

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ:ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 18 ΕΩΣ 30
ΕΤΩΝ.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ
ΚΑΘ/ΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:ΑΖΑΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΜΟΥΡΜΟΥΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αμβλωση:

Λέξη που τρομάζει, αλλά που ακούγεται πολύ συχνά. Λέξη που διώχνει μια ζωή, αλλά μπορεί να φέρει τον θάνατο σε προοπτικές ζωής πολλών ανθρώπων. Τελικά ποιος πληρώνει το τίμημα μιας τέτοιας απόφασης; το παιδί σίγουρα. Μήπως όμως και οι ίδιοι οι γονείς πληρώνουν ρισκάροντας την σχέση τους;

Βασιζόμαστε στο ότι κάθε άνθρωπος είναι ένα τρίπτυχο που αποτελείται από το σώμα, τη σκέψη και το συναίσθημα. Αν αντικαταστήσουμε το σώμα με την σεξουαλική επαφή, τη σκέψη με την κύηση και το συναίσθημα με την αμβλωση θα καταλάβουμε ότι τα δύο φύλλα έχουν κοινή εμπειρία μόνο στο πρώτο, ανεξάρτητα από το είδος της σχέσης τους. Είτε είναι παντρεμένοι, είτε αγαπιούνται, είτε συνευρίσκονται για μία φορά.

Τα δύο επόμενα στάδια διαφέρουν στην εμπειρία. Δηλαδή η γυναίκα είναι ο εκτελεστής της εμπειρίας, ενώ ο άντρας βρίσκεται μόνο συναισθηματικά ή νοητικά εκεί ή καθόλου ανάλογα την συμμετοχή του στην σχέση και την εμπειρία. Σε αυτά τα δύο στάδια της εγκυμοσύνης και της έκτρωσης δημιουργείται η μεγαλύτερη διαφορά αντίληψης που μπορεί να δέσει ή να διαλύσει τη σχέση, να ισορροπήσει ή να τραυματίσει συναισθηματικά την γυναίκα και ίσως και τον άντρα. (<http://www.evysyrou.gr/easyconsole.cfm/id/126>)



SUMMARY

Abortion:

Word that scares me, but that sounds very often. Word that drives a lifetime, but can bring death in many people's life prospects. Who ultimately pays the price of such a decision? Child sure. But perhaps they themselves parents pay risking their relationship?

We assume that every man is a triptych consisting of body, thought and emotion. If we replace the body with sexual intercourse, thinking with pregnancy and emotion to abortion would understand that the two cards share the experience only the first, whatever the nature of their relationship. Whether you are married, or love, or come together for once.

The next two stages differ in experience. That woman is the executor of experience, while the man is only emotionally or mentally there or never light entering into the relationship and experience. In these two stages of pregnancy and abortion creates the biggest difference of perception can tie or break the relationship, balance or injure the woman emotionally and perhaps her husband.

If one of the two or both were informed about the consequences of abortion
will be agree in this solution or would prefer to keep the baby?

Question may not be able to respond.

We give you the video below as well as work with the hope that we can change your opinion if any sometime enter the thought to do abortion.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ- ΑΜΒΛΩΣΗ	
1.1 Αναπαραγωγικό σύστημα γυναίκας.....	11
1.2 Γονιμοποίηση-Κύηση.....	15
1.3 Εργαστηριακή διάγνωση της εγκυμοσύνης.....	15
1.4 Στάδια ανάπτυξης του εμβρύου.....	18
1.5 Αμβλώσεις.....	19
1.6 Επικινδυνότητα των αμβλώσεων.....	20
1.7 Συχνότητα των αμβλώσεων.....	21
1.8 Από ποιόν και πότε μπορεί να γίνει η άμβλωση.....	21
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
ΑΙΤΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗΣ- ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ- ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
2.1 Αίτια που οδηγούν στην άμβλωση.....	24
2.2 Αυτονομία των γυναικών στην λήψη της απόφασής τους.....	28
2.3 Άμβλωση σε ζευγάρια εντός νόμιμου γάμου.....	29
2.4 Άμβλωση σε ζευγάρια εκτός νόμιμου γάμου.....	30
2.5 Αποποινικοποίηση των αμβλώσεων έως σήμερα.....	30
2.6 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των αμβλώσεων.....	32
2.7 Ευθύνη του άντρα για την άμβλωση.....	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ	
3.1 Προετοιμασία της γυναίκας πριν την άμβλωση.....	35
3.2 Αναισθησία.....	36
3.3 Τεχνική χειρουργείου.....	37
3.4 Αμβλώσεις στο πρώτο στάδιο της κύησης.....	38
3.5 Αμβλώσεις σε προχωρημένο στάδιο.....	40
3.6 Φαρμακευτική μέθοδοι για την διακοπή της εγκυμοσύνης.....	40

3.7 Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής της εγκυμοσύνης.....	44
3.8 Πονούν τα έμβρυα;.....	45
3.9 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη.....	49
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ- ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ- ΜΕΤΕΚΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	
4.1 Επιπλοκές των αμβλώσεων.....	53
4.2 Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην σωματική υγεία.....	55
4.3 Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην ψυχική υγεία.....	55
4.4 Μετεκτρωτικό σύνδρομο.....	56
4.4.1 Συμπτώματα μετεκτρωτικού συνδρόμου:.....	58
4.4.1.1 Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή.....	59
4.4.1.2 Προβλήματα στην σεξουαλική ζωή.....	61
4.4.1.3 Τάσεις αυτοκτονίας και απόπειρες.....	61
4.4.1.4 Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα της σχέσης.....	61
4.4.1.5 Αύξηση του καπνίσματος και οινοπνεύματος.....	62
4.4.1.6 Πολλαπλές εκτρώσεις.....	62
4.5 Τεστ αυτοεξέτασης.....	63
4.6 Θεραπεία του μετεκτρωτικού συνδρόμου.....	65
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	
ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	
5.1 Χριστιανική άποψη.....	68
5.2 Ιατρική άποψη.....	69
5.3 Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων και των κινημάτων για την ελευθερία της γυναίκας.....	70
5.4 Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	78
5.5 Μέθοδοι αντισύλληψης.....	81
5.5.1 Μέθοδος ρυθμού.....	81
5.5.1.1 Διακοπτόμενη συνουσία.....	81
5.5.1.2 Διάφραγμα.....	81
5.5.1.3 Χημικά μέσα.....	82
5.5.1.4 Ενδομήτρια σπειράματα.....	82
5.5.1.5 Αντισυλληπτικά χάπια.....	83
5.5.1.6 Ανδρικά αντισυλληπτικά μέσα.....	85
5.5.1.7 Θηλασμός.....	85
5.5.1.8 Ημερολογιακή μέθοδος.....	86
5.6 Ρόλος του νοσηλευτή στην αντισύλληψη.....	87
5.7 Ρόλος του νοσηλευτή πριν και μετά την λήψη απόφασης της άμβλωσης.....	87

<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	
<u>ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	
6.1 Διατύπωση του προβλήματος	90
6.2 Σκοπός της εργασίας.....	90
6.3 Ερευνητικοί άξονες - στόχοι.....	90
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u>	
<u>ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ</u>	
7.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	92
7.2 Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας.....	92
7.2.1 Πληθυσμός.....	92
7.2.2 Δείγμα.....	92
7.2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	92
7.2.4 Τόπος και χρόνος της έρευνας.....	93
7.2.5 Δυσκολίες και περιορισμοί στην ερευνητική διαδικασία.....	93
7.2.6 Τρόπος αντιμετώπισης δυσκολιών.....	93
7.2.7 Τα εργαλεία της έρευνας	93
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο</u>	
8.1 Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	96
8.2 Στατιστική ανάλυση.....	96
8.3 Αποτελέσματα της έρευνας.....	97
8.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας	107
8.5 Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	108
8.6 Ερωτηματολόγιο.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	112

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλες οι γυναίκες ονειρεύονται κάποια στιγμή να νιώσουν το αίσθημα της κυοφορίας και της ανάπτυξης ενός βρέφους μέσα στην κοιλιακή τους χώρα. Όμως όλες το ονειρεύονται με διαφορετικό τρόπο, άλλες πριν το γάμο και με την προϋπόθεση ότι είναι σίγουρες για τον σύντροφο τους και την σχέση τους, άλλες όποτε έρθει, είτε έχουν σταθερή σχέση, είτε όχι αδιαφορώντας για το κοινωνικό τους περίγυρο και άλλες αυστηρά μετά τον γάμο.

Αν όμως μία εγκυμοσύνη προκύψει εκεί που δεν το περιμένεις; ή που ποτέ δεν το σκέφτηκες; τι γίνεται; Τότε εμφανίζονται διάφορα ερωτήματα-προβλήματα και άγχος για την λήψη μιας σοβαρής απόφασης. ΑΜΒΛΩΣΗ: ΝΑΙ Ή ΟΧΙ

Συγκλονίζει η μαρτυρία της Άννας 26 ετών που υποβλήθηκε σε άμβλωση:

<< Ιανουάριος του 2008, δέκα η ώρα το πρωί, δίνω το χαρτί που μου έχει δώσει ο γυναικολόγος μου στην γραμματεία μεγάλου ιδιωτικού μαιευτηρίου.

<< Τι ακριβώς θα κάνετε;>> με ρωτάει η κοπέλα.

<< Ότι γράφει το χαρτί >> της απαντώ. Κατάλαβε και δεν με ρώτησε περισσότερο.

<< Θα ανεβείτε στον πέμπτο όροφο και θα περιμένετε>> μου λέει. Μπαίνω στο ασανσέρ, η ψυχολογία μου χάλια.

Φτάνω στο σαλονάκι όπου περιμένουν γύρω στις τριάντα γυναίκες. Νόμιζα ότι θα ήμουν μόνη μου και θα έβλεπα κατευθείαν τον γιατρό μου. Μετά από τρία τέταρτα έρχεται μία νοσοκόμα. Αρχίζει να φωνάζει ονόματα. Όνομα και επίθετο. Κοκκινίζω ολόκληρη! Να φωνάζει μέσα στον κόσμο το όνομα του καθενός; Εγώ δεν θέλω να με ξέρει ούτε η μάνα μου εκεί μέσα. Χώνομαι γρήγορα σε ένα τεράστιο ασανσέρ που σταματάει στο υπόγειο, κάτω από την Γή, χωρίς παράθυρα, χωρίς καμία επαφή με τον έξω κόσμο. Περνάμε σε ένα άλλο σαλονάκι. Είμαστε είκοσι γυναίκες. Πολλές μικρές σε ηλικία αλλά και κάποιες μεγαλύτερες 40-50 ετών. Όλες με τα κεφάλια χαμηλωμένα, έχουν κολλήσει το βλέμμα τους στην οθόνη του κινητού τους.

Προσπαθώ να διακρίνω τις κοιλιές τους. Να δώ τι περιμένουν όλες αυτές οι γυναίκες γύρω μου. Ότι και εγώ; Μετά από λίγο σπάει ο πάγος. Μιλούν μεταξύ τους σε πηγαδάκια: << έχω δύο παιδιά και δεν μπορώ να κρατήσω και το τρίτο>>, <<εγώ χώρισα και δεν υπάρχει περίπτωση επανασύνδεσης, οπότε.....>>. Δεν θέλω να τις ακούω γιατί μου θυμίζουν τον λόγο για τον οποίο είμαι εδώ, ενώ εγώ θέλω να τον ξεχάσω. Μετά από λίγη ώρα οι περισσότερες έχουν γίνει φίλες. Εγώ δεν έχω ανοίξει το στόμα μου ούτε για να συστηθώ. Δεν θέλω πολλά-πολλά.

Αισθάνομαι άβολα, νομίζω πως επειδή με είδαν, αν με συναντήσουν ακόμα και τυχαία, θα μάθουν και οι υπόλοιποι. Μια δεύτερη νοσοκόμα αρχίζει να φωνάζει πάλι ονόματα. Αυτή την φορά μπαίνουμε μέσα μία-μία. Όποια ακούει το όνομά της σηκώνεται και ακολουθεί την νοσοκόμα. Οι υπόλοιπες περιμένουμε πότε θα βγει. Είναι καλά; Είναι δυστυχημένη; Υπήρξαν επιπλοκές; Ακούω το όνομά μου και η νοσοκόμα με πηγαίνει σε μία υποφωτισμένη αίθουσα.

<< Γεια είμαι η Δέσποινα>> της απαντώ αποκρύπτοντας το πραγματικό μου όνομα.

<< Παρακαλώ γδυθείτε και ξαπλώστε>> μου λέει ψυχρά ένας γιατρός.

Κοκκινίζω.....μου κάνει υπέρηχο και καρδιογράφημα. Τα διπλανά κρεβάτια είναι γεμάτα από γυναίκες που υπομένουν την ίδια διαδικασία. Ένα παραβάν μας χωρίζει, αλλά η πόρτα είναι ορθάνοικτη. Όποιος περνάει απ έξω, γιατρός, νοσηλεύτης ή άσχετος μας βλέπει ημίγυμνες και καλωδιωμένες.

<< Εντάξει, φορέστε αυτή την ρόμπα και πηγαίνετε όλο ευθεία στην δεύτερη αίθουσα δεξιά>>. Κυκλοφορώ με την άσπρη ρόμπα. Επιτέλους βλέπω τον γιατρό μου. Κυριολεκτικά πιάνομαι από πάνω του. Ξαπλώνω σ' ένα κρεβάτι και από πάνω μου τρεις άνθρωποι με μάσκες περιμένουν πότε θα με πιάσει η νάρκωση. Ανοίγω τα μάτια μου, βλέπω λίγο θολά. Εστιάζω.... Είναι ο γιατρός μου. << Είσαι εντάξει;>> μου λέει. << Ε, για να σε ακούω εντάξει θα είμαι>> σκέφτομαι.

<< Νυστάζω>> του λέω και ξανακλείνω τα μάτια μο. Ξυπνάω σε μια άλλη αίθουσα.

Έχει τέσσερα κρεβάτια στην σειρά. Εγώ είμαι στο τρίτο.

<< Γεια, είμαι η Νάντια>> μου λέει. Διστάζω....

<< Γεια, Δέσποινα>> της λέω.

<<Εκτρωση;>>, << Η πρώτη σου είναι;>>

<<Ναι>> της λέω.

<< Μην ανησυχείς. Όλα είναι εντάξει. Εγώ έχω κάνει τρεις>>.

<< Την πρώτη φορά έκλαιγα μια βδομάδα. Την δεύτερη ήταν πιο εύκολο. Την Τρίτη με προειδοποίησε ο γιατρός, ότι αν συνεχίσω θα πάθω στειρώση>>.

<< Γιατί, τόσες εκτρώσεις;>> την ρωτάω, << δεν λαμβάνετε μέτρα αντισύλληψης;>>. Με κοιτάει σαν να της είπα κάτι που δεν στέκει.

<< Εσύ γιατί;>> μου λέει, << δεν προσέχατε;>>

<< Όχι, δεν προσέχαμε. Αν προσέχαμε δεν θα ήμουν τώρα εδώ>>.

Ντύνομαι, αρπάζω την τσάντα μου και σηκώνομαι.

Ζαλίζομαι..... Έρχεται ο γιατρός. << Κάτσε να κοιμηθείς λίγο, αν θέλεις>> μου λέει και μου δίνει ένα χαρτί, συνταγή για χάπια. << Θα πάρεις αυτά για μια εβδομάδα και σε δεκαπέντε μέρες θα έρθεις να σε δώ>>. Παίρνω την τσάντα μου και φεύγω.

Έρχεται η νοσηλεύτρια η οποία μου δίνει ένα πακέτο σερβιέτες. <, Δεν είναι τίποτα>> μου λέει, << απλώς θα είναι σαν να είσαι αδιάθετη για δέκα μέρες>>. Φεύγει.

Μετά βίας μπορώ να καταπιώ. Πλησιάζω την έξοδο και βλέπω τον φίλο μου.

<< Τι κάνεις εδώ;>> τον ρωτάω.

<< Τι θές να κάνω; Γιατί δεν πιάνει το κινητό σου και με έχει φάει η αγωνία; Πώς είσαι; Όλα εντάξει;>> αποκρίνεται.

<< Ναι. Όλα εντάξει. Πάμε;>> του λέω.

<< Τι να πάμε; Τρελή είσαι που θες να οδηγήσεις κιόλας; Θα πάμε με το δικό μου και θα έρθουμε αύριο να πάρουμε το δικό σου>>.

<< Όχι, θα οδηγήσω. Πάμε να φύγουμε. Τώρα.

(<http://www.madata.gr/epikairoτητα/social/48508.htm>)

ВЕОРНТИКО

МЕРОЗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ- ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ- ΑΜΒΛΩΣΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 Αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας

Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα εξωτερικά και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα.

Εξωτερικά γεννητικά όργανα

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με την βάση του στην ηβική πτυχή, τις πλευρές του στις αιδιομηρικές πτυχές και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στην μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή την αιδοϊκή (Παπανικολάου,1994).



Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholin's αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες (Παπανικολάου,1994).

Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδη ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας, που καλύπτει τους κλάδους των ιβικών οστών. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Έτσι, ξεχωρίζει από το αντίστοιχο τρίχωμα του άντρα, που πορεύεται ως τον ομφαλό. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες (Παπανικολάου,1994).

Μεγάλα Χείλη

Αυτά παριστάνουν δύο δερματικές πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Προς τα εμπρός ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο σύνδεσμο και προς τα πίσω ενώνονται και σχηματίζουν τον οπίσθιο σύνδεσμο. Η κατάληξή τους είναι το περίνεο (Παπανικολάου,1994)

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα που αποτελεί την συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειες τους είναι άτριχες, έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και ειδικούς αποκρινείς αδένες.

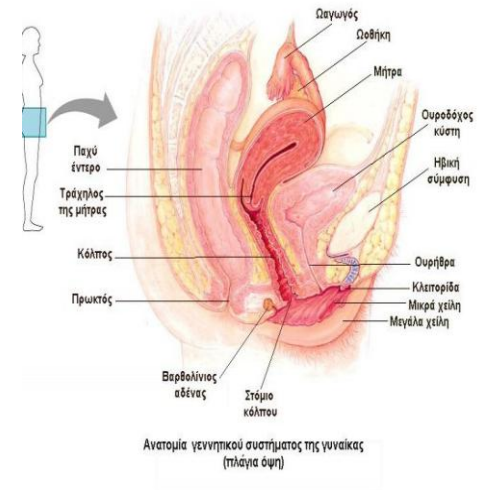
Μέσα στον λιπώδη ιστό τους καταλήγουν ίνες των στρογγυλών συνδέσμων της μήτρας Τα μεγάλα χείλη αντιστοιχούν στο όσχεο του άντρα (Παπανικολάου,1994).

Μικρά Χείλη

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

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαχρωστική, σμηγματογόνους και σπάνια ιδρωτοποιούς αδένες. Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας.

Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος (Παπανικολάου,1994)



Κλειτορίδα

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

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

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

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

Η κλειτορίδα καλύπτεται από περιτονία, που στο πάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο (Παπανικολάου,1994)

Πρόδρομος

Αυτός είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους.

Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων. Στο κάτω μέρος του, ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και την είσοδο του κόλπου, υπάρχει ο σκαφοειδής βόθρος (Παπανικολάου,1994).

Βολβοί του Προδρόμου

Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου, σκεπάζονται από τους βολβοσηραγγώδεις μυς, αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα και αντιστοιχούν από σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας του άντρα. Στην σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο (Παπανικολάου, 1994).

Βαρθολίνειοι αδένες

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Οι βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους αδένες του Cowper του άντρα (Παπανικολάου, 1994)

Παρθενικός υμένας

Αυτός είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω τον σκαφοειδή βόθρο (Παπανικολάου, 1994).

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα που επιτρέπει την είσοδο ενός ή δύο δακτύλων ή την εκτέλεση συνουσίας. Ο παρθενικός υμένας εάν το άνοιγμα του δεν επιτρέπει την συνουσία, σχίζεται και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς. (Παπανικολάου, 1994)

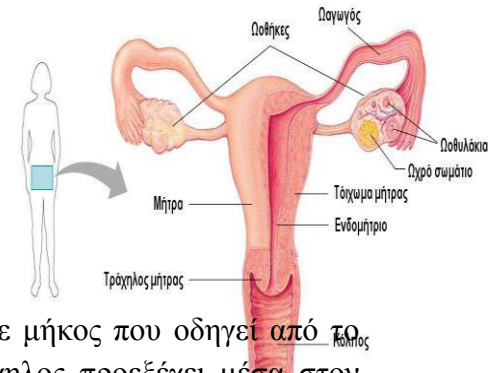
Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας

Αυτό βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδρόμου του αιδoίου, κάτω από την κλειτορίδα, και μέσα από αυτό περνάει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστεως στην έξοδό του. (Παπανικολάου, 1994)

Παραουρηθρικοί αδένες

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμα τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι, λέγονται αδένες του Skene και αντιστοιχούν στον προστάτη του άντρα. (Παπανικολάου, 1994)

Εσωτερικά γεννητικά όργανα



Ο Κόλπος ή Κολεός

Ο κόλπος είναι μία καμπυλωτή δίοδος σαν σήραγγα 8-12 εκ. σε μήκος που οδηγεί από το αιδοίων στην μήτρα. Το χαμηλότερο μέρος της μήτρας ο τράχηλος προεξέχει μέσα στον κολεό. Ο κόλπος εξυπηρετεί 3 σημαντικές λειτουργίες σαν δίοδος:

1. Είσοδο του πέους και παραλαβή του σπέρματος
2. Εκκένωση της εμμήνου ρύσης και των εκκρίσεων της μήτρας και
3. Παράδοση του προϊόντος της σύλληψης (Έλλην, 2001).

Η Μήτρα

Η μήτρα είναι ένα σύνθετο, απιοειδούς σχήματος μυϊκό όργανο που κρέμεται από μια σειρά στηρικτικούς συνδέσμους. Αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και ένα στενό κυλινδρικό τμήμα που ονομάζεται τράχηλος. Η εξωτερική επιφάνεια της μήτρας καλύπτεται από ορογόνο υμένα, ενώ το εσωτερικό ή ενδομήτριο της μήτρας αποτελείται από αδενικό ιστό και στρώμα (Έλλην,2001).

Οι Σάλπιγγες

Οι δύο σάλπιγγες ή ωαγωγοί, εκτείνονται προς τα έξω από τις ανώτερες γωνίες της μήτρας έως την κοιλιακή χώρα. Έχουν περίπου την ίδια διάμετρο με καλαμάκι αναπνευστικού και είναι ως επί το πλείστον σχηματισμοί μυών. Το απομακρυσμένο μέρος της σάλπιγγας (ο κώδωνας της σάλπιγγας) καμπυλώνει γύρω από την ωοθήκη με τέτοιο τρόπο που οι προεξοχές του (ονομάζονται κροσσοί) καλύπτουν την ωοθήκη αλλά δεν προσκολλώνται σ' αυτήν. Η λειτουργία τους είναι να μεταφέρουν το ωάριο κατά μήκος του σωλήνος από την ωοθήκη στην μήτρα με περισταλτικές κινήσεις (Έλλην, 2001).

Οι Ωοθήκες

Οι δύο ωοθήκες είναι γνωστές επίσης ως γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Σε σχήμα και μέγεθος μοιάζουν με ένα αμύγδαλο, είναι σκληρές, ιώδεις, λευκές προς ασημί και σαν λακκίσμοι. Οι λειτουργίες είναι η ωρίμανση και η απελευθέρωση των ωαρίων και η παραγωγή ορμονών απαραίτητων στη διαδικασία της αναπαραγωγής. Μερικές εκατοντάδες χιλιάδες ωάρια υπάρχουν στις ωοθήκες του θήλεος από την στιγμή της γέννησής του. Στην εφηβεία, οι ωοθήκες αρχίζουν να απελευθερώνουν συστηματικά ένα ωάριο τη φορά. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι την εμμηνόπαυση εκτός αν διακοπεί από εγκυμοσύνη ή χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες ατροφούν (Έλλην, 2001).

1.2 Γονιμοποίηση-Κύηση

Γονιμοποίηση εν γένει ονομάζεται η ένωση γεννητικών κυττάρων, τα οποία είναι γνωστά και ως αρσενικοί και θηλυκοί γαμέτες, από τους οποίους δημιουργείται το ζυγωτό (http://www.wikipedia.org/wiki/αναπαραγωγικό_σύστημα)



Το ώριμο ωάριο, όταν εγκαταλείψει το ωοθυλάκιο, παραλαμβάνεται από τον κώδωνα της σάλπιγγας, που αντιστοιχεί στην ωοθήκη, που έδωσε το ωάριο, και προωθείται μέσα στον αυλό της, γιατί, όπως αναφέραμε, αυτή, κάτω από την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, εμφανίζει αυξημένη κινητικότητα και λειτουργική δραστηριότητα.

Μέσα στην σάλπιγγα το ωάριο περιβεβλημένο από τα κύτταρα του ωοφόρου δίσκου, δέχεται τις εκκρίσεις του κυττάρου του επιθηλίου του ενδοσαλπιγγίου, που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην γονιμοποίηση.

Ύστερα από φυσιολογική συνουσία, ένα μέρος των σπερματοζωαρίων από τον οπίσθιο κολπικό θόλο θα περάσει τη φιλόξενη γι' αυτά τραχηλική βλέννα τις ημέρες της ωοθηλακιορρηξίας και θα προχωρήσει προς τους σαλπιγγικούς αυλούς.

Η γονιμοποίηση συμβαίνει στην λήκυνθο της σάλπιγγας ύστερα από 2-3 ώρες μετά την εκσπερμάτιση, γιατί τα σπερματοζωάρια κινούνται με ταχύτητα 1-3χιλ. στο λεπτό. (Παπανικολάου, 1994).

Κύηση

Είναι η διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και την γέννηση του βρέφους. Η εγκυμοσύνη είναι για μια γυναίκα ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της και μία εκπληκτική εμπειρία πρωταρχικά για την ίδια και σε μικρότερο βαθμό για τους οικείους της. Οι αλλαγές δε που συντελούνται τόσο στο σωματικό, όσο και στο ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο της μέλλουσας μητέρας είναι τεράστιες. (<http://www.el.wikipedia.org/wiki/εγκυμοσύνη>)

1.3 Εργαστηριακή διάγνωση της εγκυμοσύνης

Το σώμα δεν είναι σε θέση να γνωρίζει την εγκυμοσύνη παρά μόνο όταν το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στα τοιχώματα της μήτρας,



περίπου 7 ημέρες μετά την γονιμοποίηση. Από την στιγμή εκείνη και μετά το ωάριο στέλνει την εντολή στο σώμα να συνεχίσει να παράγει προγεστερόνη (από το ωχροό σωματίο ή corpus luteum). Τότε αρχίζει να παράγεται και η HCG χοριακή γοναδοτροπίνη δηλαδή η ορμόνη της εγκυμοσύνης.

(<http://www.el.wikipedia.org/wiki/εγκυμοσύνη>).

Τα συμπτώματα που συμβαίνουν στην γυναίκα μόλις γονιμοποιηθεί το ωάριό της είναι:

1. Δευτεροπαθής αμηνόρροια. Μετά την εμφύτευση της βλαστοκύστης εγκαθίσταται δευτεροπαθής αμηνόρροια. Κάποτε, όμως, ενώ υπάρχει κύηση, εμφανίζεται ρυθμική εμμηνορρυσία, γιατί είναι δυνατό η βλαστοκύστη να μην επικαλυφθεί από το ενδομήτριο επιθήλιο, όπως συμβαίνει στις φυσιολογικές περιπτώσεις στο τέλος της δεύτερης εβδομάδας. Τότε, γύρω στην 28^η ημέρα του ενδομήτριου κύκλου ή λίγο αργότερα παρατηρείται μικρή αιμορραγία (Παπανικολάου, 1994).
2. Ναυτία ,έμετοι ή διαστροφή της όρεξης. Η ναυτία και η εμετοί, ιδίως τις πρωινές ώρες, προέρχονται ίσως από την αύξηση των στεροειδών ορμονών, που με την επίδραση τους στον μεταβολισμό του συκωτιού, ελαττώνουν την κινητικότητα του στομάχου. Υπεύθυνη για την πρόκληση ναυτίας και εμετών θεωρείται και η χοριακή γοναδοτρόπος ορμόνη (Παπανικολάου, 1994)
3. Σιαλόρροια. Πολλές φορές η έγκυος εμφανίζει υπερβολική ποσότητα σάλιου, που συνοδεύεται από ενοχλητική μεταλλική γεύση. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σιαλόρροια υποχωρεί. Στην πραγματικότητα μάλλον δεν συμβαίνει υπερέκκριση αλλά αδυναμία κατάποσης του σάλιου (Παπανικολάου, 1994).
4. Διόγκωση μαστών. Η έγκυος αναφέρει βάρος στους μαστούς, ιδίως ύστερα από την 6^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, που οφείλεται σε αυξημένη αγγείωσή τους και σε μεταβολές που συμβαίνουν στο μαστικό αδένια (Παπανικολάου, 1994).
5. Συχνουουρία. Αυτή προέρχεται από την αυξημένη αγγείωση της ουροδόχου κύστης και από την πίεση, που ασκεί η μήτρα πάνω της (Παπανικολάου, 1994).
6. Σκιρτήματα. Αν η έγκυος έχει περάσει τη 16^η -18^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, θα μας αναφέρει, πως αισθάνεται τις κινήσεις του εμβρύου. Τα σκιρτήματα στην αρχή είναι ελαφρά και περιγράφονται από την έγκυο σαν φτερουγίσματα. Αργότερα, γίνονται αντιληπτά (Παπανικολάου, 1994).

7. Αόριστο αίσθημα κόπωσης. Μπορεί να παρατηρήσει ότι χρειάζεται περισσότερη ώρα για ανάπαυση και ύπνο (Παπανικολάου, 1994).
8. Σημείο Hegar. Μαλάκυνση του χαμηλότερου τμήματος της μήτρας (Παπανικολάου, 1994).
9. Σημείο Braxton-Hicks. Ανώδυνες συσπάσεις της μήτρας που εμφανίζονται περιοδικά κατά την διάρκεια της κύησης (Παπανικολάου, 1994).
10. Σχεδίαση του εμβρύου. Το σώμα του εμβρύου μπορεί να ψηλαφηθεί από τα τοιχώματα της κοιλιάς της μητέρας από το δεύτερο μισό της κύησης (Παπανικολάου, 1994).

Αν λοιπόν μία γυναίκα έχει τα παραπάνω συμπτώματα για να βεβαιωθεί ότι είναι έγκυος ή όχι καταφεύγει στο γυναικολόγο ο οποίος πριν την στείλει για εργαστηριακό έλεγχο θα προβεί στις παρακάτω ενέργειες:

A) Επισκόπηση

Με την επισκόπηση της εγκύου τα παρακάτω σημεία θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση της κύησης.

1. Μελάχρωση. Στην κύηση οι μελαχρινές περιοχές του δέρματος δηλαδή οι θηλές των μαστών, τα έξω γεννητικά όργανα και η περιοχή του πρωκτού γίνονται περισσότερο μελαχρινές. Επίσης εμφανίζονται νέες εστίες μελάχρωσης, όπως στο πρόσωπο και λέγεται μητρικό χλόασμα.
2. Ομφαλός. Στην αρχή είναι κοίλος, μετά γίνεται επίπεδος και αργότερα προβάλλει προς τα έξω.
3. Ραβδώσεις. Στην περιοχή της κοιλιάς, των μαστών και των μηρών σε πολλές εγκύους παρατηρείται η ύπαρξη μελανών γραμμών που λέγονται ραβδώσεις και οφείλονται σε ρήξεις των ελαστικών ινών του δέρματος
4. Κάτω άκρα. Διαπιστώνεται πολλές φορές η ύπαρξη κισμών ή οιδημάτων (Φυκίρης, 1994).

B) Ψηλάφηση

Με αυτήν προσδιορίζεται το μέγεθος της μήτρας που επιβεβαιώνει την κύηση. Την 7^η εβδομάδα η μήτρα έχει μέγεθος αυγού, την 10^η μέγεθος πορτοκαλιού, την 12^η μέγεθος κίτρου και μετά την 12^η την μήτρα την ψηλαφούμε από την κοιλιά (Φυκίρης, 1994).

Γ) Ακρόαση

Συνίσταται στην ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου με το κοιλιοσκόπιο ή με τους υπέρηχους (Φυκίρης, 1994).

Όμως όλα τα παραπάνω δεν είναι σίγουρα σημεία κήσεως διότι μπορεί να υπάρχουν χωρίς να υπάρχει κήση, όπως η καθυστέρηση της έμμηνου ρύσεως, η ναυτία, ο έμετος, το μητρικό χλόασμα, το μεγαλύτερο και σφικτότερο στήθος και η αύξηση του μεγέθους της μήτρας, η οποία μπορεί να οφείλεται σε όγκους. Πολλές φορές μόνο στα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να οδηγηθούμε στη διάγνωση ψευδοκήσεως – ανεμογκάστρι.

Γι αυτό το λόγο καλό είναι να γίνει εργαστηριακός έλεγχος για να ήμαστε σίγουροι για την εγκυμοσύνη:

- Τεστ κήσεως με τα ούρα. Ποσοστό λάθους 10%
- Τεστ κήσεως με το αίμα. Ποσοστό λάθους μηδέν. Είναι ακριβέστατο και υποδεικνύει την κήση πριν ακόμη εμφανιστεί καθυστέρηση έμμηνου ρύσεως. Και το τεστ ούρων και το τεστ αίματος στηρίζονται στην ανίχνευση μιας ορμόνης η οποία παράγεται από το γονιμοποιημένο ωάριο και λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη
- Υπερηχογράφημα (Φυκίρης, 1994).

Επίσης μία πιθανή εγκυμοσύνη μπορεί να επιβεβαιωθεί και με την μέτρηση της προγεστερόνης η οποία αυξάνεται μέχρι το τέλος της κήσεως.

http://www.healthnotesandnews.blogspot.com/2010/10/blog-spot_7986.html

1.4 Στάδια ανάπτυξης του εμβρύου

Είναι τρία. Το πρώτο στάδιο αρχίζει από την γονιμοποίηση και τελειώνει όταν το έμβρυο φθάσει στη διαπλαστική του τελειότητα δηλαδή στον σχηματισμό όλων του των οργάνων που ολοκληρώνεται στο τέλος της 11^{ης} εβδομάδας.

