



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Οι επιπτώσεις της άμβλωσης στη σωματική και
ψυχική υγεία της γυναίκας»**

Θανοπούλου Φεβρονία

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ηγουμενίδης Μιχάλης, Επίκουρος Καθηγητής

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα προπτυχιακή διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Αποκατάστασης Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών. Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην ολοκλήρωση και εκπόνηση της παρακάτω εργασίας.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Ηγουμενίδη Μιχάλη, για την ανιδιοτελή προσφορά του και την εμπιστοσύνη του στο πρόσωπο μου αυτών των δύσκολων μηνών μέχρι το πέρας της εργασίας, καθώς και για την αδιάκοπη συνεργασία και καθοδήγησή του.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης, τις πρωταγωνίστριες αυτής της εργασίας που δεν είναι άλλες εκτός από τις συνεντευξιαζόμενες στην Ελλάδα και το Λονδίνο που άνοιξαν την καρδιά τους, μη γνωρίζοντας με, και μοιράστηκαν μαζί μου και μαζί σας κάτι τόσο σημαντικό για αυτές. Οι ιστορίες και τα λόγια τους θα με συντροφεύουν πάντα.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την οικογένειά μου που ήταν εκεί για μένα ασταμάτητα απαντώντας στις αμέτρητες ερωτήσεις μου. Η ηθική και υλική υποστήριξη τους σε όλες τις φάσεις της ζωής μου, καθώς και η εμπιστοσύνη τους σε μένα και τις δυνατότητες μου, αποτέλεσαν αρωγός σε όλα τα όνειρα μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της άμβλωσης αποτελεί σημείο σύγκρουσης και αντιπαράθεσης ήδη από την αρχαιότητα, γεγονός που φανερώνει τη σημαντικότητα της κατάστασης. Το ζήτημα αυτό εμπλέκει πολλές ειδικότητες όπως αυτές της νομοθεσίας, της θρησκείας, της ψυχολογίας αλλά και πολλών ιατρικών επιστημών. Στις μέρες μας, οι αντιπαραθέσεις γίνονται όλο και πιο έντονες εφόσον οι γυναίκες καταφεύγουν σε άμβλωση όλο και περισσότερο όπως δείχνουν τα στατιστικά στοιχεία. Εκτός από τη σωματική και ψυχολογική φθορά που δέχεται η γυναίκα μετά την άμβλωση, έρχεται αντιμέτωπη με την οικογένεια, το σύντροφο της αλλά και την ίδια την κοινωνία που πολλές φορές βρίσκεται απέναντί της.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η τεχνητή διακοπή κύησης από διάφορες οπτικές γωνίες. Αρχικά, γίνεται μια αναφορά στο παρελθόν και τις μεθόδους που ακολουθούνται με σκοπό τη διακοπή της κύησης εφόσον η γυναίκα το επιθυμεί. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην υπάρχουσα νομοθεσία στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες. Επίσης, συζητούνται και διερευνώνται διαφορετικές απόψεις γύρω από τις άμβλώσεις όπως αυτές της κοινωνίας, της θρησκείας και των φεμινιστικών κινημάτων. Το πέμπτο κεφάλαιο επεξηγεί αναλυτικά τις επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας και αναφέρονται προσωπικές ιστορίες γυναικών που βίωσαν οι ίδιες την άμβλωση.

Τέλος, συμπεραίνεται ότι κρίνεται απαραίτητο να διδαχθεί στα σχολεία και να ενταχθεί ως απαραίτητο μάθημα ο οικογενειακός προγραμματισμός και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ώστε να μην υπάρχουν μεγάλα ποσοστά ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων. Σε αυτό το σημείο να αναφερθεί και η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Λέξεις κλειδιά

Άμβλωση, τεχνητή διακοπή κύησης, έκτρωση, θρησκεία, φεμινισμός, κοινωνία, οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική αγωγή

ABSTRACT

The topic of abortion has been a point of contention and controversy since antiquity, which reveals the importance of the situation. This topic involves many specialties such as law, religion, psychology and many medical sciences. Nowadays, the controversy becomes more intense as the statistics show more women now than ever are resorting to abortion. In addition to the physical and psychological damage that the procedure has on a woman, she perhaps may be confronted with her family, her partner or society itself that voice their different opinions.

Currently abortion is looked at from numerous angles. First, a reference to the past and the methods followed in order to terminate the pregnancy if the woman wishes. Then, reference is made to the existing legislation in Greece or according countries. Also, different views on abortions such as those of society, religion and feminist movements are discussed and explored. The fifth chapter explains in detail the effects abortion can have on the physical and mental well-being of a woman, along with some personal stories from women who have experienced an abortion.

In conclusion, it is fundamental that family planning and sex education is taught in schools as a necessary subject in order to reduce the high quantity of unwanted pregnancies currently seen. At this point, the importance of the role of the nurse in family planning has to be referred.

Keywords

Abortion, religion, feminism, society, family planning, sex education

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
1.1. Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την αντισύλληψη και την άμβλωση στην αρχαιότητα.....	8
1.2. Η άμβλωση στην αρχαία Ελλάδα.....	8
1.3. Η άμβλωση στη σύγχρονη εποχή.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	10
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ.....	10
2.1. Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.....	10
2.2. Οι τεχνικές διακοπής κύησης.....	11
2.2.1. Πριν την εγκατάσταση στη μήτρα.....	11
2.2.2. Στο πρώτο στάδιο της κύησης.....	12
2.2.3. Σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	14
3. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	14
3.1. Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	14
3.2. Το νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	18
4. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	18
4.1. Ηθικά διλήματα.....	18
4.2. Η θέση της κοινωνίας.....	19
4.2.1. Κοινωνικός στιγματισμός.....	19
4.3. Θεολογικές θέσεις.....	20
4.4. Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων.....	23
4.5. Τα δικαιώματα του εμβρύου.....	24
4.6. Τι δικαιώματα έχει ο πατέρας στην τελική απόφαση;.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	28
5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	28
5.1. Λόγοι και παράγοντες που οδηγούν στην άμβλωση.....	28
5.2. Επιπλοκές-Επιπτώσεις στη σωματική υγεία της γυναίκας.....	31

5.3. Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	34
5.3.1. Μετεκρωτικό σύνδρομο - “Post-abortion Syndrome”	35
5.3.2. Ρόλος της οικογένειας και του συντρόφου	39
5.4. Προσωπικές αφηγήσεις.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	44
6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ	44
6.1. Οικογενειακός προγραμματισμός.....	44
6.1.1. Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού.....	44
6.1.2. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού.....	48
6.1.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό	51
6.2. Αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία	51
6.2.1. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα άτομα με ειδικές ανάγκες	52
6.2.2. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία.....	53
6.2.3. Σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και άλλων χωρών.....	55
7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έκτρωση ή άμβλωση είναι η διαδικασία τεχνητής διακοπής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η διακοπή κύησης είναι ίσως η πιο συχνή γυναικολογική επέμβαση. Κάθε χρόνο, στην Ελλάδα πραγματοποιούνται χιλιάδες εκτρώσεις. Δεν γίνεται μόνο όταν η γυναίκα δεν επιθυμεί να αποκτήσει παιδί αλλά και σε όσες υπάρχει σημαντικό πρόβλημα και η εγκυμοσύνη βάζει σε κίνδυνο την μελλοντική τους υγεία ή ακόμα και τη ζωή τους.

Οι λόγοι που συνήθως συμβαίνει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι η αμέλεια, η κακή εφαρμογή μιας μεθόδου αντισύλληψης, η κακή ποιότητα των υλικών αντισύλληψης, η έλλειψη ενημέρωσης, κ.α. Οι περισσότερες από αυτές τις εγκυμοσύνες καταλήγουν σε τεχνητή διακοπή κύησης, που είναι γνωστή με τους όρους: έκτρωση, άμβλωση, τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.

Σε όλο τον κόσμο γίνονται κάθε χρόνο εκατομμύρια εκτρώσεις. Συνήθως, οι γυναίκες που καταφεύγουν σε εκτρώσεις δεν είναι παντρεμένες. Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες και κυρίως οι έφηβες, που βιώνουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και αποφασίζουν να κρατήσουν το παιδί, αντιμετωπίζουν προβλήματα και δεν μπορούν εύκολα να συνεχίσουν το σχολείο ή τις σπουδές τους. Φυσικά παρόμοια προβλήματα αντιμετωπίζουν και όσες προσπαθούν να βρουν δουλειά. Έτσι, η απόφαση για διακοπή της εγκυμοσύνης παρουσιάζεται ως μια εναλλακτική λύση που θα τους δώσει μια δεύτερη ευκαιρία για καλύτερη αντισύλληψη και πιο προσεκτική σεξουαλική συμπεριφορά, μέχρι να αποφασίσουν στο μέλλον κάποιες να δημιουργήσουν ή κάποιες άλλες να μεγαλώσουν την οικογένεια τους. Στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι ο γενικός αριθμός των εκτρώσεων στις έφηβες αυξάνεται.

Η έκτρωση δεν πρέπει να εφαρμόζεται ως μέθοδος αντισύλληψης και καλό είναι να μη φτάνουμε σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αλλά να εφαρμόζουμε προφύλαξη και αποτελεσματική αντισύλληψη.

Η γυναίκα, που επιλέγει να προχωρήσει σε μια έκτρωση, πρέπει να επιλέγει και να απευθύνεται σε γυναικόλογο που έχει την κατάλληλη εμπειρία αλλά και ευαισθησία για να χειριστεί την κατάσταση. Στα χέρια ενός γιατρού που εφαρμόζει τους κανόνες ασφάλειας και ακολουθεί προσεκτικά βήματα, η έκτρωση είναι μια λύση που μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα σε μια πολύ δύσκολη στιγμή της ζωής της. Με λεπτούς, προσεκτικούς και διακριτικούς χειρισμούς, προστατεύοντας την αναπαραγωγική υγεία της γυναίκας, μπορεί ο γυναικόλογος να δώσει λύση στο πρόβλημα της.

Πλήθος επιστημών, πέραν των ιατρικών, έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο ζήτημα, μεταξύ των οποίων και η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η θεολογία, η νομική. Διαφορές, στην προσέγγιση του ζητήματος, σημειώνονται μεταξύ των διάφορων περιοχών του πλανήτη, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στην καθημία, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των κατοίκων τους.

Η κοινή γνώμη είναι εξίσου διχασμένη αναφορικά με το ζήτημα αυτό. Η μία πλευρά υποστηρίζει ότι η μητέρα έχει τον πρώτο και τον τελευταίο λόγο και είναι στη δική της ευχέρεια να αποφασίσει για το μέλλον του παιδιού της. Από την άλλη πλευρά, οι επικριτές της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης υπεραμύνονται της ζωής του εμβρύου και υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ζωντανό οργανισμό, του οποίου κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει τη ζωή, ενώ αυτή η πράξη συνιστά δολοφονία.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν θέματα συζήτησης εδώ και πολλές δεκαετίες χωρίς να θεωρείται μια απάντηση σωστή ή λάθος, αλλά να συνεχίζουν να απασχολούν την κοινότητα και να παραμένει ένα θέμα προς συζήτηση παγκοσμίως.

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να συνθέσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία σε σχέση με το φαινόμενο της έκτρωσης και τις συνέπειές της και να αναλυθούν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της τεχνητής διακοπής κύησης και της επίδρασης που έχει στη γυναίκα, αλλά και πόσο σημαντική είναι η ορθή εκπαίδευση του ατόμου σχετικά με την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1. Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την αντισύλληψη και την άμβλωση στην αρχαιότητα

Ο έλεγχος των γεννήσεων και η άμβλωση είναι καλά τεκμηριωμένα στη Μεσοποταμία και την Αρχαία Αίγυπτο. Οι γυναίκες της Μεσοποταμίας χρησιμοποιούσαν μικρές κυκλικές πέτρες που έβαζαν όσο το δυνατόν βαθύτερα στον κόλπο τους, ώστε να μη μείνουν έγκυες. Ο Παπύρος του Ebers από το 1550 π.Χ. και ο παπύρος Kahun από το 1850 π.Χ. έχουν μερικές από τις πρώτες τεκμηριωμένες περιγραφές του ελέγχου των γεννήσεων, τη χρήση του μελιού, τα φύλλα ακακίας και χνούδια που τοποθετούνταν στον κόλπο για να μπλοκάρουν το σπέρμα.^{1,2}

Ένα άλλο πρώιμο έγγραφο που αναφέρεται ρητά στις μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων είναι ο Γυναικολογικός Παπύρος Kahun. Περιγράφει διάφορους κοιλικούς πεσσούς, συμπεριλαμβανομένου του κόμμεος ακακίας, το οποίο πρόσφατη έρευνα έχει επιβεβαιώσει ότι έχει σπερματοκτόνες ιδιότητες και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται σε αντισυλληπτικά ζελέ. Άλλες μέθοδοι ελέγχου των γεννήσεων που αναφέρονται στον πάπυρο περιλαμβάνουν την εφαρμογή ελαστικών ουσιών για την κάλυψη του τραχήλου της μήτρας, ενός μείγματος μελιού και ανθρακικού νατρίου που εφαρμοζόταν στο εσωτερικό του κόλπου και ενός πεσσούς από κοπριά κροκόδειλου.² Ιατρικές μέθοδοι χρησιμοποιούνταν με σκοπό την πρόκληση άμβλωσης στην αρχαιότητα αλλά η αποτελεσματικότητά τους είναι αναμφίβολη.³

Ο Αιγυπτιακός πάπυρος ,Ebers, που χρονολογείται γύρω στα 1550 π.Χ., περιλαμβάνει «θεραπείες» για μια σειρά διαταραχών και προτείνει μέλι και αλεσμένα βότανα, που τοποθετούνται ενδοκολπικά, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Άλλες μέθοδοι στην Κίνα εμφανίζονται να έχουν σχέση με την χρήση βοτάνων (και πάλι, με αναμφίβολη αποτελεσματικότητα) ή την χρήση υδραργύρου, που θα ήταν τοξικά για τη γυναίκα.³

Σε μια ανασκόπηση στην Αρχαία Ρώμη, ο Χόπκινς συμβουλευτήκε 26 γιατρούς, εκ των οποίων οι 15 (συμπεριλαμβανομένου του Ιπποκράτη) πρότειναν μεθόδους σχετικά με την άμβλωση. Τα φυτά με εικαζόμενες ιδιότητες αποβολής περιελάμβαναν σίλφιο και ελλέβορο, ένα συστατικό του αποκαλούμενου «κρασιού αμβλώσεως». Ο ελλέβορος έχει δηλητηριώδη συστατικά και μπορεί να προκαλέσει θάνατο.³

1.2. Η άμβλωση στην αρχαία Ελλάδα

Το σίλφιο, ένα είδος μάραθου από τη Βόρεια Αφρική, φαίνεται να χρησιμοποιούνταν στην Αρχαία Ελλάδα και την Εγγύς Ανατολή ως αντισυλληπτικό μέσω του στόματος.⁴

Στην Αρχαία Ελλάδα, ο Πλάτωνας (423-348 π.Χ) αναφέρεται στην άμβλωση αλλά είναι ασαφής για τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους, αν και φαίνεται ότι μαιές χρησιμοποιούσαν φάρμακα για να φέρουν σε πέρας τη διαδικασία. Οι Έλληνες γιατροί, Ιπποκράτης(460-370 π.Χ.) και Σώρανος(2ος π.Χ.) δίδασκαν ότι η φυσική άσκηση μπορούσε να προκαλέσει άμβλωση. Άλλες μέθοδοι περιλάμβαναν το μασάζ της μήτρας ή η γυναίκα να φοράει ένα σφιχτό ιμάντα. Ο Σώρανος συμβούλευε διουρητικά, κλύσματα και εξαγνισμό.³

Υπάρχουν λίγες ενδείξεις χειρουργικής άμβλωσης, αλλά η συμβουλή του Σώρονα κατά της χρήσης αιχηρών οργάνων υποδηλώνει ότι η πρακτική είχε τουλάχιστον δοκιμαστεί.³

Οι στάσεις απέναντι στην άμβλωση ποικίλουν. Ο Αριστοτέλης έγραψε ότι έπρεπε να πραγματοποιείται πριν από την εμβρυϊκή κίνηση. Οι αρχαίοι Έλληνες ανησυχούσαν ότι με τον περιορισμό των μελών της οικογένειας θα θετόταν σε κίνδυνο η πληθυσμιακή ανάπτυξη.⁵ Ενώ, ο όρκος του Ιπποκράτη φαίνεται να αντιτίθεται στην άμβλωση, αν και κάποιοι υποστηρίζουν ότι αναφέρεται μόνο σε μια συγκεκριμένη μέθοδο.⁶

1.3. Η άμβλωση στη σύγχρονη εποχή

Η έκτρωση συνέχισε να θεωρείται παράνομη κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα.⁷ Η Ε.Σ.Σ.Δ. ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε την έκτρωση το 1920. Μια πρόσφατη ανεπιβεβαίωτη έκθεση ανέφερε ότι σ' αυτή τη χώρα γίνονται πέντε εκατομμύρια εκτρώσεις το χρόνο.⁸ Η νομιμοποίηση της έκτρωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο έγινε το 1967, γεγονός που οδήγησε σε ραγδαία πτώση των θανάτων προκαλούμενων από τεχνητή διακοπή κύησης.⁷

Η Ελλάδα ήταν μια από τις τελευταίες χώρες που νομιμοποίησε της πρακτική της τεχνητής διακοπής κύησης, το 1986. Το αυξημένο ποσοστό των εκτρώσεων θεωρείται σύμφωνα με μελέτες, υπεύθυνο για την επιδείνωση του δημογραφικού ζητήματος της χώρας μας μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

2.1. Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης

Η άμβλωση είναι ο τερματισμός της εγκυμοσύνης με την αφαίρεση ενός ή περισσότερων εμβρύων από τη μήτρα πριν γίνει το έμβρυο βιώσιμο έξω από την μήτρα. Σύγχρονες μέθοδοι άμβλωσης είναι η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή η χειρουργική επέμβαση.¹⁰

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη μιας γυναίκας τερματίζεται μόνη της. Αυτό ονομάζεται αποβολή ή αυθόρμητη άμβλωση. Σε άλλες περιπτώσεις, μια γυναίκα μπορεί να επιλέξει να τερματίσει την εγκυμοσύνη της. Αυτό ονομάζεται επαγόμενη άμβλωση. Υπάρχουν δύο τύποι επαγόμενης άμβλωσης:

- Ιατρική έκτρωση: η γυναίκα λαμβάνει φάρμακα για να τερματίσει την εγκυμοσύνη
- Χειρουργική άμβλωση: η γυναίκα μέσω χειρουργικής επέμβασης τερματίζει την εγκυμοσύνη

Αυτοί οι τύποι αμβλώσεων γίνονται συνήθως κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ένας γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας εκτελεί τις διαδικασίες. Γίνονται σε νοσοκομείο, ιατρείο ή κλινικές.¹¹

Η τεχνητή έκτρωση διακρίνεται σε δύο μορφές:

- στη θεραπευτική διακοπή κύησης, η οποία γίνεται για να σωθεί η ζωή της γυναίκας
- στη διακοπή ανεπιθύμητης κύησης, η οποία γίνεται για να μη συνεχιστεί η κύηση κατόπιν επιθυμίας της γυναίκας

Αναφορικά με τις περιπτώσεις, που αποτελούν ενδείξεις για τερματισμό της κύησης από την πλευρά της μητέρας, αυτές περιλαμβάνουν:

- Τις περιπτώσεις βαριάς καρδιοπάθειας
- Την υπέρταση με συνοδεία αγγειακών βλαβών
- Την ενεργό φυματίωση
- Το σακχαρώδη διαβήτη
- Τη βαριά χρόνια νεφροπάθεια
- Τις περιπτώσεις καρκίνου ή λευχαιμίας
- Τις βαριές νευροψυχιατρικές παθήσεις
- Τις ενδοκρινολογικές παθήσεις (ερυθυματώδης λύκος)
- Τις περιπτώσεις σοβαρού υποσιτισμού της μητέρας
- Τις περιπτώσεις που η μητέρα είναι χρήστης ναρκωτικών

Αντίστοιχα, οι περιπτώσεις που η κατάσταση του εμβρύου υπαγορεύει τη διακοπή της εγκυμοσύνης, χωρίς να υπάρχει νομικό πρόβλημα, είναι:

- Οι κρανιακές ανωμαλίες, όπως είναι η συγγενής ανεγκεφαλία
- Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες

- Οι ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης
- Οι σκελετικές ανωμαλίες
- Η προσβολή της μητέρας από τη νόσο της ερυθράς κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού της κύησης, η οποία μπορεί να προκαλέσει συγγενείς διαμαρτίες
- Η προσβολή της μητέρας από σύφιλη
- Η προσβολή της μητέρας από ανεμοβλογιά – ζωστήρα

Διενεργείται σε πρόωμη ηλικία κύησης (< 24 εβδ.) και οδηγεί σε αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατο του κνήματος.¹²

2.2. Οι τεχνικές διακοπής κύησης

2.2.1. Πριν την εγκατάσταση στη μήτρα

Η επείγουσα αντισύλληψη μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία ή εάν η αντισύλληψη που χρησιμοποιεί η γυναίκα έχει αποτύχει. Υπάρχουν 2 τύποι επείγουσας αντισύλληψης:

- το αντισυλληπτικό χάπι έκτακτης ανάγκης (χάπι της επόμενης μέρας)
- το ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ)¹³

Στη Ελλάδα κυκλοφορούν δυο συσκευασίες χαπιού της επόμενης μέρας με διαφορετική δραστική ουσία. Η πρώτη συσκευασία (Norlevo) περιέχει δύο δισκία προγεσταγόνου levonorgestrel (0.75 mg). Η δεύτερη (ellaOne, ellaone.gr) περιέχει ένα χάπι με τη δραστική ουσία Ulipristate Acetate (30mg). Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της επείγουσας αντισύλληψης είναι να ληφθεί το συντομότερο δυνατό μετά την “ύποπτη” σεξουαλική επαφή. Η αποτελεσματικότητα του χαπιού αρχίζει να μειώνεται καθώς περνάει χρόνος από τότε που έγινε η σεξουαλική επαφή.

Το χάπι δρα ως εξής:

- Εμποδίζει τις ωοθήκες από το να απελευθερώσουν το ωάριο
- Παρεμποδίζει το σπερματοζώαριο να γονιμοποιήσει το ωάριο που πιθανόν έχει απελευθερωθεί
- Εμποδίζει το γονιμοποιημένο ωάριο να προσκολληθεί στην εσωτερική στοιβάδα της μήτρας και έτσι να ξεκινήσει η κύηση¹⁴

Ενδομήτριο σπείραμα

Είναι από χρόνια γνωστές οι ιδιότητες του ενδομήτριου σπειράματος και η αποτελεσματικότητά του που φτάνει σε ποσοστό <1% για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες τον πρώτο χρόνο, καθώς και οι ενδείξεις τοποθέτησής του σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν γεννήσει. Ο τρόπος δράσης του είναι η πρόληψη της γονιμοποίησης μέσω μιας τοπικά προκαλούμενης φλεγμονώδους αντίδρασης που δρα τοξικά στα σπερματοζώαρια και ίσως στα ωάρια αποτρέποντας τη σύλληψη εμβρύου, και όταν αυτή πραγματοποιηθεί, παρεμποδίζει την εμφύτευσή του στη μήτρα.¹⁵

2.2.2. Στο πρώτο στάδιο της κύησης

Στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, οι μέθοδοι είναι χειρουργικές.¹⁶

Διαστολή του τραχηλικού στομίου και απόξεση του ενδομητρίου (Μέθοδος D&C)

Απαραίτητη προϋπόθεση αυτής της μεθόδου είναι η τοπική ή γενική αναισθησία, με την ασθενή τοποθετημένη σε γυναικολογική θέση. Ο γιατρός χρησιμοποιεί μικρά όργανα ή φάρμακα για να ανοίξει τον τράχηλο. Ο γιατρός στη συνέχεια χρησιμοποιεί ένα χειρουργικό όργανο που ονομάζεται χειρουργικό ξέστρο για να αφαιρέσει το έμβρυο. Τα ξέστρα που χρησιμοποιούνται σε μία μέθοδο D&C μπορεί να είναι αιχμηρά ή να χρησιμοποιούν αναρρόφηση.¹⁷

Διαστολή του τραχηλικού στομίου και αναρρόφηση (Μέθοδος D&E ή Karman)

Η διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας, γίνεται όπως και στην προηγούμενη μέθοδο. Αυτή τη φορά όμως, το έμβρυο διαμελίζεται με ειδικό αιχμηρό αντικείμενο, σαν νυστέρι (ή και με άλλους τρόπους) και στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση των υπολειμμάτων του με έναν ειδικό σωλήνα. Αφού δοθεί νάρκωση, ο γιατρός θα τραβήξει το εσωτερικό μέρος του ενδομητρίου και του εμβρύου με μία συσκευή αναρρόφησης. Όταν το κεφάλι του εμβρύου δε χωρά να περάσει απ' το σωλήνα, ο γιατρός χρησιμοποιεί μια ειδική λαβίδα, τον κρανιοθραύστη, ώστε αυτό να συνθλιβεί και να αναρροφηθεί από το σωλήνα. Η επέμβαση διαρκεί περίπου 20 λεπτά, αλλά η γυναίκα πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο λίγες ώρες.¹⁸

Φαρμακευτική μέθοδος

Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ το εκτροπικό χάπι. Πρόκειται για το RU486, που προκαλεί αποβολή. Συνήθως, γίνεται κατά τις πρώτες 10 εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Ο πιο κοινός τύπος φαρμακευτικής άμβλωσης χρησιμοποιεί ένα φάρμακο που ονομάζεται μιφεπριστόνη. Είναι ένα χάπι που εμποδίζει την προγεστερόνη, μια ορμόνη που απαιτείται για την εγκυμοσύνη. Αναγκάζει την επένδυση της μήτρας να γίνει λεπτή και να σπάσει.¹¹

2.2.3. Σε προχωρημένο στάδιο της κύησης

Όταν η εγκυμοσύνη έχει μπει στο δεύτερο τρίμηνο επιλέγεται η φαρμακευτική μέθοδος.¹⁶

Ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης

Προκαλεί τη δημιουργία τεχνητών πόνων και τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί συνηθισμένη μέθοδο διακοπής της κύησης μετά την 12^η εβδομάδα.

