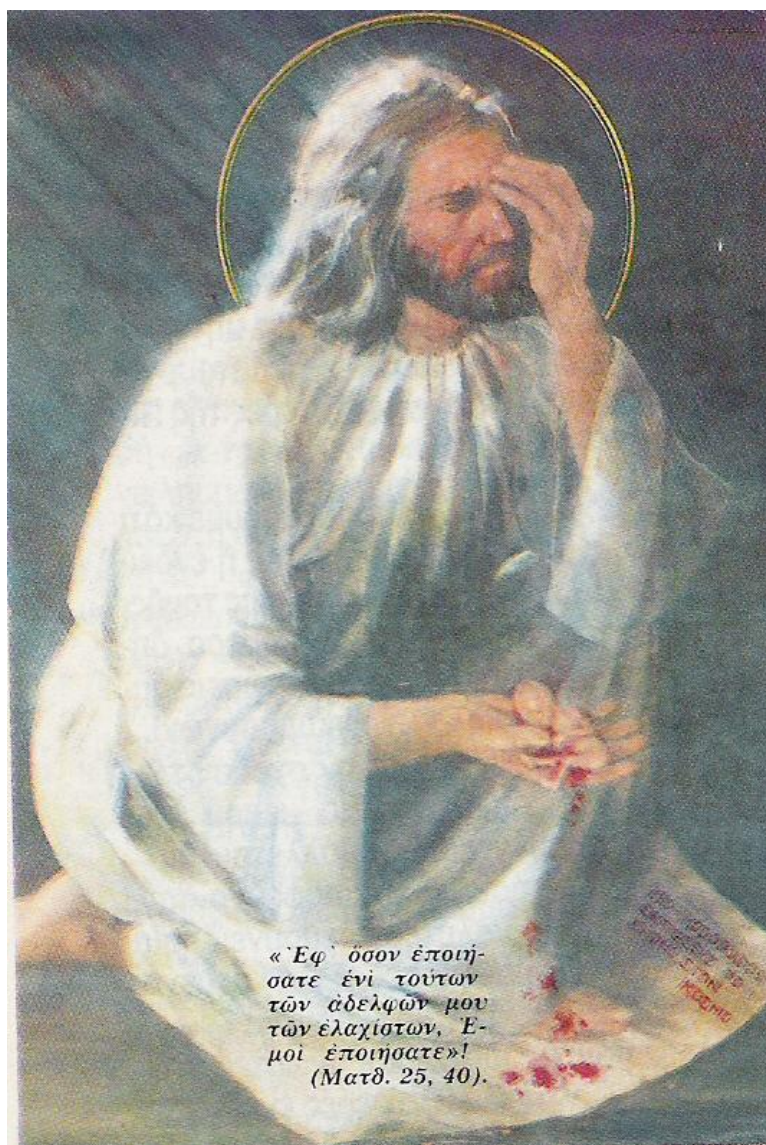


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Ή

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ – Κοινωνικοί, θρησκευτικοί προβληματισμοί και νοσηλευτική παρέμβαση στον 21^ο αιώνα.



Εισηγήτρια :

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Σπουδάστριες
Λυριτζή Μαρία
Λούκου Ζαχάρω

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η πτυχιακή αυτή εργασία, είναι αφιερωμένη στις γυναίκες που είχαν τη δύναμη και τη γενναιότητα, να κρατήσουν ένα παιδί μέσα στα σπλάχνα τους, παρόλο που δεν ήταν γι' αυτές η κατάλληλη στιγμή για να βιώσουν το συναίσθημα της μητρότητας...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

1.1. Ιστορική αναδρομή.....	10
1.1.1. Αρχαιοελληνική κοινωνία.....	10
1.1.2. Εβραϊκός νόμος.....	11
1.1.3. Το ρωμαϊκό δίκαιο.....	11
1.1.4. 16 ^{ος} αιώνας έως σήμερα.....	11
1.2. Οι εκτρώσεις στην Ελλάδα.....	12
1.3. Η θέση της σύγχρονης Ελληνίδας απέναντι στις εκτρώσεις.....	14
1.4. Η επιδημιολογία των εκτρώσεων.....	15
1.5. Οι συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο.....	15
1.6. Η υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	16

Κεφάλαιο 2^ο

2.1. Η ανατομία του γεννητικού συστήματος.....	19
2.1.1. Τα έσω γεννητικά όργανα.....	19
2.1.2. Τα έξω γεννητικά όργανα.....	21
2.2. Η φυσιολογία του γεννητικού κύκλου.....	21
2.3. Η σύλληψη και η γονιμοποίηση.....	24

Κεφάλαιο 3^ο

3.1. Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του εμβρύου.....	28
3.2. Οι αλλαγές της ήβης.....	28
3.3. Η σεξουαλικότητα των εφήβων-προβλήματα και ανησυχίες.....	29
3.4. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.....	30
3.5. Η σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα.....	31

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. Εκτρώσεις-ορισμοί.....	33
4.2. Ο σκοπός των εκτρώσεων.....	35
4.3. Τρόποι κ μέσα διακοπής εγκυμοσύνης.....	35
4.4. Τεχνικές άμβλωσης στο 1 ^ο τρίμηνο της κύησης.....	37
4.5. Τεχνικές άμβλώσεων 2 ^{ου} τρίμηνου κύησης.....	38
4.6. Αποβαλόμενο προϊόν έκτρωσης.....	39
4.7. Συνέπειες εκτρώσεων.....	39
4.8. Άμεσες και απώτερες σημαντικές παθήσεις οφειλόμενες στην άμβλωση.....	40

Κεφάλαιο 5^ο

5.1. Το ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή στο θέμα των αμβλώσεων.....	43
5.2. Παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή.....	45
5.3. Η νοσηλευτική παρέμβαση των αμβλώσεων.....	46
5.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση προεγχειρητικά.....	46
5.3.2. Ψυχολογική παρέμβαση.....	46
5.3.3. Γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια των αμβλώσεων.....	47
5.3.4. Γενική προεγχειρητική μελέτη ασθενούς.....	47
5.3.5. Προεγχειρητική προετοιμασία.....	48
5.3.6. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	48
5.3.7. Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού μέχρι την ανάνηψη.....	49
5.4. Νοσηλευτική φροντίδα μετά την άμβλωση.....	49

Κεφάλαιο 6^ο

6.1. Αντισύλληψη.....	52
6.2. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	52
6.3. Παλαιά αντισυλληπτικά μέσα.....	54
6.4. Σύγχρονα αντισυλληπτικά μέσα.....	55
6.5. Αποτυχία αντισυλληπτικής μεθόδου.....	59
6.5.1. Σημεία εγκυμοσύνης.....	59
6.5.2. Καθοδήγηση της εγκύου για τη λήψη της σωστής απόφασης.....	60
6.5.3. Επιρροή του γιατρού στη λήψη απόφασης.....	61
6.6. Ψυχοσύνθεση μετά την έκτρωση.....	61
6.7. Η επιρροή των εκτρώσεων στη μελλοντική ζωή των γυναικών.....	63

Κεφάλαιο 7^ο

7.1. Η προσωπικότητα της εγκύου.....	65
7.2. Ψυχοπαθολογικές επιπλοκές μετά την άμβλωση.....	65
7.3. Ο ρόλος του άγχους.....	69
7.3.1. Εκδηλώσεις άγχους.....	69
7.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στο άγχος.....	70
7.4. Ο ρόλος του συναισθήματος της ενοχής.....	70
7.4.1. Έρευνα που αφορά την ενοχή.....	71
7.4.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ενοχή.....	71
7.5. Θρησκευτική νοσηλευτική επικοινωνία.....	72
7.5.1. Στοιχεία θεραπευτικής νοσηλευτικής επικοινωνίας.....	72
7.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	73
7.7. Ομαδικές ψυχοθεραπείες.....	74
7.8. Ψυχολογικές αντιδράσεις του πατέρα απέναντι στην εγκυμοσύνη.....	75
7.9. Συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των αμβλώσεων στον πατέρα.....	76

Κεφάλαιο 8^ο

8.1. Ύπαρξη ψυχής.....	78
8.2. Το δικαίωμα της μητέρας επί του εμβρύου.....	79
8.3. Φεμινιστική αντιμετώπιση των εκτρώσεων.....	79
8.4. Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	81
8.5. Η νομοθεσία στο εξωτερικό.....	82
8.6. Η έσχατη ανομία.....	85
8.7. Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο θέμα των αμβλώσεων.....	85
8.8. Η Αγία Γραφή απέναντι στην έκτρωση.....	86
8.9. Πνευματική Υγεία.....	87
8.10. Η θέση άλλων θρησκειών.....	88
8.11. Η άποψη της Ιατρικής επιστήμης.....	88
8.12. Η γνώμη του εισαγγελέα Εφετών.....	89
8.13. Η Βουλή των Ελλήνων.....	90
8.14. Κοινωνική αντίληψη περί αμβλώσεων.....	90

Κεφάλαιο 9^ο

9.1. Ποιοι ωφελούνται από τις εκτρώσεις.....	92
9.2. Τα “οφέλη” της λήψης οργάνων από έμβρυα.....	93
9.2.1. Οι ισχυρισμοί.....	93
9.2.2. “Ένα έθνος βρικολάκων”.....	94
9.3. Η αλήθεια για την κατάληξη των εκτρωμένων εμβρύων.....	94

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της έρευνας.....	96
Υλικό και μέθοδος.....	97
Αποτελέσματα.....	100
Συζήτηση.....	130
Συμπεράσματα.....	134
Προτάσεις.....	135
Περίληψη.....	136
Βιβλιογραφία.....	138
Παράρτημα 1 ^ο	142
Παράρτημα 2 ^ο	158

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Προ ετών, παρουσιάστηκαν στο ιατρείο μου ένα ανδρόγυνο από ένα χωριό της Λόκριδος και μου δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι από πενταετίας και άτεκνοι. Από το ιστορικό που έλαβα έμαθα πως δεν υπάρχει μαιευτικό παρελθόν δηλαδή ούτε αποβολή, ούτε άμβλωση.

Μου δήλωσαν ότι πριν από' μένα επισκέφτηκαν και άλλους δύο ιατρούς των Αθηνών και ότι δεν έπαψαν ποτέ να το ζητούν από την Παναγία και τους Αγίους.

Συνέστησα τη δέουσα θεραπεία και μετά από έξι μήνες, παρουσιάζεται στο ιατρείο μου έγκυος τριών μηνών. Η εγκυμοσύνη εξελίχθηκε ομαλά καθώς και ο τοκετός και απέκτησαν το ποθούμενο αγόρι.

Είχαν περάσει από τότε τέσσερα χρόνια, οπότε παρουσιάζονται και οι δυο τους στο ιατρείο μου βαρυπενθούμενοι και μαυροφορεμένοι.

Μετά από ερώτησή μου, μου απάντησαν ότι πενθούν τον τραγικό θάνατο του παιδιού τους. Στη συνέχεια ο σύζυγος μου διηγείται επί λέξει τα εξής συμβάντα. Το παιδί τριών ετών πλέον έπαιζε στην αυλή του σπιτιού πίσω από το τρακτέρ. Ανέβηκα στο τρακτέρ για να το οδηγήσω στα χωράφια μου, χωρίς να δω το παιδί μου που βρισκόταν από πίσω, οπότε κάνοντας όπισθεν, σκότωσα το παιδί μου εγώ ο ίδιος. Ο πόνος μας είναι μεγάλος και αυτό που θα ελαφρύνει τον πόνο μας είναι να αποκτήσουμε άλλο παιδί, γιατί από το θάνατό του έχουν περάσει δέκα μήνες και η γυναίκα μου δεν έμεινε έγκυος ...

Αναζήτησα στο αρχείο μου το ιστορικό της και η πρώτη μου ερώτηση ήταν, εάν έμεινε ξανά έγκυος μετά τον πρώτο τοκετό. Τότε μου απάντησαν και οι δύο πως : δυστυχώς για εμάς έμεινε έγκυος ένα χρόνο μετά τον τοκετό αλλά πήγαμε και κάναμε άμβλωση.

Οι ερωτήσεις πλέον στον κοινωνικό τομέα και μόνο. Τους ρώτησα και έμαθα ότι και σπίτι δικό τους έχουν στο χωριό, και κτήματα και κήπο και όλα όσα χρειάζονται για να είναι αυτάρκεις. Και συμπληρώνει ο ίδιος «όλα τα έχουμε αλλά μυαλό δεν είχα και σκότωσα τα παιδιά μου. Το ένα κατά λάθος και το άλλο πριν ακόμη γεννηθεί θεληματικώς.»

Σταμάτησα τις ερωτήσεις μου. Δεν την εξέτασα, δεν της έδωσα συνταγή παρά μόνο μια συμβουλή. Εάν ο Κύριος και η Παναγία που παρακαλούσατε να σας δώσει παιδί και σας το έδωσε, αλλά εσείς ξεχάσατε την ευεργεσία πολύ γρήγορα, και σκοτώσατε το δεύτερο παιδί, με την εγκληματική έκτρωση, σας λυπηθεί και σας δώσει άφεση αμαρτιών, θα αποκτήσετε πάλι παιδί.

Από γιατρούς μην περιμένετε θεραπεία. ¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άμβλωση, είναι ένα απ' τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες απ' την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Σημαίνει βίαιη χειρουργική επέμβαση στο σώμα της γυναίκας. Μια επέμβαση που προκαλεί διαφόρων ειδών σωματικές επιπλοκές (από απλή μόλυνση μέχρι στειρότητα και θάνατο ακόμη) και πλήθος ψυχικές συνέπειες (άγχος, τύψεις, κατάθλιψη κλπ). Έτσι η γυναίκα που «γεννήθηκε για να' αγαπάει» (Αντιγόνη), είναι το μόνο θηλυκό που σκοτώνει το παιδί της! Δυστυχώς «και με τον νόμο» τώρα πια...

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών, αποτυγχάνοντας συχνά να διαχωρίσει τη σεξουαλικότητα από την αναπαραγωγή, έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά με το δίλημμα, εάν θα πρέπει και είναι σωστό να προβεί στη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη θεωρείται «ανεπιθύμητη», για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια, δυσαρμονία σε σχέση με τον σύντροφο, αδυναμία υποστήριξης και ανατροφής παιδιού), ηλικία μητέρας (περιπτώσεις ανήλικων και παρήλικων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Οι λόγοι που την οδηγούν στο σημείο αυτό, δεν είναι τόσο ικανοποιητικοί, ώστε να την λυτρώσουν από το βάσανο των ενοχών, που θα την ακολουθούν σε όλο το υπόλοιπο της ζωής της.

Αναμφίβολα, εάν η ενημέρωση γύρω από το θέμα της αντισύλληψης, καθώς και γύρω από τις συνέπειες μιας άμβλωσης, αλλά και γύρω από τις μεθόδους με τις οποίες γίνεται, ελάχιστες γυναίκες, θα έφταναν στο χειρουργικό κρεβάτι ενός μαιευτηρίου, προκειμένου να δολοφονήσουν το κυοφορούμενο έμβρυό τους.

Ένας «γενικός» σκοπός της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι, αφ' ενός οι γυναίκες – και οι άνδρες – να μάθουν τι ακριβώς είναι οι άμβλωση (ιατρικά, ηθικά, βιολογικά, κοινωνικά, φεμινιστικά) και ποιες είναι οι συνέπειες που επιφέρει στη γυναίκα, αφ' ετέρου να ενημερωθούν για τους τρόπους και τα μέσα που θα τους βοηθήσουν, να μην βρεθούν ποτέ στη δύσκολη αυτή θέση.

Επειδή όμως, η άμβλωση είναι ένα ζήτημα που επηρεάζει και αφορά περισσότερο τη γυναίκα, στις σελίδες που θα ακολουθήσουν, θα δοθεί πολύ μεγάλη προσοχή, εκτός από τις αντισυλληπτικές μεθόδους που θα πρέπει όλα τα ζευγάρια να χρησιμοποιούν και στις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες των γυναικών πριν και μετά την άμβλωση αλλά και στο ρόλο που πρέπει να κατέχει μια σωστή νοσηλεύτρια για να της συμπαρασταθεί.

Η εργασία αυτή, βοηθά επίσης τις γυναίκες να ενημερωθούν για τα δικαιώματα που έχουν, γύρω από το θέμα των αμβλώσεων, έτσι ώστε να μην καταλήξουν στα χέρια κάποιου ασυνείδητου και ανεύθυνου, δήθεν γιατρού, ο οποίος μόνο και μόνο για να αποσπάσει από αυτές κάποιο ικανοποιητικό χρηματικό ποσό, εκμεταλλευόμενος την απόγνωση και την ανάγκη τους, τις επιβαρύνει με περισσότερο κίνδυνο, πόνο και ταλαιπωρία.

Θα πρέπει κάποια στιγμή, ο αριθμός των υποβαλλόμενων σε άμβλωση γυναικών να ελαττωθεί και ένας από τους τρόπους που μπορούμε εμείς να βοηθήσουμε σ' αυτό, είναι και η ακριβής και λεπτομερής ενημέρωση. Ο «ειδικός» λοιπόν σκοπός της εργασίας μας, είναι η συμβολή στη μείωση του αριθμού αυτού.

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

- ◆ Ιστορική αναδρομή
- ◆ Ελλάδα και εκτρώσεις
- ◆ Επιδημιολογία εκτρώσεων
- ◆ Συνέπειες των αμβλώσεων στο κοινωνικό σύνολο
- ◆ Υπογεννητικότητα και ο ρόλος του νοσηλευτή

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1.1. Αρχαιοελληνική κοινωνία

Το φαινόμενο της άμβλωσης το βλέπουμε τόσο στους ειδωλολάτρες της προχριστιανικής εποχής, όσο και στους υλιστές της εποχής μας. Οι Καρχηδόνιοι, οι Ασσύριοι και οι Φοίνικες, έριχναν τα βρέφη τους ζωντανά στη φωτιά, θυσία θεϊκή στο είδωλό τους τον Μολώχ.¹

Στην αρχαία Αθήνα δεν υπήρχε κανένας νόμος που να προέβλεπε ποινή για την άμβλωση ως την εποχή του Λυσία. Αυτός γύρω στα 430 π.Χ., έθεσε το πρόβλημα της έννοιας του εμβρύου. Αν ο δικαστής θέλει να προστατέψει το έμβρυο θα πρέπει προηγουμένως –σύμφωνα με το Λυσία- να είναι σίγουρος αν πρόκειται για ένα ανθρώπινο ον (οπότε και μιλάμε για έγκλημα) ή όχι.²

Οι αρχαίοι Έλληνες θυσίαζαν τα παιδιά τους στους θεούς, όπως ο Αγαμέμνων, την Ιφιγένεια στην Αυλίδα της Βοιωτίας.

Ο Ιπποκράτης που σκεφτόταν σαν γιατρός που ήταν και που γνώριζε τα δυσάρεστα επακόλουθα των αμβλώσεων, είχε αντίθετη γνώμη. Απαγόρευσε απολύτως στους μαθητές του, την διενέργεια αμβλώσεων, όπως φαίνεται από τον όρκο που έδιναν οι μαθητές του. « Ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθορίον δώσω. Αγνώς και οσίως διατηρήσω τον βίον τον εμόν και την τέχνη την εμήν».¹

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

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

Ο Αριστοτέλης, ζητούσε να μην υπάρχει τίποτα το ατελές προκειμένου να προληφθεί ο υπερπληθυσμός αναφέρει στα “Πολιτικά” του (7, ΙΔ παρ. 10) “δια δε πλήθος τέκνων, εάν η τηξίς των εθνων κωλύη μηδέν αποτίθεσθαι των γενομένων, ωρισθαι δει της τεκνοποιίας το πλήθος, εάν δε τισι γίγνηται παρά ταύτα συνδυασθέντων, πριν αίσθησιν εγενέσθαι και ζωήν εμποιείσθαι δει την άμβλωσιν. Το γαρ όσιον και το μη διωρισμένον τη αισθησει και τω ζειν έσται” (προς αποφυγή, δηλαδή, της πολυτεκνίας πρέπει να ορίζεται το ανώτατο όριο τεκνοποιίας, αν όμως, παρόλα αυτά, συλλάβει η σύζυγος, πριν ακόμη γεννηθεί στο έμβρυο αίσθηση και ζωή, πρέπει να ενεργείται η άμβλωση γιατί η θεμιτή άμβλωση διακρίνεται από την αθέμιτη από την ύπαρξη αίσθησης και ζωής στο έμβρυο).

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

Γενικότερα στην αρχαία Ελλάδα υπήρχε αντίθεση γνώμων όσον αφορά την αντιμετώπιση της διακοπής της εγκυμοσύνης με άμβλωση. Από τη μία βρίσκουμε πολιτικές ωφελμιστικές θεωρήσεις σαν βάση για την τιμωρία και από την άλλη την ενθάρρυνση της άμβλωσης για τους ίδιους λόγους. Είναι πάντως βεβαιότερο γεγονός,

ότι στην κατοπινή ιστορία της αρχαίας Ελλάδας δεν υπήρξε ποτέ νομοθεσία κατά της άμβλωσης.²

1.1.2. Εβραϊκός νόμος

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

Ο Μωυσής θεώρησε την άμβλωση σαν μια συνέπεια εγκληματικής ενέργειας από ένα τρίτο πρόσωπο. Το σχετικό κείμενο αναφέρει : «Αν άνδρες χτυπήσουν ή βλάψουν μια έγκυο γυναίκα, έτσι ώστε να χάσει τι παιδί της, χωρίς φυσικά να πληγωθεί, αυτός που τη χτύπησε υπόκειται σε οποιοδήποτε πρόστιμο ζητήσει ο σύζυγός της με την έγκριση των δικαστών. Αλλά αν η ίδια η γυναίκα πληγωθεί, η τιμωρία θα είναι ζωή αντί ζωής, οφθαλμός αντί οφθαλμού, χειρ αντί χειρός, πους αντί ποδός κ.λ.π.» (Εξοδος στοίχος 21-24).²

1.1.3. Το ρωμαϊκό δίκαιο

Ο μεγάλος αριθμός των άμβλώσεων στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία συνέβαλε στην ανησυχητική πληθυσμιακή μείωση (όπως υποστήριζαν σπουδαίοι άρχοντες σαν τον Αύγουστο) εντούτοις οι Ρωμαίοι δεν αποφάσιζαν να τις κατηγορήσουν.

Η Στοά (που είχε στενή σχέση με τον αυτοκρατορικό θρόνο και μέλη της ήταν οι πολιτικοί της εποχής), δήλωνε πως το έμβρυο αποτελούσε ένα μέρος του γυναικείου σώματος κι έτσι έπρεπε να χαρακτηριστεί. Μια τέτοια θεώρηση απέκλειε την τιμωρία της άμβλωσης που γινόταν από την ίδια την έγκυο.²

Ο Ρωμαϊκός νόμος απαγόρευε την έκτρωση με αυστηρές ποινές, μόνο όταν είχε σκοπό να παραβιάσει περιουσιακά συμφέροντα. Μια γυναίκα καταδικάστηκε σε θάνατο γιατί δέχτηκε να της γίνει έκτρωση, αφού πληρώθηκε από τους κληρονόμους του συζύγου της.¹

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

- Η άμβλωση αποτελεί προσβολή της πατρικής εξουσίας. Μια γυναίκα που προέβη σε άμβλωση τιμωρείτο μόνο γιατί παραβίαζε τα δικαιώματα του συζύγου της.
- Η άμβλωση αποτελούσε αιτία διαζυγίου.
- Αν προκαλούταν από άλλο πρόσωπο, το πρόσωπο αυτό τιμωρείτο. Το ίδιο πάθαιναν και οι πωλητές εκτρωτικών φαρμάκων , βοτάνων κτλ.²

1.1.4. 16^{ος} αιώνας έως σήμερα

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

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

Ο Beccaria στην διατριβή περί εγκλημάτων που δημοσιεύτηκε το 1764 αναφέρει : «καθένας που βρίσκεται σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και είναι αναγκασμένος

να διαλέξει ανάμεσα στην ατιμία και στο θάνατο μιας ύπαρξης αυτός είναι ανίκανος να σκεφτεί το τρομερό του πράγματος και να διαλέξει συχνά το τελευταίο για να αποφύγει τον άμεσο κίνδυνο».

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

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

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

Οι γυναίκες άρχισαν να διεκδικούν τη σεξουαλική ζωή και ικανοποίησή τους, γεγονός όμως που τις φέρνει αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εξαιτίας της ανεπαρκούς ενημέρωσής της πάνω σε θέματα αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η λύση εκλογής κατά κύριο λόγο ήταν η άμβλωση.³

Σήμερα οι υλιστές προσφέρουν θυσία στο θεό τους που είναι η ύλη, τα παιδιά τους, σκοτώνοντας αυτά πριν ακόμη γεννηθούν. Οι γονείς αποφασίζουν την θυσία αυτή των παιδιών τους για να περάσουν τη ζωή τους με κάποια οικονομική άνεση.

Εκτροσιολόγοι αναλαμβάνουν την εκτέλεση του εγκλήματος για να αποκτήσουν και αυτοί οικονομική άνεση. Θυσία λοιπόν στο θεό της ύλης. Το φαινόμενο είναι λυπηρό. Παρουσιάζεται ακόμη τραγικότερο, όταν αναλογιστεί κανείς, ότι ο άνθρωπος στη δημιουργία του δηλαδή το έμβρυο, για το οποίο προνοήθη είναι τόσο καλά προφυλαγμένο στην κοιλιά της μητέρας του, διατρέχει τόσους κινδύνους.

Οι κίνδυνοι αυτοί απορρέουν : από εγκληματική αμέλεια της μητέρας, που έχει σαν αποτέλεσμα την αποβολή, δηλαδή τον φόνο εξ αμελείας, και από τον εκ προμελέτης φόνο εκ μέρους της μητέρας του και του πατέρα του με την μέθοδο της εγκληματικής εκτρώσεως.¹

1.2. ΟΙ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στη χώρα μας, η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η έκτρωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει η σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα, ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού. Πραγματοποιείται από αρχαιοτάτων χρόνων με πρωτόγονα και επικίνδυνα μέσα. Σήμερα, η χειρουργική τεχνική είναι σημαντικά τελειοποιημένη. Έκτρωση θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου.

Ο ακριβής αριθμός των εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού στις περισσότερες χώρες γίνονται παράνομα. Τα πιο αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από χώρες, στις οποίες η έκτρωση είναι νόμιμη. Το πρόβλημα εξακολουθεί να υπάρχει και

στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις, παρά την εντατική πληροφόρηση και προβολή νεώτερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Σημαντική αύξηση των εκτρώσεων μετά την νομιμοποίησή τους παρουσιάστηκε στις Ινδίες, στη Σιγκαπούρη, στην Τυνησία και αλλού. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται πάντα ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση της πιο κατάλληλης για αυτή μεθόδου, την οποία θα ακολουθεί, για να μην αναγκασθεί στο μέλλον να υποβληθεί πάλι σε έκτρωση.

Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί (1965) ότι 35%-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί, ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Στις πιο αναπτυγμένες περιοχές, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, ενώ στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εκτρώσεων. Αυτό αποδίδεται στην πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φθάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με έκτρωση.³

Στα μαιευτήρια και κλινικές συνήθως ο αριθμός των εκτρώσεων μερικές φορές είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των τοκετών. Οι εκτρώσεις ξεπερνούν τις γεννήσεις.

Οι εκτρώσεις στην πατρίδα μας εξακολουθούν ν' αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα της χώρας, παρ' όλα τα σημαντικά για την ελληνική πραγματικότητα βήματα που έχουν γίνει για να ρυθμιστεί το όλο θέμα.

Το πρόβλημα των παράνομων εκτρώσεων αναγνωρίζεται από όλα τα δημόσια πρόσωπα. Το Σεπτέμβριο του 1978 ψηφίζεται στη Βουλή το νομοσχέδιο περί μεταμοσχεύσεων, στο οποίο γίνεται εισήγηση που ορίζει ότι η γυναίκα θα πρέπει να εξεταστεί από ψυχίατρο πριν κάνει έκτρωση μέχρι και την 20^η εβδομάδα, αν η εγκυμοσύνη της δημιουργεί ψυχολογικό πρόβλημα. Καμία γυναίκα δεν εφαρμόζει το νόμο. Η προσθήκη αυτής της διάταξης δεν έχει καμία σχέση με την αποποινικοποίηση της έκτρωσης αλλά φαίνεται απλά να δίνει μια μεγαλύτερη νομική κάλυψη στους γιατρούς.

Υπάρχει μια σειρά επιστημονικών άρθρων γραμμένα από γιατρούς που παραθέτουν μια σειρά από στατιστικά στοιχεία, για τις εκτρώσεις στην Ελλάδα. Αυτά τονίζουν βασικά τις επιπτώσεις τους στη μειωμένη γεννητικότητα, παρά επισημαίνουν την αδυναμία των νομοθετικών απαγορεύσεων. Συγχρόνως επιβεβαιώνουν ότι οι εκτρώσεις γίνονται με καλές συνθήκες και από έμπειρους γιατρούς!!

Οι γυναίκες απαντούν στην έρευνα χωρίς να γνωρίζουν καν, ότι η έκτρωση είναι παράνομη.⁶

1.3.Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Η συχνή προσφυγή της Ελληνίδας στην έκτρωση, καθώς και η επιφυλακτική στάση της ως προς τη χρήση των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων, αποτελεί κοινή παραδοχή που προκύπτει όχι μόνο από αλληπάλλληλα δημοσιογραφικά δημοσιεύματα, αλλά και από τις υπάρχουσες επιστημονικές εργασίες που έχουν επισημάνει τις κοινωνικο-δημογραφικές κυρίως πλευρές του θέματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η βασική εξήγηση η οποία κατά κύριο λόγο είχε προβληθεί και συνδέει τα φαινόμενα της έκτρωσης και της αντισύλληψης στη χώρα μας είναι μια απλή σχέση αιτίου-αιτιατού, δηλαδή ότι η μη διάδοση της αντισύλληψης είναι υπεύθυνη για το μεγάλο αριθμό εκτρώσεων.

Η ελλιπής διάδοση της σύγχρονης αντισύλληψης εκ μέρους των υπεύθυνων φορέων και η ιδιαίτερα προβληματική σχέση εκ μέρους των γυναικών, δεν μπορεί παρά να αναλυθεί και να ερμηνευθεί ως ένα είδος «αντίστασης» που υπαγορεύεται συνειδητά από μη συνειδητά κίνητρα.

Η αντίσταση αυτή συνδέεται άμεσα με την πραγματική και συμβολική λειτουργία της αντισύλληψης, το γεγονός δηλαδή ότι αφενός αίρει προσωρινά τη γονιμοποιητική ικανότητα της γυναίκας και αφετέρου προσφέρει τις προϋποθέσεις για πιο άμεση πρόσβαση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ωστόσο, οι λειτουργίες αυτές φαίνονται να έρχονται σε φανερή αντίθεση με τις προδιαγραφές του γυναικείου ρόλου στα πλαίσια της παραδοσιακής ιδεολογίας η οποία εξαιρεί τη μητρότητα και θέτει γενικότερους περιορισμούς στην εκδήλωση της γυναικείας σεξουαλικότητας.

Η συχνότητα με την οποία καταφεύγουν οι Ελληνίδες στην έκτρωση –ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση ή τις ιδεολογικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις- θέτει το ερώτημα σχετικά με την πιθανή(ές) σημασία(ες) της λεγόμενης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Στην περίπτωση αυτή η σύλληψη που έχει μεσολαβήσει, φέρνει στην επιφάνεια κάποιου άλλου είδους επιθυμία, η οποία δεν παραπέμπει αναγκαστικά στην (υποσυνείδητη) επιθυμία για την απόκτηση παιδιού, αλλά ανταποκρίνεται σε βαθύτερες ανάγκες του ψυχικού κόσμου της γυναίκας, μια επιθυμία η οποία έρχεται συχνά σε φανερή αντίθεση με τις συνειδητές προθέσεις της γυναίκας και του συντρόφου της.

Η συμπεριφορά αυτή της Ελληνίδας μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα εάν λάβουμε υπόψη μας το πλέγμα των σχέσεων που διατηρεί με τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντός της (ερωτικός σύντροφος, γονείς κ.λ.π.) καθώς και του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου.

Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει κυρίως από το γεγονός ότι σχετικά πρόσφατες κοινωνιολογικές έρευνες διατύπωσαν την άποψη ότι η Ελληνίδα παραμένει σε ένα μεγάλο βαθμό, προσκολλημένη στον παραδοσιακό μητρικό ρόλο και το σύστημα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και αξιών που συνδέονται μ' αυτόν.⁵

1.4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η πλειοψηφία των νέων γυναικών έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία, πριν την ηλικία των 18 χρόνων. Η χρονική περίοδος που περικλείει την πρώτη σαρκική επαφή εκτείνεται από τα 14 έως τα 18 χρόνια.

Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, οι έφηβες είναι ακόμα μαθήτριες, εξαρτώμενες από τους γονείς τους. Η εφηβεία παρατείνεται, ενώ οι σεξουαλικές διασκέδασεις αυξάνονται.

Ο αυνανισμός μοιάζει να μην είναι πλέον η κλασική μέθοδος εκτόνωσης της σεξουαλικής έντασης, οι νέοι περνούν πολύ γρήγορα στη δράση και οι αρνητικές συνέπειες δεν αργούν να φτάσουν. Οι εγκυμοσύνες των νέων παρουσιάζουν κατακόρυφη άνοδο σε όλες τις χώρες.⁶

Το 1973, έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση εκτρώσεων προς γεννήσεις ζώντων ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200, 41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. στην Πολωνία, το 1973, έγιναν 138.600 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000 = 18 ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000 = 2227 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Το 1975, η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμία διαφορά. Η ίδια περίπου με την Πολωνία αναλογία εκτρώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των εκτρώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης. Πράγματι στην Ουγγαρία – όπου το πρότυπο μέγεθος οικογένειας είναι μικρό – το 1973 που ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν σχεδόν ανύπαρκτος ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν αναλογικά μεγαλύτερος, π.χ. από την Πολωνία. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά.²

Σήμερα στην Ελλάδα, οι εκτρώσεις το χρόνο υπερβαίνουν τις 300.000 και από αυτές οι 40.000, αφορούν ανήλικα κορίτσια κάτω των 16 ετών.⁷

1.5. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες του λεγόμενου «Τρίτου Κόσμου».

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

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

Μελετώντας τη δομή του πληθυσμού κατά ηλικία, φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά γρήγορη δημογραφική γήρανση. Από εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο ΚΕΠΕ

υπολογίζεται ότι το 2001 τα άτομα 60 ετών και άνω αποτελούν το 19,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ σε αγροτικές περιοχές το ποσοστό αυτό θα φτάσει τα 22,7%. Ακόμη πιο σημαντικό αναφορικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει για τις υπηρεσίες υγείας, είναι η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2001 τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (75 ετών και άνω) είναι περίπου το 4,7% του ελληνικού πληθυσμού.

Όσον αφορά τα αίτια της υπογεννητικότητας ο κ. Βαλαώρας, η κ. Πολυχρονοπούλου και ο κ. Δανέζης, με πρωτοβουλία της Ελληνικής Ευγονικής εταιρίας και με οικονομική ενίσχυση του International Patenthoos Federation κατέληξαν ότι είναι η τερατώδης συχνότητα των εκτρώσεων στη χώρα μας.⁸

1.6. Η ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας, έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες στο λεγόμενο «Τρίτο Κόσμο».

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

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

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

Σπουδαίο ρόλο στην υπογεννητικότητα παίζουν και οι εκτρώσεις, οι οποίες έχουν πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Το θέμα αυτό δεν έχει εξετασθεί ακόμη στην Ελλάδα από κοινωνιολογικής πλευράς. Ο καθηγητής Βαλαώρας, έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για τις εκτρώσεις, μετά από μελέτη που έκανε το 1966 – 1969. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι το 37% των Ελληνίδων έκανε από μία φορά έκτρωση τουλάχιστον.

Σύμφωνα με τα πορίσματα μιας συγκριτικής έρευνας που έγινε στη Γαλλία, η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέσο, όταν ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπαρκτος και όταν τα νεαρά ζευγάρια δεν μπορούν να καταφύγουν στις απαρχαιωμένες μεθόδους όπως η διακεκομμένη συνουσία. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται χαρακτηριστικά σε χώρες όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται ελλιπώς, η έκτρωση αποτελεί την εύκολη λύση για τα ζευγάρια που δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο θέμα της γονιμότητάς τους.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επίτευξη των στόχων όλων των βαθμίδων της αγωγής υγείας, είναι βασικότατος. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας, σε άτομα και ομάδες. Ανιχνεύει, μελετά και αξιολογεί

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

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

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

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

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

Με τη διδασκαλία θα πρέπει να κάνει συνείδηση του κοινού ότι η άμβλωση δεν αποτελεί αντισυλληπτικό μέσο αλλά «φόνο». Να ενημερώνει το κοινό και ιδιαίτερα τα νέα ζευγάρια που έχουν προβλήματα στειρότητας, για τα νέα φάρμακα και τις νέες χειρουργικές μεθόδους, που δίνουν λύση σ' αυτό το πρόβλημα.

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

Με τον τρόπο αυτό εμείς οι νοσηλευτές θα μπορέσουμε μέσα από τους δρόμους που μας δίνει η επιστήμη μας να συμβάλουμε με όλες μας τις δυνάμεις στην επίλυση ενός μεγάλου εθνικού προβλήματος, της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο δύσκολο αυτό έργο μας, θα είναι η γνώση και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

- ◆ Ανατομία γυναικείου γεννητικού συστήματος
- ◆ Φυσιολογία γυναικείου γεννητικού συστήματος
- ◆ Σύλληψη και γονιμοποίηση

2.1. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας διακρίνονται σε:

- A. Έσω γεννητικά όργανα
- B. Έξω γεννητικά όργανα.

Τα έσω είναι η μήτρα, οι δύο ωοθήκες, οι ωαγωγοί (σάλπιγγες) και ο κολεός, που βρίσκονται στη πύελο. Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων καλείται αιδοίο και περιλαμβάνει τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού, τους βολβού του προδρόμου, τους αδένες του προδρόμου και το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης. Όριο μεταξύ έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας.⁹

2.1.1. Τα έσω γεννητικά όργανα

ΩΟΘΗΚΗ

Η ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου μήκους 2.5 - 5 cm, παρουσιάζει δύο επιφάνειες (έσω-έξω), δύο χείλη (πρόσθιο - οπίσθιο) και δύο άκρα ή πόλους (άνω - κάτω). Βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά στα πλάγια της ελάσσονος πυέλου στο ύψος της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας στον ωοθηκικό βόθρο (κατάδεση περιτοναίου). Στηρίζεται από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωοθήκης που φέρει και τα αγγεία της ωοθήκης και με τον μητροωοθηκικό σύνδεσμο της ωοθήκης. Η παιδική ωοθήκη είναι λεία ενώ η επιφάνεια της ενεργείας ωοθήκης είναι υβώδης και ανώμαλη λόγω της προβολής των ωοθυλακίων. Η γερωντική ωοθήκη είναι μικρή γεμάτη ουλές.⁹

ΩΑΓΩΓΟΙ (ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ)

Κάθε ωαγωγός είναι μυώδης σωλήνας μήκους 8-20 cm, βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά και εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι την ωοθήκη μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Έχει δύο άκρα: α. το έσω ή μητριάιο το οποίο μπαίνει στο τοίχωμα της μήτρας και β. το έξω το οποίο σχηματίζει τον κώδωνα που αποτελείται από κροσσούς. Ένας από τους κροσσούς, ο ωοθηκικός κροσσός φέρεται μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης και περιλαμβάνει το ωάριο που ελευθερώνεται από την ωοθυλακιορρηξία. Στον ωαγωγό από έσω προς τα έξω διακρίνουμε την μητριάια μοίρα, τον ισθμό, την λήκυθο και τον κώδωνα ή χώνη. Επίσης διακρίνουμε δύο στόμια, το έσω η μητριάιο και το έξω ή κοιλιακό που εκβάλλει στο κύτος της κοιλιάς. Μέσα από τον αυλό του ωαγωγού τα ωάρια έρχονται στην μήτρα. Η γονιμοποίηση του ωαρίου γίνεται στη λήκυθο του ωαγωγού. Ο ωαγωγός αποτελείται από τρεις χιτώνες: τον ορογόνο, το μυϊκό και τον βλεννογόνο.⁹

ΜΗΤΡΑ

Χρησιμεύει για την ανάπτυξη του γονιμοποιηθέντος ωαρίου σε έμβρυο. Ο βλεννογόνος της διατρέπει το έμβρυο, οι μύες αφού προσαρμοστούν με την αύξηση του μεγέθους εμβρύου, τελικά δίδουν την κινητήρια δύναμη για την πρόωθηση του

κνήματος, κατά τον τοκετό. Έχει σχήμα αποπλατισμένου αχλαδιού μήκους 6-7 cm βρίσκεται στη μικρή πυέλο, μεταξύ ουροδόχου κύστεως και απευθυσμένου. Διακρίνουμε τρία μέρη της από πάνω προς τα κάτω: τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Στην όρθια θέση είναι σε πρόσθια κάμψη και έγκλιση. Όριο πυθμένα και σώματος, είναι η έκφυση των ωαγωγών και όριο τραχήλου και σώματος, ο ισθμός που είναι το στενότερο τμήμα του σώματος. Το σώμα της μήτρα βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση στις άτοκες και υψηλότερα στις πολύτοκες. Η μήτρα έχει δύο επιφάνειες: την πρόσθια (υπόκοιλη) και την οπίσθια (υπόκυρτη) καθώς και δύο πλάγια χείλη στα οποία προσφύεται ο πλατύς σύνδεσμος της μήτρας. Ο τράχηλος της μήτρας εμφανίζει υπερκολεϊκή μοίρα που βρίσκεται πάνω από τον κολεό και ενδοκολεϊκή μοίρα που εισέρχεται μέσα στο άνω τμήμα του κολεού. Η ενδοκολεϊκή μοίρα φέρει μια σχισμή που αποτελεί το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό φέρει δύο χείλη (πρόσθιο – οπίσθιο) τα οποία στις άτοκες είναι ομαλά και ροδόχροα και εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή. Στις πολύτοκες τα χείλη αυτά είναι ανώμαλα, ωχρά και έχουν ρωγμές. Με την πρόσφυση του κολεού στον τράχηλο, δημιουργούνται ο πρόσθιος και ο οπίσθιος θόλος του κολεού, καθώς και δύο πλάγιοι θόλοι. Η κοιλότητα της μήτρας έχει μήκος 5 cm στις άτοκες, ενώ στις πολύτοκες είναι μεγαλύτερη και διαιρείται με τον ισθμό σε δύο μοίρες: στην κοιλότητα του σώματος και την κοιλότητα του τραχήλου. Η κοιλότητα του σώματος έχει σχήμα τριγωνικό, του οποίου η κορυφή αντίστοιχη στον ισθμό και οι γωνίες στις βάσεις αντιστοιχούν στο μηριαίο στόμιο των ωαγωγών.⁹

ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα στηρίζεται στην θέση της, με τον κολεό και το περίνεο. Εκτός αυτού έχει και τους συνδέσμους της οι οποίοι είναι: ο πλατύς σύνδεσμος, ο στρόγγυλος σύνδεσμος και οι δύο εφθυμητρικοί ή ιερομητρικοί σύνδεσμοι.

Ο πλατύς σύνδεσμος σχηματίζεται από το περιτόναιο και αποτελείται από δύο πέταλα (πρόσθιο – οπίσθιο) τα οποία ενώνονται στα πλάγια χείλη της μήτρας και εκτείνεται μέχρι τα πλάγια της μικρής πυέλου. Μεταξύ των δύο πετάλων πορεύονται ο ωαγωγός ή σάλπιγγα, ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας και η μηριαία αρτηρία. Το περιτόναιο καλύπτει την μήτρα εμπρός στον πυθμένα και το σώμα και στην συνέχεια ανακάμπτει στην ουροδόχο κύστη (πρόσθιος δουλγασίος χώρος). Πίσω από το περιτόναιο καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας και την υπερκολεϊκή μοίρα του τραχήλου και τον κολεό, αντίστοιχα προς τον οπίσθιο θόλο. Μετά ανακάμπτει στο απευθυσμένο σχηματίζοντας τον οπίσθιο δουλγασίος χώρο. Από το οπίσθιο πέταλο του πλατέως συνδέσμου, κρέμεται από μια πτυχή του περιτοναίου (το μεσοωθηκίο), ή ωοθήκη. Ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας, αρχίζει από το όριο πυθμένα και σώματος από τα δύο πλάγια και πορεύεται μέσα στον πλατύ σύνδεσμο και στη συνέχεια μπαίνει μέσα στο βουβωνικό χώρο και καταλήγει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι εκτείνονται από την οπίσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας και φέρονται σαν τόξο στα πλάγια του ιερού οστού.⁹

ΚΟΛΕΟΣ Ή ΚΟΛΠΟΣ

Είναι ινομώδης σωλήνας 8 – 10 cm και εκτείνεται από τον τράχηλο της μήτρας μέχρι το αιδούιο. Βρίσκεται πίσω από τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως και την ουρήθρα και εμπρός από το απευθυσμένο. Η φορά του είναι λίγο λοξή αντιστοιχούσα

στον άξονα της πυέλου. Το άνω άκρο του κολεού προσφύεται σαν θόλος γύρω από τον τράχηλο της μήτρας και αποτελεί τον θόλο του κολεού, ο οποίος διακρίνεται στον αβαθή πρόσθιο θόλο και στο βαθύ οπίσθιο θόλο, που συνορεύει με τον χώρο του Douglas. Στον οπίσθιο θόλο γίνεται η εκσπερμάτιση. Το κάτω άκρο του κολεού, φράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Το τοίχωμα του κολεού εμφανίζει μεγάλη ελαστικότητα και αποτελείται από τρεις χιτώνες: α. ινώδη, β. μυϊκό και γ. βλεννογόνο. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες, ενώ ο βλεννογόνος στερεείται αδένων και φέρει πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο.⁹

2.1.2. Τα έξω γεννητικά όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούνται από το αιδοίο και την ουρήθρα.

Το αιδοίο εκτείνεται προς τα πίσω μέχρι το ιδίως περίνεο και εμπρός μέχρι το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης (μπροστά από την ηβική σύμφυση).

Στα πλάγια το αιδοίο χωρίζεται από τον μηρό, με την αιδοίομηρική αύλακα και στη μέση φέρει βαθιά σχισμή, την αιδοική που οδηγεί στο κάτω στόμιο του κολεού.

Το αιδοίο αποτελείται : **1) από τα μεγάλα χείλη , 2) τα μικρά χείλη, 3) την κλειτορίδα, 4) τον πρόδρομο του κολεού, 5) τους βολβούς του προδρόμου, 6) τους βαρθολίνειους αδένες και 7) το εφηβαίο.**

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο δερματικές πτυχές, που αφορίζουν την αιδοική σχισμή.

Οι τρίχες των μεγάλων χειλέων, συνεχίζουν στο τριχωτό του εφηβαίου.

Τα μικρά χείλη είναι λεπτές δερματικές πτυχές, που αφορίζουν τον πρόδρομο του κολεού. Προς τα εμπρός τα μικρά χείλη αποσχίζονται σε δύο πτυχές, από την κάθε μεριά. Οι δύο έσω πτυχές συνδέονται με την βάλανο της κλειτορίδας, ενώ οι δύο έξω σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας.

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί σε ανδρικό πέος από το οποίο διαφέρει ως προς το μέγεθος και γιατί δεν έχει το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Αρχίζει με δύο σκέλη τα οποία κάτω από την ηβική σύμφυση συνενώνονται και σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας (μήκους 3 – 4 cm), που καταλήγει στη βάλανο της κλειτορίδας. Η κλειτορίδα έχει μόνο δύο σηραγγώδη σώματα (αντίστοιχα του πέους) και έχει πλούσια αισθητική νεύρωση. Το στόμιο του κόλπου στην παρθένο, φράσσεται μερικώς από τον παρθενικό υμένα (ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες). Ο παρθενικός υμένας ρήγνυται κατά την πρώτη συνουσία και μετά τον τοκετό παραμένουν τα ουλώδη υπολείμματα του (τα μύρτα).

Οι βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται στο πίσω μέρος των μεγάλων χειλέων, κοντά στον πρόδρομο του κολεού. Έχουν μέγεθος φακής και ο εκφορητικός τους πόρος εκβάλλει στην νυμφουμενική αύλακα. Παράγουν βλενώδες και ιξώδες έκκριμα κατά την συνουσία, για την ολισθηρότητα του προδρόμου. Οι βολβοί του προδρόμου είναι στυτικά σώματα, αποτελούμενα από φλεβώδη πλέγματα που καλύπτονται από τους βολβοσηραγγώδης μύες.⁹

2.2. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Καταμήνιος κύκλος: Η απελευθέρωση θυλακιοτρόπου (FSH) ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης και προλακτίνης (PRL) από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης είναι σχετικά

σταθερή (και πραγματοποιείται σε σχετικά χαμηλές ποσότητες) στον άνδρα, ενώ στις γυναίκες μετά την εφηβεία ακολουθεί κυκλική πορεία.

Έτσι η γυναικεία γεννητική ζωή βρίσκεται κάτω από περιοδικό ορμονικό έλεγχο. Στον καταμήνιο κύκλο συμμετέχουν διάφορες ορμόνες: οι ορμόνες απελευθέρωσης γοναδοτροπίνων (FSH-RH και LH-RH) είναι πιθανόν ταυτόσημες: FSH/ LH-RH ή γοναδοεκλυτική. Η γοναδοεκλυτική και η προλακτοστατίνη (RIH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση από τον ΠΛΥ της FSH, της LH και της προλακτίνης. Η τελευταία επηρεάζει κυρίως τον υποθάλαμο και τους μαστικούς αδένες, ενώ οι FSH και LH ελέγχουν τις ορμόνες των ωοθηκών, δηλαδή κυρίως την οιστρογόνο ορμόνη οιστραδιόλη και την προγεστερονοειδή ορμόνη προγεστερόνη. Η διάρκεια του κύκλου είναι δυνατό να κυμαίνεται από 21 μέχρι άνω των 35 ημερών.

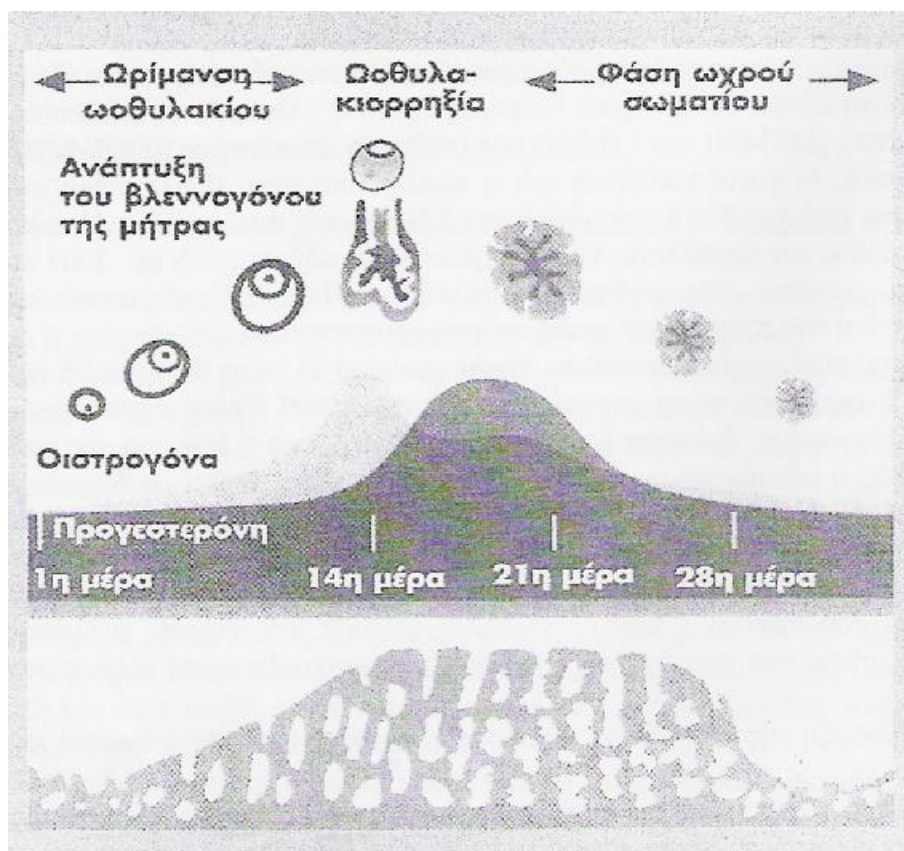
Η δεύτερη ή εκκριτική φάση του κύκλου, ή φάση του ωχρού σωματίου, είναι σχετικά ομοιόμορφη σε διάρκεια (περίπου 14 ημέρες), ενώ η διάρκεια της πρώτης, υπερπλαστικής ή φάσης του ωοθυλακίου, κυμαίνεται και μπορεί να διαρκεί από 7 μέχρι 21 ημέρες. Η διάρκεια της ωοθυλακικής φάσης εξαρτάται από τον χρόνο που απαιτείται για την ωρίμανση του ωοθυλακίου. Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε πολλά ζώα, το ρολόι που κυβερνά τον κόσμο στον άνθρωπο βρίσκεται στην ωοθήκη. Στη διάρκεια του κύκλου (εκτός από άλλες φυσικές και ψυχικές ρυθμίσεις) η ωοθήκη, η μήτρα και ο τράχηλος της μήτρας παρουσιάζουν τις εξής περιοδικές μεταβολές:

1^η ημέρα : Έναρξη της καταμήνιας αιμορραγίας (εμμήνου ρύσης) (διαρκεί περίπου 2-6 ημέρες).

5^η – 14^η ημέρα : Στο τέλος της καταμήνιας αιμορραγίας αρχίζει η ωοθυλακική ή υπερπλαστική φάση, η οποία συνεχίζεται ως την ωορρηξία. Ο βλεννογόνος της μήτρας (ενδομήτριο) διαμορφώνεται κατάλληλα για την υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου, δηλαδή προετοιμάζεται για κύηση. Στη διάρκεια αυτής της φάσης η αυξανόμενη έκκριση FSH διεγείρει την ανάπτυξη και ωρίμανση ενός μόνο ωοθυλακίου, που παράγει μεγάλες ποσότητες οιστραδιόλης. Το τραχηλικό στόμιο είναι μικρό και κλειστό και η βλέννα του μπορεί, ελκόμενη, να σχηματίσει μακριές ίνες.

14^η ημέρα : Ωοθυλακορρηξία. Περίπου από την 13^η ημέρα η παραγωγή οιστραδιόλης από το ωοθυλάκιο αυξάνει απότομα και η προκαλούμενη αύξηση της απελευθέρωσης LH οδηγεί σε ωοθυλακορρηξία. Λίγο μετά από αυτήν η βασική θερμοκρασία του σώματος (πρωινή, πριν από την έγερση) αυξάνεται κατά 0,5^ο C περίπου. Στη διάρκεια της ωοθυλακορρηξίας η τραχηλική βλέννα είναι λεπτόρρευση και υδαρής και το στόμιο του τραχήλου μεγεθύνεται για να υποδεχτεί το σπέρμα.

14^η – 28^η ημέρα : Ωχρινική ή εκκριτική φάση. Χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου και του εκκριτικού ενδομητρίου. Οι αδένες του ενδομητρίου γίνονται ελικοειδής και παράγουν έκκριμα, τα δε αρτηρίδια γίνονται σπειροειδή. Η εντονότερη αντίδραση του βλεννογόνου της μήτρας στην προγεστερόνη παρατηρείται την 22^η ημέρα, κατά την οποία αναμένεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Αν δεν συμβεί σύλληψη, η οιστραδιόλη και η προγεστερόνη προκαλούν αναστολή της γοναδοεκλυτικής (FSH/LH-RH), γεγονός που οδηγεί στη εκφύλιση του ωχρού σωματίου. Η γρήγορη ελάττωση των συγκεντρώσεων E₂ και P στο αίμα προκαλεί σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων του ενδομητρίου και ισχαιμία, οπότε ο βλεννογόνος της μήτρας αποπίπτει, δηλαδή αρχίζει η καταμήνια αιμορραγία.



