

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ. Ε. Υ. Π.**

**ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ –
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Κ. ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ ΝΤΑΓΙΟΥΚΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1^ο Μέρος

Πρόλογος.....σελ.4
Εισαγωγή.....5
Κεφάλαιο 1 ^ο Ανατομική6-12
Κεφάλαιο 2 ^ο Στοιχεία Φυσιολογίας.....13-20
Κεφάλαιο 3 ^ο Αμβλώσεις21-32
Κεφάλαιο 4 ^ο Επιπλοκές Αμβλώσεων33-41

2^ο Μέρος

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις Αμβλώσεις43-54
--

3^ο Μέρος

Νοσηλευτική διεργασία56
Κλινική περίπτωση Α.....57
Κλινική περίπτωση Β.....59
Επίλογος61
Βιβλιογραφία.....62
(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ).....64

10 μέρους

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή είναι μια πτυχιακή εργασία με θέμα “Αμβλώσεις – επιπλοκές – Νοσηλευτική παρέμβαση”

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστεί το μεγάλο πρόβλημα των αμβλώσεων στην εποχή μας, οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει μια άμβλωση στην γυναίκα, καθώς και στο κοινωνικό σύνολο όπως επίσης και το πρόβλημα που προκύπτει στους νοσηλευτές για το αν θα πρέπει να συμμετέχουν στην άμβλωση ή όχι.

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στην οικογένειά μου, η οποία με βοήθησε σημαντικά στην προσπάθειά μου αυτή

ΝΤΑΓΙΟΥΚΛΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2001

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας όπου οι αμβλώσεις έχουν νομιμοποιηθεί οι πιθανότητες των επιπλοκών έχουν μειωθεί. Και αυτό γιατί η γυναίκα οδηγείται σε ένα οργανωμένο νοσοκομείο ή κλινική πλέον, για να κάνει την άμβλωση.

Παλαιότερα όπου η διαδικασία της άμβλωσης ήταν παράνομη, κάθε έγκυος γυναίκα που δεν ήθελε το παιδί, προσπαθούσε είτε μόνη της είτε με τη βοήθεια κάποιου άλλου προσώπου, (πρακτικής μαίας, ιατρού, κ.α.) χωρίς βέβαια τον κατάλληλο εξοπλισμό να κάνει την άμβλωση, με οδυνηρό βέβαια αποτέλεσμα.

Το πρόβλημα όμως των επιπλοκών δεν έχει εξαλειφθεί. Και μάλιστα ακόμα και σήμερα μια άμβλωση μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο.

Το πρόβλημα όμως παραμένει και στους νοσηλευτές οι οποίοι πρέπει να επιλέγουν στο αν θα συμμετέχουν σε μια άμβλωση και κάθε επιλογή έχει και τις δικές της επιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωσιση του είδους. Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας τα διακρίνουμε σε **εξωτερικά** και **εσωτερικά**. Όριο ανάμεσά τους είμαι ο **παρθενικός υμένας**.¹

1.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ως έξω γεννητικά όργανα ή αιδοίο προσδιορίζεται το τμήμα των γεννητικών οργάνων που εντοπίζεται μεταξύ των μουροβουβωνικών πτυχών προς τα πλάγια, του εφηβαίου προς τα εμπρός και του πρωκτού προς τα πίσω. Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο, τα **μεγάλα** και **μικρά χείλη**, την **κλειτορίδα**, τον **πρόδρομο του κόλπου**, τον **παρθενικό υμένα**, τους **βαρθυλίνειους αδένες**, τους **παρουρηθραίους αδένες** ή **πόρους του skene**, και τους **βολβούς του πρόδρομου του κολεού**.²

ΕΦΗΒΑΙΟ ή ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ

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

Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ

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

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

Οι εσωτερικές επιφάνειες του είναι άτριχες.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες.

Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άνδρα.¹

ΜΙΚΡΑ ΧΕΙΛΗ

Μέσα στα μεγάλα χείλη βρίσκονται τα μικρά χείλη. Αυτά ενώνονται στο πάνω μέρος για να σχηματίσουν ένα προστατευτικό κάλυμμα πάνω από την ευαίσθητη κλειτορίδα και χωρίζονται σε πτυχές οι ποίες την περιβάλουν. Επίσης, προστατεύουν το άνοιγμα προς την ουρήθρα. Η περιοχή ανάμεσα στα μικρά χείλη καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο της μέρος από ένα χώρο που λέγεται πρόδρομος του κόλπου. Πριν να αρχίσει μια γυναίκα να έχει ενεργό σεξουαλική ζωή, το μεγαλύτερο τμήμα του χώρου αυτού καλύπτεται από τον παρθενικό υμένα. Ο υμένας αυτός διαφέρει σημαντικά σε σχήμα, μέγεθος και αντοχή. Τα κομμάτια του δέρματος που έχουν πολλές γυναίκες γύρω από την αίθουσα, είναι ότι απέμεινε από τον υμένα και συχνά ονομάζονται μύρτα. Στο πίσω μέρος, τα μικρά χείλη ενώνονται και σχηματίζουν τη φουρκέτα η οποία συχνά σχίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου τοκετού.³

ΚΛΕΙΤΟΡΙΑΔΑ

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

ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ

Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα και βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου. Κατά τη σεξουαλική διέγερση διογκώνεται από συγκεντρώσεις αίματος και στενεύουν το κόλπο

ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Αυτοί είναι δύο στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης, εκκρίνουν βλέννα και με πόρους μήκους 2-3 εκ. τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα για να υγράνει τον κόλπο.

ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΥΜΕΝΑΣ

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτει από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειες της και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το καφοειδή βόθρο.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά, διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθλοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό είναι δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δαχτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια δεν υπάρχει άνοιγμα (άτρητος υμένας). Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμα στην συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται **μύρτα** και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

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

ΠΑΡΑΟΥΡΗΘΡΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμά τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται **αδένες του skene** και αντιστοιχούν στο προστάτη του άνδρα.¹

1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: Ο **κόλπος** η **κολεός**, η **μήτρα**, οι **σάλπιγγες** ή **ωαγωγοί** και οι **ωοθήκες**. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το εξάρτημα.¹

ΚΟΛΠΟΣ Ή ΚΟΛΕΟΣ

Ο κολεός είναι διάτατος ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα άνω και πίσω. Έχει μήκος περίπου 8 εκ. και ο επιμήκης άξονας του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας. Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου χωρίζεται σε 4 μείρες ή θόλους: ένα πρόσθιο, ένα οπίσθιο και 2 πλάγιους θόλους. Ο οπίσθιος θόλος είναι μακρύτερος από τον πρόσθιο.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες: α) βλεννογόνο β) μυϊκό χιτώνα γ) ινώδη χιτώνα. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι πολύστιβο πλακώδες και τα κύτταρα του κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής της γυναίκας περιέχουν μεγάλα ποσά γλυκογόνου στο κυτταρόπλασμα τους. Καθώς τα επιθηλιακά κύτταρα του επιθηλίου αποπίπτουν, το γλυκογόνο που περιέχουν διασπάται από ορισμένα βακτηρίδια και μετατρέπεται σε γαλακτικό οξύ. Με τον τρόπο αυτό το ΡΗ του αυλού του κόλπου ελαττώνεται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών.⁴

ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στη μικρή πύελο. Μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι και έχει μήκος περίπου 8 εκ. πλάτος περίπου 5 εκ., και πάχος περίπου 2 εκ. Ανατομικά διαιρείται σε **πυθμένα, σώμα και τράχηλο**. Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των ωαγωγών στη μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος εκείνο της μήτρας που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των ωαγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται με τον τράχηλο. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προβάλλει μέσα στον κολεό. Με τον τρόπο αυτό ο τράχηλος διαιρείται σε ένα **υπερκολεϊκό** και ένα **ενδοκολεϊκό μέρος**.

Η κοιλότητα του σώματος της μήτρας είναι **τριγωνική**. Η κοιλότητα του τραχήλου είναι **ατρακτοειδής** και επικοινωνεί με την κοιλότητα του σώματος με το **έσω στόμιο της μήτρας**. Η κοιλότητα του τραχήλου επικοινωνεί με τον κολεό με το **έξω στόμιο της μήτρας**. Στην άτοκη γυναίκα το έξω στόμιο είναι κυκλικό ενώ στην πολύτοκη γυναίκα το έξω στόμιο βρίσκεται σε εγκάρσια θέση και έχει ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο χείλος.

Φυσιολογικά η μήτρα κάμπτεται μεταξύ σώματος και τραχήλου. Στη θέση αυτή το σώμα φέρεται προς τα εμπρός και ελαφρώς προς τα άνω ενώ ο τράχηλος

προβάλλει προς τα κάτω και πίσω. Ο επιμήκης άξονας της μήτρας είναι σχεδόν κάθετος με τον επιμήκη άξονα του κολεού.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΗΤΡΑΣ: Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας καλύπτεται εξωτερικά από περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά η μήτρα υπαλείφεται από βλεννογόνο που λέγεται **ενδομήτριο**. Το ενδομήτριο του σώματος της μήτρας και του άνω τριτημρίου του τραχήλου υφίσταται τμηματικές δομικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του **καταμήνιου κύκλου**. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στην επίδραση ορμονών της ωοθήκης. Η επιπολής στιβάδα δηλαδή η στιβάδα που βρίσκεται προς τον αυλό λέγεται λειτουργική στιβάδα και αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση. Η εν τω βάθει στιβάδα λέγεται βασική είναι μόνιμη και από αυτή αναγεννάτε η λειτουργική στιβάδα.⁴

ΣΑΛΠΙΓΓΑ Ή ΩΑΓΩΓΟΣ

Ο μήκος 12 έως 15cm ωαγωγός έχει για λειτουργία να συλλαμβάνει και να μεταφέρει στη μήτρα το ωάριο που προέρχεται από την ωοθυλακιορρηξία. Κατά τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξία ο κώδωνας του ωαγωγού εφάπτεται στη θέση της ωοθήκης όπου έχει βγει το ωάριο. Είναι ακόμα ασαφές το πώς ρυθμίζεται η διεργασία αυτή. Μερικές φορές μπορεί να μη συλληφθεί ένα ωάριο από τον ωαγωγό και τότε πέφτει μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα. Και εδώ είναι δυνατή η γονιμοποίηση. Αυτή «ενδοκοιλιακή κύηση» δεν μπορεί γενικά να εξελιχθεί λόγω δυσμενών συνθηκών διατροφής του εμβρύου. Πρέπει να γίνει χειρουργική επέμβαση.

Το ωάριο που παρελήφθη από τον ωαγωγό μεταφέρεται με μυϊκές συσπάσεις (και με τις κινήσεις των λεπτών κροσσών των επιθηλιακών κυττάρων) στη μήτρα μέσα σε τέσσερις ημέρες. Μερικές φορές το γονιμοποιημένο ωάριο παραμένει μέσα στον ωαγωγό. Αυτή η «σαλπιγγική» (εξωμήτρια) κύηση οδηγεί συνήθως σε ρήξη του ωαγωγού και σε αιμορραγία επικίνδυνη για τη ζωή.

Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε 4 τμήματα: το **διάμεσο** ή **ενδοτοιχωματικό**, τον **ισθμό**, τη **λήκυθο** και τον **κώδωνα**.

Διάμεσο ή **ενδοτοιχωματικό**: Το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίγγων, που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάας κοιλότητας και περνάει μέσα από το μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Το μήκος του είναι 1-15εκ.

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

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

Κώδωνας: Το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωοθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και λέγεται **ωοθηκικός κροσσός** ή **σύνδεσμος των σαλπίγγων**. Ο κώδωνας εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα ιδιαίτερα τις ημέρες της ωοθυλακιορρηξίας, με σκοπό να εισροφήσει το απελευθερωμένο από την ωοθήκη ωάριο.

ΥΦΗ: Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από τρεις στιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική.

ΩΟΘΗΚΗ

Βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά, στα πλάγια της ελάσσοнос πυέλου, στο ύψος της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας στον **ωοθηκικό βόθρο**. Στηρίζεται από τον **κρεμαστήρα σύνδεσμο** της ωοθήκης, που φέρει και τα αγγεία της ωοθήκης και με τον **μητροωοθηκικό σύνδεσμο** τη ωοθήκης. Η ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου μήκους 2,5cm, παρουσιάζει δύο επιφάνειες (έσω-έξω), δύο χείλη (πρόσθιο-οπίσθιο) και δύο άκρα ή πόλους (άνω-κάτω). Η παιδική ωοθήκη είναι λεία, ενώ η επιφάνεια της εν ενεργεία ωοθήκης, είναι υβώδης και ανώμαλη λόγω της προβολής των ωοθυλάκιων. Η γερωντική ωοθήκη είναι μικρή, γεμάτη ουλές.

Εξωτερικά η ωοθήκη δεν καλύπτεται από περιτόναιο, αλλά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που ονομάζεται **βλαστικό επιθήλιο**. Περιφερικά παρουσιάζει τη **φλοιώδη ουσία** και κεντρικά τη **μυελώδη ουσία**, χωρίς όμως σαφές όριο.

Η φλοιώδης ουσία είναι η σπουδαιότερη, γιατί έχει μέσα τον αδενικό ιστό που αποτελείται από **ωοθυλάκια**. Αυτά είναι κυστικά σωματίδια με διάμετρο 8-12mm, περικλείουν τα **ωάρια**, τα οποία παράγουν. Τα ωοθυλάκια βρίσκονται στην περιφέρεια της ωοθήκης, μέσα στη φλοιώδη ουσία.

Διακρίνονται σε **ώριμα** και **άωρα**. Τα ώριμα αποτελούνται εξωτερικά από α) τη θήκη β) το βασικό υμένα γ) το επιθήλιο δ) το ωάριο και ε) την κοιλότητα που περιέχει το ωοθηλακικό υγρό.

