

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»*



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
κ. Μπατσολάκη Μαρία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
Καρκασίνα Αντιγόνη  
Καρκούλια Βασιλική

ΠΑΤΡΑ 2006



## *ΑΦΙΕΡΩΣΗ*

*Στα χιλιάδες παιδιά που δεν  
πρόλαβαν να δουν το φως του ήλιου,  
δεν γεύτηκαν το άρωμα των λουλουδιών,  
δεν ένοιωσαν το χάδι της μητέρας...  
γιατί καταδικάζονται σε θάνατο,  
προτού ακόμη γεννηθούν.*

*ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ*

*Το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου παιδιού*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Πρόλογος

### Εισαγωγή

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

σελ

1.1 Ανατομία των έξω γεννητικών οργάνων.....	8
1.2 Ανατομία των έσω γεννητικών οργάνων.....	11
1.3 Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων της γυναίκας.....	14
1.4 Σύλληψη.....	21
1.5 Εγκυμοσύνη.....	23

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ορισμός άμβλωσης.....	26
2.2 Τύποι αμβλώσεων.....	26
2.2.α.Αυτόματη διακοπή.....	26
2.2.α <sub>1</sub> Ορισμός.....	26
2.2.α <sub>2</sub> Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες .....	26
2.2.α <sub>3</sub> Κλινική εικόνα, διάγνωση και θεραπεία των αυτόματων εκτρώσεων.....	28
2.2.β.Τεχνητή διακοπή.....	33
2.3 Μέθοδοι αμβλώσεων.....	34

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Επιπλοκές εκτρώσεων.....	43
3.1.α Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της έκτρωσης .....	44
3.1.β Επιπλοκές μετά την έκτρωση.....	44
3.1.γ Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση.....	49
3.2 Ψυχολογικές επιπλοκές αμβλώσεων.....	50

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Αρχές αντισύλληψης.....	56
4.2 Ιστορία της αντισύλληψης.....	56
4.3 Τρόποι αντισύλληψης.....	59

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

5.1 Απόψεις σχετικά με την άμβλωση.....	83
5.1.α Χριστιανική άποψη.....	83
5.1.β Ιατρική άποψη.....	84
5.1.γ Νομική άποψη.....	86
5.2 Νομοθεσία των αμβλώσεων σε άλλες χώρες.....	88
5.3 Εκτρώσεις και Δημογραφικό πρόβλημα.....	90

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	93
Το ηθικό δίλλημα της νοσηλεύτριας- τη στο θέμα των αμβλώσεων.....	103
Νοσηλευτική Διεργασία.....	107

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>126</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>128</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>155</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μας αυτή έχει θέμα <<Αμβλώσεις και Νοσηλευτική Παρέμβαση>>.

Σκοπός της εργασίας μας αυτής είναι να παρουσιαστεί το μεγάλο πρόβλημα των αμβλώσεων στην εποχή μας, να ενημερώσουμε και να κινητοποιήσουμε το κοινό μας για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει μια άμβλωση τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία της γυναίκας όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Ο λόγος ο οποίος μας ώθησε να ασχοληθούμε με αυτό το λεπτό ζήτημα είναι ότι παρά πολλές γυναίκες κάθε ηλικίας καταφεύγουν καθημερινά σε αυτή την τραγική λύση παρά τη σχετική ενημέρωση που προσφέρουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι άνθρωποι και ιδιαίτερα οι γυναίκες φαίνεται να μην έχουν αντιληφθεί τη σοβαρότητα και επικινδυνότητα που περικλείει το πρόβλημα της άμβλωσης.

Η άμβλωση με εξωϊατρικές ενδείξεις, παρά την αυστηρότατη απαγόρευση της από την Ελληνική Νομοθεσία, εφαρμόζεται στην Ελλάδα, σε πολύ μεγάλη κλίμακα και αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό καθημερινό πρόβλημα με πολλαπλές προεκτάσεις. Το γεγονός ότι οι αμβλώσεις αποτελούν ένα ανεξέλεγκτα δραστικό μέσο περιορισμού των γεννήσεων, υποδηλώνει τη δυνατότητα της ύπαρξης καταστροφικών επιδράσεων στην Δημογραφική Ισορροπία του Πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται στην χώρα μας, γύρω από τις 350000 έως 400000 εκτρώσεις και αυτό εκφράζει το μέτρο της ανευθυνότητας των κοινωνικών υπηρεσιών, όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος. Η εφαρμογή της, σαν μια προγραμματισμένη μέθοδος υποδηλώνει την ανυπαρξία ή αποτυχία ενός προγράμματος Οικογενειακού Προγραμματισμού.<sup>1</sup>

Το εάν είναι η έκτρωση η καλύτερη επιλογή, απασχόλησε την ιατρική εδώ και αιώνες. Πρώτος πήρε θέση ο πατέρας της Ιατρικής ο Ιπποκράτης μέσα από τον ομόνυμο του Όρκο <<ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω>>, μας λέει επί λέξει ο αναφερόμενος Όρκος.<sup>2</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

<<Βρισκόμαστε σε εποχή βίαιης και έντονης αμφισβήτησης των πάντων. Από παντού ακούγεται το σύνθημα: Κάτω τα παλιά. Κάτω το κατεστημένο. Κάτω το κράτος. Κάτω η θρησκεία. Κάτω η Εκκλησία. Κάτω το καθήκον. Κάτω όλα. Ακόμα και η αξία ζωή καταπονείται. Ο άνθρωπος αντί για υπέρτατη αξία χαρακτηρίζεται κομμάτι κρέας. Και, σαν έμβρυο, δολοφονείται εν ψυχρό από την τάχα μητέρα του με το αμοραλιστικό πρόσχημα ότι έχει δικαίωμα να διαθέτει το σώμα της όπως θέλει>>. <sup>3</sup>

Το πελώριο θέμα των αμβλώσεων δεν είναι νέο. Προβλημάτισε ανέκαθεν όλες τις κοινωνίες. Η άμβλωση δεν είναι ούτε πολιτικό, ούτε νομικό, ούτε φεμινιστικό θέμα. Είναι θέμα καθαρά ηθικό με τεράστιες επιπτώσεις ηθικές, κοινωνικές και πολιτιστικές.

Ως χθες η Ιατρική επιστήμη δεν μπορούσε ν' αποφανθεί αν το κυοφορούμενο ανθρώπινο έμβρυο ήταν μια εξελισσόμενη ανθρώπινη ψυχοσωματική ύπαρξη. κι αν γίνει, είναι φόνος ανθρώπινης ζωής. Είναι πράξη επικίνδυνη και αφύσικη. Όταν η γυναίκα συλλαμβάνει παιδί, το συλλαμβάνει για να το γεννήσει κι όχι να το αποβάλλει. Ο ψυχοσωματικός οργανισμός της μπαίνει σε συναγερμό με ένα μοναδικό σκοπό: Να δώσει στον καινούργιο άνθρωπο που θα διαιωίσει το ανθρώπινο γένος, όλα τα στοιχεία που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί και να ζήσει εκπληρώνοντας την αποστολή του. Αυτός λοιπόν ο ψυχοσωματικός συναγερμός σε μια στιγμή διακόπτεται βίαια, αφύσικα, με την άμβλωση! Είναι λοιπόν αναπόφευκτες οι ψυχοσωματικές συνέπειες. <sup>4,5</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>*

- 1.1. Ανατομία των έξω γεννητικών οργάνων*
- 1.2 Ανατομία των έσω γεννητικών οργάνων*
- 1.3 Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων της γυναίκας*
- 1.4 Σύλληψη*
- 1.5 Εγκυμοσύνη*

## 1.1 ANATOMIA ΤΩΝ ΕΞΩ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδοιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του βαρθολίνειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

### Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

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

Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

### Μεγάλα χείλη

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

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο.

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες. Μέσα στο λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγύλων συνδέσμων της μήτρας.<sup>6</sup>

### Μικρά χείλη

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό, και σκεπάζονται από αυτά. Προς τα έξω συνέχονται με τα μεγάλα χείλη και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδόμου του κόλπου.

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σμηγματογόνους και, σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα.

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

Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος.



## **Κλειτορίδα**

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

Σκέλη: Αυτά είναι δύο, πορεύονται πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου και ενώνονται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης.

Σώμα: Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών και αποτελείται από δύο σηραγγώδη σώματα, δηλαδή από αγγειοβριθή στυτικό ιστό.

Βάλανος: Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας, βρίσκεται πάνω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικό ιστό, έχει από το έξω στόμιο της ουρήθρας, αποτελείται από στυτικό ιστό, έχει από το πάνω μέρος της την πόσθη και από το κάτω το χαλινό και το επιθήλιο του δέρματος, που την καλύπτει, περιέχει εξειδικευμένες νευρικές απολήξεις για τη σεξουαλική διέγερση.

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει το κρεμαστήρα σύνδεσμο.

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο ανδρικό πέος, χωρίς όμως το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας και η στύση της πραγματοποιείται με σύσπαση των ισχιοσηράγγωδων μυών της εξωτερικής στιβάδας του περινέου, που περιβάλλουν τα σκέλη της.

## **Πρόδρομος**

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος, που περιγράψαμε.<sup>6</sup>

## **Βολβοί του προδρόμου**

Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν στο σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

## **Βαρθολίνειοι αδένες**

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άντρα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2εκ., τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.

## **Παρθενικός υμένας**

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνθετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακάδες

επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειες της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σκαφοειδή βόθρο. Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Το άνοιγμα αυτό δυνατό να επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δακτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Σπάνια, δεν υπάρχει (άτρητος υμένας).

Ο παρθενικός υμένας, αν δεν επιτρέπει το άνοιγμα του συνουσία, σχίζεται στην πρώτη συνουσία, της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύτρα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.

Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας

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

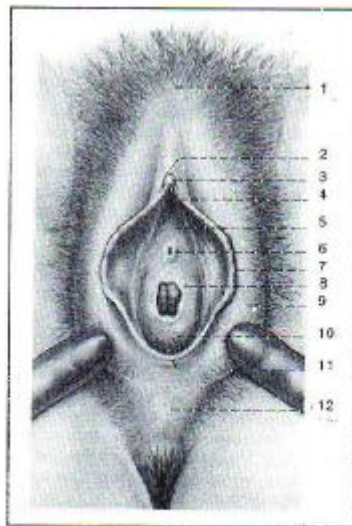
### Παραουρηθρικοί αδένες

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμα τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άντρα.

Διάπλαση

Το εξωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι όμοιο με του άντρα ως τον τρίτο εμβρυϊκό μήνα. Ύστερα, αρχίζει τη διαφοροποίηση του.

Από το γεννητικό φύμα διαπλάσσεται η κλειτορίδα. Από τις ουρογεννητικές πτυχές τα μικρά χείλη. από τα γεννητικά ογκώματα τα μεγάλα χείλη.<sup>6</sup>



Αιδοίο παρθένου  
1. Εμφυτόν, 2. Πύλη κλειτορίδας, 3. Κλειτορίδα,  
4. Χείλος της κλειτορίδας, 5. Προδόμος, 6. Ουρήθρα,  
7. Μικρά χείλη, 8. Παρθενικός υμένας, 9. Μεγάλα χείλη, 10. Σκαφοειδής βόθρος, 11. Οπίσθιος σπινδαλμός, 12. Περίνεο.

## 1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Τα εσωτερικά όργανα αναπαραγωγής βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα. Αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

### Ο κόλπος(κολεός)

Είναι μυϊκός σωλήνας με επένδυση βλεννογόνου μεμβράνης και περιέχει πτυχές. Τα τοιχώματα του κόλπου βρίσκονται σε επαφή μεταξύ τους, τα οπίσθια τοιχώματα έχουν μήκος 4-8 εκ., ενώ τα εμπρόσθια τοιχώματα εκτείνονται 5 εκ. μέχρι τον τράχηλο. Ο κόλπος έχει δυνατότητα μεγάλης επέκτασης, εξυπηρετεί ως αγωγός για την περίοδο, ως όργανο σεξουαλικής επαφής καθώς και ως οδός για τον τοκετό.

Πίσω από τον κόλπο και μπροστά από το ορθό υπάρχει ένα διάστημα που ονομάζεται δουγλάσειος χώρος. Περιστασιακά αναπτύσσονται μολύνσεις σε αυτή την περιοχή και καθιστούν απαραίτητη την παροχέτευση. Ο χειρουργός μπορεί να κάνει τομή στο κολπικό τοίχωμα, περιορίζοντας την ανάγκη για κοιλιακή χειρουργική. Αυτή επίσης η περιοχή είναι εκεί όπου συμβαίνουν έκτοπες εγκυμοσύνες. Αν και σπάνιο αυτό το είδος έκτοπης εγκυμοσύνης συμβαίνει επειδή το γονιμοποιημένο ωάριο περνάει από το ανοικτό άκρο της σάλπιγγας αντί να κατέβει μέσα στο χώρο Douglas (δουγλάσειο).

Κοντά στην έξοδο του κόλπου υπάρχει ένας μυϊκός σφιγκτήρας που ανιχνεύεται με την εισαγωγή των ταμπόν για την εξέταση. Ο σφιγκτήρας διατηρεί το ταμπόν μέσα στον κόλπο και παρέχει 'θαλαπωρή' για την σεξουαλική πράξη. Η κολπική οδός διατηρείται υγρή από εκκρίσεις από τη μήτρα και τα σταγονίδια του βλεννώδους υλικού από τα κολπικά τοιχώματα.

Μέχρι αυτού του σημείου όλες οι συνθέσεις που συζητήσαμε είναι εσωτερικές. Ενώ τα εξωτερικά γεννητικά όργανα του άνδρα είναι αρκετά ορατά της γυναίκας είναι πρακτικά κρυμμένα.

Ο κόλπος ανοίγει στην επιφάνεια του σώματος στο περίνεο πίσω από την ουροδόχο οδό και μπροστά από το ορθό. Τα εξωτερικά ανοίγματα καλύπτονται μερικά από πτυχώσεις βλεννογόνου μεμβράνης που ονομάζονται υμένας και συνδέει τα άκρα πριν από τη σεξουαλική επαφή. Περιστασιακά ο υμένας είναι πυκνότερος από το φυσιολογικό ή καλύπτει ολόκληρο το άνοιγμα. Τότε είναι αδιάτρητος. Ο ιστός πρέπει να αφαιρεθεί πριν την περίοδο όταν είναι αδιάτρητος. Μερικές φορές απαιτείται χειρουργική αφαίρεση για να επιτρέψει την σεξουαλική σχέση όταν ο ιστός δεν μπορεί να φύγει φυσιολογικά.<sup>7</sup>

### Η μήτρα

Η μήτρα είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχείς μυώδεις τοίχους, 6-7 1/2 cm (2 1/2-3in) σε μήκος και περίπου 2cm (3/4 in) σε πάχος. Καταλαμβάνει το μέσον της πυέλου, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από τον πυθμένα (στρογγυλεμένο άνω μέρος), το σώμα (μεσαίο τμήμα) και ένα στενό χαμηλότερο τμήμα (τράχηλος ή λαίμος). Ο πυθμένας και το σώμα της μήτρας. Το ενδοθήλιον της μήτρας ονομάζεται *ενδομήτριον*. Ο

μυϊκός χιτών της μήτρας ονομάζεται *μυομήτριον* και ο συνθετικός ιστός γύρω από το μυ ονομάζεται *περιμήτριον*. Το ενδομήτριον δέχεται και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται πολύ μαλακή και αυξάνεται κατά πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου.

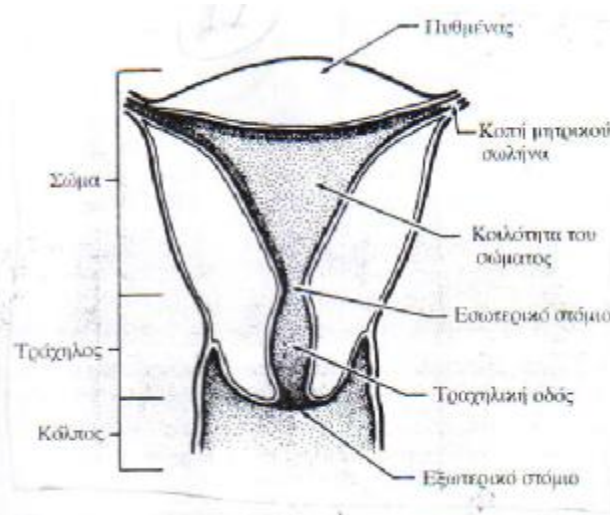
Περίπου ο μισός τράχηλος προέχει μέσα στον κόλπο προσκολλημένος στους τοίχους του κόλπου. Ο τράχηλος έχει μια μικρή στρογγυλή διαδρομή που ονομάζεται *σωλήν ή πόρος του τραχήλου*, το έσω στόμιο (στόμα ή άνοιγμα) του σωλήνος είναι προς τη μήτρα ενώ το έξω στόμιο προς τον κόλπο. Οι εκκρίσεις της μήτρας, η έμμηνος ρύσις, το μη γονιμοποιημένο ωάριο, το έμβρυο κατά τη διάρκεια του τοκετού, και η απέκκριση των λοχειών (παροχέτευση του κόλπου κατά την περίοδο των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό), διέρχονται μέσω του τραχήλου στον κόλπο. Ο τράχηλος επίσης είναι οργανικής σημασίας, διότι βοηθάει τη διαδικασία της γονιμοποιημένης παράγοντας μια βλέννα, η οποία διευκολύνει την κίνηση των σπερματοζωαρίων μέσα απ' αυτήν στο ταξίδι τους για να βρουν το ωάριο.<sup>8</sup>

Η μήτρα έχει μεγάλη ικανότητα διάτασης. Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης τα παχιά της τοιχώματα εκτείνονται και λεπταίνουν μέχρι που να φτάσουν στο διάφραγμα. Ακόμη και σε μεγάλη υπερέκταση οι δυναμικοί μύς της μήτρας είναι επίσης δυνατόν να ανοίξουν και άλλο και να συσπασούν για να παράγουν τον τοκετό. Επιπλέον η μήτρα είναι ελαστική στην θέση της και μπορεί εύκολα να μετακινηθεί προς όλες τις κατευθύνσεις. Πιέζεται οπίσθια όταν γεμίζει η κύστη και εμπρός όπου γεμίζει το ορθό.

Συγκεκριμένες θέσεις όμως της μήτρας θεωρούνται ανώμαλες. Όταν η μήτρα είναι στις δεξιές γωνίες του κόλπου. Όταν η μήτρα είναι οριζόντια στις δεξιές γωνίες του κόλπου είναι στην φυσιολογική της θέση. Όταν το σώμα είναι προς τα πίσω και ο τράχηλος είναι ακόμη στην φυσιολογική θέση, η μήτρα λέγεται ότι έχει μετατόπιση. Όταν ολόκληρη η μήτρα είναι προς τα πίσω είτε μέτρια είτε σημαντικά λέμε ότι έχουμε οπίσθια κάμψη της μήτρας. Όταν οι υποστηρικτικές συνθέσεις εξασθενούν η μήτρα μπορεί να 'πέσει' από την φυσιολογική της θέση. Η έκταση της πρόπτωσης συγκεκριμενοποιείται ως πρώτου, δευτέρου, και τρίτου βαθμού. Από την στιγμή που η πτώση περάσει στο στόμιο εισόδου και η μήτρα και ένα μέρος του κόλπου είναι εξωτερικά και τότε λέμε ότι έχουμε τρίτου βαθμού πρόπτωση.<sup>7</sup>

### **Οι σύνδεσμοι της μήτρας**

Οι *πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας* είναι δύο σχηματισμοί που εκτείνονται από τα πλαϊνά τοιχώματα της μήτρας στα τοιχώματα της πυέλου. Οι ωθήκες και οι σάλπιγγες είναι προσκολλημένες σ' αυτούς τους συνδέσμους. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας εφάπτονται στα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, διέρχονται μέσα από τους πλατείς συνδέσμους για να φτάσουν το εφηβαίο. Οι σύνδεσμοι εκτείνονται από το οπίσθιο μέρος του τραχήλου της μήτρας έως το ιερόν οστόν και στηρίζουν τον τράχηλο.<sup>8</sup>



### Οι σάλπιγγες

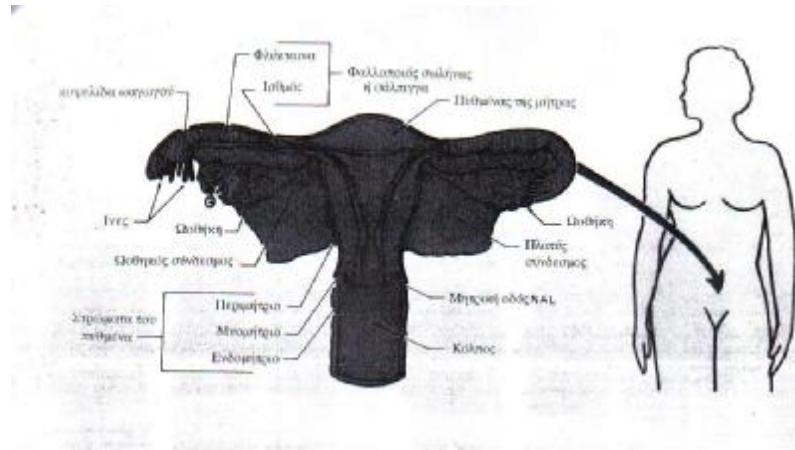
Οι δύο σάλπιγγες ή ωοαγωγοί, εκτείνονται προς τα έξω από τις ανώτερες γωνίες της μήτρας έως την κοιλιακή χώρα. Έχουν περίπου την ίδια διάμετρο με ένα καλάμακι αναψυκτικού και είναι ως επί το πλείστον σχηματισμοί μωών. Το απομακρυσμένο μέρος της σάλπιγγας (ο κώδικας της σάλπιγγας) καμπυλώνει γύρω από την ωθήκη με τέτοιο τρόπο που οι προεξοχές του (ονομάζονται κροσσοί) καλύπτουν την ωθήκη αλλά δεν προσκολλώνται σ' αυτήν. Η λειτουργία τους είναι να μεταφέρουν το ωάριο κατά μήκος του σωλήνα από την ωθήκη στη μήτρα με περισταλτικές κινήσεις. Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει μέρος στο έξω ένα τρίτο της σάλπιγγας.<sup>8</sup>

### Οι ωothήκες

Ο εμβρυονικός γοναδικός ιστός που πρόκειται να γίνει ωθήκη αρχίζει να αναπτύσσεται στην δέκατη με ενδέκατη Εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Οι ωothήκες του εμβρύου αναπτύσσονται ψηλά στην κοιλιακή κοιλότητα κοντά στον κάθε νεφρό αλλά κατεβαίνουν προς την πύελο όταν φτάσει η ώρα του τοκετού. Οι ωothήκες είναι μικρές σε σχήμα αμυγδάλου. Υποστηρίζονται από συνδέσμους που προσκολλούνται στην μήτρα και σωλήνες των οποίων η θέση είναι κοντά στα δακτυλικά άκρα των σαλπίγγων. Αυτά τα δύο όργανα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή κάθε γυναίκας. Έχουν δύο κύριους ρόλους. Παραγωγή του φυλετικού κυττάρου του ωαρίου και έκκριση ορμονών. Αυτά λειτουργούν παράλληλα με τον ρόλο των όρχεων στον άνδρα.

Εκτιμάται ότι στην γέννηση η ωθήκη έχει περίπου 200 με 300 χιλιάδες αρχικά γρααφιανά φυλάκια που περιέχουν ανώριμα ωάρια. Πολλά θυλάκια που περιέχουν ανώριμα ωάρια. Πολλά θυλάκια ποτέ δεν ωριμάζουν και εξασθενούν με την εφηβεία. Στην διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας περίπου 375 θα αναπτυχθούν και θα ωριμάζουν απελευθερώνοντας ένα ωάριο. Μέχρι την ηλικία των 50 τα περισσότερα θα έχουν εξαφανιστεί. Οι ωothήκες είναι το αρχικό φυλετικό όργανο της γυναίκας. Όταν η γυναίκα είναι περίπου στην

ηλικία των 8 ετών ο υποφυσιακός αδένας αρχίζει να στέλνει ορμονικά μηνύματα ότι η εφηβεία πλησιάζει. Μέσα σε μερικά χρόνια τα μηνύματα γίνονται όλο και πιο δυνατά και η υποφυσιακή ορμόνη προκαλεί τις ωθήκες για να αρχίσουν να απελευθερώνουν οιστρογόνα στο αίμα. Τα οιστρογόνα επηρεάζουν την ανάπτυξη οργάνων όπως των σαλπίνγων, της μήτρας και του κόλπου, προξενώντας αύξηση του μεγέθους και ωριμότητα.<sup>7</sup>



Εικόνα: Εσωτερικά αναπαραγωγικά όργανα της γυναίκα

### 1.3.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Ολόκληρη η αναπαραγωγική λειτουργία των γεννητικών οργάνων καθοδηγείται από τον υποθάλαμο, ο οποίος με τις εκλυτικές του ορμόνες (πεπτίδια), προκαλεί την έκκριση των γοναδοτροπινών F.S.H. και L.H. από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως.

Είναι γνωστό επίσης σήμερα ότι και ο υποθάλαμος κατευθύνεται από άλλα ανώτερα κέντρα του κεντρικού νευρικού συστήματος, για τα οποία μέχρι σήμερα η έρευνα δεν μας έχει ακόμη αναλυτικά στοιχεία.

Ο πρόσθιος λοβός της υποφύσεως εκκρίνει δυο γλυκοπρωτεϊνικές ορμόνες:

α)την ορμόνη ωριμάνσεως ή F.S.H (Follicle Stimulating Hormone)

β)την ωχρινοποιητική ή L.H. (Luteinizing Hormone)

Οι ορμόνες αυτές ανιχνεύονται στα ούρα και στον ορρό του αίματος και μετρώνται με ραδιοανοσοβιολογική μέθοδο.

Οι ορμόνες F.S.H. και L.H. επιδρούν στα άωρα ωοθυλάκια και έτσι αρχίζει η ωρίμανση τους παραμένοντας αμέτρητα.(Οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαφορετική αυτή συμπεριφορά των ωοθηλακίων είναι ακόμη άγνωστοι). Το ωριμάζον ωοθυλάκιο από τα κύτταρα της έσω θήκης και της κακκώδους στιβάδας του εκκρίνει την οιστραδιόλη, αλλά επίσης εκκρίνει και την προγεστερόνη.<sup>9</sup>

Η οιστραδιόλη και η προγεστερόνη επιδρούν στα αλλά όργανα της αναπαραγωγικής κι έτσι,

αφ' ενός μεν ρυθμίζουν την έκκριση των εκλυτικών ορμών του υποθαλάμου και των γοναδοτροπινών της υποφύσεως (F.S.H. και L.H.), αφ' ετέρου δε αναστέλλουν ή υποβοηθούν τον μηχανισμό της έκκρισεως αυτών των ορμονών.

Στην εγκυμοσύνη η γοναδοτροπίνη HCG εκκρίνεται από την τροφοβλάστη του βλαστικού κυστιδίου, τα δε οιστρογόνα και η προγεστερόνη στην αρχή εξακολουθούν να εκκρίνονται, χάρις στην HCG, από το ωχρό σωματίο και στη συνέχεια από τα κύτταρα του συγκυτίου των λαχνών του πλακούντα.<sup>10</sup>

**Υποθάλαμος:** Στον υποθάλαμο υπάρχουν ομάδες κυττάρων τοποθετημένες ακριβώς πάνω από την υπόφυση, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την έκκριση των γοναδοτροπινών F.S.H. και L.H.

Οι υποθαλαμικοί νευρώνες εκκρίνουν εκλυτικές ορμόνες μέσα στο πυλαίο υποφυσιακό αγγειακό πλέγμα, το οποίο τις μεταφέρει στον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως και μάλιστα στα ειδικά για την έκκριση των υποφυσιακών ορμονών κύτταρα.

**Ο πρόσθιος λοβός της υποφύσεως** περιέχει αρκετούς τύπους κυττάρων, από τους οποίους δυο τύποι κυττάρων ενδιαφέρουν από γυναικολογικής πλευράς: Τα βασεόφιλα κύτταρα που εκκρίνουν την F.S.H. και L.H. και τα οξεόφιλα κύτταρα, που εκκρίνουν την προλακτίνη, δηλαδή την ορμόνη που χρησιμεύει για την έκκριση γάλακτος και που εμφανίζει επίσης σε ενδοκρινικές ανωμαλίες.

Η F.S.H. και L.H. εκκρίνονται με την επίδραση μιας ή δυο εκλυτικών ορμονών του υποθαλάμου, ενώ η έκκριση της προλακτίνης αναχαιτίζεται από άλλον ανασταλτικό παράγοντα του υποθαλάμου. Εάν ελαττωθεί η εκκριτική ή εκλυτική λειτουργία του υποθαλάμου, τότε ελαττώνεται και η έκκριση της F.S.H. και L.H. από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως, ενώ αυξάνεται η έκκριση της προλακτίνης.

**Οι ωοθήκες:** Οι ωοθήκες δεχόμενες την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών παράγουν τις στεροειδείς ορμόνες, δηλαδή τα οιστρογόνα, που είναι υπεύθυνα α) την ανάπτυξη και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων, β) την ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηρισμών του φύλου και γ) το γεννητικό κύκλο και την προγεστερόνη, που χρειάζεται για την εκκριτική φάση του ενδομητρίου, την εμφύτεση και τη θρέψη του βλαστικού κυστιδίου.

**Οιστρογόνα:** Υπάρχουν αρκετές οισρογενείς στεροειδείς ορμόνες. Η οισραδιόλη 17β εκκρίνεται πρωτογενώς στο ωριμάζον ωοθυλάκιο της ωοθήκης και αυτή στη συνέχεια μετατρέπεται στις λιγότερο δραστικές οιστρόνη και οιστρόλη, οι οποίες συνενώνονται στο ήπαρ με το γκυκουρονικόν και εκκρίνονται στα ούρα

Τα οιστρογόνα επιδρούν:

1. Στο αιδοίο: Αυξάνουν την αιμάτωση και έτσι μεγαλώνουν τα χείλη του αιδοίου. Επίσης προκαλούν την ανάπτυξη των τριχών.
2. Στον κόλπο: Προκαλούν πολλαπλασιασμό του πλακώδους επιθηλίου μέχρι κερατινοποίησης αυτού και συσσώρευση γλυκογόνου στα κύτταρα της τραχηλικής βλέννης.
3. Στον τράχηλο: Προκαλούν την έκκριση της τραχηλικής βλέννης.
4. Στο μυομήτριο: Προκαλούν υπερτροφία των ινών της μήτρας και ευαισθητοποίησης αυτής.
5. Στους ωαγωγούς: Προκαλούν υπερτροφία των μυϊκού χιτώνα και αύξηση της κινητικότητας αυτών.
6. Στο ενδομήτριο: Προκαλούν υπεραιμία α) αύξηση της αγγειώσεως, β) υπερτροφία γ) υπερπλασία των αδένων και του στρώματος. Τα οιστρογόνα δηλαδή δρουν στο ενδομήτριο προκαλώντας την παραγωγική ή α' φάση. Εάν όμως τα οιστρογόνα δράσουν μακρότερο χρονικό διάστημα, προκαλούν ιστολογικά την αδενωματώδη

υπερπλασία αυτού.

7. Στους μαστούς τα οιστρογόνα προκαλούν ανάπτυξη των μαστών με την εναπόθεση λίπους σ' αυτούς.
8. Στα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου: Τα οιστρογόνα προκαλούν την ανάπτυξη των τριχών, του εφηβαίου, των μεγάλων χειλέων και των μασχαλών, την εναπόθεση λίπους στο σώμα γενικά, τον ιδιάζοντα γυναικείο τρόπο του φέρεσθαι, τη λεπτή ιδιάζουσα φωνή, το λεπτοφυές δέρμα του προσώπου της, τον ιδιάζοντα ψυχισμό της και γενικά τη θηλυκότητα της.
9. Στα κέντρα του υποθαλάμου: Τα οιστρογόνα έχουν ανασταλτική δράση για την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης F.R.F.<sup>9</sup>

**Προγεστερόνη:** η προγεστερόνη είναι μια στεροειδής ορμόνη παραγόμενη από το ωχρό σωματίο, δηλαδή εμφανίζεται στο αίμα και στα ούρα κυρίως στο 2<sup>ο</sup> 14/ήμερο του γεννητικού κύκλου και η ημερήσια έκκριση αυτής ανέρχεται σε 25 mg. Σε άλλη χρονική περίοδο η ημερήσια έκκριση προγεστερόνης δεν υπερβαίνει τα 5mg. Ποσοστό μικρότερο του 20% εκκρίνεται στα ούρα ως γλυκουροδική πρεγναδιόλη και είναι δυνατός ο χημικός προσδιορισμός της.

Η προγεστερόνη επιδρά:

1. Στον κόλπο: Τα επιθηλιακά κύτταρα υφίσταται περαιτέρω αλλαγές, που εύκολα αναγνωρίζονται, γιατί δίνουν χαρακτηριστικές εικόνες στα κολπικά επιχρίσματα. Τα επιθηλιακά κύτταρα γίνονται βασεόφιλα με αναδιπλωμένες τις παρυφές του πρωτοπλασμάτος αυτών και βρίσκονται κατά σωρούς.
2. Στην τραχηλική βλέννα: Στο μέσο του κύκλου, πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα, η βλέννη υφίσταται κρυστάλλωση παίρνοντας τη μορφή της φτέρης. Μετά την ωοθηλακιορρηξία, οι κρύσταλλοι αυτοί με τη μορφή της φτέρης εξαφανίζονται.
3. Στο ενδομήτριο: Μόνο εάν έχει προηγηθεί επίδραση των οιστρογόνων τότε το ενδομήτριο με την επίδραση της προγεστερόνης μετατρέπεται σε εκκριτική φάση με πριονωτούς αδένες και έκκριση γλυκογόνου.
4. Στο μυομήτριο: Η προγεστερόνη απευαισθητοποιεί το μυομήτριο κι έτσι ελαττώνει την κινητικότητα τους.
5. Στους ωαγωγούς: Ελαττώνει την κινητικότητα του μυϊκού χιτώνα αυτών.
6. Στους μαστούς: Εάν έχει προηγηθεί ανάπτυξη του μαστικού αδένος με οιστρογόνα, τότε ακολουθεί ωρίμανση των κυψελών του μαστικού αδένος.
7. Στη θερμοκρασία: μετά την ωοθηλακιορρηξία η θερμοκρασία του σώματος της γυναίκας ανέρχεται κατά 0,5 °C, γιατί αυξάνει τις καύσεις ή επιδρά στο κέντρο της θερμότητας.

**Ανδρογόνα:** Ανδρογόνα παράγονται ακόμη στις φυσιολογικές γυναίκες και τις ωοθήκες και μάλιστα από τα κύτταρα του στρώματος, όπως επίσης παράγονται και από τα κύτταρα της φλοιώδους ουσίας των οιστρογόνων, η πυκνότητα τους ποικίλλει κατά τη διάρκεια του γεννητικού κύκλου.



## **ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής γίνεται η μετανάστευση των γαμετογόνων κυττάρων στις γονάδες (ωοθήκες- όρχεις). Η ενδοκρινική δράση των εμβρυϊκών ωοθηκών είναι άγνωστη. Κατά την παιδική ηλικία οι ωοθήκες μεγαλώνουν και μερικά ωοθυλάκια ωριμάζουν. Στα χρόνια πριν από την ήβη τα επίπεδα των F.S.H. και L.H αρχίζουν σταδιακά να αυξάνουν. Τα επίπεδα της οιστριόλης και της προγεστερόνης είναι χαμηλά. Κατά την ήβη αυξάνονται οι παραγόμενες γοναδοτροφικές ορμόνες και αρχίζει η κυκλική έκκριση αυτών. Επειδή η υπόφυση και οι ωοθήκες έχουν λειτουργική ικανότητα και πριν από την ήβη, η αρχή της εμμηνορρυσίας έχει αποδοθεί στην αλλαγή της ευαισθησίας του υποθαλάμου στα κυκλοφορούντα επίπεδα οιστρογόνου.

## **ΗΒΗ**

Φυσιολογικά η ήβη παρουσιάζεται στην ηλικία των 12-15 χρόνων. Η όλη εμφάνιση του σώματος μεταβάλλεται, ο σκελετός αυξάνεται βραδέως, τα γυναικεία χαρακτηριστικά της γυναικείας πια πύελου τονίζονται και οι μαστοί μεγεθύνονται. Εμφανίζονται οι τρίχες στο εφηβείο, μεγαλώνουν τα μεγάλα χείλη του αιδοίου κι έτσι τα μικρά χείλη γίνονται μικρότερα από τα μεγάλα. Τα σώμα της μήτρας μεγαλώνει και γίνεται μεγαλύτερο από τον τράχηλο. Ενώ δηλαδή κατά την παιδική ηλικία το μήκος του τραχήλου είναι μεγαλύτερο από το μήκος του σώματος της μήτρας, τώρα οι διαστάσεις αυτών αντιστρέφονται. Εμφανίζεται η έμμηνη ρύση και παρατηρούνται και αλλαγές στους ενδοκρινείς αδένες. Ιδιαίτερα παρατηρείται αύξηση του θυρεοειδούς αδένος, ενώ ο θυμός αδένος υποστρέφεται.

Μια αργοπορία στην αύξηση της ήβης αποτελεί σοβαρή επιπλοκή. Το 1/3 των γυναικών που δεν παρουσίασε έμμηνη ρύση μέχρι του 16<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας των, θα έχουν σαν αποτέλεσμα την πρωτοπαθή αιμνόρροια στη μεταγενέστερη ηλικία. Αυτή η αργοπορία μπορεί να οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου ή της υποφύσεως ή σε δυσγενεσία των ωοθηκών ή σε μη ανάπτυξη της μήτρας. Αλλά και μια οιαδήποτε διαταραχή της υγείας εν γένει ή της διατροφής της κορασίδας, μπορεί να παρατηρηθεί κατά τις πρώτες εμμηνορρυσίες, που οφείλονται στην ανώμαλη παραγωγή των οιστρογόνων.

Σπάνια μπορεί να εμφανιστεί πρόωρη αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα της κορασίδας, που οφείλεται στην παραγωγή οιστρογόνων από ένα κοκκιοκυτταρικό όγκο της ωοθήκης. Τούτο συνήθως οφείλεται σε πρόωρη ήβη, δηλαδή σε πρόωρη λειτουργία των ωοθηκών και του ενδομητρίου, των οποίων όμως η ανατομική κατασκευή είναι φυσιολογική, οπότε και δεν έχει ανάγκη οιασδήποτε θεραπείας.<sup>9</sup>

## **ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ**

Η φυσιολογική περιοδική εμμηνορρυσία παρουσιάζεται συνήθως κάθε 28 μέρες μαζί με τις 3-5 μέρες της αιμόρροιας. Συμβατικά σαν πρώτη μέρα του γεννητικού κύκλου λαμβάνεται η πρώτη μέρα της εμμήνου ρύσεως.

Καμία γυναίκα δεν παρουσιάζει έμμηνη ρύση ακριβώς κάθε 28 μέρες, γι' αυτό θεωρείται σαν φυσιολογική η κυκλική αιμόρροια που παρουσιάζεται σε μια γυναίκα κάθε 26-32 μέρες. Πρέπει όμως να προστεθεί ότι, αν μια γυναίκα παρουσιάζει κύκλο εμμηνορρυσίας πολύ αραιότερα από 32 μέρες για χρόνια και ιδίως από τα 18 της χρόνια και μάλιστα αν έχει αποκτήσει και τέκνα,

γι' αυτήν τη γυναίκα ο κύκλος της αυτός είναι ο φυσιολογικός και επομένως αποτελεί σφάλμα κάθε προσπάθεια προσαρμογής του κύκλου στο συνήθη των 26-32 ημερών. Έτσι πρέπει να καταστεί απόλυτα σαφές ότι θεωρείται σαν φυσιολογικός ο κύκλος των 26-32 ημερών, γιατί αυτόν τον κύκλο παρουσιάζει η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών.

Γύρω από την πέμπτη μέρα του κύκλου με την επίδραση της FSH αρχίζει να ωριμάζει πλήρως μόνο ένα άωρο ωοθυλάκιο( είναι άγνωστο γιατί ωριμάζει μόνο ένα). Με την ωρίμανση του άωρου ωοθυλακίου, ωριμάζει και το ωάριο που περιέχει και επίσης από την έσω θήκη του και την κοκκώδη στιβάδα παράγει μια στεροειδή ορμόνη, την ωοθυλακίνη ή οιστραδόλη.

Το μέγιστο ποσό της οιστραδιόλης παράγεται λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία, που γίνεται γύρω στη 14<sup>η</sup> μέρα, για ένα γεννητικό κύκλο 28 ημερών.

Πριν από την αιχμή της L.D. που θα προκαλέσει την ωοθυλακιορρηξία, παρατηρείται μια πτώση του εκκρινόμενου ποσού της οιστραδιόλης και αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία παρατηρείται μια νέα αύξηση της εκκρινόμενης οιστραδιόλης.

Κατά το δεύτερο ήμισυ του κύκλου το ωχρο σωματίο εξακολουθεί να εκκρίνει οιστραδιόλη αλλά τα ωχρινικά κύτταρα του ωχρού σωματίου εκκρίνουν και ωρχίνη ή προγεστερόνη. Με την πάροδο των ημερών το ποσό αυτών των ορμονών που κυκλοφορούν μέσα στο αίμα συνεχώς αυξάνεται, για να φθάσει στο υψηλότερο σημείο γύρω από την 21<sup>η</sup> μέρα του κύκλου.

Εάν το ωάριο που βγήκε από το ραγέν ωοθυλάκιο και παρελήφθη από τον ωαγωγό δεν γονιμοποιηθεί, τότε παρατηρείται πτώση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και σε λίγες μέρες παρουσιάζεται η εμμηνορρυσία.

Η εμμηνορρυσία περιέχει, εκτός από αίμα, τεμαχίδια του ενδομητρίου και βλέννα, που είναι πιο πολλή στην αρχή και στο τέλος της εμμηνορρυσίας.

Στην εμμηνορρυσία δεν υπάρχουν πήγματα αίματος, εκτός εάν είναι σε μεγάλη ποσότητα. Τούτο οφείλεται στην παρουσία της ινσουλίνης του ενδομητρίου. Πολλές υγιείς γυναίκες με φυσιολογικό γεννητικό κύκλο παρουσιάζουν μερικά ελαφρά συμπτώματα, όπως ευαισθησία, ελαφρύ κατάθλιψη, ατονία, ελαφρό κάματο, πονοκέφαλο, ελαφρά υπογαστρικά ενοχλήματα κ.τ.λ., γι' αυτό και η εμμηνορρυσία αποκαλείται και αδιαθεσία. Πάντως έντονοι πόνοι, λιποθυμίες και γενικώς συμπτώματα σαν τα προαναφερθέντα, αλλά σε έντονο βαθμό, ώστε να επηρεάζουν την εν γένει δραστηριότητα της γυναίκας, πρέπει να θεωρούνται μη φυσιολογικά συμπτώματα και απαιτείται ιδιαίτερη ερεύνα. Μικρό μέγλωμα των μαστών με αυξημένη ευαισθησία ως προς τον πόνο είναι επίσης συχνό σύμπτωμα.

Ψυχολογικοί παράγοντες βεβαίως τονίζουν τα εμμηνορροϊκά συμπτώματα, αλλά υπάρχουν και έκδηλα συμπτώματα μεταβολισμού κατά το γεννητικό κύκλο, όπως οι αλλαγές της θερμοκρασίας του σώματος και η αύξηση βάρους λόγω κατακρατήσεων χλωριούχου νατρίου και ύδατος.<sup>9</sup>

## Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΙΑΚΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΦΟΣ ΟΡΜΟΝΗ

Εάν το ωάριο γονιμοποιηθεί, ο ζυγώτης στο στάδιο της εξελίξεώς του σαν βλαστικό κυστίδιο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο περί την 20ή μέρα του γεννητικού κύκλου. Η τροφοβλάστη του βλαστικού κυστιδίου εκκρίνει τη χοριακή γοναδοτροπίνη (H.C.G.), που μοιάζει με την L.H. κι έτσι αποφεύγεται η υποστροφή του ωχρού σωματίου.

Η χοριακή γοναδοτροπίνη (H.C.G.) απεκκρίνεται φυσιολογικά στα ούρα και ανιχνεύεται σ' αυτά. Η ανίχνευσή της σ' αυτά αρχίζει να γίνεται θετική μετά τη 10<sup>η</sup> μέρα της καθυστερήσεως της εμμήνου ρύσεως. Σ' αυτό στηρίζεται και το test της εγκυμοσύνης. Κατά τις 10 πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης το ωχρό σωματίο διατηρείται σε πλήρη λειτουργία, εξακολουθεί να εκκρίνει οιστρογόνα και προγεστερόνη και έτσι διατηρούνται η υπεραιμία, η υπερπλασία και η υπερτροφία του βλεννογόνου του ενδομητρίου και η έκκριση του γλυκογόνου, δηλαδή διατηρείται ο φθαρτός. Μετά τη 10<sup>η</sup> εβδομάδα το ωχρό σωματίο δεν είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης, γιατί τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη εκκρίνονται πια από το συγκύτιο των λαχνών του πλακούντα.<sup>9</sup>

Η φυσιολογική παχειά και λευκή κολπική βλεννώδης έκκριση παρουσιάζει μεγάλη οξύτητα(pH<sub>5</sub>). Τούτο οφείλεται στην επίδραση των οιστρογόνων πάνω στα κύτταρα της επιπολής στιβάδας του επιθηλίου του κόλπου, που περιέχουν γλυκογόνο και το μετατρέπουν με τη δράση των οιστρογόνων σε γαλακτικό οξύ με τη βοήθεια των πάντοτε παρόντων κολποβακτηριδίων του Doderlein.