Το δεύτερο στάδιο είναι η εποχή της γρήγορης ανάπτυξης αρχίζει από την 12^η εβδομάδα και τελειώνει την 27^η δηλαδή το έμβρυο σχηματίζεται πλήρως μέχρι την 11^η εβδομάδα και μετά απλά μεγαλώνει.

Το τρίτο στάδιο αρχίζει από την 28^η εβδομάδα και τελειώνει με τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται κυρίως από την ολοκλήρωση της ωρίμανσης των διαφόρων οργάνων του εμβρύου (Φυκίρης, 1994).

Η καρδιά δημιουργείται από την 3^η εβδομάδα και ολοκληρώνεται την 6^η οπότε μπορούμε να δούμε την λειτουργία της με το υπερηχογράφημα.

Ο εγκέφαλος αρχίζει να δημιουργείται από την 3^η εβδομάδα και τελειοποιείται την 27^η.

Το γεννητικό σύστημα δημιουργείται από την 5^η εβδομάδα και τελειοποιείται την 7^η. Στο τέλος της 6^{ης} εβδομάδας διακρίνεται η κεφαλή του εμβρύου που είναι μεγαλύτερη από το σώμα του, ξεχωρίζουν τα άνω και κάτω άκρα και εμφανίζονται τα αυτιά του.

Την 9^η εβδομάδα μπορούμε να διακρίνουμε στο έμβρυο τα μάτια, τα χείλη και τα γεννητικά όργανα.

Την 12^η εβδομάδα έχουν σχηματιστεί τα νύχια του.

Την 16^η εβδομάδα εμφανίζονται τρίχες στο κεφάλι του.

Την 20^η εβδομάδα μεγαλώνουν τα νύχια του, αναπτύσσεται το υποδόριο λίπος σε όλη την επιφάνεια του σώματός του, το δέρμα του είναι κόκκινο και ρυτιδωμένο. Αν γεννηθεί, κινείται, αναπνέει αλλά δεν είναι βιώσιμο.

Την 28^η εβδομάδα τα μάτια ανοίγουν, έχει βλεφαρίδες, το δέρμα του είναι λιγότερο ρυτιδωμένο και σκεπασμένο με σμήγμα και αν γεννηθεί αναπνέει, κινείται, κλαίει, ανοίγει τα μάτια του και μπορεί να ζήσει, αν και ο κίνδυνος θανάτου από αναπνευστική ανωριμότητα είναι μεγάλος.

Την 32^η εβδομάδα τα νύχια του έχουν φθάσει ως τις κορυφές των δακτύλων, το δέρμα του είναι ρόδινο και μαλακό, το σώμα του στρογγυλεύει και τα γεννητικά όργανα είναι ευδιάκριτα.

Την 36^η εβδομάδα το χνούδι του δέρματος εξαφανίζεται, το δέρμα του γίνεται ωχρό και φυσικά αν γεννηθεί είναι βιώσιμο.

Την 40^η εβδομάδα το δέρμα του είναι ρόδινο, φέρει άφθονο σμήγμα, το κεφάλι του έχει μαλλιά και έχει χνούδι μόνο στους ώμους (Φυκίρης, 1994).

Κατά το τέλος της εγκυμοσύνης το αίμα ταξιδεύει με ταχύτητα 4 μίλια την ώρα. Ο λώρος περιέχει δύο αρτηρίες, οι οποίες παίρνουν τα άχρηστα υλικά από το έμβρυο στον πλακούντα για να αποβληθούν από τη μητέρα και μια φλέβα η οποία μεταφέρει τροφή και οξυγόνο στο έμβρυο (Έλλην, 2001).

1.5 Αμβλώσεις

Έκτρωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 20^η εβδομάδα της και όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500γρ. Αν η διακοπή γίνει χωρίς την επέμβαση ιατρού, λέγεται αυτόματη έκτρωση. Αν συμβεί με την επέμβαση ιατρού, λέγεται τεχνητή έκτρωση. Οι τεχνητές εκτρώσεις χωρίζονται σ' αυτές



που εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου, που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης, και λέγονται τότε θεραπευτικές, σ' αυτές που εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, γιατί είναι επικίνδυνο και λέγονται εγκληματικές και σ' αυτές που εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα, επειδή λόγοι άσχετοι με την υγεία της εγκύου το επιβάλλουν (ηθικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, ευγονικοί) και λέγονται εκλεκτικές (Παπανικολάου, 1994).

Προκειμένου για τις εγκληματικές εκτρώσεις προτείνεται η καθιέρωση του όρου άμβλωση, γιατί αυτός αποδίδει με ακρίβεια την ενέργειά μας. Όταν καταστρέφουμε κάτι που αναπτύσσεται αμβλώσκουμε. (‘Άμβλώσεως γραφή’ λεγόταν η διάταξη στους νόμους του Λυκούργου, που τιμωρούσε τους αμβλωτές) (Παπανικολάου, 1994).

Η Έκτρωση που συμβαίνει πριν την 12^η εβδομάδα λέγεται πρόωμη, και αυτή που συμβαίνει ή εκτελείται ανάμεσα στην 12^η – 20^η εβδομάδα όψιμη (Παπανικολάου, 1994).

1.6 Επικινδυνότητα των αμβλώσεων

Απ’ ότι δείχνουν οι έρευνες που έχουν γίνει σε σχέση με τους κινδύνους των εκτρώσεων μπορούν να χωριστούν σε κινδύνους κατά την διάρκεια της επέμβασης και σε κινδύνους μετά από αυτή.

Οι κίνδυνοι κατά την διάρκεια της επέμβασης είναι σπάνιοι και είναι περίπου της ίδιας συχνότητας, όπως σε κάθε άλλης βραχείας διάρκειας επέμβαση στην κοιλιακή χώρα. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)

Οι κίνδυνοι μιας εκτρώσεως μπορεί να είναι προσωρινές, μακράς διάρκειας ή μόνιμες. Στις προσωρινές υπάγονται οι επιμολύνσεις, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια ή αιμορραγίες, η διάτρηση της μήτρας, ο τραυματισμός του εντέρου, η ρήξη του τραχήλου της μήτρας και ο τραυματισμός του ουρητήρα. Μερικές από αυτές είναι πολύ σοβαρές, ενώ άλλες μπορεί να έχουν μακροχρόνιες ή και μόνιμες συνέπειες, όπως όταν ο τραυματισμός του ουρητήρα περιλαμβάνει και το σφιγκτήρα της κύστης.

Η συχνότητα των περισσότερων από τα πιο πάνω είναι μικρή όταν η έκτρωση εκτελείται από κάποιον έμπειρο μαιευτήρα μέσα σ’ ένα οργανωμένο ιατρικό κέντρο. Η πιο συχνή από αυτές είναι οι επιμολύνσεις. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)

Από τις μόνιμες παρενέργειες η πιο συχνή είναι η στειρότητα, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 3% μέχρι 5% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση. Τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για αύξηση του φαινομένου του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)

Η ερμηνεία που δίνεται για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι η εξής:

1. Στην αρχή της εγκυμοσύνης παράγονται μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων, οι οποίες προκαλούν ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων του αδένου του μαστού κατά το πρώτο τρίμηνο. Τα νέα αυτά κύτταρα κατά την αύξησή τους είναι πιο επιρρεπή σε καρκινογένεση. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)

2. Κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης το επίπεδο των οιστρογόνων μειώνεται από την επίδραση άλλων ορμονών, όπως το πλακουντιακό γαλακτογόνο. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)
3. Κατά την διάρκεια της φάσης αυτής τα νέα και ανώριμα κύτταρα του μαστού ωριμάζουν και μετατρέπονται σε γαλακτοπαραγωγά. Μετά την αλλαγή αυτή τα κύτταρα αυτά είναι λιγότερο πιθανό να μετατραπούν σε καρκινικά. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)
4. Η έκτρωση διακόπτει την φυσιολογική αυτή μετατροπή των ανώριμων αδενικών κυττάρων σε ώριμα γαλακτοπαραγωγά και τα κάνει πιο ευπαθή σε καρκινική μεταλλαγή. (<http://www.xristianoss.blogspot.gr/2011/01/blog-post-3844.html>)

1.7 Συχνότητα των αμβλώσεων

Στο θέμα για την συχνότητα των αμβλώσεων οι έρευνες δείχνουν πως υπάρχουν πολλά θέματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση μιας εγκυμοσύνης.

Οι εγκυμονούσες έφηβες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Τα πιθανότερα αίτια είναι η κοινωνική απομόνωση που δημιουργείται, η επιθυμία τους να συνεχίσουν τις σπουδές τους, το αίσθημα που έχουν ότι είναι πολύ νέες για να έχουν και να αναθρέψουν παιδί και η αστάθεια των προγαμιαίων σχέσεων. (http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=324)

Η πιθανότητα να διακόψει μία γυναίκα την εγκυμοσύνη της είναι σημαντικά μικρότερη σε εκείνες που είχαν πληροφορηθεί από κάποιον επαγγελματία υγείας ή από τα ΜΜΕ. Η διακοπή της εγκυμοσύνης σχετίζεται με το αν μια γυναίκα είναι ανύπαντρη, με το αν έχει άλλα παιδιά ή είναι νεότερη από 19 ετών, εάν έχει θετική άποψη για την άμβλωση και εάν διαμένει με τους δικούς της. (http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=324)

1.8 Από ποιόν και πότε μπορεί να γίνει η άμβλωση

Όσο πιο γρήγορα τόσο πιο ασφαλές. Το καλύτερο είναι η έκτρωση να γίνει πριν από τη συμπλήρωση των 12 εβδομάδων. Σχεδόν πάντα εφαρμόζεται γενική αναισθησία. Μέχρι τις 14 εβδομάδες η διαδικασία ξεκινάει με την διαστολή του τραχηλικού στομίου, που επιτυγχάνεται με τη διαδοχική εισαγωγή λείων ράβδων, προοδευτικά αυξανόμενης διαμέτρου, και ακολουθεί αναρρόφηση και ήπια απόξεση. Μετά τις 16 εβδομάδες όχι μόνο δυσκολεύουν τα πράγματα αλλά είναι ακόμα πιο επικίνδυνο να γίνει η έκτρωση από τον κόλπο. Μετά το διάστημα αυτό, η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται με έγχυση προσταγλαδινών στην κοιλότητα της μήτρας ώστε να προκληθούν συσπάσεις. Η διαδικασία

μπορεί να διαρκέσει 12 ώρες και να είναι επώδυνη.(<http://www.madamefigaro.gr/content/i-alitheia-gia-tin-amblisi?page=0,1>)

Μόνο μία στις εκατό εκτρώσεις πραγματοποιείται μετά τις 20 εβδομάδες κύησης. Πρόκειται σχεδόν στο σύνολό τους για περιπτώσεις στις οποίες είτε έχει διαπιστωθεί κάποια σοβαρή ανωμαλία στο έμβρυο είτε η έγκυος έχει υποστεί σοβαρή καταπόνηση ή πάσχει από κάποια ασθένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις η έκτρωση πραγματοποιείται με υστερεκτομή δηλαδή με διανοίξει της μήτρας μέσω του κοιλιακού τοιχώματος όμοια με την καισαρική τομή ή την πρόκληση τοκετού.

.(<http://www.madamefigaro.gr/content/i-alitheia-gia-tin-amblisi?page=0,1>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΑ – ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ – ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Αγγελιοφόρος ΚΥΡΙΑΚΗ 24-2-2013
www.angelioforos.gr στη Κυριακή

■ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Η κρίση «γεννάει» εκτρώσεις

Η ΑΒΙΣΣΥΛΙΑ
Την πρώτη εβδομάδα της νέας χρονιάς οι αποβολές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετὰ τον τοκετό, υπήρξαν οι αιτίες των περισσότερων θανάτων στην Ελλάδα. Τα στοιχεία προέρχονται από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.).

Ειδικότερα έχουν μπει στην ατζέντα των πολιτικών αρχών οι αιτίες των αποβολών, οι οποίες σύμφωνα με τον Ε.Ο.Δ.Υ. αποτελούν την αιτία του 40% των θανάτων.

Παρά το εκτεταμένο δίκτυο ασφαλιστικής κάλυψης από το 1980, το κράτος 28 χρόνια πριν έδωσε στην Κεντρική Μακεδονία παράδειγμα να είναι τακτοποιημένο κατά 75.000 παραπέταρες από τις γεννήσεις.

■ σελ. 18-20

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΠΕΡΙΜΕΝΟΝΤΑΣ ΤΗ... ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ!

Το θέμα της δικαιοσύνης στην Ελλάδα είναι πάντα επίκαιρο. Η κατάσταση στην Ελλάδα είναι κρίσιμη. Η δικαιοσύνη είναι η βάση της δημοκρατίας. Η Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της δικαιοσύνης. Η δικαιοσύνη είναι η βάση της δημοκρατίας. Η Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της δικαιοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

2.1 Αίτια που οδηγούν στην άμβλωση

Υπάρχουν αρκετά κοινωνικά και ψυχολογικά ζητήματα τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα για την λήψη της απόφασης για άμβλωση. Αυτά μπορεί να είναι κοινωνικά, οικονομικά, ηθικά καθώς και εκτρώσεις που γίνονται για να προλάβουν ή να γιαιτρέψουν κάποια ανωμαλία στην εγκυμοσύνη και λέγονται θεραπευτικές εκτρώσεις (Χλιαουτάκης, 1990).

Κοινωνικοί λόγοι

Όσο και να έχει προοδεύσει η κοινωνία, όσο και να έχει αποβάλλει οπισθοδρομικές ιδέες, παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα κρίνει αυστηρά την γέννηση ενός παιδιού στην εφηβεία, ειδικά όταν η έφηβος δεν είναι παντρεμένη. Μια νεαρή έγκυος γυναίκα έχει να αντιμετωπίσει τόσα κοινωνικά προβλήματα, που μάλιστα είναι σοβαρά και συχνά επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της. Το στίγμα της ανύπαντρης μητέρας και του εξώγαμου παιδιού δεν αφήνουν και πολλά περιθώρια επιλογής.

Υπάρχουν, βέβαια και ιατρικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και οικονομικοί λόγοι που θα οδηγήσουν μία έφηβη ή νέα, σε έκτρωση. Τα ιατρικά προβλήματα είναι η τοξιναιμία, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η δυσαναλογία, η αναιμία και το σύνδρομο Down (στο έμβρυο). Ψυχολογικά δεν είναι προετοιμασμένες για να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού και φυσικά μια εγκυμοσύνη θα διέκοπτε την σταδιοδρομία της και θα την αποξένωνε από τους φίλους και την ανεμελιά της ηλικίας της.

Το στίγμα της ανύπαντρης μητέρας δεν αφορά μόνο τις έφηβες. Είναι ένας σοβαρός λόγος να προχωρήσει μία γυναίκα ανεξαρτήτου ηλικίας στον τερματισμό της εγκυμοσύνης. Άλλοτε ο σύντροφος αρνείται να δεχθεί οτιδήποτε άλλο εκτός από την έκτρωση, άλλοτε η ίδια δεν θεωρεί τον πατέρα κατάλληλο ώστε να προχωρήσει σε γάμο και άλλοτε δεν επιθυμεί να φέρει στον κόσμο τον καρπό μιας περιστασιακής σεξουαλικής σχέσης (Κρεατσάς, 1992).

Οικονομικοί λόγοι

Τα οικονομικά προβλήματα είναι βασική αιτία των εκτρώσεων. Μία έφηβη ή νέα, χωρίς εισοδήματα και χωρίς υποστήριξη από τους γονείς ή το σύντροφό της δεν είναι έτοιμες να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές ανάγκες ενός παιδιού οι οποίες ξεκινούν από την σύλληψη και μεγαλώνουν με την γέννηση, την ιατρική περίθαλψη, την σίτιση, την ανατροφή.

Έτσι ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες, θα ήθελαν να κρατήσουν το παιδί τους, αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση είτε μόνες τους, είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους.

Επίσης, πολλές γυναίκες που είναι παντρεμένες και έχουν ήδη παιδιά καταφεύγουν στην άμβλωση λόγω περιορισμένου χρόνου και πενιχρού οικονομικού εισοδήματος (Χλιαουτάκης, 1990).

Ηθικοί λόγοι

Ένας πολύ σοβαρός λόγος, που οδηγεί μία γυναίκα στο να τερματίσει την εγκυμοσύνη της είναι όταν αυτή έχει προκύψει από βιασμό. Στις περιπτώσεις βιασμών οι μητέρες δεν είναι σε θέση να φέρουν εις πέρας μια εγκυμοσύνη και στην συνέχεια να μεγαλώσουν ένα παιδί που θα τους θυμίζει αυτή την δυσάρεστη και τραυματική εμπειρία (Σκόδρα, 1993).

Άλλες αιτίες που οδηγούν σε άμβλωση εκτός από τους κοινωνικούς, οικονομικούς και ηθικούς λόγους είναι όπως προαναφέραμε και προβλήματα της εγκυμοσύνης όπου η έκτρωση τότε ονομάζεται θεραπευτική.

Θεραπευτικές εκτρώσεις

Θεραπευτικές είναι οι εκτρώσεις που έχουν σαν σκοπό την διάσωση της μητέρας σε περιπτώσεις που λόγω της κήσεως κακώς αναπτυσσόμενου βρέφους απειλείται η ζωή της αλλά και σε περιπτώσεις που η μητέρα έχει κάποιο πρόβλημα και μπορεί να επιδεινωθεί με την εγκυμοσύνη. (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articlief=121>)

Τα βασικότερα αίτια είναι:

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/symptoms/abortions/causes/htm>)

Η επιβάρυνση της καρδιοπάθειας εκδηλώνεται στο δεύτερο μισό της κύησης και έχει ως συμπτώματα την δύσπνοια, την ταχυκαρδία και τον πόνο στην ράχη. Άλλες φορές σοβαρότερες ενοχλήσεις όπως το πνευμονικό οίδημα και οι εμβολές. Σπάνια μπορεί να δημιουργηθεί καρδιακή ανεπάρκεια η οποία καταλήγει σε θάνατο. (<http://www.wrongdiagnosis.com/symptoms/abortions/causes/htm>)

B) Νόσηση της μητέρας από ερυθρά

Η ερυθρά στο πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και πολύ σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες στο έμβρυο. Ορισμένες από αυτές αναγνωρίζονται αμέσως μετά τον τοκετό (συγγενείς καρδιοπάθειες, καταρράκτης) ενώ άλλες εκδηλώνονται αργότερα (κώφωση) (Καραγιάννη και Καρατζά, 1998).

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

- Στην αρχή της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνεται σε όλες τις εγκύους αναζήτηση των αντισωμάτων της ερυθράς. Εάν ανιχνευθεί τίτλος 1:16 ή μεγαλύτερος σημαίνει ότι υπάρχει ανοσία στην νόσο και δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης σε πιθανή έκθεση της εγκύου στην ερυθρά. Εάν δεν προσδιοριστούν αντισώματα υφίσταται κίνδυνος και συνιστούμε στην έγκυο να εμβολιστεί αμέσως μετά τον τοκετό (Καραγιάννη και Καρατζά, 1998).
- Εάν η έγκυος εκτεθεί στην ερυθρά και παρατηρηθεί διαφορά στους τίτλους των αντισωμάτων σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις τότε επιβάλλεται η διακοπή της κύησης (Καραγιάννη και Καρατζά, 1998)

Γ) Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούσε σοβαρή αντένδειξη για την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης την εποχή που δεν είχε ανακαλυφθεί η ινσουλίνη. Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσει:

- Μεγάλη αύξηση του βάρους του εμβρύου
- Ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου
- Αύξηση της συχνότητας εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών κυρίως του κεντρικού νευρικού και του καρδιαγγειακού συστήματος του εμβρύου
- Υδράμνιο
- Αυξημένη συχνότητα στην εμφάνιση τοξιναιμίας
- Υπογλυκαιμία και υπασβεστιαμία στο νεογνό

Εάν τα επίπεδα του σακχαρώδη διαβήτη διατηρούνται σε φυσιολογικά επίπεδα τότε δεν υπάρχει πρόβλημα για την εγκυμοσύνη. Αν όμως διατηρούνται αυξημένα τότε φοβούμενοι οι γονείς τις επιπλοκές αποφασίζουν να διακόψουν την κύηση. (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articlied=121>)

Δ) Σωματική ή ψυχική νόσος

Γυναίκες με σοβαρή σωματική και ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Το 92% των εγκύων που έκαναν έκτρωση μετά από αμνιοκέντηση για την πρόληψη γενετικού νοσήματος, παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες λόγω της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση, όπως επίσης και ασθενείς πάσχουσες από κατάθλιψη οι οποίες μπορούν να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ως τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Γι' αυτό σε τέτοιες περιπτώσεις η επέμβαση της έκτρωσης πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

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

E) 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?articlided=121>)

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

Στις γυναίκες που πάσχουν από την νόσο των νεφρών παρουσιάζεται η προεκλαμψία και οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Γι' αυτό και γυναίκες που έχουν στο ιστορικό τους τη νόσο των νεφρών, όπως η πυελονεφρίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, νεφρολιθίαση ή συχνές κυστίτιδες πρέπει να ενημερώνουν τον γιατρό τους πριν ξεκινήσουν την κύηση ή στις πρώτες εβδομάδες της. (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articlided=121>)

H) Αναιμία

Η αναιμία είναι συχνή επιπλοκή της κύησης με σοβαρές ή και μοιραίες επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. 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 σιδήρου και σπανιότερα από παθολογικές καταστάσεις που έχουν σχέση με την ανεπαρκή παραγωγή ή την ταχεία καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Οι περισσότερες έγκυες που παρουσιάζουν χαμηλές τιμές αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης δεν έχουν πραγματική αναιμία αλλά είναι επηρεασμένες από την φυσιολογική κατάσταση της κύησης που ονομάζεται αιμόλυση ή υδραιμία της κύησης (Καρπάθιος, 1999).

Αυτή η κατάσταση αρχίζει από την 8^η εβδομάδα της κύησης και εκδηλώνεται στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης οφείλεται 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 10 γραμμ/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 την διατροφή της και την έλλειψη σιδήρου και φυλλικού οξέως και εδώ υπάγεται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών, τη λεγόμενη σιδηροπενική αναιμία (Καρπάθιος, 1999).

Άλλες αιτίες που μπορεί να προκαλούν θεραπευτικές εκτρώσεις είναι:

- Ανενεργή φυματίωση
- Διαβητική νευροσκλήρυνση
- Ca μαστού
- Κύηση μετά από βιασμό
- Κύηση σε ανήλικα κορίτσια
- Αιμομιξία
- Εκτοπή εγκυμοσύνης
- Υπέρταση
- Μεταβολικά νοσήματα
- Υποθυρεοειδισμός
- Τοξοπλάσμωση

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

2.2 Αυτονομία των γυναικών στην λήψη της απόφασής τους.

Η απόφαση της γυναίκας για την έκτρωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Παρά το γεγονός ότι η απόφαση και οι συνέπειες απ' αυτή θα βαραινούν στο μεγαλύτερο ποσοστό την ίδια, πολλές φορές η απόφαση αυτή λαμβάνεται από άλλους, όπως το σύντροφο ή τους γονείς που της επιβάλλουν να το κρατήσει ή να αποβάλλει το παιδί (Σκορδά, 1993).



Σημαντικοί παράγοντες, είναι οι αρχές και οι αξίες που έχει δεχθεί η συγκεκριμένη γυναίκα στην ζωή της, οι συνθήκες της ζωής της, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η σεξουαλική πράξη και η σύλληψη. Παίξει μεγάλο ρόλο και η ηλικία της γυναίκας. Πολλές έφηβες δεν το γνωστοποιούν στους γονείς τους, αλλά προτιμούν να το συζητήσουν ή να συμβουλευτούν το φιλικό τους περιβάλλον ή το γιατρό τους.

Πολλές φορές η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει αυτή την απόφαση εξαιτίας του συντρόφου της ο οποίος την ωθεί στην άμβλωση, για να αποφύγει τις ευθύνες του και μάλιστα προτείνει σαν δόλωμα την πιθανότητα ενός μελλοντικού γάμου τον οποίο υπόσχεται να τελέσουν αργότερα, αλλά όχι κάτω από την πίεση ενός παιδιού (Σκορδά, 1993).

Έτσι η γυναίκα που φοβάται μην χάσει τον σύντροφο της, η γυναίκα της οποίας η κοινωνία δεν της αναγνωρίζει το δικαίωμα να αναλάβει το ρόλο της μάνας, η γυναίκα που σκέφτεται την κοινωνική κατακραυγή και αποξένωση, αποφασίζει να απαλλαγεί από το λεγόμενο « ως πρόβλημα» (Σκορδά, 1993).

2.3 Αμβλωση σε ζευγάρια εντός νόμιμου γάμου

Τα περισσότερα ζευγάρια μόλις τελεστεί ο γάμος, το επόμενο βήμα που έχουν στο μυαλό τους, και ιδιαίτερα η γυναίκα, είναι η απόκτηση ενός παιδιού το οποίο θα τους φέρει χαρά και θα τους ενώσει ακόμα περισσότερο.

Υπάρχουν όμως ζευγάρια που ενώ βρίσκονται σε εντός νόμιμου γάμου επηρεάζονται από δύο παράγοντες: α) τον οικονομικό παράγοντα και β) τον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης. (<http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articled=121>)

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 σήμερα τα ζευγάρια στην παρουσία ενός παιδιού στη ζωή τους, τόσο δυσκολότερα αποφασίζουν να φέρουν ένα παιδί στη ζωή. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι τα κίνητρα τα οποία επικαλούνται συνήθως οι άντρες και οι γυναίκες όταν τους ρωτούν γιατί καταφεύγουν στην αμβλωση, αναφέρονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αφορούν τις σχέσεις του ζευγαριού.

Συγκεκριμένα αυτό γίνεται όταν στην οικογένεια δεν υπάρχει δυνατότητα για καλές απολαβές, πράγμα που δυσκολεύει την προσφορά στο παιδί. Άλλοτε πάλι η οικογένεια έχει τόσα παιδιά όσα μπορεί να αναθρέψει. Στην περίπτωση αυτή λείπουν τα χρήματα και η ενεργητικότητα για ένα ακόμα παιδί. Επίσης, το ζευγάρι μπορεί να έχει βάλει κάποιες καταναλωτικές προτεραιότητες όπως την απόκτηση περισσότερων πραγμάτων ή την επίτευξη κάποιων ταξιδιών πριν την έλευση του παιδιού, (εφόσον βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση), με αποτέλεσμα να θέλει να αναβάλλει την απόκτηση ενός παιδιού (Δορκοφίκη, 1984).

B) Προγραμματισμός της οικογένειας

Πολλά ζευγάρια, προγραμματίζουν την έλευση ενός παιδιού όταν το επιθυμούν αφού για να προσφέρει το ζευγάρι στο παιδί τους πρέπει και τα δύο μέλη να το θέλουν την συγκεκριμένη στιγμή για να αποκτήσουν μια υγιή οικογένεια, επιθυμητή στο χώρο και στον χρόνο. Μία εγκυμοσύνη που τους αναγκάζει να αναβάλλουν ή να διακόψουν τα σχέδιά τους, δεν είναι επιθυμητή. Έτσι, καταφεύγουν στην απόφαση της έκτρωσης. Επίσης όταν αποκτήσουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών και έρχονται αντιμέτωποι με μία ακόμα εγκυμοσύνη τότε καταφεύγουν στην προκλητή έκτρωση (Δορκοφίκη, 1984).

2.4 Αμβλωση σε ζευγάρια εκτός νόμιμου γάμου

A) Επαγγελματικοί λόγοι

Όταν η γυναίκα ζει μόνη και συντηρεί τον εαυτό της δουλεύοντας, ή την οικογένειά της εξαρτάται από τον μισθό της δουλείας 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 προκλητή έκτρωση. Το 17% των σπουδαστριών σε ηλικία 22 ετών έχουν κάνει ήδη μία άμβλωση. (<http://www.unborn.gr/enimerosi/adortion/53-teens-abortion>)

Η διαπίστωση αυτή αποτέλεσε κίνητρο ώστε να εκτελεστεί το πρόβλημα αυτό σε διαφορετική βάση για να διερευνηθούν τα υπολανθάνοντα κίνητρα που με την συμμετοχή τους επηρεάζουν την απόφαση της άμβλωσης. (<http://www.unborn.gr/enimerosi/adortion/53-teens-abortion>)

B) Ψυχολογικός παράγοντας

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

2.5 Αποποινικοποίηση των αμβλώσεων έως σήμερα

Το θέμα των εκτρώσεων έχει μεταξύ των άλλων, νομικές και πολιτικές διαστάσεις. Το έμβρυο και η γυναίκα προστατεύονται από τον νόμο από πάρα πολύ παλιά, σχεδόν από τότε που έχουμε ανακαλύψει ότι υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις.

Κατά το Ελληνικό δίκαιο, το φυσικό πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει από την γέννησή του, αλλά η προστασία δικαίου εκτείνεται και στο στάδιο το οποίο ο άνθρωπος κυοφορείται. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, η ποινική προστασία του εμβρύου χαρακτηρίστηκε από διαρκή συρρίκνωση (Συμεωνίδου – Καστανίδου, 1995).

Παρακάτω θα δούμε τις αλλαγές που παρατηρούνται:

- ✚ Με τον ποινικό νόμο του 1834 (αρθρ 303-305) τιμωρούνται με ποινή φυλάκισης τόσο η ετεράμβλωση, δηλαδή τιμωρείται το τρίτο πρόσωπο που προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου, όσο και η αυτάμβλωση, δηλαδή η τιμωρία της ίδιας της εγκύου.

- ✚ Το 1934, οι ποινικές κυρώσεις τόσο για την έγκυο, όσο και για τον τρίτο που ενεργεί με την συναίνεσή της μειώνονται δραστικά, και για πρώτη φορά η αυτάμβλωση αντιμετωπίζεται ως πλημμέλημα, με ποινή φυλάκισης 10 ημέρες έως 5 έτη.
- ✚ Το 1939, η έκτρωση θεωρείται δικαιολογημένη, όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό, αποπλάνηση ανηλίκου ή αιμομιξία.
- ✚ Το 1947, η αυτάμβλωση τιμωρείται με ποινή φυλάκισης το πολύ 3 ετών, ενώ η ετεράμβλωση που γίνεται με την συναίνεση της εγκύου αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης 6 μηνών ως 5 ετών και όταν γίνεται κατά συνήθεια τιμωρείται με κάθειρξη το πολύ 10 ετών.
- ✚ Το 1978, προβλέπεται ότι η αυτάμβλωση επιτρέπεται ως την 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία της μητέρας και ταυτόχρονα θεσπίζεται για πρώτη φορά η << ευγονική ένδειξη>> με βάση την οποία δικαιολογείται η θανάτωση του εμβρύου μέχρι και την 20^η εβδομάδα της κύησης, όταν παρατηρούνται σοβαρές ανωμαλίες στο έμβρυο, οι οποίες θα οδηγήσουν στην γέννηση ενός παθολογικού νεογνού.
- ✚ Μετά από όλους τους παραπάνω νόμους ερχόμαστε στο σήμερα όπου το ζήτημα της άμβλωσης ρυθμίζει ο νόμος 1609/1986 του Ποινικού Κώδικα με τον όρο << Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης>> όπου δίνεται ένα χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων, μέσα στο οποίο η έγκυος, μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα για το αν επιθυμεί τη συνέχιση ή τη διακοπή της εγκυμοσύνης (Καραγεωργός, 1996).

Βέβαια στον νόμο 1609/1986, υπάρχει μία διάταξη του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα όπου το κυοφορούμενο δεν είναι μέρος του σώματος της εγκύου, σε τρόπο που να έχει αυτή το δικαίωμα να το διαθέτει κατά την θέλησή της, αλλά του αναγνωρίζει μία ξεχωριστή και δικιά του αξία, που όμως δεν είναι απόλυτη όπως συμβαίνει στην ανθρώπινη ζωή που έχει γεννηθεί και έχει απόλυτη αξία.

Μ' αυτόν τον τρόπο δίνεται μία σχετική αξία στο κυοφορούμενο έμβρυο, μπορεί όμως να υπάρξουν και περιπτώσεις που η άμβλωση κρίνεται θεμιτή από το δίκαιο. Δηλαδή αμβλώσεις που γίνονται για λόγους ιατρικούς (κίνδυνος ζωής ή διαρκής βλάβη της υγείας της εγκύου που πιστοποιούνται από δύο γιατρούς), ηθικούς (όταν η σύλληψη έγινε από βιασμό, αποπλάνηση, αιμομιξία), ευγονικούς και κοινωνικούς (Καραγεωργός, 1996).

Ουσιαστικά στην Ελλάδα το 1986 νομιμοποιούνται οι εκτρώσεις και μία γυναίκα μπορεί μέχρι και την 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης να κάνει έκτρωση, εφόσον συντρέχουν λόγοι και εξεταστεί από την αρμόδια επιτροπή. Υπάρχει περίπτωση που η ενδιαφερόμενη απευθύνεται σε κάποιο ιδιωτικό κέντρο όπου η εξέταση από επιτροπή δεν πραγματοποιείται όπως επίσης και σε νοσοκομεία χωρίς οργανωμένη Κοινωνική Υπηρεσία ή άλλη αρμόδια επιτροπή (Κακκαλή και Κουράκη, 1995).

2.6 Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των εκτρώσεων στον Κόσμο.

Από στατιστικά δεδομένα σε χώρες με ελεύθερες τις εκτρώσεις, προκύπτει ότι η νομιμοποίηση έχει τα εξής ακόλουθα:

- A) Μείωση του αριθμού των επιπλοκών από τις εκτρώσεις.
- B) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας (η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών). Συγκεκριμένα την νομιμοποίηση των εκτρώσεων στη Νέα Υόρκη και στην Καλιφόρνια, ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα.
- Γ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που εγκαταλείπονται μετά την γέννησή τους και
- Δ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών (Κρεατσάς, 1992).

