

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΘΕΜΑ: ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΜΠΑΤΖΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΤΔΑΣΤΡΙΑ:
ΒΛΑΧΙΩΤΗ ΔΙΟΝΤΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2001

**Στους γονείς
μου με ευγνωμοσύνη
και σεβασμό**

**Στους πνευματικούς
μου συμπαραστάτες
και καθοδηγητές**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	6
2) ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	6
3) ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	8
4) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	
1) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	12
2) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ	
1) ΑΜΒΛΩΣΗ	15
2) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	15
3) ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	16
4) ΜΟΡΦΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΕΚΤΡΩΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ	
1) ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	24.
2) ΕΠΠΛΟΚΕΣ	25
3) ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	25.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	Σελ.
1) ΚΥΡΙΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	27
2) ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ**

1) ΤΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ	32
2) ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ	35.
3) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ...	39.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7)

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	41
------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	Σελ.
1) ΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΙΣΟΔΗΜΑ – ΜΟΡΦΩΣΗ.....	46
2) ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΜΒΛΩΣΗ – ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	41
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	55
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

1) Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΝ ..	57.
2) Η ΘΕΣΗ ΑΛΛΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ.....	59
3) Η ΑΠΟΨΗ ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ.....	59.
4) ΑΠΟΨΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ...	60
5) ΗΘΙΚΗ ΑΠΟΨΗ.....	62

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ, ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	63
-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	64
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι	66.
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι Ι	68.
-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	69
-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70
-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μια ανύπαντρη γυναίκα και ιδιαίτερα η έφηβη, όταν μείνει έγκυος έχει να διαλέξει ανάμεσα στον εσπευσμένο γάμο, τη γέννηση ενός εξώγαμου παιδιού ή την έκτρωση.

Ο εσπευσμένος γάμος στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αποτυχημένος και συνήθως οδηγεί αργά ή γρήγορα σε διαζύγιο. Η απρογραμμάτιστη μητρότητα στην εφηβική ηλικία σημαίνει διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης και περιορισμούς στην κοινωνική δραστηριότητα και στις κοινωνικές σχέσεις της κοπέλας. Αν μια τέτοια μητρότητα συνοδεύεται και από απουσία του συζύγου, τότε είναι συχνά και αιτία κοινωνικού αποκλεισμού και κοινωνικής πίεσης.

Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια να βιώνεται η μητρότητα ως καταναγκασμός ή πεπρωμένο και συντελούν στη συσσώρευση τραυματικών εμπειριών και στη μητέρα και στο παιδί.

Η άμβλωση στη χώρα μας παραμένει παράνομη στις περισσότερες περιπτώσεις με αποτέλεσμα να συνοδεύεται από μυστικότητα και ενοχή. Σύμφωνα με την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού η χώρα μας είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε αριθμό ετησίων αμβλώσεων αφού υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται περίπου 350.000 αμβλώσεις.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι :

- 1) Να συνειδητοποιήσουν οι νοσηλευτές ότι εκτός του νοσηλευτικού έργου που παρέχουν μέσα στα καθήκοντά τους είναι και η ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας που καταφεύγει στην άμβλωση.
- 2) Να προσπαθήσει ο νοσηλευτής να πείσει την γυναίκα ότι δεν είναι σωστό να διακόπτει μια φυσιολογική εγκυμοσύνη που μπορεί να της επιφέρει πολλές επιλοκές στην υγεία της και στην ψυχολογία της, και να προσπαθήσει να την εντάξει στο κοινωνικό σύνολο ως ένα άτομο σωστά σκεπτόμενο που δεν μπορεί να αφαιρεί τη ζωή του ίδιου του δημιουργήματος της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Το γεννητικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας διαιρείται εις το εξωτερικό και εις το εσωτερικό.

Το εξωτερικό : Αποτελεί το αιδίο, το οποίο συνίσταται από τα ακόλουθα τμήματα :

- Το εφήβαιον ή κόλπος της Αφροδίτης.
- Τα μεγάλα χείλη.
- Τα μικρά χείλη.
- Την κλειτορίδα.
- Τον πρόδρομο του κόλπου.
- Τους δύο βολβούς του προδρόμου.
- Το έξω στόμιο της ουρήθρας.
- Τους δύο αδένες του Skene.
- Τους δύο βαρθολινειούς αδένες.
- Τον παρθενικό υμένα.

Το εσωτερικό αποτελείται από :

- Τον κόλπο.
- Την μήτρα.
- Τις δύο σάλπιγγες.
- Τις δύο ωοθήκες.

Ο κόλπος και ο τράχηλος ελέγχονται δια της επισκοπήσεως και της δακτυλικής εξετάσεως. Τα λοιπά τμήματα ευρίσκονται εντός του κοιλιακού κύτους και ελέγχονται δια της αμφιχείρου γυναικολογικής εξετάσεως. Επισκοπούνται δε, δια της λαπαροτομίας ή της ενδοσκοπήσεως.

2. Εξωτερικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας.

Αιδίο.

Το εφήβαιον ή όρος της Αφροδίτης είναι τριγωνικό έπαρμα του δέρματος. Το τριγωνικό αυτό έπαρμα αφορίζεται προς τα άνω υπό της άνωθεν της ηβικής συμφήσεως ευρισκόμενης ηβικής πτυχής, προς τα πλάγια υπό την αιδιομηρικής

πτυχής, ενώ προς τα κάτω η κορυφή του τριγώνου καταλήγει περιπού 3εκ. ύπερθεν του πρωκτού,εις το όριο όπου ενώνονται δύο πτυχές ,οι οποίες αποτελούν τα μεγάλα χείλη.Το δέρμα του αιδίου στα μικρά κορίτσια είναι άτριχο, ενώ κατά την γενετησιακή εποχή της γυναίκας φέρει πυκνή τρίχωση, η οποία αρχίζει να εμφανίζεται από την ήβη και να παρουσιάζει μείωση μετά την κλιμακτιριακή εποχή και στη συνέχεια ,σε προχωρημένη ηλικία, φθάνει να εμφανίζει ελάχιστες τρίχες.¹

Τα μεγάλα χείλη είναι δύο δερματικές πτυχές που αφορίζουν την αιδοϊκή σχισμή και μαζί με το εφηβαίο σχηματίζουν τρίγωνο.Οι τρίχες των μεγάλων χειλέων συνεχίζουν στο τριγωνικού σχήματος τριχωτό του εφηβαίου.Το εφηβαίο και τα μεγάλα χείλη έχουν λιπώδες υπόστρωμα και αδένες ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και οσμηγόνους.

Τα μικρά χείλη είναι δύο δερματικές πτυχές που αφορίζουν τον πρόδρομο του κολεού.Το οπίσθιο άκρο τους ενώνεται με το αντίθετο με μια δερματική πτυχή, το χαλινό των μικρών χειλέων που εμφανίζεται μετά τον πρώτο τοκετό.Προς τα εμπρός τα μικρά χείλη αποσχίζονται σε δύο πτυχές από κάθε μεριά. Οι δύο έσω πτυχές συνδέονται με τη βάλανο της κλειτορίδας ενώ οι δύο έξω σχηματίζουν την πόσθη της κλειτορίδας.Τα μικρά χείλη αποτελούνται από λεπτότατο, σαν βλεννογόνο, δέρμα χωρίς λίπος και με σμηγματογόνους αδένες.²

-Η κλειτορίδα ευρίσκεται μεταξύ των μεγάλων χειλέων, κάτωθεν του πρόσθιου συνδέσμου αυτών και αποτελεί μέρος του κυρίως αιδοίου. Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος από το οποίο διαφέρει ως προς το μέγεθος και γιατί δεν έχει σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Η αιμάτωση της κλειτορίδας είναι πολύ πλούσια και γίνεται από την έσω αιδοϊκή αρτηρία, η δε νεύρωση είναι επίσης άφθονη από τα υπογαστρικά και αιδοϊκά νεύρα και από τα συμπαθητικά πυελικά νεύρα .^{1,2}

-Ο πρόδρομος του κόλπου απαρτίζεται από το κάτω μέρος του χαλινού της κλειτορίδας και των μικρών χειλέων. Κάτωθεν της κλειτορίδας βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας, εκατέρωθεν του οποίου εκβάλουν οι παρουργηραίοι αδένες ή αδένες του Skene, επενδυόμενοι από πολύστιβο κυλινδρικό επιθήλιο.Κάτω δε της ουρήθρας βρίσκεται ο παρθενικός υμένας, ο οποίος καλύπτει την είσοδο του κόλπου.

-Οι βολβοί του κόλπου βρίσκονται περίπου κάτωθεν και εκατέρωθεν των βολβοσπραγγωδών μυών και των μικρών χειλέων και αποτελούνται από πυκνό φλεβικό πλέγμα συνδετικού ιστού και λείων μυϊκών ινών.¹

-Εκατέρωθεν του στομίου του κόλπου εκβάλουν οι **βαρθολινείοι αδένες**.Οι αδένες αυτοί έχουν μέγεθος και σχήμα φακής και βρίσκονται στο βάθος των μικρών χειλέων.

Το έκκριμα τους χρησιμεύει για να γλισχραίνει και να καθιστά ολισθηρό τον πρόδρομο του κόλπου και να διευκολύνει έτσι την είσοδο του πέους στον κόλπο.³

-Ο **παρθενικός υμένας** είναι ένα ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες που έχει και στις δύο επιφάνειές του επιθήλιο. Ο παρθενικός υμένας φέρει τρήματα διαφόρων σχημάτων: ηθμοειδής, ψηνοειδής, δακτυλοειδής, κροσσωτός, δίθυρος, και άτρητος υμένας όταν δε φέρει κανένα σημείο τρήματος.^{1,2}

3. Εσωτερικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας.

Κόλπος.

Ο κόλπος είναι ένας πολύ διατατός ινομυώδης σωλήνας. Φέρεται λοξά προς τα πάνω και πίσω σε γωνία 45⁰ περίπου. Το κάτω στόμιό του εκβάλλει στον πρόδρομο του αιδοίου από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα, ενώ το πάνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο. Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου σχηματίζει με τον κόλπο μια κυκλωτερή αύλακα, τον θόλο, ο οποίος διακρίνεται στον πρόσθιο, τον οπίσθιο- που είναι και ο πιο βαθύς- και τους πλάγιους. Το μήκος του κόλπου που, ποικίλει στα διάφορα άτομα, ανέρχεται στο μεν πρόσθιο τοίχωμα στα 7.5 c.m. στο δε οπίσθιο στα 8-9 c.m. Το εύρος του είναι μικρότερο στις άτοκες (3-4 c.m) και μεγαλύτερο στις πολύτοκες (7c.m) Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του από τα παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται. Στη σταθερή του όμως στήριξη συντελούν κυρίως οι μυς του πυελικού εδάφους (περινέου) και μάλιστα ο ανελκτήρας του πρωκτού, ο οποίος περιβάλλει και συγκρατεί τον κόλπο.³

Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, με παχιά τοιχώματα και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού, έχει μήκος 7.5 c.m, πλάτος 2.5 c.m και ζυγίζει 45-60 gr.

Η μήτρα διαιρείται σε τρία μέρη από πάνω προς τα κάτω : τον **πυθμένα**, το **σώμα** και τον **τράχηλο**.-Ο **πυθμένας** της μήτρας βρίσκεται πάνω από νοητή γραμμή που ενώνει την εκβολή των δύο ωαγωγών. Το **σώμα** της μήτρας εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο πλάγια χείλη.Ο **τράχηλος** της μήτρας εμφανίζει υπερκολλεική μοίρα, που βρίσκεται πάνω από τον κολεό και ενδοκολλεική μοίρα που εισέχει μέσα στο άνω τμήμα του κολεού.

Η μήτρα βρίσκεται φυσιολογικά σε πρόσθια κάμψη και πρόσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της κυρίως δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό και τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας. Επίσης στη στήριξη της μήτρας συμβάλουν το περιτόναιο, οι ιερομητρικοί ή ευθυμητρικοί σύνδεσμοι, οι πλατείς σύνδεσμοι, το παραμήτριο και οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες, από έσω προς τα έξω : **το ενδομήτριο** (βλεννογόνο), **το μυομήτριο** (μυϊκό χιτώνα) και **το περιμήτριο** (ορογόνο). Το μυομήτριο έχει πάχος 2 περίπου c.m. Το ενδομήτριο έχει πάχος 2-8m.m. Το περιμήτριο είναι το περιτόναιο που περιβάλλει τη μήτρα και προσφύεται στο μυομήτριο.^{2,3}

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί

Ο ωαγωγός έχει μήκος 8-20 c.m. ενδοπεριτοναικά μέσα στο άνω χείλος του πλατέους συνδέσμου της μήτρας. Το κοιλιακό του άκρο, ο κώδωνας ή χώνη, εκβάλλει στη περιτοναϊκή κοιλότητα και καταλήγει στους κροσσούς μήκους 1-2c.m.

Στον ωαγωγό από έσω προς τα έξω διακρίνουμε : **τη μητραία ή ωοθηκική μοίρα** , **τον ισθμό**, **τη λήκυθο** και **τον κώδωνα ή χώνη** και **τα δύο στόμια**, **το έσω ή μητραίο** και **το έξω ή κοιλιακό**.

Η μητραία μοίρα είναι ενδοτοιχική και εκβάλλει στην άνω γωνία της κοιλότητας του σώματος της μήτρας. Η λήκυθος του ωαγωγού είναι η μακρύτερη και ευρύτερη μοίρα. Στο εσωτερικό της παρουσιάζει πολλές πτυχές. Ο κώδωνας είναι το τελικό τμήμα του αγωγού, περιβάλλεται από κροσσούς και ακουμπά στην ωοθήκη. Με τους κροσσούς παραλαμβάνεται το ωάριο από την ωοθήκη και φέρεται στους αγωγούς.

Ο αγωγός αποτελείται από: **βλεννογόνο**, **μυϊκό χιτώνα**, και **ορογόνο**. Ο βλεννογόνος έχει απλό υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με κροσσωτά και αδενικά κύτταρα. Στο πρώτο μισό του εμμηνορρυσιακού κύκλου κυριαρχούν τα κροσσωτά κύτταρα και στο δεύτερο μισό, μετά την ωοθυλακιορρηξία κυριαρχούν τα αδενικά κύτταρα.

Ο **μυϊκός χιτώνας** χρησιμεύει για τη μετακίνηση του ωαρίου και του σπέρματος και των υγρών του ωαγωγού.

Ο **ορογόνος χιτώνας** επιτρέπει τη μετακίνηση του ωαγωγού σε σχέση με το περιβάλλον του.

Η αιμάτωση της σάλπιγγας επιτελείται δια της σαλπινγικής αρτηρίας, κλάδων της μητριαίας αρτηρίας και εξ' αναστομώσεως των ωοθηκικών αγγείων.^{1,2,3}

Ωοθήκες

Οι ωοθήκες βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου, πίσω και κάτω από τους ωαγωγούς και κρέμονται στη θέση τους αυτή δια του μεσοωοθηκίου που αποτελεί πτυχή του περιτονέου. Η ωοθήκη έχει σχήμα αμυγδάλου, μήκους 2.5-5cm. Η παιδική ωοθήκη είναι λεία ενώ η επιφάνειά της «εν ενεργεία» ωοθήκης είναι υβώδης και ανώμαλη, λόγω της προβολής των ωοθυλακίων, των εντυπωμάτων από τα ωχρά σωματίδια και των ουλών. Η γεροντική ωοθήκη είναι γεμάτη ουλές.

Η ωοθήκη αποτελείται εξωτερικά από το βλαστικό επιθήλιο και εσωτερικά περιφερικά από τη φλοιώδη ουσία και κεντρικά από τη μυελώδη ουσία ή στρώμα της ωοθήκης. Η λειτουργία τους είναι η παραγωγή του ωαρίου για την αναπαραγωγή και η έκκριση ορμονών στο αίμα, για τη ρύθμιση του κύκλου.

4. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Για να φθάσει ο οργανισμός της γυναίκας από τη βρεφική ηλικία μέχρι της τέλει ωριμάνσεως, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπλήρωση του προορισμού της, διέρχεται από διάφορα στάδια κατά τα οποία επέρχεται η πλήρης διαφοροποίηση, εκτός των άλλων συστημάτων και του γεννητικού συστήματος, με όλους τους ψυχικούς και μορφολογικούς δευτερογενούς χαρακτήρες του γυναικείου οργανισμού.

Η πλήρης ωρίμανση του γεννητικού συστήματος εκδηλώνεται με την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, η οποία είναι αποτέλεσμα της ορμονικής εκκρίσεως εκ της ωριμάνσεως ενός ή περισσότερων πρωτογενών ωοθυλακίων.

Για να συμβεί αυτό αρχίζει περίπου ένα έως δύο έτη πριν την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης προοδευτική αύξηση των εκκρινόμενων από το πρόσθιο λοβό της υπόφυσης ορμονών οι οποίες μέχρι την εποχή αυτή ευρίσκονται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, δηλαδή της ορμόνης ωριμάνσεως, φερόμενης διεθνώς υπό τα στοιχεία FSH (Follicle Stimulating Hormone) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης, φερόμενης υπό τα στοιχεία LH (Luteinizing Hormone). Εκτός αυτών εκκρίνεται και η προλακτίνη ή ωχρινοτρόπος ορμόνη φερόμενη από τα στοιχεία LTH (Luteotrophil Hormone).

Οι παράγοντες όμως οι οποίοι προκαλούν την αύξηση της εκκρίσεως των γοναδοτρόπων ορμονών δεν είναι γνωστοί. Οι ωοθήκες με τα πρωτογενή ωοθυλάκια παρ' όλο ότι μέχρι τη στιγμή αυτή ήταν ανώριμοι και ανενεργείς, καθίστανται ώριμοι

υπό την άμεση επίδραση των γοναδοτροπικών ορμονών. Παράγονται δηλαδή και εκκρίνονται από τα κύτταρα των ωοθυλακίων οι ωοθηκικές ορμόνες, τα οιστρογόνα και προγεστερόνη. Η κινητοποίηση του όλου αυτού μηχανισμού ο οποίος δεν λειτουργεί αυτόνομα, ευρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο εκλυτικών παραγόντων του υποθαλάμου δια της επιδράσεως των φλοιωδών κέντρων.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κλινική Εξέταση.

Προς διαπίστωση της αρτηριότητας του γυναικείου οργανισμού και κυρίως ολόκληρου του αναπαραγωγικού συστήματος επιβάλλεται η λήψη λεπτομερούς ιστορικού της γυναίκας. Μόνον κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να εξακριβωθεί η ανατομική και η φυσιολογική κατάσταση των οργάνων.

-**Το ιστορικό της γυναίκας** είναι βασικής σημασίας. Η εξεταζόμενη γυναίκα δεν πρέπει να κρύψει τίποτα στον ιατρό. Το ερωτηματολόγιο επιβάλλεται να είναι απλό, άνευ σχολίων, να το θέτει ο ιατρός με σοβαρότητα και λεπτότητα εκφράσεως ώστε η ερωτώμενη να νιώθει ελεύθερη να αποκαλύψει στον ιατρό τις σωματικές κλινικές εκδηλώσεις αλλά και ολόκληρο τον ψυχικό της κόσμο.