Αυτή η οξύτητα είναι απαραίτητη για να εμποδίζεται η ανάπτυξη φλεγμονής, έχει όμως και το μειονέκτημα να σκοτώνει και τα σπερματοζώαρια. Οι τραχηλικοί αδένες παράγουν μια με αλκαλική αντίδραση βλέννα, η οποία μεταβάλλει τη σύσταση της κατά τις διάφορες φάσεις του γεννητικού κύκλου.

Στο μέσο του κύκλου η πυκνότητα της βλέννας γίνεται λιγότερο πυκνή, έτσι τα σπερματοζώαρια μπορούν ευκολότερα να εισέλθουν σ' αυτή και έτσι προστατεύονται από το όξινο κολπικό έκκριμα, ( από την άλλη μεριά) και το σπέρμα περιέχει υαλογουρονιδάση, ένα ένζυμο, το οποίο ρευστοποιεί την τραχηλική βλέννα. Κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα αυξάνεται η έκκριση της τραχηλικής βλέννας κι έτσι προστατεύονται ακόμα περισσότερο τα σπερματοζώαρια. Επίσης αυξάνεται η έκκριση βλέννας από τους βαρθολίνειους αδένες κι έτσι διευκολύνεται η συνουσία. Επίσης και τα αποπίπτοντα κύτταρα του κολπικού τοιχώματος παρουσιάζουν κυκλικές αλλαγές κατά τις διάφορες φάσεις του γεννητικού κύκλου. Έτσι με την κυτταρολογική μελέτη των κολπικών επιχρισμάτων μπορούμε να ελέγξουμε την ωθητική λειτουργία.

Παρά ταύτα οποιαδήποτε ανωμαλία της εμμηνορροσίας κατά την ηλικία αυτή ή εάν μετά την αμηνόρροια εμφανισθεί αιμόρροια, πρέπει να θεωρείται παθολογική κατάσταση και πρέπει να ελέγχεται με μια διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου και ιστολογική εξέταση των ξεσμάτων.

Μπορούν ακόμα να εμφανισθούν περιοδικές και άστατες ψυχικές καταθλίψεις ή εύκολες συγκινήσεις ή έντονες εξάψεις με περιοδική ερυθρότητα προσώπου, με ιδρώτες ή αϋπνία, με δυσκοιλιότητα ή συχνουρία, με αύξηση του βάρους και ανώμαλες εναποθέσεις λίπους στα ισχία και εξαφάνιση αυτού από άλλα μέρη του σώματος, καθώς και άλλα, κάποτε έντονα, συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα.<sup>9</sup>

Τα ανωτέρω ελαφρού βαθμού συμπτώματα είναι συνήθως ανεκτά από τις γυναίκες και γρήγορα εξαφανίζονται. Τα εντονότερα όμως και συχνά επαναλαμβανόμενα συμπτώματα γίνονται βασανιστικά. Πολλές φορές παρουσιάζεται γεροντική ατροφία του αιδοίου και του κόλπου με πτώση του pH και μ' αποτέλεσμα τις αιδοιίτιδες και κολπίτιδες.

Τα οιστρογόνα και πολλές φορές ο συνδυασμός οιστρογόνων και ανδρογόνων βοηθούν τη γυναίκα γενικά και τοπικά μαζί με τη χρήση τοπικών οιστρογόνων αλοιφών και υποθέτων.

Οι θρομβοφλεβίτιδες και οι καρδιακές ή πνευμονικές εμβολές δεν είναι τόσο συχνές στις γυναίκες κάτω των 50 ετών, όπως στον άνδρα. Πιστεύεται ότι τα οιστρογόνα προφυλάσσουν τη γυναίκα από τις βλάβες του ενδοθηλίου των αγγείων.

Στη μετακλιμακτηριακή ηλικία η οστεοπόρωση αποτελεί το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα. Οι ψυχικές καταθλίψεις είναι συχνές που οφείλονται όχι μόνο στην έλλειψη των οιστρογόνων, αλλά και στη σκέψη της αλλαγής των συνθηκών της ζωής. Σε αυτές τις περιπτώσεις σαν φάρμακο εκλογής θεωρούνται τα οιστρογόνα, αλλά και η ψυχοθεραπεία της ασθενούς δεν πρέπει να παραλείπεται, για να συνειδητοποιήσει ότι αυτό που της συμβαίνει είναι ένα φυσικό φαινόμενο.

Τα οιστρογόνα χορηγούμενα για αρκετό χρονικό διάστημα μπορούν να προκαλέσουν αιμόρροιες, άλλοτε άλλου ποσού και διάρκειας, με ανώμαλη περιοδικότητα και με διαγνωστικές δυσχέρειες. Επίσης δημιουργούν πιθανώς και κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του ενδομητρίου. Γι' αυτό συνιστάται η χορήγηση και προγεστερόνης με τη βοήθεια της οποίας η ενδομήτρια αιμόρροια γίνεται ρυθμική.

Η χορηγούμενη θεραπευτική δόση οιστρογόνων και μάλιστα συνθετικής μορφής οιστραδιόλης είναι μικρότερη από αυτήν που περιέχουν τα αντισυλληπτικά χάπια κι έτσι ο κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι πολύ μικρότερος.

Οι περισσότερες γυναίκες δεν επιθυμούν την τεχνική παράταση της εμμηνορρυσίας, όσες όμως την προτιμούν πρέπει να διατελούν υπό συνεχή κλινική παρακολούθηση του γυναικολόγου των και να γίνεται εργαστηριακός έλεγχος των χορηγουμένων δόσεων με τη μελέτη των κολπικών επιχρισμάτων

Από την άλλη πλευρά οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν να θεραπεύουν τα έντονα κλιμακτηριακά συμπτώματα με οιστρογόνα και προγεστερόνη ή οιστρογόνα και ανδρογόνα και με την προσθήκη βιταμινών Β και Ε και βαθμιαίες ελαττώσεις των δόσεων μέχρι διακοπής αυτών, όταν παράλληλα και τα έντονα κλιμακτηριακά συμπτώματα βαθμιαία εξαφανιστούν.<sup>9</sup>

## 1.4. ΣΥΛΛΗΨΗ

**Συνουσία:** είναι η σεξουαλική πράξη, σπέρμα παραδίδεται στον τράχηλο από το ορθό πέος.

**Εκσπερμάτιση:** είναι η βίαιη απελευθέρωση σπέρματος από το πέος. Η ποσότητα σπέρματος κυμαίνεται από 1,5 έως 4 ml ανά εκσπερμάτιση. Τα μικροσκοπικά σπερματοζωάρια, συχνά φτάνουν τα 150 εκατομμύρια ανά το εκσπερμάτιση, προωθούνται από τον κόλπο προς τη μήτρα και μετά στη σάλπιγγα αναζητώντας το ωάριο. Άσχετα με τον υπερβολικό αριθμό των σπερματοζωαρίων, μόνο ένα γονιμοποιεί το ωάριο. Μόλις το σπερματοζωάριο διαπεράσει το ωάριο, η χημική σύνθεση του έξω τοιχώματος του ωαρίου αλλάζει. Το ωάριο κλείνει ερμητικά, εμποδίζοντας έτσι οποιοδήποτε άλλο σπερματοζωάριο να εισέλθει. Τόσο το ωάριο όσο και το σπερματοζωάριο συνεισφέρουν ακριβώς τα μισά από όλα τα κληρονομικά χαρακτηριστικά του μωρού. Πολλαπλές γεννήσεις παρατηρούνται όταν περισσότερα από ένα ωάριο γονιμοποιούνται ή όταν ένα γονιμοποιημένο ωάριο διαίρεται σε περισσότερα από ένα έμβρυα. Ο ανθρώπινος κύκλος ζωής αρχίζει όταν η κεφαλή και ο λαιμός του σπερματοζωαρίου εισέρχονται στο ωάριο. Η είσοδος συνήθως λαμβάνει χώρα στο εξωτερικό ένα τρίτο της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται ζυγωτό. Το ζυγωτό είναι ένα κύτταρο με έναν πυρήνα, που περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη μελλοντική ανάπτυξη του απογόνου.<sup>8</sup>

## ΑΥΛΑΚΩΣΗ

Αμέσως μετά τη συγχώνευση του πυρήνα του σπερματοζωαρίου με τον πυρήνα του ωαρίου, αρχίζει μια αλληλουχία κυτταρικών διαιρέσεων. Αυτή η διαδικασία διαίρεσης του κυττάρου ονομάζεται αυλάκωση και συνήθως αρχίζει όταν το γονιμοποιημένο ωάριο βρίσκεται στη σάλπιγγα.

Η πρώτη διαίρεση του γονιμοποιημένου ωαρίου καταλήγει σε δύο κύτταρα που ονομάζεται βλαστομερίδια. Πριν τη διαίρεση, κάθε ένα χρωμόσωμα διπλασιάζεται κατά μήκος έτσι ώστε να δώσει δύο ίσα μισά χρωμοσώματα τα οποία ανασυγκροτούνται σε δύο ξεχωριστούς πυρήνες, καθένας από τους οποίους πηγαίνει με το κάθε μισό του χωρισμένου ωαρίου. Έτσι, από την αρχή, κάθε κύτταρο του αναπτυσσόμενου μωρού περιέχει ίσο αριθμό χρωμοσωμάτων από κάθε γονέα. Αυτά τα χρωμοσώματα μεταφέρουν τα γονίδια. Η πρώτη αυλάκωση διαρκεί περίπου 36 ώρες, κάθε επιτυχής διαίρεση διαρκεί ελάχιστα λιγότερο χρόνο. Ο πολλαπλασιασμός συνεχίζεται σε ένα σχετικά σταθερό ρυθμό. Το ωάριο δεν αυξάνεται σε μέγεθος(όγκο) κατά τη διάρκεια της κυτταρικής διαίρεσης και του πολλαπλασιασμού.

Το γονιμοποιημένο ωάριο σταδιακά παίρνει την εμφάνιση ενός μούρου και ονομάζεται μορίδιο. Κατά τη διάρκεια της διαίρεσης το γονιμοποιημένο ωάριο ταξιδεύει από τη σάλπιγγα προς τη μήτρα, αυτό το ταξίδι διαρκεί περίπου τέσσερις ημέρες. Την ώρα που τα κύτταρα φτάνουν στο άκρο της σάλπιγγας, είναι περισσότερα από 100. Το μορίδιο τώρα παίρνει το σχήμα μιας σφαίρας με κοίλο (κούφιο) εσωτερικό και ονομάζεται βλατίδιο.<sup>8</sup>

## ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ

Το βλατίδιο είναι το αρχικό έμβρυο. Μπορεί να προσκολληθεί ή να εμφυτευθεί οπουδήποτε στο ενδομήτριο, αλλά συνήθως εμφυτεύεται κοντά στην οροφή της μήτρας. Το βλαστίδιο εμφυτεύεται στο βλεννογόνο υμένα της μήτρας, ο οποίος έχει προετοιμαστεί γι' αυτό. Οι δίσκοι των κυττάρων κοντά στην εξωτερική στεφάνη αναπτύσσονται σε έμβρυο, η στεφάνη αυτή καθ' αυτή σχηματίζει τους υμένες(χιτώνες) του εμβρύου. Η στεφάνη, ονομάζεται τροφοβλάστη, γίνεται πλακούντας και το κάλυμμα (χορίον). Ο πλακούντας τρέφει, και χόριον προστατεύει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Το χόριον, ο πλακούντας και το αμνίον (σάκος με υγρά) παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αλλά δεν αποτελούν μέρος του σώματος εμβρύου.

Το βλαστίδιο αρχίζει να παράγει μια ορμόνη η οποία διεγείρει τις ωοθήκες να συνθέσουν προγεστερόνη. Η προγεστερόνη ειδοποιεί στην υπόφυση, ότι η γυναίκα είναι έγκυος και δεν πρέπει να απέλθει εμμηνορρυσία. Την ίδια στιγμή, το βλαστίδιο αποβάλλει χημικά για να παραλύσει το ανοσοποιητικό σύστημα μέσα στη μήτρα. Αν δε συνέβαινε αυτό το σώμα της μητέρας θα αναγνώριζε τη γενετικά διαφορετική ύπαρξη σαν ξένο σώμα και θα την κατέστρεφε.

Το ενδομήτριο, που τώρα ονομάζεται φθαρτός υμένας, παχύνεται και τα κύτταρα διογκώνονται. Ένζυμα μέσα στα κύτταρα πέπτουν στον ιστό της μήτρας έως ότου η εμφυτευμένη μάζα να εισχωρήσει στα τοιχώματα κάποιων από τα αιμοφόρα αγγεία της μητέρας, αλυσίδες κυττάρων λούονται με αίμα. Δακτυλόμορφες προεξοχές (χοριακή λάχνη ) που περιέχουν αιμοφόρα αγγεία και συνδέονται με το έμβρυο φυτρώνουν από τα εξωτερικά και εκτείνονται μέσα σε διαστήματα γεμάτα αίμα. Το έμβρυο λαμβάνει οξυγόνο και τροφή και αποβάλλει τα άχρηστα υλικά μέσω αυτής της λάχνης. Όσο το βλαστίδιο ενσωματώνεται, ή εμφυτεύεται, η εσωτερική μάζα των κυττάρων πολλαπλασιάζεται και οι μεμβράνες του εμβρύου συνεχίζουν να αναπτύσσονται. Το βλαστίδιο διαστέλλεται και μερικά από τα κύτταρα γύρω από την κοίλη σφαίρα συναθροίζονται στη μία μέρια. Αυτή η διογκωμένη μάζα από κύτταρα σχηματίζει το βλαστόδερμα. Αυτά τα κύτταρα είναι που σταδιακά αναπτύσσονται για να σχηματίσουν το έμβρυο.

Το βλαστόδερμα αποτελείται από δύο ξεχωριστά στρώματα κυττάρων. Το αυθεντικό, εξωτερικό και χονδρότερο στρώμα, που ονομάζεται εκτόδερμα, εξελίσσεται σε εγκέφαλο, νωτιαίο μυελό, όλα τα νεύρα και τα αισθητικά όργανα και σε δέρμα. Το νεότερο και πιο εσωτερικό στρώμα ονομάζεται ενδοδερμά και θα εξελιχθεί σε ενδοθήλιο όλου του πεπτικού συστήματος από το φάρυγγα μέσω του οισοφάγου, στο στομάχι, ήπαρ, και έντερο έως τον πρωκτό. Το ενδιάμεσο στρώμα που ονομάζεται μεσόδερμα εμφανίζεται αργότερα και δημιουργεί το σκελετό, τους μύες και πολλά από τα εσωτερικά όργανα. Αυτά τα τρία στρώματα κυττάρων εμφανίζονται στην ανάπτυξη όλων των υψηλότερων ζώων.<sup>8</sup>

## 1.5. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

**Ορισμός.** Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.<sup>11</sup>

### ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα σημεία της κύησης γενικά ορίζονται πολύ καλά στις περισσότερες περιπτώσεις, η διάγνωση από το γιατρό δεν είναι δύσκολη. Αυτά τα σημεία ταξινομούνται σαν: υποθετικά(δεκτά αλλά όχι αποδεδειγμένα), πιθανά(αναμενόμενα αλλά όχι σίγουρα),θετικά(αναμφίβολα σημεία εγκυμοσύνης)

### ΥΠΟΘΕΤΙΚΑ

1. Διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Για μια γυναίκα της οποίας η εμμηνορρυσία είναι τακτική, η απότομη διακοπή της περιόδου συνήθως προκαλείται από κύηση. Η παύση της εμμηνορρυσίας καλείται αμηνόρροια.
2. Αλλαγές στους μαστούς. Ενωρίς στην κύηση οι μαστοί διογκώνονται και συνήθως παρατηρείται κνησμός στην περιοχή της θηλής η οποία μεγαλώνει και σκουραίνει.
3. Σημείο Chadwick. Η βλενώδης μεμβράνη του κόλπου, ακριβώς κάτω από το στόμιο της ουρήθρας, είναι βιολετί σε χρώμα μετά την τέταρτη εβδομάδα της κύησης.
4. Μελάγχρωση. Οι θηλές των μαστών σκουραίνουν και μερικές φορές εμφανίζεται χλόασμα (μάσκα της κύησης) σαν άτακτα καφετί μπαλώματα στο πρόσωπο. Η μέλαινα γραμμή, (αλλαγή χρωμάτωσης, μέση γραμμή, από τον ομφαλό έως το εφηβαίο), εμφανίζεται.
5. Πρωινή αδιαθεσία. Ναυτία και εμετούς, ειδικά κατά το πρωινό ξύπνημα, είναι δυνατόν να αρχίζουν λίγο μετά τη διακοπή της πρώτης περιόδου και συνήθως εξαφανίζονται τον τρίτο μήνα της κύησης όταν το γυναικείο σώμα έχει προσαρμοστεί.
6. Συχνουρία. Στα αρχικά στάδια της κύησης η συχνουρία προκαλείται από την πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στην ουροδόχο κύστη. Στο μέσον της κύησης η πίεση ελαττώνεται μια και η μήτρα ανυψώνεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
7. Υποδερμικές ραβδώσεις της κύησης. Λαμπερές, κόκκινες γραμμές στην κοιλία, τους μηρούς και τους μαστούς που προκαλούνται από τη διάταση των ιστών.
8. Σκίρτημα. Το πρώτο αίσθημα της εμβρυϊκής ζωής, συνήθως αισθητό από τη μητέρα μεταξύ της 18<sup>ης</sup> και 20<sup>ης</sup> εβδομάδας.
- 9.Γενικά Συμπτώματα. Κατά τον πρώτο μήνα της κύησης η γυναίκα μπορεί να έχει ένα αόριστο αίσθημα κόπωσης. Μπορεί να παρατηρήσει ότι χρειάζεται περισσότερη ανάπαυση και ύπνο απ' ότι συνήθως, 12 ώρες ή και περισσότερο δεν είναι ασυνήθιστο. Επίσης μπορεί να έχει έναν αμβλύ πονοκέφαλο αν και αυτό μπορεί να προκαλείται από λόγους άσχετους με την κύηση.<sup>8</sup>

## ΠΙΘΑΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

1.Αλλαγές στην κοιλιά. Η κοιλιά σταδιακά αυξάνεται σε μέγεθος. Καθώς αυξάνεται το βάδισμα και το παράστημα της γυναίκας αλλάζουν. Κάθε διόγκωση της κοιλιάς όμως, προερχόμενη είτε από όγκο είτε από υγρό, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια αποτελέσματα.

**2.Σημείο Hegar.** Μαλάκυνση του χαμηλότερου τμήματος της μήτρας.

**3.Αντιτυπία.** Απαλό χτύπημα του εμβρύου, το οποίο απομακρύνεται και αναπηδά μέσα στη μήτρα. Η κύηση μπορεί να γίνει αισθητή από έμπειρα χέρια.

**4.Σημείο Braxton-Hicks.** Ανώδυνες συσπάσεις της μήτρας που εμφανίζονται περιοδικά κατά τη διάρκεια της κύησης, διογκώνοντας τη μήτρα ούτως ώστε να προσαρμοσθεί με το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

**5.Σχεδίαση του εμβρύου.** Το σώμα του εμβρύου μπορεί να ψηλαφηθεί από τα τοιχώματα της κοιλιάς της μητέρας από το δεύτερο μισό της κύησης.

6.Ορμονικές εξετάσεις.

## ΘΕΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

**1. Παλμός της καρδιάς του εμβρύου.** Οι τόνοι της καρδιάς του εμβρύου μπορούν να ακουστούν από το στηθοσκόπιο.

**2. Υπερηχογράφημα.** Ένα περίγραμμα του μωρού, του πλακούντα και άλλων στοιχείων μπορεί να γίνει ορατό όταν ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας εξετάζουν την κοιλιά της μητέρας και μεταδίδουν μια εικόνα στην οθόνη. Το έμβρυο μπορεί να αναγνωρισθεί ακόμα και από την 4<sup>η</sup> εβδομάδα χρησιμοποιώντας υπερήχους.

**3. Ακτινογραφία.** Μετά τον τέταρτο μήνα, ο σκελετός του εμβρύου είναι ορατός με εξέταση με ακτίνες X. Αυτός ο τύπος εξετάσεις χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά από τότε που αναπτύχθηκαν οι υπέρηχοι.

**4. Φύσημα του ομφαλίου λόρου.** Ένα απαλό μουρμουρητό που παράγεται από το αίμα που κυλά στις ομφαλικές αρτηρίες.

**5. Φύσημα του πλακούντα.** Ένα απαλό μουρμουρητό που παράγεται από το αίμα κυλά στον πλακούντα.

**6. Κινήσεις του εμβρύου.** Η κύηση του εμβρύου μπορεί να γίνει αισθητή από το γιατρό ή τη νοσοκόμα γύρω στην 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης.<sup>8</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

*2.1 Ορισμός αμβλωσης*

*2.2 Τύποι αμβλώσεων*

*2.2.α. Αυτόματη διακοπή*

*2.2.α1 Ορισμός*

*2.2.α2 Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες*

*2.2. α3 Κλινική εικόνα, διάγνωση και θεραπεία*

*2.2.β. Τεχνητή διακοπή*

*2.3. Μέθοδοι αμβλώσεων*

## 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

### Αμβλωση

Ως άμβλωση χαρακτηρίζεται η αυτόματη ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα, όταν το έμβρυο δεν είναι ακόμη βιώσιμο ή είναι μικρότερο των 500γρ., χωρίς να υπάρχει ιατρική ένδειξη άσχετα από το αν έγινε συμφωνά με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης ή με εξωιατρικά μέσα.<sup>12,13</sup>

## 2.2. ΤΥΠΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

### 2.2.α. ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

#### 2.2.α<sub>1</sub> Ορισμός

*Αυτόματη διακοπή* της εγκυμοσύνης είναι συνήθης επιπλοκή της κύησης με συχνότητα 18-20% του συνόλου των κύσεων. Αποδίδεται συνήθως με τον όρο αποβολή.<sup>12,14</sup>

#### 2.2.α<sub>2</sub> ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Συγκεκριμένο αίτιο των εκτρώσεων δεν μπορεί να διαπιστωθεί στο 50% τουλάχιστον των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις μπορεί να ενοχοποιηθούν: 1. *Εμβρυοπλακουντικοί παράγοντες*, όπως α) οι ανωμαλίες του ζυγώτη (γονιμοποιημένου ωαρίου), β) ή του εμβρύου, 2. *Μητρικοί παράγοντες* όπως α) οι ανοσολογικές διαταραχές β) η μητρική εμπύρετη νόσος γ) οι ανωμαλίες της μήτρας, στις οποίες περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων τα ινομύματα, η δίκερη μήτρα ή η ανεπάρκεια του τραχήλου.

#### 1. *Εμβρυοπλακουντικοί παράγοντες*

Τα συχνότερα μορφολογικά ευρήματα στις πρώιμες αυτόματες εκτρώσεις είναι οι ανωμαλίες στην ανάπτυξη του ζυγώτη, του εμβρύου και ενίοτε του πλακούντα που βρίσκονται στο 40% των περιπτώσεων πριν από την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης.<sup>12</sup>

**Α. Γενετικές ανωμαλίες.** Οι χρωματοσωματικές ανωμαλίες αποτελούν συνηθισμένο αίτιο πρώιμων εκτρώσεων (πριν από τις 12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης ) και μπορούν να οδηγήσουν σε αποτυχία της ανάπτυξης του εμβρύου, με σχηματισμό κενού εμβρυϊκού σάκου, η σε εκβολή ενός μη φυσιολογικού εμβρύου σε μεταγενέστερα στάδια. Υπολογίζεται, ότι η συχνότητα της παρουσίας ανώμαλου καρυότυπου σε περιπτώσεις αυτόματης έκτρωσης είναι 50-60% περίπου.

Η ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να διαχωριστεί στις περιπτώσεις με ανώμαλο αριθμό χρωμοσωμάτων (ανευπλοειδία) και στις περιπτώσεις με φυσιολογικό χρωματοσωματικό αριθμό (ευπλοειδία).

**A<sub>1</sub>. Ανευπλοειδική έκτρωση.** Σε εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου η *αυτοσωματική τρισωμία* (autosomal trisomy) αποτελεί τη συχνότερη χρωματοσωματική ανωμαλία (52%), με συνηθέστερες τις τρισωμίες 13, 16, 18, 21 και 22. Ακολουθούν οι *πολυπλοειδίες* (26%) και η *μονοσωμία X* (15%), που αναφέρεται στο σύνδρομο Turner (45,XO), ενώ λιγότερο συχνές είναι οι διπλές τρισωμίες, ο μωσαϊκισμός και οι μετατοπίσεις

**A<sub>2</sub>. Ευπλοειδική έκτρωση.** Οι εκτρώσεις στα χρωματοσωματικώς φυσιολογικά έμβρυα παρατηρούνται σε εγκυμοσύνες μεγαλύτερες των 12 εβδομάδων, από πιθανή μεμονωμένη μετάλλαξη.

**B. Ορμονική αστάθεια.** Η παραγωγή της προγεστερόνης εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το ωχρό σωματίο της εγκυμοσύνης μέχρι και την 8<sup>η</sup> εβδομάδα, οπότε την σχετική ορμονική λειτουργία αναλαμβάνει ο πλακούντας, η προγεστερόνη είναι ουσιαστική για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης και η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου μπορεί να οδηγήσει σε έκτρωση. Αλλά είναι δύσκολο να βεβαιωθεί σε ποιες περιπτώσεις η πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης καθιστά ένα πρωτοπαθές αίτιο της έκτρωσης, που θεωρικά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διατροφή του κυήματος, και σε ποιες περιπτώσεις αποτελεί ένα δείκτη αποθνήσκοντα πλακούντα.<sup>12</sup>

## 2. Μητρικοί παράγοντες

Περιλαμβάνονται διαφορά νοσήματα της μητέρας και ενδοκρινικές ανωμαλίες, αλλά κυρίως οι ανοσολογικές διαταραχές που ευθύνονται για ένα μεγάλο ποσοστό των εκτρώσεων.

**A. Μητρικά νοσήματα.** Τα εμπύρετα μητρικά νοσήματα, όπως η γρίπη, η ελονοσία, η λιστερίωση και η τοξοπλάσμωση, προδιαθέτουν στην έκτρωση. Συχνά ενοχοποιούνται ο μεγαλοκυτταρικός ιός και το μυκόπλασμα από το καρδιαγγειακό και το ουροποιητικό σύστημα ή παθήσεις του ήπατος σπανίως οδηγούν σε έκτρωση, όπως και οι ειδικές λοιμώξεις (σύφιλη)

**B. Ανωμαλίες της μήτρας.** Η διπλή (δίδελφος) και η διθάλαμη μήτρα αποτελούν βασικά αίτια επαναλαμβανόμενων εκτρώσεων, ενώ τα ινομώματα της μήτρας και οι ενδομήτριες συμφύσεις περιβάλλονται αρνητικά στην εμφύτευση. Από την ανεπάρκεια του τραχήλου, που μπορεί να είναι συγγενής ή να προέλθει από βίαιη διαστολή του τραχήλου, μπορεί να προκληθεί πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και αυτόματη έκτρωση στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

**Γ. Ενδοκρινικές ανωμαλίες.** Αυξημένη συχνότητα εκτρώσεων βρίσκεται σε άρρωστες με υποθυρεοειδισμό και σακχαρώδη διαβήτη.

**Δ. Ανοσολογικοί παράγοντες.** Υπάρχουν δύο βασικοί μηχανισμοί ανοσολογικών ανωμαλιών, που συνδέονται με την έκτρωση: οι αλλοάνοσοι και οι αυτοάνοσοι.<sup>12</sup>

## 2.2.α<sub>3</sub> ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΜΑΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Από κλινική άποψη, οι αυτόματες εκτρώσεις διακρίνονται σε απειλούμενη, αναπόφευκτη, ατελή και τέλεια έκτρωση. Στην κατηγορία αυτή μπορούν να συμπεριληφθούν και οι καθ' ἑξίν εκτρώσεις, καθώς και η παλίνδρομη εγκυμοσύνη.

**A. Απειλούμενη έκτρωση.** Είναι η παθολογική κατάσταση της εγκυμοσύνης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματη διακοπή της πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα και η οποία χαρακτηρίζεται κλινικώς από μικρή αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα, χωρίς πόνο στο υπογάστριο.

### A<sub>1</sub>. Συμπτώματα και αντικειμενικά ευρήματα.

Η πρώτη ένδειξη επικείμενης έκτρωσης είναι η εμφάνιση αιμορραγίας από τα γεννητικά όργανα στα αρχικά στάδια μιας εγκυμοσύνης, που έχει κατ' αρχήν επιβεβαιωθεί με εργαστηριακές δοκιμασίες. Η αιμορραγία οφείλεται σε μικρές αποκολλήσεις του πλακούντα στην περιφέρεια του και δε συνοδεύεται από ήπιο μόνο πόνο στο υπογάστριο, όπως στη δυσμηόρροια. Το μέγεθος της μήτρας αντιστοιχεί στη διάρκεια της αμηνόρροιας, το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό και οι εμβρυϊκοί υμένες είναι ακέραιοι (δεν παρατηρείται διαφυγή αμνιακού υγρού).

### A<sub>2</sub>. Διάγνωση

Αναγκαίες εξετάσεις για τη διάγνωση της απειλούμενης εκτρώσεις είναι η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, που γίνεται για να εξακριβωθεί το μέγεθος της μήτρας και να διαπιστωθεί εάν το μέγεθος αυτό αντιστοιχεί στη διάρκεια της αμηνόρροιας, καθώς και η επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας με μητροσκόπιο που γίνεται για να διακριβωθεί εάν το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό.

Τα επίπεδα της προγεστερόνης στον όρο του αίματος ελαττώνονται σημαντικά (<15 ng/ml) σε περιπτώσεις απειλούμενης έκτρωσης, που πορεύεται προς τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Στην εξέταση με υπερήχους διαπιστώνεται το βιώσιμο του εμβρύου από την παρουσία φυσιολογικού εμβρυϊκού σάκου με φυσιολογικές εμβρυϊκές κινήσεις και φυσιολογικό πλακούντα, χωρίς συνήθως να είναι εφικτή η κατάδειξη των μικρών αποκολλήσεων. Η απουσία κεντρικών ηχοανακλάσεων στον εμβρυϊκό σάκο από το έμβρυο είναι δηλωτική, αλλά δεν αποτελεί απόδειξη, θανάτου του κυήματος. Η καρδιακή λειτουργία είναι εμφανής με real-time υπερήχους μετά τις 6 εβδομάδες.

### A<sub>3</sub>. Θεραπεία

Η απειλούμενη έκτρωση θεραπεύεται με ελάττωση γενικά της δραστηριότητας της άρρωστης και κατά προτίμηση με κατάκλιση (με εξαίρεση την έγερση για τουαλέτα και καθαριότητα), μέχρις ότου παύσει η αιμορραγία. Η συνουσία πρέπει να διακόπτεται.

Η χορήγηση ηρεμιστικών, όπως διαζεπάμης σε δισκία των 2χιλ., 2-3 φορές την ημερησίως, αποδεικνύεται σε πολλές περιπτώσεις χρήσιμη. Η εισαγωγή της άρρωστης με απειλούμενη έκτρωση σε κλινική ή νοσοκομείο δεν είναι απαραίτητη. Δεν απαιτείται επίσης θεραπεία με άλλα φάρμακα, εκτός από τις άρρωστες που έχουν ήδη πάρει προγεσταγόνα σε προηγούμενες

επιτυχείς εγκυμοσύνες και έχουν εμπιστοσύνη στη θεραπεία με προγεσταγόνα. Στην περίπτωση αυτή προτεινόμενη είναι η καπροϊκή υδροξυπρογεστερόνη, που δεν προκαλεί αρρενοποίηση στο θήλυ έμβρυο.

Η εγκυμοσύνη στην απειλούμενη έκτρωση συνεχίζεται ομαλά σε 50% των περιπτώσεων, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπευτικής αγωγής.<sup>12</sup>

**Β. Αναπόφευκτη έκτρωση.** Η αναπόφευκτη έκτρωση χαρακτηρίζεται από πόνους, που θυμίζουν τις ωδίνες του τοκετού, και από μεγάλη αιμορραγία, που μπορεί να οδηγήσει την άρρωστη σε shock.

#### Παθογένεια-κλινική εικόνα

Συνήθως προηγείται η ήπια συμπτωματολογία της απειλούμενης έκτρωσης, που χαρακτηρίζεται από μικρή αιμορραγία, ενώ άλλοτε η αιμορραγία είναι ήδη νεκρό. Εάν η εκτροπή δεν ανασταλεί, η αποκόλληση του πλακούντα επεκτείνεται και η αιμορραγία αυξάνει. Το αίμα που διαφεύγει από την αποκόλληση δεν είναι δυνατόν να διοχετευθεί στο σύνολο του από το μικρού εύρους τραχηλικό στόμιο, η μήτρα διευρύνεται και αρχίζει να αντιδρά με επώδυνες συστολές.

#### Θεραπευτική αγωγή

Επιβάλλεται η ταχεία και χωρίς πολλές διατυπώσεις εισαγωγή της άρρωστης σε κλινική και η άμεση εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας από το αποκολλημένο κύημα, με απόξεση ή με τη βοήθεια αντλίας κενού. Η κλινική εικόνα είναι τόσο θορυβώδης και η αιμορραγία τόσο μεγάλη, ώστε δεν είναι κατανοητή οποιαδήποτε καθυστέρηση που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο και τη ζωή ακόμη της άρρωστης. Η μετάγγιση αίματος είναι αναγκαία στις περισσότερες περιπτώσεις, και συνεπώς επιβάλλεται η ομάδα αίματος και ο παράγοντας Rh να προσδιορίζονται κατά την προετοιμασία της άρρωστης στην αίθουσα παραλαβής της κλινικής ή του νοσοκομείου αμέσως, πριν ακόμη η άρρωστη προωθηθεί στο χειρουργείο. Σε Rh αρνητικές άρρωστες επιβάλλεται η χορήγηση γ-σφαιρίνης. Τα ξέσματα πρέπει να αποστέλλουν για ιστολογική εξέταση.<sup>12</sup>

**Γ. Ατελής έκτρωση.** Ατελής έκτρωση είναι η αποβολή του μεγαλύτερου τμήματος του κυήματος πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η εκτροπή αυτή αποτελεί, κατά κάποιον τρόπο, την τελική φάση της αναπόφευκτης έκτρωσης σε εγκυμοσύνη που έχει επιβεβαιωθεί από το ιστορικό ή από το θετικό τεστ εγκυμοσύνης ή με τους υπερήχους.

#### Κλινική εικόνα και διάγνωση

Κατά την εξέταση ο τράχηλος είναι ανοικτός και ο πόνος είναι ελάχιστος. Σε εγκυμοσύνη >6 εβδομάδων, συνήθως προβάλλουν προς τον κόλπο λίγα τμήματα του πλακούντα, ενώ σε εγκυμοσύνη <6 εβδομάδων παραμένει μόνον ο φθαρτός προσκολλημένος στην έσω επιφάνεια του τοιχώματος της μήτρας. Η αιμορραγία από τον τράχηλο έχει περιορισθεί, αλλά εξακολουθεί να είναι σημαντική και καθιστά συνεπώς αναγκαία την άμεση εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας.

### Θεραπεία

Παραπομπή στο χειρουργείο για εκκένωση των υπολειμμάτων του κυήματος που έχουν κατακρατηθεί. Η εκκένωση γίνεται με διαστολή του τραχήλου, εάν έχει στο μεταξύ κλείσει, έστω μερικώς και με απευθείας απόξεση ή με τη χρήση ρύγχους αναρρόφησης. Διασταύρωση και χορήγηση αίματος επιβάλλεται σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας ( στο 20% των περιπτώσεων). Τα ξέσματα αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση, ενώ σε Rh αρνητικές άρρωστες χορηγείται γ-σφαιρίνη.

**Δ. Τέλεια έκτρωση.** Είναι μορφή της έκτρωσης, που η μήτρα αδειάζει αυτόματα, χωρίς να μείνουν μέσα υπολείμματα και αυτό αποδεικνύεται με το σταμάτημα της αιμορραγίας.<sup>15</sup>

### Συμπτώματα και διάγνωση

Η έκτρωση χαρακτηρίζεται ως τέλεια, όταν ο πόνος έχει παύσει και η αιμορραγία έχει διακοπεί ή είναι ελάχιστη. Συνήθης είναι στις περιπτώσεις η ταχεία παλινδρόμηση της μήτρας. Η μορφή αυτή της έκτρωσης, η αυτόματη δηλαδή και πλήρης εκβολή του κυήματος, είναι δυνατή περισσότερο σε μια εγκυμοσύνη 16 εβδομάδων παρά σε μικρότερη εγκυμοσύνη. Σε μικρές εγκυμοσύνες είναι συνήθης η κατακράτηση τμημάτων του πλακούντα. Χρήσιμη είναι η υπερηχογραφική εξέταση της μήτρας για την επιβεβαίωση.

### Θεραπεία

Η άρρωστη είναι υπό παρατήρηση για μερικές ημέρες, χωρίς να είναι αναγκαία η εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Απόξεση δε χρειάζεται, έκτος εάν η ελάχιστη έστω αιμορραγία επιμένει για μέρες. Σε όλες τις άρρωστες με αρνητικό Rh είναι απαραίτητη η χορήγηση αντι-D σφαιρίνης σε δόση 100μg.<sup>12</sup>

**Ε. Καθ'έξιν (επαναλαμβανόμενες ) εκτρώσεις.** Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζονται οι αποβολές που συμβαίνουν τους πρώτους 4 1/2μήνες της κύησης, έχουν συμβεί 3 διαδοχικές φορές και συνοδεύονται με τα ίδια κλινικά συμπτώματα.

### Αίτια

Οι καθ'έξιν εκτρώσεις διακρίνονται σε εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου (πρώιμες εκτρώσεις ) και σε εκτρώσεις του δεύτερου τριμήνου.

Οι πρώιμες αυτόματες εκτρώσεις υποκρύπτουν συνήθως ένα ενδοκρινικό αίτιο (ανεπάρκεια ωχρού σωματίου) ή ένα γενετικό αίτιο (προβλήματα του ζυγώτη), όταν επέρχονται πριν την 14<sup>η</sup> εβδομάδα. Από τα γενετικά αίτια, πιθανότερη είναι η παρουσία μιας ανευπλοειδικής ανωμαλίας στο κύημα, η οποία και ευθύνεται για την έκτρωση.

Σε εγκυμοσύνες >14 εβδομάδων , είναι πιθανότερο ότι η ανάπτυξη του εμβρύου υπήρξε ευπλοειδική και συνεπώς το αίτιο της έκτρωσης αναφέρεται σε κάποιο μητρικό παράγοντα,

όπως σε ορισμένα μητρική νοσήματα (λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα) ή κάποια τοπική παθολογική κατάσταση στη μήτρα, που συνήθως απαντά στη θεραπευτική αγωγή, ή συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας.

#### Θεραπεία

Η θεραπεία κατευθύνεται προς την εξάλειψη του αιτίου. Τα ινομύματα πρέπει να εξαιρούνται και οι διαπλαστικές ανωμαλίες να επανορθώνονται με πλαστικές εγχειρήσεις. Η ανεπάρκεια του τραχήλου πρέπει να αντιμετωπίζεται με περιέδεση του, με την κλασική μέθοδο του Shirodkar σε μεγάλη κακοποίηση του τραχήλου και με την τροποποιημένη μέθοδο περιέδεσης κατά McDonald σε αμιγή ανεπάρκεια.<sup>9</sup>

**Στ. Παλίνδρομη έκτρωση.** Ο όρος παλίνδρομη έκτρωση αναφέρεται σε εκτροπή της εγκυμοσύνης, κατά την οποία επέρχεται ο θάνατος του εμβρύου πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα και το νεκρό έμβryo κατακρατείται επί μακρόν στην κοιλότητα της μήτρας, ενώ συνεχίζεται για μικρό χρονικό διάστημα η λειτουργία του πλακούντα.

#### Συμπτώματα και διάγνωση.

Το έμβryo αποθνήσκει ενδομητρίως, αλλά δεν αποβάλλεται αμέσως, επειδή ο πλακούντας εξακολουθεί να λειτουργεί για μικρό ακόμη χρονικό διάστημα ( μιας περίπου εβδομάδας). Η μήτρα παύει να μεγεθύνεται, ενώ παύουν και τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Πόνος μπορεί να υπάρχει ελάχιστος και η αιμορραγία είναι συνήθως μηδαμινή. Η αιμορραγία προέρχεται από μικρές αποκολλήσεις στο χοριοφθαρτοειδή χώρο, όπου και σχηματίζονται μικρές συλλογές πηγμάτων αίματος.

Σε εγκυμοσύνη <12 εβδομάδων, το όλο κύημα βαθμιαία απορροφάται , εάν η επιπλοκή δε διαγνωσθεί και δε διενεργηθεί θεραπευτική απόξεση. Μετά τις 12 εβδομάδες μπορεί να σχηματισθεί σαρκώδης μύλη, ενώ μετά τις 18 εβδομάδες το έμβryo αποβάλλεται συνήθως σε κατάσταση εμβροχής.

Με την υπερηχογραφική εξέταση μέχρι τις 6 εβδομάδες δε διαπιστώνεται ούτως η άλλως η παρουσία ζωντανού εμβρύου. Μετά το διάστημα αυτό μπορεί να βρεθεί στην παλίνδρομη εγκυμοσύνη έμβryo, αλλά δε διαπιστώνεται εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία.

#### Θεραπεία

Παρατήρηση και αναμονή μέχρι την αυτόματη εκβολή του εμβρύου και έναρξη της αιμορραγίας, που επέρχεται συνήθως σε διάστημα μιας ή το πολύ δύο εβδομάδων. Στο διάστημα αυτό εκφυλίζεται πλήρως η πλακουντική λειτουργία και η μήτρα αντιδρά καλύτερα στην επίδραση των μητροσυσπαστικών φαρμάκων, επειδή ελαττώνεται δραστικά η μυοχαλαρωτική επίδραση της προγεστερόνης. Η αναμονή δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη των δύο εβδομάδων, επειδή υπάρχει ο κίνδυνος να επέλθει κατά τη διάρκεια της και κατά την καθυστερημένη γυναικολογική επέμβαση διάχυτη ενδαγγειακή πήξη του αίματος.<sup>12</sup>

## **Z. Σηπτική έκτρωση**

Αυτή συμβαίνει συνήθως, όταν γίνει μια απόπειρα διακοπής ή διακοπή της εγκυμοσύνης από άπειρο πρόσωπο, χωρίς να εφαρμοστούν οι απαραίτητες συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας. Επίσης η σηπτική έκτρωση είναι δυνατό να εγκατασταθεί αυτόματα, από επιμόλυνση του κυήματος από παρακείμενες σηπτικές εστίες και συχνότερα από ανιούσες επιμολύνσεις από τον κόλπο. Η σηπτική έκτρωση αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο στις χώρες, που ο νόμος απαγορεύει αυστηρά την εκτέλεση τεχνητής έκτρωσης. Η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων σε πολλές χώρες είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση ή την εξαφάνιση των σηπτικών εκτρώσεων. Η επιμόλυνση του περιεχομένου της μήτρας, όταν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει στην εγκατάσταση σοβαρών σηπτικών επιπλοκών με καταστρεπτικά επακόλουθα.

### Αίτια

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

### Θεραπεία

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

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



## 2.2.β ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Με τον όρο <<τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης>> υπονοείται η διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται με σκοπό την αποτροπή κινδύνου της ζωής ή βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της μητέρας ή γέννησης νεογνού με σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες.

Περιλαμβάνει την θεραπευτική έκτρωση και την άμβλωση.

Θεραπευτική έκτρωση είναι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται με στόχο την προστασία της υγείας της μητέρας, πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, ή την αποτροπή της γέννησης παθολογικού νεογνού, όταν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου.<sup>12</sup>

Η τεχνητή έκτρωση παύει να θεωρείται εγκληματική, όταν για λόγους υγείας επιβάλλεται η διακοπή της εγκυμοσύνης. Παρακάτω παραθέτουμε μερικές από τις κυριότερες ενδείξεις θεραπευτικής διακοπής της κύησης:

1. Έκδηλη φυματίωση.
2. Ερυθρά στους τέσσερις πρώτους μήνες.
3. Νεφρίτιδα.
4. καρκίνος – Λευχαιμία.
5. Ψυχικές παθήσεις.
6. Βαριά καρδιόπαθεια.
7. Διάφορες σοβαρές παθολογικές καταστάσεις.
8. Σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου ύστερα από προγεννητικό έλεγχο.<sup>15</sup>

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

Αυτή απαγορεύεται από την ελληνική νομοθεσία με βαρύτερες ποινές τόσο για τον εκτελεστή γιατρό, όσο και για τους ενδιαφερόμενους.

