

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ**

**ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΘΕΜΑ :**

**Άμβλωση , συναισθηματικές και σωματικές διαταραχές  
στην γυναίκα – διερεύνηση των απόψεων γυναικών  
ηλικίας 18 -30 ετών 2008 – 2009**

**Ομάδα φοιτητών :**

**Αρίδα Αθηνά**

**Σιψά Κων/να**

**Σταματέλου Διονυσία**

**Σωτηρακοπούλου Δήμητρα**

**Εισηγήτρια :**

**Σαλάτα Αποστολία**



**Πάτρα**

**Οκτώβριος 2009**

## ***Ευχαριστίες***

*Αισθανόμαστε ιδιαίτερη ικανοποίηση γιατί με την παρούσα εργασία ανταποκρινόμαστε στις υποδείξεις και συστάσεις πολλών σπουδαίων ανθρώπων.*

*Ευχαριστούμε θερμά τους γονείς μας , την καθηγήτρια μας κα. Σαλάτα Α ,την κα Κιούρτη Μ η οποία μαζί με την καθηγήτριά μας βοήθησε σε μεγάλο βαθμό για την διεκπεραίωση αυτής της έρευνας καθώς επίσης και το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού του Νομού Αχαΐας!!*

*Στα χιλιάδες παιδιά που δεν πρόλαβαν να δουν το φως του ήλιου, δεν γεύτηκαν το άρωμα των λουλουδιών, δεν ένιωσαν το χάδι της μητέρας γιατί καταδικάζονται σε θάνατο προτού ακόμα γεννηθούν!!*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>10</b>
1.1 ANATOMIA ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ ΚΑΙ ΑΡΡΕΝΟΣ. ....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>17</b>
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	<b>17</b>
2.1 Η έκτρωση στην Ελληνική νομοθεσία.....	17
2.2 Ηθικοί προβληματισμοί .....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>20</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ</b>	
<b>ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ -ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ</b> .....	<b>20</b>
3.1 Διλλήματα στην αρχή της ζωής .....	21
3.2 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	<b>29</b>
<b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ</b> .....	<b>29</b>
4.1 Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για άμβλωση .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b> .....	<b>31</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ</b> .....	<b>31</b>
5.1 Μέθοδοι και τεχνικές.....	32
5.2 Διαδικασία άμβλωσης.....	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b> .....	<b>35</b>
<b>ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ</b> .....	<b>35</b>
6.1 Κίνδυνοι και αντιμετώπιση πρώιμων επιπλοκών .....	35
6.2 Σωματικές και ψυχολογικές επιπλοκές.....	36
6.4 Επιπτώσεις της άμβλωσης .....	45
6.5 Ψυχοπαθολογία μετά την άμβλωση.....	47
6.6 Διάρκεια νοσοκομειακής νοσηλείας;.....	49
6.7 Ψυχολογικές συνέπειες και συναισθήματα της γυναίκας.....	49
6.8 Μετά την επέμβαση - Οδηγίες.....	51
6.9Κυριότερες αντισυλληπτικές μέθοδοι.....	52

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....</b>	<b>54</b>
<b>ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ.....</b>	<b>54</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 .....</b>	<b>59</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ .....</b>	<b>59</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 .....</b>	<b>62</b>
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ .....</b>	<b>62</b>
9.1 Ελλαδικός χώρος –κανόνες και βιοηθική .....	63
9.2 Από εκκλησιαστική – θεολογική άποψη .....	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 .....</b>	<b>66</b>
<b>ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ..</b>	<b>66</b>
10.1 Η έκτρωση δεν είναι λύση .....	67
10.2 Ποιοι ωφελούνται από τις εκτρώσεις.....	68
10.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα ή το ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση .....	69
10.4 Οι αιτίες της άρνησης του παιδιού.....	70
10.5 Οικογενειακός Προγραμματισμός .....	70
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 .....</b>	<b>72</b>
<b>ΑΠΟΨΕΙΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ.....</b>	<b>72</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 .....</b>	<b>73</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>73</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 .....</b>	<b>74</b>
<b>ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>74</b>
13.1 Διατύπωση του προβλήματος .....	74
13.2 Σκοπός της εργασίας.....	75
13.3 Ερευνητική- Άξονες – Στόχοι.....	75
13.4 Ερευνητικά ερωτήματα.....	75
13.5 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ .....	76
13.6 Συμπερασματικά για τη Μεθοδολογία της Έρευνας: .....	78
13.7 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία .....	79
13.8 Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	80
13.9 Δομή ερωτηματολογίου .....	81
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 .....</b>	<b>84</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>84</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>105</b>

<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>106</b>
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....</b>	<b>107</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>108</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία μας αναφερόμαστε στις εκτρώσεις.

Σκοπός μας είναι να πληροφορήσουμε τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, τι είναι η έκτρωση, με ποιους τρόπους γίνεται, ποιες είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι, τι πρέπει να κάνει μετά από μία έκτρωση, αλλά το σπουδαιότερο, πως μπορεί να αποφύγει.

Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι η αντισύλληψη επιστημονικά και νομικά δεν προσβάλλει το δικαίωμα της ζωής, διότι απλώς σκοπεύει να εμποδίσει το σχηματισμός ενός νέου πλάσματος το οποίο δυστυχώς τις περισσότερες φορές θα καταλήξει να γίνει προϊόν μιας άμβλωσης, μοιραία κατάληξης της ελλιπούς πληροφόρησης, πάνω στα θέματα της αντισύλληψης και της ανωριμότητας των ατόμων που καταλήγουν σ' αυτήν.

Ασχοληθήκαμε με τις εκτρώσεις ύστερα από την διαπίστωση ότι πάρα πολλές γυναίκες κάθε ηλικίας καταφεύγουν καθημερινά στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια να απαλλαγούν από ένα ανεπιθύμητο κύημα, με αποτέλεσμα ο αριθμός τους να ξεπερνάει τις 400.000 εκτρώσεις το χρόνο, και έτσι να έχουμε πολλές «κατεστραμμένες» γυναίκες, σωματικά και ψυχολογικά, και αύξηση του δημογραφικού προβλήματος. (Καραϊσκού & Σβώλου, 1990)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ως άνθρωποι γένους θηλυκού μεγαλώνουμε πιστεύοντας ότι η μητρότητα αποτελεί τη σημαντικότερη εμπειρία που μπορούμε να βιώσουμε. Ωστόσο, πολλές φορές η προοπτική να γίνουμε μητέρες πιθανώς να είναι εκτός προγράμματος, είτε επειδή είμαστε πολύ νεαρές και δεν έχουμε λύσει τα βασικά προβλήματα επιβίωσης είτε επειδή η ζωή μας έχει ήδη πάρει τη ρότα της και δεν υπάρχουν χρόνος και χρήμα για ένα μωρό στην οικογένεια είτε επειδή έχουμε κάνει διαφορετικές επιλογές ζωής είτε – σπανιότερα – επειδή η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού. . (<http://night-flights.pblogs.gr/tags/ektrosi.gr.html> 8/07/2009 )

Στις περισσότερες από τις παραπάνω περιπτώσεις, η κυοφορία μπορεί να αποφευχθεί με διάφορες αντισυλληπτικές μεθόδους.

Ωστόσο, όπως προκύπτει από πολυάριθμες έρευνες, οι Ελληνίδες δεν έχουν επαρκή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και συνεπώς αντιμετωπίζουν συχνά ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Συχνά καταφεύγουν στην έκτρωση. Ποιοι είναι όμως οι κίνδυνοι αυτής της πρακτικής για την υγεία και πως μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

## Η ψυχρή αλήθεια των αριθμών

Σύμφωνα με στοιχεία της εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, τα οποία δόθηκαν στη δημοσιότητα το Φεβρουάριο του 2000 πραγματοποιούνται στην Ελλάδα, 100.000 έως 120.000 εκτρώσεις. Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με τις ετήσιες γεννήσεις και δίνει στη χώρα μας μια θλιβερή πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι κοινό μυστικό ότι πολλές Ελληνίδες αντιμετωπίζουν την άμβλωση ως μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού, προφανώς επειδή έχουν ελλιπή ή λανθασμένη πληροφόρηση για την αντισύλληψη.

Η άποψη αυτή ενισχύεται από ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία συμπλήρωσαν έφηβες που προσήλθαν το 1998 στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών που εδρεύει στο Αρεταίειο. Από αυτό προκύπτει ότι 1 στα 3 κορίτσια ηλικίας 14 – 19 ετών έχει κάνει έκτρωση. Στην Ελλάδα οι αμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν με το νόμο 1609/86. αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα μπορεί να κάνει έκτρωση μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, εφόσον συντρέχουν λόγοι και εξεταστεί από επιτροπή.

Μερικές γυναίκες βλέπουν ότι εμποδίζοντας την έκτρωση είναι σαν να τις σκοτώνεις ! Αν δεν κάνουν την έκτρωση θα μείνουν περιθωριοποιημένες, απελπισμένες και θα κινδυνεύουν εφόρου ζωής. Αυτή η αντίληψη επιβάλλεται είτε από τον περίγυρο, είτε από τον φίλο της είτε το φαντάζεται. Για αυτές δεν είναι το θέμα της επιπολαιότητας, αλλά για το πώς θα ρυθμίσουν τη ζωή τους αν κρατήσουν το παιδί. Αυτό το επιχείρημα αφορά και τους άνδρες. Οι άνδρες δεν μπορούν να καταλάβουν πως ένα εκτρωμένο έμβρυο μπορεί να σημαίνει τόσο πολλά για μια γυναίκα. Το μόνο που καταλαβαίνουν είναι πόσο πολύ αγαπούν τις κόρες τους όταν γίνουν μαμμάδες ή πόσο πολύ αγαπούν τις γυναίκες ή τις μαμάδες τους στη ζωή τους. Πιστεύουν, όμως, ότι είναι η καλύτερη επιλογή και η πιο ασφαλής.

Αρκετές φορές μετά την έκτρωση έχουμε και χωρισμό των ζευγαριών. Το σίγουρο πάντως είναι ότι μια γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση ζει το υπόλοιπο του βίου της με μια λύπη. Η έκτρωση δεν βοηθάει τις γυναίκες. Όποιος όμως



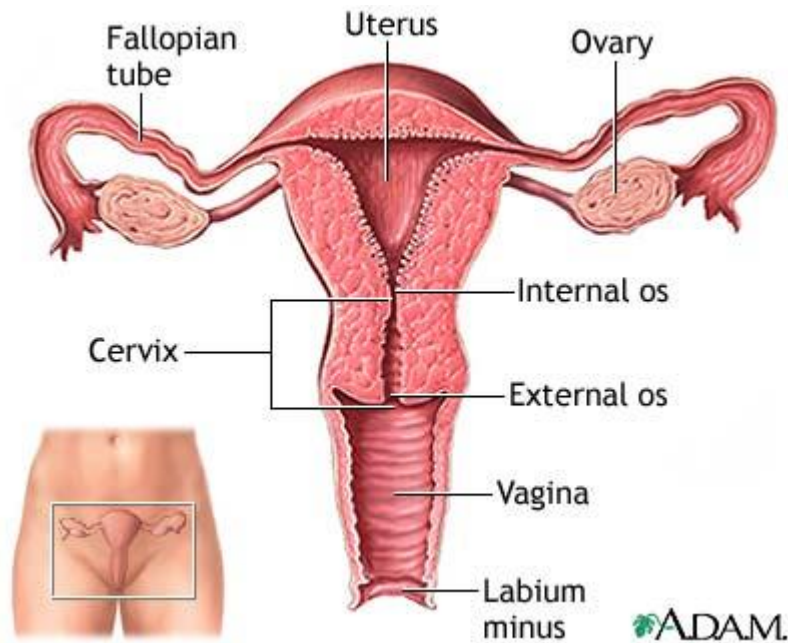
και να είναι ο ενδιαασμός ή οι σκέψεις μας, πρέπει να σκεφτούμε και το αθώο ανυπεράσπιστο έμβρυο το οποίο θα πεθάνει για να «σβήσει» τις όποιος φοβίες μας ή ανασφάλειες μας. ( Σπάτουλα & Αγγελάκη, 2008) (<http://night-flights.pblogs.gr/tags/ektrosi.gr.html> 8/07/2009 )

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άμβλωση ως διαδικασία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ηθικά διλήμματα τα οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας καθημερινά. Ειδικότερα αντιμετώπι με το δίλημμα αυτό βρίσκονται οι νοσηλευτές που θα συμμετάσχουν σε αυτή την πράξη και που θα ζητηθεί η γνώμη τους από τη νεαρή γυναίκα και την οικογένεια. Στην εργασία μας αναφέρουμε τους κινδύνους και τις επιπλοκές που διατρέχει η σωματική και συναισθηματική υγεία της γυναίκας και πώς οι ομάδα υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές πρέπει να στηρίζουν τη γυναίκα χωρίς να κατακρίνουν την πράξη της.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 ANATOMIA ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΘΗΛΕΩΣ ΚΑΙ ΑΡΡΕΝΟΣ



Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Θηλέως

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι το σύστημα που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και διαίωσιση του είδους. Τα όργανα που αποτελούν το αναπαραγωγικό της σύστημα διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά όριο ανάμεσά τους ο παρθενικός υμένας.

### ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό και εμφανίζει μια κάθετη σχισμή την αιδουική. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη και τα μικρά, την κλειτορίδα, το πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους

βαρθολίνειους αδένες, το παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

#### Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδους ιστού, ανάλογα με τη πάχυνση της γυναίκας. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο εμφανίζει τρίχωμα.

#### Μεγάλα χείλη

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

#### Μικρά χείλη

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δυο άλλες μικρότερες πτυχές που εκκενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω τη πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους.

#### Κλειτορίδα

Έχει μήκος 3-4 εκατοστά και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Σκέλη, είναι δυο και πορτύονται πάνω στους ηβοισχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου. Σώμα, αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών.

Βάλανος, αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας και βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

### Πρόδρομος

Είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σε αυτό εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος, και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων.

### Βολβοί του Προδρόμου

Βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου και σκεπάζονται από τους βολβοσυραγωγώδεις μύες.

### Βαρθολίνειοι αδένες

Αυτοί είναι δυο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του Προδρόμου βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

### Παρθενικός υμένας

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου.

### Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας

Αυτό βρίσκεται στη πάνω γωνία του προδρόμου του αιδοίου και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης.

## Παραουρηθρικοί αδένες

Αυτοί βρίσκονται ανάμεσα από τη κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας.

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

### Κόλπος ή κολεός

Αποτελεί μυικό σωλήνα που εκτείνεται από το παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του είναι κυλινδρικό και έχει δύο άκρα. Έχει επίσης τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και δυο πλάγια: το αριστερό και το δεξιό.



Μήτρα [www.fotosearch.com](http://www.fotosearch.com) k2267695

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυικά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού και το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμμάρια και στην γυναίκα που γέννησε 70 γραμμάρια. Η μήτρα αποτελείται από δυο τμήματα: το πάνω που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος.

### Σάλπιγγες ή ωοαγωγοί

Οι σάλπιγγες αποτελούν δυο λεπτούς σωλήνες που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Μεταφέρουν ωάρια μέσα στον αυλό τους για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να γίνει η σύλληψη.



1574r-018966 fotosearch.com

### Ωοθήκες

Οι ωοθήκες είναι γενετικοί αδένες της γυναίκας. Είναι δυο και έχουν το σχήμα και το μέγεθος του αμύγδαλου.

## Ανατομία γεννητικού συστήματος άρρενος



Όρχεις

k1573398 www.fotosearch.com

Οι όρχεις, κατά την εμβρυική ζωή βρίσκονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Κατά το τέλος της εμβρυικής ζωής, βγαίνουν από το κύτος της κοιλιάς και δια μέσου του βουβωνικού πόρου καταλήγουν σε ένα εκκόλπωμα του δέρματος, κάτω από τη ρίζα του πέους που λέγεται όσχεο.

Προστάτης

Ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα του άντρα. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου και μήκος 4-5 εκατοστά.

Πέος και ανδρική ουρήθρα

Το πέος περιέχει την ουρήθρα που ταυτόχρονα χρησιμεύει και για τη δίοδο του σπέρματος, καθώς και τα σποραγκώδη σώματα, τα οποία κάνουν δυνατή τη στύση του πέους. Στο πέος διακρίνονται η ρίζα και το σώμα. Το σώμα



καταλήγει στη βάλανο του πέους. Η ανδρική ουρήθρα έχει μήκος 20-25 εκατοστά με διαδοχικά στενώματα και διευρύνσεις. Διακρίνονται η προστατική, η υμενώδης και η σποραγγώδης μοίρα της ουρήθρας. ( Lippert , 1993)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το 1974 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Ομοσπονδία των ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή, που επαναλαμβάνει την διακήρυξη της Γενεύης και η ίδια διακηρύσσει ότι το «αγέννητο παιδί» είναι βιολογικά, από την αρχή ακόμη της σύλληψης, μιας εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη, που αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα, από την πνευματική και τη φυσική άποψη. Η ομοσπονδία αποδέχεται τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών, για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που αναφέρει ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι «το παιδί, για λόγους φυσικής και διανοητικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας, περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας πριν και μετά τη γέννηση.

#### ***2.1 Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ***

Κατά το Ελληνικό Δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννηση του, αλλά η προστασία του δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται. Ο Ελληνικός ποινικός κώδικας με το άρθρο 304 απαγόρευε μέχρι το 1978 την άμβλωση, με ελάχιστες εξαιρέσεις. Η πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρεπόταν ή έμενε ατιμώρητη όταν μοναδικός σκοπός ήταν η αποτροπή κινδύνου ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της μητέρας και η σύλληψη ήταν αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης κόρης μικρότερης των 15 ετών ή αιμομιξίας. Η ανάγκη της άμβλωσης, όταν ο κίνδυνος της υγείας δεν μπορούσε να αποτραπεί με άλλο τρόπο, έπρεπε να βεβαιωθεί με γνωμάτευση δεύτερου γιατρού.

Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με το νόμο 821/1978 και άλλες δύο, σύμφωνα με τις οποίες η άμβλωση επιτρέπεται : μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα

όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας και μέχρι την 20<sup>η</sup> εβδομάδα εφόσον με προγεννητικό έλεγχο έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου, επαγόμενες τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Η σημερινή ποινική νομοθεσία, που είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν με το νόμο 1609/1986, στο άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα και στις προσθήκες του νόμου 821/1978 είναι πιο ελαστική. Με το άρθρο 2 του νέου νόμου η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη, όταν διενεργείται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, «με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγο σε Οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Μέχρι τις 19 εβδομάδες η διακοπή επιτρέπεται όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί, ενώ επιτρέπεται μέχρι και τις 24 εβδομάδες, εάν έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού. Αν η έγκυος είναι ανήλικη απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι η έκτρωση στην Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί εγκληματική πράξη και ως τέτοια υπόκειται στις συνέπειες του ποινικού νόμου, εκτός εάν τηρηθούν οι ρυθμίσεις και οι προϋποθέσεις του νόμου. Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στοχεύει στην προστασία του αγέννητου παιδιού χωρίς κατά τον ίδιο χρόνο να παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει. (Γιαννοπούλου, 2005)

## **2.2 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ**

Είναι αυτονόητο ότι η άσκηση του δικαιώματος της άμβλωσης δημιούργησε αναπόφευκτα και δημιουργεί ηθικό δίλλημα στην ίδια την γυναίκα και στο άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Γι' αυτό και οι

παραδοσιακές συζητήσεις περί ηθικών αρχών, είχαν ως κίνητρο μεταξύ των άλλων και την υποβόσκουσα επιθυμία να θεσπιστούν νέοι κανόνες για τους άνδρες και τις γυναίκες, που δίνουν τη δυνατότητα επίλυσης του ηθικού διλήματος κάθε φορά που εγείρεται το δίλημα αυτό, όταν υπάρχει θέμα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

## **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Έκτρωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20<sup>η</sup> εβδομάδα μετά την τελευταία περίοδο. Αν η διακοπή συμβεί χωρίς την επέμβασή μας καλείται αυτόματη έκτρωση, αν συμβεί μετά την επέμβασή μας ονομάζεται τεχνητή έκτρωση. Οι τεχνητές εκτρώσεις διακρίνονται σε :

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ** ή ιατρικά ενδεδειγμένες όταν εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις

**ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΕΣ**, όταν εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, διότι είναι ανεπιθύμητο

**ΕΚΛΕΚΤΙΚΕΣ**, οι οποίες εκτελούνται για να καταστρέψουν το κύημα, επειδή λόγοι άσχετοι με την υγεία της εγκύου το επιβάλλουν.

Την έκτρωση την διακρίνουμε σε **πρώιμη** όταν διενεργείται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα και **όψιμη** όταν συμβαίνει μεταξύ της 12<sup>ης</sup> και 20<sup>ης</sup> εβδομάδας. Το αποβαλλόμενο έμβρυο στις περιπτώσεις αυτές δεν υπερβαίνει σε βάρος 500gr και σε μήκος τα 18cm και φυσικά δεν καταχωρείται στο ληξιαρχείο ούτε στα ζωντανά ούτε στα νεκρά νεογνά (Γιαννοπούλου, 2005) .

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ**

## **ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ -ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

**α)** Πότε εμπυχώνεται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής ; Από της εμφανίσεώς της η ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση «Ου μη δώσω πεσσόν φθόριον τη γυναικί» (ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτριωτικό φάρμακο) όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαινεται ότι ήδη από τη συλλογή του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται (Λυσίας).

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

Ο Γάλλος γιατρός Rene Biot στο βιβλίο του “Sante Humain” – «Η υγεία μας», γράφει : «Πράγματι μόλις υπάρξει ζωή, υπάρχει έμψυχος Βίος» . Αυτό αναγνώρισε και το Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο του 1985, το οποίο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η έναρξη της ζωής του ανθρώπου είναι η στιγμή της γονιμοποίησης». Όπως τόνισε και ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Β. Σωτηρόπουλος «η ζωή αρχίζει από την ώρα της σύλληψης» (πρακτικά Βουλής). Ο καθηγητής Λούρος στο ομώνυμο σύγγραμμα του γράφει «Πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη». Το ίδιο λένε σε διακήρυξη τους 98 Πανεπιστημιακοί γιατροί του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ότι δηλαδή η ζωή αρχίζει με τη σύλληψη. Επίσης και ο Π.Ι.Σ (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος) αναθεωρώντας παλαιότερες απόψεις καταδίκασε τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων με το βασικό σκεπτικό ότι το έμβρυο είναι μια ανθρώπινη ζωή.

