

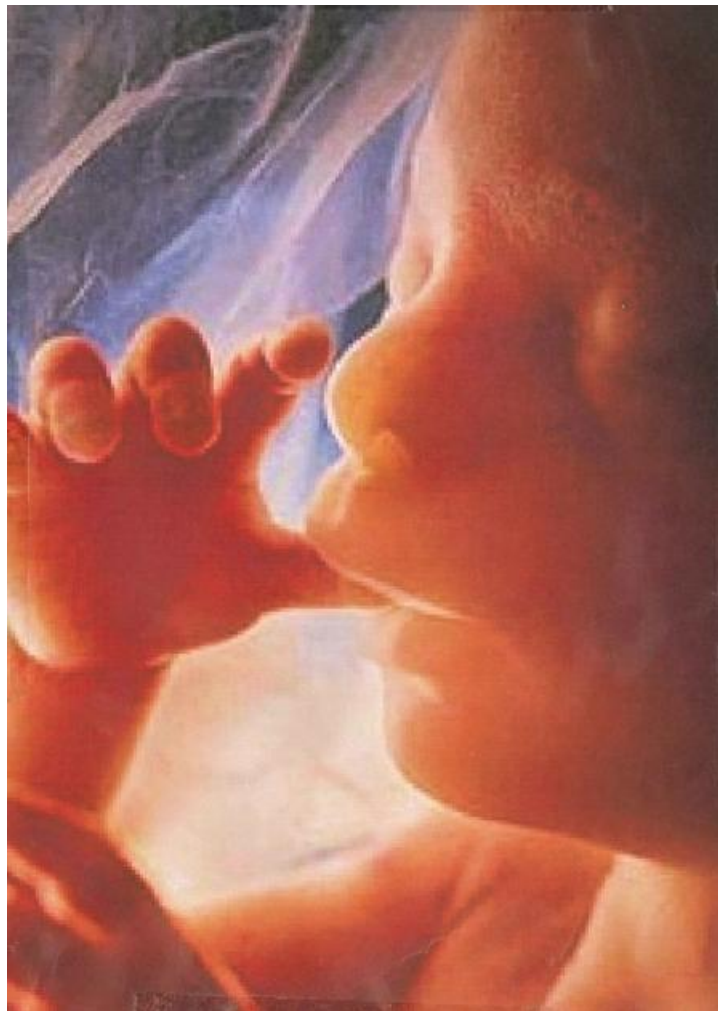
ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Στάση των φοιτητών και φοιτητριών της Νοσηλευτικής του  
Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας στα ζητήματα της άμβλωσης «Έρευνα»



**Επιβλέπουσα**

*Σαλάτα Αποστολία. MSC*

*Καθηγήτρια εφαρμογών*

**Επιμέλεια**

*Σπατουλα Βασιλική*

*Αγγελάκη Σποριδούλα*

**ΠΑΤΡΑ 2008**

## **Ευχαριστίες**

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας οι οποίοι πέρα από την οικονομική υποστήριξη που μας παρείχαν μας στήριξαν και ψυχολογικά. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την εισηγήτριά μας κ. Σαλάτα, η οποία μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με το θέμα των αμβλώσεων. Ευχαριστούμε όμως και την κ. Κιούρτη η οποία σε συνεργασία με την εισηγήτριά μας, μας βοήθησε σε μεγάλο βαθμό για την διεκπεραίωση αυτής της έρευνας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	V
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	VI
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VII

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....</b>	<b>2</b>
Ανατομία- Φυσιολογία γεννητικού συστήματος.....	3
1.1.Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Θηλέως.....	3
1.2.Ανατομία γεννητικού συστήματος άρρενος.....	7
1.3.Φυσιολογία γεννητικού συστήματος άρρενος και θήλεος.....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> .....</b>	<b>16</b>
2.1.Ορισμοί άμβλωσης.....	17
2.2.Ιστορική Αναδρομή.....	19
2.3. Προβληματισμοί και ηθικά διλήμματα .....	20
2.4. Νομοθεσία.....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> .....</b>	<b>30</b>
3.1. Ορισμός Άμβλωσης.....	31
3.2. Είδη Αμβλώσεων .....	32
3.3 Μέθοδοι διακοπής κύησης.....	43
3.4. Επιπτώσεις αμβλώσεων .....	46
3.4.1. Επιπτώσεις κλινικές .....	46
3.4.2. Οργανικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας .....	47
3.4.3. Ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας .....	53
3.5. Νοσηλευτική φροντίδα πριν από μια άμβλωση .....	56

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> .....</b>	<b>59</b>
4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	60
4.1. Διατύπωση του προβλήματος .....	60
4.2. Σκοπός της εργασίας.....	61

4.3. Ερευνητικοί – Άξονες – Στόχοι.....	61
4.4. Ερευνητικά Ερωτήματα .....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....</b>	<b>63</b>
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	64
5.1. Μεθοδολογία της έρευνας.....	64
5.2. Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας.....	66
5.2.1 Πληθυσμός .....	66
5.2.2. Δείγμα.....	66
5.2.3.Η διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	66
5.2.4 Τόπος και Χρόνος της έρευνας .....	67
5.2.5 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία.....	67
5.2.6. Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και περιορισμών .....	67
5.3 Τα εργαλεία της έρευνας.....	69
5.4 Αξιοπιστία και Εγκυρότητα .....	71
5.4.1. Δομή Ερωτηματολογίου.....	72
5.4.2. Επιλογή Ερωτήσεων – Ερωτηματολογίων.....	73
5.5. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου .....	74
5.6 Στατιστικές συγκρίσεις υποομάδων του δείγματος .....	91
5.7. Συζήτηση του ερωτηματολογίου.....	110
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>112</b>
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>113</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>114</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>140</b>

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Η εργασία μας απευθύνεται στους σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, σχετικά με το ζήτημα της άμβλωσης και τους φοιτητές.

Σκοπός μας είναι να πληροφορήσουμε τις φοιτήτριες και τους φοιτητές που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, τι είναι η έκτρωση, με ποιους τρόπους γίνεται, ποιες είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι, τι πρέπει να κάνουν μετά από μια έκτρωση, αλλά το σπουδαιότερο, πως μπορούν να την αποφύγουν.

Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι η αντισύλληψη επιστημονικά και νομικά δε προσβάλλει το δικαίωμα της ζωής, διότι απλώς σκοπεύει να εμποδίσει το σχηματισμό ενός νέου πλάσματος το οποίο δυστυχώς τις περισσότερες φορές θα καταλήξει να γίνει το προϊόν μιας άμβλωσης, μοιραία κατάληξη της ελλιπούς πληροφόρησης, πάνω στα θέματα της αντισύλληψης και της ανωριμότητας των ατόμων που καταλήγουν σ' αυτήν.

Ασχοληθήκαμε με τις εκτρώσεις ύστερα απ' τη διαπίστωση ότι πάρα πολλές γυναίκες κάθε ηλικίας καταφεύγουν καθημερινά στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια να απαλλαγούν από ένα ανεπιθύμητο κύημα, με αποτέλεσμα ο αριθμός τους να ξεπερνάει τις 400.000 εκτρώσεις το χρόνο, και έτσι να έχουμε πολλές κατεστραμμένες γυναίκες, σωματικά και ψυχολογικά, και αύξηση του δημογραφικού προβλήματος. (Κλάδη, 1998).

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η θλιβερή διαπίστωση πως στη χώρα μας, το πρόβλημα των εκτρώσεων παραμένει ακόμα και στις μέρες μας μεγάλο, μας ώθησε στην απόφαση ν' ασχοληθούμε με το θέμα αυτό και να προσεγγίσουμε το πρόβλημα, να εντοπίσουμε τις αιτίες και να συμβάλλουμε στη μείωσή του.

Η έκτρωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Η γυναίκα, έγγαμη ή άγαμη, αποτυγχάνοντας συχνά να διαχωρίσει τη σεξουαλικότητα από την αναπαραγωγή, καταλήγει στην έκτρωση σαν μέσο διακοπής "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη θεωρείται "ανεπιθύμητη" για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια, δυσαρμονία στη σχέση με το σύντροφο, αδυναμία υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού), ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλίκων ή υπερηλίκων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Σε χώρες με ελεύθερο καθεστώς εκτρώσεων και έλλειψη ή αποτυχία ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης, η διακοπή τη εγκυμοσύνης καταντά το απλούστερο και συνηθέστερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων προκαλώντας οξύτατα δημογραφικά προβλήματα. (Ζησιμοπούλου και συν. 1998).

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η έκτρωση ως διαδικασία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ηθικά διλήμματα, τα οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες της υγείας καθημερινά.

Ειδικότερα, αντιμετώποι με το δίλημμα αυτό βρίσκονται οι νοσηλευτές που θα συμμετάσχουν στην πράξη αυτή, που θα ζητηθεί η γνώμη τους από τη νεαρή μητέρα, την οικογένεια, κλπ. Αποτελεί ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα ηθικής, με πολλά επιχειρήματα υπέρ αλλά και κατά.

Οι σύγχρονες ηθικές θεωρίες, έρχονται σε σύγκρουση εκφράζοντας εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Η ύπαρξη πολλών ηθικών αρχών, κανόνων, διακηρύξεων και ψηφισμάτων, δίνουν απλά στις δύο πιο πάνω θεωρίες για να υποστηρίξουν τις θέσεις τους. Οι νοσηλευτές βρίσκουν τον εαυτό τους ανάμεσα σε μια πληθώρα αντικρουόμενων θέσεων. Η εργασία αυτή παρουσιάζει τις αντίθετες απόψεις που υπάρχουν στο θέμα της έκτρωσης και που συνθέτους το ηθικό δίλημμα, αποδεικνύοντας πόσο δύσκολη είναι η λήψη απόφασης.

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

## **Ανατομία- Φυσιολογία γεννητικού συστήματος**

### **1.1.Ανατομία Γεννητικού Συστήματος Θηλέως.**

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

#### ***ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ***

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο.

Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοική. Το αιδοίο αποτελείται απ' το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, τη κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους Bartholinovius αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

#### **Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης.**

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογα με τη πάχυνση της γυναίκας. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα.

#### **Μεγάλα χείλη**

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

### **Μικρά χείλη**

Το δέρμα των μικρών χειλέων δε καλύπτεται από τρίχωμα. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δυο άλλες μικρότερες δερματικές πτυχές που εκκενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω τη πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας. Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους.

### **Κλειτορίδα**

Έχει μήκος 3- 4 εκ. Και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Σκέλη: Αυτά είναι δύο και **πορτύνονται** πάνω στους ηβοϊσχιακούς κλάδους της οστέινης πυέλου.

Σώμα: Αυτό σχηματίζεται από την ένωση των σκελών.

Βάλανος: Αυτή παριστάνει το ελεύθερο μέρος της κλειτορίδας και βρίσκεται πάνω απ' το έξω στόμιο της ουρήθρας.

### **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.

### **Βολβοί του Προδρόμου**

Αυτοί βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου και σκεπάζονται από τους βολβοσυραγγώδεις μύες.

### **Βαρθολίνειοι αδένες**

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

### **Παρθενικός υμένας**

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου.

### **Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας**

Αυτό βρίσκεται στη πάνω γωνία του προδόμου του αιδοίου και μέσα απ' αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης.

### **Παραουρηθρικοί αδένες**

Αυτοί βρίσκονται ανάμεσα απ' τη κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας.

## ***ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ***

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες.

### **Κόλπος ή κολεός**

Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα που εκτείνεται ανάμεσα απ' το παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δυο άκρα. Έχει επίσης τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και δύο πλάγια: το αριστερό και το δεξιό.

### **Μήτρα**

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού και το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμμάρια και στη γυναίκα που γέννησε, 70 γραμμάρια. Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα και το κάτω που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται τράχηλος.

### **Σάλπιγγες ή ωαγωγοί**

Οι σάλπιγγες αποτελούν δυο λεπτούς σωλήνες που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα τον αυλό τους για να συναντήσουν σπερματοζώαρια και να πετύχουν τη σύλληψη.

### **Ωοθήκες**

Οι ωοθήκες αποτελούν τους γενετικούς αδένες της γυναίκας. Είναι δύο και έχουν το σχήμα και το μέγεθος του αμυγδάλου. (Παπανικολάου,2005 .)

## **1.2.Ανατομία γεννητικού συστήματος άρρενος**

### **Όρχεις**

Οι όρχεις, (οι γεννητικοί αδένες του άνδρα), κατά την εμβρυϊκή ζωή βρίσκονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Κατά το τέλος της εμβρυϊκής ζωής, βγαίνουν απ' το κύτος της κοιλιάς και δια μέσου του βουβωνικού πόρου καταλήγουν σ' ένα εκκόλπωμα του δέρματος, κάτω απ' τη ρίζα του πέους, που λέγεται όσχεο.

### **Προστάτης**

Ανήκει στα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου και μήκος 4- 5 cm.

### **Πέος και ανδρική ουρήθρα**

Το πέος περιέχει την ουρήθρα, που ταυτόχρονα χρησιμεύει και για τη δίοδο του σπέρματος, καθώς και τα σποραγγώδη σώματα, τα οποία κάνουν δυνατή τη στύση του πέους.

Στο πέος διακρίνονται η ρίζα και το σώμα. Το σώμα καταλήγει στη βάλανο του πέους.

Η ανδρική ουρήθρα έχει μήκος 20- 25 εκατοστά, με διαδοχικά στενώματα και διευρύνσεις. Διακρίνονται η προστατική , η υμενώδης και η σποραγγώδης μοίρα της ουρήθρας. (Ζήσης , 1999)

### **1.3.Φυσιολογία γεννητικού συστήματος άρρενος και θήλεος**

Η ύπαρξη της γυναίκας, όπως και του άνδρα, ξεκινάει από τη μικρότερη μονάδα της ζωντανής ύλης, το κύτταρο. Μέρος του κυττάρου είναι ο πυρήνας του. Πυρήνες υπάρχουν μόνο στα κύτταρα που έχουν τη δυνατότητα να διαιρούνται. Μέσα σε κάθε κύτταρο υπάρχουν σχηματισμοί, που περιέχουν τους κληρονομικούς χαρακτήρες. Οι σχηματισμοί αυτοί λέγονται χρωματοσώματα και βρίσκονται σε ζεύγη.

Όταν το κύτταρο διαιρείται, τα ζευγάρια των χρωματοσωμάτων διακρίνονται. Στα μεταξύ, όμως, των διαιρέσεων διαστήματα, δεν ξεχωρίζουν. Η ύπαρξή τους τότε δηλώνεται με τη μορφή μικρών ακανόνιστων βόλων, σκοτεινής ουσίας, που λέγεται χρωματίνη.

Τα χρωματοσώματα έχουν σχήμα , που μοιάζει με ήτα κεφαλαίο (H), αλλά εμφανίζουν στη μέση τους περίσφιγξη , που λέγεται κεντρομερίδιο.

Κάθε χρωματόσωμα αποτελείται από ειδικές πρωτεΐνες , τις ιστόνες, και από δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ (Deoxyribonucleic Acid), που αναφέρεται ως DNA. Το οξύ αυτό αποτελείται από δύο πολυνουκλεοτιδικές αλυσίδες, που περιέχουν τις πουρίνες: αδενίνη και γουανίνη, και τις πυριμιδίνες: θυμίνη και κυτοσίνη. Ο σκελετός των αλυσίδων αποτελείται από δεοξυριβόζη και φωσφορικό οξύ.

Το DNA περιέχει τα γονίδια. Το κάθε γονίδιο είναι και ένας ξεχωριστός φορέας κληρονομικότητας. Ο αριθμός τους φτάνει τις 100.000 και τόσοι παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

Με μεθόδους της μοριακής βιολογίας μπορούμε σήμερα, με διάσπαση του D.N.A. , να απομονώσουμε τα γονίδια, που είναι υπεύθυνα για ένα κληρονομικό χαρακτήρα.

Στη διαίρεση των κυττάρων, που γίνεται ισότιμη κατανομή των στοιχείων τους σε δύο θυγατρικά κύτταρα, και λέγεται μιτωτική, τα χρωματοσώματα

διπλασιάζονται. Ύστερα διαιρούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε κάθε θυγατρικό κύτταρο να περιέχει όλη τη σειρά τους, δηλαδή διπλοειδή αριθμό χρωματοσωμάτων.

Στα γεννητικά, όμως, κύτταρα, δηλ. στο ωάριο και στο σπερματοζωάριο, δεν συμβαίνει το ίδιο. Η διαίρεσή τους δεν είναι μιτωτική, δηλαδή ισότιμη κατανομή των στοιχείων των κυττάρων, αλλά μειωτική, δηλαδή δύο διαιρέσεις του πυρήνα του κυττάρου αντιστοιχούν με μία των χρωματοσωμάτων, και έτσι δεν διπλασιάζεται ο αριθμός των χρωματοσωμάτων. Έτσι, τα δύο θυγατρικά κύτταρα μοιράζονται μεταξύ τους τα χρωματοσώματα (ένα χρωματόσωμα από κάθε ζευγάρι). Το καθένα τότε κύτταρο περιέχει το μισό αριθμό χρωματοσωμάτων, δηλαδή απλοειδή αριθμό, γι' αυτό και το κύτταρο, που προκύπτει από τη μειωτική διαίρεση, λέγεται απλοειδικό.

Μετά από γόνιμη συνουσία το κύτταρο, που θα προκύψει από τη συνάντηση ωαρίου και σπερματοζωαρίου, λέγεται ζυγώτης, που επειδή οι δύο πυρήνες των γαμετών (ωαρίου,σπερματοζωαρίου) έσμιξαν, είναι διπλοειδικό κύτταρο. Έτσι, ο ζυγώτης περιέχει ολόκληρη τη σειρά των χρωματοσωμάτων, δηλαδή μισά απ' τη μητέρα και τα άλλα μισά απ' τον πατέρα. Θα περιέχει, επομένως, κληρονομικά χαρακτηριστικά και απ' τους δύο.

Το σύνολο των γονιδίων ενός ατόμου λέγεται γονότυπος. Αυτός αντιπροσωπεύει το κληρονομικό δυναμικό. Ο γονότυπος, σε συνάρτηση με την επίδραση του περιβάλλοντος, αποτελεί το φαινότυπο, δηλαδή το σύνολο των φυσικών και των διανοητικών χαρακτήρων του ατόμου.

Κάθε χαρακτήρας, που κληρονομείται, ρυθμίζεται από ένα ζευγάρι γονιδίων. Το ζευγάρι αυτό προέρχεται από την μητέρα και από τον πατέρα και βρίσκεται στην ίδια θέση μέσα στα ομόλογα χρωματοσώματα. Τα γονίδια σ' αυτήν την περίπτωση λέγονται αλληλόμορφα. Ορισμένοι κληρονομικοί χαρακτήρες ρυθμίζονται από περισσότερα ή από άλλα γονίδια.



Τα δύο αλληλόμορφα γονίδια, αλληλοεπιδρούν με διάφορους τρόπους. Το ένα μπορεί να είναι κυρίαρχο ή επικρατές, δηλαδή να εκδηλώνεται ολοκληρωτικά, και το άλλο να είναι υποτελής ή υπολειπόμενο και να μην εκδηλώνεται ολοκληρωτικά.

Αν δύο αλληλόμορφα γονίδια, που βρίσκονται σ' ένα ζευγάρι ομόλογων χρωματοσωμάτων, είναι όμοια, τότε το άτομο λέγεται ομόζυγο ή ομοζυγώτης ως προς τα γονίδια. Αν, όμως, τα γονίδια δεν είναι όμοια, τότε το άτομο λέγεται ετερόζυγο ή ετεροζυγώτης.

Κάθε μεταβολή των γονιδίων λέγεται μετάλλαξη ή μεταλλαγή και κληρονομείται κατά τους νόμους του Mendel. Η μετάλλαξη ή μεταλλαγή είναι, είτε γοναδική, όταν σε αυτή μεταβάλλεται η δομή του γονιδίου, είτε χρωματοσωματική, όταν σ αυτή μεταβάλλεται ο αριθμός ή η δομή των χρωματοσωμάτων.

### **Καθορισμός φύλου**

Τα χρωματοσώματα του ανθρώπου είναι 46, δηλαδή 23 ζευγάρια. Από αυτά, τα 22 ζευγάρια λέγονται σωματικά ή αυτοσώματα και είναι ίδια και στα δύο φύλα, και το 23<sup>ο</sup> ζευγάρι φυλετικά ή γεννητικά χρωματοσώματα, που δεν είναι ίδια και στα δύο φύλα, γιατί στον άνδρα δύο χρωματοσώματα δεν σχηματίζουν ζευγάρι. Αυτό συμβαίνει, γιατί τα ωάρια, που προκύπτουν απ' την ωογένεση, είναι ίδια και περιέχουν ένα χρωματόσωμα, που το λέμε X , ενώ τα σπερματοζωάρια, που προκύπτουν απ' την σπερματογένεση, δεν είναι ίδια, γιατί τα μισά περιέχουν το χρωματόσωμα X και τα άλλα μισά χρωματόσωμα που το λέμε Y . Έτσι, στη γυναίκα έχουμε δύο X χρωματοσώματα (46, XX) και στον άνδρα ένα X χρωματόσωμα και ένα Y (46, XY).

Σε περίπτωση, που ένα σπερματοζωάριο με χρωματόσωμα Y , γονιμοποιήσει ένα ωάριο , προκύπτει μορφή XY. Το γονιμοποιημένο τότε ωάριο θα εξελιχθεί σε άντρα.

Σε περίπτωση, που ένα σπερματοζώαριο με χρωματόσωμα X , γονιμοποιήσει ένα ωάριο, προκύπτει μορφή XX. Το γονιμοποιημένο τότε ωάριο θα εξελιχθεί σε γυναίκα.

Σήμερα, είναι κατορθωτός ο διαχωρισμός και η μελέτη των χρωματοσωμάτων, όπως και η απομόνωση των X και Y σπερματοζωαρίων και ο καθορισμός του φύλου του εμβρύου κατά τη βούλησή μας.

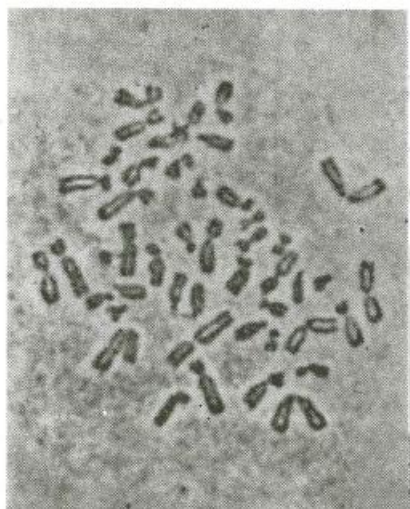
Επειδή, το χρωματόσωμα Y, που παρουσιάζει και τη μεγαλύτερη πολυμορφία, είναι μικρότερο απ' το X , πιστεύεται, πως τα σπερματοζώαρια, που το περιέχουν , είναι επικρατέστερα και ταχύτερα και γι' αυτό ανταμώνουν πρώτα αυτά το ωάριο. Έτσι, εξηγείται γιατί συλλαμβάνονται περισσότερα αρσενικά έμβρυα.

Όταν ταξινομήσουμε τα χρωματοσώματα για να τα μελετήσουμε, παίρνουμε τον καρυότυπο, για τον οποίο θ' αναφερθούμε στις διαγνωστικές μεθόδους.

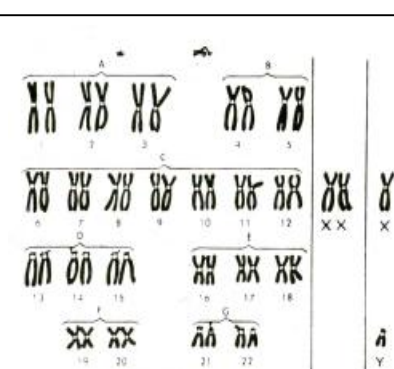
### **Φυλετική χρωματίνη**

Τα κύτταρα, που περιέχουν χρωματοσώματα XX , έχουν περισσότερη χρωματίνη. Τη χρωματίνη αυτή τη λέμε φυλετική και τη βρίσκουμε στη περιφέρεια των κυττάρων με τη μορφή κηλίδας, που τη λέμε χρωμάτιο του Barr. Έτσι, σε όλα τα κύτταρα της γυναίκας, , εκτός απ' το ωάριό της , ένα χρωματόσωμα X παραμένει σε αδράνεια με τη μορφή της φυλετικής χρωματίνης.

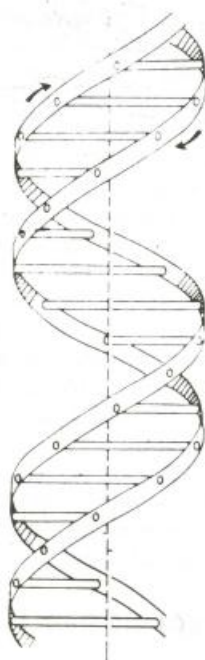
Αν πάρουμε κύτταρα του δέρματος ή της στοματικής κοιλότητας απ' τη γυναίκα και τα μελετήσουμε, θα βρούμε την ύπαρξη φυλετικής χρωματίνης σε περισσότερα από 25% των κυττάρων αυτών.



Χρωματοσώματα μέσα στον πυρήνα του κυττάρου



Χρωματοσώματα των δύο φύλων



Πρότυπο μορίου DNA

Φυλετική χρωματίνη, όχι με τη μορφή σωματίου του Barr, αλλά με τη μορφή πλήκτρου τυμπάνου, μπορούμε να βρούμε στους πυρήνες των πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων. Αυτή τη λέμε πυρηνική προσεκβολή και τη βρίσκουμε στη γυναίκα σε συχνότητα 1- 15%.

### Φυλετική διαφοροποίηση

Αναφέραμε παραπάνω συνοπτικά, πως γίνεται η καταβολή της γυναίκας.

Η διαφοροποίηση του φύλου εξαρτάται :  
α) από τη παρουσία ή όχι του χρωματοσώματος Y και την επίδρασή του στην αδιαφοροποίητη γονάδα, β) από την έκκριση από τις γονάδες των ορμονών, οι οποίες επιδρούν στη διάπλαση των γεννητικών οργάνων, και γ) από τη παρουσία υποδοχέων των ορμονών στα όργανα – στόχοι.

Η γονάδα στο έμβryo είναι αδιαφοροποίητη μέχρι την 6<sup>η</sup> εβδομάδα και αποτελείται από βλαστικό επιθήλιο, το οποίο βρίσκεται στην εξωτερική επιφάνεια (φλοιό) και αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, τα οποία βρίσκονται εσωτερικά (μυελό). Αν στα φυλετικά χρωματοσώματα του εμβρύου υπάρχει χρωματόσωμα Y , τότε η

αδιαφοροποίητη γονάδα θα διαφοροποιηθεί σε όρχη, ενώ, αν απουσιάζει, θα εξελιχθεί σε ωοθήκη.

Το χρωματόσωμα Y επιδρά μέσω ενός παράγοντα, τον οποίο μέχρι πρόσφατα ονομάζαμε αντιγόνο H-Y, γιατί μπορούσαμε να τον απομονώσουμε μόνο ανοσοβιολογικά. Σήμερα, γνωρίζουμε, ότι αυτός ο παράγοντας είναι ο TDF (Testis Determining Factor = παράγων καθοριστικός των όρχεων), που βρίσκεται στο περιφερειακό κοντό βραχίονα του Y. Με την επίδραση του TDF η γονάδα διαφοροποιείται σε όρχη από την 6<sup>η</sup> – 12<sup>η</sup> εβδομάδα, αναπτύσσοντας τη μυελώδη μοίρα σε βάρος της φλοιώδους και εκκρίνοντας ανδρογόνα, κυρίως τεστοστερόνη, και τον MIF (παράγοντα, που αναστέλλει τη διάπλαση των πόρων του Muller). Η έκκριση τεστοστερόνης φτάνει στο μέγιστο την 12<sup>η</sup> εβδομάδα από την επίδραση της HCG.

Σε απουσία του Y, η γονάδα διαφοροποιείται παθητικά σε ωοθήκη, αναπτύσσοντας τη φλοιώδη μοίρα σε βάρος της μυελώδους (10<sup>η</sup> – 20<sup>η</sup> εβδομάδα). Στη φλοιώδη μοίρα κατασκηνούν αρχέγονα γεννητικά κύτταρα τα οποία θα γίνουν ωοθυλάκια. Όταν υπάρχει μόνο ένα χρωματόσωμα X (XO) ή λείπει μέρος του ενός X, τα γεννητικά κύτταρα θα καταστραφούν και η γονάδα θα γίνει ινώδης ιστός.

Σε παρουσία ορχικού ιστού η τεστοστερόνη προωθεί την ανάπτυξη των πόρων του Wolff και προκαλεί αρσενικοποίηση στον ουρογεννητικό κόλπο, μέσω της μετατροπής της σε διυδροτεστοστερόνη (DHT) στα κύτταρά του.

Σε απουσία τεστοστερόνης και MIF, τα έσω γεννητικά όργανα θα διαπλαστούν από τους πόρους του Muller και ο ουρογεννητικός κόλπος θα διαμορφωθεί θηλυκά.

Ο τελευταίος παράγοντας, που επιδρά στη διαμόρφωση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, είναι η παρουσία υποδοχέων των κυττάρων- στόχων του ουρογεννητικού κόλπου στις ανδρογόνες ορμόνες και η παρουσία του ενζύμου α-αναγωγή, που μετατρέπει τη τεστοστερόνη στη δραστική

διυδροτεστοστερόνη (DHT). Σε απουσία των δύο αυτών παραγόντων, ακόμα και αν εκκρίνεται τεστοστερόνη, τα έξω γεννητικά όργανα θα έχουν θηλυκή μορφή.