Σχήμα 1^ο : Ο καταμήνιος κύκλος της γυναίκας ¹⁰

Ωορρηξία είναι η χρονική στιγμή κατά την οποία το ωάριο, το οποίο έχει ωριμάσει από την εμφάνιση του κύκλου, αποβάλλεται από την μία από τις δύο ωοθήκες και κινείται προς την σάλπιγγα. Η ωορρηξία συμβαίνει 12 έως 14 ημέρες πριν την επόμενη έμμηνου ρύση, δηλαδή συνήθως στο μέσο του κύκλου, όταν έχουμε ένα φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών. Ωστόσο μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή του κύκλου. Ο χρόνος της ωορρηξίας δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια, ειδικά όταν ο κύκλος της γυναίκας δεν είναι σταθερός.

Αμέσως μετά την ωορρηξία το ωάριο κινείται μέσα στην σάλπιγγα προκειμένου να συναντήσει το σπερματοζώαριο. Αυτή η δραστηριότητα διαρκεί 12-24 ώρες και εφ' όσον δεν συμβεί γονιμοποίηση το ωάριο στη συνέχεια εκφυλίζεται. Τα σπερματοζώαρια κινούνται πολύ γρήγορα από τον κόλπο προς την μήτρα και τις σάλπιγγες όπου αναμένουν το ωάριο. Μπορούν να ζήσουν για 3-4 ημέρες και αυτό εξηγεί πως συμβαίνει εγκυμοσύνη ακόμη και σε περίπτωση όπου η επαφή προηγήθηκε της ωορρηξίας κατά αρκετές ημέρες.

Γονιμοποίηση έχουμε κατά την συνάντηση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο.

Οι επαφές που προηγούνται της ωορρηξίας έως και 4 ημέρες, οι επαφές που συμβαίνουν την ημέρα της ωορρηξίας και την επόμενη μέρα, μπορεί να οδηγήσουν σε γονιμοποίηση. Στη συνέχεια το γονιμοποιημένο ωάριο συνεχίζει την πορεία του προς την μήτρα όπου θα εγκατασταθεί μερικές ημέρες αργότερα. Η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα αποτελεί και την έναρξη της εγκυμοσύνης.

Το γονιμοποιημένο ωάριο χρειάζεται 3-4 ημέρες για να φτάσει από τις σάλπιγγες στη μήτρα, όπου συναντά τον κατάλληλα προετοιμασμένο βλεννογόνο για να

εμφυτευτεί. Για να βρει το κατάλληλο σημείο στη μήτρα όπου θα εμφυτευτεί χρειάζεται άλλες 2 - 3 ημέρες. Άρα από την στιγμή της γονιμοποίησης περνάει περίπου μία εβδομάδα μέχρι να ξεκινήσει η εγκυμοσύνη. Με την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα επιτυγχάνεται επαφή με τα μητρική αιμοφόρα αγγεία ώστε να εξασφαλιστεί η παροχή θρεπτικών ουσιών για τη συνέχιση της εγκυμοσύνης. Εάν το ωάριο αργήσει να φτάσει στη μήτρα τότε ο βλεννογόνος δεν έχει πλέον την δυνατότητα για εμφύτευση. Χωρίς την προσκόλληση του ωαρίου στο μητρικό αγγειακό σύστημα αυτό δεν μπορεί να επιζήσει και θα αποβληθεί με την έμμηνο ρύση.⁹

2.4. Η ΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η ανάπτυξη του ανθρώπου αρχίζει κατά τη γονιμοποίηση, οπότε ένα ωοκύτταρο (ωάριο) της γυναίκας γονιμοποιείται από ένα σπερματοζώαριο του άνδρα. Η συνένωση αυτών των γαμετών (γεννητικών κυττάρων) κατά τη διάρκεια της γονιμοποίησης παράγει ένα ζυγώτη ή γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αποτελεί την καταβολή ή την αρχή, ενός νέου ανθρώπινου όντος. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο σχηματισμός του ζυγώτη επιτελείται στη λήκυθο του ωαγωγού, η οποία αποτελεί το επιμηκότερο και ευρύτερο τμήμα του ωαγωγού.

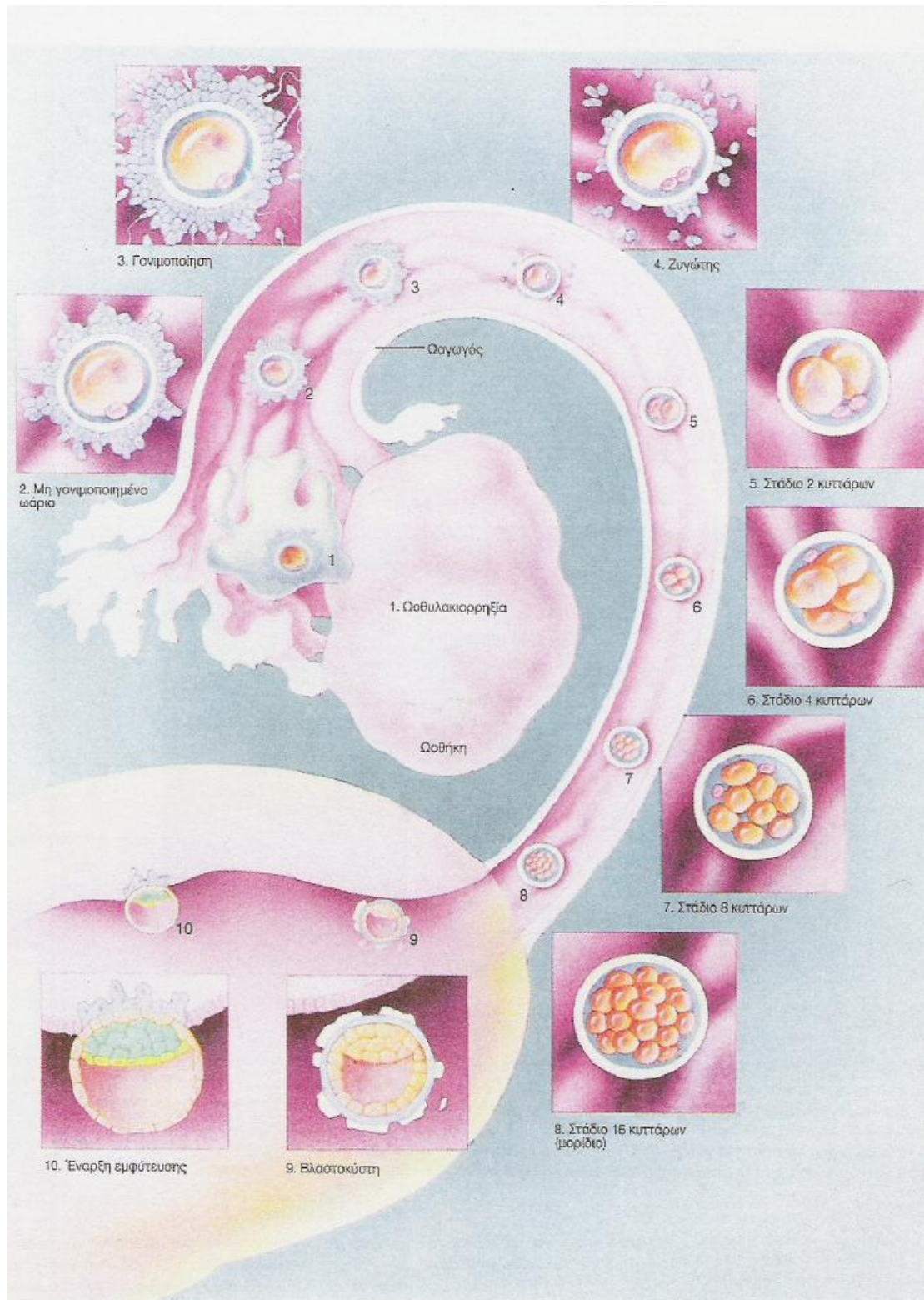
Η γονιμοποίηση θέτει σε κίνηση την εμβρυϊκή ανάπτυξη ωθώντας το ζυγώτη να διέλθει από μια σειρά μιτωτικών διαιρέσεων, που ονομάζονται αυλάκωση. Αρχικώς ο ζυγώτης διαιρείται σε δύο κύτταρα, τα οποία ονομάζονται βλαστομερίδια. Τα εν λόγω αρχέγονα κύτταρα διαιρούνται σύντομα και παράγουν τέσσερα βλαστομερίδια, οκτώ βλαστομερίδια κ.ο.κ. Φυσιολογικώς η αυλάκωση επιτελείται κατά την κάθοδο του ζυγώτη μέσω του ωαγωγού, προς τη μήτρα. Κατά τη διάρκεια της αυλάκωσης τα βλαστομερίδια μεταβάλλουν σχήμα και μέγεθος ενώ συνδέονται στερεά μεταξύ τους και σχηματίζουν μια συμπαγή σφαίρα βλαστομεριδίων, γνωστή ως μορίδιο (από τη λατινική λέξη *morus*, μούρο). Το μορίδιο, ένα άθροισμα 12 έως 16 βλαστομεριδίων, σχηματίζεται περίπου τρεις ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, αμέσως πριν εισέλθει στη μήτρα. Λίγο μετά την είσοδο του μοριδίου στη μήτρα, ανάμεσα στα κεντρικά βλαστομερίδια εμφανίζονται χώροι γεμάτοι με υγρό. Σε σύντομο χρονικό διάστημα, τα κύτταρα χωρίζονται σε δύο ομάδες : 1) μια λεπτή έξω κυτταρική στοιβάδα που ονομάζεται τροφοβλάστη, η οποία σχηματίζει την εμβρυϊκή μοίρα του πλακούντα και 2) μια ομάδα κεντρικώς εντοπιζόμενων βλαστομεριδίων, τα οποία σχηματίζουν την έσω κυτταρική μάζα ή εμβρυοβλάστη, που αποτελεί την καταβολή του εμβρύου. Το κύημα χαρακτηρίζεται πλέον ως βλαστοκύστη.

Η βλαστοκύστη πλέει ελεύθερα μέσα στη κοιλότητα της μήτρας για περίπου δύο μέρες. Όσο πλέει μέσα στη μήτρα, η βλαστοκύστη τρέφεται από τα εκκρίματα των ενδομητρικών αδενίων. Περίπου έξι ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, η βλαστοκύστη προσφύεται στο επιθήλιο του ενδομητρίου. Κατά τη διάρκεια της πρόσφυσης η τροφοβλάστη πολλαπλασιάζεται και σχηματίζει δύο στοιβάδες : 1) την εσωτερικώς κείμενη κυτταροτροφοβλάστη και 2) την εξωτερικώς κείμενη συγκιτιοτροφοβλάστη. Δακτυλοειδείς προσεκβολές της συγκιτιοτροφοβλάστης εισδύουν στο επιθήλιο του ενδομητρίου χάρις την έκκριση ουσιών, οι οποίες διαβρώνουν τους ιστούς του ενδομητρίου. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, η βλαστοκύστη έχει εμφυτευτεί επιφανειακώς στο ενδομήτριο και προσλαμβάνει τροφή και οξυγόνο, από τους ενδομητρικούς ιστούς της μητέρας.

Την όγδοη προς ένατη ημέρα, εμφανίζεται η αμνιακή κοιλότητα. Σε σύντομο χρονικό διάστημα, αμνιοβλάστες προερχόμενες από την κυτταροτροφοβλάστη

επενδύουν την αμνιακή κοιλότητα και σχηματίζουν το αμνίο. Παράλληλα με το σχηματισμό αμνιακού θυλάκου, αναπτύσσεται ο λεκιθικός ασκός, ενώ στο εσωτερικό της συγκιτιοτροφοβλάστης, εμφανίζονται κοιλότητες. Με τη συνένωση των εν λόγω κοιλοτήτων, σχηματίζονται σηραγγώδη δίκτυα, τα οποία περιέχουν μητρικό αίμα.

Η εμφύτευση της βλαστοκύστης, ολοκληρώνεται στα τέλη της 2^{ης} εβδομάδας. Παράλληλα με την επιτέλεση αυτής της διεργασίας μεταβολές που συμβαίνουν στην εμβρυοβλάστη παράγουν ένα δίστιβο εμβρυϊκό δίσκο, αποτελούμενοι από δύο στιβάδες, την επιβλάστη και την υποβλάστη. Καθώς η βλαστοκύστη εμφυτεύεται στο ενδομήτριο, η συγκιτιοτροφοβλάστη παράγει ανθρώπινη χοριακή γοναδοτριπίνη (hCG) η οποία εισέρχεται στο μητρικό αίμα. Η εν λόγω ορμόνη συντηρεί το ενδομήτριο και αποτελεί τη βάση των εργαστηριακών δοκιμασιών της εγκυμοσύνης.¹¹



Σχήμα 2^ο : Απεικόνιση της πρώτης εβδομάδας ανάπτυξης του ανθρώπου, στην οποία παριστάνονται η ωοθυλακιορρηξία, η γονιμοποίηση και η αυλάκωση του ζυγώτη. Παρατηρήστε ότι τα δύο πρώτα στάδια της ανάπτυξης επιτελούνται στον ωαγωγό. Το μόριο εισέρχεται στη μήτρα την τρίτη ημέρα, ενώ η βλαστοκύστη σχηματίζεται την τέταρτη ημέρα. Μετά από παραμονή δύο περίπου ημερών στην κοιλότητα της μήτρας, η βλαστοκύστη αρχίζει να εμφυτεύεται στο ενδομήτριο. ¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

- ◆ Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του εμβρύου
- ◆ Σεξουαλικότητα εφήβων
- ◆ Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση
- ◆ Σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα

3.1. Η ΨΥΧΟΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Μία από τις απόψεις του Φρόιντ, που θεωρείται από τις πιο σημαντικές και που προκάλεσε ταραχή και σκάνδαλο, είναι η άποψη ότι η σεξουαλική διάσταση του ανθρώπου δεν είναι το αποτέλεσμα μιας βιολογικής ωρίμανσης, που έχει σχέση με την ηλικία, αλλά εμφανίζεται με τη γέννησή του. Ο άνθρωπος, δηλαδή, ον με φύλο και επομένως αναπαραγωγικό του είδους του και θνητό, έχει σεξουαλική διάσταση από την αρχή της ύπαρξής του και όχι μόνο όταν η βιολογική ωρίμανση επιτρέπει την αναπαραγωγική έκφραση της σεξουαλικής του υπόστασης.

Υποστηρίζει έτσι ότι ολόκληρο το σύστημα της ανθρώπινης προσωπικότητας αναπτύσσεται ακολουθώντας μια διαδρομή από τέσσερα ψυχοσεξουαλικά στάδια, από τα οποία το πρώτο χαρακτηρίζει τους πρώτους δώδεκα μήνες της ζωής του βρέφους. Είναι φανερό πως η διαπίστωση αυτή έγινε αντικείμενο ηθικής κατακραυγής και προκάλεσε σκάνδαλο, καθώς γκρέμιζε μια άποψη ιδεολογική, με θρησκευτική προέλευση, για την αθωότητα σαν χαρακτηριστικό της παιδικής ηλικίας. Θρησκευτική – Εκκλησιαστική είναι η προέλευση της άποψης αυτής επειδή θρησκευτική είναι η ταύτιση της σεξουαλικότητας με την αμαρτία. Η ηθική επεξεργασία της θρησκευτικής – εκκλησιαστικής αυτής ταύτισης δημιουργεί μια ιδεολογική εικόνα : περιγράφει τον άνθρωπο που βρίσκεται πριν από την ηλικία στην οποία η σεξουαλικότητα φανερώνεται με την αναπαραγωγική δυνατότητα σαν ον δίχως σεξουαλική διάσταση. Δηλαδή το βρέφος και το παιδί είναι σύμφωνα με την ιδεολογική εικόνα, δίχως σεξουαλικότητα – αγγέλακι. Είναι λοιπόν εύκολο να δει κανείς πως οι περιγραφές των εκφράσεων που παίρνει η σεξουαλικότητα του βρέφους και του νηπίου αντιμετωπίζονται σαν μια ανίερη εμπλοκή των παιδιών στην «αμαρτία» των ενηλίκων, πώς δηλαδή οι απόψεις αυτές του Φρόιντ γίνονται κοινωνικό σκάνδαλο. Σήμερα έχει επαληθευτεί ότι η σεξουαλικότητα είναι *γενετική ορμή*.¹²

3.2. ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΗΒΗΣ

Κατά την προαγωγή ενός ανθρώπου από την παιδική στην εφηβική ηλικία, παρουσιάζονται διάφορες ανατομικές και λειτουργικές μεταβολές, που προκαλούν μια ιδιαίτερη επίδραση στην ψυχική του σφαίρα. Στη γυναίκα όμως, ακόμη περισσότερο επιδρά πάνω στη ψυχική κατάσταση, η έντονη ανάπτυξη της σεξουαλικότητας (libido), που οφείλεται βασικά στην ξαφνική αύξηση των οιστρογόνων, αλλά και το φαινόμενο της εμμηνου ρήσεως. Εάν σε αυτά προστεθεί και η επίγνωση ότι η φύση από την εποχή αυτή προσφέρει τη δυνατότητα για γονιμοποίηση, εύκολα γίνεται κατανοητή η θεμελιακή ψυχική διαφοροποίηση που συνοδεύει τις σωματικές αλλαγές. Μαζί με όλα αυτά συμβαδίζει και η φυσική λόγω ηλικίας διανοητική και πνευματική ωριμότητα, που σε συνδυασμό με την παράλληλη μορφωτική επίδραση της οικογένειας, του σχολείου και της κοινωνίας γενικότερα, διαμορφώνουν τελικά το χαρακτήρα και την προσωπικότητα της νεαρής γυναίκας.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις των φαινομένων της ήβης, βασίζονται κυρίως στο ότι η νεαρή γυναίκα συνειδητοποιεί σιγά-σιγά το μεγάλο βήμα που έκανε προς την ενηλικίωσή της. Αυτή η γνώση δημιουργεί μέσα της την ανάγκη αλλά και τις προϋποθέσεις για μια προσαρμογή, στη μεγάλη αυτή αλλαγή που της συνέβηκε.

Μέσα σ' αυτή τη προσαρμογή, βρίσκεται όχι μόνο η αναγκαστική παραδοχή αυτής της καινούργιας λειτουργίας που της όρισε η φύση, αλλά και η προσπάθειά της να

δείξει με κάθε τρόπο και μέσο την ενηλικίωσή της, σε συνδυασμό με την ανεξαρτησία της και την απελευθέρωσή της από τα δεσμά που μέχρι τώρα την κρατούσαν σαν παιδί δεμένη. Όλα αυτά καταλήγουν σε πλήρη συνειδητοποίηση του εγώ, απόκτηση αισθήματος ευθύνης, διαμόρφωση ίδιων ηθικών νόμων και αρχή μιας κάποιας προσωπικής κοσμοθεωρίας που στηρίζεται βέβαια στο σύνολο παραγόντων του περιβάλλοντος, τα οποία είναι δυνατό να δράσουν θετικά ή αρνητικά. Στο σύνολο των παραγόντων αυτών, περιλαμβάνονται οι οικογενειακές αρχές, οι απόψεις των φίλων πάνω σε διάφορα θέματα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Εάν τα θεμέλια της οικογένειας καθοδηγούν σωστά την πλέον έφηβη και την αφήνουν ανεπηρέαστη από διάφορους αρνητικούς εξωτερικούς παράγοντες, τότε εκείνη αποφεύγει λάθη που στη πορεία ίσως αποδειχθούν μοιραία ή επώδυνα, για τη σωματική ή την ψυχολογική της κατάσταση. Πολλές φορές όμως, οι αρνητικοί αυτοί παράγοντες οδηγούν την έφηβη σε πράξεις ανάρμοστες για την ηλικία της, οι οποίες μπορεί να ακολουθούνται από δυσάρεστες συνέπειες. Ένα παράδειγμα είναι η ανάπτυξη της σεξουαλικής της δραστηριότητας, που πολλές φορές οδηγεί σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και καταλήγει σε άμβλωση.¹³

3.3. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΕΦΗΒΩΝ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ

Η εφηβεία, είναι ίσως η σημαντικότερη περίοδος της ανθρώπινης έκφρασης. Η ηλικία της σύγκρουσης και της αμφισβήτησης, της άρνησης και της αντίδρασης, της παρόρμησης και της αντίθεσης, του ενθουσιασμού και της απογοήτευσης, το γέμισμα και η ανάπτυξη του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ατόμου. Μεταφορικά η εφηβεία είναι, το χωράφι που σπέρνουμε σήμερα αυτά που θα θερίσουμε αύριο. Είναι επίσης η περίοδος που συνδέεται με την πρώτη σεξουαλική μας αφύπνιση.

Μιλάμε συχνά για τη σεξουαλική ζωή σαν αυτή να σημαίνει το ίδιο πράγμα για όλους. Αυτό είναι λάθος για δύο λόγους: πρώτα απ' όλα, κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός στη σεξουαλικότητά του, όπως και σε όλα τα άλλα πράγματα που τον χαρακτηρίζουν. Έπειτα η σεξουαλικότητα των κοριτσιών και των αγοριών διαφέρουν πολύ μεταξύ τους κι αυτή η διαφορά αρχίζει από τα κίνητρα που τα ωθούν στην ΠΡΩΤΗ τους ΕΜΠΕΙΡΙΑ.¹⁴

Αυτό όμως που κάνει να διαφέρουν πολύ τα αγόρια από τα κορίτσια, είναι το θέμα της μητρότητας, η οποία σημάδεψε για πολλούς αιώνες τη ζωή των γυναικών. Το να μην έχει μια γυναίκα παιδί ήταν κάτι πολύ κακό. Από την άλλη όμως το να έχει ένα παιδί όταν δεν έπρεπε, ήταν κάτι δραματικό. Οι προγιαγιάδες μας και οι γιαγιάδες μας, έβαζαν σε κίνδυνο τη ζωή τους γεννώντας παιδιά και οι μητέρες μας έζησαν μέσα στο φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και έκτρωσης.

Σήμερα η αντισύλληψη άλλαξε την κατάσταση αλλά εμείς, οι σύγχρονες γυναίκες, τα κληρονομήσαμε όλ' αυτά χωρίς να το συνειδητοποιήσουμε.

Τη μητρότητα, επιθυμητή ή όχι τη ζουν οι γυναίκες μέσα στο σώμα τους καθημερινά. Ακόμη και τα πολύ νεαρά κορίτσια επιθυμούν ένα παιδί. Όμως όσο δεν μπορεί κανείς να το αναλάβει είναι ασφαλώς προτιμότερο να μην αποκτήσει.¹⁵

Η εφηβεία για μια κοπέλα, είναι η εύκολη ηλικία των ανοιχτών σεξουαλικών προκλήσεων, το παίξιμο με την φωτιά, νιώθοντας ότι αρχίζει να αρέσει έντονα, μεθώντας από τα καλέσματα όχι μόνο αγοριών αλλά και ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας, που τους προκαλεί τον πόθο, αγνοώντας όμως των κίνδυνο που μπορεί να βρίσκεται πίσω από όλα αυτά... Φτάνει γρήγορα στο κρεβάτι κάποιου που τη «ζαλίζει» με εικόνες, λόγια, υποσχέσεις, για να καταλήξει στα χέρια και στο

«ξέστρο» κάποιου γυναικολόγου, φυσικά στο μαιευτήριο-στην καλύτερη περίπτωση- γιατί είναι έγκυος 14 χρονών και πρέπει να κάνει απόξεση (έκτρωση), συχνά κρυφά από τη μητέρα της αλλά και χωρίς την υποστήριξη του υποψήφιου πατέρα, που εξαφανίζεται πανικόβλητος, μην πληρώνοντας ούτε το γυναικολόγο.

Στη δική μας κοινωνία δυστυχώς, τα νούμερα που δείχνουν τις εκτρώσεις στην ηλικία 13-15 χρονών είναι ανατριχιαστικά. Η μία στις τέσσερις Ελληνίδες στα 14 χρόνια της ζωής της έχει περάσει την εμπειρία της παρεμβατικής απόξεσης (1995). Αυτό και μόνο το στοιχείο, θέτει τον έντονο προβληματισμό της κοινωνικής ευαισθησίας απέναντι στην ενημέρωση και πληροφόρηση περί σεξουαλικής αγωγής, όπως αντισύλληψη, προφύλαξη, απαραίτητα στοιχεία κυρίως στους γονείς και φυσικά για την μητέρα.¹⁴

3.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής είναι πολύ χρήσιμο για τα νέα άτομα, γιατί βοηθά να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πρέπει να περιλαμβάνονται θέματα όπως η αναπαραγωγή, η αυτογνωσία αγοριών και κοριτσιών (η γνώση δηλαδή του τι σημαίνει να είναι άντρες ή γυναίκες), η ευχαρίστηση στη σεξουαλική ζωή, η αντισύλληψη. Ακόμη πρέπει να περιλαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων, όπως το πληθυσμιακό, η προφύλαξη από τα διάφορα αφροδίσια νοσήματα και η μείωση των εκτρώσεων.

Σεξουαλική διαφώτιση είναι η προσπάθεια εφαρμογής των αξιών συμπεριφοράς σε όλη τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, από τη νηπιακή του ηλικία, μέχρι τη στιγμή που γίνεται γονιός.

Στο σχολείο διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής αγωγής από τα μαθήματα της Βιολογίας και της Υγιεινής. Πολύ περισσότερα μαθαίνει ένας μαθητής από τους φίλους του. Έτσι, η πληροφόρηση των νέων ατόμων είναι ανεπαρκής, ανακριβής και πιθανότατα επικίνδυνη. Όταν λοιπόν οι νέοι, έχοντας τα ερεθίσματα από την τηλεόραση, τα περιοδικά και κυρίως από τη σύγχρονη ζωή, κάνουν έρωτα με βάση αυτά που κακώς έμαθαν, μοιραία θα αντιμετωπίσουν καταστάσεις όπως ψυχολογικά, κοινωνικά, σωματικά προβλήματα.

Οι ψυχοσωματικές μεταβολές που λαβαίνουν χώρα κατά τη διάρκεια της ήβης, γίνονται με τόσο γρήγορο και πληθωρικό ρυθμό που οι νεαροί έφηβοι, είναι αδύνατο να ακολουθήσουν την καινούργια κατάσταση, αν δεν έχουν ενημερωθεί σωστά πάνω στα προβλήματα της εφηβείας.

Υπεύθυνοι είναι ακόμη οι γονείς, γιατί η σεξουαλική εκπαίδευση ξεκινάει και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινά μέσα στο σπίτι.

Οι γονείς διδάσκουν το σεξ από τη στιγμή που γεννιούνται τα παιδιά, είτε συνειδητά είτε όχι. Απ' αυτούς λοιπόν εξαρτάται αν η διδασκαλία τους θα έχει αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις των γονιών σε ορισμένες ερωτήσεις που γίνονται από τα παιδιά, είναι εξίσου σημαντικές με τις απαντήσεις τους. Κι αυτό γιατί το παιδί, πολλές φορές θυμάται πολύ πιο έντονα τις φυσικές αντιδράσεις των γονιών παρά τα λεγόμενά τους. Η αποφυγή ή άρνηση της σεξουαλικής πληροφόρησης από τη μεριά των γονιών, η αμηχανία και δυσάρεστη έκπληξη που μερικές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική διαφώτιση των νέων, που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό ή βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο επαναλαμβάνεται, τα παιδιά θα πρέπει να πάψουν να απευθύνονται στους γονείς για την πληροφόρησή τους και θα υπάρξουν άσχημες συνέπειες στη

διαμόρφωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς και κατ' επέκταση του χαρακτήρα τους.

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

Για όλα αυτά βέβαια, τις μεγαλύτερες ευθύνες φέρει η κοινωνία μας που είναι έτοιμη να καταδικάσει «ελαφρά τη καρδία», αφού είναι ανήμπορη να δώσει στους νέους τις κατάλληλες συμβουλές.¹⁶

3.5. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα. Μέχρι σήμερα τουλάχιστον, δεν έχει γίνει τίποτα οργανωμένο προς αυτή την κατεύθυνση.

Ένα πολύ μεγάλο μέρος παιδιών ηλικίας 5 έως 19 ετών, ενημερώνεται κατά βάση από τις εξής παρακάτω πηγές :

1. Από βιβλία και έντυπα γραμμένα από υπεύθυνα άτομα.
2. Από τους συνομηλίκους τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Από τη σεξουαλική ζωή των ζώων (κυρίως στην ύπαιθρο), που δεν είναι αρκετή για να δώσει απάντηση στα ερωτήματά τους.

Το μόνο σχετικό μάθημα που διδάσκεται στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Β τάξη του Γυμνασίου είναι αυτό της «Ανθρωπολογίας-Στοιχεία Υγιεινής», για μια ώρα την εβδομάδα.

Σκοπός του μαθήματος αυτού είναι :

- α. Η απόκτηση βασικών γνώσεων σχετικά με τη φυσιολογία και την ανατομία του ανθρώπινου σώματος.
- β. Η κατανόηση της σωματικής ανάπτυξης του ατόμου από την αρχή της ύπαρξής του και η ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη κατά τους αιώνες.
- γ. Η κατανόηση και η κατά το δυνατό καλύτερη αντιμετώπιση των καθημερινών βιολογικών προβλημάτων και φαινομένων που αφορούν τον άνθρωπο σαν οργανισμό και σαν κοινωνικό σύνολο (υγιεινή του σώματος, υγιεινή του κοινωνικού συνόλου).

Το μάθημα λοιπόν αυτό δεν έχει καμία σχέση με τη σεξουαλική διαφώτιση αφού δεν αναφέρει τίποτα για τις προληπτικές μεθόδους ή για οτιδήποτε άλλο σχετικό με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Το πρόβλημα εντείνεται από την άγνοια και την απροθυμία των καθηγητών να κάνουν μια σωστή διαφώτιση στηριγμένη σε επιστημονική βάση, που είναι κατανοητή από το παιδιά του Γυμνασίου ή του Λυκείου. Η άγνοια των καθηγητών οφείλεται στο ότι τις περισσότερες φορές αυτοί είναι άλλων ειδικοτήτων και δεν έχουν σχέση με τα μαθήματα της Υγιεινής. Αυτό δυσκολεύει την κατάσταση, γιατί ο καθηγητής δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις, πάνω στα διάφορα θέματα. Έτσι μαθήματα σεξουαλικής αγωγής ή Δε διδάσκονται καθόλου ή περιορίζονται στα στενά όρια του βιβλίου.

Είναι λοιπόν κατάλληλη στιγμή να δημιουργηθεί ομάδα καθηγητών και ειδικευμένων επιστημόνων, που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαφώτισης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα, γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει θα είναι απλά στη διατύπωση, αλλά σύνθετα στη θεώρηση (κοινωνία, πνευματικά, ψυχολογικά) και απαιτούν γνώσεις, αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπαράστασης.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

- ◆ Ορισμοί εκτρώσεων
- ◆ Σκοπός εκτρώσεων
- ◆ Τρόποι και μέσα διακοπής μιας εγκυμοσύνης
- ◆ Τεχνικές άμβλωσης 1^{ου} τριμήνου
- ◆ Τεχνικές άμβλωσης 2^{ου} τριμήνου
- ◆ Συνέπειες εκτρώσεων
- ◆ Σωματικές παθήσεις εξαιτίας της άμβλωσης

4.1. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ – ΟΡΙΣΜΟΙ

Έκτρωση θεωρείται η σκόπιμη δια χειρουργικών μέσων αφαίρεση του αναπτυσσόμενου στη μήτρα εμβρύου. Δεν αποτελεί βέβαια αντισυλληπτική μέθοδο αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή.

Πραγματοποιείται από αρχαιότατων χρόνων, με πρωτόγονα και επικίνδυνα μέσα. Σήμερα η χειρουργική τεχνική είναι σημαντικά τελειοποιημένη.³

Πολλές εκτρώσεις γίνονται για «κοινωνικούς» λόγους ή για επικαλούμενους ψυχιατρικούς λόγους και οι υπόλοιπες εξαιτίας οργανικών διαταραχών ιατρικής φύσεως. Κάποιες μορφές καρδιακών ή νεφρικών νοσημάτων και κάποια είδη καρκίνου – ειδικά του τραχήλου ή του μαστού – είναι δυνατό να επιδεινωθούν με την εγκυμοσύνη και όλοι σχεδόν οι γιατροί, δικαιολογούν την έκτρωση δε τέτοιες περιπτώσεις. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση ορισμένων διαπιστωμένων ανωμαλιών του εμβρύου.¹⁷

Υπάρχουν διάφοροι τύποι εκτρώσεων όπως:

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ Ή ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Όταν εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της μητέρας, που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης. Η θεραπευτική έκτρωση είναι περισσότερο ασφαλής όταν γίνει πριν την 12^η εβδομάδα και η μέθοδος που ακολουθείται διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της εγκυμοσύνης. Σχεδόν πάντα εφαρμόζεται γενική αναισθησία.¹⁷

ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Εκτελούνται για να καταστρέψουν το κύημα, επειδή το επιβάλουν λόγοι, άσχετοι με την υγεία της εγκύου, όπως κοινωνικοί, ηθικοί, οικονομικοί, ευγονικοί ή βιασμού.¹⁷

ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, διότι είναι ανεπιθύμητο. Για τις εγκληματικές εκτρώσεις, υπάρχει ο νομικός όρος «άμβλωση», που σημαίνει καταστροφή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.¹⁷

ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΙ ΟΨΙΜΕΣ

Πρώιμες ονομάζονται όταν διενεργούνται μέχρι την 12^η εβδομάδα και όψιμες όταν συμβαίνουν μεταξύ 12^{ης} και 20^{ης} εβδομάδας. Το αποβαλλόμενο έμβρυο στις περιπτώσεις αυτές δεν υπερβαίνει σε βάρος τα 500 gr και σε μήκος τα 18 cm. το αποβαλλόμενο περιεχόμενο της μήτρας, ύστερα από έκτρωση λέγεται έκτρωμα.¹⁸ Φυσικά δεν καταχωρούνται στο ληξιαρχείο ούτε στα ζωντανά, ούτε στα νεκρά νεογνά.¹⁹

ΕΠΑΠΕΙΛΟΥΜΕΝΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Στην προκειμένη περίπτωση το κύημα βρίσκεται μέσα στη μήτρα, αλλά έχει αποκολληθεί σε κάποιο σημείο. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται μια αιμορραγία διαφόρου εντάσεως και μετά πάροδο ωρών ή ημερών εγκαθίστανται οι συσπάσεις της μήτρας οι οποίες προκαλούν πόνο στη μέση ή στο υπογάστριο. Οι αιμορραγίες

εμφανίζονται μερικές φορές μετά από συνουσία, η οποία προκαλεί έκλυση συσπάσεων της μήτρας.

Οι προοπτικές στην προκειμένη περίπτωση είναι σχετικά δυσοίωνες. Τις περισσότερες φορές οι γυναίκες αποβάλλουν το κύημα. Εάν διατηρηθεί η εγκυμοσύνη, θα πρέπει να υπολογίζουμε με πρόωρο τοκετό και νεογνά με μικρότερο βάρος. Τα νεογνά αυτά εμφανίζουν μερικές φορές διαπλαστικές ανωμαλίες και έχουν αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.²⁰

ΑΝΑΠΟΦΕΥΚΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Στην προκειμένη περίπτωση η αιμορραγία, που ακολουθεί την μερική ή πλήρη αποκόλληση του κυήματος, ή το ανοιχτό τραχηλικό στόμιο, που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας, οδηγούν στην οριστική απώλεια του κυήματος.

Οι συσπάσεις της μήτρας αυξάνουν σε ένταση και συχνότητα, καθώς επίσης και η ποσότητα του αίματος. Στην προκειμένη περίπτωση η αναχαίτιση της εξέλιξης της έκτρωσης είναι αδύνατη.²⁰

ΑΤΕΛΕΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Στην προκειμένη περίπτωση, μέσα από το ανοιχτό τραχηλικό στόμιο πέφτει το μεγαλύτερο μέρος του κυήματος. Οι συσπάσεις της μήτρας σταματάνε, παρόλα ταύτα η αιμορραγία συνεχίζεται από την κατακράτηση υπολειμμάτων της κύησης στην κοιλότητα της μήτρας.²⁰

ΣΗΠΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Αφορά μια σοβαρή κατάσταση και οφείλεται σε μόλυνση της ενδομήτριας κοιλότητας η οποία συμβαίνει στις εξής περιπτώσεις:

1. Μετά από απόπειρα άμβλωσης με επέμβαση.
2. Μετά από ενδομήτρια χορήγηση φαρμάκων.
3. Μετά από εφαρμογή λαμιναρίων για να επιτύχουμε διαστολή του τραχήλου της μήτρας.
4. Μετά από διάτρηση της μήτρας κατά την εκτέλεση της επέμβασης.
5. Μετά από εισαγωγή ξένων σωμάτων μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα.
6. Μετά από έγχυση διάφορων απορρυπαντικών, διάλυση σαπουνιού προς επιτυχία άμβλωσης.
7. Χρησιμοποίηση ενδομήτριων αντισυλληπτικών συσκευών. Μερικές φορές εγκαθίστανται εγκυμοσύνη μέσα στη μήτρα, όπου και ο ενδομητριακός πεσσός.

Στην εποχή μας έχει περιορισθεί σημαντικά η σηπτική έκτρωση, διότι οι γυναίκες συνειδητοποίησαν, ότι πρέπει να καταφύγουν στους γιατρούς, οι οποίοι λαμβάνουν όλα τα ενδεδειγμένα μέτρα αποφυγής μιας μόλυνσης. Εκτός από τις τοπικές βλάβες της σηπτικής έκτρωσης, που είναι βαριές έχουμε συχνά και γενικές βλάβες, επίσης σοβαρές όπως σηψαιμία, αιμόλυση, σηπτικό σοκ ή νεφρική ανεπάρκεια, που οδηγούν πολλές φορές στο θάνατο.²⁰

ΚΑΤΑ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Ομιλούμε για κατά συνήθεια έκτρωση, όταν συμβούν τρεις ή περισσότερες επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις χωρίς να παρεμβάλλονται τελειόμηνες εγκυμοσύνες. Το ποσοστό αυτών ανέρχεται σε 0,5% όλων των κυήσεων.²⁰

ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Αφορούν τη νομικά επιτρεπτή διακοπή εγκυμοσύνης και την εγκληματική διακοπή, που ονομάζεται άμβλωση. Η άμβλωση έχει ποινικές κυρώσεις. Η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι απαλλαγμένη από ποινικές κυρώσεις, όταν υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις. Επιτρέπεται όταν :

1. Υπάρχει κίνδυνος για την ζωή και την υγεία της εγκύου. Στην προκειμένη περίπτωση ομιλούμε για ιατρικά ενδεδειγμένη διακοπή.
2. Το παιδί λόγω κληρονομικών γεγονότων ή λόγω εξωτερικών βλαπτικών επιδράσεων κινδυνεύει να έλθει στο κόσμο με σοβαρές διαπλαστικές ανωμαλίες.
Τότε ομιλούμε για ευγονική ή γενετική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης.
3. Η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού. Τότε μιλούμε για εγκληματική ή ηθική ένδειξη
4. Υπάρχουν κοινωνικοί λόγοι.

Στην περίπτωση της ιατρικής ένδειξης διακοπής της εγκυμοσύνης μπορεί να διενεργηθεί σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση της γενετικής ένδειξης διακοπής της εγκυμοσύνης πρέπει να διενεργήσουμε αυτήν μέχρι την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ όταν υπάρχει ένδειξη διακοπής για κοινωνικούς λόγους, πρέπει να διενεργηθεί μέχρι την 12^η εβδομάδα.²⁰

4.2. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Ο σκοπός της έκτρωσης είναι να αδειάσει με τον πιο φυσικό τρόπο και με τους λιγότερους δυνατούς κινδύνους, το περιεχόμενο της μήτρας. Όσο νωρίτερα γίνεται, τόσο απλούστερη είναι η τεχνική που ακολουθείται και τόσο μικρότερες οι επιπλοκές.

Στην μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων η αφαίρεση του «προϊόντος της σύλληψης» πραγματοποιείται μέσω του τραχήλου της μήτρας.²¹

4.3. ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Από τα πάρα πολύ παλιά χρόνια, οι γυναίκες έψαχναν να βρουν τρόπους για να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κατάπιναν όλων των ειδών τα ποτά, τα ροφήματα, τα καθαρτικά όμως χωρίς αποτέλεσμα. Άλλοτε προσπαθούσαν να επιτύχουν την αποκόλληση του πλακούντα και την αποβολή, πηδώντας από αρκετό ύψος. Αυτό βέβαια είχε σαν αποτέλεσμα την ακατάσχετη αιμορραγία και τον θάνατο.²

Η αμάθεια, η άγνοια, ο φόβος, η απόγνωση, είναι παράγοντες που οδηγούν μερικές φορές τις γυναίκες στο σημείο να καταφεύγουν σε ανεύθυνα άτομα, για να τις βοηθήσουν να απαλλαγούν από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή έκτρωση που γίνεται

σε όχι οργανωμένο περιβάλλον, με εργαλεία που δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά και χωρίς νάρκωση, μπορεί να καταλήξει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, σηψαιμία και ακόμη ανακοπή και θάνατο.

Εφαρμόζονται από τις ίδιες τις γυναίκες μερικοί τρόποι, που άλλοτε δεν φέρουν κανένα αποτέλεσμα και άλλοτε βάζουν σε κίνδυνο σοβαρό τη ζωή της γυναίκες.

Τα χάπια κινίνου: Όσα χάπια κι αν πάρει η γυναίκα δεν πρόκειται να αποβάλλει, μπορεί όμως να έχουν συνέπειες στην υγεία της.

Υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου: Καυστική ουσία που καταστρέφει τους ιστούς και μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις, αιμορραγία και μολύνσεις.

Διαλύματα με βάση το σαπούνι: Η ποτάσα αν διεισδύσει στις φλέβες της μήτρας μπορεί να προκαλέσει εμβολή.

Αντισυλληπτικά χάπια: Σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανόν διαμαρτυρίες στο έμβρυο, και ακόμη τα υπερβολικά ζεστά μπάνια, η σωματική κόπωση, οι μυρωδιές δεν προκαλούν αποβολή.

Μερικές χρησιμοποιούνε μυτερά αντικείμενα, εργαλεία, βελόνες πλεξίματος, λεπτά ξύλα με σκοπό την έκτρωση. Το μόνο που καταφέρνουν είναι να προκαλέσουν αιμορραγία, πολλές φορές μεγάλη βάζοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους και καταλήγοντας στο νοσοκομείο.²²

Η επικίνδυνη πρακτική της εισαγωγής διαφόρων αντικειμένων μέσα στον τραχηλικό σωλήνα μπορεί να αποβεί μοιραία και για τη γυναίκα και για το έμβρυο. Οι θάνατοι από τη μέθοδο αυτή οφείλονται κυρίως στη διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, καθώς και σε εκτεταμένη και ακατάσχετη αιμορραγία, ή σε σοβαρή λοίμωξη με σωματικό σοκ.²

Έχει μείνει αξέχαστη η εμπειρία της νοσηλείας μιας νέας κοπέλας 18 ετών περίπου, που νοσηλεύτηκε στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πειραιώς προ ετών, με κοιλιακό πόνο, η οποία δεν είπε ποτέ τι ακριβώς της συνέβη. Όταν τελικώς χρειάστηκε να χειρουργηθεί λόγω ευρημάτων οξείας κοιλίας, βρέθηκε ότι έπασχε από περιτονίτιδα, από ρήξη της μήτρας και από πολλαπλές διατρήσεις του λεπτού εντέρου. Πιθανώς η κοπέλα αυτή έπεσε στα χέρια κάποιου ανεύθυνου πρακτικού, που προσπάθησε να προκαλέσει έκτρωση με κάποιο εργαλείο, τρύπησε την μήτρα και προκάλεσε πολλαπλές διατρήσεις στη μήτρα.²²

Διάφοροι πιο ασφαλής και σίγουροι τρόποι που έχουν χρησιμοποιηθεί για την διακοπή μιας εγκυμοσύνης κατατάσσονται ως εξής:

1. *Χειρουργικοί*

A. Απόξεση που γίνεται

α. σε ένα χρόνο για τις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης.

β. σε δύο χρόνους για κύσεις ηλικίας 12 με 16 εβδομάδες.

B. Υστεροτομία

2. *Φαρμακευτικοί*

A. Ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης

B. Ενδαμνιακή χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων.

Γ. Χρησιμοποίηση προσταγλανδίνων.²¹

Εάν δεν αποβληθεί όμως ολόκληρο το έμβρυο, τα εναπομείναντα κομμάτια θα πρέπει να αφαιρεθούν χειρουργικά.²³

Το «χάπι της επόμενης μέρας», όπως είναι γνωστό στο εμπόριο δεν αποτρέπει τη σύλληψη, αλλά εμποδίζει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα, αλλάζοντας το ενδομήτριο και τελειώνοντας έτσι τη σύντομη ζωή του μελλοντικού εμβρύου. Το χάπι αυτό, περιέχει μια συνθετική ορμόνη που χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια σε αντισυλληπτικά δισκία, όμως για πρώτη φορά τυποποιείται στη κατάλληλη περιεκτικότητα και δοσολογία ειδικά, για επείγουσα αντισύλληψη.²⁴

Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στην άμβλωση, δεν πρέπει ποτέ να την κάνει μόνη της ή λαθραία. Τα αρχεία των νοσοκομείων και των νεκροτομείων είναι γεμάτα από περιστατικά γυναικών που στην απελπισία τους απερίσκεπτα και τραγικά υπέγραψαν οι ίδιες τη ληξιαρχική πράξη του θανάτου τους. Η ίδια η φύση της κυοφορούσας μήτρας με τα μαλακά τοιχώματα, την απίστευτη συρροή αίματος και την παρουσία μεγάλων αιμοφόρων αγγείων μέσα στην κοιλότητά της, κάνει αυτές τις παρανοϊκές αμβλώσεις καθαρή αυτοκτονία.²

4.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ 1^ο ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την άμβλωση εξαρτώνται από το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές με τις οποίες γίνονται οι αμβλώσεις στο πρώτο τρίμηνο είναι οι εξής :

- I. Διαστολή του τραχήλου και απόξεση.
- II. Διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση.
- III. Αναρρόφηση του ενδομητρίου.

Περίληπτικά η επέμβαση γίνεται ως εξής :

Αφού απολυμανθεί με αντισηπτικό η περιοχή της μήτρας εισχωρείται μέσα στο κόλπο ένα εργαλείο που λέγεται μητροσκόπιο ,για να ανοίξει προσέγγιση του αυχένα, που με τη σειρά του διαστέλλεται με τη χρησιμοποίηση μεταλλικών κηρίων οι λαμιναρίων.

Τα μεταλλικά κηρία είναι κυλινδρικά, λεία μεταλλικά όργανα, διαφόρων διαμέτρων, οι οποίες κ τα χαρακτηρίζουν. Αρχίζουν π.χ από το Νο 3 που αντιστοιχεί σε διάμετρο 3 mm κ φθάνουν το Νο 24 που αντιστοιχεί σε διάμετρο 25 mm.Η διαστολή γίνεται προοδευτικά εισάγοντας στον τράχηλο κηρία της επόμενης κάθε φορά διαμέτρου, μέχρις ότου είναι δυνατή η εισαγωγή στη μήτρα του κατάλληλου για κάθε περίπτωση αναρροφητήρα ή ξέστρου.

Οι λαμινάριες είναι μικρά τεμάχια από κλαδιά ενός φυτού που ονομάζεται LAMINARIA FIGITATA. Όταν τοποθετούνται μέσα στον αυλό του τραχήλου, προκαλούν μέσα σε μερικές ώρες προοδευτική διαστολή του. Η διαστολή οφείλεται στην αργή, αλλά σταθερή διόγκωση που υφίστανται οι λαμινάριες, όταν προσροφούν υγρά.

Όταν έχει γίνει πια ικανοποιητική διαστολή του τραχήλου εισάγονται στην κοιλότητα της μήτρας τα ξέστρα τα οποία είναι μεταλλικά όργανα με οξύ χείλος, που «ξύνουν» την κοιλότητα της μήτρας, αποκολλώντας έτσι τμηματικά το έμβρυο από αυτή.

Ύστερα, αυτή η ενέργεια προκαλεί μικρή αιμορραγία, καθαρίζεται ο κόλπος και σφραγίζεται το στόμιό του με βαμβάκι. Αν η επέμβαση γίνει από ικανό προσωπικό σε κατάλληλο περιβάλλον και με τις καλύτερες συνθήκες αποστείρωσης, οι κίνδυνοι

είναι σχεδόν ανύπαρκτοι και οι πιθανότητες επιπλοκών κάτω από 1%. Ύστερα από λίγες ημέρες, η γυναίκα θα μπορεί να αναλάβει την κανονική της δραστηριότητα.

Η μέθοδος που περιγράψαμε ήταν η *διαστολή του τραχήλου και απόξεση*.

Η μέθοδος της *αναρρόφησης* είναι μια σύγχρονη και συνηθισμένη μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο. Εφαρμόζεται γενική αναισθησία όπως και στην πρώτη περίπτωση και προϋποθέτει, διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στη συνέχεια μπαίνει ένας λεπτός μεταλλικός ή πλαστικός σωλήνας, από τον τράχηλο στην κοιλότητα της μήτρας.

Ύστερα μέσω μιας αναρροφητικής αντλίας μεταδίδονται στο σωλήνα με αρνητική πίεση, με αποτέλεσμα να αναρροφείται μέσα, σε λίγα δευτερόλεπτα, όλο το περιεχόμενο της μήτρας. Η όλη διαδικασία, δεν διαρκεί πάνω από 5 λεπτά

Η *αναρρόφηση του ενδομητρίου*, είναι η αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας με τη χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα, διαμέτρου 4-6 mm και με τη βοήθεια μιας σύριγγας, χωρίς να χρειάζεται να γίνει διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πριν ακόμη το «Τεστ εγκυμοσύνης» γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο στις οποίες μια καθυστέρηση 10 έως 14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη.

Η μέθοδος αυτή δε χρησιμοποιείται γενικά, γιατί δεν είναι ασφαλής.²⁵

4.5. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ 2^{ου} ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η διακοπή της εγκυμοσύνης μετά τον τρίτο μήνα της κύησης, τόσο η μήτρα όσο και το έμβρυο, έχουν ήδη μεγαλώσει αρκετά, μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους :

- I.** Με συνδυασμένη εφαρμογή διαστολής, απόξεσης και αναρρόφησης. Η εκκένωση της μήτρας γίνεται καλύτερα σε δύο χρόνους, από τους οποίους ο πρώτος περιλαμβάνει διαστολή του τραχηλικού στομίου, συνήθως με λαμινάριες και ο δεύτερος, 12 έως 24 ώρες αργότερα, εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας.
- II.** Με ενδομήτρια έγχυση διαφόρων ουσιών, που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας, διαστολή του τραχήλου και έξοδο του εμβρύου. Τέτοιες ουσίες, είναι υπέρτονα αλατούχα διαλύματα, ή προσταγλανδίνες. Η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο, όπου μετά από τοπική αναισθησία γίνεται αμνιοπαρακέντηση, δηλαδή μια βελόνη προωθείται απ' το δέρμα της κοιλιάς στον αμνιακό σάκο, συνήθως με τη βοήθεια των υπερήχων. Στην αρχή αναρροφείται μια ποσότητα αμνιακού υγρού, το οποίο αντικαθίσταται, με αλατούχο διάλυμα ή διάλυμα που περιέχει προσταγλανδίνες. Τα διαλύματα αυτά προκαλούν καταστροφή του πλακούντα με επακόλουθο θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον προκαλούν συσπάσεις της μήτρας και αποβολή του εμβρύου μέσα σε 24 έως 36 ώρες. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται μετά τη 16^η και μέχρι την 24^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.
- III.** Προσταγλανδίνες. Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια, είτε με τη βοήθεια καθετήρα που τις τοποθετεί στη μήτρα. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, εμετό και διάρροια. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη 22 εβδομάδων.²⁵

4.6. ΑΠΟΒΑΛΟΜΕΝΟ ΠΡΟΪΟΝ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Αυτό που αφαιρείται, όταν κάποια γυναίκα αποφασίζει να κάνει έκτρωση, είναι το γονιμοποιημένο ωάριο. Κατά τις πρώτες 8 εβδομάδες της κύησης, το ωάριο σχηματίζεται μόνο από μερικές άσπρες ή διαφανής μεμβράνες. Δεν υπάρχουν ούτε οστά ούτε χόνδροι. Η έκτρωση τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί χωρίς κινδύνους. Μετά τον 3^ο μήνα, ο σκελετός του εμβρύου γίνεται ορατός. Ο πλακούντας, πραγματικός θρεπτικός σπόγγος, έχει αναπτυχθεί πολύ, απλώνοντας βαθιά τις διακλαδώσεις του στο βλεννογόνο της μήτρας. Αν αποσπάσει, προκαλεί αιμορραγία. Η έκτρωση τότε είναι πολύ πιο δύσκολη και επικίνδυνη.²¹

4.7. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η αλήθεια για τις συνέπειες των εκτρώσεων, είναι ότι από τον άδικο θάνατο του εμβρύου, κινδυνεύει και η μητέρα και τα τυχόν επόμενα έμβρυα, γιατί οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους:²⁶

1. Διάρθρωση της μήτρας: μπορεί να συμβεί στη διάρκεια της διαστολής κυρίως ή κατά την εκκένωση της μήτρας. οι συχνότερες αιτίες της διατήσεως είναι ο κακός υπολογισμός της θέσεως της μήτρας και η απειρία του χειρουργού.
2. Η μεταφορά μικροβίων στις κοιλότητες της μήτρας και των σαλπίνγων, που μπορεί να προκαλέσει ενδομητρικές σαλπινγίτιδες, με δυσάρεστα επακόλουθα για την γονιμότητα της γυναίκας. Υπάρχει δηλαδή ο κίνδυνος λοίμωξης.
3. Η παραμονή υπολειμμάτων κήματος μετά την απόξεση δημιουργεί μητρορραγία και ενδομητρίτιδα και σε αψότερο χρόνο ενδομητριακές συμφύσεις.
4. Όταν η απόξεση γίνεται βίαια και μάλιστα με οξέα ξέστρα, τότε είναι πιθανό να τραυματιστεί ο βλεννογόνος του ενδομήτριου και να δημιουργηθούν έτσι ενδομητριακές συμφύσεις.
5. Η απότομη και μεγαλύτερη από το κανονικό διαστολή του τραχήλου, έχει σαν συνέπεια την ανεπάρκεια του τραχηλικού αυλού, που σημαίνει ότι η μήτρα αδυνατεί να φέρει σε πέρας μία επόμενη εγκυμοσύνη, αποβάλλοντας συνήθως το έμβρυο μετά την 16^η εβδομάδα.
6. Η ευαισθητοποίηση της Rhesus αρνητικής γυναίκας έναντι του παράγοντος Rhesus σημαίνει απόκτηση αντί – Rhesus αντισωμάτων, τα οποία ενδεχομένως να δημιουργήσουν πρόβλημα σε μια επόμενη εγκυμοσύνη, αν το έμβρυο είναι Rhesus θετικό.²³
7. Οι εκτρώσεις, εκτός από τις δυσμενείς επιδράσεις τους στη υγεία της γυναίκας, επιδρούν και στη πορεία των επόμενων κυήσεων και τοκετών.
8. Πράγματι, από την μελέτη μεγάλου αριθμού επίτοκων, αποδείχθηκε ότι α) υπάρχει σχέση μεταξύ αιμορραγιών κατά την κύηση και αριθμού προηγούμενων εκτρώσεων, β) η πρόωμη ρήξη του θυλακίου είναι πιο συχνή σε γυναίκες με ιστορικό έκτρωσης (5,4%), παρά σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει έκτρωση (2%). Η πρόωμη ρήξη του θυλακίου είναι δυνατό να προδιαθέσει και σε ενδομήτρια λοίμωξη του εμβρύου, γ) διαπιστώθηκε ότι προηγούμενες εκτρώσεις αυξάνουν την συχνότητα έκτοπης εγκυμοσύνης. Επίσης, αυξάνουν και την συχνότητα ανώμαλων προβολών του εμβρύου, όπως είναι η εγκάρσια θέση και προσωπική προβολή, δ) οι προηγούμενες

εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και αυτόματης έκτρωσης κατά το πρώτο τρίμηνο της επόμενης εγκυμοσύνης. Η περιγεννητική θνησιμότητα – όπως και η νεογνική – είναι πολύ υψηλότερη, όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων.³

Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει, ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, διπλασιάζεται για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στη πρώτη εγκυμοσύνη και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις.

