

Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Λυκογιάννη Αγγελική

Μακρή Ιωάννα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ρόμπολας Περικλής

ΠΑΤΡΑ-ΜΑΡΤΙΟΣ 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	2
Σχόλιο Dr.R. Nathanson.....	4
Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8
Ιστορική Αναδρομή.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΟΡΙΣΜΟΣ-ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

1.1 Ορισμός.....	25
1.1 Μέθοδοι και τεχνικές διακοπής της κύησης.....	25
1.2.1 Φαρμακευτικοί τρόποι.....	25
1.2.1.1 Πρώιμη διακοπή της εγκυμοσύνης.....	25
1.2.2 Χειρουργικοί τρόποι.....	26
1.2.2.1 Αναρρόφηση του ενδομητρίου.....	26
1.2.2.2 Απόξεση.....	26
1.2.2.3 Τεχνική αποξέσεως (στις 12 εβδομάδες).....	27
1.2.2.4 Απόξεση για διακοπή εγκυμοσύνης μεταξύ 12 ^{ης} και 16 ^{ης} εβδομάδας.....	28
1.2.2.5 Υστεροτομία ή μικρή καισαρική.....	28
1.2.3 Φάρμακα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης.....	28
1.2.3.1 Ενδαμνιακή χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων.....	28
1.2.3.2 Προσταγλανδίνες και τα παράγωγά τους.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

2.1 Επιπλοκές από διάφορες μεθόδους τεχνητής διακοπής της κύησης.....	31
2.2 Επιπτώσεις αμβλώσεων στην σωματική υγεία της γυναίκας.....	33
2.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης.....	36
2..3.1 Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της άμβλωσης.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

3.1 Ηθικά Διλλήματα.....	42
3.1.2 Το ψυχικό πλήγμα της άμβλωσης.....	42

3.1.3 Θεωρείται η άμβλωση φόνος;.....	42
3.2 Διλλήματα στην αρχή της ζωής.....	42
3.3 Πως ο φόβος γίνεται επιθυμία.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

4.1 Κοινωνικές Προεκτάσεις.....	47
4.1.2 Νομική και κοινωνική παράμετρος.....	50
4.2 Κοινωνικές επιπτώσεις.....	53
4.3 Θρησκευτικές πεποιθήσεις.....	55
4.3.1 Η άποψη της Ορθόδοξης Εκκλησίας.....	55
4.3.2 Η καταδίκη της άμβλωσης κατά την Αποστολική εποχή και τους πατέρες.....	55
4.3.3 Η ευθύνη των ιατρών για την άμβλωση κατά την Εκκλησία	56
4.3.4 Η καταδίκη της άμβλωσης στα νεότερα χρόνια.....	56
4.3.5 Απόψεις άλλων θρησκείων.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

5.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	60
5.1.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός και οι βασικοί του στόχοι.....	60
5.2 Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.....	61
5.3 Αντισύλληψη.....	61
5.3.1 Αντισυλληπτικές μέθοδοι.....	62
5.3.2 Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	63
5.3.3 Κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	65
5.3.4 Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από τον άνδρα.....	66
5.3.5 Το ενδομήτριο σπείραμα.....	66
5.3.6 Ορμονική αντισύλληψη.....	68
5.3.7 Ορμόνη σε εμφύτευμα βραδείας αποδέσμευσης.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^Ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

6.1 Πραγματικές αφηγήσεις αμβλώσεων.....	73
6.2 Προϋποθέσεις πριν την επέμβαση της άμβλωσης.....	76
6.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την επέμβαση της άμβλωσης.....	76
6.3.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις μετά την επέμβαση της άμβλωσης.....	77

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80

***« Αν το κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου ήταν διάφανο,
τι νόμους θα είχαμε για την έκτρωση.....;»***

Dr.R.Nathanson (από την ταινία «Σιωπηλή Κραυγή»)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νιώθουμε την ανάγκη να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας, στον υπεύθυνο καθηγητή μας κύριο Ρόμπολα Περικλή, ο οποίος με τις πολύτιμες συμβουλές του, τις εύστοχες παρατηρήσεις του και την καθοδήγηση του, συμμετείχε καταλυτικά στην εκπόνηση της εργασίας μας.

Με εκτίμηση,
Λυκογιάννη Αγγελική
Μακρή Ιωάννα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, η οποία έχει τίτλο «Ηθικά Διλήμματα και Κοινωνικές Προεκτάσεις των Αμβλώσεων», ασχολείται με το θέμα των διλημάτων και των προεκτάσεων (κοινωνία, θρησκεία) που σχετίζονται με τις αμβλώσεις. Γενικότερα, αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης των επιπτώσεων μιας τέτοιας διαδικασίας, αλλά και τους τρόπους αποφυγής της (αντισύλληψη). Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον ορισμό και τις μεθόδους άμβλωσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι επιπλοκές της άμβλωσης και οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις. Το τρίτο περιλαμβάνει αφηγήσεις πραγματικών περιστατικών και νοσηλευτική παρέμβαση. Στο τέταρτο αναλύονται τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν και στο πέμπτο οι κοινωνικές διστάσεις του θέματος. Τέλος το έκτο κεφάλαιο αποτελείται από τον οικογενειακό προγραμματισμό, την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και τρόπους αντισύλληψης.

Σκοπός της εργασίας, ήταν να επισημανθούν τα διλήμματα που καλείται μια γυναίκα να αντιμετωπίσει, μπροστά στην απόφαση μιας άμβλωσης, αλλά και οι κοινωνικές διαστάσεις του θέματος. Επίσης, σημαντικό κομμάτι είναι και η ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους που διεκπεραιώνεται αυτή η διαδικασία αλλά και για τις μεθόδους αντισύλληψης.

Η εργασία είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που ολοκληρώθηκε με την βοήθεια διαφόρων πηγών. Τις πηγές αυτές αποτελούν βιβλία και περιοδικά τα οποία βρέθηκαν σε δημόσιες βιβλιοθήκες και άρθρα από σελίδες στο διαδίκτυο.

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, αξιολογήθηκαν και κατανεμήθηκαν με σκοπό την ανάλυση και την πλήρη πληροφόρηση γύρω από το θέμα των αμβλώσεων.

Από την ανάλυση των πληροφοριών συμπεραίνουμε, πως η άμβλωση είναι ένα σοβαρό ζήτημα το οποίο απασχολεί την κοινωνία από τη αρχαιότητα. Έχει διχάσει με τον Νόμο, ο οποίος επιτρέπει την άμβλωση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, και την θρησκεία, όπου την απαγορεύει ρητά καθώς την θεωρεί πέρα από κάθε αμφιβολία φόνο και την συγκαταλέγει στα αμαρτήματα. Η τελική απόφαση όμως εξαρτάται από την γυναίκα η οποία σχετίζεται με την ηθική της, τη διαθεσιμότητα αλλά και την αυτονομία της γύρω από το θέμα της άμβλωσης.

Λέξεις κλειδιά: *άμβλωση, διλήμματα, κοινωνία, επιπτώσεις, αντισύλληψη, γυναίκα*

ABSTRACT

The present paper, which is titled "ethical dilemmas and Social Ramifications of abortion", deals with the issue of dilemmas and implications (society, religion) associated with abortion. More generally, is an attempt to investigate the effects of such a process, but also the ways of avoiding (contraception). The first chapter contains the definition and methods of abortion. In the second chapter discussed the complications of abortion and the psychosomatic effects. The third includes narratives facts and nursing intervention. In the fourth analyses the ethical dilemmas that arise in the social dimensions of the fifth issue. Finally the sixth chapter consists of family planning, sex education and contraception.

The purpose of work, was to highlight the dilemmas that required a woman to face, in front of an abortion decision, but also the social dimensions of the issue. Also, an important part is the information about the ways that handled this process but also for the methods of contraception.

The work is a bibliographic review that was completed with the help of various sources. These sources are books and journals which are found in public libraries and articles from Internet pages.

The information collected, evaluated and distributed for the purpose of analysis and the full information around the topic of abortion.

From information analysis we conclude that abortion is a serious issue which is of concern to the society since antiquity. Has divided by law, which allows abortion in specific cases, and religion, where expressly prohibits as it considers beyond all doubt murder and counts in sins. But the final decision depends on the woman associated with ethics, the availability and the autonomy of around the issue of abortion.

Keywords: *abortion dilemmas, society, impact, contraception, male*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έξω γεννητικά όργανα και τα έσω γεννητικά όργανα.

Τα έξω γεννητικά όργανα της αποτελούνται από το αιδοίο και τα επιμέρους στοιχεία του που είναι το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, τα μικρά χείλη του αιδοίου (νύμφαι), η κλειτορίδα, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βολβοί του προδρόμου, οι αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini και ο παρθενικός υμένας.

Το εφηβαίο είναι τριγωνικό υποστρώγγυλο έπαρμα του δέρματος που εκτείνεται προς τα πάνω μέχρι την ηβική αύλακα. Ενώ στα πλάγια αφορίζεται από τις αιδοιομητρικές αύλακες.

Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δερματικές πτυχές που χωρίζονται μεταξύ τους με τις μεσοχειλικές αύλακες, ενώ στα πλάγια αφορίζεται από τις αιδοιομητρικές αύλακες.

Η μεταξύ των μεγάλων χειλέων σχισμή καλείται αιδοϊκή σχισμή.

Τα μεγάλα χείλη συνδέονται μεταξύ τους μπροστά με τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων, πίσω δε (προς την περιοχή του περινέου) με τον οπίσθιο. Στο ύψος του οπίσθιου συνδέσμου των μεγάλων χειλέων βρίσκεται ο χαλινός των μικρών χειλέων του αιδοίου και η κοιλότητα του σκαφοειδούς βόθρου.

Η κλειτορίδα βρίσκεται μεταξύ των πρόσθιων άκρων μεγάλων χειλέων και αποτελείται από στυτικό ιστό με δύο σηραγγώδη σώματα. Έχει μήκος 5-6 εκατοστά και διαιρείται στα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο.

Τα σκέλη της κλειτορίδας εκφύονται από τους ηβοΐσχιακούς κλάδους και ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής σύμφυσης (σχηματισμός του σώματος της κλειτορίδας). Στο άκρο του σώματος σχηματίζεται η βάλανος η οποία καλύπτεται από την πόσθη.

Τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας περιβάλλονται από μια ινώδη μεμβράνη η οποία φέρεται προς τα πάνω και προσφύεται στην ηβική σύμφυση (κρεμαστήρας σύνδεσμος).

Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας (κάτω επιφάνεια της βαλάνου) σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου (τα πρόσθια σκέλη σχηματίζουν την πόσθη και τα οπίσθια τον χαλινό).

Γύρω από την πόσθη υπάρχουν σηγγματογόνοι αδένες που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας.

Ο πρόδρομος του κόλπου εκτείνεται μεταξύ του χαλινού της κλειτορίδας και σκαφοειδούς βόθρου και παρουσιάζει δύο πλάγια τοιχώματα και έναν πυθμένα ο οποίος διατιτραίνεται από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Το στόμιο αυτό βρίσκεται 20 περίπου χιλιοστά κάτω από την κλειτορίδα ο δε χώρος μεταξύ αυτών των δύο στοιχείων ονομάζεται ουρηθραίος πρόδρομος ή ουρηθραίο πεδίο. Το ουρηθραίο πεδίο είναι τρίγωνο με βάση το στόμιο της ουρήθρας, κορυφή προς την κλειτορίδα και πλαγίως αφορίζεται από τις νυμφουμένικες αύλακες. Γύρω από το έξω στόμιο της ουρήθρας εκβάλλουν οι παραουρηθραίοι αδένες εκ των οποίων οι δύο μεγαλύτεροι ονομάζονται αδένες του SKENE.

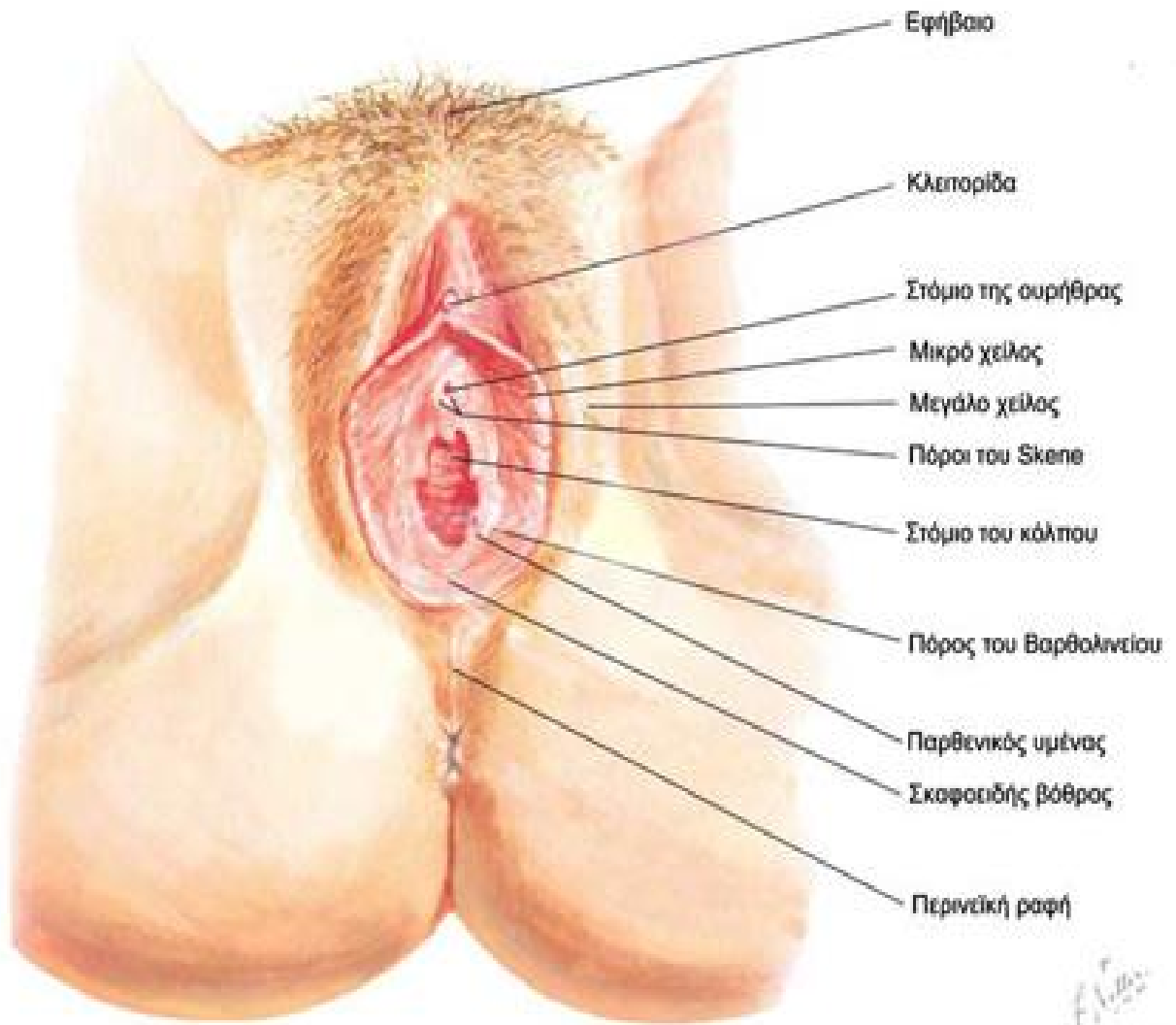
Οι βολβοί του προδρόμου βρίσκονται στα πλάγια της εισόδου του κόλπου και έχουν σχήμα αμυγδαλού. Οι βολβοί αποτελούνται από πλέγμα πολυπληθών αγγείων, ιδίως φλεβών, συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες. Οι βολβοί περιβάλλονται εξωτερικά από τους βολβοσηραγγώδης μύες.