Εκτός απ' τα γεννητικά όργανα, με μηχανισμούς, που μας είναι άγνωστοι στον άνθρωπο, διαφοροποιείται φυλετικά και ο εγκέφαλος, έτσι ώστε η συμπεριφορά του ατόμου να είναι ανάλογη του φύλου. Ενώ σε επίμυες έχει βρεθεί ότι στη νεογνική περίοδο η χορήγηση ορμονών προκαλεί αλλαγές στη φυλετική συμπεριφορά, στον άνθρωπο υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ανδρογόνα επιδρούν στο νευροενδοκρινικό μηχανισμό του ΚΝΣ στην εμβρυϊκή περίοδο.

Η ενεργοποίηση των γονάδων στην εφηβεία συνίσταται στην έκκριση δικών τους ορμονών, που με την επίδρασή τους προκαλούν την εμφάνιση των τυπικών χαρακτηριστικών διαφορών ανάμεσα στη γυναίκα και στον άνδρα. Πριν, όμως, από αυτές, έχουν επιδράσει οι ορμόνες των επινεφριδίων.

Η εμφάνιση αυτών των διαφορών, που είναι η ανάπτυξη των μαστών, η ανάπτυξη των τριχών του εφηβαίου και των μασχαλών, η ανάπτυξη των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, ο καταμερισμός του λίπους, που κάνει τη γυναίκα να έχει περισσότερες καμπύλες από τον άνδρα, το λείο και άτριχο δέρμα, η πλατύτερη και αβαθέστερη πύελος, ο λεπτότερος σκελετός, το λεπτότερο μυϊκό σύστημα, η λεπτότερη φωνή κ.λ.π.. αγγέλλουν την ωρίμανση της γυναίκας.

Και στα δύο φύλα οι γεννητικοί αδένες έχουν διπλή αποστολή. Παράγουν γαμέτες (ωάρια στη γυναίκα, σπερματοζωάρια στον άνδρα) και γεννητικές ορμόνες (οιστρογόνες ορμόνες στη γυναίκα, ανδρογόνες στον άνδρα).

Συμβαίνει καις τα δύο φύλα να παράγονται οι ίδιες γεννητικές ορμόνες. Υπάρχει, όμως, διαφορά στην ποσότητά τους. Έτσι, οι ωοθήκες εκκρίνουν μεγάλα ποσά οιστρογόνων και μικρά ποσά ανδρογόνων ορμονών και οι όρχεις μεγάλα ποσά ανδρογόνων και μικρά ποσά οιστρογόνων ορμονών.

Και η παραγωγή σπερματοζωαρίων και ωαρίων και η έκκριση ορμονών από τους όρχεις και τις ωοθήκες, κατευθύνονται από την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης. Η έκκριση αυτή στον άνδρα είναι συνεχιζόμενη, ενώ στην γυναίκα περιοδική.

Αλλά, δεν είναι μόνο η υπόφυση, που με τις γοναδοτρόπες ορμόνες ρυθμίζει την εκκριτική δραστηριότητα των γονάδων, είναι που και οι γονάδες ρυθμίζουν την έκκριση της υπόφυσης. Αυτή την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην υπόφυση και στις γονάδες τη λέμε παλίνδρομη αλληλορύθμιση (feedback). Σ' αυτή θ' αναφερθούμε παρακάτω.

Συμβαίνει, όμως, και ο υποθάλαμος να παίρνει μέρος σ' αυτή, Δηλαδή, ο υποθάλαμος, με νευροδιαβιβαστές του και με την βοήθεια νευροηλεκτρικών ερεθισμάτων, μπορεί να προκαλέσει την έκκριση ορμονών. Αυτό το λέμε νευρό-εκκριτική λειτουργία.

Έτσι, διαπιστώνουμε, ότι ανάμεσα στους ενδοκρινικούς παράγοντες, που παίζουν ρόλο στη φυλετική διαφοροποίηση της γυναίκας και στη φυσιολογική λειτουργία του γεννητικού της συστήματος, έχει θέση και το νευρικό σύστημα, αφού μέρος του είναι ο υποθάλαμος.

Η ρυθμική αλληλεπίδραση αυτών των νευρο-ορμονικών παραγόντων, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, αυτής που σφραγίζει τη γυναίκα και της εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις για αναπαραγωγή. (Παπανικολάου, 2005).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

## **2.1.Ορισμοί άμβλωσης**

1. Άμβλωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20<sup>η</sup> εβδομάδα και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500 γρ. (Παπανικολάου, 2005).
2. Με τον όρο άμβλωση υποδηλώνεται ο θάνατος του εμβρύου προτού καταφέρει να επιβιώσει έξω από τη μήτρα. (Youngson, 2001).



3. Έκτρωση είναι η αυτόματη ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, που γίνεται πριν από την 24<sup>η</sup> εβδομάδα, όταν το έμβρυο δεν είναι ακόμα βιώσιμο ή είναι <500 γρ.
4. Άμβλωση είναι η εκούσια τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο, με τη συναίνεση και αίτηση της εγκύου και όχι για λόγους βλάβης της υγείας της εγκύου ή εμβρυϊκής ανωμαλίας. (Καλογερόπουλος, 1996).



5. Ο νόμος ορίζει ως άμβλωση τη διακοπή της κύησης μέσα στις 80 ή 100 ημέρες από τη σύλληψή του.(Χατζιδάκη , 1994).
6. Άμβλωση είναι η θεληματική διακοπή της εγκυμοσύνης πριν το ζων έμβρυο είναι ικανό να επιζήσει εκτός μήτρας με τεχνητά μέσα (χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, απόξεση) για θεραπευτικούς λόγους (όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας) ή για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. (Ανδρέου, 2001).
7. Έκτρωση, έκτρωμα, εξάμβλωμα, άμβλωση, τέρας, αποτυχία, αναστολή, αποβολή, διακοπή ανάπτυξης (Translation, babylon. Com ,2008).

## **2.2.Ιστορική Αναδρομή**

### ***Αντιλήψεις για την άμβλωση από την αρχαιότητα μέχρι το Βυζάντιο***

Οι αρχαίοι Έλληνες δέχονταν ότι η άμβλωση αποτελεί αδίκημα υπό διάφορες έννοιες. Πίστευαν ότι το κύημα γίνεται άνθρωπος όταν σε αυτό εισέλθει ψυχή. Κατά τους Στωικούς αυτό συμβαίνει όταν το έμβρυο εισπνεύσει αέρα. Μόνο ο Ιπποκράτης (460- 370π.Χ.) και αργότερα ο Γαληνός (2<sup>ος</sup> μ. Χ. αι.) θεωρούσαν το έμβρυο έμψυχο από τη στιγμή που τα όργανά του διακρίνονταν μορφοποιημένα.

Οι Ρωμαίοι ασπαζόμενοι τα δόγματα των Στωικών, τιμωρούσαν τη γυναίκα που διέπραττε άμβλωση με πρόσκαιρη εξορία, ενώ , εάν αυτή χρηματιζόταν, τιμωρούνταν με θανατική ποινή. Στο Βυζάντιο πρώτος ο Ιουστινιανός (536 μ.Χ.) θέσπισε την τιμωρία της άμβλωσης και τη θεώρησε ως λόγο διαζυγίου. Τα ίδια θέσπισε και η Νομοθεσία των Μακεδόνων Αυτοκρατόρων (867- 1059 μ.Χ.).

Η Χριστιανική Εκκλησία επίσης δεν υστέρησε σε αυστηρότητα. Στη Σύνοδο της Αγκύρας (314 μ.Χ.) θεσπίστηκε τιμωρία των υπαιτίων αμβλώσεων με δεκαετή έξοδο από τη χριστιανική κοινωνία. Στην εν Τρούλω Σύνοδο (691 μ. Χ.)θεσπίστηκαν ποινές και για όσους χορηγούν αμβλωθρίδια φάρμακα.

Οι Πατέρες της Εκκλησίας θεωρούσαν τις υπαίτιες αμβλώσεως, ένοχες φόνου (μ. Βασίλειος 4<sup>ος</sup> μ.Χ. αι.). Πίστευαν ότι το έμβρυο αποκτά ψυχή από τη στιγμή της σύλληψής του (Γρηγόριος Νύσσης 4<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.). Ενώ δεν αποδοκίμαζαν την άμβλωση όταν κινδύνευε η ζωή της μητέρας (Τερτυλλιανός, 2<sup>ος</sup> – 3<sup>ος</sup> μ. Χ. αι.).

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, άμβλωση εθεωρείτο κάθε αναστολή της κυοφορίας, μετά από χρήση τεχνικών μέσων και γι' αυτό ο υπαίτιος έπρεπε να τιμωρηθεί. (Πλάτη και συν. ,2000).

### **2.3. Προβληματισμοί και ηθικά διλήμματα**

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλημμα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του σαν επαγγελματία της υγείας, όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος.

Στην προσπάθειά του αυτή πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής : Η μελέτη του προβλήματος απέδειξε ότι η άμβλωση, αποτελεί έγκλημα που στρέφεται κατά της ζωής του εμβρύου, της ψυχικής και σωματικής υπόστασης της μητέρας και της ασφάλειας του έθνους.

Από αυτά συνάγεται ότι:

- Οι νοσηλευτές που βοηθούν τους γιατρούς στο έργο αυτό, είναι συνεργοί στο έγκλημα.
- Καταπατούν τον όρκο του Νοσηλευτή: "Ορκίζομαι να χρησιμοποιώ τις γνώσεις που μου έδωσε η σχολή μου και τις διδαχές των δασκάλων μου, αποκλειστικά και μόνο για το καλό των συνανθρώπων μου".
- Παραβαίνουν τον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων όπου στο κείμενο του 1953, αναφέρεται ότι ο Νοσηλευτής πρέπει "ν' αρνείται να συμμετέχει σε μη ηθικές ενέργειες". Δυστυχώς η διάταξη αυτή απαλείφθηκε στην αναθεώρηση του Μεξικού το 1973, όπου υπάρχει μόνο η γενική διατύπωση ότι "η Νοσηλευτική είναι στενά συνυφασμένη με το σεβασμό της ζωής του ανθρώπου".

Νοσηλευτική, σημαίνει να βοηθάς τους ανθρώπους να ζουν, σημαίνει αγάπη, και όπου διαπράττεται το έγκλημα και μάλιστα κατά του ανυπεράσπιστου και αθώου εμβρύου, αγάπη δεν υπάρχει.

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

μπορεί να έχει επιπτώσεις- είναι ταυτόχρονα και ένας ελεύθερος άνθρωπος, με ανθρώπινα και ηθικά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης.

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

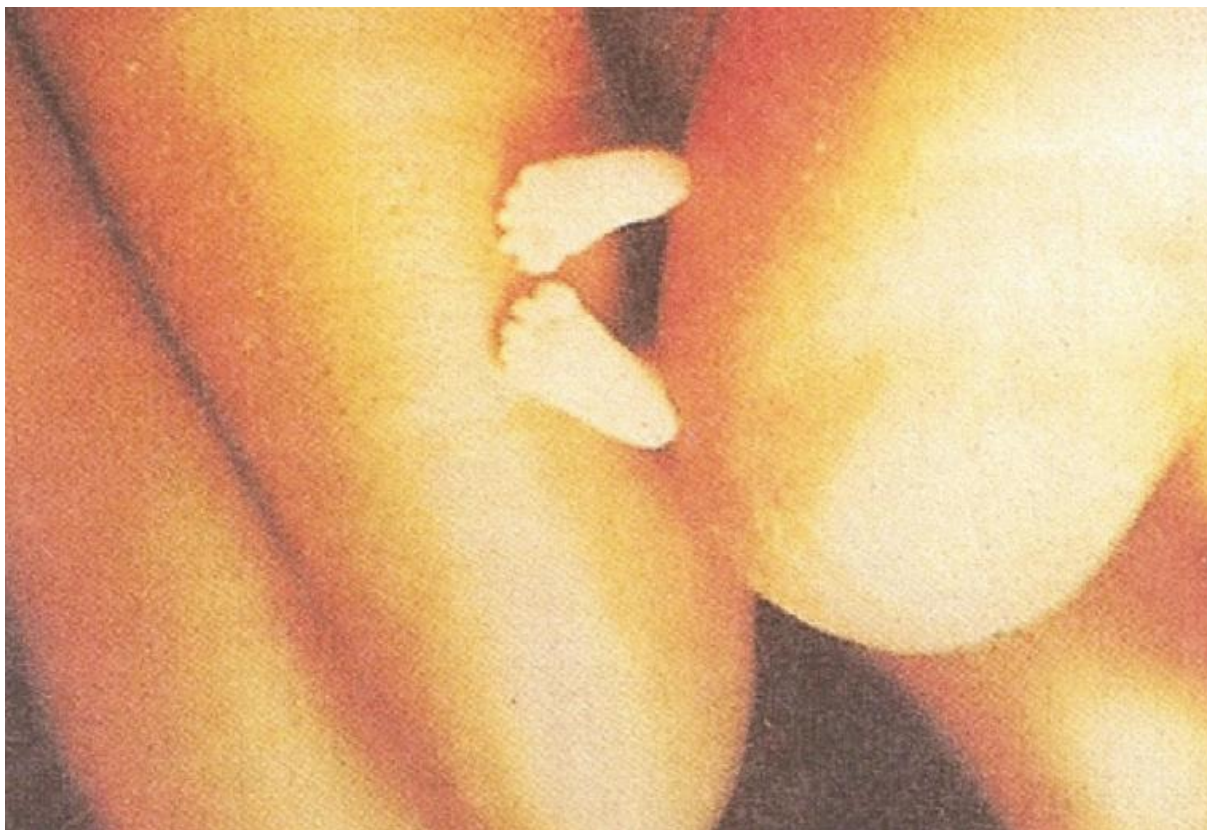
Η βοήθεια που θα προσφέρει ο νοσηλευτής στη μητέρα μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής :

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νοιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο, και με τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγεία της.
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε, όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.

### **Προβληματισμοί:**

- Πρέπει ο νοσηλευτής να δεχτεί διορισμό σε μια νοσηλευτική υπηρεσία, όταν εκ των προτέρων γνωρίζει ότι κατά την άσκηση του έργου του θα αναγκαστεί να έρθει σε σύγκρουση με τις θρησκευτικές και ηθικές του πεποιθήσεις;
- Που πρέπει να απευθυνθεί ο νοσηλευτής για να λάβει οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση των τυχόν ηθικών προβλημάτων που θα συναντήσει;
- Η παραίτηση από τη θέση του αποτελεί λύση για το πρόβλημα;
- Υπάρχουν άραγε άλλες λύσεις εκτός απ' την παραίτηση;
- Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα της άμβλωσης;

- Αν δεν διδαχθεί, μήπως αντιστρατευόμεθα το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, που λέγει ότι όλοι οι ασθενείς δικαιούνται κατάλληλη φροντίδα;
- Μπορεί ο εκπαιδευτής να περάσει στους σπουδαστές ένα μήνυμα με το οποίο διαφωνεί; (Γιαννοπούλου, 1999)
- Ειδικά για τους επαγγελματίες στο χώρο της Υγείας, η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη : πως μπορούν να σεβαστούν το δικαίωμα της αυτονομίας της μητέρας και του δικαιώματος να ελέγχει το σώμα της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και ταυτόχρονα το δικαίωμα του εμβρύου να ζήσει;
- Δυστυχώς σ' ένα δίλημμα ο σεβασμός του δικαιώματος της μιας πλευράς, αποκλείει το σεβασμό του δικαιώματος της άλλης. Η επιλογή είναι δύσκολη. (Ανδρέου και συν.,2001).
- Τι μπορεί να κάνει μια ανήλικη κοπέλα που μένει έγκυος, και η οποία ζει με τους γονείς της και σ' ένα στενό κοινωνικό περιβάλλον (χωριού, επαρχίας), που διακατέχεται από υποκρισία και σκληρότητα απέναντι στις άγαμες μητέρες;
- Τι γίνεται στην περίπτωση μιας κοπέλας, ώριμης σε ηλικία, η οποία είναι σχετικά ανεξάρτητη, από γονείς και περιβάλλον, αλλά και η εγκυμοσύνη θα της δημιουργήσει πολλά προβλήματα (π.χ. οικονομικά, απώλεια εργασίας) ή που έχει ψυχολογικά προβλήματα και δεν μπορεί ν' αντέξει το μέγιστο ενός παιδιού;
- Πως μπορεί μια φτωχή οικογένεια, που δυσκολεύεται πολύ να αναθρέψει τα παιδιά που ήδη έχει, να φέρει στον κόσμο ένα παιδί ακόμα;
- Τι γίνεται αν η ιατρική έχει διαγνώσει για ένα έμβρυο ότι θα γεννηθεί σωματικά ή διανοητικά ανάπηρο; (w.w.w. jesuw portal. Org/magazine/article 2°. Htm)



### **Το ηθικό δίλημμα της άμβλωσης**

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

Αν αλλάξουμε λίγο τα σκηνικά και βάλουμε στην θέση του ξένου πλανήτη ένα σύγχρονο μαιευτήριο και στη θέση των εξωγήινων όντων το ανθρώπινο έμβryo, θα διαπιστώσουμε ότι το δίλημμα του καλοκάγαθου αστροναύτη της ιστορίας μας, δεν είναι πάρα μια προέκταση του διλήμματος των αμβλώσεων, που συγκλονίζει το χώρο της υγείας. Ο ενεστώτας του ρήματος "συγκλονίζει"

απηχώντας τη σοβαρότητα του προβλήματος, δηλώνει ταυτόχρονα ότι οι αμβλώσεις δεν είναι παρά ένα καινούργιο δίλημμα. Ένα δίλημμα που πρόσφατα δημιουργήθηκε, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο. Μέχρι πριν λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η άμβλωση, βάση του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα, αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση.

Όταν ξαφνικά ήρθε ο Ν. 1609/86 και με μια ρητή διατύπωση αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, όταν αυτές διενεργούνται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, ορίζοντας ταυτόχρονα την 12<sup>η</sup> εβδομάδα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και στην ανυπαρξία. Ο νόμος δεν προέβλεπε σε καμιά παράγραφο του τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που κάποιος επιστήμονας υγείας δε θα δεχόταν να συμμετάσχει σε μια άμβλωση για λόγους συνειδησιακούς, αν και όπως παρατήρησε η τότε Πρόεδρος του ΕΣΔΝΕ κ. Σταυρούλα Παπαμικρούλη, στη Γενική Συνέλευση του Συνδέσμου το Μάρτιο του 1987, “ο νομοθέτης ενός τόσο αμφιλεγόμενου από ηθικής απόψεως νόμου, θα έπρεπε να προβλέψει τη δημιουργία ηθικών διλημάτων στις συνειδήσεις του υγειονομικού προσωπικού”. Τίποτε όμως από αυτά δεν έγινε, κι έτσι ο νόμος, αφήνοντάς μας ακάλυπτους και θέτοντας τις αμβλώσεις στην προστασία του Κράτους, με αποτέλεσμα να διενεργούνται ελεύθερα στα μαιευτήρια σαν επεμβάσεις ρουτίνας και να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, μετέβαλε το θέμα των αμβλώσεων σε επιτακτικό ηθικό δίλημμα και μάλιστα σ’ ένα δίλημμα που όχι απλώς ζητά μια απάντηση, αλλά όπου η άρνηση του νοσηλευτή να συμμετάσχει στην άμβλωση, ίσως να του στοιχίσει κάποιες κυρώσεις, από τις πιο απλές, μέχρι την απώλεια της θέσης του. (Γιαννοπούλου, 1997).

Στο θέμα των αμβλώσεων –που εξακολουθεί να αποτελεί ηθικό δίλημμα παρά τη νομιμοποίηση –ο νοσηλευτής /τρια πρέπει να είναι

ευαισθητοποιημένος στο ζήτημα αυτό, για να είναι σίγουρος ότι θα πράξει σωστά, όταν του τύχει ν' αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση.

Υπάρχουν πολλά θέματα που πρέπει να σκεφτεί και να αναλύσει με λογική σειρά για να καταλήξει στην απόφαση που εκείνος /η θεωρεί αντιπροσωπευτική για την προσωπικότητά του. Όταν λοιπόν καλείται να λάβει μέρος στη διαδικασία μιας άμβλωσης οφείλει:

#### **A. Να ξέρει τι κάνει:**

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει. Η ουσία είναι αυτή ανεξάρτητα απ' τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτήν την ενέργεια.

Αυτό είναι ένα απ' τα πιο σημαντικά θέματα που οφείλει να γνωρίζει καλά ο νοσηλευτής /τρια.

Το έμβρυο είναι μια ζωή που αναπτύσσεται σιγά- σιγά μέσα στη μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι' αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του για ζωή. Όμως, δεν έχει αυτή την δυνατότητα και έτσι βρίσκεται ανυπεράσπιστο στη βούληση της μητέρας και άλλων ατόμων του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για τον νοσηλευτή /τρια, πριν ακόμα πάρει την απόφαση για το αν θα λάβει μέρος ή όχι σε μια άμβλωση, είναι να ξέρει πολύ καλά αυτό που πρόκειται να κάνει για να μη φτάσει ποτέ στο σημείο της μετάνοιας.

Άλλωστε σε κάθε του νοσηλευτική πράξη, πρέπει να τον διακρίνει η συνέπεια, η αντικειμενική κρίση και η ορθή αντίληψη των πραγμάτων. Άρα σε καμιά περίπτωση δε δικαιολογείται ο νοσηλευτής /τρια να φέρεται και να πράττει απερίσκεπτα. Γιατί οι συνέπειες απερίσκεψιών του έρχονται σε βάρος της ανθρώπινης ύπαρξης..



Χρειάζεται οπωσδήποτε υπευθυνότητα και συνέπεια σε κάθε του βήμα. Η γνώση πριν από την πράξη επιβάλλεται.

### **B. Γιατί πρέπει να το κάνει:**

Όταν ο νοσηλευτής /τρια έχει αποφασίσει μετά από μια πνευματική διεργασία ότι πρέπει να συμμετέχει στην επέμβαση μιας άμβλωσης, θα πρέπει σαφώς να γνωρίζει και γιατί πρέπει να το κάνει.

Κάθε γυναίκα που έρχεται σ' ένα μαιευτικό τμήμα για να κάνει κάποια άμβλωση, πάντα υπάρχει κάποιος λόγος που την οδηγεί σ' αυτή την απόφαση.

Όταν μπαίνει το ζήτημα του κινδύνου ζωής της μητέρας ή του εμβρύου, η εκτέλεση της άμβλωσης παίρνει θεραπευτική μορφή και απέχει πολύ από το σκοπό της εγκληματικής άμβλωσης.

Ο νοσηλευτής /τρια που έχει αποφασίσει ότι μπορεί να λάβει μέρος σ' αυτού του είδους τις αμβλώσεις, έχει κρίνει ότι η ενέργεια αυτή στο συγκεκριμένο θέμα, είναι σωτηρία. Άρα ξέρει τι κάνει και πάνω απ' όλα ξέρει γιατί το κάνει, χωρίς να έχει ενδοιασμούς. (Ζησιμοπούλου, και συν. , 1998).

## **2.4. Νομοθεσία**

Στην Ελλάδα οι αμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν το 1986, παρά την αντίθεση της Εκκλησίας και ένα μέρος της κοινής γνώμης. Η γυναίκα που είναι έγκυος μπορεί να διακόψει την εγκυμοσύνη κατά βούληση μέχρι και την 12<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Δυστυχώς, η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής και ενημέρωσης στα σχολεία και την κοινωνία, καθώς και η περιορισμένη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, κατατάσσουν την Ελλάδα πολύ υψηλά στον κατάλογο των χωρών με το μεγαλύτερο ποσοστό αμβλώσεων ανά εγκυμονούσα γυναίκα.

Η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελεί ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Στη χώρα μας υπολογίζονται 300.000 εκτρώσεις κάθε χρόνο. Η έξαρση του φαινομένου θεωρείται ότι οφείλεται βασικά στην αλλαγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων και στην χαλάρωση των ηθικών αξιών. (Ζαχαροπούλου, 2004).

Σύμφωνα με τα στοιχεία από τους διεθνείς οργανισμούς, στην Ελλάδα πραγματοποιούνται περίπου 100 –120 αμβλώσεις ανά 1.000 εγκυμοσύνες. Μάλιστα, το 6- 7% είναι κορίτσια στην εφηβεία, ηλικίας 14- 19 ετών. Οι αμβλώσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν σε όλα τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία, με διάφορες ασφαλείς μεθόδους.

Το κόστος των αμβλώσεων είναι αρκετά υψηλό, καθώς έχει σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών που υπόκεινται σ' αυτή την διαδικασία. Μια άμβλωση μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές στη σωματική υγεία μιας γυναίκας, που μπορεί να ξεκινούν από αδυναμία και αδιαθεσία στην αρχή, ενώ φτάνουν ως τη στέρωση και τις σοβαρές επιπλοκές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Επιπλέον, σύμφωνα με τους ψυχολόγους, η ψυχική υγεία των γυναικών σε μεγάλο ποσοστό διαταράσσεται, καθώς νοιώθουν τύψεις για το παιδί που χάνεται, αλλά και γι' αυτό που έβαλαν τον εαυτό τους να υποστεί., καθώς πολλές φορές δεν είναι

δική τους επιλογή, αλλά του συντρόφου ή του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Η έλλειψη ουσιαστικής κρατικής μέριμνας και στήριξης των γυναικών και οικογενειών αποτελεί το ουσιαστικό πρόβλημα. Το κράτος απουσιάζει από την διαδικασία ψυχολογικής υποστήριξης των γυναικών που πρόκειται να υποβληθούν ή έχουν υποβληθεί σε άμβλωση.

Οι οργανώσεις στην Ελλάδα τονίζουν ότι το ελληνικό κράτος ουσιαστικά δε στηρίζει τις μητέρες και τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα, ώστε να κρατήσουν το παιδί που κυοφορούν. Μια σοβαρή οικονομική και υλική βοήθεια θα βοηθούσε, ώστε να γεννηθούν αυτά τα παιδιά και να μεγαλώσουν. Αντιθέτως, οι άγαμες μητέρες και τα ζευγάρια με σοβαρό οικονομικό πρόβλημα, οδηγούνται σχεδόν αυτομάτως στην λύση της έκτρωσης, ακόμη και αν επιθυμούν να αποκτήσουν το παιδί.

Όπως επισημαίνεται από τον Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, το ελληνικό κράτος παρέχει στις άγαμες μητέρες 88 ευρώ το δίμηνο για το παιδί. Μάλιστα, το ποσό αυτό το δικαιούνται μόνο εάν το εισόδημά τους είναι κάτω απ' το όριο της φτώχειας, δηλαδή κάτω απ' τα 260 ευρώ περίπου. Επιπλέον, στα νοσοκομεία που πραγματοποιούνται οι εκτρώσεις δεν υπάρχουν συμβουλευτικές ομάδες ή ενημερωτικό υλικό για την ίδια την διαδικασία της έκτρωσης, αλλά και για τις επιλογές της μητέρας.

Η αξία της ζωής ενός αγέννητου παιδιού είναι εξίσου σημαντική με ενός παιδιού που γεννιέται. Η επιλογή της άμβλωσης θα πρέπει να είναι πραγματική και ουσιαστική και όχι εξ' ανάγκης, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου ενέχεται κίνδυνος για την υγεία και τη ζωή της μητέρας ή αφορούν περιπτώσεις κακοποίησης και εκμετάλλευσης. (Σκαπινάκης ,2008).

Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από τη γέννησή του, αλλά η προστασία του δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο κατά το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται.. Στον τελευταίο στόχο αποβλέπουν οι

κανόνες του Ποινικού Δικαίου, ενώ στην διασφάλιση των δικαιωμάτων του φυσικού προσώπου μετά τη γέννησή του αποβλέπει το Αστικό Δίκαιο.

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

Στις παραπάνω εξαιρέσεις προστέθηκαν με το νόμο 821/1978 και άλλες δύο, σύμφωνα με τις οποίες η άμβλωση επιτρέπεται: 1) μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης συνεπάγεται κίνδυνο της ψυχικής υγείας της μητέρας, και 2) 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 των μεταρρυθμίσεων που επήλθαν με το νόμο 1609/ 1986 στο άρθρο 304 του ποινικού κώδικα και τις 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. (Καλογερόπουλος, 1996).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **3.1. Ορισμός Άμβλωσης**

Άμβλωση είναι η θεληματική διακοπή της εγκυμοσύνης πριν το ζων έμβρυο είναι ικανό να επιζήσει εκτός μήτρας με τεχνητά μέσα (χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, απόξεση) για θεραπευτικούς λόγους (όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας) ή για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Ανδρέου, 2001).



### **3.2. Είδη Άμβλώσεων**

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

**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.

**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 (hCG στα ούρα θετική). Η αιμορραγία οφείλεται σε μικρές αποκολλήσεις του πλακούντα στην περιφέρειά του και δε συνοδεύεται από πόνο ή συνοδεύεται από ήπιο μόνο πόνο, στο υπογάστριο, όπως στη δυσμηνόρροια. Το μέγεθος της μήτρας αντιστοιχεί στην διάρκεια της αμηνόρροιας, το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό και οι εμβρυϊκοί υμένες είναι ακέραιοι (δεν παρατηρείται διαφυγή αμνιακού υγρού).