Σε ένα συγκεκριμένο για κάθε γυναίκα χρόνο, συνήθως την 15^η ημέρα ενός κύκλου 28 ημερών, το ωοθυλάκιο σπάζει (ωοθηλακιορρηξία) και το ωάριο περιβαλλόμενο με το στέφανο των επιθηλιακών κυττάρων (ακτινωτό στέφανο) ελευθερώνεται, συλλαμβάνεται από τους κροσσούς του ωαγωγού (σάλπιγγας) και

εισέρχεται μέσα στον ωαγωγό. Στο στάδιο της ωοθυλακιορρηξίας, φθάνουν μόνο 400 ωάρια κατά την διάρκεια της γενετήσιας ζωής της γυναίκας. Τα υπόλοιπα δεν ωριμάζουν (άτρητα ωοθυλάκια). Το ωάριο είναι το μεγαλύτερο κύτταρο του σώματος, ορατό με το μάτι.

Συνήθως οι δύο ωοθήκες περιέχουν 300-400,000 ωάρια. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου, το επιθήλιο του που παραμένει στην ωοθήκη σχηματίζει το **ωχρό σωματίο**, το οποίο αποτελεί αδένα έσω έκκρισης και με την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης παράγει προγεστερόνη. Διακρίνουμε τα ωχρά σωματία σε **καταμήνια** και **κυοφόρα**. Τα καταμήνια διαρκούν 28 ημέρες και συνοδεύονται από την έμμηνο ρύση. Τα κυοφόρα διαρκούν 9 μήνες και συνοδεύονται από κύηση.⁶

ΜΥΕΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΛΑΦΟΥΣ

Εκ των έσω προς τα έξω είναι:

Πυελικό διάφραγμα (ανελκτήρας πρωκτού-κοκκυγικός μυς).

Ουρογεννητικό διάφραγμα (εν τω βάθει εγκάρσιας μυς περινέου-έξωσφικτήρας ουρήθρας-επιπολής εγκάρσιας μυς περινέου).

Σφικτήρες μύες (έξω σφικτήρας πρωκτού-βόλβοση-ραγγώδεις μύες ανδρών-ισχιοσηραγγώδεις μύες).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

2.1. Η ΕΜΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Η ανάπτυξη των ωοθηκών έχει ολοκληρωθεί κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέχρι τη στιγμή που το θήλυ έμβρυο συμπληρώσει τον τρίτο μήνα της ζωής του μέσα στη μήτρα και από τότε μέχρι την εφηβεία θα σημειωθούν ελάχιστες σημαντικές αλλαγές. Μέχρι τη στιγμή της γέννησής του οι ωοθήκες του θήλεος εμβρύου περιέχουν από 40,000 έως 300,000 θυλάκια, το καθένα απ' τα οποία περιέχει ένα ανώριμο ωάριο. Στην καλύτερη περίπτωση μόνο 500 από αυτά θα απελευθερωθούν και πιθανότατα λιγότερα από 6 απ' αυτά θα εξελιχθούν σε νέες ανθρώπινες ζώες.

Όταν οι ωοθήκες αρχίζουν να παράγουν για πρώτη φορά την ορμόνη οιστρογόνο, δεν είναι ακόμη σε θέση να απελευθερώσουν ώριμα ωάρια. Αυτά τα πρώτα οιστρογόνα επιφέρουν τις σωματικές αλλαγές της εφηβείας όπως είναι η ανάπτυξη του στήθους, η τριχοφυΐα της ηβικής σύμφυσης και η διεύρυνση των γλουτών. Αυτές οι αλλαγές αρχίζουν τουλάχιστον ένα χρόνο πριν παρουσιαστεί η πρώτη έμμηνη ρύση και είναι ένα σημάδι ότι τα οιστρογόνα έχουν αρχίσει να πυροδοτούν την απελευθέρωση των ώριμων ωαρίων.

Η ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ

Η αρχή της περιοδικής αιμορραγίας (εμμηνόρροιας) από τη μήτρα είναι απλώς μια φάση του καταμήνιου κύκλου που ελέγχεται από ορμόνες της υπόφυσης και από τις ωοθήκες.

Τέσσερα έως πέντε χρόνια πριν την έναρξη της εμμηνόρροιας ο υποθάλαμος δίνει εντολή στην υπόφυση να εκκρίνει την αυξητική ορμόνη η οποία είναι υπεύθυνη για την ξαφνική αύξηση του ύψους στα κορίτσια. Αυτή συνήθως φτάνει στην κορύφωση της περίπου δύο χρόνια πριν την έναρξη της εμμηνόρροιας και επιβραδύνει λίγο πριν αρχίσει η πρώτη έμμηνη ρύση. Επίσης, οι ορμόνες της υπόφυσης παρακινούν τα κύτταρα των ωαρίων που βρίσκονται στις ωοθήκες να εκκρίνουν οιστρογόνο, την ορμόνη του φύλου, η οποία ευθύνεται σε ένα μεγάλο ποσοστό για την ανάπτυξη του μαστού και της τριχοφυΐας στην ηβική σύμφυση και για τη δημιουργία της επένδυσης του κόλπου.

Παρόλο που η πρώτη έμμηνος ρύση παρουσιάζει την ίδια μορφή αιμορραγίας όπως οι επόμενες, οι ωοθήκες δεν παράγουν ακόμη ώριμα ωάρια. Πρέπει να περάσουν πολλοί μήνες, ίσως και ένας ολόκληρος χρόνος, για να λειτουργήσουν πλήρως ωοθήκες και να φτάσει ένα κορίτσι στην εφηβεία για να έχει αναπτυχθεί πλήρως το γεννητικό του σύστημα, παρόλο που πρέπει να ωριμάσει σωματικά και συναισθηματικά.

Ο ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Το διάστημα από την πρώτη μέρα μιας περιόδου μέχρι την πρώτη μέρα της επόμενης λέγεται καταμήνιος κύκλος. Στη διάρκεια αυτού του κύκλου τα αναπαραγωγικά όργανα υφίστανται μια σειρά αλλαγών που δίνουν τη δυνατότητα σε ένα ωάριο να απελευθερωθεί από την ωοθήκη και να κατευθυνθεί προς τη μήτρα. Αν αυτό το ωάριο γονιμοποιηθεί από ένα σπερματοζωάριο, θα τραφεί από τις εκκρίσεις των κυττάρων της επένδυσης της μήτρας μέχρι να εμφυτευτεί σε αυτή και να αρχίσει να τρέφεται από το αίμα της μητέρας.

Σε περίπτωση που το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, η επένδυση της μήτρας θρυμματίζεται και απομακρύνεται με την αιμορραγία του καταμήνιου κύκλου. Αυτό δίνει τη δυνατότητα σε μια νέα επένδυση να αναπτυχθεί και να ετοιμαστεί για να αναλάβει τη διατροφή του επόμενου ωαρίου.

Αυτός ο πολύπλοκος κύκλος δραστηριότητας ελέγχεται από ένα κέντρο που βρίσκεται στον εγκέφαλο και ονομάζεται υποθάλαμος και ο οποίος λειτουργεί σαν ρολόι του καταμήνιου κύκλου. Το ρολόι αυτό λειτουργεί με τη βοήθεια ενός μικρού αδένου που ονομάζεται πρόσθια υπόφυση και βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου. Ο αδένας αυτός απελευθερώνει πολλές ορμόνες, από τις οποίες δύο είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αναπαραγωγή. Η μία δίνει το έναυσμα για την ανάπτυξη και την ωρίμανση πολλών μικρών ωαρίων στην ωοθήκη, ενώ η άλλη δίνει το έναυσμα για την απελευθέρωση των ώριμων ωαρίων.

Τα ωάρια που ωριμάζουν κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου περιβάλλονται από κύτταρα που παράγουν ορμόνες. Το ωάριο, μαζί με αυτά τα κύτταρα ονομάζεται θυλάκιο του Γκράφ. Η κύρια ορμόνη που παράγεται από αυτό το θυλάκιο είναι το οιστρογόνο. Κατά τη διάρκεια του κύκλου το έναυσμα για την παραγωγή οιστρογόνου είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη και το σχηματισμό των αδένων στην επένδυση της μήτρας. Αλλάζει, επίσης, τις εκκρίσεις στον τράχηλο της

μήτρας διευκολύνοντας έτσι το σπερματοζωάριο να κολυπήσει προς τη μήτρα και να συναντήσει το ωάριο. Περίπου 15 μέρες πριν από την έναρξη της επόμενης περιόδου η υπόφυση απελευθερώνει μια μεγάλη ποσότητα ορμόνης LH η οποία πυροδοτεί την απελευθέρωση ενός ωαρίου από την ωοθήκη περίπου 36 ώρες αργότερα. Στη συνέχεια το ωάριο κατευθύνεται προς τη μήτρα περνώντας από μια σάλπιγγα. Η γονιμοποίηση συνήθως λαμβάνει χώρα μέσα στη σάλπιγγα.

Τα κύτταρα μέσα στην ωοθήκη που είχαν σχηματίσει το θυλάκιο Γκράαφ υπόκεινται τώρα σε αλλαγές, μια από τις οποίες είναι και η συσσώρευση λίπους. Τώρα πλέον ονομάζεται ωχρά σωμάτια. Συνεχίζουν να παράγουν οιστρογόνο, αλλά τώρα παράγουν και μια ορμόνη που ονομάζεται προγεστερόνη. Η προγεστερόνη επιτελεί δύο κύριες λειτουργίες στον καταμήνιο κύκλο. Η πρώτη είναι να μεταβάλλει τη βλέννα στον τράχηλο της μήτρας, να την κάνει πιο πολλή για να διευκολύνει την μετακίνηση του σπερματοζωαρίου μέσα στη μήτρα. Η δεύτερη είναι να κάνει τους αδένες που επενδύουν τη μήτρα να εκκρίνουν ένα υγρό το οποίο θα θρέψει το πρόσφατα γονιμοποιημένο ωάριο.

Σε περίπτωση που το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το ωχρό σωμάτιο εκφυλίζεται. Τα μικρά αιμοφόρα αγγεία που υπάρχουν στην περιοχή κάνουν σπασμούς έτσι που τα κύτταρα που επενδύουν τη μήτρα δεν δέχονται οξυγόνο και τελικά πεθαίνουν. Στη συνέχεια απομακρύνονται από το σώμα μαζί με το αίμα του καταμήνιου κύκλου και έτσι ο κύκλος ολοκληρώνεται. Όλες οι ορμόνες που απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου μπορούν να επηρεάσουν το ρολόι του καταμήνιου κύκλου.³

2.2. Η ΣΥΛΛΗΨΗ

Σύλληψη είναι η ένωση ενός σπερματοζωαρίου και ενός ωαρίου. Είναι μια σύνθετη διαδικασία κατά την οποία πρέπει να τηρούνται μια σειρά από συνθήκες οι οποίες θα εξασφαλίσουν την επιτυχία της

Αν η συνουσία γίνει περίπου την ώρα της ωορρηξίας, τότε η σύλληψη είναι πολύ πιθανή. Με κάθε εκσπερμάτωση ο άνδρας απελευθερώνει περίπου 400 εκατομμύρια σπερματοζωάρια. Αυτά περιβάλλονται από σπερματικό υγρό το οποίο τα προστατεύει από τα οξέα του κόλπου.

Από τη στιγμή που θα βρεθεί στον κόλπο το σπερματοζωάριο αρχίζει αμέσως να κινείται με κατεύθυνση τη μήτρα. Τα σπερματοζωάρια κινούνται με τη βοήθεια

των κινήσεων της ουράς τους. Μερικά άλλα δεν προλαβαίνουν να φτάσουν στη μήτρα γιατί πεθαίνουν από τα οξέα του κόλπου. Αυτή είναι μια μέθοδος με την οποία η Φύση αποκλείει από την γονιμοποίηση τα κατεστραμμένα ή ασθενικά σπερματοζώαρια.

2.3. Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Μόλις το σπερματοζώαριο σπρωχθεί από τα αντρικά γεννητικά όργανα (με την εκσπερμάτωση) στο εσωτερικό του κόλπου είναι εξαιρετικά ζωηρό και με κινήσεις της ουράς του προχωρεί προς την μήτρα με μια τροχιά σπειροειδή. Αυτές οι κινήσεις ευνοούνται και από ρεύματα υγρών του κόλπου και από ένα βασικό περιβάλλον, μόλις φτάσει στη μήτρα το σπερματοζώαριο, συνεχίζει προς τις σάλπιγγες και τις ανεβαίνει, σε αυτό το διάστημα μπορεί να συναντήσει ένα ωάριο που μόλις εκδιώχτηκε από τι ωοθήκες.⁷

Το ταξίδι τους αυτό που έχει μήκος περίπου 20 εκατοστών διαρκεί 45 λεπτά. Από το σύνολο των εκατομμυρίων σπερματοζωαρίων επιζούν μόλις 2,000. Το σπερματοζώαριο διατηρείται ζωντανό μέσα στις σάλπιγγες για τρεις μέρες περίπου, έτοιμο να ενωθεί με ένα ωάριο σε περίπτωση που πραγματοποιηθεί ωορρηξία. Αν κάποιο ωάριο βρίσκεται ήδη μέσα στη σάλπιγγα, η γονιμοποίηση θα γίνει αμέσως.

Η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται όταν ένα σπερματοζώαριο διεισδύει στην επιφάνεια του ωαρίου. Κάθε σπερματοζώαριο μεταφέρει ένα ένζυμο (μια ουσία υπεύθυνη για την πραγματοποίηση χημικών διαδικασιών που διατηρούν τη ζωή) το οποίο βοηθάει τη διάτρηση της επιφάνειας του ωαρίου. Μόλις το ωάριο γονιμοποιηθεί, τα υπόλοιπα σπερματοζώαρια πεθαίνουν.

Το ωάριο και το σπερματοζώαριο (το οποίο τώρα δεν έχει την ουρά του) ενώνονται μαζί και σχηματίζουν ένα πυρήνα (κέντρο), ο οποίος στη συνέχεια αρχίζει να διαιρείται σε δύο κύτταρα. Μέσα σε 72 ώρες τα κύτταρα συνεχίζουν τη διαίρεση μέχρι να παραχθεί ένα ωάριο με 64 κύτταρα.