Χαρακτηρίζεται ως εγκληματική έκτρωση ή άμβλωση.

Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης (θεραπευτική έκτρωση και άμβλωση) γίνεται με την προϋπόθεση ότι λαμβάνονται υπόψη οι διάφοροι κοινωνικοί και συγκινησιακοί παράγοντες καθώς και η φυσική και διανοητική κατάσταση της μητέρας, ενώ κρίνεται απαραίτητη και η συμβουλευτική παροχή πληροφοριών για αντισύλληψη.<sup>12</sup>

## 2.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

### 1. Με αναρρόφηση ( Μέθοδος Karman)

Η συσκευή αυτή αποτελείται από ένα πολύ εύκαμπτο πλαστικό ρύγχος εύρους 4-6 mm με αμβλύ άκρο που στο άκρο του φέρει δυο αντιδιαμετρικές οπές. Όταν η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται με σύριγγα είναι απαραίτητη μια σύριγγα των 50 cc με ειδική βαλβίδα στο στόμιο της. Συνήθως στη σύριγγα εισάγεται κάποια λιπαντική ουσία. Η δύναμη της αναρρόφησης είναι 29 φορές δυνατώτερη από την ηλεκτρική σκούπα<sup>1,16</sup>

Μετά την εισαγωγή του ρύγχους στην ενδομήτρια κοιλότητα προσαρμόζεται η ειδική σύριγγα και δημιουργείται κενό στην ενδομητριακή κοιλότητα, με την έλξη του εμβόλου. Το κενό που μπορεί να επιτευχθεί με τη συσκευή αυτή υπολογίζεται σε 500- 700 mmHg. Σχεδόν αμέσως θα παρατηρηθεί δίοδος αίματος, υγρού καθώς και ιστών. Στη συνέχεια εκτελούνται κινήσεις αποξέσεως, δηλαδή κινήσεις μέσα έξω με παράλληλες περιστροφές για την απόξεση όλων των επιφανειών της κοιλότητας της μήτρας. Μετά το τέλος της επέμβασης η ασθενής παρακολουθείται για ένα διάστημα 1 έως 2 ωρών. Η συνηθισμένη απώλεια αίματος μετά την επέμβαση χαρακτηρίζεται σαν ελάχιστη και διαρκεί 2 έως 3 μέρες.<sup>1</sup>

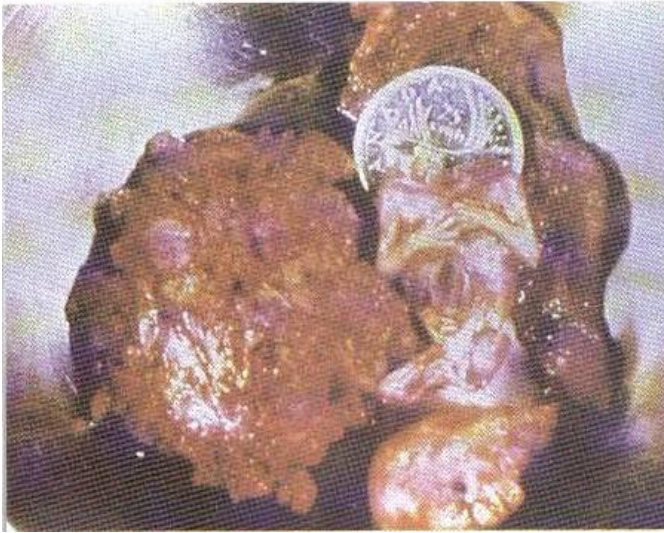
Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής όταν γίνεται κατά τις 12 πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αν χρησιμοποιηθεί μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας ώστε να μπορέσει να εισέλθει το αναρροφητικό ρύγχος.<sup>17</sup>

Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι υπάρχει ελάχιστη απώλεια αίματος, ελαχιστοποίηση του κινδύνου διάτρησης της μήτρας λόγω χρήσης ευκάμπτου ρύγχους. Μειονέκτημα αποτελεί μια ατελής τεχνητή έκτρωση.<sup>1</sup>

Από ένα τόπο επί-  
λοση μιας αιμό-  
στασις με αναρρόφηση.  
Με μια ισχυρή  
μηχανή αναρρόφησης,  
το αίμα του  
δοκιμασμένου με-  
ρού, όφει τεμακί-  
σσει μέσω στη μήτρα,  
αναρροφάται μαζί με  
τά απομεινάρια του  
πλάσματος. Όλα  
αυτά που βγαίνουν  
σε μια φιάλη ελα-  
στέρα, πηγαίνουν τα  
ένα μετά τ' άλλα σε



ένα μετά τ' άλλα σε ένα δοχείο όπου, στο τέλος, βρίσκουμε από ποσότητες ελά-

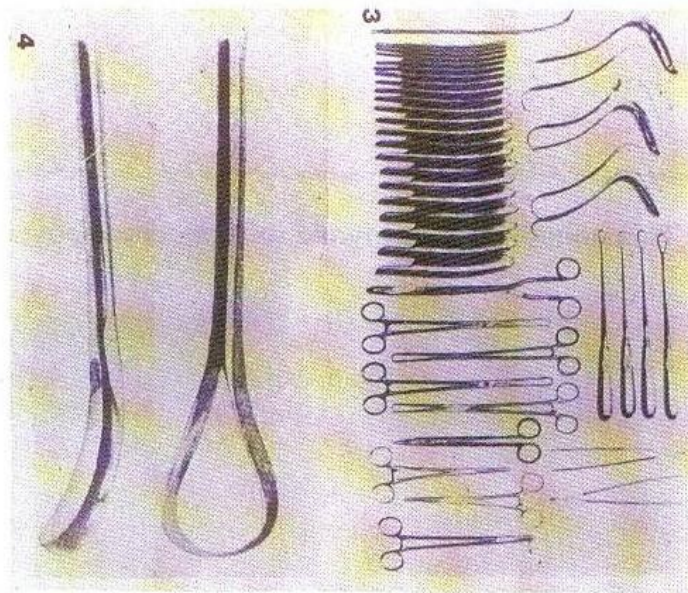


Αυτό είναι ένα άλλο αποτέλεσμα της ίδιας μεθόδου έκτρωσης. Έδω το παιδί έχει κομματιασθεί λιγώτερο. Μόνο τα κάτω άκρα και τα μαλακά μέρη έχουν κοπεί· τα πιο μεγάλα κομμάτια, όπως το κεφάλι, δεν μπόρεσαν ν' αναρροφηθούν. Το κεφάλι βρίσκεται στο κάτω μέρος της φωτογραφίας. Χρειάστηκε νά γίνει διαστολή του τραχήλου της μήτρας για νά βγάλουν τα μεγάλα κομμάτια με τις ειδικές λαβίδες. Μπορούμε νά κρίνουμε τις διαστάσεις του μικρού πτώματος από ένα νόμισμα τοποθετημένο στή θέση του κεφαλιού που έχει διάμετρο μιας ελληνικής δραχμής.

## 2.Με απόξεση

Η μέθοδος αυτή γίνεται το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική θέση. Αφού προηγουμένως έχει προηγηθεί η προεγχειρητική ετοιμασία της περιοχής. Γίνεται η αναισθησία. Στη συνέχεια τοποθετούνται ο πρόσθιος και ο οπίσθιος κολποδιαστολέας ή ένα ανάλογο μεγέθους δυσκελές μητροσκόπιο και συλλαμβάνεται ο τράχηλος της μήτρας με δύο μονοδοντές μητρολαβίδες. Έπειτα γίνεται η διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας με ειδικούς μεταλλικούς διαστολείς που είναι γνωστοί με την ονομασία κηρία του Hegar ή του Pratt ή του Hank κ.τ.λ. η απαιτούμενη κατά περίπτωση διαστολή του τραχήλου της μήτρας σε χιλιοστόμετρα πρέπει να είναι ίση με την εβδομάδα της κύησης. Στη συνέχεια τοποθετείται στ μήτρα το επιλεγμένο μέγεθος αναρροφητικού ξέστρου και εφαρμόζεται αμέσως η μέγιστη δυνατή αναρρόφηση. Το αναρροφητικό ξέστρο δεν είναι απαραίτητο να εισάγεται μέχρι τον πυθμένα της μήτρας γιατί υποστηρίζεται πως αυτό δεν προσφέρει τίποτα παραπάνω ενώ αντίθετα αυξάνει τον κίνδυνο της διάτρησης. Αφού αναρροφηθεί το μεγαλύτερο μέρος του περιεχομένου της μήτρας παθητικά, συνίσταται η εκτέλεση παλινδρομικών και ταυτόχρονα περιστροφικών κινήσεων του ξέστρου. Η ολοκλήρωση της εκκένωσης της μήτρας υποδηλώνει από την αίσθηση που δίνει το ξέστρο ότι τρίβεται πάνω σε σκληρή επιφάνεια, από την εμφάνιση στον σωλήνα αφρώδους υγρού και από τη σύσπαση του τραχήλου. Η επιβεβαίωση της πλήρους εκκένωσης της μήτρας γίνεται με την εισαγωγή ενός οξέος ξέστρου και τον έλεγχο με αυτό της κοιλότητας της μήτρας για την πιθανή ύπαρξη υπολειμμάτων ιστού. Δεν είναι απαραίτητη η εκτέλεση πλήρους αποξέσεως με το οξύ ξέστρο, πράξη η οποία αυξάνει τον κίνδυνο διάτρησης καθώς και την απώλεια αίματος.

Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι υπάρχει ελάχιστη απώλεια αίματος, ελαχιστοποίηση του κινδύνου διάτρησης της μήτρας λόγω χρήσης ευκάμπτου ρύγχους. Μειονέκτημα αποτελεί μια ατελής τεχνητή έκτρωση.<sup>1</sup>



Ἐδῶ εἶναι ἕνα σέτι ἐργαλείων τὰ ὁποῖα χρησιμοποιοῦνται στὴν ἐπέμβαση αὐτή. Βλέπετε αὐτὰ τὰ κηρία πού σκοπό ἔχουν νά προκαλέσουν μιά βαθμιαία διαστολή τοῦ τραχήλου καί ἐν συνεχείᾳ τὰ ξέστρα, αὐτὰ τὰ κοφτερά στρογγυλά μαχαίρια, τὰ ὁποῖα μπαίνουν μέσα στή μήτρα γιά νά κάνουν τήν ἀπόξεση.





### 3.Με προσταγλανδίνη

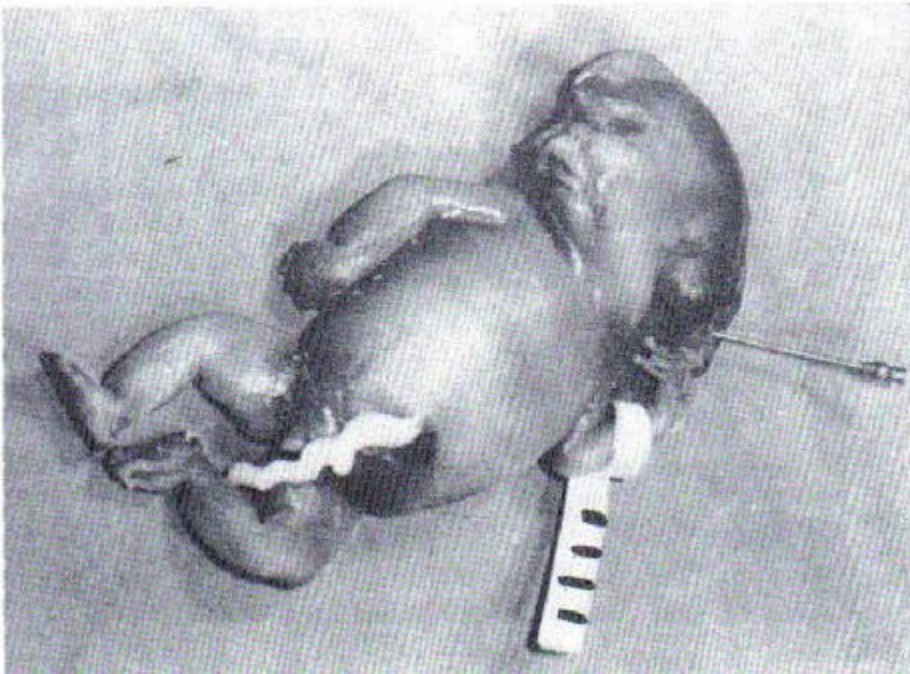
Είναι παράγωγα του αραχιδονικού οξέος. Χρησιμοποιήθηκαν αρχικά από τον Karim το 1971. Υπάρχουν διάφοροι τύποι.

Τα τελευταία χρόνια οι προσταγλανδίνες είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για πρόκληση τοκετού, διακοπή της κύησης δευτέρου τριμήνου, αλλά και για έκτρωση πρώτου τριμήνου. Η χρήση του όμως για διακοπή του πρώτου τριμήνου απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα συγκριτικά με την αποτελεσματικότητα που έχει η αναρροφητική εκκένωση της μήτρας. Η χορήγηση των προσταγλανδινών μπορεί να γίνει με τοποθέτηση 20 mg προσταγλανδίνης E2 υπό μορφή υποθέτου στον οπίσθιο κολπικό θόλο και επαναλαμβάνεται η δοσολογία αυτή κάθε 3-4 ώρες.

Ο τρόπος αυτός χορήγησης του φαρμάκου είναι εύκολος όμως ο μέσος χρόνος είναι περίπου 13,5 ώρες. Η χορήγηση του φαρμάκου μπορεί να γίνει ακόμη εξωαμνιακά, ενδοαμνιακά και ενδομυϊκά με χορήγηση προσταγλανδίνης PGE<sub>2</sub>. Τα αποτελέσματα από τη χρήση των προσταγλανδινών είναι ικανοποιητικά διότι προκαλούν συστολές του μυομητρίου και ως εκ τούτου διαστολή του τραχηλικού στομίου χωρίς να γίνονται τραυματισμοί της μήτρας. Η χρήση τους όμως είναι πιο αποτελεσματική για διακοπή δευτέρου τριμήνου.<sup>18</sup>

Ενδομυϊκή χορήγηση δεν πλεονεκτεί σε σχέση με την ενδοκολπική ή τραχηλική τοποθέτηση προσταγλανδίνης PGE<sub>2</sub> με τη μορφή κρέμας ή υποθέτου.

Παρενέργειες του φαρμάκου παρουσιάζονται σε ορισμένες γυναίκες όπως: πυρετό, ναυτία, εμετοί και διάρροια γι' αυτό κατά την χορήγηση προσταγλανδινών χρειάζεται στενή παρακολούθηση της γυναίκας και κυρίως όταν είναι μεγάλο το χρονικό διάστημα της έκτρωσης.<sup>19</sup>



#### 4. Δηλητηρίαση του αμνιακού υγρού με αλατούχα ένεση.

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 μέρες, αποβάλλονται το έμβρυο και στη συνέχεια ο πλακούντας. Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά τη 16<sup>η</sup> και μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 μέρες, αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος από ότι στις παραπάνω μεθόδους.<sup>17</sup>



Έκτρωση με δηλητηρίαση: Κατά την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, ο αμνιακός θύλακας περιέχει αρκετό υγρό για να είναι δυνατόν να αφαιρεθεί ένα μέρος και να αντικατασταθεί από μία συμπευκνωμένη τοξική διάλυση που δηλητηριάζει το μωρό. Αυτό που βλέπουμε εδώ είναι το αποτέλεσμα μιας απ' αυτές τις εκτρώσεις, με δηλητηρίαση με αλάτι κατά την 19<sup>η</sup> εβδομάδα.



## 5. Υστερεκτομή

Η υστερεκτομή ως μέθοδος διακοπής κύησης του 2<sup>ου</sup> τριμήνου δεν είναι καθόλου δημοφιλής, αλλά χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κάποια παθολογική κατάσταση, που από μόνη της αποτελεί ένδειξη για υστερεκτομία ή ως εναλλακτική λύση επί αποτυχίας της στείρωσης, αν δεν υπάρχει η προοπτική να ζητήσει η γυναίκα την αναστροφή της.

Η κοιλιακή οδός χρησιμοποιείται συχνότερα για την υστερεκτομή, όπου αφαιρείται ολόκληρη η μήτρα. Η εγκυμοσύνη προκαλεί διάταση των αγγείων και τα κάνει μαζί με τον σαφή διαχωρισμό των ιστών πιο εύκολα στη σύλληψη και απολίνωση. Η απώλεια αίματος αντικατοπτρίζει την τεχνική που επιλέγεται και την πείρα του χειρουργού, γενικά όμως είναι μεγαλύτερη με την κοιλιακή προσπέλαση. Η μέση απώλεια αίματος έχει υπολογισθεί στα 370ml περίπου. Ενώ απώλεια τέτοια που να απαιτείται μετάγγιση παρατηρείται σε ποσοστό 7-17% σε σύγκριση με 238 ml και 3-5,2% αντίστοιχα με την κοιλιακή υστερεκτομή. Εκτός από την απώλεια αίματος η υστερεκτομία συνδέεται και με άλλες επιπλοκές όπως τραυματισμό της ουροδόχου κύστεως ή των ουρητήρων, θρομβοεμβολική νόσο, λοίμωξη, ανάπτυξη αιματωμάτων και αποστημάτων, ανάπτυξη κύστεων των ωοθηκών και προπτώση του κολοβώματος του κόλπου.

Τα πλεονεκτήματα είναι ότι μπορεί να αντιμετωπισθεί συνυπάρχουσα παθολογία των έσω γεννητικών οργάνων, προλαμβάνεται η ανάπτυξη καρκίνου στα όργανα αυτά και εγγυάται απόλυτη στειρότητα. Μειονεκτήματα αποτελούν η μεγαλύτερη νοσηρότητα, θνησιμότητα και η παρατεταμένη νοσηλεία.<sup>1</sup>



## **6. Με εισαγωγή λαμιναρίων .**

Πρωτοχρησιμοποιήθηκαν στην Άπω Ανατολή και εισάχθηκαν στη Δύση γύρω στο 1860. Στο παρελθόν είχαν χρησιμοποιηθεί νήματα, σφουγγάρια, ξύλα και διάφορα φυτά. Είναι ρίζα θαλάσσιου φυτού που κόβονται σε μάκρος 6 ως 8 εκ. και τους δίνεται κυλινδρική μορφολογία πάχους 2 ως 10 χιλιοστά. Το ένα άκρο των λαμιναρίων είναι διάτρητο και έχουν στερεωμένο σε αυτό το σημείο ένα λινό ράμμα. Είναι υδρόφιλα και με την απορρόφηση υγρών αυξάνουν τη διάμετρο τους 3-4 φορές.<sup>1</sup>

Εισάγονται στην ενδοτραχηλική κοιλότητα ύστερα από διαστολή του τραχήλου για την επιτυχία μεγαλύτερης διαστολής του και συσπάσεων της μήτρας που οδηγούν στη έξοδο του κνήματος. Την έξοδο του ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.<sup>20</sup>

Η αφαίρεση των λαμιναρίων, γίνεται με σταθερή και ήπια έλξη από τα ειδικά γι' αυτόν τον σκοπό νήματα. Κίνδυνος διατρήσεως μήτρας και ρήξεως του τραχήλου αν και παρών είναι πρακτικά ανύπαρκτος. Ένα από τα μειονεκτήματα της λαμιναρίας είναι ότι υπάρχει κίνδυνος λοιμώξεων. Επίσης η τοποθέτηση τους γίνεται 6 ώρες πριν την επέμβαση.

**7. Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα** από σιλκόνη ή καθετήρα Foley μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, ύστερα από μικρή διαστολή του τραχήλου και εισαγωγή 10-15 κ. εκ. φυσιολογικού ορού, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου και έξοδο του κνήματος. Ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομητρίας κοιλότητας.<sup>1</sup>



**8. Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης**, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματα της δεν είναι ικανοποιητικά. Συνδυάζεται με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.<sup>6</sup>





**9.Λεβο- νοργεστρέλη:** (πρώτες 48 ώρες) Το **χάπι της επόμενης ημέρας** , με την εμπορική ονομασία Norlevo, είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβο-νοργεστρέλη που είναι ορμόνη η λήψη της οποίας: α) καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και β) δρα αρνητικά στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι αποφεύγεται η κύηση, υπό την προϋπόθεση να ληφθεί το χάπι μέσα σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την πιθανή σύλληψη. Ας σημειωθεί ότι εν γένει δεν εμποδίζει την σύλληψη και γι' αυτό δεν μπορεί να καταταγεί στα αντισυλληπτικά.<sup>20</sup>

Ανεπιθύμητες παρενέργειες: στον ακόλουθο πίνακα δίνεται η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν σε κλινικές μελέτες σε γυναίκες μετά από λήψη 2 δισκίων σε εφάπαξ χορήγηση.<sup>21</sup>

<b>Συμπτώματα</b>	<b>Ποσοστό γυναικών με συμπτώματα σε 2 μελέτες</b>
Ναυτία	14-24,3%
Χαμηλός κοιλιακός πόνος	14-15,6%
Αδυναμία	14%
Κεφαλαλγία	10-21,3%
Ζάλη	10-12,6%
Τάση στους μαστούς	8-12,9%
Έμετος	1-7,6%
Βαριά έμμηνος ρύση	15,5%
Διάρροια	4%
Αιμορραγία	15,5%
Καθυστέρηση εμμήνου ρύσεως	5-19,9%

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>*

*3.1.Επιπλοκές εκτρώσεων*

*3.2.α Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της έκτρωσης*

*3.2.β Επιπλοκές μετά την έκτρωση*

*3.2.γ Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση*

*3.2 Ψυχολογικές επιπλοκές αμβλώσεων*

### 3.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η διακοπή της κύησης περιλαμβάνει ένα φάσμα επεμβάσεων, στις οποίες παρατηρούνται κάποια ποσοστά επιπλοκών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίπτωση των επιπλοκών είναι κυρίως: η ηλικία κήσεως, η ηλικία της γυναίκας, η χρησιμοποιούμενη τεχνική, η μέθοδος αναισθησίας και πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία του γιατρού. Τα τελευταία χρόνια έχει ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα των επιπλοκών η ελάττωση αυτή αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες:

- ✓ Στην αλλαγή του νομικού καθεστώτος των εκτρώσεων, που οδηγεί τη γυναίκα νωρίτερα στο να ζητήσει βοήθεια.
- ✓ Οι περισσότεροι γιατροί αποκτούν εμπειρία.
- ✓ Οι επιπλοκές αντιμετωπίζονται πιο άμεσα στο νοσοκομείο και ο προεγχειρητικός έλεγχος είναι πιο ολοκληρωμένος.
- ✓ Στην ανάπτυξη της τεχνολογίας, μέσω της οποίας ελαττώνονται οι εγχειρητικές επιπλοκές.
- ✓ Στον αποστιγματισμό, κοινωνικά της έκτρωσης με επακόλουθο την αποφυγή των εγκληματικών αυτοσχεδίων εκτρώσεων.

Οι τεχνικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ασφάλεια της μεθόδου είναι:

- Ø Η ικανότητα και η εμπειρία του χειρουργού
- Ø Η προεγχειρητική εκτίμηση
- Ø Η σωστή εκτίμηση της ηλικίας της κύησης και σωστή επιλογή της μεθόδου διακοπής.
- Ø Η χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης και μητροσυσπαστικών.

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

- Ακριβή προσδιορισμό της ηλικίας της κήσεως και προεγχειρητική εκτίμηση
- Υψηλό επίπεδο ικανότητας και γνώσης του χειρουργού
- Χρήση απόλυτα άσηπτη τεχνικής
- Χρήση μη τραυματικής χειρουργικής τεχνικής
- Προσεκτική απομάκρυνση κάθε νεκρωμένου ιστού
- Προσεκτική απομάκρυνση μετεγχειρητική παρακολούθηση και επανεξέταση.<sup>1</sup>

### 3.1.α ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

- ✓ Ανακοπή κατά την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας.
- ✓ Αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο.
- ✓ Αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο.
- ✓ Φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακώς χορηγούμενο φάρμακο.
- ✓ Διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος αναρροφήσεως.
- ✓ Διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας.
- ✓ Κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα.
- ✓ Ρήξεις του τραχήλου της μήτρας.
- ✓ Μεγάλη αιμορραγία.
- ✓ Διάσπαρτη ενδοαγγειακή πήξη.
- ✓ Καταπληξία(σοκ)
- ✓ Θρομβοεμβολικά επεισόδια(3-4% θανατηφόρα).
- ✓ Θάνατος.<sup>16</sup>

### 3.1.β. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Οι επιπλοκές μπορεί να διακριθούν στις άμεσες και στις απώτερες.

#### Άμεσες επιπλοκές

- Η μόλυνση
- Η αιμορραγία
- Η διάτρηση μήτρας
- Η ρήξη του τραχήλου της μήτρας<sup>19</sup>

**1.Μόλυνση:** Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δε ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα. Οφείλεται συνηθέστερα σε ατελή εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας και επέρχεται μετά παρέλευση 48 ωρών από λοίμωξη με μικροοργανισμούς της εντερικής και κολπικής χλωρίδας. Του είδους αυτού οι μολύνσεις είναι δυνατό να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομητρίτιδα) είτε να απλωθούν πάνω απ' τη μήτρα(παραμητρίτιδα, σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι άρρωστες μόλις αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα πρέπει άμεσα να σπεύσουν και να συμβουλευτούν το γιατρό τους.

Όσον αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφρά μορφή, όπως είναι η ενδομητρίτιδα, είτε στο νοσοκομείο, αν το κακό έχει προχωρήσει βαθιά, σαν σαλπινγίτιδα ή περιτονίτιδα.

Στην πρώτη περίπτωση, αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα, αφαιρείται με τη μέθοδο της Δ/Α (Μέθοδος Διαστολής και Απόξεσης ) και αμέσως χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά,

ενδοφλέβια πάντοτε.

Στη βαθύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκενταμισίν.

Τέλος επισημαίνεται πως στην περίπτωση που μολύνεται η πύελος, η στειρότητα είναι από τα πράγματα αναπόφευκτη.<sup>17</sup>

**2. Αιμορραγία:** Σημαντική απώλεια αίματος είναι ή θα πρέπει να είναι σπάνια σε διακοπές του πρώτου τριμήνου. Σημαντική αιμορραγία θεωρείται απώλεια αίματος πάνω από 100 ml φυσικά αυτό το όριο αυξάνεται παράλληλα με την πρόοδο της ηλικίας κύησης. Η απώλεια αίματος αυξάνεται σε κύσεις πάνω από τις 11-12 εβδομάδες, σε κακή θρέψη της γυναίκας, σε πολύτοκες, σε γυναίκες που έχουν γεννήσει πρόσφατα και σε αυτές που έχουν ινομυώματα. Αν στην διάρκεια της επέμβασης παρατηρηθεί αυξημένη απώλεια αίματος τότε η αιτία πρέπει να αναζητηθεί μεταξύ ατονίας της μήτρας, διατήρησης, τραύματος του τραχήλου, παρουσίας ινομυώματος και διαταραχή της πήκτικότητας.

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

Αν η αιμορραγία συνεχίζεται με τη μήτρα άδεια, οι πρώτες διαγνώσεις θα πρέπει να είναι με σειρά σημαντικότητας, η ατονία της μήτρας ή ο τραυματισμός του τραχήλου.<sup>1</sup>

Η αντιμετώπιση γίνεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας (όπως π.χ. Oxytocin I.U., χορήγηση Ergotrate ενδομυϊκά ή απ' το στόμα κ.τ.λ.) και μαλάξεις αυτής.<sup>17</sup>

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

Αν η διάτρηση συμβεί πριν από την εκκένωση της μήτρας, απαιτείται παρακολούθηση της γυναίκας για αρκετές ώρες με μετρήσεις της αρτηριακής των σφίξεων και διάτρηση φλέβας. Η απόξεση αναβάλλεται για 2-3 εβδομάδες. Τις σοβαρότερες κακώσεις προκαλεί η οξεία άκρη της μύλης και το αναρροφητικό ξέστρο, ενώ το αμβλύ άκρο των κηρίων και τα οξέα ξέστρα είναι λιγότερο πιθανόν να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στα ενδοκοιλιακά όργανα.

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

Αν η διάγνωση τίθεται στο τέλος της επέμβασης με τη μήτρα άδεια, απαιτείται παρακολούθηση, κάλυψη της γυναίκας με αντιβίωση και χορήγηση μητροσυσπαστικών. Αν δεν παρατηρηθεί έντονος πόνος ή αιμορραγία τότε η γυναίκα που η εξέταση της κοιλίας της δεν

δίνει ανησυχητικά σημεία όπως και η γυναικολογική εξέταση και με σταθερά τα ζωτικά της σημεία μπορεί να πάει σπίτι της με κάλυψη με αντιβιοτικά, αφού προγραμματισθεί επανεξέταση την επόμενη. Αν η διάτρηση γίνει στα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, η κατάσταση είναι πολύ πιο επικίνδυνη, λόγω της πιθανότητας τρώσεως επίσημου αγγείου και η αντιμετώπιση πρέπει να είναι πιο επιφυλακτική. Η τρώση αγγείου μπορεί να αργήσει να εκδηλωθεί και να είναι μοιραία. Αν τρώθει μητριαίο αγγείο μπορεί να μην είναι δυνατή η αντιμετώπιση της κατάστασης παρά μόνο με υστερεκτομία. Υποψία διάτρησης μπαίνει όταν κάποιο από τα χρησιμοποιημένα εργαλεία ξαφνικά εισχωρεί σε μεγαλύτερο βάθος από όσα θα έπρεπε ή να εμφανισθεί αδικαιολόγητα μεγάλη αιμορραγία. Σε οποιαδήποτε περίπτωση αμφιβολίας η λαπαροσκόπηση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε πρώτη ζήτηση ως διαγνωστική μέθοδος.<sup>1</sup>

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

Η διάτρηση του τραχήλου προλαμβάνεται με άσκηση έλξης στον τράχηλο, έτσι που η πορεία του σωλήνα του τραχήλου να ευθυγραμμίζεται με την κοιλότητα της μήτρας. Οι ρήξεις είναι συνήθως επιμήκεις στο οπίσθιο τοίχωμα του τραχήλου και συχνά δεν αιμορραγούν. Τα τραύματα από τις λαβίδες γίνονται συνήθως στην 3<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> ώρα και παρατηρούνται σε ποσοστό 7%.

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

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

#### Απώτερες επιπλοκές

- Σηπτικό shock (καταπληξία)
- Ενδομήτριος θρόμβος αίματος
- Κατακράτηση προϊόντων της κύησης
- Εγκυμοσύνη που συνεχίζεται<sup>19</sup>

**1. Σηπτικό Shock (καταπληξία):** Η σηπτική καταπληξία χαρακτηρίζεται από βαρεία κυκλοφορική ανεπάρκεια, που οφείλεται στη βλαπτική επίδραση μικροβιακών τοξινών.

α) *Αιτιοπαθογένεια.* Η σηπτική καταπληξία είναι επακόλουθο της σηπτικής έκτρωσης, καθώς και διαφόρων σηπτικών χειρουργικών επεμβάσεων, και οφείλεται σε gram θετικούς και gram αρνητικούς μικροοργανισμούς, καθώς και σε ποικίλους άλλους μικροβιακούς παράγοντες που

μπορούν επίσης να προκαλέσουν λοιμώξεις, όπως οι ιοί, οι ρικέτσιες και διάφορα παράσιτα. Από gram θετικούς μικροοργανισμούς καταπληξία προκαλούν συχνότερα ο σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος και το κλωστηρίδιο (*C.welchii*), ενώ από τους gram αρνητικούς μικροοργανισμούς αναφέρονται το κλωστηρίδιο (*E. Coli*), τα βακτηριοειδή και η ψευδομονάδα η πυοκυανική (*pseudomonas pyocyanea*).

*β).Κλινική εικόνα.* Στην αρχική υπερδυναμική (ή θερμή) φάση της καταπληξίας ή στάδιο της αντιρροπούμενης σηψαιμίας, το δέρμα της άρρωστης είναι ξηρό και θερμότερο από το κανονικό λόγω της τοπικής αγγειοδιαστολής, ενώ η ελάττωση των περιφερικών αντιστάσεων οδηγεί σε μικρή πτώση της αρτηριακής πίεσης, σε ταχυκαρδία και σε πολυουρία. Η τελευταία οφείλεται στην αυξημένη νεφρική ροή αίματος λόγω της εκλεκτικής αγγειοδιαστολής στα νεφρά. Η καρδιακή παροχή είναι καλή, η ιστική αιμάτωση είναι επαρκής και η ελαφρώς υποστατική άρρωστη είναι ζεστή, σε κατάσταση εγρήγορσης, αλλά και ανήσυχη.

*γ). Διάγνωση.* Η καθυστέρηση στη διάγνωση και η καθυστερημένη έναρξη της θεραπείας αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες της αυξημένης θνησιμότητας στη σηπτική καταπληξία. Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική παρατήρηση και τα εργαστηριακά ευρήματα. Ειδική εργαστηριακή δοκιμασία για τη διάγνωση της σηπτικής καταπληξίας δεν υπάρχει. Απλώς, μερικά από τα εργαστηριακά ευρήματα, που αναγράφονται παρακάτω, ενισχύουν την κλινική κρίση του ιατρού.

- Ø Πτώση του pH του αίματος και των διτανθρακικών του ορού (μεταβολική οξέωση),
- Ø Πτώση του  $pO_2$  του αίματος και αύξηση του  $P_{co_2}$   $co_2$ , που οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη πτώση του PH και αναπνευστική οξέωση),
- Ø Πτώση των επιπέδων νατρίου, καλίου και ασβεστίου στον ορό,
- Ø Θετικές τοξικολογικές δοκιμασίες,
- Ø Θετικές καλλιέργειες, από οποιοδήποτε σημείο, για μικροοργανισμούς που συνήθως προκαλούν βακτηριακή καταπληξία (προσοχή περίπου μόνο 25 έως 30% των περιπτώσεων εμφανίζουν θετικές καλλιέργειες στο αίμα),
- Ø Αύξηση του αιματοκρίτη,
- Ø Αύξηση της ουρίας (blood urea nitrogen) και των φωσφορικών,
- Ø Πτώση του αριθμού κυρίως των αιμοπεταλίων, αλλά και του ινωδογόνου του ορού ή της προθρομβίνης, και
- Ø Αύξηση των επιπέδων των ηπατικών δοκιμασιών SGOT και SGPT, της LDH, των κατεχολαμινών, της αμυλάσης του ορού και του σακχάρου του αίματος.

*δ) Θεραπεία:* Η σηπτική έκτρωση που επιπλέκεται από ενδοτοξικό shock αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή επιθετικού θεραπευτικού σχήματος, με συνδυασμό αντιβιοτικών ευρέως φάσματος και μεγάλων δόσεων κορτικοειδών και αναπλήτωση του όγκου αίματος με υγρά, πλάσμα και αίμα (βλέπε Μαιευτική, παράγρ.16,2,9 <<Θεραπευτική αγωγή>>).

*Κατά την διάρκεια της θεραπείας, και μετά από επαρκή επί 3-4 ώρες κάλυψη με αντιβιοτικά, διενεργείται θεραπευτική απόξεση για την απομάκρυνση της πηγής των ενδοτοξινών. Είναι απαραίτητη επίσης η τοποθέτηση καθετήρα Foley στην ουροδόχο κύστη, η διασταύρωση αίματος και η χορήγηση αντιτετανικού ορού.*

*Η χορήγηση των υγρών στοχεύει στην αύξηση της καρδιακής παροχής και του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος με τελικό στόχο την αποκατάσταση της ιστικής αιμάτωσης (tissue perfusion). Τα υγρά χορηγούνται ενδοφλεβίως μέσω Abbocath με συνεχή έλεγχο της κεντρικής*

φλεβικής πίεσης, που πρέπει να διατηρείται μεταξύ 8 και 12 εκ. στήλης ύδατος (βλέπε Μαιευτική, παράγρ. 16.2.8.<<Ελεγχος και παρακολούθηση της άρρωστης>>).<sup>12</sup>

## **2.Ενδομήτριος θρόμβος αίματος – Υπολείμματα προϊόντων σύλληψης**

Όταν η έκτρωση γίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί ένας θρόμβος αίματος, ο ενδομήτριος, όπως λέγεται, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως ή μετά πέντε μέρες απ' τη στιγμή της έκτρωσης και εκδηλώνεται με δυνατούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πυέλου κατά την οποία διαπιστώνεται πως η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή και μεγάλη και αυτό το οφείλει όχι βέβαια σε αιμορραγία του αυχένα της.

Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδομητρίτιδα.<sup>17</sup>

## **3.Εγκυμοσύνη που συνεχίζεται**

Σε ορισμένες περιπτώσεις αποδείχτηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη. Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας, που βεβαιώνεται με τη γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση. Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, τότε μπορεί να συμβαίνουν τα εξής: α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων, γ) να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού του εμβρύου από τη μήτρα.

Το ποσοστό της θνησιμότητας, προκειμένου για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μικρότερη από 12 εβδομάδες υπολογίζεται σε 2:100.000 και για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες σε 17:100.000.<sup>6</sup>

## **4. Κατακράτηση προϊόντων της κύησης**

Η κατακράτηση των προϊόντων της κύησης μπορεί να προκαλέσει συνέχιση της κύησης, αιμορραγία και λοίμωξη. Η συχνότητα είναι 0,4- 2,9% για τις διακοπές του 1<sup>ου</sup> τριμήνου και τετραπλασιάζεται στο 2<sup>ο</sup> τρίμηνο, οπότε εξαρτάται άμεσα και από τη μέθοδο. Συχνότερα κατακρατείται ο πλακούντας, ο οποίος έχει μεγάλο σχετικά μέγεθος και δεν είναι δυνατή η αποκόλληση και η εκβολή του.

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



Η αντιμετώπιση συνιστάται σε επανάληψη της απόξεσης κάτω από κάλυψη με αντιβιοτικά για αερόβια και αναερόβια μικρόβια. Η αποτυχία διακοπής της κύησης είναι πιο συχνή στις μικρές ηλικίες κύησης, οπότε και συνιστάται περισσότερο από κάθε περίπτωση η επανεξέταση της γυναίκας.<sup>1</sup>

### 3.1.γ Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση

- Πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για αποφυγή τυχόν μολύνσεων.
- Πρέπει για τον ίδιο λόγο να αποφεύγεται σεξουαλική πράξη για μία εβδομάδα.
- Επιβάλλεται να αποφεύγονται πλύσεις για μία εβδομάδα.
- Είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και το βράδυ, πριν από τον ύπνο, για μια εβδομάδα. Αν ο πυρετός κάποια στιγμή ξεπεράσει τους 37,8 °C, χωρίς δισταγμό θα πρέπει να επικοινωνήσουμε με το γιατρό μας. Αξίζει να υπομνηστεί ότι μπορεί να δίνεται ασπιρίνη ως παυσίπονο, η θερμοκρασία όμως πρέπει να μετρείται πριν απ' τη λήψη του χαπιού.
- Δεν πρέπει να αμελείται μια επίσκεψη στο γιατρό για εξέταση εντός δύο εβδομάδων.
- Αν παρουσιαστούν δυνατοί πόνοι, που δεν είναι όμοιοι με αυτούς που προέρχονται απ' τις κράμπες και την εμμηνόρροια, ή εμφανιστεί ξαφνικά εξάνθημα, η πρώτη ενέργεια θα είναι να επικοινωνήσουμε αμέσως με το γιατρό μας.
- Στην ίδια ενέργεια θα προβούμε στις περιπτώσεις που είτε αιμορραγεί η γυναίκα για δύο μέρες συνέχεια, είτε διαπιστώσει πως μέσα στις οχτώ εβδομάδες δεν εμφανίστηκε η πρώτη εμμηνόρροια και τέλος, αν αντιληφθούμε είτε μαλακότητα στο στήθος είτε ναυτία.<sup>17</sup>

## **3.2. ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ**

### ***1.ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ***

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες ,οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές ,το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (γυναικών χωρίς έκτρωση).Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες , και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις .

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν , μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια .τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής .Σαν αποτέλεσμα , μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών , παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα .<sup>20</sup>

### ***2.ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS)***

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

αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD

μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, αλλά μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, αλλά μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πειστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κηύσεως τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκτροτικό Σύνδρομο (Post-Abortion Syndrome-PAS).

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες:

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

*ΠΑΡΕΙΣΔΥΣΗ* είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PAS είναι τα εξής: ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομες, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης.<sup>20</sup>

*ΣΥΣΤΟΛΗ* είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής, προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή

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

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα , η μελέτη του Barnard διαπίστωσε την ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που είχαν δεχθεί έκτρωση τρία έως πέντε έτη παλαιότερα. Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση, η μελέτη του Barnard σφάλει κατά ένα ποσοστό 50%. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση. Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση) κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD.

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

### **3.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ**

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

#### **4. ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

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

#### **5. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

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

#### **6. ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ**

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

#### **7. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

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

#### **8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.<sup>20</sup>

## **9.ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ**

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

## **10.ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους . Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες , προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μία εκτρώσεις ( και αποτελούν περίπου το 45% του συλλόγου των εκτρώσεων ) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο.

## **11.ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ**

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

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

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον , επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων , αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.<sup>22</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΑ 4<sup>ο</sup>*

- 4.1 Αρχές Αντισύλληψης*
- 4.2 Ιστορία της αντισύλληψης*
- 4.3 Τρόποι αντισύλληψης*

## 4.1 ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Ο έλεγχος των γεννήσεων έχει γίνει πλέον ένα σημαντικό τμήμα της παροχής υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο και για τον άνθρωπο. Ο Π.Ο.Υ. αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό, όχι ως επιλογή του κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Η παρέμβαση της επιστήμης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή χρονολογείται από χιλιάδων ετών, φυσικά τα τελευταία χρόνια η έρευνα και η εξέλιξη έχουν γνωρίσει αλματώδη πρόοδο, τόσο στην επινόηση και μελέτη νέων μεθόδων, όσο και στην τελειοποίηση των από παλαιότερα γνωστών. Τα αντισυλληπτικά μέσα μπορούν να υποστούν σειρά ταξινομήσεων, ανάλογα με ένα αριθμό χαρακτηριστικών τους. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των αντισυλληπτικών μεθόδων συνοψίζονται στα παρακάτω:

1. Αποτελεσματικότητα
2. Ασφάλεια χρήσης
3. Ανατρεψιμότητα
4. Απλότητα χρήσης, ανάγκη για παρέμβαση από ειδικούς, συνέχιση της μεθόδου
5. Αγορά, διαθεσιμότητα του μέσου

Η ανατρεψιμότητα μιας αντισυλληπτικής μεθόδου αφορά στο αν μετά την διακοπή της, αν αυτή είναι δυνατή, η γυναίκα μπορεί να αποκτήσει παιδί. Θεωρητικά όλες οι μέθοδοι είναι αναστρέψιμες, αλλά πρακτικά υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην αναστροφή της στειροποίησης, είτε αυτή γίνεται στη γυναίκα είτε γίνεται στον άνδρα.

Η απλότητα της χρήσης είναι μαζί με την ασφάλεια, ή καλύτερη με τη συχνότητα εμφάνισης παρενεργειών καθοριστικός παράγοντας για τη συνέχιση της μεθόδου. Η αγορά και διαθεσιμότητα της μεθόδου αναφέρεται στο πόσο εύκολα και με πόση διακριτικότητα μπορεί να γίνει προσιτή μια αντισυλληπτική μέθοδος.

Η έκτρωση δεν ανήκει στις αντισυλληπτικές μεθόδους, αλλά παίζει σημαντικό ρόλο επί πολλά χρόνια στον έλεγχο των γεννήσεων, έτσι αναγνωρίζεται η θέση της μαζί με τα αντισυλληπτικά μέσα.

Οι προοπτικές που ελκύουν το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος στοχεύουν στην ανάπτυξη μιας αντισυλληπτικής μεθόδου που θα εξασφαλίσει απόλυτη ασφάλεια τόσο από μια ανεπιθύμητη κύηση όσο και από τις παρατηρούμενες με τις σημερινές μεθόδους ανεπιθύμητες ανέργειες.<sup>1</sup>

## 4.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Η άμεση σχέση μεταξύ σεξουαλικής επαφής και γονιμότητας προκάλεσε κατά καιρούς τις προσπάθειες για την αποσύνδεση τους. Η αναγκαιότητα του προγραμματισμού των κυήσεων γίνεται πρόδηλη αν αναλογιστεί κανείς ότι μια γυναίκα που έχει επαφές από τα 20 χρόνια της μέχρι την εμμηνόπαυση, χωρίς να λαμβάνει προφυλακτικά μέτρα, θα αποκτήσει περίπου δέκα παιδιά, τα οποία θα έχει θηλάσει.

