

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**« ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ »**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ M.SC
ΚΑΘ/ΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΑΛΜΠΑΝΗ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΚΟΡΜΠΑΚΗ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΥΗΣΗ – ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

1.1Γονιμοποίηση-Κύηση.....	10
1.2Εργαστηριακή διάγνωση της εγκυμοσύνης.....	11
1.3Στάδια ανάπτυξης εμβρύου.....	12
1.4Αμβλώσεις.....	14
1.5Επικινδυνότητα των αμβλώσεων.....	15
1.6Συνέπειες της άμβλωσης.....	16
1.7Απο ποιον και πότε μπορεί να γίνει άμβλωση	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.- ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1Αιτιολογία.....	19
2.2Θεραπευτικές εκτρώσεις.....	19
2.3Παράγοντες που επηρεάζουν το ζευγάρι ή την γυναίκα στην λήψη αποφάσεων.....	26
2.4Όταν η άμβλωση γίνεται σε ζευγάρια εκτός νόμιμου γάμου.....	27
2.5Άμβλωση ανεξάρτητα από την οικογενειακή ζωή της γυναίκας.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

3.1Προετοιμασία της γυναίκας πριν από την άμβλωση.....	31
3.2Προετοιμασία.....	35
3.3Αναισθησία.....	36

3.4Τεχνική χειρουργείου.....	37
3.5Μέθοδοι των αμβλώσεων - Αμβλώσεις στο πρώτο στάδιο της κύησης	38
3.6Αμβλώσεις σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.....	40
3.7Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής της κύησης.....	42
3.8Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ – ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ- ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

4.1Επιπλοκές των αμβλώσεων.....	51
4.2Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην σωματική υγεία.....	53
4.3Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην ψυχική υγεία.....	59
4.4Ψυχοπαθολογία πριν και μετά την άμβλωση.....	67
4.5Συνέπειες της άμβλωσης στην οικογένεια.....	70
4.6Συνέπειες της άμβλωσης στο κοινωνικό σύνολο.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ – ΙΑΤΡΙΚΗ – ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

5.1Απόψεις σχετικά με την άμβλωση.....	75
5.2Χριστιανική άποψη.....	76
5.3Ιατρική άποψη.....	77
5.4Νομική άποψη.....	79
5.5Η θέση και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	81
5.6 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην αντισύλληψη και στον οικογενειακό προγραμματισμό.....	82

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	87
2. ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	88
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	90
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΤΡΑΣ - ΙΚΑΡΙΑΣ.....	111
6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	115
7. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	118

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το σύστημα υγείας στις μέρες μας διέρχεται δυναμικές αλλαγές. Η κοινωνία μας έρχεται αντιμέτωπη με πολλά θέματα τα οποία έχουν μακροπρόθεσμο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής μας. Ένα από τα θέματα αυτά είναι και οι αμβλώσεις οι οποίες τα τελευταία χρόνια έχουν πάρει τρομακτικές διαστάσεις σε προσωπικό αλλά και κοινωνικό επίπεδο. Αυτό που παραμένει σταθερό είναι ότι μια κύηση μπορεί να έχει αίσιο τέλος, μπορεί όμως και να διακοπεί, ανεξάρτητα από τις επιλογές του ανθρώπου ή την ανεξέλεγκτη παρέμβαση της φύσης. Κύριο πρόσωπο αποτελεί η γυναίκα η οποία φέρνει στον κόσμο τη νέα ζωή και υφίσταται όλες τις συνέπειες θετικές και αρνητικές. Μελετώντας στην εργασία μας αυτή τις αμβλώσεις, θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε και να δώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα σε ένα μεγάλο πρόβλημα της εποχής μας.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά αίτια οδηγούν τις σύγχρονες γυναίκες να αρνούνται έμμεσα ή άμεσα τη μητρότητα. Να εμποδίζουν δηλαδή την εγκυμοσύνη ή και να τη διακόπτουν στην περίπτωση που έχει αρχίσει. Μια άρνηση με ολέθριες συνειδησιακές, ψυχολογικές, κοινωνικές κι εθνικές συνέπειες. Σας καλούμε σ' ένα ταξίδι αναζήτησης μέσα από πραγματικά περιστατικά που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες. Τα ονόματα των περιστατικών έχουν αλλαχθεί για ευνόητους λόγους.

Η Νίνα, 35 ετών, έγγαμη με δύο παιδιά, νοικοκυρά, έμεινε έγκυος για τρίτη φορά. Επιθυμούσε να μεγαλώσει η οικογένειά της και χάρηκε πάρα πολύ όταν πληροφορήθηκε την εγκυμοσύνη της. Ήθελε αυτό το παιδί όσο τίποτα στον κόσμο! Ο σύζυγός της όμως της το ξεκαθάρισε εξ αρχής: Ούτε συζήτηση για τρίτο παιδί! Δεν μπορώ να σηκώσω κι άλλο βάρος, ούτε οικονομικά ούτε συναισθηματικά. Τα φέρνουμε δύσκολα ακόμα και με τα δύο. Ξεφορτώσου το γρηγορότερο” (<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektpwshs.html>).

Ψυχρολουσία! Απογοήτευση, πίκρα, πόνος, θυμός, θλίψη. Η Νίνα πάλευε μέσα της. Από τη μια η επιθυμία της να φέρει στον κόσμο αυτό το πλασματάκι που ήδη αγαπούσε, από την άλλη ο εξαιρετικά πιεσμένος σύζυγός της, οι ανάγκες και οι δυσκολίες τους, η υπάρχουσα οικογένεια. Το δίλημμα φοβερό... (<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektpwshs.html>).

Ευτυχώς για τη Νίνα όμως τα πράγματα πήγαν καλά. Έμεινε σταθερή στην απόφασή της να μην προβεί σε άμβλωση και ο σύζυγός της το αποδέχτηκε και δεν ξαναμίλησε γι' αυτό. Σήμερα λατρεύει την τρίτη τους κόρη (<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektpwshs.html>).

Ας δούμε τώρα την περίπτωση της Μαρίας. Η Μαρία είναι 40 ετών, χορεύτρια και άγαμη, με τέσσερις αμβλώσεις στο ιστορικό της. Όταν έμεινε έγκυος για πέμπτη φορά, ο φίλος της, της είπε ότι δεν είναι η κατάλληλη ώρα για ένα παιδί. Η Μαρία ένοιωσε προδομένη και χαμένη. Έτσι συμφώνησε να της κλείσουν ραντεβού σε γυναικολόγο για να προχωρήσει σε άμβλωση (<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektpwshs.html>).

Σε ερώτηση: «Πώς είναι να κάνεις έκτρωση»; Η απάντησή της ήταν: «Όταν πλησιάζεις το χειρουργείο νοιώθεις τα μέλη σου να παγώνουν από το φόβο. Το αίμα σταματάει να κυκλοφορεί στις φλέβες σου. Θέλεις να κλάψεις ή να το βάλεις στα πόδια αλλά πιέζεις τον εαυτό σου και προχωράς γιατί έχεις πάρει την απόφαση να το κάνεις. Νοιώθεις περιφρόνηση για το χειρουργό που χαμογελάει συγκαταβατικά απέναντί σου και σε καθησυχάζει. Το θεωρείς υποκριτικό από κάποιον που σε λίγα λεπτά θα αδειάσει τα σπλάχνα σου μέσα σ' ένα κουβά. Όταν σε σπρώχνουν να ξυπνήσεις είναι σαν να γυρίζεις απ' τον Άδη. Έχεις μια πικρή γεύση στο στόμα. Θλίψη και μελαγχολία σε συνοδεύουν για πολλές μέρες. Αν είσαι τυχερή και σε περιμένει έξω κάποια φίλη συνήθως προσπαθεί να σε καθησυχάσει: «Πάει, πέρασε» σου λέει. «Το ξεφορτώθηκες, τώρα θα συνεχίσεις όπως πριν τη ζωή σου». Μόνο που «αυτό» που ξεφορτώθηκες θα αναρωτιέσαι πάντα πώς θα ήταν αν το γεννούσες και η ζωή σου δεν θα είναι ποτέ πια όπως πριν» (<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektpwshs.html>).

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΥΗΣΗ – ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ



1.1 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΥΗΣΗ

Γενικά

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

Ορισμός Κύηση: Είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό. Λέγεται και κυοφορία ή εγκυμοσύνη (<http://greek.definitions.net/def/EL>).

Συμπτώματα της αρχόμενης κύησης

Καθυστέρηση εμφανίσεως εμμήνου ρύσεως. Ναυτία, εμετοί, διαστροφή της όρεξης. Συνήθως η ναυτία και οι εμετοί είναι πρωινό σύμπτωμα. Η διαστροφή της όρεξης είναι η αποστροφή της εγκύου προς ορισμένα φαγητά τα οποία προηγουμένως επιθυμούσε ή και αντίστροφα. Δυνατόν η αποστροφή να αφορά και οσμές π.χ. Κάπνισμα, αρώματα κ.λ.π. (<http://greek.definitions.net/def/EL>).

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

Σιελόρροια

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

Διόγκωση των μαστών.

Μαστική έκκριση. Συνήθως μετά τον 4^ο μήνα εμφανίζεται έκκριση διαυγούς υγρού από τους μαστούς (<http://greek.definitions.net/def/EL>).

1.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

A) Ανοσοδοκιμασίες

Ένας αντιορός που περιέχει αντιχοριακογοναδοτροπινικά αντισώματα θα ανιχνεύσει την παρουσία της ορμόνης στα ούρα, αλλά είναι απαραίτητο η αντίδραση να γίνει ορατή. Συνήθως χρησιμοποιούνται ερυθρά αιμοσφαίρια επικαλλυμένα (φορτισμένα) με HCG(Σαρρής,1991) (<http://www.familyhome.gr>)

B) Δοκιμασία ΒΗΤΑ – HCG

Η ανίχνευση της β-HCG με ραδιοανοσοδοκιμασία μπορεί να γίνει στα ούρα ή στο πλάσμα. Η μέθοδος αυτή είναι πολύ ευαίσθητη και επιτρέπει την πρώιμη

διάγνωση της εγκυμοσύνης. Επίσης μπορεί να είναι ειδικά χρήσιμη σε περίπτωση που υπάρχει υποψία έκτοπης εγκυμοσύνης (Σαρρής,1991), (<http://www.familyhome.gr>).

Γ) Υπερυχογράφημα

Ο εμβρυικός σάκος ανιχνεύεται την 5η – 6η εβδομάδα από την Τ.Ε.Ρ και η καρδιακή λειτουργία από την 7η εβδομάδα (Σαρρής,1991), (<http://www.familyhome.gr>).

Δ) Ακτινολογικός έλεγχος

Σήμερα η διάγνωση της εγκυμοσύνης δεν γίνεται με ακτινολογικό έλεγχο. Αυτός εκτελείται σπάνια και μόνο σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, ειδικά όταν υπάρχει υποψία πολύδυμης εγκυμοσύνης (Σαρρής,1991),(<http://www.familyhome.gr>).

1.3 Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα συναισθήματα που αισθάνεται η γυναίκα που κυοφορεί, διαφοροποιούνται ανάλογα με την προσωπικότητα της, τη σχέση με τον εαυτό της και τον Θεό, την οικογενειακή της κατάσταση, το κοινωνικό της περιβάλλον και τη χρονική στιγμή κατά την οποία ανακαλύπτει την εγκυμοσύνη της (<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=41707>).

Ένα γεγονός είναι σταθερό: ότι, δηλαδή, η έγκυος βιώνει μια πληθώρα συναισθημάτων που άλλοτε είναι συναφή και άλλοτε αντιφατικά, συνήθως όμως με ένα κοινό παρονομαστή: την ένταση. Κινούνται σε όλο ο φάσμα των συναισθημάτων: της έκστασης, της χαράς, της ολοκλήρωσης, του δέους και

φθάνουν έως το άλλο άκρο, δηλαδή της αμφιθυμίας, της αγωνίας, του μικροπανικού. Με λίγα λόγια δε μπορεί κανείς να περιγράψει με ακρίβεια ή και επάρκεια το πώς αισθάνεται μια εγκυμονούσα γυναίκα, μια και το βίωμα της κάθε μιας είναι μοναδικό. Ωστόσο, οι Arthur & Libby Colman, αναφέρουν ότι βιώνει την εμπειρία της κυήσεως ως μια ψυχολογική κρίση. (Να σημειώσουμε ότι κρίση θεωρείται κάθε περίοδος και κατάσταση που αναποδογυρίζει τα δεδομένα του ανθρώπου και θέτει σε δοκιμασία τις αντοχές προσαρμογής του σε αλλαγές) (<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=41707>).

Εάν ρωτούσαμε απευθείας μια γυναίκα πως νιώθει, θα παίρναμε διαφορετικές απαντήσεις στην αρχή της εγκυμοσύνης της, στη μέση και στο τέλος, άλλες στην πρώτη εγκυμοσύνη, άλλες στη δεύτερη, στην Τρίτη κλπ (<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=41707>).

Ένα κατεξοχήν χαρακτηριστικό της εγκυμονούσας γυναίκας είναι μια γρήγορη εναλλαγή διαθέσεων ως αντίδραση σε καταστάσεις που έως τότε δεν θα πυροδοτούσαν τέτοιες ακραίες αντιδράσεις από μέρους της. Για παράδειγμα, μπορεί να άγχεται για συνηθισμένα καθημερινά θέματα, να θλίβεται, να ξεσπάει σε δάκρυα στη μέση ενός κινηματογραφικού έργου, σε ανεξέλεγκτο γέλιο, ή σε θυμό (που ξαφνικά μετατρέπεται σε συγχώρεση) κατά τη διάρκεια μικροδιαφωνιών στην οικογένεια. Ακόμη, μπορεί σε κάποιες στιγμές να μην είναι σε θέση να πάρει μια απόφαση, ή να φοβάται για απλά πράγματα. Αυτή η συναισθηματική ροπή, σε κάποιες περιπτώσεις , μπορεί να είναι έντονη και σε άλλες ήπια, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητας της γυναίκας, την αληθινή πίστη της και την ποιότητα της πραγματικής υποστήριξης που δέχεται από τους ανθρώπους του κοντινού της περιβάλλοντος (<http://babyspace.gr/article/prenatal-education-pchycology/118-1737.html>).

Τέλος, ένα χαρακτηριστικό της γυναίκας που κυοφορεί είναι και μια οξυμένη ευαισθησία της απέναντι σε παγκόσμια ή τοπικά κοινωνικά ή φυσικά γεγονότα και καταστάσεις (όπως πόλεμοι, οικολογικά φαινόμενα, σεισμοί, πυρκαγιές, κλπ.) που κάπως αισθάνεται ότι την αφορούν άμεσα και προσωπικά, με αποτέλεσμα να άγχεται, ή να δραστηριοποιείται σε ανάλογες προσπάθειες αντιμετώπισής τους (<http://babyspace.gr/article/prenatal-education-psychology/118-1737.html>).

Με όλα τα ανωτέρω που αναφέραμε, η γυναίκα νιώθει να μην καταλαβαίνει ή να μη μπορεί να παρακολουθήσει τον εαυτό της, τη συμπεριφορά της και εν τέλει τείνει να σαστίζει με την όλη κατάσταση. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται τη σταθερότητα και την ανεκτικότητα των δικών της στην κρίσιμη, δηλαδή, και σημαντική περίοδο της ζωής της αλλά και στη ζωή του μικρού ανθρώπου που κυοφορεί. Έτσι εξηγείται γιατί στις περισσότερες κοινωνίες οι άνθρωποι περιβάλλουν την έγκυο γυναίκα με περισσή φροντίδα, προστασία, ανοχή και κρυφό θαυμασμό (<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=41707>).

1.4 ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

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

Η έκτρωση γίνεται πριν από 20η εβδομάδα της και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500γρ. Αν η διακοπή συμβεί χωρίς την επέμβασή μας, λέγεται

αυτόματη έκτρωση. Αν συμβεί με την επέμβασή μας, λέγεται τεχνητή έκτρωση. Οι τεχνητές εκτρώσεις διακρίνονται σ' αυτές που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου, που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης και λέγονται τότε θεραπευτικές και σ' αυτές που εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, γιατί είναι ανεπιθύμητο και λέγονται εγκληματικές (Παπανικολάου,1994).

Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνουμε την καθιέρωση του όρου άμβλωση, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την ενέργειά μας. Όταν καταστρέψουμε επίτηδες κάτι που αναπτύσσεται τότε λέμε ότι «αμβλώσκουμε» (Παπανικολάου,1994).

Επομένως τρεις όροι μπορούν να επικρατήσουν. «Αυτόματη έκτρωση» ή «αποβολή», όταν συμβαίνει χωρίς την επέμβασή μας, «τεχνητή έκτρωση» όταν εκτελείται για οποιοδήποτε λόγο, συνήθως θεραπευτικό με την επέμβασή μας. Και «Άμβλωση» όταν εκτελείται για την καταστροφή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Παπανικολάου,1994).

1.5 ΕΙΝΑΙ ΟΜΩΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ;

Σ'αυτό το ερώτημα απαντούν οι παγκόσμιες ανακοινώσεις που αναφέρουν ποσοστό θανάτου που δεν υπερβαίνει το 2 τοις εκατό χιλιάδες γυναίκες. Οι επιπλοκές από την επέμβαση διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες:

Στις άμεσες επιπλοκές:

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

B) Κακώσεις κατά την ώρα της επεμβάσης.

Στις έμμεσες επιπλοκές:

A) Επιγενόμενες φλεγμονές που πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής και θεραπευτικής αντιμετώπισης για την αποτροπή των δυσμενέστερων επιπλοκών, όπως ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα, πυελίτιδα και ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου (European Journal of epidemiology,1997).

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

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

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

Γ) Να απευθύνεται στις κοινωνικές Υπηρεσίες όπου η υπεύθυνη κοινωνική λειτουργός τις συμβουλεύει ανάλογα.

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

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

Εδώ είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι τα παραπάνω ιατρικά κέντρα και οι κοινωνικές υπηρεσίες διατηρούν κάθε πληροφορία μυστική, γι' αυτό και η προσέλευση των εφήβων σ' αυτά πρέπει να γίνεται χωρίς κανένα δισταγμό (European Journal of epidemiology,1997).

1.6 ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Σίγουρα όποια γυναίκα έχει βρεθεί σε μια τέτοια θέση γνωρίζει πόσο δύσκολη είναι η απόφαση και πόσο μεγάλοι οι κίνδυνοι που διατρέχει από μία τέτοια επέμβαση, τόσο κατά την διάρκεια, όσο και μετά: μολύνσεις, νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνος της μήτρας και των ωθηκών, εκλαμψία, καρδιακή

ανεπάρκεια, καρκίνο του στήθους, ανεπάρκεια της μήτρας σε μια πιθανή νέα εγκυμοσύνη, κατάθλιψη, ακόμη και στείρωση σε περιπτώσεις απροσεξίας του γιατρού (Erimes,1992).

1.7 ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Καλό θα ήταν, αν τελικά πάρετε μια τέτοια απόφαση, να εμπιστευτείτε έναν έμπειρο γιατρό, που να διαθέτει πείρα και να νιώθετε ασφάλεια μαζί του. Σ' ότι αφορά το κόστος τώρα, έχει να κάνει με το πότε. Το νωρίτερο (και το προτιμότερο, γιατί έτσι μειώνεται το ρίσκο για τη ζωή της μητέρας) που μπορεί να πραγματοποιηθεί μια άμβλωση είναι η 6η με 8η εβδομάδα της κύησης, ενώ το αργότερο μέχρι την 22η εβδομάδα. Βέβαια, μετά την 18η – 20η εβδομάδα θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγεται, καθώς το παιδί έχει αρχίσει να κινείται, οπότε η μητέρα έχει την αίσθηση της παρουσίας του κι αυτό έχει μεγάλες ψυχολογικές και παθολογικές κυρίως συνέπειες μετά την άμβλωση (Αραβαντινός,1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ- ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ



2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υπάρχουν πολλές αιτίες που οδηγούν μια γυναίκα στην πραγματοποίηση μιας άμβλωσης. Μία απ' αυτές είναι για θεραπευτικούς λόγους (θεραπευτικές εκτρώσεις) που έχουν σαν σκοπό τη διάσωση της μητέρας σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή της λόγω της κύησης. Μία άλλη αιτία είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το ζευγάρι ή τη γυναίκα στη λήψη απόφασης για άμβλωση (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

2.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Αιτιολογία θεραπευτικών εκτρώσεων: Στους θεραπευτικούς λόγους υπάγονται η μη βιωσιμότητα του εμβρύου που έχει σαν σκοπό τη διάσωση της μητέρας σε περιπτώσεις που λόγω της κύησης κακώς αναπτυσσόμενου εμβρύου, απειλείται η ζωή. Οι γυναίκες που κατατάσσονται στην κατηγορία φθάνουν στο ποσοστό του 14% περίπου στο σύνολο των εγκύων γυναικών, είναι όμως υπεύθυνη η κατηγορία αυτή για περισσότερο από το 50-60% της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας στη μητέρα και το νεογνό (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΕΙΝΑΙ:

A) Βαριά καρδιοπάθεια

Η συχνότητα των καρδιοπαθειών στην εγκυμοσύνη ανέρχεται σε 0,5- 2,5%. Οι περισσότερες συχνές καρδιοπάθειες είναι οι βαλβιδοπάθειες, οι συγγενείς καρδιοπάθειες και οι μυοκαρδιοπάθειες (<http://www.wrongdiagnosis.com/syptoms/abortion/causes.htm>).

Επιβάρυνση της καρδιοπάθειας από την κύηση συμβαίνει στο δεύτερο μισό της. Η επιβάρυνση αυτή εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές, με δύσπνοια ύστερα από προσπάθεια ταχυκαρδία και πόνο στη ράχη. Άλλες φορές σοβαρότερες ενοχλήσεις, όπως το πνευμονικό οίδημα και οι εμβολές. Σε σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται οξεία καρδιακή ανεπάρκεια που μπορεί να καταλήξει σε θάνατο (<http://www.wrongdiagnosis.com/syptoms/abortion/causes.htm>).

B) Νόσηση της μητέρας από ερυθρά

Η ερυθρά στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και πολύ σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες στο έμβryo. Ορισμένες από αυτές αναγνωρίζονται αμέσως μετά τον τοκετό (συγγενείς καρδιοπάθειες, καταρράκτης) ενώ άλλες εκδηλώνονται αργότερα (κώφωση). Επίσης πολλές παθολογικές καταστάσεις και συμπτώματα του νεογνού έχουν αποδοθεί στην ερυθρά όπως είναι το πετεχειώδες εξάνθημα, η ηπατοσπληνομεγαλία, ο ίκτερος, η μικροφθalmία και η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα (Καραγιάννη,Καρατζά,1988).

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

1. Σε κάθε έγκυο πρέπει από την αρχή της εγκυμοσύνης να γίνεται αναζήτηση των αντισωμάτων έναντι της ερυθράς. Εάν ανεβρεθεί τίτλος 1:16 ή μεγαλύτερος σημαίνει ότι υπάρχει ανοσία στη νόσο και δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης σε πιθανή έκθεση της εγκύου στην ερυθρά. Εάν δεν προσδιορισθούν αντισώματα υφίσταται κίνδυνος και συνιστούμε στην έγκυο να εμβολισθεί αμέσως μετά τον τοκετό (Καραγιάννη,Καρατζά,1988).

2. Εάν μία έγκυος εκτεθεί στην ερυθρά και κλινικά νοσήσει ή παρατηρηθεί διαφορά στους τίτλους των αντισωμάτων σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις τότε

επιβάλλεται η διακοπή της κύησης (Καραγιάννη,Καρατζά,1988).