Οι βαρθολίνειοι αδένες είναι δύο και βρίσκονται μεταξύ κόλπου και βολβού του προδρόμου. Ο εκφορητικός πόρος κάθε βαρθολίνειου αδένου εκβάλλει στο στόμιο του κόλπου μεταξύ παρθενικού υμένα (ή μύρτων) και της έσω επιφάνειας (νυμφουμένικη αύλακα).

Οι βαρθολίνειοι αδένες ονομάζονται και μείζονες αδένες του προδρόμου ενώ με τη γενική ονομασία ελάσσονες αδένες του προδρόμου φέρονται πολλοί βλεννογόνοι αδένες της περιοχής αυτής οι οποίοι βρίσκονται κοντά στην κλειτορίδα και γύρω από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Το έκκριμα των βαρθολίνειων αδένων είναι υπόλευκο και βλενώδες και χρησιμεύει στην ύγρανση του κόλπου.¹

Εικόνα 1: Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας.



Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα σε μια εγκάρσια πτυχή του περιτοναίου που εκτείνεται μεταξύ των δύο πλάγιων τοιχωμάτων της μικρής πυέλου και που λέγεται πλατύς σύνδεσμος. Ο πλατύς σύνδεσμος χωρίζεται από τη μήτρα σε δεξιό και αριστερό. Από το πίσω πέταλο κάθε πλατύ συνδέσμου κρέμεται, σε μια πτυχή του που λέγεται μεσωοθήκιο, η ωοθήκη.

Η ωοθήκη βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο που σχηματίζεται από το περιτόναιο με όριο προς τα πάνω την ομφαλική αρτηρία και προς τα πίσω τον ουρητήρα και τη μητριαία αρτηρία. Στη θέση αυτή η ωοθήκη στηρίζεται από το μεσοωοθήκιο, από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και από τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης.

Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος ξεκινά από τη λαγόνια περιτονία και καταφύεται στο άνω άκρο της ωοθήκης.

Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης ξεκινά από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο άνω άκρο της ωοθήκης.

Η ωοθήκη περιέχει τη γεννητική ουσία της γυναίκας, δηλαδή τα ωάρια. Έχει σχήμα μεγάλου αμυγδάλου και χροιά ερυθρόφαιο μέχρι το πρόσθιο χείλος της όπου υπάρχει μια κυματοειδής γραμμή, η γραμμή του Farre, όπου το κυλινδρικό επιθήλιο της ωοθήκης μεταπίπτει στο πλακώδες του περιτοναίου.

Κάθε ωοθήκη αγγειούται από την ωοθηκική αρτηρία (από την κοιλιακή αορτή) και νευρώνεται από κλάδους του συμπαθητικού πλέγματος. Η ωοθήκη παρουσιάζει σε διατομή τα εξής στρώματα : εξωτερικά μια στοιβάδα βλαστικού επιθηλίου, τη φλοιώδη μοίρα, τη μυελώδη μοίρα και στρώμα συνδετικού ιστού.

Κάθε συστατικό στοιχείο της φλοιώδους μοίρας είναι τα ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ωάριο που περιβάλλεται από ένα στρώμα καλυπτήριων κυττάρων (κύτταρα της θήκης). Αυτό συμβαίνει στα σχετικώς άωρα ωοθυλάκια (πρωτογενή). Όσο μεγαλώνει το ωάριο τόσο και από περισσότερα κύτταρα θήκης περιβάλλεται (δευτερογενές) σε κάποια δε τελικά στάδια (τριτογενές ωοθυλάκιο) το ωάριο απωθείται πια προς την περιφέρεια του ωοθυλακίου, του οποίου η κοιλότητα γεμίζει υγρό.

Όταν το ωοθυλάκιο ωριμάσει τελείως φτάνει σε διάμετρο περίπου 2 εκατοστών και μετακινείται προς την επιφάνεια της ωοθήκης όπου και σπάει (ωοθυλακιορρηξία). Μετά την ωοθυλακιορρηξία το ωάριο παραλαμβάνεται από τον κώδωνα του ωαγωγού, ενώ το υπόλοιπο του ωοθυλακίου μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο με την αποθήκευση παραγώγων χοληστερίνης.

Η ωοθυλακιορρηξία γίνεται 14 ημέρες πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνης ρύσης. Αμέσως μετά από αυτή το ωχρο σωματίο παράγει προγεστερόνη ετοιμάζοντας τη μήτρα για πιθανή κύηση. Αν το ωάριο δεν χρησιμοποιηθεί τις επόμενες δύο εβδομάδες η παραγωγή προγεστερόνης σταματά και το ωχρο σωματίο υποστρέφει και μετατρέπεται σε λευκό σωματίο (ουλή). Αν το ωάριο γονιμοποιηθεί τότε συνεχίζει την παραγωγή προγεστερόνης μέχρι και τον 4^ο μήνα της κύησης. Ένας αριθμός ωοθυλακίων δεν ακολουθούν την πορεία της ωοθυλακιορρηξίας αλλά υποπλάσσονται μέσα στην ωοθήκη, είναι φυσιολογικό φαινόμενο και ονομάζεται ατρησία των ωοθυλακίων.

Κατά τον τοκετό υπολογίζεται ότι στα θηλυκά νεογνά υπάρχει τεράστιος αριθμός ωοθυλακίων (περίπου 200.000 σε κάθε ωοθήκη). Λίγα όμως από αυτά φτάνουν στην πλήρη ωρίμανση (περίπου 400). Αυτά τα τελευταία καλούνται και ωοθυλάκια του Graaf (Γραφιανά).

Η μυελώδης μοίρα της ωοθήκης αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία, νεύρα και πολλές ελαστικές ίνες. Το στρώμα του συνδετικού ιστού αποτελείται από δύο είδη κυττάρων τα κοκκώδη κύτταρα και τα διάμεσα τα οποία αποταμιεύουν θρεπτικές ουσίες από τα καταστρεφόμενα ώριμα ωοθυλάκια και μεταφέρουν άωρα ωοθυλάκια προς διατροφή τους.

Κάθε σάλπιγγα ενώνει τη μήτρα με την ωοθήκη. Ενώ όμως στη μήτρα μπαίνει μέσα στο τοίχωμά της, με την ωοθήκη απλά εφάπτεται με το έξω κροσσωτό άκρο της. Η σάλπιγγα είναι μυώδης σωλήνας, μήκους 11-14 εκ. κλεισμένος στο άνω (πρόσθιο) χείλος του πλατέος συνδέσμου και αποτελείται από δύο άκρα (έσω ή μητριαίο και έξω ή κώδωνα), δύο μοίρες (την έσω ή ισθμό και την έξω ή κοιλιακό). Το τοίχωμα της σάλπιγγας έχει μεγάλη ελαστικότητα και γι' αυτό η ρήξη του, σε παθολογικές καταστάσεις, (πχ σαλπιγγική κύηση) δεν είναι ιδιαίτερα εύκολη.

Το έξω άκρο της σάλπιγγας (κώδωνας) έχει κροσσωτό σχήμα με 12-15 κροσσούς οι οποίοι κρέμονται ελεύθεροι με εξαίρεση έναν από αυτούς, το μεγαλύτερο, (μήκος 2-3 εκ.) ο οποίος λέγεται ωοθηκικός κροσσός και ο οποίος φτάνει μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης διαγράφοντας μια πορεία κατά μήκος του τμήματος του μεσοσαλπιγγίου που ενώνει την σάλπιγγα με την ωοθήκη (κωδωνοωθηκικός σύνδεσμος).

Ο ωοθηκικός κροσσός περιλαμβάνει πολλούς δευτερεύοντες κροσσούς στα χείλη του. Μέσω του κροσσού αυτού μεταφέρεται στην μήτρα το ωάριο σε κάθε ωοθηλακιορρηξία. Εάν αυτός ο μηχανισμός δεν λειτουργήσει, το ωάριο που παραλείφθηκε από την σάλπιγγα μεταφέρεται μέσα σε 4 ημέρες στη μήτρα. Αν όμως γονιμοποιηθεί και παραμείνει στη σάλπιγγα, έχουμε μια σαλπιγγική (έξωμήτρια) κύηση, ιδιαίτερα επικίνδυνη. Φυσιολογικά, η γονιμοποίηση του ωαρίου, γίνεται μέσα στη λήκυθο.

Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται (από έξω προς τα μέσα) από ορογόνο χιτώνα και από βλεννογόνο αποτελούμενο από κροσσωτό επιθήλιο. Οι αρτηρίες της σάλπιγγας εκφύονται από δύο τόξα, το μεσοσαλπιγγικό και το υποσαλπιγγικό τα δε νεύρα της, από μητροκολεϊκό και τα περί την αρτηρία της ωοθήκης πλέγματα.²

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που σχηματίζεται από την συνένωση των δύο Μυλλέρειων πόρων του εμβρύου. Η θέση της είναι μεταξύ, ουροδόχου κύστεως (μπροστά), απευθυσμένου (πίσω), εντερικών ελίκων (πάνω) και κόλπου (κάτω). Το σχήμα της μοιάζει με αχλάδι και αποτελείται από τρία μέρη (πυθμένα, σώμα και αυχένα ή τράχηλο), δύο στόμια (έσω και έξω) και μια κοιλότητα.

Από τον πυθμένα της μήτρας ξεκινάει η μητριαία μοίρα της σάλπιγγας. Το σώμα της μήτρας παρουσιάζει πρόσθια επιφάνεια (κυστική) και οπίσθια (εντερική). Μεταξύ σώματος και αυχένα περιγράφεται ο ισθμός της μήτρας το άνω όριο του οποίου αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της. Ο αυχένος της μήτρας εμφανίζει μια ανώτερη μοίρα που αποτελεί συνέχεια του σώματος και μια κατώτερη που μπαίνει μέσα στον κόλπο (υπερκολπικό και ενδοκολπικό). Το ενδοκολπικό τμήμα εκβάλλει στον κόλπο με το έξω στόμιο της μήτρας. Η κοιλότητα του σώματος επεκτείνεται μέχρι τον πυθμένα όπου σχηματίζει, δεξιά και αριστερά, τα δύο κέρατα της κοιλότητας, των οποίων η κορυφή αντιστοιχεί στο μητριαίο στόμιο της σύστοιχης σάλπιγγας.

Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος 10-20 χιλιοστά και αποτελείται από τρεις χιτώνες: ορογόνο (περιμήτριο), μυϊκό (μυομήτριο) και βλεννογόνο (ενδομήτριο). Το περιμήτριο είναι συνέχεια του περιτοναίου και καλύπτει όλη σχεδόν τη μήτρα εκτός από την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου. Με τη ανάκαμψή του στην κύστη σχηματίζεται ο κυστεομητρικός χώρος (οπίσθιος Δουγλάσειος) και με την ανάκαμψη του στο έντερο ο ευθυμητρικός χώρος. Το μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστικό μυϊκό ιστό και πολλά αγγεία. Παρουσιάζει τρεις στοιβάδες, την έξω ή υπορογόνο, τη μέση ή αγγειώδη και την έσω ή υποβλεννογόνο. Το ενδομήτριο είναι σε άμεση επαφή με το μυομήτριο χωρίς να περιβάλλεται υποβλεννογόνο χιτώνα. Ο βλεννογόνος του ενδομητρίου αποτελείται από κυβοειδή κύτταρα και στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού. Στη περιοχή του τραχηλικού σωλήνα συναντάμε επιθήλιο από κυλινδρικά κύτταρα που σχηματίζουν αδένες οι οποίοι

εκκρίνουν αλκαλική βλέννα που αποφράσσει προστατευτικά το σωλήνα με το σχηματισμό του <τραχηλικού βύσματος>. Το τραχηλικό βύσμα γίνεται κολλώδες και λεπτόρρευστο λίγες μέρες πριν από την ωοθηλακιορρηξία για να γίνει διαβατό από τα σπερματοζωάρια.

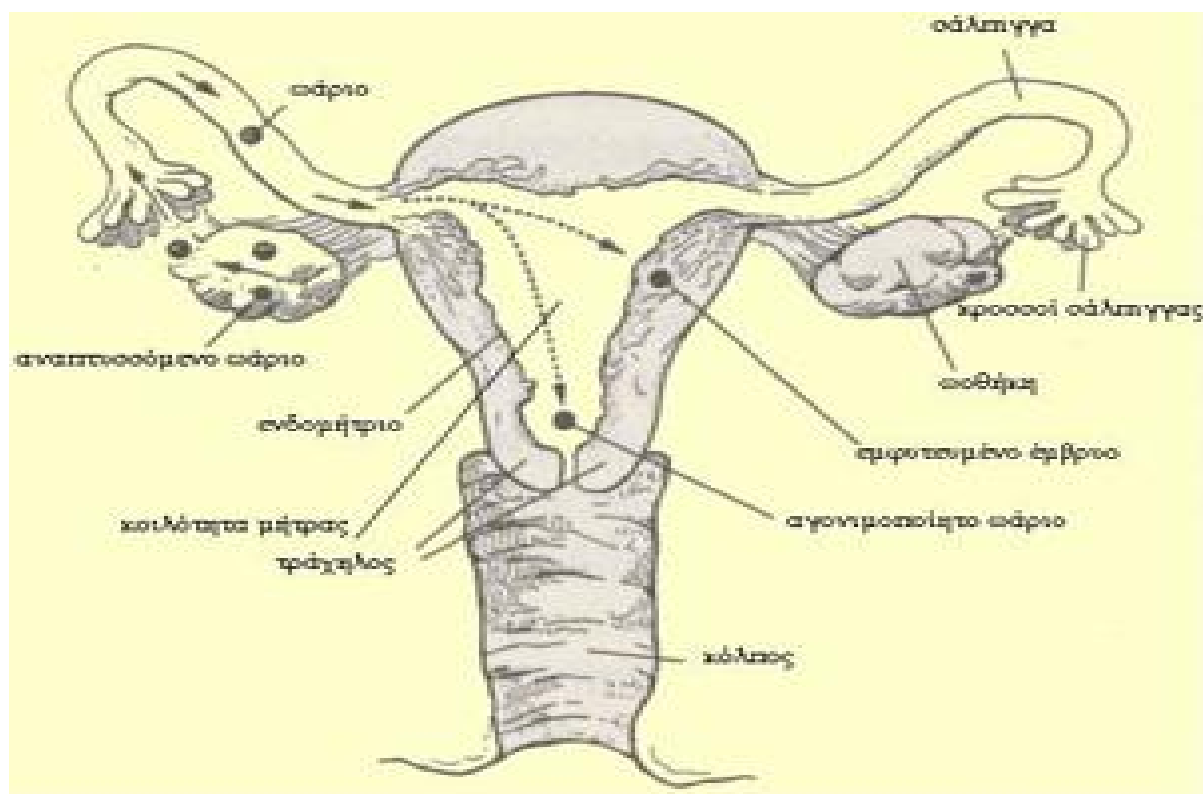
Οι σύνδεσμοι της μήτρας (εκτός από το περιτόναιο) είναι οι εξής: οι πλατείς σύνδεσμοι, οι ευθυμητρικοί (οι ιερομητρικοί), το παραμήτριο και οι στρογγυλοί. Οι πλατείς σύνδεσμοι είναι πτυχές του περιτοναίου που εκτείνονται μεταξύ πλαγίου τοιχώματος της μικρής πυέλου και πλαγίου χείλους της μήτρας όπου μετατρέπονται στον ορογόνο χιτώνα της (περιμήτριο). Κάθε πλατύς σύνδεσμος διαιρείται με το μεσοωθήκιο σε δύο τμήματα, το άνω και το κάτω ή μεσομήτριο. Το μεσομήτριο είναι παχύ και περιέχει άφθονο συνδετικό ιστό που αποτελεί το παραμήτριο, μέσα στο οποίο πορεύονται τα μητριάια αγγεία και νεύρα. Οι ευθυμητρικοί σύνδεσμοι εκφύονται από το περίστροφο του ιερού οστού και καταφύονται στον αυχένα της μήτρας όπου και ενώνονται μεταξύ τους με το σχηματισμό του μητριάιου ογκώματος. Η σύσταση τους είναι από συνδετικό ιστό, αγγεία και λείες μυϊκές ίνες που σχηματίζουν τον ευθυμητρικό μυ ο οποίος έλκει τον αυχένα της μήτρας προς τα πίσω. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι (δεξιός και αριστερός) εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Οι σύνδεσμοι αυτοί αποτελούνται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες και γραμμωτές μυϊκές ίνες (κρεμαστήρας μύς).

