

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**



**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

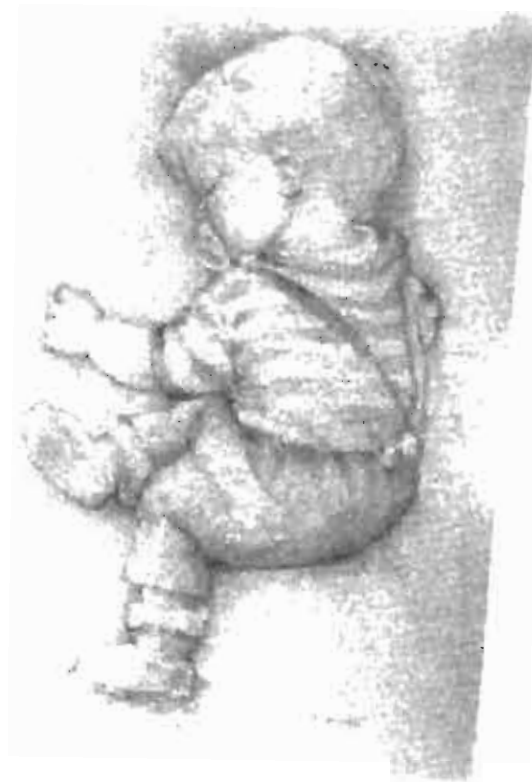
**"ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ"**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΣΤΑΣΙΝΟΥ ΝΕΚΤΑΡΙΑ**

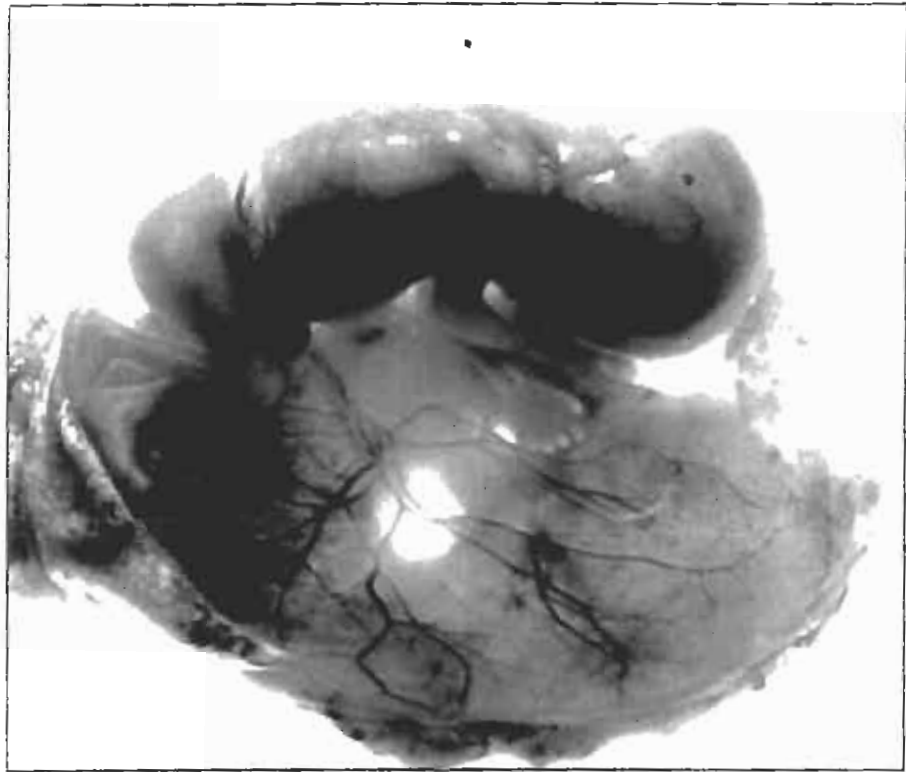
**ΠΑΤΡΑ 2001**

8226



Η έκτρωση είναι πάντα μία ανθρώπινη αποτυλία. Δεν μπορεί κανείς να την θεωρήσει νίκη. Νίκη είναι μόνο το να μπορεί κανείς να την αποφύγει.

(Σίμον Βεΐλ, Πρόεδρος Ειρατωτικού Κοινοβουλίου και Υπουργός Υγείας της Γαλλίας)



ΖΩΗ

3 μηνών έμβρυο: τέλεια σχηματισμένος άνθρωπος



ΘΑΝΑΤΟΣ

Μικρό έμβρυο εκτρωμένο στους 3 μήνες

*Αφιερώνεται... ..*

«...Στους γονείς μου χάρις στους οποίους έφτασα ως εδώ σήμερα και σε όλες εκείνες τις ανυπεράσπιστες ψυχές που θυσιάστηκαν και θα θυσιαστούν στο μέλλον με την ελπίδα πως κάποτε θα έρθει η μέρα που όλα τα παιδιά θα έχουν το δικαίωμα να αντικρίσουν το φως της ζωής»

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	3
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</b>	
1.1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	5
1.2 Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας .....	7
1.3 Σύλληψη – γονιμοποίηση ωαρίου .....	10
1.4 Διάγνωση εγκυμοσύνης .....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
<b>ΕΝΝΟΙΕΣ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ</b>	
2.1 Ορισμός .....	13
2.2 Ιστορική ανασκόπηση .....	13
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία .....	15
2.4 Η έκτρωση στην ελληνική νομοθεσία .....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
<b>ΜΟΡΦΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ</b>	
3.1 Κλινικές μορφές εκτρώσεων .....	20
3.2 Τρόποι έκτρωσης .....	24
3.2.1 Χρόνος της επεμβάσεως .....	26
3.2.2 Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση .....	26
3.3 Σωματικές και ψυχοπνευματικές συνέπειες της έκτρωσης στη γυναίκα .....	27
3.3.1 Συνέπειες εκτρώσεων για τη γυναίκα και το κοινωνικό σύνολο .....	31
<b>Β΄ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b>	
4.1 Φυσιολογικές μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού .....	33
4.1.1 Αποχή και σεξ χωρίς συνουσία .....	34
4.1.2 Διακοπή συνουσίας .....	34
4.1.3 Μέθοδοι ρυθμού .....	34
4.1.4 Καταγραφή των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας .....	35

4.2 Τεχνικές μέθοδοι – Σπερματοκτόνα και μέθοδοι φραγμού .....	36
4.2.1 Σπερματοκτόνα .....	36
4.2.2 Το διάφραγμα .....	36
4.2.3 Το ενδομήτριο σπείραμα .....	37
4.2.4 Το αντισυλληπτικό χάπι .....	38
4.2.5 Το προφυλακτικό .....	41
4.3 Αντισύλληψη μετά τη συνουσία .....	42
4.3.1 Επείγουσα ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία .....	43
4.3.2 Ενδομήτριο σπείραμα μετά τη συνουσία.....	44
4.4 Στείρωση .....	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	
<b>ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ</b>	
5.1 Ηθικοί προβληματισμοί .....	46
5.2 Ορθολογιστική άποψη .....	46
5.3 Νομική άποψη .....	48
5.4 Συνταγματική άποψη .....	50
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	
<b>Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ</b>	
6.1 Διλήμματα στην αρχή της ζωής .....	52
6.2 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή .....	57
<b>Γ' ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Νοσηλευτική Διεργασία .....	60
Κλινική Περίπτωση Α' .....	60
Κλινική Περίπτωση Β' .....	67
Παράρτημα .....	73
Επίλογος .....	86
Βιβλιογραφία .....	87

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με το πέρασμα της ιστορίας, την ανάπτυξη της επιστήμης και την εφεύρεση νέων τεχνολογικών κατακτήσεων που τέθηκαν στη διάθεση του ανθρώπου, πολλά από τα κοινωνικά προβλήματα που μάστιζαν στην κυριολεξία ολόκληρες κοινωνίες ατόμων τα παλαιότερα χρόνια τείνουν να εξαλειφθούν. Ωστόσο, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, που εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να απασχολεί την ανθρωπότητα, και να αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς προκαλώντας σημαντική διάσταση απόψεων είναι οι εκτρώσεις. Το όλο θέμα περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από τις βαθυστόχαστες και μυστηριώδεις έννοιες της ζωής και του θανάτου.

Στο πέρασμα των καιρών όπου η ελεύθερη σκέψη και έρευνα ήταν δυνατή στο θέμα των εκτρώσεων συζητήθηκε περισσότερο απ' όλα. Το σπουδαιότερο ζήτημα για κάθε πολιτισμένο έθνος ήταν αν το έμβρυο θεωρείται ένα ανθρώπινο όν. στο ζήτημα αυτό επιχείρησαν να πάρουν θέση, ανάλογα με τη δομή και την ηθική κάθε κοινωνίας, πλήθος πολιτικών, θρησκευτικών, ιατρικών, νομικών και φιλοσοφικών ανθρώπων.

Στις μέρες μας παρ' όλες τις αυξανόμενες φωνές διαμαρτυρίας και τη μεγαλύτερη σχετικά ενημέρωση που προσφέρουν τα ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας, τα άτομα και ιδιαίτερα οι γυναίκες φαίνεται να μην έχουν αντιληφθεί τη σοβαρότητα και επικινδυνότητα που περικλείει το πρόβλημα της έκτρωσης.

Χαρακτηριστικό αυτού είναι το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες καταφεύγουν στην οδυνηρή εμπειρία της έκτρωσης.

Αρχίζοντας λοιπόν την ανάλυση αυτού του πραγματικά πολύπλοκου και δύσκολου θέματος θα' θελα να αναφερθώ στα λόγια της μαίας του Κέντρου Υγείας Χαλανδρίτσας που ειπώθηκαν κλείνοντας τη συζήτηση που είχαμε για το συγκεκριμένο θέμα.

«Σας εύχομαι ειλικρινά να μην βρεθείτε ποτέ στο δίλημμα αυτό δηλαδή να χρειάζεται να αποφασίσετε αν θα σκοτώσετε το παιδί σας ή όχι. Αλλά αν τελικά κάποια στιγμή κάνετε έκτρωση να θυμάστε πως στο τέλος της ζωής σας θα κλείνετε τα μάτια και θα λέτε: έχω κάνει στη ζωή μου αυτό, εκείνο το άλλο και ΜΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ».



Νομίζω λοιπόν πως αυτές οι λίγες λέξεις δείχνουν από μό-  
νες τους τη σοβαρότητα και την κρισιμότητα της απόφασης που  
θα πρέπει να πάρει μια γυναίκα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα, που αν έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα όργανα αυτά διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, που χωρίζονται από τον παρθενικό υμένα.

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν τα μεγάλα και μικρά χείλη, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος, ο υμένας και οι μείζονες αδένες του προδρόμου. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα βρίσκονται έξω από τη πύελο και είναι γνωστά ως αιδοίο.

Στα εσωτερικά όργανα, που βρίσκονται μέσα στη πύελο, ανήκουν ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.<sup>1</sup>

#### Μεγάλα χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερματικές πτυχές, που μέσα τους περιέχουν δερματικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο.<sup>2</sup> Η εξωτερική τους επιφάνεια είναι τριχωτή και έχει άφθονους ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Η εσωτερική τους επιφάνεια είναι ύτριχη, έχει χρώμα ρόδινο και μοιάζει με βλενογόνο.<sup>2</sup>

#### Μικρά χείλη

Παριστάνουν και αυτά, δύο δερματικές πτυχές, αλλά λεπτομερές, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό, και σκεπάζονται από αυτά.

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

Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους.<sup>2</sup>

#### Κλειτορίδα

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμ-

φυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο.<sup>2</sup>

### **Πρόδρομος**

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδενών.<sup>2</sup>

### **Παρθενικός υμένας**

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρηση, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλει σε μέγεθος και μορφή.<sup>2</sup>

### **Κόλπος ή κολεός**

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα μήκους 8-10 εκ. περίπου. Το κάτω στόμιό του εκβάλλει στον πρόδρομο ου αιδοίου, από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα, ενώ το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω από τον τράχηλο. Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του από τα παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται.<sup>1</sup>

### **Μήτρα**

Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού και αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω που είναι το ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.<sup>2</sup>

Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό, τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας.<sup>1</sup>

### **Σάλπιγγες ή ωαγωγοί**

Είναι δύο μυώδεις σωλήνες, που χρησιμοποιούν για την ένωση του σπερματοζωαρίου και ωαρίου και τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Κάθε αγωγός έχει μήκος 8-14 cm και είναι κλεισμένος μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Διακρίνουμε τέσσερις μοίρες του αγωγού, από μέσα προς τα έξω: Τη μητριαία, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα. Ο κώδωνας είναι το τελικό τμήμα του αγωγού, περιβάλλεται από κροσσούς και εφάπτεται στην ωοθήκη.<sup>1</sup>

### Ωοθήκες

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δύο συμπαγείς στη σύσταση και έχουν το σχήμα και το μέγεθος του αμυγδάλου. Βρίσκονται στη οπίσθια επιφάνεια των πλατεών συνδέσμων, κάτω από τις σάλπιγγες και μέσα στα πλάγια και ανώτερα τμήματα της μικρής πυέλου, που λέγονται ωοθηκικοί βόθροι.

Η επιφάνεια των ωοθηκών στη γυναίκα, που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία, είναι ανώμαλη, επειδή επηρεάζεται από την ωρίμανση των ωοθυλακίων, ωστόσο αυτά σπάζουν, σχηματίζουν ωχρο σωματίο και ύστερα μικροσκοπική ουλή.

Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες μικραίνουν γιατί ατροφούν, και η επιφάνειά τους είναι γεμάτη από εντοπώματα.<sup>2</sup>

## **1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Μετά το πρώτο χρόνο ζωής και σε όλη τη μετέπειτα παιδική ηλικία, η απόφυση αρχίζει τη λειτουργία της, που διατηρείται σε υποτυπώδη χαμηλά επίπεδα, ώστε να εκκρίνονται μικρές μόνο ποσότητες γοναδοτροπικών ορμονών. Αποτέλεσμα της έκκρισης αυτής είναι η ατελής ωρίμανση πρωτογενών ωοθυλακίων, σε τέτοιο αριθμό, ώστε από τα 1 000 000 που υπάρχουν κατά τη γέννηση στις ωοθήκες, οι 700 000 να γίνουν ατρητικά μέχρι την εφηβεία και τα υπόλοιπα 300 000 να εξακολουθούν να υπάρχουν, μεισόμενα βαθμιαία, μέχρι την εμμηνόπαυση.<sup>3</sup>

### Η προεφηβική ηλικία

Κατά την προεφηβική ηλικία, δηλαδή από το 7<sup>ο</sup> έως το 9<sup>ο</sup> χρόνο της ζωής του κοριτσιού, φαίνεται να ενεργοποιείται ο υποθαλαμο-υποφυσιακός άξονας, όταν άγνωστα ερεθίσματα επιδράσουν στον υποθάλαμο, για να προκαλέσουν την έκκριση των εκλυτικών του ορμονών. Οι εκλυτικές αυτές ορμόνες επιδρούν στον Π.Λ.Υ και διεγείρουν τα βασεόφιλα κύτταρά του, ώστε να εκκρίνουν τις υποφυσιακές γοναδοτροπικές τους ορμόνες, που είναι η F.S.H και η L.H. Στη συνέχεια οι τελευταίες θα επιδράσουν στις ωοθήκες, για να προκαλέσουν την ωρίμανση μερικών ωοθυλακίων, τα οποία θα εκκρίνουν τις ωοθηκικές στεροειδείς

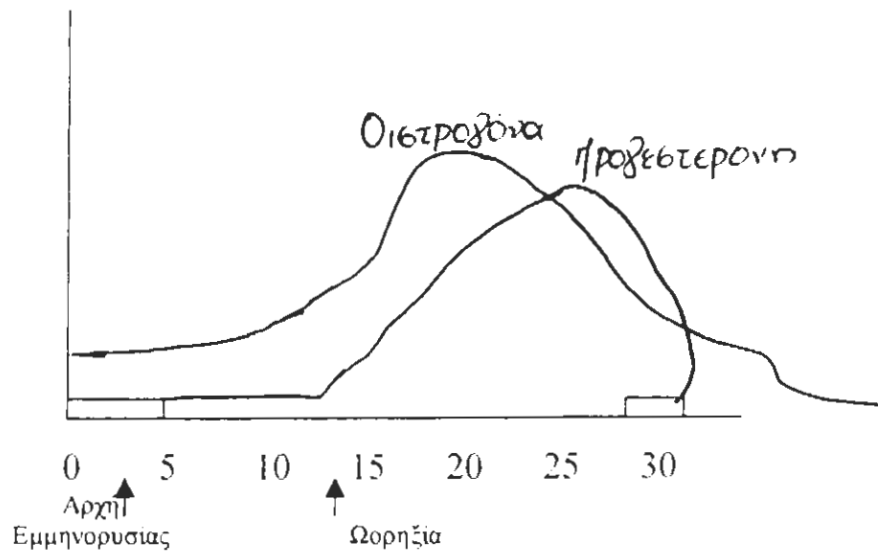
ορμόνες, που έχουν σαν τελικό στόχο τη δράση τους στα γεννητικά όργανα.<sup>3</sup>

### **Η εφηβεία**

Η εφηβεία του κοριτσιού, που αρχίζει περίπου στα 9 χρόνια και συμπληρώνεται με την εμφάνιση της πρώτης περιόδου, χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές εκείνες του ανώριμου και χωρίς αναπαραγωγική λειτουργία παιδιού, που έχουν σαν σκοπό τους να το μεταβάλλουν σε γενετησιακά ώριμο. Συνήθως, μεταξύ του 12<sup>ου</sup> και 14<sup>ου</sup> χρόνου της ηλικίας, αρχίζουν να εκκρίνονται μεγαλύτερες ποσότητες γοναδοτροπικών ορμονών από την υπόφυση, ώστε να διεγείρονται περισσότερο τα ωοθυλάκια που βρίσκονται σε ωρίμανση, με αποτέλεσμα την αύξηση της στάθμης των οιστρογόνων, κατά κύριο λόγο και λιγότερο της προγεστερόνης, σε τέτοιο βαθμό, που να προκληθεί η ανάπτυξη παραγωγικού ενδομητρίου. Όταν θα υποστραφεί τα ωοθυλάκιο, ακολουθεί απότομη ελάττωση του επιπέδου των οιστρογόνων στο πλάσμα, με αποτέλεσμα την απότομη απόπτωση του ενδομητρίου, που εκδηλώνεται, με αιμορραγία από το κόλπο. Αυτό δεν είναι τίποτε άλλο παρά η εμφάνιση της πρώτης περιόδου ή έμμηνης ρύσης.<sup>3</sup>

### **Η ώριμη ηλικία**

Μετά την εφηβική ηλικία, η γυναίκα περνά από τα 15 της χρόνια στην ώριμη ηλικία ή γενετησιακή εποχή, που χαρακτηρίζεται από την πλήρη ετοιμότητα των γεννητικών οργάνων να ανταποκριθούν στον προορισμό τους, που κατά κύριο λόγο είναι η αναπαραγωγή. Η γενετησιακή ηλικία της γυναίκας διαρκεί 32 περίπου χρόνια και τελειώνει στα 47 της. Στην περίοδο αυτή της ζωής της γυναίκας, ολόκληρο το γεννητικό σύστημα παρουσιάζει συνεχείς κανονικές μεταβολές, που επαναλαμβάνονται κάθε 28 περίπου ημέρες. Το σύνολο αυτών των μεταβολών αποτελεί το γεννητικό κύκλο. Την πιο μεγάλη γονιμότητα εμφανίζει γυναίκα στα 24 της χρόνια και έπειτα ελαττώνεται σιγά – σιγά μέχρι τα 30, οπότε και επιταχύνεται η έκπτωσή της.<sup>3</sup>



Οι ορμόνες στη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου συμβαίνουν πολλές και σοβαρές μεταβολές στα γεννητικά όργανα αλλά και άλλων οργάνων:

#### Περιοδικές μεταβολές του βλεννογόνου της μήτρας

Οι περιοδικές ορμονικές μεταβολές συνοδεύονται από μεταβολές και άλλων οργάνων του γυναικείου οργανισμού. Οι κυριότερες από αυτές είναι το ενδομήτριο, δηλαδή από το βλεννογόνο της μήτρας και έχουν ως αποτέλεσμα την περιοδική αιμορραγία.

Το ενδομήτριο καλύπτει την εσωτερική κοιλότητα της μήτρας και αποτελείται από ένα στρώμα συνδετικού ιστού που καλύπτεται από τριχωτό επιθήλιο. Οι μεταβολές αυτές του ενδομητρίου οφείλονται στην έκκριση αρχικά οιστρογόνων – στο πρώτο μισό του κύκλου – και οιστρογόνων και προγεστερόνης στο 2<sup>ο</sup> μισό του κύκλου. Σε γυναίκες που έχουν αφαιρεθεί οι ωοθήκες, μπορεί να ανάσπαραχθεί ο εμμηνορροϊκός κύκλος της μήτρας δίνοντας:

Οιστρογόνα για 12 περίπου μέρες

Οιστρογόνα και προγεστερόνη για τις επόμενες 12 ημέρες. Διακόπτοντας τη χορήγηση ορμονών την 25<sup>η</sup> ημέρα ακολουθεί αιμορραγία.<sup>4</sup>

### Μεταβολές άλλων οργάνων

Παράλληλα με τις μεταβολές από το ενδομήτριο και το έκκριμα του κόλπου μεταβάλλεται περιοδικά με τη δράση των οιστρογόνων. Στη φάση της ωορρηξίας είναι λεπτόρευστο και αλκαλικό, προφανώς για να περνούν εύκολα τα σπερματοζώαρια. Αντίθετα η αύξηση της προγεστερόνης στο 2<sup>ο</sup> μισό του κύκλου το κάνει παχύρευστο και όξινο και δύσκολα μπορούν να περάσουν από το φράγμα του τα σπερματοζώαρια.

Ακόμα πολλές γυναίκες πριν την εμμηνορροή εμφανίζουν μια σειρά από συμπτώματα που χαρακτηρίζονται ως προεμμηνορροϊκή τάση. Γίνονται νευρικές, ευερέθιστες, δύσκολα συγκεντρώνονται και οι μαστοί μεγαλώνουν. Το σωματικό τους βάρος μπορεί να αυξησει πρόσκαιρα μέχρι 2-3 κιλά λόγω κατακράτησης νερού και ηλεκτρολυτών.<sup>4</sup>

### **1.3 ΣΥΛΛΗΨΗ – ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΩΑΡΙΟΥ**

Γονιμοποίηση είναι το σμίξιμο του ώριμου ωαρίου, που απελευθερώνεται μετά την ωοθυλακιορρηξία, με το σπερματοζώαριο και ο σχηματισμός ενός νέου κυττάρου που ονομάζεται ζυγώτης. Από το ζυγώτη θα προκύψει ένας νέος οργανισμός.