Επίσης έχει αποκαλυφθεί από μελέτες, πως οι εκτρώσεις επιβάλλουν στη γυναίκα σοβαρές επιπτώσεις, στην ψυχική της υγεία, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκρωτικό σύνδρομο».

- § 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- § 36% διαταραχές ύπνου
- § 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- § 25% επισκέπτονται ψυχίατρο
 - 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας
 - το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία.

Πολλές γυναίκες επίσης, εμφανίζουν προβλήματα με τα παιδιά που γεννούν μελλοντικά. Έχουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, μείωση μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης του ζευγαριού στο χωρισμό και το διαζύγιο.²⁶

4.8. ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

- ◆ **Παθήσεις κατά την έκτρωση.** Είναι είκοσι (20) περίπου : ανακοπή καρδιάς – θάνατος, αλλεργικές αντιδράσεις από τη νάρκωση (ολικές, τοπικές), τοξικές αντιδράσεις από το είδος του αναισθητικού, φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο, βρογχόσπασμος κατά τη γενική αναισθησία, διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος της αναρροφήσεως, διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της, κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα, ρήξη του τραχήλου της μήτρας, μεγάλη αιμορραγία, μόλυνση, υπερνατρίαμία και μόλυνση, διάσπαρτη ενδαγγιακή πήξη, ενδοκρανιακές θρομβώσεις, χοριοαμνίτις, καταπληξία (σοκ), διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές, θρομβοεμβολικά επεισόδια.
- ◆ **Παθήσεις αμέσως μετά την άμβλωση.** Είναι επτά (7) περίπου : κατακράτηση στην ενδομητρική κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του εμβρύου, αιμορραγία, ενδοτραχηλίτιδα, περιτονίτιδα, σηψαιμία, καταπληξία, φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων.
- ◆ **Απώτερες παθήσεις.** Είναι δεκατρείς (13) περίπου : δευτεροπαθής αμηνόρροια, δευτεροπαθής στειρώση (η 1 στις 3 γυναίκες μένει στείρα), αυτόματες αποβολές, πρώιμοι τοκετοί (40%), εξωμήτρια κύηση, προδρομικός πλακούντας, πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου, αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, ευαισθητοποίηση στον παράγοντα RHESUS, ενδομητρικές

συμφύσεις, ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου, χαμηλό βάρος των επόμενων γεννηθέντων νεογνών, ολιγομηνόρροια.

Ως προς τη στειρότητα πρέπει να υπολογισθεί σοβαρά και ο ψυχολογικός παράγοντας, που ενεργεί αντισυλληπτικά και στειρωτικά, ώστε το ποσοστό της στειρότητας εξαιτίας των εκτρώσεων να ανέρχεται ως το 40% - 50%.²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

- ◆ Ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή
- ◆ Προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση των αμβλώσεων
- ◆ Ανάνηψη
- ◆ Νοσηλευτική φροντίδα μετά την άμβλωση

5.1. ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

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

Ένα από τα πρόσωπα αυτά, ανεξάρτητα από τη θέλησή του ή όχι, είναι ο νοσηλευτής – τρια. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων, που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν τη διατήρηση στη ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει, απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις. Αποκτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία, ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του Θεού- μια και είναι ο μόνος που έχει τη δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει τη ζωή από τα πλάσματά Του – δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικά ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα, «χρηστότητα» και γνώση.

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

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

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας. Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει και παρά την απόφασή του να μη γίνει συνεργός στο έργο της άμβλωσης έρχονται οι νόμοι της πολιτείας που σου επιβάλλουν κυρώσεις (όταν η άμβλωση επιτρέπεται) σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλημμα να θυσιάσεις τη ζωή του εμβρύου σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μέλλουσας μητέρας ή όταν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να φέρει βαριές σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες.²

Ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει το δίλημμα αυτό 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 συνεπάγεται ότι : Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό είναι συνεργοί στο έγκλημα. Καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η Σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου».

Παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου το κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει να αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες. Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε από την αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει μόνο η γενική διατύπωση, ότι «η Νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου». ⁸

Υπάρχουν λοιπόν νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν διαφορετικά το θέμα της άμβλωσης, συγκεκριμένα διακρίνουμε τις παρακάτω κατηγορίες :

- Αυτούς που έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης. Για τη ομάδα αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους σε μια άμβλωση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι, με κριτήρια, πολλές φορές, αισχροκέρδειας.
- Στην αντίπερα όχθη υπάρχει και η άλλη μερίδα των Νοσηλευτών, η οποία δέχεται τη συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει τη γνώμη της σχετικά με το θέμα.
- Μια άλλη ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού είναι εκείνη η οποία δεν αρνείται τη συμμετοχή της στη διαδικασία της άμβλωσης. Αυτό όμως δεν τον εμποδίζει να σκέφτεται, να ενεργεί και να κρίνει σύμφωνα πάντα με τη δική της κρίση και έχοντας λογικά επιχειρήματα.

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια, δεν μπορεί να αρνηθεί τη βοήθεια, όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, αφού νομικά οι αμβλώσεις επιτρέπονται ¹⁶

Άρνηση της εκτέλεσης εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου, απέναντι στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν άμβλωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους κομπογιαννίτες του «επαγγέλματος» που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία, την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

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

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

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

Αλλά το νοσηλευτικό δίλημμα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από τον αυστηρό και λιτό χώρο του χειρουργείου, ενός νοσηλευτικού

ιδρύματος. Πέρα από τα όρια των ψυχικών και ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκεινται προκειμένου να γίνει συνεργός στην πράξη της άμβλωσης.

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

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

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να αντεπεξέλθει ο νοσηλευτής-τρια, στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του-της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού αυτού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή-τριας. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη Θεία Χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνειδήσεως. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.²

5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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

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

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

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι της εργασίας του, γι' αυτό και η άρνηση προσφοράς υπηρεσίας μπορεί να έχει επιπτώσεις, είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.²

5.3. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η Νοσηλευτική παρέμβαση θα πρέπει να ξεκινά από την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο και να τελειώνει με την απομάκρυνσή του από αυτό.

Στην περίπτωση αυτή των αμβλώσεων όμως η νοσηλευτική παρέμβαση δεν ξεκινά μόνο με την εισαγωγή της εγκύου σε κάποιο Δημόσιο Νοσοκομείο ή κλινική, αλλά από την ενημέρωση που έρχεται αυτή να δεχτεί προκειμένου να αποφασίσει αν θα πραγματοποιήσει την άμβλωση ή όχι. Ο νοσηλευτής – τρια είναι αυτός που θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο κατά τη λήψη απόφασης της εγκύου.²⁸

5.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση προεγχειρητικά

Ο νοσηλευτής – τρια θα πρέπει πριν τη χειρουργική επέμβαση:

- Να προετοιμάσουν ψυχολογικά την έγκυο (εφόσον αποφάσισε να κάνει άμβλωση).
 - Να πάρουν την γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια της επέμβασης.
 - Να κάνουν την γενική προεγχειρητική διαγνωστική μελέτη της εγκύου.
- Να κάνουν την ανάλογη προεγχειρητική ετοιμασία.

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του κάθε αρρώστου ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης είναι:

4 Η καλύτερη εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσική προεγχειρητικής κατάστασης του ατόμου που θα χειρουργηθεί.

4 Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού.

4 Η πρόληψη των επιπλοκών & η επιτάχυνση της ανάρρωσης του χειρουργημένου.²⁸

5.3.2. Ψυχολογική παρέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση οποιαδήποτε κι αν είναι, προκαλεί κάποιο stress στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχονται από φόβο για :

- Το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων , των περιέργων συσκευών και μηχανημάτων που βλέπει γύρω του κ.ά
- Τη νάρκωση και τον πόνο.
- Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους.

Οι νοσηλευτές – τριες καλούνται να ανταποκριθούν στις παραπάνω περιπτώσεις και να συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, κατανόηση και ενδιαφέρον. Να ακούσουν περισσότερο και λιγότερο να μιλήσουν. Να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητάς τους. Έτσι θα μειωθεί το άγχος και η ανησυχία. Θα εμπνεύσουν το αίσθημα της ασφάλειας και θα πετύχουν καλύτερη συνεργασία .²⁸

5.3.3.Γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια της άμβλωσης

Πριν από κάθε εγχείρηση απαιτείται η γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του για την εκτέλεση της συγκεκριμένης εγχείρησης που θα γίνει. Το ίδιο απαιτείται και για την περίπτωση της άμβλωσης. Η έγκυος υπογράφει σε ειδικό έντυπο εφόσον είναι ενήλικας και έχει πνευματική διαύγεια. Συγχρόνως δίδονται από τον γιατρό πληροφορίες για πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν. Σε επείγουσες όμως καταστάσεις (π.χ. όταν η έγκυος επιχειρήσει να αποβάλλει μόνη της το κύημα) που απειλείται η ζωή της εγκύου η επέμβαση γίνεται και χωρίς άδεια. Επιδιώκεται όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις προφορική επικοινωνία ή τηλεφωνική αν υπάρχει η δυνατότητα.²⁸

5.3.4. Γενική προεγχειρητική μελέτη ασθενούς

Πριν από κάθε άλλη εξέταση η θεραπεία προηγείται η κλινική εξέταση και λήψη του ιστορικού όπου λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν τα παρακάτω:

- Ηλικία της εγκύου.
- Παχυσαρκία.
- Θρέψη – υδατοηλεκτρική ισορροπία.
- Πιθανόν φάρμακα που έχει λάβει.
- Ηλικία κύησης.
- Γυναικολογικό ιστορικό.
- Διαγνωστικές εξετάσεις.
- Διδασκαλία του αρρώστου.

Στις διαγνωστικές εξετάσεις απαραίτητος κανόνας είναι πριν τη γενική αναισθησία η εξέταση αίματος . Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης , ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος.

Εξαιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης , γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση (10.000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης ημέρας) προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις όταν δηλαδή παρουσιάζονται μεγάλες επιπλοκές (π.χ. αιμορραγία) η έγκυος θα χρειαστεί αίμα. Για αυτό το λόγο γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωσης.²⁸

5.3.5. Προεγχειρητική προετοιμασία

Η προετοιμασία του αρρώστου της προηγούμενης ημέρας της επέμβασης ίσως παρουσιάζει ορισμένες διαφορές στα διάφορα νοσοκομεία και στις χειρουργικές επεμβάσεις. Η γενική αρχή όμως παραμένει η ίδια . Δηλαδή μας ενδιαφέρει στην προκειμένη περίπτωση η έγκυος να είναι καθαρή εσωτερικά (έντερο) και εξωτερικά (δέρμα) και να την διατηρήσουμε όσο είναι δυνατόν ήρεμη και ξεκούραστη. Επιδιώκουμε την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή , την αυστηρή τήρηση αντισηψίας του εγχειρητικού πεδίου καθώς και την ελαχιστοποίηση άλλων παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων ή επιπλοκών. Οι ιατρικές οδηγίες γράφονται έγκαιρα για την έγκαιρη εφαρμογή τους ανάλογα με την περίπτωση.

- Ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου.
- Ατομική υγιεινή.
- Διατροφή.
- Ανάπαυση- ύπνος.

Κατά την ημέρα της επέμβασης και ανάλογα με τη μέθοδο που θα επιλέξει ο ιατρός για να κάνει την άμβλωση , γίνονται τα παρακάτω:

- Νηστεία : 6-8 ώρες πριν την επέμβαση η γυναίκα δεν θα πρέπει να πάρει τίποτε.
- Ταυτότητα : Για την πρόληψη πιθανού λάθους τοποθετείται ταυτότητα χεριού , με το ονοματεπώνυμο της εγκύου και την κλινική που ανήκει.
- Λήψη ζωτικών σημείων : Η λήψη των ζωτικών σημείων προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης της εγκύου.
- Γίνεται αφαίρεση των κοσμημάτων , φακών επαφής οδοντοστοιχιών καθώς τα νύχια της ασθενούς.
- Κένωση κύστεως και καθετηριασμός αυτής.
- Προνάρκωση.
- Προεγχειρητικό δελτίο.
- Ειδική στολή χειρουργείου.
- Μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο.²⁸

5.3.6. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα , αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φτάνει μέχρι την έξοδο της εγκύου από το νοσοκομείο ή κλινική , ενώ πολλές φορές συνεχίζεται και μετέπειτα . (Ψυχολογική υποστήριξη σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης π.χ. ψυχιατρική κλινική ημέρας κ.ά)

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια περίοδος εντατικής παρακολούθησης και φροντίδα της χειρουργημένης γυναίκας.

Έχει σκοπό :

- Την ανακούφιση από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη περαιτέρω βλαβών.
- Την βοήθεια της εγκύου να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων , το συντομότερο και να αποκτήσει τις δυνάμεις της.²⁸

5.3.7. Καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού μέχρι την ανάνηψη

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι πλάι.
2. Λήψη αμέσως και σε συχνά χρονικά διαστήματα , των ζωτικών της σημείων.
3. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της γυναίκας.
4. Παρακολούθηση της περιοχής για τυχόν αιμορραγίες.
5. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης τόσο την διανοητική όσο και την ψυχική κατάσταση της γυναίκας.
6. Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων υγρών.²⁸

5.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Οι συνέπειες της έκτρωσης, είναι διαφορετικές για κάθε γυναίκα. Οι περισσότερες αισθάνονται καλά και γενικά δεν έχουν κανένα πρόβλημα. Μερικές νιώθουν κουρασμένες και έχουν συσπάσεις για μερικές μέρες. Το αίμα που παρουσιάζεται ποικίλλει επίσης. Μπορεί να είναι σχεδόν ανύπαρκτο, να κρατήσει για 2-3 εβδομάδες ή να σταματήσει και να εμφανιστεί ξανά αργότερα. Έχει υγρή μορφή και ελαττώνεται βαθμιαία.¹⁷ Το αίμα αυτό οφείλεται στις συσπάσεις που κάνει η μήτρα, για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα μπορεί να φαι και να πει ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική σωματική και ψυχική ξεκούραση.⁵

Μερικές φορές τα συμπτώματα εγκυμοσύνης εξακολουθούν να υπάρχουν για μία περίπου εβδομάδα. Η απότομη πτώση των ορμονών της εγκυμοσύνης, μπορεί να φέρει στον οργανισμό αναστάτωση (αίμα, κράμπες, ευαισθησία στο στήθος, νευρική κατάπτωση κ.α.)

ΜΕΡΙΚΕΣ ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Ο κατάλογος μερικών συμβουλών που πρέπει να ακολουθήσει κάθε γυναίκα, για να πάνε όλα καλά μετά από μια έκτρωση, είναι ο ακόλουθος:

- ü Αφεθείτε στη καθοδήγηση του σώματός σας. Αναπαυτείτε μία ή δύο ημέρες, αν το απαιτεί. Μη σηκώνετε βάρη και μη κάνετε επίπονες εργασίες που πιθανόν να επιφέρουν αιμορραγία. Μην πίνετε αλκοόλ και μη παίρνετε ασπιρίνες, γιατί αυξάνουν τη ροή του αίματος.

- Û Για να αποφύγετε μολύνσεις: πάρτε τα αντιβιοτικά που σας συνέστησε ο γιατρός,¹⁷ (μερικοί γιατροί δίνουν αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά, άλλοι Δε δίνουν τίποτα), αν χρησιμοποιείται ταμπόν να το αλλάζετε πάρα πολύ συχνά για να προληφθεί έτσι τυχούσα μόλυνση, μην κάνετε μπάνιο στην μπανιέρα, είναι προτιμότερο το ντους και μη κολυμπάτε. Γενικά αποφύγετε κάθε πιθανή διείσδυση μικροβίων στα εσωτερικά γεννητικά όργανα, όσο ο τράχηλος και η μήτρα δεν έχουν επουλωθεί.¹⁷ Οι γενετήσιες σχέσεις, θα πρέπει να αποφεύγονται για τουλάχιστον δέκα ημέρες.⁵
- Û Να προσέχετε κάθε πιθανό σημάδι επιπλοκών. Να θερμομετρήσετε κάθε πρωί και κάθε βράδυ (ο πυρετός δεν πρέπει να ξεπεράσει τους 38 βαθμούς). Σοβαροί πόνοι, δύσσομα κολπικά υγρά, εμετοί, λιποθυμίες, αιμορραγίες (που γεμίζουν τη σερβιέτα απότομα, σε λιγότερο από μία ώρα) ή η αποβολή θρόμβων μεγαλύτερων από ένα δεκάρικο, όλα αυτά είναι ανησυχητικά συμπτώματα και πρέπει να επισκεφτείτε αμέσως το γιατρό.
- Û Να επισκεφτείτε το ιατρείο του γυναικολόγου σας 15 ημέρες μετά την άμβλωση. Ο γιατρός σας θα σας κάνει τότε έναν πλήρη έλεγχο, θα σιγουρευτείτε ότι δεν υπάρχουν επιπλοκές και θα αποφασίσετε από κοινού τη μέθοδο αντισύλληψης που θα πρέπει να ακολουθήσετε στο εξής.
- Û Η περίοδος εμφανίζεται 4 με 8 εβδομάδες μετά την έκτρωση. Προσοχή! Μπορεί να μείνετε έγκυος αμέσως μετά την έκτρωση, πριν ακόμη η περίοδος επανέλθει. Μπορεί να λέτε – και να το πιστεύετε – ότι δεν θα κάνετε αμέσως έρωτα και επομένως δεν χρειάζεται να πάρετε κάποια αντισύλληψη. Προσέξτε, γιατί στη διάρκεια των προκαταρκτικών του έρωτα, μπορεί να αλλάξετε γνώμη... Το νέο στοιχείο, που σας τοποθετεί στην κατηγορία των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση, είναι η γνώση του κινδύνου μιας πιθανής εγκυμοσύνης. Αναμφίβολα, η αντισύλληψη είναι απαραίτητη.²¹

Την ημέρα που έγινε η έκτρωση –το βράδυ αυτής- συνίσταται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα : α)από το ένα μέρος, χρησιμοποιείται ως αντισυλληπτικό μέτρο που επιτρέπει γενετήσιες σχέσεις χωρίς φόβο εγκυμοσύνης και β)από το άλλο μέρος, βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση. Γενικά δεν πρέπει να παίρνεται παρά για ένα μήνα. Εάν όμως η γυναίκα επιθυμεί, με την ευκαιρία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντισύλληψη για τον επόμενο κύκλο.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

- ◆ Αντισύλληψη
- ◆ Νοσηλευτική παρέμβαση
- ◆ Παλαιά και σύγχρονα αντισυλληπτικά μέσα
- ◆ Αποτυχία αντισυλληπτικής μεθόδου
- ◆ Ψυχοσύνθεση μετά την έκτρωση

6.1. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη είναι από τα προβλήματα της εποχής μας, που τώρα τελευταία πολυσυζητείται. Από πολύ παλιά όλες οι ανθρώπινες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποιούσαν μέσα και μεθόδους για να ελέγχουν την γονιμότητά τους, την σύλληψη. Βασική ερώτηση είναι τι σημαίνει αντισύλληψη. Ενδεικτικά θα έλεγα Αντισύλληψη σημαίνει, οι **Μέθοδοι** που χρησιμοποιούν τα ζεύγη για να κάνουν παιδιά, **όποτε** θέλουν και **όσα** θέλουν και ακόμη ν' απολαμβάνουν τις σεξουαλικές σχέσεις χωρίς το άγχος της αθέλητης και απρογραμματίστης εγκυμοσύνης.

Η ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης είναι δυσπρόσιτη στη χώρα μας εξ αιτίας μιας σεξουαλικής ηθικής που δεν είναι κατάλοιπο μόνο της εκκλησιαστικής μας ηθικής αλλά και πολλών άλλων κοινωνικών και πολιτιστικών θεσμών.

Η σεξουαλικότητα θεωρείται θέμα προσωπικό και κανείς δεν έχει αναλάβει να διδάξει τους έφηβους και τις πιο στοιχειώδεις βιολογικές αναπαραγωγικές λειτουργίες.²⁹

Υπάρχουν διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι που έχουν όλες πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία πρέπει να συνεκτιμηθούν στην επιλογή της καταλληλότερης από αυτές για τις δεδομένες συνθήκες.

Η επιλογή της καταλληλότερης κατά περίπτωση αντισυλληπτικής μεθόδου, γίνεται με συνεκτίμηση της αποτελεσματικότητας, του κόστους, 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 ακίνδυνα, απόλυτα αποτελεσματική, φθηνή, εύκολη στη χρήση της και αισθητικά αποδεκτή.³⁰

6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

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 αναχαίτηση της πολυγονίας. Προς την κατεύθυνση αυτή προσανατολίστηκαν οι προσπάθειες των ειδικών, που αναζητούν διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

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

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

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

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

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

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

Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι αμβλώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν τη νομιμοποίησή τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Πράγματι στη Χιλή, μια στις τρεις γυναίκες παραδέχτηκε ότι είχε τουλάχιστον μια άμβλωση, ενώ στο Μεξικό τρεις στις δέκα. Η διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και υπό ανάπτυξη χωρών δεν είναι στον αριθμό των αμβλώσεων αλλά στον τρόπο με τον οποίο γίνονται. Έχει βρεθεί ότι στις υπό ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται από «πρακτικές» γυναίκες και κάτω από τρομερά επικίνδυνες συνθήκες.

Στην Ελλάδα έχει αποδειχτεί (1965) ότι το 35-49% των Ελληνίδων έχουν κάνει μια άμβλωση. Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων σήμερα είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των γεννήσεων.

Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε άμβλωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη, επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.⁸

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, ειδικότερα σε ότι αφορά τη μητέρα θα έθετε τους πιο κάτω στόχους :

- Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
- Να απαγκιστρώνει κάθε γυναίκα από κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Να διευκολύνει τη γυναίκα ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα το αδυνάτισμά της αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
- Να καθοδηγήσει τη γυναίκα ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις, που οδηγούν σίγουρα σε στέρωση.
- Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.
- Να δώσει οποιαδήποτε συμβουλή, ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους:

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

Ο νοσηλευτής μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, μέσα από κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, με τη συμμετοχή του σε ειδικά σεμινάρια, σε συνέδρια αλλά και με την ενημέρωση σε μικρές κοινωνικές ομάδες, προσφέρει την ορθή γνώση γύρω από τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι επικρατεί λανθασμένη εντύπωση στον κόσμο πάνω στα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και αυτό του δίνει την ικανότητα να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση και να αλλάξει τη στάση του κοινωνικού συνόλου. Η παραδοχή της δυσμενούς πραγματικότητας είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι πολλά πράγματα στην Ελλάδα θεωρούνται αποκλειστικά ευθύνη των γυναικών ενώ στους άνδρες δεν καταλογίζεται καμία ευθύνη, γνωρίζει ότι πίσω από ένα πνεύμα ψευτοσυντηρητισμού αγνοούνται σοβαρά θέματα όπως είναι η αντισύλληψη και κυρίως γνωρίζει ότι δεν δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα στους νέους και στα θέματα που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα και ενημέρωσή τους. Όλα αυτά είναι καθήκον του να τα αλλάξει.

Η συναίσθηση της ευθύνης του και στηριζόμενος στις γνώσεις, στην εμπειρία αλλά και στη συνεργασία του με τους υπόλοιπους φορείς υγείας, σεβόμενος τα ήθη και τις συνήθειες, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε κοινωνικής ομάδας, ο νοσηλευτής είναι σε θέση ν' αλλάξει την υπάρχουσα κατάσταση.¹⁶

6.3. ΠΑΛΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Ο έλεγχος της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης απασχολούσε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν για ν' αποφύγουν ή να καταστρέψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ήταν αυτοσχέδιες ή εμπειρικές χωρίς επιστημονική βάση και γι' αυτό τα αποτελέσματα πολλές φορές ήταν επικίνδυνα. Τοποθετούσαν στον κόλπο πριν από την επαφή πώμα ή σπόγγο εμποτισμένο με ξύδι, λεμόνι, αλατόνερο και αργότερα με διάφορα αντισηπτικά, στα χρόνια μας χρησιμοποιούν κόκα κόλα!

Έτρωγαν ή μασούσαν διάφορους καρπούς, ρίζες ή βότανα. Έβαζαν καυτά επιθέματα στο επιγάστριο, σίδερα, τούβλα, θερμοφόρες. Έκαναν υπερβολικά ζεστά λουτρά ή ποδόλουτρα και ακόμα έβαζαν μέσα στη μήτρα διάφορα αιχμηρά αντικείμενα, βελόνες πλεξίματος ή ξύλα με σκοπό να θανατώσουν το έμβρυο.

Η επιστήμη αδυνατούσε να καλύψει τις απαιτήσεις του ανθρώπου για ρύθμιση της γονιμότητας του, αργότερα όμως δραστηριοποιήθηκε με έρευνα και σήμερα υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία από αντισυλληπτικά.

Δεν υπάρχει αντισυλληπτική μέθοδος που να είναι τέλεια. Σε κάθε αντισυλληπτική μέθοδο, υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, θα πρέπει να εκτιμήσουν οι ενδιαφερόμενοι για να καταλήξουν στη μέθοδο που περισσότερο τους ταιριάζει. Η αποτελεσματικότητα μιας αντισυλληπτικής μεθόδου προσδιορίζεται από το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου. Αν 100 ζευγάρια έχουν συστηματικά σεξουαλικές σχέσεις για ένα χρόνο χωρίς να χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο οι 80 γυναίκες θα είναι έγκυες! δείκτης γονιμότητας.³⁰

6.4. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Αυτή συνιστάται στην απόσυρση του συζύγου πριν από την εκσπερμάτιση. Η μέθοδος δεν κρίνεται ικανοποιητική, πρώτον γιατί μπορεί να διαταράξει τις σεξουαλικές σχέσεις επειδή ο άντρας πρέπει να βρίσκεται σε αδιάκοπη επιφυλακή, στη διάρκεια της συνουσίας και δεύτερον γιατί η μέθοδος έχει αποτυχία σε συχνότητα 18-20%.

Η αυξημένη αποτυχία οφείλεται στο γεγονός, πως με τον οργασμό και πριν από την εκσπερμάτιση, εκκρίνεται υγρό, που είναι δυνατό να περιέχει σπερματοζωάρια.³

Έτσι τα σπερματοζωάρια δεν μπορούν να φθάσουν το ωάριο για να γίνει η γονιμοποίηση. Είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται από πολλά ζευγάρια. Δεν είναι ασφαλή μέθοδος και έχει ένα ποσοστό αποτυχίας 15-20 κήσεις στα 100.⁴

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ

Αυτή στηρίζεται στο κανόνα των Ogino και Knaus, που συμβουλεύει την αποφυγή συνουσίας, στις μέρες της ωοθυλακιορρηξίας, με τη σκέψη, πως η γονιμοποιητική ικανότητα του ωαρίου, φτάνει της 24 ώρες και του σπερματοζωαρίου τις 48 ώρες.

Σε φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών, πρακτικά, οι μέρες αυτές βρίσκονται ανάμεσα στη 10η – 18^η ημέρα του κύκλου. Με τη μέθοδο του ρυθμού μπορεί να συμβεί σύλληψη σε συχνότητα μέχρι 45%.³

Διακρίνεται ανάλογα με τον τρόπο που προσδιορίζεται η ωορρηξία σε ημερολογιακή, θερμομετρική και ελέγχου τραχηλικής βλέννας.

Η ωοθήκη συνήθως γεννά ένα ωάριο μόνο κάθε μήνα, όταν το ωάριο φτάσει σε μία από τις σάλπιγγες, είναι κατάλληλο να γονιμοποιηθεί ίσως για 6-14 ώρες ενώ τα σπερματοζωάρια για 72 ώρες.

Για το λόγο αυτό η γυναίκα μπορεί να συλλάβει μόνο για 4-6 ημέρες κάθε μήνα, 3-4 ημέρες πριν την ωορρηξία και 12 ώρες μετά.⁴

ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΛΥΣΕΙΣ

Οι κολπικές πλύσεις με διάφορα αντισηπτικά μετά την επαφή είναι άσκοπη και πολλές φορές φέρνει αντίθετα αποτελέσματα αφού η πίεση του νερού μπορεί να ευνοήσει τα σπερματοζώαρια να προχωρήσουν μέσα στη μήτρα αφού ήδη βρίσκονται προ της μήτρας πριν η γυναίκα φτάσει στο μάνιο!⁴

Οι κολπικές πλύσεις με ζεστό ή κρύο νερό ή με όξινα διαλύματα ή με διάλυση κινίκου, δεν έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα χημικά μέσα, έχουν ποσοστό αποτυχίας, γύρω στο 15%.³

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το πλέον διαδεδομένο ανδρικό αντισυλληπτικό. Από την ελαστικότητα και την ανθεκτικότητα του εξαρτάται η αποτελεσματικότητά του.

Το προφυλακτικό είναι αντισυλληπτικό μέσο που μπορεί να χρησιμοποιήσει μόνο ο άνδρας. Είναι μέθοδος φθηνή και εύκολη στη χρήση χωρίς παρενέργειες.

Είναι η μόνη μέθοδος που προφυλάσσει από την μετάδοση των αφροδισίων νοσημάτων καθώς και από αμοιβαία και επανειλημμένη μόλυνση του ζεύγους από τριχομονάδες.⁴

Για τον άνδρα σήμερα ως καλύτερη αντισυλληπτική μέθοδος παραμένει η χρησιμοποίηση της πεοκαλύπτρας (προφυλακτικού), γιατί η αρνητική του διάθεση να υποστεί θεραπεία, αφού δεν είναι αυτός που συλλαμβάνει, η δυσκολία να καταστείλουμε φαρμακευτικά την σπερματογένεση προσωρινά, χωρίς να διαταράξουμε την ορμονική του ισορροπία και το μεγάλο χρονικό διάστημα, που περνάει από την αρχή της θεραπείας μέχρι τότε, που θα πετύχουμε απουσία των σπερματοζωαρίων στο σπέρμα του (τρεις και περισσότεροι μήνες), δημιουργούν προβλήματα.

Επίσης, ο θόρυβος που προκάλεσε το σύνδρομο του AIDS, αύξησε πολύ την κατανάλωση της πεοκαλύπτρας. Εκτός από την χρησιμοποίηση πεοκαλύπτρας καταφεύγουμε και στη εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων.³

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Το διάφραγμα είναι φτιαγμένο από μαλακό λάστιχο σε σχήμα κούπας. Μπαίνει μέσα στον κόλπο διαγώνια και καλύπτει τον τράχηλο, σφηνώνοντας πίσω από την ηβική σύμφυση. Έτσι εμποδίζει τα σπερματοζώαρια να μουν μέσα στη μήτρα. Το μέγεθος και ο τύπος του διαφράγματος εξαρτάται από το μέγεθος και την περίμετρο του κόλπου της γυναίκας και καθορίζεται μετά από μέτρηση.

Η τοποθέτηση του διαφράγματος μπορεί να σας δυσκολέψει σε περίπτωση που το έντερο ή η κύστη είναι γεμάτα. Το διάφραγμα θα πρέπει να παραμείνει στον κόλπο το λιγότερο **οκτώ ώρες** και όχι περισσότερο από **24 ώρες**, στο διάστημα αυτό δεν θα πρέπει να γίνει κολπική πλύση ούτε και μάνιο γιατί το νερό μειώνει την αποτελεσματικότητά. Μετά από κάθε χρήση θα πρέπει να πλένεται το διάφραγμα, να στεγνώσετε καλά, να ταλκάρτε και να φυλάσσεται σε δροσερό μέρος.⁴

Η χρησιμοποίηση του διαφράγματος, έχει συχνότητα αποτυχίας 12-14% από κακή εφαρμογή.³

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ Ή ΣΠΙΡΑΛ

Τα ενδομήτρια σπειράματα, είναι διαφόρου σχήματος, κατασκευασμένα από πλαστική ύλη ή από μεταλλική, όπως είναι ο χαλκός ή περιέχουν προγεστερόνη ή προγεστερονοειδές και εισάγονται στην ενδομήτρια κοιλότητα, απ' το τραχηλικό στόμιο. Η εφαρμογή του στις άτοκες, γίνεται τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, γιατί τότε είναι ανοιχτό το τραχηλικό στόμιο. Στις γυναίκες, που γέννησαν, 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό ή μετά από άμβλωση, σε οποιαδήποτε ημέρα του γενετικού κύκλου.

Τα σπειράματα, είναι εμποτισμένα με θειικό βάριο, για να ελέγχεται ακτινολογικά η καλή τους τοποθέτηση. Ο έλεγχός τους σήμερα, γίνεται και υπερηχογραφικά.

Ανάμεσα στις επιπλοκές που προκαλούνται από την εφαρμογή ενδομήτριου σπειράματος, αναφέρονται :ο πόνος, από σύσπαση της μήτρας, η άμεση αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας, η έκτοπη ή ενδομήτρια εγκυμοσύνη, η σηπτική έκτρωση, αν δεν εξαιρεθεί συσκευή, σε περίπτωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης και η αυξημένη συχνότητα αυτόματων εκτρώσεων.³

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία ενδομητριακών σπειραμάτων. Σ' ότι αφορά αφ' ενός την ύλη από την οποία είναι κατασκευασμένα, πλαστική ύλη, μέταλλα, ή ορμόνες βραδείας απορροφήσεως και δράσεως, και αφ' ετέρου ότι αφορά το μέγεθος και το σχήμα κατασκευής. Η επιλογή του κατάλληλου ενδομητριακού σπειράματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία, το αν έχει γυναικολογικές παθήσεις (φλεγμονές, ινομώματα, αιμορραγίες).

Πριν την τοποθέτηση προηγείται γυναικολογική εξέταση, τεστ Παπανικολάου, αντισηψία του κόλπου.⁴

ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Η στείρωση είναι μέθοδος που εφαρμόζεται και στον άνδρα και στην γυναίκα. Η ανδρική στείρωση ονομάζεται **βαζεκτομή** και αφορά **την διατομή και απολίνωση των σπερματικών πόρων**. Είναι εύκολη, απλή και ακίνδυνη επέμβαση και μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία. Αμέσως μετά την επέμβαση ο άνδρας δεν γίνεται στείρος, θα πρέπει να γίνει εξέταση σπέρματος και μόνον όταν δεν περιέχει σπερματοζώαρια το σπέρμα θεωρείται πως πέτυχε η επέμβαση. Η τεχνική της συνίσταται στην απολίνωση ή απόφραξη των σαλπίνγων με σκοπό να παρεμποδιστεί η συνάντηση ωαρίων και σπερματοζωαρίων με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει η γονιμοποίηση. Μετά την επέμβαση τα άτομα δεν αισθάνονται καμία ορμονική σεξουαλική αλλαγή.⁴

ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΜΕΣΑ – ΧΑΠΙ

Τα αντισυλληπτικά χάπια προλαμβάνουν την εγκυμοσύνη αναστέλλοντας την ανάπτυξη του ωαρίου στις ωοθήκες και αναστέλλουν την ωορρηξία. Τα χάπια περιέχουν συνήθως δύο θηλυκές ορμόνες που μοιάζουν με τις ορμόνες που παράγει ο οργανισμός της γυναίκας. Τα χάπια πρέπει να δίνονται μόνο με συνταγή γιατρού. Ένας γυναικολόγος πρέπει να είναι ενημερωμένος στο θέμα των αντισυλληπτικών χαπιών πριν σας τα δώσει διότι θα πρέπει να προηγηθούν κάποιες εξετάσεις όπως κολπική εξέταση, εξέταση στήθους, Παπ τεστ, λήψης αρτηριακής πίεσης, λεπτομερής λήψης ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και επανάληψης των εξετάσεων κάθε έξι μήνες.

Πιθανές ελαφρές παρενέργειες είναι ναυτία, κόπωση, ελάττωση της ποσότητας του αίματος της περιόδου, αίμα μεταξύ δύο περιόδων, ευαισθησία και πρήξιμο του

στήθους, αύξηση του βάρους, πονοκέφαλοι και ένταση, αύξηση της πίεσης του αίματος, αλλαγή στη σεξουαλική διάθεση.

Η χρήση του χαπιού δεν επιτρέπεται σε γυναίκες που πάσχουν από ασθένειες που οφείλονται σε κακή κυκλοφορία του αίματος (κίρσους, καρδιοπάθεια ή καρδιακή ανεπάρκεια, θρόμβωση κλπ, ηπατίτιδα, αιμορραγίες των γεννητικών οργάνων που δεν έχουν διαγνωσθεί).⁴

Η λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων, αρχίζει την πέμπτη μέρα του κύκλου, κρατά ως την 20^η - 22^η, ανάλογα με το σκεύασμα και γίνεται κατά προτίμηση το βράδυ, πριν από την κατάκλιση, για να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειές του, όπως η ναυτία. Η εμμηνορρυσία, επέρχεται 2 - 3 ημέρες, μετά τη διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου. Η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αντισυλληπτικών δισκίων φτάνουν το 96%-98% γιατί δεν εμποδίζει πάντοτε την ωοθυλακιορρηξία. Αν σταματήσει η χορήγηση των δισκίων για λίγες μέρες, μπορεί να συμβεί σύλληψη. Η γονιμοποίηση μετά την διακοπή της θεραπείας στο 20% των γυναικών καθυστερεί 2 - 3 μήνες.³

ΑΛΛΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Εκτός από τα αντισυλληπτικά δισκία που περιγράψαμε παραπάνω, για την επιτυχία αντισύλληψης χρησιμοποιούμε και ορμονικά μέσα, όπως είναι για παράδειγμα, το δισκίο «της επόμενης μέρας». Αυτό παίρνεται μετά τη συνουσία. Για την κατασκευή του χρησιμοποιούνται : 1) Οιστρογόνα, 2) Προγεστερονοειδή ή 3) Συνδυασμός οιστρογόνων – προγεστερονοειδών.³

ΧΗΜΙΚΑ ΜΕΣΑ

Στα χημικά μέσα για αντισυλληπτικό σκοπό ανήκουν οι σπερματοκτόνες ουσίες, που φέρονται στο εμπόριο με τη μορφή ζελατίνης ή κρέμας ή κολπικών υπόθετων και έχουν σκοπό, με το επίχρισμα τους στα τοιχώματα του κόλπου και του τραχήλου, να εμποδίσουν τη διέλευση των σπερματοζωαρίων. Εφαρμόζονται πριν από την συνουσία.³

Η χρήση χημικών ουσιών αναφέρεται ιστορικά εδώ και εκατοντάδες χρόνια. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν ως αντισυλληπτικά, πεσσούς ζυμωμένους με μέλι και βλαστούς ακακίας. Αναφέρεται ότι η σπερματοκτόνος δράση των πεσσών, ίσως οφείλετο στο γαλακτικό οξύ, που σχηματίζεται από τη ζύμωση των συστατικών.

Τον 14^ο αιώνα ερευνήθηκαν διάφορες σπερματοκτόνες χημικές ουσίες για κολπική χρήση. Τα χημικά σπερματοκτόνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται τη δεκαετία 1930 - 1940, με αποτελέσματα συχνά απογοητευτικά.

Σήμερα κυκλοφορούν στο εμπόριο, με διαφορετική σύσταση, όπως:

- ✓ Κρέμες
- ✓ Σπρέι
- ✓ Ζελέ
- ✓ Αλοιφές
- ✓ Χάπια
- ✓ Υπόθετα

Η χρήση τους είναι εύκολη και ακίνδυνη, εκτός αν έχετε ευαισθησία σε κάποιο συστατικό της σύνθεσής τους. Πρέπει να τοποθετούνται στον κόλπο, λίγη ώρα πριν την γενετήσια πράξη. Έχουν αποτελεσματικότητα, αν χρησιμοποιηθούν σωστά και την κατάλληλη ώρα.

Μετά από μισή ώρα, η σπερματοκτόνα δράση τους ελαττώνεται και το ποσοστό αποτυχίας, φτάνει από 8%- 20%.³¹

6.5. ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Αν ένας άντρας και μια γυναίκα προσπαθούν να κάνουν παιδί, η διαπίστωση ότι η γυναίκα είναι έγκυος, μπορεί να είναι μια από τις πιο ευτυχισμένες στιγμές της ζωής τους. Από την άλλη, η διαπίστωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να είναι μια από τις πιο μοναχικές και τρομακτικές στιγμές στη ζωή μιας ανύπαντρης γυναίκας. Αλλά και για τον ερωτικό σύντροφο μπορεί να είναι δύσκολη. Μπορεί επίσης να δημιουργήσει δυσκολίες ακόμη και σε παντρεμένα ζευγάρια, αν δεν την είχαν συμπεριλάβει στον προγραμματισμό τους.⁶

Τι ακριβώς σημαίνει είμαι έγκυος για μία έφηβη; Δεν σημαίνει πάντως την αναμονή ενός μωρού, τουλάχιστον όχι με ξεκάθαρο τρόπο. Περισσότερο σημαίνει: Τι θα πουν οι γονείς μου; Τι θα απογίνω; Σε ποιον να μιλήσω; Θα πρέπει να αφήσω το σχολείο; Θα παχύνω πολύ;

Τη στιγμή που ανακαλύπτει πως είναι έγκυος, το μωρό ουσιαστικά δεν υφίσταται γι' αυτή. Ο ναρκισσισμός της – φυσιολογικός για την ηλικία της – την κάνει να σκέφτεται μόνο τη δική της κατάσταση. Και η κατάσταση είναι αφόρητη. Ακόμη και οι πιο δυνατές αντιμετωπίζουν αυτό το αίσθημα αδιεξόδου. Κάποια μέρα, κάποιος μαντεύει, η φίλη, η αδερφή, η μητέρα...

Η κοπέλα εμπιστεύεται αυτόν ή αυτή που διαισθάνθηκε την αιτία της απελπισίας της. Μιλά στον άνθρωπο που της φαίνεται περισσότερο ανοιχτός και που δείχνει να ενδιαφέρεται για το πρόβλημά της, έστω και αν στη πραγματικότητα δεν έχει καταλάβει τίποτα για την κατάσταση της, πέρα από το ότι κάτι δεν πάει καλά.

Τι σημασία έχει η αντίδραση του προσώπου αυτού μετά την ανακοίνωση της εγκυμοσύνης. Ακόμη κι αν εκείνη είναι βίαιη και αρνητική εκείνη τη στιγμή, ένα μεγάλο μέρος του δρόμου έχει διανυθεί, το νεαρό κορίτσι δεν είναι πια μόνο του.²¹

6.5.1. Σημεία εγκυμοσύνης

Τα σημεία της κύησης ταξινομούνται σαν:

I. Υποθετικά

- § Διακοπή της εμμηνου ρύσεως. Για μια γυναίκα της οποίας η εμμηνορρυσία είναι τακτική, η απότομη αλλαγή της περιόδου, συνήθως προκαλείται από κύηση.
- § Αλλαγές στους μαστούς. Νωρίς στη κύηση, οι μαστοί διογκώνονται και συνήθως παρατηρείται κνησμός στη περιοχή της θηλής, η οποία μεγαλώνει και σκουραίνει.
- § Πρωινή αδιαθεσία. Ναυτία και εμετός ειδικά κατά το πρωινό ξύπνημα, είναι δυνατό να αρχίσουν λίγο μετά τη διακοπή της πρώτης περιόδου και συνήθως εξαφανίζονται το 3^ο μήνα της κύησης, όταν το γυναικείο σώμα έχει προσαρμοστεί.
- § Συχνουρία. Στα αρχικά στάδια της κύησης η συχνουρία προκαλείται από την πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στην ουροδόχο κύστη. Στο μέσον της κύησης η πίεση ελαττώνεται μια και η μήτρα ανυψώνεται μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα.
- § Γενικά συμπτώματα. Κατά τον πρώτο μήνα της κύησης η γυναίκα μπορεί να έχει ένα αόριστο αίσθημα κόπωσης. Μπορεί να παρατηρήσει ότι χρειάζεται περισσότερη ανάπαυση και ύπνο από ότι συνήθως, 12 ώρες ή και περισσότερο

δεν είναι ασυνήθιστο. Επίσης μπορεί να έχει έναν αμβλύ πονοκέφαλο αν και αυτό μπορεί να προκληθεί από λόγους άσχετους με την κύηση.

- § Σημείο Chadwick . Η βλεννώδης μεμβράνη του κόλπου, ακριβώς κάτω από το στόμιο της ουρήθρας, είναι βιολετί σε χρώμα μετά την τέταρτη εβδομάδα της κύησης.

II. Πιθανά

- § Αλλαγές στην κοιλιά. Η κοιλιά σταδιακά αυξάνεται σε μέγεθος. Καθώς αυξάνεται, το βάδισμα και η κοιλιά της γυναίκας αλλάζουν. Κάθε διόγκωση της κοιλιάς όμως, προερχόμενη είτε από όγκο είτε από υγρό, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια αποτελέσματα.
- § Σημείο Hegar. Μαλάκυνση του χαμηλότερου τμήματος της μήτρας.
- § Αντιτυπία. Απαλό χτύπημα του εμβρύου, το οποίο απομακρύνεται και αναπηδά μέσα στη μήτρα. Γίνεται αντιληπτή μόνο από έμπειρα χέρια.
- § Σημείο Braxton - Hicks. Ανώδυνες συσπάσεις της μήτρας που εμφανίζονται περιοδικά κατά την διάρκεια της κύησης, ούτως ώστε να προσαρμοστεί το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

III. Θετικά

- § Παλμός της καρδιάς του εμβρύου. Οι τόνοι της καρδιάς του εμβρύου ακούγονται από τον τρίτο μήνα με στηθοσκόπιο.
- § Φύσημα του ομφάλιου λώρου. Ένα απαλό μουρμουρητό που παράγεται από το αίμα που κυλά στις ομφαλικές αρτηρίες.
- § Φύσημα πλακούντα. Ένα απαλό μουρμουρητό που παράγεται από το αίμα που κυλά στον πλακούντα.
- § Κινήσεις του εμβρύου. Η κίνηση του εμβρύου μπορεί να γίνει αισθητή από το γιατρό ή από νοσηλεύτρια την 20^η εβδομάδα της κύησης.³²

6.5.2. Καθοδήγηση της εγκύου για τη λήψη της σωστής απόφασης

Μία λύση είναι να κρατήσετε το παιδί. Όλο και περισσότερες ανύπαντρες γυναίκες υιοθετούν τη λύση αυτή. Πολλοί διαφωνούν έντονα με την αντιμετώπιση αυτή, επειδή ένα παιδί που μεγαλώνει χωρίς την παρουσία του πατέρα, συνήθως νιώθει την έλλειψη του αρσενικού μέλους της οικογένειας και συχνά και την οικονομική υποστήριξη που παρέχει αυτός (παρόλο που ο πατέρας έχει τη νομική υποχρέωση να υποστηρίξει οικονομικά την ανατροφή του παιδιού του).

Φυσικά υπάρχουν και μεγαλύτερες γυναίκες, οι οποίες έχουν την οικονομική δυνατότητα να αναθρέψουν ένα παιδί μόνες τους και καθώς δεν μπορούν να βρουν ένα κατάλληλο σύντροφο, αποφασίζουν να παραμείνουν ανύπαντρες μητέρες, για να μη στερηθούν τη χαρά της μητρότητας.

Καλό θα ήταν να μην πάρετε μόνη σας την απόφαση για ότι κάνετε. Ψάξτε για βοήθεια και καθοδήγηση, κατά προτίμηση από κάποιον που έχει βοηθήσει κι άλλες που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα. Τα μέλη της οικογένειάς σας μπορεί να σας αγαπούν, όμως η ένταση των συναισθημάτων τους, μπορεί να είναι μεγαλύτερη απ' τις ανάγκες σας.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, ειδικεύεται σ' αυτό τον τομέα. Οι σύμβουλοι του είναι καλά εκπαιδευμένοι και πολύ καλοί στο να παρέχουν βοήθεια σε γυναίκες που πρέπει να πάρουν την απόφασή τους, στο θέμα αυτό.

Προσοχή σε όσους προσπαθήσουν να σας οδηγήσουν σε μια απόφαση, από την οποία θα έχουν οικονομικό όφελος ή την οποία πιστεύουν οι ίδιοι για σωστή, χωρίς να σας δώσουν πρακτικές συμβουλές.

Ζητήστε βοήθεια από οποιονδήποτε μπορεί να σας βοηθήσει, όμως μην ξεχνάτε πως η τελική απόφαση είναι δική σας.⁶

Το Κέντρο φροντίδας Μητέρας και Παιδιού, που έχει ιδρύσει ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, είναι στην υπηρεσία κάθε γυναίκας που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης. Το Κέντρο αυτό προσφέρει δωρεάν και με διακριτικό τρόπο παροχή πληροφοριών σχετικά με υπηρεσίες και οργανισμούς που απαιτεί κάθε περίπτωση, ψυχολογική υποστήριξη με εξειδικευμένες κοινωνικές λειτουργοί και εκπαιδευμένες εθελόντριες, ιατρικές υπηρεσίες και φιλοξενία.³³

6.5.3. Επιρροή του γιατρού στη λήψη απόφασης

Υπάρχουν άραγε «ανεπιθύμητα» παιδάκια ή ακριβέστερα «ανεπιθύμητες» εγκυμοσύνες, αφού είναι φυσικός καρπός «επιθυμίας»;

Η ονομασία αυτή, που είναι «οξύμωρη»- δεν προέρχεται τόσο από τη μητέρα ή τον πατέρα ενός ανεπιθύμητου εμβρύου ή παιδιού, όσο από κάποιους επαγγελματίες γιατρούς από κάποιες δήθεν κοινωνικούς λειτουργούς ή κάποιους-κάποιες δήθεν ψυχολόγους ή ψυχιάτρους, που δεν πιστεύουν στην ύπαρξη ψυχής και Θεού Δημιουργού. Έτσι υποβάλλουν και επιβάλλουν στους πελάτες τους την ιδέα ότι δήθεν το κυοφορούμενο έμβryo-παιδάκι θα είναι δυστυχημένο. Μάλιστα αν γεννηθεί και μάθει και ξέρει ότι δεν το ήθελαν οι γονείς του, τότε θα είναι προβληματικό και πιο δυστυχημένο... Ειδικά μάλιστα τις εγκύους γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών τις πανικοβάλλουν επιμένοντας ότι δήθεν θα γεννήσουν παιδί με σύνδρομο DOWN ή μογγολοειδές. Και φυσικά όχι απλά συνιστούν έκτρωση αλλά και επιμένουν στην επαγγελματική τους αυτή επιχείρηση. Οι εξαιρέσεις συνειδητών Ελληνορθόδοξων ιατρών, που δεν κάνουν εκτρώσεις, είναι δυστυχώς ελάχιστες. Έτσι πιπιλίζοντας αυτές τις ιδέες αν μάλιστα υπάρχουν στο ζεύγος ή στους συντρόφους διαφωνίες και άλλα προβλήματα, τότε συνιστούν και σπρώχνουν προς την «εύκολη λύση» της ΕΚΤΡΩΣΕΩΣ.³⁴

6.6. ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Τα συναισθήματα είναι ποικίλα τις πρώτες 2-3 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, αλλά παράλληλα ίσως αισθάνονται άσχημα για την απώλεια του μωρού τους. Η θλίψη είναι συχνά μεγαλύτερη έπειτα από τον τερματισμό μιας προγραμματισμένης εγκυμοσύνης. Όλες οι γυναίκες που αισθάνονται υπερβολική θλίψη επιβάλλεται να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού. Επίσης μπορεί να βοηθήσει και η συζήτηση με κάποια φίλη ή με μια γυναίκα που είχε την ίδια εμπειρία. Ορισμένες γυναίκες, ιδιαίτερα οι έφηβες, διατηρούν αισθήματα θλίψης για πολλά χρόνια μετά την επέμβαση. Άλλες πάλι αρχίζουν να φοβούνται τη σεξουαλική επαφή εξαιτίας του άγχους τους για ενδεχόμενη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή λόγω έντονης θλίψης για την απώλεια. Τα αισθήματα αυτά ίσως διαρκέσουν πολύ καιρό – τόσο με τον πατέρα του μωρού όσο και με επόμενους ερωτικούς συντρόφους. Υπάρχουν βέβαια και άλλα προβλήματα σε μια σχέση, αν

έχει προηγηθεί έκτρωση – όπως συναισθήματα θλίψης, θυμού και οργής για έναν σύντροφο ο οποίος δεν έχει τα ίδια συναισθήματα με τη γυναίκα για την λήψη της συγκεκριμένης απόφασης. Επιπλέον, τα συναισθήματα μετά την έκτρωση είναι διαφορετικά όταν αποφασίζεται διακοπή της εγκυμοσύνης για ιατρικούς λόγους ή εξαιτίας κάποιας γενετικής ανωμαλίας του εμβρύου. Οι γυναίκες αυτές αντιμετωπίζουν πολλές φορές πιο ισχυρά συναισθήματα που θα είχαν σε περίπτωση αποβολής ή γέννησης νεκρού εμβρύου. Ακόμα, οι πιο πολλοί άνθρωποι έχουν αρνητικά συναισθήματα για τις εκτρώσεις, και είναι πιθανό να μη συμπαρασταθούν ψυχολογικά στη γυναίκα που επέλεξε αυτή τη λύση.

Στο μέλλον, και μόνο η θέα μιας εγκύου είναι ικανή να προκαλέσει στη γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση νέα κύματα θλίψης. Η συζήτηση των συναισθημάτων αυτών με κάποια φίλη ή με μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε παρόμοια διαδικασία μπορεί, πάντως, να βοηθήσει. Από την άλλη πλευρά πολλές γυναίκες προσπαθούν να ξεπεράσουν τα ζοφερά συναισθήματα που τους προξενεί η έκτρωση ενός εμβρύου με γενετικές ανωμαλίες μένοντας έγκυες αμέσως. Αν και κάτι τέτοιο είναι απόλυτα ασφαλές, οι περισσότεροι γιατροί συμβουλεύουν τις γυναίκες να περιμένουν για μερικούς μήνες. Το σώμα τους ίσως είναι έτοιμο, αλλά χρειάζεται ακόμα χρόνος για συναισθηματική επούλωση.³³

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακόλουθων της έκτρωσης που είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από τη δεκαετία του `60 έχει καταπέσει. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη και υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την έκτρωση. Προφανώς μέσα σε 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σοβαρότερη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κατά κανόνα γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης στις οποίες μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση της προϋπάρχουσας συμπτωματολογίας.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επιτράπη, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία, είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας.

