

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΜΒΛΩΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΤΡΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΥ.

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

	Σελ.
Πρόλογος	4
Εισαγωγή	5
ΜΕΡΟΣ Α΄	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
1.1 Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	6
1.2 Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	12
1.3 Ορισμοί - Γονιμοποίηση –Εγκυμοσύνη	16
1.4 Διάγνωση εγκυμοσύνης	18
1.5 Ορισμός Άμβλωσης	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
2.1 Απόψεις σχετικά με την άμβλωση	22
2.1 α Χριστιανική Άποψη	24
2.1 β Ιατρική Άποψη	27
2.1 γ Νομική Άποψη	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	
3.1 Άμβλωση: Αιτιολογία – Κλινικά Χαρακτηριστικά	30
Διαφορική Διάγνωση – Είδη Άμβλωσης	
3.2 Τεχνική Χειρουργείου	39
3.3 Πως γίνονται οι αμβλώσεις	41
3.4 Επιπλοκές των αμβλώσεων	45
3.5 Κίνδυνοι της άμβλωσης για την σωματική υγεία	47
3.6 Επιπτώσεις της άμβλωσης για την ψυχική υγεία	52
3.7 Ψυχοπαθολογία πριν και μετά την άμβλωση	58
3.8 Παράγοντες που επηρεάζουν το ζευγάρι ή την γυναίκα στην λήψη απόφασης για άμβλωση.	61
3.8 α Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο	61
3.8 β Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου	63
3.8 γ Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την	

	Σελ
οικογενειακή ζωή της γυναίκας	64
3.9 Συνέπειες της άμβλωσης στην οικογένεια.	66
3.10 Συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο	67
ΜΕΡΟΣ Β΄	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	
4.1 Στατιστικά στοιχεία	69
4.2 Δικαιώματα – Αδικήματα των γυναικών	71
4.3 Εφηβική εγκυμοσύνη – Ενημέρωση	72
4.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό.	87
4.5 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη	94
ΜΕΡΟΣ Γ΄	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	
Κλινική Περίπτωση Α΄	102
Κλινική περίπτωση Β΄	109
Επίλογος	117
Βιβλιογραφία	118

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ: Ένα πρόβλημα της εποχής μας με τρομακτικές διαστάσεις σε προσωπικό αλλά και κοινωνικό επίπεδο.

Ένα πρόβλημα που συνεχώς εντείνεται και που αφορά κατά κυριότητα τους νέους.

Με την σχετική λοιπόν εμπειρία, μετά από τέσσερα περίπου χρόνια σπουδών και από το πέρασμά μου από διάφορες κλινικές θα προσπαθήσω να σας δώσω μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα στο πρόβλημα που λέγεται **ΑΜΒΛΩΣΗ**.

Θα ήθελα τέλος να αφιερώσω την εργασία αυτή σε όλα αυτά τα παιδιά που δεν πρόλαβαν να γνωρίσουν τον κόσμο από την ασυνειδησία των γονιών τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πίσω στο 1982 ένας γάλλος ερευνητής ο Dr. Etienne-Emile Baulieu στην προσπάθειά του να βρει ένα χάπι που λαμβάνοντας το στις αρχές του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης θα προκαλούσε αποβολή του κυήματος και δεν θα χρειαζόταν να γίνει χειρουργική επέμβαση, ανακάλυψε την mifepristone (RU-486). Οι ανάγκες που υπαγόρευαν μια τέτοια εφαρμογή ήταν ο έλεγχος της πληθυσμιακής έκρηξης στις χώρες κυρίως του τρίτου κόσμου όπου με την λήψη ενός χαπιού θα μπορούσαμε να σταματήσουμε όλες αυτές τις κυήσεις που βυθίζουν τους λαούς και τα παιδιά που γεννιούνται στη δυστυχία και την πείνα. Επίσης σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 80.000 γυναίκες – οι περισσότερες σε χώρες του τρίτου κόσμου – πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω ανεπαρκών συνθηκών κάτω από τις οποίες γίνονται οι διακοπές κυήσεως (οι περισσότερες από τις ίδιες τις γυναίκες) ενώ χιλιάδες άλλες μένουν με μόνιμες ή προσωρινές βλάβες.

Η ανακάλυψη αυτή έπαιρνε ευρύτερες διαστάσεις και η φαρμακευτική εταιρία Roussel – Uclaf, αγόρασε το φάρμακο αυτό και το 1988 πήρε την έγκριση και το κυκλοφόρησε στη Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία και Κίνα. Στις USA απέτυχε η προσπάθεια να εισαχθεί το 1993 και μετά από επιπλέον δοκιμές και έρευνες αναμένεται να εγκριθεί από το πανίσχυρο FDA μέσα στο 1998. Μέχρι στιγμής 250.000 γυναίκες σε όλο τον κόσμο έχουν δοκιμάσει αυτή την μη χειρουργική μέθοδο διακοπής της κυήσεως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Θα μπορούσαμε άραγε να πούμε ότι θα υποκαταστήσουμε με ασφάλεια τις χιλιάδες χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται κάθε χρόνο για διακοπή ανεπιθύμητων κυήσεων χορηγώντας αυτό το «θαυματουργό χάπι» και να μειώναμε έτσι τις αρνητικές επιπτώσεις από τις χειρουργικές επιπλοκές.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

1.1 ANATOMIA

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και σε εσωτερικά.

- Ποια τα εξωτερικά γεννητικά όργανα;

Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκει το αιδοίο, το οποίο αποτελείται από το όρος της Αφροδίτης ή εφηβαίο, τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους βαρθολίνειους αδένες και τον παρθενικό υμένα. Ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και με τον αριθμό των τοκετών, το αιδοίο παρουσιάζει διαφορετική εμφάνιση.

- Τι είναι το εφηβαίο;

Αποτελείται από ινολιπόδη ιστό. Όταν η γυναίκα φθάσει στην ήβη, το δέρμα που καλύπτει το εφηβαίο εμφανίζει τρίχωση που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου και έτσι ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άνδρα που φθάνει μέχρι τον ομφαλό.

- Τι είναι το μεγάλα χείλη;

Είναι δύο δερματικές πτυχές που ενώνονται προς τα εμπρός και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο.

Οι εξωτερικές επιφάνειές τους καλύπτονται από τρίχωμα και εντός των μεγάλων χειλέων υπάρχουν σμιγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες. Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν προς το όσχεο του άνδρα.

- Τι είναι τα μικρά χείλη;

Είναι, όπως και τα μεγάλα, δύο πολύ λεπτότερες δερματικές πτυχές και ενώνονται προς τα έξω με τα μεγάλα χείλη. Ενώνονται προς τα επάνω και σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας και προς τα κάτω το χαλινό της. Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν έχει τρίχωση. Περιέχει και αυτό σμιγματογόνους και λίγους ιδρωτοποιούς αδένες, δεν έχει λιπώδη ιστό αλλά στυτικό ιστό και πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία, γι' αυτό είναι εξαιρετικά ευαίσθητα.

- Τι είναι κλειτορίδα;

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί προς το πέος του άνδρα, αποτελείται από τη βάλανο, το σώμα και τα σκέλη και περιέχει πολυάριθμα αγγεία και στυτικό ιστό, γι' αυτό έχει την ικανότητα στύσεως.

- Τι είναι ο πρόδομος του κόλπου;

Είναι τριγωνική περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα στα μεγάλα χείλη και στο χαλινό των μικρών χειλέων. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα, ο κόλπος και οι Bartholinioi αδένες.

- Τι είναι οι βολβοί του προδόμου;

Έχουν το σχήμα αμυγδάλου και βρίσκονται στα δύο πλάγια του κόλπου. Αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής διογκώνονται και στενεύουν τον κόλπο.

- Τι είναι οι Bartholinioi αδένες;

Είναι δύο μικροί στρογγυλοί αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου και εκκρίνουν βλέννα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με σκοπό την ύγρανση και λίπανση του κόλπου.

- Τι είναι ο παρθενικός υμένας;

Είναι μια μεμβράνη από συνδετικό ιστό που στο κέντρο της φέρει μια οπή για να εξέρχεται το αίμα κατά τη διάρκεια της περιόδου. Το μέγεθος της οπής αυτής ποικίλλει από κεφαλή καρφίτσας μέχρι δύο δάκτυλα. Επίσης το σχήμα της είναι διαφορετικό, ανάλογα με το οποίο ο παρθενικός υμένας διακρίνεται σε μινοειδή, κροσσωτό, δακτυλιοειδή, δίθυρο, ηθμοειδή, καλυκοειδή. Καμιά φορά ο παρθενικός υμένας δεν έχει οπή και λέγεται άτρητος. Τότε υπάρχει αδυναμία

εξόδου του αίματος της περιόδου με αποτέλεσμα τον σχηματισμό αιματόκολπου και αιματόμητρας. Ο παρθενικός υμένας σχίζεται στην πρώτη συνουσία και καταστρέφεται εντελώς στον τοκετό. Τα υπολείμματά του λέγονται μύρτα.

- Ποια τα εσωτερικά γεννητικά όργανα;

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες²

- Τι είναι ο κόλπος;

Αποτελεί μυϊκό σωλήνα μήκους 8-10 εκ. περίπου, ο οποίος εκτείνεται μεταξύ του αιδοίου και της μήτρας και η φορά του είναι τέτοια ώστε να σχηματίζει ορθή γωνία με τη μήτρα. Καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και το σχήμα του είναι κυλινδρικό. Το ανώτερο τμήμα του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας κυκλικά και σχηματίζεται μια κυκλοτερής αύλακα η οποία λέγεται θόλος και διακρίνεται στον πρόσθιο, στον οπίσθιο, που είναι και βαθύτερος και στους δύο πλάγιους θόλους. Δεν περιέχει αδένες και το έκκριμά του προέρχεται από τραχηλικούς και τους βαρθολίνειους αδένες, καθώς και από διήθηση λέμφου από το κοιλιακό τοίχωμα.

Αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ινώδη, το μυϊκό και το βλεννογόνο. Ο βλεννογόνος αποτελείται από τρεις στιβάδες, την επιφανειακή, την ενδιάμεσο και τη βασική ή παραβασική³

- Ποια η λειτουργία του κόλπου;

Ο κόλπος είναι το όργανο της συνουσίας στη γυναίκα. Στον τοκετό συμμετέχει στο σχηματισμό του πυελογεννητικού σωλήνα, από τον οποίο εξέρχεται το έμβρυο. Το έκκριμά του είναι όξινο από τη διάσπαση του γλυκογόνου του κόλπου προς γαλακτικό οξύ. Η διάσπαση αυτή γίνεται από τα κολλοβακτηρίδια του Doderlein που κατοικούν φυσιολογικά στον κόλπο και αποτελούν τη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου.

- Τι είναι μήτρα;

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού, το μήκος της είναι 7,5 εκ. από τα οποία τα 5 αντιστοιχούν στο σώμα της μήτρας και τα 2,5 στον τράχηλο. Το πλάτος της είναι περίπου 5 εκ και το πάχος των τοιχωμάτων της περίπου 2 εκ το βάρος της είναι 40 γραμμάρια για την άτοκη και 70 για τη γεννημένη. Βρίσκεται μέσα στην πύελο, ανάμεσα στο ορθό και την ουροδόχο κύστη. Αποτελείται από 3 τμήματα το ανώτερο που είναι κυκλωτερές και λέγεται πυθμένας, το μέσο που είναι τριγωνικό και λέγεται σώμα και το κατώτερο που είναι κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος. Όριο ανάμεσα στο σώμα και τον τράχηλο είναι ο ισθμός.

Εσωτερικά η μήτρα παρουσιάζει τριγωνική κοιλότητα, η οποία καλείται μητρική κοιλότητα. Η θέση της μήτρας φυσιολογικά είναι σε πρόσθια κάμψη. Σπανιότερα δυνατόν να βρίσκεται σε ευθυωρία ή σε οπίσθια κάμψη.

Η μήτρα δεν στηρίζεται σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού, αλλά κατά κάποιο τρόπο αιωρείται μέσα στην πύελο, στηριζόμενη από τους συνδέσμους της.

- Ποιοι είναι οι σύνδεσμοι της Μήτρας;

1) **Οι στρογγύλοι.** Εκφύονται από τα κέρατα της μήτρας και δια μέσου του πλατέος συνδέσμου και του βουβωνικού πόρου καταφύονται στα μεγάλα χείλη του αιδoίου.

2) **Ο πλατύς σύνδεσμος.** Είναι πτυχή του περιτοναίου και εκφύεται από τα πλάγια τοιχώματα του σώματος της μήτρας, φέρεται προς τα πλάγια της πύελου και καταλήγει στο τοιχωτικό περιτόναιο. Ο χώρος που βρίσκεται μεταξύ των δύο πετάλων, λέγεται παραμήτριο. Όπως καλύπτει τη μήτρα ο πλατύς σύνδεσμος κάνει δύο κάμψεις. Μία προς τα εμπρός, η οποία λέγεται κυστεομητρική πτυχή και μία προς τα πίσω, η οποία λέγεται ορθομητρική πτυχή ή δουγλάσιος.

3) **Οι εγκάρσιοι σύνδεσμοι.** Εκφύονται από τα πλάγια τοιχώματα της πύελου. Έχουν μεγάλη σημασία για τη στήριξη της μήτρας.

4) **Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι.** Εκφύονται από την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας στο ύψος του ισθμού του τραχήλου και καταφύονται στο ιερό οστό.

- Πως είναι η κατασκευή της μήτρας;

1) **Ορογόνος.** Είναι το πέταλο του περιτοναίου που καλύπτει εξωτερικά τον πυθμένα και το σώμα της μήτρας.

2) **Μυϊκό τοίχωμα ή μυομήτριο.** Αποτελείται από τρεις στιβάδες, την εξωτερική με επιμήκεις μυϊκές ίνες, τη μέση με επιμήκεις, εγκάρσιες και λοξές μυϊκές ίνες που διαπλέκονται μεταξύ τους και από την εσωτερική με εγκάρσιες και κυκλοτερείς μυϊκές ίνες. Η όλη δομή του μυϊκού τοιχώματος της μήτρας έχει σκοπό τη διαστολή του τραχήλου κατά τον τοκετό, την εξώθηση του εμβρύου, τον έλεγχο της αιμορραγίας και τη σύσπαση της μήτρας μετά την έξοδο του πλακούντα.

3) **Το ενδομήτριο ή βλεννογόνο.** Αποτελείται από επιθήλιο με κροσσωτά κύτταρα, χόριο και αδένες, που εκκρίνουν βλεννώδες έκκριμα με γλυκογόνο. Η αγγείωση της μήτρας γίνεται από τη μητριάια αρτηρία που είναι κλάδος της έσω λαγονίου και νευρούται από κλάδους του ιερού πλέγματος. Η λειτουργία της αποσκοπεί στην υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου, στην ανάπτυξη του εμβρύου και στην έξοδό του.

- Τι είναι οι αγωγοί ή σάλπιγγες;

Αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες μήκους 12-14 εκ. που εκτείνονται από τα κέρατα της μήτρας μέχρι τις ωοθήκες και παρουσιάζουν 4 μοίρες.

α) την ενδοτοιχική

β) τον ισθμό

γ) την λύκηθο, είναι το επιπλέον διευρυσμένο τμήμα της σάλπιγγας και σ' αυτό γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου και

δ) τον κώδωνα, που αποτελείται από κροσσούς οι οποίοι είναι αυτοί που παραλαμβάνουν το ωάριο από την ωοθήκη μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Οι σάλπιγγες αποτελούνται από επιμήκεις και κυκλοτερείς μυϊκές ίνες και η λειτουργία τους είναι η παραλαβή του ωαρίου, η γονιμοποίησή του και η μεταφορά του εμβρύου πλέον στη μητρική κοιλότητα.

- Τι είναι οι ωοθήκες;

Είναι δύο, έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου και κρέμονται στα πλάγια της μήτρας από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου. Στη θέση τους αυτή στηρίζονται με δύο ακόμη συνδέσμους, τον μητρωθηκικό ή ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης και τον κρεμαστήρα. Οι ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας και αντιστοιχούν προς τους όρχεις του άνδρα.

Η ωοθήκη αποτελείται από δύο μείρες, την μυελώδη εσωτερικά και την φλοιώδη εξωτερικά, η οποία είναι και η σημαντικότερη γιατί σ' αυτήν αναπτύσσονται τα ωοθυλάκια.

Η λειτουργία των ωοθηκών είναι διπλή. Πρώτον παραγωγή ωαρίων για την αναπαραγωγή και δεύτερον έκκριση ορμονών (οιστρογόνα, προγεστερόνη) για τη ρύθμιση του κύκλου και των υπολοίπων γενετικών λειτουργιών της γυναίκας¹

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κάθε γυναίκα παρουσιάζει στη ζωή της πέντε μεγάλες περιόδους που εξαρτώνται από τη λειτουργία των γεννητικών της οργάνων.

Οι περίοδοι αυτές είναι: Η προγενετησιακή, η ήβη, η γενετησιακή, η κλιμακτήριος και η εμμηνόπαυση.

Η ρύθμιση των περιόδων αυτών γίνεται κυρίως από το ενδοκρινικό σύστημα της γυναίκας σε άρρηκτο συνδυασμό με το νευρικό σύστημα. Κύριος ρυθμιστής της όλης ενδοκρινικής λειτουργίας είναι ο υποθάλαμος και η υπόφυση.

- Τι κάνει ο υποθάλαμος;

Από τον υποθάλαμο εκκρίνεται μια ορμόνη η GnRH (εκλυτικός παράγων των γοναδοτροπινών), η οποία φθάνει στην υπόφυση και τη διεγείρει για την παραγωγή ορμονών.

- Τι κάνει η υπόφυση;

Η υπόφυση πέραν των άλλων ορμονών που παράγει για τη ρύθμιση άλλων συστημάτων του ανθρωπίνου οργανισμού, παράγει τις εξής ορμόνες του γεννητικού συστήματος της γυναίκας:

α) την FSH ή θυλακιοτρόπο, η οποία δρα στην ωοθήκη και ωριμάζει τα ωοθυλάκια.

β) την LH ή ωχρινοτρόπο, η οποία δρα στην ωοθήκη και συντελεί στην ωοθυλακιόρρηξία και τον σχηματισμό του ωχρού σωματίου και

γ) την προλακτίνη, η οποία δρα στο μαζικό αδένα (στήθος) και ρυθμίζει την παραγωγή και την έκκριση του γάλακτος.

Ο άξονας λοιπόν που ρυθμίζει την ενδοκρινική λειτουργία της γυναίκας, την ωοθυλακιόρρηξία και την εμφάνιση της περιόδου είναι :

υποθάλαμος → υπόφυση → ωοθήκες → μήτρα

- Τι γίνεται στη προγενετησιακή περίοδο και ήβη;

Στην προγενετησιακή περίοδο η έκκριση των γοναδοτροπινών (FSH, LH) είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται λειτουργία των ωοθηκών. Με την εμφάνιση όμως της ήβης αρχίζει να αυξάνεται η έκκριση της

θυλακιοτρόπου (FSH) η οποία δρα στις ωθήκες και προκαλεί την ωρίμανση ωοθυλακίων τα οποία με τη σειρά τους παράγουν οιστρογόνα τα οποία θα δώσουν το έναυσμα για τη μεταμόρφωση του κοριτσιού σε γυναίκα.

- Πως γίνεται η ωρίμανση ωοθυλακίου:

Ήδη από την εμβρυϊκή ζωή της γυναίκας υπάρχουν τα ωοθυλάκια που βρίσκονται στη φλοιώδη μοίρα της ωθήκης. Ανέρχονται περίπου σε 150.000 για κάθε ωθήκη. Αρχικώς είναι ανώριμα και με την επίδραση της FSH ωριμάζουν και περιέχουν ένα ωάριο και ωοθυλακικό υγρό. Το ώριμο ωοθυλάκιο λέγεται και γραφιανό. Σε κάθε κύκλο της γυναίκας ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο. Έτσι στα 30 χρόνια περίπου της γενετησιακής περιόδου της γυναίκας από τα 150.000 ανώριμα ωοθυλάκια της κάθε ωθήκης, μόνο 400-500 θα ωριμάσουν και θα σπάσουν.

- Πως γίνεται η ενήβωση-εμμηναρχή;

Με την επίδραση των οιστρογόνων αρχίζει η εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου. Έτσι παρατηρείται ανάπτυξη τριχώματος στο εφηβαίο και τις μασχάλες, εναπόθεση λίπους στο εφηβαίο, τα ισχία και τους ώμους, ανάπτυξη των μαστών και διεύρυνση του πυέλου. Το σπουδαιότερο όμως χαρακτηριστικό της ήβης είναι η εμφάνιση της περιόδου που για τα ελληνικά δεδομένα, κυμαίνεται χρονικά, μεταξύ 10ου και 14^{ου} έτους. Η εμμηναρχή είναι συνδεδεμένη με μια βαθιά ψυχική αναστάτωση και ευαισθησία του κοριτσιού, που βλέπει τον εαυτό του να γίνεται γυναίκα.

- Τι γίνεται στην γενετησιακή περίοδο;

Χαρακτηρίζεται από την πλήρη ανάπτυξη και λειτουργία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, την κυκλική ανά μήνα ωοθυλακιορρηξία και εμμηνορυσία. Η ωοθυλακιορρηξία συνίσταται στη ρήξη του ώριμου ωοθυλακίου με την δράση της LH (ωχρινοτρόπου ορμόνης) και την απελευθέρωση του ωαρίου το οποίο παραλαμβάνεται από τη σάλπιγγα. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου, πάντα με την δράση της LH, τα υπολείμματα του ωοθυλακίου μετατρέπονται σε ένα νέο σχηματισμό που λέγεται ωχρό σωματίο και το οποίο παράγει την άλλη ορμόνη της γυναίκας, την προγεστερόνη. Το ωχρό σωματίο είναι αυτό που αναλαμβάνει να θρέψει το γονιμοποιημένο ωάριο τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του, μέχρι να

σχηματισθεί ο πλακούντας. Σε περίπτωση που δεν γίνει γονιμοποίηση του ωαρίου, το ωχρό σωματίο μετά από 14 μέρες καταστρέφεται για να ξεκινήσει ένα καινούργιο ωοθυλάκιο να ωριμάζει για τον επόμενο κύκλο₂

- Τι είναι ο κύκλος;

Είναι το διάστημα από την αρχή της μιας εμμηνορυσίας μέχρι την εμφάνιση της επομένης. Χωρίζεται σε δύο φάσεις, την πρώτη ή παραγωγική και τη δεύτερη ή εκκριτική. Όριο διαχωρισμού των δύο φάσεων είναι η ωοθυλακιόρρηξια, η οποία γίνεται στο μέσον του κύκλου περίπου την 14^η ημέρα.

- Τι γίνεται στη παραγωγική φάση;

Αρχίζει με την έναρξη της εμμηνορυσίας και διαρκεί 14 ημέρες. Στη φάση αυτή γίνεται ανάπλαση-πάχυνση του ενδομητρίου. Χαρακτηριστικό γνώρισμα στη φάση αυτή είναι η αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων.

- Τι γίνεται στην εκκριτική φάση;

Αρχίζει μετά την ωοθυλακιόρρηξια και τελειώνει με την εμφάνιση της επόμενης περιόδου. Χαρακτηριστικό γνώρισμα η αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης.

- Που αλλού δρουν οι ορμονικές μεταβολές;

Οι ορμονικές μεταβολές στον κύκλο της γυναίκας, εκτός από το ενδομήτριο, επιδρούν και σε άλλα όργανα, όπως στους μαστούς που διογκώνονται και στο κολπικό επιθήλιο, τα κύτταρα του οποίου αλλάζουν μορφή ανάλογα με την ορμονική επίδραση και επομένως με τη φάση του κύκλου. Επίσης οι ορμονικές μεταβολές δρουν στο νευροφυτικό σύστημα της γυναίκας, με αποτέλεσμα την αλλαγή του τόνου του νευροφυτικού συστήματός της, γι' αυτό και οι γυναίκες είναι νευροψυχικά πιο ασταθείς από τους άνδρες.

- Πως επέρχεται η εμμηνορυσία;

Εφ' όσον δε γίνει η γονιμοποίηση, με τη δράση της προγεστερόνης επέρχεται ατροφία και απόπτωση του ενδομητρίου υπό την μορφή αιμορραγίας, που είναι η περίοδος. Αυτή διαρκεί 2-5 μέρες και αποβάλλονται περίπου 50-60 κ.

εκ. εκκρίματος που περιέχει κυρίως αίμα αλλά και βλέννη, τμήματα αδενών, γλυκογόνο και άλλα στοιχεία της καταστραφείσας στιβάδας του ενδομητρίου που οικοδόμησε η φύση για την υποδοχή της νέας ζωής. Επομένως η εμφάνιση της εμμηνορυσίας είναι η αποτυχία της προσπάθειας της φύσης για αναπαραγωγής.

- Πως γίνεται η διάγνωση ωοθυλακιορρηξίας;

Η διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας σκοπό έχει την ανεύρεση της γόνιμης ημέρας του κύκλου, γίνεται δε με τις εξής μεθόδους;

1) **Θερμομετρικό διάγραμμα.** Συνίσταται στην καθημερινή θερμομέτρηση της γυναίκας και καταγραφή της θερμοκρασίας της. Η άνοδος της θερμοκρασίας κατά 6-7 δέκατα σημαίνει ωοθυλακιορρηξία, διότι η προγεστερόνη που εκκρίνεται αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία δρα στο θερμορυθμιστικό κέντρο του οργανισμού και ανεβάζει τη θερμοκρασία. Η θερμομέτρηση πρέπει να γίνεται κάθε πρωί, προ της εγέρσεως από το κρεβάτι με το ίδιο πάντα θερμόμετρο και από το ίδιο σημείο θερμομέτρησης (κυρίως στόμα ή πρωκτό). Σαν μέθοδος δεν είναι πολύ αξιόπιστη διότι επηρεάζεται από τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις που προκαλούν πυρετό.

2) **Κολπικό επίχρισμα.** Στηρίζεται στη μορφή των κυττάρων του κόλπου, τα οποία αλλάζουν ανάλογα με τη φάση του κύκλου. Σαν μέθοδος δεν εφαρμόζεται πλέον σήμερα.

3) **Έλεγχος τραχηλικής βλέννης.**

4) **Βιοψία ενδρομητρίου (NOVAK).** Είναι αξιόπιστη αλλά δυσεφάρμοστη για μηνιαία παρακολούθηση ωοθυλακιορρηξίας.

