεροι είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, έστω και αν ζουν με κάποιους περιορισμούς.

Ο Ιπποκράτης πέντε αιώνες π. Χ. υποστήριξε στον όρκο του ότι ο ιατρός δε θα πρέπει να δώσει στην έγκυο οτιδήποτε που να προκαλεί έκτρωση. Και ο σεβασμός αυτής της εμβρυϊκής ζωής κυριάρχησε στον ιατρικό κόσμο περισσότερο από 2000 χρόνια. Πόσο μάλλον εμείς, που έχουμε το φως της Καινής Διαθήκης, θα πρέπει να αναλογιστούμε την ευθύνη μας μπροστά στο Δημιουργό και Κύριό μας! Θα λογοδοτήσουμε στο Θεό για το πώς χρησιμοποιήσαμε τη γνώση και τη δεξιοτεχνία που Εκείνος μας έδωσε. Θα πρέπει να δώσουμε προσοχή στην πρόληψη της εγκυμοσύνης, όταν χρειάζεται, και ιδιαίτερη βαρύτητα στις προόδους της ιατρικής επιστήμης όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία των γενετικών ανωμαλιών.¹⁸

ΕΙΛΗ ΦΟΝΟΥ

Η εντολή «ου φονεύσεις» δεν απαγορεύει ορισμένα είδη φόνου, αλλά κάθε φόνο και κάθε επιβουλή κατά της ανθρώπινης ζωής. Και κατ' αρχήν απαγορεύει κάθε άμεσο φόνο. Ποιοι είναι όμως άμεσοι φόνοι;

- Άμεσοι φόνοι: 1. αφαίρεση ζωής
2. εκτρώσεις
3. μονομαχίες κλπ.

Δεύτερο είδος άμεσου φόνου είναι οι εκτρώσεις, δηλαδή ο φόνος του εμβρύου που βρίσκεται ακόμα στα σπλάγχνα της μητέρας του και η βίαιη αποβολή του μετά το φόνο.

Όλοι συγκλονιζόμαστε κάθε φορά που ακούμε ότι ο Ηρώδης κατέσφαζε 14.000 νήπια της Βηθλεέμ και χαρακτηρίζουμε τη σφαγή αυτή των αθώων νηπίων ως τερατώδες έγκλημα.

Εκείνος ο Ηρώδης πέθανε πριν 20 περίπου αιώνες. Πέθανε μέσα σε πόνους φρικτούς. Ζωντανό ακόμα τον κατέτρωγαν τα σκουλήκια!

Αν όμως ο Ηρώδης πέθανε το αμάρτημά του δεν έπαυσε να διαιωνίζεται. Σήμερα, ύστερα από είκοσι αιώνες χριστιανισμού, ξαναβρίσκουμε και στις πόλεις και στα χωριά πολλούς Ηρώδες, με κηλιδωμένα τα χέρια από το αίμα των αθώων.

Αν τώρα σκεφτούμε ότι ο Ηρώδης δεν ήταν πατέρας των παιδιών που διέταξε να σφαχτούν, ενώ σήμερα οι ίδιοι οι γονείς σφαγιάζουν το παιδί ή τα παιδιά τους, καταλαβαίνουμε πόσο πιο τερατώδες είναι το έγκλημα που διαπράττεται σήμερα, μεθοδικά και με πρόθεση καλομελετημένη.

Όταν έληξε ο β' παγκόσμιος πόλεμος, συγκλονισμένος ο κόσμος πληροφορήθηκε ότι με τα ιδιαίτερα φονικά όπλα αυτού του αιματηρού πολέμου εξολοθρεύτηκαν δέκα εκατομμύρια περίπου άνθρωποι.

Φρίττει κανείς ακούγοντας αυτόν τον αριθμό! Τι είναι όμως αυτός ο αριθμός μπροστά στα εκατομμύρια παιδιών που σκοτώνονται από τους ίδιους τους γονείς τους, χωρίς να εισέλθουν καν στη ζωή;

Έτσι, με το φρικτό έγκλημα των εκτρώσεων μεταβάλλεται η οικογένεια σε σφαγείο και οι γονείς σε σφαγείς, ενώ τέθηκαν από το θεό ως μόνοι φορείς και μεταλαμπαδευτές της ζωής.

Δεν έχει σημασία αν τελευταία η πολιτεία ενέκρινε νόμο για τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων (τεχνητών εκτρώσεων). Η έκτρωση είναι φόνος. Και οι Θεόπνευστοι κανόνες της εκκλησίας ως φόνος χαρακτηρίζουν την έκτρωση.

Η Ιερά Σύνοδος της εκκλησίας της Ελλάδας στην υπ' αριθμ. Πρωτ. 3397/29-5-68 Εγκύκλιό της τονίζει μεταξύ άλλων και τα εξής για την αδικαιολόγητη και βίαιη διακοπή της κύησης: « πρόκειται περί εγκλήματος ηθελημένου και εν ψυχρώ αποφασιζομένου κατά του συλληφθέντος εμβρύου, δηλαδή περί των εκτρώσεων, οι οποίες διενεργούνται υπό ελλήνων ιατρών και μαιών, παρόλο ότι τούτο έρχεται σε αντίθεση προς τη διδασκαλία της Εκκλησίας, τον Ιπποκράτειο όρκο του ιατρού και τις ηθικές αρχές του ατόμου και της κοινωνίας».

Ο Μ. Βασίλειος, ο άγιος και σοφός αυτός Πατέρας της Εκκλησίας, ορίζει βαρύτατα επιτίμια κατά των συζύγων εκείνων που διακόπτουν βιαίως την κυοφορία. Στον 2° κανόνα του, που επικυρώθηκε και από τρεις Οικουμενικές Συνόδους, ορίζει να απέχουν της θείας κοινωνίας επί 10 έτη. Στον δε 52° κανόνα του ορίζει το ίδιο επιτίμιο με το φόνο.

Αλλά ενοχή φόνου δημιουργεί και η αποφυγή γέννησης τέκνων με ποικίλα μέσα και τρόπους, γιατί φονεύει την « δύναμει υπάρχουσα ζωή». (επί του όρους ομιλία του Κυρίου, σελ. 151).

Η ιεραρχία της εκκλησίας της Ελλάδας, στην περίφημη εγκύκλιό της του 1937 «κατά της αποφυγής της τεκνογονίας» μεταξύ άλλων τονίζει και τα εξής: «... απευθυνόμεθα ήδη προς τους αιδεσιμότατους ιερείς πρωτίστως και ιδιαιτέρως προς τους ασκούντας το υπουργήμα του Πνευματικού Πατρός, του Διακονούντος εις το μυστήριον της εξομολόγησης υπενθυμίζομεν εις αυτούς ότι ενιαία και από των αποστολικών χρόνων κατέρχεται μέχρις ημών η παράδοση της εκκλησίας, η διδάσκουσα ότι η αποφυγή των τέκνων είναι πράξη παράνομη και εσκεμμένη αντίσταση του ανθρώπου προς τη βουλή του Θεού.

Ας σημειώσουμε ακόμα ότι τόσο η αποφυγή της τεκνογονίας, όσο και οι εκτρώσεις αποτελούν έγκλημα κατά του Έθνους, γιατί το καταδικάζουν σε συρρίκνωση και μαρασμό και τελικά σε αφανισμό. Είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα γίνονται 300.000 εκτρώσεις το χρόνο ή και περισσότερες.^{21,22}



2.2.2 ΑΠΟΨΗ ΡΩΜΑΪΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Πρόκειται για θέμα για το οποίο ως τώρα χύθηκε και θα χυθεί χωρίς άλλο ακόμα πολύ μελάνι. Και εδώ, εκ νέου, η Ρωμαϊκή Εκκλησία προτείνει και θα ήθελε να επιβάλλει την υψηλότερη επιδίωξη και καταδικάζει κατηγορηματικά κάθε έκτρωση, για οποιοδήποτε λόγο και αν γίνεται, ακόμα και αν πρόκειται για τη σωτηρία της ζωής μίας γυναίκας. Την καταδικάζει σε οποιαδήποτε περίοδο της εγκυμοσύνης γιατί θεωρεί ότι το έμβρυο διαθέτει ψυχή αμέσως με τη σύλληψή του. Η εμφάνιση της ψυχής στο έμβρυο είχε τοποθετηθεί από την εποχή του Αγίου Θωμά του Ακινάτη, στον τρίτο μήνα της κύησης. Η θέση αυτή όπως βλέπουμε άλλαξε από τότε.²³

2.2.3 ΑΠΟΨΗ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΥΑΓΓΕΛΙΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Η καθολική και Ευαγγελική Εκκλησία είναι της άποψης ότι η θείκη εντολή της αγάπης ισχύει ήδη για τη ζωή που έχει αρχίσει. Για αυτό αρνούνται κάθε είδος εξάλειψης νέας ζωής, αδιάφορα αν η νέα ζωή καταστρέφεται πριν από την εγκατάσταση στο βλεννογόνο της μήτρας ή μετά. Στην Ευαγγελική Εκκλησία η αναπόφευκτη αποτροπή του κινδύνου με μία άμβλωση, καθώς επίσης η παιδική και ηθική ένδειξη, επιτρέπονται, γιατί η θείκη απαγόρευση της θανάτωσης βρίσκεται σε ανταγωνισμό με τη χριστιανική αγάπη.²⁴

2.2.4 Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Από τη σκοπιά του νόμου:

Στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο η ζωή του κυοφορούμενου αποτελεί αυτοτελές έννομο αγαθό και προστατεύεται ανεξάρτητα από τη ζωή της εγκύου για τη θανάτωση του εμβρύου από τρίτο δεν μπορεί να αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξεως. Η άμβλωση τυποποιείται στο άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα.¹⁸

Θέμα το οποίο εξετάζεται από πολλές πλευρές:

- Απαράδεκτη πρακτική για την Εκκλησία- θεωρείται φόνος. Το έμβρυο από τη σύλληψή του αποκτά προσωπικότητα.

** η ηθική αντίληψη είναι ότι η ζωή υπάρχει από τη στιγμή της σύλληψης, το δε έμβρυο από την πρώτη ημέρα και όχι από τη 12^η ή τη 15^η εβδομάδα, ζει και δικαιούται αυτής της ηθικής αναγνώρισης και προστασίας. Επομένως, κάθε επέμβαση σε βάρος του, με πρόσχημα είτε ότι δε ζει, είτε ότι δεν έχει συντελεστεί η οργανογένεση στο σώμα του, είτε ότι αποτελεί εξάρτημα του μητρικού σώματος, είναι από άποψη ηθική, απόβλητη και ο κόσμος κάτω από την πίεση των βασανιστικών συνεπειών των αλόγιστων εκτρώσεων αρχίζει σιγά-σιγά να το κατανοεί και να διεκδικεί για λογαριασμό των εμβρύων τα δικαιώματά των. Στα ίδια πλαίσια οφείλει να κινείται και η προγενετική διάγνωση, γιατί αλλιώς

μετατρέπεται σε μία επιλεκτική πρακτική ανόσιας επέμβασης του ανθρώπου στο έργο της δημιουργίας με συνακόλουθη συνέπεια την ανατροπή της φυσικής τάξης του κόσμου.

Η ηθική είναι κάτι περισσότερο από κανόνες και κώδικες. Είναι στάση ζωής, είναι τρόπος ζωής, σε τελευταία ανάλυση. Είναι κριτήριο για ορθή κάθε φορά τοποθέτηση επί καίριων προβλημάτων του καθ' ημέρα βίου. Όταν ο άνθρωπος και μάλιστα ο επιστήμων, διαθέτει το κριτήριο αυτό, τότε είναι σε θέση να παίρνει τη σωστή στάση κάθε φορά απέναντι στην ίδια τη ζωή.

- υπό όρους πρακτική για την ιατρική (ειδικές ενδείξεις για την προστασία της υγείας, σωματικής και ψυχικής της μητέρας η οποία είναι αποφασισμένη ούτως ή άλλως να προχωρήσει σε απόξεση ή οπωσδήποτε σε αποβολή με πρακτικά άλλα μέσα κλπ. ή όταν άλλες συνθήκες το επιβάλλουν(αιμομιξία, βιασμός).
- Υπό όρους για τη δικαιοσύνη
- Διλήμματα για το προσωπικό υγείας, το οποίο αν και διαφωνεί για την πράξη «εξαναγκάζεται» να προβεί στην επέμβαση, να παρευρεθεί στην παρέμβαση, να νοσηλεύσει(στάδιο προετοιμασίας, τεχνική βοήθεια κλπ., άρα συμμετοχοί σε φόνο ιατροί, βοηθοί, νοσηλευτικοί λειτουργοί, μαίες κλπ.).
- Το θέμα «έκτρωση» ή τη βίαιη διακοπή κύησης, σκόπιμη και με χειρουργικά μέσα αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου κλπ. είναι τόσο μεγάλο που προσπαθούμε να το υποβαθμίζουμε και να περνάει κάπως πιο υποτονικά στην κοινή γνώμη, γιατί όλοι ντρέπονται για αυτό που συμβαίνει όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε όλο τον κόσμο.

Στην Ελλάδα εδώ και 25 χρόνια τουλάχιστον δίνουμε κατά εκτίμηση 250.000- 300.000 εκτρώσεις το χρόνο. Και μην φανταστεί κανείς ότι τις εκτρώσεις τις κάνουν οι άγαμες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό αφορά άγαμες γυναίκες, οι οποίες ακόμα και σήμερα δεν τολμούν- πλην εξαιρέσεων- να ομολογήσουν και να κρατήσουν ένα παιδί εκτός γάμου.

Ο μεγαλύτερος αριθμός εκτρώσεων πραγματοποιείται από τις έγγαμες γυναίκες- πάντα κατά εκτίμηση. Στην υπόθεση των εκτρώσεων (πρόληψη κατά κύριο λόγο) έχουν στρατευθεί οργανώσεις και υπηρεσίες.

Λέγεται ακόμα ότι εφόσον αποζημιώνεται η ιατρική αυτή πράξη σήμερα από τις κοινωνικές ασφαλίσεις θα έχουμε έξαρση του φαινομένου. Αν όμως γινόταν μία έρευνα στοιχείων παρελθόντων ετών στις ιδιωτικές κλινικές κυρίως για να φανεί πόσες π. χ. επαπειλούμενες εκβολές υπήρχαν και οι γυναίκες εισέρχονταν κανονικά για νοσοκομειακή περίθαλψη, θα μπορούσε κανείς να έχει κάποια συμπεράσματα.

Μείωση αναφέρεται οπωσδήποτε στις επιπλοκές της άμβλωσης για τη γυναίκα και κυρίως για τη μητρική θνησιμότητα.

Νομοθεσία- ν: 821/1978. ΦΕΚ... Α'14-10-1978 «περί αφαιρέσεως και μεταμοσχεύσεως βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης».

-αρθρ.5 παρ. 5 «επιτρέπεται η άμβλωση (τεχνητή έκτρωση μέχρι και την 20^η εβδομάδα στις περιπτώσεις στις οποίες ήθελαν διαπιστωθεί δια των συγχρόνων μέσων προγνωστικού ελέγχου (προγεννητική διάγνωση) σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου επαγόμενες τη γέννηση παθολογικών νεογνών. Επίσης, επιτρέπεται αυτή και μέχρι τη 12^η εβδομάδα σε περιπτώσεις κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητρός διαπιστωμένο υπό ψυχιάτρου εργαζομένου σε νοσηλευτικό ίδρυμα ν. π. .δ. δ.....».²⁵

ΟΙ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΠΕΡΙ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Πηγή: Συλλογή Νομοθεσίας για την άσκηση του Ιατρικού Επαγγέλματος και το Νομικό καθεστώς των Ιατρικών Συλλόγων, Έκδοση Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Αθήνα 1997.

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις

(άρθρα του Ν. 1609/86 ΦΕΚ Α/86)

1. η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.
2. με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμοδίων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:
 - την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.
 - Την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και
 - Τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.
3. οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

Άρθρο 2:

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

4. «δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:
 - δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης
 - έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 24 εβδομάδες.
 - Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

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

*** ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12^η εβδομάδα εγκυμοσύνης: άρθρο 2 της Υ. Α. Α3Β/ οικ.2799 (ΥΓ-ΕΡΓ) της 25/27-2-87 (Β' 103), περί τρόπου προστασίας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

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

Άρθρο 3:

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1,2,3 του άρθρου του Π. Κ. τροποποιούνται ως εξής:

«τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης»

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

2^α) όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σε αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

2^β) αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

1. έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.»

Άρθρο 5:

Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

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

εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά». ^{8,18,19,23,26,27,28}

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΩΝ

Χώρα	Ανώτατο όριο	Πότε επιτρέπεται η έκτρωση	Διοικητικές προϋποθέσεις	Πιο πρόσφατη νομοθεσία
Αγγλία	28 εβδομάδες	Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. Κίνδυνος για τη φυσική και ψυχική υγεία της γυναίκας. Κίνδυνος για τη φυσική και ψυχική υγεία των παιδιών της οικογένειας. Κίνδυνος αναπηρίας του παιδιού που θα γεννηθεί.	Ασκείται από ένα γιατρό σε ορισμένα ιδρύματα. Άδεια: 2 γιατροί	1967
Δανία	12 εβδομάδες	Με αίτηση της γυναίκας	Από 1 γιατρό σε νοσοκομείο	1973
Φινλανδία	16 εβδομάδες 16-20 εβδομάδες για τις	Λόγοι ιατρικοί Λόγοι ευγονικής. Λόγοι κοινωνικοοικονομικοί. Ηλικία (κάτω από 17, πάνω από 40). Αριθμός παιδιών (4 ή περισσότερα). Βιασμός, αιμομιξία.	Λόγοι ευγονικής. Λόγοι 16 ^η εβδομάδα, Υπουργείο Υγείας από 16-20 εβδομ.	1970
Νορβηγία	3 μήνες	Ιατρικοί λόγοι με την πλατύτερη έννοια. Λόγοι ευγονικής, αιμομιξία, βιασμός.	Από 1 γυναικολόγο ή χειρουργό. Σε ορισμένα ιδρύματα. Άδεια: 2 γιατροί.	1960
Ολλανδία		Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας (στην πραγματικότητα ο νόμος δεν εφαρμόζεται)		1911
Σουηδία	18 εβδομάδες	Με αίτηση της γυναίκας	Υποχρεωτική επίσκεψη σε κοινωνικό λειτουργό μεταξύ 12- 18 εβδομ.	1974
Αυστρία	90 μέρες	Υπάρχουν παραλείψεις στην εφαρμογή του νόμου		1974
Ελβετία		Ιατρικοί λόγοι(η ερμηνεία ποικίλει στα διάφορα καντόνια)	Από 1 γιατρό. Άδεια: 2 γιατροί.	1973(ισχύει από το 19240 1960(καντόνι της Γενεύης)

	Πόσο κοστίζει	Πότε επιτρέπεται (ιατρικοί λόγοι: η έκτρωση επιτρέπεται παντού σε όλη τη διάρκεια της κύησης, κοινωνικοί λόγοι: μόνο τους τρεις πρώτους μήνες)	Ποιος αποφασίζει;	Περίοδος ελευθ. Εκτρώσεων
Σοβιετική ένωση	Δωρεάν (παράνομη έκτρωση: 40 ρούβλια)	Όχι 6 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση (1955)	Η γυναίκα	Από το 1955
Βουλγαρία	5 λέβα	Όταν η γυναίκα είναι ανύπαντρη και άτεκνη. Όταν είναι χήρα. Όταν είναι πάνω από 40 χρονών και χωρισμένη ή με 1 παιδί (1974)	Επιτροπή	1956-1968
Ρουμανία	30 λεί (παράνομη 5.000 λεί)	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης. Όταν η γυναίκα έχει 4 ή περισσότερα παιδιά ή έχει περάσει τα 45 (1968)	Επιτροπή	1952-1966
Πολωνία	Δωρεάν (ιδιωτική 1000 ζλότι)	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης ή όταν υπάρχουν δύσκολες συνθήκες ζωής (1961)	Η γυναίκα	Από το 1961
Τσεχοσλοβακία	2-8000 κορόνες	Όχι 12 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση. Όχι για γυναίκες παντρεμένες με λιγότερα από 2 παιδιά, εκτός ειδικών συνθηκών (1973)	Επιτροπή	1960-1973
Α. Δ. Γ.	Δωρεάν για τις ασφαλισμένες	Επιτρέπεται με αλήθεια αίτηση της γυναίκας	Η γυναίκα	Από το 1972
Ουγγαρία	1000 φλορίνια	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης. Εάν η γυναίκα είναι ανύπαντρη, χωρισμένη, γέννησε πρόσφατα ή έχει περάσει τα 39 (1973)	Επιτροπή	1956-1973
Γιουγκοσλαβία		Μόνο σε σοβαρή προσωπική, οικογενειακή, οικονομική κατάσταση της γυναίκας	Επιτροπή	Από το 1960

2.2.5 Ο ΕΙΣΑΓΓΕΛΕΑΣ ΕΦΕΤΩΝ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Μάλιστα! Απίστευτο αλλά αληθές. Ο εισαγγελέας εφετών με δήλωσή του στην εφημερίδα «ελεύθερος κόσμος» της 26-6-77 και σε όλο του το δημοσίευμα, συνιστά την κατάργηση των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα οι οποίες επιβάλλουν ποινές στους ενεργούντες το φόνο του εμβρύου (αμβλώση- έκτρωση), επειδή λέει, κατάντησαν «ανεφάρμοστοι»! Και εξηγεί ότι επί δέκα χιλιάδων αμβλώσεων «έχουμε μόνο δύο καταδίκες».²⁹

2.2.6 ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ- ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑ

Η ιατρική επιστήμη κατά των αμβλώσεων.....

Το σύνολο σχεδόν των Ιατρών, όχι μόνο της ειδικότητας του μαιευτήρα-γυναικολόγου, αλλά και όλων των άλλων ειδικοτήτων, είναι εναντίον της βίαιης αποβολής του εμβρύου άνευ αποχρώντος λόγου και προστασίας της μητρός, διότι, όπως λέει ο καθηγητής της Παιδιατρικής έδρας του Πανεπιστημίου Αθηνών και Υπουργός των Κοινωνικών Υπηρεσιών κος. Σπύρος Δοξιάδης: « Η διακοπή μίας κήσης νόμιμα ή παράνομα έχει από ψυχολογική και ιατρική πλευρά πολλές βλαβερές επιπτώσεις και άμεσες και απώτερες.»(Πρακτικά Βουλής 15-9-1978). Ουδείς δε δύναται να υποστηρίξει ότι επειδή μία κόρη ή κυρία έδωσε τον εαυτό της σε συνουσία μετά ανδρός είτε δικού της είτε ετέρου, πρέπει, επειδή έμεινε έγκυος, για να απαλλαγεί της εγκυμοσύνης της να βρει ένα δολοφόνο και αυτός να είναι ιατρός, για να φονευθεί το παιδί. Αλλά και αν φονευθεί το παιδί, αυτό θα γίνει προφανώς μέσα στα σπλάγχνα της μητέρα του και είναι και φυσικό και λογικό όταν αφαιρείται ένα όργανο από το σώμα του ανθρώπου, να υφίστανται δοκιμασία και πολλές φορές αλλοίωση στα συνεχόμενα όργανα και τοιχώματα. Αυτό ακριβώς συμβαίνει και στην έκτρωση του παιδιού ή στην άμβλωση ή για μερικούς που ρίχνουν στάση στα μάτια τους για να μην ακούν το έγκλημα «διακοπής της κήσεως». Εφόσον λοιπόν δε συμπληρωθεί ο χρόνος για να αποχωρισθεί το παιδί από τη μήτρα της μητέρας φυσιολογικά, τούτο βρίσκεται προσκολλημένο στη μήτρα και λαμβάνει τροφή από τον ομφάλιο λώρο, ο οποίος και αυτός με τη σειρά του λαμβάνει την τροφή από τον πλακούντα με τον οποίον συνδέεται είδος σακούλας και ο πλακούντας παίρνει τροφή, η οποία δεν είναι άλλη από το αρτηριακό αίμα της μητέρας, από τη μήτρα.²⁹

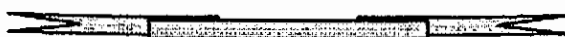
Οι γιατροί μιλούν.....

Δύο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τις εκτρώσεις. Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι, που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν έκτρωση σε μία γυναίκα χωρίς πολλή φασαρία αλλά με αρκετά χρήματα. Τη δεύτερη αποτελούν γιατροί, που κατά καιρούς έχουν πάρει το λόγο επάνω στο θέμα, συνήθως για να τονίσουν την επίπτωση των εκτρώσεων στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Οι γυναικολόγοι, με προκάλυμμα την επιστημοσύνη, τον ορθολογισμό, την ταμπέλα του «ειδικού» και όντας οι μόνοι που έρχονται σε άμεση επαφή με τη γυναίκα, είναι βασικά αυτοί που διαμορφώνουν την αντίληψή της για τις λειτουργίες του κορμιού της και κύρια την αναπαραγωγική λειτουργία.

Παλιότερα, όλο το πεδίο της λαϊκής ιατρικής που σχετιζόταν με τη γέννα, την έκτρωση και την αντισύλληψη ήταν στα χέρια των γυναικών. Οι στενές σχέσεις που διατηρούσαν μεταξύ τους οι γυναίκες της ίδιας κοινωνίας βοηθούσαν τη μετάδοση γνώσεων και συμβουλών από τις παλιότερες στις καινούριες γενιές. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη φυσικότερη αντιμετώπιση αυτών των πραγμάτων.

Αργότερα όμως, η δημιουργία του επαγγέλματος του γιατρού που έγινε πολύ πριν από τη δημιουργία της ιατρικής επιστήμης, και που δεν είχε άρα σχέση με την άρση του τσαρλατανισμού και των προκαταλήψεων, σήμανε και την αντικατάσταση των



γυναικών μαιών από άντρες . η ιστορία του αποκλεισμού των γυναικών από αυτόν τον τομέα της ιατρικής έχει πολύ ενδιαφέρον και κύρια αιτία του τη θέληση των ανδρών να επέμβουν σε αυτό το φυσικό γεγονός και να το ελέγξουν.

Και δεν είναι ανάγκη να ανατρέξει κανείς στην ιστορία για να αποδειχθεί κάτι τέτοιο. Ο λόγος των γυναικολόγων από την εμπειρία, που η κάθε γυναίκα έχει, είναι αποκαλυπτικός. Άρνηση έστω και της ελάχιστης διαφώτισης πάνω στα διάφορα προβλήματα, μυθοποίηση των λειτουργιών του κορμιού σαν κάτι που μόνο η επιστήμη μπορεί να αποκρυπτογραφήσει, γελοιοποίηση και παραγνώριση όσων η γυναίκα έχει να πει. Η χρήση που κάνουν οι γιατροί των γνώσεών τους ή της άγνοιάς τους δεν είναι διόλου αυτονόητη. Η διαστρέβλωση δεν είναι πάντα προφανής και χρειάζεται αντίλογος, διαφορετική πρακτική για να αποδειχθεί η ιδεολογική στράτευση της υποτιθέμενης ουδέτερης και «ορθής» επιστημονικής διάγνωσης, γνώμης.

Παράδειγμα στάθηκαν τα γυναικεία κινήματα δυτικοευρωπαϊκών χωρών, που με αφορμή τους απαγορευτικούς νόμους για την έκτρωση πήραν στα χέρια τους την υπόθεση της αντισύλληψης, των εκτρώσεων, της γυναικείας υγιεινής, ανατρέποντας όλες τις ισχύουσες μέχρι τότε ιατρικές θεωρίες.¹⁰

2.2.7 ΑΠΟΨΕΙΣ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

ΦΕΜΙΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΣΗ

Ο τρόπος με τον οποίο στέκεται το φεμινιστικό κίνημα απέναντι στην έκτρωση και το αγέννητο παιδί αποτελεί οπωσδήποτε αντικείμενο προς μελέτη. Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε το θέμα από την οπτική γωνία των θεμελιωτών του φεμινισμού και από φεμινίστριες που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν με ειλικρίνεια και διάθεση αντικειμενικότητας.

Susan B. Anthony

Στο έντυπο που εξέδιδε με τίτλο «Η επανάσταση», είχε γράψει:

- «ένοχη; Ναι. Ανεξάρτητα με το ποιο ήταν το κίνητρο, η αγάπη ή η άνεση ή η επιθυμία να σώσει από τη δυστυχία το αθώο αγέννητο παιδί, η γυναίκα που κάνει αυτή την πράξη είναι φρικτά ένοχη. Αυτό θα βαραίνει τη συνείδησή της στη ζωή, και την ψυχή της στο θάνατο. Αλλά όμως, τρεις φορές ένοχος είναι εκείνος που την οδηγεί στην απελπισία, η οποία την εξώθει στο έγκλημα!»
- Η έκτρωση αναφερόταν ως «φόνος παιδιού».
- «Θέλουμε πρόληψη, όχι απλώς τιμωρία. Πρέπει να φτάσουμε στη ρίζα του κακού..... γίνεται από αυτούς που τα μύχια της ψυχής τους έχουν ξεσηκωθεί ενάντια στη φοβερή πράξη.»
- «Όλα τα άρθρα που έχω διαβάσει πάνω σε αυτό το θέμα, προέρχονται από άνδρες. Καταγγέλλουν τη γυναίκα ως τη μόνη ένοχη, και δεν περιλαμβάνουν ποτέ τον άνδρα σε οποιαδήποτε σχέδια για λύση του προβλήματος.»

Elizabeth Cady Stanton

- κατέτασσε την έκτρωση ως μία μορφή παιδοκτονίας



- «όταν φρονούμε ότι η γυναίκα αντιμετωπίζεται ως περιουσιακό στοιχείο, είναι ατιμωτικό για τις γυναίκες το ότι θα έπρεπε να αντιμετωπίζουμε τα παιδιά μας σαν περιουσιακό στοιχείο, το οποίο διαχειριζόμαστε κατά τα κέφια μας.»
- «πρέπει να υπάρξει κάποια θεραπεία ακόμα και για ένα τόσο κραυγαλέο κακό όπως αυτό. Αλλά πού μπορεί να θεμελιωθεί, τουλάχιστον από πού μπορεί να αρχίσει, αν όχι από την ολοκληρωμένη χειραφέτηση και εξύψωση της γυναίκας;»

Emma Goldman

- Η συνήθεια των εκτρώσεων έχει φτάσει σε τόσο τρομακτικές διαστάσεις στην Αμερική, ώστε να είναι απίστευτο..... τόσο μεγάλη είναι η δυστυχία στην εργατική πράξη, ώστε κάθε 100 εγκυμοσύνες διαπράττονται 70 εκτρώσεις.

Mattle Brinkerhoff

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

Victoria Woodhull

- Η πρώτη γυναίκα υποψήφια για πρόεδρος ήταν έντονα αντίθετη με την έκτρωση: «τα δικαιώματα των παιδιών ως ατόμων αρχίζουν όταν ακόμα είναι έμβρυα.»
- «Κάθε γυναίκα ξέρει ότι αν ήταν ελεύθερη, ποτέ δε θα εγκυμονούσε ένα παιδί ανεπιθύμητο, ούτε θα σκεφτόταν να δολοφονήσει κάποιο παιδί πριν τη γέννησή του.»

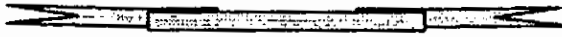
Sarah Norton

- «Οι δολοφόνοι παιδιών εξασκούν το επάγγελμά τους χωρίς εμπόδιο ή κώλυμα, και ανοίγουν σφαγεία παιδιών χωρίς να κρίνονται.....δεν υπάρχει θεραπεία για όλη αυτή την προγεννητική δολοφονία;.... Ίσως έρθει κάποια εποχή κατά την οποία....μία ανύπαντρη μητέρα δε θα περιφρονείται εξ αιτίας της μητρότητάς της.....και το δικαίωμα του αγέννητου να γεννηθεί δε θα αποκηρύσσεται ή θα παραβιάζεται.»

Mary Wollstonecraft

Στην αρχή του 1972, η Mary Wollstonecraft έγραψε την «Προάσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών», που η Susan B. Anthony θαύμαζε τόσο ώστε να το δημοσιεύσει σε συνέχειες στην «Επανάσταση». Αφού η Mary Wollstonecraft επικρίνει, με καυστικούς όρους του 18^{ου} αιώνα τη σεξουαλική εκμετάλλευση των γυναικών λέει

- «κατά συνέπεια, οι γυναίκες γίνονται πιο αδύναμες....από όσο έπρεπε να είναι... δεν έχουν αρκετή δύναμη για να ασκήσουν το βασικό καθήκον της μητέρας...και θυσιάζουν τη γονική στοργή στο βωμό της λαγνείας.....είτε καταστρέφουν το έμβρυο μέσα στη μήτρα, είτε το πετούν όταν γεννηθεί.....Η φύση απαιτεί σεβασμό σε όλα, και αυτοί που παραβιάζουν τους νόμους της σπάνια παραβιάζουν ατιμωρητί»



Matilda Gage

- «(Αυτό) το θέμα βρίσκεται στα σφάλματα της γυναίκας βαθύτερα από οποιοδήποτε άλλο.. Διστάζω να μην ισχυριστώ ότι το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για αυτό το έγκλημα βρίσκεται στην πόρτα του ανδρικού φύλου.»

Alice Paul

- η συγγραφέας της πρωτότυπης «Τροπολογίας περί ίσων δικαιωμάτων» ήταν αντίθετη με το μεταγενέστερο ρεύμα που προσπαθούσε να συνδέσει τη νομοθεσία αυτή με την έκτρωση. Μία συνεργάτης της τη θυμάται να λέει: «Η έκτρωση είναι η έσχατη εκμετάλλευση των γυναικών.»³⁰

Έκτρωση: Δικαιώματα και.....αδικήματα των γυναικών.

Αν πραγματικά θέλουμε να υποστηρίξουμε τα δικαιώματα των γυναικών, είμαστε υποχρεωμένοι να πούμε την αλήθεια για την έκτρωση και να δουλέψουμε με στόχο να σταματήσει να εφαρμόζεται. Πριν από πολλά χρόνια είχα άλλη άποψη. Στο κολέγιο συνηγορούσα για την κατάργηση των νόμων περιορισμού των εκτρώσεων και υποστήριζα τις φίλες μου που πήγαιναν σε άλλη πολιτεία να κάνουν έκτρωση. Όταν πρωτοεμφανίστηκε το κίνημα του φεμινισμού οι γυναίκες αντιμετώπιζαν φοβερά εμπόδια. Μία τυπική γυναίκα την θεωρούσαν τότε απλώς ως μία ελκυστική ύπαρξη, χωρίς όμως μυαλό. Οποσδήποτε ανίκανη να διευθύνει μία επιχείρηση, κάποια που ίσως δε θα έπρεπε να έχει ούτε δικαίωμα ψήφου.

Αλλά τα εμπόδια δεν ήταν μόνο πολιτικά. Νοιώθαμε από τη φύση μας ευάλωτες, καθώς οι στατιστικές βιασμών έδειχναν άνοδο και το γυναικείο σώμα γινόταν αντικείμενο διαφημίσεων ή διασκεδάσεων. Η υποτίμηση που έδειχνε ο κόσμος προς τις ικανότητές μας συνδυαζόταν με βάρβαρες διαθέσεις προς τα σώματά μας, τα οποία κινδύνευαν εξωτερικά με βίαιη μεταχείριση, εσωτερικά δε τα απειλούσε η ξένη εισβολή. Για μία εγκυμοσύνη που δεν την είχαμε προγραμματίσει τη θεωρούσαμε σαν εισβολέα, σαν ένα εχθρό αποφασισμένο να ιδρύσει αποικία μέσα στο σώμα κάποιου άλλου και να καταστρέψει τα σχέδιά του. Θεωρούσαμε ως πρώτιστο δικαίωμα του καθενός να κρατά το σώμα του ασφαλές, αποκλειστικά δικό του και υγιές. Χωρίς αυτό, όλα τα άλλα δικαιώματα ήταν χωρίς σημασία.

Πιστεύω ακόμα ακράδαντα ότι οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να προστατεύουν το σώμα τους. Για αυτό τώρα αντιτίθεμαι στην έκτρωση. Το δικαίωμα μιας γυναίκας αρχίζει από την αρχή που το σώμα της αρχίζει να υπάρχει. Είναι δικό της και πρέπει να προστατεύεται, χωρίς να έχει σημασία που ζει, ακόμα και στη μήτρα της μητέρας της. Το ίδιο ισχύει και για τον αδελφό της που είναι αγόρι.

Για χρόνια υιοθέτησα την άποψη ότι το αγέννητο παιδί ήταν μόνο μία μάζα από ιστούς. Όταν συμπτωματικά έμαθα τα σχετικά με μία έκτρωση σε περίπτωση προχωρημένης εγκυμοσύνης, τρόμαξα από την περιγραφή της σύριγγας που το στόμιό της χοροπηδούσε μέσα στην κοιλιά της μητέρας, καθώς το παιδί της περνούσε τις οδύνες του θανάτου. Έμαθα ακόμα ότι οι εκτρώσεις σε πρώιμα στάδια εγκυμοσύνης δεν είναι πιο ευγενικές. Το παιδί τεμαχίζεται και κομματι-κομματι απορροφάται μέσω ενός αυλού σε μία σακούλα γεμάτη αίμα. Το χειρότερο από όλα, έμαθα ότι το 1981 ο γιατρός William Cates των Centers for Disease Control έκανε την εκτίμηση ότι 400-500 φορές το χρόνο βγαίνουν ζωντανά παιδιά μετά από



εκτρώσεις σε προχωρημένα στάδια εγκυμοσύνης, τα οποία θανατώνονται με στραγγαλισμό, πνιγμό ή απλώς αφήνονται μέσα σε ένα δοχείο σε ένα σκοτεινό θάλαμο μέχρι να σταματήσει οριστικά το κλαυούρισμά τους.

Δε μπόρεσα να αρνηθώ ότι είχα μπροστά μου μία αποτρόπαια πράξη βίας. Ακόμα και αν υπήρχε η παραμικρή αμφιβολία ότι το αγέννητο ήταν ένα πρόσωπο, αν είχα δει κάποιον να κάνει το ίδιο σε ένα γατάκι, θα είχα νιώσει φρίκη. Ο φεμινισμός που οραματιζόταν μία νέα δίκαιη κοινωνία είχε υιοθετήσει μία πράξη τόσο κατάφορα άδικη! Στους «Αδελφούς Καραμαζώφ», κάποιος ρωτήθηκε αν ήταν διατεθειμένος να γίνει ο αρχιτέκτονας ενός καινούριου κόσμου, στον οποίον όλοι οι άνθρωποι θα ήταν ευτυχισμένοι και ειρηνικοί, με την αναγκαία και αναπόφευκτη προϋπόθεση να βασανιστεί μέχρι θανάτου ένα και μόνο μικροσκοπικό πλάσμα- ένα μωρό....επί παραδείγματι-, και να θεμελιωθεί το οικοδόμημα εκείνο πάνω στα δάκρυά του, που δε θα απολάμβαναν την απόδοση δικαιοσύνης. Όμως δεν κρύβεται μόνο ένας θάνατος κάτω από αυτό το οικοδόμημα του σύγχρονου κόσμου, αλλά δεκάδες εκατομμυρίων, και προστίθενται χιλιάδες ακόμα κάθε μέρα. Η δικαιοσύνη δεν είναι δυνατόν να οικοδομηθεί πάνω σε ένα τέτοιο αιματοβαμμένο θεμέλιο.

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

Τρίτον, να χάσει την υγεία της. Στο σώμα της γυναίκας υπάρχει μία οικολογία με λεπτές ισορροπίες, που δεν ανέχεται να διαταράσσονται οι φυσικές διεργασίες της υγείας της με μηχανικές επεμβάσεις. Εκτός από τις περιπτώσεις γυναικών που παθαίνουν διάτρηση μήτρας ή πεθαίνουν πάνω στο χειρουργικό τραπέζι των εκτρώσεων, υπάρχουν και άλλες πιο κρυφές βλάβες. Η είσοδος της μήτρας, ο αυχένας της, είναι κατασκευασμένος να διαστελλεται σταδιακά κατά τη διάρκεια μερικών ημερών προς το τέλος της εγκυμοσύνης. Στην έκτρωση όμως, ο αυχένας τραβιέται βίαια για να ανοίξει σε μερικά λεπτά. Οι ευαίσθητες μυϊκές ίνες μπορεί να βλαβούν έτσι ώστε να προκαλούνται αποβολές, βλάβη που μπορεί να γίνει αντιληπτή πολύ αργά, όταν μία εγκυμοσύνη αργότερα θα είναι επιθυμητή.

Αλλά ενώ ο αυχένας μπορεί να ανοιχθεί, η μήτρα δεν έχει κατασκευασθεί για να εκκενώνεται με αντλία κενού. Μικροτραυματισμοί και αμυχές αφήνουν ουλές οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ενδομητρίτιδα. Όταν οι ουλές αυτές είναι κοντά στις εξόδους των σαλπγγων(ωαγωγών), τα ανοίγματα μπορούν να μειωθούν σε μέγεθος. Έτσι, ενώ τα μικρά σπερματοζωάρια μπορούν να εισχωρήσουν μέσα στις σάλπιγγες από πολύ μικρά ανοίγματα και το ωάριο να γονιμοποιηθεί, δε μπορεί να περάσει στη μήτρα από τα ίδια μικρά ανοίγματα. Προσφύεται λοιπόν στη σάλπιγγα και αρχίζει να αναπτύσσεται εκεί μέσα ως ότου το μέγεθος του παιδιού φτάσει στο όριο αντοχής της. Αν η κατάσταση αυτή (εξωμήτρια κύηση) δε διαγνωσθεί εγκαίρως, η σάλπιγγα ρήγνυται, το παιδί πεθαίνει και η μητέρα διατρέχει θανάσιμο κίνδυνο. Όταν διαβάζει κανείς ότι ο ρυθμός εξωμήτριων κυήσεων στην Αμερική αυξήθηκε κατά 500% μεταξύ των ετών 1970 και 1987, πρέπει προφανώς να αναζητήσει την αιτία στη σημαντικότερη διαταραχή στην υγιεινή της αναπαραγωγικής λειτουργίας των



γυναικών κατά την περίοδο αυτή(δηλαδή στις εκτρώσεις). Και όμως ο πολλαπλασιασμός των βλαβών που σχετίζονται με εξωμήτριες κυήσεις προβάλλεται σαν απόδειξη του ότι η εγκυμοσύνη είναι πιο επικίνδυνη από την έκτρωση!

Σε άλλες περιπτώσεις, οι ουλές στις εξόδους των σαλπίνγων μπορούν να προκαλέσουν ολοκληρωτική βλάβη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το σπερματοζωάριο δε μπορεί να συναντήσει το ωάριο και η γυναίκα παθαίνει οριστική στειρώση. Ήθελε ίσως να κάνει έκτρωση σε μία της μόνο εγκυμοσύνη, αλλά η έκτρωση κάλυψε μια και καλή όλες τις πιθανές εγκυμοσύνες σε όλη την υπόλοιπη ζωή της.

Και ερχόμαστε στην πιο συντριπτική απώλεια για τη γυναίκα, την απώλεια του ίδιου του παιδιού της. Η ρητορεία γύρω από την έκτρωση περιγράφει το αγέννητο παιδί σαν παράσιτο, σαν έναν όγκο, σαν μία μάζα από ιστούς. Στην πραγματικότητα είναι το παιδί της. Τόσο όμοιο με αυτήν, όσο και οποιοδήποτε άλλο παιδί που θα ήθελε να αποκτήσει στο μέλλον. Θα έχει κάτι από την εμφάνισή της, τα ταλέντα της, θα είναι κλάδος του οικογενειακού της δένδρου. Με την έκτρωση, προσφέρει το παιδί της θυσία στο δικαίωμά της να συνεχίσει το είδος της ζωής που κάνει, μία θυσία που θα καταστήσει την υπόλοιπη ζωή της στοιχειωμένη.

Και αυτό γιατί η τελευταία (απώλεια) είναι αυτή η απώλεια της ειρήνης του λογικού της. Πολλές γυναίκες θλίβονται βαθιά και σιωπηλά μετά την έκτρωση. Η θλίψη τους αγνοείται από την κοινωνία που νομίζει ότι νοιώθουν ευγνωμοσύνη για την ελευθερία που έχουν να κάνουν έκτρωση. Μερικές υποφέρουν από κατάθλιψη, από εφιάλτες, από σκέψεις αυτοκτονίας. Άλλες ξυπνούν τη νύχτα νομίζοντας ότι ακούν ένα μωρό να κλαίει. Ένας άνδρας που είδε τη σύζυγό του να αποδιοργανώνεται πλήρως μετά από μία έκτρωση απόρησε: τι είδους συναλλαγή είναι αυτή; Κερδίζεις τον έλεγχο του σώματός σου, χάνεις τον έλεγχο του μυαλού σου! Πάντως, το παιδί που χάθηκε στην έκτρωση δεν πρόκειται να ξυπνάει τη μάνα του τη νύχτα. Αυτό η γυναίκα το κέρδισε, τουλάχιστον προς το παρόν.....

Για όλες αυτές τις απώλειες οι γυναίκες δεν κερδίζουν τίποτε άλλο εκτός από το δικαίωμά τους να κινούνται χωρίς δεσμεύσεις στο χώρο τους. Η έκτρωση δε θεραπεύει καμιά αρρώστια, σε καμιά γυναίκα δεν προσφέρει πρόοδο. Το μόνο που κάνει είναι να προσαρμόσει τη γυναίκα του χειρουργείου σε ένα πολιτισμό που θεωρεί την εγκυμοσύνη και την ανατροφή των παιδιών ως φορτίο αβάσταχτο. Εάν υποθέσουμε ότι οι γυναίκες αποτελούν μία καταπιεσμένη κοινωνική ομάδα, θα είναι η μόνη τέτοια ομάδα που καταφεύγει στο χειρουργείο για να επιτύχει την ισότητα. Στην ελληνική μυθολογία, ο Προκρούστης ήταν ένας οικοδεσπότης που προσέφερε φιλοξενία. Αν δεν είχες το κατάλληλο μέγεθος για το κρεβάτι του, ή θα σε τραβούσε ή θα σε έκοβε για να σε προσαρμόσει σε αυτό. Η χειρουργική τράπεζα της έκτρωσης είναι η προκρούστεια κλίνη του σύγχρονου φεμινισμού, την οποία, με ακατανόητη διαστροφή, τα θύματά της την διεκδικούν διαδηλώνοντας στους δρόμους.

Οι αρχικές τάσεις του φεμινισμού είδαν αυτή την υπόθεση πιο καθαρά. Η Susan B. Anthony ονόμασε αυτή την πράξη φόνου παιδιού και έκανε έκκληση για πρόληψη, όχι απλώς τιμωρία.....αυτής της φοβερής πράξης. Οι φεμινίστριες του 19^{ου} αιώνα ομόφωνα καταδίκασαν την έκτρωση. Η Elisabeth Cady Stanton την κατέταξε στην παιδοκτονία, και διακήρυττε ότι και αν ακόμα καταντούσαμε να θεωρούμε τις γυναίκες σαν περιουσιακά στοιχεία, αυτό δε θα ήταν χειρότερο για τις γυναίκες από το να φέρονται προς τα παιδιά τους σαν να ήταν ιδιοκτησία τους. Η συνάδελφός τους Matie Brinklerhoff παρομοιάζει την έκτρωση σαν κάποιον που καταφεύγει στη ληστεία μόλις νιώσει πείνα.....

Το ερώτημα παραμένει: θέλουν οι γυναίκες την έκτρωση; Όχι βέβαια όπως θα ήθελαν μία Porsche ή ένα παγωτό χωνάκι. Όπως ένα ζώο που έχει πιαστεί σε παγίδα



προσπαθεί να ελευθερωθεί κόβοντας το πόδι του με τα δόντια, έτσι και η γυναίκα που αναζητά την έκτρωση προσπαθεί να διαφύγει από μία δύσκολη κατάσταση σε μία πράξη βίας και αυτοκαταστροφής. Η έκτρωση δεν είναι σημάδι ελευθερίας των γυναικών, είναι σημάδι απελπισίας.

Πώς προέκυψε αυτή η απελπισία; Δύο τάσεις του μοντέρνου φεμινισμού, υιοθετημένες από μία παλαιότερα καθιερωμένη δομή γνωρισμάτων ανδρικής ισχύος, συνδυάστηκαν έτσι ώστε να καταστεί η έκτρωση αναγκαία. Ο φεμινισμός, όπως επικράτησε τελευταία, επιδίωξε κυρίως να ανοίξει για τις γυναίκες τις πόρτες της επαγγελματικής και δημόσιας ζωής και επιπλέον, υποστήριξε με πάθος τη σεξουαλική τους ελευθερία. Εν τούτοις, αν και η δημόσια ζωή δυσχεραίνεται από την ευθύνη για τα παιδιά, ενώ εξ άλλου η ανεύθυνη σεξουαλική δραστηριότητα είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να προκύψουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αυτό το δίλημμα (η ταυτόχρονη υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που παράγει παιδιά και ενός άλλου για τον οποίο τα παιδιά είναι εμπόδια) βρίσκει τη λύση του στο τραπέζι των εκτρώσεων.

Εάν θέλουμε πράγματι μία κοινωνία που να υποστηρίζει και να σέβεται τις γυναίκες, πρέπει να ξεκινήσουμε από τον περιορισμό των μη προγραμματισμένων κήσεων. Τα αντισυλληπτικά αποτυγχάνουν. Έτσι, για να περιοριστούν οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες πρέπει να επιστρέψουμε στη σεξουαλική υπευθυνότητα. Αυτό σημαίνει είτε να αποφεύγει κανείς τη σεξουαλική δραστηριότητα, όταν η γέννηση ενός παιδιού δεν είναι επιθυμητή, είτε να είναι έτοιμος να αναλάβει τις ευθύνες του για τις ζωές που θα συλληφθούν έστω και παρά τη θέλησή του. Να αποφασίσει π. χ. να διαθέσει το παιδί προς υιοθεσία, να προχωρήσει προς το γάμο, ή να εξασφαλίσει την πιστή και συνεπή οικονομική στήριξη του παιδιού και από τον άλλο συνυπεύθυνο. Η χρήση αντισυλληπτικών δε μπορεί να αντικαταστήσει την υπευθυνότητα, όπως η χρήση ζωνών ασφαλείας στα αυτοκίνητα δε δίνει το δικαίωμα σε κανέναν να τρέχει ανεξέλεγκτα με όση ταχύτητα θέλει. Δεν ευθύνεται το παιδί για τη σύλληψή του. Είναι απάνθρωπη αδικία να διεκδικούμε το δικαίωμα να το κομματιάσουμε προκειμένου να συνεχίσουμε τη σεξουαλική μας δραστηριότητα χωρίς κανένα φραγμό.