Χορήγηση των προσταγλανδινών F2a και E2

Αποτελεί μία άλλη μέθοδο διακοπής της κύησης. Μπορούν να δοθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως, υπό μορφή κολπικών υπόθετων ή τραχηλικών δισκίων και ενδοαμνιακά ή εξωαμνιακά. Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα κολπικά υπόθετα, ενώ η ενδοαμνιακή και η εξωαμνιακή έγχυση χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις νεκρών εμβρύων.¹⁹

Υστεροτομία

Κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης δεν γίνονται συχνά εκτρώσεις για τους εξής λόγους:

- Η γυναίκα που αποφασίζει να μην κυοφορήσει το έμβρυο προβαίνει νωρίτερα σε έκτρωση, συνήθως κατά το πρώτο της εγκυμοσύνης
- Η έκτρωση είναι παράνομη κατά το στάδιο αυτό σχεδόν σε όλες τις νομοθεσίες
- Κατά το στάδιο αυτό το έμβρυο έχει ήδη αναπτυχθεί πολύ, γεγονός που καθιστά την έκτρωση δύσκολη από ιατρική άποψη

Η συνήθης μέθοδος έκτρωσης κατά το τρίτο τρίμηνο είναι η υστεροτομία, η οποία είναι μία μικρή καισαρική τομή. Σε αρκετές η μέθοδος αποτυγχάνει με αποτέλεσμα πολλά βρέφη να γεννιούνται ζωντανά.

Μία άλλη μέθοδος, η οποία θεωρείται πιο αποτελεσματική είναι η λεγόμενη «διαστολή και απόσπαση» (Dilation and Extraction) ή «έκτρωση με μερική γέννηση» (Partial - birth abortion). Η εν λόγω μέθοδος είναι ιδιαίτερα βάρβαρη και αποκρουστική, καθώς συνίσταται στην καταστροφή του εγκεφάλου του εμβρύου που εξωθείται από τον ιατρό εκτός μητρικού σώματος.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΆΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

3.1. Το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Ένα από τα πιο διαχρονικά θέματα στη χώρα μας με ιδιαίτερες κοινωνικές, ηθικές, αλλά και νομικές προεκτάσεις είναι οι αμβλώσεις. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από τα ποσοστά που κατά καιρούς έρχονται στη δημοσιότητα. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα οι αριθμοί των ετήσιων αμβλώσεων ανέρχονται σε 150.000, αριθμός υπερδιπλάσιος των ετήσιων γεννήσεων, επισημαίνοντας μάλιστα ότι το 25% αυτών αφορά νεαρά κορίτσια, τα οποία βρίσκονται σε ηλικία κάτω των 16 ετών.²¹

Δύο μεγάλα γεγονότα πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα τη δεκαετία του '80 που θα μπορούσαν να έχουν προκαλέσει σημαντική αλλαγή της ικανότητας ελέγχου της γονιμότητας στις γυναίκες: την ανάπτυξη των κλινικών οικογενειακού προγραμματισμού το 1980 και τη νομιμοποίηση της άμβλωσης το 1986. Ωστόσο, σήμερα, 25 χρόνια αργότερα, η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τον υψηλότερο αριθμό αμβλώσεων και τον χαμηλότερο επιπολασμό σύγχρονης αντισύλληψης στην Ευρώπη.²²

Στην Ελλάδα είχε αρχίσει να δημιουργείται ένα μαζικό κίνημα για την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων ήδη από την δεκαετία του '70, με την δημιουργία και την δράση της Κίνησης για την απελευθέρωση της γυναίκας και των αυτόνομων γυναικείων ομάδων. Η δράση αυτή εντάθηκε μέσα στην δεκαετία του '80, όταν η Αυτόνομη Κίνηση Γυναικών έθεσε σε προτεραιότητα την διάδοση της αντισύλληψης και την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων. Τα πράγματα έφτασαν σε εκρηκτική κατάσταση κατά το 1984, όταν ο εισαγγελέας απεύθυνε κατηγορίες σε βάρος επώνυμων γυναικών που είχαν κάνει άμβλωση. Τότε, είναι που ξεχύθηκαν στους δρόμους πλήθη γυναικών φωνάζοντας το γνωστό και συγκλονιστικό: "Είμαστε παράνομες, κάνουμε αμβλώσεις". Το 1986, οι αμβλώσεις αποποινικοποιήθηκαν.²³

Νόμος 1609/1986: Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις

Άρθρο 2

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

«4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

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

5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».²⁴

3.2. Το νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες

Οι περισσότερες νομοθεσίες έχουν επεκτείνει την επιλεξιμότητα των αμβλώσεων μέσω παραδοσιακών ενδείξεων όπως ο κίνδυνος για τη μητρική υγεία ή η αναπηρία του εμβρύου, αλλά έχουν επίσης δημιουργηθεί και άλλες ενδείξεις, όπως η εφηβεία, η προχωρημένη ηλικία της μητέρας, οι οικογενειακές συνθήκες και το AIDS ή η μόλυνση από τον ιό HIV. Αρκετές δικαιοδοσίες καθιέρωσαν στάδια πρώιμης κύησης στα οποία η άμβλωση θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με ελάχιστο νομικό έλεγχο.²⁵

Κύπρος

Στην Κύπρο οι εκτρώσεις επιτρέπονται από τη νομοθεσία εφόσον καταβληθούν πιστοποιητικά από 2 ιατρούς που πιστοποιούν ότι:

- Υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή της ίδιας της μητέρας
- Υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη διατάραξη της σωματικής αλλά και της πνευματικής υγείας της μητέρας
- Υπάρχει ιατρική διάγνωση ότι το παιδί όταν γεννηθεί θα πάσχει από σοβαρής μορφής αναπηρία ή από κάποια ανίατη ασθένεια
- Επίσης όταν το έμβρυο να είναι προϊόν βιασμού ή αιμομιξίας

Εκτακτη τροποποίηση του 1974

Το 1974 – μετά την τουρκική εισβολή- η εκκλησία επέτρεψε την άμβλωση σε δεκάδες Ε/κ που είχαν πέσει θύματα βιασμού από Τούρκους στρατιώτες.²⁶

Η άμβλωση στην Κύπρο νομιμοποιήθηκε πλήρως το Μάρτιο του 2018. Μετά το νόμο αυτό, επιτρέπεται ο τερματισμός μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης έως και 12 εβδομάδων κύησης. Σε περίπτωση βιασμού, μια άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί έως και 19 εβδομάδες.²⁷

Γαλλία

Η άμβλωση νομιμοποιήθηκε στη Γαλλία το 1975. Η τελευταία αλλαγή στο νόμο, το 2001, έκανε τις αμβλώσεις περισσότερο φιλελεύθερες και προσιτές. Μπορεί να γίνει άμβλωση κατόπιν αιτήματος έως τη 12η εβδομάδα κύησης. Τα ποσοστά των αμβλώσεων έχουν μειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Το σχετικά χαμηλό ποσοστό αμβλώσεων είναι πιθανώς η αντανάκλαση ενός υψηλού ποσοστού παντρεμένων γυναικών που χρησιμοποιούν σύγχρονη αντισύλληψη. Οι υπηρεσίες άμβλωσης στη Γαλλία είναι γενικά προσιτές. Οι αμβλώσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν σε εξουσιοδοτημένα κέντρα, από γυναικολόγους ή ιατρούς, και καλύπτονται πλήρως από την ασφάλιση υγείας. Η ιατρική έκτρωση χρησιμοποιείται από το 1988. Δεν υπάρχουν παράνομες ή μη ασφαλείς αμβλώσεις και το δικαίωμα στην άμβλωση γίνεται σταδιακά αποδεκτό από την κοινωνία. Η κύρια θρησκεία, ο Καθολικισμός, δεν παρεμβαίνει στην πολιτική των αμβλώσεων και τα κινήματα κατά των αμβλώσεων δεν επηρεάζουν την κοινωνία.²⁸

Ηνωμένο Βασίλειο

Ένα άτομο δεν θα είναι ένοχο για αδίκημα σύμφωνα με το νόμο που σχετίζεται με την άμβλωση, όταν η εγκυμοσύνη τερματίζεται από εγγεγραμμένο ιατρό, ή δύο ανάλογα την περίπτωση.

- 1) Ότι η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί την 24η εβδομάδα και ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο, μεγαλύτερο από ό,τι εάν η εγκυμοσύνη τερματιζόταν, τραυματισμό στη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου ή τυχόν υπαρχουσών παιδιών της οικογένειάς της.
- 2) Ότι ο τερματισμός είναι απαραίτητος για την πρόληψη σοβαρού μόνιμου τραυματισμού στη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου.
- 3) Ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου, μεγαλύτερο από την περίπτωση που η εγκυμοσύνη τερματιζόταν.
- 4) Ότι υπάρχει ουσιαστικός κίνδυνος, εάν το παιδί γεννηθεί, να υποφέρει από σωματικές ή διανοητικές ανωμαλίες.²⁹

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το θέμα της έκτρωσης αποτελεί σημαντικότατο ζήτημα αντιπαράθεσης στην πολιτική και την κοινωνία. Μέχρι σήμερα ισχύει το δεδικασμένο της υπόθεσης Roe εναντίον Wade του 1973, στην οποία το Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο αποφάσισε ότι καμιά Πολιτεία δεν έχει δικαίωμα να απαγορεύσει την άμβλωση.³⁰ Σχεδόν όλες οι πολιτείες έχουν νόμους σχετικά με την άμβλωση, σύμφωνα με μια ανάλυση του ινστιτούτου Guttmacher. Για παράδειγμα, 43 πολιτείες απαγορεύουν τις αμβλώσεις μετά τις 20 ή 24 εβδομάδες εγκυμοσύνης (εκτός από την περίπτωση που η υγεία της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο). Πολύ μικρός αριθμός πολιτειών απαγορεύει την άμβλωση αφότου ο ανιχνευτεί ο καρδιακός παλμός ,κάτι το οποίο συμβαίνει περίπου στις 6 εβδομάδες, όταν κάποιες γυναίκες δε γνωρίζουν καν ότι είναι έγκυες.³¹

Χώρες που απαγορεύεται η άμβλωση

Η Μάλτα είναι η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην οποία απαγορεύονται πλήρως οι αμβλώσεις. Στη Γηραιά Ήπειρο, εκτός ΕΕ, οι αμβλώσεις απαγορεύονται στην Ανδόρρα, τον Άγιο Μαρίνο και το Βατικανό. Στην Αφρική, οι αμβλώσεις απαγορεύονται στο Κονγκό, τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, την Αίγυπτο, τη Γκαμπόν, τη Γουινέα Μπισάου,

τη Μαδαγασκάρη, τη Μαυριτανία και την Σενεγάλη. Στην αμερικανική ήπειρο, οι αμβλώσεις απαγορεύονται στην Ονδούρα, τη Νικαράγουα, το Ελ Σαλβαδόρ, το Σουρινάμ, την Αϊτή και την Δομινικανή Δημοκρατία. Στην Ασία, οι αμβλώσεις απαγορεύονται στις Φιλιππίνες, το Παλάου και το Λάος.

«Ναι» μόνο σε περίπτωση βιασμού, αιμομιξίας, κινδύνου για τη ζωή της μητέρας, δυσμορφίας του εμβρύου ακόμα και οικονομικών δυσκολιών

Οι αμβλώσεις επιτρέπονται μόνο σε περίπτωση κινδύνου για την ζωή της μητέρας στην Ακτή του Ελεφαντοστού, την Λιβύη, την Ουγκάντα, το Νότιο Σουδάν, το Ιράκ, τον Λίβανο, την Συρία το Αφγανιστάν, την Υεμένη, το Μπανγκλαντές, τη Βιρμανία, τη Σρι Λάνκα, τη Γουατεμάλα, την Παραγουάη και τη Βενεζουέλα.

Στην Πολωνία δεν επιτρέπεται η άμβλωση παρά σε περίπτωση βιασμού, αιμομιξίας, κινδύνου για την ζωή της μητέρας ή μη αναστρέψιμης δυσμορφίας του εμβρύου. Η Φινλανδία είναι μία ιδιαίζουσα περίπτωση: η άμβλωση επιτρέπεται πριν από το 17ο έτος ηλικίας της γυναίκας ή μετά το 40ο, καθώς επίσης και εάν η γυναίκα έχει ήδη τέσσερα παιδιά, διαπιστωμένες οικονομικές δυσκολίες ή προβλήματα υγείας.³²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

4.1. Ηθικά διλήμματα

Η επανάσταση στη Γενετική που άρχισε εδώ και πενήντα χρόνια με την ανακάλυψη του DNA και η πιο πρόσφατη αποκωδικοποίηση του DNA και χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος έχουν προσφέρει στους επιστήμονες και θεράποντες της υγείας μία άνευ προηγουμένου δύναμη πάνω στη ζωή και το θάνατο. Η εκρηκτική προσφορά ευκαιριών για αξιόλογες ιατρικές ανακαλύψεις στη Γενετική έχει αλλάξει την όψη της ιατρικής. Ακριβώς όμως οι παρεμβάσεις αυτές, επειδή αφορούν επιστημονικές εξελίξεις και ανθρώπινες επεμβάσεις πάνω στο γενετικό υλικό, στην αρχή δηλαδή και το τέλος της ζωής, έχουν προκαλέσει συγχρόνως και τεράστια ηθικά ερωτηματικά και διλήμματα, διαπλέκονται δηλαδή με τις θεωρίες και τους ανθρώπινους κανόνες της Βιοηθικής. Η ανθρωπότητα πρέπει να προετοιμασθεί να τα αντιμετωπίσει. Οι εξελίξεις αυτές, είχαν ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα την παράλληλη εκρηκτική εξέλιξη της προγεννητικής διάγνωσης των γενετικών νοσημάτων αλλά και των δυνατοτήτων θεραπευτικής επέμβασης στα έμβρυα. Τα ηθικά διλήμματα εμφανίζονται και πριν τη σύλληψη ακόμη και ο αριθμός τους, αλλά και η βαρύτητά τους, μεγαλώνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και γιγαντώνονται σε μια παθολογική κύηση που επιπλέκεται είτε από κάποιο βαρύ νόσημα της μητέρας είτε από ανωμαλίες του εμβρύου. Προβλήματα και ηθικά διλήμματα δημιουργούνται από τη νομική θεώρηση του εμβρύου ως "προσώπου", από την αναγνώριση σε αυτό της "ανεξαρτησίας" ή "αυτεξουσίας" ή "αυτονομίας", από την αναγνώριση σε αυτό "δικαιωμάτων" και από την "ηθική υπόστασή του". Αυτοί οι νομικοί, βασικά, προσδιορισμοί σχετίζονται άμεσα με το στάδιο εξέλιξης ή ωριμότητας του εμβρύου. Ήδη υπάρχει διαχωρισμός του πρώιμου/άνωριμου εμβρύου (embryo) από το εξελιγμένο ώριμο βιώσιμο έμβρυο (fetus).³³

Δύο ερωτήσεις σχετίζονται στενά με το ζήτημα αν η άμβλωση είναι δολοφονία ή όχι: 1) τι κάνει τα ανθρώπινα όντα και 2) πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή. Από ιατρική άποψη, η λειτουργία του εγκεφάλου συνδέεται ουσιαστικά με το να είσαι άνθρωπος. Ο εγκέφαλος ελέγχει σχεδόν όλες τις λειτουργίες του σώματος και καθορίζει την ψυχολογική του σύνθεση. Χωρίς τον εγκέφαλο μια τέτοια λειτουργία δεν είναι δυνατή, καθώς ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει τον θάνατο της ανθρώπινης ζωής. Όμως, η συσσώρευση κυττάρων στην πρώιμη φάση της εγκυμοσύνης δύσκολα μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανθρώπινο άτομο. Η ανθρώπινη ταυτότητα, η προσωπικότητα και η αξία συνδέονται με τη λειτουργία του εγκεφάλου, οπότε μόνο όταν ο εγκέφαλος έχει αναπτυχθεί πλήρως μπορεί να γίνει οποιαδήποτε συζήτηση για ένα αγέννητο ανθρώπινο ον.³⁴

Ένα επιχείρημα ότι τα έμβρυα είτε έχουν είτε δεν έχουν το δικαίωμα στη ζωή πρέπει να βασίζονται σε κάποιο γενικό κριτήριο για το ότι έχουν ή δεν έχουν το δικαίωμα στη ζωή. Οι αντίπαλοι της άμβλωσης, από τη μία πλευρά, αναζητούν το ευρύτερο δυνατό εύλογο κριτήριο, έτσι ώστε τα έμβρυα να εμπίπτουν σε αυτό. Αυτό εξηγεί γιατί τα κλασικά επιχειρήματα κατά της άμβλωσης απευθύνονται στο κριτήριο του ανθρώπου. Αυτό το κριτήριο φαίνεται εύλογο: Ο ισχυρισμός ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από τη φυλή, το φύλο, τη θρησκεία ή την ηλικία τους, έχουν το δικαίωμα στη ζωή φαίνεται αρκετά προφανές. Επιπλέον, επειδή τα έμβρυα με τα οποία ασχολούμαστε δεν ανήκουν τελικά σε άλλο είδος,

είναι σαφώς ανθρώπινα. Επομένως, ο συλλογισμός που δημιουργεί το συμπέρασμα ότι τα έμβρυα έχουν το δικαίωμα στη ζωή είναι προφανώς ορθό.

Από την άλλη πλευρά, όσοι πιστεύουν ότι η άμβλωση είναι ηθικά επιτρεπτή επιθυμούν να βρουν ένα στενό, αλλά εύλογο, κριτήριο για την κατοχή του δικαιώματος στη ζωή έτσι ώστε τα έμβρυα να εμπίπτουν σε αυτό. Αυτό εξηγεί, εν μέρει, γιατί τα τυπικά επιχειρήματα υπέρ της επιλογής στη φιλοσοφική λογοτεχνία απευθύνονται στο κριτήριο της ύπαρξης ενός ατόμου. Αυτό το κριτήριο φαίνεται εύλογο: Ο ισχυρισμός ότι μόνο τα άτομα έχουν δικαίωμα στη ζωή φαίνεται αρκετά προφανής. Επιπλέον, επειδή τα έμβρυα δεν είναι έλλογα όντα ούτε έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν με πολύπλοκους τρόπους ούτε έχουν μια ιδέα του εαυτού που συνεχίζεται με τον καιρό, κανένα έμβρυο δεν είναι άτομο. Επομένως, ο συλλογισμός που απαιτείται για να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι κανένα έμβρυο δεν έχει το δικαίωμα στη ζωή είναι προφανώς υγιές. Δεδομένου ότι κανένα έμβρυο δεν έχει το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα μιας γυναίκας να ελέγχει το σώμα της δημιουργεί εύκολα το γενικό δικαίωμα στην άμβλωση.³⁵

4.2. Η θέση της κοινωνίας

Η διαμάχη για τις αμβλώσεις είναι η συνεχιζόμενη διαμάχη που αφορά την ηθική, νομική και θρησκευτική κατάσταση της επαγόμενης άμβλωσης.³⁶ Οι πλευρές που εμπλέκονται στη διαμάχη είναι τα αυτοπεριγραφόμενα κινήματα «pro-choice» και «pro-life». Το κίνημα «pro-choice» δίνει έμφαση στο δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν εάν θα τερματίσουν μια εγκυμοσύνη. Το κίνημα "pro-life" δίνει έμφαση στο δικαίωμα του εμβρύου να γεννηθεί. Κάθε κίνημα, με διαφορετικά αποτελέσματα, επιδίωξε να επηρεάσει την κοινή γνώμη και να αποκτήσει νομική υποστήριξη για τη θέση του.

Για πολλούς ανθρώπους, η άμβλωση είναι ουσιαστικά ένα ζήτημα ηθικής, που αφορά την έναρξη της ανθρώπινης προσωπικότητας, τα δικαιώματα του εμβρύου και τα δικαιώματα μιας γυναίκας πάνω στο σώμα της. Η διαμάχη για τις αμβλώσεις έχει γίνει ένα πολιτικό και νομικό ζήτημα σε ορισμένες χώρες με τους αγωνιστές κατά των αμβλώσεων να επιδιώκουν να θεσπίσουν, να διατηρήσουν και να επεκτείνουν τους νόμους κατά της άμβλωσης, ενώ οι αγωνιστές για τα δικαιώματα της άμβλωσης επιδιώκουν να καταργήσουν ή να χαλαρώσουν αυτούς τους νόμους ενώ επεκτείνουν την πρόσβαση στην άμβλωση.³⁷

4.2.1. Κοινωνικός στιγματισμός

Αν και ο συνολικός αριθμός μελετών που διερευνούν το στίγμα της άμβλωσης είναι εκπληκτικά χαμηλός, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το στίγμα μπορεί να αποτελέσει σοβαρή ανησυχία για τις γυναίκες που τερματίζουν την εγκυμοσύνη. Η πλειονότητα των μελετών διαπίστωσε ότι μεγάλες αναλογίες των γυναικών που βίωσαν το στίγμα, και αυτό το στίγμα μπορεί να προέρχεται από πολλές πηγές: κοινωνία, κοινότητα και, σε μικρότερο βαθμό, ιατρικά ιδρύματα. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν επηρεάζονται όλες οι γυναίκες ισότιμα από το στίγμα της άμβλωσης. Διαφορές στις αντιλήψεις για το στίγμα συνδέονται προφανώς με μια σειρά από συναφείς και ατομικούς παράγοντες, όπως η έκθεση σε ισχυρές στάσεις εναντίον της έκτρωσης και κοινωνική υποστήριξη μεταξύ γυναικών και κοινοτήτων.

Μερικοί λόγοι γιατί η έκτρωση είναι πιο κοινωνικά αποδεκτή από άλλους, για παράδειγμα, να κάνουν άμβλωση επειδή η ζωή κάποιου είναι σε κίνδυνο είναι γενικά πιο αποδεκτό από το άμβλωση να γίνεται για οικονομικούς λόγους. Κατά συνέπεια, η αντίληψη των γυναικών για στιγματισμό από άλλους μπορεί επίσης να εξαρτάται για το λόγο που επέλεξαν να τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους. Επίσης, πολλές γυναίκες βίωσαν το στίγμα με τη μορφή αρνητικών συναισθημάτων, όπως ενοχή, ντροπή ή αυτοευθύνη. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό γιατί έχει θεωρηθεί ως μείζων παράγοντας κινδύνου για μειωμένη ψυχική υγεία, επιβαρυνόμενη ψυχοκοινωνική λειτουργία και καθυστερήσεις στην αναζήτηση επαγγελματικής φροντίδας. Οι αναθεωρημένες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες συχνά έκρυβαν το ιστορικό των άμβλώσεων για να διαχειριστούν το στίγμα, παρέχοντας μια εξήγηση για το γιατί λίγες γυναίκες ανέφεραν εμπειρίες πραγματικών διακρίσεων.³⁸

Οι γυναίκες που κάνουν άμβλώσεις είναι διαφορετικές, και υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους υποβάλλονται σε αυτήν τη διαδικασία. Οι Αμερικανοί θεωρούν μερικές από αυτές τις γυναίκες και μερικούς από αυτούς τους λόγους πιο αποδεκτούς από άλλους. Προφανώς, ο στιγματισμός προς μια συγκεκριμένη άμβλωση ποικίλλει επίσης ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και τις συνθήκες τους.