Το κυριότερο πρόβλημα που σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων σε χώρες όπου αυτές είναι νόμιμες είναι το δημογραφικό, η ελάττωση δηλαδή του αριθμού γεννήσεων. Είναι φυσικό ότι η συμπεριφορά των διαφόρων κοινωνιών μετά τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων δεν είναι ενιαία και οπωσδήποτε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Άλλο ένα πρόβλημα στην εξαγωγή συμπερασμάτων είναι η δυσκολία του υπολογισμού των παράνομων εκτρώσεων. Ο υπολογισμός αυτός γίνεται μόνο με εκτιμήσεις και όχι με ακριβή στατιστικά στοιχεία.

Στις ΗΠΑ το 1973 όταν ακόμα υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις εκτρώσεις έγιναν 500.000 περίπου εκτρώσεις. Το 1975, δύο χρόνια μετά την νομιμοποίηση, ο αριθμός έφθασε το ένα εκατομμύριο (Κρεατσάς, 1992).

Στην Τυνησία ο αριθμός των εκτρώσεων, φαίνεται να μειώθηκε από τότε που η έκτρωση νομιμοποιήθηκε και εφαρμόστηκαν προγράμματα αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Στη Ρωσία, όμως, αλλά και γενικά στα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης, ο αριθμός των εκτρώσεων εξακολουθεί να είναι υψηλός.

Τον Οκτώβριο του 1966 η Ρουμανία επαναφέρει τροποποιημένους περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νομίμων εκτρώσεων να πέσει στο 1/12 αυτών, που γίνονταν προηγούμενα. Εννιά μήνες αργότερα ο αριθμός των γεννήσεων διπλασιάστηκε. Όταν όμως οι παράνομες εκτρώσεις αυξήθηκαν ο αριθμός των γεννήσεων άρχισε να ελαττώνεται με ταυτόχρονη αύξηση της μητρικής θνησιμότητας (Κρεατσάς, 1992).

Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 περίπου κήσεις στη Γή, διακόπτεται με έκτρωση. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η υπολογιζόμενη σχέση μεταξύ εκτρώσεων και παιδιών που γεννιούνται ζωντανά μεταξύ 0.8/1 και 1.3/1, αν και ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος απ' αυτόν που υπολογίζεται (Κρεατσάς, 1992).

Στην Ιαπωνία η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Στις ΗΠΑ οι εκτρώσεις έφθασαν το 1975 το ένα εκατομμύριο το χρόνο. Τον ίδιο χρόνο έγιναν 273 εκτρώσεις για κάθε 1000 ζωντανά παιδιά που γεννήθηκαν. Το 1/3 απ' τις

εκτρώσεις, που γίνονται κάθε χρόνο και οι οποίες μπορεί να κυμαίνονται από 150.000 έως 400.000 (Κρεατσάς, 1992).

Τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν ότι οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, καθώς και η αποδοχή ή όχι ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης, καθορίζουν τον αριθμό των αμβλώσεων σε μία χώρα στο συγκεκριμένο χρόνο (Κρεατσάς, 1992).

2.7 Ευθύνη του άντρα για την άμβλωση.

Η στάση των άντρων απέναντι στην έκτρωση εξαρτάται από την ηλικία τους. Έτσι, από έρευνες προκύπτει ότι οι άντρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την έκτρωση απ' ότι άντρες των 30 ετών και άνω. Οι άντρες από 24-27 ετών συγκρούονται τα συναισθήματα τους από την << δημιουργία οικογένειας >> με την επαγγελματική προσπάθεια και ανάπτυξη.

Έτσι τάσσονται υπέρ της έκτρωσης, εκφράζοντας την επιθυμία να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη.

Αντίθετα οι άντρες 30-33 ετών είναι πιο δεκτικά με την απόκτηση ενός ή περισσότερων παιδιών (Τσαούσης,1979).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Προετοιμασία της γυναίκας πριν την άμβλωση.

Η γυναίκα που προσέρχεται για διακοπή της 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:

- ✚ Να αποφασίσει η γυναίκα την καλύτερη λύση του προβλήματος της.
- ✚ Να ξεκαθαρίσει ποιες είναι οι πραγματικές της επιθυμίες
- ✚ Να βοηθηθεί να αναλάβει μόνη της την ευθύνη της απόφασής της
- ✚ Να βοηθηθεί να αποφύγει να πάρει απόφαση που θα μετανιώσει αργότερα
- ✚ Να αντιληφθεί τις συνθήκες από τις οποίες βρέθηκε σ' αυτήν την κατάσταση και να αποφύγει το ίδιο πρόβλημα κάποια στιγμή αργότερα (Ζούρλας, 1986).

Αρχικά θα πρέπει να δοθούν απαντήσεις για τα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της γυναίκας: Που ζει, ποια είναι η οικονομική της κατάσταση, ποια είναι τα σχέδιά της για το μέλλον. Είναι η εγκυμοσύνη ανεπιθύμητη; Γνωρίζει τις εναλλακτικές λύσεις για το πρόβλημα της;
- Ποιος είναι ο πατέρας του παιδιού; της συμπαραστέκεται ή την πιέζει να διακόψει την εγκυμοσύνη; δέχεται και από άλλους πιέσεις και αν ναι από ποιους.
- Έχει πρόβλημα η γυναίκα με τις αντισυλληπτικές μεθόδους; (Ζούρλας, 1986).

Απαντώντας στις παραπάνω ερωτήσεις θα είναι δυνατόν να βρεθούν εκείνες οι γυναίκες που έχουν πρόβλημα και χρειάζονται υποστήριξη οι οποίες είναι:

1. Οι έφηβες. Υπάρχει πιθανότητα να μείνουν πάλι έγκυες γι' αυτό θα πρέπει να τους στηρίζουν στην μέθοδο της αντισύλληψης. Οι γονείς τους πρέπει να ενημερωθούν για να μπορούν να τους συμπαρασταθούν και χρειάζεται παρακολούθηση για τυχόν θύμα σεξουαλικής κακοποίησης.
2. Οι γυναίκες που προσέρχονται σε προχωρημένη ηλικία κύησης
3. Οι γυναίκες με ψυχική ή ψυχιατρική διαταραχή ή διαταραχή προσωπικότητας που πιθανόν να απαιτήσει αντιμετώπιση από ειδικό
4. Γυναίκες με επανειλημμένες διακοπές εγκυμοσύνης οι οποίες χρειάζονται ειδική υποστήριξη αφού μπορεί να έχουν διαταραχή προσωπικότητας
5. Γυναίκες που υφίστανται διακοπή κύησης λόγω ιατρικών ενδείξεων

6. Θύματα βιασμού ή κακοποίησης τα οποία είναι δύσκολα τόσο στην προσέγγιση όσο και στην αντιμετώπιση (Ζούρλας, 1986).

Μετά από την λεπτομερή εκτίμηση της γυναίκας που είναι υποψήφια για διακοπή της κύησης ακολουθεί λεπτομερής ενημέρωση της για το τι θα επακολουθήσει μετά το χειρουργείο.:

- Της εναλλακτικές λύσεις στην διακοπή της κύησης σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία αν είναι διαθέσιμη
- Πλήρη ενημέρωση για τους πιθανούς κινδύνους
 - 1.Αιμορραγία
 - 2.Λοίμωξη
 - 3.Διάτρηση μήτρας
 - 4.Συνέχιση της κύησης, είτε από αποτυχία διακοπής, είτε από εξωμήτρια κύηση
 - 5.Την διάρκεια της νοσηλείας
 - 6.Το κόστος της επέμβασης
 - 7.Πότε θα ξανά έχει περίοδο και πότε θα επανέλθει η γονιμότητα
 - 8.Την αντισύλληψη για την αποφυγή μιας νέας περιπέτειας

Μετά την πλήρη κλινική εξέταση χρειάζεται να αποφασιστεί η μέθοδος της αναισθησίας καθώς και ο τρόπος διακοπής της κύησης (Ζούρλας, 1986).

3.2 Αναισθησία

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για την αναισθησία. Άλλοι προτείνουν την γενική και άλλοι την τοπική αναισθησία.

Γενική αναισθησία: Είναι πιο αποδεκτή από την γυναίκα και πιο ανώδυνη αλλά οι κίνδυνοι από αυτήν είναι υπαρκτοί, αυξάνεται η διάρκεια της αναισθησίας αλλά και τα γενικά αναισθητικά προκαλούν χαλάρωση της μήτρας. Λόγω της χάλασης που προκαλεί στο μυομήτριο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται η αλοθάνη ενώ η κεταμίνη προκαλεί μητροσύσπαση. Με γενική αναισθησία παρατηρείται αύξηση στις επιπλοκές κυρίως της διατήρησης της μήτρας, του τραυματισμού του τραχήλου, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και της ανάγκης μεταγγίσεως (Αραβαντινός, 1991).

Τοπική αναισθησία: Έχει πολλούς φανατικούς υποστηρικτές αφού προκαλεί λιγότερες επιπλοκές από την γενική αναισθησία. Οι κίνδυνοι της τοπικής αναισθησίας προέρχονται κυρίως από λανθασμένη ενδοαγγειακή έγχυση, από συστηματική τοξικότητα λόγω ταχείας απορρόφησης, ευαισθησία στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ή υπέρβαση της δόσεως. Φυσικά είναι σπάνιο να χρησιμοποιηθούν παραπάνω από 20 ml Lidocaine για την εφαρμογή

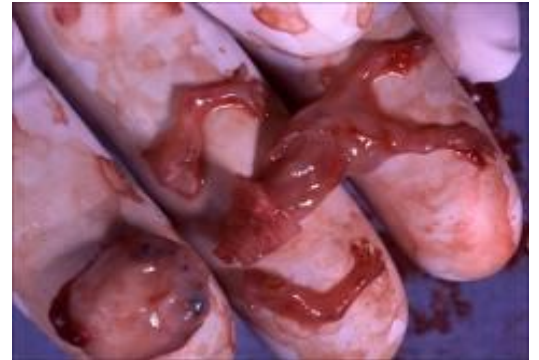
τραχηλικού μπλοκ, ενώ η ταχύτητα απορρόφησης μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη διαλύματος 1: 200.000 αδρεναλίνης η οποία προλαμβάνει και την υπερδιέγερση του πνευμονογαστρικού. Η Lidocaine δημιουργεί παραισθησίες γύρω από το στόμα και οι ήχοι του περιβάλλοντος ακούγονται απόμακροι προκαλώντας φόβο στην γυναίκα.

Συνολικά οι επιπλοκές από την τοπική αναισθησία ανέρχονται στο 4,2% ενώ οι σοβαρές επιπλοκές περιορίζονται και εδώ στο 0,3% (Αραβαντινός, 1991).

3.3 Τεχνική άμβλωσης

Την τεχνική άμβλωσης μπορούμε να την πετύχουμε:

- Με την εισαγωγή του λεπτού αναρροφητικού ρύγχους του Κάρμαν στην ενδομήτρια κοιλότητα, μας βοηθάει να αναρροφήσουμε το κύημα λίγες μέρες μετά την καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας ή και πριν την επέλευση της, όταν υπάρχουν φόβοι ανεπιθύμητης σύλληψης.
- Με την αναρρόφηση του κυήματος με διαστολή του τραχήλου, σε εγκυμοσύνη που δεν ξεπερνά τους 3 μήνες.
- Με την απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας ώστε να επέλθει έξοδος του κυήματος, σε εγκυμοσύνη που δεν ξεπερνά τους 3 μήνες.
- Με την εξωαμνιακή έγχυση προσταγλαδίνης F2α ή ριβανόλης, για να προκαλέσει συσπάσεις της μήτρας και έξοδο του κυήματος.
- Με εισαγωγή Λαμινάριων στην ενδοτραχηλική κοιλότητα με τα οποία προκαλείται μεγαλύτερη διαστολή του τραχήλου και συσπάσεων της μήτρας που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος.
- Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, ύστερα από μικρή διαστολή του τραχήλου και εισαγωγή 10-15κ.εκ. φυσιολογικού ορού για την πρόκληση συσπάσεων της μήτρας που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος.
- Με την ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλαδίνης F2α και την εκκένωση της μήτρας μετά από 12-48 ώρες.
- Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου.
- Με την έγχυση ποσότητας χλωριούχου διαλύματος αφού πρώτα έχουμε αφαιρέσει ποσότητα αμνιακού υγρού με αμνιοκέντηση.
- Με την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή ή κοιλιακή το ορθό εφαρμογή προσταγλαδίνης F2α
- Με την εκτέλεση υστεροτομίας όταν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη
- Με την εκτέλεση υπερεκτομίας όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες (Κασκαρέλης, 1980).
- Εμβρυοτομή: Με την χρήση κατάλληλων λαβίδων ο γιατρός που εκτελεί την έκτρωση <<κομματιάζει το παιδί>> και το σύρει προς τα έξω μέλος προς μέλος. Το παιδί

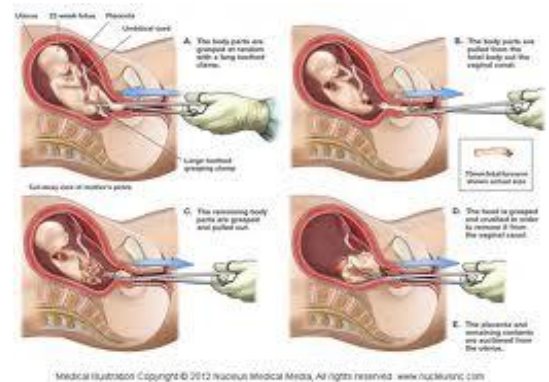


επανασυναρμολογείται για να διαπιστωθεί ότι δεν έχουν μείνει κομμάτια του εμβρύου στην μήτρα (Radberg et al, 1998).

3.4 Αμβλώσεις στο πρώτο στάδιο της κύησης.

Η τεχνική που χρησιμοποιείται για την έκτρωση, εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι τεχνικές, με τις οποίες γίνονται οι εκτρώσεις στο πρώτο τρίμηνο είναι οι εξής:

- 1) Διαστολή του τραχήλου και απόξεση.
- 2) Διαστολή του τραχήλου και αναρρόφηση.
- 3) Αναρρόφηση του ενδομητρίου ή ρύθμιση περιόδου.



Η διαστολή του τραχηλικού στομίου γίνεται με διάφορους τρόπους ανάλογα με την ηλικία της εγκυμοσύνης. Οι πιο συνηθισμένοι είναι:

- Η χορήγηση μεταλλικών κηρίων.

Πρόκειται για κυλινδρικά, λεία μεταλλικά όργανα, διαφόρου διαμέτρου, η οποία και τα χαρακτηρίζει. Αρχίζουν π.χ. από το Νο 3 που αντιστοιχεί σε διάμετρο 3mm και φθάνουν το Νο 24, που αντιστοιχεί σε διάμετρο 24mm. Η διαστολή γίνεται προοδευτικά εισάγοντας στον τράχηλο κηρία της επόμενης κάθε φορά διαμέτρου, μέχρις ότου είναι δυνατή η εισαγωγή στη μήτρα του κατάλληλου για κάθε περίπτωση αναροφητήρα ή ξέστρου.

- Με την χρησιμοποίηση λαμιναριών.

Οι λαμιναρίες είναι μικρά τεμάχια από τα κλαδιά ενός φυτού που ονομάζεται *Laminaria digitata*. Όταν τοποθετούνται μέσα στον αυλό του τραχήλου, προκαλούν μέσα σε μερικές ώρες προοδευτική διαστολή του. Η διαστολή οφείλεται στην αργή αλλά σταθερή διόγκωση που υφίσταται οι λαμιναρίες όταν προσροφούν υγρά (Κρεατσάς, 1992).

Διακοπή με αναρρόφηση

Πρόκειται για την πιο συνηθισμένη σήμερα μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο. Εφαρμόζεται με γενική αναισθησία και προϋποθέτει, διαστολή του τραχηλικού στομίου (Κρεατσάς, 1992).

Η γυναίκα προγραμματίζεται για απόξεση με βάση την ηλικία της κύησης. Η ηλικία της κύησης προσδιορίζεται με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση και με βάση μετρήσεις που χρησιμοποιούνται σε υπερηχογραφικό έλεγχο. Η επέμβαση της απόξεσης αφορά συνήθως κυήσεις σε αρχικά στάδια μέχρι 10 εβδομάδες και έχει ως εξής:



Οι επεμβάσεις διακοπής της εγκυμοσύνης γίνεται σε ειδικά εξελεγμένο χώρο νοσοκομείου. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική θέση και της χορηγούνται από τον αναισθησιολόγο ενδοφλεβίως φάρμακα που τις προκαλούν αναισθησία. Ο γυναικολόγος αφού βεβαιωθεί ότι η γυναίκα κοιμάται και δεν αντιδρά σε επώδυνα ερεθίσματα διαστέλλει σταδιακά το στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Είναι σημαντικό το μέγεθος της διαστολής να είναι ανάλογο της ηλικίας της εγκυμοσύνης διότι αν είναι μικρότερο δυσκολευόμαστε στην έξοδο του περιεχομένου της μήτρας και μπορεί να τραυματίσουμε τον τράχηλο με την έξοδο του ξέστρου και εάν είναι μικρότερο μπορεί να προκληθεί ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Στην συνέχεια με ειδικό αναροφητήρα που εισάγει με προσοχή στην κοιλότητα της μήτρας εξάγει το κύημα και τους υμένες του. (<http://www.kurtaj.info/ektrosi.html>)

Η μέθοδος της αναρρόφησης ή μέθοδος Κάρμαν, από το όνομα του αμερικανού που την ανακάλυψε, συνίσταται στην αναρρόφηση του εμβρύου. Εισάγεται στην μήτρα ένας σωλήνας από πολυαιθυλένιο, που έχει δύο κάθετες σχισμές στο πάνω άκρο του και τα χείλη του παίζουν το ρόλο του ξέστρου. Η διάμετρος του είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη (4 ή 8 χιλ) ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εγκυμοσύνη. Στη συνέχεια εφαρμόζεται στο κάτω άκρο του μια αντλία και για ένα χρονικό διάστημα που ποικίλει από τα δευτερόλεπτα ως 3 λεπτά, απορροφάται το περιεχόμενο της μήτρας. (<http://www.kurtaj.info/ektrosi.html>)

Τέλος, αφαιρούμε τον σωλήνα αφού έχουμε σιγουρευτεί ότι έχει αφαιρεθεί επιτυχώς το περιεχόμενο της μήτρας που γίνεται αντιληπτό από τον κριγμό της μήτρας που ακούγεται όταν έχει αδειάσει τελείως και συσπαστεί και από το ζωηρό χρώμα κόκκινου αίματος που αφρίζει (Potts and Diggory, 1983).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, αυτή η απλή και σχεδόν ανώδυνη μέθοδος, ακινητοποιεί την γυναίκα μονάχα την ώρα της επέμβασης. Η όλη επέμβαση διαρκεί συνήθως μερικά λεπτά, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχουν δυσκολίες. Η γυναίκα ξυπνάει μετά από λίγο και σε 1 με 2 ώρες μπορεί να φύγει για το σπίτι. (<http://www.kurtaj.info/ektrosi.html>)

Αναρρόφηση του ενδομητρίου

Πρόκειται για αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας με τη χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα διαμέτρου 4-6mm και με την βοήθεια μιας σύριγγας, χωρίς να χρειάζεται να γίνει διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πριν ακόμη το test εγκυμοσύνης γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο, στις οποίες μια καθυστέρηση 10-14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται γενικά γιατί δεν είναι ασφαλής (Κρεατσάς, 1992).

3.5 Αμβλώσεις σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.

Αν η απόξεση αφορά εγκυμοσύνη ηλικίας 12 με 16 εβδομάδων, τότε για να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις, η διαστολή πραγματοποιείται με συνδυασμό των κηρίων του Hegar και ειδικών υδρόφιλων παραγόντων που προέρχονται από θαλάσσια φύκια και λέγονται λαμινάριες (*Laminaria digitata*). Οι λαμινάριες έχουν κυλινδρικό σχήμα και κατατάσσονται ανάλογα με τη διάμετρό τους σε τρία μεγέθη, δηλαδή το μικρό (3-5 mm), μέσο (6-8 mm) και μεγάλο (8-10 mm) (*Gynecology 12th edition, 1996*).

Στην αρχή της επεμβάσεως γίνεται μία μικρή διαστολή του τραχήλου, με τα κηρία του Hegar με προσοχή, για να αποφευχθεί η ρήξη των υμένων. Στη συνέχεια τοποθετείται στον τραχηλικό αυλό η κατάλληλη λαμινάρια με τέτοιο τρόπο που το κάθε άκρο της να εξέχει κατ' ελάχιστο από το έξω και έσω τραχηλικό στόμιο. Η λαμινάρια αφήνεται στον τράχηλο για 8-24 ώρες. Στο διάστημα αυτό, με την απορρόφηση των υγρών που κάνει, διογκώνεται και ταυτόχρονα διαστέλλει τον τραχηλικό αυλό. Μετά την αφαίρεση της λαμιναρίας η διαστολή συμπληρώνεται - ευκολότερα πια – με τα κηρία του Hegar και ακολουθεί η εκκένωση της μήτρας όπως έχει ήδη περιγραφεί. Η μέθοδος αυτή αποτελεί επιλογή μόνο σε περίπτωση που δεν είναι θεμιτή η υιοθέτηση της απόξεσης με αναρρόφηση (*Gynecology 12th edition, 1996*).

- **Άθικτη διαστολή του τραχήλου και εξαγωγή, ή μερικής γέννησης άμβλωση (partial birth abortion).**

Ο συγκεκριμένος τύπος έκτρωσης επιλέγεται από τις 20 έως τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Η διαδικασία ξεκινά με τη διαστολή του τραχήλου για δύο ημέρες με τη χρήση λαμιναρίων ή τη χορήγηση προσταγλαδινών. Την τρίτη ημέρα με τη βοήθεια υπερηχογράφου το έμβρυο εξέρχεται από τη μήτρα στο κόλπο, έτσι ώστε τα άκρα του να είναι έξω από αυτόν και μόνο το κεφάλι μέσα. Εν συνεχεία, εισάγεται στη βάση του κρανίου ένας καθετήρας αναρρόφησης, αφού έχει ήδη δημιουργηθεί μία οπή, ο οποίος εξωθεί τον εγκεφαλικό ιστό, προκαλώντας την συρρίκνωση του κρανίου με αποτέλεσμα την διευκόλυνση της εξαγωγής του εμβρύου (*Gynecology 12th edition, 1996*).

- **Υστεροτομία ή μικρή καισαρική**

Είναι μία σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του δεύτερου τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή, με μόνη διαφορά ότι οι τομές που γίνονται στο κοιλιακό τοίχωμα και στη μήτρα είναι μικρότερες. Η σχετικά όμως υψηλότερη νοσηρότητα, θνησιμότητα και το υψηλότερο οικονομικό κόστος που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση έναντι των άλλων μεθόδων διακοπής της εγκυμοσύνης περιορίζει σήμερα τη χρήση της, μόνο στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με απολίνωση των σαλπίνγων, για λόγους μόνιμης αντισυλληψέως (*Gynecology 12th edition, 1996*).

3.6 Φαρμακευτικοί μέθοδοι για τη διακοπή της εγκυμοσύνης

- **Ωκυτοκίνη**

Η ωκυτοκίνη χορηγούμενη μόνη της στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σπάνια θα προκαλέσει έκτρωση. Αν όμως συνδυασθεί με άλλους τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης, τότε συμβάλει στην επιτάχυνση του χρόνου της αποβολής του κηήματος. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση της ωκυτοκίνης είναι η ρήξη του τραχήλου, κυρίως όταν έχει προηγηθεί ενδαμνιακή έγχυση προσταγλαδινών F_{2a}, και μεγάλη υπόταση που μπορεί να παρουσιάσει η ασθενής, ιδίως όταν η ωκυτοκίνη χορηγηθεί απότομα σε μεγάλες δόσεις. Για τους λόγους αυτούς χρησιμοποιούνται άλλες φαρμακευτικές ουσίες σ' αυτό το τρίμηνο (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6th Edition, 1999).

➤ **Ενδαμνιακή χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων**

Η ενδαμνιακή έγχυση υπέρτονων διαλυμάτων προκαλεί συστολές του μυομητρίου και διαστολή του τραχήλου με αποτέλεσμα την αποβολή του κηήματος. Ο μηχανισμός δράσεως αυτών των παραγόντων φαίνεται ότι σχετίζεται με την απελευθέρωση προσταγλαδινών από τις βλάβες που υφίσταται ο φθαρτός.

Τα κυριότερα υπέρτονα διαλύματα που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα είναι : α) NaCl (20-25%), και β) ουρία (30-40%).

Η χορήγηση υπέρτονου διαλύματος NaCl γίνεται ενδαμνιακώς τη 16^η με 24^η εβδομάδα της κηήσεως, αφού προηγουμένως αφαιρεθεί μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού.

Οι συστολές του μυομητρίου αρχίζουν συνήθως λίγο μετά την έγχυση και μπορούν αυτές να ενισχυθούν με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6th Edition, 1999).

Οι επιπλοκές που αναφέρονται σ' αυτόν τον τρόπο διακοπής της εγκυμοσύνης είναι :

- i. Οι διάσπαρτες ενδαγγειακές θρομβώσεις.
- ii. Η υπερνατρίαμια.
- iii. Η αύξηση του όγκου του αίματος και η καρδιακή ανεπάρκεια.
- iv. Η νέκρωση του μυομητρίου από την εξαγγείωση του διαλύματος μέσα στο τοίχωμά του και
- v. Ατελής έξοδος του κηήματος που οδηγεί σε μητρορραγία και απαιτεί ως εκ τούτου χειρουργική αφαίρεση των υπολειμμάτων. Λόγω αυτών των επιπλοκών το διάλυμα NaCl άρχισε από το 1975 να αντικαθίσταται από το υπέρτονο διάλυμα της ουρίας (30-40%).

Η χρησιμοποίηση της ουρίας σε συνδυασμό με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης αποδείχθηκε επιτυχής, γιατί είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με το αλατούχο διάλυμα και επιπλέον έχει λιγότερες παρενέργειες (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6th Edition, 1999).

➤ **Αμβλωση με αμμωνία.**

Αποτελεί εναλλακτική επιλογή από τα υπέρτονα διαλύματα και δρα με παρόμοιο τρόπο αν και είναι λιγότερο αποτελεσματικές γι' αυτό χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με προσταγλαδίνες ή και ωκυτοκίνη για να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Συχνά όμως απαιτείται χειρουργική επέμβαση. Το διάλυμα της αμμωνίας εγχέεται στον αμνιακό σάκο και προκαλεί το θάνατο του εμβρύου.

Παρενέργειες: Συνήθης είναι η αιμορραγία και σπάνια η ενδομητρίτιδα (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6th Edition, 1999).

➤ **Αμβλωση με Digoxin.**

Αναφέρεται σε εγκυμοσύνες από 20 έως 32 εβδομάδες. Περιλαμβάνει την ενδοκαρδιακή έγχυση του Digoxin στο έμβρυο το οποίο και καταλήγει. Στη συνέχεια προκαλείται τοκετός με προσταγλαδίνες ενώ ο τράχηλος διαστέλλεται με λαμινάριες. Η όλη διαδικασία απαιτεί 4 ημέρες.

Οι παραπάνω μέθοδοι χρησιμοποιούνται κυρίως σε χώρες, στις οποίες δεν έχει επιτραπεί ακόμη η διακοπή της εγκυμοσύνης με τα νεότερα σκευάσματα που ακολουθούν (Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility 6th Edition, 1999).

➤ **Προσταγλαδίνες και τα παράγωγά τους**

Από τα μέσα της δεκαετίας 1970-80, άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι προσταγλαδίνες – E₂, F_{2a}, και τα παράγωγά τους – σαν παράγοντες πρώτης εκλογής για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2^{ου} τριμήνου. Η χορήγησή τους γίνεται ενδοαμνιακά, ενδοφλεβίως, από το στόμα και από τον κόλπο με τη μορφή δισκίων ή κρέμας (Radberg et al, 1998).

Τα κυριότερα προβλήματα που έχουν προκύψει από τη χρησιμοποίηση των προσταγλαδινών είναι:

- οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούν στον οργανισμό, όπως η ναυτία, οι έμετοι, η διάρροια, η ταχυκαρδία και ο παραλυτικός ειλεός
- η καθυστέρηση της αποβολής του κυήματος, (το 96% των κυήσεων διακόπτεται τις πρώτες 48 ώρες από τη χορήγηση των προσταγλαδινών)
- η ατελής έξοδος του κυήματος,
- η μητρορραγία
- η φλεγμονή και
- η ρήξη του τραχήλου της μήτρας (Radberg et al, 1998).

Σε σύγκριση με τους άλλους τρόπους η χρησιμοποίηση των προσταγλαδινών δε φαίνεται να αποδίδει ευνοϊκότερα αποτελέσματα στη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2^{ου} τριμήνου, πλην πιθανώς, της γρηγορότερης αποβολής του κυήματος.

Από την άλλη μεριά στις προσταγλαδίνες καταγράφονται οι δυσάρεστες γαστρεντερικές διαταραχές, οι αιμορραγίες και περισσότερο απ' όλα το υψηλό οικονομικό τους κόστος.

Η ανάγκη για την ανεύρεση του πιο αποτελεσματικού τρόπου διακοπής της εγκυμοσύνης ώθησε στο συνδυασμό πολλών μαζί τεχνικών με την παρακάτω σειρά (Radberg et al, 1998).

Πρώτα τοποθετείται λαμινάρια στον τράχηλο. Τέσσερις ώρες αργότερα χορηγούνται ενδοαμνιακά 20 mg και 80 mg ουρίας που ενισχύονται με ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης. Με αυτόν το συνδυασμό ο μέσος χρόνος αποβολής του κηύματος ελαττώνεται σημαντικά, και φει στις δεκατρείς ώρες, χωρίς όμως να μειώνονται ταυτόχρονα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Η συνδυασμένη αυτή τεχνική θεωρείται από πολλούς η καταλληλότερη για τη διακοπή της εγκυμοσύνης μεταξύ της 16^{ης} και της 24^{ης} εβδομάδας. Αμέσως με τη διακοπή της εγκυμοσύνης πρέπει να χορηγηθεί στις γυναίκες που είναι Rhesus αρνητικές αιμοσφαιρίνη (Rhesuman), για να προληφθεί η ευαισθητοποίησή τους έναντι του παράγοντος Rhesus. Τέλος λαμβάνοντας υπόψη ότι η ωοθηλακιορρηξία επαναλαμβάνεται μετά 2-3 εβδομάδες, προτείνεται στις γυναίκες που δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη, να αρχίσουν αντισύλληψη αμέσως μετά την επέμβαση. (Radberg et al, 1998).

➤ **Mifepristone.**

Είναι ένα χημικό μείγμα, το οποίο προσλαμβάνόμενο με τη μορφή ταμπλέτας, δύναται να προκαλεί έκτρωση μέχρι τις πρώτες 9 εβδομάδες της κύησης. Είναι γνωστό και με το όνομα RU-486. Δημιουργήθηκε το 1988 στην Γαλλία αλλά από τότε οι ερευνητές έχουν εξελίξει τις ιδιότητες του, βελτιώνοντας την απόδοση του. (Radberg et al, 1998).

Είναι ένα τεχνητό στεροειδές το οποίο παρεμβαίνει στη δράση της προγεστερόνης, μίας ορμόνης η οποία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αρχή της εγκυμοσύνης. Η προγεστερόνη δραστηριοποιεί την αναπαραγωγή του εμβρυϊκού επιθηλίου το οποίο τροφοδοτεί το έμβρυο. Επίσης αποτρέπει τις φυσιολογικές μητρικές συσπάσεις να μετατοπίσουν το έμβρυο στο τοίχωμα της μήτρας με αποτέλεσμα να μεγαλώνει σε αυτό το σημείο. Το mifepristone προσκολλάται στους χημικούς υποδοχείς της προγεστερόνης, οι οποίοι πλέον δεν εκπέμπουν το σήμα για την προγεστερόνη. Αισθανόμενο, αυτό που εμφανίζεται ως μια μείωση των επιπέδων της προγεστερόνης, συνήθως σημείο ότι δεν επήλθε κύηση, το γυναικείο σώμα τερματίζει την προετοιμασία της μήτρας και ξεκινά την φυσιολογική διαδικασία της εμμηνορρυσίας. Το έμβρυο, στερούμενο της απαραίτητης τροφής, αποκολλάται από την μήτρα και αποβάλλεται από το σώμα μαζί με το υπόλοιπο μητρικό επιθήλιο. (Radberg et al, 1998).

Ενεργώντας μόνο του, έχει ποσοστά επιτυχίας 64% - 85%. Έτσι, δύο ημέρες μετά την πρόσληψη του, χορηγείται στην έγκυο και προσταγλαδίνης συνήθως misoprostol ή gemeprost αν και η τελική επιλογή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Με την προσταγλαδίνης προκαλούνται δυνατές μητρικές συσπάσεις ώστε να αποβληθεί το έμβρυο. (Radberg et al, 1998).

Επιπλοκές. Ποσοστό 2% από τις γυναίκες που συμμετείχαν στις δοκιμές του φαρμάκου στις ΗΠΑ παρουσίασε αιμορραγία ενώ από αναφερόμενη χρήση του έχουν επισυμβεί 6 θανάσιμα περιστατικά από το 1991 έως το 2004. Κάποιες εισήχθησαν σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η κατάσταση μερικών χρειάστηκε χειρουργική επέμβαση ή μετάγγιση αίματος. Άλλες κοινές ε-

πιπλοκές είναι η ναυτία, η διάρροια, ο έμετος και ο πόνος στη κοιλιακή χώρα. Σπανιότερα παρουσιάζεται φλεγμονή και ταχυκαρδία. (Radberg et al, 1998).