Ο κόλπος είναι ινωμυώδης σωλήνας που βρίσκεται μεταξύ ουρήθρας και απευθυσμένου και του οποίου το άνω άκρο συνάπτεται με τον τράχηλο της μήτρας το δε κάτω εκβάλλει στη σχισμή του αιδοίου.

Διακρίνουμε τρία τμήματά του: άνω, μέσο και κάτω. Το άνω τμήμα προσφύεται κυκλικά στον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει με αυτόν τον θόλο του οποίου διακρίνουμε πρόσθια, δύο πλάγιες και μια οπίσθια μοίρα. Το μέσο τμήμα (σώμα) παρουσιάζει πρόσθιο τοίχωμα και δύο πλάγια χείλη. Το πρόσθιο τοίχωμα, στο πάνω μέρος του, συνδέεται με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως ενώ το κάτω μέρος του με το οπίσθιο τοίχωμα της ουρήθρας. Το πρόσθιο τοίχωμα συνάπτεται με το απευθυσμένο. Τα πλάγια χείλη του κόλπου φέρουν μεγάλο αριθμό φλεβικών αναστομώσεων. Το κάτω τμήμα του κόλπου φέρει το στόμιο του το οποίο, επί παρθένων, αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Μετά τον τοκετό τα υπολείμματα του παρθενικού υμένα καλούνται μύρτα. Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου εμφανίζει πολλές εγκάρσιες παχύνσεις που λέγονται κολεϊκές ρυτίδες, οι οποίες κατά μήκος του πρόσθιου και του οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου σχηματίζουν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο στύλο. Ο πρόσθιος στύλος καταλήγει κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας στο κολεϊκό φύμα.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από ιώδη ιστό, μυϊκό χιτώνα και βλεννογόνο με επιθήλιο πολύστοιβο πλακώδες. Ο κόλπος αγγειώνεται από τη μητροκολεϊκή, τη μέση και την κάτω κολεϊκή αρτηρία και νευρώνεται από το μητροκολεϊκό πλέγμα.³

Εικόνα 2: Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.



Ο ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Γεννητικός κύκλος είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζει η εμφάνιση μιας έμμηνης ρύσης (1^η ημέρα) και τελειώνει μόλις εμφανιστούν οι πρώτες σταγόνες αίματος της επόμενης έμμηνης ρύσης. Επειδή στις περισσότερες γυναίκες αυτό συμβαίνει κάθε 28 ημέρες, έχουμε σαν πρότυπο γεννητικό κύκλο που διαρκεί 28 ημέρες. Βέβαια σε αρκετές γυναίκες το χρονικό αυτό διάστημα είναι δυνατό να κυμανθεί από 22-23 μέχρι και 35-36 ημέρες, κάτι που είναι φυσιολογικό.

Αναπαραγωγική ή γεννησιακή ηλικία της γυναίκας είναι το χρονικό διάστημα που αρχίζει με την εμφάνιση της ήβης και τελειώνει με την εμμηνόπαυση. Κατά την χρονική αυτή περίοδο, που κρατάει περίπου 30-35 χρόνια η γυναίκα είναι δυνατό να συλλάβει και να τεκνοποιήσει.

Κάθε μήνα στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία η ωοθήκη ετοιμάζεται να δώσει ένα ώριμο ωάριο ικανό για αναπαραγωγή, η σάλπιγγα ετοιμάζεται να το υποδεχτεί και να το

βοηθήσει να συνενωθεί με το σπερματοζώαριο (γονιμοποίηση), εφ' όσον γίνει η συνάντησή τους. Η μήτρα ετοιμάζεται να υποδεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Έτσι ξεκινάει μια εγκυμοσύνη. Για να επιτευχθούν οι παραπάνω σκοποί, λαμβάνουν χώρα διάφορες χημικές, λειτουργικές και ανατομικές αλλαγές στον οργανισμό της γυναίκας και ιδιαίτερα στα εσωτερικά της γεννητικά όργανα.

Παρατηρούνται κατά χρονική σειρά οι παρακάτω διαδικασίες: **α)ωρίμανση του ωοθυλακίου και του ωαρίου, β)ωοθηλακιορρηξια, γ)σχηματισμός του ωχρού σωματίου.**

Η λειτουργία των ωοθηκών στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου, βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο των **γωναδοτροπινών** (γωναδοτρόπες ορμόνες). Αυτές παράγονται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και είναι: **α)η ορμόνη ωρίμανσης του ωοθυλακίου ή FSH** (Follicle Stimulating Hormone) και **β)η ωχρινοποιητική ορμόνη LH** (luteinizing Hormone).

Η υπόφυση είναι ένας μικρός αδένας σαν κόκκος από αραποσίτι μέσα σε οστά βάσης του κρανίου (τουρκικό εφίππιο) κάτω από τον εγκέφαλο. Οι διαδικασίες κατευθύνονται από την δράση των ορμονών της υπόφυσης ,και των ορμονών που παράγονται από την ωοθήκη με μηχανισμούς πολύπλοκους, χρονικά αυστηρά καθορισμένους, και αλληλένδετους.⁴

Α΄ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ FSH ΣΤΟ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΩΑΡΙΟ. ΤΑ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ.

Η α΄ φάση του κύκλου αρχίζει με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης και τελειώνει μόλις συμβεί η ωοθηλακιορρηξία. Σε κύκλο 28 ημερών, διαρκεί 14 ημέρες. Η διάρκειά της όμως δεν είναι σταθερή. Ποικίλλει και εξαρτάται από την διάρκεια του γεννητικού κύκλου, τον οποίο και παρακολουθεί.

Κάθε ωοθήκη έχει μικρά σακουλάκια μέσα της, τα ωοθυλάκια. Κάθε ένα απ αυτά περιέχει ένα άωρο ωάριο. Περίπου 400.000 άωρα ωοθυλάκια και ωάρια αποθηκεύονται στις ωοθήκες. Έχει υπολογιστεί ότι κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, περίπου 400 από αυτά προορίζονται να ωριμάσουν. Ένα ωάριο συνήθως (μπορεί σπάνια κανένα ή και περισσότερα), τελικά θα ωριμάσει σε κάθε γεννητικό κύκλο (περίπου κάθε μήνα) και θα γίνει ικανό για γονιμοποίηση.

Ο ρόλος της FSH Η υπόφυση διεγείρεται από τον υποθάλαμο. Αυτός διεγείρεται από τον φλοιό του εγκεφάλου και από ορμόνες (ωοθηκικές), που κυκλοφορούν στο αίμα. Η FSH είναι η ορμόνη που ρυθμίζει την ανάπτυξη των γονάδων. Οι γυναικείες είναι οι ωοθήκες, και η FSH παρουσιάζει διεγερτική επίδραση στην ωρίμανση του ωοθυλακίου και του ωαρίου. Στον άνδρα (ανδρικές γονάδες = όρχεις) διεγείρει τη διαδικασία της σπερματογένεσης, και την παραγωγή τελικά ώριμων σπερματοζωαρίων.

Με την έναρξη του γεννητικού κύκλου, η ωοθήκη καθώς διεγείρεται από την FSH, μπαίνει σε λειτουργία. Αποτέλεσμα είναι ένα ωοθυλάκιο να αρχίζει να ωριμάζει, με σκοπό να καταστήσει ένα άωρο ωάριο, ώριμο, και να το ελευθερώσει από την ωοθήκη. Το ωοθυλάκιο αρχίζει να διογκώνεται. Δημιουργείται μια κοιλότητα στο εσωτερικό του, που λέγεται ωοθηλακικό άντρο. Αυτή η κοιλότητα γεμίζει με ένα υγρό το ωοθηλακικό υγρό. Τα κύτταρα γύρω από το άωρο ωάριο (ωοκύτταρο), πολλαπλασιάζονται σχηματίζοντας πολλές στοιβάδες, γύρω του. Το ωοκύτταρο μεγαλώνει, αρχίζει ωριμάζει και μετακινείται προς την επιφάνεια της ωοθήκης. Το ωοθυλάκιο διογκωμένο και γεμάτο υγρό, εμφανίζεται σαν μια μικρή φυσαλίδα, που προβάλλει στην εξωτερική επιφάνεια της ωοθήκης.

Τα οιστρογόνα Τα κύτταρα στο ωοθυλάκιο που ωριμάζει παράγουν ορμόνες που λέγονται οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα εμφανίζουν τις παρακάτω δράσεις: α) Δρουν στον υποθάλαμο κι αυτός ρυθμίζει τη λειτουργία της υπόφυσης, δίνοντας εντολές σ' αυτή να περιορίσει την παραγωγή της FSH. Η μείωση στη έκκριση της FSH από την υπόφυση, εμποδίζει την ωρίμανση άλλων ωοθυλακίων. Αν δεν γινόταν αυτό, η κύηση που πάει να ξεκινήσει, σύντομα θα συνοδευόταν και από επόμενες ταυτόχρονες κυήσεις

Βλέπουμε ότι υπάρχει μια παλίνδρομη αλληλορύθμιση (feed back) της FSH ρυθμίζεται πάντα από αρνητικό feed back σε σχέση με τα οιστρογόνα. Δηλαδή όσο και να είναι τα επίπεδα των οιστρογόνων έχουν πάντα αρνητική (κατασταλτική) επίδραση στην έκκριση της FSH. Βέβαια όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές των οιστρογόνων, τόσο εντονότερη είναι η κατασταλτική τους επίδραση στην έκκριση της FSH.

β) Τα οιστρογόνα παρουσιάζουν και άλλες δράσεις, στον οργανισμό της γυναίκας. Κυρίως στα γεννητικά όργανα (ιδιαίτερα στη μήτρα) και στους μαστούς, που έχουν σκοπό να βοηθήσουν την αναπαραγωγή.

Στον τράχηλο της μήτρας : Μεταβάλλεται η τραχηλική βλέννη και γίνεται κατάλληλη να υποδεχτεί τα σπερματοζώαρια. Τραχηλική βλέννη και τραχηλικός σωλήνας διευκολύνουν το πέρασμα των σπερματοζωαρίων προς τη μητρική κοιλότητα.

Στους μαστούς : Διεγείρονται οι γαλακτοπαραγωγοί αδένες (οι μαστοί διογκώνονται, φουσκώνουν), έτσι ώστε σε περίπτωση εγκυμοσύνης να γίνει το πρώτο βήμα για την εξασφάλιση του μητρικού γάλακτος.

Στη μήτρα : Το τοίχωμα και ιδιαίτερα το ενδομήτριο, αρχίζει να παχαίνει, παρατηρείται υπεραιμία υπερπλασία και υπερτροφία. Διεγείρονται κυρίως οι αδένες του ενδομητρίου. Έτσι η μήτρα προπαρασκευάζεται για να γίνει ικανή, να υποδεχτεί με επιτυχία το γονιμοποιημένο ωάριο.

Η ωοθηλακιορρηξία:

Γύρω στη 14^η ημέρα σε κύκλο διάρκειας 28 ημερών, και εφ' όσον όλα εξελίσσονται φυσιολογικά συμβαίνουν σχεδόν ταυτόχρονα μια σειρά γεγονότων.

Τα οιστρογόνα που αυξάνονται συνεχώς, φθάνουν στα ψηλότερα επίπεδά τους. Αναστέλλεται η αύξηση της FSH. Οι υψηλές τιμές των οιστρογόνων περιορίζουν την έκκριση της FSH, αλλά διεγείρουν την έκκριση της LH από την υπόφυση. Η LH χαρακτηρίζεται από αρνητικό και θετικό feed back σε σχέση με τα οιστρογόνα. Δηλαδή χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων ασκούν κατασταλτική επίδραση της έκκρισης της LH, και υψηλά θετική (διεγερτική) επίδραση προκαλώντας αύξηση στις τιμές της. (Αυτό γίνεται μέσω ειδικών υποδοχέων Gn-RH, που βρίσκονται στον υποθάλαμο).

Έτσι λίγο πριν την ωοθηλακιορρηξία, παρατηρούνται τα εξής. Τα οιστρογόνα βρίσκονται στα ανώτερα επίπεδά τους. Σταματάει η αύξηση της τιμής της FSH, και σε λίγο θα ακολουθήσει πτώση, μείωση των τιμών της. Εμφανίζεται μια μεγάλη και απότομη (πραγματικά εκρηκτική) άνοδος στο επίπεδο της LH.

Η απότομη αύξηση της LH με την παράλληλη μείωση της FSH, φαίνεται ότι προκαλούν την ωοθηλακιορρηξία. Το ωοθυλάκιο κυριολεκτικά σπάζει. Το ωάριο που βρισκόταν κοντά στην επιφάνεια, ελευθερώνεται, ξεφεύγει, πέφτει μέσα στη σάλπιγγα. Καθώς το ωάριο δεν κινείται μόνο του, σε αντίθεση με το σπερματοζώαριο, βοηθιέται στο ταξίδι του από τους κροσσούς της σάλπιγγας, που σχεδόν το αρπάζουν, και την ίδια τη σάλπιγγα ακόλουθα, όσο θα βρίσκεται μέσα σε αυτή.

Η γονιμοποίηση:

Αν το ώριμο και ικανό ωάριο, ενωθεί με ένα ώριμο και ικανό σπερματοζώαριο, δημιουργείται ένα καινούργιο κύτταρο, το ζυγωτό. Αυτό αποτελεί το πρώτο κύτταρο, την αρχή της καινούργιας ζωής που θα έλθει στον έξω κόσμο μετά από μερικούς μήνες. Η ένωση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο και ο σχηματισμός του ζυγωτού, γίνεται μέσα στη σάλπιγγα, και είναι γνωστή σαν **γονιμοποίηση**.

Το ωάριο είναι ικανό να γονιμοποιηθεί 24 με 48 ώρες και το σπερματοζώαριο να γονιμοποιηθεί 2 μέχρι και 3 ημέρες. Το ωάριο χάρη στις μειωτικές του διαιρέσεις, μείωσε στο μισό τον αριθμό των χρωμοσωμάτων του και τελικά έδωσε δυο κύτταρα τύπου 22χ και 22χ και δυο πολικά σωματίδια. Το ίδιο έγινε και με το σπερματοζώαριο με τελικά προϊόντα 22χ, 22χ, 22ψ, 22ψ. Ένα κύτταρο 22χ θα ενωθεί με ένα 22χ ή ένα 22ψ και το ζυγωτό θα έχει τον τύπο 44χχ (κορίτσι) ή 44χψ (αγόρι).