Δεύτερον, πρέπει να πάψουμε να θεωρούμε τη συνέχιση μίας εγκυμοσύνης και το μεγάλωμα των παιδιών ως βάρος επαχθές. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι οι γυναίκες πρέπει να παίξουν ένα ρόλο στη δημόσια ζωή της κοινωνίας μας. Τα ταλέντα τους και οι ικανότητές τους είναι εξίσου πολύτιμες με αυτές των ανδρών και δεν υπάρχει λόγος να τους απαγορεύσουμε να μπουν στον επαγγελματικό στίβο. Αλλά όσα χρόνια το παιδί είναι μικρό, μητέρα και παιδί προτιμούν να είναι μαζί. Εάν οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να διακόψουν προσωρινά στο μέσο την καριέρα τους, πρέπει να έχουν, όπως είπαμε και παραπάνω, πιστούς και υπεύθυνους άντρες να τις στηρίζουν. Και στους δύο γονείς μπορεί να παραχωρηθεί το δικαίωμα ενός ελαστικού ωραρίου στους τόπους εργασίας. Γονείς που έχουν παιδιά στο σχολείο μπορούν να προσαρμόζουν το ωράριό τους λαμβάνοντας υπόψη το σχολικό ωράριο. Μπορούν ακόμα να εξοικονομηθούν τα έξοδα γραφείου για τις επιχειρήσεις, μετακινήσεων στους τόπους εργασίας και αμοιβής του προσωπικού που θα φυλάει τα παιδιά αν δοθεί η ευκαιρία στους γονείς να παρέχουν την εργασία τους από το σπίτι, όπου αυτό είναι δυνατόν. Πρέπει επίσης οι γυναίκες να γίνονται δεκτές πίσω στη δουλειά, όταν αποφασίσουν να επιστρέψουν, τα δε χρόνια που έμειναν στο σπίτι τους να υπολογίζονται ως χρόνος χρήσιμης μαθητείας στο μάνατζμεντ, στην εκπαίδευση και στην ικανότητα διαπραγματεύσεων.

Τα δικαιώματα των παιδιών δεν έρχονται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα των παιδιών τους. Η εμφάνιση μίας τέτοιας σύγκρουσης είναι δείγμα ότι κάτι πάει στραβά



στην κοινωνία. Όταν οι γυναίκες επιτύχουν το σεβασμό της σεξουαλικής λειτουργίας και την επαγγελματική ευελιξία που χρειάζονται, δε θα καταφεύγουν πια, σαν σε ένα υποκατάστατο, στην αιματηρή αδικία της έκτρωσης.³⁰

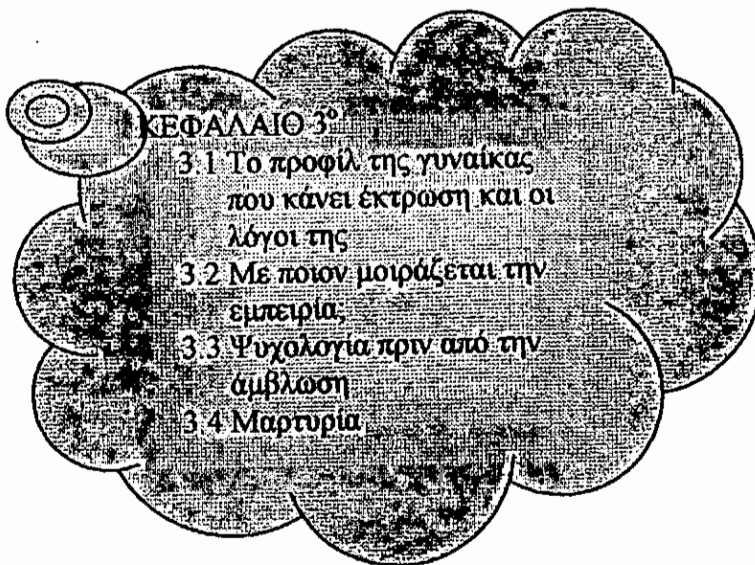
2.2.8 ΣΤΑΣΗ ΑΝΔΡΩΝ

Η στάση των ανδρών απέναντι στην άμβλωση εξαρτάται από την ηλικία τους. Από έρευνες που έχουν γίνει, βλέπουμε ότι άνδρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την άμβλωση περισσότερο από ό,τι οι άνδρες των 30 ετών και άνω.

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι, οι νέοι Έλληνες ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στη φάση «δημιουργία οικογένειας», που συμβαδίζει με τη φάση επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Για να μην θέσουν σε κίνδυνο την επαγγελματική και οικονομική προσπάθεια με πρόωγη αύξηση του πληθυσμού των παιδιών, τάσσονται υπέρ της άμβλωσης, εκφράζοντας την επιθυμία να καθυστερήσουν μία νέα εγκυμοσύνη.

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

Αντίθετα, οι άνδρες 10-33 ετών εισέρχονται στη φάση συμπλήρωσης του αριθμού των παιδιών που θέλουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της επιπλέον αύξησης της οικογένειάς τους.³¹



3.1 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΤΗΣ

Όπως αναφέρει η μαιευτήρας γυναικολόγος Ανδρομάχη Τράκα, επιστημονική συνεργάτιδα του Ιασώ, τη τελευταία δεκαετία παρατηρείται μία μεταβολή στο προφίλ της γυναίκας που αποφασίζει να διακόψει μία εγκυμοσύνη.

«Στην έκτρωση καταφεύγει είτε η πολύ νεαρή κοπέλα, η οποία δεν έχει ενημέρωση ούτε από το σπίτι ούτε από το σχολείο και βέβαια δεν είναι έτοιμη να γίνει μητέρα, είτε μία μεγαλύτερη γυναίκα μετά το γάμο, επειδή δε θέλει άλλο μωρό και ενδέχεται να αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα. Ένας σημαντικός λόγος είναι ότι οι Ελληνίδες δεν παίρνουν μέτρα αντισύλληψης όπως οι ξένες», διευκρινίζει η κ. Τράκα.

«Αντιθέτως, οι κοπέλες ηλικίας από 20 έως 30 ετών είναι πολύ πιο ενημερωμένες από τις γυναίκες της προηγούμενης δεκαετίας και παίρνουν προφυλάξεις, χρησιμοποιώντας κυρίως προφυλακτικό, ίσως επειδή είναι εξαιρετικά ευαίσθητοποιημένες για τους κινδύνους από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το AIDS» επισημαίνει η ίδια.

Η γυναικολόγος παρατηρεί ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες, οι οποίες έχουν σταθερό σεξουαλικό σύντροφο, δε χρησιμοποιούν προφυλακτικό ή κάποια άλλη μέθοδο, όπως το σπινάλ, οπότε είναι πιο εύκολο να μείνουν έγκυοι.³²

3.2 ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΡΑΖΕΤΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

Η γυναίκα που βρίσκεται αντιμέτωπη με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, θα επισκεφθεί τον ιατρό συνοδευόμενη από το σύντροφό της στο 60% των περιπτώσεων, ενώ το 30% θα πάει με κάποιο άτομο του φιλικού της περιβάλλοντος.

«Τα τελευταία πέντε χρόνια, οι νέες κοπέλες γύρω στα 18-22 έρχονται με τη μητέρα τους», επισημαίνει η κ. Τράκα.

«Αυτό προσωπικά, μου κάνει πολύ καλή εντύπωση, γιατί νομίζω ότι είναι η πιο κοντινή σε αυτή την ιστορία, μπορεί να της συμπαρασταθεί ηθικά και δε χρειάζεται να κρύβεται από το σπίτι. Δε μου έχει τύχει όμως να έρθει πατέρας. Ωστόσο, το να εμπιστευτείς τη μητέρα σου είναι ό,τι καλύτερο», διευκρινίζει η ίδια.³²

3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί μία ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη, και προβληθεί η άμβλωση σαν η πιθανή ή δήθεν ενδεδειγμένη λύση, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της και

ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία της για μία νέα σύλληψη, αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχητικές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από τους γιατρούς, από το περιβάλλον της ή από άλλες πηγές. Φυσικά, η αγωνία, η ανησυχία και ο φόβος είναι πολύ πιο μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση, όπως και σε αυτές που πιστεύουν συνειδητά στο Θεό, και για αυτό θεωρούν την άμβλωση ως αμαρτία. Οι τελευταίες απορρίπτουν κατά κανόνα ως απαράδεκτη μία τέτοια λύση και προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημά τους με διαφορετικό τρόπο. Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε άμβλωση, και κυρίως για αυτές που είναι η πρώτη τους φορά, οι τελευταίες στιγμές πριν από την επέμβαση, είναι οι πιο κρίσιμες, και η ανησυχία και ο φόβος γίνονται πιο έντονοι. Αμέσως μετά την άμβλωση, πολλές γυναίκες νοιώθουν ανακούφιση, επειδή έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο ή προβληματικό έμβρυο. Όμως, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών -56%- όπως έδειξε μία πανεθνική δημοσκόπηση στις ΗΠΑ, νοιώθουν ενοχές για αυτή τους την απόφαση, και οι πιο πολλές αισθάνονται μειωμένες επειδή αναγκάστηκαν να προβούν σε αυτή την πράξη.¹⁸

3.4 ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΜΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ: Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΠΟΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

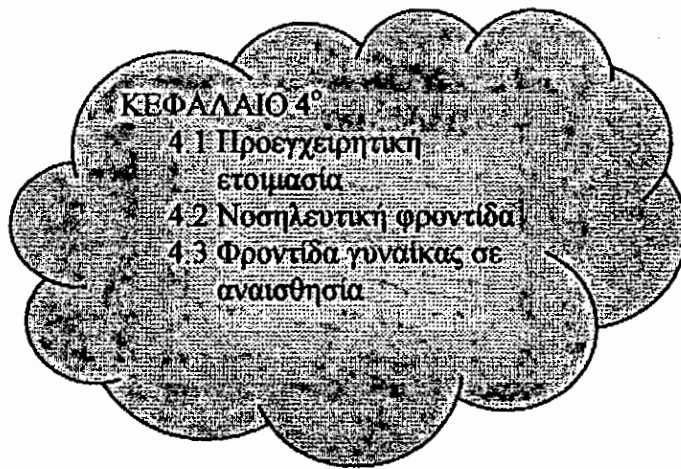
«Αιχμάλωτη όπως είμαι ενός θηρίου ντυμένου στα λευκά, που κάθε τόσο καταφθάνει με μία ένεση και με τρυπάει περιφρονητικά, δεν είμαι ούτε καν σε θέση να επιχειρήσω να σου μεταδώσω λίγη τρυφερότητα. Όμως κάτι σκέψεις ναρκωμένες για πολύ καιρό, μάταια απωθημένες, ανεβαίνουν στην επιφάνεια της συνειδησής μου και φωνάζουν πράγματα που δεν ήξερα ότι τα ξέρω. Άκου τα. Γιατί πρέπει να ανέχομαι μία τέτοια αγωνία; Στο όνομα τίνος πράγματος; Επειδή έκανα το έγκλημα να αγκαλιάσω έναν άνδρα; Επειδή ένα κύτταρο σχίστηκε σε δύο κύτταρα, και έπειτα σε τέσσερα κύτταρα και έπειτα σε οκτώ κύτταρα και πάει λέγοντας, δίχως εγώ να το θελήσω, δίχως εγώ να το επιβάλλω; Ή μήπως, στο όνομά της ζωής; Ωραία, ας πούμε στο όνομα της ζωής. Μα τι σόι είναι αυτή η ζωή, που εσύ, που υπάρχουν δίχως να έχεις ακόμα σχηματιστεί, μετράς πιο πολύ από εμένα που υπάρχω όντας ήδη ολοκληρωμένη; Τι είναι αυτός ο σεβασμός για σένα, που αφαιρεί σεβασμό από μένα; Τι είναι αυτό σου το δικαίωμα να ζεις, που δεν υπολογίζει το δικό μου δικαίωμα να ζω; Δεν έχεις μέσα σου ανθρωπιά. Ανθρωπιά! Μα είσαι ανθρώπινο πλάσμα εσύ; Ένα τόσο θαύριο και ένα σπερματοζώριο πέντε χιλιοστών του χιλιοστού, είναι αρκετά για να θεωρηθούν ανθρώπινο πλάσμα; Το ανθρώπινο πλάσμα είμαι εγώ, που σκέφτομαι και μιλάω και γελάω και κλαίω και ενεργώ σε ένα κόσμο που και αυτός ενεργεί για να οικοδομηθούν τα αντικείμενα και οι ιδέες. Εσύ δεν είσαι παρά ένα μικροσκοπικό κουκλάκι από σάρκα, που ούτε σκέφτεται, ούτε μιλάει, ούτε γελάει, ούτε κλαίει και που ενεργεί μόνο για να οικοδομήσει τον εαυτό του. Αυτό που βλέπω σε σένα δεν είσαι εσύ; Είμαι εγώ!»³³

Σε αυτή τη μαρτυρία μπορεί κανείς να διαπιστώσει τα έντονα συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα στην προσπάθειά της να αποφασίσει αν θα προβεί ή όχι στην εγκληματική πράξη της άμβλωσης, αν θα «πετάξει» ή όχι το παιδί της. Μία

ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ



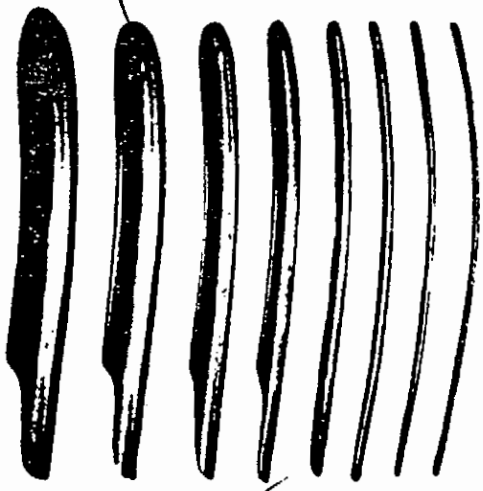
μαρτυρία καθαρά εγωιστική, αλλά ταυτόχρονα δικαιολογημένη, μία προσπάθεια να «ξεφορτωθεί» τις ενοχές της και να «ενοχοποιήσει» το αγέννητο έμβρυο!



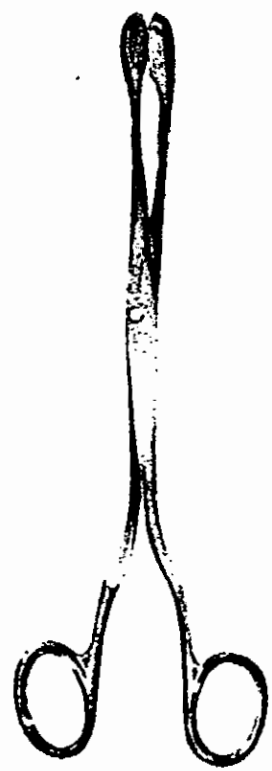
4.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τεχνική της διακοπής της εγκυμοσύνης:

1. εργαλεία:
 - πρόσθιος και οπίσθιος κολποδιαστολέας
 - δύο κολπολαβίδες μονοδοντωτές
 - μακρά ανατομική λαβίδα
 - μητρομήλη
 - σειρά κηρίων Hegar
 - λαβίδα Winter
 - οξέα ξέστρα
2. σκεύη και είδη χειρουργείου:
 - μία λεκάνη
 - νεφροειδές
 - αποστειρωμένα τολύπια γάζας ή βαμβακος
 - δοχείο με ελαφρό αντισηπτικό διάλυμα (λυζόλ ή ντεττόλ)
 - προθέματα αποστειρωμένα
 - ταμπόν γάζας αποστειρωμένα
3. φάρμακα:
 - βάμμα ιωδίου
 - φύσιγγες εργοτίνης, Novergo ή Methergine
 - φύσιγγες υποφυσίνης των 5 ή των 10 μονάδων
 - φύσιγγες καρδιαζόλ, κοραμίνης ή καφουρούχου ελαίου
 - φύσιγγα πεντοθάλ του 1 γρ. και άλλη δισαπ. Νερού, 20 ml.³⁴



Σειρά κηρίων Ilizar (2-9) (Eastman).



Λαβίς Winter (Halban - Winter)



Όξύ ξίστρον Récamier (Halban - Winter)



4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η παροχή καλής, υποστηρικτικής φροντίδας σε μία γυναίκα που υποβάλλεται σε έκτρωση απαιτεί πολλά από τη νοσηλεύτρια. Παρατήρηση, αναφορά, τεχνικές γνώσεις και σωματικά και συναισθηματικά μέτρα πρέπει να διεξαχθούν με άριστο βαθμό ικανότητας. Επίσης, σε μία κατάσταση πρόσθετης έντασης, όπου η άμβλωση παρουσιάζει επιπλοκές, ακόμα περισσότερα απαιτούνται από τη νοσηλεύτρια. Δε μπορεί να δοθεί αρκετή έμφαση στη σπουδαιότητα της υποστηρικτικής φροντίδας υψηλού διαμετρήματος.³

4.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΕ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ:

Σκοπός: Η φροντίδα συμπεριλαμβάνει την προστασία και παρακολούθηση της αναισθητής γυναίκας συνεχώς σε όλους τους χρόνους για την πρόληψη των μετά την επέμβαση επιπλοκών, όπως shock, αιμορραγία, πνευμονία ή κάκωση.

Εξοπλισμός:

- κρεβάτι μετά τον τοκετό
- πλάγιο μέρος του κρεβατιού
- σφυγμομανόμετρο και στηθοσκόπιο
- γλωσσοπίεστρα
- λεκάνη εμεσμάτων καλυμμένη με πετσέτα
- χαρτί και μολύβι
- συσκευή αναρρόφησης, αν η ασθενής έχει υποβληθεί σε γενική αναισθησία
- συσκευή οξυγόνου
- ενδοφλέβια υλικά³

Προφυλάξεις:

1. ουδέποτε αφήνεται μόνη της η αναισθητή γυναίκα
2. εξετάζονται τα ρούχα και ελέγχεται το σώμα για αιμορραγία από πληγές
3. βεβαιωνόμαστε ότι ο αέρας διέρχεται καλώς και η αναπνοή είναι επαρκής
4. ελέγχουμε προσεκτικά για συμπτώματα επερχόμενου shock (σφυγμός, αναπνοή, Α. Π.)
5. διατηρείται η γυναίκα ζεστή και ήσυχη.
6. εξασφαλίζουμε θερμό και απαλλαγμένο θορύβων δωμάτιο.
7. ελέγχουμε τακτικά τη σταθερότητα αυτών.

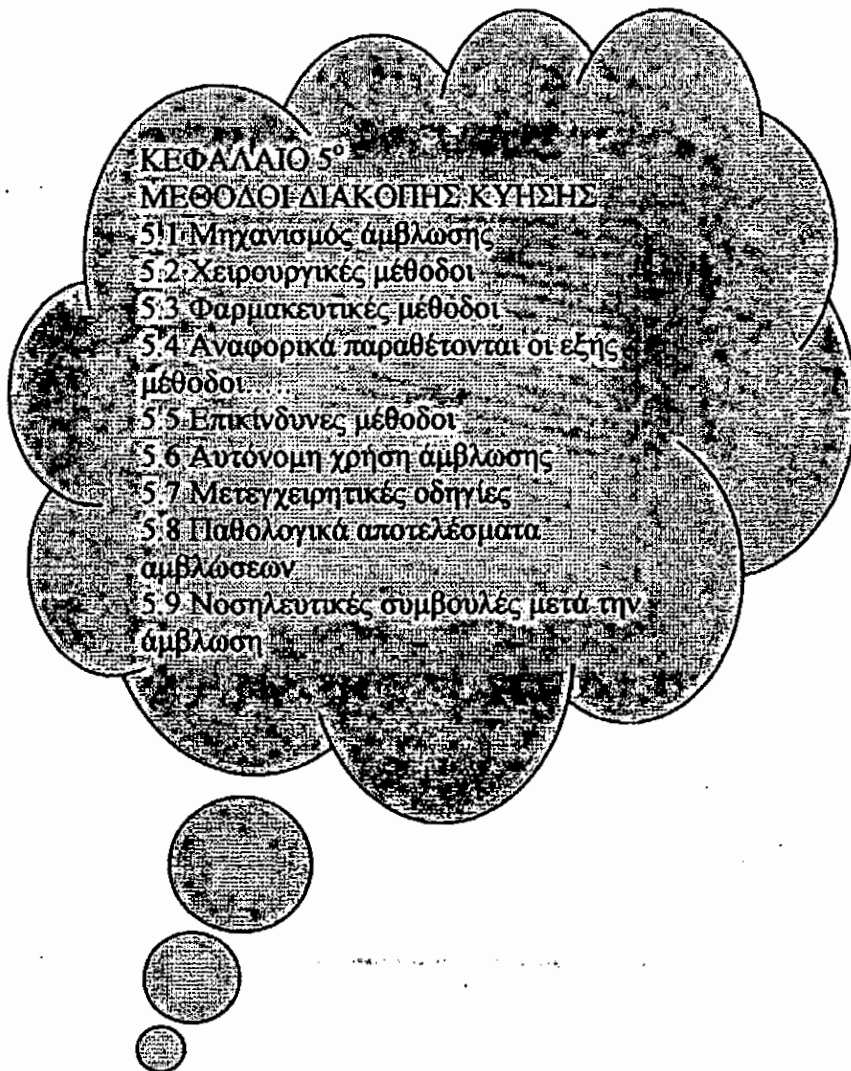


Μέθοδος:

1. όταν η γυναίκα επιστρέψει στο θάλαμο ή το θάλαμο ανανήψεως τυλίγουμε όλα τα καλύμματα του κρεβατιού στην πλευρά του κρεβατιού χωρίς να είναι τεντωμένα.
2. παρέχεται βοήθεια κατά τη μεταφορά της γυναίκας στο κρεβάτι
3. εφόσον είναι δυνατόν να αποφεύγονται οι πτυχές των καλυμμάτων
4. λαμβάνεται το διάγραμμα από τον αναισθησιολόγο. Αναγιγνώσκεται η κατάσταση της γυναίκας, το χορηγηθέν αναισθητικό, τα χρησιμοποιηθέντα ρούχα και τα παρεντερικά διαλύματα, που χορηγήθηκαν από τον αναισθησιολόγο. Γίνεται λεπτομερής έλεγχος μετά την επέμβαση.
5. ελέγχονται και καταγράφονται τα ακόλουθα:
 - συχνότητα και χαρακτήρας των αναπνοών
 - κατάσταση της συνείδησης
 - χρώμα και κατάσταση του δέρματος
 - συχνότητα και ποιότητα του σφυγμού
 - Α. Π.
 - Παρουσία υλικού
6. η γυναίκα τοποθετείται σε αναπαικτική θέση. Τοποθετούνται κικλιδώματα στο κρεβάτι στη θέση αυτή.
7. φροντίζονται και καταγράφονται όλες οι ενέργειες.
8. μετρώνται και καταγράφονται οι σφυγμοί, οι αναπνοές και η Α. Π. κάθε 15 λεπτά μέχρι της σταθεροποίησης. Αν ενδείκνυται, η μέτρηση και η καταγραφή γίνονται συχνότερα.
9. αν η γυναίκα έχει εμετούς:
 - στρέφεται το κεφάλι της γυναίκας στη μία πλευρά, υποβοηθείται το κεφάλι και η γωνία της γνάθου με τα χέρια.
 - Αν είναι απαραίτητο, χορηγείται οξυγόνο μέσω της συσκευής
 - Εάν η αεροφόρος οδός δε μπορεί να καθαρισθεί αμέσως, λάβετε βοήθεια από τον αναισθησιολόγο.
 - Εάν η ασθενής αναρροφήσει υλικό, διασωληνώστε αμέσως και ειδοποιήστε τον αναισθησιολόγο και τον ιατρό αμέσως. Το οξυγόνο να είναι έτοιμο προς παροχέτευση όταν οι αεραγωγοί καθαρισθούν.
10. αναφέρετε αμέσως στη νοσηλεύτρια ή στον ιατρό οποιαδήποτε σημάδια ανεπάρκειας ή φραγμένης αναπνοής, shock, ή αιμορραγία ή οποιοδήποτε άλλο δυσάρεστο σύμπτωμα.
11. παραμείνετε με τη γυναίκα όσο αυτή είναι αναισθητη
12. όταν η γυναίκα συνέλθει πλήρως και είναι έτοιμη να επιστρέψει στο δωμάτιό της, θα πρέπει να συνοδεύεται από έναν RN ή LPN και ένα ακόμα πρόσωπο.



13. όταν η γυναίκα τοποθετηθεί στη μονάδα της ελέγχεται από έναν RN-κατά τη μεταφορά της ευθύνης για τη γυναίκα, η κατάσταση της γυναίκας εξακριβώνεται και από τις δύο νοσηλεύτριες.
14. η νοσηλεύτρια της αίθουσας επέμβασης δίνει αναφορά σε έναν από τους RN στον όροφο(εάν είναι δυνατό στην εποπτεύουσα νοσηλεύτρια)
15. οι σημειώσεις της αίθουσας επέμβασης συνεχίζονται μέχρι η γυναίκα να επιστρέψει στο θάλαμο. Λεπτομερείς σημειώσεις από τη νοσηλεύτρια πρέπει να παίρνονται όσο η κατάσταση της γυναίκας υποδηλώνει ανάγκη για κράτηση λεπτομερών στοιχείων.
Συμπεριλαμβάνεται όλη η φαρμακευτική αγωγή, συμπεριφορά, εργαστηριακές αναλύσεις, αναλύσεις αίματος και ενδοφλέβια θεραπεία όσο καιρό βρίσκεται στο θάλαμο ανάρρωσης.³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

- 5.1 Μηχανισμός άμβλωσης
- 5.2 Χειρουργικές μέθοδοι
- 5.3 Φαρμακευτικές μέθοδοι
- 5.4 Αναφορικά παραθέτονται οι εξής μέθοδοι:
- 5.5 Επικίνδυνες μέθοδοι
- 5.6 Αυτόνομη χρήση άμβλωσης
- 5.7 Μετεγχειρητικές οδηγίες
- 5.8 Παθολογικά αποτελέσματα άμβλώσεων
- 5.9 Νοσηλευτικές συμβουλές μετά την άμβλωση



5.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η άμεση αιτία της έκτρωσης είναι τελικά η αποκόλληση του κήματος από το βασικό φθαρτό, που προκαλεί αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα και άλλοτε άλλο βαθμού και συχνότητας συστολές της μήτρας. Πριν από την 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης το κήτημα, περιβεβλημένο από τις λάχνες, αποβάλλεται συνήθως ολόκληρο σαν μία μάζα (in toto). Μερικές φορές το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δεν παρουσιάζει διαστολή σε αντίθεση με το εσωτερικό και στην περίπτωση αυτή το κήτημα δεν κατακρατείται μέσα στην τραχηλική κοιλότητα (τραχηλική έκτρωση).

Μεταξύ της 8^{ης} και της 14^{ης} εβδομάδας ο μηχανισμός είναι περίπου ο ίδιος με τον περιγραφέντα πιο πάνω, αλλά μερικές φορές είναι δυνατό να συμβεί ρήξη του αμνιακού σάκου και να ακολουθήσει έξοδος του εμβρύου με κατακράτηση μέρους ή όλου του πλακούντα μέσα στη μητρική κοιλότητα (ατελής έκτρωση). Στην περίπτωση αυτή υπάρχει και αρκετή αιμορραγία.

Μετά τη 14^η εβδομάδα το έμβρυο συνήθως αποβάλλεται πρώτο και ακολουθεί η εκβολή του πλακούντα έπειτα από λίγο χρόνο. Σπανιότερα γίνεται κατακράτηση του πλακούντα. Η αιμορραγία είναι μικρότερη και όλη η διαδικασία ενθυμίζει ένα τοκετό φυσιολογικό.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η αιμορραγία στο πρώτο τρίμηνο της κύησης οφείλεται στις 95% των περιπτώσεων σε έκτρωση, υπάρχουν και πιο σπάνια αίτια που προκαλούν τα ίδια συμπτώματα όπως π. χ. η εξωμήτρια εγκυμοσύνη, η μύλη κύηση, οι πολύποδες, τα ινομώματα και ο καρκίνος του τραχήλου.⁹

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι ανάλογα με την ηλικία του εμβρύου. Όπως τονίσαμε ήδη, όσο γρηγορότερα γίνεται η έκτρωση τόσο πιο ασφαλής είναι. Παραθέτουμε αυτές τις μεθόδους, όπως θα έπρεπε να γίνονται, δηλαδή με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Όταν μιλάμε για εβδομάδες, μην ξεχνάμε ότι πρόκειται για εβδομάδες αμηνόρροιας.¹⁰

Σε ό,τι αφορά την ίδια την επέμβαση, υπάρχουν τρεις μέθοδοι. Η συνηθέστερη και με τις λιγότερες επιπλοκές ονομάζεται αναρρόφηση και μπορεί να πραγματοποιηθεί μέχρι τη 10^η ή την 11^η εβδομάδα της κύησης. Αφού δοθεί νάρκωση, ο ιατρός θα τραβήξει μέρος του ενδομητρίου και το έμβρυο με έναν αναρροφητήρα. Η επέμβαση διαρκεί περίπου 20 λεπτά, αλλά η γυναίκα πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο λίγες ώρες.

Από την 11^η εβδομάδα και μετά ακολουθείται συνήθως η μέθοδος της απόξεσης, μία πρακτική που χρησιμοποιούταν παλαιότερα και μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές.

Τέλος, αν συντρέχει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου, υπάρχει η δυνατότητα να γίνει άμβλωση από τη 16^η ως την 24^η εβδομάδα με πρόκληση τοκετού. Ωστόσο, αυτή η περίπτωση είναι εξαιρετικά σπάνια.¹²

5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

5.2.1 ΑΠΟΞΕΣΗ ΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ [D&C](εβδομάδα 6^η-16^η)¹⁹



Απόξεση είναι μία χειρουργική επέμβαση που σκοπό έχει την αφαίρεση του κηήματος μέσα από την κοιλότητα της μήτρας, περιλαμβάνει δύο στάδια. Το στάδιο της διαστολής του τραχήλου και το στάδιο της εκκένωσης της μήτρας ή της κυρίως απόξεσης,

Σαν χειρουργική επέμβαση είναι αρκετά επικίνδυνη, γιατί είναι ίσως η μοναδική επέμβαση που γίνεται στον οργανισμό του ανθρώπου, στα τυφλά, χωρίς τη βοήθεια της οράσεως, αλλά με μοναδικό οδηγό την αίσθηση της κοιλότητας της μήτρας που έχει ο ιατρός, ο οποίος πραγματοποιεί αυτή την επέμβαση.⁹

Για τη διενέργεια της επέμβασης είναι απαραίτητη η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ή γενικής αναισθησίας. Η επέμβαση γίνεται με τη γυναίκα τοποθετημένη στη συνηθισμένη θέση των γυναικολογικών κολπικών επεμβάσεων. Ύστερα από την εγχειρητική προετοιμασία της περιοχής, γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης και αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση για τον προσδιορισμό των τοπογραφικοανατομικών χαρακτηριστικών των εσωτερικών γεννητικών οργάνων. Στη συνέχεια, τοποθετούνται ο πρόσθιος και οπίσθιος κολποδιαστολέας ή ένα αναλόγου μεγέθους δισκελές μητροσκόπιο και συλλαμβάνεται ο τράχηλος της μήτρας με δύο μονοδοντωτές μητρολαβίδες, αντίστοιχα με την 3^η και 9^η ώρα, ή με μία μόνο μητρολαβίδα αντίστοιχα με τη 12^η ώρα. Ακολουθεί η διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας (έξω και έσω) με ειδικούς μεταλλικούς διαστολείς, που είναι γνωστοί με την ονομασία κηρία του Hegar ή του Pratt ή του Hank κ.ά. Οι διαστολείς αυτοί είναι αριθμημένοι με προοδευτικά αυξανόμενο πάχος 0,5 mm και μέχρι τα 25mm. Η απαιτούμενη κατά περίπτωση διαστολή του τραχήλου της μήτρας, σε mm, πρέπει να είναι ίση με την εβδομάδα της κύησης (π. χ. στη 10^η εβδομάδα κύησης, διαστολή μέχρι το κηρίο μεγέθους 10 mm). Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά την εισαγωγή των κηρίων του Hegar στο τραχηλικό στόμιο, ώστε να ξεπερνά το έσω του στόμιο και η φορά της καμπύλης τους να συμπίπτει με την κλίση και την κάμψη του σώματος της μήτρας, που προσδιορίστηκε με τη γυναικολογική εξέταση. Στις περιπτώσεις όπου δεν τηρείται η προϋπόθεση αυτή, είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρότερες κακώσεις τόσο στη μήτρα όσο και στα παρακείμενα όργανα.^{9,35}

5.2.2 ΕΚΚΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ Ή ΚΥΡΙΩΣ ΑΠΟΞΕΣΗ

Η εκκένωση της μήτρας γίνεται με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων που λέγονται ξέστρα.

Τα ξέστρα είναι δύο ειδών. Τα κοινά ή οξέα που καταλήγουν σε οξύ άκρα και τα αναρροφητικά, που συνδέονται με αντλίες δημιουργίας κενού.

Οι σημερινές προτιμήσεις στρέφονται προς τα αναρροφητικά ξέστρα, γιατί η διάρκεια της επέμβασης και η απώλεια του αίματος είναι μικρότερη και γιατί είναι λιγότερο τραυματικά και λιγότερο επικίνδυνα για τη μετάδοση μικροβίων στην κοιλότητα της μήτρας.

Η χρήση των κοινών ή οξέων ξέστρων περιορίζεται σήμερα στις βιοψίες του ενδομητρίου.

Υπάρχουν διάφορα μεγέθη ξέστρων για την κάθε περίπτωση, ανάλογα με τη διαστολή του τραχήλου.

Το κατάλληλο σε μέγεθος ξέστρο που θα χρησιμοποιηθεί, προωθείται μέσα στη μήτρα με μεγάλη προσοχή, μέχρις ότου το άκρο της φτάσει στον πυθμένα της. Στη συνέχεια, το άκρο του ξέστρου σύρεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ζύνοντας όλη της την επιφάνεια.

Η ελάττωση του μεγέθους της μήτρας στο τέλος της επέμβασης, επιβεβαιώνει την αφαίρεση του κυήματος.⁹

Για την εκτέλεση της επέμβασης, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ή γενικής αναισθησίας. Η τεχνική της εφαρμογής της τοπικής αναλγησίας συνίσταται στην έγχυση 2,5 ml διαλύματος ξυλοκαΐνης 1% στον κοιλιακό βλεννογόνο, σε βάθος 1 cm αμέσως κατά τη μετάπτωση του θόλου του κόλπου προς τον τράχηλο και αντίστοιχα προς την 2^η, 4^η, 8^η και 10^η ώρα. Το σύνολο του χορηγούμενου διαλύματος είναι 10 ml. Η ποσότητα αυτή μπορεί να ενεθεί μόνο σε δύο σημεία, αντίστοιχα με την 4^η και 8^η ώρα. Για τη χορήγηση της τοπικής αυτής αναλγησίας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εισαγωγή κολποδιαστολέων και η έλξη του τραχήλου με μονοδοντωτή μητρολαβίδα, ώστε να αναγνωρίζονται με ευκρίνεια οι ενδεικνυόμενες θέσεις έγχυσης του φαρμάκου. Πριν από κάθε έγχυση είναι απαραίτητος ο έλεγχος μήπως η κορυφή της βελόνας της παρακέντησης (μεγέθους 18 G) βρίσκεται ενδαγγειακά. Η αλλεργική αντίδραση στο τοπικό αναλγητικό είναι πολύ σπάνια, αλλά στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται είναι δυνατό να οδηγήσει –χωρίς πρόδρομα σημεία– σε καρδιαγγειακή και αναπνευστική καταληξία.³⁵

Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος.³⁶

Το αγέννητο παιδί σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται σε ένα δοχείο. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.



5.2.3 ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Η μέθοδος αυτή διαφέρει από την προηγούμενη κατά το ότι, αντί για τα ειδικά ξέστρα του ενδομητρίου, χρησιμοποιείται ειδική συσκευή αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μία άδεια φιάλη κενού, που συνδέεται μέσω ενός ελαστικού εύκαμπτου σωλήνα με το ειδικό, πλαστικό ή μεταλλικό ρύγχος αναρρόφησης, που τοποθετείται μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα από το διασταλμένο τραχηλικό στόμιο. Η διάμετρος του εισαγόμενου ρύγχους πρέπει να είναι μικρότερη κατά 1 mm από εκείνη της διαστολής του τραχηλικού στομίου, ώστε να επιτυγχάνεται η δημιουργία κενού στην ενδομητρική κοιλότητα (500-660 mmHg). Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται από 25ετίας περίπου και αποσκοπεί στον περιορισμό των τραυματικών κακώσεων του ενδομητρίου, από την εκτέλεση της απόξεσής του με τα ξέστρα. Η αναρρόφηση του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας θεωρείται σκόπιμο να συμπληρώνεται με έλεγχο της αποτελεσματικότητάς της, με το κατάλληλο ξέστρο του Bumm.

Μετά το πέρας της ΤΕ επιβάλλεται ο έλεγχος του περιεχομένου της φιάλης κενού, ώστε να βεβαιωθεί η αναρρόφηση των παραγώγων της κύησης. Η ιστολογική εξέταση του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας είναι επιβεβλημένη α) για την επιβεβαίωση της ύπαρξης ενδομήτριας κύησης και β) τον αποκλεισμό της ύπαρξης νόσου του τροφοβλαστικού ιστού.

Μετά τη 10^η εβδομάδα της κύησης, οποιαδήποτε από τις παραπάνω μεθόδους και αν εφαρμοστεί, είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση της λαβίδας του Winder για τη σύλληψη και εξαγωγή των τμημάτων του κήματος, που τυχόν προβάλλουν στο τραχηλικό στόμιο. Η έλξη στα τμήματα αυτά του κήματος απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να ασκείται πολύ ελαφρά, με λεπτές παλίνδρομες κινήσεις, για να γίνεται δυνατή η βαθμιαία εξαίρεση του συνόλου των παραγώγων της κύησης. Η χρησιμοποίηση της λαβίδας Winder, για την εξαίρεση τμημάτων του κήματος που βρίσκονται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, απαιτεί εξαιρετική πείρα του χειρουργού στο χειρισμό της, λόγω του αυξημένου κινδύνου να τραβηχτεί τοίχωμα της μήτρας, και να επακολουθήσει διάτρησή της, με όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα.³²

Οι φαρμακολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την τεχνητή διακοπή της κύησης είναι οι εξής: 1) η ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, 2) η χορήγηση προσταγλανδίνης F_{2α} και E₂ από το στόμα, ενδοφλεβίως, υπό μορφή κολπικών υποθέτων ή τραχηλικών δισκίων, ενδοαμνιακά ή εξωαμνιακά, 3) η χορήγηση ενδοαμνιακά υπερωσμωτικών διαλυμάτων 20% NaCl ή 30% ουρίας και 4) η χορήγηση αντιπρογεστερινοειδών και κυρίως μεφπριστόνης (RU486).³⁷

5.2.4 ΑΛΑΤΟΥΧΑ ΕΝΕΣΗ (εβδομάδα 16^η-32^η+)

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 ημέρες, αποβάλλονται το έμβρυο και στη συνέχεια ο πλακούντας. Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά τη 16^η και μέχρι την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 ημέρες, αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος από ό,τι στις παραπάνω μεθόδους.³⁶

Μία μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δε χρησιμοποιείται πολύ συχνά για την έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα.¹⁹

5.2.5 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΝΔΟΑΜΝΙΑΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ

Ο ιατρός απολυμαίνει την κοιλιακή χώρα της γυναίκας και αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία εισάγει μία μακριά βελόνα στην αμνιακή κοιλότητα δια μέσου του κοιλιακού τοιχώματος και ενσταλλάζει αργά το διάλυμα μέσα στον αμνιακό σάκο. Οι συστολές αρχίζουν συνήθως 8 με 10 ώρες αργότερα. Το περιεχόμενο της μήτρας αποβάλλεται συνήθως ολόκληρο και έτσι δε χρειάζεται συμπληρωματική απόξεση.

Επιπλοκές: αν από λάθος η ένεση του αλατούχου διαλύματος περάσει στο αγγειακό σύστημα ή στην κοιλιακή κοιλότητα, προκαλεί συγκοπή, εγκεφαλικό οίδημα ή βλάβη των νεφρών. Για αυτό πρέπει να γίνεται πολύ αργά. Αυτή η μέθοδος αντενδείκνυται επομένως σε γυναίκες που υποφέρουν από καρδιακές ή νεφρικές διαταραχές.¹⁰

5.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

5.3.1 ΕΚΤΡΩΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ

Το χάπι που επιφέρει το τέλος μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης έγινε πλέον απτή πραγματικότητα. Το σκεύασμα που δίνει τη μαγική λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να προμηθευτεί κάθε γυναίκα και με αυτό τον τρόπο να διαγράψει μονοκοντυλιά τις συνέπειες των προηγούμενων πράξεών της.



Το χάπι αυτό είναι πολύ πρόσφατο για να υπάρχουν ατράνταχτες επιστημονικές έρευνες σχετικά με το προφίλ των γυναικών που επιλέγουν να το χρησιμοποιήσουν. Θεωρητικά, το χάπι αυτό είναι σχεδιασμένο για ώρα ανάγκης και καταστάσεις εκτάκτου κινδύνου, όπως στην περίπτωση ορισμένων γυναικών που το παίρνουν μόνο ως έσχατη λύση στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που προέκυψε από άλλο λόγο (π.χ. σπασμένο προφυλακτικό, διάφραγμα που δε λειτούργησε με αντισυλληπτικό τρόπο, βιασμό, κλπ.).

Σε αυτή την περίπτωση, το ατυχές γεγονός συμβαίνει μία μόνο φορά και το εκτρωτικό χάπι λειτουργεί ως ασφαλιστική δικλείδα, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Ωστόσο, κλινική πρακτική και εμπειρία δείχνει ότι δεν το χρησιμοποιεί απλώς και μόνο αυτή η συγκεκριμένη κατηγορία γυναικών που είχαν μία ατυχία. Υπάρχει και μία άλλη, ευρύτερη ομάδα γυναικών που χρησιμοποιούν το εκτρωτικό χάπι, και κατά επέκταση και την ίδια την έκτρωση, ως αντισυλληπτικό μέτρο.³⁸

5.3.2 ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΑ

Μπορούν να υποκαταστήσουν τη χειρουργική επέμβαση;

Πίσω στο 1982 ένας Γάλλος ερευνητής ο Dr. Etienne- Emile Baulieu στην προσπάθειά του να βρει ένα χάπι που λαμβάνοντάς το στις αρχές του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης θα προκαλούσε αποβολή του κηήματος και δε θα χρειαζόταν να γίνει χειρουργική επέμβαση, ανακάλυψε τη mifepristone (RU-486). Οι ανάγκες που υπαγόρευαν μία τέτοια εφαρμογή ήταν ο έλεγχος της πληθυσμιακής έκρηξης στις χώρες κυρίως του τρίτου κόσμου όπου με την λήψη ενός χαπιού θα μπορούσαμε να σταματήσουμε όλες αυτές τις κηήσεις που βυθίζουν τους λαούς και τα παιδιά που γεννιούνται στη δυστυχία και την πείνα. Επίσης, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 80000 γυναίκες- οι περισσότερες σε χώρες του τρίτου κόσμου – πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω ανεπαρκών συνθηκών κάτω από τις οποίες γίνονται οι διακοπές κηήσεως (οι περισσότερες από τις ίδιες τις γυναίκες) ενώ χιλιάδες μένουν με μόνιμες ή προσωρινές βλάβες.

Η ανακάλυψη αυτή έπαιρνε ευρύτερες διαστάσεις και η φαρμακευτική εταιρεία Roussel-Uclaf αγόρασε το φάρμακο αυτό και το 1988 πήρε την έγκριση και το κυκλοφόρησε στη Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία και Κίνα. Στις Η. Π. Α. απέτυχε η προσπάθεια να εισαχθεί το 1993 και μετά από επιπλέον δοκιμές και έρευνες αναμένεται να εγκριθεί από το πανίσχυρο FDA μέσα στο 1998. μέχρι στιγμής 250.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο έχουν δοκιμάσει αυτή τη μη χειρουργική μέθοδο διακοπής της κηήσης στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.³⁹

Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με τη βοήθεια καθετήρα που τις τοποθετεί μέσα στη μήτρα. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών, πράγμα που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως, μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, εμετό και διάρροια. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη 22 εβδομάδων.³⁶



Το χημικό αυτό, που αποκαλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρῶιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Οι γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις.¹⁹

Με τη χρησιμοποίηση ενδοτραχηλικών δισκίων προσταγλανδινών F_{2a} σε δόση 15-20 mg (6-8 δισκία) η οποία επί αποτυχίας μπορεί να επαναληφθεί μετά από 6-8 h. Η μέθοδος αυτή φαίνεται ότι έχει αποδώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες τα συνθετικά παράγωγα των προσταγλανδινών, όπως 0 15-μεθυλ-PGF_{2a}-μεθυλ-εστερας. Και ο 16,16-διμεθυλ-PGE, παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό επιτυχούς πρόκλησης ΤΕ δευτέρου τριμήνου, που ξεπερνά το ποσοστό 90% των περιπτώσεων, ο συνδυασμός των προηγούμενων εφαρμογών των προσταγλανδινών με σύγχρονη χορήγηση ωκυτοκίνης σε δόση 100mU/ min υποστηρίζεται ότι, όχι μόνο αυξάνει το ποσοστό πρόκλησης ΤΕ, αλλά παράλληλα επιταχύνει την όλη διαδικασία.³⁵

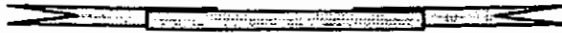
Τα κυριότερα προβλήματα που έχουν προκύψει από τη χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών, είναι 1) οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν στον οργανισμό, όπως η ναυτία, οι εμετοί, η διάρροια, η ταχυκαρδία και ο παραλυτικός ειλεός, 2) η καθυστέρηση της αποβολής του κηήματος (το 96% των κηήσεων διακόπτεται τις πρώτες 48 ώρες από τη χορήγηση των προσταγλανδινών), 3) η ατελής έξοδος του κηήματος, 4) η μητρορραγία, 5) η φλεγμονή και 6) η ρήξη του τραχήλου της μήτρας.

Σε σύγκριση με τους άλλους τρόπους, η χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών δε φαίνεται να αποδίδει ευνοϊκότερα αποτελέσματα στη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2^{ου} τριμήνου, πλην πιθανώς, της γρηγορότερης αποβολής του κηήματος.

Από την άλλη μεριά στις προσταγλανδίνες καταγράφονται και δυσάρεστες γαστρεντερικές διαταραχές, οι αιμορραγίες και περισσότερο από όλα το υψηλό οικονομικό τους κόστος.⁹

Προϋποθέσεις για μη χειρουργική διακοπή της κύησης:

- γενική κατάσταση υγείας υποψήφιας άριστη
- ηλικία κύησης όχι πάνω από 7 εβδομάδες για να έχουμε ποσοστό επιτυχίας πάνω από 95%
- οι γυναίκες να είναι πάρα πολύ καλά ενημερωμένες για τη μέθοδο, τις επιπλοκές, τις παρενέργειες και να είναι εκ των προτέρων σύμφωνες ότι θα γίνει χειρουργική εκκένωση της μήτρας σε περίπτωση αποτυχίας της φαρμακευτικής μεθόδου ή κάποιας άλλης σοβαρής επιπλοκής, και να τα αποδέχονται εγγράφως.
- Η όλη διαδικασία πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα που πληρούν όλους τους όρους ασφαλείας κάτω από τη στενή επίβλεψη ειδικά καταρτισμένων γιατρών.³⁹



Από τη διαδικασία εξαιρούνται οι γυναίκες με:

Mifepristone:

1. αναιμία (αιμοσφαιρίνη < 10γρ.)
2. ηλικία >35 ετών +βαριές καπνίστριες ειδικά αν συνυπάρχουν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων.
3. διαταραχές πήκτικότητας αίματος
4. κολπική αιμόρροια άγνωστης αιτιολογίας
5. χρόνια λήψη στεροειδών
6. χρόνια λήψη αντιεπιληπτικών

methotrexate:

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

misoprostol:

1. αλλεργία στις προσταγλανδίνες
2. χαμηλή πίεση
3. φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου³⁹

5.3.3 ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ:

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

Τα βήματα που ακολουθούνται με μεγάλη σχολαστικότητα είναι τα ακόλουθα:

1. λήψη πλήρους ιστορικού και στη συνέχεια εφόσον πληροί τις προϋποθέσεις και έχει ενημερωθεί σχολαστικά για τη διαδικασία και τις επιπλοκές και τις έχει αποδεχτεί η υποψήφια υποβάλλεται σε πλήρη κλινικό εργαστηριακό έλεγχο για να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας της (λειτουργικότητα του ήπατος, των νεφρών, η ομάδα αίματος, το Ph, ο πηξιολογικός έλεγχος κλπ)
2. καθορισμός με ενδοκολπική κατά προτίμηση κεφαλή της ηλικίας κύησης καθώς και αν είναι εξωμήτριος
3. τρόπος χορήγησης των φαρμάκων

οι συνδυασμοί των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται είναι είτε mifepristone+misoprostol ή methotrexate+misoprostol ποτέ και τα τρία μαζί.

Στο πρωτόκολλο mifepristone+misoprostol γίνεται μία λήψη RU-486 από το στόμα 600 mg με άδειο στομάχι. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί αν συμβεί εμετός. Η ασθενής επιστρέφει στο κέντρο μετά από 2 ημέρες ακριβώς και της γίνεται η χορήγηση της misoprostol 800mg ενδοκολπικώς ή 400mg από το στόμα. Η γυναίκα παραμένει στο κέντρο μέχρι να ολοκληρωθεί η εκβολή του κνήματος. Υπό στενή

παρακολούθηση και μετά από 4 ως 6 ώρες ξεκινούν έντονες συστολές και αιμόρροια με επακόλουθο την αποβολή του περιεχομένου της μήτρας

Στο πρωτόκολλο methotrexate+misoprostol η methotrexate χορηγείται σε δόση 500 mg/ εκ επιφάνειας σώματος και η misoprostol στην ίδια δόση με τη διαφορά ότι η χορήγηση γίνεται μετά από 6 ως 7 μέρες. Αν μέσα σε 24 ώρες δεν έχουν ξεκινήσει συστολές και αιμόρροια επαναλαμβάνεται η δόση της misoprostol. Μετά τη χορήγηση της misoprostol και στα δύο πρωτόκολλα μέσα σε 24 ώρες επέρχεται αποβολή του κηήματος και ίσως χρειαστούν κάποια παυσίπινα ή αντιμετικά για τον μετριασμό των ανεπιθύμητων ενεργειών της. Μετά την εκβολή του κηήματος για 2-3 εβδομάδες μπορεί να παρατηρηθεί μικρή κολπική αιμόρροια.

Μετά 1-7 μέρες από την αποβολή γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος για διαπίστωση αν υπήρξε τέλεια εκβολή του κηήματος. Αν μετά από 2 ή περισσότερες εβδομάδες από τη χορήγηση των φαρμάκων ανιχνευτεί θετική καρδιακή λειτουργία ή υπάρχουν υπολείματα της κηήσης μέσα στη μήτρα, η φαρμακευτική έκτρωση απέτυχε και πρέπει να προχωρήσουμε σε χειρουργική εκκένωση της μήτρας.³⁹

5.3.4 ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:

- να συνεχιστεί η κηήση (1/2 κηήσεων πάνω από τις 7 εβδομάδες συνεχίζονται)
- μεγάλη αιμορραγία που να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας
- ατελής έκτρωση
- μεγάλη ουδετεροπενία μετά τη χορήγηση της μεθοτρεξάτης

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πρέπει να γίνεται επείγουσα χειρουργική εκκένωση της μήτρας γιατί η διατήρηση της κηήσης μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο εξελισσόμενο έμβρυο.³⁹

5.3.5 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Mifepristone: διάρροια, εμετός, ναυτία, αδιαθεσία

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

Methotrexate: ναυτία, εμετός, διάρροια, στοματίτιδα, αλωπεκία.³⁹

5.3.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

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

Τα αντίστοιχα ποσοστά για το πρωτόκολλο RU-486 το 95% είχαν τέλεια εκβολή μέσα σε τρεις μέρες από τη χορήγηση του φαρμάκου (κηήσεις κάτω από 7 εβδομάδες) ενώ για τη μεθοτρεξάτη τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα από 90-98% για κηήσεις 5-6 εβδομάδες και 80-90% για κηήσεις 6-8 εβδομάδες.