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. σε μικρές δόσεις είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται ως μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης έως και 5 ημέρες μετά από επαφή χωρίς να έχει ληφθεί κάποιο άλλο μέτρο αντισύλληψης σε μικρές δόσεις. Υπάρχει επίσης, το ενδεχόμενο χρήσης του για τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται. (Radberg et al, 1998).

➤ **Methotrexate.**

Κανονικά χρησιμοποιείται ως φάρμακο εκλογής σε επικίνδυνους όγκους και σε αυτοάνοσα νοσήματα. Ως μέσο έκτρωσης έχει επιτυχία όταν χρησιμοποιείται έως τις πρώτες εννέα εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Χορηγείται με ένεση και παρεμβαίνει στην αναπαραγωγή και διατήρηση του DNA (διαίρεση των κυττάρων) του πλακούντα, γεγονός που επιτρέπει την ευκολότερη αποκόλληση του από το ενδομήτριο. Μερικές ημέρες μετά η γυναίκα λαμβάνει προσταγλαδίνης (misoprostol) per os ή σε μορφή υπόθετα με σκοπό την πρόκληση συσπάσεων για την αποβολή του εμβρύου. Οι πιθανότητες επιτυχίας ανέρχονται σε 92%. Η διαδικασία πραγματοποιείται στο σπίτι με τη βοήθεια του γιατρού ή συχνότερα, με επίσκεψη της εγκύου στο ιατρείο. Ωστόσο, δεν συνίσταται η χρήση αυτής της μεθόδου, επειδή εκφράζονται ανησυχίες για τερατογένεση σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη συνεχιστεί. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται

Παρενέργειες: ναυτία, διάρροια, υπνηλία, καταστροφή ηπατικού ιστού και πνευμονικό νόσημα (Radberg et al, 1998).

3.7 Παραδοσιακοί τρόποι διακοπής της κύησης.

Όλοι σχεδόν οι λαοί χρησιμοποίησαν ή χρησιμοποιούν δύο βασικούς τρόπους διακοπής της εγκυμοσύνης: α) φαρμακευτικές ουσίες και β) μηχανικούς τρόπους και μαλάξεις της κοιλιάς. Τα παλιά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μια μεγάλη ποικιλία από φάρμακα και βότανα, για την διακοπή της εγκυμοσύνης. Τέτοια ήταν τα εκχύλισμα από ρίζες τεύτλων (κοκκινογούλια), τα αλκαλοειδή της ερυσιβόδου ολύρας, ο θάμνος άρκευθος ή σαβίνη, το υπερμαγγανικό κάλιο και ο μόλυβδος (Κρεατσάς, 1992).

Επίσης κατάπιναν όλων των ειδών τα ποτά και καθαρτικά, το εκχύλισμα της υπόφυσης αλλά δεν κατάφερναν τίποτα τους πρώτους μήνες της κύησης. Άλλες εισήγαγαν στον τραχηλικό σωλήνα διάφορα αντικείμενα όπως εισαγωγή ουροκαθετήρα ή παρόμοιου μαλακού οργάνου

κινδυνεύοντας να πεθάνουν από διάτρηση της μήτρας ή του εντέρου καθώς και σε εκτεταμένη αιμορραγία ή σε σοβαρή λοίμωξη και σωματικό σοκ (Κρεατσάς, 1992).

Όπως προαναφέραμε ένας άλλος τρόπος διακοπής της εγκυμοσύνης ήταν η πρόκληση έκτρωσης με μαλάξεις στην κοιλιά. Η πίεση που εξασκείται στην κοιλιά είναι τόσο μεγάλη, ώστε οι εκχυμώσεις να φαίνονται για πολλές ημέρες. Ο πόνος, η αιματουρία, η μέλαινα κένωση είναι μερικές από τις επιπλοκές ενώ μερικές φορές χρειάζεται να βγει η μήτρα για να σωθεί η γυναίκα από την αιμορραγία.

Ένας παρόμοιος τρόπος εφαρμοζόταν παλιά στην Ελλάδα με επίπονες γυμναστικές ασκήσεις και επανειλημμένα ζεστά μπάνια με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα για τη γυναίκα (Κρεατσάς, 1992).

Εκτρωτικό Χάπι

Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ το εκτρωτικό χάπι. Πρόκειται για το Ru486, το οποίο μπορεί να ληφθεί μέχρι την Πέμπτη εβδομάδα της κύησης και προκαλεί αιμορραγία, οπότε θα χρειαστεί να υποβληθεί η γυναίκα σε διαγνωστική απόξεση. (<http://www.abortion.agazilos.org/abort-mind.htm>)

3.8 Πονούν τα έμβρυα;

Πονούν και μάλιστα από την 8η εβδομάδα. Σ' αυτήν την ηλικία οι νευροανατομικές δομές είναι κιόλας παρούσες. Για να γίνει αισθητός ο πόνος είναι αναγκαία: 1ον ένα αισθητήριο νεύρο να συλλάβει τον πόνο και να στείλει το μήνυμα 2ον ο θάλαμος, που είναι ένα μέρος της βάσεως του εγκεφάλου, και 3ον κινητικά νεύρα τα οποία θα φέρουν το μήνυμα σε αυτήν την περιοχή. Και τα τρία αυτά είναι παρόντα από την 8η εβδομάδα. Η αίσθηση του πόνου μεταφέρεται στον θάλαμο. Εκείνος στέλνει σήμα στα κινητικά νεύρα για άμεση απομάκρυνση από την πηγή του πόνου.



Παράδειγμα.

- Αν τσιμπήσετε ένα βρέφος με μια βελόνα, ξέρετε τι θα συμβεί. Ανοίγει το στόμα του για να κλάψει και ταυτόχρονα τραβιέται από κοντά σας.
- Αν τσιμπήσετε ένα ανθρώπινο έμβρυο 8 εβδομάδων στην παλάμη του, ανοίγει το στόμα του και απομακρύνει το χέρι του.

Μία πιο επιστημονική περιγραφή θα προσέθετε ότι αλλαγές του ρυθμού λειτουργίας της καρδιάς και κινητικότητα του εμβρύου υποδεικνύουν ότι οι ενδομήτριοι χειρισμοί είναι οδυνηροί για το έμβρυο (British Med. Journal, 1980).

Εντάξει, παρατηρείται μία κινητικότητα, υπάρχει όμως άλλη απόδειξη ότι το έμβρυο νοιώθει πόνο; Το έμβρυο έτσι κι αλλιώς δεν είναι σε θέση να μας πει ότι πονάει.

Ο πόνος μπορεί να ανιχνευτεί όταν οι υποδοχείς βλαπτικών παραγόντων (υποδοχείς του πόνου) στέλνουν ηλεκτρικούς παλμούς στην σπονδυλική στήλη και στον εγκέφαλο. Αυτοί με την σειρά τους στέλνουν παλμούς προς τα έξω, διατάζοντας τους μυς και το σώμα γενικότερα να αντιδράσουν. Αυτοί μπορούν να μετρηθούν (Reinis & Goldman, 1980).

Από το τέλος της 7ης εβδομάδας είναι δυνατόν να προκληθεί αντίδραση των χειλιών σε απτικά ερεθίσματα. Από την 11η εβδομάδα το πρόσωπο και όλα τα μέρη των άνω και κάτω άκρων παρουσιάζουν ευαισθησία στο άγγιγμα. Από τα μέσα της 13ης και μέχρι την 14η, ολόκληρη η δερματική επιφάνεια, εκτός της κορυφής και του πίσω μέρους της κεφαλής του εμβρύου είναι ευαίσθητη στον πόνο (Reinis & Goldman, 1980).

Άλλα παραδείγματα:

Το 1984 ο Πρόεδρος Ρήγκαν είπε: «Την ώρα που σβήνουν οι ζωές των αγέννητων παιδιών, εκείνα συχνά νοιώθουν πόνο, πόνο επιτεινόμενο και αγωνιώδη.» (Ronald Reagan, 1984).

Αυτή η ρήση προκάλεσε δημόσια αντίδραση από τους κύκλους των υποστηρικτών της έκτρωσης και μια απάντηση από ομάδα σημαντικών πανεπιστημιακών καθηγητών, στην οποία συμπεριλαμβάνονταν και ειδικοί στο πόνο, καθώς και δύο πρώην πρόεδροι του Αμερικανικού κολλεγίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας. (Ronald Reagan, 1984).

Όλοι τους υποστήριξαν με θέρμη τον κόν Ρήγκαν και παρέθεσαν σειρά τεκμηρίων. Μεταξύ άλλων στην από 13/2/1984 επιστολή τους προς τον πρόεδρο, αναφέρουν:

«Η σε πραγματικό χρόνο υπερηχογραφία, η εμβρυοσκοπία, η μελέτη του εμβρυακού ηλεκτροκαρδιογραφήματος, και του εμβρυακού ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, έχουν αποδείξει την εκπληκτική ικανότητα αντιδράσεως του ανθρωπίνου εμβρύου στον πόνο, το άγγιγμα, και τους ήχους. Το ότι το έμβρυο αντιδρά στις αλλαγές της εντάσεως του φωτός ενδομήτρια, στη ζέστη, στο κρύο, και στις γεύσεις (μεταβάλλοντας την χημική φύση του

υγρού που καταπίνει το έμβρυο) έχει τεκμηριωθεί λεπτομερειακά στις πρωτοπόρες εργασίες του Sir William Lily πατρός της εμβρυολογίας.» (Ronald Reagan, 1984).

Κατηγορηματικά δηλώνουμε ότι ουδεμία νεώτερη ανακάλυψη της σύγχρονης εμβρυολογίας δεν αναιρεί το αξιοσημείωτο συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε μετά από δια βίου έρευνα ο καθηγητής Arnold Gesell του Πανεπιστημίου Yale. Στο έργο του Η εμβρυολογία της συμπεριφοράς: Οι απαρχές του ανθρωπίνου νοός (Lilley & Day, 1969).

Ο Δρ. Gesell γράφει: «και συνεπώς κατά το τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης το έμβρυο είναι ένα όν που νοιώθει και κινείται. Δεν χρειάζεται να κάνουμε εικασίες ως προς την φύση των ψυχικών του ιδιοτήτων, αλλά μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η συγκρότηση του ψυχοσωματικού του «είναι» είναι σε σημαντική εξέλιξη.» (Lilley & Day, 1969).

Η Σιωπηλή Κραυγή

Ο Δρ. B. Nathanson κατέγραψε κινηματογραφικά με υπέρηχους έκτρωση βρέφους που πραγματοποιήθηκε με απορρόφηση κατά την 12η εβδομάδα της κύησης. Η ταινία αυτή, που διατίθεται στο εμπόριο με τον τίτλο Η Σιωπηλή Κραυγή, επιδεικνύει δραματικά, αλλά με βάση πραγματικά δεδομένα, πώς το έμβρυο με γοργές κινήσεις επανειλημμένα προσπαθεί να ξεφύγει από το στόμιο της απορροφητικής συσκευής, ενώ οι χτύποι της καρδιάς του διπλασιάζονται. Όταν τελικά αρπάζεται, καθώς το σώμα του διαμελίζεται, το στόμα του βρέφους εμφανώς ανοίγει διάπλατα σαν σε κραυγή, εξ ου και ο τίτλος της ταινίας. (<http://www.heritagehouse76.com>).

Οι υποστηρικτές της έκτρωσης έχουν προσπαθήσει να αμφισβητήσουν την επιστημονική αξία της ταινίας. Μια καλά τεκμηριωμένη εργασία στην οποία καταρρίπτονται οι κατηγορίες τους διατίθεται από τον Σύλλογο National Right to Life, 419 7th St. NW, Washington, DC 20004, [κόστος: \$2.00]. Η εργασία αυτή υπάρχει ολόκληρη στις ιστοσελίδες μας. Κάντε κλικ εδώ για να την διαβάσετε στα ελληνικά ή κάντε κλικ εδώ για να την διαβάσετε στα αγγλικά. Μια σύντομη δεκάλεπτη βιντεοταινία όπου παρουσιάζεται η μαρτυρία του γιατρού που πραγματοποίησε την κινηματογραφηθείσα έκτρωση στη Σιωπηλή Κραυγή, αντικρούει κάθε κριτική για την ακρίβεια της Σιωπηλής Κραυγής (Bernadel, 1997).

Αίσθηση ανέσεως από το έμβρυο κατά την κυοφορία

«Μία από τις πιο ενοχλητικές προεξοχές που μπορεί να συναντήσει το έμβρυο στο ενδομήτριο περιβάλλον είναι η σπονδυλική στήλη της μητέρας του. Όταν η κυοφορούσα βρίσκεται σε ύπτια θέση και η σπονδυλική στήλη του εμβρύου τύχει να βρεθεί κάθετα στην δική της, το αγέννητο βρέφος μετακινείται έως ότου φύγει από τούτη την άκρως άβολη αυτό θέση.» (Lilley & Day, 1969).

Μα, ο πόνος δεν είναι κυρίως ψυχολογικής υφής;

Υπάρχει και ο οργανικός ή φυσιολογικός πόνος ο οποίος προξενεί και νευρολογική αντίδραση στον πόνο (American Review Psychology, 1977).

Όμως στα πρώτα στάδια της κύησης δεν υπάρχει εγκεφαλικός φλοιός όπου συντελείται η σκέψη, μήπως για αυτό δεν υπάρχει ούτε και πόνος;

Ο φλοιός δεν είναι αναγκαίος για την αίσθηση του πόνου. Ο θάλαμος είναι αναγκαίος και αυτός λειτουργεί από την 8η κιόλας εβδομάδα. Ακόμη και ολική αφαίρεση του φλοιού δεν εξουδετερώνει την αίσθηση του πόνου. «Στην πραγματικότητα φαίνεται να υπάρχουν ελάχιστα αποδεικτικά στοιχεία για το ότι οι πληροφορίες του πόνου φθάνει στον φλοιό των αισθήσεων.» (Patton et al, 1976).

Κατά την διάρκεια της εκτρόσεως

Το ζήτημα αυτό προκάλεσε μεγάλη ένταση κατά τη διάρκεια διαβουλεύσεων στο Κογκρέσο των Η.Π.Α. το 1996 σχετικά με νόμο απαγόρευσης των εκτρόσεων με μερικό τοκετό (partial birth abortions). Οι υποστηρικτές της έκτρωσης είχαν εκφράσει την θεωρία ότι το αναισθητικό που δινόταν είχε ήδη σκοτώσει το έμβρυο. Ανώτεροι όμως αξιωματούχοι του Ιατρικού Συλλόγου Μαιευτικής Αναισθησίας και Περιγεννητικής κατηγορηματικά απέρριψαν αυτήν την άποψη, εξηγώντας ότι η συνήθης αναισθησία που χορηγείται δεν βλάπτει το βρέφος (Fisk et al, 1994).

Το θέμα έφερε το ζήτημα του εμβρυακού πόνου στην επικαιρότητα και δόθηκε και μαρτυρία στην Συνταγματική Υποεπιτροπή της Βουλής των Αντιπροσώπων των Η.Π.Α.

«Το έμβρυο εντός αυτού του χρονικού πλαισίου της κύησης, 20 εβδομάδων και πλέον, είναι πλήρως ικανό να νοιώθει πόνο. Η έκτρωση με μερικό τοκετό είναι αναμφίβολα μία φρικιαστικά οδυνηρή εμπειρία για κάθε βρέφος.» (Fisk et al, 1994)

Ακόμη: «Τέτοια πρόωρα νεογνά όχι απλώς μπορούν να νοιώσουν πόνο, αλλά είναι μάλλον ακόμη περισσότερο ευαίσθητα στον πόνο»... διότι τα βρέφη κάτω των 30 εβδομάδων διαθέτουν «πρόσφατα ανεπτυγμένο σύστημα πόνου το οποίο είναι παρθένο και αμετάβλητο σ' αυτήν την τρυφερή ηλικία.» (Fisk et al, 1994)

Στοιχεία δημοσιευμένα στο Βρετανικό Ιατρικό Περιοδικό Lancet, παρέχουν σαφή επιβεβαίωση τέτοιου πόνου. Είναι γνωστό ότι ο εμβρυακός ομφάλιος λώρος δεν διαθέτει υποδοχείς πόνου σαν αυτούς που διαθέτει το υπόλοιπο σώμα του εμβρύου. Κατόπιν τούτου, δοκίμασαν την απόκριση εμβρυακών ορμονών σε καταστάσεις έντασης συγκρίνοντας βελονισμό της κοιλιακής χώρας και του ομφαλίου λώρου (British Medical Journal, 1980).

Παρατήρησαν ότι «το έμβρυο αντιδρά σε ενδοηπατικό βελονισμό με βίαιες σωματικές και αναπνευστικές κινήσεις, κάτι το οποίο δεν συνέβη στο βελόνισμα του λώρου. Τα επίπεδα αυτών των ορμονών ήταν σταθερά όλη την περίοδο της κήσεως.» (British Medical Journal, 1980)

Άλλη εξαιρετική Βρετανική μελέτη παρατηρεί σχετικά:

«Είναι αδύνατον να είναι ευχάριστο στο έμβρυο το να του εμφυτεύσουν ηλεκτρόδιο στο δέρμα της κεφαλής του, το να του πάρουν αίμα από το τριχωτό της κεφαλής ή το να υποφέρει την κρανιακή συμπίεση η οποία παρατηρείται ακόμη και σε περιπτώσεις στιγμιαίου τοκετού. Δύσκολα θα εκπλαγεί κανείς από το ότι βρέφη που γεννήθηκαν δύσκολα με χρήση λαβίδων τοκετού, συμπεριφέρονται σαν να υποφέρουν από οξεία κεφαλαλγία.» (British Medical Journal, 1980).

3.9 Που καταλήγουν τα εκτρωμένα βρέφη

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η άμβλωση τόσο για το έμβρυο όσο και για την γυναίκα είναι ένα καθημερινό έγκλημα που διάφοροι δήθεν αξιόλογοι γιατροί γνωστών πανεπιστημιακών κλινικών τα εκμεταλλεύονται και τα έχουν ήδη αναγάγει σε μια ιδιαίτερα επικερδή ενασχόληση. Μια πτυχή του ζητήματος που δεν είναι ευρύτατα γνωστή, είναι η εμπορία οργάνων και εμβρυακών ιστών που προέρχονται από εκτρωμένα βρέφη. Οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση δεν γνωρίζουν ότι το έμβρυο τους είναι πολύ πιθανόν να αποτελέσει αντικείμενο εμπορίας. Σε πολλές χώρες η ευρύτητα του εμπορίου αυτού είναι αρκετά διαδεδομένη (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

Στις Η.Π.Α υπάρχουν τουλάχιστον 8 εταιρίες εμπορίας εμβρυακών οργάνων. 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 την θανάτωσή τους και στην συνέχεια να τα συσκευάσουν σε πάγο και να τα αποστείλουν στις Η.Π.Α. Κέρδισε \$180.000 για τις προσπάθειές του. Το 1976, η Washington Post αποκάλυψε ότι το Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας Columbia εισέπραξε περισσότερα από \$68.000 για τα όργανα των βρεφών

που είχαν θανατώσει οι γιατροί που εκτελούσαν τις εκτρώσεις. Στο φύλλο της 21 Μαρτίου 1977 η Village Voice ανέφερε ότι αυτοί οι γιατροί είχαν παροτρύνει μητέρες να περιμένουν για να πραγματοποιήσουν εκτρώσεις στα τελευταία στάδια της κύησης διότι από αυτά τα βρέφη λαμβάνονται περισσότερα και καλύτερα ανεπτυγμένα όργανα (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

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. Το Δίκτυο Εμβρυακού Παγκρέατος (Fetal Pancreas Network), που οργανώθηκε το 1984, συμβουλεύει ότι ο καλύτερος ιστός από έκτρωση λαμβάνεται από βρέφη 6 μηνών θανατωμένα με έκτρωση D&E. Τα εκτρωμένα βρέφη αποτελούν πηγή πλούτου για τους εμπόρους ανθρώπινου κρέατος καθώς τα όργανά τους χρησιμοποιούνται σε μεταμοσχεύσεις ενώ ο ιστός τους και το λεγόμενο εμβρυακό κολλαγόνο χρησιμοποιείται και στην παραγωγή καλλυντικών (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

Τον Απρίλιο του 1980, οι φύλακες στα σύνορα Ελβετίας – Γαλλίας συνέλαβαν ένα φορτηγό από την Κεντρική Ευρώπη φορτωμένο με εκατοντάδες κιλά εκτρωμένων βρεφών τα οποία, σύμφωνα με τις συνοδευτικές φορτωτικές, κατευθύνονταν προς αρκετές Γαλλικές εταιρείες καλλυντικών για επεξεργασία σε ακριβά καλλυντικά. Κάποιες απ' αυτές δεν δίσταζαν να διαφημίζουν τις ευεργετικές ιδιότητες του εμβρυακού κολλαγόνου στην αναζωογόνηση του δέρματος (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

Από όλα τα παραπάνω λοιπόν προκύπτουν πολλά ανθρωπιστικά προβλήματα. Τα αγέννητα παιδιά ως ανθρώπινες οντότητες θα πρέπει να προστατεύονται από τους νόμους που διασφαλίζουν την ζωή και την αξιοπρέπεια των ανθρώπων. Αντ' αυτού δολοφονούνται κατά συρροή δίχως τον παραμικρό ενδιασμό από την μεριά της πολιτείας. Στύβοντας δε κυριολεκτικά τα νεκρά σώματά τους, οι αδίστακτοι έμποροι θησαυρίζουν. Είναι πραγματικά αξιοπερίεργο πως οι διάφοροι διεθνιστές που έχουν ανάγει τον ανθρωπισμό σε επάγγελμα μένουμε σιωπηλοί μπροστά σ' αυτό το κραυγαλέο έγκλημα. (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

Εκτός του ανθρωπιστικού όμως εγκλήματος εδώ σαφέστατα διενεργείται και ένα εθνικό έγκλημα. Το κράτος διενεργεί σιωπηλά μια εθνική γενοκτονία εξοντώνοντας κάθε χρόνο 200.000 Ελληνόπουλα την στιγμή που το έθνος μας αντιμετωπίζει το δημογραφικό μαρασμό. Και εκτελεί συνειδητά αυτή την γενοκτονία όχι μόνο νομιμοποιώντας τις αμβλώσεις, αλλά

και ωθώντας μέσα τις ανύπαρκτες υποστήριξης, χιλιάδες ανύπαντρες μητέρες στην απόφαση να σκοτώσουν το παιδί τους. (Ημερίδα του τμήματος γυναικών Ελληνικές Γραμμές).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ- ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ- ΜΕΤΕΚΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Επιπλοκές των αμβλώσεων

Η γυναίκα που καταλήγει στην έκτρωση υφίσταται στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχοσωματικό τραυματισμό. Ορισμένες φορές αντιμετωπίζει και τον κίνδυνο σοβαρών άμεσων και έμμεσων επιπλοκών, που εμφανίζεται μεγαλύτερος όταν η επέμβαση γίνεται τις στοιχειώδεις ιατρικές προδιαγραφές. Η ζωή του εμβρύου διακόπτεται με άμεσες και έμμεσες συνέπειες για την οικογένεια και την κοινωνία, ιδιαίτερα σε χώρες με έντονα δημογραφικά προβλήματα (Κρεατσάς, 1992).

Οι άμεσες επιπλοκές διακοπής εγκυμοσύνης είναι σπάνιες και είναι σχετικές με την τεχνική που ακολουθείται κατά την επέμβαση. Διάρτηση της μήτρας και αιμορραγία παρατηρούνται σε λιγότερο από 1-2% των περιπτώσεων και συνήθως πρόκειται για καταστάσεις που υποχωρούν από μόνες τους υπό ιατρική παρακολούθηση. Οι λοιμώξεις, ενδομητρίτιδα και σαλπινγίτιδα, είναι πιο συχνές και αντιμετωπίζονται με αντιμικροβιακά φάρμακα. Μια σπάνια μακροπρόθεσμη επίπτωση της έκτρωσης είναι η στειρότητα, καθώς μπορεί να σταματήσει η περίοδος και να προκληθούν συμφύσεις στην μήτρα. Πρόκειται για μια επιπλοκή της επέμβασης που δεν οφείλεται στην τεχνική της επέμβασης. (<http://www.Kurtaj.info/ektrosi.html>)

Επιπλοκές στο πρώτο στάδιο της άμβλωσης.

Γενικά, η συχνότητα των επιπλοκών σε εκτρώσεις, που γίνονται κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης είναι χαμηλή.

Οι πιο συχνές απ' αυτές είναι:

1. Παραμονή στη μήτρα εμβρυικών στοιχείων.
2. Διάρτηση της μήτρας . Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που υποβάλλονται σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάρτηση της μήτρας ωστόσο οι περισσότερες βλάβες περνούν απαρατήρητες και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός κι αν γίνει λαπαροσκόπηση (Kent et al, 1991).
3. Ρήξη του τραχήλου. Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν στο 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται στο πρώτο τρίμηνο. Μικρότερες ρήξεις που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν να προκαλέσουν μακροπρόθεσμα αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρόωμο τοκετό, και επιπλοκές στην διάρκεια των ωδίνων των τοκετών (Kent et al, 1991).

4. Πυελική φλεγμονή. Είναι μία δυνητικά απειλητική για την ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από χλαμύδια κατά την διάρκεια της έκτρωσης το 23% θα δημιουργήσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων και το 5% των ασθενών που δεν πάσχουν από χλαμύδια θα δημιουργήσουν και αυτές πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων (Kent et al, 1991).
5. Αιμορραγία η οποία μπορεί να προκληθεί από τις τεχνικές τις επέμβασης δηλαδή τον χειρισμό από την πλευρά του γιατρού των εργαλείων που θα χρησιμοποιήσει.
6. Διάτρηση του εντέρου
7. Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση απ' το αναισθητικό (Κρεατσάς, 1992).

Επιπλοκές των εκτρώσεων του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης.

Οι επιπλοκές αυτές είναι αρκετά συχνές και ορισμένες φορές πολύ σοβαρές.

Οι σοβαρότερες απ' αυτές είναι:

- Έντονη φλεγμονή (ενδομητρίτιδα, σηψαιμία)
- Μεγάλη αιμορραγία
- Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος
- Παραμονή στοιχείων κύησης μέσα στην μήτρα (ατελής εκκένωση)
- Ρήξη μήτρας, εντέρου ή ουροδόχου κύστης
- Αποτυχία διεκπεραίωσης της έκτρωσης
- Νέκρωση του μυομητρίου λόγω έγχυσης μέσα σ' αυτό του υπέρτονου αλατούχου διαλύματος (Potts and Diggory, 1983).

Υπάρχουν όμως και οι απώτερες επιπλοκές οι οποίες δεν απειλούν την ζωή της γυναίκας, μπορεί όμως να προκαλέσουν μακροχρόνια ψυχοσωματικά προβλήματα και να διαταράξουν τη ζωή της γυναίκας και του ζευγαριού. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι:

- Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαιη ή απότομη διαστολή, με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.
- Ενδομητρικές συμφύσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγμονή. Σαν αποτέλεσμα, μπορεί να έχουμε στειρώση, λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στην μήτρα ή αποβολές.
- Ενδομητρίτιδα (Φλεγμονή του ενδομητρίου)
- Πυελική φλεγμονή (σαλπινγίτιδα) μ' αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεως των σαλπίγγων και στειρώση

- Ψυχικές διαταραχές (Potts and Diggory, 1983).

4.2 Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην σωματική υγεία

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε άμβλωση αντιμετωπίζουν τον ενδεχόμενο κίνδυνο των παρακάτω επιπτώσεων:

- Διάτρηση της μήτρας
- Ρήξη τραχήλου
- Αιμορραγία
- Θρόμβωση και εμβολή
- Επιπλοκές αναισθησίας
- Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
- Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
- Ενδομητρίτιδα - Σαλπινγίτιδα
- Ενδοτραχηλίτιδα
- Πυελική φλεγμονή
- Δευτεροπαθή αμηνόρροια ή στειρώση
- Ενδομήτριες συμφύσεις
- Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου
- Αυξημένη προγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
- Καθ' έξιν αποβολές
- Πρώιμους και πρόωρους τοκετούς(Δρ.Μπέλλιος,2010)

4.3 Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην ψυχική υγεία

Μια νέα μελέτη που διεξήχθη στην Νέα Ζηλανδία βρήκε πως οι γυναίκες που προβαίνουν σε αμβλώσεις έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν πολύ σοβαρή κατάθλιψη. Η σχετική αναφορά επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα μιας περιεκτικής μελέτης του 2004 στην Αμερική, η οποία έδειξε πως η άμβλωση οδηγεί σε ένα πλήθος προβλημάτων ψυχικής υγείας. (

<http://www.lifenews.com/nat1941.htm>)

Η μελέτη της Νέας Ζηλανδίας βρήκε πως η πραγματοποίηση μιας άμβλωσης σε νεαρή ηλικία αυξάνει το ρίσκο της γυναίκας να αποκτήσει προβλήματα ψυχικής υγείας όπως κατάθλιψη και άγχος. Τα ευρήματα έρχονται από την Christchurch Health and Development Study (Μελέτη Υγείας και Ανάπτυξης Κράισττσερτσς) επί 1265 παιδιών που είχαν προβεί σε αμβλώσεις. Περίπου 41% των 500 γυναικών στην μελέτη αυτής είχαν μείνει έγκυοι μέχρι την ηλικία των 25, και 90 γυναίκες είχαν προβεί σε αμβλώσεις. Περίπου 42% των γυναικών που είχαν προβεί σε αμβλώσεις αντιμετώπισαν βαρύτερη κατάθλιψη μέσα στα τελευταία 4 χρόνια, δηλαδή, σχεδόν διπλός αριθμός από εκείνων των γυναικών που δεν έμειναν ποτέ έγκυοι. Το ρίσκο αγχωτικών διαταραχών επίσης διπλασιάστηκε. Σύμφωνα με την μελέτη, οι

γυναίκες που προβαίνουν σε αμβλώσεις είχαν διπλές πιθανότητες να εθιστούν σε παράνομες χημικές ουσίες.(<http://www.lifenews.com/nat1941.htm>)

Ο David Fergusson, επικεφαλής της μελέτης, είπε πως τα αποτελέσματα δείχνουν πως η πρόσβαση σε νόμιμες αμβλώσεις δεν είναι απαραίτητως κάτι καλό για τις γυναίκες. Επίσης τόνισε πως η μελέτη επιβεβαιώνει πως οι αμβλώσεις μάλλον προκαλούν προβλήματα ψυχικής υγείας, παρά τα αμβλύνουν (καθώς διατείνονται οι υποστηρικτές των αμβλώσεων). Εν τω μεταξύ ερευνητές του Πανεπιστημίου Bowling Green State το 2004 μελέτησαν τα δεδομένα περίπου 11.000 γυναικών ανάμεσα 15 και 34 ετών, οι οποίες είχαν υποστεί μια αθέλητη εγκυμοσύνη.(<http://www.lifenews.com/nat1941>)

Η έρευνά τους βρήκε πως οι γυναίκες που προέβησαν σε αμβλώσεις κατόπιν αθέλητης εγκυμοσύνης, είχαν 30% μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν μετέπειτα προβλήματα άγχους από εκείνες που δεν προβαίνουν σε αμβλώση. Οι γυναίκες της μελέτης αυτής που προέβησαν σε αμβλώσεις και υπέφεραν από γενικές διαταραχές άγχους, διαπίστωναν πως είχαν εκνευρισμό, κόπωση, δυσκολία αναπνοής, ταχυκαρδία ή έντονους χτύπους καρδιάς, ή αίσθηση μη ρεαλιστικής αντίληψης πραγμάτων.
(<http://www.lifenews.com/nat1941>)

4.4 Μετεκρωτικό σύνδρομο παρουσιάζεται πάντα;

Μερικοί ερευνητές εκτιμούν ότι το Μ.Σ εμφανίζεται μόνο σε γυναίκες που κοσμοθεωρητικά αντιμετωπίζουν την άμβλωση σαν κάτι κακό, σαν ηθικό ατόπημα, σαν φόνο ενός παιδιού, του παιδιού τους. Άλλοι λένε ότι η εμφάνιση του είναι ανεξάρτητη από την κοσμοθεωρία της γυναίκας. Τα αποτελέσματα των μελετών και ερευνών επαληθεύουν την δεύτερη άποψη. Γεγονός είναι ότι το Μ.Σ συχνά εμφανίζεται εντονότερα σε γυναίκες που έχουν μια τάση προς ψυχολογικά προβλήματα, και αυτό κάνει κάποιους να πιστεύουν ότι η έκτρωση δεν έχει σχέση με τα συμπτώματα που οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν, και ότι θα τα εκδήλωναν έτσι κι αλλιώς, ακόμα κι αν δεν έκαναν άμβλωση. Γεγονός είναι επίσης ότι, καθώς ένα από τα εντονότερα συμπτώματα του Μ.Σ είναι η επανάληψη της έκτρωσης, η διαταραχή ανακυκλώνεται και γίνεται ακόμα πιο σοβαρή εξαιτίας του ίδιου του συμπτώματος της.
(<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

Οι λόγοι που προκαλούν το Μ.Σ είναι:

Το ότι ο άνθρωπος είναι ψυχοσωματική οντότητα, σε σχέση ψυχής και σώματος, εξ' αιτίας της οποίας ότι συμβαίνει στο ένα, επηρεάζει και το άλλο. Η άμβλωση από τεχνικής απόψεως

είναι μια βίαιη και αφύσικη διαδικασία, που βιώνεται ως εισβολή και καταπάτηση από τον γυναικείο οργανισμό(<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

