

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση παραγόντων διακοπής
κύησης στο νοσηλευτικό προσωπικό»**



Εισηγήτρια:

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες:

Λάππα Μαρία

Παπαγιάννη Ιωάννα

Πάτρα 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
ΟΡΙΣΜΟΙ	8
ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	9
1.1. Γενικά – Επιδημιολογικά στοιχεία	9
1.2. Αίτια που οδηγούν σε μία άμβλωση	10
1.2.α. Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο	10
1.2.β. Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου	11
1.2.γ. Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	14
ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ (ΑΠΟΒΟΛΕΣ)	14
2.1. Γενικά – Επιδημιολογικά στοιχεία	14
2.2. Αιτιολογία αυτόματων εκτρώσεων	15
2.2.α. Εμβρυϊκά αίτια	15
2.2.β. Μητρικά αίτια	17
2.3. Κλινικές μορφές αυτόματης έκτρωσης	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	35
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ	35
3.1. Αιτιολογία θεραπευτικών εκτρώσεων	35
3.1.α. Βαριά καρδιοπάθεια	35
3.1.β. Νόσηση της μητέρας από ερυθρά στο πρώτο μισό της κύησης	36
3.1.γ. Σακχαρώδης διαβήτης	37
3.1.δ. Σωματική ή ψυχική νόσος	37
3.1.ε. Ινομώματα μήτρας	38
3.1.στ. Διαπιστωμένες παθήσεις ή ανωμαλίες του εμβρύου με προγεννητικό έλεγχο	38
3.1.ζ. Παθήσεις των νεφρών	39
3.1.η. Αναιμία	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	43
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	43
4.1 Συμβουλευτική παρέμβαση	43

4.2. Προετοιμασία	48
4.3. Αναισθησία	49
4.4. Μέθοδοι διακοπής της κύησης	52
4.5. Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής της κύησης	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	57
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	57
5.1. Άμεσες επιπλοκές	58
5.2. Έμμεσες Επιπλοκές	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	69
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ	69
6.1. Ιστορική ανασκόπηση	69
6.2. Η διακοπή κύησης στην ελληνική νομοθεσία	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	74
ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ	74
7.1. Ιατρική άποψη	74
7.2. Θέση της Εκκλησίας	76
7.3. Θέση και ρόλος νοσηλευτή	77
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	79
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	80
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	82
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	101
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	103
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	111

Η Οριάνα Φαλάτσι λέει: « Δεν ήμουν ποτέ
έτοιμη να σε υποδεχτώ, όσο κι αν περίμενα με λαχτάρα
τον ερχομό σου. Με βασάνιζε πάντα το τρομακτικό
ερώτημα:

Μήπως δεν ήθελες να γεννηθείς; Μήπως θα μου
Πετούσες κατάμουτρα, ουρλιάζοντας το αβάσταχτο
παράπονο: Ποιος σου είπε να με φέρεις στον
κόσμο; Γιατί το έκανες; Γιατί;

Η ζωή είναι μεγάλο βάσανο μωρό μου. Είναι ένας
Πόλεμος καθημερινός, ασταμάτητος. Και οι στιγμές
της χαράς είναι σύντομες παρενθέσεις που
πληρώνονται με τίμημα σκληρό. Πως μπορώ
να σιγουρευτώ ότι δεν θα ήταν καλύτερα να
σε εξαφανίσω, πως μπορώ να μαντέψω
αν εσύ δεν θα ήθελες να επιστρέψεις στον κύκλο
της σιωπής; ».

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο πέρασμα των αιώνων η γυναίκα προσπάθησε να βρει την ταυτότητα που της ταίριαζε στην κοινωνία και την οικογένεια. Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα και στη χαραυγή του 21^{ου}, πολλά έχουν αλλάξει, ορισμένα υπέρ γυναικών και αρκετά κατά. Αυτό που παραμένει σταθερό είναι ότι μια κύηση μπορεί να έχει αίσιο τέλος, μπορεί όμως και να διακοπεί, ανεξάρτητα από τις επιλογές του ανθρώπου ή την ανεξέλεγκτη παρέμβαση της φύσης.

Τι μπορεί λοιπόν να επηρεάσει την έκβαση της κύησης; Το εργασιακό περιβάλλον, το stress, άλλα αίτια; Απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα έγινε προσπάθεια να δοθούν με την παρούσα ερευνητική εργασία. Η μελέτη αφορά γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και σκοπό της είναι η διερεύνηση των κυριότερων αιτιών της διακοπής της κύησης και της συχνότητας αυτής.¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πόροι της συλλογικής και της ατομικής ζωής του ανθρώπου, βρίσκονται σε συνεχή μεταβολή και είναι πολύ φυσικό παγιωμένες μορφές του κοινωνικού βίου να κλονίζονται από την πίεση νέων αναγκών.

Η οικογένεια και η απόκτηση παιδιών από τότε που μπορούμε να παρακολουθήσουμε ιστορικά το δικό μας πολιτισμό, καθώς και τον πολιτισμό παλαιότερων έχει γνωρίσει πολλές δοκιμασίες που την υποχρέωσαν να αλλάξει τύπο, δομή και οργάνωση.

Η θρησκευτική εντολή «αυξάνεστε και πληθύνεστε» ή η λαϊκή ρήση «τα πολλά παιδιά είναι πλούτος και φέρνουν ευτυχία, σήμερα όχι μόνο δεν ακολουθείται αλλά αντιθέτως καταβάλλεται προσπάθεια να τεθούν υπό έλεγχο οι γεννήσεις, κυρίως σε χώρες του τρίτου κόσμου.

Στην αντίπερα όχθη δηλαδή στις προηγμένες χώρες, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα υπογεννητικότητας. Υπάρχουν λοιπόν δύο κόσμοι που επηρεάζονται από την διαφορετική κοινωνική δομή και τις διαφορετικές συνθήκες ζωής.

Αν ανατρέξουμε στο παρελθόν, θα δούμε ότι από αρχαιοτάτων χρόνων υπάρχουν παράγοντες που κατά κανόνα επηρεάζουν και καθορίζουν τον αριθμό των γεννήσεων. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι οι εξής:

- α. Θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις
- β. Βιολογικοί παράγοντες
- γ. Πολιτιστικά πρότυπα και παραδόσεις

- δ. Το επιθυμητό μοντέλο οικογένειας
- ε. Οι γυναίκες εργαζόμενες και μη
- στ. Το μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο των γονέων και φυσικά αρκετοί άλλοι.

Από τους προαναφερθέντες παράγοντες, που τις περισσότερες φορές είναι αλληλένδετοι στη σύγχρονη κοινωνία δεσπόζουσα θέση έχει η γυναίκα, η οποία φέρνει στον κόσμο τη νέα ζωή και υφίσταται όλες τις συνέπειες θετικές και αρνητικές.

Δεν είναι λίγες οι φορές όμως που η νέα ζωή δεν προλαβαίνει να έρθει στον κόσμο καθώς η κύηση διακόπτεται ηθελημένα ή όχι.

Αναλυτικότερα οι μορφές διακοπής της κύησης που αναφέρονται είναι η αυτόματη αποβολή, η θεραπευτική διακοπή καθώς και η εκούσια διακοπή που συνήθως γίνεται για κοινωνικούς, ιδεολογικούς και οικονομικούς λόγους.¹

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΙ

Η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20^η εβδομάδα της και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500 γρ καλείται έκτρωση

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

Οι τεχνητές εκτρώσεις διακρίνονται σ' αυτές που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου, που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης, και λέγονται τότε θεραπευτικές σ' αυτές που εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, γιατί είναι ανεπιθύμητο και λέγονται εγκληματικές.

Προκειμένου, για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνουμε την καθιέρωση του όρου άμβλωση, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την ενέργειά μας. Όταν καταστρέψουμε επίτηδες κάτι που αναπτύσσεται αμβλώσκουμε.

Επομένως τρεις όροι μπορούν να επικρατήσουν. «Αυτόματη έκτρωση» ή «αποβολή», όταν συμβαίνει χωρίς την επέμβασή μας, «τεχνητή έκτρωση» όταν εκτελείται για οποιοδήποτε λόγο, συνήθως θεραπευτικό με την επέμβασή μας. Και Άμβλωση» όταν εκτελείται για την καταστροφή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.²

ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

1.1. Γενικά – Επιδημιολογικά στοιχεία

Η άμβλωση ήταν διαδεδομένη από την αρχαιότητα. Τα αμβλωθρίδια ήταν πάντοτε γνωστά και εχρησιμοποιούντο.³

Εργαλεία που χρησιμοποιούσαν για αμβλώσεις βρέθηκαν μεταξύ άλλων αρχαιολογικών ευρημάτων στην Ελλάδα και την Ρώμη. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης συνιστούσαν την άμβλωση για λόγους ευγονικής σε γυναίκες πάνω από 40 ετών και σ' αυτές που είχαν ολοκληρώσει την οικογένειά τους. Στους πρωτοχριστιανικούς χρόνους η άμβλωση θεωρήθηκε συνώνυμη με φόνο και η θεώρηση αυτή διατηρήθηκε μέχρι πρόσφατα ακόμη και στα πιο «απελευθερωμένα» δόγματα. Παρά την αποδοκιμασία όμως της άμβλωσης δεν έχασε τη θέση της στην κοινωνία αντίθετα νομιμοποιήθηκε και μπήκε στη διάθεση του οικογενειακού προγραμματισμού επίσης.

Οι εκτιμήσεις της συχνότητας και της επίπτωση των αμβλώσεων δεν είναι δυνατόν να υπολογιστούν, γιατί οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται από ιδιώτες γιατρούς και δεν καταγράφονται. Πρόσφατες εκτιμήσεις ανεβάζουν τον αριθμό των αμβλώσεων ανά τον κόσμο σε 55 εκατομμύρια το χρόνο, με 130 εκατομμύρια γεννήσεων ζώντων τέκνων.⁴

Στην Ελλάδα ο αριθμός των αμβλώσεων ανέρχεται σε 300.000 το χρόνο σύμφωνα με επίσημα στοιχεία.⁵

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα που ακολουθεί, η ποσοστιαία αναλογία αμβλώσεων που αναλογεί σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15 – 44 ετών στην Ελλάδα είναι 140 και κατέχει τη δεύτερη θέση στον κόσμο.⁶

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ
(σε κάθε 1000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών)

ΧΩΡΑ	Ποσοστό
Ολλανδία	5,6
Δ. Γερμανία	7,3
Καναδάς	10,2
Βρετανία	12,8
Γαλλία	14,9
Αυστραλία	15,2
Πολωνία	16,5
Ιταλία	19
Ισραήλ	21,9
Ηνωμένες Πολιτείες	27,4
Ρουμανία	90,9
Σοβιετική Ένωση	181
Ελλάδα	140

(Πηγή Πανεπιστήμιο Αθηνών 1988)^δ

1.2. Αίτια που οδηγούν σε μία άμβλωση

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

1.2.α. Όταν η άμβλωση γίνεται σε νόμιμο γάμο

i. Οικονομικός παράγοντας

Ο πυρήνας της 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 συναισθήματα 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 η 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.

ii. Προγραμματισμός 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 οικογένεια αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών αποφασίζει την προκλητή έκτρωση.

1.2.β. Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρι εκτός νόμιμου γάμου

i. Επαγγελματικοί λόγοι

Όταν η γυναίκα ζει μόνη της και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας ή την οικογένεια της εξαρτάται από το μισθό της δουλειάς της και επηρεάζεται η απόφαση 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.

ii. 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.

iii. 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 τις 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 από αυτές. Είναι η γυναίκα που φοβάται την κοινωνική κατακραυγή και αποξένωση και τέλος την περιθωριοποίηση τη δικιά της και του παιδιού της.

1.2.γ. Όταν η άμβλωση πραγματοποιείται ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας

i. Άγνοια και κακή ενημέρωση αντισυλληπτικών μεθόδων

Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα (1980) διαπιστώθηκε ότι η πιο διαδεδομένη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η άμβλωση και δεύτερο οι παραδοσιακοί τρόποι αντισύλληψης. Φτάνει λοιπόν στην άμβλωση η Ελληνίδα και κάθε γυναίκα από άγνοια των σύγχρονων μέτρων αντισύλληψης ή την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα αυτών. Λόγω της μερικής ενημέρωσης που έχει από περιοδικά, συζητήσεις κλπ 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.⁷

ii. Δοκιμή γονιμότητας

Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να διαπιστώσουν αν είναι γόνιμες χωρίς ακόμα να είναι έτοιμες ν' αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές πολύ μικρή αμφιθυμία έχουν συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για άμβλωση.

iii. Άρνηση μητρότητας

Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις με την ταυτότητα του φύλλου και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική στάση προς την εγκυμοσύνη. Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτό τους ότι «δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες» ή ότι «δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών». Αν κάποτε μείνουν έγκυος ζητούν άμβλωση χωρίς αξιόλογη αμφιθυμία, εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργεί σαν σήμα θηλυκότητας που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο τη ταυτότητα του φύλλου τους.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ (ΑΠΟΒΟΛΕΣ)

2.1. Γενικά – Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι αποβολές ευθύνονται σε αναλογία 95% των αιμορραγιών κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Οι περισσότερες αποβολές συντελούνται στο δεύτερο ή τον τρίτο μήνα της εγκυμοσύνης (6-14 εβδομάδες), με συχνότητα περίπου 10-15% στο σύνολο των κυήσεων. Η αναλογία αυτή αυξάνει στο 50%, εάν προσμετρηθούν και οι αποβολές όλων των περιπτώσεων «βιοχημικής εγκυμοσύνης», με σημαντική αύξηση της βήτα υποομάδας της χοριακής γονοδοτροπίνης (β -hCG) στο πλάσμα του αίματος σε υπογόνιμες γυναίκες και κυρίως σε γυναίκες που εισέρχονται στα προγράμματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στις περιπτώσεις αυτές επέρχεται η σύλληψη, αλλά η εγκυμοσύνη διακόπτεται σε πολύ πρώιμο στάδιο (7-14 ημέρες από την ωοθυλακιορρηξία) και η εμμηνορρυσία εμφανίζεται κατά την αναμενόμενη ημέρα του κύκλου).

Αντιθέτως εάν διαπιστωθεί με τους υπερήχους η παρουσία ζωντανού εμβρύου κατά την 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, η συχνότητα της εμβρυϊκής απώλειας για τις επόμενες 16 εβδομάδες (μέχρι την 24^η εβδομάδα) είναι σημαντικά μικρότερη (<3%).

- Συχνότητα: 10-15% στο σύνολο των κυήσεων 50% μαζί με τις εκτρώσεις των περιπτώσεων «βιοχημικής εγκυμοσύνης» <3% εάν διαπιστωθεί με τους υπερήχους η παρουσία ζωντανού εμβρύου κατά την 8 ^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης ⁹

Κάθε γυναίκα που αρχίζει την πρώτη εγκυμοσύνη της, έχει μια πιθανότητα γύρω στα 10% να πάθει Α.Ε. Αν προϋπάρχει ιστορικό μιας Α.Ε. το ποσοστό αυτό ανεβαίνει σε 20% αν δύο Α.Ε. σε 23% και μετά την Τρίτη Α.Ε. σε 26% περίπου. Με τον όρο Α.Ε. κατά συνήθεια υποδηλώνονται οι περιπτώσεις

εκείνες, που αναφέρουν ιστορικό με περισσότερες από δύο συνεχόμενες Α.Ε, χωρίς να έχει προηγηθεί κανένας τοκετός.¹⁰

2.2. Αιτιολογία αυτόματων εκτρώσεων

Ο μηχανισμός πρόκλησης της Α.Ε. συνίσταται στη διάσπαση της συνοχής και την πρόκληση αιμορραγίας, ανάμεσα στο φθαρτό και την τροφοβλάστη, με αποτέλεσμα το διαχωρισμό τους, ώστε το κύημα να συμπεριφέρεται σαν ένα ξένο σώμα, που η μήτρα προσπαθεί να το αποβάλει.¹⁰

Περισσότερο από 80% των αυτόματων αποβολών πραγματοποιούνται τις πρώτες 12 εβδομάδες. Κύρια αιτία των αποβολών που προκαλούνται στην αρχή της κύησης θεωρούνται οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες του εμβρύου ενώ σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι η ηλικία της μητέρας και του πατέρα. Επίσης υψηλό ποσοστό αποβολών παρατηρείται σε γυναίκες που συνέλαβαν το 1^ο τρίμηνο μετά τον τοκετό τους. Γενικά τα αίτια των αυτόματων αποβολών κατατάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, δηλαδή τα οφειλόμενα στο έμβρυο και τα προερχόμενα από τη μητέρα.

2.2.α Εμβρυϊκά αίτια

Τα συνηθέστερα ιστολογικά ευρήματα των αυτόματων αποβολών που λαμβάνουν χώρα τις πρώτες εβδομάδες της κύησης, αφορούν ανωμαλίες της ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου, του εμβρύου και του πλακούντα. Οι ανωμαλίες αυτές της ανάπτυξης του εμβρύου αφορούν εκείνες με παρουσία παθολογικού αριθμού χρωμοσωμάτων (ανευπλοϊδία) και εκείνες με φυσιολογικό καρυότυπο (ευπλοϊδία).

Υπολογίζεται ότι το 50-60% των αυτόματων αποβολών οφείλεται σε χρωμοσωματικές ανωμαλίες του εμβρύου. Περίπου το 50% των ανωμαλιών αυτών είναι αυτοσωματικές ανωμαλίες με συχνότερη την τρισωμία 16, αλλά και τις τρισωμίες 13,18,21 και 22. Η μονοσωμία X (45 X) και η πολυπλοϊδία ευθύνονται, η κάθε μία για ένα πλέον ποσοστό 20-25%.

Γονείς που έχουν ιστορικό δύο ή περισσότερων αποβολών παρουσιάζουν χρωμοσωματικές ανωμαλίες σε ποσοστό 3-6%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανωμαλιών αυτών (75-85%) είναι ισόρροπες μεταθέσεις και από αυτές τα 2/3 είναι αμοιβαίες μεταθέσεις και το 1/3 μεταθέσεις Robertson. Το υπόλοιπο ποσοστό (15-25%) αναφέρεται σε χαμηλού βαθμού χρωμοσωματικό μωσαϊκισμό και αφορά το χρωμόσωμα X. Γονείς που έχουν ισόρροπες μεταθέσεις

Αίτια αυτόματων αποβολών

I. Εμβρυϊκά αίτια

1. Παθολογική ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου
2. Αποβολή λόγω παρουσία ανευπλοϊδίας
3. Αποβολές φυσιολογικών εμβρύων

II. Μητρικά αίτια

1. Λοιμώξεις
2. Χρόνια νοσήματα
3. Διαταραχές ενδοκρινών αδένων
4. Κακή διατροφή
5. Εθισμός σε φάρμακα
6. Περιβαλλοντικές επιδράσεις
7. Ανοσολογικοί παράγοντες
8. Ηλικία γεννητικών κυττάρων
9. Χειρουργικές επεμβάσεις
10. Τραυματισμοί από ατυχήματα
11. Παθήσεις της μήτρας
12. Ανεπάρκεια τραχήλου

των χρωμοσωμάτων τους έχουν πιθανότητα να παρουσιάσουν καθ' έξιν αποβολές σε ποσοστό 50% για τη μορφή της αμοιβαίας μετάθεσης και 25% για την μετάθεση Robertson.

Οι αποβολές εμβρύων με φυσιολογικό καρυότυπο παρουσιάζονται συνήθως μετά τη 13^η εβδομάδα και σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών. Ως πιθανότερη αιτία εκδήλωσης τους αναφέρεται η επίδραση πολυγονιδιακών παραγόντων, που προέρχονται από τη μητέρα ή τον πατέρα.

Είναι προφανές ότι ζευγάρια που έχουν στο ιστορικό τους δύο ή περισσότερες αποβολές, πρέπει να υποβάλλονται σε χρωμοσωματικό έλεγχο, πριν επιχειρήσουν την επίτευξη μιας νέας εγκυμοσύνης.

2.2.β Μητρικά αίτια

Αυτόματες αποβολές με φυσιολογικό καρυότυπο εμβρύων μπορεί να προκαλέσουν πολλές παθολογικές καταστάσεις της μητέρας, οι κυριότερες από τις οποίες είναι:

1. Λοιμώξεις. Οι συνηθέστεροι μικροβιακοί παράγοντες που προκαλούν αυτόματες αποβολές είναι η *Brucella abortus*, το *Toxoplasma gondii*, η *Listeria monocytogenes*, τα *Chlamydia trachomatis*, ο *Herpes simplex*, το *Mycoplasma hominis* και το *Ureaplasma urealyticum*.
2. Χρόνια νοσήματα, όπως είναι η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Επίσης νοσήματα που προκαλούν μεγάλη καταβολή στη γυναίκα όπως είναι η φυματίωση και ο καρκίνος.
3. Ενδοκρινοπάθειες και κυρίως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα νοσήματα του θυρεοειδούς και η ανεπάρκεια έκκρισης προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο ή τον πλακούντα.