5) **Ορμονικοί προσδιορισμοί.** Προσδιορισμός οιστραδιόλης αίματος.

6) **Υπερηχογράφημα.** Είναι η πλέον αξιόπιστη, εφαρμόσιμη, εύκολη, και ακίνδυνη μέθοδος παρακολούθησης και προσδιορισμού ωοθυλακιορρηξίας. Με τους υπερήχους γίνεται καταμέτρηση του αριθμού και του μεγέθους των ωοθυλακίων. Ένα ώριμο ωοθυλάκιο έχει διάμετρο 20-22 mm.

- Τι γίνεται στη κλιμακτήριο;

Είναι η μεταβατική περίοδος από την γενετησιακή στην εμμηνόπαυση. Η λειτουργία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας ελαττώνεται προοδευτικά και οι ωοθήκες δεν αντιδρούν στις ορμόνες που εκκρίνει η υπόφυση. Ωοθυλακιορρηξία

δεν γίνεται τακτικά. Επέρχεται ορμονική αναταραχή η οποία εκδηλώνεται με νευροψυχικές διαταραχές στη γυναίκα όπως νευρικότητα, υπέρταση, κεφαλαλγίες, εφιδρώσεις, εξάψεις κ.λ.π.

Η ηλικία της γυναίκας κατά την οποία αρχίζει η κλιμακτήριος ποικίλλει από τα 45-55 και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες π.χ. κληρονομικότητα, κλιματολογικές συνθήκες κ.λ.π.

- Τι γίνεται στην εμμηνόπαυση;

Η έκκριση όλων των γεννητικών ορμονών υποστρέφει, το γεννητικό σύστημα ατροφεί, το δέρμα παρουσιάζει ρυτίδες, υπερτρίχωση και οστεοπόρωση. Συνήθως όλα ηρεμούν και το γήρας πλησιάζει⁵.

1.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Γονιμοποίηση είναι η συνένωση των δύο γεννητικών κυττάρων, δηλαδή του ωαρίου που προέρχεται από τη γυναίκα και του σπερματοζωαρίου που προέρχεται από τον άνδρα. Απαραίτητη προϋπόθεση της γονιμοποίησης είναι η συνουσία. Κατά την εκσπερμάτωση το σπέρμα εναποτίθεται στον οπίσθιο θόλο. Εκεί προσκολλάται στην τραχηλική βλέννα και μέσω αυτής και με τη δική του κίνηση προωθείται προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες όπου συναντά το ωάριο. Ενίοτε όταν η εκσπερμάτωση γίνει στα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, τα σπερματοζωάρια ακολουθούν τον ίδιο δρόμο προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες. Η συνάντηση του σπερματοζωαρίου που ανεβαίνει με την κίνηση της ουράς του και του ωαρίου που προωθείται με τις περισταλτικές κινήσεις γίνεται στη λήκυθο. Ένα μόνο από τα 50-200 εκατομμύρια σπερματοζωάρια που συνωθούνται γύρω από το ωάριο καταφέρει τελικά να το γονιμοποιήσει. Κατά τη γονιμοποίηση εισέρχεται μέσα στο πρωτόπλασμα του ωαρίου το κεφάλι μόνο του σπερματοζωαρίου (το σώμα και η ουρά καταστρέφονται) και ο πυρήνας του ενώνεται με τον πυρήνα του ωαρίου και έτσι αποκαθίσταται ο αριθμός των χρωματοσωμάτων, όπως σε όλα τα άλλα κύτταρα. Το γονιμοποιημένο αυτό ωάριο λέγεται ζυγώτης².

ΚΥΗΣΗ

- Τι είναι κύηση;

Είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κυοφορία ή εγκυμοσύνη.

- Πως μπορούμε να τη διαγνώσουμε;

Η διάγνωση της κύησης μπορεί να γίνει κλινικά και εργαστηριακά. Η κλινική διάγνωση μπορεί να γίνει από το ιστορικό, την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση.

- Ποια τα συμπτώματα της αρχόμενης κύησης;

1) Καθυστέρηση εμφάνισης εμμήνου ρύσεως.

2) Ναυτία, εμετοί, διαστροφή της όρεξης. Συνήθως η ναυτία και οι εμετοί είναι πρωινό σύμπτωμα. Η διαστροφή της όρεξης είναι η αποστροφή της εγκύου προς ορισμένα φαγητά τα οποία προηγουμένως επιθυμούσε ή και αντίστροφα. Δυνατόν η αποστροφή να αφορά και οσμές π.χ. κάπνισμα, αρώματα κ.λ.π.

Τα συμπτώματα αυτά αρχίζουν αμέσως με την καθυστέρηση της περιόδου και τις περισσότερες φορές εξαφανίζονται αυτόματα μετά τον τρίτο μήνα. Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της γυναίκας.

3) Σιελόρροια.

4) Συχνουρία. Προέρχεται συνήθως από την πίεση της μήτρας πάνω στην ουροδόχο κύστη.

5) Διόγκωση των μαστών.

6) Μαστική έκκριση. Συνήθως μετά τον 4^ο μήνα εμφανίζεται έκκριση διαυγούς υγρού από τους μαστούς.

1.4 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΑΝΟΣΟΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Οι δοκιμασίες αυτές βασίζονται στο γεγονός ότι, 14 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, το χόριο της βλαστοκύστης εκκρίνει χοριακή γονοδροτροπίνη (HCG). Η εκκριτική της αιχμή (peak) παρατηρείται τη 10η – 12^η εβδομάδα και αποβάλλεται από τα ούρα της μητέρας. Ένας αντιορός για την HCG (ορός που περιέχει αντι-χοριακογοναδοτροπινικά αντισώματα) θα ανιχνεύσει την παρουσία της ορμόνης στα ούρα, αλλά είναι απαραίτητο η αντίδραση να γίνει ορατή. Συνήθως χρησιμοποιούνται ερυθρά αιμοσφαίρια επικαλυμμένα (φορτισμένα) με HCG. Ο αντιορός και τα ούρα προσθέτονται στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Αν τα ούρα περιέχουν την HCG, ο αντιορός αδρανοποιείται και τα ερυθρά αιμοσφαίρια καθιζάνουν (θετικό test). Αν δεν υπάρχει HCG στα ούρα, τότε παρατηρείται ένα διάχυτο ίζημα που οφείλεται στην αντίδραση μεταξύ αντιορού και επικαλυμμένων κυττάρων (αρνητικό test). Θετικό αποτέλεσμα μπορεί να παρατηρηθεί 8-9 ημέρες μετά την αναμενόμενη εμμηνορρυσία.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΒΗΤΑ – HCG

Η ανίχνευση της β-HCG με ραδιοανοσοδοκιμασία μπορεί να γίνει στα ούρα ή στο πλάσμα. Η μέθοδος αυτή είναι πολύ ευαίσθητη και επιτρέπει την πρώιμη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Επίσης μπορεί να είναι ειδικά χρήσιμη σε περίπτωση που υπάρχει υποψία έκτοπης εγκυμοσύνης.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Ο εμβρυϊκός σάκος ανιχνεύεται την 5^η –6^η εβδομάδα από την T.E.P. και η καρδιακή λειτουργία από την 7^η εβδομάδα.

ΑΝΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Σήμερα η διάγνωση της εγκυμοσύνης δε γίνεται με ακτινολογικό έλεγχο. Αυτός εκτελείται σπάνια και μόνο σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, ειδικά όταν υπάρχει υποψία πολύδυμης εγκυμοσύνης.

1.5 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Τι είναι άμβλωση;

Είναι μια χειρουργική επέμβαση που δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, γιατί δεν προλαμβάνει την σύλληψη, αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κυήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα. Απαραίτητος είναι ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και η αναισθησιολογική εξέταση πριν από την επέμβαση. Γι' αυτήν, η οποία είναι ολιγόλεπτης διάρκειας απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός και πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα από γυναικολόγο.

Θα ήταν πάρα πολύ δύσκολο μιλώντας κανείς για τις εκτρώσεις στην εφηβεία να αναφερθεί σε ποσοστά. Εντούτοις ενδεικτικά για τον ελλαδικό χώρο, οι εκτρώσεις για κορίτσια 14-19, το 1975 έφτασαν στο 28,8% ενώ το 1989 ήταν μεγαλύτερο του 35%.

Είναι όμως επικίνδυνη η έκτρωση;

Σ' αυτό το ερώτημα απαντούν οι παγκόσμιες ανακοινώσεις που αναφέρουν ποσοστό θανάτου που δεν υπερβαίνει το 2 στις εκατό χιλιάδες γυναίκες.

Οι επιπλοκές από την επέμβαση διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες:

A) Στις άμεσες επιπλοκές η διάτρηση της μήτρας και η προκαλούμενη αιμορραγία, μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε ολική υστερεκτομία.

B) Κακώσεις κατά την ώρα της επέμβασης.

Γ) Επιγενόμενες φλεγμονές που πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής και θεραπευτικής αντιμετώπισης για την αποτροπή των δυσμενέστερων επιπλοκών, όπως ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα, πυελίτιδα και ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.

Στην εφηβική ηλικία οι κίνδυνοι αυτοί παρουσιάζονται αυξημένοι, γιατί η έκτρωση γίνεται κρυφά και βιαστικά για να μην το μάθουν οι γονείς. Γι' αυτό πρέπει να ενημερώνουμε την έφηβο για τα εξής:

A) Σε κάθε καθυστέρηση της περιόδου να πηγαίνει έγκαιρα στο γυναικολόγο ή στα Κέντρα Εφηβικής Γυναικολογίας και Οικογενειακού Προγραμματισμού.

B) Να μη συμβουλευέται φίλους ή φίλες για το πρόβλημά της, αλλά μόνο υπεύθυνα Ιατρικά Κέντρα ή το γυναικολόγο.

Γ) Να απευθύνεται στις Κοινωνικές Υπηρεσίες όπου υπεύθυνα κοινωνική λειτουργός τις συμβουλεύει ανάλογα.

Δ) Αν το κορίτσι βρίσκεται ψυχολογικά κοντά στην μητέρα του, καλό είναι να τη συμβουλευέται και να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα μαζί.

Ε) Να αποφεύγει τη λήψη κάποιου φαρμάκου χωρίς τη συμβουλή του γιατρού.

Εδώ είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι τα παραπάνω ιατρικά κέντρα και οι κοινωνικές υπηρεσίες διατηρούν κάθε πληροφορία μυστική, γι' αυτό και η προσέλευση των εφήβων σ' αυτά πρέπει να γίνεται χωρίς κανένα δισταγμό.

Υπάρχουν κοινωνικές προεκτάσεις;

Αν τόσα αντικρουόμενα συναισθήματα εγείρονται στο μυαλό μίας γυναίκας προκειμένου ν' αποφασίσει αν θα κρατήσει το παιδί ή όχι, φανταστείτε τι κοινωνικές προεκτάσεις μπορεί να έχει ένα τόσο διαφορούμενο ζήτημα, σαν αυτό της άμβλωσης; Το ερώτημα κλασσικό: είστε υπέρ ή κατά; Η απάντηση μονότονη: ναι, υπό προϋποθέσεις, όχι, υπό προϋποθέσεις. Το αποτέλεσμα μηδενικό. Οι πλέον φιλελεύθεροι (εκπροσωπώντας κατά το μέγιστο το φεμινιστικό κίνημα) υποστηρίζουν ότι το έμβρυο δεν έχει ηθική υπόσταση εφόσον νομικά δεν έχει δικαιώματα ή συμφέροντα. Μόνο η έγκυος γυναίκα έχει δικαιώματα και αυτά πρέπει να προστατεύονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Μόνο αυτή είναι σε θέση ν' αποφασίσει, αν τελικά θέλει να φέρει αυτό το παιδί στον κόσμο ανεξάρτητα από τις αντιξοότητες που μπορεί ν' αντιμετωπίσει ή αν θα το απορρίψει, επιλέγοντας να ρισκάρει την υγεία της ή ακόμη και την ζωή της με μια άμβλωση. Το έμβρυο δεν λαμβάνεται υπόψη γιατί δεν είναι σε θέση να νιώσει ούτε καν πόνο, εφόσον το νευρικό του σύστημα δεν είναι ακόμη πλήρως ανεπτυγμένο για να αισθανθεί.

Οι εκπρόσωποι της συντηρητικής πλευράς (μέρος της οποίας είναι και η εκκλησία), αντίθετα, ισχυρίζονται ότι δεν έχει κανείς το δικαίωμα να παύσει τη ζωή ενός άλλου οργανισμού, οποιαδήποτε κι αν είναι οι λόγοι. Γι' αυτούς η γυναίκα έχει το δικαίωμα να επιλέξει ανάμεσα στην άμβλωση ή στην συνέχιση της κύησης. Το έμβρυο όχι. Ακριβώς αυτό είναι το σημείο που δεν τα βρίσκουν οι φιλελεύθεροι με τους συντηρητικούς: για τους μεν το έμβρυο είναι ένα κομμάτι

κρέας, ένας ιστός. Για τους δε, είναι ένα ολοκληρωμένο άτομο με συναισθήματα, αίσθηση του πόνου και της ευχαρίστησης και δικαιώματα, που συνυπάρχει υποχρεωτικά για 9 μήνες με το σώμα της μητέρας του, προκειμένου να μπορέσει να υπάρξει στη συνέχεια ανεξάρτητα απ' αυτή.

Τι προκαλεί;

Σίγουρα όποια γυναίκα έχει βρεθεί σε μια τέτοια θέση γνωρίζει πόσο δύσκολη είναι η απόφαση και πόσο μεγάλοι οι κίνδυνοι που διατρέχει από μια τέτοια επέμβαση, τόσο κατά την διάρκεια, όσο και μετά: μολύνσεις, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος της μήτρας και των ωοθηκών, εκλαμψία, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο του στήθους, ανεπάρκεια της μήτρας σε μια πιθανή νέα εγκυμοσύνη, κατάθλιψη, ακόμη και στέρωση σε περιπτώσεις απροσεξίας του γιατρού.

Από ποιόν, πότε μπορεί να γίνει και πόσο κοστίζει;

Καλό θα ήταν, αν τελικά πάρετε μια τέτοια απόφαση, να εμπιστευθείτε έναν έμπειρο γιατρό, που να διαθέτει πείρα και να νιώθετε ασφάλεια μαζί του.

Σ' ότι αφορά το κόστος τώρα, έχει να κάνει με το πότε. Το νωρίτερο (και το προτιμότερο, γιατί έτσι μειώνεται το ρίσκο για τη ζωή της μητέρας) που μπορεί να πραγματοποιηθεί μια άμβλωση είναι η 6^η με 8^η εβδομάδα της κύησης, ενώ το αργότερο μέχρι την 22^η εβδομάδα. Η τιμή ξεκινάει από 80.000 και ανάλογα με τον μήνα της κύησης μπορεί να φτάσει τις 200.000 περίπου. Βέβαια, μετά την 18^η-20η εβδομάδα θα ήταν προτιμότερο ν' αποφεύγεται, καθώς το παιδί έχει αρχίσει να κινείται, οπότε η μητέρα έχει την αίσθηση της παρουσίας του κι αυτό έχει μεγάλες ψυχολογικές και παθολογικές κυρίως συνέπειες μετά την άμβλωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η άμβλωση εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα παγκόσμια προβλήματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό. Για όλους εκείνους μάλιστα που ισχυρίζονται πως είναι χριστιανοί, το θέμα έχει τεράστια σημασία. Η ιερότητα της ζωής που δότηρας της και συντηρητής της είναι ο θεός, με τον τρόπο αυτό καταστρατηγείται. Έτσι ώστε και στην περίπτωση αυτή, όπως και σε ορισμένες άλλες, το τελικό ερώτημα είναι αν έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα, ακόμη περισσότερο ο γιατρός, να υποκαθιστά τον θεό. Βέβαια, στις ποικίλες και μακροχρόνιες συζητήσεις που έγιναν πάνω σ' αυτό το πρόβλημα εδώ και δεκαετίες, επιστρατεύθηκαν επιχειρήματα και από τις δύο πλευρές, που φυσικά έχουν και λογική και θεμελίωση, ανάλογα με την «οπτική γωνία» και την ψυχροσύνθεση του κάθε ερευνητή.

Εκείνο που έχει σημασία είναι ότι η πρακτική αυτή που παλιότερα είχε θεωρηθεί «περιθωριακή», έχει τόσο επεκταθεί στον καιρό μας, ώστε μια μελέτη πριν από μερικά χρόνια αποδείκνυε ότι (τουλάχιστον για την Αμερική) οι «θάνατοι» εμβρύων από εκτρώσεις ήταν 240 φορές περισσότεροι από τους θανάτους στον πόλεμο του Βιετνάμ.

Ας σημειωθεί ακόμη ότι το φαινόμενο είναι πανάρχαιο. Και κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής αποτέλεσε πάντοτε το τυπικό χαρακτηριστικό κάθε πολιτισμένης κοινωνίας.

Βέβαια, επιχειρήματα υπάρχουν και από τις δύο πλευρές. Και μια εμπεριστατωμένη αντιμετώπιση είναι αδύνατο να ξεπεράσει την επιχειρηματολογία της αντίθετης πλευράς, χωρίς προσοχή και χωρίς μελέτη. Λένε π.χ. ο οπαδοί των εκτρώσεων ότι, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι ηθικά θεμελιωμένη η άποψή τους.

Τυπική περίπτωση, μια μητέρα εργαζόμενη που έχει ήδη αρκετά παιδιά, ένας οικογενειακός προϋπολογισμός επιβαρυσμένος, που κοντεύει ήδη να ανατραπεί, μια οικογενειακή ισορροπία ασταθής (βίαιος ή αλκοολικός πατέρας)

που όπου να 'ναι καταρρέει –όλα αυτά αποτελούν καταστάσεις που δεν μπορεί κανείς να παραβλέψει. Απ' την άλλη μεριά όμως, πώς μπορεί κανείς να ανάψει το «πράσινο φως» σε μια ιατρική πράξη, που ίσως σε τελική ανάλυση, δε διαφέρει καθόλου από την αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής; Ο Παναγιώτης Κανελλόπουλος είχε γράψει κάποτε ότι η δολοφονία αφαιρεί το υπόλοιπο μιας ανθρώπινης ζωής. Η έκτρωση όμως αφαιρεί το σύνολό της.

Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει από ειδικούς ανθρώπους, με αντικείμενο να καθοριστεί πότε ακριβώς αρχίζει μια ανθρώπινη ζωή. Μερικοί ισχυρίζονται πως αυτό συμβαίνει όταν γίνεται η συνένωση των δύο αρχικών κυττάρων. Άλλοι επιμένουν ότι αυτό γίνεται όταν «εμφυτευτεί» το κύημα στο βλεννογόνο της μήτρας, άλλοι πάλι τοποθετούν την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στην εμφάνιση των «σκιρτημάτων» του εμβρύου, και τέλος κάποιοι άλλοι, ακόμα περισσότερο τολμηροί, προσδιορίζουν ως έναρξη της ανθρώπινης ζωής τη στιγμή του τοκετού.

Η χριστιανική άποψη, πολύ απλά, τοποθετεί την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στη στιγμή της σύλληψης. Και πρέπει κανείς να ομολογήσει ότι κανένα άλλο σημείο στην εξέλιξη του κυήματος δεν φαίνεται να είναι τόσο οριακό, ώστε να τροποποιηθεί η άποψη αυτή. Ας θυμηθούμε άλλωστε ότι ακόμη και ο Ιπποκρατικός όρκος, αρκετούς αιώνες π.Χ., φορτώνει στο γιατρό την υποχρέωση να μην πραγματοποιήσει έκτρωση, αν θέλει να είναι συνεπής με τη δεοντολογία της δουλειάς του.

Βέβαια, η απόλυτη και ξερή υποστήριξη αυτής ή εκείνης της άποψης δεν είναι πάντοτε η πιο σωστή θέση. Χρειάζεται και επιχειρηματολογία αλλά και προσπάθεια να πείσεις ότι αυτό που υποστηρίζεις είναι το σωστό. Και βέβαια, όσοι κρατούν στα χέρια τους το Βιβλίο του Θεού, την Αγία Γραφή, δε συναντούν στην περίπτωση αυτή μεγάλο προβληματισμό. Εκεί τα πράγματα είναι ξεκαθαρισμένα. Κύριος της ζωής είναι ο Θεός και η απόφαση για τη συνέχιση ή τη διακοπή της παραμένει αποκλειστικά στα χέρια τα δικά Του, χωρίς να φαίνεται πουθενά ότι αυτό Του το δικαίωμα το έχει εκχωρήσει σε κάποιους ανθρώπους ο Θεός.

Αν όμως υπολογίσει κανείς τα ποικίλα επιχειρήματα και τους πολλαπλούς συλλογισμούς που επιστρατεύονται για την υποστήριξη της αντίθετης άποψης, τότε θα πρέπει να παραδεχθεί ότι ο τομέας των εκτρώσεων είναι ένα ολισθηρό πεδίο

που πάνω σε κείνο οι πιστοί του Ιησού Χριστού έχουν και πολλή δουλειά να κάνουν και πολλή δραστηριότητα να αναπτύξουν.

Έτσι λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να προτείνει μερικά «μέτρα» που χωρίς να είναι εντυπωσιακά αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση μιας σωστότερης πορείας, μιας πορείας που θα την χαρακτηρίζει η κατανόηση, η προσπάθεια να βρεθεί καθένας στο επίπεδο του άλλου, και πρώτα απ' όλα και πάνω απ' όλα, η προσευχή. Χωρίς την παρουσία του Θεού, χωρίς τη δραστηριότητα του Αγίου Πνεύματος, πως θα μπορέσει ο άνθρωπος να αντιμετωπίσει ένα θέμα τόσο τεράστιο, όσο εκείνο των εκτρώσεων; Αλήθεια, πώς;

7

2.1 α ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θέση της Αγίας Γραφής

Σύμφωνα με την Αγία Γραφή, εκείνος ο οποίος δίνει, συντηρεί και αφαιρεί τη ζωή είναι ο Δημιουργός Θεός. Όπως το εξέφρασε ο Ιώβ: «ο Κύριος έδωσε και ο Κύριος αφαίρεσε» (Ιώβ 1:21), ή όπως λέει ο Ψαλμωδός: «παίρνεις πίσω το Πνεύμα σου, πεθαίνουν και χόμα ξαναγίνονται, στέλνεις πάλι το Πνεύμα σου και δημιουργούνται ...» (Ψαλμός 104:29-30). Ακόμη και σε περιπτώσεις διαγνωσμένης αναπηρίας, όπου κάποιοι με ελαφριά την καρδιά θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη διακοπή μιας κύησης, ο Λόγος του Θεού μας φέρνει αντιμέτωπους με τη διακήρυξη του Θεού: «Ποιος έδωσε το στόμα στον άνθρωπο; ποιος τον έκανε να είναι άλαλος ή κουφός; να βλέπει, ή να είναι τυφλός; Εγώ ο Κύριος» (Εξοδος 4:11).

Είναι αρκετά τα χωρία της Αγίας Γραφής που παρουσιάζουν το μεγάλο ενδιαφέρον του Θεού για αγέννητη ακόμη ζωή:

- **Έξοδος:** «Εάν πολεμούν άνδρες, και σκοτώσουν έγκυο γυναίκα, και το παιδί της δεν πεθάνει, αυτός που την σκότωσε θα δώσει για πάντα αποζημίωση ίσα με αυτή που θα ζητήσει ο άνδρας της, και θα πληρώσει σύμφωνα με την απόφαση των κριτών. Αν όμως το έμβρυο πεθάνει, τότε θα δώσει ζωή αντί ζωής, οφθαλμό αντί οφθαλμού, δόντι αντί δοντιού, χέρι αντί χεριού, πόδι αντί ποδιού, κάψιμο αντί καψίματος, πληγή αντί πληγής, χτύπημα αντί χτυπήματος».

Στα παραπάνω χωρία που προέρχονται από τον μωσαϊκό νόμο, ποινικοποιείται οποιαδήποτε βλάβη στο αγέννητο παιδί.

- **Ψαλμός:** 139/13-16: «Διότι εσύ έφτιαξες όλη την ύπαρξη μου, με «ύφανες» μες την κοιλιά της μάνας μου. Θα σε υμνώ, που με δημιούργησες τόσο φοβερά και θαυμαστά. Θαυμάσια είναι τα έργα Σου και η ψυχή μου γνωρίζει αυτό πολύ καλά. Το σώμα μου δε, ήταν κρυφό από Εσένα όταν εγώ σχηματιζόμουνα και αναπτυσσόμουνα στη μήτρα. Το αδιαμόρφωτο του σώματός μου είδαν τα μάτια Σου, και στο βιβλίο Σου όλα αυτά ήταν γραμμένα, και οι μέρες που για μένα πρόβλεπες, ακόμα πριν καμιά υπάρξει απ' αυτές».

Ο ψαλμοδός βλέπει το μεγαλείο του Θεού αναλογιζόμενος την αύξηση του παιδιού μέσα στην κοιλιά της μητέρας του. Είναι ο Δημιουργός Θεός που πλάθει και παρακολουθεί στενά κάθε εξελικτική φάση της ζωής του εμβρύου.

Ο Θεός όχι μόνο πλάθει το παιδί στην κοιλιά της μητέρας του, αλλά σύμφωνα με την ευδοκία του θελήματός του ήδη πριν γεννηθεί, μπορεί να το ξεχωρίσει για την υπηρεσία του χρίοντας και πληρώνοντας το με το Άγιο Πνεύμα.

Ο προφήτης Ησαΐας αναφέρει: «Ο Κύριος με κάλεσε από την κοιλιά της μάνας μου, και πριν γεννηθώ ανέφερε το όνομά μου ...

Τώρα λοιπόν ο Κύριος λέει: Αυτός που με έκανε δούλο του από την κοιλιά ...»

Ο προφήτης Ιερεμίας επίσης γράφει σχετικά με την κλήση του: «Πριν ακόμα σε πλάσω μέσα στην κοιλιά της μάνας σου, σε διάλεξα και πριν ακόμα γεννηθείς σε είχα ξεχωρίσει για να είσαι στα έθνη προφήτης».

Ο ευαγγελιστής Λουκάς στο πρώτο κεφάλαιο του Ευαγγελίου του μας αναφέρει την προφητεία του αγγέλου σχετικά με τον Ιωάννη τον Βαπτιστή: «... θέλει γεμίσει με Πνεύμα Άγιο, από τον καιρό που θα είναι στην κοιλιά της μάνας του ...». Στο δεύτερο κεφάλαιο του ίδιου Ευαγγελίου διαβάζουμε για το σκίρτημα του βρέφους, του Ιωάννη του Βαπτιστή, όταν ήταν ακόμη μέσα στην κοιλιά της μητέρας του, στη συνάντηση της μητέρας του Κυρίου. Είναι η ίδια λέξη, «βρέφος», που χρησιμοποιεί ο ευαγγελιστής τόσο για το αγέννητο, όσο και για νεογέννητο παιδί και αργότερα για τα παιδιά που έφεραν στον Ιησού Χριστό για να τα ευλογήσει.