Η σχέση μητέρας και παιδιού που έχει ασυνείδητα αρχίσει από την στιγμή της σύλληψης. Ενδεικτικό παράδειγμα της χημικής επικοινωνίας μητέρας και παιδιού είναι και το πώς σταματά η έμμηνος ρύση της μητέρας μετά την εγκατάσταση του ζυγωτού κυττάρου στο ενδομήτριο: Αρχικά το νέο αυτό σώμα αντιμετωπίζεται ως εισβολέας και λευκά κύτταρα της μητέρας συγκεντρώνονται για να το καταβροχθίσουν. Τότε εκείνο ελκεί πολλές χημικές ουσίες που κάνουν τον μητρικό οργανισμό να το αποδεχθεί ως φιλοξενούμενο και να σταματήσει την εμφάνιση εμμηνορρυσίας για να το προστατέψει από την καταστροφή. Είναι το πρώτο ναι της μητέρας στην εγκυμοσύνη και λέγεται πολύ πριν αντιληφθεί συνειδητά ότι είναι έγκυος.. στη συνέχεια ο οργανισμός ετοιμάζεται προοδευτικά για τον τοκετό. Η άμβλωση διακόπτει βίαια και τεχνητά τη φυσική αυτή διαδικασία και την επικοινωνία μεταξύ μητέρας και παιδιού, προκαλώντας την αίσθηση της απώλειας του παιδιού του οποίου η παρουσία ήταν πριν την επέμβαση αισθητή, και έτσι διαταράσσει την σωματική και ψυχική ισορροπία της μητέρας. (<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

Η έμφυτη και φυσική λειτουργία της μητέρας να αποκτήσει απογόνους, οι οποία παρά τις όποιες συνειδητές αντιδράσεις προς μια εγκυμοσύνη που παρουσιάζει δυσκολίες, έχει ασυνείδητα ικανοποιηθεί μετά την σύλληψη, και με την άμβλωση δέχεται ισχυρό πλήγμα. . (<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

Παράγοντες που δεν προκαλούν αλλά μπορεί να επιτείνουν το μετεκτροτικό σύνδρομο είναι οι εξής:

Παρέλευση της κατεξοχήν ηλικίας γονιμότητας. Η γυναίκα βιάζεται να δημιουργήσει απογόνους, πιεζόμενη από το βιολογικό της ρολόι και ως εκ τούτου θυμάται ότι αν δεν είχε διακόψει κάποια ή κάποιες προηγούμενες εγκυμοσύνες της, θα είχε προλάβει να αναπαραχθεί. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να λειτουργήσει καθαρά ψυχολογικά, ενώ δηλαδή η γυναίκα είναι αρκετά νέα και το άγχος αναπαραγωγής προέρχεται ουσιαστικά από το Μ.Σ και όχι από την ηλικίας της. Όσο όμως η ηλικία της γυναίκας αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και η βαρύτητα του παράγοντα. (<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

Κάποια θρησκευτική πίστη που δέχεται ότι το έμβryo είναι άνθρωπος. Αυτό δεν αποτελεί από μόνο του αποφασιστικό παράγοντα πρόκλησης μετεκτροτικού συνδρόμου, καθώς το σύνδρομο εμφανίζεται και σε γυναίκες που δεν θρησκευούν, ή που ασπάζονται μια θρησκεία που δεν αντιμετωπίζει ως αμαρτία την άμβλωση. Όμως μια θρησκευτική πίστη που δέχεται το έμβryo ως άνθρωπο μπορεί να επιτείνει τα συναισθήματα ενοχής καθώς η γυναίκα δεν έχει αμφιβολία ότι έχει σκοτώσει έναν άνθρωπο. Παράλληλα η επαφή με θρησκευόμενους

που αντιμετωπίζουν την γυναίκα που έχει κάνει άμβλωση εχθρικά ή επικριτικά, μπορεί να εντείνει τα ήδη υπάρχοντα αισθήματα ενοχής και να προκαλέσει ποικίλες αντιδράσεις, όπως π.χ. η άμβλυνση της προηγούμενης πίστης της γυναίκας, η άρνηση ανάληψης των προσωπικών ευθυνών της για την επέμβαση και η επίρριψη αυτών σε άλλα πρόσωπα, τα οποία ενδεχομένως να βοήθησαν για την λήψη της απόφασης για άμβλωση. .
(<http://www.post-abortion-syndrome.info/phpBB2/index.php>)

4.4.1 Συμπτώματα Μετεκρωτικού συνδρόμου

Τα συμπτώματα του μετεκρωτικού συνδρόμου περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ενοχές και ανησυχία όπως επίσης αυξημένα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, διαταραχών στη διατροφή, άλλες συμπεριφορές αυτοτιμωρίας (αχαλίνωτη σεξουαλική δραστηριότητα, σχέσεις κακοποίησης) και αυτοκτονία. Μία μελέτη που αναφέρει το περιοδικό USA Today έχει βρει ότι γυναίκες που υποφέρουν από κατάθλιψη ή άλλες διανοητικές ασθένειες είναι πιθανότερο να υποφέρουν από τις συναισθηματικές συνέπειες μιας άμβλωσης, πράγμα που ξεμπροστιάζει την υποστήριξη της άμβλωσης για θεραπευτικούς λόγους από τον Αμερικανικό Σύλλογο Ψυχολόγων και τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο. Πολλές γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά άλλων μορφών μετά-τραυματικής διαταραχής, και ξαναζούν την άμβλωση με διάφορους τρόπους, όπως μέσω επαναλαμβανόμενων εφιαλτών ή φλας μπακ στο άκουσμα μιας αντλίας κενού. Μερικές γυναίκες παρουσιάζουν αντίδραση και στην επέτειο της άμβλωσης ή της αναμενόμενης ημερομηνίας τοκετού. Άλλες απορροφώνται από το να μείνουν και πάλι έγκυες.
(<http://www.abortio.n.agazilos.org/abort - mind.htm>)

Η άμβλωση μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχία σχετικά με θέματα γονιμότητας και τεκνοποιίας, και μπορεί να παρεμποδίσει την ανάπτυξη δεσμού της γυναίκας με τα παιδιά που θα κάνει στο μέλλον προκαλώντας χαμηλή αυτοεκτίμηση << ενοχή του επιζώντος>>, και ακόμη υποσυνείδητη υποτίμηση των άλλων παιδιών της. Πολλές γυναίκες που κάνουν άμβλωση έχουν πρόβλημα να θρηνήσουν τα χαμένα παιδιά τους εξαιτίας της απροθυμίας της δικής τους και της κοινωνίας να παραδεχθούν τι έχει συμβεί. Άλλη δυσκολία στο να εκτιμηθούν οι συναισθηματικές επιπτώσεις της άμβλωσης είναι ότι στις περισσότερες μελέτες οι γυναίκες έχουν ερωτηθεί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα μετά την άμβλωση που έκαναν. Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι νιώθουν ανακούφιση, όμως πολλά συμπτώματα δεν έρχονται στην επιφάνεια παρά χρόνια μετά. (<http://www.abortio.n.agazilos.org/abort - mind.htm>)

4.4.1.1 Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD Ή PAS)

Μία εκτενής μελέτη με τυχαία δείγματα διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν από διαγνωσίμη μετατραυματική αγχώδης 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 (Catherine Bernard, 1990).

Επειδή αυτή είναι μία πολύ σημαντική νόσος που μπορεί να υπάρχει σε πολλές ασθενείς, και δεν είναι άμεση αντιληπτή από ανθρώπους που δεν ανήκουν στο χώρο της ψυχιατρικής βοήθειας. Η PTSD είναι ψυχολογική ανωμαλία που προξενείτε από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιέξοδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μία εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία συμμετοχής 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 μία δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, αλλά μπορεί να θυμούνται με κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, αλλά μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής (New York: Basic Books 1992).

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς και 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 πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κύησης τους ως την βίαιη θανάτωση του παιδιού τους. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της έκτρωσης, που προκαλείται από έναν μασκοφόρο άγνωστο ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με τον βιασμό. 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 (Zakus, 1981).

Κύρια συμπτώματα PTSD

Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

- **Υπερδιέγερση.** Είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανομάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών << Φυγής ή πάλης>>. Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, 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 την διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα μιας αντλίας κενού) (Speckhard, 1994).
- **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 κατάθλιψη την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή της επετείου της έκτρωσης.) (Speckhard, 1994).
- **Συστολή.** Είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής, προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Στις περιπτώσεις 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 συνδέονται με την απόφαση για την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που παλαιότερα ήταν αγαπητές, χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής (Speckhard, 1994).

Για πολλές γυναίκες η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου μια ασθενής που πάσχει από PTSD τύχει παρακολούθησης και επιτύχει ικανοποιητική αποκατάσταση το PTSD μπορεί να προκαλέσει

ψυχολογική ανικανότητα που μπορεί να εμποδίσει μια ασθενή που πάσχει μετά την έκτρωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από τον νόμο (στις ΗΠΑ). Αυτή η ανικανότητα συνεπώς δικαιολογεί μακρότερη περίοδο αποκατάστασης από τον νόμο (Speckhard, 1994).

4.4.1.2 Προβλήματα στην σεξουαλική ζωή

30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στην σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ ή τους άντρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων (<http://www.abortion-syndrome.info/symptomata.htm>).

4.4.1.3 Τάσεις αυτοκτονίας και απόπειρες

Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την άμβλωση που έχουν κάνει παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας. Το 28% επιχειρούν την αυτοκτονία ενώ οι μισές από αυτές την έχουν επιχειρήσει περισσότερο από μία φορές. Οι αυτοκτονίες φαίνεται να επικρατούν στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών (<http://www.abortion-syndrome.info/symptomata.htm>).

4.4.1.4 Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις

Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στην σχέση τους. Τα ζευγάρια αυτά μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποστεί έκτρωση δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν μακροχρόνια σχέση με έναν άντρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άντρες, αυξημένη κατάθλιψη, άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μια εκτρώσεις μπορεί να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία και ένας λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο. (<http://www.abortion-syndrome.info/symptomata.htm>)

4.4.1.5 Αύξηση του καπνίσματος και οιοπνεύματος

Το Μετεκρωτικό 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 κινήσεων νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών (Otiel, 1982).

Χρήση οιοπνεύματος

Η έκτρωση συνδέεται με κίνδυνο διπλάσιας χρήσης οιοπνεύματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγείται στη χρήση οιοπνευματωδών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία (Otiel, 1982).

4.4.1.6 Πολλαπλές εκτρώσεις

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μία τρέχουσα κύηση από αυτές που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης (Berger, 1984).

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας αποκατάστασης της κύησης και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/απόκτησης παιδιών και πιέσεων για έκτρωση όπως είναι η εγκατάλειψη του συντρόφου. Αναφέρεται επίσης η χρήση της έκτρωσης ως μέθοδος αυτοτιμωρίας (Berger, 1984).

Το 45% των εκτρώσεων αφορούν γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται στις γυναίκες που σκέφτονται να κάνουν την πρώτη τους έκτρωση. Επιπλέον οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων. Αυτοί οι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν με τις γυναίκες που θέλουν να κάνουν άμβλωση (Berger, 1984)

4.5 Τεστ αυτοεξέτασης

Υποφέρεις από μετεκτροτικό στρές ;

Αν έχεις κάνει κάποια άμβλωση ή κάποιες άμβλώσεις οι παρακάτω ερωτήσεις θα σε βοηθήσουν να αντιληφθείς πόσο σε έχει επηρεάσει αυτό το γεγονός στη ζωή σου.

1. Πιάνεις τον εαυτό σου να παλεύει να διώξει τα συναισθήματά ή αναμνήσεις σχετικά με την άμβλωση (άμβλώσεις) που έκανες; Χρειάζεται να υπενθυμίζεις συνεχώς στο εαυτό σου να το ξεχάσει ή να το αφήσει πίσω;
2. Νιώθεις άβολα με πράγματα που σου υπενθυμίζουν την άμβλωση όπως μωρά, έγκυοι γυναίκες, γραφεία γιατρών, ή όταν ακούς κάτι σχετικό με άμβλώσεις;
3. Νιώθεις νευρικότητα ή ανησυχία στην ιδέα να μιλήσεις σε ένα αγαπημένο σου πρόσωπο για την άμβλωση (άμβλώσεις) που έκανες; Είναι η άμβλωση ένα μυστικό που σε συγκρατεί από στενότερη οικειότητα με τους άλλους;
4. Όταν αποφασίσεις να μοιραστείς την εμπειρία της άμβλωσης (άμβλώσεων) με άλλους, σε κατακλύζουν ισχυρά συναισθήματα όπως θυμός, λήπη, θλίψη ή ενοχή;
5. Έχεις μια νοσηρή αίσθηση φόβου ότι εσύ, τα αγαπημένα σου πρόσωπα ή τα άλλα παιδιά σου θα τραυματιστούν ή θα σκοτωθούν. Είσαι καταπιεστική και υπερπροστατευτική με τα παιδιά σου; Μήπως τα παραμελείς και αισθάνεσαι ότι δεν μπορείς να συνδεθείς μαζί τους;
6. Έχεις πρόβλημα να συζητάς για την άμβλωση ως πολιτικό θέμα; Όταν συζητάς γι' αυτό το βρίσκεις δύσκολο να σεβαστείς τις αντίθετες απόψεις ή γίνεσαι υπερβολικά συναισθηματική είτε υπέρ είτε κατά των άμβλώσεων;
7. Έχεις την τάση να βλέπεις την ζωή σου πριν και μετά την άμβλωση (άμβλώσεις); Έχει η άμβλωση αλλάξει τον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό σου; Υπάρχουν στον εαυτό σου χαρακτηριστικά που είχες πριν την άμβλωση μετά τα έχασες και θα ήθελες να τα ξανακερδίσεις; Θυμώνεις ή στεναχωριέσαι πιο εύκολα;
8. Έχεις εμπειρίες που σχετίζονται με την άμβλωση όπως εφιάλτες, αναδρομές στο παρελθόν (flashbacks), ή παραισθήσεις, όπως να ακούς ένα μωρό να κλαίει;

9. Υπήρξε περίοδος μετά την άμβλωση όπου αύξησες την χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών (παράνομων ή συνταγογραφούμενων); Έχεις βιώσει άλλες μορφές συναισθηματικής καταστολής και νέκρωσης;
10. Έχεις καθόλου σκέψεις αυτοκτονίας; Αναλαμβάνεις ρίσκα που θέτουν την ζωή σου σε κίνδυνο; Προσπαθείς να πληγωθείς συναισθηματικά ή φυσικά; Έχεις ανάπτυξη διατροφικές διαταραχές (βουλιμία, ανορεξία);
11. Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου ως προς την φροντίδα του εαυτούς σου; Ενδιαφέρεσαι για την εμφάνισή σου; Έχεις προσπαθήσει να γίνεις λιγότερο ελκυστική για να αποφύγεις να εμπλακείς σε κάποια σχέση, στην αγάπη και στο σεξ;
12. Έχεις πρόβλημα στο να βρεις, να οικοδομήσεις ή να διατηρήσεις καλές σχέσεις με ανθρώπους του αντίθετου φύλου; Έχεις πρόβλημα με θέματα εμπιστοσύνης και ελέγχου; Μπλέκεσαι σε σχέσεις τραυματικές ή κακοποίησης; Ανέχεσαι την κακομεταχείριση γιατί αισθάνεσαι ότι δεν σου αξίζει τίποτα καλύτερο;
13. Έχει αυξηθεί η απόσταση μεταξύ εσού και των γονιών σου ή αδελφών σου εξαιτίας περασμένων αμβλώσεων; Υπάρχει ένταση μεταξύ εσού και άλλων, επειδή όλοι αποφεύγουν να μιλούν για την άμβλωση;
14. Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου για σεξουαλική επαφή; Έχεις αυξημένο πόνο κατά την συνουσία; Επιδίδεσαι αδιάκριτα και επιπόλαια σε σεξουαλική δραστηριότητα εξαιτίας χαμηλής αυτοεκτίμησης; Έχεις χάσει την επιθυμία να κάνεις παιδιά;
15. Αντιμετωπίζεις περιόδους κατάθλιψης, αυξημένης ανησυχίας ή πόνων σε συγκεκριμένους μήνες του χρόνου, ειδικά κατά τους μήνες που αντιστοιχούν σε αυτόν της άμβλωσης (ή των αμβλώσεων) ή στην αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού της εγκυμοσύνης που διακόπηκε;
16. Ταράζεσαι υπερβολικά έντονα όταν ακούς περιστατικά βρεφοκτονιών ή εγκατάλειψης βρεφών από τις μητέρες τους; Πιάνεις τον εαυτό σου να τις κατηγορεί χωρίς να σκεφτεί ποιες περιστάσεις την οδήγησαν στην πράξη, και να λέει ότι καλύτερα να είχα κάνει άμβλωση παρά να τα σκότωναν ή να τα εγκατέλειπαν;
17. Έχεις χάσει την πίστη σου στο Θεό; Έχεις χάσει την αίσθηση της ειρήνης του Θεού που τυχόν είχες παλαιότερα; Σκέφτεσαι αν ο Θεός σ' αγαπά ακόμα; Φοβάσαι το Θεό;

Έχεις απορρίψει την πίστη στο Θεό για λόγους συναισθηματικούς, παρά ορθολογικούς;

Αν έχεις απαντήσει ναι σε τρεις ή περισσότερες από τις ερωτήσεις, τότε μπορεί να σε βοηθήσει η θεραπευτική αγωγή από ειδικευμένους θεραπευτές, που να κατανοούν την κατάσταση. (<http://www.afterabortion.info/hope/arti12.htm>)

4.6 Θεραπεία του μετεκρωτικού συνδρόμου

1. Πρέπει οι ασθενείς να πιστεύουν στο Θεό για να ωφεληθούν από τη συμβουλευτική για το μετεκρωτικό σύνδρομο;

Οι ψυχοθεραπευτές που ασχολούνται με το μετεκρωτικό σύνδρομο είναι προετοιμασμένη να βοηθούν ανθρώπους με κάθε θρησκευτικό υπόβαθρο ή χωρίς κανένα θρησκευτικό υπόβαθρο. Πολλοί σέβονται τα θρησκευτικά πιστεύω των ανθρώπων που εξυπηρετούν.

Ένα μεγάλο θέμα για πολλούς είναι ν' αφήσουν να ξεσπάσουν ο θυμός και η δυσφορία που τους κρατά δέσμιους με το παρελθόν. Είναι μεγάλη βοήθεια για τους ανθρώπους με θρησκευτική πίστη να ανατρέχουν σ' αυτήν και να εφαρμόζουν της διδασκαλίες της για να παρηγορηθούν και για το λόγο αυτό ο θεραπευτής μπορεί να αναφερθεί να αναφερθεί στην συγκεκριμένη πίστη και να τους συμβουλεύσει να πάρουν συγχώρεση (<http://www.afterabortion.info/hope/arti10.htm>).

Πολλοί βασανίζονται από το ερώτημα <<Έχει το παιδί μου ψυχή; Και αν ναι που είναι τώρα; Σε γενικές γραμμές η συμβουλευτική από ειδικό και η ψυχοθεραπευτική διαδικασία με το μετεκρωτικό σύνδρομο η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει είτε πιστεύει στο Θεό είτε όχι (<http://www.afterabortion.info/hope/arti10.htm>).

2. Μετά από άμβλωση. Βήματα προς την θεραπεία

- ✚ Αναγνώριση ότι δεν είσαι μόνη σου έχουν περάσει και άλλοι από την ίδια διαδικασία και τις ίδιες δοκιμασίες.
- ✚ Αναγνώρισε ότι η διαδρομή μέχρι την πλήρη θεραπεία μπορεί να χρειαστεί χρόνο. Η συγχώρεση του Θεού μπορεί να δοθεί στιγμιαία. Αλλά το να κατανοήσουμε και να ξεπεράσουμε τα συναισθήματα μας και τον πάντα παρόντα πειρασμό να ενδώσουμε σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά χρειάζεται χρόνο.
- ✚ Αναγνώρισε ότι είναι φυσικό και καλό να πενθείς την απώλεια ενός αγαπημένου. Ακριβώς όπως παίρνει χρόνο η απώλεια ενός αγαπημένου γονέα ή συντρόφου έτσι παίρνει χρόνο και η απώλεια ενός εκτρωμένου παιδιού. Στην περίπτωση της

άμβλωσης η διαδικασία πένθους διακόπτεται από συναισθήματα άρνησης. Δέξου τη λύπη σου ως φυσιολογική όχι σαν κάτι που πρέπει να εγκαταλειφθεί ή να απωθηθεί.

✦ Παράδωσε το παιδί σου στην φροντίδα του Θεού. Ξέρε ότι στον ουρανό το αγαπούν και το φροντίζουν. Μην εμμείνεις στο παιδί σου με το να παρατείνεις την λύπη. Σκέψου ότι στον ουρανό είναι ευτυχισμένο

✦ Συγχώρεσε τους άλλους. Κατανόησε ότι και αυτοί το έκαναν από άγνοια, φόβο και μικροψυχισμό. Αν μπορείς πες τους πως τους συγχωρείς

Συγχώρεσε τον εαυτό σου. Θυμήσου επειδή το παιδί σου ζει στην αγάπη και το έλεος του Θεού είναι πέρα από την ανθρώπινη κακοβουλία

<http://www.afterabortion.info/hope/arti10htm>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΑΒΑΣΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Χριστιανική άποψη

Σήμερα τα πορίσματα της ιατρικής ανθρωπολογίας, βιοχημείας και βιολογίας συμφωνούν με την διδαχή της εκκλησίας. Μας λένε ότι η έκτρωση αφού διακόπτει μια αυτόνομη ζωή που υπάρχει σε τέλειο βαθμό είναι φόνος και ότι το έμβρυο είναι αυτόνομη και αυθύπαρκτη ζωή άτομο με όλα τα δικαιώματα από την αρχή της σύλληψης.

Συνέπεια της βασικής αυτής αρχής την οποία τονίζουν με πολύ έμφαση οι άγιοι πατέρες και διδάσκαλοι της εκκλησίας μας, Γρηγόριος ο Θεολόγος, Αναστάσιος ο Σιναίτης και Μάξιμος ο Ομολογητής ότι:

- <<Η φθείρασα (το έμβρυο) κατ' επιτήδευση φόνου δίκην απέχει. (Μ. Βασίλειος, Κανών Β')
- << Αι τα αμβλωθήρια δίδουσαι φάρμακα φονεύτρια εισί και αυτά και οι δεχόμενοι τα εμβρυοκτόνα δηλητήρια (Μ. Βασίλειος, Κανών Β')

Η εκκλησία μας λέει ότι είναι αφροσύνη μας να θέλουμε με πολύ υπομονή και μάλιστα με απόλυτη νομική κάλυψη να εξολοθρέψουμε μ' έναν τέτοιο φρικτό τρόπο το έμβρυο, τον αγέννητο απροστάτευτο άνθρωπο με την αθάνατη ψυχή. Με την νομιμοποίηση το μόνο που καταφέρνουν είναι να μειώσουν τα συναισθήματα ενοχής της γυναίκας η οποία είχε στα σπλάχνα το παιδί της που σκιρτούσε και του διέκοψε την ζωή.

Γιατί αυτό από κει που είναι μας φωνάζει με σιωπηλή φωνή ότι δεν είναι μέρος του σώματος της γυναίκας αλλά ζωή ψυχοσωματική γιατί γλείφει το δαχτυλάκι του, κινείται όπως θέλει και όποτε θέλει στην μήτρα, κοιμάται και ξυπνά όποτε θέλει.

Η εκκλησία μας είναι αντίθετη και με την έκτρωση όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού γιατί και σε αυτή τη περίπτωση το έμβρυο είναι το αθώο θύμα της όλης υπόθεσης.

Η εκκλησία τονίζει ότι το έμβρυο είναι ψυχή μοναδική και ανεπανάληπτη που αν δεν γεννηθεί ποτέ δεν θα γεννηθεί ο ίδιος έστω κι αν έχει μειονεκτήματα χαμογελά για τη ζωή.

Το περιοδικό Times (10 Σεπτεμβρίου 1984) σε δεκασέλιδη ερευνά του γύρω από το θέμα των εκτρώσεων τονίζει και τούτο:

Επειδή το ωάριο που γονιμοποιήθηκε από την στιγμή της σύλληψης του είναι τέλεια ψυχοσωματική οντότητα γι' αυτό έχει όλα τα δικαιώματα της ανθρώπινης ύπαρξης. Μεταξύ αυτών είναι:

- Να μην ψύχεται
- Να μην γίνεται πείραμα
- Να μην καταστρέφεται (Βασιλειάδης , 1991).

5.2 Ιατρική άποψη

Μερικές δεκαετίες πριν, η απόφαση της γυναίκας για άμβλωση ήταν δική της απόφαση και στηριζόταν στην δική της κρίση και συνείδηση. Σήμερα που η τεχνολογία μπορεί κάθε στιγμή να αποδείξει την αλήθεια της ζωής με ένα απλό υπερηχογράφημα σε αυτούς που δυσπιστούν είναι κρίμα, τόσες γυναίκες να καταφεύγουν στην έκτρωση χωρίς συγκεκριμένο λόγο και σκοπό απλά από άγνοια (Αναστασίου, 1992).



Η σημερινή τεχνολογική ανάπτυξη επιτρέπει την υποστήριξη της γνώμης που εκφράζει σήμερα η ιατρική επιστήμη. Παραδέχεται ότι ο άνθρωπος από την στιγμή της σύλληψης του είναι τέλειος άνθρωπος. Η αποφασιστική στιγμή που δημιουργείται ο νέος άνθρωπος είναι η γονιμοποίηση του. Τη στιγμή δηλαδή που εισέρχεται ένα σπερματοζώαριο σε ένα ωάριο. Στη μετέπειτα εννεάμηνη εμβρυική ζωή του ανθρώπου δεν υπάρχει καμία αποφασιστική καμπή (Αναστασίου, 1992).

Ο πρώτος που καταδικάζει την έκτρωση είναι ο Ιπποκράτης ο πατέρας της ιατρικής. Ένας όρκος στον οποίο ορκίζονται όλοι οι γιατροί παγκόσμια μόλις πάρουν το πτυχίο τους. “Όμοίως δε ουδέ γυναικί πεσσον φθοριον δωσω” λέει η παράγραφος δηλαδή κανένας γιατρός δεν πρέπει να δώσει εκτρωτικό φάρμακο σε γυναίκα. Επίσης ο Γαληνός καταδικάζει την έκτρωση σαν μια βίαιη πράξη πάνω στην ανθρώπινη φύση (Αναστασίου, 1992).

Ένα κλασικό και ταυτοχρόνως μοντέρνο Αμερικανικό σύγγραμμα “Η μαιευτική του Williams” ένα σύγγραμμα που διδάσκεται σε όλα τα Αμερικανικά σχολεία της ιατρικής και λέει στην έκδοση 1976.

“ Ευτυχώς έχουμε φθάσει στην εποχή κατά την οποία το έμβρυο δικαιωματικά πρέπει να θεωρείται και να θεραπεύεται ως ο δεύτερος ασθενής μας. Ποιος θα μπορούσε να ονειρευτεί ότι εμείς οι μαιευτήρες θα φθάσουμε να υπηρετούμε το έμβρυο ως γιατροί.” (Αναστασίου, 1992).

Από αυτή τη σύντομη ανασκόπηση βλέπουμε ότι η ιατρική παραδέχεται ότι το έμβρυο είναι αυτόνομο είναι ένας ξεχωριστός άνθρωπος και όχι μια όμορφη μάζα κυττάρων. Είναι ένα ξεχωριστό άτομο το οποίο δεν μπορεί ακόμα να εκφραστεί. Δεν είναι κτήμα της μητέρας ούτε αποτελεί μέρος αυτής. Είναι μέρος όλου του κόσμου αφού ανήκει σ’ όλη την δημιουργία. ” (Αναστασίου, 1992).

5.3 Η Θέση των Φεμινιστικών κινήματων και των κινήματων για την ελευθερία της γυναίκας.

Το θέμα της άμβλωσης έχει απασχολήσει κατά καιρούς την εκκλησία, την ιατρική και την νοσηλευτική επιστήμη. Είναι όμως και ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες έχουν ξεκινήσει έναν αγώνα για τα δικαιώματα της γυναίκας και την ελευθερία της να αποφασίζει η ίδια για τον εαυτό αλλά και το σώμα της. Έτσι, άρχισαν να δημιουργούνται αρκετά φεμινιστικά κινήματα, όπως το Πρώτο Κόμμα Γυναικών στην Ελλάδα (Ιανουάριος '98). Οι απόψεις των κινήματων αυτών επικεντρώνονται στο ότι η άμβλωση είναι βασικό γυναικείο δικαίωμα, η οποία επεξηγείται παρακάτω: (Global Feminismince, 1945).

Το γυναικείο κίνημα διαπιστώνοντας την πρόσφατη έντονη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης πάνω στο θέμα της άμβλωσης αποπειράται να ανιχνεύσει τις αιτίες για τις οποίες το φαινόμενο έχει λάβει τέτοιες διαστάσεις. Ελάχιστοι διαπιστώνουν, ότι οι φορείς που έχουν αναλάβει το καθήκον της ενημέρωσης για την αντισύλληψη δεν είναι καταρτισμένοι με αποτέλεσμα πολλά νέα άτομα που ξεκινούν την σεξουαλική τους δραστηριότητα να μην είναι επαρκώς ενημερωμένα (Global Feminismince, 1945).

Αυτό είναι το πρώτο και το βασικό στοιχείο που καταγράφεται σχετικά με το θέμα. Θεωρούν λοιπόν, ότι όλοι οι φορείς που σπεύδουν να πληροφορήσουν τον πληθυσμό, τον «βομβαρδίζουν» με στατιστικά στοιχεία για τις αμβλώσεις και τον ταράζουν με τις «τρομερές» συνέπειες αυτής της επέμβασης. Κατ' επέκτασιν αποσκοπούν στην τρομοκράτηση χωρίς να πετυχαίνουν ουσιαστική ενημέρωση ενώ θα ήταν σωστότερο να ενημερώσουν τους νέους ανθρώπους, για την αντισύλληψη. Εκφράζουν την υπόνοια ότι αυτό το γεγονός, λειτουργεί ως αντιπερισπασμός ώστε η προσοχή της κοινής γνώμης να στραφεί σε άλλη κατεύθυνση. Κατονομάζεται ο Σύλλογος για την Προστασία του Αγέννητου Παιδιού ως η υποκινήτρια δύναμη όλου αυτού του θορύβου (Global Feminismince, 1945).

Εκφράζουν τον φόβο ότι πίσω από όλη αυτήν την δραστηριότητα εναντίων των αμβλώσεων και τη θλίψη για τα αγέννητα παιδιά, κρύβονται άλλοι στόχοι και άλλες επιδιώξεις. Θεωρούν κάτι παραπάνω από πραγματική την υποψία ότι στο άμεσο ή απώτερο μέλλον ίσως τεθεί υπό αμφισβήτηση ο νόμος που ισχύει στην χώρα σχετικά με την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, ο οποίος ήταν το αποκορύφωμα των αγώνων του φεμινιστικού κινήματος κατά τη δεκαετία του '80. Τονίζουν ότι είναι ίσως ο πιο προοδευτικός από όλους τους σχετικούς νόμους που ισχύουν σήμερα στην Ευρώπη, γεγονός το οποίο ενισχύει το προηγούμενο συμπέρασμα. Παρατηρώντας την κατάσταση διεθνώς, διαπιστώνουν μία τάση προς την αμφισβήτηση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών. Είτε από ετερόκλητες συμμαχίες (Πάπας, Ισλαμιστές) είτε από την Ορθοδοξία και τις ελληνικές παραεκκλησιαστικές οργανώσεις σε τοπικό επίπεδο. Λαμβάνεται πολύ σοβαρά πιθανότητα

οι οργανώσεις αυτές ενδεχομένως να ζητήσουν την τροποποίηση του νόμου που ισχύει στην Ελλάδα στο άμεσο μέλλον. Ίσως ζητήσουν να ψηφιστούν διατάξεις οι οποίες θα ορίζουν ότι οι γυναίκες που θα ζητούν να κάνουν άμβλωση θα είναι υποχρεωμένες να επισκέπτονται πρώτα κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο, κάτι που ισχύει σε άλλες χώρες (Global Feminismince, 1945).

Καθίσταται όμως σαφές ότι αυτή η πρόταση δεν πρέπει να γίνει αποδεκτή κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Το φεμινιστικό κίνημα στις δεκαετίες 1970 και 1980 έδωσε μάχες ενάντια σ' αυτές τις διατάξεις οι οποίες, θεωρούν, ότι υπονομεύουν τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών και κατά συνέπεια υπονομεύουν το δικαίωμα στην επιλογή. Υποστηρίζουν ότι η απόφαση των γυναικών να διακόψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν λαμβάνεται χωρίς σκέψη. Η απόφαση αφορά ένα θέμα λεπτό εντελώς προσωπικής φύσης και η ελευθερία της λήψης αυτής της απόφασης θεμελιώδες και άρα αυτονόητο δικαίωμα της γυναίκας (Global Feminismince, 1945).

Η νομοθεσία, η οποία αποποινικοποιεί τις αμβλώσεις χρήζει υπεράσπισης από τα κινήματα, λόγω του ότι διασφαλίζει τα δικαιώματα των γυναικών και του ότι οι επεμβάσεις αυτές όταν διεξάγονται παράνομα, διεξάγονται κάτω από επισφαλείς συνθήκες και όρους που ενέχουν τρομερούς κινδύνους για τη ζωή, την υγεία την ακεραιότητα και τη γονιμότητα των γυναικών. Παραδείγματα παράνομων αμβλώσεων οι οποίες είχαν επιβλαβή αποτελέσματα για τις γυναίκες υπάρχουν άπειρα, ως τη στιγμή που τέθηκε σε ισχύ ο νόμος για την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, γεγονός που αποδεικνύει τη χρησιμότητα ης αποποινικοποίησης (Global Feminismince, 1945).