Το ταξίδι μέσα στην σάλπιγγα:

Το ζυγωτό πολλαπλασιάζεται με μιτωτικές διαιρέσεις, δημιουργώντας νέα κύτταρα, που λέγονται βλαστομερίδια. Όταν αυτά γίνουν 16 σε αριθμό, δημιουργούν έναν σφαιρικό σχηματισμό

γνωστό ως **μορίδιο**, επειδή μοιάζει με μούρο. Την 4^η ημέρα από την γονιμοποίηση, το μορίδιο βρίσκεται μέσα στη σάλπιγγα, και εμφανίζει στο κέντρο μια κοιλότητα, γνωστή σαν **βλαστική κοιλότητα**. Το όλο μόρφωμα ονομάζεται **βλαστοκύστη** ή βλαστική κύστη. Για πέντε ημέρες το γονιμοποιημένο ωάριο βρίσκεται μέσα στη σάλπιγγα. Το ωάριο καθώς από μόνο του δεν μπορεί να μετακινηθεί, αν πρόκειται να ταξιδέψει, κάτι πρέπει να το βοηθήσει. Η σάλπιγγα βοηθάει στην είσοδο του ωαρίου μέσα σ' αυτή αναρροφώντας το και παράλληλα συμβάλουν σ' αυτό και οι κροσσοί. Η σάλπιγγα έχει μήκος 7,5 μέχρι 12 cm και θα φιλοξενήσει το ζυγωτό για 5 περίπου ημέρες. Βοηθάει στη μετακίνηση του με συσπάσεις που κάνει το τοίχωμα της, αλλά κυρίως με τις τριχοειδείς προσεκβολές που παρουσιάζει ο βλεννογόνος της.

Η γονιμοποίηση γίνεται περίπου στο μέσο της σάλπιγγας. Για να στεφθούν με επιτυχία οι παραπάνω διαδικασίες, η σάλπιγγα χρειάζεται να είναι φυσιολογική από πλευράς ανατομικής και λειτουργικής. Δεν αρκεί δηλαδή μόνο το να μην είναι φραγμένη. Μια ανοιχτή σάλπιγγα δεν αποτελεί εγγύηση ότι είναι και ικανή να επιτελέσει το έργο της.

Γιατί εξαπολύονται στρατιές σπερματοζωαρίων με την εκσπερμάτωση (500 εκατομμύρια) για να συναντήσουν ένα ωάριο; Αυτό γίνεται γιατί το περιβάλλον που θα συναντήσουν είναι λίγο-πολύ αφιλόξενο. Τελικά υπολογίζεται ότι περίπου 2.000 σπερματοζωάρια, από τα 500 εκατομμύρια που ξεκίνησαν, κατορθώνουν να πλησιάσουν το ωάριο.

Εμφύτευση:

Την 6^η ημέρα από την ωοθηλακιορρηξία η βλαστική κύστη πέφτει μέσα στη κοιλότητα της μήτρας, και την 7^η ημέρα αρχίζει η εμφύτευσή της στο ενδομήτριο. Προϋπόθεση αποτελεί το τοίχωμα της μήτρας (ιδιαίτερα το ενδομήτριο να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα κυρίως χάρη στη δράση ορμονών οιστρογόνα –προγεστερόνη).

Στη διαδικασία της εμφύτευσης παίζουν ρόλο και οι άλλοι παράγοντες όπως: Η ανατομική κατάσταση της μήτρας και του ενδομητρίου. Παράγοντες γενετικοί και ανοσοβιολογικοί. Τελικά παρά τα παραπάνω δεδομένα, ο μηχανισμός εμφύτευσης δεν είναι απόλυτα γνωστός.

Το κύημα εμφυτεύεται σαν σπόρος που βλαστάνει στο χώμα. Θα αναπτύξει δίκτυο ριζών μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, απ' όπου θα εξασφαλίσει τη τροφή του (πλακούντας) και θα βλαστήσει έξω προς τη μητρική κοιλότητα (έμβρυο) και θα αναπτύσσεται και θα τελειοποιείται συνεχώς.

Πριν από την εμφύτευση τα κύτταρα της βλαστικής κύστης δημιουργούν δυο σχηματισμούς. Ένα εσωτερικά που λέγεται **εμβρυοβλάστη** (από εδώ θα εξελιχθεί το έμβρυο). Ένα εξωτερικό που λέγεται **τροφοβλάστη** (από εδώ θα γίνει η διατροφή του εμβρύου). Την 14^η ημέρα από την ωοθηλακιορρηξία ο έμβρυο έχει ολοκληρώσει την εμφύτευση του στο τοίχωμα της μήτρας.

Αν δεν γίνει γονιμοποίηση, το ωάριο συνεχίζει το ταξίδι του και όταν πέσει μέσα στη κοιλότητα της μήτρας είναι ήδη νεκρό. Θα φύγει με τα υγρά της μήτρας χωρίς καν αυτό να γίνει αντιληπτό.

ΔΕΥΤΕΡΗ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Το ωχρό σωματίο. Η προγεστερόνη

Γυρίζουμε λίγο νωρίτερα, αμέσως μετά τη ωοθηλακιορρηξία. Μετά την ωοθηλακιορρηξία η εμφάνιση και η λειτουργία του ωοθυλακίου αλλάζουν. Στην ωοθηλακιορρηξία έχουμε ρήξη ιστών, επόμενα ρήξη αγγείων, και έξοδο αίματος, που συγκεντρώνεται τοπικά και ποσότητα του, άλλοτε άλλη πέφτει στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Έτσι αρχικά σχηματίζεται το λεγόμενο **ερυθρό σωματίο**.

Αμέσως μετά σχηματίζεται το **ωχρό σωματίο**. Λέγεται έτσι γιατί παρουσιάζεται κιτρινωπό στην εμφάνιση, επειδή τα κύτταρα του γέμισαν με σταγονίδια λίπους. Το ωχρό σωματίο δεν είναι

άλλο από το ωοθυλάκιο που αλλάζει τη λειτουργία του και μεταβάλλεται σε ένα μικρό αδένιο (το ωχρό σωματίο).

Τα κύτταρα που υπερτρέφονται και μετατρέπουν τη λειτουργία τους. Η LH είναι κυρίως η ορμόνη που προκαλεί αυτές τις αλλαγές. Αυτές παρατηρούνται ιδιαίτερα στα κύτταρα που βρίσκονται στη κοκκώδη στοιβάδα. Τα κύτταρα αυτά εξακολουθούν να παράγουν οιστρογόνα, αλλά το νέο τους και κυριότερο χαρακτηριστικό είναι ότι παράγουν μια ορμόνη την **προγεστερόνη (ή ωχρίνη)**. Γι' αυτό και λέγονται και ωχρινοποιητικά κύτταρα. Οι μεταβολές αυτές γίνονται σταδιακά μετά την ωοθηλακιορρηξία και ολοκληρώνονται 7-9 ημέρες μετά απ' αυτή. Τότε μπορούμε να πούμε ότι το ωοθυλάκιο μεταβλήθηκε σε ωχρό σωματίο.

Ποιος ο ρόλος της προγεστερόνης;

Η προγεστερόνη μαζί και τα οιστρογόνα, συνεχίζει και ολοκληρώνει την προετοιμασία στα γεννητικά όργανα και ιδιαίτερα το ενδομήτριο, για την υποδοχή και εγκατάσταση των γονιμοποιημένων ωαρίων.

Συνεχίζονται η υπερτροφία η υπερπλασία και η υπεραιμία στο ενδομήτριο. Οι αδένες του ενδομητρίου (χάρη στη δράση της προγεστερόνης), σταματούν την αύξησή τους, παράγουν γλυκογόνο και άλλες ουσίες που καθιστούν το ενδομήτριο κατάλληλο για εμφύτευση. Ο βλεννογόνος της μήτρας παρουσιάζεται παχύς και με άφθονη αιμάτωση. Αυτή η δεύτερη φάση του κύκλου μετά την ωοθηλακιορρηξία λέγεται και εκκριτική.⁵

Η παραπέρα πορεία

Η εξέλιξη θα είναι διαφορετική και η πορεία της θα εξαρτηθεί υπό το αν θα γίνει ή όχι η γονιμοποίηση.

α) Έχει γίνει γονιμοποίηση

Αν γίνει γονιμοποίηση και σχηματισμός του ζυγωτού, ο γενετικός κύκλος σταματάει την εξέλιξή του. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη εξακολουθούν να παράγονται και να αναχαιτίζουν την εξαπόλυση άλλων ώριμων ωαρίων, μέχρι όταν γεννηθεί το νεογνό. Και για ένα διάστημα μετά το τοκετό που διαρκεί περίπου 42 ημέρες (λοχεία), τότε είναι που το γεννητικό σύστημα της γυναίκας επανέρχεται, στην πριν την εγκυμοσύνη φυσιολογική κατάσταση από πλευράς ανατομικής και λειτουργικής. Από τότε και πέρα η φύση επιτρέπει να ξεκινήσει μια νέα εγκυμοσύνη.

Το ωχρό σωματίο εξακολουθεί να λειτουργεί και να παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη στις αρχές της κύησης. Το πρωτογενές χόριο παράγει μια ωχρινοποιητική ορμόνη, τη χοριακή γοναδοτροπίνη, που αναλαμβάνει τον έλεγχο της λειτουργίας του ωχρού δωματίου, και αναστέλλει την έκκριση των γοναδοτροφινών από την υπόφυση. Η χοριακή γοναδοτροπίνη φθάνει στις μέγιστες τιμές της γύρω στη 11^η με 12^η εβδομάδα και ακόλουθα προοδευτικά μειώνεται. Παράλληλα μειώνεται και η λειτουργική ικανότητα του ωχρού σωματίου, καθώς και ο πλακούντας αναλαμβάνει τη παραγωγή των στεροειδών ορμονών (οιστρογόνα –προγεστερόνη).

β) δεν έγινε γονιμοποίηση

Αν δεν γίνει σύλληψη, ο κύκλος θα συνεχίσει την πορεία του μέχρι να ολοκληρωθεί. Θα διατρέξει περίπου χρονικό διάστημα 14 ημερών, από την ημέρα που έγινε η ωοθηλακιορρηξία. Το παραπάνω διάστημα (β' φάση του κύκλου) είναι σταθερό για οποιασδήποτε διάρκειας κύκλο.

Το ωχρό σωματίο υποστρέφει και αρχίζει να ατροφεί. Τα ποσά των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν αφού δεν είναι δυνατό να παραχθούν ικανά ποσά από τα εκφυλισμένα κύτταρα του ωχρού σωματίου. Η ατροφία του ωχρού σωματίου αρχίζει από την 9^η-10^η ημέρα μετά την ωοθηλακιορρηξία. Η βιολογική του δραστηριότητα διαρκεί 14 ημέρες. Την 24^η ημέρα του κύκλου το ωοθυλάκιο (ή το ωχρό σωματίο), που έδωσε το ωάριο που δεν γονιμοποιήθηκε, εξαντλεί

τις λειτουργικές του ικανότητες και πλησιάζει προς το τέλος της ζωής του. Σταματά να παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Το παχυσμένο ενδομήτριο δεν διεγείρεται πια από τις ορμόνες αυτές, ρήγνυται και διασπάται, καθώς το πάχος του μειώνεται. Δημιουργούνται αποφράξεις στα αγγεία και δεν γίνεται καλή αιμάτωση στο ενδομήτριο. Το ενδομήτριο έτσι νεκρώνεται, αποκολλάται και πέφτει. Κομμάτια του μαζί με αίμα , αποβάλλονται στα έξω γεννητικά όργανα αποτελώντας την έμμηνη ρήση (περίοδος). Αυτό συμβαίνει γύρω στην 28^η με 29^η ημέρα. Ένας γεννητικός κύκλος διέγραψε την πορεία του και έφθασε στο τέλος του.

Η υπόφυση καθώς δεν εμποδίζεται πια από τις ορμόνες της ωοθήκης (οιστρογόνα-προγεστερόνη), αρχίζει πάλι να παράγει την FSH και ακόλουθα την LH. Ένας καινούργιος γεννητικός κύκλος (ο επόμενος) έχει ξεκινήσει με σκοπό να δημιουργηθεί ένα άλλο ώριμο ωοθυλάκιο, που θα δώσει ένα καινούργιο ώριμο ωάριο, που μπορεί να είναι πιο τυχερό και να γονιμοποιηθεί.⁴

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η άμβλωση ήταν μια συνηθισμένη πρακτική στον αρχαίο κόσμο. Η αρχαιότερη αναφορά σ αυτή τη συνήθεια είναι η απαγόρευση ενός εκτρωτικού φαρμάκου από τον κινέζο αυτοκράτορα Shen Nung κατά την περίοδο 2737-2696 π.χ.. Διατάξεις ενάντια στις αμβλώσεις περιείχε και ο Κώδικας του βασιλιά Χαμουραμί (περίπου το 1728 π.χ.) αλλά και η νομοθεσία του Ασσύριου βασιλιά Τιγλάτ- Πιλασάρ Α , του 12^{ου} αιώνα π.χ.. Βλέπουμε ότι ο Ασσυριακός νόμος, μεταξύ 1450 π.χ. και 1250 π.χ., σε περίπτωση προσχεδιασμένης άμβλωσης, όριζε ως ποινή το θάνατο.⁶

Οι αμβλώσεις δεν ήταν άγνωστες και στους αρχαίους Έλληνες. Εάν κάποιος δεν ήθελε να αποκτήσει μεγάλη οικογένεια μπορούσε να χρησιμοποιήσει δύο μέσα: α) την άμβλωση και β) την έκθεση, δηλαδή την εγκατάλειψη του παιδιού. Τα ανεπιθύμητα παιδιά, που ήταν τις περισσότερες φορές θηλυκού γένους, τα άφηναν μέσα σ ένα δοχείο ή μέσα σε μια χύτρα από άργιλο που γινόταν ο τάφος του παιδιού. Οι Σπαρτιάτες έριχναν τα καχεκτικά παιδιά στους αποθέτες, ένα βαρβαρώδη τόπο κοντά στον Ταϋγετο. Τα δυο αυτά μέσα, την άμβλωση και την έκθεση, συνιστούν μάλιστα τόσο ο Πλάτων όσο και ο Αριστοτέλης ως κατάλληλο μέσο για την λύση των δημογραφικών προβλημάτων. Ο Αριστοτέλης πρότεινε ως καταλληλότερο χρόνο για την άμβλωση τους πρώτους μήνες της κύησης, πριν το παιδί αποκτήσει την αίσθηση της ζωής.

Ο νόμος στην αρχαία Ελλάδα δεν απαγόρευε τις αμβλώσεις παρά μόνο όταν επρόκειτο να προστατέψει τα δικαιώματα του πατέρα. Καμιά μητέρα δεν μπορούσε να κάνει άμβλωση χωρίς την συγκατάθεσή του άντρα της και καμιά δούλη χωρίς τη συγκατάθεση του κυρίου της. Ο Αθηναγόρας λέγει ότι για να θεμελιωθεί στην αρχαία Αθήνα κατηγορία κατά της άμβλωσης, έπρεπε να βεβαιωθεί ότι έγινε χρήση « αμβλωθριδίων» φαρμάκων, πρόωρος τοκετός και θάνατος του νεογνού. Η γυναίκα που τα χρησιμοποιούσε αλλά και εκείνος που της τα προμήθευε χαρακτηρίζονταν ως «ανδροφόνοι».

Ωστόσο υπήρχαν και οι φωνές που τάχθηκαν γενικά ενάντια στις αμβλώσεις. Κλασσικό παράδειγμα αποτελεί ο Ιπποκράτης, ο οποίος στο γνωστό όρκο του για όσους θα εξασκούσαν το ιατρικό επάγγελμα, συμπεριέλαβε και τον όρο «ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόρων δώσω...».⁷

Ο Φαβορίνος (80-150μ.Χ.) μίλησε για την άμβλωση σαν μόλις λιγότερο εγκληματική πράξη από εκείνη της έκθεσης των βρεφών, ενώ ο Σωρανός , ο μεγάλος γιατρός γυναικολόγος την εποχή του Τραϊανού (998-117 μ.Χ.), είπε ότι μερικοί από τους συγχρόνους του, υποστήριζαν ότι η άμβλωση δεν ήταν ποτέ σωστή.