-**Η ηλικία** προσφέρει βασική και σημαντική βοήθεια εις την διάγνωση. Δηλαδή πρέπει να ελεγχθεί εάν η εξεταζόμενη βρίσκεται στην ήβη, τη γεννητσιακή εποχή ή την κλιμακτήριο.

-**Το επάγγελμα** πολλές φορές δημιουργεί ανωμαλίες οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τον γεννητικό κύκλο. Αυτό συμβαίνει σε γυναίκες που ασχολούνται με πνευματική εργασία, εργαζόμενες σε ραδιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια (λόγω συνεχούς ακτινοβολίας, σε εργασία παραγωγής διαφόρων τοξικών προϊόντων, σε συνεχές μετακινήσεις από τόπο σε τόπο (λόγω της απότομου αλλαγής των κλιματολογικών συνθηκών).

-**Το κληρονομικό** επιβάλλεται να ελέγχεται με μεγάλη ακρίβεια και να εξακριβώνεται εάν στο στενό περιβάλλον της εξεταζόμενης υφίσταται σακχαρώδης διαβήτης, αφροδίσια νοσήματα κλπ.

-**Η έμμηνος ρύση.** Είναι απαραίτητη η μελέτη της από κάθε πλευρά. Σε ποια ηλικία εμφανίστηκε, ποια η διάρκεια της και η ποιότητα του αίματος. Επίσης ενδιαφέρει εάν η έμμηνος ρύση συνοδεύεται και από άλλες κλινικές εκδηλώσεις συνδεόμενες με το χρόνο εμφάνισης αυτής (άλγος υπογαστρίου, οσφύος, κεφαλαλγία).

-**Το ατομικό αναμνηστικό** επιβάλλεται να λαμβάνεται με μεγάλη σχολαστικότητα διότι διάφορες παθήσεις όπως αδενοπάθεια ή οξείες λοιμώξεις όπως αμυγδαλίτις,

παθήσεις ουροποιητικού συστήματος, παθήσεις των ενδοκρινών αδένων, διαβήτης μπορεί να επιφέρουν βλάβες στα γεννητικά όργανα.

-**Μαιευτικό ιστορικό** είναι απαραίτητο επειδή τυχόν προηγούμενες κυήσεις, τοκετοί ή λοχείες ενδέχεται να έχουν δημιουργήσει παθολογικές καταστάσεις.

-**Προηγούμενες εγχειρήσεις**, κυρίως επί των γεννητικών οργάνων. Στην περίπτωση αυτή ενδιαφέρουν τα εγχειρητικά ευρήματα, η τεχνική που εφαρμόστηκε και τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα.

-**Η γεννητσιακή ζωή** από την εφηβική ή και από νεότερη ηλικία έχει μεγάλη σημασία για περιπτώσεις στειρώσης, εκτρώσεων, πρώιμων τοκετών, διαταραχές του γεννητικού κύκλου κλπ.

-**Γενική επισκόπηση.** Η επισκόπηση επιβάλλεται για διάφορες σωματικές ανωμαλίες, συγγενείς ή επίκτητοι, είτε μεμονωμένες εμφανιζόμενες, είτε με διαταραχές στην έμμηνο ρύση, χαρακτηρίζουν παθολογικές καταστάσεις και παθολογικά σύνδρομα. Αυτά εκδηλώνονται με υπερτρίχωση στο πρόσωπο ή σε άλλες περιοχές του σώματος, επίσης με έλλειψη ή πτώση ή υποχώρηση των τριχών του εφηβαίου ή της μασχάλης, διαταραχές της υφής του δέρματος.

-**Γυναικολογική εξέταση.** Η γυναικολογική εξέταση γίνεται με την τοποθέτηση της γυναίκας επάνω στην γυναικολογική τραπέζη με τους μηρούς σε απαγωγή για τον καλύτερο έλεγχο των εξωτερικών οργάνων. Πριν την εξέταση η γυναίκα θα πρέπει να έχει ουρήσει ώστε η κύστη να είναι κενή. Μετά την τοποθέτηση της γυναίκας σε γυναικολογική στάση ακολουθεί η λεπτομερής επισκόπηση των κοιλιακών τοιχωμάτων και των εξωτερικών γεννητικών οργάνων ως και των κάτω άκρων. Ακολουθεί εξέταση της κοιλίας, του ήπατος, της σπλήνας, των νεφρών, του στομάχου, των εντέρων και του σημείου της σκωληκοειδής. Μετά επισκοπείται το αιδούιο όπου ο ιατρός με τον δείκτη και τον αντίχειρα του αριστερού χεριού μετακινεί τα μικρά και μεγάλα χείλη προς τα έξω ώστε να ελεγχθεί ο πρόδρομος του κόλπου, η κατάσταση της ουρήθρας και του παρθενικού υμένα. Για τον έλεγχο του παρθενικού υμένα εισάγεται ο δείκτης του δεξιού χεριού εις το πρωκτό και έλκεται προς τα κάτω και έξω ενώ ταυτόχρονα απωθούνται τα μικρά και μεγάλα χείλη. Ο ιατρός μετά εισάγει τον κολποδιαστολέα και επισκοπεί πλήρως όλες τις επιφάνειες και τους θόλους του κόλπου. Μετά λαμβάνεται κολπικό και τραχηλικό επίχρισμα για λεπτομερή επιγραφή. Η γυναικολογική εξέταση είναι πολύ αξιόπιστη και συνήθως γίνεται τέσσερις εβδομάδες μετά την σύλληψη. Οι ορμόνες της εγκυμοσύνης χαλαρώνουν την υφή του τραχήλου της μήτρας ώστε να γίνεται καλύτερη αιμάτωση

της λεκάνης, πράγμα που δίνει στον κόλπο και τον τράχηλο μια μοβ απόχρωση. Επίσης η μήτρα πιθανόν να έχει διασταλεί ελαφρά.^{1,4}

Εργαστηριακές εξετάσεις.

Μετά την κλινική εξέταση ακολουθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις.

- 1) **Εξετάσεις αίματος:** Γενική αίματος, ομάδα αίματος και παράγων Rhesus και στους δύο συζύγους, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, ουρία, σάκχαρο, τίτλος αντισωμάτων ερυθράς, και τοξοπλάσματος, wasserman kahn ή VDRL. Αν υπάρχει υποψία βλάβης κάποιου άλλου οργάνου, γίνονται ανάλογες εξετάσεις.
- 2) **Γενική ούρων:** Οι γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων επαναλαμβάνονται κάθε μήνα. Παράλληλα ελέγχεται το σάκχαρο του αίματος 1-2 φορές παράλληλα με την εξέλιξη της κύησης.
- 3) **Υπερηχογράφημα.**
- 4) **Εξέταση κοιλιακού και τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Αμβλωση

Αμβλωση καλείται κάθε διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 24^η εβδομάδα. Οι αμβλώσεις διακρίνονται σε **αυτόματες** και **τεχνητές**.

Αυτόματη αμβλωση ονομάζεται η διακοπή της κύησης που γίνεται χωρίς ιατρική επέμβαση πριν από την 24^η εβδομάδα, δηλαδή πριν από την εποχή που το κύημα μπορεί να είναι βιώσιμο.

Τεχνητή αμβλωση καλείται η διακοπή που προκαλείται από ιατρική επέμβαση. Η συχνότητα εμφάνισης αυτόματων αμβλώσεων κυμαίνεται μεταξύ 10-12% επί του συνόλου των κύησης και ένα ποσοστό 75% από αυτές συμβαίνει την 16^η εβδομάδα. Η πραγματική συχνότητα όμως είναι ακόμη μεγαλύτερη αφού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν πολλές περιπτώσεις πολύ πρώιμων αμβλώσεων που δεν προφταίνουν να δώσουν συμπτωματολογία κύησης και αμβλώσεως (υποκλινικές μορφές).

Αιτιολογία

Τα αίτια των αμβλώσεων διακρίνονται σε αίτια προερχόμενα από το ίδιο το κύημα και σε εκείνα που οφείλονται στην μητέρα ή στον πατέρα. Ένας μεγάλος αριθμός που πλησιάζει τα 80% των αμβλώσεων οφείλεται σε ανωμαλίες του ωαρίου. Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, τα αίτια από το κύημα είναι δυνατόν να ταξινομηθούν στις πιο κάτω κατηγορίες:

- α) Ανωμαλίες χρωματοσωμάτων.** Πιο συχνές από αυτές είναι η Χ-μονοσωμία, η τρισωμία και πολυπλοειδωση.
- β) Ανώμαλη κατασκευή του πλακούντα,** όπως υποπλασία ή ατροφία της τροφοβλάστης.
- δ) Συγγενής απουσία του εμβρύου ή της αμνιακής κοιλότητας.**
- γ) Τοπική ανωμαλία του εμβρύου.**

Στο δεύτερο τρίμηνο, τα κυριότερα αίτια από το έμβρυο είναι η σύφιλις και η επιπόλαια (ρηγή) περιφερειακή εμφύτευση του πλακούντα. Η ερυθροβλάστωση και άλλες εμβρυϊκές βλάβες είναι επίσης αίτια αμβλώσεων σ' αυτό το τρίμηνο αλλά περισσότερο σπάνια.

Τα αίτια που οφείλονται στη μητέρα είναι δυνατόν να προκαλέσουν αμβλώσεις, κυρίως στο δεύτερο τρίμηνο και κατατάσσονται στις πιο κάτω κατηγορίες:

1. **Συστηματικές παθήσεις της μητέρας:** -Μητρικές φλεγμονές, όπως ο απλός έρπητας, ερυθρά, η μυκοπλάσμωση, η τοξοπλάσμωση, η νόσος των κυτταρομεγαλικών εκλείστων. Η σύφιλις είναι σπάνια αίτια όπως επίσης και η βρουκέλλωση.- Ενδοκρινολογικές και κυρίως παθήσεις του θυρεοειδούς.- - Καρδιαγγειακές παθήσεις, νεφροπάθειες, και υπερτασική νόσος.
2. **Πρωτεϊνικές ή βιταμινικές ελλείψεις από ασιτία.**
3. **Ανοσοβιολογικές διαταραχές όπως ασυμβατότητες ABO, Rh.**
4. **Τοπικές ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων** όπως οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας, ανωμαλίες διαπλάσεως (δίκερη, μονόκερη, διτράχηλη μήτρα κλπ.) . Επίσης βλάβες του ενδομητρίου, όπως ουλές, συμφύσεις είναι δυνατόν να ευθύνονται μερικές φορές για διακοπή της κύησης.
5. **Όγκοι των γεννητικών οργάνων και κυρίως ινομώματα της μήτρας και σπανιότερα κύστες των ωοθηκών.**
6. **Ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου**, είτε συγγενής, είτε σαν αποτέλεσμα προηγηθείσων αμβλώσεων.
7. **Ψυχοσωματικά αίτια.** Είναι διαπιστωμένο ότι το στρες μέσω των επιδράσεων του στον φλοιό και στη συνέχεια στον υποθάλαμο και την υπόφυση, είναι δυνατόν να επηρεάσει την ορμονική ισορροπία και να διαταράξει τελικά την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.
8. **Ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου**, ιδίως σε περιπτώσεις προκλητής ωοθυλακτορηξίας.
9. **Χρωμοσωμιακές ανωμαλίες της μητέρας.**
10. Τον τελευταίο καιρό έχουν περιγραφεί ανοσοβιολογικής αιτιολογίας αποβολές που οφείλονται στη δημιουργία αντισπερματικών αντισωμάτων στο σώμα της μητέρας.

Μηχανισμός της άμβλωσης.

Η άμεση αιτία της άμβλωσης είναι τελικά η αποκόλληση του κήματος από το βασικό φθαρτό, που προκαλεί αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα και άλλοτε άλλου βαθμού και συχνότητας συστολές της μήτρας. Πριν από την 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης το κήμα περιβεβλημένο από τις λάχνες αποβάλλεται συνήθως ολόκληρο σαν μια μάζα. Μερικές φορές το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου δεν παρουσιάζει διαστολή σε αντίθεση με το εσωτερικό και στην περίπτωση αυτή το κήμα κατακρατείται μέσα στην τραχηλική κοιλότητα (τραχηλική άμβλωση).

Μεταξύ της 8^{ης} και της 14^{ης} εβδομάδας ο μηχανισμός είναι περίπου ο ίδιος με τον περιγραφέντα πιο πάνω αλλά μερικές φορές είναι δυνατόν να συμβεί ρήξη του αμνιακού σάκου και να ακολουθήσει έξοδος του εμβρύου ή όλου του πλακούντα μέσα στην μητρική κοιλότητα.(ατελής άμβλωση). Στην περίπτωση αυτή υπάρχει και αρκετή αιμορραγία.

Μετά την 14^η εβδομάδα το έμβρυο συνήθως αποβάλλεται πρώτο και ακολουθεί η εκβολή του πλακούντα έπειτα από λίγο χρόνο. Η αιμορραγία είναι μικρότερη και η όλη διαδικασία ενθυμίζει ένα τοκετό φυσιολογικό.

Μορφές αμβλώσεων.

Οι αμβλώσεις ταξινομούνται στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Απειλούμενη άμβλωση .
2. Αναπόφευκτη άμβλωση.
3. Ατελής άμβλωση .
4. Τελεία άμβλωση.
5. Παλίνδρομη άμβλωση.

Οι πιο πάνω πέντε μορφές είναι δυνατόν να επιπλακούν και από φλεγμονή, οπότε η άμβλωση καλείται σηπτική. Κατά συνήθεια αμβλώσεις ονομάζονται εκείνες που επαναλαμβάνονται επανειλημμένα σε μια γυναίκα και περισσότερο από δύο φορές.

Θεραπευτική ή τεχνητή άμβλωση ονομάζεται η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που εκτελείται από γιατρό ή μαία για θεραπευτικούς ή κοινωνικούς λόγους.

Απειλούμενη άμβλωση.

Εκδηλώνεται με αιμορραγία άλλου βαθμού από την μήτρα, που στην αρχή δεν συνοδεύεται από άλλο σύμπτωμα εκτός από μερικές συστολές της μήτρας κι αυτές όχι σε 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.

Αγωγή: Κατάκλιση στο κρεβάτι είναι η σημαντικότερη βοήθεια διότι ελαττώνει τα μηχανικά ερεθίσματα και ηρεμεί την μήτρα. Επίσης δίνονται σπασμολυτικά, ελαφρά ηρεμιστικά και από μερικούς συνιστάται χορήγηση προγεστερόνης ή προγεστεροειδή για την ηρέμηση του μυομητρίου.

Πρόωση :Αφού τα αίτια της σοβαρότητα είναι συνήθως άγνωστα όταν πρωτοεμφανίζεται μια απειλούμενη άμβλωση δεν είναι εύκολο να προβλέψει κανείς και την πιθανή της εξέλιξη.Πάντως υπολογίζεται ότι το σύνολο των ασθενών με απειλούμενη άμβλωση 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 αυτό σημαίνει αναστολή της αιμορραγίας.Η παρουσία βέβαια μητρικών συστολών συνήθως αυξάνει τον κίνδυνο για διακοπή της εγκυμοσύνης.

Αναπόφευκτη άμβλωση.

Η άμβλωση ονομάζεται αναπόφευκτη όταν στα σημεία της απειλούμενης που περιγράφηκαν παραπάνω, προστεθούν δυνατές και επώδυνες συστολές της μήτρας που οδηγούν σε διαστολή του τραχηλικού στομίου. 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 αρχίζει η εκβολή του κνήματος τέλεια ή ατελής.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει ατελή άμβλωση, δηλαδή παραμονή τμημάτων του κνήματος ή του πλακούντα μέσα στην μητρική κοιλότητα μετά την μερική εκβολή μέρους από αυτά προς τα έξω.

Στην τέλεια άμβλωση συνήθως δεν χρειάζεται καμιά θεραπευτική αγωγή, ιδίως μάλιστα εάν η μήτρα έχει πλήρως συσπαθεί και η αιμορραγία σταματήσει.Επειδή όμως δεν είναι πάντοτε βέβαιη η ολοκληρωτική κένωση της μητρικής κοιλότητας από υπολείμματα, εάν υπάρχει η δυνατότητα γίνεται μια ελαφριά απόξεση της μήτρας.

Αυτή είναι και η θεραπευτική αντιμετώπιση της αναποφύκτου και της ατελούς άμβλωσης 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.

Παλίνδρομη άμβλωση.

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. Στην κλινική εικόνα της παλίνδρομης άμβλωσης υπάρχει συνήθως ένα ιστορικό απειλούμενης άμβλωσης αλλά με την 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 σκαφοειδή υγρά. Η διάγνωση θα τεθεί από την γυναικολογική εξέταση, τους υπέρηχους και την αρνητικοποίηση της δοκιμασίας κύησης στα ούρα ή το αίμα λόγω της πτώσεως των τιμών της χοριακής γονοδοτροπίνης. Σκιρτήματα εμβρύου δεν υπάρχουν, η μήτρα και η κοιλία σταματάει να μεγαλώνει και η γυναίκα παρουσιάζει γενική αδιαθεσία και μερικές φορές πυρετό. Μόλις γίνει η διάγνωση επιβάλλεται και εδώ διαστολή του μητρικού στομίου της μήτρας και απόξεση.

Σηπτική άμβλωση

Φλεγμονή της μήτρας είναι δυνατόν να συμβεί και χωρίς να έχει προηγηθεί άμβλωση, αλλά συνήθως αυτή παρατηρείται μετά από κάποια ατελή ή προκλητή άμβλωση.

Η συχνότητα της σηπτικής άμβλωσης ποικίλει σημαντικά και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυμαίνονται σ' ένα ποσοστό που βρίσκεται γύρω στο 6-12% επί του συνόλου των άμβλώσεων. Στο 80% των περιπτώσεων είναι μέτρια και εντοπίζεται στον φθαρτό. Τα συνηθέστερα παθογόνα αίτια είναι αναερόβιοι μικροοργανισμοί, στρεπτόκοκκοι, σταφυλόκοκκοι και κολοβακτηρίδια.

Στην κλινική εικόνα προηγείται συνήθως υπερπυρεξία και ταχυκαρδία. Λαμβάνεται έκκριμα από τον κόλπο και τον τράχηλο και εάν ο πυρετός υπερβαίνει τα 38.5⁰ (καλλιέργεια από το αίμα), επιβάλλεται εξέταση ούρων, των ηλεκτρολυτών και του ινωδογόνου.

Η αγωγή στη σηπτική άμβλωση επιβάλλει την άμεση χορήγηση αντιβιοτικού ή συνδυασμό αντιβιοτικών ευρέως φάσματος, ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά, παράλληλα με την τοποθέτηση ενός ενδοφλέβιου καθετήρα για συνεχή χορήγηση ορού και ηλεκτρολυτών, εφόσον είναι μειωμένοι.

Δώδεκα ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας ή και ενωρίτερα εάν υπάρχει αιμορραγία, γίνεται η απόξεση για ολοκληρωτική κένωση της μήτρας από το σηπτικό

περιεχόμενό της και ακολουθεί χορήγηση ωκυτοκίνης και εργοτίνης για έντονη συστολή και σύσπαση της μήτρας.

Αμβλωση κατά συνήθεια.