4. Η κακή διατροφή και ιδιαίτερα ο υποσιτισμός προδιαθέτουν στην πρόκληση αυτόματων αποβολών.
5. Χρόνια έκθεση και εθισμός σε φάρμακα και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τέτοιες χημικές ουσίες είναι ο καπνός, το οινόπνευμα και η καφεΐνη. Επίσης αποβολές προκαλούνται μετά από έκθεση των εγκύων σε χώρους με υψηλή ραδιενέργεια, αναισθητικά αέρια, αρσενικό, μόλυβδο, φορμαλδεΐδη, βενζίνη και οξείδιο του αιθυλενίου.
6. Ανοσολογικοί παράγοντες. Στην διάρκεια της κύησης παρουσιάζονται ανοσολογικοί παράγοντες, που συμμετέχουν σε αυτοάνοσους ή αλλοάνοσους μηχανισμούς, οι οποίοι οδηγούν πολλές φορές φορές σε αυτόματες αποβολές ή ενδομήτριους θανάτους. Έτσι το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τα αντισώματα αντικαρδιολιπίνης και το αντιπικτικό του ερυθματώδους λύκου, αποτελεί αυτοάνοση νόσο, που προκαλεί μηχανισμούς βλάβης των αιμοπεταλίων και του ενδοθηλίου των αγγείων, με συνέπεια τη θρόμβωση, την καταστροφή του πλακούντα και την αυτόματη αποβολή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού γίνεται με τη χορήγηση μικρών δόσεων ασπιρίνης (80 mg ημερησίως) ή ηπαρίνης (10.000 μονάδες υποδορίως, κάθε 12 ώρες) ή πρεδνιζόνης (40 mg ημερησίως). Η ασπιρίνη αναστέλλει την παραγωγή θρομβοξάνης από τα καταστρεφόμενα αιμοπετάλια και το ενδοθήλιο των αγγείων. Η ηπαρίνη χορηγείται με σκοπό τη παρεμπόδιση των θρομβώσεων και τα κορτικοειδή για την καταστολή των

αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων. Οι αλλοάνοσοι μηχανισμοί δημιουργούνται από παράγοντες, οι οποίοι διαταράσσουν την ισορροπία συνύπαρξης του εμβρύου ως ετερομοσχεύματος και της μητέρας. Στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (Histocompatibility Locus Antigens- HLA), τα αντισώματα της μητέρας που δεσμεύουν τα αντισώματα του πατέρα (Blocking antibodies), οι κατασταλτικοί παράγοντες (Suppressor T cells) και τα αντιπατρικά αντισώματα (Antipaternal antibodies).

7. Ηλικία γεννητικών κυττάρων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι όσο περισσότερο χρόνο καθυστερεί η γονιμοποίηση του ωαρίου και παραμένουν αδρανείς οι γαμέτες εντός του γεννητικού συστήματος, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος της αυτομάτου αποβολής μετά τη γονιμοποίηση.
8. Κοιλιακές επεμβάσεις. Οι χειρουργικές επεμβάσεις των έσω γεννητικών αλλά και των άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων, στο πρώτο ήμισυ της κύησης αυξάνουν το ποσοστό εκδήλωσης αυτόματων αποβολών. Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις που επιπλέκονται με περιτονίτιδα.
9. Τραυματισμοί από ατυχήματα. Σπάνια τραυματισμοί από ατυχήματα μπορεί να οδηγήσουν σε αυτόματη αποβολή, η οποία συνήθως εκδηλώνεται μερικές εβδομάδες μετά το ατύχημα.
10. Παθήσεις της μήτρας. Αιτία αυτόματων αποβολών αποτελούν οι διάφορες συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, που είναι

αποτέλεσμα παθολογικής διαφοροποίησης των πόρων του Muller. Αλλά και η παρουσία ινομυωμάτων κυρίως υποβλεννογόνων, όπως και η παρουσία ενδομητρικών συμφύσεων αποτελούν σημαντικά αίτια πρόκλησης αυτόματων αποβολών.

11. Ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου. Είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας από προηγούμενες επεμβάσεις στον τράχηλο, όπως είναι η κωνοειδής εκτομή και στη διάρκεια της διαστολής του τραχήλου με σκοπό την απόξεση της μήτρας. Σπανίως μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανώμαλης ανάπτυξης του τραχήλου στη διάρκεια της διάπλασης του γεννητικού συστήματος. Η αποκάλυψη της παρουσίας γίνεται συνήθως στο 2^ο τρίμηνο και τις αρχές του 3^{ου} τριμήνου, με τη διαστολή του τραχήλου, την πρόπτωση του θυλακίου εντός του κόλπου και στη συνέχεια τη ρήξη των υμένων και την έξοδο πρόωρα του εμβρύου. Η διάγνωση της ανεπάρκειας του τραχηλικού στομίου γίνεται με την κλινική εξέταση και τον υπερηχογραφικό έλεγχο περί την 12^η εβδομάδα. Η αντιμετώπιση πραγματοποιείται με την περίδεση του τραχήλου, η οποία γίνεται συνήθως με δύο τεχνικές, τη Shirodkar και την απλούστερη Mc Donald. Η επιτυχία της μεθόδου είναι 85-90%.¹¹
12. Ασυμβατότητα συστήματος ABO. Αν η μητέρα είναι Rh⁻ και έγκυος για πρώτη φορά, χωρίς να της έχει γίνει μετάγγιση αίματος Rh⁺, το πρώτο παιδί δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο αν είναι R⁺. Στην διάρκεια του τοκετού όμως μπορεί να

απορροφηθεί αίμα από το μωρό και να δημιουργηθούν αντισώματα στο αίμα της μητέρας εναντίον του παράγοντα Rh. Σε δεύτερη εγκυμοσύνη αν το έμβρυο είναι πάλι Rh⁺, η κύηση διακόπτεται λόγω αιμόλυσης, εξαιτίας των αντισωμάτων που είχαν αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια της πρώτης εγκυμοσύνης εναντίον του παράγοντα Rh.¹²

Διάφορα άγνωστα αίτια. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται ένα ποσοστό 50% των Α.Ε.

Η διερεύνηση των αιτιών των αυτόματων αποβολών γίνεται με:

1. Ιστορικό
2. Γυναικολογική εξέταση
3. Συνηθισμένες εργαστηριακές εξετάσεις
4. Διάφορες οροαντιδράσεις (για τοξόπλασμα, λιστέρια κ.ά)
5. Καλλιέργεια ούρων
6. ορμονικοί προσδιορισμοί (στα ούρα ή στον ορό του αίματος) προγεστερόνης και χοριακής γοναδοτροπίνης
7. Υστεροσαλπιγγογραφία
8. Έλεγχος τραχήλου της μήτρας κατά την πρόοδο της κύησης με τη δακτυλική εξέταση
9. Χρωμοσωμιακός έλεγχος του κυήματος και των γονέων
10. Καλλιέργεια ιστών του κυήματος
11. Βιοψία του ενδομητρίου
12. Υστεροσκόπηση¹⁰

2.3. Κλινικές μορφές αυτόματης έκτρωσης

Οι αυτόματες εκτρώσεις ταξινομούνται στις πιο κάτω κατηγορίες:

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| α. Απειλούμενη έκτρωση | β. Αναπόφευκτη έκτρωση |
| γ. Ατελής έκτρωση | δ. Τελεία έκτρωση |
| ε. Παλίνδρομη έκτρωση | στ. Σηπτική έκτρωση |
| ζ. Εκτρώσεις κατά συνήθεια | η. Σαλπινγική έκτρωση |

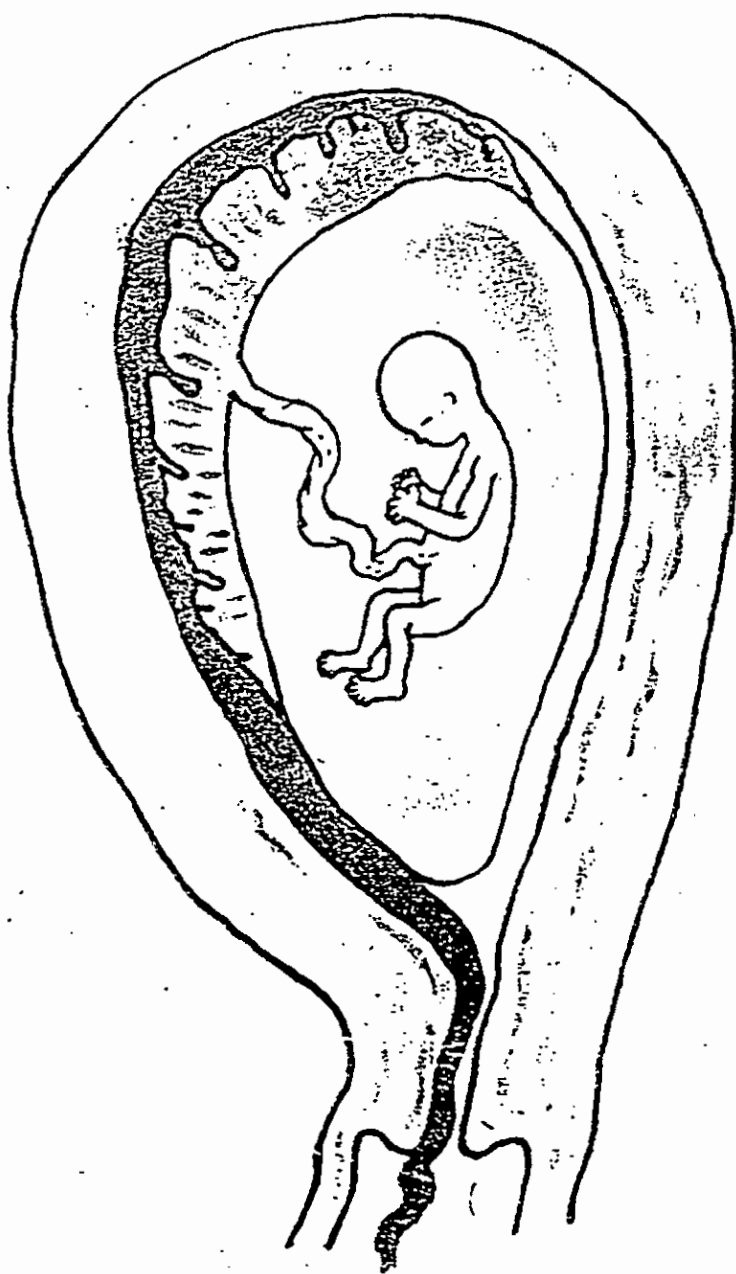
2.3.α. Απειλούμενη έκτρωση

Εκδηλώνεται με αιμορραγία άλλοτε άλλου βαθμού από την μήτρα, που στην αρχή δεν συνοδεύεται από άλλο σύμπτωμα εκτός από μερικές συστολές της μήτρας και αυτές όχι σ' όλες τις περιπτώσεις. Στην γυναικολογική εξέταση ελέγχεται η προέλευση του αίματος από τη μήτρα και επίσης διαπιστώνεται ότι το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό – δηλαδή δεν παρουσιάζει διαστολή. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η γυναικολογική εξέταση εφόσον γίνεται με ήπιους χειρισμούς είναι επιβεβλημένη για την διάγνωση και δεν βλάπτει εφόσον τηρηθούν επιπλέον και όλοι οι κανόνες της καθαριότητας.

Αγωγή. Κατάκλιση στο κρεβάτι είναι η σημαντικότερη βοήθεια διότι ελαττώνει τα μηχανικά ερεθίσματα και ηρεμεί τη μήτρα. Επίσης δίδονται σπασμολυτικά ελαφρά ηρεμιστικά και από μερικούς συνιστάται χορήγηση προγεστερόνης ή προγεστεροειδή για ηρέμηση του μυομητρίου. Σε μερικές περιπτώσεις διαπιστωμένης ωχρινικής ανεπάρκειας εκτός από τα ανωτέρω δίδεται και ένα σκεύασμα χοριακής γοναδοτροπίνης ενδομυϊκά.

Πρόγνωση: Αφού τα αίτια και ο βαθμός της σοβαρότητας είναι συνήθως άγνωστα όταν πρωτοεμφανίζεται μία απειλούμενη έκτρωση δεν είναι εύκολο να προβλέψει κανείς και την πιθανή της εξέλιξης. Πάντως υπολογίζεται ότι από το σύνολο των ασθενών με απειλούμενη έκτρωση στο πρώτο τρίμηνο 70-80% διατηρούν την εγκυμοσύνη τους. Το είδος της αιμορραγίας είναι δυνατόν να βοηθήσει στην πρόγνωση διότι εάν το χρώμα του αίματος γίνει γρήγορα καφέ τούτο σημαίνει αναστολή της αιμορραγίας. Η παρουσία βέβαια

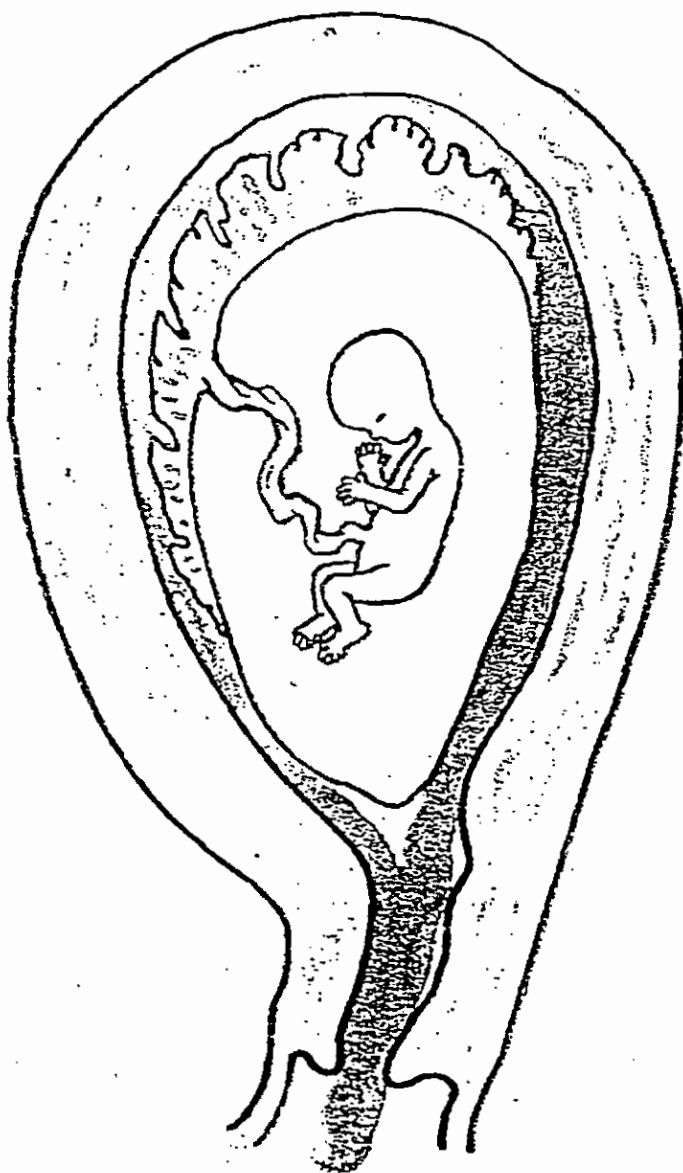
μητρικών συστολών συνήθως αυξάνει τον κίνδυνο για διακοπή της εγκυμοσύνης.



Απειλούμενη έκτρωση

2.3.β. Αναπόφευκτη έκτρωση

Η έκτρωση ονομάζεται αναπόφευκτη όταν στα σημεία της απειλούμενης που περιγράφηκαν πιο πάνω, προστεθούν δυνατές και επώδυνες συστολές της μήτρας που οδηγούν σε διαστολή του τραχηλικού στομίου.



Αναπόφευκτη έκτρωση

Η ασθενής παραπονείται για πόνους στην κοιλιά και η εξέταση από τον κόλπο αποδεικνύει την ύπαρξη της διαστολής μέσα από την οποία αρκετά συχνά προβάλλει ο αμνιακός σάκος. Τα υπόλοιπα συμπτώματα είναι ίδια με της απειλούμενης στα οποία βασικά προέχει η αιμορραγία. Αρκετά γρήγορα μετά την έναρξη των φαινομένων συμβαίνει η εκβολή του κυήματος τέλεια ή ατελής.

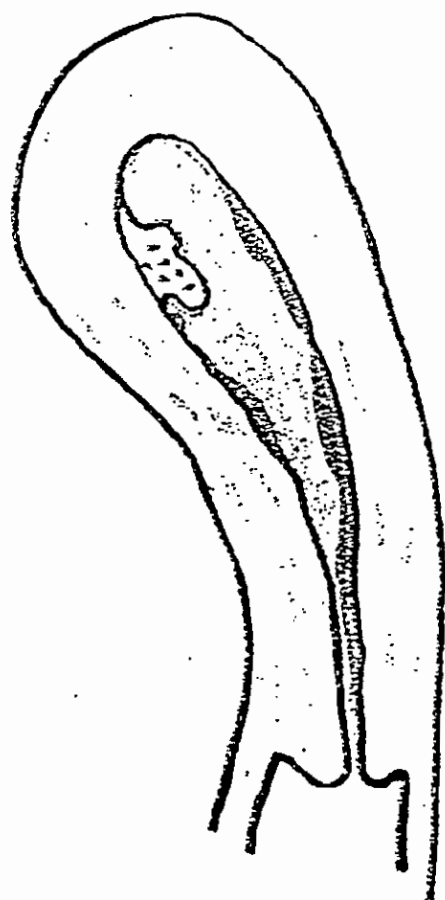
2.3.γ. Ατελής και τέλεια έκτρωση

Στην τέλεια έκτρωση γίνεται ολοκληρωτική εκβολή του περιεχομένου της μήτρας και η αιμορραγία σταματάει. Το μητρικό στόμιο επίσης κλείνει τελείως και εξαφανίζονται οι πόνοι.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει ατελή έκτρωση, δηλαδή παραμονή τμημάτων του κυήματος ή του πλακούντος μέσα στην μητρική κοιλότητα μετά την μερική εκβολή μέρους από αυτά προς τα έξω. Τα συμπτώματα της ατελούς μοιάζουν με την αναπόφευκτη αφού ακόμη συνεχίζονται, οι συστολές της μήτρας και η αιμορραγία. Το τραχηλικό στόμιο παραμένει αρκετά ανοικτό, η μήτρα όμως έχει μικρότερο μέγεθος από εκείνο που αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης.

Στην τέλεια έκτρωση συνήθως δεν χρειάζεται καμιά θεραπευτική αγωγή, ιδίως μάλιστα εάν η μήτρα έχει πλήρως συσπασθεί και η αιμορραγία σταματήσει. Επειδή όμως δεν πάντοτε βέβαιη η ολοκληρωτική κένωση της μητρικής κοιλότητας από υπολείμματα, εάν υπάρχει η δυνατότητα γίνεται μια ελαφρά απόξεση της μήτρας. Αυτή εξάλλου ακριβώς είναι και η θεραπευτική αντιμετώπιση της αναποφεύκτου και της ατελούς έκτρωσης που γίνεται βέβαια πάντοτε μετά από προηγούμενη ολοκλήρωση της διαστολής με τα κηρία του

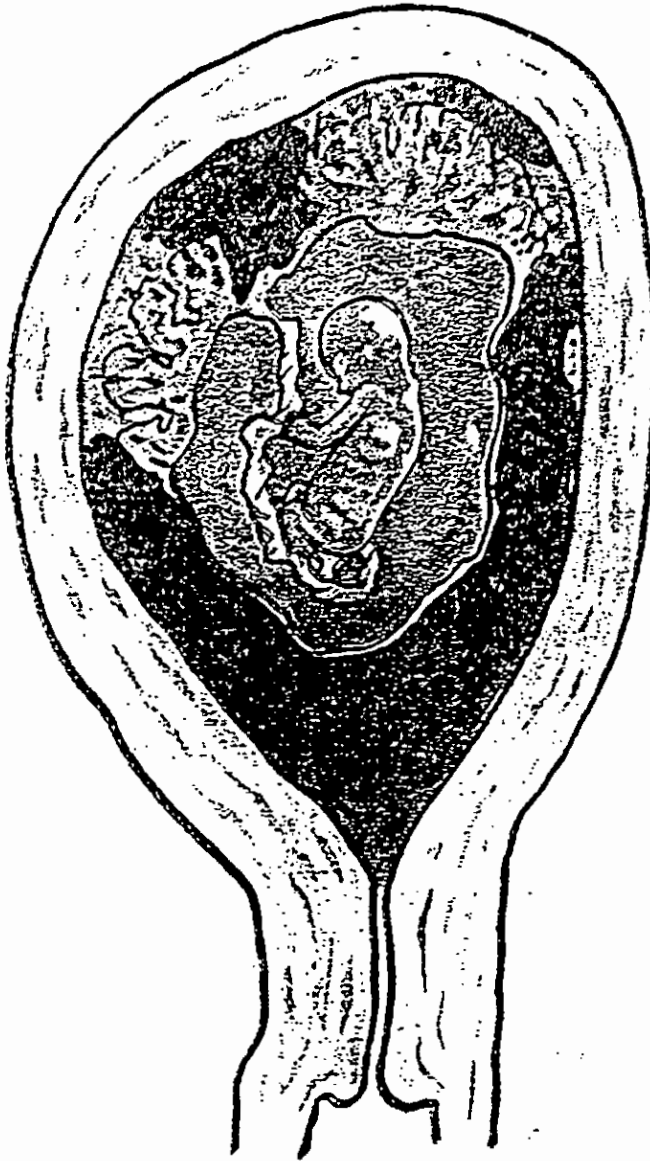
Hegar. Μετά την απόξεση χορηγείται μητροσύσπαση και ελαφρά αντιβίωση για πέντε ημέρες.¹³



Ατελής έκτρωση

2.3.δ. Παλίνδρομη έκτρωση

Στις περιπτώσεις αυτές το έμβρυο πεθαίνει αλλά διατηρείται με τον πλακούντα του μέσα στην μητρική κοιλότητα. Άλλοτε πάλι το έμβρυο διαλύεται μέσα στην μήτρα και μαζί με τον πλακούντα γίνεται μια άμορφη μάζα.