Αλλά και ο απόστολος Παύλος σημειώνει σε ένα χωρίο της επιστολής του προς τους Γαλάτας: «Και όταν πια ευδόκησε ο Θεός, που με είχε ξεχωρίσει από την κοιλιά της μάνας μου και με κάλεσε με τη χάρη Του ...».

Η Αγία Γραφή έχει αρκετό φως για κείνους που ειλικρινά αναζητούν να δουν την αλήθεια. Πιστεύουμε ότι η Βιβλική θέση είναι σαφής. Το ανθρώπινο έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι ένα θαυμάσιο δημιούργημα με ασύλληπτες προοπτικές. Το να το καταστρέψει κάποιος θεληματικά σ' οποιαδήποτε φάση της ενδομήτριας ζωής είναι τρομερό, και ως Χριστιανοί θα πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι θα λογοδοτήσουμε στο Θεό για τέτοιες βαρύτατες ενέργειες. Ο Κύριος είπε στον Ιερεμία: «Πριν ακόμα σε πλάσω μέσα στην κοιλιά της μάνας σου σε διάλεξα, και πριν ακόμα γεννηθείς σε είχα ξεχωρίσει για να είσαι προφήτης στα έθνη, προφήτη εις τα έθνη σε κατέστησα». Υπάρχει αδιάσπαστη σύνδεση ανάμεσα στην αποδοχή της ύπαρξης του Θεού και στη μοναδική αξία της ανθρώπινης ζωής από τη στιγμή της σύλληψης. Η έκτρωση είναι μια καταστροφική παρέμβαση στο έργο του σοφού Δημιουργού.

Η Καινή Διαθήκη μας δίνει περισσότερο φως όσον αφορά στην αξία του εμβρύου ως προσώπου. Όταν η Μαρία, η μητέρα του Κυρίου, επισκέφθηκε την Ελισάβετ αμέσως μετά το μήνυμα του αγγέλου Γαβριήλ, ο Ιωάννης ο Βαπτιστής, στον έκτο μήνα της ενδομήτριας ζωής του, σκίρτησε από χαρά όταν η μητέρα του άκουσε για την ενσάρκωση του Κυρίου. Να πως το περιγράφει η Ελισάβετ: «αλλά πως έγινε αυτό, να έρθει η μητέρα του Κυρίου σ' εμένα. Γιατί αμέσως μόλις έφτασε στα αφτιά μου η φωνή του χαιρετισμού σου, σκίρτησε από αγαλλίαση το βρέφος στην κοιλιά μου».

Ο Λουκάς υπονοεί ότι το συναίσθημα του εμβρύου προκλήθηκε όταν η Ελισάβετ «γέμισε με Πνεύμα Άγιο», όμως δεν είναι καθόλου αδύνατο, σ' αυτό το στάδιο της εγκυμοσύνης, ο ίδιος ο Ιωάννης να άκουσε την καλή αγγελία.

Από τη στιγμή που θα παραδεχτεί κανείς ότι το ανθρώπινο έμβρυο φέρει την εικόνα του Θεού ή ότι έχει αυτόν τον προορισμό, τότε δεν μπορεί να το θυσιάσει απλώς και μόνο γιατί θα προκαλέσει η γέννησή του αναστάτωση στη μητέρα. Πραγματικά, μόνος εμφανής λόγος έκτρωσης θα πρέπει να θεωρηθεί ο πραγματικός κίνδυνος θανάτου της μητέρας, γεγονός σπάνιο στη σύγχρονη ιατρική. Οι περιπτώσεις των εμβρύων με κάποιες διαμαρτίες στη διάπλαση θα

πρέπει να κρίνονται κατά περίπτωση. Εκεί, κανένας δεν έχει το δικαίωμα να παρέμβει ή να κρίνει, παρά μόνο οι γονείς. Από την άλλη μεριά όμως δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι πολλοί χαρισματικοί και αξιαγάπητοι άνθρωποι γεννήθηκαν με σοβαρές φυσικές αναπηρίες και οι περισσότεροι είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, έστω κι αν ζουν με κάποιους περιορισμούς.⁸

2.1 β ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η έκτρωση «κατά βούληση» συνεπώς σημαίνει ότι θνητοί άνθρωποι προσπαθούν να παίξουν τον ρόλο που ανήκει αποκλειστικά και μόνο στον Θεό.

ORKOS TOU IPOKRATI. Ερμηνεία: Δεν θα δώσω σε κανέναν φάρμακο θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτρωτικό φάρμακο.

Ο Ιπποκράτης πέντε αιώνες προ Χριστού υποστήριξε στον όρκο του ότι ο ιατρός δε θα πρέπει να δώσει στην έγκυο οτιδήποτε που να προκαλεί έκτρωση. Και ο σεβασμός αυτής της εμβρυϊκής ζωής κυριάρχησε στον Ιατρικό κόσμο περισσότερο από 2000 χρόνια. Πόσο μάλλον εμείς, που έχουμε το φως της Καινής Διαθήκης, θα πρέπει να αναλογιστούμε την ευθύνη μας μπροστά στο Δημιουργό και Κύριό μας! Θα λογοδοτήσουμε στον Θεό για το πώς χρησιμοποιήσαμε τη γνώση και τη δεξιοτεχνία που Εκείνος μας έδωσε. Θα πρέπει να δώσουμε προσοχή στην πρόληψη της εγκυμοσύνης, όταν χρειάζεται, και ιδιαίτερη βαρύτητα στις προόδους της Ιατρικής Επιστήμης όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία των γενετικών ανωμαλιών.

Το ερώτημα που συζητιέται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες στους Ιατρικούς και Θεολογικούς κύκλους, ιδιαίτερα της Δύσης, περιστρέφεται γύρω από το εάν, και πότε το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ανθρώπινη ύπαρξη. Η πιο ακραία άποψη είναι εκείνη που υποστήριξε ο Αρχιεπίσκοπος Fisher και προέρχεται από τους Στωϊκούς φιλοσόφους, ότι το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται προσωπικότητα με την πρώτη αναπνοή του αμέσως μετά τη γέννηση. Κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι το έμβρυο δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια «μάζα ιστών». Τέτοιες απόψεις, όταν μάλιστα υποστηρίζονται από λεγόμενους Χριστιανούς, αποτελούν, με τον ελαφρύτερο χαρακτηρισμό, ύβρη και βλασφημία απέναντι στο Δημιουργό.⁹

2.1γ ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο η ζωή του κυοφορούμενου αποτελεί έννομο αγαθό και προστατεύεται ανεξάρτητα από τη ζωή της εγκύου. Γι' αυτό η συναίνεση της εγκύου στη θανάτωση του εμβρύου από τρίτο δεν μπορεί να άρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξεως. Η άμβλωση τυποποιείται στο άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα που έχει ως ακολούθως: Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης άρθρο 304.

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.

2α. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτήν μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση δύο ετών.

2β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

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

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

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

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

Από τις παραπάνω διατάξεις εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι παρά το γεγονός ότι ο νομοθέτης θεωρεί αρχικά άδικες και αξιόποινες τις αμβλώσεις, εν τούτοις προβαίνει σε εμφανείς συμβιβασμούς ως προς την έκταση της προστασίας της «εν γενέσει» ανθρώπινης ζωής.

Είναι η ζωή στ' αλήθεια ιερή; Κάθε φορά που βλέπουμε ένα νεογέννητο βρέφος, η φυσιολογική αντίδρασή μας είναι χαρά και θαυμασμός. Χαρά γιατί γεννήθηκε ένας άνθρωπος στον κόσμο και θαυμασμός γιατί βρισκόμαστε μπροστά στο θαύμα της ζωής, στην τέλεια θεϊκή δημιουργία.

Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, από το 1967 στη Μεγάλη Βρετανία και από το 1986 στη χώρα μας, έφερε στην επιφάνεια ένα σοβαρό πρόβλημα. Εκατοντάδες χιλιάδες έμβρυα θυσιάζονται κάθε χρόνο με τη χρήση ή και πολλές φορές με την κατάχρηση του σχετικού νόμου. Οι υποστηρικτές των εκτρώσεων προβάλλουν το δικαίωμα της μητέρας για αυτοδιάθεση. Ποιος όμως θα υποστηρίξει το δικαίωμα για ζωή του εμβρύου; Αθώες ανθρώπινες υπάρξεις καταδικάζονται σε θάνατο με μεγάλη ελαφρότητα.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΑΜΒΛΩΣΗ

- **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία είναι άγνωστη.

Ανώμαλη ανάπτυξη του ωαρίου

Από τις παρατηρήσεις που έγιναν, στα έμβρυα που προέρχονται από εκτρώσεις, αναφέρεται ότι τα μισά περίπου παρουσιάζουν χρωματοσωματικές ή διαπλαστικές ανωμαλίες. Η συμβατότητα στο σύστημα ομάδων ABO μεταξύ μητέρας και εμβρύου, αναφέρεται ότι φτάνει το 50%, που είναι πάνω από το διπλάσιο του αναμενόμενου.

Καταστάσεις της μητέρας

Διάφορες καταστάσεις, όπως ο ψηλός πυρετός, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η έντονη Rh-ισο-ανοσοποίηση και η χρόνια νεφρική νόσος, σχετίζονται με τις εκτρώσεις. Η «ορμονική ανεπάρκεια» –κατάσταση που δεν έχει διευκρινιστεί- συνήθως αναφέρεται στην ανεπάρκεια της προγεστερόνης. Αυτή δεν έχει αποδειχτεί ότι προκαλεί έκτρωση.

Αίτια από τη μήτρα

Τα μηχανικά αίτια είναι σπάνια αλλά γνωστά.

Εγκλωβισμός της μήτρας

Καθώς η μήτρα αυξάνεται σε μέγεθος, λόγω της οπίσθιας κλίσης δεν μπορεί να ξεφύγει από την πύελο.

Ανεπάρκεια του τραχήλου

Η λειτουργική ανεπάρκεια ή οι κακώσεις του τραχήλου, είναι δυνατό να προκαλέσουν αδυναμία στη μήτρα να συγκρατήσει το περιεχόμενο μιας εγκυμοσύνης. Η έκτρωση συνήθως συμβαίνει στο δεύτερο τρίμηνο.

Ινομώματα

Η παραμορφωμένη από τα ινομώματα μήτρα, δεν είναι ικανή να συγκρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο, (από έλλειψη χώρου).

Συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας είναι δυνατό να εμποδίσουν την ανάπτυξη του εμβρύου.

ΑΜΒΛΩΣΗ

- ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η αιμορραγία αποτελεί συνήθως το πρώτο σημείο και μπορεί να είναι σοβαρή, αν η αποκόλληση του πλακούντα δεν είναι τέλεια. Ο πόνος είναι συνήθως περιοδικός «όπως σ' ένα μικρό τοκετό» και υποχωρεί όταν η έκτρωση γίνει τέλεια. Η διαστολή του τραχήλου σημαίνει ότι η έκτρωση είναι αναπόφευκτη.

Απειλούμενη έκτρωση: Η έκτρωση λέγεται απειλούμενη όταν εμφανιστεί αιμορραγία πριν από την 28^η εβδομάδα. Είναι δυνατό να συνοδεύεται από πόνο, ακόμα και πριν αρχίσει η διαδικασία της έκτρωσης, αλλά η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί. Μερικές γυναίκες εμφανίζουν μια τάση αιμόρροιας στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, άγνωστης αιτιολογίας. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί απόπτωση του φθαρτού στον αναμενόμενο χρόνο της εμμηνορρυσίας, που δεν εμφανίστηκε μέχρι 12 εβδομάδες.

Στην ασθενή θα συστήσουμε να παραμείνει στο κρεβάτι και να γίνει υπερηχογραφικός έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το έμβρυο είναι ζωντανό.

Αν πράγματι είναι ζωντανό, τότε θα πρέπει να καθησυχάσουμε την ασθενή και να συστήσουμε την προοδευτική κινητοποίησή της.

Αναπόφευκτη έκτρωση: Εδώ η αιμορραγία είναι δυνατό να είναι μικρή και ο τράχηλος να είναι ακόμα κλειστός. Κλινικά, η γυναίκα εμφανίζει την εικόνα της

απειλούμενης έκτρωσης, αλλά η αιμορραγία είναι οπισθοπλακουντιανή και το κύημα ήδη νεκρό.

Θα εμφανιστούν οι επώδυνες συσπάσεις της μήτρας και θα αρχίσει η διαστολή του τραχήλου. Οι υπέρηχοι θα επιβεβαιώσουν ότι η εγκυμοσύνη δε συνεχίζεται και η θεραπεία είναι το άμεσο άδειασμα της μήτρας.

Ατελής έκτρωση: Η ασθενής θα έχει μια σημαντική αιμορραγία και επώδυνες συσπάσεις. Υπολείμματα ιστών και πήγματα αίματος είναι δυνατό να βρεθούν μέσα στον κόλπο.

Η αιμορραγία ελέγχεται με τη χορήγηση μιας ενδομυϊκής ένεσης Εργομετρίνης 0,5mg. Αυτή συνήθως συνδυάζεται και μ' ένα αναλγητικό όπως η Πεθιδίνη ή η Μορφίνη. Η παραπάνω αντιμετώπιση συνήθως θα ελέγξει την αιμορραγία, μέχρι να εκτελεστεί η κένωση της μήτρας με απόξεση.

Η ελάττωση του όγκου του αίματος μπορεί να απαιτήσει μετάγγιση.

ΑΜΒΛΩΣΗ

– ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η διογκωμένη σάλπιγγα δεν μπορεί ψηλαφηθεί σαν ανεξάρτητη μάζα από τη διογκωμένη μήτρα. Στο ιστορικό συνήθως αναφέρεται έντονος πόνος και ελαφρά αιμορραγία, αλλά συχνά απαιτείται λαπαροσκόπηση.

ΠΥΟΣΑΛΠΙΓΓΑ

Είναι δυνατό να υπάρχουν συμφύσεις μεταξύ μήτρας και σάλπιγγας, ενώ παρατηρείται αιμορραγία που δεν είναι φυσιολογική. Οποσδήποτε θα λείπουν τα σημεία και τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί να υπάρχουν τα γενικά σημεία της φλεγμονής.

ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ

Η ανωμαλία της μάζας θα πρέπει να γίνει αντιληπτή κατά την ψηλάφηση, εκτός κι αν η ασθενής είναι παχύσαρκη. Η αιμορραγία είναι δυνατό να είναι έντονη αλλά δε θα υπάρχει ιστορικό αμηνόρροιας. Η έκτρωση και τα ινομυώματα μπορεί να συνυπάρχουν.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΜΗΤΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η αιμορραγική μητροπάθεια μοιάζει με την έκτρωση, επειδή έχει μια περίοδο αμηνόρροιας που ακολουθείται από έντονη αιμορραγία. Η διάκριση μπορεί να γίνει μόνο με την ιστολογική εικόνα.

ΑΜΒΛΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΤΕΛΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Πρέπει να γίνεται στο χειρουργείο κάτω από γενική νάρκωση.
2. Η ασθενής είναι δυνατό να αιμορραγήσει:

<ol style="list-style-type: none"> α. Πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο β. μέσα στο νοσοκομείο γ. στη διάρκεια της επέμβασης 	<p>Η απώλεια αίματος μπορεί να είναι μεγάλη, γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμο αίμα για άμεση μετάγγιση.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
3. Ο χειρουργός θα πρέπει πάντα να θυμάται, ότι σε περίπτωση εγκυμοσύνης η διάτρηση της μήτρας μπορεί να γίνει εύκολα, από τα μεταλλικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται κατά την επέμβαση.

ΚΥΣΤΗ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ

Οι ωχρινικές και οι ωοθηλακικές κύστεις είναι δυνατό να συνοδεύονται από αμηνόρροια και ανώμαλη αιμορραγία. Κατά την εξέταση η μήτρα πρέπει να ψηλαφηθεί σαν ξεχωριστό μόρφωμα. Μερικές μητρορραγίες δεν έχουν οργανική αιτία και η ασθενής είτε απλά την αποδέχεται είτε πιστεύει ότι πρόκειται για έκτρωση, επειδή δεν έχει καλύτερη εξήγηση.

Πρώτα επιχειρείται η «Δαχτυλική απόξεση»

Αφαίρεση των υπολειμμάτων του πλακούντα με τη λαβίδα (winter)

Ο χειρουργός πιέζει τον πυθμένα εξωτερικά με το ένα χέρι και με το δάχτυλο του άλλου χεριού, που εισέρχεται όσο το δυνατό βαθύτερα μέσα στη μητρική κοιλότητα, επιχειρείται ο καθαρισμός της.

Τα ανοιχτά σκέλη της λαβίδας περιστρέφονται μέσα στη μητρική κοιλότητα, για να πιάσουν υπολείμματα των ιστών και στη συνέχεια έλκεται προς τα έξω προσεκτικά. Πριν από την εισαγωγή οποιουδήποτε εργαλείου μέσα στη μήτρα, πρέπει να χορηγείται ένα ωκυτόκιο σκεύασμα (Syntocinon 10 units ή Ergometrine 0,25mg) ενδοφλέβια για να προκληθεί σύσπαση της μήτρας και πάχυνση των τοιχωμάτων της.

ΑΜΒΛΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΠΟΞΕΣΗ

Αρχικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί Ένα αμβλύ ξέστρο, αλλά συνήθως Απαιτείται οξύ ξέστρο

Η αιχμηρή πλευρά του ξέστρου πιέζεται πάνω στο τοίχωμα της μήτρας και έλκεται προς τα κάτω. Στη συνέχεια, τοποθετείται σ' άλλο σημείο του τοιχώματος. Δεν πρέπει να ωθείται το ξέστρο πάνω στο τοίχωμα της μήτρας.

ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο επιπωματισμός είναι απαραίτητος, μόνο αν η αιμορραγία συνεχίζεται παρά το άδειασμα της μήτρας και τη χορήγηση της ωκυτοκίνης ή αν η μήτρα περιέχει ακόμα υπολείμματα σύλληψης. Η απόξεση όμως είναι πολύ επικίνδυνη.

Είναι σημαντικό, να γίνεται επιπωματισμός όλης της κοιλότητας της μήτρας και όχι μόνο του κάτω τμήματός της. Χρησιμοποιείται ξηρά γάζα αποστειρωμένη, που δεν πρέπει να παραμείνει πάνω από 12 ώρες.

- ΕΙΔΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η κατακράτηση ενός νεκρού κήματος, για χρονικό διάστημα αρκετών εβδομάδων.

Συνήθως ο θάνατος του κήματος περνάει απαρατήρητος ή εκδηλώνεται με μικρή κολπική αιμόρροια. Αυτή συνήθως υποχωρεί, μετά από τη θεραπεία που χορηγείται για την απειλούμενη έκτρωση. Επίσης, θα σταματήσει η διόγκωση των μαστών και το μέγεθος της μήτρας θα ελαττωθεί, λόγω απορρόφησης του αμνιακού υγρού. Το test-εγκυμοσύνης θα γίνει αρνητικό, μια περίπου εβδομάδα μετά το θάνατο του κήματος ενώ οι υπέρηχοι θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση.

Αν το κήμα παραμείνει για αρκετό χρονικό διάστημα, καταλήγει σε:

ΣΑΡΚΩΔΗ ΜΥΛΗ

ή

ΕΜΒΡΕΓΜΕΝΟ ΕΜΒΡΥΟ

Η σαρκώδη μύλη είναι μια λοβώδης μάζα που αποτελείται από πήγματα αίματος. Οι προεξοχές στη συρρικνωμένη κοιλότητα, οφείλονται στις συχνές αιμορραγίες μέσα στη χοριοφθαρτοειδή περιοχή. Στην πολύ μικρή εγκυμοσύνη, (μέχρι 12 εβδομάδων) είναι δυνατό να απορροφηθεί τέλεια το νεκρό κήμα.

Τα οστά του κρανίου υποχωρούν και επιπεύουν, ενώ η σπονδυλική στήλη κάμπτεται (οι μεταβολές αυτές, γνωστές σαν «σημείο του Spalding, φαίνονται στην ακτινογραφία).

Τα ενδοκοιλιακά όργανα εκφυλίζονται και η κοιλία γεμίζει με οροαιματηρό υγρό. Το δέρμα αποκολλάται εύκολα.

Οι παθολογοανατομικές μεταβολές στο έμβρυο, όπως η μομμιοποίηση (παπυρώδες έμβρυο) και η ασβεστοποίηση (λιλοπαίδιο) είναι εξαιρετικά σπάνιες.

ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Θεραπεία

Οι περισσότερες παλίνδρομες εκτρώσεις, αν δεν αντιμετωπιστούν θα καταλήξουν σε αυτόματη έκτρωση, αλλά κατά το διάστημα της αναμονής υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος να εμφανιστεί διαταραχή της πήκτικότητας. Γι' αυτό, πριν εκτελεστεί η απόξεση για την κένωση της μήτρας, θα πρέπει να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος.

Αν το μέγεθος της μήτρας, δεν είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αντιστοιχεί στην όγδοη μέχρι τη δέκατη εβδομάδα εγκυμοσύνης, η κένωση της μήτρας μπορεί να γίνει με απόξεση. Η επέμβαση αυτή απαιτεί εμπειρία και επειδή υπάρχει πιθανότητα αιμορραγίας μέχρι να κενωθεί η μήτρα, θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη ποσότητα αίματος για μετάγγιση.

Αν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη και δεν είναι δυνατό να γίνει απόξεση, τότε θα χορηγηθεί η προσταγλανδίνη E₂ με εξωαμνιακή έγχυση.

ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Είναι η μόλυνση που είναι δυνατό να επιπλέξει την έκτρωση, μόλις αρχίζει η διαστολή του τραχήλου ή κατά την εισαγωγή των εργαλείων μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.

Αιτίες

1. Καθυστέρηση στην κένωση της μήτρας. Είτε επειδή η ασθενής καθυστέρηση να συμβουλευτεί το γιατρό της, είτε γιατί η κένωση της μήτρας με απόξεση δεν ήταν τέλεια. Η μόλυνση εμφανίζεται μετά 48 ώρες και οφείλεται στους μικροοργανισμούς του κόλπου.

2. Τραυματισμός, είτε διάτρηση της μήτρας είτε ρήξη του τραχήλου. Η επούλωση καθυστερεί και η μόλυνση είναι πολύ πιθανό να εξελιχτεί σε περιτονίτιδα ή σε έντονη φλεγμονή των κυττάρων. Στις εγκληματικές αποξέσεις, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλωθεί σηπτική κατάσταση.

ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΗ (συνέχεια)

Παθογόνοι Μικροοργανισμοί

Αυτοί συνήθως συμβιούν στο έντερο και στον κόλπο.

1. Anaerobic streptococcus
2. Coliform bacillus
3. Clostridium Welchii
4. Bacteroides necrophorus

Όλοι οι παραπάνω μικροοργανισμοί, αλλά ιδιαίτερα οι δυο τελευταίοι είναι δυνατό να προκαλέσουν σηπτικό Shock.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Ελαφρά αιμορραγία που συνεχίζεται με πυρετό και ταχυσφυγμία, Κατά την εξέταση παρατηρείται ευαισθησία της πυέλου, ενώ η ασθενής είναι ανήσυχη.

Θεραπεία

Αυτή θα πρέπει να είναι δραστική, έτσι ώστε να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του σηπτικού Shock. Επιβάλλεται η λήψη κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος, καθώς επίσης και καλλιέργειες αίματος. Στη συνέχεια χορηγείται ένα αντιβιοτικό με ευρύ φάσμα, όπως η κεφαλοσπορίνη, μαζί μ' ένα σκεύασμα δραστικό έναντι των αναεροβίων. Η απόξεση θα πρέπει να εκτελεστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, γιατί δεν υπάρχει κανένα κέρδος από την παραμονή του φλεγμονώδους υλικού μέσα στη μήτρα. Η σηπτική μήτρα τραυματίζεται πολύ εύκολα.

3.2 ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Ποια εργαλεία χρησιμοποιούμε στην κένωση του περιεχομένου της μήτρας;

Για την επιτυχία της κένωσης της μήτρας χρησιμοποιούμε τα παρακάτω εργαλεία και υλικά:

- **Κολποδιαστολείς.** Αυτοί είναι δύο, ο πρόσθιος, που είναι ευθύς, και ο οπίσθιος, που είναι αυλακωτός.
- **Μονοδοντωτές λαβίδες.** Τέτοιες χρησιμοποιούμε δύο, για να συλλαμβάνουμε τον τράχηλο στην 3^η και 9^η ώρα.
- **Μητρομήλη.** Αυτή είναι μεταλλικός μακρύς και λεπτός στείλεός, που φέρνει λαβή για τη συγκράτησή του και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του μήκους της μητριάας κοιλότητας σε εκατοστά.
- **Κηρία Hegar.** Αυτά είναι μεταλλικά ραβδία διάφορου μεγέθους, που το ένα άκρο τους είναι αμβλύ και το άλλο έτσι, ώστε να πιάνεται με τα δάχτυλά μας, και χρησιμοποιούνται για τη βαθμιαία διαστολή του τραχήλου.
- **Ξέστρα.** Αυτά είναι μεταλλικά εργαλεία διάφορων μεγεθών, που το ένα άκρο τους είναι θυριδωτό και κοφτερό, για ν' αποκολλάει το κύημα, και το άλλο φέρνει λαβή για τη σύλληψή του.
- **Αναρροφητικό ξέστρο.** Αυτό είναι πλαστικός ή μεταλλικός σωλήνας διαμέτρου 6-10 χιλ., που προσαρμόζεται σε συσκευή αναρρόφησης. Η δημιουργία κενού προκαλεί την αποκόλληση του κυήματος και την εισρόφησή του μέσα στο ξέστρο και στη συνέχεια μέσα σε σωλήνα, που το οδηγεί σε φιάλη.
- **Λαβίδα Winter.** Αυτή είναι ειδική λαβίδα, που βοηθάει στη σύλληψη και έλξη του εμβρύου.
- **Λαβίδα Willett.** Αυτή είναι ειδική λαβίδα, που βοηθάει στη σύλληψη της κεφαλής του εμβρύου από το τριχωτό της κεφαλής του, για να έλξουμε αυτό προ τα έξω.
- **Μητρευρεντήρα.** Αυτός αποτελείται από ελαστικό κώνο διάφορου μεγέθους, που καταλήγει σε σωλήνα. Ο σωλήνας φέρνει στρόφιγγα για την πλήρωση του κώνου και τη συγκράτηση του υγρού μέσα σ' αυτόν.