Γυναίκες που κάνουν νόμιμα έκτρωση την οποία επιθυμούν επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση, δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

Πολλές γυναίκες θλίβονται σιωπηλά μετά την άμβλωση. Η θλίψη τους αγνοείται από την κοινωνία, που νομίζει ότι νιώθουν ευγνωμοσύνη για την «ελευθερία» που έχουν να κάνουν άμβλωση. Μερικές υποφέρουν από κατάθλιψη, από εφιάλτες, από σκέψεις αυτοκτονίας. Άλλες ξυπνούν τη νύχτα νομίζοντας ότι ακούνε ένα μωρό να κλαίει. Ένας άνδρας που είδε τη σύζυγό του να αποδιοργανώνεται πλήρως μετά από μία άμβλωση απόρησε: «Τι είδους συναλλαγή είναι αυτή, κερδίζεις τον έλεγχο του σώματός σου, χάνεις τον έλεγχο του μυαλού σου». Πάντως το παιδί, που χάθηκε στη άμβλωση δεν πρόκειται να ξυπνάει την μάνα του τη νύχτα. Αυτό το κέρδισε τουλάχιστον προς το παρόν..... Η άμβλωση δεν είναι μια απλή, κοινή επέμβαση,

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... Στην ελληνική μυθολογία, ο Προκρούστης ήταν οικοδεσπότης, που πρόσφερε φιλοξενία. Αν δεν είχες το κατάλληλο μέγεθος για το κρεβάτι του, ή θα σε τραβούσε ή θα σε έκοβε για να σε προσαρμόσει σ' αυτό. Η χειρουργική τράπεζα της άμβλωσης είναι προκρουστειακή κλίνη του μοντέρνου φεμινισμού, την οποία με διαστροφή, τα θύματα της την διεκδικούν διαδηλώνοντας στους δρόμους.³⁵

6.7. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ποιοτικές έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες, πρόθυμα θυμούνται λεπτομερή περιστατικά και συναισθήματα, που αφορούν τις εκτρώσεις τους, γεγονός που δείχνει ότι για πολλές γυναίκες, οι σκέψεις τους σχετικά με τις εκτρώσεις τους μπορεί να επανέλθουν ή να παρακινηθούν εύκολα ώστε να τις επηρεάσουν.

Αρκετές πρόσφατες έρευνες με δύο διαφορετικά δείγματα Ρωσίδων γυναικών και ένα δείγμα Νορβηγών γυναικών, χρησιμοποίησαν συγκεκριμένα ψυχολογικά τεστ, έτσι ώστε να υπολογίσουν πώς ανταποκρίνονται οι γυναίκες σε παλιές τους εμπειρίες εκτρώσεων.

Αποτελέσματα από πολλές από αυτές τις γυναίκες και στα τρία πολιτισμικά διαφορετικά δείγματα, δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις, τις οποίες μπορεί να καταπνίγουν μέσα τους ή να τις θεωρούν παρείσακτες για τη ζωή τους, καθώς επίσης και σκέψεις οι οποίες τις κάνουν να ξαναπερνούν τη δοκιμασία της έκτρωσής τους.

Έρευνες και κλινικές εμπειρίες με Αμερικανίδες γυναίκες υποδεικνύουν ότι κάποιες γυναίκες παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία έχουν σαν συντελεστή σκέψεις γύρω από μια πολύ παλιά έκτρωση, παρόλα αυτά ο συσχετισμός μπορεί να αναγνωριστεί, μετά από πολύ καιρό. Τα χαρακτηριστικά των γυναικείων σκέψεων γύρω από τις εκτρώσεις τους με το πέρασμα του χρόνου και το νόημα αυτών των σκέψεων, παραμένουν κατά πολύ ανεξερεύνητα.³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

- ◆ Ψυχοπαθολογία εκτρώσεων
- ◆ Συναίσθημα άγχους
- ◆ Συναίσθημα ενοχής
- ◆ Θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία
- ◆ Ομαδικές ψυχοθεραπείες
- ◆ Ψυχολογία του πατέρα

7.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η προσωπικότητα και η ψυχολογική υφή της γυναίκας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την κατάσταση της. Στοιχεία της προσωπικότητας όπως η πίστη, η αισιοδοξία, η άρνηση, η αυτοπεποίθηση, η δύναμη του εγώ κλπ. επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά την έκβαση της Άμβλωσης. Όταν μια γυναίκα πρόκειται να κάνει άμβλωση, είναι γνωστό πως υποβάλλεται σε ορισμένα σε ορισμένα στρες.

Τα στρες αυτά είναι τα εξής:

- 1) ο φόβος της απώλειας ή του τραυματισμού του σώματος με την εγχείρηση, με ορούς ή ενέσεις,
- 2) ο φόβος των ξένων,
- 3) το άγχος του αποχωρισμού και
- 4) ο φόβος του θανάτου.

Το πώς θα αντιμετωπίσει η κάθε γυναίκα τα στρες αυτά, εξαρτάται πάρα πολύ από την προσωπικότητα της. Πολλές φορές ύστερα από μία άμβλωση η προσωπικότητα μιας γυναίκας υφίσταται κάποιες μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές μπορεί να εκδηλώνονται με επιθετικότητα, με απάθεια, με υπερθρησκευτικότητα και διαταραγμένη σεξουαλικότητα π.χ. υπέρ – υπό σεξουαλικότητα. Σ' αυτή τη περίπτωση η γυναίκα αισθάνεται καλύτερα όταν δικοί της άνθρωποι βρίσκονται δίπλα της και δεν κατακρίνουν την απόφασή της.³⁷

7.2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

1. Ανάγκη ψυχικής θεραπείας

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για τη πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δυο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας 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 μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών αρρώστων γυναικών, παρόλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.³⁸

2. Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή. Περίπου οι μισές γυναίκες εμφάνιζαν πολλά αλλά όχι και όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ το 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης.

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείτε από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία(συμμετοχή)σε βίαιο θάνατο. Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών φυγής ή πάλης.

Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής 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 και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

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

Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής 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 μετατραυματική αγχώδους διαταραχή είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκρωτικό Σύνδρομο. Τα κύρια συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες :

Ü Υπερδιέγερση. Είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής : απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεργήγορση, 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.

Ψ Παρείσδυση. Είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης είναι τα εξής : ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μία έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, επιόλτες 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 της επετειού 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, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνεύματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής.³⁸

3. Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή

30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική τους 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 της απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ ή και τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων.³⁸

4. Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.³⁸

5. Αύξηση του καπνίσματος και αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, όποτε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.³⁸

6. Χρήση οινόπνεύματος

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινόπνεύματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία.³⁸

7. Χρήση ναρκωτικών

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με την μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.³⁸

8. Διατροφικές διαταραχές

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.³⁸

9. Παραμέληση, κακοποίηση παιδιών

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κηύσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν με μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκρωτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.³⁸

10. Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στη ανάπτυξη των μακρών δεσμών με έναν άνδρα.

Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μια εκτρώσεις (και αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο.³⁸

11. Πολλαπλές εκτρώσεις

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από αυτές που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης υποκατάστασης κύησης

και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης, απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας. Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που ήδη έχουν κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μια 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.³⁸

7.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η άμβλωση σε κάθε μορφή, έχει μια τρομερή ψυχολογική επίδραση στη γυναίκα, την οποία πρέπει να κατανοήσει η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να της συμπαρασταθεί.³²

Η έννοια του άγχους, έχει διατυπωθεί με ποικίλους τρόπους. Επειδή σχετίζεται με την υγεία του ανθρώπου και τις διαπροσωπικές του σχέσεις, ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τη φύση του άγχους, πως προκαλείται, ποιες επιδράσεις ασκεί στον άνθρωπο και ποιες είναι οι επιπτώσεις του για τη νοσηλευτική.

Το άγχος είναι επώδυνη συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας, χωρίς ειδικό αντικείμενο, απροσδιόριστης προέλευσης, όπου κυριαρχεί αίσθημα επικείμενου κινδύνου.

Το άγχος χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας. Συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής – αντικειμενικής ή υποκειμενικής, πραγματικής ή συμβολικής ή φανταστικής απειλής – του αισθήματος ευεξίας του ανθρώπου. Οι απειλές συνήθως ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

- Ü Απειλές στη σωματική ακεραιότητα του ατόμου π.χ. φόβος του πόνου και της αναπηρίας.
- Ü Απειλές στην αυτοεκτίμηση π.χ. απειλές στην τάση του ατόμου να διατηρεί την ιδέα για τον εαυτό του και τις αξίες που συνδέονται με την ύπαρξη του.
- Ü Απειλές στην προσωπικότητα του ατόμου π.χ. απειλή στην προσωπική ύπαρξη, ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις, απειλή του θανάτου.³⁹

7.3.1. Εκδηλώσεις άγχους

Το άγχος εκδηλώνεται με ειδικές μορφές συμπεριφοράς: επιθετικότητα, φυγή ή ακινητοποίηση, σωματοποίηση ή οικοδομητική δραστηριότητα. Η σωματοποίηση αφορά τη μετατροπή της ενέργειας του άγχους, σε διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως γαστρεντερικές διαταραχές, έλκη, ημικρανίες, απόσυρση στον ύπνο ή την κατάθλιψη. Μπορεί όμως να επιτευχθεί και προσαρμοστική διοχέτευση της ενέργειας του άγχους σε οικοδομητικές μορφές συμπεριφοράς, όπως είναι η μάθηση νέων δεξιοτήτων λύσης προβλημάτων, η σωματική χρήσιμη δραστηριότητα η άθληση και άλλες δημιουργικές επιδιώξεις.⁴⁰

7.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στο άγχος

- ✓ Παρατήρηση της τυχόν συμπεριφοράς φυγής από το περιβάλλον. Αυτό δείχνει πως το περιβάλλον δημιουργεί στρες σε βαθμό που ξεπερνά την ικανότητα χειρισμού από τον ασθενή.
- ✓ Ήρεμη προσέγγιση της ασθενούς και βοήθεια να περιγράψει τι αισθάνεται και να αναγνωρίσει το άγχος της. Αυτό την βοηθά ν' αρχίσει να το αντιμετωπίζει.
- ✓ Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (θορύβων, έντονου φωτισμού, υπερβολικής κίνησης και συνομιλίας άλλων ατόμων).
- ✓ Ακρόαση της ασθενούς που είναι ικανή να συζητήσει την υποκειμενική εμπειρία του άγχους και τρόπους πρόληψης ή ελάττωσής του. Η ακρόαση της γυναίκας με θερμό ενδιαφέρον και η αποδοχή της χωρίς όρους και προϋποθέσεις, μεταβιβάζει σεβασμό, επαληθεύει την προσωπική της αξία, την βεβαιώνει πως οι ανησυχίες της θα ληφθούν σοβαρά υπόψη και παρέχει μια διέξοδο για εκτόνωση. Όλα αυτά ελαττώνουν το άγχος.
- ✓ Βοήθεια της ασθενούς να χρησιμοποιήσει μεθόδους ελάττωσης του άγχους που χρησιμοποίησε στο παρελθόν και αποδείχθηκαν αποτελεσματικές. Συγχρόνως να ζητήσει την υποστήριξη των αγαπημένων της προσώπων.
- ✓ Διδασκαλία ορισμένων στρατηγικών ελάττωσης του άγχους (ανάλογα με τις προτιμήσεις και της ικανότητές της), όπως είναι οι παρακάτω:
 - Προοδευτική χαλάρωση (εναλλακτική σύσπαση και χαλάρωση όλων των μυών)
 - Ασκήσεις αργών και βαθιών αναπνοών
 - Επικέντρωση του βλέμματος σε ένα μόνο σημείο ή αντικείμενο
 - Ακρόαση απαλής μουσικής σε ήσυχο περιβάλλον.⁴⁰

7.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΝΟΧΗΣ

Η έρευνα γύρω από τη θεωρία της απόδοσης χαρακτηριστικών προτείνει ότι υπάρχει μια ανθρώπινη τάση να αναζητούνται οι αιτιώδεις σχέσεις που βρίσκονται πίσω από τα γεγονότα. Είναι λογικό να δεχτούμε τα συμπεράσματα όπου θα κατέληγε κάποιος για την αιτία της δυσάρεστης θέσης ενός θύματος, τα οποία θα χρησίμευαν σαν πρόσθετα ερεθίσματα για να σχηματίσει τη συναισθηματική συγκινησιακή αντίδραση του. Εάν ο ίδιος είναι αιτία της δυσάρεστης κατάστασης, η επίγνωση του για το γεγονός μπορεί να συνδυαστεί με το συγκινησιακό συναίσθημα που διεγείρεται για να παράγει ένα αίσθημα ενοχής.

Μπορεί κανείς να επιλέξει τις πράξεις του κι ότι οι πράξεις του επιδρούν στους άλλους καθώς και η ικανότητα να σκεφτεί ή να φανταστεί μια πράξη και τα αποτελέσματά της.

Η διέγερση της ενοχής μερικές φορές υποκινεί μια διαδικασία αυτό-εξέτασης και επαναδιάταξης των αξιών καθώς και μία στροφή σε πράξεις λιγότερο εγωιστικές στο μέλλον. Τα δεδομένα προτείνουν καθώς παράδοξα ότι η ενοχή που προκύπτει από μια ανήθικη πράξη μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα ηθικό κίνητρο.⁴⁰

Οι άνθρωποι συχνά δέχονται εκ των προτέρων ότι οι πράξεις τους βρίσκονται υπό επιτήρηση. Αυτός ο φόβος της πανταχού παρουσίας εξουσίας μπορεί να τους οδηγήσει να συμπεριφέρονται ηθικά ακόμα και όταν είναι μόνοι τους.

Η ανθρώπινη ικανότητα για συγκίνηση μπορεί να συνδυαστεί με την γνωστική επίγνωση των άλλων και με την επίγνωση ότι οι άλλοι επηρεάζονται από την συμπεριφορά κάποιου γεγονότος που οδηγεί σε ένα εσωτερικό κίνητρο να παίρνει

κανείς υπόψη τους άλλους. Το να έχει βρεθεί κάποιος στη θέση του άλλου τον βοηθά να καταλάβει πως αισθάνεται ο άλλος σαν αντίδραση στη δική του συμπεριφορά.⁴¹

7.4.1. Έρευνα που αφορά την ενοχή

Σαράντα Ελληνίδες, οι οποίες είχαν προβεί σε επαναλαμβανόμενες αμβλώσεις, έλαβαν μέρος σε μια ημιδομημένη συνέντευξη, τα αντίγραφα της οποίας αναλύθηκαν με μεγάλη προσοχή, από τους Ναζίρη και Τζαβάρα το 1998.

Αυτή η ψυχοκοινωνική μελέτη, ανακάλυψε την εμπειρία των επαναλαμβανόμενων αμβλώσεων και της ενοχής. Η παρουσία της ενοχής σ' αυτές τις γυναίκες, ίσχυε μια στις δυο φορές σαν αιτία της, είτε εκείνες ένιωθαν τύψεις λόγω του ότι κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έμαθε για την έκτρωση, είτε σαν αποτέλεσμα ντροπής.

Σε αντίθεση, οι ερευνητές, ανακάλυψαν ότι το βάθος μιας γυναικείας εμπειρίας, συνδεόταν στενά με την ιδεολογία και τις θρησκευτικές της πεποιθήσεις.⁴²

7.4.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ενοχή

Μια κατάσταση που οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν θεωρούν πρόβλημα, όμως στην πραγματικότητα είναι, είναι εκείνη των ασθενών που αισθάνονται ενοχή.

Οι περισσότεροι από εμάς όταν υφίσταται αυτή η κατάσταση, έχουμε την τάση να απαντάμε διαβεβαιώνοντας τον ασθενή ότι δεν υπάρχει τίποτα για το οποίο θα έπρεπε να αισθάνεται ένοχος.

Τι είναι λάθος σ' αυτό ; Κατά κύριο λόγο μπορεί να μην υπάρχει τίποτα λάθος μ' αυτό. Σίγουρα είναι πάντα συνετό να «τοποθετούμε» τον ασθενή κατευθείαν στα γεγονότα. Εάν όμως τα γεγονότα έχουν διατυπωθεί και έχει δοθεί επιεικής και ήρεμη διαβεβαίωση και ο ασθενής συνεχίζει με υπερβολική ή περιττή ενοχή, έρχεται η ώρα του γιατρού ή του νοσηλευτή να το σταματήσει και να επιληφθεί της καταστάσεως.

Όταν ο ασθενής επιμένει πως αισθάνεται ένοχος, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πρέπει να σεβαστεί το συναίσθημα αυτό και να μην σπρώξει τον ασθενή σε μεγαλύτερη ενοχή, επιμένοντας ότι είναι ένας υπέροχος άνθρωπος, ο οποίος δε θα μπορούσε ποτέ να κάνει λάθος.

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής μπορεί να έχουν δίκιο, όμως ο ασθενής έχει δίκιο επίσης. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει δίκιο γιατί λαμβάνει υπόψη του την εξωτερική συμπεριφορά του ασθενούς, η οποία τις περισσότερες φορές στους ένοχους ανθρώπους είναι υποδειγματική. Ο ασθενής έχει δίκιο στο ότι αισθάνεται κάτι το οποίο συσχετίζεται με ασυνείδητες ευχές, οι οποίες μπορεί και να μην είναι καλές. Έτσι είναι πολύ πιο επιστημονικό και πολύ πιο αποτελεσματικό, όταν κάποιος επιμένει πως είναι ένοχος, για το γιατρό ή το νοσηλευτή, να είναι υπομονετικός και να ζητά να μάθει περισσότερες πληροφορίες γι' αυτό.

Εάν επίσης ο ασθενής διαβεβαιώνεται υπερβολικά, τείνει να γίνει καχύποπτος και γεμάτος αμφιβολίες για την ικανότητα και την υπευθυνότητα του νοσηλευτή ή του γιατρού. Το ερώτημά του είναι αυτό : λει τόσο θετικά πράγματα για' μένα, επειδή απλά δεν με γνωρίζει. Εάν με ήξερε καλύτερα δεν θα είχε τόσο καλή άποψη. Ίσως δεν είναι τόσο έξυπνος/η έτσι ώστε να ανακαλύψει τον κακό μου χαρακτήρα.⁴³

7.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Θεραπευτική επικοινωνία είναι η τέχνη και η διέγερση προσέγγισης ενός προσώπου με μηνύματα που διατηρούν ή βελτιώνουν την ψυχική του υγεία. Η θεραπευτική επικοινωνία, ενθαρρύνει και κατευθύνει τον ασθενή, να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που ελαττώνουν την ψυχική του / της ένταση και τις συγκρούσεις με τους άλλους, να προσαρμόζεται σε καταστάσεις που δεν αλλάζουν και να προχωρεί στο δρόμο για τη ψυχολογική του ανάπτυξη και ωρίμανση.

Επειδή κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και έχει ιδιαίτερες ανάγκες, ο νοσηλευτής επικοινωνεί θεραπευτικά με διαφορετικούς τρόπους, για να προκαλέσει τις ενδεικνυόμενες ευνοϊκές αλλαγές σε κάθε περίπτωση.

Η θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία, είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα του νοσηλευτή, για την φροντίδα των ασθενών του. Η αποτελεσματική όμως χρήσης της, απαιτεί την παρουσία ορισμένων θετικών στοιχείων.³⁹

7.5.1. Στοιχεία θεραπευτικής νοσηλευτικής επικοινωνίας

Στοιχεία της θεραπευτικής επικοινωνίας, είναι ορισμένα θετικά μηνύματα που πρέπει να μεταβιβάζονται από τον νοσηλευτή στον ασθενή και αναφέρονται στη συνέχεια.

Αποδοχή του ασθενούς ως προσώπου με αξία και με το δικαίωμα να ζήσει με ανθρώπους κοντά του, που ενδιαφέρονται γι' αυτόν. Αποδοχή του ασθενούς σημαίνει, ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάστασή του, την συμπεριφορά του, τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του στη δεδομένη στιγμή.

Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα και εμπειρίες. Δε φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμαστεί. Η επιεικής αυτή ατμόσφαιρα, συμβάλλει στη μείωση ή και διάλυση τυχόν φόβων, άγχους και αμυντικής στάσης.

Θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο και για τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους βιώνει την κατάστασή του. Το ενδιαφέρον εκφράζεται σαν ειλικρινής μέριμνα για το καλό του ασθενούς, σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και ενημέρωση.

Σεβασμός προς τον ασθενή ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο σεβασμός εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία, έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του ασθενούς.

Ο σεβασμός του νοσηλευτή μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού επικοινωνίας, τη ζήτηση της πληροφορημένης συγκατάθεσής του, τη συνεργασία μαζί του στην επίδιωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομα του και την τήρηση των υποσχέσεων του νοσηλευτή.

Ετοιμότητα για παροχή πρώτης βοήθειας. Αυτή σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή να βοηθήσει τον άρρωστο με την θεραπευτική επικοινωνία, να προχωρήσει στην ψυχολογική ανάπτυξη και ψυχική υγεία.³⁹

7.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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

Στην προσπάθεια του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής: η μελέτη του προβλήματος απέδειξε ότι η άμβλωση αποτελεί έγκλημα που στρέφεται κατά της ζωής του παιδιού, της ψυχικής και σωματικής υπόστασης της μητέρας και της ασφάλειας του έθνους.

Από αυτά συνεπάγεται ότι:

1. Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό είναι συνεργοί στο έγκλημα.
2. Καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή: «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η Σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου».
3. Παραβαίνουν το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου στο κείμενο του 1953 αναφέρεται ότι ο νοσηλευτής πρέπει «ν' αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες». Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε στη αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει μόνο η γενική διατύπωση ότι «η νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου».

Νοσηλευτική σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη κι όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα κατά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου, αγάπη δεν υπάρχει.

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

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

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

- ✓ Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- ✓ Την ενημέρωση της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο, και με τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.
- ✓ Την κατανόηση στο πρόβλημα της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη (Neidhardt 1986).
- ✓ Συμπαράσταση στην ΕΓΚΥΟ μητέρα και μάλιστα στην ΑΓΑΜΗ. Με την πληροφόρηση για το Πανελλήνιο Σύνδεσμο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού (ΠΑ.ΣΥ.Π.Α.Π 2000) και το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού (Μεταλληνού 2001) στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί και να ζητήσει ηθικά στήριξη και οικονομική βοήθεια.⁴⁰

7.7. ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι ομαδικές ψυχοθεραπείες (θεραπεία πολλών ασθενών συγχρόνως), εφαρμόστηκαν αρχικά ως λύση ανάγκης – σε κληρωτούς στρατιώτες κυρίως – για να εξοικονομηθεί χρόνος και να μειωθεί το κόστος της ψυχοθεραπείας. Διαπιστώθηκε όμως ότι, πέραν των πρακτικών ωφελημάτων, η θεραπεία πολλών ατόμων συγχρόνως σε ομάδα έχει και τεράστια ψυχοθεραπευτική αξία. Οι υπέρμαχοι της μορφής αυτής ψυχοθεραπείας τονίζουν περισσότερο, όχι τόσο το οικονομικό όφελος, αλλά κυρίως τη θεραπευτική αξία των διαπροσωπικών επιδράσεων της ομάδας. Υποστηρίζεται ότι το άτομο μέσα στην ομάδα κατορθώνει να εντοπίσει τις παθολογικές μορφές συμπεριφοράς, να λύσει τις εσωτερικές συγκρούσεις και να αποκτήσει νέους αποδεκτούς τρόπους διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Το άτομο, διαπιστώνοντας ότι και άλλοι συνάνθρωποί του αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες, ότι δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα, ενθαρρύνεται και ενεργά αναζητά διευθέτηση των δυσκολιών του σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Υπάρχουν ποικίλες μορφές ομαδικής θεραπείας. Συνήθως οι θεραπευτικές αυτές ομάδες αποτελούνται από μικρό αριθμό ασθενών (6 έως 10) με παρόμοια προβλήματα και η θεραπευτική εργασία που γίνεται στις ομάδες αυτές είναι συνήθως προέκταση της ατομικής ψυχοθεραπείας. Συχνά ο θεραπευτής βλέπει συγχρόνως τον ασθενή και ατομικώς.

Τυπική μορφή ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι γνωστή ως **οικογενειακή ψυχοθεραπεία**. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται στην άποψη ότι, όταν ένα μέλος της οικογένειας παρουσιάζει πρόβλημα, αυτό είναι «σήμα» ότι ολόκληρη η οικογένεια έχει ανάγκη από βοήθεια. Συχνά το πρόβλημα και η λύση του Δε βρίσκεται στο πρόσωπο που παρουσιάζει τη διαταραχή, αλλά στον τρόπο που η οικογένεια αντιδρά απέναντι στις απόψεις και τις επιλογές του. Στη θεραπευτική διαδικασία τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται, ως ομάδα πλέον, να ξεκαθαρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα που νιώθει ο ένας για τον άλλο, να εντοπίσουν δυσκολίες στην επικοινωνία, να επισημάνουν τα εμπόδια που παρακωλύουν την αμοιβαιότητα σε θετικά συναισθήματα και σε αποτελεσματική συνεργασία. Κύριο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας είναι να πειστούν όλα τα μέλη της οικογένειας ότι κερδίζουν όλοι τους, όταν αλλάξει η συμπεριφορά τους.

Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει προκαλέσει η μορφή της ομαδικής θεραπείας, που είναι γνωστή ως **συναντησιακές ομάδες**. Οι μορφές αυτές θεραπευτικής παρέμβασης στηρίζονται στις αρχές του ανθρωπιστικού προτύπου και αποβλέπουν στο να απελευθερώσουν το άτομο και να το βοηθήσουν να ζήσει μια πληρέστερη ζωή. Κύριο θεραπευτικό στοιχείο στις ομάδες αυτές είναι η συνάντηση, ένα είδος αμοιβαίας προσπάθειας και επιθυμίας του ατόμου να επηρεάσει και να επηρεαστεί συγχρόνως, μέσα σε ομαδικό πλαίσιο. Στις ομάδες αυτές χρησιμοποιούνται ποικίλες ασκήσεις για να βοηθήσουν το άτομο να αυξήσει την αυτογνωσία του, και να αξιοποιήσει νέες διόδους εμπειρίας και προσωπικής ανάπτυξης.

Συχνά οι συναντησιακές θεραπευτικές ομάδες συνεδριάζουν για μια ολόκληρη μέρα, ή για ένα ολόκληρο Σαββατοκύριακο ή για περισσότερο χρονικό διάστημα, χωρίς ουσιαστική διακοπή. Η εντατική αυτή μορφή ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι γνωστή ως «**Μαραθώνιες συνεδρίες**».⁴⁴

7.8. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Για το μέλλοντα πατέρα η εγκυμοσύνη και η πατρότητα, αν και καμιά φορά μπορεί να προκαλέσουν φόβους και ανησυχία για την ανατροπή της οικονομικής ασφάλειας της οικογένειας, εντούτοις είναι, για όλους σχεδόν τους πατέρες, πηγή υπερηφάνειας, γιατί η εγκυμοσύνη της συζύγου τους αποτελεί απόδειξη της αρρενωπότητας και της σεξουαλικής τους επάρκειας και καταλληλότητας.

Οι αντιδράσεις του μέλλοντα πατέρα στην εγκυμοσύνη δεν σχετίζονται τόσο πολύ με τις διάφορες φάσεις της κύησης, όπως συμβαίνει στη μέλλουσα μητέρα, αλλά κυρίως με τις επιπτώσεις που βλέπει ο πατέρας ότι έχει η γέννηση του παιδιού του, στην ταυτότητα του δικού του Εγώ, στο γάμο του, στην επαγγελματική του σταδιοδρομία κ.τ.λ. Σε μια κοινωνιολογική έρευνα με νεαρούς υποψήφιους πατέρες διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν, σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στην εγκυμοσύνη, τρεις διαφορετικοί τύποι συζύγων :

Α) Ο **ναρκισσιστικός – εγωκεντρικός τύπος** βλέπει τον ερχομό του παιδιού και την πατρότητα σαν απειλή για τη δική του ταυτότητα και ευδαιμονία. Στον τύπο αυτό συχνά ανήκουν άτομα που πέρασαν και συνεχίζουν να περνούν μια άνετη ζωή, γιατί άλλοι είχαν την κύρια φροντίδα του σπιτιού και τώρα στη σκέψη ότι οι ίδιοι θα πρέπει να αναλάβουν νέους ρόλους και περισσότερες ευθύνες, τους πιάνει δέος. Φοβούνται ότι θα πάψουν να είναι το επίκεντρο της προσοχής και των περιποιήσεων των άλλων. Νιώθουν ότι με τη νέα αυτή δια βίου υποχρέωση έχουν παγιδευτεί. Για τα άτομα αυτά ο ερχομός του νέου παιδιού αποτελεί αναπτυξιακή κρίση, η οποία εκδηλώνεται με παλινδρόμηση σε εφηβικές ρομαντικές μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς και με έντονες συγκρούσεις με τη σύζυγο, όσο και με τους γονείς της.

Β) Ο **τύπος του φιλόδοξου και προσηλωμένου στην επαγγελματική σταδιοδρομία** αντιμετωπίζει τον ερχομό του παιδιού σαν πιθανό εμπόδιο στην υλοποίηση των δικών του στόχων για επαγγελματική εξέλιξη. Γι' αυτό προσπαθεί να μείνει όσο το δυνατό αμέτοχος, μακριά από τις νέες εξελίξεις. Ελάχιστα αναμειγνύεται. Αρνείται να αλλάξει τις συνήθειές του και αφήνει να εννοηθεί ότι η εγκυμοσύνη είναι ένα τρέχον γεγονός που αυτόν δεν πρέπει να τον απασχολήσει ιδιαίτερα. Τηρεί μια μακρινή σχέση με το γεγονός. Ακόμη και ο πιο στοχαστικός σύζυγος του τύπου αυτού αρνείται ότι η έγκυος βρίσκεται σε μια κατάσταση ημι-ασθενείας, οριακής ασθένειας και ότι απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Επιμένει και απαιτεί να μην αλλάξει τίποτα και να μην αναλάβει τίποτα περισσότερο από αυτό που είχε πριν.

Γ) Ο **τύπος του οικογενειάρχη** αποδέχεται την εγκυμοσύνη σαν θείο δώρο, γιατί θεωρεί την πατρότητα σαν ένα βασικό σκοπό της ζωής, του οποίου η εκπλήρωση συμβάλλει στην περαιτέρω προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση. Έτοιμος λοιπόν να δεχθεί το νέο ρόλο, συμμετέχει ενεργά σε όλες τις προπαρασκευαστικές εργασίες για την υποδοχή του νέου μέλους της οικογένειας. Βιώνει με τη σύζυγο μια σχέση στενότερη. Αρχίζει να διαβάζει παιδικά βιβλία, επιδιώκει συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά, παρατηρεί και προσπαθεί να γνωρίσει τη συμπεριφορά των παιδιών κ.τ.λ.⁴⁵

7.9. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ

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

Μια ιδέα για τη συνήθη αντιμετώπιση του θέματος από το αντρικό φύλο μας δίνει η επιστολή νεαρού μαθητή, που δημοσιεύτηκε ανώνυμα στη μαθητική εφημερίδα “Schooligans” (τεύχος 3, Φεβρουάριος 2005). «Έχεις νιώσει ποτέ πατέρας; Εγώ είμαι 15 χρονών και έχω νιώσει. Δεν έχω μιλήσει σε κανέναν γι’ αυτό... Πάνε 4 μήνες τώρα που τα έχω με ένα κορίτσι. Έχουμε έρθει αρκετές φορές σε επαφή. Μια μέρα που ήμουν σπίτι της, αφού το ήθελε κι εκείνη, ήρθα σε επαφή χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικού μέσου. Ολοκλήρωσα μέσα της και τώρα έχω μπλέξει με γιατρούς και με την οικογένειά της. Από εκείνη τη στιγμή και μετά κατάλαβα πως ακόμη δεν είμαι αρκετά υπεύθυνος για τις πράξεις μου. Πραγματικά μόλις έμαθα πως πρέπει να κάνει έκτρωση, τρελάθηκα. Βρισκόμουν σε απόγνωση, χωρίς να ξέρουν οι γονείς μου τίποτα, αλλά κατάφερα να το αντιμετωπίσω μόνος μου. Πολύ μεγάλη εντύπωση μου έκανε όμως η συμπεριφορά της κοπέλας. Με είπε ανώριμο, επειδή έκλαψα μπροστά στον πατέρα της όταν μιλούσαμε.»

Σε κάποιες περιπτώσεις που γνωρίζουμε μέσω του «κέντρου φροντίδας μητέρας και παιδιού», ο πατέρας υποφέρει κι αισθάνεται αδικημένος και δυστυχής, καθώς η σύντροφός του θέλει να διακόψει τη ζωή του παιδιού που εκείνος επιθυμεί να προστατέψει. Σε κάποιες περιπτώσεις, όταν η γυναίκα προχωρά σε άμβλωση, ο άντρας αισθάνεται προδομένος από τη σύντροφό του με συνέπεια η σχέση να διαλύεται.

Σε άλλες περιπτώσεις που αποτελούν πλειοψηφία, ο πατέρας είναι αυτός που επιμένει ότι η εγκυμοσύνη πρέπει να καταλήξει σε έκτρωση. Αυτό όμως δεν εγγυάται ότι δεν θα παρουσιάσει προβλήματα αργότερα.

Άλλοι ζητούν ψυχολογική βοήθεια, ακόμη κι αν θεωρούν ότι καλά έπραξαν και απέμειναν για στη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις που η άμβλωση οδηγεί στην αποξένωση της γυναίκας από το σύντροφό της και στην επιδείνωση ή τη διακοπή της σχέσης, τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν νωρίτερα και να αναφέρονται και στη σύντροφο, την οποία ο πατέρας μπορεί ακόμη και να κατηγορήσει, είτε επειδή δεν αντιστάθηκε αρκετά στην πίεσή του για την άμβλωση, είτε επειδή μετά την άμβλωση στράφηκε εναντίον του ενώ η απόφαση ήταν παρμένη από κοινού.

Μερικές φορές τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζονται κυρίως από τον κίνδυνο, που ίσως διατρέχει η υγεία της μητέρας. Άλλες φορές όμως οι ψυχολογικές επιπτώσεις εμφανίζονται μετά την επέμβαση και δεν έχουν άμεση σχέση με τη γυναίκα αλλά μόνο με το παιδί. Στις περιπτώσεις αυτές ο πατέρας ψάχνει συνήθως να αναπληρώσει το χαμένο παιδί.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

- ◆ Το δικαίωμα της μητέρας – φεμινιστική άποψη
- ◆ Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα
- ◆ Το νομικό πλαίσιο στο εξωτερικό
- ◆ Αμβλώσεις και Ορθοδοξία
- ◆ Η θέση άλλων θρησκειών
- ◆ Άποψη ιατρικής επιστήμης
- ◆ Εισαγγελέας εφετών και η Βουλή των Ελλήνων

8.1. ΥΠΑΡΞΗ ΨΥΧΗΣ

Σε όλους μας ίσως να έχει γεννηθεί το ερώτημα : είναι η άμβλωση έγκλημα, η καταστροφή δηλαδή του εμβρύου που δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί σε τέλειο άνθρωπο, που δεν έχει ίσως ψυχή και δεν έχει βγει στον κόσμο;

Είναι έγκλημα και μάλιστα από τα πιο αποτρόπαια. Το ζήτημα δεν είναι νέο. Το πρόβλημα έχει προ πολλού λυθεί τόσο βιολογικώς όσο και θρησκευτικώς και νομικώς από ανθρώπους σοφούς.

Βιολογικώς, δεν υπάρχει όριο ενάρξεως της ζωής του εμβρύου. Ο Αριστοτέλης παραδέχεται ότι η ψυχή εισέρχεται στο σώμα του εμβρύου, όχι τη στιγμή της γονιμοποίησης, αλλά αργότερα όταν αυτό αναπτυχθεί.

Τρεις είναι οι γνώμες σχετικά με τη γένεση της ψυχής των απογόνων του πρώτου ανθρώπου. Η πρώτη περί προϋπάρξεως των ψυχών, η δεύτερη περί δημιουργίας της και η Τρίτη περί μεταδόσεως ή μεταλαμπαδεύσεως.

Κατά την πρώτη γνώμη που είχαν ο Ωριγένης και οι Πλατωνίζοντες, στους ανθρώπους που γεννιούνται βρίσκονται ήδη μέσα τους, οι προϋπάρχουσες ψυχές. Τη γνώμη αυτή η Εκκλησία την καταδίκασε. Κατά τη δεύτερη γνώμη, ο Θεός συνδημιουργεί κάθε φορά την ψυχή, κατά τρόπο και για τον λόγο που μόνο αυτός γνωρίζει. Τη γνώμη αυτή ασπάζονται πολλοί από τους Πατέρες της Εκκλησίας.

Επομένως η γένεση της ψυχής του κάθε ανθρώπου δεν είναι από το σπέρμα του, γιατί αν ήταν και αυτή από το ίδιο σπέρμα, με το σώμα θα πέθαιναν μαζί.

Ούτε από την ψυχή, γιατί η ψυχή δεν είναι κάτι το σύνθετο, ούτε έχει η ίδια δημιουργική δύναμη. Η θεωρία περί της θείας δημιουργίας των ψυχών ταυτόχρονα με την ανθρώπινη γέννηση του ανθρώπου επικρατούσε το μεσαίωνα στη Δύση. Αυτό πιστεύουν ακόμη οι περισσότεροι δυτικοί, γιατί ταιριάζει με τη δημιουργία του πρώτου ανθρώπου.

Με τη θεωρία αυτή που είναι η επικρατέστερη και την οποία πιστεύει και η Εκκλησία μας, αποκρούεται η υλοζωική θεωρία και ομολογείται ότι ο Θεός είναι ο Δημιουργός της ψυχής. Κατά την θεωρία αυτή, οι ανθρώπινες ψυχές μπορούν να παραχθούν κατά την ανθρώπινη γέννηση από τη δύναμη που έχει δοθεί σ' αυτή και από την ιδιαίτερη ενέργεια του Θεού.

Ούτε λοιπόν από το σπέρμα, ούτε από το μηδέν δημιουργείται η ψυχή, αλλά με το νόμο της γεννήσεως και της δημιουργικής ενέργειας του Θεού, κατά τρόπο και λόγο που μόνο αυτός γνωρίζει.

Η Τρίτη θεωρία κατά την οποία όλες οι ψυχές των μετά από τον Αδάμ ανθρώπων προϋπάρχουν σαν δυνάμεις, που περιέχονται στην ψυχή τους και με τη γέννηση μεταδίδονται ή μεταλαμπαδεύονται στους απογόνους, δεν βρήκε απήχηση στην Εκκλησία.¹

Αντίθετα προς την αντιεπιστημονική, αντιθρησκευτική και αντικοινωνική βάση των υποστηρικτών και αυτουργών των εκτρώσεων, η αληθινή επιστήμη και η μόνο ορθή Ορθόδοξη Πίστη διδάσκουν αποδεικτικά και πειστικά ότι το ανθρώπινο έμβρυο είναι όχι μόνο «δυνάμει» αλλά και ενέργεια ψυχοσωματική ύπαρξη δομικά και οργανικά πλήρης και αυξανόμενη απ' αυτή την πρωταρχική στιγμή της συλλήψεως του. Άλλωστε γι' αυτό ακόμη, ευτυχώς υπάρχουν πολλοί ειδικοί επιστήμονες(βιολόγοι, γιατροί, παιδαγωγοί και νομικοί) με αντίθετες απόψεις από πολλούς δυστυχώς επαγγελματίες ή εμπόρους (επιστήμονες) ως προς την αντισύλληψη γενικά και μάλιστα την έκτρωση, διαφορά που παρατηρείται γενικότερα και σε άτομα και σε κοινωνικές ομάδες. Υπάρχουν μεγάλοι επιστήμονες (εμβρυολόγοι, μαιευτήρες, γυναικολόγοι, ψυχοπαιδαγωγοί αλλά και νομικοί και κοινωνιολόγοι) που σαφώς παραδέχονται και υποστηρίζουν ότι η έκτρωση σε οποιοδήποτε στάδιο της κηύσεως

ισοδυναμεί με φόνο ανθρώπινης και ζωής. Εκτός από πολλές άλλες σχετικές μελέτες παραπέμπουμε σε μια πρόσφατη και σύντομη μελέτη-έρευνα δυο Αμερικανών ειδικών ιατρών, την οποία μάλιστα συνοδεύουν τριάντα έγχρωμες διαφάνειες εμβρύων και ομιλούσα μαγνητοταινία. Ανήκει στο ζεύγος J.C WILKE και έχει τίτλο: ABORTION HOW IT IS (=Τι είναι έκτρωση). Τα στοιχεία της μελέτης είναι κατά κυριολεξία αποκαλυπτικά τουλάχιστον για την ελληνική πραγματικότητα. Αποδεικνύουν από ιατρική και μόνο πλευρά πως με την έκτρωση φονεύεται ένα πλήρες αυξανόμενο ανθρώπινο ον, άνθρωπος του οποίου η καρδιά κτυπά την όγδοη εβδομάδα (στη μαγνητοταινία ακούγονται οι κτύποι- παλμοί). Από την αρχή του τρίτου μήνα οι εμβρυακή ζωή ελέγχεται πλήρως, ενώ παρουσιάζονται περιπτώσεις διασώσεως εμβρύων, έπειτα από ακούσια αποβολή στους πέντε μήνες και υπάρχει προοπτική σύντομα ο χρόνος αυτός να κατέλθει στους τρεις μήνες!⁴⁶

8.2. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Στο πλαίσιο της ποικιλίας του ηθικού προβληματισμού που επικεντρώνεται στην ταυτότητα του εμβρύου και στα δικαιώματα του εμβρύου έναντι της μητέρας και αντίστροφα διαπιστώνουμε καταρχήν ότι οι αντιθετικές εκδοχές της φυσιοκεντρικής ανθρωπολογίας τροφοδοτούν την αντίθεση μεταξύ μιας διαφορούμενης ιεροποίησης του εμβρύου και μιας αυθαίρετης εκτίμησης του. Και στις δύο παραδειγματικές εκδοχές του φυσιοκεντρισμού στην ανθρωπολογία, οι ταυτότητες τόσο του εμβρύου όσο και της φέρουσας μητέρας θεωρούνται περισσότερο εξατομικευμένα και λιγότερο προσωπικά, με βάση μια νοητικά αφαιρετική αποσύνδεση του εμβρύου από την μητέρα και αντίστροφα.

Και στα δύο ανθρωπολογικά παραδείγματα, το διπολικό σχήμα έμβρυο – μητέρα αποτελεί περισσότερο ένα πλαίσιο αναγκαστικής απόστασης και αντιπαράθεσης παρά ελεύθερης αγαπητικής σχέσης και υπαρκτικής εναρμόνισης. Το σχήμα λοιπόν λειτουργεί πολωτικά σαν πλαίσιο για τη σύγκρουση ατομικών δικαιωμάτων - με έντονο απολογητικό χαρακτήρα και κοινωνιολογικές αφητηρίες - και όχι τόπος για εναρμόνιση προσωπικών σχέσεων.³⁷

8.3. ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η άμβλωση είναι η πιο παλιά και πιο συνηθισμένη μέθοδος για τον έλεγχο της γονιμότητας και έχει χρησιμοποιηθεί σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις χρονικές περιόδους, για τον τερματισμό μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Αν και οι άμβλώσεις είναι συνηθισμένες, λίγοι ερευνητές έχουν «εξερευνήσει» τη διαδικασία λήψης απόφασης ή τις εμπειρίες των γυναικών που έχουν προβεί σε άμβλωση.

Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι σοβαρά ψυχολογικά συμπτώματα που σχετίζονται με την άμβλωση, είναι ασυνήθιστα. Η πιο κοινή συναισθηματική αντίδραση μετά από μια έκτρωση είναι η ανακούφιση.

Αν και οι εκτρώσεις δε φαίνεται να οδηγούν σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, μια μελέτη έδειξε πως το 1\4 των γυναικών εκφράζουν συναισθήματα ντροπής και ενοχής. Η μελέτη δείχνει πως οι γυναίκες που υποφέρουν από θλίψη και αντιφάσεις έχουν, σε ποικίλους βαθμούς, τις επιδράσεις, από προηγούμενες δύσκολες εμπειρίες όπως συναισθηματικές διαταραχές, μη ικανοποιητικές σχέσεις με τους συντρόφους τους ή εσωτερικές διαμάχες με τον εαυτό τους.

Ένας άλλος λόγος που οι γυναίκες υποφέρουν από θλίψη, μπορεί να είναι επειδή διστάζουν και αργούν να πάρουν την απόφασή τους. Κατά μέσο όρο, κάθε 2^η γυναίκα στη Σουηδία έχει μια άμβλωση στο ιστορικό της, κατά τη διάρκεια της προαναπαραγωγικής της ζωής.

Η γενετήσια ελευθερία και η προσέγγιση στα αντισυλληπτικά, η μόρφωση και η επί πληρωμή εργασία έχουν γίνει πιο διαθέσιμα για τις γυναίκες σήμερα. Οι άντρες έχουν ακόμα περισσότερη δύναμη από τις γυναίκες σε σημαντικά θέματα της κοινωνίας, όπως η πολιτική, η οικονομία και η κουλτούρα. Η θέση των γυναικών στην εργατική τάξη είναι ακόμη αμφιλεγόμενη λόγω της κύριας ευθύνης τους για τα παιδιά και το σπίτι.

Οι ελεύθερες εκτρώσεις έχουν γίνει διαθέσιμες σε πολλές χώρες, χάρη σε πολιτικές συζητήσεις, που μύησαν κινήσεις γυναικών. Ένα σημείο έναρξης σε μια φεμινιστική έρευνα είναι ότι κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για το σώμα της και για το αν επιθυμεί μια εγκυμοσύνη ή όχι.⁴²

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

Χρόνια τώρα ο φεμινισμός πολεμούσε ενάντια στους νόμους που καταδίκαιζαν την άμβλωση ως πράξη εγκληματική και τιμωρούσαν τις γυναίκες που αμβλώνονταν και τους γιατρούς που συνεργούσαν, διαποτισμένος με το πνεύμα της ισοτιμίας αλλά και της άκρατης ελευθερίας των γυναικών, διαλαλούσε με συγκεντρώσεις, με πορείες, με ομιλίες και διαλέξεις το αίτημα για «ελεύθερες εκτρώσεις». Το αίτημα αυτό πήγαζε και από την ανάγκη προστασίας της γυναίκας, επειδή οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονταν (πριν τη νομιμοποίηση) κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας (Ένωση Γυναικών Ελλάδος).

Εξάλλου η θεωρία των γυναικείων σωματίων έλεγε πως «πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις γιατί αυτό συμβαίνει σε όλες τις πολιτισμένες χώρες». Πίστευαν πως η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικοκοινωνική χειραφέτηση, πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας, τη «μητρική δουλειά» από την οποία ο άντρας είναι απαλλαγμένος.

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

Η δύναμη των συναισθημάτων αυτών ήταν τόσο μεγάλη και η οργάνωση τόσο καλή που δεν θα ήταν υπερβολή αν λέγαμε πως συνέβαλαν καταλυτικά στην αποποινικοποίηση των εκτρώσεων το έτος 1986 στη χώρα μας.²

8.4. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

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

Διατάξεις του ισχύοντος Ποινικού Κώδικος έχουν ως εξής:

Άρθρο 304

Αμβλώσεις

1. Έγκυος, που εκ προθέσεως προσπαθεί να προκαλέσει έκτρωση με οποιονδήποτε τρόπο ή επιτρέπει σε άλλον να το πράξει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τρία χρόνια.
2. Όποιος, συναινέσει με την έγκυο να επιφέρει τον θάνατο του εμβρύου ή προμηθεύσει σε αυτή τα απαραίτητα μέσα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον με έξι μήνες.
3. Όποιος αγνοήσει την έγκυο ή παρά τη θέληση της, εκ προθέσεως επιφέρει τον θάνατο του εμβρύου τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη.
4. Ατιμώρητος παραμένει επίσης η Αμβλωση όταν ο γιατρός εκτελεί την πράξη με την συγκατάθεση της εγκύου, όταν η σύλληψη προήλθε κατόπιν βιασμού, καταχρήσεως ανίκανου προς αντίσταση, αποπλανήσεως ηλικίας κάτω των 15 ετών και αιμομιξίας.
5. Δεν είναι άδικος και μένει ατιμώρητος η πράξη επιτελούμενη με τη συναίνεση της εγκύου από ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν συντρέχει μια απ' τις ακόλουθες περιπτώσεις : α) δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης, β) έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια πάνω από 24 εβδομάδες, γ) υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου και στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

Άρθρο 305

‘Διαφήμιση μέσω αμβλώσεων’

Όποιος δημόσια ή μέσω κυκλοφορίας έγγραφων εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και καλυμμένος, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ως

επιτήδεια για πρόκληση Έκτρωσης ή με παρόμοιο τρόπο προσφέρει δικιά του ή ετέρου του υπηρεσία για τέλεση Άμβλωσης, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους. Αυτά αναφέρουν οι νόμοι σχετικά με το έγκλημα της Άμβλωσης (φόνος εμβρύου).

Στα πρακτικά της Βουλής στις 15 Σεπτεμβρίου 1978 προστέθηκε η διάταξη να επιτρέπεται χωρίς ποινική ευθύνη της μητέρας, του γιατρού και των λοιπών συνεργών, ο φόνος του εμβρύου (άμβλωση) όταν πρόκειται να γεννηθεί το παιδί μειονεκτικό ή όταν πρόκειται να πάθει η ψυχική υγεία της μητέρας.

Από αγόρευση του βουλευτού κ. Αθανασίου Δερβένακα πληροφορηθήκαμε ότι « η Έκτρωση του παιδιού από την μητέρα του δεν πρέπει να της δημιουργεί τύψεις συνειδήσεως και να μην φοβάται θρησκευτικές ευθύνες, διότι εκείνος ο οποίος είχε την δύναμη να επιβάλει ποινές και στον οποίο μια μέρα θα έδινε λόγο για το έγκλημα που διέπραξε η εγκυμονούσα είτε νόμιμα είτε και εκτός γάμου, να σκοτώσει το παιδί της, δεν υπάρχει πλέον εκθρονίστηκε! Μάλιστα εκθρονίστηκε, και επομένως όχι μόνο η έγκυος αλλά και κάθε άλλος πληροφορούμενος το ατιμώρητο των πράξεων του από την Θεία Δικαιοσύνη, δύναται ελεύθερα να τα κάνει.⁴¹

Νόμος 1609, 28 Ιουνίου 1986

Ο νόμος αυτός επιτρέπει την άμβλωση ελεύθερα ως και την 20η εβδομάδα της κύησης, χωρίς δικαίωμα γνώμης του άνδρα – συζύγου και χωρίς συμβουλευτική διαδικασία, που στην Κίνα επιβάλλεται. Κι ενώ τον άνομο αυτό νόμο καταψήφισε η Νέα Δημοκρατία, ως Κυβέρνηση σιωπά και αρνείται κάθε συζήτηση διατηρώντας το νόμο αυτό σαν πολύτιμο λάφυρο, μαζί με τους άλλους οικογενειακούς νόμους.⁵
Οι ανήλικες χρειάζονται συγκατάθεση για να προβούν σε άμβλωση.³²

Με το νόμο αυτό, πραγματοποιήθηκε και η νομιμοποίηση των αμβλώσεων στη χώρα μας. Στα χρόνια που προηγήθηκαν, όταν δηλαδή οι αμβλώσεις ήταν ακόμη παράνομες και τιμωρητέες υπήρχαν περιπτώσεις που έφταναν στα δικαστήρια, χρόνο με το χρόνο όμως λιγόστευαν. Το 1959 είχαμε το μέγιστο αριθμό καταδικών. Καταδικάστηκαν για άμβλωση 27 άτομα. Το 1967 είχαμε 21 καταδίκες. Το 1974 είχαμε 8 καταδίκες ενώ ο ίδιος αριθμός ισχύει και για το έτος 1975 και το 1976 φτάσαμε μόλις στις 2 καταδίκες.

Στις αρχές της δεκαετίας του 80 και πριν τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων, αυτές σύμφωνα με επίσημες στατιστικές υπολογίζονταν γύρω στις 100.000 το χρόνο. Σήμερα, 20 περίπου χρόνια μετά τη νομιμοποίηση ο αριθμός ανέρχεται στις 300.000 με 400.000 το χρόνο!⁸

8.5. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

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

- α) Της άγνοιας των κινδύνων και των συνεπειών των εκτρώσεων για τη γυναίκα, την οικογένεια αλλά και το έθνος.
- α) Της χαλαρώσεως των ηθών.

- α Της παρερμηνείας της έννοιας της ισότητας με αποτέλεσμα τα φεμινιστικά κινήματα να μπερδεύουν την ισότητα, που είναι δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, με τη μητρότητα, που είναι αποκλειστικό προνόμιο της γυναίκας.
- α Της έντεχνης υποκινήσεως του φεμινιστικού κινήματος σε ακρότητες, από εξτρεμιστικά στοιχεία ή ύποπτα κέντρα λήψεως αποφάσεων, που στοχεύουν στην ανατροπή της αστικής κοινωνίας και πολεμούν τη σημερινή δομή της οικογένειας, χτυπώντας έμμεσα τη θρησκεία και την έννοια της πατρίδας.
- α Την έλλειψη κοινωνικής πολιτικής των κρατών, τα οποία εφαρμόζουν την έκτρωση ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων δηλαδή ως αντισυλληπτικό μέτρο.⁸

ΑΓΓΛΙΑ

Σύμφωνα με την Abortion act του 1967, οι αμβλώσεις επιτρέπονται μόνο όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι, όπως σωματικός και ψυχικός κίνδυνος της μητέρας, σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, κίνδυνος για την ψυχική υγεία άλλων παιδιών της οικογένειας. Η ενέργεια της άμβλωσης γίνεται κατόπιν γνωμοδοτήσεως δύο γιατρών.⁸

ΒΕΛΓΙΟ

Η προσπάθεια τροποποίησης του ισχύοντος νόμου απέτυχε το 1968 και έτσι οι αμβλώσεις απαγορεύονται και επισείουν ποινή φυλάκισης από 2 έως 5 έτη για τη γυναίκα και το γιατρό.⁸

ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ

Με νόμο του 1974 επιτρέπονται οι αμβλώσεις σε περίπτωση που η γυναίκα είναι ανύπαντρη και άτεκνη, είναι χήρα, είναι πάνω από 40 και χωρισμένη ή με ένα παιδί. Στο αν θα πρέπει να γίνει άμβλωση αποφαιίνεται ειδική επιτροπή.⁸

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το ισχύον Π.Δ. για τις αμβλώσεις (ψηφίστηκε το 1974) θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επιγραμματικά σαν «Μοντέλο Ενδείξεων» που έχει χρονικά κλιμακωμένες ρυθμίσεις και είναι εξοπλισμένο με ιδιαίτερους διαδικαστικούς κανόνες. Πριν από οποιαδήποτε απόφαση επιχειρείται συμβουλευτική αγωγή από ειδικούς. (Συμβουλευτικά καθήκοντα άρθρου 218b Γερμανικού Π.Κ.)

Η άμβλωση επιτρέπεται άνευ όρων πριν την εμφώλευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ενώ μετά από αυτήν και ως τη 12^η εβδομάδα επιτρέπεται σε περίπτωση που απειλείται η υγεία της μητέρας ή του εμβρύου ή αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού.⁸

ΙΤΑΛΙΑ

Με δημοψήφισμα που πραγματοποιήθηκε το 1980 ο ιταλικός λαός επέλεξε τη διατήρηση του νόμου 194/78, σύμφωνα με τον οποίο επιτρέπονται οι αμβλώσεις όταν τις συνιστά ο γιατρός, για λόγους ψυχικής και σωματικής υγείας της εγκύου.⁸

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

Σχετικά με την Ιρλανδική απαγόρευση της παροχής πληροφοριών για την άμβλωση ο Γενικός Εισαγγελέας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου δήλωσε ότι σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκαιο δεν μπορούσε να αμφισβητηθεί η απαγόρευση των άμβλώσεων. Αυτά που αναφέρονται στην περίπτωση της Ιρλανδίας ήταν η βασική άρνηση στις γυναίκες ίσης μεταχείρισης και πλήρους ιδιότητας του πολίτη επειδή οι άνδρες δεν περιορίζονται από παρόμοια μέτρα σε σχέση με την αναπαραγωγική ικανότητα τους. Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά ούτε και η Ευρώπη έδωσε λύση στο Ιρλανδικό πρόβλημα της άμβλωσης.