Γ) Σακχαρώδης διαβήτης

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

- 1.Μεγάλη αύξηση του βάρους του εμβρύου
- 2.Ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου
- 3.Αύξηση της συχνότητας εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών κυρίως του κεντρικού νευρικού και του καρδιαγγειακού συστήματος του εμβρύου,
- 4.Υδράμιο
- 5.Αυξημένη συχνότητα στην εμφάνιση τοξιναιμίας
6. Υπογλυκαιμία και υπασβεστιαμία στο νεογνό.

Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να έχει τις παραπάνω επιδράσεις σε μία εγκυμοσύνη. Η πορεία και η πρόγνωση μιας εγκυμοσύνης που εμπλέκεται με σακχαρώδη διαβήτη εξαρτάται από τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος. Εάν διατηρούνται σε φυσιολογικά όρια τότε η εξέλιξη της εγκυμοσύνης πρέπει να θεωρείται φυσιολογική. Σε διαφορετική περίπτωση αρκετοί γονείς φοβούμενοι τις επιπλοκές αποφασίζουν να διακόψουν την κύηση (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

Δ) Σωματική ή ψυχική νόσος

Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο

γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν) εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι αναφέρεται ότι το 92% των εγκύων που μετά από **αμνιοκέντηση** έκαναν έκτρωση για τη πρόληψη γενετικού νοσήματος, παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες **σχιζοφρενικές ψυχώσεις** που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση, όπως επίσης και ασθενείς πάσχουσες από **κατάθλιψη** οι οποίες μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό, η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτικές (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

Ε) Ινομύωματα μήτρας

Τα ινομύωματα της μήτρας με εγκυμοσύνη απαντώνται σε συχνότητα **2%** και κατά προτίμηση σε πρωτότοκες μεγαλύτερες από 30 χρόνων. Η εγκυμοσύνη σε συνδυασμό με ινομύωμα συνήθως προκαλεί πόνο, περιτοναϊκή αντίδραση, ναυτία, έμετο, ταχυσφυγμία και πυρετό (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

ΣΤ) Διαπιστωμένες παθήσεις ή ανωμαλίες του εμβρύου με προγεννητικό έλεγχο

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

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

(<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

Z) Παθήσεις των νεφρών

Παλαιότερα γυναίκες με παθήσεις των νεφρών σπάνια γεννούσαν παιδιά που ζούσαν ενώ σήμερα ακόμη και με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μεταμόσχευση νεφρών ή χρόνια αιμοκάθαρση, μπορούν σε μεγάλη αναλογία να φέρουν σε πέρας μία κύηση (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

Σε ασθενείς με χρόνια σοβαρή νεφρική νόσο, κάθε απόφαση για κύηση πρέπει να παίρνεται αφού πρώτα γίνει εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας των νεφρών κατά τη σύλληψη και να λαμβάνεται υπόψιν η επίδραση που θα έχει η κύηση επάνω στη νόσο. Πολλές φορές η σοβαρή νεφρική βλάβη θα αναγκάσει τον γιατρό να μην επιτρέψει την κύηση ή να συστήσει και τη διακοπή της ακόμη, εάν ήδη έχει αρχίσει η κύηση (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

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

(<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>).

H) Αναιμία

Η αναιμία είναι συχνή επιπλοκή της κύησης με σοβαρές ή και μοιραίες επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. Ακόμη και σήμερα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα συνδεδεμένο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την κακή διατροφή και την έλλειψη περιγεννητικής φροντίδας στην έγκυο (Καρπάθιος,1999).

Όταν εκδηλωθεί η αναιμία στην κύηση, η έγκυος κατατάσσεται στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου και χρειάζεται προσοχή και φροντίδα. Η αναιμία προκαλείται συχνά από ανεπάρκεια του σιδήρου και σπανιότερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν σχέση με την ανεπαρκή παραγωγή ή την ταχεία καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Οι περισσότερες έγκυες γυναίκες που παρουσιάζουν χαμηλές τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης δεν έχουν πραγματική αναιμία, αλλά είναι επηρεασμένες από τη «φυσιολογική κατάσταση της κύησης» που ονομάζεται «**αιμόλυση ή υδραιμία της κύησης**» (Καρπάθιος,1999).

Αυτή η κατάσταση αρχίζει από την 8η εβδομάδα της κύησης και εκδηλώνεται στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, οφείλεται δε στη μεγαλύτερη αύξηση του όγκου του πλάσματος σε σχέση με την αύξηση της μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Σαν πραγματική αναιμική πρέπει να χαρακτηριστεί η έγκυος όταν η πτώση της αιμοσφαιρίνης, στο δεύτερο τρίμηνο, είναι ίση ή κατώτερη από **10γραμ/ ml** ή αν η τιμή του αιματοκρίτη είναι ίση ή κατώτερη από **30** (Καρπάθιος,1999).

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

στη μητέρα αιμορραγίες, πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία ή πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Στο έμβρυο προκαλεί ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, δυσφορία και η περιγεννητική θνησιμότητα, στα νεογνά των αναιμικών μητέρων, είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τα παιδιά των φυσιολογικών εγκύων (Καρπάθιος,1999).

Για τους παραπάνω λόγους με την έναρξη της κύησης, πρέπει κάθε έγκυος να λαμβάνει συμπληρωματικά σίδηρο και να προσέχει τη διατροφή της. Συνήθως ένα χάπι σιδήρου την ημέρα είναι αρκετό και πρέπει να συνοδεύεται και με τη λήψη ενός ή δύο χαπιών φυλλικού οξέως (Καρπάθιος,1999).

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

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

α) Ανενεργή φυματίωση

β) Διαβητική νευροσκλήρυνση

γ) Ca μαστού

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

ε) Εκτοπή εγκυμοσύνης (τραχηλική, κωδωνική, λυκηθική)

στ) Υπέρταση

ζ) Μεταβολικά νοσήματα (φαινυλκετονουρία)

η) Υποθυρεοειδισμός

θ) Τοξοπλάσμωση

(<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>)

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ Ή ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

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

ΟΤΑΝ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΝΟΜΙΜΟ ΓΑΜΟ

A) Οικονομικός παράγοντας

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

ένα ακόμα παιδί. Τέλος το ζευγάρι μπορεί να έχει βάλει κάποιες καταναλωτικές προτεραιότητες (αν είναι σε καλή οικονομική κατάσταση) με αποτέλεσμα να θέλει να αναβάλλει την απόκτηση ενός παιδιού (Νόνας,1996).

B) Προγραμματισμός της οικογένειας

Για να μπορέσει το ζευγάρι να προσφέρει στο παιδί τους πρέπει και τα δύο μέλη του ζευγαριού να το θέλουν στη συγκεκριμένη στιγμή του χρόνου που έρχεται στη ζωή. Η υγιής οικογένεια έχει παιδιά επιθυμητά στο χώρο και στο χρόνο. Όταν η Ελληνική οικογένεια αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών αποφασίζει την προκλητή έκτρωση (Νόνας,1996).

Η συχνότητα των αμβλώσεων αυξάνει προοδευτικά μέχρι τα 30, επειδή συμπληρώνεται προοδευτικά το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας, ενώ μετά τα 30 μειώνεται προοδευτικά, γιατί αμβλύνεται η συχνότητα των γενετησίων σχέσεων, η σε κάποιο βαθμό μειώνεται η γονιμότητα των ζευγαριών (Νόνας,1996).

2.4 ΟΤΑΝ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΓΙΝΕΤΑΙ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΚΤΟΣ ΝΟΜΙΜΟΥ ΓΑΜΟΥ

A) Επαγγελματικοί λόγοι.

Όταν η γυναίκα ζει μόνη της και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας, ή την οικογένειά της εξαρτάται από το μισθό της δουλειάς της και επηρεάζεται η απόφασή της για άμβλωση. Γιατί ένα παιδί απαιτεί χρόνο και ενεργητικότητα. Το **33%** των σπουδαστριών με γενετήσιες σχέσεις έχουν υποβληθεί σε προκλητική έκτρωση. Τέλος το **17%** των αγάμων σπουδαστριών σε ηλικία 22 ετών έχουν ήδη υποβληθεί σε άμβλωση

(<http://www.unborn.gr/enimerosi/adortion/53-teens-abortion>).

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο για να εξεταστεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση, για να προσδιοριστούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα, που με τη συμμετοχή τους επηρεάζουν το άτομο για τη λήψη απόφασης για άμβλωση (<http://www.unborn.gr/enimerosi/adortion/53-teens-abortion>).

B) Ψυχολογικός παράγοντας

Για να καταλάβουμε το βίωμα της άμβλωσης πρέπει να εξετάσουμε τη ζωή της γυναίκας ανάλογα με την ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη και κυρίως με τη θέση που κατέχουν στο ψυχισμό της η εικόνα της μητέρας και η εικόνα του σώματος της. Ωστόσο αυτή η προσωπική εμπειρία εξελίσσεται πάντα σε ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και επομένως επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες. (Μαμόπουλος,1991)

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

A) Άγνοια και κακή ενημέρωση αντισυλληπτικών μεθόδων Έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα (1999) διαπιστώθηκε ότι η πιο διαδομένη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η άμβλωση και δεύτερο οι παραδοσιακοί τρόποι αντισύλληψης. Φτάνει λοιπόν στην άμβλωση η Ελληνίδα από άγνοια των σύγχρονων μέτρων αντισύλληψης ή την ανεπαρκή αποτελεσματικότητα αυτών (Δούκα,Συκάκη,1996).

Λόγω της μερικής ενημέρωσης που έχει από περιοδικά, συζητήσεις κλπ. και της ανύπαρκτης ενημέρωσης από αρμόδιο - φορέα – γιατρό. Λόγω του φόβου της

να αναζητήσει κάποια λύση ή της ντροπής της να συζητήσει ή να ψάξει το θέμα (Δούκα,Συκάκη,1996).

O Sandstron (1977) αναφέρει ότι στις Σκανδιναβικές χώρες, μεταξύ **1966-1977**, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός νεαρών αγάμων γυναικών, οι οποίες έμειναν έγκυοι και ένας από τους λόγους αυτής της μείωσης είναι η καλύτερη γνώση των γυναικών για τις μεθόδους αντισύλληψης, λόγω εισαγωγής της διδασκαλίας αυτής σαν μάθημα στα σχολεία. Εξάλλου η νομιμοποίηση των αμβλώσεων δεν φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μείωση τους αλλά το μέγεθος τους συνδέεται με τη διάδοση και αποδοχή της αντισυλληπτικής πρακτικής (Δούκα,Συκάκη,1996).

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο για να εξεταστεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση, για να προσδιοριστούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα, που με τη συμμετοχή τους επηρεάζουν το άτομο για τη λήψη απόφασης για άμβλωση (Δούκα,Συκάκη,1996).

B) Ψυχολογικός παράγοντας

Για να καταλάβουμε το βίωμα της άμβλωσης πρέπει να εξετάσουμε τη ζωή της γυναίκας ανάλογα με την ψυχοσεξουαλική της εξέλιξη και κυρίως με τη θέση που κατέχουν στο ψυχισμό της η εικόνα της μητέρας και η εικόνα του σώματος της. Ωστόσο αυτή η προσωπική εμπειρία εξελίσσεται πάντα σε ορισμένο κοινωνικό πλαίσιο και επομένως επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες (Δούκα,Συκάκη,1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ



3.1 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

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

- α. Να αποφασίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματός της
- β. Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες
- γ. Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη, για την όποια απόφασή της
- δ. Να βοηθηθεί να αποφύγει μια απόφαση για την οποία θα μετανιώσει αργότερα
- ε. Να αντιληφθεί τις συνθήκες υπό τις οποίες βρέθηκε σε αυτή την κατάσταση και να αποφύγει, έτσι, το ίδιο πρόβλημα αργότερα (Ζούρλας,1986).

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

- § **Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας:** που ζει, οικονομική κατάσταση, σχέσεις, σχέδια για το μέλλον. Η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη; Είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας ένα ακόμα σύμπτωμα ανεπαρκούς προσωπικότητας; Ποιοι είναι οι λόγοι που η γυναίκα θέλει να διακόψει αυτή την εγκυμοσύνη, ξέρει τις εναλλακτικές λύσεις;
- § **Ποιος είναι ο πατέρας του παιδιού,** της συμπαραστέκεται ή την πιέζει να διακόψει την εγκυμοσύνη, υπάρχουν πιέσεις από άλλους και αν ναι ποιες;
- § **Έχει η γυναίκα κάποιο πρόβλημα με τις αντισυλληπτικές μεθόδους;**

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

υποστήριξη που είναι:

1. Οι έφηβες. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να μείνουν πάλι έγκυες, γι αυτό πρέπει να τους προσφερθούν αντισυλληπτικές μέθοδοι. Ίσως να χρειάζεται να ενημερωθούν οι γονείς για να της συμπαρασταθούν. Πρέπει να ελέγχεται και η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης και η παρουσία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

2. Οι γυναίκες που προσέρχονται σε προχωρημένη ηλικία κύησης.

3. Οι γυναίκες με ψυχολογική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή της προσωπικότητας , που πιθανόν να απαιτήσει αντιμετώπιση από ειδικό.

4. Γυναίκες με επανειλημμένες διακοπές εγκυμοσύνης, που χρειάζονται ιδιαίτερες συμβουλές και πολλές φορές είναι γυναίκες με ανεπαρκή προσωπικότητα.

5. Γυναίκες που υφίστανται την διακοπή κύησης για ιατρικές ενδείξεις συχνά διακατέχονται από ενοχές και χρειάζονται ειδική υποστήριξη .

6. Θύματα βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν δύσκολες περιπτώσεις τόσο στην προσέγγιση όσο και στην αντιμετώπιση (Ζούρλας,1986).

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

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

✓ Γυναίκες με αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα.

✓ Γυναίκες που έχουν δυνατότητα να συλλάβουν, όπως αποδεικνύεται από την παρούσα ανεπιθύμητη κύηση. Το 40% των γυναικών χωρίς ιστορικό

άμβλωσης που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, δεν έχουν την δυνατότητα να συλλάβουν, χρησιμοποιούν αντισύλληψη ή είναι σεξουαλικά αδρανείς.

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

▼ Ένα μικρό ποσοστό γυναικών που συνειδητά προτιμούν την άμβλωση από οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο και ένας μεγαλύτερος αριθμός γυναικών, που δεν τα καταφέρνει με τις αντισυλληπτικές μεθόδους (Ζούρλας,1986).

Μετά τη λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας, που είναι υποψήφια για διακοπή κύησης, ακολουθεί λεπτομερής ενημέρωσή της, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

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

2. Πλήρη ενημέρωση για τη διαδικασία διακοπής της εγκυμοσύνης, της αναισθησίας, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους:

α) αιμορραγία

β) λοίμωξη

γ) διάτρηση της μήτρας

δ) συνέχιση της εγκυμοσύνης ή από αποτυχία διακοπής της ή από εξωμήτρια κύηση

ε) θνησιμότητα 2-3/100.000 σε σύγκριση πάντα με το 15/100.000 εγκυμοσύνη.

3.Τη διάρκεια της νοσηλείας και την ανάγκη παρουσίας συνοδού σε περίπτωση

που χρειαστεί να αποχωρήσει αυθημερόν,

4.Την ανάγκη να αποφασίσει σύντομα, όχι όμως βιαστικά,

5.Το κόστος της επέμβασης,

6.Πότε θα ξαναέχει περίοδο και πότε επανέρχεται η γονιμότητα,

7.Ποιες οι επιπτώσεις στη γονιμότητά της,

8.Την αντισύλληψη για αποφυγή μιας νέας «περιπέτειας»,

9.Καθορισμό της επόμενης εξέτασης (follow-up).

10.Την ανάγκη να αποφασίσει σύντομα, όχι όμως βιαστικά,

11.Το κόστος της επέμβασης,

12.Πότε θα ξαναέχει περίοδο και πότε επανέρχεται η γονιμότητα,

13.Ποιες οι επιπτώσεις στη γονιμότητά της,

14.Την αντισύλληψη για αποφυγή μιας νέας «περιπέτειας»,

15.Καθορισμό της επόμενης εξέτασης (follow-up).

Μερικοί συνιστούν να περιγράφεται στη γυναίκα το έμβρυο στην ηλικία κύησης που βρίσκεται Αυτό δεν βοηθά τη γυναίκα ιδιαίτερα, αντίθετα μπορεί να της προκαλέσει μεγαλύτερα συναισθήματα ενοχής (Ζούρλας,1986).

3.2 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

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

Λαμβάνεται γενικό και γυναικολογικό ιστορικό και εκτελείται πλήρης φυσική και γυναικολογική εξέταση. Ανάλογα με τα ευρήματα παραγγέλλονται και οι απαραίτητες παρακλινικές εξετάσεις, ενώ αν χρειάζεται ζητάτε και η συμβολή ειδικών. Συνήθως αρκεί ένας αδρός προεγχειρητικός έλεγχος, ενώ πάντα πρέπει να ελέγχεται ο παράγων Rhesus της γυναίκας. Από το ιστορικό ιδιαίτερη σημασία έχει η παρουσία βαλβιδοπάθειας, αλλεργίας σε φάρμακα-κυρίως στα αναισθητικά, τοπικά και γενικά. Μερικοί ιατροί απαιτούν την επιβεβαίωση της κύησης, ενώ άλλοι στον έλεγχο συμπεριλαμβάνουν λήψη **τεστ Παπανικολάου**, καλλιέργειας κολπικού υγρού, ορολογικές εξετάσεις και υπερηχογράφημα σε περιπτώσει ευρημάτων ή αμφιβολιών από τη γυναικολογική εξέταση (Δούκα,Συκάκη,1996).

Μεγάλη σημασία στη γυναικολογική εξέταση έχει ο προσδιορισμός της ηλικίας κύησης, ο καθορισμός της κάμψης και κλίσης της μήτρας, καθώς και ο έλεγχος για την ύπαρξη μάζας στα εξαρτήματα. Αν διαπιστωθεί διαφορά μεταξύ μεγέθους της μήτρας και ηλικίας κύησης με βάση την τελευταία έμμηνη ρύση, υπάρχει πιθανότητα ύπαρξης μεγαλύτερης κύησης, πολύδυμης, κύησης, συγγενούς ανωμαλίας της μήτρας, ινομυωμάτων, μύλης κύησης ή ωθητικού όγκου. Σε αυτή την περίπτωση συνιστάται η υπερηχογραφική διερεύνηση των πιθανοτήτων που αναφέρθηκαν (Δούκα,Συκάκη,1996).

Η μεγαλύτερη κύηση απαιτεί επανεκτίμηση της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η παρουσία όγκου με μικρή κύηση αυξάνει την πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Υπερηχογράφημα συνίσταται και σε περίπτωση που βρίσκεται ασύμμετρη αύξηση του μεγέθους της μήτρας (Δούκα,Συκάκη,1996).

Σε περίπτωση που η μήτρα είναι μικρότερη από το αναμενόμενο, τότε υποψιαζόμαστε απουσία κήσεως, εξωμήτριο κύηση ή ατελή εκβολή. Είναι αυξημένη η πιθανότητα διάτρησης της μήτρας. Συνιστάται η επανεξέταση με μεγαλύτερη προσοχή, ιδιαίτερα των εξαρτημάτων, η επανάληψη του τεστ κήσεως, η εκτέλεση υπερηχογραφήματος μερικοί συνιστούν την εκτέλεση της έκτρωσης με προσεκτική εξέταση κατόπιν των ξεσμάτων (Δούκα,Συκάκη,1996).

3.3 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για τη μέθοδο αναισθησίας, ιδιαίτερα στις μικρές σε ηλικία κήσεις άλλοι είναι υποστηρικτές της τοπικής και άλλοι της γενικής αναισθησίας (Αραβαντινός,1991).

Η γενική αναισθησία είναι πιο αποδεκτή από τη γυναίκα και συναισθηματικά πιο ανώδυνη, αλλά οι κίνδυνοι από αυτή είναι υπαρκτοί, αυξάνεται η διάρκεια νοσηλείας, ενώ τα περισσότερα γενικά αναισθητικά προκαλούν χαλάρωση της μήτρας με αποτέλεσμα σχετικά αυξημένη απώλεια αίματος. Λόγω της χάλασης που προκαλεί στο μυομήτριο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται η αλοθάνη αντίθετα η κεταμίνη προκαλεί μητροσύσπαση. Με γενική αναισθησία παρατηρείται αύξηση στις επιπλοκές κυρίως της διατήσεως της μήτρας, τραυματισμού του τραχήλου, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και της ανάγκης μεταγγίσεως (Αραβαντινός,1991).

Η τοπική αναισθησία έχει αρκετούς φανατικούς υποστηρικτές, αφού προκαλεί

λιγότερες επιπλοκές από όσες η γενική. Οι κίνδυνοι της τοπικής αναισθησίας προέρχονται κυρίως από λανθασμένη ενδοαγγειακή έγχυση, από συστηματική τοξικότητα λόγω ταχείας απορρόφησης, ευαισθησίας της γυναίκας στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ή υπέρβαση της δόσεως. Φυσικά είναι σπάνιο να χρησιμοποιηθούν πάνω από 20 ml Lidocaine για την εφαρμογή τραχηλικού μπλοκ, ενώ η ταχύτητα απορρόφησης μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη διαλύματος **1 :200.000** αδρεναλίνης, η οποία προλαμβάνει και την εμφάνιση υπερδιεγέρσεως του πνευμονογαστρικού (Vasovagal Reaction). Η χρησιμοποίηση παραγόντων που προετοιμάζουν τον τράχηλο ελαττώνει την απαιτούμενη δόση τοπικού αναισθητικού. Τα αμίδια που χρησιμοποιούνται στην εφαρμογή τοπικής αναισθησίας, όπως η **Lidocaine**, μεταβολίζονται αργά στο ήπαρ, ενώ οι εστέρες, όπως η **Chloro-caine**, μεταβολίζονται ταχύτατα στην περιφέρεια από την «ψευδοχολινεστεράση του πλάσματος», ελαττώνοντας έτσι τη συστηματική τοξικότητα του φαρμάκου. Η Lidocaine εξάλλου προκαλεί παραισθησίες γύρω από το στόμα και οι ήχοι του περιβάλλοντος ακούγονται απόμακροι, προκαλώντας φόβο στη γυναίκα. Συνολικά οι επιπλοκές από την τοπική αναισθησία ανέρχονται σε 4,2%, ενώ οι σοβαρές επιπλοκές περιορίζονται και εδώ στο 0,3%. Έχουν δοκιμαστεί πολλές τεχνικές εφαρμογής τοπικής αναισθησίας στον τράχηλο όλες οι μέθοδοι περιλαμβάνουν μια επιφανειακή έγχυση στην 12^η ώρα στο σημείο που εφαρμόζεται η μονοδοντωτή λαβίδα για την έλξη του τραχήλου (Αραβαντινός,1991).

3.4 ΤΕΧΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

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

- **Κολποδιαστολείς.** Αυτοί είναι δύο, ο πρόσθιος, που είναι ευθύς, και ο οπίσθιος, που είναι αυλακωτός (Παπανικολάου,1987).
- **Μονοδοντωτές λαβίδες.** Τέτοιες χρησιμοποιούμε δύο, για να

συλλαμβάνουμε τον τράχηλο στην 3η και 9η ώρα (Παπανικολάου,1987).