Παλίνδρομη έκτρωση

Στην κλινική εικόνα της παλίνδρομης έκτρωσης υπάρχει συνήθως ένα ιστορικό απειλούμενης έκτρωσης αλλά με βαθμιαία εμφάνιση ή

υποχώρηση των συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης γενικά. Το μέγεθος του σώματος της μήτρας δεν αντιστοιχεί προς την ηλικία της κύησης και από τον κόλπο εμφανίζονται καφεοειδή υγρά σε άλλοτε άλλη ποσότητα για ημέρες συνέχεια. Η διάγνωση θα τεθεί από την γυναικολογική εξέταση, τους υπερήχους και την αρνητικοποίηση της δοκιμασίας κύησης στα ούρα ή το αίμα λόγω της πτώσεως των τιμών της χοριακής γοναδοτροπίνης. Βέβαια σκιρτήματα εμβρύου δεν υπάρχουν, η μήτρα και η κοιλία σταματάει να μεγαλώνει και η γυναίκα παρουσιάζει γενική αδιαθεσία και μερικές φορές πυρετική κίνηση. Μόλις γίνει η διάγνωση επιβάλλεται και εδώ διαστολή του μητρικού στομίου, εκκένωση της μήτρας και απόξεση.¹⁴

2.3.ε. Σηπτική έκτρωση

Αυτή συμβαίνει συνήθως όταν γίνει μια απόπειρα διακοπής ή διακοπή της εγκυμοσύνης από άπειρο πρόσωπο, χωρίς να εφαρμοστούν οι απαραίτητες συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας. Επίσης η σηπτική έκτρωση είναι δυνατό να εγκατασταθεί αυτόματα από επιμόλυνση του κήματος από παρακείμενες σηπτικές εστίες και συχνότερα από ανιούσες επιμολύνσεις από τον κόλπο. Άλλες φορές πάλι, η καθυστέρηση εκτέλεσης της απόξεσης του ενδομητρίου μετά από ατελή Α.Ε. έχει ως αποτέλεσμα την εύκολη ανιούσα μόλυνση, από το σηπτικό περιβάλλον του κόλπου. Στο μηχανισμό αυτό βοηθά το διασταλμένο τραχηλικό στόμιο και τα υπολείμματα του κήματος που πολλές φορές κρέμονται κυριολεκτικά μέσα στον κόλπο. Η σηπτική έκτρωση αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο στις χώρες που ο νόμος απαγορεύει αυστηρά την εκτέλεση τεχνητής έκτρωσης. Η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων σε πολλές χώρες είχε ως

αποτέλεσμα τη μείωση ή την εξαφάνιση των σηπτικών εκτρώσεων. Η επιμόλυνση του περιεχομένου της μήτρας, όταν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει στην εγκατάσταση σοβαρών σηπτικών επιπλοκών με καταστρεπτικά επακόλουθα.

Τα κυριότερα μικροβιακά αίτια σηπτικής έκτρωσης είναι: *clostridium welchii*, εντερόκοκκοι, *streptococcus viridans* *escherichia coli*, αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι, βακτηριοειδή και κυρίως το *bacteroides fragilis*, όπως δυνητικά και άλλοι μικροοργανισμοί.

Για την αντιμετώπιση της σηπτικής έκτρωσης επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή, λόγω του κινδύνου που υπάρχει, να εγκατασταθεί σηψαιμική καταπληξία. Βασική προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης αποτελεί η λήψη καλλιιεργειών και η σωστή χημειοθεραπεία. Τα αντιβιοτικά χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις και σε συνδυασμό.

Η απόξεση του ενδομητρίου θα γίνει μόνο μετά την υποχώρηση των οξέων συμπτωμάτων με κάλυψη αντιβιοτικών γιατί διαφορετικά υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για διασπορά της φλεγμονής. Η σηπτική έκτρωση, παρά τα ικανοποιητικά μέσα που διαθέτουμε για την αντιμετώπιση της, εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια μητρικού θανάτου σε διεθνές επίπεδο.¹⁵

2.3. στ. Καθ' έξιν εκτρώσεις

Ο όρος «καθ' έξιν εκτρώσεις» χαρακτηρίζει τις περιπτώσεις εκείνες που μια γυναίκα έχει τουλάχιστον τρεις αποβολές. Ο χαρακτηρισμός αυτός έχει κατά μερικούς διαφοροποιηθεί σε πρωτοπαθή, αναφερόμενοι στις περιπτώσεις που οι γυναίκες έχουν μόνο αποβολές και

δευτεροπαθή, δηλαδή για τις γυναίκες που έχουν τουλάχιστον μία κανονική εγκυμοσύνη μεταξύ των αποβολών.

Ο Maipas το 1938, κάνοντας θεωρητικούς υπολογισμούς υποστήριξε ότι μετά από τρεις συνεχείς αποβολές, η πιθανότητα αποβολών ανέρχεται στο 73%.

Έκτοτε, βάσει νέων υπολογισμών, εκτιμάται ότι η πιθανότητα σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπερβαίνει το 30-40%. Πράγματι, η πιθανότητα κανονικής εγκυμοσύνης μετά από τρεις αποβολές, ανέρχεται στο 50-60% ενώ αν μεταξύ των αποβολών υπήρξε και κανονική εγκυμοσύνη τότε οι πιθανότητες ανέρχονται στο 70% περίπου.

Τα αίτια των καθ' έξιν εκτρώσεων είναι διάφορα και γι αυτό το λόγο καλό είναι να αξιολογήσει κανείς τα πιθανά αίτια για πιθανή θεραπεία. Βέβαια, όπως ήδη αναφέρθηκε σε ένα σημαντικό ποσοστό μπορεί να ακολουθήσει κανονική εγκυμοσύνη, ενώ σε ένα 50% περίπου οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν εντοπίζουν τα αίτια.¹⁶

Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, τόσο από τη γυναίκα όσο και από τον άνδρα αποτελεί σημαντική παράμετρο κατά τη διερεύνηση.

Η ηλικία της κύησης κατά την οποία έγιναν οι ΑΕ μπορεί να κατευθύνει τη διάγνωση. Ποσοστό 60% των ΑΕ πριν από την 8^η εβδομάδα της κύησης οφείλονται σε χρωμοσωμιακές ανωμαλίες. Οι συχνότεροι τύποι των ανωμαλιών αυτών είναι οι τρισωμίες και ιδιαίτερα η 16 και οι μονοσωμίες 45X. Παράλληλα, είναι γνωστό ότι το κύριο αίτιο αποβολών του 2^{ου} τριμήνου είναι η ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.

Η διερεύνηση διαταραχών της εμμήνου ρύσεως μπορεί να αποκαλύψει ενδοκρινικές διαταραχές.

Η φυσική και γυναικολογική εξέταση θα μας πληροφορήσει για τις ανατομικές παραμέτρους της μήτρας, την ύπαρξη υπερτρίχωσης κ.λπ.

Ο έλεγχος πρέπει επίσης να περιλαμβάνει:

- Τον υστερογραφικό έλεγχο κατά την 9^η ημέρα του γεννητικού κύκλου
- Τον υστεροσκοπικό έλεγχο σε επιλεγμένες περιπτώσεις
- Τη μέτρηση των επιπέδων της προγεστερόνης την 21^η ημέρα του γεννητικού κύκλου
- Τη βιοψία του ενδομητρίου την 24^η ημέρα του γεννητικού κύκλου
- Τη μέτρηση των επιπέδων της προλακτίνης
- Τον προσδιορισμό των λειτουργικών θυροειδικών παραμέτρων (TSH)
- Τον έλεγχο για την τυχόν ύπαρξη αντιθυροειδικών αντισωμάτων
- Τον έλεγχο για το αντιπηκτικό του λύκου και για αντισώματα έναντι της καρδιολιπίνης και της φωσφατιδυλσερίνης
- Τον προσδιορισμό του αριθμού των αιμοπεταλίων
- Τον καρυοτυπικό έλεγχο του ζευγαριού

- Τη διενέργεια καλλιεργειών για μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα και χλαμύδια
- Σε ασθενείς στις οποίες η προηγούμενη διερεύνηση δεν αποκάλυψε την ύπαρξη αιτιών στα οποία θα μπορούσαν να αποδοθούν οι ΑΕ, μερικοί από τους ερευνητές υποστηρίζουν τη διενέργεια συμπληρωματικού ελέγχου, ο οποίος πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω παραμέτρους:
 - Αντιπυρηνικά αντισώματα
 - Αντικυτταροτοξικά αντισώματα
 - HLA- αντιγόνα του ζευγαριού και
 - Μικτή λεμφοκυτταρική καλλιέργεια (MLC)

Θεραπεία

Η θεραπευτική αγωγή των καθ' ἑξιν ΑΕ είναι αιτιολογική.

Στις περιπτώσεις όπου ανευρίσκεται χρωμοσωματική ανωμαλία στους γονείς, δεν υφίσταται επί του παρόντος καμία θεραπευτική αγωγή.

Σε περιπτώσεις με ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου δεν συνίσταται η χορήγηση προγεστερινοειδών, αφού έχει διαπιστωθεί ότι η ωχρινική δυσλειτουργία οφείλεται σε διαταραχή της παραγωγικής φάσης και συγκεκριμένα σε υψηλά επίπεδα της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH). Η θεραπευτική αντιμετώπιση που προτείνεται είναι η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας.

Μερικοί ερευνητές συνιστούν ακόμη και σήμερα την λαπαροσκοπική ηλαιοκαυτηρίαση των ωοθηκών επί συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, με επιδίωξη τη μείωση των παραγόμενων ανδρογόνων και της

ινχιμπίνης (inhibin) από τα κοκκώδη κύτταρα των ωοθηλακίων και τη βελτίωση της αιμάτωσης της ωοθήκης.

Οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων αντιμετωπίζονται με αιτιολογημένη αντιβίωση.

Οι ανατομικές ανωμαλίες αντιμετωπίζονται με την κατά περίπτωση εφαρμογή των διαφόρων εγχειρητικών χειρισμών (περίδεση τραχήλου, πλαστική αποκατάσταση ανωμαλιών της διάπλασης κ.λπ.).

Κατά το πρόσφατο παρελθόν, σε γυναίκες με ιστορικό καθ' ἑξιν ΑΕ ανοσολογικής αιτιολογίας διενεργείτο χορήγηση πατρικών λεμφοκυττάρων στη μητέρα με τη μορφή εμβολίου, με σκοπό την παραγωγή προστατευτικών αντισωμάτων. Πρόσφατες καλά σχεδιασμένες μελέτες έδειξαν ότι τα εμβόλια αυτά δεν προσφέρουν καμία βελτίωση των ποσοστών επιτυχημένων κύσεων, ενώ αντίθετα μπορεί να προκληθούν ανεπιθύμητες ενέργειες στη μητέρα, όπως αυτοάνοσες διαταραχές, σοβαρή ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και σοβαρού βαθμού θρομβοπενία στο έμβρυο.^{17,18}

2.3.ζ. Σαλπινγική έκτρωση

Αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα παρατηρείται στη σαλπινγική έκτρωση σε αναλογία 1%.

Η διάγνωση της σαλπινγικής έκτρωσης είναι στην πράξη αρκετά δυσχερής. Βασίζεται στη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση, επιβεβαιώνεται με τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (χαμηλά επίπεδα hCG), και οριστικοποιείται με τη λαπαροσκόπηση. Το ενδεχόμενο της σαλπινγικής έκτρωσης πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη, όταν η πρώιμη εγκυμοσύνη επιπλέκεται

με σταγονοειδή κοιλιακή αιμορραγία, με πόνο εναλλασσόμενης έντασης, και λιποθυμικά επεισόδια. Η παρατήρηση αυτή ενέχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή η σαλπινγική έκτρωση μπορεί να μιμηθεί κλινικός πολυάριθμες άλλες κοιλιακές ή πυελικές παθολογικές καταστάσεις που εμφανίζονται στην εγκυμοσύνη, όπως η απειλούμενη έκτρωση, η σκωληκοειδίτιδα και η περιστροφή μισχωτού όγκου της ωοθήκης. Από τις καταστάσεις αυτές μόνον η απειλούμενη έκτρωση συνοδεύεται από σταγονοειδή αιμορραγία (και ελάχιστο πόνο). Βεβαίως, μεγαλύτερη αξία έχει η έγκαιρη διάγνωση της εγκυμοσύνης, πριν επιπλακεί με έκτρωση η ρήξη της σάλπιγγας.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

3.1. Αιτιολογία θεραπευτικών εκτρώσεων

Στους θεραπευτικούς λόγους υπάγονται η μη βιωσιμότητα του εμβρύου που έχει σαν σκοπό τη διάσωση της μητέρας σε περιπτώσεις που λόγω της κύησης κακώς αναπτυσσόμενου εμβρύου, απειλείται η ζωή.²⁰

Οι γυναίκες που κατατάσσονται στην κατηγορία φθάνουν στο ποσοστό του 14% περίπου στο σύνολο των εγκύων γυναικών, είναι όμως υπεύθυνη η κατηγορία αυτή για περισσότερο από το 50-60% της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας στη μητέρα και το νεογνό.²¹

Σπουδαιότερα αίτια είναι:

3.1.α. Βαριά καρδιοπάθεια

Η συχνότητα των καρδιοπαθειών στην εγκυμοσύνη ανέρχεται σε 0,5-2,5%. Οι περισσότερες συχνές καρδιοπάθειες είναι οι βαλβιδοπάθειες, οι συγγενείς καρδιοπάθειες και οι μυοκαρδιοπάθειες.

Επιβάρυνση της καρδιοπάθειας από την κύηση συμβαίνει στο δεύτερο μισό της. Η επιβάρυνση αυτή εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές, με δύσπνοια ύστερα από προσπάθεια ταχυκαρδία και πόνο στη ράχη. Άλλες φορές σοβαρότερες ενοχλήσεις, όπως το πνευμονικό οίδημα και οι εμβολές. Σε σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται οξεία καρδιακή ανεπάρκεια που μπορεί να καταλήξει σε θάνατο.

3.1.β. Νόσηση της μητέρας από ερυθρά

Η ερυθρά στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και πολύ σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο. Ορισμένες από αυτές αναγνωρίζονται αμέσως μετά τον τοκετό (συγγενείς καρδιοπάθειες, καταρράκτης) ενώ άλλες εκδηλώνονται αργότερα (κώφωση). Επίσης πολλές παθολογικές καταστάσεις και συμπτώματα του νεογνού έχουν αποδοθεί στην ερυθρά όπως είναι το πετεχειώδες εξάνθημα, η ηπατοσπληνομεγαλία, ο ίκτερος, η μικροφθαλμία και η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα.

Συνοπτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι πρόβλημα της ερυθράς στην εγκυμοσύνη αντιμετωπίζεται ως εξής:

1. Σε κάθε έγκυο πρέπει από την αρχή της εγκυμοσύνης να γίνεται αναζήτηση των αντισωμάτων έναντι της ερυθράς. Εάν ανευρεθεί τίτλος 1:16 ή μεγαλύτερος σημαίνει ότι υπάρχει ανοσία στη νόσο και δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης σε πιθανή έκθεση της εγκύου στην ερυθρά. Εάν δεν προσδιορισθούν αντισώματα υφίσταται κίνδυνος και συνιστούμε στην έγκυο να εμβολισθεί αμέσως μετά τον τοκετό.
2. Εάν μία έγκυος εκτεθεί στην ερυθρά και κλινικά νοσήσει ή παρατηρηθεί διαφορά στους τίτλους των αντισωμάτων σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις τότε επιβάλλεται η διακοπή της κύησης.

3.1.γ. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης στην προ της ανακαλύψεως της ινσουλίνης εποχή αποτελούσε σοβαρή αντένδειξη για την ομαλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης. Και τούτο γιατί το ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας ξεπερνούσε το 30% και την εμβρυϊκής το 65%.

Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να έχει τις ακόλουθες επιδράσεις σε μία εγκυμοσύνη:

1. μεγάλη αύξηση του βάρους του εμβρύου
2. ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου
3. αύξηση της συχνότητας εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών κυρίως του κεντρικού νευρικού και του καρδιαγγειακού συστήματος του εμβρύου,
4. υδράμνιο
5. αυξημένη συχνότητα στην εμφάνιση τοξιναιμίας
6. υπογλυκαιμία και υπασβεστιαμία στο νεογνό.

Η πορεία και η πρόγνωση μιας εγκυμοσύνης που επιπλέκεται με σακχαρώδη διαβήτη εξαρτάται από τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος. Εάν διατηρούνται σε φυσιολογικά όρια τότε η εξέλιξη της εγκυμοσύνης πρέπει να θεωρείται φυσιολογική. Σε διαφορετική περίπτωση αρκετοί γονείς φοβούμενοι τις επιπλοκές αποφασίζουν να διακόψουν την κύηση.²²

3.1.δ. Σωματική ή ψυχική νόσος

Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν με ένδειξη

διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν) εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι αναφέρεται ότι το 92% των έγκυων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για τη πρόληψη γενετικού νοσήματος, παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση, όπως επίσης και ασθενείς πάσχουσες από κατάθλιψη οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό, η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.⁸

3.1.ε. Ινομύωματα μήτρας

Τα ινομύωματα της μήτρας με εγκυμοσύνη απαντώνται σε συχνότητα 2% και κατά προτίμηση σε πρωτότοκες μεγαλύτερες από 30 χρόνων.

Η εγκυμοσύνη σε συνδυασμό με ινομύωμα συνήθως προκαλεί πόνο, περιτοναϊκή αντίδραση, ναυτία, έμετο, ταχυσφυγμία και πυρετό.²

3.1.στ. Διαπιστωμένες παθήσεις ή ανωμαλίες του εμβρύου με προγεννητικό έλεγχο

Η συχνότητα εμφάνισης διαπλαστικών ανωμαλιών ανέρχεται σε 3%. Στις μισές περιπτώσεις οι ανωμαλίες είναι τόσο σοβαρές, που προκαλούν το θάνατο του παιδιού μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής του. Στις άλλες μισές απαιτείται ειδική θεραπεία φαρμακευτική ή

χειρουργική για να διορθωθεί η ανωμαλία και να διατηρηθεί το παιδί στη ζωή. Οι συχνότερες ανωμαλίες που συναντούμε είναι Μηνιγγομυελοκήλη, Σύνδρομο Down, σύνδρομο Turner, Νεφρική αγενεσία, καρδιοπάθειες, ανεγκεφαλία κ.α.¹⁰

3.1.ζ Παθήσεις των νεφρών

Παλαιότερα γυναίκες με παθήσεις των νεφρών σπάνια γεννούσαν παιδιά που ζούσαν ενώ σήμερα ακόμη και με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μεταμόσχευση νεφρών ή χρόνια αιμοκάθαρση, μπορούν σε μεγάλη αναλογία να φέρουν σε πέρας μία κύηση.