Ενώ τα πολυπαραγοντικά αποτελέσματα δεν δείχνουν διαφορές στις αντιληπτές αντιδράσεις ανά φύλο, η εμπειρία της άμβλωσης είναι διαφορετική για τους άνδρες και τις γυναίκες που εμπλέκονται. Ο στιγματισμός της άμβλωσης θεωρείται ότι χαρακτηρίζει τις γυναίκες που έκαναν άμβλωση ως «κατώτερες από τα ιδανικά της γυναικείας φύσης». Πιθανώς, το στίγμα της άμβλωσης είναι διαφορετικό για τους άνδρες.³⁹

Σε κάποιες περιπτώσεις ο στιγματισμός των γυναικών οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, αν και το Σύνταγμα της Κένυας προσφέρει δυνατότητα αύξησης της πρόσβασης των γυναικών σε ασφαλή άμβλωση, οι κοινωνικές στάσεις εναντίον των νέων γυναικών που τους παρέχεται άμβλωση παραμένει σε μεγάλο βαθμό αρνητική. Λόγω του στιγματισμού, και τα εμπόδια στην πρόσβαση της ασφαλούς άμβλωσης και τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους εξακολουθούν να παραμελούνται, οι νέες γυναίκες όχι μόνο καθυστερούν το αίτημα για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης, αλλά επίσης χρησιμοποιούν μη ασφαλείς και απειλητικές για την ζωή μεθόδους.⁴⁰

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη μεταξύ γυναικών με χαμηλό εισόδημα στη δυτική Πενσυλβανία, οι γυναίκες ανέφεραν συνήθως ότι οι σύντροφοι, τα μέλη της οικογένειας και οι ίδιες είχαν συμπεριφορές κατά της άμβλωσης. Τέτοιες στάσεις κοινοποίησαν ότι η άμβλωση είναι ηθικά κατακριτέα, απόρριψη της μητρότητας, σπάνια και συνεπώς δυνητικά αποκλίνουσα, επιζήμια για τη μελλοντική γονιμότητα και μια ανεύθνη επιλογή. Οι γυναίκες αντέδρασαν σε εξωτερικές και εσωτερικές αρνητικές στάσεις ξεχωρίζοντας τους εαυτούς τους από άλλες γυναίκες που πραγματοποιούν άμβλώσεις, βίωσαν αρνητικά συναισθήματα και έκρυβαν ή καθυστερούσαν τις άμβλώσεις τους.⁴¹

4.3. Θεολογικές θέσεις

Χριστιανισμός

Η άμβλωση αποτελεί σήμερα μια ευρέως αποδεκτή ιατρική πρακτική και η αιτιολόγηση της ύπαρξής της μπορεί να αναζητηθεί στον χαρακτήρα και την κουλτούρα της κοινωνίας μας, η οποία την αποδέχεται. Παρόλα αυτά η Εκκλησία διαφοροποιεί την θέση της απέναντι σε αυτό το θέμα αναγνωρίζοντας την βιολογική και ηθική σημασία της νέας

ανθρώπινης ζωής, η οποία μορφοποιείται με την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου. Η άμβλωση αποτελεί ένα είδος φόνου που διενεργείται σε παγκόσμια έκταση, συνήθως χωρίς καμιά αίσθηση ενοχής. Από την αποστολική εποχή ο χριστιανισμός αναγνώρισε ότι η έκτρωση είναι ασυμβίβαστη με την στροφή προς τον Θεό. Παραδείγματος χάριν, στην Διδαχή των Αποστόλων, βρίσκει κανείς την άμβλωση να συγκαταλέγεται μεταξύ των σοβαρών αμαρτιών. «Δε θα φονεύσεις, δε θα μοιχεύσεις, δε θα αρσενοκοιτεύσεις, δε θα πορνεύσεις, δε θα κλέψεις, δε θα χρησιμοποιήσεις μαγεία, δε θα χρησιμοποιήσεις «μαγικά» φίλτρα, δε θα παράσχεις αμβλωθρίδια ούτε θα διαπράξεις παιδοκτονία». Μία παρόμοια ομάδα απαγορεύσεων, συμπεριλαμβανομένης της απαγόρευσης για έκτρωση, ανευρίσκεται επίσης στην Επιστολή του Βαρνάβα του 1ου η 2ου αιώνα. «Δε θα πορνεύσεις, δε θα μοιχεύσεις, δε θα αρσενοκοιτεύσεις, δε θα παράσχεις αμβλωθρίδια, δε θα διαπράξεις παιδοκτονία». Η άμβλωση είχε ανέκαθεν καταδικαστεί από τον χριστιανισμό. Αυτή η καταδίκη της άμβλωσης από τους Χριστιανούς συνεχίζεται αδιάπτωτη.⁸ Η άμβλωση θεωρείται πράξη που αναιρεί το αγαθό της ζωής, αντίκειται στη Χριστιανική πίστη περί της αξίας της ζωής του ανθρώπου και γι' αυτόν τον λόγο δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτή.⁴²

Η Σύνοδος του Βατικανού για το Δόγμα της Πίστεως έδωσε στη δημοσιότητα στις 12 Δεκεμβρίου 2008 το κείμενο «Η Αξιοπρέπεια του Προσώπου» που καταγράφει τη στάση της επίσημης Καθολικής Εκκλησίας για ζητήματα βιοηθικής που αφορούν το ανθρώπινο έμβρυο και την αναπαραγωγή. Η στάση του Βατικανού στηρίζεται στην πίστη ότι η ζωή ξεκινά τη στιγμή της σύλληψης και ότι πρέπει να της αποδίδεται ο απαιτούμενος σεβασμός και αξιοπρέπεια από τη στιγμή αυτή. Επίσης, άποψη του Βατικανού είναι ότι η ανθρώπινη ζωή πρέπει να δημιουργείται αποκλειστικά και μόνο μέσω της σεξουαλικής πράξης ανάμεσα στους συζύγους και όχι στο εργαστήριο.⁴³ Στη διάρκεια του Αγίου Έτους των καθολικών, που διήρκεσε από 8 Δεκεμβρίου 2015 έως 20 Νοεμβρίου 2016, οι ιερείς μπορούσαν να συγχωρούν όσους ανθρώπους ευθύνονται για την πρόκληση άμβλωσης, ωστόσο πλέον θα μπορούν να δίνουν άφεση σε αυτή την αμαρτία και στο μέλλον. Στην επιστολή του, ο Πάπας Φραγκίσκος αναφέρει: «Επαναλαμβάνω με αποφασιστικό τρόπο ότι η άμβλωση είναι μια σοβαρή αμαρτία, διότι κόβει μια αθώα ζωή. Με άλλη τόση δύναμη και αποφασιστικότητα όμως, μπορώ και πρέπει να υποστηρίξω ότι δεν υπάρχει καμία αμαρτία στην οποία να μην μπορεί να φτάσει και να την καταστρέψει η ευσπλαχνία του Θεού, όταν συναντά μια μετανοημένη καρδιά, που επιθυμεί να επανασυμφιλιωθεί με τον Πατέρα». Οι εκτιμήσεις για την απόφαση αυτή του Πάπα ποικίλουν, καθώς για την Καθολική Εκκλησία η άμβλωση θεωρείται πολύ σοβαρό αμάρτημα.⁴⁴

Ισλάμ

Σε γενικές γραμμές, οι μουσουλμανικές αρχές θεωρούν την άμβλωση ως πράξη παρέμβασης του ρόλου του Θεού ως συγγραφέα της ζωής και του θανάτου. Σύμφωνα με το Ισλάμ, η δύναμη της αναπαραγωγής ανήκει στον Θεό, αφού ο Θεός σχηματίζει το έμβρυο στη μήτρα και δίνει την ψυχή στο έμβρυο, όχι η γυναίκα. Αυτός ο συλλογισμός συνεπάγεται ότι οι γυναίκες δεν έχουν το δικαίωμα να τερματίσουν την εγκυμοσύνη σύμφωνα με τη δική τους θέληση. Ωστόσο, αυτό δεν είναι υποδηλώνει απαραίτητα ότι το Ισλάμ είναι ενάντια στην έκτρωση πέραν αμφιβολίας. Αντίθετα, υπάρχουν διαφορετικά απόψεις μεταξύ των μουσουλμανικών αρχών σχετικά με την ηθική αποδοχή και το χρονοδιάγραμμα των αμβλώσεων. Το Κοράνι δεν λέει ρητά λόγια για την άμβλωση, ούτε τα Χαντίθ και η Σούννα. Επομένως, η απαγόρευση ή η έγκριση της άμβλωσης προκύπτει από τις ερμηνείες και αναλογίες των Χαντίθ που εφαρμόζονται στους Κορανικούς στίχους, ιδιαίτερα σε αυτούς που απαγορεύουν το θάνατο ανθρώπων. Οι συζητήσεις σχετικά με το εύλογο των αμβλώσεων στο Ισλάμ περιλαμβάνει σημαντικές ηθικές έννοιες:

- Το νομικό καθεστώς του εμβρύου
- Σεβασμός στη ζωή
- Το δικαίωμα να μην γεννηθείς

Εκτός από αυτές τις έννοιες, μια κοινή βάρβαρη αραβική παράδοση επηρεάζει τις συζητήσεις για την άμβλωση στο Ισλάμ. Πριν εισαχθεί το Ισλάμ, στην αραβική κοινότητα συνήθιζαν να θάβουν κοριτσάκια ζωντανά, αμέσως μετά τη γέννησή τους. Αυτό γινόταν με το φόβο της ντροπής ή της φτώχειας και ονομάστηκε Wa'd. Υπάρχουν αρκετοί στίχοι στο Κοράνι που απαγορεύουν αυτή την πρακτική. Πολλοί από αυτούς τους στίχους του Κορανίου επεκτάθηκαν σε συζητήσεις σχετικά με την άμβλωση για να υποστηρίξουν την άποψη κατά της άμβλωσης στον ισλαμικό κόσμο. Τα ισλαμικά κείμενα κάνουν διάκριση μεταξύ άμβλωσης και ανθρωποκτονίας, αν και οι δύο πράξεις θεωρούνται αρκετές φορές στενά συνδεδεμένες.⁴⁵

Ινδουισμός και ζωροαστρισμός

Ο Ινδουισμός και ο Ζωροαστρισμός έχουν ισχυρούς ιστορικούς δεσμούς και μοιράζονται παρόμοια συστήματα αξιών. Για παράδειγμα, και οι δύο αυτές θρησκείες είναι υπέρ της ζωής. Η άμβλωση έχει αναφερθεί ρητά στις Ζωροαστρικές Αγίες Γραφές. Σύμφωνα με τις ηθικές διδασκαλίες του Ζωροαστρισμού, η άμβλωση είναι κακή για δύο λόγους: σκοτώνεται ένα αθώο και εγγενώς καλό άτομο και η μόλυνση του εδάφους που προκαλείται από το πτώμα. Στον Ινδουισμό, οι βασικές έννοιες που περιλαμβάνουν ηθικές συζητήσεις σχετικά με την άμβλωση είναι η Ahimsa¹, το κάρμα και η μετενσάρκωση. Κατά συνέπεια, η άμβλωση διαταράσσει σκόπιμα τη διαδικασία της μετενσάρκωσης και η θανάτωση ενός αθώου ανθρώπου δεν είναι μόνο σε αντίθεση με την έννοια της Ahimsa, αλλά επίσης επιβαρύνει σοβαρά τον καρμικό παράγοντα.⁴⁶

Ιουδαϊσμός

Ο Ιουδαϊσμός δεν απαγορεύει την άμβλωση, αλλά δεν επιτρέπει την άμβλωση αν και όταν ζητηθεί. Η άμβλωση επιτρέπεται μόνο για σοβαρούς λόγους. Ο Ιουδαϊσμός αναμένει ότι κάθε υπόθεση θα εξεταστεί από μόνη της και η απόφαση που θα ληφθεί μετά από διαβούλευση με έναν ραβίνο αρμόδιο για παροχή συμβουλών για τέτοια θέματα. Ο αυστηρός Ιουδαϊσμός επιτρέπει την άμβλωση μόνο σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της εγκυμοσύνης θα έθετε τη ζωή της μητέρας σε σοβαρό κίνδυνο. Σε μια τέτοια περίπτωση (όπου επιτρέποντας τη συνέχιση της εγκυμοσύνης θα σκοτώσει τη μητέρα) ο Ιουδαϊσμός επιμένει ότι το έμβryo πρέπει να αφαιρεθεί, καθώς η ζωή της μητέρας είναι πιο σημαντική από εκείνη του εμβρύου. Ο εβραϊκός νόμος είναι πιο επιεικής όσον αφορά τις αμβλώσεις κατά τις πρώτες σαράντα ημέρες της εγκυμοσύνης, καθώς θεωρεί ότι το έμβryo έχει σχετικά χαμηλή αξία κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Οι αμβλώσεις λόγω ελαττωμάτων στο έμβryo ή για την προστασία της ψυχικής υγείας της μητέρας απαγορεύονται από ορισμένες σχολές του Ιουδαϊσμού και επιτρέπονται από άλλες υπό διαφορετικές περιστάσεις. Το επιχείρημα για την αποδοχή τέτοιων αμβλώσεων βασίζεται συνήθως στον πόνο που θα προκληθεί στη μητέρα εάν επιτραπεί η συνέχιση της εγκυμοσύνης.

Τα κλασικά εβραϊκά επιχειρήματα σχετικά με την άμβλωση αφορούν κυρίως τη διάκριση μεταξύ της δολοφονίας κάποιου που είναι πλήρως πρόσωπο και ενός ατόμου που

¹ Μη επιβλαβή (αβλαβές). Να μην επιθυμείς βλάβη σε οποιοδήποτε ζωντανό πλάσμα, ούτε καν σε κανένα άψυχο αντικείμενο. Η Ahimsa είναι για την πρόθεση και όχι για την ίδια τη δράση. Είναι μια στάση καθολικής καλοσύνης.

Swami Satchidananda. The Yoga Sutras of Patanjali. Integral Yoga Publications, Virginia US 2012

δεν είναι πλήρες άτομο. Η άμβλωση δεν αναφέρεται ρητά στην εβραϊκή Βίβλο. Στην πραγματικότητα, η βιβλική εβραϊκή διδασκαλία δεν ασχολείται καθόλου με την περίπτωση μιας έκτρωσης που προκαλείται σκόπιμα με τη συγκατάθεση της μητέρας, αυτή η έννοια φαίνεται εντελώς άγνωστη.⁴⁷

4.4. Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων

Ο φεμινισμός είναι μια συλλογή κοινωνικών θεωριών, πολιτικών κινήσεων και ηθικών φιλοσοφιών, σε μεγάλο βαθμό παρακινούμενη από ή αναφερόμενη σε εμπειρίες γυναικών, ιδιαίτερα σε σχέση με την κοινωνική, πολιτική και οικονομική τους κατάσταση. Ως κοινωνικό κίνημα, ο φεμινισμός εστιάζεται κατά πολύ στον περιορισμό ή εξάλειψη της φυλετικής ανισότητας και στην προώθηση των δικαιωμάτων, των συμφερόντων και των ζητημάτων των γυναικών στην κοινωνία.

Ο φιλελεύθερος φεμινισμός, είναι μια μορφή φεμινισμού που υποστηρίζει πως η ισότητα των γυναικών μπορεί να επιτευχθεί με νόμιμα μέσα και κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, χωρίς να υπάρξει σύγκρουση με την ομάδα των ανδρών. Με τα σημερινά στάνταρ, ο φιλελεύθερος φεμινισμός είναι μια κάπως συντηρητική μορφή φεμινισμού, αν και έχει τις ρίζες του παραδοσιακά στον φιλελευθερισμό. Ο φιλελεύθερος φεμινισμός τείνει προς μια ισότητα ομοιότητας με τους άνδρες. Ο φιλελεύθερος φεμινισμός κατανοεί την πολιτική υπό ατομιστικούς όρους και στοχεύει στην μεταρρύθμιση παρόντων «φιλελεύθερων» πρακτικών στην κοινωνία, παρά στην υποστήριξη μιας συλλήβδην επαναστατικής αλλαγής. Η άποψή τους είναι πως η κυβέρνηση δεν έχει κανένα δικαίωμα να ορίζει ποιο είδος ομόφωνης σχέσης θα συνάψουν οι πολίτες. Οι φιλελεύθεροι φεμινιστές τείνουν να είναι, επίσης, υπέρ της επιλογής όσον αφορά στις συζητήσεις για την έκτρωση. Ένα κοινό επιχείρημα που δίνεται για αυτή τη θέση είναι πως κάθε άτομο πρέπει να έχει τον έλεγχο του σώματός του, και αυτό τους δίνει το δικαίωμα να παίρνουν ιατρικές αποφάσεις.⁴⁸

Οι φεμινιστικές οργανώσεις, θεωρούν ότι η ζωή αρχίζει για το έμβρυο, όταν αυτό θα βρεθεί έξω από το σώμα της γυναίκας. Αυτοί υποστηρίζουν ότι δεν μπορεί να λογιστεί το έμβρυο ως άτομο με ηθικά και νομικά δικαιώματα, όπως όλοι οι υπόλοιποι. Θεωρούν ότι τα έμβρυα είναι πρόσωπα από τη στιγμή της γέννησής τους και σαφώς όχι νωρίτερα. Η έγκυος, όμως, γυναίκα έχει δικαιώματα και πρέπει να προστατεύεται με κάθε μέσο. Αυτή πρέπει να αποφασίσει, αν πρέπει να προβεί σε άμβλωση λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πιθανούς κινδύνους, οι οποίοι μπορεί να προκύψουν από μια άμβλωση. Θεωρείται ότι το έμβρυο δεν έχει αυτόνομη ζωή, όπως έχει η έγκυος. Τέλος, σύμφωνα με τις φεμινίστριες η γυναίκα διαθέτει αυτονομία να αποφασίσει τι επιθυμεί να πράξει. Ως εκ τούτου, είναι δικαίωμα της να ελέγχει αν θέλει να τεκνοποιήσει ή όχι. Επιπρόσθετα, υποβόσκει το επιχείρημα ότι ο τερματισμός μια εγκυμοσύνης αφορά περισσότερο τον τερματισμό προσφοράς από ότι παρεμβολής, θυμίζει το αντίστοιχο επιχείρημα της ευθανασίας. Παράλληλα οι φεμινίστριες τονίζουν ότι αρκετές γυναίκες δεν είναι σε θέση να διακρίνουν πραγματικά μεταξύ αυτών, που οι ίδιες επιθυμούν, από αυτά, τα οποία τους έχει επιβάλλει η κοινωνία. Έχουν δικαίωμα, λοιπόν, στην προσωπική ευτυχία και στην αυτοδιάθεση του σώματος τους. Το επιχείρημα τους στηρίζεται στην έννοια της ελεύθερης επιλογής.⁴⁹

4.5. Τα δικαιώματα του εμβρύου

Κάθε άνθρωπος αξίζει το δικαίωμα να ζήσει. Επομένως, το έμβρυο έχει το δικαίωμα να ζήσει και η άμβλωση είναι παράνομη, καθώς αποτελεί πράξη παραβίασης του δικαιώματος του εμβρύου να ζήσει. Το σημαντικό σημείο εδώ είναι η διασφάλιση της στιγμής που η ζωή ξεκινά στον άνθρωπο. Μερικοί λένε, ως τώρα καθώς δεν υπάρχει καμία διαβεβαίωση ποια στιγμή ξεκινά η ζωή σε ένα έμβρυο, είναι ορθολογικό και ηθικό να κυβερνάς υπέρ της ζωής όταν αμφιβάλλεις και αποφεύγεις την άμβλωση. Εάν κάνουμε ένα λάθος τη στιγμή που ξεκινά η ζωή, έχουμε πράγματι σκοτώσει ένα αθώο και ανυπεράσπιστο άτομο. Σύμφωνα με τους γιατρούς, το «βιώσιμο» στάδιο είναι όταν το έμβρυο είναι σε θέση να ζήσει έξω από τη μήτρα της μητέρας ακόμη και με τη βοήθεια τεχνητών συσκευών.⁵⁰

Τα δικαιώματα του εμβρύου είναι τα ηθικά δικαιώματα ή τα νομικά δικαιώματα του ανθρώπινου εμβρύου σύμφωνα με το φυσικό και αστικό δίκαιο. Ο όρος δικαιώματα του εμβρύου τέθηκε σε ευρεία χρήση μετά την υπόθεση ορόσημο Roe κατά Wade που νομιμοποίησε την άμβλωση στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1973. Η μόνη διεθνής συνθήκη που αφορά ειδικά τα δικαιώματα του εμβρύου είναι η Αμερικανική Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα που προβλέπει το δικαίωμα στη ζωή του εμβρύου. Ενώ τα διεθνή μέσα για τα ανθρώπινα δικαιώματα στερούνται καθολικής ένταξης του εμβρύου ως ατόμου για τους σκοπούς των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στο έμβρυο παραχωρούνται διάφορα δικαιώματα στα συντάγματα και τους αστικούς κώδικες πολλών χωρών. Πολλοί ειδικοί νομικοί πιστεύουν ότι υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη να διευθετηθεί το νομικό καθεστώς του εμβρύου.⁵¹

Η συζήτηση σχετικά με τα δικαιώματα του εμβρύου είναι ιδιαίτερα έντονη στις αγγλοαμερικανικές χώρες, ιδίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η επέκταση των δικαιωμάτων του εμβρύου, συμπεριλαμβανομένου όχι μόνο του δικαιώματος στη ζωή αλλά και του δικαιώματος του εμβρύου να γεννιέται υγιές και να λαμβάνει ιατρικές θεραπείες, απαιτεί προβληματισμό σχετικά με την ανάγκη προσδιορισμού ορίων στην προστασία αυτών των δικαιωμάτων. Στη νομοθεσία της Βόρειας Αμερικής, η σχέση μητέρας-εμβρύου διαμορφώνει διαφορετικές πτυχές της καθημερινής ζωής μιας γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης: Η σχέση μεταξύ μιας εγκύου γυναίκας και του εμβρύου της είναι διαφορετική από οποιαδήποτε άλλη νομική, ιατρική ή ηθική. Μέσα στο ίδιο σώμα, υπάρχει ένα άτομο και ένα πιθανό άτομο με παρόμοια και ξεχωριστά ενδιαφέροντα και, για το έμβρυο, αναπτυσσόμενα δικαιώματα.

Μόνο κατά τη γέννηση θεωρείται ένα παιδί που αποκτά νομική υπόσταση και, κατά συνέπεια, έχει δικαιώματα ως ξεχωριστό πρόσωπο. Αλλά, όταν το έμβρυο γίνεται άτομο, έχει συμφέροντα ανεξάρτητα από τη μητέρα του; Και αν αυτά τα συμφέροντα είναι αντικρουόμενα, μπορεί το έμβρυο να διεκδικήσει την προστασία του έναντι της μητέρας του; Έχει το κράτος το καθήκον να παρέμβει για λογαριασμό του εμβρύου; Η εκχώρηση δικαιωμάτων σε έμβρυα προκαλεί τη λεγόμενη σύγκρουση μητέρας-εμβρύου, δηλαδή, μια σύγκρουση μεταξύ του δικαιώματος του εμβρύου να γεννιέται υγιές και της αυτονομίας της γυναίκας να κάνει τις επιλογές που σχετίζονται με ιατρικές θεραπείες και τον τρόπο ζωής της κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.⁵²

Όσον αφορά την χώρα μας και τη νομοθεσία, το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) δεν αφήνει περιθώρια για ασάφειες. Το πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει να υπάρχει με το θάνατό του. Με άλλα λόγια, αν δεν αποχωριστεί το παιδί από το μητρικό σώμα με τον τοκετό, θεωρείται ανύπαρκτο από το νόμο. Έτσι, για να αποκτήσει το έμβρυο προσωπικότητα, πρέπει να βγει ολόκληρο από το σώμα της μητέρας του, άσχετα αν

έχει κοπεί ο ομφάλιος λώρος ή αν είναι βιώσιμο ή όχι. Επιπλέον, πρέπει να έχει ανθρώπινη μορφή, δηλαδή να είναι σχηματισμένο, ανεξάρτητα από τυχόν σωματικά ελαττώματα. Αυτό ισχύει ως γενική αρχή, γιατί το άρθρο 36 του ΑΚ ορίζει ότι «ως προς τα δικαιώματα που επάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό». Αυτό σημαίνει ότι ο νόμος αναγνωρίζει δικαιώματα στο έμβryo «υπό αίρεσιν», δηλαδή με την προϋπόθεση ότι θα γεννηθεί ζωντανό.⁵³

Οι διατάξεις που ισχύουν σήμερα έχουν θεσπιστεί από το νόμο 1609/1986, ο οποίος έφερε μια καινούργια αντίληψη στο θέμα της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης. Έτσι, και αν ακόμα υποθεθεί ότι ο νόμος έγινε πιο ανεκτικός στην άμβλωση, ο νομοθέτης βρήκε την ευκαιρία να δώσει μεγαλύτερη προσοχή στο έμβryo, το οποίο αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος. Όποιος προκαλέσει ζημιά στο έμβryo, το οποίο είναι ακόμα στην κοιλιά της μητέρας του, τιμωρείται ανάλογα με το βαθμό της ευθύνης του. Επιπλέον, η διακοπή της κύησης θεωρείται ποινικό αδίκημα, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που την επιβάλλουν και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί, ανάλογα με την περίπτωση, δώδεκα ή είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης.