- **Μητρομήλη.** Αυτή είναι μεταλλικός μακρύς και λεπτός στείλεός, που φέρνει λαβή για τη συγκράτησή του και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του μήκους της μητριάας κοιλότητας σε εκατοστά (Παπανικολάου,1987).
- **Ξέστρα.** Αυτά είναι μεταλλικά εργαλεία διάφορων μεγεθών, που το ένα άκρο τους είναι θυριδωτό και κοφτερό, για ν' αποκολλάει το κύημα, και το άλλο φέρνει λαβή για τη σύλληψή του (Παπανικολάου,1987).
- **Εμβρουλκοειδή λαβίδα.** Αυτή είναι ειδική λαβίδα, που μοιάζει με εμβρουλκό, έχει άρθρωση όμοια με την ελεύθερη άρθρωση των βραχιόνων του εμβρουλκού και χρησιμοποιείται για την εισαγωγή του κώνου του μητρευρεντήρα στην κοιλότητα της μήτρας, αφού πρώτα διπλώσουμε αυτόν. Η ειδική άρθρωση της λαβίδας της βοηθάει στην εύκολη εξαγωγή της από την ενδομήτρια κοιλότητα (Παπανικολάου,1987).
- **Λαμινάριες.** Αυτές είναι ραβδία από ξερή ρίζα ειδικού φίκου, που στην άκρη τους φέρνουν μετάξινο δαχτύλιο για τη συγκράτηση τους. Έχουν την ιδιότητα, όταν απορροφούν υγρά των ιστών να διογκώνονται. Τις χρησιμοποιούμε για τη βαθμιαία διαστολή του τραχήλου (Παπανικολάου,1987).

3.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ - ΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

ΑΠΟΞΕΣΗ ΜΕ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ [D & C]

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

1^{0ς} Εισάγουμε πρώτα τον οπίσθιο και ύστερα τον πρόσθιο κολποδιαστολέα στον κόλπο, ώστε να φανεί το τραχηλικό στόμιο.

2^{0ς}.Παραδίδουμε τους κολποδιαστολείς στο βοηθό, που βρίσκεται δεξιά μας.

3^{0ς} Συλλαμβάνουμε με μονοδοντωτή λαβίδα τον τράχηλο στην 3^η ώρα και

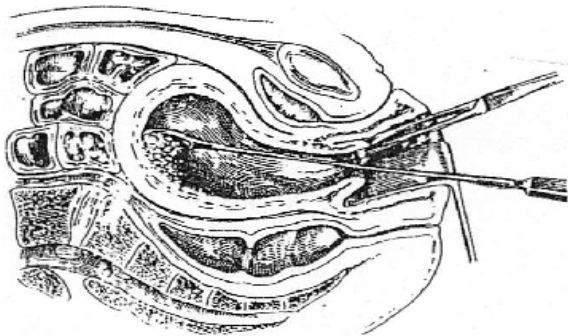
παραδίνουμε αυτή στο βοηθό.

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

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

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

7^{ος} Προκαλούμε διαστολή του τραχήλου, αν αυτή δεν υπάρχει, ή αν υπάρχει, τη συμπληρώνουμε, με κηρία του Hegar. Το μέγεθος της διαστολής πρέπει να είναι ανάλογο με την ηλικία της εγκυμοσύνης, γιατί, αν είναι μικρότερο, δυσκολευόμαστε στην έξοδο του περιεχομένου της μητριάας κοιλότητας και τραυματίζουμε τον τράχηλο κατά την έξοδο του ξέστρου και αν είναι μεγαλύτερο, προκαλούμε ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.

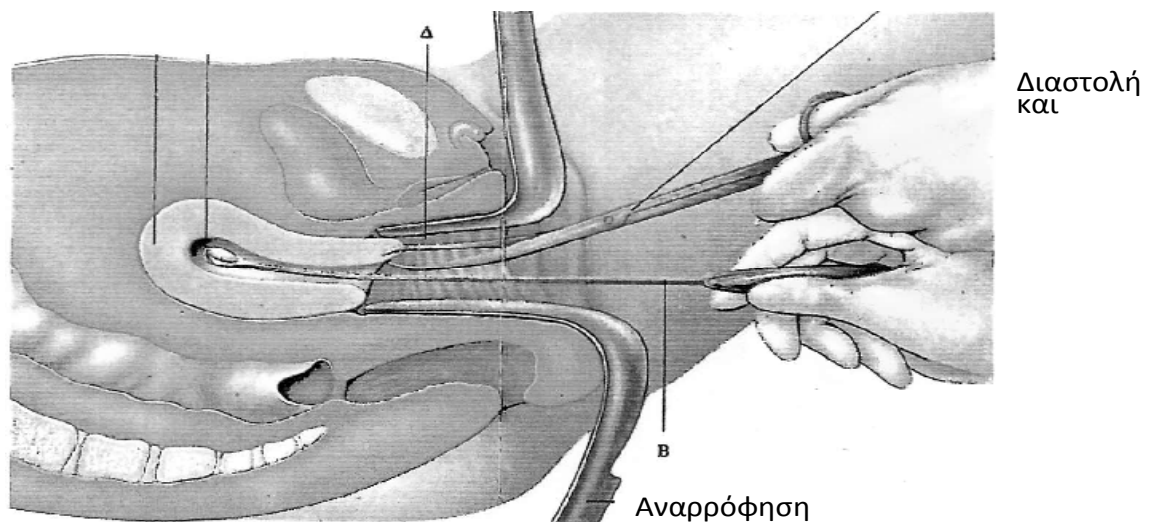


8ος Συλλαμβάνουμε τη λαβή του ξέστρου, που ταιριάζει περισσότερο στο μέγεθος της διαστολής του τραχήλου και το εισάγουμε μέχρι τον πυθμένα της μήτρας.

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

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

11^{ος} Αφαιρούμε τις μονοδοντωτές λαβίδες και τον οπίσθιο κολποδιαστολέα, αφού βεβαιωθούμε, πως πετύχαμε την κένωση της μήτρας από το χαρακτηριστικό κριγμό, που ακούγεται, όταν αυτή έχει αδειάσει και έχει συσπαστεί, και από την έξοδο ζωηρού κόκκινου χρώματος αίματος, που αφρίζει. (Frank et al,1995)



(Frank et al. 1995)

3.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ.

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

Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας (T.Radberg et al,1998).

Prostaglandin: (εβδ. 16 έως 38). Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρῶιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υποθέτων ή ενέσεων. Οι γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, έμετος και ανακοπή καρδιάς (T.Radberg et al,1998).

Ένεση με Digoxin: (εβδ.20 έως 32). Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin (T.Radberg et al,1998).

Έκτρωση με άλας: (εβδ. 16 έως 32+) Μία μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για την γυναίκα (T.Radberg et al,1998).

Υστεροτομή: (εβδ.24 έως 38) Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή (T.Radberg et al,1998).

D&X: (εβδ.20 έως 32+) Είναι επίσης γνωστή ως «έκτρωση μερικής γέννησης» (' partial-birth abortion»). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως «κακή ιατρική» από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνιστάται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του

παιδιού (T.Radberg et al,1998).

3.7 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δύο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) Φαρμακευτικές ουσίες και β) μηχανικούς τρόπους ή μαλάξεις της κοιλιάς (Mackeith,1991).

Α. Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχυλίσματα από ρίζες τεύτλων (τα κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβάδους ο λύρας, ο θάμνος άρκευθος ή σαβίνη, το υπερμαγγανικό κάλιο και ο μόλυβδος. Αρκετές γυναίκες ακόμη και σήμερα προσπαθούν να προκαλέσουν διακοπή κύησης παίρνοντας διάφορα φάρμακα, μεταξύ των οποίων τα αρμονικά σκευάσματα προγεστερόνης. Με τα σκευάσματα αυτά έρχεται η περίοδος μόνο όταν η γυναίκα δεν είναι έγκυος. Σήμερα χρησιμοποιούνται τα παρακάτω φαρμακευτικά μέτρα διακοπής της εγκυμοσύνης:

- Αλοιφές και διαλύματα για πλύση με βάση το σαπούνι. Το σαπούνι πηγαίνει στις φλέβες της μήτρας προκαλώντας έμφραγμα των αιμοφόρων αγγείων, καταπληξία και θάνατο
- Υπόθετα υπερμαγγανικού καλίου μιας καυστικής χημικής ουσίας που καταστρέφει τους ιστούς και τα τοιχώματα του κόλπου ή μπορεί να προξενήσει σοβαρή αιμορραγία, εξελκώσεις και μόλυνση.
- Χάπια κινίνου. Όπως οποιοδήποτε άλλο χάπι δεν προκαλούν αποβολή αλλά μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία της γυναίκας
- Αντισυλληπτικά χάπια σε μεγάλες δόσεις δεν προκαλούν αποβολή αλλά πιθανότητα παραμόρφωσης του εμβρύου.

Άχρηστα είναι επίσης το ρετσινόλαδο και άλλα ισχυρά καθαρτικά

(Mackeith,1991).

3.8 ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΟΥΝ ΤΑ ΕΚΤΡΩΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ

Οι ισχυρισμοί

Τα κύτταρα του εμβρύου μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση γιατί είναι «ανοσολογικώς αφελή» κάτι που σημαίνει ότι δεν έχουν αναπτύξει ακόμα όλα τα αντιγόνα που επιτρέπουν στο ανοσοποιητικό σύστημα ενός αποδέκτη μοσχεύματος να τα προσδιορίζει και να τα αποδεκτεί. Επί πλέον, τα νευρικά κύτταρα του εμβρύου αναζωογονούνται και αναπτύσσονται, σε αντίθετα με τα νευρικά κύτταρα των ενηλίκων. Η πρώτη μεταμόσχευση οργάνων εμβρύου πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 1985 στο Denver. Οι ερευνητές Everett Spess και Kevin Lafferty μεταμόσχευσαν εμβρυακούς ιστούς του παγκρέατος στο σώμα ενός 51ετούς διαβητικού. Τα κύτταρα αυτά σύντομα άρχισαν να παράγουν την απαιτούμενη ινσουλίνη για τον ασθενή. Αυτός ο τύπος μεταφοράς έχει πραγματοποιηθεί περίπου 15 φορές από το τέλος του 1987 (Aborted Baby's Braun Cells,1988).

Στο τέλος του 1988, οι ερευνητές προχώρησαν ένα βήμα παραπάνω, κύτταρα από τον εγκέφαλο ενός εκτρωμένου βρέφους 7 εβδομάδων μεταφέρθηκαν για πρώτη φορά σε ενήλικα ασθενή. Τα κύτταρα μεταμοσχεύθηκαν σε ένα ανώνυμο 55ετή άρρενα ασθενή θύμα της ασθένειας του Parkinson από μια χειρουργική ομάδα υπό τον Dr. Curt Freed και τον Dr. Robert Breeze στο Κέντρο Υγειονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου του Colorado.(είναι σχεδόν βέβαιο ότι υπέγραψε την τυποποιημένη φόρμα «συγκατάθεσης» για την έκτρωση όπου δίδεται άδεια να χρησιμοποιηθεί «κάθε ιστός που αφαιρείται»).

Η πειραματική διαδικασία χρηματοδοτήθηκε από ιδιωτικούς φορείς και εγκρίθηκε από την επιτροπή ανθρωπίνων προσώπων (human subjects

committee) του Πανεπιστημίου Colorado. Τέτοιες μεταμοσχεύσεις έχουν επιτελεστεί στη Σουηδία, το Μεξικό και την Κούβα (Aborted Baby's Braun Cells,1988).

Είναι αναπόφευκτο τα εκτρωμένα πρώιμα βρέφη να καταλήξουν να γίνουν δωρητές μοσχευμάτων, διότι πολύ λίγα βρέφη από αποβολές και εξωμήτριες κυήσεις είναι κατάλληλα για τον σκοπό αυτόν. Το γεγονός αυτό υποδείχθηκε πρόσφατα από τον Frederick Bieber, ειδικό στη γενετική στο τμήμα παθολογίας του Νοσοκομείου γυναικών στο Brigham, ο οποίος εξέτασε τα αποτελέσματα 1.025 αποβολών μέσα σε ένα έτος και διαπίστωσε ότι μόνο 39, ή 3,8% έδωσαν γενετικά κανονικό βρέφος που δεν είχε πεθάνει δύο ή τρεις εβδομάδες νωρίτερα και ήταν συνεπώς ακατάλληλο για μεταμοσχεύσεις. Από τα 39 βρέφη, τα περισσότερα είχαν με κάποιον τρόπο μολυνθεί και συνεπώς ήταν επίσης ακατάλληλα. Στη διάρκεια του ίδιου έτους, τα περισσότερα βρέφη που πέθαναν ως αποτέλεσμα 125 εξωμητρίων κυήσεων τα οποία εξέτασε ο Bieber ήταν πολύ μικροκαμωμένα ή άχρηστα για μεταμοσχεύσεις (Aborted Baby's Braun Cells,1988).

Στις μελλοντικές δεκαετίες η παραδοσιακή επιχειρησιακή σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ φορέων άμβλωσης και εγκύων γυναικών ενδέχεται να αντιστραφεί. Εάν τα όργανα του αγέννητου παιδιού κριθούν αρκετά πολύτιμα για μεταμοσχεύσεις (για παράδειγμα, \$500 έως \$1.000, κάτι που θεωρείται πιθανό), οι ανήθικες γυναίκες μπορεί να μένουν έγκυες, να αναπτύσσουν τα αγέννητα παιδιά τους μέχρι την «βέλτιστη» ηλικία (20 έως 28 εβδομάδες), και στη συνέχεια να τα πωλούν σε κλινικές εκτρώσεων για «διανομή». Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων γνωρίζουν ότι τα βρέφη που εκτρώνονται ζωντανά φέρουν πολύ περισσότερο κέρδος από εκείνα που εκτρώνονται νεκρά. Συνεπώς, προκειμένου να εισπράξουν λίγα παραπάνω μετρητά από το αποτρόπαιο

εμπόριό τους, έχουν επινοήσει διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι τα εκτρωμένα βρέφη θα διατηρηθούν ζωντανά ή θα θανατωθούν με τρόπο ώστε τα όργανά τους να μην καταστραφούν κατά την επέμβαση (Aborted Baby's Braun Cells,1988).

Οι υπεύθυνοι των εκτρώσεων εκτιμούν επίσης «Χρέωση παροχής υπηρεσιών» παρέχοντας νεκρά αγέννητα βρέφη σε εργαστήρια που ειδικεύονται σε πειράματα που απαιτούν εμβρυακό ιστό. Η «χρέωση» αυτή σήμερα έχει μέση τιμή \$25 ανά εκτρωμένο βρέφος (Aborted Baby's Braun Cells,1988).

Τα μέλη των βρεφών είναι σπουδαία επιχείρηση.

Οι έμποροι του θανάτου

Όταν δημοσιεύεται μια ηθικά αμφίβολη ιατρική «πρόοδος», οι επαγγελματίες αμφιβόλου χαρακτήρος του ιατρικού επαγγέλματος μαζεύονται ως σμήνος γύρω από τη νέα τεχνολογία σαν αρπακτικά γύρω από το πτώμα. Εφ' όσον η δυνατότητα κέρδους από τη λήψη εμβρυακών οργάνων είναι σχεδόν απεριόριστη, είναι αναπόφευκτο οι ιατροί και άλλοι χωρίς ιδιαίτερο σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή - ή την ιατρική δεοντολογία - να χρησιμοποιήσουν την ευκαιρία να αρμέξουν τα βρέφη μέχρι να βγάλουν όλα τα χρήματα που αξίζουν. Και μερικές φορές συλλαμβάνονται με τα χέρια του στη ματωμένη γυάλα με το γλυκό (Wilike,1997).

Οι έμποροι

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

στις ΗΠΑ κάθε χρόνο για ερευνητικούς σκοπούς (Wilike,1997).

Η εταιρεία Flow Labs έχει πωλήσει πολύ από τον εμβρυακό ιστό στο Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας για Μολυσματικές Ασθένειες του Αμερικανικού Στρατού, στο Fort Detrick στο Maryland. Τα κύτταρα αυτά χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές του Στρατού για την απομόνωση των αιτιών πολλών ασθενειών, μεταξύ των οποίων ο αιμορραγικός πυρετός. Ένας «γιατρός» από τη Νότιο Κορέα, ο καθηγητής Lee Myung Bok του Ιατρικού τομέα του Πανεπιστημίου της Σεούλ, πλήρωσε γιατρούς να κόψουν τα νεφρά από περισσότερα από 12.000 αγέννητα παιδιά αμέσως μετά τη θανάτωσή τους, και στη συνέχεια να τα συσκευάσουν με πάγο και να τα αποστείλουν στις ΗΠΑ (Wilike,1997).

Οι «Καλλιτέχνες»

Δεν είναι αρκετό για τους οπαδούς των εκτρώσεων να θανατώνουν τα αγέννητα βρέφη κατά εκατομμύρια. Πρέπει ακόμα να γελάσουν με αυτούς που θρηνούν τη σφαγή, διαπράττοντας την απώτατη αθλιότητα. Μετασχηματίζουν τα μικρά θλιμμένα του θύματα σε «τέχνη» (Wilike,1997).

Έτσι τα αγέννητα παιδιά, αντί να αντιμετωπιστούν ως τα θαυμαστά έργα του Θεού όπως και είναι, μειώνονται σε αντικείμενα συζήτησης και γελοιοποίησης. Αυτό δεν αποτελεί απλά αποκύημα της φαντασίας μερικών σπανίων άρρωστων μυαλών. Μετατρέπονται τα εκτρωμένα παιδιά σε «τέχνη», οι οπαδοί των εκτρώσεων περιγελούν τους εχθρούς των εκτρώσεων και τον Θεό. Λένε, στην ουσία. «Δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα να σταματήσετε τις εκτρώσεις, διότι είναι νόμιμες. Έτσι προχωρούμε ένα βήμα παραπάνω και κάνουμε τα βρέφη αυτά σκουλαρίκια και πρεσ - παπιέ για να σας δείξουμε πόσο αδύνατοι είστε.» Κατά την περίοδο 1985 έως 1990, αρκετοί αυτοαποκαλούμενοι «καλλιτέχνες» κατασκεύαζαν σκουλαρίκια και άλλα είδη που εμφάνιζαν πρώιμα παιδιά σε κέλυφος πλαστικό ή πλεξιγκλάς. Αυτά τα «έργα» λάμβαναν εκτενείς επαίνους

από τους κριτικούς τέχνης. Το 1989, η «επίδειξη εκφυλισμένης τέχνης» δέχθηκε μια συμβολική επιχορήγηση \$500 (National Endowment of the Arts (NEA) από τον «Χώρο του Καλλιτέχνη» (Wilike,1997).

Ένας άλλος «καλλιτέχνης» που αυτοαποκαλείται Ιστός Αράχνης, είναι ένας «χαράκτης δέρματος» ο οποίος αγόρασε ένα εκτρωμένο κατά το τελευταίο στάδιο βρέφος από μια κλινική εκτρώσεων για \$300, δημιούργησε ένα τατουάζ μιας καρδιάς στο στήθος του και το εξέθεσε σε μια επίδειξη «τέχνης» με τίτλο «**Ερ:** Ποιος είναι αυτός; **Απ:** Έμβρυο με τατουάζ» (Wilike,1997).

Η διαμάχη για το εμβρυακό κολλαγόνο

«Υπάρχει ένα επίμονο ψέμα που λέγεται από ορισμένες ομάδες οι οποίες είναι ενάντιες στην έκτρωση ότι μια ουσία που ονομάζεται «κολλαγόνο» (collagen) παράγεται από έμβρυα που πωλούνται από κλινικές εκτρώσεων σε εταιρείες καλλυντικών. » Planned Parenthood (οργάνωση για τον προγραμματισμό των γεννήσεων) (Wilike,1997).

Η κατάσταση στις ΗΠΑ

Από καιρού εις καιρόν, έρχεται στην επιφάνεια ο ισχυρισμός ότι οι κλινικές εκτρώσεων πωλούν σώματα εμβρύων σε μεγάλες εταιρείες καλλυντικών προκειμένου αυτά να «χρησιμοποιηθούν» για το κολλαγόνο τους. Αυτή η φήμη είναι επίμονη και φαίνεται να έχει δική της ζωή, αλλά δεν υπάρχει απόδειξη τέτοιας πρακτικής τουλάχιστον, όχι στις ΗΠΑ (Wilike,1997).

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

όπως είναι το Tiazolin Placenta, ένα προϊόν για τα μαλλιά (Wilike,1997).

Η FDA: Σε μια απόκριση του 1985 προς την Εθνική Επιτροπή για το Δικαίωμα στη ζωή (National Right to Life Committee), η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (United States Food and Drug Administration - FDA) ανέφερε ότι έχουμε λάβει πολυάριθμες ερωτήσεις από ενδιαφερομένους ιδιώτες και οργανισμούς σχετικά με τη χρήση κολλαγόνου σε καλλυντικά. Παρ' όλο που σε αρκετές από αυτές τις ερωτήσεις υπάρχει ο ισχυρισμός ότι η πηγή του κολλαγόνου των καλλυντικών είναι εκτρωμένα έμβρυα, σε καμία δεν υπήρξε η δυνατότητα ή η προθυμία να παρασχεθούν στέρεες πληροφορίες ότι πράγματι κάτι τέτοιο συμβαίνει. Δεν διαθέτουμε άλλες ενδείξεις ότι χρησιμοποιείται υλικό από ανθρώπινα έμβρυα ως πηγή είτε εκχυλίσματος πλακούντων είτε κολλαγόνου.» (Wilike,1997).

Ο Γαλλικός σύνδεσμος

Σε ότι αφορά την ιατρική δεοντολογία, ότι ισχύει για την California, ισχύει και για τις υπόλοιπες ΗΠΑ. Αλλά ακόμα και η California ενεργεί όπως και η Ευρώπη νωρίτερα. Τον Απρίλιο του 1980, οι φύλακες στα σύνορα Ελβετίας - Γαλλίας συνέλαβαν ένα φορτηγό από την Κεντρική Ευρώπη φορτωμένο με εκατοντάδες κιλά κατε-ψυγμένων εκτρωμένων βρεφών τα οποία, σύμφωνα με τις συνοδευτικές φορτωτικές κατευθύνονταν προς αρκετές γαλλικές εταιρείες καλλυντικών για επεξεργασία σε ακριβά καλλυντικά (Wilike,1997).

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

(Wilike,1997).

Και οι υποστηρικτές

Καμία από τις ωμότητες που περιγράφηκαν παραπάνω δεν θα μπορούσε να συμβεί χωρίς μια πληθώρα «διακεκριμένων, σημαντικών» επιχειρήσεων που κραυγάζουν για το αίμα (και τα μέλη) ανυπεράσπιστων εκτρωμένων βρεφών(Wilike,1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ – ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ- ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ



4.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

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

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πρέπει να γίνεται επείγουσα χειρουργική εκκένωση της μήτρας γιατί η διατήρηση της κύησης μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο εξελισσόμενο έμβρυο (Radberg et al,1998).