Στον πρόλογο της Μαιευτικής του Williams (16<sup>η</sup>, 1980) αναφέρεται : «Σήμερα μπήκαμε σε μια εποχή, κατά την οποία δικαίως πρέπει να θεραπεύουμε και να φροντίζουμε το έμβρυο σαν τον δεύτερο μας ασθενή». Πιο κάτω συνεχίζοντας αναφέρει ο συγγραφέας : «Ποιος θα μπορούσε και να το ονειρευτεί – λίγα χρόνια πριν – πως θα μπορούσαμε να υπηρετούμε το έμβρυο σαν γιατροί;» .

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

### ***3.1 ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ***

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

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλλημα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας μας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήματος των αμβλώσεων που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος «συγκλονίζει» απηχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος, δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι

αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούργιο δίλλημα, ένα δίλλημα που πρόσφατα δημιουργήθηκε τουλάχιστον στον Ελληνικό χώρο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η άμβλωση βάση του ισχύοντος ποινικού κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση.

Όταν ξαφνικά ήρθε ο Ν. 1609/86 και με μια ρητή διατύπωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, ορίζοντας ταυτόχρονα την 12<sup>η</sup> εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμία παράγραφό του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δεν θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδησιακούς, αν και όπως παρατήρησε η τότε Πρόεδρος του ΕΣΔΝΕΚ κ. Σταυρούλα Παπαμικρούλη, στη Γενική Συνέλευση του Συνδέσμου το Μάρτιο του 1987, «ο νομοθέτης ενός τόσο αμφιλεγόμενου από ηθικής απόψεως νόμου, θα έπρεπε να προβλέψει τη δημιουργία ηθικών διλημάτων στις συνειδήσεις του υγειονομικού προσωπικού». Τίποτε όμως από αυτά δεν έγινε, κι έτσι ο νόμος αφήνοντάς μας ακάλυπτους και θέτοντας τις αμβλώσεις στην προστασία του Κράτους, με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα Μαιευτήρια, μετέβαλε το θέμα των αμβλώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σε ένα δίλημμα που όχι απλώς ζητά μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην άμβλωση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απώλεια της θέσης του. Αν και η αθώωση ενός γιατρού του ΕΣΥ στη Φλώρινα που αρνήθηκε τη συμμετοχή του στη διενέργεια άμβλωσης δημιουργεί ένα προηγούμενο που κατοχυρώνει την ελευθερία συνειδήσεως των γιατρών και κατ' επέκταση άλλων Υγειονομικών Λειτουργών, όπως Νοσηλευτές, Μαιευτές κ.ά.

Το επείγον και η σοβαρότητα του ζητήματος αποκτούν οπωσδήποτε μια υπεύθυνη απάντηση, αλλά και κάθε υπεύθυνη απάντηση απαιτεί ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατόν διεξοδική συζήτηση σε όλες.

Μελετώντας και ερευνώντας το θέμα διαπιστώνουμε ότι οι αμβλώσεις σε πρώιμα στάδια εγκυμοσύνης δεν είναι πιο «ευγενικές». Το παιδί τεμαχίζεται και κομμάτι - κομμάτι απορροφάτε μέσω ενός στενού αυλού σε μια σακούλα γεμάτη αίμα. Χειρότερο από όλα, έμαθα ότι το 1981 ο γιατρός Willard Cates των Centers for Disease Control έκανε την εκτίμηση ότι 400 – 500 φορές το χρόνο βγαίνουν ζωντανά παιδιά μετά από αμβλώσεις σε προχωρημένα στάδια εγκυμοσύνης, τα οποία τα θανατώνουν με στραγγαλισμό, πνιγμό ή απλώς τα αφήνουν μέσα σε ένα δοχείο σ' ένα σκοτεινό θάλαμο, μέχρι να σταματήσει οριστικά το κλαψούρισμά τους.

Δεν μπόρεσα να αρνηθώ ότι είχα μπροστά μου μια αποτρόπαιη πράξη βίας. Ακόμα και αν υπήρχε η παραμικρή αμφιβολία, ότι το αγέννητο ήταν ένα πρόσωπο. Αν είχα δει κάποιον να κάνει το ίδιο πράγμα σε ένα γατάκι, θα είχα νιώσει φρίκη. Ο φεμινισμός που οραματιζόταν μια νέα δίκαιη κοινωνία, είχε υιοθετήσει μια πράξη τόσο κατάφωρα άδικη! Στους «Αδελφούς Καραμαζώφ», κάποιος από τα πρόσωπα προκαλούσε κάποιον άλλον, αν θα ήταν διατεθειμένος να γίνει ο αρχιτέκτονας ενός καινούργιου κόσμου, στον οποίο όλοι οι άνθρωποι θα ήταν ευτυχισμένοι και ειρηνικοί, αλλά για να επιτευχθεί αυτό, «Θα ήταν αναγκαίο και αναπόφευκτο να βασανίσουν μέχρι θανάτου μόνο ένα μικρό πλάσμα – ένα μωρό... επί παραδείγματι – και να θεμελιώσουν το οικοδόμημα πάνω στα δάκρυά του, που θα απαιτούσαν μάταια την απόδοση δικαιοσύνης». Δεν κρύβεται μόνο ένας θάνατος κάτω από αυτό το οικοδόμημα, αλλά δεκάδες εκατομμυρίων, και προστίθενται χιλιάδες ακόμα κάθε μέρα. Η δικαιοσύνη δεν είναι δυνατόν να οικοδομηθεί πάνω σ' ένα τέτοιο αιματοβαμμένο θεμέλιο .

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

Είναι πραγματικά αστείο να υποστηρίζεται ότι μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα και μία ημέρα είναι. Μετά, δηλαδή, τη δωδέκατη εβδομάδα η άμβλωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ μία ημέρα πριν είναι πράξη που επιτρέπεται



. Αλλά τι συμβαίνει μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα που είναι το επιτρεπόμενο όριο; Τα πειράματα έδειξαν ότι : Την 16<sup>η</sup> ημέρα από τη σύλληψη το έμβρυο έχει ανοίξει τα μάτια του. Σε 18 ημέρες από τη σύλληψη η καρδιά του έχει σχηματισθεί και χτυπάει. Αυτή η ίδια καρδιά θα χτυπά μέχρι να πεθάνει . Μετά από 30 ημέρες έχουν σχηματιστεί οι βασικότερες δομές του σώματος. Σε 6 εβδομάδες ο εγκεφαλογράφος δείχνει εγκεφαλική λειτουργία. Στο τέλος της εβδομάδας είναι δυνατόν να καταγραφούν τα εγκεφαλικά του κύτταρα σε ένα κανονικό Ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Κι ωστόσο κάποιοι λένε πως ακόμα δεν έχει ψυχή... Τον ίδιο χρόνο αρχίζει το έμβρυο να κινείται, μολονότι η μητέρα αντιλαμβάνεται την κίνηση στους 4 ½ μήνες. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα, πλήρως σχηματισμένα πέλματα και τέλεια σχηματισμένο σώμα. Στις 11 εβδομάδες θηλάζει τον αντίχειρά του, αναπνέει και κολυμπά μέσα στο αμνιακό υγρό με ταχύτητα ώριμου κολυμβητή. Αισθάνεται πόνο και αντιδρά με επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και κινήσεις των μελών του. Έχει γεύση, αντιδρά στο φως, στο άγγιγμα, στη ζέστη, στο θόρυβο. Αντιδρά στους ήχους που στέλνει ένα μεγάφωνο μέσω της μητρικής κοιλιακής χώρας. Δώδεκα εβδομάδων που είναι το προτεινόμενο όριο το έμβρυο μπορεί να γυρίζει το κεφάλι του, να κάνει μορφασμούς, να εκτελεί χαριτωμένες κινήσεις . **β)** Αν όμως στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι εύκολη, επειδή υπάρχουν άφθονες επιστημονικές μαρτυρίες, το δεύτερο σημείο απαιτεί μεγαλύτερη περίσκεψη. Οποσδήποτε το ανθρώπινο έμβρυο είναι άνθρωπος ήδη από τη σύλλησή του και η ζωή του έχει αξία. Είναι όμως η αξία της ζωής του εμβρύου απόλυτη αξία; Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγιστούν δύο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Η αξία μητέρα ή η αξία παιδί; Σε περίπτωση που το παιδί θα γεννηθεί με σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ. μεσογειακή αναιμία, AIDS) αξίζει να ζει; Έχει αξία η ζωή του παιδιού όταν το παιδί γεννηθεί αυτιστικό; Έχουμε δικαίωμα να επιφορτίσουμε τη μητέρα να δεχθεί ένα παιδί ασθενές, εάν παιδί που θα αποτελεί μόνιμο πρόβλημα γι' αυτήν όλα τα χρόνια της ζωής του;

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες, γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται. Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωισμός και μεγάλο απόθεμα αγάπης. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαιτήσουμε, μπορούμε όμως να τη εμπνεύσουμε. Σοβαρότερη προσπάθεια από μέρους της κοινωνίας, πιο πρόθυμη μέριμνα του κράτους που συνίσταται στην προαγωγή της υγείας και των συνθηκών νοσηλείας, δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών υγειονομικών κέντρων. Οικονομικές επιχορηγήσεις στις οικογένειες με προβληματικά παιδιά, και υπεύθυνος προγεννητικός έλεγχος από πλευρά των γονέων, οπωσδήποτε θα αποφορτίσουν την απάντηση. Παρά τους προβληματισμούς που είναι λογικοί και πολλές φορές δικαιολογημένοι, σταθερό κριτήριο της τοποθέτησής μας στο θέμα άμβλωση πρέπει να παραμένει η αξία παιδί . Καμία περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε κι αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε κι αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και τη ζωή της μητέρας, γιατί, ας μη ξεχνάμε ότι, η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την άμβλωση. Στο σώμα της γυναίκας υπάρχει μια «οικολογία» με λεπτές ισορροπίες, που δεν ανέχεται να διαταράσσονται οι φυσικές διεργασίες της υγείας της με μηχανικές επεμβάσεις. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και το θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας. ( Γιαννοπούλου, 2005)

## **3.2 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

### **Άρθρο 3**

#### **Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης**

- Όποιος, χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη .
- Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών. Ακόμα αν από την πράξη αυτή προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση, τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.
- Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.
- Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:
  - Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.
  - Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
  - Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
  - Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν

έχουν συμπληρωθεί δέκα εννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

## **Άρθρο 5**

### **Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης**

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

### **Κυρώσεις**

Οι ποινές που απειλούνται στον μαιευτήρα που κατηγορείται για άμβλωση, αναφέρονται:

- Ü Αν η υπόθεση είναι απλή και με τη συναίνεση της εγκύου, η ποινή είναι του τύπου της φυλάκισης μέχρι έξι μηνών.
- Ü Αν η διενέργεια άμβλωσης γίνεται από τον ίδιο το γιατρό συστηματικά, η ποινή είναι αρκετά βαρύτερη ( πρόσκαιρη κάθειρξη ).

Τέλος, στη σπάνια περίπτωση κατά την οποία ο μαιευτήρας εκτελέσει διακοπή της κύησης με πρόθεση, χωρίς όμως να γνωρίζει τίποτα η έγκυος ή και παρά τη

θέλησή της, η ποινή που θα επιβληθεί είναι πρόσκαιρη κάθειρξη. ( Δημητρίου Ε.  
Λώλη, 2004 )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

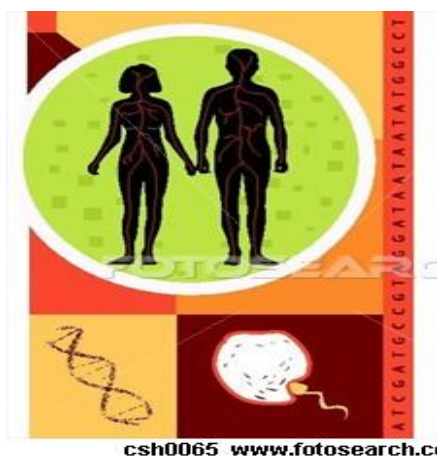
#### 4.1 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια.

Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου STRESS. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργία της ψυχοσύγκρουσης αυτής πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνήθως μερικοί από αυτούς συνυπάρχουν.

Γυναίκες που οδηγούνται στην έκτρωση κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες :

**α) Ανύπαντρες κοπέλες :** Καθαρά κοινωνικοί είναι οι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή έγκυο στην έκτρωση. Το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» και του «εξώγαμου παιδιού» και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας και μητρότητας δεν αφήνουν πολλά περιθώρια εκλογής. Ακόμα και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκάλυπτες από τη δική μας, η ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο. Έτσι ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους, αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση είτε μόνες τους, είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους προσέρχονται συνήθως για την άμβλωση σε πιο προχωρημένο στάδιο



εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

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

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

**δ) Άρνηση μητρότητας :** Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις με την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη. Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτό τους ότι «δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες» ή ότι «δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών». (Καλογερόπουλος, 1996)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Βασικά βήματα νοσηλευτή πριν την επέμβαση είναι τα εξής:

- Û Καλή επικοινωνία με την γυναίκα ( σύσταση των στοιχείων μας και της ιδιότητας μας).
- Û Λήψη ιστορικού της γυναίκας.
- Û Λήψη ατομικών στοιχείων.
- Û Ενημέρωση για τη διαδικασία της επέμβασης.
- Û Ενημέρωση για τη διαδικασία παραμονής και εισόδου στο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Û Παροχή έντυπου υλικού με όλες τις οδηγίες.

Είναι υποχρεωτικό να συζητηθεί λεπτομερώς με τη γυναίκα ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η επέμβαση. Είναι αναγκαίο επίσης να κρατείται υπεύθυνη δήλωση στην οποία να φαίνεται η αποδοχή της επέμβασης από τη γυναίκα. Να συζητηθεί ακόμη η διαδικασία της επέμβασης, η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί, εναλλακτικές μέθοδοι και οι πρώιμες και όψιμες επιπλοκές της επέμβασης. Είναι σημαντικό να τονισθούν οι μείζονες επιπλοκές όπως διάτρηση της μήτρας, αιμορραγία, ατελής έκτρωση, λοίμωξη, συνέχιση της κύησης και ο θάνατος. Ακόμα πρέπει να τονισθούν όλες οι καταστάσεις που συνδέονται με μελλοντικές κυήσεις και οι οποίες είναι αποτέλεσμα των εκτρώσεων (όπως δευτεροπαθής στειρώση). Στη λήψη του ιστορικού πρέπει να ερωτηθεί εάν έχει κάποια αλλεργία, εάν είναι καπνίστρια, εάν κάνει χρήση φαρμακευτικών ουσιών, εάν υπάρχει επίσης εθισμός στο αλκοόλ ή τέλος, εάν είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών. Είναι σημαντικό να γίνεται πριν την επέμβαση γενική κλινική εξέταση των ζωτικών σημείων της καρδιάς και των



πνευμόνων. Να εκτιμάται το μέγεθος της μήτρας με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και την υπερηχογραφική εκτίμηση. Σε όλες τις γυναίκες ένας ελάχιστος εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να γίνεται όπως: δοκιμασία κύησης, γενική αίματος, γενική ούρων, Rhesus, ομάδα αίματος ,προφύλαξη για επόμενη κύηση θα πρέπει να γίνεται σε Rhesus αρνητικές γυναίκες με χορήγηση ενδομυϊκά και εφάπαξ 300μg Rh- ανοσοσφαιρίνης πρίν την έξοδό της από την κλινική.

### **5.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ**

Μέχρι πρόσφατα, οι μέθοδοι έκτρωσης διακρίνονταν σε δύο κατηγορίες: Στην χειρουργική εκκένωση όπως αναρροφητική απόξεση, απόξεση με ξέστρο, υστεροτομία, υστερεκτομία και στην πρόκληση αποβολής. Τελευταία μια τρίτη κατηγορία έκανε την εμφάνισή της . Από του στόματος ή παρεντερικός χορήγηση προεμμηνορυσιακών παραγόντων που περιλαμβάνουν την μιφεπριστόνη και την μεθοτρεξάτη. Η διακοπή της κύησης στο δεύτερο τρίμηνο απαιτεί ιδιαίτερες συνθήκες χρειάζεται νοσοκομειακή κάλυψη, μεγαλύτερη χειρουργική εμπειρία, μεγαλύτερη διαστολή του τραχηλικού στομίου ανάλογα με την ηλικία της κύησης, που μπορεί να επιτευχθεί με τοποθέτηση λαμιναρίων ή άλλων ουσιών, υπάρχουν μεγαλύτερη κίνδυνοι από αυτούς του πρώτου τριμήνου. ( Ζησιμοπούλου & Ζαχαροπούλου, 1996 )

### **5.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗΣ**

Πρίν την έναρξη της επέμβασης είναι φρόνιμο να τοποθετείται φλεβική οδός και να υπάρχει στη διάθεση ωκυτοκίνη, για χορήγηση μετά την εκκένωση της μήτρας.

Σε κινήσεις στα αρχικά στάδια (μέχρι 12 εβδομάδες) η συνηθέστερη επέμβαση είναι η τεχνητή απόξεση του ενδομήτριου και η έξοδος του κυήματος μετά από διαστολή του τραχήλου. Μετά τις 12 εβδομάδες η διακοπή της

εγκυμοσύνης γίνεται για ιατρικούς λόγους που έχουν να κάνουν με το έμβρυο και προτιμάται η μέθοδος της πρόκλησης τοκετού με προσταγλανδίνες και οξυτοκίνη. Η γυναίκα προγραμματίζεται για απόξεση με βάση την ηλικία της κύησης. Η ηλικία της κύησης προσδιορίζεται με βάση την τελευταία εμμηνόπαυση και με βάση μετρήσεις που πραγματοποιούνται σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Η επέμβαση της απόξεσης αφορά συνήθως κυήσεις σε αρχικά στάδια (μέχρι 12 εβδομάδες) και έχει ως εξής :

Οι επεμβάσεις διακοπής κύησης γίνονται σε ειδικά εξοπλισμένο χώρο του νοσοκομείου. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική εξεταστική θέση και της χορηγούνται από τον αναισθησιολόγο ενδοφλεβίως φάρμακα που της προκαλούν αναισθησία. Ο γυναικολόγος αφού βεβαιωθεί ότι η γυναίκα κοιμάται και δεν αντιδρά σε επώδυνα ερεθίσματα διαστέλλει σταδιακά το στόμιο του τραχήλου της μήτρας και μετά με ειδικό αναρροφητήρα που εισάγει με προσοχή στην κοιλότητα της μήτρας εξάγει το κύημα και τους υμένες του (διακοπή της εγκυμοσύνης). Σύμφωνα με ένα βίντεο που παρακολουθήσαμε για την διαδικασία κρίναμε σκόπιμο να αναφέρουμε τα παρακάτω:

Από την στιγμή που η μητέρα έχει μπει στο χειρουργείο, το έμβρυο έχει καταλάβει τα πάντα και είναι ανήσυχο. Μόλις ο απορροφητικός σωλήνας φτάσει στη μήτρα, προτού αγγίξει το έμβρυο, αυτό οπισθοχωρεί, προσπαθεί να κρυφτεί και κινείται με ταραχώδη τρόπο ενώ οι σφυγμοί του φθάνουν τους 190 ανά λεπτό. Δεν γνωρίζει τον εισβολέα, ούτε τι ακριβώς θα συμβεί, αναγνωρίζει όμως, την απειλή εναντίον της ζωής του και κινημένο από το ένστικτο της επιβίωσης, μάχεται να αποφύγει το φονικό όργανο. Μετά ο δήθεν γιατρός αναζητά με τον απορροφητικό σωλήνα το ίδιο το παιδί, το οποίο βλέπει στην οθόνη υπερήχων και ο απορροφητικός σωλήνας ξεσχίζει και αναρροφά το ίδιο το σώμα του παιδιού, κομμάτι – κομμάτι. Πρώτα τα κάτω άκρα. Το παιδί πάει εμπρός – πίσω για να ξεφύγει. Μετά τα άνω άκρα. Κατόπιν, όλο το σώμα του παιδιού έχει αποκοπεί, από το κεφάλι, έχει ρουφηχτή από το σωλήνα και πεταχτεί διαμέσου του σωλήνα σ' ένα δοχείο. Το παιδί καθώς ακρωτηριάζεται ή

όσο απομένει από αυτό, ανοίγει το στόμα διάπλατα βγάζοντας μια σιωπηρή κραυγή, το ύστατο μέσον αντίστασής του. Όμως, κανείς δεν το ακούει!. Σαν να μην ήταν όλα αυτά αρκετά και επειδή το κεφάλι δεν χωρά να περάσει από το σωλήνα, ο «γιατρός» με μια λαβίδα σαν καρυοθραύστη, τον κρανιοθραύστη, πιάνει και συνθλίβει σε κομμάτια το κεφάλι, ώστε αυτό να μπορεί να χωρέσει και να αναρροφηθεί από το σωλήνα.

Μετά μπορεί ο γυναικολόγος να μπει με ειδικά ξέστρα και να ελέγξει την κοιλότητα της μήτρας για τυχόν υπολειμματικούς ιστούς του εμβρύου. Η γυναίκα ξυπνάει μετά από λίγο και σε 1 με 2 ώρες μπορεί να φύγει για το σπίτι. ( Ζησιμοπούλου & Ζαχαροπούλου, 1996) (Μαιευτική Γυναικολογία, 2003)



k0355592 www.fotosearch.com

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

#### *6.1 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΙΜΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ*

Οι επιπλοκές έχουν κλασσικά διαιρεθεί σε **πρώιμες** (μέσα σ' ένα μήνα μετά την έκτρωση) και **ύστερες** ή επακόλουθες (επερχόμενες μετά από ένα μήνα). Οι πρώιμες επιπλοκές μπορούν επίσης να διακριθούν στις **άμεσες** (κατά την διάρκεια της έκτρωσης), όπως διάτρηση μήτρας, τραυματισμός του τραχήλου, αιμορραγία, επιπλοκές αναισθησίας και **καθυστερημένες** (κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών, αλλά μέσα σ' ένα μήνα), όπως κατακράτηση κυοφορητικών ιστών, μόλυνση, φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, κατάθλιψη. Μία διάκριση θα πρέπει να γίνει μεταξύ των επιπλοκών οι οποίες οφείλονται στη μέθοδο και σ' εκείνες που σχετίζονται με προϋπάρχουσες καταστάσεις ή ταυτόχρονες με την εγχείρηση. Οι προϋπάρχουσες επιπλοκές συχνά απαιτούν ειδική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης και ειδικής αναισθησιολογικής φροντίδας. Στον κατάλογο των προϋπαρχόντων επιπλοκών θα πρέπει να προστεθεί η υπερβολική παχυσαρκία εξαιτίας του προβλήματος που δημιουργεί τόσο στον αναισθησιολόγο όσο και στους γυναικολόγους. Η αναλογία των προϋπαρχόντων επιπλοκών είναι 4,2% σύμφωνα με το πρωτότυπο πρόγραμμα για τη «Μελέτη των Εκτρώσεων» και αυξάνεται με την ηλικία, τον αριθμό τοκετών, συζυγική κατάσταση και ηλικία εγκυμοσύνης.