**Διάγνωση.** Αναγκαίες εξετάσεις για την διάγνωση της απειλούμενης έκτρωσης είναι η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, που γίνεται για να εξακριβωθεί το μέγεθος της μήτρας και να διαπιστωθεί εάν το μέγεθος αυτό αντιστοιχεί στην διάρκεια της αμηνόρροιας, καθώς και η επισκόπηση του τραχήλου της μήτρας με μητροσκόπιο, που γίνεται για να διακριβωθεί εάν το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό. Εάν η άρρωστη δε θέλει να εξετασθεί, επειδή φοβάται ότι η επιπλοκή θα επιδεινωθεί, η επιθυμία της πρέπει να γίνει σεβαστή. Υπάρχουν στην περίπτωση αυτή οι εναλλακτικές λύσεις του προσδιορισμού της hCG και της προγεστερόνης, καθώς και της εξέτασης με

υπερήχους. Σημειώνεται ότι με τις εξετάσεις αυτές δεν μπορεί να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο παρουσίας κάποιας νεοπλασματικής εξεργασίας στον τράχηλο.

Η χοριακή γοναδοτροπίνη (RhCG) μπορεί να ανιχνευθεί στον ορό λίγες μέρες πριν την αναμενόμενη εμμηνορρυσία και στα ούρα αμέσως μετά το χρόνο αυτό. Σε φυσιολογική εγκυμοσύνη, τα επίπεδα της h CG σχεδόν διπλασιάζονται κάθε δύο ημέρες κατά τις πρώτες 3- 4 εβδομάδες μετά το χρόνο της αναμενόμενης εμμηνορρυσίας, με τιμές που φτάνουν πάνω από 10.000 ml U /ml. Η έλλειψη αυτής της βαθμιαίας αύξησης συνδέεται αναπόφευκτα με δυσμενή εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Όταν όμως τα επίπεδα της h CG ανέρχονται πάνω από τις 10.000 ml U/ml , η εξέταση παύει να έχει αξία ως διαγνωστικός δείκτης, επειδή στην περίπτωση αυτή η παρουσία βιώσιμου εμβρύου διαπιστώνεται σχεδόν πάντοτε με υπέρηχους.

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

Στην εξέταση με υπέρηχους διαπιστώνεται το βιώσιμο του εμβρύου από την παρουσία φυσιολογικού εμβρυϊκού σάκου με φυσιολογικές 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 υπέρηχους μετά τις 6 εβδομάδες.

**Θεραπεία.** Η απειλούμενη έκτρωση αντιμετωπίζεται ασυμπτωματικά με ελάττωση γενικά της δραστηριότητας της εγκύου. Περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος για πιθανή ύπαρξη θρομβοφιλίας ή άλλων αιτιών και αντίστοιχη χορήγηση ηποφίνης ή ασπιρίνης ανάλογα με τη συμπτωματολογία.



Η εγκυμοσύνη στην απειλούμενη έκτρωση συνεχίζεται ομαλά σε 50% περίπου των περιπτώσεων, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπευτικής αγωγής.

**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 και διάγνωση.** Συνήθως προηγείται η ήπια συμπτωματολογία της απειλούμενης έκτρωσης, που χαρακτηρίζεται από μικρή αιμορραγία, ενώ άλλοτε η αιμορραγία είναι οπισθοπλακούντια και το έμβρυο 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 σύνολό του από το μικρού εύρους τραχηλικό στόμιο, η μήτρα διευρύνεται και αρχίζει να αντιδρά με επώδυνες συστολές. Οι συστολές αυτές στην αρχή διευρύνουν το έσω τραχηλικό στόμιο και τον τραχηλικό αυλό, ο πλακούντας αποκολλάται πλήρως και το κύημα προωθείται προς τον διευρυμένο τράχηλο. Σε αυτή τη μεταβατική φάση η μήτρα αποκτά σχήμα κλειψύθρας, όπως και στην τραχηλική κύηση, με την διαφορά ότι στην τελευταία δεν συνυπάρχουν οι επώδυνες συστολές. Η διάνοιξη του τραχήλου συμπληρώνεται με τη διαστολή και του έξω στομίου, και το κύημα εκβάλλεται μερικώς ή ολικώς προς τον κόλπο.

Σημειώνεται ότι οι παραπάνω φάσεις της αναπόφευκτης έκτρωσης αναφέρονται σε γυναίκες με εγκυμοσύνη 8- 14 εβδομάδων. Στις περιπτώσεις αυτές προηγείται συνήθως η ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και η αιμορραγία είναι άφθονη, επειδή ο πλακούντας παραμένει για περισσότερο χρόνο προσκολλημένος. Σε εγκυμοσύνη <8 εβδομάδων, το έμβρυο και ο φθαρτός μπορούν να εκβληθούν en masse. Μετά τις 14 εβδομάδες μπορεί να γίνει ένας mini τοκετός, με αποβολή πρώτα του εμβρύου και κατόπιν του πλακούντα.

**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 ακόμα 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 ακόμα η άρρωστη προωθηθεί στο χειρουργείο. Σε Rh αρνητικές άρρωστες επιβάλλεται η χορήγηση γ-σφαιρίνης. Τα ξέσματα πρέπει να αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση. Χρειάζεται προσοχή στη διαφορική διάγνωση από την τραχηλική εξωμήτριο εγκυμοσύνη. Εάν η τελευταία εκληφθεί ως αναπόφευκτη έκτρωση, η απόπειρα εξαγωγής του εμβρύου μπορεί να προκαλέσει κατακλυσμιαία αιμορραγία, που πολλές φορές δεν ελέγχεται παρά μόνο με ολική υστερεκτομή.

**Τεχνική της θεραπευτικής απόξεσης με αναρρόφηση.** Η άρρωστη τοποθετείται σε γυναικολογική θέση, καθαρίζεται και καλύπτεται με αποστειρωμένα οθώνια. Εισάγεται στην συνέχεια ένα μιτροσκόπιο (ή κολποσκόπιο) στον κόλπο, ο τράχηλος καθαρίζεται με αντισηπτικό και συλλαμβάνεται το πρόσθιο χείλος του με μονοδοντωτή λαβίδα. Πριν από την εισαγωγή οποιουδήποτε εργαλείου στην κοιλότητα της μήτρας, και τοποθετείται ένα μεταλλικό εργαλείο και γίνεται μέτρηση της κοιλότητας της μήτρας μέσα από το τραχηλοσκόπιο. Στη συνέχεια, μέσω του ήδη ανοικτού και διευρυμένου τραχηλικού αυλού, απομακρύνεται με τολουπολαβίδα ο κύριος όγκος του κυήματος. Τα υπολείμματα του κυήματος απομακρύνονται με ένα ρύγχος αναρρόφησης, που μετακινείται κατά μήκος του πρόσθιου και του οπίσθιου τοιχώματος της μήτρας. Η πλήρης εκκένωση της κοιλότητας της

μήτρας από το περιεχόμενό της γίνεται αντιληπτή με μια χαρακτηριστική αίσθηση στο χέρι.

Η εργομητρίνη δεν είναι απαραίτητη ως συνήθης αγωγή, εκτός αν η αιμορραγία είναι σημαντική.

**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 υπέρηχους.

**Κλινική εικόνα και διάγνωση.** Κατά την εξέταση ο τράχηλος είναι ανοιχτός και ο πόνος είναι ελάχιστος. Σε εγκυμοσύνη >6 εβδομάδων, συνήθως προβάλλουν προς τον κόλπο λίγα τμήματα του πλακούντα, ενώ σε εγκυμοσύνη < 6 εβδομάδων παραμένει μόνο 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 την 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 και γ-σφαιρίνη.

Η επέμβαση γίνεται στο σηπτικό χειρουργείο και παραμένει για λίγες ώρες στη βραχεία νοσηλεία για παρακολούθηση όχι λιγότερο από 36 ώρες. Μπορεί να γίνει και σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 14 εβδομάδες, με την προϋπόθεση ότι ο πλακούντας έχει αποβληθεί αυτομάτως, σχεδόν στο σύνολό του. Στην επέμβαση αυτή η αναισθησία μπορεί να περιορισθεί μόνο στην

διαδικασία της προνάρκωσης (10 mg διαζεπάμης και 50 mg πεθιδίνης σε βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση). Η αγωγή αυτή μπορεί να επαναληφθεί , εάν αυτό κριθεί αναγκαίο, αλλά δεν πρέπει να γίνει υπέρβαση στη χορήγηση των φαρμάκων για να αποφευχθεί η υπερδοσολογία.

**Τελεία έκτρωση.** Ο όρος τελεία έκτρωση, σημαίνει αποβολή του κυήματος στο σύνολό του.

**Συμπτώματα και διάγνωση.** Η έκτρωση χαρακτηρίζεται ως τελεία όταν ο πόνος έχει παύσει και η αιμορραγία έχει διακοπεί ή είναι ελάχιστη. Συνήθως είναι στις περιπτώσεις αυτές 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 συνήθως η κατακράτηση τμημάτων του πλακούντα. Χρήσιμη είναι η υπερηχογραφική εξέταση της μήτρας για την επιβεβαίωση.

**Θεραπεία.** Η άρρωση είναι υπό παρατήρηση για μερικές ημέρες, χωρίς να είναι αναγκαία η εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Απόξεση δε χρειάζεται, εκτός αν η ελάχιστη έστω αιμορραγία επιμένει επί αρκετές ημέρες. Σε όλες τις άρρωστες με αρνητικό Rh είναι απαραίτητη η χορήγηση αντί-D σφαιρίνης σε δόση 100 mg.

**Καθ' έξιν (επαναλαμβανόμενες) εκτρώσεις.** Η κατάσταση αυτή αναφέρεται ότι υπάρχει, όταν μια γυναίκα έχει τουλάχιστον τρεις συνεχείς αποβολές.

**Αίτια και διαγνωστική έρευνα.** 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 από 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. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις δεν βρίσκεται κάποιο συγκεκριμένο αίτιο, γι' αυτό είναι αναγκαία η λεπτομερής και σχολαστική έρευνα, πριν επιτραπεί στην άρρωστη να προχωρήσει σε επόμενη εγκυμοσύνη. Η έρευνα πρέπει να στρέφεται, μετά τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, προς την κατεύθυνση των ανοσιακών διαταραχών, που ευθύνονται για το 70% των επαναλαμβανόμενων αυτόματων εκτρώσεων.

Σε εγκυμοσύνες > 14 εβδομάδων, είναι πιθανότερο ότι η ανάπτυξη του εμβρύου υπήρξε ανευπλοειδική και συνεπώς το αίτιο της έκτρωσης αναφέρεται σε κάποιο μητρικό παράγοντα, όπως σε ορισμένα μητρικά νοσήματα (λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα) ή κάποια τοπική παθολογική κατάσταση στη μήτρα, που συνήθως απαντά στη θεραπευτική αγωγή, ή συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας.

Η βασική έρευνα στις επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις περιλαμβάνει την υστεροσαλπιγγογραφία και τη λαπαροσκόπηση. Η υστεροσαλπιγγογραφία μπορεί να καταδείξει τυχόν ανεπάρκεια του τραχήλου και διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας (π.χ. μια διθάλαμη μήτρα). Η λαπαροσκόπηση μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία κάποιου μηχανικού αιτίου των αποβολών, όπως είναι οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, τα ινομυώματα, και η σημαντική οπίσθια κάμψη της μήτρας.

Η διαγνωστική έρευνα επίσης περιλαμβάνει, ανάλογα με την περίπτωση, τις παρακάτω εξετάσεις:

1. Εξέταση στοματικών επιχρισμάτων
2. Καρυότυπος της μητέρας
3. Καρυότυπος του πατέρα

4. Ακτινογραφία του τουρκικού επιπίου, όταν τα επίπεδα της προλακτίνης είναι υψηλά. (MRI)
5. Ηλεκτροφόρηση Hb
6. Φυλλικό οξύ του ορού
7. Εξέταση κοιλιακού επιχρίσματος, για να αποκλεισθεί ο παράγοντας φλεγμονή
8. Καλλιέργεια τραχηλικού εκκρίματος για μυκόπλασμα και χλαμύδια – ουρεόπλασμα, για κονδυλώματα HPV, Epstein Barr Virus. (EBV)
9. Ακτινογραφία του θώρακα
10. Ουρία αίματος
11. Δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη
12. Δοκιμασίες θυρεοειδικής λειτουργίας
13. Αντισώματα μελιταίου
14. Αντισώματα τοξοπλάσματος
15. Αντισώματα μεγαλοκυτταρικού ιού (CMV).

Σε περίπτωση νέας έκτρωσης, τμήματα του κυήματος πρέπει να διατηρούνται σε καθαρά, στείρα, αποστειρωμένα δοχεία για να χρησιμοποιηθούν για χρωματοσωματική ανάλυση, όταν και εάν τούτο κριθεί αναγκαίο.

Όταν ολοκληρωθεί ο παραπάνω εργαστηριακός έλεγχος και δεν εντοπισθεί κάποιος συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, ακολουθεί ο έλεγχος των ανοσολογικών παραγόντων, που αναφέρονται στους αλλοάνοσους και στους αυτοάνοσους μηχανισμούς. Στις απαραίτητες εξετάσεις περιλαμβάνονται:

1. Αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (αντιπηκτικό και αντικαρδιολιπινικά αντισώματα του λύκου).

2. Χρόνος κεφαλίνης και αριθμός αιμοπεταλίων
3. Αντιγόνα ιστοσυμβατότητας
4. Αντιπατρικά κυτταροτοξικά αντισώματα (στην τραχηλική βλέννη).
5. Καλλιέργεια λεμφοκυττάρων (μικτή των συζύγων και έναντι τρίτου ατόμου).

1. **Θεραπεία.** Η θεραπεία κατευθύνεται προς την εξάλειψη του αιτίου. Τα ινομυώματα πρέπει να εξαιρούνται και οι διαπλαστικές ανωμαλίες να επανορθώνονται με πλαστικές εγχειρήσεις. Η ανεπάρκεια του τραχήλου (<2,5 cm) πρέπει να αντιμετωπίζεται με περιδέσή του, με τη κλασική μέθοδο του Shirodkar σε μεγάλη κακοποίηση του τραχήλου και με την τροποποιημένη μέθοδο περιδέσεως κατά McDonald σε αμιγή ανεπάρκεια.

Στην εγχείρηση κατά Mc Donald, χρησιμοποιείται ένα μονόκλωνο ράμμα prolene No 2, που τοποθετείται ψηλά στον τράχηλο πολύ κοντά στο έσω τραχηλικό στόμιο.

Η περιδέση του τραχήλου δεν πρέπει να γίνεται πριν από τις 14 εβδομάδες, για να συμπληρωθεί στο μεταξύ η έκτρωση που οφείλεται σε άλλους παράγοντες, αλλά ούτε μετά τις 20 εβδομάδες. Προηγουμένως πρέπει να θεραπεύονται οι τραχηλικές φλεγμονές και να γίνονται καλλιέργειες για γονόρροια, χλαμύδια και στρεπτόκοκκους της ομάδας Β. Μετά τις 20 εβδομάδες η περιδέση μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό, ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, χοριοαμνιονίτιδα ή ενδομήτρια φλεγμονή. Στις επιπλοκές αυτές η ραφή πρέπει να κόβεται, για να καταστεί δυνατή η άμεση εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας από το κύημα και να αποφευχθεί ο κίνδυνος ανιούσας λοίμωξης ή ρήξης της μήτρας ή του τραχήλου, όταν προκληθούν έντονες συστολές της μήτρας.

Εάν με τον πλήρη εργαστηριακό έλεγχο δε βρεθούν εμφανείς αιτιολογικοί παράγοντες, πρέπει να αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο ανοσοθεραπείας.

Στις εκτρώσεις που οφείλονται σε αλλοάνοσους μηχανισμούς, η θεραπεία συνιστάται στον εμβολιασμό με ζωντανά λεμφοκύτταρα, κατά προτίμηση του πατέρα, για να προκληθεί διέγερση της μητρικής απάντησης προς τα τροφοβλαστικά αντιγόνα (μητρική ανοσοποίηση με λεμφοκυτταρικά αντιγόνα HLA και κατά συνέπεια με αντιγόνα TLX, από διασταυρούμενη αντίδραση). Το αποτέλεσμα αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση τουλάχιστον 150 εκατομμυρίων λεμφοκυττάρων, κυρίως ενδοφλέβια και κατά ένα μικρό ποσοστό υποδόρια ή ενδοδερμικά.

Στις εκτρώσεις που προκαλούνται από τα αυτοάνοσα νοσήματα (ερυθηματώδης λύκος) εφαρμόζεται αντιπηκτική αγωγή πριν από την εργαστηριακή διάγνωση της εγκυμοσύνης (δηλαδή πριν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου) με ηπαρίνη και ασπιρίνη ή και θεραπεία με κορτιζόνη. Η ηπαρίνη δε διέρχεται το φραγμό του πλακούντα και η ασπιρίνη χορηγείται σε πολύ μικρές δόσεις των 75mg. Η κορτιζόνη δε βλάπτει το έμβρυο.

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

**1. Συμπτώματα και διάγνωση .** Το έμβρυο 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



διαγνωστεί και δε διενεργηθεί θεραπευτική απόξεση. Μετά τις 12 εβδομάδες μπορεί να σχηματισθεί σαρκώδης μύλη, ενώ μετά τις 18 εβδομάδες το έμβρυο αποβάλλεται συνήθως σε κατάσταση εμβροχής.

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

2. **Θεραπεία.** Πρατήρηση και αναμονή μέχρι την αυτόματη εκβολή του εμβρύου και έναρξη της αιμορραγίας που επέρχεται συνήθως σε διάστημα μιας ή, το πολύ, δύο εβδομάδων. Το 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 την διάρκειά της και κατά την καθυστερημένη γυναικολογική επέμβαση διάχυτη ενδαγγειακή πήξη του αίματος. Η τελευταία οφείλεται στην μαζική εισαγωγή στην κυκλοφορία θρομβοπλαστινών, από τον εκφυλιζόμενο πλακούντα. Γίνεται κατανοητό ότι, εάν επιλεγεί η αναμονή είναι αναγκαίο να γίνεται προσδιορισμός του ινωδογόνου .

Εάν το μέγεθος της μήτρας αντιστοιχεί σε κύηση μικρότερη των 12 εβδομάδων, η διαστολή του τραχήλου είναι εφικτή και η εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας γίνεται κατά προτίμηση με αναρρόφηση. Σε μέγεθος μήτρας μεγαλύτερο των 12 εβδομάδων μπορεί να επιλεγεί η ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, αφού προηγηθεί η ενδοβλέβια ή ενδομήτρια έγχυση προσταγλανδινών . Κατάλληλη για την ενδοφλέβια έγχυση είναι η PGF 2a σε 1000 κ.εκ. – περίπου 15 σταγόνες / 1' λεπτό. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν προσταγλαδίνες εξωαμνιακώς. Σε αρνητικό Rh χορηγείται γ-σφαιρίνη. (Καλογερόπουλος, 1996).

### **3.3 Μέθοδοι διακοπής κύησης**

Στις χειρουργικές επεμβάσεις μπορούμε να κατατάξουμε και την εκτέλεση άμβλωσης, που δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, γιατί δεν προλαβαίνει τη σύλληψη, αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κυήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα.

Άμβλωση μπορούμε να πετύχουμε:

1. Με την εισαγωγή λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του Karman, στην ενδομήτρια κοιλότητα, που μας βοηθάει να αναρροφήσουμε το κύημα λίγες ημέρες μετά τη καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας ή και πριν την επέλευσή της, όταν υπάρχουν φόβοι ανεπιθύμητης σύλληψης. Η μέθοδος δεν έτυχε καλής υποδοχής, γιατί το κύημα μπορεί να παραμείνει και μετά την αναρρόφηση και γιατί, σε περίπτωση έκτοπης εγκυμοσύνης, αυτή περνάει αδιάγνωστη στην αρχή της.
2. Με την αναρρόφηση του κυήματος ύστερα από διαστολή του τραχήλου σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.
3. Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας, για την έξοδο του κυήματος σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.
4. Με την εξωαμνιακή έγχυση πρασταναγιδίνης F 2a για να προκαλέσουμε συσπάσεις της μήτρας και έξοδο του κυήματος. Μετά την έξοδό του ακολουθεί απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
5. Με την εισαγωγή λαμιναρίων (ρίζα θαλάσσιου φυτού που έχει την ιδιότητα να φουσκώνει, όταν υγραίνεται) στην ενδοτραχηλική κοιλότητα, ύστερα από διαστολή του τραχήλου, για την επιτυχία μεγαλύτερης διαστολής του, και συσπάσεων της μήτρας, που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος. Την έξοδό του ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

6. Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη (του πρώτου συγγραφέα) 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 ενδομήτριας κοιλότητας.
7. Με την ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F2a κατά προτίμηση στο δεξιό πλάγιο της μήτρας, γιατί εκεί υπάρχουν περισσότεροι υποδοχείς, για την πρόκληση συσπάσεων. Ακολουθούν συσπάσεις της μήτρας, έξοδος του κνήματος και αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
8. Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματά της δεν είναι ικανοποιητικά. Συνδιάζεται με ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.
9. Με την ενδοαμνιακή έγχυση τόσης ποσότητας χλωριούχου διαλύματος, (Κάλιο) όσης αφαιρέσαμε με αμνιοπαρακέντηση σε αμνιακό υγρό. Παράλληλα χορηγούμε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη.
10. Με την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F2a (πρόσφατα προτιμάται ο μεθυλικός εστέρας της) ή με την κοιλική ή από το ορθό εφαρμογή της σε υπόθετα.
11. Με την εκτέλεση υστεροτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη.
12. Με την εκτέλεση υστεροτομίας όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, η γυναίκα πάνω από 36 ετών και δεν επιθυμεί την απόκτηση άλλων παιδιών.

Επιπλοκές της εκκένωσης της μήτρας αποτελούν η διάτρισή της και οι αιμορραγίες. Οι προσταγλανδίνες δυνατό να προκαλέσουν υπέρταση, ταχυκαρδία, ναυτία και έμετο. Απώτερες επιπλοκές των αμβλώσεων είναι η αιμορραγία από κατακράτηση υπολειμμάτων του κυήματος, ή φλεγμονή ή θρομβοφλεβίτιδα, η δευτεροπαθής στειρώση από ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων η έμφραξη των σαλπινγικών αυλών, ο πρώιμος τοκετός από ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κ.λ.π.

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. (Παπανικολάου, 1995).



### **3.4. Επιπτώσεις αμβλώσεων**

Σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε κι αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε κι αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και τη ζωή της μητέρας, γιατί ας μη ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από την γέννηση, όσο από την άμβλωση. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και τον θάνατο και έχεις σοβαρές συνέπειες για τη ψυχική υγεία της μητέρας. Αναλυτικότερα οι επιπλοκές διακρίνονται σε :

#### **3.4.1. Επιπτώσεις κλινικές**

##### **Άμεσες**

Οι άμεσες επιπτώσεις αναφέρονται κυρίως στο γεννητικό σύστημα και είναι :

- ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου
- ενδομητρικές συμφύσεις
- φλεγμονή του ενδομητρίου
- φλεγμονή των σαλπίγγων
- ακατάσχετη αιμορραγία
- διάτρηση της μήτρας
- Χρόνια φλεγμονή

##### **Έμμεσες:**

- Σηπτική έκτρωση
- Αποβολές
- Πρόωροι τοκετοί

- Διαταραχές έμμηνου ρύσεως
- Επιπτώσεις σε επόμενη κύηση
- Στείρωση
- Εξωσωματική γονιμοποίηση (Γιαννοπούλου,1999)

### **3.4.2. Οργανικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας**

Η έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της.

#### **Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία.**

##### **Θάνατος**

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

##### **Καρκίνος του μαστού**

Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση

εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά. ([www.Akazoo.gr](http://www.Akazoo.gr), 2008).

### **Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος**

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ότι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μιας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται. ([www.Akazoo.gr](http://www.Akazoo.gr), 2008).

### **Διάτρηση της μήτρας**

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

## **Ρήξη του τραχήλου**

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

## **Προδρομικός πλακούς**

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

## **Προβληματικά παιδιά στις επόμενες κυήσεις**

Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρόιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κυήσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα.



### **Εξωμήτριος κύηση**

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

### **Πυελική φλεγμονή**

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

### **Ενδομητρίτις**

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

### **Άμεσες επιπλοκές**

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που

μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, επιπλοκές στο ΚΝΣ (σπασμοί), διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις "δευτερεύουσες" επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, χρόνιος κοιλιακός πόνος, έμετος, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus.

### **Αυξημένοι κίνδυνοι για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μία εκτρώσεις**

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

### **Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες**

Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων , υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

### **Αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση συμπεριφοράς επιβλαβούς για την υγεία**

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στην

διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η έκτρωση σχετίζονται, η κάθε μία, με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμητρίους κυήσεις. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω της έκτρωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης.

### **Άλλες αναφερθείσες βλάβες**

Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κύησης, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4%. “Μας προκάλεσε έκπληξη το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε μέτρια ή μεγαλύτερη καταπόνηση στη διάρκεια της επέμβασης [άμβλωσης]. Δεν περιμέναμε τόσο πολλές γυναίκες να αναφέρουν πολύ έντονο πόνο”. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%, και οι ερευνητές είναι 99% βέβαιοι γι’ αυτό το φαινόμενο. “Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης [HIV-1] σχετίζονται με την άμβλωση (0,49%) απ’ ότι με τον τοκετό (0,18%). Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 ετών και κρατήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν όμως κάνει έκτρωση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο 15% (υποθέτοντας ότι θα αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί μέχρι την ηλικία των 30). Εάν εξαιτίας της έκτρωσης υποστεί στειρώση ή/ και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο 30%. ([www.alopsis.gr](http://www.alopsis.gr) , 2008)

### **3.4.3. Ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας**



Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το "μετεκρωτικό σύνδρομο".

44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές 36% διαταραχές ύπνου, 30%-50% προβλήματα στην σεξουαλική ζωή, 25% επισκέπτονται ψυχίατρο –60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία.

Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης του ζευγαριού στον χωρισμό ή το διαζύγιο.

### **Ανάγκη ψυχικής θεραπείας**

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν από 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δυο 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 3 (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 τη 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 μία έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών άρρωστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.

### **Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (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. Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά

όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20- 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Επειδή αυτή είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλήρης από τις άλλες της παρούσας ενότητας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μία 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 μία 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 κυήσεώς τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, και η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτήν 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.

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: Υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή .(www. Akazoo.gr , 2008).

### **3.5. Νοσηλευτική φροντίδα πριν από μια άμβλωση**

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβρυο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτήν την ενέργεια.

Επειδή όμως η φύση αλλά και ο Δημιουργός, του στερεί αυτή την δυνατότητα σ' αυτήν την εμβρυϊκή φάση της ζωής του, την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη πληροφόρηση αλλά και την ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα "αποφασίσουν" για τη συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και τα επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

“Η ξερή εφαρμογή της ιατρικής από έναν γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση τη ξερή εφαρμογή της Νοσηλευτικής από έναν 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, δε φθάνει μόνο η σοφία. Η νοσηλευτική φροντίδα λοιπόν που είναι σε θέση να προσφέρει ο νοσηλευτής /τρια πριν από μία άμβλωση έγκειται στην ψυχολογική υποστήριξη της μητέρας. (Ζησιμοπούλου και συν. , 1998).

Η ιδιωτικότητα αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα που στο χώρο του νοσοκομείου συχνά παραβιάζεται. Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών και συχνά παραβιάζει ή δεν λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία του δικαιώματος αυτού. Πρέπει λοιπόν το νοσηλευτικό προσωπικό να συνειδητοποιήσει την σπουδαιότητα της ιδιωτικότητας και να την διασφαλίζει σε κάθε νοσηλευτική πράξη. ( Κυρίτση και συν. , 2003)



***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

## **4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. Διατύπωση του προβλήματος**

Η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος απαιτεί ακρίβεια και σαφώς το κάθε ερευνητικό πρόβλημα πρέπει να πληροί δύο βασικούς όρους: τον όρο της σχετικότητας και αυτόν της δυνατότητας της πρακτικής εφαρμογής του (Bird et al., 1999).

Η πρωτοτυπία, η συμβολή στην κεκτημένη γνώση, η προσβασιμότητα σε πηγές, η μεθοδολογική προσέγγιση, η διατύπωση της ερευνητικής υπόθεσης και το κοινό στο οποίο απευθύνεται η έρευνα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία τόσο από πρακτική όσο και από θεωρητική άποψη (Παρασκευόπουλος, 1993, Δημητριάδη, 2004, σελ. 8).

Κάνοντας μια πιο προσεκτική ανάλυση του ερευνητικού θέματος που θέλουμε να μελετήσουμε μπορούμε να καταγράψουμε υποθέματα του σκοπού της έρευνάς μας. Η έρευνά μας εστιάζεται στη στάση των φοιτητών και φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας στα ζητήματα της άμβλωσης.

Η επιλογή της συγκεκριμένης διάστασης της έρευνάς μας έγινε, καθώς η αύξηση των αμβλώσεων είναι φαινόμενο της εποχής μας.

Η σωστή πρόληψη όπως αναφέραμε στο Α΄ μέρος είναι ο εντοπισμός των αιτίων στην εμφάνιση του προβλήματος και όχι μια απλή ενημέρωση στις συνέπειες που δημιουργούνται.

Βασικός άξονας της έρευνάς μας λοιπόν είναι η επιμόρφωση των φοιτητών και φοιτητριών του Τμήματος της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρα στο προαναφερθέν θέμα.

Συνεπώς η ήδη κεκτημένη γνώση της επιστημονικής κοινότητας για την πρόληψη των αμβλώσεων στους έφηβους είναι ελλιπής.

#### **4.2. Σκοπός της εργασίας**

Ο σκοπός της έρευνας είναι:

- Ø Να διερευνηθεί η στάση των φοιτητών και των φοιτητριών της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας απέναντι στα ζητήματα της άμβλωσης με απώτερο αποτέλεσμα τον περιορισμό και την πρόληψη του φαινομένου.