Από τους μητρευρεντήρες γνωστοί είναι του Braun και του Champeties de Rides.

- **Εμβρυουλκοειδή λαβίδα.** Αυτή είναι ειδική λαβίδα, που μοιάζει με εμβρυουλκό, έχει άρθρωση όμοια με την ελεύθερη άρθρωση των βραχιόνων του εμβρυουλκού και χρησιμοποιείται για την εισαγωγή του κώνου του μητρευρεντήρα στην κοιλότητα της μήτρας, αφού πρώτα διπλώσουμε αυτόν. Η ειδική άρθρωση της λαβίδας της βοηθάει στην εύκολη εξαγωγή της από την ενδομήτρια κοιλότητα.
- **Λαμινάριες.** Αυτές είναι ραβδία από ξερή ρίζα ειδικού φίκου, που στην άκρη τους φέρνουν μετάξινο δαχτύλιο για τη συγκράτησή τους. Έχουν την ιδιότητα, όταν απορροφούν υγρά των ιστών να διογκώνονται. Τις χρησιμοποιούμε για τη βαθμιαία διαστολή του τραχήλου¹⁰.

Μητρευρεντήρας

Εμβρυουλκοειδής
λαβίδα και σύριγγα
για την πλήρωση
του μητρευρεντήρα

3.3 ΠΩΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

ΑΠΟΞΕΣΗ ΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ [D & C]

Προκειμένου ν' αδειάσουμε τη μήτρα από το περιεχόμενό της, είτε αυτό αποτελείται από το κύημα, είτε από υπολείμματά του, τοποθετούμε τη γυναίκα σε γυναικολογικό τραπέζι και κάτω από γενική αναισθησία και ενδοφλέβια εφαρμογή ορού, που περιέχει 10 μον. ωκυτοκίνης στα 1000 κ. εκ., καθαρίζουμε τα γεννητικά όργανα με αντισηπτική διάλυση της προτίμησής μας, καθετηριάζοντας της ουροδόχο κύστη και εξετάζουμε με αποστειρωμένο γάντι το εσωτερικό γεννητικό σύστημα, προσδιορίζοντας την τοπογραφική θέση της μήτρας.

Η επέμβαση, που εκτελούμε, λέγεται απόξεση μήτρας και γίνεται με τους παρακάτω χρόνους:

1^{ος}. Εισάγουμε πρώτα τον οπίσθιο και ύστερα τον πρόσθιο κολποδιαστολέα στον κόλπο, ώστε να φανεί το τραχηλικό στόμιο.

2^{ος} .Παραδίδουμε τους κολποδιαστολείς στο βοηθό, που βρίσκεται δεξιά μας.

3^{ος}. Συλλαμβάνουμε με μονοδοντωτή λαβίδα τον τράχηλο στην 3^η ώρα και παραδίνουμε αυτή στο βοηθό.

4^{ος} .Συλλαμβάνουμε με δεύτερη μονοδοντωτή λαβίδα τον τράχηλο στην 9^η ώρα και τη συγκρατούμε με το αριστερό χέρι, ενώ ο βοηθός αφαιρεί τον πρόσθιο κολποδιαστολέα.

5^{ος}. Έλκουμε τις δύο λαβίδες προς τα έξω με την ίδια τάση και στο ίδιο ύψος.

6^{ος} Εκτελούμε μηλομέτρηση, για να προσδιορίσουμε την θέση της μήτρας και το μήκος της κοιλότητάς της.

7^{ος}. Προκαλούμε διαστολή του τραχήλου, αν αυτή δεν υπάρχει, ή, αν υπάρχει, τη συμπληρώνουμε, με κηρία του Hegar. Το μέγεθος της διαστολής πρέπει να είναι ανάλογο με την ηλικία της εγκυμοσύνης, γιατί, αν είναι μικρότερο,

δυσκολευόμαστε στην έξοδο του περιεχομένου της μητριάας κοιλότητας και τραυματίζουμε τον τράχηλο κατά

Απόξεση μήτρας (Merger)

την έξοδο του ξέστρου και, αν είναι μεγαλύτερο, προκαλούμε ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.

Η συγκράτηση του κηρίου πρέπει να είναι σταθερή και η είσοδός του να είναι ήπια, ώστε να μη συμβεί διάτρηση των τοιχωμάτων της μήτρας.

Αν η διαστολή του τραχήλου είναι δύσκολη, τότε καταφεύγουμε στην εφαρμογή μιάς ή δέσμης λαμιναρίων με τη βοήθεια λαβίδας Collin στην ενδοτραχηλική κοιλότητα και σε επιπωματισμό του κόλπου για τη συγκράτησή τους, για 24 ώρες. Η διόγκωσή τους στο διάστημα αυτό προκαλεί βαθμιαία διαστολή του τραχηλικού στομίου. Για την επιτυχία διαστολής πρέπει η λαμινάρια να περάσει το εσωτερικό στόμιο. Για τον κίνδυνο διαφυγής της στη μητριάα κοιλότητα καθηλώνουμε το μετάξινο δαχτύλιο που έχει στο άκρο της, μέσα στον οπίσθιο θόλο του κόλπου με την εφαρμογή του επιπωματισμού, που αναφέραμε.

8^{ος}. Συλλαμβάνουμε τη λαβή του ξέστρου, που ταιριάζει περισσότερο στο μέγεθος της διαστολής του τραχήλου, και το εισάγουμε μέχρι τον πυθμένα της μήτρας.

9^{ος}. Σύρουμε προς τα έξω το ξέστρο αποκολλώντας πρώτα το περιεχόμενο της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας και ύστερα της οπίσθιας.

Αν η έξοδος του περιεχομένου είναι δύσκολη, γιατί η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη, χρησιμοποιούμε τη λαβίδα Winter, για να την πετύχουμε. Η λαβίδα αυτή σε χέρια άπειρου είναι επικίνδυνο εργαλείο, γιατί δυνατό να διατρήσει τα τοιχώματα της μήτρας και αντί για κύημα να συλλάβει εντερική έλικα και να την τραυματίσει

Την έξοδο του κυήματος δυνατό να πετύχουμε και με τη χρησιμοποίηση ξέστρου προσαρμοσμένου σε συσκευή αναρρόφησης. Το ξέστρο αυτό το εισάγουμε ως τον πυθμένα της μήτρας, δημιουργούμε κενό και ύστερα το

εξάγουμε, αναρροφώντας το περιεχόμενο της μήτρας, που ελέγχεται στη φιάλη, με την οποία συνδέεται.

10ος. Εγκαταλείπουμε το πρώτο ξέστρο, που χρησιμοποιήσαμε, και με δεύτερο, μικρότερο, αποκολλάμε το περιεχόμενο των κεράτων της μητριάας κοιλότητας.

11^{ος}. Αφαιρούμε τις μονοδοντωτές λαβίδες και τον οπίσθιο κολποδιαστολέα, αφού βεβαιωθούμε, πως πετύχαμε την κένωση της μήτρας από το χαρακτηριστικό κριγμό, που ακούγεται, όταν αυτή έχει αδειάσει και έχει συσπαστεί, και από την έξοδο ζωηρού κόκκινου χρώματος αίματος, που αφρίζει¹¹.

Mifepristone: (εβδ. 5 έως 7). Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντος και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin (βλ. παρακάτω) για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

Methotrexate: (εβδ. 5 έως 9). Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.

Εμβρυοτομή [D&E]: (εβδ. 13 έως 20). Ο τράχηλος διαστελλεται. Με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο «γιατρός» που εκτελεί την έκτρωση **κομματιάζει το παιδί** και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

Prostaglandin: (εβδ. 16 έως 38). Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υποθέτων ή ενέσεων. Οι γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, έμετος και ανακοπή καρδιάς.

Ένεση με Digoxin: (εβδ. 20 έως 32). Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.

Έκτρωση με άλας: (εβδ. 16 έως 32+) Μία μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. **Το άλας δηλητηριάζει το παιδί**, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για την γυναίκα.

Υστεροτομή: (εβδ. 24 έως 38) Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, **γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας**. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή.

D&X: (εβδ. 20 έως 32+) Είναι επίσης γνωστή ως «έκτρωση μερικής γέννησης» (' partial-birth abortion'). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει

χαρακτηριστεί ως «κακή ιατρική» από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνιστάται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.

3.4 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ

- Να συνεχιστεί η κύηση (1/2 κυήσεων πάνω από τις 7 συνεχίζονται).
- Μεγάλη αιμορραγία που να βάλει σε κίνδυνο την ζωή της γυναίκας.
- Ατελής έκτρωση.
- Μεγάλη ουδετεροπενία μετά την χορήγηση της μεθοτρεξάτης.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πρέπει να γίνεται επείγουσα χειρουργική εκκένωση της μήτρας γιατί η διατήρηση της κύησης μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο εξελισσόμενο έμβρυο.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Mifepristone διάρροια, εμετός, ναυτία, αδιαθεσία ενώ για την misoprostol κοιλιακός πόνος, ρίγη, πυρετός, εμετός, κεφαλαλγία, διάρροια.

Methotrexate ναυτία, εμετός, διάρροια, στοματίτις αλωπεκία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΣ

Η χειρουργική μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης με διαστολή και αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας έχει ποσοστό επιτυχίας 99% σε έμπειρα χέρια με επιπλοκές κάτω από 1%.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για το πρωτόκολλο με RU-486 το 95% είχαν τέλεια εκβολή μέσα σε 3 μέρες από τη χορήγηση του φαρμάκου (κυήσεις κάτω 7 εβδ),

ενώ για την methotrexate τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα 90-98% για κύσεις κάτω 6 εβδ και 80-90% για κύσεις 6-8 εβδ.

Οι επιπλοκές που συνήθως χρειάζονται αντιμετώπιση ανέρχονται σε ποσοστό 5-10% και είναι κυρίως η χειρουργική απόξεση λόγω συνεχιζόμενης κύησης και ατελούς εκβολής και λιγότερο λόγω σοβαρότερων επιπλοκών.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

1. MIFEPRISTONE MISOPROSTOL 2. METHOTREXATE MISOPROSTOL 3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ

ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ Μέχρι 7 εβδ 2. Μέχρι 7 εβδ 3. 6-12 εβδ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΔΙΑΡΚΕΙΑ 1.95% σε 3 μέρες 2.65% σε 1 εβδ 85% σε 2 εβδ 3.95% σε 4 εβδ 99% σε 10'.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ 1. Μέτρια μέχρι βαριά 2. μέτρια μέχρι βαριά 3. Μέτρια

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ 2-3 2-4- 1

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Μεγάλη αιμορραγία Ατελής έκτρωση Πόνος Συνεχιζόμενη κύηση
2. Μεγάλη αιμορραγία Ατελής έκτρωση Πόνος Συνεχιζόμενη κύηση Ουδετεροπενία
3. Φλεγμονή Μεγάλη αιμόρροια Διάτρηση

ΠΛΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Μη τοξικότητα Μη επεμβατική μέθοδος Ευκολία μεθόδου λόγω από του στόματος λήψης φρμ
2. Χαμηλό κόστος Βρίσκεται εύκολα θεραπεύει και τυχόν εξωμήτρια κύηση Ευκολία στην χορήγηση με ενδομυϊκή ένεση
3. Αποτελεσματική Γρήγορη Διάγνωση τροφοβλαστικής νόσου

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

1. Κόστος Επιπλοκές
2. Μεγάλη διάρκεια μέχρι τερματισμό κύησης Επιπλοκές
3. Επεμβατική Απαιτεί χειρουργό και τοπική η γενική αναισθησία. Δεν επιχειρείται πριν τις 7 εβδ από πολλούς γιατρούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κάθε χρόνο στην USA μόνο γίνονται γύρω στο 1,4 εκ. εκτρώσεις το 90% από αυτές στο πρώτο τρίμηνο και το 30% από αυτές πριν τις 7 εβδ. Πολλοί γιατροί δεν εκτελούν την χειρουργική μέθοδο πριν τις 7 εβδ με τον φόβο να μην παραμείνει το κύημα μέσα λόγω μικρού μεγέθους η να έχουν μια αδιάγνωστη εξωμήτρια κύηση. Η φαρμακευτική διακοπή της κύησης έρχεται πολύ νωρίς πριν τις 7 εβδ να μας δώσει πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας διακοπής μιας κύησης με μη επεμβατικό εύκολο τρόπο, με μικρό σχετικά κόστος λίγες επιπλοκές και κάλυψη του κινδύνου από μια εξωμήτρια κύηση (methotrexate). Από την άλλη πλευρά απαιτεί μια πιο χρονοβόρα διαδικασία και την ύπαρξη κέντρων κατάλληλο επανδρωμένων και εξοικειωμένων σε αυτές τις διαδικασίες και την αντιμετώπιση των επιπλοκών. Έτσι οι γυναίκες που δεν επιθυμούν να περιμένουν μέχρι η κύηση να φτάσει σε μια ηλικία ικανή για χειρουργική επέμβαση μπορούν συνειδητά να επιλέξουν την μέθοδο αυτή αρκεί να υπάρχουν και όλες οι υπόλοιπες προϋποθέσεις.

Η μέθοδος εφαρμόζεται πολλά χρόνια στην Γαλλία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά η μη μέχρι τώρα έγκριση της από τις Ηνωμένες Πολιτείες επέδρασε ανασταλτικά στην εξάπλωσή της. Στην Ελλάδα το RU-486 δεν κυκλοφορεί και δεν μπορεί να είναι μέθοδος επιλογής διακοπής εγκυμοσύνης προς το παρόν, υπόσχεται όμως πολλά στο μέλλον τόσο στις διακοπές κήσεως στο πρώτο τρίμηνο όσο και σε μεγαλύτερη ηλικία κήσεως ¹².

3.5 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία

1. **ΘΑΝΑΤΟΣ** οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

2. **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ** 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.

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μιάς εκτρώσεως. 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 ¹³.

4. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ 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 θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση.

5. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης.

6 Η ΔΙΑΤΡΗΣΗ μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μια από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση. **ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ** 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, πρόωμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις

νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δεύτερου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

7. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΣ 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, περί γεννητικού θανάτου, και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.

8. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ 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 κυήσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα.

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

10. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κυήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20 έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση ¹⁴.

11. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΣ 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 μία έκτρωση, απ' ό,τι οι γυναίκες 20-29 ετών.

12. ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιάς έκτρωσης είναι οι εξής : μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις «δευτερεύουσες» επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, έμετος, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus.

13. ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μια μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγάλο 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. **ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ** 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.

14. ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΙΒΛΑΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας.

Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμητρίους κυήσεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση

εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης¹⁵.

Όπως γίνεται φανερό από το παραπάνω έγγραφο, η χειρουργική έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η χειρουργική έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν και έχει τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται συνήθως στις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπόψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της, με κάποιους από τους παραπάνω τρόπους. Άλλες αναφερθείσες βλάβες περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κύησης, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4%. «Μας προκάλεσε έκπληξη το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε μέτρια ή μεγαλύτερη καταπόνηση στη διάρκεια της επέμβασης [άμβλωσης]. Δεν περιμέναμε τόσο πολλές γυναίκες να αναφέρουν πολύ έντονο πόνο». Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%, και οι ερευνητές είναι 99% βέβαιοι γι' αυτό το φαινόμενο. «Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης [HIV-1] σχετιζόνταν με την άμβλωση (0,49%) απ' ό,τι με τον τοκετό (0,18%) (OR:2.72; 95% CI:2.29-3.22)¹⁶. Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 και κρατήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν όμως κάνει έκτρωση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο 15% (υποθέτοντας ότι θα αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί μέχρι την ηλικία των 30). Εάν εξ αιτίας της έκτρωσης υποστεί στείρωση ή/και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο 30%¹⁷.

Σχετικές αναφορές Grimes D.A., “Surgical Management of Abortion”. TeLind Operative Gynecology, 7th ed. Pp. 317-339 (1992).

3.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης

ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε μια άλλη μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού.

Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (γυναικών χωρίς έκτρωση). Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών άρρωστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.¹⁸

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS)

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

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πειστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες

επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κύησης τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από ένα μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με το βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκρωτικό Σύνδρομο.

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

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

Παρείσδυση είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PAS είναι τα εξής: ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης.

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που

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

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η μελέτη του Barnard διαπίστωσε την ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που είχαν δεχθεί έκτρωση τρία έως πέντε έτη παλαιότερα. Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο.

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση, η μελέτη του Barnard σφάλει κατά ένα ποσοστό 50%. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση. Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση) κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD.

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου μια ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει ικανοποιητική αποκατάσταση, το PTSD μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μια ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από το νόμο (στις ΗΠΑ). Αυτή η ανικανότητα, συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μακρότερη περίοδος αποκατάστασης από τον νόμο.¹⁹

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

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

ΙΔΕΑΛΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

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

ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

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

ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

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

ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

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

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.²¹

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οίνοπνεύματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.²²

ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

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

έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μία εκτρώσεις (και αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο.

ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που έχουν ιστορικό έκτρωσης.

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας υποκατάστατης κύησης και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.²³

3.7 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις

Πριν από την Αμβλωση

Από τη στιγμή που διαπιστωθεί μια ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη και προβληθεί η έκτρωση σαν η πιθανή ή δήθεν ενδεδειγμένη λύση, η

ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της, και ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία της για μια νέα σύλληψη αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχητικές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από τους γιατρούς, από το περιβάλλον της ή από άλλες πηγές. Φυσικά η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος είναι πολύ πιο έντονα σε συναισθηματικά ευαίσθητες γυναίκες και ο προβληματισμός τους, αν θα πρέπει ή όχι να προχωρήσουν σε έκτρωση είναι πολύ πιο μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση, όπως και σ' αυτές που πιστεύουν συνειδητά στον Θεό και γι' αυτό θεωρούν την έκτρωση ως αμαρτία. Οι τελευταίες απορρίπτουν κατά κανόνα ως απαράδεκτη μια τέτοια λύση και προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημά τους διαφορετικά. Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε έκτρωση, κυρίως για αυτές που είναι η πρώτη τους φορά, οι τελευταίες στιγμές πριν από την επέμβαση είναι οι πιο κρίσιμες και η ανησυχία και ο φόβος πιο έντονος. Αμέσως μετά την έκτρωση, πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, επειδή έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο ή προβληματικά έμβρυο. Όμως ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών -56%-όπως έδειξε μια πανεθνική δημοσκόπηση στις ΗΠΑ, νιώθουν ενοχές γι' αυτή τους την απόφαση και οι πιο πολλές αισθάνονται μειωμένες επειδή αναγκάστηκαν να προβούν σ' αυτή την πράξη.

Μετά την Άμβλωση

Μια έρευνα πέντε ετών στις ΗΠΑ έδειξε ότι 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση χρειάστηκαν στη συνέχεια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με μόλις 3% των γυναικών που δεν είχαν κάνει έκτρωση. Επιπλέον πολλές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν πιο συχνά από κατάθλιψη, στρες, μειωμένη αυτοεκτίμηση και έχουν πιο συχνά τάσεις για αυτοκτονία. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες και γι' αυτό δεν ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η κατάσταση. Από μια πρώτη εντύπωση φαίνεται ότι το ποσοστό των Ελληνίδων γυναικών που έχουν ενοχές γι' αυτή την πράξη είναι μικρότερο. Αυτό οφείλεται : α) Στη μεγάλη ανοχή που έδειξε η ελληνική πολιτεία απέναντι στις εκατοντάδες χιλιάδες εκτρώσεις που γίνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας εδώ και δεκάδες χρόνια. β) Στην ηθική χαλαρότητα που έχει

επικρατήσει σιγά-σιγά γύρω απ' αυτό το θέμα και γ) Στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η οποία δίνει μια ψευδαίσθηση ότι η έκτρωση δεν είναι κάτι το κακό. Έτσι εξηγείται το φαινόμενο ότι πολλές Ελληνίδες προχωρούν σε μεγάλη ευκολία όχι μόνο σε μια, αλλά σε επανειλημμένες εκτρώσεις. Γνωρίζω μια κυρία η οποία είχε προβεί σε 13 εκτρώσεις χωρίς να νιώθει κάποια ενοχή γι' αυτές. Φυσικά αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι ένοχη και δε θα της ζητηθεί από τον Θεό λόγος. Το να νιώθουμε ή όχι ένοχοι για κάποια παράνομη πράξη δεν έχει καμία σημασία και δε μειώνει την ενοχή μας απέναντι στον θεό. Όμως υπάρχουν άλλες Ελληνίδες, λιγότερες αυτές, των οποίων η ηθική συνείδηση συνεχίζει να είναι ευαισθητοποιημένη απέναντι στον ηθικά νόμο του θεού ή άλλες που πιστεύουν ειλικρινά στον Θεό. Όσες απ' αυτές τις γυναίκες έχουν για διάφορους λόγους αναγκαστεί ή παρασυρθεί σε έκτρωση, αντιμετωπίζουν συνήθως μετά έντονες ενοχές οι οποίες τις βασανίζουν για καιρό. Στην αρχή προσπαθούν συνήθως να λύσουν μόνες τους το πρόβλημα των ενοχών τους. Για να ησυχάσουν τη συνείδησή τους προσπαθούν να βρουν ή να εκμαιεύσουν από τους άλλους δικαιολογίες γι' αυτή τους την πράξη, όπως για παράδειγμα, ότι ήταν απόλυτα δικαιολογημένη, ότι δεν μπορούσε να γίνει διαφορετικά, ότι το έμβρυο δεν έχει ψυχή ή ότι δεν είναι ακόμη άνθρωπος στους πρώτους μήνες της κύησης, και άλλες. Σε περίπτωση που πείσουν τον εαυτό τους ησυχάζουν, άλλες πιο πολύ και άλλες λιγότερο και συνεχίζουν τη ζωή τους χωρίς να θέλουν να σκέπτονται ή να μιλούν γι' αυτή τους την πράξη. Αντίθετα, σε περίπτωση που η ηθική τους συνείδηση συνεχίζει να τις ελέγχει αναγκάζονται αργά ή γρήγορα να εξομολογηθούν την αμαρτία τους αυτή στον θεό και να ζητήσουν συγχώρηση. Το ίδιο συμβαίνει και στις περιπτώσεις εκείνες που η γυναίκα, ενώ κατά την εκτέλεση της έκτρωσης δεν είχε ζωντανή σχέση με τον Θεό, αργότερα επιστρέφει σ' Αυτόν με μετάνοια και αρχίζει μια ζωντανή και συνειδητή χριστιανική ζωή. Η έκτρωση σ' αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί συχνά ένα αγκάθι γι' αυτές και γι' αυτό ζητούν ένθερμα από το Θεό να τις συγχωρήσει. Φυσικά ο Θεός συγχωρεί, επειδή είναι πλούσιος σε έλεος και είναι πολλή η αγάπη Του. Οι ίδιες όμως μπορεί να αμφιβάλλουν, και αυτό είναι συχνά ένα σοβαρό πρόβλημα, που τις εμποδίζει να προχωρήσουν σωστά και γρήγορα στην πνευματική τους ζωή και γι' αυτό χρειάζονται βοήθεια από πνευματικά ώριμους ανθρώπους. Θυμάμαι μια τέτοια κυρία που ρωτούσε και ξαναρωτούσε με

αγωνία αν την είχε συγχωρήσει ο Θεός για τις εκτρώσεις που είχε κάνει πριν ακόμη δεχθεί τον Θεό στη ζωή της, και πόσο αυτό το πρόβλημα ήταν εμπόδιο για να προχωρήσει στην πνευματική της ζωή και να γίνει χρήσιμο όργανο του Θεού στο περιβάλλον της.²⁴

3.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ Ή ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Εδώ θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τους παράγοντες αυτούς, που οδηγούν την Ελληνίδα ή το Ελληνικό ζευγάρι στη λήψη απόφασης για άμβλωση, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, της γυναίκας που οδηγείται στην άμβλωση.

3.8 α ΟΤΑΝ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΝΟΜΙΜΟ ΓΑΜΟ

A) Οικονομικός παράγοντας

Ο πυρήνας της ελληνικής οικογένειας είναι το παιδί όπου η λειτουργία του εμπλουτίζει τις συναισθηματικές σχέσεις του ζευγαριού. Στο πρόσωπο του παιδιού φαίνεται να αντικατοπτρίζεται το ζευγάρι και η επιθυμία του να συνυπάρξει μέσα στο χρόνο. Η συμβολική αυτή λειτουργία του παιδιού ωθεί τους γονείς να προσπαθούν να εξασφαλίσουν στο παιδί πολύ περισσότερα-σε σχέση με το παρελθόν συναισθηματικά και υλικά πλεονεκτήματα. Έτσι όσο περισσότερο επενδύουν τα ζευγάρια σήμερα στην παρουσία του παιδιού στη ζωή τους, τόσο δυσκολότερα αποφασίζουν να φέρουν παιδί στη ζωή. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός, ότι τα κίνητρα τα οποία επικαλούνται συνήθως οι άντρες και οι γυναίκες όταν ρωτούνται γιατί καταφεύγουν στην άμβλωση, αναφέρονται σε κοινωνικό – οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τις σχέσεις του ζευγαριού. Συγκεκριμένα αυτό γίνεται όταν στην οικογένεια δεν υπάρχει δυνατότητα για καλές απολαβές, πράγμα που δυσκολεύει την προσφορά στο παιδί. Άλλοτε πάλι οικογένεια έχει τόσα παιδιά όσα μπορεί να αναθρέψει. Στην περίπτωση αυτή λείπουν τα χρήματα και η ενεργητικότητα για ένα ακόμα παιδί. Τέλος το ζευγάρι μπορεί να έχει βάλει κάποιες καταναλωτικές προτεραιότητες (αν είναι σε καλή

οικονομική κατάσταση) με αποτέλεσμα να θέλει να αναβάλλει την απόκτηση ενός παιδιού.

B) Προγραμματισμός της οικογένειας

Για να μπορέσει το ζευγάρι να προσφέρει στο παιδί τους πρέπει και τα δύο μέλη του ζευγαριού να το θέλουν στη συγκεκριμένη στιγμή του χρόνου που έρχεται στη ζωή. Η υγιής οικογένεια έχει παιδιά επιθυμητά στο χώρο και στο χρόνο.

Όταν η Ελληνική οικογένεια αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών αποφασίζει την προκλητή έκτρωση.