Άρθρο 4/ Άρθρο 304 Α

Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβryo ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.^{24,53}

4.6. Τι δικαιώματα έχει ο πατέρας στην τελική απόφαση;

Το θέμα της αποποινικοποίησης των αμβλώσεων επανήλθε στο προσκήνιο όταν ο σύζυγος γυναίκας η οποία υπεβλήθη σε άμβλωση, παρά τη δική του θέληση, προέβη σε καταγγελία της συζύγου του και του γυναικολόγου της στην Αστυνομία. Τότε οι βουλευτές θυμήθηκαν την πρόταση νόμου, που βρισκόταν από το 2015 στα συρτάρια της Βουλής, και όλοι ανεξαιρέτως άρχισαν να μιλούν για το αναφαίρετο δικαίωμα της γυναίκας να προχωρεί σε άμβλωση όταν η ίδια το επιθυμεί. Στη Βουλή, όμως, τέθηκε ένα πολύ σημαντικό και ενδιαφέρον ερώτημα: «Τι γίνεται με τον ρόλο του πατέρα;». Έχει το δικαίωμα ο σύντροφος/σύζυγος της γυναίκας και πατέρας του παιδιού να παρέμβει; Έχει το δικαίωμα να μη θέλει την άμβλωση και να διεκδικεί το παιδί του; Βάσει νόμου το έμβryo «ανήκει» στη μητέρα. Είναι αυτό, όμως, ηθικά σωστό; Μήπως ο πατέρας δεν διαδραμάτισε τον ίδιο σημαντικό ρόλο με τη μητέρα στη δημιουργία του εμβρύου; Από την άλλη, η κάθε γυναίκα, και κυρίως το κάθε ανήλικο κορίτσι που ζει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, θα είναι υποχρεωμένη/ο να λάβει τη σύμφωνο γνώμη του συντρόφου της; Άλλωστε, στις πλείστες των περιπτώσεων η γυναίκα είναι εκείνη που αναλαμβάνει την ευθύνη ενός παιδιού όταν ο πατέρας δεν επιθυμεί να το αναγνωρίσει.⁵⁴

Ένα από τα πολλά θύματα της άμβλωσης είναι ο πατέρας του παιδιού. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο νόμος δεν παρέχει δικαιώματα στον πατέρα σχετικά με το θέμα της άμβλωσης. Πολύ απλά, οι άντρες δεν έχουν κανένα νόμιμο δικαίωμα όσον αφορά την άμβλωση. Νομικά, η άμβλωση είναι ιδιωτικό θέμα μεταξύ μιας γυναίκας και του γιατρού της, ακόμη και αν είναι παντρεμένη. Η

Ελλάδα ήταν μια από τις τελευταίες χώρες της Ευρώπης που νομιμοποίησε την άμβλωση μετά από μια μακρά συζήτηση στο Κοινοβούλιο και τη δημοσίευση πολυάριθμων δηλώσεων από οργανώσεις για τα δικαιώματα των γυναικών. Ωστόσο, παρά την απελευθέρωση των άμβλώσεων, που ακολούθησε την επικύρωση του νόμου 1609/86, το νομικό πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιούνται οι άμβλώσεις δεν είναι απολύτως ικανοποιητικό. Ένας από τους τομείς που απαιτούν διευκρίνιση είναι ο ρόλος του πατέρα. Ο νόμος 1609/86 δεν καθορίζει τα δικαιώματα των ανδρών στην άμβλωση. Οι συμβουλευτικές υπηρεσίες μετά την έκτρωση ασχολούνται με έναν αυξανόμενο αριθμό ανδρών που εμφανίζεται, θρηνούν τα παιδιά τους που χάθηκαν σε άμβλωση. Απαιτείται μια πιο προσεκτική προσέγγιση και μια πιθανή αναθεώρηση του νόμου για την άμβλωση μπορεί να είναι χρήσιμη. Η συμβουλευτική για τις γυναίκες και τους άνδρες συντρόφους τους πρέπει να παρέχεται από κρατικούς οργανισμούς. Η σαφήνεια της σκέψης, της συμπάθειας και της κατανόησης είναι προϋποθέσεις προκειμένου να επιτευχθεί μια λύση που να σέβεται την προσωπικότητα τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα συντρόφου της.⁵⁵

Η μάχη υπέρ και κατά των άμβλώσεων αποτελεί ένα διαρκές και πρόσφορο πεδίο αντιπαράθεσης στις ΗΠΑ και τώρα ένας νέος νόμος που υιοθετήθηκε στην Πολιτεία του Αρκάνσας, έρχεται να ρίξει βάρος στην γνώμη του πατέρα και να «σαλπίζει» την έναρξη μιας ακόμη σκληρής αντιπαράθεσης. Σύμφωνα με την νέα νομοθεσία και την αποκαλούμενη νομοθετική Πράξη 45, Unborn Child Protection From Dismemberment Abortion Act, ο σύζυγος μιας εγκύου θα έχει το δικαίωμα να την εμποδίσει να κάνει έκτρωση ακόμη και σε περιπτώσεις βιασμού της γυναίκας από τον ίδιο. Δυνατότητα αποτροπής της άμβλωσης θα έχουν και οι γονείς η κηδεμόνες ανήλικων κοριτσιών. Οι σύζυγοι μάλιστα θα μπορούν ακόμη και να διεκδικήσουν, μέσω αγωγής, χρηματική αποζημίωση από τη γυναίκα τους εκτός από τις περιπτώσεις βιασμού που θα πρέπει να περιοριστούν στα ένδικα μέσα που θα τους επιτρέπουν να εμποδίσουν την άμβλωση.⁵⁶

Παρακάτω ακολουθούν προσωπικές αφηγήσεις αντρών, αφότου οι σύντροφοι τους κατέληξαν σε άμβλωση, και πώς αυτοί το βίωσαν.

«Πριν από περίπου 22 χρόνια, υπέκυψα στο αίτημα της κοπέλας μου να κάνει άμβλωση περίπου την 5^η εβδομάδα. Ο πόνος αυτής της απόφασης με στοιχειώνει ακόμα σήμερα. Πώς θα έμοιαζε το παιδί μου; Ήταν αγόρι ή κορίτσι; Μπορώ να φανταστώ ότι περπατώ και μιλάω με το παιδί μου... παρακολουθώντας τα πρώτα του βήματα... κρατώντας το όταν κλαίει και να χαίρομαι μαζί του όταν τα καταφέρνει. Αλλά αυτά είναι απλά όνειρα στο μυαλό μου, όνειρα που με αφήνουν συχνά συντετριμμένο. Η μετάνοια είναι ένας από τους πιο δύσκολους πόνους γιατί είναι μια διαρκής υπενθύμιση ότι αποτύχαμε.»

«Χωρίσαμε περίπου έξι μήνες αργότερα, αλλά η άμβλωση με στοιχειώνει για πολύ καιρό. Όταν ήμουν νεότερος, έκανα ναρκωτικά και σκεφτόμουν το παιδί που θα μπορούσα να είχα. Ένιωσα σαν το χειρότερο άνθρωπο στον κόσμο. Αυτό το παιδί θα ήταν επτά ή οκτώ χρονών τώρα. Τι θα γινόταν αν ήταν πολύ καλός/ή μαθητής/τρια και συνέχιζαν να κάνει κάτι καταπληκτικό; Μέρος το εαυτού μου εξακολουθεί να αισθάνεται ανανδρος... Είμαι υπέρ της επιλογής του να αποφασίζει να κάνει έκτρωση μια γυναίκα, αλλά νιώθω απολύτως εγωιστής που σκέφτηκα περισσότερο για το πώς θα πληρώσω για την έκτρωση από μια πιθανή ζωή που θα μπορούσε να έχει επηρεάσει τόσους πολλούς άλλους. Ίσως το μόνο που έπρεπε να κάνουμε ήταν να παλέψουμε για να λειτουργήσει, αλλά αντ' αυτού, επιλέξαμε να μην δοκιμάσουμε καν. Δεν νομίζω ότι αξίζω ποτέ να έχω άλλο παιδί. Θα υιοθετήσω στο μέλλον γιατί αισθάνομαι ότι έχω χάσει το προνόμιο να βοηθήσω ώστε να δημιουργηθεί μια ζωή.»

«Δεν καταλαβαίνω πώς μπόρεσε η γυναίκα μου να κάνει κάτι τέτοιο. Δεν είχαμε οικονομικά προβλήματα. Δεν είχαμε οικογενειακά προβλήματα. Τα δύο παιδιά μας ήταν στο

σχολείο, οπότε δεν υπήρχε κανένας λόγος για τον οποίο δεν θα μπορούσαμε να έχουμε το μωρό. Εκτός ότι δεν το ήθελε. Κάτι πέθανε μέσα μου εκείνο το πρωί και δεν μπορώ να δω τη γυναίκα μου όπως τη συνήθιζα να τη βλέπω. Δεν ξέρω αν μπορούμε να επιβιώσουμε αυτό.»⁵⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

5.1. Λόγοι και παράγοντες που οδηγούν στην άμβλωση

Οι περισσότερες ερωτηθέντες σε μια έρευνα για γυναίκες που είχαν λάβει άμβλωση το 1987 δήλωσαν ότι περισσότεροι από ένας παράγοντες είχαν συμβάλει στην απόφασή τους να κάνουν άμβλωση. Ο μέσος αριθμός λόγων ήταν σχεδόν τέσσερις. Τα τρία τέταρτα δήλωσαν ότι η κατοχή μωρού θα παρέμβαινε στην εργασία, στο σχολείο ή σε άλλες ευθύνες, περίπου τα δύο τρίτα δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί και περίπου μισό του ποσοστού δήλωσε ότι δεν ήθελαν να μεγαλώσουν μόνοι τους το παιδί ή είχαν προβλήματα στη σχέση τους.

Μια πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι νέοι έφηβοι έχουν 32% περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες άνω των 18 ετών να πουν ότι δεν ήταν αρκετά ώριμοι για να μεγαλώσουν ένα παιδί και 19% πιο πιθανό να πουν ότι οι γονείς τους ήθελαν να κάνουν άμβλωση. Οι άγαμες γυναίκες είχαν 17% περισσότερες πιθανότητες από ότι οι παντρεμένες γυναίκες να κάνουν άμβλωση για να αποτρέψουν άλλους να μάθουν ότι είχαν έρθει σε σεξουαλική επαφή ή ότι έμειναν έγκυες. Από τις γυναίκες που έκαναν άμβλωση σε κύηση 16 ή περισσότερων εβδομάδων, το 71% αποδίδει την καθυστέρησή τους στο ότι δεν συνειδητοποίησαν ότι ήταν έγκυες ή δεν γνώριζαν αρκετά σύντομα την πραγματική διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Σχεδόν οι μισές καθυστέρησαν λόγω του προβλήματος στην οργάνωση της άμβλωσης, συνήθως επειδή χρειάζονταν χρόνο για να συγκεντρώσουν χρήματα. Το ένα τρίτο δεν είχε κάνει άμβλωση νωρίτερα επειδή φοβόντουσαν να πουν στον σύντροφό τους ή στους γονείς τους ότι ήταν έγκυες. Μια πολυπαραγοντική ανάλυση αποκάλυψε ότι οι ερωτηθέντες κάτω των 18 ετών είχαν 39% περισσότερες πιθανότητες από ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες να είχαν καθυστερήσει την άμβλωση επειδή φοβόντουσαν να μιλήσουν στους γονείς ή το σύντροφό τους.⁵⁸

Παρέμβαση στο σχολείο ή στη σταδιοδρομία, και έλλειψη ετοιμότητας για ένα παιδί ή άλλο παιδί.

Υψηλότερα ποσοστά νεότερων γυναικών, γυναικών χωρίς παιδιά και γυναικών που δεν έχουν παντρευτεί, εντόπισαν την παρέμβαση στην εκπαίδευση ή την εργασία και την απροθυμία ενός παιδιού ή άλλου παιδιού ως λόγους για άμβλωση, σε σύγκριση με τους αντίστοιχους. Ακόμη και μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και των γυναικών που είχαν παιδιά, ωστόσο, περίπου το ένα τρίτο ανέφερε τη διακοπή του σχολείου ή της εργασίας. Ένα υψηλότερο ποσοστό των πιο μορφωμένων γυναικών από ότι των λιγότερο μορφωμένων γυναικών έδωσε αυτόν τον λόγο.

Οι γυναίκες που είχαν παιδιά είχαν λιγότερες πιθανότητες από αυτές που δεν είχαν παιδιά να δώσουν αυτούς τους λόγους. Επιπλέον, οι γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω είχαν πολύ λιγότερες πιθανότητες από εκείνες των 17 ετών και κάτω να αναφέρουν εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές παρεμβολές.

Το να μην έχεις παιδιά ήταν επίσης ο βασικός παράγοντας πρόβλεψης της απροθυμίας για ένα παιδί ή άλλο παιδί: Οι γυναίκες με παιδιά είχαν μειωμένες πιθανότητες να αναφέρουν

αυτούς τους λόγους. Το γεγονός ότι οι αναλογίες πιθανοτήτων για γυναίκες με ένα, δύο και τρία ή περισσότερα παιδιά είναι παρόμοια υποδηλώνει ότι η ακαταλληλότητα συνδέεται στενότερα με την έναρξη της τεκνοποίησης παρά με τον περιορισμό του αριθμού των παιδιών.

Λιγότεροι από τις μισές ερωτηθέντες δήλωσαν ότι η απόκτηση μωρού τη δεδομένη στιγμή θα τις εμπόδιζε να εκπληρώσουν τους στόχους τους ή ότι δεν ήταν έτοιμες να αποκτήσουν ένα παιδί. Η πλειοψηφία αυτών των γυναικών ήταν νεαρές, οι φιλοδοξίες τους ήταν κυρίως εκπαιδευτικές. Πολλές γυναίκες που έδωσαν έναν από αυτούς τους λόγους δήλωσαν ότι ήταν πολύ μικρές για να αποκτήσουν παιδιά και ένιωθαν ότι «μόλις ξεκινούσαν» στη ζωή τους. Οι περισσότερες διαμόρφωσαν την απόφασή τους ως προς την επιθυμία να αποκτήσουν παιδιά αργότερα, όταν θα μπορούσαν να παρέχουν στα παιδιά τους ό,τι χρειαζόνταν.

Οικονομικές δυσκολίες

Υψηλότερα ποσοστά γυναικών που ήταν άγαμες ή συζούσαν, μη λευκές, φτωχότερες και άνεργες δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί τη δεδομένη στιγμή. Αυτός ο λόγος δόθηκε επίσης πιο συχνά από νέες έφηβες και γυναίκες ηλικίας 20-24. Μερικά από αυτά τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν πιθανώς αλληλεπικαλυπτόμενη επίδραση. Για παράδειγμα, οι νέες γυναίκες είναι πιθανό να είναι άγαμες, και οι φτωχές γυναίκες είναι πιθανό να είναι άνεργες. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η οικογενειακή κατάσταση και οι δύο οικονομικές μεταβλητές παρέμειναν σημαντικές: Οι γυναίκες που ήταν παντρεμένες, οι οποίες ήταν στην κατηγορία με το υψηλότερο εισόδημα και είχαν απασχοληθεί είχαν μειωμένη πιθανότητα να λένε ότι δεν μπορούσαν να αποκτήσουν ένα μωρό.

Στο ποιοτικό δείγμα, των γυναικών που δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί τώρα, η πλειοψηφία είχε ήδη παιδιά. Οι οικονομικές δυσκολίες περιελάμβαναν την απουσία υποστήριξης από τον πατέρα είτε της τρέχουσας εγκυμοσύνης είτε των άλλων παιδιών της γυναίκας, αναμένοντας να μην είναι σε θέση να συνεχίσουν να εργάζονται ή να βρουν εργασία ενώ είναι έγκυες ή να φροντίσουν ένα νεογέννητο, χωρίς να έχουν τους πόρους για να υποστηρίξουν ένα παιδί του οποίου η σύλληψη δεν είχε προγραμματιστεί και δεν είχε ασφάλιση υγείας. Οι ερωτηθέντες που έδωσαν οικονομικούς λόγους για την έκτρωση συχνά ανέφεραν ότι αισθάνονταν άγχος και πίεση στο όριο των τρεχόντων πόρων τους.

Προβλήματα ανύπαντρων μητέρων και σχέσεων

Όπως ήταν αναμενόμενο, υψηλότερα ποσοστά ανύπαντρων γυναικών που δεν συγκατοικούσαν (συμπεριλαμβανομένων και των πρώην παντρεμένων και των ποτέ παντρεμένων γυναικών) από ότι των συγκατοίκων ή των παντρεμένων γυναικών ανέφεραν φόβο για προβλήματα μητρότητας ή σχέσης. Πολυπαραγοντική ανάλυση διαπίστωσε ότι οι πρώην παντρεμένες, που δε συγκατοικούσαν είχαν αυξημένες πιθανότητες να δώσουν αυτόν τον λόγο, ενώ οι παντρεμένες, που συγκατοικούσαν, γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες.

Περισσότερες από τις μισές γυναίκες στο ποιοτικό δείγμα ανέφεραν ανησυχίες σχετικά με τη σχέση τους ή τη μητρότητα ως λόγο για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης. Τα προβλήματα σχέσης περιελάμβαναν το αλκοόλ του συντρόφου, τη σωματική κακοποίηση, την απιστία, την αξιοπιστία, την ανωριμότητα και την απουσία (συχνά λόγω φυλάκισης ή ευθύνης έναντι των άλλων παιδιών του). Πολλές από αυτές τις γυναίκες απογοητεύτηκαν επειδή ο σύντροφός τους αντέδρασε στην εγκυμοσύνη αρνούμενος την πατρότητα, διακόπτοντας την επικοινωνία μαζί τους ή λέγοντας ότι δεν ήθελε παιδί. Ένας μικρός αριθμός

γυναικών δήλωσε ότι βρίσκονταν σε νέες σχέσεις και ότι ήταν πολύ νωρίς να αποκτήσουν παιδί με τον σύντροφό τους. Οι περισσότεροι που έδωσαν αυτόν τον λόγο είχαν ήδη παιδιά. Ανέφεραν πόσο δύσκολο ήταν να μεγαλώσουν τα παιδιά μόνες τους και πόσο δύσκολο θα ήταν να προσθέσουν ένα άλλο παιδί στις οικογένειές τους. Μερικές αισθάνθηκαν εξαντλημένες και μόνες. Ορισμένες γυναίκες δήλωσαν ότι ήταν άδικο για τα παιδιά τους να τα μεγαλώνουν χωρίς πατέρα.

Ολοκληρωμένη τεκνοποίηση και ευθύνη έναντι εξαρτώμενων ατόμων

Η διμερή ανάλυση αυτών των λόγων αποκάλυψε κάποιες αναμενόμενες σχέσεις: Υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων γυναικών, γυναικών με παιδιά και γυναικών που ήταν παντρεμένες, καθώς και εκείνων που είχαν προηγουμένως παντρευτεί και δεν συγκατοικούσαν, ανέφεραν την ολοκλήρωση της τεκνοποίησης ή έχουν ήδη εξαρτώμενα άτομα ως λόγο για άμβλωση. Το ποσοστό που αναφέρει αυτούς τους λόγους αυξήθηκε με την ηλικία. Αυτοί οι λόγοι δόθηκαν πιο συχνά από μαύρες και ισπανικές γυναίκες και από φτωχότερες και λιγότερο μορφωμένες γυναίκες.

Συνδυάζοντας όλους τους λόγους που αναφέρονται σε άλλα άτομα ή σε μελλοντικά παιδιά, το 74% των γυναικών, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον των δύο τρίτων των γυναικών σε κάθε ηλικία, ισότητα, σχέση, φυλετικό, εισόδημα και κατηγορία εκπαίδευσης, εντόπισε ανησυχία για ή ευθύνη έναντι άλλων ατόμων ως παράγοντας στην απόφασή τους. Εννέα στις 10 από αυτές τις γυναίκες ανέφεραν την αδυναμία τους να φροντίσουν ένα παιδί σε αυτό το στάδιο της ζωής τους ή την ποιότητα ζωής που θα μπορούσαν να προσφέρουν για ένα άλλο παιδί, και 45% από αυτές ανέφεραν ανησυχία για άλλα άτομα, συνήθως τα παιδιά τους.

Μια αρχική πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι, όπως θα αναμενόταν, οι γυναίκες με παιδιά είχαν απότομα αυξημένες πιθανότητες να δηλώσουν ότι είχαν ολοκληρώσει την τεκνοποίηση ή ότι είχαν παιδιά ή άλλους ανάλογα με αυτά. Αυτή η μεταβλητή ξεπέρασε τον αντίκτυπο άλλων μεταβλητών. Γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω, παντρεμένες και πρώην παντρεμένες γυναίκες, μαύρες γυναίκες και φτωχότερες ή λιγότερο μορφωμένες γυναίκες είχαν αυξημένες πιθανότητες να δώσουν αυτούς τους λόγους.

Μερικοί ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έληξαν αυτή την εγκυμοσύνη επειδή δεν ήθελαν άλλα παιδιά. Οι γυναίκες ανέφεραν οικονομικούς λόγους, την ηλικία και την υγεία τους, που δεν ήθελαν να "ξεκινήσουν ξανά" και είχαν ήδη παιδιά και των δύο φύλων. Πολλοί ανέφεραν ότι ο ερχομός ενός άλλου μωρού θα στερούσε στα παιδιά που είχαν ήδη οικονομικούς, συναισθηματικούς και χρονικούς πόρους. Οι ανησυχίες των γυναικών κυμαίνονταν από τις ανησυχίες για την υγεία τους, για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών ή των σοβαρών αναπηριών των παιδιών τους, έως την έλλειψη επαρκούς χώρου γέννησης.

Υγεία του εμβρύου και προσωπική υγεία

Χαμηλότερες αναλογίες μαύρων και Ισπανίδων γυναικών από ότι των λευκών ανέφεραν πιθανά προβλήματα που επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου ως λόγο για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης τους. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι μαύρες γυναίκες είχαν μειωμένες πιθανότητες να αναφέρουν αυτόν τον λόγο. Επιπλέον, οι γυναίκες σε 13 ή περισσότερες εβδομάδες κύησης είχαν αυξημένες πιθανότητες να αναφέρουν την υγεία του εμβρύου σε σύγκριση με εκείνες που είχαν λιγότερες από επτά εβδομάδες κύησης.

Η ανησυχία για την υγεία ενός από των δύο ήταν ένας πιο κοινός λόγος για έκτρωση μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και εκείνων με παιδιά. Αναφέρθηκε λιγότερο συχνά από

γυναίκες που δεν ήταν ποτέ παντρεμένες και δε συζούσαν. Οι γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω είχαν πολύ υψηλές πιθανότητες να αναφέρουν τη δική τους υγεία σε σύγκριση με τη νεότερη ηλικιακή ομάδα. Επιπλέον, οι γυναίκες που ζουν σε ποσοστό άνω του 150% στο επίπεδο φτώχειας ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν τη δική τους υγεία από ότι οι γυναίκες που ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας.

Οι ανησυχίες μιας γυναίκας για την υγεία της ή πιθανά προβλήματα υγείας του εμβρύου αναφέρθηκαν ως λόγοι για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης της από το ένα τέταρτο του ποιοτικού δείγματος. Οι γυναίκες που ένιωθαν ότι η υγεία του εμβρύου τους είχε παραβιαστεί ανέφεραν ανησυχίες όπως η έλλειψη προγεννητικής φροντίδας, ο κίνδυνος γενετικών ανωμαλιών λόγω της προχωρημένης ηλικίας, το ιστορικό αποβολών, η χρήση κοκαΐνης στη μητέρα και η έκθεση του εμβρύου σε συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι ανησυχίες για την προσωπική υγεία περιελάμβαναν χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις όπως κατάθλιψη, προχωρημένη ηλικία της μητέρας και η προεκλαμψία. Συνήθως, ωστόσο, οι γυναίκες ανέφεραν ότι αισθάνονταν πολύ άρρωστες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να εργαστούν ή να φροντίσουν τα παιδιά τους.^{58,59,60}

5.2. Επιπλοκές-Επιπτώσεις στη σωματική υγεία της γυναίκας

Κάθε χρόνο, 40.000 έφηβα κορίτσια στην χώρα μας προχωρούν σε επέμβαση έκτρωσης, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, με τον συνολικό αριθμό να υπολογίζεται ότι ανέρχεται στις 300.000. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, προκύπτει επίσης ότι οι μισές έφηβες ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή πριν από τα 17 έτη, καθώς και ότι πάνω από το 70% των εφήβων ηλικίας 14-16 ετών έχει κάποιας μορφής σεξουαλική δραστηριότητα. Η θλιβερή αυτή πρωτιά συνδυάζεται τα τελευταία χρόνια με όλο και λιγότερες γεννήσεις, σύμφωνα με στοιχεία που ανακοινώνει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Την ίδια ώρα, τα συμπεράσματα των επιστημονικών μελετών, καταδεικνύουν ότι οι συνέπειες μίας έκτρωσης αποτυπώνονται τόσο στην ψυχή όσο και στο σώμα των κοριτσιών, με τις τελευταίες να είναι είτε προσωρινές είτε μόνιμες.⁶¹

Οι συνέπειες μιας έκτρωσης, σύμφωνα με τα συμπεράσματα των επιστημονικών μελετών, είναι σωματικές και ψυχολογικές. Οι σωματικές μπορεί να είναι προσωρινές, μακράς διάρκειας ή μόνιμες. Στις προσωρινές υπάγονται οι επιμολύνσεις, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, οι αιμορραγίες, η διάτρηση της μήτρας, ο τραυματισμός του εντέρου, η ρήξη του τραχήλου της μήτρας και ο τραυματισμός του ουρητήρα. Στις μόνιμες παρενέργειες η πιο συχνή είναι η στειρότητα, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 3% μέχρι 5% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση. Ακόμη τα τελευταία χρόνια, σημαντικές μελέτες Αμερικανών επιστημόνων, ενοχοποιούν τις εκτρώσεις για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁶²

Θάνατος

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

Καρκίνος του μαστού

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

Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος

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

Διάτρηση της μήτρας

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

Ρήξη του τραχήλου

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

Προδρομικός πλακούντας

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

Εξωμήτριος κύηση

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

Πυελική φλεγμονή

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

Άμεσες επιπλοκές

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

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

Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες

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

Αμβλωση και επακόλουθη στειρότητα

Κλινικά, η στειρότητα ορίζεται σήμερα ως 1 έτος ανεπιθύμητης μη σύλληψης με απροστάτευτη σεξουαλική επαφή στη γόνιμη φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου. Μετά από 48 μήνες μη προστατευμένης επαφής χωρίς επιτυχημένη εγκυμοσύνη, περίπου το 5% των ζευγαριών είναι σίγουρα στείρο, με σχεδόν μηδενική πιθανότητα να υπάρξει αυθόρμητη εγκυμοσύνη στο μέλλον. Μετά τη διακοπή κυήσεως υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης της μήτρας. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να αναπτυχθούν συμφύσεις στη μήτρα, το λεγόμενο

Σύνδρομο Άσερμαν. Η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί περαιτέρω στις σάλπιγγες και τις ωοθήκες και να γίνει πυελική φλεγμονή, η οποία μπορεί να φράξει τις σάλπιγγες και να δημιουργήσει υπογονιμότητα.^{63,64}

Επιπλοκές φαρμακευτικής έκτρωσης

Το 2015, 218.000 γυναίκες στη Γαλλία έκαναν έκτρωση, 52% έγιναν μέσω φαρμακευτικών διαδικασιών. Αν και αυτός ο αριθμός παρέμεινε σταθερός για πολλά χρόνια, το ποσοστό των ιατρικών αμβλώσεων με την χρήση μισοπροστόλης στο σπίτι έχουν αυξηθεί από το 2004, όταν οι γιατροί είχαν την άδεια να προσφέρουν ιατρική άμβλωση στην ιδιωτική τους πρακτική, υπό την προϋπόθεση ότι είχαν υπογράψει μια συμφωνία με ένα νοσοκομείο παραπομπής. Η ασφάλεια και η αποδοχή της ιατρικής άμβλωσης είναι καλά καθιερωμένη και το κοιλιακό άλγος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας είναι καλά τεκμηριωμένο. Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την ένταση του πόνου και οι κατάλληλες θεραπείες ανακούφισης του πόνου είναι σπάνιες. Επίσης, και η φαρμακευτική μέθοδος έχει επιπλοκές που μπορεί να γίνουν αρκετά σοβαρές. Συνήθως παρουσιάζεται αιμορραγία για αρκετές ημέρες και πόνος. Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις η μέθοδος μπορεί να αποτύχει και να οδηγηθούμε και πάλι στη χειρουργική μέθοδο.