#### **4.3. Ερευνητικοί – Άξονες – Στόχοι**

Οι ερευνητικοί άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής:

- Ø Βαθμός γνώσης που έχουν οι σπουδαστές επάνω στο θέμα της αντιμετώπισης των αμβλώσεων
- Ø Βαθμός δυνατότητας αξιοποίησης των γνώσεων για την καταπολέμηση των αιτιών στο σχετικό θέμα
- Ø Γνώμη των φοιτητών για τα επιμορφωτικά προγράμματα σε θέματα «Οικογενειακού Προγραμματισμού»

#### **4.4. Ερευνητικά Ερωτήματα**

Οι προαναφερόμενοι άξονες σε συνδυασμό με το θεωρητικό πλαίσιο και την προσωπική προβληματική βάσει εμπειρικών δεδομένων οδήγησαν στη διαπίστωση των ακόλουθων ερευνητικών ερωτημάτων.

- Ø Οι σπουδαστές της Νοσηλευτικής έχουν συγκεκριμένες επιμορφωτικές ανάγκες και ποιες είναι αυτές;
- Ø Υπάρχει δυνατότητα αξιοποίησης δηλαδή εφαρμογής των δεδομένων επιμορφωτικών προγραμμάτων στο εν λόγω θέμα μέσα στο υπάρχον εκπαιδευτικό πρόγραμμα;

- Ø Ποια η γνώμη των σπουδαστών του ΑΤΕΙ Πάτρας για σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων επιμορφωτικά προγράμματα όσον αφορά τη δομή τους και την επιλογή του διδακτικού προσωπικού;

***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>***

## **ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ**

### **5.1. Μεθοδολογία της έρευνας**

Με βάση την μέχρι σήμερα βιβλιογραφική διερεύνηση, στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί επιστημονική μελέτη καταγραφής των επιμορφωτικών αναγκών των σπουδαστών στο εν λόγω θέμα.

Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάναμε τη συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με τον σκοπό και τους στόχους που θέτει η έρευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα μπορεί να πραγματοποιηθεί. Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μια συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της έρευνάς του, εντούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορούν να μας οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου.

Από τα βασικά ερωτήματα που προαναφέρθηκαν, από την αξιοποίηση της σχετικής βιβλιογραφίας, από την προβληματική που προκύπτει από τα αναφερόμενα στο θεωρητικό πλαίσιο, από τη προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα από τις σχετικές συζητήσεις σε προ-ερευνητικό επίπεδο συναδέλφους σπουδαστές προκύπτουν τα εξής:

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας καθώς και ο προσδιορισμός του καταλληλότερου θεωρητικού πλαισίου στο οποίο εντάσσονται οι συγκεκριμένες επιμορφωτικές ανάγκες (ως αντιπροσωπευτικότερη επιλέγεται η ψυχο-κοινωνιολογική προσέγγιση), υπαγορεύουν τη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθεί: επιλέγεται ως προσφορότερη η «πολύ-μεθοδική προσέγγιση» (Cohen & Manion, 1997, 323 - 340). Η επιλογή αυτή ενισχύεται επιπλέον και από αξιοποίηση της προβληματικής που αναδεικνύεται από το θεωρητικό πλαίσιο. Ενδεικτικά, λόγω της έλλειψης και της ασάφειας στο σχηματισμό πλαισίων του

συγκεκριμένου προβλήματος μπορεί να προκύπτουν, εκτός από ανάγκες συνειδητές και ρητές, και ανάγκες λανθάνουσες ή μη ρητές, η ανίχνευση των οποίων γίνεται καλύτερα μέσω της πολύ-μεθοδικής προσέγγισης.

Πιο συγκεκριμένα, προηγείται πιλοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου η οποία θα συντελέσει στην οριστικοποίηση των καταλληλότερων ερευνητικών αξόνων του θέματος.

Στη συνέχεια (στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας) χρησιμοποιείται η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας. Μέσω της τυποποίησης των συλλεγομένων στοιχείων, δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης και ανάδειξης γενικών τάσεων και ομοιομορφιών δηλαδή οδηγούμαστε στην συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων (Cohen & Manion, 1997, Φίλιας, 1997, Κυριαζή, 2000, σ.99). Επίσης η ποσοτική μέθοδος θέτει σε δοκιμασία τις παραγόμενες θεωρίες της ποιοτικής προσέγγισης, επιτρέποντας την



## **5.2. Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας**

### **5.2.1 Πληθυσμός**

Πηγή άντλησης πληροφοριών αποτέλεσαν **100** φοιτητές και φοιτήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Ο αριθμός αυτός θεωρείται επαρκής γιατί η έρευνα μας περιορίζεται μόνο στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας.

### **5.2.2. Δείγμα**

Το δείγμα καλύπτει το 100% των σπουδαστών νοσηλευτών της Πάτρας και θεωρείται αντιπροσωπευτικό, γιατί αποτελεί το 1/5 του συνόλου των σπουδαστών νοσηλευτών, διότι με την μέθοδο της διαστρωμάτωσης ελήφθησαν ερωτηματολόγια από σπουδαστές όλων των εξαμήνων (τυχαία επιλογή).

### **5.2.3. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Γενικά για να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας μας λάβαμε υπόψη μας τα εξής:

- Να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές ή κριτήρια αξιολόγησης καθώς «όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τους, τόσο περισσότερο έγκυρος και αξιόπιστος μπορεί να είναι ο προσδιορισμός αυτός» (Μακράκης, 1998, σ.270).
- Χρησιμοποιήσαμε την πεντάβαθμη κλίμακα Likert που ελαχιστοποιεί τις λανθασμένες απαντήσεις και δίνει αξιόπιστα στοιχεία.
- Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διαφορούμενες και πολύπλευρες. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, και τον προκαταρκτικό έλεγχο

του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων ενός μικρού δείγματος, συμπίπτουν με τις απαντήσεις των ερωτώμενων του ευρύτερου δείγματος.

- Η πιλοτική έρευνα αυξάνει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς εξασφαλίζεται μέσω της δοκιμής η άντληση στοιχείων σχετικά με τη διερευνούμενη διάσταση (Faulkner et al., 1999).

#### **5.2.4 Τόπος και Χρόνος της έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν το Ιούνιο του 2008 στην Πάτρα και οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με τις υπεύθυνες της έρευνας στο Τ.Ε.Ι. της Πάτρας.

#### **5.2.5 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία**

Οι κυριότερες δυσκολίες εστιάστηκαν κυρίως στη συλλογή των δεδομένων και αφορούσαν:

- Τη μη συμπλήρωση ορισμένων ερωτηματολογίων. Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι παραλήπτες του ερωτηματολογίου ήταν α) ο «βομβαρδισμός» από ερωτηματολόγια για έρευνα φοιτητών διαφόρων σχολών, β) η έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας, ή άλλων υποχρεώσεων
- Οι περισσότεροι ζήτησαν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει μέσα στο χώρο της εργασίας και του ωραρίου τους.

#### **5.2.6. Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και περιορισμών**

Λόγω των υποχρεώσεων τους η συμπλήρωση έγινε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα αλλά μέσα στο χώρο και χρόνο της εργασίας τους .

- Επειδή ορισμένοι ιδιαίτερα βιαστικοί αρχίζουν συνήθως την συμπλήρωση χωρίς διευκρινήσεις γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση

τη σαφή κατανόηση όλων των ζητούμενων κάθε ερευνητικής προσπάθειας. Οι διευκρινίσεις δόθηκαν εγκαίρως.

- Μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων και τις σχετικές διευκρινήσεις επειδή η παρουσία των ερευνητριών ίσως δημιουργούσε επηρεασμό των ερωτώμενων γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αποχώρησή τους.

Για να αποτραπεί ο επηρεασμός των ερωτώμενων λόγω συναδελφικής σχέσης και να μη δοθούν απαντήσεις «κατάλληλες» (Faulkner & συν. 1999) δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την ουδέτερη στάση των ερευνητριών κατά τη συλλογή και την επεξεργασία των στοιχείων (Cohen, Manion, 1997).

### **5.3 Τα εργαλεία της έρευνας**

Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε σαν εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

#### **Το ερωτηματολόγιο**

Σ' αυτή την έρευνα χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με το πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία για την έρευνα (Βάμβουκας, 1991).

Βασικό μέλημα κατά την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου είναι η ανταπόκριση του περιεχομένου του στους στόχους της σύνταξης του, προκειμένου να καταστεί σεβαστό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο (Φραγκούλης, 2001).

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο (ώστε να διασφαλιστεί η αμεροληψία των απαντήσεων) και κωδικοποιημένο. Πιο ειδικά το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ένα σύνολο κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων ώστε να εξασφαλιστεί η συγκριτικότητα των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η ανάλυση.

Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγινε κυρίως με την ασυνεχή τακτική μέτρηση Likert, αλλά και με την επεξεργασία ερωτήσεων δυαδικής και πολλαπλής επιλογής με στόχο την ποσοτικοποίηση των πληροφοριών και των δεδομένων της έρευνας και η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου στηρίζεται στη διαθέσιμη βιβλιογραφία. Στο ερωτηματολόγιο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση:

- στον προσδιορισμό των πιο πρόσφορων λεκτικών διατυπώσεων, ώστε να διερευνάται με ακρίβεια το ζητούμενο και να γίνεται κατανοητή η

ερώτηση από τα υποκείμενα της έρευνας (Φραγκούλης, 2001) Δηλαδή, ερωτήσεις κατανοητές με ξεκάθαρες έννοιες, λιτές και σύντομες, μονοδιάστατες, η διατύπωση να μην προτρέπει σε συγκεκριμένη απάντηση, να απευθύνεται στο μορφωτικό επίπεδο των σπουδαστών.

- στην καλή οργάνωση και εμφάνιση του ερωτηματολογίου (Κυριαζή, 1999, σ.138).
- στη μη χρήση καθοδηγούμενων (*leading questions*) και ασαφών (Λαμπίρη -Δημάκη, 2003, σ.124) ερωτήσεων
- στην ουδετερότητα του ερευνητή (Javeau, 1999, σ.156), όπου δίδονται επεξηγήσεις με γνώμονα πάντα να μην επηρεαστεί η άποψη των ερωτώμενων από την υποκειμενική, προσωπική άποψη, ή την μεροληψία του ερευνητή,
- στο να πεισθούν οι ερωτώμενοι ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων, στο να μην επηρεασθούν οι σπουδαστές από το ρόλο του ερευνητή
- στη διάθεση κατάλληλου χώρου και χρόνου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
- στη διάθεση χρόνου για επεξηγήσεις
- Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τοποθετούνται όλα μαζί σε ένα φάκελο.

#### **5.4 Αξιοπιστία και Εγκυρότητα**

Με τον όρο «αξιοπιστία» εννοούμε το βαθμό σταθερότητας των μετρήσεων και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Faulkner, κ.α., 1999).

Η «εγκυρότητα» είναι ο βαθμός ακρίβειας με την οποία παρουσιάζονται τα γεγονότα (Bird, και συν., 1999 σ. 55 - 56). Εγκυρότητα καλείται ο βαθμός με τον οποίο τα συλλεχθέντα στοιχεία, πραγματικά αντανακλούν το φαινόμενο που ερευνάται (Ανδριώτης, 2003, σ. 162).

Εσωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την πραγματική ουσία των συγκεκριμένων ευρημάτων.

Εξωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για τη γενικευτική ισχύ των συγκεκριμένων ευρημάτων σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Ο ερευνητής αφού πρώτα εξασφαλίσει ικανοποιητική αξιοπιστία και βεβαιωθεί ότι οι μετρήσεις του είναι σταθερές και συνεπείς, θα πρέπει να εξακριβώσει κατά πόσο οι μετρήσεις του έχουν εγκυρότητα και ότι πράγματι εφαρμόζουν τη μελετώμενη μεταβλητή. Η αξιοπιστία είναι μεν αναγκαία προϋπόθεση για να είναι οι μετρήσεις κατάλληλες, όμως δεν διασφαλίζει την επάρκειά τους. Πρέπει οι μετρήσεις να είναι συγχρόνως και έγκυρες.

Η πρώτη επιβεβαίωση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας έγινε με τον προκαταρκτικό έλεγχο σε δείγμα 30 ατόμων και δε δημιούργησε πρόβλημα για επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, γιατί υπήρχε ταύτιση των απαντήσεων με ευρύτερο δείγμα. Όσον αφορά την εγκυρότητα των πληροφοριών μας, την εξασφαλίζει η φερεγγυότητα των ανθρώπων που απαντούν. Επιπρόσθετα με

τη δική μας παρουσία κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου δώσαμε τις απαραίτητες εξηγήσεις και επισημάναμε την αναγκαιότητα της έρευνας ώστε να εξασφαλίσουμε τη μεγαλύτερη ανταπόκριση και την πιο προσεκτική επιμελημένη απάντηση στο ερωτηματολόγιο μας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην φανερώνουν στόχους της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα της ερευνάς αποφεύγοντας οι ερωτηθέντες να δίνουν απαντήσεις που θα ικανοποιούν και θα είναι αρεστές ή όχι.

Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, γιατί προσφέρεται για εύκολα καταμετρήσιμες και διαχρονικά συγκρίσιμες απαντήσεις (Κυριαζής, 1999). Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεις, ώστε ο ερωτώμενος να επιλέξει υποχρεωτικά από τις προκαθορισμένες απαντήσεις. Το πεδίο εφαρμογής τους περιορίζεται στη συγκέντρωση αντικειμενικών χαρακτηριστικών. Η ταξινόμηση των επιλογών είναι εύκολη (Javeau, 2000), δεν υπάρχει πρόβλημα ερμηνείας των απαντήσεων, γίνεται οικονομία χώρου και χρόνου εφόσον οι ερωτώμενοι δεν απαντούν όσοι και όσο θέλουν (Δημητρόπουλος, 2001).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από μας προσωπικά, διότι η αμεσότητα στην επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, επεξήγησης από τον ερευνητή σε περίπτωση παρανόησης κάποιας ερώτησης κ.α. (Faulkner, & συν. 1999, σ. 102).

#### **5.4.1. Δομή Ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται: α) από μια κατηγορία ερωτήσεων από όπου συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με το ατομικό προφίλ των ερωτώμενων: οι τέσσερις πρώτες ερωτήσεις αφορούν το φύλο, την ηλικία και την ιδιότητα τους, και το επίπεδο γνώσεών τους β) από τέσσερις ομάδες

ερωτήσεων κλειστού τύπου και οκτώ ανοικτού τύπου όπου οι ερωτώμενοι εκφέρουν ελεύθερα τη γνώμη τους.

#### **5.4.2. Επιλογή Ερωτήσεων – Ερωτηματολογίων**

Λαμβάνοντας υπόψην όλες τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις καταλήξαμε σε πολύπλευρες συγκεντρωτικές ερωτήσεις που μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την επιμόρφωση μέσω της ονομαστικής κλίμακας και μέσω της προσωπικής εμπειρίας.

#### **Ερωτηματολόγιο**

Στο ερωτηματολόγιο μετά την παροχή των δημογραφικών στοιχείων, οι ερωτήσεις εστιάζονται στην γνώμη των φοιτητών και φοιτητριών στα ζητήματα των αμβλώσεων.



## **5.5. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου**

Περιγραφική κατανομή του δείγματος

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων και σχημάτων όπου κρίνεται απαραίτητο.

A. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

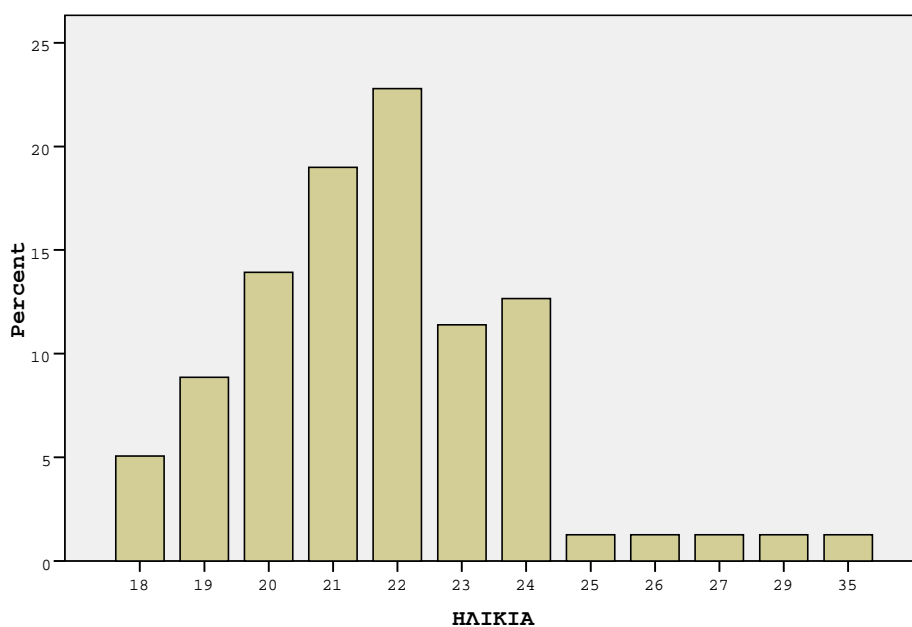
Με τη βοήθεια στατιστικών πινάκων, τύπων και σχημάτων παρουσιάζονται τα ευρήματα που αναφέρονται στη διερεύνηση για τη στάση των φοιτητών και φοιτητριών της νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας απέναντι στα ζητήματα της άμβλωσης.

**Πίνακας 1. Κατανομή ως προς την ηλικία**

**ΗΛΙΚΙΑ**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό 18	4	5,1	5,1	5,1
19	7	8,9	8,9	13,9
20	11	13,9	13,9	27,8
21	15	19,0	19,0	46,8
22	18	22,8	22,8	69,6
23	9	11,4	11,4	81,0
24	10	12,7	12,7	93,7
25	1	1,3	1,3	94,9
26	1	1,3	1,3	96,2
27	1	1,3	1,3	97,5
29	1	1,3	1,3	98,7
35	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**ΗΛΙΚΙΑ**



**Σχήμα 1. Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικία.**

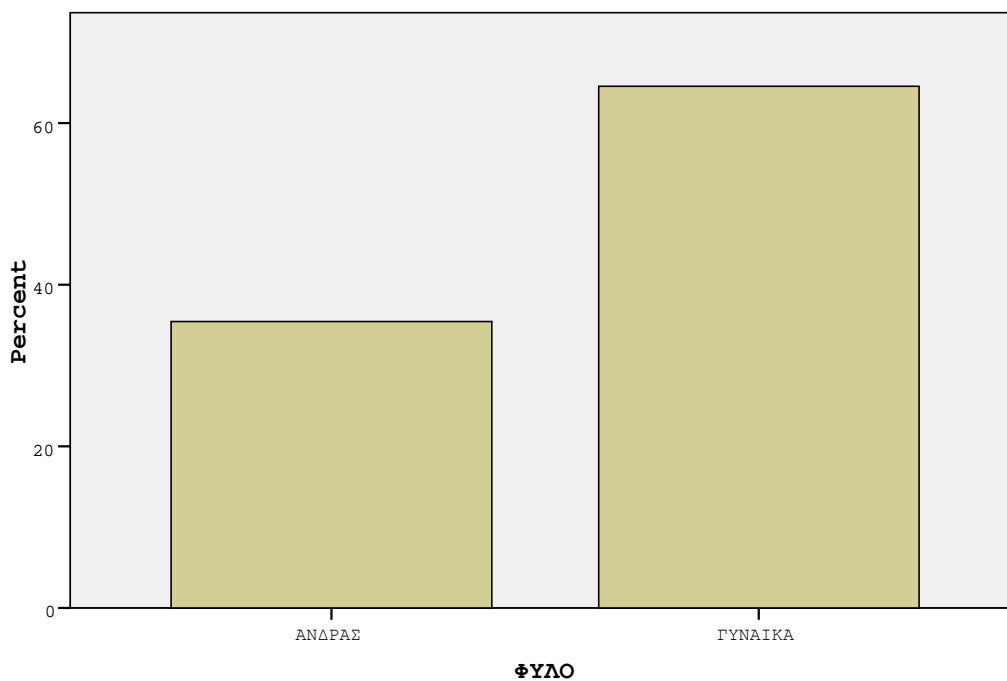
**Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 22,8 % ) ήταν 22 ετών.**

## Πίνακας 2. Κατανομή ως προς το φύλλο

### ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό	ΑΝΔΡΑΣ	28	35,4	35,4
	ΓΥΝΑΙΚΑ	51	64,6	100,0
	Σύνολο	79	100,0	100,0

### ΦΥΛΟ



**Σχήμα 2. Κατανομή ως προς το φύλλο.**

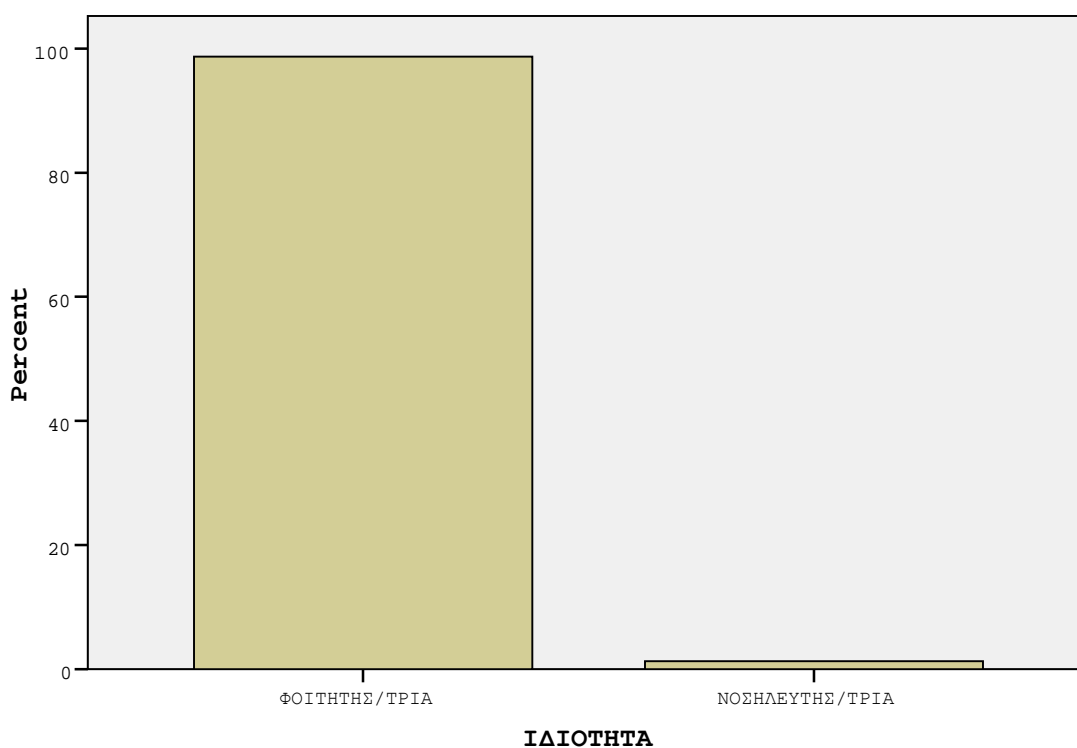
**Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 64,6 % ) ήταν γυναίκες.**

### Πίνακας 3. Κατανομή ως προς την ιδιότητα

#### ΙΔΙΟΤΗΤΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ ΤΡΙΑ	78	98,7	98,7	98,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΗΣ/ΤΡΙΑ	1	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

#### ΙΔΙΟΤΗΤΑ



*Σχήμα 3. Κατανομή ως προς την ιδιότητα.*

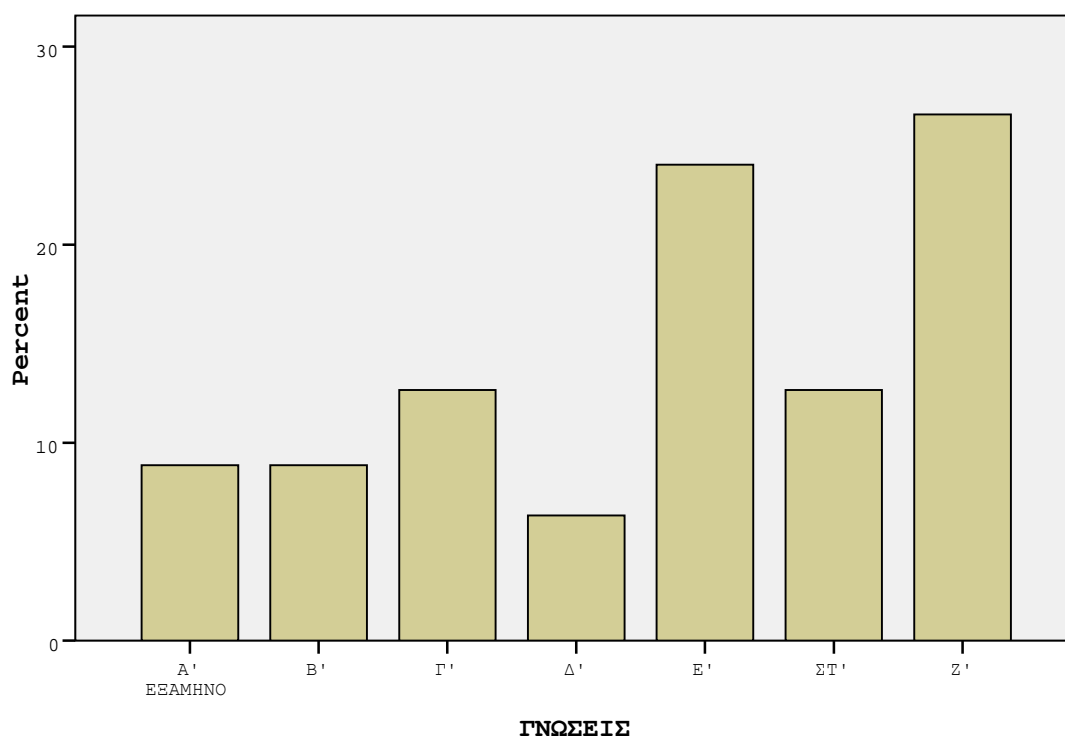
*Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 98,7 % ) ήταν φοιτητής/τρια.*

**Πίνακας 4. Κατανομή ως προς το επίπεδο γνώσεων**

**ΓΝΩΣΕΙΣ**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό A'				
ΕΞΑΜΗΝΟ	7	8,9	8,9	8,9
NO				
B'	7	8,9	8,9	17,7
Γ'	10	12,7	12,7	30,4
Δ'	5	6,3	6,3	36,7
Ε'	19	24,1	24,1	60,8
ΣΤ'	10	12,7	12,7	73,4
Z'	21	26,6	26,6	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**ΓΝΩΣΕΙΣ**



**Σχήμα 4. Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο γνώσεων.**

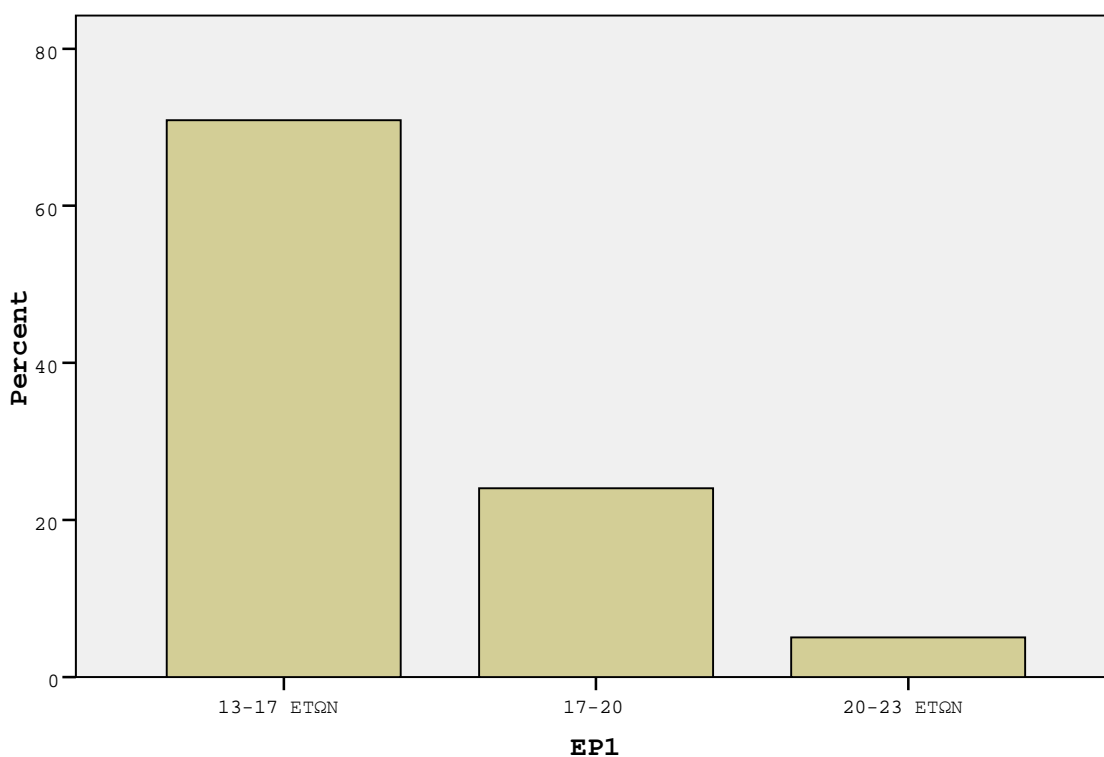
**Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 26,6 % ) ήταν Z'εξάμηνο.**