Το γονιμοποιημένο ωάριο στη συνέχεια οδεύει προς τη μήτρα μέσα σε διάστημα επτά περίπου ημερών (από την 21^η μέχρι 28^η ημέρα του καταμήνιου κύκλου). Στο διάστημα αυτό αποκτά μικροσκοπικές προεξοχές οι οποίες το βοηθούν να διεισδύσει στην επένδυση της μήτρα όπου μπορεί να τρέφεται και μπορεί να αρχίσει η εγκυμοσύνη. Μόλις ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία κλείνει και ο κύκλος της σύλληψης.

Ο ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Ο πλακούντας σχηματίζεται όταν κάποιο εξειδικευμένο τμήμα του γονιμοποιημένου ωαρίου, που ονομάζεται τροφοβλάστη, εμφυτεύεται στο τοίχωμα της μήτρας τη γυναίκας. Μέχρι τη 12^η εβδομάδα της κύησης ο πλακούντας είναι ένα ξεχωριστό όργανο. Τη στιγμή του τοκετού ζυγίζει περίπου 500 γραμμάρια, έχει σκούρο κόκκινο χρώμα, είναι σπογγώδης και έχει σχήμα δίσκου. Δύο στρώσεις κυττάρων διατηρούν την κυκλοφορία του εμβρυϊκού αίματος στον πλακούντα ξεχωριστά από το αίμα της μητέρας, αλλά παρόλα αυτά μπορούν να διοχετευθούν πολλές ουσίες από τη μητέρα προς το έμβρυο.

Η λειτουργία

Όλη την τροφή και το οξυγόνο που χρειάζεται το έμβρυο μπορεί να την πάρει από την μητέρα του, ενώ παράλληλα τις άχρηστες ουσίες που έχει τις διοχετεύει προς αυτή. Αυτή η ζωτικής σημασίας ανταλλαγή γίνεται με τη βοήθεια του πλακούντα που συνδέεται με το έμβρυο με τον ομφάλιο λώρο. Το διοξείδιο του άνθρακα, οι άχρηστες ουσίες και οι ορμόνες διοχετεύονται από το έμβρυο προς τη μητέρα. Το οξυγόνο, τα θρεπτικά συστατικά (οι απλοί υδατάνθρακες, τα λίπη και τα αμινοξέα) και οι ορμόνες διοχετεύονται από τη μητέρα προς το έμβρυο.

Ο πλακούντας προστατεύει το έμβρυο από πιθανές βλαβερές ουσίες, παρόλο που πολλά φάρμακα μπορούν να περάσουν τον πλακούντα και να βλάψουν το έμβρυο. Τον πλακούντα περνούν και ορισμένα αντισώματα της μητέρας.

Τέλος ο πλακούντας παράγει πολλές ορμόνες, μερικές από τις οποίες αποτρέπουν την απελευθέρωση άλλων ωαρίων και σταματούν την εμμηνόρροια για όσο διάστημα διαρκεί η κύηση. Επίσης, ενθαρρύνουν την ανάπτυξη των μαστών, που πρέπει να προετοιμαστούν για το θηλασμό και την εναπόθεση λίπους στους μηρούς, την κοιλιά και τους γλουτούς για να χρησιμοποιηθεί σαν καύσιμη ύλη στο μέλλον. Κάποιες άλλες ορμόνες δίνουν το έναυσμα για την ανάπτυξη της μήτρας και πιθανόν αποτρέπουν τυχόν συστολές της πριν να έρθει η στιγμή του τοκετού. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ποσότητα αυτών των ορμονών που απελευθερώνει ο πλακούντας μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τον καθορισμό της χρονικής στιγμής που θα αρχίσει ο τοκετός.

2.4. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό.

Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική διάγνωση της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να γίνει από το **ιστορικό**, τα **συμπτώματα**, την **επισκόπηση**, την **ψηλάφηση** και την **ακρόαση**.

Το Ιστορικό περιλαμβάνει το:

A) ατομικό αναμνηστικό: Από αυτό ο μαιευτήρας συγκεντρώνει στοιχεία για τις παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφοριακού και του ουροποιητικού συστήματος, διαβήτη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή της κοιλίας και του γεννητικού συστήματος, προηγηθείσες μεταγγίσεις αίματος κτλ.

Επίσης, ο μαιευτήρας λαμβάνει στοιχεία του οικογενειακού αναμνηστικού.

Τέλος, πρέπει να ληφθούν υπόψιν, τα φάρμακα που πήρε ως την επίσκεψή της, αν κάνει υπερβολική χρήση οιοπνεύματος και καπνού και εάν χρησιμοποίησε ενδομήτριες συσκευές για αντισυλληπτικού λόγου.

B) Εμμηνορρυσία: Από αυτή ενδιαφέρον παρουσιάζει η συχνότητά της και η τελευταία εμμηνορρυσία, για να προσδιοριστεί η πιθανή ημερομηνία του τοκετού.

Γ) Μαιευτικό αναμνηστικό: Η διάρκεια του έγγαμου βίου της, ο αριθμός και το είδος προηγούμενων τοκετών και οι πιθανές επιπλοκές που ακολούθησαν επεμβάσεις.

Συμπτώματα: Τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης είναι: α) Δευτεροπαθής αμηνόρροια β) ναυτία εμετοί, διαστροφή της όρεξης γ) σιαλόρροια δ) συχνουρία ε) διόγκωση μαστών στ) μαστική έκκριση ζ) σκιρτήματα η) αίσθημα τάσης.

Επισκόπηση: Με την επισκόπηση της εγκύου τα παρακάτω σημεία θα μας βοηθήσουν στην κλινική διόγκωση α) μελάχρωση β) ομφαλός γ) ραβδώσεις δ) κάτω άκρα ε) γεννητικό σύστημα.

Ψηλάφηση: Η ψηλάφηση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορά ιδιαίτερα στο γεννητικό σύστημα και την κοιλιά.

Ακρόαση: Με την ακρόαση των καρδιακών παλμών διαπιστώνεται η ύπαρξη ζωντανού ή νεκρού εμβρύου.

ΠΙΘΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. Η παύση της εμμηνορρυσίας.
2. Η μεταβολή στο μέγεθος, στο σχήμα και την σύσταση της μήτρας.
3. Η ναυτία και ο εμετός.
4. Το μητρικό χλόασμα.
5. Οι σφιχτότεροι και ευαίσθητοι μαστοί.
6. Οι ραβδώσεις της κοιλίας.
7. Η διόγκωση του υπογαστρίου.

ΒΕΒΑΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

1. Ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου.
2. Η εσωτερική και εξωτερική αντιτυπία.
3. Οι καρδιακοί παλμοί.
4. Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου.
5. Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας.
6. Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου.
7. Η υπερηχογράφηκή απεικόνιση του.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με τις εργαστηριακές μεθόδους μπορούμε να διαγνώσουμε, τόσο την εγκυμοσύνη στην αρχή της, όσο και την κατάσταση του κυήματος. Σε αυτές ανήκουν: Ανοσοδοκιμασίες, Ραδιοανοσοδοκιμασίες, Υπερηχογράφημα.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η εγκυμοσύνη αρχίζει από τη γονιμοποίηση και τελειώνει με τον τοκετό. Η μέση διάρκεια αυτής είναι 266 ημέρες, με το ανώτερο όριο 293 ημέρες και το κατώτερο 230 ημέρες.

Πρακτικά, για να βρούμε την ημερομηνία του τοκετού προσθέτουμε 8 ημέρες στην πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσίας και ένα έτος και αφαιρούμε τρεις μήνες.

Γενικά η διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίζεται σε 283 ημέρες, από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας, δηλαδή 40 εβδομάδες. Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38^η και 42^η εβδομάδα, δηλαδή στις 259-293 ημέρες λέγεται ώριμο ή τελειόμηνο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το έμβρυο γεννιέται νωρίτερα από τη συμπλήρωση 40 εβδομάδων τότε, αν γεννηθεί από την 28^η έως την 37^η εβδομάδα, δηλαδή στις 196-259 ημέρες λέγεται πρόωρο. Την προωρότητα του εμβρύου χαρακτηρίζει και το βάρος του.

Περίπου 60% των εγκύων θα γεννήσουν μια εβδομάδα πριν ή μία εβδομάδα μετά από την πιθανή ημέρα του τοκετού και λιγότερες από 5% ακριβώς την ίδια ημέρα, που προσδιορίστηκε.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

3.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΜΒΛΩΣΗ

Αμβλωση είναι η εκούσια έκτρωση ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται από γυναικολόγο πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, με τη συναίνεση και αίτηση της εγκύου και όχι για λόγους βλάβης της υγείας της εγκύου ή εμβρυϊκής ανωμαλίας.

Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνεται η καθιέρωση του όρου **άμβλωση**, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την ενέργεια αυτή. Όταν καταστρέφεται επίτηδες κάτι που αναπτύσσεται, αμβλώνεται. («αμβλώσεως γραφή» λεγόταν η διάταξη στους νόμους του Λυκούργου, που τιμωρούσε τις ‘αμβλώσεις’).

Ο όρος **έκτρωση** έχει ταυτιστεί με τον όρο **άμβλωση**.⁸

Ειδικότερα ο όρος άμβλωση συνεπάγεται με τον όρο **εγκληματική έκτρωση**.⁹

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι αμβλώσεις (εγκληματικές εκτρώσεις), έχουν νομιμοποιηθεί, σε πολλές ανά τον κόσμο χώρες.²

3.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ (ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ)

Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται για την εκτέλεση της τεχνητής διακοπής της κύησης, - είτε πρόκειται για θεραπευτική τεχνητή έκτρωση (Θ. Τ. Ε.), είτε για παράνομη ή εν πάσει περιπτώσει για ρύθμιση του μεγέθους της οικογένειας –είναι οι ίδιες. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι σπουδαιότερες από τις μεθόδους, που βρίσκονται σε χρήση.

A. Πρώιμη διακοπή της κύησης. Για την ομάδα αυτή των Τ. Ε. ο καλύτερος χαρακτηρισμός ίσως θα ήταν «*η παρεμπόδιση εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου*». Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό χαρακτηρίζονται σαν «*ορμονική αντισύλληψη ύστερα από μια επικίνδυνη συνουσία*». Πρόκειται για σκευάσματα που περιέχουν οιστρογόνο ή προγεστερινοειδές ή συνδυασμό των δύο αυτών στεροειδών ορμονών. Επίσης η τοποθέτηση ενδομητρικού ελάσματος (Ε. Μ. Ε.) φαίνεται να ανταποκρίνεται στην επιδίωξη της παρεμπόδισης της εμφύτευσης του

γονιμοποιημένου ωαρίου. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη δράση των παραπάνω ορμονικών ουσιών είναι η έναρξη της χορήγησής τους μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την επικίνδυνη συνουσία, ενώ για μερικές από αυτές (νοργεστρέλη), πρέπει να δοθούν μέσα σε 3 ώρες από αυτή. Ο αντίστοιχος χρόνος για την αποτελεσματικότητα της τοποθέτησης E. M. E. είναι οι 5 ημέρες από την επικίνδυνη συνουσία.

Ο μηχανισμός δράσης των οιστρογόνων συνίσταται στην τροποποίηση του ενδομητρικού, την επιτάχυνση της καθόδου του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αντί-ωχρσωμιακή δράση τους, με αποτέλεσμα την ελάττωση της εκκρινόμενης προγεστερόνης. Η δράση των προγεστερινοειδών εξηγείται πιθανότατα με την προκαλούμενη διαφοροποίηση του ενδομήτριου.

Όπως είναι ευνόητο ο μηχανισμός της δράσης των συνδυασμένων, με οιστρογόνα και προγεστερινοειδή, σκευασμάτων, περιλαμβάνει τις επιμέρους δράσεις των συστατικών τους.

Το ποσοστό αποτυχίας των μεθόδων αυτών είναι αρκετά υψηλό και οι κύριες ενδείξεις εφαρμογής τους είναι απαραίτητο να περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις επειγουσών αναγκών (βιασμό, υποψία κύηση σε ανήλικες κ.λπ.). Σε περίπτωση αποτυχίας των μεθόδων αυτών, επιβάλλεται η διενέργεια T. E. με μια από τις μεθόδους που περιγράφονται παρακάτω, αφού πιθανολογείται αυξημένο ποσοστό ανωμαλιών της διάπλασης του εμβρύου.

B. Ρύθμιση της E. P. με αναρρόφηση του ενδομητρίου. Σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται καθυστέρηση της E. P. που δεν ξεπερνά τις 21 ως 23 ημέρες, μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος αυτή, ακόμα και αν δεν έχει βεβαιωθεί η ύπαρξη κύησης. Στατιστικά έχει διαπιστωθεί, ότι σε ποσοστό 67,5%, από τις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν στην επέμβαση αυτή, είχαν πράγματι ενδομητρική εγκυμοσύνη. Ο λόγος της ελαστικής αυτής ένδειξης για την εκτέλεση της αναρρόφησης του ενδομητρίου, είναι η απουσία αξιόλογων επιπλοκών.

Για την εκτέλεση της αναρρόφησης του ενδομητρίου επινοήθηκε η συσκευή του Karman, που αποτελείται από ένα πολύ εύκαμπτο πλαστικό ρύγχος εύρους 4 χιλσ. και από μια ειδική σύριγγα των 50 ως 100 κ. εκ. Εκτός από τη συσκευή του Karman είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μεταλλικό ρύγχος, που προσαρμόζεται στη συσκευή αναρρόφησης. Η επέμβαση γίνεται με όλους τους κανόνες της ασηψίας και αντισηψίας, χωρίς τοπική ή γενική αναλγησία και αναισθησία. Μετά την εισαγωγή του ρύγχους της συσκευής του Karman προσαρμόζεται η ειδική σύριγγα και δημιουργείται κενό στην ενδομητρική κοιλότητα, με την έλξη του εμβόλου. Το κενό

που μπορεί να επιτευχθεί με τη συσκευή αυτή υπολογίζεται σε 400 ως 500 χιλ. Hg. Με την αναρρόφηση ανακτάται μια ποσότητα ενδομητρικού περιεχομένου, της τάξης των 20 ως 30. κ. εκ. Μετά το τέλος της επέμβασης, που μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο, η ασθενής παρακολουθείται για ένα διάστημα 1 ως 2 ωρών. Η συνηθισμένη απώλεια αίματος μετά την επέμβαση χαρακτηρίζεται σαν ελάχιστη και διαρκεί 2 ως 3 ημέρες.