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Mifepristone διάρροια, εμετός, ναυτία, αδιαθεσία ενώ για την misoprostol κοιλιακός πόνος, ρίγη, πυρετός, εμετός, κεφαλαλγία, διάρροια. Methotrexate ναυτία, εμετός, διάρροια, στοματίτις αλωπεκία (Radberg et al,1998).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

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

Τα αντίστοιχα ποσοστά για το πρωτόκολλο με RU-486 το 95% είχαν τέλεια εκβολή μέσα σε 3 μέρες από τη χορήγηση του φαρμάκου (κυήσεις κάτω 7 εβδ), ενώ για την methotrexate τα ποσοστά ήταν χαμηλότερα 90-98% για κυήσεις κάτω 6 εβδ και 80-90% για κυήσεις 6-8 εβδ. Οι επιπλοκές που συνήθως χρειάζονται αντιμετώπιση ανέρχονται σε ποσοστό 5-10% και είναι κυρίως η χειρουργική απόξεση λόγω συνεχιζόμενης κύησης και ατελούς εκβολής και λιγότερο λόγω σοβαρότερων επιπλοκών (Radberg et al,1998).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- 1.Μεγάλη αιμορραγία. Ατελής έκτρωση Πόνος. Συνεχιζόμενη κύηση
- 2.Μεγάλη αιμορραγία. Ατελής έκτρωση. Πόνος. Συνεχιζόμενη κύηση. Ουδετεροπενία
- 3.Φλεγμονή. Μεγάλη αιμόρροια. Διάτρηση (Radberg et al,1998).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- 1.Μη τοξικότητα. Μη επεμβατική μέθοδος. Ευκολία μεθόδου λόγω από του στόματος λήψης φαρμάκων
- 2.Χαμηλό κόστος. Βρίσκεται εύκολα θεραπεύει και τυχόν εξωμήτρια κύηση. Ευκολία στην χορήγηση με ενδομυϊκή ένεση
- 3.Αποτελεσματική Γρήγορη Διάγνωση τροφοβλαστικής νόσου (Radberg et al,1998)

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- 1.Κόστος. Επιπλοκές
- 2.Μεγάλη διάρκεια μέχρι τερματισμό κύησης. Επιπλοκές
- 3.Επεμβατική. Απαιτεί χειρουργό και τοπική η γενική αναισθησία. Δεν επιχειρείται πριν τις 7 εβδ από πολλούς γιατρούς (Radberg et al,1998).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κάθε χρόνο στην USA μόνο γίνονται γύρω στο 1,4 εκ εκτρώσεις το 90% από αυτές στο πρώτο τρίμηνο και το 30% από αυτές πριν τις 7 εβδ. Πολλοί γιατροί δεν εκτελούν την χειρουργική μέθοδο πριν τις 7 εβδ με τον φόβο να μην παραμείνει το κύημα μέσα λόγω μικρού μεγέθους ή να έχουν μια αδιάγνωστη εξωμήτρια κύηση. Η φαρμακευτική διακοπή της κύησης έρχεται πολύ νωρίς πριν τις 7 εβδ να μας δώσει πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας διακοπής μιας κύησης με μη επεμβατικό εύκολο τρόπο, με μικρό σχετικά κόστος λίγες επιπλοκές και κάλυψη του κινδύνου από μια εξωμήτρια κύηση (methotraxate). Από την άλλη πλευρά απαιτεί μια πιο χρονοβόρα διαδικασία και την ύπαρξη κέντρων κατάλληλο επανδρωμένων και εξοικειωμένων σε αυτές τις διαδικασίες και την αντιμετώπιση των επιπλοκών. Έτσι οι γυναίκες που δεν επιθυμούν να περιμένουν μέχρι η κύηση να φτάσει σε μια ηλικία ικανή για χειρουργική επέμβαση μπορούν συνειδητά να επιλέξουν την μέθοδο αυτή αρκεί να υπάρχουν και όλες οι υπόλοιπες προϋποθέσεις (Radberg et al,1998).

Η μέθοδος εφαρμόζεται πολλά χρόνια στην Γαλλία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά η μη μέχρι τώρα έγκριση της από τις Ηνωμένες Πολιτείες επέδρασε ανασταλτικά στην εξάπλωσή της. Στην Ελλάδα το RU-486 δεν κυκλοφορεί και δεν μπορεί να είναι μέθοδος επιλογής διακοπής εγκυμοσύνης προς το παρόν, υπόσχεται όμως πολλά στο μέλλον τόσο στις διακοπές κυήσεως στο πρώτο τρίμηνο όσο και σε μεγαλύτερη ηλικία κυήσεως (Radberg et al,1998).

4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κύριες επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία:

1. ΘΑΝΑΤΟΣ

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες

κνήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια (Kent et al,1991).

2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά (Kent et al,1991).

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' 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 (Kent et al,1991).

Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μιας εκτρώσεως. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται (Kent et al,1991).

4. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν

πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση (Kent et al,1991).

5. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης (Kent et al,1991).

6. Η ΔΙΑΤΡΗΣΗ

Μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μια από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση. **ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ** Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροπράγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρόωμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δεύτερου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας (Kent et al,1991).

7. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

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

ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό (Kent et al,1991).

8.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ

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(Kentetal,1991).

9. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ

Η έκτρωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμητρίων κυήσεων. Αυτές, με τη σειρά τους, είναι απειλητικές για τη ζωή και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα (Kent et al,1991).

10. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κυήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20 έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση (Kent et al,1991).

11. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΣ

Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα

όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μία έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών (Kent et al,1991).

12. ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια μιας έκτρωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πια συνήθεις «δευτερεύουσες» επιπλοκές είναι οι εξής μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, έμετος, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus (Kent et al,1991).

13. ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ.

Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μια μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις. 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 (Borgatta, Niclinouch, 1997).

14. ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΙΒΛΑΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η έκτρωση συνδέεται με αλλαγές στην συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή, που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας (Howe et al, 1999).

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 (Howe et al, 1999).

Όπως γίνεται φανερό από το παραπάνω έγγραφο, η χειρουργική έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η χειρουργική έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν

και έχει τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται συνήθως στις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπόψη την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της, με κάποιους από τους παραπάνω τρόπους. Άλλες αναφερθείσες βλάβες περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κύησης, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4% (Howe et al,1999).

«Μας προκάλεσε έκπληξη το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών ανέφερε μέτρια ή μεγαλύτερη καταπόνηση στη διάρκεια της επέμβασης [άμβλωσης]. Δεν περιμέναμε τόσο πολλές γυναίκες να αναφέρουν πολύ έντονο πόνο». Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV κατά 172%, και οι ερευνητές είναι 99% βέβαιοι γι' αυτό το φαινόμενο. «Σημαντικά υψηλότερα κρούσματα μόλυνσης [HIV-1] σχετιζόνταν με την άμβλωση (0,49%) απ' ό,τι με τον τοκετό (0,18%) (OR:2.72; 95% CI:2.29-3.22)16. Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 και κρατήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν όμως κάνει έκτρωση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο 15% (υποθέτοντας ότι θα αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί μέχρι την ηλικία των 30). Εάν εξ αιτίας της έκτρωσης υποστεί στειρώση ή/και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο 30% (Howe et al,1999).

4.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης

ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε μια άλλη μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31 % ένοιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού (Ashton,1990).

Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (γυναικών χωρίς έκτρωση). Οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία εκτρώσεις (Ashton,1990).

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής (Ashton,1990).

Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών άρρωστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα (Ashton,1990).

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS)

Μια εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (post-traumatic stress disorder -PTSD). Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της έκτρωσης. Επειδή αυτή είναι μια σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεσα αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας, η περίληψη που ακολουθεί είναι περισσότερο πλήρης από τις άλλες της παρούσας ενότητας. Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές παρεισδυτικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής (Sheed & Ward,1998).

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πειστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κηδεύσεώς τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από ένα μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με το βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την έκτρωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκτροτικό Σύνδρομο. Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή (Sheed & Ward, 1998).

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

του ήχου μιας αντλίας κενού) (Sheed & Ward,1998).

Παρείσδυση είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PAS είναι τα εξής ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές, στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης (Sheed & Ward,1998).

Συστολή είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα (Sheed & Ward,1998).

Είναι συμπεριφορά διαφυγής προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις μετεκτρωτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της έκτρωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της έκτρωσης, απομάκρυνση από τις σχέσεις, ιδιαίτερα αποξένωση απ' όσους σχετίζονται με την απόφαση για την έκτρωση, αποφυγή παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνηση σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία); μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής (Sheed & Ward,1998).

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η μελέτη του **Barnard** διαπίστωσε την ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που είχαν δεχθεί έκτρωση τρία έως πέντε έτη παλαιότερα. Όμως στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο (Sheed & Ward,1998).

Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση, η μελέτη του **Barnard** σφάλλει κατά ένα ποσοστό 50%. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνεργαστούν στην έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της έκτρωσης; είναι εκείνες στις οποίες η έκτρωση προξένησε την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει το συμπέρασμα αυτό, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που αρνούνται να δεχθούν παρακολούθηση μετά την έκτρωση ταιριάζουν περισσότερο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που υποφέρουν από περισσότερες διαταραχές μετά την έκτρωση. Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την έκτρωση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην έκτρωση) κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD (Sheed & Ward,1998).

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου μια ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει ικανοποιητική αποκατάσταση, το PTSD μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μια ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από το νόμο (στις ΙΠ1Α). Αυτή η ανικανότητα, συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μακρότερη περίοδος αποκατάστασης από τον νόμο (Sheed & Ward,1998).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα

στη σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή από το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων (Garfinkel,1989).

ΙΔΕΑΛΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών (Garfinkel,1989).

ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Με μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών (Garfinkel,1989).

ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινοπνεύματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινοπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία (Garfinkel,1989).

ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με την μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HPV/AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς (Garfinkel,1989).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτροτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία (Garfinkel,1989).

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών (Garfinkel,1989).

ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

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

πραγματοποιήσει περισσότερες από μία εκτρώσεις (και αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των εκτρώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία, και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο (Garfinkel,1989).

ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που έχουν ιστορικό έκτρωσης (Frank et al,1998).

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας υποκατάστατης κυήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας (Frank et al,1998).

Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση (Frank et al,1998).

4.4 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις

Πριν από την Άμβλωση

Από τη στιγμή που διαπιστωθεί μια ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη και προβληθεί η έκτρωση σαν η πιθανή ή δήθεν ενδεδειγμένη λύση, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της, και ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία της για μια νέα σύλληψη αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχητικές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από τους γιατρούς, από το περιβάλλον της ή από άλλες πηγές. Φυσικά η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος είναι πολύ πιο έντονα σε συναισθηματικά ευαίσθητες γυναίκες και ο προβληματισμός τους, αν θα πρέπει ή όχι να προχωρήσουν σε έκτρωση είναι πολύ πιο μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση, όπως και σ' αυτές που πιστεύουν συνειδητά στον Θεό και γι' αυτό θεωρούν την έκτρωση ως αμαρτία. Οι τελευταίες απορρίπτουν κατά κανόνα ως απαράδεκτη μια τέτοια λύση και προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημά τους διαφορετικά. Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε έκτρωση, κυρίως για αυτές που είναι η πρώτη τους φορά, οι τελευταίες στιγμές πριν από την επέμβαση είναι οι πιο κρίσιμες και η ανησυχία και ο φόβος πιο έντονος. Αμέσως μετά την έκτρωση, πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, επειδή έχουν απαλλαγεί από το ανεπιθύμητο ή προβληματικά έμβρυο (Σολδάτος,Ναζίρη,1986).

Όμως ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών 56% όπως έδειξε μια πανεθνική δημοσκόπηση στις ΗΠΑ, νιώθουν ενοχές γι' αυτή τους την απόφαση και οι πιο πολλές αισθάνονται μειωμένες επειδή αναγκάστηκαν να προβούν σ' αυτή την πράξη (Σολδάτος,Ναζίρη,1986).

Μετά την Άμβλωση

Μια έρευνα πέντε ετών στις ΗΠΑ έδειξε ότι 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση χρειάστηκαν στη συνέχεια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με μόλις 3% των γυναικών που δεν είχαν κάνει έκτρωση. Επιπλέον πολλές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν πιο συχνά από κατάθλιψη, στρες, μειωμένη αυτοεκτίμηση και έχουν πιο συχνά τάσεις για αυτοκτονία. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες και γι' αυτό δεν ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η κατάσταση. Από μια πρώτη εντύπωση φαίνεται ότι το ποσοστό των Ελληνίδων γυναικών που έχουν ενοχές γι' αυτή την πράξη είναι μικρότερο. Αυτό οφείλεται: α) Στη μεγάλη ανοχή που έδειξε η ελληνική πολιτεία απέναντι στις εκατοντάδες χιλιάδες εκτρώσεις που γίνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας εδώ και δεκάδες χρόνια. β) Στην ηθική χαλαρότητα που έχει επικρατήσει σιγά-σιγά γύρω απ' αυτό το θέμα και γ) Στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων, η οποία δίνει μια ψευδαίσθηση ότι η έκτρωση δεν είναι κάτι το κακό. Έτσι εξηγείται το φαινόμενο ότι πολλές Ελληνίδες προχωρούν σε μεγάλη ευκολία όχι μόνο σε μια, αλλά σε επανειλημμένες εκτρώσεις. Γνωρίζω μια κυρία η οποία είχε προβεί σε 13 εκτρώσεις χωρίς να νιώθει κάποια ενοχή γι' αυτές. Φυσικά αυτό δε σημαίνει ότι δεν είναι ένοχη και δε θα της ζητηθεί από τον Θεό λόγος (Σολδάτος,Ναζίρη,1986).

Το να νιώθουμε ή όχι ένοχοι για κάποια παράνομη πράξη δεν έχει καμία σημασία και δε μειώνει την ενοχή μας απέναντι στον θεό. Όμως υπάρχουν άλλες Ελληνίδες, λιγότερες αυτές, των οποίων η ηθική συνείδηση συνεχίζει να είναι ευαισθητοποιημένη απέναντι στον ηθικά νόμο του θεού ή άλλες που πιστεύουν ειλικρινά στον Θεό. Όσες απ' αυτές τις γυναίκες έχουν για διάφορους λόγους αναγκαστεί ή παρασυρθεί σε έκτρωση, αντιμετωπίζουν συνήθως μετά έντονες ενοχές οι οποίες τις βασανίζουν για καιρό. Στην αρχή προσπαθούν συνήθως να λύσουν μόνες τους το πρόβλημα των ενοχών τους. Για να ησυχάσουν τη συνείδησή τους προσπαθούν να βρουν ή να εκμαιεύσουν από τους άλλους

δικαιολογίες γι' αυτή τους την πράξη, όπως για παράδειγμα, ότι ήταν απόλυτα δικαιολογημένη, ότι δεν μπορούσε να γίνει διαφορετικά, ότι το έμβρυο δεν έχει ψυχή ή ότι δεν είναι ακόμη άνθρωπος στους πρώτους μήνες της κύησης, και άλλες. Σε περίπτωση που πείσουν τον εαυτό τους ησυχάζουν, άλλες πιο πολύ και άλλες λιγότερο και συνεχίζουν τη ζωή τους χωρίς να θέλουν να σκέπτονται ή να μιλούν γι' αυτή τους την πράξη. Αντίθετα, σε περίπτωση που η ηθική τους συνείδηση συνεχίζει να τις ελέγχει αναγκάζονται αργά ή γρήγορα να εξομολογηθούν την αμαρτία τους αυτή στον θεό και να ζητήσουν συγχώρηση. Το ίδιο συμβαίνει και στις περιπτώσεις εκείνες που η γυναίκα, ενώ κατά την εκτέλεση της έκτρωσης δεν είχε ζωντανή σχέση με τον Θεό, αργότερα επιστρέφει σ' αυτόν με μετάνοια και αρχίζει μια ζωντανή και συνειδητή χριστιανική ζωή (Σολδάτος,Ναζίρη,1986).

Η έκτρωση σ' αυτές τις περιπτώσεις αποτελεί συχνά ένα αγκάθι γι' αυτές και γι' αυτό ζητούν ένθερμα από το Θεό να τις συγχωρήσει. Φυσικά ο Θεός συγχωρεί, επειδή είναι πλούσιος σε έλεος και είναι πολλή η αγάπη Του. Οι ίδιες όμως μπορεί να αμφιβάλλουν, και αυτό είναι συχνά ένα σοβαρό πρόβλημα, που τις εμποδίζει να προχωρήσουν σωστά και γρήγορα στην πνευματική τους ζωή και γι' αυτό χρειάζονται βοήθεια από πνευματικά ώριμους ανθρώπους. Θυμάμαι μια τέτοια κυρία που ρωτούσε και ξαναρωτούσε με αγωνία αν την είχε συγχωρήσει ο Θεός για τις εκτρώσεις που είχε κάνει πριν ακόμη δεχθεί τον Θεό στη ζωή της, και πόσο αυτό το πρόβλημα ήταν εμπόδιο για να προχωρήσει στην πνευματική της ζωή και να γίνει χρήσιμο όργανο του Θεού στο περιβάλλον της (Σολδάτος,Ναζίρη,1986).

4.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Με την άμβλωση έρχεται διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και οικογενειακής γαλήνης, σαν άμεση ηθική τιμωρία της πράξης αυτής. Γιατί η γυναίκα είναι

ψυχικά τραυματισμένη (ίσως και οι δύο) και γιατί το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός νέου μέλους δεν μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Συγκεκριμένες ψυχολογικές έρευνες, απέδειξαν ότι ένα παιδί, ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως η απόφαση της μητέρας να διακόψει την εγκυμοσύνη, δεν είναι ασφαλής. Το ψυχολογικό κίνητρο είναι δυνατόν να πάρει μια εντελώς αντίθετη μορφή και να δημιουργήσει σοβαρές ψυχολογικές συγκρούσεις στη μητέρα. Γιατί οι ηθικές συνέπειες δεν είναι μικρότερες αφού οι φυσικοί και οι ηθικοί νόμοι είναι αλληλένδετοι. «Η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει την παρεμπόδιση της τεκνογονίας ως κακία παρά φύση. Άμεση ηθική τιμωρία της κακίας αυτής, είναι η διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής ειρήνης. Γιατί την κακία αυτή την ακολουθεί εσωτερική πάλη. Η διαταραχή του οικογενειακού βίου γίνεται μεγαλύτερη αν δεν μπορέσουν να αποκτήσουν παιδί, όταν θελήσουν. Αν ένας από τους δύο στραφεί σε εξωσυζυγικό δεσμό ή ένα από τα παιδιά τους πεθάνει, μετανιώνουν που έκτρωσαν αυτό που θα μπορούσε να ζήσει (Δορκοφίκη,1984).

4.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες που ανήκουν στο λεγόμενο «**Τρίτο Κόσμο**» (Εφ. Ελευθεροτυπία,1995).

Η Ελλάδα παρ' όλο που ανήκει στα αναπτυσσόμενα κράτη λόγω της οικονομικής και κοινωνικής της δομής αντιμετωπίζει το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα από τις αναπτυσσόμενες χώρες, την υπογεννητικότητα. Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της Ελληνικής κοινωνίας, γιατί με

την μείωση της γεννητικότητας, που συμπίπτει με την αύξηση της μετανάστευσης μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γηράνσεως του πληθυσμού (Εφ. Ελευθεροτυπία,1995).

Μελετώντας τη δομή του πληθυσμού κατά ηλικία φαίνεται ότι υπάρχει σχετικά γρήγορα δημογραφική γήρανση. Από εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο ΚΕΠΕ υπολογίζεται ότι το 2001 τα άτομα 60 ετών και άνω θα αποτελούν το 19,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ σε αγροτικές περιοχές το ποσοστό αυτό θα φτάσει τα 22, 7%. Ακόμη πιο σημαντικό αναφορικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει για τις υπηρεσίες υγείας, είναι η πρόβλεψη ότι μέχρι το 2001 τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας (75 ετών και άνω) θα είναι περίπου το 4,7 % του Ελληνικού πληθυσμού (Εφ. Ελευθεροτυπία,1995).

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας όπως τα νησιά Αιγαίου, Πελοπόννησος, Ήπειρος και Κρήτη υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα γήρανσης και μη ανανέωσης του Πληθυσμού (Εφ. Ελευθεροτυπία,1995).

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

Β) Ότι ήταν δυνατόν να ανασταλεί η υπογεννητικότητα με τη λήψη μέτρων.

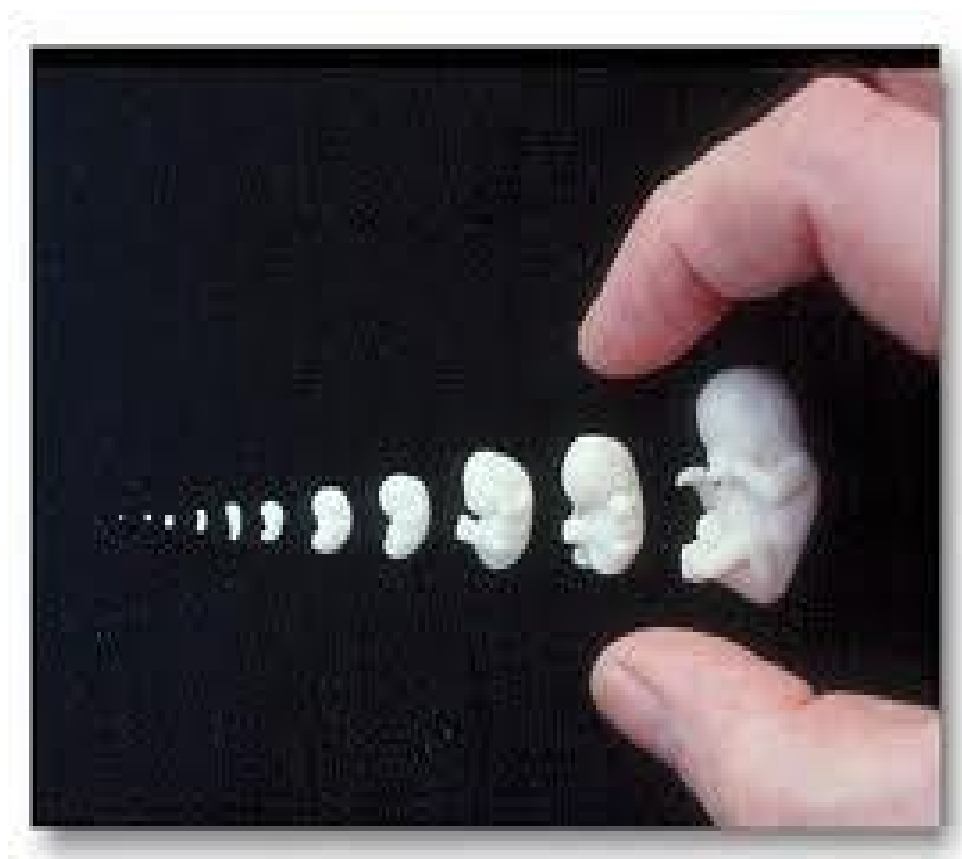
Η ακαδημία στηρίχτηκε σε μελέτες του Πανεπιστημιακού καθηγητή κ. Βαλαώρα, όπου με βιοστατιστικά αποδείκνυε το δημογραφικό κίνδυνο: *«Η γεννητικότητα του Ελληνικού λαού κατήλθε σε ανεπίτρεπτα πλέον επίπεδα, απειλούντα τον πληθυσμό με προοδευτική μείωση »*

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

των εκτρώσεων στη χώρα μας. Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα η έκτρωση στην Ελλάδα είναι κατ' εξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της περιοχής Αθηνών. Στη σχετική έρευνα που διεξήχθη το 1966-67 το 37% των ερωτώμενων γυναικών απάντησαν ότι κατέφυγαν στην έκτρωση. Οι εκτρώσεις στις αγροτικές περιοχές κάτω από 2000 κατοίκους ανέρχονται σε 22% έναντι 37% στην περιοχή των Αθηνών (Εφ. Ελευθεροτυπία,1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ – ΙΑΤΡΙΚΗ – ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ



5.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η άμβλωση εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα παγκόσμια προβλήματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό. Για όλους εκείνους μάλιστα που ισχυρίζονται πως είναι χριστιανοί, το θέμα έχει τεράστια σημασία. Η ιερότητα της ζωής που δοτήρας της και συντηρητής της είναι ο θεός, με τον τρόπο αυτό καταστρατηγείται. Έτσι ώστε και στην περίπτωση αυτή, όπως και σε ορισμένες άλλες, το τελικό ερώτημα είναι αν έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα, ακόμη περισσότερο ο γιατρός, να υποκαθιστά τον θεό. Βέβαια, στις ποικίλες και μακροχρόνιες συζητήσεις που έγιναν πάνω σ' αυτό το πρόβλημα εδώ και δεκαετίες, επιστρατεύθηκαν επιχειρήματα και από τις δύο πλευρές, που φυσικά έχουν και λογική και θεμελίωση, ανάλογα με την «οπτική γωνία» και την ψυχοσύνθεση του κάθε ερευνητή (Βασιλειάδης, 1987).