**Πίνακας 5. Κατανομή ως προς το σε : « σε ποια ηλικία ακούσατε για πρώτη φορά τι είναι άμβλωση ; »**

ΕΡ1

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πρα 13-17 γματ ΕΤΩΝ ικό	56	70,9	70,9	70,9
17-20	19	24,1	24,1	94,9
20-23 ΕΤΩΝ	4	5,1	5,1	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

ΕΡ1



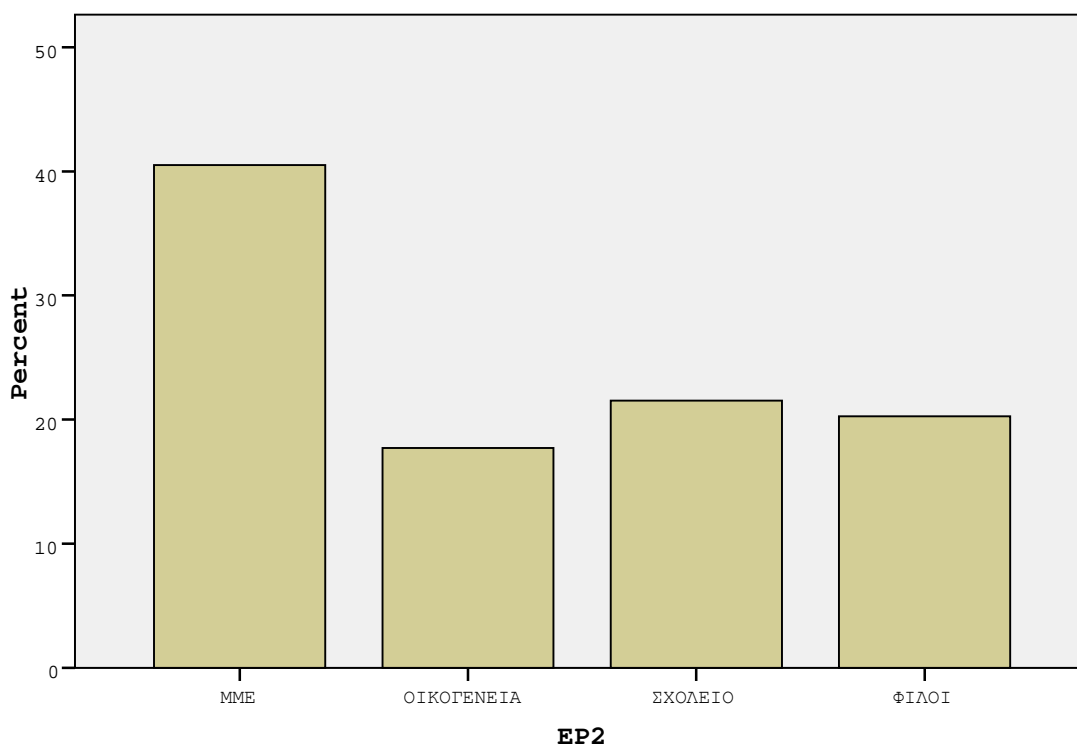
**Σχήμα 5. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 70,9 %) ήταν από 13-17 ετών.**

**Πίνακας 6. Κατανομή ως προς το : « ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για το φαινόμενο της άμβλωσης ; «**

ΕΡ2

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό				
ΜΜΕ	32	40,5	40,5	40,5
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	14	17,7	17,7	58,2
ΕΙΑ				
ΣΧΟΛΕΙΟ	17	21,5	21,5	79,7
ΦΙΛΟΙ	16	20,3	20,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

ΕΡ2



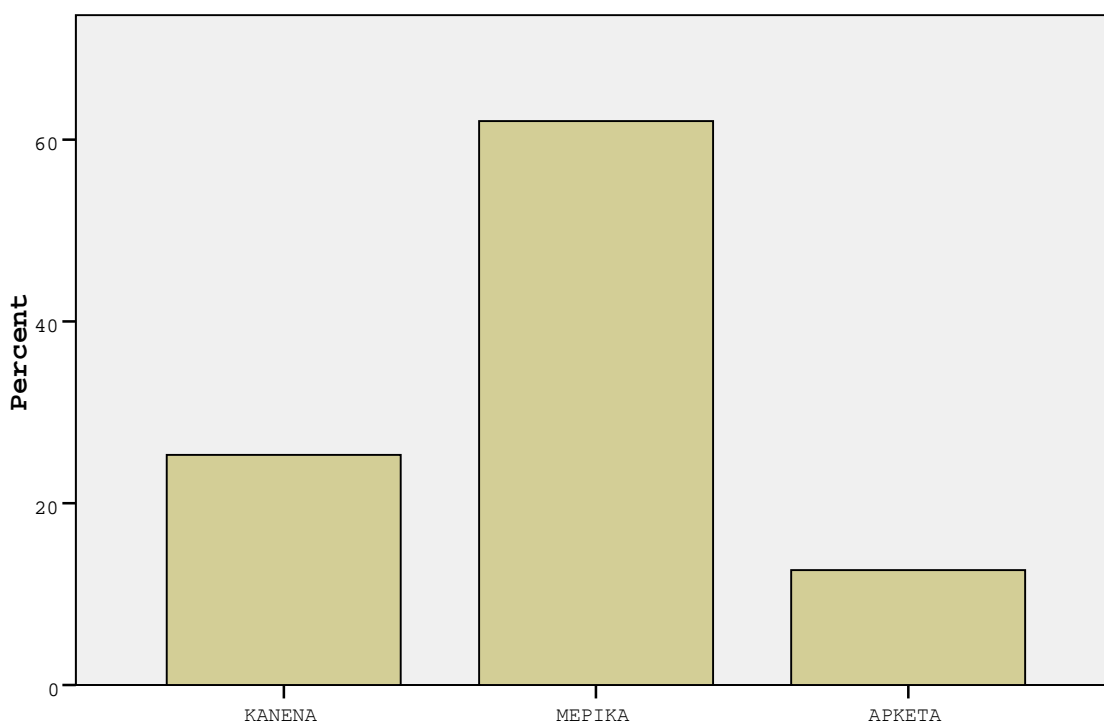
**Σχήμα 6. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 40,5 % ) ήταν από τα Μ.Μ.Ε.**

**Πίνακας 7. Κατανομή ως προς το : « πόσα είδη άμβλωσης γνωρίζετε;»**

**ΕΡ3**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό ΚΑΝΕΝΑ	20	25,3	25,3	25,3
ΜΕΡΙΚΑ	49	62,0	62,0	87,3
ΑΡΚΕΤΑ	10	12,7	12,7	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**ΕΡ3**



**ΕΡ3**

**Σχήμα 7. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 62 %) απάντησε « Μερικά ».**

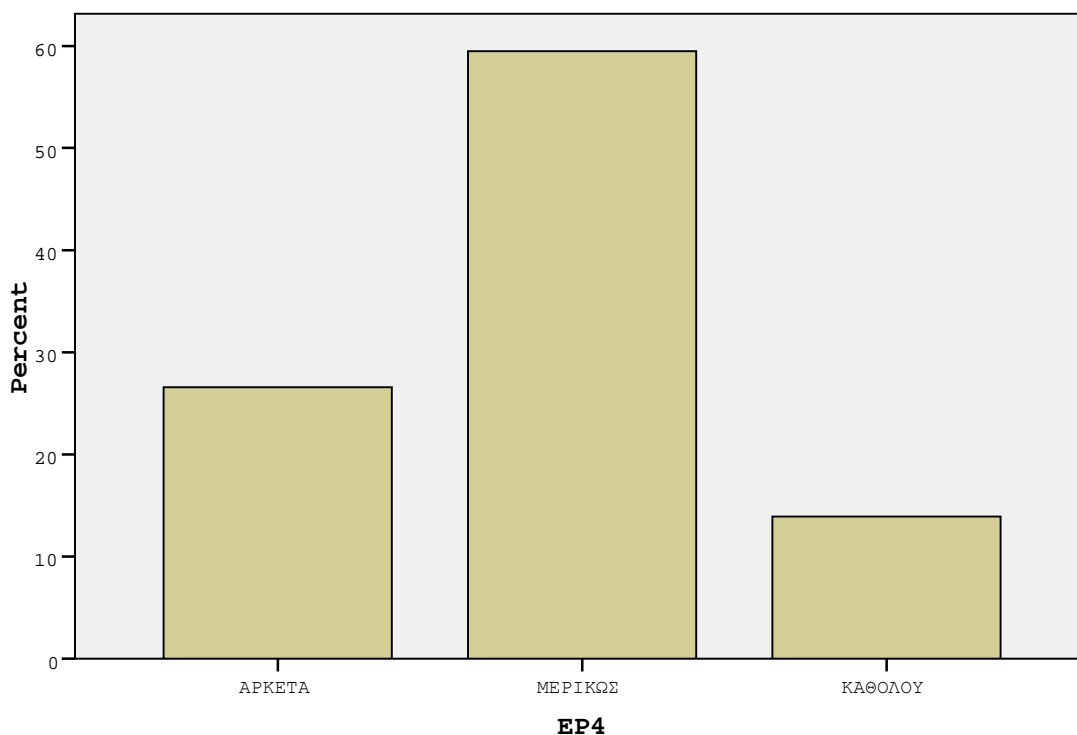


**Πίνακας 8. Κατανομή ως προς το : « αν γνωρίζετε τις επιπτώσεις των  
αμβλώσεων ; «**

ΕΡ4

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πρα ΑΡΚΕΤΑ				
γμα	21	26,6	26,6	26,6
τικό				
ΜΕΡΙΚΩΣ	47	59,5	59,5	86,1
ΚΑΘΟΛΟΥ	11	13,9	13,9	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

ΕΡ4



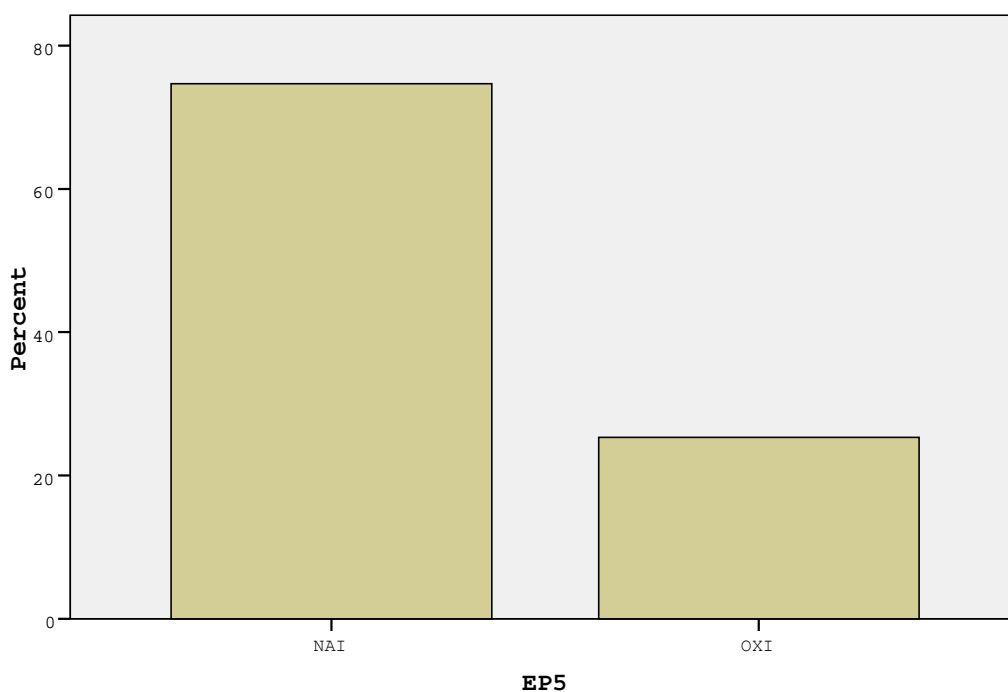
**Σχήμα 8. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 59,5 % ) απάντησε « Μερικώς ».**

**Πίνακας 9. Κατανομή ως προς το : « αν το έμβρύο σας παρουσίαζε πρόβλημα υγείας θα διακόπτατε την κύηση ; «**

ΕΡ5

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό				
ΝΑΙ	59	74,7	74,7	74,7
ΟΧΙ	20	25,3	25,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

ΕΡ5



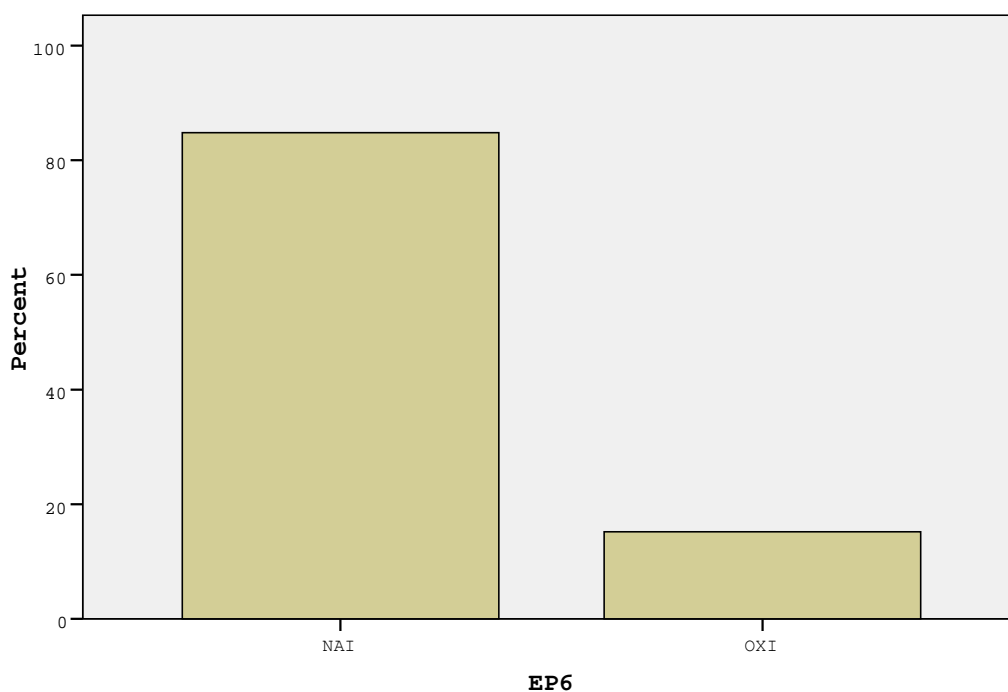
**Σχήμα 9. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 74,7 % ) απάντησε « ΝΑΙ ».**

**Πίνακας 10. Κατανομή ως προς το αν : « πιστεύετε ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση ; «**

**ΕΡ6**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό				
NAI	67	84,8	84,8	84,8
OXI	12	15,2	15,2	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**ΕΡ6**



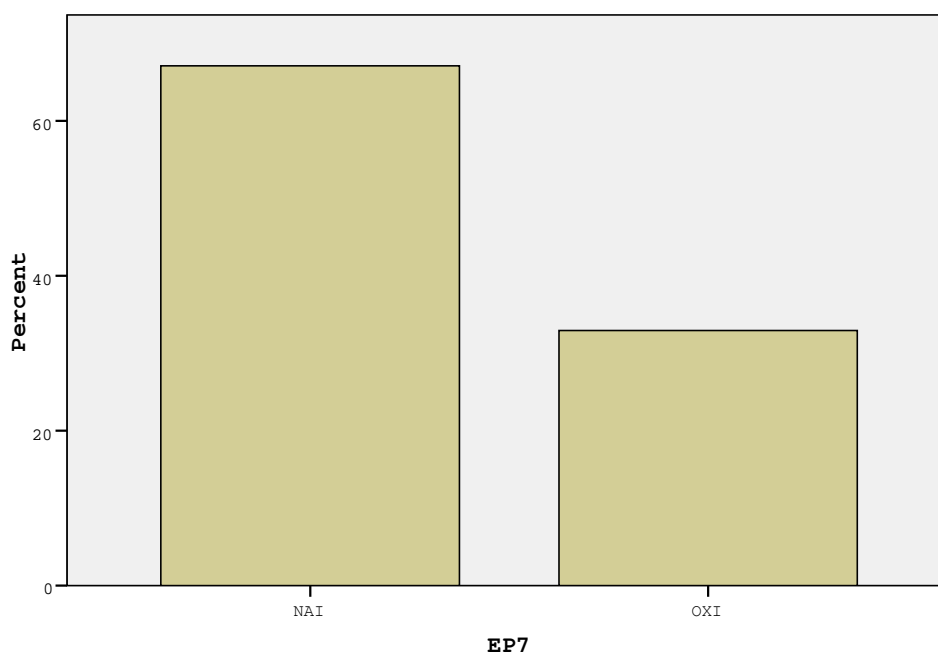
**Σχήμα 10. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 84,8 %) απάντησε « NAI ».**

**Πίνακας 11. Κατανομή ως προς το αν : « θα σκεφτόσασταν τη λύση της άμβλωσης σε περίπτωση που το έμβρύο σας ήταν « προϊόν « βιασμού;»**

**ΕΡ7**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό NAI	53	67,1	67,1	67,1
OXI	26	32,9	32,9	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

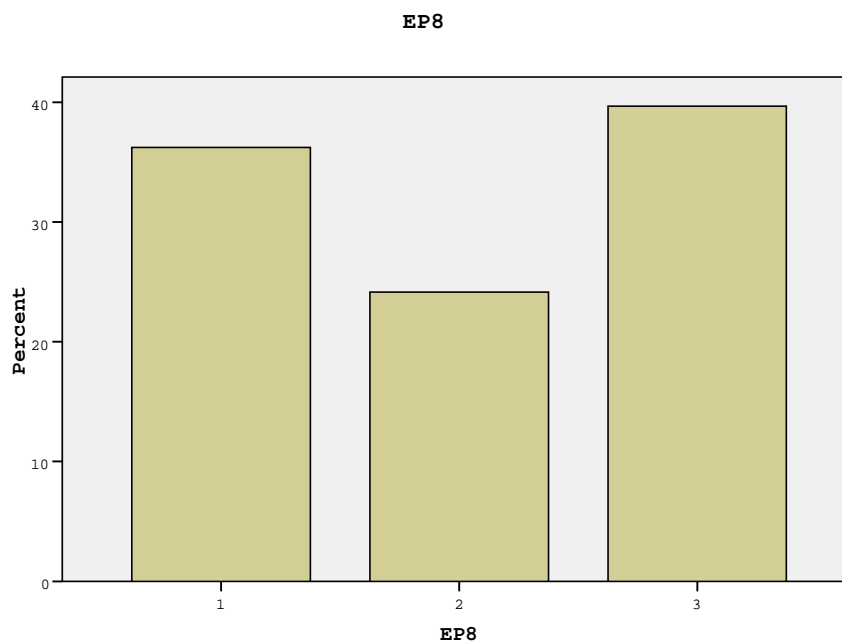
**ΕΡ7**



**Σχήμα 11. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 67,1 % ) απάντησε « NAI ».**

**Πίνακας 12. Κατανομή ως προς το : « αν ναι, για ποιο λόγο ; »  
EP8**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό 1	21	26,6	36,2	36,2
2	14	17,7	24,1	60,3
3	23	29,1	39,7	100,0
Σύνολο	58	73,4	100,0	
Missing System	21	26,6		
Σύνολο	79	100,0		



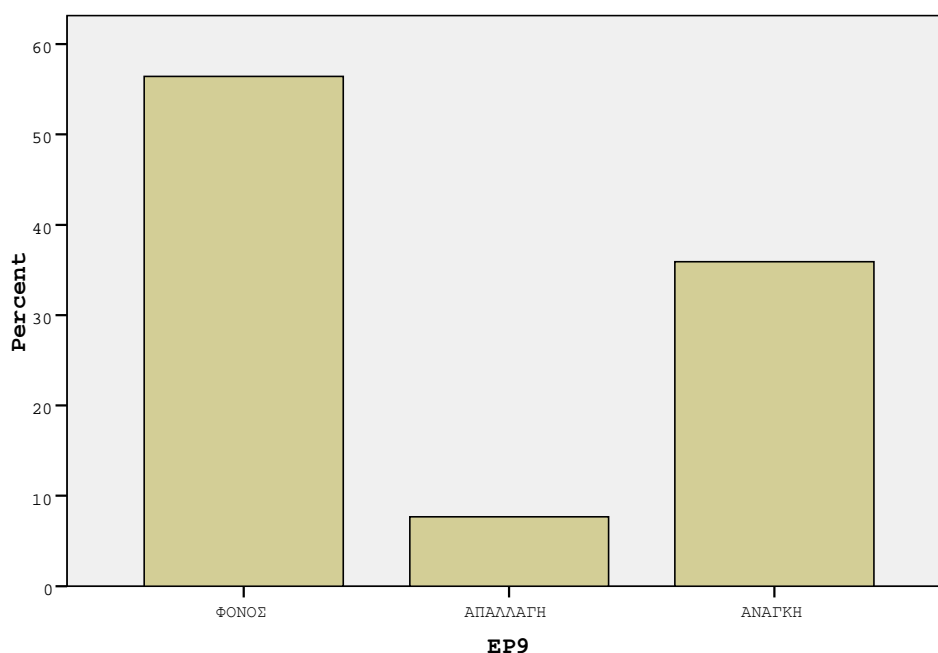
**Σχήμα 12. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 39,7 % ) απάντησε ότι δεν θα ήθελε το παιδί που θα αποκτήσει να είναι « προϊόν » μιας βίαιης πράξης.**

**Πίνακας 13. Κατανομή ως προς το : « πως θα χαρακτηρίζατε την έννοια της άμβλωσης ; »**

ΕΡ9

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό				
ΦΟΝΟΣ	44	55,7	56,4	56,4
ΑΠΑΛΛΑΓΗ	6	7,6	7,7	64,1
ΓΗ				
ΑΝΑΓΚΗ	28	35,4	35,9	100,0
Σύνολο	78	98,7	100,0	
Missing System	1	1,3		
Σύνολο	79	100,0		

ΕΡ9

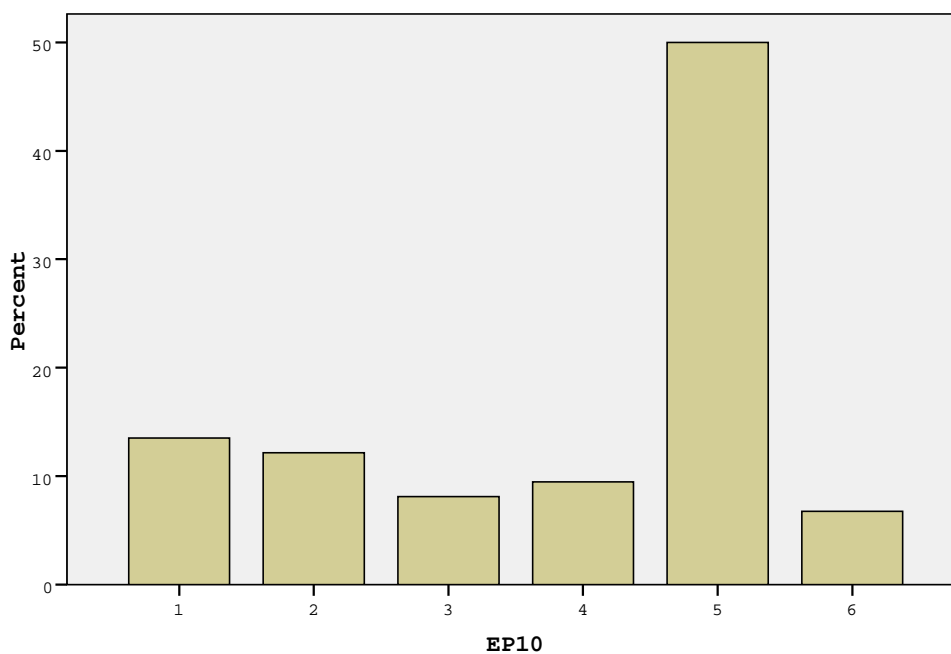


**Σχήμα 13. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 56,4 % ) απάντησε « φόνος ».**

**Πίνακας 14. Κατανομή ως προς το : « για ποιο λόγο θα προβαίνατε σε μια άμβλωση ; »**  
**ΕΡ10**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό	10	12,7	13,5	13,5
1				
2	9	11,4	12,2	25,7
3	6	7,6	8,1	33,8
4	7	8,9	9,5	43,2
5	37	46,8	50,0	93,2
6	5	6,3	6,8	100,0
Σύνολο	74	93,7	100,0	
Missi ng	5	6,3		
System				
Σύνολο	79	100,0		

**ΕΡ10**



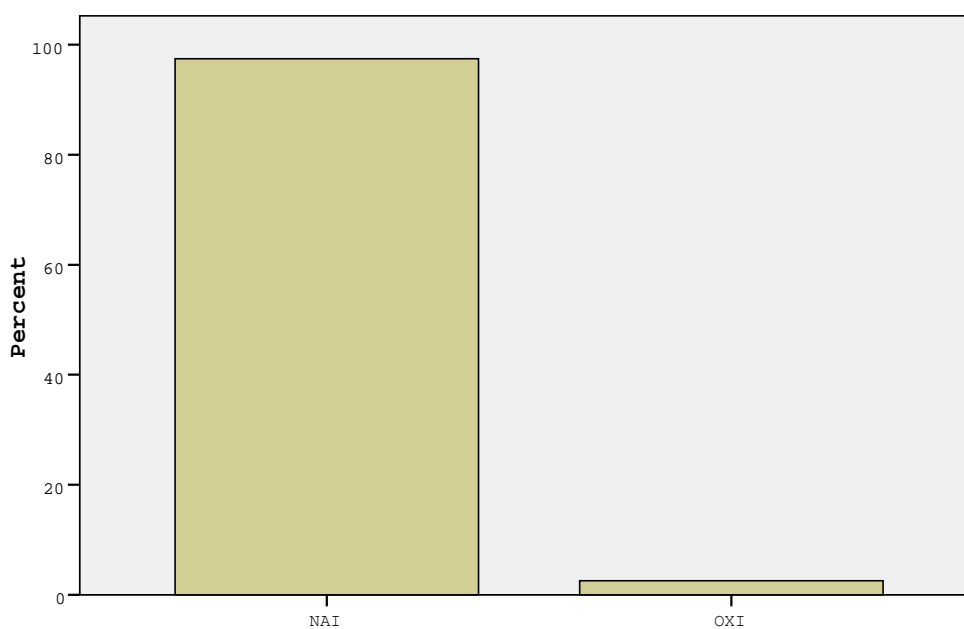
**Σχήμα 14. Το μεγαλύτερο ποσοστό (50 %) απάντησε : « για λόγους υγείας του εμβρύου ».**

**Πίνακας 15. Κατανομή ως προς το αν : « πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα της άμβλωσης ; «**

**EP11**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό ΝΑΙ	77	97,5	97,5	97,5
ΟΧΙ	2	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**EP11**



**EP11**

**Σχήμα 15. Το μεγαλύτερο ποσοστό ( 97,5 % ) απάντησε « ΝΑΙ ».**

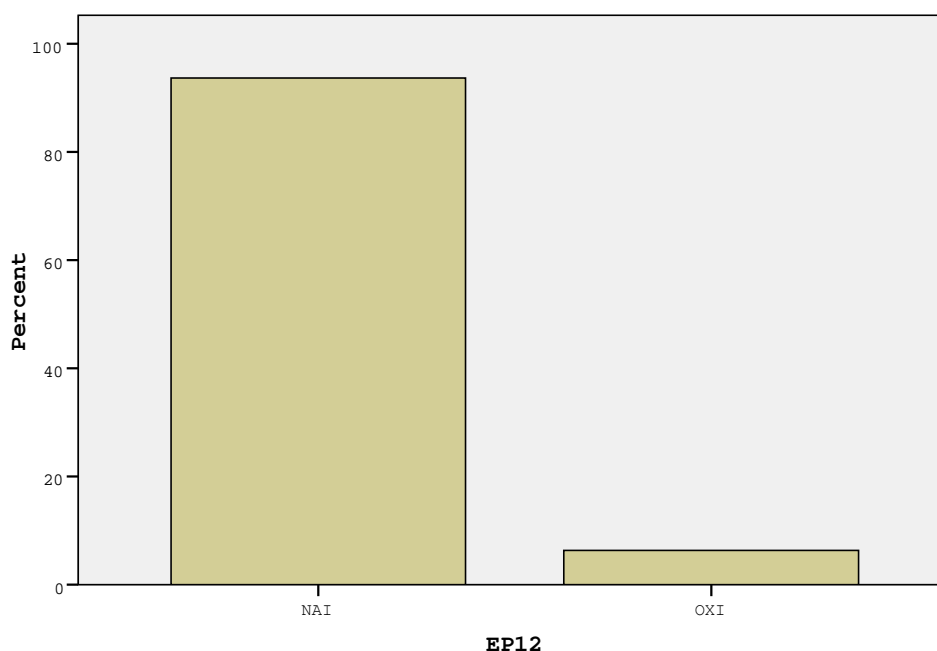


**Πίνακας 16. Κατανομή ως προς το αν : « πιστεύετε ότι τα επιμορφωτικά προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη μείωση του φαινομένου των αμβλώσεων ; «**

**ΕΡ12**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Πραγματικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πραγματικό				
ΝΑΙ	74	93,7	93,7	93,7
ΟΧΙ	5	6,3	6,3	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

**ΕΡ12**



**Σχήμα 16. Το μεγαλύτερο ποσοστό (93,7 % ) απάντησε « ΝΑΙ ».**

## **5.6 Στατιστικές συγκρίσεις υποομάδων του δείγματος**

Οι συγκρίσεις αυτές καταδεικνύουν τις διαφορετικές απόψεις της κάθε ομάδας σχετικά με το θέμα των αμβλώσεων. Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματός μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