Η Ιρλανδία είναι το μόνο κράτος που απαγορεύει νομικά την άμβλωση. Αυτό είναι πρόβλημα για όλες τις γυναίκες στην Ευρώπη και όχι μόνο για τις Ιρλανδέζες.

Από το 1861 η άμβλωση απαγορεύεται καθώς επίσης, από το 1983 απαγορεύεται και από το Σύνταγμα μετά από δημοψήφισμα.⁴⁷

ΓΑΛΛΙΑ

Νόμος Veil (Βεϊγ), της 17^{ης} Ιανουαρίου του 1975, επιτρέπει σε όλες τις γυναίκες να κάνουν έκτρωση, τελείως φανερά, με τη μέγιστη δυνατή ασφάλεια.²¹

ΚΥΠΡΟΣ

Νόμος 59, 1974

Νόμος 186, 1986

Η άμβλωση αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας, για την φυσική της κατάσταση, για την ψυχική της υγεία. Ωστόσο μια άμβλωση ενεργείται έχοντας ένα πιστοποιητικό από την ειδική αρμοδιότητα της Αστυνομίας, υποστηριγμένο από ιατρικό πιστοποιητικό. Επίσης χρειάζεται και γνώμη από δύο γιατρούς.³²

ΕΛΒΕΤΙΑ

Ποινικός Κώδικας αρθρ. 118-121, 1 Ιανουαρίου '42. για να εκτελεστεί μια άμβλωση απαιτείται συγκατάθεση από δεύτερο γιατρό ο οποίος έχει ειδική άδεια. Και στην Ελβετία η άμβλωση αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή και την φυσική κατάσταση της γυναίκας.³²

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Πράξη 50, 13 Ιουνίου 1975

Νόμος 66, αρθρ. 1-4, 16 Ιουνίου 1978

Η άμβλωση γίνεται κατά παράκληση για :

1. Ιατρικές αιτίες
1. Ευγονικές αιτίες
2. Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουρήματα.³²

8.6. Η ΕΣΧΑΤΗ ΑΝΟΜΙΑ

Η έννοια της ιδιωτικοποιημένης θρησκευτικότητας, από το ένα μέρος, και η απώλεια της αίσθησης της προσωπικής υπευθυνότητας με τις πράξεις μας, από το άλλο, έχουν δραματικές και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Αυτά τα δυο οδήγησαν στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά κάποιου, η αμαρτία του πιο συγκεκριμένα, αποτελεί καθαρά «προσωπική» υπόθεση. Αυτή η τάση προς την υποκειμενικότητα αποτελεί τον πυρήνα της ασύδοτης ελευθερίας στις σεξουαλικές σχέσεις, στην εγκληματικότητα και στον τρόπο συμπεριφοράς, που σήμερα επικρατούν στην καταρρέουσα διαιρεμένη και φυλετική μας κοινωνία.

Η πρακτική των νομίμων εκτρώσεων ύστερα από αίτηση αποτελεί το πιο κραυγαλέο παράδειγμα της έσχατης ανομίας, σύμφυτης με το σύγχρονο πρόσωπο του αμερικάνικου ατομικισμού. Ο θάνατος 1,6 εκατομμυρίου παιδιών με την μέθοδο της έκτρωσης σχεδόν το 1/3 των παιδιών που συλλαμβάνονται στην Αμερική κάθε χρόνο είναι το πιο χτυπητό παράδειγμα μιας εξωτερικής συμπεριφοράς η οποία θεωρείται απλά ως μια προσωπική επιλογή.

Η αφαίρεση της ανθρώπινης χάριν της άνεσης θεωρείται τώρα ως μια απλή «επιλογή». Οι σεξουαλικές σχέσεις ανάμεσα σε ενήλικες που συμφωνούν θεωρείται ότι είναι δική τους υπόθεση και κανενός άλλου. Κι αυτό, παρά την οποιοδήποτε βλάβη θα προξενήσουν οι «συναινούντες ενήλικες» στον εαυτό τους, στο παιδί που θα συλλάβουν, στο σπίτι που θα διαλύσουν ή στη κοινωνία που ζουν. Η έκτρωση ύστερα από αίτηση είναι ένα τραγικό παράδειγμα της υπερβολικής εχθρότητας εναντίον του Θεού στη σύγχρονη ειδωλολατρική μας χώρα. Αυτό μπορεί να μας δείξει πολύ καλά το τελευταίο στάδιο, την αναπόφευκτη κατάληξη του πειράματος που επιχείρησαν οι επαναστάτες των κινημάτων του Προτεσταντισμού, του Διαφωτισμού και του Ρομαντισμού με τον εγωιστικό τους ατομικισμό.

Η νομιμοποιημένη έκτρωση ύστερα από αίτηση αποτελεί το τελευταίο ξεφτίδι του κοινωνικού μας ιστού. Τώρα ακόμη και η πρώτη και βαθύτερη σχέση της μητέρας και του παιδιού έχει διαλυθεί. Το αγέννητο παιδί θεωρείται ότι βρίσκεται σε εμπόλεμη κατάσταση με την ίδια τη μητέρα του. Η επιθυμία του για ζωή συντρίβεται, επειδή συγκρούεται με άλλες επιθυμίες της μητέρας.

Είναι απόλυτα αναγκαίο να εξετάσουμε την Ιερά Παράδοση, πως δηλαδή αυτή απαντά στο ερώτημα για την έκτρωση, εφόσον στο ερώτημα για την ιερότητα της ζωής έχουμε σήμερα το πιο σοβαρό ηθικό θέμα που αντιμετωπίζει η Ορθόδοξη Εκκλησία.⁴⁸

8.7. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η θέση της εκκλησίας είναι πάντα η ίδια είτε αυτή λέγεται Ορθόδοξη είτε λέγεται Ρωμαιοκαθολική, 'Η Έκτρωση είναι φόνος και το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη ύπαρξη.

Η σεξουαλική επαφή είναι δώρο του Θεού αλλά ένα δώρο που δόθηκε στον άνδρα και στη γυναίκα για να χρησιμοποιηθεί ως μια κατάσταση της φύσεως αλλά και μια κατάσταση της χάριτος. Ο Θεός ευλόγησε την πρώτη οικογένεια δίνοντας εντολή στον Αδάμ και την Εύα να καρποφορήσουν και να πολλαπλασιαστούν. Έτσι και η Εκκλησία σήμερα δίνει την ευλογία της στην ένωση του άνδρα και της γυναίκας για να καρποφορήσουν και να συνεχίσουν την πορεία με απόλυτη υπευθυνότητα για αυτό που θέλουν ώστε να μην καταλήξει τελευταία στιγμή σαν ένα άχρηστο, ασήμαντο,

ανεπιθύμητο προϊόν. Η σύλληψη είναι κάτι το ιερό. Η έκτρωση αναμφίβολα καταδικάζεται από την Ορθόδοξη ηθική διδασκαλία. Δεν έχουμε το δικαίωμα να καταστρέφουμε την ανθρώπινη ζωή.⁴⁹

Η Εκκλησία του Χριστού δηλαδή τα σώματα και οι ψυχές των χριστιανών στο σύνολό τους αποτελούν το ναό και έχουν ως κεφαλή τον Χριστό, ο οποίος είναι ένας Πνευματικός Οργανισμός με νόμους και οδηγίες που ο ίδιος έθεσε και τους οποίους επικύρωσε με την δική του θυσία, και όχι άλλων, στο Σταυρό με την προσφορά του αίματός του. Αφού λοιπόν ο Θεός θυσιάστηκε για να σωθεί από την κόλαση, με ποια λογική τώρα ζητούν η Εκκλησία να επιτρέψει τον θάνατο ανθρώπου και συγκεκριμένα εμβρύου για να ευχαριστήσει τον οποιονδήποτε δολοφόνο είτε πρακτικός είτε θεωρητικός είναι αυτός. Γι' αυτό και δεν δίνεται άλλη απάντηση από τους λειτουργούς της Εκκλησίας. Η Έκτρωση, η Άμβλωση του αθώου και ανυπεράσπιστου εμβρύου είναι φόνος προβλεπόμενος και από τις πρώτες εντολές του Θεού: ' αυξάνεστε και πληθύνεστε ...' καθώς επίσης και από τις δέκα εντολές, το 'ου φονεύσεις'. Επίσης η Εκκλησία όχι μόνο απαγορεύει τον φόνου του εμβρύου αλλά κάτω από διαφορετικές συνθήκες αν ήταν δυνατό θα επέβαλε πνευματικές ποινές σε όσους λόγω της ιδιότητας τους ή επειδή ανήκαν σε κάποιο επίσημο όργανο της Πολιτείας διευκόλυναν την εκτέλεση του φοβερού αυτού εγκλήματος για την απαλλαγή ενός αθώου εμβρύου.⁴¹

Δυστυχώς ο άνθρωπος κατ' εικόνα πλασμένος από το Θεό έφθασε στο σημείο της απονιάς ώστε να φονεύσει τα ίδια του τα τέκνα και να γίνει φονιάς αθώων ψυχών μέσω Άμβλωσης ή Έκτρωσης, και έτσι γίνεται αρνητής της εντολής του Θεού και συντελεί έμμεσα και άμεσα στην υπογεννητικότητα, ένα μέγα έγκλημα κατά της ανθρωπότητας. Η Εκκλησία αυτούς που προβαίνουν στην Έκτρωση τους θεωρεί φονιάδες με ποινή 10 έτη αποχή από την Μετάληψη, ύστερα όμως ένας φιλανθρωπότερος νόμος το υποβίβασε στα 5 έτη. Ο Ιωάννης ο Νηστευτής ήταν ο πιο επιεικής σε 3 έτη. Οι Άμβλώσεις είναι ένα δύσλυτον πρόβλημα που βασανίζει σήμερα τον Πνευματικόν κόσμον.⁵⁰

Δύο κυρίως πράγματα οφείλουν να μάθουν οι σύγχρονοι χριστιανοί σχετικά με τη στάση της Εκκλησίας εναντίον των εκτρώσεων. Πρώτον ότι χρειάστηκαν αιώνες για να αλλάξει το ειδωλολατρικό κλίμα της διαστροφής. Δεύτερον, επειδή η Εκκλησία επέμεινε και ανέπλασε τον πολιτισμό, αντί να συμορφωθεί μ' αυτόν τελικά οι συνήθειες και οι νόμοι άλλαξαν. Είναι σταθερό ότι η υπομονή και η σταθερή επιμονή υπήρξαν οι δυνάμεις που συνεργάστηκαν στην αλλαγή.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η αρχαία ιστορική Εκκλησία δεν διαχώρισε τη ζωή σε στεγανά διαμερίσματα ανάμεσα στο κράτος και στην Εκκλησία ή ανάμεσα σε ιδιωτικές και δημόσιες ηθικές επιλογές. Αντίθετα, πήρε μια ρωμαλέα δημόσια στάση για την αγιότητα της ζωής και τελικά ενέπνευσε μια αλλαγή στην δημόσια νοοτροπία και στους νόμους.⁴⁸

8.8. Η ΑΓΙΑ ΓΡΑΦΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Οι πατέρες της Εκκλησίας, στράφηκαν προς τις αγίες Γραφές, για να επιβεβαιώσουν τη στάση της Εκκλησίας εναντίον της έκτρωσης, της θυσίας δηλαδή των νηπίων και της βρεφοκτονίας, καθώς και εναντίον των μη επιθυμητών παιδιών, τα οποία είχαν ήδη γεννηθεί. Στις Γραφές βρήκαν τη σταθερή επιβεβαίωση ότι τα αγέννητα παιδιά είχαν πλήρη και ανθρώπινη φύση γενικά και ειδικά. Οι πατέρες πίστευαν ότι η ανεκτίμητη αξία της ανθρώπινης ζωής, Ιδιαίτερα η εμβρυϊκή και η νηπιακή ζωή του Ιησού Χριστού, ήταν επιβεβαιωμένη. Όπως παρατήρησε ο Τερτυλλιανός, «ο Θεός

λοιπόν, όπως προφητεύτηκε στο παρελθόν, κατέβηκε και μπήκε μέσα σε μία παρθένο και έγινε σάρκα στη μήτρα της και γεννήθηκε Θεός και άνθρωπος ενωμένος. Η σάρκα γεννημένη από το Πνεύμα, αναπτύσσεται, αυξάνει κατά την ανθρώπινη φύση, ομιλεί, διδάσκει, ενεργεί και είναι ο Χριστός».

Η Εκκλησία έβλεπε πάντοτε τον Ιησού Χριστό ως θείο και μοναδικό Πρόσωπο από τη στιγμή της σύλληψής του. Επιπλέον κατά τον ίδιο τρόπο θεωρούσε όλους τους ανθρώπους, που είναι εικόνες του Χριστού, ως πλήρη ανθρώπινα όντα και αξία της αγάπης και της προστασίας, ακόμη και τότε που βρίσκονταν μέσα στη μήτρα της μητέρας τους. Μερικά παραδείγματα από διάφορα κείμενα των Γραφών μας δίνουν μια ιδέα για το τι βρήκαν οι πατέρες και όλες οι άλλες γενεές χριστιανών της ιστορικής Εκκλησίας στη Βίβλο σχετικά με τη μοναδικότητα της ανθρώπινης ζωής : «Πριν ακόμη σε πλάσω στη μήτρα Εγώ σε γνώριζα. Και πριν να βγεις από τη μήτρα σε αγίασα και σε έκανα προφήτη για τα έθνη.» (Ιερ. 1,5) «Ενώ ακόμη ήμουν στη μήτρα της μητέρας μου, ο Κύριος μνημόνευσε το όνομά μου» (Ησ. 49,1) «Όταν δε ευδόκησε ο Θεός, ο οποίος με ξεχώρισε από τότε που ήμουν στην κοιλιά της μητέρας μου και με κάλεσε με τη χάρη του...» (Γαλ. 1,15)

Η παραδοχή της ολοκληρωμένης ανθρώπινης ακόμη και πνευματικής ζωής του εμβρύου, αν και υποστηρίζεται από τις σύγχρονες επιστημονικές σπουδές, την κυματική δραστηριότητα του εγκεφάλου του εμβρύου, τη γενετική, τη σπουδή των χρωματοσωμάτων και την εμβρυολογία – αυτή αναγνωρίστηκε πρώτα από τους βιβλικούς συγγραφείς : « Εκείνες τις ημέρες σηκώθηκε η Μαρία και πήγε στην ορεινή στην πόλη του Ιούδα... και όταν Ελισάβετ άκουσε τον χαιρετισμό της Μαρίας, εσκύρτησε το βρέφος μέσα στην κοιλιά της...»

Πάντα η Εκκλησία θεωρεί την ανθρώπινη ζωή ιερή από τη σύλληψή της ακόμη. Και αυτό ισχύει εκατοντάδες χρόνια πριν η επιστήμη επιβεβαιώσει γενετικά ότι το έμβρυο αποτελεί πλήρη άνθρωπο. Επιπλέον η Εκκλησία αρνείται να προσδιορίσει μία συγκεκριμένη στιγμή για το πότε ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο « γίνεται άνθρωπος», ακριβώς όπως οι χριστιανοί σε έναν άλλο αγώνα, που σχετίζεται με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αρνήθηκαν να καθορίσουν την ανθρωπότητα με βάση το χρώμα του δέρματος. Η Εκκλησία διδάσκει ότι το πέρασμα από τη μήτρα της μητέρας δεν αποτελεί ένα μαγικό ανθρωποποιητικό γεγονός, πολύ περισσότερο από το ότι έχει γεννηθεί κάποιος λευκός άνδρας ευρωπαίος δεν σημαίνει ότι αποτελεί το κατεξοχήν γνώρισμα της ανθρώπινης φύσης του.⁴⁸

8.9. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η Εκκλησία πάντοτε διατηρούσε μία πολύ πιο συμπαθητική, επιστημονική και λογική θέση για την αξία της ανθρώπινης ζωής, απ' αυτήν που έχει η σύγχρονη εκοσμικευμένη, ιατρονομική κοινότητα, που υποστηρίζει την άμβλωση. Η Εκκλησία δίδαξε ότι από την ώρα της σύλληψης και ύστερα ποτέ δεν σταματήσαμε να αναπτυσσόμαστε με προορισμό να ολοκληρωθούμε σαν άνθρωποι. Εφόσον σε κάθε ηλικία όλοι μας ως μέλη της ανθρώπινης κοινωνίας εξαρτόμαστε για φυσική και πνευματική τροφή, μαθαίνουμε από την Εκκλησία ότι κανένας από εμάς δεν μπορεί να ζήσει μόνος του ως άτομο. Ποτέ δεν είμαστε «ανεξάρτητοι» από τους άλλους ανθρώπους ή από τον Θεό, όπως ένα νεογέννητο παιδί δεν είναι λιγότερο εξαρτημένο από τη μητέρα του δύο λεπτά ή δύο χρόνια μετά τη γέννησή του, απ' ότι ήταν δύο λεπτά πριν. Αυτή η αλήθεια δεν είναι αυταπόδεικτη μόνο εκεί όπου ισχύουν οι πολιτικοποιημένοι και σχιζοφρενικοί «γραφώδεις μύθοι».

Η μεταχείριση του αγέννητου βρέφους ως ασθενούς είναι πολύ σημαντικό γνώρισμα για την ηθική, ανθρωπιστική και συμπάσχουσα παράδοση της ιστορικής Εκκλησίας. Η μεταχείριση του αγέννητου βρέφους ως απλής «μάζας» χωρίς σημαντική αξία και της εγκυμοσύνης σαν να ήταν μία «αναπηρία», αποτελεί κραυγαλέα αντίθετη με καθετί που ο Χριστός και η Εκκλησία πολύ Δε περισσότερο η επιστήμη και η ιατρική, έχουν υποστηρίξει μέχρι και το πρόσφατο παρελθόν.

Το να καταδικάζεις το αγέννητο παιδί σε θάνατο, επειδή εξαρτάται από τη μητέρα του, («είναι μέρος του σώματος της μητέρας»), είναι το ίδιο με το να καταδικάζεις ολόκληρο το ανθρώπινο γένος σε θάνατο. Όλοι είμαστε εξαρτημένοι ο ένας από τον άλλο σε όλη μας τη ζωή και το γεγονός ότι ένα πρόσωπο βρίσκεται σε λάθος μήτρα, σε λάθος χρόνο ή σε λάθος φύλο ή ηλικία ή σε λάθος χρώμα ή σε λάθος μέγεθος ή έχει τη μη επιτρεπόμενη αναπηρία, δεν συνιστά επαρκή λόγο να το εξοντώσουμε.⁴⁸

8.10. Η ΘΕΣΗ ΑΛΛΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ

Η Αμβλωση ή Έκτρωση κατά το Παλαιόν Κανονικών Δίκαιον της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας κατά την νομοθεσία του Γραττιανού, όποιος φόνευσε κυοφορούμενο λέγεται φονιάς.

Ο Πάπας Γρηγόριος ο ΙΧ εξισώνει την έκτρωση με την στείρωση. Αυτή η εξίσωση αναφέρεται ανεξάρτητα από την περίπτωση στο αδίκημα της προσβολής του δικαίου της ζωής.

Ο Πάπας Σίξτον V (1585-1590) εκτιμά την αμβλωση μετά την στείρωση ως φόνο του κυοφορούμενου, ουδεμία διάκριση μεταξύ κυοφορούμενου μετά ψυχής και κυοφορούμενου άνευ ψυχής.

Ο Dr J.E Pruner στο έργο του Morel Theologie γράφει τα εξής: Μέχρι την 17^η εκατονταετηρίδα κρατεί τη γνώμη κατά την Αριστοτέλειου θεωρία ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ εμβρύου και εμβρύου άψυχου και έμψυχου.⁴²

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

Οι προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη, ενώ μερικά δόγματά τους αναφέρουν πως “η θεραπευτική έκτρωση είναι επιτρεπτή όταν ζητείται”. Ωστόσο κάποιοι Προτεστάντες ασπάζονται την άποψη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας για το ζήτημα αυτό.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την αμβλωση, ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού νόμου. Γενικά όμως φαίνεται ότι η έκτρωση είναι αποδεκτή, “για τη διατήρηση της καλής υγείας της μητέρας”.²

8.11. Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Το σύνολο σχεδόν των Ιατρών, όχι μόνο της ειδικότητας του Μαιευτήρα – Γυναικολόγου, αλλά και όλων των άλλων ειδικοτήτων, είναι ενάντια της βίαιης αποβολής του εμβρύου, υποστηρίζοντας την προστασία του σπουδαιότερου αγαθού και ειδικά της προστασίας της μητέρας, διότι όπως λει ο Καθηγητής της Παιδιατρικής Έδρας του Πανεπιστημίου Αθηνών και υπουργός των Κοινωνικών Υπηρεσιών κ. Σπύρος Δοξιάδης: «Η διακοπή μιας κύησης νόμιμα ή παράνομα έχει από ψυχολογική και ιατρική πλευρά πολλές βλαβερές επιπτώσεις και άμεσες και

απώτερες». (Πρακτικά Βουλής 15 - 9 – 1978). Κανείς δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι επειδή μια κόρη ή κυρία που διέπραξε συνουσία με κάποιον άνδρα, σύζυγο ή φίλο της, πρέπει επειδή έμεινε έγκυος, για να απαλλαγεί από αυτήν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να βρει ένα δολοφόνο και αυτός να είναι γιατρός, για να φονευθεί το παιδί. Αλλά και αν φονευθεί το παιδί, αυτό θα γίνει προφανώς μέσα στα σπλάχνα της μητέρας και είναι φυσικό και λογικό όταν αφαιρείται ένα όργανο από το σώμα του ανθρώπου, να υφίσταται δοκιμασίες και πολλές φορές αλλοιώσεις στα συνεχόμενα άλλα όργανα και τοιχώματα. Αυτό ακριβώς συμβαίνει και με την Έκτρωση του παιδιού ή Άμβλωση ή για μερικούς που ρίχνουν στάχτη στα μάτια τους για να μην ακούν το έγκλημα «διακοπή της κύησης». Εφόσον λοιπόν δεν συμπληρώθηκε ο χρόνος για να αποχωριστεί το παιδί από την μήτρα της μητέρας φυσιολογικά, αυτό βρίσκεται προσκολλημένο στη μήτρα και λαμβάνει τροφή από τον ομφάλιο λώρο, ο οποίος και αυτός με την σειρά του λαμβάνει την τροφή από τον πλακούντα με τον οποίο συνδέεται είδος σακούλας και ο πλακούντας παίρνει την τροφή, η οποία δεν είναι άλλη από το αρτηριακό αίμα της μητέρας από την μήτρα.

Όταν λοιπόν τραβούμε το παιδί έξω από την μήτρα ή με ξύστρα ή με την βεντούζα προξενούνται στα συνεχόμενα όργανα της γυναίκας τραυματισμοί και κακώσεις, διότι όπως λει ο καθηγητής και Μαιευτήρας κ. Ιωάννης Καραντάνης «Η έκτρωση αποτελεί παραβίαση της φύσεως».⁴¹

8.12. Η ΓΝΩΜΗ ΤΟΥ ΕΙΣΑΓΓΕΛΕΑ ΕΦΕΤΩΝ

Μάλιστα! Απίστευτο αλλά αληθινό. Ο Εισαγγελέας Εφετών με δήλωσή του στην εφημερίδα «Ελεύθερος Κόσμος» στις 26-06-77, συνιστά την κατάργηση των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα οι οποίες επιβάλλουν ποινές σε αυτούς που ενεργούν το φόνο του εμβρύου (άμβλωση – έκτρωση), επειδή λει κατάντησαν ανεφάρμοστοι! Και εξηγεί ότι στις δέκα χιλιάδες (10.0000) αμβλώσεις έχουμε μόνο δύο καταδίκες. Και με την λογική αυτή θα πρέπει ο κ. Εισαγγελέας να εισηγείται και τα εξής καταπληκτικά. Να καταργηθούν οι διατάξεις του νόμου περί συναλλάγματος, διότι ενώ όλοι οι ταξιδεύοντες στο εξωτερικό τον παραβαίνουν, εντούτοις ελάχιστοι τιμωρούνται. Να καταργηθούν οι διατάξεις του νόμου περί φοροδιαφυγής, διότι ενώ λίγο ως πολύ όλοι τον παραβαίνουν, εντούτοις ελάχιστοι ή κανείς δεν τιμωρείται. Και ακόμα να καταργηθούν οι διατάξεις περί τυχερών παιχνιδιών και χαρτοπαιξίας του Ποινικού Κώδικος στα οποία παίζουν και επίσημα πρόσωπα, αλλά σπάνια διώκονται. Αυτά θα εισηγηθεί με το χρόνο ο κ. Εισαγγελέας Εφετών βάσει της αρχής που έθεσε για το ανεφάρμοστο των διατάξεων περί αμβλώσεων και σιγά σιγά ο κ. Εισαγγελέας θα εισηγηθεί και την κατάργηση ολόκληρου του Ποινικού Κώδικα, διότι η κοινωνία των κακοποιών την αποδοκιμάζει. Ας ακούσουμε τον ίδιο να ομιλεί μήπως και εμείς πλανώμεθα. Στην Ελλάδα, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι γίνονται κάθε χρόνο 100.000 αμβλώσεις. Έχουμε στο ίδιο διάστημα 20 καταδίκες.

Αυτό σημαίνει ότι σημειώνονται 2 καταδίκες για 10.000 περιπτώσεις. Συνεπώς η χώρα μας κατέχει το ρεκόρ των παράνομων και μη τιμωρούμενων αμβλώσεων. Αυτό συνιστά μια αδήριτο πραγματικότητα ενώπιον της οποίας ο ποινικός νόμος αποδικνύεται εντελώς ανενεργός. Επιβάλλεται λοιπόν να αναθεωρηθεί τολμηρά ο νόμος αν θέλουμε να αποφύγουμε την βλαβερή ηθικολογική και νομιστική υποκρισία και να μειώσουμε την ανομία που σοβεί στο κοινωνικό μας σώμα. Διότι η κατασταλτική θέση του Ποινικού μας Κώδικα έναντι των αμβλώσεων, οδηγεί μοιραίως στη λαθραία άμβλωση. Και η λαθραία άμβλωση είναι κατά το πλείστον απάνθρωπη και κακοφομισμένη ανεπούλωτη πληγή της δημόσιας υγείας. Και

περαιτέρω : «Τα δημογραφικά πλεονεκτήματα της κατασταλτικής πολιτικής επί των αμβλώσεων αναιρούνται μέγaalως από τα άτοπα της χρεοκοπίας του νόμου. Του νόμου που παραμένει πλέον ‘νεκρό γράμμα’ και ‘μύθος’, για να εμπνέει αναπόφευκτα περιφρόνηση, εκτεινόμενη ασυναίσθητα στο σύνολο των ποινικών διατάξεων». Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι ο Εισαγγελέας Εφετών είναι υπέρ των αμβλώσεων.⁴¹

8.13. Η ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Ίσως, αγαπητή μου Ελληνίδα να διάβασες στην εφημερίδα του Σεπτεμβρίου του 1978 ότι στη Βουλή των Ελλήνων και στο νομοσχέδιο «περί μεταμοσχεύσεως» προστέθηκε το άρθρο 5 και η τρίτη παράγραφος που έχει ως εξής: «Επιτρέπεται η άμβλωση (τεχνητή έκτρωση) μέχρι και την 20^η εβδομάδα (20 X 7 = 140 μέρες δηλαδή το μωρό που θα σκοτώσουν θα είναι μέχρι και 5 μηνών), στην περίπτωση που διαπιστωθεί μέσω προγνωστικού ελέγχου, σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου. Επίσης επιτρέπεται μέχρι την 12^η εβδομάδα (12 X 7 = 84 : 30 = 3 μηνών) στην περίπτωση που κινδυνεύει η ψυχική υγεία της μητέρας διαπιστωμένο από ψυχίατρο, εργαζόμενο σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου. Τελικά και η Βουλή των Ελλήνων είναι υπέρ των αμβλώσεων.⁴¹

8.14. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΠΕΡΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Δύσκολα θα μπορούσε κάποιος να αρνηθεί ότι η κυοφορούσα είναι εκείνη η οποία έρχεται αντιμέτωπη με τις δυσκολίες και τους κινδύνους της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η πάλι ότι είναι οι γονείς και ειδικά η μητέρα, η οποία θα πρέπει να επωμισθεί το βάρος της ανατροφής του παιδιού και συνεπώς οφείλει να εκτιμήσει τις επιπτώσεις της εγκυμοσύνης της και της γέννησης του παιδιού για τη φυσική και ψυχική της κατάσταση. Δεδομένης της ποικιλίας των περιστάσεων πολλές φορές το αποτέλεσμα αυτής της εκτίμησης – η οποία, όπως πιστεύουμε, θα πρέπει να είναι κατά βάση ελεύθερη και υπεύθυνη – μπορεί να καταλήξει στην απόφαση για εκούσια διακοπή της εγκυμοσύνης. Η κάθε άμβλωση είναι κάτι σοβαρό, ανεπίδεκτο υπεραπλούστευσης και εκχυδαΐσμού: είναι ένα προσωπικό πρόβλημα και πρόκληση ελευθερίας. Η ηθική σκέψη, στο πλαίσιο της χριστοειδεΐας του ανθρωπισμού, δεν θα μπορούσε ποτέ να δικαιώσει την άμβλωση.⁵¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

- ◆ Ποιοι επωφελούνται από τις αμβλώσεις
- ◆ Που καταλήγουν τα αμβλωμένα έμβρυα

9.1. ΠΟΙΟΙ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

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

Οι γυναικολόγοι, με προκάλυμμα την εμπιστοσύνη, τον ορθολογισμό, την ταμπέλα του ειδικού, 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.

Ο λόγος των γυναικολόγων από την εμπειρία που ο καθένας μας 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 είχε πει.

Η χρήση που κάνουν οι γιατροί των γνώσεών τους ή της άγνοιάς τους, δεν είναι καθόλου 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.

Η έκτρωση είναι ένα «ακραίο μέσο αντισύλληψης» που αντιστοιχεί στο σύνολό του στις ιδεολογικές δομές μιας κοινωνίας βασισμένης στην αυταρχική οικογένεια, στη διπλή ηθική. Αυτή η ιδεολογία νομιμοποιεί και την αυθαίρετη επιστημονική επιλογή, «καλύτερα έκτρωση παρά χάπι» που στην Ελλάδα αποτελεί ιατρικό δόγμα. Και αν δεν λέγεται έτσι, πάντως εννοείται, μια που όταν γίνεται λόγος για αντισύλληψη οι γιατροί προτείνουν πάντα τα λιγότερο αποτελεσματικά μέτρα, με φυσική συνέπεια η έκτρωση να αποτελεί κατά κανόνα τη λύση του προβλήματος της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Το να έχει κάνει η γυναίκα πέντε εκτρώσεις, που είναι αριθμός μετριοπαθής –τη στιγμή που υπάρχουν όχι λίγες γυναίκες που οι εκτρώσεις τους ξεπερνούν κατά πολύ αυτό τον αριθμό- είναι πρακτικά ακίνδυνο. Η επισήμανση των κινδύνων στην περίπτωση αυτή αντιμετωπίζεται θεωρητικά και ποτέ σε σχέση με την πράξη. Όπου η έκτρωση σημαίνει χειρουργική επέμβαση και όπου οι επιπτώσεις επανειλημμένων αποξέσεων που είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος έκτρωσης, ελάχιστα επισημαίνεται. Ακόμη και όταν κάτι συμβεί, δεν συνδέεται ποτέ με το γεγονός της προηγούμενης απόξεσης.

Αντίθετα, για τα χάπια συστηματικά και ύπουλα υπό τύπο «μικρών» ειδήσεων στις εφημερίδες, κυκλοφορούν διάφορα τρομακτικά. Στις περιπτώσεις που τα χάπια χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς, οι φόβοι μοιάζουν να εκλείπουν. Λες και αυτοί οι λόγοι οφείλονται περισσότερο στην ηθική υπέρβαση παρά στο χάπι καθαυτό.

Βλέπουμε λοιπόν ‘‘ότι στις ιδιωτικές γυναικολογικές κλινικές έχουν ένα τμήμα για «επεμβάσεις», όλοι οι γυναικολόγοι της χώρας θησαυρίζουν απ’ αυτές και μόνο όταν συμβεί κάποιο ακραίο γεγονός (όπως ο θάνατος), η υπόθεση περνάει στα χέρια του νόμου. Δηλαδή στην Ελλάδα οι εκτρώσεις γίνονται ανενόχλητα και σε μεγάλο βαθμό, με τις σιωπηλές ευλογίες του κράτους που τις απαγορεύει.

Θα μπορούσε λόγου χάρι να υποθέσει κανείς πως η ανοχή του κράτους απέναντι στην παράνομη έκτρωση οφείλεται στην έλλειψη επαγγελματικών, κοινωνικών κ.λ.π. διεξόδων για μεγαλύτερο πληθυσμό σε μια ορθολογισμένη κοινωνία σαν την ελληνική.

Αν όμως συμβαίνει κάτι τέτοιο, γιατί αυτή η σιωπηλή ανάγκη περιορισμού των γεννήσεων δεν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την προγραμματισμένη αντισύλληψη; Αλλά στην Ελλάδα στήθηκε για τους γιατρούς η τεράστια βιομηχανία των εκτρώσεων. Έτσι δεν πληροφορούν τις γυναίκες για τις επιπτώσεις στην υγεία τους και τις δυνατότητες αποφυγής τους.

Το είπε ο γνωστός Αθηναίος γιατρός σε κοπέλα 22 χρονών που του ζήτησε αντισυλληπτικά χάπια μετά από έκτρωση : «Από τώρα; Κάνε πρώτα μια δυο εκτρώσεις ακόμα.. Τα χάπια θα καταστρέψουν τον οργανισμό σας».

Κάθε πρωί αναλογούν δέκα εκτρώσεις στον κάθε γιατρό. Οι συνθήκες περιποίησης και καθαριότητας αντιστοιχούν με τις δυνατότητες του βαλαντίου των γυναικών. Οι προκαταρκτικές εξετάσεις δεν θεωρούνται απαραίτητες κι έτσι μπορεί να κάνουν μια «αποξεσούλα» χωρίς η γυναίκα να είναι καν έγκυος.

Ποιοι έχουν λοιπόν συμφέρον στη διαιώνιση αυτής της κατάστασης; Ποιοι χρηματοδοτούν τους εκδοτικούς οργανισμούς για να δημοσιεύουν τερατώδη άρθρα με επιστημονική σοβαρόφάνεια για τους θανάσιμους κινδύνους των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων; Πιασμένες λοιπόν στα γρανάζια της άγνοιας, της διαστρέβλωσης, εμπιστευόμενη το γιατρό της, η κάθε γυναίκα καταλήγει στην έκτρωση.⁸

9.2. ΤΑ «ΟΦΕΛΗ» ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΕΜΒΡΥΑ

9.2.1. Οι ισχυρισμοί

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

Συνεπώς, μερικοί “ηθικολόγοι” και ερευνητές νοσοκομείων έχουν γίνει σχεδόν υστερικά χαρούμενοι με την προοπτική του να έχουν πρόσβαση σε μια άφθονη πηγή χρήσιμου “εμβρυακού υλικού που παράγεται από εκατομμύρια εκτρώσεων.

Όπως έθεσε το θέμα ο Dr. Abraham Lieberman του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης «αυτές οι τεχνικές εμβρυακού ιστού είναι για την ιατρική ότι είναι η υοεραγωγιμότης για τη φυσική».

Τα κύτταρα του εμβρύου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση, γιατί είναι «ανοσολογικώς αφελή» κάτι που σημαίνει ότι δεν έχουν αναπτύξει ακόμη όλα τα αντιγόνα που επιτρέπουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ενός αποδέκτη μοσχεύματος να τα προσδιορίζει και να τα αποδέχεται. Επιπλέον, τα νευρικά κύτταρα του εμβρύου αναζωογονούνται και αναπτύσσονται, σε αντίθεση με τα νευρικά κύτταρα των ενηλίκων.⁸

9.2.2. «Ένα έθνος βρικόλακων;»

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

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

Είναι λοιπόν εντελώς πιθανό το ιατρικό μας κατεστημένο να υποστηρίξει τελικά ένα εκατομμύριο ή περισσότερους “νέο-βρικόλακες”, που απαιτούν τα φρέσκα μυαλά των διαμελισμένων πρώιμα γεννημένων ανθρώπινων υπάρξεων, για να παραμείνουν ζωντανοί.

Η προοπτική των τραπεζών οργάνων που θα γεμίσουν από μέρη ακούσιων θυμάτων, κάτι που για καιρό αποτελούσε στοιχείο πλοκής των κειμένων τρόμου, έρχεται ένα βήμα κοντύτερα στην πραγματικότητα, με την προοπτική και την προώθηση του πειραματισμού με έμβρυα και της μεταμόσχευσης οργάνων από αυτά.⁸

9.3. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΗΞΗ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΜΕΝΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ

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

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

Το ίδιο σενάριο ξεδιπλώνεται και στη διαμάχη για τους εμβρυακούς ιστούς. Περισσότερα από τα τρία τέταρτα όλων των μελετών σε αυτόν τον τομέα, έχουν καταλήξει ότι τα οφέλη από τη μεταμόσχευση εμβρυακών ιστών, οφελούν μόνο λίγους. Τους επιστήμονες που λαμβάνουν τις επιδοτήσεις. Πολύ λίγα άρθρα έχουν περιγράψει μετρήσιμη βελτίωση στα συμπτώματα που σχετίζονται με νευρολογικές ασθένειες και τα περισσότερα από αυτά τα άρθρα περιγράφουν μελέτες που είναι ημιτελείς ή περιέχουν σημαντικά σφάλματα.

Ο Dr. Robert J. White εξέτασε τις μελέτες αυτές και συμπέρανε ότι : «Οι κλινικές μελέτες που έχουν έως τώρα πραγματοποιηθεί για τη μεταμόσχευση ανθρώπινου εμβρυακού ιστού στο εγκεφαλικό ημισφαίριο των ασθενών, με την ασθένεια του Parkinson έδειξαν λίγες αποδείξεις μετρήσιμης, μόνιμης βελτίωσης στη νευρολογική βλάβη”.⁸

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρώτος σκοπός της έρευνάς μας, ήταν να διερευνήσουμε τις γνώσεις τις εμπειρίες αλλά και τη στάση των γυναικών, όσον αφορά το θέμα των αμβλώσεων.

Δεύτερος σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε κι εμείς τις γνώσεις μας, ώστε να είμαστε σε θέση να συμπαρασταθούμε και να ενημερώσουμε κατάλληλα, γυναίκες που βιώνουν τη δύσκολη κατάσταση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, έτσι ώστε να καταλήξουν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τις ίδιες.

Ο τρίτος σκοπός μας, ήταν να γνωστοποιηθεί το επίπεδο γνώσης και ενημέρωσης των γυναικών, στο θέμα της αντισύλληψης και να ερευνηθούν τα ψυχολογικά, κοινωνικά και θρησκευτικά τους διλήμματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο απευθύνθηκε σε 250 νοσηλεύτριες, οι οποίες αποτελούν νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων Αθήνας, Πάτρας και Μυτιλήνης ηλικίας 20-40 ετών, μέσου όρου ηλικίας 30,19 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 17 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 5 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2006 έως τον Ιανουάριο του 2007 σε Αθήνα, Πάτρα και Μυτιλήνη.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως νοσηλεύτρια

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

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

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

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates)

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 250 νοσηλεύτριες όρου ηλικίας 30,19 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

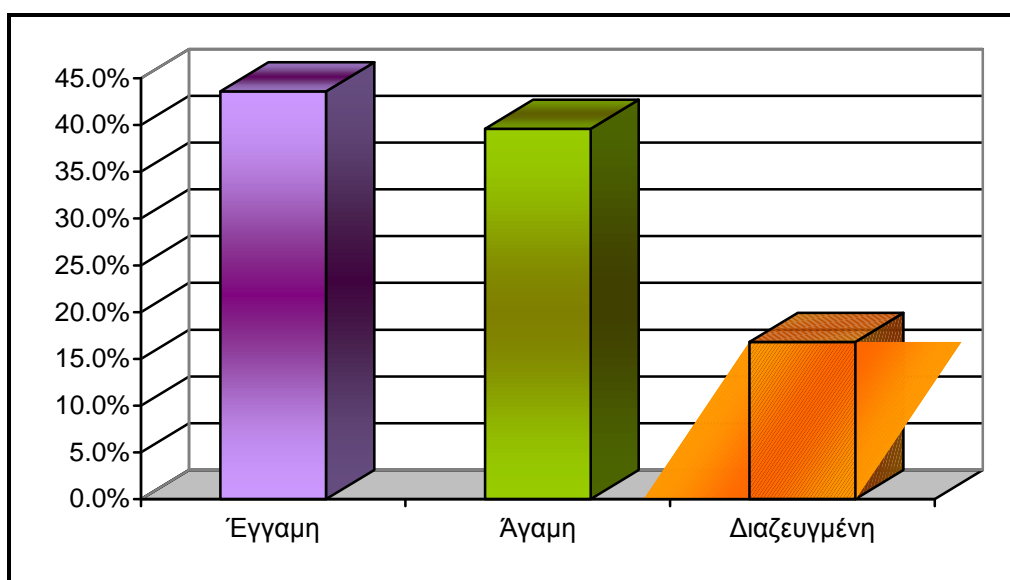
ΗΛΙΚΙΑ	N=250
Mean	30,19
Std. Dev.	6,41
Minimum	20
Maximum	40

Η ηλικία των 250 ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 20 και 40 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 30,19 έτη και τυπική απόκλιση 6,41 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 2: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	N=250	Percent
Έγγαμη	109	43,6%
Άγαμη	99	39,6%
Διαζευγμένη	42	16,8%

Σχήμα 1: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

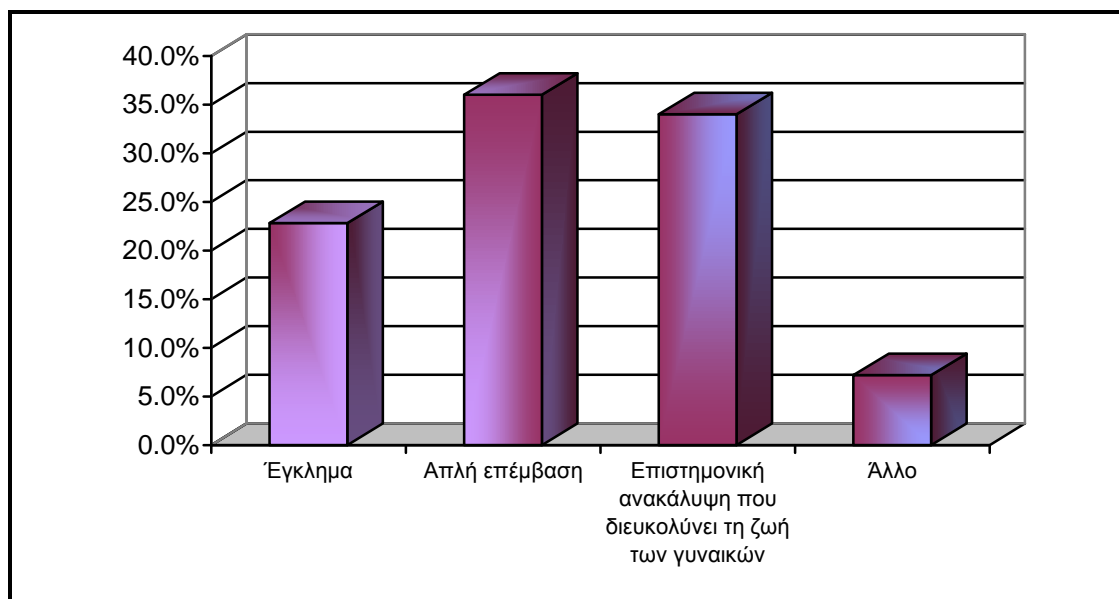


Το μεγαλύτερο ποσοστό των 250 ερωτηθέντων δήλωσαν έγγαμες (109 νοσηλεύτριες – 43,6%) και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (99 νοσηλεύτριες – 39,6%) άγαμες. Οι υπόλοιπες ερωτηθείσες (42 νοσηλεύτριες – 16,8%) δήλωσαν διαζευγμένες (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Πίνακας 3: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για την άμβλωση.

ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ	N=250	Percent
Έγκλημα	57	22,8%
Απλή επέμβαση	90	36,0%
Επιστημονική ανακάλυψη που διευκολύνει τη ζωή των γυναικών	85	34,0%
Άλλο	18	7,2%

Σχήμα 2: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για την άμβλωση.

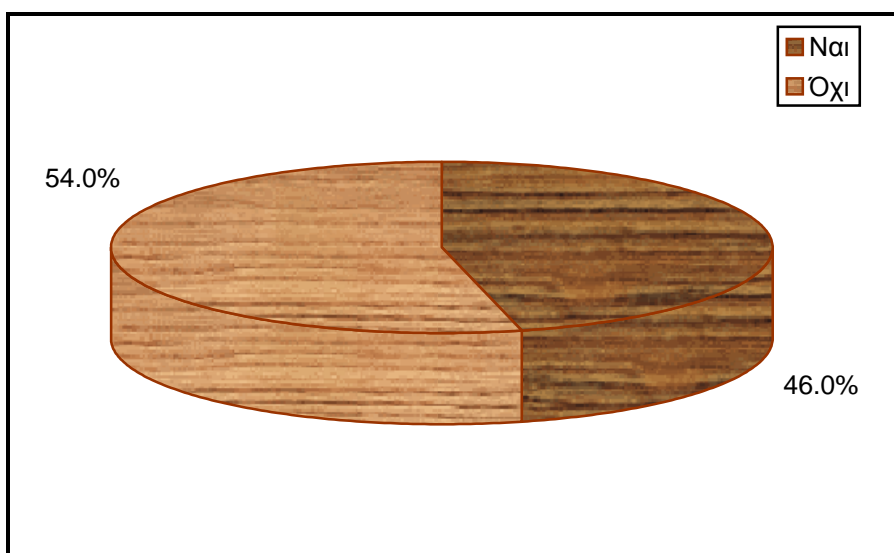


Τα 2/3 των ερωτηθέντων νοσηλευτριών θεωρούν ότι η άμβλωση είναι είτε απλή επέμβαση (90 νοσηλεύτριες – 36,0%) είτε επιστημονική ανακάλυψη που διευκολύνει τη ζωή των γυναικών (85 νοσηλεύτριες – 34,0%). Μόνο το ένα πέμπτο των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν (57 νοσηλεύτριες – 22,8%) θεωρούν ότι η άμβλωση είναι έγκλημα και το υπόλοιπο 7,2% (18 νοσηλεύτριες) θεωρούν την άμβλωση κάτι άλλο εκτός των παραπάνω (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Πίνακας 4: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει άμβλωση.

ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΕΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ;	N=250	Percent
Ναι	115	46,0%
Όχι	135	54,0%

Σχήμα 3: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κάνει άμβλωση.

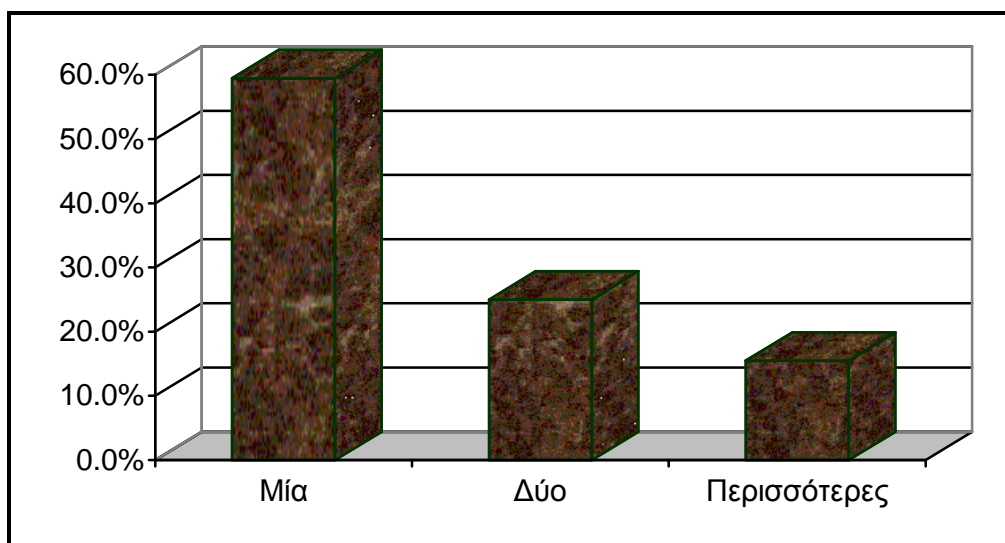


Σχεδόν οι μισές νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι έχουν κάνει άμβλωση (115 νοσηλεύτριες – 46,0%) ενώ οι υπόλοιπες δεν έχουν κάνει (135 νοσηλεύτριες – 54,0%) (Πίνακας4, Σχήμα3).

Πίνακας 5: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το πόσες αμβλώσεις έχουν κάνει.

ΠΟΣΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ;	N=115	Percent
Μία	69	59,5%
Δύο	29	25,0%
Περισσότερες	18	15,5%

Σχήμα 4: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το πόσες αμβλώσεις έχουν κάνει.

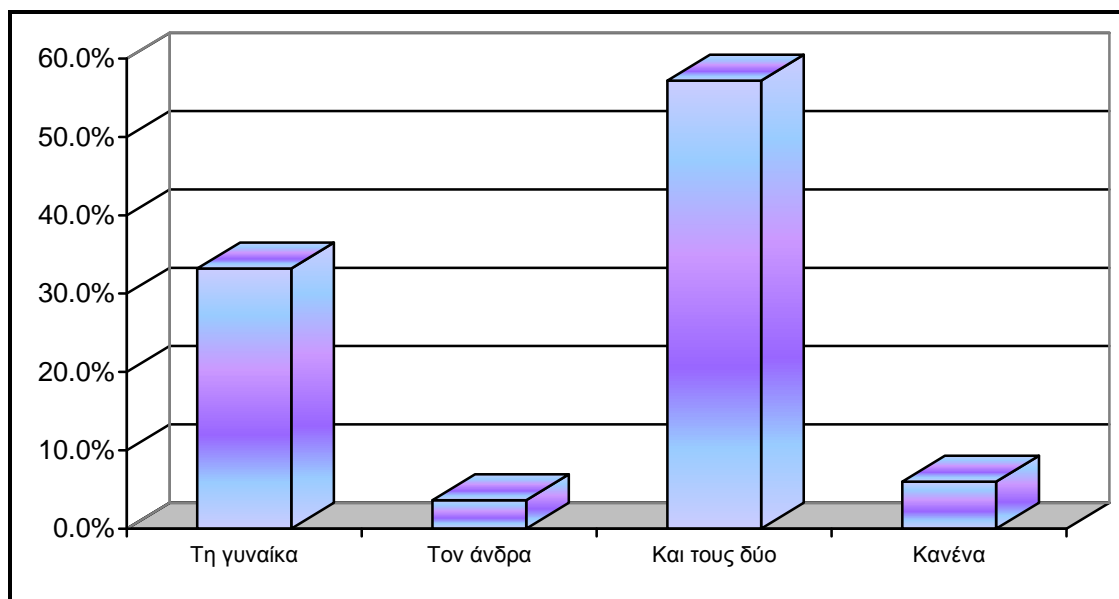


Από τις 115 νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση το 59,5% (109 νοσηλεύτριες) έχουν κάνει μία φορά, το 25% (29 νοσηλεύτριες) έχουν κάνει δύο φορές ενώ οι υπόλοιπες 15,5% (18 νοσηλεύτριες) περισσότερες από δύο φορές (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Πίνακας 6: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για το ποιόν αφορά το θέμα της άμβλωσης.

ΠΟΙΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	N=250	Percent
Τη γυναίκα	83	33,2%
Τον άνδρα	9	3,6%
Και τους δύο	143	57,2%
Κανένα	15	6,0%

Σχήμα 5: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για το ποιόν αφορά το θέμα της άμβλωσης.

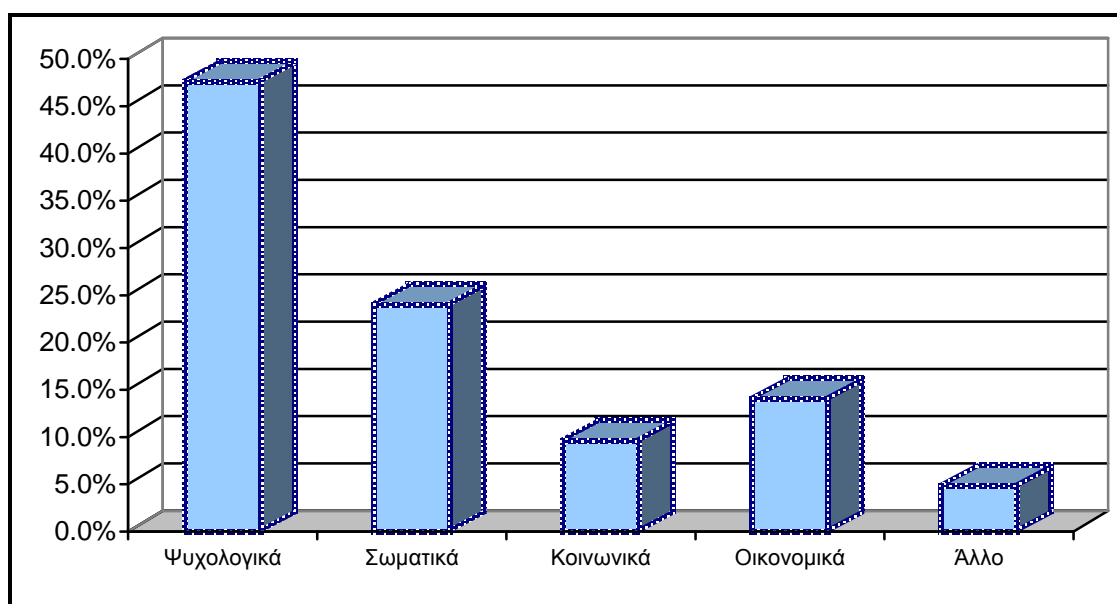


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτριών θεωρούν ότι η άμβλωση είναι ένα θέμα που αφορά είτε και τους δύο (143 νοσηλεύτριες – 57,2%) είτε μόνο τη γυναίκα (83 νοσηλεύτριες – 33,2%). Άλλες 15 νοσηλεύτριες (ποσοστό 6,0%) θεωρούν ότι δεν αφορά κανένα και μόνο 9 νοσηλεύτριες (ποσοστό 3,6%) θεωρούν ότι η άμβλωση αφορά μόνο τον άνδρα (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Πίνακας 7: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το τι επηρεάζει τη γυναίκα στο θέμα της άμβλωσης.

Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ...	N=250	Percent
Ψυχολογικά	119	47,6%
Σωματικά	60	24,0%
Κοινωνικά	24	9,6%
Οικονομικά	35	14,0%
Άλλο	12	4,8%

Σχήμα 6: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το τι επηρεάζει τη γυναίκα στο θέμα της άμβλωσης.