Σε ασθενείς με χρόνια σοβαρή νεφρική νόσο, κάθε απόφαση για κύηση πρέπει να παίρνεται αφού πρώτα γίνει εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας των νεφρών κατά τη σύλληψη και να λαμβάνεται υπόψιν η επίδραση που θα έχει η κύηση επάνω στη νόσο. Πολλές φορές η σοβαρή νεφρική βλάβη θα αναγκάσει τον γιατρό να μην επιτρέψει την κύηση ή να συστήσει και τη διακοπή της ακόμη, εάν ήδη έχει αρχίσει η κύηση.

Η επίδραση της νόσου των νεφρών στην κύηση είναι συχνά δυσμενής και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης βραδύτητας στην ανάπτυξη του εμβρύου, τον πρόωρο τοκετό και την υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα των παιδιών των νεφροπαθών εγκύων. Συχνότερα στις γυναίκες αυτές παρουσιάζεται η προεκλαμψία και οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Γι αυτό και γυναίκες που στο ιστορικό τους υπάρχει νόσος των νεφρών, όπως πυελονεφρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, νεφρολιθίαση ή συχνές κυστίτιδες, πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό τους πριν ξεκινήσουν την κύηση ή στις πρώτες εβδομάδες της.

3.1.η. Αναιμία

Η αναιμία είναι συχνή επιπλοκή της κύησης με σοβαρές ή και μοιραίες επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. Ακόμη και σήμερα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα συνδεδεμένο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την κακή διατροφή και την έλλειψη περιγεννητικής φροντίδας στην έγκυο.

Όταν εκδηλωθεί η αναιμία στην κύηση, η έγκυος κατατάσσεται στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου και χρειάζεται προσοχή και φροντίδα. Η αναιμία προκαλείται συχνά από ανεπάρκεια του σιδήρου και σπανιότερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν σχέση με την ανεπαρκή παραγωγή ή την ταχεία καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Οι περισσότερες έγκυες γυναίκες που παρουσιάζουν χαμηλές τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης δεν έχουν πραγματική αναιμία, αλλά είναι επηρεασμένες από τη «φυσιολογική κατάσταση της κύησης» που ονομάζεται «αιμόλυση ή υδραιμία της κύησης».

Αυτή η κατάσταση αρχίζει από την 8^η εβδομάδα της κύησης και εκδηλώνεται στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, οφείλεται δε στη μεγαλύτερη αύξηση του όγκου του πλάσματος σε σχέση με την αύξηση της μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Σαν πραγματική αναιμική πρέπει να χαρακτηριστεί η έγκυος όταν η πτώση της αιμοσφαιρίνης, στο δεύτερο τρίμηνο, είναι ίση ή κατώτερη από 10γραμ/ ml ή αν η τιμή του αιματοκρίτη είναι ίση ή κατώτερη από 30%.

Η αναιμία στην κύηση διαιρείται σε δύο κατηγορίες. Αυτή που έχει σχέση με τη διατροφή της και την έλλειψη σιδήρου και φυλλικού οξέως, και εδώ υπάγεται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, τη λεγόμενη σιδηροπενική αναιμία. Στη δεύτερη κατηγορία υπάγονται οι

αιμοσφαιρινοπάθειες παθήσεις που συχνά κληρονομούνται στη γυναίκα.
• Η σιδηροπενική αναιμία μπορεί να προκαλέσει στη μητέρα αιμορραγίες, πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία ή πρόωρη αποκόλληση του πλασκούντα. Στο έμβρυο προκαλεί ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, δυσφορία και η περιγεννητική θνησιμότητα, στα νεογνά των αναιμικών μητέρων, είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τα παιδιά των φυσιολογικών εγκύων.

Για τους παραπάνω λόγους με την έναρξη της κύησης, πρέπει κάθε έγκυος να λαμβάνει συμπληρωματικά σίδηρο και να προσέχει τη διατροφή της. Συνήθως ένα χάπι σιδήρου την ημέρα είναι αρκετό και πρέπει να συνοδεύεται και με τη λήψη ενός ή δύο χαπιών φυλλικού οξέως.

Σε περιπτώσεις βαριάς αναιμίας ενδείκνυται η διακοπή της εγκυμοσύνης, προς αποφυγή επιπλοκών.²²

Άλλες αιτίες που μπορεί να ενοχοποιούνται για τις θεραπευτικές εκτρώσεις είναι:

α) Ανενεργή φυματίωση

β) Διαβητική νευροσκλήρυνση

γ) Ca μασού

δ) Διάφορες (κύηση μετά βιασμό, κύηση σε ανήλικα κορίτσια, αιμομιξία, κ.ά)

ε) Εκτοπή εγκυμοσύνης (τραχηλική, κωδωνική, λυκτηθική)¹⁰

στ) Υπέρταση

ζ) Μεταβολικά νοσήματα (φαινυλκετονουρία)

η) Υποθυρεοειδισμός

θ) Τοξοπλάσμωση²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

4.1 Συμβουλευτική παρέμβαση

Η γυναίκα που προσέρχεται για διακοπή κύησης αποτελεί ειδική περίπτωση, που τις περισσότερες φορές δεν αντιμετωπίζεται με την απαραίτητη προσοχή. Η γυναίκα αυτή περνά μια ψυχοσωματική κρίση και η αντιμετώπισή της πρέπει να είναι χωρίς προκαταλήψεις, με πλήρη ενημέρωση και χωρίς να παρεμβαίνει ο γιατρός ενεργά στην λήψη της απόφασης. Σκοπός της πρώτης επαφής είναι:

- α. Να αποφασίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματός της
- β. Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες
- γ. Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη, για την όποια απόφασή της
- δ. Να βοηθηθεί να αποφύγει μια απόφαση για την οποία θα μετανιώσει αργότερα
- ε. Να αντιληφθεί τις συνθήκες υπό τις οποίες βρέθηκε σε αυτή την κατάσταση και να αποφύγει, έτσι, το ίδιο πρόβλημα αργότερα.

Κατά την αρχική εκτίμηση της γυναίκας πρέπει να δοθούν απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας: που ζει, οικονομική κατάσταση, σχέσεις, σχέδια για το μέλλον. Η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη;

- Είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας ένα ακόμα σύμπτωμα ανεπαρκούς προσωπικότητας;
- Ποιοι είναι οι λόγοι που η γυναίκα θέλει να διακόψει αυτή την εγκυμοσύνη, ξέρει τις εναλλακτικές λύσεις;
- Ποιος είναι ο πατέρας του παιδιού, της συμπαραστέκεται ή την πιέζει να διακόψει την εγκυμοσύνη, υπάρχουν πιέσεις από άλλους και αν ναι ποιες;
- Έχει η γυναίκα κάποιο πρόβλημα με τις αντισυλληπτικές μεθόδους;

Απαντώντας σε αυτά τα ερωτήματα θα είναι δυνατόν να καθοριστεί εκείνη η ομάδα γυναικών, που βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο και χρειάζεται ιδιαίτερη υποστήριξη που είναι:

1. Οι έφηβες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μείνουν πάλι έγκυες, για αυτό πρέπει να τους προσφερθούν αντισυλληπτικές μέθοδοι. Ίσως να χρειάζεται να ενημερωθούν οι γονείς για να της συμπαρασταθούν. Πρέπει να ελέγχεται και η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης και η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
2. Οι γυναίκες που προσέρχονται σε προχωρημένη ηλικία κύησης.
3. Οι γυναίκες με ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή της προσωπικότητας , που πιθανόν να απαιτήσει αντιμετώπιση από ειδικό.
4. Γυναίκες με επανειλημμένες διακοπές εγκυμοσύνης , που χρειάζονται ιδιαίτερες συμβουλές και πολλές φορές είναι γυναίκες με ανεπαρκή προσωπικότητα.

5. Γυναίκες που υφίστανται την διακοπή κύησης για ιατρικές ενδείξεις συχνά διακατέχονται από ενοχές και χρειάζονται ειδική υποστήριξη.
6. Θύματα βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν δύσκολες περιπτώσεις τόσο στην προσέγγιση όσο και στην αντιμετώπιση.

Θα πρέπει ακόμη να αναγνωρισθούν οι γυναίκες που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για επανάληψη άμβλωσης εδώ αξίζει να σημειωθεί πως μια νέα ανεπιθύμητη κύηση είναι στον ίδιο βαθμό ανεπιθύμητη με την προηγούμενη. Αυτές οι γυναίκες είναι:

1. Γυναίκες ηλικίας 20-29 ετών, περίοδος στην οποία οι περισσότερες γυναίκες είναι σεξουαλικά ενεργές.

2. Γυναίκες με αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα.

3. Γυναίκες που έχουν δυνατότητα να συλλάβουν, όπως αποδεικνύεται από την παρούσα ανεπιθύμητη κύηση. Το 40% των γυναικών χωρίς ιστορικό άμβλωσης, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, δεν έχουν την δυνατότητα να συλλάβουν, χρησιμοποιούν αντισύλληψη ή είναι σεξουαλικά αδρανείς.

4. Αν έχει προηγηθεί άμβλωση, η απόφαση για την επόμενη λαμβάνεται πιο εύκολα.

5. Ένα μικρό ποσοστό γυναικών που συνειδητά προτιμούν την άμβλωση από οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο και ένας μεγαλύτερος αριθμός γυναικών, που δεν τα καταφέρνει με τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

Σε περίπτωση που κάποιος αρνηθεί σε μια γυναίκα την άμβλωση ή την πείσει να την αποφύγει, θα πρέπει να έχει υπόψη του και τα

ευρήματα από μια μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών, που προέκυψαν από ανεπιθύμητες κύσεις. Η μελέτη αυτών των παιδιών έγινε με μάρτυρες παιδιά από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, όχι στα κορίτσια. Οι διαφορές έγιναν εμφανείς στα 9 χρόνια που πραγματοποιήθηκε ο πρώτος έλεγχος και περιλάμβαναν:

- υψηλότερη νοσηρότητα και νοσηλείες μεταξύ ανεπιθύμητων παιδιών
- χειρότερους βαθμούς και πρόοδο στο σχολείο παρά τους ίδιους δείκτες νοημοσύνης
- χειρότερη κοινωνικότητα, παρά την ομοιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος
- περισσότερες περιπτώσεις δυσπροσαρμοστικότητας
- αυξημένη ευερεθιστότητα
- θυμώνουν πιο εύκολα.

Στα 14 χρόνια μεγάλο ποσοστό των παιδιών αυτών είχαν επισκεφθεί παιδοψυχίατρο, ενώ στα 16 τους η κακή επίδοση στο σχολείο συνέχιζε να επιδεινώνεται σ' αυτά προστέθηκε ελάττωση της συνέπειας, αύξηση της ευερεθιστότητας με αντικοινωνική ή υπερβολικά κοινωνική συμπεριφορά πιο συχνά. Στα 18 θεωρούσαν τους εαυτούς τους παραμελημένους και απορριμένους από τις μητέρες τους. Μετά τη λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας, που είναι υποψήφια για διακοπή κύησης, ακολουθεί λεπτομερής ενημέρωσή της, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Τις εναλλακτικές λύσεις στη διακοπή κύησης, σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία, αν είναι διαθέσιμη,

2. Πλήρη ενημέρωση για τη διαδικασία διακοπής της εγκυμοσύνης, της αναισθησίας, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους:
 - α) αιμορραγία
 - β) λοίμωξη
 - γ) διάτρηση της μήτρας
 - δ) συνέχιση της εγκυμοσύνης ή από αποτυχία διακοπής της ή από εξωμήτρια κύηση
 - ε) θνησιμότητα 2-3/100.000 σε σύγκριση πάντα με το 15/100.000 εγκυμοσύνη.
3. Τη διάρκεια της νοσηλείας και την ανάγκη παρουσίας συνοδού σε περίπτωση που χρειαστεί να αποχωρήσει αυθημερόν,
4. Την ανάγκη να αποφασίσει σύντομα, όχι όμως βιαστικά,
5. Το κόστος της επέμβασης,
6. Πότε θα ξαναέχει περίοδο και πότε επανέρχεται η γονιμότητα,
7. Ποιες οι επιπτώσεις στη γονιμότητά της,
8. Την αντισύλληψη για αποφυγή μιας νέας «περιπέτειας»,
9. Καθορισμό της επόμενης εξέτασης (follow-up).

Μερικοί συνιστούν να περιγράφεται στη γυναίκα το έμβryo στην ηλικία κύησης που βρίσκεται. Αυτό δεν βοηθά τη γυναίκα ιδιαίτερα, αντίθετα μπορεί να της προκαλέσει μεγαλύτερα συναισθήματα ενοχής. Πριν η γυναίκα προγραμματιστεί για την επέμβαση, πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι:

- η γυναίκα βρίσκεται σε κατάσταση που να καλύπτονται οι προϋποθέσεις του νόμου
- η γυναίκα δεν είναι ακόμη αναποφάσιστη ή αβέβαιη για την απόφασή της
- η γυναίκα ή ο κηδεμόνας επί ανήλικης έχει υπογράψει συγκατάθεση.

4.2. Προετοιμασία

Μετά την παραπάνω εκτίμηση της γυναίκας πρέπει να αποφασίζεται η μέθοδος αναισθησίας και η μέθοδος διακοπής της κύησης.

Λαμβάνεται γενικό και γυναικολογικό ιστορικό και εκτελείται πλήρης φυσική και γυναικολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ευρήματα παραγγέλλονται και οι απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, ενώ αν χρειάζεται ζητάτε και η συμβολή ειδικών. Συνήθως αρκεί ένας αδρός προεγχειρητικός έλεγχος, ενώ πάντα πρέπει να ελέγχεται ο παράγων Rhesus της γυναίκας. Από το ιστορικό ιδιαίτερη σημασία έχει η παρουσία βαλβιδοπάθειας, αλλεργίας σε φάρμακα – κυρίως στα ανισθητικά, τοπικά και γενικά. Μερικοί ιατροί απαιτούν την επιβεβαίωση της κύησης, ενώ άλλοι στον έλεγχο συμπεριλαμβάνουν λήψη τεστ Παπανικολάου, καλλιέργειας κολπικού υγρού, ορολογικές εξετάσεις και υπερηχογράφημα σε περιπτώσεις ευρημάτων ή αμφιβολιών από τη γυναικολογική εξέταση.

Μεγάλη σημασία στη γυναικολογική εξέταση έχει ο προσδιορισμός της ηλικίας κύησης, ο καθορισμός της κάμψης και κλίσης της μήτρας, καθώς και ο έλεγχος για την ύπαρξη μάζας στα εξαρτήματα.

Αν διαπιστωθεί διαφορά μεταξύ μεγέθους της μήτρας και ηλικίας κύησης με βάση την τελευταία έμμηνη ρύση, υπάρχει πιθανότητα ύπαρξης μεγαλύτερης κύησης, πολύδυμης, κύησης, συγγενούς ανωμαλίας της μήτρας, ινομυωμάτων, μύλης κύησης ή ωοθηκικού όγκου. Σε αυτή την περίπτωση συνιστάται η υπερηχογραφική διερεύνηση των πιθανοτήτων που αναφέρθηκαν. Η μεγαλύτερη κύηση απαιτεί επανεκτίμηση της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η παρουσία όγκου με μικρή κύηση αυξάνει την πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Υπερηχογράφημα συνιστάται και σε περίπτωση που βρίσκεται ασύμμετρη αύξηση του μεγέθους της μήτρας.

Σε περίπτωση που η μήτρα είναι μικρότερη από το αναμενόμενο, τότε υποψιαζόμαστε απουσία κύησης, εξωμήτριο κύηση ή ατελή εκβολή. Είναι αυξημένη η πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Συνιστάται η επανεξέταση με μεγαλύτερη προσοχή, ιδιαίτερα των εξαρτημάτων, η επανάληψη του τεστ κύησης, η εκτέλεση υπερηχογραφήματος μερικοί συνιστούν την εκτέλεση της έκτρωσης με προσεκτική εξέταση κατόπιν των ξεσμάτων.

4.3. Αναισθησία

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για τη μέθοδο αναισθησίας, ιδιαίτερα στις μικρές σε ηλικία κύησεις άλλοι είναι υποστηρικτές της τοπικής και άλλοι της γενικής αναισθησίας.

Η γενική αναισθησία είναι πιο αποδεκτή από τη γυναίκα και συναισθηματικά πιο ανώδυνη, αλλά οι κίνδυνοι από αυτή είναι υπαρκτοί, αυξάνεται η διάρκεια νοσηλείας, ενώ τα περισσότερα γενικά αναισθητικά προκαλούν χαλάρωση της μήτρας με αποτέλεσμα σχετικά

αυξημένη απώλεια αίματος. Λόγω της χάλασης που προκαλεί στο μυομήτριο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται η αλοθάνη αντίθετα η κεταμίνη προκαλεί μητροσύσπαση. Με γενική αναισθησία παρατηρείται αύξηση στις επιπλοκές κυρίως της διατήσεως της μήτρας, τραυματισμού του τραχήλου, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και της ανάγκης μεταγγίσεως. Αναφέρεται ακόμη αυξημένη θνησιμότητα κατά 2-4 φορές από όση παρατηρείται με τοπική αναισθησία. Το σύνολο των επιπλοκών από τη γενική αναισθησία είναι 5,6%, ενώ η συχνότητα σοβαρών μόνο επιπλοκών είναι 0,3%. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η συχνότητα σοβαρών επιπλοκών είναι η ίδια στην γενική και τοπική αναισθησία. Η γενική αναισθησία καθίσταται απαραίτητη για διακοπές κύσεων δευτέρου τριμήνου. αν και ο Beekhuizen χρησιμοποίησε τοπική αναισθησία για διακοπές μέχρι και 18-20 εβδομάδων.

Η τοπική αναισθησία έχει αρκετούς φανατικούς υποστηρικτές, αφού προκαλεί λιγότερες επιπλοκές από όσες η γενική. Οι κίνδυνοι της τοπικής αναισθησίας προέρχονται κυρίως από λανθασμένη ενδοαγγειακή έγχυση, από συστηματική τοξικότητα λόγω ταχείας απορρόφησης, ευαισθησίας της γυναίκας στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ή υπέρβαση της δόσεως. Φυσικά είναι σπάνιο να χρησιμοποιηθούν πάνω από 20 ml Lidocaine για την εφαρμογή τραχηλικού μπλοκ, ενώ η ταχύτητα απορρόφησης μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη διαλύματος 1:200.000 αδρεναλίνης, η οποία προλαμβάνει και την εμφάνιση υπερδιεγέρσεως του πνευμονογαστρικού (Vasovagal Reaction). Η χρησιμοποίηση παραγόντων που προετοιμάζουν τον τράχηλο ελαττώνει την απαιτούμενη δόση τοπικού αναισθητικού. Τα αμίδια που χρησιμοποιούνται στην εφαρμογή τοπικής

αναισθησίας, όπως η Lidocaine, μεταβολίζονται αργά στο ήπαρ, ενώ οι εστέρες, όπως η Chlorocaine, μεταβολίζονται ταχύτατα στην περιφέρεια από την ψευδοχολινεστεράση του πλάσματος", ελαττώνοντας έτσι τη συστηματική τοξικότητα του φαρμάκου. Η Lidocaine εξάλλου προκαλεί παραισθησίες γύρω από το στόμα και οι ήχοι του περιβάλλοντος ακούγονται απόμακροι, προκαλώντας φόβο στη γυναίκα. Συνολικά οι επιπλοκές από την τοπική αναισθησία ανέρχονται σε 4,2%, ενώ οι σοβαρές επιπλοκές περιορίζονται και εδώ στο 0,3%. Έχουν δοκιμαστεί πολλές τεχνικές εφαρμογής τοπικής αναισθησίας στον τράχηλο όλες οι μέθοδοι περιλαμβάνουν μια επιφανειακή έγχυση στην 12^η ώρα στο σημείο που εφαρμόζεται η μονοσδοντωτή λαβίδα για την έλξη του τραχήλου. Κατά τα άλλα οι τεχνικές συνίστανται σε:

1. Διήθηση των ιερομητρικών συνδέσμων αυτή όμως παραλείπεται από τους περισσότερους, γιατί η ίδια η έγχυση προκαλεί πόνο.

2. Διήθηση σε τρεις (12^η, 4^η και 8^η ώρα) θέσεις ή σε περισσότερες. Οι πολλαπλές εγχύσεις, όπως αναμένεται, προκαλούν περισσότερη αιμορραγία από τα σημεία των εγχύσεων.

3. Βαθιά έγχυση μέσα στο σώμα του τραχήλου της μήτρας παράλληλα με τον ενδοτραχηλικό σωλήνα.