Το ώριμο ωάριο όταν εγκαταλείπει το ωοθυλάκιο, παραλαμβάνεται από το κώδικα της σάλπιγγας, που αντιστοιχεί στην ωοθήκη που έδωσε το ωάριο, και προωθείται μέσα στον αυλό της.

Μέσα στη σάλπιγγα το ωάριο δέχεται τις εκκρίσεις των κυττάρων του επιθηλίου του ενδοσαλπιγγίου, που φαίνεται να παίζουν ρόλο στη γονιμοποίηση.<sup>2</sup>

Ύστερα λοιπόν από φυσιολογική συνουσία έχουμε:

Ρήξη του ωοθυλακίου και αποβολή του ωοκυττάρου, στη συνέχεια το απελευθερωμένο ωάριο κατεβαίνει από την ωαγωγό σάλπιγγα και γίνεται συνάντηση του ωαρίου με τα σπερματοζώαρια που το γονιμοποιούν. Από την ένωση αυτή γεννιέται το ωό. Η διαίρεση του ωού αρχίζει στην ωαγωγό σάλπιγγα. Μετά τη διαίρεση το ωό μετατρέπεται σε μορίδιο και στη συνέχεια σε βλαστίδιο. Τέλος κατά την 8<sup>η</sup> μέρα από τη γονιμοποίηση το ωό εγκαθίσταται στη μήτρα μέχρι τη 12<sup>η</sup> μέρα.<sup>5</sup>

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι έχει μεγάλη σημασία το πότε θα φτάσει ο ζυγωτής στην ενδομήτρια κοιλότητα, γιατί αν

φτάσει νωρίς και βρει το ενδομήτριο απροετοίμαστο από τη δράση της προγεστερόνης, δεν μπορεί να εμφυτευθεί. Η ταχύτητα, που θα αναπτύξει από τη σάλπιγγα ως την ενδομήτρια κοιλότητα, εξαρτάται από τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών. Αν αυτά είναι ψηλά, τότε επιταχύνεται η διαδρομή του· γι' αυτό οι οιστρογόνες ορμόνες πέφτουν μετά την ωοθυλακιορρηξία.<sup>2</sup>

#### **1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Για τη διάγνωση της ύπαρξης μιας εγκυμοσύνης χρησιμοποιούνται δύο τύποι τεστ: βιολογικά και ανοσιολογικά. Και τα δύο βασίζονται στην αναγνώριση μιας ορμόνης που εκκρίνεται από το χρόνο της βλαστικής κύστης: της χοριακής γοναδοτροπίνης. Αυτή η ορμόνη αρχίζει να παράγεται, περίπου, από την τέταρτη – πέμπτη μέρα της γονιμοποίησης· από το χόριο του εμβρύου περνάει στη κυκλοφορία και από 'κει εκρέεται στα ούρα της μητέρας. Μόλις αρχίσει η παραγωγή της, αυξάνει προοδευτικό μέχρι να φτάσει το μέγιστο κατά τη δέκατη ή δωδέκατη εβδομάδα κύησης.<sup>6</sup>

##### **Πιθανά διαγνωστικά σημεία της εγκυμοσύνης**

1. Η παύση της εμμηνορρυσίας, που μπορεί να οφείλεται και σε πολλές άλλες λειτουργικές διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου.
2. Η μεταβολή στο μέγεθος, στο σχήμα και στη σύσταση της μήτρας, που μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.
3. Η ναυτία και ο εμετός, που μπορούν να οφείλονται και σε κάθε διαταραχή της εμμηνορρυσίας, σε ψυχογενή ή άλλα αίτια.
4. Το μητρικό χλόασμα που μπορεί να οφείλεται και σε λειτουργικές διαταραχές των επινεφριδίων και του συκωτιού.
5. Οι σφικτότεροι και ευαίσθητοι μαστοί, που μπορούν να οφείλονται και σε ενδοκρινικές διαταραχές.
6. Οι ραβδώσεις της κοιλιάς και ο χρωματισμός της λευκής γραμμής, που μπορούν να οφείλονται σε απότομο αδυνάτισμα και σε ενδοκρινικές διαταραχές.
7. Η διόγκωση του υπογαστρίου, που μπορεί να οφείλεται και σε ύπαρξη ενδοκοιλιακών όγκων.<sup>7</sup>



### Βέβαια διαγνωστικά σημεία της εγκυμοσύνης

1. Οι ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου, που εκδηλώνονται με σκιρτήματα, αισθητά στον εξεταστή.
2. Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου
3. Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας
4. Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου
5. Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου
6. Η υπερηχογραφική απεικόνισή του.

Επίσης στη διάγνωση της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να περιλάβουμε και το θερμομετρικό διάγραμμα. Η βασική θερμοκρασία του σώματος, όταν παίρνεται για τον έλεγχο της ωοθυλακιορρηξίας, είναι δυνατό να μας οδηγήσει στη διάγνωση της εγκυμοσύνης, γιατί με τη καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας αυτή παραμένει σε επίπεδα  $37^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$  τις πρωϊνές ώρες και σε μεγαλύτερα τις απογευματινές, από αύξηση του μεταβολισμού της γυναίκας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και από επίδραση της προγεστερόνης στο θερμορρυθμιστικό κέντρο.<sup>7</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΝΝΟΙΕΣ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

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

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

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

Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις καλύτερη είναι η καθιέρωση του όρου άμβλωση γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια τη συγκεκριμένη ενέργεια.

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

Η έκτρωση που συμβαίνει ή εκτελείται πριν από τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, λέγεται πρώιμη κι αυτή, που συμβαίνει ή εκτελείται ανάμεσα στη 12<sup>η</sup> – 20η εβδομάδα, όψιμη.

Το αποβαλλόμενο περιεχόμενο της μήτρας, ύστερα από έκτωση λέγεται έκτρωμα. Το έμβρυο σ' αυτές τις περιπτώσεις ζυγίζει λιγότερο από 500γρ. έχει μήκος κάτω από 18εκ. και δεν καταχωρίζεται επίσημα ούτε στα ζωντανά, ούτε στα νεκρά νεογνά.

### 2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι δίκες της Νυρεμβέργης που έγιναν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατέδειξαν ότι ορισμένοι γιατροί είχαν διαμορφώσει την εποχή εκείνη μια ανεπίτρεπτη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία ορισμένοι άνθρωποι είχαν μικρότερη αξία

από άλλους (λόγω φυλής, θρησκείας, αναπηρίας, ηλικίας και ασθένειας), και για το λόγο αυτό η διεξαγωγή πειραμάτων πάνω στα άτομα αυτά, αλλά και η θανάτωση ακόμη των ατόμων αυτών, δεν αντιμετωπίζονταν ως ανήθικη πράξη. Για να διασφαλισθεί, μετά την τραγική αυτή διαπίστωση, ότι οι γιατροί ουδέποτε στο μέλλον θα απομακρύνονταν από την ορθή επιτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος, ο Ιπποκράτειος Ιατρικός Κώδικας Ηθικής επαναδιατυπώθηκε στη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης στη Γενεύη το 1948 ως η «διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης, που ενισχύθηκε τον ίδιο χρόνο από τα Ηνωμένα Έθνη με τη «διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου»». Στη διακήρυξη της Γενεύης ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί τω λόγω της τιμής του, ότι «θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή των ασθενών μου, θα είναι ο πρώτος μου στοχασμός», ότι «Δε θα επιτέψω να παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντός μου και των ασθενών μου η θεώρηση της θρησκείας, εθνικότητας, φυλής, πολιτικής τοποθέτησης και κοινωνικής κατάστασης» και ότι «ακόμη και υπό απειλήν δεν θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον των νόμων της ανθρωπότητας».

Το 1974 ιδρύθηκε η «Παγκόσμια Ομοσπονδία των Ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή», που επαναλαμβάνει τη διακήρυξη της Γενεύης και η ίδια διακηρύσσει ότι «το άγεννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμη της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη, που αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα, από τη πνευματική και τη φυσική άποψη». Η ομοσπονδία υποστηρίζει ότι το «δικαίωμα της ζωής, που είναι θεμελιώδες και κατηγορηματικό για κάθε άτομο, δεν εξαρτάται από το στάδιο της ανάπτυξης, την πνευματική ή φυσική κατάσταση, τις περιστάσεις ή την εξέλιξη της κοινωνίας». Αποδέχεται επίσης τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που αναφέρει, ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι «Το παιδί, για λόγους φυσικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας, περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας, πριν και μετά τη γέννηση».<sup>8</sup>

## 2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο ακριβής αριθμός εκτρώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού στις περισσότερες χώρες γίνεται παράνομα. Τα πιο αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από χώρες, στις οποίες οι εκτρώσεις είναι νόμιμες. Έτσι το 1973, έγιναν στην Ουγγαρία 169 500 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση εκτρώσεων προς γεννήσεις ζώντων ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96 200, 41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973, έγιναν 138 600 εκτρώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000 = 18 ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000 = 2227 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Το 1975 η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμιά διαφορά. Η ίδια περίπου με την Πολωνία αναλογία εκτρώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των εκτρώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων δεν αυξάνεται, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες, όταν αυτές είναι νόμιμες. Ο αριθμός τους έχει σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και με τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε σημαντικά. Το πρόβλημα όμως εξακολουθεί να υπάρχει και στις χώρες που έχουν νομιμοποιήσει τις εκτρώσεις, παρά την εντατική πληροφόρηση και υποβολή νεότερων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Πιστεύεται ότι το πρόβλημα θα μειωθεί περισσότερο, αν γίνεται πάντα ενημέρωση κάθε γυναίκας που υποβάλλεται σε έκτρωση πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης και καταβάλλεται προσπάθεια για την ανεύρεση, της πιο κατάλληλης γι' αυτή μέθόδου, που ακολουθεί, για να μην αναγκασθεί στο μέλλον να υποβληθεί πάλι σε έκτρωση.

Παρόμοιος αριθμός εκτρώσεων γίνεται και στις χώρες στις οποίες οι εκτρώσεις είναι παράνομες. Έτσι, στο Βέλγιο, επί 200 000 τοκετών το χρόνο πραγματοποιούνται 400 000 εκτρώσεις περίπου και στη Δυτική Γερμανία επί ενός εκατομμυρίου γεννήσεων ο αριθμός των εκτρώσεων έχει υπολογισθεί σε 1-3 εκατομμύρια.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες, όπου οι εκτρώσεις απαγορεύονται, ο αριθμός τους φαίνεται ότι πριν τη νομιμοποίησή τους είναι το ίδιο σημαντικός και ότι ισχύει η ίδια κατάσταση με τις αναπτυγμένες χώρες. Πράγματι, στη Χιλή, 1 στις 3 γυναίκες παραδέχθηκε ότι είχε κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση, ενώ στο Μεξικό 3 στις 10.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των εκτρώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Σημαντική αύξηση των εκτρώσεων μετά τη νομιμοποίησή τους παρουσιάστηκε στις Ινδίες, στη Σιγκαπούρη, στην Τυνησία και αλλού. Αυτό αποδίδεται στην παράλειψη της ανάπτυξης παράλληλης υποδομής για πληροφόρηση και προσφορά αποτελεσματικών μέσων αντισύλληψης. Έτσι, επιβάλλεται η δημιουργία όλων των προϋποθέσεων για την εφαρμογή των ορθών μεθόδων αντισύλληψης πριν από τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Μόνο τότε οι εκτρώσεις θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εξαιρετικών περιπτώσεων, χωρίς να αποτελούν συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, όπως γίνεται τώρα. Στην Ελλάδα έχει αποδειχτεί (1965) ότι 35-40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων.

Αντίθετα στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και σε ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, οι γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο αριθμό εκτρώσεων όπως φαίνεται και στο πίνακα που ακολουθεί.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Συχνότητα εκτρώσεων (%) κατά την ηλικία σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες.

Ομάδες Ηλικιών			
Χώρα	15-17	18-19	20-24
Αγγλία	13,0	19,8	15,4
Σουηδία	26,2	32,2	27,9
Φιλανδία	15,4	29,0	26,0
Δανία	19,3	31,8	32,5
Καναδάς	10,9	16,7	13,6

Αυτό αποδίδεται στην πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και στην εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και αποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φθάσουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με έκτρωση.<sup>9</sup>

#### 2.4 Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννησή του, αλλά η προστασία δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται. Στον τελευταίο στόχο αποβλέπουν οι κανόνες του Ποινικού Δικαίου, ενώ στη διασφάλιση των διακιωμάτων του φυσικού προσώπου μετά τη γέννησή τους αποβλέπει το Αστικό Δίκαιο.<sup>8</sup>

Στην Ελλάδα λοιπόν επιτρέπεται η έκτρωση για όλους τους λόγους εκτός από τους κοινωνικοοικονομικούς. Με τον πρόσφατο Ν. 1609/86, επιτράπηκε ελεύθερα, σύμφωνα με την εκφρασμένη βούληση της γυναίκας, η έκτρωση μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα της εγκυμοσύνης της, ανεξάρτητα αν συντρέχουν ή όχι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι, ή μάλλον χωρίς ουδεμία αναφορά της συνδρομής κάποιων λόγων. Έτσι τροποποιήθηκε ο Ποινικός Κώδικας και επιτράπηκε η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, όπως ορίζεται στο άρθρο 2:

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

- Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες κύησης
- Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγενετικής διά-

γνώσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 24 εβδομάδες.

- Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής της υγείας. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμοδίου γιατρού.
- Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομηξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί το 17<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.
- Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.<sup>10</sup>

Ο σπουδαίος και υβριστικός χαρακτήρας των παραπάνω εγκλημάτων (βιασμός, αποπλάνηση κ.λ.π.) που μετατάσσουν τη γυναίκα στη θέση του «θύματος» είναι εκείνος που επιτρέπει και την υπερίσχυση του ατομικού δικαιώματος σε βάρος του δικαιώματος της ζωής του κυήματος.

Στις άλλες περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει συζήτηση για τόσο μεγάλη προσβολή, η θυσία της ζωής του εμβρύου είναι παράνομη και αντισυνταγματική. Πρέπει να σημειωθεί ότι και στις δύο περιπτώσεις που αναφέρθηκαν και που η έκτρωση δεν έχει χαρακτήρα άδικης πράξης, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η παροχή συγκαταθέσεως της εγκύου, που συνιστά «συγκεκριμενοποίηση» του αφηρημένου διακιώματος της προσωπική ελευθερίας.<sup>11</sup>

Είναι εμφανές λοιπόν ότι με το άρθρο 2 του νόμου 1609/1986 η έκτρωση επιτρέπεται χωρίς να προσδιορίζεται η διάρκεια της εγκυμοσύνης, όταν υπάρχει ένδειξη κινδύνου ζωής ή βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της εγκύου.

Με το άρθρο 3 του ίδιου νόμου η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη μόνο όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή και με τη συναίνεση της από άλλο πρόσωπο.<sup>8</sup>

Υπάρχουν όμως και ορισμένοι δεοντολογικοί κανόνες, που αφορούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης και οι οποίοι είναι οι εξής:

- Ο γιατρός είναι δυνατό να αρνηθεί να προβεί σε έκτρωση, επικαλούμενες τη συνειδήσή του, για οποιοδήποτε λόγο, εκτός

- από το να διαφυλάξει τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα της γυναίκας από βέβαιο και αναπόφευκτο κίνδυνο.
- Ο γιατρός οφείλει υπακούοντας τη φωνή της συνείδησής του και τις επιταγές των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, πέρα από τις διατάξεις των νόμων, να προβεί σε συμβουλευτική διαδικασία προς την έγκυο γυναίκα τάσσοντάς της ένα έυλογο διάστημα σκέψης για να αποφασίσει, αν πράγματι επιθυμεί να διακόψει τη ζωή, που μπορεί να δώσει σ' έναν άνθρωπο ευρισκόμενο σ' εξέλιξη και στην απόλυτη εξουσία της.
  - Το όριο της ευθύνης του γιατρού είναι η διατήρηση της ζωής και της υγείας της εγκύου και του εμβρύου ή νεογνού.
  - Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προβαίνει σε προγενετικό έλεγχο, αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι για τη γέννηση παθολογικού νεογνού, μετά όμως από προηγούμενη πλήρη ενημέρωση της εγκύου για τους κινδύνους που διατρέχει, καθώς και για τα πιθανά αποτελέσματα αυτών των ελέγχων.
  - Ο γιατρός είναι δυνατό ν' αρνηθεί τον προγενετικό έλεγχο σε έγκυο, αν κατά τη δήλωσή της αυτός αποσκοπεί στην αναγνώριση του φύλου ή ορισμένων άλλων χαρακτηριστικών, με σκοπό ν' αποφασίσει αν θα διακόψει ή συνεχίσει την εγκυμοσύνη της.
  - Ουδέποτε ο γιατρός μπορεί να αναγκάσει την έγκυο γυναίκα να προβεί σε προγενετικό έλεγχο για οποιονδήποτε λόγο.<sup>10</sup>
- Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι η έκτρωση στην Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί εγκληματική πράξη και, ως τέτοια υπόκειται στις συνέπειες του ποινικού νόμου, εκτός εάν τηρηθούν οι ρυθμίσεις και προϋποθέσεις του νόμου. Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στεχεύει στην προστασία του αγέννητου προσώπου χωρίς κατά τον ίδιο χρόνο να παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίσει.<sup>8</sup>



### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### ΜΟΡΦΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

#### 3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Οι περισσότερες αυτόματες εκτρώσεις εμφανίζονται μετά το θάνατο του εμβρύου. Στην αρχή, στο σημείο της εμφύτευσης, προκαλείται τοπική νέκρωση, αιμορραγία θρόμβωση και φλεγμονή. Είναι δυνατό να υπάρχει και λευκοκυτταρική διήθηση ή και εστιακά αποστήματα σ' όλη την επιφάνεια του φθαρτού. Τα βακτηρίδια, που συναντώνται συχνότερα σε τέτοιου είδους φλεγμονή, είναι τα αεριογόνα κολοβακτηρίδια και οι αναερόβια στρεπτόκοκκοι. Λιγότερο συχνά απαντώνται οι αιμιολυτικοί στρεπτόκοκκοι, οι σταφυλόκοκκοι και τα κλωστηρίδια.

Ύστερα από τις παραπάνω εξεργασίες, το κήτημα άλλοτε αποκολλάται ολόκληρο και άλλοτε όχι. Η μήτρα τότε αρχίζει τις συσπάσεις για να το αποβάλλει από την κοιλότητά της.

Στις πρώιμες εκτρώσεις ο θάνατος του εμβρύου προηγείται προτού εμφανισθεί η αιμορραγία. Γι' αυτό κάθε θεραπευτική προσπάθεια είναι μάταιη.

Μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα η έκτρωση συνήθως είναι τέλεια. Ανάμεσα από τη 12<sup>η</sup> – 20<sup>η</sup> εβδομάδα, συνήθως, σπάζει ο εμβρυϊκός σάκος, πέφτει το έμβρυο και παραμένει ο πλακούντας.

Ανάλογα με την εξέλιξη της έκτρωσης, διακρίνουμε αυτή σε απειλούμενη, σε αναπόφευκτη, σε ατελή, σε τέλεια, σε παλίνδρομη, σε σηπτική και σε κατά συνήθεια έκτρωση.

Α. Απειλούμενη Έκτρωση, λέγεται, όταν το κήτημα βρίσκεται μέσα στη μήτρα, αλλά έχει αποκολληθεί, σε κάποιο σημείο. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται αιμορραγία και πολλές φορές ύστερα από ώρες ή ημέρες εμφανίζονται συσπάσεις της μήτρας, που προκαλούν πόνο, χαμηλά στο υπογάστριο ή στη μέση. Πολλές φορές η αιμορραγία και οι συσπάσεις της μήτρας μαζί. Λίγες φορές οι συσπάσεις προηγούνται της αιμορραγίας.