Η θνησιμότητα μεταβάλλεται πολύ με την ηλικία της εγκυμοσύνης, όπως επίσης και το ποσοστό των επιπλοκών. Το ποσοστό θνησιμότητας στις ΗΠΑ μεταξύ 1972 και 1980 κυμαινόταν στο 0,4/100.000 σε εγκυμοσύνες 8 και λιγότερων εβδομάδων. Κατά μέσο όρο η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 30% με κάθε εβδομάδα εγκυμοσύνης που περνάει. Κατά προσέγγιση το ποσοστό θνησιμότητας στις 100.000 περιπτώσεις είναι ελαφρώς μεγαλύτερο του 1 στην 9<sup>η</sup> – 10<sup>η</sup> εβδομάδα και γύρω στο 4 στις 13<sup>η</sup> – 15<sup>η</sup> εβδομάδα.

Οι κυριότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με την έκτρωση, σύμφωνα με μια καταγραφή στις ΗΠΑ, είναι η μόλυνση (23%), εμβολή (23%), αιμορραγία (20%) και οι επιπλοκές από την αναισθησία (16%). Η μόλυνση της πυέλου με τρεις τουλάχιστον μέρες πυρετό στους 38° C και η αιμορραγία που απαιτεί μετάγγιση και έκτακτο χειρουργείο (λαπαροτομή, υστερεκτομή, υστεροτομή) εκφράζουν το 88% όλων των σοβαρών επιπλοκών. Οι σοβαρές επιπλοκές συνοδεύουν κάτι λιγότερο από όλες τις εκτρώσεις και ποικίλουν από το χαμηλό ποσοστό του 0,5% στην 7<sup>η</sup> – 8<sup>η</sup> εβδομάδα στο υψηλό ποσοστό του 2,1% στη 15<sup>η</sup> – 16<sup>η</sup> εβδομάδα.

Μεταξύ των άμεσων επιπλοκών, η αιμορραγία, ο τραυματισμός του τραχήλου και η διάτρηση είναι ασυνήθιστα γεγονότα. (Καραϊσκού & Σβώλου, 1990)

## **6.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Οι σωματικές επιπλοκές διακρίνονται σε :

### **α) Άμεσες :**

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

### **β) Έμμεσες :**

- αποβολές
- πρόωροι τοκετοί
- διαταραχές εμμήνου ρύσεως
- επιπτώσεις σε επόμενη κύηση (δυστοκία, ρήξη θηλακίων κλπ.)
- στειρώση

Οι επιπλοκές αυτές δεν μπορούν να αποφευχθούν τελείως ακόμη και σε οργανωμένο με σύγχρονα μέσα μαιευτήριο. Μερικές γυναίκες θέλουν να κάνουν άμβλωση σε μια τους μόνο εγκυμοσύνη, αλλά η άμβλωση αυτή καλύπτει πολλές φορές μια και καλή όλες τις πιθανές εγκυμοσύνες, σ' όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Αλλά η πιο συντριπτική απώλεια για τη γυναίκα είναι η απώλεια του παιδιού της. Με την άμβλωση προσφέρει το παιδί της θυσία στο δικαίωμά της να συνεχίσει όλη την υπόλοιπη ζωή της στοιχειωμένη .

### **Επιπλοκές στην συναισθηματική υγεία**

Εξίσου τραγικές με τις σωματικές επιπλοκές είναι οι επιπλοκές πάνω στην ψυχική υγεία της γυναίκας μετά την άμβλωση. 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 νύκτα νομίζοντας ότι ακούνε ένα μωρό να κλαίει. Ένας άνδρας, που είδε τη σύζυγό του να αποδιοργανώνεται πλήρως μετά από άμβλωση απόρησε : «Τι είδους συναλλαγή είναι αυτή, κερδίζει τον έλεγχο του σώματός σου, χάνεις τον έλεγχο του μυαλού σου». Πάντως το παιδί που χάθηκε στην άμβλωση δεν πρόκειται να ξυπνάει τη μάνα του νύκτα. Αυτό το κέρδισε, τουλάχιστον προς το παρόν...

Ο αείμνηστος ψυχίατρος Κων. Κριαράς έγραφε σχετικά : «Η άμβλωση δεν είναι μια απλή, κοινή 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 ξεπεράσει τις σχέσεις του ζευγαριού, να δονήσει την οικογένεια και να φθάσει βαθιά μέσα στη δομή της κοινωνίας... Το πιο σταθερό

ψυχιατρικό εύρημα μετά την άμβλωση σε πλήθος εργασιών σ' όλο τον κόσμο είναι η ενοχή και η εξ' αυτής κατάθλιψη, κατάθλιψη από τις ελαφρότερες έως τις πλέον βαρύτατες». Η κατάθλιψη είναι ψύχωση με κύρια χαρακτηριστικά την παραμελημένη εξωτερική εμφάνιση, το κουρασμένο πρόσωπο, τη μειωμένη κινητικότητα. Ο καταθλιπτικός ασθενής κλαίει εύκολα για όλα, είναι απαισιόδοξος, δεν γελάει, απομονώνεται. Παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες ενοχής, υποτίμησης του Εγώ, μηδενισμού, αναξιοσύνης και υποχονδριακές ιδέες. Η ομιλία του είναι αργή και χαμηλόφωνη. Η βούλησή του μειωμένη με αποτέλεσμα τα σχέδια του για αυτοκτονία να μην πραγματοποιούνται. Μπορεί να αυτοκτονήσει ή στην αρχή της νόσου ή μόλις αρχίσει η βελτίωση από τη θεραπεία .

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

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 σε αυτό. Η χειρουργική τράπεζα της άμβλωσης είναι η προκρούστεια κλίνη του μοντέρνου φεμινισμού, την οποία με διαστροφή, τα θύματά της την διεκδικούν διαδηλώνοντας στους δρόμους.

γ) Τελικά το ερώτημα παραμένει : έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατεξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Δεν θα σταθούμε, βέβαια, στο επιπόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα : «το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να

το διαθέσουμε όπως θέλουμε», γιατί και λογικής στερείται και καταρρίφθηκε όταν το παιδί του σώματος της μητέρας, αλλά αποτελεί αυτόνομο οργανισμό. Οποσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Έχουμε το δικαίωμα να παραβλέψουμε τη γνώμη του πατέρα; Κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε να αφήσουμε σ' εκείνον το δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών.

Έτσι ότι και οι δύο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο έθνος; Οι 350.000 – 400.000 αμβλώσεις που διενεργούνται στατιστικά στην 1<sup>η</sup> θέση στην Ευρώπη και στην 3<sup>η</sup> σε όλο τον κόσμο. Οι εκτρώσεις στοιχίζουν στο έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή – καθώς οι παραγωγικές δυνάμεις μειώνονται σταθερά, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων – και τελικά σε κίνδυνο εθνικό, καθώς στη γειτονική Τουρκία ο πληθυσμός αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα. Ήδη μετατραπήκαμε σε έθνος γερόντων και μια κύρια αιτία είναι οι εκτρώσεις. Εξάλλου ο αριθμός των στείρων ζευγαριών αυξάνεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια και ένας από τους κύριους ενοχοποιητικούς παράγοντες είναι οι εκτρώσεις.

Υπάρχουν χώρες, στις οποίες για διάφορους λόγους δεν αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα από εμάς, στους οποίους οι εκτρώσεις έγιναν τρόπος ζωής! Ο νέος Αμερικανός πρόεδρος Τζορτζ Μπους επανέφερε τη λεγόμενη «πολιτική της πόλης του Μεξικό», απαγορεύοντας κάθε οικονομική βοήθεια σε οργανώσεις και προγράμματα του εξωτερικού τα οποία προωθούν τις αμβλώσεις, ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Με την απόφαση αυτή, ο Αμερικανός πρόεδρος επαναφέρει μια πολιτική που έχει εφαρμοστεί για πρώτη φορά από τον Ρόναλντ Ρίγκαν το 1984, για να καταργηθεί το 1993 από τον



Κλίντον . Μήπως θα έπρεπε να προβληματιστούμε όλοι, πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, από όποια θέση κι αν βρισκόμαστε;

Αρκετές αθλήτριες έμεναν έγκυες πριν από μεγάλους αγώνες, και στη συνέχεια – αφού κέρδισαν κάποιο μετάλλιο – έκαναν έκτρωση. Αυτό έγινε γιατί, όπως ανακάλυψαν οι ειδικοί επιστήμονες, η δύναμη των μυών αυξάνεται αισθητά στη διάρκεια των πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης. Μάλιστα, σε ένα τεστ που έγινε στη διάρκεια κάποιας Ολυμπιάδας, ανακαλύφθηκε ότι 10 από τις 26 Σοβιετικές αθλήτριες, και σχεδόν όλες οι Βουλγάρες περίμεναν παιδί! Ο φιλανδός γιατρός Ρίστο Έρκολα, που μέτρησε αθλητές πάνω από 30 χρόνια είπε : «Τώρα το τεστ των απαγορευμένων ουσιών (= των αναβολικών) έχει καταντήσει ρουτίνα. Η εγκυμοσύνη είναι ο ιδανικός τρόπος για την επιτυχία. Είναι φρικτό και ανήθικο». Ακόμη ο καθηγητής Ρενάτε Χοχ από τη Γενεύη είπε : «Δουλειά μας είναι να βοηθάμε στη γέννηση υγιών παιδιών και όχι να δημιουργούμε Ολυμπιονίκες. Έβαλα σκοπό μου να μην ξαναβοηθήσω αθλήτρια να πετύχει κάτι τέτοιο...».

Να λοιπόν που φτάσαμε στο σημείο να θυσιάζεται η ζωή ενός παιδιού για χάρη κάποιου μεταλλίου και λίγης πρόσκαιρης δόξας. Τόσο λίγο λοιπόν αξίζει σήμερα μια ανθρώπινη ζωή .

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

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

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

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

Είναι προτιμότερο ο νοσηλευτής να χάσει και τη θέση του ακόμα, παρά να υπηρετήσει την καταστροφή της ζωής. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει και 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 στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα (γιατί κακό δεν σημαίνει μόνο «πράττω το κακό» αλλά και «δεν κάνω το καλό όταν μπορώ»). ( Γιαννοπούλου, 2005)

### **6.3 Αντιμετώπιση σωματικών επιπλοκών**

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

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

- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο, και τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να δείξουμε όχι κριτική διάθεση αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη

Συμπαράσταση στην ΕΓΚΥΟ μητέρα και μάλιστα στην ΑΓΑΜΗ. Με την πληροφόρηση για τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού και το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού , στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί και να ζητήσει ηθική στήριξη και οικονομική βοήθεια. (Σύλλογος προστασίας αγέννητου παιδιού)

### **Επιπλοκές μετά την έκτρωση**

**Χρόνια φλεγμονή και σηπτική έκτρωση** : Είναι η επιπλοκή της εγκυμοσύνης που παρατηρείται μετά από απόπειρα τεχνητής άμβλωσης ή και μετά από αυτόματη ατελή έκτρωση. Στη χρόνια φλεγμονή η πάθηση περιορίζεται στα γεννητικά όργανα ενώ στη σηπτική υπάρχει διασπορά της λοίμωξης μέσω της μητρικής κυκλοφορίας.

**ΑΙΤΙΑ** → διάτρηση μήτρας – τραυματική κάκωση του τραχήλου. Συνηθέστεροι μικροβιακοί παράγοντες είναι γονόκκοκος, χλαμύδια, κολοβακτηρίδιο.

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ** → Συνηθέστερες επιπλοκές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα είναι : Το τραχηλικό shock που εμφανίζεται με βραδυκαρδία και απώλεια συνείδησης και ακολουθείται από σπασμούς, η δυσκολία στη διαστολή του τραχήλου που είναι συχνή σε άτοκες νεαρές γυναίκες, η διάτρηση της μήτρας και η αιμορραγία που αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου. Ακόμη πολύ πιθανές επιπλοκές (σε ποσοστό 5 – 7%) είναι ο τραυματισμός τραχήλου και οι λοιμώξεις που είναι επίσης αιτία θανάτου.

Σημαντικές συνέπειες των εκτρώσεων είναι : στείρωση, μετέπειτα νοσηρότητα της γυναίκας, ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου που μπορεί να προκαλέσει αργότερα πρόωρο τοκετό, τα ελλιποβαρή νεογνά, η δημιουργία χρόνιας φλεγμονής και η υπογονιμότητα.

Επιπλέον από την άποψη των ψυχολογικών συνεπειών από την ίδια την έκτρωση είναι αναμφίβολο ότι οι αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτικό κλίμα έχουν ελαττώσει σημαντικά το ψυχολογικό τραύμα που συνδέεται με την επέμβαση. Βεβαίως είναι πολύ συνηθισμένη η βραχείας διάρκειας περίοδος ενοχής και κατάθλιψης μετά από την έκτρωση, ενώ κάθε γυναίκας που προσέρχεται για έκτρωση χρειάζεται ψυχολογική παρακολούθηση.

Επιπλέον, είναι γεγονός πως οι εκτρώσεις έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη ψυχολογία της μητέρας. Σύμφωνα με μελέτες τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή. Το 30% - 50% που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα στη σεξουαλική ζωή. Η έκτρωση συνδέεται ακόμη με την αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης οινόπνευματων ποτών, ακόμη και με χρήση ναρκωτικών.

Τέλος, μια έκτρωση μπορεί να ενέχεται για την παραμέληση ή κακοποίηση παιδιών που γεννιούνται μελλοντικά καθώς και για απρόβλεπτα προβλήματα στις σχέσεις των ζευγαριών, ενώ οι γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. ( Ζησιμοπούλου & Ζαχαροπούλου, 1996 )

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Αξίζει να σημειωθούν στην εργασία μας η αντιμετώπιση των σοβαρών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν μετά από μία έκτρωση.

**Η αιμορραγία** προέρχεται από κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα και αντιμετωπίζεται με ένα απόξεση της μήτρας και ιστολογικό έλεγχο των ξεσμάτων. Μετά την επέμβαση χορηγούμε

μητροσυσπαστικά και αντιβιοτικά φάρμακα, για να προλάβουμε ενδεχόμενη μόλυνση.

**Η μόλυνση** προέρχεται, επίσης, από την κατακράτηση στοιχείων του κυήματος στην ενδομήτρια κοιλότητα, αντιμετωπίζεται με απόξεση της μήτρας ύστερα από προηγούμενη χορήγηση αντιβιοτικών. Πολλές φορές η μόλυνση είναι δυνατόν να μην αφορά μόνο την ενδομήτρια κοιλότητα αλλά και τις σάλπιγγες και τα παραμήτρια και αν δεν την προλάβουμε μπορεί να σχηματισθεί πυελοπεριτονίτιδα και απόστημα του δουγλάσειου. Μπορεί, επίσης, να συμβεί **θρομβοφλεβίτιδα** και μάλιστα σηπτική, όπως και σε κάθε επέμβαση στην πύελο. **Η διάτρηση της μήτρας**, τις περισσότερες φορές, συμβαίνει πάνω από το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο ή στον πυθμένα της. Θα την αντιμετωπίσουμε συντηρητικά ή με επέμβαση. **Οι διαταραχές της εμμηνορροσίας**, όπως η oligομηνόρροια και η αμηνόρροια, προέρχονται ύστερα από φλεγμονές και ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων, αντιμετωπίζονται με ορμονοθεραπεία για την ανάπλαση του ενδομητρίου ή με την εφαρμογή ενδομητρίου καθετήρα για τη διάσπαση των ενδομήτριων συμφύσεων που αντιμετωπίζονται υστεροσκοπικά.

Τις απότερες συνέπειες, όπως τις έκτοπες εγκυμοσύνες, τις αποβολές, τους πρόωρους τοκετούς από ενδομήτριες συμφύσεις ή ανεπάρκεια του τραχήλου θα τις αντιμετωπίσουμε ανάλογα κατά το δυνατό. Στην ίδια κατηγορία των επιπλοκών ανήκει και η χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα.

Οι γενικευμένες επιπλοκές ύστερα από άμβλωση αφορούν κυρίως στην επέκταση της μόλυνσης και στην εγκατάσταση σηπτικού shock. Γενικευμένες, επίσης, σοβαρές επιπλοκές αποτελούν η σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα και η μόλυνση από κλωστοβακτηρίδιο του τετάνου. Το σηπτικό shock είναι σοβαρή επιπλοκή και εκδηλώνεται ύστερα από κάθε είδους απόξεση. Αμέσως μετά τη διάγνωσή του αν πάρουμε τα μέτρα που αναφέραμε στην αντιμετώπιση της μόλυνσης, πολύ λίγες φορές η άρρωστη θα καταλήξει σε σηπτικό shock. Η σηπτική πυελική θρομβοφλεβίτιδα αφορά και τις δύο ωοθηκικές και εσωτερικές

λαγόνιες φλέβες και είναι δυνατό να οδηγήσει σε πολλαπλές σηπτικές πνευμονικές εμβολές και σε θάνατο της άρρωστης, όταν ο σηπτικός θρόμβος σπάσει. Τη διάγνωση της σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας θα την επιβεβαιώσουμε με φλεβογραφία και τη διάγνωση των σηπτικών πνευμονικών εμβολών με ακτινογραφία θώρακος. Για την αντιμετώπιση της πάθησης χορηγούμε αντιβιοτικά με ευρύ φάσμα και ηπαρίνη ενδοφλέβια για 7 – 10 ημέρες. Χειρουργική αντιμετώπιση έχει ένδειξη σε αποτυχία συντηρητική αγωγής. Σε αυτή απολινώνουμε την κάτω κοίλη φλέβα στο χαμηλότερο σημείο της και τις δύο ωοθηκικές φλέβες στο ψηλότερο, για να προλάβουμε το σχηματισμό πνευμονικών αποστημάτων και το θάνατο της άρρωστης. Η εγχείρηση εκθέτει την ασθενή σε επιπλοκές και διαταραχές της γονιμότητάς της. (Μαιευτική Γυναικολογία, 2003) (<http://www.giatroi.gr/Artra/ektrosi.html> 8/07/2009)

#### **6.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ**

Η επίδραση της έκτρωσης (όταν γίνει) στην άμεση φυσική κατάσταση της άρρωστης είναι σπανίως σοβαρή, αλλά είναι γνωστό ότι ακόμη και κάτω από τις ιδανικότερες συνθήκες η έκτρωση εμφανίζει ένα ελάχιστο έστω κίνδυνο πρόκλησης θανάτου της εγκύου. Ο αντίλογος των θιασωτών της ελεύθερης έκτρωσης είναι πως αποτελεί επιβεβαιωμένο πλέον γεγονός ότι η συχνότητα των μητρικών θανάτων έχει παρουσιάσει κάμψη με την αύξηση της δυνατότητας διεξαγωγής νόμιμων εκτρώσεων. Από την άλλη μεριά όμως, είναι γνωστή στους γυναικολόγους η ενοχλητικά υψηλή αναλογία των μακροπρόθεσμων συνεπειών της έκτρωσης, ιδιαίτερα όταν γίνονται κάτω από συνθήκες παρανομίας. Αναφέρονται στις περιπτώσεις αυτές η στειρότητα και η λανθάνουσα νοσηρότητα, αλλά και οι επιπλοκές που μπορούν να εμφανίσουν μία στις τέσσερις γυναίκες στην επόμενη εγκυμοσύνη, αναλογία που είναι ακόμη μεγαλύτερη στα νεαρά κορίτσια.

Επιπλέον, από την άποψη των ψυχολογικών συνεπειών από την ίδια την έκτρωση, είναι αναμφίβολο ότι οι αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτιστικό κλίμα, έχουν ελαττώσει σημαντικά το ψυχολογικό τραύμα που συνδέεται με την επέμβαση. Η έκτρωση έπαψε πλέον να αποτελεί μια επαίσχυντη επέμβαση που στο παρελθόν γίνονταν κρυφά από την οικογένεια και τους φίλους, μια επέμβαση που προκαλούσε ψυχολογική και κοινωνική απομόνωση. Βεβαίως, δεν είναι ασυνήθης η βραχείας διάρκειας περίοδος ενοχής και κατάθλιψης μετά την έκτρωση, αλλά οι περισσότεροι ψυχίατροι συμφωνούν ότι δεν επέρχεται ψυχιατρική νόσος, προσωρινή ή διαρκής.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις δεν περιορίζονται μόνο στην έγκυο γυναίκα. Κάποια μορφή συγκινησιακής επίδρασης ασκείται αναμφισβήτητα και στους γυναικολόγους και σε όσους τους βοηθούν επειδή πολλοί από αυτούς αισθάνονται μια ενστικτώδη απέχθεια για την επέμβαση. ( Γιαννοπούλου, 2005)



### **Γιατί η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού**

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

ερευνητές πιστεύουν ότι ο καρκίνος ξεκινά σε ανώριμα μη διαφοροποιημένα κύτταρα του μαστού – σε ιστούς που δεν έχουν ωριμάσει και ειδικευθεί. Τέτοια κύτταρα αφθονούν ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενισχυμένα από τις αυξημένες συγκεντρώσεις της θηλυκής ορμόνης οιστρογόνης. «Αυτά τα νεαρά, αναπτυσσόμενα κύτταρα» όπως περιέγραψε ένας επιστημονικός ανταποκριτής αν αφεθούν ανεξέλεγκτα, είναι πολύ επιρρεπή στην κακοήθεια. Στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα της οιστρογόνης μειώνονται. Υπό την επιρροή ορμονών όπως η ανθρώπινη πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη, οι ανώριμοι ιστοί αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται γρήγορα σε ώριμο, εξειδικευμένο ιστό παραγωγής γάλακτος. Όταν η εξειδίκευση πραγματοποιηθεί, τα κύτταρα είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν καρκινοειδή. ( Ταγάρα, 2008)

### ***6.5 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ***

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακόλουθων της έκτρωσης που είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από την 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 και 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 συνήθως 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 επιτρέπει 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 είναι η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Αλλά ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

### **Όταν οι γυναίκες αμβλώνονται μόνες τους:**

Από τα πολύ παλιά χρόνια, οι γυναίκες έψαχναν τρόπο να αμβλώνονται μόνες τους. Κατάπιναν όλων των ειδών τα ροφήματα, καθαρτικά χωρίς αποτέλεσμα. Αλλά και φάρμακα όπως η ερισίβη, κινίνο, το εκχύλισμα της υπόφυσης κ.ά. αλλά δεν κατάφερναν να προκαλέσουν άμβλωση τις πρώτες εβδομάδες της κύησης.