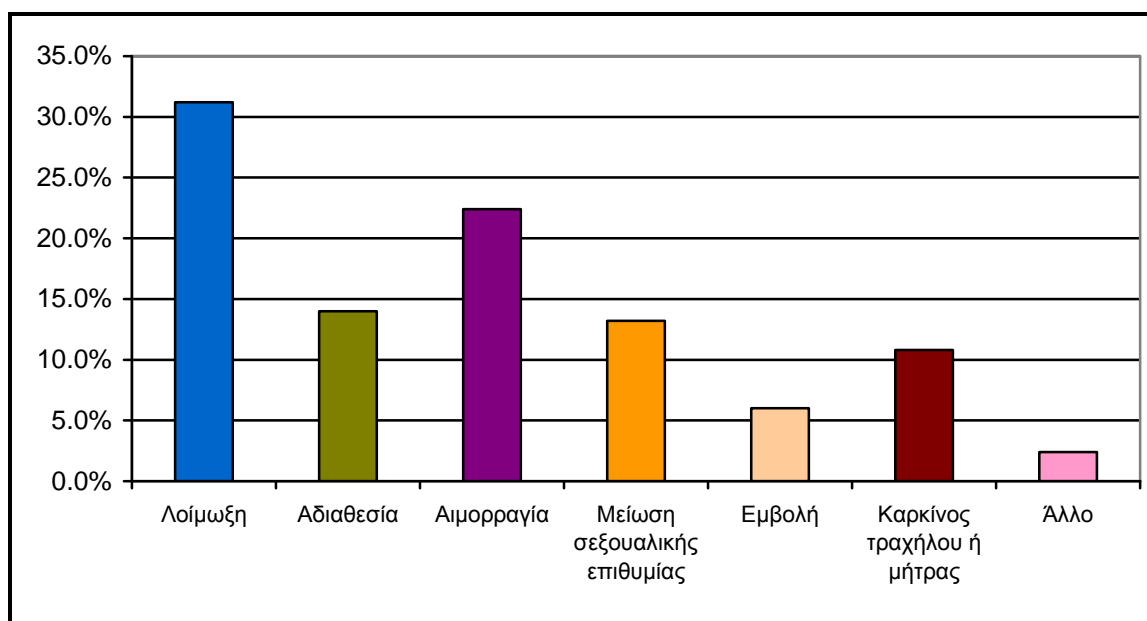


Σχεδόν οι μισές από τις 250 νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν (119 νοσηλεύτριες – 47,6%) θεωρούν ότι η άμβλωση επηρεάζει τη γυναίκα ψυχολογικά, ακολουθούν σε συχνότητα ο σωματικός επηρεασμός της γυναίκας (60 νοσηλεύτριες – 24,0%), ο οικονομικός επηρεασμός της γυναίκας (35 νοσηλεύτριες – 14,0%) και ο κοινωνικός επηρεασμός (24 νοσηλεύτριες – 9,6%). Τέλος, άλλες 12 νοσηλεύτριες (ποσοστό 4,8%) θεωρούν ότι η γυναίκα επηρεάζεται από άλλο λόγο (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 8: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι επιπλοκές μιας άμβλωσης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΙΑΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	N=250	Percent
Λοίμωξη	78	31,2%
Αδιαθεσία	35	14,0%
Αιμορραγία	56	22,4%
Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας	33	13,2%
Εμβολή	15	6,0%
Καρκίνος τραχήλου ή μήτρας	27	10,8%
Άλλο	6	2,4%

Σχήμα 7: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι επιπλοκές μιας άμβλωσης.

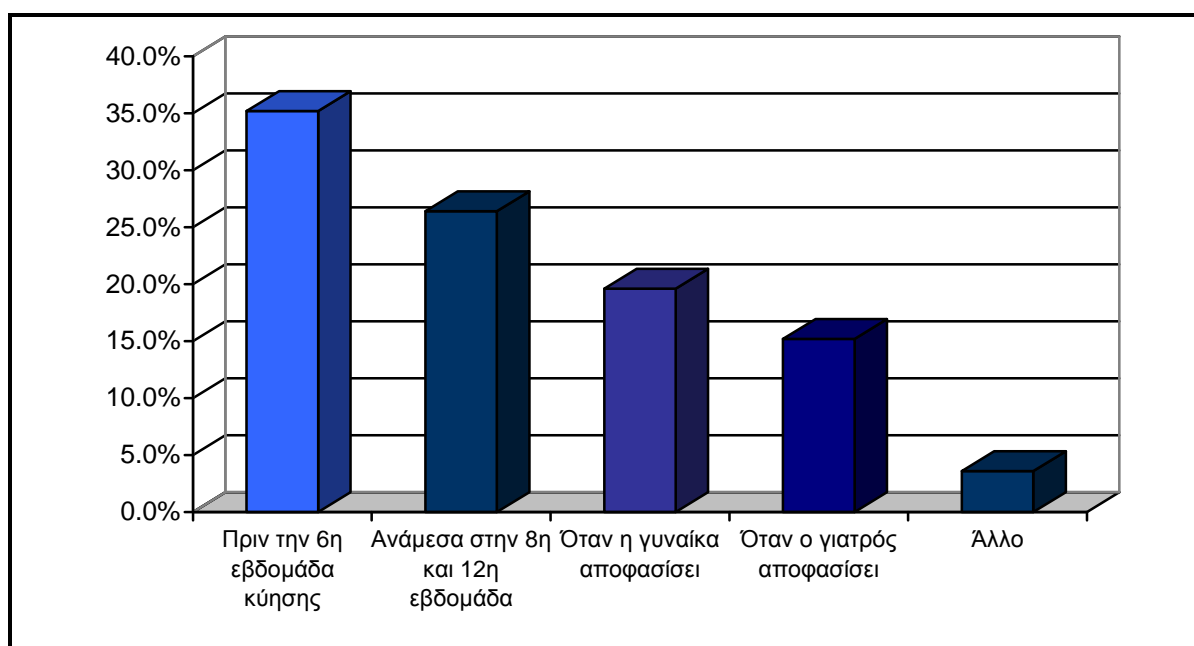


Σχεδόν οι ένα τρίτο από τις νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν (78 νοσηλεύτριες – 31,3%) θεωρούν ως επιπλοκή μιας άμβλωσης τη λοίμωξη, ακολουθούν σε συχνότητα η αιμορραγία (56 νοσηλεύτριες – 22,4%), η αδιαθεσία (35 νοσηλεύτριες – 14,0%), η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (33 νοσηλεύτριες – 13,2%), ο καρκίνος τραχήλου ή μήτρας (27 νοσηλεύτριες – 10,8%) και η εμβολή (15 νοσηλεύτριες – 6,0%). Τέλος, άλλες 6 νοσηλεύτριες (ποσοστό 2,4%) θεωρούν κάποιο άλλο ως επιπλοκή της άμβλωσης (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 9: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το πότε πρέπει να διεξάγεται μια άμβλωση.

ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΞΑΓΕΤΑΙ	N=250	Percent
Πριν την 6 ^η εβδομάδα κύησης	88	35,2%
Ανάμεσα στην 8 ^η και 12 ^η εβδομάδα	66	26,4%
Όταν η γυναίκα αποφασίσει	49	19,6%
Όταν ο γιατρός αποφασίσει	38	15,2%
Άλλο	9	3,6%

Σχήμα 8: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το πότε πρέπει να διεξάγεται μια άμβλωση.

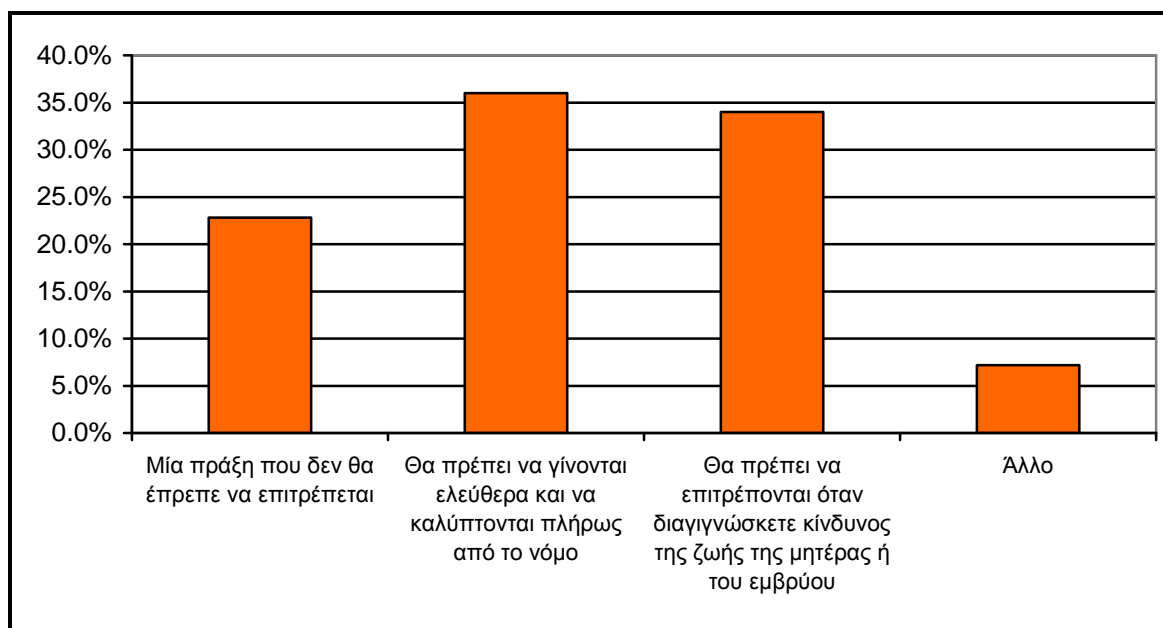


Περισσότερες από μία στις τρεις από τις νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν (88 νοσηλεύτριες – 35,2%) θεωρούν ότι η άμβλωση θα πρέπει να διεξάγεται πριν την 6^η εβδομάδα κύησης ενώ άλλες 66 νοσηλεύτριες (ποσοστό 26,4%) θεωρούν ότι η άμβλωση θα πρέπει να διεξάγεται ανάμεσα στην 8^η και 12^η εβδομάδα. Το 19,6% των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν (49 νοσηλεύτριες) θεωρούν ότι πρέπει να διεξάγεται όταν αποφασίσει η γυναίκα ενώ άλλες 38 (ποσοστό 15,2%) όταν ο γιατρός αποφασίσει. (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Πίνακας 10: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για τις αμβλώσεις.

Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	N=250	Percent
Μία πράξη που δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται	57	22,8%
Θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα και να καλύπτονται πλήρως από το νόμο	90	36,0%
Θα πρέπει να επιτρέπονται όταν διαγιγνώσκετε κίνδυνος της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου	85	34,0%
Άλλο	18	7,2%

Σχήμα 9: Κατανομή 250 ερωτηθέντων σύμφωνα με τη γνώμη τους για τις αμβλώσεις.

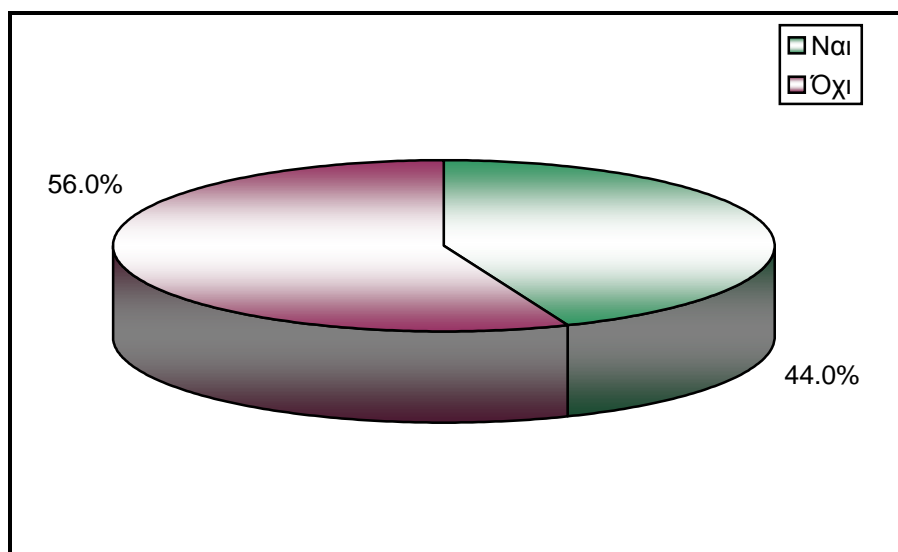


Η γνώμη των ερωτηθέντων νοσηλευτριών για τις αμβλώσεις είναι είτε ότι θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα και να καλύπτονται πλήρως από το νόμο (90 νοσηλεύτριες – 36,0%) είτε ότι θα πρέπει να επιτρέπονται όταν διαγιγνώσκετε κίνδυνος της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου (85 νοσηλεύτριες – 34,0%). Άλλες 55 νοσηλεύτριες (ποσοστό 22,8%) θεωρούν την άμβλωση μια πράξη που δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται και άλλες 18 νοσηλεύτριες (ποσοστό 7,2%) είχαν άλλη γνώμη (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 11: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν η θέση της εκκλησίας θα μπορούσε να σας επηρεάσει αρνητικά για τη διεξαγωγή μιας άμβλωσης.

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΜΙΑΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ;	N=250	Percent
Ναι	110	44,0%
Όχι	140	56,0%

Σχήμα 10: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν η θέση της εκκλησίας θα μπορούσε να σας επηρεάσει αρνητικά για τη διεξαγωγή μιας άμβλωσης.

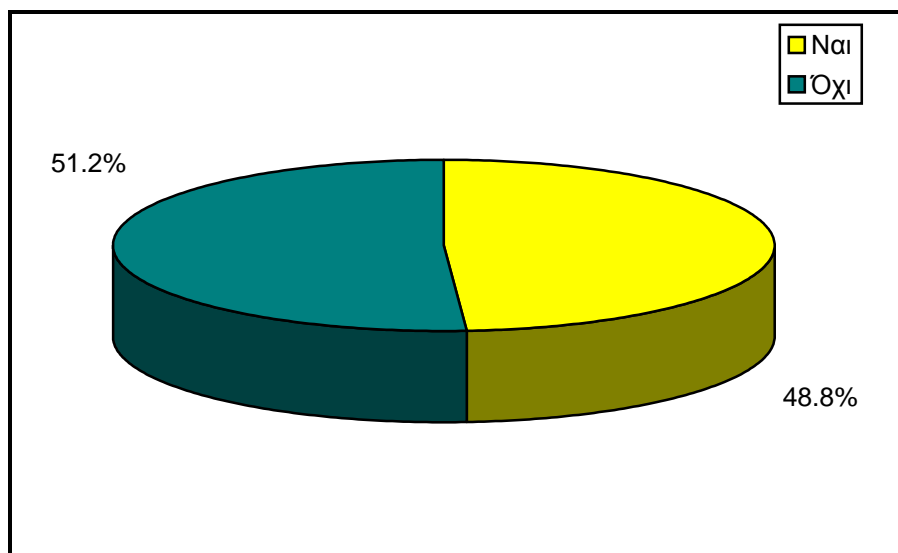


Πάνω από τις μισές νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι η θέση της εκκλησίας δεν θα μπορούσε να τις επηρεάσει αρνητικά για τη διεξαγωγή μιας άμβλωσης (140 νοσηλεύτριες – 56,0%) ενώ οι υπόλοιπες δήλωσαν ότι θα μπορούσε να τις επηρεάσει (110 νοσηλεύτριες – 44,0%) (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 12: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση.

ΘΑ ΑΠΟΤΡΕΠΑΤΕ ΕΝΑ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ;	N=250	Percent
Ναι	122	48,8%
Όχι	128	51,2%

Σχήμα 11: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση.

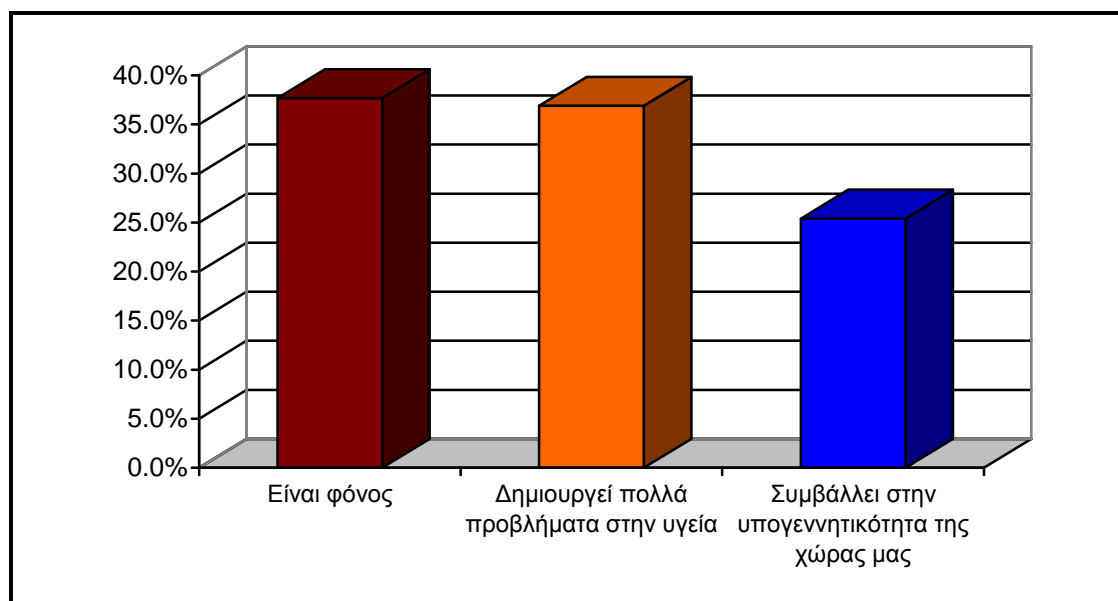


Πάνω από τις μισές νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι δεν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση (128 νοσηλεύτριες – 51,2%) ενώ οι υπόλοιπες δήλωσαν ότι θα τον απέτρεπαν (122 νοσηλεύτριες – 48,8%) (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Πίνακας 13: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το γιατί θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση.

ΓΙΑΤΙ ΘΑ ΑΠΟΤΡΕΠΑΤΕ ΕΝΑ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΟΥ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ;	N=122	Percent
Είναι φόνος	46	37,7%
Δημιουργεί πολλά προβλήματα στην υγεία	45	36,9%
Συμβάλλει στην υπογεννητικότητα της χώρας μας	31	25,4%

Σχήμα 12: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το γιατί θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση.

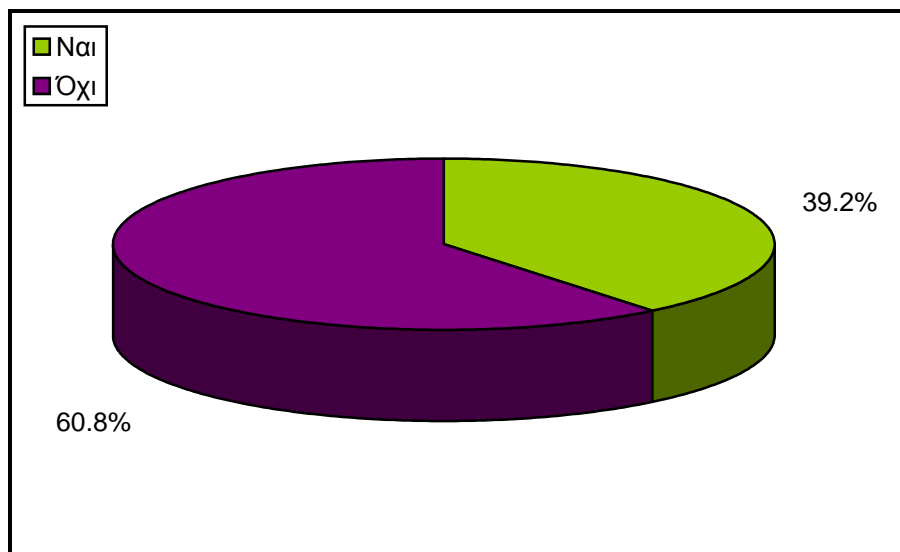


Από τις 122 νοσηλεύτριες που θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση το 37,7% (46 νοσηλεύτριες) θα το έκανε επειδή η άμβλωση είναι φόνος, το 36,9% (45 νοσηλεύτριες) θα το έκαναν επειδή δημιουργεί πολλά προβλήματα στην υγεία ενώ οι υπόλοιπες 31 νοσηλεύτριες (ποσοστό 25,4%) θα το έκαναν επειδή συμβάλλει στην υπογεννητικότητα της χώρας μας (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 14: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η άμβλωση είναι πλέον μια απλή και ασήμαντη διαδικασία ρουτίνας λόγω της αυξημένης συχνότητάς της.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΛΕΟΝ ΜΙΑ ΑΠΛΗ ΚΑΙ ΑΣΗΜΑΝΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ;	N=250	Percent
Ναι	98	39,2%
Όχι	152	60,8%

Σχήμα 13: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η άμβλωση είναι πλέον μια απλή και ασήμαντη διαδικασία ρουτίνας λόγω της αυξημένης συχνότητάς της.

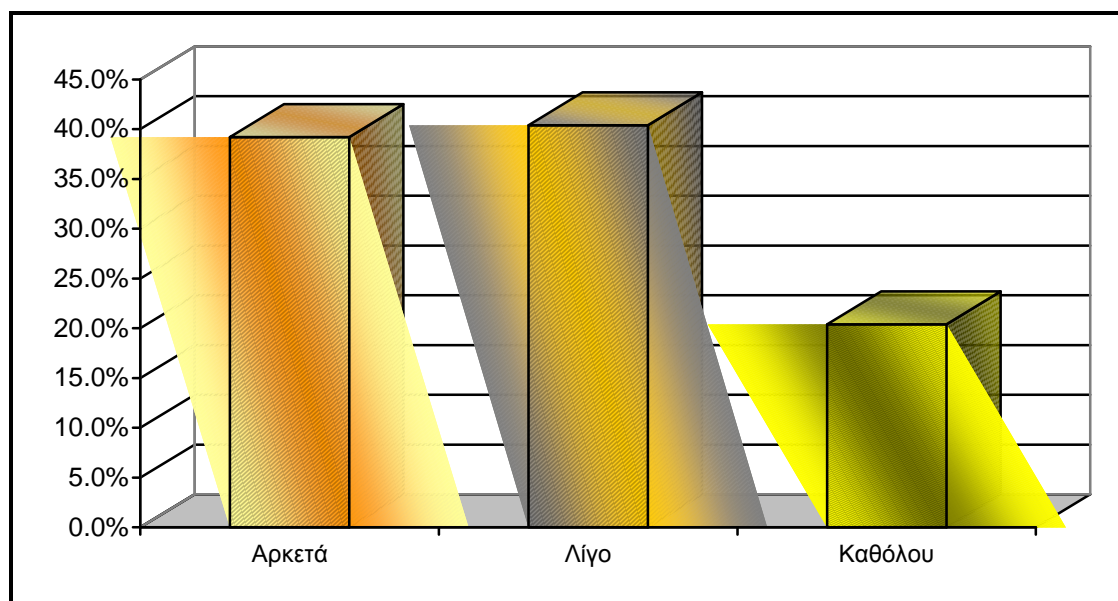


Πολύ πάνω από τις μισές νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν πιστεύουν ότι η άμβλωση δεν είναι μια απλή και ασήμαντη διαδικασία ρουτίνας λόγω της αυξημένης συχνότητάς της (152 νοσηλεύτριες – 60,8%) ενώ οι υπόλοιπες πιστεύουν ότι είναι (98 νοσηλεύτριες – 39,2%) (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Πίνακας 15: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι ο πληθυσμός της χώρας μας είναι ενημερωμένος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ;	N=250	Percent
Αρκετά	98	39,2%
Λίγο	101	40,4%
Καθόλου	51	20,4%

Σχήμα 14: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι ο πληθυσμός της χώρας μας είναι ενημερωμένος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων.

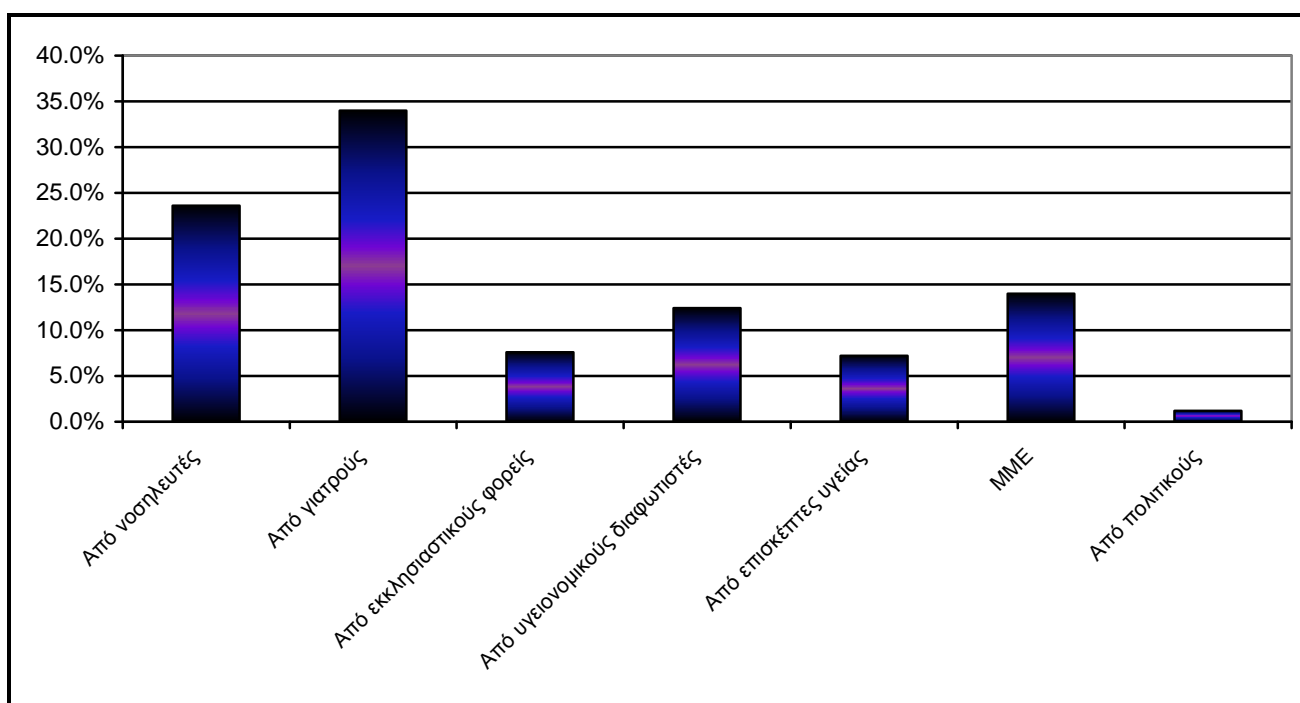


Σχεδόν το 80% των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν πιστεύουν ότι ο πληθυσμός της χώρας είναι ενημερωμένος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων είτε λίγο (101 νοσηλεύτριες – ποσοστό 40,4%) είτε αρκετά (98 νοσηλεύτριες – ποσοστό 39,2%). Αντίθετα, το 20,4% (51 νοσηλεύτριες) πιστεύουν ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένος (Πίνακας 15, Σχήμα 14).

Πίνακας 16: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το από πού θα ήθελαν να ενημερωθούν.

ΑΠΟ ΠΟΥ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ	N=250	Percent
Από νοσηλεύτες	59	23,6%
Από γιατρούς	85	34,0%
Από εκκλησιαστικούς φορείς	19	7,6%
Από υγειονομικούς διαφωτιστές	31	12,4%
Από επισκέπτες υγείας	18	7,2%
MME	35	14,0%
Από πολιτικούς	3	1,2%

Σχήμα 15: Κατανομή 250 ερωτηθέντων ως προς το από πού θα ήθελαν να ενημερωθούν.

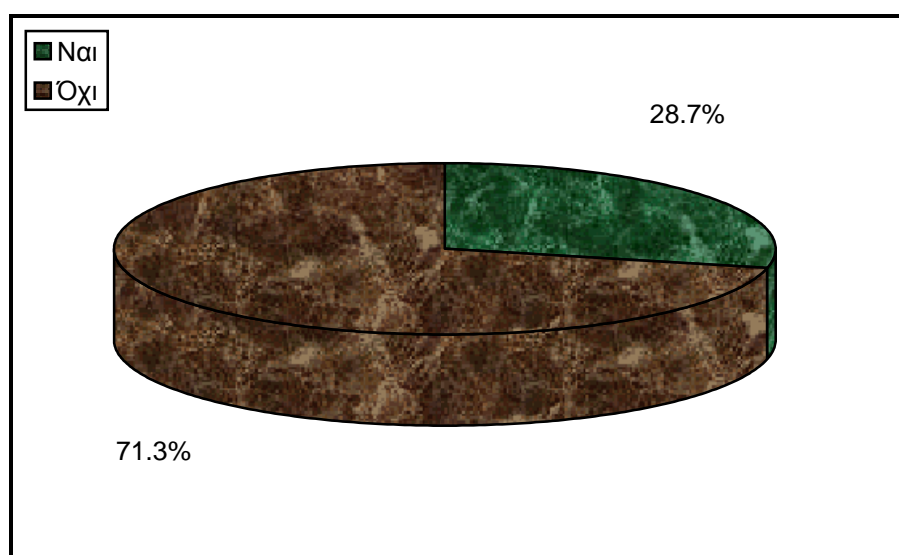


Από τις 250 νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν από πού θα ήθελαν να ενημερωθούν για το θέμα της άμβλωσης οι απαντήσεις κατά σειρά έδωσαν: από γιατρούς (85 νοσηλεύτριες– 34,0%), από νοσηλεύτες (59 νοσηλεύτριες – 23,6%), από MME (35 νοσηλεύτριες – 14,0%), από υγειονομικούς διαφωτιστές (31 νοσηλεύτριες – 12,4%), από εκκλησιαστικούς φορείς (19 νοσηλεύτριες – 7,6%), από επισκέπτες υγείας (18 νοσηλεύτριες – 7,2%) και τέλος, από πολιτικούς (3 νοσηλεύτριες – 1,2%) (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 17: Κατανομή 115 ερωτηθέντων που έχουν κάνει άμβλωση ως προς το αν θα ήθελαν να είχε βρεθεί κάποιος να τις αποτρέψει από την απόφαση αυτή.

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΧΕ ΒΡΕΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΑ ΣΑΣ ΑΠΟΤΡΕΨΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΠΟΥ ΚΑΝΑΤΕ;	N=115	Percent
Ναι	33	28,7%
Όχι	82	71,3%

Σχήμα 16: Κατανομή 115 ερωτηθέντων που έχουν κάνει άμβλωση ως προς το αν θα ήθελαν να είχε βρεθεί κάποιος να τις αποτρέψει από την απόφαση αυτή.



Πάνω από το 70% των 115 νοσηλευτριών που έχουν κάνει άμβλωση (82 νοσηλεύτριες – 71,2%) δεν θα ήθελαν να είχε βρεθεί κάποιος να τις αποτρέψει από την απόφαση αυτή ενώ οι υπόλοιπες (33 νοσηλεύτριες – 28,7%) θα ήθελαν (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 250 νοσηλεύτριες ή νοσηλευτικό προσωπικό με μέσο όρο ηλικίας 30,19 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από τις συσχετίσεις των διαφόρων παραμέτρων του ερωτηματολογίου προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα:

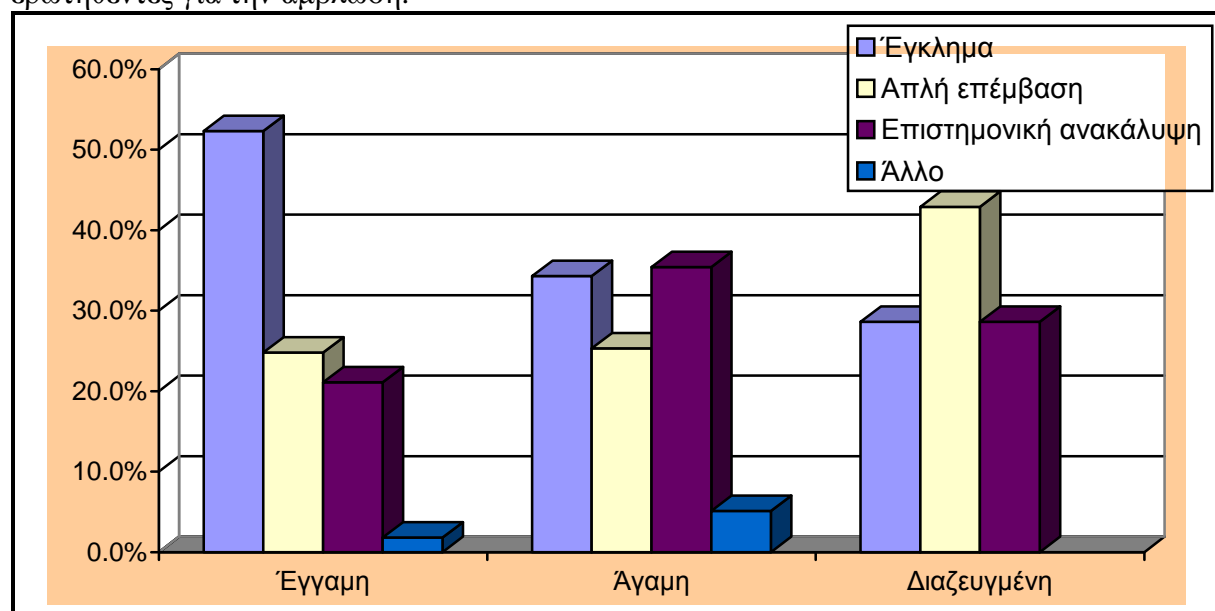
Η γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για την άμβλωση δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 60,23$, $df = 60$, NS)

Πίνακας 18: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και της γνώμης που έχουν οι ερωτηθέντες για την άμβλωση.

		Οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	Διαζευγμένη	
Κατά τη γνώμη σας η άμβλωση είναι...	Έγκλημα	57 52,3%	34 34,3%	12 28,6%	103 41,2%
	Απλή επέμβαση	27 24,8%	25 25,3%	18 42,9%	70 28,0%
	Επιστημονική ανακάλυψη που διευκολύνει τη ζωή των γυναικών	23 21,1%	35 35,4%	12 28,6%	70 28,0%
	Άλλο	2 1,8%	5 5,1%		7 2,8%
Σύνολο		109	99	42	250

$$\chi^2 = 17,09, df = 6, p < 0,01$$

Σχήμα 17: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και της γνώμης που έχουν οι ερωτηθέντες για την άμβλωση.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για την άμβλωση με σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι έγγαμες νοσηλεύτριες πιστεύουν περισσότερο σε ποσοστό 52,3% ότι η άμβλωση είναι έγκλημα ενώ οι διαζευγμένες ότι είναι μια απλή επέμβαση σε ποσοστό 42,9% (Πίνακας 18, Σχήμα 17) διαφορά στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 17,09, df = 6, p < 0,01$).

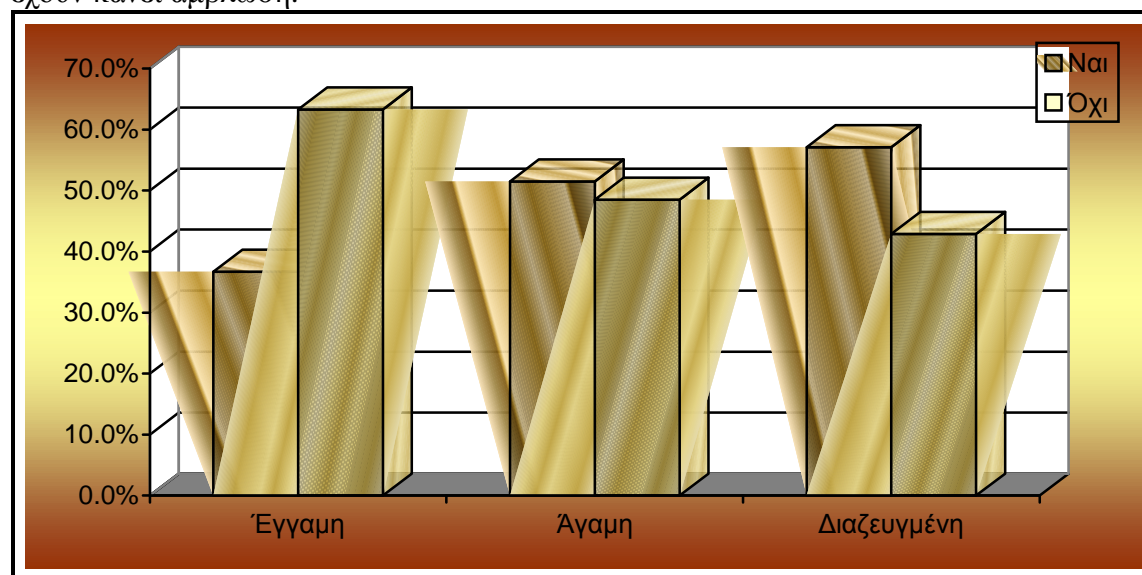
Η δήλωση των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν έχουν κάνει ή όχι άμβλωση δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 15,00$, $df = 20$, NS)

Πίνακας 19: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των νοσηλευτριών με το αν έχουν κάνει άμβλωση.

		Οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο
		Έγγαμη	Άγαμη	Διαζευγμένη	
Έχετε προβεί σε άμβλωση;	Ναι	40 36,7%	51 51,5%	24 57,1%	115 46,0%
	Όχι	69 63,3%	48 48,5%	18 42,9%	135 54,0%
Σύνολο		109	99	42	250

$$\chi^2 = 7,11, df = 2, p < 0,05$$

Σχήμα 18: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης των νοσηλευτριών με το αν έχουν κάνει άμβλωση.



Ελέγχοντας τη δήλωση των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν έχουν κάνει άμβλωση σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι έγγαμες νοσηλεύτριες δήλωσαν περισσότερο σε ποσοστό 63,3% ότι δεν έχουν κάνει άμβλωση ενώ οι διαζευγμένες σε ποσοστό 57,1% και άγαμες σε ποσοστό 51,5% ότι έχουν κάνει (Πίνακας 19, Σχήμα 18) διαφορά στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 7,11$, $df = 2$, $p < 0,05$).

Η γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το πότε θα πρέπει να διεξάγεται μια άμβλωση δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 78,75$, $df = 80$, NS) όπως

επίσης δεν σχετίζεται και με την οικογενειακή τους κατάσταση ($\chi^2 = 15,30$, $df = 8$, NS)

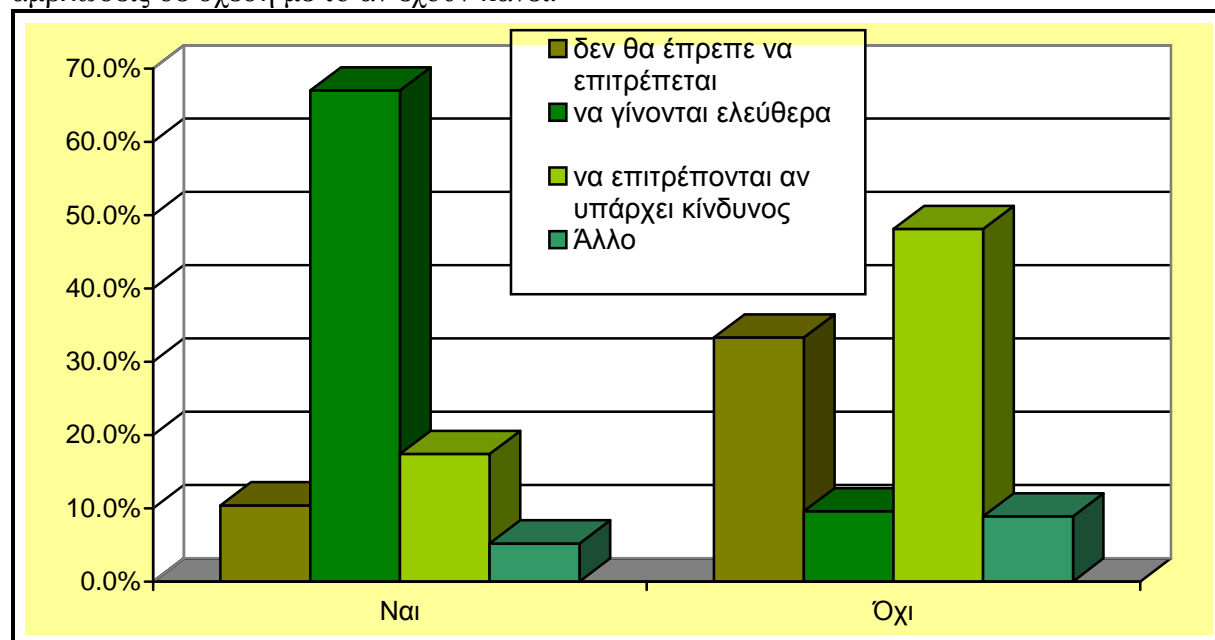
Η γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για τις αμβλώσεις δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 49,47$, $df = 60$, NS) αλλά ούτε και με την οικογενειακή τους κατάσταση ($\chi^2 = 11,97$, $df = 6$, NS).

Πίνακας 20: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για τις αμβλώσεις σε σχέση με το αν έχουν κάνει.

		Έχετε προβεί σε άμβλωση;		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Η γνώμη σας για τις αμβλώσεις είναι πως...	δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται	12 10,4%	45 33,3%	57 22,8%
	να γίνονται ελεύθερα	77 67,0%	13 9,6%	90 36,0%
	να επιτρέπονται αν υπάρχει κίνδυνος	20 17,4%	65 48,1%	85 34,0%
	Άλλο	6 5,2%	12 8,9%	18 7,2%
	Σύνολο	115	135	250

$$\chi^2 = 89,41, df = 3, p < 0,0001$$

Σχήμα 19: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για τις αμβλώσεις σε σχέση με το αν έχουν κάνει.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών ερωτήθηκαν, για τις αμβλώσεις σε σχέση με το αν έχουν κάνει ή όχι άμβλωση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (67,0%) ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα και να καλύπτονται από το νόμο ενώ οι νοσηλεύτριες που δεν έχουν κάνει άμβλωση σε ποσοστό 48,1% θεωρούν ότι θα πρέπει να επιτρέπονται μόνο όταν διαγιγνώσκετε κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου (Πίνακας 20, Σχήμα 19) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 89,41$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

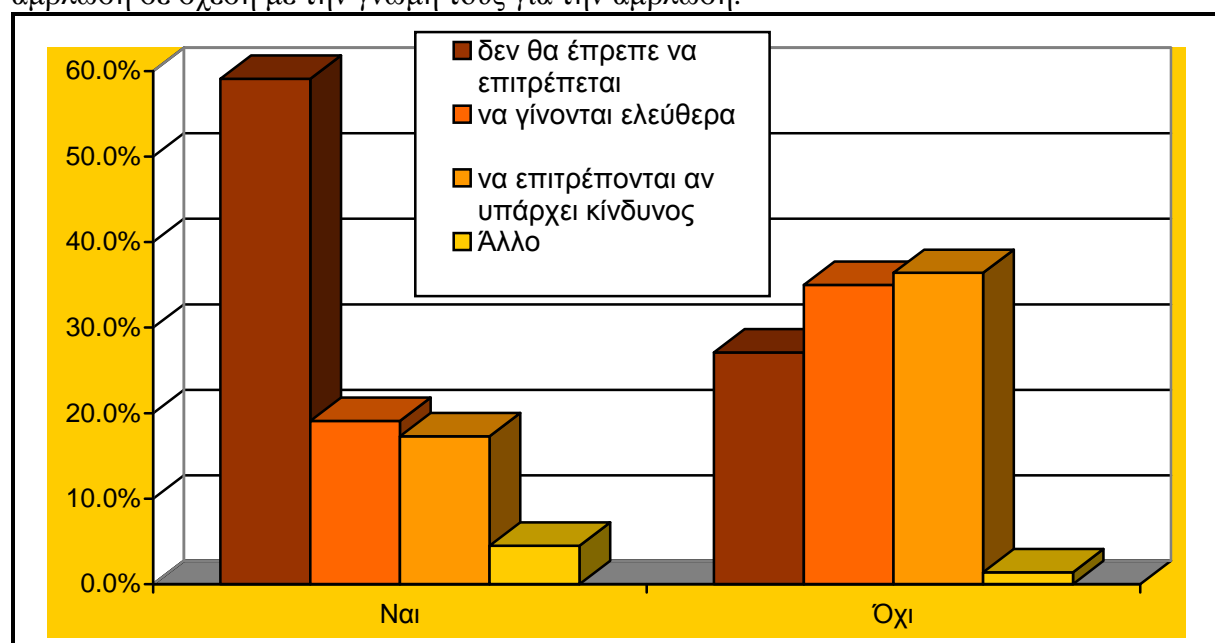
Η γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα επηρεάζονταν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 17,89$, $df = 20$, NS) όπως επίσης δεν σχετίζεται και με την οικογενειακή τους κατάσταση ($\chi^2 = 0,66$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 21: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση.

		Επιρροή από την θέση της εκκλησίας για τις άμβλώσεις		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Η γνώμη σας για τις άμβλώσεις είναι πως...	δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται	65 59,1%	38 27,1%	103 41,2%
	να γίνονται ελεύθερα	21 19,1%	49 35,0%	70 28,0%
	να επιτρέπονται αν υπάρχει κίνδυνος	19 17,3%	51 36,4%	70 28,0%
	Άλλο	5 4,5%	2 1,4%	7 2,8%
Σύνολο		110	140	250

$$\chi^2 = 31,04, df = 3, p < 0,0001$$

Σχήμα 20: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση παρατηρούμε

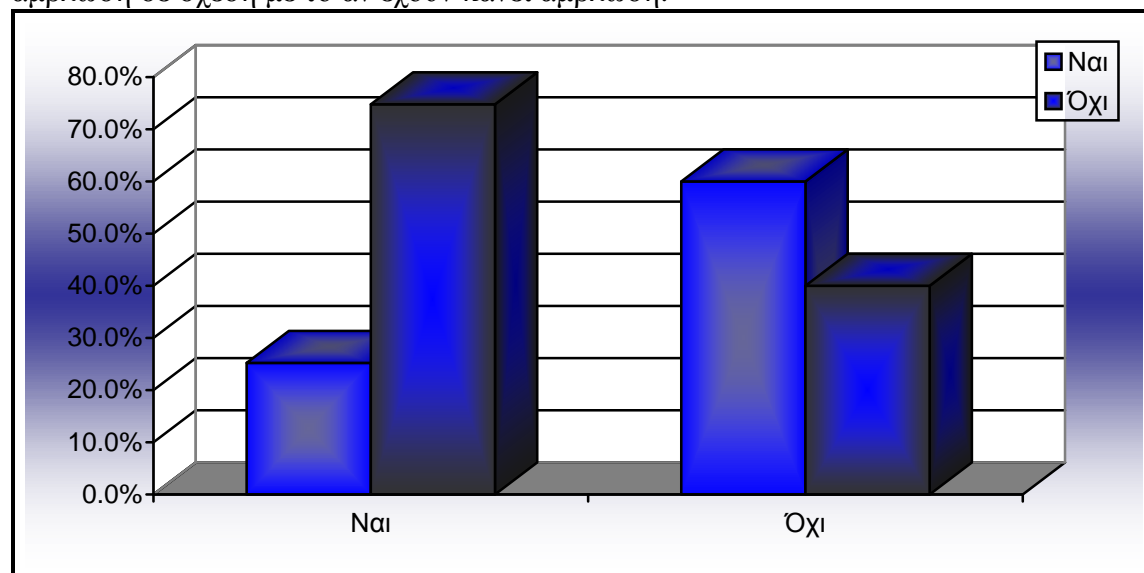
διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν ότι η άμβλωση δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (59,1%) ότι θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά στο θέμα της άμβλωσης από τη θέση της εκκλησίας ενώ οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται ελεύθερα θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (35,0%) ότι δεν θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά στο θέμα της άμβλωσης από τη θέση της εκκλησίας όπως αντίστοιχα και οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν (36,4%) ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου (Πίνακας 21, Σχήμα 20) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 31,04$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 22: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.

		Επιρροή από την θέση της εκκλησίας για τις άμβλώσεις		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Έχετε προβεί σε άμβλωση;	Ναι	29 25,2%	81 60,0%	110 44,0%
	Όχι	86 74,8%	54 40,0%	140 56,0%
	Σύνολο	115	135	250

$$\chi^2 = 30,49, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 21: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (60,0%) ότι δεν θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά στο θέμα της άμβλωσης από τη θέση της εκκλησίας ενώ οι νοσηλεύτριες που δεν έχουν κάνει άμβλωση θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (74,80%) ότι θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά στο θέμα της

άμβλωσης από τη θέση της εκκλησίας (Πίνακας 22, Σχήμα 21) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 30,49$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

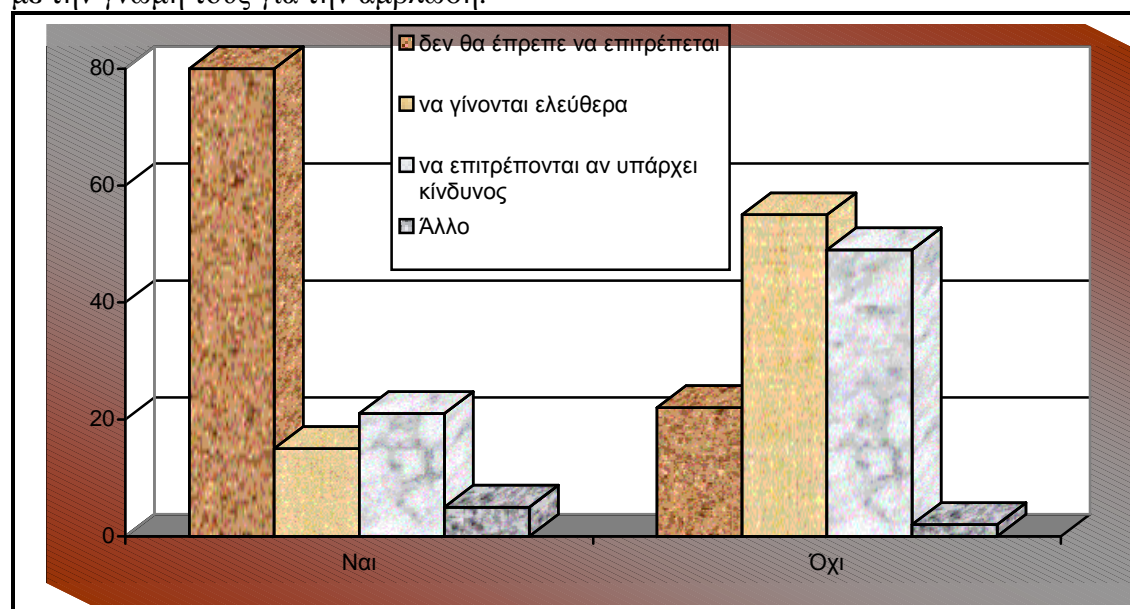
Η άποψη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 12,11$, $df = 20$, NS).

Πίνακας 23: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση.

		Η γνώμη σας για τις αμβλώσεις είναι πως...				
		δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται	να γίνονται ελεύθερα	να επιτρέπονται αν υπάρχει κίνδυνος	Άλλο	
Θα αποτρέπατε ένα δικό σας άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση;	Ναι	81 78,6%	15 21,4%	21 30,0%	5 71,4%	122 48,8%
	Όχι	22 21,4%	55 78,6%	49 70,0%	2 28,6%	128 51,2%
		103	70	70	7	250

$$\chi^2 = 69,04, df = 3, p < 0,0001$$

Σχήμα 22: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση.



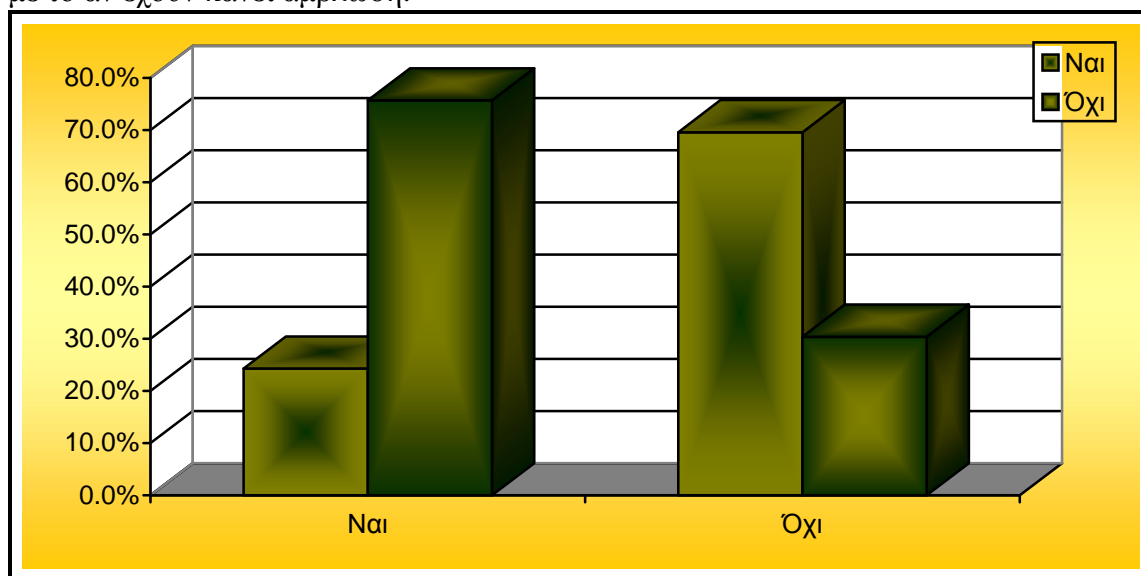
Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με την γνώμη τους για την άμβλωση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν ότι η άμβλωση δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (78,6%) ότι θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση ενώ οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται ελεύθερα δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (78,6%) ότι δεν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση όπως αντίστοιχα και οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν (70,0%) ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου (Πίνακας 23, Σχήμα 22) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 69,04$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 24: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.

		Θα αποτρέπατε ένα δικό σας άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση;		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Έχετε προβεί σε άμβλωση;	Ναι	28 24,3%	94 69,6%	122 48,8%
	Όχι	87 75,7%	41 30,4%	128 51,2%
Σύνολο		115	135	250

$$\chi^2 = 50,96, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 23: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (69,6%) ότι δεν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση ενώ οι νοσηλεύτριες που δεν έχουν κάνει άμβλωση δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (75,70%) ότι θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει

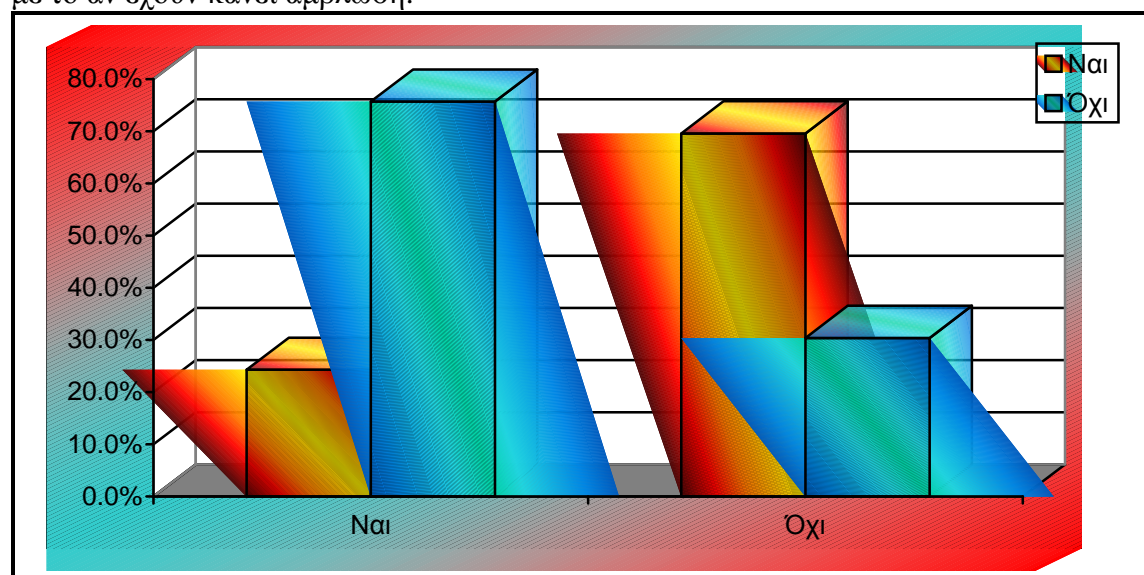
άμβλωση (Πίνακας 24, Σχήμα 23) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 50,96$, $df = 1$, $p < 0,0001$)

Πίνακας 24: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.