Ονομάζεται έτσι η επανειλημμένη (πάνω από τρεις φορές αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης σε μια γυναίκα).Τα κυριότερα αίτια είναι γενετικές ανωμαλίες, ορμονική ανεπάρκεια, φλεγμονές από παράσιτα, χρόνιες παθήσεις και ανοσοβιολογική ασυμβατότητα.

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται συγκεντρωμένες οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν σε ένα ζευγάρι που παρουσιάζει αμβλώσεις κατά συνήθεια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΜΕ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΝΗΘΕΙΑ.
1. Έλεγχος της μητρικής κοιλότητας με υστεροσαλπιγγογραφία και με υπέρηχους.(ανωμαλίες διαπλάσεως).
2. Γενετικές εξετάσεις.(χρωμοσωμακός έλεγχος και των δύο συζύγων)>
3. Μικροβιολογική εξέταση ιδίως για τα παράσιτα και γλαμύδια.(τοξόπλασμα, μυκόπλασμα).
4. Ενδοκρινική μελέτη όλου του σώματος.
5. Αναζήτηση αντισπερματικών αντισωμάτων στο πλάσμα αίματος και στην τραχηλική βλέννη.
6. Μέτρηση αντιτυρηνικών αντισωμάτων για ανακάλυψη αυτοανασολογικών διαταραχών.

Η θεραπευτική προληπτική αντιμετώπιση των αμβλώσεων κατά συνήθεια θα στηριχθεί στην κατάλληλη αντιμετώπιση του αιτίου εφόσον αυτή είναι δυνατή. Θεραπεία των μικροβιακών ή παρασιτικών αιτιών, σωστή ρύθμιση των ενδοκρινικών ανωμαλιών, διόρθωση των ανατομικών προβλημάτων, όπου αυτά είναι δυνατά με εγχείρηση στη μήτρα (πλαστική, λύση συμφύσεων) ή στον τράχηλο και ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Βέβαια στις περιπτώσεις με χρωμοσωμακές ανωμαλίες δεν υπάρχει δυνατότητα πρόληψης.

Τεχνητή άμβλωση.

Η τεχνητή άμβλωση γίνεται για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μήτρας ή του εμβρύου αποτελούν τις ιατρικές ενδείξεις για θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης. Μεταξύ αυτών είναι βαριές μορφές φυματίωσης, μη αντιροπούμενες καρδιοπάθειες, καρκίνος του μαστού ή των γεννητικών οργάνων, ψυχοπάθειες κλπ.

Εκ μέρους του εμβρύου η διαπίστωση με προγεννητικό έλεγχο της υπάρξεως μεσογειακής αναιμίας, τρισωμίας ή άλλων σοβαρών γενετικών ή βαρειών σωματικών ανωμαλιών αποτελούν ενδείξεις τεχνητής διακοπής της κύησης.

Προφύλαξη από την τεχνητή άμβλωση.

Η τεχνητή άμβλωση αποτελεί την πιο απαράδεκτη μέθοδο ρύθμισης του μεγέθους της οικογένειας και γενικότερα της ρύθμισης της γυναίκας. Θα μπορούσε να είναι αποδεκτή επέμβαση, μόνον σαν αποτέλεσμα αποτυχίας εφαρμογής μιας επίσημα αποδεκτής αντισυλληπτικής αγωγής.

Στον τόπο μας γίνονται περίπου 350.000 τεχνητές άμβλώσεις. Έκτος από τη μεγάλη οικονομική επιβάρυνση, η τεχνητή άμβλωση συνδέεται με πολύ σοβαρές ψυχολογικές και σωματικές επιπλοκές.

Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν :

1. Άμεσους και πολύ σοβαρούς κινδύνους από τη **νάρκωση**.
2. Άμεσους και πολύ σοβαρούς κινδύνους που υπάρχουν κατά την επέμβαση, όπως είναι : **η διατήρηση της μήτρας, η κάκωση του εντέρου, της ουροδόχου κύστης.**
3. **Στείρωση.** Η επιπλοκή αυτή οφείλεται συνήθως σε φλεγμονή που αποφράσσει τις σάλπιγγες ή καταστρέφει το ενδομήτριο. Η θεραπεία της επιπλοκής αυτής είναι πολύ δύσκολη και πολλές φορές η στείρωση είναι οριστική (δεν θεραπεύεται). Το γεγονός ότι κάποιες γυναίκες έχουν κάνει επανειλημμένες άμβλώσεις, χωρίς να πάθουν στειρότητα είναι τυχαίο.
4. **Χρόνια φλεγμονή στις σάλπιγγες,** η οποία εκτός της στειρότητας προκαλεί χρόνια ενοχλήματα που κάποτε- κάποτε αναζωπυρώνονται και μεταπίπτουν σε οξεία φάση με θορυβώδη συμπτωματολογία.
5. **Επανειλημμένες αυτόματες άμβλώσεις (αποβολές), πρόωρους τοκετούς και αιμορραγίες σε επόμενες επιθυμητές κύσεις.**

Όλες αυτές οι επιπλοκές έχουν σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.^{1,5}

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Αν η άμβλωση προκαλείται με επέμβαση του γιατρού για λόγους νοσήσεως της μητέρας ή του εμβρύου ή ακόμη συχνότερα για λόγους κοινωνικοοικονομικούς, τότε ονομάζεται τεχνητή άμβλωση.

Οι διάφοροι τρόποι που μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή της εγκυμοσύνης κατατάσσονται ως εξής:

I Χειρουργικοί.

A) Απόξεση που γίνεται :

1. Σε ένα χρόνο για τις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης.
2. Σε δύο χρόνους για κύσεις ηλικίας 12 με 16 εβδομάδων.

B)Υστεροτομία.

II Φαρμακευτικοί.

Απόξεση :είναι μια χειρουργική επέμβαση που σκοπό έχει την αφαίρεση του κυήματος μέσα από την κοιλότητα της μήτρας, περιλαμβάνει δύο στάδια.Το στάδιο της διαστολής του τραχήλου και το στάδιο της εκκενώσεως της μήτρας ή της κυρίως αποξέσεως.

Οι προϋποθέσεις για να περιοριστούν οι κίνδυνοι που επιφυλάσσει η άμβλωση είναι οι εξής :

1. Γενική που θα εξασφαλίσει αναλγησία, χαλάρωση και ακινησία στην γυναίκα
2. Αυστηρή αντισηψία της περιοχής των γεννητικών οργάνων για να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες μεταφοράς μικροβίων μέσα στην κοιλότητας της μήτρας.
3. Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως για να επανέλθει η μήτρα στην κανονική τοπογραφική – ανατομική –της θέση.
4. Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση για να εκτιμηθεί το μέγεθος και η ανατομική θέση της μήτρας.
5. Η εγκυμοσύνη να μην υπερβαίνει τις 12 εβδομάδες γιατί μετά από αυτήν την ηλικία οι κίνδυνοι πολλαπλασιάζονται.

Η εκκένωση της μήτρας γίνεται με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων που λέγονται ξέστρα. Τα ξέστρα είναι δύο ειδών. Τα κοινά ή οξέα που καταλήγουν σε οξύ άκρο και τα αναρροφητικά που συνδέονται με αντλίες δημιουργίας κενού. Οι σημερινές προτιμήσεις στρέφονται προς τα αναρροφητικά ξέστρα, γιατί η διάρκεια της επεμβάσεως και η απώλεια του αίματος είναι μικρότερη και γιατί είναι λιγότερο τραυματικά και λιγότερο επικίνδυνα για τη μετάδοση μικροβίων στην κοιλότητα της μήτρας.

Η χρήση των κοινών ή οξέων ξέστρων περιορίζεται σήμερα στις βιοψίες του ενδομητρίου.

Υστεροτομία ή μικρή καισαρική : είναι μια 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 σαλπγγών, για λόγους μόνιμης αντισύλληψης.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εκτρωτικά χάπια.

Mifepristone(RU-486). Αποτελεί ένα ισχυρό αντιπρογεστερονικό παράγοντα, παραγωγό του συνθετικού προγεσταγόνου *poethidrone* που το συναντάμε σε πολλά αντισυλληπτικά χάπια. Όταν λαμβάνεται από το στόμα η *mifepristone* δρα εκλεκτικός αναστολέας της προγεστερόνης και της κορτιζόλης συνδεδεμένη με τους υποδοχείς τους.

Έτσι διακόπτει την υποστήριξη προς το ενδομήτριο και την μυοχαλαρωτική δράση προς το μυομήτριο που ασκεί η προγεστερόνη προκαλώντας απόπτωση του ενδομητρίου και ευαισθητοποίηση του μυομητρίου με αποτέλεσμα έντονες συστολές. Χρησιμοποιείται σαν εκτρωτικό φάρμακο πρωτίστως αλλά και στην θεραπεία της ενδομητρίωσης, στα λειωμειώματα, γλαύκωμα, καρκίνο του μαστού και στην επείγουσα αντισύλληψη.

Methotrxate. Αποτελεί γνωστό κυτταροτοξικό φάρμακο προκαλώντας αναστολή τόσο για τα καρκινικά όσο και για τα φυσιολογικά κύτταρα. Είναι ένας αντιμεταβολιτής του φυλλικού οξέως που είναι απαραίτητο για τη σύνθεση των νουκλεοτιδίων του πυρήνα των κυττάρων. Από το 1954 που ανακαλύφθηκε χρησιμοποιείται στην ογκολογία για την θεραπεία ορισμένων καρκίνων. Στην μαιευτική είναι γνωστή η χρήση του σαν εναλλακτική μη χειρουργική θεραπεία στην αντιμετώπιση των άρρηκτων εξωμήτριων κύστεων καθώς επίσης στην τροφοβλαστική νόσο.

Misoprostol. Αποτελεί μια συνθετική προσταγλαδίνη για την πρόληψη του γαστρικού έλκους. Στη συνέχεια όμως λόγω των ισχυρών συστολών που προκαλεί στη μήτρα χρησιμοποιήθηκε μαζί με το RU-486 για την πιο αποτελεσματική εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας.

Τρόπος χορήγησης των φαρμάκων

Οι συνδυασμοί των φαρμάκων που χορηγούνται είναι είτε *mifepristone+ misoprostol* ή *methotrexate+ misoprostol*. ποτέ και τα δύο μαζί.

Mifepristone + misoprostol γίνεται μια λήψη RU-486 από το στόμα 600mgr. Με άδειο στομάχι. Η ασθενής επιστρέφει στο κέντρο μετά από δύο ημέρες και της γίνεται η χορήγηση της *misoprostol* 800 mgr. ενδοκολπικώς ή 400mgr. από το στόμα. Η

γυναίκα παραμένει στο κέντρο μέχρι να ολοκληρωθεί η εκβολή του κηήματος. Μετά από 4-6 ώρες ξεκινούν έντονες συστολές και αιμορροία με επακόλουθο την αποβολή του περιεχομένου της μήτρας.

Methotrexate + misoprostol. Η methotrexate χορηγείται σε 50 mg/εκ. επιφάνειας σώματος και η misoprostol στην ίδια δόση με την διαφορά ότι η χορήγηση γίνεται μετά από 6 έως 7 ημέρες. Αν μέσα σε 24 ώρες δεν έχουν ξεκινήσει συστολές και αιμόρροια επαναλαμβάνεται η δόση της misoprostol.

Misoprostol Μετά τη χορήγηση της μέσα σε 24 ώρες επέρχεται αποβολή του κηήματος και ίσως χρειαστούν κάποια ήπια παυσίπονα ή αντιεμετικά για το μετριασμό των ανεπιθύμητων ενεργειών της.

Μετά 1-7 ημέρες από την αποβολή γίνεται υπερηχογραφικός έλεγχος για διαπίστωση αν υπήρξε τέλεια εκβολή του κηήματος.

Επιπλοκές.

- Να συνεχιστεί η κύηση .
- Μεγάλη αιμορραγία που να βάλει σε κίνδυνο την ζωή της γυναίκας.
- Ατελής άμβλωση.
- Μεγάλη ουδετεροπενία μετά την χορήγηση της μεθοτρεξάτης.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Mifepristone: διάρροια, εμετός, ναυτία, αδιαθεσία.

Misoprostol : κοιλιακός πόνος, ρίγη, πυρετός, εμετός, κεφαλαλγία, διάρροια.

Methotrexate : ναυτία, εμετός διάρροια, στοματίτις, αλωπεκία.¹⁰

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ.

	Mifepristone Misoprostol.	Methotrexate Misoprostol	Χειρουργική Αναρρόφηση.
Ηλικία κνήσεως	Μέχρι 7 εβδομάδες.	Μέχρι 7 εβδομάδες.	6 – 12 εβδομάδες.
Αποτελεσματικότητα – Διάρκεια.	95% σε τρεις μέρες	65% σε 1 εβδομάδα 85% σε 2 εβδομάδες 95% σε 4 εβδομάδες.	99% σε 10 λεπτά.
Αιμορραγία	Μέτρια έως βαριά	Μέτρια έως βαριά	Μέτρια
Επισκέψεις	2-3	2-4	1
Επιπλοκές	Μεγάλη αιμορραγία Ατελής άμβλωση Πόνος Συνεχιζόμενη κύηση	Μεγάλη αιμορραγία Ατελής άμβλωση Πόνος Συνεχιζόμενη κύηση Ουδετεροπενία	Φλεγμονή Μεγάλη αιμορραγία Διάτρηση.
Πλεονεκτήματα	Μη τοξικότητα Μη επεμβατική μέθοδος Λήψη από το στόμα.	Χαμηλό κόστος Βρίσκεται εύκολα Θεραπεύει και τυχόν εξωμήτρια κύηση Ενδομυϊκή ένεση.	Αποτελεσματική Γρήγορη Διάγνωση τροφοβλαστικής νόσου.
Μειονεκτήματα	Κόστος Επιπλοκές	Μεγάλη διάρκεια μέχρι τερματισμό κύησης Επιπλοκές	Επεμβατική Απαιτεί χειρουργό, τοπική ή γενική αναισθησία Δεν επιχειρείται πριν τις 7 εβδομάδες από πολλούς γιατρούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

Κίνδυνοι για τη σωματική υγεία λόγω της άμβλωσης.

Κύριες επιπτώσεις της άμβλωσης στη σωματική υγεία.

Θάνατος.

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην άμβλωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία, και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη άμβλωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις γυναίκες των Η.Π.Α.

Καρκίνος του μαστού.

Για τις γυναίκες που κάνουν άμβλωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από άμβλωση εντός του πρώτου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες αμβλώσεις.

Διάτρηση της μήτρας.

Ένα ποσοστό 2-3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν χωρίς διάγνωση και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση.

Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της άμβλωσης. Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών όπως είναι η οστεοπόρωση.

Προδρομικός πλακούντας.

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

Ενδομητρίτις.

Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από άμβλωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των είκοσι ετών οι οποίες έχουν 2,5 φορές πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια άμβλωση από ότι οι γυναίκες 20-29 ετών.⁸

Κίνδυνοι για την ψυχική υγεία λόγω της άμβλωσης.

Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης.

- **Ανάγκη ψυχικής θεραπείας.**

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

Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει άμβλωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (γυναικών χωρίς άμβλωση). Οι γυναίκες που έχουν κάνει άμβλωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία άμβλώσεις.

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής.

Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια άμβλωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών άρρωστων γυναικών, παρ'όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.

- **Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (PTSD).**

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση υποφέρουν από **διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (post traumatic stress disorder-PTSD)**. Η PTSD είναι μια

ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας.

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την άμβλωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη άμβλωση από συζύγους, φίλους, γονείς. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη άμβλωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες ανεξάρτητα από το πόσο πεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την άμβλωση μπορεί να εκλάβουν την διακοπή της κύησης τους ως βίαιη θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμειγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου.

Ακόμα άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της άμβλωσης που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί ταύτιση με τον βιασμό. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επίθεσης μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την άμβλωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ δύο εμπειριών.

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD.

- **Υπερδιέγερση** είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανώμαλος διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών «φυγής και πάλης». Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου.

Συμπτώματα υπερδιέγερσης: απαντήσει υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, υπερεγρηγόρηση, δυσκολία στον ύπνο.

- **Παρείσδυση** είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης: ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια άμβλωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της άμβλωσης, εφιάλτες σχετικά με την άμβλωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή

κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή της επετείου της άμβλωσης.

- **Συστολή** είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Συμπτώματα συστολής : προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της άμβλωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις, ιδιαίτερα αποξένωση απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την άμβλωση, αποφυγή των παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την άμβλωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά), μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση οινόπνευματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.

- **Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή .**

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

- **Ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας.**

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

- **Αύξηση του καπνίσματος.**

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

- **Χρήση ναρκωτικών.**

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

- **Διαταραχές στη διατροφή.**

Για ορισμένες γυναίκες οι διαταραχές στη διατροφή μπορεί να είναι η κραιπάλη, η βουλημία και η νευρική ανορεξία.

- **Παραμέληση ή κακοποίηση παιδιών.**

Η άμβλωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών.

- **Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις.**

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

- **Πολλαπλές αμβλώσεις.**

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μία άμβλωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες αμβλώσεις στο μέλλον. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη άμβλωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνειδητής επιθυμίας υποκατάστασης κνήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την άμβλωση. Άμβλωση που μπορεί να οφείλεται από την εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ.

Η σημερινή πραγματικότητα στα νοσηλευτικά διλήμματα των αμβλώσεων.

Το δίλλημα των αμβλώσεων.

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

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στη θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβρυο θα διαπιστώσουμε ότι το δίλλημα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας δεν είναι παρά μια προέκταση του διλήμματος των αμβλώσεων που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος "συγκλονίζει" απηχώντας τη σοβαρότητα του ζητήματος δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούριο δίλημμα. Ένα δίλλημα που πρόσφατα δημιουργήθηκε τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο. Μέχρι του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση.

Όταν ξαφνικά ήρθε ο Ν .1609/86 και με μια ρητή διαπίστωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι την 12η εβδομάδα, ορίζοντας ταυτόχρονα τη 12η εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και την ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφό του η θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δε θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδιακούς. Τίποτε όμως απ' αυτά δεν έγινε και έτσι ο νόμος αφήνοντας μας ακάλυπτους και θέτοντας τις αμβλώσεις στην προστασία του Κράτους με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα μαιευτήρια σαν επεμβάσεις ρουτίνας και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία μετέβαλε το θέμα των αμβλώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σ' ένα δίλλημα που όχι απλά ζητάει μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην άμβλωση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απώλεια της θέσης του.

Το επείγον και η σοβαρότητα του ζητήματος απαιτούν οπωσδήποτε υπεύθυνα απάντηση, αλλά και κάθε υπεύθυνα απάντηση απ' ανάλυση των επιμέρους ερωτημάτων και όσο το δυνατό διεξοδική συζήτηση σε όλες τις πτυχές του θέματος.

Προκειμένου για το θέμα των αμβλώσεων, η προβληματική στρέφεται γύρω από τρία ερωτήματα σημεία:

α) Πότε εμψυχώνεται το ανθρώπινο έμβρυο ή αναλυτικότερα πότε το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται και άρα μπορεί να απολαμβάνει τα στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα, με σημαντικότερο το δικαίωμα του σεβασμού της ζωής; Από της εμφανίσεως της Ιατρικής έχει δώσει σαφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση "ου μη δώσει πεσσόν φθόρων τη γυναίκα" όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα αποφαίνεται ότι ήδη από τη σύλληψη του το έμβρυο είναι άνθρωπος και άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται. Τη γνώμη αυτή του πατρός της ήρθε η σύγχρονη Ιατρική να την κατοχυρώσει με επίσημες διακηρύξεις.