Η αιμορραγία, κάποτε, αρχίζει μετά από τη συνουσία, είναι μικρή ή μεγάλη και συνήθως περιοδική. Οι μισές από τις γυναίκες, που πάσχουν από απειλούμενη έκτρωση, θα αποβάλλουν το κήτημα. Οι άλλες μισές θα γεννήσουν μετά τη 28<sup>η</sup> εβδομάδα. Ο τοκετός ίσως είναι πρόωρος, τα νεογνά με μικρότερο βάρος, και έχουν αυξημένη περιγεννητική θνησι-

μότητα. Αν η αιμορραγία εμφανισθεί πριν από την 16<sup>η</sup> εβδομάδα, δεν παρατηρούνται τόσες συχνές διαπλαστικές ανωμαλίες, όσες όταν εμφανισθεί ανάμεσα στη 16<sup>η</sup> –18<sup>η</sup> εβδομάδα. Τότε, και η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη.<sup>7</sup>

#### **B. Αναπόφευκτη Έκτρωση**

Η κλινική αυτή μορφή της αυτόματης έκτρωσης χαρακτηρίζεται με αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, που συνοδεύεται από πόνους τύπου κωλικού, που αντανακλούν στην οσφύ. Αυτοί οι πόνοι δεν είναι τίποτε άλλο, παρά συστολές της μήτρας, που προκαλούνται στην προσπάθειά της να αποβάλει το κύημα, που δε ζει πια ή που έχει αποκολληθεί από το τοίχωμά της. Στην περίπτωση αυτή ο τράχηλος έχει βαρυνθεί, δηλαδή όπως λέμε έχει εξαλειφθεί, ενώ σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατό να έχει αρχίσει η διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στην αναπόφευκτη έκτρωση συνήθως η απώλεια του αίματος είναι σημαντική και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει και απειλητική.<sup>12</sup>

#### **Γ. Ατελής Έκτρωση**

Αυτή βρίσκεται πολύ κοντά διαγνωστικά στην αναπόφευκτη έκτρωση. Διαφέρει από τη προηγούμενη κατά το ότι ένα μέρος από το περιεχόμενο της μήτρας έχει αποβληθεί, ενώ εξακολουθούν να υπάρχουν μέσα στη μήτρα υπολείμματα, οπότε και οι πόνοι και η μητρορραγία παραμένουν. Αυτά τα συμπτώματα οφείλονται στην προσπάθεια της μήτρας να αποβάλλει τα υπολείμματα της κύησης. Πρακτικά δεν έχει μεγάλη σημασία η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις δύο αυτές κλινικές μορφές, γιατί και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να γίνει απόξεση της μήτρας, ώστε να κενωθεί τελείως η μήτρα από το περιεχόμενό της και έτσι να σταματήσει η αιμορραγία.<sup>12</sup>

#### **Δ. Τέλεια Έκτρωση**

Είναι μορφή της έκτρωσης, που η μήτρα αδειάζει αυτόματα, χωρίς να μείνουν μέσα υπολείμματα και αυτό αποδεικνύεται με το σταμάτημα της αιμορραγίας. Η τέλεια έκτρωση γίνεται συνήθως σε εγκυμοσύνες λίγων ημερών που δεν ξεπερνούν την ηλικία των τεσσάρων εβδομάδων. Στην περίπτωση αυτή ύστερα

από μια σημαντική αιμορραγία αποβάλλεται ο εμβρυϊκός σάκος μαζί με τα πλακουντιακά στοιχεία, χωρίς να μείνουν υπολείμματα μέσα στη μήτρα. Μετά τη 5<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης, κατά κανόνα μένουν υπολείμματα από πλακούντα, οπότε υπάρχει αιμορραγία μικρότερη ή μεγαλύτερη και έτσι επιβάλλεται να γίνει θεραπευτική απόξεση.<sup>12</sup>

#### Ε. Παλίνδρομη Έκτρωση

Είναι η μορφή εκείνη που ενώ έχει σταματήσει η εξέλιξη της κύησης, το κύημα και ο πλακούντας κατακρατούνται μέσα στη μήτρα, χωρίς να παρουσιάζεται αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, εκτός ίσως από λίγα καφέχρωα υγρά. Στις περιπτώσεις αυτές χαρακτηριστικό είναι, ότι πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης σταματούν, δηλαδή δεν υπάρχει το αίσθημα της ναυτίας, οι μαστοί χάνουν τη σπαργή τους (πέφτουν) κ.λ.π., ενώ η εργαστηριακή δοκιμασία της κύησης γίνεται αρνητική της περισσότερες φορές. Συχνά η παλίνδρομη κύηση είναι ιατρογενής και οφείλεται στην εξωγενή χορήγηση ορμονών, που συγκαλύπτουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της αναπόφευκτης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση που θα μπει η διάγνωση της παλίνδρομης κύησης θα πρέπει να γίνει απόξεση χωρίς αναβολή. Στη διάγνωση της παλίνδρομης κύησης, εκτός από τα κλινικά ευρήματα και το ιστορικό μπορεί να βοηθήσει και το υπερηχογράφημα στο οποίο δεν διαπιστώνονται κινήσεις εμβρύου, ούτε καρδιακή λειτουργία, ενώ ο εμβρυϊκός σάκος πολλές φορές δεν διαγράφεται.<sup>12</sup>

#### ΣΤ. Σηπτική Έκτρωση

Αυτή συμβαίνει συνήθως, όταν γίνει μια απόπειρα διακοπής ή διακοπή της εγκυμοσύνης από άπειρο πρόσωπο, χωρίς να εφαρμοσθούν οι απαραίτητες συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας. Επίσης η σηπτική έκτρωση είναι δυνατό να εγκατασταθεί αυτόματα, από επιμόλυνση του κυήματος από παρακείμενες σηπτικές εστίες και συχνότερα από ανιούσες επιμολύνσεις από το κόλπο. Άλλες φορές πάλι, η καθυστέρηση εκτέλεσης της απόξεσης του ενδομητρίου μετά από ατελή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, έχει ως αποτέλεσμα την εύκολη ανιούσα μόλυνση, από το σηπτικό περιβάλλον του κόλπου. Στο

μηχανισμό αυτό βοηθά το διασταλμένο τραχηλικό στόμιο και τα υπολείμματα του κηήματος, που πολλές φορές κρέμονται κυριολεκτικά μέσα στο κόλπο. Η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων σε πολλές χώρες είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση ή την εξαφάνιση των σηπτικών εκτρώσεων. Η επιμόλυνση του περιεχομένου της μήτρας, όταν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει στην εγκατάσταση σοβαρών σηπτικών επιπλοκών με καταστρεπτικά επακόλουθα. Για την αντιμετώπιση της σηπτικής έκτρωσης επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή, λόγω του κινδύνου που υπάρχει, να εγκατασταθεί σηψαιμική καταπληξία. Βασική προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης αποτελεί η λήψη καλλιεργειών και η σωστή χημειοθεραπεία. Τα αντιβιοτικά χορηγούνται με μεγάλες δόσεις και σε συνδυασμό.

Η απόξεση του ενδομητρίου θα γίνει μόνο μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων με κάλυψη αντιβιοτικών, γιατί διαφορετικά υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για διασπορά της φλεγμονής. Η σηπτική έκτρωση παρά τα ικανοποιητικά μέσα που υπάρχουν για την αντιμετώπισή της εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια μητρικού θανάτου σε διεθνές επίπεδο.<sup>12</sup>

## **Z. Εκτρώσεις κατά συνήθεια**

Ο όρος αυτός δίνεται σε περιπτώσεις αυτόματων εκτρώσεων που συμβαίνουν τρεις φορές ή περισσότερες στη συνέχεια, πριν από μια τελειομανή κύηση. Ενώ σαν αιτία εμφανίζονται χρωματοσωματικές ανωμαλίες. Φλεγμονώδεις, ορμονικοί ή διαιτητικοί παράγοντες, στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία παραμένει άγνωστη, παρά τον έλεγχο που εφαρμόζεται με τα σημερινά εργαστηριακά δεδομένα.

Ο έλεγχος περιλαμβάνει τη λειτουργική και μορφολογική μελέτη των ετεροχρωματικών περιοχών των χρωματοσωμάτων σε ζευγάρια με ιστορικό πολλαπλών αυτομάτων εκτρώσεων. Εάν είναι δυνατό γίνεται και κυτταρογενετικός έλεγχος του αποβληθέντος κηήματος. Μελέτη της μορφολογίας της μήτρας με υστερογραφία ή υστεροσκόπηση. Εκτέλεση ορολογικών αντιδράσεων για ερυθρά, τοξόπλασμα, μεγαλοκυτταρικό ιό και λιστέρια. Αναζήτηση στο γεννητικό σύστημα μυκοπλασμάτων.

Πολλές φορές η άγνοια οδηγεί στη χορήγηση ορμονών και άλλων φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως και στη σύσταση για παραμονή στο κρεβάτι. Το πόσο βοηθάει αυτή η θεραπεία δεν είναι εύκολο να ξεκαθαριστεί. Γεγονός είναι, ότι τα αποτελέσματα χωρίς φαρμακοθεραπεία, αλλά μόνο με τη ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης, είναι τουλάχιστον τα ίδια, αν όχι και καλύτερα. Το βασικό είναι να πεισθεί η άρρωστη, να μείνει και να ξαναμείνει έγκυος, χωρίς να στεναχωριέται και να απελπίζεται, γιατί πολλές είναι οι φορές που χάρις την επιμονή και την υπομονή ήρθε σε πέρας μια ή περισσότερες εγκυμοσύνες.<sup>12</sup>

### 3.2 ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Η έκτρωση γίνεται με πολλούς τρόπους. Οι συνηθέστεροι από αυτούς είναι:

#### 1) Διαστολή και αναρρόφηση

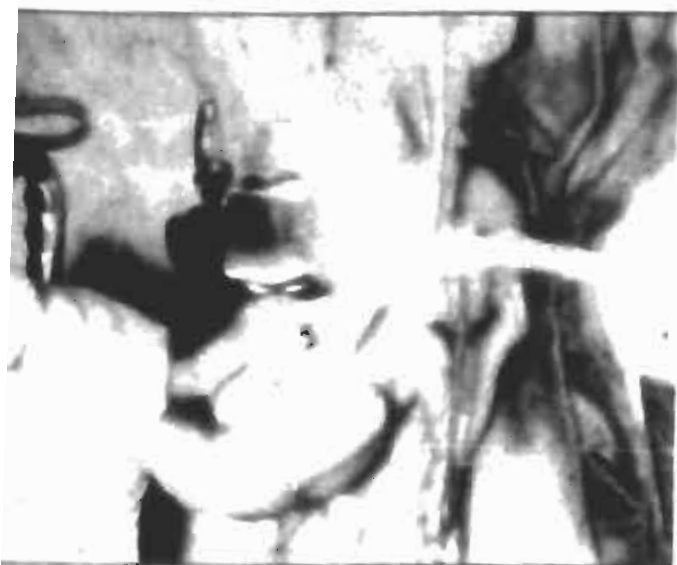
Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος. Ένας αναρροφητικός εμβρυουλκός συνδέεται με αντλία κενού, περνάει μέσα από το άνοιγμα της μήτρας και γίνεται η αναρρόφηση του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής όταν γίνεται κατά τις 12 πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αν χρησιμοποιηθεί μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας, ώστε να μπορέσει να εισέλθει ο αναρροφητικός εμβρυουλκός. Η μέθοδος αυτή απαιτεί δεξιοτεχνία και συνίσταται στη διαστολή του αυχένα της μήτρας και στο ύσιμο των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας μ' ένα ξέστρο που μοιάζει με κουτάλι.<sup>13</sup>

#### 2) Αλατούχα ένεση

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 μέρες, αποβάλλονται το έμβρυο και στη συνέχεια ο πλακούντας. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 μέρες, αλλά ο κίνδυνος των επιπλοκών είναι τρεις φορές μεγαλύτερος από την παραπάνω μέθοδο.<sup>13</sup>

### 3) Προσταγλανδίνες

Η χορήγηση προσταγλανδίνων γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με τη βοήθεια καθετήρα που τις τοποθετεί μέσα στη μήτρα. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών πράγμα που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές όπως ναυτία, εμετό και διάρροια. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη 22 εβδομάδων.<sup>13</sup>



**Είκόνες από «πολιτισμένες»  
μεθόδους έκτρώσεων,  
άνώδυνες για την «μητέρα».  
Καί για τό παιδί;  
Βλέπετε. Καί φαντασθήτε.**



### 3.2.1 Χρόνος της επεμβάσεως

Όλες σχεδόν οι εκτρώσεις λαμβάνουν χώρα περί το 2<sup>ο</sup> ή 3<sup>ο</sup> μήνα της κνήσεως οπότε η γυναίκα έχει πλέον βεβαιωθεί για την εγκυμοσύνη της, τόσο από τη κατάπαυση της εμμηνορρυσίας όσο και από τις πρωίνες αδιαθεσίες. Όταν η εκβολή του κυήματος δεν μπορεί να προκληθεί με τη χρησιμοποίηση απλών μέσων, τότε η κήση μπορεί να φθάσει τον 3<sup>ο</sup> ή 4<sup>ο</sup> μήνα.

Μετά τον 5<sup>ο</sup> μήνα σπάνια αναλαμβάνεται μια οποιαδήποτε σκόπιμη επέμβαση, εκτός από μια συνήθη θεραπευτική μέθοδο. Ο καθορισμός του χρόνου τον οποί διατρέχει η κήση γίνεται κατά μεν το 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> μήνα από το μέγεθος του ωού (γονιμοποιημένου ωαρίου) και το σχηματισμό του πλακούντος, γνωστού όντος πως ο πλακούς σχηματίζεται στις αρχές του 3<sup>ου</sup> μηνός. Από το 5<sup>ο</sup> μήνα και μετά, ο καθορισμός βασίζεται στο μήκος του εμβρυϊκού σώματος. Έτσι στους πέντε πρώτους μήνες της κνήσεως, το μήκος του εμβρύου σε εκατοστά του μέτρου αντιστοιχεί στο τετράγωνο της ηλικίας του π.χ. μήκος 9εκ.= 3 μηνών, μήκος 16εκ. = 4 μηνών κ.λ.π. Μ' άλλα λόγια, για τους 5 πρώτους μήνες της κνήσεως, η τετραγωνική ρίζα του μήκους του εμβρύου σε εκατοστά του μέτρου, εκφράζει τον εμβρυϊκό μήνα στον οποίο βρίσκεται ένα έμβρυο μήκους 20εκ.(4 1/2 μηνών).<sup>14</sup>

### 3.2.2 Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση

Κατά κανόνα η επιτυχία της έκτρωσης, εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Εξάλλου τα προβλήματα και οι συνέπειες που συνεπάγεται μια έκτρωση θα είναι λιγότερα αν:

- Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά στάδια
- Η πελάτισσα είναι υγιής
- Ο γιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της έκτρωσης
- Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή ολιοθύκωση της μήτρας πρόσφατα
- Η πελάτισσα αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την έκτρωση
- Γίνει προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση, για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα αυτός να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.



- Η γυναίκα έχει αρνητικό RH(-) πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.<sup>13</sup>

### **3.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΝΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

#### Σωματικές

Οι επιπλοκές της έκτρωσης για τη γυναίκα διακρίνονται σε εκείνες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως, στις μετεγχειρητικές και στις απώτερες. Η συχνότητα των επιπλοκών όπως ήδη αναφέρθηκε είναι συνάρτηση της ηλικίας της εγκυμοσύνης, της μεθόδου που εφαρμόζεται και της υγείας της αποβαλλόμενης σε έκτρωση γυναίκας.

#### A. Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως

- Ανακοπή κατά την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας
- Αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο
- Αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο
- Τοξικές αντιδράσεις από το γενικό και τοπικό αναισθητικό φάρμακο
- Φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακό χορηγούμενο φάρμακο
- Βρογχοσπασμός κατά τη γενική αναισθησία
- Διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος της αναρροφήσεως
- Διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας
- Κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα
- Ρήξεις του τραχήλου της μήτρας
- Μεγάλη αιμορραγία
- Μόλυνση και Υπερνατριαιμία
- Διάσπαρτη ενδοαγγειακή πήξη
- Ενδοκρανιακές θρομβώσεις
- Καταπληξία (shock)
- Διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές
- Θρομβοεμβολικά επεισόδια (3-4% θανατηφόρα)
- Θάνατος. Ο κίνδυνος θανάτου από την έκτρωση είναι μικρός.

Ο παρακάτω πίνακας ( από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των

Ο παρακάτω πίνακας (από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των ΗΠΑ) δείχνει ότι ο κίνδυνος θανάτου από έκτρωση εξαρτάται από τη μέθοδο, που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.<sup>15</sup>

Ποσοστό θανάτου από τις νόμιμες εκτρώσεις στις ΗΠΑ με χρόνο κύησης σε εβδομάδες:

Πίνακας 2

Εβδομάδα Κύησης	Θάνατοι	Περιπτώσεις	Ποσοστό σε εκτρώσεις	Σχετικός κίνδυνος
8	10	1.539.649	0,6	1,0
9-10	19	1.100.484	1,7	2,8
11-12	17	600.357	2,8	4,7
13-15	17	216.983	7,0	13,0
16-20	40	249.161	16,1	26,8
21	13	48.553	26,8	44,7
<b>Σύνολο</b>	<b>116</b>	<b>3.809.187</b>	<b>3,0</b>	

#### Β Επιπλοκές αμέσως μετεγχειρητικές

- Κατακράτηση στην ενδομητρική κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του εμβρύου
- Αιμορραγία
- Ενδοτραχηλήτιδα
- Περιτονήτιδα
- Σηψαιμία
- Καταπληξία ( shock)
- Φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων

#### Γ Απότερες επιπλοκές

- Στείρωση, ιδίως όταν η έκτρωση πραγματοποιείται κάτω από συνθήκες ακατάλληλες και από μη ιατρικό προσωπικό
- Ψυχολογικό και ευρύτερο κοινωνικό κόστος που επιβαρύνει άμεσα τη γυναίκα, προεκτείνεται στη σχέση του ζεύγους και διαταράσσει την ισορροπία της οικογένειας.  
Οι επιπλοκές των εκτρώσεων, που είναι πιθανό να επιβαρύνουν την πορεία των επόμενων κύσεων περιλαμβάνουν:
- Χαλάρωση και ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται επαναλαμβανόμενες αποβολές, πρώιμοι και πρόωροι τοκετοί.

- Καταστροφή του ενδομητρίου με αποτέλεσμα να προκαλούνται ανωμαλίες στην πρόσφυση του πλακούντα και αιμορραγίες, με άμεση συνέπεια την αύξηση του αριθμού των μαιευτικών επεμβάσεων.
- Αύξηση της νοσηρότητας σε νέες γυναίκες, λόγω πρόκλησης ενδομητρίων λοιμώξεων και χρόνων εξαρτηματίτιδων, που συντελούν σε δευτεροπαθείς στειρώσεις.
- Εξωμήτρια κύηση (πενταπλασσιάζονται οι πιθανότητες)<sup>16</sup>

Όπως γίνεται αντιληπτό λοιπόν υπάρχουν πολλά είδη επιπλοκών με τραγικές συνέπειες για την υγεία και τη ζωή της γυναίκας και αυτές δεν είναι μόνο οι σωματικές. Δεν είναι καθόλου ακίνδυνη η επέμβαση για τη ζωή της – τώρα τελευταία οι θάνατοι φθάνουν και τις στήλες των εφημερίδων. Δεν είναι δυνατόν η έκτρωση να γίνει ποτέ «ασφαλής» επέμβαση και πολύ περισσότερο μια «μικροεπεμβασούλα» γιατί είναι βίαιη ιατρική πράξη που γίνεται μάλιστα «στα τυφλά» αφού ο γιατρός δεν βλέπει το εσωτερικό της μήτρας, αλλά προσπαθεί ψηλαφιστά και με κοφτερά όργανα να θανατώσει το έμβρυο ή με αποτελεσματικά και δραστικά δηλητήρια και είναι φυσικό να διατρέχει κινδύνους η περιβάλλουσα αυτό μήτρα.

Ο γυναικολόγος κ. Βας. Κατίφαρης λέει ότι πάνω από 150000 ζευγάρια δεν μπορούν να κάνουν παιδιά γιατί υπάρχει στο ιστορικό τους μια έκτρωση. Αυτό από μόνο του τονίζει τους κινδύνους της απόξεσης, η οποία σε μερικές περιπτώσεις απαγορεύεται αυστηρά για λόγους ανατομικούς.<sup>15</sup>

#### Ψυχικές

Αναμφισβήτητα είναι ανυπολόγιστες και δια βίου οι συνέπειες στην ψυχική υγεία της γυναίκας αλλά και του άνδρα. χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ενός νεαρού φοιτητή που είχε ωθήσει σε έκτρωση συμφοιτήτριά του και πάθαινε κρίσεις κάθε φορά που έβλεπε παιδότοπους.

Οι συνηθέστερες συνέπειες είναι:

- Αγωνίες – άγχος
- Κατάθλιψη – ενοχές
- Διαταραχή της ψυχική υγείας
- Σύμπλεγμα παιδοκτονίας
- Εφιαλτικά όνειρα
- Άισθημα θύματος

- Τάσεις επιθετικές
- Ανησυχία για το αν θα κάνει άλλα παιδιά
- Απογοήτευση για τον άνδρα (αυτό φταίει)
- Αποποίηση της συζυγικής ενότητας
- Φόβος για την κοινωνία

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχοσωματικές διαταραχές που δημιουργούνται με την έκτρωση θεραπεύονται πάρα πολύ δύσκολα σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες. Πάντα θα έχει τραυματική εμπειρία από μια έκτρωση η γυναίκα, λένε οι ψυχίατροι. «κάλιο δέκα γέννες παρά μια αποβολή» λέει ο λαός που γνωρίζει τις συνέπειες και εννοεί την ακούσια – πολύ περισσότερο την εκούσια έκτρωση»!

Γιατί η εκούσια έκτρωση σημαίνει αναστροφή της παραγωγικής μηχανής της γυναίκας, παράβαση φυσικού νόμου, «παραφύση κακία». Ας δούμε όμως αναλυτικά τις ψυχικές επιπτώσεις μιας έκτρωσης στη γυναίκα:

1. Η γυναίκα αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας
2. Πρέπει να αποφασίσει να χάσει κάτι που έχει αγαπήσει σαν μέρος του σώματός της κι' αυτό της προκαλεί θλίψη.
3. Με την έκτρωση: γίνεται αφορμή να αποχωριστεί η νέα ζωή (το έμβρυο) απ' αυτή που θα το προστάτευε και θα το βοηθούσε στην ανάπτυξη και την ολοκλήρωσή του.
4. Χάνει κάθε γυναίκα για διαφορετικούς λόγους κάτι που μπορεί να αγαπήσει, (το παιδί της )και σε πολλές περιπτώσεις η έκτρωση σημαίνει τέλος του ερωτικού δεσμού.
5. Χάνει η γυναίκα την αυτοεκτίμησή της γιατί ξέρει ότι:
  - A. Καταστρέφει μια ζωή, έχει το αίσθημα ότι δεν πρέπει
  - B. Δεν έχει τη δύναμη να πάρει μια απόφαση, αφού δεν αποφασίζει πάντα με τη θέλησή της
  - Γ. Καταλαβαίνει την άγνοιά της γύρω από την κύηση
  - Δ. Δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο αξιών της οικογένειάς της και της κοινωνίας
  - Ε. Ο φόβος και η αγωνία μπροστά στην «ταμπέλα» ότι είναι μια «εγκληματίας»

Κάθε έκτρωση συνοδεύεται από έντονη ανησυχία κα άγχος για τη γυναίκα που διακατέχεται από αισθήματα απογοητεύσεως.

Η απογοήτευση προέρχεται:



- Από την κακή κατάληξη της ερωτικής σχέσεως
- Από την αντιμετώπιση που έχει από τον ερωτικό της σύντροφο για την καταστροφή του εμβρύου
- Την αντιμετώπιση του θέματος από το κοινωνικό σύνολο και τους κοινωνικού θεσμούς

Υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που χρησιμοποιούν την έκτρωση:

**A.** Για την επιβεβαίωση της ταυτότητάς τους ως γυναίκες

**B.** Επιδεικνύουν την ικανότητά τους να κάνουν παιδιά

**Γ.** Για να τραβήξουν την προσοχή του συντρόφου τους (και φροντίδα)!

**Δ.** Για να δηλώσουν την εξάρτησή τους και να δεχτούν τη θέση του θέματος και την άγνοιά τους για μια σύγχρονη αντισύλληψη.

**Ε.** Χρησιμοποιούν το μεγάλο αριθμό (10) εκτρώσεων για να δικαιολογήσουν την ανοργασμική συμπεριφορά τους με το σύντροφο – σύζυγο. Τέλος αρχίζει το άγχος και η ανησυχία για τις μελλοντικές συνέπειες.(αν κάνει παιδιά, συνείδηση). Οι τύψεις αυτές εκδηλώνονται συνήθως με τη μορφή καταθλίψεως η οποία αποστερεί τη μητέρα από κάθε μορφής χαρά. Η έκτρωση υποβιβάζει και εξευτελίζει την προσωπικότητα της γυναίκας.<sup>15</sup>

### **3.3.1 Συνέπειες εκτρώσεων για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.**

Με την έκτρωση επέρχεται διαταραχή της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης, σαν άμεση ηθική τιμωρία της πράξεως αυτής, γιατί η γυναίκα είναι ψυχικά τραυματισμένη (ίσως και οι δύο) και γιατί το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός νέου μέλους δεν μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Συγκεκριμένες ψυχολογικές έρευνες απέδειξαν ότι ένα παιδί ανεπιθύμητο μετά το τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας, για διακοπή της κήσεως, εξαιτίας του ανεπιθύμητου δεν είναι ασφαλής. Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεχνογονίας ως «κακία παρά φύση». Άμεση ηθική τιμωρία της «κακίας» αυτής είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την «κακία» αυτή την παρακολουθεί εσωτερική πάλη, έλεγχος της συνειδήσεως, αφού το ένστικτο της γεννήσεως είναι ηθικό ένστικτο, βαθιά ριζωμένο στην ψυχή. Έτσι η ψυχολογική κατάθλιψη καταστρέφει –

φει την οικογενειακή γαλήνη και δημιουργεί στη γυναίκα σοβαρές νευρικές διαταραχές, όπως διαπιστώθηκε το 1929 σε Συνέδριο Ψυχιάτρων στην Ολλανδία.