Οι επιπλοκές που συνήθως χρειάζονται αντιμετώπιση ανέρχονται σε ποσοστό 5-10% και είναι κυρίως η χειρουργική απόξεση λόγω συνεχιζόμενης κύησης και ατελούς εκβολής και λιγότερο λόγω σοβαρότερων επιπλοκών.³⁹

5.3.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

	<i>Mifepristone misoprostol</i>	<i>Methotrexate misoprostol</i>	Χειρουργική αναρρόφηση
Ηλικία κύησης	Μέχρι 7 εβδομάδες	Μέχρι 7 εβδομάδες	6-12 εβδομάδες
Αποτελεσματικότητα- διάρκεια	95% σε 31 μέρες	65% σε 1 εβδομάδα 85% σε 2 εβδομάδες 95% σε 4 εβδομάδες	99% σε 10 λεπτά
Αιμορραγία	Μέτρια μέχρι βαριά	Μέτρια μέχρι βαριά	μέτρια
Επιπλοκές	2-3%	2-4%	1%
Επιπλοκές	<ul style="list-style-type: none"> • μεγάλη αιμορραγία • ατελής έκτρωση • πόνος • συνεχιζόμενη κύηση 	<ul style="list-style-type: none"> • μεγάλη αιμορραγία • πόνος • ατελής έκτρωση • συνεχιζόμενη κύηση • ουδετεροπενία 	<ul style="list-style-type: none"> • φλεγμονή • μεγάλη αιμορραγία • διάτρηση
Πλεονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • μη τοξικότητα • μη επεμβατική μέθοδος • εύκολα μεθόδου λόγω από του στόματος λήψης φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλό κόστος • Βρίσκεται εύκολα • Θεραπεύει και τυγχόνε ελαφύτερη κύηση • Ευκολία στη χρήση με ενδομυϊκή έγχυση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτελεσματική • Γρήγορη • Διάγνωση του φεθλοβλαστικής νόσου
Μειονεκτήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Κόστος • Επιπλοκές 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεγάλη διάρκεια μέχρι τερματισμό κύησης • Επιπλοκές 	<ul style="list-style-type: none"> • Επεμβατική • Απαιτεί χειρουργό και τοπική ή γενική αναισθησία • Δεν επιχειρείται πριν τις 7 εβδομάδες από πολλούς γιατρούς

39

5.3.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κάθε χρόνο στις Η. Π. Α. μόνο γίνονται γύρω στο 1,4 εκατομμύρια εκτρώσεις το 90% από αυτές στο πρώτο τρίμηνο και το 30% πριν τις 7 εβδομάδες. Πολλοί γιατροί δεν εκτελούν τη χειρουργική μέθοδο πριν τις 7 εβδομάδες με το φόβο να μην παραμείνει το κήτημα μέσα λόγω μικρού μεγέθους ή να έχουν μία αδιάγνωστη εξωμήτρια κύηση. Η φαρμακευτική διακοπή της κύησης έρχεται πολύ νωρίς πριν τις 7 εβδομάδες να μας δώσει πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας διακοπής μίας κύησης με μη επεμβατικό εύκολο τρόπο, με μικρό σχετικά κόστος, λίγες επιπλοκές και κάλυψη

65



του κινδύνου από μία εξωμήτρια κύηση(μεθοτρεξάτη). Από την άλλη πλευρά απαιτεί μία πιο χρονοβόρα διαδικασία και την ύπαρξη κέντρων κατάλληλα επανδρωμένων και εξοικειωμένων σε αυτές τις διαδικασίες και την αντιμετώπιση των επιλοκών. Έτσι, οι γυναίκες που δεν επιθυμούν να περιμένουν μέχρι η κύηση να φτάσει σε μία ηλικία, ικανή για χειρουργική επέμβαση μπορούν συνειδητά να επιλέξουν τη μέθοδο αυτή αρκεί να υπάρχουν και όλες οι υπόλοιπες προϋποθέσεις.

Η μέθοδος εφαρμόζεται πολλά χρόνια στη Γαλλία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά η μη μέχρι τώρα έγκρισή της από τις Η. Π. Α. επέδρασε ανασταλτικά στην εξάπλωσή της. Στην Ελλάδα το RU-486 δεν κυκλοφορεί και δε μπορεί να είναι μέθοδος επιλογής διακοπής εγκυμοσύνης προς το παρόν, υπόσχεται όμως πολλά στο μέλλον τόσο στις διακοπές κήσεως στο πρώτο τρίμηνο, όσο και σε μεγαλύτερη ηλικία κήσεως.³⁹

Misoprostol και παράνομη έκτρωση στο Rio de Janeiro, Βραζιλίας.

Costa S. H., Vessey M.P
Lancet (1993), 341/ 8855, 1258

Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά και τα επακόλουθα προκλητής έκτρωσης σε 803 γυναίκες, οι οποίες εισήχθησαν στο νοσοκομείο με επιλοκές από την έκτρωση, στο Rio de Janeiro, Βραζιλίας, το 1991. Οι 458 (57%) γυναίκες ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν misoprostol για την έκτρωση, από τις οποίες το 74% στους 4 πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Αναφέρθηκαν δόσεις από 200- 16.800 mg με μέση τιμή 800 mg. Το 65% των γυναικών έλαβε το φάρμακο per os, το 29% χρησιμοποίησε το φάρμακο και ενδοκολπικά και το 6% των γυναικών έλαβε το φάρμακο μόνο ενδοκολπικά. Η κοιλιακή αιμορραγία και οι συσπάσεις της μήτρας ήταν τα κυριότερα συμπτώματα προσέλευσης στο νοσοκομείο. Μόνο 8% των γυναικών ανέφεραν παρενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα. Το misoprostol προκάλεσε κοιλιακή αιμορραγία εντός 12 ωρών από τη λήψη στο 52% των γυναικών, ενώ στο 16% εμφανίσθηκε η αιμορραγία μετά από 10 ημέρες περίπου. Μόνο το 4% των γυναικών εισήχθη στο νοσοκομείο με τελεία έκτρωση. Η εμφάνιση της αιμορραγίας η οποία άρχισε σε 12 ώρες από τη λήψη του φαρμάκου αυξήθηκε ανάλογα με τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ήταν μεγαλύτερη όταν το φάρμακο χρησιμοποιήθηκε ταυτόχρονα peros και ενδοκολπικά. Σημαντικά μικρότερη αναλογία γυναικών που έλαβε misoprostol εμφάνισε σημεία φλεγμονής, ή τραύματα ή χρειάστηκε μετάγγιση αίματος σε σύγκριση με τις γυναίκες οι οποίες υπεβλήθησαν σε έκτρωση με τη βοήθεια καθετήρα ή άλλων εργαλείων (< 0,0005). Μεταξύ των 803 γυναικών της ομάδας ελέγχου, οι οποίες ερωτήθηκαν κατά τον τοκετό, το 6% είχε λάβει misoprostol αλλά δεν είχε επιτευχθεί έκτρωση. Το Misoprostol είχε σπουδαία θέση σαν φάρμακο έκτρωσης μεταξύ των γυναικών οι οποίες μελετήθηκαν.⁴⁰

Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα μετά από έκτρωση και τοκετό. Μελέτη 15 περιπτώσεων.

Nkoua J. L., Kimbally- Kaky G., Ekaba J. και συν.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (1993), 22, 425

Με αντικείμενο να αναλυθούν τα χαρακτηριστικά της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας μετά από έκτρωση και τοκετό, μελετήθηκαν αναδρομικά 15 περιπτώσεις ασθενών από το Σεπτέμβριο του 1985 μέχρι το Μάιο του 1992. η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 22, 2 ± 4 χρόνια και η εστία της σηψαιμίας ήταν η έκτρωση (14 περιπτώσεις) και ο τοκετός (1 περίπτωση). Σε 9 περιπτώσεις δεν υπήρχε ρευματική καρδιοπάθεια. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος (6 περιπτώσεις), ο στρεπτόκοκκος D (3 περιπτώσεις) και το κλωστηρίδιο *perfringers* (2 περιπτώσεις). Από τις 15 περιπτώσεις ενδοκαρδίτιδας οι 10 ήταν οξείες και οι 5 υποξείες, οι 7 εντοπίστηκαν στη δεξιά καρδιά, οι 7 στην αριστερή και 1 σε όλη την καρδιά. Οι εντοπίσεις διεγνώσθησαν με διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα σε 12 περιπτώσεις (80%). Οι κύριες επιπλοκές ήταν η καρδιακή ανεπάρκεια (15 περιπτώσεις) και η αρτηριακή ή πνευμονική εμβολή (7 περιπτώσεις). Η θνησιμότητα ήταν 53.3%. η θεραπεία ήταν πολύ δύσκολη καθώς η χειρουργική αντιμετώπιση είναι συχνά ανέφικτη. Συνεπώς πρωταρχικό ρόλο παίζει η πρόληψη με προφύλαξη δια αντιβιοτικών και καταπολέμηση της παράνομης έκτρωσης.⁴⁰

Σύγκριση της ενδοκολπικής τοποθέτησης *misoprostol* και προσταγλανδίνης E_2 για διακοπή της εγκυμοσύνης στο δεύτερο τρίμηνο

Η πιο ευρέως εφαρμοζόμενη μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι η ενδοκολπική χορήγηση της προσταγλανδίνης E_2 (δινoproστόνη PGE_2). Το φάρμακο αυτό είναι αρκετά αποτελεσματικό αλλά έχει ως ανεπιθύμητες ενέργειες σοβαρές γαστρεντερικές διαταραχές και υπερπυρεξία. Σε ομάδα πολυκεντρικής μελέτης συγκρίθηκαν η δραστηριότητα και ασφάλεια της μισοπροστόλης, ένα ανάλογο της προσταγλανδίνης E_1 (20 mg ενδοκολπικά κάθε 3 ώρες). Η μελέτη περιελάμβανε 55 έγκυες γυναίκες μεταξύ 12-22 εβδομάδων που υποβλήθηκαν σε διακοπή της εγκυμοσύνης τους λόγω ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου (37 γυναίκες) ή για ιατρικούς ή γενετικούς λόγους (18 γυναίκες). Το ποσοστό επιτυχούς έκτρωσης σε 24 ώρες ήταν 815 (22 από 27 γυναίκες) με PGE_2 και 89% (25 από 28) με μισοπροστόλη ($P=0.47$). Όλες οι γυναίκες οι οποίες έλαβαν μισοπροστόλη είχαν πετυχημένη έκτρωση μέσα σε 38 ώρες. Μεταξύ των γυναικών που επιτεύχθηκε έκτρωση μέσα σε 24 ώρες, τα μέσα χρονικά διαστήματα από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την έκτρωση ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες (10.6 ώρες με PGE_2 και 12 ώρες με μισοπροστόλη, $P=0.33$). Το ποσοστό της πλήρους έκτρωσης δηλαδή της ταυτόχρονης εξόδου του εμβρύου του και του πλακούντα ήταν 32% στην περίπτωση που χορηγήθηκε η PGE_2 και 43% στην περίπτωση της μισοπροστόλης ($P=0.56$). Κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν πιο συχνά στις γυναίκες που έλαβαν PGE_2 σε σχέση με εκείνες που έλαβαν μισοπροστόλη: Υπερπυρεξία (63% έναντι 11%, $P=0.001$), πόνος της μήτρας (67% έναντι 57%, $P=0.58$), έμετοι (33% έναντι 4%, $P=0.012$). Ο μέσος όρος δαπάνης για την



θεραπεία ήταν \$315.30 για την PGE₂ και \$97 για την μισοπροστόλη. Συμπερασματικά ,για την διακοπή της εγκυμοσύνης στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η μισοπροστόλη είναι τουλάχιστον τόσο αποτελεσματική όσο και η PGE₂ αφορώντας είτε νεκρά, είτε ζωντανά έμβρυα και επιπρόσθετα, είναι λιγότερο ακριβή, τοποθετείται ευκολότερα και έχει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.⁴¹

5.4 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΠΑΡΑΘΕΤΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

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

D&X(εβδομάδα 20^η-32^η+): είναι επίσης γνωστή ως «έκτρωση μερικής γέννησης» (“partial birth-abortion”). Πρόκειται για μία επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης και έχει χαρακτηριστεί ως «κακή ιατρική» από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μία οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με έναν καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.¹⁹

5.5 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ιδιαίτερα στην επαρχία, όπου η «παρανομία» της έκτρωσης είναι περισσότερο πραγματική, πολλές γυναίκες αναγκάζονται να καταφύγουν σε ανεύθυνα άτομα, πρακτικούς γιατρούς και κομπογιαννίτες με κίνδυνο της υγείας τους και της ζωής τους ακόμα. Η έκτρωση είναι επέμβαση σχετικά απλή και ακίνδυνη, φτάνει να γίνεται από γιατρό έμπειρο και ευσυνείδητο.¹⁰

Πολλές εκτρώσεις γίνονται από κομπογιαννίτες. Η έκτρωση παίζει ένα σημαντικό ρόλο σε όλα τα πολιτισμένα κράτη του κόσμου, όσο καιρό δεν υπάρχουν αρκετά ασφαλή μέσα για μία παρεμπόδιση της σύλληψης και καμία άμβλωση που να επιτρέπεται νομικά. Η έκτρωση με τους κομπογιαννίτες ήταν για αρκετά χρόνια η μοναδική και η πιο επικίνδυνη μέθοδος για να εμποδιστούν οι ανεπιθύμητοι απόγονοι. Πολλές γυναίκες πέθαναν κατά τη διάρκεια της επέμβασης, πολλές άλλες έμειναν για όλη τους τη ζωή άγονες, γιατί οι εσωτερικοί βλεννογόνοι των γεννητικών οργάνων ζημιώθηκαν βαριά από φλεγμονές που ακολούθησαν.²⁴

Θα περιγράψουμε μερικές επικίνδυνες μεθόδους που χρησιμοποιούνται από ανειδίκευτα άτομα.

1. η απόξεση που γίνεται χωρίς αναισθησία, χωρίς αντισηπτικά και με εργαλεία που δεν έχουν αποστειρωθεί, μπορεί να προκαλέσει σηψαιμία, αιμορραγίες και διάτρηση της μήτρας,



2. ο καθετήρας(στενός σωλήνας που χρησιμεύει για την αφαίρεση των ούρων) εισάγεται από τον τράχηλο στη μήτρα και προκαλεί συσπάσεις και αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος μπορεί να προκαλέσει μολύνσεις. Δεν είναι πολύ αποτελεσματική και συχνά καταλήγει σε ατελή αποβολή του κυήματος που απαιτεί στη συνέχεια απόξεση. Πολλές γυναίκες υποβάλλονται σκόπιμα σε αυτή τη δοκιμασία ξέροντας πως δεν είναι αποτελεσματική για να καταφύγουν έπειτα στο νοσοκομείο όπου η έκτρωση θα ολοκληρωθεί.
3. διαλύματα σαπουνιού εισάγονται με πίεση στον κόλπο με ολέθρια αποτελέσματα για τη γυναίκα
4. το 50% των χημικών προϊόντων που εισάγονται στον κόλπο είναι θανατηφόρα.
5. εμφύσηση μέσα στη μήτρα. Προκαλεί εμβολή(εάν μία φυσαλίδα περάσει στην κυκλοφορία του αίματος) και ακαριαίο θάνατο.¹⁰

5.6 ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΧΡΗΣΗ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Το πιο ακατάλληλο άτομο για να κάνει την έκτρωση είναι η ίδια η γυναίκα. Οι τρόποι που θα παραθέσουμε είναι εξαιρετικά επικίνδυνοι και εντελώς ακατάλληλοι:

- *εξωτερικά μέσα*: 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 κλπ., αν χρησιμοποιηθούν με σκοπό την έκτρωση, μπορεί να ακρωτηριάσουν τη γυναίκα, να της προκαλέσουν ακατάσχετη αιμορραγία, και την οδηγούν κατευθείαν στο νοσοκομείο. Η γυναίκα δεν πετυχαίνει σχεδόν ποτέ το σκοπό της, απλώς θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της και στις καλύτερες περιπτώσεις υποφέρει αργότερα από οδυνηρή περίοδο, φλεγμονή της μήτρας, αποβολές ή στειρότητα.

- *Φαρμακευτικά μέτρα έκτρωσης*.
- *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 και μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση.
- *Χάπια κιννίνου*: όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή, αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας.
- *Αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις*, δεν προκαλούν αποβολή, αλλά πιθανότατα παραμορφώσεις στο έμβρυο.
- *Άχρηστα είναι επίσης το ρετσινόλαδο και άλλα καθαρτικά*.¹⁰

5.7 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Όταν η επέμβαση τελειώσει, η ασθενής μπορεί να φάει και να πει ό,τι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μία σχετική ξεκούραση. Φυσικά η ψυχική της διάθεση και η σωματική της υγεία δε θα της επιτρέψουν να κάνει οποιαδήποτε εντατική δουλειά. Στο μεταξύ αν της παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα να μη διστάσει να καταφύγει στο γιατρό της για τις σχετικές οδηγίες.³⁶

5.8 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

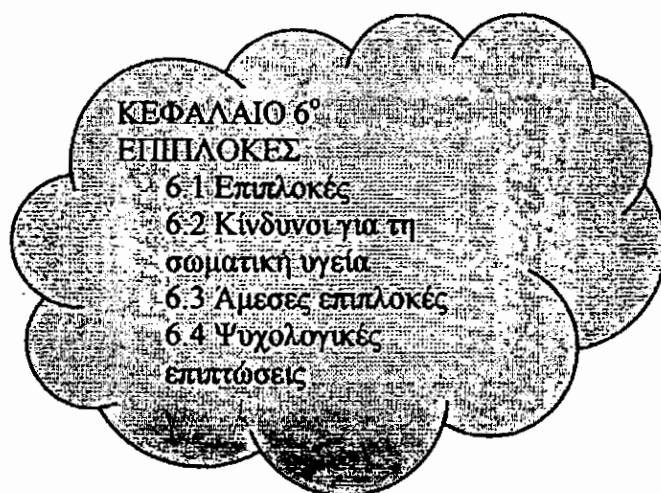
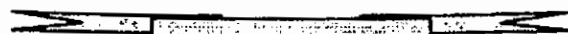
Παρουσιάζονται αιμορραγίες και κράμπες που διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, ενώ μερικές δεν εμφανίζουν κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα. Οι περισσότερες παρουσιάζουν τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν (κράμπες και αιμορραγία) κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων μετά την έκτρωση. Αν για δύο μέρες η γυναίκα αιμορραγεί περισσότερο από τις δύσκολες μέρες της περιόδου της, πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό της. Είναι όμως συνηθισμένη η εμφάνιση ελαφριάς αιμορραγίας, που μπορεί να συνεχιστεί για τέσσερις εβδομάδες μετά την επέμβαση. Η επόμενη εμμηνόρροια θα πρέπει να αρχίσει μετά από 4-6 εβδομάδες (αν η γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά χάπια, η περίοδος πιθανόν να αρχίσει όταν τελειώσει το πρώτο πακέτο). Είναι δυνατό όμως η γυναίκα να μείνει ξανά έγκυος πριν αρχίσει η πρώτη περίοδος, γιατί δε ξέρει την ακριβή ημερομηνία ωορρηξίας. Για αυτό, αν θέλει να αποφύγει κάτι τέτοιο, πρέπει να χρησιμοποιήσει μία από τις γνωστές μεθόδους αντισύλληψης, πριν ακόμα αρχίσει η πρώτη εμμηνόρροια. Είναι ανάγκη ακόμα να σημειωθεί ότι πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μία τουλάχιστον εβδομάδα.³⁶

5.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

1. πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για αποφυγή μολύνσεων.
2. πρέπει για τον ίδιο λόγο να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μία εβδομάδα.
3. επιβάλλεται να αποφεύγονται πλύσεις για μία εβδομάδα.
4. είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά, προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και τη βράδυ, πριν από τον ύπνο για μία εβδομάδα. Αν ο πυρετός κάποια στιγμή ξεπεράσει τους 37,8° C, χωρίς διαταγμό θα πρέπει να επικοινωνήσουμε με το γιατρό. Αξίζει να σημειωθεί ότι μπορεί να δίνεται ασπιρίνη ως παυσίπονο, η θερμοκρασία όμως πρέπει να μετριέται πριν από τη λήψη του χαπιού.
5. δεν πρέπει να αμελείται μία επίσκεψη στο γιατρό για εξέταση εντός δύο εβδομάδων.



6. αν παρουσιαστούν δυνατοί πόνοι που δεν είναι όμοιοι με αυτούς που προέρχονται από τις κράμπες και την εμμηνόρροια, ή εμφανιστεί ξαφνικά εξάνθημα, η πρώτη ενέργεια θα είναι να επικοινωνήσουμε αμέσως με το γιατρό.
7. στην ίδια ενέργεια θα προβούμε, στις περιπτώσεις που είτε αιμορραγεί η γυναίκα για δύο ημέρες συνέχεια, είτε διαπιστώσει πως μέσα στις οκτώ εβδομάδες δεν εμφανίστηκε η πρώτη εμμηνόρροια και τέλος, αν ανιληφθούμε είτε μαλακότητα στο στήθος είτε ναυτία.³⁶



6.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Από τη μελέτη των Grimes, Da and etc “midtrimester abortion by dilatation and evacuation” γίνεται αντιληπτό ότι η μέθοδος έκτρωσης με διαστολή και απορρόφηση (με αντλία κενού) ήταν σημαντικά πιο ασφαλής από αυτή της ενστάλλαξης αλατούχου διαλύματος (περίοδος 13-20 εβδομάδων κύησης). Στην αρχή πιστευόταν ότι η χρησιμοποίηση της μεθόδου των προσταγλανδινών προκαλούσε λιγότερους θανάτους από αυτή. Η μελέτη έγινε στο κέντρο ελέγχου ασθενειών των Η. Π. Α. αυτό όμως έπαψε να ισχύει μετά από επανεξέταση των διαθέσιμων στοιχείων. Οι περισσότεροι γιατροί προτιμούν να χρησιμοποιούν τη μέθοδο διαστολής και αναρρόφησης (Δ/Α) από αυτή της ενστάλλαξης αλατούχου διαλύματος. Τα αποτελέσματα και οι επιπλοκές που συνεπάγονται καθεμιά από τις τρεις μεθόδους εκτρώσεων, σε χρόνο 13 εβδομάδων, καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

αποτελέσματα	Δ/Α	Με ενστάλλαξη αλατούχου διαλύματος	Με προσταγλανδίνες (PGF)
αποτελεσματικότητα	99.9	97.6	92.5
Χρόνος έκτρωσης(HR)	0.5	29.2	24.8
Ειδικές επιπλοκές			
Άτελης έκτρωση	0.90	28.27	36.10
αιμορραγία	0.71	1.86	5.80
μετάγγιση	0.19	0.96	1.53
Τραυματισμός του αυχένα	1.16	0.55	0.64
σπασμοί	0.02	0.08	0.32
Διάτρηση της μήτρας	0.32	0.05	0.16

36

Οι επιπλοκές από την εφαρμογή των διαφόρων μεθόδων τεχνητής διακοπής της κύησης διακρίνονται σε εκείνες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της μεθόδου, αμέσως μετεγχειρητικά και αργότερα. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά όλες αυτές οι επιπλοκές.³⁵

6.1.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

A. επιπλοκές κατά την εφαρμογή της μεθόδου πρόκλησης τεχνητής έκτρωσης:

- ανακοπή κατά την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας
- αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο
- αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο
- τοξικές αντιδράσεις από το γενικό και τοπικό αναισθητικό φάρμακο
- φαρμακολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο
- βρογχόσπασμος κατά τη γενική αναισθησία
- διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου
- διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή με το ρύγχος αναρρόφησης
- κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα
- ρήξεις του τραχήλου της μήτρας
- μεγάλη αιμορραγία
- υπερνατριαιμία και μόλυνση
- ενδοκρανιακές θρομβώσεις
- διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη
- χοριοαμνιονίτιδα
- καταπληξία (shock)
- διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές

B. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

- κατακράτηση στην ενδομητρική κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του κυήματος
- αιμορραγία
- φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων
- ενδοτραχηλίτιδα
- έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις
- περιτονίτιδα
- σηψαιμία
- καταπληξία (shock)

Γ. Απώτερες επιπλοκές

- δευτεροπαθής αμηνόρροια
- δευτεροπαθής στέρωση
- αυτόματες εκτρώσεις και πρόωρος τοκετός
- εξωμήτρια κύηση
- προδρομικός πλακούντας
- πρόωμη ρήξη των υμένων του εμβρύου
- αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
- ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus
- ενδομητρικές συμφύσεις
- ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.³⁵



Οι περισσότερες από τις απώτερες επιπλοκές μίας ΤΕ αποδίδονται στις τραυματικές κακώσεις του τραχήλου της μήτρας, που είναι ευθέως ανάλογες του βαθμού της βίαιης διαστολής του. Όπως αποδείχθηκε από διάφορες μελέτες, η γρήγορη και βίαιη διαστολή του τραχήλου μέχρι τα 9 mm δε φαίνεται να προκαλεί μόνιμες βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, αφού μετά από 6 ώρες έχει διαπιστωθεί η αποκατάσταση του προηγούμενου εύρους του τραχηλικού στομίου. Πέρα από τη διαστολή των 9 mm- οπότε παρατηρείται και η μέγιστη αντίσταση του τραχηλικού αυλού- οι βλάβες του τραχήλου είναι μόνιμες και συνίστανται σε ακτινοειδείς ρήξεις του τραχηλικού υποστρώματος.

Για τους παραπάνω λόγους, σήμερα, βρίσκονται σε εξέλιξη διάφορα ερευνητικά προγράμματα, που αποσκοπούν στην ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων διαστολής του τραχήλου της μήτρας, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η προοδευτικά αυξανόμενη διαστολή του με ήπια μέσα, όπως είναι οι μικροδιαστολές, η χρησιμοποίηση υψηλού βαθμού υδροσκοπικών συνθετικών ουσιών κ. ά.

Η συχνότητα των επιπλοκών οφείλεται στην πρόκληση και εκτέλεση της τεχνητής έκτρωσης, είναι συνάρτηση της ηλικίας της κύησης, της μεθόδου που εφαρμόζεται και της νομιμότητας της ή όχι. Επίσης, η εκπαίδευση και η ικανότητα του ιατρού που εκτελεί την επέμβαση είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας καταφαίνεται με αναμφισβήτητο τρόπο από τις παρατηρήσεις των διαφόρων ιατρικών κέντρων, σύμφωνα με τις οποίες, κατά την πρώτη περίοδο της νομιμοποίησης των επεμβάσεων αυτών παρατηρήθηκε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, που προέρχονται από εξουσιοδοτημένα από τη WHO, ερευνητικά κέντρα, οι επιπλοκές που οφείλονται στις Τε πριν από τη 12^η εβδομάδα της κύησης, είναι συχνότερες όταν εφαρμόζεται η διαστολή του τραχηλικού στομίου με απόξεση του ενδομητρίου, σε σχέση με την τεχνική της αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας.³⁵

6.1.2 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ, ΟΤΑΝ ΑΥΤΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕ ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ Η ΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Επιπλοκή	Διαστολή και απόξεση (%)	Διαστολή και αναρρόφηση του ενδομητρίου (%)
Αιμορραγίες	0.5-6	0.1-4
Διάτρηση μήτρας	0.06-0.28	0-0.45
Επανάληψη απόξεσης	0.9-2.16	0.42-2.8

35

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η θνητότητα (δηλαδή το ποσοστό % της θνητότητας των περιπτώσεων εκείνων που παρουσιάζουν κάποια επιπλοκή) από την εφαρμογή της ΤΕ σε συνάρτηση με την ηλικία της κύησης και το είδος της μεθόδου που εφαρμόστηκε.



Παρουσιάζεται αναλυτικά η θνητότητα/ 100.000 τεχνητές εκτρώσεις σε συνάρτηση με την ηλικία της κύησης και το είδος της μεθόδου που εφαρμόστηκε για πρόκληση της τεχνητής έκτρωσης.

	Ηλικία της κύησης σε εβδομάδες					
	<8	9-10	11-12	13-15	15-20	>20
Διαστολή τραχηλού και έκτρωση της μήτρας με ενδοαμνιακή	0.3	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Ενδοαμνιακή έγχυση υπερτονικού διαλύματος NaCl	-	-	-	6.7	12.9	16.7
Ενδοαμνιακή ή ενδοαμνιακή έγχυση προσταγλανδίνων ή άλλων ουσιών (θετός της μεθόδου) και διαλύματος NaCl	-	-	-	32.6	6.1	40.3
Εξωαμνιακή έγχυση ριβατανόλης	Σε σύνολο >2000 περιπτώσεων δεν παρατηρήθηκε μητρική θνησιμότητα					

35

Η θνησιμότητα/ 100.000 ΤΕ σε διαφορετικές χώρες, σε σχέση με το χαρακτηρισμό τους ως νόμιμων ή παράνομων και σε σύγκριση με τη θνησιμότητα από άλλες καταστάσεις (τοκετός, στειροποίηση κλπ.) παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Αναφέρεται η θνησιμότητα/ 100.000 τεχνητές εκτρώσεις και συγκρίνεται με τη θνησιμότητα από διάφορες άλλες επεμβάσεις.

	Αριθμός θανάτων / 100.000 περιπτώσεων ..	
Αρχικές αιτίες θανάτου	Η. Π. Α.	Χώρες τρίτου κόσμου
Νόση ΤΕ	4	4-6
Παράνομη ΤΕ	-	50-100
Στεροποίηση γυναικείας	3	10-100
Τοκετό βιώσιμων εμβρύων	12	250-800
Κατασφικτική εμβρυο-υστερεκτομή	11	160-220
υστερεκτομή	240	300-400
αποχλωμάτευση	1	-

35

Όπως γίνεται αντιληπτό, από την παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων, η θνησιμότητα που οφείλεται στην ΤΕ εξακολουθεί να παραμένει σε υψηλά επίπεδα, αν και ο κίνδυνος αυτός είναι αισθητικά χαμηλότερος από τον κίνδυνο που οφείλεται σε

άλλες καταστάσεις, όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα. Ο κίνδυνος αυτός, είναι σαφές, ότι είναι συνάρτηση της εβδομάδας κύησης, κατά την οποία εφαρμόζεται η ΤΕ και της μεθόδου. Όμως, υπάρχει η τάση του δραστικού περιορισμού της θνησιμότητας από ΤΕ με την πάροδο του χρόνου και αυτό οφείλεται όχι μόνο στην ανάπτυξη νέων βελτιωμένων μεθόδων και στην αύξηση της εμπειρίας του ιατρικού προσωπικού – ιδιαίτερα στις κοινωνίες εκείνες όπου η επέμβαση νομιμοποιήθηκε πρόσφατα- αλλά και στην ενημέρωση του κοινού, που αφορά στην έγκαιρη προσέλευσή του για τον τερματισμό μία ανεπιθύμητης κύησης.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν, εκτός από τις παραπάνω επιπλοκές, τα διάφορα μετεκτρωτικά μαιευτικά προβλήματα, όπως εκφράζονται με την αύξηση της συχνότητας της έκτοπης κύησης των ΑΕ, των πρόωρων τοκετών, του χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών και της ευαισθητοποίησης των Rh(-) εγκύων στο αντιγονικό σύστημα Rh. Οι μαιευτικές αυτές επιπλοκές φαίνεται να έχουν άμεση συσχέτιση με το βαθμό της μηχανικής βίαιης διαστολής του τραχήλου.

Έχοντας υπόψη όλα τα δεδομένα που αναφέρθηκαν, θεωρείται σκόπιμο να τονιστεί ότι είναι απολύτως αναγκαία η τήρηση ορισμένων προϋποθέσεων, που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε περίπτωση πριν από την εκτέλεση μίας τεχνητής διακοπής της κύησης. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι:

1. ολοκληρωμένη ενημέρωση της γυναίκας να υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή της κύησης, για τις πιθανότητες που έχει να παρουσιάσει μία κάποια από τις παραπάνω επιπλοκές. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στην πιθανότητα εμφάνισης αναπαραγωγικού προβλήματος μετά από την επέμβαση, που ίσως να είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί (στείρωση, ΑΕ, πρόωροι τοκετοί, περιγεννητικοί κίνδυνοι κλπ).
2. να έχει γίνει προεγχειρητικός έλεγχος, για τον περιορισμό των ιατρογενών συμβαμάτων από την επέμβαση
3. πριν από κάθε τεχνητή διακοπή της κύησης είναι απαραίτητο να προσδιορίζεται η ομάδα ΑΒΟ και ο παράγοντας Rh, ώστε να γίνεται έγκαιρα η χορήγηση της αντί- Rh γ-σφαιρίνης σε κάθε Rh (-) γυναίκα.^{35,36}
4. η επέμβαση επιβάλλεται να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα, που εξασφαλίζουν τις απαραίτητες εκείνες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε επιπλοκής.³⁵
5. να υπογράφεται ειδική δήλωση από τη γυναίκα που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση, σχετικά με την αποδοχή της μεθόδου που πρόκειται να εφαρμοστεί.^{35,36}
6. η εγκυμοσύνη να βρίσκεται στα αρχικά της στάδια
7. η γυναίκα να είναι υγιής
8. ο γιατρός να είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της έκτρωσης
9. η γυναίκα να μην έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα
10. η γυναίκα να μην πάσχει από βλενόρροια
11. να λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις και συνακόλουθα από τη μείωση των επικίνδυνων επιπλοκών από την έκτρωση. Η δόση που προτείνεται είναι συνήθως 1 γραμ. τετρακυκλίνης μετά την έκτρωση και στη συνέχεια 500mg τετρακυκλίνης τέσσερις φορές την ημέρα με ολική λήψη 9 γραμ.³⁶

Μετά την τεχνητή διακοπή της κύησης η μετεγχειρητική αγωγή συνίσταται στη λήψη μητροσυσταστικών φαρμάκων, αντιβίωσης σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στην αποφυγή γενετήσιων σχέσεων για 10 ημέρες, προκειμένου για κύσεις μέχρι 12



εβδομάδων και για 2 εβδομάδες σε πιο προχωρημένες κυήσεις. Ο γυναικολογικός έλεγχος είναι απαραίτητο να γίνεται μετά από 10 ημέρες περίπου και αποσκοπεί κυρίως στην ανίχνευση μετεκτρωτικών λοιμώξεων υποκλινικής διαδρομής. Στη συνάντηση αυτή του ιατρού με την ασθενή, είναι απαραίτητο να γίνει η ενημέρωση της γυναίκας πάνω στις υπάρχουσες δυνατότητες για αναπαραγωγική προφύλαξη.³⁵

6.1.3 ΚΙΝΔΥΝΟΙ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Από ό,τι δείχνουν οι έρευνες, που έχουν γίνει σε σχέση με τους κινδύνους εκτρώσεων(αμβλώσεων), μπορούν να χωριστούν σε κινδύνους και επιπλοκές επέμβασης και σε κινδύνους και επιπλοκές μετά από αυτή. Οι τελευταίοι μπορεί να είναι ψυχολογικές συνέπειες και διαταραχές.

Οι κίνδυνοι κατά τη διάρκεια της επέμβασης είναι σπάνιοι και είναι της ίδιας συχνότητας, όπως σε κάθε άλλη βραχείας διάρκειας επέμβασης στην κοιλιακή χώρα.⁴²

6.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

*Επιστημονικές μελέτες αποκαλύπτουν μεγάλους κινδύνους
Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία*

6.2.1 ΘΑΝΑΤΟΣ:

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις Η. Π. Α., παρόλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξαιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.^{5,43}

Ο κίνδυνος θανάτου από την έκτρωση είναι μικρός. Ο παρακάτω πίνακας (από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η. Π. Α) δείχνει ότι ο κίνδυνος θανάτου από την έκτρωση εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.

Ποσοστό θανάτων από νόμιμες αμβλώσεις στις Η. Π. Α. με γρόνο κύησης σε εβδομάδες

Εβδομάδα κύησης	θάνατοι	Περιπτώσεις	Ποσοστό 100.000 εκτρώσεις	σε	Σχετικός κίνδυνος
8	10	1.539.649	0,6		1,0
9-10	19	1.100.484	1,7		2,8
11-12	17	600.357	2,8		4,7
13-15	17	216.983	7,0		11,0
16-20	40	249.161	16,1		26,8
21	5	48.555	26,8		43,7
Σύνολο	116	3.809.187	3,0		

36

6.2.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη τους εγκυμοσύνη, 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.^{5,43}

Η άμβλωση και ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Ένας παραγνωρισμένος κίνδυνος

«Υπάρχει πραγματικός κίνδυνος όσον αφορά την έκτρωση και τον καρκίνο του μαστού και ο κόσμος θα πρέπει να γνωρίζει τον κίνδυνο όταν αποφασίζει για μία έκτρωση ώστε να παίρνει την απόφαση με πλήρη γνώση»

Leon Bradlow, Ph. D., διευθυντής του εργαστηρίου βιοχημικής επιδημιολογίας στο εργαστήριο αντικαρκινικής έρευνας Strang-Cornell. Περιοδικό του εθνικού αντικαρκινικού ινστιτούτου, 15 Δεκεμβρίου 1993

Εκείνοι, που ως τώρα απέρριπταν επιθετικά την πιθανότητα αιτιακής σχέσης μεταξύ της άμβλωσης και του καρκίνου του μαστού περνούν όλο και περισσότερο στην άμυνα, κάτι που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στα αποτελέσματα μίας 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 έκτρωσης και καρκίνου του μαστού. Χρηματοδοτήθηκε από το εθνικό



αντικαρκινικό ερευνητικό κέντρο και διεξήχθη υπό τον έλεγχο μιας γυναίκας η οποία δηλώνει ότι είναι υπέρ της δυνατότητας επιλογής διακοπής της κύησης, συνεπώς η μελέτη αυτή δε μπορεί να κατηγορηθεί ότι είναι επηρεασμένη κατά των αμβλώσεων. Ωστόσο, ένα συνοδευτικό άρθρο, γραμμένο από την Dr. Lynn Rosenberg στο JNCI προσπάθησε αδικαιολόγητα να μειώσει το βάρος των αποτελεσμάτων δίνοντας πιθανές εξηγήσεις που αίρουν τα συμπεράσματα της μελέτης, τα οποία σαφώς στηρίζουν την άποψη ότι μία άμβλωση εκθέτει τη γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Πολλοί παράγοντες συντέλεσαν στο να αναδειχθεί η μελέτη της DR. Daling, με τίτλο «κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις νέες γυναίκες: Σχέση με την άμβλωση», κρίσιμο σημείο στο διάλογο σχετικά με το αν η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μία γυναίκα.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- το μέγεθος της μελέτης (1806 γυναίκες – 845 γυναίκες με καρκίνο του μαστού συγκρίθηκαν σε μία 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 μία 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 μία άμβλωση, ανεξάρτητα από:
 - * την ηλικία της μητέρας κατά το 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 ΜΜΕ επικεντρώθηκαν στο συμπέρασμα ότι, κατά μέσο όρο, η πιθανότητα μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού πριν τα 45 της χρόνια αυξάνει κατά 50% εάν αυτή έχει υποβληθεί σε άμβλωση. Όμως, αυτός ο αυξημένος κίνδυνος απορρίφθηκε στο συνοδευτικό άρθρο του JNCI ως μικρός από επιδημιολογικής άποψης. Εάν ο καρκίνος του μαστού ήταν σπάνιος ή εάν η άμβλωση ήταν σπάνια, το επιχείρημα αυτό θα είχε περισσότερη αξία. Όμως, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 182000 νέες περιπτώσεις καρκίνου και πεθαίνουν 46000 γυναίκες. Αν προστεθούν στον αριθμό αυτό οι ετήσιες 1.530.000 αμβλώσεις, ο αυξημένος κίνδυνος, που απεκλήθει μικρός, σημαίνει ένα τεράστιο αριθμό νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα, χωρίς να ληφθεί υπόψη η έκτρωση, μία 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% ως 15%), σε μερικές δεκαετίες το αποτέλεσμα θα είναι τουλάχιστον 40000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο.

Αλλά η μελέτη της DR. Daling περιελάμβανε ακόμα ανησυχητικότερα συμπεράσματα, που σε μεγάλο βαθμό αγνοήθηκαν από τα ΜΜΕ.

- Εάν μία γυναίκα είχε υποβληθεί για πρώτη φορά σε έκτρωση πριν τα 30 της χρόνια, ο κίνδυνος αυξανόταν κατά 110%
- Εάν μία γυναίκα είχε υποβληθεί σε έκτρωση για πρώτη φορά πριν τα 18 της χρόνια, η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 150%

- Εάν στην οικογένεια μίας 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 αυτή 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 άμβλωσης και καρκίνου του μαστού είναι ότι η σχέση αυτή είναι διαισθητικά κατανοητή στον άνθρωπο που δεν έχει ιδιαίτερες γνώσεις αλλά και συμφωνεί με τις ως τώρα γνώσεις των επιστημόνων σχετικά με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού και σχετικά με την προστασία που προσφέρει στη γυναίκα μία εγκυμοσύνη που τελειώνει στον πλήρη κύκλο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι ο καρκίνος του μαστού ξεκινά σε ανώριμα, μη διαφοροποιημένα κύτταρα του μαστού- σε ιστούς που δεν έχουν ωριμάσει και ειδικευθεί. 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 επρροή ορμονών όπως η ανθρώπινη πλακουντική γαλακτογόνης ορμόνη, οι ανώριμοι ιστοί αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται γρήγορα σε ώριμο, εξειδικευμένο ιστό παραγωγής γάλακτος. Όταν η εξειδίκευση πραγματοποιηθεί, τα κύτταρα είναι λιγότερο πιθανά να γίνουν καρκινοειδή.

Για αυτό οι επιστήμονες γνωρίζουν από παλιά ότι μία εγκυμοσύνη που ολοκληρώνεται παρέχει ασφάλεια κατά τον καρκίνο του μαστού. Η διαδικασία βραχυκυκλώνεται όταν μία 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, μία 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 εξαιτίας 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; Μία πολύ σημαντική αλλά άγνωστη αρκετά μελέτη στο τεύχος Δεκεμβρίου 1993 του Περιοδικού της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης ερεύνησε στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε περίπου 1000 μαύρες γυναίκες (500 με καρκίνο του μαστού, 500 χωρίς) καθώς αυξάνουν σε ηλικία. Η μελέτη «Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε Αφρικανο-Αμερικάνες γυναίκες: η εμπειρία του ογκολογικού μητρώου του Πανεπιστημίου Howard» επιβεβαίωσε ότι οι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξανόταν πολύ περισσότερο για τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση από ότι 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.

Γνωρίζουμε 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.⁴⁴

6.2.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο από ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,29 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με τη 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 δε θεραπεύονται.^{5,43}

6.2.4 ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ένα ποσοστό 2-3 % των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση της μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες, παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δε τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης. Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση της μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μία σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.^{5,43}

6.2.5 ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ



Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν τουλάχιστον σε 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις ή μικροκατάγματα, που κανονικά δε τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μία έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των οδυνών 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 εκτελούν τις εκτρώσεις δε χρησιμοποιούν λαμινάρια* για τη διαστολή της μήτρας^{5,43}

Γενικά τα προβλήματα που ίσως δημιουργούν οι εκτρωτικές μέθοδοι των πρώτων μηνών, αποφεύγονται με μία ελαφρά τραχηλική ενστάλλαξη χωρίς τη χρησιμοποίηση καθετήρων ή άλλων οργάνων που εισάγονται βαθιά στη μήτρα³⁶

*λαμινάρια: φύκος θάλασσας, που όταν ξεραθεί, έχει την ικανότητα να απορροφά νερό και διαστέλλεται με μεγάλη δύναμη. Χρησιμοποιείται για να διαστέλλει τον τράχηλο της μήτρας.³⁶

6.2.6 ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντα στις επόμενες κυήσεις από 7 ως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούντας είναι μία κατάσταση απειλητική τόσο για τη γυναίκα 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.^{5,43}

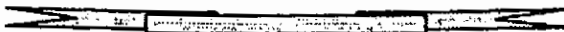
6.2.7 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ

Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κυήσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα^{5,43}

6.2.8 ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ

Η έκτρωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμήτριων κυήσεων. Αυτές, με τη σειρά τους, είναι απειλητικές για τη ζωή και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα.^{5,43}

6.2.9 ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ



Πνευλική φλεγμονή είναι μία δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από χλαμύδια κατά το χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πνευλική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20% ως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πνευλική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μία έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μία έκτρωση.^{5,43}

6.2.10 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ

Η ενδομητρίτιδα είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες, κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μία έκτρωση, από ό,τι οι γυναίκες 20-29 ετών.^{5,43}

6.3 ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μίας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές της πήξεως, βλάβες στον τράχηλο και shock ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις δευτερεύουσες επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές και ευαισθητοποίηση Rh.^{5,43}

6.3.1 ΜΟΛΥΝΣΗ

Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δεν ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα. Του είδους αυτού οι μολύνσεις είναι δυνατό να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο(ενδομητρίτιδα) είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπιγγίτιδα ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση όποιας μορφής και αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι άρρωστες μόλις αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα πρέπει άμεσα να σπεύσουν και να συμβουλευτούν το γιατρό τους.



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

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

Στη βαρύτερη μόλυνση, γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκενταμισίν. Τέλος, επισημαίνεται πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι από τα πράγματα αναπόφευκτη.³⁶

6.3.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της έκτρωσης ή μετά από αυτή, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συστατικών παραγόντων της μήτρας (όπως π. χ. Oxytocin IV, χορήγηση Ergotrate IM ή peros κλπ.) και μαλάξεις αυτής. Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενστάλαξης κατά το δεύτερο τρίμηνο, είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορη αναρρόφηση του πλακούντα μέσα σε μία ώρα μετά την αποβολή του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί υπερβολική απώλεια αίματος.

Στις μελέτες των Dailing J. I., Emanuel I., Quick παρατηρήθηκαν μετεκτρωτικές επιπλοκές, όπως η στειρότητα, απότομη αποβολή (κατά τη δεύτερη κύηση) και γέννηση πρόωρων ή ελλειτοβαρών βρεφών.³⁶

6.3.3 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΘΡΟΜΒΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ- ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

Όταν η έκτρωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί ένας θρόμβος αίματος ο ενδομήτριος, όπως λέγεται, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά πέντε μέρες από τη στιγμή της έκτρωσης και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πύελου κατά την οποία διαπιστώνεται πως η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή, και αυτό το οφείλει όχι βέβαια σε αιμορραγία του αυχένα της.

Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδομητρίτιδα. Η παραμονή υπολειμμάτων προϊόντων σύλληψης είναι πολύ πιο σπάνια περίπτωση από την ύπαρξη θρόμβου αίματος και θεραπεύεται εύκολα με ξέστρο αναρρόφησης. Για να αποτραπεί η παραμονή τυχόν υπολειμμάτων σύλληψης στη μήτρα, πρέπει κατά την επέμβαση να χρησιμοποιούμε το ξέστρο αναρρόφησης.³⁶



6.3.4 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ

Σε ορισμένες περιπτώσεις (0,1-0,3% από τις εργασίες των Grimes, David etc., Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών Η. Π. Α., TPSA, CDC, 1974, T1ET2, etc) αποδείχθηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη. Μία αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας, που βεβαιώνεται με τη γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση.

Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, τότε μπορούν να συμβαίνουν τα εξής: α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π. χ. δικερής) β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων, γ) να έχουμε εξωμήτρια κύηση. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού (ξυσίματος) του εμβρύου από τη μήτρα.³⁶

6.2.5 ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

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 έχουν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.^{5,43}

6.3.6 ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.^{5,43}

6.3.7 ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΙΒΛΑΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι



σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμήτριες 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 μία αντίδραση σε ψυχικό τραύμα, λόγω της έκτρωσης ή σε πώλεια της αυτοεκτίμησης^{5,43}

6.3.8 ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΦΕΡΘΕΙΣΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ 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» [πηγή: the Journal Of Reproductive Medicine, Pain during Early Abortion, Dr. Lynn Borgatta and David Nickinovich, 1997, vol. 42, pp. 287-293. Η συγγραφέας DR. Lynn Borgatta είναι στο ιατρικό τμήμα της Planned Parenthood federation of America- Νέα Υόρκη.]

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172% και οι ερευνητές είναι 99%. Βέβαια για αυτό το φαινόμενο «Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης [HIV-1] σχετίζονταν με την άμβλωση (0,49%) από ότι με τον τοκετό(0,18%).

Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει την πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 ετών 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 εξαιτίας της έκτρωσης υποστεί στειρώση ή/και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο 30%.

Όπως γίνεται φανερό από τα παραπάνω έγγραφα, η χειρουργική έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για τη σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στειρές ή ακόμα χειρότερο. Η χειρουργική έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν και έχει τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται συνήθως στις γυναίκες, που επιζητούν την έκτρωση. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπόψη την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της, με κάποιους από τους παραπάνω τρόπους.^{5,43}



6.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σε ό,τι αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει μία έκτρωση, η μαιευτήρας- γυναικολόγος Ανδρομάχη Τράκα, επιστημονική συνεργάτιδα του Ιασώ, τονίζει ότι τις πρώτες μέρες μετά την επέμβαση, η γυναίκα νοιώθει αμηχανία και συνήθως έρχεται αντιμέτωπη με ηθικά διλήμματα.

Η μετατραυματική περίοδος διαρκεί συνήθως έξι μήνες. Σε ποσοστό 1% η άμβλωση θεωρείται μία πολύ τραυματική εμπειρία που επηρεάζει το άτομο για πολύ καιρό. Σε γενικές γραμμές όμως, οι γυναίκες που κάνουν άμβλωση αντιμετωπίζουν την επέμβαση ψύχραιμα.¹²

Ψυχολογικές επιπτώσεις υπάρχουν πριν από την έκτρωση, κατά τη διάρκειά της και μετά την έκτρωση. Πριν από την επέμβαση είναι συχνό το φαινόμενο γυναικών που βασανίζονται σε σχέση με την ορθότητα ή μη της απόφασης για μία έκτρωση, με συνέπεια να αισθάνονται άγχος, αϋπνίες και ενοχές. Οι αμφιβολίες και οι ενοχές είναι πολύ έντονες σε εκείνες τις γυναίκες που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε έκτρωση.⁴²

Το μετεκτροτικό τραύμα, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως σύνδρομο, αποτελείται από μία ομάδα συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την ψυχολογική κατάσταση μίας γυναίκας μετά από μία έκτρωση.

Προτιμάται η λέξη τραύμα από τη λέξη σύνδρομο, επειδή από μόνη της ενέχει τη δυνατότητα ίασης, μια που τα τραύματα γιατρεύονται και τελικά επουλώνονται. Τα συμπτώματα του μετεκτροτικού τραύματος συνήθως εμφανίζονται αμέσως μετά την έκτρωση, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις παραμένουν βαθιά και χρόνια και εμφανίζονται πολύ αργότερα, με αποτέλεσμα να καταστρέφουν τις σχέσεις, να προκαλούν σύγχυση, ενοχές, απελπισία κλπ.