Έχει ακόμη προταθεί και η έγχυση 5-8 ml Lidocaine μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, αλλά η μέθοδος αυτή δεν φαίνεται να προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα και δεν χρησιμοποιήθηκε ευρέως.

Τελευταία κερδίζει έδαφος στην τοπική αναισθησία η χρήση των «πιστολιών» (Jet Injector-Syrjjet, Med-e-Jet) που χρησιμοποιούνται για μαζικούς εμβολιασμούς αυτά καταφέρνουν να επιφέρουν τον ίδιο βαθμό

αναισθησίας με την κλασική έγχυση, με μικρότερη όμως δόση αναισθητικού και πιο ανώδυνη εφαρμογή.

Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται κάποια ενόχληση παρά την τοπική αναισθησία, ιδίως οι νεαρές και οι φοβισμένες γυναίκες. Σ' αυτές τις περιπτώσεις βοηθά η χρήση ηρεμιστικών και αναλγητικών, που αυξάνουν την αναλγησία, αλλά παράλληλα και τους κινδύνους. Ένα σχήμα που έχει χρησιμοποιηθεί με σχετική ασφάλεια συνίσταται σε χορήγηση βραδέως ενδοφλεβίως 5 mg Diazepam και 0,05 mg Fentanyl. Η πιθανότητα καρδιοαναπνευστικού Collapsus υπάρχει και είναι αυξημένος με ταχεία έγχυση, με αυξημένες δόσεις ή σε ευαίσθητες γυναίκες στα φάρμακα. Πάντα πρέπει να είναι διαθέσιμη και προσιτή Ναϊοxone ως αντίδοτο.⁹

4.4. Μέθοδοι διακοπής της κύησης

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι, που καθορίζονται κυρίως από το στάδιο της εγκυμοσύνης που πρόκειται να διακοπεί.

Με αναρρόφηση:

Είναι μια διπλή τεχνική αναρρόφησης του εμβρύου από τη μήτρα από τον τράχηλο και συνδέεται με φιάλες στις οποίες υπάρχει κενό.

Είναι μια γρήγορη και απλή τεχνική με μικρό κίνδυνο επιπλοκών, που επεξεργάστηκαν αρχικά κινέζοι γιατροί, το 1958. Ενδείκνυται για διακοπές μέχρι τη 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και στις πιο πολλές χώρες έχει αντικαταστήσει την παλιότερη μέθοδο της απόξεσης.²⁴

Με υστεροτομία ή μικρή καισαρική

Υστερεκτομία ή μικρή καισαρική είναι σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του δεύτερου τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή, με μόνη διαφορά ότι οι τομές που γίνονται στο κοιλιακό τοίχωμα και στη μήτρα είναι μικρότερες. Η σχετικά υψηλότερη όμως νοσηρότητα που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση έναντι των άλλων μεθόδων διακοπής της εγκυμοσύνης περιορίζει σήμερα τη χρήση της, μόνο στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με απολίνωση των σαλπίγγων, για λόγους μόνιμης αντισυλληψέως.^{25,26}

Με διερεύνηση και απόξεση:

Κατά τη μέθοδο αυτή γίνεται διαστολή του τραχηλικού ανοίγματος με ειδικές βέργες (κηρία), και ακολουθεί η απόξεση με τα ξέστρα. Με τα ξέστρα ξύνεται η επιφανειακή στοιβάδα της μήτρας αργά και απαλά.

Σε περίπτωση προχωρημένης εγκυμοσύνης τμήματα του εμβρύου αφαιρούνται τσιμπίδα.

Όταν αδειάσει η κοιλότητα της μήτρας η επέμβαση έχει τελειώσει. Ακολουθεί καθαρισμός του τραχηλικού ανοίγματος με ιώδιο.

Με διάλυμα άλατος:

Μετά από την 12^η ή 13^η εβδομάδα τής εγκυμοσύνης δεν μπορεί να γίνει διακοπή με αναρρόφηση ή με απόξεση χωρίς κίνδυνο. Σ' αυτή την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προκαλέσει την αποβολή κάνοντας στη μήτρα μια ένεση ενός διαλύματος άλατος, που σκοτώνει το έμβρυο.

Είναι μια σοβαρή Χειρουργική επέμβαση, που απαιτεί την παραμονή τής γυναίκας στο νοσοκομείο δυό - τρείς μέρες. Οι κίνδυνοι αυτής της μεθόδου είναι παρόμοιοι με τους κινδύνους της γέννας και η ομοιότητά

της με τη γέννα την καθιστά μια δυσάρεστη εμπειρία και για τη γυναίκα και για το γιατρό.

Με προσταγλανδίνες:

Είναι χημικές ουσίες που υπάρχουν φυσιολογικά στον οργανισμό. Η E2 και η F2-άλφα έχουν δοθεί πειραματικά για να προκαλέσουν αποβολή. Σκοπός είναι να τελειοποιηθούν για να δοθούν σε αντικατάσταση της προηγούμενης μεθόδου.²⁴

Το πρωινό χάπι μετά από μια βραδιά έρωτα χωρίς προφυλάξεις.

Αυτό είναι μία δόση diethyl stilboestrol (μια ορμόνη) που λαμβάνεται μέσα σε 48 ώρες μετά από χωρίς προφυλάξεις συνουσία. Είναι γνωστό ότι προκάλεσε καρκίνο σε γυναίκες που το πήραν στα 1950 και στα παιδιά τους.²⁶

Με ωκυτοκίνη:

Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματά της δεν είναι ικανοποιητικά. Συνδυάζεται με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.²⁷

Για γυναίκες με Rh αρνητικό:

Το αίμα μιας γυναίκας με ρέζους (RH) αρνητικό δημιουργεί αντισώματα ενάντια στο αίμα RH θετικό. Έτσι, αν το έμβρυό της έχει αίμα RH θετικό, μπορεί το αίμα της μάνας (RH-) να καταστρέψει το ίδιο το έμβρυο (RH+). Αυτό γίνεται όμως μόνο από τη δεύτερη εγκυμοσύνη και πέρα. Έτσι, για να προστατέψει τις τυχόν μελλοντικές της εγκυμοσύνες, κάθε γυναίκα με αίμα ρέζους αρνητικό που κάνει διακοπή

κύησης πρέπει μετά να κάνει μια ένεση με αντιρέζους σφαιρίνη, που θα εμποδίσει τη δημιουργία αντισωμάτων ενάντια στο αίμα ρέζους θετικό.²⁴

4.5. Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής της κύησης

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δύο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) Φαρμακευτικές ουσίες και β) μηχανικούς τρόπους ή μαλάξεις της κοιλιάς.

A. Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων (τα κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβώδους ο λύρας, ο θάμνος άρκευθος ή σαβίνη, το υπερμαγγανικό κάλι και ο μόλυβδος.

Αρκετές γυναίκες ακόμη και σήμερα προσπαθούν να προκαλέσουν διακοπή κύησης παίρνοντας διάφορα φάρμακα, μεταξύ των οποίων τα αρμονικά σκευάσματα προγεστερόνης. Με τα σκευάσματα αυτά έρχεται η περίοδος μόνο όταν η γυναίκα δεν είναι έγκυος.

Σήμερα χρησιμοποιούνται τα παρακάτω φαρμακευτικά μέτρα διακοπής της εγκυμοσύνης:

- Αλοιφές και διαλύματα για πλύση με βάση το σαπούνι. Το σαπούνι πηγαίνει τις φλέβες της μήτρας προκαλώντας έμφραγμα των αιμοφόρων αγγείων, καταπληξία και θάνατο
- Υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου μιας καυστικής χημικής ουσίας που καταστρέφει τους ιστούς και τα τοιχώματα του κόλπου ή μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση

- Χάπια κινίνου. Όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας
- Αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότητα παραμορφώσεις στο έμβρυο
- Άχρηστα είναι επίσης το ρετσινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά

B. Μηχανικοί τρόποι

Οι γυναίκες αποπειρώνται μερικές φορές να διακόψουν την εγκυμοσύνη με υπερβολικά ζεστά μπάνια ή βίαιες ασκήσεις. Τα μέσα αυτά είναι απλώς επικίνδυνα και δεν προκαλούν αποβολή.

Κάθε είδους μυτερά εργαλεία ή αντικείμενα όπως βελόνες πλεξίματος, ραβδιά, μολύβια κλπ αν χρησιμοποιηθούν με σκοπό την άμβλωση, μπορεί να ακρωτηριάσουν τη γυναίκα, να της προκαλέσουν ακατάσχετη αιμορραγία και την οδηγούν κατευθείαν στο νοσοκομείο. Η γυναίκα δεν πετυχαίνει σχεδόν ποτέ το σκοπό της, απλώς θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της και στις καλύτερες περιπτώσεις υποφέρει αργότερα από οδυνηρή περίοδο, φλεγμονές της μήτρας, αποβολές και στειρότητα.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διακοπή της κύησης περιλαμβάνει ένα φάσμα επεμβάσεων, στις οποίες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επιπλοκών, αν και δεν θα έπρεπε, γιατί πρόκειται για επεμβάσεις σχετικά απλές. Η απλότητα αυτή έχει οδηγήσει στο να μη γίνεται καλή εκπαίδευση των νέων γυναικολόγων, αλλά και οι ίδιοι να μη δείχνουν την πρέπουσα προσοχή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση των επιπλοκών είναι κυρίως: η ηλικία κύησης, η ηλικία της γυναίκας, η χρησιμοποιούμενη τεχνική, η μέθοδος αναισθησίας και πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία του γιατρού.

Τα τελευταία χρόνια έχει ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα των επιπλοκών η ελάττωση αυτή αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες:

-στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος των εκτρώσεων, που οδηγεί τη γυναίκα ενωρίτερα στο να ζητήσει βοήθεια, οι περισσότεροι γιατροί αποκτούν εμπειρία, οι επιπλοκές αντιμετωπίζονται πιο άμεσα στο νοσοκομείο και ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι πιο ολοκληρωμένος~

-στην ανάπτυξη της τεχνολογίας, μέσω της οποίας ελαττώνονται οι εγχειρητικές επιπλοκές

-στον αποστιγματισμό, κοινωνικά, της έκτρωσης με επακόλουθο την αποφυγή των εγκληματικών αυτοσχέδιων εκτρώσεων.

Οι τεχνικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ασφάλεια της μεθόδου είναι: - η ικανότητα και εμπειρία του χειρουργού

- η προεγχειρητική εκτίμηση

- η σωστή εκτίμηση της ηλικίας κύησης και σωστή επιλογή της μεθόδου διακοπής.

- η χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης και μητροσυσπαστικών.

Πρώτο μέλημα στην αποφυγή επιπλοκών είναι η πρόληψή τους αυτό επιτυγχάνεται με:

- ακριβή προσδιορισμό της ηλικίας κύησης και προεγχειρητική εκτίμηση - υψηλό επίπεδο ικανότητας και γνώσης του χειρουργού

- χρήση απόλυτα άσηπτης τεχνικής

- χρήση ατραυματικής χειρουργικής τεχνικής~

- προσεκτική απομάκρυνση κάθε νεκρωτικού ιστού

- προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση και επανεξέταση. Οι επιπλοκές αιτιολογικά μπορούν να ταξινομηθούν σε:

1. Λάθος στον υπολογισμό της ηλικίας κύησης
2. Αποτυχία εκκενώσεως της μήτρας
3. Μη επαρκής επιμέλεια στην προσπάθεια αποφυγής τραυματισμού
4. Λειτουργικά προβλήματα, όπως υποτονία ή ατονία της μήτρας, κατακράτηση ιστών, λοίμωξη, αντίδραση του πνεύμονογαστρικού.

5.1. Άμεσες επιπλοκές

α. Κατακράτηση προϊόντων της κύησης

Η κατακράτηση των προϊόντων της κύησης μπορεί να προκαλέσει συνέχιση της κύησης, αιμορραγία και λοίμωξη. Η συχνότητα είναι 0,4-2,9% για τις διακοπές του 1^{ου} τριμήνου και τετραπλασιάζεται στο 2^ο τρίμηνο, οπότε εξαρτάται άμεσα και από τη μέθοδο. Συχνότερα

κατακρατείται ο πλακούντας, ο οποίος έχει μεγάλο σχετικό μέγεθος και δεν είναι δυνατή η αποκόλληση και εκβολή του.

Η κατακράτηση προϊόντων της κύησης γίνεται αντιληπτή με κοιλιακό άλγος, αιμορραγία και λοίμωξη μέσα σε μια βδομάδα από την απόξεση ή από άλλη μέθοδο διακοπής. Ασυνήθιστα μεγάλη αιμορραγία αρκετές εβδομάδες μετά την έκτρωση πρέπει να θεωρείται ότι οφείλεται σε κατακράτηση μέχρι αποδείξεως του εναντίου, όπως και η εμφάνιση υψηλού πυρετού μέσα σε 72 ώρες από την έκτρωση.

Η αντιμετώπιση συνίσταται σε επανάληψη της απόξεσης κάτω από κάλυψη με αντιβιοτικά για αερόβια και αναερόβια μικρόβια.

Η αποτυχία διακοπής της κύησης είναι πιο συχνή στις μικρές ηλικίες κύησης. οπότε και συνιστάται περισσότερο από κάθε περίπτωση η επανεξέταση της γυναίκας.

β. Τραυματισμός του τραχήλου

Ο τραυματισμός του τραχήλου κατά την έκτρωση περιλαμβάνει ρήξεις στο έξω και έσω τραχηλικό στόμιο, διάτρησή του και τέλος σχίσιμό του από τις μονοοδοντωτές λαβίδες. Οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της διαστολής. Πιο συχνός είναι ο τραυματισμός σε άτοκες, με διαστολή πάνω από τα 9 mm (που είναι μη αναστρέψιμη), με άσκηση δυνάμεως στον διαστολέα πάνω από 3 kg και με άσκηση έλξης στις λαβίδες πάνω από 4 kg.

Η διάτρηση του τραχήλου προλαμβάνεται με την άσκηση έλξης στον τράχηλο, έτσι που η πορεία του σωλήνα του τραχήλου να ευθυγραμμίζεται με την κοιλότητα της μήτρας. Οι ρήξεις είναι συνήθως επιμήκεις στο οπίσθιο τοίχωμα του τραχήλου και συχνά δεν

αιμορραγούν. Τα τραύματα από τις λαβίδες γίνονται συνήθως στην 3^η και 9^η ώρα και παρατηρούνται σε ποσοστό 7%.

Η διάτρηση του τραχήλου αντιμετωπίζεται όπως και η διάτρηση του σώματος της μήτρας. Η ρήξη του έσω τραχηλικού στομίου απαιτεί πίεση στις μητριάιες αρτηρίες, ενώ γίνεται χορήγηση οξυτοκίνης, σπάνια απαιτείται αποκατάσταση με λαπαροτομία ή πιο ριζική επέμβαση. Η ρήξη στο έξω τραχηλικό στόμιο, αν δεν ελέγχεται με πίεση ή αν είναι σημαντική, αντιμετωπίζεται με 1-2 ράμματα 2-0 chromic catgut με απλό ή σε σχήμα 8 πέρασμα.

Σπάνια παρατηρείται ρήξη του τραχήλου με τη χρήση υπέρτονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου ή προσταγλανδινών, ιδίως αν χρησιμοποιείται συνδυασμένη με οξυτοκίνη αγωγή.

γ. Λοίμωξη

Η συχνότητα λοίμωξης είναι περίπου 5%, ενώ στις διακοπές του 2^{ου} τριμήνου διπλασιάζεται, ιδίως με τις ενδοαμνιακές εγχύσεις υπερτόνου χλωριούχου νατρίου. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούνται μαζί με κατακράτηση προϊόντων της κύησης, ενώ οι πιθανότητες αυξάνονται, αν προϋπήρχε λοίμωξη. Οι πιο συχνά ανευρισκόμενοι ως αίτιο μικροοργανισμοί είναι ο γονόκοκκος, E. Coli, Chlamydia Trachomatis, Bacteroides και σπάνια Clostridium Welchii. Η αντιμετώπιση συνίσταται αρχικά σε αντιβίωση και σε περίπτωση παρουσίας υπολειμμάτων της κύησης σε επανάληψη της έκτρωσης.

δ. Σύνδρομο μετά την έκτρωση (Postabortion Syndrome)

Πρόκειται για μια κατάσταση που οφείλεται σε ατονία ή υποτονία της μήτρας και συσσώρευση θρόμβων μέσα στη μήτρα. Η συχνότητά του

είναι 0,2-1% και προλαμβάνεται με την προληπτική χορήγηση μητροσυσπαστικών.

Το σύνδρομο εκδηλώνεται μέσα σε δύο ώρες από την απόξεση με πόνο στη μήτρα η αιμόρροια από τον κόλπο είναι μικρότερη από την αναμενόμενη και η γυναίκα αισθάνεται αδυναμία και εφιδρώσεις. Αντικειμενικά η μήτρα βρίσκεται διογκωμένη, σε μέγεθος που αντιστοιχεί σε κύηση 10-12 εβδομάδων, είναι ευαίσθητη χωρίς σημεία οξείας κοιλίας. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί, μπορεί να οδηγήσει σε σηψαιμία, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη και μπορεί να προκληθεί παλινδρόμηση αίματος μέσω των σαλπίνγων προς την περιτοναϊκή κοιλότητα αναπτύσσοντας εικόνα οξείας κοιλίας.

Η αντιμετώπιση γίνεται με αναρροφητική απόξεση και εκκένωση της μήτρας υπό τους θρόμβους, που μπορεί να έχουν όγκο 50-200 ml. Είναι χαρακτηριστικό ότι μετά την εκκένωση της μήτρας η γυναίκα ανακουφίζεται αμέσως. Η επανάληψη της αναρρόφησης συνήθως δεν απαιτεί αναισθησία ή διαστολή. Μετά την εκκένωση της μήτρας πρέπει να χορηγείται μητροσύσπαση.

ε. Άλλες επιπλοκές

α) Αντιστροφή της λειτουργίας της αναρροφητικής αντλίας. Αποτέλεσμα αυτού μπορεί να είναι η εμβολή δι' αέρος. Τα τελευταία χρόνια δεν έχει αναφερθεί τέτοιο περιστατικό, αλλά θα πρέπει πάντα να ελέγχεται ο εξοπλισμός.

β) Επιπλοκές από την αναισθησία. Η περιοχική αναισθησία μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές από υπερευαισθησία στα φάρμακα ή υπέρβαση της δόσης ή με κατά λάθος έγχυση σε αγγείο του τοπικού αναισθητικού.

Η προσθήκη στο αναισθητικό διαλύματος αδρεναλίνης 1:200.000 ελαττώνει τη συχνότητα εμφάνισης τραχηλικού shock. Ακόμη η χρήση λαμιναριών ελαττώνει την ανάγκη για αυξημένες δόσεις τοπικού αναισθητικού.

γ) Καρδιοαναπνευστική ανακοπή, παρατηρείται εξαιρετικά σπάνια σε διακοπές του 1^{ου} τριμήνου, πρέπει όμως να είναι πάντα διαθέσιμα τα απαραίτητα για ανάνηψη σε κάθε χώρα, όπου επιτελείται διακοπή κύησης.

στ. Διάτρηση μήτρας

Η συχνότητα της διάτρησης της μήτρας αναφέρεται σε ποσοστά από 0,04 έως 1,7%, ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι υπάρχουν και διατρήσεις που περνούν αδιάγνωστες. Το πιο συχνό σημείο διάτρησης είναι ο πυθμένας της μήτρας η διάτρηση μπορεί να γίνει με τη μύλη, το κηρίο ή το ξέστρο, αλλά ακόμη και με λαβίδα στις μεγαλύτερες κυήσεις. Αίτια της διάτρησης πιο συχνά είναι η λανθασμένη εκτίμηση της ηλικίας κύησης, η λανθασμένη εκτίμηση της θέσης της μήτρας και οι βίαιοι και αδέξιοι χειρισμοί. Πρόληψη σε μεγάλο βαθμό παρέχει η προετοιμασία του τραχήλου. Το κύριο πρόβλημα είναι η έγκαιρη διάγνωση γιατί όσο πιο γρήγορα μπει η υποψία και αναγνωρισθεί τόσο λιγότερες είναι και οι επιπτώσεις από τη διάτρηση.