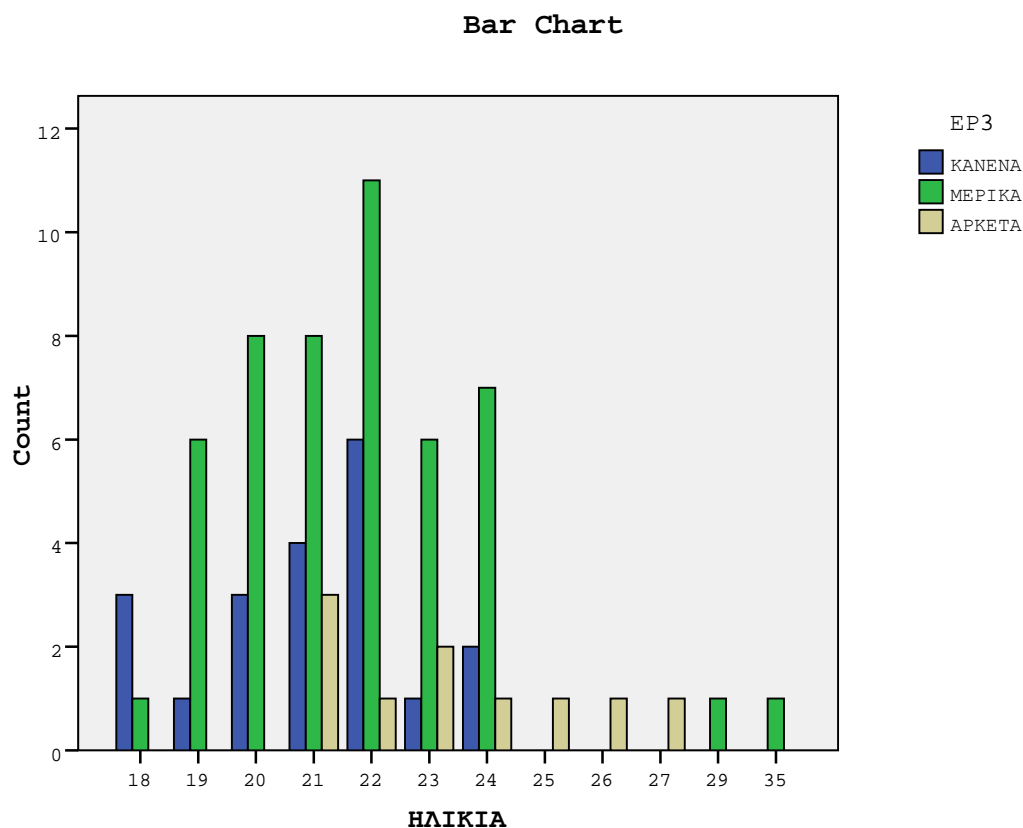
1. Το μέγεθος του δείγματος
2. Την τιμή του στατιστικού τεστ
3. Τους βαθμούς ελευθερίας του τεστ
4. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας ( p )

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα  $p < 0.05$ . Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ( $X^2$ )

**Πίνακας 1. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και την ερώτηση 3 ( πόσα είδη άμβλωσης γνωρίζετε ; )**

		ΕΡ3			ΣΥΝΟΛΟ
		ΚΑΝΕΝΑ	ΜΕΡΙΚΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΚΑΝΕΝΑ
ΗΛΙΚΙΑ	18	3	1	0	4
	19	1	6	0	7
	20	3	8	0	11
	21	4	8	3	15
	22	6	11	1	18
	23	1	6	2	9
	24	2	7	1	10
	25	0	0	1	1
	26	0	0	1	1
	27	0	0	1	1
	29	0	1	0	1
	35	0	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ		20	49	10	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	34,361(a)	22	,045
Likelihood Ratio	28,562	22	,158
Linear-by-Linear Association	5,328	1	,021
N of Valid Cases	79		

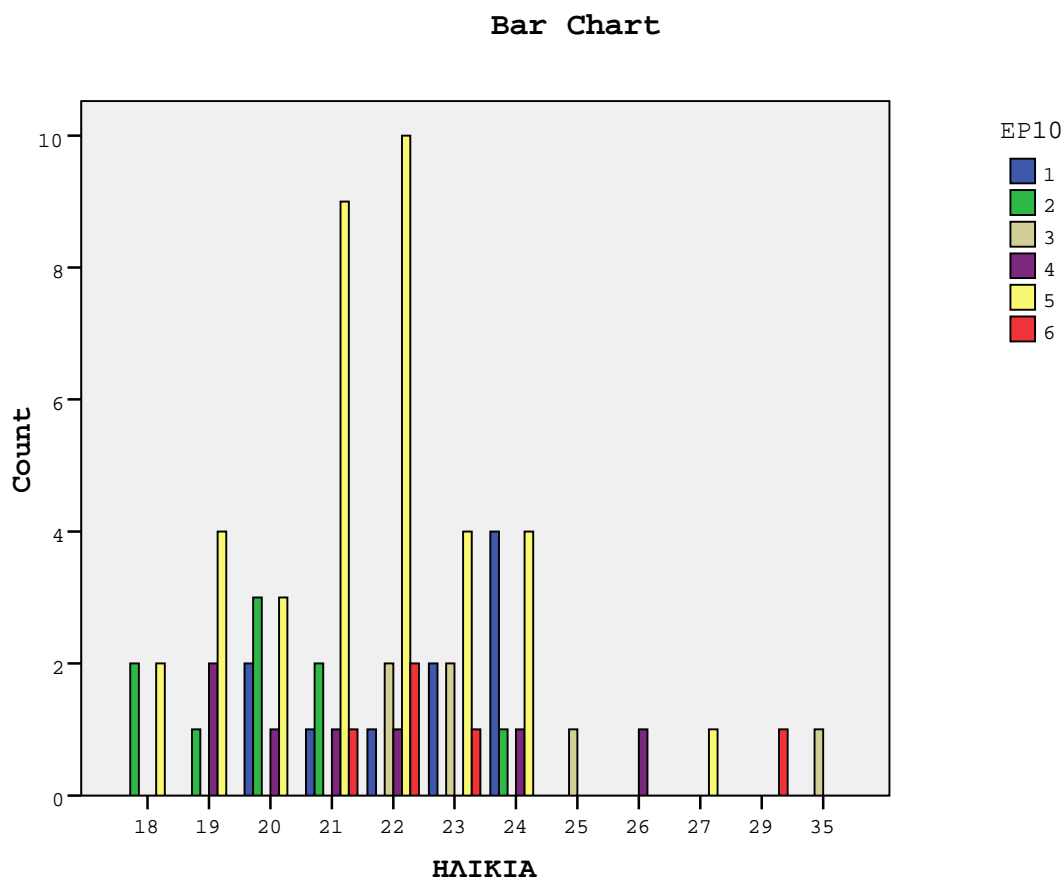


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο της ηλικίας. Επομένως, η πλειονότητα των φοιτητών/τριών ηλικίας 18 ετών δεν γνωρίζει κανένα είδος άμβλωσης. Όσοι βρίσκονται στην ηλικία των 19-24 ετών οι περισσότεροι γνωρίζουν μερικά είδη άμβλωσης. Όσον αφορά τις ηλικίες από 25-35 ετών γνωρίζουν αρκετά. Συγκρίνοντας, λοιπόν, την ηλικία με την ερώτηση 3 συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό φοιτητών/τριών γνωρίζει μερικώς τα είδη των αμβλώσεων.

**Πίνακας 2. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και την ερώτηση 10 ( για ποιο λόγο θα προβαίνατε σε μια άμβλωση ; )**

		ΕΡ10						ΣΥΝΟΛΟ
		1	2	3	4	5	6	1
ΗΛΙΚΙΑ	18	0	2	0	0	2	0	4
	19	0	1	0	2	4	0	7
	20	2	3	0	1	3	0	9
	21	1	2	0	1	9	1	14
	22	1	0	2	1	10	2	16
	23	2	0	2	0	4	1	9
	24	4	1	0	1	4	0	10
	25	0	0	1	0	0	0	1
	26	0	0	0	1	0	0	1
	27	0	0	0	0	1	0	1
	29	0	0	0	0	0	1	1
	35	0	0	1	0	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ		10	9	6	7	37	5	74

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	82,291(a)	55	,010
Likelihood Ratio	61,352	55	,259
Linear-by-Linear Association	,011	1	,916
N of Valid Cases	74		

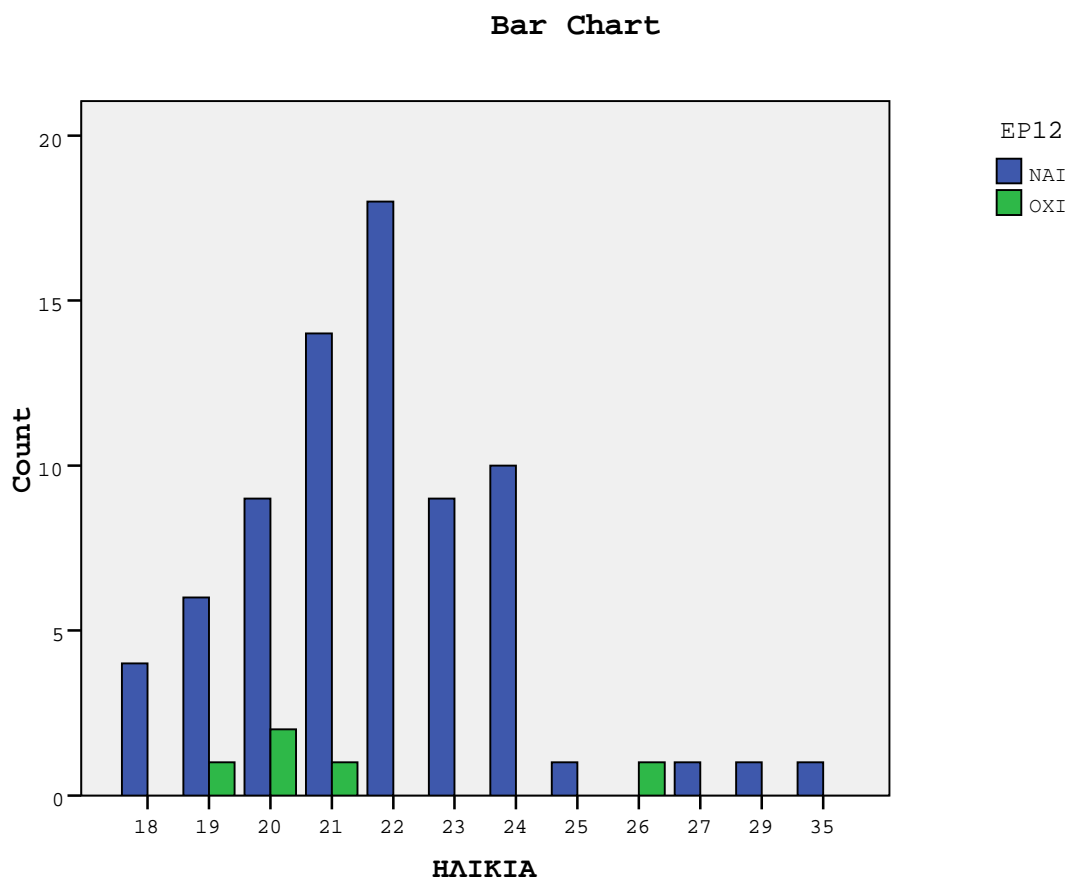


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις, σ' αυτήν την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο της ηλικίας. Επομένως, στις ηλικιακές ομάδες 18-35 οι 10 απάντησαν ότι θα οδηγούνταν σε άμβλωση λόγω ανεπιθύμητου παιδιού. Οι 9, για απαλλαγή ευθυνών, οι 6 λόγω αγαμίας, οι 7 για οικονομικούς λόγους, οι 5 λόγω ηλικίας και τέλος η πλειονότητα των σπουδαστών ( 37 ) απάντησαν : « για λόγους υγείας του εμβρύου ».

**Πίνακας 3. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και την ερώτηση 12 ( Πιστεύετε ότι τα επιμορφωτικά προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε μεγάλο βαθμό στη μείωση του φαινομένου των αμβλώσεων ; )**

		ΕΡ12		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	18	4	0	4
	19	6	1	7
	20	9	2	11
	21	14	1	15
	22	18	0	18
	23	9	0	9
	24	10	0	10
	25	1	0	1
	26	0	1	1
	27	1	0	1
	29	1	0	1
	35	1	0	1
	ΣΥΝΟΛΟ		74	5

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	21,198(a)	11	,031
Likelihood Ratio	13,756	11	,247
Linear-by-Linear Association	,336	1	,562
N of Valid Cases	79		



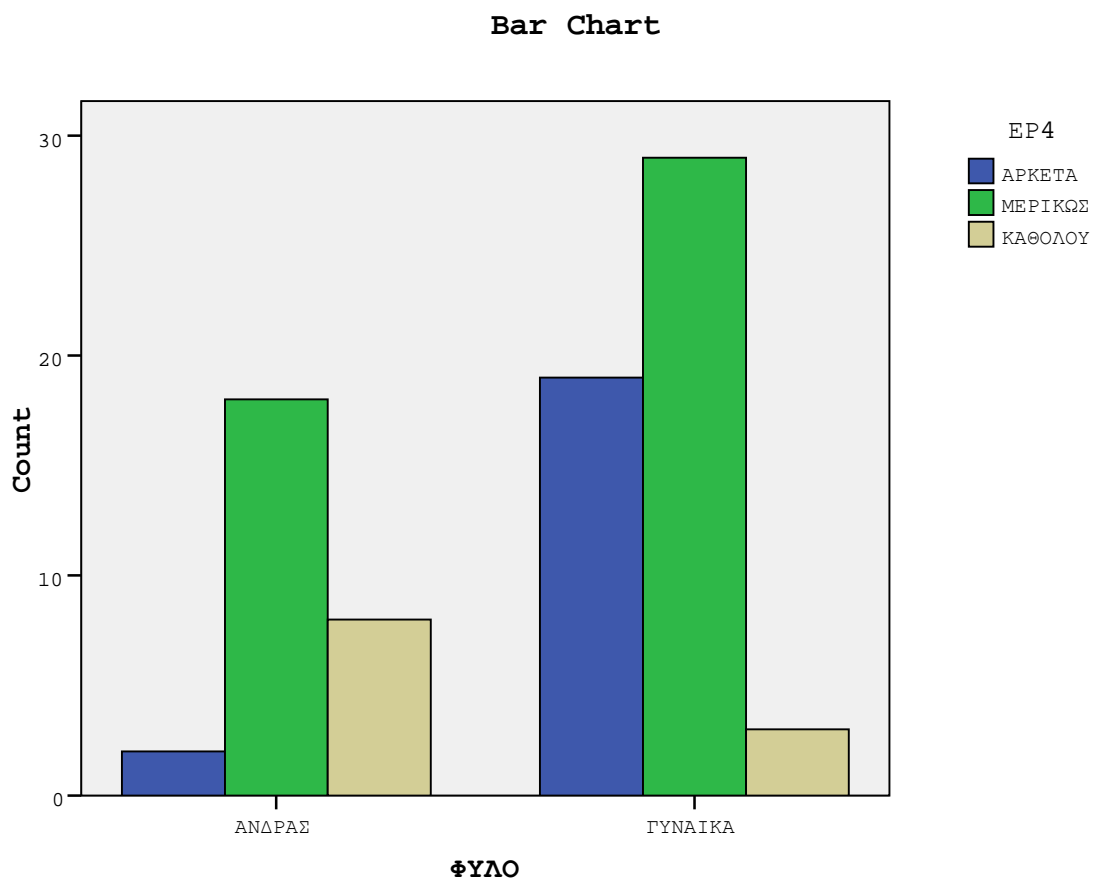
Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτήν την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο της ηλικίας. Επομένως, στις ηλικίες από 18-35 η πλειονότητα αυτών ( 74 ), απάντησε ότι τα επιμορφωτικά προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού συμβάλλουν στη μείωση του φαινομένου των αμβλώσεων. Η μειονότητα αυτών ( 5 ) απάντησαν « ΟΧΙ ».



**Πίνακας 4. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο και την ερώτηση 4 (Γνωρίζετε τις επιπτώσεις των αμβλώσεων ; )**

	ΕΡ4			ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΡΙΚΩΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΑΡΚΕΤΑ
ΦΥΛΟ ΑΝΔΡΑΣ	2	18	8	28
ΓΥΝΑΙΚΑ	19	29	3	51
ΣΥΝΟΛΟ	21	47	11	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	13,016(a)	2	,001
Likelihood Ratio	14,066	2	,001
Linear-by-Linear Association	12,790	1	,000
N of Valid Cases	79		

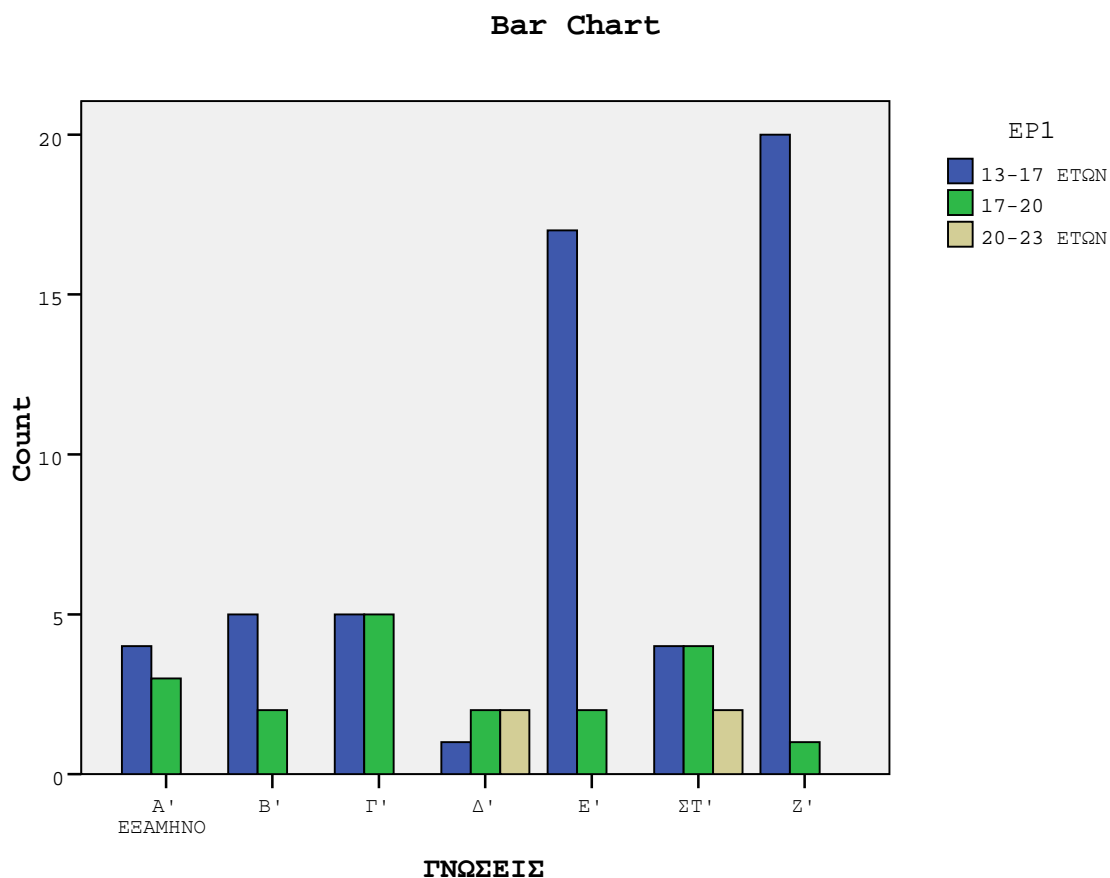


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του φύλου. Επομένως, από το σύνολο των 28 ανδρών, οι 18 απάντησαν «Μερικώς», οι 8 «Καθόλου» και οι 2 «Αρκετά». Όσον αφορά τις γυναίκες, οι πλειονότητά τους (29) απάντησαν «Μερικώς», οι 3 «Καθόλου» και οι 19 «Αρκετά».

**Πίνακας 5. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με τις γνώσεις και την ερώτηση 1 (Σε ποια ηλικία ακούσατε για πρώτη φορά τι είναι άμβλωση;).**

		ΕΡ1			ΣΥΝΟΛΟ
		13-17 ΕΤΩΝ	17-20	20-23 ΕΤΩΝ	13-17 ΕΤΩΝ
ΓΝΩΣΕΙΣ	Α' ΕΞΑΜΗΝΟ	4	3	0	7
	Β'	5	2	0	7
	Γ'	5	5	0	10
	Δ'	1	2	2	5
	Ε'	17	2	0	19
	ΣΤ'	4	4	2	10
	Ζ'	20	1	0	21
ΣΥΝΟΛΟ		56	19	4	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	36,526(a)	12	,000
Likelihood Ratio	32,280	12	,001
Linear-by-Linear Association	2,670	1	,102
N of Valid Cases	79		

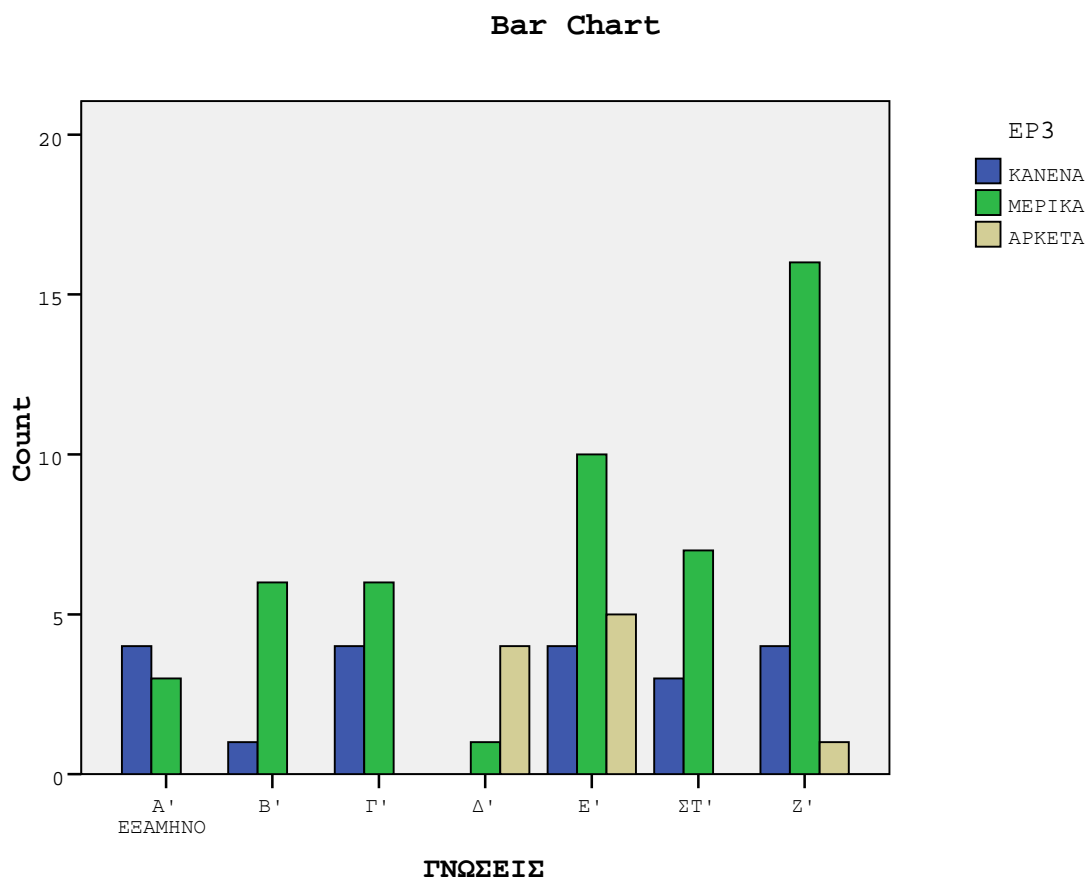


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το επίπεδο των γνώσεων. Επομένως οι περισσότεροι φοιτητές του Α' και Β' εξαμήνου άκουσαν για πρώτη φορά για το φαινόμενο της άμβλώσης σε ηλικία 13-17 ετών. Οι μισοί σπουδαστές του Γ' εξαμήνου άκουσαν για την άμβλωση σε ηλικία 13-17 ετών, ενώ οι άλλοι μισοί σε ηλικία 17-20 ετών. Στο Δ' εξάμηνο η πλειονότητα των φοιτητών πληροφορήθηκε για την άμβλωση σε ηλικία από 17 έως 23 ετών. Στο Ε' εξάμηνο, ο μεγαλύτερος αριθμός(17) άκουσε για την άμβλωση στην ηλικία 13-17 ετών, και ελάχιστος αριθμός (2) σε ηλικία 17-20 ετών. Στο ΣΤ' εξάμηνο, η πλειονότητα των φοιτητών που γνώριζε τι είναι άμβλωση βρίσκονται στην ηλικία από 13-20 ετών. Ενώ, οι σπουδαστές του Ζ' εξαμήνου, γνώριζαν την έννοια της άμβλώσης από την ηλικία των 13 ετών.

**Πίνακας 6. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επίπεδο γνώσεων με τη ερώτηση 3 (Πόσα είδη άμβλωσης γνωρίζετε;)**

		ΕΡ3			ΣΥΝΟΛΟ
		ΚΑΝΕΝΑ	ΜΕΡΙΚΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΚΑΝΕΝΑ
ΓΝΩΣ	Α' ΕΞΑΜΗΝΟ	4	3	0	7
ΕΙΣ	Β'	1	6	0	7
	Γ'	4	6	0	10
	Δ'	0	1	4	5
	Ε'	4	10	5	19
	ΣΤ'	3	7	0	10
	Ζ'	4	16	1	21
ΣΥΝΟΛΟ		20	49	10	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	35,385(a)	12	,000
Likelihood Ratio	30,400	12	,002
Linear-by-Linear Association	1,109	1	,292
N of Valid Cases	79		

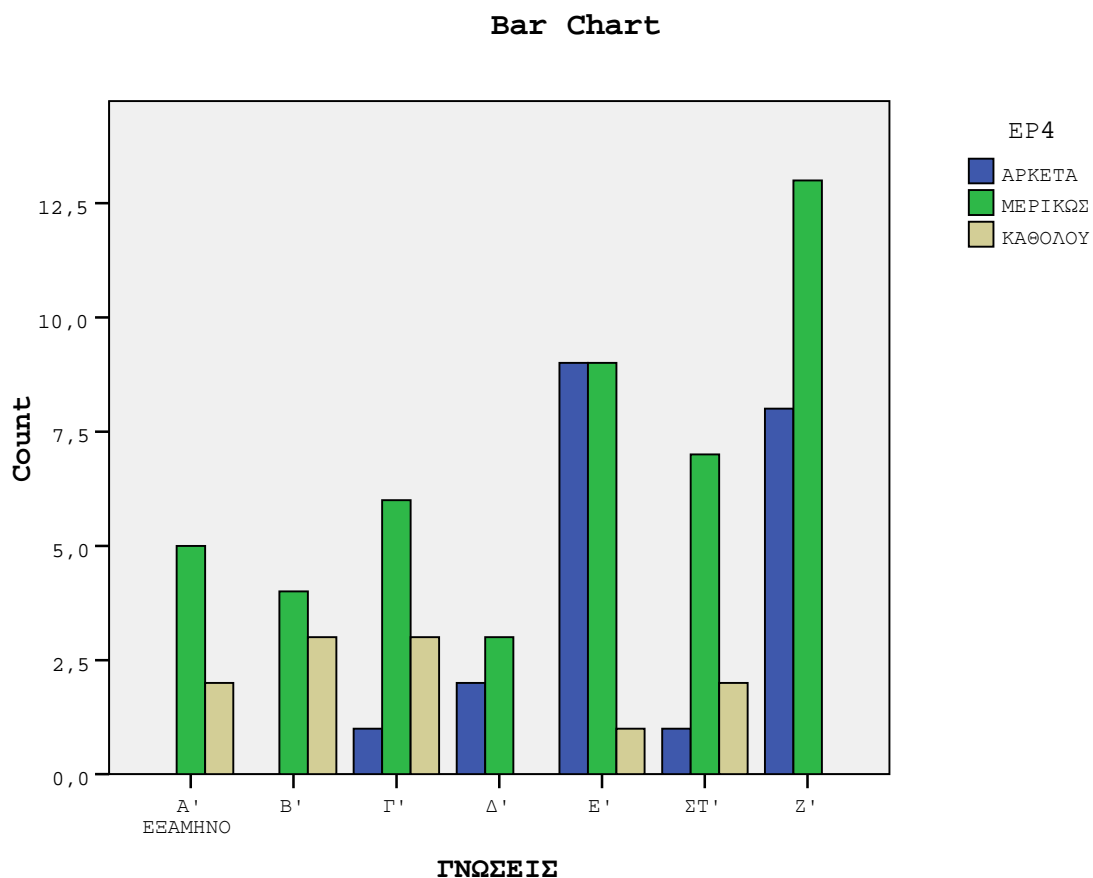


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το επίπεδο γνώσεων. Επομένως, οι περισσότεροι φοιτητές του Α' εξαμήνου απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν κανένα από τα είδη των αμβλώσεων. Οι σπουδαστές των Β' και Γ' εξαμήνων ότι γνωρίζουν μερικά, του Δ' εξαμήνου αρκετά και τέλος των Ε', ΣΤ' και Ζ' εξαμήνων ότι γνωρίζουν μερικά από τα είδη των αμβλώσεων.