Η επικίνδυνη πρακτική της εισαγωγής διαφόρων αντικειμένων στον κόλπο, μέσα στο τραχηλικό σωλήνα, μπορεί να αποβεί μοιραία τόσο στο έμβρυο όσο και στη μητέρα.

Οι θάνατοι από αυτή τη μέθοδο οφείλονται στη διάτρηση της μήτρας, της ουροδόχου κύστης, του εντέρου καθώς και σε εκτεταμένη ακατάσχετη αιμορραγία, σε σοβαρή λοίμωξη ή και σωματικό σοκ.

Η έκχυση υπό πίεση χημικών διαλυμάτων ή υγροποιημένου σαπουνιού μέσα στην κοιλότητα της μήτρας μπορεί ακόμα να επιφέρει ακαριαίο θάνατο.

## **6.6 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ;**

α) αναρρόφηση με τοπική αναισθησία → η γυναίκα παραμένει στην κλινική για μισή μέρα

β) αναρρόφηση με γενική αναισθησία →

- Η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες και πληρώνει τιμολόγιο που αποβλέπει το υπουργείο υγείας

- Η γυναίκα παραμένει περισσότερο από 24 ώρες και πληρώνει το προβλεπόμενο τιμολόγιο

- Η γυναίκα παραμένει λιγότερο από 24 ώρες αλλά πληρώνει σαν να παρέμεινε περισσότερο από 24 ώρες

Τις περισσότερες φορές οι γυναίκες ζητούν από μόνες τους να φύγουν σε λιγότερο από 24 ώρες.

## **Έκτρωση – άμβλωση, υπάρχει διαφορά;**

Με τον όρο άμβλωση εννοούμε την αφαίρεση του αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας όπου είναι προσκολλημένο.

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. 75% των αποβολών συμβαίνει κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 μηνών της εγκυμοσύνης.

Τα πιο κοινά αίτια είναι : ανώμαλη ανάπτυξη εμβρύου, ανωμαλίες πλακούντα ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

## **6.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Τα συναισθήματα της γυναίκας απέναντι στην άμβλωση είναι συγκεχυμένα.

Φόβος → ότι η οικογένεια θα ανακαλύψει την κατάστασή της και θα την τιμωρήσει και διαπιστώνει ότι είναι ανίκανη να υποστηρίξει την απόφασή της.

Θυμός → Για τον εαυτό της και τον σύντροφό της, που δεν ενδιαφέρθηκαν όσο θα έπρεπε για την αντισύλληψη. Θυμό και στεναχώρια γιατί αποχωρίζεται ένα κομμάτι του εαυτού της.

Προδομένη → αισθάνεται ότι όλες οι συνέπειες της σεξουαλικής ζωής πέφτουν επάνω της χωρίς την συμπαράσταση του συντρόφου της.

Αν είναι η πρώτη φορά που μένει έγκυος δεν θα αποφύγει την ευχάριστη σκέψη ότι το σώμα της λειτουργεί, και πρέπει να μπει στη διαδικασία να αποδέχεται ταυτόχρονα αλλά και να απορρίπτει τη μητρότητά της.

### **Ψυχοσωματικές διαταραχές :**

Συμπλέγματα ενοχής, διαταραχή ψυχικής ηρεμίας, πάγωμα ή απόρριψη της σχέσης από τον σύντροφό της, κατάθλιψη (που υποχωρεί μέσα σε 1 – 2 εβδομάδες ή 3 – 6 μήνες το πολύ).

Στην οικογένεια οι συνέπειες είναι και εκεί οδυνηρές διότι διαταράσσεται η συζυγική αρμονία και οικογενειακή γαλήνη, ως τιμωρία αυτής της πράξης.

Στο κοινωνικό σύνολο : Η πληθυσμιακή έκρηξη έχει πάρει τα τελευταία χρόνια μεγάλη διάσταση. Η Ελλάδα παρόλο που ανήκει στα αναπτυσσόμενα κράτη, έχει να αντιμετωπίσει την υπογεννητικότητα. Η υπογεννητικότητα που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της Ελληνικής κοινωνίας.

Στάση των αντρών για την έκτρωση : Εξαρτάται από την ηλικία τους. Άντρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι. Οι νέοι Έλληνες ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στη φάση της επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Αντίθετα άντρες 30-33 ετών εισέρχονται στη φάση «δημιουργία της οικογένειας». (Θώδη. Κούτα .Μάλη, 1998)

## **6.8 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ - ΟΔΗΓΙΕΣ**

Μετά την άμβλωση μπορεί να υπάρχει αιμόρροια και πόνος, που οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

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

Μερικοί γιατροί δίνουν αντιβιοτικά και μητροσυσπαστικά. Άλλοι όχι. Καλό θα είναι να ελέγχεται η θερμοκρασία της, γιατί πάντα υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στην μπανιέρα. Είναι προτιμότερο το ντους. Αν η γυναίκα χρησιμοποιεί ταμπόν είναι καλύτερα να μην το χρησιμοποιεί για ένα χρονικό διάστημα ή αλλιώς να το αλλάζει πολύ συχνά. Οι γεννητήσιες σχέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται τουλάχιστον για δέκα ημέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά ή πυρετός, πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της.

Την ημέρα που έγινε η άμβλωση – το βράδυ αυτής – συνίσταται από μερικούς γιατρούς η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού. Αυτό το χάπι έχει δύο αποτελέσματα :

- Από το ένα μέρος βέβαια, αντισυλληπτικό μέσο που επιτρέπει ερωτικές σχέσεις χωρίς κίνδυνο εγκυμοσύνης
- Από το άλλο, βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτατα τη φυσιολογική του σύσταση.

Γενικά δεν πρέπει να παίρνεται παρά για ένα μήνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί η άμεση τοποθέτηση ενός σπειράματος.

Επίσης είναι καλό να γίνεται μία επίσκεψη ελέγχου τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπει την επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμιά διαταραχή.

Από την άλλη μεριά, εάν η γυναίκα το επιθυμεί, με την ευκαιρία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντισύλληψη για τον επόμενο κύκλο.  
(<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=8643.html> 8/07/2009)



42-16451197 fotosearch.com

## **6.9 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

ΠΙΝΑΚΑΣ: Χαρακτηριστικά , αποτελεσματικότητα των κυριότερων αντισυλληπτικών μεθόδων.

<b>ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ</b>
Στεροποίηση (άνδρα ή γυναίκα)	Ποσοστό επιτυχίας: περίπου 90%.	Αποκλεισμός της πορείας του σπέρματος ή του ωαρίου με απολίνωση των σαλπίγγων ή των σπερματικών πόρων.
Αντισυλληπτικά δισκία	Ποσοστό επιτυχίας: προσεγγίζει το 100%.	Αναστολή της ωορρηξίας και επίδραση στη βλέννη που αποφράσσει το στόμιο της μήτρας.
Ενδομήτριο έλασμα (πλαστικό με ή χωρίς προσθήκη χαλκού ή ορμονών)	Ποσοστό επιτυχίας: από 96-99%.	Παρεμπόδιση της ενδομητρικής εμφυτεύσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου (παράπλευρη σπερματοκτόνα ενέργεια των πρόσθετων ουσιών, όπως ιόντων χαλκού)
Ανδρικό ελαστικό	Ποσοστό επιτυχίας: 90-98%.	Παρεμπόδιση της εισόδου

προφυλακτικό		του σπέρματος στον κόλπο της γυναίκας
Πλαστικό διάφραγμα (σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο αλοιφή)	Ποσοστό επιτυχίας: Περίπου 90%.	Αποκλεισμός της εισόδου του σπέρματος στη κοιλότητα της μήτρας και καταστροφή του σπέρματος.
Ρυθμός (αποχή κατά της γόνιμες ημέρες της γυναίκας)	Η μέθοδος έχει μεγάλο ποσοστό αποτυχίας.	Αποχή κατά της γόνιμες ημέρες της γυναίκας όπως αυτές προκύπτουν με βάση το θερμομετρικό διάγραμμα ή με τη μέση ημερολογιακή εκτίμηση.
Διακοπή της συνουσίας πριν την εκσπερμάτιση.	Το ποσοστό επιτυχίας είναι χαμηλό γιατί πολλές φορές από την αρχή της σεξουαλικής επαφής εξέρχεται μικρή ποσότητα σπέρματος.	Διακοπή της συνουσίας πριν την εκσπερμάτιση, εκσπερμάτιση εκτός του κόλπου.
Σπερματοκτόνες ουσίες (σε αλοιφές ή δισκία)	Το ποσοστό επιτυχίας είναι: 85-98%.	Σπερματοκτόνο δράση και μηχανική παρεμπόδιση των σπερματοζωαρίων.
Κολπικές πλύσεις	Το ποσοστό επιτυχίας είναι χαμηλό	Μηχανική απομάκρυνση του σπέρματος από τον κόλπο και καταστροφή του σπέρματος. <sup>15,16</sup>

(Τριχόπουλος & Τριχοπούλου, 1986) (Παπανικολάου, 1994)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτή την ενέργεια. Το έμβρυο είναι μια ζωή που αναπτύσσεται σιγά – σιγά μέσα στη μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει, γι' αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του να ζήσει.

Επειδή όμως η φύση αλλά και ο δημιουργός του στερεί αυτή την δυνατότητα σ' αυτή την εμβρυϊκή φάση της ζωής του, την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη ή όχι πληροφόρηση αλλά και ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα «αποφασίσουν» για την συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Ένα από τα πρόσωπα αυτά, για λόγους ανεξάρτητους από την θέλησή της/του είναι και η Νοσηλεύτρια/της. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων, που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την διατήρηση στη ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει την 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 – μιας 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 τα επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός, ο οποίος παρατηρεί :

*«Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλεύτη-τρια που διαθέτει μόνο «εγκέφαλο» και όχι «καρδιά» και φωτισμένη ηθική συνείδηση, μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και των ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φθάνει μόνο η σοφία».*

Και στο θέμα των αμβλώσεων είναι άξιο προσοχής να αναρωτηθεί κάποιος : Άραγε ποιοι νόμοι «ηθικοί», ποιοι κανόνες δεοντολογικοί και ποια επιστημονικά πρόσωπα και κανόνες υποχρεώνουν τους Νοσηλευτές να γίνουν συνεργοί σ' ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα που μπόρεσε να κάνει άνθρωπος σε άνθρωπο.

Κάτω από ποιες ηθικές και δεοντολογικές διεργασίες γίνονται τελικά μέτοχοι τις πιο πολλές φορές σ' ένα έγκλημα που δεν έχει ούτε αρχή ούτε τέλος, παρασυρόμενοι τις πιο πολλές φορές από τον κυκεώνα μιας λογικής αρρωστημένης από τα κούφια λόγια επιστημόνων που τελικά αποδείχθηκε ότι διαθέτουν μόνο «εγκέφαλο» και τίποτε άλλο.

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλλημα για τον Νοσηλεύτη-τρια. Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει και παρά την απόφασή του να μην γίνει συνεργός στο έργο της άμβλωσης, έρχονται οι νόμοι της Πολιτείας που του επιβάλλουν κυρώσεις – όταν η άμβλωση επιτρέπεται – σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλλημα 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 ή διανοητικές ανωμαλίες.

Μέσα από όλα αυτά τα διλήματα υπάρχει η ομάδα του Νοσηλευτικού προσωπικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει παραβίαση



του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης. Θεωρεί την άμβλωση ηθικό και σωματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο.

Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής, έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυϊκή κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια, πολλές φορές, καθαρής αισχοκέρδειας.

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

Είναι άξιο όμως προσοχής να παρατηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των αμβλώσεων αλλά και στην πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

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

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δεν σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί ο Νοσηλευτής-τρια να αρνηθεί τη βοήθεια όταν εργάζεται σε δημόσιο τομέα, από τη στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται.

Όταν μια γυναίκα προσέρχεται στο Μαιευτικό τμήμα κάποιου Νοσοκομείου ή Κλινικής προκειμένου να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, είναι τις περισσότερες φορές σίγουρο ότι έχει πάρει μια απόφαση που

παραμένει αμετάκλητη, παρά τις τυχόν παραινέσεις που θα ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο.

Για το λόγω 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 πιθανόν να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο μάλλον όταν η ενέργειά της δεν είναι αποτέλεσμα «ώριμης» σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ. ο σύζυγος, ο εραστής κτλ.

Ακόμη και στην περίπτωση που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σ' αυτή φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη των νοσηλευτών και την ψυχολογική υποστήριξή τους. Καθήκον τους είναι να προετοιμάσουν ψυχολογικά τη γυναίκα για τη δοκιμασία που την περιμένει και να την περιβάλλουν με την ζεστασιά και την αγάπη τους. Βασική υποχρέωση επίσης του νοσηλευτή κατά την ενάσκηση του λειτουργήματός του είναι η εχεμύθεια και πιο συγκεκριμένα η διαφύλαξη του « απορρήτου» χαρακτήρα όλων εκείνων των στοιχείων που θα περιέλθουν λόγω της ιδιότητάς του σε γνώση του και θα αφορούν τον άρρωστο και ειδικότερα την υγεία του.

Οι συνέπειες για το 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 είναι θέμα ζωτικής σημασίας για τον/την ίδιο/α και την οικογένειά του. Η αναμενόμενη προστριβή με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αλλά και η αντιπαράθεσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας τους – έστω και αν πρόκειται για «φόνος» - είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του/της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο Νοσηλευτής/τρια στα ηθικά διλήματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του/της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού διλήματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή/τριας. (Γιαννοπούλου, 2005) (Καραγιάννη & Καρατζά, 2000)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

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

Η επιστήμη της εμβρυολογίας και γενετικής μετά από πολλές μελέτες και έρευνες στο ερώτημα πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή, μπορεί πλέον να δώσει απάντηση.

«Η ζωή μιας ανθρώπινης ύπαρξης αρχίζει τη στιγμή της γονιμοποίησης». Από την ώρα της σύλληψης, το γονιμοποιημένο ωάριο, μια κυτταρική μάζα, αγωνίζεται να ζήσει. Ήδη στις 18 μέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο κτύπος της καρδιάς του και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερα δικό του κυκλοφοριακό σύστημα.<sup>11</sup>

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

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

Οι γυναικολόγοι – γιατροί που προβαίνουν σε έκτρωση βρίσκονται μπροστά σε μια επιθετική παρέμβαση στη φυσιολογική εξέλιξη της ζωής, που δημιουργεί τραυματική εμπειρία, τόσο στη γυναίκα, όσο και στο γιατρό .

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

Οι γιατροί όμως αυτοί βρίσκονται μπροστά σε μια άλλη πραγματικότητα. Κάτω από την απαγόρευση με την επέμβαση της άμβλωσης αποκτούν μεγάλα οικονομικά οφέλη. Και αυτό γιατί μεγάλος αριθμός γυναικών οδηγούνται στην άμβλωση και ο νόμος δεν εφαρμόζεται πλήρως. Αν δεχθούμε ότι το κόστος μιας έκτρωσης είναι 60.000 δρχ. τουλάχιστον, φθάνουμε στα 14 δις δρχ. το χρόνο σπατάλη για ολόκληρη την εθνική μας οικονομία. Λεφτά που ξοδεύουν οι γυναίκες και καρπώνονται οι γιατροί αφορολόγητα.

Με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης αντιμετωπίζεται το οικονομικό πρόβλημα εν μέρει. Δημιουργούνται οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες για να γίνονται οι εκτρώσεις και να αντιμετωπίζεται η μεγάλη αυτή σπατάλη των αφορολόγητων 12 δις.

Αλλά ας μην παραλείπουμε το γεγονός ότι ένας αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται στους ιδιωτικούς γιατρούς, είτε από έλλειψη εμπιστοσύνης στους γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε γιατί οι Ελληνίδες δεν έχουν αποβάλλει από τη λέξη έκτρωση το συνακόλουθο της «κοινωνικό στίγμα», που θα τις ακολουθήσει πηγαίνοντας στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου και παίρνοντας την άδεια έκτρωσης από τη δουλειά τους.

Η ευθύνη των γιατρών είναι μεγάλη και κυρίως των γυναικολόγων, οι οποίοι αν δεν ερωτηθούν δε δίνουν σχεδόν ποτέ στις πελάτισσές τους συμβουλές για το θέμα της αντισύλληψης. Ελάχιστοι είναι αυτοί που γνωρίζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των αντισυλληπτικών μέσων και

νοιάζονται να βρεθεί η κατάλληλη μέθοδος για τη κάθε γυναίκα. Μια εγκληματική άγνοια και αδιαφορία χαρακτηρίζει το σώμα των Ελλήνων γυναικολόγων .

Μερικές μέθοδοι αντισύλληψης θεωρούνται ότι είναι «ιατρικές» (χάπι, κολπικά διαφράγματα, ενδομήτρια ελάσματα και στείρωση) και άλλες «μη ιατρικές» (συνουσία που διακόπτεται, μέθοδος του ρυθμού και προφυλακτικά). Οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες δίνουν έμφαση στις ιατρικές μεθόδους και αδιαφορούν για τις άλλες, αγνοώντας ότι πολλά άτομα ίσως να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη συνουσία που διακόπτεται. Θα ήταν καλό να γίνεται διαφώτιση ώστε να αφήνετε η τελική εκλογή στον ενδιαφερόμενο-η. (Καλογερόπουλος, 1996) (Υγεία, οδηγός υγιεινής, 1992)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Οι θέσεις της Εκκλησίας είναι πολύ σεβαστές και πρέπει πάντα να ακούγονται. Όπως παίρνει θέση για κάθε ηθικό ζήτημα έτσι παίρνει θέση και για τις αμβλώσεις.

Όλοι γνωρίζουν ότι ο Χριστιανισμός είναι η θρησκεία της αγάπης, η θρησκεία της συγνώμης. Έτσι βρίσκει απήχηση κατά κύριο λόγο και έχει αποστολή μέσα στην ψυχή των ανθρώπων εκείνων, οι οποίοι κάνουν σφάλματα στη ζωή τους.

Τις αμβλώσεις η Εκκλησία τις χαρακτηρίζει σα μεγάλα σφάλματα. Ως προς το θέμα αυτό είναι κατηγορηματικώς απαγορευτική χωρίς να κάνει καμία διάκριση σε κάθε είδους περιστατικά της σύλληψης μιας νέας ζωής. Κινείται για τη θεώρηση του θέματος αυτού από την αγάπη της προς τον άνθρωπο. Δεν είναι απλά ένα πρόβλημα, αλλά ένα θέμα πολύ σοβαρό, γιατί είναι μια κατάσταση του κακομαθημένου ανθρώπου, ο οποίος δεν έχει ξεκαθαρίσει μέσα στη σκέψη του τα πράγματα της προσωπικής του ευθύνης σε ένα τόσο σοβαρό θέμα, της συμμετοχής του στη δημιουργία νέας ζωής.

Ένα άλλο θέμα που πρέπει να τονιστεί, είναι το θέμα της ευθύνης και της ηθικής από την πλευρά της Εκκλησίας. Δεν είναι επιτρεπτό να γίνει η διάκριση μεταξύ των φυσικών και ηθικών νόμων. Μεταξύ τους υπάρχει άμεση σχέση και αλληλουχία.

Αποτελεί πλάνη της σημερινής κοινωνίας η αντίληψη κατά την οποία είναι δυνατόν κατά την γενετήσια σχέση να γίνεται διάκριση μεταξύ της γενετήσιας ηδονής και του υπόλοιπου γενετήσιου κύκλου. Με αυτόν τον τρόπο οι περισσότεροι άνθρωποι της εποχής μας, απολαμβάνουν με πλήρη ανευθυνότητα μόνο την ηδονή του γενετήσιου διαλόγου, προσπαθούν όμως να αποδεσμευθούν από το ανεπιθύμητο κύημα, με τον χειρότερο τρόπο, την έκτρωση.

Ίσως σε μερικές περιπτώσεις εξετάζοντας ανθρώπινα το θέμα, η Εκκλησία παρέχει μερικά ελαφρυντικά και προκαλεί την ανθρώπινη συμπάθεια χωρίς όμως κανένα ελαφρυντικό. Οι σύλλογοι οφείλουν να αναλογισθούν τις τρομερές αυτές συνέπειες και την ανυπολόγιστη ευθύνη, όταν διαπράττει κανείς μια τέτοια εγκληματική πράξη. Δεν είναι επίσης μικρότερη η ευθύνη των συνεργών σ' ένα τέτοιο έγκλημα.

Ύστερα απ' όλα αυτά γίνεται σαφές ότι η άποψη της Εκκλησίας είναι έκφραση της αγάπης προς το άτομο και το κοινωνικό σύνολο που ταλαιπωρούνται με την τόσο επώδυνη λύση των αμβλώσεων.

### ***9.1 ΕΛΛΑΔΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ – ΚΑΝΟΝΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ***

Το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα μας και τη μείωση του πληθυσμού στις νεαρές ηλικίες. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται, κατά ένα μεγάλο ποσοστό στη γενικευμένη τάση των ζευγαριών να αποφεύγουν τη γέννηση πολλών παιδιών κάτι που επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της αντισύλληψης και των εκτρώσεων. Υπάρχει η άποψη πως η τάση αυτή είναι δικαιολογημένη, καθώς με τις υπάρχουσες συνθήκες είναι δύσκολο να δημιουργηθούν οικογένειες με 2 παιδιά.

### ***9.2 ΑΠΟ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ – ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ***

Όταν μιλάμε για εκκλησιαστική άποψη δεν εννοούμε τη γνώμη που έχουν για το θέμα των εκτρώσεων μερικοί αρχιερείς ή έστω όλοι αλλά η διδασκαλία της Εκκλησίας, της αλήθειας που κήρυξε ο Ιησούς Χριστός.

Η Εκκλησία αντιμετωπίζουσα το θέμα και λαμβάνοντας υπόψη τα αναπάντεχα υψηλά ποσοστά φιλοτεκνίας και ολιγοτεκνίας, δεν αναγνωρίζει σε κανένα το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, γεγονός που πηγάζει από την αγάπη που δίδαξε ο Χριστός και που διέπει κάθε πτυχή της χριστιανικής πίστης. Ο μόνος που χαρίζει τη ζωή και μπορεί να αποφασίζει για το θάνατο είναι ο ίδιος ο Θεός.



Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και άλλες θρησκείες ή δόγματα τάσσονται με την άποψη της χριστιανικής πίστης όπως ο μωαμεθανισμός και η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία.

Το κοράνι του Μωάμεθ γράφει στο κεφάλαιο Αλ – Μάιντα «Όποιος σκοτώσει άνθρωπο που δεν διέπραξε, ούτε έγκλημα ούτε κάποιο άλλο σοβαρό αμάρτημα, είναι σαν να σκοτώνει ολόκληρη την ανθρωπότητα. Κι όποιος σώσει τη ζωή ενός αθώου, είναι σαν να σώζει ολόκληρη την ανθρωπότητα».

- Αντίστοιχα, ο Πάπας διακήρυξε το 1982 ότι «Όποιος αρνείται να υπερασπίσει το πιο αθώο και το πιο αδύναμο ανθρώπινο πλάσμα που ήδη έχει συλληφθεί, αλλά δεν έχει γεννηθεί, αντιβαίνει στον πιο σοβαρό κανόνα ηθικής τάξεως. Δεν μπορούμε ποτέ να νομιμοποιήσουμε το θάνατο».
- <http://www.codger.com/code/koinonia/ektrosi/htm> 8/07/2009

### **Θέση της Εκκλησίας σχετικά με τις αμβλώσεις :**

Τις αμβλώσεις η Εκκλησία τις χαρακτηρίζει σαν μεγάλα σφάλματα. Όλοι γνωρίζουν ότι ο Χριστιανισμός είναι η θρησκεία αγάπης, η θρησκεία της συγγνώμης, έτσι βρίσκει απήχηση κατά κύριο λόγο και έχει αποστολή μέσα στην ψυχή των ανθρώπων εκείνων, οι οποίοι κάνουν σφάλματα στη ζωή τους.

### **Ιατρική άποψη :**

Η επιστήμη της εμβρυολογίας και γενετικής μετά από πολλές μελέτες και έρευνες στο ερώτημα «Πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή;», μπορεί πλέον να δώσει απάντηση.

«Η ζωή μιας ανθρώπινης ύπαρξης, αρχίζει από τη στιγμή της γονιμοποίησης». Από την ώρα της σύλληψης, το γονιμοποιημένο ωάριο, μια

κυτταρική μάζα αγωνίζεται να ζήσει. Ήδη στις 18 ημέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο χτύπος της καρδιάς του και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερα δικό του κυκλοφορικό σύστημα. Η έκτρωση τα τελευταία χρόνια γίνεται με λιγότερους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας. Δεν παύει όμως να είναι μια επικίνδυνη επέμβαση γιατί ο γιατρός δεν μπορεί να δει τι ακριβώς κάνει στη μήτρα. Και σαν μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων είναι η πιο απάνθρωπη.

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

Οι γυναικολόγοι, που προβαίνουν σε έκτρωση βρίσκονται μπροστά σε μια επιθετική παρέμβαση στη φυσιολογική εξέλιξη της ζωής, που δημιουργεί τραυματική εμπειρία, τόσο στη γυναίκα όσο και στο γιατρό.'

(Θώδη , Κούτα & Μάλη, 1998) (Κυριαζή, 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η κοινωνία δεν έχει πλήρη γνώση του εγκλήματος αυτού που συντελείτε καθημερινά. Ίσως γιατί έτσι κάποιους βολεύει προσωπικά, ίσως γιατί με νομοθεσίες που αφήνουν ελεύθερο το πεδίο στις εκτρωτικές κλινικές (τι αντίθετο των μαιευτικών) κάποιοι βρήκαν μια σίγουρη πηγή εσόδων. Το ξεσκεπάσμα του τι είναι «έκτρωση» ή «διακοπή κύησης» δεν είναι αρεστό συνήθως. Πολλοί νομίζουν πως το αγέννητο παιδί είναι ένα όργανο της γυναίκας ή ένα πλάσμα χωρίς συνείδηση ή ένα οποιοδήποτε μέλος της που αυτή έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται κατά το δοκούν. Δεν ξέρουν, αλλά οι φορείς της εξουσίας τους βοηθούν να μάθουν, πως πρόκειται για έναν ΑΝΘΡΩΠΟ απaráλλακτο από εσένα, με τις ίδιες δυνατότητες και τα ίδια χαρίσματα που είχες κι εσύ πριν γεννηθείς. Είναι μόνο ένα ακόμη έγκλημα που γίνεται με συμφωνημένη σιωπή ή και μια απόδειξη της πνευματικής και ουσιαστικής μιας έκπτωσης.

Πολλοί μιλούν για το «δικαίωμα της γυναίκας στην άμβλωση» ή κομπώτερα, «στην αυτοδιάθεση του σώματός της». Όμως, ποιος άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για το δικαίωμα του άλλου στη ζωή; Ενώ το δημογραφικό είναι μείζον πρόβλημα στην Ελλάδα, γίνονται ετησίως πάνω από 300.000 εκτρώσεις ( χωρίς τις παράνομες – αδήλωτες), δηλαδή η ίδια τραγωδία επαναλαμβάνεται καθημερινά πάνω από 850 φορές. Αν το κοιλιακό τοίχωμα της γυναίκας ήταν διάφανο, ώστε να βλέπουμε το έμβρυο μέσα στην έγκυο, θα εκτελούνται εκτρώσεις; Ο άνθρωπος νομίζει πως αυτοθεοποιήθηκε και ρυθμίζει τα πάντα με βάση το ατομικό του βόλεμα, έχοντας πετάξει και τον ίδιο τον Παντοδύναμο Θεό στον κάλαθο των αχρήστων, όπως και τόσους αδύναμους ανθρώπους, τόσο μωρά, που υπέστησαν έκτρωση. Πάντως, το εκτρωτικό δοχείο δεν περιέχει πάντα «άχρηστα υπολείμματα», γιατί σε ΗΠΑ, Γαλλία, Βρετανία,

Γερμανία και Σκανδιναβικές χώρες τι εμπορεύονται : ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΖΟΝΤΑΙ, ΑΠΟ ΓΝΩΣΤΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ, ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΡΕΜΕΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ!

«Έκτρωση, απόξεση ή διακοπή κυήσεως» την ονόμασαν άτομα με αμβλυμένες συνειδήσεις, άτομα με συμφέρον, άτομα που απαξίωσαν από ανθρώπους όλους τους ανθρώπους που δεν έχουν ακόμη γεννηθεί ή απλώς, άτομα που δεν έχουν γνώση ή έχουν γνώση δίχως ηθική. Θα δεχόσουν εσύ να εκτρωθείς με απόφαση άλλων, προτού γεννηθείς; Αν σου το ζητούσαν θα το δεχόσουν; Θεωρείς σοβαρό κάποιον λόγο για να σου έχει αφαιρεθεί η δική σου ζωή; Αυτό που δεν θα ήθελες να σου κάνουν γιατί να κάνεις στους άλλους; Σε λεξικό, θα βρεις πως η λέξη «έκτρωση» βγαίνει από το ρήμα «τιτρώσκω» που σημαίνει «τραυματίζω, πληγώνω, προξενώ φθορά/βλάβη, καταστρέφω, αχρηστεύω» ενώ «εκτρωματικός» σημαίνει «αποτροπιαστικός».

Ως θεωρία και πράξη, η έκτρωση είναι ένα έκτρωμα. Τι είδους Ιατρική δεοντολογία είναι αυτή που αποδέχεται τις εκτρώσεις; Πριν από χιλιάδες χρόνια ο Ιπποκράτης στον Όρκο του έλεγε «... δεν θα δώσω σε κανέναν θανατηφόρο φάρμακο, ακόμη κι αν μου το ζητήσει... Ούτε σε έγκυο γυναίκα εκτρωτικό δηλητήριο...». (Καλογερόπουλος, 1996) (Μαιευτική Γυναικολογία, 2003)

### ***10.1 Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΛΥΣΗ***

Μπορούμε να φανούμε ώριμοι και να μην θέσουμε στους εαυτούς μας δολοφονικά διλήμματα. Ας φροντίσουμε από τώρα, ας προσέξουμε κάθε παράμετρο της ζωής μας, που μπορεί να μας φέρει αντιμέτωπους των λαθών μας. Αν κάνουμε αρκετά λάθη, ας μην κάνουμε τουλάχιστον την έκτρωση. Λύσεις υπάρχουν. Λύση είναι η ορθόδοξη Εκκλησία, που μπορεί να μας συμπαρασταθεί και να βοηθήσει. Προτείνεται και ο «Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού» , που προσφέρει αμέριστη βοήθεια στην ανύπαντρη ή έγγαμη μητέρα, πρακτική, νομική, οικονομική, ψυχολογική, ιατρική και κοινωνική που βρίσκεται σε δυσκολία της εγκυμοσύνης της. Σκοπός του

Συλλόγου είναι η αποφυγή της άμβλωσης και των τραγικών της συνεπειών στο παιδί, στη μητέρα και στην κοινωνία. Από την ίδρυση του Συλλόγου το Νοέμβριο του 2002 μέχρι σήμερα έχουμε προσφέρει δωρεών και διακριτικά συμβουλές, ιατρική, ψυχολογική και πρακτική βοήθεια και νομική κάλυψη σε όσες γυναίκες ζητήσουν τη βοήθειά μας.

Μια γυναίκα ή έγκυος μπορεί να βρει στο Σύλλογο :

- √ Πληροφορίες για τα δικαιώματα τα δικά της και του παιδιού, τους οργανισμούς βοήθειας, τις μαιευτικές και ιατρικές υπηρεσίες, τις δυνατότητες εργασίας κ.ά.
- √ Άμεση συμπαράσταση από συνεργάτιδα του Συλλόγου, με την οποία μπορεί να συζητήσει κάθε πρόβλημά της
- √ Ψυχολογική, ιατρική, νομική ή άλλη πρακτική βοήθεια
- √ Φιλοξενία σε ειδικούς ξενώνες . (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου παιδιού) (Μελέτιος, 1987)

## ***10.2 ΠΟΙΟΙ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ***

Δύο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι σήμερα με τις εκτρώσεις. Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι, που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν έκτρωση σε μια γυναίκα χωρίς πολύ φασαρία αλλά με αρκετά χρήματα. Την 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 Ελλάδας.

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 λιγότερα αποτελεσματικά μέτρα, με φυσική συνέπεια η έκτρωση να αποτελεί κατά κανόνα τη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. (<http://blugthea.gr/Nextstep/eieinieem-eyiava/24988.html> 8/07/2009)

### **10.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ Η ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ**

#### **1) Όταν γίνεται σε νόμιμο γάμο :**

α) οικονομικός παράγοντας. Όταν το ζευγάρι δεν βρίσκεται σε καλή οικονομική κατάσταση, επιθυμεί να αναβάλει την απόκτηση ενός παιδιού και βάζει «προτεραιότητα την απόκτηση χρημάτων και κάποιες καταναλωτικές ενέργειες»

β) προγραμματισμός της οικογένειας : Για να μπορεί το ζευγάρι να προσφέρει στο παιδί τους, πρέπει και τα δύο μέλη του ζευγαριού να το θέλουν τη συγκεκριμένη στιγμή του χρόνου που έρχεται στη ζωή. Μια υγιής οικογένεια έχει παιδιά επιθυμητά στο χώρο και το χρόνο

#### **2) Όταν γίνεται εκτός νόμιμου γάμου :**

α) Επαγγελματικοί λόγοι : Όταν η γυναίκα ζει μόνη της, και συντηρεί η ίδια τον εαυτό της, δουλεύοντας, εξαρτάται από τον μισθό της, επηρεάζεται η απόφασή της για άμβλωση. Γιατί ένα παιδί απαιτεί χρόνο και ενεργητικότητα και είναι δύσκολο να συνδυαστεί η ανατροφή του με την εξωτερική απασχόληση. Ιδιαίτερα όταν η οικογένεια είναι μητρική, μονογονεϊκή

β) Εκπαιδευτικοί λόγοι : Μια εγκυμοσύνη και ο ερχομός ενός παιδιού μπορεί να είναι καταστροφική για τις σπουδές μιας φοιτήτριας. Ένα παιδί σε ακατάλληλη στιγμή μπορεί να είναι επιβάρυνση, είτε για την συνέχιση, είτε για το ξεκίνημα κάποιου κύκλου σπουδών

γ) Κοινωνικοί λόγοι : Κάποιες φορές ίσως τις περισσότερες, η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει μια απόφαση για άμβλωση επειδή της το επιβάλλουν οι συνθήκες της ζωής, αλλά και το στενό ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Είναι η άγαμη γυναίκα που ο πατέρας του παιδιού που κυοφορεί, την ωθεί στην άμβλωση για να απομακρύνει από τον εαυτό του ορισμένες ευθύνες και μάλιστα προτείνει σαν δόλωμα την πιθανότητα ενός μελλοντικού γάμου, αλλά ισχυρίζεται ότι δεν θέλει να τελέσει κάτω από την πίεση ενός παιδιού που θα γεννηθεί. (Παπαευαγγέλου, Ρουμελιώτη & Καραγιάννη, 1979)

#### **10.4 ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

1. Λόγοι προσωπικοί και οικονομικοί επιβάλλουν το πρότυπο των ολιγομελών οικογενειών. Ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες, η οικογένεια συνίσταται από το ζευγάρι και ένα, το πολύ, δύο παιδιά.
2. Πολλές φορές, γυναίκες μόνες επιλέγουν να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους, και να το αναθρέψουν. Οι ευθύνες του τότε είναι πολλές, καθώς έχουν να επωμιστούν το βάρος των δύο ρόλων.
3. Η διαδικασία της έκτρωσης είναι ιδιαίτερα επώδυνη και επικίνδυνη για τη γυναίκα. Η αντισύλληψη είναι ο μοναδικός τρόπος με τον οποίο μπορεί να προστατεύσει το σώμα της και την ψυχική της ισορροπία. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διστάζει να συμβουλευτεί το γιατρό της. (Καραγιάννη & Καρατζά, 2000) (Ασπιώτη, 1990)

#### **10.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

##### **Ορισμός και στόχοι**

Με τον όρο οικογενειακός προγραμματισμός εννοούμε τις συνολικές προσπάθειες για την δημιουργία συνθηκών που θα εξασφαλίσουν σε όλους τις προϋποθέσεις και το αναφαίρετο δικαίωμα να δημιουργήσουν μια ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά. Οι στόχοι του είναι οι εξής:

- Αποφυγή ανεπιθύμητων γεννήσεων

Û Έλεγχος των γεννήσεων ανά έτος σχετικά με την ηλικία των γονέων .

Û Καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια.

Οι υπηρεσίες που καθιστούν εφαρμόσιμα τα παραπάνω συμπεριλαμβάνουν:

Û Συμβουλές οικογενειακού προγραμματισμού.

Û Προμήθεια αντισυλληπτικών.

Û Θεραπεία στειρότητας.

Û Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και προετοιμασία γονέων.

Û Πρόληψη των γεννήσεων και προγεννητικός έλεγχος. (Αναπλιώτη, 1995)

### **Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία**

Η ενημέρωση στα παιδιά της σχολικής ηλικίας είναι ελλιπέστατη. Γίνεται χωρίς σύστημα πρόχειρα και τυχαία. Είναι καλύτερη σε οικογένειες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και το κύριο βάρος της ενημέρωσης, πέφτει στη μητέρα. Το σχολείο ελάχιστα βοηθάει σε αυτό. Η ατελής σεξουαλική ενημέρωση πάντως δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο. Παραδοσιακά δεν υπάρχει σχεδόν καμία επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών όσο αφορά τα σεξουαλικά θέματα ακόμα και σε χώρες με πολύ υψηλό πολιτιστικό επίπεδο. Βέβαια σε άλλες χώρες γίνεται καλύτερη ενημέρωση στα σχολεία και σε μερικές μάλιστα γίνεται σαν μάθημα στο σχολείο. Ο παιδίατρος καλείται να παίζει βασικό ρόλο και στη διαφώτιση των γονιών για τη σεξουαλική ενημέρωση των παιδιών τους και τη σημασία της, αλλά και την ενημέρωση των ίδιων των παιδιών όπου χρειάζεται. (Ασπιώτη, 1990)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### ΑΠΟΨΕΙΣ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

1. «Φόνο εκ προμελέτης, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας αξιόποινης πράξεως» τις χαρακτηρίζει ο ακαδημαϊκός Ν. Λούρος και τις θεωρεί «τον υπ. αριθμ. 1 κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου – από διάτρηση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση».
2. «Το γεγονός ότι 1 στα 4 κορίτσια, με εμπειρία γενετήσιας ζωής, έχει επίσης την οδυνηρή εμπειρία της εκτρώσεως, δίνει τις διαστάσεις της κοινωνικής μας ευθύνης, απέναντι στην οποία δεν επιτρέπεται να σιωπήσουμε» Δημ. Τριχόπουλος, Πρόεδρος Κρατικής Επιτροπής Πληθυσμού.
3. «Από τις εκτρώσεις δημιουργούνται πολυποίκιλες ψυχοσωματικές διαταραχές με επιπλοκές στο οικογενειακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στην κοινωνία» Διον. Κασκαρέλης, Καθηγητής Μαιευτικής.
4. «Η βελτίωση, η τεχνική που κάνει πιο εύκολη την άμβλωση είναι εξαιρετικά ύπουλη, γιατί οδηγεί πιο εύκολα τις γυναίκες σ' αυτή τη λύση. Και αυτό είναι εκείνο που πρέπει να τονιστεί στο γυναικείο πληθυσμό» Διον. Αραβαντινός.
5. «Ολόκληρος ο ηθικός κόσμος της γυναίκας κλονίζεται γιατί έχει ακούσει για το μεγαλείο της μητρότητας» Σιμόν ντε Μπωβουάρ.
6. «Με την αύξηση τω αμβλώσεων έχει και παραμένει απειλητικότερος ο κίνδυνος της στειρώσεως» Νικ. Λούρος.
7. «Η Εκκλησία, αντιμετωπίζουσα το θέμα από αγάπη προς τον άνθρωπο – και με όσα δίδαξε ο Χριστός για την ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου και της ανθρώπινης ζωής – δεν αναγνωρίζει σε κανένα το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη συνεργασία των γονέων, αλλά και του Δημιουργού της ζωής, του Θεού» Μάρκος Σιώτης, Καθηγητής Θεολογίας (Θώδη, Κούτα & Μάλη, 1998) (David & Golman, 2000)

<http://www.myworld.gr/site/conteint.Php?gr.html> 8/07/2009

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Έχοντας μια συνοπτική θεώρηση του θέματος, συνεπάγεται το συμπέρασμα ότι είναι επιτακτική η ανάγκη υπεύθυνης ενημέρωσης του κοινού στο θέμα της αντισύλληψης και ίδρυση περισσότερων ιατρείων οικογενειακού προγραμματισμού.

Η επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ζευγάρι, αφού ληφθούν υπόψη τα κίνητρα του ζευγαριού, το ιατρικό και γυναικολογικό ιστορικό, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο τρόπος ζωής, η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες της κάθε μεθόδου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### *13.1 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ*

Η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος απαιτεί ακρίβεια και σαφώς το κάθε ερευνητικό πρόβλημα πρέπει να πληροί δύο βασικούς όρους: τον όρο της σχετικότητας και αυτόν της δυνατότητας της πρακτικής εφαρμογής.

Η πρωτοτυπία, η συμβολή στην κεκτημένη γνώση, η προσβασιμότητα σε πηγές, η μεθοδολογική προσέγγιση, η διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης και το κοινό στο οποίο απευθύνεται η έρευνα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία τόσο από πρακτική όσο και από θεωρητική άποψη.

Κάνοντας μία πιο προσεκτική ανάλυση του ερευνητικού θέματος που θέλουμε να μελετήσουμε μπορούμε να καταγράψουμε υποθέματα του σκοπού της έρευνας μας η έρευνά μας εστιάζεται στη στάση των γυναικών ηλικίας 18-30 ετών του νομού Αχαΐας στα ζητήματα της άμβλωσης.

Η επιλογή της συγκεκριμένης διάστασης της έρευνας μας έγινε, καθώς η αύξηση των αμβλώσεων είναι φαινόμενο της εποχής μας.

Η σωστή πρόληψη όπως αναφέραμε στο Α' μέρος είναι ο εντοπισμός των αιτίων στην εμφάνιση του προβλήματος και όχι μία απλή ενημέρωση στις συνέπειες που δημιουργούνται.

Βασικός άξονας της έρευνας μας λοιπόν είναι η επιμόρφωση των γυναικών στο προαναφερθέν θέμα.

Συνεπώς η ήδη κεκτημένη γνώση της επιστημονικής κοινότητας για την πρόληψη των αμβλώσεων στις γυναίκες είναι ελλιπής. (Bird, Hammerstey, Comm & Woods, 1999)

### ***13.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ***

Ο σκοπός της έρευνας είναι :

Να διερευνηθεί η στάση των γυναικών ηλικίας 18-30 ετών και οι απόψεις τους απέναντι στα ζητήματα της άμβλωσης με απώτερο αποτέλεσμα να βρεθεί αν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιών αυτών με σκοπό τον περιορισμό και την πρόληψη του φαινομένου.

### ***13.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ- ΑΞΟΝΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ***

Οι ερευνητικοί άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής:

- Βαθμός γνώσης των γυναικών ηλικίας 18-30 ετών επάνω στο θέμα της αντιμετώπισης των αμβλώσεων.
- Βαθμός δυνατότητας αξιοποίησης των γνώσεων για την καταπολέμηση των αιτιών στο σχετικό θέμα.
- Γνώμη των γυναικών για τα επιμορφωτικά προγράμματα σε θέματα « Οικογενειακού Προγραμματισμού» .

### ***13.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ***

Οι προαναφερόμενοι άξονες σε συνδυασμό με το θεωρητικό πλαίσιο και τον προσωπικό προβληματισμό τους με βάση τα εμπειρικά τους δεδομένα οδήγησαν στην διαπίστωση των ακόλουθων ερευνητικών ερωτημάτων.

Οι γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών έχουν συγκεκριμένες επιμορφωτικές γνώσεις πάνω στο θέμα των αμβλώσεων και ποιες είναι αυτές;

Είναι σωστό να κρίνουμε μια γυναίκα που μπαίνει στη διαδικασία της άμβλωσης όταν δε γνωρίζουμε τους λόγους που την οδήγησαν εκεί;

Πιστεύετε ότι πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία ως μάθημα η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ώστε να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση πάνω στο θέμα της αντισύλληψης;

### ***13.5 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ***

#### ***ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

Με βάση τη μέχρι σήμερα βιβλιογραφική διερεύνηση, στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί επιστημονική μελέτη καταγραφής των επιμορφωτικών αναγκών των σπουδαστών στο εν λόγω θέμα.

Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάνουμε τη συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με το σκοπό και τους στόχους που θέτει η έρευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα μπορεί να πραγματοποιηθεί. Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μία συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της ερευνάς του, εντούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορεί να οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου.

Από τα βασικά ερωτήματα που προαναφέρθηκαν, από την αξιοποίηση της σχετικής βιβλιογραφίας, από τον προβληματισμό που προκύπτει από τα αναφερόμενα στο θεωρητικό πλαίσιο, από τη προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα από της σχετικές συζητήσεις σε προ-ερευνητικό επίπεδο συναδέλφους σπουδαστές προκύπτουν τα εξής:

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας καθώς και ο προσδιορισμός του καταλληλότερου θεωρητικού πλαισίου στο οποίο εντάσσονται οι συγκεκριμένες επιμορφωτικές ανάγκες (ως αντιπροσωπευτικότερη επιλέγεται η ψυχο-κοινωνιολογική προσέγγιση), υπαγορεύουν τη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθεί : επιλέγεται ως προσφορότερη η « πολύ-μεθοδική προσέγγιση».

Η επιλογή αυτή ενισχύεται επιπλέον και από αξιοποίηση του προβλήματος που αναδεικνύεται από το θεωρητικό πλαίσιο. Ενδεικτικά, λόγω της έλλειψης και της ασάφειας στο σχηματισμό πλαισίων του συγκεκριμένου προβλήματος μπορεί να προκύπτουν, εκτός από ανάγκες συνειδητές και ρητές, και ανάγκες λανθάνουσες ή μη ρητές, ανίχνευση των οποίων γίνεται καλύτερα μέσω της πολύ-μεθοδικής προσέγγισης.

Πιο συγκεκριμένα, προηγείται πιλοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου η οποία θα συντελέσει στην οριστικοποίηση των καταλληλότερων ερευνητικών αξόνων του θέματος.

Στην συνέχεια (στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας) χρησιμοποιείται η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας. Μέσω της τυποποίησης των συλλεγμένων στοιχείων, δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης και ανάδειξης γενικών τάσεων και ομοιομορφιών δηλαδή οδηγούμαστε στην συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων. Επίσης η ποσοτική μέθοδος θέτει σε δοκιμασία τις παραγόμενες θεωρίες της ποιοτικής προσέγγισης. (Κυριαζή, 1999) (Cohen & Manion, 1997)

### **13.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ:**

ΣΚΟΠΟΣ: Η έρευνά μας αποσκοπεί στον προσδιορισμό του γνωστικού επιπέδου καθώς και της γενικότερης αντίληψης των νέων γυναικών πάνω στο θέμα των αμβλώσεων, στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Ακολουθείται η περιγραφική έρευνα (στο πλαίσιο της ποσοτικής), ενώ ακολουθεί η συσχέτιση των βασικότερων μεταβλητών (ανεξάρτητη μεταβλητή η ηλικία) με διμεταβλητή προσέγγιση . Χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο με προεπιλεγμένες ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS . Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό  $p < 0.05$  (probability) για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων.

ΔΕΙΓΜΑ: Το συνολικό δείγμα μας αποτέλεσαν  $n=80$  νέες γυναίκες από τον νομό Αχαΐας ηλικίας 18 έως 30 ετών.

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ: Η συλλογή στοιχείων έγινε στην Πάτρα και την ευρύτερη περιοχή του Νομού Αχαΐας από 1/11/08 μέχρι 30/11/08. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία μας και δόθηκαν διευκρινιστικές ερωτήσεις όπου χρειάστηκε.

## ***Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ***

Γενικά για να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνάς μας λαμβάνουμε υπόψη μας τα εξής:

- Να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές ή κριτήρια αξιολόγησης καθώς « όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τους, τόσο περισσότερο έγκυρος και αξιόπιστος μπορεί να είναι ο προσδιορισμός αυτός».
- Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες και πολύπλευρες. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, και τον προκαταρκτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων ενός μικρού δείγματος, συμπίπτουν με της απαντήσεις των ερωτώμενων του ευρύτερου δείγματος. (Φραγκούλης, 2001)

### ***13.7 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ***

Οι κυριότερες δυσκολίες εστιάστηκαν κυρίως στη συλλογή των δεδομένων και αφορούσαν:

- Τη μη συμπλήρωση ορισμένων ερωτηματολογίων. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι παραλήπτες του ερωτηματολογίου ήταν α) ο « βομβαρδισμός» από ερωτηματολόγια για έρευνα γυναικών ηλικίας 18-30 ετών, β) η έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας, ή άλλων υποχρεώσεων.
- Οι περισσότεροι ζήτησαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει μέσα στο χώρο της εργασίας και του ωραρίου τους.



## ***ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ***

Λόγω των υποχρεώσεων τους η συμπλήρωση έγινε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα αλλά μέσα στο χώρο και χρόνο της εργασίας τους.

Û Επειδή ορισμένοι ιδιαίτερα βιαστική αρχίζουν συνήθως τη συμπλήρωση χωρίς διευκρινήσεις γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση τη σαφή κατανόηση όλων των ζητούμενων κάθε ερευνητικής προσπάθειας. Οι διευκρινίσεις δόθηκαν εγκαίρως .

Û Μετά την διανομή των ερωτηματολογίων και τις σχετικές διευκρινήσεις επειδή η παρουσία των ερευνητριών ίσως δημιουργούσε επηρεασμό των ερωτώμενων γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αποχώρησή τους.

### ***13.8 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ***

Η αξιοπιστία, γενικά, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης ή ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού.

Η εγκυρότητα οργάνου μέτρησης είναι το δεύτερο σημαντικό κριτήριο με το οποίο αξιολογείται η ποιότητα του. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Η εγκυρότητα αναφέρεται στην μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει.

Εσωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για τη πραγματική ουσία των συγκεκριμένων ευρημάτων.

Εξωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την γενικευτική ισχύ των συγκεκριμένων ευρημάτων σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων.

Ο ερευνητής αφού πρώτα εξασφαλίσει ικανοποιητική αξιοπιστία και βεβαιωθεί ότι οι μετρήσεις του είναι σταθερές και συνεπείς, θα πρέπει να εξακριβώσει κατά πόσο οι μετρήσεις του έχουν εγκυρότητα και ότι πράγματι εφαρμόζουν την μελετώμενη μεταβλητή. Η αξιοπιστία είναι μεν αναγκαία προϋπόθεση για να είναι οι μετρήσεις κατάλληλες, όμως δεν διασφαλίζει την επάρκεια τους. Πρέπει οι μετρήσεις να είναι συγχρόνως και έγκυρες.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην φανερώνουν στόχους της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα της έρευνας αποφεύγοντας οι ερωτηθέντες να δίνουν απαντήσεις που θα ικανοποιούν και θα είναι αρεστές ή όχι. (Javeau, 2000)

### ***13.9 ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ***

Σ' αυτή την έρευνα χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο ως μία από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με το πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα.

Βασικό μέλημα κατά την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου είναι η ανταπόκριση του περιεχομένου του στους στόχους της σύνταξής τους, προκειμένου να καταστεί σεβαστό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο ( ώστε να διασφαλιστεί η αμεροληψία των απαντήσεων) και κωδικοποιημένο.

Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε κυρίως με την ασυνεχή τακτική μέτρηση , αλλά και με την επεξεργασία ερωτήσεων δυαδικής και πολλαπλής επιλογής με στόχο την ποσοτικοποίηση των πληροφοριών και των δεδομένων της έρευνας. Στο ερωτηματολόγιο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση :

Û Στον προσδιορισμό των πιο πρόσφορων λεκτικών διατυπώσεων, ώστε να διερευνάται με ακρίβεια το ζητούμενο και να γίνεται κατανοητή η ερώτηση από τα υποκείμενα της έρευνας. Δηλαδή, ερωτήσεις κατανοητές με ξεκάθαρες έννοιες, λιτές και σύντομες, μονοδιάστατες, η διατύπωση, να μην προτρέπει σε συγκεκριμένη απάντηση.

Û Στη καλή οργάνωση και εμφάνιση του ερωτηματολογίου.

Û Στη μη χρήση καθοδηγούμενων και ασαφών ερωτήσεων.

Û Στην ουδετερότητα του ερευνητή, όπου δίνονται επεξηγήσεις με γνώμονα πάντα να μην επηρεαστεί η άποψη των ερωτώμενων από την υποκειμενική, προσωπική άποψη, ή την μεροληψία του ερευνητή.

Û Στη διάθεση κατάλληλου χώρου και χρόνου για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Û Στο να πεισθούν οι ερωτώμενοι ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων, στο να μην επηρεαστούν τα μέλη από το ρόλο του ερευνητή.

Û Στη διάθεση χρόνου για επεξηγήσεις.

Û Μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τοποθετούνται όλα μαζί σε ένα φάκελο. (Φραγκούλης, 2001) (Σαχίνη – Καρδάση, 1997)

Πιο συγκεκριμένα τη δομή του ερωτηματολογίου αποτελείται:

Από μία κατηγορία ερωτήσεων από όπου συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με το ατομικό προφίλ των ερωτώμενων : Οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις αφορούν την ηλικία , την διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το

μορφωτικό επίπεδό τους. Οι υπόλοιπες έντεκα ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου όπου οι ερωτώμενοι εκφέρουν ελεύθερα την γνώμη τους.

### ***ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ***

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις καταλήξαμε σε πολύπλευρες συγκεντρωτικές ερωτήσεις που μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την επιμόρφωση μέσω της ονομαστικής κλίμακας και μέσω της προσωπικής εμπειρίας.

### ***ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ***

Περιγραφική κατανομή του δείγματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ραβδογραμμάτων και πιτών. Με την βοήθεια στατιστικών πινάκων, τύπων και σχημάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα που αναφέρονται στη διερεύνηση για τη στάση των γυναικών απέναντι στα ζητήματα της άμβλωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

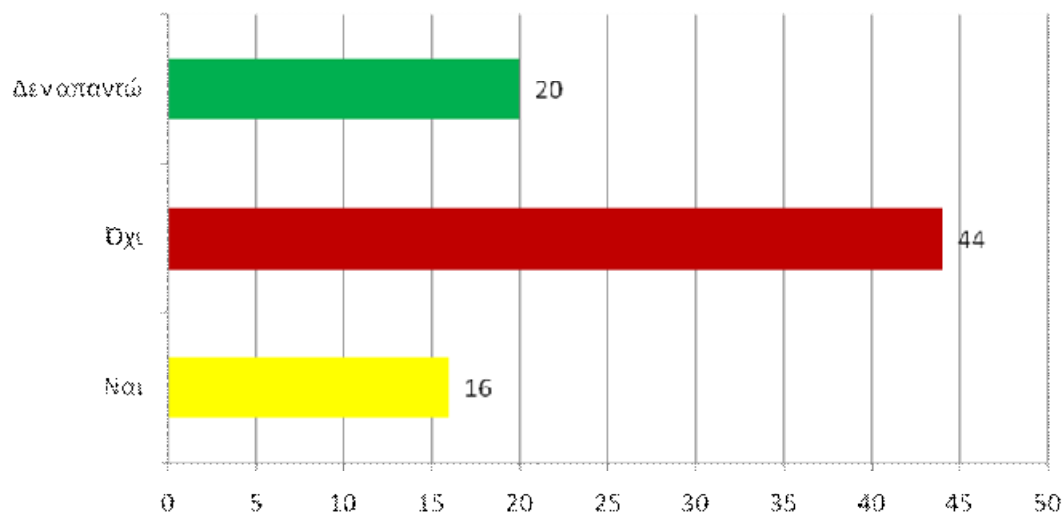
### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

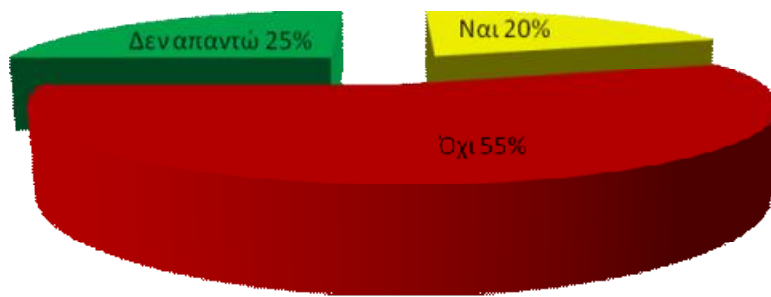
#### Α' ΜΕΡΟΣ

#### Ερώτηση 1: Θα κάνατε ποτέ έκτρωση;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	20	25,0	25,0
ΝΑΙ	16	20,0	45,0
ΟΧΙ	44	55,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	

#### Ερώτηση 1



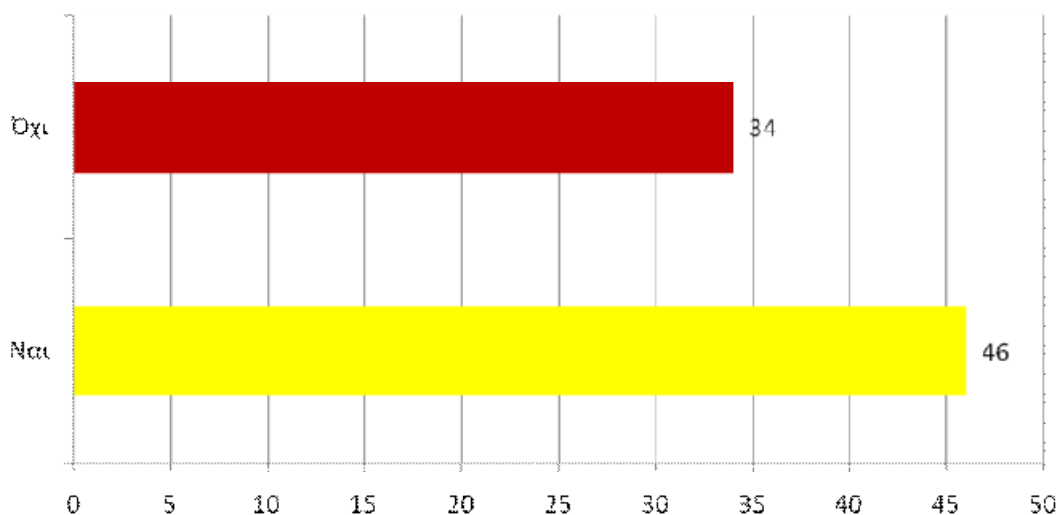


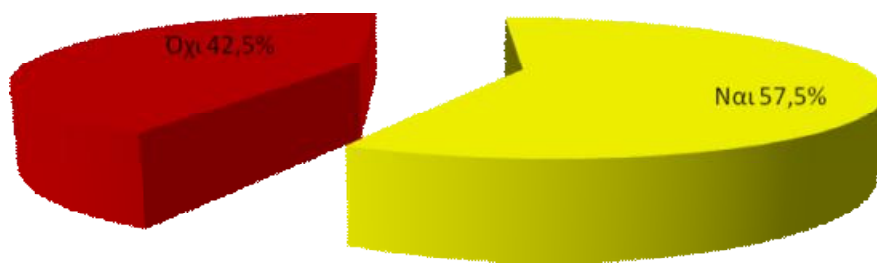
Η πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 55%) είναι αρνητική στο ενδεχόμενο μιας πιθανής έκτρωσης.

**Ερώτηση 2: Πιστεύετε ότι το δικαίωμα του αγέννητου παιδιού είναι πιο ισχυρό από της αυτοδιάθετης γυναίκας;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΝΑΙ	46	57,5	57,5
ΟΧΙ	34	42,5	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 2**



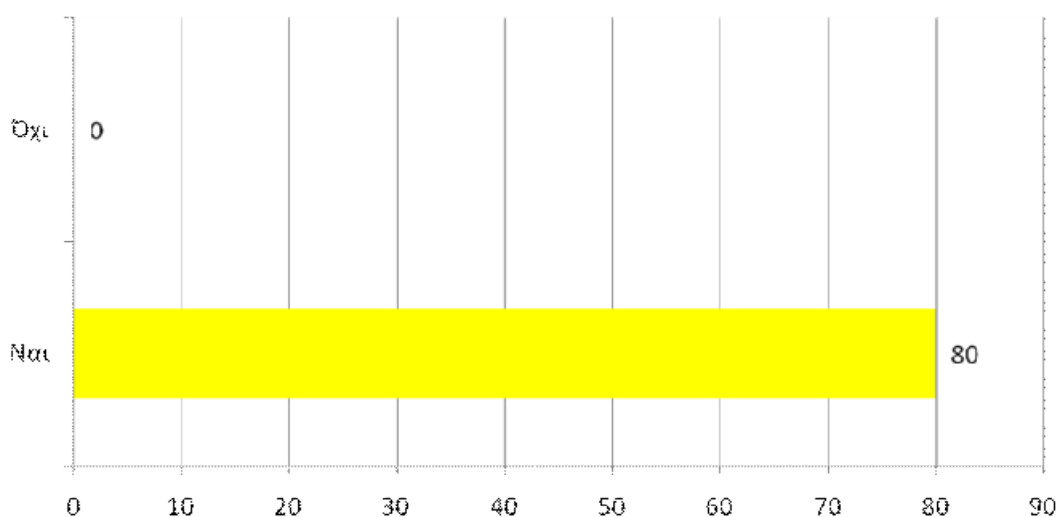


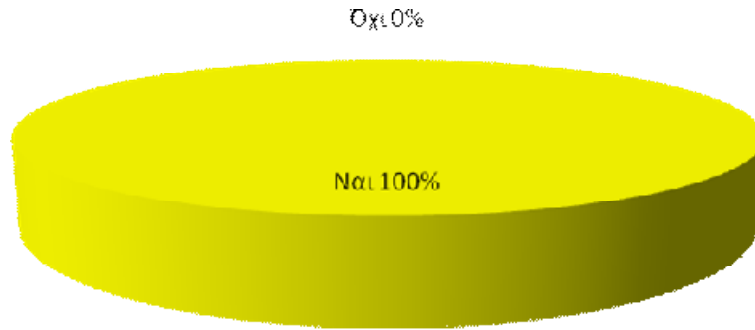
Η πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 57,5%) θεωρεί ισχυρότερο το δικαίωμα του αγέννητου παιδιού στην περίπτωση μιας πιθανής έκτρωσης.

**Ερώτηση 3: Πιστεύετε ότι το έμβρυο είναι μία ζωντανή ύπαρξη;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΝΑΙ	80	100	100
ΟΧΙ	0	0	
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 3**



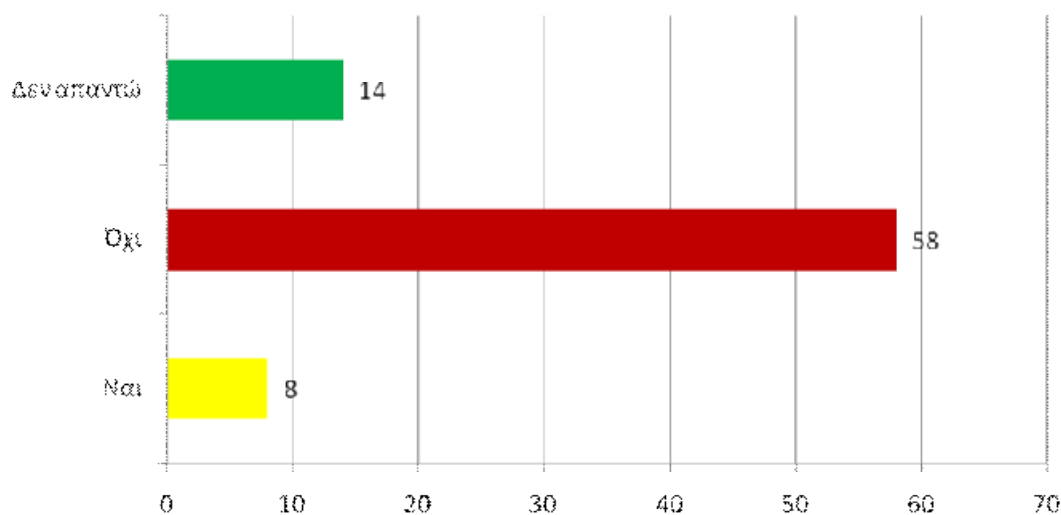


Οι ερωτηθείσες στο σύνολό τους (ποσοστό 100%) θεωρούν το έμβρυο μια ζωντανή ύπαρξη.

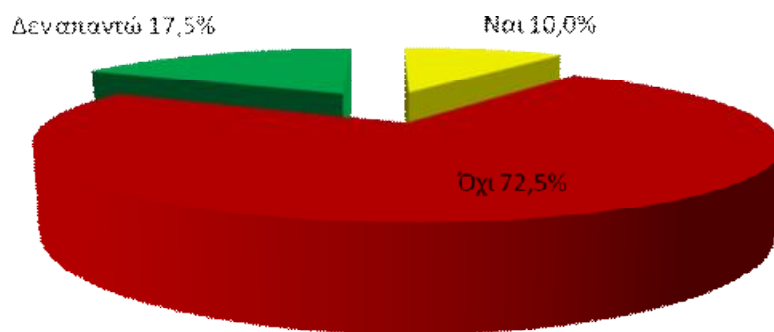
**Ερώτηση 4: Θα έφερνες ποτέ στον κόσμο ένα παιδί αν γνώριζες ότι έπασχε από σύνδρομο Down ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	14	17,5	17,5
ΝΑΙ	8	10,0	27,5
ΟΧΙ	58	72,5	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 4**





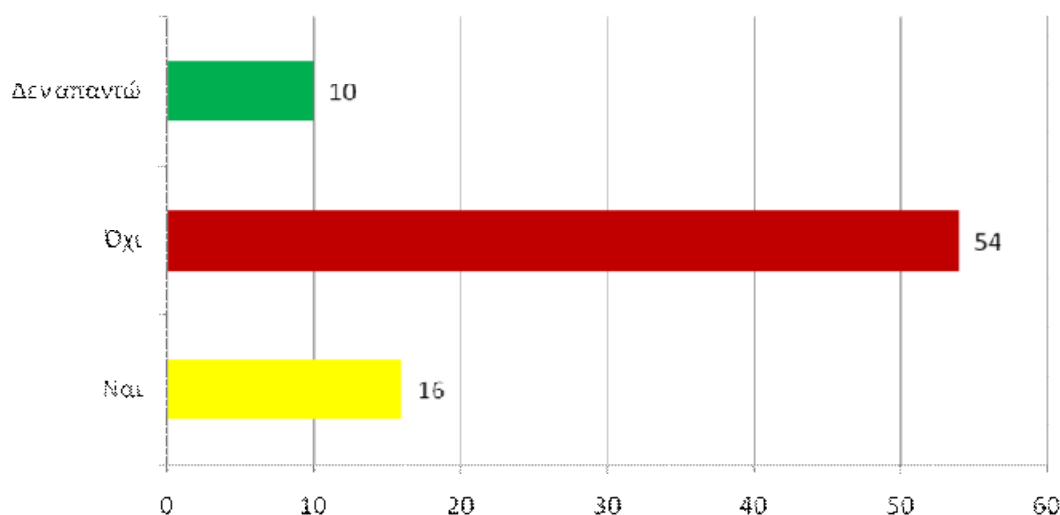


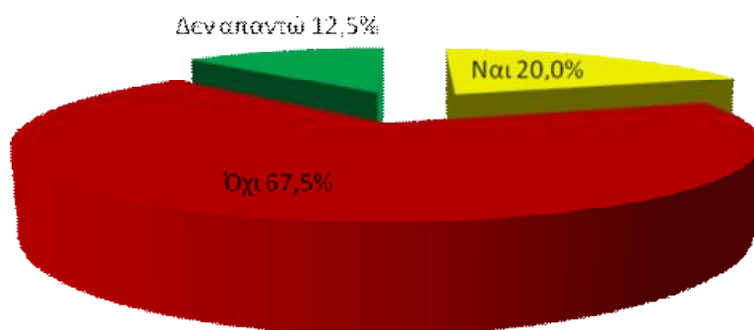
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 72,5%) δεν είναι διατεθειμένη να φέρει στον κόσμο ένα παιδί γνωρίζοντας ότι πάσχει από σύνδρομο Down.