- Αυτοτραυματισμός, έντονες τάσεις αυτοκτονίας ή και απόπειρα.
- Αύξηση επικίνδυνων ή ανθυγιεινών συμπεριφορών(χρήση/ κατάχρηση ναρκωτικών, αλκοόλ, ανορεξία, βουλιμία, σεξουαλική αχαλίνωτη ζωή, κλπ)
- Κατάθλιψη
- Ανικανότητα φροντίδας του εαυτού
- Ανικανότητα κανονικής απόδοσης στη δουλειά ή τις σπουδές
- Ανικανότητα φροντίδας των παιδιών που υπάρχουν ή της οικογένειας.
- Επιθυμία άμεσης εγκυμοσύνης, για να αντικατασταθεί το παιδί που μόλις χάθηκε από την έκτρωση (παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση εξακολουθούν να υφίστανται).

Συνοδές ψυχολογικές δυσκολίες μετά την άμβλωση

- Ενοχές
- Άγχος
- Πανικός
- Ψυχολογικό μούδιασμα
- Κλάμα
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Συναισθήματα και ο χειρισμός τους
- Προβλήματα ύπνου(αϋπνία)

- Εφιάλτες/ ταραγμένος ύπνος
- Θυμός
- Δυσκολία λήψης αποφάσεων³⁸

Το άγχος, οι φόβοι και οι ενοχές συνοδεύουν συνήθως τις γυναίκες. Μερικές μάλιστα από αυτές μου εκμυστηρεύτηκαν αργότερα ότι η διαδικασία της έκτρωσης ήταν πολύ οδυνηρή για αυτές. «Αισθάνθηκα σαν να είμαι ένα σκουπίδι. Προτιμούσα να σφάζουν εμένα την ίδια», μου είπε χαρακτηριστικά μία κυρία.

Φυσικά, τόσο έντονα αρνητικά συναισθήματα, παρατηρούνται μόνο σε ένα μικρό ποσοστό που έχουν έντονες ηθικές αναστολές. Παρόλα αυτά και σύμφωνα με μία έρευνα που δημοσιεύθηκε στο American Journal of Psychiatry (David Reardon, 119-120), από τις ποίες 500 γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση- που μελετήθηκαν, το 43% παρουσίαζε άμεσες αρνητικές επιδράσεις.

Επιπλέον, 10% από τις γυναίκες αυτές χαρακτηρίστηκε ότι είχαν συναισθηματικές επιπλοκές. Ανάμεσα σε αυτές οι πιο συχνές ήταν οι τύψεις και οι ενοχές, η δυσθυμία, η σεξουαλική ψυχρότητα και ποικίλες άλλες ψυχολογικές διαταραχές.

Όμως, και αν ακόμα δεν υπήρχαν οι αρνητικές αυτές ψυχολογικές επιπτώσεις, κυρίως στις γυναίκες που δεν έχουν χριστιανικές ηθικές αρχές και για αυτό μερικές υποβάλλονται χωρίς κανένα ενδοιασμό στη μία έκτρωση μετά την άλλη. Η πράξη αυτή δε θεωρείται παραδεκτή από το Θεό και για αυτό δε μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτή από κάποιο Χριστιανό.

Οι σωματικές επιπτώσεις ή επιπλοκές μίας έκτρωσης, είναι θέμα γυναικολόγου και για αυτό δε θα ασχοληθούμε περισσότερο με αυτές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις ή συνέπειες μιας έκτρωσης, εξαρτώνται από παράγοντες, όπως είναι οι αρχές και οι αξίες, που η συγκεκριμένη γυναίκα έχει στη ζωή της, οι σχέσεις με τον άνδρα της ή με τον άνδρα από τον οποίο έμεινε έγκυος, κάτω από τις οποίες έγινε η σεξουαλική πράξη και η σύλληψη, όπως και τα δεδομένα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει.

Υπάρχει στη χώρα μας ένας σημαντικός αριθμός γυναικών που έχουν επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, χωρίς να νοιώθουν καμία σχεδόν τύψη για αυτό.

Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στις χαλαρές ηθικές αρχές που οι γυναίκες αυτές έχουν σε σχέση με αυτό το θέμα, κατά ένα άλλο μέρος στην ανοχή που επικρατεί από αρκετούς στη χώρα μας σε σχέση με τις εκτρώσεις (απόδειξη αποτελεί το γεγονός του μεγάλου αριθμού εκτρώσεων που γίνονται κάθε χρόνο), κατά ένα επιπλέον μέρος στην αντίληψη μερικών ότι το έμβρυο κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του δεν είναι ένας άνθρωπος, απόδειξη αποτελεί το γεγονός αυτό καθαυτό ότι έχουν ήδη κάνει πολλές εκτρώσεις.

Οι ενδοιασμοί, οι φόβοι και οι ενοχές, που υπήρχαν την πρώτη ή τις πρώτες φορές που έγιναν εκτρώσεις, βαθμιαία εξαφανίστηκαν κατά τις επόμενες, όπως γίνεται με κάθε πράξη που επαναλαμβάνουμε πολλές φορές.

Επίσης, οι συνθήκες ζωής στη μεγαλόπολη, όπου είναι δυνατό να αποκρυφτεί μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ευκολότερα από ό,τι σε ένα χωριό, οι κακές σχέσεις με το σύζυγο, η μεγάλη οικονομική δυσχέρεια της οικογένειας

είναι παράγοντες που καλύπτουν συνήθως τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας έκτρωσης, επειδή προσφέρονται ως λογικοφανείς, δικαιολογίες.

Τέλος, ο βιασμός δίνει συχνά καθησυχαστικές δικαιολογίες σε γυναίκες που έχουν ηθικές αρχές, ώστε να προβούν σε έκτρωση, χωρίς να υποφέρουν στη συνέχεια από ενοχές.

Εκτός από αυτές όμως, υπάρχει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός γυναικών, που μετά την έκτρωση στην οποία προχώρησαν με τη θέλησή τους ή κάτω από την πίεση του άνδρα τους- ή άλλων ανθρώπων- υποφέρουν από βασανιστικές ενοχές ή αναπτύσσουν ποικίλες ψυχοσωματικές διαταραχές. Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και κατάλληλη αντιμετώπιση.⁴²

ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

- Ανάγκη ψυχικής θεραπείας

Σε μία 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. Μία 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 υποβληθεί σε έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (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 μία 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 μία έκτρωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών άρρωστων γυναικών, παρόλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.^{45,46}

6.4.1 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS)

Μία εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 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 της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 ως 40% εμφάνιζαν μέτρια ως υψηλά επίπεδα

άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Επειδή αυτή είναι μία σημαντική νόσος, που μπορεί να υπάρξει σε πολλές ασθενείς και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλήρης από τις άλλες της παρούσας ενότητας.

Η PTSD είναι μία ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μία εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βλάβης ή τη μαρτυρία/ συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών «φυγής» ή «πάλης». Αυτή η υπερδιέγερση κάνει τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μία δική τους υπόσταση, με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα, αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, αλλά μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, αλλά μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και αποπνικτικές 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, μία τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μία ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες ανεξάρτητα από το πόσο πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κύησης τους ως τη βίαιη 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 το βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επίθεσης 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 Μετεκτρωτικό Σύνδρομο (post- abortionion Syndrome PAS).

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

Υπερδιέγερση είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό χρονίως και ανομάλως 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, υπερεργήγορη, 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 μίας εξέτασης της πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μίας 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 για ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μία πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης.

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

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων της PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου μία ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει ικανοποιητική αποκατάσταση, το PTSD μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μία ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από το νόμο (στις Η. Π. Α.) αυτή η

ανικανότητα, συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μακρότερη περίοδος αποκατάστασης από το νόμο.^{45,46}

6.4.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

30-50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά τη σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων.^{45,46}

6.4.3 ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν, αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, 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.^{45,46}

6.4.4 ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

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. 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.^{45,46}

6.4.5 ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινόπνευματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματων, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία.⁴⁵

6.4.6 ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

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.⁴⁵

6.4.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.⁴⁵

6.4.8 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με τη μελλοντική κακοποίηση παιδιών.⁴⁵

6.4.9 ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Τα περισσότερα ζευγάρια μετά από μία έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στο χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση, αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη 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.^{45,46}

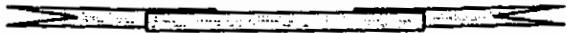
6.4.10 ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

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 μία τρέχουσα εγκυμοσύνη από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης.

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνειδητής επιθυμίας υποκατάστασης κύησης και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/ απόκτησης παιδιού και πύεσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από το 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 μία γυναίκα που σκέφτεται 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.^{45,46}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Μετά τη έξοδο του
εμβρύου με οποιαδήποτε
από τις παραπάνω
μεθόδους...

7.2 Πού καταλήγουν τα
εκτρωμένα βρέφη,



7.1 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΜΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΜΕΘΟΔΟΥΣ....

Τα ποια ερωτήματα θα δοθεί απάντηση με την εξέταση του νεκρού εμβρύου;

Το έμβρυο σπάνια βρίσκεται για να σταλεί για εξέταση, αν όμως βρεθεί, η εξέτάσή του αποβλέπει στο να δοθεί απάντηση στα εξής ερωτήματα:

- σε ποιο μήνα της ενδομήτριας ζωής βρισκόταν; Η απάντηση δίνεται από το στάδιο που βρίσκεται η ανάπτυξή του (μήλος, πρόοδος στην καταβολή και διάπλαση των διαφόρων οργάνων). Ένας πρακτικός κανόνας για να προσδιορισθεί η ηλικία του εμβρύου είναι να μετρηθεί το μήκος του σε εκατοστόμετρα και αν είναι μέχρι 25 εκ. να υπολογισθεί η τετραγωνική ρίζα. Αν είναι πάνω από 25 εκ. να διαιρεθεί με 5. Το αποτέλεσμα και στις δύο περιπτώσεις δίνει την ηλικία σε μήνες.
- Ήταν βιώσιμο ή όχι; Βιώσιμο θεωρείται εκείνο που συμπλήρωσε την 28^η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής.
- Μήπως παρουσιάζει κάποια παθολογική αλλοίωση που θα δικαιολογούσε την αυτόματη αποβολή του από τη μήτρα ή σημεία ότι ήταν νεκρό στη μήτρα; Για να διαγνωσθούν τέτοιες παθολογικές καταστάσεις, πρέπει να εξετάζεται παράλληλα και ο πλακούντας. Στην περίπτωση που ο πλακούντας δε βρέθηκε για να εξετασθεί, δε μπορεί να λεχθεί με βεβαιότητα ότι αποκλείεται η αυτόματη αποβολή.⁴

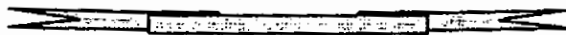
7.2 ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΝ ΤΑ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ

Από την εγκυκλοπαίδεια των υποστηρικτών της ζωής (pro- life Activist's Encyclopedia, έκδοση της "the American Life League")

Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί μετάφραση από τα αγγλικά και αφορά της Η. Π. Α. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα ενδεικτικό και παρέχει υποδείξεις για τις παγκόσμιες πρακτικές και ροπές. Ορισμένοι θεώρησαν ότι το περιεχόμενο της σελίδας αυτής είναι ακραίο και «σκοταδιστικό». Νομίζουμε όμως ότι η παρουσίαση όλων των απόψεων του θέματος των εκτρώσεων καθιστά την παρουσίαση του υλικού αυτού επιτακτική. Επιπλέον, δείχνεται (με πραγματικά και εμπειριστατωμένα γεγονότα) πού μπορεί να οδηγήσει η βαθμιαία ολίσθηση και απομάκρυνση από τη μόνη σταθερή βάση που είναι η υπεράσπιση της ζωής, του ανεκτίμητου και αναντικατάστατου αυτού δώρου του Θεού.⁴⁷

7.2.1 ΛΗΨΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΩΝ: ΕΥΥΠΟΛΗΠΤΗ ΣΥΛΗΨΗ

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



Dr. Leonard Bailey, ο οποίος απέκτησε φήμη για τη μεταμόσχευση της καρδιάς ενός μπαμπούνου σε ένα νεογέννητο βρέφος.⁴⁷

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Ορισμένο από το υλικό που περιγράφεται στο κεφάλαιο αυτό είναι ενοχλητικό από τη φύση του!

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

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

Ναζιστής γιατρός Julius Hallervorden, δίκη της Νυρεμβέργης, 1945.

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

Αμερικανός γεροϋσιαστής Brock Adams[D.-Wa], 1992.⁴⁷

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ «ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ»

«Η προσωπική έρευνα έχει εστιαστεί στην ελπίδα παροχής πληροφοριών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην ανακούφιση του πόνου και της κακοπάθειας των ατόμων που πάσχουν από νευρολογικές ασθένειες. Αυτή όμως δε 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.

Παρόλο 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 ευπρέπειας. 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. Εφόσον η AMA είναι έντονα υπέρ των εκτρώσεων, και εφόσον οι ιστοί από τη φυσική έκτρωση (αποβολή) είναι ακατάλληλοι για κάτι



τέτοιο, η ίδια η ύπαρξη της μεταμόσχευσης εμβρυακών ιστών εξαρτάται από τη συνεχή άσκηση της χειρουργικής έκτρωσης.⁴⁷

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 περιβάλλουμε με ηθικά δικαιώματα, όχι μόνο γιατί είναι πιθανοί άνθρωποι, αλλά διότι 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» από 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*

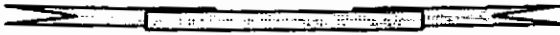
Όπως φαίνεται από τη «λύση» της στο πρόβλημα, η Warren όχι απλώς επιδοκιμάζει την πρακτική της χρήσης οργάνων από βρέφη που εκτρώθηκαν διότι ήταν αποτέλεσμα ανεπιθύμητων κήσεων – συνιστά οι γυναίκες να μένουν έγκυες ειδικά και με συγκεκριμένο σκοπό την ανάπτυξη βρεφών με μοναδικό στόχο τη λήψη των οργάνων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

Αυτός ο τύπος καναβαλισμού ήδη πραγματοποιείται ως ρουτίνα σε μερικές μεσανατολίτικες χώρες. Για παράδειγμα, σε μίας περίπτωση, ένας ανίκανος Λιβανέζος έκανε μεταμόσχευση όρχεως από ένα πρώιμο βρέφος που εκτρώθηκε την 25^η εβδομάδα κήσεως.

Όλος ο καπνός και η ρητορική που διαχέεται από τις δυνάμεις που υποστηρίζουν τη λήψη οργάνων είναι μία 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.»⁴⁷

Στόχος: «Πρόοδος»

Ο κύριος στόχος των «ειδικών επιτροπών» και των αποθεμάτων σκέψης των βιοηθικολόγων είναι, συνεπώς, ο χαρακτηρισμός διάφορων «καινοτομιών» στην τεχνολογία του θανάτου και η κάλυψή τους με μανδύα ευπρεπείας. Ο ρόλος αυτών των ομάδων είναι να εμφανίζονται ως εναγώνιες για τα θέματα υπό μελέτη, να διαρρηγνύουν τα μάτια τους, να τραβούν τα μαλλιά τους και τέλος να συγκαλούν μία συνέντευξη τύπου για να ανακοινώσουν ότι η προτεινόμενη «πρόοδος» είναι «πλήρως αρμόζουσα και ανθρωπιστική».



Με συντομία, ο ρόλος των επιτροπών βιοηθικής είναι να υλοποιήσουν τον «Πρώτο αναλλοίωτο νόμο της βιοηθικής».

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 άρχιζαν να παράγουν την απαιτούμενη ινσουλίνη για τον ασθενή. Αυτός ο τύπος μεταφοράς έχει πραγματοποιηθεί περίπου 15 φορές από το τέλος του 1987.⁴⁷

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 μία χειρουργική ομάδα υπό τον Dr. Curt Freed και τον Dr. Robert Breeze στο κέντρο Υγειονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Colorado.

Ο Dr. Neil Rosenberg είτε 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 δίνεται 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.

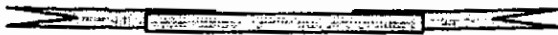
Τέτοιες μεταμοσχεύσεις έχουν επίσης τελεστεί στη Σουηδία, το Μεξικό και την Κούβα.

Μία 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 προσταγλανδίνη σε μία περίοδο τριών μηνών. Το κεφαλοουριαίο μήκος των εμβρύων.....ήταν από 12 ως 34 cm.

Ένα αγέννητο βρέφος με κεφαλοουριαίο μήκος 34 εκατοστών είναι στις 28 εβδομάδες ανάπτυξης –και, εφόσον παραμορφωμένα βρέφη δε 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 ακόμα μέχρις ότου τα διάφορα μέρη των εκτρωμένων βρεφών σφραγιστούν με την επιγραφή «Επιλογή της USDA»;⁴⁷



7.2.2 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΕΜΒΡΥΑΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

«Ο πρόεδρος Bush φοβάται ότι αν το Κογκρέσο επέτρεπε την εμβρυακή έρευνα με ιστούς που προέρχονται από ηθελημένες εκτρώσεις, κάποιες ιδεαλίστριες μπορεί να έμειναν σκόπιμα έγκυες απλώς και μόνο για να κάνουν έκτρωση. Τέτοιοι φόβοι είναι παράλογοι. Ένα τόσο εξεζητημένο σενάριο πιάζει την ευπιστία πέρα από τα όρια...»⁴⁷

συνδικαλισμένος αρθρογράφος James J. Kilpatrick

Η μόνη πιθανή πηγή

Είναι απολύτως αναπόφευκτο τα εκτρωμένα πρώιμα βρέφη να καταλήξουν να γίνουν δωρητές μοσχευμάτων, διότι πολύ λίγα βρέφη από αποβολές και εξωμήτριες κυήσεις είναι κατάλληλα για το σκοπό αυτόν. Το γεγονός αυτό αποδείχθηκε πρόσφατα από τον Frederic Bieber, ειδικό στη γενετική στο τμήμα της 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 2 ή 3 εβδομάδες νωρίτερα και ήταν συνεπώς ακατάλληλο για μεταμοσχεύσεις. Από τα 39 βρέφη, τα περισσότερα είχαν με κάποιο 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.⁴⁷

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 ως \$1000, κάτι που θεωρείται πιθανό), οι ανήλικες γυναίκες μπορούν να μείνουν έγκυες, να αναπτύσσουν τα αγέννητα παιδιά τους μέχρι τη βέλτιστη ηλικία (20-28 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 «εύσπλαχνη 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.⁴⁷

Κίνητρο τα χρήματα

Η πρακτική της πώλησης των ιστών από εκτρωμένα βρέφη 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 να 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 Ν. Υόρκης λέει ότι «Με προσταγλανδίνη, 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 πρωίμων 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 18^{ης} Μαΐου 1972 αναφέρθηκε ότι «Τα περισσότερα από τα βρέφη που εκτρώθηκαν με την τελευταία μέθοδο [δηλ., την υστεροτομή, 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 στη Νοητική Καθυστέρηση «...Ενώ κτυπά η καρδιά ακόμα, αφαιρεί τον εγκέφαλο, τους πνεύμονες, το ήπαρ και τα νεφρά για μελέτη.»⁴⁷

Αγάπη μου πέταξα το παιδί!!!!

Όπως πάντα, όταν πρόκειται για ανήθικες δραστηριότητες, η μυστικότητα στις υπεύθυνες πλευρές είναι θεμελιώδης.

Όταν μία γυναίκα θανατώνει το παιδί της, το κάνει υπό την προστασία μίας 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 τη 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 μία ειδική τεχνική έκτρωσης με αναρρόφηση που αφήνει ανέπαφο το κεφάλι ώστε να αφαιρεθεί ο εγκέφαλος.

Η εταιρεία διαφημίζει επίσης για τα υπολείμματα βρεφών που εκτρώνονται στο δεύτερο τρίμηνο με διαμελισμό- απόξεση (D&E) και όχι δηλητηρίαση με άλας, διότι με την πρώτη διαδικασία, το βρέφος είναι ακόμα 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 αποτρόπαια πρακτική όταν παραδέχθηκε ότι «Στις περισσότερες περιπτώσεις, η γυναίκα δε 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».⁴⁷

ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ ΕΙΝΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Οι έμποροι του θανάτου

Όταν δημοσιεύεται μία ηθικά αμφίβολη ιατρική «πρόοδος», οι επαγγελματίες αμφιβόλου χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος μαζεύονται ως σμήνος γύρω από τη τεχνολογία σαν αρπακτικά γύρω από πτώμα.

Εφόσον η δυνατότητα κέρδους από τη λήψη εμβρυακών οργάνων είναι σχεδόν απεριόριστη, είναι αναπόφευκτο οι ιατροί και άλλοι χωρίς ιδιαίτερο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή—ή 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 υλικό.⁴⁷

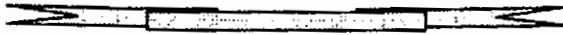
Οι έμποροι

Η εταιρεία Flow Labs of Rockville, στο Maryland, είναι μία από τις οκτώ τουλάχιστον εμπόρους ιστών εμβρυακών οργάνων στις Η. Π. Α. 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 πλώμα βρέφη «χρησιμοποιούνται» στις Η. Π. Α. 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 την θανάτωσή τους, και στη συνέχεια να τα συσκευάσουν με πάγο και να τα αποστείλουν στις Η. Π. Α. Κέρδισε \$180.000 για τις προσπάθειές του. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες που εκτελούσαν τις εκτρώσεις πληρώνονταν με ουίσκι, νάυλον, 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 η Village Voice ανέφερε ότι οι «γιατροί» είχαν παροτρύνει μητέρες κοινωνικής προσφοράς να περιμένουν και να πραγματοποιήσουν εκτρώσεις στα τελευταία στάδια της κύησης διότι από αυτά τα βρέφη λαμβάνονται περισσότερα και καλύτερα ανεπτυγμένα όργανα.⁴⁷



ΟΙ ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΕΣ

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

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

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

Κατά την περίοδο 1985-1990, 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 μία συμβολική επιχορήγηση \$500 (National Endowment of the Arts [NEA]) από το «Χώρο του Καλλιτέχνη». Στην επίδειξη αυτή υπήρχε ένα έκθεμα της Σων Άιχμαν (καμία σχέση με τον Αδόλφο), με όνομα «Βιτρίνα Αληθείας», που εμφάνιζε το δικό της διαμελισμένο βρέφος που εκτρώθηκε στο δεύτερο τρίμηνο, δίπλα στην υποχρεωτική κρεμάστρα από στριμμένο σύρμα ως πολιτική δήλωση.

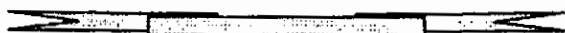
Ένας άλλος «καλλιτέχνης» που αυτοαποκαλείται Ιστός Αράχνης, είναι ένας «χαράκτης δέρματος» ο οποίος αγόρασε ένα εκτρωμένο κατά το τελευταίο στάδιο βρέφος από μία κλινική εκτρώσεων για \$300, δημιούργησε ένα τατού μίας καρδιάς στο στήθος του και το εξέθεσε σε μία επίδειξη «τέχνης» με τίτλο «Ερ: Ποιος 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 μετατρέποντας τα σε (δεν πρόκειται για δική μου εφεύρεση!!!!) πρεσ-παπέ!!!!

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 ως 4 μήνες στην ηλικία. Έχουν κοπέι κατά μήκος της μέσης, καθαριστεί και τοποθετηθεί με φυσικό τρόπο. Δηλώστε την ηλικία ή τις ηλικίες που προτιμάτε. [Αριθμός καταλόγου] D10.100, \$97.50

Σημείωση: κατά περιόδους μπορεί να κυκλοφορήσουν ηλικίες διαφορετικές από τις παραπάνω. Παρακαλούμε γράψτε μας για τις τελευταίες πληροφορίες.»⁴⁷



Και οι υποστηρικτές

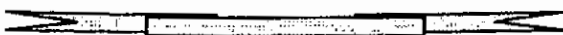
Καμία από τις ωμότητες που περιγράφηκαν παραπάνω δε θα μπορούσε να συμβεί χωρίς μία πληθώρα «διακεκριμένων, σημαντικών» επιχειρήσεων που κραυγάζουν για το αίμα (και τα μέλη) ανυπεράσπιστων εκτρωμένων βρεφών.

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.⁴⁷

7.2.3 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΑΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΑΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟ ΣΕ ΕΜΒΡΥΑ (ΣΤΙΣ ΗΠΑ)

- Alzheimer's Association
- American Academy of Pediatrics
- American Cancer Society
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Physicians
- American Diabetes Association
- American Heart Association
- American Lung Association
- American Medical Association
- American Medical Women's Association
- American Paralysis Association
- Aplastic Anemia Foundation of America
- Association of American Medical Colleges
- Association of American Universities
- Cystic Fibrosis Foundation
- Epilepsy Foundation of America
- Huntington's Disease Society of America
- Juvenile Diabetes Foundation International
- March of Dimes Birth Defects Foundation
- National Association of State Universities & Land Grant Colleges
- National Hemophilia Foundation
- National Multiple Sclerosis Society
- National Parkinson Foundation
- National Spinal Cord Injury association
- Parkinson's Disease Foundation
- United Parkinson Foundation⁴⁷



7.2.4 Η ΔΙΑΜΑΧΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΡΥΑΚΟ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟ

«Υπάρχει ένα επίμονο ψέμα που λέγεται από ορισμένες ομάδες οι οποίες είναι ενάντια στην έκτρωση ότι μία ουσία που ονομάζεται κολλαγόνο 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 δε θα διακινδύνευε την τρομακτική δημοσιότητα που θα προκαλούσε μία 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.

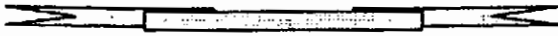
Για παράδειγμα, το εκχύλισμα του ανθρώπινου πλακούντα χρησιμοποιείται σε πολλά καλλυντικά, αλλά δεν υπάρχει κάτι ανήθικο σε αυτή την ομολογουμένως αλλόκοτη πρακτική. Τα νοσοκομεία συνήθως πωλούν τους πλακούντες περίπου 1 δολάριο το κομμάτι σε φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες καλλυντικών οι οποίες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

Ακόμα παραδοξότερη είναι η πρακτική της «πλακουντοφαγίας», η χρήση του πλακούντα ενός νεογνού ως φαγητού. Σύμφωνα με αυτούς που έχουν δοκιμάσει αυτό το 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. Για αυτούς που θέλουν πραγματικά να ξέρουν, ο άνθρωπος πλακούντας έχει οσμή συκωτιού κατά το μαγείρεμα και γεύση συκωτιού ή νεφρού.⁴⁷

Η FDA απαντά

Σε μία 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 ενδιαφερόμενους ιδιώτες και οργανισμούς σχετικά με τη χρήση κολλαγόνου σε καλλυντικά. Παρόλο που σε αρκετές από αυτές τις ερωτήσεις υπάρχει ο ισχυρισμός ότι η πηγή του κολλαγόνου των καλλυντικών είναι εκτρωμένα έμβρυα, σε καμία δεν υπάρχει η δυνατότητα ή η προθυμία να παρασχεθούν στέρεες πληροφορίες ότι πράγματι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Δε 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 μία σωστά τεκμηριωμένη περίπτωση δεν έχει έρθει ως τώρα στην επιφάνεια στις ΗΠΑ.⁴⁷



Ο Γαλλικός σύνδεσμος

Σε ό,τι 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 γαλλικά 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». Μία 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.⁴⁷

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

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ 1^{ης} ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1980
CALIFORNIE ESTHETIQUE
[ομορφιά της California]
Registre des Metiers
697210 169 RM 06
Registre de Commerce
72A 16
CENTRE HENRI CHENOT
Madame RENEE IBRY
85 avenue Marechal- Juin
06400 CANNES
Tel. 43.85.54



ΟΜΟΡΦΙΑ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΟΣ

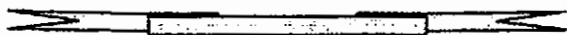
Αυτή η επαναστατική θεραπεία αναζωογόνησης κυττάρων χρησιμοποιεί ψυχρή τεχνολογία. Χάρη στις εργασίες του Dr. Alexis Cappel, γνωρίζουμε ότι όταν τοποθετούνται νεαρά κύτταρα επάνω σε παλαιούς ιστούς μπορούν να τους αναζωογονήσουν. Τα κύτταρα αυτά είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά αν είναι ζωντανά. 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, δε 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 φιάλες

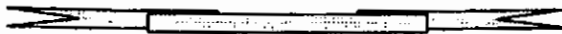
ΤΙΜΕΣ

- για το πρόσωπο: 180 φράγκα
- για το στήθος: 160 φράγκα
- για τα μαλλιά: 120 φράγκα⁴⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

- 8.1 Κύηση στην εφηβεία
- 8.2 Έφηβες-ομάδα υψηλού κινδύνου
- 8.3 Το παιχνίδι των παραγόντων στη διαμόρφωση της απόφασης
- 8.4 Ανύπαντρες και παντρεμένες γυναίκες
- 8.5 Επιλογές
- 8.6 Που μπορούν να απευθυνθούν οι έφηβοι.



8.1 ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Όταν αναφερόμαστε σε κύσεις κατά την εφηβεία, εννοούμε αυτές που επισυμβαίνουν σε ηλικίες από 12 ως 18 ετών. Δεδομένης της ταχύτητας σωματικής ωρίμανσης, η οποία παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες, οι κύσεις άνω των 18 ετών, θεωρείται ότι δεν ανήκουν στις κύσεις της εφηβικής ηλικίας. Η κύηση στην εφηβική ηλικία παραμένει ένα σοβαρό κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα, είτε αυτή εξελίσσεται ομαλά, ως την αποπεράτωση του τοκετού, είτε αυτή οδηγείται σε αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση. Τα δεδομένα είναι οι πιο πρόσφατες εμπειρίες σε διεθνές επίπεδο, δεν κατατάσσουν πλέον την κύηση στην εφηβεία ως κύηση υψηλού κινδύνου.⁴⁸

8.2 ΕΦΗΒΕΣ: ΟΜΑΔΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

(δημοσίευση: 08/06/2001)

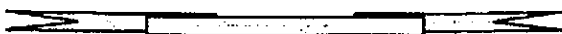
Σημαντική αύξηση παρουσιάζει ο αριθμός των εφήβων που καταφεύγουν στην έκτρωση προκειμένου να αποφύγουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, γεγονός που αποδίδεται τόσο στη μείωση της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας όσο και στην έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Οι έφηβες υψηλού κινδύνου, είναι συνήθως μεταξύ 16 και 18 ετών, άγαμες, έχουν δυσκολία πρόσβασης στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και προέρχονται από κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Τα παραπάνω στοιχεία δόθηκαν στη δημοσιότητα σε συνέντευξη τύπου της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, με αφορμή τη συμπλήρωση 40 χρόνων κυκλοφορίας του αντισυλληπτικού χαπιού.

Ο πρόεδρος της εταιρείας, καθηγητής Μαιευτικής- Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Ε. Κουμαντάκης, επεσήμανε ότι ο ανορθόδοξος τρόπος με τον οποίο η Ελληνίδα ελέγχει την αναπαραγωγικότητά της και η έλλειψη προγραμματισμού για τον αριθμό των παιδιών που επιθυμεί να αποκτήσει, οδηγούν σε προκλητές εκτρώσεις με όλες τις πιθανές επιλοκές τους.

Αυτό έχει σαν συνέπεια, τόσο ψυχολογικές όσο και οργανικές βλάβες στην ίδια τη γυναίκα, αλλά και στον αιφνίδιο ανισοσκελισμό μεταξύ των γεννήσεων και θανάτων, επιτείνοντας το ήδη σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα στη χώρα μας.

Ο Γενικός Γραμματέας της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού Μαιευτήρας- Γυναικολόγος κ. Ν. Σαλάκος, τόνισε ότι σε πρόσφατη έρευνα στις ΗΠΑ, το 40% της εφηβικής εγκυμοσύνης αφορούσε νεαρές κάτω των 17 ετών. Από αυτές 30% καταλήγουν σε έκτρωση και 14% αποβάλλουν. Το 40% των εφήβων που έκαναν διακοπή κύησης, στατιστικά θα προβούν και σε δεύτερη, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το 75% των κύσεων στην εφηβεία ήταν ανεπιθύμητες.

Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης σε μεθόδους αντισύλληψης ή λαθεμένη επιλογή μεθόδου. Επισήμανε μάλιστα ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που πρέπει να χρησιμοποιήσουν οι έφηβοι διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων.



Ο κ. Σαλάκος ανέφερε ότι στην Ευρώπη το «χάπι» θεωρείται πλέον διαδεδομένη και ασφαλής μέθοδος αντισύλληψης, με πολύ χαμηλά ποσοστά εκτρώσεων, ενώ στην Ελλάδα μόλις το 2,5% των γυναικών χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι, με την έκτρωση να χαρακτηρίζεται ειρωνικά σαν η πλέον δημοφιλής μέθοδος αντισύλληψης. Θα πρέπει όμως να επισημάνουμε ότι οι γυναίκες με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, όπως με θρομβοφλεβίτιδα, όγκους στο στήθος, υπερβολικά παχύσαρκες ή με καρδιολογικά προβλήματα, δε θα πρέπει να χρησιμοποιούν το χάπι.⁴⁹

8.3 ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Σε αυτή την απόφαση θα παίξουν ρόλο τόσο οι βιολογικοί όσο και οι ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες, π.χ. αν το έμβρυο είναι πάσχον ή εξωμήτριο, οπότε αναγκαστικά θα κάνει έκτρωση, εάν η κύηση είναι προϊόν βιασμού ή αν πρόκειται να παντρευτεί τον πατέρα του παιδιού, αν θέλει το μωρό, αν νοιώθει τύψεις κλπ. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χαρακτηρισθούν ως προσωπικές παράμετροι, γιατί αφορούν την κάθε έφηβο ξεχωριστά και έχουν να κάνουν με τη βιολογικο- ψυχο- συναισθηματική πλευρά της οντότητάς της.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι παράγοντες εξωτερικοί από το πλαίσιο ζωής της έφηβης, που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαμόρφωση της τελικής γνώμης της νέας. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

1. το κοινωνικό περιβάλλον: η στάση της οικογένειας είναι καθοριστική. Σύμφωνα με τους επιστήμονες Young Rehr και Berkman (1979), οι έφηβες συζητούν το θέμα κύρια με τη μητέρα τους και συνήθως ακολουθούν τη γνώμη τους. Επίσης, η άποψη της αδελφής και η υποστήριξή της θα την επηρεάσει πολύ ιδίως στην αρχή της κύησης. Ο πατέρας και ο αδελφός επηρεάζουν μεν την έφηβη σε μικρότερο βαθμό, καθώς η φύση του θέματος είναι τέτοια που δύσκολα συζητείται με πρόσωπα άλλου φύλου. Ακόμα, όπως είναι γνωστό, σε αυτή την ηλικία δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην παρέα των συνομήλικων. Η έφηβη συζητά το μυστικό με τη φίλη της, η οποία ιδίως αν είχε η ίδια εμπειρία ή γνωρίζει άλλα άτομα που είχαν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση, τείνει να την οδηγεί. Επίσης, ο πατέρας του παιδιού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η αρνητική στάση της φίλης και του πατέρα, ιδιαίτερα όταν ο τελευταίος εξαφανίζεται, προβάλλουν ως μόνη λύση την έκτρωση. Αντίθετα, αν ο πατέρας δηλώνει ότι θα σταθεί πλάι στην έφηβη και ότι θέλει να κρατήσουν το παιδί, συνήθως η κοπέλα τεκνοποιεί. (Rosers 1980)

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

2. η εκπαίδευση: όταν η έφηβη είναι στο γυμνάσιο ή όταν έχει αρκετά καλό επίπεδο και προοπτικές να συνεχίσει τις σπουδές, καθώς η κύηση θα την αποτρέψει από αυτό, τείνει να μην κρατά το παιδί και να κάνει έκτρωση. Αν νομίζει ότι μπορεί να συνδυάσει και τα δύο, ίσως κρατήσει το παιδί. Όμως, η



πραγματικότητα την προσγειώνει, οπότε είτε παραιτείται από τις σπουδές είτε δίνει το παιδί για υιοθεσία.

Ακόμα, το επίπεδο γνώσεών της για τις ανάγκες ή τη φροντίδα του παιδιού, είναι δυνατό να λειτουργήσουν κύρια ανασταλτικά προς τη μητρότητα. Αν και τελευταία αντιμετωπίζεται καμιά φορά μοιρολατρικά και ως λύση καριέρας για ορισμένες έφηβες.

3. οι θρησκευτικές πεποιθήσεις: οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της ίδιας της έφηβης αλλά και των γονιών της είναι παράγοντες καταλυτικοί. Σύμφωνα με έρευνα των ORTIZ και NUTTALL, όσο πιο πολύ παρακολουθούν εκκλησία οι γονείς και οι κόρες, τόσο πιο συχνά επιλέγουν την έκτρωση. Αυτό εξηγείται από τους ίδιους πως συμβαίνει διότι μία κρυφή έκτρωση δεν έχει επιπτώσεις, αντίθετα μία κύηση εκτός γάμου, το μέγλωμα της κοιλιάς θα αποτελεί θέμα για τους άλλους πιστούς και πώς θα πηγαίνουν πλέον στην εκκλησία; Σε άλλες περιπτώσεις (σπανιότατα), επειδή πιστεύουν πραγματικά ότι η έκτρωση είναι βαριά αμαρτία και δεν επιτρέπεται, η έφηβη γεννά το παιδί.

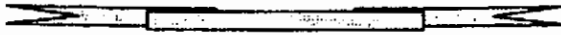
4. θεσμικοί παράγοντες: ο νόμος μπορεί να μην αφήνει περιθώρια επιλογής, για παράδειγμα η έκτρωση μπορεί να απαγορεύεται ή αντίθετα να επιτρέπεται, αλλά η κηδεμονία του παιδιού χάνεται από την ανήλικη μητέρα αν δεν την κρίνει ικανή. Επιπλέον, ο άγραφος νόμος, δηλαδή τι συμβαίνει στην κοινωνία όπου ζει η έφηβος, είναι σημαντικός. Σε μία κοινωνία όπου η άγαμη ανήλικη μητέρα ή η υιοθεσία είναι κοινός τρόπος, πιο εύκολα θα επιλέξει αυτές τις λύσεις η μέλλουσα μητέρα (π.χ. αν βρίσκεται στην Πολωνία ή στην Αμερική) θα γεννήσει το παιδί, ή θα προχωρήσει σε υιοθεσία. Αντίθετα, στην Ελλάδα η έκτρωση είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη επιλογή.

Τελικά, λοιπόν, η έφηβη, επηρεασμένη και ουσιαστικά καθοδηγούμενη θα ανακοινώσει την απόφασή της. Το αν θα μετανιώσει για αυτή ή εάν είναι σωστή ή όχι, αυτό εξαρτάται μόνο από την ίδια. Βέβαια, στο πως πώς θα είναι η ζωή της μετέπειτα θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο η κοινωνία. Παρατίθεται σχηματική απεικόνιση των παραγόντων που επιδρούν στην επιλογή της εφήβου:⁵⁰

8.4 ΑΝΥΠΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

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

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



στις χώρες της Ν. Ευρώπης και αυτό δείχνει ότι υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες αντισύλληψης.

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

Στην Ελλάδα είναι ανάγκη να καταλάβουν οι γυναίκες, και ιδιαίτερα τα νέα κορίτσια που έχουν σχέσεις, ότι είναι προτιμότερο να εφαρμόσουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο παρά να καταφύγουν στην άμβλωση.⁵¹

8.5 ΕΠΙΛΟΓΕΣ

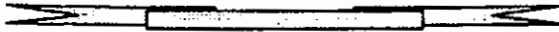
Μία επιλογή είναι το να δώσουν το παιδί για υιοθεσία. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η λιγότερο προτιμητέα λύση, για να μην ειπωθεί ανύπαρκτη για μερικούς έφηβους, αφού ταλαντεύονται μόνο μεταξύ της έκτρωσης ή της μητρότητας.

Συνήθως, οι νέες που επιλέγουν την υιοθεσία το κάνουν:

- Αναγκαστικά, διότι όταν συνειδητοποιήσουν την κύηση, δε μπορούν να κάνουν έκτρωση αλλά δε θέλουν και το μωρό.
- Είναι πάρα πολύ νεαρές, στα πρώτα χρόνια της ήβης (12-16 ετών)
- Συνήθως, ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και δεν έχουν τη στήριξη της οικογένειας.
- Αφού γεννήσουν το παιδί και το κρατήσουν για λίγο κοντά τους, μετά δυσκολεύονται να τα βγάλουν πέρα μόνες τους.
- Ενώ σε μεγάλο ποσοστό επιλέγουν την υιοθεσία έφηβες που το περιβάλλον τους, ιδίως άτομα επιρροής, όπως η μητέρα, η αδελφή, οι φίλες, είναι υπέρ της απόφασης αυτής. Πολλές φορές, βέβαια, πρόκειται για ένα σύνολο παραγόντων που οδηγούν στην τελική απόφαση.

Το θέμα δεν έχει διευκρινισθεί ακόμα, αρκετά από τους ειδικούς και ιδίως το γιατί η υιοθεσία είναι η λιγότερο προτιμητέα λύση. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, ενώ πάνω από το 40% επιλέγει την έκτρωση, μόλις το 5% αποφασίζει να δώσει το παιδί σε κάποια οικογένεια, ενώ όπως πρεσβεύει ο Klerman : « Οι επιπτώσεις, τα επακόλουθα της υιοθεσίας δεν είναι δυνατόν να είναι τόσο σοβαρά όσο αυτά της εφηβικής μητρότητας».

Όμως, ας σημειωθεί ότι η έφηβη θρέφει μέσα της αυτό το παιδί για 9 ολόκληρους μήνες, αποτελεί προσωρινά ένα κομμάτι δικό της και μία σχέση έχει αρχίσει να δημιουργείται. Ιδιαίτερα στα τελευταία στάδια της ήβης, όταν το μητρικό εγώ υπάρχει στη συνείδηση, και ιδίως αν δει το παιδί στον τοκετό, αφυπνίζεται το μητρικό ένστικτο. Το να δώσει το παιδί, είναι για εκείνη μία σημαντική απώλεια, ένα πένθος. Μέσα της βιώνει άγχος και αναστάτωση. Ο



φόβος ότι μπορεί αργότερα να το μετανιώσει, ότι αυτό που κάνει είναι απάνθρωπο και έτσι θα τιμωρηθεί (ίσως να μην κάνει άλλα παιδιά), διώχνουν τη σκέψη της υιοθεσίας. Εξάλλου, το μωρό μπορεί να συμβολίζει μία αγάπη που θα ήθελε να κρατήσει ζωντανή. Επιπλέον, είναι και το αίσθημα ευθύνης που έχει: αφού το έκανε πρέπει να το κρατήσει!

Η κοινωνία σπεύδει να ενισχύσει αυτό το τελευταίο συναίσθημα. Ποια μητέρα παρατά το παιδί της; Ακόμα και οι γονείς της εφήβου, σε όρισμένες περιπτώσεις αντιδρούν! Δε δέχονται να δοθεί το εγγονάκι τους. Ένα ακόμα κατηγορώ είναι αυτό του παιδιού. Η έφηβος φαντάζεται σαν μεγαλώνει, τι θα σκεφτεί για μία μάνα που δε το ήθελε!

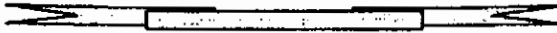
Ακόμα, η υιοθεσία σαν θεσμός είναι παρεξηγημένος. Τα ΜΜΕ παρουσιάζουν με καθόλου συμπαθητικό τρόπο ιστορίες, όπου μία άσπλαχνη εγωίστρια μητέρα πετά το παιδί της, ή η νέα οικογένεια κακοποιεί το παιδί και η φυσική μητέρα, όταν καταφέρει μετανιωμένη να βρει τα ίχνη του, είναι πλέον αργά. Ενώ, τα παιδιά τα «νόθα», όπως τα χαρακτηρίζουν, έστω και αν υιοθετηθούν, αποτελούν ειδική κατηγορία. Για παράδειγμα, στα σχολεία, μέχρι πρόσφατα, αναγράφονταν και κρατιόταν ξεχωριστά η καρτέλα τους.

Όλα αυτά, γεμίζουν το μυαλό της νέας, με μία παραπλανητική, κακή εικόνα για την υιοθεσία. Αυτή η γνώση, μαζί με την έλλειψη καθοδήγησης την προκαταλαμβάνουν αρνητικά. Μετά, μη μπορώντας να εκτιμήσει το κόστος του να μεγαλώνει ένα παιδί και πόσο δύσκολο είναι, καθώς και το ότι η υιοθεσία ίσως αποδειχθεί καλή για το παιδί, την απορρίπτει χωρίς να τη σκεφτεί.

Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας, που θα μπορούσαν να τη βοηθήσουν να δει την πραγματική κατάσταση της, την εκδοχή της υιοθεσίας και να της εξηγήσουν είναι λιγοστές (ουσιαστικά για νέες άγαμες έγκυες ή μητέρες υπάρχει μόνο το κέντρο βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ» στην Αθήνα και το Ίδρυμα στη Σίδνο της Θεσσαλονίκης, που ανήκει στην εκκλησία). Επιπλέον, είναι φτωχά στελεχωμένες, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι σε αυτές, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι ειδικοί, να υπερφορτώνονται με πολλά περιστατικά, αλλά και γραφειοκρατικού τύπου εργασίες. Κατά αυτό τον τρόπο παρεμποδίζονται στο να εμβαθύνουν όσο θα ήθελαν και δύνανται στο έργο τους. Η θέσπιση ενός πιο εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος και η οργάνωση σεμιναρίων θα οδηγούσε στη δημιουργία σωστότερα και αρτιότερα καταρτισμένων επιστημόνων. Ενώ, θα βοηθούσε στην αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών τους. Αν είχαμε έρευνες για ευτυχημένες υιοθεσίες, και για το τι συνέβαλε σε αυτές ή τι συνέβαλε στο να έχουμε αποτυχίες θα έδινε φως στην υπόθεση.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, μακροπρόθεσμα, για την ίδια την κοινωνία το να δίνονται τα παιδιά (που αλλιώς θα μεγάλωναν σε περιβάλλον εξαθλίωσης, περιθωριακό και κακοποίησης) για υιοθεσία θα ήταν ωφέλιμο. Το ίδιο θα ίσχυε για τις έφηβες που θα τους ανοίγονταν προοπτικές για ένα άλλο μέλλον και τη δυνατότητα να επανακαθορίσουν τη ζωή τους, αρκεί να είχαν προετοιμαστεί σωστά για να πάρουν μία τέτοια απόφαση. Ας μην ξεχνάμε τα άτεκνα ζευγάρια και το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Βέβαια, για να γίνουν αυτά πρώτιστα απαιτείται εργασία για την προβολή της καλής πλευράς του θεσμού. Χρειάζεται ενημέρωση, ειδικευση των αρμοδίων (κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων) που θα εργάζονται με την έφηβη και με τη θετή οικογένεια, ακόμα και μετά τη διαδικασία της υιοθέτησης, με την ανάλογη ειδική προσέγγιση και παρακολούθηση. Τονίζεται, ότι η ύπαρξη ειδικής εκπαίδευσης, αλλά και εξειδίκευσης, η συνεχής παροχή ανάλογης πληροφόρησης



και προετοιμασίας δεν είναι είδος πολυτέλειας. Είναι αναγκαιότητα, αφού έχουμε να κάνουμε με το χειρισμό ανθρώπινων ζώων,⁵⁰

8.6 ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΟΥΝ ΟΙ ΕΦΗΒΕΣ

Οι έφηβες μπορούν να απευθυνθούν σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Τα νοσοκομεία στα οποία λειτουργούν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι:

- ΑΘΗΝΑΣ- ΠΕΙΡΑΙΑ
- ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ- ΤΗΛ: 7799424
- ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»- ΤΗΛ: 4915061 (εσωτερ: 373)
- ΤΖΑΝΕΙΟ- ΤΗΛ: 4123522- 4127656
- ΥΠΟΛΟΠΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:
- ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ- ΤΗΛ: 24912
- ΑΡΓΟΥΣ- ΤΗΛ: 24455
- ΒΕΡΟΙΑΣ- ΤΗΛ: 22082
- ΒΟΛΟΥ- ΤΗΛ: 32479
- ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ- ΤΗΛ: 22229 (41 ή 32)
- ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (ΚΡΗΤΗ)- ΤΗΛ: 283798
- ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»- ΤΗΛ: 834785- 830034 (2218)
- ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»- ΤΗΛ:33461
- ΚΑΒΑΛΑΣ- ΤΗΛ: 228518
- ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ- ΤΗΛ: 86222
- ΚΟΖΑΝΗΣ- ΤΗΛ: 33711
- ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ- ΤΗΛ: 24601
- ΛΑΡΙΣΑΣ- ΤΗΛ: 230031
- ΞΑΝΘΗΣ- ΤΗΛ: 22920
- ΠΑΤΡΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»- ΤΗΛ: 223173
- ΠΡΕΒΕΖΑΣ- ΤΗΛ: 28710
- ΡΟΔΟΥ- ΤΗΛ: 25555- 25544
- ΣΕΡΡΩΝ- ΤΗΛ: 62222
- ΤΡΙΠΟΛΗΣ- ΤΗΛ: 222611
- ΧΑΝΙΩΝ- ΤΗΛ: 27231(234)

Στο ΙΚΑ και σε υποκαταστήματά του όπου λειτουργούν κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού:

- ΙΚΑ ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ (υποκατάστημα) τηλ: 9018290
- ΙΚΑ ΝΙΚΑΙΑΣ (υποκατάστημα Αγίας Βαρβάρας) τηλ: 5451001-8
- ΙΚΑ ΚΑΜΙΝΙΩΝ (υποκατάστημα) τηλ: 4131791
- ΙΚΑ ΔΡΑΜΑΣ (υποκατάστημα) τηλ: 0521- 20976/979
- ΙΚΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (τοπικό υποκατάστημα ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ) τηλ: 540198
- ΙΚΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΤΡΙΑΝΔΡΙΑΣ τηλ: 919380
- ΙΚΑ ΛΑΡΙΣΑΣ τηλ: 257892
- ΙΚΑ ΠΑΤΡΑΣ (περιφερειακό υποκατάστημα) τηλ: 2610-331647



Ακόμα μπορεί να απευθυνθεί στο ΠΙΚΠΑ:

ΠΙΚΠΑ ΑΘΗΝΑΣ (Καρόλου 16) τηλ: 5227376- 5223775
 ΠΙΚΠΑ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ
 ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ τηλ: 9232846
 ΠΙΚΠΑ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΥ
 ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ τηλ: 8067492

Σε συμβουλευτικά Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στα
 πολυιατρεία στις περιοχές:

ΑΙΓΑΛΕΩ ΤΗΛ: 5980055
 ΒΥΡΩΝΑΣ ΤΗΛ: 7660431
 ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑ ΤΗΛ: 4611199
 ΚΑΛΛΙΘΕΑ ΤΗΛ: 9568351
 ΜΑΡΟΥΣΙ ΤΗΛ: 8020256
 ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ ΤΗΛ: 5711541
 ΧΑΛΑΝΔΡΙ ΤΗΛ: 6812321

Οι παραπάνω πληροφορίες αντλήθηκαν από το βιβλίο «Οδηγός για τη φροντίδα του μωρού σας», Dr. M. J. Vaizey, (μετάφραση Δ. Καφετζής, έκδοση BOUNDY PUBLICATIONS LIMITED, 8^η έκδοση 1993)

Οι έφηβες μπορούν επίσης να απευθυνθούν στην κοινωνική υπηρεσία κάθε νοσοκομείου από όπου θα παρατεμφθούν σε υπηρεσία αρμόδια με προτεραιότητα βέβαια σε μαιευτήρια ή νοσοκομεία που αναλαμβάνουν γυναικολογικά- μαιευτικά περιστατικά.