**Πίνακας 7. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επίπεδο γνώσεων και την ερώτηση 4 (Γνωρίζετε τις επιπτώσεις των αμβλώσεων;)**

		ΕΡ4			ΣΥΝΟΛΟ
		ΑΡΚΕΤΑ	ΜΕΡΙΚΩΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΑΡΚΕΤΑ
ΓΝΩΣΕΙΣ	Α'	0	5	2	7
	ΕΞΑΜΗΝΟ				
	Β'	0	4	3	7
	Γ'	1	6	3	10
	Δ'	2	3	0	5
	Ε'	9	9	1	19
	ΣΤ'	1	7	2	10
	Ζ'	8	13	0	21
ΣΥΝΟΛΟ		21	47	11	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	23,167(a)	12	,026
Likelihood Ratio	28,475	12	,005
Linear-by-Linear Association	11,154	1	,001
N of Valid Cases	79		



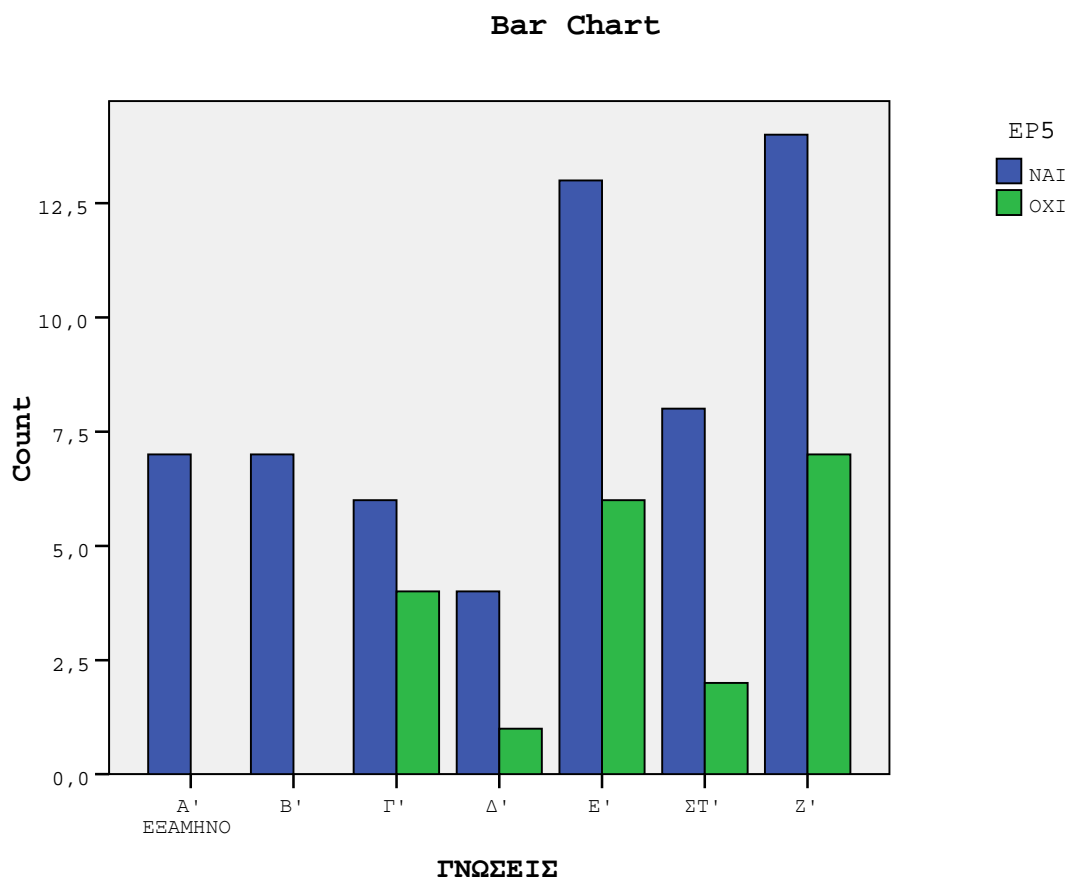
Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το επίπεδο γνώσεων. Επομένως, οι περισσότεροι φοιτητές /τριες όλων των εξαμήνων απάντησαν ότι γνωρίζουν τις επιπτώσεις των αμβλώσεων μερικώς.



**Πίνακας 8. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επίπεδο γνώσεων και την ερώτηση 5 (Αν το έμβρυό σας παρουσίαζε πρόβλημα υγείας, θα διακόπτατε την κύηση;)**

		EP5		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΓΝΩΣΕΙΣ	Α' ΕΞΑΜΗΝΟ	7	0	7
	Β'	7	0	7
	Γ'	6	4	10
	Δ'	4	1	5
	Ε'	13	6	19
	ΣΤ'	8	2	10
	Ζ'	14	7	21
ΣΥΝΟΛΟ		59	20	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	7,218(a)	6	,301
Likelihood Ratio	10,489	6	,106
Linear-by-Linear Association	2,680	1	,102
N of Valid Cases	79		

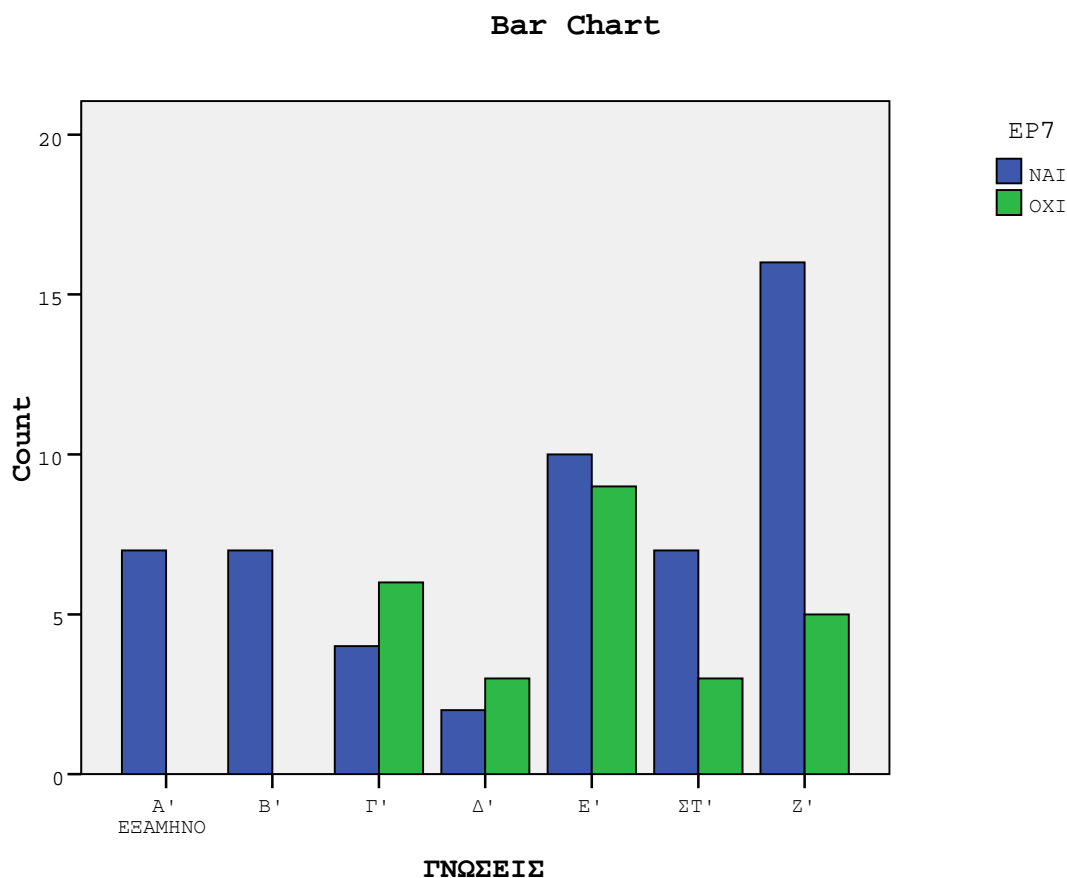


Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το επίπεδο γνώσεων. Έτσι, οι περισσότεροι φοιτητές /τριες όλων των εξαμήνων απάντησαν ότι θα διέκοπταν την κύηση σε περίπτωση προβλήματος υγείας του εμβρύου. Ενώ, ένα πολύ μικρό ποσοστό των εξαμήνων αυτών, δεν θα την διέκοπταν.

**Πίνακας 9. Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με το επίπεδο γνώσεων και την ερώτηση 7 (Θα σκεφτόσασταν τη λύση της άμβλωσης σε περίπτωση που το έμβρύο σας ήταν «προϊόν» βιασμού;)**

		ΕΡ7		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΓΝΩΣΕΙΣ	Α' ΕΞΑΜΗΝΟ	7	0	7
	Β'	7	0	7
	Γ'	4	6	10
	Δ'	2	3	5
	Ε'	10	9	19
	ΣΤ'	7	3	10
	Ζ'	16	5	21
ΣΥΝΟΛΟ		53	26	79

	ΤΙΜΗ	ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	P
Pearson Chi-Square	14,478(a)	6	,025
Likelihood Ratio	18,354	6	,005
Linear-by-Linear Association	,399	1	,528
N of Valid Cases	79		



Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το επίπεδο γνώσεων. Επομένως, οι περισσότεροι φοιτητές /τριες των Α' και Β' εξαμήνων απάντησαν ότι ΝΑΙ θα σκέφτονταν τη λύση της άμβλωσης σε περίπτωση που το έμβρυό τους ήταν «προϊόν» βιασμού. Των Γ' και Δ' εξαμήνων απάντησαν ΟΧΙ και τέλος των Ε', ΣΤ' και Ζ' η πλειονότητα των φοιτητών απάντησε ΝΑΙ στην ερώτηση 7.

## **5.7. Συζήτηση του ερωτηματολογίου**

Τα βασικά στοιχεία της ομάδας των 80 ατόμων που απάντησε στο ερωτηματολόγιο όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία και το επίπεδο γνώσεων είναι: ότι η πλειονότητα είναι φοιτήτριες (64,6%) η μέση ηλικία και των δύο φύλων είναι 18-22 χρονών (22,8%). Όσον αφορά το επίπεδο γνώσεων τους το μεγαλύτερο ποσοστό (26,6%) ήταν Ζ' εξαμήνου. Όσον αφορά την ιδιότητά τους το 98,7% ήταν φοιτητής / φοιτήτρια. Στην ερώτηση 1 όπου κατά απόλυτη πλειοψηφία οι φοιτητές / φοιτήτριες του ΤΕΙ Πάτρας άκουσαν για πρώτη φορά το φαινόμενο της άμβλωσης ήταν στην ηλικία των 13-17 ετών (70,9%). Στην ερώτηση 2, οι περισσότεροι σπουδαστές / σπουδάστριες απάντησαν (40,5%) ότι πηγές ενημέρωσής τους ήταν τα Μ.Μ.Ε. Στην ερώτηση 3 η πλειονότητα των φοιτητών (62%) απάντησαν γνωρίζουν μερικά είδη άμβλωσης. Όσον αφορά τις επιπτώσεις των αμβλώσεων (ερώτηση 4) οι περισσότεροι από τους σπουδαστές (59,5%) απάντησαν μερικώς όπως προαναφέραμε στο κεφάλαιο 3.4.2. πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό της σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Στην ερώτηση 5 η πλειοψηφία (74,7%) απάντησε ότι θα διέκοπτε την κύηση σε περίπτωση προβλήματος υγείας του εμβρύου. Η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση (ερώτηση 6) έχει μεγάλη σημασία για την πλειονότητα (84,8%) των φοιτητών. Αυτό το επιβεβαιώνει και η αναφορά μας στο κεφάλαιο 3.4.2. όπου γίνεται λόγος για τις νέες κάτω των 20 ετών στις οποίες ο κίνδυνος είναι αυξημένος τόσο για άμεσες (ενδομητρίτιδα, ρήξη τραχήλου, ακατάσχετη αιμορραγία, κ.λ.π.) οι οποίες αναφέρονται στο κεφάλαιο 3.4.1. από την Γιαννοπούλου (1999), όσο και έμμεσες (όπως διαταραχές εμμήνου ρύσεως, επιπτώσεις σε επόμενη κύηση, στειρώση κ.α.). Στις ερωτήσεις 7 και 8 για το αν θα σκέφτονταν τη λύση της άμβλωσης σε περίπτωση που το έμβρυο ήταν «προϊόν» βιασμού οι περισσότεροι από τους φοιτητές (67,1%) απάντησαν ΝΑΙ γιατί όπως

υποστηρίζει η πλειοψηφία (39,7%) δεν θα ήθελαν το παιδί που θα αποκτήσουν να είναι «προϊόν» μιας βίαιης πράξης. Στην ερώτηση 9 για το πώς θα χαρακτήριζαν την έννοια της άμβλωσης το μεγαλύτερο ποσοστό (56,4%) απάντησε ως φόνο. Όσον αφορά την ερώτηση 10 για πιο λόγο θα οδηγούνταν σε μια άμβλωση το μεγαλύτερο ποσοστό (50,0%) απάντησε για λόγους υγείας του εμβρύου. Όπως επισημαίνει και ο Σκαπινάκης (2008) στο κεφάλαιο 2.4. η αξία της ζωής ενός αγέννητου παιδιού είναι εξίσου σημαντική με ενός παιδιού που γεννιέται. Η επιλογή της άμβλωσης θα πρέπει να είναι πραγματική και ουσιαστική και όχι εξ' ανάγκης με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου ενέχεται κίνδυνος για την ζωή και την υγεία του εμβρύου καθώς και της μητέρας ή αφορούν περιπτώσεις κακοποίησης και εκμετάλλευσης. Στην αναφορά που κάνει ο Σκαπινάκης (2008) στο κεφάλαιο 2.4. αναφέρει ότι η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής και ενημέρωσης στα σχολεία και την κοινωνία καθώς και η περιορισμένη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων κατατάσσουν την Ελλάδα πολύ υψηλά στον κατάλογο των χωρών με το μεγαλύτερο ποσοστό αμβλώσεων ανά εγκυμονούσα γυναίκα. Φαίνεται λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της έρευνάς μας συμφωνεί στο να εφαρμοστούν επιμορφωτικά προγράμματα από τον οικογενειακό προγραμματισμό, καθώς και στην ερώτηση 11 και 12 το 97,5% και το 93,7% αντίστοιχα απάντησαν ΝΑΙ. Η περιορισμένη συμμετοχή όμως σε επιμορφωτικά προγράμματα των σπουδαστών σε θέματα αγωγής υγείας δεν οφείλεται μόνο στην ανασφάλεια των εκπαιδευτικών από τις ελλείψεις γνώσεις τους αλλά και στην ίδια την υποδομή των επιμορφωτικών προγραμμάτων καθώς και στην δυνατότητα της μετέπειτα εφαρμογής και αξιοποίησης των δεδομένων ενός επιμορφωτικού προγράμματος μέσα στο διδακτικό ίδρυμα.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από την ερευνητική διαδικασία καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Ø Η ενημέρωση των φοιτητών για την έννοια της άμβλωσης ξεκίνησε από την εφηβική ηλικία
- Ø Κατά κύριο λόγο, πηγή ενημέρωσής τους ήταν τα ΜΜΕ και λιγότερο οι φίλοι, το σχολείο και το οικογενειακό περιβάλλον
- Ø Όσον αφορά τα είδη και τις επιπτώσεις των αμβλώσεων, οι σπουδαστές έχουν μερική γνώση αυτών
- Ø Η ηλικία στην οποία μια γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση έχει μεγάλη σημασία διότι ο κίνδυνος επιπλοκών είναι αυξημένος στην ηλικία των 20 ετών και κάτω
- Ø Υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση των νέων σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, εγκυμοσύνης, αντισύλληψης και αμβλώσεων.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Παρότι τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι γενικεύσιμα λόγω των περιορισμών της ερευνητικής διαδικασίας, προκύπτουν εντούτοις ενδεικτικές προτάσεις:

- Ø Σκοπός της κοινωνίας πρέπει να είναι η ελάττωση των περιπτώσεων ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και η πρόληψη και ο περιορισμός των εκτρώσεων, τουλάχιστον στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις ρυθμίσεις του νόμου
- Ø Η ανοικτή και ειλικρινής ατμόσφαιρα στην κοινωνία όσον αφορά στα σεξουαλικά θέματα μπορεί να συντελέσει στην ελάττωση των εκτρώσεων αλλά μόνο αν η ειλικρίνεια αυτή αποτελεί μέσο εκπαιδευτικών στόχων
- Ø Πρέπει στα σχολεία και στα οποιαδήποτε ιδρύματα νεότητας να εντατικοποιηθεί και ίσως να γίνει υποχρεωτική με νόμο, η ενημέρωση πάνω στις σεξουαλικές και προσωπικές σχέσεις σε θέματα όπως η έμμηνος ρύση η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η έκτρωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Ø Για να περιοριστεί η τάση των νεότερων ιδίως γυναικών να καταφεύγουν στην άμβλωση , πρέπει να επεκταθούν οι Πρωτοβάθμιοι Σταθμοί Υγείας με τη δημιουργία νέων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού όπου κυρίως θα διδάσκεται κατά κύριο λόγο στις νέες γυναίκες ότι η έκτρωση δεν αποτελεί υποκατάσταση της αντισύλληψης, αλλά και σε όσους τις βοηθούν ότι η φιλελεύθερη πολιτική στις εκτρώσεις δεν νοείται ότι πρέπει να παρακινεί τις γυναίκες να θεωρούν την έκτρωση ως υποκατάστατο της αντισύλληψης.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**Ηλικία:** \_\_\_\_\_

**Φύλο:**         Άρρεν                     Θήλυ

**Ιδιότητα:** \_\_\_\_\_

### ***Επίπεδο γνώσεων***

Α' Εξάμηνο     Β' Εξάμηνο     Γ' Εξάμηνο     Δ' Εξάμηνο

Ε' Εξάμηνο     Στ' Εξάμηνο     Ζ' Εξάμηνο

**1. Σε ποια ηλικία ακούσατε για πρώτη φορά τι είναι άμβλωση;**

13-17 ετών     17-20 ετών     20-23 ετών

**2. Ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για το φαινόμενο της άμβλωσης;**

Μέσα μαζικής ενημέρωσης                 Οικογενειακό περιβάλλον

Σχολείο     Φίλοι

**3. Πόσα είδη άμβλωσης γνωρίζετε;**

Κανένα                 Μερικά                 Αρκετά

**4. Γνωρίζετε τις επιπτώσεις των αμβλώσεων;**

Αρκετά                 Μερικώς                 Καθόλου

**5. Αν το έμβρυο σας παρουσίαζε πρόβλημα υγείας, θα διακόπτατε την κύηση;**

Ναι                                 Όχι

**6. Πιστεύετε ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση;**

Ναι                                 Όχι

**7. Θα σκεφτόσασταν τη λύση της άμβλωσης σε περίπτωση που το έμβρυό σας ήταν «προϊόν» βιασμού;**

Ναι                       Όχι

**8. Αν ΝΑΙ για ποιο λόγο;**

Δεν θα ήθελα το παιδί που θα αποκτήσω να είναι «προϊόν» μιας βίαιης πράξης

Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την κριτική που θα ασκούσε το κοινωνικό και οικογενειακό μου περιβάλλον.

Δεν θα ήθελα να αποκτήσω το παιδί ενός άγνωστου ανθρώπου

**9. Πως θα χαρακτηρίζατε την έννοια της άμβλωσης;**

Ως φόνο

Ως «απαλλαγή» από κάτι ανεπιθύμητο

Ως αναγκαστική λύση

**10. Για ποιο λόγο θα προβαίνατε σε μία άμβλωση**

Ανεπιθύμητο παιδί                       Για οικονομικούς λόγους

Για απαλλαγή ευθυνών                       Για λόγους υγείας του εμβρύου

Η αγαμία                                       Η ηλικία

**11. Πρέπει να διδάσκεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση η νοσηλευτική φροντίδα της άμβλωσης;**

Ναι                       Όχι

**12. Πιστεύετε ότι τα επιμορφωτικά προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη μείωση του φαινομένου των αμβλώσεων;**

Ναι                       Όχι

*Σημειώστε με X την απάντηση που επιθυμείτε*

***Ευχαριστούμε πολύ***

*Ακολουθεί ο μονόλογος ενός εμβρύου ένα ποίημα καθώς και  
φωτογραφικό υλικό σχετικά με το θέμα.*

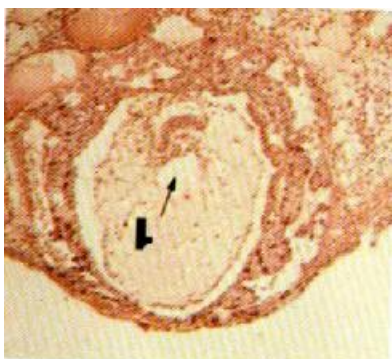
*"Μαμά ζω κι ας μην το ξέρεις"*

*Εγώ*

*Το αγέννητο παιδί*



## Πρώτη εβδομάδα



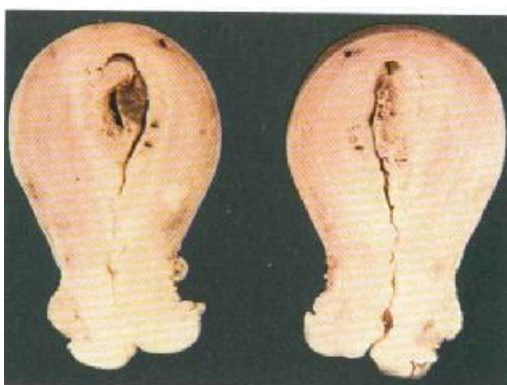
Σ' αυτή τη φωτογραφία είμαι σε φυσικό μέγεθος σχεδόν - αριθμ. 1 - στην 11η - 12η ημέρα

Γεια σας!

Είμαι ένα παιδάκι στο ξεκίνημα της ζωής μου!

Στο μέσο του κύκλου της μητέρας μου, δύο εβδομάδες μετά την τελευταία της περίοδο, το ωάριό της με 23 χρωμοσώματα περίμενε στην ωοθήκη. Τότε ήρθε το σπερματοζώαριο του πατέρα μου με άλλα 23 χρωμοσώματα κι αγκαλιάστηκαν σφιχτά, δημιουργώντας έμένα! Έξι (6) ώρες μετά άρχισα να πολλαπλασιάζομαι ιλιγγιωδώς και να διαφοροποιούμαι από τους γονείς μου. Μαζί με τα 6.000.000 γονίδια μου, πέρασα μέσα απ' τις σάλπιγγες κι εγκαταστάθηκα στη μήτρα. Εδώ θα φωλιάσω, ώσπου να γεννηθώ.

## Δεύτερη εβδομάδα



Στη φωτογραφία βρίσκομαι μέσα στον αμνιακό σάκο (1). Είμαι στη 14η ημέρα

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

Πρώτα σχηματίζονται ο ομφάλιος λώρος και ο πλακούντας, πού με τροφοδοτούν με θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο. Παρότι τρέφομαι και θερμαίνομαι από τη μητέρα μου, δεν έχουμε το ίδιο αίμα ούτε και ξέρει ακόμα ότι υπάρχω. Μάλιστα, περιμένει την κανονική έμμηνο ροή στο τέλος της εβδομάδας.

### **Τρίτη εβδομάδα**



Σχηματίζονται ή σπονδυλική μου στήλη, το κεφάλι μου, οι πνεύμονες, το στομάχι, το έντερο και τα νεφρά μου. Το συκώτι μου παράγει το αίμα μου. Από τη 18η ημέρα ή μικρή καρδιά μου αρχίζει να χτυπά ακανόνιστα. Αύτη η Ίδια καρδιά θα χτυπά μέχρι να πεθάνω.

### **18η ημέρα**

***Η καρδιά αρχίζει να χτύπα!!***

### **Τέταρτη εβδομάδα**



ΕΓΩ, ΤΟ ΑΓΕΝΝΗΤΟ ΠΑΙΔΙ, συμπληρώνω τον πρώτο μήνα της ζωής μου!

Έχω ύψος 1/2 εκατοστό και ζυγίζω 1/2 γραμμάριο.

Οι κτύποι της καρδιάς μου συγχρονίστηκαν με αυτούς της

μητέρας μου. Οι γάμπες μου είναι σαν μικρές φτερούγες και τα χέρια μου έχουν σχηματιστεί.

Αν και ζω ήδη ένα μήνα, ή μητέρα μου αρχίζει μόλις τώρα να το υποψιάζεται, καθώς η περίοδος της καθυστερεί εδώ και δύο εβδομάδες.

### **Πέμπτη εβδομάδα**



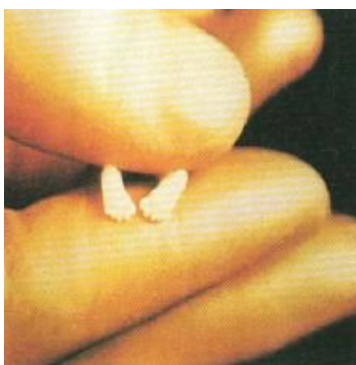
Σε μια εβδομάδα το ύψος και το βάρος μου έχουν διπλασιασθεί! Ζυγίζω 1 γραμμάριο και είμαι 1 εκατοστό ψηλό.

Ξεχωρίζουν το κεφάλι, ο θώρακας και η κοιλιά μου. Σχηματίζονται τα μάτια μου με τον αμφιβληστροειδή, το φακό και τα βλέφαρα. Ξεπροβάλλουν τα αυτιά και η

μύτη μου. Στον εγκέφαλο μου πρωτοεμφανίζεται ή καταβολή τού κέντρου του λόγου.

*Μπορεί να καταγραφεί και το Ηλεκτροκαρδιογράφημα μου ακόμη.*

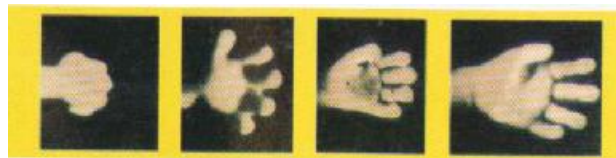
### **Έκτη εβδομάδα**



Έχουν διαφοροποιηθεί οι μονάδες μου και διακρίνονται τα δάκτυλα στα χέρια και στα πόδια μου.

Στο τέλος της εβδομάδας είναι δυνατόν να καταγραφούν τα εγκεφαλικά μου κύματα σ' ένα κανονικό Ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Κι ωστόσο

κάποιοι λένε πώς ακόμα δεν έχω ψυχή ...





### **Έβδομη εβδομάδα**



Ο εγκέφαλος είναι τέλειος. Μπορώ να αισθανθώ και αντιδρώ σύμφωνα με τα ερεθίσματα.

Ανοίγουν τα χείλη μου, μπορώ να θηλάζω και να καταπίνω.

Τα δάκτυλα μου μακραίνουν και τα δακτυλικά μου αποτυπώματα παίρνουν τη μορφή που θα

έχουν σ' όλη μου τη ζωή.

### **Όγδοη εβδομάδα (ΔΥΟ ΜΗΝΕΣ)**

Οι 60 πιο σπουδαίες ημέρες της ζωής μου: Όλα τα όργανα μου έχουν σχηματιστεί. Τώρα πια δεν θα δημιουργηθούν άλλα. Συνεχώς θα μεγαλώνω και οι λειτουργίες μου θα τελειοποιούνται.

Είμαι ψηλό 3 εκατοστά και ζυγίζω 3 γραμμάρια.

Στους 7 μήνες, πού έχω μπροστά μου ώσπου να γεννηθώ, θα πολλαπλασιάσω στο 20πλάσιο το ύψος μου (μέχρις 60 εκ.) και στο χιλιοπλάσιο το βάρος μου (3 κιλά και περισσότερο)



### **Ένατη - δέκατη εβδομάδα**



Τώρα πια λειτουργούν όλα μου τα όργανα: μύες και νεύρα συγχρονίζονται, κινώ χέρια και πόδια, πιπιλίζω το δάκτυλο.

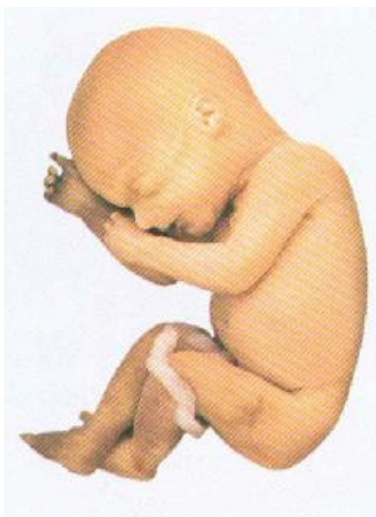
Αναπηδώ και κολυμπάω στο ζεστό αμνιακό υγρό.

Μπορώ να πιάνω ένα μικρό αντικείμενο. Αν με τρυπούν, αισθάνομαι πόνο, ακούω τους ήχους και θυμάμαι τους χτύπους της καρδιάς της μητέρας

μου. Όταν γεννηθώ, θα τους αποζητώ.

***Μπορώ εύκολα να πιάσω ένα μικρό αντικείμενο***

### **Ενδέκατη -δωδέκατη εβδομάδα Τρεις μήνες = 90 ημέρες**



Ήδη είμαι 8 εκ. και ζυγίζω 25 γραμ. Μέσα σε ένα μήνα το ύψος μου τριπλασιάστηκε και το βάρος μου οκταπλασιάστηκε! Η ομοιότητα που έχω με τους γονείς μου στα χαρακτηριστικά και στα φερσίματα είναι πια φανερή.

Μου φυτρώνουν τα μαλλιά και τα νύχια.

Ξυπνάω, όταν ή μαμά μου ξυπνάει, κοιμάμαι, όταν αυτή κοιμάται, είμαι ήρεμο, όταν αυτή είναι ήρεμη.

Όλες οι ψυχικές κι εγκεφαλικές της μεταβολές και κάθε ουσία που χρησιμοποιεί/επηρεάζουν κι έμενα.