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αναρρόφησης του ενδομητρίου αναφέρονται συμπερασματικά στο παρακάτω πίνακα.

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
- Δεν χρειάζεται διαστολή του τραχηλικού στομίου σε ποσοστό 92% των περιπτώσεων.	- Γίνεται πολλές φορές χωρίς να υπάρχει εγκυμοσύνη.
- Δεν προκαλεί κάκωση στο ενδομήτριο	- Μπορεί να μη διακοπεί η κύηση σε 3% και αυτό να γίνει αντιληπτό σε δεύτερο χρόνο.
- Ελαχιστοποίηση του κινδύνου διάτρησης της μήτρας, λόγω της χρήσης εύκαμπτου ρύγχου.	- Να καθυστερήσει η διάγνωση μιας έκοπης κύησης
- Δε χρειάζεται η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας, ούτε και γενική αναισθησίας.	- Να προκληθεί μια ατελής τεχνητή έκτρωση.
- Ελάχιστη απώλεια αίματος.	
- Μικρή διάρκεια της επέμβασης (2'- 3' λεπτά)	- Επιβάλλεται επανεξέταση μετά 3 ω 5 εβδομάδες
- Μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο	

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μικρής αναρρόφησης, με τη συσκευή του Karman.

Πολλά από τα μειονεκτήματα της μεθόδου, όπως παρουσιάστηκαν στον προηγούμενο πίνακα, είναι δυνατό να ξεπεραστούν με τη συστηματική εφαρμογή ιστολογικής εξέτασης του περιεχομένου της μήτρας, σε κάθε περίπτωση.9

Γ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ, ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΠΡΙΝ ΤΗ 12^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ.

Γ₁ Διαστολή του τραχηλικού στομίου με μεταλλικούς διαστολείς και απόξεση του ενδομητρίου: Για τη διενέργεια της επέμβασης είναι απαραίτητη η

εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ή γενικής αναισθησίας. Η επέμβαση γίνεται με την ασθενή τοποθετημένη στη συνηθισμένη θέση των γυναικολογικών κολπικών επεμβάσεων. Ύστερα από την εγχειρητική προετοιμασία της περιοχής, γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως και αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση για τον προσδιορισμό των τοπογραφοανατομικών χαρακτηριστικών των εσωτερικών γεννητικών οργάνων. Στη συνέχεια τοποθετούνται ο πρόσθιος και οπίσθιος κολποδιαστολέας ή ένα αναλόγου μεγέθους δισκελές μητροσκόπιο και συλλαμβάνεται ο τράχηλος της μήτρας με δύο μονοδοντωτές μητρολαβίδες, ή με μια μητρολαβίδα. Έπειτα γίνεται η διαστολή του τραχηλικού στομίου τη μήτρας (εξωτερικού και εσωτερικού) με ειδικούς μεταλλικούς διαστολείς, που είναι γνωστοί με την ονομασία κηρία του Hegar ή του Pratt, ή του Hank κ.ά. Οι διαστολείς αυτοί είναι αριθμημένοι με προοδευτικά αυξανόμενο πάχος /0,5 χιλστμ. και μέχρι τα 25 χιλστμ. Η απαιτούμενη κατά περίπτωση διαστολή του τράχηλου της μήτρας σε χιλιοστόμετρα, πρέπει να είναι ίση με την εβδομάδα της κύησης (π. χ στη 10η εβδομάδα της κύησης διαστολή μέχρι το κηρίο μεγέθους 10 χιλστμ.) Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά την εισαγωγή των κηρίων του Hegar στο τραχηλικό στόμιο, ώστε να ξεπερνά το εσωτερικό του στόμιο και η φορά της καμπύλης τους να συμπίπτει με την κλίση και κάμψη του σώματος της μήτρας, που προσδιορίστηκε με τη γυναικολογική εξέταση. Στις περιπτώσεις που δεν τηρείται η προϋπόθεση αυτή, είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρότατες κακώσεις, τόσο στη μήτρα, όσο και στα παρακείμενα όργανα.

Σε κάθε περίπτωση, που η ηλικία της κύησης ξεπερνά τις 12 εβδομάδες, επιβάλλεται εκτέλεση της τεχνητής διακοπής της σε δύο χρόνους, όπως θα περιγραφεί παρακάτω: Το χρόνο της διαστολής του τραχηλικού στομίου και το χρόνο του αδειάσματος της ενδομητρικής κοιλότητας.

Μετά τη συμπλήρωση της διαστολής του τραχηλικού στομίου γίνεται το άδειασμα της ενδομητρικής κοιλότητας με τα ειδικά ξέστρα του Bumm. Στην αρχή της απόξεσης με διερευνητικές κινήσεις του ξέστρου προσδιορίζεται η πιθανή θέση πρόσφυσης του κυήματος στην ενδομητρική κοιλότητα, ώστε να κατευθυνθεί στο σημείο αυτό η κύρια προσπάθεια για την αφαίρεσή του. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για το συστηματικό έλεγχο όλων των επιφανειών της ενδομητρικής κοιλότητας και προ πάντων των κεράτων της, ώστε να μη μείνουν παράγωγα της κύησης, μετά τα τέλος της επέμβασης. Η εφαρμογή του ξέστρου πρέπει να γίνεται ήπια, ενώ η παλαιότερη άποψη, ότι η απόξεση του ενδομητρίου πρέπει να συνεχίζεται, ώσπου να

γίνεται αντιληπτός ο χαρακτηριστικός κριγμός της απόξεσης της βασικής στιβάδας του ενδομητρίου, θεωρείται αναχρονιστική, αφού οδηγεί με μεγαλύτερη συχνότητα στην καταστροφή του ενδομητρίου και την ανάπτυξη ενδομητρικών συμφύσεων. Επίσης ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδοθεί στον έλεγχο του πυθμένα της ενδομητρικής κοιλότητας με τη μετακίνηση του ξέστρου κατά μήκος του, από το ένα κέρασ στο άλλο.

Για την εκτέλεση της επέμβασης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ή γενική αναισθησία. Στην πράξη προτιμάται η τοπική αναλγησία με χορήγηση διαλύματος λιντοκαΐνης 1% (Lidocaine). Η τεχνική της εφαρμογής της τοπικής αναλγησίας συνίσταται στην έγχυση 2,5 κ. εκ. διαλύματος στο κολπικό βλεννογόνο, σε βάθος 1 εκ. αμέσως κατά τη μετάπτωση του θόλου του κόλπου προς τον τράχηλο. Το σύνολο του χορηγούμενου διαλύματος είναι 10 κ. εκ. Η ποσότητα αυτή μπορεί να ενεθεί μόνο σε δύο σημεία. Για την εκτέλεση της τοπικής αυτής αναλγησίας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εισαγωγή κολποδιαστολέων και η έλξη του τραχήλου με μονοδοντωτή μητρολαβίδα, ώστε να αναγνωρίζονται με ευκρίνεια οι ενδεικνύμενες θέσεις έγχυσης του φαρμάκου. Πριν από κάθε έγχυση είναι απαραίτητος ο έλεγχος μήπως η κορυφή της βελόνας της παρακέντησης (μέγεθος 18) βρίσκεται ενδοαγγειακά. Η αλλεργική αντίδραση στο τοπικό αναλγητικό είναι πολύ σπάνια, αλλά στις περιπτώσεις που παρουσιάζεται είναι δυνατό να οδηγήσει – χωρίς πρόδρομα σημεία – σε καρδιαγγειακή και αναπνευστική καταπληξία (Collapsus). Η αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής συνίσταται σε τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση Trendelenburg. Ε. Φ. χορήγηση υγρών, χορήγηση οξυγόνου, τεχνητή αναπνοή και χορήγηση υδροκορτιζόνης ή εφεδρίνης. Σε περίπτωση που θα παρουσιαστούν σπασμοί είναι απαραίτητη η Ε. Φ. χορήγηση βαρβιτουρικών.

Γ₂ Η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η αναρρόφηση του περιεχόμενου της ενδομητρικής κοιλότητας. Η μέθοδος αυτή διαφέρει από την προηγούμενη, κατά το ότι, αντί να χρησιμοποιηθούν τα ειδικά ξέστρα του ενδομητρίου, χρησιμοποιείται ειδική συσκευή αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μια άδεια φιάλη κενού, που συνδέεται μέσω ενός ελαστικού εύκαμπτου σωλήνα με το ειδικό, πλαστικό ή μεταλλικό ρύγχος αναρρόφησης, που τοποθετείται μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα, από το διασταλμένο τραχηλικό στόμιο. Η διάμετρος του εισαγόμενου ρύγχους πρέπει να είναι μικρότερη κατά 1 χιλσμ. από εκείνης της διαστολής του τραχηλικού στομίου, ώστε να επιτυγχάνεται η δημιουργία κενού στην ενδομητρική

κοιλότητα (500 ως 660 χιλ. Hg) Η μέθοδος αυτής πρωτοεφαρμόστηκε πριν από μερικά χρόνια και αποσκοπεί στον περιορισμό των τραυματικών κακώσεων του ενδομητρίου, από την εκτέλεση της απόξεσής του με τα ξέστρα. Στις ημέρες μας η μέθοδος αυτή έχει κατακτήσει τη προτίμηση των μαιευτήρων σε όλα τα επιστημονικά κέντρα. Πρέπει όμως να σημειωθεί, ότι η απόξεση με αναρρόφηση όχι μόνο δεν στερείται επιπλοκών, αμέσων και απωτέρων, αλλά είναι επιβεβλημένο να συμπληρώνεται και με ένα έλεγχο της αποτελεσματικότητάς της, με το κλασικό ξέστρο του Bump.

Μετά το πέρας της T. E. επιβάλλεται ο έλεγχος του περιεχομένου της φιάλης κενού ώστε να βεβαιωθεί: α) η αναρρόφηση των παραγώγων της κύησης, β) η ύπαρξη ενδομήτριας κύησης και γ) η ανάγκη αποστολής του ενδομητρικού περιεχομένου για ιστολογική εξέταση, όταν υπάρχει υποψία για νόσο του τροφοβλαστικού ιστού.

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

Γ3 Η χρησιμοποίηση κολπικών υποθέτων με προσταγγανδίνη Fa δεν φαίνεται να έχει αποδώσει προς το παρόν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ παράλληλα φαίνεται να σχετίζεται με συχνές παρενέργειες.

Η δράση των προσταγλανδινών στηρίζεται στην ωχρινολυτική τους επίδραση, τη διέγερση του μυομητρίου (αύξηση του τόνου και σε δεύτερο χρόνο πρόκληση συστολών) και την ωρίμανση του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες που κατευθύνονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π. Ο. Υ. World Health Organization – W. H. O.) φαίνεται ότι τα συνθετικά παράγωγα των Προσταγλανδινών, από τον κόλπο παρουσιάζουν ποσοστό επιτυχίας με την έννοια της πρόκλησης T. E. που φτάνει τα 90 ως 100%. Μερικά από τα νεότερα σκευάσματα προσταγλανδινών, που βρίσκονται ακόμα στο στάδιο της δοκιμαστικής κλινικής

εφαρμογής, είναι το Sulprostone για ενδομυϊκή χρήση και το ONO – 802 για ενδομητρική εφαρμογή.

Γ4. Μέθοδος της Τεχνητής διακοπής της κύησης που εφαρμόζεται αδιάκριτα σε κήσεις πρώτου και δεύτερου τριμήνου: Εξωαμνιακή έγχυση Ριβανόλης (Ethacridine Lactate ή 6.9 – διαμινο – 2 – οξυαιθυλ – γαλακτικό άλας της ακριδίνης) 0,1%

Η φαρμακολογική δράση της Ριβανόλης στηρίζεται σε παρατηρήσεις, που εισυγούνται την τοπική απελευθέρωση προσταγλαδινών.

Η τεχνική της έγχυσης του φαρμάκου είναι πολύ απλή και δεν χρειάζεται διαστολή του τραχηλικού στομίου

Η έγχυση γίνεται με όλους τους κανόνες ασηψίας και τοπικής αντισηψίας και με τη χρησιμοποίηση ενός εύκαμπτου καθετήρα Nelaton, που τοποθετείται στην ενδομητρική κοιλότητα. Μετά την έγχυση του φαρμάκου κλείεται ο καθετήρας για να συγκρατηθεί η Ριβανόλη στη θέση της και τοποθετείται κολπικός επιπωματισμός (Tampon).

Για κήσεις του πρώτου τριμήνου ο συνδυασμό της παραπάνω έγχυσης με Ε. Φ. χορήγηση οξυτοκίνης, ύστερα από 20 ώρες και για χρονικό διάστημα 4 ωρών, αποδεικνύεται δραστικός σε ποσοστό 74,35%. Στις περιπτώσεις αυτές δεν απαιτείται παραπέρα διαστολή του τραχηλικού στομίου και συμπληρώνεται η διαδικασία της τεχνητής έκτρωσης μόνο με την εφαρμογή της αναρρόφησης του περιεχόμενου της ενδομητρικής κοιλότητας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις χρειάζεται απλά και μόνο η κατά 2 ως 3 χιλστμ. παραπέρα συμπλήρωση της διαστολής του τραχηλικού στομίου.