Ο Γάλλος γιατρός RENE BIOT στο βιβλίο του "SANTÉ HUMAINE" -"Η υγεία μας" γράφει: "Πράγματι μόλις υπάρξει ζωή υπάρχει έμψυχος βίος» Αυτό αναγνώρισε πρόσφατα και το Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο του 1985 του οποίου κατέληξε στο συμπέρασμα ότι "η έναρξη της ζωής του ανθρώπου είναι η στιγμή της γονιμοποίησης". Όπως τόνισε και ο πρόεδρος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου στο Β' Ιατρικό Συνέδριο του Μονακό, 2000 ειδικοί γυναικολόγοι και μαιευτήρες διακήρυξαν: "Πραγματική γέννηση είναι η σύλληψη"

Τις γνώμες τους έρχεται να επιβεβαιώσει και η σύγχρονη επιστήμη της Εμβρυολογίας και Γενετικής. Η Επίκουρος καθηγήτρια της Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Κα Γκέλη Δούκα Ελένη, τονίζει: "όταν διαιρούμε τη ζωή του ανθρώπου σε στάδια, δεν εννοούμε διαφορετικά γεγονότα το ένα ανεξάρτητο από το άλλο, αλλά φάσεις εν εξελίξει ενός και του αυτού φαινομένου επομένως η διακοπή της ζωής του ανθρώπου, σε όποια ηλικία έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή ανθρώπινης ύπαρξης.

Εκτός από τις βιβλιογραφικές αναφορές, πειράματα Ευρωπαίων και Ιαπώνων επιστημόνων ήρθαν να αποδείξουν πόσο σαθρό είναι το όριο της 12ης εβδομάδας, που έθεσε ο νόμος. Είναι πραγματικά αστείο να υποστηρίζεται ότι μέχρι την 12η εβδομάδα το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος και την 12η εβδομάδα και ημέρα είναι. Μετά δηλαδή τη 12η εβδομάδα η άμβλωση είναι ανθρωποκτονία, ενώ ένα δευτερόλεπτο πριν είναι πράξη που επιτρέπεται.

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

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται.

Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωϊσμός και μεγάλα ποσά αγάπης. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαιτήσουμε, μπορούμε όμως να τα εμπνεύσουμε. Σοβαρότερη προσπάθεια από μέρους της κοινωνίας, πιο πρόθυμη μέριμνα του κράτους που συνιστάται στην προαγωγή της υγείας και των συνθηκών νοσηλείας, δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών υγειονομικών κέντρων, οικονομικές επιχορηγήσεις στις οικογένειες με προβληματικά παιδιά και υπεύθυνος προγεννητικός έλεγχος από πλευράς των γονέων οποσδήποτε θα αποφορτίσουν την απάντηση. Παρά τους προβληματισμούς που είναι λογικοί και πολλές φορές δικαιολογημένοι, σταθερό κριτήριο της τοποθέτησής μας στο θέμα άμβλωση πρέπει να παραμένει η αξία παιδί.

Καμιά περίπτωση και κανένας κίνδυνος ή επιφύλαξη δεν μπορούν να μειώσουν την αξία αυτή. Έχουμε χρέος όποιες και αν είναι οι συνθήκες, όποιες και αν είναι οι επιφυλάξεις να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα να προστατευτεί η 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.

γ) Τελικά το ερώτημα παραμένει: έστω και αν η ζωή του παιδιού έχει απόλυτη αξία, η απόφαση δεν ανήκει στη μητέρα, αφού αυτή είναι η κατ' εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και τη γέννηση; Δε θα στάθουμε βέβαια στο επιτόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα: "το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να το διαθέσουμε όπως θέλουμε", γιατί και λογικής στερείται και καταρρίφθηκε, όταν το παιδί του σωλήνα αποδείχτηκε ότι το παιδί δεν αποτελεί τμήμα του σώματος της μητέρας αλλά αυτόνομο οργανισμό. Οποσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Μπορούμε όμως

να εμπιστευτούμε σ' αυτή μόνο την απάντηση; Έχουμε το δικαίωμα να παραθεωρήσουμε τη γνώμη του πατέρα, κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε ν' αφήσουμε σ' εκείνον το δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Έσω όμως ότι οι δύο νέοι γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση. Θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο έθνος; Οι 300.000 αμβλώσεις που διενεργούνται κάθε χρόνο στα ελληνικά μαιευτήρια στοιχίζουν στο έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή καθώς οι παραγωγικές δυνάμεις μειώνονται σταθερά, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των συνταξιούχων και τελικά σε κίνδυνο εθνικό, καθώς στη γειτονική Τουρκία ο πληθυσμός αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα.

Το ηθικό δίλλημα της νοσηλεύτριας -τή στο θέμα των αμβλώσεων

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

Ένα από τα πρόσωπα αυτά για λόγους ανεξάρτητους από την θέλησή της -του Νοσηλεύτριας -τής. Και αυτό επειδή η λήψη καλών και ορθών αποφάσεων που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την διατήρηση στην ζωή μιας ύπαρξης που δεν έχει την δυνατότητα να αποφασίσει, απαιτούν υψηλές προϋποθέσεις. Αποκτούν όχι μόνο άριστη επιστημονική και τεχνική επαγγελματική κατάρτιση, αλλά παράλληλα και ψυχική ευαισθησία, ανώτερα ιδανικά, πίστη στο έργο του θεού- μια και είναι ο μόνος που έχει την δυνατότητα να δώσει αλλά και να πάρει την ζωή από τα πλάσματά του - δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικού ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα "χρηστότητα" και γνώση.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση τη δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί : "Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερή εφαρμογή της νοσηλευτικής από ένα νοσηλευτή -τρια που διαθέτει μόνο "εγκέφαλο" και όχι "καρδιά" και φωτισμένη ηθική συνείδηση μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα. Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φτάνει μόνο η σοφία".

Πραγματικά η διανοητική ευφυΐα πολλές φορές αποδεικνύεται κατώτερη από την ευγυΐα της καρδιάς που γι' αυτή ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός Blaise Pascal παρατηρεί επιγραμματικά : "Η καρδιά έχει τους λόγους της τους οποίους αγνοεί το λογικό. Γνωρίζουμε την αλήθεια όχι μόνο με τη λογική αλλά και με την καρδιά".

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

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

Μέσα από όλα αυτά τα διλήμματα υπάρχει η ομάδα του νοσηλευτικού που αρνείται κατηγορηματικά να πάρει μέρος σε επεμβάσεις αμβλώσεων. Έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει η παραβίαση του νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης, θεωρεί την άμβλωση ηθικό και πνευματικό ξεπεσμό αλλά και αποτρόπαιο φόνο. Για την ομάδα αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους στην αφαίρεση μιας ζωής

έστω και αν αυτή βρίσκεται σε εμβρυακή κατάσταση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται επειδή το αποφασίζουν άλλοι και με κριτήρια πολλές φορές αισχροκέρδειας. Δεν μπορούν να εμποδίσουν μια ζωή να αναπτυχθεί όπως οι άλλες φυσιολογικά σεβόμενοι το δώρο της ανθρώπινης ζωής, δώρο του Θεού προς τους ηθικούς φραγμούς, κάτι ανεπίτρεπτο και ανίερο. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων την συνείδησή τους και τα ιδανικά τους.

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

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

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

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

Για το λόγο αυτό ακριβώς και δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτής -τρια να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στην γυναίκα. Η άσκηση κριτικής

είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στην γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο μάλλον όταν η ενέργειά της δεν είναι αποτέλεσμα "ώριμης" σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ. σύζυγος -εραστής.

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

Αλλά το νοσηλευτικό δίλημμα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από τον αυστηρό και λιτό χώρο του χειρουργείου, ενός νοσηλευτικού ιδρύματος.

Πέρα από τα όρια των ψυχικών και ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκειται προκειμένου να γίνει συνεργός στην πράξη της άμβλωσης.

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

.Οι συνέπειες για τον νοσηλευτή -τρια που αποφασίζει να αρνηθεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από την συνείδησή του και τις ηθικές αρχές του, είναι βαρύτερες. Η απώλεια της εργασίας του -της, θέμα ζωτικής σημασίας για τον ίδιο -α και την οικογένειά του, η αναμενόμενη προστριβή του -της με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αλλά και η αντιπαραθέσή του με τα άτομα που τους αρνείται την εκτέλεση της νοσηλείας τους - έστω και αν πρόκειται για «φόνο» είναι μερικές από τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης άρνησής του -της.

Χρειάζεται λοιπόν προσωπικός αγώνας προκειμένου να αντεπεξέλθει ο νοσηλευτής -τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται, όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του -της στην εκτέλεση μιας άμβλωσης. Βασικός

ρυθμιστής στη λύση του ηθικού αυτού διλήμματος είναι η συνείδηση του νοσηλευτή-τριας. Ένας άνθρωπος φωτισμένος με τη Θεία Χάρη, που διαθέτει συνείδηση ικανή να κρίνει αυτό που είναι σωστό, ένας νοσηλευτής γεμάτος αγάπη για τον άνθρωπο που πρέπει να υπηρετήσει, είναι ικανός να δώσει λύση στο δίκαιο ηθικό δίλημμα χωρίς ποτέ να φτάσει στο σημείο να έχει τύψεις συνειδήσεως. Ας μην ξεχνάμε ότι μέσα στον όρκο τονίζεται και το καθήκον μας να καλλιεργούμε και να αναπτύσσουμε σωστούς και ηθικούς τρόπους σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.¹²

Παράγοντες που δυσχεραίνουν το ρόλο του νοσηλευτή.

Η θέση του νοσηλευτή .

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του τόσο σαν υπάλληλος όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος. Στην προσπάθειά του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

Από αυτά συνεπάγεται ότι :

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

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

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

Νοσηλευτική σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη και όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα αυτά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου. αγάπη δεν υπάρχει. Ένα γνωστό σλόγκαν νοσηλευτικό λέει: "NO NURSES, NO FUTURE", δηλαδή, χωρίς νοσηλευτές η κοινωνία δεν έχει μέλλον. Το σλόγκαν θα πρέπει να διατυπωθεί: " χωρίς νοσηλευτές ανθρώπους, η κοινωνία δεν έχει μέλλον".

Είναι προτιμότερο ο νοσηλευτής να χάσει και τη θέση του ακόμα, παρά να υπηρετήσει την καταστροφή της ζωής. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι , ενώ ο νοσηλευτής είναι υπάλληλος και έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντι της εργασίας του γι' αυτό και η άρνηση προσφοράς υπηρεσίας μπορεί να έχει επιπτώσεις,

είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα και θεϊκά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.

Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δε συνίσταται μόνο στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα (Γιατί δεν σημαίνει μόνο "πράττω το κακό", αλλά και "δεν κάνω το καλό όταν μπορώ").

Η βοήθεια που θα προσφέρει ο νοσηλευτής στην μητέρα μπορεί να περιλαμβάνει 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 άμβλωσης, δηλαδή το κατά τεμαχισμένο έμβryo, και με τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.
- την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.¹³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Προγεννητικός έλεγχος

Ο προγεννητικός έλεγχος είναι μια νέα ανακάλυψη της Ιατρικής Επιστήμης και ιδιαίτερα του κλάδου της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, που άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά στη δεκαετία του '70. Όταν λέμε προγεννητικό έλεγχο, εννοούμε τις διάφορες εξετάσεις που κάνουμε στο έμβρυο για να διαπιστώσουμε εάν πάσχει από κάποια ασθένεια ή όχι. Οι πρώτες ασθένειες, για τις οποίες άρχισε να γίνεται προγεννητικός έλεγχος συστηματικά, ήταν το σύνδρομο Down ή μογγολοειδής ιδιοτεία και η μεσογειακή αναιμία. Δυστυχώς, η Ελλάδα είχε το θλιβερό προνόμιο να είναι από τις πρώτες χώρες που άρχισε να εφαρμόζεται ο προγεννητικός έλεγχος για μεσογειακή αναιμία και άλλες παρεμφερείς αναιμίες, όπως η δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Κατ'αρχάς πρέπει να πούμε σε ποιες γυναίκες εφαρμόζεται αυτός ο έλεγχος. Γίνεται σε εγκύους που φέρουν το στίγμα μεσογειακής αναιμίας, τόσο οι ίδιες, όσο και οι σύζυγοί τους. Σ' ένα ζευγάρι που έχουν και οι δύο το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας, υπάρχει πιθανότητα 25% (1/4) να γεννηθεί παιδί με μεσογειακή αναιμία, 50% να γεννηθεί παιδί που να φέρει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας και 25% να γεννηθεί παιδί που δεν θα φέρει ούτε καν το στίγμα.

Πώς γίνεται αυτή η εξέταση; Στα τέλη της δεκαετίας του '70 ήταν πολύ πρωτόγονη και σχεδόν όλες οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αυτήν την εξέταση απέβαλλαν, και η αποβολή γινόταν είτε το έμβρυο ήταν υγιές είτε ήταν άρρωστο. Η βασική αρχή του προγεννητικού ελέγχου και τότε και σήμερα είναι να πάρουμε εμβρυϊκό αίμα και να του κάνουμε ανάλυση, για να βρούμε εάν το έμβρυο πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή όχι. Από ποιο ανατομικό σημείο του εμβρύου παίρνουμε το αίμα; Στην αρχή της εφαρμογής της μεθόδου παίρναμε αίμα από ένα αιμοφόρο αγγείο του πλακούντα, το ταίρι, όπως το ξέρει ο περισσότερος κόσμος. Ο μαιευτήρας τρυπούσε με μια ειδική μακριά βελόνα διαμέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων και της μήτρας της εγκύου, σχεδόν πάντοτε στα τυφλά. Μερικές φορές μπορούσε να καθοδηγείται από το πρωτόγονο Ultra Sound της δεκαετίας εκείνης, για να φθάσει με τη βελόνα στον πλακούντα και να πετύχει κάποιο αιμοφόρο :αγγείο, για να πάρει εμβρυϊκό αίμα. Επειδή αυτή η παρακέντηση, αυτό το τρύπημα, μπορούσε να επαναληφθεί πολλές φορές, αυτός ήταν και ο λόγος που σχεδόν όλες οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αυτή τη μέθοδο απέβαλλαν.

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε η παρακέντηση με την καθοδήγηση εμβρουσκοπίου, οπότε μπορούσαμε να πάρουμε αίμα κατ' ευθείαν από τον ομφάλιο λώρο ή την έκφυση του ομφαλίου λώρου, από τον πλακούντα ή από αγγείο του πλακούντα..

Έπειτα, με την τεράστια τεχνολογική ανάπτυξη των υπερήχων, του γνωστού Ultra Sound, μπορούμε να κάνουμε ομφαλοκέντηση, δηλαδή να πάρουμε εμβρυϊκό αίμα από τον ομφάλιο λώρο, κατευθύνοντας τη βελόνα παρακεντήσεως με τη βοήθεια των υπερήχων. Η τελευταία μέθοδος που αναφέραμε είναι μία από τις δύο μεθόδους που χρησιμοποιούνται και σήμερα για τον προγεννητικό έλεγχο της μεσογειακής αναιμίας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σήμερα σε προχωρημένες εγκυμοσύνες, ενώ η άλλη, που θα αναφέρουμε πιο κάτω, σε εγκυμοσύνες που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο.

Ένα ερώτημα που δημιουργείται είναι: σε ποιο στάδιο της εγκυμοσύνης γίνεται αυτή η εξέταση; Συνήθως γίνεται μεταξύ της 17ης -20ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης και μετά από 8-10 ημέρες έχουμε τα αποτελέσματα. Εάν το έμβρυο πάσχει, η λύση που δίνει η «μοντέρνα» Ιατρική είναι η άμβλωση, δηλ. μία άμβλωση στον 5^ο-6^ο μήνα της εγκυμοσύνης. Τη λέξη «μοντέρνα» προηγουμένως την θέσαμε εντός εισαγωγικών.

Και τούτο, γιατί οποιαδήποτε Ιατρική ανέχεται την άμβλωση όχι μόνο δεν είναι μοντέρνα, αλλά είναι πανάρχαια, βάρβαρη, απάνθρωπη και οπισθοδρομική. Για να συνειδητοποιήσει ο αναγνώστης καλύτερα τι διαπράττουμε με την άμβλωση, ας σκεφθεί πως, αν αυτά τα παιδιά μετά την άμβλωση δεν τα ρίχναμε στον κουβά ή στα σκουπίδια του χειρουργείου να ξεψυχήσουν, αλλά τα βάζαμε σε μια σύγχρονη θερμοκοιτίδα, θα μπορούσαν άνετα να επιβιώσουν.

Η άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται σήμερα για τον προγεννητικό έλεγχο της μεσογειακής αναιμίας, είναι μια καινούργια μέθοδος, κατά την οποία παίρνουμε πλακουντιακές λάχνες. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να φτάσουμε στον πλακούντα και να πάρουμε λάχνες είτε δια μέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων είτε δια μέσου του κόλπου και εν συνεχεία του τραχηλικού στομίου. Η ηλικία του αγέννητου βρέφους, κατά την οποία εφαρμόζεται αυτή η μέθοδος, είναι 10-12 εβδομάδες. Η μέθοδος αυτή διαφημίστηκε πολύ στους ιατρικούς κύκλους και πολλοί γυναικολόγοι, ιδιαίτερα αυτοί που ασχολούνται με τον προγεννητικό έλεγχο, τη δέχθηκαν με ενθουσιασμό, με το δικαιολογητικό ότι, αντί η άμβλωση να γίνεται στην 26η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, να γίνεται στη 16η εβδομάδα. Δυστυχώς, οι σκέψεις αυτές μπορούν να χαρακτηριστούν τουλάχιστον επιπόλαιες και ανεύθυνες, διότι είτε στη 16η είτε στην

26η είτε ακόμα και στην 6η εβδομάδα γίνει η άμβλωση, η ίδια πράξη εκτελείται, όπως την αναφέρει και ο Καθηγητής Κ. Λούρος στο γνωστό σύγγραμμά του «Φόνος εκ προμελέτης». Ίσως να υπάρχει κάποια συναισθηματική διαφορά, αλλά η ουσία της πράξεως είναι η ίδια: ΦΟΝΟΣ!