Η διαταραχή του οικογενειακού βίου, γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν όταν θέλησαν να αποκτήσουν παιδί, αν ένας από τους δύο στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό ή αν ένα από τα παιδιά τους πεθάνει, οπότε μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτά που θα μπορούσαν να ζουν.

Η έλλειψη του εκτρωμένου παιδιού φαίνεται καθαρά στην περίπτωση που οι σύζυγοι κράτησαν το κυοφορούμενο – έστω τυχαίως – σε κάποια ίσως προχωρημένη ηλικία – και ομολογούν πόσο άσχημα θα ήταν αν το είχαν εκτρέψει... μια συζήτηση που συχνά ακούγεται μεταξύ των ζευγαριών.<sup>15</sup>

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Παλαιότερα, η αντισύλληψη ήταν προσωπική υπόθεση του κάθε ατόμου. Σήμερα, χάρις στην πρόοδο της ιατρικής η αύξηση του μέσου όρου ζωής και μείωση της περιγεννητικής όπως και η άσκηση προληπτικής Ιατρικής έχουν οδηγήσει σε μια τέτοια δημογραφική έκρηξη ώστε η αντισύλληψη να είναι υπόθεση όλης της κοινωνίας.

Η αντισύλληψη αποτελεί μόνο μια από τις απειδιώξεις του οικογενειακού προγραμματισμού ο οποίος επίσης ασχολείται με την φυσιολογική αναπαραγωγή, την διερεύνηση και αντιμετώπιση της στειρώσεως και ακαθ' έξιν εκτρώσεως καθώς επίσης και με την διερεύνηση γενετικών προβλημάτων. Ο οικογενειακός προγραμματισμός ασχολείται επίσης με προβλήματα τοπικού ή παγκόσμιου υπερπληθυσμού και την αντιμετώπισή του.

Σήμερα κάθε προηγμένη χώρα διαθέτει υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Στα πλαίσια της αντισύλληψης ο οικογενειακός προγραμματισμός ασχολείται με τη παροχή συμβουλών αναφορικά με τη δημιουργία της επιθυμητής οικογένειας – αριθμός και χρόνος αποκτήσεως παιδιών – και την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης· ερευνά και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μεθόδων και τέλος ενημερώνει το πληθυσμό σε θέματα αντισύλληψης. Όλα δε αυτά με σκοπό τον έλεγχο της γονιμότητας, ο οποίος επιβάλλεται πλέον σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα.<sup>17</sup>

#### **4.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Στις φυσιολογικές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνονται η αποχή, η διακοπή της συνουσίας, η μέθοδος ρυθμού και ο έλεγχος των μεταβολών της τραχημικής βλέννας. Με τις μεθόδους αυτές επιδιώκεται η προγραμματισμένη αποχή από τις σεξουαλικές σχέσεις, κατά τις γόνιμες ημέρες του κύκλου.<sup>8</sup>

#### **4.1.1 Αποχή και σεξ χωρίς συνουσία**

Η αποχή από τη συνουσία αποτελεί εθελοντική επιλογή αντισύλληψης σε πολλά μέρη του κόσμου. Αντί της αποχής, πολλά ζευγάρια επιλέγουν το σεξ χωρίς συνουσία, που περιλαμβάνει τα φιλά τις θωπείες και το αγκάλιασμα, το μασάζ, τον αμοιβαίο αυνανισμό και τη χρήση διεγερτικών συσκευών όπως είναι οι δονητές.

Οι μέθοδοι αυτές είναι 99% ασφαλής, στερούνται παρενεργειών και συνδέονται με ελαττωμένο κίνδυνο μετάδοσης σεξουαλικών νοσημάτων, αλλά αναπόφευκτα συνεπάγονται ή συνδέονται με διαταραχή των ηθικών αξιών και ψυχολογικά προβλήματα.<sup>8</sup>

#### **4.1.2 Διακοπή συνουσίας (απόσυρση)**

Η μέθοδος εφαρμόζεται παραδοσιακά και συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο ακριβώς λίγο πριν την εκπερμάτιση. Για να είναι η μέθοδος αποτελεσματική, πρέπει ο άνδρας να έχει αυτοέλεγχο και να διακατέχεται από υψηλό αίσθημα ευθύνης, προκειμένου να προστατεύσει τη σύντροφό του από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Δεν αποτελεί όμως αξιόπιστη μέθοδο, επειδή από μια μικρή ποσότητα υγρού από τον προστάτη ή την ουρήθρα μπορεί να διαφύγει πριν την εκπερμάτωση. Το υγρό αυτό μπορεί να περιέχει εκατομμύρια σπερματοζωαρίων και μάλιστα πολύ περισσότερα σε περιπτώσεις που έχει προηγηθεί πρόσφατη εκπερμάτιση. Επιπλέον, συνεπάγεται ελαττωμένη σεξουαλική ικανοποίηση, επειδή η απόσυρση κατά την κορύφωση της σεξουαλικής πράξης δεν είναι φυσιολογική.<sup>8</sup>

#### **4.1.3 Μέθοδοι ρυθμού (περιοδική αποχή – ασφαλής φάσεις του κύκλου)**

Η γυναίκα με φυσιολογικό αιμηνορρυσιακό κύκλο 28 συν πλην δύο ημερών έχει ωοθυλακιορρηξία κατά την 12<sup>η</sup> – 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου ή ακριβέστερα 14 ημέρες πριν την αναμενόμενη αιμηνορρυσία. Πρέπει επομένως να αποφεύγει τη συνουσία στο μέσο του κύκλου ή άλλως από την 8<sup>η</sup> έως τη 17<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου. Σ' αυτή τη περίπτωση λαμβάνεται υπόψη ο χρόνος επιβίωσης του ωαρίου και των σπερματοζωαρίων στο



γυναικείο γεννητικό σωλήνα (24 ώρες και 3 ημέρες, αντίστοιχα). Η ποτελεσματικότητα της μεθόδου βασίζεται στην ικανότητα της γυναίκας να προσδιορίζει την πιθανή ημέρα της ωοθυλακιωρρηξίας. Μεγαλύτερη ακρίβεια μπορεί να επιτευχθεί εάν η γυναίκα παίρνει τη θερμοκρασία της κάθε πρωί και αναμένει τη μικρή πτώση της, όταν κατά την παραμονή της ωοθυλακιωρρηξίας αυξάνει η παραγωγή των οιστρογόνων. Την επόμενη μέρα παρατηρείται άνοδος της θερμοκρασίας με διαγραφή διφασικής καμπύλης, που είναι ενδεικτική της ωοθυλακιωρρηξίας.

Η μέθοδος δεν αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού και εμφανίζει υψηλά ποσοστά αποτυχίας (15 εγκυμοσύνες ανά 100 γυναίκες). Η πιθανότητα να επέλθει η ωοθυλακιωρρηξία σ' ένα τυχαίο κύκλο λίγες ημέρες πριν ή μετά την αναμενόμενη ημέρα ακόμη και εάν οι κύκλοι είναι γενικά φυσιολογικοί είναι μέσα στα πλαίσια του δυνατού. Επιπλέον, η μέθοδος απαιτεί για να είναι ασφαλής μεγάλης διάρκειας αποχή σε κάθε κύκλο (10-15 ημέρες) ενώ δεν μπορεί να εφαρμοσθεί σε γυναίκες με ανώμαλο εμμηνορρυσιακό κύκλο.<sup>8</sup>

#### **4.1.4 Καταγραφή των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας**

Η μέθοδος βασίζεται στην παρατήρηση των αλλαγών της σύστασης και της ποσότητας της τραχηλικής βλέννας, πριν και μετά την ωοθυλακιωρρηξία, καθώς και στο μεσοκύκλιο πόνο, που εμφανίζεται σε μερικές γυναίκες. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλέστερη από τη μέθοδο ρυθμού.

Η γυναίκα πρέπει να εξοικιωθεί με τις χαρακτηριστικές ιδιότητες της τραχηλικής βλέννας στις διάφορες φάσεις του κύκλου, τοποθετώντας ένα δάκτυλο στον κόλπο κάθε μέρα. Είναι ευνόητο ότι η εξοικίωση αυτή προϋποθέτει την αποχή για μερικούς κύκλους από τις φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις.

Ασφαλείς θεωρούνται οι πρώτες 2-3 ημέρες μετά την αιμηνορρυσία, από την 6<sup>η</sup> έως 7<sup>η</sup> ή 8<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου σε αιμηνορρυσία 5 ημερών (αρχική φάση). Κατά τις ημέρες αυτές η γυναίκα έχει μια αίσθηση ξηρότητας του κόλπου. Ασφαλείς είναι επίσης οι 11 ημέρες πριν την αναμενόμενη αιμηνορρυσία. Κατά τη διάρκεια των οποίων παρατηρείται ελάχιστη έκκριση τραχηλικής βλέννας.

Δεν είναι ασφαλείς: (1) οι επόμενες 4-5 ημέρες μετά την αρχική φάση (7<sup>η</sup> ή 8<sup>η</sup> έως 12<sup>η</sup> ή 13<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου), κατά τις οποίες παρατηρείται αυξημένη έκκριση παχύρευστης τραχηλικής βλέννας, (2) οιδιοπεριωθυλακιορρηκτικές ημέρες (13<sup>η</sup> έως 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου), που χαρακτηρίζονται από άφθονη, διαυγή και λεπτόρευστη βλέννα, και (3) η μεθεπόμενες 3 ημέρες (14<sup>η</sup> έως 17<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου), που επισημαίνονται από τη βαθμιαία ελάττωση της τραχηλικής έκκρισης.

Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις, μπορούν να προσδιορισθούν οι παρακάτω δύο κανόνες: (α) επιτρέπονται οι σχέσεις, όταν η βλέννα είναι λίγη και παχύρευστη, (β) δεν επιτρέπονται, όταν είναι άφθονη και λεπτόρευστη. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι βασίζεται στην προσωπική εκτίμηση από τη γυναίκα της ποσότητας και της ποιότητας της βλέννας.<sup>8</sup>

## **4.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ – ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ**

Με τις μεθόδους αυτές επιδιώκεται η παρεμπόδιση της διείσδυσης των σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννα και η περαιτέρω άνοδος στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας.<sup>8</sup>

### **4.2.1 Σπερματοκτόνα**

Είναι χημικές ουσίες που σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια. Κυκλοφορούν ευρέως με τη μορφή αλοιφής, ζελέ, αφρού υποθέτου ή μιας ταινίας εμποτισμένης με σπερμοκτόνο ουσία, και τοποθετούνται στο κόλπο λίγο πριν από κάθε συνουσία. Κάποιας μορφής σπερμοκτόνο θα πρέπει να χρησιμοποιείται με το προφυλακτικό ή το διάφραγμα. Πολύ σπάνια μπορεί να προκαλέσει αλλεργική αντίδραση και να εμφανισθεί κοκκινίλα και φαγούρα στη γεννητική περιοχή.<sup>18</sup>

### **4.2.2 Το διάφραγμα**

Το διάφραγμα είναι κατασκευασμένο από λάστιχο ή από λαμαρίνα ή από πλαστικό στο σχήμα μιας ρηχής κούπας που εφαρμόζει πάνω από τον τράχηλο και αποτελεί ένα φυσικό φραγμό για το σπέρμα. Υπάρχουν διάφορα είδη διαφράγματος. Αρχικά ο γιατρός θα διαλέξει το πιο κατάλληλο, το σωστό μέγεθος και θα δείξει στη γυναίκα πώς θα το τοποθετεί. Από κει και πέρα η γυναίκα θα το τοποθετεί μόνη της πριν από τη

σεξουαλική επαφή, θα το αφαιρεί όχι νωρίτερα από 6 ώρες μετά και θα το καθαρίζει προσεκτικά ώστε να είναι έτοιμη για την επόμενη φορά. Το διάφραγμα πρέπει να χρησιμοποιείται πάντα σε συνδυασμό με σπερματοκτόνο αλοιφή ή αφρό. Πλεονεκτήματα: το διάφραγμα έχει λίγες παρενέργειες στην υγεία ή μάλλον καμία και κατά κύριο λόγο Δε γίνεται αντιληπτό από κανένα από τους δύο συντρόφους. Μειονεκτήματα: συνιστάται η γυναίκα να επισκέπτεται το γιατρό κάθε 6 ή 12 μήνες για να ελέγξει αν όλα είναι εντάξει. Μερικές γυναίκες (και άνδρες) είναι αλλεργικοί στο υλικό απ' το οποίο είναι κατασκευασμένα τα διαφράγματα και μερικά ζευγάρια αισθάνονται ότι το να πρέπει να χρησιμοποιούν το διάφραγμα και τη σπερματοκτόνο αλοιφή μειώνει τον αυθορμητισμό της σεξουαλικής πράξεως.<sup>18</sup>

#### **4.2.3 Το ενδομήτριο σπείραμα**

το ενδομήτριο σπείραμα είναι φτιαγμένο από πλαστικό, καμιά φορά με την προσθήκη χαλκού και τοποθετείται στη μήτρα μέσου του τραχήλου. Δεν είναι γνωστό ακριβώς πώς δρα το σπείραμα, όμως είναι πολύ αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης και η αξιοπιστία του αυξάνει όσο περνούν τα χρόνια που χρησιμοποιείται. Η τοποθέτηση του σπειράματος πρέπει να γίνει από γιατρό ή άλλο ειδικό. Είναι υπόθεση περίπου 5 λεπτών και συνήθως Δε χρειάζεται νάρκωση (είναι ιδιαίτερα εύκολη η τοποθέτησή του περίπου 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό). Η τοποθέτηση μπορεί να προκαλέσει κάποια ενόχληση και είναι καλό η γυναίκα να χαλαρώσει για μια ημέρα. Τα σπειράματα μπορεί να χρειάζεται να αντικαθίσταται κάθε ένα – δύο χρόνια. Προ της τοποθέτησης του σπειράματος είναι απαραίτητη η λήψη ιστορικού και η γυναικολογική εξέταση ώστε να αποκλεισθούν οι ακόλουθες αντενδείξεις:

- α. Πρόσφατη ή εν εξελίξει πυελική φλεγμονή
- β. Εν εξελίξει κολπίτιδα ή τραχηλίτιδα
- γ. Εγκυμοσύνη
- δ. Ύπαρξις οινομοιώματος της μήτρας και ιδίως υποβλεννογονίου λόγω πιθανής παραμορφώσεως της μητρικής κοιλότητας
- ε. Μηνορραγία ή μεσοκυκλική αιμόρροια (μέχρι αποσαφηνήσεως της αιτίας)

στ. Καρκίνος του τραχήλου ή του σώματος της μήτρας και τούτο διότι επείγει η αντιμετώπιση της νόσου και όχι η αντισύλληψη. Το σπείραμα, πάντως, δεν έχει συσχετισθεί στην εξέλιξη μιας προκαρκινικής κατάστασης. Οι πιθανές παρενέργειες από την τοποθέτηση του σπειράματος περιλαμβάνουν:

α. πόνο (κράμπα) στη μήτρα και στα γονοειδή αιμόρροια αμέσως μετά την τοποθέτηση

β. μεσοκυκλική σταγονοειδή αιμόρροια, ορροαιματιρή έκκριση ή μηνορραγία κατά τους 3-4 πρώτους μήνες από την τοποθέτηση.

γ. κοπλική υπερέκκριση κατά τον πρώτο μήνα.

δ. απόρριψη του σπειράματος η οποία συμβαίνει κυρίως κατά του 3 πρώτους μήνε από την τοποθέτηση.

Ο κίνδυνος απόρριψης μειώνεται σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ή πολύτοκες

Βεβαίως, η έμμηνος ρύση αυξάνει είτε σε ποσότητα είτε σε διάρκεια στο 50% περίπου των περιπτώσεων. Εάν πόνος – της μήτρας ή εξαρτηματικός – μεσοκυκλική αιμόρροια ή μηνορραγία επανεμφανισθούν μετά από μακρά περίοδο ηρεμίας πρέπει να εκτιμηθούν διότι ίσως απαιτηθεί η αφαίρεση του σπειράματος. Η γυναίκα πρέπει να εξετάζεται μετά την πρώτη περίοδο από την τοποθέτηση προκειμένου να ελεγχθεί αν το σπείραμα είναι στη θέση του. Επίσης πρέπει να υποβάλλεται και στο καθιερωμένο ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο.

Σύλληψη παρά την παρουσία του σπειράματος παρατηρείται σε ποσοστό 1,5 – 5% κατά το πρώτο χρόνο, μειώνεται Δε στα επόμενα χρόνια. Ο κίνδυνος αυτομάτου εκτρώσεως, σε περίπτωση σύλληψης είναι ο ίδιος περίπου είτε το σπείραμα διατηρηθεί είτε αφαιρεθεί. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι ο κίνδυνος εξωμητρίου κήσεως είναι μεγαλύτερος από παρουσίας ενδομητρίου σπειράματος.<sup>17</sup>

#### **4.2.4 Το αντισυλληπτικό χάπι**

Υπάρχουν τρία κύρια είδη αντισυλληπτικού χαπιού. Το ένα περιέχει συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης, το δεύτερο είναι το τριφασικό χάπι και το τρίτο περιέχει μόνο προγεστερόνη. Και τα τρία δρουν απελευθερώνοντας συνθετικές ορμόνες στον οργανισμό για να μειώσουν με διάφορους τρόπους

τις πιθανότητές σας να μείνετε έγκυος.

**Το χάπι με συνδυασμό οιστρογόνων – προγεστερόνης:**

Είναι αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο και είναι το πιο αποτελεσματικό. Δρα εμποδίζοντας την ωορηξία (τη μηνιαία απελευθέρωση ωαρίου), κάνοντας το βλεννογόνο του τραχήλου εχθρικό προς το σπέρμα και επηρεάζοντας το ενδομήτριο ώστε η εμφύτευση εκεί γονιμοποιημένου ωαρίου να είναι πάρα πολύ δύσκολη. Μπορείτε να βασίζεστε στο ότι το χάπι είναι 100% αποτελεσματικό αν το παίρνεται σύμφωνα με τις οδηγίες. Πολύ σπάνια, άλλα φάρμακα (ιδίως ορισμένα αντιβιοτικά ή αντιεπιληπτικά φάρμακα), που παίρνονται συγχρόνως με το χάπι, ή μια οξεία γαστρεντερική διαταραχή μπορούν να εμποδίσουν τη δράση του χαπιού, αλλά οι περισσότερες «αποτυχίες» του οφείλονται στο ότι η γυναίκα δεν τα έπαιρνε όπως έπρεπε. Θα πρέπει να χρησιμοποιεί μια συμπληρωματική αντισυλληπτική μέθοδο για δύο εβδομάδες όταν πρωταρχίσει το χάπι. Το χάπι συνήθως παίρνεται 21 ή 22 συνεχείς ημέρες και άλλες 6 ή 7 διακόπτεται. Η γυναίκα θα έχει λιγότερη αιμορραγία απ' όσο σε μια συνηθισμένη περίοδο, και μπορεί να παρατηρήσει ότι οι πόνοι της περιόδου καθώς και τα συμπτώματα του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου ελαττώνονται.

Μερικές γυναίκες αισθάνονται γενικά καλύτερα όταν παίρνουν το χάπι και η κατάσταση του δέρματος και των μαλλιών του βελτιώνεται. Μερικές γυναίκες παρατηρούν παρενέργειες όπως ναυτία, ευαισθησία του στήθους, εμφάνιση λίγου αίματος ανάμεσα στις περιόδους. Υπάρχουν αρκετά είδη του χαπιού αυτού, ώστε αν Δε ταιριάζει στη γυναίκα ο ένας τύπος, ο γιατρός μπορεί να της συστήσει άλλο. Είναι σημαντικό η γυναίκα να ελέγχει την αρτηριακή της πίεση και να κάνει άλλες εξετάσεις όταν παίρνει το χάπι, διότι μπορεί να προκαλέσει αυξημένη αρτηριακή πίεση. Αν συμβεί αυτό τότε ο γιατρός θα αλλάξει τη μέθοδο αντισύλληψης. Η σοβαροί κίνδυνοι είναι πολύ μικροί εκτός αν έχει υποφέρει η ίδια ή έχει ιστορικό στην οικογένειά της θρομβώσεων των εν τω βάθην φλεβών, θρομβώσεων των στεφανιαίων ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός θα την παρακολουθήσει στενότερα και πιθανότατα να τη συμβουλέψει να μην πάρει καθόλου το χάπι.

Όσο περισσότερο διάστημα η γυναίκα παίρνει το χάπι και όσο μεγαλύτερη είναι τόσο κινδυνεύει από κάποιο πρόβλημα του κυκλοφορικού. Αν είναι πάνω από 35 χρονών και ιδίως αν καπνίζει θα πρέπει να σκεφτεί σοβαρά κάποια άλλη μορφή αντισύλληψης. Γενικά κάποιες άλλες μέθοδοι αντισύλληψης είναι λιγότερο αποτελεσματικές αλλά και η γονιμότητα μετά την ηλικία αυτή ελαττώνεται και μια λιγότερο αποτελεσματική μέθοδος θα πρέπει να είναι αρκετή.

Το χάπι με συνδυασμό οιστρογόνων – προγεστερόνης δεν ενδείκνυται αμέσως μετά τον τοκετό, ιδίως αν η γυναίκα θηλάζει, επειδή μπορεί να προκαλέσει ελάττωση στην παραγωγή γάλακτος.

Αν εξαιρέσει κανείς τις γυναίκες που αναφέρθηκαν παραπάνω που εκτείνονται σε κίνδυνο όταν παίρνουν το χάπι, οι περισσότερες άλλες γυναίκες κινδυνεύουν ελάχιστα. Μάλιστα, οι κίνδυνοι μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης και τοκετού είναι περισσότεροι απ' αυτούς που σχετίζονται με το χάπι.