Για τις κήσεις του δεύτερου τριμήνου ακολουθείται η ίδια διαδικασία. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, η κύηση τερματίζεται την ημέρα της έγχυσης της οξυτοκίνης. Σε περίπτωση αποτυχίας η Ε. Φ. έγχυση οξυτοκίνης (που δίνεται σε διάλυμα 20 ως 30 Δ. Μ./500 κ. εκ. ορού και με ρυθμό χορήγηση 20 σταγόνες /1' λεπτό) επαναλαμβάνεται την επόμενη ημέρα. Στις λίγες περιπτώσεις αποτυχίας της νέας αυτής προσπάθειας για την πρόκληση της έκτρωσης, δίνονται οιστρογόνα για ευαισθητοποίηση του μυομητρίου και στη συνέχεια προταγλανδίνες ή εφαρμόζεται μία από τις παρακάτω περιγραφόμενες μεθόδους. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου αυτής κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, συνοψίζονται στα παρακάτω:

Σε ποσοστό 73,3% η κύηση τερματίζεται μέσα σε 29 ώρες και σε 21% μέσα σε 59 ώρες. Η αυτόματη ολική ή μερική έξοδος του κήματος αναφέρεται σε

ποσοστό 77%, ενώ η συμπλήρωση της διαστολής του τραχηλικού στομίου απαιτείται μόνο σε ποσοστό 11,5%.

Οι επιπλοκές από την εφαρμογή της μεθόδου είναι πολύ σπάνιες και περιορίζονται σε ελαφρό πόνο στο υπογάστριο, ναυτία και εμετούς.

Δ. Η τεχνητή διακοπή της κύησης μετά τη 12^η εβδομάδα από

PGE₂ και PGF₂₃ που τοποθετούνται στον κόλπο με τη μορφή των δισκίων ή της πηκτής. Με τις προσταγλανδίνες προκαλείται ωρίμανση και διαστολή του τραχήλου και τελικά εκβολή του κηήματος, αλλά μπορεί να χρειασθεί και πρόσθετη απόξεση για να απομακρυνθούν πλακουντικά υπολείμματα.

Συνιστάται η εξωαμνιακή χορήγηση προσταγλανδινών και στη συνέχεια ωκυτοκίνης ενδοφλεβίως, επειδή η αγωγή αυτή είναι απλούστερη στη χρήση και προκαλεί λιγότερες επιπλοκές. Για την εφαρμογή της αγωγής είναι απαραίτητη η προηγούμενη προετοιμασία της άρρωστης.

Η άρρωστη τοποθετείται σε θέση γυναικολογική, ο κόλπος καθορίζεται με Betadin και ο τράχηλος πιάνεται με μονοδοντωτή λαβίδα. Στη συνέχεια εισάγεται στην ενδομήτρια κοιλότητα καθετήρας Folley No 14. του οποίου το μπαλόνι πληρούται με 30-40 κ. εκ. αποστειρωμένου νερού.

Μετά την προετοιμασία αυτή, ακολουθεί η εισαγωγή στον εξωαμνικό χώρο του διαλύματος προσταγλαδίνης. Εισάγονται στην αρχή 5 mg PGF_{2α} (σε 4 κ εκ. διαλύματος) στον καθετήρα, για να γεμίσει ο αυλός του. Ακολουθεί η έγχυση του διαλύματος προσταγλαδίνης στον εξωαμνιακό χώρο σε δόση 3.5-4 κ. εκ./1' λεπτό. Η έγχυση διατηρείται μέχρις ότου ο τράχηλος γίνει αρκετά μαλακός για να καταστεί δυνατή η δράση της ωκυτοκίνης (6-8 ώρες). Η ωκυτοκίνη χορηγείται ενδοφλεβίως σε δοσολογία, που βαθμιαία αυξάνη στις 150 mU/ 1' λεπτό, μέχρι να επέλθει η έκτρωση. Η εκβολή του κηήματος αναμένεται σε 24 περίπου ώρες.

Μετά την εκβολή του κηήματος είναι συνήθως αναγκαία η απόξεση της κοιλότητας της μήτρας με γενική αναισθησία, αλλά χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή τραυματικών κακώσεων της μήτρας και φλεγμονής. Οι τραυματικές κακώσεις, όπως και η υπερβολική διαστολή του τραχήλου (πάνω από 12 χιλ.), μπορούν να οδηγήσουν σε ανεπάρκεια του τραχήλου και κατά συνέπεια σε αυτόματες διακοπές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Ως προς τη φλεγμονή, το κυριότερο αίτιο της είναι η ατελής εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας, που μπορεί να αντιμετωπισθεί με νέα απόξεση μετά προηγούμενη κάλυψη με αντιβιοτικά.

Η διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να ευαισθητοποιήσει τη μητέρα στον παράγοντα Rh, και συνεπώς είναι αναγκαία η χορήγηση ορού αντι-D (100 mg) σε όλες τις Rh αρνητικές γυναίκες.²

3.3 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Είναι πολλές οι γυναίκες εκείνες, που καταφεύγουν σε επικίνδυνους τρόπους και μέσα ώστε να προκαλέσουν την διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Η αμάθεια, η άγνοια, ο φόβος, η απόγνωση, είναι παράγοντες που οδηγούν μερικές φορές τις γυναίκες στο σημείο να καταφεύγουν σε ανεύθυνα άτομα, για να τις βοηθήσουν να απαλλαγούν από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή έκτρωση που γίνεται σε όχι οργανωμένο περιβάλλον, με εργαλεία που δεν έχουν αποστειρωθεί σωστά και χωρίς νάρκωση, μπορεί να καταλήξει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, σηψαιμία, και ακόμη ανακοπή και θάνατο.

Εφαρμόζονται από τις ίδιες τις γυναίκες μερικοί τρόποι, που άλλοτε δεν φέρνουν κανένα αποτέλεσμα και άλλοτε βάζουν σε κίνδυνο σοβαρό την ζωή της γυναίκας.¹⁰

Τρόποι και μέσα προκλήσεως αμβλώσεως.

1. Μυϊκή καταπόνηση ή βίαιες εξωτερικές μηχανικές επιδράσεις.
2. Εκτρωσιογόνα φάρμακα.
3. Χειρισμοί με εργαλεία επί της μήτρας.

Όλα αυτά αποβλέπουν ή στη θανάτωση του εμβρύου μέσα στη μήτρα, οπότε αυτό θ' αποβληθεί ή στη διέγερση της μήτρας και την πρόκληση συστολών, που θα εκδιώξουν το έμβρυο ή στην έξοδο του εμβρύου από τη μήτρα με χειρισμούς.

Μυϊκή καταπόνηση και γενική βία. Όταν η γυναίκα είναι υγιής, το γονιμοποιημένο ωάριο είναι σταθερά προσκολλημένο στο βλεννογόνο της μήτρας. Επομένως, τόσο η υπέρμετρη σωματική δραστηριότητα (κολύμπι, ιππασία, παιχνίδια κ. ά.), όσο και η εφαρμογή βίαιης μηχανικής επιδράσεως που επιφέρεται απ' ευθείας επί του σώματος της κυοφορούσης, είτε από την ίδια, είτε από άτομα του περιβάλλοντός της (λακτίσματα στην κοιλιά, γρονθοκοπήματα, πτώσεις επί του εδάφους κ. τ. τ.), παραμένουν χωρίς αποτέλεσμα. Αντί δε της επιθυμητής διακοπής της κύησης μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ενδοκοιλιακές ή ενδοθωρακικές κακώσεις, όπως ρήξη του ήπατος ή του σπληνός, κάταγμα των πλευρών ή της πυέλου κ. ά. με επακόλουθο την τραυματική καταπληξία ή την εσωτερική αιμορραγία.

Εκτρωσιογόνα φάρμακα. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως για την διακοπή της κύησης, υπάγονται σε δύο κατηγορίες.

α) **Εμμηναγωγά.** Αυτά είναι ουσίες που θεωρούνται ότι αυξάνουν την εμμηνορρυσία. Τέτοια φάρμακα είναι τα καθαρτικά (καστορέλαιο, θειική μαγνησία, αλόη κ. ά.), ορισμένα φυτικά δηλητήρια (απιόλη, φλυσκούνι, πήγανος, αθάνατο, αψιθιά κ. ά.) και μερικά ορμονικά σκευάσματα (οιστρογόνοι ορμόνες).

β) **Εκτρωτικά.** Η ομάδα των φαρμάκων αυτών έχει άμεση επίδραση επί του τοιχώματος της μήτρας και είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει άμβλωση. Τέτοια φάρμακα είναι τα βαρέα μέταλλα (μόλυβδος, υδράργυρος), η κινίνη, τα αλκαλοειδή της ερυσιβόδου ολύρας (εργοτίνη), η πιτουιτρίνη κ. ά.

Προφανής κίνδυνος από τη χρήση των φαρμάκων αυτών είναι η δηλητηρίαση, που μπορεί να προκληθεί με οποιοδήποτε από τα ανωτέρω φάρμακα. Εκτός όμως από τη δηλητηρίαση, η απιόλη μπορεί να προκαλέσει περιφερική νευρίτιδα, το φλυσκούνι σκληροαριική νέκρωση των νεφρών, η κινίνη βλάβες των εγκεφαλικών νεύρων με αποτέλεσμα κώφωση ή τύφλωση του θύματος, εάν τούτο επιζήσει.

Θα πρέπει συνεπώς να τονισθεί, πως εκτρωτικά φάρμακα δεν υπάρχουν. Στις περιπτώσεις όπου χρησιμοποιείται κάποια φαρμακευτική ουσία και πετυχαίνει την έκτρωση, έχει ήδη επέλθει φαρμακευτική δηλητηρίαση της γυναίκας που έλαβε το φάρμακο. Ένα δε από τα συμπτώματα της δηλητηρίασεως αυτής είναι και η αποβολή του εμβρύου, που νεκρώθηκε από το φάρμακο.

Χειρισμοί με εργαλεία επί της μήτρας.

Αντικειμενικός σκοπός όλων αυτών των χειρισμών είναι είτε η διαστολή του τραχήλου της μήτρας, είτε η διάτρηση του αμνιακού σάκκου με οποιοδήποτε όργανο, είτε η εισαγωγή υγρού κύματος εντός της μήτρας, με σκοπό να διαχωριστεί ο αμνιακός σάκκος από το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας και να αποβληθεί το κύημα. Η διαστολή του τραχήλου της μήτρας και η διάτρηση του αμνιακού σάκκου επιτυγχάνονται με τα παρακάτω μέσα:

1. Εργαλεία διαφόρων τύπων (μεταλλικά κηρία, ξέστρα ή λαβίδες συλλήψεως του ωού). Τα μέσα αυτά χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες άμβλωτές (γιατρούς ή μαίες). Αλλά και βελόνες του πλεξίματος, μακρά ψαλίδια, σύρματα κ. ά. χρησιμοποιούνται από την ίδια τη γυναίκα. Σε επιδέξια χέρια, τα μέσα αυτά μπορούν ν' αποβούν αποτελεσματικά και ασφαλή. Όταν όμως τέτοιου είδους χειρισμοί επιχειρούνται από την ίδια την έγκυο, είναι δυνατό να προκαλέσουν βαριές κακώσεις στο γεννητικό σύστημα

2. Εφαρμογή βύσματος λαμινάριας εντός του τραχήλου της μήτρας. Η λαμινάρια είναι κομμάτι ξύλου, προερχόμενο από το φλοιό ειδικού δέντρου.

Έχει την ιδιότητα να απορροφά την υγρασία με επακόλουθο τη διόγκωσή του. Έτσι διογκωμένο μέσα στον τράχηλο της μήτρας προκαλεί τη διαστολή του, ενώ παράλληλα επιφέρει συσπάσεις του μητρικού τοιχώματος, ικανές να εκδιώξουν το κύημα. Ο τρόπος αυτός της αμβλώσεως έχει πολλές φορές χρησιμοποιηθεί στη Μαιευτική από ειδικευμένα άτομα.

Κυριότερος κίνδυνος κατά την εφαρμογή της λαμινάριας είναι η αδυναμία αποστειρώσεως του ξύλου, ως και η πιθανότητα διατρήσεως των ιστών του γεννητικού συστήματος. Ο διαχωρισμός του αμνιακού σάκκου από το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας επιτυγχάνεται με ανδοκολπικό κλύσμα. Για αυτό χρησιμοποιείται ειδική σύριγγα, εξοπλισμένη με επιπρόσθετο μακρύ επιστόμιο, ικανή να εκτοξεύσει μέσα στον κόλπο υπό πίεση νερό που περιέχει διάλυμα σαπουνιού ή αντισηπτικού. Το επιστόμιο μπορεί να εισαχθεί και εντός του τραχήλου της μήτρας.

Αντικειμενικός σκοπός της μεθόδου αυτής είναι η κατεύθυνση υγρού κύματος μεταξύ πλακούντος και τοιχώματος της μήτρας, με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκολληθεί ο αμνιακός σάκκος από το μητρικό τοίχωμα και να αποβληθεί το έμβρυο.

Η μέθοδος χρησιμοποιείται αρκετά συχνά και είναι λογικά αποτελεσματική.

Ιδιαίτερος κίνδυνος κατά την εφαρμογή της είναι η παραγωγή εμβόλου από αέρα ή σαπουνιού που έχει συνήθως άμεσο θανατηφόρο αποτέλεσμα.

Παραλλαγή της μεθόδου αυτής αποτελεί και η εφαρμογή διαφόρων αλοιφών που περιέχονται σε συμπιεστά σωληνάρια, τα οποία φέρουν ειδικό ρύγχος, ώστε να μπορούν να εισαχθούν μέσα στον τράχηλο της μήτρας. Η μέθοδος συνίσταται στην ώθηση υπό πίεση ποσότητας αλοιφής κάτω από τον πλακούντα.

Μέγιστος κίνδυνος από τη μέθοδο αυτή είναι η λιπώδης εμβολή ή η υπερευαισθησία στα συστατικά της αλοιφής και κυρίως του ιωδίου.