Εκείνο που έχει σημασία είναι ότι η πρακτική αυτή που παλιότερα είχε θεωρηθεί «περιθωριακή», έχει τόσο επεκταθεί στον καιρό μας, ώστε μια μελέτη πριν από μερικά χρόνια αποδείκνυε ότι (τουλάχιστον για την Αμερική) οι «θάνατοι» εμβρύων από εκτρώσεις ήταν 240 φορές περισσότεροι από τους θανάτους στον πόλεμο του Βιετνάμ (Βασιλειάδης, 1987).

Βέβαια, επιχειρήματα υπάρχουν και από τις δύο πλευρές. Και μια εμπεριστατωμένη αντιμετώπιση είναι αδύνατο να ξεπεράσει την επιχειρηματολογία της αντίθετης πλευράς, χωρίς προσοχή και χωρίς μελέτη. Λένε π.χ. ο οπαδοί των εκτρώσεων ότι, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι ηθικά θεμελιωμένη η άποψή τους. Τυπική περίπτωση, μια μητέρα εργαζόμενη που έχει ήδη αρκετά παιδιά, ένας οικογενειακός προϋπολογισμός

επιβαρηνένος, που κοντεύει ήδη να ανατραπεί, μια οικογενειακή ισορροπία ασταθής (βίαιος ή αλκοολικός πατέρας) που όπου να 'ναι καταρρέει -όλα αυτά αποτελούν καταστάσεις που δεν μπορεί κανείς να παραβλέψει. Απ' την άλλη μεριά όμως, πώς μπορεί κανείς να ανάψει το «πράσινο φως» σε μια ιατρική πράξη, που ίσως σε τελική ανάλυση, δε διαφέρει καθόλου από την αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής; Ο Παναγιώτης Κανελλόπουλος είχε γράψει κάποτε ότι η δολοφονία αφαιρεί το υπόλοιπο μιας ανθρώπινης ζωής. Η έκτρωση όμως αφαιρεί το σύνολό της (Βασιλειάδης,1987).

Η χριστιανική άποψη τοποθετεί την έναρξη της ανθρώπινης ζωής στη στιγμή της σύλληψης. Και πρέπει κανείς να ομολογήσει ότι κανένα άλλο σημείο στην εξέλιξη του κυήματος δεν φαίνεται να είναι τόσο οριακό, ώστε να τροποποιηθεί η άποψη αυτή. Όσοι κρατούν στα χέρια τους την Αγία Γραφή δε συναντούν στην περίπτωση αυτή μεγάλο προβληματισμό. Εκεί τα πράγματα είναι ξεκαθαρισμένα. Κύριος της ζωής είναι ο Θεός και η απόφαση για τη συνέχιση ή τη διακοπή της παραμένει αποκλειστικά στα χέρια τα δικά Του, χωρίς να φαίνεται πουθενά ότι αυτό. Του το δικαίωμα το έχει εκχωρήσει σε κάποιους ανθρώπους ο Θεός. Έτσι λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να προτείνει μερικά «μέτρα» που χωρίς να είναι εντυπωσιακά τα αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση μιας σωστότερης πορείας, μιας πορείας που θα την χαρακτηρίζει η κατανόηση, η προσπάθεια να βρεθεί καθένας στο επίπεδο του άλλου, και πρώτα απ' όλα και πάνω π' όλα, η προσευχή. Χωρίς την παρουσία του Θεού, χωρίς τη δραστηριότητα του Αγίου Πνεύματος, πως θα μπορέσει ο άνθρωπος να αντιμετωπίσει ένα θέμα τόσο τεράστιο, όσο εκείνο των εκτρώσεων; Αλήθεια, πώς; (Βασιλειάδης,1987).

5.2 ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θέση της Αγίας Γραφής, Σύμφωνα με την Αγία Γραφή, εκείνος ο οποίος

δίνει, συντηρεί και αφαιρεί τη ζωή είναι ο Δημιουργός Θεός. Ακόμη και σε περιπτώσεις διαγνωσμένης αναπηρίας, όπου κάποιος με ελαφριά την καρδιά θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη διακοπή μιας κύησης, ο Λόγος του Θεού μας φέρνει αντιμέτωπους με τη διακήρυξη του Θεού: «Ποιοι; έδωσε το στόμα στον άνθρωπο; ποιος τον έκανε να είναι άλαλος ή κουφός; να βλέπει, ή να είναι τυφλός; Εγώ ο Κύριος» (Εξοδος 4: 11).

Ο ευαγγελιστής Λουκάς στο πρώτο κεφάλαιο του Ευαγγελίου του μας αναφέρει την προφητεία του αγγέλου σχετικά με τον Ιωάννη τον Βαπτιστή: «... θέλει γεμίσει με Πνεύμα Άγιο, από τον καιρό που θα είναι στην κοιλιά της μάνας του ... ». Η Αγία Γραφή έχει αρκετό φως για κείνους που ειλικρινά αναζητούν να δουν την αλήθεια. Πιστεύουμε ότι η Βιβλική θέση είναι σαφής. Το ανθρώπινο έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι ένα θαυμάσιο δημιούργημα με ασύλληπτες προοπτικές. Το να το καταστρέψει κάποιος θεληματικά σ' οποιαδήποτε φάση της ενδομήτριας ζωής είναι τρομερό, και ως Χριστιανοί θα πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι θα λογοδοτήσουμε στο Θεό για τέτοιες βαρύτατες ενέργειες. Ο Κύριος είπε στον Ιερεμία: «Πριν ακόμα σε πλάσω μέσα στην κοιλιά της μάνας σου σε διάλεξα, και πριν ακόμα γεννηθείς σε είχα ξεχωρίσει για να είσαι προφήτης στα έθνη, προφήτης εις τα έθνη σε κατέστησα». Υπάρχει αδιάσπαστη σύνδεση ανάμεσα στην αποδοχή της ύπαρξης του Θεού και στη μοναδική αξία της ανθρώπινης ζωής από τη στιγμή της σύλληψης. Η έκτρωση είναι μια καταστροφική παρέμβαση στο έργο του σοφού Δημιουργού (Μητροπολίτου Νικοπόλεως, 1989).

5.3 ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η έκτρωση «κατά βούληση» συνεπώς σημαίνει ότι θνητοί άνθρωποι προσπαθούν να παίξουν τον ρόλο που ανήκει αποκλειστικά και μόνο στον Θεό. **ΟΡΚΟΣ του ΠΟΚΡΑΤΗ.** Ερμηνεία: Δεν θα δώσω σε κανέναν φάρμακο

θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτριωτικό φάρμακο. Ο Ιπποκράτης πέντε αιώνες προ Χριστού υποστήριξε στον όρκο του ότι ο ιατρός δε θα πρέπει να δώσει στην έγκυο οτιδήποτε που να προκαλεί έκτρωση. Και ο σεβασμός αυτής της εμβρυϊκής; ζωής κυριάρχησε στον Ιατρικό κόσμο περισσότερο από 2000 χρόνια. Πόσο μάλλον εμείς, που έχουμε το φως της Καινής Διαθήκης, θα πρέπει να αναλογιστούμε την ευθύνη μας μπροστά στο Δημιουργό και Κύριό μας! Θα λογοδοτήσουμε στον Θεό για το πώς χρησιμοποιήσαμε τη γνώση και τη δεξιότητα που Εκείνος μας έδωσε. Θα πρέπει να δώσουμε προσοχή στην πρόληψη της εγκυμοσύνης, όταν χρειάζεται, και ιδιαίτερη βαρύτητα στις προόδους της Ιατρικής Επιστήμης όσον αφορά στην πρόληψη και θεραπεία των γενετικών ανωμαλιών (Λεκου,1985).

Το ερώτημα που συζητιέται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες στους Ιατρικούς και Θεολογικούς κύκλους, ιδιαίτερα της Δύσης, περιστρέφεται γύρω από το εάν, και πότε το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ανθρώπινη ύπαρξη. Η πιο ακραία άποψη είναι εκείνη που υποστήριξε ο Αρχιεπίσκοπος Fisher και προέρχεται από τους Στωϊκούς φιλοσόφους, ότι το ανθρώπινο έμβρυο γίνεται προσωπικότητα με την πρώτη αναπνοή του αμέσως μετά τη γέννηση. Κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται ότι το έμβρυο δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια «μάζα ιστών». Τέτοιες απόψεις, όταν μάλιστα υποστηρίζονται από λεγόμενους Χριστιανούς, αποτελούν, με τον ελαφρύτερο χαρακτηρισμό, ύβρη και βλασφημία απέναντι στο Δημιουργό. Τέτοιες απόψεις, όταν μάλιστα υποστηρίζονται από λεγόμενους Χριστιανούς, αποτελούν, με τον ελαφρύτερο χαρακτηρισμό, ύβρη και βλασφημία απέναντι στο Δημιουργό., (Λεκου,1985).

5.4 ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

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

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

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

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

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

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

- α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
- β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
- γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
- δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

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

Είναι η ζωή στ' αλήθεια ιερή; Κάθε φορά που βλέπουμε ένα νεογέννητο βρέφος, η φυσιολογική αντίδρασή μας είναι χαρά και θαυμασμός. Χαρά γιατί γεννήθηκε ένας άνθρωπος στον κόσμο και θαυμασμός γιατί βρισκόμαστε μπροστά στο θαύμα της ζωής, στην τέλεια θεϊκή δημιουργία. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων, από το 1967 στη Μεγάλη Βρετανία και από το 1986 στη χώρα μας, έφερε στην επιφάνεια ένα σοβαρό πρόβλημα. Εκατοντάδες χιλιάδες έμβρυα θυσιάζονται κάθε χρόνο με τη χρήση ή και πολλές φορές με την κατάχρηση του σχετικού νόμου (Λέκου,1985) (<http://el.wikipedia.org/wiki/>).

Οι υποστηρικτές των εκτρώσεων προβάλλουν το δικαίωμα της μητέρας για αυτοδιάθεση. Ποιος όμως θα υποστηρίξει το δικαίωμα για ζωή του εμβρύου; Αθώες ανθρώπινες υπάρξεις καταδικάζονται σε θάνατο με μεγάλη ελαφρότητα (Λέκου,1985) (<http://el.wikipedia.org/wiki/>).

5.5 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι νοσηλευτές σαν επιστήμονες έχουμε χρέος οποιεσδήποτε και αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε και αν είναι οι επιφυλάξεις, να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και τη ζωή της μητέρας, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμη και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από τη γέννηση, όσο από την άμβλωση. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση, είναι μια επέμβαση με οδυνηρές σωματικές επιπλοκές που φτάνουν μέχρι και το θάνατο και έχει σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας (Κουτσελίνη,Γιαννοπούλου,1995).

Ο νοσηλευτής είναι ένας ελεύθερος άνθρωπος με ανθρώπινα και ηθικά δικαιώματα, όπως είναι η ελευθερία της συνείδησης. Η ορθή όμως στάση του νοσηλευτή απέναντι στο πρόβλημα δεν συνίσταται μόνο στη δική του αποχή, αλλά και στην ολόψυχη προσπάθειά του να αποτρέψει τη μητέρα από την διακοπή της εγκυμοσύνης (Κουτσελίνη,Γιαννοπούλου,1995).

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 νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί
- Την ενημέρωσή της σχετικά με τα αποτελέσματα της επέμβασης και τις συνέπειές της στην υγεία της

- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.

Σε μια διακοπή εγκυμοσύνης, για οποιοδήποτε λόγο γίνεται αυτή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει το ρόλο του συμβούλου προς τη γυναίκα ή τους γονείς. Να εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να έρθουν σε αυτόν και να εμπιστευτούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους οι μητέρες (Κουτσελίνη,Γιαννοπούλου,1995).

Ίσως να μην καταφέρει να αποτρέψει τη γυναίκα από μια διακοπή εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί κάλλιστα να την προβληματίσει και να της διδάξει τρόπους, ώστε την επόμενη φορά να ξέρει τι θα αντιμετωπίσει και να πράξει σωστά (Κουτσελίνη,Γιαννοπούλου,1995).

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙ-ΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Ένας από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των αμβλώσεων. Στη χώρα μας, η αποφυγή των αμβλώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η άμβλωση δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα ο αριθμός των αμβλώσεων φανερώνει και το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού (Παπαευαγγέλου,Τσίμπος,1992).

Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες στις πόλεις, παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης, παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που ήδη έχουν κάνει. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με

τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμη πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε άμβλωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. Αντίθετα, στις πιο αναπτυγμένες χώρες, το πρόβλημα δεν είναι τόσο οξύ στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες, αλλά στα ανήλικα κορίτσια και στις ανύπαντρες γυναίκες κάτω των 24 ετών. Έτσι, γυναίκες ηλικίας 18-19 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αμβλώσεων. Αυτό αποδίδεται στην πρόωμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων αλλά και στη μη εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και υποδεικνύει την ανάγκη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, ώστε να μην φτάνουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που τελικά τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν αναγκαστικά με άμβλωση (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Τι είναι αντισύλληψη

Σαν αντισύλληψη χαρακτηρίζουμε την λήψη μέτρων προς αποφυγή κνήσεως. Την διακρίνουμε σε μόνιμη και προσωρινή (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Ποιες είναι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι

Σε γενικές γραμμές αυτές είναι: α) μέθοδος ρυθμού, β) διακοπτόμενη συνουσία, γ) διαφράγματα του τραχήλου, δ) διάφορα χημικά μέσα ε) ενδομήτρια σπειράματα, στ) αντισυλληπτικά χάπια (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Αντισυλληπτικές μέθοδοι

α. Μέθοδος του ρυθμού

Όταν το ζευγάρι χρησιμοποιεί αυτή την μέθοδο δεν πρέπει να έχει σεξουαλικές σχέσεις αρκετές μέρες πριν και μετά την ωορρηξία. Επειδή η ωορρηξία δεν γίνεται την ίδια μέρα του μηνιαίου κύκλου, η μέθοδος αυτή δεν είναι αρκετά ασφαλής για τις περισσότερες γυναίκες. Ποσοστό αποτυχίας την με θερμομέτρο 0,8%. Ημερολογιακά 15-20% (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Το προφυλακτικό: Το προφυλακτικό είναι από ελαστικό και τοποθετείται στο πέος πριν από τη σεξουαλική πράξη. Εμποδίζει το σπέρμα να εισχωρήσει στο κόλπο. Ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου 3-5% (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Διακοπτόμενη συνουσία: Αυτή συνίσταται στην εκσπερμάτωση εκτός του κόλπου. Η μέθοδος δεν κρίνεται ικανοποιητική σαν αντισυλληπτική μέθοδος γιατί μπορεί να διαταράξει τις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού. Το ποσοστό επιτυχίας της είναι περίπου 80%. Η αυξημένη αποτυχία οφείλεται στο γεγονός ότι με τον οργασμό και πριν την εκσπερμάτωση εκκρίνεται από τον άνδρα υγρό που είναι δυνατόν να περιέχει σπερματοζωάρια (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Διάφραγμα: Αυτό είναι ελαστικό σε διάφορα μεγέθη και σε σχήμα καπέλου αλειμμένο με σπερμοκτόνα αλοιφή και εφαρμόζεται με τα δάκτυλα μέσα στον κόλπο καλύπτοντας τον τράχηλο της γυναίκας. Τοποθετείται πριν από την συνουσία και πρέπει να παραμείνει στον κόλπο από 8 μέχρι 24 ώρες. Το ποσοστό επιτυχίας του είναι περίπου 80%. Η αποτυχία συνήθως οφείλεται στην κακή εφαρμογή, είναι όμως δύσχρηστο λόγω της δυσκολίας τοποθετήσεώς του γι' αυτό και δεν είναι ευρέως διαδεδομένο (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Χημικά μέσα: Σ' αυτά ανήκουν: 1. οι διάφορες σπερματοκτόνες ουσίες που κυκλοφορούν στο εμπόριο με τη μορφή ζελατίνας ή κρέμας ή κολπικών υποθέτων και έχουν σαν σκοπό αφ' ενός να εμποδίσουν την είσοδο των

σπερματοζωαρίων στη μήτρα και αφετέρου να σκοτώσουν τα σπερματοζωάρια. Τοποθετούνται στον κόλπο πριν από την συνουσία. 2. Οι κολπικές πλύσεις με ζεστό ή κρύο νερό με όξινα διαλύματα π.χ. κόκα-κόλα, διάλυμα ασπιρίνης ή κινίνου, αμέσως μετά την επαφή. Το ποσοστό επιτυχίας δεν ξεπερνά το 70% (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Ενδομήτρια σπειράματα: Τα ενδομήτρια σπειράματα ή σπιράλ είναι συσκευές διαφόρου σχήματος από πλαστικό ή από μέταλλο (χαλκός, χρυσός) ή πλαστικό και μέταλλο μαζί, που εισάγονται στη μητρική κοιλότητα από τον γυναικολόγο. Το ποσοστό επιτυχίας τους είναι 98%. Ο τρόπος που επιτυγχάνεται η αντισύλληψη με τα σπειράματα είναι η αδυναμία εμφυτεύσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μητρική κοιλότητα (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Υπάρχει ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος;

Όχι, η κάθε μία από αυτές έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της, όπως έγινε σαφές από όσα παραπάνω αναφέραμε. Το ζευγάρι, σε συνεργασία με το γυναικολόγο, είναι αυτοί που θα επιλέξουν τη μέθοδο που τους ταιριάζει (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

Ποιες είναι οι μελλοντικές μας προσδοκίες πάνω στην αντισύλληψη;

Επειδή, όπως προαναφέραμε, η ιδεώδης αντισυλληπτική μέθοδος δεν έχει βρεθεί ακόμη, οι ερευνητές ασχολούνται σήμερα με την ανεύρεση της ιδανικής μεθόδου που θα είναι εύχρηστη, ακίνδυνη και αποτελεσματική (Παπαευαγγέλου, Τσίμπος, 1992).

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έχει ως θέμα « Την γνώση και την στάση των κατοίκων που ζουν και εργάζονται στην Πάτρα καθώς επίσης και στην Ικαρία σχετικά με την άμβλωση ».

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι κάτοικοι είναι γνώστες των όρων κύηση και άμβλωση αλλά και η στάση τους απέναντι στην άμβλωση.

Οι επιμέρους σκοποί της έρευνας, βάση των ερωτήσεων είναι να διαπιστώσουμε:

- Εάν οι πολίτες της Πάτρας και της Ικαρίας είναι γνώστες του όρου άμβλωση;
- Σε ποια ηλικία άκουσαν για πρώτη φορά τον όρο άμβλωση;
- Ποιές είναι οι πηγές τους για τις γνώσεις τους όσον αφορά την άμβλωση;
- Εάν γνωρίζουν τη νομοθετική ρύθμιση για τη προστασία του αγέννητου παιδιού στην χώρα μας;
- Εάν γνωρίζουν τα είδη άμβλωσης;
- Εάν γνωρίζουν τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις των αμβλώσεων και αν θα συναινούν στην διακοπή της κύησης, εάν το έμβρυο παρουσιάζει πρόβλημα υγείας;
- Εάν πιστεύουν ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στη άμβλωση;
- Εάν πιστεύουν ότι η απόφαση μιας άμβλωσης είναι ευθύνη της γυναίκας;
- Τι θεωρούν ότι τους επηρέασε περισσότερο για την στάση και τις απόψεις τους απέναντι στην άμβλωσης
- Εάν θεωρούν αναγκαίο τη πλήρη ενημέρωση των πολιτών όσον αφορά την άμβλωση;

Θεωρώντας ως βάση (ανεξάρτητη μεταβλητή) ότι τα ερωτηματολόγια απευθύνθηκαν σε πολίτες – γυναίκες που ζουν και εργάζονται στην Πάτρα,

υποθέτουμε πως θα πρέπει να έχουν πλήρη γνώση των προαναφερθέντων όρων και η στάση τους θα είναι αρνητική ως προς την άμβλωση. Το ίδιο υποθέτουμε ότι θα ισχύει και στην Ικαρία, αν και σε μικρότερο βαθμό λόγο το ότι είναι μικρή και κλιστεί κοινωνία. Με την έρευνα αυτή προσπαθούμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο ισχύουν οι υποθέσεις μας.

2. ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 100 γυναίκες ηλικίας 18- 30, οι 50 γυναίκες που ζουν και εργάζονται στην Πάτρα και οι άλλες 50 γυναίκες που ζουν και εργάζονται στην Ικαρία. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και επιπέδου μόρφωσης. Η ερευνά έλαβε μέρος κατά τη χρονική περίοδο, από 15/4/10 έως 30/7/10.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 11 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές οι 2 είναι (ΝΑΙ – ΟΧΙ), οι 3 (ΝΑΙ – ΟΧΙ – ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ), οι 6 εναλλακτικών απαντήσεων. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και απρόσωπα και η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική. Ο μέσος χρόνος απάντησης κάθε ερωτηματολογίου ήταν 10- 15 λεπτά περίπου.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος ανάλυση **SPSS 17** (στατιστικό λογισμικό γενικού τύπου).