Ακόμα, όλες οι έφηβες έγκυες έχουν δικαίωμα να απευθυνθούν στο Κέντρο Βρεφών «Μητέρα», όπου μάλιστα παρέχεται τροφή, στέγη, ιατροφαρμακευτική κάλυψη καθώς και ειδική επιστημονική φροντίδα. Ενώ, μετά τον τοκετό δίνεται η δυνατότητα διαμονής τους στο κέντρο για ορισμένο χρονικό διάστημα. Εάν η μητέρα επιλέξει να δώσει το παιδί για υιοθεσία τότε το παιδί παραμένει στο κέντρο.

ΚΕΝΤΡΟ ΒΡΕΦΩΝ «ΜΗΤΕΡΑ» τηλ: 2611181-2627155-2621911

Επίσης, η Εκκλησία έχει ένα κέντρο το «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ» στις Θέρμες Θεσσαλονίκης, όπου μπορούν να απευθυνθούν ανήλικες αλλά και ενήλικες έγκυες από όλη την Ελλάδα. Τους παρέχεται τροφή, στέγη, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθώς επίσης προστασία και ηθική στήριξη. Μπορούν να διαμείνουν εκεί πριν αλλά και μετά τη γέννηση του παιδιού τους για όσο χρονικό διάστημα έχουν ανάγκη.

«ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ» τηλ: 2310- 471145⁵⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

- 9.1 Ιστορική αναδρομή
- 9.2 Κίνητρα οικογενειακού προγραμματισμού
- 9.3 Μέθοδοι ελέγχου γονιμότητας
- 9.4 Αντισυλληπτικές μέθοδοι
- 9.5 Αμβλώση: η ελληνική μέθοδος αντισύλληψης
- 9.6 Σημασία γενετήσιας αγωγής
- 9.7 Στόχοι και μέθοδοι γενετήσιας αγωγής
- 9.8 Μετά την αμβλώση: η αντισύλληψη

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

9.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

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

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

Βέβαια, οι «κασσανδρισμοί» του Malthus δεν επαληθεύτηκαν πέρα για πέρα. Ωστόσο, θα εθελουφλούσε κανείς σήμερα, αν παραγνώριζε το εκρηκτικό δημογραφικό πρόβλημα που μαστίζει κυριολεκτικά τεράστιες περιοχές του πλανήτη μας, Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν. Α. Ασία κá που σέρνει κάθε τόσο εκατομμύρια κόσμου στη λιμοκτονία και τον αφανισμό.

Την ίδια ανάγκη ένωσε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών Francis Place, που έλεγε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυne να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να έχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Το 1822 μάλιστα εκδόθηκε μία εργασία που είχε τον τίτλο «Παράθεση και τεκμηρίωση των νόμων που διέπουν το πληθυσμιακό πρόβλημα».

Μετά από αυτό ακολούθησαν και άλλες εκδόσεις, σε αυτές ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των γεννήσεων για καλύτερη οικονομική και σωματική υγιεινή και περιέγραψαν ορισμένες αντισυλληπτικές μεθόδους.

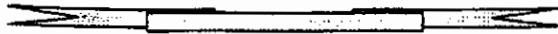
Η Σταυροφορία αυτή για την αναχαίτιση της πολυγονίας, γενικεύτηκε σε όλη την Αγγλία και την Αμερική, όπου κυκλοφορούσαν από ανώνυμους και επώνυμους ανθρώπους διάφορα διαφημιστικά φυλλάδια.

Αντίθετα, από την άλλη μεριά, γινόταν μία άλλη σταυροφορία που θεωρούσε τα έντυπα του είδους αυτού άσεμνα και την κυκλοφορία τους άσεμνη λογοτεχνία, πράγμα που οδήγησε πολλούς υπεύθυνους στα δικαστήρια.

Και αν στην Αγγλία δεν μπορούσαν να αναχαιτίσουν αυτή τη σταυροφορία, αντίθετα στην Αμερική με τον περίφημο νόμο του "Comstock", κατάφεραν να απαγορευτεί ο έλεγχος των γεννήσεων.

Στο μεταξύ εμφανίζεται στο προσκήνιο, η περίφημη Margaret Sanger, που απηφώνοντας την παραπάνω απαγορευτική διάταξη, ρίχνεται σε έναν αγώνα διάδοσης των αντισυλληπτικών. Κύριος σκοπός της είναι να αναχαιτίσει την πολυτεκνία της γυναίκας και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει τις βάσεις για την απελευθέρωση της γυναίκας.

Η Margaret Sanger πέρασε αρκετό χρόνο στη φυλακή για αυτές τις ιδέες της, αλλά στο τέλος κατόρθωσε να πετύχει την αλλαγή του νόμου που έδινε το



δικαίωμα στους γιατρούς να γράφουν αντισυλληπτικά χάπια για λόγους υγείας. Αργότερα, με την κατάργηση του νόμου του Comstock άνοιξε πλέον ο δρόμος για την ελεύθερη διαφήμιση και ανεμπόδιστη πώληση των αντισυλληπτικών. Η Margaret Sanger συνδέθηκε κατ' αρχάς με το γνωστό Σύνδεσμο Ελέγχου των Γεννήσεων και προσπάθησε να αποκτήσει την εύνοια και την υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Ο σκοπός του Συνδέσμου ήταν να δίνει τις οδηγίες εκείνες που ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που πρόκειται να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά αλλά και να βοηθάει αποτελεσματικά αυτούς που πάσχουν από στειρότητα, είτε είναι άνδρες είτε είναι γυναίκες.

Από του 1942 ο Σύνδεσμος εξαπλώθηκε στις υποανάπτυκτες χώρες και τότε ονομάστηκε Planned Parenthood Federation και μέλη του ήταν η Margaret Sanger, η γιατρός Marie Slapes από την Αγγλία, η Alleta Jacobs από τη Σουηδία και η λαίδη Dhanvanthis Rama Ray από την Ινδία, που έκαναν κάθε προσπάθεια για την πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού. Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το International Planned Parenthood Federation και ιδρυτικά του μέλη ήταν η Margaret Sanger, η Ms Ottesen, η λαίδη Rama Ray και άλλες. Αξίζει να υπομνηστεί ότι στο IPPF συμμετέχουν 54 χώρες, από τις οποίες οι 36 είναι υποανάπτυκτες. Οι υποανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις ανεπτυγμένες χώρες του IPPF είτε από διεθνείς οργανισμούς, όπως ΠΟΥ, ΟΗΕ.³⁶

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πειστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η έκτρωση, βέβαια, δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα, ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.⁵²

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός βοηθάει τη γυναίκα να διατηρήσει τη ψυχική, σωματική και κοινωνική της ευεξία, την απαλλάσσει από το άγχος μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τοκετού, όταν οι γονείς είναι άρρωστοι ή για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους. Βοηθάει τις ανύπαντρες γυναίκες στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη προκαλεί σοβαρά κοινωνικά, οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα. Συντελεί στην καλή σωματική και ψυχική ανάπτυξη των παιδιών. Τα παιδιά που η γέννησή τους δεν ήταν επιθυμητή δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα και έχουν αισθήματα ανασφάλειας στην εφηβική τους ηλικία. Αν υπάρχουν και οικονομικά προβλήματα η κατάσταση είναι θλιβερή. Επομένως, βασικός σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η μείωση των εκτρώσεων, η προαγωγή της υγείας της μητέρας και των παιδιών, με αποτέλεσμα να συμβάλει στη δημιουργία οικογενειών με ευτυχισμένους γονείς και επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά.⁵¹

9.2 ΚΙΝΗΤΡΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Το 1993 λειτούργησαν στην Ελλάδα 38 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΟΠ), 25 συνδυασμένα με νοσοκομεία, 3 με το ΠΙΚΠΑ και 8 με το ΙΚΑ. Από τα ευρήματα έρευνας προκύπτει ότι τα ΚΟΠ ανταποκρίνονται στις ανάγκες πολύ λίγων ατόμων. Η χωροταξική τους κατανομή δεν είναι επαρκής. 29 από τους 52 νομούς της Ελλάδας δε διαθέτουν καμία δημόσια υπηρεσία ενώ τα υπάρχοντα ΚΟΠ παρουσιάζουν ελλείψεις προσωπικού και υπηρεσιών. Ο δημόσιος τομέας περιορίζεται στο 39% του συνόλου των υπηρεσιών. Μερικά ΚΟΠ ανέστειλαν τη λειτουργία τους ενώ 7 υπολειτουργούν. Οι νομοί και οι περιοχές που δε διαθέτουν ΚΟΠ είναι αυτοί που οι γυναίκες διαθέτουν χαμηλό εισόδημα και δυσκολεύονται να πληρώσουν ιδιωτικές τιμές ανάλογων υπηρεσιών. 29 νομοί δεν έχουν υπηρεσίες. Το προσωπικό τους είναι ανεπαρκές και έχει δοθεί το βάρος σε καθαρά ιατρικές υπηρεσίες, π. χ. εξέταση μαστού, τέστ ΠΑΠ, γυναικολογικά προβλήματα. Λειτουργούν περισσότερο ως ιατρικά κέντρα γυναικολογικής εξέτασης και λιγότερο ως φορείς αρμόδιοι για τον περιορισμό των εκτρώσεων, τη διάδοση της αντισύλληψης, τη σεξουαλική αγωγή, τα προβλήματα γονιμότητας και στειρότητας, την προγεννητική διάγνωση, τη γενετική καθοδήγηση (με έμφαση στη μέσογειακή αναιμία). Για αυτό ο αριθμός των εκτρώσεων δεν έχει μειωθεί σημαντικά με την ίδρυση των ΚΟΠ.⁵¹

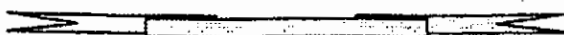
9.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι στατιστικές που βγάλανε κατά καιρούς διάφορες έρευνες δείχνουν πως το 75% περίπου των ζευγαριών ενδιαφέρεται για την πρόληψη της εγκυμοσύνης ή τουλάχιστον τον έλεγχο της γονιμότητας. Για την τελευταία περίπτωση ήδη υπάρχουν τέσσερις μέθοδοι που λίγο πολύ βοηθάνε τον ενδιαφερόμενο. Είναι η σεξουαλική εγκράτεια, η παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης με τεχνικά μέσα, η στειρώση και η έκτρωση.³⁶

Παρότι σήμερα περισσότερο από ποτέ οι γυναίκες γνωρίζουν τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους, εξακολουθεί να υπάρχει ένα τεράστιο χάσμα ανάμεσα στη διάθεση και τη χρήση. Τα ταμπού, η ελλειπής ενημέρωση και γνώση των γυναικών για το σώμα τους, αλλά και η έλλειψη αυτονομίας στον καθορισμό του οικογενειακού προγραμματισμού είναι τα κυριότερα εμπόδια.

Η έκτρωση θεωρείται δυστυχώς ως μία αποδεκτή, για να μην πούμε ως η κυριότερη μέθοδος αντισύλληψης σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το ποσοστό των θανάτων που οφείλεται σε επικίνδυνες εκτρώσεις ανέρχεται στο 13% της συνολικής μητρικής θνησιμότητας διεθνώς-περίπου 80.000 ετησίως. Αυτοί οι θάνατοι θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με τη διασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης των γυναικών στην πληροφόρηση και σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, όπως επίσης και με την κατάλληλη αντιμετώπιση των επιπλοκών της έκτρωσης.

Αρκετές χώρες ανέλαβαν δράση για αυτό το θέμα, όπως η Ρωσία, η Ινδία, η Νέα Ζηλανδία, όπου διανέμονται δωρεάν δύο ποικιλίες αντισυλληπτικών χαπιών. Επιπλέον, είναι εξίσου αναγκαίο να αναγνωριστεί η αναγκαιότητα της αύξησης της συμμετοχής των ανδρών στην αναπαραγωγική υγιεινή φροντίδα και στον



οικογενειακό προγραμματισμό, καθώς και η αναγκαιότητα εξάλειψης της πλάνης, ότι πρόκειται κυρίως για γυναικεία προβλήματα¹⁵

9.4 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι διάφορες χρησιμοποιούμενες σήμερα μέθοδοι, η κλινική τους αποτελεσματικότητα, ο πιθανολογούμενος τρόπος δράσεως και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι, συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

μέθοδος	(αν) αποτελεσματικότητα: ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε 100 «γυναίκες-έτη»	Πιθανολογούμενος τρόπος δράσης	μειονεκτήματα
Στείρωση (άνδρα ή γυναίκας)	Μικρότερη του 0,2 Με καλή τεχνική η αποτελεσματικότητα είναι πρακτικά απόλυτη. Αποτυχίες είναι πολύ σπάνιες, αλλά σποσδήποτε κάπως συχνότερες στη στείρωση του άνδρα παρά της γυναίκας.	Αποκλεισμός της πορείας του σπέρματος ή του ωαρίου με απολίνωση των σαλπγγων ή των σπερματικών πόρων	Αδυναμία αποκατάστασης της αναπαραγωγικής ικανότητας αργότερα. Χειρουργικοί κίνδυνοι είναι πολύ περιορισμένοι
Αντισυλληπτικά δισκία	Μικρότερη του 0,3 Η αποτελεσματικότητά είναι σχεδόν απόλυτη όταν η χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες	Αναστολή της ωορρηξίας και έκκριση στη βλεννη που αποβάσσει το στόμα της μήτρας	Υψηλό κόστος, ανάγκη καθημερινής χρήσης, ορισμένες παροδικές παρενέργειες. Η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί να συνεπάγεται αύξηση της συχνότητας θρομβοεμβολικών επεισοδίων και σε κάποιο βαθμό της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ο σχετικός κίνδυνος για τις ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι πάντως πολύ μικρός (2 ως 3). Δεν υπάρχει ένδειξη ότι τα αντισυλληπτικά δισκία αυξάνουν τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού, δεν έχει επαβεβαιωθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η χρήση τους μειώνει τη συχνότητα του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών
Ενδομήτριο έλασμα (πλαστικό με ή χωρίς προσθήκη χαλκού ή ορμονών)	3	Παρεμπόδιση της ενδομήτριας εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου (παράπλευρη σπερματοκτόνα ενέργεια των πρόσθετων ουσιών, όπως ιόντων χαλκού)	Δυσανεξία από μερικές γυναίκες, μερικές φορές πόνοι ή παράταση της καταμήνιας αιμορραγίας. Αύξηση της συχνότητας εξωμήτρων κύσεων
Ανδρικό ελαστικό προφυλακτικό	10	Παρεμπόδιση της εισόδου του σπέρματος στον κόλπο της γυναίκας	Πιθανή ρήξη κατά τη χρήση, πιθανή έκκριση σπέρματος μετά την έρση της στήσης, ανάγκη ανδρικής πρωτοβουλίας

Πλαστικό διάφραγμα(σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα αλοιφή)	15	Αποκλεισμός της εισόδου του σπέρματος στην κοιλότητα της μήτρας και καταστροφή του σπέρματος	Αισθητικά μειονεκτήματα Ανάγκη εισαγωγής μέσα στον κόλπο με το χέρι. Μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός. Μετακίνηση του διαφράγματος κατά τη συνουσία ή ακατάλληλη τοποθέτησή του, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της αποτελεσματικότητας
Ευθρό (αποχή κατά τις γονιμές ημέρες της γονιμότητας)	25	Αποχή κατά τις γονιμότερες ημέρες της γονιμότητας, όπως αυτές προσδιορίζονται με βάση τα θερμοκρασιακά διαγράμματα ή τη μέση ημερολογιακή εκτίμηση	Δυσχερής ή προδοσιαμής από γονιμών ημερών και ανάγκη αποχής από γεννητικές σχέσεις κατά τη διάρκεια ορισμένων ημερών
Διακοπή της συνουσίας πριν την εκσπερμάτιση	25	Εκσπερμάτιση εκτός του κόλπου	Πρόσρη διακοπή της συνουσίας, ψυχολογικές επιπτώσεις, μερικές φορές αδυναμία αναστολής της εκσπερμάτισης
Σπερματοκτόνα ουσίες (σε αλοιφές ή θυσία)	25	Σπερματοκτόνη δράση και μηχανική παρεμπόδιση του σπέρματος παρών	Όλισηση των κόλπου και της στήθων από αυτόν, ανάγκη χρησιμοποίησης λόγω από την συνουσία μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός
Κολπικές πλύσεις	35	Μηχανική απομάκρυνση του σπέρματος από τον κόλπο και καταστροφή του σπέρματος	Μερικές φορές ελαφρός ερεθισμός, ψυχολογικές και αισθητικές συνέπειες
Προκλητή έκτρωση (με αποξείωση ή ανιρρόφηση)	0	Διακοπή της κύησης με αποξείωση του εμβρύου από τη μητρική κοιλότητα	Μικροί άμεσοι χειρουργικοί κίνδυνοι. Ως η απώτερος επιπλοκές ανυπερνοται εξαίρετη εγκυμοσύνη και δευτερογενής στειρότητα αλλά η συχνότητα τους φαίνεται ότι είναι σχετικά περιορισμένοι. Ηθικοί προβληματισμοί
Προκλητή έκτρωση (φαρμακολογικά)	Η αποτελεσματικότητα διαφόρων εμπειρικών φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Σήμερα χρησιμοποιούνται ορισμένα φάρμακα που θεωρούνται αποτελεσματικά αλλά δεν έχουν ακόμα χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση	Για τα εμπειρικά φάρμακα που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν η δράση τους βασίζεται σε γενική τοξική επίδραση και για το λόγο αυτό είναι επικίνδυνη. Τα οιστρογόνα φαίνεται ότι δυσκολεύουν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ η δράση των προσταγλανδινών αφορά ποικίλα στάδια της διαδικασίας εμφύτευσης και συντήρησης	Οι σύγχρονες μέθοδοι δεν έχουν ακόμα τελειοποιηθεί σε βαθμό που να επιτρέπει την ευρεία εφαρμογή τους. Η χρησιμοποίηση εμπειρικών φαρμάκων συνεπάγεται σημαντικούς κινδύνους

Η επιλογή της καταλληλότερης κατά περίπτωση αντισυλληπτικής μεθόδου γίνεται με συνεκτίμηση της αποτελεσματικότητας, του κόστους και των μειονεκτημάτων και παρενεργειών της μεθόδου, καθώς και των συγκεκριμένων συνθηκών. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει σήμερα ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος, που να είναι απόλυτα ακίνδυνη, απόλυτα αποτελεσματική, φθηνή, εύκολη στη χρήση της, άσχετη με το χρόνο της γενετήσιας σχέσης και αισθητικά αποδεκτή. Τέλος, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι η αντισυλληπτική διαδικασία δεν αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, αλλά απευθύνεται σε υγιή άτομα, για το λόγο αυτό οι απαιτήσεις που υπάρχουν από τις αντισυλληπτικές μεθόδους, είναι πολύ

πιο αυστηρές από τις αποκτήσεις που υπάρχουν για άλλες ιατρικές διαδικασίες και παρεμβάσεις.⁵³

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι η εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων που έχει την ηθική αξία των λόγων που την επέβαλαν. Η προσπάθεια π.χ. αποφυγής της εγκυμοσύνης από εγωισμό, από φόβο υποχρεώσεων και ευθυνών αποτελεί ασφαλώς εκδήλωση ατόμων χωρίς ιδανικά και χαρακτήρα αξίας τρίτης κατηγορίας. Δεν είναι παρά νομιμοποιημένη παλακία και η ανθρωπότητα δεν έχει να χάσει πολλά πράγματα, γιατί άνθρωποι χωρίς χαρακτήρα, αρνούνται να πολλαπλασιαστούν. Δυστυχώς είναι κιόλας πάρα πολλοί εκείνοι που τεκνοποιούν από απερισκεψία ή αδιαφορία και εκδικούνται έπειτα τα παιδιά τους.²³

9.5 ΑΜΒΛΩΣΗ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

(Δημοσίευση :22/11/2001)

Δυσοίωνο και τραγικό διαγράφεται το μέλλον της Ελλάδας από την απερίσκεπτη τάση μεγάλου ποσοστού των Ελληνίδων να χρησιμοποιούν την έκτρωση ως μέθοδο αντισύλληψης!!!

Η έκτρωση φαίνεται ότι αποτελεί το πιο διαδεδομένο μέτρο... αντισύλληψης στην Ελλάδα, καθώς κάθε χρόνο γίνονται περίπου 200.000 εκτρώσεις, αριθμός δυπλάσιος από αυτόν των γεννήσεων. Ενδεικτικό είναι και το γεγονός ότι οι Ελληνίδες επισκέπτονται για πρώτη φορά το γυναικολόγο τους σε ηλικία 25 ετών και αυτό εξαιτίας κάποιου γυναικολογικού προβλήματος ή μίας εγκυμοσύνης.

Για τις μεθόδους αντισύλληψης φαίνεται ότι προτιμούν να ενημερώνονται από τις φίλες τους ή από περιοδικά και συνήθως θεωρούν ότι ο άνδρας πρέπει να έχει την πρωτοβουλία σε αυτό το θέμα.

Τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν από δημοσκόπηση του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠ) που έγινε σε συνεργασία με τη Metron Analysis, στην οποία πήραν μέρος 1500 άτομα ηλικίας 16-46 ετών και τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάστηκαν στη συνέντευξη τύπου από τον επίκουρο καθηγητή Προληπτικής Ιατρικής κ. Γ.Τούντα και τον αναπληρωτή καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας κ. Β.Ταρλατζή.

Όπως επεσήμαναν οι ομιλητές, μία στις τέσσερις γυναίκες που ρωτήθηκαν για το θέμα της αντισύλληψης, απάντησαν ότι έμειναν έγκυες παρότι δεν το επιθυμούσαν, ενώ αν και επτά στους δέκα Έλληνες και Ελληνίδες εκτιμούν ότι είναι πλήρως ενημερωμένοι σε θέματα αντισύλληψης. Οκτώ στους δέκα άνδρες και επτά στις δέκα γυναίκες δεν είναι σίγουροι για το ποιες είναι οι γόνιμες ημέρες του γυναικείου κύκλου.

Το ΙΚΠ συνεχίζοντας το έργο της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, που έχει ξεκινήσει από το 1990, αναλαμβάνει εκστρατεία πανελλαδικής εμβέλειας για την ενημέρωση των νέων σε θέματα σεξουαλικής αγωγής, αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού.¹⁵



9.6 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η γενετήσια ή σεξουαλική αγωγή, έχει σαν πρωταρχικό στόχο να πληροφορήσει τα νεαρά άτομα για την ανατομία και βιολογία του αναπαραγωγικού συστήματος και ακόμα για το σωστό ψυχολογικό-συναισθηματικό κλίμα που πρέπει να χαρακτηρίσει τις σχέσεις των δύο φύλων. Τελικός στόχος πρέπει να είναι η ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου για τη δημιουργία ευτυχισμένης οικογενειακής ζωής.

Επιχειρήματα για την καθιέρωση της γενετήσιας αγωγής:

Οι σεξουαλικές σχέσεις, όπως ξέρουμε, χρησιμεύουν για την αναπαραγωγή αλλά και για την ανάπτυξη σχέσεων ανάμεσα σε άτομα διαφορετικού φύλου. Οι δύο αυτές έννοιες, υπήρξαν για πολλές γενιές, αναπόσπαστα συνδεδεμένες. Σήμερα, με την ανακάλυψη ακίνδυνων και αποτελεσματικών μέσων για τον έλεγχο των γεννήσεων, δηλαδή των αντισυλληπτικών, οι δύο λειτουργίες ξεχώρισαν και η σεξουαλικότητα απέκτησε ιδιαίτερη σημασία σαν μέσο διαπροσωπικών σχέσεων, ανεξάρτητα από την αναπαραγωγική ηλικία. Επομένως, πολλοί κανόνες σεξουαλικής συμπεριφοράς άλλαξαν.

Χωρίς αμφιβολία, η σεξουαλικότητα που εκφράζει τη σεξουαλική ορμή είναι έμφυτη. Οι τρόποι, όμως, που βιώνεται, εκδηλώνεται και δικαιώνεται, με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, μαθαίνονται. Αυτό, με άλλα λόγια, που ονομάζουμε σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να επηρεαστεί παιδαγωγικά.

Εκτός από τις σύγχρονες ιατρικές γνώσεις έχουμε και σημαντικές περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλλαγές, όπως η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η εξάπλωση των ΜΜΕ, τα φεμινιστικά κινήματα απελευθέρωσης των γυναικών, οι προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις από πολύ μικρή ηλικία, οι αλλαγές στο θεσμό της οικογένειας με την αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, και οι αλλαγές στις νομικές συνθήκες της οικογενειακής ζωής.

Ίσως, θα πρέπει ακόμα να επισημανθεί ότι ζούμε σε μία εποχή, όπου η προκλητική και χωρίς αναστολές προβολή των ορέξεων, επιβάλλει προσποιημένη άγνοια, αλλά ενημέρωση. Δε χρειάζεται πολλά επιχειρήματα για να δεχτούμε πως είναι προτιμότερη η σεμνή, χαμηλότονη και υπεύθυνη περιγραφή και ερμηνεία των σεξουαλικών φαινομένων από τους γονείς και τους δασκάλους, παρά η εμπειρία του πεζοδρομίου. Έτσι, δε μπορεί να αντέξει οποιαδήποτε κριτική εναντίον της σεξουαλικής αγωγής. Εξάλλου, σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες υπάρχει κάποια μορφή σεξουαλικής αγωγής, γεγονός που επιβεβαιώνει την αποδοχή σε παγκόσμια κλίμακα. Σε ορισμένες χώρες είναι υποχρεωτική σε όλα τα σχολεία (Δανία, Σουηδία, Δυτική και Ανατολική Γερμανία, Τσεχοσλοβακία, ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ), σε άλλες χώρες υπάρχει νομοθετική κάλυψη χωρίς να υλοποιείται σε όλη την επικράτεια (Βουλγαρία, Γιουγκοσλαβία, Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία, Πολωνία), σε άλλες χώρες δεν υπάρχει νομική κάλυψη, αλλά η γενετήσια αγωγή είναι γενικά αποδεκτή (Μ. Βρετανία, Ρωσία, Ολλανδία, οι περισσότερες πολιτείες των ΗΠΑ). Στην Ελλάδα, την Τουρκία και την Κύπρο, η γενετήσια αγωγή δεν είναι απαγορευμένη αλλά δεν έχει καθιερωθεί.⁵³

9.7 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ

Τα βασικά ερωτήματα είναι α) πότε πρέπει να αρχίζει, β) ποιοι είναι οι κατάλληλοι φορείς διδασκαλίας και γ) ποιο πρέπει να είναι το περιεχόμενο και οι στόχοι.

Η πληροφόρηση πρέπει να αρχίζει από τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, γιατί τότε αρχίζουν οι πρώτες απορίες «πώς ήρθα στον κόσμο;» κλπ. Οι απαντήσεις πρέπει να δίνονται με ειλικρίνεια, σωστή ορολογία και σύμφωνα με την ανάπτυξη του παιδιού. Η αρχική αυτή ενημέρωση πρέπει να είναι περιορισμένη μόνο στο περιεχόμενο της ερώτησης, χωρίς να χρωματίζεται. Οι περισσότερες χώρες αρχίζουν την πληροφόρηση από το νηπιαγωγείο και τη συνεχίζουν στο δημοτικό, το γυμνάσιο, ενώ οι λιγότερες αρχίζουν μόνο στο γυμνάσιο.

Όπως είναι φυσικό, το περιεχόμενο και οι στόχοι αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα διαφωνιών στις συζητήσεις που γίνονται σε κάθε χώρα. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μετά την αρχική ενημέρωση από τους γονείς και τους δασκάλους στο νηπιαγωγείο, θα πρέπει στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού να δίνονται ορισμένες βασικές βιολογικές πληροφορίες, πριν αρχίζει το παιδί να τις χρωματίζει συναισθηματικά. Στις πρώτες τάξεις του γυμνασίου, πρέπει να διδάσκεται η διαφορά των δύο φύλων, οι σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές της εφηβείας, η υγιεινή της εμμηνορρυσίας, η γονιμοποίηση, η εγκυμοσύνη και η γέννηση. Στα χρόνια του λυκείου, εκτός από την αναπαραγωγή του ανθρώπου, μπορεί να διδάσκονται, προοδευτικά, θέματα όπως σεξουαλική συμπεριφορά, ο αυνανισμός, η εκπερμάτιση, η αντισύλληψη, ο οικογενειακός προγραμματισμός, τα αφροδίσια νοσήματα, η πορνεία, ο βιασμός, η έκτρωση, οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις, οι ψυχοσεξουαλικές ανωμαλίες, είναι ακόμα και νομικές βάσεις της σεξουαλικής και οικογενειακής ζωής.

Η επιτυχία της σεξουαλικής αγωγής στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην κατάλληλη παιδαγωγική προσέγγιση και όχι στο στεγνό και ανιαρό μάθημα. Οι μαθητές πρέπει να συμμετέχουν σε διάλογο, να επιχειρείται εξατομικευμένη προσέγγιση μέσα από μικρές ομάδες, με επίκεντρο τα συγκεκριμένα προβλήματα των μαθητών. Οι μαθητές δεν έχουν την ίδια ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, επομένως και τα ίδια προβλήματα. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι αντικειμενικές και ανάλογα με την ηλικία του μαθητή, να έχουν επίκεντρο τη διαφύλαξη της ψυχολογικής και ηθικής ουσίας με ιδιαίτερη έμφαση στις βαθύτερες ανθρώπινες σχέσεις και αξίες. Θα πρέπει να δημιουργείται προσεκτικό ψυχολογικό κλίμα ανάμεσα στα δύο φύλα, με κατευθυνόμενες ψυχαγωγικές συγκεντρώσεις στα σχολεία και όχι με πνεύμα εκφοβισμού γύρω από τα θέματα του σεξ. Δε χρειάζονται καταδικές και αφορισμοί εκείνων που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις. Οι απαγορεύσεις δε βοηθούν τη φυσιολογική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και τις σωστές ανθρώπινες σχέσεις, όπου πρέπει κυρίως να προβάλλεται η ελευθερία του ατόμου, τα ίσα δικαιώματα, αλλά και οι υποχρεώσεις με βάση την αγάπη και την προαγωγή της λειτουργικότητας του κοινωνικού συνόλου.

Η οικογένεια αποτελεί το φυσικό φορέα της σεξουαλικής αγωγής τόσο στα πρώτα στάδια της ζωής του ατόμου, όσο και μετέπειτα, όταν σε συνεργασία με το σχολείο συνοδεύει το παιδί και τον έφηβο στη ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη. Το σχολείο παίρνει τη σκυτάλη από τους γονείς και πρέπει πάντα σε συνεργασία μαζί τους να προσφέρει σταδιακά τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις της σεξουαλικής ζωής. Για αυτό ο βαθμός συνεργασίας γονέων και σχολείου προδικάζει και την επιτυχία των

προγραμμάτων. Η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών σε ειδικές συναντήσεις με τους γονείς, εξασφαλίζει όχι μόνο την απαραίτητη συναίνεση, αλλά και την παλίνδρομη πληροφόρηση για τις σωστές κατευθυντήριες γραμμές, που δεν πρέπει να είναι στατικές αλλά συνεχώς αναπροσαρμοζόμενες.⁵³

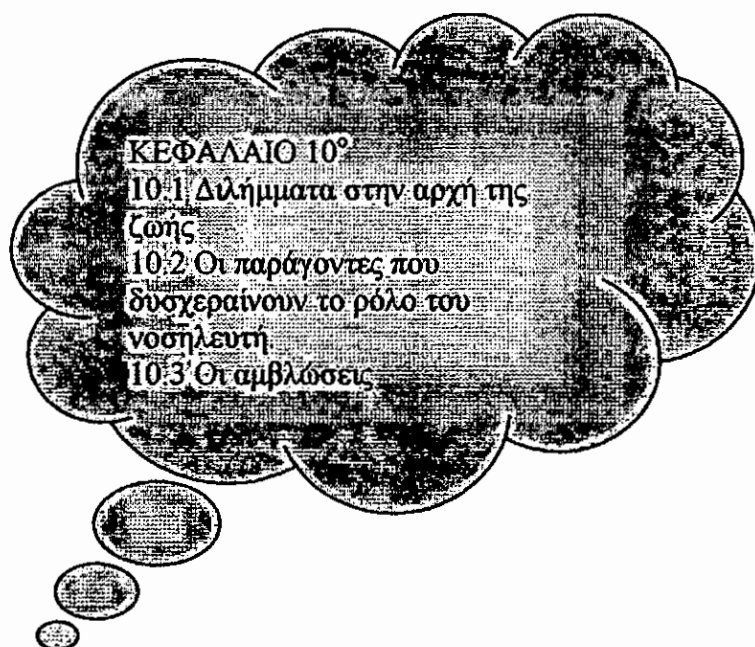
9.8 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ: Η ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

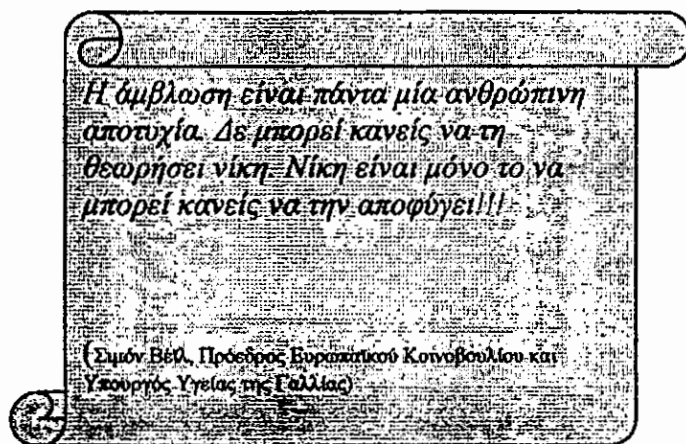
Μετά την έκτρωση έχουμε συχνά την τάση να σκεφτόμαστε : «Δε θα έχω ποτέ πια σεξουαλικές σχέσεις, τι να την κάνω λοιπόν την αντισύλληψη;». Αν πάλι, χρησιμοποιούσαμε μία αντισυλληπτική μέθοδο και όμως μείναμε έγκυος, μας είναι δύσκολο να διαλέξουμε μία καινούρια, αφού η πρώτη απέτυχε.

«Είχα πάψει να πιστεύω στα αντισυλληπτικά μέσα, αλλά τελικά πήρα το χάπι που είχα αρνηθεί να το πάρω στο παρελθόν, γιατί μου φαινόταν τώρα η μόνη μέθοδος που θα μου έδινε κάποια ασφάλεια.»

Οι περισσότερες γυναίκες θέλουν να συνεχίσουν τη σεξουαλική τους ζωή, αλλά δε θέλουν με κανένα τρόπο να ξανακάνουν έκτρωση. Αυτό τους επιτρέπει να έχουν κανονικές σεξουαλικές σχέσεις μετά το διάστημα της αποχής. Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να τοποθετηθεί αμέσως μετά την έκτρωση. Για το διάφραγμα θα πρέπει να γίνουν πρώτα οι αναγκαίες γυναικολογικές εξετάσεις μετά την έκτρωση (4-6 εβδομάδες αργότερα). Στο μεταξύ, μπορεί να χρησιμοποιείται το προφυλακτικό. Η περίοδος παρουσιάζεται τέσσερις εβδομάδες μετά την έκτρωση (εκτός αν λαμβάνεται το χάπι). Μην ξεχνάτε πάντως πως ήδη στη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά την έκτρωση είστε γόνιμη και πως μία μόλυνση δημιουργείται πολύ εύκολα.

Τέλος, πιστεύεται πως αν, σε ιδεώδεις συνθήκες, τα αντισυλληπτικά μέσα ήταν πλατιά διαδεδομένα, ο αριθμός των εκτρώσεων θα περιοριζόταν σημαντικά (πράγμα που συμβαίνει στις περισσότερες χώρες όπου η έκτρωση είναι ελεύθερη από καιρό). Αλλά δεν πιστεύουμε ότι η έκτρωση μπορεί να εκλείψει τελείως. Για αυτό, πρέπει να αγωνιστούμε για να νομιμοποιηθεί με την ουσιαστική σημασία του όρου, και να γίνεται σε όλες ανεξάρτητα τις γυναίκες με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες.¹⁰





10.1 ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Κάποτε σε μία εποχή του χρόνου της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη προσγείωσε το διαστημόπλοίο 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 εγκαταλελειμμένος στο διάστημα προσπαθούσε να βρει την απάντηση σε ένα ερώτημα που στη γη ακόμα το συζητούσαν.....

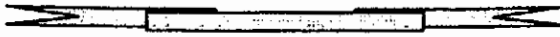
Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλημμα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας μας δεν είναι παρά μία προέκταση του διλήμματος των αμβλώσεων, που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος «συγκλονίζει» απηχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος, δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούριο 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 μία ρητή διατύπωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι τη 12^η εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμία παράγραφο του τι θα συνέβαινε σε περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δε θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μία 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 άποψης νόμου, θα έπρεπε να προβλέψει τη δημιουργία ηθικών διλημάτων στις συνειδήσεις του υγειονομικού προσωπικού». Τίποτα όμως από αυτά δεν έγινε, και έτσι ο νόμος αφήνοντάς μας ακάλυπτους και θέτοντας τις αμβλώσεις στην προστασία του Κράτους, με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα μαιευτήρια σαν επεμβάσεις ρουτίνας και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, μετέβαλε το θέμα των αμβλώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σε ένα δίλημμα που όχι απλώς ζητά μία 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 συνείδησης των γιατρών και κατ' επέκταση άλλων Υγειονομικών λειτουργιών όπως Νοσηλευτές, Μαιευτές κ.ά.

Το επειγόν και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε μία υπεύθυνη απάντηση, 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, ο προβληματισμός του στρέφεται γύρω από τρία ερωτήματα- σημεία:

1. πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των



στοιχειωδών ανθρώπων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής. Από της εμφάνισης της η Ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο 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 σύλληψή του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται.

Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη Ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις.

Ο Γάλλος γιατρός Rene Biot στο βιβλίο του “Sante Humaine” – «Η υγείας 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, 2000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες διακήρυξαν: «Πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη».

Τις γνώμες τους έρχεται να επιβεβαιώσει και η σύγχρονη επιστήμη της Εμβρυολογίας και Γενετικής. Η επίκουρος καθηγήτρια της Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα. Γκελή- 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 όπια φάση, σε όποια ηλικία, έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή ανθρώπινης ύπαρξης».

Εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές, πειράματα Ευρωπαίων και Ιαπώνων επιστημόνων ήρθαν να αποδείξουν πόσο σαθρό είναι το όριο της δωδέκατης 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 μία ημέρα είναι. Μετά δηλαδή, τη δωδέκατη εβδομάδα η άμβλωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ μία ημέρα πριν είναι πράξη που επιτρέπεται. Αλλά τι συμβαίνει μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα που είναι το επιτρεπόμενο όριο; Τα πειράματα έδειξαν ότι: τη 16^η ημέρα από τη σύλληψη το έμβρυο έχει ανοίξει τα μάτια του. Σε 18 ημέρες από τη σύλληψη η καρδιά του έχει σχηματισθεί και χτυπάει. Μετά από 30 ημέρες 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 κίνησή τους στους 4 ½ μήνες. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα, πλήρως σχηματισμένα πέλματα και τέλεια σχηματισμένο σώμα. Στις 11 εβδομάδες θηλάζει τον αντίχειρά του, αναπνέει και κολυμπάει 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 ζέση, στο θόρυβο. Αντιδρά στους ήχους που στέλνει ένα megaphone 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.¹

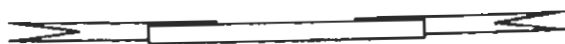


Ο μικροσκοπικός κόσμος του εμβρύου.

Επισημαίνουμε για το ποθιτό αυτό ταυροειδές πλοσυστάρι, που έρχεται στη ζωή μας για να μας γίνει πλήρως ιατρό, χωρίς αυτηγία!

Το έμβρυο ζει μια προσωπική ζωή που, όπως η ζωή, για να είναι ελεύθερη, πρέπει να...

Επρόθεσμος της εμβρυολογίας και οι τεχνολογικές επιτεύξεις μας χάνουν την αυτοκή δυνατότητα να μελετήσουμε και να ανακαλύψουμε τον θαυμαστό κόσμο της εμβρυικής ζωής.



Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο σας ακούει!

Αντιλαμβάνεται σχεδόν όλους τους θορύβους, τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας του, τη φωνή της, τα γουργουρίσματα του εντέρου, την μουσική που ακούει, το βόμβο των αεροπλάνων.

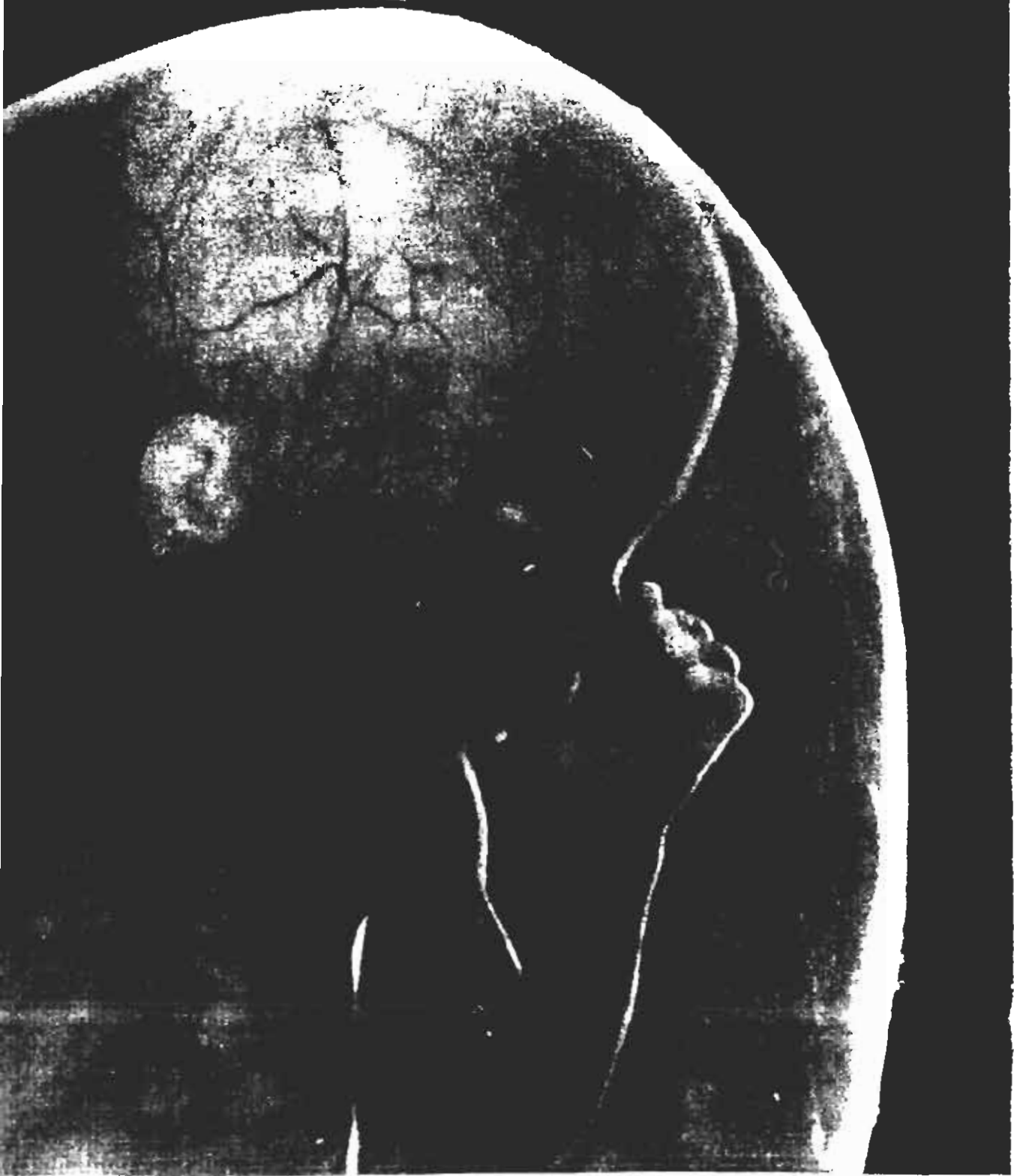


Το έμβρυο πιπιλά το δαχτυλό του!

Τα μωρά μέσα στην κοιλιά της μαμάς, μαθαίνουν να χρησιμοποιούν το στόμα τους!

Τα πολύ ζωηρά μωρά, τις τελευταίες εβδομάδες της ενδομήτριας ζωής πίνουν 3 έως 4 λίτρα υγρό την ημέρα, που αναλογούν σε θερμίδες όσο ακριβής 100 γραμ. γάλα!

Το έμβρυο από την αρχή της ζωής του θηλάζει ένστικτωδώς!





Πουλί ή γυρτίνος;

Όχι! Δεν είναι πουλί ούτε γυρτίνος! Είναι έμβρυο περίπου 10 ημερών. Οι εμβρυολόγοι που πρώτοι άρχισαν να μελετούν τα αρχικά στάδια της ανθρώπινης ζωής, διαπίστωσαν ότι: Στην αρχή της ζωής του το έμβρυο δεν έχει κανένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό!





Προς το τέλος της έβδομης εβδομάδας έχει μήκος 3 εκατοστά και ζυγίζει περίπου 11 γραμμάρια! Η οστεοποίηση του σκελετού αρχίζει!

Μέσα σε λίγες μέρες 110 κομμάτια μαλακών ιστών θα μεταβληθούν μέρα με τη μέρα σε σκληρυνόμενα οστά που θα μπορούν να κινούνται στις αρθρώσεις.



Ζει, αναπτύσσεται, μεγαλώνει με ένα τρόπο θαυμαστό που προκαλεί δέος ή ισορροπία ζωής του.

*Τον πρώτο καιρό της εγκυμοσύνης, το μικρό σκουπίτκι του έμβριου κινείται ανετα στον ειρ-
χωρο χώρο που προσφέρει το υπάλδι με το υγρό. (αμνιακός σάκος).*





2. 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 σύλληψή του και η ζωή του έχει αξία; Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγοσταθμίσουν δύο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Η αξία μητέρα ή η αξία παιδί; Σε περίπτωση που το παιδί θα γεννηθεί με σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ. μεσογειακή αναιμία, AIDS) αξίζει να ζει; Έχει αξία η ζωή του παιδιού όταν αυτό θα γεννηθεί αυτιστικό; Έχουμε το δικαίωμα να επιφορτίσουμε τη μητέρα να δεχθεί ένα παιδί άρρωστο, ένα παιδί που θα αποτελεί μόνιμο πρόβλημα για αυτή σε όλα τα χρόνια της ζωής του;

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες, γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται. Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωισμός και 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 γονιών, οπωσδήποτε θα αποφορτίσουν την απάντηση. Παρά τους προβληματισμούς που είναι λογικοί και πολλές φορές δικαιολογημένοι, σταθερό κριτήριο της τοποθέτησής μας στο θέμα άμβλωση πρέπει να παραμένει η αξία παιδί. Καμία περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε και αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε και αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα τη ζωή της μητέρας, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμα και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την άμβλωση. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μία επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές, που φτάνουν μέχρι και το θάνατο, και έχει σοβαρές συνέπειες για τη ψυχική υγεία της μητέρας.

Εξίσου τραγικές με τις σωματικές επιπλοκές είναι και οι επιπλοκές επάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας μετά από άμβλωση. Ο αείμνηστος Κων. Κριαράς έγραφε σχετικά: « η άμβλωση δεν είναι μία απλή, κοινή επέμβαση, όπως η εγχείριση αμυγδαλών ή σκωληκοειδίτιδας. Είναι σοβαρότερο γεγονός, που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώσει τα άδυτα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φθάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας... Το πιο σταθερό ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σε όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρύτερες έως τις πλέον βαρύτερες». Η κατάθλιψη είναι ψύχωση με κύρια χαρακτηριστικά την παραμελημένη εξωτερική εμφάνιση, το κουρασμένο πρόσωπο, τη μειωμένη κινητικότητα. Ο καταθλιπτικός ασθενής κλαίει εύκολα για όλα, είναι απαισιόδοξος, δε γελάει, απομονώνεται. Παρουσιάζει παραλυτικές

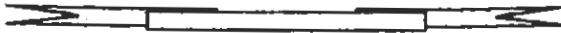


ιδέες ενοχής, υποτίμησης του εγώ, μηδενισμού, αναξιοσύνης και υποχονδριακές ιδέες. Η ομιλία του είναι αργή και χαμηλόφωνη. Η βούλησή του μειωμένη με αποτέλεσμα τα σχέδιά του για αυτοκτονία να μην πραγματοποιούνται. Μπορεί να αυτοκτονήσει ή στην αρχή της νόσου ή μόλις αρχίσει η βελτίωση από τη θεραπεία.

Αν και το βάρος των επιπτώσεων πέφτει στη γυναίκα και οι άνδρες τις περισσότερες φορές δεν είναι άμοιροι επιπτώσεων. Ο Κ. Κριαράς αναφέρει από την προσωπική του πείρα: «Δε μπορώ να μην αναφέρω την εμπειρία συναδέλφου μου και συμφοιτητή μου ιατρού μετά την άμβλωση της φίλης του, που είχε καταστήσει έγκυο. Επί μήνες έβλεπε εφιαλτικά όνειρα, ότι βρισκόταν στο νεκροτομείο –τότε κάναμε ιατροδικαστική- ανάμεσα σε κρεμασμένους, σφαγιασμένους και διαμελισμένους. Του ήταν επίσης αδύνατον να περάσει από «Παιδική χαρά» που έβλεπε τα παιδάκια να παίζουν».

3. Τελικά το ερώτημα παραμένει: έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατεξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Δε θα σταθούμε βέβαια στο επιπόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα: «το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να το διαθέσουμε όπως θέλουμε», γιατί και λογικής στερείται και καταρρίφθηκε, όταν 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 παραθέσουμε τη γνώμη του πατέρα; Και αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε να αφήσουμε σε 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 δύο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί 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.¹



10.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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

Στην προσπάθειά 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:

1. οι νοσηλευτές που βοηθούν τους ιατρούς στο έργο αυτό είναι συνεργοί στο έγκλημα
2. καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή: «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου».
3. παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, όπου στο κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει «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, και 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 υπηρετεί την καταστροφή της ζωής. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στην εργασία του –για αυτό και η άρνηση προσφοράς της 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 στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα (Γιατί κακό δε σημαίνει μόνο «πράττω το κακό», αλλά και «δεν κάνω το κακό όταν μπορώ»).

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

- τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβryo αισθάνεται και άρα θα νοιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί
- την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβryo, και τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της
- την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.¹



10.3 ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

Θέμα το οποίο εξετάζεται από πολλές πλευρές.

- Απαράδεκτη πρακτικά για την Εκκλησία- θεωρείται φόνος. Το έμβρυο από της σύλληψής του αποκτά προσωπικότητα.