Αν η διάτρηση συμβεί πριν από την εκκένωση της μήτρας, απαιτείται παρακολούθηση της γυναίκας για αρκετές ώρες με μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, των σφύξεων και διατήρηση φλέβας. Η απόξεση αναβάλλεται για 2-3 εβδομάδες. Αν στη διάρκεια της παρακολούθησης

η γυναίκα αναπτύξει διάχυτο κοιλιακό άλγος, αν στα ξέσματα βρεθεί λιπώδης ιστός (μεσεντέριο ή επίπλουν) ή αν στον τράχηλο φανεί λίπος ή έντερο (σπάνια), τότε απαιτείται επείγουσα λαπαροτομία για έλεγχο της εκτάσεως της κακώσεως και ολοκλήρωση της απόξεσης κάτω από άμεσο οπτικό έλεγχο. Θα πρέπει να τονισθεί ότι όταν είναι δυνατή η εκτέλεση λαπαροσκοπήσεως για την εκτίμηση της έκτασης της βλάβης στις 9 από τις 10 περιπτώσεις διάτρησης αποφεύγεται η λαπαροτομία μια και η κάκωση βρίσκεται να είναι αμελητέα. Τις σοβαρότερες κακώσεις προκαλεί η οξεία άκρη της μύλης και το αναρροφητικό ξέστρο, ενώ το αμβλύ άκρο των κηρίων και τα οξέα ξέστρα είναι λιγότερο πιθανόν να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στα ενδοκοιλιακά όργανα.

Αν η διάτρηση συμβεί στη μέση της επέμβασης και δεν παρατηρηθούν σημεία κάκωσης ενδοκοιλιακού οργάνου, συνιστάται η συνέχιση της απόξεσης κάτω από υπερηχογραφικό ή λαπαροσκοπικό έλεγχο, φυσικά όχι με αναρροφητικά ξέστρα και όλοι οι χειρισμοί πρέπει να γίνονται μακριά από το σημείο διάτρησης.

Αν η διάγνωση τίθεται στο τέλος της επέμβασης με τη μήτρα άδεια, απαιτείται παρακολούθηση, κάλυψη της γυναίκας με αντιβίωση και χορήγηση μητροσυσπαστικών. Αν δεν παρατηρηθεί έντονος πόνος ή αιμορραγία, τότε η γυναίκα που η εξέταση της κοιλιάς της δεν δίνει ανησυχητικά σημεία, όπως και η γυναικολογική εξέταση και με σταθερά τα ζωτικά της σημεία μπορεί να πάει σπίτι της με κάλυψη με αντιβιοτικά, αφού προγραμματισθεί επανεξέταση την επομένη.

Αν η διάτρηση γίνει στη πλάγια τοιχώματα της μήτρας, η κατάσταση είναι πολύ πιο επικίνδυνη, λόγω της πιθανότητας τρώσεως επίσημου

αγγείου και η αντιμετώπιση πρέπει να είναι πιο επιφυλακτική. Η τρώση αγγείου μπορεί να αργήσει να εκδηλωθεί και να είναι μοιραία. Αν τρωθεί μητριαίο αγγείο, μπορεί να μην είναι δυνατή η αντιμετώπιση της κατάστασης παρά μόνο με υστερεκτομία.

Υποψία διάτρησης μπαίνει όταν κάποιο από τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία ξαφνικά εισχωρεί σε μεγαλύτερο βάθος από όσο θα έπρεπε, ή αν εμφανισθεί αδικαιολόγητα μεγάλη αιμορραγία. Σε οποιαδήποτε περίπτωση αμφιβολίας η λαπαροσκόπηση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε πρώτη ζήτηση ως διαγνωστική μέθοδος.

ζ. Αιμορραγία

Σημαντική απώλεια αίματος είναι ή θα έπρεπε να είναι σπάνια σε διακοπές του πρώτου τριμήνου. Σημαντική αιμορραγία θεωρείται απώλεια αίματος πάνω από 100 ml φυσικά αυτό το όριο αυξάνεται παράλληλα με την πρόοδο της ηλικίας κύησης. Σημαντική αιμορραγία αναφέρεται να συμβαίνει σε ποσοστό 0,25-69% δεν υπάρχει όμως κοινό κριτήριο για τον καθορισμό της ποσότητας ως σημαντικής. Η απώλεια αίματος αυξάνεται σε κύησεις πάνω από τις 11-12 εβδομάδες, σε κακή θρέψη της γυναίκας, σε πολύτοκες, σε γυναίκες που έχουν γεννήσει πρόσφατα και σ' αυτές που έχουν ινομώματα.

η. Αιμορραγία στη διάρκεια της επέμβασης

Αν στη διάρκεια της επέμβασης παρατηρηθεί αυξημένη απώλεια αίματος, τότε η αιτία πρέπει να αναζητηθεί μεταξύ ατονίας της μήτρας, διατρήσεως, τραύματος του τραχήλου, παρουσίας ινομώματος και διαταραχής της πηκτικότητας.

Αν η αιμορραγία παρατηρηθεί με τη μήτρα γεμάτη, τότε πρέπει να εκκενωθεί αυτή ταχύτητα, αλλά προσεκτικά. Αν από τον έλεγχο ξεσμάτων υπάρχει υπόνοια ότι έχουν παραμείνει στη μήτρα τμήματα του κυήματος, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να αφαιρεθούν.

Αν η αιμορραγία συνεχίζει με τη μήτρα άδεια, οι πρώτες διαγνώσεις θα πρέπει να είναι, με σειρά σημαντικότητας, η ατονία της μήτρας ή ο τραυματισμός του τραχήλου. Για να γίνει η διάκριση μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων, τοποθετείται αναρροφητικό ξέστρο μέσα στη μήτρα μέχρι τον πυθμένα. Αν στη θέση αυτή εξακολουθεί να αναρροφάται αίμα τότε η διάγνωση της ατονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η αντιμετώπιση της ατονίας γίνεται με χορήγηση μητροσυσπαστικών (οξυτοκίνης ή μεθυλεργονοβίνης), με μάλαξη της μήτρας με αμφίχειρη πίεση και, σε περίπτωση που δίδεται η εντύπωση ύπαρξης θρόμβων μέσα στη μήτρα, με εκκένωση αυτής με αναρροφητικό ξέστρο. Αν το ξέστρο δεν αναρροφά αίμα στον πυθμένα, αυτό έλκεται προς τα έξω σιγά-σιγά και αν κατά την δίοδό του από τον τραχηλικό σωλήνα παρατηρηθεί αιμορραγία, τότε πιο πιθανή είναι η διάγνωση του τραυματισμού του τραχήλου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να απομακρύνεται ο κολποδιαστολέας και να ασκείται πίεση στα πλάγια του τραχήλου, πάνω στις μητριάιες αρτηρίες, ενώ παράλληλα εξασφαλίζεται φλέβα, στην οποία ρέει διάλυμα Ringer's με 40-50 μονάδες οξυτοκίνης μερικοί συνιστούν την ταυτόχρονη ενδομυϊκή χορήγηση 0,2mg εργομητρίνης ή την ίδια δόση ενδοτραχηλικά.

Υποψία διαταραχής της ηλεκτρικότητας υπάρχει όταν παρατηρείται αιμορραγία τόσο από την μήτρα όσο και από τον τράχηλο από σημεία ενέσεων και από την αδυναμία του αίματος να σχηματίσει θρόμβο. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει αμέσως να ελέγχονται το ινωδογόνο, τα

προϊόντα αποδόμησης του ινώδους, ο χρόνος προθρομβίνης, ο χρόνος της ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT), ο αριθμός των αιμοπεταλίων, όπως και ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη της γυναίκας. Η αντιμετώπιση γίνεται με μετάγγιση φρέσκου πλάσματος κατεψυγμένου (Fresh Frozen Plasma, FFP) ή φρέσκου ολικού αίματος. Ως πρώτη ένδειξη της αντιρρόπησης της διαταραχής της πήκτικότητας είναι η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων, γιατί οι άλλες παράμετροι μπορεί να παραμείνουν σε παθολογικά επίπεδα για 12-24 ώρες μετά την αντιρρόπηση.

Αν υπάρχει η υποψία υποβλεννογονίου ινομύωματος, τότε θα πρέπει να επιχειρείται απόξεση του φθαρτού με μικρό οξύ ξέστρο γύρω από το ινομύωμα, γιατί σε αντίθετη περίπτωση αυξάνεται ο κίνδυνος μεγάλης απώλειας αίματος και λοίμωξης.

Αν παρά τις παραπάνω ενέργειες η αιμορραγία εξακολουθεί να είναι σημαντική, υπάρχει η πιθανότητα να χρειασθεί η απολίνωση της μητριάας ή ακόμη της έσω λαγονίου αρτηρίας, ειδικά αν η αιμορραγία προέρχεται από μεγάλο βαθμού ατονία της μήτρας ή διάτρηση του πλαγίου τοιχώματός της ή αυτού του τραχήλου.

5.2. Έμμεσες Επιπλοκές

α. Ανεπάρκεια έσω τραχηλικού στομίου

Η ανάπτυξη ανεπάρκειας του έσω τραχηλικού στομίου με επακόλουθες εκβολές στο 2^ο τρίμηνο της κύησης είναι αποτέλεσμα των τραυματισμών του τραχήλου στη διάρκεια της επέμβασης. Μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε πρόωρους τοκετούς αργότερα. Η συχνότητα τέτοιων επιπλοκών ελαττώνεται με τα χρόνια σημαντικό ρόλο στη μείωση αυτή παίζουν η προετοιμασία του τραχήλου πριν από την

διαστολική, καθώς και η μεγαλύτερη προσοχή από μέρους των χειρουργών.

β. Νεογνά χαμηλού σωματικού βάρους για την ηλικία κύησης

Έχει παρατηρηθεί αύξηση γεννήσεων ελλιποβαρών νεογνών μετά από διακοπές, αλλά οι αιτίες δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται μόνο μετά από επεμβάσεις με οξέα ξέστρα κάτω από γενική αναισθησία.

γ. Χρόνια ενδοπυελική φλεγμονή και υπογονιμότητα

Η ανάπτυξη υπογονιμότητας από χρόνια φλεγμονή των σαλπίνγων ή από ενδομήτριες συμφύσεις είναι κάτι που δύσκολα υπολογίζεται., Οι διάφορες έρευνες και στατιστικές δίνουν ποικιλία αποτελεσμάτων που είναι τουλάχιστον αντιφατικά. Αναφέρονται επιπτώσεις από 2,5% μέχρι και 25%. Γεγονός είναι πάντως ότι οι επανειλημμένες επηρεάζουν την γονιμότητα της γυναίκας.

δ. Rh Ισοανοσοποίηση

Η πιθανότητα ευαισθητοποίησης γης γυναίκας έναντι του παράγοντα Rhesus αυξάνει παράλληλα με την ηλικία της διακοπτόμενης κύησης. Ο κίνδυνος υπολογίστηκε από τον Simonovits σε 2,6% σε διακοπές με αναρρόφηση στο 1^ο τρίμηνο. Συνιστάται σε γυναίκες που είναι Rh αρνητικές να γίνεται ανοσοσφαιρίνη σε δόση 50μg για διακοπές πριν από την 12^η εβδομάδα και 300 μg αργότερα.

ε. Εξωμήτρια κύηση

Η συχνότητα των εξωμητρίων κυήσεων αυξάνεται τον τελευταίο καιρό παράλληλα με την αύξηση των ενδοπυελικών λοιμώξεων. Η

έκτρωση καθ' αυτή δεν φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης εξωμητρίου κύησης αν δεν αναπτυχθεί φλεγμονή.

στ. Αμνηρροια μετά τη διακοπή εγκυμοσύνης

Η κατάσταση αυτή είναι εξαιρετικά σπάνια και μπορεί να οφείλεται σε:

- τραυματική στένωση του τραχήλου
- συνεχιζόμενη κύηση (επανάληψη του τεστ κύησης της β-HCG και U/S)
- έναρξη χρήσης αντισυλληπτικών αμέσως μετά από μια διακοπή κύησης
- σύνδρομο Asherman, ανάπτυξη ενδομητρίων συμφύσεων (ασυνήθης)
- δευτεροπαθή αμηνόρροια, που συνέπεσε να εκδηλωθεί μετά την έκτρωση (εξαιρετικά ασυνήθης)

ζ. Ψυχιατρικές επιπτώσεις

Η εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής μετά την έκτρωση, εκτός από παροδική αντίδραση κατάθλιψη, είναι εξαιρετικά σπάνια και συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες με προϋπάρχοντα ψυχιατρικά προβλήματα. Συχνά η έκτρωση αποτελεί για τη γυναίκα την μόνη αποδεκτή έκβαση μιας κύησης και εκτός από κάποια αισθήματα ενοχής δεν επιβαρύνεται ψυχολογικά παρ' όλα αυτά κάθε γυναίκα που προσέρχεται για διακοπή της εγκυμοσύνης χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη.^{10,29}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

6.1. Ιστορική ανασκόπηση

Οι δίκες της Νυρεμβέργης που έγιναν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατέδειξαν ότι ορισμένοι γιατροί είχαν διαμορφώσει την εποχή εκείνη μια ανεπίτρεπτη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία ορισμένοι άνθρωποι είχαν μικρότερη αξία από άλλους λόγω φυλής, θρησκείας, αναπηρίας, ηλικίας και ασθένειας και για το λόγο αυτό η διεξαγωγή πειραμάτων πάνω στα άτομα αυτά, αλλά και η θανάτωση ακόμη των ατόμων αυτών, δεν αντιμετωπίζονταν ως ανήθικη πράξη. Για να διασφαλιστεί μετά την τραγική αυτή διαπίστωση, ότι οι γιατροί ουδέποτε στο μέλλον θα απομακρύνονται από την ορθή επιτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος, ο Ιπποκράτειος Ιατρικός κώδικας ηθικής επαναδιατυπώθηκε στη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης στη Γενεύη το 1948 ως η «διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης», που ενισχύθηκε τον ίδιο χρόνο από τα Ηνώμενα Έθνη με τη «διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου». Στη διακήρυξη της Γενεύης ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί τω λόγω της τιμής του, ότι «θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή, από την ώρα της σύλληψης», ότι η υγεία και η ζωή των ασθενών μου θα είναι ο πρώτος μου στοχασμός ότι δεν θα επιτρέψω να παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντός μου και των ασθενών μου η θεώρηση της θρησκείας εθνικότητας, φυλής, πολιτικής τοποθέτησης και κοινωνικής κατάστασης, και ότι ακόμη και υπό απειλήν δεν θα

χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίων των νόμων της ανθρωπότητας».

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

6.2. Η διακοπή κύησης στην ελληνική νομοθεσία

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

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

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

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

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

Είναι εμφανές ότι με το άρθρο 2 του νόμου 1609/1986 η διακοπή επιτρέπεται χωρίς να προσδιορίζεται η διάρκεια της εγκυμοσύνης, όταν υπάρχει ένδειξη κινδύνου ζωής ή βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της εγκύου, αλλά επιστάται η προσοχή των γυναικολόγων στη ρύθμιση του ίδιου άρθρου, που προβλέπει ότι η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη μόνο όταν διενεργείται με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σ οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα».

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

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

Συμπερασματικά, μπορεί να λεχθεί ότι η διακοπή κύησης στην Ελλάδα εξακολουθεί να αποτελεί εγκληματική πράξη και ως τέτοια υπόκειται στις συνέπειες του ποινικού νόμου, εκτός εάν τηρηθούν οι ρυθμίσεις και προϋποθέσεις του νόμου. Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στοχεύει στην προστασία του αγέννητου προσώπου (του εμβρύου) χωρίς κατά τον ίδιο χρόνο να παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει.^{30,31}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

7.1. Ιατρική άποψη

Κατά τις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας από τον Ιπποκράτειο Όρκο μέχρι σήμερα όλα τα κείμενα περιέχουν διατάξεις που αφορούν την άμβλωση. Με το Ιπποκράτειο όρκο απαγορεύεται η άμβλωση για τον οποιοδήποτε λόγο.

Στον παγκόσμιο χάρτη της Ιατρικής του 1948 διακηρύσσεται ότι το μεγαλύτερο έγκλημα είναι η συνεργασία για την καταστροφή της ζωής, με έγκλημα, αυτοκτονία ή άμβλωση. Η διακήρυξη αυτή, που ήταν αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας του Βρετανικού ιατρικού συλλόγου και οδήγησε στην ίδρυση της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας, είχε σκοπό την καταδίκη των εγκληματικών ενεργειών Γερμανών γιατρών κατ' εντολή του Χίτλερ, στη διάρκεια των δύο παγκοσμίων πολέμων, που συγκλόνισαν την ανθρωπότητα.

Η διακήρυξη της Γενεύης του 1948 αναφέρει με σαφήνεια ότι ο γιατρός οφείλει να τηρεί το μέγιστο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή, από την αρχή της και να μη χρησιμοποιήσει ακόμη και αν απειλείται τις γνώσεις του εναντίον των κανόνων του ανθρωπισμού.

Τέλος, η διακήρυξη του Όσλο, η οποία ψηφίσθηκε από την 35 Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση στη Βενετία της Ιταλίας αποτελεί το πλέον αποδεκτό κείμενο για το θέμα στη διεθνή κοινωνία των γιατρών. Η διακήρυξη αυτή φαίνεται ν' αποτελεί τη χρυσή τομή στο ιατρικό

δίλημμα της άμβλωσης, αποδίδοντας τον πρέποντα σεβασμό στις πεποιθήσεις των γιατρών αλλά και τις ατομικές επιλογές όπως αυτές διαγράφονται από τις Εθνικές Νομοθεσίες.

Οι αποδεκτοί δεοντολογικοί κανόνες, που αφορούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης είναι οι εξής:

1. Ο γιατρός είναι δυνατό να αρνηθεί να προβεί σ' έκτρωση, επικαλούμενος τη συνείδησή του, για οποιοδήποτε λόγο, εκτός από το να διαφυλάξει τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα της γυναίκας από βέβαιο και αναπόφευκτο κίνδυνο.
2. Ο γιατρός οφείλει υπακούοντας τη φωνή της συνείδησής του και τις επιταγές των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, πέρα από τις διατάξεις των νόμων, να προβεί σε συμβουλευτική διαδικασία προς την έγκυο γυναίκα., (όταν ζητά την έκτρωση για κοινωνικοοικονομικούς λόγους) τάσσοντάς της ένα εύλογο διάστημα σκέψης για ν' αποφασίσει, αν πράγματι επιθυμεί να διακόψει τη ζωή που μπορεί να δώσει σ' έναν άνθρωπο, ευρισκόμενο σ' εξέλιξη και στην απόλυτη εξουσία της.
3. Το δικαίωμα για την ένσταση συνείδησης ουδείς νόμος μπορεί να το αφαιρέσει από το γιατρό, ο οποίος μπορεί πάντα να το προβάλλει σ' αντίθεση με οποιαδήποτε διάταξη
4. Ο γιατρός οφείλει για ιατρικούς και ευγονικούς λόγους σ' επείγουσες περιπτώσεις ή όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας να δράσει κατά τους κανόνες της ιατρικής, χωρίς ουδεμία δέσμευση από τις προηγούμενες διατάξεις

5. Το όριο της ευθύνης του γιατρού είναι η διατήρηση της ζωής και της υγείας της εγκύου και του εμβρύου ή νεογνού
6. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προβαίνει σε προγενετικό έλεγχο, αν συντρέχουν σοβαροί λόγοι για τη γέννηση παθολογικού νεογνού, μετά όμως από προηγούμενη πλήρη ενημέρωση της εγκύου για τους κινδύνους που διατρέχει, καθώς και για τα πιθανά αποτελέσματα αυτών των ελέγχων.
7. Ο γιατρός είναι δυνατόν ν' αρνηθεί τον προγενετικό έλεγχο σε έγκυο, αν κατά τη δήλωσή της, αυτός αποσκοπεί στην αναγνώριση του φύλου ή ορισμένων άλλων χαρακτηριστικών με σκοπό ν' αποφασίσει αν θα διακόψει ή συνεχίσει την εγκυμοσύνη της
8. Ουδέποτε ο γιατρός μπορεί να εξαναγκάσει την έγκυο γυναίκα να προβεί σε προγενετικό έλεγχο και γι' οποιοδήποτε λόγο ή ακόμη περισσότερο, μετά από τέτοιο έλεγχο να προχωρήσει σε έκτρωση χωρίς τη συγκατάθεσή της.³⁰

7.2. Θέση της Εκκλησίας

Οι αμβλώσεις είναι ένα θέμα καυτό, ένα θέμα για το οποίο άμεσα ενδιαφέρεται η Εκκλησία, γιατί προσβάλλει όχι μονάχα την πίστη, αλλά και την ανθρώπινη ζωή.