		Θα αποτρέπατε ένα δικό σας άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση;		
		Ναι	Όχι	Σύνολο
Επιρροή από την θέση της εκκλησίας για τις αμβλώσεις	Ναι	84 76,4%	38 27,1%	122 48,8%
	Όχι	26 23,6%	102 72,9%	128 51,2%
Σύνολο		110	140	250

$$\chi^2 = 59,73, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 23: Συσχέτιση της γνώμης των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν έχουν κάνει άμβλωση.



Ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση σε σχέση με το αν το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι οι νοσηλεύτριες που θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (76,4%) ότι θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση ενώ οι νοσηλεύτριες που δεν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από την θέση της εκκλησίας ώστε να μην κάνουν μια άμβλωση δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (72,90%) ότι δεν θα απέτρεπαν ένα δικό

τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση (Πίνακας 25, Σχήμα 24) διαφορά στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 59,73$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Ακόμα, το πιστεύω των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν είναι ενημερωμένος ο πληθυσμός της χώρας σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 49,69$, $df = 40$, NS) όπως επίσης δεν σχετίζεται και με την οικογενειακή τους κατάσταση ($\chi^2 = 4,96$, $df = 4$, NS)

Τέλος, η δήλωση των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν που έχουν κάνει άμβλωση για το αν θα ήθελαν να είχε βρεθεί κάποιος έστω και την τελευταία στιγμή να τις αποτρέψει από την απόφαση αυτή δεν σχετίζεται με την ηλικία τους ($\chi^2 = 15,90$, $df = 20$, NS) όπως επίσης δεν σχετίζεται και με την οικογενειακή τους κατάσταση ($\chi^2 = 0,32$, $df = 2$, NS).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην προηγηθείσα έρευνα, ασχοληθήκαμε με το θέμα των αμβλώσεων, ένα θέμα που οξύνεται συνεχώς.

Η άμβλωση έχει απασχολήσει την ανθρώπινη κοινωνία από τα πολύ παλιά “αρχαία” χρόνια, αφού μεγάλοι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι, όπως ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης, ασχολούνταν μ’ αυτή, καθώς επίσης είχαν θεσπιστεί και διάφοροι νόμοι υπέρ ή κατά αυτής.

Με την πάροδο των χρονών, λογικό θα ήταν ο αριθμός των αμβλώσεων να έχει μειωθεί σημαντικά, αφού έχουν ανακαλυφθεί καινούργια αντισυλληπτικά μέσα και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει ανθίσει. Δυστυχώς όμως αυτό παραμένει απλά μια σκέψη.

Το 1973, έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 εκτρώσεις, που αντιστοιχούσαν σε 73,5\1000 γυναίκες, ηλικίας 15-44 ετών. Την ίδια χρονιά στην Πολωνία πραγματοποιήθηκαν 138.600 αμβλώσεις, που αντιστοιχούσαν σε 18\1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών. Έως το 1975 οι αλλαγές ήταν πολύ μικρές. Το ίδιο συνέβαινε στη Σουηδία και στη Γιουγκοσλαβία και από τότε δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές.

Σήμερα στην Ελλάδα, οι εκτρώσεις υπερβαίνουν τις 300.000 το χρόνο και από αυτές οι 40.000 αφορούν ανήλικα κορίτσια, κάτω των 17 χρόνων. Αυτό συμβαίνει επειδή η πλειοψηφία των νέων γυναικών, έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία πριν την ηλικία των 18 ετών. Η χρονική περίοδος που περικλείει την πρώτη σαρκική επαφή, εκτείνεται από τα 14 έως τα 18 της χρόνια. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής, οι έφηβες είναι ακόμη εξαρτημένες από τους γονείς τους. Η εφηβεία παρατείνεται, ενώ οι σεξουαλικές διασκεδάσεις αυξάνονται. Λόγω λοιπόν του ανώριμου της ηλικίας τους, οι έφηβες δεν είναι σε θέση να προστατέψουν τον εαυτό τους και δεν έχουν μπει καν στη διαδικασία να σκεφτούν πιθανούς κινδύνους.

Η έρευνά μας, απευθύνθηκε σε 250 νοσηλεύτριες ή νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες αποτελούσαν νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων νοσοκομείων της Αθήνας, της Πάτρας και της Μυτιλήνης, με μέσο όρο ηλικίας 30 ετών. Οι περισσότερες από αυτές είναι έγγαμες (43,6%, N=109).

Σχεδόν οι μισές από τις νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν εάν έχουν προβεί σε άμβλωση, απάντησαν καταφατικά (46,0%, N=115) και το 59,5% αυτών (N=69) κατέφυγαν για μία μόνο φορά στην οδονυρή εμπειρία της άμβλωσης, ενώ μικρότερο ποσοστό δύο φορές (25,0%, N=29) ή περισσότερες (15,5%, N=18). Οι υπόλοιπες απάντησαν αρνητικά (54,0%, N=135).

Πάνω από το 70% των νοσηλευτριών αυτών (71,2%), δήλωσαν ότι δεν θα ήθελαν να είχε βρεθεί κάποιος την τελευταία στιγμή, να τις είχε αποτρέψει από την απόφασή τους αυτή. Στη συνέχεια ελέγχοντας τις δηλώσεις του πληθυσμού που ερωτήθηκε για το αν έχει προβεί σε άμβλωση, σε σχέση με την οικογενειακή του κατάσταση, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι έγγαμες νοσηλεύτριες, δήλωσαν περισσότερο σε ποσοστό 63,3% ότι δεν έχουν κάνει άμβλωση, ενώ οι διαζευγμένες σε ποσοστό 57,1% και οι άγαμες σε ποσοστό 51,5% ότι έχουν προβεί στη διαδικασία αυτή ($\chi^2=7,11$, $df=2$, $p<0,05$).

Στις μέρες μας, η ενημέρωση γύρω από τις αντισυλληπτικές μεθόδους αλλά και γύρω από τις επιπλοκές μιας άμβλωσης, είναι ελάχιστα ικανοποιητική. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας φαίνεται πως ο πληθυσμός του δείγματός μας, αν και αποτελεί νοσηλευτικό προσωπικό, αγνοεί τους βασικούς κινδύνους, που απειλούν τη ζωή των γυναικών που υποβάλλονται σε άμβλωση. Σχεδόν το 1\3 από τις

νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν (31,3%, N=78), θεωρούν ως επιπλοκή μιας άμβλωσης τη λοίμωξη. Ακολουθούν σε συχνότητα η αιμορραγία (22,4%, N=56), η αδιαθεσία (14,0%, N=35), η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (13,2%, N=33), ο καρκίνος της μήτρας ή του τραχήλου (10,8%, N=27) και η εμβολή (6,0%, N=15).

Οι κύριες επιπλοκές των αμβλώσεων είναι η λοίμωξη, η αιμορραγία και η εμβολή, από τις οποίες πολλές φορές η γυναίκα απειλείται με θάνατο. Αυτές οι επιπλοκές μπορούν να δημιουργηθούν λόγω διάτρησης της μήτρας, παραμονής υπολειμμάτων του κύματος μετά την απόξεση, απότομης και μεγαλύτερης διαστολής του τραχήλου, της μεταφοράς μικροβίων στη μήτρα και τις σάλπιγγες κ.τ.λ.

Ύστερα από μια επιθυμητή έκτρωση, τα συναισθήματα είναι ποικίλα τις 2-3 πρώτες εβδομάδες, μετά την επέμβαση. Πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, αλλά παράλληλα, αισθάνονται άσχημα για την απώλεια του μωρού τους. Ορισμένες γυναίκες, ιδιαίτερα οι έφηβες, διατηρούν αισθήματα θλίψης για πολλά χρόνια μετά την επέμβαση. Άλλες πάλι αρχίζουν να φοβούνται την επόμενη σεξουαλική επαφή, εξαιτίας του άγχους τους για ενδεχόμενη εγκυμοσύνη ή λόγω έντονης θλίψης για την απώλεια.

Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως οι περισσότερες γυναίκες, έχουν στο μυαλό τους τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας έκτρωσης και τους σωματικούς κινδύνους που μπορεί αυτή να επιφέρει. Αυτό αποδεικνύεται από τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνάς μας. Σχεδόν ο μισός πληθυσμός των γυναικών που ερωτήθηκε πώς πιστεύει ότι μια άμβλωση επηρεάζει τη γυναίκα, απάντησε θετικά στην ψυχολογική επιρροή. Έχουμε λοιπόν το 47,6% των νοσηλευτριών (N=119) που πιστεύουν πως η άμβλωση επηρεάζει τη γυναίκα ψυχολογικά, το 24,0% αυτών (N=60) που απαντούν πως η έκτρωση συμβάλει στην ψυχολογική επιρροή της γυναίκας, το 14,0% που πιστεύει στην οικονομική επιρροή (N=35) και το 9,6% που πιστεύει στην κοινωνική επιρροή (N=24).

Αρκετές πρόσφατες έρευνες με δύο διαφορετικά δείγματα Ρωσίδων γυναικών και ένα δείγμα Νορβηγών γυναικών, χρησιμοποίησαν συγκεκριμένα ψυχολογικά τεστ, έτσι ώστε να υπολογίσουν πώς ανταποκρίνονται οι γυναίκες, σε παλιές εμπειρίες εκτρώσεων. Αποτελέσματα πολλών από αυτές, έδειξαν ότι κάποιες γυναίκες, έχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις, τις οποίες μπορεί και να καταπνίγουν μέσα τους, καθώς επίσης και σκέψεις που τις κάνουν να ξαναπερνούν τη διαδικασία της έκτρωσης.

Η μεγάλη άγνοια των γυναικών για τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα των αμβλώσεων, φαίνεται καθαρά στην έρευνά μας, από τις απαντήσεις των γυναικών σε μια κρίσιμη ερώτηση κρίσεως. Όταν οι 250 νοσηλεύτριες ερωτήθηκαν σχετικά με τη γνώμη τους περί αμβλώσεων, τα 2/3 αυτών απάντησαν είτε πως είναι μια απλή επέμβαση (36,0%, N=90), είτε πως πρόκειται για μια επιστημονική ανακάλυψη που διευκολύνει τη ζωή των γυναικών (34,0%, N=85). Μόνο το 1/5 των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν, θεωρούν πως η άμβλωση είναι έγκλημα.

Στη συνέχεια, ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για την άμβλωση σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση παρατηρούμε διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι έγγαμες νοσηλεύτριες πιστεύουν σε ποσοστό 52,3% πως η άμβλωση είναι έγκλημα, ενώ οι διαζευγμένες ότι είναι μια απλή επέμβαση σε ποσοστό 42,9%, διαφορά στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2=17,09$, $df=6$, $p<0,01$).

Περισσότερες από μία στις τρεις από τις νοσηλεύτριες που ερωτήθηκαν πότε πιστεύουν πως πρέπει να διεξάγεται μια άμβλωση, (35,2%, N=88) υποστήριξαν τη διεξαγωγή της άμβλωσης πριν την 6^η εβδομάδα της κύησης, ενώ άλλες 66 νοσηλεύτριες (26,4%), θεωρούν ότι η άμβλωση θα πρέπει να γίνεται ανάμεσα στην 8^η και 12^η εβδομάδα. Το 19,6% των νοσηλευτριών (N=49), θεωρούν ότι πρέπει να

διεξάγεται όταν αποφασίσει η γυναίκα, ενώ άλλες 38 (15,2%) όταν ο γιατρός αποφασίσει.

Η νομομοποίηση των αμβλώσεων στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε το 1986, με το Νόμο 1609, με τον οποίο επιτρέπεται η άμβλωση ως και την 20η εβδομάδα κύησης, χωρίς δικαίωμα γνώμης του άνδρα ή συζύγου. Αυτός ο νόμος βρήκε σύμφωνο τον μεγαλύτερο πλυθησμό γυναικών στη χώρα μας και αυτό επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Έτσι, όταν οι 250 νοσηλεύτριες που έλαβαν μέρος στην έρευνα αυτή, ερωτήθηκαν για τη γνώμη τους για την άμβλωση, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως είναι μια πράξη που θα πρέπει να γίνεται ελεύθερα και να καλύπτεται πλήρως απ' το νόμο (36,0%, N=90). Έπειτα ακολουθεί το ποσοστό των νοσηλευτριών που απάντησαν πως μια άμβλωση θα πρέπει να διεξάγεται μόνο όταν διαγιγνώσκεται κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου (34,0%, N=85) και το ποσοστό που υποστήριξε πως είναι μια πράξη που δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται (22,8%, N=57).

Συσχετίζοντας τις απαντήσεις στην ερώτηση αυτή, με το αν έχουν προβεί σε άμβλωση καταλήξαμε στα εξής αποτελέσματα. Οι νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση, θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (67,0%) ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα και να καλύπτονται πλήρως από το νόμο, ενώ εκείνες που δεν έχουν κάνει άμβλωση σε ποσοστό 48,1%, θεωρούν ότι θα πρέπει να επιτρέπονται μόνο όταν διαγιγνώσκεται κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου ($\chi^2=89,41$, $df=3$, $p<0.0001$).

Στη συνέχεια, συσχετίσαμε τις απαντήσεις των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για τη γνώμη τους για την άμβλωση, με τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Έτσι λοιπόν προέκυψε πως οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν πως η άμβλωση δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται, θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (59,1%, N=65), ότι θα επηρεάζονταν αποτρητικά από την άποψη της Εκκλησίας, ενώ οι νοσηλεύτριες που πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται ελεύθερα, θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό 35,0% (N=119) ότι δεν θα επηρεάζονταν αρνητικά από τη θέση της Εκκλησίας απέναντι στις αμβλώσεις. Αντίστοιχα και εκείνες που πιστεύουν ότι οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται μόνο αν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου (36,4%, N=51) ($\chi^2=31,04$, $df=3$, $p<0,0001$).

Στο σημείο αυτό θα ήταν ενδιαφέρον να λεχθεί, ότι στις αρχές της δεκαετίας του '80 και πριν τη νομομοποίηση των αμβλώσεων, αυτές σύμφωνα με επίσημες στατιστικές μελέτες υπολογίζονται γύρω στις 100.000 το χρόνο. Σήμερα, περίπου 20 χρόνια μετά τη νομομοποίησή τους, ο αριθμός τους ανέρχεται στις 300.000 με 400.000 το χρόνο.

Όσον αφορά την Εκκλησία μας, η σεξουαλική επαφή είναι δώρο Θεού, αλλά ένα δώρο που δόθηκε στον άνδρα και στη γυναίκα για να χρησιμοποιηθεί ως μια κατάσταση της φύσεως. Μια κατάσταση χάριτος. Έτσι η Εκκλησία σήμερα δίνει την ευλογία της στην ένωση αυτών, για να καρποφορήσουν και να συνεχίσουν την πορεία τους με απόλυτη υπευθυνότητα για αυτό που θέλουν, ώστε να μην καταλήξει την τελευταία στιγμή σαν ένα άχρηστο, ασήμαντο, ανεπιθύμητο «προϊόν». Η σύλληψη είναι κάτι ιερό. Η έκτρωση αναμφίβολα καταδικάζεται από την Ορθόδοξη ηθική διδασκαλία.

Ύστερα από τη διεξαγωγή της έρευνάς μας παρατηρήσαμε ότι οι περισσότερες ερωτηθείσες γυναίκες, απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αν η θέση της Εκκλησίας, απέναντι στο θέμα των αμβλώσεων, θα τις απέτρεπε από το να υποβληθούν σε έκτρωση (56,0%, N=140), ενώ το μικρότερο ποσοστό αυτών, απάντησε θετικά (44,0%, N=110).

Αυτό ίσως να οφείλεται στη λανθασμένη εντύπωση των γυναικών γενικά για τις αμβλώσεις (στο ότι τις θεωρούν δηλαδή ακραία αντισυλληπτική μέθοδο), ή στο ότι

δυστυχώς, ο κόσμος στις μέρες μας, έχει απομακρυνθεί από την Εκκλησία και από τις ηθικές αναστολές που Εκείνη διδάσκει.

Έπειτα, ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών, που ερωτήθηκαν για το αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από τη θέση της Εκκλησίας, ώστε να μην προβούν σε άμβλωση, σε σχέση με το αν έχουν ήδη κάνει, καταλήξαμε στα εξής αποτελέσματα. Οι νοσηλεύτριες που έχουν κάνει άμβλωση, θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό 60,0% (N=81), ότι δεν θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά από την άποψη της Εκκλησίας, ενώ εκείνες που δεν έχουν κάνει άμβλωση, θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό 74,8% (N=86), ότι θα επηρεάζονταν αποτρεπτικά ($\chi^2=30,49$, $df=1$, $p<0,0001$).

Επίσης, ελέγχοντας τη γνώμη των νοσηλευτριών που ερωτήθηκαν για το αν θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση, σε σχέση με τον αν θα μπορούσαν να επηρεαστούν από τη θέση της Εκκλησίας, ώστε να μην κάνουν άμβλωση, παρατηρήσαμε κάποιες διαφοροποιήσεις. Έτσι, οι νοσηλεύτριες που θα μπορούσαν να απηρεαστούν από τη θέση της Εκκλησίας αρνητικά, δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 76,4%, (N=84), ότι θα απέτρεπαν ένα δικό τους άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση, ενώ εκείνες που δεν θα επηρεάζονταν από την εκκλησιαστική δεοντολογία, δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 72,09% (N=102), ότι δεν θα απέτρεπαν κάποιο δικό τους πρόσωπο από την απόφασή του να υποβληθεί σε άμβλωση ($\chi^2=59,73$, $df=1$, $p<0,0001$).

Οι ελεύθερες εκτρώσεις έχουν γίνει διαθέσιμες σε πολλές χώρες, χάρη σε πολιτικές συζητήσεις που μύησαν κινήσεις γυναικών. Ένα σημείο έναρξης σε μια φεμινιστική έρευνα, είναι ότι κάθε γυναίκα, έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για το σώμα της και για το αν επιθυμεί μια εγκυμοσύνη ή όχι.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, προέκυψε ότι το 57,2% των νοσηλευτριών που απάντησαν (N=143) πιστεύουν πως η άμβλωση είναι ένα θέμα που αφορά και τη γυναίκα και τον άνδρα και το 33,2% μόνο τη γυναίκα (N=83).

Στη σημερινή εποχή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση υστερεί πολύ και αυτό δημιουργεί μεγάλα προβλήματα, στη μελλοντική ζωή των εφήβων. Στα σχολεία διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής αγωγής, από τα μαθήματα της Βιολογίας και της Υγιεινής. Πολύ περισσότερα μαθαίνονται μέσα από τις παρέες των εφήβων, από φίλο σε φίλο και έτσι η πληροφόρηση, παραμένει ανεπαρκής αλλά και επικίνδυνη.

Μέσα από την έρευνά μας βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων νοσηλευτριών, θεωρούν ότι ο πληθυσμός της χώρας μας είναι ελάχιστα ενημερωμένος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων (40,4%, N=101), ενώ το 39,2% αυτών (N=98) ότι έχει επαρκή ενημέρωση και το 20,4% ότι δεν έχει καθόλου (N=51).

Επίσης το 23,6% (N=59) δήλωσε ότι θα προτιμούσε να ενημερωθεί από νοσηλευτές, το 34,0% (N=85) και μεγαλύτερο ποσοστό από γιατρούς, το 7,6% (N=19) από εκκλησιαστικούς φορείς, το 12,4% (N=31) από υγειονομικούς φορείς, το 7,2% (N=18) από επισκέπτες υγείας, το 14,0% (N=35) από Μ.Μ.Ε. και το 1,2% (N=3) από πολιτικούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Δεν υπάρχει αντισυλληπτική μέθοδος, που να είναι απόλυτα ακίνδυνη, αποτελεσματική, φθηνή, εύκολη στη χρήση της και αισθητικά αποδεκτή.
- Ø Όσο νωρίτερα αποφασίζει μια γυναίκα να πραγματοποιήσει μια άμβλωση, τόσο απλούστερη είναι η τεχνική που ακολουθείται και τόσο μικρότερες είναι οι συνέπειες.
- Ø Δυστυχώς, αν και βρισκόμαστε στον 21^ο αιώνα, η ενημέρωση γύρω από τα θέματα της αντισύλληψης και της άμβλωσης, είναι τρομακτικά ελλιπής.
- Ø Σαν συνέπεια των εκτρώσεων εμφανίζεται η υπογεννητικότητα, δηλαδή το σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα, που θίγει καίρια τη χώρα μας.
- Ø Νόμιμες ή παράνομες, οι αμβλώσεις είναι το ίδιο επικίνδυνες για τη γυναίκα.
- Ø Η Ελλάδα παρ' όλο που ανήκει στα αναπτυσσόμενα κράτη λόγω της οικονομικής και κοινωνικής της δομής αντιμετωπίζει το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα από τις αναπτυσσόμενες χώρες, την υπογεννητικότητα.
- Ø Στη χώρα μας, η αποφυγή των αμβλώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πειστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού.
- Ø Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του τόσο σαν υπάλληλος όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος.
- Ø Η άμβλωση σε κάθε μορφή, έχει μια τρομερή ψυχολογική επίδραση στη γυναίκα, την οποία πρέπει να κατανοήσει η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να της συμπαρασταθεί.
- Ø Στην Ελλάδα οι εκτρώσεις γίνονται ανενόχλητα και σε μεγάλο βαθμό, με τις σιωπηλές ευλογίες του κράτους που τις απαγορεύει.
- Ø Η έκτρωση σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης ισοδυναμεί με φόνο ανθρώπινης ζωής.
- Ø Το ανθρώπινο έμβryo είναι οργανικά πλήρης και αυξανόμενη απ' αυτή την πρωταρχική στιγμή της σύλληψης του.
- Ø Στην εποχή μας δυστυχώς οι εκτρώσεις αποτελούν μέσο κερδοσκοπίας των ιατρών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ø Για να λυθεί ή να μειωθεί σημαντικά το τεράστιο πρόβλημα της άμβλωσης, θα πρέπει να επισημανθεί ο σημαντικός ρόλος της πρόληψης.
- Ø Για να υπάρξει σωστή πρόληψη, θα πρέπει να υπάρξει σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση από σωστά ενημερωμένους φορείς.
- Ø Σωστό θα ήταν να οργανωθούν ειδικά για την άμβλωση σεμινάρια, έτσι ώστε να διερευνηθούν και να αυξηθούν οι γνώσεις των νοσηλευτών πάνω στι θέμα αυτό.
- Ø Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού, να γίνει πιο προσιτός σε όλα τα άτομα.
- Ø Οι γονείς σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, να δώσουν με διακριτικό τρόπο, τη σωστή ενημέρωση στους νέους.
- Ø Στα σχολεία καλό θα ήταν να διδάσκονται θέματα όπως οι εκτρώσεις, η αντισύλληψη, και η γονομοποίηση.
- Ø Πριν ο ιατρός προχωρήσει στην άμβλωση θα πρέπει να εξαντλήσει όλα τα δυνατά εναλλακτικά μέσα και να κινηθεί στα πλαίσια που επιτρέπει το νομικό καθεστώς.
- Ø Θα πρέπει να αυξηθούν τα επιδόματα και να μειωθεί η φορολογία για τους πολυτέκνους.
- Ø Θα πρέπει να δημιουργηθούν κέντρα, όπου η ανύπαντρη μητέρα θα μπορεί να βρει ζεστασιά και θαλπωρή.
- Ø Η κοινωνία μας και εμείς θα πρέπει να πάψουμε να βλέπουμε ρατσιστικά την ανύπαντρη μητέρα. Ας σκεφτούμε ότι η ανύπαντρη μητέρα θα μπορούσε να κάνει έκτρωση, προτίμησε όμως το δύσκολο δρόμο και τώρα θυσιάζεται προκειμένου να μεγαλώσει κάποιο παιδί και να το προσφέρει στην κοινωνία προς όφελός της.
- Ø Θα πρέπει όλοι να σκεφτούμε την άμβλωση σοβαρά και ώριμα. Εκτός των άλλων, ας σκεφτούμε και τη δικά μας “καταστροφή”. Ας αγαπήσουμε και ας σεβαστούμε πρώτα τον εαυτό μας και ύστερα το παιδί μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας και της έρευνάς μας, είναι να διερευνήσουμε κατά πόσο οι γυναίκες κάθε ηλικίας γνωρίζουν τι ακριβώς είναι η άμβλωση και τις μετέπειτα επιπλοκές που μπορεί να έχουν, παράγοντες δηλαδή, που οδηγούν στην οδυνηρή εμπειρία της άμβλωσης, στην εποχή μας. Επίσης να τις διαφωτίσουμε, με το να διευρύνουμε τις γνώσεις τους στο θέμα της αντισύλληψης, ώστε να μη βρεθούν ποτέ εντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που ίσως τις φέρει σε μια εσωτερική αντιπαράθεση με τα πιστεύω τους και τις αναγκάσει να καταλήξουν σε άμβλωση.

Η έρευνά μας, διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2006, έως τον Ιανουάριο του 2007, στις περιοχές της Αθήνας, της Πάτρας και της Μυτιλήνης. Σε αυτή, έλαβαν μέρος γυναίκες, που αποτελούν νοσηλευτικό προσωπικό των περιοχών αυτών, με μέσο όρο ηλικίας 30,19 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενη από 17 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 5 διχοτομικές, και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Σκοπός των αμβλώσεων, είναι η εκένωση του περιεχομένου της μήτρας, με τον πιο φυσικό τρόπο και με τους λιγότερους κινδύνους.

Η ενημέρωση πάνω σε θέματα αντισύλληψης είναι δυσπρόσιτη στη χώρα μας, εξαιτίας μιας σεξουαλικής ηθικής που δεν είναι κατάλοιπο μόνο της εκκλησιαστικής μας ηθικής αλλά και πολλών άλλων κοινωνικών και πολιτιστικών θεσμών. Υπάρχουν 10 αντισυλληπτικές μέθοδοι και όλες έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η επιλογή της κατάλληλης κατά περίπτωση αντισυλληπτικής μεθόδου γίνεται με συνεκτίμηση διαφόρων παραμέτρων. Η ελλιπής ενημέρωση στα θέματα της αντισύλληψης έχει σαν συνέπεια την άμβλωση στην οποία οφείλονται τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές επιπλοκές για την υγεία μιας γυναίκας, που η πλειοψηφία δεν γνωρίζει. Μετά την άμβλωση πρέπει να ακολουθούνται κάποιες ιατρικές οδηγίες για την πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών.

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

Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί ότι το 30% - 40% των Ελληνίδων, έχουν κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση. Η πλειοψηφία των νέων γυναικών έχουν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 14-18 ετών. Είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στην επαρχία, στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, αυξάνονται με την ηλικία και τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχει κάνει μια γυναίκα.

Στα μαιευτήρια, ο αριθμός των εκτρώσεων ξεπερνά τον αριθμό των γεννήσεων. Η ελληνική πολιτεία, έχει θεσπίσει αυστηρές απαγορευτικές διατάξεις με σκοπό την καταστολή των εκτρώσεων. Σήμερα οι αμβλώσεις έχουν νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα με το νόμο 1609, στον οποίο όμως αναφέρεται ότι οι ανήλικες κοπέλες, χρειάζονται συγκατάθεση. Επίσης οι αμβλώσεις έχουν νομιμοποιηθεί και σε διάφορες χώρες του εξωτερικού, όπως στη Γαλλία, την Ελβετία, την Κύπρο, τη Νορβηγία, τη Γερμανία, την Ιταλία, την Αγγλία, τη Βουλγαρία και το Βέλγιο.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η Ιρλανδία είναι το μόνο κράτος που απαγορεύει νομικά την άμβλωση, καθώς και την παροχή κάθε είδους πληροφοριών σχετικά με αυτή.

Η Εκκλησία καθώς επίσης και η Ιατρική Επιστήμη τάσσονται ΚΑΤΑ των αμβλώσεων καθώς επίσης και η κοινωνική αντίληψη δεν θα μπορούσε ποτέ να

δικαιώσει την άμβλωση. Σε αντίθεση με την άποψη της Βουλής των Ελλήνων και του Εισαγγελέα εφετών, που τάσσονται ΥΠΕΡ της άμβλωσης,

Συμπερασματικά καταλήγουμε σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση, ήταν γυναίκες άγαμες ή διαζευγμένες, με ελλιπείς αντισυλληπτικές γνώσεις και σε νεαρή ηλικία. Στη χώρα μας οι αμβλώσεις είναι ο κατ' εξοχήν τρόπος που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των γεννήσεων.

Αν δεν αντιμετωπίσουμε με ειλικρίνεια το όλο θέμα, πάνω σε βάση λογικής για υγιή προγραμματισμό της οικογένειας, ούτως ή άλλως εθελοτυφλούμε. Όσοι παραδίδονται στις παρορμήσεις τους, χωρίς γνώσεις για τις ευθύνες που έχουν, συνήθως ελέγχουν εκ των υστέρων τη γέννηση του παιδιού.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κακίση Λ. Βασιλείου, Τα θαύματα στην Τεκνογονία, Επίτομος, Εκδόσεις ΑΛΦΑ, Αθήνα 1985.
2. Κάκκος Δημήτριος, Σπίνος Παύλος, Τομάρας Βασίλειος, Αμβλώσεις – Το νομιμοποιημένο έγκλημα, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, Πάτρα 1999.
3. Παπαευαγγέλου Γ. – Τσίμπου Κ., Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός, Επίτομος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000
4. Δούκα –Συκάκη Αλέκα, Ο τοκετός είναι Αγάπη, Επίτομος, Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα 1999.
5. Ζησιμοπούλου Ελευθερία, Ζαχαροπούλου Σωτηρία, Παυλοχρήστος Παύλος, Αμβλώσεις – Αντισύλληψη, Πτυχιακή εργασία, Εισηγητής Αποστολόπουλος Αποστόλης, Πάτρα 1996.
6. Westeimer K. Ruth, Το σεξ για πρωτάρηδες, Επιμέλεια-Μετάφραση : Ιορδανίδου Λ. Σοφία, Επίτομος, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Ελλάδα 1996.
7. Περιοδικό Φίλων Πολυτέκνων, Ελληνορθόδοξη Πολύτεκνη Οικογένεια, Τεύχος 104^ο, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Αθήνα 2004.
8. Διαμαντοπούλου Ελένη, Αμβλώσεις – νοσηλευτικά διλήμματα που προκύπτουν από την κατάλληξη των εκτρωμένων βρεφών, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Λέφα Βαρβάρα, Πάτρ 2000.
9. Lirperrt, Ανατομική, Μετάφραση Νηφόρος Ν.Δ., Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιάνου, Αθήνα 1993.
10. Δεσπόπουλος, Εγχειρίδιο Φυσιολογίας, Έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2004.
11. Moore – Persaud – Shiota ,Κλινική Έγχρωμη Εμβρυολογία, Μετάφραση – Επιμέλεια : Κίττας Χ. Αντωνάκοπουλος Γ. ,Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Χ.Π., Αθήνα 1998.
12. Νασιάκου Μαρία – Χαντζή Αλεξάνδρα – Φατούρου\Χαρίτου Μίκα, Εισαγωγή στην ψυχολογία, Επιμέλεια Βοσνιάδου Στέλλα, Τόμος Β, Εκδόσεις Ψυχολογία, Αθήνα 2005.
13. Αραβαντινού Ι. Διονυσίου, Φυσιολογία της γυναίκας, Επίτομος, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1982.
14. Katrin Dolto – Tolits – Colet Perseminie, Έφηβοι και ανησυχίες, Επιμέλεια – Μετάφραση Παπαδόπουλος, Επίτομος, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2000.
15. Ασκητής Ε. Θάνος, Η σεξουαλική αφύπνιση της εφηβείας, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2001.
16. Γεωργιά Βασιλική, Γκαζγκάζη Αικατερίνη, Τεντολούρη Μαρία, Οικογενειακός προγραμματισμός, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, Πάτρα, Μάιος 1996.
17. Youngson Robert, Λεξικό της γυναικείας υγείας, Επιμέλεια Αδάμ, Μετάφραση Αδάμ-Κωνσταντοπούλου, Επίτομος, Εκδόσεις Περόπλους, Θεσσαλονίκη 1996.
18. Παπανικολάου, Μαιευτική, Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 1994.
19. Τοκμακίδης Παναγιώτης, Μαιευτική, Τεύχος Β, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2000.
20. Τοκμακίδης Παναγιώτης, Μαιευτική και Γυναικολογία, Επίτομος, Εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 1998.

21. Lepage Claudie & Pages Fanchon, Το μεγάλο βιβλίο της γυναίκας, Μετάφραση – Επιμέλεια Κουντουριώτη Α., Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Γ. Βασιλείου, Αθήνα 1999.
22. Μποτσέας Β. Διονύσιος, Μικρός ιατρικός σύμβουλος της οικογένειας – Βοήθεια σε ώρα ανάγκης, Επίτομος, Εκδόσεις Σταμούλη Α., Αθήνα 2000.
23. Αραβαντινού Ι. Διονυσίου, Μαιευτική, Επίτομος, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1999.
24. Γερολυμάτος, Επείγουσα αντισύλληψη – φάρμακα και υγεία, Έκδοση 2006, Αθήνα.
25. Γιαννέλη Ελένη, Δημητρακοπούλου Γεωργία, Ευστράτου Φραγκούλα, Οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη και αμβλώσεις, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, Πάτρα 8\4\1992.
26. Σύλλογος προστασίας αγέννητου παιδιού, Εγώ το αγέννητο παιδί, Έκδοση 10^η, Εκδόσεις συλλόγου προστασίας αγέννητου παιδιού (ΣΠΑΠ), Αθήνα 2005.
27. Περιοδικό φίλων πολυτέκνων, Εγώ το αγέννητο παιδί, Έκδοση 10^η, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Αθήνα, Δεκέμβριος 1993.
28. Νταγιούκλα Αικατερίνη, Αμβλώσεις, επιπλοκές και νοσηλευτική παρέμβαση, Πτυχιακή εργασία, Εισηγητής Αντωνακόπουλος Κ., Πάτρα 2001.
29. Τριχοπούλου Αντωνία & Τριχόπουλος Δημήτριος, Προληπτική Ιατρική, Επίτομος, Επιστημονικές εκδόσεις, γραφικές τέχνες Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 2002.
30. Shapiro J. Pamela, Μαιευτική Γυναικολογική νοσηλευτική, Επιμέλεια Γεωργιόπουλος Α., Μετάφραση Σοφιανέ Α., Επίτομος, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001.
31. Η βιβλιοθήκη της οικογένειας, Οδηγός υγείας για τη γυναίκα, Επίτομος, Εκδόσεις Φυτράκη, Αθήνα 1998.
32. Καρατζά Αγγελική, Απρόκλητες εκτρώσεις, Πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, Πάτρα 2002.
33. Μανού Ν., Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1997.
34. Περιοδικό φίλων πολυτέκνων, Πολύτεκνη οικογένεια, Τεύχος 61^ο, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Αθήνα Μάρτιος 1994.
35. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000.
36. Joann Tribulski, The past reaches into the present, Blackwell Publishing LTD, Florida, USA 2006.
37. Σχολή ανθρωπιστικών σπουδών, Πίστη και βιώματα της Ορθοδιξίας, Επίτομος, Τόμος Α, Εκδόσεις Σ.Α.Σ., Πάτρα 2002.
38. Περιοδικό φίλων πολυτέκνων, Μερικά παιδιά σε χρειάζονται, Τεύχος 10ο, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Αθήνα, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος 2006.
39. Βοσνιάδου Στέλλα, Κείμενα εξελικτικής ψυχολογίας, Επίτομος, Τόμος γ, Σειρά ψυχολογίας Γ., Αθήνα 2000.
40. Γιαννακοπούλου Χρ. Αθηνά, Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2003.
41. Αγγελοπούλου Γ.Π., Η αλήθεια για τις εκτρώσεις, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
42. Alex Lena, Hammarstrom Anne, Women' s experiences in connection with induced abortion – A feminist perspective, Nordic college of caring sciences, Sweden 2004.
43. McNewan Jonnathan, Talking with patients, New York Publishing NMS, New York, USA 2005.

44. Παρασκευόπουλου Ν. Ιωάννου, Κλινική ψυχολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Ψυχολογίας, Αθήνα 1990.
45. Παρασκευόπουλου Ν. Ιωάννου, Εξελικτική ψυχολογία, Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ψυχολογία, Αθήνα 1987.
46. Περιοδικό φίλων πολυτέκνων, Αφιέρωμα στο πρόβλημα : εκτρώσεις, Έτος Ζ, Αριθμός φύλου 17, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Μάρτιος 1983, Αθήνα.
47. Κέντρο γυναικείων μελετών και ερευνών Διοτιμία, Το φύλλο των δικαιωμάτων, εξουσία, γυναίκες και ιδιότητα του πολίτη, Επίτομος, Εκδόσεις Νεφέλη, Αθήνα 1999.
48. Περιοδικό φίλων πολυτέκνων, Έκτρωση : Η εσχάτη ανομία, Τεύχος 86^ο, Εκδόσεις Π.Ε.ΦΙ.Π., Αθήνα 2000.
49. Ware Kallistos, Η ορθόδοξη Εκκλησία, Επιμέλεια – Μετάφραση Ροηλίδης Ιωσήφ, Έκδοση Γ, Εκδόσεις Ακρίτα, Αθήνα 2001.
50. Προηγούμενου Διονυσάτου Αρχιμήδη Γαβριήλ, Το έγκλημα της γενοκτονίας, Επίτομος, Εκδόσεις ορθοδοξίας, Κυψέλη, Θεσσαλονίκη 1980.
51. Μητροπολίτη Κυθήρων Μελετίου, Τεκνογονία – Αντισυλληπτικά – Αμβλώσεις – Εγκυμοσύνη – Βίαη διακοπή – Ευθανασία, Επίτομος, Εκδόσεις Ορθόδοξος, Αθήνα 1970.
52. Kiester Edwin, Valente Kiester Jr & Sally, Το βιβλίο του παιδιού, Μετάφραση Μπουζάλη Λήδα, Επιμέλεια Τερζόπουλος Χρήστος, Επίτομος, Εκδόσεις Τερζόπουλου Α., Αθήνα 1984.
53. Αρχιμανδρίτου Επιφανίου Ι. Θεοδωρόπουλου, Προγραμμαίες σχέσεις – Πολιτικός γάμος – Αμβλώσεις, Επίτομος, Εκδόσεις Ορθόδοξου τύπου, Αθήνα 1986.
54. Μπαρτζινόπουλος Ε., 4,5 δις για τις εκτρώσεις, Ρεπορτάζ, Εφημερίδα «Τα Νέα», 29 Μαρτίου 1999.
55. Δορκοφίκη Ειρήνη, Έκτρωση – Συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Φωτοδότες, Αθήνα 1997.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10

«Δεν σκοτώνεις ένα απ' αυτά που έχεις;»

Επιμελητής Πανεπιστημιακής Σχολής, φέρει όνομα σπάνιο και ασυνήθιστο για λαϊκούς. Το όνομα αυτό είναι Αμφίλοχος. Σε μια εκδήλωση παρισταμένων και των γονέων του και άλλων προσώπων, ρωτήθηκε εκ περιέργειας πως συνέβη και πήρε αυτό το όνομα. Ο πατέρας του, απλός και ολιγογράμματος χωρικός, έσπευσε με θαυμαστή ειλικρίνεια να εξηγήσει το συμβάν.

«Όταν η γυναίκα μου έμεινε έγκυος στον Αμφίλοχο, δηλ. πριν 33 χρόνια, είχε αρχίσει η μόδα των εκτρώσεων να μεταδίδεται και στα χωριά. Επειδή είχαμε άλλα τρία παιδιά, σκεφτήκαμε να μην το κρατήσουμε. Πήγαμε στην πόλη (στην πρωτεύουσα του Νομού) και επισκεφθήκαμε γνωστό μας γιατρό γυναικολόγο. Του εξηγήσαμε τι θέλαμε. Εκείνος μας άκουσε και μετά μου είπε : «Βρε Κώστα αφού θέλεις να έχεις τρία παιδιά και τα τέσσερα σου φαίνονται πολλά γιατί δεν κάνεις κάτι άλλο; Αν σκοτώσουμε αυτό, θα βάλουμε σε κίνδυνο και την γυναίκα σου. Δεν σκοτώνεις καλύτερα ένα από τα τρία που έχεις, κατά προτίμηση το μικρότερο και να αφήσουμε αυτό να γεννηθεί; Έτσι και τα τρία παιδιά θα έχεις πάλι και η γυναίκα σου δεν θα διατρέξει κανένα κίνδυνο». (Σημ.: Κίνδυνος κατηγορίας για φόνο αδύνατο να αποτραπεί εύκολα, διότι υπήρχαν πολλοί τρόποι να παρασταθεί ο φόνος του νηπίου ως ατύχημα). Όταν άκουσα αυτά ανατρίχιασα. Νόμιζα ότι έπεσε κεραυνός στο κεφάλι μου. Τότε κατάλαβα τι πήγαινα να κάνω.

- Καλά γιατρέ μου του είπα. Έχεις δίκιο. Σ' ευχαριστώ. Το παιδί θα το κρατήσουμε.
- «Και θα το βαπτίσω εγώ!», είπε ο γιατρός. Δώσαμε τα χέρια και όταν γεννήθηκε ο Αμφίλοχος μας και τον βάπτισε ο γιατρός του έδωσε το όνομα του πατέρα του, που έτυχε να τον λένε Αμφίλοχο.

Έπειτα απ' αυτό, που να ξανασκεφθούμε έκτρωση! Έτσι ήρθαν στον κόσμο άλλα δύο παιδιά μετά τον Αμφίλοχο. Και φυσικά δεν μετανιώσαμε ποτέ. Όλα μας τα παιδιά βγήκαν πολύ καλά και όλα αποκαταστάθηκαν με τον καλύτερο τρόπο. Όταν μεγαλώσανε και πήρανε το δρόμο του Θεού, μας βοήθησαν και μας να γίνουμε καλοί Χριστιανοί.....».⁵²

ΔΥΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΑΣ ΜΙΛΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

* Η ψυχική μου κατάσταση και πριν και μετά την έκτρωση φαινόταν πολύ καλή. Όπως όμως κατάλαβα αργότερα, στην πραγματικότητα είχα νεκρώσει κάποιες ψυχικές λειτουργίες για να μην αισθάνομαι πόνο. Χρησιμοποίησα την εκλογίκευση για να πείσω τον εαυτό μου ότι δεν υπήρχε τίποτε άλλο που μπορώ να κάνω κι έπρεπε να φανώ ψύχραιμη. Μετά σκεφτόμουν ότι δεν έφταιγα εγώ αν το μωρό είχε προλάβει να εμψυχωθεί, αφού νόμιζα ότι ήταν μικρότερο όταν το έκανα.

Από τότε που έκανα την έκτρωση είχα αλλάξει τρομερά. Είχα γίνει σκληρή και κυνική. Δεν είχα εμπιστοσύνη στους άντρες, ούτε καν στον εαυτό μου. Η σχέση μου με το φίλο μου είχε διαλυθεί κι εμείς δεν καταλάβαμε καλά-καλά πότε συνέβη αυτό. Έχασα την άνεση που είχα με τα παιδιά, που κάποτε τα λάτρευα. Φοβόμουν να κρατήσω μωρά στα χέρια μου, μήπως πάθουν κάτι.³⁴

* Όταν πλησιάζεις το χειρουργείο κάνεις την αδιάφορη αλλά νιώθεις τα μέλη σου να παγώνουν από φόβο. Το αίμα σταματά να κυκλοφορεί στις φλέβες σου. Σταματάς να ακούς εξωτερικούς ήχους και ακούς μόνο την καρδιά σου που χτυπά δυνατά. Θέλεις να κλάψεις ή να το βάλεις στα πόδια αλλά πιέζεις τον εαυτό σου και προχωράς γιατί έχεις πάρει την απόφαση να το κάνεις. Έχω ακούσει να λένε ότι είναι ευκολότερο από εξαγωγή δοντιού. Σαχλαμάρες. Μόνο όσες το έκαναν ξέρουν! Νιώθεις περιφρόνηση για το χειρουργό που χαμογελά συγκαταβατικά και σε καθησυχάζει. Το θεωρείς υποκριτικό ότι σε λίγα λεπτά θα έχουν πετάξει τα σπλάχνα σου σε ένα κουβά. Όταν σε σπρώχνουν να ξυπνήσεις είναι σαν να έχεις γυρίσει απ' τον Άδη. Πρέπει να μαζέψεις τα κομμάτια σου και να φύγεις αφού χρειάζονται το κρεβάτι για την επόμενη. Αν είσαι τυχερή σε περιμένει κάποια φίλη έξω και προσπαθεί να σε καθησυχάσει. «Πάει πέρασε» σου λέει. «Το ξεφορτώθηκες, τώρα θα συνεχίσεις τη ζωή σου». Μόνο που «αυτό» που ξεφορτώθηκες θα αναρωτιέσαι πάντα πως θα ήταν αν το γεννούσες και η ζωή σου δε θα είναι ποτέ ξανά όπως πριν.³⁴

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΙΟΣΕΛΙΔΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΠΟΛΥΤΕΚΝΩΝ

◆ 18\05\2006 ώρα 09:02 Ανώνυμη

Ξέρω πώς είναι να κάνεις έκτρωση σε μικρή ηλικία γι' αυτό όσοι δεν γνωρίζουν καλύτερα να σωπαίνουν. Είναι πολύ δύσκολα, ποτέ δεν μπορείς να το ξεπεράσεις. Πιστεύω πως σε αυτή τη ζωή δεν μου αξίζει να ξαναμείνω έγκυος, ακόμη και η χειρότερη τιμωρία, είναι μικρή.³⁴

◆ 26\05\2006 ώρα 09:37 Ευτυχισμένη μαμά

Θέλω να απαντήσω στη φίλη ανώνυμη (18\5\06) πως έχω κι εγώ δυο φορές ανάλογη εμπειρία σε νεαρή ηλικία και πιστευα ακριβώς τα ίδια με εκείνη. Τελικά ο Θεός με αξίωσε να αποκτήσω το κοριτσάκι μου που τόσο επιθυμούσα, πριν από 9 μήνες και να βιώσω τη μεγαλύτερη ευτυχία που υπάρχει στον κόσμο. Ο ερχομός της κόρης μου έχει διαγράψει όλα τα μελανά σημεία του παρελθόντος μου και δίνει νόημα στη ζωή μου κάθε μέρα. Εύχομαι σε όλες τις γυναίκες να γίνουν μητέρες με οποιονδήποτε τρόπο. Το μωρό δεν συγκρίνεται με όλα το πλούτη, τις καριέρες, τους έρωτες ή οτιδήποτε άλλο στον κόσμο. Φίλη ανώνυμη, μην απογοήτευσε. Θα έρθει και η δική σου στιγμή, αρκεί να το θέλεις πραγματικά με όλο σου το είναι. Ο Θεός δεν είναι εκδικητικός πιστεψέ με. Πιο ανάξια μάνα από εμένα δεν πιστευα ότι υπήρχε κι όμως...³⁴

◆ 03\06\2006 05: 47 Άννα Κονοβέση

Γεια σας ! Είμαι μαία και θα ήθελα να πω την άποψή μου για τις εκτρώσεις... Ευτυχώς δεν έχω προσωπική εμπειρία, έχω όμως αναρίθμητες εμπειρίες από εκτρώσεις πολλών γυναικών στις οποίες πρέπει να παραβρίσκομαι και να στηρίζω ψυχολογικά. Κατά τη δική μου άποψη η άμβλωση είναι μια από τις δύο χειρότερες εμπειρίες που μπορεί να βιώσει μια γυναίκα (η άλλη είναι ο βιασμός). Δυστυχώς όμως, στις μέρες μας έχει καταντήσει να παίζει το ρόλο της αντισύλληψης ειδικά για τις νεαρές ηλικίες που επικρατεί μεγάλη άγνοια. Έχω γνωρίσει γυναίκα που έχει κάνει 37 εκτρώσεις (!!!) και κοριτσάκι 20 χρόνων που έχει κάνει 10 εκτρώσεις (!!!)... Θέλω να στείλω ένα μήνυμα προς όλες τις γυναίκες : η έκτρωση δεν είναι αντισύλληψη, διαβάστε, ενημερωθείτε, συνειδητοποιήστε την κατάσταση. Το κόστος είναι πολύ μεγάλο, ψυχικό και σωματικό. Εύχομαι δύναμη και γνώση σε όλες τις γυναίκες του κόσμου...³⁴

◆ 22\06\2006 8:04 Σοφία Παπαδοπούλου

Είμαι μια κοπέλα 20 χρόνων. Πριν από μια εβδομάδα έκανα έκτρωση και κάθε άλλο παρά περήφανη νιώθω γι' αυτό. Αν και η απόφασή μου επικρατούσε γερά

θεμελιωμένη μέσα μου, πλέον αν ξαναγύριζα το χρόνο πίσω θα το ξανασκεφτόμουν πολύ περισσότερο να κρατήσω αυτό το μωρό. Έζησα τη χειρότερη στιγμή της ζωής μου, όταν περιμένοντας στο δωμάτιο του νοσοκομείου να με πάρουν για την επέμβαση, αποχαιρετούσα με πίκρα αυτό το πλασματάκι των τριών εκατοστών που για 8 εβδομάδες ζούσε μέσα μου. Νιώθω τύψεις και ένα τεράστιο κενό. Νιώθω ότι πολύ νωρίς μαύρισα την ψυχή μου. Αφαίρεσα το δικαίωμα από έναν άνθρωπο να ζήσει, να γελάσει, να κλάψει, να νιώσει. Χρωστάω πολλά σε έναν άνθρωπο, σε μια ψυχή και θα κάνω ότι είναι δυνατό να επανορθώσω όταν και αν ο Θεός μου χαρίσει άλλο μωρό.³⁴

◆ 24\03\2006 07:37 Αλκηστη Πέτα

Έχοντας κάνει μια έκτρωση όταν ήμουν πιο μικρή (τόρα είμαι 34 ετών) θέλω να πω ότι ήταν μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία, έτσι όταν έμεινα ξανά έγκυος (πριν από 2 χρόνια) και χωρίς τη συμπαράσταση του συντρόφου μου, μπήκα και πάλι στη διαδικασία της ίδιας σκέψης. Όμως κάθε φορά που ερχόταν στο μυαλό μου η όλη διαδικασία της επέμβασης πίστευα όλο και περισσότερο ότι έπρεπε να κρατήσω αυτό το παιδί. Δεν είμαι ούτε ηθικολόγος ούτε αυτό που λένε παλαιών αρχών που σήμαινε ότι θα έπρεπε να πιάσω για ένα γάμο επειδή υπάρχει ένα παιδί, όμως μετά από αυτό το διάστημα του ενός μήνα που είχα περιθώριο να πάρω την απόφαση και ταλαντευόμενη ανάμεσα στα προβλήματα που δημιουργεί ένα παιδί σε μια ανύπαντρη μητέρα και ότι αυτό συνεπάγεται σε οικογενειακό, προσωπικό και επαγγελματικό τομέα σας δηλώνω ότι ήταν η πιο σωστή απόφαση που έχω πάρει. Κάθε φορά που βλέπω το πρόσωπο της κόρης μου, τα μάτια της, το χαμόγελο, τις γκριμάτσες και τα καμώματά της σε αντίθεση με τις εικόνες της διαδικασίας...³⁴

Απόσπασμα ομιλίας Κωνσταντίνου Κριαρά, νευροψυχιάτρου, από βιντεοσκοπημένη «συζήτηση στρογγυλής τραπέζης» το 1984, με θέμα «Η αθέατη πλευρά των αμβλώσεων».

«Η άμβλωση δεν είναι μια απλή επέμβαση, όπως η εγχείρηση αμυγδαλών ή σκωληκοειδίτιδας. Είναι σοβαρότατο γεγονός, που έχει σχέση βέβαια με το σώμα της γυναίκας, αλλά ξεπερνάει κατά πολύ αυτό, για να αγγίξει το βάθος της καρδιάς της, να αναστατώσει τα άδυτα της ψυχής της ίδιας και του συντρόφου της, να περάσει στις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φτάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας...»⁷

* * * * *

Την 30η Μαρτίου του 1986, προεβλήθη στην αίθουσα θρησκευτικού συλλόγου της πρωτεύουσας, η γνωστή ταινία «**Σιωπηλή κραυγή**», του διάσημου ιατρού – γυναικολόγου, Βερνάρδου Νάθανσον, αναφερόμενη στις αμβλώσεις.

Μετά το τέλος της ταινίας ακολούθησε 2ωρη συζήτηση, υπό τη διεύθυνση του Αρχιμήδη Π. Επιφανίου Θεοδωρόπουλου.

Το γενικό συμπέρασμα μετά από αυτήν την πολύωρη συζήτηση ήταν ότι : Η άμβλωση ασχέτως του είδους και του τρόπου, από τη στιγμή που ενεργείται είναι φόνος. Η ενοχή της μητρός είναι ίδια προς εκείνη του πατροκτόνου ή του μητροκτόνου.⁵³

* * * * *

ΣΥΝΟΜΙΛΙΑ : Τσουδερού – Αναστασόπουλου

Τσουδερού : Οι εκτρώσεις έχουν φτάσει στην Ελλάδα σε απίθανο αριθμό. Λένε ότι είναι 100-300 χιλιάδες το χρόνο. Υπάρχουν γυναίκες που έχουν κάνει ως και 7 εκτρώσεις με τον ίδιο γιατρό. Αν λογαριάζετε ότι κάθε έκτρωση κοστίζει 800 με 1000 ευρώ, οι γυναικολόγοι που κάνουν τις εκτρώσεις εισπράττουν υπέρογκα ποσά. Αυτό δεν είναι εκμετάλλευση της γυναίκας ;

Αναστασόπουλος : Όχι δεν είναι εκμετάλλευση. Την έκτρωση δεν την κάνει ο γιατρός. Την κάνει η γυναίκα. Να μην λέμε πράγματα ανακριβή.

Τσουδερού : Αφήστε τα επιστημονικά. Είναι κοινό μυστικό ότι γίνεται εκμετάλλευση της γυναίκας. Εσείς δεν κινδυνέψατε ποτέ από διάτρηση μήτρας και αιμορραγίες... Εμείς κινδυνέψαμε...⁵⁴

- ◆ **ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ 14\10\1937** : Η συχνότητα των εκτρώσεων, αμβλύνει το ηθικό αισθητήριο σε σημείο αναισθησίας, γιατί η επανάληψη της πράξεως, μειώνει τη σημασία της.⁵⁵

- ◆ **ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΛΕΤΩΝ** : Σύντομα η Βαλκανική θα μείνει χωρίς Έλληνες. Η Τουρκία και η Αλβανία διπλασιάζονται κάθε οκτώ χρόνια ενώ εμείς σε 230 !11⁵⁵

- ◆ **ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 1984** : Είναι παράλογο να χαρακτηρίζουμε ως δικαίωμα, κάτι που συνεπάγεται τη στέρηση του δικαιώματος ζωής σε μια άλλη ανθρώπινη ύπαρξη.⁵⁵

- ◆ **ΣΙΜΟΝ ΒΕΙΑ, ΓΑΛΛΙΑ Δ ΥΠΟΥΡΓΟΣ** : Μιλάμε για μια νίκη. Η άμβλωση είναι μια ήττα. Η μοναδική νίκη είναι η αποφυγή της...⁵⁵

ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΕΝΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Σπαράσσεται η μνήμη μέσα από τις αφηγήσεις 9 γυναικών – η κάθε μία με διαφορετική ηλικία από δεκατεσσάρων έως εξήντα ετών, που έχουν κάνει άμβλωση. Όλες με διαφορετική προέλευση και αίσθηση του φοβερού χορού της γονιμότητας. Σε όλες χαρακτήριζε κάτι κοινό. Δεν ξέχασαν αυτή την εμπειρία.³⁴

Η πρώτη λέει : Θυμάμαι τα στρογγυλά φώτα από πάνω μου, τη φωνή του γιατρού που έλεγε «ανάπνεε αργά» ...το σβήσιμο των αισθήσεων ...και την φρίκη στην ψυχή μου όταν ξανάνοιξα τα μάτια μου. Ο Θεός να με συγχωρήσει !Δεν θα το ξανακάνω ποτέ πια, ποτέ!