Τον κυριότερο χειρισμό με εργαλεία επί της μήτρας αποτελεί αναμφισβήτητα η κένωση και η απόξεση της μήτρας. Η απόξεση είναι το μέσον στο οποίο καταφεύγουν οι γιατροί για τη διενέργεια της θεραπευτικής εκτρώσεως. Στο ίδιο όμως μέσο καταφεύγουν και οι επαγγελματίες γιατροί ή οι μαίες κατά την διενέργεια εγκληματικής εκτρώσεως. Η κένωση και απόξεση της μήτρας αποτελεί ιατρική επέμβαση, που διενεργείται σύμφωνα με τους κανόνες της εγχειρητικής και γυναικολογικής τέχνης.

Οι χειρισμοί όμως και τα χρησιμοποιούμενα μέσα είναι τα ίδια, είτε περί θεραπευτικής εκτρώσεως πρόκειται ή περί αμβλώσεως, είτε και περί απειλουμένης εκβολή.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

4.1 ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η άμβλωση δεν είναι μια επέμβαση είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και το θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας

Αναλυτικότερα οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης διακρίνονται σε:

1) ΜΟΛΥΝΣΗ

Οι μολύνσεις μετά την άμβλωση είναι πιθανές, αν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και είναι δυνατόν να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομήτρια) είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παραμητρίτιδα, σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα).

Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν είναι γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Όσο αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης αν πρόκειται για ελαφριά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα μπορεί να γίνει στο σπίτι, εάν όμως πρόκειται για σοβαρή μόλυνση, όπως σαλπινγίτιδα, περιτονίτιδα ή θεραπεία γίνεται στο νοσοκομείο.

Στην πρώτη περίπτωση αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα, αφαιρείται με τη μέθοδο της διαστολής και απόξεσης και αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά ενδοφλέβια πάντοτε

Στην βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης ή γκεταμισίν.

Τέλος θα πρέπει να επισημανθεί πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος η στειρότητα είναι αναπόφευκτη.¹²

2) ΤΡΑΥΜΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ Ή ΜΗΤΡΑΣ

1. Τραύμα τραχήλου ή μήτρας: Το πρόβλημα εμφανίζεται με τη μορφή διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου ή της μήτρας. Μπορεί να τραυματίσει τα εσωτερικά όργανα (έντερα) ή να προκαλέσει εσωτερική αιμορραγία. Γίνεται κυρίως από της βέργες που χρησιμοποιούνται για διαστολή. Αν το αντιληφθεί αμέσως ο γιατρός, αντιμετωπίζει την περίπτωση συντηρητικά. Τοποθετείται χαμηλά στην

κοιλιά πάγος, δίνονται αντιβιοτικά και χρειάζεται παρακολούθηση. Μετά 10 μέρες επαναλαμβάνεται η απόξεση. Αν όμως υπάρχει μεγάλη διάτρηση και αιμορραγία, επιβάλλεται εγχείρηση στην οποία ή ράβεται το τραύμα, ή μπορεί να γίνει αφαίρεση της μήτρας.

2. Ελλιπής έκτρωση: Τρεις ή τέσσερις φορές στις χίλιες (αμερικανική στατιστική) η έκτρωση δεν ολοκληρώνεται και μικρά τμήματα του εμβρύου παραμένουν στη μήτρα. Αυτό προκαλεί αιμορραγία και πόνο. Τότε πρέπει να επανέλθει η αναρρόφηση.¹³

3. Συνέχιση εγκυμοσύνης: Μια τέτοια επιπλοκή μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε άμβλωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας που βεβαιώνεται με γυναικολογική εξέταση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται: α) σε κύηση διδύμων β) σε εξωμήτρια κύηση γ) σε ανώμαλη μήτρα ιδιαιτέρως.

Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από τη μήτρα.¹⁴

4. Πόνος μετά την έκτρωση: Μετά από μια έκτρωση οι γυναίκες αισθάνονται δυσφορία και πόνο, όπως στην περίοδο. Αν συνεχίσει πολύ ισχυρός πόνος, πρέπει να ενημερώσουν το γιατρό που έκανε την επέμβαση.¹⁵

5. Μεγάλη αιμορραγία: Σε μερικές περιπτώσεις παρουσιάζεται πολύ μεγάλη αιμορραγία της μήτρας. Καμιά φορά χρειάζεται και μετάγγιση αίματος.

Άλλοτε, αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας και μαλάξεις αυτής.

6. Ενδομήτριος θρόμβος: Η εμφάνιση ενδομητρίου θρόμβου αίματος είναι πολύ συχνή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ο θρόμβος παρουσιάζεται αμέσως ή μετά από 5 μέρες και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους κράμπας. Η διάγνωση γίνεται με εξέταση της πυέλου και το καλύτερο φάρμακο είναι η μέθοδος της αναρρόφησης.¹⁴

7. Ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου: Από τη βίαιη διαστολή του ανοίγματος του τραχήλου ή από πολλές κι άτεχνες εκτρώσεις, το άνοιγμα του τραχήλου μπορεί να μείνει μεγαλύτερο του φυσιολογικού και σε περίπτωση επιθυμητής εγκυμοσύνης να μην κλείνει όπως θα έπρεπε, με συνέπεια το έμβρυο να πέφτει γύρω στον τέταρτο μήνα.

8. Θηλές και συμφύσεις: Αν το ξέστρο προχωρήσει πιο βαθιά από την επιφανειακή στιβάδα του ενδομητρίου, τότε σ' αυτό το σημείο θα γίνει ουλή κι αν αυτό συμβεί και στο απέναντι σημείο αυτά θα κολλήσουν και η κοιλότητα της μήτρας θα μικρύνει, οπότε το γονιμοποιημένο ωάριο δεν θα βρίσκει έδαφος να εγκατασταθεί και θα πέφτει. Μπορεί ακόμη αυτές οι συμφύσεις να φράξουν την είσοδο των σαλπίγγων. Αν γίνουν αυτά και προκληθεί στειρώση, πρέπει να γίνει νέα απόξεση ή να κοπούν οι συμφύσεις με ψαλίδι. Μετά τοποθετείται στη μήτρα μικρός πλαστικός σωλήνας (συνήθως σχήματος T.) επί 30 μέρες που εμποδίζει τις δύο επιφάνειες να έρθουν σε επαφή και να ξανακολλήσουν.¹³

9. Θάνατος: Ο κίνδυνος είναι μικρός. Εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό πάντα με το χρόνο της κύησης.

Η συνολική μητρική θνησιμότητα από τις τεχνητές εκτρώσεις υπολογίζεται περίπου σε 3.1 /100.000.

4.2 ΑΠΩΤΕΡΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Παρακάτω περιγράφονται οι απώτεροι κίνδυνοι των αμβλώσεων για την σωματική υγεία της γυναίκας που υποβάλλεται σε αυτήν.

1. Καρκίνος του μαστού

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

2. Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος.

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

που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

3. Διάτρηση της μήτρας

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

4. Ρήξη του τραχήλου

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

5. Προδρομικός πλακούς

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

6. Προβληματικά παιδιά στις επόμενες κυήσεις

Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη

ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κύσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με πρόβλημα.

7. Εξωμήτριος κύηση

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

8. Πυελική φλεγμονή

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

9. Ενδομητρίτις

Η Ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών.

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

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

11. Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες

Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών

επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

4.3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Είναι ανυπολόγιστες οι συνέπειες στην ψυχική υγεία της γυναίκας αλλά και του άνδρα. Ο κ. Κριαράς αναφέρει πολλά παραδείγματα (Νεαρός φοιτητής, που είχε ωθήσει σε έκτρωση μια συμφοιτήτριά του πάθαινε κρίση όταν έβλεπε παιδότοπους). Κατάθλιψη, ενοχές, διαταραχή ψυχικής υγείας, σύμπλεγμα παιδοκτονίας, εφιαλτικά όνειρα. Ο κ. Κασκαρέλης λέει ότι με μελέτες στην κλινική, έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχοσωματικές διαταραχές που δημιουργούνται από την τεχνητή έκτρωση, θεραπεύονται παρά πολύ δύσκολα σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες. Έτσι λένε οι ψυχίατροι. Γι' αυτό πίσω από μια ψυχοπάθεια οι γιατροί αναζητούν το γυναικολόγο και μία έκτρωση. Ο λαός που γνωρίζει τις συνέπειες αυτές, λέει «κάλιο δέκα γέννες παρά μια αποβολή» και εννοεί φυσικά την ακούσια σκεφτείτε τη γνώμη έχει για την εκούσια.

Ας προσπαθήσουμε να δούμε τις ψυχικές επιπτώσεις μιας άμβλωσης από την έρευνα της κ. Μαριέτας Ρήγα.

1. Η γυναίκα αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας.
2. Πρέπει να αποφασίσει να χάσει κάτι που έχει αγαπήσει σαν μέρος του σώματος της και αυτό της προκαλεί θλίψη.
3. Με την άμβλωση:

α) Γίνεται αφορμή η ίδια να αποχωριστεί η νέα ζωή (το έμβρυο) από αυτήν που θα το προστάτευε και θα το βοηθούσε στην ανάπτυξη και την ολοκλήρωση του

β) Αποχωρίζεται και η ίδια της άμβλωσης από την προστασία των ανθρώπων ή του ανθρώπου που εμπιστεύεται και βρίσκεται μόνη εμπρός σ' έναν άγνωστο γιατρό με στιγμιαία ανάπτυξη «εμπιστοσύνης» και που πάλι αν το δούμε σύμφωνα με το νόμο, ο γιατρός είναι ένας εγκληματίας.

4. Χάνει κάθε για διαφορετικούς λόγους κάτι που μπορεί να έχει αγαπήσει (το παιδί της) και σε πολλές περιπτώσεις η άμβλωση σημαίνει και το τέλος του ερωτικού της δεσμού (Η Μπωβουάρ λέει ότι δε συγχωρεί τον άνδρα γιατί εκείνος απαιτεί να απαρνηθεί η γυναίκα το θρίαμβο της θυληκότητά της. Η Οριάννα Φαλλάτσι γράφει ότι διέκοψε αμέσως το δεσμό της όταν ενώ του το ανακοινώνει γεμάτη χαρά της συνέστησε να το εκτρώσει).

5. Χάνει η γυναίκα την αυτοεκτίμησή της, γιατί ξέρει ότι:

- α) Καταστρέφει μια ζωή, έχει το αίσθημα ότι δεν πρέπει
- β) Έχει τη δύναμη να πάρει μια απόφαση αφού δεν αποφασίζει πάντα με τη θέληση της άμβλωσης.
- γ) Καταλαβαίνει την άγνοια της γύρω από την αντισύλληψη
- δ) Δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο των αξιών της οικογένειας της και της κοινωνίας
- ε) Ο φόβος και η αγωνία μπροστά στην «ταμπέλα» ότι είναι μία «εγκληματίας»

Κάθε έκτρωση συνοδεύεται από έντονη ανησυχία και άγχος για τη γυναίκα και διακατέχεται από συναισθήματα απογοητεύσεως.

Η απογοήτευση προέρχεται από την κατάληξη της ερωτικής σχέσεως από την αντιμετώπιση που έχει από τον ερωτικό τους σύντροφο για την καταστροφή του εμβρύου.

Την αντιμετώπιση του θέματος από το κοινωνικό σύνολο και τους κοινωνικούς θεσμούς, υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που χρησιμοποιούν την άμβλωση:

- α) Για την επιβεβαίωση της ταυτότητά της ως γυναίκα
- β) Επιδεικνύουν την ικανότητά τους να κάνουν παιδιά
- γ) Για να τραβούν την προσοχή του συντρόφου τους (και φροντίδα).¹⁸

Όπως λέει ο ψυχίατρος Μ. Μυλωνάκης ‘ Το προ-εγώ της παντρεμένης ή ανύπαντρης εγκύου αισθάνεται το φόβο της κοινωνικής κατακραυγής και της φτώχειας. Το προ-εγώ τοποθετείται το πρόβλημα σύμφωνα με τους νόμους του Θεού και των ανθρώπων. Η ώρα της έκτρωσης είναι η νίκη του ρεαλισμού. Αν όμως μια περιοχή δεν μπορεί να επιβάλλει τη νίκη της και στον ψυχισμό του ανθρώπου, εξακολουθεί η αμφιβολία για το λογικό ή το ηθικό της πράξης η γυναίκα δημιουργεί ιδέες ενοχής και μοιραία διαμορφώνουν αυτό που λέγεται άγχος’.¹⁹

Πριν κλείσουμε το κεφάλαιο αυτό θα δώσουμε σε δύο γυναίκες που έχουν οδυνηρή εμπειρία μιας εκτρώσεως. Λέγει η φοιτήτρια Ελένη κ. 20 ετών στη δημοσιογράφο Νταουντάκη. ‘Μ’ έβαλαν σ’ εκείνο το ίσιο κρεβάτι. Άσπρο σεντόνι, άσπρο ταβάνι, άσπρη μπλούζα του γιατρού. Φοβόμουν. Αισθανόμουν το τσίμπημα της βελόνας και έτσι καθώς ένιωθα να χάνομαι στο κενό σκέφτηκα πως τίποτα δεν με νοιάζει πια. Ξαναβρήκα τον εαυτό μου σε 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 που διαψεύδει τον κ. Ζακόπουλο (γιατί έχει ηθικούς ενδοιασμούς). Κλείνει με την αγωνία και τις τύψεις που νοιώθει μια γυναίκα όταν αναγκάζεται να δεινοπαθεί από το ανεπιθύμητο έμβρυο’.

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

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η παρέμβαση των φυσικών και ηθικών νόμων που γίνεται με την έκτρωση, δεν μένει ατιμώρητη (όπως διδάσκει η πείρα) αφού οι φυσικοί και ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. Εκτός όμως από την τιμωρία – συνέπειες της γυναίκας που αναφέρθηκαν, υπάρχουν και επιπτώσεις για την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.²⁰

4.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

Με την άμβλωση επέρχεται η 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 κατά την σύλληψη δεν είναι πια ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας, για διακοπή της κυήσεως εξαιτίας του ανεπιθύμητου δεν είναι ασφαλής.

Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατό να πάρει μια ευτελής αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει φοβερές ψυχολογικές συγκρούσεις στη μητέρα, λέει ο κ. Καββαδίας.

Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι.

Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση τη τεκνογονίας ως «κακία παραφύση». Η μέση 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 και ηθικό ένστικτο βαθιά ριζωμένο στην ψυχή. Έτσι η ψυχολογική κατάθλιψη καταστρέφει την οικογενειακή γαλήνη και δημιουργεί στη γυναίκα σοβαρές νευρικές διαταραχές όπως διαπιστώθηκε το 1929 σε συνέδριο ψυχιάτρων στην Ολλανδία.

Η διαταραχή του Οικογενειακού B I N γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν όταν θελήσουν να αποκτήσουν παιδί, αν ένας από τους δύο στραφεί στον εξωσυζυγικό δεσμό ή αν ένα από τα παιδιά τους πεθάνει οπότε μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτά που θα μπορούσαν να ζούν.

Η έλλειψη του εκτρωμένου παιδιού φαίνεται καθαρά στην περίπτωση που θα κρατήσουν έστω τυχαία σε κάποια ίσως προχωρημένη ηλικία και ομολογούν πόσο άσχημα θα ήταν αν το είχαν εκτρώσει, μια συζήτηση που συχνά ακούγεται μεταξύ των ζευγαριών.

Γενικά η έκτρωση είναι αντικοινωνική πράξη γιατί στρέφεται κατά του κοινωνικού κυττάρου, της οικογένειας.²¹

20 μέρους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

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

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

A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ο νοσηλευτής –τρια θα πρέπει πριν την χειρουργική επέμβαση:

- Να προετοιμάσουν ψυχολογικά την έγκυο (εφόσον αποφάσισε να κάνει άμβλωση).
- Να πάρουν την γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια της επέμβασης.
- Να κάνουν την γενική προεγχειρητική διαγνωστική μελέτη της εγκύου.
- Να κάνουν την ανάλογη προεγχειρητική ετοιμασία.²²

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.²³

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

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του ατόμου που θα χειρουργηθεί.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού.
- Η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του χειρουργημένου.²²

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

- Το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων, των περιεργων συσκευών και μηχανημάτων που βλέπει γύρω του κ. ά.
- Τη νάρκωση και τον πόνο.
- Τη σκέψη για μια πιθανή αναπηρία.
- Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους. Οι νοσηλευτές – τριες καλούνται να ανταποκριθούν στις παραπάνω περιπτώσεις και να συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, κατανόηση και ενδιαφέρον. Να ακούσουν περισσότερο και λιγότερο να μιλήσουν. Να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητά τους. Έτσι θα μειωθεί το άγχος και η ανησυχία. Θα εμπνεύσουν το αίσθημα της ασφάλειας και θα πετύχουν καλύτερης συνεργασίας.

ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

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

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

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

- Ηλικία της εγκύου
- Παχυσαρκία
- Θρέψη – υδατοπλεκτρική ισορροπία
- Πιθανόν φάρμακα που έχει λάβει.
- Ηλικία κύησης
- Γυναικολογικό ιστορικό
- Διαγνωστικές εξετάσεις
- Διδασκαλία του αρρώστου.²²

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

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

Σε ορισμένες περιπτώσεις όταν δηλαδή παρουσιάζονται μεγάλες επιπλοκές (π.χ. αιμορραγία) η έγκυος θα χρειαστεί αίμα. Για αυτό το λόγο γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωσης.²³

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

- Ετοιμασία δέρματος του εγχειρηκού πεδίου
- Ατομική υγιεινή
- Διατροφή
- Ανάπαυση – ύπνος

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

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

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

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

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

- Την ανακούφιση από τον πόνο

- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη περαιτέρω βλαβών
- Την βοήθεια της εγκύου να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων, το συντομότερο και να αποκτήσει της δυνάμεις της.²²

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΤΡΙΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι πλάι
2. Λήψη αμέσως, και σε συχνά χρονικά διαστήματα, των ζωτικών της σημείων
3. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της γυναίκας
4. Παρακολούθηση της περιοχής για τυχόν αιμορραγίες
5. Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης τόσο της διανοητικής όσο και την ψυχική κατάσταση της γυναίκας
6. Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.²³

1.2. ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Ιστορική ανασκόπηση: 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 Παγκόσμια Ιατρική 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, από την ώρα της σύλληψης», ότι «η υγεία και η ζωή των ασθενών μου θα είναι ο πρώτος μου στοχασμός», ότι «δεν θα επιτρέψω 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 απειλή 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 αγέννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμη της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη, που αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα, από την 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 τη 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 και διανοητικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας, περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας, πριν και μετά την γέννηση».

Η έκτρωση στην ελληνική νομοθεσία. Την παραπάνω διπλή, πριν και μετά τη γέννηση, νομική προστασία παρέχει και το Ελληνικό δίκαιο. Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννησή του, αλλά η προστασία του δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται. Στον τελευταίο στόχο αποβλέπουν οι κανόνες του Ποινικού Δικαίου, ενώ στη διασφάλιση των δικαιωμάτων του φυσικού προσώπου μετά τη γέννησή του αποβλέπει το Αστικό Δίκαιο.

Ως προς το πρώτο σκέλος του Ποινικού Δικαίου, ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας με το άρθρο 304 απαγόρευε μέχρι το 1978 την άμβλωση, με ελάχιστες εξαιρέσεις και η θέση αυτή εναρμονιζόταν σε σημαντικό βαθμό με το πνεύμα της διακήρυξης της Γενεύης. Η πρόωγη διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρεπόταν ή έμενε ατιμώρητη, με την προϋπόθεση ότι γινόταν από γιατρό, όταν: (1) μοναδικός σκοπός ήταν η αποτροπή κινδύνου ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της μητέρας και (2) η σύλληψη ήταν αποτέλεσμα βιασμού, κατάχρησης ανικάνου σε αντίσταση, αποπλάνησης κόρης μικρότερης των 15 ετών ή αιμομιξίας. Η ανάγκη της άμβλωσης, όταν ο κίνδυνος της υγείας δε μπορούσε να αποτραπεί με άλλο τρόπο, έπρεπε να βεβαιωθεί με γνωμάτευση και δεύτερου γιατρού.

Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με το νόμο 821/1978 και άλλες δύο, σύμφωνα με τις οποίες η άμβλωση επιτρέπεται: (1) μέχρι τη 12^η εβδομάδα, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας, και (2) μέχρι και την 20^ή εβδομάδα εφόσον με προγεννητικό έλεγχο έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου επαγόμενες τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Η σημερινή ποινική νομοθεσία, που είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν με το νόμο 1609/1986 στο άρθρο 304 του ποινικού κώδικα και στις προσθήκες του νόμου 821/1978, είναι πιο ελαστική. Ο νόμος 1609 δέχεται κατ' αρχήν (άρθρο 1, παράγραφος 1) ότι «η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας».

Με το άρθρο 2 του νέου νόμου η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη, όταν διενεργείται μέχρι τη 12^η εβδομάδα, «με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα». Μέχρι τις 19 εβδομάδες, η διακοπή επιτρέπεται όταν «η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί», ενώ επιτρέπεται μέχρι και στις 24 εβδομάδες, εάν «έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται στη γέννηση παθολογικού νεογνού». Η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται επίσης, εάν «υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της», που βεβαιώνεται εγγράφως από τον κατά περίπτωση αρμόδιο γιατρό. «Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

Είναι εμφανές 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, αλλά υφίσταται η προσοχή των γυναικολόγων στη ρύθμιση του ίδιου άρθρου, που προβλέπει ότι η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη μόνο όταν διενεργείται «με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα».

Με το άρθρο 3 του νόμου 1609/1986 η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη μόνον όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή και με τη συναίνεσή της από άλλο πρόσωπο. Στο άρθρο 3 χρησιμοποιείται ο όρος «ανεπίτρεπτη

διακοπή της εγκυμοσύνης» σε αντιδιαστολή με το άρθρο 2, στις περιπτώσεις του οποίου είναι επιτρεπτή η έκτρωση. Στην ανεπίτρεπτη διακοπή της εγκυμοσύνης (εδώ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή) οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες, εάν «προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου» ή «αν προκλήθηκε ο θάνατός της», καθώς και σε όποιον «χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της». Με την προσθήκη του άρθρου 304Α στον Ποινικό Κώδικα τιμωρείται επίσης «όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του».

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 στοχεύει στην προστασία του αγέννητου προσώπου (του εμβρύου), χωρίς κατά τον ίδιο χρόνο να παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει.²

1.3ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ – ΤΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

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

Ένα από τα πρόσωπα αυτά για λόγους ανεξάρτητους από τη θέλησή της – του Νοσηλεύτριας – της. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν τη διατήρηση στη ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει τη δυνατότητα να αποφασίσει, απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις. Αποκτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία, ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του θεού – μια και είναι ο

μόνος που έχει τη δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει τη ζωή από τα πλάσματά του – δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικού ορθότερου. Απαιτούν ακόμα λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα «χρηστότητα» και γνώση.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση τη δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί: «Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της νοσηλευτικής από ένα νοσηλευτή – 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 σοφία».

Πραγματικά η διανοητική ευφυΐα πολλές φορές αποδεικνύεται κατώτερης από την ευγυΐα της καρδιάς που γι' αυτή ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός Blaise 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 την καρδιά».

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

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

Μέσα από όλα αυτά τα διλήμματα υπάρχει η ομάδα του νοσηλευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η αμβλωση σημαίνει η παραβίαση του νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης, θεωρεί την αμβλωση ηθικό και πνευματικό 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 εμβρυακή κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί όπως οι άλλες φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο θεού προς τους ηθικούς φραγμούς, κάτι ανεπίτρεπτο και ανίερο. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων την συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

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

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

Σύμφωνα με τις θέσεις της, αμβλωση δε σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψη του. Εξάλλου δεν μπορεί ο νοσηλευτής – τρια να αρνηθεί την βοήθεια όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, από την στιγμή που οι αμβλώσεις νομικά επιτρέπονται. Άρνηση της εκτέλεσης εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει καταδίκη της πράξης αλλά και του ατόμου, απέναντι στις γυναίκες που έρχονται να υποστούν σε αμβλωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να προτιμούν τους κομπογιαννίτες του «επαγγέλματος» που αποδέχονται με υπερβολική προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

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

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

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

Αλλά το νοσηλευτικό δίλημμα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από τον αυστηρό και λιτό χώρο του χειρουργείου, ενός νοσηλευτικού ιδρύματος. Πέρα από τα όρια των ψυχικών και ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκειται προκειμένου να γίνει συνεργός στην πράξη της άμβλωσης.

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

Οι συνέπειες για τον νοσηλευτή – τρια που αποφασίζει να αρνηθεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από την συνειδησή του και τις ηθικές αρχές του, είναι βαρύτερες. Η απώλεια της εργασίας του – της, θέμα ζωτικής σημασίας για τον ίδιο – α και την οικογένειά του, η αναμενόμενη προστριβή του – της με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό, αλλά και η

αντιπαράθεσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας του – της έστω και αν πρόκειται για «φόνο» είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του – της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να αντεπεξέλθει ο νοσηλευτής – τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως το θέμα της συμμετοχής του – της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός ρυθμιστής στη λύση του ηθικού αυτού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή – τριας. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη Θεία Χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτή γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο θα πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα ώστε να μην φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνειδήσεως. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων.²⁴

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 22 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πάτρας «PION» στις 14/5/ 98. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων»

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 7 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να γνωρίζει ακόμη για την κύηση της χορηγήθηκαν δραστικά αντιβιοτικά σκευάσματα για την θεραπεία φλεγμονής στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 22 ετών

Επάγγελμα: Ιδιωτική Υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τόπος Γέννησης Πύργος

Τόπος: Κατοικίας Πάτρα

Έτος Γέννησης: 1976

Γραμματικές Γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,60

Βάρος: 55Kgr

Πίεση: 110mmHg

Σφίξεις: 80/min

Θερμοκρασία: 36,7 βαθμούς Κελσίου

Μετά την είσοδο της ασθενούς στη Μαιευτική Κλινική ορίστηκε να γίνουν μια σειρά από εξετάσεις: Γενική Αίματος, Ηλεκτροκαρδιογράφημα, RO Θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κύησης για την επομένη μέρα 15/5/98. Μετά την επέμβαση και εξαιτίας της παρουσίας ορισμένων προβλημάτων η ασθενής υποχρεώθηκε να παραμείνει στην κλινική έως τις 18/5/98. Πήρε εξιτήριο στις 18/5/98. Εδόθησαν οι απαραίτητες οδηγίες για συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής Augmentin 1x3 και Mitrodan 1x1 επί 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για

επανεξέταση μετά από 2 εβδομάδες. Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc 1x1 (προεγχειρητικά)

N/S 0,9% 1000 cc 1x1 (μετεγχειρητικά επί 22 ημερών)

L – R 1000 cc 1x1 (μετεγχειρητικά επί 22 ημερών)

Mandokef 1gr i. v 1x3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 4 ημερών)

Mitrodan i.v 1x1 (μετεγχειρητικά)

Apotel i.v 1x1 (κατόπιν ιατρικής οδηγίας - μετεγχειρητικά)

1 amp Zideron i.m (επί πόνου)

Primperan i.v 1x1 (κατόπιν ιατρικής οδηγίας - μετεγχειρητικά)

Primperan peros 10mgx3 (μετεγχειρητικά επί 22 ημερών)

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 30 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική στο Δορυφορικό τμήμα 409 του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 10/6/97. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά».

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση 7 εβδομάδων. Η ασθενής κάνοντας την καθιερωμένη εξέταση αίματος, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, μόλις πληροφορήθηκε την εγκυμοσύνη της, ανακάλυψε ότι έχει προσβληθεί από ερυθρά. Κατόπιν αυτού κρίθηκε αναγκαία η διακοπή κύησης.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 32 ετών

Επάγγελμα: Ι. Υ.