Στον ρωμαϊκό κόσμο η άμβλωση των παιδιών και η έκθεσή τους ή και ο φόνος των νηπίων των δούλων ήταν συνηθισμένες και απόλυτα νόμιμες πρακτικές. Το ρωμαϊκό δίκαιο δεν τιμωρούσε την άμβλωση παρά μόνο αν πρόσβαλε την πατρική εξουσία ή αν προκαλούσε βλάβη της μήτρας, σε περίπτωση που γινόταν από τρίτο πρόσωπο. Η χρονική στιγμή που θα λάμβανε χώρα η άμβλωση δεν ενδιέφερε τους Ρωμαίους και κανένας τους, ακόμη και οι πιο αυστηροί ηθικολόγοι που θα ισχυρίζονταν ότι η μητέρα έχει καθήκον να διατηρήσει τον καρπό της κοιλιάς της, δεν θα σκεφτόταν ποτέ ότι το ίδιο το έμβρυο έχει δικαίωμα να ζήσει. Εξάλλου, η γέννηση αυτή καθ' αυτή δεν αρκούσε για να καταστήσει το παιδί νόμιμο απόγονο. Έπρεπε ο πατέρας να το αναγνωρίσει ως παιδί του. Ήταν συχνό όμως για τους Ρωμαίους το φαινόμενο να εκθέτουν τα παιδιά που δεν αναγνώριζαν ή δεν ήθελαν να μεγαλώσουν. Μάλιστα τόσο στους Έλληνες όσο και στους Ρωμαίους φαινόταν παράξενο το γεγονός ότι οι Αιγύπτιοι, οι γερμανοί και οι εβραίοι δεν εξέθεταν κανένα από τα παιδιά τους, αλλά αντιθέτως τα ανέτρεφαν όλα. Η εγκατάλειψη του παιδιού συχνά οφειλόταν σε λόγους οικονομικούς. Οι φτωχοί εξέθεταν τα παιδιά που δεν μπορούσαν να αναθρέψουν, οι μεσαίοι πάλι πετούχαιναν με αυτό τον τρόπο να εξασφαλίσουν στα υπόλοιπα παιδιά τους μεγαλύτερες ανέσεις και

μόρφωση και μεγαλύτερο μερίδιο στην περιουσία. Συχνά οι αρχηγοί των οικογενειών εγκατέλειπαν τα νεογέννητα βρέφη των ανύπαντρων κοριτσιών τους ή παιδιά των γυναικών τους που θεωρούσαν ως καρπούς μοιχείας. Ωστόσο αντίθετα με τον γενικό κανόνα ορισμένοι Ρωμαίοι αυτοκράτορες προσπάθησαν να ενισχύσουν κάπως την ηθική τάξη της κοινωνίας. Έτσι ανάμεσα σε άλλα μέτρα οι Σεβήροι θεώρησαν την άμβλωση ως αδίκημα ενάντια τόσο στον σύζυγο όσο και στην πατρίδα.

Η χριστιανική εκκλησία κράτησε αυστηρή θέση κατά των αμβλώσεων. Αναφορές ενάντια στις αμβλώσεις συναντούμε ήδη στην Διδαχή των Αποστόλων 2,2 και στην επιστολή του Βαρνάβα 19,5. Το 2^ο αι. μ.Χ. ο απολογητής Αθηναγόρας, και καθώς και ο Τερτυλλιανός εκφράστηκαν με σκληρή γλώσσα αναφορικά με το ζήτημα αυτό, θεωρώντας την άμβλωση ως φόνο. Το 314 μ.Χ. η Σύνοδος της Άγκυρας αποκήρυξε εκείνες τις γυναίκες που χρησιμοποιούσαν μέσα που προκαλούσαν άμβλωση. Ο ιερός Αυγουστίνος μίλησε επίσης με σκληρή γλώσσα. Με λίγα λόγια η άμβλωση θεωρούνταν από το σύνολο των Πατέρων της εκκλησίας ως ανθρωποκτονία. Ακολουθώντας την γνώμη της εκκλησίας η βυζαντινή νομοθεσία τιμωρούσε τη γυναίκα που έκανε άμβλωση με διαζύγιο ή εξορία ή χρηματική ποινή ή με εξορία και δήμευση της περιουσίας της.

Στον Αγγλοσαξονικό κόσμο του Μεσαίωνα, σώζεται η ετυμολογία του δικαστικού αξιωματικού της αγγλικής αυλής από τα μέσα του 13^{ου} αι., Henry De Bracton- η άμβλωση θεωρούνταν επίσης παραδοσιακά ως ανθρωποκτονία, ανεξάρτητα από το αν το παιδί ήταν ακόμη «έμψυχο». (Σύμφωνα με τη θεωρία του Αριστοτέλη το αγόρι είχε ψυχή και νου μετά από 40 ημέρες κυοφορίας ενώ το κορίτσι μετά 80). Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε ως την νεότερη εποχή. Το 1803 μετά από γενική αναθεώρηση της βρετανικής νομοθεσίας, η άμβλωση απαγορεύτηκε γενικά, τόσο πριν όσο και μετά τη χρονική στιγμή που η μητέρα άρχιζε να νοιώθει το παιδί να κινείται μέσα της. Η αγγλική νομοθεσία επηρέασε καθοριστικά και την αμερικάνικη σε όλη τη διάρκεια του 19 ου αι. Η Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση από το 1859 ως τα τέλη του αιώνα ήταν αντίθετη στις αμβλώσεις εκτός από εκείνες τις περιπτώσεις όπου κινδύνευε η ζωή της εγκυμονούσας.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Άμβλωση είναι ο αυθόρμητος ή επαγόμενος τερματισμός μιας αδιατάρακτης ενδομητρίου κύησης ενός ή περισσοτέρων εμβρύων, τις πρώτες 24 εβδομάδες, προτού δηλαδή το έμβρυο θεωρηθεί βιώσιμο. Η άμβλωση μπορεί να προκληθεί με επέμβαση του γιατρού διότι η μητέρα ή το έμβρυο μπορεί να νοσούν ή ακόμη πιο συχνά για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι τρόποι για τη διακοπή της εγκυμοσύνης οι οποίοι διακρίνονται σε χειρουργικούς και σε φαρμακευτικούς, σε νόμιμους και σε παράνομους. Το διεθνές όριο των 24 εβδομάδων καθορίστηκε με βάση την ελάχιστη ηλικία κύησης, που επιτρέπει σε ένα έμβρυο που θα γεννηθεί να είναι βιώσιμο (Σημειώνεται ότι η διάπλαση της καρδιάς ολοκληρώνεται την 23η εβδομάδα). Συμπτώματα αυθόρμητης κύησης περιλαμβάνουν: κοιλιακούς πόνους και κοιλική αιμορραγία, μερικές φορές με την αποβολή θρόμβων ή τεμαχίων ιστού. Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης ή αλλιώς η τεχνητή έκτρωση ή τεχνητή εκβολή, γίνεται από γυναικολόγο, με τη συναίνεση και αίτηση της εγκύου.⁸

1.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1.2.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ

1.2.1.1 ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Για την ομάδα αυτή των αμβλώσεων, ο καλύτερος χαρακτηρισμός ίσως θα ήταν «η παρεμπόδιση εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου». Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό χαρακτηρίζονται ως «ορμονική αντισύλληψη ύστερα από μια επικίνδυνη συνουσία». Πρόκειται για σκευάσματα που περιέχουν οιστρογόνο ή προγεστερινοειδές ή συνδυασμό αυτών των ορμονών. Για την παρεμπόδιση της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου χρήσιμη είναι και η τοποθέτηση ενδομητρικού ελάσματος (ΕΜΕ). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη δράση των παραπάνω ορμονικών ουσιών είναι η έναρξη της χορήγησής τους μέσα στις πρώτες 72 ώρες από την επικίνδυνη συνουσία. Πρέπει να σημειωθεί επίσης πως μερικές από αυτές τις ορμονικές ουσίες όπως η νοργεστρέλη πρέπει να χορηγηθούν εντός 3 ωρών από τη συνουσία. Ο αντίστοιχος χρόνος για την αποτελεσματικότητα της τοποθέτησης ΕΜΕ, είναι οι 5 μέρες από την επικίνδυνη συνουσία. Ο μηχανισμός δράσης των οιστρογόνων έγκειται στην τροποποίηση του ενδομητρικού γεννητικού υλικού, την επιτάχυνση της καθόδου του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αντι-ωχροσωματική δράση του, που έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της εκκρινόμενης προγεστερόνης. Η δράση των προγεστερινοειδών εξηγείται πιθανότητα με την προκαλούμενη διαφοροποίηση του ενδομητρίου. Το ποσοστό αποτυχίας των μεθόδων αυτών είναι αρκετά υψηλό και η εφαρμογή τους θα πρέπει να περιορίζεται μόνο όπου υπάρχει επείγουσα ανάγκη(βιασμός, υποψία κύησης σε ανήλικες κλπ). Σε περίπτωση που οι μέθοδοι αυτοί αποτύχουν επιβάλλεται η διενέργεια άμβλωσης με κάποια από τις μεθόδους που περιγράφονται παρακάτω, διότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υπάρξουν ανωμαλίες στην διάπλαση του εμβρύου.

1.2.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ

1.2.2.1 ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως που δεν ξεπερνά τις 21-23 μέρες, μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος αυτή, ακόμα και αν δεν έχει βεβαιωθεί η ύπαρξη κύησης. Έχει διαπιστωθεί στατιστικά ότι σε μεγάλο ποσοστό από τις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν στην επέμβαση αυτή, υπήρχε ενδομητρική εγκυμοσύνη. Για την εκτέλεση της αναρρόφησης του ενδομητρίου επινοήθηκε η συσκευή του Karman, που αποτελείται από ένα πολύ εύκαμπτο πλαστικό ρύγχος εύρους 4mm και από μια ειδική σύριγγα των 50-100ml. Εκτός από τη συσκευή του Karman, είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί μεταλλικό ρύγχος, που προσαρμόζεται σε συσκευή αναρρόφησης, όπως θα περιγραφεί παρακάτω. Η επέμβαση γίνεται με όλους τους κανόνες της ασηψίας και της αντισηψίας, χωρίς τοπική ή γενική αναλγησία και αναισθησία. Με την αναρρόφηση ανακτάται μια ποσότητα ενδομητρικού περιεχομένου 20-30 ml. Η επέμβαση μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο και μετά το τέλος της η ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για 1-2 ώρες. Η συνηθισμένη απώλεια αίματος μετά την επέμβαση είναι ελάχιστη και έχει διάρκεια 2-3 ημέρες. Η αναρρόφηση του ενδομητρίου έχει κάποια πλεονεκτήματα τα οποία είναι τα εξής: 1) μείωση του κινδύνου διάτρησης της μήτρας, λόγω της χρήσης εύκαμπτου ρύγχους, 2) δεν προκαλεί κάκωση στο ενδομήτριο, 3) δεν είναι απαραίτητη η εφαρμογή τοπικής αναλγησίας ούτε και γενικής αναισθησίας, 4) ελάχιστη απώλεια αίματος, 5) μικρή διάρκεια της επέμβασης, 6) μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο, 7) στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων δεν χρειάζεται διαστολή του τραχηλικού στομίου. Εκτός από πλεονεκτήματα η επέμβαση έχει και μειονεκτήματα τα οποία είναι τα εξής: 1) πολλές φορές γίνεται χωρίς να υπάρχει εγκυμοσύνη, 2) μπορεί να καθυστερήσει η διάγνωση μιας έκτοπης κύησης, 3) μπορεί να προκληθεί μια ατελής άμβλωση, 4) επιβάλλεται επανεξέταση μετά από 3-5 εβδομάδες, 5) υπάρχει ένα μικρό ποσοστό όπου μπορεί να μην διακοπεί η κύηση και αυτό να αργήσει να γίνει αντιληπτό.⁹

1.2.2.2 ΑΠΟΞΕΣΗ

Η απόξεση του ενδομητρίου είναι μια χειρουργική επέμβαση που έχει σκοπό την αφαίρεση του κήματος μέσα από την κοιλότητα της μήτρας. Η επέμβαση αυτή έχει δυο στάδια: 1) το στάδιο της διαστολής του τραχήλου 2) και το στάδιο της εκκενώσεως της μήτρας ή της κυρίως αποξέσεως. Σε σχέση με το παρελθόν η χρήση της έχει περιοριστεί λόγω της εφαρμογής εναλλακτικών διαγνωστικών, φαρμακευτικών και χειρουργικών μεθόδων, παραμένει όμως η συνηθέστερη χειρουργική πράξη στη γυναικολογία. Η επέμβαση αυτή πραγματοποιείται αποκλειστικά κολπικά και διαρκεί γύρω στα 20-30 λεπτά ανάλογα την περίπτωση. Μετεγχειρητικά η ασθενής μπορεί να έχει ήπιο πόνο στην κοιλιά και μικρή ποσότητα αίματος από τον κόλπο αλλά κατά κανόνα μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι μέσα σε λίγες ώρες. Σαν χειρουργική επέμβαση είναι αρκετά επικίνδυνη γιατί είναι η μοναδική ίσως επέμβαση που γίνεται, στα τυφλά, χωρίς τη βοήθεια της όρασης, αλλά με μοναδικό οδηγό την αίσθηση της κοιλότητας της μήτρας που έχει ο γιατρός που πραγματοποιεί αυτή την επέμβαση. Για να περιοριστούν οι κίνδυνοι της άμβλωσης υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες είναι οι εξής: α) γενική αναισθησία που θα εξασφαλίσει αναλγησία, χαλάρωση και ακινησία στη γυναίκα. β) Αυστηρή αντισηψία της περιοχής των γεννητικών οργάνων για να μειωθούν οι πιθανότητες μεταφοράς μικροβίων στην κοιλότητα της μήτρας. γ) Καθητηριασμός της ουροδόχου

κύστεως για να επανέλθει η μήτρα στην κανονική τοπογραφική ανατομική της θέση. δ) Αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση για να εκτιμηθεί το μέγεθος κ η θέση της μήτρας. ε) Η εγκυμοσύνη να μην υπερβαίνει τις 12 εβδομάδες διότι αυξάνεται ο κίνδυνος .Αν όμως η εγκυμοσύνη βρίσκεται μεταξύ της 12^{ης} και 16^{ης} εβδομάδας και αποφασιστεί η διακοπή της με απόξεση, τότε προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτή με μεγαλύτερη ασφάλεια, η διαστολή του τραχήλου επιβάλλεται να γίνει με την συνδυασμένη χρησιμοποίηση των κηρίων του Hegar και των λαμινάριων , ενώ η εκκένωση της μήτρας θα ακολουθήσει σε δεύτερο χρόνο.

1.2.2.3 ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΠΟΞΕΣΕΩΣ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Η απόξεση πραγματοποιείται διακολπικά και έχει δυο στάδια: τη διαστολή του τραχήλου αυλού και την εκκένωση της μήτρας ή την κυρίως απόξεση.

ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΑΥΛΟΥ

Στην αρχή τοποθετούνται δύο μονοδοντωτές λαβίδες στον τράχηλο στην 3^η και 9^η ώρα αντίστοιχα. Η συνεχής έλξη αυτών των λαβίδων στην διάρκεια της επεμβάσεως ακινητοποιεί τη μήτρα. Πριν ξεκινήσει η διαστολή, γίνεται εκτίμηση του βάθους και της κάμψεως της μήτρας με την είσοδο σ αυτήν ειδικής μητρομήλης. Η διαστολή του τραχηλικού αυλού γίνεται με τη χρήση σειράς αριθμημένων μεταλλικών κηρίων(Hegar)με σταθερό αυξανόμενο εύρος, έτσι ώστε το καθένα από αυτά να είναι μεγαλύτερο σε διάμετρο από το προηγούμενό του κατά μισό χιλιοστό. Η διαδοχική επομένως είσοδος των κηρίων αυτών στον τραχηλικό αυλό, εξασφαλίζει την προοδευτική και αβίαστη διαστολή του. Η απαιτούμενη διαστολή θα εξαρτηθεί από την ηλικία της εγκυμοσύνης, και πρακτικά θα φθάσει σε τόσα χιλιοστά (No κηρίου), όσα και οι εβδομάδες κύησης.

ΕΚΚΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ «Η ΚΥΡΙΩΣ ΑΠΟΞΕΣΗ»

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

Η χρήση των κοινών ή οξέων ξέστρων περιορίζεται σήμερα στις βιοψίες του ενδομητρίου. Υπάρχουν διάφορα μεγέθη ξέστρων για την κάθε περίπτωση ανάλογα με τη διαστολή του τραχήλου.

Το κατάλληλο σε μέγεθος ξέστρο που θα χρησιμοποιηθεί, προωθείται μέσα στη μήτρα με μεγάλη προσοχή, μέχρις ότου το άκρο του φθάσει στον πυθμένα της. Στη συνέχεια το άκρο του ξέστρου σύρεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ζύνοντας όλη της την επιφάνεια.

Η ελάττωση του μεγέθους της μήτρας στο τέλος της επεμβάσεως, επιβεβαιώνει την αφαίρεση του κυήματος.

1.2.2.4 ΑΠΟΞΕΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ 12^{ης} ΚΑΙ 16^{ης} ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ

Αν η απόξεση αφορά εγκυμοσύνη 12-16 εβδομάδων, τότε για να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις, η διαστολή πραγματοποιείται σε συνδυασμό των κηρίων του Hegar και λαμινάριων (ειδικοί υδρόφιλοι παράγοντες που προέρχονται από θαλάσσια φύκη).

Οι λαμινάριες έχουν κυλινδρικό σχήμα και κατατάσσονται ανάλογα με τη διάμετρο τους σε τρία μεγέθη, δηλαδή το μικρό(3-5mm) , μέσο(6-8mm) και μεγάλο(8-10mm).

Στην αρχή της επεμβάσεως γίνεται μια μικρή διαστολή του τραχήλου, με τα κηρία του Hegar με προσοχή, ώστε να αποφύγουμε τη ρήξη των υμένων. Έπειτα τοποθετείται η κατάλληλη λαμινάρια στον τραχηλικό αυλό με τέτοιο τρόπο ώστε το κάθε άκρο της να εξέχει ελάχιστα από το έσω και έξω 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 λαμινάριας η διαστολή συμπληρώνεται πιο εύκολα-με τα κηρία του Hegar και ακολουθεί η εκκένωση της μήτρας όπως έχει ήδη περιγραφεί.

1.2.2.5 ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΙΑ Η ΜΙΚΡΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ

Είναι μία σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του δεύτερου τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή όμως με τη διαφορά ότι οι τομές που γίνονται στο κοιλιακό τοίχωμα και στη μήτρα είναι μικρότερες. Η σχετικά υψηλότερη όμως νοσηρότητα που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση έναντι των άλλων μεθόδων διακοπής της εγκυμοσύνης περιορίζει σήμερα την χρήση της, μόνο στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με απολίνωση των σαλπίνγων, για λόγους μόνιμης αντισύλληψης.

1.2.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η ωκυτοκίνη χορηγούμενη μόνη της στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σπάνια θα προκαλέσει άμβλωση. Αν όμως συνδυαστεί με άλλους τρόπους διακοπής εγκυμοσύνης, τότε συμβάλλει στην επιτάχυνση του χρόνου της αποβολής του κυήματος. Από τη χρήση της ωκυτοκίνης προκαλούνται κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες και γι αυτό χρησιμοποιούνται άλλες φαρμακευτικές ουσίες σε αυτό το τρίμηνο.

Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες που προκαλούνται είναι οι εξής:1) η ρήξη του τραχήλου κυρίως όταν έχει προηγηθεί ενδαμνιακή έγχυση προσταγλανδινών F2a, 2) και η μεγάλη υπόταση που μπορεί να παρουσιάσει η ασθενής ,ιδίως όταν η ωκυτοκίνη χορηγηθεί απότομα σε μεγάλες δόσεις.

1.2.3.1 ΕΝΔΑΜΝΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΕΡΤΟΝΩΝ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ

Η ενδαμνιακή έγχυση υπέρτονων διαλυμάτων προκαλεί συστολές του μυομητρίου και διαστολή του τραχήλου και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποβολή του κυήματος.

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

Η χορήγηση του υπέρτονου διαλύματος NaCl γίνεται ενδαμνιακώς στην 16^η με 24^η εβδομάδα της κύησης, αφού πιο πριν έχει αφαιρεθεί μικρή ποσότητα αμνιακού υγρού. Οι συστολές του μυομητρίου αρχίζουν συνήθως λίγο μετά την έγχυση και μπορούν αυτές να ενισχυθούν με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης.

1.2.3.2 ΠΡΟΣΤΑΓΛΑΝΔΙΝΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥΣ

Από τα μέσα της δεκαετίας 1970-1980, άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι προσταγλανδίνες E2,F2a και τα παράγωγά τους- σαν παράγοντες πρώτης εκλογής για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2^{ου} τριμήνου. Η χορήγησή τους γίνεται ενδαμνιακώς ενδοφλεβίως ,από το στόμα και από το κόλπο με τη μορφή δισκίων η κρέμας.

Από τη χρήση των προσταγλανδινών προκαλούνται ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ναυτία, έμετοι, διάρροια, ταχυκαρδία και παραλυτικός ειλεός. Επίσης κάποια ακόμη προβλήματα που προκύπτουν από τη χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών είναι η καθυστέρηση της αποβολής του κηήματος, η ατελής έξοδος του κηήματος ,η μητρορραγία ,φλεγμονή και ρήξη του τραχήλου της μήτρας.

Η χρησιμοποίηση των προσταγλανδινών μπορεί να προκαλεί γρηγορότερη αποβολή του κηήματος όμως παρ' όλα αυτά αν συγκριθεί με άλλους τρόπους δεν φαίνεται να αποδίδει ευνοϊκότερα αποτελέσματα στη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2^{ου} τριμήνου.

Στις προσταγλανδίνες καταγράφονται οι δυσάρεστες γαστρεντερικές διαταραχές, οι αιμορραγίες και το υψηλό οικονομικό τους κόστος.

Για την ανάγκη για ανεύρεση του πιο αποτελεσματικού τρόπου διακοπής της εγκυμοσύνης συνδυάστηκαν πολλές μαζί τεχνικές με την παρακάτω σειρά.

Πρώτα γίνεται τοποθέτηση λαμινάριας στον τράχηλο. Τέσσερις ώρες αργότερα χορηγούνται ενδαμνιακώς 20mg προσταγλανδίνης F2a και 80gr ουρίας που ενισχύονται με ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης. Με αυτόν τον συνδυασμό ο μέσος χρόνος αποβολής του κηήματος ελαττώνεται σημαντικά, και φθάνει 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 24^{ης} εβδομάδας. Αμέσως με τη διακοπή της εγκυμοσύνης πρέπει να χορηγηθεί στις γυναίκες που είναι Rhesus αρνητικές ανοσοσφαιρίνη, για να προληφθεί η ευαισθητοποίηση τους έναντι του παράγοντα Rhesus.Τέλος λαμβάνοντας υπόψη ότι η ωοθηλακιορρηξία επαναλαμβάνεται μετά τις 2-3 εβδομάδες, προτείνουμε στις γυναίκες που δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη, να αρχίσουν αντισύλληψη αμέσως μετά την επέμβαση.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Οι περισσότερες από τις επιπλοκές αποδίδονται στις τραυματικές κακώσεις του τραχήλου της μήτρας, που είναι κατευθείαν ανάλογες του βαθμού της βίαιης διαστολής του. Όπως αποδείχτηκε από διάφορες μελέτες, η γρήγορη και βίαιη διαστολή του τραχήλου μέχρι τα 9χλστμ., δεν φαίνεται να προκαλεί μόνιμες βλάβες στον τράχηλο της μήτρας, αφού μετά από 6 ώρες έχει διαπιστωθεί η αποκατάσταση του προηγούμενου εύρους του τραχηλικού στομίου. Πέρα από τη διαστολή των 9χλστμ. που παρατηρείται και η μέγιστη αντίσταση του τραχηλικού αυλού- οι βλάβες του τραχήλου είναι μόνιμες και συνίστανται σε ακτινοειδείς ρήξεις του τραχηλικού υποστρώματος.

Για τους παραπάνω λόγους σήμερα βρίσκονται σε εξέλιξη διάφορα ερευνητικά προγράμματα, που αποσκοπούν στην ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων της διαστολής του τραχήλου της μήτρας, που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η προοδευτικά αυξανόμενη διαστολή του με ήπια μέσα, όπως είναι οι μικροδιαστολείς, η χρησιμοποίηση υψηλού βαθμού υγροσκοπικών συνθετικών ουσιών.

Η συχνότητα των επιπλοκών, που οφείλονται στην πρόκληση και εκτέλεση της τεχνητής έκτρωσης, είναι μια συνάρτηση της ηλικίας της κύησης, της μεθόδου που εφαρμόζεται και της νομιμότητας ή όχι. Επίσης η εκπαίδευση και η ικανότητα του ιατρού, που εκτελεί την επέμβαση, είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας καταφαίνεται με αναμφισβήτητο τρόπο από τις παρατηρήσεις των διαφόρων ιατρικών κέντρων, σύμφωνα με τις οποίες κατά την πρώτη περίοδο της νομιμοποίησης των επεμβάσεων αυτών, παρατηρήθηκε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, που προέρχονται από εξουσιοδοτημένα από τη Π.Ο.Υ. ερευνητικά κέντρα, οι επιπλοκές που οφείλονται στις τεχνητές εκτρώσεις πριν την 12^η εβδομάδα της κύησης, είναι συχνότερες, όταν εφαρμόζεται η διαστολή του τραχηλικού στομίου με απόξεση του ενδομητρίου, σε σχέση με την τεχνική της αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας.

Από ότι γίνεται αντιληπτό, από τη παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων, η θνησιμότητα που οφείλεται στη τεχνητή άμβλωση εξακολουθεί να παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Ο κίνδυνος αυτός είναι σαφές, ότι είναι συνάρτηση της εβδομάδας της κύησης και της μεθόδου που εφαρμόζεται. Όμως υπάρχει η τάση του δραστικού περιορισμού της θνησιμότητας από τεχνητή έκτρωση, με τη πάροδο του χρόνου και αυτό οφείλεται όχι μόνο στην ανάπτυξη νέων βελτιωμένων μεθόδων και την αύξηση της πείρας του ιατρικού προσωπικού –ιδιαίτερα στις κοινωνίες εκείνες που η επέμβαση νομιμοποιήθηκε πρόσφατα- αλλά και στην ενημέρωση του κοινού, που αφορά στην έγκαιρη προσέλευσή του για τον τερματισμό μιας κύησης.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν, εκτός από τις παραπάνω επιπλοκές, τα διάφορα μαιευτικά προβλήματα μετά την άμβλωση, όπως εκφράζονται με την αύξηση της συχνότητας της έκτοπης κύησης, των πρόωρων τοκετών, των χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών και της ευαισθητοποίησης των Rh-εγκύων στο αντιγονικό σύστημα Rhesus. Οι μαιευτικές αυτές επιπλοκές φαίνεται να έχουν άμεση συσχέτιση με το βαθμό της μηχανικής βίαιης διαστολής του τραχήλου.

Όσον αφορά την επίδραση των τεχνητών αμβλώσεων στη γονιμότητα, τελευταίες παρατηρήσεις, δεν διαπίστωσαν θετική συσχέτιση, πέραν της αναμενόμενης, που είναι ανάλογη με εκείνη που παρατηρείται ύστερα από τοκετό.

A. Επιπλοκές κατά την εφαρμογή της μεθόδου πρόκλησης της τεχνητής έκτρωσης

1. Ανακοπή κατά τη εφαρμογή της γενικής αναισθησίας.
2. Αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο.
3. Αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο.
4. Τοξικές αντιδράσεις από το τοπικό και το γενικό αναισθητικό φάρμακο.
5. Φαρμακολογικές παρενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο.
6. Βρογχόσπασμος, κατά τη γενική αναισθησία.
7. Διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας.
8. Διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος της αναρρόφησης.
9. Κακώσεις στην ουροδόχο κύστη, το έντερο και τον ουρητήρα.
10. Ρήξεις του τραχήλου της μήτρας.
11. Μεγάλη αιμορραγία.
12. Υπερνατρίαμια και μόλυνση.
13. Ενδοκρανιακές θρομβώσεις.
14. Διάσπαρτη ενδαγγειακή πήξη.
15. Χοριοαμνιονίτις.
16. Καταπληξία (shock).
17. Διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές

B. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Κατακράτηση στην ενδομητρική κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του κήματος.
2. Αιμορραγία.
3. Φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων.
4. Ενδοτραχηλίτιδα.
5. Έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις.
6. Περιτονίτιδα.
7. Σηψαιμία.
8. Καταπληξία (shock).

Γ. Απώτερες επιπλοκές

1. Δευτεροπαθής αμηνόρροια.
2. Δευτεροπαθής στείρωση.
3. Αυτόματες εκτρώσεις και πρώιμοι τοκετοί.
4. Εξωμήτρια κύηση.
5. Πρόδρομος πλακούντας.
6. Πρώιμη ρήξη των υμένων του εμβρύου.
7. Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.
8. Ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus.
9. Ενδομητρικές συμφύσεις.
10. Ανεπάρκεια του εσωτερικού τραχηλικού στομίου.¹¹

2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΘΑΝΑΤΟΣ:

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην άμβλωση είναι η αιμορραγία, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κηύσεις. Η νόμιμη άμβλωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις Η.Π.Α., παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των αμβλώσεων, αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται σε άλλα αίτια.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:

Για τις γυναίκες που κάνουν άμβλωση στην πρώτη τους εγκυμοσύνη, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από άμβλωση του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες αμβλώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΟΩΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ:

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια άμβλωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ότi οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει άμβλωση. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες αμβλώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με τη μια και τις περισσότερες της μιας άμβλωσης. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση, προφανώς σχετίζονται με τη ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ:

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

ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ:

Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα, συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται εκτός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια άμβλωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρόωμο τοκετό. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 22 ετών, στις αμβλώσεις του δευτέρου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις αμβλώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΤΑΣ:

Η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντα στις επόμενες κυήσεις από 7-15 φορές. Ο προδρομικός πλακούντας είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.¹²

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ:

Η άμβλωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και την μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κυήσεις.

ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ:

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

ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ:

Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια, που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμήτριου κυήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από γλαμύδια κατά το χρόνο της άμβλωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν αμβλώσεις, να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ:

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

ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την άμβλωση, θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις <δευτερεύουσες> επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα 2^{ου} βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές και ευαισθητοποίηση Rhesus.

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

Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που έχουν γίνει, επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μια μόνο άμβλωση. Όμως οι γυναίκες που

υποβάλλονται σε περισσότερες, αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα, καθώς το 45% του συνόλου των αμβλώσεων, αφορά τις γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες αμβλώσεις.

ΑΥΞΗΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:

Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των αμβλώσεων, έχουν επίσης πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν πολλές επιπλοκές. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές, όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΙΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΙΒΛΑΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:

Η άμβλωση συνδέεται με αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, διαταραχές στη διατροφή που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα, οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες και η άμβλωση σχετίζονται η κάθε μια με τα αυξημένα κρούσματα πυελικών φλεγμονών και με τις εξωμήτριες κησείς. Δεν είναι γνωστό ποια συνεισφέρει περισσότερο, αλλά η εύρεση συγκεκριμένων ποσοστών ενδέχεται να μην έχει ουσιαστική βάση εάν οι σεξουαλικές σχέσεις με πολλούς άνδρες, είναι και αυτές μια αντίδραση σε ψυχικό τραύμα λόγω άμβλωσης ή σε απώλεια της αυτοεκτίμησης.