**Το τριφασικό χάπι:** όπως και το προηγούμενο το τριφασικό χάπι περιέχει οιστρογόνα και προγεστερόνη και παίρνεται 21 μέρες σε κάθε κύκλο 28 ημερών. Σε αντίθεση όμως με το προηγούμενο υπάρχουν τρία διαφορετικά επίπεδα ορμονών στο τριφασικό χάπι ώστε τα χάπια πρέπει να παίρνονται με τη σωστή σειρά για να είναι αποτελεσματικά. Ένα πλεονέκτημα του τριφασικού χαπιού είναι ότι η συνολική ποσότητα συνθετικών ορμονών είναι κάπως μικρότερη. Οι παρενέργειες και οι κίνδυνοι είναι παρόμοιοι.

**Χάπι με προγεστερόνη μόνο:** το χάπι αυτό παίρνεται κάθε μέρα χωρίς διακοπή ακόμα και κατά την διάρκεια της περιόδου. Σε αντίθεση με άλλα είδη χαπιού, δεν εμποδίζει την ωορρηξία και η γυναίκα κινδυνεύει κάπως περισσότερο να μείνει έγκυος ιδίως αν δε θυμάται να το παίρνει την ίδια ώρα περίπου κάθε μέρα.

Το χάπι αυτό μοιάζει να ενδείκνυται για γυναίκες κάθε ηλικίας. Δεν υπάρχουν στην ουσία παρενέργειες και μπορεί να το παίρνουν γυναίκες που θηλάζουν. Ένα μειονέκτημα αυτού του χαπιού είναι ότι μερικές γυναίκες δεν έχουν τακτικές περιόδους και μπορεί να ανησυχήσουν ότι έχουν μείνει έγκυος.

**Ένεση προγεστερόνης:** μια ένεση προγεστερόνης στο χέρι ή στο γλουτό της γυναίκας μπορεί να εξασφαλίσει αντισυλληπτική

κάλυψη για 2 τουλάχιστον μήνες αλλά επειδή η ένεση μπορεί να είναι αποτελεσματική μέχρι και για δύο χρόνια και η δράση της δεν αναιρείται σ' αυτό το διάστημα δεν θα πρέπει ίσως η γυναίκα να σκεφτεί τη μέθοδο αυτή αντισύλληψης αν θέλει να μείνει έγκυος τον επόμενο χρόνο.<sup>18</sup>

Στη χορήγηση των αντισυλληπτικών δισκίων υπάρχουν οι ακόλουθες αντενδείξεις:

1. Ιστορικό θρομβωφλεβίτιδας, πνευμονικής εμβολής και θρομβώσεως εγκεφαλικής αρτηρίας.
2. Ύπαρξη εκτεταμένων κιρσών.
3. Ηπατοπάθεια και ιστορικό οικτέρου.
4. Ορμονοεξαρτώμενο καρκίνωμα – μαστών, μήτρας, ωοθηκών.
5. Αιμόρροια των γεννητικών οργάνων της οποίας το αίτιο δεν έχει αποσαφηνισθεί.
6. Σακχαρώδης διαβήτης
7. Μεγάλο οίνομοίωμα της μήτρας
8. Ιστορικό ανώμαλου γεννητικού κύκλου ιδιαίτερα μεταξύ νεαρών ατόκων γυναικών. Στις γυναίκες αυτές τα αντισυλληπτικά πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή αλλά, βεβαίως, συνυπολογίζοντας και τους κινδύνους που διατρέχει το άτομο από τη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.<sup>17</sup>

#### 4.2.5 Το προφυλακτικό

Το προφυλακτικό είναι βασικά ένας κύλινδρος κλειστός από τη μια μεριά από λεπτό ελαστικό. Το ανοιχτό μέρος τοποθετείται στο πέος όταν είναι σε στύση και το προφυλακτικό ξετυλίγεται από την άκρη του πριν από τη σεξουαλική επαφή. Με την εξπερμάτιση παγιδεύεται το σπέρμα στην κλειστή άκρη. Μετά θα πρέπει ο άνδρας να τραβηχτεί κρατώντας το προφυλακτικό σε επαφή με τη βάση του πέους για να μην γλιστρήσει και ξεφύγουν τα σπερματοζωάρια προς τον κόλπο. Για την περισσότερο δυνατή αποτελεσματικότητα θα πρέπει να χρησιμοποιείται το προφυλακτικό σε συνδυασμό με κάποιας μορφής σπερματοκτόνου αλοιφή. Ορισμένα προφυλακτικά είναι είδη κατασκευασμένα με λιπαντική σπερματοκτόνο ουσία στο εξωτερικό τους.

**Πλεονεκτήματα:** το προφυλακτικό μπορεί να το προμηθευτεί κανείς εύκολα και υπάρχει ποικιλία μορφών. Η χρήση του παρέχει κάποια προστασία εναντίον των αφροδισίων νοσημάτων.

**Μειονεκτήματα:** η τοποθέτηση του προφυλακτικού στο πέος σε στύση περιεμβαίνει στη σεξουαλική πράξη και ο άνδρας μπορεί να αισθάνεται ότι μειώνει την ευαισθησία του πέους. Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφεται πόσες εγκυμοσύνες μπορεί κανείς να υπολογίσει, κατά μέσο όρο, αν 100 υγιή νεαρά ζευγάρια χρησιμοποιούν την καθεμιά αντισυλληπτική μέθοδο (ή καμιά αντισύλληψη) επί ένα χρόνο.<sup>18</sup>

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Αντισυλληπτικό χάπι	Λιγότερες από 1 εγκυμοσύνες
Ενδομήτριο σπείραμα	2
Ανδρικό προφυλακτικό + Σπερματοκτόνος αλοιφή	3
Διάφραγμα + σπερματοκτόνος αλοιφή	3
Ανδρικό προφυλακτικό	15
Διάφραγμα	15
Μέθοδος γόνιμων ημερών	20
Σπερμακτόνα αλοιφή	25
Καμία αντισύλληψη	90

### 4.3 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Η πρακτική της μετά τη συνουσία αντισύλληψης είναι παλιά. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται επί πολλά χρόνια με τη μορφή της κοιλικής πλύσεις με διάφορα διαλύματα, τα οποία ήταν συνήθως αποτελεσματικά λόγω της ταχείας διεύθυνσης των σπερματοζωαρίων στην τραχηλικήβλέννα και ανόδου στο γυναικείο γεννητικό σωλήνα.

Σήμερα εφαρμόζονται κυρίως η ορμονική αντισύλληψη και κατά δεύτερο λόγο το ενδομήτριο σπείραμα. Με τις μεθόδους αυτές δημιουργούνται συνθήκες δυσμενείς για την εμφύτευση του ζυγώτη και βεβαίως προκύπτει θέμα ηθικού προβλήματος, εάν θεωρηθεί ότι το άτομο (έμβρυο) αποτελεί ζωντανή ύπαρξη από τη στιγμή ακόμη της σύλληψης.<sup>8</sup>



#### 4.3.1 Επείγουσα ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία

Η σημασία ή και η αναγκαιότητα της επείγουσας ορμονικής αντισύλληψης είναι μεγάλη σε περιπτώσεις σεξουαλικής προσβολής (βιασμού), ρήξης του προφυλακτικού ή παράλειψης ενός αντισυλληπτικού δισκίου κατά την ημέρα της συνουσίας. Η μέθοδος αυτή πρέπει να δημοσιοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα, παρόλο που δεν είναι κατάλληλη για χρήση ρουτίνας, επειδή διαταράσσει την ομαλότητα του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Η σύγχρονη ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική εάν εφαρμοσθεί έγκαιρα. Το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα σχήματα.

1. Λήψη την επόμενη ημέρα μετά τη συνουσία 2x2 συνδυασμένων αντισυλληπτικών δισκίων παλιάς γενιάς με 50mg εθινυλοισταδιόλης και 500mg /-νοργεστρέλης (Eugynon, Ovral). Η δόση επαναλαμβάνεται και στο επόμενο 24ωρο.
2. Χορήγηση υψηλών δόσεων μόνο οιστρογόνων. Στην περίπτωση αυτή χορηγούνται και την επόμενη μέρα ή τουλάχιστον κατά τις πρώτες 72 ώρες συζευγμένα οιστρογόνα (Premparin, από το στόμα, σε ημερήσιες δόσεις των 15mg επί 2 επί 5 ημέρες, ή ενδοφλεβίως σε μια δόση των 50mg, που επαναλαμβάνεται μετά από δύο ημέρες). Το ίδιο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με τη χορήγηση εθινυλοιστραδιόλης (σε δόσεις 2,5mg επί 2 ημερησίως από το στόμα, επί 5 ημέρες), αλλά τα σχετικά σκευάσματα Linoral (Organon) και Proginon C (Schering) δεν κυκλοφορούν πλέον στην ελληνική αγορά. Με τη λήψη υψηλών δόσεων οιστρογόνων επέρχεται καταστολή της λειτουργίας του ωχρού σωματίου και αναστολή της μετατροπής του ενδομητρίου σε φθαρτό. Οι μεταβολές αυτές δεν επιτρέπουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Η συχνότητα αποτυχίας των μεθόδων αυτών είναι 1% για τις υψηλές δόσεις των οιστρογόνων και 2% για τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία. Η μέθοδος με τα δύο αντισυλληπτικά δισκία παλιάς γενιάς είναι σχετικά ανεκτή. Αντιθέτως με τη μέθοδο των υψηλών δόσεων των οιστρογόνων (ιδίως της εθινυλοιστραδιόλης) προκαλούνται

ναυτία, εμετός, μαστοδυνία και κεφαλαλγία, ενίοτε σε τέτοιο βαθμό που υποχρεώνει τη γυναίκα να διακόψει τη λήψη του φαρμάκου. Επιπλέον υπάρχει η πιθανότητα ελάττωσης των επιπέδων της αντιθρομβίνης III και επομένως αυξημένος κίνδυνος θρομβωεμβολικών επεισοδίων.

Με την επείγουσα ορμονική αντισύλληψη υπάρχει αυξημένος κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης, αλλά και ο θεωρητικός κίνδυνος βλάβης του εμβρύου. Το τελευταίο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε πιθανή προϋπάρχουσα εγκυμοσύνη και να διενεργείται ο σχετικός έλεγχος (τεστ εγκυμοσύνης), πριν εφαρμοσθεί η επείγουσα ορμονική αντισύλληψη.<sup>8</sup>

#### **4.3.2 Ενδομήτριο σπείραμα μετά τη συνουσία**

Το ενδομήτριο σπείραμα εφαρμόζεται όταν υπάρχουν αντενδείξεις για την ορμονική αντισύλληψη, κατά τις πρώτες 5 ημέρες μετά τη συνουσία. Περέχει το πλεονέκτημα της απουσίας λάθους από μέρους της γυναίκας αλλά δεν πρέπει να εφαρμόζεται όταν αναφέρεται ιστορικό έκτοπης εγκυμοσύνης.<sup>8</sup>

### **4.4 ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ**

Στεροποίηση είναι η διακοπή της γονιμοποιητικής ικανότητας της γυναίκας με την εφαρμογή χειρουργικών μεθόδων με τις οποίες επιτυγχάνεται η σύγκλιση ή απόφραξη του αυλού των σαλπίγγων.

Πολλές γυναίκες καταλήγουν στην απόφαση οριστικής διακοπής της γονιμοποιητικής τους ικανότητας, από τη στιγμή που θεωρούν συμπληρωμένη την οικογένεια ή όταν δε θέλουν να αποκτήσουν και άλλα παιδιά. Βέβαια, η θετική αντιμετώπιση της απόφασης αυτής από το γιατρό δημιουργεί ποικίλες αντιδράσεις στον ίδιο και στη γυναίκα ως προς τις κοινωνικές προεκτάσεις του θέματος.

Η απόφαση για τη στεροποίηση είναι αναμφίβολα δικαίωμα της γυναίκας, αλλά φρόνιμα είναι για το γιατρό να της εξηγεί πριν από την τελική του συγκατάθεση τι πρόκειται να γίνει, ποιες είναι οι συνέπειες της εγχείρησης και ποιες είναι οι πιθανότητες επανασύραγαγοποίησης των σαλπίγγων, εάν εκφρασθεί μελλοντικά επιθυμία για νέα εγκυμοσύνη. Φρόνιμο

επίσης είναι να ενημερώνεται και ο σύζυγος ο οποίος πρέπει να συμφωνεί για την αναγκαιότητα της εγχειρητικής παρέμβασης.

Η απόφραξη των σαλπίγγων επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές, στις οποίες περιλαμβάνονται οι απολίνωση με ράμματα, με συνδετήρες (clips) ή με κρίκους (rings) και η ηλεκτροπληξία. Η τελευταία εμφανίζει σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές και χρησιμοποιείται πολύ λιγότερο από τις άλλες μεθόδους. Στόχος όλων αυτών των μεθόδων είναι να τραυματισθεί η σάλπιγγα και να επέλθει η οριστική απόφραξη του αυλού με τη διεργασία της ίνωσης. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω λαπαροτομίας ή με τη λαπαροσκόπηση ή διακολπικώς. Οι γυναίκες με στειροποίηση όμως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ελάττωση των επιπέδων της προγεστερόνης στο πλάσμα και να υποστούν μεταγενέστερα ολική υστερεκτομή. Η πιθανότητα αυτή ερμηνεύεται από τη βλαπτική παρεμβολή των τεχνικών στειροποίησης στην μητροωοθηκική κυκλοφορία, που έχει αναμφίβολα σχέση με τις ανώμαλες αιμορραγίες. Αυξημένος εμφανίζεται επίσης ο κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης.<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

#### 5.1 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Στο σημείο αυτό, καλόν είναι να παρατεθούν μερικές επιστημονικές απόψεις, καθώς και προβληματισμοί που συνδέονται με το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίσει. Είναι αυτονόητο ότι η άσκηση του δικαιώματος αυτού δημιούργησε αναπόφευκτα και δημιουργεί ηθικό δίλλημα στην ίδια τη γυναίκα και στο άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Γι' αυτό και οι παραδοσιακές συζητήσεις περί ηθικών αρχών στην έκτρωση, που γινόταν κατά τα τελευταία χρόνια, είχαν ως κίνητρο μεταξύ άλλων και την υποβόσκουσα επιθυμία να θεσπιστούν νέοι κανόνες για τους άνδρες και τις γυναίκες, που να δίνουν τη δυνατότητα επίλυσης του ηθικού διλήματος κάθε φορά που εγείρεται το δίλλημα αυτό, όταν υπάρχει θέμα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Οι κρίσιμες ερωτήσεις, που γίνονταν και γίνονται στις συζητήσεις αυτές, είναι του τύπου: «Είναι το έμβρυο μια ζωντανή ύπαρξη;» και αν είναι «πότε γίνεται ζωντανή ύπαρξη;». Βεβαίως οι γυναίκες δε διατείνονται ότι το έμβρυο δεν είναι ζωντανή ύπαρξη, αλλά αυτό μόνο του δεν αρκεί για να επιλύσει το ηθικό τους δίλλημα. Το πρόβλημά τους είναι περισσότερο πολύπλοκο. Για τη γυναίκα το έμβρυο αποτελεί μέρος ενός πλέγματος ανθρώπινων σχέσεων και η ίδια η γυναίκα εκφράζει μια υπευθυνότητα για τη διατήρηση αυτού του πλέγματος στο σύνολό του και με μακροχρόνια προοπτική. Οι συνήθεις ερωτήσεις που την κατατρέχουν είναι του τύπου: «θα έχει το παιδί μου πατέρα;», «ποια ποιότητα ζωής μπορώ να προσφέρω σ' αυτό το παιδί;».<sup>8</sup>

#### 5.2 ΟΡΘΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο άνθρωπος είναι ον λογικό γιατί όλοι οι άνθρωποι έχουν εμπιστοσύνη στη λογική. Ας δούμε λοιπόν το θέμα λογικά: Όσα παιδιά υπάρχουν σήμερα επέζησαν επειδή η μητέρα τους τα αγαπούσε. Από το 1986 που ψηφίστηκε ο νόμος για τις εκτρώσεις πολλοί σύλλογοι προσπαθούν να ξαναεπανέλθει το θέμα των εκτρώσεων και της προστασίας των υποψήφιων μητέρων. Γιατί εκεί βρίσκεται όλη η ιστορία αυτής της παρεξή-

γημένης υποθέσεως. Στην έλλειψη προστασίας της μητρότητας, από την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια απορρέουν όλες οι άλλες αιτίες που προκαλούν το τεράστιο αριθμό των εκτρώσεων στη χώρα μας, η οποία εξαφανίζεται από το ιστορικό προσκήνιο, λόγω υπογεννητικότητας...

Η λογική λοιπόν λέει να κατανοήσουν οι γυναίκες αν η έκτρωση είναι κάτι που κάνει καλό ή κακό. Αναμφισβήτητα η έκτρωση είναι μια δολοφονία ανυπεράσπιστου ανθρώπου, του παιδιού της κάθε γυναίκας. Αρκεί επομένως η οποιαδήποτε γυναίκα να φανταστεί νεκρό το ζωντανό παιδί της... Η διαφορά στην έκτρωση είναι ότι ΔΕΝ το είδε, γιατί πολύ απλά δεν το άφησε να γεννηθεί και δεν το άφησε γιατί το σκότωσε. Και το σκότωσε γιατί η κοινωνία της έμαθε πως αυτό δεν είναι φόνος. Και της έμαθε πως αυτό δεν είναι φόνος κρατώντας τη στην άγνοια τόσο για την πράξη όσο και τις συνέπειες στην υγεία και στην ζωή της, γιατί πίσω από όλη αυτή την ιστορία υπάρχουν συμφέροντα, υπάρχουν εχθροί της ανθρώπινης ζωής, υπάρχουν σκοπιμότητες...

-Κάνουν καλλυντικά με τα έμβρυα... Τα κάνουν πειραματόζωα

-Είναι επιχείρηση στα χέρια της μαφίας, όπως κατήγγειλε ο Δρ. Νάθανσον... κερδίζουν δισεκατομμύρια κάποιιοι...

-Είναι μέθοδος αντισύλληψης στις χώρες του τρίτου κόσμου

-Χρησιμοποιείται σαν τρόπος χειραφέτησης της γυναίκας

-Χρησιμοποιείται στον πόλεμο κατά της θρησκείας

Είναι στα χέρια του παραλογικού και κατευθυνόμενου φεμινιστικού κινήματος, το οποίο με τη σειρά του είναι θύμα αυτών που θέλουν τη γυναίκα άλλοτε στην παραγωγή και άλλοτε στην αναπαραγωγή, ενώ εκείνη πιστεύει ότι πετυχαίνει φεμινιστικές νίκες!

Έτσι όλα τα στοιχεία από διάφορους συλλόγους και εταιρείες συμφωνούν ότι «σύντομα η Βαλκανική θα μείνει χωρίς Έλληνες», ότι «η Τουρκία και η Αλβανία διπλασιάζονται κάθε 28 χρόνια και η Ελλάδα κάθε 230!». Όταν τα στοιχεία της Ακαδημίας Αθηνών, της Ιεράς συνόδου και των Δημογράφων είναι ανελέητα πως: «Κύριο αίτιο υπογεννητικότητας στην Ελλάδα είναι η έκτρωση», και ακόμη « η αποποινικοποίησή της θα επιφέρει την κατακόρυφη αύξησή της». Οι επιστήμονες συμφωνούν στο ότι: «Νόμιμες ή Παράνομες οι εκτρώσεις είναι

το ίδιο επικίνδυνες για τη γυναίκα».

Γιατί εκεί βρίσκεται η λογική! Να αποφεύγονται οι εκτρώσεις, να μην γίνονται εκτρώσεις, να προστατεύονται οι γυναίκες από τις εκτρώσεις.

Εκεί φαίνεται και το αληθινό ενδιαφέρον για τη γυναίκα: Πόσο θα τη βοηθήσουν να έχει εξασφαλισμένη την οικογένειά της. Πόσο θα τη βοηθήσουν στον ύψιστο ρόλο της ως μητέρας. Γιατί αν σβήσει η εστία που εκείνη φυλάει, τότε όλες οι φεμινιστικές κατακτήσεις θα είναι ανευ αξίας! Τότε θα χαθούν και οι εθνικές θερμοπύλες, θα αφανισθούμε ως Έθνος και ως Λαός... αλλοίμονο όσοι λησμονούν το μεγάλο εθνικό και κοινωνικό ρόλο της γυναίκας, αλλοίμονο στα Έθνη που δεν διδάσκονται από την ιεραρχία τους! Και τούτη την ώρα το μεγάλο ιστορικό δίδαγμα είναι πως η Ελλάδα – για την τρίτη φορά στην μακροχρόνια ιστορία της – εξαφανίζεται από «ολιγοπαιδία» και «ολιγανθρωπία». Και αν αυτό το αποδίδουν στη γυναίκα είναι άδικο. Θα’ ταν πιο λογικό να το αποδώσουν στην Πολιτεία, που ενώ έχει συνταγματική προσταγή για την προστασία της μητρότητας και της οικογένειας, η ίδια «μαθαίνει» με νόμο τη γυναίκα να σκοτώνει αντί να γεννά.

Είναι αυτό λογική; Είναι αυτό δικαίωμα της γυναίκας όπως συνηθίζουν οι φεμινίστριες να λένε; Σωστό είναι το ψήφισμα που εξέδωσε η Θεολογική Σχολή της Θεσσαλονίκης το 1984 για το νομοσχέδιο των εκτρώσεων:

«Είναι παράλογο να χαρακτηρίζεται ως δικαίωμα, κάτι που συνεπάγεται την στέρηση του δικαιώματος της ζωής σε μια άλλη ανθρώπινη ύπαρξη».<sup>8</sup>

### 5.3 ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι ανθρώπινες κοινωνίες ζούνε με κανόνες Δικαίου. Η έκτρωση κατά το Δίκαιο – γραφτό και άγραφο- ήταν πάντα, είναι και θα είναι έγκλημα κατά της ζωής (εκεί την κατατάσσουν οι Ποινικοί Κώδικες). Απλώς αίρεται το αξιόποινο, δηλαδή η πράξη μένει ατιμώρητη, όπου ο νόμος έχει αποποινικοποιήσει την έκτρωση – και κακώς λέγεται η φράση «νομιμοποιήσει». Δεν νομιμοποιείται η έκτρωση, μόνο αποποινικοποιείται δηλαδή δεν τιμωρείται, αλλά εξακολουθεί να παραμένει πράξη άδικη.

Σήμερα και πάντα οι νομικοί θα διαφωνούν με το νόμο 1906/

5-7-1986, που αφήνει την έκτρωση ελεύθερη στους 3 πρώτους μήνες (με ποια λογική ή με ποιο νομικό επιχείρημα είναι παιδί μετά τους 3 μήνες και δεν είναι παιδί πριν τους 3 μήνες;

Μερικές απόψεις που υπάρχουν είναι:

- «Ο νόμος που αποποινικοποιεί την έκτρωση στερείται του ορθού κατά την Επιστήμη και του Δικαίου κατά τη φιλοσοφία», γράφει η Ελένη Δούκα, επ. καθηγ. Γενετικής .