Ο πόνος παραμένει η κύρια παρενέργεια της φαρμακευτικής άμβλωσης. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες σχετικά με την εκτίμηση του πόνου και την αποτελεσματικότητα των αναλγητικών θεραπειών σε γυναίκες που χρησιμοποιούν μισοπροστόλη στο σπίτι για ιατρική έκτρωση, προκειμένου να βελτιωθεί η φροντίδα τους και να βελτιωθούν οι κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε στοιχεία.⁶⁵

5.3. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η άμβλωση σχετίζεται με μείωση τόσο της συναισθηματικής όσο και της σωματικής υγείας. Για ορισμένες γυναίκες αυτά τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να είναι πολύ δυνατά και μπορεί να εμφανιστούν μέσα σε λίγες μέρες ή μετά από πολλά χρόνια. Αυτή η ψυχολογική απόκριση είναι μια μορφή διαταραχής μετατραυματικού στρες. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις υπάρχουν πριν από την έκτρωση, κατά τη διάρκειά της και μετά από αυτή. Πριν από την επέμβαση είναι συχνό το φαινόμενο γυναικών που βασανίζονται από αμφιβολίες σε σχέση με την ορθότητα ή μη της απόφασης για μια έκτρωση, με συνέπεια να καταλαμβάνονται από φόβο, άγχος, αϋπνίες και ενοχές. Το άγχος, οι φόβοι και οι ενοχές συνοδεύουν συνήθως τις γυναίκες και κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Μερικές, μάλιστα, εκμυστηρεύτηκαν αργότερα ότι η εμπειρία της έκτρωσης ήταν πολύ οδυνηρή γι' αυτές.⁶²

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν πραγματοποιηθεί συζητήσεις σχετικά με τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές συνέπειες του δικαιώματος στην άμβλωση. Η άμβλωση είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο που συνδέεται με διαφορετικές πτυχές της δημόσιας υγείας. Αν και οι αρνητικές συνέπειες θεωρείται ότι συμβαίνουν μετά την άμβλωση, οι περισσότερες από τις γυναίκες που αποφασίζουν να τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους παρουσιάζουν αρκετά σημάδια ανακούφισης. Για παράδειγμα, μπορεί να συμβεί μείωση των σημείων άγχους και κατάθλιψης κατά τον πρώτο μήνα μετά την έκτρωση. Στην πραγματικότητα, η κρίσιμη στιγμή είναι η περίοδος πριν από την άμβλωση. Σε αυτήν τη φάση, πραγματοποιούνται οι περισσότερες ψυχιατρικές και ψυχολογικές εκδηλώσεις. Επιπλέον, οι πρόσφατες μελέτες ενισχύουν τη σημασία αντιμετώπισης των συνεπειών της

άμβλωσης με μια διεπιστημονική προσέγγιση που ενσωματώνει σωματικά και ψυχολογικά στοιχεία.⁶⁶

Από την άποψη του άγχους και της αντιμετώπισης, μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θεωρείται ως ένα γεγονός που μπορεί να είναι πρόκληση ή μια κατάσταση άγχους. Οι περιστάσεις γύρω από τη σύλληψη σε συνδυασμό με τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς πόρους μιας γυναίκας παρέχει το πλαίσιο που θα επηρεάσει τη στάση μιας γυναίκας στην εγκυμοσύνη της. Ο τερματισμός μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσει το άγχος που προκαλείται από την εμφάνιση της εγκυμοσύνης και των σχετικών συμβάντων. Ταυτόχρονα, η άμβλωση μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μια αγχωτική κατάσταση. Όπως με την εγκυμοσύνη, οι περιστάσεις που περιβάλλουν την άμβλωση, π.χ. τα συναισθήματα μιας γυναίκας για την ηθική της άμβλωσης, υποστήριξη από τον σύντροφο και άλλους που βρίσκονται κοντά στη γυναίκα, και την πραγματική εμπειρία που έχει βιώσει σχετικά με την άμβλωση, είναι πιθανό να επηρεάσουν τις μεταγενέστερες αντιδράσεις.⁶⁷

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι περίπου λιγότερο από το 50% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% είχε μετανιώσει για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα.⁶⁸ Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκεπτόταν ψυχίατρο.⁶⁹ Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις.⁷⁰ Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.⁷¹

5.3.1. Μετεκτροτικό σύνδρομο - “Post-abortion Syndrome”

Το μετεκτροτικό σύνδρομο (ΜΣ), είναι μια ψευδο-επιστημονική ψυχολογική διαταραχή με βάση τη Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή που χρησιμοποιείται συνήθως από ακτιβιστές κατά των αμβλώσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ. Ισχυρίζονται ακτιβιστές κατά της άμβλωσης ότι το ΜΣ επηρεάζει τις γυναίκες που έχουν κάνει αμβλώσεις, οδηγώντας τις να βιώσουν μια σειρά αρνητικών ψυχολογικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων. Οι ακτιβιστές κατά των αμβλώσεων των ΗΠΑ έχουν προσπαθήσει όλο και περισσότερο να επεκτείνουν τις αξιώσεις του ΜΣ για να συμπεριλάβει και τους άνδρες, υποστηρίζοντας ότι οι άνδρες υποφέρουν από μια συγκεκριμένη έκδοση του ΜΣ που βασίζεται στο φύλο από τις αμβλώσεις των συζύγων και των φίλων τους. Συμπτώματα του ΜΣ που πιθανώς επηρεάζουν και τους άνδρες και τις γυναίκες συμπεριλαμβάνουν κατάθλιψη, σοβαρή ενοχή, προβλήματα σχέσης, προβλήματα στο δέσιμο με υπάρχοντα ή μελλοντικά παιδιά και εθισμός σε ναρκωτικά ή αλκοόλ. Τα συμπτώματα του ΜΣ ισχυρίζεται ότι είναι συγκεκριμένα στους άνδρες συμπεριλαμβανομένων μια αίσθηση αδυναμίας σε σχέση με τις γυναίκες, αδικαιολόγητη επιθετικότητα και θυμό, σεξουαλική αμεσότητα,

ανικανότητα, εθισμός στην πορνογραφία και την ανικανότητα για την εκπλήρωση των ρόλων του συζύγου και του πατέρα.⁷²

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (ΜΑΔ). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης.⁷³ Η ΜΑΔ είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η ΜΑΔ εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της ΜΑΔ μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.⁷⁴

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κυήσεώς τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου.⁷⁵ Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην ΜΑΔ είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκτρωτικό Σύνδρομο.

Τα κύρια συμπτώματα της ΜΑΔ

- Υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

Υπερδιέγερση είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών “φυγής ή πάλης”. Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορση, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας, για παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού.

Παρείσδυση είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του ΜΣ είναι τα εξής: ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση, αναδρομές, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την

έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης.

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής, προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις μετεκτρωτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως: αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της έκτρωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της έκτρωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις, ιδιαίτερα αποξένωση απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την έκτρωση, αποφυγή των παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής, για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής.

Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση.⁷⁶ Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση), κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα της ΜΑΔ. Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων της ΜΑΔ μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια.⁷⁷

- Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή

Το 30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων.⁷⁸

- Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μία φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.⁷⁹

- Αύξηση συμπεριφορών που θέτουν τον εαυτό σε κίνδυνο

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιόδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία.⁷⁸ Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν

περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.⁸¹ Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινόπνευματος από τις γυναίκες.⁸² Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματων, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία. Επίσης, συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών.⁸³ Για ορισμένες γυναίκες, το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.⁸⁴

- Παραμέληση ή κακοποίηση παιδιών

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.⁸⁵

- Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός.⁸⁶

- Πολλαπλές εκτρώσεις

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνειδητής επιθυμίας υποκατάστατης κυήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.⁸⁷ Ενώ αντίθετα σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται και η έντονη επιθυμία για άμεση εγκυμοσύνη, με τη σκέψη ότι έτσι θα αντικατασταθεί το παιδί που χάθηκε παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση εξακολουθούν να υπάρχουν.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος του τραύματος των αμβλώσεων σε γυναίκες, άνδρες και παιδιά είναι πολύ πιο περίπλοκος από ό,τι προηγουμένως συνειδητοποιήθηκε. Ελαττωματικές μελέτες και η πολιτική πίεση έχουν δημιουργήσει ένα πληροφοριακό έλλειμμα σχετικά με το τραύμα μετά την έκτρωση, είναι απαραίτητο να επανεξεταστούν διεξοδικά οι συνέπειες της αμβλώσεως. Αποτυχία αυτών μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αμβλώση που θα μπορούσαν να είναι επιζήμιες γι' αυτές, αποφάσεις που δεν έχουν ενημερωμένη συγκατάθεση και ελεύθερη επιλογή.

Υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για εξειδικευμένη θεραπεία αποκατάστασης μετά την έκτρωση όπως μοντέλα και υπηρεσίες, για παράδειγμα, κέντρα παροχής συμβουλών μετά την έκτρωση, υποστήριξη από ομάδες και εκπαιδευτικά εργαστήρια τόσο για το ευρύ κοινό όσο και για τους επαγγελματίες.⁸⁸

5.3.2. Ρόλος της οικογένειας και του συντρόφου

Ο υποψήφιος πατέρας είναι πιθανό να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην απόφαση για τον τοκετό ή την άμβλωση. Είναι καλά αναγνωρισμένο ότι η στάση του συζύγου ή του συντρόφου απέναντι στην εγκυμοσύνη μπορεί να επηρεάσει έντονα την απόφαση της άμβλωσης μιας γυναίκας. Εάν υπάρχει επαρκής πρακτική-συναισθηματική υποστήριξη, μελέτες δείχνουν ότι πάνω από το 80% των γυναικών θα επιλέξουν να μη συνεχίσουν σε άμβλωση. Όταν μια γυναίκα είναι έγκυος εκτός γάμου και δε λαμβάνει βοήθεια από τον πατέρα του μωρού ή ο σύζυγος ή ο σύντροφος δεν θέλει το μωρό που μεταφέρει, πιθανότατα θα αισθανθεί ή θεωρήσει την άμβλωση ως την καλύτερη ή μοναδική επιλογή.

Στις προ-βιομηχανικές κοινωνίες, η γυναικεία στάση απέναντι στη μητρότητα φαίνεται να καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ανδρική στάση απέναντι στην πατρότητα, ακόμη και όταν τα παιδιά είναι επιθυμητά και οι γόνιμες γυναίκες εκτιμώνται πολύ. Ακόμα και όταν οι γυναίκες ματαιώνουν «με τη δική τους ελεύθερη βούληση», συμπεριλαμβανομένου του τύπου που ματαιώνονται παρά τη διαμάχη, ή ως αποτέλεσμα οικιακής διαμάχης, το κάνουν υπό τον αντίκτυπο μιας γνήσιας ή αναμενόμενης ανδρικής συμπεριφοράς. Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται απεγνωσμένα ο σύντροφος ή σύζυγος να δείξει μια καθησυχαστική στάση ότι όλα θα λειτουργήσουν, ότι θα προστατεύει και θα φροντίζει για αυτήν και το παιδί.

Τα σενάρια για τους άνδρες, είναι πολλά και ποικίλα και το καθένα φέρει μαζί του μια πιθανή κληρονομιά του πόνου και του πόνου. Οι πατέρες εμπλέκονται σε μια άμβλωση με έναν από τους πέντε τρόπους:

- Ενθαρρύνουν ή υποστηρίζουν τη γυναίκα να κάνει άμβλωση - ήξερα ότι ήταν έγκυος και υποστήριξα πλήρως την απόφασή της
- Τον πιέζουν να ματαιώσει - ήξερα ότι ήταν έγκυος και την ενθάρρυνα να κάνει την άμβλωση. Ήθελε να έχει το μωρό της
- Την εγκατέλειψαν για να πάρει την απόφαση μόνη της - ήξερα ότι ήταν έγκυος αλλά την εγκατέλειψα. Ήταν ευθύνη της, όχι δική μου.
- Αντίθετα με επιτυχία στην απόφαση - ήξερα ότι ήταν έγκυος. Δεν συμφώνησα με την απόφαση ματαιώσης, αλλά τα πήγαινα καλά γιατί ήταν το σώμα της και αυτό έμοιαζε να θέλει. Ήξερα ότι ήταν έγκυος και προσπάθησα να την σταματήσω να κάνει άμβλωση, αλλά δεν μπορούσα.
- Μαθαίνουν για την άμβλωση μόνο αφού συνέβη - δεν έμαθα για την εγκυμοσύνη και την άμβλωση μέχρι να τελειώσει. Δεν το είπα.

Μερικοί άνδρες είναι παθητικοί και δεν λένε τίποτα ούτε αποκαλύπτουν τι πραγματικά σκέφτονται ή αισθάνονται. Αυτό μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην πεποίθηση ότι η απόφαση για τεκνοποίηση ή έκτρωση ανήκει στη γυναίκα ή θεωρούν ότι το νομικό τους καθεστώς υπαγορεύει το πλαίσιο μιας τέτοιας προσέγγισης. Μπορούν τότε, μερικές φορές κατά λάθος, να μεταφέρουν μια στάση αδιαφορίας ή εγκατάλειψης στον έγκυο σύντροφό τους.

Η σκέψη του να έχεις ένα μωρό μπορεί να εκληφθεί ως απειλή και μπορεί να αισθανθεί ευκολότερο να κάνεις μια άμβλωση παρά να έχεις ένα παιδί. Μερικοί άνδρες αγωνίζονται, και ίσως δεν μπορούν να δεχτούν την εγκυμοσύνη. Εάν ένας άντρας είναι ψυχολογικά συγκλονισμένος από την εγκυμοσύνη του συντρόφου του, μπορεί να προσπαθήσει να ξεφύγει από την αγωνία που δημιουργεί η κατάσταση και να αποφύγει ή να αποκολληθεί από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Οι άνδρες μπορεί να έχουν παραμελήσει τις δικές τους ανάγκες κατά τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης, όταν μια γυναίκα μπορεί να γίνει πιο εσωτερική, όχι τόσο προσεκτική ή ανταποκρινόμενη. Μερικοί άνδρες βιώνουν δυσαρέσκεια και θυμό, που μπορεί να εκφραστούν με την απόκρυψη ενδιαφέροντος και αγάπης, ή να παίζουν με τις ευπάθειές της, ανησυχία για το σχήμα του σώματος και ανάγκη για διαβεβαίωση ότι αγαπάται. Ένας ναρκισσιστής μπορεί να αντιληφθεί το αγέννητο παιδί ως αντίπαλο για την αγάπη της συντρόφου ή της συζύγου του και μπορεί να γίνει εχθρικός με τη μητέρα ή το μωρό.

Οι ιστορικές εμπειρίες για έναν άνδρα μπορούν να επηρεάσουν τη στάση του στις σεξουαλικές σχέσεις και την ετοιμότητά του για τη ζωή-ευθύνη της πατρότητας ή για μακροχρόνιες σχέσεις. Σημαντικά περισσότεροι σύζυγοι που είχαν βιώσει έκτρωση σε σύγκριση με τους συζύγους που είχαν βιώσει τοκετό ανέφεραν κακές σχέσεις με έναν ή και τους δύο γονείς, μια πιο δυστυχημένη παιδική ηλικία, περισσότερες ψυχιατρικές ασθένειες στην οικογένειά τους και υψηλότερη συχνότητα αλκοολισμού, εξάρτησης από τα ναρκωτικά, νευρώσεων και καταναγκαστικού τζόγου.

Μερικοί άνδρες δυσκολεύονται να δουν τον εαυτό τους ως πατέρα. Άλλοι παράγοντες όπως οι στόχοι της καριέρας ή της ζωής, η οικονομική κατάσταση, η αίσθηση του ότι είναι πολύ νέοι, ο φόβος της δέσμευσης, μπορεί να εμφανίζονται στην απόρριψη της συνυπευθυνότητας της μητρότητας. Η σχέση τους με το σεξουαλικό του σύντροφο τότε δεν μπορεί να είναι ασφαλής ή να έχει σοβαρή, μακροπρόθεσμη δέσμευση. Σε άλλες καταστάσεις μπορεί να υπάρχει σύγκρουση στη σχέση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει τρίτα μέρη, για παράδειγμα, όταν ένας άντρας δεν είναι σίγουρος ότι είναι ο πατέρας του παιδιού ή υπάρχει ημιτελής επιχείρηση με προηγούμενη συνεργασία ή σχέση είτε για τον άνδρα είτε για γυναίκα ή μια εξωσυζυγική υπόθεση υπεύθυνη για την εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να προκαλέσει τεράστια διλήμματα για έναν άνδρα.

Υπάρχει μια γενική λανθασμένη αντίληψη όσον αφορά την άμβλωση ότι «οι άντρες δεν νοιάζονται». Στην πραγματικότητα, ορισμένοι άνδρες νοιάζονται πολύ περισσότερο και η άμβλωση είναι πιο αγχωτική για τους άνδρες από ό, τι γίνεται αποδεκτή από το κοινό.

Η έρευνα δείχνει ότι η πλειονότητα των ανδρών στις αίθουσες αναμονής της κλινικής αισθάνονται απομονωμένοι, θυμωμένοι με τους συντρόφους τους και τον εαυτό τους ή και ανησυχούν για τη σωματική και συναισθηματική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει η έκτρωση στον σύντροφό τους.

Σύμφωνα με το νόμο, οι άνδρες έχουν λίγα δικαιώματα για την προστασία των απογόνων τους, και αυτό για κάποιους προκαλεί θυμό. Η προπαγάνδα που μιλάει για την άμβλωση ως «επιλογή μιας γυναίκας» αποκλείει αποτελεσματικά τους άνδρες από τη λήψη αποφάσεων και πολλοί άνδρες που αισθάνονται απομονωμένοι από την απόφαση, ειδικά εάν αντιτίθενται στην άμβλωση αισθάνονται αποδυναμωμένοι και αδύναμοι.

Μερικοί άνδρες προσφέρουν και επιδιώκουν να παρέχουν οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη στη σύντροφο ή σύζυγο και το παιδί τους, αλλά μπορεί να έχει χαμηλή προσκόλληση στο αγέννητο παιδί και πιθανώς έχει θέσει άλλα ζητήματα μπροστά

από το να έχει οικογένεια ή άλλο παιδί αυτή τη στιγμή . Αυτό μπορεί να είναι επιβλαβές για έναν άνδρα και πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί.^{89,90,91}

5.4. Προσωπικές αφηγήσεις

Ακολουθούν προσωπικές αφηγήσεις γυναικών που έχουν βιώσει την άμβλωση. Οι ιστορίες είναι από γυναίκες που μετάνιωσαν για την απόφασή τους αλλά και άλλες που επιμένουν ότι η απόφασή τους ήταν ορθή. Οι συνεντεύξεις έγιναν ύστερα από συναντήσεις με γυναίκες που είχαν αποφασίσει να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους σε κλινική αμβλώσεων στο Λονδίνο, καθώς και σε νοσοκομείο στην Αθήνα καθ' όλη τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης. Για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων έχουν δοθεί άλλα ονόματα στις ιστορίες.

Αθηνά, 39 ετών

Η Αθηνά έκανε μια άμβλωση μόλις πριν από 18 μήνες. Ήδη μητέρα τριών παιδιών που είχε περάσει κατάθλιψη μετά τον τοκετό, λέει ότι ήξερε ότι δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει ένα άλλο παιδί.

«Δεν ήθελα να κάνω άλλο μωρό. Δεν θα ήμουν πολύ καλή μαμά. Δεν θα είχαν αυτό που θα ήθελα για τα παιδιά μου. Η ψυχική μου υγεία θα είχε επιδεινωθεί και νομίζω ότι θα είχα καταλήξει, είτε σε μακροχρόνια αντικαταθλιπτικά, ή ότι θα κατέληγα σε ψυχιατρική κλινική».

Κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πριν από τη διαδικασία, η Αθηνά ανακάλυψε επίσης ότι ήταν έγκυος με δίδυμα.

«Δεν είχα καν σκεφτεί ότι θα μπορούσε να είναι πολλαπλή εγκυμοσύνη ... Φώναξα εκείνο το σημείο, δεν είμαι σίγουρη γιατί. Δεν άλλαξε την απόφασή μου - τα δίδυμα θα σήμαινε ότι είχα πέντε παιδιά - τέσσερα παιδιά κάτω των τριών. Εάν ήταν η τρίτη εγκυμοσύνη ή η δεύτερη εγκυμοσύνη θα ήταν εντελώς διαφορετικά. Ήταν λίγο σοκ για να πω το λιγότερο»,

Η εμπειρία της Αθηνάς ήταν εξαντλητική σωματικά και συναισθηματικά, αλλά λέει ότι δεν έχει καμία ντροπή και δεν μετανιώνει που τερμάτισε την εγκυμοσύνη.

«Η οικογένειά μας είναι πολύ πλήρης και είμαστε πολύ χαρούμενοι. Έχουμε τρία υπέροχα παιδιά. Δεν νομίζω ότι θα σκεφτώ ποτέ ότι κάναμε λάθος απόφαση », λέει η ίδια.

Μερόπη, 62 ετών

Η Μερόπη έμεινε έγκυος στο μήνα του μέλιτος της πριν από 40 χρόνια. Τόσο αυτή όσο και ο σύζυγός της μόλις είχαν ξεκινήσει νέες δουλειές και ένιωθε ότι ήταν η λάθος στιγμή να κάνουν ένα παιδί. Αλλά λέει ότι άρχισε να αισθάνεται ένοχη για τον τερματισμό τη στιγμή που ξύπνησε από το αναισθητικό.

«Ένιωσα κάπως ανακούφιση από τη μία και μετά ήμουν χαμένη. Είχα κάνει κάτι που ήξερα ότι θα μείνει μέσα μου για πάντα. Δεν μπορούσα να γυρίσω πίσω τον χρόνο. Δεν μπορούσα να αναιρέσω αυτό που είχα κάνει. Ένιωσα πολύ χαμένη και πολύ, πολύ μόνη».

Η Μερόπη προχώρησε ώστε να κάνει άλλο παιδί, αλλά αισθάνεται ότι η απόφαση να τερματιστεί η εγκυμοσύνη οδήγησε στην κατάρρευση του γάμου της. Παντρεύτηκε ξανά και είχε δύο αποβολές. Λέει ότι ποτέ δεν συμφώνησε με την απόφαση που έλαβε το 1979.

«Νομίζω ότι ήταν μια πολύ εγωιστική απόφαση. Δεν επέτρεψα στον εαυτό μου να το σκεφτώ. Δεν νομίζω ότι έχω συμβιβαστεί ποτέ με την έννοια ότι είμαι ήσυχη με αυτό που έκανα. Το βλέπω ακόμα ως την χειρότερη μου στιγμή. Θα μπορούσα να είχα τέσσερα παιδιά και για αυτό λυπάμαι. Γι' αυτό νομίζω ότι είμαι πολύ σκληρή με τον εαυτό μου, γιατί νομίζω ότι το να είμαι γονέας είναι ένα πολύτιμο αγαθό. Είναι η πιο σημαντική δουλειά στον κόσμο. »

Μαρίνα, 45 ετών

Η Μαρίνα, πλέον 45 ετών, θυμάται ακόμη εκείνη την περίοδο της ζωής της 10 χρόνια πριν με δάκρυα στα μάτια.

«Περνούσα μια περίοδο κατάθλιψης τότε και λάμβανα μια θεραπευτική αγωγή με χάπια. Θυμάμαι το γιατρό μου αυστηρά να λέει ότι δε θα έπρεπε να μείνω έγκυος σε καμία περίπτωση, γιατί κάτι τέτοιο θα έφερνε καταστροφικά αποτελέσματα στην ψυχική μου υγεία αλλά και το μωρό θα είχε πιθανότατα νευρολογικά προβλήματα... Έλα όμως που η τύχη παίζει πολλά παιχνίδια.. Κατάλαβα ότι ήμουν έγκυος από την πρώτη στιγμή και πήγα αμέσως στο γιατρό μου ο οποίος και μου εξήγησε ότι το μωρό θα γεννιόταν κατά πάσα πιθανότητα με πρόβλημα.. Μόλις έφυγα από το ιατρείο ένιωσα τόσο χαμένη δεν ήξερα τι να κάνω.. Είχα ήδη δύο υπέροχα παιδιά και δε μου περνούσε ποτέ από το μυαλό η έκτρωση..»

Η Μαρίνα κατέληξε να τερματίζει την εγκυμοσύνη της ύστερα από συζήτηση και με το σύζυγο της, αλλά αναφέρει ότι ήταν η χειρότερη και δυσκολότερη περίοδος της ζωής της. Δέκα χρόνια αργότερα ακόμη δεν έχει ξεπεράσει την απώλεια αυτή και δεν έχει συγχωρήσει τον εαυτό της. Αναρωτιέται πώς θα ήταν αυτό το μωρό και πώς θα ήταν η ζωή της με ένα τρίτο παιδί.

Σταυρούλα, 24 ετών

«Το καλοκαίρι του 2018, ανακάλυψα ότι ήμουν έγκυος από τον άντρα μου στα 22 μου. Ήμουν παντρεμένη σχεδόν δύο χρόνια τότε. Έκανα το τεστ εγκυμοσύνης λίγες μέρες μετά τα 22α γενέθλιά μου, ο σύζυγός μου και εγώ ξέραμε αμέσως ότι δεν ήμασταν κατάλληλοι για να καλωσορίσουμε ένα παιδί, λόγω πολλών περιστάσεων, αλλά το πιο σημαντικό, δεν θέλαμε παιδιά. Στις 5 εβδομάδες και 5 ημέρες, έκανα χειρουργική άμβλωση.