Όταν ή μητέρα μου ανησυχεί για μένα, εγώ το αισθάνομαι. Το ίδιο κι όταν καταλαμβάνεται από το αίσθημα της αγωνίας, πού είναι ΣΥΝΗΘΕΣ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟ τους δύο πρώτους μήνες της κυήσεως, και δημιουργείται από το φόβο για το μέλλον, για το «νέο», για το άγνωστο. Καταλαβαίνω όταν πάσχει καμιά φορά από ιλίγγους, πονοκέφαλο, εμέτους, ναυτίες...

Αλλά όλα αυτά θα περάσουν, καθώς ή εγκυμοσύνη εξελίσσεται. Κι όταν η μαμά μου με κρατήσει στα χέρια της, θα της φανούν ασήμαντα πια ...

#### *Αν όμως η μητέρα μου δεν με ήθελε πια;*

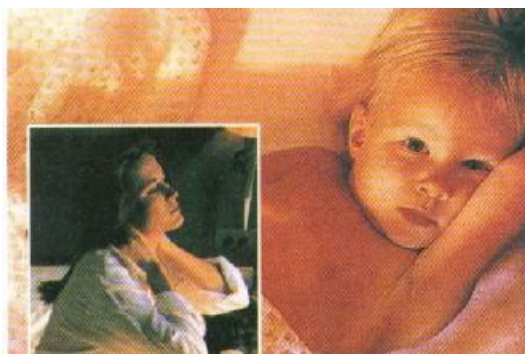
- Αν οι γονείς της, της λένε ότι είναι μικρή για γάμο;

Η ότι δεν μπορεί να θρέψη πάνω από δυο παιδιά;

- Αν εκτιμά περισσότερο την καριέρα της από μένα;

Η αν σκάφτεται «τι θα πει ο κόσμος» γιατί είναι ανύπαντρη;

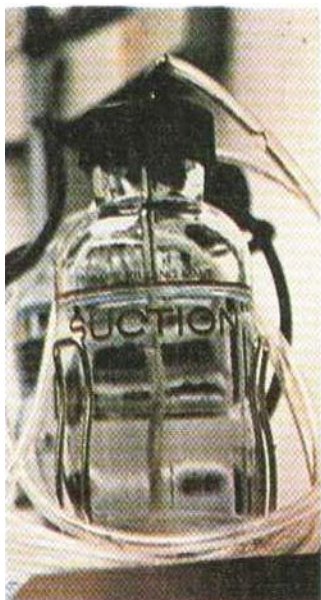
- Αν ο γιατρός της λέει ότι μπορεί να είμαι μογγολικό; ( Σύνδρομο Down).
- Αν μαζί με το γιατρό της μελετά τον τρόπο να απαλλαγεί από μένα;



Αν συμβαίνει κάτι από αυτά, τι με περιμένει άραγε;

Μήπως θα με απορροφήσουν μ' ένα σωλήνα όπως η ηλεκτρική σκούπα τα σκουπίδια;

**Έκτρωση με Αναρρόφηση (Μέθοδος Karman)**



**Πως λειτουργεί αυτό το μηχάνημα;...**

Αρχικά εκτείνεται στο στόμιο της μήτρας και τοποθετείται σ αυτή ο πλαστικός σωλήνας της απορροφήσεως, που καταλήγει στο άκρο σαν μαχαίρι κοίλο.

Ο βαθιά ριζωμένος πλακούντας αποκόπτεται από το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας και επίσης απορροφάται.

Η μήπως θα κάνουν στη μητέρα μου ένεση προσταγλανδίνης για να με αποβάλει αυτόματα;



Με τον κρανιοθρυπτη σπάζεται το κεφαλάκι του παιδιού για να βγει κομματάκια από τη μήτρα.

Μήπως θα με κομματιάσουν ζωντανό, μέσα στην κοιλιά της μητέρας μου, μ' ένα τροχισμένο γυριστό μαχαίρι;

**( Έκτρωση με Διαστολή και Απόξεση – Αλλιώς Εμβρυοτομη)**



Αυτά τα εργαλεία τα λένε κηρία και τα χρησιμοποιούν για τη διαστολή της μήτρας



Μήπως ό «γιατρός» ανοίξει την κοιλιά της μητέρας μου, με βγάλει και με σκοτώσει αμέσως, ή με πετάξει σ' ένα κουβά μέχρι να πεθάνω;



*(Εκτροφή με Υστερότοκη, δηλ. Χειρουργική επέμβαση)*

Τί θα γίνει τότε το κορμάκι μου που είναι ήδη 2-3 κιλά; Μήπως ύλη για σαπούνια ή για καλλυντικά; Ή θα με κρατήσουν στη ζωή για πειραματόζωο;

### **ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ: ΜΙΑ ΠΡΟΣΟΔΟΦΟΡΑ**

#### **ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**

Έχει καταγγελθεί επίσημα πώς πολλές γυναίκες στη Γερμανία και στη Γαλλία πληρώνονται να υποστούν καισαρική τομή, ώστε τα αγέννητα έμβρυα τους να γίνονται αντικείμενο εκμεταλλεύσεως προς παρασκευή καλλυντικών. Πολλές από αυτές τις παραπείθουν οι «γιατροί» ότι το αγέννητο παιδί τους είναι μογγολικό (Σύνδρομο Down).

Μήπως ο γιατρός με μία σύριγγα αναρροφήσει λίγο αμνιακό υγρό, για να εκχύσει αλάτι πού θα με κάψει ζωντανό;



*(Εκτροφή με Δηλητηρίαση)*

Τότε θα πονάω φρικτά, ώρες και ώρες,  
ώσπου να ξεψυχήσω!

**Οι Εκτρώσεις στην Ελλάδα**

**στέλνουν κάθε χρόνο**

**600.000 παιδιά στα σκουπίδια!**

Αυτό που οι γιατροί λένε «διακοπή της εγκυμοσύνης» είναι η δολοφονία μου!

Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΜΑΡΤΥΡΙΚΟΣ: αγωνίζομαι για 2 ή 3 ώρες να κρατηθώ στη ζωή, ή καρδιά μου πάλλεται με πείσμα.



«Ου δώσω δέ οὐδενί φάρμακον θανάσιμον, οὐδέ συμβουλίην τοιήν-δε, οὐδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω». = (Δέν θά δώσω σέ κανένα φάρμακο θανάσιμο, οὔτε τέτοια συμβουλή, οὔτε σέ γυναίκα θά δώσω ἔκτρωτικό φάρμακο). Ὅρκος Ἱπποκράτη (460-377 π.Χ.)



Η ΜΗΤΕΡΑ ΜΟΥ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ, όπως και τα επόμενα αδέρφια μου, από τον άδικο θάνατο μου!

Ίσως κάποιοι γιατροί χωρίς φόβους συνειδήσεως, της πούνε ότι ή μια εξαγωγή δοντιού. Σκέφτονται τα λεφτά τους, όχι έμενα και τη μητέρα μου.

## Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΟΤΙ:

1. Η έκτρωση είναι τρεις φορές πιο επικίνδυνη από τον τοκετό.

2. Στις τρεις ανήλικες γυναίκες, που κάνουν έκτρωση, η μία υφίσταται επιπλοκές, που μπορούν να την κάνουν στείρα.



3. Ανάμεσα στις μητέρες που έχουν κάνει έκτρωση:

α) Το 1/3 υποφέρει από αποβολές, β) Το 40% παρουσιάζει πρόωρους τοκετούς, γ) Άλλο ένα 40% γεννά παιδιά με προβλήματα υγείας.

4) Περισσότερες από τα 3/4 των μητέρων, που έχουν κάνει έκτρωση, παρουσιάζουν μετά σοβαρά ψυχολογικά και άλλα προβλήματα: μελαγχολία, κατάθλιψη, τύψεις, αγωνίες, εφιαλτικά όνειρα, επιθετικές τάσεις κ.τ.λ., που φθάνουν μέχρι τη διάλυση της συζυγικής ενότητας, το διαζύγιο, κι επηρεάζουν, όπως είναι φυσικό, και τ' άλλα παιδιά τους.

## ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΜΠΟΡΕΣΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΜΟΥ;

### Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟ Υ ΠΑΙΔΙΟΥ



Είναι μία κοινωνική υπηρεσία για τη γυναίκα άγαμη ή έγγαμη, πού βρίσκεται σε δυσκολία εξ αιτίας της εγκυμοσύνης της. Προσφέρει δωρεάν και με διακριτικό τρόπο συμβουλές, βοήθεια ιατρική, κοινωνική, ψυχολογική, πρακτική και νομική κάλυψη.

Φέρνει την ενδιαφερόμενη σε επικοινωνία με τα πρόσωπα ή με τους οργανισμούς πού απαιτεί ή κάθε περίπτωση και σέβεται την τυχόν επιθυμία για διατήρηση της ανωνυμίας της.

### ΠΩΣ ΘΑ ΜΠΟΡΕΣΕΙ ΝΑ ΤΗ ΒΟΗΘΗΣΕΙ

Εδώ η μητέρα μου μπορεί να βρει:

- Πληροφορίες για τα δικαιώματα τα δικά της και τα δικά μου, τους οργανισμούς βοήθειας, τις μαιευτικές και παιδιατρικές υπηρεσίες, τις πιθανότητες εργασίας κ.α.
- Ψυχολογική, κοινωνική, ιατρική, νομική ή άλλη πρακτική βοήθεια
- Άμεση συμπαράσταση από συνεργάτιδα του κέντρου με την οποία μπορεί να συζητήσει κάθε πρόβλημα της
- Φιλοξενία σε ειδικούς ξενώνες σε διάφορες πόλεις της Ελλάδος.

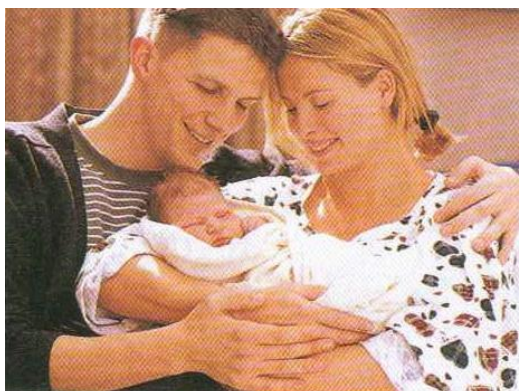


## Ο ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΓΕΝΝΗΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

—Βοηθά τη μητέρα μου ώσπου να γεννηθώ.

—Δεν μας εγκαταλείπει ακόμη και μετά τη γέννησή μου

—Εσείς πού θέλετε να βοηθήσετε τη μητέρα μου κι έμένα και είστε: γιατροί, μαιευτήρες, ψυχολόγοι, δικηγόροι, κοινωνικοί



λειτουργοί, ιερείς, οικογένειες, νέοι, χριστιανικές ομάδες και οποιοσδήποτε θέλει να συμβάλλει ώστε να έρθω στον κόσμο άλλα και όσοι μπορείτε να προσφέρετε σε μέλλουσες μητέρες εργασία, χρήματα, φιλοξενία, οικιακή βοήθεια ή να διαδώσετε τα έντυπα που λένε την αλήθεια για μένα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού.



*«Αν το κοιλιακό τρίχωμα της εγκύου γυναίκας ήταν διάφανο, τι είδους νόμους θα είχαμε για την έκτρωση»*

*Δεν είναι άραγε παράλογο να καταβάλλονται τόσες προσπάθειες για τη βελτίωση και διατήρηση της ζωής, ενώ χιλιάδες άνθρωποι καταδικάζονται σε θάνατο πριν ακόμη γεννηθούν; ([www.otenet.gr](http://www.otenet.gr), 2008)*



## **Εγώ**

Ροδίζει ο ήλιος το πρωί και κρύβονται τ' αστέρια·  
στον ουρανό λαμποκοπούν κατάσπρα περιστέρια.  
Μοσχοβολάει γιασεμί, βασιλικός και δυόσμος  
μες τη δροσιά του πρωινού. Όμορφος πού' ναι ο κόσμος!

Στο ποταμάκι το ρηχό δυο πάπιες κολυμπάνε  
και πίσω τα παπάκια τους ακολουθούν και πάνε.  
Παιδιά τα βλέπουν και γελούν, και παίζουν και πηδάνε·  
ψωμί με τα χεράκια τους, τους ρίχνουνε να φάνε.

Μα εγώ το φως του πρωινού ποτέ μου δεν το είδα·  
πουλιά δεν είδα να πετούν σαν έσβηναν τ' αστέρια.  
Δε μύρισα το γιασεμί, δεν ξέρω τον αέρα,  
κι ούτε λουλούδι έκοψαν τα παιδικά μου χέρια.

Ποτέ μες το ρηχό νερό δεν είδα τη μορφή μου,  
δε γέλασα, δεν έπαιξα μες τη μικρή ζωή μου.  
Κούνια ποτέ δεν έκανα στου δέντρου τη δροσιά,  
κρυφτό δεν έπαιξα ποτέ με τ' άλλα τα παιδιά.

Στης μάνας του την αγκαλιά ναζιάρικα γκρινιάζει  
ένα μωρό· και με στοργή, εκείνη το θηλάζει.

Τα δάχτυλά του μπλέκουνε στα μαύρα της μαλλιά,  
κι ένα τραγούδι τρυφερό αυτή του τραγουδά.

Μα εγώ, ποτέ δε θήλασα σε κάποια αγκαλιά·  
ποτέ δε με χαϊδέψανε της μάνας τα μαλλιά·  
ποτέ τραγούδι τρυφερό δε χάιδεψε τ' αυτιά μου,  
χέρι ποτέ δε μ' άγγιξε ν' ακούσει την καρδιά μου.

Στην αγκαλιά την πατρική δεν έτρεξα ποτέ  
τα χέρια του τα δυνατά, ασφάλεια να μου δώσουν·  
ούτε κι όταν θελήσανε μια μέρα οι δυνατοί  
τη διψασμένη για ζωή, ψυχή μου να σκοτώσουν.

Ποτέ δε με ρωτήσανε αν ήθελα να ζήσω,  
αν ήθελα την ομορφιά του κόσμου ν' αντικρίσω!  
Ποτέ τους δε θελήσανε ν' ακούσουν τη φωνή μου·  
φορτίο ήμουνα γι' αυτούς, και κόψαν τη ζωή μου.

Της μάνας μου το παιδικό τραγούδι, ήταν βρισιά·  
τα λόγια της τα τρυφερά, για μένα ήταν στριγκλιά.

Της μάνας μου η παρηγοριά ήταν για μένα τρόμος  
και των γονιών μου το άγγιγμα, για την ψυχή μου φόνος.

Αντί για μια θερμή αγκαλιά, χώμα ψυχρό με ζώνει

και το μικρό κορμάκι μου σκοτάδι το στοιχειώνει.

Αντί για γάλα μητρικό, σκουλήκια έχει η κοιλιά μου,

κι αντί σκιρτήματα χαράς, σίγησε η καρδιά μου.

Στην αγκαλιά του Πλάστη μου γέρνω να ξαποστάσω.

Αυτός τραγούδια θα μου πει ώσπου να τα χορτάσω.

Μάνα, πατέρας κι αδελφός, και φίλος και ζωή,

ό,τι θελήσω και ποθώ, είσαι για μένα Εσύ.

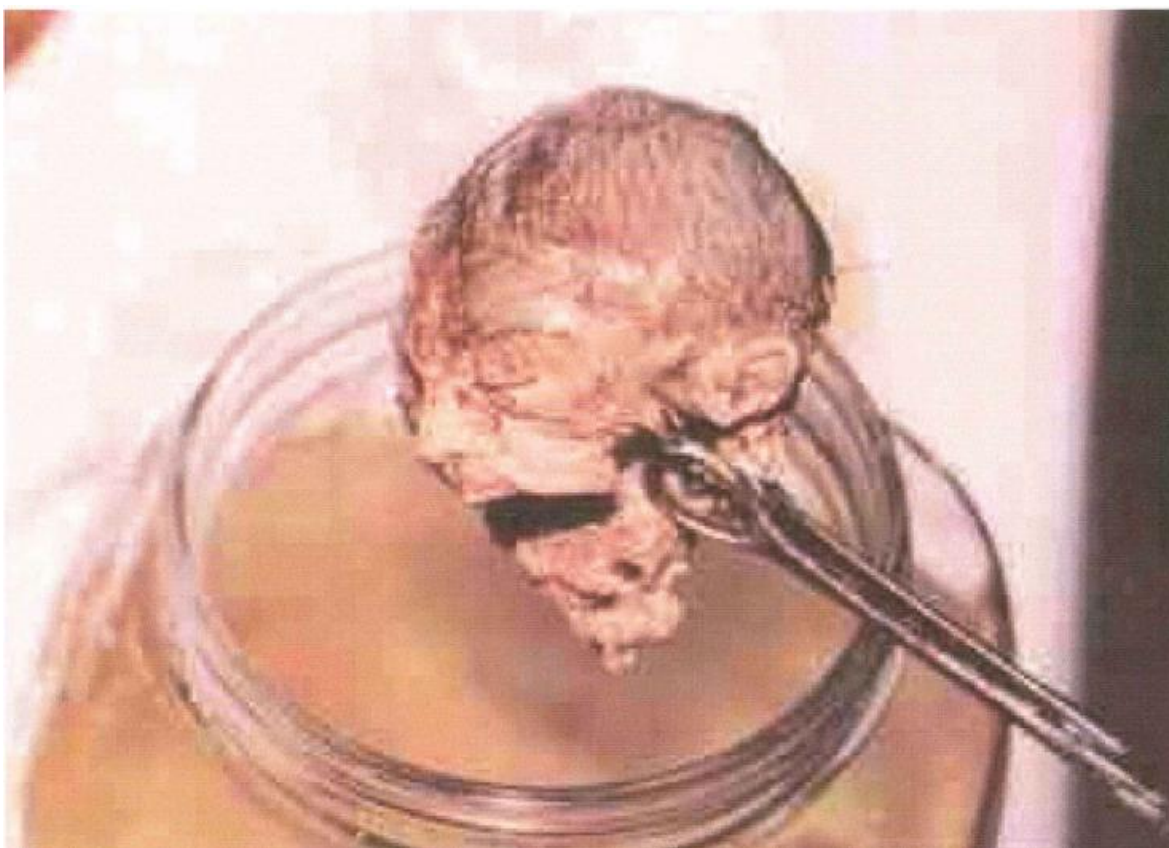
Μόνο Εσύ με νοιάστηκες, μόνο Εσύ με ξέρεις,

τη θλίψη μου μοιράζεσαι, στον πόνο μου υποφέρεις.

Το Πνεύμα Του με ακουμπά, κι εγώ παρηγοριέμαι.

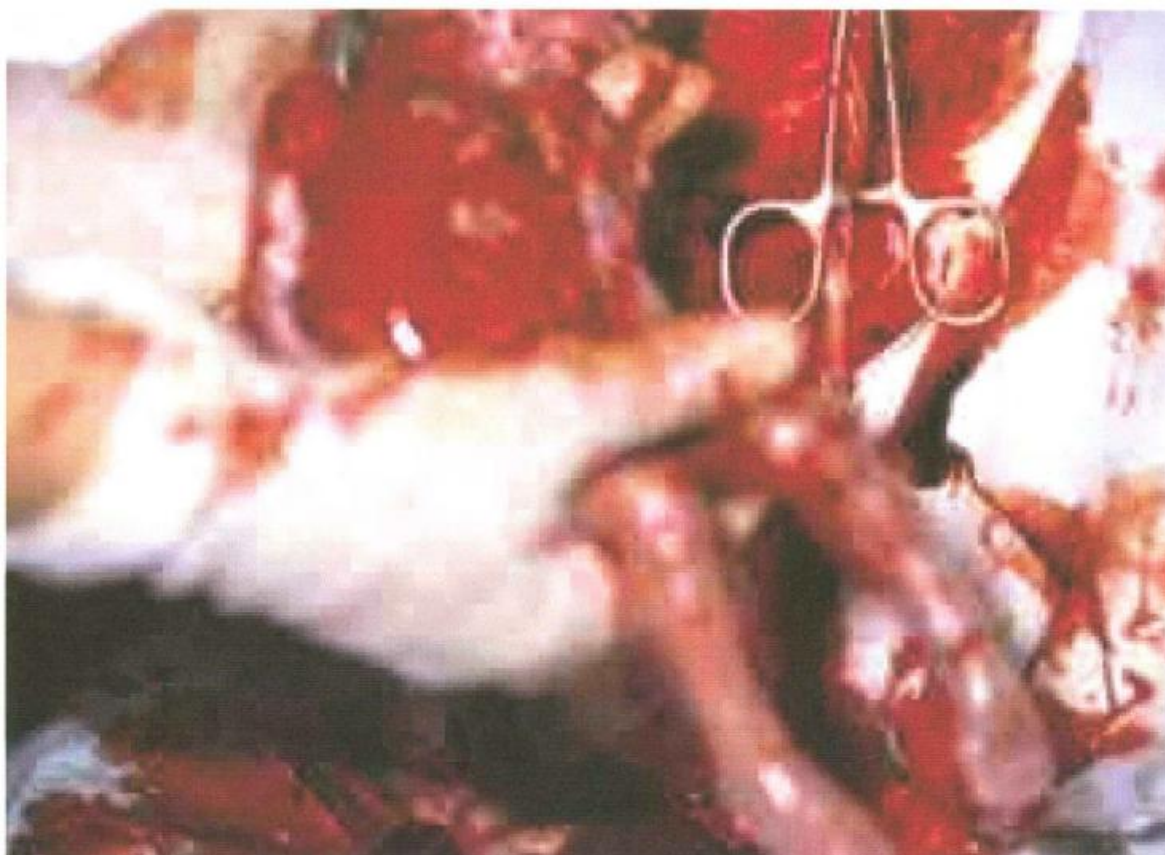
στην αγκαλιά του Πλάστη μου γέρνω κι αποκοιμιέμαι. (Kivotoshelp.gr)









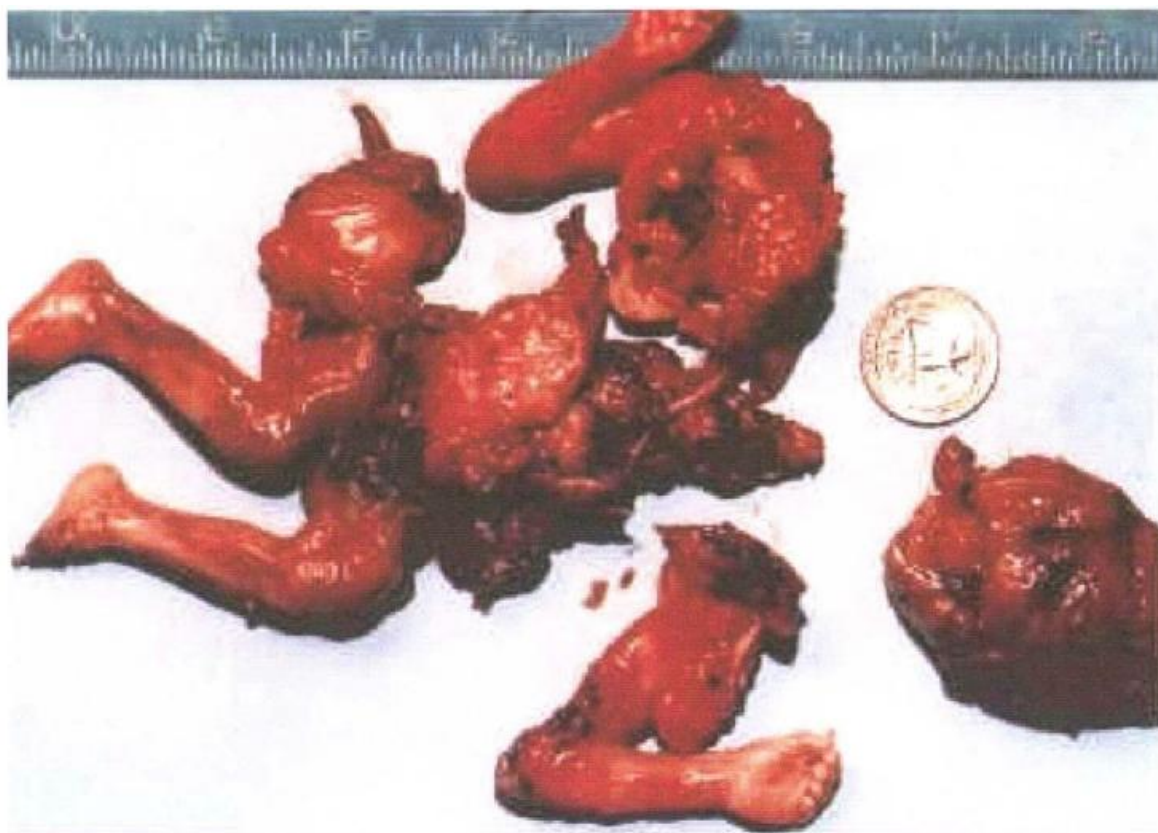












*ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ*

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αγγελή Λ. Α, (2005), Τα επαγγελματικά προσόντα των νοσηλευτών και η συμμετοχή των ενηλίκων εκπαιδευομένων στην πράξη, *Εκπαίδευση Ενηλίκων*, 5.
- Ανδρέου Χ, Ερμογένους Α, Ιωάννου Σ, (2001), Κυπριακά νοσηλευτικά χρονικά, Τόμος Β, Τεύχος Β, Λευκωσία
- Ανδριώτης Κ, (2003), Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με SPSS, Αθήνα, Κλειδάριθμος
- Βαμβουκάς Μ,(1987), Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία, Αθήνα, Γρηγόρης
- Bird M, Hammerstey M, Comm R and Woods F., (1999), Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη – Εγχειρίδιο μελέτης, Πάτρα: ΕΑΠ
- Γιαννοπούλου Α, (1999), Διλήματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική, Έκδοση Γ, Αθήνα, Ταβιθά.
- Cohen L, and Manion L, (1997), Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, Αθήνα: Έκφραση.
- Δημητροπούλου Κ, (2001), Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας, Αθήνα, Ελλην.
- Ζαχαροπούλου Π, Τσοπάνογλου Μ, (2004), 31<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Σύγχρονη αναγκαιότητα η εφαρμογή της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, Αθήνα
- Ζήσης Θ, (1999), Ανατομία Ι, Πάτρα
- Ζησιμοπούλου Ε, Ζαχαροπούλου Σ, Παυλοχρήστος Χ, (1998), Άμβλώσεις – Αντισύλληψη, Πάτρα



- Javeau, C.L, (2000), Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή, Κ. Τζαννουέ – Τζωρτζή (επιμέλεια), Αθήνα, Τυπωθήτω
- Καλογερόπουλος Δ, (1996), Γυναικολογία, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- Κλάδη Α, (1998), Άμβλώσεις, Πάτρα
- Κυριαζή Ε, (1999), Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και κριτικών, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Κυρίτση Ε, Παππά Θ, (2003), 30<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Το όραμα των Νοσηλευτών στη Σύγχρονη Κοινωνία, Αλεξανδρούπολη
- Μακράκης Β, (1998) Αξιολόγηση συστημάτων ανοικτής και εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης στο Δ Βεργίδης Δ., Γιακκαράκης Α., Λυκουργιώτης Α.
- Μακράκης Β, *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη*, Εγχειρίδιο μελέτης Ε, Φράγκου (Μετάφραση), Πάτρα: ΕΑΠ
- Παπαδημητρίου Α, Γαλάνης Θ, (1995), Αντισύλληψη, Αθήνα, Λίτσας
- Παπανικολάου Ν, (2005), Γυναικολογία Έκδοση Γ. Αθήνα, Παρισιάνου
- Παπανικολάου Ν, (2005), Μαιευτική, Έκδοση Γ', Αθήνα, Παρισιάνου
- Παρασκευόπουλος Α, (1993), Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, Τόμος Α', Αθήνα, Ιδίου
- Πλατή Χ, Πορτοκαλάκη Α, Λεμονίδου Χ, (2000), 27<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 21<sup>ος</sup> αιώνας: Νέο ξεκίνημα για την Νοσηλευτική, Εστία

- Σκαπινάκης Θ, Υπογεννητικότητα στην Ελλάδα, [agora.antibaro.gr](http://agora.antibaro.gr) (18/8/08).
- Youngsin R. (2001) Υλικό της γυναικείας Υγείας, Τσουροπλή Π, (μετάφραση), Αθήνα, Περίπλους
- Φραγκούλης Ι, (2001), Η αναγκαιότητα εφαρμογής της περιβαλλοντικής αγωγής, Εκπαίδευση Ενηλίκων – Σχεδιασμός Διδακτικού Μοντέλου. Διδακτορική διατριβή, ΠΤΔΕ. Πανεπιστήμιο Πατρών
- Faulkner D, Swaum J, Baker S, Bird M, and Certy, (1999), Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον – εγχειρίδιο μεθοδολογίας, Πάτρα: ΕΑΠ.
- Χαραλαμπίδου Ε, Παπανουδάκη Η, (1999), 26<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Προτεραιότητες και Προοπτικές της Νοσηλευτικής στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, Κέρκυρα, Παπανικολάου.
- Χατζηδάκη Μ, (1994), Υγεία, Τόμος Β΄ Αθήνα Δομική
- Abortions, <http://translation.babylon.com> (03/09/08)
- Εγώ το αγέννητο παιδί, [www.otenet.gr](http://www.otenet.gr) (20/06/08)
- Έκτρωση, [www.kivotoshelp.gr](http://www.kivotoshelp.gr) (20/06/08)
- Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας, [www.alopsis.gr](http://www.alopsis.gr), (18/08/08)
- Έκτρωση: Ποιήματα γονιών για παιδιά τους που δεν γεννήθηκαν! [www.kivotoshelp.gr](http://www.kivotoshelp.gr) (20/06/08)
- Ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας, [www.akazzo.gr](http://www.akazzo.gr) (03/07/08)
- [www.jesus.portal.org](http://www.jesus.portal.org) (3/7/08)