- Στο επιχείρημα των οπαδών της εκτρώσεως «αφού γίνονται που γίνονται οι εκτρώσεις να μην γίνονται παράνομα» απαντά η κ. Ιωάννα Καραγιαννοπούλου, Ομότιμος Καθηγήτρια Συνταγματικού Δικαίου Πανεπιστημίου Αθηνών:

«Η νομική απαγόρευση αναχαιτίζει τη γυναίκα από τους κινδύνους και εμποδίζει τη δημιουργία γυναικών μειωμένης ηθικής αντιστάσεως –ιδίως τα νέα κορίτσια- και δεν διαμορφώνει ανεύθυνους και ασύδοτους άνδρες».

- Κατά το άρθρο 1711 του Αστικού μας Κώδικα, αναγνωρίζεται ανθρώπινη προσωπικότητα στο έμβρυο: «Κληρονόμος δύναται να γίνει μόνο ο κατά τον χρόνο της επαγωγής της κληρονομίας εν ζωή ευρισκόμενος ή τουλάχιστον ΣΥΝΕΙΛΗΜΜΕΝΟΣ» (δηλ. ο κυοφορούμενος).

- Στο επιχείρημα: «Να μην τιμωρούνται οι εκτρώσεις, αφού γίνονται πολλές και τιμωρούνται ελάχιστες», που λεγόταν απαντά ο δικηγόρος Ν. Κατσαρός: «Και σε πολλά άλλα εγκλήματα είναι τεράστια η διαφορά μεταξύ πραγματικής και φανεράς εγκληματικότητας (ψευδορκία, δωροδοκία, τροχαίες παραβάσεις, φοροδιαφυγής κ.λ.π.), αλλά κανείς δεν σκέφτηκε να το αποποινικοποιήσει, έστω και αν το έννομο αγαθό που προσβάλλεται είναι υποδεέστερο της ανθρώπινης ζωής...»

- Στο επιχείρημα ότι η απειλή της ποινής δεν αποτρέπει το μεγάλο αριθμό των εκτρώσεων (πάλι πριν από το νόμο) απαντά ο ίδιος: «Μπορεί να γινόντουσαν πολλές εκτρώσεις με το νόμο που τις απαγόρευε, αλλά δε γινόντουσαν πολύ περισσότερες από το φόβο του νόμου που υπήρχε. Αλλά οι διατάξεις του νόμου έχουν πάντα και παιδαγωγική αξία. Και ακόμη υπάρχοντος τέτοιου νόμου ενθαρυνόταν η έγκυος να αντισταθεί σε πιέσεις γονέων ή του εκτός γάμου πατρός και να μην δεχθεί να υποστεί έκτρωση...»

- Σωστή είναι και η άποψη της Καθολικής ιεραρχίας της

Ελλάδος το 1978 «... η νομιμοποίηση της εκτρώσεως νομιμοποιεί την παρανομία και επαυξάνει κατά τρόπο τραγικό τα υπάρχοντα προβλήματα...»

Καθώς και η άποψη των Χριστιανικών Σωματείων Θεσσαλονίκης το 1985:

• «Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων από το νόμο απανθρωποποιεί τα πρώτα στάδια της εξελίξεως της ανθρώπινης ζωής».<sup>15</sup>

#### 5.4 ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατά το Ελληνικό Σύνταγμα ο άνθρωπος προστατεύεται από της συλλήψεως, έστω και αν δεν αναφέρεται ρητώς. Την καλύτερη συνταγματική τοποθέτηση κάνει ο Επίκουρος Καθηγητής ιατρός στο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης Κων/νος Καρακατσάνης:

• «Το έμβρυο, ως ιδιαίτερη ψυχο-σωματική ύπαρξη έχει τα ιδιαίτερα για τη ζωή και πρέπει να τυγχάνει του ίδιου σεβασμού, όπως και οποιοσδήποτε άλλος άνθρωπος. Η έκτρωση – ανθρωποκτονία για λόγους οικονομικοκοινωνικούς, ψυχολογικούς, ευγονικούς κ.λ.π., είναι πράξη παράλογη αφού το έμβρυο δεν ευθύνεται σε τίποτα και αντιστρατεύεται άμεσα το ιατρικό λειτούργημα, του οποίου σκοπός είναι μόνο η θεραπεία του αρρώστου. «Ωφελείν η μη βλάπτειν», είναι ο Ιπποκράτειος ορισμός».

• «Το έμβρυο προστατεύεται κατά προτεραιότητα από το Ελληνικό Σύνταγμα, γιατί η ανθρώπινη ζωή είναι αγαθό μεγαλύτερης αξίας από την ελευθερία της εγκύου» έγραψε το 1984 ο κ. Ν. Ανδρουλιδάκης, Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών.

• «Το σύστημα του νόμου, δηλαδή να επιτρέπεται απεριόριστα η έκτρωση στους 3 πρώτους μήνες, δεν συμβιβάζεται με τη συνταγματική τάξη, ούτε απηχεί πάγιες κοινωνικές αντιλήψεις», γράφει το 1985 η κ. Άννα Μπενάκη βουλευτής και Καθηγήτρια Ποινικού Δικαίου.

• «Δεν υπάρχει περίπτωση «δικαιολογίας» της εκτρώσεως. Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Συντάγματος, όλοι, Έλληνες και Ελληνίδες είναι ίσοι. Συνεπώς και το παιδί. Ούτε οι γονείς έχουν το δικαίωμα να φονεύσουν τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της κησεως, ούτε ο κοινός νομοθέτης να νομοθετεί υπέρ μιας



τέτοιας πράξεως. Πρόκειται σαφώς «περί φόνου». Γράφει ο δικηγόρος κ. Πέτρος Κωνσταντίνου, πρόεδρος της «εταιρείας των φίλων της Μεγάλης Ιδέας».

• «Η ευθύνη της πολιτικής ηγεσίας παραμένει, διότι αντί της προστασίας της μητέρας επέλεξε την υπεκφυγή της αποποινικοποίησεως των εκτρώσεων, γεγονός ανομιμοποίητο στη συνείδηση των πολιτών. Και πως το Ελληνικό Κοινοβούλιο θα δεχθεί το νομοσχέδιο το οποίο αντίκειται στα άρθρα 2-3 του συντάγματος και στις αρχές του ΟΗΕ;». Διεθνής της Αγάπης, Νοέμβριος 1985.

• Απόφαση Ομοσπονδιακού Συνταγματικού Δικαστηρίου Δυτ. Γερμανίας 25-2-1975, που ακύρωσε το νόμο της Γερμανικής βουλής, παρόμοιο με τον δικό μας ως αντισυνταγματικό «... η τάξη του νόμου πρέπει να εκφράζει καθαρά αποδοκιμασία της εκτρώσεως και να αποφεύγει να δώσει τη λανθασμένη εντύπωση ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι κοινωνικά ανάλογη με την επίσκεψη στο γιατρό για θεραπεία αρρώστιας ή μια νομικά άσχετη διαζευκτική λύση στην αντισύλληψη. ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΒΛΕΠΕΙ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ. Δεν πρέπει να ξεχνάτε η γενική ανασταλτική λειτουργία του Ποινικού Κώδικα. Αναμφίβολα η απλή ύπαρξη μιας ποινής επηρεάζει το σύστημα αξιών και τη συμπεριφορά του λαού».

• Απόφαση Τριμελούς Πλημ. Φλωρίνης 452/93 που αθώωσε τον αναισθησιολόγο Ι. Ζούμπου κατηγορούμενο, γιατί αρνήθηκε για λόγους θρησκευτικής συνείδησης να συνεργασθεί σε έκτρωση (ιστορική δίκη-σταθμό στο Δίκαιο της έκτρωσης).

• Ο Γαλλικός νόμος καθιερώνει ένσταση συνειδήσεως και προστατεύει την Ελευθερία του γιατρού να αρνηθεί να κάνει έκτρωση.<sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

#### 6.1 ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

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

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλημμα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας μας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήματος των εκτρώσεων, που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος «συγκλονίζει» απιχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος, δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι εκτρώσεις δεν είναι παρά ένα καινούργιο δίλημμα. Ένα δίλημμα που πρόσφατα δημιουργήθηκε τουλάχιστον στον Ελληνικό χώρο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η έκτρωση βάση του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε έκτρωση.

Όταν ξαφνικά ήρθε ο νόμος του 1986 που αποποινικοποιούσε τις εκτρώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα, ορίζοντας ταυτόχρονα την 12<sup>η</sup> εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφό του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δεν θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια έκτρωση για λόγους συνείδησης. Έτσι ο νόμος αφήνοντάς μας ακάλυπτους και θέτοντας τις εκτρώσεις στην προστασία του Κράτους, με αποτέλεσμα να διενεργούνται στα μαιευτήρια σαν επεμβάσεις ρουτίνας και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, μετέβαλε το θέμα των εκτρώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σ' ένα δίλημμα που όχι

απλώς ζητά μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην έκτρωση, ίσως του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απώλεια της θέσης του. Το επείγον και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε μια υπεύθυνη απάντηση, αλλά και κάθε υπεύθυνη απάντηση απαιτεί ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατόν διεξοδική συζήτηση σε όλες τις πτυχές ενός θέματος.

Προκειμένου για το θέμα των εκτρώσεων, η προβληματική του στρέφεται γύρω από τρία ερωτήματα- σημεία: Α) Πότε εμψυχάται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής. Από τις εμφανίσεώς της η Ιατρική έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση «όν μη δώσω πεσσόν φθόριον τη γυναίκα», όχι μόνο στιγματίζει την έκτρωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαίνεται ότι ήδη από τη σύλληψη του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται.

Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις. Ο Γάλλος γιατρός Rene Biot στο βιβλίο του “Sante Humaine” – Η Υγεία μας – γράφει: «πράγματι μόλις υπάρξει ζωή υπάρχει έμψυχος βίος». Αυτό αναγνώρισε και το Πανελλήνιο ιατρικό συνέδριο του 1985, το οποίο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η έναρξη της ζωής του ανθρώπου είναι η στιγμή της γονιμοποίησης». Όπως τόνισε και ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού συλλόγου κ. Β. Σωτηρόπουλος «η ζωή αρχίζει από την ώρα της σύλληψης». Εξάλλου το Β΄ ιατρικό συνέδριο του Μονακό, 2000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες διακήρυξαν: «πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη».

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

καταστροφή της ανθρώπινης ύπαρξης».

Εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές πειράματα Ευρωπαίων και Ιαπώνων επιστημόνων ήρθαν να αποδείξουν πόσο σοβαρό είναι το όριο της δωδέκατης εβδομάδας που έθεσε ο νόμος. Είναι πραγματικά αστείο να υποστηρίζεται ότι μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα δεν είναι άνθρωπος και τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα και μια μέρα να είναι. Μετά δηλαδή τη δωδέκατη εβδομάδα η έκτρωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ μια μέρα πριν είναι πράξη που επιτρέπεται. Αλλά τι συμβαίνει μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα που είναι το όριο; Τα πειράματα έδειξαν ότι: την 16<sup>η</sup> ημέρα από τη σύλληψη το έμβρυο έχει ανοίξει τα μάτια του. Σε 18 ημέρες από τη σύλληψη του η καρδιά του έχει σχηματισθεί και χτυπάει. Μετά από 30 ημέρες έχουν σχηματισθεί οι βασικότερες δομές του σώματος. Σε 6 εβδομάδες ο εγκεφαλογράφος δείχνει εγκεφαλική λειτουργία. Στις 10 εβδομάδες έχει δακτυλικά αποτυπώματα, πλήρως σχηματισμένα πέλματα και τέλεια σχηματισμένο σώμα. Στις 11 εβδομάδες θηλάζει τον αντίχειρά του, αναπνέει και κολυμπά μέσα στο αμνιακό υγρό με ταχύτητα ώριμου κολυμβητή. Αισθάνεται τον πόνο και αντιδρά με επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού και κινήσεις των μελών του. Έχει γεύση, αντιδρά στο φως, στο άγγιγμα, στη ζέστη, στο θόρυβο. Δώδεκα εβδομάδων που είναι το προτεινόμενο όριο το έμβρυο μπορεί να γυρίζει το κεφάλι του, να κάνει μορφασμούς, να εκτελεί χαριτωμένες κινήσεις.

Β) Αν όμως στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι εύκολη, επειδή υπάρχουν άφθονες επιστημονικές μαρτυρίες, το δεύτερο σημείο απαιτεί μεγαλύτερη περίσκεψη. Οπωσδήποτε το ανθρώπινο έμβρυο είναι άνθρωπος ήδη από τη σύλληψή του και η ζωή του έχει αξία. Είναι όμως η αξία της ζωής του εμβρύου απόλυτη αξία; Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να ζυγοσταθμιστούν δύο αξίες. Ποια αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Η αξία μητέρα ή η αξία παιδί; Σε περίπτωση που το παιδί θα γεννηθεί με σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ. μεσογειακή αναιμία, AIDS) αξίζει να ζει; Έχει αξία η ζωή του παιδιού όταν γεννηθεί αντιστικό; Έχουμε δικαίωμα να επιφορτίζουμε τη μητέρα να δεχθεί ένα παιδί άρρωστο, ένα παιδί που θα αποτελεί μόνιμο πρόβλημα γι' αυτή όλα τα χρόνια της ζωής του;

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες, γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται. Είναι αλήθεια ότι απαιτούνται από τη μητέρα μεγάλα αποθέματα αγάπης και ηρωισμού. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαντήσουμε, μπορούμε όμως να τα εμπνεύσουμε. Σοβαρότερη προσπάθεια από μέρους της κοινωνίας, πιο πρόθυμη μέριμνα του κράτους που συνίσταται στην προαγωγή της υγείας και των συνθηκών νοσηλείας, δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών υγειονομικών κέντρων, οικονομικές επιχορηγήσεις στις οικογένειες με προβληματικά παιδιά, και υπεύθυνος προγεννητικός έλεγχος από πλευράς των γονέων οπωσδήποτε θα αποφορτίσουν την απάντηση. Παρά τους προβληματισμούς που είναι λογικοί και πολλές φορές δικαιολογημένοι, σταθερό κριτήριο της τοποθέτησής μας στο θέμα έκτρωση πρέπει να παραμείνει η αξία παιδί. Καμιά περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε κι αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε και αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα τη ζωή της μητέρας, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την έκτρωση. Η έκτρωση δεν είναι οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φθάνουν μέχρι το θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Γ) Τελικά το ερώτημα παραμένει: έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Δεν θα σταθούμε βέβαια στο επιπόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα: «το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να το διαθέσουμε όπως θέλουμε», γιατί και λογικής στερείται και καταρρίφθηκε, όταν με το παιδί του σωλήνα αποδείχθηκε ότι το παιδί δεν αποτελεί τμήμα του σώματος της μητέρας, αλλά αυτόνομο οργανισμό. Οπωσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Έχουμε δικαίωμα να παραθεωρήσουμε τη γνώμη του πατέρα; Και αν η απόφαση για την έκτρωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε ν' αφήσουμε

σ' εκείνον να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμισθεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Έστω όμως ότι και οι δύο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για έκτρωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο Έθνος; Οι 350 000-400 000 εκτρώσεις που διενεργούνται κάθε χρόνο στα Ελληνικά μαιευτήρια στοιχίζουν στο Έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή – καθώς οι παραγωγικές δυνάμεις μειώνονται σταθερά, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων – και τελικά σε κίνδυνο εθνικό, καθώς στη γειτονική Τουρκία ο πληθυσμός αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα. Η έκτρωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του σαν υπάλληλος όσα και σαν υπεύθυνος άνθρωπος.

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

1. Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο είναι συνεργοί

2. Καταπατούν τον όρκο του νοσηλευτή: «Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η Σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συναθρώπων μου».

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

Νοσηλευτής σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη, κι όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα κατά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου, αγάπη δεν υπάρχει. Είναι προτιμότερο ο νοσηλευτής να χάσει και τη θέση

του ακόμα, παρά να υπηρετήσει τη καταστροφή της ζωής. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι, ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι στην εργασία του, είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα δικαιώματα και ηθικά δικαιώματα, όπως η ελευθερία της συνείδησης. Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δεν συνίσταται μόνο στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθεια του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα.

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

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της έκτρωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο, και με τις συνέπειες της έκτρωσης στην υγεία της.
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.<sup>19</sup>

## 6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες.

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

Συμβάλει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στα πλαίσια αυτά διενεργεί πρωσοψπτωματικό έλεγχο, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων, στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα σχολεία, σε χώρους δουλειάς και ειδικότερα σωματομετρήσεις, τεστ δερματοαντιδράσεων ή εμβολιασμούς κ.λ.π.

Πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι για αγωγή υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου για γενετικά κοινωνικά νοσήματα ή νοσήματα φθοράς (καρκίνος, καρδιοπάθειες, ατυχήματα, φυματίωση, AIDS, σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, τοξικομανία) και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, έγκυες, βρέφη και παιδιά. Διενεργεί σε συνεργασία με τις αρμόδιες

υπηρεσίες επί τόπου επιδημιολογικές και ιατροκοινωνικές έρευνες στα λοιμώδη και κοινωνικά νοσήματα. Εφαρμόζει μέτρα πρόληψης διασποράς λοιμωδών νοσημάτων στο σπίτι, στο σχολείο, στη δουλειά.

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

Ασκεί σχολική υγιεινή σε συνεργασία με τον υπεύθυνο γιατρό. Συμμετέχει σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής της υγείας των φυματικών, διαβητικών, καρκινοπαθών, πολυμεταγγιζόμενων ή χρονίως πασχόντων.

Ασκεί κοινοτική νοσηλευτική. Διερευνά τις οικογενειακές συνθήκες για τη δυνατότητα και τον προγραμματισμό νοσηλείας στο σπίτι.

Στις υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής παρέχει πρώτες βοήθειες, συμμετέχει σε προγράμματα ειδικών προληπτικών εξετάσεων σε ειδικές ομάδες εργαζομένων. Έτσι λοιπόν ο νοσηλευτής καλείται σήμερα να αγκαλιάσει το κοινωνικό σύνολο και να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το τόσο μεγάλο κοινωνικό και εθνικό πρόβλημα της χώρας μας – την υπογεννητικότητα.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής της κοινότητας θα πρέπει:

- Να διαφωτίσει το κοινό σχετικά με τα νοσήματα της εποχής μας που παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες)
- Να παρέχει πληροφορίες και να δίνει οδηγίες για την πρόληψη και αποφυγή των νοσημάτων αυτών.
- Να ασκείται τακτικά καθώς η άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση όχι μόνο στην καρδιά αλλά στις φλέβες και στις αρτηρίες.
- Οδηγίες που θα πρέπει να δίνει για την πρόληψη των νεοπλασμάτων είναι να αποφεύγεται το κάπνισμα, που αποτελεί το σπουδαιότερο προληπτικό παράγοντα.
- Καθήκον του νοσηλευτή είναι να πληροφορήσει το κοινό σχετικά με τις επιπτώσεις των εκτρώσεων στην αύξηση του πληθυσμού. Θα πρέπει ενημερώνοντας να αποτρέψει τις γυναίκες από την έκτρωση, λέγοντάς τους για τις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργήσει κατά τη διάρκεια αυτής και τις



ανεπανόρθωτες βλάβες που μπορεί να τους προκαλέσει μετά από αυτή (διάτρηση μήτρας, φλεγμονές μήτρας – σαλπίγγων, δευτεροπαθή στειρώση, αιμορραγία, ψυχολογικά προβλήματα).

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

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

-Να διαφωτίσει τις γυναίκες για τους κινδύνους που διατρέχει τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο από μια πιθανή εγκυμοσύνη μετά το 35<sup>ο</sup> της ηλικίας τους και να τις συμβουλεύει για τις απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να υποβάλλονται π.χ. αμνιοκέντηση.

Με τον τρόπο αυτό εμείς οι νοσηλευτές θα μπορέσουμε μέσα από τους δρόμους που μας δίνει η επιστήμη μας να συμβάλλουμε με όλες μας τις δυνάμεις στην επίλυση ενός μεγάλου εθνικού προβλήματος, της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο δύσκολο έργο μας θα είναι η γνώση και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα.<sup>20</sup>

## Γ' ΜΕΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Νοσηλευτική Διεργασία Κλινική περίπτωση Α'

#### Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 38 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική στο Δορυφορικό τμήμα 409 του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 1/2/01. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων».