Γραπτά στοιχεία για αντισύλληψη διασώζονται από τους Αιγυπτιακούς χρόνους, στους πάπυρους του Έμπερς, που χρονολογούνται από το 1500 π.Χ. Στοιχεία για αντισύλληψη



αναφέρονται ακόμη σε κλασσικούς συγγραφείς, όπως ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος (23-79μ.Χ.), ο Διοσκουρίδης (58-64μ.Χ.), ο Σορανός (100μ.Χ.), και άλλοι. Στη διάρκεια της άνθισης της Αραβικής Ιατρικής γύρω στον 10 μ.Χ. αιώνα αναφέρεται μια σειρά αντισυλληπτικών μεθόδων, ιδιαίτερα από τους Al-Razi(923-924μ.Χ.), τον Ali Ibn Abbas (994 μ.Χ.) και τον Αβικέννα (Ibn Sina 1037 μ.Χ.)

Οι μέθοδοι που αναφέρονται μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

α) Τις λογικές μη αποτελεσματικές, όπως για παράδειγμα το σκούπισμα του κόλπου μετά την συνουσία, που συνιστά ο Σορανός.

β) Τις λογικές και πιθανώς αποτελεσματικές, όπως η χρήση πεσών από μέλι, πιπέρι, άργυλο ή γαλακτικό οξύ και διάφοροι φραγμοί όπως αναφέρονται στους πάπυρους του Έμπερς, στον Διοσκουρίδη και τον Σορανό.

γ) Τις μη λογικές και φυσικά μη αποτελεσματικές, όπως η σύσταση να κρατά η γυναίκα την αναπνοή της κατά την εκσπερμάτωση του συντρόφου ή να πηδά 7 φορές προς τα πίσω μετά την συνουσία.

Από λαογραφικές πηγές αναφέρεται η χρήση πρακτικών μεθόδων, όπως η κατασκευή πεσών από περιτώματα κροκοδείλου (πάπυροι του Petri) ή ελέφαντα (Rhazes) ή ποντικού (Πλίνιος), στις περιπτώσεις αυτές η πιθανή ερμηνεία στηρίζεται στην δημιουργία εχθρικού κολπικού περιβάλλοντος, με την αλκαλοποίηση του pH. Οι Εβραίοι χρησιμοποιούσαν ενδοκολπικούς σπόγγους. Η διακοπτόμενη συνουσία αναφέρεται από τον Μωάμεθ, ο οποίος προσέθετε ότι για την εφαρμογή της θα πρέπει να ζητάται και η συγκατάθεση της γυναίκας. Στην πραγματικότητα διακοπτόμενη συνουσία ήταν και η πρακτική του Αυνάν (Γένεσις 38:7-10), η οποία έχει συνδεθεί με τον αυνανισμό. Από την άλλη πλευρά στην Έξοδο (21:22-25) αναφέρεται και η έκτρωση σαν αμάρτημα, όχι όμως ισοδύναμο με φόνο. Για της εκτρώσεις ο Rhazes χρησιμοποιούσε τη ρίζα της μολόχας, με τι αποτελέσματα όμως δεν αναφέρεται. Ο Σορανός υποστηρίζει ότι είναι ασφαλέστερη η πρόληψη μιας κύησης από την θανάτωση ενός εμβρύου.

Παρακάτω γίνεται μια ιστορική αναδρομή στους σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της αντισύλληψης:<sup>1</sup>

### **Π.Χ.**

1850 Γίνεται η πιο παλαιά αναφορά σε αιγυπτιακούς παπύρους των μεθόδων φραγμού, που έμελλαν να συνεχίσουν να χρησιμοποιούνται για 3500 χρόνια, μαζί με την διακοπτόμενη συνουσία, τη μέθοδο του ρυθμού και τη διακοπή της κύησης.

300 Κολπικοί σπόγγοι χρησιμοποιούνται από Εβραίους και Ινδούς.

### **Μ.Χ.**

1564 Ο Fallopio στην Ιταλία συνιστά καλύμματα του πέους για την πρόληψη των Αφροδίσιων νοσημάτων. Τα πρώτα προφυλακτικά ήταν κατασκευασμένα από λινό.

1677 Ο Leeuwenhock στην Ολλανδία παρατηρεί για πρώτη φορά σπερματοζώαρια.

1700 Χρησιμοποιούνται στην Αγγλία καλύπτρες του πέους για αντισύλληψη πια και όχι για προστασία από αφροδίσια.

1820 Ο Wilde στη Γερμανία επινοεί τραχηλικές καλύπτρες.

1823 Εφαρμόζονται οι πρώτες μέθοδοι φραγμού για γυναίκες στη Γερμανία.

1838 Ο Wilde τοποθετεί τις πρώτες τραχηλικές καλύπτρες.

1844 Ο βουλκανισμός στις ΗΠΑ δίνει τη δυνατότητα παραγωγής ελαστικών προφυλακτικών.

1863 Ο Simpson αναφέρει την πρώτη διακοπή κύησης με τη χρήση αναπόφησης.

1879 Στείρωση στη γυναίκα.

1880 Ο Hasse χρησιμοποιώντας το ψευδώνυμο Meinga, αναπτύσσει τη χρήση του διαφράγματος ,στη Γερμανία.

1882 Οι Defoy και Jacobs ανοίγουν στην Ολλανδία την πρώτη κλινική Οικογενειακού Προγραμματισμού.

1885 Ο Rendell διαθέτει στην αγορά τα πρώτα σπερματοκτόνα υπόθετα από βούτυρο κακάο καιθειϊκή κινίνη, στη Μ.Βρετανία.

1897 ΟBeard υπέθεσε 'ότι η αναστολή της ωορρηξίας στη διάρκεια της κύησης ήταν αποτέλεσμα της δράσης του ωχρού σωματίου, αμέσως μετά ο Haberlandt απέδειξε ότι εκχλίσματα από ωοθήκες με ωχρά σωματία καθιστούσαν τα κουνέλια στείρα.

1906 Στη Γερμανία κάνει την εμφάνιση του το Patentex , το πρώτο εμπορικά διατιθέμενο σπερματοκτόνο gel.

1909 Ο Richter ανακοινώνει τα πρώτα αποτελέσματα από τη χρήση IUD, στη Γερμανία, το οποίο ήταν κατασκευασμένο από μετάξι σε σχήμα δακτυλίου.

1909-1929 Ο Popenoe εκτελεί 6.255 απολινώσεις σπερματικού πόρου.

1915 Ο Rutgers διαθέτει 16 μεγέθη διαφραγμάτων και εισάγει την ταυτόχρονη χρήση σπερματοκτόνου.

1920 Στη Σοβ. Ένωση ένα χρόνο μετά την επανάσταση νομιμοποιείται η έκτρωση και ιδρύεται η πρώτη κρατική κλινική οικογενειακού προγραμματισμού.

1920 Αρχίζουν οι μελέτες του Baker, πάνω στη χρήση διαφόρων χημικών ουσιών ως σπερματοκτόνων , αναδεικνύοντας το Phenylmercuric acetate και benzoate.

1920 Η Holand-Ranto Co. στις ΗΠΑ αρχίζει την βιομηχανική παραγωγή διαφραγμάτων και σπερματοκτόνων gel.

1921 Ο Haberlandt δημοσιεύει άρθρο <περί ορμονικής αντισύλληψης>.

1923 Ο Proust έχει τοποθετήσει 23.000 IUD, την ίδια εποχή ο Grafenberg χρησιμοποιεί IUD από μετάξυ και σύρμα αργύρου.

1930 Αρχίζει η κατασκευή προφυλακτικών από Latex.

1931 Ο Haberlandt κυκλοφορεί το πρώτο αρχέγονο από του στόματος αντισυλληπτικό, το Infecudin.

1940 Ο Marker μετατρέπει τη διοσγενίνη σε προγεστερόνη, παράγοντας κιλά στεροειδών.

1949 Νομιμοποιείται η έκτρωση στην Ιαπωνία.

1952 Ο Djerassi παρασκευάζει την Norethindrone.

1959 Η Searle διαθέτει στο εμπόριο το <χάπι> μετά από έρευνες του Gregory Pincus και του Min Chueh Chang.

1956 Ο Rock και συν. Αναφέρουν ότι η Norethynodrel αναστέλλει επιτυχώς την ωορρηξία.

1960 Το Enovid παίρνει την έγκριση της FDA.

1960 Αρχίζει τη χρήση της λαπαροσκόπησης για στειροποίηση της γυναίκας.

1964 Διατίθεται στην αγορά το IUD Lippes Loop.

1973 Σε πολλές χώρες γίνεται νομιμοποίηση της έκτρωσης.

1988 Η FDA δίνει την έγκριση για την κυκλοφορία της τραχηλικής καλύπτρας τύπου Plentif.

1989 Διατίθεται το γυναικείο προφυλακτικό

1990 Κυκλοφορεί το πρώτο χάπι με 20 mg Ethinylestradiol.<sup>1</sup>

## 4.3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

### α) ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

#### Εισαγωγή

Το προφυλακτικό αποτελεί ένα από τα παλαιότερα και ευρείας χρήσεως αντισυλληπτικά μέσα. Η ιστορία του αρχίζει από τους Ρωμαϊκούς χρόνους, όταν χρησιμοποιούσαν την ουροδόχο κύστη ζώων για προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα η χρήση του είχε τον ίδιο σκοπό για αιώνες. Η πρώτη δημοσίευση έγινε το 1564 από τον ανατόμο Gabrielle Fallopio, ο οποίος συνιστούσε τη χρήση ενός καλύμματος από λινό εμβαπτισμένο σε λάδι για προστασία από τα αφροδίσια νοσήματα. Ως αντισυλληπτικό άρχισε να χρησιμοποιείται από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα. Τα πρώτα προφυλακτικά με τη σημερινή τους μορφή κατασκευάστηκαν από έντερο προβάτων (το τυφλό τους στερείται σκωληκοειδούς αποφύσεως). Προφυλακτικά από έντερο ζώων διατίθενται ακόμη, αλλά η χρήση τους είναι περιορισμένη λόγω του μεγάλου τους κόστους.

Τα σύγχρονα προφυλακτικά άρχισαν να κατασκευάζονται μετά το 1840, όταν ο Αμερικανός Goodyear εφάρμοσε τον βουλκανισμό του καουτσούκ, ενώ η τεχνολογική επανάσταση με την Παρασκευή πλαστικών υλών έδωσε νέα υλικά στους κατασκευαστές προφυλακτικών.

Σήμερα τα προφυλακτικά κυκλοφορούν σε τεράστια ποικιλία σχημάτων, μεγεθών, συστάσεως, υφής και χρωμάτων.<sup>1,2,3</sup>

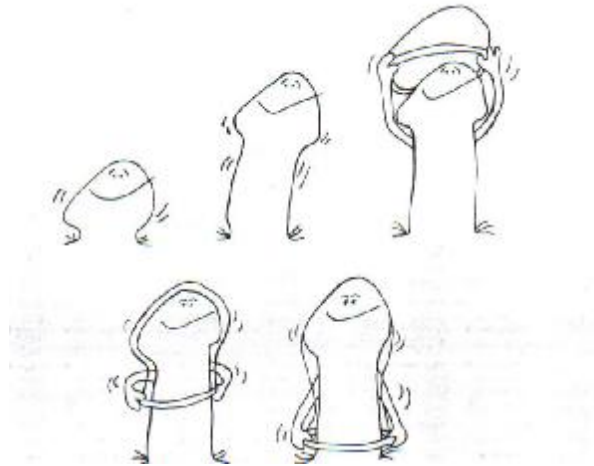
Το προφυλακτικό μέσα στη συσκευασία του έχει χρόνο ζωής πάνω από δύο χρόνια, ιδιαίτερα αν διατηρείται σε δροσερό μέρος και προφυλαγμένο από το φως, ζέστη, αέρα και όζον, τα οποία προκαλούν οξειδωση και αλλοίωση του πλακούντα.

Γενικά είναι κατασκευασμένα από λεπτό ημιδιαφανές συνήθως πλαστικό σε σχήμα σακούλας με μία δεξαμενή. Εφαρμόζεται πάνω στο πέος, όταν βρίσκεται σε κατάσταση στύσεως. Μερικά προφυλακτικά έχουν μία μικρή ρόγα (προεξοχή) στην άκρη, για να συγκρατεί το σπέρμα. Η κατασκευή του ελαστικού είναι τέτοια, ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Είναι το ίδιο αποτελεσματικό, όπως και το διάφραγμα. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού GEL, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά, πριν τη συνουσία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν τη συνουσία.

Η χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους. Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή τους ποικίλει και είναι ανάλογη με την ποιότητά τους. Μια έρευνα που έγινε πάνω σ' αυτό το θέμα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στα 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο αυτή επί 1 χρόνο, παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη στα 13-14 από αυτά.<sup>17</sup>

## Τύποι προφυλακτικών

1. Με ή χωρίς δεξαμενή στην άκρη.
2. Λείο ή ανάγλυφο
3. Με ή χωρίς λιπαντικό
4. Με ή χωρίς σπερματοκτόνο
5. Φυσικό χρώμα ή πολύχρωμο



## Τρόπος δράσης

Ο τρόπος δράσης του προφυλακτικού είναι απλός, αποτελεί φραγμό στην δίοδο του σπέρματος μέσα στον κόλπο.

## Αποτελεσματικότητα

Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το πόσο συχνά σπάει ένα προφυλακτικό κατά την χρήση του ή ένα ελαττωματικό από την κατασκευή του, αλλά αναφέρεται ότι ένα σε κάθε 1000 καλής ποιότητας προφυλακτικά μπορεί να σπάσει, υποκείμενο στην πιθανότητα <βιομηχανικού σφάλματος>

Θεωρητικά η αποτυχία του προφυλακτικού κυμαίνεται από 0,4 ως 2,0 κήσεις ανά 100 γυναίκες –έτη. Επειδή όμως η αποτελεσματικότητα της μεθόδου βασίζεται κυρίως στο επίπεδο του ζευγαριού και στην προσοχή και επιδεξιότητα εφαρμογής της μεθόδου, τα ποσοστά αποτυχίας στην πράξη όπως αναφέρονται στην βιβλιογραφία κυμαίνονται από 0,4<sup>3</sup> ως 31,9<sup>4</sup> κήσεις ανά εκατό γυναίκες –έτη.

Ο κύριος λόγος αποτυχίας είναι η κακή χρήση. Οι αποτυχίες είναι πιο συχνές σε νεαρούς και άπειρους χρήστες και σε ζευγάρια που προσπαθούν μάλλον να καθυστερήσουν παρά να αποφύγουν την κήση. Τα μικρότερα ποσοστά αποτυχίας παρατηρούνται σε ζευγάρια μεγαλύτερης σχετικά ηλικίας, που χρησιμοποιούν τη μέθοδο σταθερά με αποτυχία 0,7% σε ζευγάρια πάνω από 35 ετών σε σχέση με ποσοστό 3.6% σε ζευγάρια 25-35 ετών. Διαφορά παρατηρείται επίσης σε ζευγάρια που έχουν ήδη συμπληρώσει την οικογένειά τους έτσι η

αποτυχία σε ζευγάρια με 1-2 παιδιά είναι 5% σε σύγκριση με 14% σε ζευγάρια που δεν έχουν παιδιά. Η προσθήκη σπερματοκτόνου αυξάνει την αποτελεσματικότητα χωρίς όμως να μπορεί να εκτιμηθεί η συμβολή του σ' αυτήν την αύξηση. Σε αρκετές χώρες κυκλοφορείται προφυλακτικό εμβαπτισμένο σε σπερματοκτόνο (M. Βρετανία)<sup>1</sup>

### **Πλεονεκτήματα**

1. Η προμήθεια του είναι εύκολη
2. Δεν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του χρήστη
3. Έχει υψηλή αποτελεσματικότητα, όταν χρησιμοποιείται σωστά και με προσοχή.
4. Δεν απαιτείται ιατρική παρακολούθηση ή παρέμβαση
5. Προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
6. Πιθανώς προστατεύει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
7. Είναι φθηνό
8. Παρέχει άμεση απόδειξη της αποτελεσματικότητας του
9. Αναγκάζει τον άνδρα να συμμετέχει στην ευθύνη της αντισύλληψης
10. Είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης

### **Μειονεκτήματα**

1. Χρειάζεται υπευθυνότητα στη χρήση του
2. Διακόπτεται η επαφή για την τοποθέτηση του
3. Ελαττώνει την αισθητικότητα
4. Δεν είναι <καθαρή> μέθοδος
5. Έχει άμεση σχέση με την επαφή

Η ελάττωση της αισθητικότητας της περιοχής των γεννητικών οργάνων μερικές φορές αναφέρεται και από τις γυναίκες των χρηστών. Αυτό το μειονέκτημα μπορεί όμως να φανεί χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης. Ακόμη το προφυλακτικό, επειδή συνδέεται με τον αγοραίο έρωτα, την ανηθικότητα και την πορνεία, σε μερικές κοινωνίες αντιμετωπίζεται αρνητικά. Η διαδικασία της τοποθέτησης απαιτεί τη διακοπή της επαφής σε κάποια στιγμή αυτό μπορεί να αποδειχθεί σημαντικό πρόβλημα σε μερικά ζευγάρια αν συμβεί κάτι τέτοιο αποτελεί λόγο εγκαταλείψεως της μεθόδου. Σπάνια έχει παρατηρηθεί ερεθισμός του κόλπου ή του πέους από το ελαστικό, τα λιπαντικά ή τα περιεχόμενα σπερματοκτόνα στη συσκευασία . Περιπτώσεις αλλεργίας είναι πολύ σπάνιες.

Αν οι έφηβοι μπορούσαν να θεωρήσουν τη χρήση του προφυλακτικού ως απόδειξη υπευθυνότητας και ωριμότητας, θα μπορούσε να αποφευχθεί μεγάλος αριθμός τραγικών περιστατικών της τρυφερής αυτής ηλικίας .

Το προφυλακτικό προστατεύει από τον ιό του έρπητα και από τις πυελικές φλεγμονές μειώνοντας τον σχετικό κίνδυνο στο 0,6 σε σχέση με τους μη χρήστες. Ακόμη ο σχετικός κίνδυνος για δυσπλασία του τραχήλου είναι 0,2 σε σχέση με τους μη χρήστες και σε σύγκριση με το 4,0 που ισχύει για το χάπι σε γυναίκες με τον ίδιο αριθμό ερωτικών συντρόφων. Σε άλλη μελέτη γυναικών με δυσπλασία τραχήλου όταν οι σύντροφοι τους χρησιμοποιούσαν

προφυλακτικό και χωρίς άλλη θεραπευτική παρέμβαση , 136 από τις 139 έδειξαν υποχώρηση της δυσπλασίας.

Η εξάπλωση του AIDS έκανε τη χρήση του προφυλακτικού ευρύτερη , αλλά και απαραίτητη. Βρέθηκε ότι 1 στους 10 συντρόφους φορέων μολύνθηκε όταν χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό ενώ χωρίς προφυλακτικό μολύνθηκαν οι 12 στους 14.<sup>1</sup>

## β) ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

### Εισαγωγή

Οι αρχαίοι λαοί , αν και δεν γνώριζαν τη φυσιολογία της γονιμοποίησης και της αναπαραγωγής είχαν αντιληφθεί ότι για να αποφευχθεί η κύηση θα έπρεπε να εμποδίσει η δίοδος του σπέρματος μέσα στη μήτρα. Επί αιώνες χρησιμοποιούσαν διάφορες ουσίες για τον σκοπό αυτό .Στην Ουγγαρία χρησιμοποιήθηκε λειωμένο κερί στην Άπω Ανατολή χαρτί εμποτισμένο με έλαια. Αντισυλληπτικά ταμπόν από νήματα εμποτισμένα με μέλι και βότανα χρησιμοποιήθηκαν στην Αίγυπτο από το 1555 π.Χ . Τα διαφράγματα με τη σημερινή τους μορφή εισήχθησαν τον 19<sup>ο</sup> αιώνα .Η πρώτη περιγραφή του διαφράγματος το 1882 ανήκει στον Γερμανό C.Hasse, ο οποίος για να διασώσει την υπόληψη του υπέγραψε με το ψευδώνυμο Wilhelm P. Mensinga.Η μέθοδος έγινε πολύ δημοφιλής ιδιαίτερα στην Ολλανδία, όπου την διάδωσαν οι Jacobs και Rutgers και από κει πέρασε στις ΗΠΑ από την Margaret Sanger το 1915 γι' αυτό και είχε το όνομα <Ολλανδέζικο καπέλο>. Στην Αγγλία μέχρι το 1960 ήταν πολύ δημοφιλής μέθοδος αλλά έχασε έδαφος από το < χάπι> και τα σπειράματα .Πάντα χρησιμοποιήθηκε μαζί με σπερματοκτόνο τελευταία όμως άρχισε να τίθεται υπό αμφισβήτηση αυτός ο κανόνας.

Τα κολπικά διαφράγματα έχουν σχήμα ελαστικού θόλου. Είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μπορούν να συγκρατούν το σπέρμα, κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας. Έχουν διάμετρο 5-10 εκ περίπου και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος .Το κολπικό διάφραγμα τοποθετείται διαγώνια στον κόλπο και εφαρμόζεται ανάμεσα στον οπίσθιο θόλο και στην ηβική σύμφυση, έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο.

Το διάφραγμα τοποθετείται στη γυναίκα από γιατρό. Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί μ'αυτό και ένα προφυλακτικό gel.Το gel αυτό τοποθετείται στις άκρες και από τις δύο πλευρές του διαφράγματος πριν από την τοποθέτηση του τελευταίου .Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί 2 ώρες πριν τη συνουσία και να παραμείνει για 8 ώρες μετά από αυτή. Βρέθηκε ότι στις 100 γυναίκες που χρησιμοποιούσαν το διάφραγμα επί 1 χρόνο παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη σε 10-20 απ' αυτές .<sup>23</sup>

Τα νεότερα διαφράγματα κατασκευάζονται από σιλικόνη ή πολυουρεθάνη στις οποίες έχουν ενσωματωθεί σπερματοκτόνα. Τα νέα αυτά διαφράγματα τοποθετούνται όπως και τα παλαιότερα με τη μόνη διαφορά ότι μπορούν να παραμείνουν στον κόλπο συνεχώς για 24 ώρες χωρίς να χρειάζεται η πρόσθεση νέας ποσότητας σπερματοκτόνου πριν από κάθε σεξουαλική επαφή. Αυτό κάνει την χρησιμοποίησή τους πιο βολική ενώ ταυτόχρονα δεν χάνεται ο αυθορμητισμός στις επαφές αφού η συνουσία μπορεί να επιχειρηθεί οποιαδήποτε στιγμή μέσα στο εικοσιτετράωρο από την τοποθέτησή του διαφράγματος. Ο μόνος ενδοιασμός για την νέα γενιά των διαφραγμάτων είναι το ότι λόγω του ότι είναι μιας χρήσεως έχουν σχετικά υψηλό κόστος .

## **Αποτελεσματικότητα**

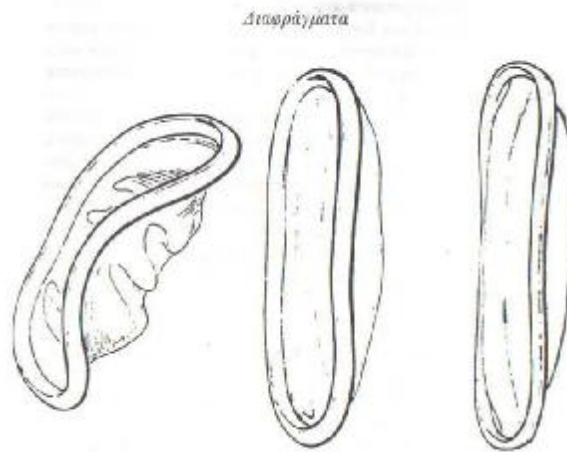
Η θεωρητική αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι 3 κυήσεις ανά 100 γυναίκες –έτη, ενώ η πρακτική ανέρχεται σε 13 κυήσεις ανά 100 γυναίκες –έτη. Οι περισσότερες αποτυχίες παρατηρούνται στον πρώτο χρόνο χρήσης Η αποτελεσματικότητα διαφέρει πολύ ανάλογα με τον μελετώμενο πληθυσμό, τα κίνητρα του και το είδος της μελέτης. Αναδρομικές μελέτες έδειξαν αποτυχία 13-23/100 χρήστες στον πρώτο χρόνο χρήσης της μεθόδου. Σε προοπτικές μελέτες τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα καλά 1,9-2,4%. Γενικά πρέπει να σημειωθεί πως αποτυχίες της τάξεως του 10-15% είναι συχνές τον πρώτο χρόνο χρήσης. Τα αίτια αποτυχίας είναι η κακή τοποθέτηση, η μη συνεπής χρήση, η τοποθέτηση χωρίς έλεγχο του τραχήλου, η μη χρήση σπερματοκτόνου, πολλές εκσπερματίσεις ανά επαφή, μη έλεγχος πριν από νέα επαφή, ιδιαίτερα μετά από επαφή στη γονατοαγκωνιαία στάση. Αναφέρεται ακόμη ότι η διάταση του κόλπου που επέρχεται σαν αποτέλεσμα της σεξουαλικής διέγερσης μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση του διαφράγματος αυτό όμως θεωρείται πολύ σπάνιο. Αναφέρεται ακόμη η μετατόπιση του διαφράγματος ύστερα από επανειλημμένες εισαγωγές ξένων σωμάτων στον κόλπο αλλά δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η δραστηριότητα αυτή σε μία συνήθη επαφή.<sup>1</sup>

## **Πλεονεκτήματα**

1. Είναι αβλαβές στον οργανισμό.
2. Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμία λοίμωξη στον κόλπο.
3. Όταν είναι τοποθετημένο σωστά δε γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία κι έτσι δε μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση .
4. Προστατεύει από πυελικές λοιμώξεις.
5. Έχει υψηλή αποτελεσματικότητα όταν χρησιμοποιείται σωστά.
6. Προστατεύει από την δυσπλασία του τραχήλου.
7. Είναι υπό τον άμεσο έλεγχο του χρήστη.

## **Μειονεκτήματα**

1. Όταν δεν τοποθετείται σωστά προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους , σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
2. Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα ή στο σύντροφο της.
3. Ανάγκη εκπαιδευμένου προσωπικού για την τοποθέτηση και την εκπαίδευση της χρήστριας.
4. Είναι λιγότερο αποτελεσματικό από το χάπι και το IUD.
5. Δεν χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και απ' αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας.<sup>1,17</sup>



### γ) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΙ ΣΠΟΓΓΟΙ

#### Εισαγωγή

Οι σπόγγοι είναι από τα αρχαιότερα αντισυλληπτικά. Έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί φυσικά θαλασσινά σφουγγάρια, κομμάτια υφάσματος, τολύπια βαμβακιού κ.α. Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν νήματα από βαμβάκι ή μαλλί εμποτισμένο με έλαια και βότανα, ενώ ο Talmud αναφέρεται στο <Mokh> που τοποθετούσαν στις Εβραίες και συνίστατο από μια σπογγώδη απορροφητική ουσία από βαμβάκι. Ενδοκολπικοί σπόγγοι χρησιμοποιήθηκαν τον 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Ευρώπη, έγινε δε πολύ δημοφιλές στη Γαλλία όπου τους έβρεχαν πριν από τη χρήση τους με νερό και μπράντι.

Πρόκειται για αντισυλληπτικό σπόγγο, ελλειπτικού σχήματος 3 επί 5,5 cm. κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη που περιέχει 30% κατά βάρος Nonoxynol-9 διαλυμένο στην πολυουρεθάνη. Φέρει κορδέλα πλαστικού για την εύκολη εξαγωγή του. Η χρήση του είναι απλή η γυναίκα απλώς τον βρέχει πριν από την τοποθέτησή του μέσα στον κόλπο, για να αρχίσει η απελευθέρωση του σπερματοκτόνου και τον τοποθετεί βαθιά μέσα στον κόλπο.

Μπορεί να τοποθετηθεί μέχρι και 24 ώρες πριν από την επαφή. Είναι απαραίτητο να παραμείνει στον κόλπο για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την επαφή και μέχρι 30 ώρες. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την διάρκεια της έμμηνης ρύσεως. Οι επαφές μπορούν να επαναλαμβάνονται συνεχώς χωρίς να απαιτείται πρόσθετο σπερματοκτόνο.

#### Προβλήματα

Αυτά περιλαμβάνουν δυσκολία στην εισαγωγή, παρενόχληση της συνουσίας, τοπικό ερεθισμό, αντιρρήσεις από τον σύντροφο, απώλεια του κατά την επαφή ή κατά την ούρηση, διάλυση του σπόγγου κατά την εξαγωγή του από τον κόλπο.<sup>1</sup>



### **Αποτελεσματικότητα**

Μεγάλες μελέτες έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα .Σε μια συγκριτική μελέτη μεταξύ σπόγγου και σπερματοκτόνων δισκίων βρέθηκαν αντίστοιχα 9,2 και 11,2κλήσεις ανά 100 χρήσεις στο πρώτο χρόνο χρησιμοποίησης .Τα μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας παρατηρήθηκαν στην Βρετανία με 24,5 για τον σπόγγο και 10,9 για το διάφραγμα. Σε άλλη μελέτη οι αποτυχίες για τον σπόγγο και το διάφραγμα στον πρώτο χρόνο χρήσης ήταν 17% και 25% αντίστοιχα. Είναι αξιοσημείωτο ότι σ'αυτές τις μελέτες το 68% των αποτυχιών του σπόγγου οφειλόταν στη μέθοδο σε σύγκριση με 40% για το διάφραγμα . Οι πολύτοκες παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας.

Ο Serfaty και οCohen αναφέρουν συνέχιση της μεθόδου σε ποσοστό 66,2% των γυναικών τον πρώτο χρόνο, ενώ ο δείκτης του Pearl για το ίδιο διάστημα ήταν 3,5% Αντίθετα σε άλλη εργασία βρέθηκε σε έρευνα μεταξύ 2245 γυναικών από 9 χώρες αποτυχία της μεθόδου 8,2% και αποτυχία από τον χρήστη 5,6%.

### **Πλεονεκτήματα**

1. Αγοράζεται χωρίς συνταγή.
2. Δεν διακόπτεται η επαφή για την τοποθέτηση του
3. Δεν χρειάζεται αναμονή μεταξύ εισαγωγής και επαφής .
4. Είναι εύκολη και καθαρή μέθοδος.
5. Δεν έχει μεγέθη.
6. Παρέχει συνεχή προστασία όσο βρίσκεται στη θέση του, ανεξάρτητα από τον αριθμό των επαφών για 24 ώρες.
7. Δεν έχει συστηματικές παρενέργειες.
8. Προστατεύει από μερικά STD (HSV, χλαμύδια, γονόρροια)

### **Μειονεκτήματα**

1. Μικρή αποτελεσματικότητα
2. Υψηλό σχετικό κόστος
3. Ερεθισμός ή ενόχληση σε ποσοστό 5-15%.
4. Μακροχρόνια παραμονή προκαλεί δύσοσμη έκκριση από τον κόλπο<sup>1</sup>

## **δ) ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΑ**

Τα σπερματοκτόνα χρησιμοποιούνται από την εποχή των Φαραώ και αποτελούν τμήμα της λαϊκής παράδοσης των λαών. Αναφέρεται ότι έχουν χρησιμοποιηθεί κόμμα ακακίας βορικό οξύ, ρικινολεϊκό οξύ, που έχουν επιβιώσει στον χρόνο αλλά και μείγμα μελιού και περιτώματα κροκοδείλου (Αίγυπτος 19<sup>ος</sup> αι. π.χ.), ξίδι, κινίνο.

Πρόκειται για χημικά παρασκευάσματα που είναι σε θέση να σκοτώσουν τα σπέρματα ή να παρεμποδίζουν την κίνηση τους. Τα κολπικά σπερματοκτόνα προσφέρονται με τη μορφή αφρού κρέμας ή ζελέ. Πολλές μάρκες σπερματοκτόνων κυκλοφορούν στην αγορά και προσφέρονται χωρίς την ανάγκη συνταγής. Είναι απαραίτητο, ωστόσο, να διαβάζονται με μεγάλη προσοχή οι οδηγίες χρήσης και να εφαρμόζονται με ακρίβεια.<sup>1,17</sup>

### **Τρόπος δράσεις**

Το σπερματοζώαριο έχει έντονη μεταβολική δραστηριότητα αν και ο πυρήνας του βρίσκεται σε αδράνεια. Τα σπερματοκτόνα δρουν σε πολλά επίπεδα, με διάφορους τρόπους. Μερικά λύουν την κυτταρική μεμβράνη, αλλά αναστέλλουν σημαντικά ένζυμα και άλλα τα ακινητοποιούν.<sup>23</sup>

### **Πλεονεκτήματα- Μειονεκτήματα**

Τα σκευάσματα αυτά με καλές συνθήκες συντήρησης διατηρούνται για αρκετό χρονικό διάστημα δεν πρέπει όμως ποτέ να ψύχονται γιατί καταστρέφονται.

Τα **πλεονεκτήματα** τους:

1. Είναι εύκολη η προμήθεια τους
2. Δεν υπάρχει κίνδυνος υγείας του χρήστη
3. Είναι εύκολα στη χρήση τους
4. Είναι φθηνά
5. Δεν χρειάζονται ιατρική παρέμβαση
6. Η αντισύλληψη ελέγχεται από τη γυναίκα
7. Αποτελούν πολύτιμη επικουρική μέθοδο για άλλα αντισυλληπτικά
8. Προστατεύουν από αρκετά αφροδίσια νοσήματα

Έχει βρεθεί ότι τα σπερματοκτόνα προστατεύουν από τη Neisseria Gonorrhoeae, Treponema Pallidum, Trichomonas Vaginalis, από τον ιό του Έρπητα II , γλαμύδια.. Η επίπτωση της γονόρροιας είναι τέσσερις φορές μικρότερη στις γυναίκες που χρησιμοποιούν σπερματοκτόνα απ' αυτή στις γυναίκες που χρησιμοποιούν το <<χάπι>> ή έχουν υποβληθεί σε στειροποίηση. Σημαντική είναι και η παρατήρηση ότι In Vitro τα σπερματοκτόνα ακινητοποιούν τον ιό του AIDS (HIV) ειδικά το Nonoxynol-9 και το Benzalkoniym Chloride τα οποία μελετώνται σε συνδυασμό με ιντερφερόνη μέχρι σήμερα τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά.

Στα **μειονεκτήματα** της μεθόδου περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. Οι συσκευασίες τους είναι ογκώδεις και καθόλου διακριτικές.
2. Απαιτούν τοποθέτηση πριν από την επαφή και χειρισμούς στα γεννητικά όργανα, για τους οποίους πολλές γυναίκες αισθάνονται ντροπή.
3. Εκρέουν στο περίνεο, δεν είναι << καθαρή >> μέθοδος.
4. Μικρή αποτελεσματικότητα.
5. Προκαλούν τοπικό ερεθισμό.
6. Έχουν πολύ άσχημη γεύση

## **Παρενέργειες**

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό, που προκαλείται κυρίως από τα έκδοχα, δημιουργήθηκε κάποιος φόβος για συστηματική δράση, αφού αποδείχθηκε ότι ο κόλπος απορροφά κάποια ποσότητα από τις ουσίες αυτές.

Ανησυχητικές ήταν οι ανακοινώσεις των Jick et al, που ανέφεραν συγγενείς ανωμαλίες, κυρίως των ακρών, σε νεογνά γυναικών που χρησιμοποιούσαν Nonoxynol-9 σε ποσοστό 2,2% σε σύγκριση με 1% στον γενικό πληθυσμό. Η μελέτη αυτή όμως είναι διαβλητή, με κυρίες αντιρρήσεις ότι: α) δεν είναι επιβεβαιωμένη η χρήση του σπερματοκτόνου από τις γυναίκες που μελετηθήκαν, β) δεν βρέθηκε μια κοινή συνδρομή που να επιβεβαιώνει την αιτιολογική σύνδεση των συγγενών ανωμαλιών με το N-9 και γ) το ποσοστό 1% που αναφέρεται στον γενικό πληθυσμό είναι πολύ χαμηλότερο από τα ποσοστά συγγενών ανωμαλιών στον πληθυσμό των ΗΠΑ.

Ακόμη τα σπερματοκτόνα ενοχοποιήθηκαν για αυξημένο ποσοστό αυτόματων εκβολών ( αποβολών ), που και αυτό δεν επιβεβαιώθηκε.

Πρόσφατη ανακοίνωση του Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι τα σπερματοκτόνα είναι ελεύθερα παρενεργειών.

## **Αποτελεσματικότητα**

Η αναφερόμενη αποτελεσματικότητα της μεθόδου ποικίλλει από 99,5 έως 70,0%. Οι τεράστιες αυτές διαφορές οφείλονται κυρίως στον πληθυσμό και στον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης. Ακόμη η μεθοδολογία ελέγχου των σπερματοκτόνων έχει πολλά τρωτά, ώστε η In Vitro μελέτη και ο έλεγχος με εξέταση της τραχηλικής βλέννας μετά από συνουσία να μη θεωρούνται πλέον αξιόπιστα γι' αυτό προτιμάται η μελέτη των σπερματοκτόνων σε πειραματόζωα.

Για την αύξηση της αποτελεσματικότητας πρέπει να ακολουθούνται ορισμένοι κανόνες. Πρέπει να χρησιμοποιούνται σε κάθε επαφή και σε κάθε επαφή να προστίθεται η ενδεικνυόμενη ποσότητα σπερματοκτόνου, όταν πρόκειται για υπόθετα ή διαλυόμενα δισκία να τοποθετούνται το πολύ 20 λεπτά πριν από την επαφή, ενώ οι άλλες μορφές πρέπει να τοποθετούνται αμέσως πριν από την επαφή. Δεν πρέπει να γίνεται κολπική πλύση πριν περάσουν 2-4 ώρες.<sup>1</sup>

## **ε) ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΑΛΥΠΤΡΑ**

Οι τραχηλικές καλύπτρες είναι μια παραμελημένη μέθοδος αντισύλληψης. Είναι πολύ πιο δύσκολες στην τοποθέτηση τους από ότι το διάφραγμα και η διαδικασία του τρόπου χρήσης τους είναι πιο δύσκολη. Αποτελούν κάλυμμα του τραχήλου, το οποίο συγκρατείται στη θέση του με αρνητική πίεση, που αναπτύσσεται στην πλευρά του τραχήλου και από την πίεση που ασκούν πάνω τους τα κολπικά τοιχώματα. Είναι κατάλληλες για όσες γυναίκες δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα διαφράγματα.

Για να εφαρμόσουν οι καλύπτρες, ο τράχηλος πρέπει να είναι μακρύς, κυλινδρικός, να μην κατευθύνεται προς τα πίσω, να μην είναι εξελκωμένος, να μη φέρει εκτρόπιο ή ωάρια του Nabboth και να είναι προσιτός στα δάχτυλα της γυναίκας.

## Τύποι

Οι τραχηλικές καλύπτρες έχουν παρόμοιο με το διάφραγμα σχήμα ή μοιάζουν με δακτυλύθρα.

### 1.καλύπτρα

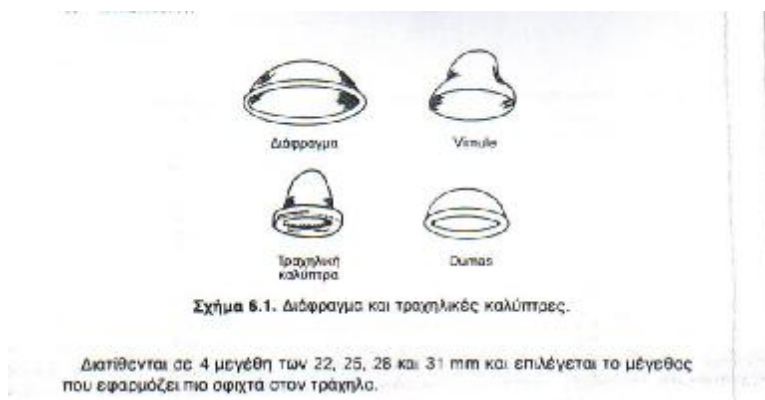
Είναι μαλακή στις ελαστικές της μορφές ή πιο σκληρή στις πλαστικές και μεταλλικές (αναφέρονται καλύπτρες από χρυσό, ασήμι και αλουμίνιο)

### 2.Dumas

Αυτή είναι ρηχή, σε σχήμα μπολ, κατασκευασμένη από χοντρό ελαστικό, κατάλληλα για τη γυναίκα με βραχύ και πλατύ τράχηλο.

### 3. Vimule

Έχει κοινά χαρακτηριστικά με τις παραπάνω. Έχει υψηλό, στενό θόλο και αποπλατυσμένα πλάγια, εφαρμόζει στους κολπικούς θόλους. Είναι καταλληλότερη για τον ακανόνιστου σχήματος ή κώνου τράχηλο.<sup>1</sup>



## Κλινική Πρακτική

Οι καλύπτρες πρέπει να χρησιμοποιούνται με σπέρματοκτόνα. Η γυναίκα γεμίζει την καλύπτρα κατά το 1/3 με σπέρματοκτόνο και την εισάγει στον κόλπο. Υπερβολική ποσότητα σπέρματοκτόνου παρεμποδίζει την ανάπτυξη αρνητικής πίεσης και επομένως την καλή εφαρμογή της. Μετά την εισαγωγή πρέπει να ελέγχεται η σωστή θέση με έλεγχο της πλήρους καλύψεως του τράχηλου. Μια δόση σπέρματοκτόνου πρέπει να τοποθετείται πριν από την επαφή ή πριν από κάθε νέα επαφή. Για την εξαγωγή του πρέπει να εισάγεται ένα δάκτυλο από το χέρι, για να εξουδετερωθεί η αρνητική πίεση. Πρέπει να αποφεύγεται η συνεχής παραμονή

της στον τράχηλο περισσότερο από 24 ώρες, ώστε να αποτραπεί η παραγωγή δύσοσμης έκκρισης, ο τραυματισμός ή λοιμώξεις. Μακροχρόνια παραμονή συνηθίζεται στις ΗΠΑ, αν και η FDA συνιστά ως όριο 48 ώρες.

Ως αντενδείξεις ο Lehfeld αναφέρει το βραχύ πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα, βαθιές ρήξεις του τραχήλου, εκδορές του, πολύ μεγάλα ή πολύ μικρό μήκος του και φλεγμονή τραχήλου, μήτρας και εξαρτημάτων.

Συνιστάται η χρήση του αντί του διαφραγμάτος σε περιπτώσεις πολύ κοντού πρόσθιου κοιλικού τοιχώματος, κυστεοκήλης, χαλαρού πυελικού εδάφους, οπίσθιας κάμψης της μήτρας και μεγάλης υπέρκαμψης.

Σημειώνεται ότι το σπερματοκτόνο μέσα στην καλύπτρα διατηρεί την δραστηριότητα του για 7 ημέρες.

Η αποτελεσματικότητα τους είναι ανάλογη εκείνης των διαφραγμάτων και κυμαίνεται από 7,6-8,4 κυήσεις ανά 100 χρήστες. Οι καλύπτρες, όπως και τα διαφραγματα, πάντα απευθύνονται στις μορφωμένες γυναίκες των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων.

## Στ) ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Ανακαλύφθηκε το 1956 στο Πουέρτο Ρίκο από τον Αμερικανό βιολόγο Γκρέγκορ Πίνκουι και την ομάδα του. Είναι ένας συνδυασμός δυο συνθετικών ορμονών, συνήθως ένωση οιστρογόνης και προγεστερόνης. Αυτές οι δυο ορμόνες παράγονται κανονικά από τις ωοθήκες ή μια μετά την άλλη κάτω από την επίδραση των εκκρίσεων της υπόφυσης, και τα σκευάσματα οιστρογόνης- προγεστερόνης (το χάπι ακριβώς) εμποδίζουν την έκκριση της υπόφυσης που κατά κανόνα βάζει σε λειτουργία το μηχανισμό της ωορρηξίας. Και φυσικά αν δεν υπάρξει ωορρηξία δεν υπάρχει εγκυμοσύνη.<sup>24</sup>

Το χάπι, όταν μπήκε στην κυκλοφορία, αποτέλεσε μια πρόκληση, αφού προέβαλλε την προοπτική μιας 100% αποτελεσματικότητας, που θα κατάφερνε να αποσυνδέσει, επαναστατικά, την αναπαραγωγική λειτουργία από την σεξουαλική ικανοποίηση του ζευγαριού. Πριν όμως καταξιώθει η μέθοδος, ήλθαν τα πρώτα σύννεφα από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και κυρίως από το φόβο πιθανής καρκινογένεσης έτσι η δημοτικότητα του χαπιού ελαττώθηκε σημαντικά και αυτοί οι φόβοι, που τονώθηκαν κατά καιρούς από αμφίβολης αξιοπιστίας δημοσιεύματα στον τύπο, παραμένουν μέχρι σήμερα. Είναι σημαντικό ότι σε δημοσκόπηση, που έγινε το 1985 στις ΗΠΑ, τα 3/4 των γυναικών απάντησαν πως το χάπι είναι επικίνδυνο, 1/3 πίστευε πως προκαλεί καρκίνο, ενώ τα 2/3 δήλωσαν πως ενέχει τους ίδιους κινδύνους με ένα τοκετό. Βλέποντας σήμερα τη θέση του χαπιού στο αντισυλληπτικό οπλοστάσιο αντιλαμβάνεται κανείς ότι όλες αυτές οι εικασίες συντηρούν τη χρήση του σε χαμηλά επίπεδα.