Βλέπω τα παιδάκια κι έχω μια μόνιμη πίκρα στην καρδιά μου... Τώρα, βέβαια, βλέπω την κόρη μου και τη χαίρομαι, αλλά δεν μπορώ να ξεχάσω ούτε λεπτό αυτή την εμπειρία... Δηλαδή την ψυχή που σκότωσα ...Πώς θα ήταν αν ζούσε τώρα; Θα ήταν αγόρι ή κορίτσι; Θα μου έμοιαζε; Ερωτηματικά ατελείωτα.³⁴

Η δεύτερη έχει σκληρή έκφραση στο πρόσωπο κι ενώ μου μιλά το βλέμμα της είναι καθηλωμένο. «Έχω κάνει 14 εκτρώσεις! Δύο αποτυχημένους γάμους με δύο υπέροχους ανθρώπους. Για τα διαζύγια απ' ότι καταλαβαίνετε, φταίω εγώ. Η δασκάλα μου στο άσραμ μου λέει συνέχεια ότι έτσι έπρεπε να γίνει, καρμικά δηλαδή, με καταλαβαίνετε; Προσπαθώ με τον διαλογισμό να βοηθηθώ, μήπως και σταματήσουν αυτά τα όνειρα. Είναι δεκατέσσερις σκιές που έρχονται κάθε βράδυ στον ύπνο μου. Ξυπνώ τόσο βαριά και δεν χαίρομαι τίποτα. Δεν καταλαβαίνω, πώς ζει ο κόσμος; Πού βρίσκει τη δύναμη να περνά την κάθε μέρα, την κάθε ώρα; Δεν χαίρομαι τίποτα, με ακούτε, τίποτα! Ούτε τα παιδιά μου, ούτε τη δουλειά μου...³⁴

Η τρίτη : Τι ταλαιπωρία, δεν σας λέω. Άγχος, Ένταση, ενοχές. Ποιος φταίει και ποιος δεν φταίει; Βέβαια δεν μιλάω καθόλου. Τι να πω στον άντρα μου, ότι έχω κάνει έκτρωση στα 27 μου; Αδύνατον! Να, τότε συνέλαβα αμέσως, τώρα δεν αντέχω άλλο με τις εξωσωματικές. Αχ! Αν το είχα κρατήσει δεν θα ήταν του Βαγγέλη, δεν θα τον είχα γνωρίσει ποτέ με ένα παιδί. Ίσως ο Αντώνης να με είχε παντρευτεί. Ίσως.. χιλιάδες ίσως. Τι να πω, η ζωή είναι μυστήριο, πού να ξέρεις πώς θα πάνε τα πράγματα. Τώρα θέλω τόσο πολύ ένα παιδί, μακάρι να πιάσει αυτή η προσπάθεια, γιατί αυτή η θεραπεία με έχει κουράσει.³⁴

Η Κλεοπάτρα είναι πολύ θυμωμένη. Μ' έστειλε η μάνα μου, έλεγε όλη την ώρα – είναι δυνατό να το κρατήσουμε; Δουλεύω μέρα νύχτα και δεν βγαίνουμε, είσαι μικρή ακόμη, έχεις καιρό να κάνεις όσα θέλεις, θα δεις, ούτε που θα το θυμάσαι... Μετά βρέθηκε και ο Τόλης. Τι δεν μου έταξε. Τα πλήρωσε όλα εκείνος. Τότε νόμιζα ότι

ήταν ο άγγελός μου, τώρα, μετά από δύο χρόνια στα δεκάξι μου, πιστεύω ότι είναι διάβολος.

Η Κλεοπάτρα φυσά τον καπνό απ' το τσιγάρο που ρουφά με μανία και συνεχίζει : Σταμάτησα το σχολείο, έμενα συνέχεια από απουσίες. Έχω φοβερά νεύρα, φοβερά. Κάποιες φορές κάθομαι στο σπίτι και κλαίω ασταμάτητα. Αν είχα κρατήσει το μωρό θα ήμουν καλύτερα, είμαι σίγουρη γι' αυτό. Η μάνα μου φταίει για όλα!!!³⁴

Η Αντιγόνη μιλά και κλαίει. «Μόλις άνοιξα τα μάτια μου, είχα μια αίσθηση αμφιβολίας, πώς να το πω! Δεν πρόλαβα να σκεφτώ και πολλά γιατί ήρθε ο γιατρός να πάρει τα χρήματα και να δει πώς είμαι. Του είπα ότι είμαι ανακουφισμένη, ότι μου έφυγε ένα βάρος και τώρα θα ζω ελεύθερη. Μάλιστα τώρα μπορώ να γνωρίσω κάποιον που να με αγαπάει αληθινά. Θα χωρίσω από αυτόν τον ψεύτη που έχω μπλέξει.»

Και συνεχίζει «φεύγοντας απ' το μαιευτήριο, το πρώτο φανάρι με έπιασε κόκκινο. Πέρασε μια κυρία που περπατούσε αργά, με το νεογέννητο στο καροτσάκι. Ήταν πανέμορφο, σαν αγγελούδι. Καρφώθηκε πάνω του το βλέμμα μου. Άκουσα μια φωνή μέσα μου. «Θα μπορούσε να ήταν δικό σου όμως εσύ το πέταξες στα σκουπίδια.» Η ψεύτικη ανακούφιση έγινε μονομιάς βράχος στην ψυχή μου.»³⁴

Η Λίτσα έχει κάπως παγερό ύφος όταν μου λέει «Έχω δύο παιδιά, το δεύτερό μου, ο Μανώλης βγήκε άρρωστο. Πριν πέντε χρόνια, αφού το τρέχαμε σε χιλιάδες γιατρούς, στο τέλος μας ανακοίνωσαν ότι έχει αυτισμό. Δεν προλαβαίναμε να το πηγαίνουμε στα διάφορα. Πότε στον παιδοψυχίατρο, πότε στη λογοθεραπεία, πότε στην ψυχοκινητική. Βέβαια όπως καταλαβαίνεται όλα αυτά έχουν και έξοδα. Όταν ο Μανώλης ήταν δύο ετών και δεν γνωρίζαμε ακόμη την πάθησή του, είχα μείνει έγκυος. Εκείνη την εποχή ήμουν κουρασμένη, παρότι, δεν μπορώ να πω έχω βοήθεια. Έχω τη μάνα μου, την πεθερά μου, τη γυναίκα στο σπίτι, την κοπέλα για τα παιδιά. Αλλά πού να φανταστώ τι με περίμενε. Μήπως με τιμώρησε ο Θεός; Δεν πιστεύω κιόλας. Δεν θέλω να τα σκέφτομαι γιατί με πιάνει απελπισία. Ν επί παραδείγματι αναρωτιέμαι, αν είχα και το τρίτο, τώρα θα είχα δυο χαρές και ο Ντίνος μου δεν θα ήταν μόνος με ένα άρρωστο αδερφάκι.»³⁴

Η Ελεάννα είναι καλλιτέχνης. «Εμείνα έγκυος στην πιο ακατάλληλη στιγμή της ζωής μου. Έτσι τουλάχιστον νόμιζα τότε. Είχα προβλήματα όλων των ειδών. Δεν είχα δουλειά, ανακάλυψα ότι ο άντρας μου με απατάει συστηματικά με διάφορες. Όταν του ανακοίνωσα ότι είμαι έγκυος έκανε σαν τρελός. Άρχισε να λέει ότι δεν πιστεύει πως ήταν δικό του. Ένιωθα τόσο ανασφαλής, όσο ποτέ στη ζωή μου. Σκεφτόμουν, τι φταίει τώρα αυτό το πλάσμα να γεννηθεί μέσα σε τόσα προβλήματα. Πήγαμε λοιπόν και το έριξα. Τα πράγματα όμως δεν καλυτέρεψαν, χειροτέρεψαν τόσο που κατέληξα σε ψυχοφάρμακα. Ο άλλος άρχισε να σηκώνει και χέρι. Κάποια στιγμή δεν άντεχα άλλο, είχα μεγάλο βάρος στην ψυχή μου. Πήγα κι εξομολογήθηκα. Δεν είχα ξαναπάει σε παπά. Ούτε που το φανταζόμουν. Εγώ τα κορόιδευα αυτά. Σιγά-σιγά έκοψα και τα ψυχοφάρμακα κι έτσι πήρα τη ζωή μου στα χέρια μου, ή μάλλον, την άφησα στα χέρια του Θεού!».³⁴

Η κυρία Βούλα είναι πολύ γλυκιά και ταπεινή, μου λέει «Είχα τρία αγόρια στην εφηβεία, δεν άντεχα άλλο. Δουλειά και σπίτι και με τον άντρα μου που μόνος του δεν τα κατάφερνε και είναι και μέσα στη γκρίνια... Μόλις έμαθα ότι ήμουν έγκυος, χωρίς να το πω σε κανένα, γνωρίζοντας καλά τι πάω να κάνω, το έριξα. Ήμουν 39 ετών στη μετέπειτα εγκυμοσύνη. Η Μαρία μου έχει σύνδρομο Down. Ευτυχώς που πληρώνω κάθε μέρα σ' αυτήν εδώ τη ζωή.»³⁴

Η Ιφιγένεια είναι εξήντα ετών. «Τι κι αν πέρασαν τριάντα ολόκληρα χρόνια από τότε. Δεν το έχω ξεχάσει ούτε λεπτό. Νόμιζα πως ήταν η πιο ακατάλληλη στιγμή της ζωής μου, εκ των υστέρων βέβαια, ότι ήταν η τελειότερη! Τότε, ήμουν και πολύ σίγουρη για την απόφασή μου. Ούτε που μπορούσα να φανταστώ πώς θα ένιωθα μετά. Ένα μετά που έχει μείνει ανεξίτηλο.»³⁴

*Από τη στιγμή της σύλληψης η ζωή πάλλεται, μετασχηματίζεται και μένει στην αιωνιότητα.*³⁴

*Ευχές πολλές σε όλες τις γυναίκες, έτσι ώστε να φωτιστούν έγκαιρα και να λυτρωθούν, μέσα από τις ζωές που θα γεννήσουν...*³⁴

Η «ΕΜΠΕΙΡΙΑ» ΜΙΑΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Κάποια μέρα ανακαλύπτεις ότι έχεις «καθυστέρηση», κάτι δεν πήγε καλά στους υπολογισμούς σου. Αρχίζει να μπαίνει μπροστά σου ένα φάντασμα που μέχρι την τελική βεβαίωση του γεγονότος, ελπίζεις να το αποφύγεις : η έκτρωση.

Αρχίζεις να ψάχνεις για λεφτά, προσπαθείς να εξηγήσεις στον άνδρα που έχεις ότι φοβάσαι αυτή την ιστορία. Στο μυαλό σου περιτριγυρίζουν πολλές σκέψεις. Κι αν αυτό γίνει αιτία να μην κάνω παιδιά ποτέ; Και αν μου κάνουν κακή επέμβαση; Λες : Δεν το μπορώ αυτό το πράγμα.

Μια φίλη σου συστήνει ένα γιατρό. Πηγαίνεις. Σε εξετάζει. Σου λει πόσα θέλει και πού θα την κάνει. Ρωτάει πότε είχες τελευταία φορά περίοδο, πόσο χρονών είσαι. Σου λει την ημέρα της έκτρωσης και σε συμβουλεύει να μην πας μόνη σου. Κλείνεται ραντεβού. Παίρνεις φάρμακα για να προετοιμαστεί η επέμβαση. Πληρώνεις την επίσκεψη και φεύγεις.

Ο άνδρας σου αρχίζει και φοβάται. Του λες πως σ' εξέτασε ο γιατρός και πιάνει την κοιλιά σου. Όταν ορίσται η μέρα, αρχίζεις και το σκέφτεσαι πιο έντονα. Μιλάς πιο συχνά γι' αυτό. Φαντάζεσαι τον εαυτό σου πάνω στο γυναικολογικό κρεβάτι με ανοιχτά τα πόδια και ένα γιατρό αδιάφορα να ασχολείται με τη μήτρα σου. Ένας αριθμός που περνάει από μπροστά του κι ακολουθούν άλλοι.

Σκέφτεσαι : Πώς να ήταν το μωράκι αν γεννιόταν; Φαντάζεσαι, φαντάζεσαι ... Ο άντρας σου, σου λει ότι δεν είναι και τόσο τραγικό όσο το κάνεις. Χιλιάδες γυναίκες κάνουν εκτρώσεις χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα. Νιώθεις να σε βαραίνει η παρουσία της μήτρας σου πάνω στο κορμί σου, να σου δίνει άλλη διάσταση. Ο άνδρας σου ψάχνει για λεφτά μαζί σου και τελικά τα βρίσκετε και χωρίς να τα χρωστάτε.

Την προηγούμενη της έκτρωσης, περνάνε εφιαλτικά πράγματα απ' το μυαλό. Σε ησυχάζει λίγο η ιδέα ότι θα την κάνεις σε σύγχρονο μαιευτήριο και όχι σε σκοτεινά υπόγεια. Άρα είσαι από τις τυχερές εσύ. Το πρωί στις 9 έχεις ραντεβού με το γιατρό. Εσύ πηγαίνεις 9 παρά τέταρτο.

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

Δεν κάνει να φας τίποτα πριν την έκτρωση. Σου έρχεται να πέσεις κάτω, νιώθεις να μην ισορροπείς καλά όταν είσαι όρθια. Σε πιάνει ταχυπαλμία, ένας τρελός φόβος. Οι φίλοι, αν δεν είσαι μόνη σου, Μιλάνε για άσχετα πράγματα για να αλλάξουν το κλίμα. Σε φωνάζουν και μπαίνεις σε ένα μικρότερο σαλόνι, με ωραιές πολυθρόνες, πίνακες και μουσική. Άνδρες πηγαionoέρχονται νευρικά, γυναίκες περιμένουν κι αυτές όρθιες τη σειρά τους.

Κάποια στιγμή, ανοίγει μια πόρτα. Βγαίνει μια προϊσταμένη. Φωνάζει ένα όνομα. Μπαίνει ένας μέσα και βγαίνει με μια γυναίκα κατάχλωμη, που προσπαθεί να δείξει πως δεν τρέχει τίποτα. Χαμογελά συγκαταβατικά και με ασταθή βήματα φεύγουν. Σε λίγο βγαίνει κάποιος με άσπρη μπλούζα. Πλησιάζει ένα νεαρό και μπαίνουν δίπλα. Ακούς : Είναι καλά, μην ανησυχείται. Κοστίζει...

Σε λίγο θα βγει κι αυτή. Άλλες μπαίνουν, άλλες βγαίνουν. Κάποια στιγμή ακούς. Για τον κύριο Τάδε ποια είναι; Και αυτή τη φορά είσαι εσύ. Λες ένα βιαστικό «σας χαιρετώ» και μπαίνεις μέσα. Είσαι πια μέσα.

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

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

Μια φωνή σου λει : στην άκρη – εκεί, βλέπεις μια γυναίκα. Πάνω σε ένα φορείο αναίσθητη και ξύπνια, με κραυγές σαν κλάμα, η γυναίκα βρίσκεται χαμένη στις παραισθήσεις του αναισθητικού, μισόγυμνη με μια γάζα να κρέμεται ανάμεσα στα πόδια της, διαλυμένη.

Πάνω σε ένα φορείο με τη μήτρα ματωμένη. Ανοίγεις τα μάτια τεράστια. Οι νοσοκόμες σε κοιτάνε με απάθεια. Σκέφτεσαι τον άνδρα σου, στα σκαλάκια που καθόσασταν σου είπε : «Από εδώ και μπρος να προσέχεις». Νιώθεις ότι αν εσύ δεν «προσέχεις», εσύ και μόνο εσύ θα υποφέρεis.

Σε βάζουν σε ένα δωμάτιο. Μέσα στο μοναδικό κρεβάτι που υπάρχει, βρίσκεται ξαπλωμένη μια μελαχροινή κοπέλα. Σου λει πως πονάει, δεν μπορεί να σταθεί. Νιώθεις ανόητα, σαν να σου' ρχεται να τη διώξεις. Τη ρωτάς κάτι. Μαθαίνεις πως ήταν τεσσάρων μηνών, είναι παντρεμένη και σε διάσταση. Το παιδί ήταν με τον άντρα της. Είχαν ξανασμοίξει. Αυτός είναι ρεμάλι. Είχε έρθει και χθες όμως μετάνιωσε κι έφυγε. Σήμερα το πρωί το αποφάσισε. Χθες τσακώθηκαν.

Με το πιο ήρεμο ύφος μου λει : «Μισώ όλους τους άνδρες!». Είχε έρθει ολομόναχη. Ξαφνικά σηκώνεται. Είχε πολλή αιμορραγία. Έρχονται και της κάνουν ενέσεις. Μετά από δέκα λεπτά, σηκώνεται και φεύγει. Πληρώνει το γιατρό, σου λει κουράγιο. Έξω αρχίζει να χιονίζει. Στέλνω μ' αυτή την κοπέλα, σημείωμα στα παιδιά. Πριν δέκα λεπτά ένας γιατρός, τσακωνόταν με μια νοσοκόμα, επειδή δεν τον φώναξε για δέκα λεπτά από τον τοκετό που είχε, για να κάνει μια έκτρωση. Νομίζεις ότι παρακολουθείς θέατρο παραλόγου.

Δίπλα στο κρεβάτι είναι χαρτομάντηλα με σάλια, κάτω καμιά δεκαριά τσιρότα με οινόπνευμα από τις ενέσεις με το αναισθητικό. Η νοσοκόμα σου λει : «βγάλτα όλα και πήγαινε στην τουαλέτα. Φόρεσε αυτή τη ρόμπα πάνω στο κρεβάτι».

Βγάζεις τα ρούχα σου, το κάλυμμά σου, η ρόμπα είναι ζεστή από το κορμί της άλλης γυναίκας που έφυγε. Νιώθεις σαν το δέκατο αντίγραφο στο καρμπόν, σαν να είσαι η ίδια η προηγούμενη που έφυγε. Ακούγονται κλάμματα. Πλησιάζει ο γιατρός σου όμως δεν έρχεται σε' σένα. Λει στη νοσοκόμα να του αλλάξει σειρά γιατί βιάζεται. Είναι Σαββάτο σήμερα άλλωστε.

Νιώθεις απροστάτευτη και ασήμαντη, ανόητη που βρέθηκες σ' αυτή τη θέση. Θέλεις κάποιον δίπλα σου. Το μυαλό σου τρέχει. Δεκάδες γυναίκες με τις ίδιες ρόμπες. Δεκάδες γυναίκες με μήτρες βαλμένες σε λαιμητόμο. Και οι πιο πολλές μόνες τους. Όχι χωρίς παρέα. Μόνες τους μέσα στην κατάστασή τους. Αυτές και το φύλο τους, να διαμαρτύρεται από σπασμούς πάνω σε ένα φορείο, για την ίδια του τη φύση και τη μοναξιά του. Μια μοναξιά που μόνο οι γυναίκες τη νιώθουμε μεταξύ μας καθημερινά στα βλέμματα, στις κινήσεις, στα χάρδια ακόμη και των πιο αγαπημένων μας προσώπων.

Ο υποβιβασμός της γυναικείας υπόστασής μας, βιώνεται πάνω στο ίδιο μας το σώμα πριν από όλα τα άλλα. Σκέφτεσαι. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Προχωρείς στο διάδρομο. Βλέπεις τρεις πόρτες και τρεις γυναικολογικές καρέκλες. Φώτα, νοσοκόμες, χειρουργικά εργαλεία. Σου λένε ξανά να περιμένεις. Σε βάζουν σ' ένα διπλανό

δωμάτιο. Ακούς που λένε «δώσε μου τη λαβίδα, κράτα τη...πιο σιγά» και μετά τη φωνή της νοσοκόμας. - Το 1 τελείωσε.

Κλείνεις τα' αυτιά για να μην ακούς. Αν περιμένεις κι άλλο θα λιποθυμήσεις. Ξαφνικά σε φωνάζουν. Πριν μπεις μέσα, βλέπεις δυο – τρεις σε φορείο, να κλαίνε και να παρακαλάνε. Σκέφτεσαι, πρέπει να είμαι χλωμή...

Φτάσαμε. Εδώ είναι η αρχή του τέλους. Νιώθεις να περπατάς σε βαμβάκι. Ο γιατρός είναι μέσα. Σου λει ανέβα και κάτσε προς τα έξω.

Πατάς πάνω σε ένα σκαλί και ανεβαίνεις. Σου λει : «άνοιξε τα πόδια σου και βάλ' τα εκεί». Τα βάζεις στα στηρίγματα. Νιώθεις αμήχανα. Την ώρα που πας να κάτσεις, βλέπεις ένα χοντρό δοχείο, με κάτι πηχτά κόκκινα. Ρωτάς σε έξαλλη κατάσταση : «Αίματα έχει εκεί;». Τότε σου απαντούν φυσικότατα «Ε βέβαια, τι περίμενες να έχει.».

Ξαπλώνεις. Ο αναισθησιολόγος ψάχνει να σου βρεί φλέβα. Φαντάζεσαι τη μήτρα σου κομματιασμένη σε ένα δοχείο. Ακούς το θόρυβο από τα γάντια του γιατρού. Βλέπεις μια τσιμπίδα με ένα βαμβάκι. Ρωτάς τον αναισθησιολόγο. Πώς θα σου φιανόταν αν λιποθύμαγα τώρα; Με σταθερότητα σου λει : «Είναι αδύνατον».

Σου βάζει τη σύριγγα στο μπράτσο. «Ανέπνευσε βαθειά». Αρχίζεις και ζαλίζεσαι. Τα πρόσωπα γίνονται σκιές, χάνονται για σένα. Στην πραγματικότητα υπάρχουν γύρω απειλητικά. Είσαι πια τα χρήματα της αμοιβής.

Ανοίγεις τα μάτια πάνω σ' ένα κρεβάτι μόνη σου. Τρέμεις πολύ. Από την τρεμούλα πονάει πιο πολύ η κοιλιά σου. Σου' ρχεται εμετός, ζαλίζεσαι. Νιώθεις πως η κοιλιά σου μίκρυνε. Ένα ταμπόν κρέμεται ανάμεσα στα πόδια σου. Κρυώνεις πολύ, πάρα πολύ. Τρέμεις. Έρχεται ο γιατρός σου και σου λει διάφορα πράγματα. Δεν καταλαβαίνεις τίποτα. Πονάς και κουλουριάζεσαι. Φωνάζεις από τους πόνους.

Θέλεις να φύγεις εκείνη τη στιγμή, όπως κι αν είσαι. Φωνάζεις τη νοσοκόμα. Σου βάζει ταμπόν. Σε βοηθάει να ντυθείς. Μετά από λίγη ώρα περπατάς τρεκλίζοντας στο διάδρομο απ' όπου ήλθες. Οι καινούργιες σε παρατηρούν. Λες στη νοσοκόμα ότι είναι απαράδεκτο αυτό που γίνεται. Σου λει ότι έχεις δίκιο. Ίσως νομίζει ότι παραμιλάς.

Στο μικρό προθάλαμο φωνάζει αυτόν που σε περιμένει. Έρχεται χαμογελώντας φοβισμένα. Δίνεις κάποια χρήματα στη νοσοκόμα. Αυτός σε κρατάει από τη μέση και σε κοιτάει στα μάτια. Αναρωτιέσαι κατά πόσο καταλαβαίνει το κουρέλιασμα της Μαρλιας εκεί μέσα.

Πάντως νιώθεις ευγνωμοσύνη για το άγγιγμα στη μέση. Ζεστό και όμορφο. Ρωτάει αν πονάς. Του λες ναι και σμίγει τα φρύδια. Βγαίνεται έξω. Χιονίζει. Σου φοράει το κασκόλ του. Εκείνη την ώρα σ' αγαπάει. Στο ταξί πάει να μπει μπροστά. Η άλλη του λει να κάτσει πίσω. Έρχεται πίσω. Τον κοιτάς ερωτηματικά. Λει : «Από συνήθεια μωρέ». Σε κρατάει αγκαλιά. Στις λακούβες σε σφιγγει πάνω του. Μιλάνε για κάτι που δεν θυμάσαι.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Ηλικία

2) Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμη ...
Άγαμη ...
Διαζευγμένη ...

3) Κατά τη γνώμη σας η άμβλωση είναι

- Û Έγκλημα
- Û Απλή επέμβαση
- Û Επιστημονική ανακάλυψη που διευκολύνει τη ζωή των γυναικών
- Û Άλλο

4) Έχετε προβεί σε άμβλωση

ΝΑΙ ... ΟΧΙ...

Αν ναι πόσες φορές

- Μία ...
- Δύο...
- Περισσότερες ... Πόσες ...

5) Πιστεύετε πως η άμβλωση είναι θέμα που αφορά κατά κύριο λόγο

- Û Τη γυναίκα
- Û Τον άνδρα
- Û Και τους δύο
- Û Κανένα

6) Η άμβλωση επηρεάζει τη γυναίκα

- Û Ψυχολογικά ...
- Û Σωματικά ...
- Û Κοινωνικά ...
- Û Οικονομικά ...
- Û Άλλο ...

7) Οι επιπλοκές μιας άμβλωσης είναι

- Λοίμωξη ...
- Αδιαθεσία ...
- Αιμορραγία ...
- Μείωση σεξουαλικής επιθυμίας
- ...
- Εμβολή ...
- Καρκίνο τραχήλου ή μήτρας ...
- Άλλο ...

8) Μια άμβλωση θα πρέπει να διεξάγεται

- Πριν την 6^η εβδομάδα κύησης ...
- Ανάμεσα στην 8^η και 12^η εβδομάδα κύησης ...
- Όταν η γυναίκα αποφασίσει ...
- Όταν ο γιατρός αποφασίσει ...
- Άλλο ...

9) Η γνώμη σας για τις αμβλώσεις είναι πως

- Είναι μια πράξη που δε θα έπρεπε να επιτρέπεται ...
- Θα πρέπει να γίνονται ελεύθερα και να καλύπτονται πλήρως απ' το νόμο ...
- Θα πρέπει να επιτρέπονται όταν διαγιγνώσκете κίνδυνος της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου ...
- Άλλο ...

10) Θα μπορούσε η θέση της Εκκλησίας να σας επηρεάσει αρνητικά, για τη διεξαγωγή μιας άμβλωσης

ΝΑΙ ... ΟΧΙ ...

11) Θα αποτρέπατε ένα δικό σας άνθρωπο από την απόφασή του να κάνει άμβλωση

ΝΑΙ ... ΟΧΙ ...

Αν ναι γιατί

- Είναι φόνος ...
- Δημιουργεί πολλά προβλήματα στην υγεία ...
- Συμβάλλει στην υπογεννητικότητα της χώρας μας ...

12) Πιστεύεται πως η άμβλωση είναι πλέον μια απλή και ασήμαντη διαδικασία ρουτίνας, λόγω της αυξημένης συχνότητάς της

ΝΑΙ ... ΟΧΙ ...

13) Πιστεύετε πως ο πληθυσμός της χώρας μας είναι ενημερωμένος σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων

- Û Αρκετά ...
- Û Λίγο ...
- Û Καθόλου ...

14) Εσείς από πού θα θέλατε να ενημερωθείτε

- Û Από νοσηλευτές ...
- Û Από γιατρούς ...
- Û Από εκκλησιαστικούς φορείς ...
- Û Από υγειονομικούς διαφωτιστές ...
- Û Από επισκέπτες υγείας ...
- Û Μ.Μ.Ε. ...
- Û Από πολιτικούς ...

15) Εάν έχετε πραγματοποιήσει άμβλωση, θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος\α την τελευταία έστω στιγμή, να σας είχε αποτρέψει από την απόφαση αυτή

ΝΑΙ ...

ΟΧΙ ...

Το παρών ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Σας ευχαριστούμε για τον πολύτιμο χρόνο σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 20

ΣΥΜΒΟΛΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ



Εικόνα 1^η : Η εικονιζόμενη εδώ μητέρα, είναι η Ιταλίδα Τζιάνα Μπερέττα Μόλα, η οποία απεβίωσε το 1962, σε ηλικία 39 ετών από καρκίνο, για τη θεραπεία του οποίου ως έγκυος δεν δέχτηκε να κάνει έκτρωση.

Επίσης δεν δέχτηκε καμία φαρμακευτική αγωγή, για να μην βλάψει την κυοφορούμενη κορούλα της, που ευτύχισε να τη φέρει στη ζωή υγιέστατη και να την κρατήσει στην αγκαλιά της, πριν η δική της ζωή υποκύψει στην ασθένειά της.

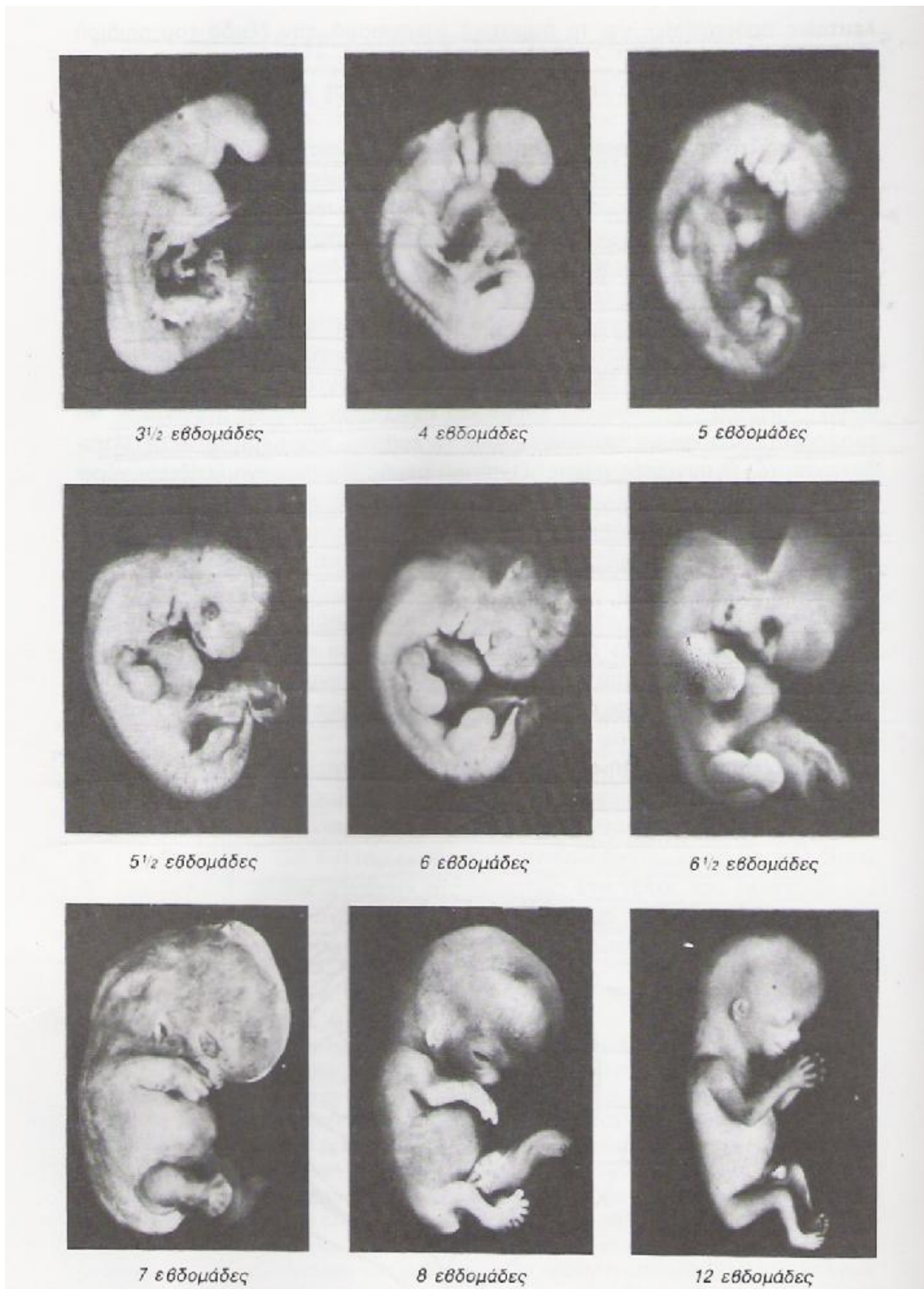
Είχε γίνει σύμβολο κατά των εκτρώσεων και ανακηρύχθηκε από τον πάπα αγία, μάλιστα και η πρώτη έγγαμη γυναίκα. Άσχετα όμως με την αγιοποίησή της, η αξιοθαύμαστη αυτοθυσία της υπήρξε πράξη αξιότιμη και αξιομίμητη...⁷



Εικόνα 2^η : Σύμβολο της μητρότητας έγινε η 28χρονη Κάρλα Λεβάτι, από την πόλη Μπέργαμο, γιατί τον Αύγουστο του 1991, όταν διαπιστώθηκε ότι ήταν έγκυος, είπε ΟΧΙ στην έκτρωση που συνέστησαν οι γιατροί, προκειμένου να αρχίσουν χημειοθεραπεία για τον καρκίνο που τη βασάνιζε μάλιστα με φρικτούς πόνους. Αλλά είπε ακόμη ένα συγκλονιστικό όχι, στη λήψη ανακουφιστικών φαρμάκων, προκειμένου να μην βλάψει την υγεία του κυοφορούμενου γιου της.⁷



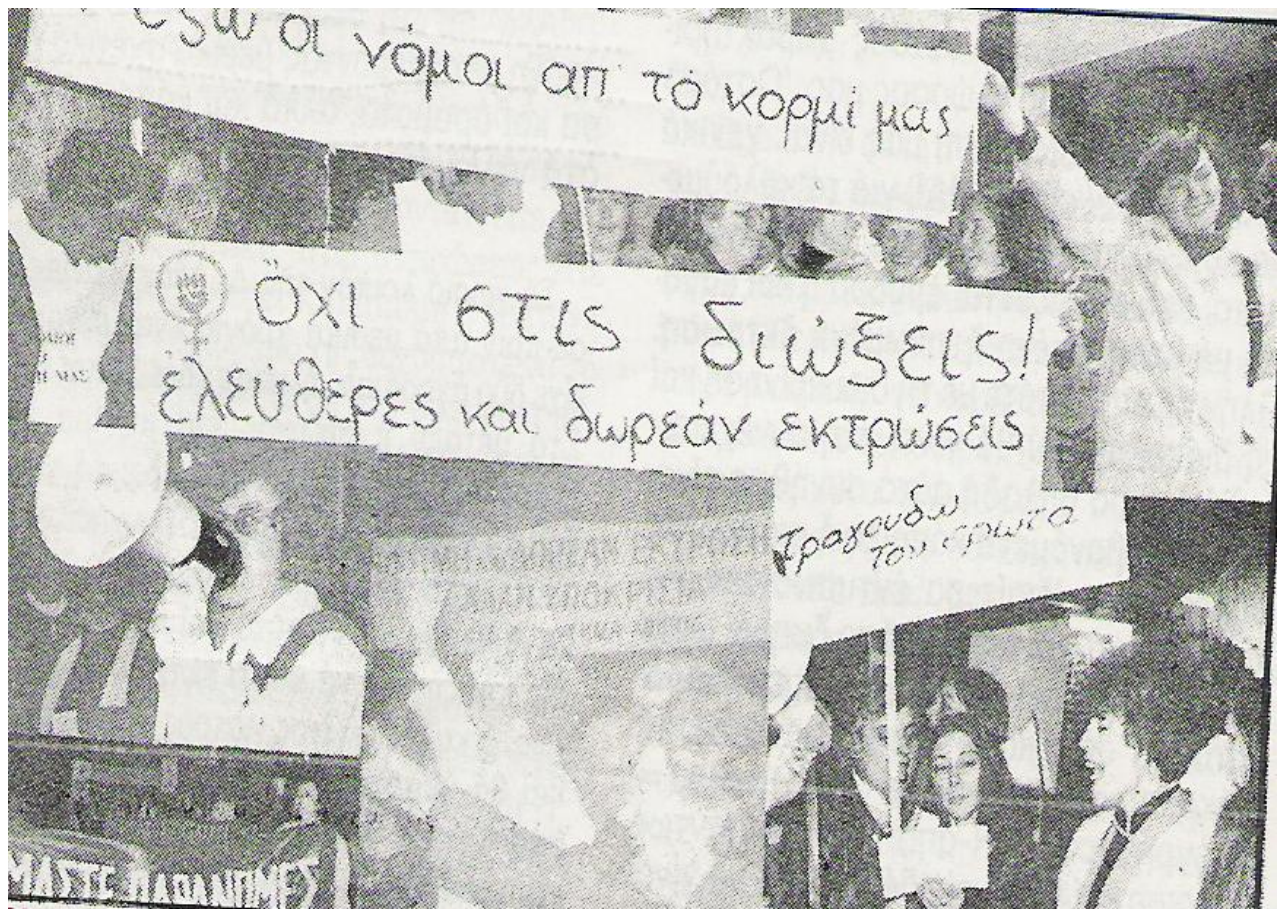
Εικόνα 3^η: Έμβρυο 4 1\2 μηνών ... (η φωτογραφία έχει ληφθεί από το περιοδικό LIFE)⁵²



Εικόνα 4^η: Ανάπτυξη του εμβρύου κατά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης ³⁹



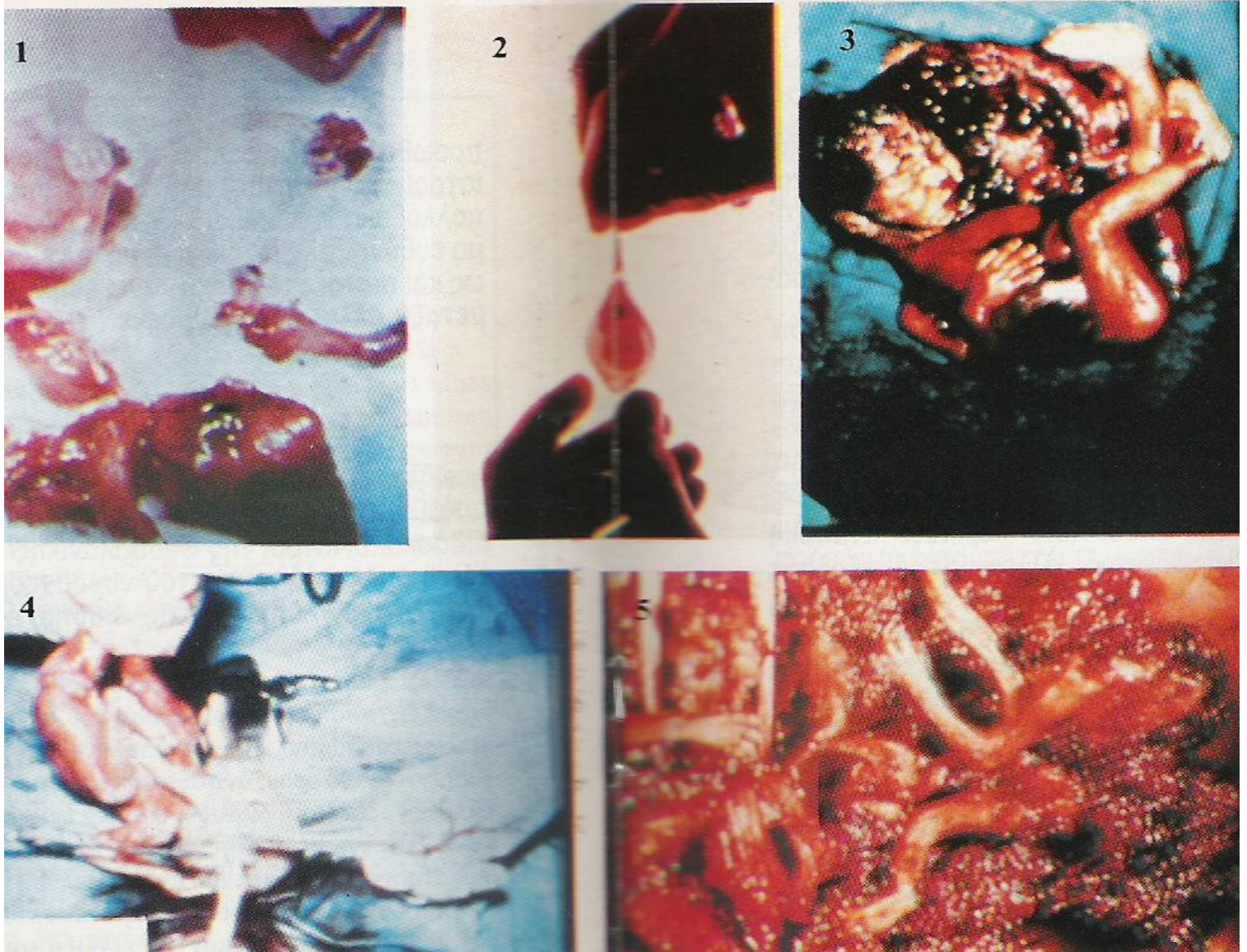
Εικόνα 5^η : Κυοφορούμενο έμβρυο 2 1\2 μηνών ⁵²



Εικόνα 6^η : Διαδήλωση κατά των εκτρώσεων, από την ηγεσία της «Ένωσης Γυναικών Ελλάδος», στο κέντρο της Αθήνας, τον Ιανουάριο του 1985. ²⁴



Εικόνα 7^η : Κυοφορούμενο έμβρυο 2 μηνών ⁴⁶



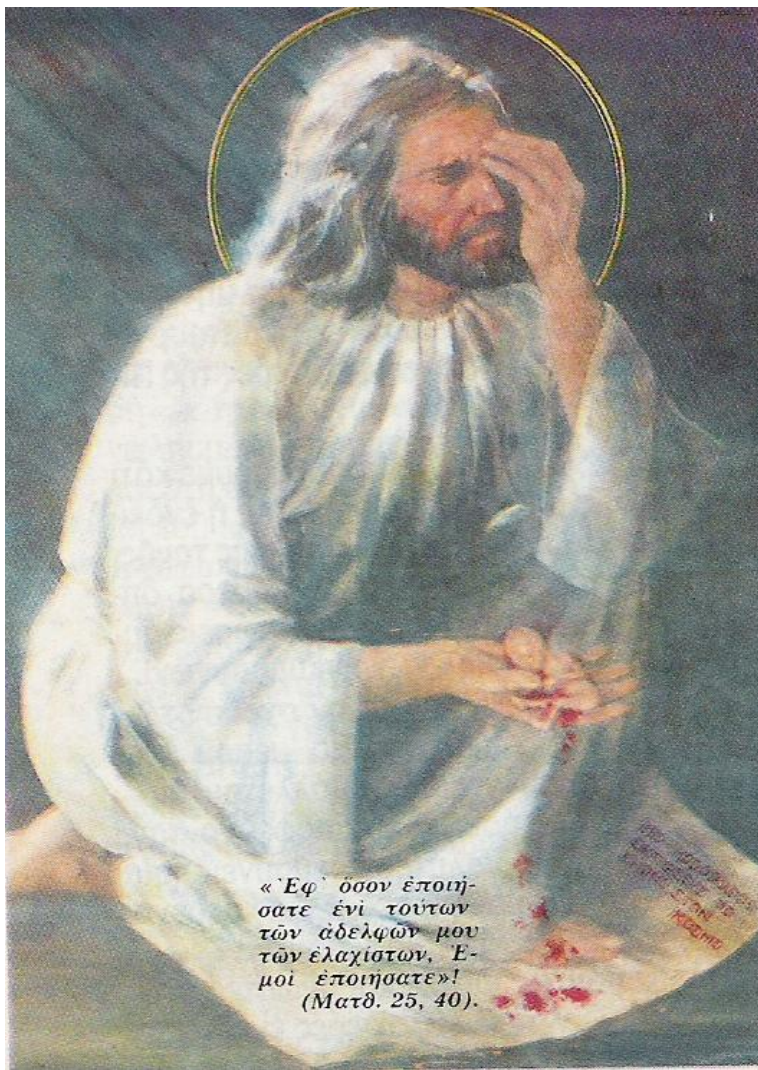
Εικόνα 8^η :

1. Έκτρωση με απόξεση όπου ο εμβρυοτόμος και ο ιατρός κομματιάζουν το έμβρυο.
2. Έκτρωση με απρόκλητη-εκούσια αποβολή όπου το 1 1/2 μήνα το έμβρυο εξάγεται με τον αμνιακό σάκκο ζωντανό, για να φονευθεί στη συνέχεια.
3. Έκτρωση με δηλητηριώδες άλας που παραμορφώνει και αποβάλλει το έμβρυο, στο τέλος του 4^{ου} μήνα.
4. Έκτρωση με καισαρική τομή στο τέλος του 6^{ου} μήνα. Ζωντανό κοριτσάκι που θα μπορούσε να ζήσει προστατευμένο σε θερμοκοιτίδα. Το νεογνό θα πεθάνει με την κοπή του ομφάλιου λώρου και θα πεταχτεί στα σκουπίδια.
5. Έκτρωση με αναρρόφηση με εμφανές όσο και αποτρόπαιο το κομμάτιασμα, που καταλήγει στον τενεκέ και στον υπόνομο. ²⁶

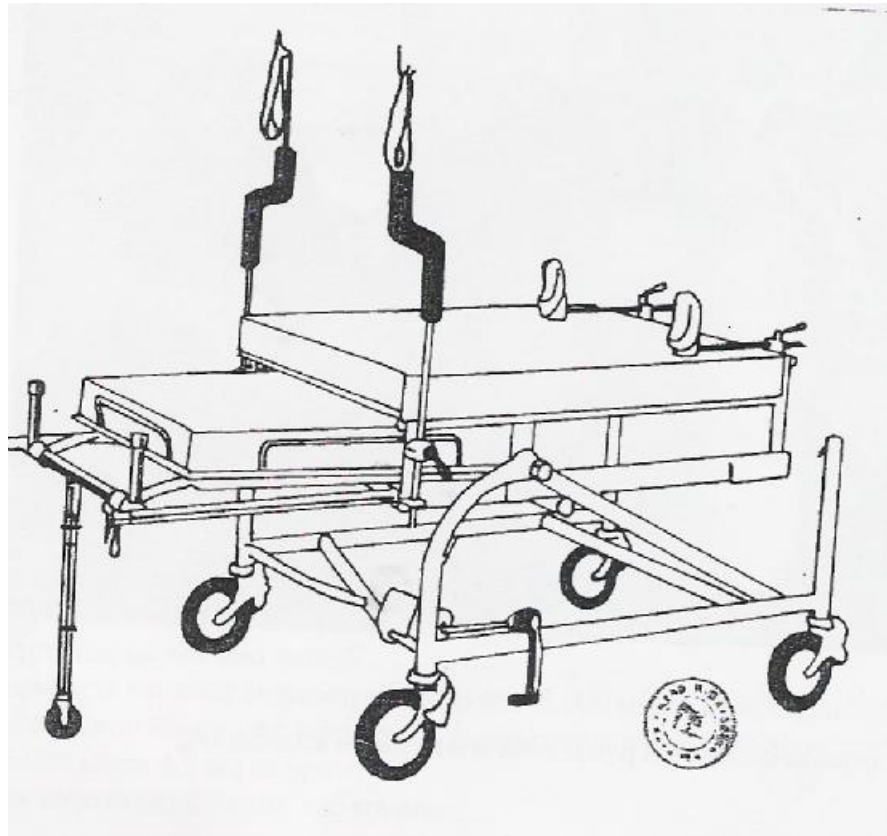


Εικόνες 9^η, 10^η : Εκτρωμένα έμβρυα στις ... σακκούλες σκουπιδιών και στο αποτεφρωτήριο ή τον υπόνομο...! ⁴⁶

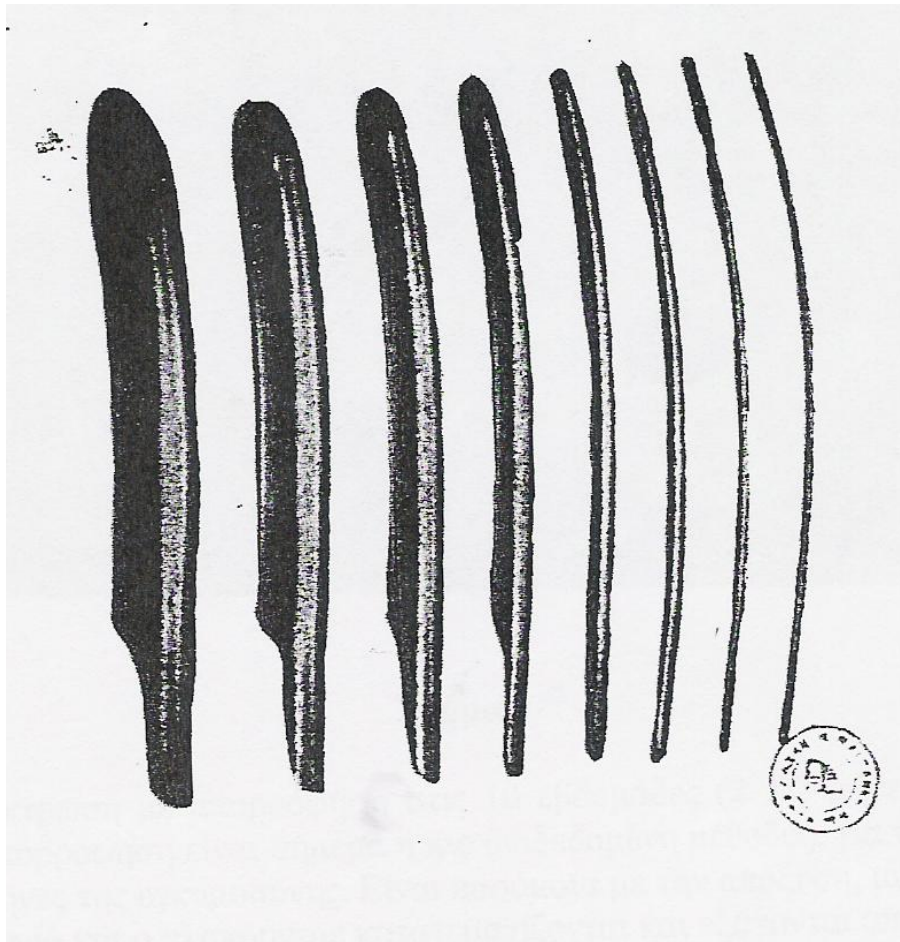




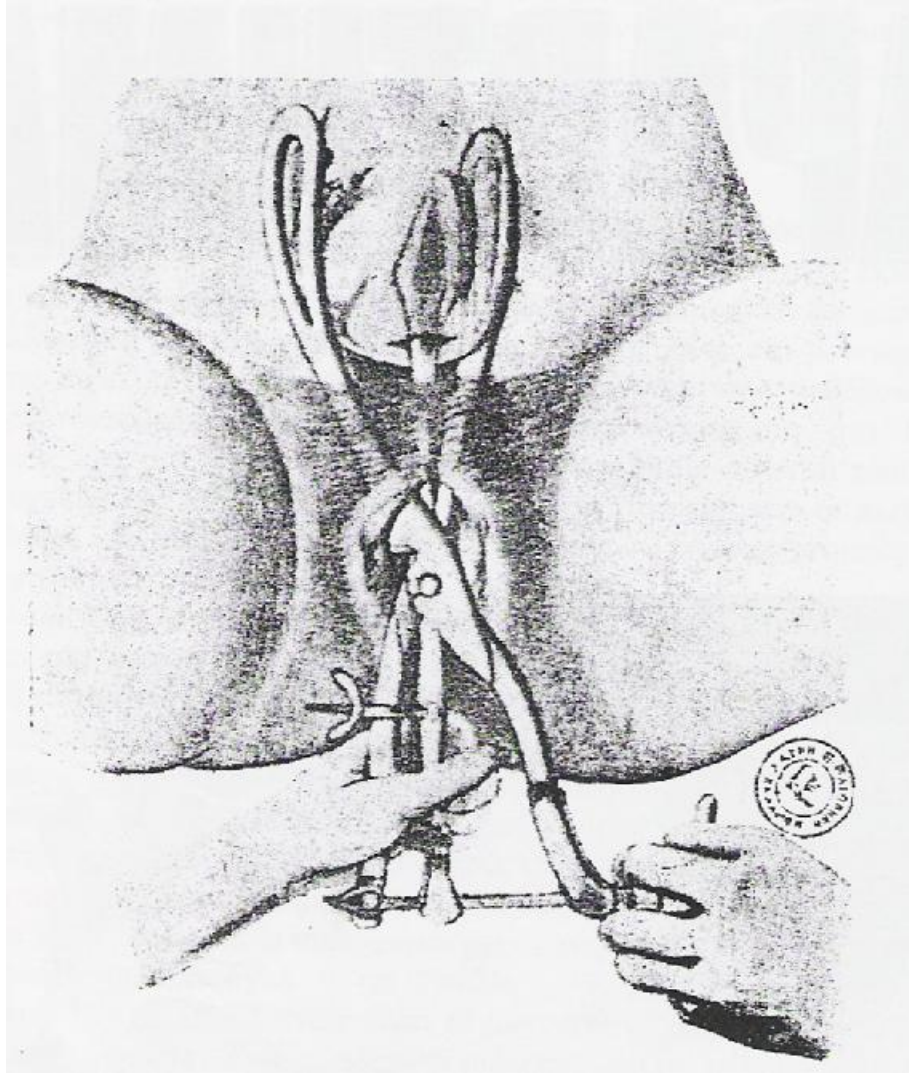
Εικόνα 11^η, 12^η : Οι δύο αυτές εικόνες του Χριστού με θέμα την έκτρωση, είναι έργα του ταλαντούχου αγιογράφου Κωνσταντίνου Βρούζγου, εργαζομένου ἤδη σε I. N. της Αυστραλίας και έχει παραχωρήσει ευγενώς την ἄδεια μόνο στην Π.Ε.ΦΙ.Π. .³⁴



Εικόνα 13^η: Το ειδικό κρεβάτι επί του οποίου γίνονται οι εκτρώσεις των παιδιών. Δεξιά και αριστερά διακρίνονται οι αναβολείς – θήκες, επί των οποίων δένονται τα πόδια της γυναίκας για να δίνει ευχέρεια στους διάφορους χειρισμούς μέχρι την καταστριφή του νηπίου.³⁸



Εικόνα 14^η : Εδώ απεικονίζεται σειρά κηρίων Hegar. Διάφορα μεγέθη τα οποία, αφού ανοίξει ο κόλπος για να μπορεί να αφήνει το χέρι ελεύθερο, τοποθετούνται στο στόμιο της μήτρας ώστε να ανοίξει και αυτή δια να περάσει η λαβίδα Winder ή το ξίφος ή τα ξέστρα για να φονευθεί το εντός της μήτρας αναπτυσσόμενο έμβρυο.³⁸



Εικόνα 15^η : Εφαρμογή του κρανιοθρύπτου του Tarnier. Κομματιάζει το κεφάλι – κρανίο του παιδιού. Όπως φαίνεται και στο σχήμα έχει περάσει από το αιδόιο, τον κόλπο, έχει εισχωρήσει στη μήτρα και έχει συλλάβει το κεφάλι του παιδιού, ώστε με τις στροφές της χειρολαβίδος που κάνει απ' έξω ο δολοφόνος – ιατρός, να του συντρίψει το κεφάλι και στη συνέχεια να βγάλει έξω τα κομμάτια του παιδιού. ³⁸