Μια έρευνα που διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Nnamdi Azikiwe στο Nnewi της Νιγηρίας από τους Ikechebelu-i-i και Okoli-cc, στο διάστημα του Ιανουαρίου του 1996 και του Δεκεμβρίου του 2000, σκοπό είχε να διαπιστώσει το ποσοστό της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας μετά από επιπλοκές της άμβλωσης. Το δείγμα της μελέτης ήταν 79 γυναίκες που νοσηλεύτηκαν στο παραπάνω νοσοκομείο επειδή παρουσίασαν επιπλοκές από μια προγραμματισμένη άμβλωση. Ο συνολικός αριθμός των μητρικών συγκαταθέσεων εκείνη την περίοδο ήταν 5750, όπου η παράνομη άμβλωση ήταν υπεύθυνη για το 1,3% των συγκαταθέσεων αυτών, με ποσοστό μητρικής θνησιμότητας που φτάνει το 5,3% λόγω των προγραμματισμένων εκτρώσεων. Αυτός είναι ο λόγος για το 21% του συνολικού αριθμού των μητρικών θανάτων αυτή την περίοδο. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 15-34 ετών, το 94,7% ήταν ανύπαντρες, το 76,5% ήταν άνεργες και το 67,1% έκαναν άμβλωση σε ηλικία κύησης πάνω από απ' το μισό του πρώτου τριμήνου (πάνω από 13 εβδομάδες). Το 55% των γυναικών ήταν έφηβες και το 45% των αμβλώσεων έγινε από αυτή την ομάδα γυναικών. Σήψη γενετικού συστήματος, αιμορραγία, περιτονίτιδα, δημιουργία αποστήματος, διάτρηση μήτρας και τραυματισμένα σπλάχνα ήταν μερικές από τις επιπλοκές που ανεφέρθησαν.¹³

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που επηρεάζει γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Ασφαλώς το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται ψυχολογικά, είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα της οποίας λαμβάνει χώρα η άμβλωση και η οποία μπορεί να έχει και σωματικές επιπτώσεις που να επεκτείνουν τα ψυχολογικά της προβλήματα.

Επίσης, προβλήματα που σχετίζονται με παιδιά που γεννούν μελλοντικά είναι, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η εξασθένηση των μητρικών δεσμών, οι αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και η κατάληξη του ζευγαριού στο διαζύγιο.

2.3.1 ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

ΑΝΑΓΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Οι γυναίκες που έχουν κάνει άμβλωση είναι πολύ πιθανότερο α χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε παραπάνω από μια εκτρώσεις. Επειδή πολλές γυναίκες, που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, μπορεί να υπάρξει μεγάλη περίοδος άρνησης πριν η γυναίκα ζητήσει ψυχολογική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα μερικοί ψυχολόγοι ή ψυχίατροι αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μία άμβλωση, είναι η αιτία ασθένειας πολλών γυναικών, παρόλο που οι ασθενείς έφτασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.¹⁴

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD Ή PAS): Η PTSD είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προκαλείται από τραυματική εμπειρία, η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται, όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή τη μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών <φυγής ή πάλης>. Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δικιά τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, αλλά μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, αλλά μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν, όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

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

σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου. Ακόμα, άλλες γυναίκες αναφέρουν ότι ο πόνος της άμβλωσης, που προκαλείται από ένα "μασκοφόρο άγνωστο" ο οποίος εισβάλλει στο σώμα τους, δημιουργεί αίσθηση ταυτόσημη με το βιασμό. Πραγματικά, οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής επιθέσεως μπορεί να αισθανθούν μεγαλύτερη ταραχή κατά και μετά την άμβλωση, ακριβώς λόγω των ομοιοτήτων μεταξύ των δύο εμπειριών. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στη PTSD, είναι η άμβλωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκρωτικό σύνδρομο.

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

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

Παρείσδυση: είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PTSD είναι τα εξής: ανακάμπτουσες και ξαφνικές σχέσεις για μια άμβλωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της άμβλωσης, εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση και το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης θλίψης την ημερομηνία της άμβλωσης ή κατά τη οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί.

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

Για πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Μέχρις ότου η ασθενής 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 άμβλωση να αναλάβει εντός της κανονικής περιόδου που προβλέπεται από το νόμο (στις ΗΠΑ). Αυτή η ανικανότητα συνεπώς, δικαιολογεί να προβλέπεται μικρότερη περίοδος αποκατάστασης από το νόμο.¹⁵

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

ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ: Περίπου το 60% των γυναικών με επιπτώσεις από την άμβλωση που έκαναν, αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν στις νέες γυναίκες, κάτω των 20 ετών.

ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με την αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν άμβλωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδης καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για τη υγεία. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.

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

ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ: Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HIV/AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ Ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ: Η άμβλωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινοπνεύματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτρωτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση των παιδιών.

ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ: Για τα περισσότερα ζευγάρια, μια άμβλωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια άμβλωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στο χωρισμό. Πολλές γυναίκες μετά από έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να

οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την άμβλωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στην σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός. Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μια αμβλώσεις (αποτελούν περίπου το 45% του συνόλου των αμβλώσεων) έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από την πολιτεία και ένας λόγος είναι ότι μπορεί να μείνουν μόνες με παιδί χωρίς τον σύζυγο.

ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ: Οι γυναίκες που έχουν κάνει μια άμβλωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες αμβλώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια κύηση από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό άμβλωσης. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης συνειδητή ή υποσυνείδητη επιθυμία υποκατάστασης κήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την άμβλωση. Οι επόμενες αμβλώσεις μπορεί να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης/απόκτησης παιδιού και πιέσεων για άμβλωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών αμβλώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας. Το 45% περίπου των αμβλώσεων αφορά γυναίκες που έχουν κάνει ήδη άμβλωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών αμβλώσεων, θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη άμβλωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει παραπάνω από μια αμβλώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν άμβλωση.

Σε έρευνα που έγινε το 1998 από τον Miller, Pasta & Dean μελετήθηκε ένα δείγμα 145 γυναικών ηλικίας 18-45 ετών, οι οποίες είχαν αποφασίσει κάνουν έκτρωση διαμέσου του χαπιού RU486. Μελέτησαν το στρες, την αμφιθυμία σχετικά με την απόφαση για την άμβλωση και τα αρνητικά συναισθήματα. Οι ερευνητές μελέτησαν τις παραπάνω μεταβλητές λίγο πριν πάρουν το χάπι, δύο εβδομάδες μετά και 6-8 μήνες αργότερα. Βρήκαν ότι το στρες και η αμφιθυμία σχετικά με τη απόφαση για την άμβλωση μειωνόταν όσο πέρναγε ο χρόνος, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα μεγάλωναν.

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες και γι' αυτό δεν είναι γνωστό ποια ακριβώς είναι η κατάσταση. Από μια πρώτη εντύπωση φαίνεται ότι το ποσοστό των Ελληνίδων γυναικών που έχουν ενοχές γι' αυτή την πράξη είναι μικρότερο. Αυτό οφείλεται: α) στη μεγάλη ανοχή που έδειξε η ελληνική πολιτεία απέναντι στις εκατοντάδες χιλιάδες αμβλώσεις που γίνονται στη χώρα μας εδώ και δεκάδες χρόνια, β) στην ηθική χαλαρότητα που έχει επικρατήσει σιγά-σιγά γύρω από αυτό το θέμα και γ) στη νομιμοποίηση των αμβλώσεων, η οποία δίνει μια ψευδαίσθηση ότι η άμβλωση δεν είναι κάτι κακό. Έτσι εξηγείται το φαινόμενο ότι πολλές Ελληνίδες προχωρούν με μεγάλη ευκολία όχι μόνο σε μια αλλά σε επανειλημμένες εκτρώσεις.

Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει διαφορά στο πως μια νεαρή ή και μια πιο μεγάλη γυναίκα αντιμετωπίζει ένα γεγονός όπως μια άμβλωση και ότι η διαφορά αυτή σχετίζεται με τα εσωτερικευμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της και την ψυχική της ανθεκτικότητα που θα την βοηθήσουν να αντιμετωπίσει καλύτερα ένα στρεσογόνο περιστατικό. Αν η γυναίκα διαθέτει αποθέματα ψυχικής ανθεκτικότητας, αυτό το γεγονός μπορεί να διαφοροποιήσει σημαντικά τα αποτελέσματα μιας άμβλωσης και της έκβασής της για τη υπόλοιπη ζωή μιας γυναίκας.

Όμως δεν είναι η μητέρα το μόνο πρόσωπο που επηρεάζεται. Ο πατέρας επηρεάζεται εξίσου, φυσικά γνωρίζει το γεγονός. Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζει ο πατέρας στην

περίπτωση της άμβλωσης είναι κάτι γνωστό, αν και όχι τόσο πολυσυζητημένο. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι οι άνδρες δεν εξωτερικεύουν εύκολα τα αρνητικά συναισθήματα που οφείλονται σε τραυματικά περιστατικά, χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι υποφέρουν λιγότερο από τις γυναίκες. Σε κάποιες περιπτώσεις που γνωρίζουμε μέσω του «Κέντρου Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού», ο πατέρας υποφέρει και αισθάνεται αδικημένος και δυστυχής, καθώς η σύντροφός του θέλει να διακόψει τη ζωή του παιδιού που εκείνος επιθυμεί να προστατέψει. Σε κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις, όταν η γυναίκα προχωρά σε άμβλωση, ο άνδρας αισθάνεται προδομένος από την σύντρόφό του, με συνέπεια η σχέση να διαλύεται. Σε άλλες περιπτώσεις, που αποτελούν την πλειοψηφία, ο πατέρας είναι αυτός που επιμένει ότι η εγκυμοσύνη πρέπει να καταλήξει σε άμβλωση. Άλλοι ζητούν ψυχολογική βοήθεια, ακόμα και αν συνεχίζουν να θεωρούν πως καλώς έπραξαν και επέμειναν στη διακοπή της κύησης. Στις περιπτώσεις που η άμβλωση οδηγεί στην αποξένωση της γυναίκας από το σύντροφο της και στην επιδείνωση ή διακοπή της σχέσης, τα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν νωρίτερα και να αναφέρονται και στη σύντροφο, την οποία ακόμα ο πατέρας μπορεί να κατηγορήσει, είτε επειδή δεν αντιστάθηκε αρκετά στην πίεσή του για άμβλωση, είτε επειδή μετά την άμβλωση στράφηκε εναντίον του ενώ την απόφαση την είχαν πάρει μαζί. Μερικές φορές τα αρνητικά συναισθήματα εστιάζονται κυρίως στον κίνδυνο, που ίσως διατρέχει η υγεία της μητέρας. Σε κάποιες περιπτώσεις που ο πατέρας δεν έχει παρουσιάσει εμφανή ψυχολογικά προβλήματα μετά από άμβλωση, συνεχίζει ωστόσο μετά από χρόνια να θυμάται με δυσαρέσκεια κι λύπη το γεγονός.

Οι γιατροί που εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις και είναι έτσι άμεσα εμπλεκόμενοι, εμφανίζουν κι αυτοί ποικίλα συνειδησιακά προβλήματα, όπως και οι γονείς της μητέρας ή του πατέρα του εμβρύου.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ

3.1.2 ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΠΛΗΓΜΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Για ποιό λόγο καλείται μια γυναίκα να προχωρήσει στην διαδικασία της άμβλωσης, σε μια εποχή που η αντισύλληψη είναι ευρέως διαδεδομένη; Πως είναι η ψυχοσύνθεση μιας γυναίκας που- όπως κοινά πιστεύεται- στερεί από ένα ον την ζωή; Από την άλλη, όντως του στερεί το δικαίωμα της ύπαρξης ή το προφυλάσσει από ενδεχόμενα δεινά; Είναι άραγε, η άμβλωση εξ ολοκλήρου απόφαση της γυναίκας ή μήπως η ίδια καλείται να παίξει τον ρόλο του εκτελεστή; Τι θεωρείται, όχι μόνο στο μυαλό αυτών των γυναικών, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, ως η μεγαλύτερη αμαρτία: ο ερχομός ενός ανεπιθύμητου πλάσματος στη ζωή ή η διακοπή μιας κύησης;

3.1.3 ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΦΟΝΟΣ;

Μεγάλη μερίδα γυναικών καταφεύγει στην άμβλωση, πιστεύοντας πως το έμβryo που κυοφορεί δεν θα έχει καμιά εμπλοκή σε αυτή τη διαδικασία, καθώς η άγνοια τις κάνει να αψηφούν το γεγονός ότι η ανθρώπινη περιπέτεια ξεκινά ευθύς αμέσως μετά τη σύλληψη.

Ας αναλογιστούμε τα συγκλονιστικά ευρήματα ερευνητών, οι οποίοι, θέλοντας να επιβεβαιώσουν ή να απορρίψουν αντίστοιχα την προαναφερθείσα άποψη, τοποθέτησαν κάμερα στον κόλπο μιας γυναίκας κατά την διάρκεια άμβλωσης, ώστε να καταγράψουν τις αντιδράσεις ενός εμβρύου. Το μη σχηματισμένο ακόμα έμβryo απομακρυνόταν, καθώς ο γιατρός τραβούσε το εσωτερικό μέρος του ενδομητρίου και του εμβρύου με έναν αναρροφητήρα, προσπαθώντας να διεκδικήσει και αυτό μια θέση ανάμεσά μας. Επομένως η άμβλωση θα μπορούσε να θεωρηθεί φόνος, αφού στερεί το δικαίωμα στη νέα αυτή ζωή να αποφασίσει η ίδια για την πορεία της.

Παρ' όλα αυτά, ανθρωποκτονία δεν θα φαντάζει ο ερχομός ενός παιδιού ανεπιθύμητου, μιας ζωής αγνώστου πατρός; Ενός πλάσματος απόρροιας βιασμού; Πιθανότατα όχι, καθώς πόσο άδικο θα ήταν, από τη άλλη, να γεννηθεί μια ψυχή υπό αυτές τις συνθήκες- και πάλι μη έχοντας αυτό το πλάσμα τη δυνατότητα να επιλέξει αν θέλει να ζήσει ή όχι.¹⁶

3.2 ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Κάθε άμβλωση ακόμα και αν γίνει στις αρχές της κύησης, καταστρέφει ένα κύημα, που θα μπορούσε αν έμενε στη μήτρα, να εξελιχθεί σ' ένα ανθρώπινο πλάσμα. Πάνω σ' αυτό δικαιολογείται η έντονη αντίδραση και πολεμική που εκδηλώνεται κατά της άμβλωσης και εναντίον αυτών που συμμετέχουν σε αυτή (γυναικολόγος, γυναίκα, κράτος που τη νομιμοποίησε).

Η σοβαρότητα του ζητήματος, δηλώνει ότι η άμβλωση είναι ένα καινούριο δίλημμα που πρόσφατα δημιουργήθηκε στον Ελληνικό χώρο. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια τα πράγματα ήταν σχεδόν σαφή. Η άμβλωση βάση του ισχύοντος Ποινικού Κώδικα αποτελούσε ποινικό αδίκημα και επομένως κανένας δεν υποχρεώθηκε ποτέ να συμμετάσχει σε άμβλωση. Όταν τέθηκε σε ισχύ ο Ν.

1609\86, αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις που διενεργούνται μέχρι την 12^η εβδομάδα, ορίζοντας την ταυτόχρονα ως όριο ανάμεσα στην ύπαρξη και τη ανυπαρξία.