Το χάπι έχει μελετηθεί όσο κανένα φάρμακο στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης, ενώ παράλληλα με τη μελέτη του είναι σημαντική και η εξέλιξη του, με την προσθήκη νέων σκευασμάτων, τα οποία τείνουν να καλύψουν δύο άξονες βελτίωσης. Η μια προσπάθεια επικεντρώνεται στην ελάττωση της ποσότητας των περιεχομένων ορμονών και η άλλη στην μεγαλύτερη δυνατή προστασία της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες ενέργειες, επιβεβαιωμένες ή υποθετικές.

Το 1988 χάπι χρησιμοποιούσαν περίπου 63 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο, από αυτές τα 24 εκατομμύρια κατοικούσαν σε ανεπτυγμένες χώρες και 39 αναπτυσσόμενες. Αν αναλογισθεί κανείς το ποσοστό των ζευγαριών που στηρίζουν την αντισύλληψη στο χάπι, οι αριθμοί αυτοί είναι μικροί, μια και το ποσοστό αυτό μόλις και ξεπερνά το 10% του πληθυσμού αναπαραγωγικής ηλικίας. Αξιοσημείωτο είναι ακόμη το γεγονός ότι το χάπι δεν διατίθετο μέχρι και το 1990 στην Ιαπωνία. Αισιόδοξο είναι το ότι παρατηρείται αύξηση της χρήσης του της τάξης 6,4% ανά έτος στις αναπτυσσόμενες χώρες και 2,5% στις ανεπτυγμένες.

Η Ελλάδα δεν μπορεί να πάρει θέση στη χρήση του χαπιού γιατί από στοιχεία των φαρμακευτικών εταιριών για το 1988 συμπεραίνεται χρήση που αντιστοιχεί σε 70000 κύκλους τον χρόνο. Αν υπολογισθεί ότι κάθε γυναίκα χρησιμοποιεί το χάπι για κύκλους τον χρόνο, τότε η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί σε 58000 γυναίκες, αριθμό που δεν είναι πραγματικός, γιατί το χάπι χορηγείται και για θεραπευτικούς σκοπούς, κυρίως σε διαταραχές της έμμηνυας ρύσης.

Το χάπι πέρασε πολλά στάδια στην προσπάθεια παροχής μεγαλύτερης ασφάλειας για τη γυναίκα. Η πιο σημαντική αλλαγή είναι η ελάττωση της δόσης του οιστρογόνου από 50 µg ημερησίως στα 20µg, με παράλληλη χρήση νεότερων και ισχυρότερων προγεσταγόνων.<sup>1</sup>

### **Τύποι αντισυλληπτικών δισκίων**

1. Σταθερής σύνθεσης
2. Διαδοχικής σύνθεσης
3. Διαβαθμισμένα

### **Επιλογή των υποψηφίων για το χάπι**

Η από το στόματος ορμονική αντισύλληψη δεν είναι δυνατόν να χορηγηθεί σε κάθε γυναίκα που ζητά κάποια μέθοδο αντισύλληψης (OC). Όσοι ασχολούνται με την αντισύλληψη, θα πρέπει να οδηγούνται στη χορήγηση του ασφαλέστερου χαπιού στην κατάλληλη γυναίκα, παράλληλα θα πρέπει πάντα να έχουν υπόψη τους και τη δεύτερη επιλογή σε σκευάσματα ή μέθοδο για την περίπτωση που η πρώτη επιλογή εκθέτει τη γυναίκα σε αυξημένο κίνδυνο για παρενέργειες ή αλλοιώνει σημαντικά μεταβολικές παραμέτρους.

Η απουσία απόλυτων ή σχετικών αντενδείξεων δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι μια γυναίκα πρέπει να καθοδηγείται προς τη χρήση των OC χωρίς άλλο περιορισμό. Είναι συνήθης πρακτική των μεγάλων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού να καθοδηγούν τις γυναίκες προς άλλες μεθόδους αντισύλληψης, αν δεν καλύπτουν και μερικές προϋποθέσεις, όπως να είναι γυναίκα που να εμπνέει εμπιστοσύνη για τη σωστή λήψη των OC και την υπακοή της στις οδηγίες και συνέπεια στην περιοδική επανεξέταση ή γυναίκα που έχει ένα ελάχιστο επαφών ή αν απαιτείται απόλυτη κάλυψη.

Τα OC μπορεί να αποκλείονται όχι μόνο από την παρουσία μιας απόλυτης αντένδειξης, αλλά και από την παρουσία περισσότερων της μιας σχετικών αντενδείξεων. Από την άλλη πλευρά εδραιώνεται η άποψη ότι μια γυναίκα μπορεί απουσία αντενδείξεων να χρησιμοποιεί τα OC, αν δεν καπνίζει, και μετά τα 40 της χρόνια, όχι όμως μόνο για αντισύλληψη αλλά και για θεραπευτικούς λόγους. Αυτό ισχύει για τα νεότερα, χαμηλής δοσολογίας, σκευάσματα. Φαίνεται εξαιρετικά δύσκολο όμως να αποδυναμωθεί ο μύθος ότι ανώτερο όριο ηλικίας για τη

χρήση των OC αποτελεί το 35<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Αντίδραση στην εξάλειψη αυτού του μύθου συναντάται τόσο στον ιατρικό κόσμο, όσο και στις ίδιες τις γυναίκες. Το όριο αυτό της ηλικίας σίγουρα ισχύει για τις γυναίκες που καπνίζουν. Δεν θα πρέπει να υπάρχει περισσότερο άγχος για τη χρησιμοποίηση της μεθόδου από μια γυναίκα 44 ετών, που δεν καπνίζει, από αυτό μιας γυναίκας καπνίστριας 34 ετών.<sup>1</sup>

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι δευτεροπαθής αμηνόρροια, που εξακολουθεί να υφίσταται, δεν αποτελεί αντένδειξη και μπορεί να χορηγηθεί OC μετά από πλήρη διερεύνηση. Τα χορηγούμενα οιστρογόνα σ' αυτές τις περιπτώσεις προστατεύουν τα οστά ή ακόμη ελαττώνουν τα συμπτώματα του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών σε γυναίκα που δεν επιθυμεί να συλλάβει.

Η γυναίκα με ομάδα αίματος 0 έχει μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσει θρομβοεμβολική νόσο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έτσι μια γυναίκα με αυτή την ομάδα αίματος μπορεί να τύχει της ανοχής για τη συνέχιση της χρήσης των OC παρά την παρουσία άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. Ο προσδιορισμός της ομάδας αίματος έχει νόημα ακόμη σε όλες τις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου.

Τα OC μπορούν να χορηγηθούν με ιδιαίτερη προσοχή και εφ' όσον δεν υπάρχει κάποια πιθανότητα επιδείνωσης τους. Αν υπάρχουν τέτοιες καταστάσεις και η γυναίκα επιθυμεί τη λήψη OC, είναι καλύτερο να χορηγούνται μετά από συνεννόηση με τον ειδικό που είναι υπεύθυνος για τη γυναίκα. Η προφύλαξη από εγκυμοσύνη

#### A. ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ

1. Αρτηριακή ή φλεβική θρόμβωση.
2. Ισχαιμική καρδιακή νόσος ή στηθάγχη.
3. Υπερλιπιδαιμία.
4. Σοβαρός κίνδυνος ή συνδυασμός παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (βλ. επόμενο πίνακα).
5. Γνωστή προθρομβωτική διαταραχή της πήκτικότητας ή της ινοδόλυσης, περιλαμβανομένης της σπληνεκτομίας, αν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι πάνω από 500.000/mm (Machin, 1987).
6. Άλλες καταστάσεις που προδιαθέτουν σε θρόμβωση, περιλαμβανομένης της προγραμματισμένης μείζονος επεμβάσεως ή επεμβάσεως στα κάτω άκρα, η ακινητοποίηση της γυναίκας ή αγωγές για κισσούς και διαμονή σε υψόμετρο πάνω από τις 4000 μέτρα με αυξημένη γλοιότητα του αίματος λόγω αιμοσυμπύκνωσης ή πολυκυτταραιμίας (Ward, 1986).
7. Εστιακή ημικρανία, ημικρανία που απαιτεί αγωγή με εργοταμίνη.
8. Παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, ακόμη και χωρίς κεφαλαλγία.
9. Ιστορικό εγκεφαλικής αιμορραγίας, που μπορεί να είναι μετά από θρόμβωση ή υπερτασική κρίση.
10. Οι περισσότερες περιπτώσεις βαλβιδοπάθειας ή καρδιοπάθειας με πνευμονική υπέρταση.

#### B. ΗΠΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

1. Ενεργός ηπατοπάθεια, υποτροπιάζων χολοστατικός ίκτερος ή ιστορικό χολόστασης στην εγκυμοσύνη. Σύνδρομο Dubin-Johnson, σύνδρομο Rotor (Δεν περιλαμβάνεται ηπατική νόσος, μετά λοιμώδη ηπατίτιδα, τα OC μπορούν να χορηγηθούν 3 μήνες μετά την επάνοδο στα φυσιολογικά των τιμών του ηπατικού κύκλου).
2. Αδένωμα του ήπατος.
3. Χολολιθίαση (μπορούν να χορηγηθούν μετά χολοκυστεκτομία).
4. Πορφύρες.

Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΟΒΑΡΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΤΕΡΟΪΔΩΝ Ή ΣΥΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΧΡΗΣΗ OC π.χ. έρπητας γεννητικών οργάνων στην κύηση (Herpes Gestationis), αιμολυτικό-ουραιμικό σύνδρομο, τροφοβλαστική νόσος (μέχρι να μηδενιστούν τα επίπεδα της βHCC).

#### Δ. ΚΥΗΣΗ

#### Ε. ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ζ. ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ, π.χ. καρκίνος του μαστού.

Η. ΜΕΓΑΛΟ ΑΓΧΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Πίνακας 1

είναι πολλές φορές επιθυμητή και ιδιαίτερα σημαντική, όταν υπάρχουν τέτοια νοσήματα.

Αν τα OC χορηγούνται σε περιπτώσεις που υπάρχει κάποια σχετική αντένδειξη ή πιθανότητα, γνωστή πλέον, να εμφανιστεί κάποια επιπλοκή, θα πρέπει να ζυγίζεται προσεκτικά με αντίβαρο την επικινδυνότητα μιας κύησης σε αυτές τις περιπτώσεις, αφού τα OC εξασφαλίζουν σχεδόν απόλυτα από την εγκυμοσύνη.

Η παρουσία ετερόζυγης δρεπανοκυτταρικής αναιμίας δεν φαίνεται να έχει κάποια σχέση με τη χρήση OC, δεν ισχύει όμως το ίδιο για την ομόζυγη μορφή της, όπου τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα. Τόσο τα OC όσο και η δρεπανοκυτταρική αναιμία προδιαθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο για θρόμβωση, που προστίθεται στην αρτηριακή στάση που προκαλεί μια κρίση δρεπανώσεως. Ο Serjeant σε ανασκόπηση μελετών από τις Δ. Ινδίες και την Δ. Αφρική



προτείνει ότι η δρεπανοκυτταρική αναιμία πρέπει να θεωρείται μόνο σχετική αντένδειξη, ιδιαίτερα αν αναλογιστεί κανείς τις πολύ σοβαρές επιπλοκές που προκαλεί μια εγκυμοσύνη. <καλύτερη επιλογή, παρά τα παραπάνω, πρέπει να θεωρείται η χρήση των POP ή των ενέσιμων στεροειδών.

Επειδή ο όγκος των πληροφοριών γύρω από την χρήση των OC σε διάφορες παθολογικές και μη καταστάσεις είναι τεράστιος και ξεφεύγει τις δυνατότητες του παρόντος, θα πρέπει να ανατρέξει κανείς για περισσότερες πληροφορίες στην πάρα πολύ καλή ανασκόπηση από τον Sapire.<sup>1</sup>

### **Παρενέργειες- Ενοχλήματα**

1. Ναυτία , εμετοί
2. Κεφαλαλγία
3. Αύξηση βάρους
4. Ακμή
5. Ενοχλήσεις από τον μαστό
6. Νευρικότητα, Κατάθλιψη
7. Ελάττωση της Libido
8. Διαταραχές της έμμηνης ρύσης



## ζ ) ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ (ΣΠΙΡΑΛ)

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μαλακά πλαστικά αντικείμενα, διαφόρου σχήματος και μεγέθους περίπου 3-4 εκ.

Η προφυλακτική δραστηριότητα των ενδομήτριων σπειραμάτων είναι ανάλογη με την επιφάνεια τους. Για μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να χρησιμοποιείται το μεγαλύτερο μέγεθος του σπειράματος, που εφαρμόζεται στη μήτρα.

Τα πιο καινούργια σπειράματα, που χρησιμοποιούνται, είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T. και Y. Το ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική τους δράση. Ένα ακόμα πιο νέο σπείραμα, είναι το σπείραμα προγεστερόνης. Αποτελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης, που περιέχεται σε μια μεμβράνη. Η δράση της προγεστερόνης στηρίζεται στην ποσότητα ομώνυμης ουσίας που αποβάλλεται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα.

Η μέθοδος δράσης του ενδομήτριου σπειράματος δεν είναι ακόμα ολότελα γνώστη. Δεν υπάρχουν δηλ. στοιχεία για το αν και πως το ενδομήτριο σπείραμα επηρεάζει την ωορρηξία ή τη γονιμοποίηση του ωαρίου και περαιτέρω τη μεταφορά του σπειράματος. Η δράση του πρέπει να είναι μάλλον τοπική, μέσα στη μήτρα, οπου το σπείραμα φαίνεται ότι εμποδίζει την εμφύτευση.

Τα ενδομήτρια σπειράματα τοποθετούνται από γιατρό, συνήθως κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρουσης, οπότε η μήτρα έχει διασταλεί. Ο γιατρός θα πρέπει να κάνει απαραίτητα μια εξέταση το μήνα, εκτός αν είναι εντελώς βέβαιος ότι η τοποθέτηση έχει γίνει απόλυτα σωστά. Συμβαίνει πολλές φορές σε μερικές γυναίκες να εμφανιστούν λίγες σταγόνες αίματος ή και αιμορραγίες ακόμα ανάμεσα σε δύο κύκλους. Δεν είναι εξάλλου σπάνιο το φαινόμενο η γυναίκα να ενοχλείται από πόνους για μερικούς μήνες. Αν οι πόνοι είναι πάρα πολύ δυνατοί, τότε το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί. Αν δεν υπάρχουν παρενέργειες το σπείραμα μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με τη χρήση σπειράματος δε χρειάζεται καμιά άλλη αντισυλληπτική μέθοδος, ενώ ο σύζυγος δεν είναι αναγκαίο να γνωρίζει για την παρουσία του. Ένα ενδομήτριο σπείραμα διαθέτει μια νύχλον κλωστή που προεξέχει από το άνοιγμα της μήτρας. Μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν τη συνουσία, αν το σπείραμα είναι απόλυτα στη θέση του ή αν έχει πέσει στον κόλπο, οπότε ενεργεί κατάλληλα.

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι απόλυτα αντιστρεπτό. Τούτο σημαίνει πως, όταν αποφασίσει η γυναίκα να το βγάλει, θα μπορεί πως, όποτε θέλει, να μείνει έγκυος. Όταν η γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος, πηγαίνει στο γιατρό της και το αφαιρεί. Το ποσοστό εγκυμοσύνης που παρουσιάζεται από τη χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων είναι χαμηλό, καθώς κυμαίνεται γύρω στο 1-5%, ενώ και η τιμή του είναι προσιτή, αλλά και η τοποθέτηση του αρκετά εύκολη.<sup>17</sup>

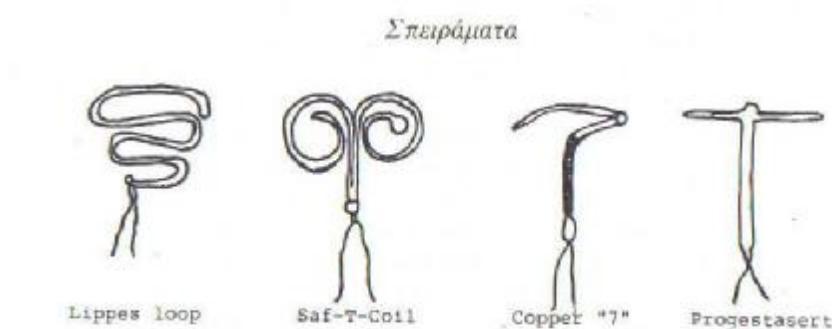
Η αποτελεσματικότητα του αντισυλληπτικού είναι πάρα πολύ μεγάλη σαν ασφάλεια, για την ώρα, έρχεται δεύτερο μετά το χάπι. Το ποσοστό αποτυχίας του, κατά τις στατιστικές Πιρλ, ποικίλλει από 1-5%.

Σημειώνεται επίσης ότι το σπιράλ δείχνει όλη του την αποτελεσματικότητα μετά από το δεύτερο μήνα της τοποθέτησης του. Σημειώνουμε όμως μερικές ενοχλήσεις που ενδεχομένως να παρουσιαστούν:

1. Αποβολή του εργαλείου σε ποσοστό 8%. Γι' αυτό πρέπει η γυναίκα μια φορά την εβδομάδα να ελέγχεται με το δάκτυλο αν οι κλωστές υπάρχουν ακόμα.

2. Μια μόλυνση, η οποία σε μάκρος μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες ή ανώμαλες απώλειες, που απαιτεί άμεση θεραπεία για να μη φτάσει η μόλυνση στις σάλπιγγες.
3. Ένα τρύπημα, αν και σπανιότερα συμβαίνει και μόνο αν το σπирάλ τοποθετηθεί αμέσως μετά τον τοκετό. Σε μια τέτοια περίπτωση, το εργαλείο πρέπει να αφαιρεθεί με μια μικρή επέμβαση που λέγεται κοιλιοσκοπία.

Με βάση όσα είπαμε ως τώρα, οι γυναικολόγοι μπορούν να εντοπίσουν συγκεκριμένες αντενδείξεις. Το γεγονός είναι ότι στις 4 γυναίκες που καταφεύγουν στο σπирάλ, οι 3 μπορούν να το χρησιμοποιούν για μεγάλο διάστημα, ακόμα και μέχρι την εμμηνόπαυση, αρκεί βέβαια να γίνεται ένας έλεγχος περιοδικά.<sup>24</sup>



## η) ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗ

### Στεροποίηση στη γυναίκα

Η στεροποίηση είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο ελέγχου των γεννήσεων, τα τελευταία μάλιστα χρόνια γίνεται όλο και πιο δημοφιλής. Σήμερα πάνω από 150 εκατομμύρια ζευγάρια σε όλο τον κόσμο στηρίζουν τον οικογενειακό προγραμματισμό τους στην στεροποίηση. Οι αριθμοί αυτοί αναμένονται να διπλασιασθούν μέσα στην επόμενη δεκαετία. Μόνο στις ΗΠΑ εκτελούνται 750000 επεμβάσεις τον χρόνο, ενώ στον Καναδά ο ετήσιος αριθμός στεροποιήσεων είναι πάνω από 80000. στη δεκαετία του '80 πάνω από τις μισές λαπαροσκοπήσεις έγιναν με σκοπό τη στεροποίηση. Οι αριθμοί έχουν καταστήσει τις επεμβάσεις για στεροποίηση τρίτες σε συχνότητα γυναικολογικές επεμβάσεις μετά τις εκτρώσεις και τις διαγνωστικές εξετάσεις.

Η συχνότητα στεροποίησης φαίνεται ότι αυξάνεται δραματικά τα τελευταία χρόνια, στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, μεταξύ αυτών που χρησιμοποιούσαν κάποιο αντισυλληπτικό μέσο ποσοστό των στεροποιημένων γυναικών ήταν 4,7% το 1965, 16,3% το 1975 και 26,7 το 1985. παρατηρείται ακόμη μια σταθερή αύξηση της συχνότητας ανάλογα με τη διάρκεια του γάμου, ξεκινώντας από 0,8%, σε διάρκεια γάμου κάτω από 5 χρόνια, και φτάνοντας το 30,2% σε γυναίκες που είναι παντρεμένες για 20-24 χρόνια.

## **Μέθοδοι στειροποίησης της γυναίκας**

Το 1843 ο Blunder ήταν ο πρώτος που πρότεινε για διατομή και αφαίρεση τμήματος σάλπιγγας για την επιτυχία στειροποίησης στη γυναίκα. Το 1880 ο S.S. Lungren στο Ohio ήταν ο πρώτος που εκτέλεσε στειροποίηση, σε καισαρική τομή, λόγω προηγηθείσης, οπότε σκέφτηκε να αφαιρέσει τις ωοθήκες, αλλά φοβούμενος την αιμορραγία προτίμησε να απολινώσει απλώς τις σάλπιγγες. Την επέμβαση αυτή ανακοίνωσε και περιέγραψε ένα χρόνο, το 1881, στο *American Journal of Obstetric and Diseases of Women*. Έτσι ξεκίνησε να εφαρμόζεται η στειροποίηση της γυναίκας, η οποία όμως για χρόνια γινόταν μόνο κατά την καισαρική τομή ή στη λοχεία. Μέχρι πριν 50 χρόνια οι γυναικολόγοι δίσταζαν να κάνουν λαπαροτομία με μόνη την ένδειξη της στειροποίησης. Η μέθοδος του Lungren, δηλαδή μόνη η απολίνωση των σαλπίγγων δεν εφαρμόζεται σήμερα λόγω μεγάλου ποσοστού αποτυχίας (20%).

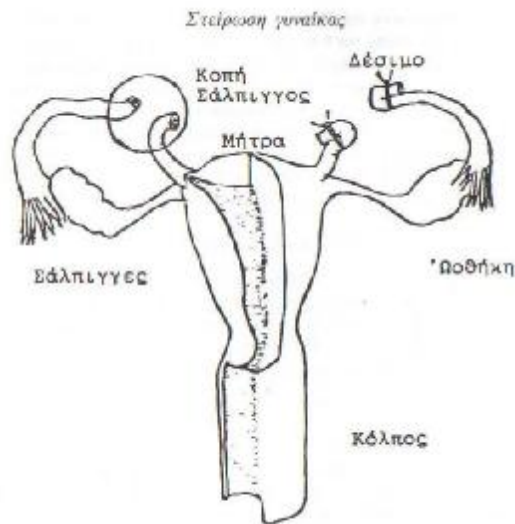
Οι μέθοδοι στειροποίησης είναι: α) κλασσική λαπαροτομία, β) μικρή λαπαροτομία και γ) κολποτομία.

### ***Ενδοσκοπικές μέθοδοι***

1. Λαπαροσκόπηση
2. Ηλεκτροπληξία
3. Θερμοπληξία
4. Ηλεκτροκαυτηρίαση
5. Μηχανικά μέσα
6. Ανοικτοί λαπαροσκόπηση <sup>1</sup>

## **Επιλογή των υποψηφίων για στειροποίηση**

Οι γυναίκες που είναι υποψήφιοι για στειροποίηση δεν πρέπει να έχουν αντενδείξεις για χειρουργική. Θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένες, τόσο για τη διαδικασία, τους κινδύνους όσο και την αδυναμία αναστροφής της μεθόδου. Η γυναίκα πρέπει να έχει αποφασίσει μόνη της την εκτέλεση της επέμβασης και η συγκατάθεση της υπογράφεται μετά πλήρη και κατανοητή ενημέρωση. Πρέπει να η γυναίκα να μην έχει πάθηση που να απαιτεί υστερεκτεμία. Η στειροποίηση δεν πρέπει να γίνεται κάτω από συνθήκες συναισθηματικής φορτίσεως, όσο και να το ζητά η γυναίκα, αντίθετα θα πρέπει να της παρέχεται ικανός χρόνος, για να αποφασίσει και να ερωτάται για την απόφασή της ακόμη και πριν από την επέμβαση. Η ηλικία και ο τόκος δεν αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τη στειροποίηση της γυναίκας, εφόσον πρόκειται για συνειδητή και υπεύθυνη απόφαση. Θα πρέπει κατά την επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν σε στειροποίηση να εξετάζεται το αναπαραγωγικό ζεύγος ως μονάδα, γιατί ένας ασταθής γάμος μπορεί κάποια στιγμή να διαλυθεί και η γυναίκα κάνοντας ένα νέο δεσμό να επιθυμεί ένα παιδί. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η στειροποίηση γυναίκας που είτε είναι πνευματικά καθυστερημένη είτε σωματικά ανάπηνη να μεγαλώσει ένα παιδί είτε όταν μία εγκυμοσύνη αποτελεί απειλή για τη ζωή της. Οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν δυσεπίλυτα νομικά και ηθικά προβλήματα.



Τα **πλεονεκτήματα** της μεθόδου είναι:

- ✓ Η υψηλή και άμεση αποτελεσματικότητα
- ✓ Η ανάγκη μιας και μόνης ιατρικής παρέμβασης
- ✓ Δεν χρειάζεται η γυναίκα να σκέφτεται και να ανησυχεί για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης κύησης
- ✓ Η απουσία σημαντικών επιπλοκών και παρενεργειών
- ✓ Αν γίνει σαν εξωτερική ασθενής, η βραχεία νοσηλεία, χαμηλό κόστος και η πρακτικότητα

Τα **μειονεκτήματα** της μεθόδου είναι:

- ✓ Η είσοδος στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- ✓ Υψηλό κόστος σε σχέση με άλλους μεθόδους
- ✓ Ο κίνδυνος επιπλοκών, αν και μικρός

Στους κινδύνους περιλαμβάνονται αυτοί από την αναισθησία και η πιθανότητα αποτυχίας με επακόλουθη κύηση, η οποία μάλιστα έχει πολλές πιθανότητες να είναι εξωμήτρια.

### **Επιπλοκές**

Οι επιπλοκές της στειροποίησης εξαρτώνται κυρίως από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, αλλά πολύ περισσότερο από τον ίδιο τον χειρουργό.

### **Άμεσες**

Οι επιπλοκές και τα προβλήματα κατά την διάρκεια της επέμβασης και κατά τον άμεσο χρόνο μετά από αυτήν είναι αποτέλεσμα κακής κατάστασης των εργαλείων, απειρίας του χειρουργού και αγνοίας των αρχών της << ηλεκτροχειρουργικής >>. Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι η ασφάλεια μιας μεθόδου είναι αντίστροφα ανάλογη της απλότητας και της αποτελεσματικότητας.

Από τις συχνότερες άμεσες επιπλοκές είναι η αιμορραγία, η οποία προκαλείται από τρώση του μεσοσαλπίγγιου ή από κακή αιμόσταση, σπάνια η αιμορραγία αυτή παίρνει επικίνδυνες διαστάσεις.

Άλλη επιπλοκή είναι η διατομή ή ηλεκτροπληξία του στρογγυλού αντί της σάλπιγγας, συνήθως από βιασύνη και απροσεξία του χειρουργού.

Μια απρόβλεπτη επιπλοκή με την ηλεκτροπληξία είναι το έγκαυμα σε γειτονικά όργανα, που τις περισσότερες φορές αφορά στο λεπτό έντερο και μάλιστα το τελικό τμήμα του ειλεού γύρω στα 20-40 εκατοστά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το έγκαυμα με μονοπολική διαθερμία απαιτεί την εκτέλεση άμεσης λαπαροτομίας και την αφαίρεση τμήματος του εντέρου υποχρεωτικά, γιατί τα εγκαύματα αυτά συνήθως είναι πιο εκτεταμένα από όσο φαίνεται αρχικά. Αν το έγκαυμα δεν αναγνωρισθεί αμέσως, θα γίνει εμφανές κλινικά μέσα σε 2-8 ημέρες με εικόνα κοπρανώδους περιτονίτιδας. Τα εγκαύματα με τη διπολική διαθερμία είναι σπάνια. Με την θερμοπληξία το έγκαυμα, αν συμβεί, είναι θερμικό, άρα επιφανειακό και δεν χρειάζεται επέμβαση, παρακολούθηση. Το πιο σημαντικό πρόβλημα με την θερμοπληξία είναι ότι δεν είναι εύκολο να καθορισθεί η διάρκεια του << ψησίματος>> του ιστού, παρά το ότι με τις πιο εξελιγμένες συσκευές μπορεί να προκαθορίζεται η διάρκεια και η τάση παροχής ρεύματος. Πιστεύεται ότι μια θερμοπληξία διάρκειας 45-60 δευτερολέπτων είναι αρκετή. Ένα ακόμη πρακτικό πρόβλημα αυτής της μεθόδου είναι ότι οι ιστοί με τη θερμότητα κολλούν στα όργανα. Το πρόβλημα με την ηλεκτροκαυτηρίαση είναι ότι τα άκρα καίγονται βρίσκονται σε στενή γειτονία και υφίσταται πιθανότητα επανασυριγγοποίησης.

Τα κλιπς με δόντια είναι πιθανό να σκίσουν το μεσοσαλπίγγιο με αποτέλεσμα την πρόκληση αιμορραγίας, της οποίας η αντιμετώπιση γίνεται με την εισαγωγή μέσα από το λαπαροσκόπιο της διαθερμίας και την ηλεκτροπληξία του σημείου ή των σημείων που αιμορραγούν. Το Falope ring μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα, αν γίνει έντονη προσπάθεια κινητοποίησης της σάλπιγγας, οπότε το εξάρτημα μπορεί να κοπεί. Η αντιμετώπιση σε αυτή την περίπτωση γίνεται είτε με την εφαρμογή ενός δακτύλου σε κάθε κολόβωμα είτε με τη χρήση διαθερμίας.<sup>1</sup>

### **Απώτερες επιπλοκές**

- ✓ Πόνος
- ✓ Επιμόλυνση του τραύματος
- ✓ Περιτονίτιδα
- ✓ Μετεγχειρητική κήλη
- ✓ Λειτουργικές αιμορραγίες
- ✓ Συναισθηματικές διαταραχές
- ✓ Αποτυχία της μεθόδου
- ✓ Υστερεκτομία μετά στειροποίηση

## Στεροποίηση στο άντρα

Η πρώτη διατομή του σπερματικού πόρου έγινε το 1785, αλλά σε σταθερή, πειραματική βάση την έβαλε ο Cooper το 1830 και ανέφερε πρώτος ότι η διακοπή της συνεχείας του σπερματικού πόρου δεν επηρεάζει καθόλου σπερματογένεση. Ο Gosselin το 1887 και ο Simmonds το 1921 επιβεβαίωσαν την μη παρεμπόδιση της σπερματογένεσης. Ο Ochsner το 1897 ανακοίνωσε στο JAMA ότι δεν επηρεαζόταν η σεξουαλική ζωή των αντρών, που υποβάλλονταν σε στεροποίηση. Από τότε η στεροποίηση άρχισε να γνωρίζει μεγάλη δόξα και παρά τον προβληματισμό που προκάλεσε η πιο λεπτομερής μελέτη των επιπτώσεων της, με αποτέλεσμα την πτώση της δημοτικότητας της, ενώ σήμερα πάνω από 30 εκατομμύρια ζευγάρια στηρίζουν την αντισύλληψη τους στη στεροποίηση του άντρα.

Η επέμβαση γίνεται στους σπερματικούς πόρους (τους λεπτούς σωλήνες που συνδέουν τους ορχείς με την ουρήθρα), όπου γίνεται μια τομή και μετά ένα δέσιμο που να μην επιτρέπει το πέρασμα των σπερματοζωαρίων που παράγουν οι όρχεις.<sup>1</sup>

Η στεροποίηση του άντρα είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος αντισύλληψης, είναι μια απλή εγχείρηση, που μπορεί να γίνει στη βάση εξωτερικών ιατρείων, σε λίγα λεπτά, οι επιπλοκές της, αν και ελάχιστες, δεν είναι ποτέ σοβαρές και γίνονται αμέσως αντιληπτές από τον ασθενή, ενώ ακόμη είναι από τις ελάχιστες μεθόδους που η αποτελεσματικότητά τους υπόκειται σε άμεσο έλεγχο.

Σε μερικές κοινωνίες δεν γίνεται αποδεκτή από τους άντρες, αλλά παρά τις αντίθετες απόψεις γίνεται εύκολα αποδεκτή από τους άντρες, αν τους γίνει καλή ενημέρωση. Οι προβληματισμοί που μείωσαν τη δημοτικότητα της μεθόδου ήταν η ανακοινωθείσα αύξηση της αθηρωματοσκλήρωσας σε πειραματόζωα μετά στεροποίηση, αν και δεν διαπιστώθηκε κάτι τέτοιο στον άνθρωπο, και η νομική πλευρά της ανακτήσεως της γονιμότητας παρά τη σωστή εκτέλεση της επεμβάσεως. Ένα σημείο όμως που δεν είναι ευρέως γνωστό ούτε έχει προπαγανδιστεί αρκετά, είναι ότι η στεροποίηση είναι, σε λίγο περισσότερο από τις μισές περιπτώσεις, αναστρέψιμη.<sup>24</sup>

Ένας άντρας με υψηλό αίσθημα αυτοσεβασμού και βεβαιότητας δέχεται συνήθως να εγχειριστεί χωρίς κανένα πρόβλημα. Ο άντρας πρέπει να γνωρίζει ότι το 1/3 περίπου αυτών που υφίσταται βασηκτομή αναπτύσσουν μεγάλο αριθμό αντισωμάτων του σπέρματος. Τα αντισώματα αυτά προκαλούν στειρότητα, ακόμα κι αν επανασυνδεθούν οι σπερματικοί πόροι.

## Επιλογή των υποψηφίων

Τα ζευγάρια που προσέρχονται ζητώντας στεροποίηση του άντρα είναι συνήθως νεαρά, με τον άντρα γύρω στα 35 χρόνια, έχουν ήδη 2-3 παιδιά, ανήκουν στην μεσαία τάξη και πάνω και έχουν τις περισσότερες φορές χρησιμοποιήσει κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης. Μπορεί η να έχει αυξημένο άγχος ή νευρώσεις. Σε μερικά ζευγάρια υπάρχει αστάθεια στη σχέση του και προσέρχοντας ελπίζοντας πως η αξάλειψη του άγχους μιας ανεπιθύμητης κύησης, που θα τους προσφέρει η στεροποίηση, θα βελτιώσει τη σχέση τους, άλλα ζευγάρια δεν αποτελούν καλούς υποψηφίους για στεροποίηση και υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να μετανιώσουν αργότερα.

Πολλά από τα προβλήματα της στεροποίησης μπορεί να αποφευχθούν, αν το ζευγάρι έχει από πριν ενημερωθεί με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο για την επέμβαση, αλλά και για τους κινδύνους τις επιπλοκές και τις πιθανότητες αποτυχίας από επανασυριγγοποίηση του σπερματικού πόρου. Το ζευγάρι πρέπει να γνωρίζει αυτή την πιθανότητα αφενός μεν για να αναφέρει η σύζυγος κάθε περίπτωση καθυστέρησης, πριν μια τυχούσα εγκυμοσύνη προχωρήσει, και αφετέρου για

νομική κάλυψη του γιατρού. Η ενημέρωση του ζεύγους πρέπει να γίνεται μετά από αδρή περιγραφή του γεννητικού συστήματος του άντρα. Πρέπει ακόμη να ενημερωθούν ότι είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, μέχρι να βεβαιωθεί ο υπεύθυνος γιατρός ότι ο άντρας δεν είναι πλέον γόνιμος.

Το ζεύγος πρέπει να έχει υπόψη του και τις πιθανότητες επιπλοκών που παρατηρούνται και που περιλαμβάνουν ελαφρές τοπικές σε ποσοστό 5-10%, από τις οποίες μόνο το 1% θα χρειαστεί νοσηλεία, ακόμη την πιθανότητα να χρειασθεί να χειρουργηθεί και πάλι ο άντρας λόγω αποτυχίας σε ποσοστό 1% και ότι η μέθοδος έχει πιθανότητα να αποτύχει 0,1% ακόμα και μετά από δύο διαδοχικά αρνητικά σπερματοδιαγράμματα.

Πρέπει να διατεθεί ο απαραίτητος χρόνος στο ζευγάρι να λύσει κάθε του απορία κάνοντας όποιες ερωτήσεις θέλει. Πρέπει να τονίζεται στους ενδιαφερόμενους ανάλογα με το επίπεδο τους ότι η μέθοδος είναι μη αναστρέψιμη ή να τους παρατίθεται οι πιθανότητες αναστροφής της μεθόδου.<sup>17</sup>

## Τεχνικές

Η πιο συνηθισμένη τομή είναι μια μικρή επιμήκης στο όσχεο πάνω από το σπερματικό πόρο. Ο πόρος παρασκευάζεται και έλκεται με λαβίδα Allis στην εγχειρητική τομή. Οι μέθοδοι για διακοπή της συνέχειας του πόρου είναι:

- ✓ Απλή διατομή
- ✓ Ηλεκτροπληξία του ενός ή και των δύο κολοβωμάτων
- ✓ Η χρησιμοποίηση ραμμάτων ή κλιπς από ταντάλλιο.

## θ ) ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑΣ

Χωρίς αμφιβολία είναι η πρώτη αντισυλληπτική μέθοδος που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος και εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιείται, ιδιαίτερα στις χώρες όπου υπάρχει μια μικρή προσφορά πληροφόρησης πάνω στις μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων και τη σεξουαλική αγωγή γενικά. Με τη διακοπή της συνουσίας εννοούμε ότι λίγο πριν από την εκσπερμάτωση ο άντρας αποσύρει το πέος του από τον κόλπο και τα εξωτερικά γυναικεία όργανα, για να μην εισχωρήσει το σπέρμα μέσα στο κόλπο. Η διάδοση της οφείλεται στην εύκολη, μάλλον, υποτυπώδη, τεχνική εφαρμογή της που είναι φυσική και δε χρειάζεται την παρουσία μηχανικών αντικειμένων.<sup>24</sup>

Ο άντρας πρέπει να είναι έτοιμος, με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού, να σταματήσει τη συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες, αν εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητά της μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο, οι 38 γυναίκες έμειναν έγκυες.

Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν είναι απόλυτα ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για πολύ



χρονικό διάστημα, να του δημιουργήσει πρόωρη εκσπερμάτωση. Δημιουργεί ακόμα άγχος και στη γυναίκα, που δεν είναι απόλυτα σίγουρη για τη συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σ' αυτήν ψυχρότητα.<sup>17</sup>

·  
·

## *ΚΕΦΑΛΑΙΑ 5<sup>ο</sup>*

- 5.1 Απόψεις σχετικά με την άμβλωση*
  - 5.1.α Χριστιανική άποψη*
  - 5.1.β Ιατρική άποψη*
  - 5.1.γ Νομική άποψη*
- 5.2. Νομική άποψη σε διάφορες φόρες*
- 5.3 Εκτρώσεις και Δημογραφικό πρόβλημα*
- 5.4 Αποτελέσματα δειγματολογικής έρευνας του 2005*

## 5.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

### 5.1.α. Χριστιανική άποψη

Η ορθόδοξη Εκκλησία, ακολουθώντας τη διδασκαλία της Παλαιάς και Καινής Διαθήκης, των αγίων Πατέρων, των ιερών Κανόνων και των Παραδόσεων της, έχει λάβει και στα νεότερα χρόνια σαφή και κατηγορηματική θέση απέναντι στο έγκλημα των εκτρώσεων. Κάνοντας, λοιπόν, μια σύντομη αναδρομή, αναφέρουμε ότι επανειλημμένως γίνεται λόγος στην Παλαιά και Καινή Διαθήκη για την τεκνοποιία, την οποία αντιστρατεύει η έκτρωση:

Η κλήση του Δημιουργού Θεού στους πρωτόπλαστους ήταν σαφής: <<αυξάνεσθε και πληθύνεσθε >>. Εντολή με την οποία ο άνθρωπος συμμορφώθηκε και στο πέρασμα των αιώνων <<γέμισε τη γη>>. Γιατί ο θεός έπλασε τον άνδρα και τη γυναίκα ικανούς να δημιουργούν νέες υπάρξεις <<κατ' εικόνα και ομοίωση>> τους. Η Εύα (που στα εβραϊκά σημαίνει <<μητέρα της ζωής >>) όταν έφερε στον κόσμο το πρώτο της παιδί, αναφώνησε γεμάτη χαρά:<< εκτησάμην άνθρωπον διὰ τοῦ Θεοῦ >>. Με την ευλογία Του το σπέρμα του ανθρώπου πληθύνθηκε <<ως τους αστέρας του ουρανού και ως την άμμιον την παρά το χεῖλος της θαλάσσης>>.

Η άμβλωση, επομένως, είναι ενέργεια που ευθέως έρχεται σε αντίθεση με την κλήση του Θεού για τεκνοποιία. Γι' αυτό και η χριστιανική κοινότητα ανέκαθεν θεωρούσε και θεωρεί την πράξη αυτή ως εγκληματική, πράγμα που φανερώνουν οι αυστηροί Κανόνες, γιατί κατά την ευαγγελική ηθική κάθε ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη. Ο Μ. Βασίλειος στον Β' Κανόνα του ορίζει << η φθείρασα κατ' έπιτήδευσιν, φόνου δικήν υπάρχει>>.

Στα νεότερα χρόνια δύο φορές ασχολήθηκε η Ιερά Σύνοδος της Ιεραρχίας με το θέμα: το 1937, όταν απηύθυνε εμπνευσμένη εγκύκλιο <<προς τον ιερόν Κλήρον και τον ευσεβή ελληνικόν λαόν>> και το 1978, όταν πάλι απηύθυνε νέα εγκύκλιο << προς άπαντα τον ελληνικόν λαόν>>.<sup>25</sup>

Το ζήτημα των αμβλώσεων είναι ζήτημα σεβασμού προς την ανθρώπινη ζωή. Είναι φόνος, όπως διδάσκει σαφώς η Ιατρική επιστήμη και η Ορθόδοξη διδασκαλία. μετά τη σύλληψη έχουμε ανθρώπινη ύπαρξη. Το λέει σαφώς η ιατρική επιστήμη και η πίστη μας το βεβαιώνει. Γι' αυτό η Εκκλησία έχει θεσπίσει εορτές <<συλλήψεως>>, όπως του Ιωάννου του Προδρόμου και άλλων. Έτσι διακηρύσσεται την πίστη της, ότι ευθύς μετά τη σύλληψη έχουμε ανθρώπινη ύπαρξη. Και η ιατρική λέει ότι 48 ώρες μετά τη σύλληψη έχουμε τα χαρακτηριστικά του ανθρώπου στο δημιουργημένο έμβρυο, ενώ τρεις μήνες μετά τη σύλληψη έχουμε πλήρως διαμορφωμένο άνθρωπο.

Ο φόνος του εμβρύου απ' τους φυσικούς προστάτες του, τους γονείς, είναι έγκλημα φοβερό. Η ανθρώπινη ζωή είναι δώρο του Θεού και δεν έχουν δικαίωμα να αφαιρούν την ζωή του κυοφορούμενου παιδιού τους.

Η εκκλησία διαφωνεί. Είναι καθαρό και ξεκάθαρο ότι η αμβλώσεις είναι φόνος εν ψυχρό του εμβρύου και τονίζει ότι ο φόνος του εμβρύου είναι έγκλημα που απαγορεύεται από το νόμο του Θεού.<sup>26</sup>

Είναι δυνατόν λοιπόν να γίνει δέκτη δεκτή η άμβλωση από μερικούς, κάτω από οποιεσδήποτε προφάσεις και δικαιολογίες. Ποτέ όμως δεν μπορεί η άμβλωση να θεμελιωθεί χριστιανικά, ορθόδοξα. Για την Ορθοδοξία θα είναι η άμβλωση πάντα βίαιη και αποτρόπαιη αφαίρεση ζωής. Η άμβλωση είναι πράξη άνανδρη και ανήθικη. Είναι φόνος ανυπεράσπιστης ανθρώπινης υπάρξεως από εκείνους που είναι φυσικοί προστάτες, από τους γονείς.