Οι φεμινίστριες θεωρούν απαραίτητη την επαγρύπνηση και την επιφυλακή, ώστε να μην καταργηθεί η νομική διάταξη για την αποποινικοποίηση. Παράλληλα κρίνεται εξίσου σημαντικός και ο αγώνας για την διάδοση της αντισύλληψης. Η ενημέρωση έρχεται σε πρώτο πλάνο και προτείνονται οι εξής τρόποι:

- Η απαίτηση ύπαρξης της ανάλογης πληροφόρησης από ειδικούς σε όλα τα γυμνάσια της χώρας, η οποία αποτελεί συντελεστικό παράγοντα για την ευαισθητοποίηση των νέων και κατ' επέκτασιν της κοινής γνώμης.
- Η προσπάθεια για άμεση κατάρρευση των θεμάτων που χαρακτηρίζονται ως ταμπού ώστε οι γονείς να ενημερώσουν ανεπηρέαστοι σχετικά με αυτά τα ζητήματα τα παιδιά τους.
- Η διακίνηση του ανάλογου ενημερωτικού υλικού σε όλους τους χώρους και κυρίως σ' αυτούς που κινείται η νεολαία.
- Η ανάληψη από το ίδιο το φεμινιστικό κίνημα της ενημέρωσης για τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

- Η υπεράσπιση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών γυναικείων δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο μέσω της εστίασης της προσοχής στην κατοχύρωση αυτών των δικαιωμάτων από σχετικές διεθνείς συμβάσεις.

Η εκδήλωση της αλληλεγγύης του φεμινιστικού κινήματος, στις γυναίκες άλλων χωρών (π.χ. ΗΠΑ) που τα δικαιώματα αυτά τίθενται υπό αμφισβήτηση ή στις γυναίκες χωρών που η άμβλωση θεωρείται ποινικό αδίκημα (π.χ. Πολωνία, Ιρλανδία) (Global Feminismince, 1945).

Η επίδειξη της αλληλεγγύης του φεμινιστικού κινήματος στις/ους γιατρούς που με μεγάλους κινδύνους υπερασπίζονται τα δικαιώματα αυτά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ολλανδική οργάνωση (Women on Waves), γιατροί στις ΗΠΑ που έχουν πέσει θύματα βίας επειδή διεξήγαγαν τέτοιου είδους επεμβάσεις αλλά και Έλληνες γιατροί που υπερασπίζονται τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών. Επίσης, απαιτείται συσπείρωση και ενότητα μεταξύ των μελών του ελληνικού φεμινιστικού κινήματος. Τα δικαιώματα που έχει κατακτήσει, τα κατέκτησε με μεγάλους αγώνες οι οποίοι καθιστούν αναγκαία τη φροντίδα για τη διαφύλαξη τους (Global Feminismince, 1945).

Κάποια άλλα μέλη φεμινιστικών κινήματων αναφέρονται στο ρατσισμό που επικρατεί πάνω στο θέμα των εκτρώσεων. Οι απόψεις που προβάλλονται έχουν μεγάλο ενδιαφέρον και φωτίζουν μια πλευρά των σύγχρονων εξελίξεων όσο αφορά το θέμα της άμβλωσης ιδωμένη, βέβαια κάτω από το φεμινιστικό πρίσμα (Global Feminismince, 1945).

Το φεμινιστικό κίνημα κατήγγειλε την ενεργή συμμετοχή του ΟΤΕ, με τη έκδοση τηλεκαρτών στον πόλεμο εναντίον των εκτρώσεων. Συμπεραίνει ότι το αυτονόητο δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν για τη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης συνεχίζει να αμφισβητείται από διάφορες πλευρές. Δεν πρόκειται για κάτι αντίστοιχο με αυτό που συμβαίνει σε άλλες χώρες -κατά κύριο λόγο στις Ηνωμένες Πολιτείες και στη Γαλλία-, όπου η αντίθεση στη νομιμοποίηση των εκτρώσεων παίρνει τη μορφή ακόμη και αιματηρών τρομοκρατικών επιθέσεων. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η υπονόμηση του συγκεκριμένου δικαιώματος των γυναικών επιτυγχάνεται με ηπιότερα και ίσως αποτελεσματικότερα μέσα. Σχεδόν κανείς δεν διεκδικεί εμφανώς την αλλαγή της σχετικής νομοθεσίας (Global Feminismince, 1945).

Ένα ευρύ, ωστόσο, φάσμα φορέων συμμετέχει στην εκ των υστέρων προσπάθεια για υποβάθμιση των φεμινιστικών αγώνων για τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων και συσχετίζει ρητά τις (νόμιμες) εκτρώσεις με ένα από τα μείζονα δεινά της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας: το δημογραφικό πρόβλημα και τους κινδύνους που απειλούν τη χώρα από εξωτερικής και εσωτερικούς εχθρούς. Τελευταία προστέθηκε και η αλλοίωση της φυλετικής καθαρότητας των Ελλήνων από τον μεγάλο αριθμό παιδιών που αναμένεται να αποκτήσουν τα επόμενα χρόνια οι οικονομικοί μετανάστες: δημοσιογράφοι και εμπειρογνώμονες σπεύδουν στα μαιευτήρια

για να ελέγξουν τους ανησυχητικούς ρυθμούς με τους οποίους έρχονται στον κόσμο τα ανεπιθύμητα μη ελληνόπουλα (Routledge, 2000).

Προκειμένου για την προσφορά αποδείξεων για τους παραπάνω ισχυρισμούς αναφέρεται ως παραπάνω ισχυρισμούς αναφέρεται ως παράδειγμα μια συνέντευξη τύπου των διοργανωτών του 2^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικογενειακού Προγραμματισμού (18-20/02). Στην συνέντευξη αναφερόταν μεταξύ άλλων, ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη ευρωπαϊκή μείωση σε αριθμό εκτρώσεων, κυρίως σε νέες γυναίκες. Στην ίδια συνέντευξη επισημάνθηκε ρητά η μείωση του αριθμού των εκτρώσεων κατά την τελευταία δεκαετία, όμως δεν αποδόθηκε η ίδια σημασία στο γεγονός. Την επομένη, σύσσωμος ο Τύπος διακήρυττε σε όλους τους τόνους ότι οι εκτρώσεις αφανίζουν τη χώρα: «Ελληνική πρωτιά στις εκτρώσεις», ενημέρωνε τους αναγνώστες ο σχετικά ψυχραιμος τίτλος των «Νέων». «Παρά το δημογραφικό πρόβλημα, θλιβερή πρωτιά για την Ελλάδα με 120.000 εκτρώσεις το χρόνο», εξηγούσε από την πλευρά του ο «Ελεύθερος Τύπος». «Πρωταθλήτρια Ευρώπης στις αμβλώσεις», συμπλήρωνε ο «Αδέσμευτος Τύπος», προσθέτοντας, σε τίτλο, το δίλημμα που υποτίθεται ότι ακόμη εκκρεμεί: «Φόνος ή δικαίωμα; Το ερώτημα που διχάζει». Πιο ρητή, για μια ακόμη φορά, η «Ελεύθερη Ώρα»: «Δημογραφικό πρόβλημα. Οι εκτρώσεις 'σβήνουν' την Ελλάδα...» (16/02) (Routledge, 2000).

Κατά την άποψη του φεμινιστικού κινήματος δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του σύγχρονου αυτού λόγου περί των εκτρώσεων που, δίχως να απαιτεί ρητά την αναθεώρηση της ισχύουσας νομοθεσίας, κατορθώνει με τα υπονοούμενα μηνύματα του να αμφισβητεί συστηματικά, το δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν ανεμπόδιστα για τη διακοπή ή μη, μιας εγκυμοσύνης. Το πρώτο συνίσταται στον αυτόματο συσχετισμό των εκτρώσεων με το "δημογραφικό πρόβλημα" και όχι, όπως θα ήταν λογικό, με τις αντισυλληπτικές πρακτικές και τις διαφοροποιήσεις τους στο πέρασμα του χρόνου. Το δεύτερο αφορά μια εσκεμμένη απόκρυψη: η συνεχής πτωτική τάση του αριθμού των εκτρώσεων που διαπιστώνεται τα τελευταία χρόνια παραμένει αόρατη, προφανώς επειδή η παραδοχή ου στατιστικού αυτού δεδομένου θα ερχόταν σε αντίφαση με τις κινδυνολογικές ιαχές περί αφανισμού του ελληνικού έθνους. Αλλά ο αριθμός των εκτρώσεων ανερχόταν σε 300.000 πριν από δεκαπέντε χρόνια και τώρα αντίστοιχες (κατά προσέγγιση) μετρήσεις τις υπολογίζουν στις 100.000. Θεωρούν αδιανόητο το γεγονός ότι η εξέλιξη αυτή δεν αξιολογείται θετικά (Routledge, 2000).

Στο σημείο αυτό το φεμινιστικό κίνημα επιτίθεται σε παράγοντες τους οποίους θεωρεί πολέμιους του δικαιώματος των γυναικών να καταφεύγουν στη διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όπως ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού ο οποίος φέρεται να έχει ιδεολογικές συγγένειες με τις αμερικανικές οργανώσεις που υπερασπίζονται το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή (pro-life organizations). Έναν αντίστοιχο, προφανώς λιγότερο δραστήριο, σύλλογο εντοπίζει και στις σελίδες του περιοδικού "Πολύτεκνη Οικογένεια" της Πανελληνίας Ένωσης Φίλων των Πολυτέκνων: πρόκειται για τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, ο οποίος διαφημίζεται με το σύνθημα "Πρόληψη - Θεραπεία Εκτρώσεων" και δηλώνει έτοιμος να βοηθήσει "κάθε έγκυο γυναίκα, μάλιστα 'άγαμη', που αντιμετωπίζει κίνδυνο ή πειρασμό Εκτρώσεως". Ενδεικτική θεωρείται -αν όχι ανησυχητική- και η συνέχεια της καταχώρισης: "Το ίδιο (δηλαδή η ίδια πρόσκληση) ισχύει και για όσους γνωρίζουν εγκύους που κινδυνεύουν να οδηγηθούν σε έκτρωση", σημειώνουν οι υπεύθυνοι του συλλόγου, χωρίς να διευκρινίσουν πώς ακριβώς χειρίζονται τις πληροφορίες αυτού του τύπου. Επίσης,

έχουν εκφραστεί για το είδος της βοήθειας ου προσφέρεται καθώς υπάρχουν υπόνοιες για παράνομες υιοθεσίες. Τέλος, κάποια φεμινιστικά κινήματα αναφέρονται στη βία που υπόκεινται οι γυναίκες που αποφασίζουν να υποβληθούν σε άμβλωση υποστηρίζουν τα δικαιώματα του αυτοκαθορισμού και της ελευθερίας της γυναίκας (Routledge, 2000).

Σύμφωνα λοιπόν, με τις απόψεις τους η έκτρωση δεν αποτελεί έγκλημα αλλά αναφαίρετο δικαίωμα κάθε γυναίκας. Καταρχήν διότι με τη γέννηση ενός παιδιού μόνο η ζωή της γυναίκας υπόκειται σε ριζικές αλλαγές. Κι όμως οι πολέμιοι των εκτρώσεων τοποθετούν τα δικαιώματα μιας αγέννητης ζωής, που ούτε έχει διαμορφωθεί ούτε διαθέτει συνείδηση, πάνω από τα δικαιώματα της γυναίκας. Σύμφωνα με την λογική τους η γυναίκα δεν αποτελεί αυτόνομο πρόσωπο, αλλά απλά τον φορέα ενός "παιδιού", απλά μια μηχανή αναπαραγωγής (Routledge, 2000).

Η λογική αυτή ακολουθία, κατά τις φεμινίστριες δεν είναι νεοεμφανιζόμενη στην επιχειρηματολογία των πολέμιων των άμβλώσεων. Εναρμονίζεται πλήρως με τις παραδοσιακές αντιλήψεις για τις γυναίκες. Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα όταν ανακαλύφθηκαν οι πρώτες αντισυλληπτικές μέθοδοι, οι αντίπαλοι τους τις ονόμαζαν έγκλημα. Το να είναι μια γυναίκα σε θέση να αποφασίζει για την εγκυμοσύνη της, θεωρήθηκε καταστρεπτικό, γιατί σήμαινε την ανατροπή των παραδοσιακών σχέσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρόλα αυτά οι γυναίκες αποκτούσαν σεξουαλική ισοτιμία με ους άνδρες. Ταυτόχρονα τοποθετούνταν τα θεμέλια για να είναι σε θέση οι γυναίκες να έχουν τον έλεγχο του σώματός τους και της ζωής τους. Θεμελιώνονταν οι βάσεις της αμφισβήτησης από τις γυναίκες των παραδοσιακών τους ρόλων και της εξόδου τους από το σπίτι. Πλέον οι γυναίκες αποδεσμευόντουσαν από τις κοινωνικές επιταγές και ξεκινούσαν την διεκδίκηση της ισοτιμίας. Και πράγματι ο στόχος αυτός επετεύχθη. Με την διάδοση της αντισύλληψης, άρχισε η πάλη για τη νομιμοποίησή της, παράλληλα με την πάλη για ίσες ευκαιρίες εργασίας, ίση αμοιβή αντρών και γυναικών και δικαίωμα ψήφου στις γυναίκες (Routledge, 2000).

Σήμερα, τη στιγμή που το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού της γυναίκας είναι νομικά κατεκτημένο στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, η επιχειρηματολογία εξελίσσεται σε « ανθρωπιστική » κατά τις φεμινίστριες. Ωστόσο ο ανθρωπισμός αυτός ισχύει μονάχα για το έμβρυο και όχι για τη γυναίκα. Η ελεύθερη απόφαση της γυναίκας να προχωρήσει στην διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται εγκληματική πράξη και δολοφονία, κατηγορία η οποία απορρέει από το γεγονός ότι η γυναίκα είναι σε θέση με την κάλυψη του νόμου να ελέγχει το σώμα της. Συγχρόνως σε όλες τις πολεμικές κατά των εκτρώσεων δεν παρατηρείται καμία αναφορά στην ευθύνη που φέρει για το γεγονός ο πατέρας. Σε κανένα σημείο δεν χαρακτηρίζεται εκείνος ως δολοφόνος, ούτε του ανατίθεται το καθήκον της ανατροφής ενός (ανεπιθύμητου) παιδιού (Routledge, 2000).

Κατά την άποψη του φεμινιστικού κινήματος, η στάση αυτή αιτιολογείται από την εμμονή της σύγχρονης κοινωνίας να συνεχίζει να διατηρεί τη διπλή ηθική που χαρακτηρίζει τις ταξικές κοινωνίες. Υποστηρίζεται ότι για τις περισσότερες γυναίκες η επιλογή να διακόψουν ή όχι μια εγκυμοσύνη δεν αποτελεί σήμερα πραγματική επιλογή. Μεγάλο ποσοστό γυναικών αναγκάζονται να κάνουν έκτρωση, καθώς δεν διαθέτουν τα μέσα να συντηρήσουν το παιδί

τους και να το μεγαλώσουν. Τα κρατικά επιδόματα για τα παιδιά είναι ελάχιστα, οι παιδικοί σταθμοί στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί και ακριβοί και τα μετέπειτα έξοδα ενός παιδιού, όταν πάει σχολείο, ή όταν θέλει να σπουδάσει κ.ο.κ. είναι υπέρογκα. Άλλες γυναίκες φοβούνται να κρατήσουν ένα παιδί αν δεν τελούν υπό καθεστώς γάμου λόγω της κοινωνικής κατακραυγής (Routledge, 2000).

Θεωρούνται ως « ελευθέρων ηθών » και αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο με την οικογένεια και τον κοινωνικό τους περίγυρο όσο και από τους εργοδότες τους. Το ίδιο το παιδί βέβαια βάλλεται σε όλη του τη ζωή με χαρακτηρισμούς του τύπου « εξώγαμο » και « μπάσταρδο ». Ιδιαίτερα δύσκολη είναι η κατάσταση των γυναικών που διαβιούν στην επαρχία και πρέπει να κρατήσουν την εγκυμοσύνη τους μυστική, καταλήγοντας συχνά στην έσχατη λύση των εκτρώσεων στο σπίτι μέσα σε πρωτόγονες συνθήκες διακινδυνεύοντας την ζωή τους, αν και αυτά τα περιστατικά τείνουν να εκλείψουν (Routledge, 2000).

Βέβαια μία εγκυμοσύνη δικαιολογείται από πολλές άλλες αιτίες. Μία μεγάλη ομάδα γυναικών επιθυμούν να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους, γιατί δεν είναι έτοιμες να γίνουν μητέρες, ή απλά γιατί δεν επιθυμούν να γίνουν μητέρες κάτι το οποίο αποτελεί αναμφισβήτητα δικαίωμά τους. Όταν όμως αυτές οι γυναίκες είναι χαμηλόμισθες ή έφηβες δυσκολεύονται πολύ να επιλέξουν ελεύθερα μια άμβλωση λόγω του υψηλού χρηματικού ποσού που απαιτείται. Τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν το κόστος και οι γυναίκες δεν έχουν άλλη επιλογή παρά να αποταθούν στην καλοσύνη του κάθε γιατρού για την διευθέτηση του ποσού (Routledge, 2000).

Για να αποτελεί η επιλογή της έκτρωσης καθαρά επιλογή της γυναίκας, σύμφωνα με το φεμινιστικό κίνημα, απαιτείται:

- Δωρεάν έκτρωση, που να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Περισσότερες κλινικές εκτρώσεων, στα αστικά κέντρα και στην επαρχία, που να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες, καθώς και απόλυτη εχεμύθεια.
- Αυξημένα επιδόματα για τα παιδιά και δωρεάν παιδικοί σταθμοί για τις γυναίκες που επιθυμούν να κρατήσουν το παιδί τους (Global Feminismince, 1945).

Σε πολλές χώρες τα ήθη έχουν ήδη αλλάξει και η σεξουαλική ελευθερία των γυναικών δεν αποτελεί στοιχείο πρόκλησης για την κοινωνία. Υπάρχουν και χώρες όπου οι γυναίκες απολαμβάνουν την ελευθερία να φέρνουν στον κόσμο και να μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά τους.

Όμως, τα παραδείγματα αυτά είναι κάπως περιορισμένα σε σχέση με τα παγκόσμια δεδομένα. Ακόμα και σήμερα για παράδειγμα σε πολλές χώρες, η αντισύλληψη είναι άγνωστη ή δεν διαδίδεται επαρκώς, ποινικοποιούνται οι αμβλώσεις και οι γυναίκες διώκονται για την άσκησή τους. Με τέτοιου είδους μέσα, για τα οποία ιθύνοντες είναι τα κράτη αλλά και διάφοροι συντηρητικοί κύκλοι, αποπειράται να ασκείται έλεγχος στα σώματα και κατ' επέκταση και στις ζωές των γυναικών. Η κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι η ίδια υπεύθυνη και να επιλέγει αν,

πότε και πόσα παιδιά θα φέρνει στον κόσμο. Μόνο τότε έχει την αξία της και η ίδια η μητρότητα, όταν είναι αποτέλεσμα της ελεύθερης επιλογής και διάθεσης των ατόμων (Global Feminismince, 1945).

- **Μανιφέστο των γυναικών που υιοθετήθηκε στο κλείσιμο της ευρωπαϊκής συνέλευσης στις 12 Νοεμβρίου του 2003**

Κατά την διάρκεια του δεύτερου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Φόρουμ στο Παρίσι υποστηρίχθηκε το θεμελιώδες δικαίωμα των γυναικών να διαθέτουν ελεύθερα το σώμα τους, να επιλέγουν ελεύθερα την άμβλωση για την διακοπή της εγκυμοσύνης, της οποίας η ασφαλιστική κάλυψη πρέπει να κατοχυρωθεί, την διάδοση της αντισύλληψης για όλες τις χώρες της Ευρώπης (Global Feminismince, 1945).

- **Διακήρυξη του 4^{ου} Παγκοσμίου Συνεδρίου για τη γυναίκα (Τόκιο 4-15 Σεπτεμβρίου 1995).**

Στο 4^ο κεφάλαιο της διακήρυξης που αφορά στην υγεία των γυναικών ορίζεται η υγεία του αναπαραγωγικού συστήματος ως μια κατάσταση ολοκληρωμένης φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία κάποιας ασθένειας ή ανωμαλίας, σε όλα τα θέματα τα οποία σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα στις λειτουργίες και τις διαδικασίες του (Global Feminismince, 1945).

Ο παραπάνω ορισμός υπαινίσσεται ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να έχουν ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή και τη δυνατότητα της αναπαραγωγής και την ελευθερία να αποφασίζουν εάν, τότε και πόσο συχνά θα δρουν κατ' αυτό τον τρόπο. Άρα άνδρες και γυναίκες διατηρούν του δικαιώματος της πληροφόρησης και της πρόσβασης σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, οικονομικές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους. Επίσης, έχουν το δικαίωμα επιλογής και άλλων μεθόδων για τη διαχείριση της γονιμότητας, που δεν έρχονται σε αντίθεση με το νόμο και το δικαίωμα πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Αυτά, απορρέουν από την αναγνώριση σε διεθνές επίπεδο, του βασικού δικαιώματος όλων των ζευγαριών και των ατόμων να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τον χρόνο της γέννησης των παιδιών τους και της ενημέρωσης και των μεθόδων με τις οποίες έχουν τη δυνατότητα να δρουν κατ' αυτό τον τρόπο (Global Feminismince, 1945).

Συμπεριλαμβάνεται η δυνατότητα να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους ελεύθεροι από διακρίσεις, απειλές, εξαναγκασμό ή βία, όπως εκφράζονται στα έγγραφα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα δικαιώματα των γυναικών περιλαμβάνουν την δυνατότητα να ελέγχουν και να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα σε ζητήματα τα οποία σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα τους (σεξουαλική- υγεία αναπαραγωγικού συστήματος. Οι ισότιμες σχέσεις μεταξύ των ανδρών και των γυναικών σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων, αναπαραγωγής και του σεβασμού της ακεραιότητας του ατόμου, απαιτούν αμοιβαίο σεβασμό, συναίνεση και αμοιβαία υπευθυνότητα για τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις συνέπειες της. Τονίζεται ότι η ικανότητα των γυναικών να ελέγχουν την γονιμότητα τους, διαμορφώνει μία σημαντική βάση για να απολαμβάνουν και άλλα δικαιώματα (Global Feminismince, 1945).

Όσον αφορά την άμβλωση αναφέρεται ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προωθείται ως μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού. Όλες οι κυβερνήσεις, οι σχετικές διακρατικές και μη-κυβερνητικές οργανώσεις ωθούνται στην ενδυνάμωση της δέσμευσης τους έναντι της υγείας των γυναικών, στην αντιμετώπιση του αντίκτυπου των επικίνδυνων αμβλώσεων στην υγεία ως θέμα μεγάλου δημόσιου ενδιαφέροντος και στην προσπάθεια μείωσης της διεξόδου προς τη άμβλωση μέσω διευρυσμένων και βελτιωμένων υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε αξιόπιστη ενημέρωση και φιλική συμβουλευτική υποστήριξη. Στην αποτροπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης πρέπει να δίνεται πάντα υψηλή προτεραιότητα και θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να ελαχιστοποιηθεί η ανάγκη για αυτήν την επέμβαση. Κάθε είδος μέτρου ή προτεινόμενων αλλαγών μέσα στα πλαίσια του συστήματος υγείας πρέπει να αποφασίζονται μόνο σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο σύμφωνα με την εθνική νομοθετική διαδικασία. Σε συνθήκες κατά τις οποίες οι αμβλώσεις δεν αντιτίθενται στους ισχύοντες νόμους, οι επεμβάσεις αυτές πρέπει να διεξάγονται σε ασφαλή περιβάλλοντα. Σε όλες τις περιπτώσεις οι γυναίκες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες, οι οποίες θα τις βοηθήσουν να ξεπεράσουν τις ενδεχόμενες επιπλοκές από την επέμβαση. Μετά την άμβλωση πρέπει να ακολουθήσει άμεσα η ανάλογη υποστήριξη, εκπαίδευση και οικογενειακός προγραμματισμός, που θα λειτουργούν επιπλέον ως πρόληψη για επόμενες αμβλώσεις. Επιπροσθέτως πρέπει να τεθεί υπ' όψιν το ζήτημα της αναθεώρησης των νομικών διατάξεων, οι οποίες περιέχουν άρθρα με ποινικά μέτρα εναντίον γυναικών που έχουν προχωρήσει σε παράνομες αμβλώσεις (Global Feminismince, 1945).

Στην εθνική έκθεση της Ελλάδας για το ίδιο συνέδριο αναφέρεται ότι το 7-14% των Ελληνίδων δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο και σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης προχωρούν σε αμβλώσεις, το ποσοστό των οποίων αγγίζει τις 120.000 ετησίως. Επίσης, η εκστρατεία ενημέρωσης για την αντισύλληψη που ξεκίνησε το 1985 απορροφήθηκε στην πορεία από την εκστρατεία κατά του AIDS (Global Feminismince, 1945).

Αργότερα ατόνησε και αυτή. Η αύξηση των αμβλώσεων από 15% σε 25% στα κορίτσια κάτω των 20 ετών οφείλεται τόσο σε αυτό το γεγονός όσο και σε προβλήματα στη χρήση και στην ποιότητα των προφυλακτικών, τα οποία δεν είναι διεθνών προδιαγραφών. Δεν υπάρχουν ε-

παρκείς υπηρεσίες για την ενημέρωση γύρω από θέματα εφηβικής γυναικολογίας και σεξουαλικής αγωγής.

Κατά καιρούς έχουν εκφραστεί και αντίθετες από τις προηγούμενες απόψεις από εκπροσώπους του φεμινιστικού κινήματος οι οποίες προκαλούν έκπληξη με το τόσο διαφορετικό περιεχόμενο των επιχειρημάτων τους (Global Feminismince, 1945).

Η Susan B. Anthony, εκ των θεμελιωτών του φεμινιστικού κινήματος πιστεύει ότι ανεξάρτητα να προχωρήσει στην απεχθή πράξη της άμβλωσης είναι ένοχη και έτσι θα νιώθει μέχρι το τέλος της ζωής της. Ακόμα περισσότερο ένοχος είναι εκείνος ο οποίος την ωθεί σε μία τέτοια απόφαση. Στα γραπτά κείμενα της αναφέρει την άμβλωση ως φόνο παιδιού και θεωρεί άδικο και αδικαιολόγητο το γεγονός ότι ο πατέρας δεν αναφέρεται καθόλου στη βιβλιογραφία και ως εκ τούτου άμοιρος ευθυνών. Επισημαίνει ότι το πρόβλημα είναι επιτακτική ανάγκη να χτυπηθεί στη ρίζα του και να επιτευχθεί στόχος αυτός πρέπει ο μέθοδοι αντισύλληψης να γίνουν ευρύτατα γνωστοί (1869) (Global Feminismince, 1945).

Η Emma Goldman το 1911 παρατηρεί ότι οι αμβλώσεις στην Αμερική έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας και ότι οι αμβλώσεις στην Αμερική έχουν λάβει διαστάσεις επιδημίας και ότι γενεσιουργός αιτία του προβλήματος είναι η οικονομική ανέχεια (Global Feminismince, 1945).

Η Alice Paul, η συγγραφέας της πρωτότυπης «Τροπολογίας περί Ίσων Δικαιωμάτων», πίστευε ότι η άμβλωση αποτελεί την έσχατη εκμετάλλευση των γυναικών (Global Feminismince, 1945).

Η Frederica Mathewes Green, υπέρμαχος των αμβλώσεων άλλαξε άποψη όταν έμαθε λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο που διεξάγονται οι αμβλώσεις κατά τις τελευταίες εβδομάδες, τις συνέπειες που έχουν για την υγεία της και το ποιοι επωφελούνται από τις αμβλώσεις. Θεωρεί ότι η γυναίκα έχει δικαίωμα και υποχρέωση να φροντίζει το σώμα της και η έκτρωση έρχεται σε αντίθεση με αυτές τις αρχές (Global Feminismince, 1945).

5.4 Οικογενειακός προγραμματισμός

Η θεσμοθέτηση του Ο.Π στην χώρα μας καθυστέρησε σημαντικά. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στην σύγχυση που επικράτησε σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή του προγράμματος σε μια χώρα που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της

αναπαραγωγικότητας. Η λεπτομερέστερη όμως μελέτη των χαρακτηριστικών της υπογεννητικότητας έδειξε ότι τα δημογραφικά μας χαρακτηριστικά συμβαδίζουν με την κοινωνικό-οικονομική και πολιτιστική μας ανάπτυξη και πλησιάζουν προς τα πρότυπα των χωρών της Ε.Ο.Κ. Η σημαντικότερη πτυχή του δημογραφικού μας προβλήματος δεν είναι η υπογεννητικότητα αλλά η μεθοδολογία που ακολουθείται για τη μείωση της αναπαραγωγικότητας (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Είναι γνωστό από σχετικές έρευνες ότι τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της γονιμότητας δεν είναι αποτελεσματικά. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μεγάλη συχνότητα των εκτρώσεων με τις οποίες επιχειρείται η επίτευξη του προτύπου της ελληνικής οικογένειας. Ο Ο.Π ιδιαίτερα μετά την αποποινικοποίηση της έκτρωσης με το Ν. 1609/1986 καλείται να βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Από την εμπειρία και άλλων κρατών γνωρίζουμε ότι η εφαρμογή του Ο.Π δεν θα επιτυγχάνει την μείωση της αναπαραγωγικότητας, γιατί αυτή εξαρτάται από δέσμη κοινωνικό-οικονομικών και άλλων παραγόντων. Αντίθετα, μπορεί να επηρεάσει θετικά την γεννητικότητα από την αποφυγή δευτεροπαθών στειρώσεων που συχνά ακολουθούν τις εκτρώσεις (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Η ορθή αυτή τοποθέτηση του ρόλου του Ο.Π στα πλαίσια του δημογραφικού μας προβλήματος αλλά και των διεθνών συγκυριών οδηγούν στην επίσημη αποδοχή του θεσμού εκ μέρους της Πολιτείας που εκφράζεται με το Νόμο 1036 το 1980.

Στην συνέχεια με την οικονομική και τεχνική στήριξη του Ο.Η.Ε δημιουργούνται τα πρώτα εξειδικευμένα στελέχη και το 1983 αρχίζει η λειτουργία 10 νέων Κέντρων Ο.Π σ' όλη την χώρα που έρχονται να προστατευθούν σε αυτό του Περιφ. Νοσοκομείου << Αλεξάνδρα >> που λειτουργούσε από το 1974 με πρωτοβουλία του καθηγητού Δ. Κασκαρέλη (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Η ένταξη του Ο.Π με το άρθρο 22 του Ν. 1397/1983 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η συμμετοχή της χώρας μας μέσα από τα Μεσοπρόθεσμα Προγράμματα Συνεργασίας με την Π.Ο.Υ σε αντίστοιχες δραστηριότητες υποδηλώνουν την ευαισθησία και το συνεχές ενδιαφέρον της Πολιτείας για την προώθηση του θεσμού (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Οι αρχές και το περιεχόμενο του προγράμματος στη χώρα μας είναι αυτό που ορίστηκε από την Π.Ο.Υ. σαν νέος θεσμός είναι επόμενο στα πρώτα στάδια εφαρμογής του να παρουσιάζει ορισμένες οργανωτικές ή λειτουργικές αδυναμίες οι οποίες όμως σταδιακά εφαρμογής του να παρουσιάζει ορισμένες οργανωτικές ή λειτουργικές αδυναμίες οι οποίες όμως σταδιακά παρακάμπτονται χάρη στην ευαισθησία και το αμέριστο ενδιαφέρον τόσο των στελεχών υγείας όσο και των Διοικήσεων των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Όλοι όμως όσοι ασχολούνται με το πρόγραμμα πρέπει να γνωρίζουν ότι για τη διαμόρφωση και εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας (Health Policy) υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές,

παγκοσμίως αποδεκτές, οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται προσαρμοσμένες πάντα στο αντίστοιχο οργανωτικό επίπεδο σύμφωνα με την παρακάτω σειρά:

- Διαμόρφωση αντικειμενικού σκοπού
- Προσδιορισμός των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Καθορισμός προτεραιοτήτων
- Προσδιορισμός συγκεκριμένων προσεγγίσεων στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού
- Εξασφάλιση συνεργασίας ανάμεσα στον τομέα υγείας και σε άλλους τομείς (εκπαίδευση, λαϊκή επιμόρφωση, τοπική αυτοδιοίκηση κ.α)
- Ισότιμη ανάπτυξη των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες της κοινότητας
- Σχεδιασμός, προγραμματισμός
- Εκπαίδευση στελεχών υγείας που θα χρειαστούν άμεσα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα
- Εκτέλεση
- Αξιολόγηση προγράμματος (εκτίμηση αποτελεσματικότητας, επάρκειας αποδοτικότητας, οικονομικής σταθερότητας) (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Τέλος για την ορθολογικότερη ανάπτυξη κάθε πολιτικής υγείας βασικά στοιχεία αποτελούν η έρευνα και η συλλογή αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων δεν πρέπει να θεωρείται σαν μια άσκοπη διαδικασία ρουτίνας αλλά να συνειδητοποιηθεί από όλα τα στελέχη υγείας ότι αποτελεί σημαντικό <εργαλείο- κλειδί>> τόσο σε τοπικό όσο και σε κεντρικό επίπεδο- ανάμεσα στα οποία θα πρέπει να υπάρχει συνεχής αμφίδρομη <<ροή>> πληροφοριών- γιατί η αξιολόγηση αυτών αποτελεί την βάση <<κλειδί>> τόσο στην αρχική διαμόρφωση όσο και για την μελλοντική πορεία κάθε προγράμματος. Οι παραπάνω αρχές θα πρέπει να τηρούνται σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών που παρέχουν Ο.Π (Υπουργείο Υγείας, 1990).