Το ιστορικό της ασθένειας αναφέρει κύηση 8 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να γνωρίζει ακόμη την κύησή της, χορηγήθηκαν δραστικά αντιβιοτικά φάρμακα για τη θεραπεία μιας έντονης ίωσης που την ταλαιπωρούσε καιρό.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 38

Επάγγελμα: Οικιακά

Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμη

Τόπος γεννήσεως: Ράχη Αχαΐας

Τόπος κατοικίας: Ράχη Αχαΐας

Έτος γέννησης: 1963

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Γυμνασίου

Ύψος: 1,65

Βάρος: 67 kg

Πίεση: 130/80 mmHg

Σφύξεις: 75/min

Θερμοκρασία: 36,6 βαθμούς Κελσίου

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

Γενική αίματος, ομάδα αίματος, Rh, πηκτικότητα (PT-PTT)  
ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ, Rο θώρακος, υπέρηχος κάτω κοιλίας. Προγραμματίστηκε διακοπή κυήσεως για την επόμενη μέρα 2/2/01. αφού έγινε η επέμβαση, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα και έτσι της δόθηκε εξιτήριο την επόμενη μέρα 3/2/01. Εδόθησαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες Ceclor 1x3 και Mitrodan 1x1 για 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες. Κατά την παραμονή της στην Κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000cc 1x1 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)

Mitrodan 1x1 (μετεγχειρητικά)

Pethidine (0,05mg)im 1x2 (μετεγχειρητικά)

Zideron (im) 1x1 (επί πόνου)

Apotel 1x1 (επί πόνου)

Lasix (im) 1x1 (μετά από ιατρική εντολή)

Κατά τη διάρκεια της παραμονής της στην Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Αξιολογήση Ασθενούς Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Αρτηριακή πίεση νευρογενούς φύσεως 180/90mmHg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην εγόμενη 1 ώρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης</li> <li>• Εξασφάλιση ήρεμου, άνετου και ασφαλούς περιβάλλοντος</li> <li>• Χορήγηση αντιπυρετασικών</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης ανά 1 ώρα</li> <li>• Χορηγήθηκε 1amp Pethidine (0,05mg)im κατά την ιατρική εντολή</li> <li>• Μειώθηκαν όσο ήταν δυνατόν οι θόρυβοι στο ελάχιστο και εξασφαλίστηκαν περιόδοι ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος</li> <li>• Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει συναισθήματά της, τους φόβους της, απορίες που τυχόν είχε σχετικά με την επέμβαση και τη πορεία της κατάστασής της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά τη χορήγηση της Pethidine η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα και σταθεροποιήθηκε στις επόμενες ώρες. Σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η ευκαιρία που δόθηκε στην άρρωστη για έκφραση και εκδήλωση των συναισθημάτων της</li> </ul>

<p>Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διεργασία</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>2. Αγωνία, φόβος , κατάθλιψη, λόγω της άρνησης της να δεχθεί τη διακοπή της κύησης, γεγονός αντίθετο με τις αρχές και τα πιστεύω της</p>	<p>• Μείωση αρνητικών συναισθημάτων που προκαλεί η επέμβαση μέσα στο λιγότερο δυνατό χρόνο για ανακούφιση της άρρωστης</p>	<p>• Πρότρυνση ασθενούς να εκφράσει τα αρνητικά της συναισθήματα • Χορήγηση ηρεμιστικού κατόπιν ιατρικής εντολής για εξασφάλιση καλού ύπνου το προηγούμενο βράδυ</p>	<p>• Προτράυνθηκε ή άρρωστη να εκφράσει τα αρνητικά της συναισθήματα και έτσι έγινε κατανητό τι ακριβώς φοβάται. Πείσθηκε επίσης ότι το συμβάν ήταν ένα τυχαίο γεγονός στο οποίο η ίδια δεν είχε καμιά ευθύνη και ότι η επέμβαση δεν θα είχε καμιά επίπτωση στο μέλλον</p>	<p>• Περιορισμός του φόβου και τη αγωνίας • Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης • Αισιοδοξία για το μέλλον</p>

Αξιολόγηση Ασθενούς - Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Πόνος στην κάτω κοιλιακή χώρα λόγω συσπάσεων του τοιχώματος της μήτρας	• Ανακούφιση της άρρωστης από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου για τις επόμενες ώρες	• Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής • Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε 1amp Aroclol (im) 1x1 στις 12μμ κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά όμως από 3 ώρες ο πόνος έγινε εντονότερος. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός και έγινε 1amp Zideron (im) 1x1 στις 5μμ</li> <li>Έγινε προσπάθεια από τη νοσηλεύτρια να καθυστερηθεί η άρρωστη και να βεβαιωθεί ότι ο πόνος θα υποχωρήσει με τα φάρμακα μετά από λίγη ώρα. Επίσης η νοσηλεύτρια παρέμεινε κοντά στην άρρωστη προσπαθώντας να την κάνει να ξεχαστεί με τη συζήτηση και να σκεφτεί θετικότερα. Τέλος έγινε προσπάθεια να εξωτερικευθεί τα συναισθήματά της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά τη χορήγηση του Aroclol ο πόνος υποχώρησε αλλά επανήλθε εντονότερος. Έτσι χορηγήθηκε το Zideron το οποίο είναι αναλγητικό ταχείας δράσης. Ο πόνος υποχώρησε και μετά από λίγες ώρες εξελείφθηκε εντελώς</li> </ul>

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Επίσχεση ούρων από πιθανόν μικροτραυματισμούς του στομίου της ουρήθρας	• Η κένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη ώρα	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χρησιμοποίηση όλων των απλών μεθόδων για να φέρουν αποτέλεσμα</li> <li>Χορήγηση διουρητικών μετά από ιατρική εντολή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Άνοιγμα της βρύσης στην τουαλέτα για να βλέπει και να ακούει η άρρωστη το νερό να τρέχει</li> <li>Ρήξιμο γליαρού νερού στα έξω γεννητικά όργανα</li> <li>Χορήγηση Iamp Lasix (im) μετά από ιατρική εντολή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αφού χρησιμοποιήθηκαν όλα τα φυσικά μέσα χωρίς αποτέλεσμα χορηγήθηκε Iamp Lasix (im) κατόπιν ιατρικής εντολής. Και το διουρητικό όμως δεν έφερε αποτέλεσμα και έτσι πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως</li> </ul>

<p>Αξιολόγηση Ασθενούς - Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>5. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως λόγω επίσχεσης ούρων</p>	<p>• Η κένωση της ουροδόχου κύστεως</p>	<p>• Λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων έτσι ώστε ο καθετηριασμός να πραγματοποιηθεί με άσηπτη τεχνική για την αποφυγή ουρολοίμωξης στην ασθενή</p>	<p>• Τοποθέτηση της στην κατάλληλη θέση • Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών της • Καθαρισμός της περιοχής με Betadine από πάνω προς τα κάτω αρκετές φορές • Τοποθέτηση του καθετήρα με προσοχή ώστε να ξαποστερωθεί η άκρη του που θα μπει στην ουροδόχο κύστη για να σταθεροποιηθεί ο καθετήρας</p>	<p>• Η κένωση της ουροδόχου κύστεως επιτεύχθηκε μετά τον καθετηριασμό. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε την επόμενη μέρα</p>



### **Κλινική περίπτωση Β'**

Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 25 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική στο Δορυφορικό τμήμα 409 του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 5/2/01. στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Απόξεση» λόγω παλίνδρομης κύησης».

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση 9 εβδομάδων. Μετά από κάποιες ενοχλήσεις που είχε διαπιστώθηκε από το γιατρό της ότι το έμβρυο ήταν νεκρό μέσα της και έτσι προγραμματίστηκε θεραπευτική απόξεση για την επόμενη μέρα

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Φύλλο: Γυναίκα

Ηλικία: 25

Επάγγελμα: Ιδιωτική υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Φλωρίνης 56

Έτος γέννησης: 1976

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,70

Βάρος: 63

Πίεση: 120/80mmHg

Σφύξεις: 79/min

Θερμοκρασία: 36,3 βαθμούς Κελσίου

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

Γενική αίματος, ομάδα αίματος Rh, πηκτικότητα (PT-PTT) Ro θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπέρηχος κάτω κοιλίας. Προγραμματίστηκε διακοπή κύησης για την επόμενη μέρα 6/2/01. αφού έγινε η επέμβαση παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα και έτσι η ασθενής παρέμεινε ως τις 9/2/01. Εδόθησαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες Augmentin 1x3 και Mitrodan 1x1 για 8 ημέρες και της συστάθηκε μετά από 3 εβδομάδες να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση. Κατά την παραμονή της στην Κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή.

D/W 5% 1000cc 1x1 (προεγχειρητικά)

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

Mitrodan 1x1

Apotel 1x1

Aygmentin 1x4 500mg

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

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Ναυτία και έμετος από την αποδρομή της αναισθησίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών άμεσα</li> <li>Καταστολή μετά από λίγες ώρες της ναυτίας και του έμετου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμέτων (χρώμα, οσμή, ποσότητα, συχνότητα)</li> <li>Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης</li> <li>Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αυξήθηκε η χορήγηση ορών Ringers 1000 1x1</li> <li>Παρακολούθηση της συχνότητας και των χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας του ασθενούς</li> <li>Χορηγήθηκε Primpelan IV 1x1 για την ακαταστολή των εμέτων. Sig Primpelan (10mgx3) κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από λίγες ώρες η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφίστηκε από τους εμέτους</li> <li>Έγινε διακοπή του Ringers μετά την καταστολή του εμέτου. Αυτό επιτεύχθηκε με τη χορήγηση του Primpelan που δρα επιταχύνοντας την κένωση του στομάχου</li> </ul>

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2.Αιμορραγία, πιθανόν από τραυματισμό της μήτρας	Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωση της μέσα σε λίγες ώρες στα φυσιολογικά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση του χρώματος, σύστασης, ποσότητας και οσμής του αίματος</li> <li>• Ακινησία του ασθενούς</li> <li>• Ετοιμασία για τη μετάγγιση αν χρειαστεί</li> <li>• Παρακολούθηση από το γιατρό του αιματοκρίτη ασθενούς</li> <li>• Συχνή αλλαγή λευχειμάτων ενδυσμασίας ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση του αίματος και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς</li> <li>• Η ασθενής ακινητοποιήθηκε</li> <li>Πάρθηκαν τα απαραίτητα μέτρα για μετάγγιση αν χρειαστεί</li> <li>• Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στα ενδύματα της ασθενούς</li> <li>• Ο αιματοκρίτης δεν παρουσίασε σημαντική πτώση</li> <li>Τιμή Ht: 32</li> </ul>	Μετά από λίγες ώρες η αιμορραγία αποκαταστάθηκε σε φυσικά αναμενόμενα επίπεδα. Συστάθηκε στην ασθενή να μειώσει τις κινήσεις και να μείνει στο κρεβάτι τις επόμενες ώρες. Η μετάγγιση αποφεύχθηκε, αφού η τιμή του αιματοκρίτη δεν πρόδιδε επικίνδυνη αιμορραγία

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Θερμοκρασία 38,5°C που οφείλεται σε πιθανή λοίμωξη ή φυγογενή αίτια	Επαναφορά διατήρηση θερμοκρασίας φυσιολογικά επίπεδα μέσα στην επόμενη 1 ώρα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συχνή λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>• Χορήγηση αντιπυρετικών</li> <li>• Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων</li> <li>Χορήγηση υγρών</li> <li>• Συχνή αλλαγή λευχημάτων και της ενδυμάτων ασθενούς</li> <li>• Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων</li> <li>• Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο στο οποία γινόταν αλλαγή κάθε 20λεπτά</li> <li>• Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel lamp (im) 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>• Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για τη λοίμωξη</li> <li>• Έγινε συχνή αλλαγή λευχειμάτων και ενδυμάτων</li> <li>• Χορηγήθηκε ορός για τη πρόληψη αφυδάτωσης</li> </ul>	Με το αντιπυρετικό Aprotel που εδόθη στην ασθενή καθώς και με τις άλλες νοσηλευτικές ενέργειες που διενεργήθηκαν ο πυρετός έφτασε σε φυσιολογικά επίπεδα 36,5°C. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη λοίμωξης

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες – προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Κατάθλιψη εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής της κήσεως	•Κατά την αποχώρησή της από το νοσοκομείο η εξάλειψη ή η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων της	•Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια τα αρνητικά της συναισθήματα	•Παροτρύνθηκε η ασθενής τα δικά της λόγια, τους φόβους της, τα αρνητικά της συναισθήματα, όλο τον πόνο και τη λύπη της •Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά από το νοσηλευτικό προσωπικό •Παρότρυνση για μια άλλη προσπάθεια απόκτησης παιδιού στο μέλλον	•Περιορισμός κατάθλιψης •Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Καταρχήν γίνεται δεκτό, πως το έμβρυο, που βέβαια δεν είναι ένα άτομο, ούτε ένας ενήλικας σε μικρογραφία, αποτελεί μια ανθρώπινη ύπαρξη. Έχει ιστορία. Μόλις εκκολαφθεί, κινείται από μια επιτακτική ανάγκη να αυτοοργανωθεί, να αναπτυχθεί, κατά γράμμα να «εκραγεί». Το παν παίζεται τη στιγμή της συλλήψεως.

Αφού λοιπόν το ανθρώπινο έμβρυο είναι όχι μόνον «δυνάμει» αλλά και «ενεργεία» ψυχοσωματική ύπαρξη δομικά και οργανικά πλήρης και αυξανόμενη από τη πρώτη στιγμή της συλλήψεώς του, οι συζυγικές σχέσεις αποκτούν τεράστια ιερότητα. Παράλληλα η μητέρα πρέπει να κυοφορεί με μεγάλη προσοχή και ιερό δέος, ώστε ο νέος άνθρωπος με την αθάνατη ψυχή να έλθει στο κόσμο, όσο το δυνατόν άρτιος και με ομαλή ψυχοσωματική ζωή. Η μητέρα δεν έχει κανένα δικαίωμα να συγκατατίθεται ή να συνεργεί στο φόνο του νέου αυτού ανθρώπου σε όποιο στάδιο και αν βρίσκεται η εξέλιξή του. Κι αυτός ακριβώς είναι ο λόγος, για τον οποίο η εκκλησία «κανονίζει» ή «επιτιμά» όχι μόνο τις εκούσιες αλλά και τις ακούσιες αποβολές. Αυτό γίνεται γιατί όπως η Εκκλησία διαμαρτύρεται για τα ανθρώπινα δικαιώματα, διαμαρτύρεται το ίδιο έντονα και σταθερά για τα δικαιώματα του αγέννητου ανθρώπου. Ο αγέννητος άνθρωπος έχει πλήρη ενδομήτρια δικαιώματα.

Η γυναίκα επομένως που αρνιέται τη μητρότητα αρνιέται αυτή τη χαρά, ξεφεύγει από την αποστολή της, προδίδει το έργο της. Παιρτεείται από την εντολή του Θεού να γίνει συνδημιουργός του. Όταν αρνιέται τη μητρότητα ενώ περιμένει ένα παιδί, διαπράττει διπλό έγκλημα. Το πρώτο είναι ότι σκοτώνει με το χειρότερο τρόπο ότι πιο πολύ αγαπάει στο κόσμο, το παιδί της, και δεύτερο εξαφανίζει ότι πιο μεγάλο και πραγματικά ωραίο έχει να παρουσιάσει η ανθρώπινη ψυχή. Την αληθινή μάνα.<sup>21</sup>

Τι λέει η εκκλησία:

1. Όταν ερωτάμε «τι λέει η Εκκλησία», δεν ψάχνουμε να μάθουμε, τι γνώμη έχουν για το θέμα αυτό μερικοί αρχιερείς, ή – έστω- όλοι. Βασικό δόγμα της Εκκλησίας είναι, ότι οι αρχιερείς δεν διαμορφώνουν την πίστη της Εκκλησίας. Δεν είναι κύριοι



της πίστεως. Δεν έχουν το δικαίωμα να την διαπλάθουν κατά τα γούστα τους. Οι αρχιερείς και οι ιερείς είναι φρουροί της ορθής πίστης. Έχουν χρέος να μάχονται γι' αυτήν. Πρέπει να είναι έτοιμοι, να χύσουν και το αίμα τους για την υπεράσπισή της.

Η διδασκαλία της Εκκλησίας είναι η ίδια σε όλα της τα σημεία από την εποχή του Κυρίου μας. Η Εκκλησία, σε όλα όσα λέγει και διδάσκει, δεν έχει κριτήριο τις απόψεις των ανθρώπων. Δεν λαλεί εκ της γης. Η Εκκλησία είναι φορέας της αλήθειας, που κήρυξε ο Κύριος Ιησούς Χριστός. Οι απόψεις της είναι άνωθεν. Είναι έκφραση της θείας σοφίας. Όταν οι απόψεις της Εκκλησίας έρχονται σε σύγκρουση και αντίθεση προς τα πορίσματα της επιστήμης τότε η επιστήμη αποτελεί σοφία επίγεια, χοϊκή και δαιμονιώδη, άξια καταφρόνησης. Σε όλα, παντού και πάντοτε, ισχύει το λόγιο του αγίου Αποστόλου Παύλου: «Γινέσθω ο Θεός αληθής, πας δε άνθρωπος ψεύστης».

2. Σήμερα τα πορίσματα της σύγχρονης ιατρικής ανθρωπολογίας, βιοχημείας και βιολογίας συμφωνούν με τη διδαχή της Εκκλησίας. Μας λένε ότι η έκτρωση, αφού διακόπτει μια αυτόνομη ζωή, που υπάρχει σε τέλειο βαθμό, είναι φόνος· και ότι «το έμβρυο είναι αυτόνομη και αυθύπαρκτη ζωή, άτομο με όλα τα δικαιώματα, «εξ άκρας συλλήψεως».

3. Για την Εκκλησία του Χριστού η έκτρωση ή άμβλωση ή διακοπή της κύησης, δεν είναι απλώς κάποια ηθικά ανεπίτρεπτη πράξη. Είναι ένας – χωρίς περιστροφές και αμαρτωλές ωραιολογίες – φόνος. Είναι φόνος εκ προ μελέτης. Είναι ηθελημένη θανάτωση. Και μάλιστα είναι φόνος πιο ένοχος και πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνο· γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο ον τη ζωή· πριν τη γευθεί και κυρίως πριν αξιωθεί του αγίου Βαπτίσματος.

4. Οι άνθρωποι, που προβαίνουν σε εκτρώσεις των παιδιών τους, μοιάζουν με τον Ηρώδη, που έσφαξε 14 000 νήπια, για να μην ενοχληθεί στη ζωή του. Θα ήταν μάλιστα δυνατό να θεωρηθούν και από το Ηρώδη χειρότεροι, αφού τα 14 000 νήπια τουλάχιστον δεν ήταν σπορά και τέκνα του Ηρώδη. Και κάθε άνθρωπος, που έχει οποιαδήποτε συμμετοχή στο φρικαλέο έργο της έκτρωσης, όπως και αν ο ίδιος το σκέπτεται, συμμετέχει σε δολοφονική ενέργεια και έχει μέγιστο κρίμα ενώπιον του Κυρίου, που ορίζει σε βαθμό απόλυτο: Ού φονεύσεις .

Η Εκκλησία οφείλει:

α. Να διαφωτίσει όσο πιο πλατειά μπορεί το λαό της για την πνευματική σημασία της εκτρώσεως διακηρύττοντας με όλη την οφειλόμενη έμφαση, ότι η έκτρωση είναι ΦΟΝΟΣ.

β. Να επιστήσει την προσοχή των πνευματικών πατέρων να μη δείχνονται αμαρτωλά επιεικείς εις τους φονείς των τέκνων τους, αλλά να επιβάλλουν εις αυτούς αυστηρά επιτίμια

γ. Να τονίσει ότι η μέθοδος αμβλώσεως, όποια κι αν είναι, ισοδυναμεί προς ένα ειδικό έγκλημα, αφού το αποτέλεσμα είναι πάντοτε το ίδιο: η στέρηση της ζωής από ένα ανθρώπινο ο.

δ. Να κάνει έκκληση σε ιατρούς και νοσοκόμους να αρνούνται να υπηρετήσουν αμαρτωλές ενέργειες.

ε. Ίσως πολλοί θα μας κατακρίνουν, ότι θέλουμε να επιβάλλουμε τις χριστιανικές αντιλήψεις με το ζόρι σε ένα κόσμο που τις αρνιέται. Και ότι εισηγούμεθα μεθοδεύσεις ανεπίτρεπτες: πίεση των κυβερνητικών υπευθύνων και της Βουλής, με αφίσες, συλλαλητήρια, διαδηλώσεις κ.λ.π.

Λάθος μεγάλο!

Δεν υποτιμάμε ούτε τους Βουλευτές, ούτε τα κυβερνητικά όργανα. Καθένας έχει τις πεποιθήσεις του. Και μάχεται γι' αυτές. Και η Εκκλησία για τις δικές της. Και πρέπει τουλάχιστον να τις πει. Και για να ακουσθεί πρέπει να φωνάζει. Ναι. Ακόμη και αν θέλει απλώς να ακουσθεί πρέπει να φωνάζει δυνατά και δυναμικά. Και όταν η πίστη το επιβάλλει, φωνάζει και η Σύνοδος και ο λαός. Δυνατά και δυναμικά.

Ατυχώς η φωνή της Συνόδου και του λαού δεν προβλημάτισε τους νομοθέτες. Με κριτήριο ότι τις γνώμες των γιατρών, αλλά του «γυναικείου κινήματος», η κυβέρνηση εψήφισε νόμο «περί τεχνητής διακοπής της κύησης»! Οι εκτρώσεις θα γίνονται στο εξής με την κάλυψη του νόμου· κάτω από το μανδύα του επίσημου κράτους.<sup>22</sup>

## **ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ**

Όταν μιλάμε περί δημογραφίας πρέπει να κατανοούμε ότι πρόκειται για τη στατιστική μελέτη του πληθυσμού μιας χώρας υπό φυσικές και ηθικές συνθήκες υπό τις οποίες ζει και εξελίσσεται. Η δημογραφία ασχολείται με τον πληθυσμό, σε

στάση σε κίνηση και εναλλαγή και περιλαμβάνει τη στατιστική, τη θεωρία και την πολιτική του πληθυσμού.

Όσον αφορά λοιπόν την Ελλάδα το όλο πρόβλημα συνοψίζεται σε μια μόνο φράση. Η Ελλάδα γέρασε, γέρασε τόσο πολύ, που δεν μπορεί να κάνει παιδιά. Σίγουρα δεν είναι σχήμα λόγου, είναι μια πικρή πλην όμως αληθινή διαπίστωση. Και αυτό είναι εύκολο να διαπιστωθεί μόνο και μόνο από τα παρακάτω νούμερα:

Ενώ μέχρι το 1980 σε μια ολόκληρη 30ετία δηλαδή από το 1950 μέχρι το 1980 οι γεννήσεις ήταν περίπου σταθερές κατά μέσο όρο γύρω στις 148 000 ετησίως, το 1981 και μετά άρχισαν να μειώνονται φτάνοντας το 1990 να είναι μόνο 102 000, μια απώλεια 46 000 περίπου ατόμων.

Ο δείκτης γεννήσεων (μέσος αριθμός τέκνων ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας), από το 1950 το 1980 διατηρήθηκε στο 2,3-2,2 δείκτης πολύ ικανοποιητικός, όταν ληφθεί υπόψιν ότι ο δείκτης ανανέωσης των γενεών είναι 2,1.

Το 1991 όμως ο δείκτης αυτός έπεσε επικίνδυνα στο 1,4 και σήμερα είναι περίπου 1,34 με αποτέλεσμα η φυσική αύξηση του πληθυσμού στη δεκαετία του 1980 να σημειώσει δραματική μείωση και να φθάσει στο 10/00 ενώ πριν από το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο ήταν 12-130/00.

Αν η γεννητικότητα διατηρηθεί στα ίδια χαμηλά επίπεδα και δεν προκύψουν σημαντικά γεγονότα (πόλεμος, μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα), τότε ο πληθυσμός της χώρας μας το 2015 θα είναι μειωμένος κατά 500 000 άτομα σε σύγκριση με τον πληθυσμό που έχει σήμερα.