Ένιωσα σα δυνατές κράμπες περιόδου. Δεν ήταν ευχάριστο. Αλλά σίγουρα θα το έκανα ξανά αν έπρεπε. Κάνω θεραπεία για να μείνω στείρα επειδή δεν θέλω παιδιά και δεν θέλω να κάνω άλλη άμβλωση. Χωρίς αυτήν την άμβλωση, θα είχα ένα παιδί σχεδόν 2 ετών και δε θα ήταν ευτυχισμένο. Θα ήμουν σε χειρότερη κατάσταση και η ψυχική μου υγεία θα ήταν πολύ χειρότερη από ότι είναι ήδη. Είμαι τόσο ευγνώμων για την πρόσβαση σε ασφαλή άμβλωση».

Βασιλική, 28 ετών

«Θυμάμαι χαρακτηριστικά εκείνο το βράδυ.. Προσπαθώ συνέχεια να το σβήσω από τη μνήμη μου αλλά δεν τα έχω καταφέρει. Μόλις είχα τελειώσει το σχολείο και ετοιμαζόμουν να ξεκινήσω τη φοιτητική μου ζωή. Εκείνο το βράδυ είχαμε βγει εγώ και οι φίλοι μου, μαζί και ο τότε συντροφός μου.. Είχαμε πει και αφού γυρίσαμε σπίτι αυτός ήθελε να κοιμηθούμε μαζί.. θυμάμαι να τον παρακαλάω να σταματήσει και να μην το κάνει. Δε φανταζόμουν ποτέ μέχρι τότε ότι κάποιος που εμπιστευόμουν τόσο πολύ θα μπορούσε να μου κάνει κάτι τέτοιο. Και αυτό δεν ήταν το μόνο άσχημο της υπόθεσης.. εκείνο το βράδυ έμεινα έγκυος. Δε σκέφτηκα στιγμή να κρατήσω εκείνο το παιδί, θα μου έφερνε μήνες εκείνης της βραδιάς και εκείνου του ανθρώπου, μήνες που προσπαθώ να σβήσω ακόμη από τη μνήμη μου. Λυπάμαι που έχασα ένα αθώο πλάσμα, αλλά δε μετανιώνω για την απόφαση μου».

Βερόνικα, 32 ετών

«Όταν έκανα τις αμβλώσεις μου ήμουν πολύ μόνη. Κάθισα μόνη μου στο σκοτάδι πολλές νύχτες αναρωτώμενη για την ζωή που ήθελα και έπρεπε να αποδείξω στον εαυτό μου ότι οι αμβλώσεις θα «άξιζαν τον κόπο. Όταν σκέφτομαι τώρα, είμαι ευγνώμων για τη δύναμη που είχα τότε και συνεχίζω να ζω. Είμαι καλά με την απόφασή μου να κάνω πολλαπλές αμβλώσεις. Είμαι δυνατή. Έχω αυτοπεποίθηση. Είμαι οτιδήποτε ήθελα να είμαι και ήμουν πάντα ακόμα και όταν δεν πίστευα στον εαυτό μου. »

Γεωργία, 43 ετών

«Ήταν πριν από περισσότερα από 20 χρόνια. Ήμουν στο 2ο έτος του Πανεπιστημίου μου, η περίοδος μου είχε αργήσει και ήμουν στο κέντρο υγείας του Πανεπιστημίου περιμένοντας τα αποτελέσματα ενός τεστ εγκυμοσύνης. Η νοσοκόμα μπήκε και μόλις είδα το βλέμμα στο πρόσωπό της άρχισα να κλαίω. Ναι, ήμουν έγκυος. Πολύ νωρίς, αλλά σίγουρα έγκυος. Θυμάμαι κάλεσα το φίλο μου για να τον ενημερώσω. Η απόφαση ήταν ξεκάθαρη για μένα (και γι 'αυτόν). Δεν υπήρχε καμία αμφιβολία στο μυαλό μου ότι θα έκανα έκτρωση. Ήταν μια απόφαση που δεν μετανιώσαμε ποτέ, παρόλο που πολλά χρόνια αργότερα, όταν ήθελα να μείνω έγκυος, δεν μπορούσα. Ήμουν νευρική για την άμβλωση επειδή περιελάμβανε να πάω σε νοσοκομείο, αλλά ήξερα ότι ήταν η σωστή απόφαση για μένα, μια πολύ νεαρή γυναίκα που δεν διέθετε τόσο κεφάλαια όσο και ωριμότητα να υποστηρίξει ένα παιδί. Αν και δεν θα ξεχάσω ποτέ τα έντονα συναισθήματα που σχετίζονται με εκείνη τη στιγμή στη ζωή μου, πρέπει να πω ότι ποτέ δεν κοίταξα πίσω την άμβλωση. Γιατί; Ήμουν τυχερή που είχα έναν φίλο για να με στηρίξει, μια οικογένεια που δεν με κατηγορήσει και φίλους που καταλάβαιναν. Ευτυχώς επειδή είχα έναν φίλο που περπατούσε μαζί μου και μιλούσε μαζί μου, γονείς που με οδήγησαν στο νοσοκομείο την ημέρα της άμβλωσης και φίλους που μαγείρεψαν ένα δείπνο στο σπίτι την επόμενη μέρα. Για μένα, η άμβλωση ήταν καταλύτης, μία από αυτές τις ατυχείς περιστάσεις που συμβαίνουν στη ζωή κάποιου από τις οποίες έρχεται κάποια καλή. Λίγο αργότερα, ξεκίνησα ως εθελοντής στο τοπικό κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, διδάσκοντας άλλες νέες γυναίκες για τον έλεγχο των γεννήσεων και τη σεξουαλική υγεία. Επίσης, προσφέρθηκα εθελοντικά ως ομότιμη σύμβουλος σε μια ομάδα υποστήριξης μετά την άμβλωση και παρακολούθησα πολλές συγκεντρώσεις υπέρ της επιλογής για να υποστηρίξω τη νομιμοποίηση των υπηρεσιών άμβλωσης. Έμαθα ακόμη και πώς να τοποθετώ διαφράγματα. Σήμερα δουλεύω στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Είμαι πεπεισμένη ότι δεν θα είχα κάνει ποτέ κάτι τέτοιο αν δεν είχα κάνει την άμβλωση».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

6.1. Οικογενειακός προγραμματισμός

6.1.1. Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού

Η πληθυσμιακή έκρηξη που επιτελείται τα τελευταία χρόνια καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων μέσα από εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των 2 δις τη δεκαετία του 1920, έφθασε τα 4 δις το 1975, τα 5 δισεκατομμύρια το 1987 και ξεπέρασε τα 6 δις το 2000. Διαπιστώνεται πως η τάση αύξησης του πληθυσμού είναι 2% περίπου ανά έτος. Παρόλα αυτά η υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού, κυρίως λόγω της ελάττωσης της θνησιμότητας, επιδεινώνεται από την άνιση κατανομή της αύξησης αυτής. Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται το 85% του συνόλου των γεννήσεων, το 95% της παγκόσμιας νεογνικής θνησιμότητας και το 99% της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας. Αντίθετα στις αναπτυγμένες χώρες η αλλαγή του τρόπου ζωής, η αύξηση του βιοτικού και του μορφωτικού επιπέδου, είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αύξησης του πληθυσμού με ρυθμό 0.6% έναντι 2.9% που είναι ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού στην Αφρική σήμερα.

Αν και είναι γνωστά τα τεράστια οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού, η προσβασιμότητα σε αυτόν δεν είναι δυνατή σε 350 εκατομμύρια ζευγάρια παγκοσμίως. Επιπροσθέτως 120 εκατομμύρια παντρεμένες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο, εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά την ενημέρωση, τη διάθεση και την εκπαίδευση στη χρήση της αντισύλληψης. Σύμφωνα με μια έρευνα, εάν όλες οι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη γονιμότητα τους, οι γεννήσεις θα είχαν ελαττωθεί κατά 35% στη Λατινική Αμερική, 33% στην Ασία και 17% στην Αφρική. Η μητρική θνησιμότητα θα μπορούσε να ελαττωθεί κατά 100.000 ανά έτος και ο πληθυσμός στον αναπτυσσόμενο κόσμο το 2100 θα είχε ελαττωθεί κατά 2,2 δισεκατομμύρια, εάν όλες οι γυναίκες, που έλεγαν ότι δεν επιθυμούν άλλα παιδιά, ήταν ικανές να σταματήσουν με κάποιο τρόπο την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Αναμφισβήτητα η χρήση της αντισύλληψης συμβάλλει στην ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας μέσω της αποφυγής των ανεπιθύμητων, υψηλού κινδύνου κυήσεων και της ελάττωσης του αριθμού των εκτρώσεων.

Επιπλέον, κάποια αντισυλληπτικά ελαττώνουν την πιθανότητα μετάδοσης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και προστατεύουν από κάποιες μορφές καρκίνου που λαμβάνουν τεράστια έκταση στις αναπτυσσόμενες χώρες με φοβερές συνέπειες για την ανθρωπότητα. Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία στις ΗΠΑ είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου. Το 78% από αυτές είναι ανεπιθύμητες και οι μισές διακόπτονται με κάποια μέθοδο τεχνητής έκτρωσης λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί πως παγκοσμίως 40-50 εκατομμύρια γυναίκες προσφεύγουν στην τεχνητή διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κάθε χρόνο και 20 εκατομμύρια από αυτές υποβάλλουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, γιατί οι

εκτρώσεις εκτελούνται υπό παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες. Δυστυχώς, αυτές συμβάλλουν στο 13% της μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως.

Ενθαρρυντικό όμως είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση των αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες η χρήση της αντισύλληψης στις παντρεμένες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960 στο 60% σήμερα. Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε έτος στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός που αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Στις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η πρόκληση επιθυμητών κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.⁹²

Ένας από τους βασικούς στόχους της οικογένειας είναι η γέννηση και ανατροφή απογόνων. Οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν πότε και πόσα παιδιά θέλουν να αποκτήσουν. Όμως, οι γονείς έχουν επίσης την υποχρέωση να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα, ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες και να προστατεύεται η σωματική και ψυχική υγεία των μελών της οικογένειάς τους.

Η επιλογή του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί ή παιδιά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ορισμένοι από αυτούς είναι η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού, η ηλικία των συζύγων, η υγεία των συζύγων κ.ά. Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να σταθμίσουν όλους αυτούς τους παράγοντες πριν πάρουν την απόφαση να γίνουν γονείς. Η επιλογή τους πρέπει να είναι συνειδητή και όχι αναγκαστική ή τυχαία.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αναφέρεται στο δικαίωμα και στην υποχρέωση του ζευγαριού να επιλέγει πότε θα αποκτήσει παιδιά καθώς και πόσα παιδιά επιθυμεί να αποκτήσει. Είναι μια διαδικασία πρόληψης για την προστασία της υγείας των μελών της οικογένειας, γιατί μέσω της πληροφόρησης και της παροχής βοήθειας από ειδικούς προετοιμάζει ψυχολογικά τα άτομα και τα διαπαιδαγωγεί αντίστοιχα, ώστε να αναλάβουν υπεύθυνα το ρόλο του γονέα.⁹³

Μέθοδοι αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού

1. Οι ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης περιλαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά χάπια, ενέσιμα και εμφυτεύματα. Όλα αποτρέπουν την εγκυμοσύνη κυρίως σταματώντας τις ωοθήκες από την απελευθέρωση ωαρίων. Οι ορμονικές μέθοδοι περιέχουν είτε μία είτε δύο γυναικείες ορμόνες που είναι παρόμοιες με τις ορμόνες που παράγονται φυσικά από ένα γυναικείο σώμα.
2. Τα αντισυλληπτικά χάπια από του στόματος πρέπει να λαμβάνονται κάθε μέρα. Είναι πιο αποτελεσματικά όταν δεν υπολείπονται χάπια, το χάπι λαμβάνεται την ίδια ώρα κάθε μέρα, και κάθε νέο πακέτο χαπιών ξεκινά χωρίς καθυστέρηση.
3. Τα ενέσιμα αντισυλληπτικά χορηγούνται με ένεση στο χέρι ή στους γλουτούς μιας γυναίκας κάθε 1, 2 ή 3 μήνες, ανάλογα με τον τύπο των ενέσιμων. Τα ενέσιμα είναι πιο αποτελεσματικά όταν οι γυναίκες θυμηθούν να κάνουν την ένεση έγκαιρα.
4. Τα αντισυλληπτικά εμφυτεύματα εισάγονται κάτω από το δέρμα του άνω βραχίονα μιας γυναίκας και παρέχει συνεχή, εξαιρετικά αποτελεσματική προστασία της εγκυμοσύνης για 3 έως 5 χρόνια, ανάλογα με τον τύπο του εμφυτεύματος. Όταν περνάει η δράση τους, νέα εμφυτεύματα μπορούν να εισαχθούν και το παλιό σετ αφαιρείται.
5. Το χάπια της επόμενης μέρας μπορούν να βοηθήσουν να αποτραπεί μια εγκυμοσύνη εάν ληφθούν εντός 5 ημερών μετά από σεξ χωρίς προστασία. Όσο πιο γρήγορα λαμβάνονται, τόσο περισσότερο είναι αποτελεσματικά. Δεν προορίζονται για συνεχιζόμενη αντισύλληψη, αντί μιας τακτικής μεθόδου.
6. Οι ενδομήτριες αντισυλληπτικές συσκευές είναι μικρές, εύκαμπτες πλαστικές συσκευές που εισάγονται στη μήτρα της γυναίκας. Οι πιο συνηθισμένες περιέχουν χαλκό και λειτουργούν αποτρέποντας το σπέρμα από τη γονιμοποίηση ενός ωαρίου. Ανάλογα με τον τύπο, μπορούν να παρέχουν προστασία για 5 έως 12 χρόνια.
7. Οι μέθοδοι φραγμού είναι συσκευές, αντρικό ή γυναικείο προφυλακτικό, που εμποδίζουν φυσικά το σπέρμα να φτάσει σε ένα ωάριο ή χημικές ουσίες (σπερματοκτόνα) που σκοτώνουν ή καταστρέφουν το σπέρμα στον κόλπο. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων φραγμού εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των ανθρώπων να τα χρησιμοποιούν σωστά κάθε φορά.
8. Οι μέθοδοι ευαισθητοποίησης γονιμότητας απαιτούν από ένα ζευγάρι να γνωρίζει τις γόνιμες ημέρες του εμμηνορροϊκού κύκλου της γυναίκας, ημέρες κατά τις οποίες είναι πιθανότερο να συμβεί εγκυμοσύνη. Στη διάρκεια των γόνιμων ημερών το ζευγάρι πρέπει να αποφύγει το σεξ ή να χρησιμοποιήσει μια μέθοδο φραγμού για την πρόληψη της εγκυμοσύνης.
9. Ο θηλασμός παρέχει αντισυλληπτική προστασία για τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννα, εάν είναι βέβαιο ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις. Αυτή η προσέγγιση ονομάζεται μέθοδος γαλακτικής αμηνόρροιας(LAM).
10. Η διακεκομμένη συνουσία ορίζεται όταν ο άντρας αποσύρεται κατά τη διάρκεια του σεξ και η εκσπερμάτιση γίνεται έξω από τον κόλπο της γυναίκας. Είναι μια από τις λιγότερο αποτελεσματικές αντισυλληπτικές μεθόδους.
11. Η στείρωση των γυναικών και των ανδρών είναι μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης. Η στείρωση περιλαμβάνει μια σχετικά απλή χειρουργική διαδικασία που παρέχει δια βίου προστασία κατά της εγκυμοσύνης. Η στείρωση είναι κατάλληλη για άνδρες και γυναίκες που είναι σίγουροι ότι δε θέλουν περισσότερα παιδιά.⁹⁴

Με τον οικογενειακό προγραμματισμό τα ζευγάρια μπορούν:

- να έχουν βοήθεια, όταν θέλουν αλλά δεν μπορούν, λόγω προβλημάτων υγείας, να αποκτήσουν παιδιά

- να προλαμβάνουν την εμφάνιση κληρονομικών ασθενειών ή νοσημάτων στα παιδιά τους
- να λάβουν μέτρα για την προστασία της υγείας τους, πριν τη σύλληψη ενός παιδιού, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην αρχή της ζωής του, ώστε να εξασφαλίσουν τη δική του υγεία.

Ποιος είναι όμως αυτός ο ρόλος; Ο θεσμός της οικογένειας εμφανίζεται σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες από τα πανάρχαια χρόνια και οι βασικοί στόχοι του είναι:

α) η βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας, δηλαδή η γέννηση και ανατροφή απογόνων, ώστε να διατηρούνται και να αναπτύσσονται οι ανθρώπινες κοινωνίες

β) η αγωγή, η εκπαίδευση και η κοινωνικοποίηση των ατόμων, δηλαδή η προετοιμασία των νέων, ώστε να ενταχθούν με ομαλό τρόπο στην κοινωνία και να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη ζωή τους ως υπεύθυνα άτομα και ως υπεύθυνοι πολίτες

γ) η αμοιβαία προστασία και υποστήριξη των μελών της, που πηγάζουν από την αγάπη και τη στοργή που τα συνδέει.

Πολλά ζευγάρια δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά, μολονότι το επιθυμούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχουν ιατρικές εξετάσεις που μπορούν να δείξουν ποιο είναι το πρόβλημα. Εφόσον εντοπιστεί το πρόβλημα, υπάρχουν ειδικές θεραπείες που βελτιώνουν τη γονιμότητα του ζευγαριού. Εκτός από τις θεραπείες υπάρχουν και άλλες μέθοδοι γονιμοποίησης, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, οι οποίες εφαρμόζονται για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα γονιμότητας.

Για την πρόληψη κληρονομικών νοσημάτων το ζευγάρι μπορεί να λάβει κατάλληλα μέτρα, ώστε να περιοριστεί η πιθανότητα τα παιδιά που θα γεννηθούν να έχουν προβλήματα υγείας. Έτσι, το ζευγάρι είναι χρήσιμο να γνωρίζει αν κάποιο μέλος της οικογένειας του πάσχει από κληρονομική ασθένεια. Εφόσον υπάρχει στην οικογένεια τέτοιο ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστεί η ασθένεια στα παιδιά του. Επίσης, το ζευγάρι όταν αποφασίζει να αποκτήσει παιδιά, θα πρέπει να βρίσκεται σε κατάλληλη ηλικία αναπαραγωγής, κατά τη σύλληψη. Η ηλικία του ζευγαριού κατά τη σύλληψη έχει σημασία για την ομαλή διανοητική ανάπτυξη του παιδιού. Οι σύζυγοι, κυρίως η γυναίκα, δεν θα πρέπει να βρίσκονται ούτε σε πολύ νεαρή αλλά ούτε και σε προχωρημένη ηλικία γιατί υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να γεννήσουν παιδί με διαφορά προβλήματα υγείας.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η έγκυος θα πρέπει να φροντίζει, σύμφωνα με τις συμβουλές γιατρού, να διατρέφεται σωστά και να αποφεύγει ουσίες ή συνήθειες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου ή να του προκαλέσουν προβλήματα υγείας, π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, εντατική εργασία. Ακόμη, θα πρέπει να αποφεύγει το άγχος, τη στενοχώρια, τις εντάσεις και την ψυχολογική βία και να ζει σε ήρεμο περιβάλλον. Σε αυτό θα πρέπει να βοηθά ο σύζυγος και όσοι βρίσκονται κοντά της. Η έγκυος θα πρέπει να παρακολουθείται από γιατρό καθ' όλη τη διάρκειά της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Επίσης, θα πρέπει να γίνονται συχνοί διαγνωστικοί έλεγχοι για να διαπιστωθεί αν το έμβρυο αναπτύσσεται φυσιολογικά, αλλά και έλεγχοι μετά τη γέννηση για να διαπιστωθεί ότι το νεογνό είναι υγιές.

Σήμερα, ο οικογενειακός προγραμματισμός γίνεται στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, ενώ η σημασία του έχει αναγνωριστεί από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.⁹³

6.1.2. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού

A. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας

Κάθε χρόνο περισσότερες από 585.000 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Το 99% αυτών προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες. Η γυναίκα στη Νότια Ασία έχει μία στις 18 πιθανότητα να πεθάνει κατά τη διάρκεια της ζωής της ως συνέπεια κάποιας επιπλοκής της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Η δε πιθανότητα για τις περισσότερες γυναίκες της Αφρικής είναι μία στις 14. Αντιθέτως, η πιθανότητα στη Βόρεια Αμερική είναι μία στις 6.366. Τα αίτια αυτών των θανάτων είναι ουσιαστικά ίδια παγκοσμίως και υπολογίστηκε πως οφείλονται 25% σε αιμορραγία, 15% σε σήψη, 12% σε προεκλαμψία, 8% σε δυστοκία, 13% σε έκτρωση και γύρω στο 20% των γυναικών πεθαίνουν λόγω κάποιας προυπάρχουσας νόσου που επιδεινώνεται κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η ίδια η εγκυμοσύνη απειλεί τη ζωή της γυναίκας, αφού έχει υπολογιστεί πως για κάθε μητρικό θάνατο στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιστοιχούν άλλες 124 γυναίκες που υποφέρουν από ασθένειες ή επιπλοκές σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό όπως αναιμία, υπέρταση, υπογονιμότητα, πρόπτωση μήτρας, λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και σήψη.

Επιπλέον ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος στις έφηβες γυναίκες, διότι η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, αφού το σώμα τους είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο stress της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών, που συνεχίζουν να τεκνοποιούν, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης ή συγγενείς ανωμαλίες. Ακόμη δε ο κίνδυνος της μητρικής θνησιμότητας αυξάνει στις πολύτοκες γυναίκες 1,5 έως 3 φορές για αυτές με πέντε ή περισσότερα παιδιά, γεγονός που σχετίζεται με αναιμία ή αιμορραγία κατά ή μετά τον τοκετό.

Τα προφυλακτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS. Φυσικά και άλλες μέθοδοι φραγμού όπως τα σπερματοκτόνα και τα διαφράγματα παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και στο θάνατο. Επιπροσθέτως κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μπορούν να μεταδοθούν στα νεογνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού.

Τα αντισυλληπτικά δισκία παρέχουν επίσης προστασία ενάντια σε κάποιους καρκίνους και ασθένειες. Έχει διαπιστωθεί ότι ελαττώνουν τη συχνότητα των καλοήθων παθήσεων του μαστού, τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου, του καρκίνου των ωοθηκών, των ωοθηκικών κύστεων, και προστατεύουν από τη σιδηροπενική αναιμία, τις διαταραχές της εμμηνου ρύσεως και από πυελικές φλεγμονές.

Ο θηλασμός έχει χρησιμοποιηθεί ως φυσική μέθοδος αντισύλληψης. Επιπροσθέτως, ο θηλασμός παρέχει ειδικά θρεπτικά οφέλη για το νεογέννητο και προστατεύει από τη διάρροια, τον βήχα και τα κρυολογήματα και από άλλες απειλητικές για τη ζωή του νεογνού νόσους όπως η ιλαρά, η διφθερίτιδα και ο κοκκύτης. Αξίζει να σημειωθεί πως η αντισυλληπτική προστασία του θηλασμού είναι μεγαλύτερη από 98% κατά τη διάρκεια των έξι πρώτων μηνών μετά τον τοκετό για τη γυναίκα-μητέρα που αποκλειστικά θηλάζει το βρέφος της και δεν έχει επανεμφανίσει την έμμηνου ρύση της μετά τον τοκετό στο χρονικό αυτό διάστημα.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επικίνδυνες τεχνητές διακοπές της εγκυμοσύνης από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση ή σε χώρους όπου δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεσή τους. Κάθε χρόνο τουλάχιστον 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια αυτών των επικίνδυνων εκτρώσεων και πολύ περισσότερες υποφέρουν από επιπλοκές, όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, ρήξη του τραχήλου, αιμορραγία και λοίμωξη. Στις απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνονται η εξωμήτριος εγκυμοσύνη, η χρόνια πυελική φλεγμονή και η υπογονιμότητα. Μελέτες από τις περισσότερες Αφρικανικές χώρες επισημαίνουν πως το 50% της μητρικής θνησιμότητας οφείλονται σε εκτρώσεις και το 50% των εισαγωγών σε νοσοκομεία αφορούν τη νοσηλεία γυναικών με επιπλοκές από επικίνδυνες εκτρώσεις. Στη Λατινική Αμερική οι επιπλοκές από τις εκτρώσεις, αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών. Ένα άλλο πρόβλημα που ανακύπτει από την αυξημένη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω της έλλειψης της μητρικής φροντίδας. Οι επιπλοκές των εκτρώσεων λόγω της έλλειψης οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ακόμη ένα κοινωνικό κόστος, όπως η δευτεροπαθής υπογονιμότητα που θέτει τη γυναίκα στον κίνδυνο να την χωρίσει ή να την εγκαταλείψει ο σύντροφός της ή ακόμη να περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό σύνολο.

B. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού

Η αντισύλληψη αποτελεί για το ζευγάρι ένα χρήσιμο εργαλείο να ελέγξει και να προγραμματίσει τη γέννηση των παιδιών τους, πράγμα που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κυήσεων έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται στο ότι τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μια προηγούμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιθανό να είναι πρόωρα, χαμηλού βάρους, με αυξημένο κατά 50% κίνδυνο να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών. Έτσι η χρήση αντισύλληψης, ώστε να αποφεύγονται οι κυήσεις με μικρό μεσοδιάστημα, θα μπορούσε να ελαττώσει τη νεογνική και παιδική θνησιμότητα κατά 20% ή περισσότερο στην Κεντρική, τη Νότια Αμερική και στη Βόρεια Αφρική και κατά 30% στη Βραζιλία και στην Αίγυπτο. Όμως ο σύντομος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο αμέσως προηγούμενο βρέφος-παιδί που θα στερηθεί τον θηλασμό και την φροντίδα της μητέρας.

Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα και με χαμηλό βάρος νεογνά, τα οποία είναι 24% περισσότερο πιθανόν να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτός ο κίνδυνος εξακολουθεί να υφίσταται τα 5 χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης μετά την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων στις ανήλικες γυναίκες και ταυτόχρονα δίνει το χρονικό περιθώριο για τη φυσική και τη συναισθηματική ωρίμανσή τους ως γυναίκες και μητέρες.

Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν. Έχει υπολογιστεί πως στην Αίγυπτο υπάρχει 38% μεγαλύτερη νεογνική θνησιμότητα στις μητέρες με περισσότερα από τέσσερα παιδιά. Με τον κατάλληλο οικογενειακό προγραμματισμό και τη χρήση αντισύλληψης για την αποφυγή της τεκνοποίησης πέραν των τεσσάρων παιδιών ελαττώνεται η νεογνική θνησιμότητα και ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα παροχής περισσότερης τροφής, ένδυσης, καθώς και ευκαιριών εκπαίδευσης και μόρφωσης στα παιδιά τους.

Γ. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον κατορθώνουν να εξασφαλίζουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για μόρφωση, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη. Αντίθετα, όταν τα κορίτσια εγκαταλείπουν το σχολείο νωρίς για να παντρευτούν και να αναθρέψουν τα παιδιά τους, όπως συμβαίνει στη Νότια Ασία και την Αφρική, διαιωρίζουν τον κύκλο του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της πολυτοκίας. Αναμφισβήτητα τα παιδιά από μικρές οικογένειες εκπαιδεύονται καλύτερα σε σχέση με τα παιδιά που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες. Η σχέση μεταξύ αντισύλληψης και κοινωνικού επιπέδου της γυναίκας είναι αμφίδρομη, καθώς η αύξηση των οικονομικών και μορφωτικών ευκαιριών μπορεί επίσης να συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή και τη χρήση της αντισύλληψης.

Καθώς η αντισύλληψη συμβάλλει στην ελάττωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται μείωση της πίεσης που ασκούν οι ταχέως χωρίς προγραμματισμό αναπτυσσόμενοι πληθυσμοί σε κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο. Με τους σύγχρονους ρυθμούς αύξησης ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί μέσα σε 43 έτη. Όμως η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμιο επίπεδο θα μπορούσε να αναστείλει αυτή την αύξηση και να σταθεροποιήσει τον πληθυσμό της γης.⁹²

Δ. Οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικονομία

Η ικανότητα να αποφασίζει πότε ή αν θα έχει παιδιά δεν είναι μόνο ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Είναι επίσης το κλειδί για την οικονομική χειραφέτηση, ειδικά για τις φτωχές γυναίκες. Αλλά σε πάρα πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, αυτό το δικαίωμα υπονομεύεται από την έλλειψη πρόσβασης σε ασφαλείς, σύγχρονες μορφές αντισύλληψης.

Η απόφαση να ξεκινήσει μια οικογένεια είναι μια από τις πιο σημαντικές επιλογές που μπορεί να κάνει ένα άτομο. Είναι επίσης θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, μόνο οι μεμονωμένοι ενήλικες πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αποφασίζουν εάν, πότε ή πόσο συχνά να συλλάβουν. Και όμως, για εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, αυτό το δικαίωμα παραμένει μη πραγματοποιημένο.

Περισσότερες από 200 εκατομμύρια γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες που θέλουν να καθυστερήσουν ή να αποφύγουν την εγκυμοσύνη δεν χρησιμοποιούν σύγχρονη αντισύλληψη. Οι γυναίκες που είναι φτωχές, λιγότερο μορφωμένες ή ζουν σε αγροτικές περιοχές μπορούν να αντιμετωπίσουν σημαντικά οικονομικά, πολιτιστικά και θεσμικά εμπόδια στον έλεγχο των γεννήσεων και συχνά στρέφονται σε επικίνδυνες μορφές πρόληψης της εγκυμοσύνης λόγω της απελπισίας. Εάν οι γυναίκες είχαν καθολική πρόσβαση σε εθελοντικές πληροφορίες και υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, οι μητρικοί θάνατοι θα μπορούσαν να μειωθούν έως και τα τρία τέταρτα και οι βρεφικοί θάνατοι κατά το ένα πέμπτο.

Αλλά ο οικογενειακός προγραμματισμός κάνει περισσότερα από το να σώσει ζωές εξοικονομεί επίσης χρήματα. Για κάθε δολάριο που επενδύεται σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας, 2,20 \$ εξοικονομούνται σε δαπάνες για την υγεία που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, όσο περισσότερο περιμένει μια γυναίκα να αποκτήσει παιδιά, τόσο περισσότερο μπορεί να συμμετάσχει στο αμειβόμενο εργατικό δυναμικό, ενισχύοντας έτσι την οικονομική υγεία και την ευημερία των φτωχών κοινοτήτων.

Ορισμένες κυβερνήσεις έχουν ήδη αναγνωρίσει αυτά τα οφέλη και κατανέμουν ανάλογα χρήματα. Στην Ταϊλάνδη, για παράδειγμα, το Υπουργείο Υγείας αύξησε τον προϋπολογισμό του οικογενειακού προγραμματισμού με το επιχείρημα ότι οι πρόσθετες δαπάνες τώρα θα μειώσουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αργότερα.⁹⁵

6.1.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον οικογενειακό προγραμματισμό έχει αποκτήσει νέο βάθος τα τελευταία χρόνια. Ο νοσηλευτής έχει εμπλακεί σε όλα τα επίπεδα οικογενειακού προγραμματισμού. Ευκαιρίες για εύρεση περιπτώσεων εμφανίζονται σε προγεννητική και μετά τον τοκετό επαφή, ειδικά στο πρόγραμμα οικογενειακής νοσηλευτικής. Ως αρχική επαφή στην κλινική οικογενειακού προγραμματισμού, ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει μια θετική στάση απέναντι στον οικογενειακό προγραμματισμό, να αξιολογήσει τις γνώσεις του ασθενούς, να διευθύνει τις ομαδικές συζητήσεις, να διευκολύνει την επικοινωνία και να απαντήσει σε ερωτήσεις, να προετοιμάσει τον ασθενή για εξέταση, να διευκρινίσει και να δώσει οδηγίες για τον νέο ασθενή. Είναι κρίσιμης σημασίας η παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων στο σπίτι και μιας «ανοιχτής γραμμής» για την ανακούφιση των ανησυχιών των νέων αντισυλληπτικών ασθενών. Ιατρικά ή συναισθηματικά προβλήματα σε νέους ασθενείς που δεν επιστρέφουν στην κλινική μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω του ρόλου του νοσηλευτή στην παρακολούθηση. Πρέπει επίσης να διατηρήσει επαγγελματική στάση όταν οι θρησκευτικές ή κοινωνικές ανησυχίες του συγκρούονται με εκείνες του ασθενούς. Ο επαγγελματίας νοσηλευτής έχει γίνει μια νέα ειδικότητα σε ορισμένες χώρες με όλο και μεγαλύτερη εξέλιξη.⁹⁶

6.2. Αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων είναι να προωθήσουν τη σεξουαλική υγεία που αναμφίβολα είναι ένα από τα βασικά συστατικά ενός ικανοποιητικού τρόπου ζωής. Η σεξουαλική υγεία είναι απαραίτητη για κάθε πλευρά της ανθρώπινης ύπαρξης. Το 1975 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε τη σεξουαλική υγεία ως την «...ενσωμάτωση των σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών διαστάσεων του σεξουαλικά ενεργού ανθρώπου με τρόπους που τον εμπλουτίζουν θετικά και βελτιώνουν την προσωπικότητά του και την επικοινωνία του με τους άλλους ανθρώπους...».

Οι περισσότερες γυναίκες στην Ελλάδα πληροφορούνται θέματα αντισύλληψης και σεξουαλικότητας από άτυπες πηγές όπως το φιλικό περιβάλλον και τα ΜΜΕ. Το ίδιο ισχύει και για τους άντρες. Οι περισσότεροι Έλληνες και Ελληνίδες φαίνεται να έχουν συγκεχυμένη κι εσφαλμένη εικόνα για την αντισύλληψη. Έρευνα πανελλαδικά, για παράδειγμα, έδειξε ότι μόλις το 14,7% των ανδρών και το 30,6% των γυναικών ήταν σε θέση να απαντήσει σωστά τις μισές από τις ερωτήσεις που αφορούσαν θέματα αντισύλληψης. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα που διεξήχθη για το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής υπάρχει άγνοια για τις μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων και οικογενειακού προγραμματισμού, κυρίως ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες. Μόνο το 4% των Ελληνίδων θα συζητήσει προληπτικά θέματα αντισύλληψης με κάποιο ειδικό γιατρό. Η πρώτη επίσκεψη στο γυναικολόγο είναι κατά μέσο όρο τα 25 χρόνια. Οι περισσότερες Ελληνίδες (70%) πιστεύουν ότι είναι επαρκώς ενημερωμένες για θέματα αντισύλληψης, αναπαραγωγής και σεξουαλικής υγείας κι όμως το 80% δεν γνωρίζει ποτέ είναι οι γόνιμες μέρες στο γυναικείο κύκλο.⁹⁷

Για αρκετά χρόνια, η εκπαίδευση οικογενειακού προγραμματισμού απευθυνόταν σε κοινό ενηλίκων σε μια προσπάθεια περιορισμού της αύξησης του πληθυσμού και βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, διαχειριστές και άλλοι εκπαιδευτικοί έχουν εκφράσει την ανησυχία τους για τον οικογενειακό προγραμματισμό σχετικά με τις ανάγκες των εφήβων. Η ανησυχία σε κάποιο βαθμό δεν ανταποκρίθηκε στην επέκταση των πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα ή με την ανάπτυξη αποτελεσματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επίλυσή του.⁹⁸

Στο τέλος, για να αποφευχθεί η βλάβη στο έμβρυο και ο σεβασμός των δικαιωμάτων του πρέπει να παραδεχτούμε ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί βασικό παράγοντα μη ασφαλούς άμβλωσης και μπορεί να μειωθεί μόνο όταν μειώνεται η εμφάνιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Από αυτή την άποψη, γίνονται οι ακόλουθες συστάσεις:

- Σεξουαλική εκπαίδευση στο σχολείο και επισημαίνοντας τις ανεπιθύμητες συνέπειες των άγαμων σχέσεων με το αντίθετο φύλο και της διδασκαλίας θρησκευτικών και νομικών διατάξεων για άμβλωση
- Διευκόλυνση του γάμου και της σεξουαλικής δραστηριότητας μετά το γάμο.
- Διανομή δωρεάν αντισυλληπτικών συσκευών και χαπιών με αποτελεσματικές οδηγίες χρήσης. Διάφορα άρθρα και μελέτες δείχνουν ότι στα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δοθεί έμφαση αλλαγή συμπεριφοράς.
- Ακολουθώντας στρατηγικές από κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού
- Καλύτερη υποστήριξη των νέων μητέρων από την κυβέρνηση συμπεριλαμβανομένων κινήτρων για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, οικονομική υποστήριξη, παροχή θέσεων εργασίας για τους νέους πατέρες, καλύτερη φροντίδα παιδιών.⁵⁰

6.2.1. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα άτομα με ειδικές ανάγκες

Η εκμάθηση της κατάλληλης σεξουαλικής έκφρασης σε ένα παιδί με αναπηρία και ειδικότερα με αυτισμό μπορεί να είναι εξαιρετικά απαιτητική. Πολλοί γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά τους μπαίνουν στην εφηβεία αρχίζοντας να έχουν εντονότερες σεξουαλικές συμπεριφορές. Πολλές φορές αυτές θεωρούνται ανάρμοστες, καθώς πραγματοποιούνται σε δημόσιους χώρους. Το ζήτημα με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης είναι ότι τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να κατανοήσουν τους άγραφους κανόνες μέσα από την αλληλεπίδρασή τους με τους συνομηλίκους τους ή την παρατήρηση του κόσμου γύρω τους. Αυτό θεωρείται συνήθως δύσκολο για ένα παιδί μέσα στο φάσμα του αυτισμού. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παρά την δύσκολη και απαιτητική της φύση, οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαίδευσης ενός ατόμου με αυτισμό. Πρέπει να είναι εξατομικευμένη, συγκεκριμένη και πάντοτε προσαρμοσμένη στο γνωστικό και λειτουργικό επίπεδο του ατόμου, σε συνάρτηση με το οικογενειακό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ζει.¹⁰¹

Η πλήρης έλλειψη σεξουαλικής εκπαίδευσης σε πολλά σχολεία για μαθητές με αναπηρία είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, δεδομένου ότι τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο σεξουαλικής επίθεσης και κακοποίησης. Στην πραγματικότητα, τα παιδιά με αναπηρίες έχουν έως και τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν κακοποίηση και οι γυναίκες με αναπηρίες έχουν σχεδόν 40% περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν κακοποίηση κατά την ενηλικίωση. Ωστόσο, οι μαθητές σε τάξεις ειδικής αγωγής συχνά στερούνται της επιλογής συμμετοχής στην σεξουαλική

εκπαίδευση. Όταν αυτοί οι μαθητές περιλαμβάνονται σε γενικά μαθήματα υγείας, το πρόγραμμα σπουδών είναι συχνά απρόσιτο.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, τα παιδιά με αναπηρίες αντιμετωπίζουν επίσης πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης. Το 2009, το 11% όλων των θυμάτων κακοποίησης παιδιών είχαν συμπεριφορική, γνωστική ή σωματική αναπηρία. Στην πραγματικότητα, σε σύγκριση με τα παιδιά με αναπηρία, τα παιδιά με αναπηρίες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υποστούν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Όσοι ζουν με αναπτυξιακή αναπηρία είναι οπουδήποτε 4 έως 10 φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν κακοποίηση.¹⁰²

Συχνά όταν ένα άτομο με αναπηρία εκφράζει τη σεξουαλικότητά του θεωρείται «υπερσεξουαλικό» και ότι έχει «ανεξέλεγκτες παρορμήσεις». Δεν είναι υπερβολικά σεξουαλικά ενεργά σε σύγκριση με ένα άτομο χωρίς αναπηρία, αλλά επειδή δεν αναμένεται αυτό είναι πρόβλημα για ορισμένους. Η πίστη σε αυτόν τον μύθο μπορεί να οδηγήσει σε απροθυμία παροχής εκπαίδευσης σεξουαλικής υγείας σε νέους με αναπηρία. Επιπλέον, οι νέοι με αναπηρία ενδέχεται να αγωνιστούν με την έννοια του δημόσιου έναντι του ιδιωτικού και να εμπλακούν σε συμπεριφορά που έχει χαρακτηριστεί ως ιδιωτική, όπως η προσωπική εξερεύνηση, σε ένα δημόσιο περιβάλλον. Αυτά τα γεγονότα θα μπορούσαν να προσθέσουν την πεποίθηση ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν ανεξέλεγκτες παρορμήσεις, όταν η πραγματικότητα είναι ότι χρειάζονται εκπαίδευση και δεξιότητες.¹⁰³

6.2.2. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία

Η σεξουαλική εκπαίδευση έχει θεωρηθεί αμφιλεγόμενη, όταν οι ακριβείς, καλά παρουσιασμένες πληροφορίες σχετικά με το σεξ και τη σεξουαλική υγεία συνοδευόμενες από μια έξυπνη συζήτηση με τους νέους θα έπρεπε να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ενηλικίωσης. Όμως, η ορθολογική συζήτηση συχνά εμποδίζεται από την ηθική πλειοψηφία και από πράξεις όπως η κυβέρνηση που απαγορεύει τον Οδηγό για το σεξ σας από την Αρχή Εκπαίδευσης Υγείας. Η Υπηρεσία Εθνικής Υγείας πρόσφατα χορήγησε χρηματοδότηση για σεξουαλική αγωγή για νοσηλευτές σχολείου, αλλά προφανώς στη βάση ότι οι προσπάθειες δεν περιελάμβαναν ευρύτερη συζήτηση για τη σεξουαλικότητα. Ένα πρόσφατο φυλλάδιο από την Εθνική Ένωση Εκπαιδευτικών αναφέρει ότι ο κίνδυνος είναι ότι πολλές από τις πληροφορίες που λαμβάνουν τα παιδιά παρερμηνεύονται και είναι ανακριβείς. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να διορθώσουν μερικούς από αυτούς τους μύθους. Μια έρευνα από τη Σχολή Εκπαίδευσης Υγείας των 29.000 παιδιών διαπίστωσε ότι, ενώ το 50% των αγοριών και το 61% των κοριτσιών ηλικίας 13-14 ετών πίστευαν ότι οι γονείς πρέπει να είναι η κύρια πηγή πληροφοριών για το σεξ, αυτό μειώθηκε στο 20% και στο 32% όταν ρωτήθηκαν ποιες ήταν οι πραγματικές πηγές τους. Οι φίλοι είναι οι πιο πιθανοί πάροχοι πληροφοριών. Μια άλλη δημοσκόπηση 500 εφήβων, ηλικίας 13-16 ετών, διαπίστωσε ότι το 84% θα ήθελε να μιλήσει με τους δασκάλους σχετικά με την αντισύλληψη.⁹⁹

Οι πληροφορίες για τη σεξουαλική υγεία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες στους εφήβους και να παραδίδονται με επίσημα και ανεπίσημα μέσα. Δημιουργώντας συνεργασίες και μοιράζοντας πόρους με καθηγητές εκπαίδευσης υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους καθοδήγησης, διαχειριστές, μαθητές, οικογένειες και την κοινότητα, οι νοσηλευτές σχολείου μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους για να μετριάσουν τις αρνητικές συνέπειες της πρόωρης, μη προστατευμένης ή αναγκαστικής σεξουαλικής επαφής. Η ανοιχτή επικοινωνία με τους εφήβους θα τους επιτρέψει να

αποκτήσουν τις πληροφορίες που χρειάζονται για να λάβουν υπεύθυνες αποφάσεις και να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα όταν χρειάζεται.

Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να δημιουργήσουν μια υγιή ατμόσφαιρα γραφείου που προάγει την ανοιχτή επικοινωνία. Φυλλάδια και πληροφορίες κατά την εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και θεραπεία, δεξιότητες άρνησης, πρόληψη βιασμών και άλλα θέματα σεξουαλικής υγείας πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμο στα γραφεία των σχολικών μονάδων.

Ο νοσηλευτής πρέπει να εμφανίζει εφηβικούς φιλικούς πίνακες ανακοινώσεων που προσφέρουν σχετικές πληροφορίες για μια ποικιλία θεμάτων όλο το χρόνο. Ο καλύτερος τρόπος για να βεβαιωθείτε ότι το μήνυμά θα τραβήξει την προσοχή των εφήβων είναι να εμπλέξετε τους έφηβους στην ανάπτυξη των υλικών.

Οι έφηβοι πρέπει να αισθανθούν ότι αυτές πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ότι είναι ελεύθεροι να κάνουν ερωτήσεις χωρίς να κριθούν. Σε πολλές περιπτώσεις, οι έφηβοι θα το κάνουν αρχικά αντιστεκόμενοι στην κοινοποίηση εμπιστευτικών πληροφοριών, όπως η εγκυμοσύνη, με τον γονέα αλλά μπορεί να συμφωνήσουν όταν προσφερθεί ο νοσηλευτής να διευκολύνει μια συνομιλία με τον γονέα. Οι νοσηλευτές στα σχολεία πρέπει συχνά να εκπαιδεύουν τους διαχειριστές σχολείων, κοινωνικούς λειτουργούς, σύμβουλους καθοδήγησης και εκπαιδευτικούς τα δικαιώματα που παρέχονται στους εφήβους από το κρατικό δίκαιο. Οι σύμβουλοι νοσηλευτές του κρατικού σχολείου μπορούν να βοηθήσουν στην εξεύρεση συγκεκριμένων νόμων σχετικά με το κράτος, την εμπιστευτικότητα και το δικαίωμα πρόσβασης στη φροντίδα.

Εκπαιδευτικές δραστηριότητες τάξης, ομάδας και ατομικής υγείας που διεξάγονται από το σχολικό νοσηλευτή χρησιμεύουν για την αύξηση της γνώσης και να ενθαρρύνουν τη λήψη ενημερωμένων αποφάσεων από εφήβους. Ο νοσηλευτής του σχολείου μπορεί να προσκαλέσει εφήβους στο γραφείο κατά τη διάρκεια αιθουσών μελέτης ή γεύματος ώρες για μικρές ομαδικές συζητήσεις για σεξουαλικά θέματα εκπαίδευσης υγείας. Θέματα νέων γυναικών είναι ιδιαίτερα δημοφιλή, επιτρέποντας τη συζήτηση για σεξουαλική ανάπτυξη, γνωριμίες, δεξιότητες άρνησης, καθορισμός στόχων, σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων και αντισύλληψης. Οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να διδάσκουν θέματα εκπαίδευσης υγείας σε πολλές ρυθμίσεις στην τάξη συμπεριλαμβανομένης της υγείας, της φυσικής αγωγής, της οικογενειακής διαβίωσης, ψυχολογίας, επιστήμης και ειδικά μαθήματα εκπαίδευσης. Σε ορισμένες πολιτείες, όπου οι νοσηλευτές πληρούν τις απαιτήσεις των νόμων ή πολιτικών αδειοδότησης των εκπαιδευτικών του κράτους, οι νοσηλευτές διδάσκουν ολόκληρη την εκπαίδευση υγείας με αναλυτικό πρόγραμμα ως μέρος των τακτικών τους εργασιών.

Οι πληροφορίες για τη σεξουαλική υγεία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες στους εφήβους και να παραδίδονται χρησιμοποιώντας τόσο επίσημα όσο και άτυπα μέσα. Με τη δημιουργία συνεργασιών και κοινής χρήσης πόροι με καθηγητές εκπαίδευσης υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι καθοδήγησης, διαχειριστές, μαθητές, οικογένειες και η κοινότητα, οι νοσηλευτές στα σχολεία μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους και να μετριάσουν τις αρνητικές συνέπειες της πρόωρης, απροστάτευτης ή αναγκαστικής σεξουαλικής επαφής. Η ανοιχτή επικοινωνία με τους εφήβους θα τους επιτρέψει να αποκτήσουν τις πληροφορίες που πρέπει ώστε να είναι υπεύθυνοι στις αποφάσεις τους και να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα όταν χρειάζεται.¹⁰⁰

6.2.3. Σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και άλλων χωρών

Με σκοπό να αντληθούν πληροφορίες από Έλληνες φοιτητές για την εκπαίδευση σεξουαλικότητας με βάση το σχολείο, 92 Έλληνες και 47 άλλοι υπήκοοι απάντησαν σε δύο ερωτηματολόγια που αξιολόγησαν αυτοαξιολογημένους, περιγραφείς που σχετίζονται με το σεξ, την προσωπική εμπειρία και προτάσεις για σχολική σεξουαλική εκπαίδευση. Το ελληνικό δημόσιο σχολείο βρέθηκε να παρέχει μη ικανοποιητική εκπαίδευση σεξουαλικότητας, κυρίως διάρκειας ενός εξαμήνου, μόνο στο ένα τρίτο περίπου των μαθητών του, που γίνονται σεξουαλικά ενεργοί νωρίτερα από άλλους υπηκόους. Παρόλο που το σχολείο κατέλαβε την τελευταία θέση μεταξύ των κύριων πηγών πληροφοριών για τη σεξουαλικότητα, και η ελληνική νεολαία θεώρησε το σχολείο λιγότερο σημαντικό από τους άλλους υπηκόους ως πηγή πληροφοριών για τη σεξουαλικότητα, όλοι οι νέοι ζήτησαν ομόφωνα την επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση σεξουαλικότητας σε σχολείο, σε διαφορετικά επίπεδα και να παραδίδεται από έναν ειδικά εκπαιδευμένο και προσιτό δάσκαλο, που καλύπτει φυσιολογικές και διαπροσωπικές πτυχές της σεξουαλικότητας.¹⁰⁶

Σε μια συγκριτική διαπολιτισμική έρευνα ανάμεσα σε φοιτητές και φοιτήτριες από την Ελλάδα και τη Σκωτία, βρέθηκε ότι γενικά οι φοιτητές και φοιτήτριες από την Ελλάδα αισθάνονται ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλική τους ταυτότητα και επίσης ότι έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση στις σχέσεις με το αντίθετο φύλο. Στην ίδια έρευνα οι φοιτητές και φοιτήτριες από τη Σκωτία βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση πάνω σε θέματα σεξουαλικών γνώσεων και το επίπεδο ωριμότητάς τους αναφορικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα ήταν μεγαλύτερο από αυτό των Ελλήνων και Ελληνίδων. Εάν αυτή η διαφορά στα ελληνικά σχολεία, αποτελεί ενδιαφέρον επιστημονικό ερώτημα. Οι ερευνητές πάντως αναφέρουν ότι οι φοιτητές και φοιτήτριες από τη Σκωτία είχαν παρακολουθήσει γενικά στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους τα τελευταία δέκα χρόνια περισσότερα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής.⁹⁷