Επίσης, η άμβλωση, θεωρείται και δείγμα ανελευθερίας, που συνδέει άμεσα με τον εγωισμό και

τον ατομισμό που θυσιάζει την ξένη ζωή, για να διασφαλίσει τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σημερινής ατομοκρατίας, π.χ. της ηδονικής απόλαυσης και της απόρριψης κάθε ευθύνης. Να γιατί η Εκκλησία μας, ως εν Χριστό κοινωνία, θεωρεί την άμβλωση ως αντικοινωνική συμπεριφορά και ενέργεια, που θυσιάζει την ανθρωπιά και την αγάπη στον ατομισμό και την εγωπάθεια.<sup>27</sup>

Οι εκτρώσεις οφείλονται στις πρόωρες, ερωτικές σχέσεις, τη χαλάρωση των ηθικών αντιλήψεων, στη δήθεν σεξουαλική χειραφέτηση που έχουν αγκαλιάσει σήμερα οι νέοι, στη σεξομανία της εποχής, στον ξέφρενο δρόμο που έχουν πάρει οι νέοι και οι νέες μας. Με τη σημερινή αντίληψη υπάρχει εξευτελισμός του γενετήσιου ενστίκτου. Είναι ιερό το γενετήσιο ένστικτο. Είναι το ένστικτο που αποτελεί το βάθρο του ιερού γάμου. Με το ένστικτο αυτό ο άνθρωπος γίνεται δημιουργός του Θεού και θα πρέπει να το βλέπει με σεβασμό.

Σήμερα ο Ποινικός Κώδικας τιμωρεί τις αμβλώσεις σαν φόνο με τα άρθρα 304 και 305 προβλέποντας κάποιες εξαιρέσεις: << Όταν η εγκυμοσύνη αποβαίνει σε βάρος της υγείας της μητέρας και όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό>>, όπως έγινε και κατά την εισβολή των Τούρκων στην Κύπρο. Το 1978 προσθέτει στον Αστικό Κώδικα και μια τρίτη εξαίρεση : << Εάν δια των σύγχρονων προγνωστικών μέσων διαπιστωθεί σοβαρή ανωμαλία του εμβρύου επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού>>, για λόγου, δηλαδή, ευνοϊκούς. Φυσικά αυτές τις εξαιρέσεις η Εκκλησία δεν τις υιοθετεί. Η Εκκλησία δεν δέχεται την νομιμοποίηση των αμβλώσεων σε μια χώρα ορθόδοξη, γιατί είναι έγκλημα προς την πίστη του λαού.<sup>26</sup>

Έτσι νομίζω, ότι συνειδητοποιούμε πόσο άδικο και ασυλλόγιστο είναι από τη μεριά να αγωνιζόμαστε να διατηρήσουμε στη ζωή το έμβρυο, όπως π.χ. στην εξωσωματική γονιμοποίηση, και απ' την άλλη να καταδικάζουμε σε θάνατο χιλιάδες άλλα έμβρυα. Συνιστά επίσης κατάφωρη υποκρισία, σε μια εποχή που καθολικά ζητείται η κατάργηση της θανατικής ποινής, να νομιμοποιείται η δολοφονία ως άμβλωση. Τώρα λοιπόν που έχει νομιμοποιηθεί η άμβλωση και στην Ορθόδοξη Ελλάδα μας, δεν μας μένει τίποτε άλλο πια, παρά στην καθιερωμένη Παγκόσμια Ημέρα του Παιδιού στις 11 Δεκεμβρίου – άλλη υποκρισία αυτό- εμείς να τελούμε ευλαβικό μνημόσυνο, για όλα εκείνα τα αθώα παιδιά, που κατακρεουργούνται καθημερινά στις κλινικές- σφαγεία.<sup>27</sup>

### **5.1.β. Ιατρική άποψη**

Την ιδεολογία και αντίληψη της ιατρικής για τις αμβλώσεις θα προσπαθήσουμε να την μελετήσουμε χωρίζοντας την σε δύο διαστάσεις: στην άποψη της ιατρικής σαν επιστήμης και την άποψη της ιατρικής σαν επάγγελμα. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για να κατανοήσουμε την άποψη των επιστημόνων ερευνητών γιατρών, για την έκτρωση σαν επέμβαση, την ανθρώπινη ζωή, τη μέθοδος ρύθμισης της γονιμότητας και την άποψη των επαγγελματιών γιατρών, που προβαίνουν στη διαδικασία της επέμβασης αυτής και ζουν το φαινόμενο από πολύ κοντά.

#### **Άποψη ιατρικής επιστήμης**

Η επιστήμη της εμβρυολογίας και γενετικής μετά από πολλές μελέτες και έρευνες στο ερώτημα πότε αρχίζει η ανθρώπινη ζωή μπορεί πλέον να δώσει απάντηση. << Η ζωή μιας ανθρώπινης ύπαρξης αρχίζει τη στιγμή της γονιμοποίησης>>. Από την ώρα της σύλληψης, το

γονιμοποιημένο ωάριο, μια κυτταρική μάζα αγωνίζεται να ζήσει. Δραστηριοποιεί γι' αυτό. Ήδη στις 18 ημέρες έχει αρχίσει να γίνεται αισθητός ο κτύπος της καρδιάς του και έχει τεθεί σε λειτουργία το εντελώς ιδιαίτερα – δικό του – κυκλοφορικό σύστημα.

Η έκτρωση σαν επέμβαση τα τελευταία χρόνια γίνεται με λιγότερους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας μετά την οργάνωση και τελειοποίηση των τεχνητών προϋποθέσεων. Δεν παύει όμως να είναι επικίνδυνη, γιατί είναι μια επέμβαση που ο γιατρός δεν μπορεί τι ακριβώς κάνει στη μήτρα. Και σαν μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων είναι η πιο απάνθρωπη.

Η έκτρωση σκοτώνει μια ανθρώπινη ζωή, που η επιστήμη για κάποιους λόγους δεν είναι δυνατόν ή δεν μπορούσε να γεννηθεί τη στιγμή που η επιστήμη για το σκοπό αυτό έχει προχωρήσει στην ανακάλυψη των μεθόδων αντισύλληψης, οι οποίοι είναι λιγότερο ακίνδυνοι.

Εκθέτει συγχρόνως τα άτομα σε πολλούς σωματικούς κινδύνους αλλά και ψυχολογικούς, γιατί η επιλογή δεν είναι υπεύθυνα συνειδητή.

<<Ο αριθμός των αμβλώσεων χαρακτηρίζει και το βαθμό πολιτισμού των ανθρώπων, γιατί όσο οι χώρες είναι πιο πολιτισμένες, τόσο μικρότερο αριθμό αμβλώσεων έχουν>>.<sup>22</sup>

### Άποψη ιατρικού επαγγέλματος

Οι γυναικολόγοι – γιατροί που προβαίνουν σε έκτρωση βρίσκονται μπροστά σε μια επιθετική παρέμβαση στη φυσιολογική εξέλιξη της ζωής που δημιουργεί τραυματική εμπειρία, τόσο στην γυναίκα, όσο και στο γιατρό.

Με τον Ιπποκρατικό όρκο είναι κατοχυρωμένη η θεμελιώδης αρχή για όλους τους ιατρούς – επιστήμονες, η απαγόρευση της άμβλωσης, καθώς και η ιατρική συνείδηση καταδικάζει την πράξη αυτή, γιατί η αποστολή των γιατρών είναι στην υπηρεσία της ζωής, και όχι στη συμμετοχή τους στη διακοπή μιας ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι γιατροί όμως αυτοί βρίσκονται μπροστά σε μια άλλη πραγματικότητα. Κάτω από την απαγόρευση με την επέμβαση της άμβλωσης αποκτούν, μεγάλα οικονομικά οφέλη. Και αυτό γιατί μεγάλος αριθμός γυναικών οδηγούνται στην άμβλωση και ο νόμος δεν εφαρμόζεται πλήρως. Αν δεχτούμε ότι το κόστος μιας έκτρωσης είναι 500-700 ευρώ τουλάχιστον, φτάνουμε στα 20.000 ευρώ το χρόνο σπατάλη για ολόκληρη την εθνική μας οικονομία. Λεφτά που ξοδεύουν οι γυναίκες και καρπώνονται οι γιατροί αφορολόγητα.

Με την αποποινικοποίηση της άμβλωσης αντιμετωπίζεται το οικονομικό πρόβλημα εν μέρει. Δημιουργούνται οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, για να γίνονται οι εκτρώσεις και να αντιμετωπίζεται η μεγάλη αυτή σπατάλη των αφορολόγητων 6 δις. Αλλά ας μην παραλείψουμε το γεγονός ότι ένας αριθμός εκτρώσεων θα γίνεται στους ιδιωτικούς γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε γιατί οι Έλληνιδες δεν έχουν αποβάλλει από τη λέξη έκτρωση το συνακόλουθο της << κοινωνικό στίγμα>>, που θα τις ακολουθήσει πηγαίνοντας στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου και παίρνοντας την άδεια έκτρωσης από την δουλεία τους.<sup>22</sup>

## 5.1.γ Νομική άποψη

### *Ιστορική ανασκόπηση*

Οι δίκες της Νυρεμβέργης, που έγιναν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατέδειξαν ότι ορισμένοι γιατροί είχαν διαμορφώσει την εποχή εκείνη μια ανεπίτρεπτη φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία ορισμένοι είχαν μικρότερη αξία από άλλους (λόγω φυλής, θρησκείας, αναπηρίας, ηλικίας και ασθένειας), και για το λόγο αυτό η διεξαγωγή πειραμάτων πάνω στα άτομα αυτά, αλλά και η θανάτωση ακόμη των ατόμων αυτών, δεν αντιμετωπίζονταν ως ανήθικη πράξη. Για να διασφαλισθεί, μετά την τραγική αυτή διαπίστωση, ότι οι γιατροί ουδέποτε στο μέλλον θα απομακρύνονταν από την ορθή επιτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος, ο Ιπποκράτειος Κώδικας Ηθικής αναδιατυπώθηκε στη Γενεύη το 1948 ως η <<διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης>>, που ενισχύθηκε τον ίδιο χρόνο από τα Ηνωμένα Έθνη με τη <<διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου>>. Στη διακήρυξη της Γενεύης ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί το λόγω της τιμής του, ότι <<θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή, από την ώρα της σύλληψης>>, ότι <<η υγεία και η ζωή των ασθενών μου θα είναι ο πρώτος μου στοχασμός>>, ότι <<δεν θα επιτρέψω παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντος μου και των ασθενών μου η θεώρηση της θρησκείας, εθνικότητας, φυλής, πολιτικής κατάστασης>>, και ότι <<ακόμη και υπό απειλή δεν θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον των νόμων της ανθρωπότητας>>.

Το 1974 ιδρύθηκε η <<Παγκόσμια Ομοσπονδία των Ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή>>, που επαναλαμβάνει τη διακήρυξη της Γενεύης και η ίδια διακηρύσσει ότι <<το αγέννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμη της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη, που αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα, από την πνευματική και φυσική άποψη>>. Η ομοσπονδία υποστηρίζει, ότι <<το δικαίωμα της ζωής, που είναι θεμελιώδες και κατηγορηματικό για κάθε άτομο, δεν εξαρτάται από το στάδιο της ανάπτυξης, την πνευματική ή τη φυσική κατάσταση, τις περιστάσεις ή την εξέλιξη της κοινωνίας>>. Αποδέχεται επίσης τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα, ου αναφέρει ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι <<το παιδί, για λόγους φυσικής και διανοητικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας, περιλαμβανομένης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας, πριν και μετά την γέννηση>>.<sup>28</sup>

### **Η έκτρωση στην ελληνική νομοθεσία**

Το θέμα των εκτρώσεων στην Ελλάδα είναι λίγο πολύ γνωστό σε όλους. Ο νόμος τις απαγορεύει, αλλά σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές υπολογίζονται γύρω στις 300000 το χρόνο με τις μετριοπαθέστερες προβλέψεις. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έχουν αρχίσει να γίνονται γνώστες τα τελευταία χρόνια στις αστικές και μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Επίσημη πληροφόρηση δεν υπάρχει, η μόνη πηγή ενημέρωσης για τις γυναίκες είναι άρθρα στις ημερήσιες εφημερίδες και στα γυναικεία περιοδικά. Άλλωστε οι περισσότεροι γυναικολόγοι κρατούν αρνητική ή απλώς αδιάφορη στάση απέναντι στα αντισυλληπτικά μέσα, ενώ συχνά ενθαρρύνουν τις εκτρώσεις. Οι συνθήκες στις ιδιωτικές κλινικές(για να μην αναφερθούμε στην

επαρχία) δεν είναι τέλειες, η ατμόσφαιρα αφόρητη για τις γυναίκες, η αντιμετώπιση του προσωπικού συνήθως κακή και βέβαια η εκμετάλλευση τεράστια. Μολονότι όμως το πρόβλημα των παράνομων εκτρώσεων αναγνωρίζεται σαν υπαρκτό απ' όλα τα δημόσια πρόσωπα και, ταυτόχρονα, θεωρείται πληγή από δημογραφική σκοπιά. Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννηση του, αλλά η προστασία του δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυφορείται. Στον τελευταίο των δικαιωμάτων του φυσικού προσώπου μετά τη γέννηση του αποβλέπει το Αστικό Δίκαιο.<sup>29</sup>

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

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

Η σημερινή ποινική νομοθεσία, που είναι αποτέλεσμα, που είναι αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν με το νόμο 1609/1986 στο άρθρο 304 του ποινικού κώδικα και στις προσθήκες του νόμου 821/1978, είναι πιο ελαστική. Ο νόμος 1609 δέχεται κατ' αρχήν (άρθρο 1, παράγραφος 1) ότι <<η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας>>.<sup>28</sup>

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

Με το άρθρο 3 του νόμου 1609/1986 η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη μόνον όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή και με τη συναίνεση της από άλλο πρόσωπο. Στο άρθρο 3 χρησιμοποιείται ο όρος <<ανεπίτρεπτη διακοπή της εγκυμοσύνης>> σε αντιδιαστολή με το άρθρο 2, στις περιπτώσεις του οποίου είναι επιτρεπτή η έκτρωση. Στην ανεπίτρεπτη διακοπή της εγκυμοσύνης (εδώ χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή) οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες, εάν <<προκληθεί βάρια πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου>> ή <<αν προκλήθηκε ο θάνατος της>>. Με την προσθήκη του άρθρου 304Α στον

Ποινικό Κώδικα τιμωρείται επίσης <<όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας του>>. <sup>21</sup>

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

## **5.2. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ**

### ***ΓΑΛΛΙΑ***

Το Δεκέμβριο του 1973 άρχισε στη Βουλή η συζήτηση που θα καταλήξει στην ψήφιση του νέου νόμου που επιτρέπει τη διακοπή της κύησης πριν από το τέλος της δέκατης εβδομάδας, σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Ωστόσο μέχρι σήμερα το πρόβλημα δεν έχει λυθεί. Ο αριθμός των παράνομων εκτρώσεων παραμένει υψηλός, οι ιδιωτικές κλινικές συνεχίζουν να θησαυρίζουν. Μεγάλο μέρος των γιατρών ταλαιπωρεί τις γυναίκες με διαφορές προτάσεις: καθυστερήσεις αδικαιολόγητες, κατάλογοι αναμονής, φόρτος εργασίας, συνειδησιακοί λόγοι. Η έκτρωση, νόμιμη τώρα πια, δεν παύει να προκαλεί τον τραυματισμό της γυναίκας που αντιμετωπίζεται πάντοτε σαν ένα ον παράδοξο, αφού αρνείται τον ίδιο της τον προορισμό.

### ***ΑΓΓΛΙΑ***

Στην Αγγλία η νομοθεσία του 1803 καταδίκασε σε θάνατο τις γυναίκες που διέκοπταν εκούσια την κύηση τους. Το 1861 η ποινή μετατράπηκε σε ισόβια, ενώ το 1929 νομιμοποιείται η έκτρωση σε περίπτωση κινδύνου της υγείας της μητέρας. Μολαταύτα μέχρι τη δεκαετία του 1960 ελάχιστες εκτρώσεις γίνονται νόμιμα. Τέλος, το 1967, μέσα σ' ένα γενικά φιλελεύθερο κλίμα ψηφίζεται ο νόμος που αναγνωρίζει την προσφυγή της γυναίκας σε έκτρωση σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις: όταν η συνέχιση της κύησης αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή ή τη φυσική ή ψυχική υγεία της γυναίκας ή των παιδιών της και όταν υπάρχει σοβαρός αναπηρίας του παιδιού. Η απόφαση για την έκτρωση παίρνεται από δύο γιατρούς και όχι από την ενδιαφερόμενη. Το ιατρικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα άρνησης για συνειδησιακούς λόγους. Με το νόμο του 1967 η έκτρωση παρέμεινε μια καθαρά ιατρική απόφαση, η εξέταση όμως της κοινωνικής κατάστασης της γυναίκας άφηνε κάποιες δυνατότητες για μια πιο ανθρώπινη ερμηνεία του νόμου. Οι παράνομες εκτρώσεις περιορίστηκαν, όπως περιπτώσεις γυναικών που προσπάθησαν να διακόψουν μόνες την κύηση τους. <sup>29</sup>



## **ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ**

Στις Σκανδιναβικές χώρες, ο νόμος για τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων ψηφίστηκε αρκετά νωρίς με πίεση όχι μόνο των γυναικείων οργανώσεων και της κοινής γνώμης αλλά και των εθνικών ιατρικών συλλόγων, σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες όπου οι γιατροί έφερναν συνήθως τα μεγαλύτερα εμπόδια. Ωστόσο και πάλι η νόμιμη έκτρωση καλύπτει συγκεκριμένες περιπτώσεις: όταν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι, λόγοι ανθρωπισμού (βιασμού κλπ.), ευγονικής (αναπηρία του εμβρύου) και κοινωνικοί λόγοι. Η διαδικασία για να καταταχθεί η περίπτωση μιας γυναίκας σ' αυτές τις κατηγορίες είναι μακρόχρονη και πολλές σκανδιναβές προτιμούν να πάνε στην Πολωνία αντί να περιμένουν την έγκριση.

## **ΙΤΑΛΙΑ**

Ο νόμος που ψηφίστηκε προβλέπει τη δυνατότητα έκτρωσης σε γυναίκες πάνω από 18 ετών, με τη συναίνεση του <<γεννήτορα>> και σε περίπτωση σοβαρού κινδύνου της φυσικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας σε σχέση με την οικονομική, κοινωνική ή οικογενειακή κατάσταση. Παρόλη τη νομιμοποίηση, οι δυσκολίες έκτρωσης παραμένουν τεράστιες, πολλοί γιατροί αρνούνται να διακόψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι παράνομες εκτρώσεις συνεχίζονται σε ολόκληρη τη χώρα με τιμές αστρονομικές.

## **ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ**

Η αντισύλληψη και η έκτρωση στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ακολούθησαν μια πορεία εντελώς διαφορετική. Το δικαίωμα της γυναίκας να ελέγχει το σώμα της και την αναπαραγωγική της ικανότητα ίσχυσε τις χώρες αυτές για ελάχιστο διάστημα, αλλά ουδέποτε υπήρξε το αντικείμενο διεκδίκησης ενός μαζικού γυναικείου κινήματος.

Πρώτη η Ρουμανία μετά τη Σοβιετική Ένωση επέτρεψε το 1955 τις εκτρώσεις. Ακολούθησαν σιγά-σιγά οι υπόλοιπες χώρες με εξαίρεση την Αλβανία. Ως το 1966 αρκούσε μια επίσκεψη σε κάποιο ρουμάνικο νοσοκομείο για να κάνει μια γυναίκα έκτρωση. Το 1966, οι ρουμανικές αρχές θα θέσουν υπό απαγόρευση τις εκτρώσεις. Η Ουγγαρία και η Βουλγαρία απέκτησαν στις αρχές της δεκαετίας μας νέους νόμους που αποβλέπουν σε σημαντική μείωση των εκτρώσεων και στην αυστηρή ποινικοποίηση των παραβάσεων. Στη Βουλγαρία από το 1972 οι εκτρώσεις απαγορευόταν στις άτεκνες γυναίκες ή στις γυναίκες με ένα μόνο παιδί. Εξαίρεση γίνεται για νεότερες από 18 και τις μεγαλύτερες από 45, καθώς και για τις περιπτώσεις σοβαρής αρρώστιας. Αντίστοιχα μέτρα ισχύουν από το 1971-1972 και στην Τσεχοσλοβακία.<sup>29</sup>

## **ΓΕΡΜΑΝΙΑ - ΠΟΛΩΝΙΑ**

Το 1972 η Βουλή ψήφισε νόμο που επιτρέπει στις γυναίκες να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους με δική τους ευθύνη. Οι μόνοι περιορισμοί είναι οι έξι: η κύηση να μην έχει ξεπεράσει τους τρεις μήνες και να μην έχει προηγηθεί άλλη έκτρωση τους τελευταίους έξι μήνες. Η έκτρωση είναι ελεύθερη κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις στην Πολωνία από το 1959, υπάρχει όμως έντονη αντίδραση και από την Ένωση Γυναικών και την Εκκλησία που συμμαχούν με την κυβερνητική πολιτική ενίσχυσης των γεννήσεων.

## **ΙΑΠΩΝΙΑ**

Στην Ιαπωνία, όπου δεν υπήρχαν θρησκευτικά ή ηθικά εμπόδια για την έκτρωση, η καθιέρωση των εκτρώσεων με απλή αίτηση της γυναίκας συνετέλεσε μετά τον πόλεμο στον αναγκαίο δημογραφικό έλεγχο σε μια χώρα όπου η καταστραμμένη οικονομία και η κατακόρυφη αύξηση των γεννήσεων αποτελούν σοβαρά προβλήματα. Ο νόμος του 1948 και δύο μετέπειτα τροπολογίες σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος των εκτρώσεων, είχε σαν αποτέλεσμα μια σημαντική μείωση του ποσοστού γεννήσεων μέσα σε δέκα χρόνια.

## **ΗΠΑ**

Στις ΗΠΑ, τον Αύγουστο του 1972, ψήφισε ένα νόμο που επιτρέπει την έκτρωση σε κάθε γυναίκα, φτάνει η εγκυμοσύνη της να μην έχει υπερβεί τις 24 εβδομάδες και η επέμβαση να γίνει από ειδικευμένο γιατρό. Οι << μεταρρυθμισμένοι >> νόμοι προβλέπουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες επιτρέπεται η έκτρωση, και που καλύπτουν ιατρικούς, ανθρωπιστικούς και ψυχολογικούς λόγους. Ωστόσο αυτές οι κατηγορίες λειτουργούν και εδώ περιοριστικά, παρέχοντας στους γιατρούς και στα νοσοκομεία το δικαίωμα να κρίνουν πότε επιβάλλεται η έκτρωση και πότε όχι.<sup>29</sup>

### **5.3. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Όταν λέμε δημογραφικό εννοούμε την αντιμετώπιση των αναγκών που δημιουργεί η αύξηση ή η μείωση του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας περιοχής. Είναι φανερό πως η αύξηση ή η μείωση του πληθυσμού επιβάλλει στην κυβέρνηση την λήψη κοινωνικών και οικονομικών μέτρων, είτε για την αξιοποίηση του πλεονάζοντος πληθυσμού είτε για την ενθάρρυνση<sup>2</sup> των γεννήσεων σε περίπτωση υπογεννητικότητας.<sup>5</sup>

Ο μεγαλύτερος όμως και πλέον επικίνδυνος τρόπος μείωσης των γεννήσεων είναι οι ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ. Φρίττει όταν διαβάσει κανείς ότι περίπου 300.000- 400.000 έμβρυα δολοφονούνται ετησίως στη χώρα μας και είναι οι εκτρώσεις αυτές δικαίωμα αναγνωρισμένο από το κράτος και μη διωκόμενο. Νόμιμη δηλαδή δολοφονία.

Τι κάνει μια κοινωνία που βλέπει να πεθαίνει δημογραφικά και να μεταβάλλεται σε χώρα γερόντων, μένει αδρανείς και αδιάφορη μπροστά στο γεγονός ότι κάθε χρόνο καταστρέφεται μια πολυάνθρωπη πόλη μεγαλύτερη από την Πάτρα, τα Γιάννενα ή το Ηράκλειο.

Είναι όμως συνάμα θέμα εθνικό, γιατί μείωση των γεννήσεων είναι μείωση της εθνικής κυριαρχίας και ασφάλειας. Δεν είναι μακριά η μέρα που η αύξηση του παγκόσμιου θ' αλλάξει τη σημερινή μορφή του κόσμου και θα αναγκάσει την γη να την κληρονομήσουν οι πολλοί, οι λαοί που εφάρμοσαν την εντολή του θεού:<< Αυξάνεσθε και πληθύνεσθε >> γιατί αυτοί θα γεμίσουν τη γη και αυτοί θα την κληρονομήσουν, γιατί τα παιδιά τους τα πετούσαν στα σκουπίδια των εκτρωτικών κλινικών θα έρθει η στιγμή που και αυτοί θα έχουν την ίδια τύχη στην κλινική της Ιστορίας και το φταίξιμο θα είναι αποκλειστικό δικό τους.<sup>32</sup>

## 5.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ 2005

Σύμφωνα με δειγματοληπτική έρευνα που έγινε την περίοδο από 1/1/2004 έως 31/1/2005 σε δείγμα 80 γυναικών και σκοπός της ερευνάς ήταν να καταχωρηθούν οι γυναίκες που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία και ζήτησαν διακοπή κυήσεως. Τα στοιχεία τους ήταν ομαδοποιημένα και κατηγοριοποιημένα ανάλογα με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την καταγωγή, την εργασία, τις αντισυλληπτικές μεθόδους και των εντοπισμό των αιτίων που προκάλεσαν την απόφαση αυτή.

Τα αποτελέσματα της ερευνάς είναι:

70% ήταν αλλοδαπές, 30% ήταν Ελληνίδες, 2% ήταν ανήλικες (με συγκατάθεση γονέα), 50% έκαναν έκτρωση για οικονομικούς λόγους (ανεργία – χαμηλό εισόδημα), 50% για οικογενειακούς λόγους (πολυτεκνία, ανύπαντρες μητέρες, επικείμενο διαζύγιο, -ένα 10%-ατομική επιλογή ή άλλους λόγους), 40% χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά μέσα (προφυλακτικό) και 50% ήταν ανύπαντρες. Καμία αθίγγανη δεν ήταν μεταξύ τους. 50% των αλλοδαπών συντρόφων είχαν αποποιηθεί των ευθυνών τους, 50% των γυναικών δεν είχαν συνοδούς. 10% ήταν καθολικές στο θρήσκευμα.

### Συμπεράσματα

- ✓ Όλες οι γυναίκες ήταν αποφασισμένες για τη διακοπή της κυήσεως
- ✓ Ήταν ενήμερες μόνο για το προφυλακτικό ως μέσον αντισύλληψης
- ✓ Τα οικονομικά προβλήματα ήταν η βασική αιτία των εκτρώσεων καθώς και η επιλογή τους να μην τεκνοποιήσουν τη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους
- ✓ Η απόφαση για τη διακοπή της κυήσεως ήταν από κοινού με τους συζύγους ή τους συντρόφους (όταν αυτοί υπήρχαν)
- ✓ Οι περισσότερες είχαν διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις και είχαν αποκρύψει το άμεσο και ευρύτερο συγγενικό τους περιβάλλον
- ✓ Ουδεμία μετάνιωσε για τη συγκεκριμένη πράξη, δείχνοντας ανακούφιση, χωρίς ενδοιασμούς
- ✓ Η διακοπή της κυήσεως ήταν ανεξάρτητη από θρησκευτικούς παραμέτρους, αλλά σχετική με κοινωνικά προβλήματα, που απορρέουν από το υπάρχον κοινωνικό σύστημα αντιμετώπισης των γυναικών (έλλειψη πολλών βρεφικών – παιδικών σταθμών, γυναικεία ανεργία, εκμετάλλευση γυναικών από εργοδότες- ιδιαίτερα των αλλοδαπών, με χαμηλό εισόδημα, έλλειψη συστήματος ενημέρωσης για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση)
- ✓ Δεν υπήρχε κανένας προβληματισμός για το φόβο μολύνσεων.<sup>21</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>*

*6.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση*

*6.2 Το ηθικό δίλλημα του/της νοσηλευτή/τριας στο  
θέμα των αμβλώσεων*

*6.3 Νοσηλευτική Διεργασία*

## **6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

Στην περίπτωση των αμβλώσεων όμως η νοσηλευτική παρέμβαση δεν ξεκινά μόνο με την εισαγωγή της εγκύου σε κάποιο Δημόσιο Νοσοκομείο ή κλινική, αλλά από την ενημέρωση που έρχεται αυτή να δεχτεί προκειμένου να αποφασίσει αν θα πραγματοποιήσει την άμβλωση ή όχι. Ο νοσηλευτής – τρια είναι αυτός που θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο κατά τη λήψη απόφασης της εγκύου.<sup>33</sup>

### **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

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

1. Να ξεκαθαρίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματος της
2. Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες
3. Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη την ευθύνη, για την όποια απόφαση της
4. Να βοηθηθεί να αποφύγει μια απόφαση για την οποία θα μετανιώσει αργότερα
5. Να αντιληφθεί τις συνθήκες, υπό τις οποίες βρέθηκε σε αυτή την κατάσταση και να αποφύγει έτσι το ίδιο πρόβλημα αργότερα.

Για την επιτυχία αυτών των στόχων πρέπει ο γιατρός να αναπτύξει σωστή σχέση με τη γυναίκα, η οποία στην κατάσταση που βρίσκεται μπορεί να μην έχει την άνεση να μιλήσει ελεύθερα, να είναι επιθετική και απαιτητική ή να βρίσκεται σε σύγχυση. Για να κατανοηθεί καλύτερα η κατάσταση της γυναίκας, που καταφεύγει στην έκτρωση, πρέπει να αντιληφθεί κανείς την διαδικασία που επιτελείται μέχρις ότου η γυναίκα λύσει το πρόβλημα της.

Με τη λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας, που είναι υποψήφια για έκτρωση, ακολουθεί λεπτομερής ενημέρωση της, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Τις εναλλακτικές λύσεις στη διακοπή της κύησης, σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία, αν είναι διαθέσιμη.
2. Πλήρη ενημέρωση για τη διαδικασία της έκτρωσης, της αναισθησίας, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους.
3. Τη διάρκεια της νοσηλείας και την ανάγκη παρουσίας συνοδού σε περίπτωση που χρειαστεί να αποχωρήσει αυθημερόν.
4. Την ανάγκη να αποφασίσει σύντομα, όχι όμως βιαστικά
5. Το κόστος της επέμβασης
6. Πότε θα ξαναέχει περίοδο και πότε επανέρχεται η γονιμότητα
7. Ποιες οι επιπτώσεις στη γονιμότητα της
8. Την αντισύλληψη για αποφύγει μιας νέας περιπέτειας
9. Καθορισμός της επόμενης εξέτασης.<sup>1</sup>

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας πόσο μάλλον για την έγκυο που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.<sup>34</sup>

Έτσι ο νοσηλευτής –τρια θα πρέπει πριν την χειρουργική επέμβαση:

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

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και την κατάσταση του αρρώστου. Εξασθενημένα άτομα, ακόμα και για μικρές εγχειρίσεις, έχουν ανάγκη προετοιμασίας, για να τις υποστούν χωρίς κίνδυνο.

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

- Ø Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του ατόμου που θα χειρουργηθεί.
- Ø Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυσης της αντίστασης του οργανισμού.
- Ø Η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του χειρουργημένου.<sup>33</sup>

## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

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

- ✓ Το άγνωστο περιβάλλον, τις περίεργες συσκευές και μηχανήματα που βλέπει γύρω του.
- ✓ Τη νάρκωση και τον πόνο.
- ✓ Τη σκέψη για μια πιθανή επιπλοκή.
- ✓ Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους .Ο νοσηλευτής –τρια καλείται να ανταποκριθεί στις παραπάνω περιπτώσεις και να συμπεριφερθεί με κρίση, σύνεση, στοργή, κατανόηση και ενδιαφέρον. Να ακούσει περισσότερο και λιγότερο να μιλήσει. Να δώσει λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητας του. Έτσι θα μειωθεί το άγχος και η ανησυχία. Θα εμπνεύσει το αίσθημα της ασφάλειας και θα πετύχει καλύτερη συνεργασία.<sup>33</sup>

### **ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

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

### **ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

Περιλαμβάνει γενικό και γυναικολογικό ιστορικό και εκτελείται πλήρης και γυναικολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ευρήματα παραγγέλλονται και οι απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, ενώ αν χρειαστεί ζητούνται και η συμβουλή ειδικών. Μεγάλη σημασία στη γυναικολογική εξέταση έχει ο προσδιορισμός της ηλικίας κύησης, ο καθορισμός της κάμψης και κλίσης της μήτρας και το μέγεθος της. Στη λήψη του ιστορικού πρέπει να ερωτηθεί εάν έχει κάποια αλλεργία εάν είναι καπνίστρια, εάν κάνει χρήση φαρμακευτικών ουσιών., εάν υπάρχει επίσης εθισμός στο αλκοόλ ή τέλος, εάν παίρνει παράνομα φάρμακα.

Στον εργαστηριακό έλεγχο πρέπει να γίνεται :

- ✓ Δοκιμασία κύησης
- ✓ Γενική αίματος
- ✓ Γενική ούρων
- ✓ Rhesus
- ✓ Ομάδα αίματος
- ✓ Προφύλαξη για επόμενη κύηση γίνεται σε Rh<sup>-</sup> αρνητικές γυναίκες με χορήγηση ενδομυϊκα και εφάπαξ 300 μg RH ανοσοσφαιρίνης πριν την έξοδο της από την κλινική.

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

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

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

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

Σε ορισμένες περιπτώσεις όταν δηλαδή παρουσιάζονται μεγάλες επιπλοκές ( π.χ αιμορραγία ) η έγκυος θα χρειαστεί αίμα. Γι' αυτό το λόγο γίνεται προσδιορισμός ομάδος αίματος και διασταύρωσης .<sup>19</sup>

### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

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

- Ø Ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου
- Ø Ατομική υγιεινή
- Ø Διατροφή
- Ø Ανάπαυση – ύπνος



### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

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

- Νηστεία: 6-8 ώρες πριν την επέμβαση η γυναίκα δεν θα πρέπει να πάρει τίποτε.
- Ταυτότητα: Για την πρόληψη πιθανού λάθους τοποθετείται ταυτότητα χεριού, με το ονοματεπώνυμο της εγκύου και την κλινική που ανήκει.
- Λήψη ζωτικών σημείων :Η λήψη των ζωτικών σημείων προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης της εγκύου.
- Γίνεται αφαίρεση κοσμημάτων, φακών επαφής, οδοντοστοιχιών καθώς τα νύχια της ασθενούς να μην είναι βαμμένα.
- Κένωση κύστεως και καθετηριασμός αυτής .
- Προνάρκωση.
- Προεγχειρητικό δελτίο.
- Ειδική στολή χειρουργείου.
- Μεταφορά της εγκύου στο χειρουργείο.<sup>33</sup>

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φτάνει μέχρι την έξοδο της εγκύου από το νοσοκομείο ή κλινική, ενώ πολλές φορές συνεχίζεται και μετέπειτα.(ψυχολογική υποστήριξη σε ειδικά κέντρα κ.α)<sup>19</sup>

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

- Στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως .
- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθένειας .
- Στην ανακούφιση της από ενοχλήματα
- Στην βοήθεια της ασθενούς , για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική της κατάσταση.<sup>34</sup>

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρηση της. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς αποτελεί συνέχεια της επέμβασης η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα της στις ειδικές της ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της αρτηριακής

πίεσεως και η παρατήρηση της καταστάσεως της. ακόμα η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τους εμέτους (ποιον, πόσον) τους οποίους δύνατο να εμφανίσει η ασθενής, καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα κ.τ.λ.). επίσης πρέπει να εξασφαλίσει άνετο, ήσυχο και καθαρό περιβάλλον για την ηρεμία της ασθενούς και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής καταστάσεως της ασθενούς.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας της ασθενούς. Συνίσταται λουτρό καθαριότητας καθημερινά, συχνή αλλαγή, νυχτικού και λευκού ηματισμού. Οι πλύσεις και η καθαριότητα όχι μόνο ανακουφίζουν αλλά και προλαμβάνουν συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

### **Μετάπειτα παρακολούθηση:**

- Ø Λήψη ζωτικών σημείων της άρρωστης κάθε 15min την πρώτη ώρα μέχρι τη σταθεροποίηση τους
- Ø Η κατάσταση της άρρωστης παρακολουθείται στενά για έγκαιρη διαπίστωση σημείων και συμπτωμάτων που δηλώνουν εμφάνιση επιπλοκών (αιμορραγία μετά την επέμβαση κ.α.)
- Ø Λήψη άμεσων μέτρων σε περίπτωση πτώσης της αρτηριακής πίεσης και αύξηση των σφίξεων ή εμφάνιση αιμορραγίας.
- Ø Χορήγηση αναλγητικών και εντριβών για ανακούφιση της άρρωστης από τη δυσφορία και τον πόνο.
- Ø Παρακολούθηση της ασθενούς αν είναι ικανή να ουρήσει. Η ούρηση μπορεί να είναι δύσκολη εξαιτίας πίεσης της ουρήθρας.
- Ø Χορήγηση τροφής ανάλογα με την επιθυμία της ασθενούς.
- Ø Σύσταση να παραμείνει η άρρωστη στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.
- Ø Ενημέρωση της άρρωστης ότι μπορεί να αισθάνεται πόνο τις πρώτες ώρες ή μέρες μετά την επέμβαση, που ανακουφίζονται με ανάπαυση και παυσίπονο.
- Ø Παροχή οδηγιών κατά την έξοδο:
  - Αποφυγή έντονων δραστηριοτήτων για μια εβδομάδα και σεξουαλικών επαφών μέχρις ότου, της το επιτρέψει ο γιατρός.
  - Αναφορά στο γιατρό ενδείξεων πιθανόν επιπλοκών όπως υπερβολική αιμορραγία, έντονος πόνος και αύξηση θερμοκρασίας.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

**1. Πόνος :** Ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση βρίσκεται σε σωματική ,διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24ωρών οφείλεται στο τραύμα ( τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών ) γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12- 36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες . Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει :<sup>34</sup>

A) Να εντοπίζει τον πόνο.

B) Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων ,αμβλύς ή οξύς .

Γ) Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού , αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.

Δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητα του. Τα αναλγητικά για την αντιμετώπισή του πόνου δεν χορηγούνται ,μέχρις ότου αναφέρει η άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Αν και ο πόνος των πρώτων 24ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση , ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο.

### Νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλεύτρια-της για να ανακουφίσει την ασθενή από τον πόνο , του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει την ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζονται από τον ιατρό.<sup>35</sup>

**2. Έμετος :** Μετεγχειρητικά ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς.<sup>34</sup>

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται :

A) Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.

B) Στον έμετο που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα.

Γ) Στον έμετο που συνεχίζεται.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παρέρχονται σύντομα , απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννα και σίελο. Η διάρκεια του κυμαίνεται από 2-8 ώρες . Δεν χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση στόματος.<sup>35</sup>

### **Νοσηλευτική παρέμβαση**

Η νοσηλεύτρια –της τοποθετεί το κεφάλι της προς τα πλάγια και της προμηθεύει το νεφροειδές , το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο , διότι η παραμονή του κοντά στην άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο. Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα της ασθενούς να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin.<sup>34</sup>

**3. Δίψα** :Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία .Αυτό δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση της ατροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι.)

### **Νοσηλευτική παρέμβαση:**

Η νοσηλεύτρια-της το αίσθημα της δίψας το αντιμετωπίζει με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας , με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως και τη γενική κατάσταση του ασθενούς .<sup>34</sup>

**5.Ανησυχία-δυσφορία** : Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

- A) Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
- B) Επίσχεση ούρων.
- Γ) Αϋπνία.

### **Νοσηλευτική παρέμβαση**

Η νοσηλεύτρια –της οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει την άρρωστη να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο της με απασχόληση. Αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα, δίνει ζεστό γάλα αν αυτό τη βοηθάει να κοιμηθεί.<sup>35</sup>

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων. Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται:

**1.Αιμορραγίες :** Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και σε εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

- § Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- § Η μόλυνση του τραύματος αυτήν αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.
- § Οι βίαιες και απότομες κινήσεις της ασθενούς .Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε τα ράμματα με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
- § Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος .κ.α

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι :Ευπίεστος ,γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως ,εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα ,ανησυχία.

Η νοσηλεύτρια-της αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής :  
Θέτει την ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί το γιατρό για την παροχή βοήθειας .Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή που αιμορραγεί. Την ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της , απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.<sup>34</sup>

**2.Shock ή καταπληξία:** Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση Shock είναι: Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση , ο ψυχικός κλονισμός, ο ισχυρός πόνος κ.α.

Τα συμπτώματα του shock είναι: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας .

Η νοσηλεύτρια-της τα μέτρα που λαμβάνει για την αντιμετώπιση του Shock είναι:  
Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι της αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.  
Θέρμανση της ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία

νερού 55-60 βαθμούς προς αποφυγής εγκαυμάτων) που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορισμός των κινήσεων της ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα εάν η κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει. Τέλος ενθαρρύνεται η ασθενής και της απομακρύνεται κάθε ανησυχία.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό Shock συνιστάται στην προσπάθεια να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση της από τον πόνο, στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού της ασθενούς.<sup>34</sup>

**3. Πνευμονική εμβολή:** Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Τα συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: Απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. κυάνωση και αγωνία, οι κόρες διαστέλλονται, ο σφυγμός γίνεται συχνός και αρρυθμίες.

Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται από γιατρό (ο οποίος πρέπει να ειδοποιηθεί επειγόντως) με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι:

- Καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- Αναπνευστικές κινήσεις.
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο.
- Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάσταση το επιτρέπει.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής για την έγκαιρη ειδοποίηση του ιατρού αλλά και για την πρόληψη εμφανίσεως της.<sup>34</sup>

**4. Επίσχεση ούρων:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία η ασθενής ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση είναι:

-Υπερτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη σύσπαση τους.

- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά τη χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται σε νευροφυτικά άτομα.

Η νοσηλεύτρια τα μέτρα που λαμβάνει για τη αντιμετώπιση της επίσχεσης είναι: αλλάζει τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, χύνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο ή βάζει χλιαρό νερό μέσα στη σκωραμίδα (δρα χαλαρωτικά στο σφιγκτήρα), ανοίγει τη βρύση και αφήνει το νερό να τρέξει (ο ήχος νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση), σηκώνει τον ασθενή και τον κρατάει όρθιο, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει. Εάν τα προαναφερθέντα μέσα φέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.<sup>34</sup>

## **6.2. ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ – ΤΗ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ**

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σε ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σε αυτή την ενέργεια. Το έμβρυο είναι μια 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 εμβρυική 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 θέληση του είναι η νοσηλεύτρια – της. 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 και να πάρει την ζωή από τα πλάσματα του, δυνατότητα επίκαιρης ενημέρωσης σε συγκεκριμένες περιστάσεις, κριτική μέθοδο και ικανότητα επιλογής του δεοντολογικού ορθότερου. Απαιτούν ακόμη λογική αλλά και καλλιεργημένο συναίσθημα «χρησιτότητα» 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 ευφυΐα της καρδιάς που για 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." <sup>36</sup>

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

Και εδώ ακριβώς βρίσκεται το ηθικό δίλλημα για το νοσηλευτή ή την νοσηλεύτρια. Γιατί ανεξάρτητα από την ηθική ακεραιότητα που μπορεί να διαθέτει και παρά την απόφαση του να μην γίνει συνεργός στο έργο της άμβλωσης έρχονται οι νόμοι της πολιτείας που σου επιβάλλουν κυρώσεις (όταν η άμβλωση επιτρέπεται) σε περίπτωση άρνησης εκτέλεσης του καθήκοντος αλλά και το δίλλημα 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 διλλήματα 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 εμβρυική 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 ανιαρό. Τους είναι αδύνατο να πουλήσουν στο βωμό φθηνών συμφερόντων την συνείδηση τους και τα ιδανικά τους.<sup>36</sup>

Στην αντίπερα όχθη υπάρχει όμως και μια άλλη μερίδα των νοσηλευτών, η οποία δέχεται τη συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει τη γνώμη της σχετικά με το θέμα. Ενεργεί τελείως άβουλα κάνοντας πάντα αυτό που κάποιοι άλλοι την υποχρεώνουν χωρίς να νοιάζεται αν αυτό που κάνει είναι σωστό ή όχι. Είναι άξιο 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 τις, άμβλωση δεν σημαίνει φόνος αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψη του. Εξάλλου δεν μπορεί ο νοσηλευτής – τρία 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 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 παραινήσεις που θα ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο. Για το λόγω αυτό ακριβώς δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση ο νοσηλευτής – τρία να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στη 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 ενέργεια της δεν είναι αποτέλεσμα ώριμης σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ σύζυγος-εραστής. Ακόμα και στην περίπτωση, που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σ' αυτήν φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμα και τότε αξίζει την αγάπη μας και την ψυχολογική μας υποστήριξη. 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.<sup>36</sup>



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 αμβλώσεως.