**Ερώτηση 5: Έχουμε το δικαίωμα να διακόψουμε μία εγκυμοσύνη όταν θεωρείται ότι το έμβryo είναι μία ζωντανή ύπαρξη;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	10	12,5	12,5
ΝΑΙ	16	20,0	32,5
ΟΧΙ	54	67,5	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 5**



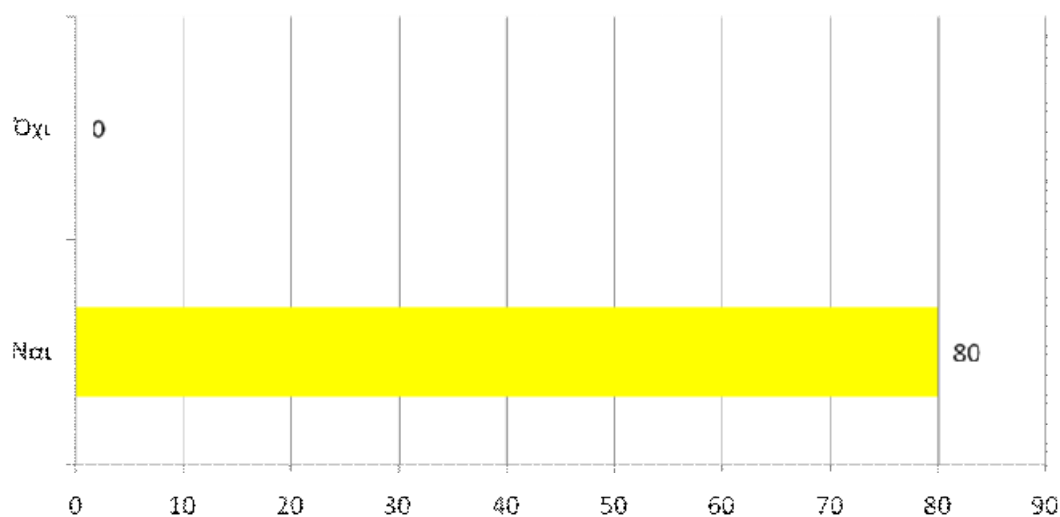


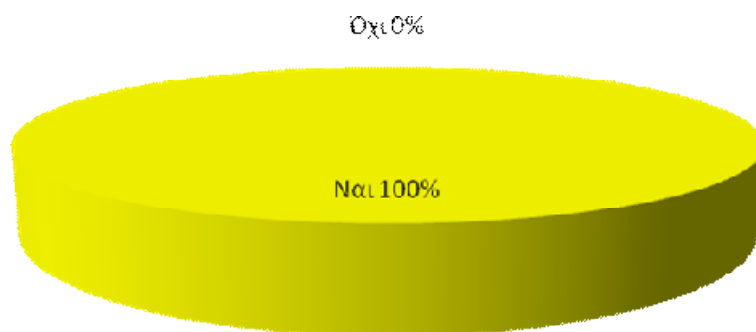
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 67,5%) θεωρεί ότι δεν έχει το δικαίωμα να διακόψει μια εγκυμοσύνη από τη στιγμή που το έμβρυο θεωρείται μια ζωντανή ύπαρξη.

**Ερώτηση 6: Πρέπει κατά την γνώμη σας να γίνεται ενημέρωση σε σχολεία και ιδρύματα για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΝΑΙ	80	100	100
ΟΧΙ	0	0	
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 6**



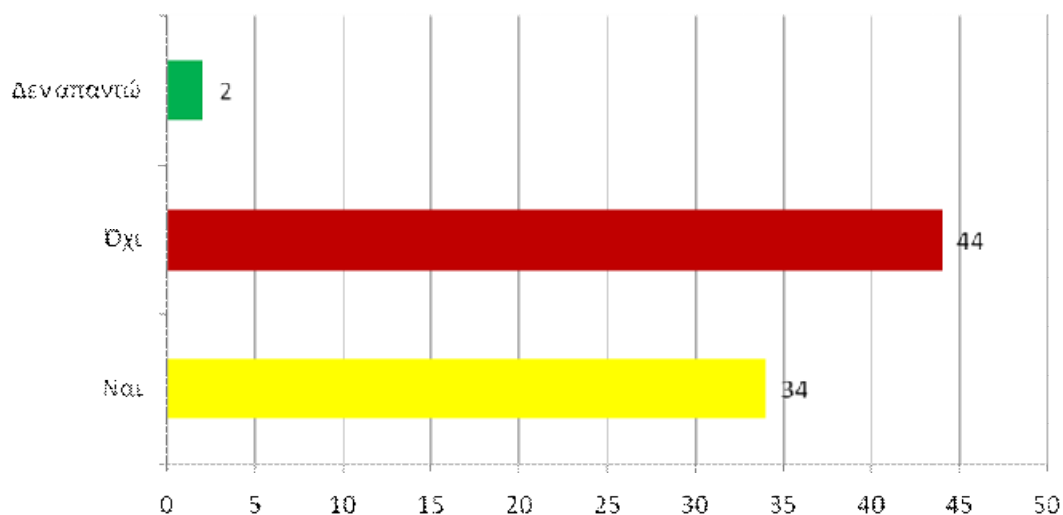


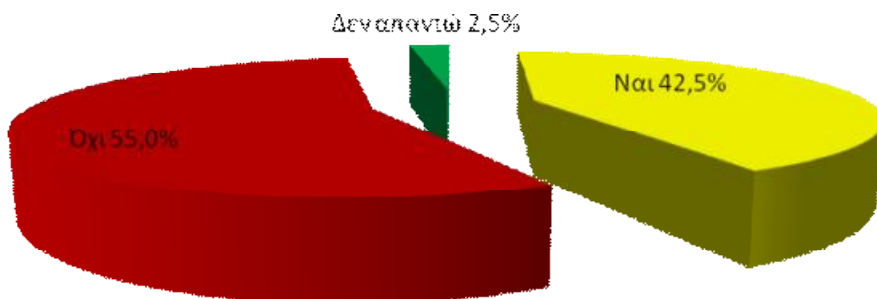
Οι ερωτηθείσες στο σύνολό τους (ποσοστό 100%) θεωρούν απαραίτητη την ενημέρωση στα σχολεία πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

**Ερώτηση 7: Πιστεύετε ότι για την απόφαση μιας άμβλωσης η ευθύνη είναι μόνο της γυναίκας ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	2	2,5	2,5
ΝΑΙ	34	42,5	45,0
ΟΧΙ	44	55,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 7**



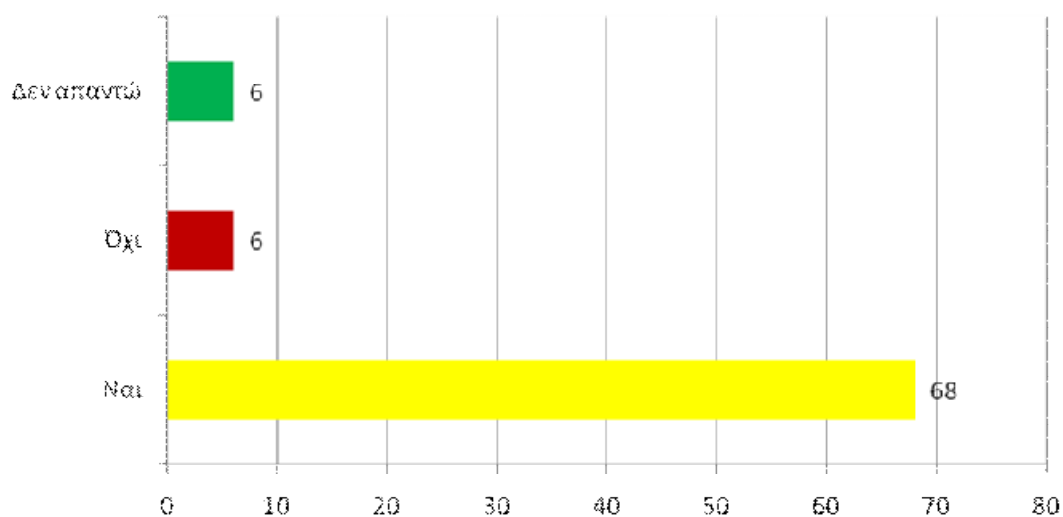


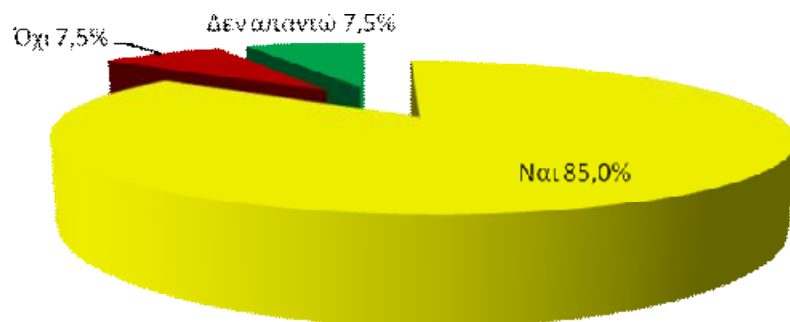
Η πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 55%) θεωρεί ότι η απόφαση της άμβλωσης είναι θέμα και των δύο συντρόφων.

**Ερώτηση 8: Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα περί των αμβλώσεων;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	6	7,5	7,5
ΝΑΙ	68	85,0	92,5
ΟΧΙ	6	7,5	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 8**



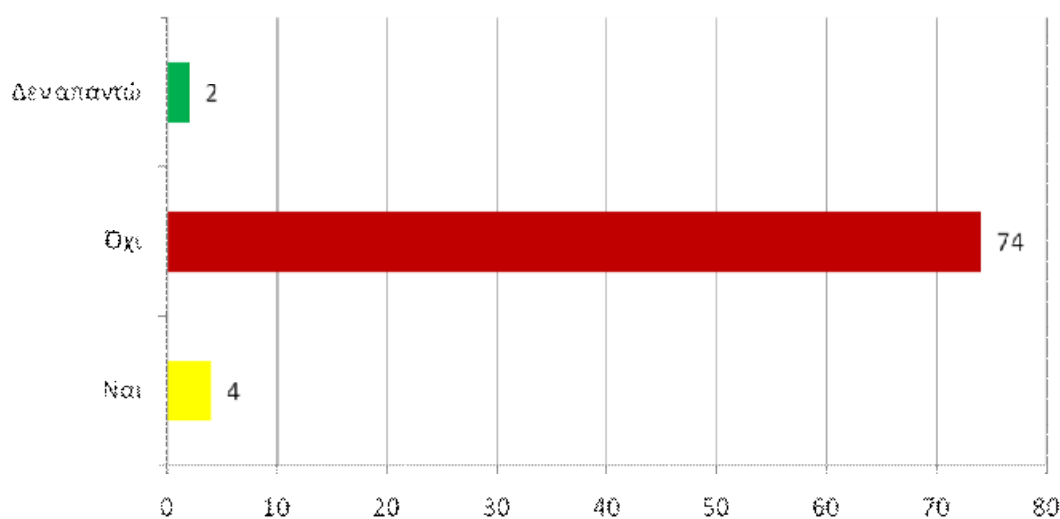


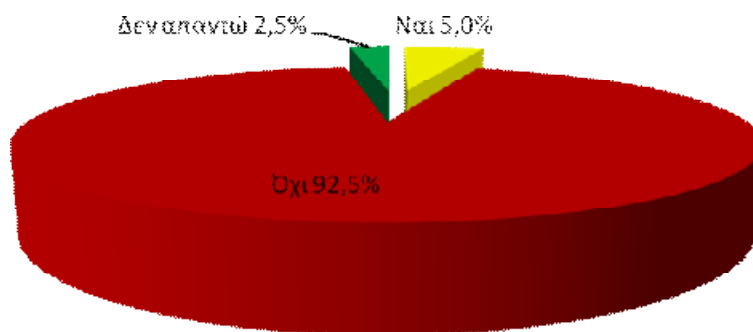
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 85%) θεωρεί ότι πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα περί των αμβλώσεων.

**Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι η άμβλωση είναι μέτρο αντισύλληψης;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	2	2,5	2,5
ΝΑΙ	4	5,0	7,5
ΟΧΙ	74	92,5	100,0
Σύνολο	80	100,0	

**Ερώτηση 9**



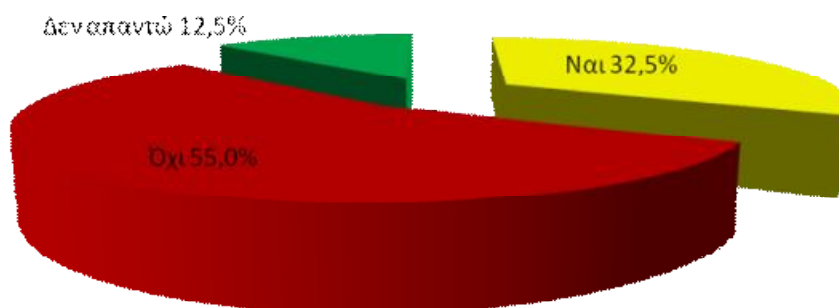
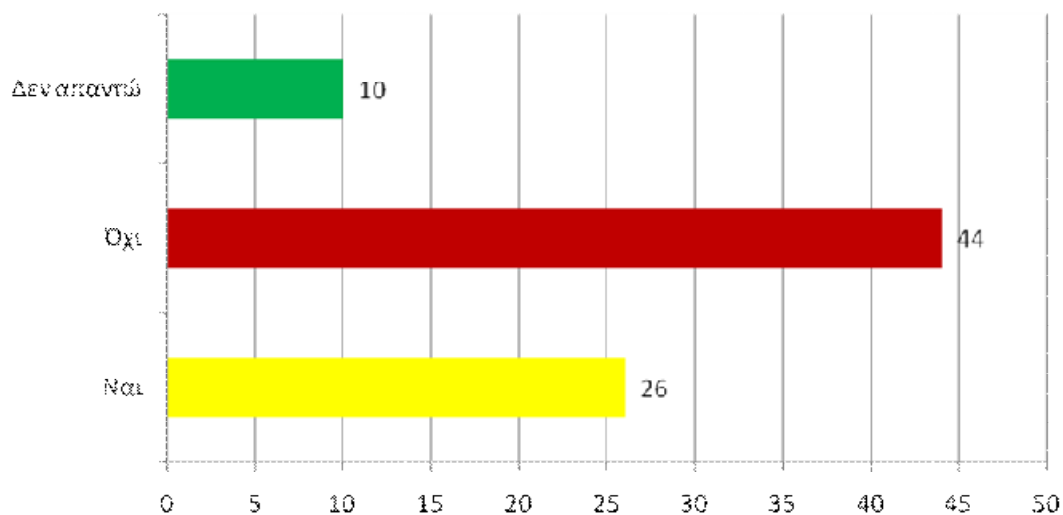


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 92,5%) θεωρεί ότι η άμβλωση δεν είναι μέτρο αντισύλληψης.

**Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η θέση της εκκλησίας είναι σωστή απέναντι στην άμβλωση;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	10	12,5	12,5
ΝΑΙ	26	32,5	45,0
ΟΧΙ	44	55,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	

## Ερώτηση 10

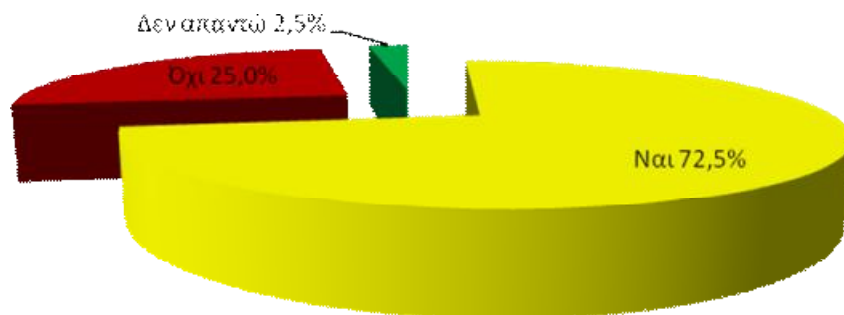
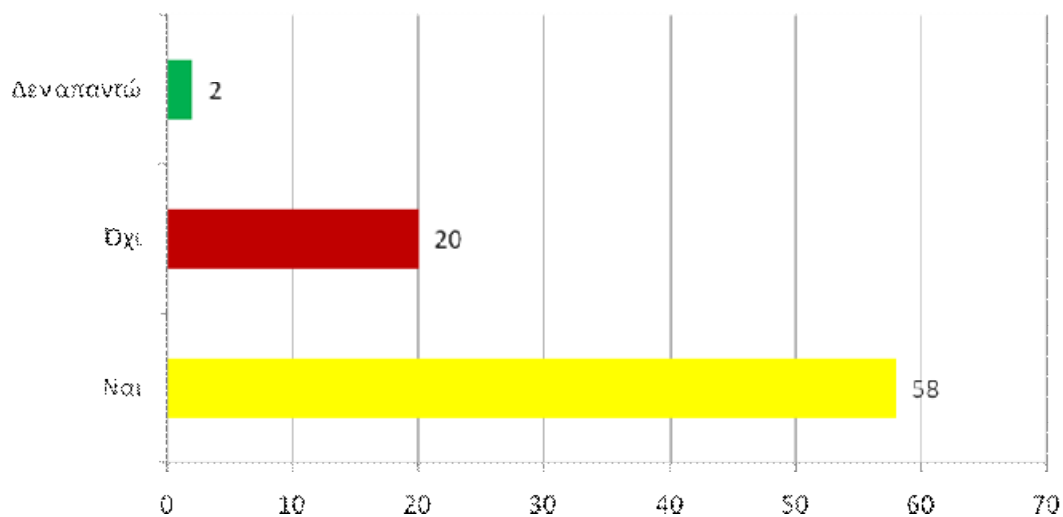


Η πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 55%) θεωρεί λανθασμένη την στάση της εκκλησίας απέναντι στην άμβλωση.

## Ερώτηση 11: Πιστεύετε ότι η αύξηση των αμβλώσεων στην χώρα μας οφείλεται στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Δεν απαντώ	2	2,5	2,5
ΝΑΙ	58	72,5	75,0
ΟΧΙ	20	25,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	

### Ερώτηση 11

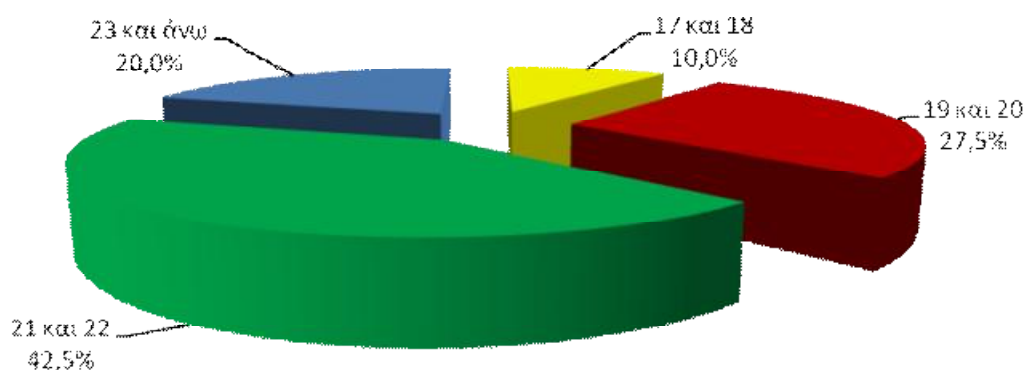
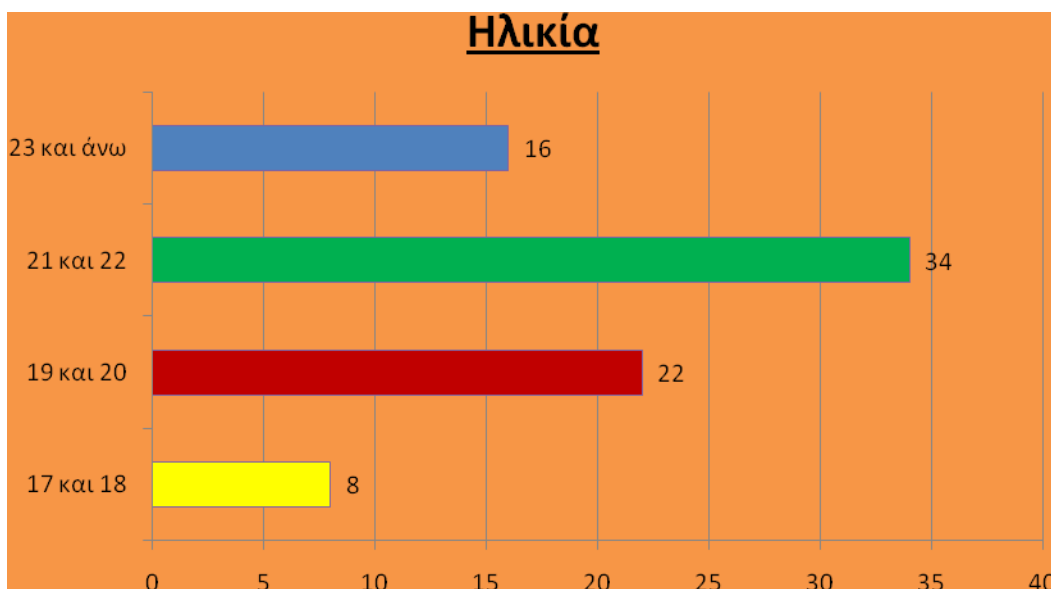


Η πλειοψηφία των ερωτηθείσων (ποσοστό 72,5%) θεωρεί ότι η αύξηση των αμβλώσεων στην χώρα μας οφείλεται στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο.

### ΗΛΙΚΙΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
17 και 18	8	10,0	10,0
19 και 20	22	27,5	37,5
21 και 22	34	42,5	80,0
23 και άνω	16	20,0	100,0
Σύνολο	80	100,0	





Η πλειοψηφία των ερωτηθεισών (ποσοστό 42,5%) είναι 21 ή 22 ετών.

### ***Β' ΜΕΡΟΣ: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ***

Στην παρακάτω διμεταβλητή ανάλυση τα αποτελέσματα της έρευνας σχολιάζονται σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή της ηλικίας.

Μετά από την κατασκευή του πίνακα συνάφειας, που μας δίνει μία συνοπτική περιγραφή της κοινής κατανομής των δύο ποιοτικών μεταβλητών, αυτό που πρέπει να εξεταστεί είναι αν οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες (αν δηλαδή η

κάθε μία από τις μεταβλητές δεν επηρεάζει την κατανομή της άλλης). Ο έλεγχος της ανεξαρτησίας γίνεται με το στατιστικό  $\chi^2$  (chi-square).

Εκφράζοντας τα παραπάνω με στατιστική ορολογία, υποθέτουμε ότι οι δύο μεταβλητές του δείγματος προέρχονται από δύο ποιοτικά χαρακτηριστικά A και B του αρχικού δείγματος και μας ενδιαφέρει να ελέγξουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας:

$H_0$ : Τα χαρακτηριστικά A και B είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους  
με εναλλακτική την,

$H_a$ : Τα χαρακτηριστικά A και B είναι εξαρτημένα.

Για τον έλεγχο και των δύο αυτών υποθέσεων υπολογίζεται το στατιστικό  **$\chi^2$  του Pearson**, που αναφέραμε προηγουμένως. Για τον υπολογισμό του εκτιμώνται πρώτα οι λεγόμενες **αναμενόμενες συχνότητες** (*expected frequencies*) των κελιών (οι συχνότητες δηλαδή που θα είχαμε αν τα χαρακτηριστικά ήταν πραγματικά ανεξάρτητα). Το στατιστικό  $\chi^2$  είναι ουσιαστικά ένα μέτρο της απόστασης των αναμενόμενων συχνοτήτων από τις **πραγματικές συχνότητες**.

Μία άλλη παράμετρος που πρέπει να υπολογιστεί είναι οι **βαθμοί ελευθερίας** (*degrees of freedom*). Αν έχουμε στον πίνακα συνάφειας R γραμμές και C στήλες, οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $(R-1)(C-1)$ . Η παράμετρος αυτή προσδιορίζει τη θεωρητική κατανομή  $\chi^2$  που ακολουθεί το στατιστικό  $\chi^2$ .

Με αυτά τα δεδομένα, υπολογίζεται κατόπιν (με προσεγγιστικές μεθόδους) η **σημαντικότητα** (*significance*) του ελέγχου, που ουσιαστικά είναι η πιθανότητα λάθους όταν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Η σημαντικότητα αυτή πρέπει

να είναι αρκετά μικρή, ώστε η απόρριψη της μηδενικής απόφασης να είναι ασφαλής. Ένα γενικά αποδεκτό όριο σφάλματος για την απόρριψη της  $H_0$  είναι το 0.05. Αποφασίζουμε λοιπόν να απορρίπτουμε την  $H_0$  όταν η σημαντικότητα είναι μικρότερη από 0.05.

**Ερώτηση 1: Θα κάνατε ποτέ έκτρωση;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	2	4	2	8	
19 και 20	8	10	4	22	
21 και 22	2	20	12	34	
23 και άνω	4	10	2	16	
Σύνολο	16	44	20	80	
<b>X2</b>	<b>10.1</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.119</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$ . Άρα, μια πιθανή απόφαση για έκτρωση δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 2: Πιστεύετε ότι το δικαίωμα του αγέννητου παιδιού είναι πιο ισχυρό από της αυτοδιάθετης γυναίκας;**

	Ναί	Όχι	Σύνολο	
17 και 18	8	0	8	
19 και 20	10	12	22	
21 και 22	20	14	34	
23 και άνω	8	8	16	
Σύνολο	46	34	80	
<b>X2</b>	<b>7.61</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>3</b>	<b>p =0.055</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$ . Άρα, η επικρατούσα αντίληψη για το δικαίωμα του αγέννητου παιδιού δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 3: Πιστεύετε ότι το έμβρυο είναι μία ζωντανή ύπαρξη;**

	Ναί	Όχι	Σύνολο	
17 και 18	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
19 και 20	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	
21 και 22	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	
23 και άνω	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	
Σύνολο	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>80</b>	
<b>X2</b>	<b>0</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>		<b>p =1.0</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$  . Άρα, η αντίληψη για το έμβρυο ως ζωντανή ύπαρξη δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 4: Θα έφερνες ποτέ στον κόσμο ένα παιδί αν γνώριζες ότι έπασχε από σύνδρομο Down ;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
19 και 20	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	
21 και 22	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	
23 και άνω	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	
Σύνολο	<b>8</b>	<b>58</b>	<b>14</b>	<b>80</b>	
<b>X2</b>	<b>9.9</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.129</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$  . Άρα, η απόφαση για το αν θα έφερνες στον κόσμο ένα παιδί γνωρίζοντας ότι έπασχε από σύνδρομο Down δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 5: Έχουμε το δικαίωμα να διακόψουμε μία εγκυμοσύνη όταν**

**θεωρείται ότι το έμβρυο είναι μία ζωντανή ύπαρξη;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	6	2	0	8	
19 και 20	2	16	4	22	
21 και 22	6	24	4	34	
23 και άνω	2	12	2	16	
Σύνολο	16	54	10	80	
<b>X2</b>	<b>17.95</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.0064</b>

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p < 0.05$ . Άρα, η άποψη για το αν έχουμε το δικαίωμα να διακόψουμε μια εγκυμοσύνη, αφαιρώντας στην ουσία μια ζωή, εξαρτάται από την ηλικία της εγκύου. Παρατηρούμε ότι στις ηλικίες 17 και 18 ετών οι ερωτηθείσες θεωρούν ότι έχουν το συγκεκριμένο δικαίωμα, παρακινούμενες ίσως από τον φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε τόσο νεαρή ηλικία.

**Ερώτηση 6: Πρέπει κατά την γνώμη σας να γίνεται ενημέρωση σε σχολεία και ιδρύματα για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ;**

	Ναί	Όχι	Σύνολο	
17 και 18	8	0	8	
19 και 20	22	0	22	
21 και 22	34	0	34	
23 και άνω	16	0	16	
Σύνολο	80	0	80	
<b>X2</b>	<b>0</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>		<b>p =1.0</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$ . Άρα, όλες οι ερωτηθείσες θεωρούν απαραίτητη τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε σχολεία και ιδρύματα, ανεξαρτήτου ηλικίας.

**Ερώτηση 7: Πιστεύετε ότι για την απόφαση μιας άμβλωσης η ευθύνη είναι μόνο της γυναίκας ;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	4	4	0	8	
19 και 20	2	20	0	22	
21 και 22	20	14	0	34	
23 και άνω	8	6	2	16	
Σύνολο	34	44	2	80	
<b>X2</b>	<b>23.49</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.0006</b>

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p < 0.05$ . Άρα, η άποψη σχετικά με το αν η απόφαση για ενδεχόμενη άμβλωση είναι αποκλειστικά γυναικεία υπόθεση, εξαρτάται από την ηλικία της εγκύου. Παρατηρούμε ότι στις ηλικίες 19 και 20 ετών οι ερωτηθείσες θεωρούν δεδομένη την από κοινού απόφαση με τον σύντροφό τους για το συγκεκριμένο θέμα.

**Ερώτηση 8: Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα περί των αμβλώσεων;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	8	0	0	8	
19 και 20	18	0	4	22	
21 και 22	30	4	0	34	
23 και άνω	12	2	2	16	
Σύνολο	68	6	6	80	
<b>X2</b>	<b>11.1</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.085</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$ . Άρα, η απόφαση για το αν θα πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα περί των αμβλώσεων δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι η άμβλωση είναι μέτρο αντισύλληψης;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
19 και 20	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	
21 και 22	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	
23 και άνω	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	
Σύνολο	<b>4</b>	<b>74</b>	<b>2</b>	<b>80</b>	
<b>X2</b>	<b>10.9</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.0915</b>

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού έχουμε  $p > 0.05$ . Άρα, η άποψη για το αν η άμβλωση είναι μέτρο αντισύλληψης δεν εξαρτάται από την ηλικία.

**Ερώτηση 10: Πιστεύετε ότι η θέση της εκκλησίας είναι σωστή απέναντι στην άμβλωση;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	
19 και 20	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	
21 και 22	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	
23 και άνω	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	
Σύνολο	<b>26</b>	<b>44</b>	<b>10</b>	<b>80</b>	
<b>X2</b>	<b>15.1</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.019</b>

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού προκύπτει  $p < 0.05$ . Άρα, η αντίληψη σχετικά με την ορθότητα της θέσης της εκκλησίας απέναντι στην άμβλωση εξαρτάται από την ηλικία. Προκύπτει ότι στις ηλικίες από 21 ετών και άνω οι ερωτηθείσες συμφωνούν περισσότερο με τη στάση της εκκλησίας σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες.

**Ερώτηση 11: Πιστεύετε ότι η αύξηση των αμβλώσεων στην χώρα μας οφείλεται στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο;**

	Ναί	Όχι	Δεν απαντώ	Σύνολο	
17 και 18	2	6	0	8	
19 και 20	18	4	0	22	
21 και 22	30	4	0	34	
23 και άνω	8	6	2	16	
Σύνολο	58	20	2	80	
<b>X2</b>	<b>24.82</b>	<b>Βαθμοί Ελευθερίας</b>	<b>6</b>		<b>p =0.0004</b>

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού προκύπτει  $p < 0.05$ . Άρα, η αντίληψη σχετικά με το αν η αύξηση των αμβλώσεων στην Ελλάδα οφείλεται στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο εξαρτάται από την ηλικία. Προκύπτει ότι στις ηλικίες 19 με 22 ετών η αντίληψη αυτή έχει παγιωθεί.

***14.1 Γ' ΜΕΡΟΣ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ***

Συμπερασματικά παρατηρούμε από την ερευνά μας ότι προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές **σε 4 από τις 11 ερωτήσεις**, με την ανεξάρτητη μεταβλητή του της ηλικίας. Συγκεκριμένα η πιθανότητα  $p$  βρέθηκε  $< 0.05$  **στα ερωτήματα 5, 7, 10 και 11.**

Οι ηλικίες 17 και 18 ετών θεωρούν ως δικαίωμά τους να αφαιρέσουν την ζωή ενός εμβρύου, παρακινούμενες ίσως από τον **φόβο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε τόσο νεαρή ηλικία, την απειρία ή και την κοινωνική κατακραυγή.** Όπως και στο γενικό μέρος έχουμε αναφέρει στη σελίδα 27 βιοψυχοκοινωνικούς λόγους προσέλευσης για άμβλωση, που εκτός από την ηλικία είναι α) Ανύπαντρες κοπέλες, β) Κουρασμένες μητέρες γ) Δοκιμή γονιμότητας δ) Άρνηση μητρότητας



Η άποψη σχετικά με το αν η απόφαση για ενδεχόμενη άμβλωση είναι αποκλειστικά γυναικεία υπόθεση, είδαμε επίσης ότι εξαρτάται από την ηλικία της εγκύου. Στις ηλικίες **19 και 20 ετών οι ερωτηθείσες θεωρούν δεδομένη την από κοινού απόφαση με τον σύντροφό τους** για το συγκεκριμένο θέμα, αποφεύγοντας να επωμιστούν εξ' ολοκλήρου το βάρος μιας τόσο σημαντικής ευθύνης. Όπως έχουμε αναφέρει και στο θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας μας σύμφωνα με τον Παπαευαγγέλου στη σελίδα 69 παράγοντες που επηρεάζουν το ζευγάρι στη λήψη απόφασης για μια ενδεχόμενη άμβλωση είναι: Σε ζευγάρια εκτός νόμιμου γάμου α) επαγγελματικοί λόγοι, β) εκπαιδευτικοί λόγοι και γ) κοινωνικοί λόγοι. Ζευγάρια εντός νόμιμου γάμου α) οικονομικοί παράγοντες (χαμηλό εισόδημα, ανεργία κλπ), β) προγραμματισμός οικογένειας (πολυμελείς οικογένειες που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού).

Η αντίληψη σχετικά με την ορθότητα της θέσης της εκκλησίας απέναντι στην άμβλωση εξαρτάται από την ηλικία, όπως διαπιστώσαμε παραπάνω. Προκύπτει ότι στις ηλικίες **από 21 ετών και άνω οι ερωτηθείσες συμφωνούν περισσότερο με τη στάση της εκκλησίας σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες.** Αυτό μπορεί να σχετίζεται έμμεσα με την απομάκρυνση των νέων ανθρώπων από την εκκλησία. Στο γενικό μέρος της εργασίας μας αναφέρεται η θέση της εκκλησίας για την άμβλωση και τη χαρακτηρίζει ως μεγάλο σφάλμα, υποστηρίζει ότι ο μόνος που χαρίζει τη ζωή και μπορεί να αποφασίζει για το θάνατο είναι ο ίδιος ο θεός.

Η αντίληψη σχετικά με το αν η αύξηση των αμβλώσεων στην Ελλάδα οφείλεται στο χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό, μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο εξαρτάται επίσης από την ηλικία των ερωτηθείσων. **Προκύπτει ότι στις ηλικίες 19 με 22 ετών η αντίληψη αυτή είναι η επικρατούσα σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ηλικίες της έρευνας.**

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των εκτρώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου.

Σύμφωνα με την έρευνά μας παρατηρείται ότι έφηβα ζευγάρια ηλικιών 19-20 θεωρούν σωστή την από κοινού απόφαση της άμβλωσης. Πρέπει να γίνει κατανοητό στις έφηβες κοπέλες κυρίως, ότι η λήψη μιας τέτοιας απόφασης δεν αφορά μόνο την ίδια αλλά και το σύντροφό της έτσι ώστε να καταμεριστούν οι ευθύνες μεταξύ τους.

Σχετικά με την άποψη της εκκλησίας παρατηρήσαμε από την έρευνά μας ότι οι μικρότερες ηλικίες δεν συμφωνούν με την θέση της εκκλησίας που μπορεί αυτό να έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη του αισθήματος της ενοχής.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ανοικτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία όσον αφορά ελάττωση στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των εκτρώσεων, αλλά μόνο εάν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων. **Πρέπει συνεπώς στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η έκτρωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.** Για να περιορισθεί η τάση των νεότερων ιδίως γυναικών να καταφεύγουν στην έκτρωση, πρέπει να επεκταθούν οι Πρωτοβάθμιοι Σταθμοί Υγείας με τη δημιουργία νέων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπου κυρίως θα διδάσκεται κατά κύριο λόγο στις νέες γυναίκες, ότι η έκτρωση δεν αποτελεί υποκατάστατο της αντισύλληψης. (Ασπιώτη, 1990)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΛΙΚΙΑ.....(18-22) (23- 30) ΔΙΑΜΟΝΗ..... (πόλη ή χωριό)  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΑΓΑΜΗ..... ΕΓΓΑΜΗ.....  
ΠΑΙΔΙΑ.....(1, 2, 3 ή περισσότερα)  
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ(δημοτικό) .....  
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ( γυμνάσιο - λύκειο).....  
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ( ΑΤΕΙ –ΑΕΙ) .....

1. ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΠΟΤΕ ΕΚΤΡΩΣΗ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
2. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΙΣΧΥΡΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΟΤΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
3. ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΟΥ ΜΙΑ ΖΩΝΤΑΝΗ ΥΠΑΡΞΗ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
4. ΘΑ ΕΦΕΡΝΕΣ ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΕΑΝ ΓΝΩΡΙΖΕΣ ΟΤΙ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN; ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
5. ΕΧΟΥΜΕ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΔΙΑΚΟΠΤΟΥΜΕ ΜΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΟΤΑΝ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΕΙΝΑΙ ΗΔΗ ΜΙΑ ΖΩΝΤΑΝΗ ΥΠΑΡΞΗ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
6. ΠΡΕΠΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ (ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ, ΕΜΜΗΝΟ ΡΗΣΗ, ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ, ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ); ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
7. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΜΙΑΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ Η ΕΥΘΥΝΗ ΕΙΝΑΙ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
8. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΡΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
10. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ;  
ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΒΙΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΑΠΛΙΩΤΗ Σ.**, 1985 <<Οικογενειακός προγραμματισμός>>, Θεσσαλονίκη.
- ΑΣΠΙΩΤΗ Α** 1990 <<Το παιδί και η σεξουαλική διαφώτιση>>, εκδόσεις <<Ινστιτούτο ιατρικής ψυχολογίας και ψυχικής υγιεινής>> Αθήνα,
- ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π.** 1993 *Επίτομη Μαιευτικής Γυναικολογίας και νοσηλευτικής* Αθήνα, 7<sup>η</sup> έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιανός
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.**, 2005 *Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική* Αθήνα 6<sup>η</sup> έκδοση «Η ΤΑΒΙΘΑ»
- ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ε. ΛΩΛΗ** 2004 « *Γυναικολογία και Μαιευτική* », Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού τόμος Β' έκδοση
- ΖΗΣΙΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Σ.** 1996 *Αμβλώσεις – Αντισύλληψη* Πτυχιακή Εργασία (Επιβλέπων Αποστολόπουλος Α.) Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας
- ΘΩΔΗ Μ , ΚΟΥΤΑ Α, ΜΑΛΗ Ι** 1998 *Αμβλώσεις- ο αφανισμός του γένους*, Πτυχιακή εργασία (Επιβλέπων Παπαδημητρίου Μ.) Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας,
- ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΑΧ.** 1996 *Γυναικολογία.* Θεσσαλονίκη, University Studio Press Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών
- ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Ι., ΚΑΡΑΤΖΑ Α.,** 2000 *Προκλητές εκτρώσεις*, Πτυχιακή εργασία (Επιβλέπων Παπαδημητρίου Μ.) Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας,
- ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ Ε., ΣΒΩΛΟΥ Μ.** 1990 *Εκτρώσεις* Πτυχιακή Εργασία (Επιβλέπων Δετοράκης Ι.) Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, σελ.4
- ΚΥΡΙΑΖΗ Ε,** 1999 *Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και κριτικών*, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα,
- Μαιευτική Γυναικολογία*, 2003 Αθήνα, Έκδοση Γ', Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων Β'
- ΜΕΛΕΤΙΟΣ,** 1987 «*Εκτρώσεις*», Αθήνα

*Οικογενειακή Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική* 1990  
Αθήνα, Β' έκδοση TSINTAS PUBLICATIONS, σελ.416

**ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. , ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗ, ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Α.,**  
1979<<Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού>> Αθήνα.

**ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ,** 1994 *Μαιευτική* Αθήνα Επιστημονικές εκδόσεις  
«Γρηγόριος Παρισιάνος»

**ΣΑΧΙΝΗ- ΚΑΡΔΑΣΗ Α.** 1997 *Μεθοδολογία Έρευνας,* Αθήνα ,εκδόσεις  
ΒΗΤΑ Γ έκδοση,.

**ΣΠΑΤΟΥΛΑ Β. ΑΓΓΕΛΑΚΗ Σ.** 2008 *Στάση των φοιτητών και φοιτητριών  
της νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας στα ζητήματα της άμβλωσης* Πτυχιακή  
εργασία (επιβλέπων Σαλάτα Α.) Πάτρα

*Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού,* Πάτρα

**ΤΑΓΑΡΑ Α.** 2008 *Καρκίνος του μαστού, Σύμβουλος Υγείας,* Τεύχος 30,  
τόμος Σεπτέμβρης – Οκτώβρης, σελ.30

**ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. , ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** 1986 « *Προληπτική ιατρική* » ,  
Αθήνα, εκδόσεις Παρισιανού.

**ΦΡΑΓΚΟΥΛΗΣ Ι,** 2001 *Η αναγκαιότητα εφαρμογής της περιβαλλοντικής  
αγωγής, Εκπαίδευση ενηλίκων- Σχεδιασμός Διδακτικού Μοντέλου.*  
Πανεπιστήμιο Πατρών ,.

**BIRD M, HAMMERSTEY M, COMM R AND WOODS F.** 1999  
*Εκπαιδευτική έρευνα στη πράξη – Εγχειρίδιο μελέτης,* Πάτρα,.

COHEN L, AND MANION L, 1997 *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας,*  
Αθήνα, Εκδόσεις Έκφραση , .

**DAVID R. GOLMAN** 2000 << *Εγκυκλοπαίδεια Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> αι.*>>  
Αθήνα, Επιμέλεια David A. HORD-IT2 Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ

<http://blugthea.gr/Nextstep/eieinieem-eyiava/24988.html> 8/07/2009

<http://www.codger.com/code/koinonia/ektrosi/htm> 8/07/2009

[http://www.dailygreece.com/2007/03/Post\\_80Php.html](http://www.dailygreece.com/2007/03/Post_80Php.html) 8/07/2009

<http://www.giatroi.gr/Artra/ektrosi.html> 8/07/2009

<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=8643.html> 8/07/2009

<http://www.myworld.gr/site/conteint.Php?gr.html> 8/07/2009

<http://night-flights.pblogs.gr/tags/ektrosi.gr.html> 8/07/2009

**JAVEAU, C.L.**, 2000 *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, Αθήνα, εκδόσεις Τυπωθήτω,.

**LIPPERT H.** 1993 *Ανατομική* . Αθήνα εκδόσεις Παρισιάνος

**SHAPIRO P.**, 1999 *Μαιευτική και Γυναικολογία, Νοσηλευτική*, Αθήνα, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