Η ηθική αντίληψη είναι ότι η ζωή υπάρχει από τη στιγμή της σύλληψης, το δε έμβρυο από την πρώτη ημέρα και όχι από τη 12^η ή 15^η εβδομάδα, ζει και δικαιούται αυτής της ηθικής αναγνώρισης και προστασίας. Επομένως, κάθε επέμβαση σε βάρος του, με πρόσχημα είτε ότι δε ζει, είτε ότι δεν έχει συντελεστεί η οργανογένεση στο σώμα του, είτε ότι αποτελεί εξάρτημα του μητρικού σώματος, είναι από άποψη ηθική, απόβλητη και ο κόσμος κάτω από την πίεση των βασανιστικών συνεπειών των αλόγιστων εκτρώσεων αρχίζει σιγά- σιγά να το κατανοεί και να διεκδικεί για λογαριασμό των εμβρύων τα δικαιώματά τους. Στα ίδια πλαίσια οφείλει να κινείται και η προγενετική διάγνωση, γιατί αλλιώς μετατρέπεται σε μία επλεκτική πρακτική ανόσιας επέμβασης του ανθρώπου στο έργο της δημιουργίας με συνακόλουθη συνέπεια την ανατροπή της φυσικής τάξης του κόσμου.

Η ηθική είναι κάτι περισσότερο από κανόνες και κώδικες. Είναι στάση ζωής, είναι τρόπος ζωής, σε τελευταία ανάλυση είναι κριτήριο για ορθή κάθε φορά τοποθέτηση επί καίριων προβλημάτων του καθημερινού βίου. Όταν ο άνθρωπος και μάλιστα ο επιστήμων, διαθέτει το κριτήριο αυτό, τότε είναι σε θέση να παίρνει τη σωστή στάση κάθε φορά απέναντι στην ίδια τη ζωή».....

- Υπό όρους πρακτική για την ιατρική (ειδικές ενδείξεις και για την προστασία της Υγείας, σωματικής και ψυχικής της μητέρας η οποία είναι αποφασισμένη ούτως ή άλλως να προχωρήσει σε απόξεση ή οπωσδήποτε αποβολή με πρακτικά άλλα μέσα κλπ., ή όταν άλλες συνθήκες το επιβάλλουν- αιμομιξία, βιασμός)
- Υπό όρους για τη δικαιοσύνη
- Δίλημμα για το προσωπικό υγείας το οποίο αν και διαφωνεί με την πράξη «εξαναγκάζεται» να προβεί στην επέμβαση, να παρευρεθεί στην επέμβαση, να νοσηλεύσει (στάδιο προετοιμασίας, τεχνική βοήθεια κλπ., άρα συμμετοχή σε φόνο ιατροί, βοηθοί, νοσηλευτικοί λειτουργοί, μαίες κλπ.)

Το θέμα έκτρωση ήτοι βίαιη διακοπή κύησης, σκόπμη και με χειρουργικά μέσα αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου, κλπ. είναι τόσο μεγάλο που προσπαθούμε να το υποβαθμίζουμε και να περνάει κάπως πιο υποτονικά στην κοινή γνώμη, γιατί όλοι ντρέπονται για αυτό που συμβαίνει όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε όλο τον κόσμο.

Στην Ελλάδα εδώ και 25 χρόνια τουλάχιστον, δίνουμε κατ' εκτίμηση 250.000-300.000 εκτρώσεις το χρόνο. Και μην φανταστεί κανείς ότι τις εκτρώσεις τις κάνουν οι άγαμες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό αφορά άγαμες γυναίκες, οι οποίες ακόμα και σήμερα δε τολμούν – πλην κάποιων εξαιρέσεων- να ομολογήσουν και να κρατήσουν ένα παιδί εκτός γάμου.

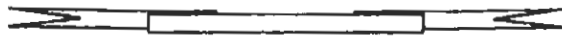
Ο μεγαλύτερος αριθμός εκτρώσεων πραγματοποιείται από τις έγγαμες γυναίκες. Πάντα κατ' εκτίμηση.

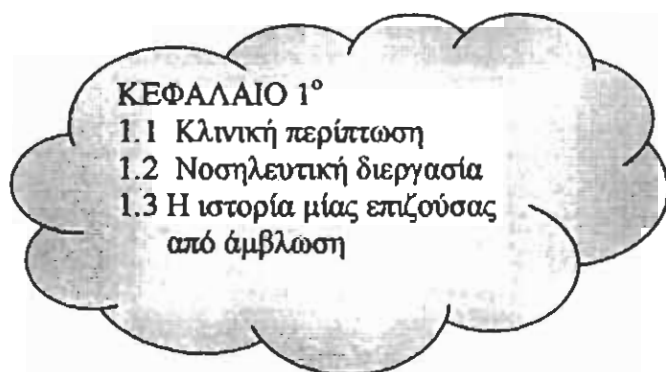
Στην υπόθεση των εκτρώσεων (πρόληψη κατά κύριο λόγο) έχουν στρατευθεί θα λέγαμε οργανώσεις και Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού.



Λέγεται, ακόμα, ότι εφόσον αποζημιώνεται η ιατρική αυτή πράξη σήμερα από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις θα έχουμε έξαρση του φαινομένου. Αν όμως γινόταν μία έρευνα στοιχείων παρελθόντων ετών στις ιδιωτικές κλινικές, κυρίως, για να φανεί πόσες π.χ. επαπειλούμενες εκβολές υπήρχαν και οι γυναίκες εισέρχονταν κανονικά για νοσοκομειακή περίθαλψη θα μπορούσε κανείς να έχει κάποια συμπεράσματα.

Μείωση οπωσδήποτε αναφέρεται στις επιπλοκές της άμβλωσης για τη γυναίκα και κυρίως στη μητρική θνησιμότητα.²⁵







1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Επώνυμο: Θλι...	Ομάδα αίματος: A
Όνομα: Αν...	Rhesus: (+) θετικό
Όνομα πατρός: Ανδρέας	Ιατρικό ιστορικό ασθενή: θυρεοειδοπάθεια
Όνομα συζύγου: Γεώργιος	Ιατρικό ιστορικό πατρός: ↑ χοληστερίνη
Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη	Ιατρικό ιστορικό μητρός: ↑ χοληστερίνη, υπέρταση
Επάγγελμα; Ελεύθερος επαγγελματίας	
Έτος γέννησης: 1958	
Ηλικία: 46 ετών	
Υπηκοότητα: Ελληνική	Αλλεργία: όχι
Θρήσκευμα: Χ. Ο.	
Τόπος γέννησης; Αμαλιάδα Ηλείας	
Τόπος κατοικίας; Αμαλιάδα Ηλείας	
Διεύθυνση; Κολοκοτρώνη 53	
Τηλ: 2622024....	

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική έγιναν οι απαραίτητες βιοχημικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και ΗΚΓ και υπέρηχοι μήτρας. Δόθηκαν ιατρικές όπου ανέφεραν τα παρακάτω: Να τεθούν Dextrose (D/N) 5% 1000 ml 1x 2, Ringers (L-R) 1000 ml 1x1.

Να χορηγηθούν τα εξής φάρμακα: Zinadol tablets 1x3, Mitratan tablets 1x3, τα οποία θα συνεχίσει και μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο. Δίαιτα ελαφρά κατά την εισαγωγή της. Την παραμονή της επέμβασης να δοθεί τσάι- φρυγανιά και την ημέρα της επέμβασης τίποτα per os. Καθώς να γίνει και η κατάλληλη προετοιμασία και ευπρεπισμός. Επιπλέον να γίνει και θεραπευτική κένωση.

1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

πριν την επέμβαση:

ημερομηνία	Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	προγραμματισμός	Νοσηλευτική παρέμβαση	Εκτίμηση αποτελέσματος
20/05/2000	Η γυναίκα προσήλθε περιεπατητική για την διακοπή κύησης. Παρουσιάζει έντονη ανησυχία και άγχος για την επέμβαση(υποψία ότι η άμβλωση γίνεται παρά τη θέλησή της μετά από εξαναγκασμό δεδομένου ότι η	Ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της γυναίκας για την επέμβαση	Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. Έλεγχος Ζ. Σ Δίαιτα ελαφρά Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων επί ανησυχίας. Ευπρεπισμός Κένωση ουροδόχου κύστης και εντέρου	Εξασφαλίστηκε ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον Παρακολουθούνται τα Ζ. Σ ανά 3ωρο. Δόθηκε τσάι και φρυγανιά (αύριο νήστις για χειρουργείο) Χορηγήθηκε ½ lb Tavor επί έντονης ανησυχίας στις 3:30 πμ. Έγινε ευπρεπισμός	Η γυναίκα κατάφερε να κοιμηθεί τις πρώτες πρωινές ώρες μετά τη χορήγηση του ηρεμιστικού. Πριν το χειρουργείο η γυναίκα ούρησε και είχε μία κένωση. Ένοιωσε ήρεμη και



<p>γυναίκα φέρει μώλωπες και εκδορές στο πρόσωπο και το σώμα</p>			<p>Παρότρυνση της γυναίκας να μιλήσει για τα συναισθήματά της</p>	<p>των έξι γεννητικών οργάνων. Εξέφρασε τους φόβους και τις ανησυχίες της, το αίσθημα ανασφάλειας, αβεβαιότητας και τις απορίες που την απασχολούσαν, καθώς παραδέχθηκε ότι υποβάλλεται στην επέμβαση παρά τη θέλησή της, μετά από το βίαιο εξαναγκασμό του συζύγου. Η γυναίκα αρνείται να καταγγείλει το γεγονός στις αρχές καθώς και σποιαδήποτε βοήθεια από τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες.</p>	<p>ανακουφισμένη μετά τη συζήτηση με το νοσηλευτικό προσωπικό</p>
--	--	--	---	---	---

Μετά την επέμβαση:

ημερομηνία	Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	προγραμματισμός	Νοσηλευτική παρέμβαση	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>21/05/2000</p>	<p>Η γυναίκα παρουσίασε σημάδια κατάθλιψης που οφείλονται στην αναγκαστική της διακοπή της κύησης</p>	<p>Εξάλειψη ή μείωση σε κάποιο βαθμό των αρνητικών συναισθημάτων που την καταβάλλουν.</p>	<p>Ενεργός συμπαράσταση της γυναίκας από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό να την παροτρύνει να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν μετά τη διακοπή της κύησης. Ενημέρωση της γυναίκας για τις ώρες επισκεπτηρίου στην κοινωνική λειτουργό. Χορήγηση ενημερωτικών φυλλαδίων για τις αντισυλληπτικές μεθόδους.</p>	<p>Με τη συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού η γυναίκα ήρθε σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό χωρίς να είναι ενήμερος ο σύζυγος της και κανονίστηκε η επόμενη συνεδρία.</p>	<p>Η γυναίκα ενημερώθηκε για τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Δεν έχει αποβάλλει όλα τα αρνητικά συναισθήματα μετά την τραυματική εμπειρία της επέμβασης, εξακολουθεί να νοιάζεται συνεχώς. Συνεχίζει τις συναντήσεις με την κοινωνική λειτουργό.</p>



1.3 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΜΙΑΣ ΕΠΙΖΟΥΣΑΣ ΑΠΟ ΑΜΒΛΩΣΗ

«Το Σεπτέμβριο του 1975, μία γυναίκα ανακάλυψε ότι ήταν έγκυος. Τα πράγματα ήταν πολύ δύσκολα για αυτήν, δεδομένου ότι ανέτρεφε δύο υιούς, 6 και 15 ετών. Ο πατέρας τους είχε εγκαταλείψει και είχε αρνηθεί να προσφέρει οποιαδήποτε βοήθεια για τα αγόρια, οικονομικά ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Η μόνη εναλλακτική λύση για αυτή τη γυναίκα, φάνηκε ότι ήταν να αποβάλλει το απροσδόκητο αυτό μωρό. Άλλωστε, θα μπορούσε μόλις να αντέξει οικονομικά τα παιδιά που είχε ήδη.

Μεταξύ των μηνών του Σεπτεμβρίου του 1975 και του Ιανουαρίου 1976, αυτή η γυναίκα έκανε τρεις «θεραπευτικές» αμβλώσεις σε μία προσπάθεια να απελευθερωθεί από το αγέννητο μωρό. Αυτές οι αμβλώσεις, γνωστές επίσης ως «αλάτισμα έξω της διαδικασίας» εκτελούνται με την έγχυση με μία πολύ μεγάλη σύριγγα στην κοιλιά της γυναίκας, που αφαιρεί ένα ορισμένο ποσό αμνιακού υγρού από τη μήτρα, και στη συνέχεια εγχέει τρεις φορές το ποσό του αλατούχου υγρού πίσω, με συνέπεια το μωρό να καίγεται. Για λόγους που μόνο ο Θεός ξέρει, αυτές οι αμβλώσεις δεν πέτυχαν, και στις 12 Απριλίου 1976, το μωρό της γεννήθηκε 2 μήνες πρόωρα. Το παιδί ήταν τέλειο και υγιές, και ζύγιζε τέσσερις λίβρες και πέντε ούγγιες.

Δυστυχώς, στις 16 Μαρτίου 1977 η μητέρα πέθανε. Την κηδεμονία του κοριτσιού και των δύο αδελφών της πήρε η γιαγιά και ο πατέρας της. Όταν το κορίτσι μεγάλωσε, ο πατέρας της, της είπε για τις τρεις αμβλώσεις που είχε υποβληθεί η μητέρα της. Το κορίτσι δεν το πίστεψε ποτέ, αφού υπέθεσε ότι εάν ένα μωρό αποβάλλεται είναι αδύνατο να επιζήσει.

Η αλήθεια ήρθε σε αυτό το κορίτσι, όταν ήταν 18 χρονών, που παντρεύτηκε και ήταν έγκυος πέντε μηνών. Αυτό το κορίτσι χρειάστηκε και έλαβε σύντομα τα ιατρικά αρχεία της μητέρας της από το νοσοκομείο όπου είχε νοσηλευθεί. Φανταστείτε τον παντελή κλονισμό της όταν διάβασε για τον τρόπο που προσπάθησε η μητέρα της να «ξεφορτωθεί» το αγέννητο παιδί της τρεις φορές.

Σήμερα αυτή η γυναίκα είναι 25 ετών και ανατρέφει μία δική της οικογένεια. Είναι υγιής και κανονική με κάθε τρόπο, χωρίς τις φυσικές παραμορφώσεις οποιουδήποτε είδους.

Είμαι το παιδί που περιέγραψε πιο πάνω. Η μητέρα μου δεν είχε κανένα δικαίωμα να με δοκιμάσει και να με αποβάλλει, όποιες και αν ήταν οι περιστάσεις, ανεξάρτητα από το πόσο ενοχλητική ήταν η εγκυμοσύνη. Και αν ήταν εδώ μαζί μας σήμερα, είμαι βέβαιη ότι θα συμφωνούσε. Η ζωή είναι πολύτιμη για να την πετάς απλά. Τώρα, θα μπορώ να μιλήσω ενάντια στην άμβλωση από τη θέση του μωρού. Οποιοδήποτε μωρό θα επέλεγε τη ζωή!!!

Άμυ!»⁵⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας
- 2.2 Σχεδιασμός της έρευνας
- 2.3 Τόπος και χρόνος της έρευνας
- 2.4 Πληθυσμός και δείγμα
- 2.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού
- 2.6 Συλλογή δεδομένων
- 2.7 Αξιοπιστία και εγκυρότητα
- 2.8 Οικονομικά και ηθικά ζητήματα
- 2.9 Στατιστική ανάλυση δεδομένων



2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα εκπαιδευτικά πλαίσια της Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί το ποσοστό των αμβλώσεων που πραγματοποιείται στη χώρα μας, οι λόγοι που οδηγούν σε αυτήν, το προφίλ των γυναικών που προβαίνουν σε μία τέτοια πράξη και πως αντιμετωπίζεται η άμβλωση, τόσο από τις γυναίκες όσο και από τους άνδρες.

Στόχοι της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι:

- ✓ Να ανιχνευτούν οι απόψεις των γυναικών και των ανδρών για την άμβλωση.
- ✓ Να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των γυναικών και των ανδρών σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και τον οικογενειακό προγραμματισμό
- ✓ Να δοθεί η δυνατότητα ενημέρωσης, με απώτερο σκοπό την ελάττωση του ποσοστού των αμβλώσεων ετησίως στο ελάχιστο..
- ✓ Τέλος, τα αποτελέσματα της εργασίας να ανακοινωθούν στους φορείς της πολιτείας, που σχετίζονται με τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, προκειμένου να οργανωθούν ομιλίες και ενημερωτικά φυλλάδια, σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και τις επιλογές σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

2.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη στηρίζεται στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Η περιγραφική έρευνα έχει διάφορες μορφές, όπως είναι η ποσοτική, πολυπαραγοντική και ενεργή.

Στην έρευνα αυτή ακολουθήθηκε το σχέδιο της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής διερεύνησης με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιείχε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Η χρήση ερωτηματολογίου έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.



- Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακρίβειας και ελέγχου.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος.
- Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά κάνοντας ευκολότερη την αξιολόγηση και την επανάληψη της έρευνας.
- Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάλυση των δεδομένων να είναι δυνατή με τη χρήση Η/Υ.

Τα μειονεκτήματα είναι:

- Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα των δεδομένων.
- Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά.⁵⁶

2.3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις νομούς της Ελλάδας

Νομός Αχαΐας: Πάτρα

Νομός Ηλείας: Αμαλιάδα, Πύργος, Βαρθολομιό

Νομός Καστοριάς: Κρανοχώρι

Νομός Αρκαδίας: Μεγαλόπολη

Στα σημεία εντός της περιοχής του νομού Αχαΐας, Ηλείας και Αρκαδίας, όπου ήταν δυνατή η πρόσβαση των ερευνητριών, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν αυτοπροσώπως.

Στα κέντρα εκτός του νομού, όπου η πρόσβαση παρουσίαζε δυσκολία, τα ερωτηματολόγια εστάλησαν ταχυδρομικώς κατόπιν συνεργασίας με σπουδάστρια νοσηλευτικής στα ΤΕΙ Ιωαννίνων. Συνοδεύονταν δε με ενσωματωμένο γραμματοσημασμένο φάκελο επιστροφής. Έγινε επίσης τηλεφωνική επικοινωνία με τη σπουδάστρια, ώστε να απαντηθούν τυχόν ερωτήσεις.

Τέλος, η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Αύγουστος- Δεκέμβριος 2003.



2.4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός στην παρούσα μελέτη ήταν γυναίκες και άνδρες, διαφόρων ηλικιών, επαγγελμάτων, μορφωτικού επιπέδου και αντιλήψεων.

Το δείγμα ήταν ολικό και περιελάμβανε όλους γυναίκες και άνδρες από του τέσσερις νομούς της Ελλάδας που προαναφέρθηκαν.

Ο συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που δόθηκαν ήταν 214. Από αυτά τα επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα 266 (203 γυναικεία, 33 ανδρικά), ενώ τα υπόλοιπα επιστράφηκαν αναπάντητα ή ελλιπώς συμπληρωμένα (20 ανδρικά, 28 γυναικεία). Να σημειωθεί εδώ ότι δεν σχολιάστηκε από τις ερευνήτριες, τα επιστραφώμενα ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια, για ποιους λόγους δεν συμπληρώθηκαν, ώστε να μην θιγεί η ανωνυμία των ερωτηθέντων.

2.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- Γυναίκες και άνδρες, ανεξάρτητα από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση.

Κριτήρια αποκλεισμού δεν υπήρξαν, γιατί η έρευνα απευθυνόταν σε όλους όσους είχαν τη δυνατότητα και την πρόθεση να συμμετάσχουν.

2.6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια. Ένα ερωτηματολόγιο, που απευθυνόταν στις γυναίκες αποτελούμενο από 29 ερωτήσεις, και ένα ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν σε άνδρες, αποτελούμενο από 28 ερωτήσεις. Και τα δύο ερωτηματολόγια ήταν κλειστού και ανοιχτού τύπου.

Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων.



Επίσης, επισημάνθηκε στους ερωτηθέντες ότι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν μόνο εάν το επιθυμούσαν και δόθηκαν διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες σχετικά με τις ερωτήσεις.

2.7. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου (Content Validity) το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συντάχθηκε κατόπιν μελέτης ελληνικών και διεθνών μελετών και εργασιών και αφού ελήφθησαν υπόψη βιβλιογραφικές αναφορές.

Επίσης, έγινε επίδειξη του ερωτηματολογίου σε υπεύθυνους νοσηλευτές (μη ειδικευμένους στο αντικείμενο της μελέτης), που επέδειξαν πως ήταν αρκετά κατανοητό, δίνοντας την δυνατότητα σ' αυτόν που το διάβαζε, να καταλάβει τόσο τις ερωτήσεις όσο και το σκοπό του ερωτηματολογίου.

Η αξιοπιστία (Reliability) των απαντήσεων του ερωτηματολογίου επιτεύχθηκε με τη σύνταξη ερωτήσεων κλειστού τύπου με αυστηρά κωδικοποιημένες απαντήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες με τρόπο ώστε να αποφεύγονται τα λάθη κατανόησης και να μειώνεται η πιθανότητα ψευδούς απάντησης. Όπου δε οι ερωτηθέντες παρουσίαζαν δυσκολία, η ερευνήτρια ήταν πρόθυμη να διευκρινίσει οποιοδήποτε σημείο.⁵⁶

2.8. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Μια σωστή έρευνα πρέπει να συμμορφώνεται με τα ηθικά και νομικά κριτήρια της επιστημονικής έρευνας. Τα ηθικά θέματα γίνονται ιδιαίτερα σημαντικά σε επιστήμες που εμπλέκονται στη μελέτη ανθρώπινων υπάρξεων.

Στο χώρο της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η έρευνα εστιάζεται συνεχώς πάνω σε ανθρώπινα αντικείμενα: στα πιστεύω, στις θέσεις και στις εμπειρίες τους, που συνδέονται με την αρρώστια, στις συμπεριφορές αντιμετώπισης, στα συστήματα υποστήριξης και στα περιβαλλοντικά stress. Η επιτυχία μια τέτοιας έρευνας



εξαρτάται από την αποτελεσματική εισχώρηση μέσα σε δραστηριότητες άλλων ατόμων, πράγμα που εγείρει ηθικά θέματα περί του τι είναι σωστό ή λαθεμένο.

Ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι επισημαίνουν ότι σε όλες τις έρευνες με ανθρώπινο αντικείμενο πρέπει να προστατεύονται 4 βασικά δικαιώματα από ηθικής απόψεως:

1. Το δικαίωμα να μην υποστεί ο άνθρωπος φυσική, συγκινησιακή, νομική, οικονομική και κοινωνική βλάβη.
- 2 Το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.
3. Το δικαίωμα του ατόμου να αυτοαποφασίζει.
4. Το δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

Η ηθική της έρευνας προστατεύει τα παραπάνω δικαιώματα, διαθέτει όμως και μια σειρά ευρύτερων χαρακτηριστικών:

- Επιστημονική αντικειμενικότητα.
- Συνεργασία με εξουσιοδοτημένα όργανα επιθεώρησης των ερευνητικών σχεδίων.
- Ολοκλήρωση στην παρουσίαση της ερευνητικής διαδικασίας.
- Δικαιοσύνη στην αναγνώριση συνεισφοράς άλλων στην έρευνα.
- Λεπτότητα στην εφαρμογή διαδικασιών και προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των υποκειμένων.
- Διαφάνεια στην έκθεση του σκοπού, των διαδικασιών, των μεθόδων και των ευρημάτων.
- Αποκάλυψη των πηγών οικονομικών πόρων.
- Διεύρυνση του σώματος επιστημονικής γνώσης της Νοσηλευτικής, μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών ευρημάτων.
- Θάρρος στη δημόσια διευκρίνιση κάθε παρεξήγησης των ερευνητικών ευρημάτων.⁵⁶

Στην παρούσα μελέτη λοιπόν δεν προκύπτουν ηθικά και οικονομικά ζητήματα για τους ερωτώμενους. Αυτό γιατί είχαμε την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους, δηλαδή τα άτομα έχουν επαρκή πληροφόρηση σε ότι αφορά την έρευνά μας, είναι ικανά να την κατανοήσουν και έχουν τη δύναμη της ελεύθερης εκλογής, έτσι ώστε να μπορούν να συγκατατεθούν εκούσια για τη συμμετοχή τους ή μη στην έρευνα. Τα



στοιχεία που συλλέγονται είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης.

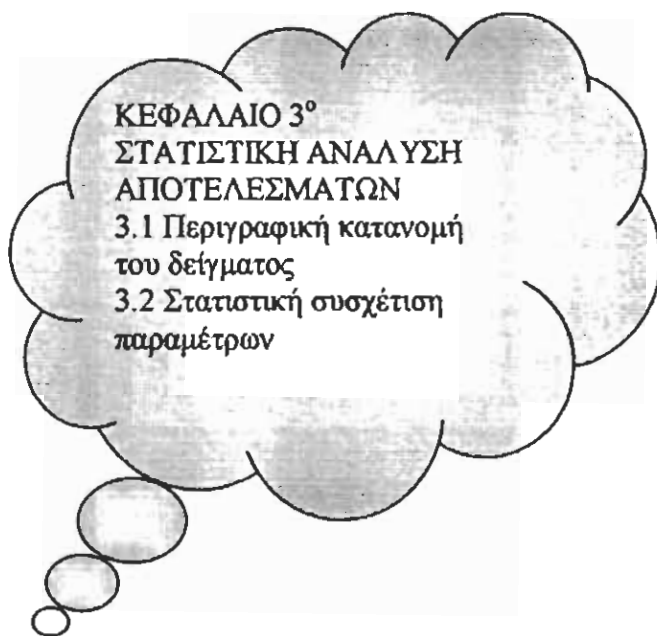
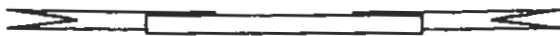
2.9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS και του προγράμματος EXCEL.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση για όλες τις παραμέτρους. Ακολούθως, ανάλογα με τα περιγραφικά αποτελέσματα έγινε προσπάθεια συσχέτισης διεργασιών ώστε να των παραμέτρων (Cross tabulations) για να διαπιστωθεί η σχέση των μεταβλητών, χρησιμοποιώντας το στατιστικό test χ^2 και την τιμή $p=0,05$.

Αναλυτικότερα, ελέγχθηκαν τα εξής κριτήρια:

- Η ηλικία με το ποσοστό γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση
- Το μορφωτικό επίπεδο
- Ο κλάδος εργασίας και η οικονομική κατάσταση
- Οι ηθικές και θρησκευτικές αρχές
- Η οικογενειακή κατάσταση
- Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων
- Η άποψη σχετικά με την άμβλωση





3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν με βάση τις διάφορες παραμέτρους 214 άτομα, που αποτέλεσαν το συνολικό δείγμα. Από τα άτομα αυτά τα 131 ήταν γυναίκες και τα υπόλοιπα 83 άνδρες. [πίνακας 1, σχήμα 1]

Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

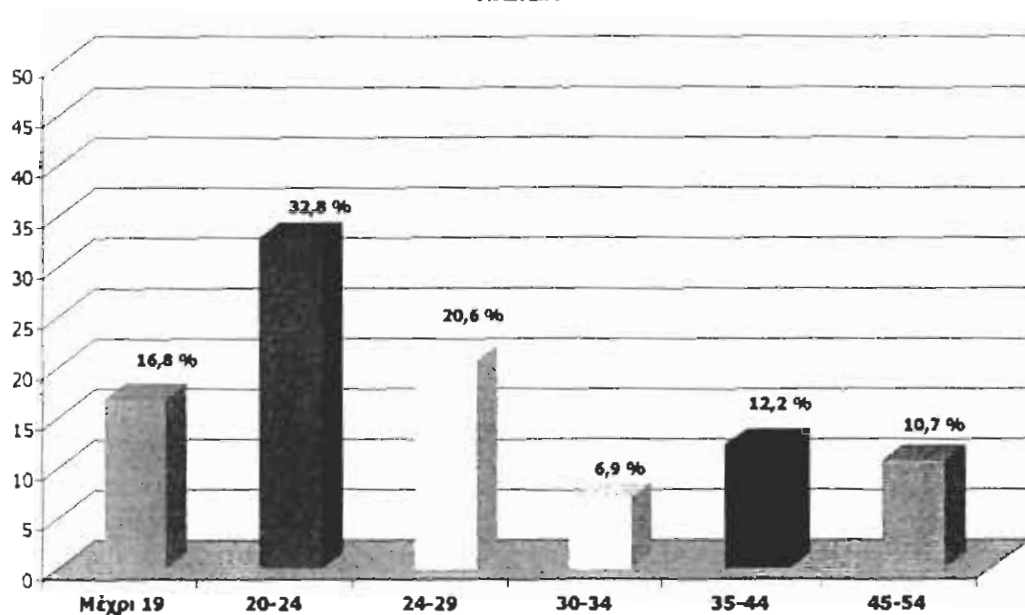
Ερώτηση 1: Ηλικία

Από το συνολικό δείγμα, 22 άτομα (ποσοστό 16,8 %) είχαν ηλικία μέχρι 19 ετών, 43 (ποσοστό 32,8 %) ήταν ηλικίας μεταξύ 20-24 ετών, 27 (ποσοστό 20,6%) δήλωσαν 24-29ετών, 9(ποσοστό 6,9 %) είχαν ηλικία 30-34 ετών,16 άτομα (ποσοστό 12,2 %) ήταν ηλικίας 35-44 ετών, ενώ 14 (ποσοστό 10,7%) ήταν 45-54. ετών [πίνακας 1, σχήμα 1]

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΗΛΙΚΙΑ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μέχρι 19 ετών	22	16,8
20 - 24 ετών	43	32,8
24 - 29 ετών	27	20,6
30 - 34 ετών	9	6,9
35 - 44 ετών	16	12,2
45 - 54 ετών	14	10,7
Σύνολο	131	100,0



ΗΛΙΚΙΑ



σχήμα 1

Ερώτηση 2: Που γεννηθήκατε;

Από το συνολικό δείγμα 22 άτομα (ποσοστό 16,8%) γεννήθηκαν σε χωριό, 11 (ποσοστό 8,4%) σε κωμόπολη, ενώ σε πόλη γεννήθηκαν 98 άτομα (ποσοστό 74,8%) [πίνακας 2]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	22	16,8
Κωμόπολη	11	8,4
Πόλη	98	74,8
Σύνολο	131	100,0



Ερώτηση 3: Που ζείτε τα τελευταία πέντε χρόνια;

Από το συνολικό δείγμα 29 άτομα (ποσοστό 22,1%) τα τελευταία 5 χρόνια ζουν σε χωριό, 15 άτομα (ποσοστό 11,5%) σε κωμόπολη και 87 άτομα (ποσοστό 66,4%) σε πόλη. [πίνακας 3]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	29	22,1
Κωμόπολη	15	11,5
Πόλη	87	66,4
Σύνολο	131	100,0

Ερώτηση 4: Οικογενειακή κατάσταση

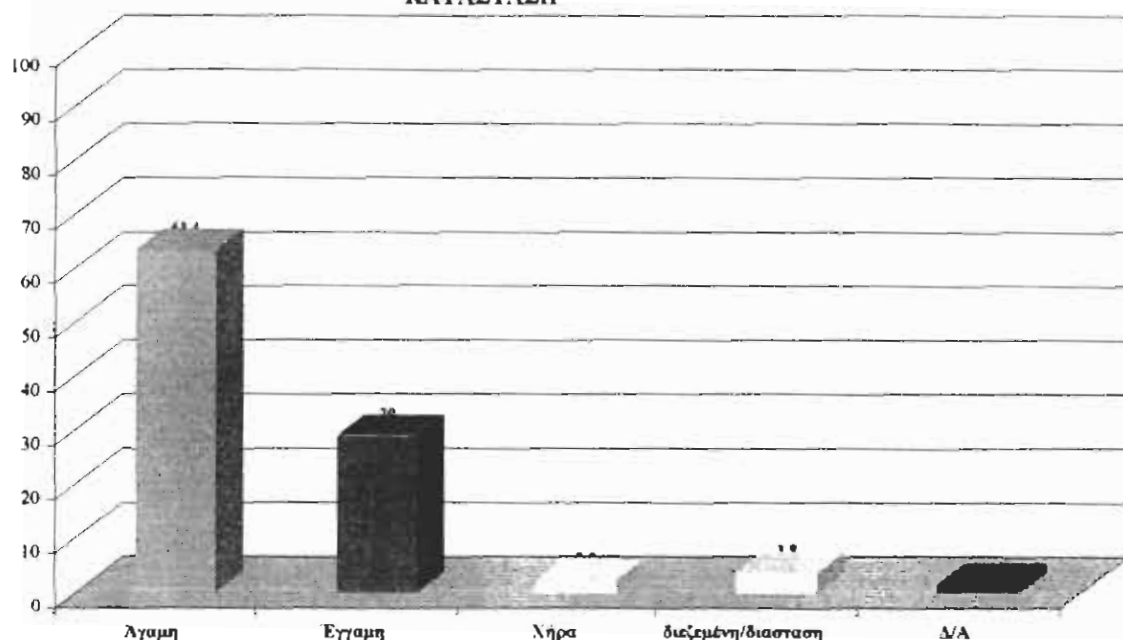
Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη μας, τα 83 (ποσοστό 63,4%) ήταν άγαμες, 38 (ποσοστό 29,0%) έγγαμες, 5 (ποσοστό 2,3%) διαζευγμένες ή σε διάσταση, ενώ 2 άτομα (ποσοστό 1,5%) δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση [πίνακας 4, σχήμα 2]

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Άγαμη	83	63,4
Έγγαμη	38	29,0
Χήρα	3	2,3
Διαζευγμένη ή σε διάσταση	5	3,8
Δεν απαντώ	2	1,5
Σύνολο	131	100,0



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Σχήμα 2

Ερώτηση 5:

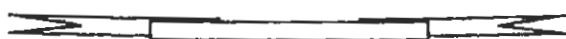
Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μας, 12 άτομα (ποσοστό 9,2%) έχουν ένα παιδί, 20 άτομα (ποσοστό 15,3%) έχουν δύο παιδιά, τρία παιδιά έχουν 8 άτομα (ποσοστό 6,1%), περισσότερα από τρία παιδιά έχουν 4 άτομα (ποσοστό 3,1%), ενώ 87 (ποσοστό 66,4%) δεν έχουν κανένα παιδί [πίνακας 5]

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΠΑΙΔΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ένα	12	9,2
Δύο	20	15,3
Τρία	8	6,1
Περισσότερα από τρία	4	3,1
Κανένα	87	66,4
Σύνολο	131	100,0

Ερώτηση 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στο συνολικό δείγμα, δε βρέθηκαν άτομα που να δηλώνουν αγράμματα, 10 άτομα είναι απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 7,6%), 11 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό

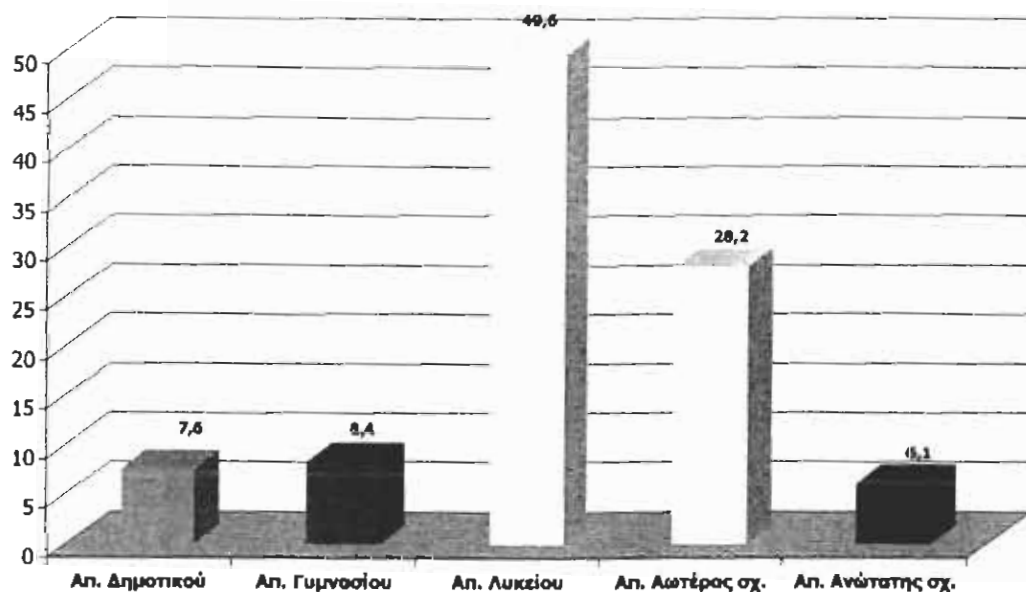


8,4%), 65 (ποσοστό 49,6%) απόφοιτοι λυκείου, 37 (ποσοστό 28,2%) απόφοιτοι ανώτερης σχολής, ενώ μόνο 8 άτομα (ποσοστό 6,1%) είναι απόφοιτοι ανώτατης σχολής. [πίνακας 6, σχήμα 3]

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αγράμματη	0	0,0
Απόφοιτος δημοτικού	10	7,6
Απόφοιτος γυμνασίου	11	8,4
Απόφοιτος λυκείου	65	49,6
Απόφοιτος ανώτερης σχολής	37	28,2
Απόφοιτος ανώτατης σχολής	8	6,1
Σύνολο	131	100,0

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



σχήμα 3



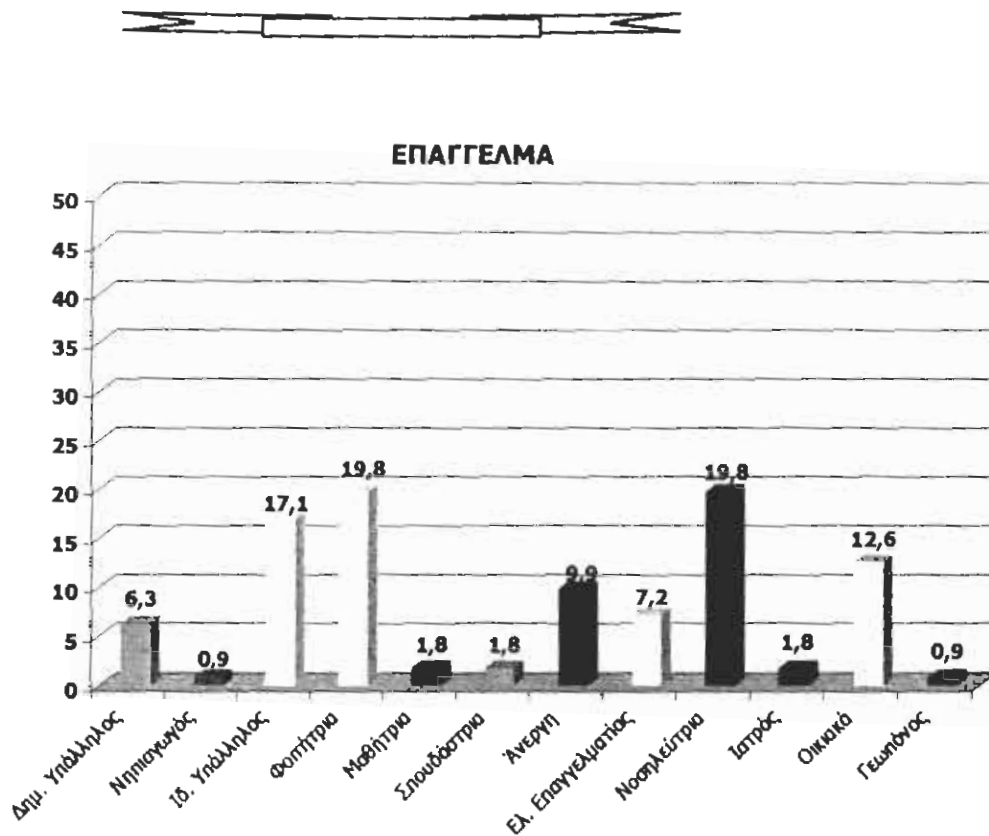
Ερώτηση 7: Επάγγελμα

Από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων, 7 άτομα (ποσοστό 6,3%) δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι, 1 άτομο (ποσοστό 0,9%) νηπιαγωγός, 19 άτομα (ποσοστό 17,1%) ιδιωτικοί υπάλληλοι, 22 άτομα (ποσοστό 19,8%) φοιτήτριες, 2 άτομα (ποσοστό 1,8%) μαθήτριες και 2 άτομα (ποσοστό 1,8%) σπουδάστριες, 11 άτομα (ποσοστό 9,9%) είναι άνεργα, 8 άτομα (ποσοστό 7,2%) ελεύθεροι επαγγελματίες, 22 άτομα (ποσοστό 19,8%) νοσηλεύτριες, 2 άτομα (ποσοστό 1,8%) ιατροί, 14 άτομα (ποσοστό 12,6%) ασχολούνται με τα οικιακά, ενώ 1 άτομο (ποσοστό 0,9%) είναι γεωπόνος. [πίνακας 7,σχήμα 4]

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δημ. Υπάλληλος	7	6,3
Νηπιαγωγός	1	0,9
Ιδ. Υπάλληλος	19	17,1
Φοιτήτρια	22	19,8
Μαθήτρια	2	1,8
Σπουδάστρια	2	1,8
Άνεργη	11	9,9
Ελ. Επαγγελματίας	8	7,2
Νοσηλεύτρια	22	19,8
Ιατρός	2	1,8
Οικιακά	14	12,6
Γεωπόνος	1	0,9
Σύνολο	111	100,0

Η ερώτηση αυτή είναι ανοικτού τύπου, και παρατηρούμε ότι το δείγμα μας προέρχεται από διάφορες κατηγορίες επαγγελμάτων.



Σχήμα 4

Ερώτηση 8: Οικονομική κατάσταση

Από τους ερωτηθέντες, 4 (ποσοστό 3,4%) δηλώνουν κακή οικονομική κατάσταση, 48 (ποσοστό 40,7%) μέτρια, 59 (ποσοστό 50,0%) καλή, ενώ 7 (ποσοστό 5,9%) δηλώνουν πολύ καλή οικονομική κατάσταση. [πίνακας 8]

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Κακή	4	3,4
Μέτρια	48	40,7
Καλή	59	50,0
Πολύ καλή	7	5,9
Σύνολο	118	100,0



Ερώτηση 9: Που ζήσατε τα εφηβικά σας χρόνια;

Από το συνολικό δείγμα, 45 άτομα (ποσοστό 34,4%) έζησαν τα εφηβικά τους χρόνια σε χωριό, 20 (ποσοστό 15,3%) σε κωμόπολη και 66 (ποσοστό 50,4%) σε πόλη. [πίνακας 9]

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	45	34,4
Κωμόπολη	20	15,3
Πόλη	66	50,4
Σύνολο	131	100,0

Ερώτηση 10: Πότε αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας, 1 άτομο (ποσοστό 0,9%) δήλωσε έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων σε ηλικία 13 ετών, 5 (ποσοστό 4,3%) σε ηλικία 14 ετών, 2 (ποσοστό 1,7%) σε ηλικία 15 ετών, 11 (ποσοστό 9,5%) σε ηλικία 16 ετών, 20 (ποσοστό 17,2%) σε ηλικία 17 ετών, 33 (ποσοστό 28,4%) σε ηλικία 18 ετών, 11 (ποσοστό 9,5%) σε ηλικία 19 ετών, 13 (ποσοστό 11,2%) σε ηλικία 20 ετών, 8 (ποσοστό 6,9%) σε ηλικία 21 ετών, 2 (ποσοστό 1,7%) σε ηλικία 22 ετών, 4 (ποσοστό 3,4%) σε ηλικία 23 ετών, 3 (ποσοστό 2,6%) σε ηλικία 25 ετών, 1 (ποσοστό 0,9%) σε ηλικία 26 ετών, 1 (ποσοστό 0,9%) σε ηλικία 27 ετών και 1 (ποσοστό 0,9%) σε ηλικία 28 ετών. [πίνακας 10]

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
13 ετών	1	0,9
14 ετών	5	4,3
15 ετών	2	1,7
16 ετών	11	9,5
17 ετών	20	17,2
18 ετών	33	28,4
19 ετών	11	9,5
20 ετών	13	11,2
21 ετών	8	6,9
22 ετών	2	1,7
23 ετών	4	3,4
25 ετών	3	2,6



26 ετών	1	0,9
27 ετών	1	0,9
28 ετών	1	0,9
Σύνολο	116	100,0

Ερώτηση 11: Υπήρχε ελευθερία έκφρασης μέσα στην οικογένεια, οπότε να εκφραστεί μια εγκυμοσύνη εκτός γάμου;

Από τους ερωτηθέντες, 44 (ποσοστό 34,6%) δήλωσαν ότι υπήρχε ελευθερία έκφρασης μέσα στην οικογένεια, ενώ 83 (ποσοστό 65,4%) δήλωσαν ότι δεν υπήρχε ελευθερία έκφρασης [πίνακας 11]

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	44	34,6
Όχι	83	65,4
Σύνολο	127	100,0

Ερώτηση 12: Η σχέση σας με τους γονείς σας ήταν:

Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, 62 (ποσοστό 47,3%) δήλωσαν ότι η σχέση με τους γονείς τους ήταν πολύ καλή, 45 (ποσοστό 34,4%) καλή, 22 (ποσοστό 16,8%) μέτρια, ενώ 2 (ποσοστό 1,5%) δήλωσαν κακή σχέση με τους γονείς [πίνακας 12]

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Πολύ καλή	62	47,3
Καλή	45	34,4
Μέτρια	22	16,8



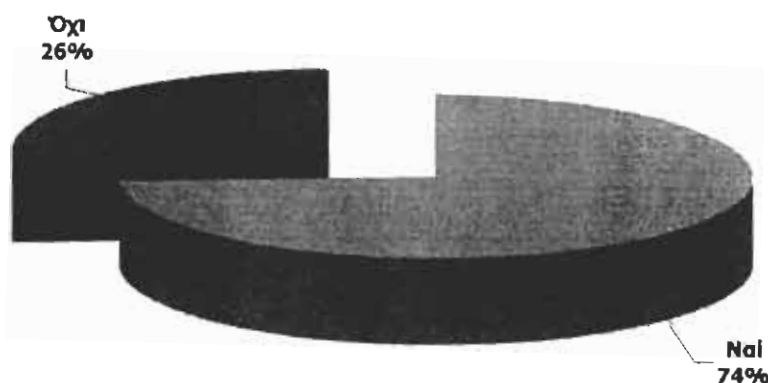
Κακή	2	1,5
Σύνολο	131	100,0

Ερώτηση 13: Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

Από τους ερωτηθέντες, 95 (ποσοστό 74,2%) δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης, ενώ 33 (ποσοστό 25,8%) ότι δε χρησιμοποιούν [πίνακας 13, σχήμα 5]

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	95	74,2
Όχι	33	25,8
Σύνολο	128	100,0

Χρησιμοποιείτε μέθοδο αντισύλληψης;



σχήμα 5



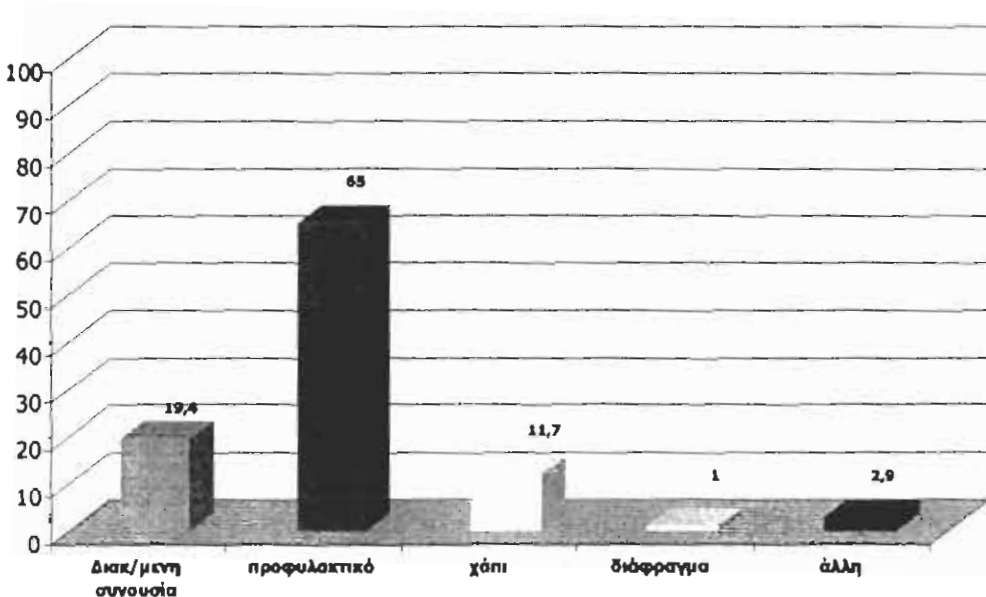
Ερώτηση 14: Αν ναι, ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;

Από αυτούς που απάντησαν ότι χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης, 20 (ποσοστό 19,4%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν τη διακεκομμένη συνουσία, 67 (ποσοστό 65%) το προφυλακτικό, 12 (ποσοστό 11,7%) το χάπι, 1 (ποσοστό 1,0%) το διάφραγμα, ενώ 3 (ποσοστό 2,9%) αναφέρουν άλλη (μη αναφερθείσα) μέθοδο. [πίνακας 14, σχήμα 6]

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Διακεκομμένη συνουσία	20	19,4
Προφυλακτικό	67	65,0
Χάπι	12	11,7
Διάφραγμα	1	1,0
Άλλη	3	2,9
Σύνολο	103	100,0

ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ



σχήμα 6



Ερώτηση 15: Αν δε χρησιμοποιείτε καμία, γιατί;

Από αυτούς που απάντησαν ότι δε χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισυλληπτική, 6 (ποσοστό 18,2%) ισχυρίστηκαν ότι δεν αρέσει στο σύντροφό τους, 8 (ποσοστό 24,2%) ότι δεν αρέσει στις ίδιες, 6 (ποσοστό 18,2%) έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις αντισυλληπτικές μεθόδους, 12 (ποσοστό 36,4%) ότι δε γνωρίζουν το λόγο που το κάνουν, ενώ 1 άτομο (ποσοστό 3,0%) ότι δεν έχει σεξουαλικές σχέσεις. [πίνακας 15]

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΛΟΓΟΣ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δεν αρέσει στον σύντροφο	6	18,2
Δεν αρέσει στην ίδια	8	24,2
Έλλειψη εμπιστοσύνης	6	18,2
Δεν γνωρίζω	12	36,4
Δεν έχω σχέσεις	1	3,0
Σύνολο	33	100,0

Ερώτηση 16: Χρησιμοποιώντας ή όχι μια από τις ανώτερες μεθόδους, έτυχε να έχετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

Στο δείγμα που χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, 24 (ποσοστό 19,5%) δήλωσαν ότι έτυχε να έχουν κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ενώ 99 (ποσοστό 80,5%) ότι δεν έτυχε να συμβεί κάτι τέτοιο. [πίνακας 16]

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	24	19,5
Όχι	99	80,5
Σύνολο	123	100,0

Ερώτηση 17: Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης

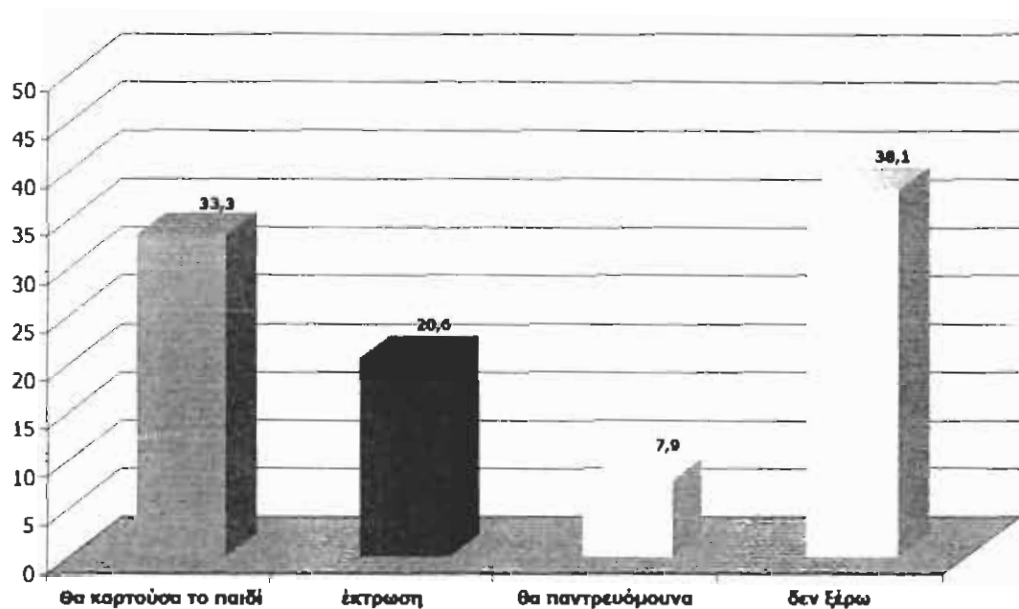
Από το συνολικό δείγμα, 42 (ποσοστό 33,3%) απάντησαν ότι θα κρατούσαν το παιδί σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, 26 (ποσοστό 20,6%) θα έκαναν άμβλωση, 10 (ποσοστό 7,9%) θα παντρεύονταν, ενώ 48 (ποσοστό 38,1%) δεν γνωρίζουν πώς θα έπρατταν. Κανένα άτομο δεν απάντησε ότι θα έδινε το μωρό για υιοθεσία [πίνακας 17, σχήμα 7]



ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Κρατώ το παιδί	42	33,3
Το δίνω για υιοθεσία	0	0,0
Κάνω άμβλωση	26	20,6
Παντρεύομαι	10	7,9
Δεν ξέρω	48	38,1
Σύνολο	126	100,0

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



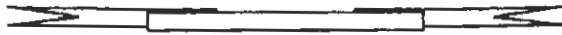
σχήμα 7

Ερώτηση 18: Έχετε κάνει άμβλωση;

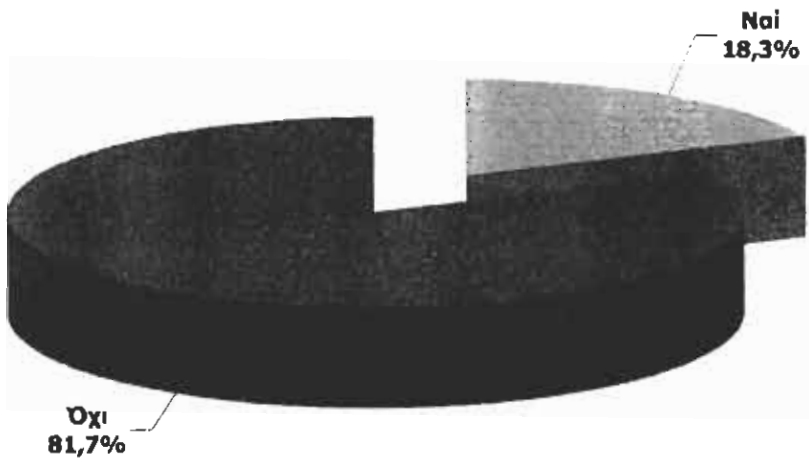
Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας, 24 (ποσοστό 18,3%) δήλωσαν πως έχουν κάνει άμβλωση, ενώ 107 (ποσοστό 81,7%) ότι δεν έχουν κάνει [πίνακας 18, σχήμα 8]

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	24	18,3
Όχι	107	81,7
Σύνολο	131	100,0



Έχετε κάνει έκτρωση;



σχήμα 8



Ερώτηση 19: Αν ναι, πόσες φορές έχετε κάνει άμβλωση;

Από αυτούς που απάντησαν πως έχουν κάνει άμβλωση, 14 (ποσοστό 58,3%) απάντησαν ότι έχουν κάνει μία φορά, 7 (ποσοστό 29,2%) δύο φορές, ενώ 3 (ποσοστό 12,5%) τρεις φορές και άνω. [πίνακας 19]

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μία φορά	14	58,3
Δύο φορές	7	29,2
Τρεις φορές και άνω	3	12,5
Σύνολο	24	100,0

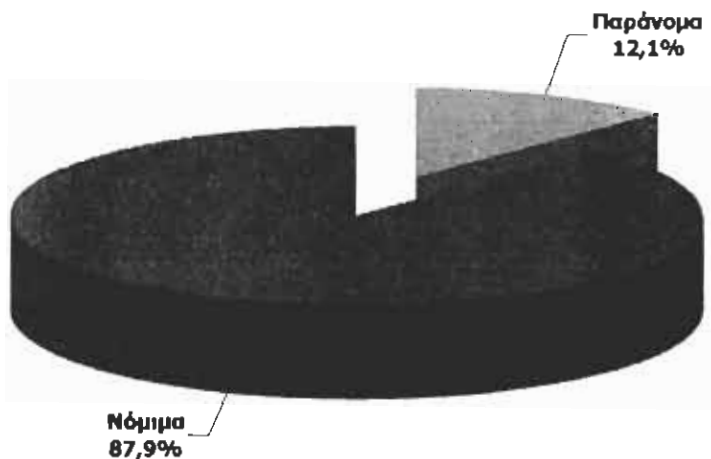
Ερώτηση 20: Αν δεχτούμε ότι κάποιος αριθμός αμβλώσεων θα γίνεται πάντα, όσο και αν ενισχυθεί η αντισύλληψη, πιστεύετε ότι είναι σκόπιμο αυτές να γίνονται:

Από το συνολικό δείγμα, 15 ποσοστό (12,1%) απάντησαν ότι η άμβλωση θα πρέπει να γίνεται παράνομα, ενώ 109 (ποσοστό 87,9%) να γίνονται νόμιμα [πίνακας 20, σχήμα 9]

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΣΚΟΠΙΜΟ ΝΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Παράνομο	15	12,1
Νόμιμα	109	87,9
Σύνολο	124	100,0



ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΜΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ



σχήμα 9

Η ερώτηση 20 είναι μία ερώτηση ανοικτού και κλειστού τύπου, αφού μας ενδιαφέρει όχι μόνο η απάντηση αλλά και η αιτιολόγησή της. Στη συνέχεια, παραθέτονται οι απαντήσεις που δόθηκαν, με σκοπό να κατανοήσουμε το λόγο που οι γυναίκες πιστεύουν ότι πρέπει ή δεν πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις. Στην απάντηση ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται παράνομα, οι αιτιολογίες είναι για να διατηρηθεί κρυφή η επέμβαση και η ανωνυμία της γυναίκας, για να μη μπορεί να βρεθεί η γυναίκα ενώ κάποια ερωτηθείσα απάντησε ότι είναι εναντίον των αμβλώσεων, όποτε δεν κατανοεί τη χρησιμότητα της νομιμοποίησης.