Από τον παρακάτω πίνακα μπορούμε να δούμε τα ποσοστά των γυναικών που κάνουν άμβλωση σε σχέση με την ηλικία τους και τα παιδιά που έχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Κατανομή 643 παντρεμένων γυναικών που έκαναν άμβλωση ανάλογα με την ηλικία τους και τον αριθμό των παιδιών τους που ήταν ζωντανά κατά το χρόνο της έκτρωσης.

Ηλικία	Προηγούμενα Παιδιά				Σύνολο
	0	1	2	3+	
-19	2	3	1	-	6
20-24	14	53	38	6	111
25-29	15	95	126	12	248
30-34	1	25	104	39	169
35+	-	8	65	36	109
Σύνολο	32	184	334	93	643

Πηγή: Πανεπιστήμιο Πατρών 1999

Η συχνότητα των αμβλώσεων αυξάνει προοδευτικά μέχρι τα 30, επειδή συμπληρώνεται προοδευτικά το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας, ενώ μετά τα

30 μειώνεται προοδευτικά, γιατί αμβλύνεται η συχνότητα των γενετήσεων σχέσεων, η σε κάποιο βαθμό μειώνεται η γονιμότητα των ζευγαριών.²⁵

3.8 β ΟΤΑΝ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΚΤΟΣ ΝΟΜΙΜΟΥ ΓΑΜΟΥ

A) Επαγγελματικοί λόγοι.

Όταν η γυναίκα ζει μόνη της και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας, ή την οικογένειά της εξαρτάται από το μισθό της δουλειάς της και επηρεάζεται η απόφασή της για άμβλωση. Γιατί ένα παιδί απαιτεί χρόνο και ενεργητικότητα και είναι δύσκολο να συνδυαστεί η ανατροφή του με μια συνεχή εξωτερική απασχόληση, όταν η οικογένεια είναι μητρική μονογονεϊκή. Η έλλειψη πρόνοιας του κράτους, όσον αφορά την δημιουργία συνθηκών ύπαρξης βρεφονηπιακών σταθμών, ελαστικά ωράρια εργασίας, που θα βοηθήσουν να μεγαλώσει ένα παιδί συντελεί στην απόφαση της γυναίκας να προβεί σε άμβλωση παρά να κρατήσει και να μεγαλώσει ένα παιδί εκτός γάμου.

B) Εκπαιδευτικοί λόγοι

Μια εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να είναι καταστροφική για τις σπουδές μιας φοιτήτριας. Ένα παιδί σε ακατάλληλη στιγμή είναι επιβάρυνση, είτε για τη συνέχιση, είτε για το ξεκίνημα κάποιου κύκλου σπουδών.

Γ) Κοινωνικοί και ηθικοί λόγοι

Πολλές φορές η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει απόφαση για άμβλωση επειδή της επιβάλλεται από τις συνθήκες της ζωής, είτε από ανθρώπους του περιβάλλοντος (στενό οικογενειακό ή ευρύτερο κοινωνικό).

Είναι η άγαμη γυναίκα που ο πατέρας του παιδιού που κυοφορεί, την ωθεί στην άμβλωση για να απομακρύνει από τον εαυτό του ορισμένες ευθύνες και μάλιστα προτείνει σαν δόλωμα την πιθανότητα ενός μελλοντικού γάμου τον οποίο υπόσχεται να τελέσουν, αλλά ισχυρίζεται, ότι δεν θέλει να τελέσει κάτω από την πίεση του παιδιού που θα γεννηθεί. Είναι η γυναίκα που αναγκάζεται από το φόβο της εγκατάλειψης του συντρόφου της να προβεί στην άμβλωση. Είναι η γυναίκα που έχασε τις ελπίδες, που είχε να την παντρευτεί ο ερωτικός της σύντροφος. Είναι

η κοπέλα, την οποία η κοινωνία δεν της αναγνωρίζει το δικαίωμα να αναλάβει το ρόλο της μάνας και επειδή δεν έχει το θάρρος να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ερωτικής προσέγγισης, αποφασίζει να απαλλαγεί απ' αυτές. Είναι η γυναίκα που φοβάται την κοινωνική κατακραυγή και αποξένωση και τέλος την περιθωριοποίηση τη δικιά της και του παιδιού της.

3.8γ ΟΤΑΝ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.

Α) Άγνοια και κακή ενημέρωση αντισυλληπτικών μεθόδων

Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα (1999) διαπιστώθηκε ότι η πιο διαδομένη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η άμβλωση και δεύτερο οι παραδοσιακοί τρόποι αντισύλληψης. Φτάνει λοιπόν στην άμβλωση η Ελληνίδα από άγνοια των σύγχρονων μέτρων αντισύλληψης ή την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα αυτών. Λόγω της μερικής ενημέρωσης που έχει από περιοδικά, συζητήσεις κ.λ.π. και της ανύπαρκτης ενημέρωσης από αρμόδιο – φορέα - γιατρό. Λόγω του φόβου της να αναζητήσει κάποια λύση ή της ντροπής της να συζητήσει ή να ψάξει το θέμα.

Ο πίνακας μας φανερώνει το μεγάλο ποσοστό των προκλητών εκτρώσεων σε ανύπαντρες σπουδάστριες μετά γενετήσεων σχέσεων.

Πίνακας

Συχνότητα σπουδαστριών μετά γενετήσεων σχέσεων και αναμνηστικού προκλητών εκτρώσεων ανάλογα την ηλικία.

Ηλικία	Εξετασθέντες	Μεταγενετήσεων σχέσεων	Μετά αμβλώσεων	Μετά γενετ. επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επί τοις %	Μετά αμβλώσεων επι % γεν. σχέσεων
18	29	5	0	17	0	0
19	78	26	5	33	6	19
23	136	60	12	44	9	20
21	105	43	15	41	14	35
22	47	24	8	51	17	33
Σύνολο	395	158	40	40	10	25

Πηγή: Πανεπιστημίου Αθηνών 2000

Από τον πίνακα αυτό προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών μετά γενετήσεων σχέσεων αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία, από 17% σε σπουδάστριες 18 ετών φτάνει σε 51% σε σπουδάστριες 22 ετών. Από την ηλικία των 22 ετών το 33% των σπουδαστριών με γενετήσιες σχέσεις έχουν υποβληθεί σε προκλητική έκτρωση. Τέλος το 17% των αγάμων σπουδαστριών σε ηλικία 22 ετών έχουν ήδη υποβληθεί σε άμβλωση.

Ο Sandstron (1977) αναφέρει ότι στις Σκανδιναβικές χώρες, μεταξύ 1966-1977, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός νεαρών αγάμων γυναικών, οι οποίες έμειναν έγκυοι και ένας από τους λόγους αυτής της μείωσης είναι η καλύτερη γνώση των γυναικών για τις μεθόδους αντισύλληψης, λόγω εισαγωγής της διδασκαλίας αυτής σαν μάθημα στα σχολεία. Εξάλλου η νομιμοποίηση των αμβλώσεων δεν φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μείωση τους αλλά το μέγεθος τους συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής.

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο για να εξεταστεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση, για να προσδιοριστούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα, που με τη συμμετοχή τους επηρεάζουν το άτομο για τη λήψη απόφασης για άμβλωση.

B) Ψυχολογικός παράγοντας

Για να καταλάβουμε το βίωμα της άμβλωσης πρέπει να εξετάσουμε τη ζωή της γυναίκας ανάλογα με την ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη και κυρίως με τη θέση που κατέχουν στο ψυχισμό της η εικόνα της μητέρας και η εικόνα του σώματος της. Ωστόσο αυτή η προσωπική εμπειρία εξελίσσεται πάντα σε ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και επομένως επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες.²⁵

3.9 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Με την άμβλωση έρχεται διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης, σαν άμεση ηθική τιμωρία της πράξης 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 ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας να διακόψει την εγκυμοσύνη, δεν είναι ασφαλής.

Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατόν να πάρει μια εντελώς αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει σοβαρές ψυχολογικές συγκρούσεις στη μητέρα.

Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και οι ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. «Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεκνογονίας ως κακία παρά φύση. Άμεση ηθική τιμωρία της κακίας αυτής, είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την κακία αυτή την ακολουθεί εσωτερική πάλη.

Η διαταραχή του οικογενειακού βίου γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί, όταν θελήσουν. Αν ένας από τους δύο στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό ή ένα από τα παιδιά τους πεθάνει, μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτό που θα μπορούσε να ζήσει.²⁶

3.10 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

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

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

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

Μελετώντας τη δομή του πληθυσμού κατά ηλικία φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά γρήγορα δημογραφική γήρανση. Από εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο ΚΕΠΕ υπολογίζεται ότι το 2001 τα άτομα 60 ετών και άνω θα αποτελούν το 19,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ σε αγροτικές περιοχές το ποσοστό αυτό θα φτάσει τα 22, 7%. Ακόμη πιο σημαντικό αναφορικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει για τις υπηρεσίες υγείας, είναι η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2001 τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (75 ετών και άνω) θα είναι περίπου το 4,7 % του Ελληνικού πληθυσμού.

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας όπως τα νησιά Αιγαίου, Πελοπόννησος, Ήπειρος και Κρήτη υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα γήρανσης και μη ανανέωσης του Πληθυσμού.

Το 1967 η Ακαδημία Αθηνών ασχολήθηκε με το δημογραφικό πρόβλημα μετά από εισήγηση του κ. Λούρου.

Δύο ήταν τα συμπεράσματα από την ιστορική εκείνη συνεδρίαση:

A) ότι το δημογραφικό μας που είναι θέμα, γιατί η Ελληνική φυλή «τείνει προς εξαφάνιση» και

B) ότι ήταν δυνατόν να ανασταλεί η υπογεννητικότητα με τη λήψη μέτρων.

Η ακαδημία στηρίχτηκε σε μελέτες του Πανεπιστημιακού καθηγητή κ. Βαλαώρα, όπου με βιοστατιστικά αποδείκνυε το δημογραφικό κίνδυνο: «Η γεννητικότητα του Ελληνικού λαού κατήλθε σε ανεπίτρεπτα πλέον επίπεδα, απειλούντα τον πληθυσμό με προοδευτική μείωση...»²⁶

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

Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα η έκτρωση στην Ελλάδα είναι κατ' εξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της περιοχής Αθηνών. Στη σχετική έρευνα που διεξήχθη το 1966-67 το 37% των ερωτώμενων γυναικών απάντησαν ότι κατέφυγαν στην έκτρωση. Οι εκτρώσεις στις αγροτικές περιοχές κάτω από 2000 κατοίκους ανέρχονται σε 22% έναντι 37% στην περιοχή των Αθηνών.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μια ανύπαντρη γυναίκα και ιδιαίτερα έφηβη, όταν μείνει έγκυος, έχει να διαλέξει ανάμεσα στον εσπευσμένο γάμο, τη γέννηση ενός εξώγαμου παιδιού ή την έκτρωση. Ο εσπευσμένος γάμος, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι αποτυχημένος και συνήθως οδηγεί αργά ή γρήγορα στο διαζύγιο. Η απρογραμμάτιστη μητρότητα στην εφηβική ηλικία σημαίνει διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης και περιορισμούς στην κοινωνική δραστηριότητα και στις κοινωνικές σχέσεις της κοπέλας. Αν μια τέτοια μητρότητα συνοδεύεται και από απουσία συζύγου, τότε, είναι συχνά και αιτία κοινωνικού αποκλεισμού και κοινωνικής πίεσης. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια να βιώνεται η μητρότητα ως καταναγκασμός ή πεπρωμένο, και συντελούν στη συσσώρευση τραυματικών εμπειριών και στη μητέρα αλλά και στο παιδί. Η έκτρωση στη χώρα μας παραμένει παράνομη στις περισσότερες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα να συνοδεύεται από μυστικότητα και ενοχή. Σύμφωνα με την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, η χώρα μας είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε αριθμό ετήσιων εκτρώσεων, αφού υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται περίπου 150.000 εκτρώσεις. Η κατάσταση είναι τραγική, αν αναλογιστεί κανείς ότι σε κάθε δύο γεννήσεις αντιστοιχούν τρεις εκτρώσεις. Βέβαια, οι Ελληνίδες κατέχουν την τελευταία θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όσον αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών. Από τις 300.000 αμβλώσεις που γίνονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα, στοιχεία υπάρχουν μόνο για το 1991 και το 1992: κατά τη διάρκεια αυτής της διετίας, ο αριθμός τους στα δημόσια νοσοκομεία δεν ξεπέρασε τις 11.500. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή ιατρεία δεν αναφέρουν στοιχεία, ενώ κανένας έλεγχος δεν υπάρχει για τον εξοπλισμό, τις συνθήκες υγιεινής και τη στελέχωσή τους. (Τα Νέα, 3-10-1995). Και το ερώτημα που προκύπτει είναι γιατί η πλειονότητα των εγκύων δεν πάει στα δημόσια νοσοκομεία,

τη στιγμή μάλιστα που η άμβλωση καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Σύμφωνα με κάποιους αρμόδιους, ένας από τους λόγους είναι ότι στα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάρχει προσωπική σχέση με τον γιατρό, αλλά κυρίως το γεγονός ότι γράφεται στα ασφαλιστικά βιβλιάρια η άμβλωση και αυτό επιδρά αποτρεπτικά στο να πάει μία έγκυος σε δημόσιο νοσοκομείο. Γεγονός είναι ότι στις περισσότερες απ' αυτές τις περιπτώσεις οι κοπέλες καταφεύγουν σε πρόσωπα άσχετα με τους γονείς για την εξοικονόμηση των χρημάτων που απαιτούνται για τέτοιες επεμβάσεις. Συχνά η έκτρωση γίνεται κάτω από συνθήκες τελείως απαράδεκτες που εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των νεαρών κοριτσιών. Κι αυτό επειδή η έκτρωση, ιδιαίτερα όταν διεξάγεται κάτω από ανεξέλεγκτες συνθήκες, μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονές, συμφύσεις, αιμορραγία, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κ.α., καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν αργότερα στειρώση ή συχνές αποβολές. Έτσι, οι πρώτες ερωτικές εμπειρίες της έφηβης συνοδεύονται από ένα τραυματικό γεγονός ως προς την ψυχολογική του επένδυση σαν αναπόφευκτη συνέπεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η ολική αποποινικοποίηση της επέμβασης, σε συνδυασμό με κάποια άλλα μέτρα που θα εξασφαλίζουν το απόρρητο, θα μειώσει οπωσδήποτε τις επιπλοκές αυτές, εφόσον η διακοπή της κύησης θα γίνεται σε οργανωμένα κέντρα. Ταυτόχρονα θα περιοριστεί και ο αριθμός των εκτρώσεων, με την προϋπόθεση ότι μια τέτοια νομοθετική πράξη θα συνοδευτεί από μια πλατιά εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού στις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης.

Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 19-2-1995

ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ

Μπορεί στις μέρες μας να υπάρχουν σύγχρονοι τρόποι αντισύλληψης, στη χώρα μας όμως μία στις τρεις γυναίκες έχει κάνει έκτρωση στην ενήλικη ζωή της, την ώρα μάλιστα που η μείωση του δείκτη γονιμότητας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται δραματική και η υψηλότερη στο σύνολο των αναπτυγμένων χωρών παγκοσμίως.

Η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την Ελλάδα, επισημαίνοντας ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σε νεαρές

ηλικίες είναι ιδιαίτερα υψηλός σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, αν και τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί μια μικρή μείωση.

Οι ειδικοί της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού σημειώνουν πως το αντισυλληπτικό χάπι είναι η πλέον αποτελεσματική λύση, τονίζοντας παράλληλα ότι προστατεύει τον οργανισμό από καρκίνο και άλλες ασθένειες.

Όπως εξηγούν, η ορμονική αντισύλληψη μειώνει κατά 40% την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, κατά 40% την πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ μεταξύ άλλων βελτιώνονται οι διαταραχές του γενετικού κύκλου, οι δυσμηνόρροια και η ακμή.

Παρ' όλα αυτά, έρευνες που πραγματοποιούνται σε όλο τον κόσμο καταδεικνύουν ότι η έκτρωση εξακολουθεί να προτιμάται από πολλές γυναίκες. Πρόσφατη έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι το 40% της εφηβικής εγκυμοσύνης αφορούσε νεαρές γυναίκες κάτω των 17 ετών, εκ των οποίων το 30% κατέληξαν σε άμβλωση και το 14% σε αποβολή.

Όσον αφορά τη χώρα μας, μόλις το 2,5% των Ελληνίδων χρησιμοποιεί το αντισυλληπτικό χάπι.²⁷

4.2 ΑΜΒΛΩΣΗ:

Δικαιώματα και αδικήματα των γυναικών

Αν πραγματικά θέλουμε να υποστηρίξουμε τα δικαιώματα των γυναικών, είμαστε υποχρεωμένοι να πούμε την αλήθεια για την έκτρωση και να δουλέψουμε με στόχο να σταματήσει να εφαρμόζεται.

Πιστεύω ακράδαντα ότι οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να προστατέψουν το σώμα τους, γι' αυτό αντιτίθεμαι στην έκτρωση. Το δικαίωμα της γυναίκας αρχίζει από τη στιγμή που το σώμα της αρχίζει να υπάρχει. Είναι δικό της και πρέπει να προστατεύεται, χωρίς να έχει σημασία που ζει, ακόμα και στην μήτρα της μητέρας της.

Για χρόνια υιοθέτησα την άποψη ότι το αγέννητο παιδί ήταν μόνο μια μάζα από ιστούς. Όταν συμπτωματικά έμαθα τα σχετικά με μια έκτρωση σε περίπτωση προχωρημένης εγκυμοσύνης τρόμαξα από την περιγραφή της σύριγγας που το στόμιό της χοροπηδούσε μέσα στην κοιλιά της μητέρας καθώς το παιδί της

περνούσε τις οδύνες του θανάτου. Δεν μπόρεσα να αρνηθώ ότι είχα μπροστά μου μια αποτρόπαιη πράξη βίας.

Έχουν οι γυναίκες ωφεληθεί από την νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Κάποιος έχει ωφεληθεί, όχι όμως η γυναίκα που καταφεύγει στην έκτρωση. Η βιομηχανία εκτρώσεων έχει κέρδη περίπου 500 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο, και η πώληση των μελών των αγέννητων παιδιών μπορεί να ανεβάσει το ποσό σε δισεκατομμύρια.

Η γυναίκα όμως δεν κερδίζει, αλλά χάνει με την έκτρωση. Χάνει πρώτα τις εκατοντάδες δολάρια που πρέπει να πληρώσει για την επέμβαση. Δεύτερον, πρέπει να περάσει μέσα από μια εξευτελιστική διαδικασία, να υποστεί μια εισβολή στο εσωτερικό της, χειρότερη και από βιασμό. Τρίτον, μπορεί να χάσει την υγεία της.

Εάν θέλουμε πράγματι μια κοινωνία που να υποστηρίζει και να σέβεται τις γυναίκες, πρέπει να ξεκινήσουμε από τον περιορισμό των μη προγραμματισμένων εγκυμοσυνών. Τα αντισυλληπτικά αποτυγχάνουν. Οι μισές απ' όσες γυναίκες έκαναν έκτρωση παραδέχτηκαν ότι χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά. Έτσι για να περιοριστούν οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες πρέπει να επιστρέψουμε στην σεξουαλική υπευθυνότητα.

Δεύτερον, πρέπει να πάψουμε να θεωρούμε την συνέχιση μιας εγκυμοσύνης και το μέγαλωμα των παιδιών ως βάρος επαχθές.

Τα δικαιώματα των γυναικών δεν έρχονται σε σύγκρουση με αυτά των παιδιών τους. Η εμφάνιση μιας τέτοιας σύγκρουσης είναι δείγμα ότι κάτι πάει στραβά στην κοινωνία. Όταν οι γυναίκες επιτύχουν το σεβασμό της σεξουαλικής λειτουργίας και την επαγγελματική ευελιξία που χρειάζονται δεν θα καταφεύγουν πια, σαν ένα υποκατάστατο, στην αιματηρή αδικία της έκτρωσης.²⁸

4.3 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Κυήσεις και Αμβλώσεις

Ένας τομέας που δεν πρέπει να παραλείψουμε όταν μιλάμε για την εφηβική σεξουαλική δραστηριότητα είναι ο κίνδυνος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η κύηση στην εφηβεία τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας έχει αυξηθεί. Από

στοιχεία που προέρχονται από το τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, προκύπτει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό έχει συντελέσει στον υπερδιπλασιασμό των κυήσεων στην εφηβεία (1984: 5, 38, 1989: 11, 93%) και επομένως και των εκτρώσεων.

Η αύξηση θεωρείται αποτέλεσμα τριών κυρίως παραγόντων:

A) Ελάττωση της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων.

B) Ανεπαρκή διαφώτιση ή αποτυχία ορισμένων προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

Γ) Πρώιμη βιολογική ανάπτυξη του κοριτσιού.

Πολλά κορίτσια στην εφηβεία τους είναι συχνά ευάλωτα σε μια εγκυμοσύνη, επειδή πιστεύουν ότι η εγκυμοσύνη είναι κάτι που μπορεί να συμβεί στους άλλους και ποτέ σ' αυτές, με αποτέλεσμα να πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται να πάρουν προφυλάξεις.

Το πρώτο σημάδι βέβαια της εγκυμοσύνης είναι φυσικά η απουσία της έμμηνης ρύσης.

Ο πιο σίγουρος τρόπος για να διαπιστωθεί μια εγκυμοσύνη είναι ένα τεστ εγκυμοσύνης. Πρέπει να ελπίζουμε ότι η έγκυος έφηβη θα έχει τέτοια σχέση με τους γονείς της ώστε να τους εκμυστηρευτεί την εγκυμοσύνη της.

Η κύηση στην εφηβική ηλικία δημιουργεί αρκετά προβλήματα, που είναι κυρίως ιατρικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά.

Ιατρικά προβλήματα είναι:

- 1) Τοξιναιμία (προεκλαμψία – εκλαμψία)
- 2) Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- 3) Δυσαναλογία
- 4) Αναιμία
- 5) Σύνδρομο Down

Αναλυτικότερα έχει παρατηρηθεί ότι η τοξιναιμία, μια επιπλοκή της εγκυμοσύνης που εκδηλώνεται με αυξημένη πίεση, οιδήματα, λεύκωμα στα ούρα και μερικές φορές και σπασμούς είναι συχνότερη σε κυήσεις της εφηβείας.

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, του οργάνου δηλαδή που συνδέει το έμβρυο με την επιφάνεια της μήτρας είναι επίσης πιο συχνή, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει το έμβρυο.

Επιπλέον ο σκελετός του κοριτσιού στην εφηβική ηλικία δεν έχει πλήρως αναπτυχθεί. Αυτό σημαίνει συχνά ότι η πύελος έχει μικρότερες διαστάσεις από εκείνη της ενήλικης γυναίκας με αποτέλεσμα να δημιουργείται δυσαναλογία μεταξύ του εμβρύου και της πύελου. Δημιουργούνται έτσι προβλήματα κατά τον τοκετό και γι' αυτό η συχνότητα των καισαρικών τομών είναι μεγαλύτερη σ' αυτή την ηλικία παρά στις ενήλικες.

Εξάλλου επειδή οι έφηβες έγκυες δεν πηγαίνουν τακτικά στο γιατρό, δημιουργούνται προβλήματα αναιμίας, έλλειψης σιδήρου, βιταμινών και ασβεστίου.

Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι νεογνά που γεννιούνται από γυναίκες νεαρής ηλικίας, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το σύνδρομο Down. Η συχνότητα είναι τέτοια ώστε να συμβαδίζει μ' εκείνη των γυναικών που είναι πάνω από σαράντα χρόνων.

Κοινωνικά προβλήματα

Μια νεαρή έγκυος γυναίκα έχει και κοινωνικά προβλήματα να αντιμετωπίσει, που μάλιστα είναι σοβαρά και συχνά επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της. Όσο και να έχει προοδεύσει η κοινωνία, όσο και να έχει αποβάλλει οπισθοδρομικές ιδέες, παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα κρίνει αυστηρά την γέννηση ενός παιδιού στην εφηβεία, ειδικά όταν η έφηβος δεν είναι παντρεμένη. Αυτό βέβαια συμβαίνει σε μικρές κλειστές κοινωνίες. Αν η νεαρή γυναίκα έχει μια απόλυτα υγιή προσωπικότητα, θα μπορέσει να αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματα που θα συναντήσει. Εφόσον βέβαια έχει και την υποστήριξη των γονιών της. Διαφορετικά είναι πολύ εύκολο να περιθωριοποιηθεί και να ακολουθήσει διάφορους δρόμους, δρόμους χωρίς επιστροφή.

Η κοινωνική κατακραυγή μπορεί να την οδηγήσει εύκολα στον ψεύτικο δρόμο των ναρκωτικών. Ακόμη η έφηβος που αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις της μητρότητας χωρίς ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να οδηγηθεί στην απομόνωση και σε κατάθλιψη, συνέπεια αυτών καταστάσεις πολύ δύσκολες

και μη αναστρέψιμες. Γι' αυτό οι γονείς των εφήβων-μητέρων να μην εγκαταλείπουν τα παιδιά τους, σκεπτόμενοι τις επιπτώσεις από τον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά να βρίσκονται δίπλα τους και να αντιμετωπίζουν από κοινού όλες τις καταστάσεις. Να αναλάβουν να βοηθήσουν όχι μόνο ηθικά την νεαρή έγκυο γυναίκα αλλά και οικονομικά.

Ποιες όμως είναι οι επιλογές της έφηβης γυναίκας μπροστά στην εγκυμοσύνη;

Οι επιλογές είναι τρεις:

* Να διατηρήσουν την εγκυμοσύνη, να γεννήσουν και να κρατήσουν το παιδί.

* Να διατηρήσουν την εγκυμοσύνη και να δώσουν το παιδί για υιοθεσία.

* Να διακόψουν την εγκυμοσύνη.

Στις δύο πρώτες περιπτώσεις η έγκυος έφηβος πρέπει να χαίρει προγεννητικής φροντίδας όσο το δυνατό πιο νωρίς. Στην τρίτη περίπτωση πρέπει όσο το δυνατό γρηγορότερα να πάρει την απόφασή της, ώστε να είναι εφικτή η διακοπή της εγκυμοσύνης. Όπως προανέφερα η νεαρή γυναίκα που αποφασίζει να διατηρήσει την εγκυμοσύνη της, χρειάζεται στήριξη ηθική, κοινωνική και οικονομική. Αυτή την στήριξη μπορεί να την βρει στο σύντροφο – πατέρα του παιδιού, την οικογένεια, αλλά και σε κάποιους οργανισμούς που λειτουργούν για το σκοπό αυτό.