Το πρόγραμμα λειτουργεί εισάγοντας μια ανεξάρτητη μεταβλητή (που είναι η κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ξεχωριστά ως $x_1, x_2, x_3, \dots, x_{11}$) και την

εισαγωγή μιας εξαρτημένης μεταβλητής (που αντιστοιχεί στις απαντήσεις κάθε ερώτησης των 100 ερωτηματολογίων. Τα μέτρα θέσης μιας κατανομής δεδομένων που αναλύθηκαν στοχεύουν στον προσδιορισμό των ακόλουθων μέτρων διασποράς:

- ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ = MEAN
- ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ = Std. ERROR OF MEAN
- ΔΙΑΜΕΣΟΣ = MEDIAN
- ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ = MODE
- ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ = Std. DEVIATION
- ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ = VARIANCE
- ΕΥΡΟΣ = RANGE
- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ = N
- ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ = SUM

Η καταμέτρηση των μέτρων διασποράς είναι για να μπορέσουμε να βρούμε εάν τα δεδομένα ποικίλουν με τέτοιο τρόπο που να υπαινίσσεται μια σχέση ανάμεσα τους δηλ. για ομοιότητες η πρότυπα στα δεδομένα από κάθε μεταβλητή, στατιστικές δοκιμασίες για σχέδια συσχέτισης.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

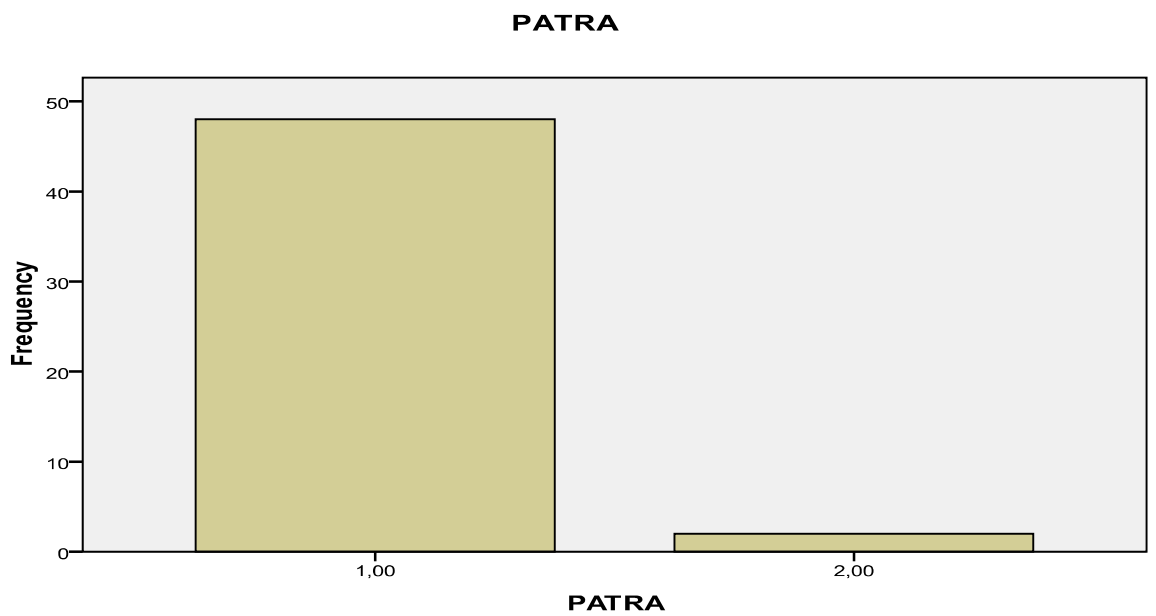
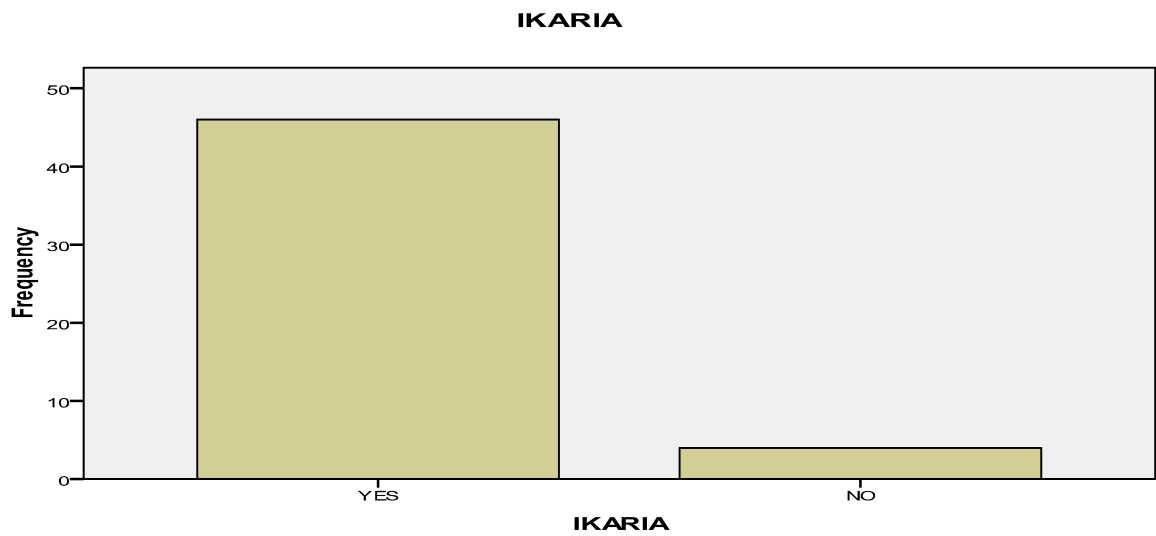
ΕΡΩΤΗΣΗ 1^η

Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι άμβλωση;

Statistics - Στατιστικά στοιχεία			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,0800	1,0400
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛ. ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		0,27405	0,19795
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		0,075	0,039
Range - ΕΥΡΟΣ		1,00	1,00
Sum – ΑΘΡΙΣΜ.ΤΙΜΩΝ		54,00	52,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES- ΝΑΙ	46	90,2%	92	92,0
	NO - ΟΧΙ	4	7,8%	8	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES- ΝΑΙ	48	96.1%	96,0	96,0
	NO - ΟΧΙ	2	3,9%	4,0	100,0
Total - ΣΥΝΟΛΟ		50	100%	100,0	



ΕΡΩΤΗΣΗ 2^η

Σε ποία ηλικία ακούσατε για πρώτη φορά, τι είναι άμβλωση;

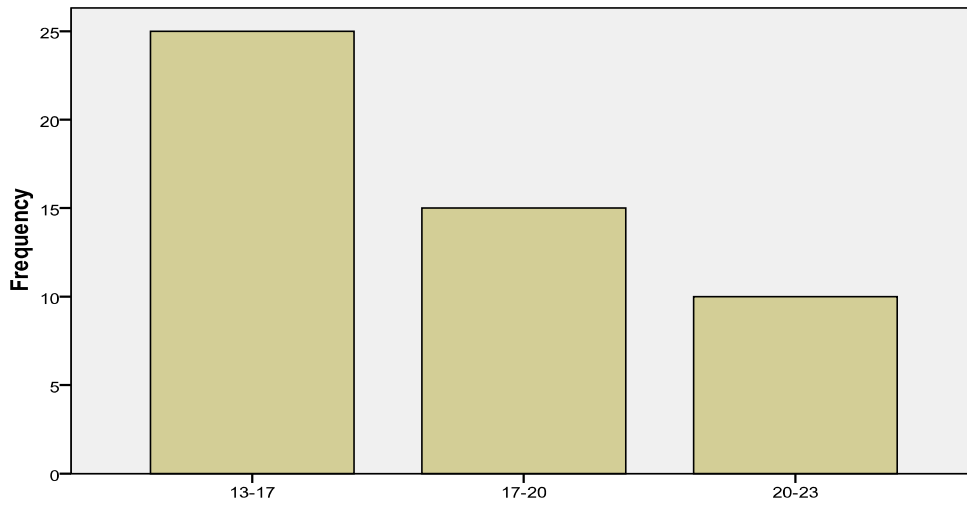
Statistics - Στατιστικά στοιχεία		IKARIA	PATRA
N-ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50

	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,7000	1,5600
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,5000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		0,78895	0,73290
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		0,622	0,537
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		85,00	78,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid – ηλικίες	13-17	25	50%	50,0	50,0
	17-20	15	30%	30,0	80,0
	20-23	10	20%	20,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

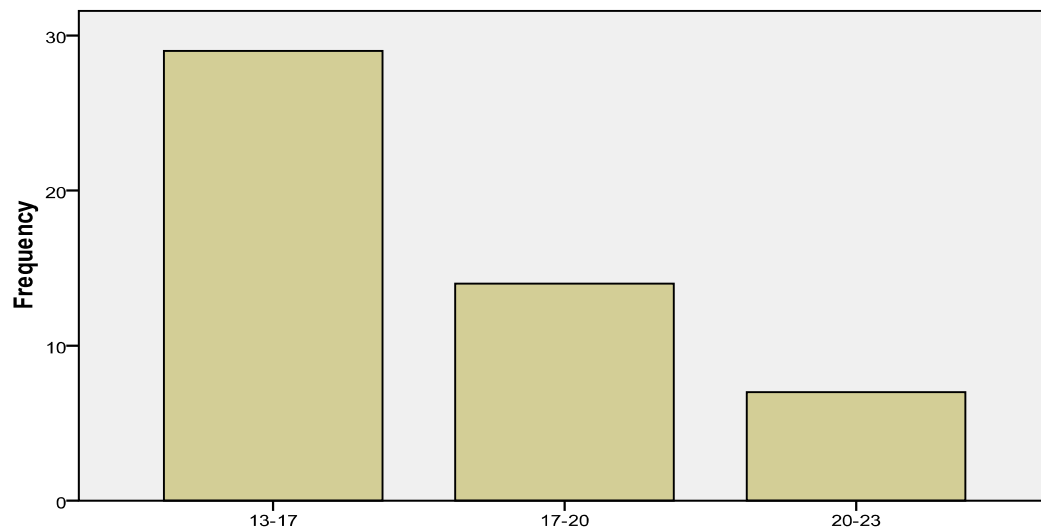
ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	13-17	29	58,0%	58,0	58,0
	17-20	14	28,0%	28,0	86,0
	20-23	7	14,0%	14,0	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

IKARIA



IKARIA

PATRA



PATRA

ΕΡΩΤΗΣΗ 3^η

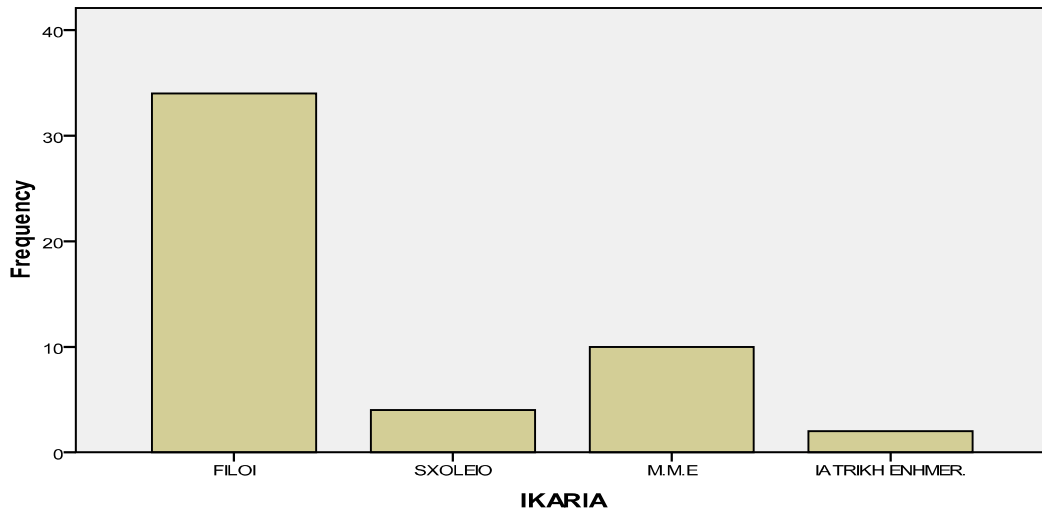
Ποιες είναι οι πηγές σας, για τοις γνώσεις σας όσον αφορά την άμβλωση;

Statistics - Στατιστικά στοιχεία			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,6000	1,7000
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛ. ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		0,94761	0,93131
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		0,898	0,867
Range - ΕΥΡΟΣ		3,00	3,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		80,00	85,00

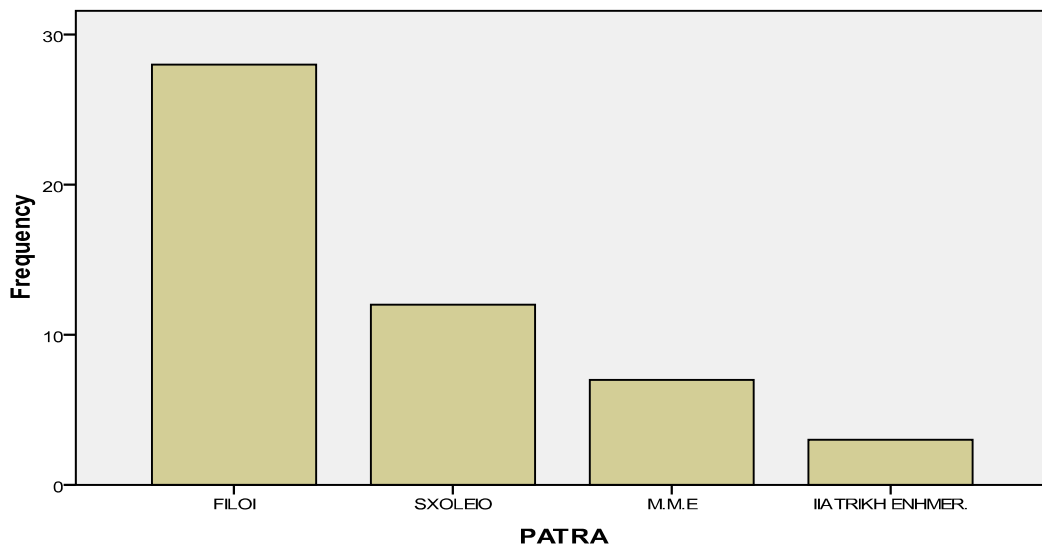
ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	FILOI	34	68,0%	68,0	68,0
	SXOLEIO	4	8,0%	8,0	76,0
	M.M.E	10	20,0%	20,0	96,0
	IATRIKH ENHMER.	2	4,0%	4,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

PATRA					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	FILOI	28	56,0	56,0	56,0
	SXOLEIO	12	24,0	24,0	80,0
	M.M.E	7	14,0	14,0	94,0
	IATRIKH ENHMER.	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

IKARIA



PATRA



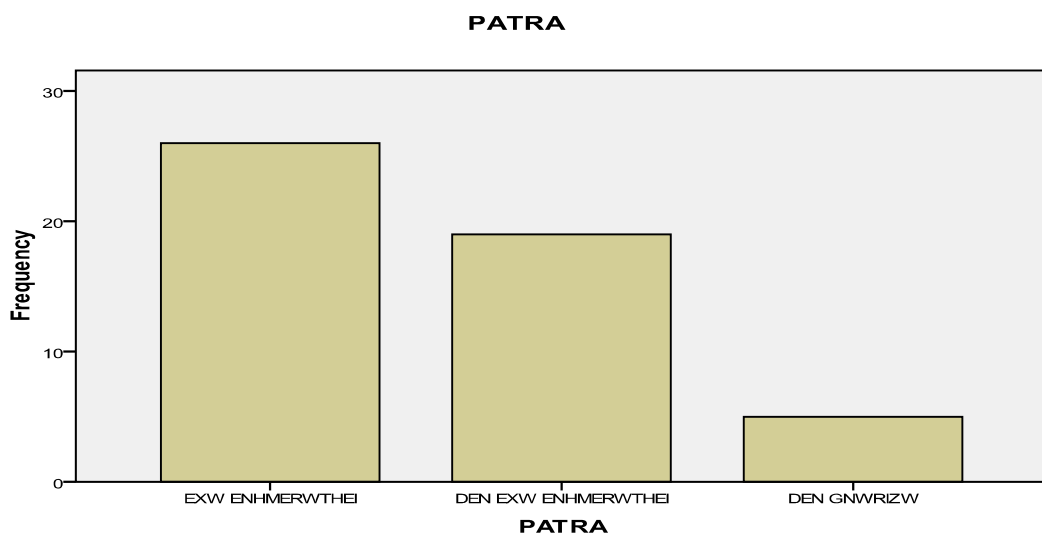
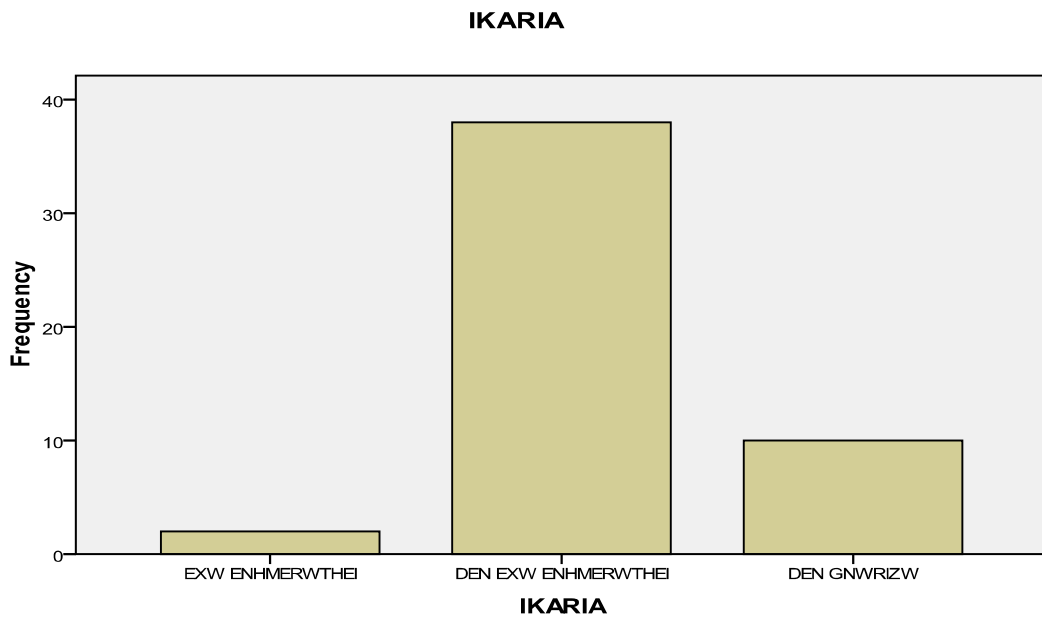
ΕΡΩΤΗΣΗ 4^η

Γνωρίζετε τι νομοθετική ρύθμιση στην χώρα μας για την προστασία του αγέννητου παιδιού;

Statistics - Στατιστικά στοιχεία			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	1	1
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,5700	1,5800
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		0,67379	0,67279
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		0,345	0,453
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		78,00	79,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	EXW ENHMERWTHEI	2	3,9	4,0	4,0
	DEN EXW ENHMERWTHEI	38	74,5	76,0	80,0
	DEN GNWRIZW	10	19,6	20,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	98,0	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤ Α	Percent ΠΟΣΟΣΤ Ο	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	EXW ENHMERWTHEI	26	51,0%	52,0	52,0
	DEN EXW ENHMERWTHEI	19	37,3%	38,0	90,0
	DEN GNWRIZW	5	10,7%	10,0	100,0
	Total -ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	



ΕΡΩΤΗΣΗ 5^η

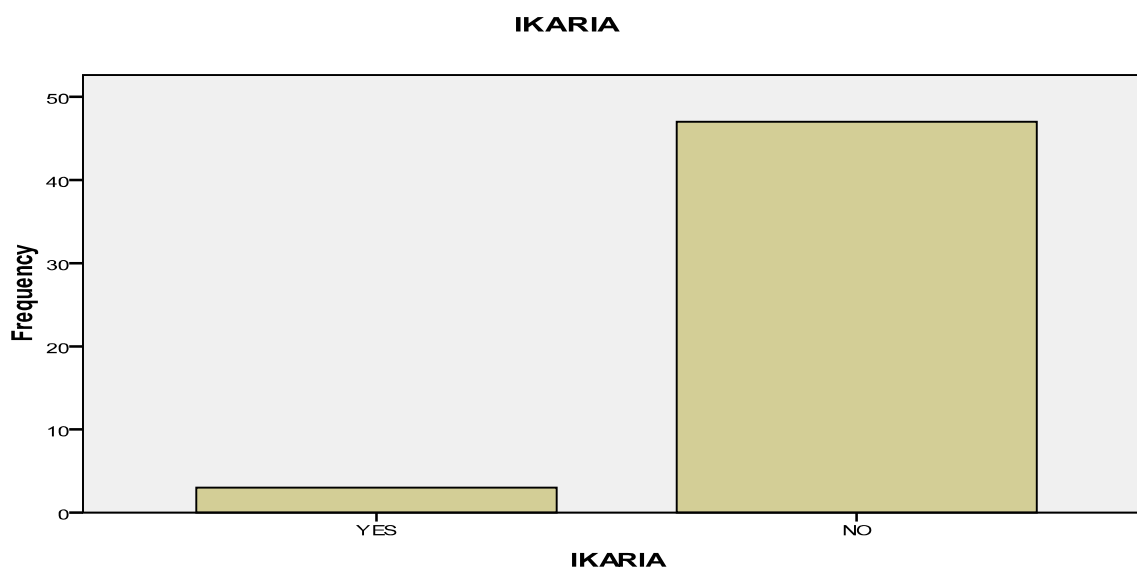
Γνωρίζεται τα είδη άμβλωσης;

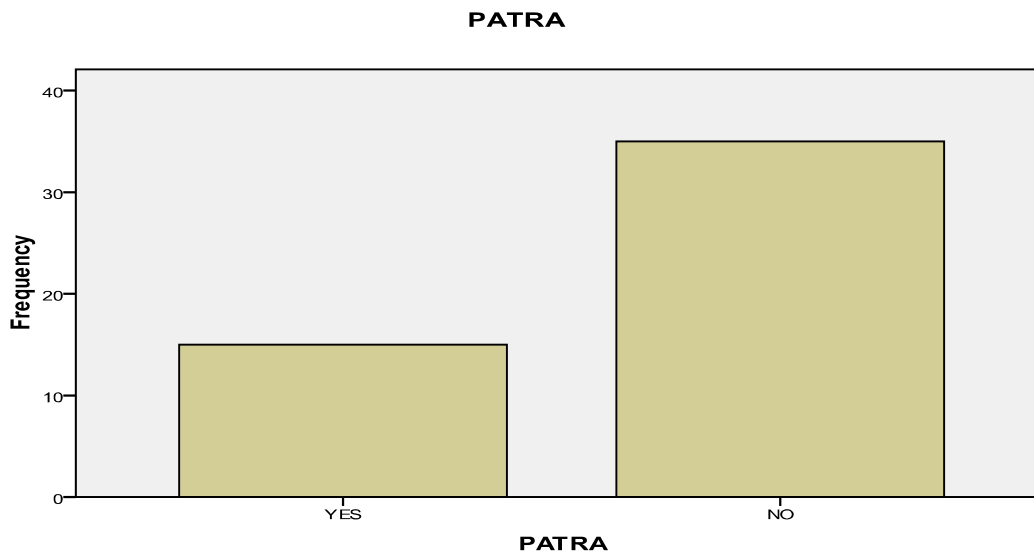
Statistics - Στατιστικά στοιχεία			
		IKARIA	PATRA
N - ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,9400	1,7000
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		2,0000	2,0000

Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ	2,00	2,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ. ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ	0,23990	0,46291
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ	0,058	0,214
Range - ΕΥΡΟΣ	1,00	1,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ	97,00	85,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES - ΝΑΙ	3	6,0%	6,0	6,0
	NO - ΟΧΙ	47	94,0%	94,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES - ΝΑΙ	15	30,0%	30,0	30,0
	NO - ΟΧΙ	35	70,0%	70,0	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	