Ορισμένοι συγγραφείς επιστήμονες θεωρούν πως ένας από τους υπαίτιους παράγοντες της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα αποτελούν οι εκτρώσεις. Όπως ήδη έχει αναφερθεί οι εκτρώσεις ανέρχονται ετησίως στις 400 000 κατά τις εκτιμήσεις διαφόρων μελετητών. Όμως εμείς τις θεωρούμε εγκληματικές πράξεις, πράξεις που συντελούν από μια άλλη παράμετρο στην υπογεννητικότητα, στο ότι οι εκτρώσεις αυτές γίνονται κατά κανόνα από ανήλικα κορίτσια και στις περισσότερες των περιπτώσεων ανύπαντρα από επιπολαιότητα και ανευθυνότητα. Είναι δυνατό να ισχυρισθεί βεβαίως κάποιος ότι αυτές οι εγκυμοσύνες είναι δυνατό να φθάσουν στο αίσιο τέλος τους από

τα ανεύθυνα αυτά παιδιά. Είναι όμως και μια κατηγορία ηλικιωμένων που προχωρούν σ' αυτή την εγκληματική ενέργεια, ποίος είναι εκείνος που θα σταματήσει και θα αποτρέψει το ζευγάρι απ' αυτή την ενέργεια. Μόνο η πίστη και κανένας άλλος. Όταν όμως οι γυναικείες οργανώσεις διεκδικούσαν με μαχητικότητα το δικαίωμα στην άμβλωση, όταν τα ήθη αλλάζουν όταν οι άνθρωποι δεν εμπιστεύονται το Θεό, τότε ποίος θα μας βεβαιώσει ότι αυτές οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες θα γίνουν επιθυμητές. Όμως το σοβαρότερο ζήτημα που έχει να κάνει με τις εκτρώσεις είναι ότι για μας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες υπογεννητικότητας όχι από την πλευρά που την παρουσιάζουν οι εμφανιζόμενοι ως πολέμιοι. Η Ακαδημία Αθηνών προειδοποιεί ότι το κύριο αίτιο της υπογεννητικότητας είναι η έκτρωση και η εξ' αυτής στέρωση και ο καθηγητής Τριχόπουλος μες λέγει ότι το 40% της μείωσης της αναπαραγωγικότητας οφείλεται σε προκλητικές εκτρώσεις.

Επίσης οι καθηγητές Πολύζος και Βαλαώρας σημειώνουν ότι η αναπλαστική ικανότητα του λαού μας πλησιάζει σε σημείο μη επιστροφής με κύριο αίτιο την εκούσια έκτρωση και ο καθηγητής Κουτήφαρης σημειώνει ότι πάνω από 150 000 ζευγάρια δεν μπορούν να κάνουν παιδί γιατί έχουν στο ιστορικό τους μια έκτρωση. Συνεπώς είναι όντως ένας σημαντικός παράγοντας υπογεννητικότητας η έκτρωση από το ότι αποτελεί λόγω αδυναμίας πολλές φορές για την απόκτηση παιδιών.

Ένας ακόμη σοβαρός παράγοντας μείωσης των γεννήσεων είναι η χαλάρωση των ηθών που προκαλείται κατά κανόνα σε εποχές ευμάρειας και χλιδής, έχει άμεση συνέπεια τον κλονισμό του θεσμού της οικογένειας και δεν μπορεί να σταθεί και καταρρέει κυριολεκτικά μόλις παραβεί τον ηθικό νόμο. Η χαλάρωση των ηθών που έχει άμεσο αντίκτυπο στην οικογένεια και την όλη κοινωνική ευρυθμία αποδείχνει απύθμενη και εγκληματική αδιαφορία των υπευθύνων αυτού του τόπου που αφήνει τη χώρα να κατακλύζεται από ναρκωτικά, το πορνό, τα ποικιλώνυμα διαφθορεία που σκοτώνουν στον άνθρωπο το αίσθημα της ντροπής και της αξιοπρέπειας και τον αποδιοργανώνουν, κατεβάζοντάς τον στη βαθμίδα του ουδέτερου όντος, που δεν απέχει από το πνευματικό θάνατο. Το άτομο που έχει λαφυραγωθεί πνευματικά και ηθικά από τη διαφθορά και

την εγκληματικότητα είναι άτομο χαμένο για το σύνολο και ούτε θέλει ούτε και μπορεί να δημιουργήσει οικογένεια και πολύ περισσότερο να κάνει παιδιά.

Η υπογεννητικότητα , λοιπόν, στερεί στα παιδιά μας τη συντροφιά, την αλληλεγγύη, τη χρά και την κοινωνική προσαρμοστικότητα που χαρίζουν τα πολλά αδέρφια.

Οι λαοί που παρακαμάζουν δημογραφικά ήδη βρίσκονται στο νεκροθάλαμο της Ιστορίας. Η μείωση των γεννήσεων αποτέλεσμα ευημερίας, διαφθοράς και φυγοπονίας είναι για ένα λαό όπως το λίπος στον άνθρωπο, που προκαλεί τη συγκοπή της καρδιάς. Κανένας λαός δεν έφυγε από το προσκήνιο της ιστορίας σε περίοδο δημογραφικής ανόδου. Η ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, η Αγγλική κ.α. έπεσαν, όταν η κοινωνία τους το' ριξε στην καλοζωία, την πολυτέλεια, την αποφυγή της παιδοποιίας και τη διαφθορά.

Το πρόβλημα δεν είναι καθόλου απλό είναι σύνθετο. Πρόκειται για ένα θέμα που θα πρέπει να το δει κανείς συνολικά. Πρόκειται για θέματα αξιών, για θέματα κουλτούρας, προτύπων ζωής και συμπεριφοράς. Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι η κρίση παραδοσιακών αξιών αλλά και γενικότερα η κρίση ιδεολογιών δημιουργεί ένα ψυχικό κενό στους ανθρώπους. Σήμερα δεν υπάρχουν ηθικά και ιδεολογικά κίνητρα να ωθούν τους ανθρώπους στη δημιουργία της ζωής.

Είναι ολοφάνερα τα προβλήματα που γεννά για το Έθνος μας και το μέλλον μας η δημογραφική συρρίκνωση της χώρας μας και το χρέος μας ν' αντιμετωπίσουμε με κάθε θυσία την κακή σημερινή πραγματικότητα και να λάβουμε τα ενδεδειγμένα εκείνα μέτρα που θα συντελέσουν στην ανάσχεση του κατήφορου που έχει λάβει η υπογεννητικότητα για να μη θρηνήσουμε κι εμείς όπως οι ομιόδοξοι Σέρβοι το Κόσσοβο, επί των ερειπίων που μόνοι μας, με τα ίδια μας τα χέρια δημιουργήσαμε.<sup>25</sup>

## Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΙΚΡΗΣ ΕΥΑΣ

*Η Εύα διηγείται...*

Τρεις μήνες μέσα στη Μητέρα μου

Το όνομά μου είναι Εύα, που σημαίνει ζωή, άρα μπορείτε να με λέτε και Ζωή. Και επειδή η ζωή σημαίνει αγάπη, καλύτερα να με φωνάζετε ΑΓΑΠΗ. Είμαι 11 μηνών. Γεννήθηκα γιατί η μητέρα μου με αγαπούσε. Τώρα παίρνω το μπάνιο μου σε μια μικρή λεκάνη.

Παρακολουθείστε μαζί μου τον κύκλο των τριών πρώτων μηνών της αγέννητης ζωής μου, δηλαδή τους πρώτους μήνες της ενδομήτριας ζωής μου. Φωτογραφικά και εκλαϊκευμένα θα παρακολουθήσετε την απλή, ζωντανή και πανέμορφη ζωή μου και ασφαλώς θα γοητευθείτε από την ομορφιά της ζωής...

Θα με αγαπήσετε!

Και συ, ΜΗΤΕΡΑ

Δεν μπορείς παρά στο τέλος να με αγαπήσεις, γιατί από αγάπη με έχεις μέσα σου.

Γιατί για σένα είμαι η Εύα σου, η Ζωή σου, η Αγάπη σου, το Παιδί σου.

Και είσαι για μένα η πηγή της ζωής μου, είσαι η Μάνα...

**Θα μπορούσα να ήμουν και ένα παραμύθι:**

Στιγμή πρώτη: Η σύλληψή μου

Ημέρα πρώτη: Ο πολλαπλασιασμός μου

Εβδομάδα πρώτη: Η προσκόλλησή μου στη μήτρα της μητέρας

Εβδομάδα δεύτερη: Σταματά η έμμηνος ροή της μητέρας

Εβδομάδα τρίτη: Χτυπά η καρδιά μου

Εβδομάδα τέταρτη: Έχω ύψος ½ εκατοστό και βάρος ½ γραμμάριο

Εβδομάδα πέμπτη: Έχω ύψος 1 εκατοστό και βάρος 1 γραμμάριο

Εβδομάδα έκτη: Εργάζεται ο εγκέφαλός μου και αντιδρά σε εξωτερικούς ερεθισμούς

Εβδομάδα έβδομη: Το μυαλό μου είναι τέλειο

Εβδομάδα όγδοη:	Συμπληρώνονται όλα μου τα όργανα
Εβδομάδα 10 <sup>η</sup> ή Δυόμιση (2 ½ ) μήνες:	Το σώμα μου είναι πλήρως σηματισμένο, έχω δακτυλικά αποτυπώματα!
Στους 3 μήνες ή 90 ημέρες:	ΟΛΑ τα όργανα λειτουργούν. Τίποτα καινούργιο δεν σχηματίζεται. Αυξάνω μόνο σε διαστάσεις και ωριμάζω....

Θα' θελα σ' αυτό το σημείο να δώσω το λόγο σε δυο γυναίκες που έχουν οδυνηρή εμπειρία μιας έκτρωσης:

Λέει η φοιτήτρια Ελένη Κ., 20ετών στη δημοσιογράφο Νταουντάκη: «Μ' έβαλαν σ' εκείνο το ίδιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας κι έτσι, καθώς ένιωθα να χάνομαι στο κενό σκέφτηκα πως τίποτα δεν με νοιάζει πια. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σ' ένα διαφορετικό δωμάτιο. Προσπάθησα να σηκωθώ. Ζαλιζόμουν και πονούσα. Η νοσοκόμα θέλησε να με ησυχάσει. Την έπεισα πως είμαι καλά, ντύθηκα και έφυγα σαν κυνηγημένη. Το άλλο πρωί πήγα στο Πανεπιστήμιο. Επτά μήνες αργότερα θυμάμαι εκείνο το χαμένο μωρό. Μεγαλώνει δίπλα μου σαν σκιά χωρίς κανείς να το βλέπει εκτός από μένα». Και η δημοσιογράφος τελειώνει για τη νεαρή φοιτήτρια (γιατί έχει ηθικούς ενδοιασμούς): «Κλείνει μέσα της την αγωνία και τις τύψεις που νιώθει μια γυναίκα όταν αναγκάζεται να απαλλαγεί από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη».

Και άλλο ένα παράδειγμα πρόσφατο. Γράφουν οι δημοσιογράφοι Μηλοπούλου και Σούρα, μεταξύ άλλων μια δραματική περίπτωση: «Είμαι 17 ετών και έχω κάνει κιόλας 3 εκτρώσεις. Την πρώτη μάλιστα πριν δύο χρόνια, δυο μήνες αφ' ότου πρωτόκανα έρωτα. Δεν ήξερα. Απλώς με το αγόρι μου προχωρήσαμε τις σχέσεις μας πριν προχωρήσουμε στη γνώση. Κι αυτό ήταν λάθος. Τώρα δεν ξέρω αν θ' αποκτήσω παιδί. Κι αυτός είναι ο λόγος που αρνήθηκα την πρόταση γάμου που μου έκανε προ μηνός το παιδί που αγαπούσα. Δεν ήθελα να τον κάνουν δυστυχισμένο τα λάθη του δικού μου παρελθόντος».

Αν και το βάρος βέβαια πέφτει στη γυναίκα και οι άνδρες

πολλές φορές δεν είναι όμοιοι επιπτώσεων. Ο κ. Κριαράς αναφέρει από την προσωπική του πείρα: «δεν μπορώ να μην αναφέρω την εμπειρία συναδέλφου μου και συμφοιτητού μου γιατρού μετά την έκτρωση της φίλης του, που είχε καταστήσει έγκυο. Επί μήνες έβλεπε εφιαλτικά όνειρα, ότι βρισκόταν στο Νεκροτομείο – τότε κάναμε ιατροδικαστική- ανάμεσα σε κρεμασμένους, σφαγιασμένους και διαμελισμένους. Του ήταν επίσης αδύνατον να περάσει από «παιδική χαρά» που έβλεπε τα παιδάκια να παίζουν».

### **ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-Η ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ**

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

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



γνώση. Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση τη δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

«Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκείμενη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλεύτη-τρια που διαθέτει μόνο «Εγκέφαλο» και όχι «καρδιά» και φωτισμένη ηθική συνείδηση μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού, μέρους, δεν φτάνει μόνο η ουσία».

Πραγματικά η διανοητική ευφυΐα πολλές φορές αποδεικνύεται κατώτερη από την ευφυΐα της καρδιάς που γι' αυτή ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός BLAUISE PASCAL παρατηρεί επιγραμματικά: «η καρδιά έχει τους λόγους της τους οποίους αγνοεί το λογικό ... γνωρίζουμε την αλήθεια όχι μόνο με τη λογική αλλά και με τη καρδιά». Και στο θέμα των εκτρώσεων είναι άξιο προσοχής να αναρωτηθούμε: ποιοι νόμοι «ηθικά» ποιοι κανόνες δεοντολογικοί και ποια επιστημονικά πρότυπα και ποια επιστημονικά πρόσωπα και κανόνες μας υποχρεώνουν εμάς τους Νοσηλευτές να γίνουμε συνεργοί σε ένα από τα πιο αποτρόπαια εγκλήματα, που μπόρεσε να κάνει ο άνθρωπος σε άνθρωπο. Κάτω από ποιες ηθικές και δεοντολογικές διεργασίες γινόμαστε τελικά μέτοχοι τις ποιο πολλές φορές σε ένα έγκλημα που δεν έχει ούτε αρχή ούτε τέλος παρασυρμένοι τις πιο πολλές φορές από τον κυκεώνα μιας λογικής αρρωστημένης από τα κούφια λόγια επιστημόνων που τελικά αποδείχτηκε ότι διαθέτουν μόνο «εγκέφαλο» και τίποτα άλλο.

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλημμα για τον Νοσηλεύτη ή την Νοσηλεύτρια. Γιατί ανεξάρτητα από τη ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει, και παρά την απόφαση του να μην γίνει συνεργός της έκτρωσης έρχονται οι νόμοι της πολιτείας που σου επιβάλλουν κυρώσεις – όταν η έκτρωση επιτρέπεται – σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλημμα να θυσιάσεις την ζωή του εμβρύου σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μέλλουσας μητέρας, ή όταν το παιδί που θα γεννηθεί πρόκειται να φέρει βαρείες σωματικές και διανοητικές ανωμαλίες.

Μέσα από τα διλήμματα αυτά υπάρχει η ομάδα του Νοση-

λευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η έκτρωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης, θεωρεί την έκτρωση ηθικό και σωματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο. Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυϊκή κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές καθαρής αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί όπως οι άλλες, φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο του θεού προς τους ηθικούς φραγμούς, κάτι ανεπίτρεπτο και ανιαρό. Τους είναι αδύνατον να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων την συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

Στην αντίπερα όχθη υπάρχει όμως και η άλλη μερίδα των νοσηλευτών, η οποία δέχεται την συνεργασία στο έργο των εκτρώσεων χωρίς κανένα ηθική ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει τη γνώμη της σχετικά με το θέμα. Ενεργεί τελείως άβουλα κάνοντας πάντα αυτό που κάποιος άλλοι την υποχρεώνουν χωρίς να νοιάζεται αν αυτό που κάνει είναι σωστό ή όχι. Είναι άξιο όμως προσοχής να παρατηρήσουμε ότι η μερίδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού ενεργεί άβουλα και απερίσκεπτα, όχι μόνο στο θέμα των εκτρώσεων αλλά και στην πλειοψηφία των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.

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

Σύμφωνα με τις θέσεις της, έκτρωση δεν σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί η νοσηλεύτρια να αρνηθεί τη βοήθεια όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, από την στιγμή που οι εκτρώσεις νομικά επιτρέπονται. Άρνηση της εκτέλεσης της εργασίας του σημαίνει

καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου, απέναντι στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν σε έκτρωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους κομπογιανίτες του «επαγγέλματος» που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

Όταν μια γυναίκα προσέρχεται στο μαιευτικό τμήμα κάποιου Νοσοκομείου ή Κλινικής προκειμένου να υποστεί την διαδικασία της έκτρωσης είναι τις περισσότερες φορές σίγουρο ότι έχει πάρει μια απόφαση που παραμένει αμετάκλητη, παρά τις τυχόν παραινέσεις που ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο.

Για το λόγο αυτό ακριβώς και δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτής-τρια να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στην γυναίκα. Η άσκηση κριτικής είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στην γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της έκτρωσης, πολύ περισσότερο μέλλον όταν η ενέργειά της αυτή δεν είναι αποτέλεσμα ώριμης σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ. σύζυγος. Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο νοσηλευτής –τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής τους –της στην εκτέλεση μιας έκτρωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση αυτού του ηθικού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή –τριας. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη θεία χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνείδησης. Αν μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας λοιπόν θα ήθελα να αναφέρω συμπεράσματα και προτάσεις που προκύπτουν από την ανάλυση του θέματος.

Όπως ήδη αναφέρθηκε οι εκτρώσεις αποποινικοποιήθηκαν με σχετικό νόμο το 1986. μπορεί έτσι να λεχθεί ότι με την αλλαγή αυτή βελτιώθηκε το κλίμα, αλλά όσος καιρός και να περάσει είναι απίθανο ότι η έκτρωση θα αντιμετωπίζεται από τους γιατρούς ασυγκίνητα, όπως π.χ. η αμυγδαλεκτομή. Σε πείσμα λοιπόν των νέων τάσεων και ακόμη της νέας νομοθεσίας, τα γεγονότα θα εξακολουθούν να κινούνται βραδέως στην ατμόσφαιρα της αμφισβήτησης.

Στόχος συνεπώς της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των εκτρώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου. Η ανοιχτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία όσον αφορά στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των εκτρώσεων, αλλά μόνον αν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Πρέπει συνεπώς στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί, και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο, η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η έκτρωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Για να περιορισθεί η τάση των νεότερων ιδίως γυναικών να καταφεύγουν στην έκτρωση, πρέπει να επεκταθούν οι πρωτοβάθμιοι Σταθμοί Υγείας με τη δημιουργία νέων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπου κυρίως θα διδάσκεται κατά κύριο λόγο στις νέες γυναίκες, ότι η έκτρωση δεν αποτελεί υποκατάστατο σύλληψης, αλλά και σε όσους τις βοηθούν ότι η φιλελεύθερη πολιτική στις εκτρώσεις δεν νοείται ότι πρέπει να παρακινεί τις γυναίκες να θεωρούν την έκτρωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) **Σαχίνη-Καρδάση Α-Πάνου Μ.:** «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» 2<sup>ος</sup> τόμος, Β΄ έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σελ.427-428.
- 2) **Παπανικολάου Ν.-Παπανικολάου Α.:** «Γυναικολογία» Γ΄ έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1994, σελ.8-10,15,17.
- 3) **Καρπάθιος Σ.Ε.:** «Βασική μαιευτική, περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία», πρώτο μέρος, 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1984, σελ. 58-60.
- 4) **Νικητοπούλου-Μαράτου Γ.:** «Βασική φυσιολογία» Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1984, σελ. 362-364.
- 5) **Equipo Editorial Parramon:** «Ανατομία του σώματος», μετάφραση Πρατσίνης Ν., επιμέλεια Χατζηδάκη Μ., εκδόσεις «Δομική» ΟΕ Γκούμας-Κωτσιόπουλος, Αθήνα 1996, σελ. 85.
- 6) **Εγκυκλοπαίδεια Υγεία:** «η γέννηση του ανθρώπου», τόμος 1<sup>ος</sup>, εκδόσεις «Δομική» ΟΕ, Γκούμας-Κωτσιόπουλος, Αθήνα 1995, σελ. 67.
- 7) **Παπανικολάου Ν.-Παπανικολάου Α.:** «Μαιευτική», 3<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1994, σελ. 79,228,231.
- 8) **Καλογερόπουλος Α.:** «Γυναικολογία», 1<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 270-272,65-657, 682-683.

9) **Παπαευαγγέλου Γ.-Τσίμος Κ.:** «Ιατρική δημογραφία και Οικογενειακός προγραμματισμός», έκδοση ΒΗΤΑ, Αθήνα 1992, σελ. 92-94.

10) **Αναπλιώτη-Βαζαίου Ε.:** «Καθημερινά ιατρικά Προβλήματα», 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1988, σελ. 64-65.

11) **Κουτσελίνη Α.-Μιχαλοδημητράκη Μ.:** «Ιατρική Ευθύνη, γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης», Συντονιστής-επιμελητής έκδοσης: Καθηγητής Κουτσελίνης Α., Αθήνα 1984, σελ. 161.

12) **Μανταλενάκης Σ.:** «Σύνοψη μαιευτικής και γυναικολογίας», Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1985, σελ. 120-122.

13) **Δετοράκης Ι.:** «Οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση», 4<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1993, σελ. 38-39.

14) **Μπεναρδή Ν.:** «Εγχειρίδιο Ιατροδικαστικής» Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1985, σελ.183.

15) **Δορκοφίκη Ε.:** «Έκτρωση, συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας», 1<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις «Φωτοδώτες», Αθήνα 1997, σελ.63-65,67,82-87.

16) **Περιοδικό της Ενώσεως μαιευτήρων-γυναικολόγων Ελλάδος:** «Θέματα μαιευτικής -γυναικολογίας», 4<sup>ο</sup> τεύχος, τόμος ΙΒ, εκδόσεις Καύκας, Οκτώβριος - Νοέμβριος 1998, σελ.358.

17) **Ζούρλας Π. και συνεργάτες:** «Μαθήματα μαιευτικής-γυναικολογίας», εκδόσεις λύχνος, Αθήνα 1986 σελ. 507-510.

18) **Tony Smith**: «Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός», 3<sup>ος</sup> τόμος, Επιστημονική επιμέλεια Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα 1991, σελ. 795-796.

19) **Γιαννοπούλου Χρ. Α.**: «Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική», 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις «Η. Ταβίδα» ΣΑ, Αθήνα 1995, σελ.116-125.

20) **Μαργαριτίδου Β.**: «Οικογενειακός προγραμματισμός και αγωγή υγείας στην κοινότητα», από τα πρακτικά του Α΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου Αγωγή Υγείας: «Η αγωγή υγείας στην κοινότητα», 1-2 Νοεμβρίου, Πάτρα 1991, σελ.52-54.

21) **Βασιλειάδη Παν. Ν.**: «Πότε “εμψυχούται” το ανθρώπινο έμβρυο», 5<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Αδελφότητος Θεολόγων «ο Σωτήρ», Αθήνα 1992, σελ.42-43,46.

22) **Νικοπόλεως Μελετίου Μητροπολίτη**: «Εκτρώσεις», 3<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Ιερά Μητρόπολης Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1989, σελ.58-63.

23) **Μαργαρίτης Γ. Λεωνίδας**: «Δημογραφικό πρόβλημα και οι επιπτώσεις του», Πολύτεκνος, αριθμός φύλλου 68, Οκτώβριος – Νοέμβριος 2000, σελ.1, 8-9.