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Τόπος Γέννησης: Λάρισα

Τόπος Κατοικίας: Πάτρα

Έτος Γέννησης: 1969

Γραμματικές Γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος 1,70

Βάρος: 65 kgr

Θερμοκρασία: 36,8 c

Πίεση: 120mmHg

Σφύξεις: 800/min

Κατά την είσοδο της ασθενούς στη Μαιευτική Κλινική προγραμματίστηκαν οι ακόλουθες εξετάσεις: Γενική Αίματος, RO Θώρακος, Ηλεκτροκαρδιογράφημα, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Ορίστηκε διακοπή κύησης για την επόμενη 11/6/97.

Μετά την επέμβαση και εφόσον δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα η ασθενής πήρε εξιτήριο την επομένη ημέρα στις 12/6/97. Εδόθησαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες Ceclor 1x3 και Mitrodan 1x1 επί 8 ημέρες ορίστηκε να έρθει στο Νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc 1x1 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)
Mandokef 1gr i.v 1x3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 3 ημέρες)
Mitrodan 1x1 (μετεγχειρητικά)
Pethidine (0,05mg) i.m 1x2 (μετεγχειρητικά)
Zideron i.m 1x1 (επί πόνου)
Aprotel i.m 1x1 (επί πόνου)
Lasix i.m 1x1 (κατόπιν ιατρικής οδηγίας)

Κατά την παραμονή της στη Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε αυτό το σημείο ολοκληρώθηκε η εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας με θέμα «Αμβλώσεις – Επιπλοκές – Νοσηλευτική Παρέμβαση».

Αναμφισβήτητα μπορούμε να πούμε, ότι οι αμβλώσεις είναι ένα θέμα μείζων σημασίας, το οποίο έχει απασχολήσει πολλές γενεές και εξακολουθεί να είναι επίκαιρο και στις μέρες μας.

Τα διάφορα «μέσα» των αμβλώσεων μπορεί να άλλαξαν και οι επιπλοκές να μειώθηκαν σημαντικά, όμως τα ηθικά διλήμματα παραμένουν ίδια. Ηθικά διλήμματα τα οποία επηρεάζουν και τον Νοσηλευτή και κάνουν πιο δύσκολο το έργο του.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι αυτός που μπορεί να βοηθήσει εκατοντάδες χιλιάδες ζευγάρια στον κόσμο, να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ώστε να μην καταλήξουν στο «έγκλημα» αυτό που λέγεται άμβλωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νίκος. Α. Παπανικολάου – Αλέξη. Ν. Παπανικολάου - Γυναικολογία – 3^η έκδοση Επιστημ. Έκδοση 'Γρηγόρης Παρισιανός Αθήνα 1994
Γυναικολογία – Αχιλλέα. Π. Καλογερόπουλος UNIVERSITY STUDIO PRESS
2. Έκδοση Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών Θεσσαλονίκη 1996
Άτλας ανατομίας TREVOR WESTON MD MECGP Μετάφραση. Ανδρέας Σοκοδήμος Εκδόσεις 'Κισσός Ζ' Αθήνα 1992
3. Σημειώσεις συστηματικής ανατομικής Γεωρ. Μιχ. Πέτρου. Πάτρα 1993
4. Ανατομική Lippert Κείμενο και άτλας εκδόσεις 'Παρισινός' Αθήνα 1993
5. Σημειώσεις Ανατομικής, Κ^{ος} Ζήσης. Τ. Ε. Ι. Πάτρα
6. Υγεία – Οδηγός υγιεινή – Γκούμα – Κωτσιόπουλος Εκδόσεις 'Δομική Ο. Ε. Ελλάδα 1992
7. Μαιευτική 3^η έκδοση – Παπανικολάου Επιστ. Έκδοση 'Γρ. Παρισιανός' Αθήνα 1994
8. Βασική μαιευτική περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία Α' Μέρος Σ. Ε. Καρπάθιας Αθήνα 1984
9. Ο τοκετός είναι αγάπη. Γ' έκδοση Αλέκα Συκάκη – Δούκα «Εκυπώσες Σμυρνιώτης Αθήνα 1984
10. Εγχειρίδια Ιατροδοκαστικής Νικ. Ι. Μπερναδής Επιστ. Εκδόσεις «Παρισιανός Αθήνα 1985
11. Ο γλευασμός του σκόλου «ΛΥΔΙΑ» Θεσσαλονίκη 1991
12. Κίνημα για την απελευθέρωση των γυναικών «Αντισυλληπτικά Μέσα» Επίτομος έκδοση β' Εκδόσεις «Κίνημα για την Απελευθέρωση των γυναικών Αθήνα 1977
13. Ι. Δετοράκης «Οικογενειακός Προγραμματισμός: Αντισύλληψη Σεξουαλική Διαφώτιση Επίτομος Έκδοση 3^η Εκδόσεις Πατάκη Αθήνα 1988.
14. Τσάμη Χ. Σχοινιά Σ. κ α «Υπογεννητικότητα στην Ελλάδα» Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα 1995
15. Λέφα Βαρβάρα, Σημειώσεις Μαιευτικής Νοσηλευτικής Πάτρα Οκτώβριος 1999.
16. Λούρος Νίκ. «Προβλήματα Εκτρώσεων» Κοινωνική επιθεώρηση, Δεκέμβριος 1976 Τεύχος 9-12
17. Ρήγας Μ. «Εθνικός κίνδυνος το δημογραφικό πρόβλημα» «Απογευματινή» Αθήνα 1982.

18. Μυλωνάκης Μ. «Το δημογραφικό πρόβλημα» «Ακρόπολις» Αθήνα 1980
19. Δορκοφίκη Ειρήνη «Αμβλώσεις. Ο αφανισμός του γένους» έκδοση 1^η Εκδόσεις «Ελληνική Ευρωεκδοτική» Αθήνα 1985.
20. Δρετάκη Μ. Η Παλινδρόμηση δεν θεραπεύει μετανάστευση «Βήμα» Αθήνα 1981.
21. Κλινική Νοσηλευτική «Ελεύθερος και Αθάνατος» Αθήνα 1996 Έκδοση ΣΤ΄
22. Άννα Σαχίνη – Καρδάση – Μαρία Πάνου – Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική Τόμος 1^{ος} Αθήνα 1996 Εκδόσεις ΒΗΤΑ
23. Μαργαριτίδου Β. «Οικογενειακός Προγραμματισμός και αγωγή υγείας στην Κοινότητα» Πρακτική Α΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου αγωγής υγείας: η αγωγή υγείας στην κοινότητα 1-2 Νοεμβρίου Πάτρα 1991.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> Αγωνία – φόβο κατάθλιψη (Προεγχειρητικά) Εξαιτίας της άρνησής της να δεχθεί τη διακοπή της κυήσεως, γεγονός αντίθετο με τα πιστεύω της 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και της αγωνίας όλων των άλλων αρνητικών συναισθημάτων μέσα στο δυνατό λιγότερο χρονικό διάστημα 	<ul style="list-style-type: none"> Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια το φόβο της για την επέμβαση. Γνωριμία με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής. Το προηγούμενο βράδυ, χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια και να γίνει κατανοητό, τι ακριβώς φοβάται. Έτσι λοιπόν μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα θα πάνε καλά και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους της. Με τη γνωριμία της με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, ξεπέρασε ως ένα σημείο το άγχος και την αγωνία της. Δόθηκε στην ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία και εμετός από την αποδρομή της αναισθησίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή της ναυτίας και του εμετού και πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών μετά από λίγες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμετών (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή) • Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της συχνότητας των εμετών και των χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς • Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκε Primperan i.v 1x1 για την καταστολή των εμετών. Στη συνέχεια Sir Primperan (10 mg x3). • Αυξήθηκε η χορήγηση ορών Ringers 1.000ccx1 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά από λίγες ώρες η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφίστηκε από τους εμετούς. Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως μετά από τη χορήγηση του Primperan. • Έγινε διακοπή του Ringers στις 20/6/97 κατόπιν καταστολής των εμετών

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> Αιμορραγία πιθανόν από τραυματισμό της μήτρας 	<ul style="list-style-type: none"> Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωση της στα φυσικά επίπεδα μέσα σε λίγες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης, του ποσού και της οσμής Ακινησίας της ασθενούς Ετοιμασία όλων των απαραίτητων διαδικασιών για μετάγγιση αίματος, εάν χρειαστεί Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμασίας της ασθενούς Παρακολούθηση από τον ιατρό του αιματοκρίτη της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης, της ποσότητας και της οσμής του αίματος και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. Η ασθενής ακινητοποιήθηκε Πάρθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για μετάγγιση εάν χρειαστεί Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στα ενδύματα της ασθενούς Ο αιματοκρίτης δεν παρουσίασε σημαντική πτώση 	<p>Μετά από λίγες ώρες η αιμορραγία αποκαταστάθηκε σε φυσικά επίπεδα αναμενόμενα. Συστάθηκε στην ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να παραμείνει στο κρεβάτι για λίγες ώρες. Η μετάγγιση αποφεύχθηκε εφόσον η τιμή του αιματοκρίτη δεν μας άφησε υποψίες για επικίνδυνη αιμορραγία και η αιμορραγία αποκαταστάθηκε στη φυσική ροή.</p>

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Θερμοκρασία 38° C. Κυρίως ψυχογενετικής φύσεως • Πιθανή λοίμωξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μια ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη ζωτικών σημείων • Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων • Χορήγηση αντιπυρετικών • Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη • Συχνή αλλαγή λευχημάτων της ασθενούς • Χορήγηση υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο τα οποία αντικαθίστατο κάθε 20 λεπτά • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel 1 amp (IM) 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. • Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για λοίμωξη • Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων της ασθενούς • Χορηγήθηκε για την πρόληψη αφυδάτωσης ορός NIS 0,9% 1.000x1 	<ul style="list-style-type: none"> • Με το αντιπυρετικό AROTEL που δόθηκε στην ασθενή, καθώς και με τις άλλες νοσηλευτικές ενέργειες ο πυρετός σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη λοίμωξης • Έγινε διακοπή στις 20/6/97 κατόπιν σταθεροποίησης της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<p>Πόνος στην κοιλιακή χώρα λόγω των συσπάσεων του τοιχώματος της μήτρας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου για τις επόμενες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής • Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε 1 amp Apotel (IM) (1*1) στις μμ, κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zideron (IM) (1*1), στις 9μμ 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού Apotel ο πόνος υποχώρησε για μερικές ώρες αλλά επανήλθε. Έτσι χορηγήθηκε ένα δραστικότερο αναλγητικό ταχείας και παρατεταμένης δράσης το Zideron και ο πόνος άρχισε να υποχωρεί ώσπου εξαλείφθηκε εντελώς

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Αρτηριακή πίεση νευρογενούς φύσεως 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην επόμενη 1 ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης. • Χορήγηση αντιυπερτασικών. • Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. • Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσεως. • Για να αντιμετωπιστεί η πίεση χορηγήθηκε 1amp pethidine 1*1 (0,05mg) (M),κατά την ιατρική εντολή. • Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, εξασφαλίστηκαν περίοδοι ανάπαυσης και ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος. • Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικές με την πορεία της κατάστασής της και γενικά την συναισθηματική και ψυχική της διέγερση και ένταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την χορήγηση της pethidine η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα ώσπου σταθεροποιήθηκε τις επόμενες ώρες. Η pethidine δρώντας κυρίως στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ταχέως, προκάλεσε την πτώση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα και τελικά τη σταθεροποίησή της. Επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε και η έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών της ασθενούς καθώς και η έκδηλη αγάπη και προστασία από την νοσηλεύτρια.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
			<p>Έγινε προσπάθεια να καθυσυχαστεί η άρρωστη και να διαβεβαιωθεί ότι με την χορήγηση των αναλγητικών αλλά και με τις υπόλοιπες νοσηλ. ενέργειες που έγιναν ο πόνος θα μειωθεί εντελώς μετά από λίγες ώρες. Επίσης η παραμονή κοντά στην άρρωστη, για λίγο χρονικό διάστημα, την ώρα του παροξυσμού του πόνου, και η προσπάθεια να της αποσπαστεί η προσοχή με συζήτηση και παρότρυνση της ασθενούς να εξωτερικεύσει τα αισθήματά της.</p>	

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> Επίσχεση ούρων πιθανόν από μικροτραυματισμού της ουρήθρας 	<ul style="list-style-type: none"> Η κένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη 1 ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> Χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά απλά Φυσικά μέσα. Χορήγηση διουρητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Ανοίξαμε τη βρύση μέσα στην τουαλέτα να βλέπει το νερό που τρέχει. Ρίξαμε λίγο νερό στα έξω γεννητικά όργανα. Χορηγήθηκε 1amp Lasix (IM) 1*1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Πραγματοποιήθηκε κεθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Κατόπιν αποτυχίας όλων των φυσικών μέσων χορηγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1*1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Μετά από 1 ώρα και εφόσον δεν επιτεύχθηκε η κένωση της κύστης ενεργείται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε το πρωί της επομένης.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<ul style="list-style-type: none"> Κατάθλιψη εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής της κηήσεως (Πρωτότοκος) 	<ul style="list-style-type: none"> Κατά την αποχώρησή της από το νοσοκομείο η εξάλειψη ή η μείωση όλων των αρνητικών συναισθημάτων της 	<ul style="list-style-type: none"> Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια τα αρνητικά της συναισθήματα αναφορικά με την διακοπή της κηήσεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια τι ακριβώς φοβάται. Πείσθηκε λοιπόν ότι ήταν απλά ένα τυχαίο γεγονός χωρίς να έχει καμία επίπτωση στο μέλλον. Απαλλάχτηκε από τα συναισθήματα ενοχής αφού πείσθηκε ότι δεν ευθύνεται η ίδια. Ήταν κάτι πέρα από τη θέλησή της. 	<ul style="list-style-type: none"> Περιορισμός της κατάθλιψης. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης. Αισιόδοξη για το μέλλον.