Η τελευταία αυτή μέθοδος που αναφέραμε, ανακαλύφθηκε στην Κίνα από Κινέζους γιατρούς το 1981-82 και τελειοποιήθηκε από Άγγλους. Ο στόχος των Κινέζων γιατρών ήταν να βρίσκουν ποια έμβρυα είναι κορίτσια και ποια αγόρια, για να κάνουν άμβλωση τα κορίτσια. Με αυτή τη μέθοδο μπορούμε να βρούμε, εκτός από τη μεσογειακή αναιμία, εάν το έμβρυο είναι αγόρι ή κορίτσι ή εάν πάσχει από άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Ενώ πολλοί γιατροί υποδέχθηκαν τη μέθοδο αυτή με μεγάλο ενθουσιασμό, ένα-δύο χρόνια μετά την εφαρμογή της άρχισαν οι πρώτες απογοητεύσεις. Παιδιά, που βρήκαν οι γιατροί ότι είναι υγιή και δεν πάσχουν από μεσογειακή αναιμία και τα άφηναν να γεννηθούν, γεννιόνταν ακρωτηριασμένα, δηλ. μπορεί να μην είχαν πόδι ή χέρι ή και τα δύο μαζί, χωρίς να μπορούν ακόμα και οι γιατροί να δώσουν μια εξήγηση, ένα συγκεκριμένο λόγο. Το μόνο σίγουρο που βλέπουμε είναι πως η φύση εκδικείται αμείλικτα τη βίαιη και βάνουση επέμβαση που κάνουμε πάνω της.

Καλό θα ήταν να αναφερθεί πώς γίνεται η άμβλωση σε αυτές τις προχωρημένες εγκυμοσύνες, που το έμβρυο πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή άλλη ασθένεια. Στο πρόσφατο παρελθόν χρησιμοποιούνταν υπέρτονα διαλύματα, τα οποία διοχετεύονταν με βελόνα, με παρακέντηση, στον αμνιακό σάκκο. Τότε το έμβρυο πέθαινε αμέσως, γιατί κατάπινε μαζί με το αμνιακό υγρό και το δηλητηριώδες άλας, το οποίο επιπλέον του προκαλούσε πολλαπλά εγκαύματα στο δέρμα. Μετά από το φρικιαστικό και επώδυνο θάνατο του εμβρύου άρχιζαν ωδίνες στη γυναίκα, η οποία απέβαλλε το έμβρυο σε λίγες ώρες. Αυτή η μέθοδος μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και σε συνδυασμό με κολπικά δισκία προσταγλανδινών, οι οποίες είναι ένα καινούργιο φάρμακο της τελευταίας ~ 10ετίας. Επίσης μπορούσε να γίνει και κανονική απόξεση, όπως γίνεται στις κυήσεις του αρχικού σταδίου. Να γίνει δηλαδή στο χειρουργείο διαστολή του τραχηλικού στομίου και, αφού κομματιαστεί το έμβρυο, να αφαιρεθεί κομμάτι-κομμάτι μέσα από τη μήτρα.

Σήμερα κάνουν άμβλωση για τα έμβρυα με μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down ή διάφορες άλλες ασθένειες με πιο μοντέρνες μεθόδους. Απ' ότι φαίνεται, αυτές οι μοντέρνες μέθοδοι δίνουν και κάποιο «άλλοθι» στους γιατρούς που τις

χρησιμοποιούν .Είναι κάτι ανάλογο με αυτό που γίνεται στον πόλεμο. Τα πιο παλιά χρόνια, ο στρατιώτης έβλεπε συνήθως αυτόν που σκότωνε και μπορούσε να έχει και τύψεις. Σήμερα όμως όχι, γιατί πατάς ένα κουμπί και μπορείς να σκοτώσεις χιλιάδες. Κάτι παρόμοιο γίνεται και στην Ιατρική. Αποφασίζει κάποιος υπουργός Υγείας πως πρέπει να γίνεται σε όλες τις εγκύους προγεννητικός έλεγχος, οπότε χιλιάδες έμβρυα ή καλύτερα αγέννητα παιδιά θανατώνονται. Φυσικά, λέμε και «εύγε» σε αυτόν τον Υπουργό, γιατί μας παρουσιάζει τον προγεννητικό έλεγχο σαν κοινωνική προσφορά! Μάλιστα ο κάθε υπουργός Υγείας έχει και την ψευδαίσθηση πως δεν είναι ο υπεύθυνος αυτών των χιλιάδων εκτελέσεων αθώων εμβρύων. Ίσως επειδή δεν επισκέφθηκαν καμία φορά τους φούρνους των νοσοκομείων την ώρα που καίνε τα σωματάκια αυτών των αθώων αγέννητων παιδιών .Αλήθεια, τι διαφορά υπάρχει μεταξύ αυτών των φούρνων των νοσοκομείων μας και των χιτλερικών φούρνων των στρατοπέδων συγκεντρώσεως; Αλήθεια, ποιοι υπέφεραν περισσότερο, αυτοί που εξολόθρευε ο Χίτλερ στους θαλάμους αερίων ή τα αγέννητα παιδιά που εξολοθρεύονται με τη χορήγηση δηλητηριώδους άλατος; Η σημερινή Ιατρική απαντά πως περισσότερο υποφέρουν τα αγέννητα παιδιά!

Μετά από την παρένθεση αυτή, σημειώνουμε μερικούς ακόμα σύγχρονους τρόπους εκτελέσεως των αγέννητων παιδιών .Το φάρμακο της προσταγλανδίνης, που κυκλοφορούσε μόνο σε κολπικά δισκία, σήμερα παρασκευάστηκε και για ενδοφλέβια χορήγηση. Σε ένα ορό 2 AMP ρίχνεται λίγο από το φάρμακο αυτό και σε 7-8 ώρες το πολύ η γυναίκα αποβάλλει το έμβρυο. Μία AMP προσταγλανδίνης στοιχίζει περίπου 25 κυπριακές λίρες. Για κάθε φόνο αγέννητου παιδιού με μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down, που γίνεται στα κρατικά νοσοκομεία, ο φορολογούμενος Κύπριος πληρώνει περίπου 1000 λίρες (500.000 δρχ. περίπου). Όσα χρήματα σπαταλά σήμερα η «πολιτισμένη» Ευρώπη και Βόρεια Αμερική για τον προγεννητικό έλεγχο, εάν χρησιμοποιούνταν για τα πεινασμένα παιδιά της Ασίας, Αφρικής και Λατινικής Αμερικής, δεν θα πέθαινε κανένα από πείνα ή παιδικές αρρώστιες. Όσο στοιχίζουν 2 AMP προσταγλανδίνης, το ίδιο στοιχίζουν και 50 εμβόλια ερυθράς. Τα Υπουργεία Υγείας δεν έχουν κανέναν ενδιασμό για την προμήθεια εκτρωτικών φαρμάκων , γιατί χρησιμοποιούν τα πιο μοντέρνα και ακριβά φάρμακα. Στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα: ακολουθείται η αυτή τακτική και στην προμήθεια των υπολοίπων φαρμάκων; Εάν μια γυναίκα θέλει να κάνει άμβλωση για το άρρωστο αγέννητο παιδί της, εισάγεται χωρίς κανένα πρόβλημα σε κρατικό νοσοκομείο και την επόμενη γίνεται η άμβλωση. Εάν όμως μια άλλη έχει πέτρες στη χολή και χρειάζεται

εγχείρηση, μπορεί κάλλιστα να της λεχθεί ότι θα υπάρξει κρεβάτι σε έξι μήνες. Διερωτώμαι γιατί αυτή η μανία με τις αμβλώσεις, γιατί αυτό το μίσος προς την ίδια την ζωή: Το κάθε παιδί που έρχεται στον κόσμο, είτε είναι άρρωστο είτε είναι υγιές, είναι ένας μικρός άγγελος. Εάν έχεις το δικαίωμα να σκοτώσεις έναν άγγελο, τότε έχεις το δικαίωμα να σκοτώσεις και ένα παιδί που πάσχει από μεσογειακή αναιμία ή σύνδρομο Down.

Τσως είναι περιττό να αναφερθούν οι πολλές επιπλοκές που οπωσδήποτε έχει κάθε γυναίκα μετά την άμβλωση, ιδιαίτερα σε αυτή την προχωρημένη ηλικία της εγκυμοσύνης. Οι καθαρά ιατρικές επιπλοκές μετά από μια άμβλωση, αν και σπάνιες, μπορεί να φθάσουν τις τριάντα, όπως αιμορραγία, μόλυνση, ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου, διάτρηση μήτρας, επιπλοκές της ναρκώσεως κλπ. Η κυριότερη όμως επιπλοκή, η οποία πάντοτε εμφανίζεται σε όλες τις γυναίκες, χωρίς: εξαίρεση, είναι το μετεκτροτικό σύνδρομο, δηλ. όλες οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν ψυχολογικά προβλήματα και τύψεις σε όλη τους τη ζωή!

Σε όλη αυτή τη διαδικασία του προγεννητικού ελέγχου, που γίνεται για τη διάγνωση της μεσογειακής αναιμίας, εκτός από τα άρρωστα μωρά, που θανατώνονται όλα ανεξαιρέτα, θανατώνονται και πάρα πολλά υγιή, λόγω λάθους και παρενεργειών της μεθόδου. Ο ακριβής αριθμός τους είναι άγνωστος, γιατί τα Υπουργεία Υγείας ποτέ δεν έδωσαν επίσημα στοιχεία, για ευνόητους λόγους. Πάντως ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος, λόγω του πολύπλοκου της μεθόδου.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. Αστικοποίηση, Εισόδημα, Μόρφωση.

Σε αντιστοιχία με τη διάκριση σε διεθνές επίπεδο του υψηλού ρυθμού αναπαραγωγής των μη αναπτυγμένων χωρών από το σχετικά χαμηλότερο των αναπτυγμένων, παρατηρούνται παρόμοιες διαφοροποιήσεις και μέσα στα πλαίσια κάθε έθνους. Στατιστικές μετρήσεις που υπάρχουν σε επάρκεια όσον αφορά τις προηγμένες χώρες, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι διαφορετικές κατηγορίες ανθρώπων αναπαράγονται με διαφορετικούς ρυθμούς μέσα στα πλαίσια του ίδιου εθνικού πληθυσμιακού σόλου.

Μια πρώτη τέτοια διαφοροποίηση παρατηρείται μεταξύ των κατοίκων των πόλεων και της αγροτικής υπαίθρου.. Ο βαθμός αστικοποίησης ενός πληθυσμιακού συνόλου σχετίζεται κατά αντίστροφο λόγο με τον μέσο όρο του αριθμού παιδιών ανά οικογένεια, έτσι ώστε οι άνθρωποι των πόλεων να αποκτούν λιγότερα παιδιά από τους ανθρώπους των αγροτικών περιοχών. Στην εκδήλωση αυτής της διαφοράς του ρυθμού αναπαραγωγής θεωρείται ότι συμβάλλει μια ποικιλία παραγόντων όπως οι παραλλαγές στις μρφές της οικογένειας μεταξύ πόλης και χωριού, η διαφορετική αποτελεσματικότητα των ηθών και των εθίμων, η διαφορά του ευρύτερου κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος και μια σειρά άλλοι παράγοντες “υποκειμενικής” ή “αντικειμενικής” αιτιολογίας.

Πάντως σαν γενικότερη εξήγηση αυτής της ανισότητας των ρυθμών αναπαραγωγής, υποστηρίζεται ότι υσχεί η διαφορά του πολιτιστικού επιπέδου μεταξύ πόλης και υπαίθρου. Το ανώτερο πολιτιστικό επίπεδο των πόλεων θεωρείται ότι ευνοεί μια περισσότερο υπεύθυνη στάση απέναντι στην αξία ζωής του ανθρώπου και κατά συνέπεια οι γονείς με αστικό πολιτιστικό υπόβαθρο είναι πιο προσεκτικοί και ποι επιφυλακτικοί για το πόσα παιδιά θα φέρουν στον κόσμο. Αντιθέτα οι γονείς με αγροτικό πολιτιστικό υπόβαθρο, όντας πιο κοντά στη γη και στους φυσικούς ρυθμούς της επιδίδονται στην τεκνοποιοτική λειτουργία πιο αυθόρμητα και πιο απερίσκεπτα.

Παράλληλα, δαιπιστώνεται ότι και η διαφορά στο ύψος του εισοδήματος επηρεάζει τον ρυθμό αναπαραγωγής των ανθρώπων. Σε μια κοινωνία τα μέλη με τα

χαμηλότερα εισοδήματα κάνουν περισσότερα παιδιά σε σχέση με τα μέλη της ίδιας κοινωνίας που έχουν μεγαλύτερα εισοδήματα. Για την αιτιολόγηση αυτής της διαφοράς μπορούν να αναφερθούν αρκετοί παράγοντες, από την έλλειψη στους φτωχούς των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικής λειτουργίας μέχρι και το διαφορετικό περιεχόμενο της καθημερινής ζωής μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών.

Αλλά και σ' αυτή την περίπτωση, σαν γενικότερη εξήγηση του υψηλότερου ρυθμού αναπαραγωγής των φτωχότερων σε σχέση με τους πλουσιότερους, θεωρείται ότι υσχεί η αντίστοιχη διαφορά του πολιτιστικού επιπέδου. Όσο πιο φτωχός είναι ο άνθρωπος τόσο περισσότερο είναι απορροφημένος από την προσπάθεια αντιμετώπισης των βασικών υλικών αναγκών της ζωής του, και τόσο λιγότερο ευκαιρεί να ασχοληθεί με την καλλιέργεια των πνευματικών δυνατοτήτων του. Έτσι και η αξιολόγηση της σπουδαιότητας του γεγονότος της τεκνοποίησης παραμένει σχετικά χαμηλότερη στους φτωχούς οι οποίοι, σε σύγκριση με τους πλουσίους, πιο εύκολα και με λιγότερους ενδοιασμούς αποφασίζουν να κάνουν παιδιά.

Τέλος ένα ακόμα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τις διακυμάνσεις της αναπαραγωγής του ρυθμού αναπαραγωγής ενός πληθυσμού είναι το μορφωτικό επίπεδο των επιμέρους πληθυσμιακών κατηγοριών. Η σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεγεθών, μόρφωσης και αναπαραγωγής, είναι ιδιαίτερα υψηλή και οπωσδήποτε περισχύει όλων των άλλων συσχετίσεων. Βέβαια η μόρφωση είναι μια αρκετά γενική και ασαφής έννοια και είναι αμφισβητούμενο αν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μετρήσεων.

Όμως αν περιοριστούμε στην μερικότερη έννοια της μόρφωσης που αντιστοιχεί στα επίπεδα της εκπαίδευσης όπως αυτή παρέχεται συστηματοποιημένη στα μέλη κάθε κοινωνίας, τότε έχουμε να κάνουμε με κάτι αρκετά συγκεκριμένο και μετρήσιμο.

Υπάρχουν πολλές στατιστικές που αποδεικνύουν ότι το υψηλότερο είναι το επίπεδο αυτής της κοινωνικά συστηματοποιημένης εκπαίδευσης, τόσο χαμηλότερος είναι ο ρυθμός αναπαραγωγής. Οι εντελώς ανεκπαιδευτοί άνθρωποι κάνουν περισσότερα παιδιά από εκείνους που έχουν λάβει στοιχειώδη εκπαίδευση κι ακόμα περισσότερο από όσους έχουν λάβει μέση εκπαίδευση.

Η ίδια κλιμακωτή μείωση του ρυθμού αναπαραγωγής ισχύει και για τις υπόλοιπες βαθμίδες της ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Είναι τόσο ισχυρή αυτή η συσχέτιση της τεκνοποίησης για το επίπεδο της συστηματοποιημένης εκπαίδευσης,

ώστε κατά μέσο όρο οι άνθρωποι μιας κοινωνίας που δεν έχουν εκπαιδευτεί καθόλου, αποκτούν σχεδόν διπλάσιο αριθμό παιδιών από εκείνους που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση.

Σαν συμπληρωματική προς την κοινωνικά συστηματοποιημένη εκπαίδευση, μια άλλη εξειδίκευση της γενικότερης έννοιας “μόρφωσή” είναι εκείνη που αποκτάται στη βάση των προσωπικών εφοδίων ζωής και την οποία μπορούμε να κατονομάσουμε με τον όρο “δια βίου μόρφωση”. Η τελευταία όντας λιγότερο προϊόν την οργανωμένης εκπαίδευσης που παρέχει η κοινωνία, και οφειλόμενη περισσότερο σε σχετικά αστάθμητους Παράγοντες όπως το συναισθηματικό δυναμικό, η διανοητική ευχέρεια, η ευφύια, η πνευματικότητα, ο ψυχολογικός προσανατολισμός, ο πλούτος εμπειριών κ.τ.λ. δεν είναι δυνατό να καταμετρηθεί συγκεκριμένα και απόλυτα. Όμως είναι δυνατό να γίνει αντιληπτή σε μια ευέλικτη και ευαίσθητη ανθρωπολογική παρατήρηση που δεν περιορίζεται από αυστηρούς μεθοδολογικούς κανόνες.

Αντί των έγκυρων στατιστικών μετρήσεων που αναφέρονται στη “συστηματοποιημένη εκπαίδευση”, θα πρέπει να αρκεστούμε, όσον αφορά το επίπεδο της “δια βίου μόρφωσης”, σε ενδείξεις λιγότερο σαφείς αλλά εξίσου χρήσιμες. Και εδώ δικαιολογείται η ίδια διαπίστωση που αποδεδειγμένα ισχύει για την συστηματοποιημένη εκπαίδευση. Όσο ανώτερου επιπέδου είναι η “δια βίου μόρφωση” που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους, τόσο χαμηλότερος είναι ο μέσος όρος του αριθμού των παιδιών που αποκτούν αυτοί.

Αυτή η αντίστροφη σχέση του γενικού επιπέδου μόρφωσης με το ρυθμό της αναπαραγωγής αποτελεί έναν εξαιρετικά σημαντικό δεδομένο για τη μελέτη των αιτιών που φέρνουν τους ανθρώπους στην απόφαση να κάνουν παιδιά. Το γεγονός ότι η μόρφωση αντιστρατεύεται στην αυξημένη αναπαραγωγή των ανθρώπων μπορεί να ερμηνευθεί κατά ένα μέρος σαν αποτέλεσμα της αξιοποίησης των μέσων γνώσης που διαθέτουν οι μορφωμένοι περισσότερο από τους μη έχοντες μόρφωση.

Είναι σίγουρο πώς η μόρφωση σαν εργαλείο, χρησιμεύει σαν αυτοδιαχείριση της ζωής του ανθρώπου σύμφωνα με τις δικές του επιθυμίες. Όμως πέρα από αυτό, η μόρφωση με την ευρύτερη έννοιά της, είναι για τον άνθρωπο ένα από τα κύρια εφόδια που τον καθιστούν ικανό να αναλάβει την ευθύνη της ζωής του, να προχωρήσει στην αναζήτηση της προσωπικής του ολοκλήρωσης, να επιθυμήσει την κοινωνική του ένταξη και να επιλέξει τον τρόπο της ηθελημένης πραγματοποίησής της.

Η μόρφωση τόσο με την έννοια της “συστηματοποιημένης εκπαίδευσης” αλλά και ακόμα περισσότερο με την πολυδιάστατη έννοια που αποκαλέσαμε “διαβίου μόρφωση” αποτελεί τον δυναμικότερο ίσως παράγοντα για την πολιτιστική ανέλιξη του ανθρώπου και της ανθρωπότητας. Γι’ αυτό και σύμφωνα με τα παραπάνω, η αρνητική συσχέτιση του επιπέδου μόρφωσης με τον μέσο όρο του αριθμού παιδιών, ισοδυναμεί με μια πολιτιστική δικαίωση του χαμηλότερου ρυθμού της αναπαραγωγής του ανθρώπου.

2. Εκπαίδευση και νομική θέση της γυναίκας.