Αντίθετα, οι γυναίκες που πιστεύουν στη νομιμοποίηση της άμβλωσης, ισχυρίζονται ότι οι αμβλώσεις θα γίνουν λιγότερο επικίνδυνες, πιο ασφαλείς, πιο υγιείς. Οι γυναίκες θα προστατεύονται με αυτό τον τρόπο από την απειροσκεψία και την απληστία των ιατρών, θα παρέχονται καλύτερες συνθήκες για την επέμβαση και θα λαμβάνονται τα απαραίτητα θεραπευτικά και ιατρικά μέτρα. Τέλος, υπήρξαν κάποιες γυναίκες οι οποίες απάντησαν ότι με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων το άτομο έχει την ελευθερία της επιλογής του, χωρίς να θέτει τον εαυτό του σε κίνδυνο, και εφόσον η πράξη αυτή δεν πρόκειται να σταματήσει να συμβαίνει, τουλάχιστον ας συμβαίνει με ασφάλεια.

Ερώτηση 21: Τι γνώμη έχετε για την άμβλωση;

Από τους ερωτηθέντες, 87 (ποσοστό 66,4%) θεωρούν την άμβλωση επικίνδυνη, 41 (ποσοστό 31,3%) ακίνδυνη αν γίνει από καλό γιατρό, ενώ μόνο 3 (ποσοστό 2,3%) τη θεωρούν εύκολη και προσιτή. [πίνακας 21]



ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Επικίνδυνη	87	66,4
Ακίνδυνη από καλό γιατρό	41	31,3
Εύκολη και πρόσιτη	3	2,3
Σύνολο	131	100,0

Ερώτηση 22: Ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν σε μια άμβλωση;

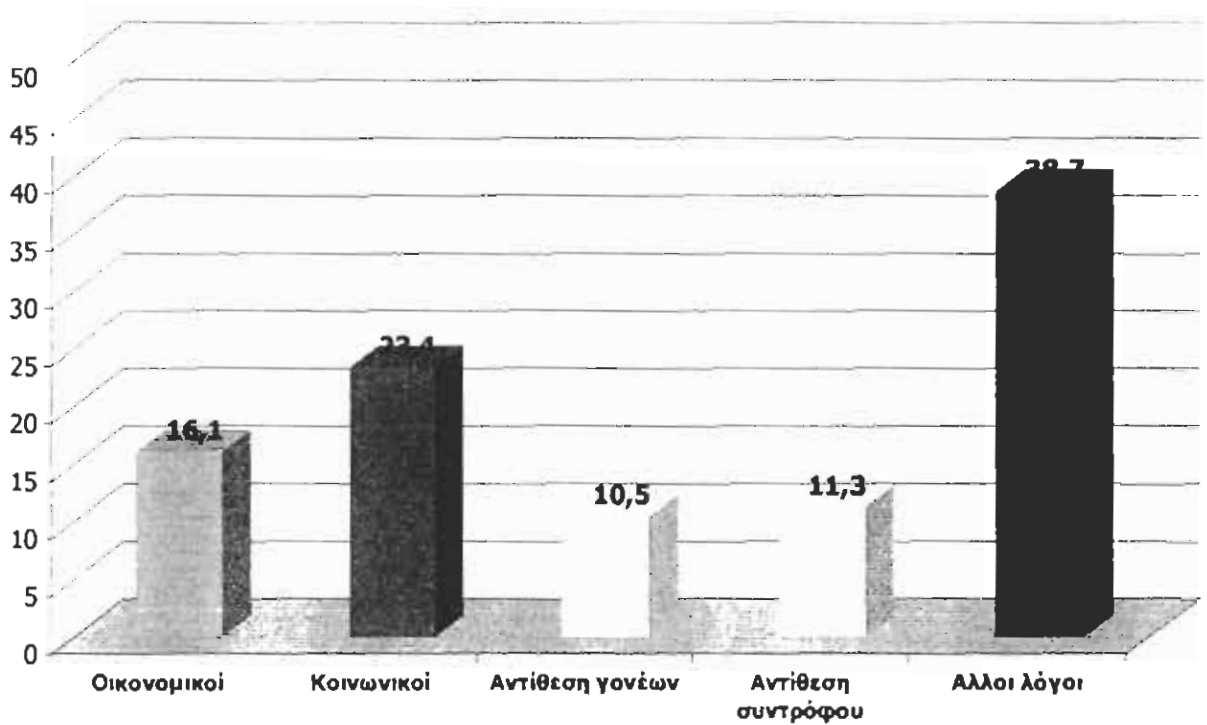
Από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα, 20 (ποσοστό 16,1%) προέβαλαν οικονομικούς λόγους, 29 (ποσοστό 23,4%) κοινωνικούς λόγους, 13 (ποσοστό 10,5%) αντίθεση γονέων, 14 (ποσοστό 11,3%) αντίθεση συντρόφου, ενώ 48 (ποσοστό 38,7%) προέβαλαν άλλους λόγους. [πίνακας 22, σχήμα 10]

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Οικονομικοί	20	16,1
Κοινωνικοί	29	23,4
Αντίθεση γονέων	13	10,5
Αντίθεση συντρόφου	14	11,3
Άλλοι λόγοι	48	38,7
Σύνολο	124	100,0



Ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν σε μία έκτρωση;



σχήμα 10

Ερώτηση 23: Η απόφαση θα ήταν αποκλειστικά:

Από το συνολικό δείγμα, 47 (ποσοστό 36,7%) ισχυρίστηκαν ότι η απόφαση θα ήταν δική τους, 3 (ποσοστό 2,3%) του συντρόφου, 74 (ποσοστό 57,8%) και των δύο, ενώ 4 (ποσοστό 3,1%) απάντησαν ότι η απόφαση θα ήταν των γονέων. [πίνακας 23]

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δική μου	47	36,7
Του συντρόφου	3	2,3
Και των δύο	74	57,8
Των γονέων	4	3,1
Σύνολο	128	100,0



Ερώτηση 24: Αν έχετε κάνει άμβλωση, πως το αντιμετωπίσατε;

Από αυτούς που απάντησαν ότι έχουν προβεί σε άμβλωση, 11 (ποσοστό 39,3%) το αντιμετώπισαν σαν αναγκαία λύση, 9 (ποσοστό 32,1%) σαν τραυματική εμπειρία, ενώ 8 (ποσοστό 28,6%) απάντησαν ότι το ξεπέρασαν γρήγορα. [πίνακας 24]

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αναγκαία λύση	11	39,3
Τραυματική εμπειρία	9	32,1
Ξεπεράστηκε γρήγορα	8	28,6
Σύνολο	28	100,0

Ερώτηση 25: Μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα μετά την άμβλωση;

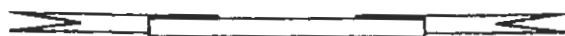
Από του συμμετέχοντες στην έρευνα, 9 (ποσοστό 7,2%) πιστεύουν ότι μπορεί να εμφανιστεί μόλυνση, 1 (ποσοστό 0,8%) ενδομήτριος θρόμβος αίματος, 3 (ποσοστό 2,4%) τραύμα τραχήλου της μήτρας, 31 (ποσοστό 24,8%) αιμορραγία, ενώ 81 άτομα (ποσοστό 64,8%) απάντησαν όλα τα ανωτέρω. Να σημειωθεί ότι κανείς δεν απάντησε ως επιπλοκή της άμβλωσης τη συνέχιση της κύησης. [πίνακας 25]

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μόλυνση	9	7,2
Ενδομήτριος θρόμβος αίματος	1	0,8
Συγέχεια εγκυμοσύνης	0	0,0
Τραύμα τραχήλου μήτρας	3	2,4
Αιμορραγία	31	24,8
Όλα τα ανωτέρω	81	64,8
Σύνολο	125	100,0

Ερώτηση 26: Πιστεύετε ότι αυτός που σας κάνει άμβλωση, σας βοηθά:

Από το συνολικό δείγμα, 48 (ποσοστό 41,0%) απάντησαν ότι ο γιατρός τους βοηθά να απαλλαγούν από το ανεπιθύμητο έμβryo, 62 (ποσοστό 53,0%) να σκοτώσουν μία νέα ζωή, ενώ 7 (ποσοστό 6,0%) να συνεχίσουν τη σταδιοδρομία τους. [πίνακας 26]



ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ, ΣΑΣ ΒΟΗΘΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Απαλλαγή από ένα ανεπιθύμητο έμβρυο	48	41,0
Σκοτώνει μια νέα ζωή	62	53,0
Συνέχιση της σταδιοδρομίας μου	7	6,0
Σύνολο	117	100,0

Ερώτηση 27: Σύμφωνα με πρόσφατο νομοσχέδιο, η πολιτεία κατοχυρώνει νομικά τους γυναικολόγους να κάνουν αμβλώσεις στις γυναίκες. Πιστεύετε ότι:

Από αυτούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 52 (ποσοστό 41,3%) πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις θα είναι ακίνδυνες στο μέλλον, 5 (ποσοστό 4,0%) ότι θα παρατηρηθεί έλλειψη μέτρων προφύλαξης, ενώ 69 (ποσοστό 54,8%) ότι θα παρατηρηθεί αύξηση των αμβλώσεων στο μέλλον. [πίνακας 27]

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ακίνδυνες στο μέλλον	52	41,3
Έλλειψη μέτρων προφύλαξης	5	4,0
Αύξηση αμβλώσεων στο μέλλον	69	54,8
Σύνολο	126	100,0

Ερώτηση 28: Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η άμβλωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;

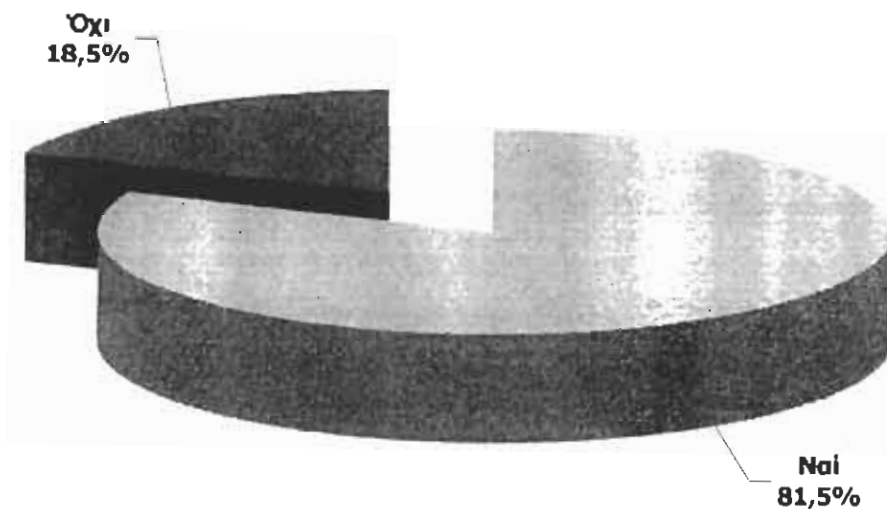
Στην ερώτηση σχετικά με την Ορθόδοξη Εκκλησία (η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Χριστιανούς Ορθόδοξους) 106 (ποσοστό 81,5%) συμφώνησαν με την άποψη της εκκλησίας, ενώ 24 (ποσοστό 18,5%) διαφώνησαν με αυτή. [πίνακας 28, σχήμα 11]

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ: ΑΜΒΛΩΣΗ= ΔΟΛΟΦΟΝΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ	106	81,5
Διαφωνώ	24	18,5
Σύνολο	130	100,0



Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;



σχήμα 11



Ερώτηση 29: Πιστεύετε ότι ο ηθικός φραγμός σχετικά με τις αμβλώσεις επηρεάζει την απόφασή σας;

Τέλος, σε αυτή την περιέργη-ομολογουμένως- ερώτηση, 73 (ποσοστό 59,3%) απάντησαν ότι η απόφασή τους θα επηρεαζόταν από τον ηθικό φραγμό τους, ενώ 50 (ποσοστό 40,7%) ότι δε θα επηρεάζονταν. [πίνακας 29, σχήμα 12]

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΕΠΙΡΡΟΗ ΗΘΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	73	59,3
Όχι	50	40,7
Σύνολο	123	100,0

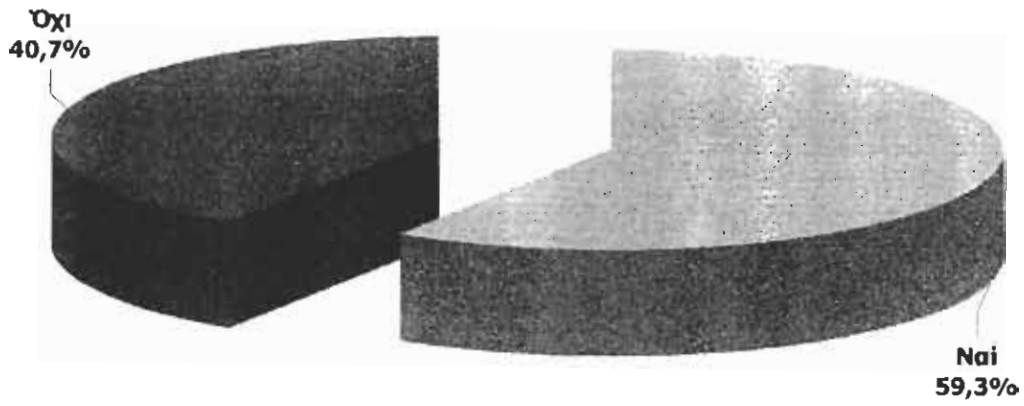
Στην ερώτηση 29, που είναι μία ερώτηση συνδυασμός ανοικτού και κλειστού τύπου, λάβαμε διάφορες απαντήσεις θετικές και αρνητικές όσον αφορά στους ηθικούς φραγμούς που επηρεάζουν τη ζωή μας. Παραθέτουμε μερικές από αυτές, που τάσσονται κατά των αμβλώσεων: είναι αντίθετο με τη θρησκεία, σκοτώνω μία ζωή, δένεσαι συναισθηματικά με το έμβρυο, «τι θα πουν οι γύρω μου;» αυτή η αντίληψη ισχύει ακόμα, γιατί όλοι είμαστε άνθρωποι του Θεού, είναι έγκλημα, είναι αφαίρεση μίας ζωής, την ανευθυνότητα τη δική μου δε θα την πληρώσει μία αθώα ύπαρξη, για κοινωνικούς λόγους, τα παιδιά είναι του Θεού, από την ημέρα της σύλληψης υπάρχει ζωή, η αντισύλληψη είναι μέσο προστασίας για να μην μπαίνει κανείς σε ψυχοφθόρες διαδικασίες, είναι ό,τι χειρότερο θα μπορούσε να συμβεί σε μία γυναίκα και πέρα από ηθικούς φραγμούς θα πρέπει να είναι πολύ άσχημα εμπειρία, δεν έχω το δικαίωμα να αποφασίζω εγώ για μία άλλη ζωή, δεν είναι σωστό να κάνεις παιδιά πριν το γάμο, αίσθημα ενοχής, αδυναμία αντιμετώπισης των τύψεων μετά την επέμβαση, πάντα μία τέτοια απόφαση εξαρτάται από την ηθική, την ωριμότητα και τις ηθικές αρχές της γυναίκας.

Αντιπαραθέτουμε τις απόψεις γυναικών που τάσσονται υπέρ των αμβλώσεων: δε θα κάνω κακό σε μένα, αν δε μπορώ δε το κρατάω, γιατί δε γίνεται αλλιώς, για προσωπικούς λόγους, η απόφασή μου θα ήταν αποτέλεσμα άλλων λόγων, όπως οικονομικοί ή αντίθεση συντρόφου και όχι ηθικοί λόγοι, όσο και να με επηρεάζουν οι ηθικοί φραγμοί στο τέλος θα κάνω αυτό που θεωρώ πιο βολικό και θα με απαλλάσσει από μελλοντικά προβλήματα, αν με επηρέαζε ο ηθικός φραγμός δε θα είχα κάνει αμβλωση με επηρέασε η άποψη του άνδρα μου που δεν ήθελε παιδί, είμαι ελεύθερη να κάνω ό,τι θέλω χωρίς να δίνω λογαριασμό σε κανένα, θα κάνω αυτό που επιθυμώ και που είναι λογικό έστω και αν είναι αναγκαίο κακό, δεν έχω ιδιαίτερους ηθικούς φραγμούς από τη στιγμή που δε νοιώθω έτοιμη να αποκτήσω παιδί, είναι άδικο και για τους δύο να γεννηθεί ένα παιδί εφόσον δεν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για αυτό, η απόφαση είναι εντελώς προσωπική, δεν θεωρώ ανήθικη την αμβλωση και άλλοι λόγοι μπορεί να επηρέαζαν την απόφασή μου αλλά όχι οι ηθικοί.



Σχήμα 12

Πιστεύετε ότι ο ηθικός φραγμός σχετικά με τις εκτρώσεις επηρεάζει την απόφασή σας;





Β. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΕ 15 ΗΡΕΣ

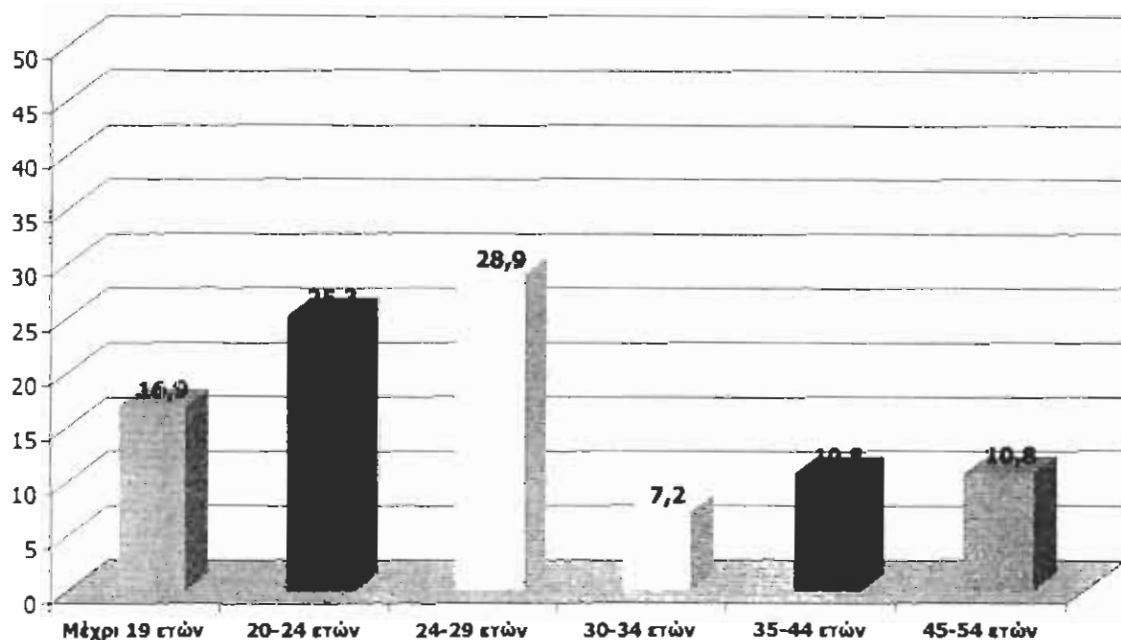
Ερώτηση 1: Ηλικία

Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, 14 άτομα (ποσοστό 16,9%) είναι μέχρι 19 ετών, 21 (ποσοστό 25,3%) μεταξύ 20-24 ετών, 24 (ποσοστό 28,9%) μεταξύ 24-29 ετών, 6 (ποσοστό 7,2%) μεταξύ 30-34 ετών, 9 (ποσοστό 10,8%) μεταξύ 35-44 ετών, και 9 (ποσοστό 10,8%) μεταξύ 45-54 ετών. [πίνακας 1, σχήμα 1]

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΗΛΙΚΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μέχρι 19 ετών	14	16,9
20 - 24 ετών	21	25,3
24 - 29 ετών	24	28,9
30 - 34 ετών	6	7,2
35 - 44 ετών	9	10,8
45 - 54 ετών	9	10,8
Σύνολο	83	100,0

ΗΛΙΚΙΑ



Σχήμα 1



Ερώτηση 2: Που γεννηθήκατε;

Από τους ερωτηθέντες, 18 (ποσοστό 21,7%) γεννήθηκαν σε χωριό, 8 (ποσοστό 9,6%) σε κωμόπολη, και 57 (ποσοστό 68,7%) σε πόλη. [πίνακας 2]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	18	21,7
Κωμόπολη	8	9,6
Πόλη	57	68,7
Σύνολο	83	100,0

Ερώτηση 3: Που ζείτε τα τελευταία πέντε χρόνια;

Από το σύνολο 21 άτομα (ποσοστό 25,3%) κατοικούν σε χωριό, 4 (ποσοστό 4,8%) σε κωμόπολη, ενώ 58 (ποσοστό 69,9%) σε πόλη. [πίνακας 3]

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	21	25,3
Κωμόπολη	4	4,8
Πόλη	58	69,9
Σύνολο	83	100,0

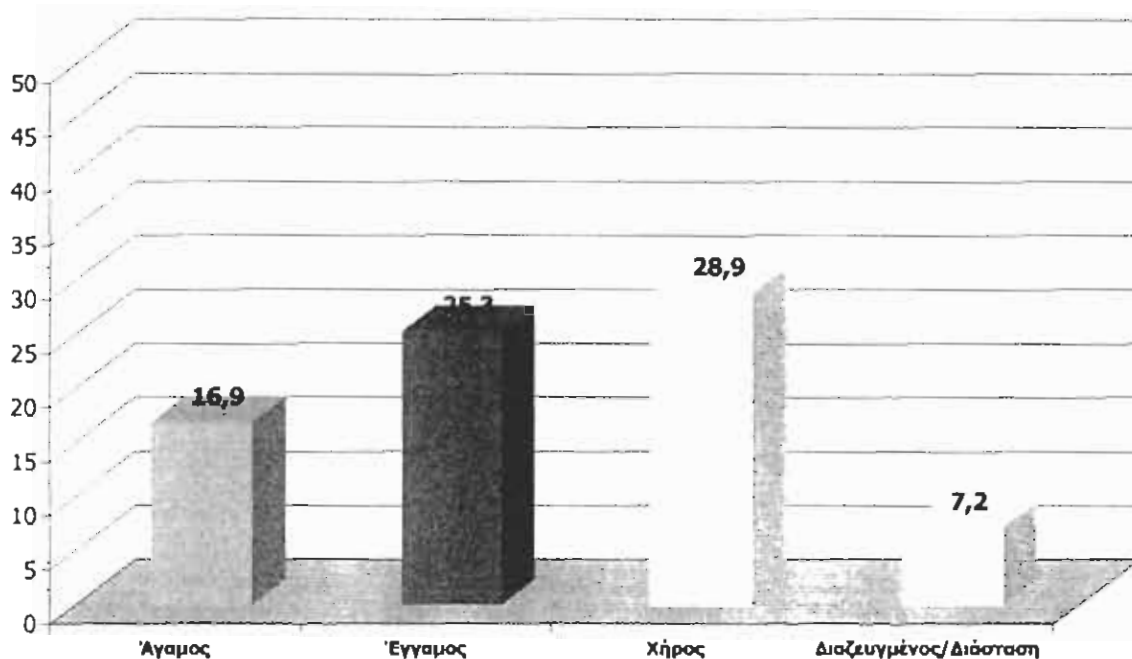
Ερώτηση 4: Οικογενειακή κατάσταση

Από το συνολικό δείγμα, 63 άτομα (ποσοστό 75,9%) είναι άγαμοι, 16 (ποσοστό 19,3%) έγγαμοι, 1 (ποσοστό 1,2%) χήρος, και 3 (ποσοστό 3,6%) διαζευγμένοι ή σε διάσταση. [πίνακας 4, σχήμα 2]

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Άγαμος	63	75,9
Έγγαμος	16	19,3
Χήρος	1	1,2
Διαζευγμένος ή σε διάσταση	3	3,6
Σύνολο	83	100,0



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



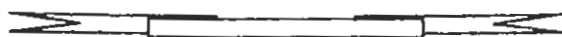
σχήμα 2

Ερώτηση 5: Αριθμός παιδιών

Από τους συμμετέχοντες, 3 άτομα (ποσοστό 3,6%) έχουν ένα παιδί, 10 (ποσοστό 12,0%) δύο παιδιά, 1 (ποσοστό 1,2%) τρία παιδιά, 3 (ποσοστό 3,6%) περισσότερα από τρία παιδιά, ενώ 66 (ποσοστό 79,5%) δεν έχουν κανένα παιδί. [πίνακας 5]

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΠΑΙΔΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ένα	3	3,6
Δύο	10	12,0
Τρία	1	1,2
Περισσότερα από τρία	3	3,6
Κανένα	66	79,5
Σύνολο	83	100,0



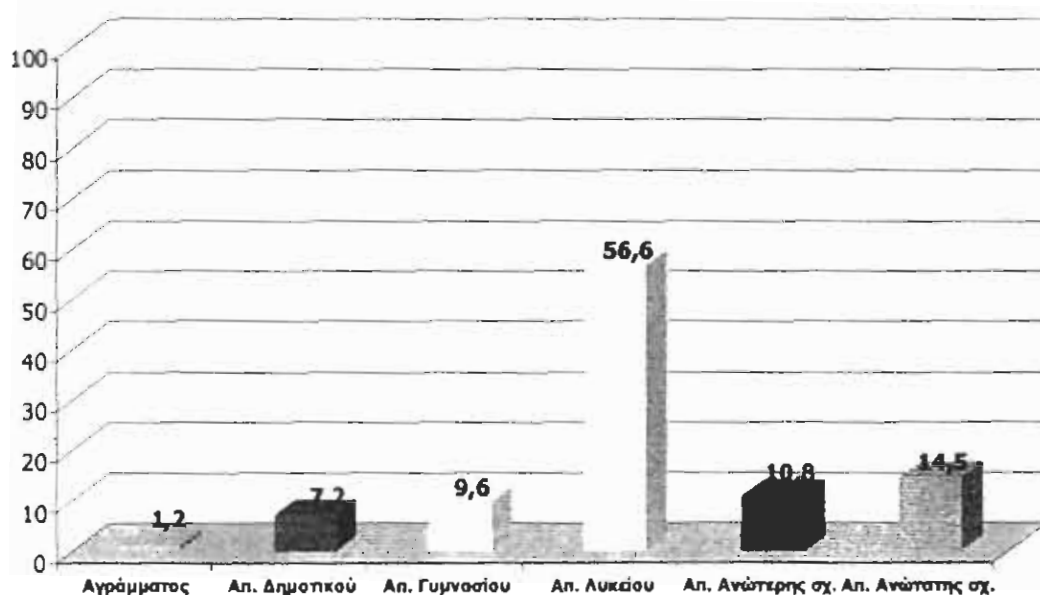
Ερώτηση 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα, 1 άτομα (ποσοστό 1,2%) δήλωσε αγράμματο, 6 άτομα (ποσοστό 7,2%) απόφοιτοι δημοτικού, 8 (ποσοστό 9,6%) απόφοιτοι γυμνασίου, 47 (ποσοστό 56,6%) απόφοιτοι λυκείου, 9 (ποσοστό 10,8%) απόφοιτοι ανώτερης σχολής, ενώ 12 (ποσοστό 14,5%) απόφοιτοι ανώτατης σχολής. [πίνακας 6, σχήμα 3]

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αγράμματος	1	1,2
Απόφοιτος δημοτικού	6	7,2
Απόφοιτος γυμνασίου	8	9,6
Απόφοιτος λυκείου	47	56,6
Απόφοιτος ανώτερης σχολής	9	10,8
Απόφοιτος ανώτατης σχολής	12	14,5
Σύνολο	83	100,0

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



σχήμα 3



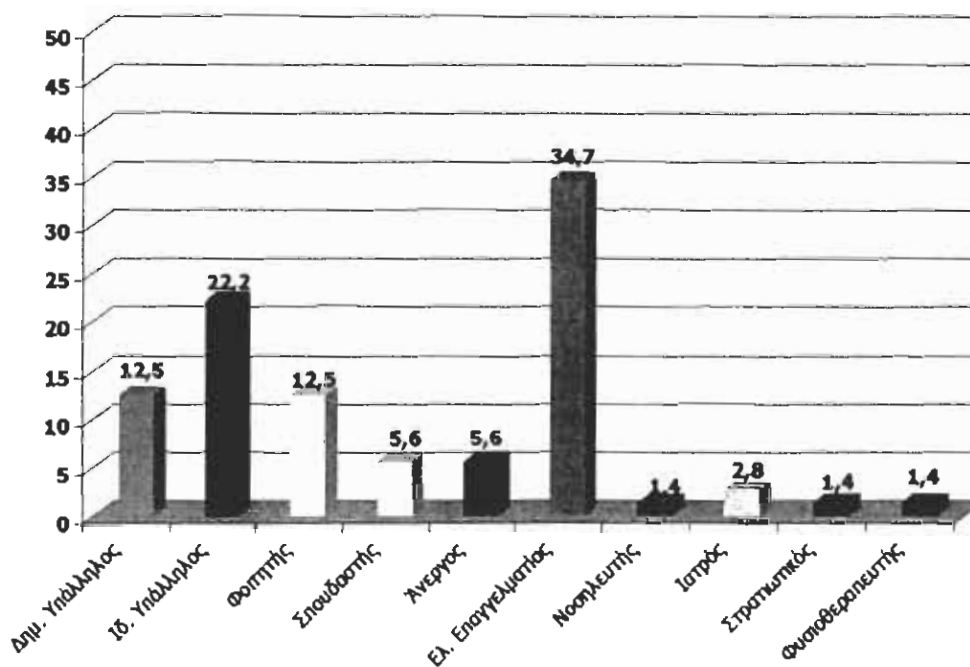
Ερώτηση 7: Επάγγελμα

Από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων, 9 άτομα (ποσοστό 12,5%) δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι, 16 άτομα (ποσοστό 22,2%) ιδιωτικοί υπάλληλοι, 9 άτομα (ποσοστό 12,5%) φοιτητές, 4 άτομα (ποσοστό 5,6%) σπουδαστές, 4 άτομα (ποσοστό 5,6%) άνεργοι, 25 άτομα (ποσοστό 34,7%) ελεύθεροι επαγγελματίες, 1 άτομο (ποσοστό 1,4%) νοσηλεύτης, 2 άτομα (ποσοστό 2,8%) ιατροί, 1 άτομο (ποσοστό 1,4%) στρατιωτικός, και 1 άτομο (ποσοστό 1,4%) φυσιοθεραπευτής. [πίνακας 7, σχήμα 4]

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δημ. Υπάλληλος	9	12,5
Ιδ. Υπάλληλος	16	22,2
Φοιτητής	9	12,5
Σπουδαστής	4	5,6
Άνεργος	4	5,6
Ελ. Επαγγελματίας	25	34,7
Νοσηλεύτης	1	1,4
Ιατρός	2	2,8
Στρατιωτικός	1	1,4
Φυσιοθεραπευτής	1	1,4
Σύνολο	72	100,0

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



σχήμα 4



Ερώτηση 8: Οικονομική κατάσταση

Στην ερώτηση σχετικά με την οικονομική κατάσταση, 6 άτομα (ποσοστό 7,3%) δήλωσαν κακή κατάσταση, 31 (ποσοστό 37,8%) μέτρια κατάσταση, 37 (ποσοστό 45,1%) καλή κατάσταση, και 8 (ποσοστό 9,8%) πολύ καλή. [πίνακας 8]

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Κακή	6	7,3
Μέτρια	31	37,8
Καλή	37	45,1
Πολύ καλή	8	9,8
Σύνολο	82	100,0

Ερώτηση 9: Που ζήσατε τα παιδικά σας χρόνια;

Από το συνολικό δείγμα, 27 άτομα (ποσοστό 32,5%) πέρασαν τα παιδικά τους χρόνια σε χωριό, 11 άτομα (ποσοστό 13,3%) σε κωμόπολη, και 45 άτομα (ποσοστό 54,2%) σε πόλη. [πίνακας 9]

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	27	32,5
Κωμόπολη	11	13,3
Πόλη	45	54,2
Σύνολο	83	100,0

Ερώτηση 10: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 1 άτομο (ποσοστό 1,2%) άρχισε να έχει σεξουαλικές σχέσεις σε ηλικία 12 ετών, 10 άτομα (ποσοστό 12,2%) σε ηλικία 14 ετών, 6 άτομα (ποσοστό 7,3%) σε ηλικία 15 ετών, 17 άτομα (ποσοστό 20,7%) σε ηλικία 16 ετών, 26 άτομα (ποσοστό 31,7%) σε ηλικία 17 ετών, 13 άτομα (ποσοστό 15,9%) σε ηλικία 18 ετών, 5 άτομα (ποσοστό 6,1%) σε ηλικία 19 ετών, 2 άτομα (ποσοστό 2,4%) σε ηλικία 20 ετών, 1 άτομο (ποσοστό 1,2%) σε ηλικία 21 ετών, ενώ 1 άτομο (ποσοστό 1,2%) σε ηλικία 25 ετών. [πίνακας 10]

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
12 ετών	1	1,2



14 ετών	10	12,2
15 ετών	6	7,3
16 ετών	17	20,7
17 ετών	26	31,7
18 ετών	13	15,9
19 ετών	5	6,1
20 ετών	2	2,4
21 ετών	1	1,2
25 ετών	1	1,2
Σύνολο	82	100,0

Ερώτηση 11: Υπήρχε ελευθερία έκφρασης προσωπικών προβλημάτων μέσα στην οικογένειά σας;

Από το συνολικό δείγμα, 50 άτομα (ποσοστό 60,2%) δήλωσε ΝΑΙ στην ελευθερία έκφρασης μέσα στην οικογένεια, ενώ τα υπόλοιπα 33 άτομα (ποσοστό 39,8%) δήλωσε ότι δεν υπήρχε ελευθερία έκφρασης, [πίνακας 11]

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	50	60,2
Όχι	33	39,8
Σύνολο	83	100,0

Ερώτηση 12: Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

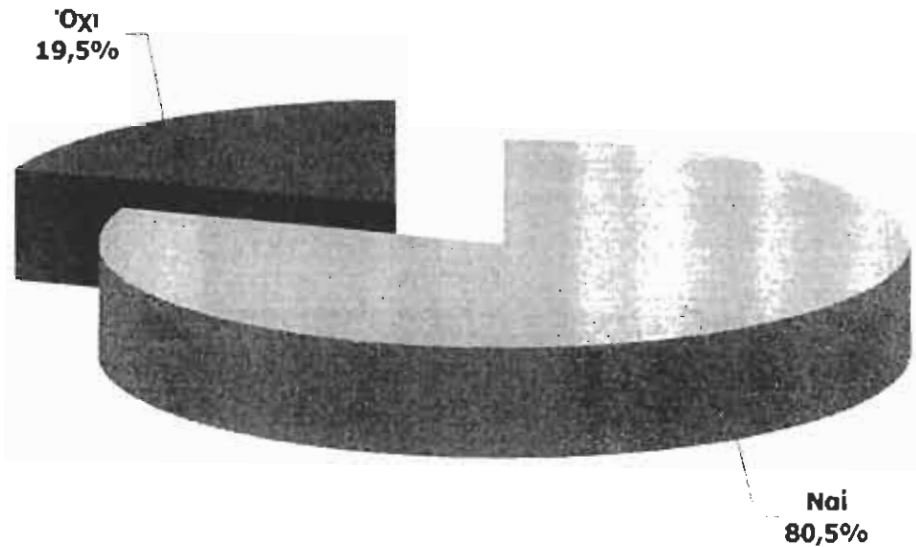
Από τους ερωτηθέντες, 66 άτομα (ποσοστό 80,5%) χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης, ενώ 16 (ποσοστό 19,5%) δε χρησιμοποιούν [πίνακας 12, σχήμα 5]

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	66	80,5
Όχι	16	19,5
Σύνολο	82	100,0



Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;



σχήμα 5

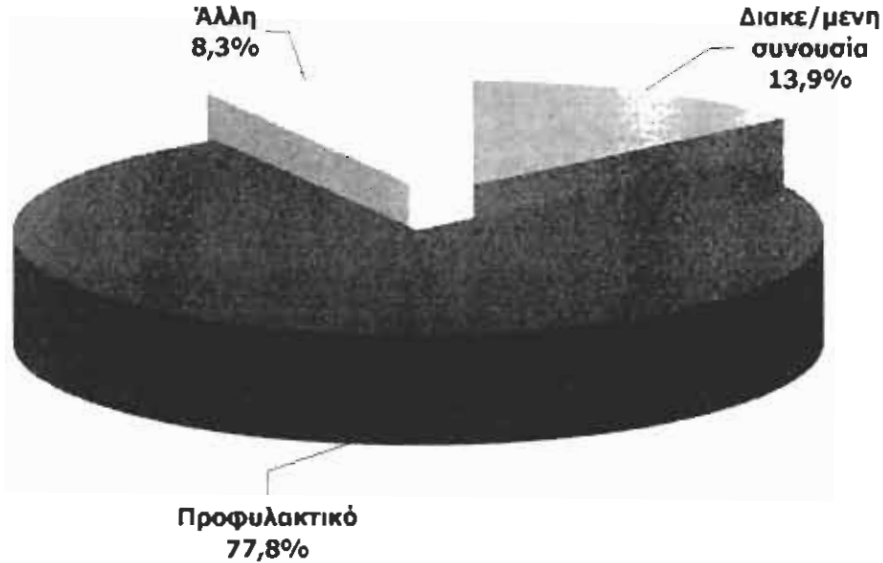
Ερώτηση 13: Αν ναι, ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι διακεκομμένη συνουσία από 10 άτομα (ποσοστό 13,9%), προφυλακτικό από 56 άτομα (ποσοστό 77,8%), άλλη μέθοδος -μη αναφερθείσα- από 6 άτομα (ποσοστό 8,3%). [πίνακας 13, σχήμα 6]

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Διακεκομμένη συνουσία	10	13,9
Προφυλακτικό	56	77,8
Άλλη	6	8,3
Σύνολο	72	100,0



Μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείτε



Σχήμα 6

Ερώτηση 14: Αν δε χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο, γιατί;

Οι λόγοι που δε χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο είναι: δεν αρέσει στη σύντροφο απάντησε 1 άτομο (ποσοστό 4,0%), δεν αρέσει στον ίδιο απάντησαν 16 άτομα (ποσοστό 64,0%), λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης στις μεθόδους αντισύλληψης απάντησαν 3 άτομα (ποσοστό 12,0%), 2 άτομα (ποσοστό 8%) απάντησαν ότι δεν το έχουν σκεφτεί, ενώ 3 άτομα (ποσοστό 12%) δήλωσαν ότι δεν έχουν σεξουαλικές επαφές. [πίνακας 14]



ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΛΟΓΟΣ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δεν αρέσει στην σύντροφο	1	4,0
Δεν αρέσει στον ίδιο	16	64,0
Έλλειψη εμπιστοσύνης	3	12,0
Δεν γνωρίζω	2	8,0
Δεν έχω σχέσεις	3	12,0
Σύνολο	25	100,0

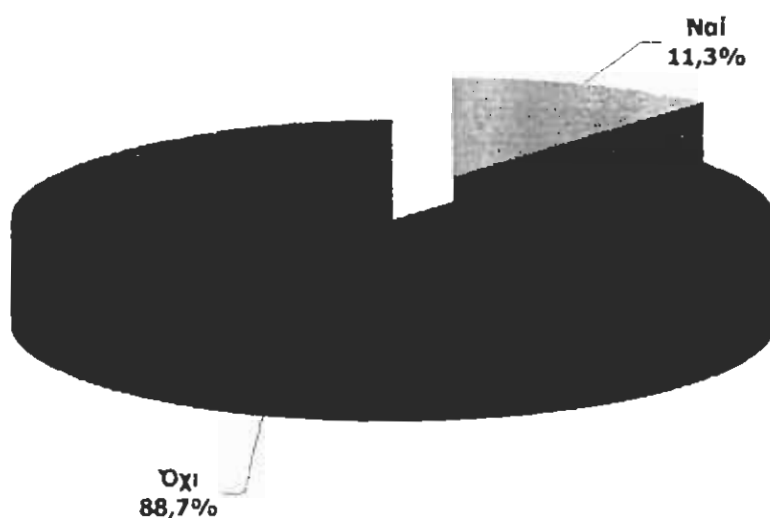
Ερώτηση 15: Χρησιμοποιώντας ή όχι κάποια από τις ανώτερες μεθόδους, έτυχε να έχει η σύντροφός σας κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

Από το συνολικό δείγμα, 9 άτομα (ποσοστό 11,3%) δήλωσαν ότι υπήρξε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρά τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου, ενώ 71 άτομα (ποσοστό 88,8%) ότι δεν έτυχε. [πίνακας 15, σχήμα 7]

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	9	11,3
Όχι	71	88,8
Σύνολο	80	100,0

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ



σχήμα 7

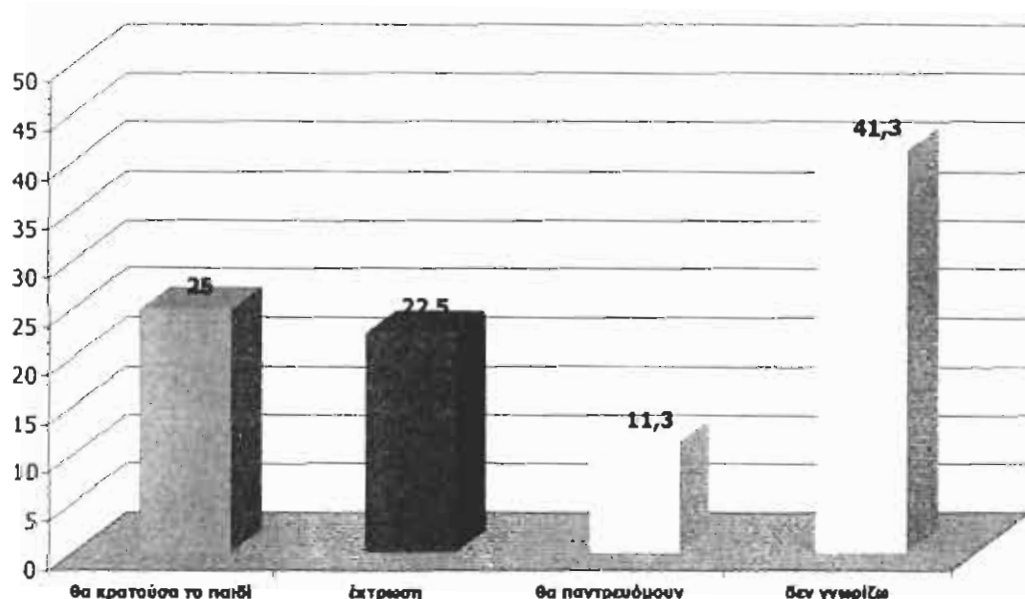


Ερώτηση 16: Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης της συντρόφου σας

Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, 20 άτομα (ποσοστό 25,0%) θα κρατούσαν το παιδί, 18 άτομα (ποσοστό 22,5%) θα ζητούσαν να γίνει άμβλωση, 9 άτομα (ποσοστό 11,3%) θα παντρευόντουσαν, και 33 άτομα (ποσοστό 41,3%) δε ξέρουν πως θα αντιδρούσαν. Να σημειωθεί ότι κανένας δε θα έδινε το παιδί για υιοθεσία. [πίνακας 16, σχήμα 8]

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Κρατώ το παιδί	20	25,0
Το δίνω για υιοθεσία	0	0,0
Ζητώ άμβλωση	18	22,5
Παντρεύομαι	9	11,3
Δεν ξέρω	33	41,3
Σύνολο	80	100,0

Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης της συντρόφου:



σχήμα 8



Ερώτηση 17: Έχετε ζητήσει από τη σύντροφό σας ποτέ να κάνει άμβλωση;

Στην πρόταση προς τη σύντροφο για άμβλωση 11 άτομα (ποσοστό 13,9%) απάντησαν ότι έχουν ζητήσει να γίνει άμβλωση, ενώ 68 άτομα (ποσοστό 86,1%) απάντησαν ότι δεν έχουν. [πίνακας 17]

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΕΧΕΤΕ ΖΗΤΗΣΕΙ ΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ;		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	11	13,9
Όχι	68	86,1
Σύνολο	79	100,0

Ερώτηση 18: Αν ναι, η σύντροφός σας έκανε τελικά άμβλωση;

Στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε ότι έχουμε ένα απόλυτο ποσοστό 100% από τα άτομα που ζήτησαν άμβλωση από τη σύντροφό τους. Η άμβλωση πραγματοποιήθηκε σε όλες τις περιπτώσεις [πίνακας 18]

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΕΓΙΝΕ ΑΜΒΛΩΣΗ;		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	11	100,0
Όχι	0	0,0
Σύνολο	11	100,0