Υπάρχει λοιπόν η κοινωνική πρόνοια με διάφορα προγράμματα για τις ανύπαντρες μητέρες. Μέσα σ' αυτά τα προγράμματα εκτός από ηθική και οικονομική στήριξη, παρέχεται και προγεννητικός έλεγχος.

Εμείς από τη θέση μας ως λειτουργοί υγείας, μπορούμε να προσφέρουμε στην νεαρή γυναίκα προγεννητική φροντίδα, που πρέπει ν' αρχίσει νωρίς. Η πιο πετυχημένη προγεννητική φροντίδα εκτός από παρακολούθηση της κύησης προσφέρει πληροφορίες για το θηλασμό και την μητρότητα, ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα κατά την λοχεία.

Πρέπει η έφηβος να καταλάβει πως είναι υπεύθυνη για τον εαυτό της και το έμβρυο. Διδάσκοντάς την για την υγεία και φροντίδα του παιδιού, πρέπει να πετύχουμε την αύξηση του ενδιαφέροντος και της προσοχής της, την ανάπτυξη υπεύθυνης στάσης απέναντι στην εγκυμοσύνη της. Μπορούμε να τη βοηθήσουμε

να ξεπεράσει τους φόβους της, γιατί η έφηβος έγκυος νιώθει φόβο, γιατί δεν ξέρει πως θα είναι η εγκυμοσύνη, πως θα είναι ο τοκετός και οι ωδίνες του, δεν ξέρει αν θα μπορέσει να φροντίσει σωστά το μωρό της.

Παράλληλα πρέπει να την ενημερώσουμε ότι χρειάζεται να επισκέπτεται την μαία ή το μαιευτήρα της σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Στην περίπτωση που θα δώσει το παιδί της για υιοθεσία, πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά, χωρίς να έχει καμία αμφιβολία και κανένα δισταγμό για την πράξη της. Θα πρέπει να συμβουλευθεί την κοινωνική υπηρεσία κάποιου νοσοκομείου ή να απευθυνθεί στο κέντρο βρεφών της περιοχής. Αν αποφάσισε να διακόψει την εγκυμοσύνη τότε πρέπει πριν τις δώδεκα εβδομάδες της κύησης να απευθυνθεί στο γυναικολόγο της.

Η έκτρωση νομιμοποιήθηκε στην Ελλάδα την περασμένη δεκαετία και με την συναίνεση της γυναίκας δεν αποτελεί πλέον αδίκημα. Στις έφηβες κάτω των δεκαοχτώ ετών για να πραγματοποιηθεί η διακοπή μιας εγκυμοσύνης πρέπει να υπάρχει γραπτή συναίνεση των γονιών της εφήβου ή του κηδεμόνα μας. Επίσης πρέπει να ενημερωθεί η έφηβος πλήρως για τους κινδύνους και τις επιπλοκές από μια τέτοια επέμβαση.²⁹

Παρά το ότι το θέμα των εκτρώσεων σήμερα αντιμετωπίζεται νομοθετικά, θα έπρεπε τα κορίτσια που έχουν σχέσεις να καταλάβουν ότι είναι προτιμότερο να εφαρμόζουν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, παρά να καταφύγουν στην έκτρωση, έστω και αν αυτή δεν είναι παράνομη. Θα πρέπει λοιπόν να βοηθήσουμε οπωσδήποτε στο θέμα της αντισύλληψης την έφηβη. Μπορούμε δηλαδή να της προσφέρουμε ένα μηχανικό μέσο, όταν το ζευγάρι δεν έχει συστηματικές σχέσεις. Το μηχανικό αυτό μέσο μπορεί να είναι το κολπικό διάφραγμα με σπερματοκτόνο αλοιφή ή το αντρικό προφυλακτικό. Μπορούμε επίσης να προσφέρουμε τα νεότερου τύπου αντισυλληπτικά χάπια, δηλαδή τα τριφασικά χάπια, που οπωσδήποτε έχουν ελαχιστοποιήσει τις επιπλοκές.

Πιστεύουμε ότι το ποσοστό των κυήσεων και των εκτρώσεων στην εφηβεία είναι δυνατό να ελαττωθεί, εάν εφαρμοστούν σωστά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων μπορεί να γίνει μέσω:

1) Θέσπισης προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που μπορεί να οργανώνονται και να εφαρμόζονται από υπηρεσίες υγείας, κοινωνικούς ή πολιτιστικούς φορείς, επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους τους εφήβους.

Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να αρχίζουν από τη βασική εκπαίδευση και να συνεχίζονται σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Μπορεί να απευθύνονται ατομικά σε νέους, σε μικρές ομάδες νέων ή σε μεγάλο ακροατήριο.

2) Κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα κέντρα αυτά διαθέτουν όλο το επιστημονικό προσωπικό, γιατρούς, νοσηλεύτες, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους και είναι εύκολο να συμβάλλουν στην ενημέρωση των νέων αλλά και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων. Ένας επιπλέον λόγος είναι, ότι είναι συνήθως εγκατεστημένα εκτός των νοσοκομείων. Εάν δε συνδεθούν με το σχολείο, σαν μονάδες παροχής υγείας και άλλα γενικότερα θέματα υγείας, γίνεται ακόμα πιο εύκολο να πετύχουν αλλαγή στη συμπεριφορά των νέων στα θέματα υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι η συνεργασία σχολείων και κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού (σε χώρες όπως Δυτική Ευρώπη και Αμερική) έχει συμβάλει στη μείωση του αριθμού κυήσεων στην εφηβεία.

3) Προγραμμάτων της κοινότητας ή κρατικών.

Τέτοια προγράμματα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν άτομα (δημοφιλή στην κοινότητα π.χ. ιερείς, καλλιτέχνες, δάσκαλοι, γονείς, εφήβους αθλητές και άλλους). Έχουν επίσης τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τα μέσα ευρείας ενημέρωσης (ραδιόφωνο, περιοδικά και ημερήσιο τύπο). Τέλος έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα συλλογής στοιχείων για τη διευκρίνιση των προβλημάτων καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Συμπέρασμα

Θα λέγαμε λοιπόν ότι αν θέλουμε να μειώσουμε τον αριθμό των κυήσεων στην εφηβεία, την πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων, τη συχνότητα μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και τον αριθμό των εκτρώσεων στην εφηβεία, πρέπει να αρχίσουν τα προγράμματα σε πολύ μικρότερη

ηλικία, από τη βασική εκπαίδευση, ώστε να δημιουργηθούν στους νέους έγκαιρα θετικές προσεγγίσεις. Η δημιουργία και η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων, απαιτεί τη συνεργασία πολλών επαγγελματιών και επιστημόνων, όπως παιδαγωγών, ψυχολόγων, επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων. Παρατηρητές και ειδικοί στα θέματα για τη μείωση των κυήσεων στην εφηβεία, προτείνουν τα παρακάτω μέτρα:

- 1) Συμπαράσταση της πολιτείας ή της κοινότητας των γονέων, των τοπικών αρχών και συμμετοχή αυτών στα προγράμματα διαπαιδαγώγησης των νέων.
- 2) Συνεχής ενημέρωση και προβολή μηνυμάτων δια των μέσων ευρείας ενημέρωσης.
- 3) Επικέντρωση των προγραμμάτων στα σχολεία, όπου υπάρχουν πολλοί νέοι και περνούν πολλές ώρες εκεί, με παρέμβαση στο σχολικό πρόγραμμα.
- 4) Δυνατότητα των νέων να φθάνουν εύκολα στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αγωγής υγείας.
- 5) Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην παιδαγωγική και των παιδαγωγών σε θέματα αγωγής υγείας με συνεχή εκπαίδευση.³⁰

Όργανο της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής

Πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Γράφει η ΕΛΕΝΗ ΤΖΙΜΑ – ΤΣΙΤΣΙΚΑ

Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος ΝΙΜΤΣ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων έχει μεταβληθεί σημαντικά στον αιώνα μας και ιδιαίτερα τα τελευταία 20 – 30 χρόνια.

Η εφηβεία ως γνωστό αποτελεί μεταβατική περίοδο κατά την οποία το σώμα μεταμορφώνεται και παράλληλα αρχίζει να αναπτύσσεται με έντονους ρυθμούς, η σεξουαλικότητα. Ο έφηβος χαρακτηρίζεται από μεγάλο ενδιαφέρον για τα σεξουαλικά θέματα και συχνά αναλαμβάνει σεξουαλικούς ρόλους.

Οι επιδράσεις ως προς την διαμόρφωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων είναι πολλαπλές. Η οικογενειακή ζωή στα πρώτα χρόνια της ζωής του, ασκεί σημαντική επίδραση. Αν και στις περισσότερες οικογένειες δεν γίνεται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, είναι προφανές ότι τα παιδιά δέχονται μη λεκτικά

μηνύματα, αλλά και προσλαμβάνουσες παραστάσεις από την οικογένεια για ποικίλα άλλα σχετικά θέματα όπως π.χ. το γυμνό, τα χάδια, τη σχέση αγάπης κλπ.

Οι νεαροί έφηβοι συνήθως δυσκολεύονται να κάνουν ερωτήσεις στους γονείς ή να προκαλέσουν συζητήσεις γύρω από τα σεξουαλικά θέματα που τους απασχολούν λόγω της αμηχανίας που επικρατεί στην οικογένεια. Συχνά οι ίδιοι οι γονείς, εξαιτίας των δικών τους αναστολών, την έλλειψη κατανόησης, την άγνοια ή ακόμα και διαθέσιμου χρόνου, δεν καταφέρνουν να βοηθήσουν τον έφηβο ως προς την εξοικείωση με την ανατομία και φυσιολογία των γεννητικών οργάνων και ως προς την σωστή ενημέρωση.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων είναι οι συνομήλικοί τους και τα πρότυπα που προβάλλονται δημιουργώντας το άγχος να ανταποκριθούν σ' αυτά. Στη σημερινή κοινωνία βέβαια, όλοι είμαστε εκτεθειμένοι στην επίδραση των ΜΜΕ πολύ περισσότερο όμως οι έφηβοι π.χ. στις διαφημίσεις η σεξουαλικότητα εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα με σκοπό την προώθηση των πωλήσεων προϊόντων που πολλά από αυτά απευθύνονται στους εφήβους.

Έτσι δημιουργούνται πολλά ερωτήματα, ανασφάλειες και ανησυχίες που χρειάζονται απαντήσεις και σωστή ενημέρωση. Ωστόσο, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία δεν θεωρείται ακόμα πρωταρχικής σημασίας ενημέρωση για τους εφήβους, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται ριψοκίνδυνες αποφάσεις και συχνά να επικρατεί κατάσταση σύγχυσης και άγνοιας.

Επιπλέον, η σεξουαλική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται σε μεγάλο ρόλο από την ωριμότητα και το στάδιο ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του εφήβου, ώστε να παρατηρείται μεγάλη διακύμανση ανάλογα με την προσωπικότητα, την γνωστική και ηθική ανάπτυξή του.

Στην πρώιμη εφηβεία (10 – 14 ετών) ο νεαρός έφηβος λαμβάνει αυθαίρετες αποφάσεις χωρίς να υπολογίζει το κόστος. Χαρακτηρίζεται από περιέργεια για το σώμα του αρχίζοντας να το γνωρίζει, να το εξερευνά και να το συγκρίνει. Επίσης τον διακρίνει ντροπή και αμηχανία για τα σεξουαλικά θέματα. Πολλοί έφηβοι αισθάνονται ένοχοι γιατί ονειρεύονται κι έχουν φαντασιώσεις. Θεωρούν πολύ σημαντικό και συνεχώς επιζητούν να επιβεβαιώνονται ότι αυτά που σκέπτονται κι αισθάνονται, είναι φυσιολογικά. Οποιαδήποτε ανωμαλία ή διαταραχή σε σχέση με

τα σεξουαλικά θέματα, θα ωθήσει τον έφηβο στην απόσυρση κι απομόνωση από τους συνομηλικούς τους, συνοδευόμενος από αισθήματα ντροπής και αμηχανίας.

Στη μέση και προχωρημένη εφηβεία (15 – 21 ετών) οι έφηβοι απομακρύνονται σταδιακά από την επίδραση της οικογένειας, εξερευνώντας κι αναζητώντας την ταυτότητά τους. Οι συνομήλικοι αποκτούν συνεχώς μεγαλύτερη επιρροή ενώ οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ανήμποροι να επηρεάσουν τον έφηβο στις αποφάσεις του. Ωστόσο, πρέπει όλοι να θυμόμαστε ότι ναι μεν οι συνομήλικοι έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν άμεσα τον έφηβο, πάντα όμως σ' ένα πλαίσιο που έχει ήδη διαμορφωθεί από τα προηγούμενα χρόνια, από τις επιρροές της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα.

Γενικά οι έφηβοι στη σημερινή κοινωνία, αισθάνονται περισσότερο ελεύθεροι να δοκιμάσουν καινούργιους τρόπους ζωής. Γι' αυτή την άποψη και στάση ζωής υπάρχουν πολλές δικαιολογίες. Για μερικούς η σεξουαλική επαφή είναι τρόπος επικοινωνίας, αποτελεί ένα βήμα προς την ανάπτυξη της σχέσης και δεν είναι το αποτέλεσμα αυτής, πιστεύοντας ότι η σεξουαλική σχέση είναι κάτι «φυσιολογικό» ενώ η λεκτική ή άλλου είδους προσπάθεια για επικοινωνία, είναι πολλές φορές ανεπιτυχής και περισσότερο επίπονη.

Για άλλους η σεξουαλική σχέση αντιπροσωπεύει την εμπιστοσύνη και την φροντίδα σε μία σχέση, άλλοι αισθάνονται ότι και μόνο ως ευχαρίστηση είναι αποδεκτή, ενώ άλλοι κρίνουν την σεξουαλική τους συμπεριφορά σαν ένα μέρος της συνεχούς αναζήτησης νέων εμπειριών. Ορισμένοι έφηβοι μπορεί να χρησιμοποιούν τη σεξουαλική σχέση ως φυγή από την μοναξιά κι από διάφορου είδους πιέσεις.

Η περισσότερο δυσπρόσιτη ομάδα εφήβων και αυτή που δύσκολα αποδέχεται βοήθεια, είναι αυτή που χρησιμοποιεί τις σεξουαλικές σχέσεις ως πρόκληση προς τους γονείς ή προς την κοινωνία γενικότερα που την θεωρούν απαθή και αδιάφορη. Πολύ συχνά συμβαίνει να χρησιμοποιούνται οι σεξουαλικές σχέσεις ως ανταμοιβή ή τιμωρία.

Βιολογικά, η σεξουαλική συμπεριφορά συνδέεται με την αναπαραγωγή. Η δυτική πολιτισμική παράδοση, στηρίζεται στην νοοτροπία ότι στη γυναίκα πρέπει η σεξουαλική επιθυμία να συνδέεται με την αναπαραγωγική λειτουργία. Ωστόσο, «απελευθερωμένοι» έφηβοι, τόσο αγόρια όσο και κορίτσια, αρνούνται να αποδεχτούν αυτή την στάση χωρίς ερωτηματικά. Το «κίνημα unisex» έχει παράγει

εφήβους και των δύο φύλων που όχι μόνο ντύνονται όμοια, αλλά και μοιράζονται δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν τυποποιημένες ως προς το φύλο.

Η εκτίμηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των εφήβων δεν είναι εύκολη λόγω της δυσκολίας των νεαρών να αποκαλύψουν τις σεξουαλικές τους σχέσεις και συνήθειες. Ωστόσο, ορισμένοι παράμετροι, όπως η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής, η αντισύλληψη, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι εκτρώσεις στην εφηβεία, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες της σεξουαλικής δραστηριότητας.³¹

Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στη σεξουαλική συμπεριφορά νεαρών κοριτσιών πιθανών επειδή επισκέπτονται συχνότερα γυναικολογικά κέντρα.

Από στοιχεία που προέρχονται από το Ιατρείο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα», προκύπτει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να υπερδιπλασιασθούν οι κηύσεις στην εφηβεία και επομένως και οι εκτρώσεις.³²

Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στην μείωση της ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής και στην έλλειψη προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Στην Σουηδία και Φιλανδία διαπιστώνεται σεξουαλική ελάττωση του αριθμού των κηύσεων, λόγω του ότι υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία. Έτσι, το ποσοστό των κηύσεων στην εφηβική ηλικία για το 1984 ήταν περίπου 5,3% και το 1992 παρατηρήθηκε αύξηση στο 11,9%. Ωστόσο μόνον το 20% των εφήβων φέρουν σε πέρας την κηύση. Έχει διαπιστωθεί ότι 1 στις 3 έφηβες έχει υποβληθεί σε μία ή περισσότερες εκτρώσεις.

Όσον αφορά την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής, από πληροφορίες που προέρχονται από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα», προκύπτουν τα εξής: Στις ηλικίες 17 – 19 το μεγαλύτερο ποσοστό εφήβων κάνουν έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων (83%). Επίσης σε άλλη μελέτη που εφαρμόστηκε στη Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Λαϊκό», στην διάρκεια ενός έτους (1999 – 2000) εξετάστηκαν 108 έφηβες ηλικίας 15 – 19 ετών.

Ο επόμενος πίνακας δείχνει την κατανομή κατά ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής. Από τις 108 έφηβες, οι 91 είχαν σεξουαλική δραστηριότητα. Μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν 19,09 ετών. Στην ίδια μελέτη οι συνομήλικοι στο 51% αποτελούσαν την κύρια πηγή ενημέρωσης των εφήβων σε σεξουαλικά θέματα. Ακολουθούν 35% βιβλία και ΜΜΕ 16,5% γονείς και 17,5% γιατρός. Καμία ενημέρωση 8,3%.³²

Τα τελευταία χρόνια έχει επισημανθεί η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, τα οποία έρχονται και πάλι στην επικαιρότητα. Εκτός από το AIDS, αναφορά γίνεται στη σύφιλη και γονοκοκκική ουρηθρίτιδα καθώς και άλλες μολύνσεις, όπως μύκητες, γλαμύδια, τριχομονάδες κλπ. Τα παραπάνω συμβάλλουν στην τροποποίηση των μεθόδων αντισύλληψης που χρησιμοποιούνταν ως τώρα από τους νέους. Ενώ σε παλιότερες μελέτες, προερχόμενες από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα», διαπιστώθηκε ότι 65,5% των εφήβων προτιμούσαν το αντισυλληπτικό χάπι και μόνον 11,5% το προφυλακτικό, σε νεότερες μελέτες τα δεδομένα έχουν αλλάξει.

Συγκεκριμένα σε νεότερη έρευνα όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα από τις 91 έφηβες με σεξουαλική δραστηριότητα μόνον οι 3 (3,29%) χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά δισκία, οι 21 (23%) χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό, οι 22 (24%) την μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας, οι 8 (8%) την μέθοδο του ρυθμού, ενώ οι 36 (39,5%) δεν χρησιμοποιούσαν καμιά αντισύλληψη.

Η εφηβική εγκυμοσύνη δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα λόγω του ότι α) σπάνια οι έφηβες είναι προετοιμασμένες συναισθηματικά και κοινωνικά να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού, β) η εγκυμοσύνη διακόπτει την εκπαίδευσή τους ή την επαγγελματική κατάρτιση και μπορεί να προκαλέσει αποξένωση από την οικογένεια και τους φίλους, γ) το μεγαλύτερο ποσοστό των κηρύσεων, συμβαίνει εκτός γάμου (61,8% 270 τοκετών στην εφηβεία στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα»).

Ποιοι είναι οι λόγοι που οι έφηβες φθάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

α) Συχνά αισθάνονται ντροπή και αμηχανία να ζητήσουν συμβουλές και καθοδήγηση για την αντισύλληψη με την σκέψη ότι ενδέχεται να το ανακαλύψουν οι γονείς τους.

β) Άλλες δείχνουν απροθυμία λόγω του ότι η αντισύλληψη παρεμβαίνει στον αυθορμητισμό και στην «φυσικότητα» της πράξης ή γιατί δεν θέλουν να παραδεχθούν στον εαυτό τους είτε στον σύντροφό τους ότι επιθυμούν ή έχουν σχεδιάσει σεξουαλική επαφή.

γ) Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις οι έφηβες αρνούνται την αντισύλληψη διότι έχουν υποσυνείδητη επιθυμία να συλλάβουν. Ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει σε προβληματικές μοναχικές έφηβες που πιστεύουν ότι έχοντας ένα μωρό, θα νιώσουν την αγάπη που τους λείπει.

δ) Τέλος, η πιο συχνή αιτία και αυτή που μπορεί να προληφθεί, είναι η έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων για την σεξουαλικότητα και τις μεθόδους αντισύλληψης.

Είναι ευρύτατα γνωστό ότι η εγκυμοσύνη στην εφηβεία συνδέεται με μεγάλους κινδύνους που αναφέρονται στις μαιευτικές επιπλοκές (τοξιναιμία, δυσαναλογία πυέλου, αναιμία, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα) στην προωρότητα και συγγενείς διαταραχές των παιδιών, καθώς και στις μη προγραμματισμένες επαναλαμβανόμενες εγκυμοσύνες που ακολουθούν τον πρώτο τοκετό.²⁹

Συμπερασματικά:

1. Η εφηβεία είναι περίοδος ανάπτυξης της συναισθηματικής και φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού κατά την οποία, δια μέσου ραγδαίων μεταβολών στο σώμα και στις αντιλήψεις του εφήβου, πρέπει να διαμορφωθεί η ταυτότητά του και η ικανότητά του να επικοινωνεί με τους άλλους.

2. Η σεξουαλικότητα που αναδύεται στην περίοδο αυτή, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της ταυτότητας του εφήβου, η οποία επηρεάζεται από την κοινωνία, την οικογένεια και τους συνομηλίκους του.

Ερωτήσεις Πολλαπλών Απαντήσεων

1. Η πηγή της ενημέρωσης των εφήβων σε σεξουαλικά θέματα, κατά μεγαλύτερο ποσοστό, γίνεται από:

- α. Γονείς
- β. Μέσα ενημέρωσης – Βιβλία
- γ. Φίλους – Συνομήλικους
- δ. Γιατρούς
- ε. Καμία ενημέρωση

2. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής στην εφηβεία:

- α. 13 – 15 ετών
- β. 16 – 17 ετών
- γ. 17 – 19 ετών

3. Συχνότερα χρησιμοποιούμενη αντισυλληπτική μέθοδος (σε κορίτσια)

- α. Ανδρικό προφυλακτικό
- β. Διάφραγμα
- γ. Ενδομητρικό σπείραμα
- δ. Αντισυλληπτικό χάπι

4. Η διαμόρφωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων πρωταρχικά επηρεάζεται από:

- α. Οικογένεια
- β. Συνομήλικους – Φίλους
- γ. Μέσα μαζικής ενημέρωσης – Έντυπα
- δ. Ψυχοκοινωνική ωριμότητα του εφήβου
- ε. Όλα τα προηγούμενα

5. Το ποσοστό των κηύσεων στην εφηβική ηλικία τα τελευταία χρόνια:

- α. Αυξήθηκε σημαντικά
- β. Διπλασιάστηκε
- γ. Μειώθηκε ελάχιστα
- δ. Παρέμεινε σταθερό

Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν το σεξ με μυστικοπάθεια και ανησυχία. Οι πιο πολλοί πιστεύουν ότι έχουν σεξουαλικό πρόβλημα κι ότι υποφέρουν από έντονο άγχος. Έτσι είναι σημαντικό σε μια «σχέση», να τους απασχολούν και ερωτήματα όπως «πως θα τα βγάλω πέρα με το θυμό, την απόρριψη και τη μοναξιά».

1. Γιατί υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για τη σεξουαλικότητα. Από τη μια των ίδιων των εφήβων, από την άλλη των γονιών και της κοινωνίας, που συχνά την αντιμετωπίζει ως έγκλημα, αμαρτία ή αρρώστια.

2. Γιατί ενώ η σωματική ωρίμανση συμβαίνει σήμερα νωρίτερα, η οικονομική ανεξαρτησία και ο γάμος καθυστερούν κι έτσι το χάσμα που δημιουργείται καλύπτεται με την αναπτυσσόμενη σεξουαλικότητα.

3. Γιατί από πολλές μελέτες προκύπτει ότι πάνω από τα 2/3 των εφήβων δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με τους γονείς τους για το σεξ, ενοχοποιώντας γι' αυτό η μία την άλλη πλευρά.

4. Γιατί τα ΜΜΕ προβάλλουν μια μη ρεαλιστική εικόνα σεξουαλικής συμπεριφοράς που στηρίζεται στη βία παρά στην αγάπη.

5. Γιατί υπάρχει η τρομακτική πίεση των συνομηλίκων.

6. Γιατί στο αρχικό και μέσο στάδιο της εφηβείας υπάρχει η αίσθηση της αθανασίας που οδηγεί σε επικίνδυνη συμπεριφορά και στο σεξουαλικό τομέα.

7. Γιατί η σεξουαλική αγωγή περιορίζεται συνήθως στη λειτουργία της αναπαραγωγής, ενώ οι έφηβοι θέλουν να ενημερωθούν για τον τρόπο που παίρνονται οι αποφάσεις και πώς να χειρίζονται τα συναισθήματα, τους φόβους και τις σχέσεις τους. Θέλουν ακόμα πιο λεπτομερειακή τη σεξουαλική αγωγή στο σχολείο, καθώς και πρακτικές πληροφορίες για το που θα βρουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται και στις οποίες θέλουν να υπάρχει εμπιστευτικότητα, να τους βολεύουν οι ώρες και να διαθέτουν ελεύθερα προφυλακτικά.

Για την εκτίμηση της σεξουαλικής δραστηριότητας στην εφηβεία είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τις συνήθειες για τον αυνανισμό, την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής, την αντισύλληψη, τις κηλίδες και τις εκτρώσεις, αλλά και για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις παρεκκλίσεις στην σεξουαλική συμπεριφορά (ομοσεξουαλικότητα κ.α.).