Η εκπαίδευση των γυναικών επιρεάζει αναμφίβολα τη γεννητικότητα. Έτσι μια μορφωμένη γυναίκα προσανατολίζεται σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, διεκδικεί ίσα δικαιώματα, ίσες ευκαιρίες με το ισχυρό φύλο, ζητάει νομική καταχώρηση στις διεκδικήσεις της.

Στις παλαιότερες εποχές, τη γυναίκα τη θεωρούσαν υποδεέστερο πλάσμα από τον άνδρα, που διεκδικούσε το δικαίωμα θανάτου και ζωής πάνω της,. Αντίθετα σήμερα βλέπουμε με χαρά πως η γυναίκα εξισώθηκε πέρα για πέρα με τον άνδρα και είναι αστείο να μιλάμε πια για αφέντη και δούλα.

3. Πολιτιστικά πρότυπα.

Παλιότερα στην Ελλάδα ο προορισμός του κοριτσιού ήταν να παντρευτεί σε μικρή ηλικία για να δημιουργήσει μια ευτυχισμένη οικογένεια με πολλά παιδιά. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όμως το ποσοστό των γυναικών που τελείωσαν τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα αυξήθηκε σημαντικά. Τότε ήταν που η γυναίκα άρχισε να εξομοιώνεται με τον άνδρα με αποτέλεσμα να γίνεται οικονομικά ανεξάρτητη και να μη θέλει πλέον τη μεγάλη οικογένεια.

Στην Ελλάδα σήμερα για κάθε οικογένεια αντιστοιχούν 2-6 παιδιά στις μεγάλες πόλεις και 2-9 στην ύπαιθρο.

4. Διαθεσιμότητα των αντισυλληπτικών.

Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα αντισυλληπτικά και τις υπηρεσίες διαφώτισης, κλινικές κ.τ.λ. είναι ένας παράγοντας που επιρεάζει άμεσα τη γεννητικότητα.

Αυτό διαπιστώνει ο καθένας σε χώρες και λαούς όπου δε γίνεται καμιά πληροφόρηση γύρω από τα αντισυλληπτικά. Οι ανορθόδοξοι τρόποι αμβλώσεων, που δίνουν διέξοδο στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, μικρές μητέρες και οι υπέρμετρα πολυμελής οικογένειες είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των υποανάπτυκτων λαών.

Κυβερνητική πολιτική.

Η πολιτική της εκάστοτε κυβέρνησης είναι η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας με κάθε τρόπο. Αυτό προκύπτει από τα μέτρα που παίρνει κάθε φορά για την προστασία του θεσμού του γάμου, της μητρότητας, της εργαζόμενης μητέρας καθώς και από τις φορολογικές απαλλαγές και τα ειδικά επιδόματα που θεσπίζει.

Για παράδειγμα στη Γαλλία η κυβέρνηση τάχτηκε υπέρ της αύξησης του μεγέθους της οικογένειας. Αντίθετα στην Ινδία η κυβέρνηση προσπάθησε να αποθαρρύνει τον γρήγορο ρυθμό τεκνοποίησης. Στην Κίνα γίνεται διαφώτιση σε ευρεία κλίμακα και δίνονται ελεύθερα τα αντισυλληπτικά, ώστε να αναχαιτιστεί η πολυτεκνία, που μαστίζει τη χώρα.

Διαπιστώνουμε λοιπόν, μετά τα παραπάνω παραδείγματα, πως, όπου υπάρχει υπογεννητικότητα, παίρνονται μέτρα από την Πολιτεία για την ενθάρρυνση της αναπαραγωγικότητας, ενώ όπου ο ρυθμός της τεκνοποίησης είναι πολύ γρήγορος, παίρνονται μέτρα για την ανάσχεση της γεννητικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Αμβλώσεις -υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και ο ρόλος του νοσηλευτή.

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

Η Ελλάδα, παρόλο που ανήκει ακόμη στα αναπτυσσόμενα κράτη, λόγω της οικονομικής και κοινωνικής δομής, από δημογραφική άποψη κατατάσσεται μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, αντιμετωπίζει όμως το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα την υπογεννητικότητα.

Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού, που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές, κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της ελληνικής κοινωνίας, γιατί με τη μείωση της γεννητικότητας που συμπίπτει με την αύξηση της μετανάστευσης, μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γηράνσεως του πληθυσμού. Μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν αποδείξει ότι η πληθυσμιακή μείωση της χώρας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έξαρση της μετανάστευσης προς το εξωτερικό και στο χαμηλό ποσοστό γεννητικότητας.

Μέχρι τώρα έχουν γίνει πολυάριθμες μελέτες, δημογραφικού και θρησκευτικού περιεχομένου, με σκοπό όχι μόνο του φαινομένου της υπογεννητικότητας και αναζήτηση των αιτιών της, αλλά και την επισήμανση του άμεσου κινδύνου που εγκυμονεί αυτή η κατάσταση για την επιβίωση του Έθνους, γεγονός που πρέπει να προβληματίσει την κοινή γνώμη και πολύ περισσότερο του υπευθύνους.

Σπουδαίο ρόλο στην υπογεννητικότητα παίζει και η έκτρωση, η οποία έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια.

Το θέμα της έκτρωσης δεν έχει εξεταστεί ακόμα στην Ελλάδα από κοινωνιολογικής πλευράς. Ο καθηγητής Βαλαώρας έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για τις εκτρώσεις μετά από τη μελέτη που έκανε το 1966-69. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι το 37% των Ελληνίδων έκανε από μία φορά άβλωση τουλάχιστον. Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα, η άμβλωση στην Ελλάδα είναι κατ' εξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της περιοχής Αθηνών 97% έναντι 22% στις αγροτικές περιοχές.

Επειδή η άμβλωση δίνει πρακτικά αποτελέσματα στα προχωρημένα στάδια κύησης, κατά τον καθηγητή Βαλαώρα χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο.

«Οι προκλητές εκτρώσεις δεν αποτελούν το μόνο μέσο στο οποίο οι σημερινές ελληνίδες καταφεύγουν για περιορισμό του αριθμού των τέκνων .Στην πραγματικότητα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα λαμβάνονται εξίσου ή ενίοτε συχνότερα των εκτρώσεων , τουλάχιστον κατά τα αρχικά στάδια της αναπαραγωγικής δραστηριότητας των συζύγων .Μόνο αργότερα, όταν οι γονείς απογοητευτούν από τη μερική ή ολική αποτυχία των άλλων μέτρων , τα ζευγάρια στρέφονται όλο και περισσότερο στη βίαιη ,διακοπή της κύησης, μέτρο το οποίο λαμβάνει τότε προτεραιότητα έναντι κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου».

Σύμφωνα με τα πορίσματα μιας συγκριτικής έρευνας που έγινε στη Γαλλία, η άμβλωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέσο όταν ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπαρκτος και όταν τα νεαρά ζευγάρια δεν μπορούν να καταφύγουν στις απαρχαιωμένες μεθόδους όπως η διακεκομμένη συνουσία.

Στην ίδια έρευνα αναφέρεται χαρακτηριστικά σε χώρες όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται ελλιπώς, η άμβλωση αποτελεί την εύκολη λύση για τα ζευγάρια που δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο θέμα της γονιμότητάς τους.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επίτευξη των στόχων όλων των βαθμίδων της αγωγής υγείας είναι βασικότατος.Ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες.

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

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

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

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

Ασκεί συμβουλευτική υγείας και αγωγή υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αμβλώσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε κέντρα υγείας, σχολεία, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Ασκεί σχολική υγιεινή σε συνεργασία με τον υπεύθυνο γιατρό. Συμμετέχει σε προγράμματα προστασίας και προαγωγής της υγείας των φυματικών, διαβητικών, καρκινοπαθών, πολυμεταγγιζόμενων ή χρονίως πασχόντων .

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

Στις υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής παρέχει πρώτες βοήθειες, συμμετέχει σε προγράμματα ειδικών προληπτικών εξετάσεων σε ειδικές ομάδες εργαζομένων.

Έτσι λοιπόν, ο νοσηλευτής καλείται σήμερα να αγκαλιάσει το κοινωνικό σύνολο και να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το τόσο μεγάλο κοινωνικό και εθνικό πρόβλημα της χώρας μας -την υπογεννητικότητα.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής της κοινότητας θα πρέπει: α)Να διαφωτίσει το κοινό σχετικά με τα νοσήματα της εποχής μας που παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες).β)Να παρέχει πληροφορίες και να δίνει οδηγίες για την πρόληψη και αποφυγή των νοσημάτων αυτών.

γ)Να ασκείται τακτικά καθώς η άσκηση έχει ευνοϊκή επίδραση όχι μόνο στην καρδιά αλλά και στις φλέβες και στις αρτηρίες.

Οδηγίες που θα πρέπει να δίνει για την πρόληψη των νεοπλασμάτων είναι να αποφεύγεται το κάπνισμα, που αποτελεί το σπουδαιότερο προληπτικό παράγοντα.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να πληροφορήσει το κοινό σχετικά με τις επιπτώσεις των αμβλώσεων στην αύξηση του πληθυσμού. Θα πρέπει ενημερώνοντας να αποτρέψει τις γυναίκες από την άμβλωση, λέγοντάς τους για τις επιπλοκές που μπορεί να τους δημιουργήσει κατά τη διάρκεια αυτής και τις ανεπανόρθωτες βλάβες που μπορεί να τους προκαλέσει μετά από αυτή (διάτρηση μήτρας, φλεγμονές μήτρας-σαλπίγγων, δευτεροπαθή στειρώση, αιμορραγία, καθ'έξιν αποβολές, ψυχολογικά προβλήματα).

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

Να παραπέμπει τα ζευγάρια με προβλήματα στειρότητας, στον αρμόδιο γιατρό και να τα πληροφορεί για την τεχνητή γονιμοποίηση. Να παροτρύνει τα νέα ζευγάρια να υποβάλλονται σε προγεννητικό έλεγχο αφού έτσι μπορούν να προληφθούν διάφορα λοιμώδη και κληρονομικά νοσήματα όπως σύφιλη, μεσογειακή αναιμία, σύνδρομο Down, Aids, κ.λ.π. Να διαφωτίσει τις γυναίκες για τους κινδύνους που διατρέχει τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο από μια πιθανή εγκυμοσύνη μετά το 35^ο της ηλικίας τους και να τις συμβουλεύει για τις απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να υποβάλλονται π.χ. αμνιοκέντηση.

Με τον τρόπο αυτό εμείς οι νοσηλευτές θα μπορέσουμε μέσα από τους δρόμους που μας δίνει η επιστήμη μας να συμβάλουμε με όλες μας τις δυνάμεις στην επίλυση ενός μεγάλου εθνικού προβλήματος, της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Στοιχεία που θα μας βοηθήσουν στο δύσκολο έργο μας θα είναι η γνώση και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Νομοθετική διάταξη στην Ελλάδα

Οι αμβλώσεις στην Ελλάδα νομιμοποιήθηκαν το 1986 με την ψήφιση του νόμου 1609. Στα χρόνια που προηγήθηκαν οι αμβλώσεις ήταν παράνομες και ως εκ τούτου τιμωρητές -ωστόσο στην πορεία του χρόνου οι νόμοι που τιμωρούσαν την άμβλωση σαν έγκλημα, έπαψαν να εφαρμόζονται και όλο και λιγότερες περιπτώσεις έρχονται στα δικαστήρια.

Το 1959 είχαμε το μέγιστο αριθμό καταδίκων. Καταδικάστηκαν για άμβλωση 27 άτομα. Το 1967 είχαμε 21 καταδίκες. Το 1974 είχαμε 8 καταδίκες ενώ ο ίδιος αριθμός ισχύει και για το έτος 1975 και το 1976 φτάσαμε στις 2 μόλις καταδίκες.¹⁵

Αυτό ήταν απόρροια «εκμετάλλευσης» κάποιων εξαιρέσεων που προέβλεπε ο Ποινικός Κώδικας. Συγκεκριμένα ο Π.Κ. του 1950 επιτρέπει την άμβλωση σε περίπτωση «ιατρικής ενδείξεως», (όταν διαπιστωθεί μόνιμη ή προσωρινή ανωμαλία στην ανάπτυξη του εμβρύου, ή στην υγεία της γυναίκας), και «ηθικής ενδείξεως» (όταν η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού, αποπλάνηση ανήλικου).¹⁶

Στις αρχές της δεκαετίας του 80 και πριν την νομιμοποίηση των αμβλώσεων, αυτές σύμφωνα με επίσημες στατιστικές υπολογίζονταν γύρω στις 100.000 το χρόνο. Σήμερα, 12 χρόνια μετά την νομιμοποίηση ο αριθμός ανέρχεται στις 300.000 με 400.000 το χρόνο!

Η νομική κατοχύρωση αυτών των πράξεων βρίσκεται στην παράγραφο 4 του Άρθ. 304 περί τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης του Ποινικού Κώδικα. Συγκεκριμένα στην παράγραφο αυτή αναφέρεται: «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις :

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

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

Στο ίδιο άρθρο και στις 3 πρώτες παραγράφους του προβλέπεται ποινική δίωξη για τις εξής περιπτώσεις

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

2. α) Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών κι αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

β) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης, προκλήθει βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της εοιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.

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

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το άρθρο 305 του Π.Κ. περί διαφήμισης μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.

α) Η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας στο θέμα των αμβλώσεων

Από όσα διδάσκει η Αγία Γραφή για τη δημιουργία του ανθρώπου, από όσα οι Άγιοι Πατέρες της Εκκλησίας αποσαφηνίζουν και Οικουμενικές Σύνοδοι αποφάσισαν, καθώς και από όσα οι Ιεροί Κανόνες της Εκκλησίας αποκαλύπτουν το συμπέρασμα είναι σαφέστατο σχετικά με την Ορθόδοξη Ανθρωπολογία και Ορθόδοξη Χριστολογία: ο άνθρωπος είναι ενιαία ψυχοσωματική ολότητα από την πρώτη στιγμή της σύλληψής του «Άμα σύλληψις, άμα και άνθρωπος τέλειος εκ ψυχής και σώματος». Ας μην ξεχνάμε πως η εκκλησία μας γιορτάζει στις 23-9 την σύλληψη του Προδρόμου από την Ελισσάβετ, στις 9-12 την σύλληψη της Θεοτόκου από την Αγία Άννη και τη σύλληψη του Θεανθρώπου με τον Ευαγγελισμό της Θεοτόκου στις 25-3.

" Ο Άγιος Γρηγόριος Νύσσης (4ος αιώνας μ.Χ.) γράφει: «Το ανθρώπου, πού είναι ψυχοσωματική οντότητα, μία και κοινή είναι η χρονική αρχή της υπάρξεως. Ούτε το σώμα προηγείται χρονικά από την ψυχή, ούτε η ψυχή προηγείται χρονικά από το σώμα. Καί των δύο (ψυχής και σώματος) η χρονική αρχή συνίσταται τη στιγμή της σύλληψης».

Σχετικά με τους Ιερούς Κανόνες της Εκκλησίας (σε σχέση με την έναρξη της ανθρώπινης ζωής και της αμβλώσης) βρίσκουμε ότι:

Ο 2^{ος} Κανόνας του Μ. Βασιλείου λέει: «Η έγκυος γυναίκα, που σκόπιμα και συνειδητά κατέστρεψε το κυοφορούμενο έμβρυο, κρίνεται και κανονίζεται για επιτέλεση φόνου. Κι αυτό ισχύει για οποιοδήποτε στάδιο ανάπτυξης κι αν ήταν το κυοφορούμενο έμβρυο». Ο Μ. Βασίλειος είχε σπουδάσει Ιατρική στην Αθήνα και υποστήριζε ότι: «ημείς εξεικονυσμένον και μή εξεικονυσμένον έμβρυον δέν γνωρίζομεν». Διαπιστώνουμε πως το δίλημμα για το πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο υπήρχε και τότε και ο ιερός Πατέρας είχε πάρει σαφή θέση. Είτε το έμβρυο έχει πάρει μορφή και χαρακτηριστικά ανθρώπου είτε όχι, είναι ζωντανός άνθρωπος και κάθε απόπειρα κατά της ζωής του φόνος.

Άλλος Ιερός Κανόνας (91ος της ΣΤ' Οικουμενικής Συνόδου του Τρούλου στην Κωνσταντινούπολη) υιοθετώντας τις απόψεις του Μ. Βασιλείου εξομοιώνει την παροχή και λήψη εκτρωτικών μέσων με το φόνο και καθορίζει πια οριστικά την στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο επίμαχο θέμα. «Και όσες γυναίκες χορηγούν

εκτρωτικά φάρμακα, και αυτές είναι και κρίνονται σαν φονεύτριες, όπως, επίσης είναι φονεύτριες και όσες δέχονται τα εμβρυοκτόνα αυτά δηλητήρια».

Ας σημειωθεί ότι στο Κανονικό Δίκαιο της Ανατολικής Ορθόδοξης Εκκλησίας δεν υπάρχει διάταξη που να αφορά σε περίπτωση ιατρικά επιβαλλόμενης άμβλωσης, όπως π.χ. συμβαίνει στον ελληνικό Π.Κ. (άρθρο 304 παρ. 4) ή και στον ελληνικό νόμο 1609/86 περί «τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης».²⁰

Ενατίον αυτού του νόμου η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας με την περίφημη εγκύκλιό της τον Μάρτιο του 1986 με ατράνταχτα επιχειρήματα καταδικάζει κάθε απόπειρα κατά της ζωής του εμβρύου.²¹

Για την Ορθόδοξη Εκκλησία η έκτρωση άμβλωση ή διακοπή της κύησης δεν είναι απλώς κάποια ηθικά επιτρεπτή πράξη. Είναι ένας –χωρίς περιστροφές και αμαρτωλές ωραιολογίες –φόνος. Ένας εκ προ μελέτης φόνος. Και μάλιστα είναι φόνος πιο ένοχος και πιο αμαρτωλός και πιο θεομίσητος από κάθε άλλο φόνο, γιατί στερεί από ένα ανθρώπινο ον τη ζωή πριν τη γευθεί, και κυρίως πριν αξιωθεί του άγιου Βαπτίσματος.²²

Ορθότατα η εκκλησία διαμαρτύρεται κατά της νομιμοποίησης των αμβλώσεων. Φρουρός του υπέρτατου Ηθικού νόμου, δεν είναι δυνατός να παραμείνει απαθής όταν βλέπει να νομιμοποιούνται τα εγκλήματα. Οι πάντες έχουν γνώμη για οποιοδήποτε εθνικό ή κοινωνικό ζήτημα, επομένως και η εκκλησία οφείλει να μη σιωπά στα πελώρια ηθικά, κοινωνικά και εθνικά θέματα. Βέβαια θα ήταν αδιανόητο η εκκλησία να αξιώσει από την πολιτεία και να τιμωρεί τους μη εκκλησιαζόμενους, τους μη εξομολογούμενους, τους μη νηστεύοντες ή τους σχετικούς ή τους απίστευτους.