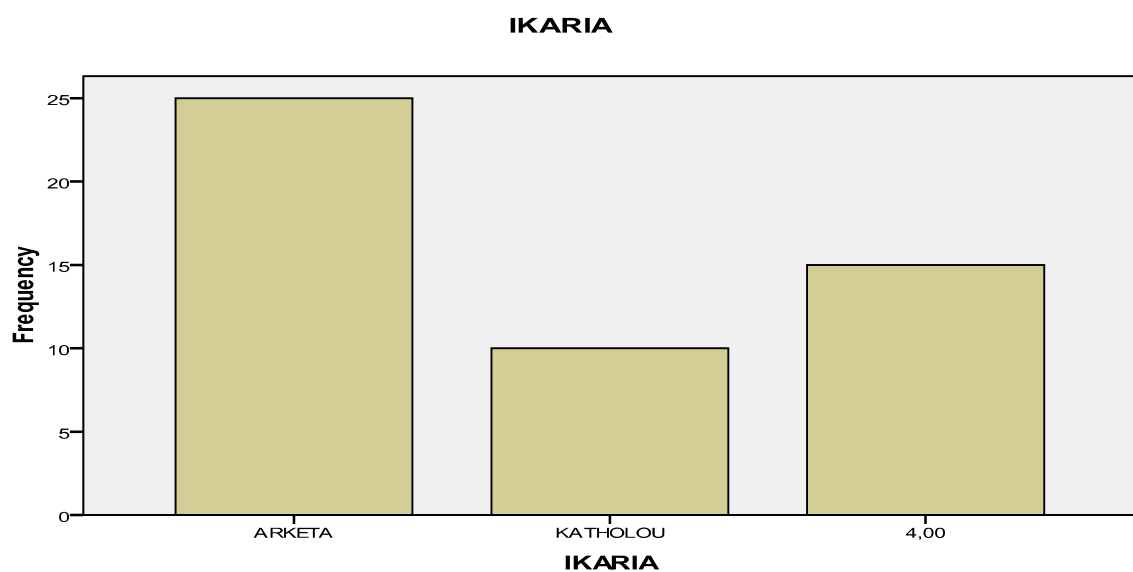
ΕΡΩΤΗΣΗ 6^η

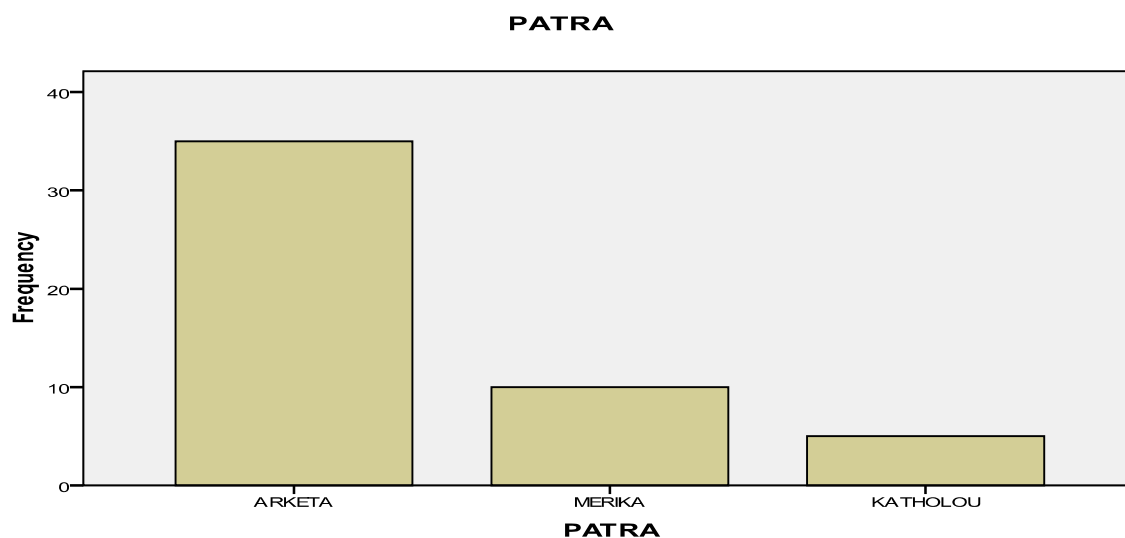
Γνωρίζεται τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις των αμβλώσεων;

Statistics – Στατιστικά στοιχεία			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	1	1
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		2,3000	1,4000
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		2,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		1,35902	1,67006
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		1,847	1,449
Range - ΕΥΡΟΣ		3,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		115,00	70,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	ΑΡΚΕΤΑ	25	49,0%	50,0	50,0
	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	19,6%	20,0	70,0
	ΜΕΡΙΚΩΣ	15	31,4%	30,0	100,0
	Total - ΑΘΡΟΙΣΜΑ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	ΑΡΚΕΤΑ	35	68,6%	70,0	70,0
	ΜΕΡΙΚΑ	10	19,6%	20,0	90,0
	ΚΑΘΟΛΟΥ	5	11,8%	10,0	100,0
	Total	50	100,0%	100,0	





ΕΡΩΤΗΣΗ 7^η

Αν το έμβryo σας παρουσιάζει πρόβλημα υγείας θα συναινούσατε στην διακοπή της κύησης;

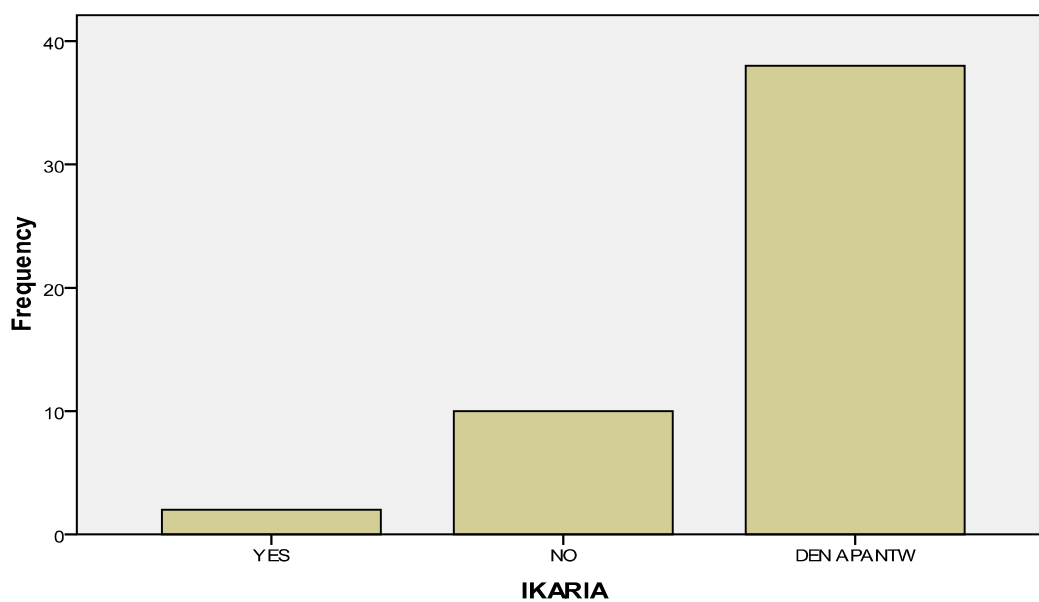
Statistics – στατιστικά στοιχεία			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟ Σ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		2,7200	2,4200
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		3,0000	3,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		3,00	3,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		1,53605	1,83520
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		0,287	0,698
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		136,00	121,00

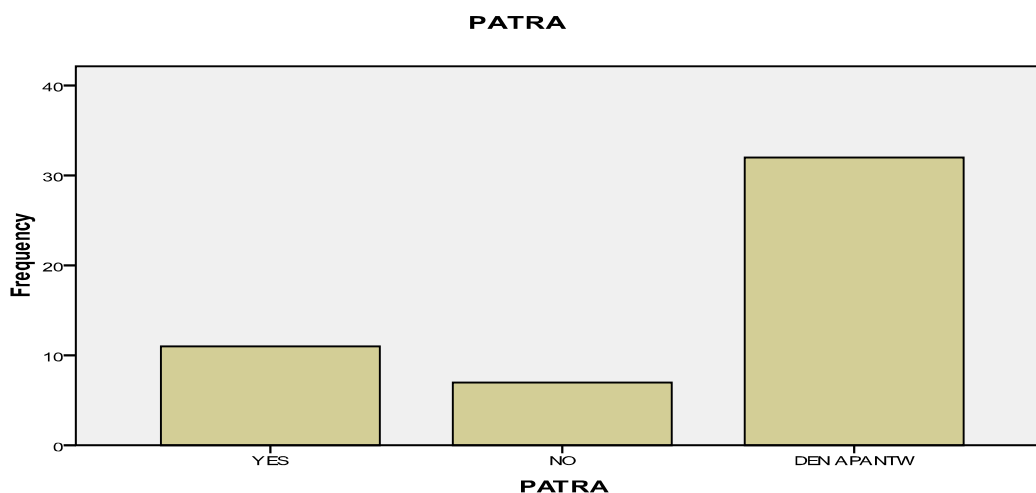
ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤ Α	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό

Valid	YES – ΝΑΙ	2	4,0%	4,0	4,0
	NO - ΟΧΙ	10	20,0%	20,0	24,0
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ – ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	38	76,0%	76,0	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES - ΝΑΙ	11	22,0	22,0	22,0
	NO – ΟΧΙ	7	14,0	14,0	36,0
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ – ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	32	64,0	64,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0	100,0	

ΙΚΑΡΙΑ





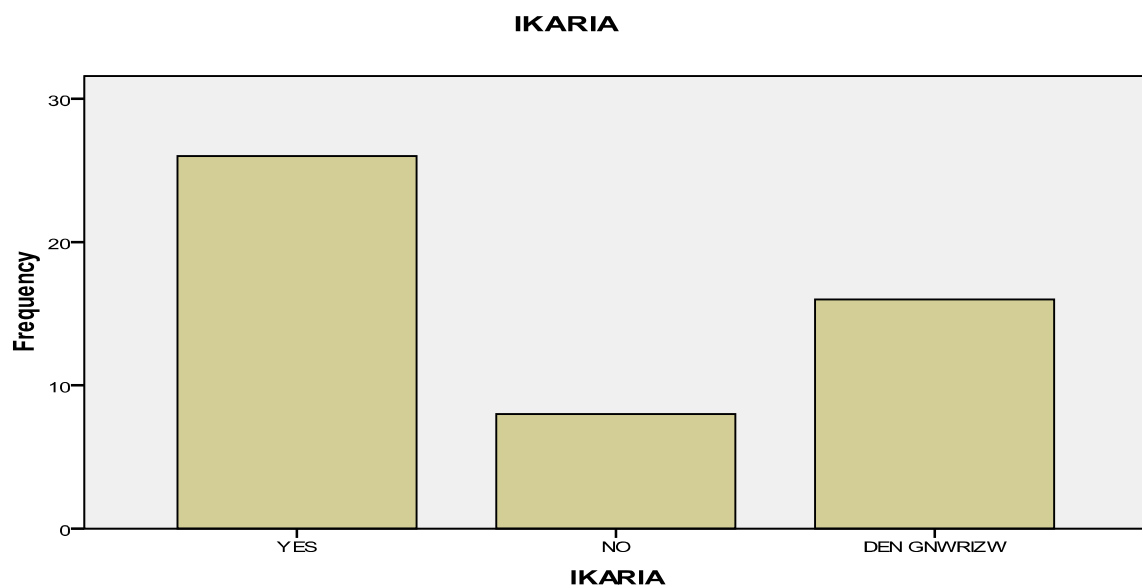
ΕΡΩΤΗΣΗ 8^η

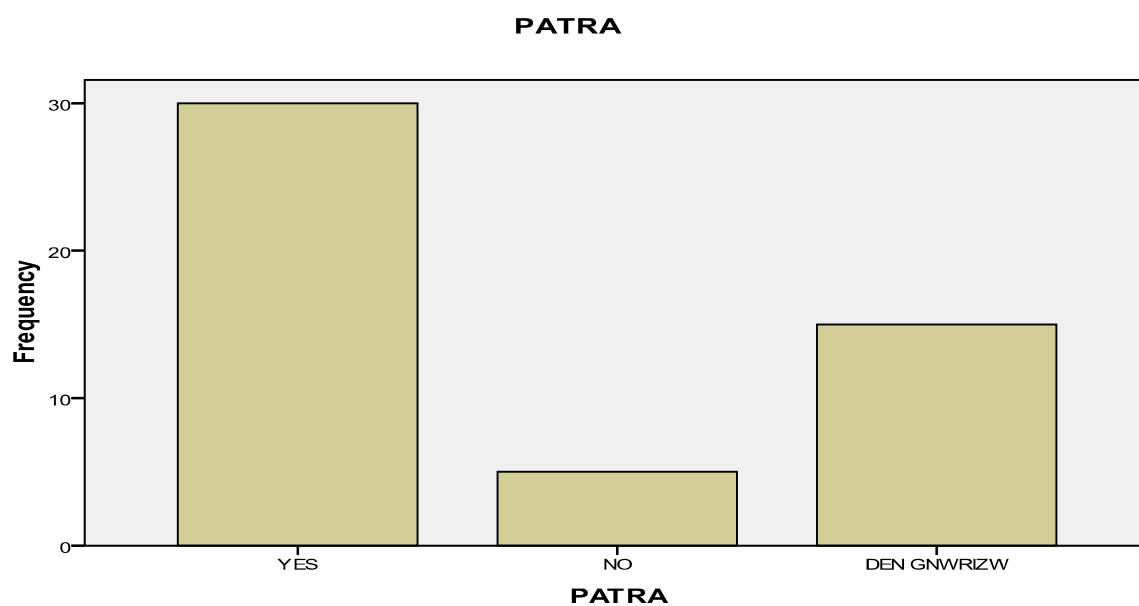
Πιστεύεται ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση;

Statistics – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
		IKARIA	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,8000	1,7000
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		2,90351	3,90914
Variance – ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		5,816	2,827
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		90,00	85,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES – ΝΑΙ	26	51,0%	52,0	52,0
	NO – ΟΧΙ	8	15,7%	16,0	68,0
	DEN GNWRIZW – ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	16	33,4%	32,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES - ΝΑΙ	30	58,8%	60,0	60,0
	NO – ΟΧΙ	5	9,8%	10,0	70,0
	DEN GNWRIZW – ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	15	31,4%	30,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	





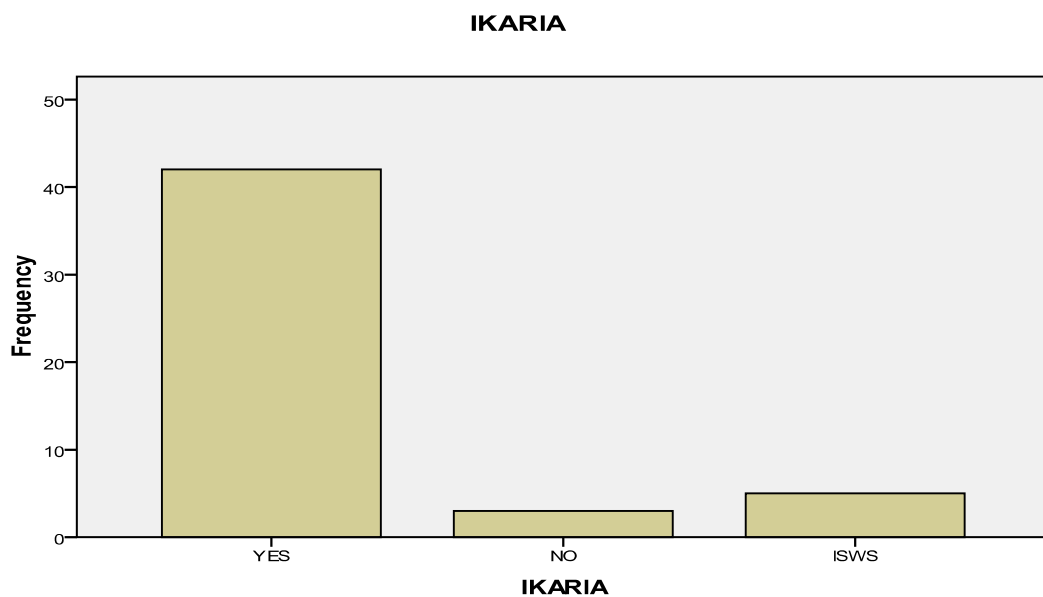
ΕΡΩΤΗΣΗ 9^η

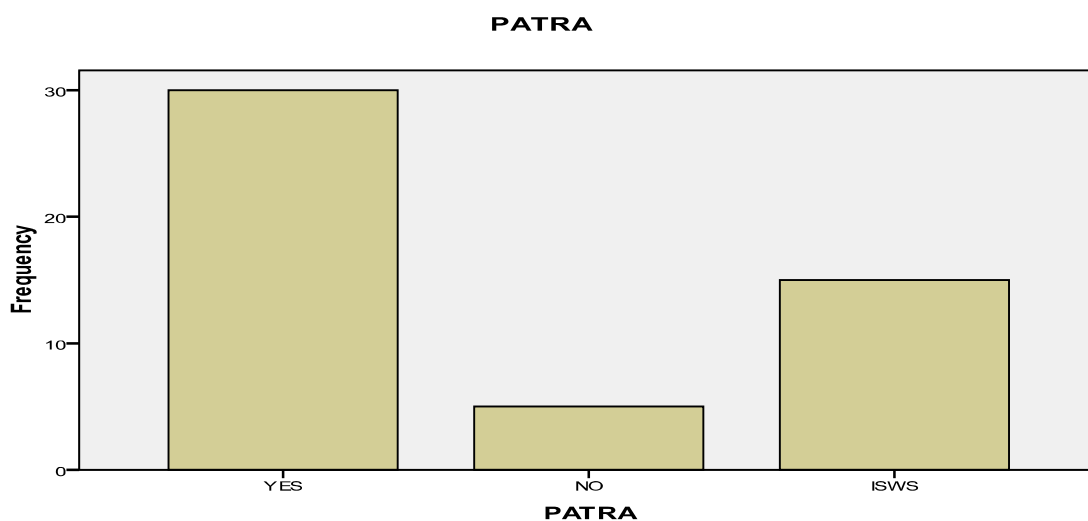
Πιστεύεται ότι για την απόφαση μιας άμβλωσης η ευθύνη είναι της γυναίκας;

Statistics – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	0	0
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,2600	1,7000
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		1,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		1,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		4,63278	4,90914
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		2,400	2,827
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		63,00	85,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES – ΝΑΙ	42	84,0%	84,0	84,0
	NO – ΟΧΙ	3	6,0%	6,0	90,0
	ISWS - ΙΣΩΣ	5	10,0%	10,0	100,0
	Total – ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	YES – ΝΑΙ	30	60,0%	60,0	60,0
	NO – ΟΧΙ	5	10,0%	10,0	70,0
	ISWS –ΙΣΩΣ	15	30,0%	30,0	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	





ΕΡΩΤΗΣΗ 10^η

Τι θεωρείται ότι σας επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στην άμβλωση;

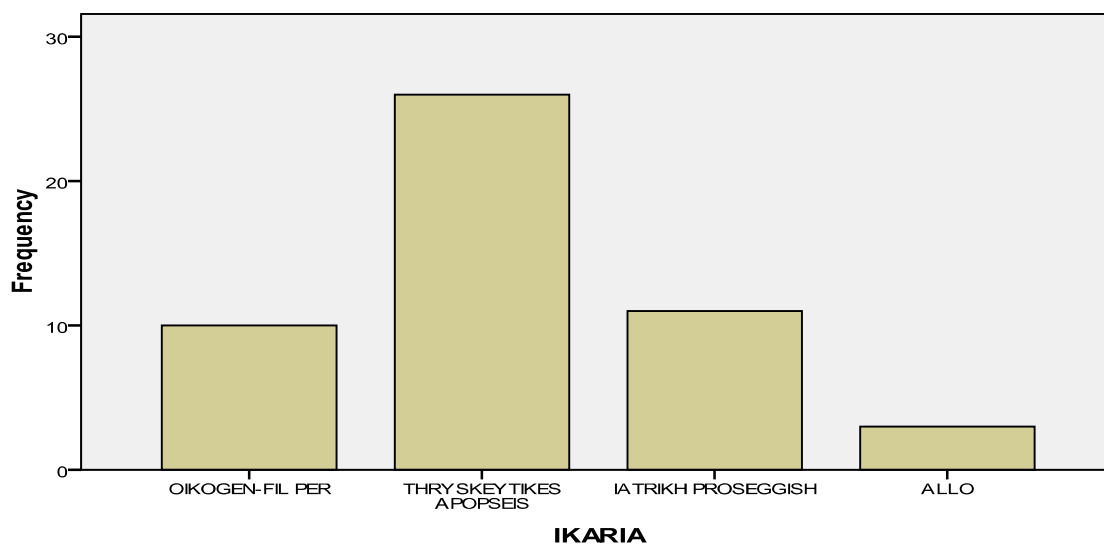
Statistics – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	1	1
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		2,1400	2,0400
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		2,0000	2,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		2,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		3,80837	1,02936
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		3,653	1,060
Range - ΕΥΡΟΣ		3,00	3,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		107,00	102,00

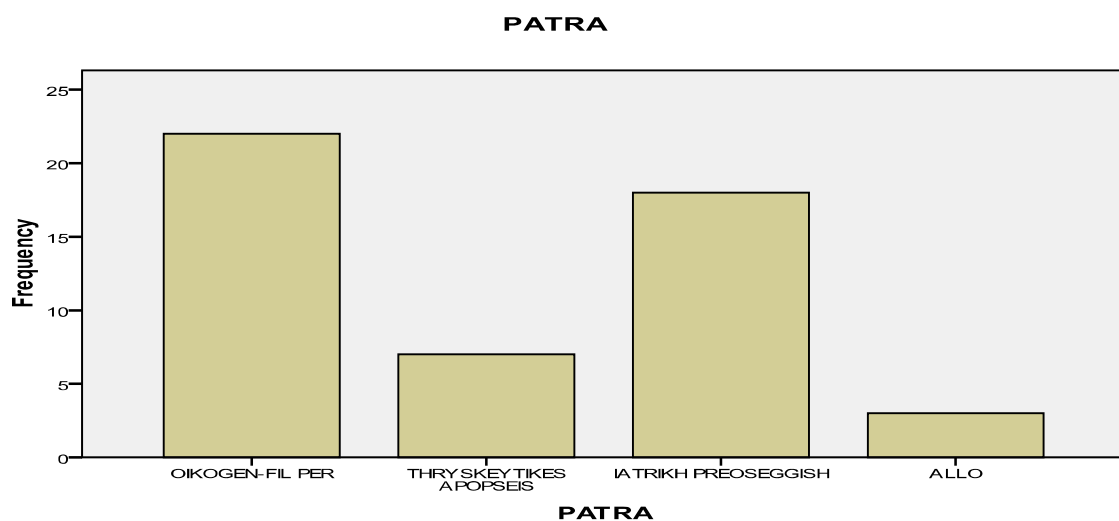
ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤ Ο	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	ΟΙΚΟΓΕΝ-FIL PER	10	19,6%	20,0	20,0

	THRYSKEYTIKES APOPSEIS	26	51,0%	52,0	72,0
	ΙΑΤΡΙΚΗ PROSEGGISH – ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΤΕΙΣ	11	21,6%	22,0	94,0
	ALLO - ΑΛΛΟ	3	7,9%	6,0	100,0
	Total - ΣΥΝΟΛΟ	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤ Α	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	ΟΙΚΟΓΕΝ-FIL PER	22	43,1%	44,0	44,0
	THRYSKEYTIKES APOPSEIS	7	13,7%	14,0	58,0
	ΙΑΤΡΙΚΗ PROSEGGISH	18	35,3%	36,0	94,0
	ALLO	3	7,9%	6,0	100,0
	Total	50	100,0%	100,0	

ΙΚΑΡΙΑ





ΕΡΩΤΗΣΗ 11^η

Θεωρείται αναγκαία την πλήρη ενημέρωση των πολιτών όσον αφορά την άμβλωση;