Έρχεται τώρα η πολιτεία να αντιπαραθέσει την δική της γνώμη στο θέμα των αμβλώσεων που στην προκειμένη περίπτωση εκφράζεται με τη νομιμοποίηση τους με το ηθικό δίλημμα του νοσηλευτή –τριας που του επιβάλλουν οι δικές του ηθικές αρχές . Το να αρνηθείς τα καθήκοντα σου συνεπάγεται αναμφίβολα κυρώσεις για την περαιτέρω πορεία της εργασίας σου. Όταν δουλεύεις και έχεις περιορισμένη ή μηδενική συμμετοχή στις αποφάσεις που πρέπει να εκτελέσεις πολύ περισσότερο μάλιστα όταν οι αποφάσεις αυτές αποτελούν νόμους του κράτους δεν έχεις δικαίωμα να αρνηθείς .Οι συνέπειες για τον νοσηλευτή –τρια που αποφασίζει να αρνηθεί μια νοσηλεία επειδή εμποδίζεται από την συνείδηση του και τις ηθικές αρχές του, είναι βαρύτερες .Η απώλεια της εργασίας του –της ,θέμα ζωτικής σημασίας για τον ίδιο –α και την οικογένεια του, η αναμενόμενη προστριβή του –της με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζουν νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αλλά και η αντιπαράθεση 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 άρνηση του –της . Χρειάζεται προσωπικός αγώνας προκειμένου να ανταπεξέλθει ο νοσηλευτής –τρια στα ηθικά διλήμματα που κατά καιρούς του παρουσιάζονται , όπως είναι το θέμα της συμμετοχής του – της στην εκτέλεση μιας αμβλώσεως . 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.<sup>36</sup>

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

### *Η θέση του νοσηλευτή .*

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

1. Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο τους 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 συναθρώπων 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.

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 στην εργασία 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 προσπάθεια του να αποτρέψει τη μητέρα από το στυγερό έγκλημα.

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

- § Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- § Την ενημέρωση της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης , δηλαδή το κατά τεμαχισμένο έμβρυο και τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της .
- § Την κατανόηση στο πρόβλημα της .Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση αλλά αποδοχή και αγάπη.<sup>36</sup>

## 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 30 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κ.Υ. Μολάων στις 10/3/2006. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση << Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων>>.

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση 2<sup>ου</sup> μηνός.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 30 ετών

Επάγγελμα: οικιακά

Θρήσκευμα: Χριστιανική Ορθόδοξη

Υπηκοότητα: Ελληνική

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος

Τόπος Γέννησης: Νεάπολη

Τόπος διαμονής: Νεάπολη

Έτος γέννησης: 1976

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Ύψος: 1,70

Βάρος: 65kg

Πίεση: 120/80 mmHg

Σφίξεις: 80/min

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

Γενική αίματος, γενική ούρων, σάκχαρο, χρόνος προθρομβίνης, Rhesus, καρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακος. Πραγματοποιήθηκε διακοπή κύησης την επόμενη μέρα στις 11/3/2006. Αφού έγινε η επέμβαση, δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα και έτσι της δόθηκε εξιτήριο την επόμενη μέρα δηλ. 12/3/2006 και παράλληλα της δόθηκαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες: Ceclor 1x3 και Mitrodan 1x1 για 7 ημέρες και ορίστηκε να έρθει για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή:

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

Mitrodan 1x1

Pethidine 1x2

Zideron im 1x1

Lasix 1x1

Apotel 1x1

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

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αρτηριακή πίεση 180/100mmHg λόγω νευρογενούς φύσεως	Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στην επόμενη 1 ώρα	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσης.</li> <li>* Χορήγηση αντιπυρετασικών.</li> <li>* Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος</li> <li>* Ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της Α.Π.</li> <li>* Για να αντιμετωπιστεί η πίεση χορηγήθηκε 1amp Rethidine 1x2, κατά την ιατρική εντολή .</li> <li>* Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, εξασφαλίστηκαν περίοδοι αναπαύσεως και ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος .</li> <li>* Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά σχετικές απορίες με την πορεία της κατάστασης της και γενικά την συναισθηματική και ψυχική της διέγερση και ένταση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Μετά την χορήγηση της Rethidine η αρτηριακή πίεση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα</li> <li>ώσπου σταθεροποιήθηκε τις επόμενες ώρες. Η Rethidine δρώντας κυρίως στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ταχέως, προκάλεσε την πτώση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα και τελικά τη σταθεροποίηση της .</li> <li>Επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε και η έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση κατανόησης των αναγκών της ασθενούς καθώς και η έκδηλη αγάπη και προστασία από την νοσηλεύτρια.</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Πόνος στην κοιλιακή κάτω χώρα λόγω συσπάσεων του τοιχώματος της μήτρας.</p>	<p>*Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου για τις επόμενες ώρες.</p>	<p>*Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής *Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p>	<p>*Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel 1x1 IV στις 2 μμ, κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zideron 1x1, στις 9 μμ. *Έγινε προσπάθεια να καθισχυαστεί η άρρωστη και να διαβεβαιωθεί ότι με την χορήγηση των αναλγητικών αλλά και με τις υπόλοιπες ενέργειες που έγιναν ο πόνος θα μειωθεί και θα εξαλειφθεί εντελώς μετά από λίγες ώρες. Επίσης η παραμονή κοντά στην άρρωστη, για λίγο, χρονικό διάστημα, την ώρα του παροξυσμού του πόνου, και η προσπάθεια να της αποσπαστεί η προσοχή με σύζητηση και παρότρυνση της ασθενούς να εξωτερικεύσει τα αισθήματά της.</p>	<p>*Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού Aprotel ο πόνος υποχώρησε για μερικές ώρες αλλά επανήλθε. Έτσι χορηγήθηκε ένα δραστικό αναλγητικό ταχείας και παρατεταμένης δράσης το Zinedol και ο πόνος άρχισε να υποχωρεί ώσπου εξαιεφθικε εντελώς.</p>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Επίσχεση ούρων πιθανόν από μικροτραυματισμούς του στομίου της μήτρας.	*Η εκκένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη 1 ώρα.	*Χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά απλά φυσικά μέσα *Χορήγηση διουρητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. * Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως.	*Ανοιξαμε τη βρύση μέσα στην τουαλέτα να βλέπει το νερό που τρέχει. *Ρίξαμε λίγο νερό στα έξω γεννητικά όργανα. *Χορηγήθηκε 1 amp Lasix 1x1 IV Κατόπιν ιατρικής οδηγίας *Πραγματοποιήθηκε καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. *Σηκώσαμε την ασθενή όρθια έτσι ώστε να περπατήσει εφόσον η κατάσταση το επιτρέπει. *Ανοιξαμε τη βρύση και αφήσαμε να τρέξει το νερό (ο ήχος του νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση)	*Κατόπιν αποτυχίας όλων των φυσικών μέσων χορηγήθηκε 1 amp Lasix 1x1 κατόπιν ιατρικής Οδηγίας. μετά από 1 ώρα και εφόσον δεν επιτεύχθηκε η κένωση της κύστης ενεργείται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε το πρωί της επομένης.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 33 ετών εισήλθε στην κρατική Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κ.Υ. Μολάων στις 5/3/2006  
Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 9 εβδομάδων.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα  
Ηλικία: 33  
Θρησκεία: Χ.Ο.  
Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος  
Υπηκοότητα: Ελληνική  
Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμοι  
Τόπος γέννησης: Σπάρτη  
Τόπος κατοικίας: Πλύτρα Λακωνίας  
Έτος γέννησης: 1973  
Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Πανεπιστημίου  
Πίεση: 120/80mmHg  
Σφίξεις: 70/min  
Θερμοκρασία: 36,7 °C  
Ύψος: 1.60  
Βάρος: 54kg

Μετά την είσοδο της ασθενούς στην Μαιευτική κλινική ορίστηκε να γίνουν μια σειρά από εξετάσεις: Γενική αίματος, γενική ούρων, ουρία, σάκχαρο, χοληστερίνη, ψευδοχολινεστεράση, καρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος, χρόνος προθρομβίνης, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας.

Προγραμματίστηκε διακοπή κύησης για την επόμενη μέρα 6/3/2006. αφού έγινε η επέμβαση,



παρουσιάστηκαν ορισμένα προβλήματα και έτσι η ασθενής υποχρεώθηκε να κάτσει άλλες 3 μέρες. Πήρε εξιτήριο δηλαδή στις 9/3/2006. της συστήθηκε να έρθει μετά από 2 εβδομάδες για επανεξέταση εφόσον όμως θα συνέχιζε τη φαρμακευτική αγωγή Augmentin 1x3 για 8 μέρες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή

D/S 5% 1000cc	1x1	προεγχειρητικά
N/S 0.9 1000cc	1x1	μετεγχειρητικά επί 2 μέρες
L-R 1000cc	1x1	μετεγχειρητικά επί 2 μέρες
Apotel	1x1	κατόπιν ιατρικής οδηγίας μετεγχειρητικά
Augmentin 625mg	1x3	μετεγχειρητικά
Zideron	1x1	επί πόνου

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

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός 38,5 °C λόγω φλεγμονής του ενδομήτριου	* Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μια ώρα	* 3ωρή λήψη θερμοκρασίας * Χορήγηση αντιπυρετικών * Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων * Χορήγηση υγρών * Διατήρηση της καθαριότητας στα κλινοσκεπάσματα	* Ετέθη 3ωρή παρακολούθηση της θερμοκρασίας * Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel 1 amp im 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας * Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο ανά 20 λεπτά * Χορηγήθηκε για πρόληψη αφυδάτωσης N/S 0, 9 1000 1x1 * Αλλάχτηκαν τα κλινοσκεπάσματα	* Με το αντιπυρετικό Aprotel που δόθηκε στην ασθενή καθώς και άλλες νοσηλευτικές οδηγίες ο πυρετός σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>*Πόνος λόγω ενδομητρίτιδας</p>	<p>*Καταστολή του πόνου μέσα στις επόμενες 4 ώρες</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
		<p>*Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. *Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς *Εξασφάλιση ήσυχου και ευχάριστου περιβάλλοντος</p>	<p>*Χορηγήθηκε 1amp Zideron στης 3μ.μ. κατόπιν ιατρικής εντολής *Δόθηκε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη ώστε να καθυσηχαστεί η άρρωστη *Εξασφαλίστηκε ήσυχο και άνετο περιβάλλον</p>		<p>*Μετά από τη χορήγηση του αναλγητικού ο πόνος υποχώρησε ώπου εξαλείφθηκε εντελώς</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>* Αγωνία- φόβος Κατάθλιψη (Προεγχειρητικά) Εξαιτίας της άρνησης της να δεχτεί τη διακοπή της κήσεως, γεγονός αντίθετο με τα πιστεύω της.</p>	<p>* Μείωση του φόβου και της αγωνίας όλων των άλλων αρνητικών συναισθημάτων μέσα στο δυνατό λιγότερο χρονικό διάστημα.</p>	<p>* Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια το φόβο της για την επέμβαση. * Γνωριμία με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής. * Το προηγούμενο βράδυ, χρηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	<p>* Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια και να γίνει κατανοητό, τι ακριβώς φοβάται. Έτσι λοιπόν μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα θα πάνε καλά και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους της. Με τη γνωριμία της με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, ξέπερασε ως ένα σημείο το άγχος και την αγωνία της. * Δόθηκε στην ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης.</p>	<p>* Περιορισμός του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή.</p>

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 22 ετών εισήλθε στην Μαιευτική Κλινική του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πάτρας 'ΡΙΟΝ' στις 5/6/2006. Διάγνωση 'Διακοπή κύησης λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης'.

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 7 εβδομάδων.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 22 ετών

Επάγγελμα: Φοιτήτρια

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη

Υπηκοότητα: Ελληνική

Θρήσκευμα: Χ.Ο.

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Έτος γεννήσεως: 1984

Γραμματικές γνώσεις: Σπουδάστρια Πανεπιστημίου Πατρών

Ύψος: 1,72

Βάρος: 60kg

Πίεση: 120/90 mmHg

Σφίξεις: 80/min

Θερμοκρασία: 36,6 °C

Μετά την είσοδο της ασθενούς στην Μαιευτική Κλινική οριστικέ να γίνουν μια σειρά από εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Ομάδα αίματος
- Διασταύρωση
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- RO θώρακος
- Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας

Προγραμματίστηκε διακοπή κύησης για την επόμενη μέρα 6/6/2006. Κατά την επέμβαση

παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα και έτσι η ασθενείες αναγκάστηκε να παραμείνει στην κλινική έως τις 8/6/2006. Μετά την έξοδο της δόθηκαν οδηγίες για συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής: Augmentin 1x3 και Mitridan 1x1 επί 8 ημέρες και θα γίνει επανεξέταση σε 2 εβδομάδες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000	1X1	προέγχειρτικά
N/S 0,9% 1000	1X1	μετεγχειρητικά επί 2 ημερών
L/R 1000	1X1	μετεγχειρητικά επί 2 ημερών
Mandokef 1kg i.v.	1x3	προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 4 ημέρες
Mitrodan	1x1	μετεγχειρητικά
Apotel i.v	1x1	κατόπιν ιατρικής οδηγίας μετεγχειρητικά
1amp Zideron i.m.		επί πόνου
Primperan i.v.	1x1	κατόπιν ιατρικής οδηγίας μετεγχειρητικά
Primperan peros 10mg x 3		μετεγχειρητικά επί 2 ημερών.

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

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αιμορραγία από τραυματισμό της μήτρας	* Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωση της στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε λίγες ώρες	* Παρακολούθηση του χρώματος, της σύστασης του ποσού και της οσμής. * Ακινησία της ασθενούς. * Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. * Συχνή αλλαγή των λευχημάτων και της ενδυμασίας της ασθενούς. * Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως. * Παρακολούθηση από το γιατρό του αιματοκρίτη. * Ετοιμασία όλων των απαραίτητων διαδικασιών για μετάγγιση αίματος	* Έγινε παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της οσμής του αίματος. και καταγράφηκαν στο φύλο νοσηλείας της ασθενούς. * Η ασθενής ακινητοποιήθηκε * Έγινε 3 ωρη λήξη ζωτικών σημείων * Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στην ενδυμασία της ασθενούς. * Χορηγήθηκε ορός 1000cc N/S 1x3 iv. * Ο αιματοκρίτης παρουσίασε σημαντική πτώση (HCT:27 ) * Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίμα.	* Μετά από τις νοσηλευτικές ενέργειες που έγιναν η αιμορραγία αποκαταστάθηκε και ο αιματοκρίτης επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.

<p>ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>*Πτώση της αρτηριακής πίεσης κάτω από 80/60 mmHg</p>	<p>Αντικειμενικός ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>*Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα στις επόμενες 2 ώρες.</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>*Συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης. *Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. *Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος *Χορήγηση υγρών. *Χορήγηση τροφής με αλάτι</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>*Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της πίεσης. *Εξασφαλίστηκε ήρεμο και ευχάριστο περιβάλλον. *Η άρρωστη εξέφρασε τους φόβους, τις ανησυχίες της και τις απορίες της σχετικά με την πορεία της κατάστασης της και δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες και η ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη. *χορηγήθηκαν υγρά και τροφές με αλάτι</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>	<p>*Μετά από τις νοσηλευτικές ενέργειες η αρτηριακή πίεση επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα και σταθεροποιήθηκε τις επόμενες ώρες.</p>
---	---	------------------------------	---	---	---	--	--	-----------------------------------	---



## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Δ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 27 ετών εισήλθε στην Μαιευτική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πάτρας 'Ρίου' στις 26/6/2006. Με διάγνωση << διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά >>

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 6 εβδομάδων. Η ασθενής προσβλήθηκε από ερυθρά. Έτσι κρίθηκε αναγκαία η διακοπή κύησης.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 27

Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη

Τόπος γέννησης: Πάτρα

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Έτος γέννησης: 1979

Γραμματικές γνώσεις: Απόφοιτος Πανεπιστημίου

Ύψος: 1,70

Βάρος: 60kg

Πίεση: 90/130mmHg

Σφίξεις : 80/min

Θερμοκρασία: 36,6°C

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

-Γενική αίματος

-Ομάδα αίματος

-Διασταύρωση

-Ηλεκτροκαρδιογράφημα

-RO θώρακος

-Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας

Προγραμματίστηκε διακοπή κυήσεως για την επόμενη μέρα 27/6/06. Αφού έγινε η επέμβαση δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα και έτσι δόθηκε εξιτήριο την επόμενη μέρα δηλαδή 28/6/06 και παράλληλα τις δόθηκαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες. Βιμπραμισίνη 1x2 και Mitrodan 1x1 για 8 ημέρες. Κατά την παραμονή της στην κλινική έλαβε την εξής φαρμακευτική αγωγή.

D/W 5% 1000cc	1x1	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)
Mandokef 1kg	1x3	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά για 3 μέρες)
Mitrodan	1x1	(μετεγχειρητικά)
Zideron	1x1	(επί πόνου)
Apotel	1x1	(κατόπιν ιατρικής οδηγίας μετεγχειρητικά)
Primperan	1x1	(κατόπιν ιατρικής οδηγίας μετεγχειρητικά)

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

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>*Κατάθλιψη εξαιτίας της αναγκαστικής διακοπής της κύησης (Πρωτότοκος)</p>	<p>*Κατά την αποχώρηση της από το νοσοκομείο να εξάλειφθούν όλα τα αρνητικά συναισθήματα της.</p>	<p>*Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια τα αρνητικά συναισθήματα αναφορικά με την διακοπή της κύησης.</p>	<p>*Η ασθενής εξέφρασε τις ανησυχίες της και τα αισθήματα ενοχής της..  *Δόθηκε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και έτσι μπόρεσε η ασθενής να πεισθεί ότι δεν ήταν δικό της λάθος.  *Πείσθηκε ότι η επέμβαση αυτή δεν θα έχει επιπτώσεις στο μέλλον.</p>	<p>*Περιορισμός της κατάθλιψης *Καλύτερη αποδοχή της επέμβασής *Αισιόδοξη για το μέλλον.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ναυτία και εμετός από την αποδομή της αναισθησίας.	*Καταστολή της ναυτίας και του εμετού και πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών μετά από λίγες ώρες.	*Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμετών (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή) *Χορήγηση αντιεμετικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. *Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης *Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. *Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση	*Παρακολούθηση της συχνότητας των εμετών και των χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. *Κατόπιν ιατρικής οδηγίας χορηγήθηκε Primperan iv 1x1 για καταστολή των εμετών. Στη συνέχεια Sir Primperan (10mgx3). *Αυξήθηκε η χορήγηση ορών Ringers 1000x1 *Εγινε καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας *Τοποθετήθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση για να αποφευχθεί τυχόν εισρόφιση	*Μετά από λίγες ώρες η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφιστικέ από τους εμετούς. Αυτό επιτεύχθηκε κυρίως μετά τη χορήγηση του Primperan *Εγινε διακοπή του Ringers στις 28/6/2006 κατόπιν καταστολής των εμετών.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
*Θερμοκρασία 38° C κυρίως ψυχογενετικής φύσεως *Πιθανή λοίμωξη	*Επαναφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μία ώρα.	*Συχνή λήψη ζωτικών σημείων *Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων *Χορήγηση αντιπυρετικών *Ελεγχος για τυχόν λοιμώξη *Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς. *Χορήγηση υγρών.	*Ετέθη ζωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. *Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο τα οποία αντικαθίστατο κάθε 20 λεπτά. *Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel 1 amp 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. *Εγινε εργαστηριακός έλεγχος για λοίμωξη *Εγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων της ασθενούς. *Χορηγήθηκε για πρόληψη αφυδάτωσης ορός N/S 0,9% 1000x1.	*Με το αντιπυρετικό Aprotel που δόθηκε στην ασθενή, καθώς και άλλες νοσηλευτικές ενέργειες ο πυρετός σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη λοίμωξης. *Εγινε διακοπή στις 28/6/2006 κατόπιν σταθεροποίησης της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μας αυτής είναι να παρουσιαστεί το μεγάλο πρόβλημα των αμβλώσεων στην εποχή μας, να ενημερώσουμε και να κινητοποιήσουμε το κοινό μας για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει μια άμβλωση τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία της γυναίκας όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Αρχικά, αναφερθήκαμε εκτενώς στην ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και αναλύσαμε κάποιους σχετικούς όρους για καλύτερη αποσαφήνιση περαιτέρω στοιχείων που παρουσιάζονται στη συνέχεια της εργασίας μας. Θεωρήσαμε την παραπάνω ενέργεια απαραίτητη και όχι σχολαστική, ώστε να μη χρειαστεί να αναφερθούμε σε αυτά στη συνέχεια της εργασίας.

Στην πορεία της εργασίας μας, αναλύουμε τους διάφορους τύπους αμβλώσεων (αυτόματη και τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης). Στη συνέχεια αναφέρουμε τις μεθόδους αμβλώσεων που κατά τη γνώμη μας είναι επώδυνη για τη γυναίκα και οδυνηρές για το έμβρυο.

Ιδιαίτερα ασχοληθήκαμε με τις συνέπειες των αμβλώσεων στην σωματική υγεία των γυναικών, που είναι πολυποίκιλες, όπως αιμορραγία, μόλυνση, σηπτικό sock, ενδομήτριος θρόμβος αίματος κ.α.

Έμφαση δίνουμε στις ψυχολογικές μεταπτώσεις που ακολουθούν στο τέλος της διαδικασίας της έκτρωσης και σημαδεύουν τον ψυχικό κόσμο της γυναίκας προκαλώντας κρίσεις τύψεων, μελαγχολία, τάσεις αυτοκτονίας και οδηγούν τη γυναίκα σε διαδικασία αυτοαπόρριψης.

Ιδιαίτερη έμφαση δώσαμε στον Οικογενειακό Προγραμματισμό ο οποίος βοηθάει κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα του εκούσια, υπεύθυνη, συνειδητή και θεωρεί υποχρέωση του να πληροφορήσει το άτομο πάνω στο θέμα της αντισύλληψης δηλαδή στις αρχές, στους μεθόδους και στους τρόπους αντισύλληψης.

Επιπροσθέτως, ερευνήσαμε τις διάφορες απόψεις που υπάρχουν, ως προς την έκτρωση οι οποίες δίστανται. Η Χριστιανική άποψη είναι σαφώς κατά των εκτρώσεων τις οποίες και θεωρεί εγκληματικές ως προσβολή της εικόνας του θεού που θυσιάζεται στο βωμό των ανθρώπινων λαθών. Η Ιατρική άποψη διακρίνεται στην επιστημονική εκδοχή που υποστηρίζει τις αμβλώσεις όταν απειλείται η υγεία της μητέρας ή του παιδιού και η επαγγελματική εκδοχή που αντιμετωπίζει την έκτρωση ως ευκαιρία για εκμετάλλευση και κερδοσκοπία. Η Νομική άποψη επιτρέπει την άμβλωση σε περίπτωση ιατρικής ένδειξης (γενετικής ανωμαλίας του εμβρύου) ή υπάρχει κίνδυνος για την υγεία της γυναίκας. Οι μόνοι λόγοι που δεν υφίσταται νομικά είναι οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι.

Εντύπωση μας προξένησε ο αυξημένος αριθμός των αμβλώσεων (300000- 400000 έμβρυα δολοφονούνται ετησίως στη χώρα μας ) που δίνει διαστάσεις δημογραφικές στο πρόβλημα.

Τέλος ιδιαίτερη έμφαση δίνουμε στη νοσηλευτική φροντίδα της γυναίκας που περιλαμβάνει την ενημέρωση επί του θέματος έγκαιρα και έγκυρα, ώστε να δοθεί η ευκαιρία στη γυναίκα να αποφασίσει για το αν θα προχωρήσει στην άμβλωση ή όχι αποτρέποντας έτσι το γνωστό φαινόμενο της παραπληροφόρησης γύρω από το θέμα.

Επομένως, ΝΑΙ στην αγάπη, ΟΧΙ στις αμβλώσεις. Η σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων προϋποθέτει ωριμότητα, ώστε να μπορεί κάποιος να μοιραστεί με το σύντροφο του όχι μόνο τις ευχάριστες στιγμές αλλά και την ευθύνη των πράξεων του. Η ερωτική σχέση είναι δημιουργική, προϋποθέτει σεβασμό απέναντι στη ζωή γενικά και ειδικά στη ζωή του εμβρύου.

## *SUMMARY*

The purpose of our project in particular is to show the huge problem that exists in our time and age on the topic of abortions, is to inform and mobilize the public about the complications that abortions can create on the physical and mental well-being of a woman and the public as a whole.

Firstly, we extensively mentioned the anatomy of the female genital system and analyzed some relative terms to make further research clearer that are show further down in our project. We considered this action necessary and not too much. So as we do not have to mention this terms in the continuation of our project.

As we went on with our project, we analyzed the different types of abortion (automatic and technical) discontinuation of the pregnancy. Further down we mention the methods of abortion that we believe are painful for both the woman and the embryo.

We especially dealt with the consequences of an abortion to a woman's physical health, that are various such as hemorrhaging infection, sepsis shock, inner-uterus, blood clot and etc.

We emphasize the psychological negative effects that follow after the end of the process of the woman's psychological world causing crisis of guilty feelings, depression, suicide attempts that lead the woman to self rejection.

We especially put emphasize on family programming, which helps each individual to willing come back to a state of reproduction, responsible, conscious and considers their responsibilities to inform the individual on the topic of anti-conception to the topic of not conceiving.

Furthermore, we researched on the different views that exist on abortion that vary. The Christian view is wisely against abortions which are considered a crime, a disgrace to the image of God that sacrifices himself for the mistakes of humanity. The medical point of view which is separated in the scientific aspect which supports abortions when the health of a mother or child is threatened and the professional opinion that looks at abortion as an opportunity to gain money. The legal view allows abortion in cases medically show (genetical abnormality of an embryo) or, in case of danger of the woman's health. The only reasons that are not accepted legally are social and financial reasons.

What made an impression on us was the number of abortions (300.000-400.000 embryos are murdered annually in our country) which make it a birth problem.

Finally we give special emphasis on the nursing of the woman which involves informing the woman quickly and correctly so as to give the woman the opportunity to decide if or not to continue with the abortion and not to discourage around the phenomena of misleading information.

Consequently, YES to love, No to abortion. The relationship between two people should consider maturity, so that you can share with your partner not only the good times but the responsibility of your actions. Sexual relationship is creative but with respect to life in general and especially to life of an embryo.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Ø *Εγώ το αγέννητο παιδί*
- Ø *Η προσφορά του συλλόγου προστασίας αγέννητου παιδιού*
- Ø *Αληθινές ιστορίες*
- Ø *Φωτογραφίες*



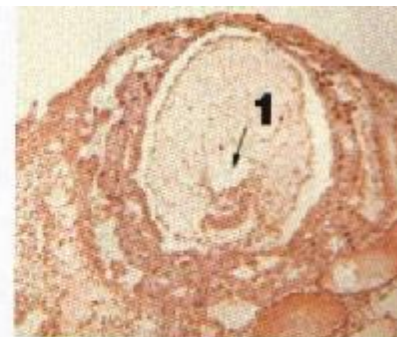
## ΕΤΩ ΤΟ ΑΤΕΝΝΗΤΟ ΠΑΙΔΙ<sup>37</sup>

### Πρώτη εβδομάδα

Γειά σας!

Είμαι ένα παιδάκι στο ξεκίνημα της ζωής μου!

Στό μέσο του κύκλου της μητέρας μου, δυό εβδομάδες μετά την τελευταία της περίοδο, τό ώαριό της μέ 23 χρωμοσώματα περίμενε στην ώοθήκη. Τότε ήρθε τό σπερματοζώαριο του πατέρα μου μέ άλλα 23 χρωμοσώματα κι άγκαλιάστηκαν σφιχτά, δημιουργώντας εμένα! Έξι (6) ώρες μετά άρχισα νά πολλαπλασιάζομαι ίλιγγιωδώς και νά διαφοροποιούμαι άπό τους γονείς μου. Μαζί μέ τά 6.000.000 γονίδιά μου, πέρασα μέσα άπ' τίς σάλπιγγες κι έγκαταστάθηκα στη μήτρα. Έδω θά φωλιάσω, ώσπου νά γεννηθώ.

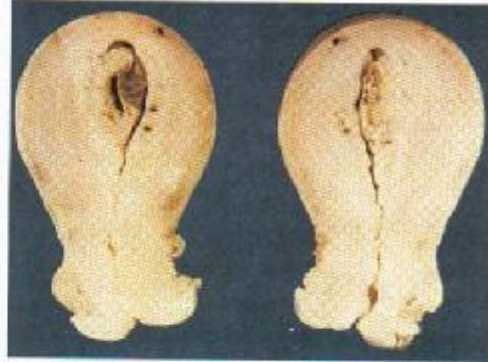


Σ' αυτή τη φωτογραφία είμαι σέ φυσικό μέγεθος σχεδόν - άριθ. 1 - στην 11η-12η ήμέρα

### Δεύτερη εβδομάδα

Ήδη έχω πολλαπλασιαστεί σε πάνω από 8.000 κύτταρα, διαφοροποιημένα σε τρία βλαστικά φύλλα. Σε 9 μήνες τὰ κύτταρά μου θά είναι πάνω από 6 τρισεκατομμύρια!

Πρώτα σχηματίζονται ὁ ὀμφάλιος λώρος καί ὁ πλακούντας, πού μέ τροφοδοτοῦν μέ θρεπτικές οὐσίες καί ὀξυγόνο. Παρότι τρέφομαι καί θερμαίνομαι ἀπό τή μητέρα μου, δέν ἔχουμε τό ἴδιο αἷμα οὔτε καί ξέρεי ἀκόμα ὅτι ὑπάρχω. Μάλιστα, περιμένει τήν κανονική ἐμμηνό ροή στό τέλος τῆς εβδομάδας.



Στή φωτογραφία βρίσκομαι μέσα στον ἀμνιακό σάκκο (1). Εἶμαι στή 14η ἡμέρα.

### Τρίτη εβδομάδα

Σχηματίζονται ἡ σπονδυλική μου στήλη, τό κεφάλι μου, οἱ πνεύμονες, τό στομάχι, τό ἔντερο καί τὰ νεφρά μου. Τό σπῆκώτι μου παράγει τό αἷμα μου. Ἀπό τή 18η ἡμέρα ἡ μικρή καρδιά μου ἀρχίζει νά χτυπᾷ ἀκανόνιστα. Αὐτή ἡ ἴδια καρδιά θά χτυπᾷ μέχρι νά πεθάνω.

**18η ἡμέρα:**

**ἡ καρδιά ἀρχίζει νά χτυπᾷ !!!**



### Τέταρτη εβδομάδα

ΕΓΩ, ΤΟ ΑΓΕΝΝΗΤΟ ΠΑΙΔΙ, συμπληρώνω τόν πρώτο μήνα τῆς ζωῆς μου!

Ἔχω ὕψος 1/2 ἑκατοστό καί ζυγίζω 1/2 γραμμάριο.

Οἱ κτύποι τῆς καρδιάς μου συγχρονίστηκαν μέ αὐτούς τῆς μητέρας μου. Οἱ γάμπες μου εἶναι σάν μικρές φτερουγες καί τὰ χέρια μου ἔχουν σχηματιστεῖ.

Ἄν καί ζῶ ἤδη ἓνα μήνα, ἡ μητέρα μου ἀρχίζει μόλις τώρα νά τό ὑποψιάζεται, καθῶς ἡ περίοδος της καθυστερεῖ ἐδῶ καί δύο εβδομάδες.





### **Πέμπτη εβδομάδα**

Σέ μία εβδομάδα τό ύψος καί τό βάρος μου ἔχουν διπλασιασθεῖ! Ζυγίζω 1 γραμμάριο καί εἶμαι 1 ἑκατοστό ψηλό.

Ξεχωρίζουν τό κεφάλι, ὁ θώρακας καί ἡ κοιλιά μου. Σχηματίζονται τά μάτια μου μέ τόν ἀμφιβληστροειδή, τό φακό καί τά βλέφαρα. Ξεπροβάλλουν τά αὐτιά καί ἡ μύτη μου. Στόν ἐγκέφαλό μου πρωτοεμφανίζεται ἡ καταβολή τοῦ κέντρου τοῦ λόγου.

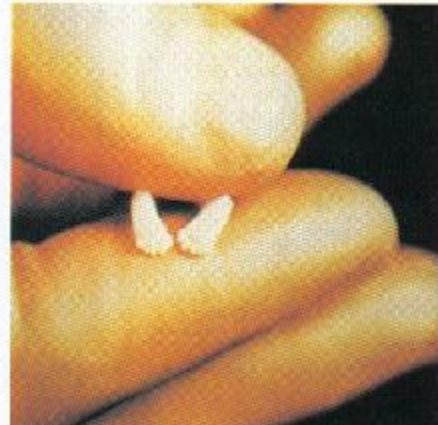
Μπορεῖ νά καταγραφεῖ καί τό Ἠλεκτροκαρδιογράφημά μου ἀκόμη!



### **Ἑκτη εβδομάδα**

Ἐχουν διαφοροποιηθεῖ οἱ γονάδες μου καί διακρίνονται τά δάκτυλα στά χέρια καί στά πόδια μου.

Στό τέλος τῆς εβδομάδας εἶναι δυνατόν νά καταγραφοῦν τά ἐγκεφαλικά μου κύματα σ' ἓνα κανονικό Ἠλεκτροεγκεφαλογράφο. Κι ὡστόσο κάποιιοι λένε πῶς ἀκόμα δέν ἔχω ψυχή ...



### **Ἑβδομη εβδομάδα**

Ὁ ἐγκέφαλος εἶναι τέλειος. Μπορῶ νά αἰσθανθῶ καί ἀντιδρῶ σύμφωνα μέ τά ἐρεθίσματα.

Ἀνοίγουν τά χεῖλη μου, μπορῶ νά θηλάζω καί νά καταπίνω.

Τά δάκτυλά μου μακραίνουν καί τά δακτυλικά μου ἀποτυπώματα παίρνουν τή μορφή πού θά ἔχουν σ' ὅλη μου τή ζωή.



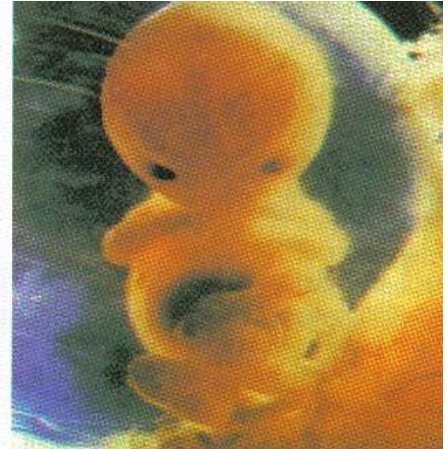
### **Ὀγδοη εβδομάδα(ΔΥΟ ΜΗΝΕΣ)**



Οι 60 πió σπουδαίες ήμέρες τής ζωής μου: Όλα τά όργανά μου έχουν σχηματιστεί. Τώρα πιά δέν θά δημιουργηθούν άλλα. Συνεχώς θά μεγαλώνω καί οί λειτουργίες μου θά τελειοποιούνται.

Είμαι ψηλό 3 έκατοστά καί ζυγίζω 3 γραμμάρια.

Στούς 7 μήνες, πού έχω μπροστά μου ώσπου νά γεννηθώ, θά πολλαπλασιάσω στό 20πλάσιο τό ύψος μου (μέχρις 60 εκ.) καί στό χιλιοπλάσιο τό βάρος μου (3 κιλά καί περισσότερο).



### Ένατη-δέκατη εβδομάδα

Τώρα πιά λειτουργούν όλα μου τά όργανα: μύες καί νεύρα συγχρονίζονται, κινώ χέρια καί πόδια, πιπιλίζω τό δάκτυλο.

Άναπηδών καί κολυμπάω στό ζεστό άμνιακό ύγρό.

Μπορώ νά πιάνω ένα μικρό αντικείμενο. Άν μέ τρυπούν, αισθάνομαι πόνο, άκούω τούς ήχους καί θυμάμαι τούς χτύπους τής καρδιάς τής μητέρας μου. Όταν γεννηθώ, θά τούς άποζητή.

**Μπορώ εύκολα  
νά πιάσω ένα μικρό αντικείμενο**



### Ένδέκατη – δωδέκατη εβδομάδα Τρεις μήνες = 90 ήμέρες

Ήδη είμαι 8 εκ. καί ζυγίζω 25 γραμ. Μέσα σέ ένα μήνα τό ύψος μου τριπλασιάστηκε καί τό βάρος μου όκταπλασιάστηκε! Η όμοιότητα πού έχω μέ τούς γονείς μου στά χαρακτηριστικά καί στά φερσίματα είναι πιά φανερή.

Μου φυτρώνουν τά μαλλιά καί τά νύχια.

Ξυπνάω, όταν ή μαμά μου ξυπνάει, κοιμάμαι, όταν αυτή κοιμάται, είμαι ήρεμο, όταν αυτή είναι ήρεμη. Όλες οί ψυχικές κι έγκεφαλικές της μεταβολές καί κάθε ούσία πού χρησιμοποιεί, έπηρεάζουν κι έμένα.



Όταν η μητέρα μου άνησυχεί για μένα, έγω τό αισθάνομαι. Τό ίδιο κι όταν καταλαμβάνεται από τό αίσθημα τής άγωνίας, πού είναι ΣΥΝΗΘΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟ τούς δύο πρώτους μήνες τής κυήσεως, καί δημιουργείται από τό φόβο για τό μέλλον, για τό «νέο», για τό άγνωστο. Καταλαβαίνω όταν πάσχει καμμιά φορά από ιλίγγους, πονοκέφαλο, έμέτους, ναυτίες...

Άλλά όλα αυτά θά περάσουν, καθώς η έγκυμοσύνη εξελίσσεται. Κι όταν η μαμά μου μέ κρατήσει στά χέρια της, θά τής φανοῦν άσήμαντα πιά ...



## *Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ*

Ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού είναι μια κοινωνική υπηρεσία που βοηθάει τη γυναίκα έγγαμη ή άγαμη, που βρίσκεται σε δυσκολία λόγω της εγκυμοσύνης της. Σκοπός του συλλόγου είναι η αποφυγή της άμβλωσης και των τραγικών συνεπειών στο παιδί, στη μητέρα και την κοινωνία. Από την ίδρυση του Συλλόγου το Νοέμβριο του 2002 μέχρι σήμερα έχει προσφέρει δωρεάν και διακριτικά συμβουλές, ιατρικά, ψυχολογικά και πρακτική βοήθεια και νομική κάλυψη σε όσες γυναίκες ζήτησαν τη βοήθεια του Συλλόγου.

- Ο Σύλλογος παρέχει εντελώς δωρεάν:
- Κοινωνικοί Λειτουργοί που εξυπηρετούν τις μητέρες που ζητούν τη βοήθεια του, εκπαιδεύουν και συντονίζουν την ομάδα Εθελοντριών Κοινωνικής Πρόνοιας και μεσολαβούν στους διάφορους φορείς για τις ανάγκες κάθε μητέρας.
- Εθελόντριες Κοινωνικής Πρόνοιας, που με κατάλληλη επιμόρφωση, στέκονται δίπλα σε κάθε περιστατικό προσφέροντας συναισθηματική, ψυχολογική και πρακτική στήριξη και βοήθεια.
- Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης από μαιευτήρες(συνεργάτες του Συλλόγου).
- Κάλυψη των εξόδων τοκετού, εφόσον χρειάζεται.
- Νομικές συμβουλές στις εγκύους από νομικούς (συνεργάτες του Συλλόγου)
- Στέγαση εγκύων, σε διαμερίσματα που παραχωρούν δωρητές γι' αυτό τον σκοπό.
- Εύρεση εργασίας στις μητέρες ή στους συζύγους τους, σε συνεργασία με ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς.
- Ειδικό τμήμα αναδοχής, για βαπτίσεις.
- Καινούργια είδη και πρώτης ανάγκης όπως πάνες, γάλατα, τρόφιμα, ρούχα (βρεφικά και εγκυμοσύνης), έπιπλα, φάρμακα, παιδικά καροτσάκια, δωροεπιταγές, είδη γάμου, βάφτισης κ.α. που προσφέρονται στον Σύλλογο από ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς.
- Παροχή, μεταφορά και παράδοση στις μητέρες μεταχειρισμένων ειδών οικιακής χρήσης (ψυγεία, κουζίνες κ.τ.λ.) σε πολύ καλή κατάσταση, που προσφέρουν φίλοι του συλλόγου.
- Μηνιαία χρηματικά βοηθήματα και κάλυψη έκτατων οικονομικών αναγκών των μητέρων.
- Σεμινάρια επιμόρφωσης των μητέρων, αλλά και του κοινού γενικότερα, σε θέματα οικογένειας, γενετικής, προγεννητικής αγωγής κ.τ.λ<sup>38</sup>

## ΑΛΗΘΙΝΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ

1. Η Νίνα, 35 ετών, έγγαμη με δύο παιδιά, νοικοκυρά, ζήτησε βοήθεια απ'το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού όταν έμεινε έγκυος για Τρίτη φορά. Επιθυμούσε να μεγαλώσει η οικογένεια της και χάρηκε πάρα πολύ όταν πληροφορήθηκε την εγκυμοσύνη της. Ήθελε αυτό το παιδί όσο τίποτα άλλο στον κόσμο! Ο σύζυγος της όμως της το ξεκαθάρισε εξ αρχής : Ούτε συζήτηση για τρίτο παιδί!" Αισθάνομαι ήδη πιεσμένος με τα βάρη της τρέχουσας οικογένειας" της είπε. "Δεν μπορώ να σηκώσω κι άλλο βάρος, ούτε οικονομικά ούτε συναισθηματικά. Πληρώνουμε δάνειο για το σπίτι μας, εγώ είμαι στο έλεος του εργοδότη μου κι εσύ δεν εργάζεσαι, ούτε και μπορείς να εργαστείς με τρία παιδιά! Τα φέρνουμε δύσκολα ακόμα και με τα δύο. Δεν υπάρχει κανείς να μας βοηθήσει. Ξεφορτώσου το το γρηγορότερο".

Ψυχρολουσία! Απογοήτευση, πίκρα, πόνος, θύμος, θλίψη... Η Νίνα πάλευε μέσα της. Από τη μια η επιθυμία της να φέρει στον κόσμο αυτό το το πλασματοάκι που ήδη αγαπούσε, από την άλλη ο εξαιρετικά πιεσμένος σύζυγος της, οι ανάγκες και οι δυσκολίες τους, η υπάρχουσα οικογένεια. Ένοιωθε την καρδιά της να σχίζεται σε δύο κομμάτια. Το δίλημμα φοβερό...

Η περίπτωση της Νίνας είναι χαρακτηριστική. Πολλές ελληνικές οικογένειες δεν προχωρούν στη γέννηση του τρίτου τους παιδιού- πολλές φορές και του δεύτερου- για οικονομικούς κυρίως λόγους: ασταθής εργασία, οικονομική ανασφάλεια, γυναικεία ανεργία, ανεπαρκής αριθμός δημοτικών παιδικών σταθμών, υψηλά δίδακτρα ιδιωτικών σχολείων και γενικά ελλειπής κρατική μέριμνα για τη γυναίκα και το παιδί.

Πολλές παντρεμένες γυναίκες στη θέση της Νίνας σήμερα θ' αποφάσιζαν ελαφρά τη καρδιά να προβούν σε έκτρωση. Ευτυχώς για τη Νίνα όμως τα πράγματα πήγαν καλά. Έμεινε σταθερή στην απόφαση της να μην προβεί σε άμβλωση και ο σύζυγος της το αποδέχτηκε και δεν ξαναμίλησε γι' αυτό. Σήμερα λατρεύει την τρίτη τους κόρη. Η Νίνα συνεισφέρει στο οικογενειακό εισόδημα ημιαπασχολούμενη ως αισθητικός. Το τρίτο παιδί έφερε πολλή χαρά στην οικογένεια.

2. Ας δούμε τώρα την περίπτωση της Μαρίας. Η Μαρία είναι 40 ετών, χορεύτρια και άγαμη, με τέσσερις άμβλώσεις στο ιστορικό της. Όταν έμεινε έγκυος για πέμπτη φορά, ο φίλος της, αρκετά μεγαλύτερος της σε ηλικία και εργοδότης της, της είπε ότι δεν είναι η κατάλληλη ώρα για ένα παιδί. Εκείνος δεν είχε πάρει διαζύγιο από τη γυναίκα του, κι ούτε φαινόταν διατεθειμένος να αναλάβει νέες ευθύνες, παρά την οικονομική του επιφάνεια. Η Μαρία ένοιωσε προδομένη και χαμένη. Δεν μπορούσε από πουθενά να κρατηθεί. Έτσι συμφώνησε σε άμβλωση.