Αναφέρουμε μια μαρτυρία:

«Μια γυναίκα έμεινε έγκυος στον Αμφιλόχειο δηλαδή πριν από 33 χρόνια και είχε αρχίσει η μόδα των αμβλώσεων να μεταδίδεται και στα χωριά. Επειδή είχε άλλα τρία παιδιά, σκέφθηκε με το σύζυγό της να μην το κρατήσουν αυτό. Πήγαν στην πόλη και επισκέφθηκαν γνωστό τους γιατρό γυναικολόγο. Του είπαν τι ήθελαν, εκείνος τους άκουσε και μετά τους είπε: «Βρε Κώστα αφού θέλεις να έχεις τρία παιδιά και τα τέσσερα σου φαίνονται πολλά γιατί δεν κάνεις κάτι άλλο. Ας σκοτώσεις καλύτερα ένα από τα τρία που έχεις, κατά προτίμηση το μικρότερο και να αφήσουμε αυτό να γεννηθεί, έτσι και τρία παιδιά θα έχεις πάλι και η γυναίκα σου δε διατρέχει κανένα κίνδυνο». Όταν άκουσε αυτό ο σύζυγος ανατρίχιασε, νόμισε ότι έπεσε κεραυνός στο κεφάλι του. Τότε κατάλαβε τι πήγαινε να κάνει. «Καλά γιατρέ μου, έχεις δίκιο, του είπε. Σ' ευχαριστώ το παιδί θα το κρατήσουμε». «Και θα το βαφτίσω εγώ» είπε ο

γιατρός. Δώσανε τα χέρια και όταν γεννήθηκε ο Αμφιλόχιος και όταν το βάφτισε ο γιατρός του έδωσε το όνομα του πατέρα του που έτυχε να τον λένε Αμφιλόχιο. Έπειτα από αυτό πού να ξανασκεφθούν για άμβλωση. Έτσι ήλθαν στον κόσμο άλλα δύο παιδιά μετά τον Αμφιλόχιο. Και φυσικά δε μετανιώσανε ποτέ. Όλα του τα παιδιά βγήκαν πολύ καλά και όλα αποκατασταθήκανε με τον καλύτερο τρόπο. Όταν μεγαλώσανε και πήρανε το δρόμο του Θεού βοήθησαν του γονείς τους να γίνουν καλοί χριστιανοί...». ²³

β) Η θέση άλλων θρησκειών.

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία είναι ενάντια στη διακοπή της εγκυμοσύνης και θεωρεί αυτή την πράξη ανήθικη και καταδικαστέα. Παρ'όλα αυτά η άμβλωση επιτρέπεται αν πρόκειται να σωθεί η ζωή της μητέρας.

Οι Προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη, ενώ μερικά δόγματά τους αναφέρουν πως «Η θεραπευτική άμβλωση είναι επιτρεπτή όταν ζητείται». Ωστόσο κάποιοι Προτεστάντες ασπάζονται τη θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας για το ζήτημα αυτό.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την άμβλωση, ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού Νόμου. Γενικά όμως φαίνεται ότι η άμβλωση είναι αποδεκτή για τη «διατήρηση της υγείας της μητέρας».

γ) Η άποψη φεμινιστικών οργανώσεων.

Το φεμινιστικό κίνημα ασχολείται με όλα τα προβλήματα, τις αδικίες και τα διλήμματα που υπάρχουν στη ζωή των γυναικών. Θα ήταν λοιπόν αδύνατο, να μην έχει υιοθετήσει μια συγκεκριμένη στάση και πολιτική στο ζήτημα των αμβλώσεων

Χρόνια τώρα ο φεμινισμός πολεμούσε ενάντια στους νόμους που καταδίκαιζαν την άμβλωση ως πράξη εγκληματική και τιμωρούσαν τις γυναίκες που αμβλώνονταν και τους γιατρούς που συνεργούσαν .διαποτισμένος με το πνεύμα της ισοτιμίας αλλά και της άκρατης ελευθερίας των γυναικών, διαλαλούσε με συγκεντρώσεις, με πορείες, με ομιλίες και διαλέξεις το αίτημα για «ελεύθερες αμβλώσεις».

Το αίτημα αυτό πήγαζε και από την ανάγκη προστασίας της γυναίκας, επειδή οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονταν (πριν την νομιμοποίηση) κάτω από ανθυγιεινές συνθήκες με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας (Ενωση Γυναικών Ελλάδος).

Εξάλλου η θεωρία των γυναικείων σωματίων έλεγε πως «Πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις γιατί αυτό συμβαίνει σ' όλες τις πολιτισμένες χώρες». Πίστευαν πως η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικοκοινωνική χειραφέτηση, πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας, τη «μητρική δουλεία» από την οποία ο άντρας είναι απαλλαγμένος.

Γενικότερα ο φεμινισμός στόχευε να βάζει «τέρμα στις στενοκεφαλιές των αρτηριοσκληρωτικών». Συνθήματα των απανταχού φεμινιστριών ήταν κι άλλα όπως «Το σώμα μας το ορίζουμε μόνο εμείς και θα το κάνουμε ό,τι θέλουμε». «Δεν έχει κανένας το δικαίωμα να επεμβαίνει στα καθαρώς προσωπικά μας θέματα».

Η δύναμη των συνθημάτων αυτών ήταν τόσο μεγάλη και η οργάνωση τόσο καλή που δεν θα ήταν υπερβολή αν λέγαμε πως συνέβαλαν καταλυτικά στην αποποινικοποίηση των αμβλώσεων το έτος 1986 στην χώρα μας.²³

δ) Απόψεις ανθρώπων του πνεύματος κατά των αμβλώσεων.

Ο διαπρεπής Γάλλος καθηγητής της κυτταρογενετικής στο Πανεπιστήμιο των Παρισίων Ιερώνυμος Λεζέν γράφει: «Όπως όλοι οι επιστήμονες που παρατηρούν αμερόληπτα τα βιολογικά φαινόμενα, είμαι κι εγώ πεπεισμένος, ότι το ον άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει από την στιγμή της γονιμοποίησης. Αυτό σημαίνει ότι η εσκεμμένη εξαφάνιση ενός εμβρύου οποιασδήποτε ηλικίας ισοδυναμεί με φόνο ενός ανθρώπινου όντος».

Ο ίδιος καθηγητής, ο Λεζέν, σε ανακοίνωσή του στην Ακαδημία Ηθικών και Πολιτικών Επιστημών της Γαλλίας την 1 Οκτωβρίου 1973 δήλωσε: «Η αρχή του ανθρώπινου όντος ανάγεται στη στιγμή της σύλληψης (γονιμοποίησης)... Αυτό το ανθρώπινο ον είναι από τότε τέλειο και μοναδικό. Είναι ένα, γιατί είναι πάντοτε απόλυτα το ίδιο σε όλα του τα σημεία, και μοναδικό, γιατί δεν μπορεί σε τίποτε να αντικατασταθεί σε κάτι άλλο! ... Αυτό το μικροσκοπικό έμβρυο την 6η ή 7η ημέρα της ζωής του, που έχει μόλις ενάμισι χιλιοστό ύψος, είναι ικανό κιόλα να προνοεί για την τύχη του.

Αυτό, ναι αυτό επιφέρει την διακοπή του έμμηνου κύκλου της μητέρας του, επιβάλλοντας έτσι στη μητέρα του να το προστατεύει».²²

Ο Dr. Ernest Haunt λέει: «Το γονιμοποιημένο ωάριο δεν είναι μια απλή κυτταρική μάζα, χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. ..Είναι πλήρως κι απολύτως η ζωή μιας ανθρώπινης υπάρξεως. Και έχει τόση ζωή, όσο το νεογέννητο, το νήπιο, το παιδί, ο

έφηβος και ο ώριμος. Συνεπώς στην άμβλωση σκοτώνεται η ανθρώπινη ζωή, η ανθρώπινη ύπαρξη, έστω, κι αν βρίσκεται στα πιο πρώιμα στάδιά της». ²²

Ο καθηγητής Αβραμίδης επισημαίνει: «Το έμβρυο δεν είναι μέρος του σώματος της κυοφορούσης. Και συνεπώς δεν μπορεί μόνη να αποφασίζει για την τύχη του εμβρύου της, όπως θα αποφάσιζε για την αφαίρεση ενός οργάνου του σώματός της, π.χ. της σκωληκοειδούς αποφύσεως ή των αμυγδαλών της». ²²

Ο ιατρός-γυναικολόγος Δρ. Δημ. Παπαευαγγέλου γράφει «Τώρα, πέρα από φιλοσοφικές ή θεωρητικές θέσεις, είναι βέβαιο ότι ο άνθρωπος ως αξία υπάρχει «εξ άκρας συλλήψεως» και ότι η ζωή δεν αρχίζει μετά την πλήρη οργανογένεση «8η-12η εβδομάδα (όπως πίστευαν παλαιότερα). Το έμβρυο δεν είναι εξάρτημα ή μέλος του σώματος της γυναίκας με δικαίωμα θανάτωσης ή ζωής». ²²

Ο ακαδημαϊκός Ν. Λούρος θεωρεί τις άμβλώσεις «φόνος εκ προμελέτης, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας αξιόποινης πράξεως». Αποτελούν «τον υπ. αριθμ. 1 κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου -για διάτρηση της μήτρας και από μόλυνση κατά την επέμβαση.

Ο Δημ. Τριχόπουλος, πρόεδρος Κρατικής Επιτροπής Πληθυσμού λέει «Το γεγονός ότι 1 στα 4 κορίτσια, με εμπειρία γενετήσιας ζωής, έχει επίσης την οδυνηρή εμπειρία της άμβλώσεως, δίνει τις διαστάσεις της κοινωνικής μας ευθύνης, απέναντι στην οποία δεν επιτρέπεται να σιωπήσουμε».

Ο Διον. Αραβαντινός αναφέρει: «Η βελτίωση, η τεχνική που κάνει πιο εύκολη την άμβλωση είναι εξαιρετικά ύπουλη, γιατί οδηγεί πιο εύκολα τις γυναίκες σε αυτή τη λύση. Και αυτό είναι εκείνο που πρέπει να τονισθεί στο γυναικείο πληθυσμό».

Ο καθηγητής Θεολογίας κος Μάρκος Σιώτης λέει: «Η Εκκλησία, αντιμετωπίζουσα το θέμα, από αγάπη προς τον άνθρωπο -και όσα δίδαξε ο Χριστός με την ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου της ανθρώπινης ύπαρξης - δεν αναγνωρίζει σε κανέναν το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, η οποία δεν οφείλεται μόνο στη συνεργασία των γονέων, αλλά και του Δημιουργού της ζωής, του Θεού».

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Πατρός Παϊσίου που καλεί τους ιατρούς «να γνωστοποιούν στις γυναίκες ότι η επιστήμη έχει αποφανθεί πως το 95% απ' τις γυναίκες που έχουν στο παθητικό τους μια άμβλωση προσβάλλονται από καρκίνο στη μήτρα στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες, στο μαστό κτλ, γιατί ο οργανισμός, όταν η γυναίκα συλλάβει, είναι έτσι ρυθμισμένος ώστε να διεγείρεται όλος σε μια ετοιμασία για να αναπτυχθεί το βρέφος. Για παράδειγμα οι μαστοί προετοιμάζονται να παράγουν το μητρικό γάλα, οι ορμόνες αλλάζουν κλπ. Όταν λοιπόν μια γυναίκα

κάνει άμβλωση, σταματά εντελώς απότομα όλες αυτές τις διεργασίες του οργανισμού και επέρχονται οι φυσιολογικές αρνητικές επιπτώσεις, όπως του καρκίνου. Να εξηγούν λοιπόν, οι ιατροί, λεπτομερώς το τι συμβαίνει και τις επιπτώσεις».

ε) Ηθική άποψη

Η κοινωνία έχει συνήθως ηθικά προβλήματα στο να αποδεχτεί την άμβλωση στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Γενικά πιστεύεται ότι το έμβρυο αξίζει να προστατεύεται περισσότερο όταν η εγκυμοσύνη γίνεται εμφανής από τη στιγμή που η βιωσιμότητα του εμβρύου προσεγγίζεται. Ηθικά διλήμματα λοιπόν περιβάλλουν την καθυστερημένη άμβλωση και έχουν δύσκολες συνέπειες για τις γυναίκες και για όσους εμπλέκονται σ' αυτήν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αμβλώσεων με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπαιρέωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου.

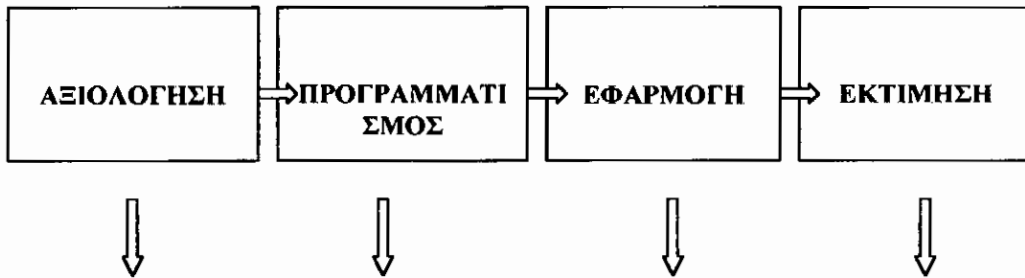
Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ιδίων παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας. Ο/η νοσηλευτής – τρια δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στη σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Η νοσηλευτική διεργασία διακρίνεται σε 4 στάδια:

- Την διαπίστωση των αναγκών του αρρώστου (αξιολόγηση),
- Την τοποθέτηση αντικειμενικών σκοπών (προγραμματισμός φροντίδας).
- Τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις .
- Την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ



Αξιολόγηση	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ		
Διαπίστωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝ.Σ	ΝΟΣΗΛ.	ΑΠΟΤΕΛΕΣ-
Αναγκών	ΚΟΠΟΙ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΜΑΤΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι

ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Στην προσπάθειά μου να εφαρμόσω τη μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας σε εγκυμονούσα που έχει πάρει την απόφαση να κάνει την άμβλωση ή είναι απαραίτητο λόγω κάποιας ασθένειας επισκεύτηκα τη χειρουργική κλινική του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΖΑΚΥΝΘΟΥ και με τη βοήθεια της προϊσταμένης και του γυναικολόγου επικοινωνήσα προσωπικά με δύο εγκυμονούσες που διέκοψαν την κύηση.

Οι πηγές τις οποίες χρησιμοποίησα για να συλλέξω τα στοιχεία είναι παρμένα τόσο από την λεκτική μου επικοινωνία με αυτές όσο και από τους φακέλους των δύο γυναικών που περιέχουν εργαστηριακές εξετάσεις, ιστορικό κλπ.

Νοσηλευτικό ιστορικό.

Γυναίκα ηλικίας 25 ετών εισήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου στη Μαιευτική κλινική στις 7/4/2001. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά».

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση 8 εβδομάδων. Μόλις ανακάλυψε ότι έχει προσβληθεί από ερυθρά κρίθηκε αναγκαία η διακοπή της κύησης.

Στοιχεία ασθενούς:

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 25 ετών

Επάγγελμα: Ιδιωτική υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη.

Τόπος γέννησης: Ζάκυνθος

Τόπος κατοικίας: Ζάκυνθος

Έτος γέννησης: 1976

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτη Λυκείου

Ύψος: 1,67m

Βάρος: 56kg.

Θερμοκρασία: 36,9c

Πίεση: 120mmHg.

Σφύξεις: 78/min.

Κατά την είσοδο της ασθενούς στη Μαιευτική κλινική προγραμματίστηκαν οι εξής εξετάσεις:Γενική αίματος, ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας.Η διακοπή της κύησης θα γινόταν την επομένη το πρωί 8/4/2001.

Μετά την επέμβαση δεν παρουσιάστηκαν σοβαρά προβλήματα και η ασθενής πήρε εξιτήριο την επομένη μέρα 9/4/2001.Ο γιατρός έδωσε τις απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες mitrotan 1x1 και Augmentin 1x3 για μια εβδομάδα.Μετά από 8 ημέρες θα έπρεπε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση.

Κατά την παραμονή της ασθενούς στην κλινική τεθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

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

Pethidine (0.05 mg.) im 1x2 (μετεγχειρητικά)

Apotel im 1x1 (επί πόνου).

Lasix i 1x1 (κατόπιον ιατρικής οδηγίας).

Mitrotan 1x1 (μετεγχειρητικά)

Augmentin 1x3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά).

ΑΙΟΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ.
<ul style="list-style-type: none"> Θερμοκρασία 37,7⁰ (κυρίως ψυχογενετικής φύσεως). 	<ul style="list-style-type: none"> Επικοινωνία και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> Δήψη ζωτικών σημείων. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Αλλαγή ενδυμάτων. Χορήγηση αντιπυρετικού. 	<ul style="list-style-type: none"> Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο. Χορηγήθηκε Apotel 1amp (1m) 1x1 κατόπιν εντολή ιατρού. Έγινε αλλαγή ενδυμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πυρετός κατόπιν των παραπάνω ενεργειών που έγιναν σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΙΟΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ.
<ul style="list-style-type: none"> Ναυτία –εμετός από την αναισθησία. 	<ul style="list-style-type: none"> Καταστολή της ναυτίας και του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση του εμετού (χρόνια, οσμή, ποσότητα και συχνότητα)> Χορήγηση αντιεμετικού κατόπιν εντολή ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Καταγραφή στο φύλο νοσηλείας της γυναίκας, την συχνότητα και τον χαρακτήρα των εμετών. Χορηγήθηκε Primperan iv 1x1 	<ul style="list-style-type: none"> Μετά από λίγες ώρες η γυναίκα επέβλεπε την αναισθησία και ηρέμησε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> • Αγωνία και φόβος, (προεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και της αγωνίας, 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροτρύνηση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια το φόβο της για την άμβλαση. • Γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει τους φόβους της και τις αδυναμίες της. • Ηγνωριμία της με το νοσηλευτικό προσωπικό την έκανε να νιώσει καλύτερα και περιορίστηκε το άγχος και η αγωνία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της ασθενούς για την επέμβαση.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> Αρτηριακή πίεση . 	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης. Χορήγηση αντυρετασικών. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. Ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Χορηγήθηκε 1 amp. Pethidine 1x2 (0.05 mg) (1m) μετά από ιατρική εντολή για να αντιμετωπιστεί η αρτηριακή πίεση. Δόθηκε η ευκαιρία στην ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της. Απορίες σχετικά με την πορεία της κατάστασή της και ακόμα να εκφράσει την συναισθηματική της κατάσταση. 	<ul style="list-style-type: none"> Με την χορήγηση της Pethidine μειώθηκε η αρτηριακή πίεση όπου έφθασε στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Εκτιμώθηκαν οι ανάγκες της ασθενούς από την νοσηλεύτρια. Σημαντικό ρόλο έπαιξαν ο ρόλος της νοσηλεύτριας ώστε η ασθενής να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματά της με αποτέλεσμα να νιώσει πιο ήρεμη και να νιώθει ότι περιβάλλεται από αγάπη και φροντίδα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II

Νοσηλευτικό ιστορικό.

Γυναίκα ηλικίας 27 ετών εισήλθε στην Μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ζακύνθου στις 19-5-2001. Στο εισιτήριό της τέθηκε διάγνωση «Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων».

Το ιστορικό της αναφέρει κύηση 8 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να έχει καταλάβει ότι είναι έγκυος της είχαν χορηγηθεί αντιβιοτικά φάρμακα για λοίμωξη του αναπνευστικού.

Στοιχεία ασθενούς:

Φύλο : Γυναίκα.