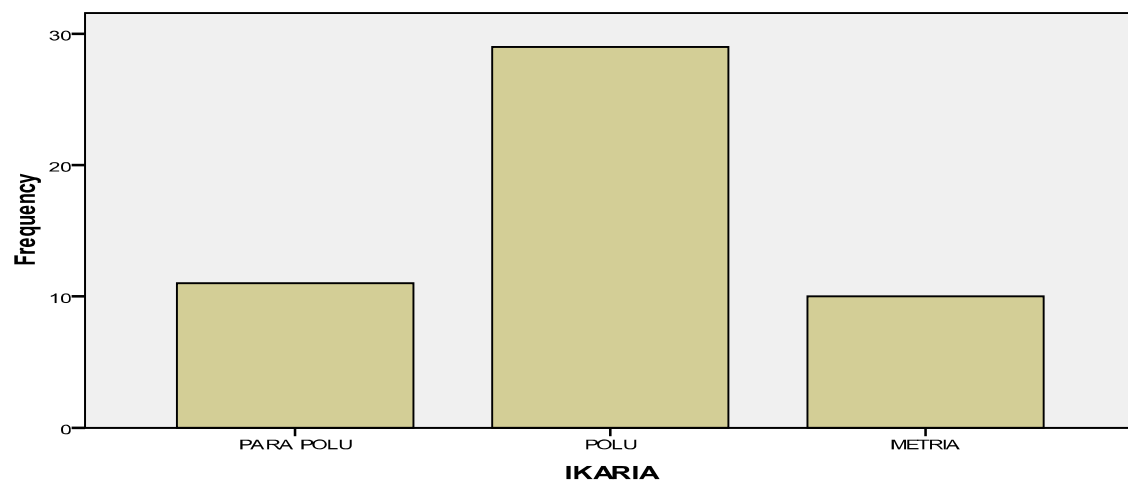
Statistics – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
		ΙΚΑΡΙΑ	PATRA
N- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Valid	50	50
	Missing	1	1
Mean – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ		1,9800	1,4400
Median – ΔΙΑΜΕΣΟΣ		2,0000	1,0000
Mode – ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ		2,00	1,00
Std. Deviation - ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ		7,65434	7,73290
Variance - ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ		5,428	5,537
Range - ΕΥΡΟΣ		2,00	2,00
Sum – ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ		99,00	72,00

ΙΚΑΡΙΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	PARA POLU	11	21,6%	22,0	22,0
	POLU	29	56,9%	58,0	80,0

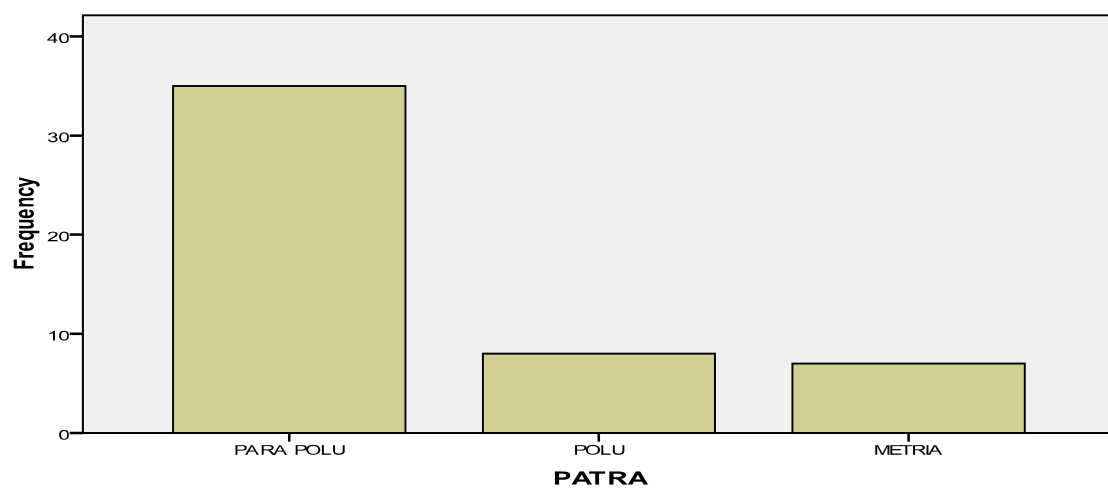
	METRIA	10	21,6%	20,0	100,0
	Total	50	100,0%	100,0	

ΠΑΤΡΑ					
		Frequency ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent ΠΟΣΟΣΤΟ	Valid Percent Έγκυρο Ποσοστό	Cumulative Percent Σωρευτικό Ποσοστό
Valid	PARA POLU	35	68,6%	70,0	70,0
	POLU	8	15,7%	16,0	86,0
	METRIA	7	15,7%	14,0	100,0
	Total	50	100,0%	100,0	

ΙΚΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ



5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΤΡΑΣ - ΙΚΑΡΙΑΣ

Μετά τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων και βάση της κάθε ερώτησης ξεχωριστά, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε είναι τα ακόλουθα:

1^η ερώτηση: *Γνωρίζεται τι είναι άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή, στην Ικαρία με ποσοστό 92% οι απαντήσεις ήταν θετικές και μόνο το ποσοστό του 8% ήταν αρνητικό. Ενώ στην Πάτρα με ποσοστό 96% οι απαντήσεις ήταν θετικές και μόνο το ποσοστό 4% ήταν αρνητικό. Ήταν αναμενόμενα τα αποτελέσματά στην ερώτηση, γιατί τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από γυναίκες. Το ποσοστό διαφοράς είναι πολύ μικρό σε αυτή την ερώτηση μεταξύ γυναικών που ζουν στην Πάτρα με γυναικών στην Ικαρία παρόλο που το δήγμα μας είναι γυναίκες της πόλης και της επαρχίας.

2^η ερώτηση: *Σε ποιά ηλικία ακούσατε για πρώτη φορά τι είναι άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή στην Ικαρία με ποσοστό 50% επικρατεί η ηλικία από 13 – 17, με ποσοστό 30% η ηλικία 17 -20 και με ποσοστό 20% η ηλικία 20 -23. Στην Πάτρα με ποσοστό 58% επικρατεί η ηλικία 13 -17, με ποσοστό 28% η ηλικία 17 -20 και με ποσοστό 14% η ηλικία 20 -23. Και σε αυτή την ερώτηση οι διαφορές μεταξύ των ερωτηματολογίων της Πάτρας και της Ικαρία είναι πολύ μικρή θεωρείται από το πρόγραμμα ανάλυσης και μελετώντας το σφάλμα μέσης τιμής ως αμελητέο < 1

3^η ερώτηση: *Ποιες είναι οι πηγές σας για τις γνώσεις σας όσων αφορά την άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις στην Ικαρία είναι διαφορετικές με επικρατούσα απάντηση τους φίλους – οικογενειακό περιβάλλον με ποσοστό 68%, σχολείο 8%, Μ. Μ. Ε. 20% και ακολουθεί η ιατρική ενημέρωση με

ποσοστό 4%. Και στην Πάτρα οι απαντήσεις είναι διαφορετικές με επίσης επικρατούσα απάντηση τους φίλους – οικογενειακό περιβάλλον 56%, σχολείο 24%, Μ. Μ. Ε. 14% και ακολουθεί η ιατρική ενημέρωση με ποσοστό 6%. Οι απαντήσεις μας υποδικνείουν ότι οι πολίτες της Ικαρίας αλλά και της Πάτρας ενημερώνονται περισσότερο από τους φίλους και το οικογενειακό περιβάλλον ενώ διαπιστώνουμε διαφορά όσον αφορά την ενημέρωση τους απ’ το σχολείο στην οποία στην Πάτρα υπάρχει περισσότερη ενημέρωση στο σχολείο απ’ ότι στην Ικαρία. Ένα άλλο συμπέρασμα είναι ότι και τα Μ. Μ. Ε. ενημερώνουν τους πολίτες και στην Ικαρία αλλά και στην Πάτρα. Τέλος ένα άλλο συμπέρασμα είναι ότι και στις δύο περιοχές το ποσοστό όσον αφορά την ιατρική ενημέρωση είναι μικρό.

4^η ερώτηση: *Γνωρίζεται τη νομοθετική ρύθμιση στην χώρα μας για την προστασία του αγέννητου παιδιού;*

Στην ερώτηση αυτή διαπιστώνουμε ότι στην Ικαρία μόνο το 4% έχει ενημερωθεί, το 76% δεν έχει ενημερωθεί και το 20% δεν γνωρίζει αν υπάρχει. Στην Πάτρα το 52% έχει ενημερωθεί, το 38% δεν έχει ενημερωθεί και το 10% δεν γνωρίζει αν υπάρχει. Συμπεραίνουμε ότι στην Ικαρία μόνο ένα μικρό ποσοστό έχει ενημερωθεί σε σχέση με την Πάτρα όπου το ποσοστό που έχει ενημερωθεί είναι μεγαλύτερο αγγίζει το 52% που ήταν ομολογουμένως πολύ μεγάλο υποθέτουμε ότι αυτή η μεγάλη διαφορά οφείλεται στην καλύτερη χρήση πηγών για την ενημέρωση τους όπως το σχολείο και η ιατρική που βάση της προηγούμενης ερώτησης είναι ποιο μεγάλα στην Πάτρα σε σχέση με την Ικαρία.

5^η ερώτηση: *Γνωρίζεται τα είδη αμβλώσεων;*

Στην Ικαρία ένα μικρό ποσοστό 6% γνωρίζει ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 94% δεν γνωρίζει τα είδη της αμβλώσης. Στην Πάτρα το 30% γνωρίζει ενώ το 70% δεν γνωρίζει τα είδη της αμβλώσης. Και στις δύο περιοχές και κυρίως στην Ικαρία διαπιστώνουμε ότι ελάχιστοι πολίτες γνωρίζουν τα είδη αμβλώσης. Αυτό

μπορεί να υπάρχει λόγω την ελλείψεις ενημέρωσης και κυρίως, βάση την 3^η ερώτησης της μη σωστής ενημέρωσης από της κατάλληλες πηγές που θα έπρεπε να είναι ο ιατρικός κόσμος και όχι οι φίλοι.

6^η ερώτηση: *Γνωρίζεται τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις της άμβλωσης;*

Στην ερώτηση αυτή διαπιστώνουμε ότι στην Ικαρία το 49% γνωρίζει αρκετά τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις, το 31,4% μερικώς και το 19,6% καθόλου. Στην Πάτρα το 68,6% γνωρίζει αρκετά τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις, το 11,8% μερικώς και το 19,6% καθόλου. Συμπεραίνουμε ότι στην Πάτρα το ποσοστό που γνωρίζει τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις είναι μεγαλύτερο απ' αυτό της Ικαρίας.

7^η ερώτηση: *Αν το έμβρυό σας παρουσίαζε πρόβλημα υγείας θα συναινούσατε στη διακοπή της κύησης;*

Στην ερώτηση αυτή διαπιστώνουμε ότι στην Ικαρία ένα μικρό ποσοστό 4% απάντησε θετικά, το 20% απάντησε αρνητικά και το 76% επέλεξε να μην απαντήσει. Στην Πάτρα το 22% απάντησε θετικά, το 14% αρνητικά και το 64% επέλεξε να μην απαντήσει. Ο λόγος που υπάρχουν αυτές οι απαντήσεις είναι γιατί το δείγμα μας στην Ικαρία αλλά και στην Πάτρα δεν γνωρίζει επαρκώς τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ένα έμβρυο αλλά και η μητέρα του. Αλλά κυρίως λόγω της συναισθηματικής φόρτισης που σε υποβάλει από μόνη της η ερώτηση υπήρχαν και στις δυο περιοχές τόσες πολλές απαντήσεις, δεν απαντώ.

8^η ερώτηση: *Πιστεύεται ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή διαπιστώνουμε ότι στην Ικαρία το 52% απάντησε θετικά, το 16% απάντησε αρνητικά και το 32% απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Στην Πάτρα το 60% απάντησε θετικά, το 10% αρνητικά και το 30% απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Συμπεραίνουμε ότι και στις δύο περιοχές, το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει ότι

έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση, ενώ ένα πιο μικρό ποσοστό πιστεύει πως δεν έχει σημασία. Το υπόλοιπο ποσοστό δεν γνωρίζει εάν έχει σημασία η ηλικία. Η απάντησή δεν γνωρίζω έχει μεγάλο ποσοστό απαντήσεων και στις δύο περιοχές Πάτρα – Ικαρία που μας υποδεικνύει για άλλη μία φορά την έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών σε γόνιμη ηλικία για την σημαντικότητα της ηλικίας στην διαδικασία της άμβλωσης

9^η ερώτηση: *Πιστεύεται ότι για την απόφαση μιας άμβλωσης, η απόφαση είναι της γυναίκας;*

Στην ερώτηση αυτή στην Ικαρία το 84% απάντησε θετικά, το 6% απάντησε αρνητικά και το 10% απάντησε ίσως. Στην Πάτρα το 60% απάντησε θετικά, το 10% απάντησε αρνητικά και το 30% απάντησε ίσως. Συμπεραίνουμε ότι στην Ικαρία το μεγαλύτερο ποσοστό, όπως και στην Πάτρα, πιστεύει ότι η απόφαση μιας άμβλωσης είναι της γυναίκας, ένα πιο μικρό ποσοστό πιστεύει ότι δεν είναι απόφαση της γυναίκας ενώ το υπόλοιπο ποσοστό πιστεύει ότι ίσως να είναι απόφαση της γυναίκας, ίσως όμως και να μην είναι απόφαση μόνο της γυναίκας.

10^η ερώτηση: *Θεωρείται ότι σας επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στην άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή στην Ικαρία το 20% απάντησε ότι τους επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις απέναντι στην άμβλωση το οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον, το 52% οι θρησκευτικές απόψεις, το 22% η ιατρική προσέγγιση και το 6% απάντησαν άλλο. Στην Πάτρα το 44% απάντησε το οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον, το 14% οι θρησκευτικές απόψεις, το 36% η ιατρική προσέγγιση και το 6% απάντησαν άλλο. Η μεγάλη διαφορά που συμπεραίνουμε σε αυτή της ερώτηση είναι ότι στην Ικαρία ασκεί μεγάλη επιρροή η θρησκεία όσον αφορά την άμβλωση ενώ στην Πάτρα, η επιρροή προέρχεται από το οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον. Επίσης και η ιατρική

προσέγγιση ασκεί αρκετά μεγάλη επιρροή και στις δύο περιοχές. Παρόλο που αυτό δεν το διαπιστώναμε στις προηγούμενες ερωτήσεις

11^η ερώτηση: *Θεωρείται ανάγκη την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των πολιτών όσον αφορά την άμβλωση;*

Στην ερώτηση αυτή το δείγμα μας και στις δύο περιοχές είναι θετικό με καμία αρνητική απάντηση. Με ποσοστά Πάρα πολύ 22%, Πολύ 58%, Μέτρια 20% στην Ικαρία και με ποσοστά Πάρα πολύ 70%, Πολύ 16%, Μέτρια 14% στην Πάτρα διαπιστώνουμε ότι και οι δύο περιοχές θεωρούν αναγκαία την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των πολιτών όσον αφορά την άμβλωση.

Μετά την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι πολίτες της Πάτρας και της Ικαρίας θεωρούν ότι γνωρίζουν τους προαναφερμένους όρους. Παρόλα αυτά θέλουν πλήρη ενημέρωση όσον αφορά την άμβλωση της και τις επιπτώσεις της τόσο σωματικές όσο και ψυχικές. Παρόλο που τα ερωτηματολόγια απευθύνονταν σε γυναίκες της επαρχίας και σε γυναίκες της πόλης και αναμέναμε να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα και μια συγκεκριμένη στάση για την άμβλωση οι απαντήσεις και οι στάσεις τους ήταν απρόσμενες και κυρίως η στάση των πολιτών της Ικαρίας σε ότι αφορά την άμβλωση.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες:

- Μεγαλύτερη ενημέρωση των πολιτών για τον όρο άμβλωση. Καθώς επίσης τότε συμβαίνει αλλά και τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις της άμβλωσης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διοργάνωση συγκεντρώσεων και την χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων με θέμα την άμβλωση και τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις της.

- Ενημέρωση για το ποια είναι η νομοθεσία στην Ελλάδα για την προστασία του αγέννητου παιδιού.
- Τέλος, προτείνουμε να υπάρχει πλήρη ενημέρωση και μάθηση των μελλοντικών γονέων κυρίως τις νέες σε ηλικία γυναίκες για τις επιπτώσεις της άμβλωσης.

7. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι η άμβλωση;

- .. Ναι
- .. Όχι

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

- .. 13 - 17
- .. 17 - 20
- .. 20 - 23

3. Ποιες είναι οι πηγές σας για τις γνώσεις σας όσον αφορά την άμβλωση;

- .. Φίλοι - Οικογενειακό Περιβάλλον
- .. Σχολείο
- .. Μ. Μ. Ε
- .. Ιατρική ενημέρωση

4. Γνωρίζεται τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας για την προστασία του αγέννητου παιδιού;

- .. Έχω ενημερωθεί
- .. Δεν έχω ενημερωθεί
- .. Δεν γνωρίζω

5. Γνωρίζεται τα είδη αμβλώσεων;

- .. Ναι
- .. Όχι

6.Γνωρίζεται τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις των αμβλώσεων;

- · Αρκετά
- · Μερικώς
- · Καθόλου

7.Αν το έμβρυό σας παρουσίαζε πρόβλημα υγείας θα συναινούσατε στη διακοπή της κύησης;

- · Ναι
- · Όχι
- · Δεν απαντώ

8.Πιστεύεται ότι έχει σημασία η ηλικία στην οποία η γυναίκα οδηγείται στην άμβλωση;

- · Ναι
- · Όχι
- · Δεν γνωρίζω

9.Πιστεύετε ότι για την απόφαση μιας άμβλωσης η ευθύνη είναι της γυναίκας;

- · Ναι
- · Όχι
- · Ίσως

10.Θεωρείται ότι σας επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στην άμβλωση;

- · Οικογενειακό – Φιλικό περιβάλλον
- · Θρησκευτικές απόψεις
- · Ιατρική προσέγγιση
- · Άλλο

11.Θεωρείται ανάγκη την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των πολιτών όσων αφορά την άμβλωση;

- · Πάρα πολύ
- · Πολύ
- · Μέτρια
- · Λίγο
- · Καθόλου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντώνης Ν Γαβριήλ (1986) Σύγχρονη Ιατρική Μαιευτική Γυναικολογία
ΦΥΚΙΡΗΣ Αθήνα

Aborted baby's Braun Cells Implanted In parkinson's Victim The wandered
(November 1988)

Αραβαντινός Δ (1991) Παθολογία της κύησης Γρ Παρισιάνος Αθήνα

Ashton (1990) "The psycological outcom of induced Abortion" Journal of ob &
cyn British

Βασιλειάδης Ν (1987) "Πότε εμπυχούται το ανθρώπινο έμβρυο; Η ώρα μηδέν
της Ανθρώπινης ζωής" Αδελφότης Θεολόγων ο Σωτήρ Αθήνα

B.Garfinkel (1989) "Stress Depression and Suicide A Study of adolescents In
Minnesota " Rosponding to Hign Risk Youth Minnesota Extension Service
University of Minnesota

Γιαννοπούλου Α (1995) Διλλήματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη
νοσηλευτική "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα

D.A. Frank et al (1998) "Cocaine use During Pregnancy prevalence and correlates
Pediatrics

Δορκοφίκη Ειρήνη (1984) ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ο αφανισμός του γένους Κέδρος
Αθήνα

Δούκα – Συκάκη Α (1996) Ο τοκετός είναι αγάπη Ρώμα

Dr Lynn Borgatta and David Niclinouch (1997) The Sournal of Reproductive
Medicine pain During Early Abortion

Epimes D A (1992) «Surgical Management of abortion» Telind operative

Gynecology

European (1997)Journal of epidemiology Deliveries abortion and Hiv-1 Infection in Rome

Frank et al (April 1995) « Abortions»Methods and Complications

H.L.Howe et al (1999) "Early Abortion and Breast cancer Risk among Woman Under Age 40" International Journal of epidimiology pg.(24-28)

<http://orthodox-world.pblogs.gr/2008/04/h-ekgyos-mprosta-sta-dilimmata-ths-ektrwshs.html>, (15/04/2010)

<http://www.health.in.gr>, (20/04/2010)

<http://greek.definitions.net/def/EL>, (3/05/2010)

<http://www.familyhome.gr>, (10/05/2010)

<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=41707>, (15/05/2010)

<http://babyspace.gr/article/prenatal-education-pchycology/118-1737.html>, (23/05/2010)

<http://www.medicinenet.com>, (5/06/2010)

<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articleid=121>, (11/06/2010)

<http://www.wrondiagnosis.com/syptoms/abortion/causes.html>, (15/06/2010)

<http://www.unborn.gr/enimerosi/adortion/53-teens-abortion>, (21/06/2010)

Ζούρλας Π (1986) Μαθήματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας Λύχνος
Αθήνα

Καραγιάννη Ι Καρατζά Α (1988) Προκλητές εκτρώσεις Πτυχιακή
εργασία Σχολή Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής Πάτρα

Kent et. al (1991) "Bereavement in post Abortive Woman " A Clinical
Report Word Journal of PYchosynthesis

Κίνηση για την απελευθέρωση των γυναικών 1977 αντισυλληπτικά
μέσα Αθήνα

Κουτσελίνη Α Μιαλοδημητράκη (1999) Ιατρική Ευθύνη Gutemberg,
1984Leach "The Repeat Abortion Patient" Family planning
perspectives, Αθήνα (pg.37-39)

Λέκου Ευάγγελος (1985), "Εκτρώσεις, Φεμινιστική, Νομική, Ιατρική,
Δημογραφική άποψη και θέση της εκκλησίας"

Λέκου Ευάγγελος 1985 Εφημερίδα Ελευθεροτυπία 19-2-1995 Αθήνα

Mackeith Nancy (1991) Πρακτικός γυναικολογικός οδηγός επιμέλεια
μετάφρασης Παραπαντάκη Ρ. Κάτια, Γαλαιός, Αθήνα

Μαμόπουλος Α Μ (1991) Μαιευτική γυναικολογία εκδόσεις university
studio press Θεσσαλονίκη

Μητροπολίτου Νικοπόλεως Μελετίου (1987) «Εκτρώσεις» Ιερά
Μητρόπολις Νικοπόλεως Πρέβεζα

Νόνας Ε (1996) θέματα ιατροδικαστικής και τοξικολογίας Βασσέκης
Αθήνα

Παπαευαγγέλου Γ Τσίμπος Κ (1992), Ιατρική δημογραφία και
οικογενειακός προγραμματισμός Βήτα Αθήνα

Παπανικολάου Νίκου (1994) «Επεμβάσεις Μαιευτικής Γυναικολογίας»
Επιστημονικές Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος Αθήνα

Παπανικολάου Ν. (1994) «Μαιευτική», Επιστημονικές Γρηγόριος Κ.
Παρισιάνος Αθήνα

P.G. Ney «Relationship between Abortion and Child Abuse»(1989),
Canadian Journal of psychiatry

Richard Sultus (13 Ιουνίου 1992) The Boston Globe «Braun Implants of
Fetal Tissue Show Promise » The Oregonian

S.C. Wilike (13 Ιουνίου 1992) M.D. «Loma Linda's Lethal Transplants»
National right to life New

Sheed & Ward (1998)Speclhard Psycho-social Stress Following
Abortion Kansaw City

Σολδάτος Κ (1984) "Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία των αμβλώσεων"
Ιπποκράτης Τόμος 12ος Τεύχος 5-6 Αθήνα

Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού «η
αγκαλιά»(2009)Ηλεκτρονικά Μέσα Παραγωγής Cosmoswear

T. Radberg et al (1998) «Chlamydia Trachomatis In relation to
infections Following First Trimester Abortions» Acta Obstetrica
Gynaecological

Τριχόπουλος Δ Τριχοπούλου Α (1986) Προληπτική Ιατρική Γρ
Παρισιάνος Αθήνα

Word Trends and Forecasts (April 1996)«Recycling Human Bodies to
save Lives»The Futurist