Όπως διδάσκει σαφώς η Ιατρική επιστήμη και η Χριστιανική Ορθόδοξη διδασκαλία, μετά τη σύλληψη έχουμε ανθρώπινη ύπαρξη. Το λέγει σαφώς η ιατρική επιστήμη και η πίστη μας το βεβαιώνει. Γι' αυτό ή εκκλησία έχει θεσπίσει εορτές «συλλήψεως», όπως του Ιωάννου του Προδρόμου και άλλων. Έτσι διακηρύσσει την πίστη της ότι ευθύς μετά

τη σύλληψη, έχουμε ανθρώπινη ύπαρξη. Και η Ιατρική λέγει ότι 48 ώρες μετά τη σύλληψη, έχουμε τα χαρακτηριστικά του ανθρώπου στο δημιουργούμενο έμβρυο, ενώ τρεις μήνες μετά τη σύλληψη έχουμε πλήρως διαμορφωμένο άνθρωπο.

Ο 2^{ος} κανόνας του Μεγάλου Βασιλείου και ο 91^{ος} της Πενθέκτης Οικουμενικής Συνόδου τιμωρούν την άμβλωση με την ποινή του φόνου. Έτσι Επιστήμη και Εκκλησία παραδέχονται ότι η άμβλωση είναι φόνος ανθρώπινης ζωής και μάλιστα από τους ίδιους τους γονείς. Σήμερα ο Ποινικός Κώδικας τιμωρεί τις αμβλώσεις σαν φόνο με τα άρθρα 304 και 305 προβλέποντας τις εξής εξαιρέσεις.

«Όταν η εγκυμοσύνη αποβαίνει σε βάρος της υγείας της μητέρας και όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό», όπως έγινε κατά την εισβολή των τούρκων στην Κύπρο. Το 1978 προσετέθη στον Αστικό Κώδικα και μία Τρίτη εξαίρεση: «Εάν δια των συγχρόνων προγνωστικών μέσων ήθελον διαπιστωθεί σοβαρά ανωμαλίες του εμβρύου επαγόμεναι την γέννηση παθολογικού νεογνού», για λόγους δηλαδή, ευγονικούς. Βέβαια ούτε αυτές τις εξαιρέσεις η Εκκλησία τις υιοθετεί. Και όταν υπάρχει κίνδυνος της υγείας της μητέρας, είναι ζήτημα αντιμετώπισεως με πίστη από τον πατέρα και την μητέρα, γιατί οπωσδήποτε υπάρχει ζωή και επομένως δεν έχουμε το δικαίωμα εμείς να την φονεύουμε.³²

7.3. Θέση και ρόλος νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε και αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε και αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και τη ζωή της μητέρας, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο

δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την άμβλωση. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και το θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας.

Ο νοσηλευτής είναι ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα και ηθικά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης. Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δεν συνίσταται μόνο στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από την διακοπή της εγκυμοσύνης.

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

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβryo αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί
- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της επέμβασης και τις συνέπειές της στην υγεία της
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.³³

Σε μια διακοπή εγκυμοσύνης, για οποιοδήποτε λόγο γίνεται αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει το ρόλο του συμβούλου προς τη γυναίκα ή τους γονείς. Να εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να έρθουν σε αυτόν και να εμπιστευτούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους οι μητέρες.

Ίσως να μην καταφέρει να αποτρέψει τη γυναίκα από μια διακοπή εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί κάλλιστα να την προβληματίσει και να της διδάξει τρόπους, ώστε την επόμενη φορά να ξέρει τι θα αντιμετωπίσει και να πράξει σωστά

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 100 άτομα-γυναίκες που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό, κάποιες από τις οποίες είχαν προβεί σε διακοπή κύησης περιοχής των Πατρών και της Αθήνας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το EXCEL 2000.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

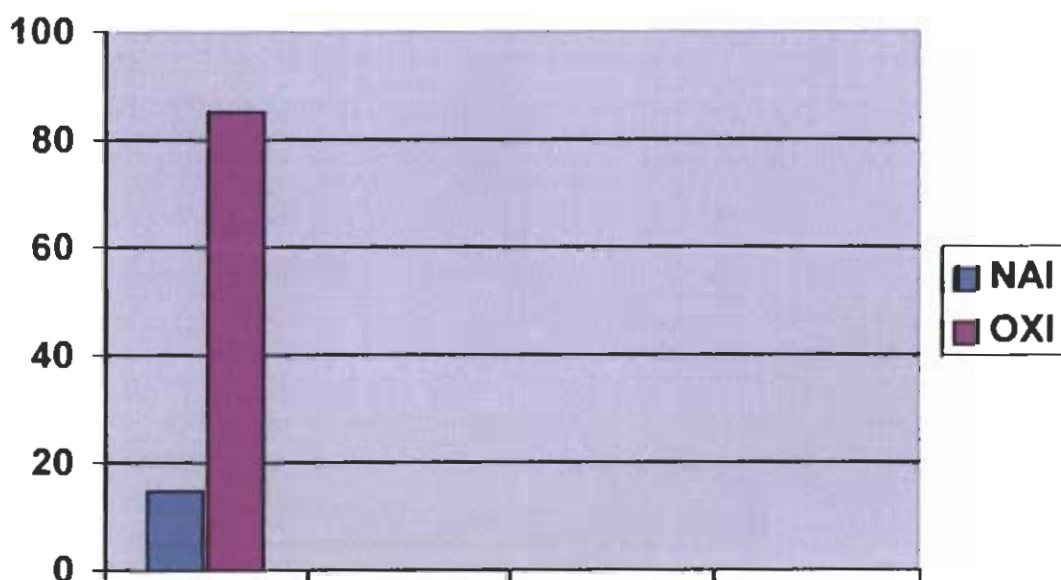
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση τιμών αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
19-24	30	30
25-29	25	25
30-34	30	30
35-45	15	15
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεταξύ των 19-24 και 30-34.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο καταγωγής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΤΤΙΚΗ	35	35
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟ	50	50
ΗΠΕΙΡΟΣ	5	5
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	7	7
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	1	1
ΚΡΗΤΗ	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν από την Πελοπόννησο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΘΗΝΑ	52	52
ΠΑΤΡΑ	48	48

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούσαν στην Αθήνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γραμματικές γνώσεις των συντρόφου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	15	15
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	50	50
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	35	35
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν σύζυγο που ήταν ανώτερης σχολής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις γραμματικές γνώσεις τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΛΥΚΕΙΟΥ	3	3
ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΙΕΚ	35	35
ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	60	60
ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτες ανώτερης σχολής.

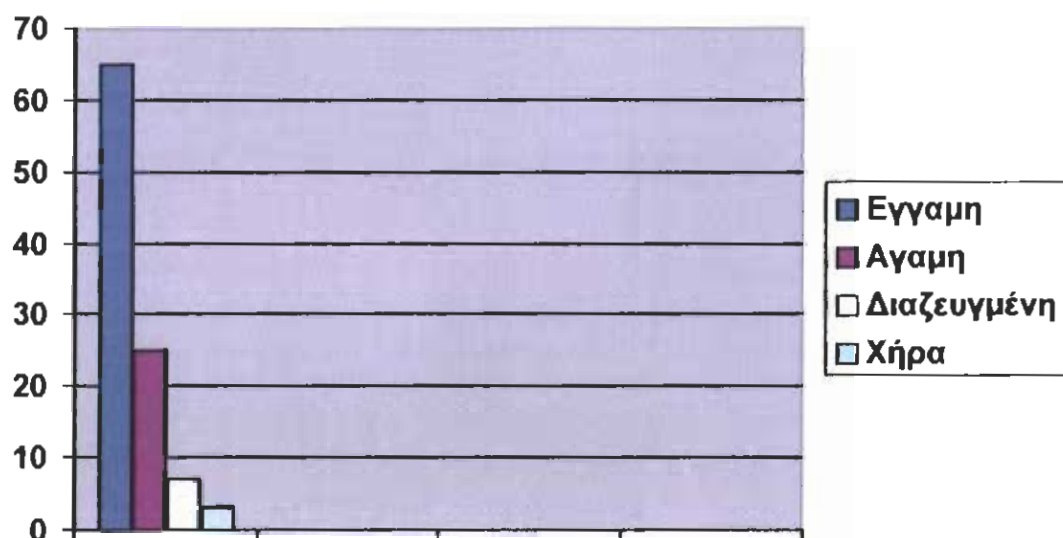
Β. Απαντήσεις ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΓΓΑΜΗ	65	65
ΑΓΑΜΗ	25	25
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	7	7
ΧΗΡΑ	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμες.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	70	70
ΟΧΙ	30	30
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 70 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
1-2	60	80
3-4	10	20

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν 1-2 παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 30 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα ήθελαν παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	28	94
ΟΧΙ	2	6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα ήθελαν να αποκτήσουν παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 28 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών που θα ήθελαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
1-2	28	100

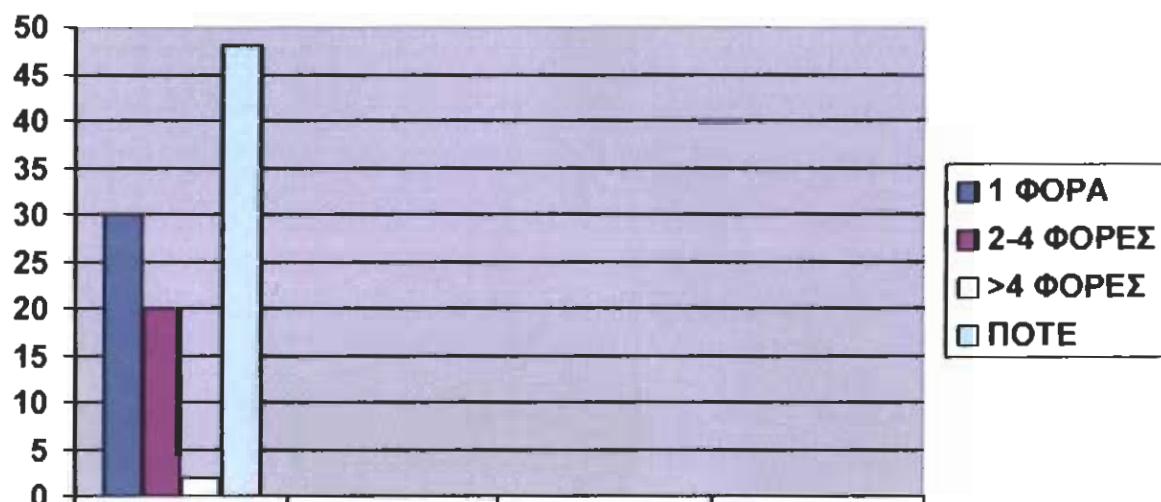
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα ήθελαν απο 1-2 παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει διακοπή κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
1 ΦΟΡΑ	30	30
2-4 ΦΟΡΕΣ	20	20
>4 ΦΟΡΕΣ	2	2
ΠΟΤΕ	48	48
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν προβεί σε διακοπή της κύησης τους τουλάχιστον μία φορά.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διακοπή της κήσης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 48 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους, να έχει γίνει διακοπή κήσης

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΝΑΙ</i>	8	28
ΟΧΙ	40	72

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν γνώριζαν στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, να έχει γίνει διακοπή κήσης

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία που έγινε η διακοπή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
15-20	8	8
20-25	22	22
25-30	19	19
30-35	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έκανα διακοπή κήσης σε ηλικία 20-25 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με την εβδομάδα κήσης κατά την διακοπή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
0-10η	39	75
10-20η	13	25
ΣΥΝΟΛΟ	52	100

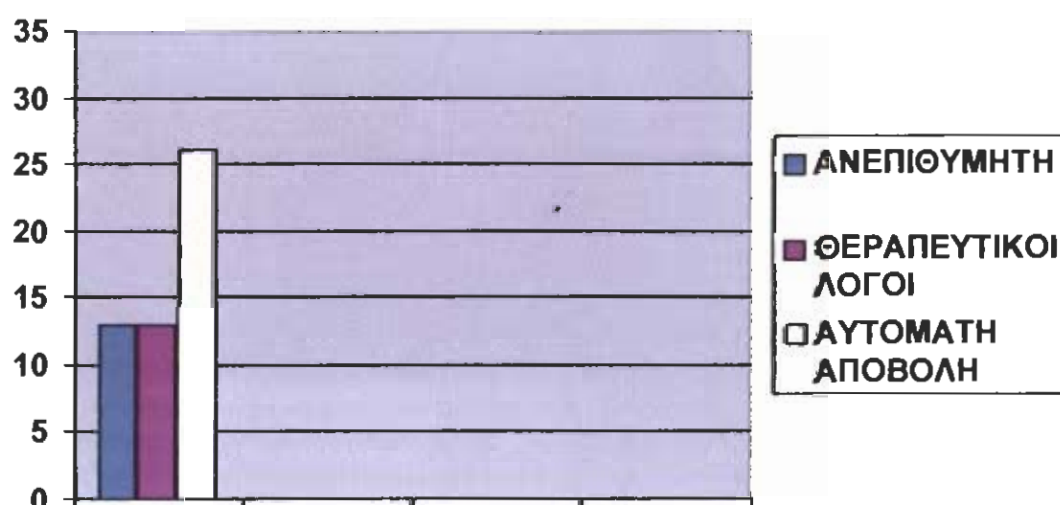
Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έκανα διακοπή κήσης μέχρι την 10η εβδομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με τον λόγο διακοπής της κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ	13	25
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	13	25
ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΑΠΟΒΟΛΗ	26	50
ΣΥΝΟΛΟ	52	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν διακοπή της κύησης τους λόγο αυτόματης αποβολής.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο της διακοπής της κύησης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 13 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους της ανεπιθύμητης κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ</i>	1	7
<i>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ</i>	2	14
<i>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ</i>	1	7
<i>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ</i>	5	44
<i>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ</i>	2	14
ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ	2	14
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν επιθυμούσαν την κύηση λόγο οικογενειακών προβλημάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 13 ερωτηθέντων σε σχέση με τους θεραπευτικούς λόγους διακοπής της κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΔΙΑΠΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΜΒΡΥΟΥ</i>	2	14
<i>ΕΡΥΘΡΑ</i>	5	44
<i>ΙΝΩΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ</i>	2	14
<i>Ca ΜΑΣΤΟΥ</i>	2	14
<i>ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</i>	2	14
ΣΥΝΟΛΟ	13	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 26 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο της αυτόματης αποβολής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	2	7
ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	4	14
ΑΓΝΩΣΤΑ ΑΙΤΙΑ	10	44
ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΥΗΜΑΤΟΣ	4	14
ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΑΒΟ	4	14
ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΣΚΑΛΑ	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	26	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν αυτόματη αποβολή λόγο άγνωστης αιτιολογίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν κάποιο πρόβλημα στη συνέχεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΟ	10	19
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	12	23
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	10	19
ΟΡΜΟΝΙΚΟ	10	19
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ	5	10
ΚΑΝΕΝΑ	5	10
ΣΥΝΟΛΟ	52	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν κυρίως ψυχολογικά προβλήματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είχαν υποστήριξη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΝΑΙ</i>	52	100
ΟΧΙ	0	-
ΣΥΝΟΛΟ	52	100

Όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν στη συνέχεια υποστήριξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 52 ερωτηθέντων σε σχέση με το πρόσωπο που τους υποστήριζε.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ</i>	33	64
<i>ΓΟΝΕΙΣ</i>	15	27
<i>ΦΙΛΟΣ</i>	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	52	100

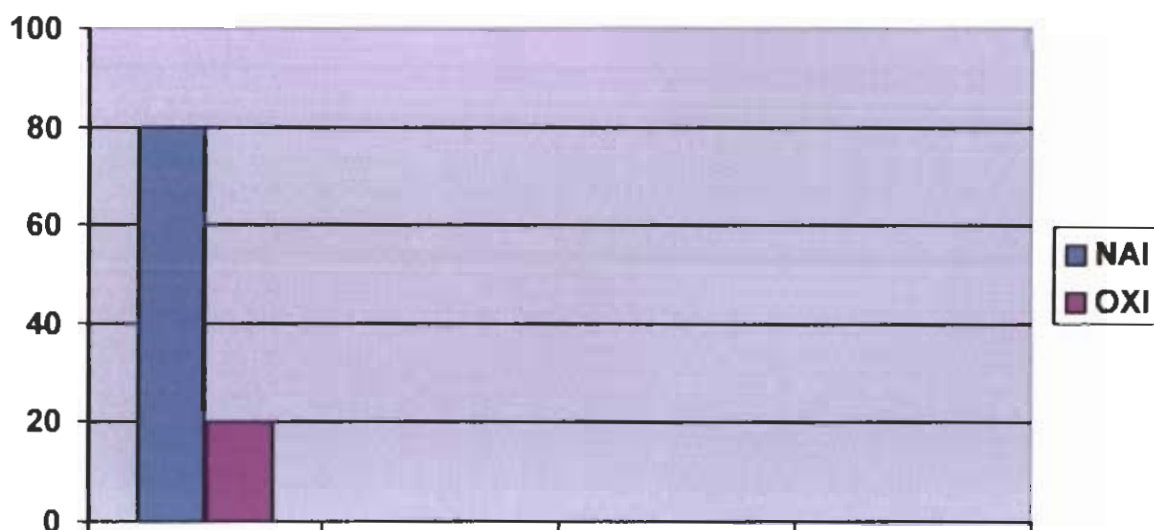
Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν υποστήριξη από το σύντροφό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τους κινδύνους από τη διακοπή της κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΝΑΙ</i>	80	80
ΟΧΙ	20	20
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν τους κινδύνους από τη διακοπή μιας κύησης.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους κινδύνους της διακοπής της κύησης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη πηγή ενημέρωσης τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΒΙΒΛΙΑ</i>	20	20
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	30	30
<i>ΓΙΑΤΡΟΣ</i>	10	10
<i>ΦΙΛΟΣ</i>	15	15
<i>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</i>	20	20
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	5	5
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ενημερώθηκαν από την τηλεόραση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους κινδύνους μετά την διακοπή της κύησης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΙ	0	0
ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	20	20
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΚΥΚΛΟ	40	40
ΙΣΧΥΑΛΓΙΑ	0	0
ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ	58	58
ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ	5	5
ΤΡΑΥΜΑ ΤΡΑΧΥΛΟΥ	2	2
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΑΧΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ	0	0
ΕΛΛΙΠΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗ	20	20
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	52	52
ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΜΗΤΡΑΣ	44	44
ΚΑΘΕΞΙΝ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	65	65
ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	12	12
ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	10	10
ΘΑΝΑΤΟΣ	15	15
ΑΛΛΟΙ ΛΟΓΟΙ	18	18
ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	57	57

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν σαν μεγαλύτερους κινδύνους μετά απο μια διακοπή κύησης της καθεξιν αποβολές, αιμοραγία και τη στείρωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη αν θα χρησιμοποιούσαν μέθοδο αντισύλληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΝΑΙ</i>	90	90
<i>ΟΧΙ</i>	10	10
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 90 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μέθοδο που θα χρησιμοποιούσαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ</i>	45	50
<i>ΧΑΠΙ</i>	23	25
<i>ΔΙΑΚΕΚΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ</i>	12	13
<i>ΣΠΙΡΑΛ</i>	5	6
<i>ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ</i>	5	6
ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΚΥΚΛΟΥ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

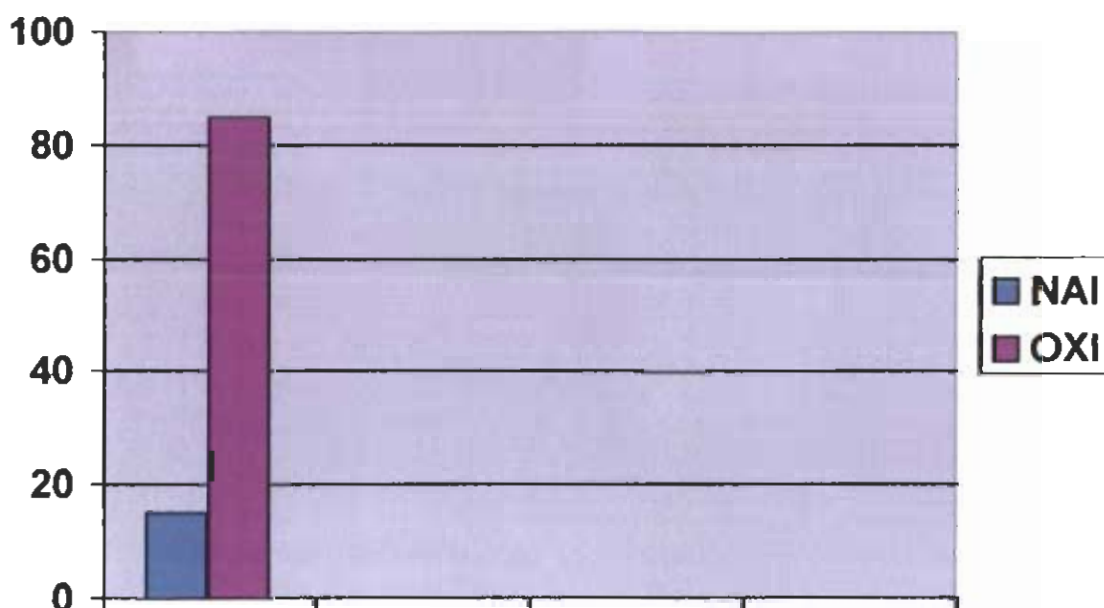
Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό σαν μέθοδο αντισύλληψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η εγκυμοσύνη αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΝΑΙ</i>	15	15
ΟΧΙ	85	85
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η εγκυμοσύνη δεν αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η εγκυμοσύνη αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 15 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα διάλεγαν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΚΑΡΙΕΡΑ</i>	5	28
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	10	72
ΣΥΝΟΛΟ	15	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα διάλεγαν την μητρότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους καταλληλότερους για την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ</i>	42	42
<i>ΙΕΡΕΙΣ-ΕΚΚΛΗΣΙΑ</i>	8	8
<i>ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ</i>	30	30
<i>ΙΑΤΡΟΥΣ</i>	5	5
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ</i>	12	12
ΜΜΕ	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Οι περισσότερες ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τους κοινωνικούς λειτουργούς καταλληλότερους για την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα.