Ηλικία : 27 ετών.

Επάγγελμα : Δημόσιος υπάλληλος.

Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμη.

Τόπος γέννησης: Αθήνα.

Τόπος κατοικίας: Ζάκυνθος.

Έτος γέννησης: 1974.

Γραμματικές γνώσεις : Απόφοιτος Γυμναστικής Ακαδημίας.

Ύψος : 1,74.

Βάρος: 68kg.

Πίεση : 110 mmHg.

Σφύξεις : 76/min.

Θερμοκρασία : 36,6⁰C.

Μετά την είσοδο της γυναίκας στη Μαιευτική κλινική έγιναν οι εξής εξετάσεις :

Γενική αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος, υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Η διακοπή της κύησης θα γινόταν την επόμενη ημέρα στις 20-5-2001. Η ασθενής πήρε εξητήριο την ίδια μέρα και ορίστηκε επανεξέταση μετά από μία εβδομάδα

Τέθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή κατά την παρακολούθηση της στην κλινική:

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

Aprotel 1x1 (επί πόνου).

Primperan iv (κατόπιν εντολή ιατρού).

Mitrotan 1x1 (μετεγχειρητικά).

Augmentin 1x3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 5 ημέρες).

Συμπεράσματα

Θα κλείσουμε την εργασία με το εξής ερώτημα : Αποτελεί άραγε «πρόβλημα η άμβλωση» για τους νοσηλευτές/ τριες. Νομίζω πως η απάντηση είναι :ΝΑΙ.

Καθημερινά το αντιμετωπίζουν στην κοινότητα, στις ιδιωτικές κλινικές, στα δημόσια νοσοκομεία. Καλούντε λοιπόν να προσφέρουν το νοσηλευτικό τους έργο, αλλά κυρίως να ενημερώνουν τις γυναίκες μέσω του Οικογενειακού Προγραμματισμού που αποτελεί βασικό στοιχείο της Προληπτικής Ιατρικής. Στόχος του οποίου είναι η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής με τον προγραμματισμό της οικογένειας που μπορεί να επιτευχθεί με :

-
- 1) Τη γέννηση επιθυμητών παιδιων που θα ζήσουν σε μια ευτυχισμένη οικογένεια.
 - 2) Την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή μεθόδων αντισύλληψης οι οποίες είναι ασφαλέστερες από την τεχνητή άμβλωση
 - 3) Τη ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων.
 - 4) Τον έλεγχο του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων.
 - 5) Την επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει.
 - 6) Την αντιμετώπιση των προβλημάτων αναπαραγωγής.
 - 7) Την πρόληψη των νοσημάτων που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή.
 - 8) Την πρόληψη κληρονομικών παθήσεων.
 - 9) Την σεξουαλική αγωγή
 - 10) Την πρόληψη καρκίνου (μαστού, τραχήλου, μήτρας) του γυναικείου πληθυσμού).

Τελειώνοντας αυτή την εργασία σας εκφράζω την αισιοδοξία μου ότι θα μειωθεί ο αριθμός των αμβλώσεων και θα υπάρξει μια ισορροπία στο κοινωνικό σύνολο με τη βοήθεια όλων των ανθρώπων για να αποτελέσουμε ένα καλύτερο αύριο.

ΑΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ.	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> Πόνος στην κάτω κοιλιακή χώρα λόγω των συσπάσεων της μήτρας. 	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση της ασθενούς από το αίσθημα του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική εντολή. Ψυχολογική υποστήριξη. Συγγνή παρακολούθηση και επικοινωνία από την νοσηλεύτρια με την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε 1amp. Apotel (1m) (1x1) στις 1μ.μ κατόπιν εντολής γιατρού. Έγινε προσπάθεια να καθησυχαστεί η ασθενής και ότι με το αναλγητικό φάρμακο ο πόνος θα περάσει. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά της και με σύζήτηση προσπαθεί να της αποσπάσει την προσοχή. Κατά την ώρα του έντονου πόνου.βρίσκεται κοντά της. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού ο πόνος υποχώρησε.

ΑΙΟΛΟΔΟΤΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> Επίσχεση ούρων από μικροτραυματισμό του στομίου και της ουρήθρας. 	<ul style="list-style-type: none"> Η κένωση της ουροδόχου κύστης. 	<ul style="list-style-type: none"> Χρησιμοποιούνται πρώτα τα φυσικά μέσα. Χορήγηση διουρητικών. Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Ανοίξαμε τη βρύση μέσα στο μπάνιο. Ρίξαμε λίγο νερό στα έξω γεννητικά της όργανα. Χορηγήθηκε 1amp. Lasix(1m)κατόπιν εντολή γιατρού. Έγινε καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> Τα φυσικά μέσα και το διουρητικό απέτυχαν. Έτσι πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως όπου επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα.Οκαθետήρας αφαιρέθηκε την επόμενη μέρα το πρωί πριν την έξοδο της από την κλινική.

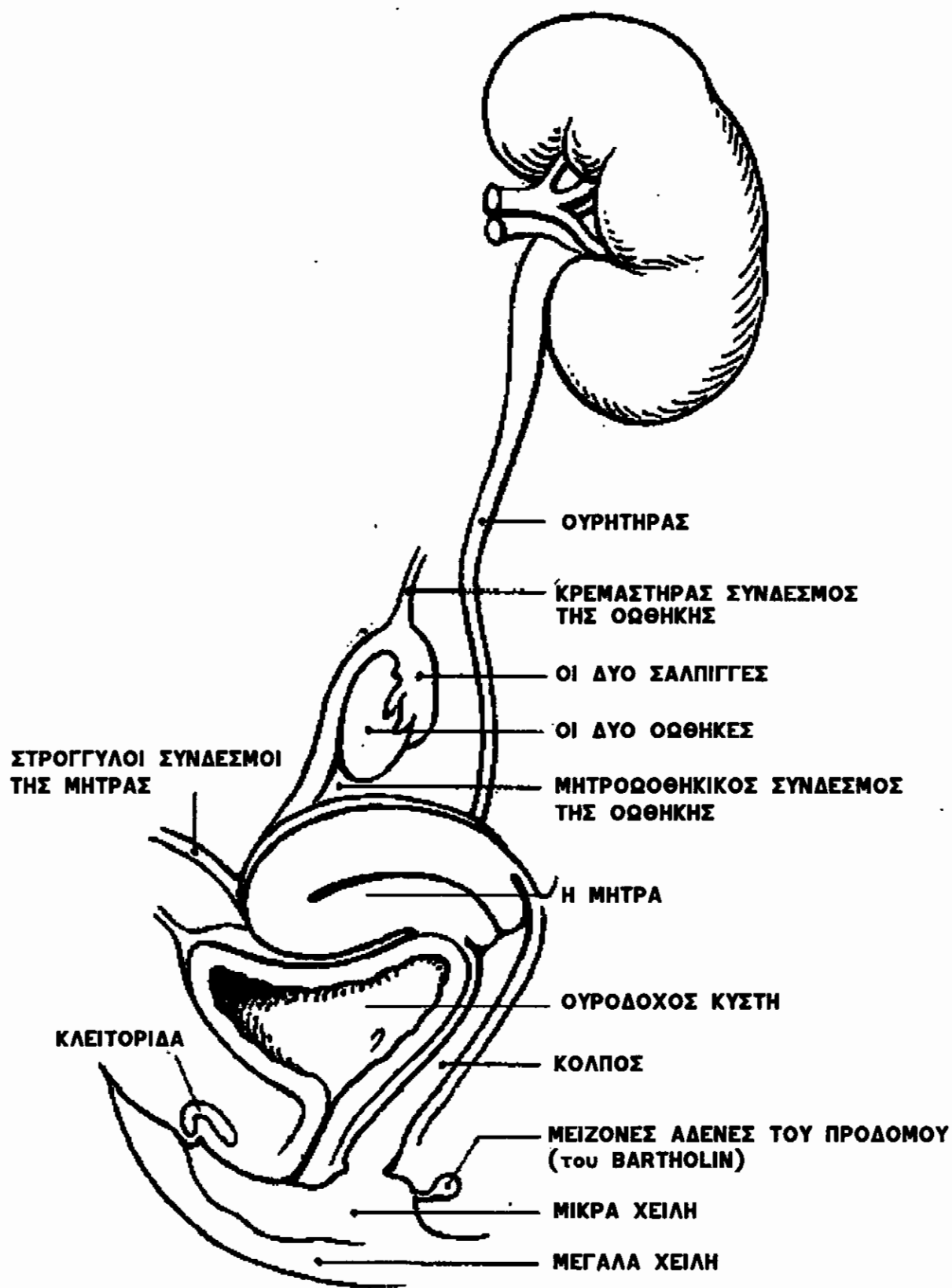
ΑΕΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>ΑΝΑΓΚΩΝ</p> <p>Κατάθλιψη της ασθενούς εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής της κύησης (πρωτότοκος).</p>	<p>ΣΚΟΠΟΙ</p> <p>Η αποβολή όλων των όσχημων συναισθημάτων που νιώθει.</p>	<p>Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματά που νιώθει.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει τους φόβους της. • Η νοσηλεύτρια προσπαθούσε να την πείσει ότι δεν ευθύνεται αυτή για την διακοπή της κύησης και προστάθηκε να αποβάλει τα συναισθήματα ενοχής που την κυριαρχούσαν. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός της κατάθλιψης. • Δέχτηκε θετικά την επέμβαση. • Εξέφρασε την επιθυμία της ότι μετά από λίγο καιρό θα ήθελε να μείνει έγκυος.

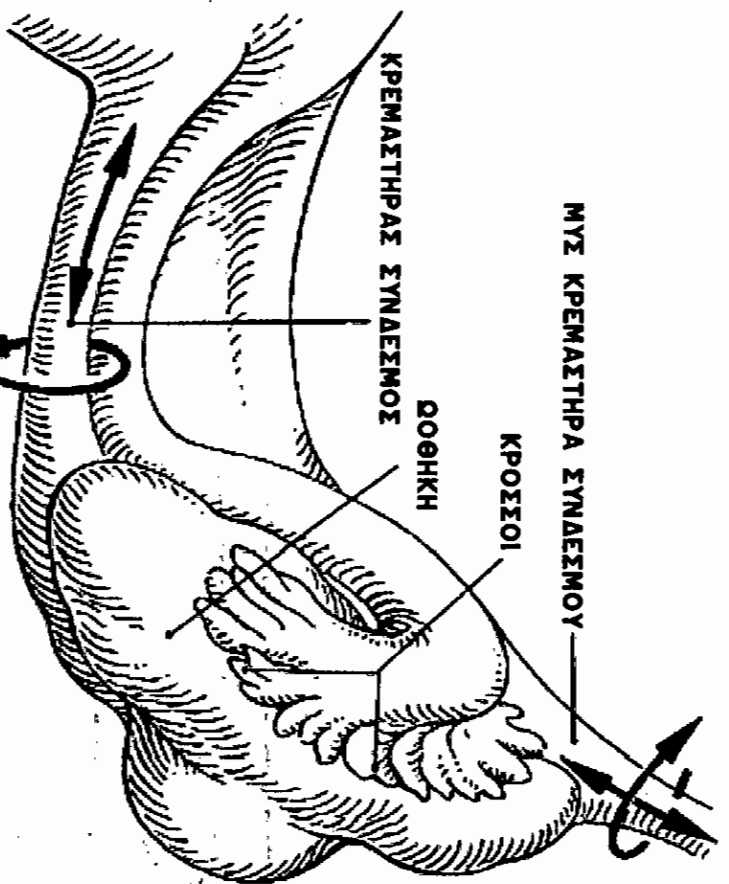
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.

- 1) «Μαιευτική και γυναικολογία» Έκδοση Β' Διονυσίου Β Κασκαρέλη, Τόμος Α' (Αθήνα 1976).
- 2) Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Τόμος 2 «εσωτερικά όργανα» Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 3) «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική» Τόμος 2 Μέρος Β', Δ' επανέκδοση Άννα Σαχίνη – Καρδάση.
- 4) Λούρος Ν.Κ « Μαιευτική γυναικολογία» Εκδόσεις Γ. Παρισιανού Αθήνα 1971.
- 5) Διονυσίου Ι Αραβαντινού Καθηγητού –Διευθυντού Α'Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «Μαιευτική» Εκδόσεις Γ. Παρισιανού Αθήνα 1989.
- 6) GRIMES DA, « Surgical Management of Abortion» Telind Operative Gynecology , 7th ed p 317-339(1992).
- 7) Hern W , « Long Tern Risks of Induced Abortion» Gynecology and obstetrics p 6-63 (1994).
- 8) Shulman H, « Second Trimester Abortion Technigues and coplications» Gynecology and obstetrics p 6-54 (1994).
- 9) Thomas Straham's , Major Articles and Books Concerning the Dertritional Effects of Abortion. (Rutherford Institute. PO Box 7482).
- 10) Βαρανάκης Χάρης Μαιευτήρας Γυναικολόγος ιδιωτ. Μαιευτική « Μητέρα Κρήτης».
- 11) Δετοράκης Ιωάννης « Οικογενειακός προγραμματισμός» (αντισύλληψη-σεξουαλική διαπαιδαγώγηση) Εκδόσεις Πατάκη 1^η έκδοση Αθήνα, Ιούνιος 1983.
- 12) Μαργαριτίδου Β « Οικογενειακός προγραμματισμός και αγωγή υγείας στη κοινότητα. Πρακτικοί Α'Πανελληνίου Συνεδρίου αγωγή υγείας : η αγωγή υγείας στην κοινότητα» 1-2 Νοέμβρη Πάτρα 1991.
- 13) Γιαννοπούλου Χρ. ΑΘ. «Σφαιρική θεώρηση του θέματος στην ανακοίνωση : Διλήμματα στη Νοσηλευτική, Η νοσηλεύτρια μπροστά στο πρόβλημα της αμβλώσεως»,Πρακτικά ΙΔ'Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου , 1-3 Σεπτεμβρίου Θεσσαλονίκη 1987.
- 14) Kunintz “Causes of Maternal Mortality in the United States” Obstertics and Gynecology, 65 (5) May 1985.

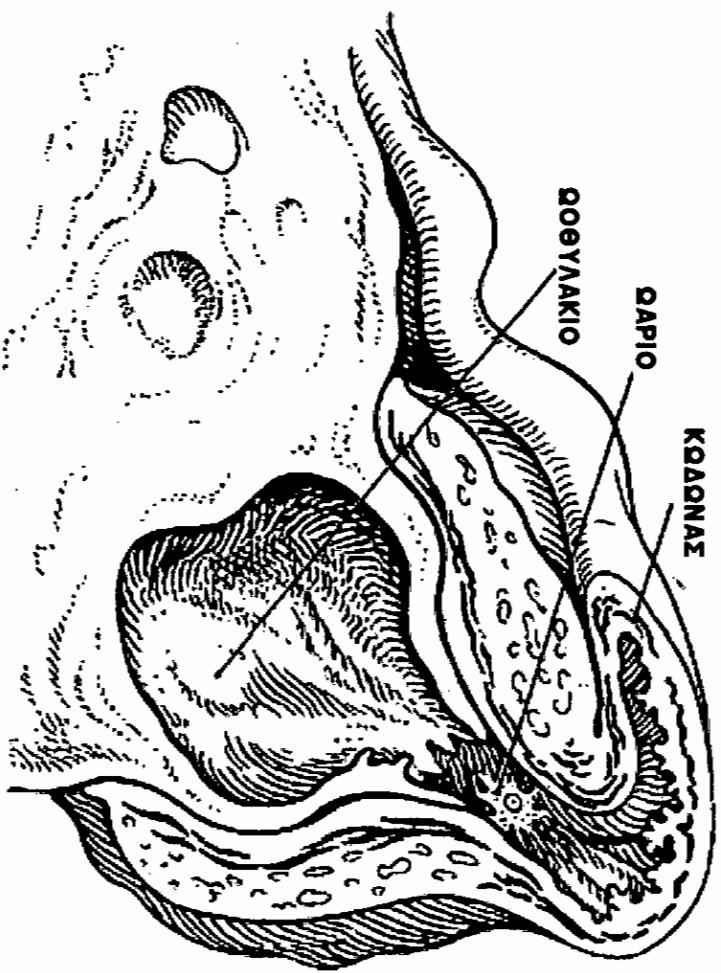
- 15) Ποινικά χρονικά, Μηνιαίο περιοδικό, τόμος ΣΤ΄ Εκδοτικός οίκος Αφοι Π. Σακουλά, Αθήνα 1986.
- 16) Κασκαρέλης Δ. «Μαιευτική και Γυναικολογία» τόμος Β΄ Έκδοση 2^η Αθήνα 1973.
- 17) Καρατζά Α. «Ποινικός Κώδικας» Επίτομος έκδοση Δ΄ Εκδόσεις Νομικής βιβλιοθήκης Χ. Καρατζάς Αθήνα 1997.
- 18) Θώδη Μ., Κούτα Α, Μάλη Ι. «Αμβλώσεις- ο αφανισμός του γένους». Πτυχιακή εργασία, τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή ΣΕΥΠ Πάτρα 1998.
- 19) Παναγώπουλος Ε. «Έκτρωση: αυτός ο νομικός φόνος πρέπει να σταματήσει» Ορθόδοξο Μηνιαίο Φοιτητικό Περιοδικό « Η δράσις μας» Τεύχος 349, Ιούνιος – Ιούλιος 1997 σελ. 204-205.
- 20) Γκουρτζιάν Μ «Αρνητική αντιμετώπιση ελλατωματικών αναπτήρων εμβρύων και βρεφών ιστορικά Α΄» Ορθόδοξο Μηνιαίο Φοιτητικό Περιοδικό «Η Δράσις μας» Τεύχος 350 Αύγουστος – Σεπτέμβριος 1997 σελ. 230.
- 21) Ο Σωτήρ « Μ. Βασίλειος : Οφειμισινός και αμβλώσεις β΄». Εβδομαδιαίο Ορθόδοξο Χριστιανικό περιοδικό ομωνύμου Αδελφότητας Θεολόγων. Τεύχος 1260 Αθήνα 2 Δεκεμβρίου 1987.
- 22) Μελετίου Μητροπολίτου Νικοπόλεως «Εκτρώσεις» επίτομος έκδοση 4^η βελτιωμένη .Εκδόσεις Ιεράς Μητροπόλεως Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1992.
- 23) Θεοδωροπούλου Ι. Επιφανίου Αρχιμανδρίτου, «προγαμιαίες σχέσεις, πολιτικός γάμος, αμβλώσεις». Έκδοση 1^η . Εκδόσεις «Ορθοδόξου τύπου» Αθήνα 1990.
- 24) Χριστοδούλου Ιερομονάχου, «Σκεύος Εκλογής» Επίτομος έκδοση 1^η Άγιο Όρος 1996.
- 25) Γιανοπούλου Αθ. «Σφαιρική θεώρηση του θέματος στην ανακοίνωση : Διλήμματα στη νοσηλευτική. Η νοσηλεύτρια μπροστά στο πρόβλημα της άμβλωσης». Πρακτικά ΙΔ Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου 1-3 Σεπτεμβρίου Θεσσαλονίκη 1987.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.





Α ΣΥΛΛΗΨΗ ΤΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΩΑΓΩΓΟ (κατά Martius-Droysen)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ
1987