Όταν αργότερα τη γνώρισα στο Σύλλογο τη ρώτησα « Πώς είναι να κάνεις έκτρωση»; Η απάντηση της ήταν: «Όταν πλησιάζεις το χειρουργείο κάνεις την αδιάφορη αλλά νοιώθεις τα μέλη σου να παγώνουν από το φόβο. Το αίμα σταματάει να κυκλοφορεί στις φλέβες σου. Παραλύεις. Σταματάς ν' ακούς τους εξωτερικούς ήχους, μόνο την καρδιά σου ακούς να χτυπά πολύ δυνατά. Θέλεις να κλάψεις ή να το βάλεις στα πόδια αλλά πιέζεις τον εαυτό σου και προχωράς γιατί έχεις πάρει την απόφαση να το κάνεις. Έχω ακούσει να λένε ότι είναι ευκολότερο από την εξαγωγή δοντιού. Σαχλαμάρες! Μονό όσες το έκαναν ξέρουν! Νοιώθεις περιφρόνηση για το χειρουργό που χαμογελάει συγκαταβατικά απέναντι σου και σε καθησυχάζει. Το θεωρείς υποκριτικό από κάποιον που σε λίγα λεπτά θα αδειάσει τα σπλάχνα σου μέσα σ' ένα κουβά. Όταν σε σπρώχνουν να ξυπνήσεις είναι σαν να γυρίσεις απ' τον Άδη. Έχεις μια πικρή γεύση στο στόμα. Πρέπει να μαζέψεις τα κομμάτια σου και να φύγεις: χρειάζονται το



κρεβάτι για την επόμενη. Θλίψη και μελαγχολία σε συνοδεύουν για πολλές μέρες. Αν είσαι τυχερή και σε περιμένει έξω κάποια φίλη συνήθως προσπαθεί να σε καθησυχάσει: « Πάει, πέρασε» σου λέει. «Το ξεφορτώθηκες, τώρα θα συνεχίσεις όπως πριν τη ζωή σου». Μόνο που «αυτό» που ξεφορτώθηκες θα αναρωτιέσαι πάντα πώς θα ήταν αν το γεννούσες και η ζωή σου δεν θα είναι ποτέ πια όπως πριν.

Θα πρέπει να τονίσουμε εδώ ότι που έρχονται στο Σύλλογο είναι συνήθως αυτές που δεν θέλουν να προβούν σε άμβλωση. Περιμένουν να βρουν κάποιο είδος συμπαράστασης και βοήθειας για να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους. Οι υπόλοιπες χτυπούν κατ' ευθείαν την πόρτα του μαιευτήρα.

Η Μαρία λοιπόν, που επρόκειτο να κάνει άμβλωση ανήμερα της γιορτής της Παναγίας, δεν πήγε στην κλινική για κάποιο απροσδιόριστο λόγο, κάτι σαν εσωτερική παρόρμηση. Εγκατέλειψε τον παντρεμένο φίλο της και τη ζωή της νύχτας και ζήτησε βοήθεια απ' το Σύλλογο. Σήμερα έχει ένα γλυκύτατο γιο τεσσάρων ετών, εργάζεται σκληρά και κάνει όνειρα γι' αυτόν. Το παιδί αυτό την κινητοποίησε, της έδωσε νόημα ζωής και λόγο ύπαρξης. Άλλαξε ριζικά τον τρόπο που σκέφτεται και αντιμετωπίζει την καθημερινότητα. Θεωρεί ότι η Παναγία την έσωσε την τελευταία στιγμή από την άμβλωση και την ευχαριστεί. Την ευχαριστεί και για έναν επιπλέον λόγο: Ένα χρόνο μετά τη γέννηση του παιδιού της υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή λόγω κάποιου ινομώματος. Δηλαδή αν δεν είχε γεννήσει αυτό το παιδί θα είχε χάσει οριστικά την ευκαιρία να γίνει μητέρα...

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η σχέση της μητέρας με το σύντροφο της είναι καταλυτική. Το δίλλημα της έκτρωσης είναι εντονότερο όταν η μητέρα δεν έχει μόνιμο σύντροφο ή όταν οι σχέσεις τους είναι κλονισμένες. Στις μέρες μας δεν λείπουν κι αυτές που αποφασίζουν να γεννήσουν το παιδί τους μόνες, αδιαφορώντας για τη στάση του πατέρα. Είναι συνήθως οι πιο δυναμικές, χειραφετημένες κι αποφασισμένες να χτυπήσουν γροθιά στο μαχαίρι. Αντιθέτως είναι πολλές οι γυναίκες που προχωρούν σε έκτρωση για να μη χάσουν το σύντροφο τους, ανακαλύπτοντας λίγο παρακάτω ότι τον χάνουν έτσι κι αλλιώς. Ας αναφέρουμε, τέλος, και την κατηγορία εκείνη των γυναικών που χρησιμοποιούν εκβιαστικά μια εγκυμοσύνη για να «δεσμεύσουν» τον σύντροφό τους, μια στάση που φθείρει τη σχέση και παγιδεύει και τους δυο.<sup>38</sup>



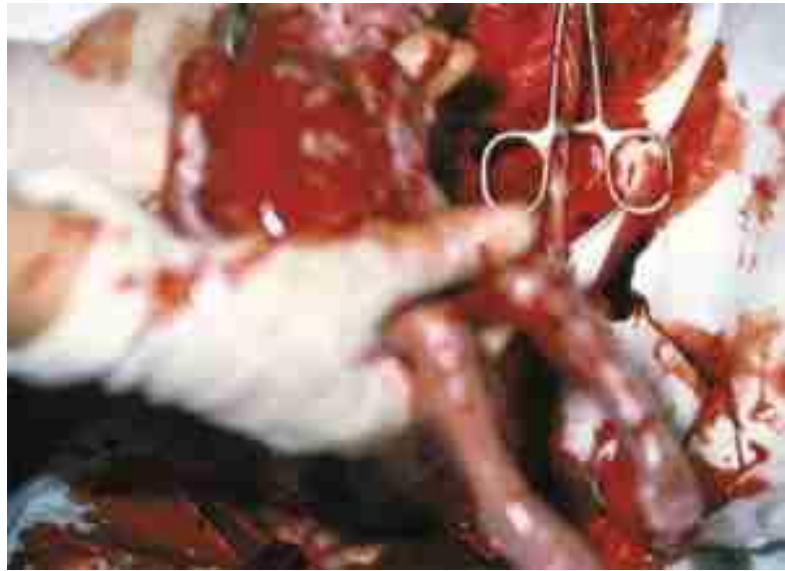
## ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



Ο γιατρός Liley απέδειξε ότι σ' αυτή την ηλικία το μωρό μπορεί να υποφέρει και είναι πολύ ευαίσθητο στην αφή, στο φως, στη ζέστη και στο θόρυβο. Αν το τσιμπήσουμε ελαφρά, ζαρώνει από τον πόνο κι αν εναλλάξουμε αυτό το τσίμπημα με την εκπομπή ενός ήχου και μετά από λίγο σταματήσουμε να το αγγίζουμε, συνεχίζοντας όμως να εκπέμπουμε τον ήχο που προηγήθηκε από το τσίμπημα, διαπιστώνουμε ότι το μωρό αντιδρά ακόμα σαν να το τσιμπούσαν. Αυτό δείχνει ότι διαθέτει ήδη μνήμη και αντανακλαστικά. Ήδη σ' αυτή την ηλικία, καταγράφουμε ατομικές διαφορές συμπεριφοράς. Ορισμένα μωρά μαθαίνουν πιο γρήγορα από άλλα. Ένα μωρό 11εβδομάδων μετράει 6εκ. αλλά είναι ήδη θαυμάσια σχηματισμένο.











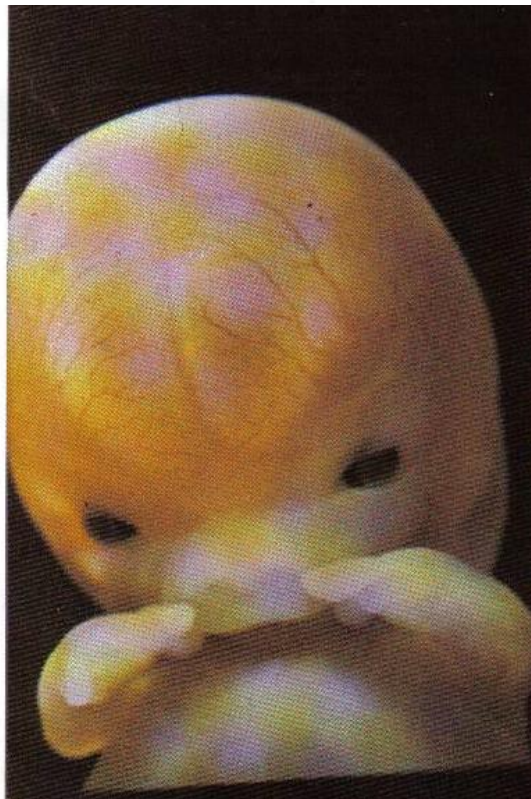


Ἡ προσαγωγή καί ἀπαγωγή ἀπό τόν πλακούντα τοῦ αἵματος τοῦ ἔμβρυου γίνεται διά τῶν αἰμοφόρων ἀγγείων τοῦ ὀμφαλίου λώρου. Σ' αὐτήν ἤδη τήν ἡλικία γίνεται ὀρατός ὁ σχηματισμός τοῦ περικαρδίου καί τῆς καρδίας.

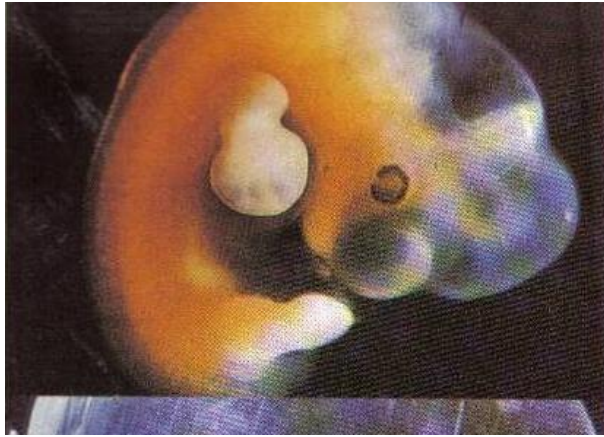


Στις τέσσερις εβδομάδες η καρδιά ήδη προωθεί το αίμα του εμβρύου, που σε πολλές περιπτώσεις είναι διαφορετικής ομάδος από το αίμα της μητέρας, στις αρτηρίες του. Τά μάτια έχουν αρχίσει νά διαπλάσσονται και δύναται κανείς νά διακρίνει τό σαγό- νι, τήν αρχή τής εκβλαστήσεως τών άκρων και τούς σπονδύλους.

Τά διαπλασσό-  
μενα ὄργανα  
όλοένα καί τε-  
λειοποιούνται.  
Οί εκβλαστή-  
σεις τών  
ἄκρων εἶναι  
σαφέστερες.







Σ' αὐτή τήν ἡλικία τὸ παιδάκι ἔχει ἀρχίσει νὰ κινεῖται ἀλλὰ ἡ μπιέρα δέν τὸ αἰσθάνεται παρά μόνον ἀπὸ τήν 20ῆ ἑβδομάδα, ὅταν οἱ κινήσεις τοῦ μικροῦ ἀνθρώπου γίνονται ἀρκετά ἰσχυρές, ὥστε νὰ καθίστανται ἀντιληπτές μέσα ἀπὸ τὸ μητρικὸ τοίχωμα. Ἡ λειτουργία τοῦ ἐγκεφάλου ἔχει ἤδη ἀρχίσει, τὰ δὲ κύμματα τοῦ Η.Ε.Γ. εἶναι φυσιολογικά.

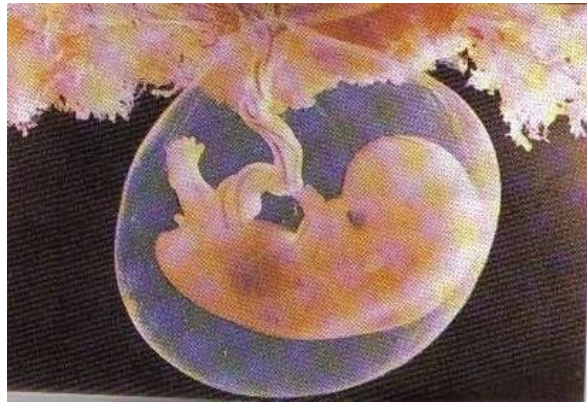


Τὴν ἑβδομῆ ἑβδομάδα τὸ ἔμβρυο ἔχει μῆκος 1.5 ἐκ.



Μποροῦμε πλέον νὰ διακρίνομε ἂν εἶναι ἀγοράκι ἢ κοριτσάκι γιατί ἔχουν ἤδη διαφοροποιηθεῖ τὰ γεννητικά ὄργανα.

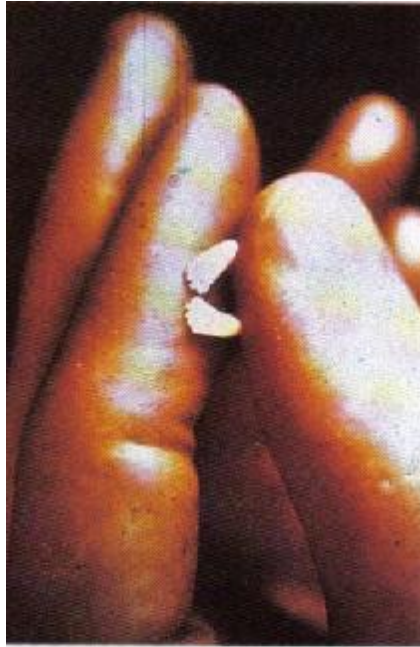




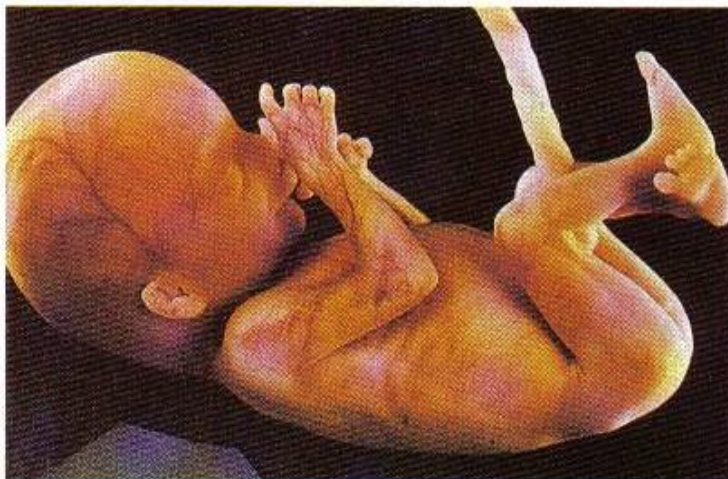
Τό ἔμβρυο στίς ὀκτώ  
ἐβδομάδες ἔχει μή-  
κος 3 ἐκ. καί εἶναι  
πλέον ἕνας μικρός  
ἄνθρωπάκος.  
Κολυμπᾷ ἐλεύθερα  
μέσα στόν ἀμνιακό  
σάκο.



Μπορεῖ εὐκόλα να πιάσει ἕνα μικρό  
αντικείμενο.



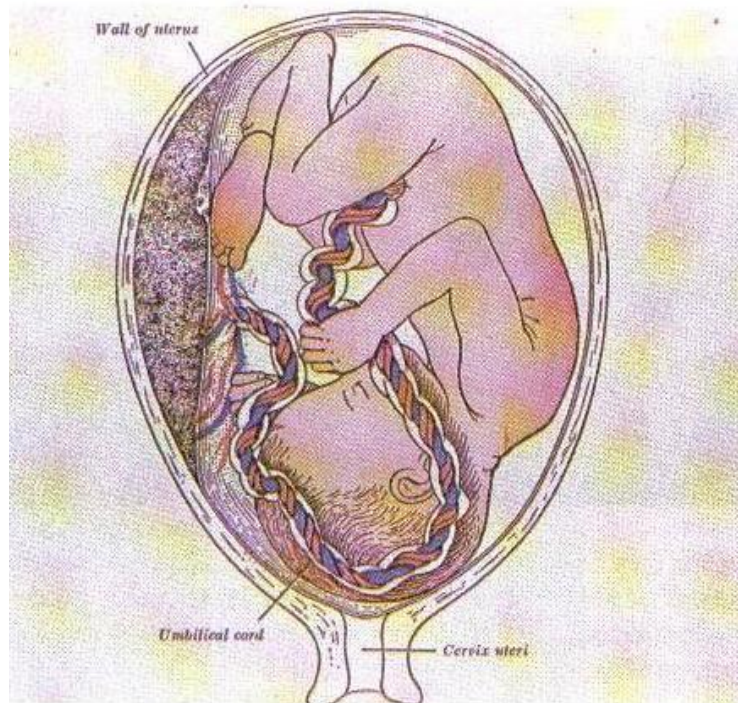
Στις 10 εβδομάδες έχουν ήδη σχηματισθεί σαφώς τὰ ἄκρα καθώς καί τὰ δακτυλικά ἀποτυπώματα



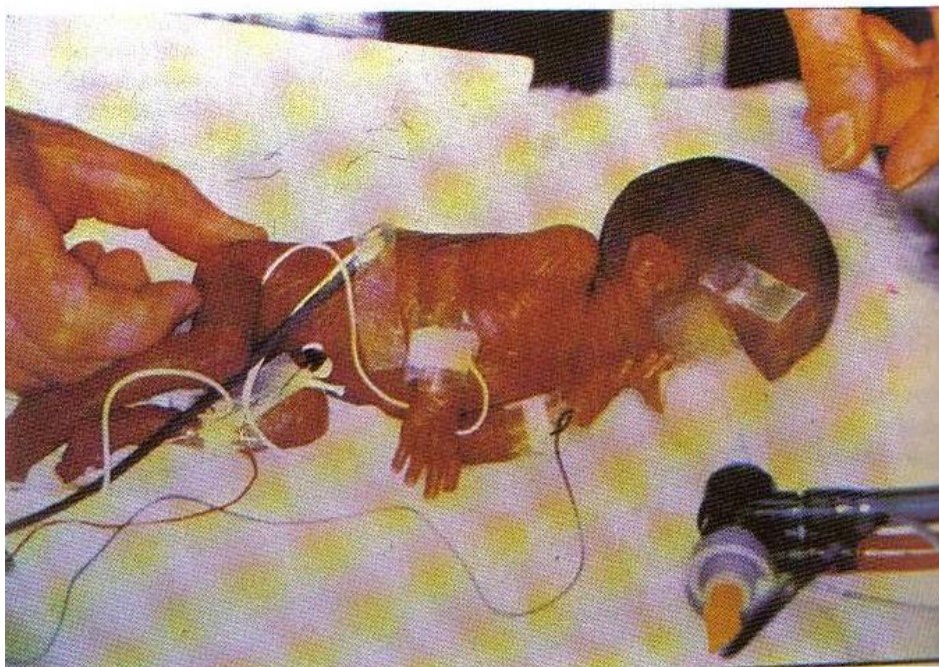
Καί νά πῶς εἴμασταν στίς 11 εβδομάδες, κι' ἐμεῖς κάποτε πιπιλώντας ἴσως τό δάκτυλό μας. Μετά ἀπό τίς 11 εβδομάδες ἡ μόνη ἀλλαγί πού γίνεται εἶναι ἡ αὐξηση τοῦ σωματικοῦ βάρους. Ὅλα τὰ ὀργανικά συστήματα ἔχουν σχηματισθεῖ καί λειτουργοῦν. Τό παιδάκι καταπίνει, ἀπό καιροῦ εἰς καιρόν, λίγο ἀπό τό ἐνάμνιο ὑγρό μέσα στόν ὀποῖο κολυμπᾷ καί ἀνα-

πύσσεται. Κοιμᾷται ὅταν ἡ μητέρα κοιμᾷται καί μπορεῖ νά ξυπνήσει ὅταν κάνουν θόρυβο. Μονακό του ρυθμίζει τόν ὄγκο τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ. Ἄν αὐτό τό ὑγρό γίνεῖ πιο γλυκό, τό βλέπομε νά καταπίνει περισσότερο. Ἄν ἀντίθετα γίνεῖ πιο πικρό, τό παιδί σταματᾷ νά καταπίνει γιά περισσότερο ἢ λιγότερο χρόνο.





Πλήρως  
σχηματισμένο  
έμβρυο  
35 εβδομάδων.



Αυτή είναι η φωτογραφία ενός μωρού με το όνομα Κλόντια Φελίξ, που γεννήθηκε  
τό 1986 «τετραμηνίτικη», δηλαδή 16 εβδομάδες μετά τη σύλληψη και ζύγιζε μόλις  
400 γραμμάρια. Είναι το μικρότερο μωρό του κόσμου που κατάφερε να επιζήσει.

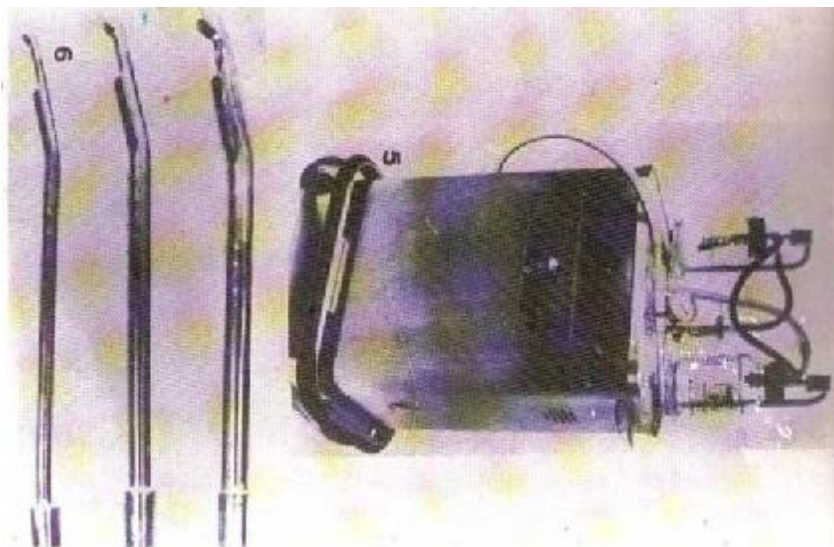




Νά ένα άλλο μωρό μέ τό όνομα Carry Thermann, πού γεννήθηκε στίς 21 έβδομάδες τής κυήσεως. Στήν διαφάνεια τό βλέπουμε 3 εβδομάδες αργότερα. Τό μέγεθος του βέβαια είναι μικροσκοπικό. Μπορούμε νά τό κρίνουμε από τίς διαστάσεις του χεριού τής νοσοκόμας του. Τό δακτυλίδι πού φοράει στό μπράτσο του είναι ή βέρα τής νοσοκόμας... Ποιός λοιπόν θά τολμοῦσε νά ισχυριστεί πός αὐτή ή μικρούλα δέν είναι μία ανθρώπινη ὕπαρξη; Κι' όμως, μερικοί τολμοῦν νά τό ισχυρίζονται! Στήν Ἀγγλία καί στίς Ἡνωμένες Πολιτεῖες, αὐτό τό μωρό θά μπορούσε νάχε σκοτωθεῖ, νάχε δολοφονηθεῖ νόμιμα, ἂν βρισκόταν ἀκόμα στήν μήτρα τής μητέρας του. Κατά τό Ἀνώτατο Δικαστήριο τῶν ΗΠΑ, ένα μωρό δέν θεωρεῖται ἄνθρωπος, κι' επομένως δέν προστατεύεται ἀπ' τό νόμο, παρά μόνο ὅταν ἔχει ἤδη κοπεῖ ὁ ὀμφάλιος λῶρος. Πρίν ἀπ' αὐτό μπορείς νά τό σκοτώσεις χωρίς νά περάσεις ἀπό κανένα εἶδος δίκης.



Ἡ τεχνική τῶν ἐκτρώσεων γίνεται σήμερον κατὰ τρεῖς τρόπους. Μετὰ ἀπὸ νάρκαση τῆς γυναίκας καὶ διαστολή τοῦ τραχηλικοῦ στομίου μετὰ εἰδικὰ κηρία, ἀκολουθεῖ κένωση τῆς μητρικῆς κοιλότητος α) μετὰ ξέστρου ἢ β) μετὰ εἰδικὸ σπυλῆνα μέσω τοῦ ὁποῦ ἀναρροφᾶται τὸ κύημα ἢ γ) μετὰ ἐνεση προσταγλαδίνης τὴν ὁποία ἀκολουθοῦν ὕδινες καὶ αὐτόματὸ ἐξόδου τοῦ κυήματος. Σπάνια χρησιμοποιοῦνται ἡ διηλητηρίαση τοῦ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ. Σέ ἀριστέρας, τέλος, προκαταρκτικὰς ἐγκομισύνας χρησιμοποιεῖται καισαρική τομή.



Αὐτοὶ εἶναι ὁ ἀναρροφητήρας, ὁ ὁποῖος ἐφαρμόζεται σ' ἓνα μηχανήμα ἀρνητικῆς πίεσεως καὶ μετὰ τὴν διαστολή τοῦ τραχηλικοῦ στομίου, μπαίνει στὴ μήτρα καὶ ἀναρροφᾷ τὸ κύημα χωρὶς αὐτὸ νὰ σημαίνει ὅτι μπορεῖ νὰ ἀποφύγει κανεὶς τελείως καὶ τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ ξέστρου. Ἀπλῶς μετὰ τὴν ἀναρρόφησιν θὰ γίνῃ καὶ ἓνα συμπληρωματικὸ καθάρισμα μετὰ τὸ ξέστρου, γὰρ νὰ εἶναι σίγουρος ὁ ἐκτελὼν τὴν ἐπέμβαση ὅτι ἡ μήτρα εἶναι ἀπολύτως ἄδεια.





Και εδώ έχουμε τ' αποτελέσματα των εκτρώσεων. Με τη βοήθεια ενός κυρτού και καλά ακονισμένου μαχαιριού που ονομάζεται «έμβρυοτόμος», το μωρό κόβεται, διαμελίζεται σε κομμάτια και ανασύρεται κομμάτι-κομμάτι. Όπως και στην περίπτωση της εκτρώσεως δι' αναρροφήσεως είναι απαραίτητο να συγκεντρωθούν και να αναγνωρισθούν τα κομμάτια του μωρού για να βεβαιωθούμε πως δεν έχει μείνει κανένα κομμάτι μέσα στη μήτρα· αν γίνει κάτι τέτοιο, οι κίνδυνοι αιμορραγίας και μόλυνσεως είναι μεγάλοι. Επί πλέον, κατά την 12η εβδομάδα της κύσεως, τα τοιχώματα της μήτρας μαλακώνουν και γίνεται επικίνδυνο να «δουλέμεις» με τον «έμβρυοτόμο» γιατί διατρέχεις τον κίνδυνο να κάνεις ρήξη της μήτρας.

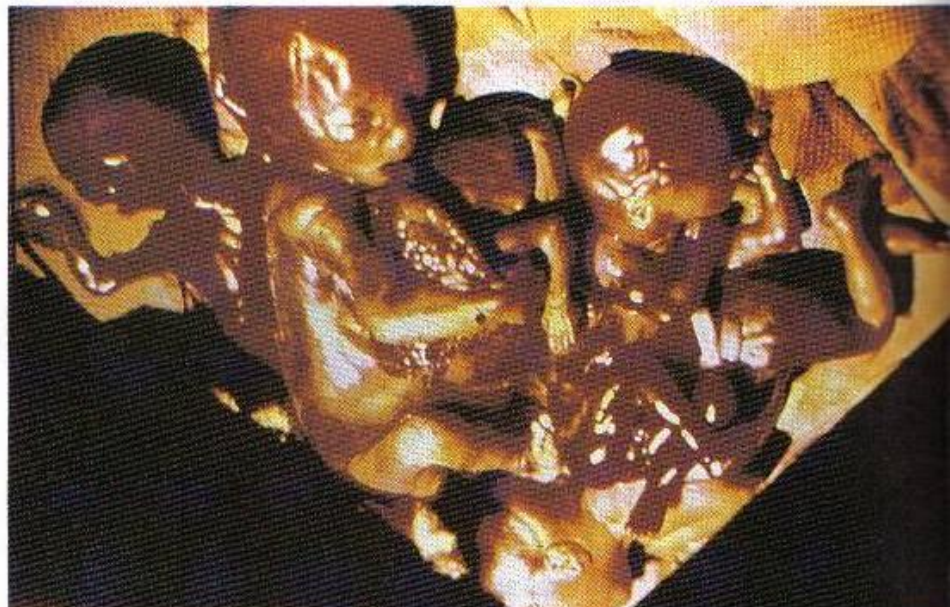
Άλλη μία διαφάνεια με τ' αποτελέσματα της ίδιας μεθόδου εκτρώσεως.



Μέ τή βοήθεια μιᾶς βελόνας ἔχυσαν τό δηλητήριο – συμπευκνωμένο ἀλαϊκό διάλυμα – στόν ἀμνιακό σάκο. Εἶναι γνωστό ὅτι ἀπό τήν 11η ἐβδομάδα τό παιδί καταπίνει. Καταπίνει καί ἐπομένως τό δηλητηριασμένο ὑγρό. Ἡ ἀγωνία τοῦ μωροῦ διαρκεῖ πολλές ὥρες καί πολλές φορές, συμβαίνει νά ἀποβάλλεται ἀκόμα ζωντανό ἀλλά φοβερά καμμένο ἀπ' τή διάβρωση. Μιά φορά στίς τέσσερις, ἡ γυναίκα κινδυνεύει σοβαρά ἀπ' αὐτό τό εἶδος ἔκτρωσης.



Ἀπ' ἐδῶ πέρασε ὁ θάνατος. Βλέπομε κεφαλᾶκια πού δέν θά γείρουν καδιάρκα στόν ὦμο τῆς μητέρας τους.







Αυτά τὰ μικρά πώματα σφραγμένα σ' έναν πλαστικό σάκο, είναι τὸ ἀποτέλεσμα ἑνὸς μονάχα πρωϊνοῦ δολοφονιῶν, σ' ἓνα χωρὸ ἐκτρώσεων στὸν Καναδά. Σήμερα πραγματοποιοῦμε ἐξ ἴσου λαμπρά ἐπιτεύγματα κι' ἐδῶ... Στὴν Ἀμερική, τὰ σωματάκια ποὺ ἡλικία τους κομάνεται ἀνάμεσα στὶς 18 καὶ 24 ἐβδομάδες, αὐτὰ τὰ μικρά πώματα ὀνομάζονται «δείγματα». Περνοῦν ἀπὸ

τὸν παθολογοανατόμο ποὺ τὰ πλένει καὶ τὰ ἐξετάζει, τὰ καταγράφει κι' ἔπειτα τὰ βάζει στὰ κουτιάδια.



Ὅλες ὅμως αἱ ἐπεμβάσεις τῶν ὁποίων τ' ἀποτελέσματα εἶδαμε πρὸ πάνω δὲν εἶναι ἄριστες κινδύνων. Μπορεῖ νὰ προκαλέσουν καμὴ φορά, κατὰ τὴ στιγμή τῆς ἐπεμβάσεως, ἄπλεις, σοβαρὲς ἢ καὶ σοβαρότερες ἐπιπλοκές, ὅπως ἀκατάσχετη αἱμορραγία ἢ καὶ διάρρηξη τῆς μήτρας, παύ ἂν δὲν γίνῃ ἀμέσως ἀντιληπτή ἀπ' τὸν γιατρό, μπορεῖ νὰ ἐπιφέρει ἀπόσπαση τμήματος ἐντερικῆς ἑλίκας μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ὅλη ἐξαίρεση τῆς μήτρας καὶ παρά φύσιν ἔδρα. Οἱ ἀπώτερες ἐπιπλοκές ποὺ μποροῦν νὰ συμβοῦν μετὰ ἀπὸ ἀπόξεση εἶναι σαλπιγγίτις, ἐνδομητρικὲς συμφύσεις ποὺ προκαλοῦν στειρώση, ἀδυναμία συγκρατήσεως τοῦ κυήματος μέχρι τέρματος τῆς ἐγκυμοσύνης, νεκρὸ ἔμβρυο, δυστοκία, προδρομικὸς πλοκαὸς καὶ πολλὲς ἄλλες παθολογικὲς καταστάσεις, αἱ ὁποῖες ἐνίοτε στοιχίζουσαν καὶ τὴν ζωὴ τῆς γυναίκας.



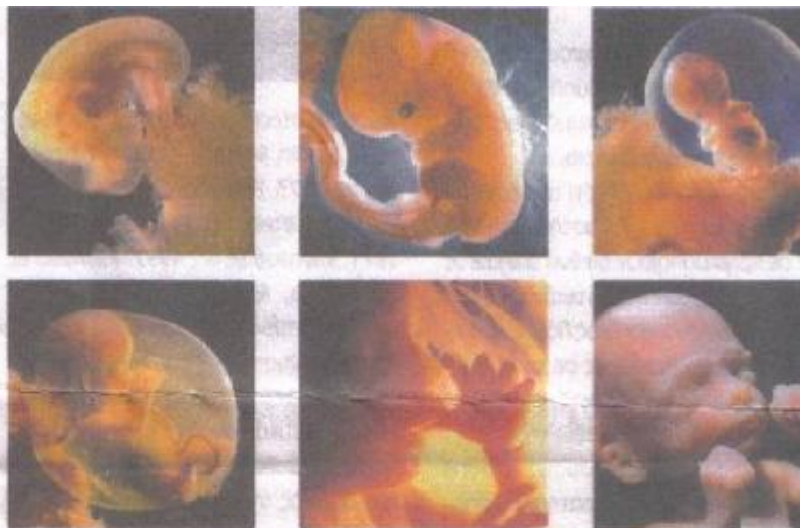


Νά ένα άλλο μωρό, σκοτωμένο άπ' τό άλάνι σπίν ίδια ηλικία μέ τό προηγούμενο: 19 έβδομόδων. Έδω, ή διαβρωτική ένέργεια τοϋ άλαιος άποκόλλησε τό άνωτερο στρώμα τοϋ δέρματος, άπογυμνώνοντας τόν ιστό πού βρισκόταν άπό κάτω.



Αυτή ή εικόνα δείχνει τό άποτέλεσμα έκτόξευσης μέ «καισαρικό». Στο κέντρο, κάτω, βλέπουμε τήν έντομή πού έκει γίνει στό ύπογάστριο τής μητέρας. Τό παιδί είναι άκόμα συνδεδεμένο μέ τόν όμφάλιο λάρο. Αυτός πού έκανε τήν έκτοξευσι (ό κορυφογανίτης) κρατά τό μωρό χωρίς τήν παραμικρή προσοχή, άπ' τό πόδι και άπ' τό χέρι συγχρόνως, πράγμα πού ποτέ δέν θά έκανε ένας μαιευτήρας. Άν έπρόκειτο για τοκετό μέ καισαρική και όχι για έκτοξευσι, ό χειρουργός θά είχε ήδη άποκόψει τόν λάρο και θά είχε έμπιστευθεί τό παιδί στη νοσοκόμα για νά τοϋ κάνει τήν τοκατέπια τοϋ (για τό τό περιτομήκη). Έδω, αυτές οι προσηλάξεις ήταν άχρηστες, άφού τό παιδί, ένα κορίτσι, ήταν προσημαμένο νά βγάλει τόν τελειοταίο του στεναγμό σ' ένα δοκείο (πενιέ). Αυτή ή μικροδία ήταν 24 έβδομόδων και άόγισε 2 λίβρες. Σκαδόν πάντα, τό μωρό αυτής τής ηλικίας, πού βγαίνουν μέ καισαρική, κινδύνει, άσπνείουν άκόμα και φαιύδουν. Όλο και συχνότερα στις ΗΠΑ συμβαίνει νά τά διατηρούν τεχνητά στη ζωή για νά τά χρησιμοποιήσουν σαν πειραματάκια σε όρισμένα εργαστήρια!

**Α**πό το 1965, που είδαν για πρώτη φορά το φως της δημοσιότητας, μέχρι σήμερα, οι συγκλονιστικές φωτογραφίες του Lennart Nilsson ταξίδεψαν στο διάστημα, απέσπασαν δεκάδες βραβεία, έγιναν πολύτιμος οδηγός για εκατομμύρια υποψήφιους γονείς σε όλο τον κόσμο. Πριν από λίγες μέρες –και με αφορμή την κυκλοφορία του «Ένα παιδί γεννιέται» στο ελληνικό– οι μεγαλειώδεις εικόνες του ανθρώπου που κατά πολλούς άλλαξε το ρου της ιστορίας της ιατρικής φωτογραφίας αποτέλεσαν τον πυρήνα της έκθεσης «Εικόνες Ζωής», που φιλοξενήθηκε στο Ίδρυμα Ευγενίδου. Αν από τη στιγμή της σύλληψης χρειάζονται 9 μήνες ώσπου το άμορφο σύμπλεγμα κυττάρων που θα προκύψει από τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο να μεταμορφωθεί σε ένα μικροσκοπικό νέο άνθρωπο, ο Lennart Nilsson χρειάστηκε μόλις μερικά



λεπτά για να αποφασίσει πως η εικονογράφηση του θαύματος της αναπαραγωγής θα ήταν το αντικείμενο με το οποίο θα ασχολούνταν με πάθος επί 50 και πλέον χρόνια. Η απόφασή του αυτή κατά ευτυχή συγκυρία συνέπεσε με μια περίοδο ταχύτατης προόδου της επι-

στημονικής έρευνας και γνώσης και εξέλιξης της τεχνολογίας της φωτογραφίας δημιουργώντας τις συνθήκες εκείνες που επέτρεψαν στην ιδιοφυή ματιά του κλητέχνη να εκφραστεί. Τα υπόλοιπα είναι ιστορία. Εικονογραφημένη με τρόπο ιννορησιαστικό.

(Ένα παιδί γεννιέται-Περιοδικό ΒΙΟ, Ιουλ.-Σεπτ.2004)



Μάτια  
πού  
δέν θά  
λάμπουν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδημητρίου Α, Γαλάνης Θ, Αντισύλληψη –Πρακτική και Προοπτικές, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1995 σ.1-20,33-52,209-227,396-419.
2. Κυριακίδη Σ., <<Είναι η έκτρωση η καλύτερη επιλογή>>, Η δράσης μας, ορθόδοξου χριστιανικού μηνιαίου περιοδικού φοιτητών και επιστημόνων, εκδότης Μπάστας Χ. Ευστάθιος, Αύγουστος-Σεπτέμβριος 1995, σ.228
3. Μητροπολίτου Νικοπόλεως Μελετίου, εκτρώσεις, 3<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Ιερά Μητρόπολις Νικοπόλεως, Πρέβεζα 1989, σ.7
4. Βασιλειάδη Π.Ν., Πότε <<εμψυχούνται>> το ανθρώπινο έμβρυο, έκδοση 5<sup>η</sup>, εκδόσεις θεολόγων < ο Σωτήρ>, Αθήνα –Δεκέμβριος 1992, σ.3
5. Ψαρουδάκης Ν., Προσθετός λόγος: Η δημογραφική κρίση, θέλω να ζήσω, επίτομος, εκδόσεις Οριοθέτηση, Αθήνα 1992, σ. 55,56.
6. Παπανικολάου, Ανατομική, γυναικολογία, 3<sup>η</sup> έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις: Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ.8-10,71,338
7. Παπανικολάου, Ιατρική βοήθεια και φροντίδα ΙΙ, Ανατομία και φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος, Τρίτη έκδοση, εκδόσεις 'Ελλην', Αθήνα 1996, σ.213.
8. Pamela J. Shapiro, Μαιευτική και Γυναικολογία, Μετάφραση: Σιοφρανέ Α., Καραχάλιος Γ., επιμέλεια: Γεωργόπουλος Α., εκδόσεις 'Ελλην', Αθήνα 2001, σ.28-32, 48-51, 85 - 88.
9. Κουτηφάρη Χρ. Βασιλείου. Άτλας Γυναικολογίας, Γραφικά Τέχνα «Χρυσ. Παπαχρυσάνθου Α.Ε.», Αθήνα 1982, σ.306.
10. Κουτηφάρη Χρ. Βασιλείου, Άτλας Μαιευτικής, εκδόσεις επιστημονικαι εκδόσεις: Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1980, σ.18-19
11. Παπανικολάου, Εγκυμοσύνη, Μαιευτική, 3<sup>η</sup> έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ.71.
12. Καλογερόπουλος Αχ., επιπλοκές της αρχόμενης εγκυμοσύνης, Γυναικολογία, University Studio Press, σ. 251-269
13. Πάπυρους Λάρους Μπριτάνικα, εγκυκλοπαίδεια, εκδοτική συνεργασία, εκδοτικός Οργανισμός Παπύρους, Τόμος 7<sup>ος</sup>.
14. Κασκαρέλη Β. Διονυσίου, Μαιευτική και γυναικολογία, εκδόσεις Β', Τόμος Α, Αθήνα 1976, σ.279.
15. Μανταλενάκης Ι. Σ., Εκτρώσεις, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σ.117-122.
16. Δορκοφίκη Ε., Εκτρώσεις – Συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Φωτοδότες, Αθήναι 1997, σ. 43-54, 63-64.
17. Δετοράκης Γ. Οικογενειακός Προγραμματισμός – αντισύλληψη σεξουαλική διαφώτιση, επίτομος, έκδοση 7, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 2001, σ.39-42.
18. Χριστοδούλου Κ. Κωτούλας Ι.Γ. ενδοεμβρυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F2a για διακοπή κύησης 2<sup>ου</sup> τριμήνου με βαρύ ολιγοϋδράμνιο, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, τριμηνιαίο περιοδικό της ένωσης Μαιευτήρων-Γυναικολόγων Αττικής, τόμος Ε, τευχός 1, Ιαν.-Μαρτ. 1991, σ.21.
19. Λώλη Ε. Δημητρίου, Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος 2<sup>ος</sup>, επιστημονικές εκδόσεις 'Γρηγορίου Παρισιανού', Ναυαρίνου 20- Αθήνα σ.695-696



20. Internet, [www.unborn.gr](http://www.unborn.gr), Σύλλογος Αγέννητου Παιδιού, 10/11/’05
21. Internet, [www.oikogeneiakos.gr](http://www.oikogeneiakos.gr), Τα Νέα του Οικογενειακού Προγραμματισμού, 3/8/2006.
22. Διαμαντοπούλου Ε., Αμβλώσεις – Νοσηλευτικά διλήμματα που προκύπτουν από την κατάληξη των εκτρωμένων βρεφών, επίτομος, εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, Πάτρα 2000, σ.51-53, 75-78.
23. Stoppard Miriam, Το γυναικείο σώμα Μετάφραση: Πρατσίνης Νίκος, Πρατσίνης χάρης, εκδόσεις Δομική, 1996, σ.159-161.
24. Εγκυκλοπαίδεια Υγείας, Οδηγός Υγιεινής, Ο ενήλικας και το περιβάλλον, εκδόσεις Δομική, Τρίτος τόμος, 1988, σ.426.
25. Λέκκου Ε., Εκτρώσεις και η θέση της εκκλησίας, επίτομος, εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας Αθήνα 1991, σ.23-25.
26. Καρούσου Καλλινικού- Μητροπολίτου Πειραιώς, Η οικογένεια στο στόχαστρο, εκδόσεις ‘Η Χρυσοπηγή’, Αθήνα 1987, σ.55
27. Μεταλληνού Β., Ορθοδοξία και αμβλώσεις, Μερικά παιδιά σε χρειάζονται, τεύχος 4<sup>ο</sup>, εκδόσεις Μεταλληνού Β., Αθήνα, Ιανουάριος- Φεβρουάριος- Μάρτιος 2005, σ. 5-6.
28. Βουγιούκας Ε. Α., Η επαγγελματική ευθύνη και Ιατρού, εκδόσεις Art of Text. σ. 147.
29. Μαγγανάρη Μ., Εμείς και το σώμα μας, ομάδα γυναικών Βοστώνης, εκδόσεις: υποδομή, Αθήνα 1981, σ.129
30. Βαζαίου- Αναπλιώτη Ειρήνη, Καθημερινά ιατρικά προβλήματα, Αθήνα, σ.64.
31. Μπεναρδή Ν., Εγχειρίδιο Ιατροδικαστικής, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985, σ.179-181.
32. Μητροπολίτου Νεαπόλεως και Σταυρουπόλεως Διονυσίου, Το Δημογραφικό μέγιστο εθνικό και εκκλησιαστικό πρόβλημα, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Αποστολική διακονία, Αθήνα 1997, σ.15-16
33. Νταγιουκλα Α. Αμβλώσεις- Επιπλοκές – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Πτυχιακή εργασία, Λέφα Β., επίτομος, εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών 2000, σ.47-51.
34. Μαλγαρινού Α.Μ., Κωνσταντινίδου Φ.Σ., Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική, Τόμος Α, έκδοση 24<sup>η</sup>, Αθήνα 2002, σ.241-242
35. Σαχίνη- Καρδάση, Πάγου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Β’ έκδοση, Αθήνα 2002, σ.439-440
36. Θώδη Μ, Κούτα Α., Μαλή Ι., Αμβλώσεις- Αφανισμός του γένους, πτυχιακή εργασία, Παπαδημητρίου Μ., επίτομος, εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών 1998, σ.65-68
37. Φυλλάδιο Συλλόγου Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, Εγώ το αγέννητο παιδί, Αθήνα.
38. Μερικά παιδιά σε χρειάζονται, Περιοδικό του Συλλόγου προστασίας αγέννητου παιδιού, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος – Απρίλιος 2004, Αθήνα, σ.2.