2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων μόρφωσης και της άποψης τους για το ποιος φορέας θεωρείτε περισσότερο αρμόδιος για την ενημέρωση του κοινού.

Αριθμός	Κέντρα οικ.προγρ.	ΜΜΕ	Κοιν. Λειτουργ.	Γιατροί	Νοσηλευτές	Εκκλησία	Σύνολο
Απόφοιτη Λυκείου	1	0	1	0	1	0	3
Απόφοιτη ΙΕΚ	17	1	10	0	7	0	35
Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής	25	0	20	1	14	0	60
Απόφοιτη Ανώτατης Σχολής	1	0	1	0	0	0	2
Σύνολο	44	1	32	1	22	0	100

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης και την άποψη τους για τον ποιο θεωρούν περισσότερο αρμόδιο για την ενημέρωση του κοινού δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα πήραν μέρος γυναίκες ηλικίας από 19 μέχρι 45 ετών και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκε στην κατηγορία των 19 έως 34 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος καταγόταν από την Πελοπόννησο ενώ διέμενε στην Αθήνα. Οι ίδιες καθώς και οι σύντροφοί τους ήταν απόφοιτοι Ανωτέρων Σχολών.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία ήταν έγγαμες, σε ποσοστό 65% και είχαν και παιδιά σε ποσοστό 70%.

Ο αριθμός των παιδιών τους ανέρχεται σε 1 έως 2 πολύ λίγες είχαν 3 έως 4.

Οι γυναίκες που δεν είχαν αποκτήσει παιδιά επιθυμούσαν να αποκτήσουν από 1 έως 2.

Σε ποσοστό 52% των ερωτηθέντων, έχουν προβεί σε διακοπή της κύησης τουλάχιστον 1 φορά και μόνο το 48% δεν έχει κάνει ποτέ διακοπή κύησης.

Η ηλικία στην οποία έκαναν την πρώτη διακοπή κύησης ήταν 20 έως 25 ετών ενώ βρίσκονταν συνήθως στην 10^η εβδομάδα της κύησης.

Οι περισσότερες ερωτηθέντες είχαν διακοπή της κύησής τους λόγω αυτόματης αποβολής, αλλά και ένα σημαντικό ποσοστό από αυτές διέκοψαν την κύησή τους σαν ανεπιθύμητη.

Οι κυριότεροι λόγοι που τις οδήγησαν στην διακοπή της ανεπιθύμητης κύησης ήταν οικογενειακοί, οικονομικοί, προβλήματα με το σύζυγο και η μεγάλη ηλικία.

Ενώ στην διακοπή για θεραπευτικούς λόγους οδηγήθηκαν από ερυθρά.

Τέλος για τις αυτόματες αποβολές ενοχοποιούνται κυρίως άγνωστα αίτια.

Οι περισσότερες γυναίκες είχαν κυρίως ψυχολογικά προβλήματα μετά την διακοπή ενώ όλες είχαν υποστήριξη, κυρίως από το σύντροφό τους.

Σε ερώτηση αν γνώριζαν τους κινδύνους από μια διακοπή κύησης οι περισσότερες απάντησαν θετικά και η πηγή ενημέρωσης τους ήταν τα βιβλία, τα περιοδικά και η οικογένεια.

Ήταν ενημερωμένες ακόμα και για τους κινδύνους μετά από μια διακοπή κύησης, με τους πιο συχνούς την αιμορραγία, τις καθ' έξιν αποβολές και τη στειρώση.

Σε σχετική ερώτηση για το αν θα χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης μετά από μια διακοπή κύησης, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά, με κυριότερη μέθοδο το προφυλακτικό.

Κατά την κρίση τους, η εγκυμοσύνη δεν αναστέλλει την καριέρα μιας γυναίκας και οι περισσότερες από αυτές θα επέλεγαν τη μητρότητα.

Το μεγαλύτερο μέρος εξ αυτών θεωρούν αρμοδιότερο φορέα για την ενημέρωση του κοινού τους κοινωνικούς λειτουργούς, τα κέντρα οικ. Προγραμματισμού και τους νοσηλευτές.

Τέλος ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο, σε ότι αφορά την άποψη τους για τον φορέα θεωρούν καταλληλότερο για την ενημέρωση του κοινού, δεν παρατηρούνται σημαντικές στατιστικές διαφορές.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την ερευνητική εργασία και τα όσα προκύπτουν από αυτή στόχος της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των αμβλώσεων τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου. Η ανοικτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία όσον αφορά στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των εκτρώσεων, αλλά μόνο εάν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων. Πρέπει συνεπώς στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί, και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο, η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση, η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η άμβλωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.⁹

Βασικό ρόλο κατέχει στην ενημέρωση του κοινού σε παγκόσμια κλίματα και ο οικογενειακός προγραμματισμός που αποσκοπεί:

- στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων
- στη μείωση των εκτρώσεων
- στην προαγωγή της υγείας της μητέρας
- στην προαγωγή της υγείας των παιδιών
- στην αντιμετώπιση της στειρότητας
- στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων

Επίσης αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά. Θεμελιώδης

προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων.³⁴

Η Π.Ο.Υ αναγνωρίζει ότι: «Ο προγραμματισμός της οικογένειας είναι σπουδαίος παράγοντας υγείας της οικογένειας και ιδιαίτερα της μητέρας και των παιδιών, είναι ένας τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής που υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις που παίρνουν άτομα και ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας»³⁵

Για την αποφυγή των θεραπευτικών εκτρώσεων μπορούν οι μελλοντικοί γονείς να ζητήσουν γενετική καθοδήγηση από επιστημονικούς συμβούλους για την πρόληψη κληρονομικών νοσημάτων καθώς και ενημέρωση κατά πόσο η εγκυμοσύνη μπορεί να επιδεινώσει μια ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση και να αποβεί μοιραία για την υγεία της εγκύου, αλλά και του εμβρύου.²³

Εν κατακλείδι δεν θα πρέπει να ξεχνιέται ότι στον άνθρωπο υπάρχει η έμφυτη ελπίδα για μια καλύτερη ζωή. Χωρίς αυτήν την ελπίδα η ανθρωπότητα δεν θα είχε μέλλον. Και η σημαντικότερη πηγή ελπίδας είναι τα παιδιά. Η απόκτηση παιδιών οδηγεί τον άνθρωπο σε εξεύρεση τρόπων καλύτερης ποιότητας ζωής. Έτσι τα παιδιά αποτελούν το σπουδαιότερο κίνητρο προόδου του ανθρώπινου γένους. Χωρίς παιδιά ο κόσμος μας θα γίνεται όλο και πιο απαισιόδοξος. Όλο και πιο αυτοκαταστροφικός. Γι' αυτό και οι ενάντιες προς τη ζωή δυνάμεις ζητούν να σβήσουν την ελπίδα υποβαθμίζοντας ή καταστρέφοντας τα παιδιά.³

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με τη παρούσα έρευνα ο σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε τα αίτια και τη συχνότητα μιας διακοπής κύησης.

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Κλειστού τύπου και τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη σε τυχαίου δείγμα γυναικών που είχαν προβεί σε διακοπή κύησης στην περιοχή των Πατρών και της Αθήνας.

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με Excel 2000.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ένα ποσοστό 52% έχει κάνει διακοπή κύησης τουλάχιστον 1 φορά που οφείλεται σε αυτόματη αποβολή σε ποσοστό 26%.

Μεγάλο ποσοστό γνώριζε τις πιθανές επιπλοκές της διακοπής κύησης με συχνότερες τις καθ' έξιν αποβολές 65%, την αιμορραγία 58%, και τη στείρωση 52%.

Ενώ οι περισσότερες μετά από μια διακοπή κύησης θα χρησιμοποιούσαν ως κυριότερη μέθοδο αντισύλληψης το προφυλακτικό (50%).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κυρίτση Ε., Βαμποράκη Κ., Οικονόμου Ι., Πανάγου Ε., Μώρου Ζ., Τσούγια Π., Αίτια και συχνότητα διακοπή κύησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, Πρακτικά 26^{ου} ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999 σ. 291-292
2. Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., Μαιευτική, επίτομος, 3^η έκδοση, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1994, σ. 228, 286,324,335,404
3. Μητροπολίτου Νικοπόλεως Μελετίου, εκτρώσεις, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Ι.Μ. Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1989, σ. 12, 56-57
4. Παπαδημητρίου Α., Γαλάνης Θ., Αντισύλληψη – Πρακτική και Προοπτικές, Επίτομος, 1^η Έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995 σ. 385, 389-392, 419-423
5. Μπεναρδής Ν., Εγχειρίδιο Ιατροδικαστικής, Επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1985, σ. 179
6. Internet, www.unborn.gr, Σύλλογος Προστασίας αγέννητου παιδιού
7. Διαμαντοπούλου Ε., Αμβλώσεις – Νοσηλευτικά διλήμματα που προκύπτουν από την κατάληξη των εκτρωμένων βρεφών, Πτυχιακή εργασία, σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 2000, σ. 84-89

8. Καραγιάννη Ι, Καρατζά Α., Προκλητές εκτρώσεις, Πτυχιακή εργασία, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1988, σ. 27-28
9. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη 1996, σλ. 252, 271-273
10. Καρπάθιος Σ., Βασική Μαιευτική Περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία, επίτομος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1984, σ. 215-218
11. Κρεατσάς κ. Γ., Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σ. 177-180
12. Ορφανός Β., Διδακτικές σημειώσεις Γενετικής, εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2000
13. Κασκαρίλης Δ., Μαιευτική γυναικολογία, επίτομος, 2^η έκδοση, εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 110, 114-118
14. Αραβαντινός Δ., Παθολογία της κύησης, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1989, σ. 106-112
15. Μανταλενάκης Σ., Γυναικολογία, Τόμος πρώτος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ. 121-122
16. Λώλης Ε.Δ., Γυναικολογία και μαιευτική, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1998, σ. 205
17. Καρπάθιος Σ. Ε, Βασική Μαιευτική Περιγεννητική ιατρική, 1^{ος} τόμος, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1999, σ. 354-355

18. Παπαλουκάς Χρ. Α., Εγχειρίδιο γυναικολογίας και μαιευτικής, τόμος πρώτος, 1^η έκδοση, εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη 1985
19. Καλογερόπουλος Α., Μαιευτική, Επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις university studio press, Αθήνα 1992, σ. 95
20. Νόνας Ε., θέματα ιατροδικαστικής και τοξικολογίας, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Βασσέκης, Αθήνα 1996, σ. 67
21. Μαμόπουλος Α.Μ., Μαιευτική γυναικολογία, επίτομος, 2^η έκδοση, εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 110, 114-118
22. Ζούρλας Π. Μαθήματα μαιευτικής και γυναικολογίας, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986, σ. 271-273, 278-279
23. Δούκα Σ. Συκάκη Α., Ο τοκετός είναι αγάπη, επίτομος, 4^η έκδοση, εκδόσεις Ρώμα 12, 174 55 Αθήνα, σ. 113-115, 227-231
24. Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών, αντισυλληπτικά μέσα, επίτομος, 2^η έκδοση, Αθήνα 1977, σ. 71-79
25. Αραβαντινός Ι.Δ., Μαιευτική, επίτομος, 1^η έκδοση εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1989, σ. 385
26. Mackeith Nancy., Πρακτικός γυναικολογικός οδηγός, επιμέλεια μετάφρασης Παραπαντάκη Ρ. Κάτια, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Γαλαϊός, Αθήνα 1981, σ. 84
27. Παπανικολάου Ν., Γυναικολογία, Επίτομος, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 1986, σ. 387

28. Θώδη Μ., Κούτα Α., Μάλη Ι., Αμβλώσεις – Ο αφανισμός του γένους, Πτυχιακή εργασία, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1998, σ. 33-34
29. Γεωργακόπουλος Α.Π., Επιτομή μαιευτικής γυναικολογίας και νοσηλευτικής, 7^η έκδοση, εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1993, σ. 105-108
30. Βαζαίου – Αναπλιώτη Ε., Καθημερινά ιατρικά προβλήματα, επίτομος, 1^η έκδοση, κεντρική διάθεση Πανεπιστημίου 34, Αθήνα 1989, σ. 63-65
31. Κουτσελίνη Α., Μιχαλοδημητράκη Μ., Ιατρική Ευθύνη, Επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984, σ. 161
32. Μητροπολίτου Πειραιώς Καλλίνικου, Η οικογένεια στο στόχαστρο, επίτομος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Χρυσοπηγή, Αθήνα 1989, σ. 55-56
33. Γιαννοπούλου Α., Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική, επίτομος, 2^η έκδοση, εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1995, σ. 121-122, 124-125
34. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., Ιατρική ΄δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός, επίτομος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1992, σ. 85-86
35. Πολυσίδου Ε., Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα, επίτομος, 3^η έκδοση, εκδόσεις Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1989, σ.164

36. Τριχόπουλος Δ., Τριχοπούλου Α., Προληπτική Ιατρική, Επίτομος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1986, σ. 204-206
37. Δετοράκης Ι., Οικογενειακός Προγραμματισμός, Επίτομος, 4^η έκδοση, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1993.
38. Dalwin D., Οδηγός αγωγής υγείας, μετάφραση –επιμέλεια Μαργαριτίδου, Λειβαδίτη Βάσω, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σ. 219-224
39. Φυλλάδιο του υπουργείου υγείας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, Οικογενειακός προγραμματισμός, εκδόσεις ΥΥΠΚΑ, Αθήνα 1994.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία: 15-19
20-24
25-29
30-34
35-45
2. Θρήσκευμα:
3. Τόπος καταγωγής:
4. Τόπος διαμονής:
5. Γραμματικές γνώσεις του συζύγου ή συντρόφου:
 - α) Αγράμματος
 - β) Απόφοιτος Δημοτικού
 - γ) Απόφοιτος Γυμνασίου
 - δ) Απόφοιτος Λυκείου
 - ε) Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής
 - στ) Απόφοιτος Ανωτάτης Σχολής
 - ζ) Μεταπτυχιακοί τίτλοι
6. Γραμματικές γνώσεις δικές σας:
 - α) Απόφοιτη Δημοτικού
 - β) Απόφοιτη Γυμνασίου

- γ) Απόφοιτη Λυκείου
- δ) Απόφοιτη ΙΕΚ
- ε) Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής
- στ) Απόφοιτη Ανωτάτης Σχολής
- ζ) Μεταπτυχιακοί τίτλοι

7. Οικογενειακή κατάσταση:

- α) Έγγαμη
- β) Άγαμη
- γ) Διαζευγμένη
- δ) Χήρα

8. Έχετε παιδιά:

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Εάν ΝΑΙ πόσα παιδιά έχετε:

10. Εάν ΟΧΙ θα θέλατε να αποκτήσετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Πόσα παιδιά θα θέλατε να αποκτήσετε:

12. Έχετε κάνει ποτέ διακοπή κύησης:

- α) 1 φορά
- β) 2-4 φορές

γ) Πάνω από 4 φορές

δ) Ποτέ

13. Εάν όχι γνωρίζετε στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον σας να υπήρξε διακοπή κύησης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Σε ποια ηλικία κάνατε την πρώτη σας διακοπή;.....

15. Πόσων εβδομάδων ήταν η κύηση όταν έγινε η διακοπή;

16. Η κύηση διακόπηκε:

α) Γιατί ήταν ανεπιθύμητη

β) Για θεραπευτικούς λόγους

γ) Επειδή υπήρξε αυτόματη αποβολή

17. Οι λόγοι που έκαναν την κύηση ανεπιθύμητη ήταν:

α) Κοινωνικοί

β) Οικονομικοί

γ) Επαγγελματικοί

δ) Οικογενειακοί

ε) Προβλήματα με το σύντροφό σας

στ) Μεγάλη ηλικία

ζ) Άλλοι λόγοι

18. Οι θεραπευτικοί λόγοι που συντέλεσαν στη διακοπή της κύησης ήταν:

- α) Διαπιστωμένες παθήσεις εμβρύου
- β) Ερυθρά
- γ) Ινομύωμα μήτρας
- δ) Ca μαστού
- ε) Καρδιολογικά προβλήματα
- στ) Σακχαρώδης διαβήτης
- η) Άλλοι λόγοι :

19. Η αυτόματη αποβολή προήλθε από:

- α) Ορμονολογικές διαταραχές
- β) Άγνωστα αίτια
- γ) Πολύποδες ενδομητρίου
- δ) Χρωματοσωματικές ανωμαλίες κυήματος
- ε) Ασυμβατότητα συστήματος ABO
- στ) Ανωμαλίες μήτρας
- ζ) Πτώση από σκάλα
- η) Φαρμακευτικό ατύχημα
- θ) Άλλοι λόγοι:.....

20. Εφόσον κάνατε τη διακοπή δημιουργήθηκε κάποιο περαιτέρω πρόβλημα:

- α) Συνειδησιακό
- β) Ψυχολογικό

γ) Κοινωνικό

δ) Οργανικό

ε) Οικογενειακό

στ) Κανένα

21. Είχατε υποστήριξη από κάποιο άτομο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

22. Αν ΝΑΙ από ποιους;

α) Σύντροφό σας

β) Γονείς σας

γ) Φίλικό πρόσωπο

ε) Κάποιος άλλος:

23. Γνωρίζετε τους κινδύνους και τις επιπλοκές της διακοπής κύησης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Εάν ΝΑΙ από ποιον ενημερωθήκατε:

α) Βιβλία – Περιοδικά

β) Τηλεόραση

γ) Ιατρός

δ) Φίλικό πρόσωπο

ε) Οικογένεια

στ) Μαία

ζ) Νοσηλευτή – τρια

25. Ποιες από τις παρακάτω επιπλοκές νομίζεται ότι είναι:

- α) Ισχυροί πνοκέφαλοι
- β) Διάτρηση μήτρας
- γ) Προβλήματα στον κύκλο
- δ) Ισχιαλγία
- ε) Αιμορραγία
- στ) Ρήξη μήτρας, ή ουροδόχου κύστεως
- ζ) Τραύμα τραχήλου
- η) Ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου
- θ) Ελλιπής έκτρωση
- ι) Στείρωση
- ια) Φλεγμονή μήτρας
- ιβ) Καθ' εξιν αποβολές
- ιγ) Φλεγμονή σαλπίγγων
- ιδ) Μελαγχολία, κατάθλιψη
- ιε) Ιατρογενείς επιπλοκές
- ιστ) Θάνατος
- ιζ) Άλλοι λόγοι

26. Μετά από μια διακοπή κύησης θα σκεφτόσασταν να χρησιμοποιήσετε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

27. Εάν ΝΑΙ ποια μέθοδο θα χρησιμοποιούσατε;

- α) Προφυλακτικό
- β) Χάπι
- γ) Διακεκομμένη συνουσία
- δ) Σπιδάλ
- ε) Διάφραγμα
- στ) Ημερολόγιο κύκλου
- ζ) Θερμομετρικό διάφραγμα

28. Πιστεύετε ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καριέρα της σύγχρονης γυναίκας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

29. Εάν ΝΑΙ ποιο από τα δύο θα επιλέγατε;

- α) Καριέρα
- β) Μητρότητα

30. Ποιος από τους παρακάτω φορείς θεωρείτε περισσότερο αρμόδιους για την ενημέρωση του κοινού

- α) Νοσηλευτές – τριες
- β) Κοινωνικούς λειτουργούς
- γ) Ιερείς – εκκλησία
- δ) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- ε) Όλα τα ανωτέρω