Το Γαλλικό Κίνημα Οικογενειακού Προγραμματισμού (MFPF) συμμετείχε ενεργά στη σεξουαλική εκπαίδευση στα σχολεία. Το 1989, πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 1500 παρουσιάσεις σε 23.000 μαθητές. Μια άλλη δραστηριότητα είναι η παρακολούθηση της εφαρμογής των καταστατικών και των κανονισμών, για την άμβλωση, την αντισύλληψη και τη σεξουαλική εκπαίδευση και την καταπολέμηση της διάσωσης και προώθησης των δικαιωμάτων των εμπειρογνομόνων της σεξουαλικότητας. Λόγω της προβολής του MFPF σε σοβαρούς κινδύνους, όπως το AIDS, η σεξουαλική κακοποίηση και ο βιασμός, η αξιοπιστία έχει ενισχυθεί. Το MFPF χρησιμεύει ως όχημα για την αλλαγή στάσεων στις σχέσεις ανδρών / γυναικών. Η κυβέρνηση έχει επιτρέψει τη συμμετοχή στην προετοιμασία ενός προγράμματος διδασκαλίας που ασχολείται με τη σεξουαλική κακοποίηση. Το 1967, εγκρίθηκε το καταστατικό που επέτρεπε την αντισύλληψη και η σεξουαλική εκπαίδευση έγινε ένα σημαντικό ζήτημα. Το 1973, ο Fontanet ως Υπουργός Παιδείας περιέγραψε τη σύσταση για πληροφορίες σεξ και εκπαίδευση στα σχολεία, συμπεριλαμβανομένης της αναπαραγωγής. Περαιτέρω επίσημες υποστηρικτικές συστάσεις δεν έγιναν μέχρι το 1985, όταν η εκπαίδευση στη ζωή εισήχθη στο πρωτογενές πρόγραμμα σπουδών. Δεν υπήρχε πρόβλεψη ούτε για εκπαίδευση εκπαιδευτικών. Ως εκ τούτου επικράτησε μια μεγάλη μεταβλητότητα στις δεξιότητες, τη δέσμευση και τις στάσεις. Το MFPF αντικατοπτρίζει μια θέση στην ανοχή στην ακρόαση άλλων, στην έκφραση και στην ανάλυση των διαφορών και στην κριτική σκέψη, εντοπίζοντας τις δυσκολίες στο να μιλάμε για σεξ σε σχέση με την πολιτιστική και θρησκευτική ποικιλομορφία και τη βοήθεια για τους νέους στην εκμάθηση του σώματός τους, την έκφραση συναισθημάτων και τη λήψη χρέωσης συναισθημάτων.¹⁰⁴

Στη Γερμανία, η σεξουαλική εκπαίδευση θεωρείται δημόσιο καθήκον. Το ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης Υγείας (ΚΕΥ) , ως κυβερνητικός οργανισμός, και οι αρχές 16 ομοσπονδιακών κρατών εκχωρούνται από το νόμο για την εφαρμογή και τη διεξαγωγή σεξουαλικής εκπαίδευσης, σε στενή συνεργασία με οικογενειακά συμβουλευτικά ιδρύματα και άλλους οργανισμούς. Σε αυτή τη διαδικασία, το ΚΕΥ έχει αναγνωρισμένο ρόλο στην ανάπτυξη εννοιών για τη σεξουαλική εκπαίδευση και την ποιότητα ασφάλειας. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας εκπαίδευση σεξουαλικότητας για διαφορετικές ηλικίες και ομάδες στόχους. Σε από κοινού δημοσιευμένο πλαίσιο, το ΚΕΥ και όλα τα ομοσπονδιακά κράτη συμφώνησαν ότι η σεξουαλικότητα πρέπει να θεωρείται φυσικό μέρος της ανθρώπινης ανάπτυξης μέσω κάθε φάση της ζωής. Κατά συνέπεια, είναι σχετικό για ολόκληρο τον πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων όλων των ηλικιών. Αφενός, η σεξουαλική εκπαίδευση στη Γερμανία στοχεύει στην αύξηση της γνώσης ζητημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αλλά δεν περιορίζεται σε, φυσικές πτυχές όπως το σώμα π.χ. αλλαγές στην εφηβεία, τον αναπαραγωγικό κύκλο και την αποτελεσματικότητα των διαφορετικών αντισυλληπτικών μεθόδων. Αφ' ετέρου, η σεξουαλική εκπαίδευση στοχεύει να επιτρέψει το γενικό πληθυσμό να αναπτύξει μια θετική υπεύθυνη στάση προς τη σεξουαλικότητα. Η σεξουαλική εκπαίδευση προοριζόταν να υποστηρίξει την ανάπτυξη μιας αυτοπροσδιορισμένης ταυτότητας, προσωπικό σύστημα αξίας και προσωπικής ζωής. Συνδέει λοιπόν τους στόχους της μείωσης των ποσοστών των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων και των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων με την ευρύτερη έννοια της ευημερίας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής. Αυτή η προσέγγιση έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε διάφορα επίπεδα. Για παράδειγμα, οι εφηβικές εγκυμοσύνες στη Γερμανία έχουν μειωθεί κατά το ήμισυ εντός των τελευταίων 10 χρόνων από 15.000 το 2004 σε 7.500 το 2013.¹⁰⁵

Οι γυναίκες έφηβοι μεταξύ 11 και 21 ετών κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μια έρευνα στη Σαουδική Αραβία. Συνολικά 417 γυναίκες φοιτητές συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα. Οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 42% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι συζήτησαν σεξουαλικά θέματα με τους φίλους τους. Μόνο το 15,8% συζήτησε αυτά τα θέματα με τους γονείς τους (μητέρες). Είναι ενδιαφέρον ότι το 17,3% συζήτησε σεξουαλικά θέματα με τον οικιακό βοηθό. Οι περισσότεροι (61%) ανέφεραν ότι οι δάσκαλοί τους είχαν αρνητική στάση απέναντι σε ερωτήσεις που σχετίζονται με σεξουαλικά ζητήματα. Μόνο το 33,3%, το 37,9% και το 14,5% γνώριζαν ότι η σύφιλη, η γονόρροια και η ηπατίτιδα Β, είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ μαθητών σε ιδιωτικά σχολεία και δημόσια σχολεία. Βάσει των αποτελεσμάτων κρίνεται ότι η επίσημη σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να εισαχθεί στο πρόγραμμα σπουδών των σχολείων στο πλαίσιο της θρησκείας και του πολιτισμού. Οι γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να είναι πιο ανοιχτοί για να συζητούν σεξουαλικά ζητήματα με τα παιδιά και τους μαθητές τους.¹⁰⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Επιβεβαιώνει ότι το φαινόμενο της έκτρωσης είναι κατά πολύ συνθετότερο της ορολογίας «τεχνητή διακοπή της κύησης». Η διακοπή αυτή, φαίνεται σε πολλές περιπτώσεις να είναι διακοπή σχέσεων, διακοπή δεσμών με την οικογένεια, διακοπή παρελθόντος και παρόντος εαυτού ή/και διακοπή συναισθημάτων. Η συζήτηση για τις αμβλώσεις καταλήγει σε ένα θέμα και στις δύο πλευρές. Για τη θέση υπέρ της ζωής ,κατά της άμβλωσης, το κύριο επιχείρημα είναι ότι το έμβryo είναι ανθρώπινο ον. Όλη η βιβλιογραφία και η ρητορική τους θα αναφέρονται στο έμβryo ως παιδί. Για τη θέση υπέρ της επιλογής ,για νόμιμη έκτρωση, το κύριο ζήτημα είναι η αξία των γυναικών στην κοινωνία και το δικαίωμά τους να επιλέγουν και το σημείο ότι το έμβryo δεν είναι απαραίτητα ανθρώπινο ον.

Η άμβλωση πρέπει να παραμείνει μια νομική επιλογή για τις γυναίκες, διότι η κυβέρνηση δεν έχει κανένα δικαίωμα να παρέμβει στο σώμα μιας γυναίκας, οι παράνομες αμβλώσεις οδηγούν σε πολύ περισσότερους θανάτους, πολλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες έχουν ως αποτέλεσμα οικονομική στέρηση και έναν συνεχή κύκλο φτώχειας και απελπισίας, αλλά το πιο σημαντικό, δεν υπάρχει πειστική απόδειξη ή επιχείρημα ότι το έμβryo είναι ίσο με έναν άνθρωπο και ως εκ τούτου, έχει ίσα δικαιώματα.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να μάθουμε να μην κρίνουμε την κάθε γυναίκα που καταφεύγει σε αυτή τη λύση για τον απλούστατο λόγο ότι κανείς δε βρίσκεται στη θέση και το σώμα της. Δεν μπορεί να γνωρίζει κάποιος τα συναισθήματα της, τις σκέψεις της του λόγους που την οδήγησαν σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είτε τα οικονομικά και οικογενειακά κριτήρια. Άλλες επιρροές που δέχεται μια γυναίκα είναι η κοινωνία ή ο σύντροφος της, όταν αυτές παρομοιάζουν τη γυναίκα ως φορέα της ζωής, η ίδια στιγματίζεται και καταλήγει να ενοχοποιεί τον ίδιο της τον εαυτό σε όποια απόφασή της.

Έτσι, καταλήγουμε και πάλι στο συμπέρασμα ότι ο ρόλος της οικογένειας, της κοινωνίας και του σχολείου είναι καταλυτικός και οφείλουν να μάθουν στη γυναίκα πως μόνο αυτή είναι υπεύθυνη για το σώμα της και πως πρέπει να το σεβαστεί και να κρίνει τι είναι σωστότερο για την ίδια, αλλά και στον άντρα πως πρέπει να είναι στο πλευρό της, να τη στηρίζει και να σέβεται τις αποφάσεις της.

Η γνώση και εξέταση όλων των πιθανών προεκτάσεων της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη και σε μεγάλο βαθμό, μπορεί να μειώσει τις δυσάρεστες συνέπειες, αφού η απόφαση της γυναίκας θα είναι απόλυτα συνειδητή και θα βασίζεται σε απόλυτα κατανοητά και εκ των προτέρων γνωστά δεδομένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cuomo, Amy. Birth Control. Στο O'Reilly, Andrea Encyclopedia of Motherhood. Sage Publications, 2010, 121-126
2. Lipsey (et al). Historical Record on the Control of Family Size. Economic Transformations: General Purpose Technologies and Long-Term Economic Growth. Oxford University Press, 2005, 335-340
3. J.O. Drife, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2010, 431-441
4. Vern L. Bullough. Encyclopedia of Birth Control. ABC-CLIO, 2001, 125
5. Riddle JM. Contraception and abortion from the ancient world to the renaissance. Harvard University Press, Massachusetts 1992.
6. Joffe C. Abortion and medicine: a socio-political history. Στο Paul M et al. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, 1–9.
7. Drife, J. O. Historical perspective on induced abortion through the ages and its links with maternal mortality. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2010, 24, 431–441
8. Αφήστε με να ζήσω. <https://www.afistemenaziso.gr/texts/epikairota/amvlwseis-sth-rwsia> , Τελευταία επέλαση Δεκέμβριος 19,2018
9. Mavroforou, A., Koumantakis, E., Michalodimitrakis, E. Adolescence and abortion in Greece: women's profile and perceptions. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2004, 17(5), 321-326
10. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002855.pub4/full>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 9, 2011
11. Trusted medical advice from the American Academy of Family Physicians. Ending a Pregnancy. <https://familydoctor.org/ending-a-pregnancy/?adfree=true> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 13, 2018
12. Bennet, N. R., Brown, L. K. Myles textbook for Midwives. 12th Edition, Longman Group Ltd:London., 1996
13. NHS: Emergency Contraception (morning after pill, IUD). <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/emergency-contraception/> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 22, 2018
14. Νικόλαος Βλάχος, Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας και υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. <https://www.nikolaosvlahos.gr/el/faq/to-xapi-tης-επομενης-ημερας>
15. Παπαδόπουλος Ν., Δάμπαλα Κ., Τσαλίκης Τ., Μπόντης Ι., Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία 2007, 19(3), 260
16. Καρπάθιος Σ., Βασική Μαιευτική, Περιγεννητική, Ιατρική και Γυναικολογία, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις: Αθήνα 1998
17. Mayo Clinic. Dilation and curettage (D&C). <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/dilation-and-curettage/about/pac-20384910> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 29, 2019
18. Paul M, et al. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. New York: Churchill Livingstone, 1999
19. Η αγκαλιά. Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού., Η έκτρωση και οι ευρύτερες επιπτώσεις της, <https://www.agalia.org.gr/H-Εκτρωση-και-οι-ευρύτερες-Επιπτώσεις-της>
20. Βάντσος Μιλτιάδης. Η ηθική θεώρηση της έκτρωσης. Εκδόσεις Σφακιανάκη Κορηλία, Θεσσαλονίκη 2009

21. Μπαστούνας Γ., Άμβλωση: Έγκλημα χωρίς τιμωρία. *Expressis Verbis Law Journal* 2018, 11:11, 92
22. Ioannidi-Kapoulou, E. Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters.*, 2004, 12(sup24), 174–183
23. Ρούλα Σκούταρη, Μνήμες από το φεμινιστικό κίνημα. Έκτρωση και ελληνικό φεμινιστικό κίνημα <http://users.otenet.gr/~scoutari/mfk.html>
24. ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘ. 1609/1986. ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986. Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1609-1989.html>
25. Cook RJ, Dickens BM. International developments in abortion laws: 1977-88. 1989, 23(4), 3-4
26. Μέχρι 20.000 αμβλώσεις το χρόνο στην Κύπρο. Συγκλονιστικά τα στοιχεία που κατέχει η Εκκλησία. https://web.archive.org/web/20080412070343/http://www.simerini.com.cy/nqcontent.cfm?a_id=333196 Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 7, 2008
27. Parliament decriminalises abortion (Updated). *Cyprus Mail.* <https://cyprus-mail.com/2018/03/30/parliament-decriminalises-abortion/> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 30, 2018
28. Pinter et al., Accessibility and availability of abortion in six European countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005, 10(1), 54
29. Abortion Act 1967. *Legislation.gov.uk* <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/1> Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 1, 2013
30. Τσαούση Α., "Το Δικαίωμα στην Άμβλωση στις Η.Π.Α.: Τριάντα Χρόνια Μετά την Ιστορική Απόφαση *Roe v. Wade*", *Δικαιώματα του Ανθρώπου*, 2006, 28, 1107-1172
31. Jaffe S., Legal battles over abortion heat up in the USA. *World Report* 2019, 393, 1924
32. Αμβλώσεις: Σωστό, λάθος ή ταμπού; Ελεύθερος Τύπος. <https://eleftherostypos.gr/istories/376715-ambloseis-sosto-lathos-i-tampou/> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 4, 2019
33. Τσάπανος Β.Σ., *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, Ηθικά διλήμματα και νομικά προβλήματα στον προγεννητικό έλεγχο των γενετικών νοσημάτων*, 2005, 17(4), 395-407
34. Werning C., Is abortion murder?. *Medizinische Monatsschrift fur Pharmazeuten* 1995, 18(9), 251
35. Marquis D., *An Argument That Abortion Is Wrong*. Στο: Russ Shafer-Landau. *Ethical Theory: An Anthology*, Blackwell, 2007, 439-450
36. Thomas, Groome. "Can Democrats Win Back Catholics? : To Win Again, Democrats Must Stop Being the Abortion Party." *The New York Times*. March 2017, 19
37. Habtemariam M. *How to build a better World for our generation*. Dog Ear Publishing, 2018
38. Hanschmidt F. et al., Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016, 48(4), 169-177
39. Cowan S.K., Enacted abortion stigma in the United States. *Social Science & Medicine* 2017, 177, 259-268
40. Makenzius M. et al., Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. *Reproductive Health* 2019, 16(1), 136
41. Gelman A., Abortion Stigma Among Low-Income Women Obtaining Abortions in Western Pennsylvania: A Qualitative Assessment. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016, 49(1), 29-36

42. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Ινστιτούτο Γκαίτε. Βιοηθική και Βιοπολιτική. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2002
43. Γκότση Γ., Κορτέση Ζ., Η σύγχρονη οικονομική ανάλυση των αμβλώσεων. Δικαιώματα του ανθρώπου 2008, 37, 389
44. Η Καθολική Εκκλησία αποφάσισε να συγχωρεί την άμβλωση. Η εφημερίδα των συντακτών. https://www.efsyn.gr/kosmos/eyropi/90694_i-katholiki-ekklisia-apofasise-na-syghorei-tin-amblosi Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 21, 2016
45. Ekmekci PE., Abortion in Islamic Ethics, and How it is Perceived in Turkey: A Secular, Muslim Country. Journal of Religion and Health 2017, 56, 886-887
46. Aramesh K., Perspectives of Hinduism and Zoroastrianism on abortion: a comparative study between two pro-life ancient sisters. Journal of Medical Ethics and History of Medicine
47. Religions. Judaism and abortion. BBC Web Page. https://www.bbc.co.uk/religion/religions/judaism/jewishethics/abortion_1.shtml Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 15, 2009
48. Φεμινισμός. Βικιπαίδεια, Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. <https://el.wikipedia.org/wiki/Φεμινισμός> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 4, 2020
49. Hewson B., Reproductive Autonomy and the Ethics of Abortion. The Journal of Medical Ethics 2001, 27(2), 10-14
50. Fatemeh G. Marzieh A., The Rights of the Fetus in Legislation Abortion. Health Science Journal 2015, 10(1), 15
51. Lehman J. and Shirelle Ph. West's Encyclopedia of American Law, edition 2. The Gale Group, Αμερική 2008
52. Loi M., Nobile M., The Legal Recognition of Fetal Rights. Στο: Rosenfeld Ch. The Epigenome and Developmental Origins of Health and Disease: The Moral and Legal Relevance of DOHaD Effects for Pregnant Mothers (1st Edition). Academic Press, USA 2015, 463-480
53. Τα δικαιώματα του εμβρύου. In.gr. <https://www.in.gr/2007/02/16/life/kid/ta-dikaiwmata-toy-embryoy/> Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 27, 2007
54. Αμβλώσεις: «Ποιος είναι ο ρόλος του πατέρα;» Φilenews. <https://www.philenews.com/f-me-apopsi/arthra-apo-f/article/494772/ambloseis-poios-einai-o-rol-os-toy-patera> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 28, 2018
55. Mavroforou A., Koumantakis E., Michalodimitrakis E., Do Men Have Rights in Abortion? The Greek View. Medicine and Law 2010, 29(1), 77-85
56. Δικαίωμα στον πατέρα, ακόμη και τον βιαστή, να «μπλοκάρει» την έκτρωση και να μηνύσει τη μητέρα δίνει νόμος στις ΗΠΑ. Huffpost. https://www.huffingtonpost.gr/2017/02/06/eidiseis-diethnes-dikaioma-patera-blokarei-ektrosi-nomos-hpa-exairei-viasti_n_14631878.html Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 6, 2017
57. Men and Abortion. Clinic Quotes. <https://clinicquotes.com/category/personal-stories/men-and-abortion/page/3/> Νοέμβριος 22, 2017
58. A Torres, J D Forrest., Why Do Women Have Abortions?. Family Planning Perspectives 1988, 20(4), 169-176
59. Finer L. et al, Reasons U.S. Women Have Abortion: Quantitative and Qualitative Perspectives. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2005, 37(3), 110-118
60. Women have abortions for many reasons aside from rape and incest. Here are some of them. CNN Health <https://edition.cnn.com/2019/05/21/health/women-reasons-abortion-trnd/index.html> Τελευταία προσπέλαση Μάιος 22, 2019

61. Οι συνέπειες της εκτρώσεων στην ψυχική & σωματική υγεία των εφήβων. Onmed.gr <https://www.onmed.gr/ygeia/story/370429/oi-synepeies-tis-ektroseon-stin-psyxiki-somatiki-ygeia-ton-efivon> Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 26, 2019
62. Σοβαρές οι σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης. Onmed.gr <https://www.onmed.gr/ygeia/story/331491/sovares-oi-somatikes-kai-oi-psyxologikes-synepeies-mias-ektrosis> Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 25, 2015
63. Λιναρδάκη Μ. «Γυναίκα: Οι πιθανές επιλοκές μια έκτρωσης..». Νέα Κρήτη. Νοέμβριος 2012
64. Lin T.B. et al., Long-term physical health consequences of abortion in Taiwan, 2000 to 2013. *Medicine(Baltimore)* 2018, 97(31), 117-185
65. Cavet S, et al., Assessment of pain during medical abortion with home use of misoprostol. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2017, 22(3), 207-211
66. Bianchi-Demicheli F., Psychiatric and psychological consequences of abortion. *Revue Medicale Suisse* 2007, 3(98), 401-407
67. Andler N., David H., Psychological Factors in Abortion: A Review. *American Psychologist* 1992, 47(10), 1194-1204
68. Ashton J.R., The Psychological Outcome of Induced Abortion, *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1980, 87, 1115-1122
69. Thomas W.D., The Badgley Report on the Abortion Law, *Canadian Medical Association Journal* 1977, 116(9), 966
70. David H. et al., Postpartum and Post-abortion Psychotic Reactions, *Family Planning Perspectives* 1981, 13, 88-91
71. Scope and Myths of Roe V.Wade. Hearing Before the Subcommittee. Στο Constitution of the Committee on the Judiciary, House of Representatives, One Hundred Ninth Congress, Second Session (Τόμος 1), United States Congress House 2006, 52
72. Kimberly K., Gochanour A., Men and ‘post abortion syndrome’: claims versus evidence, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2019, 24(1), 13-17
73. Bernard C., *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*, N.H.: Institute for Pregnancy Loss, Portsmouth 1990
74. Herman J.L. *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York 1992
75. Francke L.B. *The Ambivalence of Abortion*, Random House, New York 1978
76. Adler N., Sample Attrition in Studies of Psychosocial Sequelae of Abortion: How great a problem, *Journal of Social Issues* 1979, 35, 100-110
77. Speckhard A.C., Rue V.M., Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern, *Journal of Social Issues* 1992, 48(3), 95-119
78. Speckhard A.C., Belsey, et al, Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: King’s Termination Study – IV, *Social Science & Medicine* 1977, 11, 71-82
79. Speckhard A.C., Psychosocial Stress Following Abortion, *Abortion in Adolescence* 1988, 23(92), 813-823
80. Harlap, Susan & Davies, Michael A., Characteristics of Pregnant Women Reporting Previous Induced Abortions, *Bulletin of the World Health Organization* 1975, 52(2),149-154
81. Obel E.B., Pregnancy Complications Following Legally Induced Abortion, *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica* 1979, 58(5), 485-490
82. Kuzma J.W., Kissinger D.G., Patterns of Alcohol and Cigarette Use in Pregnancy, *Neurobehavioral Toxicology and Teratology* 1981, 3, 211-221

83. Morrissey E.R. et al., Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center, *Journal of Studies on Alcohol* 1978, 39, 1159
84. McAll R.C., et al, Ritual Mourning in Anorexia Nervosa, *The Lancet* 1980, 368
85. Benedict I. et al, Maternal Perinatal Risk Factors and Child Abuse, *Child Abuse and Neglect* 1985, 9, 217-224
86. Berger C. et al, Repeat Abortion: Is it a Problem?, *Family Planning Perspectives* 1984, 16(2), 70-75
87. Howe B., et al, Repeat Abortion, Blaming the Victims, *American Journal of Public Health* 1979, 69(12), 1242-1246
88. Speckhard A.C., Rue V.M., Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern, *Journal of Social Issues* 1992, 48(3), 95-119
89. Williams W., Restoring Fatherhood Lost, *Post Abortion Review* 1996, 4(4), 494
90. Lieh-Mark F., Husbands of Abortions Applicants: A Comparison With Husbands of Women Who Complete Their Pregnancies, *Social Psychiatry* 1979, 14, 59
91. Reisser T., The Effects of Abortion on Marriage and Other Committed Relationships, *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change* 1996, 6(4), 1-8
92. Τσολακίδης Δ. Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 2004, 16(2), 264-269
93. Αμπελιώτης Κ. κ.α., *Οικιακή Οικονομία Β' Γυμνασίου*. Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα 2017
94. USAID. *Family Planning. Facts for Family Planning*, 2012, 54-73
95. World Economic Forum. *The economic benefits of family planning*. <https://www.weforum.org/agenda/2018/07/the-economic-benefits-of-family-planning/> Τελευταία προσπέλαση 2018, Ιούλιος 26
96. Nurses in family planning. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1974, 8(3), 258-265
97. Γερούκη Μ., «Η Σεξουαλική Αγωγή στο Σχολείο» – Θεωρία και πράξη / Οι απόψεις των εκπαιδευτικών. Εκδόσεις Μαραθέα, Αθήνα 2011
98. Fortune L. K., Assessing family planning needs of secondary students in Iowa. *Iowa State University*, 1978, 32-35
99. Cohen P., The role of the school nurse in providing sex education. *Nursing Times*, 1994, 90(23), 36-38
100. Jackson V., What is the role of the school nurse in sexual health education?, *NASN School Nurse*, 2011, 26(3), 146-147
101. MaxMag. Μιλώντας ανοιχτά για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ΑμεΑ. <https://www.maxmag.gr/eidiki-agogi/milontas-anoichta-gia-tin-sexoyaliki-diapaidagogisi-ton-amea/> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 29, 2020
102. Teen Vogue. Why Sex Education for Disabled People Is So Important. <https://www.teenvogue.com/story/disabled-sex-ed> Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 5, 2017
103. Advocates for Youth. *Sexual Health Education for Young People with Disabilities – Research and Resources for Educators*. <https://advocatesforyouth.org/resources/fact-sheets/sexual-health-education-for-young-people-with-disabilities/> Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 2, 2016
104. Gallard C., Sex education in France. *Planned parenthood in Europe*, 1991, 201(1), 11-12
105. Brockschmidt L., Hessling A., *EntreNous*. Sexuality Education in Germany: An effective intervention to support the sexual and reproductive health (SRH) of people across the lifespan, 20-21

106. Fakinos M., Sexuality education in Greek schools: Student experience and recommendations, *Electronic Journal of Human Sexuality*, 2010, 13
107. Alquaiz A. και άλλοι, Knowledge, attitudes, and resources of sex education among female adolescents in public and private schools in Central Saudi Arabia, *Saudi medical journal*, 2012, 33(9), 1001-1009