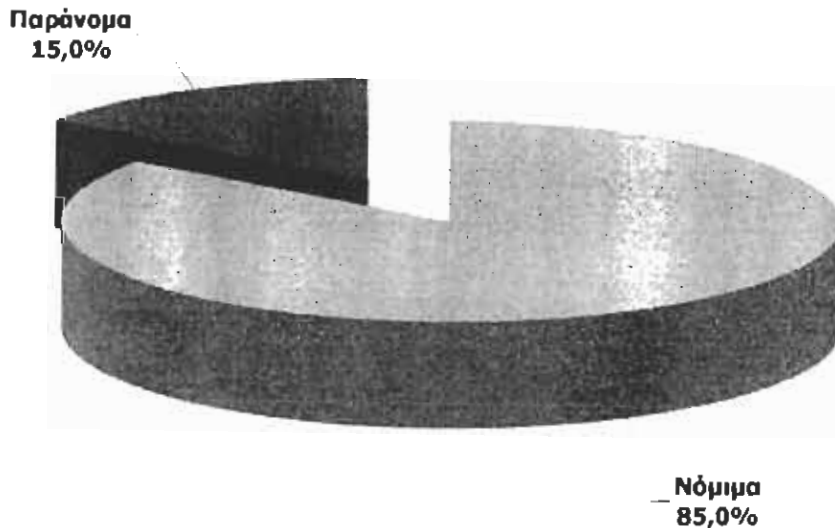
Ερώτηση 19: Αν δεχτούμε ότι κάποιος αριθμός αμβλώσεων θα γίνεται πάντα, όσο και αν ενισχυθεί η αντισύλληψη, πιστεύετε ότι είναι σκόπιμο αυτό να γίνεται;

Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, 68 άτομα (ποσοστό 85,0%) πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται νόμιμα, ενώ 12 άτομα (ποσοστό 15,0%) παράνομα. [πίνακας 19, σχήμα 9]

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΣΚΟΠΙΜΟ ΝΑ ΓΙΝΟΝΤΑΙ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Νόμιμα	68	85,0
Παράνομα	12	15,0
Σύνολο	80	100,0



ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΜΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ



σχήμα 9

20. Τι γνώμη έχετε για την άμβλωση;

Από όσους έλαβαν μέρος στην έρευνα, 42 άτομα (ποσοστό 50,6%) απάντησαν ότι θεωρούν την άμβλωση επικίνδυνη, 36 άτομα (ποσοστό 43,4%) ότι τη θεωρούν ακίνδυνη αν γίνει από καλό γιατρό, ενώ 5 άτομα (ποσοστό 6%) τη θεωρούν εύκολη και προσιτή. [πίνακας 20]



ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Επικίνδυνη	42	50,6
Ακίνδυνη από καλό γιατρό	36	43,4
Εύκολη και προσιτή	5	6,0
Σύνολο	83	100,0

Ερώτηση 21. Ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν να ζητήσετε από τη σύντροφό σας να υποβληθεί σε μια άμβλωση;

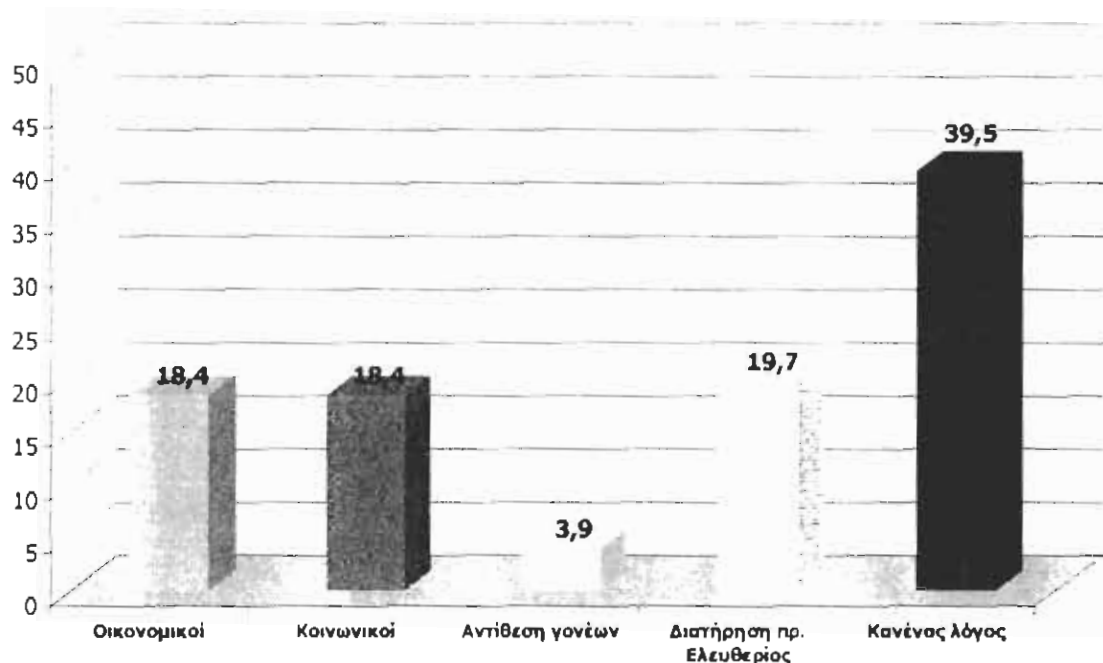
Στην ερώτηση αυτή, 14 άτομα (ποσοστό 18,4%) απάντησαν για οικονομικούς λόγους, 14 άτομα (ποσοστό 18,4%) για κοινωνικούς, 3 άτομα (ποσοστό 3,9%) αντίθεση γονέων, 15 άτομα (ποσοστό 19,7%) για λόγους ελευθερίας και ανεξαρτησίας, ενώ 30 άτομα (ποσοστό 39,5%) ισχυρίστηκαν ότι κανένας λόγος δε θα τους οδηγούσε σε άμβλωση. [πίνακας 21, σχήμα 10]

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Οικονομικοί	14	18,4
Κοινωνικοί	14	18,4
Ελευθερία - ανεξαρτησία	15	19,7
Αντίθεση γονέων	3	3,9
Κανένας λόγος	30	39,5
Σύνολο	76	100,0



Λόγοι που θα ζητούσατε από την συντρόφό σας να υποβληθεί σε έκτρωση



σχήμα 10

Ερώτηση 22. Η απόφαση για την άμβλωση θα ήταν

Από το σύνολο, 7 άτομα (ποσοστό 9,0%) απάντησαν ότι η αποφαση θα ήταν δική τους, 6 άτομα (ποσοστό 7,7%) της συντρόφου, και 65 άτομα (ποσοστό 83,3%) και των δύο. [πίνακας 22]

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Δική μου	7	9,0
Της συντρόφου	6	7,7
Και των δύο	65	83,3
Των γονέων	0	0,0
Σύνολο	78	100,0



Ερώτηση 23. Αν η σύντροφός σας έχει υποβληθεί σε άμβλωση , πως το αντιμετωπίσατε;

Την άμβλωση αντιμετώπισαν σαν αναγκαία λύση 11 άτομα (ποσοστό 33,3%), σαν τραυματικά εμπειρία 13 άτομα (ποσοστό 39,4%), ενώ 9 άτομα (ποσοστό 27,3%) απάντησαν ότι ξεπεράστηκε γρήγορα [πίνακας 23]

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αναγκαία λύση	11	33,3
Τραυματική εμπειρία	13	39,4
Ξεπεράστηκε γρήγορα	9	27,3
Σύνολο	33	100,0

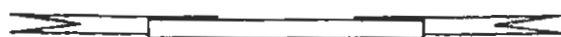
Ερώτηση 24. Πιστεύετε ότι μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα μετά την άμβλωση;

Στην ερώτηση σχετικά με τις επιπλοκές της άμβλωσης, 3 άτομα (ποσοστό 3,7%) απάντησαν μόλυνση, 4 άτομα (ποσοστό 4,9%) τραύμα του τραχήλου, 16 άτομα (ποσοστό 19,8%) αιμορραγία, και 58 άτομα (ποσοστό 71,6%) όλα τα ανωτέρω. [πίνακας 24]

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μόλυνση	3	3,7
Ενδομήτριος θρόμβος αίματος	0	0,0
Συνέχεια εγκυμοσύνης	0	0,0
Τραύμα τραχήλου μήτρας	4	4,9
Αιμορραγία	16	19,8
Όλα τα ανωτέρω	58	71,6
Σύνολο	81	100,0

Ερώτηση 25. Πιστεύετε ότι αυτός που κάνει την άμβλωση βοηθά τη σύντροφό σας και εσάς;

Από το συνολικό δείγμα, 25 άτομα (ποσοστό 32,1%) απάντησαν ότι ο γιατρός βοηθά να απαλλαγούν από το ανεπιθύμητο έμβρυο, 39 άτομα (ποσοστό 50,0%) να σκοτώσουν μία νέα ζωή, και 14 άτομα (ποσοστό 17,9%) να συνεχίσουν τη σταδιοδρομία τους. [πίνακας 25]



ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ, ΣΑΣ ΒΟΗΘΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Απαλλαγή από ένα ανεπιθύμητο έμβρυο	25	32,1
Σκοτώνετε μια νέα ζωή	39	50,0
Συνέχιση της σταδιοδρομίας σας	14	17,9
Σύνολο	78	100,0

Ερώτηση 26. Σύμφωνα με πρόσφατο νομοσχέδιο, η πολιτεία κατοχυρώνει νομικά τους γυναικολόγους να κάνουν αμβλώσεις. Πιστεύετε ότι:

Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, 38 άτομα (ποσοστό 46,3%) θεωρούν ότι η νομιμοποίηση θα συμβάλει στο να γίνουν οι αμβλώσεις ακίνδυνες στο μέλλον, 1 άτομο (ποσοστό 1,2%) ότι θα παρατηρηθεί έλλειψη στα αντισυλληπτικά μέτρα και 43 άτομα (ποσοστό 52,4%) ότι θα παρατηρηθεί αύξηση των αμβλώσεων στο μέλλον [πίνακας 26]

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ...

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ακίνδυνες στο μέλλον	38	46,3
Έλλειψη μέτρων προφύλαξης	1	1,2
Αύξηση αμβλώσεων στο μέλλον	43	52,4
Σύνολο	82	100,0

Ερώτηση 27. Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η άμβλωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;

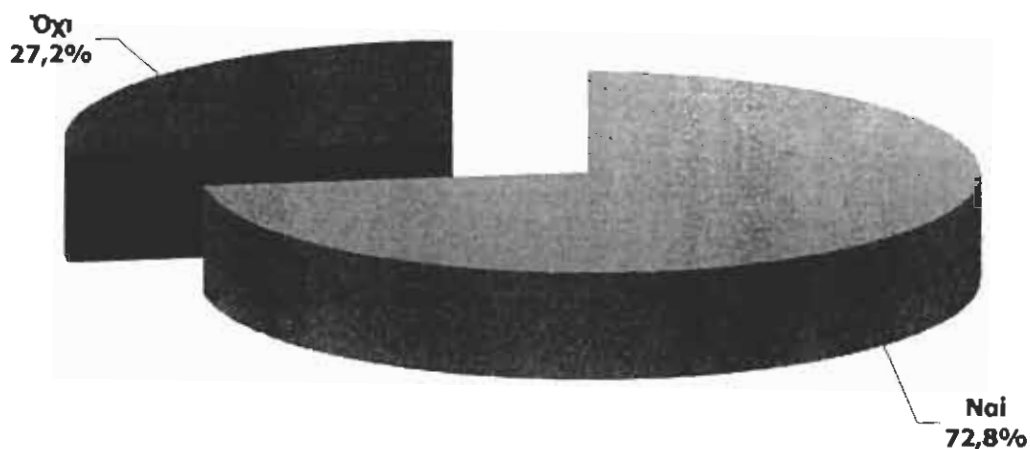
Από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα, 59 άτομα (ποσοστό 72,8%) συμφώνησαν με την άποψη της εκκλησίας, ενώ 22 άτομα (ποσοστό 27,2%) διαφώνησαν με αυτή. [πίνακας 27, σχήμα 11]

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ: ΑΜΒΛΩΣΗ= ΔΟΛΟΦΟΝΙΑ

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Συμφωνώ	59	72,8
Διαφωνώ	22	27,2
Σύνολο	81	100,0



Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;



σχήμα 11

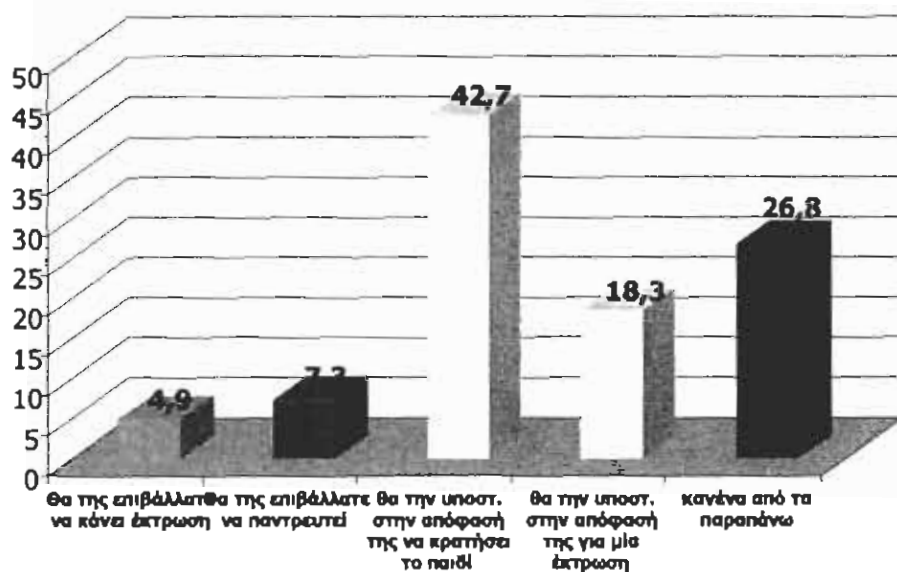
Ερώτηση 28. Αν είχατε (ή αν έχετε) ανύπαντρη κόρη και σας ανακοίνωνε μία εγκυμοσύνη, ποια θα ήταν η αντίδρασή σας;

Από το συνολικό δείγμα, 4 άτομα (ποσοστό 4,9%) θα απαιτούσαν άμβλωση, 6 άτομα (ποσοστό 7,3%) θα απαιτούσαν γάμο, 35 άτομα (ποσοστό 42,7%) θα την υποστήριζαν στην απόφασή της να κρατήσει το παιδί, 15 άτομα (ποσοστό 18,3%) θα την υποστήριζαν στην απόφασή της να κάνει άμβλωση, και 22 άτομα (ποσοστό 26,8%) δε συμφώνησαν με κανένα από τα ανωτέρω. [πίνακας 28, σχήμα 12]

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΠΙΘΑΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΚΟΡΗΣ ΣΑΣ		
	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Επιβολή για άμβλωση	4	4,9
Επιβολή για γάμο	6	7,3
Υποστήριξη για κρατήσει το παιδί	35	42,7
Υποστήριξη για άμβλωση	15	18,3
Δε συμφώνησαν με κανένα από τα ανωτέρω	22	26,8
Σύνολο	82	100,0



Αν είχατε (έχετε) ανύπαντρη κόρη και σας ανακοίνωνε μια εγκυμοσύνη, ποιά θα ήταν η αντίδρασή σας;



σχήμα 12

Πρόκειται για μία ερώτηση ανοικτού και κλειστού τύπου, στην οποία δεχθήκαμε διάφορες απαντήσεις από τους ερωτηθέντες άνδρες, διαφορετικού ύφους, αντίληψης και νοοτροπίας. Μερικές από τις απαντήσεις αυτές είναι: θα την ανάγκαζα να παντρευτεί, θα της επέτρεπα να αποφασίσει η ίδια, θα την υποστήριζα σε οποιαδήποτε απόφασή της, εφόσον είχε μία καλή σχέση, κατάλληλη ηλικία και την οικονομική άνεση θα της επέτρεπα να κρατήσει το παιδί, θα συζητούσα μαζί της και θα την υποστήριζα σε όποια απόφαση έπαιρνε, θα την έδιωχνα από το σπίτι, θα τη σκότωνα.



3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ

Συσχέτιση των ερωτηθέντων γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση με την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου, τους λόγους που τις οδήγησε στην άμβλωση και με τον τρόπο που το αντιμετώπισαν

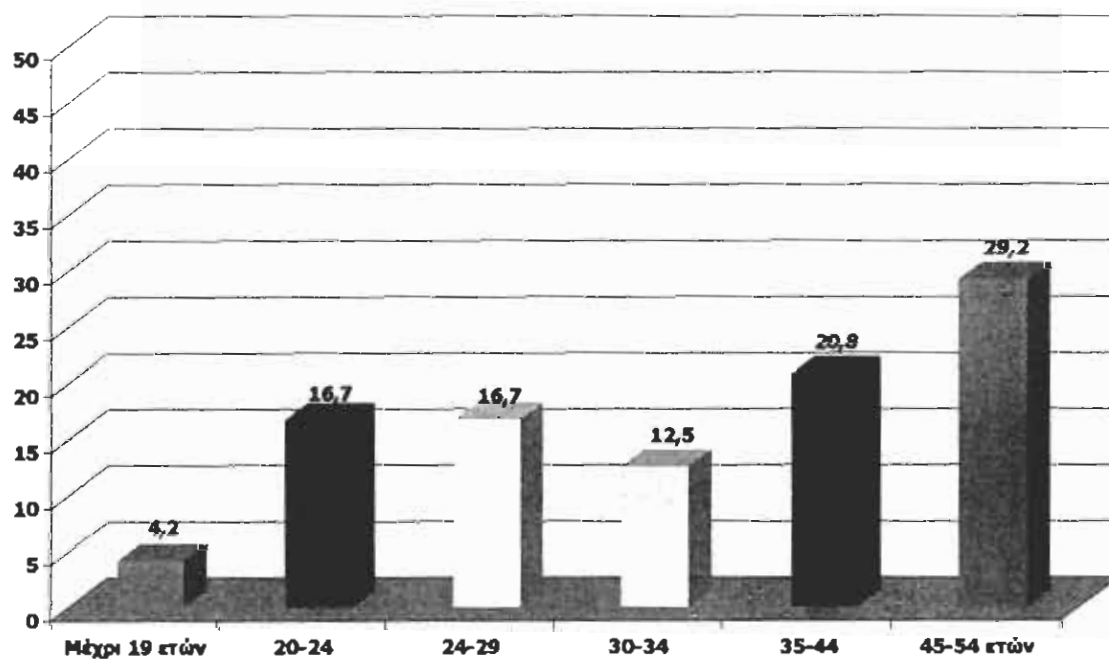
ΑΜΒΛΩΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΗΛΙΚΙΑ		
Μέχρι 19 ετών	4,2%	19,6%
20 - 24	16,7%	36,4%
24 - 29	16,7%	21,5%
30 - 34	12,5%	5,6%
35 - 44	20,8%	10,3%
45 - 54	29,2%	6,5%
	100.0%	100.0%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμη	25,0%	72,0%
Έγγαμη	62,5%	21,5%
Χήρα	4,2%	1,9%
Διαζευγμένη ή σε διάσταση	8,3%	2,8%
Δεν απαντώ	0.0	1,9%
	100.0%	100.0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
Αγράμματη	0.0%	0.0%
Απόφοιτος δημοτικού	20,8%	4,7%
Απόφοιτος γυμνασίου	16,7%	6,5%
Απόφοιτος λυκείου	25,0%	55,1%
Απόφοιτος ανώτερης σχολής	29,2%	28,0%
Απόφοιτος ανώτατης σχολής	8,3%	5,6%
	100.0%	100.0%
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ		
Ναι	50,0%	79,8%
Όχι	50,0%	20,2%
	100.0%	100.0%
ΛΟΓΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ		
Οικονομικοί	29,2%	13,0%
Κοινωνικοί	16,7%	25,0%



Αντίθεση γονέων	8,3%	11,0%
Αντίθεση συντρόφου	29,2%	7,0%
Άλλοι λόγοι	16,7%	44,0%
	100,0%	100,0%
ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		
Αναγκαία λύση	41,7%	25,0%
Τραυματική εμπειρία	25,0%	75,0%
Ξεπεράστηκε γρήγορα	33,3%	0,0%
	100,0%	100,0%

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

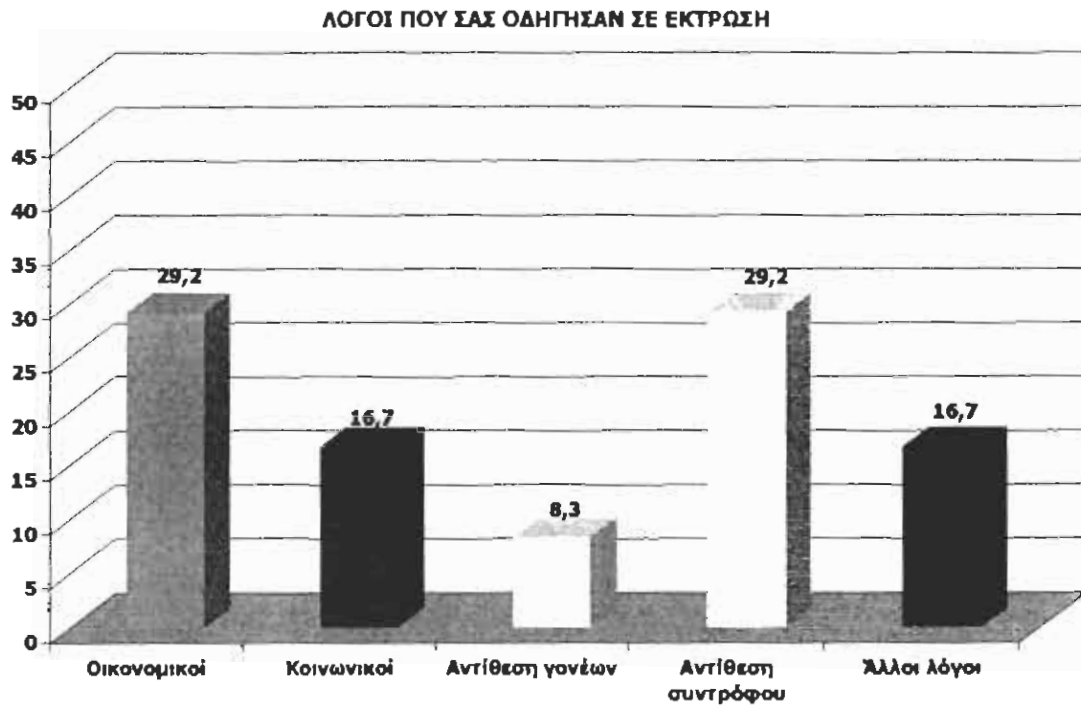
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΕΚΤΡΩΣΗ



Σχήμα 1



ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ



σχήμα 2



Συσγέτιση ερωτηθέντων ανδρών που έχουν ζητήσει από τη σύντροφό τους να υποβληθεί σε άμβλωση με την ηλικία τους, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τη χρήση μεθόδου αντισύλληψης και τους λόγους που τους οδήγησαν στην απόφαση αυτή.

ΑΜΒΛΩΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΗΛΙΚΙΑ		
Μέχρι 19 ετών	0,0%	19,1%
20 – 24	9,1%	27,9%
24 – 29	54,5%	26,5%
30 – 34	0,0%	7,4%
35 – 44	18,2%	8,8%
45 – 54	18,2%	10,3%
	100,0%	100,0%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμος	72,7%	76,5%
Έγγαμος	27,3%	17,6%
Χήρος	0,0%	1,5%
Διαζευγμένος ή σε διάσταση	0,0%	4,4%
	100,0%	100,0%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
Αγράμματος	0,0%	1,5%
Απόφοιτος δημοτικού	9,1%	7,4%
Απόφοιτος γυμνασίου	18,2%	8,8%
Απόφοιτος λυκείου	36,4%	60,3%
Απόφοιτος ανώτερης σχολής	18,2%	10,3%
Απόφοιτος ανώτατης σχολής	18,2%	11,8%
	100,0%	100,0%
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ		
Ναι	90,9%	77,6%
Όχι	9,1%	22,4%
	100,0%	100,0%
ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ		
Οικονομικοί	54,5%	12,9%
Κοινωνικοί	18,2%	16,1%
Αντίθεση γονέων	0,0%	4,8%
Ελευθερία – ανεξαρτησία	18,2%	21,0%



Κανένας λόγος	9,1%	45,2%
	100.0%	100.0%

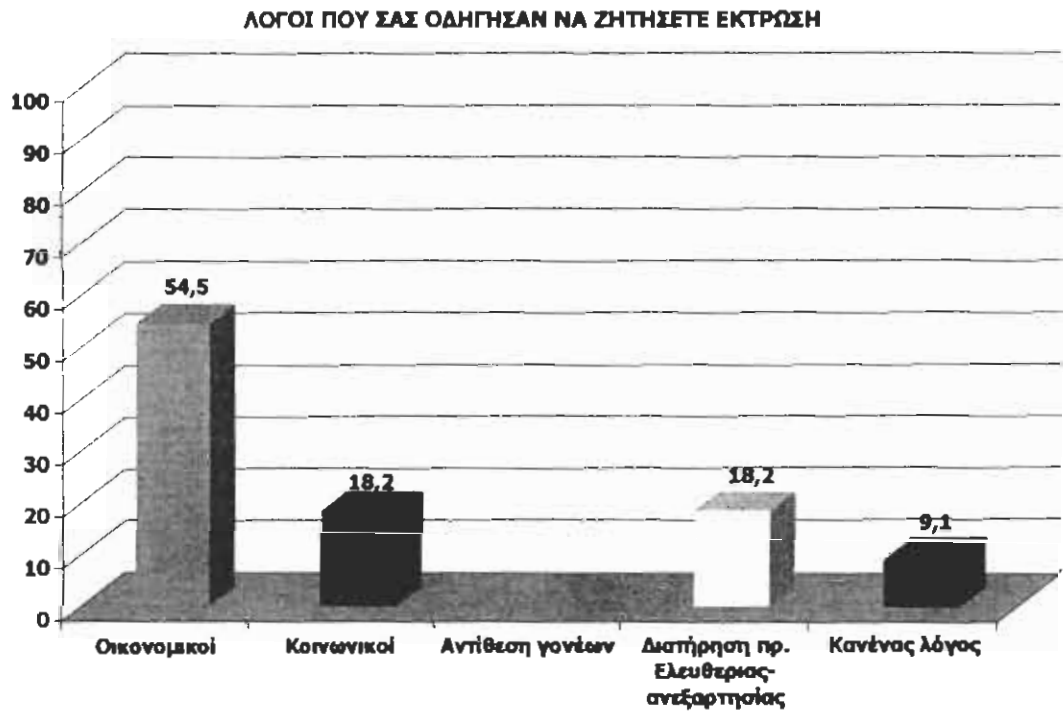
ΑΝΔΡΕΣ ΠΟΥ ΖΗΤΗΣΑΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ



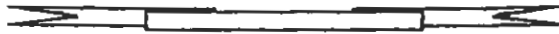
σχήμα 1



ΑΝΔΡΕΣ ΠΟΥ ΖΗΤΗΣΑΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ



Σχήμα 2



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

© ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (γυναικείο)

1. ΗΛΙΚΙΑ

- α/ μέχρι 19 ετών
- β/ 20-24 ετών
- γ/ 24-29 ετών
- δ/ 30-34 ετών
- ε/ 35-44 ετών
- στ/ 45-54 ετών

2. Πού γεννηθήκατε;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ ε πόλη

3. Πού ζείτε τα τελευταία πέντε χρόνια;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ σε πόλη

4. Οικογενειακή κατάσταση

- α/ άγαμη
- β/ έγγαμη
- γ/ χήρα
- δ/ διαζευγμένη ή σε διάσταση
- ε/ δεν απαντώ

5. Αριθμός παιδιών

- α/ ένα
- β/ δύο
- γ/ τρία
- δ/ περισσότερα από τρία
- ε/ κανένα

6. Εκπαιδευτικό επίπεδο

- α/ αγράμματη
- β/ απόφοιτος δημοτικού
- γ/ απόφοιτος γυμνασίου
- δ/ απόφοιτος λυκείου
- ε/ απόφοιτος ανώτερης σχολής
- στ/ απόφοιτος ανώτατης σχολής

7. Επάγγελμα.....

8. Οικονομική κατάσταση.....

9. Πού ζήσατε τα εφηβικά σας χρόνια;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ σε πόλη



10. Πότε αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις;.....

11. Υπήρχε ελευθερία έκφρασης μέσα στην οικογένεια, οπότε να εκφραστεί μία εγκυμοσύνη εκτός γάμου;

α/ Ναι β/ Όχι

12. Η σχέση σας με τους γονείς σας ήταν

α/ πολύ καλή

β/ καλή

γ/ μέτρια

δ/ κακή

13. Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

α/ Ναι β/ Όχι

14. Αν ναι ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;

α/ διακεκομμένη συνουσία

β/ προφυλακτικό

γ/ χάπι

δ/ διάφραγμα

ε/ άλλη

15. Αν δε χρησιμοποιείτε καμία, γιατί;

α/ δεν αρέσει στο σύντροφό σας

β/ δεν αρέσει σε εσάς την ίδια

γ/ δεν εμπιστεύεστε τις αντισυλληπτικές μεθόδους

δ/ δε γνωρίζετε τίποτα για τις αντισυλληπτικές μεθόδους

ε/ δεν έχετε σχέσεις

16. Χρησιμοποιώντας ή όχι μία από τις ανώτερες μεθόδους έτυχε να έχετε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

α/ Ναι β/ Όχι

17. Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης

α/ θα κρατούσατε το παιδί

β/ θα το δίνετε για υιοθεσία

γ/ θα κάνατε έκτρωση

δ/ θα παντρευόσασταν

ε/ δε ξέρετε

18. Έχετε κάνει έκτρωση;

α/ ναι β/ όχι

19. Αν ναι, πόσες φορές έχετε κάνει έκτρωση;

α/ μία φορά

β/ δύο φορές

γ/ τρεις φορές και άνω

20. Αν δεχτούμε ότι κάποιος αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται πάντα, όσο και αν ενισχυθεί η αντισύλληψη, πιστεύετε ότι είναι σκόπιμο αυτές να γίνονται

α/ παράνομα

β/ νόμιμα

Αιτιολογήστε την απάντησή σας.....

21. Τι γνώμη έχετε για την έκτρωση;

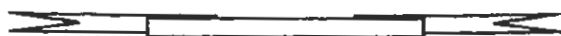
α/ επικίνδυνη

β/ ακίνδυνη αν γίνει προσεκτικά και από καλό γιατρό

γ/ εύκολη και προσιτή

22. Ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν σε μία έκτρωση;

α/ οικονομικοί



β/ κοινωνικοί

γ/ αντίθεση γονέων

δ/ αντίθεση συντρόφου

ε/ άλλοι λόγοι

23. Η απόφαση θα ήταν αποκλειστικά

α/ δική σας

β/ του συντρόφου σας

γ/ και των δύο

δ/ των γονέων σας

24. Αν έχετε κάνει έκτρωση, πώς το αντιμετωπίσατε;

α/ σαν αναγκαία λύση

β/ σαν μία τραυματική εμπειρία

γ/ σας επηρέασε αλλά το ξεπεράσατε γρήγορα

25. Μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα μετά την έκτρωση;

α/ μόλυνση

β/ ενδομήτριος θρόμβος αίματος

γ/ εγκυμοσύνη που συνεχίζεται

δ/ τραύμα του τραχήλου της μήτρας

ε/ αιμορραγία

στ/ όλα τα ανωτέρω

26. Πιστεύετε ότι αυτός που σας κάνει έκτρωση σας βοηθά

α/ να σας απαλλάξει από ένα ανεπιθύμητο έμβρυο

β/ να σκοτώσετε μία νέα ζωή

γ/ να μην εμποδίσετε τη σταδιοδρομία σας

27. Σύμφωνα με πρόσφατο νομοσχέδιο, η πολιτεία κατοχυρώνει νομικά τους

γυναικολόγους να κάνουν εκτρώσεις στις γυναίκες. Πιστεύετε ότι

α/ οι εκτρώσεις γίνονται λιγότερο επικίνδυνες από το παρελθόν

β/ οι γυναίκες δε λαμβάνουν κανένα μέτρο προφύλαξης, μια που οι εκτρώσεις έχουν νομιμοποιηθεί

γ/ οι εκτρώσεις θα αυξηθούν ακόμα περισσότερο στο μέλλον

28. Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;

α/ Ναι

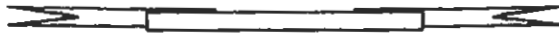
β/ Όχι

29. Πιστεύετε ότι ο ηθικός φραγμός σχετικά με τις εκτρώσεις επηρεάζει την απόφασή σας;

α/ Ναι

β/ Όχι

Δικαιολογήστε την απάντησή σας.....



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ανδρικό)

1. Ηλικία

- α/ μέχρι 19 ετών
- β/ 20-24 ετών
- γ/ 24-29 ετών
- δ/ 30-34 ετών
- ε/ 35-44 ετών
- στ/ 45-54 ετών

2. Πού γεννηθήκατε;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ σε πόλη

3. Πού ζείτε τα τελευταία 5 χρόνια;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ σε πόλη

4. Οικογενειακή κατάσταση:

- α/ άγαμος
- β/ έγγαμος
- γ/ χήρος
- δ/ διαζευγμένος ή σε διάσταση

5. Αριθμός παιδιών:

- α/ ένα
- β/ δύο
- γ/ τρία
- δ/ περισσότερα από τρία
- ε/ κανένα

6. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

- α/ αγράμματος
- β/ απόφοιτος δημοτικού
- γ/ απόφοιτος γυμνασίου
- δ/ απόφοιτος λυκείου
- ε/ απόφοιτος ανώτερης σχολής
- στ/ απόφοιτος ανώτατης σχολής

7. Επάγγελμα.....

8. Οικονομική κατάσταση:

- α/ κακή
- β/ μέτρια
- γ/ καλή
- δ/ πολύ καλή



9/ Πού ζήσατε τα παιδικά σας χρόνια;

- α/ σε χωριό
- β/ σε κωμόπολη
- γ/ σε πόλη

10. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να έχετε σεξουαλικές σχέσεις;.....

11. Υπήρχε ελευθερία έκφρασης προσωπικών προβλημάτων μέσα στην οικογένειά σας;

- α/ ναι
- β/ όχι

12. Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

- α/ ναι
- β/ όχι

13. Αν ναι ποια μέθοδο χρησιμοποιείτε;

- α/ διακεκομμένη συνουσία
- β/ προφυλακτικό
- γ/ άλλη μέθοδο που δεν αναφέρεται

14. Αν δε χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο, γιατί;

- α/ δεν αρέσει στη σύντροφό σας
- β/ δεν αρέσει σε εσάς τον ίδιο
- γ/ δεν εμπιστεύεστε τις αντισυλληπτικές μεθόδους
- δ/ δε γνωρίζετε τίποτα για τις αντισυλληπτικές μεθόδους
- ε/ δεν έχετε σχέσεις την συγκεκριμένη χρονική περίοδο

15. Χρησιμοποιώντας ή όχι κάποια από τις ανώτερες μεθόδους, έτυχε να έχει η σύντροφός σας κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

- α/ ναι
- β/ όχι

16. σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης της συντρόφου σας:

- α/ θα κρατούσατε το παιδί
- β/ θα το δίνετε για υιοθεσία
- γ/ θα ζητούσατε έκτρωση
- δ/ θα παντρευόσασταν
- ε/ δε γνωρίζετε

17. Έχετε ζητήσει από τη σύντροφό σας ποτέ να κάνει έκτρωση;

- α/ ναι
- β/ όχι

18. Αν ναι, η σύντροφό σας έκανε τελικά έκτρωση;

- α/ ναι
- β/ όχι



19. Αν δεχτούμε ότι κάποιος αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται πάντα, όσο και αν ενισχυθεί η αντισύλληψη, πιστεύετε ότι είναι σκόπιμο αυτό να γίνεται:

- α/ νόμιμα
- β/ παράνομα

20. Τι γνώμη έχετε για την έκτρωση;

- α/ επικίνδυνη
- β/ ακίνδυνη, αν γίνει προσεκτικά και από καλό γιατρό
- γ/ εύκολη και προσιτή

21. Ποιοι λόγοι θα σας οδηγούσαν να ζητήσετε από τη σύντροφό σας να υποβληθεί σε μία έκτρωση;

- α/ οικονομικοί
- β/ κοινωνικοί
- γ/ αντίθεση γονέων
- δ/ διατήρηση προσωπικής ελευθερίας- ανεξαρτησίας
- ε/ κανένας λόγος

22. Η απόφαση για την έκτρωση θα ήταν:

- α/ δική σας
- β/ της συντρόφου σας
- γ/ και των δύο
- δ/ των γονέων

23. Αν η σύντροφό σας έχει υποβληθεί σε έκτρωση, πώς το αντιμετωπίσατε;

- α/ σαν αναγκαία λύση
- β/ σαν μία τραυματική εμπειρία
- γ/ σας επηρέασε αλλά το ξεπεράσατε γρήγορα

24. Πιστεύετε ότι μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα μετά την έκτρωση;

- α/ μόλυνση
- β/ ενδομήτριος θρόμβος αίματος
- γ/ εγκυμοσύνη που συνεχίζεται
- δ/ τραύμα του τραχήλου της μήτρας
- ε/ αιμορραγία
- στ/ όλα τα παραπάνω

25. Πιστεύετε ότι αυτός που κάνει την έκτρωση βοηθά τη σύντροφό σας και εσάς:

- α/ να απαλλαγείτε από ένα ανεπιθύμητο έμβρυο
- β/ να σκοτώσετε μία νέα ζωή
- γ/ να μην εμποδίσετε τη σταδιοδρομία σας

26. Σύμφωνα με πρόσφατο νομοσχέδιο, η πολιτεία κατοχυρώνει νομικά τους γυναικολόγους να κάνουν εκτρώσεις. Πιστεύετε ότι:

- α/ οι εκτρώσεις γίνονται λιγότερο επικίνδυνες από το παρελθόν



β/ τα ζευγάρια δε χρειάζεται να λαμβάνουν κάποιο μέτρο προφύλαξης, αφού οι εκτρώσεις έχουν νομιμοποιηθεί

γ/ οι εκτρώσεις θα αυξηθούν ακόμα περισσότερο στο μέλλον

27. Η Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Συμφωνείτε;

α/ ναι

β/ όχι

28. Αν είχατε(ή αν έχετε) ανύπαντρη κόρη και σας ανακοίνωνε μία εγκυμοσύνη, ποια θα ήταν η αντίδρασή σας;

α/ θα της επιβάλλατε να κάνει έκτρωση

β/ θα της επιβάλλατε να παντρευτεί

γ/ θα την υποστηρίζατε στην απόφασή της να κρατήσει το παιδί

δ/ θα την υποστηρίζατε στην απόφασή της για μία έκτρωση

ε/ κανένα από τα παραπάνω (δώστε τη δική σας εκδοχή)



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε πείσμα, λοιπόν, των νέων τάσεων και ακόμα της νέας νομοθεσίας, τα γεγονότα θα εξακολουθήσουν να κινούνται βραδέως στην ατμόσφαιρα της αμφισβήτησης. Κατά τον διαπρεπή Βρετανό δημοσιογράφο Paul Ferris που ασχολήθηκε με το θέμα της άμβλωσης, κατά την εποχή που νομιμοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, «η άμβλωση ήταν, και είναι μέχρι τώρα, ένα δίλημμα ένα σκάνδαλο, μία αναταραχή και μία τραγωδία, που θα εξακολουθήσει και στο μέλλον να δημιουργεί στους περισσότερους ανθρώπους ένα δυσοίωνο και απελπιστικό αίσθημα ενοχής.»

Στόχος συνεπώς της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των άμβλώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου. Η ανοιχτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία, όσον αφορά στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των άμβλώσεων, αλλά μόνο αν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Πρέπει συνεπώς στα σχολεία, και σε οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί, και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο, η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η άμβλωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για να περιοριστεί η τάση των νεότερων ιδίως γυναικών να καταφεύγουν στην άμβλωση, πρέπει να επεκταθούν οι Πρωτοβάθμιοι Σταθμοί Υγείας με τη δημιουργία νέων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπου κυρίως θα διδάσκεται κατά κύριο λόγο στις νέες γυναίκες ότι η άμβλωση δεν αποτελεί υποκατάστατο της αντισύλληψης, αλλά και σε όσους τις βοηθούν, ότι η φιλελεύθερη πολιτική στις άμβλώσεις δε νοείται ότι πρέπει να παρακινεί τις γυναίκες να θεωρούν την άμβλωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης.



ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

«Ένα παιδί δεν είναι χαλασμένο δόντι. Δε μπορεί κανείς να το βγάλει όπως ένα δόντι, και να το ρίξει στο καλάθι των ακρήστων, μαζί με τα βρώμικα μπαμπάκια και τις γάζες. Ένα παιδί είναι ανθρώπινο πλάσμα και η ζωή ενός ανθρώπου είναι μία αέναη συνέχεια, από τη στιγμή της σύλληψής του έως τη στιγμή του θανάτου του. Μερικοί από εσάς θα αμφισβητήσουν την έννοια της αέναης συνέχειας. Θα επιμείνουν ότι τη στιγμή που πραγματοποιείται η γονιμοποίηση, δεν υπάρχουμε σαν άτομα. Είμαστε μονάχα ένα κύτταρο που πολλαπλασιάζεται και δεν αντιπροσωπεύει τη ζωή. Τουλάχιστον, όχι περισσότερο από ό,τι την αντιπροσωπεύει ένα δένδρο, που δεν είναι έγκλημα να το κόψουμε, ένα μυγάκι που δεν είναι έγκλημα να το λειώσουμε. Σας απαντούμε αμέσως, ότι το δένδρο δεν θα γίνει άνθρωπος, ούτε θα και το μυγάκι. Όλα τα στοιχεία που αποτελούν τον άνθρωπο, από το σώμα έως την προσωπικότητά του, όλοι οι συντελεστές που δημιουργούν ένα ανθρώπινο πλάσμα, από το αίμα έως το πνεύμα του, βρίσκονται συγκεντρωμένοι μέσα σε αυτό το κύτταρο. Και είναι κάτι πολύ περισσότερο από ένας προγραμματισμός, μία υπόσχεση: αν είχαμε τη δυνατότητα να τα εξετάσουμε με ένα μικροσκόπιο ικανό να βλέπει πέρα από το ορατό, θα πέφταμε στα γόνατα και θα πιστεύαμε όλοι στο Θεό.»



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 **Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου**, *Διλήμματα Και Προβληματισμοί Στη Σύγχρονη Νοσηλευτική* (Μία Άλλη Διάσταση Στο Χώρο Της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Και Ευθύνης), Εκδόσεις Ταβιθά, 2^η Έκδοση, Αθήνα 1995.
- 2 **Παπανικολάου Νικ.**, *Μαιευτική-Γυναικολογία*, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός», 3^η Έκδοση, Αθήνα, 1994
3. **Pamela J. Shapiro**, *Μαιευτική Και Γυναικολογική Νοσηλευτική*, Εκδόσεις «Έλλην», 2001
4. **Γ. Αγιουτάντη**, *Ιατροδικαστικά Θέματα*, Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρ. Κ. Παρισιανός, Β' Έκδοση, Αθήνα, 1980
5. <http://www.getmsg?curmbbox=F000000001&a=200855893/5a45b87c3e73c/2ba7c76e&msg=MSG1047563401.60&start=2199029&>
6. **William W. Beck, Jr**, *Obstetrics And Gynecology*, Williams And Wilkins, The Science Of Review), 4th Edition, 1997
7. **F. John Bourgeois, Paola A. Mullin, Daniel S. Veljovich.**, *Obstetrics And Gynecology Recall* , (Williams And Wilkins, The Science Of Review), 1997
8. **N. Μπεναρδή**, *Εγχειρίδιο Ιατροδικαστικής*, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός», Αθήνα 1985.
9. **Διον. Αραβαντινού**, *Μαιευτική*, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1989
10. **«Ομάδας Γυναικών Βοστώνης»**, *Εμείς Και Το Σώμα Μας*, Μετάφραση Μυρτώ Μαγγανάρη, Εκδόσεις Υποδομή, Αθήνα 1981.
11. <http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=568>
12. [http://find.in.gr/results.page?data=cache:health.in.gr/narticle.asp%3Farcode%3D568+ΕΚΤΡΩΣΗ\(13/3/2003\)](http://find.in.gr/results.page?data=cache:health.in.gr/narticle.asp%3Farcode%3D568+ΕΚΤΡΩΣΗ(13/3/2003))
13. [http://health.in.gr/News/narticle.asp?arcode=17837&CurrentTopId=o&IssueTitle=%5F\(13/3/2003\)](http://health.in.gr/News/narticle.asp?arcode=17837&CurrentTopId=o&IssueTitle=%5F(13/3/2003))
14. <http://care.flash.gr/mag/topic/?id=6199>
15. <http://care.flash.gr/mag/topic/?id=1725>
16. **Εφημερίδα Ελευθεροτυπία**, *Παγκόσμια Πρωταθλήτρια Στις Εκτρώσεις Είναι Η Ελλάδα*, 13/4/2002
17. <http://care.flash.gr/mag/topic/?id=461>
18. *Το Πρόβλημα Και Η Πρόκληση*
19. [http://www.unborn.gr/unborn/truth.htm\(8/7/2001\)](http://www.unborn.gr/unborn/truth.htm(8/7/2001))
20. **Δοκλητιανός- Ζώτος**, *Θρησκευτική Και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια*, 5^{ος} Τόμος Αθήνα 1964
21. **Ιερά Μητρόπολις Δράμας**, *Η Φωνή Του Θεού Μέσα Από Το Δεκάλογο*, Τόμος Β', Δράμα 1994
22. **Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ**, *«Η ΠΕΡΙ ΤΑΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΙΣ»*, Αθήνα, 25 Απριλίου 2001
23. **Δρ. Ζαν Στεφανί Σερμπουλιέ**, *Το Δικαίωμα Στο Σεξ*, Εκδόσεις Ηλία Μανιατέα, Αθήνα



24. Γκάχιμ Μπράουνερ, Χάινς Γ. Ρ. Μέγλ Και Δρ. Καρλ Χορς Βράγκε, *Εκείνη Και Εκείνος*, (Στη Συντροφικότητα, Στον Ερωτισμό, Στη Συνουσία, Στη Σύλληψη-Αντισύλληψη), Εκδόσεις Κονιδάρη, Αθήνα. 1981
25. Χάρη Ν. Ρούσσου, *Νοσηλευτική Νομοθεσία*, Αθήνα 1999
26. <http://lawdb.intrasoftnet.com/cgi-bin/cghomos?uid=13955&sid=783226&fs=0&fe=0&act=1>
27. Αντώνης Ε. Βουγιούκας, Υφηγητής Παθολογίας, *Η Επαγγελματική Ευθύνη Του Ιατρού*, Εκδόσεις Art Of Text, Θεσσαλονίκη 1993.
28. [http://www.unborn.gr/unborn/law.htm\(8/7/2001\)](http://www.unborn.gr/unborn/law.htm(8/7/2001))
29. Άγγελος Γ.(Π). Αγγελόπουλος, Ορθόδοξος Λαϊκός Ιεροκήρυκας Τ. Δικηγόρος Παρ' Αρείω Πάγω, *Η Αλήθεια Δια Τας Εκτρώσεις*, Β' Έκδοση, Αθήνα 1981.
30. <http://www.unborn.gr/unborn/feminism.1.htm>
31. Πολυσίδου Ελένη, *Το Βιβλίο Της Γυναίκας Και Του Άνδρα*, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη, Γ' Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1989.
32. [http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=677\(13/3/2003\)](http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=677(13/3/2003))
33. Οριάννα Φαλλάτσι, *Γράμμα Σ' Ένα Παιδί Που Δε Γεννήθηκε Ποτέ*, Εκδόσεις Πάπυρος, 1976.
34. Π.Π Παναγιώτου, *Πρακτική Μαιευτική*, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1970
35. Σ. Ε. Καρπάθιος, *Βασική Μαιευτική Και Περιγεννητική Ιατρική*, Α+Β Τόμος, Εκδόσεις «Βήτα», 2^η Έκδοση, Αθήνα 1999
36. Γιάννης Δετοράκης, *Οικογενειακός Προγραμματισμός*, Εκδόσεις Πατάκη, Δ' Έκδοση, 1993
37. Γεώργιος Κ. Κρεατσάς, *Σύγχρονη Γυναικολογία Και Μαιευτική*, Ιατρικές Εκδόσεις «Π. Χ. Πασχαλίδης», Αθήνα, 1998,
38. [http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=18557&Currenttopid=0&IssueTitle=%5F\(13/3/2003\)](http://health.in.gr/narticle.asp?arcode=18557&Currenttopid=0&IssueTitle=%5F(13/3/2003))
39. [http://find.in.gr/results.page?data=cache:www.iatrikh.gr/publish/baranakis/ektrotika.xarlia.htm+ΕΚΤΡΩΣΗ\(13/3/2003](http://find.in.gr/results.page?data=cache:www.iatrikh.gr/publish/baranakis/ektrotika.xarlia.htm+ΕΚΤΡΩΣΗ(13/3/2003)
40. Διονύσης Ι. Αραβαντινός, *Μαιευτικά Και Γυναικολογικά Νέα*, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Αθήνα 1994
41. Διονύσης Ι. Αραβαντινός, *Μαιευτικά Και Γυναικολογικά Νέα*, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Αθήνα, 1995
42. <http://www.jesuslovesyou.gr/abortion.2.htm>
43. <http://www.unborn.gr/unborn/body.htm>
44. [http://www.unborn.gr/unborn/breast.htm\(10/3/2003\)](http://www.unborn.gr/unborn/breast.htm(10/3/2003))
45. <http://www.unborn.gr/unborn/mind.htm>
46. <http://www.w-cpc.org/abortion/physical.html>
47. <http://www.unborn.gr/unborn/howused.htm>
48. Δημητρίου Ε. Λώλη, *Γυναικολογία Και Μαιευτική*, (Β' Τόμος), Επιστημονικές Εκδόσεις Μαρία Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1998.
49. <http://care.flash.gr/mag/topic/?id=2708>
50. Ειρήνη Χιωτέλη, Ντίκιμπο, Κοινωνική Λειτουργός, *Πρώιμη Μητέρα, Έφηβη Κύηση Και Μητρότητα*, Εκδόσεις Έλλην, 1998
51. Ήρα ΕΜΚΕ- Πουλοπούλου, *Το Δημογραφικό*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1999.
52. Γ. Παπαεναγγέλου, Κ. Τσίμπος, *Ιατρική Δημογραφία Και Οικογενειακός Προγραμματισμός*, Εκδόσεις Βήτα., Αθήνα 1993
53. Αντωνία Τριχοπούλου Και Δημήτρης Τιχόπουλος, *Προληπτική Ιατρική*, Επιστημονικές Εκδόσεις « Γρ. Κ. Παρισιανός», Αθήνα 1986

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ



54. **Αλέκα Σακάκη-Δούκα**, *Ο Τοκετός Είναι Αγάπη*, Εκδόσεις Σμυρνιατιάκη, 3^η Έκδοση, Αθήνα 1984
55. <http://www.abortionfacts.com/survivors/amy.asp> (13/3/2003)
56. **Α.ΣαχίνηΚαρδάση**, *ΜεθοδολογίαΈρευνας*, ΕκδόσειςΒήτα, Γ' Έκδοση(Επανεκδοση), Αθήνα 2000.