1. Αυνανισμός: Πράξη ευχάριστη και φυσιολογική, λέει επιγραμματικά ο καθηγητής Ν. Μαρσανιώτης. Αν έχει κάποια επίδραση στην υγεία, συνεχίζει, αυτή είναι ευεργετική, γιατί συντελεί στον αυτοέλεγχο των σεξουαλικών ορμών. Ο ομαδικός αυνανισμός αποτελεί πρόβλημα ή εν δυνάμει πρόβλημα, όπως και η καταχρηστική επίδοση του εφήβου στον αυνανισμό. Στην εφηβεία πάνω από τα μισά κορίτσια και όλα σχεδόν τα αγόρια έχουν αυνανισθεί. Στον έφηβο, σε

αντίθεση με το παιδί, ο αυνανισμός μπορεί να καταλήξει σε εκσπερμάτωση. Όσο για την αντιμετώπιση, αναζητούμε αιτίες τοπικού ερεθισμού, δεν αφήνουμε αμφιβολία στον έφηβο ότι ξέρουμε ότι αυνανίζεται, μιλάμε όμως γι' αυτό μόνο σε μια γενικότερη συζήτηση μαζί του αυθόρμητα κι ουδέτερα. Και, βέβαια θα μπορούσαμε να τον παροτρύνουμε να ασχοληθεί με τον αθλητισμό, ώστε η αναζήτηση για εκτόνωση να μη φορτίζει μόνο τον σεξουαλικό τομέα.

2. Την πρώτη σεξουαλική επαφή έχουν τα μισά περίπου κορίτσια στα 19 τους χρόνια και τα μισά περίπου αγόρια στα 17 τους, αρχίζοντας από τα 15.

3. Για την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό ενδιαφέρονται σημαντικά περισσότερο τα κορίτσια από τα οποία τα 2/3 προτιμούν ως μέθοδο αντισύλληψης το χάπι.

4. Οι κησείς μεταξύ των εφήβων στην Ελλάδα υπολογίζονται σε 6% όμως μόνο 20% φέρνουν σε πέρας την κήση. 1 στους 3 εφήβους βρέθηκε ότι είχε κάνει μία ή περισσότερες εκτρώσεις. Είναι ένα πολυδιάστατο ιατροκοινωνικό πρόβλημα, αποτέλεσμα ανεπαρκούς ενημέρωσης αλλά και προαγωγής από τα ΜΜΕ πρώιμων σεξουαλικών σχέσεων και επομένως αυξημένης ανευθυνοποίησης. Ο γιατρός πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία της εφήβου για εχεμύθεια, εφ' όσον είναι διασφαλισμένη η ψυχική και σωματική υγεία της.

5. Η πιθανότητα εγκυμοσύνης στην έφηβη με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα είναι μεγαλύτερη, όπως και η πιθανότητα τραχηλικής νεοπλασίας, λόγω της ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και των πολλών συντρόφων. Έτσι, στην ομάδα μεγάλου κινδύνου, που αποτελούν οι έφηβοι, διακρίνουμε και την ομάδα εφήβων μεγάλου κινδύνου, στους οποίους στοχεύουν, κατά προτεραιότητα, τα μέτρα πρόληψης.

6. Τέλος, από τις παρεκκλίσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά η σταθερά εκφρασμένη ομοφυλοφιλία πρέπει να διακρίνεται από τις παροδικές ομόφυλες ερωτικές δραστηριότητες της πρώιμης εφηβείας. Πάντως η επικριτική συμπεριφορά και η απόρριψη είναι πάντοτε αναποτελεσματικές. Η ομοφυλοφιλία στους εφήβους και των δύο φύλων δεν είναι επιλογή τους και σήμερα είναι γενικά παραδεκτό ότι δεν αποτελεί σωματική ή ψυχική αρρώστια.

Η γνώση των προβλημάτων των εφήβων στην σύγχρονη εποχή και στη συγκεκριμένη κοινωνία, αλλά και του δικού μας εφήβου, ως γονείς ή

επαγγελματίες είναι αναγκαία προϋπόθεση για να τον βοηθήσουμε να τα βγάλει καλύτερα πέρα με τη δική του σεξουαλικότητα. Δεν είναι όμως και ικανή προϋπόθεση: η επικοινωνία θα εγκατασταθεί εφ' όσον ελέγχουμε τις αντιδράσεις μας ακούγοντας τον έφηβο κι εφ' όσον εκτιμούμε τα συναισθήματα και τις απόψεις του για τη σεξουαλικότητα. Και, βέβαια, σκοπός μας δεν πρέπει να είναι να του επιβάλουμε τις απόψεις μας, αλλά να τον κάνουμε ικανό να παίρνει αποφάσεις μόνος του. Άλλη σημαντική προϋπόθεση είναι το να μιλάμε στα παιδιά για τη σεξουαλικότητα από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία. Είναι σημαντικό να μην ειρωνευόμαστε τους εφήβους, γιατί αυτό τους κάνει να νιώθουν ακόμη πιο άβολα. Κι ακόμη να δεχόμαστε το ότι νιώθουν άβολα και να μη μπαίνουμε σε λεπτομέρειες, σεβόμενοι τον ιδιωτικό τους χώρο. Οι έφηβοι θα το εκτιμήσουν κι αυτό θα βοηθήσει στην εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης.

4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

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

Ο ακριβής αριθμός των αμβλώσεων είναι δύσκολο να καθοριστεί, αφού, στις περισσότερες χώρες, στις οποίες οι αμβλώσεις είναι στοιχεία που προέρχονται από χώρες, στις οποίες οι αμβλώσεις είναι νόμιμες. Έτσι, το 1973, έγιναν στην Ουγγαρία 169.500 αμβλώσεις που αντιστοιχούσαν σε 73,5/1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και η σχέση αμβλώσεων προς γεννήσεις ήταν 1024/1000, ενώ το 1975 οι αριθμοί αντίστοιχα ήταν 96.200, 41,9/1000 γυναίκες και 515/1000. Στην Πολωνία το 1973 έγιναν 138.600 αμβλώσεις που αντιστοιχούσαν σε 18/1000=18 ανά χίλιες γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών και 2227/1000=2227 ανά χίλιες γεννήσεις ζώντων. Το 1975, η κατάσταση δεν παρουσίασε σχεδόν καμία διαφορά. Η ίδια

περίπου με την Πολωνία αναλογία αμβλώσεων και γεννήσεων ζώντων παιδιών παρουσιάζεται και στη Γιουγκοσλαβία, και στη Σουηδία, όπου ο αριθμός των αμβλώσεων παραμένει περίπου ο ίδιος.

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

Πράγματι στην Ουγγαρία όπου το πρότυπο μεγέθους οικογένειας είναι μικρό, το 1973 που ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν σχεδόν ανύπαρκτος ο αριθμός των αμβλώσεων ήταν αναλογικά μεγαλύτερος. Π.χ. από την Πολωνία. Μετά την εφαρμογή προγράμματος ευρείας πληροφόρησης του κοινού, πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης ο αριθμός των αμβλώσεων μειώθηκε σημαντικά.

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

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

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

βρεθεί ότι στις υπό ανάπτυξη χώρες οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται από «πρακτικές» γυναίκες και κάτω από τρομερά επικίνδυνες συνθήκες.

Σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες, η νομιμοποίηση αυξάνει τον αριθμό των αμβλώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Σημαντική αύξηση των αμβλώσεων στις υπό ανάπτυξη περιοχές (Ινδίες, Σιγκαπούρη, Τυνησία και αλλού). Αυτό εν μέρει μπορεί να αποδοθεί στην ακριβέστερη δήλωση και καταγραφή τους μετά την νομιμοποίηση. Κυρίως, όμως αποδίδεται στην παράλειψη ανάπτυξης παράλληλης υποδομής για πληροφόρηση και προσφορά αποτελεσματικών μέσων αντισύλληψης. Έτσι, επιβάλλεται η δημιουργία όλων των προϋποθέσεων για την εφαρμογή των ορθών μεθόδων αντισύλληψης πριν από την νομιμοποίηση των αμβλώσεων. Μόνο τότε οι αμβλώσεις θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εξαιρετικών περιπτώσεων, χωρίς να αποτελούν συνηθισμένο μέσο αντισύλληψης, όπως γίνεται τώρα. Στην Ελλάδα, έχει αποδειχθεί (1965) ότι το 35-49% των Ελληνίδων έχουν κάνει μία άμβλωση. Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις, παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που ήδη έχουν κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε άμβλωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Αντίθετα, στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και στις ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αμβλώσεων.

Αυτό αποδίδεται στην πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων αλλά και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φτάνουν σε

ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με άμβλωση.³⁴

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Τι είναι αντισύλληψη

Σαν αντισύλληψη χαρακτηρίζουμε την λήψη μέτρων προς αποφυγή κήσεως. Την διακρίνουμε σε μόνιμη και προσωρινή.

Ποιες είναι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι

Σε γενικές γραμμές αυτές είναι: α) μέθοδος ρυθμού, β) διακοπτόμενη συνουσία, γ) διαφράγματα του τραχήλου, δ) διάφορα χημικά μέσα ε) ενδομήτρια σπειράματα, στ) αντισυλληπτικά χάπια.

Αντισυλληπτικές μέθοδοι

α. Μέθοδος του ρυθμού

Όταν το ζευγάρι χρησιμοποιεί αυτή την μέθοδο δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις αρκετές μέρες πριν και μετά την ωορρηξία. Επειδή η ωορρηξία δεν γίνεται την ίδια μέρα του μηνιαίου κύκλου, η μέθοδος αυτή δεν είναι αρκετά ασφαλής για τις περισσότερες γυναίκες. Ποσοστό αποτυχίας την με θερμομέτρο 0,8%. Ημερολογιακά 15-20%

Το προφυλακτικό

Το προφυλακτικό είναι από ελαστικό και τοποθετείται στο πέος πριν από τη σεξουαλική πράξη. Εμποδίζει το σπέρμα να εισχωρήσει στο κόλπο. Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 3-5%

Διακοπτόμενη συνουσία. Αυτή συνίσταται στην εκσπερμάτωση εκτός του κόλπου. Η μέθοδος δεν κρίνεται ικανοποιητική σαν αντισυλληπτική μέθοδος γιατί μπορεί να διαταράξει τις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού. Το ποσοστό επιτυχίας της είναι περίπου 80%. Η αυξημένη αποτυχία οφείλεται στο γεγονός ότι με τον οργασμό και πριν την εκσπερμάτωση εκκρίνεται από τον άνδρα υγρό που είναι δυνατόν να περιέχει σπερματοζωάρια.

Διάφραγμα. Αυτό είναι ελαστικό σε διάφορα μεγέθη και σε σχήμα καπέλου αλειμμένο με σπερμοκτόνα αλοιφή και εφαρμόζεται με τα δάκτυλα μέσα στον κόλπο καλύπτοντας τον τράχηλο της γυναίκας. Τοποθετείται πριν από την συνουσία και πρέπει να παραμείνει στον κόλπο από 8 μέχρι 24 ώρες. Το ποσοστό επιτυχίας του είναι περίπου 80%. Η αποτυχία συνήθως οφείλεται στην κακή εφαρμογή, είναι όμως δύσχρηστο λόγω της δυσκολίας τοποθετήσεώς του γι' αυτό και δεν είναι ευρέως διαδεδομένο.

Χημικά μέσα. Σ' αυτά ανήκουν: 1. οι διάφορες σπερματοκτόνες ουσίες που κυκλοφορούν στο εμπόριο με τη μορφή ζελατίνας ή κρέμας ή κολπικών υποθέτων και έχουν σαν σκοπό αφ' ενός να εμποδίσουν την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα και αφετέρου να σκοτώσουν τα σπερματοζωάρια. Τοποθετούνται στον κόλπο πριν από την συνουσία. 2. Οι κολπικές πλύσεις με ζεστό ή κρύο νερό με όξινα διαλύματα π.χ. κόκα-κόλα, διάλυμα ασπιρίνης ή κινίνου, αμέσως μετά την επαφή. Το ποσοστό επιτυχίας δεν ξεπερνά το 70%.

Ενδομήτρια σπειράματα. Τα ενδομήτρια σπειράματα ή σπιράλ είναι συσκευές διαφόρου σχήματος από πλαστικό ή από μέταλλο (χαλκός, χρυσός) ή πλαστικό και μέταλλο μαζί, που εισάγονται στη μητρική κοιλότητα από τον γυναικολόγο. Το ποσοστό επιτυχίας τους είναι 98%. Ο τρόπος που επιτυγχάνεται η αντισύλληψη με τα σπειράματα είναι η αδυναμία εμφυτεύσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μητρική κοιλότητα

- Έχει επιπλοκές η χρησιμοποίηση του σπειράματος;

Ναι, όπως πόνος, συσπάσεις της μήτρας, αιμορραγία, εξωμήτριος κύηση. Σε ένα ποσοστό 10% μπορεί να το αποβάλλει η μήτρα. Επίσης σε ποσοστό 2% μπορεί να έχουμε κύηση. Δεν θα πρέπει να συνδέεται η χρησιμοποίηση του σπιράλ με τον καρκίνο της μήτρας.

- Τι είναι τα αντισυλληπτικά χάπια;

Από το 1940 είχαν αρχίσει οι πρώτες έρευνες και τα πρώτα πειράματα για την ανακάλυψη ενός τρόπου αντισύλληψης όσο το δυνατόν ασφαλέστερου και πιο ακίνδυνου. Οι πρώτοι ερευνητές στηρίχθηκαν στη χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων. Άλλοι αργότερα χρησιμοποίησαν την προγεστερόνη. Το 1956 ο Αμερικανός Βιολόγος PINCUS εμπνεύστηκε τα αντισυλληπτικά χάπια που περιείχαν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης σε μικρές δόσεις. Φυσικά

από τότε μέχρι σήμερα έχει γίνει τεράστια πρόοδος στη σύνθεση και δοσολογία των χαπιών.

- Πως δρουν τα αντισυλληπτικά χάπια;

1) Αναστέλλουν την ωορρηξία

2) Κάνουν την τραχηλική βλέννα εχθρική στα σπερματοζωάρια και εμποδίζουν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα

- Πως χορηγούνται;

Τα τελευταίας γενιάς αντισυλληπτικά χάπια χορηγούνται ως εξής: Ένα χάπι καθημερινώς από την 1^η ημέρα της περιόδου και για 21 ημέρες, συνήθως το βράδυ προς της κατακλίσεως. Εάν η γυναίκα ξεχάσει να το πάρει το χάπι μια ημέρα την επόμενη πρέπει να πάρει 2 μαζί. Εάν ξεχάσει να το πάρει 3 ημέρες τότε εμφανίζεται περίοδος.

- Έχουν παρενέργειες τα αντισυλληπτικά χάπια;

Ναι. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι : ζάλη, ναυτία, τάση προς έμετο ή έμετος, κεφαλαλγίες, συνήθως τις 3-4 πρώτες ημέρες από τη λήψη του χαπιού. Άλλες παρενέργειες που εμφανίζονται σπανιότερα είναι: το μεγάλωμα των ινομυωμάτων της μήτρας, η μεσοκυκλική αιμορραγία, η κολπίτιδα, χαλάρωση των μαστών, γαλακτόρροια, διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, κατακράτηση υγρών, αύξηση βάρους του σώματος, μελαγχολία, κατάθλιψη, αλλαγή ψυχικής διάθεσης, υπέρταση, θρομβοφλεβίτιδα, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, υπέρχρωση του δέρματος, και άλλες. Θα πρέπει εν τούτοις να τονισθεί εδώ ότι δεν πρέπει να συνδέεται το χάπι με τον καρκίνο της μήτρας διότι η χρήση των αντισυλληπτικών ελαττώνει τις πιθανότητες εμφάνισέως του. Συζητείται όμως ακόμη η συσχέτιση αντισυλληπτικών χαπιών, καρκίνου μαστού και τραχήλου της μήτρας.

- Υπάρχει ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος;

Όχι, η κάθε μία από αυτές έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της, όπως έγινε σαφές από όσα παραπάνω αναφέραμε.

Το ζευγάρι, σε συνεργασία με το γυναικολόγο, είναι αυτοί που θα επιλέξουν τη μέθοδο που τους ταιριάζει.

- Ποιες είναι οι μελλοντικές μας προσδοκίες πάνω στην αντισύλληψη;

Επειδή, όπως προαναφέραμε, η ιδεώδης αντισυλληπτική μέθοδος δεν έχει βρεθεί ακόμη, οι ερευνητές ασχολούνται σήμερα με την ανεύρεση της ιδανικής μεθόδου που θα είναι εύχρηστη, ακίνδυνη και αποτελεσματική.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Πίνακας ποσοστών αποτυχίας

Οι παρακάτω πίνακας είναι από το Vessey κ.α. (1982) και οι αριθμοί βασίζονται στη μακροχρόνια παρατήρηση περισσότερων από 17.000 γυναικών, όλες ηλικίας πάνω από 25 ετών. Περίπου το 40% από αυτές ήταν στην κοινωνική τάξη I ή II

Μέθοδος	Αριθμός τυχαίων Κυήσεων	Αριθμός γυναίκες-χρόνια που έχει παρατηρηθεί	Ποσοστό αποτυχίας ανά 100 γυναίκες χρόνια
Αντισυλληπτικά			
50 μg οιστρογόνο	16	37412	0,16
30 μg οιστρογόνο	21	7749	0,27
Μόνο προγεστερινοειδή	21	1756	1,2
Ενδομητρικές συσκευές			
Saf – T – Coil	85	6791	1,3
Copper – 7	34	2200	1,5
Διάφραγμα	485	25146	1,9
Πεοκαλύπτρα	449	12492	3,6
Διακοπτόμενη Συνουσία	45	674	6,7
Μόνο Χημικές	36	303	11,9
Μέθοδος Ρυθμού	25	161	15,5

4.5. ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΝ ΤΑ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ

Οι ισχυρισμοί

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

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

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

Τα κύτταρα του εμβρύου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση γιατί είναι «ανοσολογικώς αφελή» κάτι που σημαίνει ότι δεν έχουν αναπτύξει ακόμα όλα τα αντιγόνα που επιτρέπουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ενός αποδέκτη μοσχεύματος να τα προσδιορίζει και να τα αποδεκτεί. Επί πλέον, τα νευρικά κύτταρα του εμβρύου αναζωογονούνται και αναπτύσσονται, σε αντίθετα με τα νευρικά κύτταρα των ενηλίκων³⁵.

Η πρώτη μεταμόσχευση οργάνων εμβρύου πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 1985 στο Denver. Οι ερευνητές Everett Spess και Kevin Lafferty μεταμόσχευσαν εμβρυακούς ιστούς του παγκρέατος στο σώμα ενός 51ετούς διαβητικού. Τα κύτταρα αυτά σύντομα άρχισαν να παράγουν την απαιτούμενη ινσουλίνη για τον ασθενή. Αυτός ο τύπος μεταφοράς έχει πραγματοποιηθεί περίπου 15 φορές από το τέλος του 1987.³⁶

Όλο και μακρύτερα

Στο τέλος του 1988, οι ερευνητές προχώρησαν ένα βήμα παραπάνω, κύτταρα από τον εγκέφαλο ενός εκτρωμένου βρέφους 7 εβδομάδων μεταφέρθηκαν για πρώτη φορά σε ενήλικα ασθενή. Τα κύτταρα μεταμοσχεύθηκαν σε ένα ανώνυμο 55ετή άρρενα ασθενή θύμα της ασθένειας του Parkinson από μια χειρουργική ομάδα υπό τον Dr. Curt Freed και τον Dr. Robert Breeze στο Κέντρο Υγειονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Colorado.

Ο Dr. Neil Rosenberg είπε ότι ο ασθενής είχε ζητήσει τη μεταμόσχευση και η μητέρα του δότη είχε δώσει τη συγκατάθεσή της να κανιβαλιστεί το αγέννητο παιδί της (είναι σχεδόν βέβαιο ότι υπέγραψε την τυποποιημένη φόρμα «συγκατάθεσης» για την έκτρωση όπου δίδεται άδεια να χρησιμοποιηθεί «κάθε ιστός που αφαιρείται»). Η πειραματική διαδικασία χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτικούς φορείς και εγκρίθηκε από την επιτροπή ανθρωπίνων προσώπων (human subjects committee) του Πανεπιστημίου Colorado.

Τέτοιες μεταμοσχεύσεις έχουν επιτελεστεί στη Σουηδία, το Μεξικό και την Κούβα.

Είναι αναπόφευκτο τα εκτρωμένα πρώιμα βρέφη να καταλήξουν να γίνουν δωρητές μοσχευμάτων, διότι πολύ λίγα βρέφη από αποβολές και εξωμήτριες κυήσεις είναι κατάλληλα για τον σκοπό αυτόν. Το γεγονός αυτό υποδείχθηκε πρόσφατα από τον Frederick Bieber, ειδικό στη γενετική στο τμήμα παθολογίας του Νοσοκομείου γυναικών στο Brigham, ο οποίος εξέτασε τα αποτελέσματα 1.025 αποβολών μέσα σε ένα έτος και διαπίστωσε ότι μόνο 39, ή 3,8% έδωσαν γενετικά κανονικό βρέφος που δεν είχε πεθάνει δύο ή τρεις εβδομάδες νωρίτερα και ήταν συνεπώς ακατάλληλο για μεταμοσχεύσεις. Από τα 39 βρέφη, τα περισσότερα είχαν με κάποιον τρόπο μολυνθεί και συνεπώς ήταν επίσης ακατάλληλα. Στη διάρκεια του ίδιου έτους, τα περισσότερα βρέφη που πέθαναν ως αποτέλεσμα 125 εξωμητρίων κυήσεων τα οποία εξέτασε ο Bieber ήταν πολύ μικροκαμωμένα ή άχρηστα για μεταμοσχεύσεις.³⁷

Στις μελλοντικές δεκαετίες, η παραδοσιακή επιχειρησιακή σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ φορέων άμβλωσης και εγκύων γυναικών ενδέχεται να

αντιστραφεί. Εάν τα όργανα του αγέννητου παιδιού κριθούν αρκετά πολύτιμα για μεταμοσχεύσεις (για παράδειγμα, \$500 έως \$1.000, κάτι που θεωρείται πιθανό), οι ανήθικες γυναίκες μπορεί να μένουν έγκυες, να αναπτύσσουν τα αγέννητα παιδιά τους μέχρι την «βέλτιστη» ηλικία (20 έως 28 εβδομάδες), και στη συνέχεια να τα πωλούν σε κλινικές εκτρώσεων για «διανομή».³⁸

Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων γνωρίζουν ότι τα βρέφη που εκτρώνονται ζωντανά φέρουν πολύ περισσότερο κέρδος από εκείνα που εκτρώνονται νεκρά. Συνεπώς, προκειμένου να εισπράξουν λίγα παραπάνω μετρητά από το αποτρόπαιο εμπόριό τους, έχουν επινοήσει διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι τα εκτρωμένα βρέφη θα διατηρηθούν ζωντανά ή θα θανατωθούν με τρόπο ώστε τα όργανά τους να μην καταστραφούν κατά την επέμβαση.

Το δίκτυο Εμβρυακού Παγκρέατος (Fetal Pancreas Network), που οργανώθηκε το 1984, συμβουλεύει ότι ο καλύτερος «ιστός από έκτρωση» λαμβάνεται από βρέφη 6 μηνών θανατωμένα με έκτρωση D & E.

Ο Dr. Kurt Hirschhorn από το Mt. Sinai της Νέας Υόρκης λέει ότι «Με Prostaglandin, μπορεί κανείς να ρυθμίσει την όλη έκτρωση ώστε το έμβρυο να εξέλθει βιώσιμο, υπό την έννοια ότι μπορεί να επιζήσει μερικές ώρες ή μία ημέρα.»

Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων εκτιμούν επίσης «Χρέωση παροχής υπηρεσιών» παρέχοντας νεκρά αγέννητα βρέφη σε εργαστήρια που ειδικεύονται σε πειράματα που απαιτούν εμβρυακό ιστό. Η «χρέωση» αυτή σήμερα έχει μέση τιμή \$25 ανά εκτρωμένο βρέφος.

Τα μέλη των βρεφών είναι σπουδαία επιχείρηση

- Οι έμποροι του θανάτου

Όταν δημοσιεύεται μια ηθικά αμφίβολη ιατρική «πρόοδος», οι επαγγελματίες αμφιβόλου χαρακτήρος του ιατρικού επαγγέλματος μαζεύονται ως σμήνος γύρω από τη νέα τεχνολογία σαν αρπακτικά γύρω από το πτώμα.

Εφ' όσον η δυνατότητα κέρδους από τη λήψη εμβρυακών οργάνων είναι σχεδόν απεριόριστη, είναι αναπόφευκτο οι ιατροί και άλλοι χωρίς ιδιαίτερο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή – ή την ιατρική δεοντολογία – να χρησιμοποιήσουν την ευκαιρία να αρμέξουν τα βρέφη μέχρι να βγάλουν όλα τα χρήματα που αξίζουν.

Και μερικές φορές συλλαμβάνονται με τα χέρια του στη ματωμένη γυάλα με το γλυκό.

- Οι έμποροι

Η εταιρεία Flow Labs of Rockville, στο Maryland, είναι μία από τους οκτώ τουλάχιστον εμπόρους ιστών εμβρυακών οργάνων στις ΗΠΑ. Λαμβάνει τον ιστό από περισσότερους από 250 προμηθευτές σε 12 χώρες, κυρίως του τρίτου κόσμου. Μεταξύ των χωρών αυτών είναι η Αϊτή, η Βραζιλία και η Νότιος Κορέα. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 100.000 εγχώρια και ξένα πρώιμα βρέφη «χρησιμοποιούνται» στις ΗΠΑ κάθε χρόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η εταιρεία Flow Labs έχει πωλήσει πολύ από τον εμβρυακό ιστό στο Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας για Μολυσματικές Ασθένειες του Αμερικανικού Στρατού, στο Fort Detrick στο Maryland. Τα κύτταρα αυτά χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές του Στρατού για την απομόνωση των αιτιών πολλών ασθενειών, μεταξύ των οποίων ο αιμορραγικός πυρετός.

Ένας «γιατρός» από τη Νότιο Κορέα, ο καθηγητής Lee Myung Bok του Ιατρικού τομέα του Πανεπιστημίου της Σεούλ, πλήρωσε γιατρούς να κόψουν τα νεφρά από περισσότερα από 12.000 αγέννητα παιδιά αμέσως μετά τη θανάτωσή τους, και στη συνέχεια να τα συσκευάσουν με πάγο και να τα αποστείλουν στις ΗΠΑ. Κέρδισε \$180.000 για τις προσπάθειές του. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες που εκτελούσαν τις εκτρώσεις πληρώνονταν με ουϊσκι, νάυλον καλσόν και τσίγλες. Όλες οι μητέρες των οποίων τα βρέφη θανατώθηκαν υπέγραψαν άδειες.