Κάθε Κ.Ο.Π εναρμονιζόμενο με τους στόχους και τις κατευθυντήριες γραμμές του εθνικού προγράμματος πρέπει:

- Να διαμορφώνει τους δικούς του στόχους σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, τις τρέχουσες περιστάσεις, συνθήκες και τη δυναμικότητα του κέντρου.
- Να εξασφαλίζει στη διαδικασία αυτή τη συμμετοχή όλου του προσωπικού του. Τα στελέχη θα πρέπει να γνωρίζουν τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο την έκταση και το βαθμό στον οποίο μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του κέντρου και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος.
- Να ορίζει το άτομο που θα έχει την υπευθυνότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Τον ρόλο αυτό αναλαμβάνει ο υπεύθυνος γιατρός ή όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες ανατίθεται στην υπεύθυνη μαία δεδομένου ότι η παρουσία της είναι συνεχής σε αντίθεση με αυτή των γιατρών που περιορίζεται συνήθως σε ορισμένες μόνον ώρες κατά τη διάρκεια λειτουργίας του κέντρου. Βέβαια ορισμένοι γιατροί δείχνουν τελείως απρόθυμοι να δεχθούν στο ρόλο αυτό τη μαία γεγονός που οδήγησε σε πολλές συζητήσεις διεθνώς και οι οποίες συνέκλιναν στην άποψη ότι ή θα πρέπει

να βρεθούν τρόποι παρακίνησης των γιατρών ώστε να έχουν περισσότερο ενεργό συμμετοχή και ενδιαφέρον στις δραστηριότητες του κέντρου ή διαφορετικά θα πρέπει να επικεντρώνουν περισσότερο την προσοχή τους και να δίνουν περισσότερες πρωτοβουλίες στα άλλα στελέχη της ομάδας (Υπουργείο Υγείας, 1990).

5.5 Μέθοδοι αντισύλληψης

Τι είναι αντισύλληψη;

Σαν αντισύλληψη χαρακτηρίζουμε την λήψη μέτρων προς αποφυγή κηύσεως. Την διακρίνουμε σε μόνιμη και προσωρινή. Σε γενικές γραμμές οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι οι εξής:

- Μέθοδος ρυθμού
- Διακοπτόμενη συνουσία
- Διαφράγματα του τραχήλου
- Διάφορα χημικά μέσα
- Ενδομήτρια σπειράματα
- Αντισυλληπτικά χάπια

5.5.1 Μέθοδος ρυθμού

Είναι η αποφυγή ελεύθερης επαφής κατά τις γόνιμες ημέρες του κύκλου. Σε φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών, οι ημέρες αυτές βρίσκονται στην 10^η – 17^η ημέρα του κύκλου. Η επιτυχία της μεθόδου αυτής υπολογίζεται στο 55% περίπου (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.1 Διακοπτόμενη συνουσία

Η μέθοδος εφαρμόζεται παραδοσιακά και συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο λίγο πριν την εκσπερμάτιση. Για να είναι επιτυχής πρέπει ο άνδρας να έχει αυτοέλεγχο και να διακατέχεται από αίσθημα ευθύνης προκειμένου να προστατεύσει την σύντροφο του από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Δεν αποτελεί σίγουρη μέθοδο αφού μια μικρή ποσότητα υγρού από τον προστάτη ή την ουρήθρα μπορεί να βγει πριν την εκσπερμάτωση. Το υγρό αυτό μπορεί να έχει εκατομμύρια σπερματοζώαρια. Επιπλέον συνεπάγεται, ελαττωμένη σεξουαλική ικανοποίηση γιατί ο τρόπος δεν είναι φυσιολογικός (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.2 Διάφραγμα

Το διάφραγμα είναι κατασκευασμένο από λάστιχο ή από λαμαρίνα ή από πλαστικό στο σχήμα μιας ρηχής κούπας που εφαρμόζει πάνω από τον τράχηλο και αποτελεί φυσικό φραγμό για το σπέρμα. Υπάρχουν διάφορα είδη διαφράγματος. Αρχικά ο γιατρός θα διαλέξει το πιο

κατάλληλο το σωστό μέγεθος και θα δείξει στην γυναίκα πώς να το χρησιμοποιεί. Από κει και πέρα η γυναίκα θα το χρησιμοποιεί μόνη της τοποθετώντας το πριν την σεξουαλική επαφή και το αφαιρεί μετά από 6 ώρες και το πλένει καλά για να είναι έτοιμο για την επόμενη φορά.

Πλεονεκτήματα: Έχει τις λιγότερες παρενέργειες ή καθόλου και δεν γίνεται αντιληπτό από κανέναν από τους δύο συντρόφους.

Μειονεκτήματα: Η γυναίκα θα πρέπει να επισκέπτεται τον γιατρό της κάθε 6 ή 12 μήνες για να βλέπει αν όλα είναι εντάξει. Μερικές γυναίκες ή άνδρες είναι αλλεργικοί στο υλικό που είναι φτιαγμένο το διάφραγμα (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.3 Χημικά μέσα

Σ' αυτά ανήκουν:

- Οι διάφορες σπερματοκτόνες ουσίες που κυκλοφορούν στο εμπόριο με τη μορφή ζελατίνας ή κρέμας ή κολπικών υπόθετων και έχουν σαν σκοπό αφ' ενός να εμποδίσουν την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα και αφετέρου να σκοτώσουν τα σπερματοζωάρια. Τοποθετούνται στον κόλπο πριν την συνουσία.
- Οι κολπικές πλύσεις με ζεστό ή κρύο νερό με όξινα διαλύματα πχ κόκα-κόλα, διάλυμα ασπιρίνης ή κινίνου, αμέσως μετά την επαφή. Το ποσοστό επιτυχίας δεν ξεπερνά το 70%

(Φυκίρης, 1994).

5.5.1.4 Ενδομήτρια σπειράματα

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι φτιαγμένο από πλαστικό καμιά φορά με την προσθήκη χαλκού και τοποθετείται στην μήτρα μέσω του τραχήλου. Η τοποθέτηση του σπειράματος πρέπει να γίνει από γιατρό ή άλλο ειδικό. Δεν χρειάζεται πάνω από 5 λεπτά να τοποθετηθεί και ούτε χρειάζεται νάρκωση. Μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στην γυναίκα και καλό είναι να χαλαρώσει για μια μέρα. Πριν την τοποθέτηση λαμβάνεται το ιστορικό για να αποκλειστούν οι παρακάτω ενδείξεις:

- Πρόσφατη ή εν εξέλιξη πυελική φλεγμονή
- Εν εξέλιξη κολπίτιδα ή τραχηλίτιδα
- Οινομιώματος της μήτρας
- Αιμορραγία ή μεσοκυκλική αιμόρροια

Καρκίνος του τραχήλου ή του σώματος της μήτρας και αυτό διότι προέχει η αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι η αντισύλληψη. Το σπείραμα δεν έχει διαπιστωθεί στην εξέλιξη προκαρκινικής κατάστασης (Φυκίρης, 1994).

Παρενέργειες από το σπείραμα μπορεί να είναι:

- Πόνος στην μήτρα και στα γονοειδή αιμόρροια μετά την τοποθέτηση
- Μεσοκυκλική σταγονοειδή αιμόρροια, οροαιματηρή έκκριση ή μηνορραγία κατά τους 3-4 πρώτους μήνες της τοποθέτησης.
- Κολπική υπερέκκριση κατά τους πρώτους μήνες

Απόρριψη του σπειράματος η οποία συμβαίνει κατά τους πρώτους μήνες της τοποθέτησης (Φυκίρης, 1994).

Η έμμηνος ρύση αυξάνει και σε ποσότητα και σε διάρκεια 50% των περιπτώσεων. Εάν πόνος ή μεσοκυκλική αιμόρροια ή μηνορραγία επανεμφανιστούν μετά από μακρά περίοδο ηρεμίας πρέπει να εκτιμηθούν μήπως και χρειάζεται αφαίρεση του σπειράματος.

Η γυναίκα θα πρέπει να εξετάζεται μετά την πρώτη έμμηνο ρύση από την τοποθέτηση του σπειράματος. Φυσικά απαιτείται και ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος.

Η σύλληψη παρά την παρουσία του σπειράματος εμφανίζεται σε ποσοστό 1.5-5% κατά το πρώτο χρόνο ενώ τα επόμενα χρόνια μειώνεται. Επίσης ο κίνδυνος εξωμήτριας κήσεως είναι υψηλός (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.5 Αντισυλληπτικά χάπια

Από το 1940 είχαν αρχίσει οι πρώτες έρευνες και τα πρώτα πειράματα για την ανακάλυψη ενός τρόπου αντισύλληψης όσο το δυνατόν ασφαλέστερου και πιο ακίνδυνου. Οι πρώτοι ερευνητές στηρίχθηκαν στη χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων. Άλλοι αργότερα χρησιμοποίησαν την προγεστερόνη. Το 1956 ο Αμερικάνος Βιολόγος PINCUS εμπνεύστηκε τα αντισυλληπτικά χάπια που περιείχαν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης σε μικρές δόσεις. Φυσικά από τότε μέχρι σήμερα έχει γίνει τεράστια πρόοδος στη σύνθεση και δοσολογία των χαπιών (Φυκίρης, 1994).

Πως δρουν τα αντισυλληπτικά;

1. Αναστέλλουν την ωορρηξία
2. Κάνουν την βλέννα εχθρική στα σπερματοζώαρια και εμποδίζουν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα (Φυκίρης, 1994).

Πως χορηγούνται;

Τα τελευταίας γενιάς αντισυλληπτικά χάπια χορηγούνται ως εξής: Ένα χάπι καθημερινώς από την 1^η μέρα της περιόδου και για 21 μέρες συνήθως το βράδυ προ της κατακλίσεως. Εάν η

γυναίκα ξεχάσει να πάρει το χάπι μια μέρα την επόμενη πρέπει να πάρει 2 μαζί. Εάν ξεχάσει να το πάρει 3 μέρες τότε εμφανίζεται περίοδος (Φυκίρης, 1994).

Έχουν παρενέργειες τα αντισυλληπτικά χάπια;

Ναι. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι: ζάλη, ναυτία, τάση προς έμετο ή έμετος, κεφαλαλγίες, συνήθως τις 3-4 πρώτες μέρες από τη λήψη του χαπιού (Φυκίρης, 1994).

Άλλες παρενέργειες που εμφανίζονται σπανιότερα είναι:

- Το μελάνωμα των ινομυωμάτων της μήτρας
- Η μεσοκυκλική αιμορραγία
- Η κολπίτιδα
- Χαλάρωση των μαστών
- Γαλακτόρροια
- Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος
- Κατακράτηση υγρών
- Αύξηση βάρους του σώματος
- Μελαγχολία
- Κατάθλιψη
- Αλλαγή ψυχικής διάθεσης
- Υπέρταση
- Θρομβοφλεβίτιδα
- Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας
- Υπερχρωση του δέρματος και άλλες

Θα πρέπει εν τούτοις να τονιστεί εδώ ότι δεν πρέπει να συνδέεται το χάπι με τον καρκίνο της μήτρας, διότι η χρήση των αντισυλληπτικών ελαττώνει τις πιθανότητες εμφάνισης του. Συζητείται όμως αν υπάρχει περίπτωση τα αντισυλληπτικά χάπια να δημιουργούν καρκίνο μαστού και τραχήλου της μήτρας (Φυκίρης, 1994).

Μπορούν όλες οι γυναίκες να παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια;

Όχι ασφαλώς. Πρέπει να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση των χαπιών από γυναίκες που πάσχουν από:

1. Καρκίνο της μήτρας και των μαστών
2. Οξείες και χρόνιες παθήσεις του ήπατος
3. Κιρσούς και θρομβοφλεβίτιδες
4. Κύηση
5. Διαβήτη και αυξημένη χοληστερίνη
6. Ινομώματα της μήτρας
7. Υπέρταση και επιληψία
8. Στην κλιμακτήριο γιατί αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και από

9. Γυναίκες που καπνίζουν από 10 μέρες ημερησίως ή κάνουν χρήση ναρκωτικών ή αλκοολούχων ποτών (Φυκίρης, 1994).

Θεωρείται επιβεβλημένο να λαμβάνεται το χάπι μετά από υπόδειξη του γυναικολόγου και αφού έχει γίνει ο κατάλληλος έλεγχος προηγουμένως. Πρέπει να τονιστεί ότι η γυναίκα που παίρνει αντισυλληπτικά χάπια πρέπει να εξετάζεται ανά 6/μήνο από τον γυναικολόγο (Φυκίρης, 1994).

Τι είναι το αντισυλληπτικό χάπι της επόμενης μέρας;

Είναι χάπι παρόμοιας συστάσεως με τα αντισυλληπτικά αλλά σαφώς υψηλότερων δόσεων που παίρνει η γυναίκα από την επόμενη μέρα της συνουσίας όταν πιστεύει ότι η συνουσία έγινε στις γόνιμες μέρες. Ο τύπος του χαπιού και η δοσολογία του κανονίζεται από τον γιατρό (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.6 Ανδρικά αντισυλληπτικά μέσα

Μέχρι σήμερα η καλύτερη μέθοδος μέχρι σήμερα για τον άντρα είναι η πεοκαλύπτρα (προφυλακτικό) και αυτό γιατί η παρέμβαση στην προσωρινή αναστολή της σπερματογένεσης με φάρμακα, χωρίς να διαταραχθεί η ορμονική ισορροπία είναι και δύσκολη και χρονοβόρα (απαιτούνται τουλάχιστον 3 μήνες) (Φυκίρης, 1994).

Η πεοκαλύπτρα είναι ελαστικό το οποίο τοποθετείται στο πέος πριν την συνουσία και συνήθως είναι αλειμμένο από κάποια σπερματοκτόνο λιπαντική ουσία. Εκτός από την αντισύλληψη η οποία επιτυγχάνεται με την εμπόδιση εναπόθεσης του σπέρματος στον κόλπο, προφυλάσσει την γυναίκα από την μετάδοση αφροδίσιων νοσημάτων. Το ποσοστό ανέρχεται σε 85%-90%. Η αποτυχία οφείλεται συνήθως σε ρήξη του προφυλακτικού. Πολλά ζευγάρια δεν προτιμούν τη χρησιμοποίηση του διότι δεν βρίσκουν ικανοποιητική τη χρησιμοποίηση του διότι δεν βρίσκουν ικανοποιητική την συνουσία (Φυκίρης, 1994).

5.5.1.7 Θηλασμός

Η αμηνόρροια που προκαλείται από τον θηλασμό θεωρείται σαν μια φυσική αντισυλληπτική μέθοδος (Bender, 1998).

Η ωοθηλακιορρηξία κατά την διάρκεια της γαλουχίας καταστέλλεται. Ο θηλασμός αυξάνει τα επίπεδα της προλακτίνης και ελαττώνει την έκλυση της GnRH, που συνεπάγεται ελάττωση της έκλυσης της LH με αποτέλεσμα την αναστολή ωρίμανσης του ωοθυλακίου (Ιατράκης, 2001).

Ο πιο συχνός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα είναι η συχνότητα και η διάρκεια του θηλασμού και όσο μικρότερες είναι αυτές τόσο μεγαλύτερα είναι και τα ποσοστά αποτυχίας.

Όταν υπάρχει αμηνόρροια το νεογνό δεν είναι μεγαλύτερο από 6 μηνών και ο θηλασμός είναι ο μόνος τρόπος διατροφής του νεογνού, η αποτυχία του είναι μόνο 2%. Πάντως η πρώτη ωοθηλακιορρηξία μπορεί να προηγείται της πρώτης εμμηνορρυσίας. Επομένως ο πλήρης θηλασμός στον οποίο το μωρό δεν παίρνει καθόλου, υγρά εκτός από εκείνα της μητέρας του, είναι μια υψηλής αποτελεσματικότητας φυσική αντισύλληψη, που όμως στην πράξη σπάνια εφαρμόζεται στον δυτικό κόσμο (Ιατράκης, 2001).

Αν ο πλήρης θηλασμός συνδυαστεί με τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, η αποτελεσματικότητα είναι εξαιρετική και μόνο αν περάσουν 12 ώρες από την τακτική λήψη των δισκίων, χρειάζονται επιπλέον προφυλάξεις (Ιατράκης, 2001).

5.5.1.8 Ημερολογιακή μέθοδος (ΗΜ)

Εισαγωγικά αναφέρουμε ορισμένα στοιχεία για την ωοθηλακιορρηξία και τα ανώτερα όρια επιβίωσης του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου στη βλέννα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας που έχουν σχέση με την γονιμότητα. Η ωοθηλακιορρηξία συνήθως συμβαίνει 12 έως 16 ημέρες πριν την επόμενη εμμηνορρυσία. Από έρευνα για την γονιμότητα το μέγιστο της επιβίωσης του ωαρίου πιστεύεται ότι είναι 24 ώρες αλλά η επιτυχημένη γονιμοποίηση του φαίνεται ότι είναι απίθανο να διαρκεί περισσότερο από 12 ώρες. Το ανώτερο όριο της επιβίωσης των σπερματοζωαρίων στη βλέννα του γεννητικού συστήματος είναι αρκετά δύσκολο να μελετηθεί άμεσα, αφού οι μέθοδοι εξέτασης της επιβίωσης μπορεί να μεταβάλλουν αυτό ακριβώς που εξετάζουμε. Φαίνεται ότι το σπερματοζωάριο δεν επιβιώνει περισσότερο από 6 ώρες μέσα στον κόλπο της γυναίκας καθώς το ΡΗ επιστρέφει στην κανονική χαμηλή του τιμή μετά από τη συνουσία. Η επιβίωση όμως μέσα στο τραχηλικό, στο μητρικό και στο σαλπγγικό υγρό φαίνεται να ποικίλλει (Ιατράκης, 2001).

Στο παρελθόν, η κλασική βιβλιογραφία ανέφερε μέσους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων γύρω στις 3-4 ημέρες μέσα στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Όμως η επιβίωση των σπερματοζωαρίων μπορεί να φθάσει τις 5 ημέρες και σε μερικά σπάνια ζευγάρια, ιδιαίτερα αν η γυναίκα παράγει βλέννα για μακρύ χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει ακόμα και τις 7 ημέρες. Με βάση τα προηγούμενα η γυναίκα θα πρέπει να καταγράφει τους κύκλους για ένα χρόνο για να βρει τον μικρότερο και μεγαλύτερο κύκλο (Ιατράκης, 2001).

Στον υπολογισμό της πρώτης επικίνδυνης ημέρας κατά την οποία αν έλθει σε επαφή θα μπορούσε να μείνει έγκυος στη διάρκεια ενός κύκλου αφαιρούμε τουλάχιστον 20 ημέρες από το μικρότερο κύκλο. Στον υπολογισμό της τελευταίας γόνιμης μέρας κατά την οποία αν έλθει σε επαφή μπορούσε να μείνει έγκυος θα πρέπει να αφαιρέσουμε από το μεγαλύτερο κύκλο 16 ημέρες. Έτσι σε μια γυναίκα με μικρότερο κύκλο 26 μερών και μεγαλύτερο κύκλο 32 μερών η γόνιμη χρονική περίοδος για να μείνει έγκυος είναι η 6^η-21^η μέρα. Επομένως αν αυτή ερχόταν σε επαφή, για παράδειγμα, την 7^η μέρα του κύκλου θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωοθηλακιορρηξία τη 10^η μέρα του κύκλου αλλά τα σπερματοζωάρια βρίσκονται ζωντανά από τις προηγούμενες μέρες. Όμως αν ερχόταν σε επαφή τη 5^η μέρα δεν

θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωθηλακιορρηξία τη 10^η μέρα αλλά τα σπερματοζώαρια δεν έζησαν μέχρι τότε για να συναντήσουν το ωάριο. Εννοείται ότι για μεγαλύτερη ασφάλεια μπορούμε να πάρουμε σαν δεδομένο τους μεγαλύτερους χρόνους επιβίωσης των σπερματοζωαρίων οπότε οι παραπάνω υπολογισμοί γίνονται ανάλογα. Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι μπορεί να συμβεί εγκυμοσύνη σε επαφή αμέσως μετά την εμμηνορρυσία ή ακόμα και προς το τέλος της εμμηνορρυσίας αν αυτή κρατά αρκετές μέρες. Επίσης αν αυτή η γυναίκα ερχόταν σε επαφή τη 21^η μέρα θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωθηλακιορρηξία τη 20^η μέρα αλλά το ωάριο μπορεί να ζει και την επόμενη μέρα. Όμως αν ερχόταν σε επαφή τη 22^η μέρα δεν θα μπορούσε να μείνει έγκυος διότι μπορεί να έκανε ωθηλακιορρηξία τη 20^η μέρα αλλά το ωάριο δεν έζησε για 2 μέρες για να μπορέσει να γονιμοποιηθεί (Ιατράκης, 2001).

5.6 Ρόλος του νοσηλευτή στην αντισύλληψη

Ένας από τους βασικότερους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των αμβλώσεων. Η άμβλωση δεν αποτελεί αντισύλληψη αλλά το τελευταίο καταφύγιο. Ο αριθμός των αμβλώσεων μας δείχνει την αποτυχία του οικογενειακού προγραμματισμού στην αντισύλληψη.

Οι αμβλώσεις είναι συχνότερες στις γυναίκες οι οποίες ζουν στην πόλη παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης και όχι ανώτερης, στην ηλικία και στα χρόνια έγγαμου βίου και επίσης στα πόσα παιδιά έχει η οικογένεια. Πιστεύεται ότι ο αριθμός των αμβλώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα φαίνεται μεγαλύτερο όταν αποκαλυφθεί ότι αυτές οι γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε άμβλωση ξέροντας ότι είναι παράνομη και παρά τις κοινωνικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός κάνει αντιληπτή την αναγκαιότητα πληροφόρησης του ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων ώστε να είναι επιτυχής ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Αντίθετα στις ανεπτυγμένες χώρες το πρόβλημα δεν είναι τόσο έντονο στις μεγαλύτερες και στις παντρεμένες γυναίκες αλλά στις μικρότερες και ανύπαντρες κοπέλες. Έτσι γυναίκες ηλικίας 18-24 παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά αμβλώσεων. Αυτό αποδίδεται στην πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων και στην έλλειψη διαπαιδαγώγησης της σωστής εφαρμογής των μεθόδων αντισύλληψης ώστε να αποφεύγεται η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη η οποία θα καταλήξει σε άμβλωση (Παπαευαγγέλου και Τσίμπος, 1992).

5.7 Ο Ρόλος του νοσηλευτή πριν την άμβλωση

Οι νοσηλευτές έχουμε χρέος οποιεσδήποτε κι αν είναι οι συνθήκες, οποιεσδήποτε κι αν είναι οι επιφυλάξεις να προστατεύσουμε τη ζωή του παιδιού και ταυτόχρονα και την ζωή της μητέρας γιατί ας μην ξεχνάμε ότι η ζωή της μητέρας ακόμα και στα πιο δραματικά περιστατικά δεν κινδυνεύει τόσο από την γέννηση όσο από την άμβλωση. Η άμβλωση δεν είναι μια οποιαδήποτε επέμβαση έχει σοβαρές σωματικές επιπλοκές οι οποίες μπορούν να

καταλήξουν στο θάνατο αλλά και ψυχικές διαταραχές (Κουτσελίνη και 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 από την δική του αποχή αλλά από την ολόψυχη προσπάθεια να πείσει την μητέρα να μην διακόψει την εγκυμοσύνη (Κουτσελίνη και Γιαννοπούλου, 1995)

Η βοήθεια η οποία θα δοθεί από τον νοσηλευτή θα περιλαμβάνει τα εξής:

- Να ενημερώσει την γυναίκα ότι το έμβρυο καταλαβαίνει και θα νιώσει ότι πρόκειται να του συμβεί
- Να ενημερωθεί για τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις μετά την άμβλωση
- Πρέπει να κατανοήσουμε το πρόβλημα της. Δεν πρέπει να δείξουμε κριτική διάθεση αλλά αγάπη (Κουτσελίνη και Γιαννοπούλου, 1995).

Σε μια διακοπή εγκυμοσύνης ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τον ρόλο του συμβουλευτή για την γυναίκα και για τους γονείς. Ίσως να μην καταφέρει να την εμποδίσει αλλά να την προβληματίσει ώστε την επόμενη φορά να ξέρει τι θα αντιμετωπίσει και να πράξει σωστά (Κουτσελίνη και Γιαννοπούλου, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Διατύπωση του προβλήματος

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

Κάνοντας μια πιο προσεκτική ανάλυση του ερευνητικού θέματος που θέλουμε να μελετήσουμε μπορούμε να καταγράψουμε υποθέματα του σκοπού της έρευνάς μας. Η έρευνα μας εστιάζεται στην γνώση και στις ανάγκες των γυναικών για το θέμα της άμβλωσης. Η επιλογή της συγκεκριμένης διάστασης της έρευνάς μας, έγινε από την καθημερινή αύξηση των εκτρώσεων, φαινόμενο της εποχής μας. Η σωστή πρόληψη όπως αναφέραμε στο πρώτο μέρος είναι ο εντοπισμός των αιτιών στην εμφάνιση του προβλήματος και όχι μια απλή ενημέρωση στις συνέπειες που δημιουργούνται κατά την άποψή μας, βασικότερο σημείο αδυναμίας είναι η μη σωστή ενημέρωση διότι δεν υφίσταται ενιαίος φορέας διερεύνησης και καταγραφής των αναγκών των γυναικών. Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα, μεγάλος αριθμός του πληθυσμού των γυναικών να μην γνωρίζουν τις συνέπειες που προκύπτουν από τις αμβλώσεις.

Βασικός άξονας της έρευνας μας είναι η ενημέρωση των γυναικών στο εν λόγω θέμα. Συνεπώς η ήδη κεκτημένη γνώση των γυναικών για την πρόληψη των συνεπειών των αμβλώσεων είναι ελλιπής. Απαιτείται πολύπλευρη έρευνα που θα συμβάλλει στην ενημέρωση και στην μείωση των αμβλώσεων.

6.2 Σκοπός της έρευνας

- Είναι η συλλογή πληροφοριών για την αποκάλυψη της σημερινής πραγματικότητας στο θέμα των αμβλώσεων.
- Επίσης, σκοπός είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο οι σημερινές γυναίκες είναι ενημερωμένες για το θέμα των αμβλώσεων, για τις συνέπειες στην σωματική και ψυχική τους υγεία και κατά πόσο είναι ικανές να αποφασίσουν μόνες τους για το αν θα κάνουν έκτρωση ή όχι.

6.3 Ερευνητικοί άξονες – στόχοι

- Ο βαθμός αξιοποίησης των γνώσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος
- Οι απόψεις τους για τις αμβλώσεις και
- Κατά πόσο η λήψη της απόφασης για μία άμβλωση στηρίζεται στις δικές τους απόψεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

7.1 Μεθοδολογία της έρευνας

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

Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάναμε την συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με τον σκοπό και τους στόχους που θέτει η έρευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνά μας μπορεί να πραγματοποιηθεί (Bird et al,1999).

Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μια συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της έρευνας του, εντούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορούν να μας οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου (Bird et al,1999).

7.2 Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας

7.2.1 Πληθυσμός

Για την συλλογή στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από τους φοιτητές και την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο απευθυνόταν σε 150 γυναίκες.

7.2.2 Δείγμα

Στο σύνολο των ερωτηθέντων (Πειραιάς – Πάτρα – Τρίπολη, 150 άτομα) είχαν μέσο όρο ηλικίας 18 – 30 ετών και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι λυκείου, φοιτήτριες Α.Ε.Ι Νοσηλευτικής, Α.Ε.Ι Φιλολογίας, Α.Ε.Ι Παιδαγωγικής, Α.Τ.Ε.Ι Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι Λογοθεραπείας, Α.Τ.Ε.Ι Τουριστικών Επαγγελμάτων, καθώς και ελεύθεροι επαγγελματίες, ιδιωτικοί υπάλληλοι και άνεργοι.

7.2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

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

- Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες και πολύπλευρες. Έτσι εξασφαλίζεται η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.
- Η έρευνα μας στηρίχθηκε στο ποσοτικό μοντέλο με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με κάποια μεταβλητή.
- Οι ερωτήσεις ήταν 16 εκ των οποίων οι πέντε αφορούν τα δημοσιονομικά, οι άλλες πέντε διχοτομικές (ΝΑΙ – ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες έξι εναλλακτικών απαντήσεων.

7.2.4 Τύπος και χρόνος της έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα από 04/05/2013 έως 24/08/2013 στον Πειραιά, την Πάτρα και την Τρίπολη.

7.2.5 Δυσκολίες και περιορισμοί στην ερευνητική διαδικασία

- Οι κυριότερες δυσκολίες εστιάστηκαν κυρίως στην συλλογή των δεδομένων διότι η συλλογή έγινε σε διαφορετικές πόλεις με διαφορετικές νοοτροπίες.
- Επίσης ζητούσαν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει στον χώρο της οικείας τους.

7.2.6 Τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω οι περισσότερες γυναίκες ήθελαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια στον χώρο της κατοικίας τους διότι, απ' ό,τι μας επισήμαναν ένιωθαν πιο άνετα.

Γι' αυτό έγινε προσπάθεια να τους εξηγήσουμε ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαφορετικές πόλεις και ζητήθηκε η κατανόηση τους, για να συμπληρώσουν κατά την διάρκεια της ενημέρωσης.

7.2.7 Τα εργαλεία της έρευνας

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ως μία από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Βασικό μέλημά μας κατά την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου

είναι η ανταπόκριση του περιεχομένου του στην σύνταξή του, προκειμένου να καταστεί σεβαστό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο (Φραγκούλη, 2001).

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^Ο

8.1 Αξιοπιστία και εγκυρότητα

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

Η εγκυρότητα είναι ο βαθμός ακρίβειας με την οποία παρουσιάζονται τα γεγονότα (Bird et al, 1999).

8.2 Στατιστική ανάλυση

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 2 ενότητες οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Ατομικές πληροφορίες – δημοσιονομικά
- Ερωτήσεις για το αν γνωρίζουν σχετικά με την άμβλωση

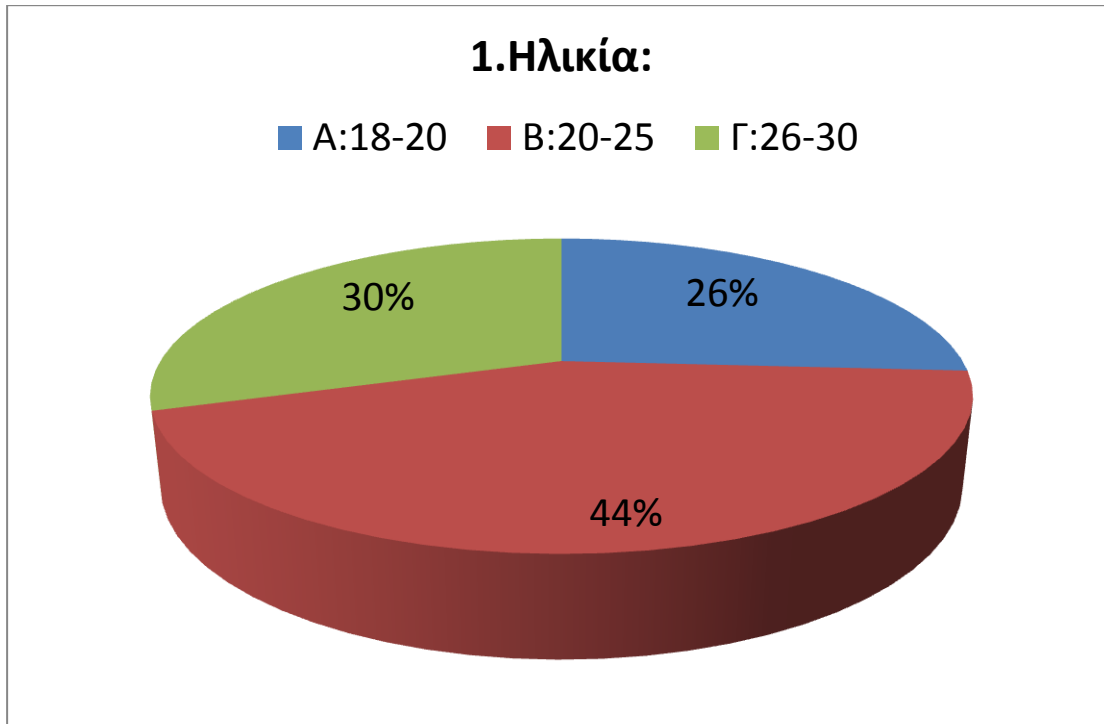
Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Ηλεκτρονικό Υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

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

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

8.3 Αποτελέσματα της έρευνας

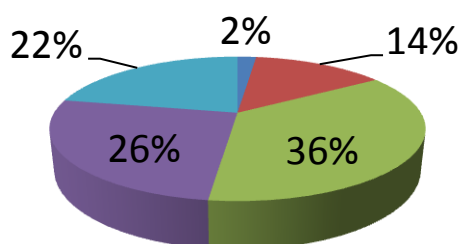
ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ



Υπερέχουν οι γυναίκες με ηλικία 20-25 ετών σε ποσοστό 44%.

2. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

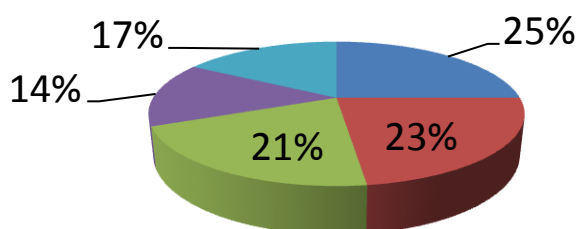
- Α: Δημοτικό
- Β: Γυμνάσιο
- Γ: Λύκειο
- Δ: Απόφοιτη ανώτερης σχολής
- Ε: Απόφοιτη ανώτατης σχολής



Το 36% είναι απόφοιτες Λυκείου, το 26% ανώτατης σχολής και ακολουθούν οι υπόλοιπες σε μικρότερα ποσοστά.