Το 1976, η Washington Post αποκάλυψε ότι το Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας Columbia εισέπραξε περισσότερα από \$68.000 για τα όργανα των βρεφών που είχαν θανατώσει οι γιατροί που εκτελούσαν τις εκτρώσεις. Στο φύλλο της 21 Μαρτίου 1977 η Village Voice ανέφερε ότι αυτοί οι «γιατροί» είχαν παροτρύνει μητέρες κοινωνικής προσφοράς να περιμένουν και να πραγματοποιήσουν εκτρώσεις στα τελευταία στάδια της κύησης διότι από αυτά τα βρέφη λαμβάνονται περισσότερα και καλύτερα ανεπτυγμένα όργανα³⁹.

- Οι «Καλλιτέχνες»

Δεν είναι αρκετό για τους οπαδούς των εκτρώσεων να θανατώνουν τα αγέννητα βρέφη κατά εκατομμύρια. Πρέπει ακόμα να γελάσουν με αυτούς που

θρηνούν τη σφαγή, διαπράττοντας την απώτατη αθλιότητα. Μετασχηματίζουν τα μικρά θλιμμένα του θύματα σε «τέχνη».

Έτσι τα αγέννητα παιδιά, αντί να αντιμετωπιστούν ως τα θαυμαστά έργα του Θεού όπως και είναι, μειώνονται σε αντικείμενα συζήτησης και γελοιοποίησης,

Αυτό δεν αποτελεί απλά αποκύημα της φαντασίας μερικών σπανίων αρρώστων μυαλών. Μετατρέποντας τα εκτρωμένα παιδιά σε «τέχνη», οι οπαδοί των εκτρώσεων περιγελούν τους εχθρούς των εκτρώσεων – και τον Θεό. Λένε, στην ουσία. «Δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα να σταματήσετε τις εκτρώσεις, διότι είναι νόμιμες. Έτσι προχωρούμε ένα βήμα παραπάνω και κάνουμε τα βρέφη αυτά σκουλαρίκια και πρεσ-παπιέ για να σας δείξουμε πόσο αδύνατοι είστε.»

Κατά την περίοδο 1985 έως 1990, αρκετοί αυτοαποκαλούμενοι «καλλιτέχνες» κατασκεύαζαν σκουλαρίκια και άλλα είδη που εμφάνιζαν πρόωγα παιδιά σε κέλυφος πλαστικό ή πλεξιγκλάς. Αυτά τα «έργα» λάμβαναν εκτενείς επαίνους από τους κριτικούς τέχνης.

Το 1989, η «επίδειξη εκφυλισμένης τέχνης» δέχθηκε μια συμβολική επιχορήγηση \$500 (National Endowment of the Arts (NEA) από τον «Χώρο του Καλλιτέχνη». Στην επίδειξη αυτή υπήρχε ένα έκθεμα της Σων Αιχμαν (καμία σχέση με τον Αδόλφο), με όνομα «Βιτρίνα αλχημείας», που εμφάνιζε το δικό της διαμελισμένο βρέφος που εκτρώθηκε στο δεύτερο τρίμηνο, δίπλα στην υποχρεωτική κρεμάστρα από στριμμένο σύρμα ως πολιτική δήλωση.

Ένας άλλος «καλλιτέχνης» που αυτοαποκαλείται Ιστός Αράχνης, είναι ένας «χαράκτης δέρματος» ο οποίος αγόρασε ένα εκτρωμένο κατά το τελευταίο στάδιο βρέφος από μια κλινική εκτρώσεων για \$300, δημιούργησε ένα τατού μιας καρδιάς στο στήθος του και το εξέθεσε σε μια επίδειξη «τέχνης» με τίτλο «Ερ: Ποιος είναι αυτός; Απ: Έμβρυο με τατού₄₀».

Η διαμάχη για το εμβρυακό κολλαγόνο

«Υπάρχει ένα επίμονο ψέμα που λέγεται από ορισμένες ομάδες οι οποίες είναι ενάντιες στην έκτρωση ότι μια ουσία που ονομάζεται «κολλαγόνο» (collagen) παράγεται από έμβρυα που πωλούνται από κλινικές εκτρώσεων σε εταιρείες καλλυντικών.»

Planned Parenthood (οργάνωση για τον προγραμματισμό των γεννήσεων).

- Η κατάσταση στις ΗΠΑ

Από καιρού εις καιρόν, έρχεται στην επιφάνεια ο ισχυρισμός ότι οι κλινικές εκτρώσεων πωλούν σώματα εμβρύων σε μεγάλες εταιρείες καλλυντικών προκειμένου αυτά να «χρησιμοποιηθούν» για το κολλαγόνο τους. Αυτή η φήμη είναι επίμονη και φαίνεται να έχει δική της ζωή, αλλά δεν υπάρχει απόδειξη τέτοιας πρακτικής – τουλάχιστον, όχι στις ΗΠΑ.

Καμία Αμερικανική εταιρεία καλλυντικών δεν θα διακινδύνευε την τρομακτική δημοσιότητα που θα προκαλούσε μια τέτοια πρακτική απλώς και μόνο για το αμφίβολο προνόμιο να περιλαμβάνει τις λέξεις «εμβρυακό κολλαγόνο» στον κατάλογο των περιεχομένων, ιδιαίτερα όταν άλλες πηγές παρέχουν πολύ μεγαλύτερο όγκο κολλαγόνου σε πολύ χαμηλότερη τιμή.

Για παράδειγμα, το εκχύλισμα του ανθρώπινου πλακούντα χρησιμοποιείται σε πολλά καλλυντικά, αλλά δεν υπάρχει κάτι ανήθικο σε αυτή την ομολογουμένως αλλόκοτη πρακτική. Τα νοσοκομεία συνήθως πωλούν τους πλακούντες περίπου 1 δολάριο το κομμάτι σε φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες καλλυντικών οι οποίες στη συνέχεια εξάγουν ορμόνες και πρωτεΐνες προς χρήση σε προϊόντα όπως είναι το Tiazolin Placenta, ένα προϊόν για τα μαλλιά.

Ακόμη παραδοξότερη είναι η πρακτική της «πλακουντοφαγίας», η χρήση του πλακούντα ενός νεογνού ως φαγητού. Σύμφωνα με αυτούς που έχουν δοκιμάσει αυτό το τόσο εξωτικό πιάτο, οι πλακούντες μπορούν να βραστούν με αλατόνερο, να τηγανιστούν με βούτυρο και σκόρδο, να τηγανιστούν μαζί με λαχανικά, ή να γίνουν σωτέ με κρασί ή μπαχαρικά. Γι' αυτούς που θέλουν πραγματικά να ξέρουν, ο ανθρώπινος πλακούντας έχει οσμή συκωτιού κατά το μαγείρεμα και γεύση συκωτιού ή νεφρού.

- Η FDA απαντά

Σε μια απόκριση του 1985 προς την Εθνική Επιτροπή για το Δικαίωμα στη ζωή (National Right to Life Committee), η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (United States Food and Drug Administration – FDA) ανέφερε ότι έχουμε λάβει πολυάριθμες ερωτήσεις από ενδιαφερομένους ιδιώτες και οργανισμούς σχετικά με τη χρήση κολλαγόνου σε καλλυντικά. Παρ' όλο που σε αρκετές από

αυτές τις ερωτήσεις υπάρχει ο ισχυρισμός ότι η πηγή του κολλαγόνου των καλλυντικών είναι εκτρωμένα έμβρυα, σε καμία δεν υπήρξε η δυνατότητα ή η προθυμία να παρασχεθούν στέρεε πληροφορίες ότι πράγματι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Δεν διαθέτουμε άλλες ενδείξεις ότι χρησιμοποιείται υλικό από ανθρώπινα έμβρυα ως πηγή είτε εκχυλίσματος πλακούντων είτε κολλαγόνου.»

Δεν υπάρχει λόγος να αμφισβητηθεί η δήλωση της FDA σχετικά με το θέμα. Ο Dr. Jack Willke, πρόεδρος της National Right to Life Committee, ότι ούτε μια σωστά τεκμηριωμένη περίπτωση δεν έχει έρθει ως τώρα στην επιφάνεια στις ΗΠΑ.⁴¹

- Ο Γαλλικός σύνδεσμος

Σε ότι αφορά την ιατρική δεοντολογία, ότι ισχύει για την California, ισχύει και για τις υπόλοιπες ΗΠΑ.

Αλλά ακόμα και η California ενεργεί όπως και η Ευρώπη νωρίτερα.

Τον Απρίλιο του 1980, οι φύλακες στα σύνορα Ελβετίας – Γαλλίας συνέλαβαν ένα φορτηγό από την Κεντρική Ευρώπη φορτωμένο με εκατοντάδες κιλά κατεψυγμένων εκτρωμένων βρεφών τα οποία, σύμφωνα με τις συνοδευτικές φορτωτικές κατευθύνονταν προς αρκετές γαλλικές εταιρείες καλλυντικών για επεξεργασία σε ακριβά καλλυντικά.

Η γαλλική εφημερίδα εξηγούσε ότι το εμπόριο εμβρυακών υπολειμμάτων είναι ζωννό, γιατί περιλαμβάνονται σε «... προϊόντα ομορφιάς που χρησιμοποιούνται για την αναζωογόνηση του δέρματος, που πωλούνται στη Γαλλία σε υψηλές τιμές». Μια εταιρεία, η Madame Renne Ibry, διαφημίζει ότι τα προϊόντα υγείας της – που περιέχουν εμβρυακό κολλαγόνο – είναι «απόλυτα φυσικά.»⁴²

- Και οι υποστηρικτές

Καμία από τις ωμότητες που περιγράφηκαν παραπάνω δεν θα μπορούσε να συμβεί χωρίς μια πληθώρα «διακεκριμένων, σημαντικών» επιχειρήσεων που κραυγάζουν για το αίμα (και τα μέλη) ανυπεράσπιστων εκτρωμένων βρεφών.

Οι παρακάτω επιχειρήσεις, που αντιπροσωπεύουν περισσότερους από τα τρία τέταρτα των ιατρών της χώρας, υπέβαλαν μαρτυρίες ενώπιον του Κογκρέσου υπέρ του πειραματισμού με έμβρυα και της λήψης οργάνων από αυτά.

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΑΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΕΜΒΡΥΑΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟ ΣΕ ΕΜΒΡΥΑ (ΣΤΙΣ ΗΠΑ)**

Alzheimer's Association

American Academy of Pediatrics

American Cancer Society

American College of Obstetricians and Gynecologists

American College of Physicians

American Diabetes Association

American Heart Association

American Lung Association

American Medical Association

American Medical Women's Association

American Paralysis Association

Aplastic Anemia Foundation of America

Association of American Medical Colleges

Association of American Universities

Cystic Fibrosis Foundation

Epilepsy Foundation of America

Huntington's Disease Society of America

Juvenile Diabetes Foundation International

March of Dimes Birth Defects Foundation

National Association of State Universities & Land Grant Colleges

National Hemophilia Foundation

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διεργασία

Κλινική περίπτωση Α

Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 25 ετών εισήλθε στην κρατική μαιευτική γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου Αλεξάνδρας στις 15-4-2001. Στο εισιτήριό της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων.

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 4 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να γνωρίζει ακόμη για την κύησή της, χορηγήθηκαν δραστικά αντιβιοτικά φαρμακευτικά σκευάσματα για την θεραπεία λοίμωξης του αναπνευστικού.

Στοιχεία ασθενούς

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 25

Επάγγελμα: Ιδιωτική υπάλληλος

Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος

Τόπος Γέννησης: Πύργος

Τόπος Κατοικίας: Μανωλοπούλου 28

Έτος Γέννησης: 1977

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,68

Βάρος: 70 kg

Πίεση: 110/75 Hg

Σφύξεις: 80/min

Θερμοκρασία: 36,6 βαθμούς Κελσίου

Όταν εισήλθε η ασθενής στη Μαιευτική Κλινική προγραμματίστηκαν και έγιναν οι ακόλουθες εξετάσεις:

Γενική αίματος, ΗΚΜ, RO Θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κυήσεως για την επόμενη μέρα 16-4-2001. Αφού έγινε η επέμβαση, παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα, και έτσι η ασθενής υποχρεώθηκε να κάτσει άλλες δύο μέρες. Πήρε δηλαδή εξιτήριο στις 18-4-2001. Της συστάθηκε να έρθει μετά από 2 εβδομάδες για επανεξέταση εφ' όσον όμως θα συνέχιζε τη φαρμακευτική της αγωγή Augmentin 1X3 και Mitrodan 1X1 για 7 ημέρες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc 1X1 (προεγχειρητικά)

N/S 0.9 1000 cc 1X1 (μετεγχειρητικά για 2 ημέρες)

L-R 1000 cc 1X1 (μετεγχειρητικά για 2 ημέρες)

Mitrodan 1X1

Apotel 1X1

Augmentin 1X5 625 mg

Tb Vibramycin 1X2

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

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

<u>Αξιολόγηση ασθενούς</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική Διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός</u> <u>Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u> <u>Νοσηλευτικής Φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u> <u>Νοσηλευτικής</u> <u>Φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση</u> <u>Αποτελέσματος</u>
1. Πόνος στην κάτω κοιλιακή χώρα λόγω των συσπάσεων του τοιχώματος της μήτρας	✓ 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 Aprotel (IM) 1X1 στις 2 μ.μ. κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zideron (IM) 1X1, στις 9 μ.μ. Έγινε προσπάθεια να 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μετά την χορήγηση του αναλγητικού Aprotel 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.

			<p>καθυσυχαστεί η άρρωστη και να διαβεβαιωθεί ότι με την χορήγηση των αναλγητικών αλλά και με τις υπόλοιπες νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν ο πόνος θα μειωθεί και θα εξαλειφθεί τελείως 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</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			αισθήματά της.	
2. 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 πίεσεως. ✓ Για να αντιμετωπιστεί η πίεση χορηγήθηκε 1 amp Pethidine 1X2 (0.05 mg) (IM) 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, 	<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 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

			<p>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.</p>	<p>των αναγκών της ασθενούς, καθώς και η έκδηλη αγάπη και προστασία από την νοσηλεύτρια.</p>
<p>3. Επίσχεση ούρων πιθανόν από μικροτραυματισμούς του στομίου της ουρήθρας</p>	<p>✓ Η κένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη 1 ώρα</p>	<p>✓ Χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά απλά φυσικά μέσα.</p> <p>✓ Χορήγηση διουρητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>✓ Τοποθέτηση καθετήρα</p>	<p>✓ Ανοιξαμε τη βρύση μέσα στην τουαλέτα να βλέπει το νερό που τρέχει.</p> <p>✓ Ρίξαμε λίγο νερό στα έξω γεννητικά όργανα.</p> <p>✓ Χορηγήθηκε 1 amp</p>	<p>✓ Κατόπιν αποτυχίας όλων των φυσικών μέσων χορηγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1X1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Μετά από 1 ώρα και εφόσον δεν</p>

		κυσίσεως.	Lasix (IM) 1X1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ✓ Πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως.	επιτεύχθηκε η κένωση της κύστης ο καθετήρας αφαιρέθηκε το πρωί της επομένης.
--	--	-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Νοσηλευτική Διεργασία

Κλινική περίπτωση Β

Νοσηλευτικό ιστορικό

Γυναίκα ηλικίας 32 ετών εισήλθε στην Ιδιωτική Κλινική Πατρών στις 22-6-2002. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά», λόγω μεγάλης ηλικίας.

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 10 εβδομάδων.

Στοιχεία ασθενούς

Φύλο: Γυναίκα

Επάγγελμα: Οικιακά

Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος

Τόπος Γέννησης: Αμαλιάδα

Τόπος Κατοικίας: Πάτρα

Έτος γέννησης: 1942

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,65

Βάρος: 70 kg

Πίεση: 130/80 mmHg

Σφύξεις: 90/min

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

Γενική αίματος, ΗΚΜ, RO Θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κύησης για την επόμενη μέρα 23-6-2002. Αφού έγινε η επέμβαση, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα, και έτσι της δόθηκε εξιτήριο την επόμενη μέρα δηλαδή στις 24-6-2002 και παράλληλα της δόθηκαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες. Ceclor 1X3 και Mitrodan 1X1 για 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:
D/W 5% 1000cc 1X1 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)

Mandokef 1gr i.v. 1X3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για 3 ημέρες)

Mitrodan 1X1 (μετεγχειρητικά)

Pethidine (0,05 mg) i.m. 1X2 (μετεγχειρητικά)

Zideron i.m. 1X1 (επί πόνου)

Apotel 1X1 (επί πόνου)

Lasix i.m. 1X1 (κατόπιν ιατρικής οδηγίας)

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

<u>Αξιολόγηση ασθενούς</u> <u>Ανάγκες – Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική Διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός</u> <u>Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u> <u>Νοσηλευτικής Φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u> <u>Νοσηλευτικής</u> <u>Φροντίδας</u>	<u>Εκτίμηση</u> <u>Αποτελέσματος</u>
1. Αγωνία – φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά). Εξαιτίας της άρνησης της να δεχθεί τη διακοπή της κύησης, γεγονός αντίθετο με τα πιστεύω της.	✓ Μείωση του φόβου και της αγωνίας όλων των άλλων 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. 	✓ 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.	✓ Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή.

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Δόθηκε στην ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης. 	
2. Ναυτία και έμετος από την αποδρομή της αναισθησίας.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών άμεσα. ✓ Καταστολή μετά από λίγες ώρες της ναυτίας και του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμέτων (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή). ✓ Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. ✓ Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Αυξήθηκε η χορήγηση ορών Ringers 1000ccX1 ✓ Παρακολούθηση της συχνότητας των εμέτων και χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. ✓ Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκε Primperan IV 1X1 για την καταστολή των εμέτων. Στη συνέχεια 	<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 την χορήγηση του Primperan το οποίο δρα επιτυγχάνοντας την κένωση του στομάχου. ✓ Έγινε διακοπή του Ringers κατόπιν καταστολής των

			Sir Primperan (10mgX3).	εμέτων.
--	--	--	----------------------------	---------

<p>3. Θερμοκρασία 38° C. που οφείλεται σε πιθανή λοίμωξη ή ψυχογενή αίτια.</p>	<p>✓ Επαναφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μια ώρα.</p>	<p>✓ Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. ✓ Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. ✓ Χορήγηση αντιπυρετικών. ✓ Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη. ✓ Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς. ✓ Χορήγηση υγρών.</p>	<p>✓ Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. ✓ Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο τα οποία αντικαθίσταντο 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</p>	<p>✓ Με το αντιπυρετικό Aprotel 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 κατόπιν</p>
--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Χορηγήθηκε για την πρόληψη αφυδάτωσης ορός. 	<p>σταθεροποίησης της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>
<p>4. Αιμορραγία πιθανόν από τραυματισμό της μήτρας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωσης της στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε λίγες ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παρακολούθηση του χρώματος, της σύστασης, της ποσότητας και της οσμής του αίματος. ✓ Ακινησία της ασθενούς. ✓ Ετοιμασία όλων των απαραίτητων διαδικασιών για μετάγγιση αίματος εάν χρειαστεί. ✓ Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμασίας 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 την μετάγγιση εάν χρειαστεί. ✓ Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στα 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μετά από λίγες ώρες η αιμορραγία αποκαταστάθηκε σε φυσικά επίπεδα αναμενόμενα. Συστάθηκε στην ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να παραμένει στο κρεβάτι για λίγες ώρες. Η μετάγγιση

		<p>✓ Παρακολούθηση από τον γιατρό, του αιματοκρίτη της ασθενούς.</p>	<p>ενδύματα της ασθενούς. ✓ Ο αιματοκρίτης Δεν παρουσίασε σημαντική πτώση. Τιμή Ht:30</p>	<p>αποφεύχθηκε εφόσον η τιμή του αιματοκρίτη δεν μας άφησε υποψίες για επικίνδυνη αιμορραγία και η αιμορραγία αποκαταστάθηκε στη φυσική ροή.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πρόβλημα της εποχής μας, ναι αλλά όλοι μπορούμε να βοηθήσουμε.

Η σωστή πληροφόρηση του κοινού πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης θα βοηθήσει ώστε να μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των αμβλώσεων.

Ας προβληματιστούμε λοιπόν όλοι και ας μην επιτρέψουμε να θανατωθούν άλλα έμβρυα πριν ακόμα γνωρίσουν την ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΥΓΕΙΑ: Γενική ιατρική και χειρουργική - οδηγός υγιεινής.
Εκδόσεις Δομική 1987
2. Σύγχρονη Ιατρική Μαιευτική Γυναικολογία:
Αντώνης Ν. Γαβριήλ Μαιευτήρας – Χειρουργός – Γυναικολόγος
Έκδοση ΦΥΚΙΡΗΣ 1991
3. Λέφα Βαρβάρα: Σημειώσεις Μαιευτικής Νοσηλευτικής ΠΑΤΡΑ 1999
4. Παπανικολάου Ν. «Μαιευτική» Έκδοση 3^η
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός
ΑΘΗΝΑ 1994
5. «Μαιευτική Εικονογραφημένη»
Alistair W.F. Miller and Robin Callander
Μετάφραση «Γεώργιος Σαρρής» Μαιευτήρας – Γυναικολόγος
ΝΕΑ ΕΚΔΟΣΗ 1991
6. Διονύσιος Ι. Αραβαντινός «Μαιευτικά και γυναικολογικά νέα»
Αθήνα 1994
7. Βασιλειάδης Νίκος «Πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο; Η ώρα μηδέν της
Ανθρώπινης ζωής»
Έκδοση 3^η ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΔΕΛΦΟΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΩΝ Ο ΣΩΤΗΡ Αθήνα 1987
8. Μητροπολίτου Νικοπόλεως Μελετίου «Εκτρώσεις»
Εκδόσεις: Ιερά Μητρόπολις Νικοπόλεως
Πρέβεζα 1987
9. Λέκου Ευάγγελος: «Εκτρώσεις, Φεμινιστική, Νομική, Ιατρική,
Δημογραφική άποψη και θέση της Εκκλησίας»
ΕΚΔΟΣΕΙΣ: Λέκου Ευάγγελος Αθήνα 1985
10. Παπανικολάου Νίκου: «Επεμβάσεις Μαιευτικής Γυναικολογίας» (σελ.80)
Θεσσαλονίκη 1987
11. Frank et al. «Abortions» Methods and Complications (April 1995) pg.35
12. T.Radberg et al. «Chlamydia Trachomatis In Relation to Infections Following
First Trimester Abortions»

- Acta Obstetrica Gynaecologica 1998 (pg. 35)
13. Kent et al. «Bereavement in post Abortive Woman» A Clinical Report Word
Journal of Psychosynthesis (1991)
 14. The Journal of Reproductive Medicine pain During Early Abortion
Συγγραφέας Dr Lynn Borgatta and David Niclinouch
(1997) pg. 287-293
 15. H.L. Howe et al. «Early Abortion and Breast cancer Risk among Woman
Under Age 40»
International Journal of epidemiology 1999 pg. (24 – 28)
 16. European Journal of epidemiology,
Deliveries abortion and Hiv-1 Infection in Rome 1989-1994-1997 pg. (44)
 17. Epimes D.A. «Surgical Management of Abortion»
Telind operative Gynecology 1992 pg. (317-339)
 18. Ashton «The psychological outcome of induced Abortion»
British Journal of ob & cyn 1990
 19. Speclhard Psycho-social Stress Following Abortion, Sheed & Ward
Kansas City (1998)
 20. B.Garfinkel «Stress, Depression and Suicide A Study of adolescents
In Minnesota» Rosponding to Hign Risk Youth Minnesota Extension
Service University of Minnesota (1989)
 21. D.A. Frank et al. «Cocaine use During Pregnancy prevalence and correlates
Pediatrics 1998
 22. P.G. Ney «Relationship between Abortion and Chird Abuse»
Canadian Journal of psychiatry 1989
 23. Leach «The Repeat Abortion Patient» Family planning perspectives
1999 (pg. 37-39)
 24. Σολδάτος Κων. «Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των αμβλώσεων»
Ιπποκράτης Τόμος 12^{ος} Τεύχος 5-6 Αθήνα 1984
 25. Ναζίρη Δέσποινα «Έκτρωση και αντισύλληψη φαινόμενα στην Ελληνική
Κοινωνία» Αθήνα 1986
 26. Δορκοφίκη Ειρήνη «ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ, Ο αφανισμός του γένους»
Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα 1984

27. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία 19-2-1995
28. D.Grimes et al. «Abortion: Women's Rights and Wrong»
1997
29. Martin H. «Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας»
Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1992
30. Κρεατσάς Γ. «Η Ενημέρωση των νέων σε θέματα γεννητσιακής αγωγής και
διαπροσωπικών σχέσεων στην Ελλάδα»
Αθήνα 1997 (σελ.40)
31. Δανέζη Ι. «Προσεξουαλική δραστηριότητα των νέων και αντισύλληψη»
Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 1986
32. Κρεατσάς Ι. «Σεξουαλική δραστηριότητα κατά την εφηβεία»
Στο Ίδρυμα ερευνών για το παιδί, εφηβεία, προσδοκίες και αναζητήσεις
Επιμέλεια: Θάλεια Δραγώνα – Μπετίνα Ντάβου
Έκδοση Παπαζήση, Αθήνα 1991 (σελ. 89)
33. Δοξιάδη Τριπ. Α. «Τρόποι Επικοινωνίας των εφήβων και προϋποθέσεις για
Ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις» στο Σεξουαλική ζωή και υγεία
Πρακτικά 1^{ου} Σεμιναρίου Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού
Έκδοση της Εταιρείας, Αθήνα 1990
34. Παπαευαγγέλου Γ. Τσίμπος Κ.
«Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός» Έκδοση 2^η
Εκδόσεις «ΒΗΤΑ» Αθήνα 1993
35. Richard John Neuhaus
«The Return of Eugenics»
Απρίλιος 1988 (σελ. 15-26)
36. Aborted Baby's Braun Cells Implanted In parkinson's Victim» The wandered
24 Νοεμβρίου 1988 (σελ.1)
37. S.C. Wilike, M.D. «Loma Linda's Lethal Transplants» National Right to Life
New 10 Μαρτίου 1997 (σελ.13)
38. Richard Sultus: The Boston Globe «Braun Implants of Fetal Tissue Show
Promise» The oregonian 13 Ιουνίου 1992 (σελ. 25)
39. Word Trends and Forecasts «Recycling Human Bodies to Save Lives» The
Futurist Απρίλιος 1996 (σελ. 108)

40. Horror Show «The Village Voice» 22 Ιανουαρίου 1992 (σελ. 32)
41. Karen Janszen «Meat of Life»
Science Digest Νοέμβριος 1989 (σελ. 78-79)
42. Chalde Jacquinot. Gazette dupalais Απρίλιος 1991