3. Ιδιότητα:

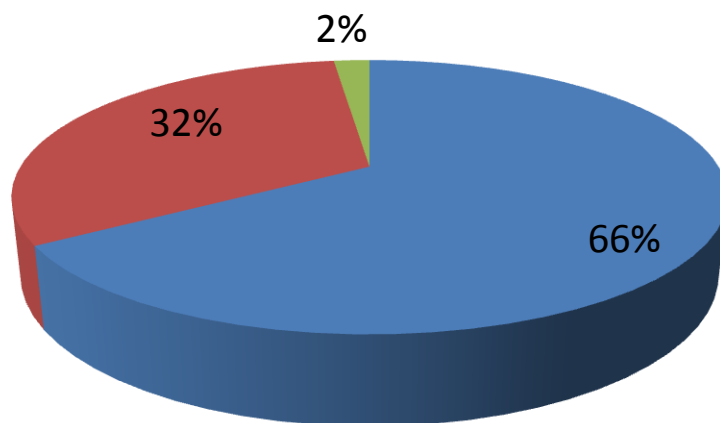
- Α: Φοιτήτρια
- Β: Ιδιωτικός υπάλληλος
- Γ: Δημόσιος υπάλληλος
- Δ: Ελεύθερος επαγγελματίας
- Ε: Άλλο



Μία στις τέσσερις (ποσοστό 25%) είναι φοιτήτρια, ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 23% και σε μικρότερα ποσοστά οι άλλες κατηγορίες.

4.Θρήσκευμα:

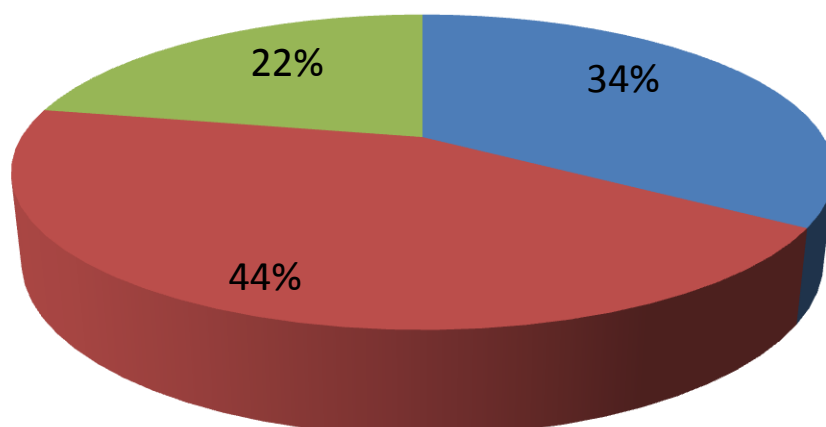
- Α:Χριστιανή Ορθόδοξη
- Β:Καθολική
- Γ:Μουσουλμάνος



Στην πλειοψηφία τους είναι ορθόδοξες (66%) αλλά υπάρχει και ένα πολύ σημαντικό ποσοστό καθολικών(32%).

5.Οικογενειακή κατάσταση

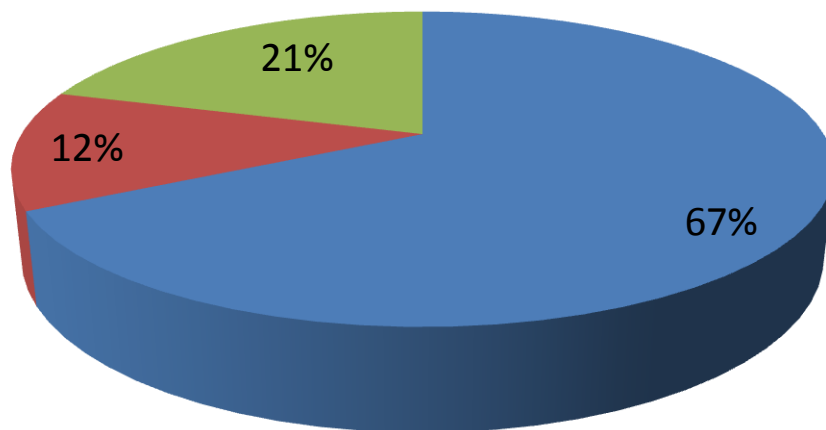
- Α:Έγγαμος
- Β:Άγαμος
- Γ:Διαζευγμένος



Το 44% είναι άγαμες, ακολουθούν οι παντρεμένες σε ποσοστό 34%, και επίσης έχουμε σημαντικό ποσοστό διαζευγμένων.

6.Γνωρίζετε για την άμβλωση;

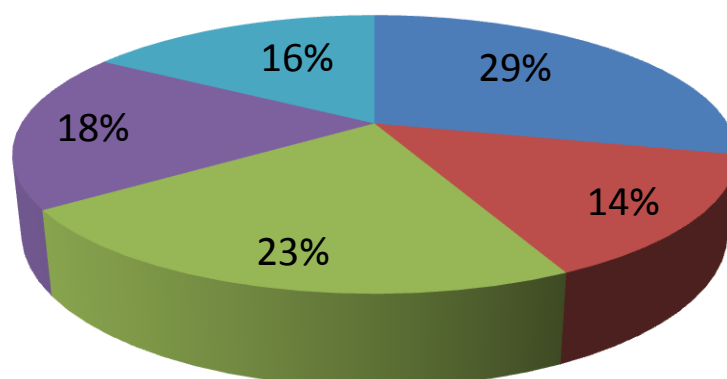
■ A:Ναι ■ B:Όχι ■ Γ:ΔΞ/ΔΑ



Οι περισσότερες απαντούν ότι γνωρίζουν για την άμβλωση (ποσοστό 67%) αλλά παραμένει σημαντικό το υπόλοιπο ποσοστό που απαντάει όχι ή δεν ξέρει δεν απαντά.

7.Πηγές ενημέρωσης για το θέμα της άμβλωσης:

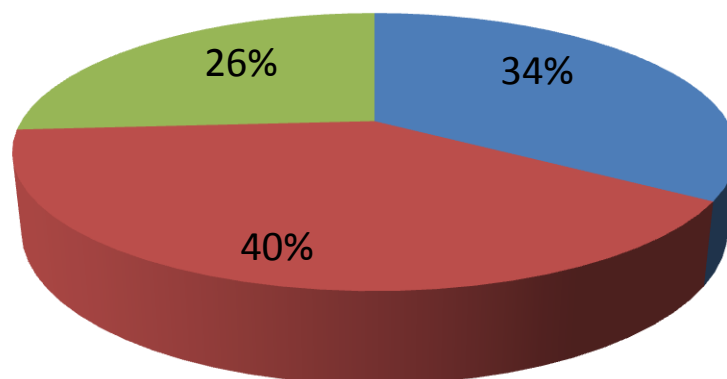
■ A:Γονείς ■ B:M.M.E. ■ Γ:Φίλοι ■ Δ:Διαδίκτυο ■ Ε:Άλλο



Οι φίλοι και οι γονείς σε ποσοστά 23% και 29% αντίστοιχα υπερिशύουν στην ενημέρωση έναντι των άλλων (MME, διαδίκτυο κ.λ.π.).

8α.Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;

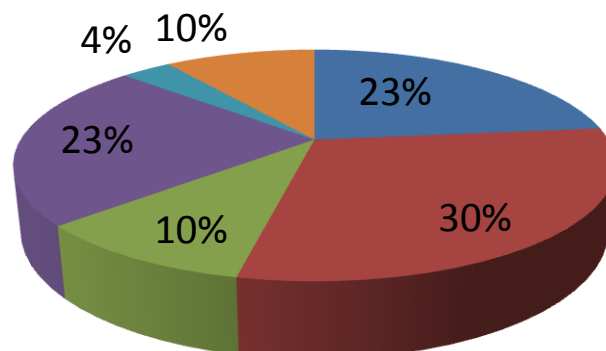
■ A:Ναι ■ B:Όχι ■ Γ:ΔΞ/ΔΑ



Μεγάλο ποσοστό 34% των γυναικών απαντούν ότι έχουν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και επίσης σημαντικό ποσοστό 26% δεν απαντά.

8β.Αν ναι, τότε που θα απευθυνθείτε:

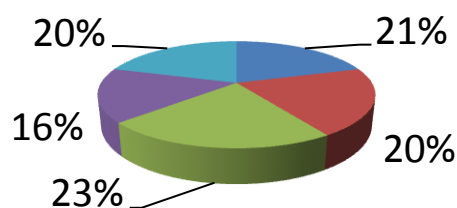
■ A:Στον σύντροφο ■ B:Γονείς
■ Γ:Φίλοι ■ Δ:Γυναικολόγο
■ E:Ψυχολόγο ■ ΣΤ:Εκκλησία



Το 30% των γυναικών κατά την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη απευθύνθηκε στους γονείς σε ποσοστό 30% και ακολουθούν ο σύντροφος και ο γυναικολόγος σε ποσοστά 23% αντίστοιχα.

9. Ποιοι παράγοντες ήταν καθοριστικοί για την απόφασή σας:

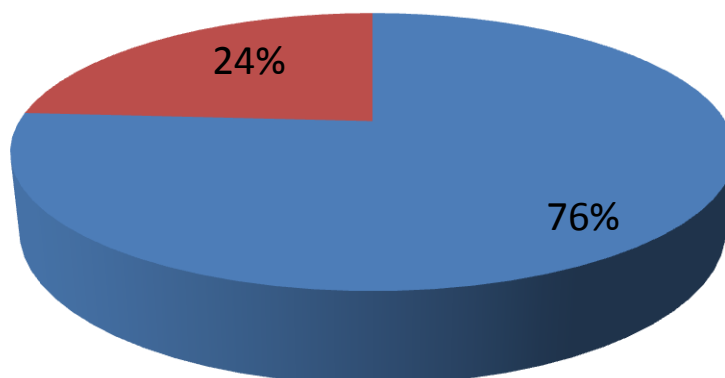
- Α: Ηλικία
- Β: Καριέρα
- Γ: Αμφιβολία για τον σύντροφο
- Δ: Κοινωνικοί παράγοντες
- Ε: Θρησκευτικές αντιλήψεις



Η αμφιβολία για τον σύντροφο σε ποσοστό 23% αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την απόφαση για άμβλωση και ακολουθούν η ηλικία οι θρησκευτικές αντιλήψεις, η καριέρα και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες με παραπλήσια σχεδόν ποσοστά.

10. Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην γονιμότητα της γυναίκας:

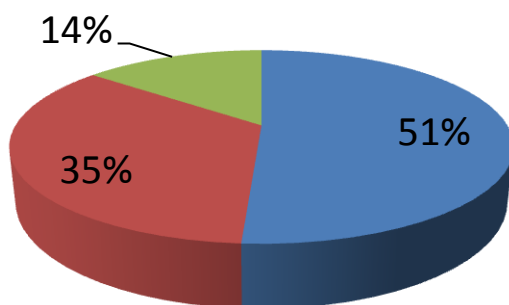
- Α: Ναι
- Β: Όχι



Το 76% γνωρίζει ότι η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γονιμότητα, αλλά σημαντικό είναι και το ποσοστό (25%) που απαντά ότι δεν το γνωρίζει.

11. Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψή σας:

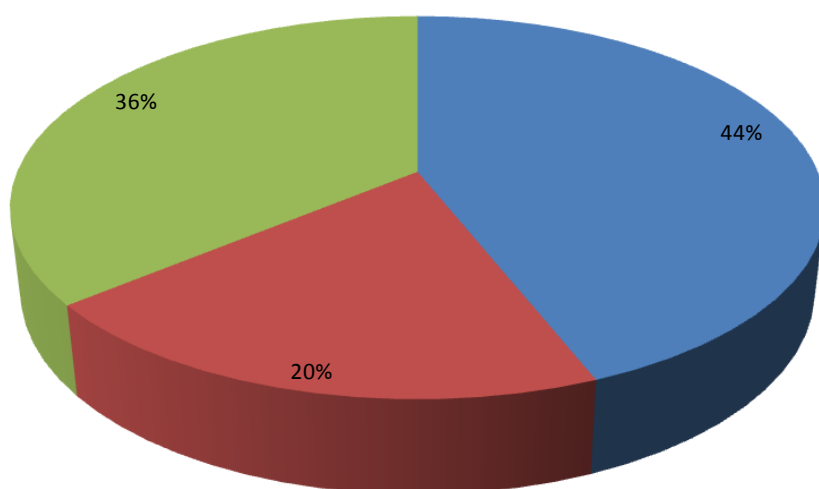
- Α: Από την σύλληψη
- Β: Από την γέννηση
- Γ: Από τον: μήνα εγκυμοσύνης



Η ανθρώπινη ζωή ξεκινάει από τη σύλληψη απαντούν οι μισές γυναίκες (ποσοστό 51%), από τη γέννηση πιστεύει το 35% και από κάποιο μήνα της εγκυμοσύνης το 14%.

12. Αν ο νοσηλευτής δεν συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία;

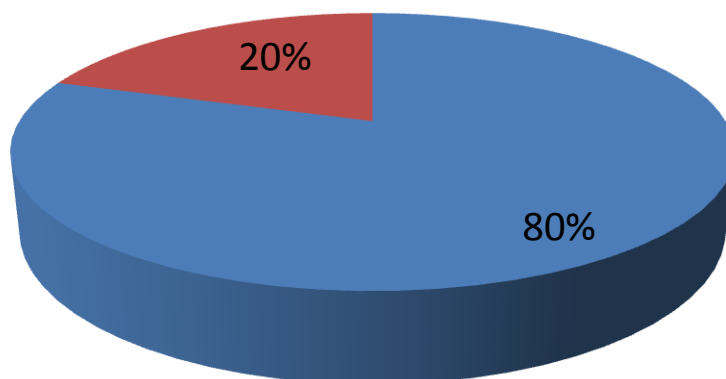
- Α: Ναι
- Β: Μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, αναφέρετε ποιες
- Γ: Όχι



Το 44% απαντά ότι οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στην άμβλωση παρότι δεν συμφωνούν με αυτή, το 36% απαντά αρνητικά και το 20% σε ορισμένες περιπτώσεις.

13. Συμφωνείτε με την άποψη της εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία;

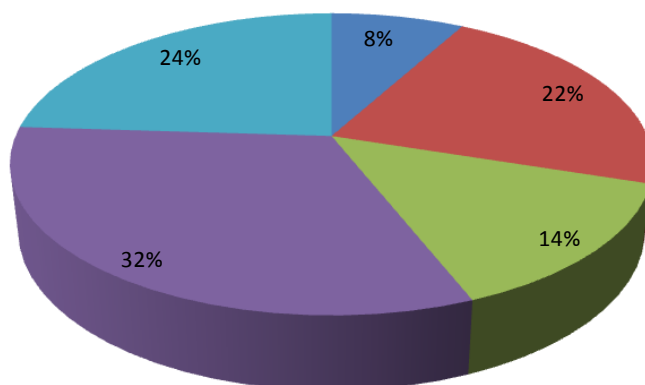
■ A:Ναι ■ B:Όχι



Σε ποσοστό 80% οι γυναίκες συμφωνούν με τη θέση της εκκλησίας ότι η άμβλωση είναι δολοφονία και το 20% απαντά αρνητικά.

14. Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα της άμβλωσης;

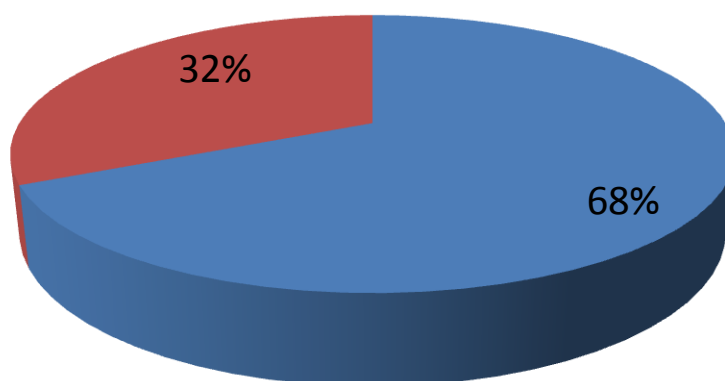
- A: Αξιόπιστη πληροφόρηση από τα Μ.Μ.Ε. σχετικά με την αντισύλληψη
- B: Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία
- Γ: Διαφημιστική προώθηση για την αντισύλληψη
- Δ: Η οικογένεια
- Ε: Όλα τα παραπάνω



Προκειμένου να περιοριστούν οι αμβλώσεις απαραίτητη κρίνουν την οικογένεια η μία στις τρεις γυναίκες (32%), τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία απαντά το 22% και ακολουθεί η διαφημιστική προώθηση για την αντισύλληψη.

15. Ποια είναι η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων:

■ A:Υπέρ ■ B:Κατά



Υπέρ των αμβλώσεων τάσσεται το 68% των γυναικών και κατά το 32%. Ενώ όσες επέλεξαν να απαντήσουν υπέρ αναφέρουν μεταξύ άλλων κυρίως το δικαίωμα προσωπικής επιλογής, την αποτυχία αντισυλληπτικών μεθόδων, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τους ανήλικους γονείς, την οικονομική δυσχέρεια κ.λ.π. Αντίθετα όσες απαντούν κατά της έκτρωσης μεταξύ άλλων αναφέρουν κυρίως λόγους θρησκευτικούς και το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή.

16. Ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις και παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης;

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής, η οικονομική και κοινωνική προστασία της μητέρας, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελούν τις βασικότερες προτάσεις των γυναικών σχετικά με την άμβλωση.

ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Επιλέχθηκε το θρήσκευμα προκειμένου να γίνουν στατιστικές συγκρίσεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13:

Συμφωνείται με την άποψη της εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία;

	ΝΑΙ		ΟΧΙ		<i>Marginal Row Totals</i>
Καθολικές	15 (12.8) [0.38]		1 (3.2) [1.51]		16
Χριστιανές	25 (27.2) [0.18]		9 (6.8) [0.71]		34
<i>Marginal Column Totals</i>	40		10		50 (Grand Total)

The Chi-square statistic is 2.7803. The P value is 0.095428. This result is *not* significant at $p < 0.05$.

Δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ χριστιανών ορθοδόξων και καθολικών, σχετικά με την άποψη της εκκλησίας, αφού το $p > 0.05$ ($p = 0.095428$).

ΕΡΩΤΗΣΗ 15:

Ποια η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων;

	ΥΠΕΡ		ΚΑΤΑ		<i>Marginal Row Totals</i>
Καθολικές	10 (10.2) [0]		5 (4.8) [0.01]		15
Χριστιανές	24 (23.8) [0]		11 (11.2) [0]		35
<i>Marginal Column Totals</i>	34		16		50 (Grand Total)

The Chi-square statistic is 0.0175. The P value is 0.894736. This result is *not* significant at $p < 0.05$.

Δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ χριστιανών ορθοδόξων και καθολικών, υπέρ ή κατά των αμβλώσεων, αφού το $p > 0.05$ ($p = 0.894736$).

8.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Από τα πορίσματα της έρευνας προκύπτει ότι:

Υπερέχουν οι γυναίκες με ηλικία 20-25 ετών σε ποσοστό 44%.

Το 36% είναι απόφοιτες Λυκείου, το 26% ανώτατης σχολής και ακολουθούν οι υπόλοιπες σε μικρότερα ποσοστά.

Μία στις τέσσερις (ποσοστό 25%) είναι φοιτήτρια, ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 23% και σε μικρότερα ποσοστά οι άλλες κατηγορίες.

Στην πλειοψηφία τους είναι ορθόδοξες (66%) αλλά υπάρχει και ένα πολύ σημαντικό ποσοστό καθολικών(32%).

Το 44% είναι άγαμες, ακολουθούν οι παντρεμένες σε ποσοστό 34%, και επίσης έχουμε σημαντικό ποσοστό διαζευγμένων.

Οι περισσότερες απαντούν ότι γνωρίζουν για την άμβλωση (ποσοστό 67%) αλλά παραμένει σημαντικό το υπόλοιπο ποσοστό που απαντάει όχι ή δεν ξέρει δεν απαντά.

Οι φίλοι και οι γονείς σε ποσοστά 23% και 29% αντίστοιχα υπερισχύουν στην ενημέρωση έναντι των άλλων (ΜΜΕ, διαδίκτυο κ.λ.π.).

Μεγάλο ποσοστό 34% των γυναικών απαντούν ότι έχουν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και επίσης σημαντικό ποσοστό 26% δεν απαντά.

Το 30% των γυναικών κατά την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη απευθύνθηκε στους γονείς και ακολουθούν ο σύντροφος και ο γυναικολόγος σε ποσοστά 23% αντίστοιχα.

Η αμφιβολία για τον σύντροφο σε ποσοστό 23% αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την απόφαση για άμβλωση και ακολουθούν η ηλικία οι θρησκευτικές αντιλήψεις, η καριέρα και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες με παραπλήσια σχεδόν ποσοστά.

Το 76% γνωρίζει ότι η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στη γονιμότητα, αλλά σημαντικό είναι και το ποσοστό (25%) που απαντά ότι δεν το γνωρίζει.

Η ανθρώπινη ζωή ξεκινάει από τη σύλληψη απαντούν οι μισές γυναίκες (ποσοστό 51%), από τη γέννηση πιστεύει το 35% και από κάποιο μήνα της εγκυμοσύνης το 14%.

Το 44% απαντά ότι οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στην άμβλωση παρότι δεν συμφωνούν με αυτή, το 36% απαντά αρνητικά και το 20% σε ορισμένες περιπτώσεις.

Σε ποσοστό 80% οι γυναίκες συμφωνούν με τη θέση της εκκλησίας ότι η άμβλωση είναι δολοφονία και το 20% απαντά αρνητικά.

Προκειμένου να περιοριστούν οι αμβλώσεις απαραίτητη κρίνουν την οικογένεια η μία στις τρεις γυναίκες (32%), τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία κρίνει το 22% και ακολουθεί η διαφημιστική προώθηση για την αντισύλληψη.

Υπέρ των αμβλώσεων τάσσεται το 68% των γυναικών και κατά το 32%. Ενώ όσες επέλεξαν να απαντήσουν υπέρ αναφέρουν μεταξύ άλλων κυρίως το δικαίωμα προσωπικής επιλογής, την αποτυχία αντισυλληπτικών μεθόδων, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τους ανήλικους γονείς, την οικονομική δυσχέρεια κ.λ.π. Αντίθετα όσες απαντούν κατά της έκτρωσης μεταξύ άλλων αναφέρουν κυρίως λόγους θρησκευτικούς και το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής, η οικονομική και κοινωνική προστασία της μητέρας, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελούν τις βασικότερες προτάσεις των γυναικών σχετικά με την άμβλωση.

Δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ χριστιανών ορθοδόξων και καθολικών, σχετικά με την άποψη της εκκλησίας ότι η άμβλωση αποτελεί φόνο, αφού το $p > 0.05$ ($p = 0.095428$).

Επίσης δεν καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ χριστιανών ορθοδόξων και καθολικών, για το αν είναι υπέρ ή κατά των αμβλώσεων, αφού το $p > 0.05$ ($p = 0.894736$).

Επίσης σχετικά με την ερευνητική εργασία που διεξήχθη σε φοιτητές της Κύπρου και αναφέρεται στο θεωρητικό πλαίσιο στην σελίδα 20 της εργασίας, (http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=324,) δεν καταγράφονται ιδιαίτερες διαφορές στα αποτελέσματα και στα συμπεράσματα μας.

8.5 Συμπεράσματα – προτάσεις

Από την εργασία μας προκύπτει ότι υπάρχει ελλιπής γενικά γνώση σχετικά με τις αμβλώσεις

Ελλιπής επίσης γνώση για τις συνέπειες που έχει στην γονιμότητα της γυναίκας.

Μεγάλο ποσοστό των γυναικών μία στις τρεις έχει κάνει άμβλωση και οι γυναίκες καταφεύγουν κυρίως στην οικογένεια τόσο για ενημέρωση όσο και συμπαράσταση και καθοδήγηση.

Επομένως χρειάζεται πληρέστερη ενημέρωση και το σχολείο με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να αποτελεί τον πρωταρχικό και κύριο κορμό αυτής.

Επίσης διαφημιστικά spots για την πρόληψη και αντισύλληψη θα μπορούσαν να συνεισφέρουν θετικά στην ενημέρωση.

Κέντρα όπως το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να ενισχυθούν και επεκταθούν περισσότερο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία :

A: 18-20 B: 20-25 Γ: 26-30

2. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο ;

A: Δημοτικό B: Γυμνάσιο Γ: Λύκειο

Δ: Απόφοιτη ανώτερης σχολής Ε: Απόφοιτη ανώτατης σχολής

3. Ιδιότητα :

A: Φοιτήτρια B: Ιδιωτικός υπάλληλος Γ: Δημόσιος υπάλληλος

Δ: Ελεύθερος επαγγελματίας Ε: Άλλο

4. Θρήσκευμα :

5. Οικογενειακή κατάσταση :

A: Έγγαμος B: Άγαμος Γ: Διαζευγμένος

6. Γνωρίζετε για την άμβλωση ;

A: Ναι B: Όχι Γ: ΔΞ/ΔΑ

7. Πηγές ενημέρωσης για το θέμα της άμβλωσης :

A: Γονείς B: Μ.Μ.Ε Γ: Φίλοι Δ: Διαδίκτυο

E: Άλλο

8 α. Είχατε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ;

A: Ναι B: Όχι Γ: ΔΞ/ΔΑ

8 β. Αν ναι, τότε που θα απευθυνθείτε:

A: Στον σύντροφο B: Γονείς Γ: Φίλοι Δ: Γυναικολόγο

E: Ψυχολόγο ΣΤ: Εκκλησία Ζ: Άλλο.....

9. Ποιοι παράγοντες ήταν καθοριστικοί για την απόφασή σας :

A: Ηλικία B: Καριέρα Γ: Αμφιβολία για τον σύντροφο

Δ: Κοινωνικοί παράγοντες Ε: Θρησκευτικές αντιλήψεις

ΣΤ: Άλλο.....

10. Γνωρίζετε αν η άμβλωση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην γονιμότητα της γυναίκας
:

A: Ναι B: Όχι

11. Πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή κατά την άποψη σας :

A: Από τη σύλληψη B: Από την γέννηση

Γ Από τον: μήνα εγκυμοσύνης

12. Αν ο νοσηλευτής δεν συμφωνεί με την άμβλωση πιστεύετε ότι πρέπει να συμμετέχει στην διαδικασία ;

A: Ναι

B: Μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις, αναφέρετε ποιες

Γ: Όχι

13. Συμφωνείτε με την άποψη της εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία ;

A: Ναι B: Όχι

14. Τι πιστεύετε ότι χρειάζεται για να περιοριστεί η συχνότητα της άμβλωσης ;

A: Αξιόπιστη πληροφόρηση από τα Μ.Μ.Ε σχετικά με την αντισύλληψη

B: Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία

Γ: Διαφημιστική προώθηση για την αντισύλληψη

Δ: Η οικογένεια Ε: Όλα τα παραπάνω

ΣΤ: Άλλο.....

15. Ποια είναι η θέση σας σχετικά με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων :

A: Υπέρ B: Κατά

Ένα σύντομο σχόλιο που να δικαιολογεί την άποψη
σας.....
.....
.....

16. Ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις και παρατηρήσεις σχετικά με το θέμα της άμβλωσης

A) B).....

Γ) Δ).....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Παπανικολάου, Ν., (1994).** *Γυναικολογία* Αθήνα Παρισιάνος.
- Γεωργιόπουλος, Α., (2001).** *Μαιευτική και Γυναικολογική νοσηλευτική* Αθήνα Έλλην.
- Παπανικολάου, Ν., (1994).** *Μαιευτική* Αθήνα Παρισιάνος.
- Ματσανιώτης, Ν., (1994).** *Οικογενειακή Υγεία, παιδιά και φροντίδα* Αθήνα Φυκίρης.
- Κρεατσάς, Γ., (1992).** *Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση* Αθήνα Γ΄ Έκδοση.
- Χλιαουτάκης, Ι., (1990).** *Κοινωνικές επιπτώσεις πρώιμης έναρξης σεξουαλικών σχέσεων* Αθήνα Ιατρική.
- Σκόρδα, Ε., (1993).** *Η ψυχολογία της γυναίκας* Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
- Καρπάθιος, (1999).** *Βασική μαιευτική περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία* Αθήνα Β΄ Έκδοση.
- Δορκοφίκη, Ε., (1984).** *Αμβλώσεις. Ο αφανισμός του γένους* Αθήνα Κέδρος.
- Συμεωνίδου, Καστανίδου, Ε., (1995).** *Εγκλήματα κατά της ζωής* Θεσσαλονίκη Σακκούλα.
- Καραγεωργός, Κ., (1996).** *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων* Θεσσαλονίκη Σακκούλα.
- Κάκκαλη, Π., Κουράκη, Ν., (1995).** *Ποινικός Κώδικας* Καρατζάς νομική βιβλιοθήκη Αθήνα.
- Καραγιάννη, Ι., Καρατζά, Α., (1998).** *Προκλητές εκτρώσεις* Πτυχιακή εργασία Σχολή Σ.Ε.Υ.Π Τμήμα Νοσηλευτικής Πάτρα.
- Ζούρλας, Π., (1986).** *Μαθήματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας* Αθήνα Λύχνος.
- Μαμόπουλος, Α., Μ., (1991).** *Πρακτικός γυναικολογικός* Αθήνα Παραπαντάκη.
- Αραβαντινός, Δ., (1991).** *Παθολογία της κύησης* Αθήνα Παρισιάνος.
- Δρ. Μπέλλιος, Β., (2010).** *Εγώ το αγέννητο παιδί* Αθήνα Αγκαλιά.
- Βασιλειάδη, Ν., (1991).** *Πότε εμψυχούται το ανθρώπινο έμβρυο* Αθήνα Ο Σωτήρ.
- Αναστασίου, Ν., (1992).** *Μητρότητα και Παιδί* Σημειώσεις Διαλέξεων.
- Ιατράκης, Μ., Γεώργιος., (2001).** *Οικογενειακός Προγραμματισμός* Αθήνα Δεσμός.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Προστασίας και Προαγωγή της Υγείας** Αθήνα 1990.
- Παπαευαγγέλου, Γ., Τσίμος, Κ., (1992).** *Ιατρική δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός* Αθήνα ΒΗΤΑ.
- Φραγκούλης, Ι., (2001).** *Η αναγκαιότητα εφαρμογής της περιβαλλοντικής αγωγής εκπαίδευσης ενηλίκων – σχεδιασμός διδακτικού μοντέλου.* Διδακτορική διατριβή, Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστήμιο Πατρών.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Radberg, T., et al (1998).** *Clamidia Trachomatis In relation to infections Following First Trimister Abortions* Acta obstetrica Gynecological.
- Ashton, (1980).** *The Psychological outcome of induced Abortion* British journal of ob and Gyn.

- Kent, et al., (1981).** *Bereavement in Post – Abortive Women: A Clinical Report* Word journal of Psycho synthesis.
- Catherine Bernard, (1990).** *The long Term Psychological effects of abortion, Partmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss.*
- Herman, (1992).** *Trauma and Recovery* New York: Basic Books.
- Zakus, (1981).** *Adolescent Abortion Option* Social work in health: University Publications of America.
- Speckhard, (1987).** *Psycho – social stress following abortion* Seed and Work, Kansas City.
- Speckhard, (1994).** *Post – abortion syndrome: An emerging Public Health Concern* journal of social issues.
- Otiel, (1982).** *Pregnancy complications following legally induced abortion* An analysis of population with special reference to prematurity.
- Volman and Pearson, (1980).** *What the fetus feels* British Med journal.
- Reinis, S., and Ronald, R., (1984).** *The Development of the brain* C. Thomas Pub.
- President, Ronal Reagan. (1984).** *To national religious broadcasters* New York Times.
- Morrissey, et al., (2000).** *Stressful life events and alcohol problems among women seen at a detoxification center* journal of studies on alcohol.
- Lilley, M., & Day, B., (1969).** *Modern Motherhood* Random House.
- Patton, et al., (1976).** *Intro to basic neurology* Saunders
- Fisk, M., et al., (1994).** *Fetal plasma Cortisol and B – endorphin response to intrauterine needng* Lancet.
- Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., Woods, P. κ.λ.π. (1999).** *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη – Εγχειρίδιο μελέτης.* Μτφρ: Φράγκου, Ε., Πάτρα: ΕΑΠ
- Faulkner, D., Swann, j., Bird, M., Cathy, j., (1999).** *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον – εγχειρίδιο μεθοδολογίας.* Ομάδα εκτέλεσης έργου ΕΑΠ, Πάτρα: ΕΑΠ

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΝΤΕΡΝΕΤ

- <http://www.evysyrou.gr/easyconsole.cfm/id/126> (02-05-2013)
- <http://www.madata.gr/epikairota/social/48508.htm> (18-05-2013)
- http://www.wikipedia.org/wiki/αναπαραγωγικό_σύστημα (20-05-2013)
- <http://www.el.wikipedia.org/wiki/εγκυμοσύνη> (20- 05-2013)
- <http://www.healthnotesandnews.blogspot.com/2013/10/blog-spot/7986.html> (07-06-2013)
- <http://www.xristianoss.blogspot.gr/2013/01/blog-spot/3844.html> (16-06-2013)
- <http://www.hjn.gr/actions/get.pdf.php?id=324> (20-06-2013)
- <http://www.womanshealth.gr/showarticle.php?articlied=121> (25-06-2013)
- <http://www.wrongdiagnosis.com/symptoms/abortions/causes/htm> (25-06-2013)
- <http://www.unborn.gr/enimerosi/abortion/53-teens-abortion>. (27-06-2013)
- <http://www.kurtaj.info/ektrosi.html> (06-07-2013)
- <http://www.abortion.agazilos.org/abort-mind.htm> (12-07-2013)

<http://www.e-grammes.gr/article.php?id=858> (21-07-2013) από την Ημερίδα του τμήματος
γυναικών Ελληνικές Γραμμές

<http://www.lifenews.com/nat1941.htm> (26-07-2013)

<http://www.post-abortion-syndrome.info/php/BB2/index.php> (02-08-2013)

<http://www.abortion-syndrome.info/symptomata.htm> (14-08-2013)

<http://www.afterabortion.info/hope/arti12.htm> (26-08-2013)

<http://www.afterabortion.info/hope/arti10.htm> (30-08-2013)