Η προβληματική του θέματος όμως, στρέφεται γύρω από κάποια βασικά ερωτήματα όπως :

Πότε το έμβρυο αρχίζει να γίνεται άνθρωπος και άρα μπορεί να απολαμβάνει των στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με σημαντικότερο αυτό του σεβασμού της ζωής; Από την εμφάνισή της, η Ιατρική, έχει δώσει σοφή απάντηση στο θέμα. Ο Ιπποκράτης διατυπώνοντας στον όρκο του την περίφημη φράση « ου μη δώσω πεσσόν φθόριον τη γυναϊκή» , όχι μόνο στιγματίζει την άμβλωση σαν έγκλημα, αλλά και έμμεσα στηρίζει ότι ήδη από τη σύλλησή του το έμβρυο είναι άνθρωπος, άρα η ζωή του πρέπει να προστατεύεται.

Υπάρχουν όμως και κάποιες οδυνηρές σωματικές επιπλοκές από την άμβλωση που φτάνουν ακόμα και στο θάνατο και έχουν σοβαρές συνέπειες για την ψυχική υγεία της μητέρας. Οι επιπλοκές αυτές δεν μπορούν να αποφευχθούν ακόμα και σε σύγχρονο μαιευτήριο.

Ένα επίσης βασικό ερώτημα είναι το εξής:

Η απόφαση για την διακοπή ή την συνέχιση της κύησης δεν ανήκει στην μητέρα, αφού αυτή είναι κατ' εξοχήν αρμόδια για την κυοφορία και την γέννηση; Οπωσδήποτε η μητέρα αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Μπορούμε όμως να εμπιστευτούμε μόνο σε αυτήν την απόφαση; Μπορούμε να αγνοήσουμε τη γνώμη του πατέρα; Κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι του πατέρα, μπορούμε να αφήσουμε σε αυτόν το δικαίωμα να αποφασίσει ολοκληρωτικά, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Η νομική κάλυψη της άμβλωσης ουδόλως έλυσε το ηθικό πρόβλημα της δικαιολόγησης της πράξης. Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ηθικά καλυμμένες μόνο οι περιπτώσεις που απειλείται η ζωή της γυναίκας από τη κύηση, οι περιπτώσεις κύησης μετά από βιασμό, οι περιπτώσεις βαριάς δυσπλασίας του εμβρύου ασυμβίβαστης με τη ζωή. Αντίθετα, οι αμβλώσεις για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους ή ως εναλλακτική λύση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους είναι κολάσιμες. Παρά την αποποινικοποίηση των αμβλώσεων, ο ηθικός προβληματισμός παραμένει κυρίως για την γυναίκα. Άλλωστε οι μεγαλύτεροι υποστηρικτές των εκτρώσεων είναι οι άντρες, γιατί νιώθουν ότι με αυτές απαλλάσσονται από την ευθύνη και τις υποχρεώσεις τους έναντι της γυναίκας και ενός ανεπιθύμητου παιδιού. Αλλά και φεμινιστικές οργανώσεις είναι σήμερα υπέρ της απόρριψης των αμβλώσεων, γιατί θεωρούν πως υπάρχει μια φαλλοκρατική αντίληψη επιβολής της απόψεως ελέγχου αναπαραγωγής μόνο από τους άντρες, μιας επιβολής, δηλαδή, του ισχυρού επί του αδυνάτου.

Πράγματι παρατηρείται σήμερα μια αύξηση της αντιδράσεως κατά των αμβλώσεων, ακόμη και στις χώρες της νομικής κατοχύρωσης τους. Αυτό αποδίδεται κυρίως σε τρία επιστημονικά επιτεύγματα που έχουν γίνει γνωστά στον κόσμο με τα σύγχρονα μέσα ενημέρωσης. Κατ' αρχήν η απεικόνιση του εμβρύου με τους υπερήχους από την αρχή της κύησης, έδωσε συγκεκριμένη αντίληψη του πως είναι το έμβρυο και πως συμπεριφέρεται στα πρώιμα στάδια, τότε που η κύηση οδηγείται σε διακοπή. Μετά η αύξηση της βιωσιμότητας μέχρι την 24^η εβδομάδα έδειξε, ότι τα μικρά έμβρυα μπορεί να επιβιώσουν. Τέλος η μεγάλη φροντίδα της επιστήμης για το έμβρυο έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον και την προστατευτική τάση των ανθρώπων γι' αυτό. Παρατηρείται, λοιπόν μια τάση αναθεώρησης της στάσης της κοινωνίας έναντι των αμβλώσεων που μοιραίως οδηγεί σε νέες συγκρούσεις απόψεων.

Η άμβλωση δεν είναι μια απλή ανώδυνη υπόθεση, αλλά ούτε και μια επιλογή αυτάρεσκων ανθρώπων, που πρωταγωνιστικό ρόλο κατέχουν μόνο οι εαυτοί τους. Υπάρχουν άλλωστε, όντως αντικειμενικές περιπτώσεις- προγεννητικός έλεγχος, ηλικία, βιασμός, αγνώστου πατρός- που η άμβλωση σηματοδοτεί στοιχείο ωριμότητας και διαύγειας.¹⁷

3.3 ΠΩΣ Ο ΦΟΒΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΠΙΘΥΜΙΑ

Στις περισσότερες φορές, ο ερχομός ενός παιδιού δεν βρίσκει πάντοτε και τους γονείς έτοιμους και πιστά εκπαιδευμένους στον νέο τους ρόλο. Οι αγωνίες τους είναι έντονες, πολλές φορές περνούν από το μυαλό τους αρνητικές σκέψεις και κάποιοι δεν διστάζουν φανερά να εκδηλώσουν την έντονη τους άρνηση. Για κάποιους ενήλικες είναι πρόκληση να αντιμετωπίσουν τις υπάρχουσες φοβίες που γεννήθηκαν με αφορμή τον ερχομό του παιδιού τους, για άλλους πάλι μια αποφυγή με το ενήλικο κομμάτι των ευθυνών και προτεραιοτήτων.

Ακούγεται συχνά ότι κυρίως κάποιοι άντρες επιθυμούν με την σύντροφό τους να είναι μαζί, για πολλά χρόνια, να πορεύονται και στα πρώτα αποτελέσματα πως η γυναίκα είναι έγκυος, να διστάζουν, να σαστίζουν και η συμπεριφορά τους να μεταλλάσσεται. Είναι άραγε ο φόβος της ανεπάρκειας ή το περιβόητο σύνδρομο του «Πήτερ Πάν», που βρίσκει τα περισσότερα αγόρια να επιθυμούν να μένουν σε αυτό τον ρόλο και να αποφεύγουν διακαώς το ρόλο του άντρα; Πολλές φορές η συμβουλευτική ψυχολογία βοηθά τα ζευγάρια –που το θέλουν βέβαια- να βγαίνουν νικηφόρα από τον λαβύρινθο των αγωνιών και της αναποφασιστικότητας.

Όταν ακολουθεί επεξεργασία του εσωτερικού ψυχισμού ο καθένας έρχεται αντιμέτωπος με τις προσωπικές του ανωριμότητες και ο δρόμος προς την συνειδητοποίηση είναι πλέον εφικτός. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι ο δρόμος είναι για όλους ο ίδιος, υπάρχουν άνθρωποι που η συνειδητή τους επιλογή είναι να μην γίνουν, ακόμα και ποτέ, γονείς. Είναι εντάξει με αυτό πλέον, έπειτα από τέτοιου είδους εσωτερικές αναζητήσεις.

Το ενδιαφέρον για ένα παιδί είναι συνεχόμενο και ενεργό σε ολόκληρη τη ζωή ενός ενήλικα. Σε άλλους γίνεται πιο φανερά ενώ σε κάποιους όχι τόσο. Ανάλογα με την προσωπική φάση του καθενός, είτε ως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, είτε ως προστασία της εγκυμοσύνης και άλλοτε ως οικογενειακός προγραμματισμός για την φροντίδα της ανατροφής του παιδιού. Οι άνθρωποι εκείνοι που καλούνται να υποδεχτούν το μωρό τους είναι υπεύθυνοι για την αγωγή του, για τη εξελικτική ψυχολογία του.

Συγκεκριμένα οι αρχικοί τους ρόλοι είναι:

Η κάλυψη των βασικών τους βιολογικών αναγκών, με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται η σωματική τους ακεραιότητα.

Η φροντίδα για την προαγωγή της γλωσσικής τους έκφρασης, αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, κανόνες συμπεριφοράς, θετική στάση προς το κοινωνικό και φυσικό τους περιβάλλον.

Η φροντίδα για την συγκρότηση της προσωπικότητας του παιδιού, αυτές είναι κάποιες ακαδημαϊκές γνώσεις.

Αυτοί είναι κάποιοι από τους «κανόνες» που ένας γονιός γνωρίζει κι οφείλει να δώσει απλόχερα στη νέα ύπαρξη της ζωής του.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Αναμφίβολα, η άμβλωση, πρόκειται για ένα θέμα που έχει απασχολήσει πολύ τόσο τη κοινωνία και τον νομοθέτη όσο και θρησκευτικούς φορείς. Ιδιαίτερα για μια χώρα όπως η Ελλάδα, με υψηλό δείκτη υπογεννητικότητας το θέμα παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον και του προσδίδει μεγαλύτερες διαστάσεις, καθιστώντας το άξιο μεγαλύτερης μελέτης.

Οι νομικές πλευρές της άμβλωσης αποτελούν αντικείμενο έντονης συζήτησης σε πολλά μέρη του κόσμου. Το κύριο ζήτημα είναι κατά πόσο το έμβryo μπορεί να χαρακτηριστεί ως άνθρωπος και η έκτρωση ως ανθρωποκτονία. Ταυτόχρονα τίθεται το ζήτημα της αυτοδιάθεσης της εγκύου, το δικαίωμά της να διαθέτει το σώμα της όπως αυτή νομίζει.¹⁹

Μέχρι το 1967, η άμβλωση ήταν παράνομη σε όλη την Ευρώπη εκτός από τη Δανία και τη Σουηδία. Στην Ελλάδα, για την ελεύθερη διεξαγωγή των αμβλώσεων, διατυπώθηκε ως πραγματικό επιχείρημα ο μεγάλος αριθμός των παράνομων αμβλώσεων, ο οποίος συνδέθηκε με ένα μεγάλο ποσοστό κινδύνου για τη ζωή της γυναίκας. Οι εκατοντάδες χιλιάδες παράνομες εκτρώσεις εγκυμονούσαν και εγκυμονούν κινδύνους για την σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, για την αληθινή και ελεύθερη επιλογή της να γίνει μητέρα στο μέλλον.

Με το πέρας των χρόνων όμως, η ποινική προστασία του εμβρύου χαρακτηρίστηκε από συνεχή συρρίκνωση. Ας δούμε τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τις αλλαγές που παρατηρούνται σε αυτές, τους τελευταίους δύο αιώνες.

Ξεκινώντας από τον Ποινικό Νόμο του 1834 (αρθ.303-305) τιμωρούνται με ποινή φυλάκισης τόσο η ετεράμβλωση –με ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου- όσο και η αυτάμβλωση. Όταν η πράξη γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, με τη χρησιμοποίηση μέσω επικίνδυνων για τη ζωή της απειλείται θανατική ποινή, ενώ όταν επέρχεται ο θάνατος της εγκύου, η ποινή γίνεται δεσμά 15 έως 20 χρόνια και όταν από την άμβλωση δημιουργείται κίνδυνος ζωής, φρενοβλάβεια ή σωματική νόσος ανίατη, η ποινή είναι δεσμά ως 15 χρόνια.

Στο σχέδιο του νέου ποινικού κώδικα που δημοσιεύεται το 1924, η αντιμετώπιση αυτή αλλάζει και για πρώτη φορά η ποινή που απειλείται για την πράξη όταν γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, είναι βαρύτερη από εκείνη που απειλείται για την ετεράμβλωση όταν γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου. Η ίδια ποινή απειλείται και για την αυτάμβλωση, ενώ για πρώτη φορά θεσπίζεται ως ειδικός λόγος άρσης του αδίκου η ιατρική ένδειξη.

Το 1934, οι ποινικές κυρώσεις τόσο για τη έγκυο όσο και για τον τρίτο που ενεργεί με τη συναίνεσή της μειώνονται δραστικά και για πρώτη φορά η άμβλωση αντιμετωπίζεται πια ως πλημμέλημα με ποινή φυλάκισης (10 μέρες έως 5 έτη). Όταν γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου η πράξη παραμένει κακούργημα.

Το 1939, η ιατρική ένδειξη συμπληρώνεται για πρώτη φορά με τη λεγόμενη «ηθική ένδειξη», με βάση την οποία θεωρείται πλέον δικαιολογημένη η θανάτωση του εμβρύου, όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό, κατάχρηση ανίκανου προς αντίσταση, αποπλάνηση ανηλίκου ή αιμομιξία.

Το 1947, τροποποιείται για ακόμα μια φορά η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Για πρώτη φορά η αυτάμβλωση τιμωρείται με ποινή φυλάκισης το πολύ 3 ετών, ενώ η ετεράμβλωση που γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης από 6 μήνες ως 5 ετών και όταν γίνεται κατά συνήθεια, τιμωρείται με κάθειρξη το πολύ 10 ετών.

Το 1978 με το ν. 821 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης» διευρύνεται η ιατρική ένδειξη και προβλέπεται ότι η άμβλωση επιτρέπεται ως τη 12^η εβδομάδα εγκυμοσύνης όταν υπάρχει κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας -και όχι όπως προβλεπόταν στο άρθρο 304 του ποινικού κώδικα, μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος βαριάς σωματικής βλάβης- και ταυτόχρονα θεσπίζεται για πρώτη φορά η «ευγονική ένδειξη» με βάση την οποία δικαιολογείται η θανάτωση του εμβρύου μέχρι και τη 20^η εβδομάδα της κύησης, στις περιπτώσεις που διαπιστώνονται σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου, οι οποίες συνεπάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Ήδη με το πλαίσιο αυτό, η ποινική προστασία του εμβρύου εμφανίζεται σημαντικά συρρικνωμένη σε σχέση με την προστασία της ζωής.

Το 1986, με το ν. 1609 ανατρέπεται ουσιαστικά όλη η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Ο ίδιος ο όρος «άμβλωση», είναι νομικός όρος που δεν χρησιμοποιείται πλέον. Ως ιδεολογικά φορτισμένος, καταργείται και αντικαθίσταται από τον όρο «τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης».

Ο ν. 1609/1986 μείωσε σημαντικά τη ποινή που απειλούνταν για την αυτάμβλωση και για τη κατά συνήθεια τέλεση των αμβλώσεων, ενέταξε στον ποινικό κώδικα για πρώτη φορά την ευγονική ένδειξη και κυρίως για πρώτη φορά αναγνώρισε ένα χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων, μέσα στο οποίο η έγκυος, χωρίς να χρειάζονται επιπλέον ενδείξεις, μπορεί να αποφασίζει ελεύθερα για το αν επιθυμεί τη συνέχιση ή τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο η ζωή του κυοφορούμενου αποτελεί αυτοτελές έννομο αγαθό και προστατεύεται ανεξάρτητα από τη ζωή της εγκύου. Γι' αυτό η συναίνεση της εγκύου στη θανάτωση του εμβρύου από τρίτο δε μπορεί να πάρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης.

Σήμερα λοιπόν, το ζήτημα της άμβλωσης ρυθμίζει ο νόμος 1609/1986 του Ποινικού Κώδικα «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», σύμφωνα με τον οποίο «η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περιθαλψής σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της κύησης είναι υποχρέωση της πολιτείας» Με διάταξη του άρθρου 304ΠΚ που απαγορεύει την άμβλωση, προστατεύεται ποινικά η ανθρώπινη ζωή της γέννησης της. Το κυοφορούμενο δεν είναι μέρος του σώματος της εγκύου, σε τρόπο που αυτή να έχει το δικαίωμα α το διαθέτει κατά τη θέλησή της, αλλά του αναγνωρίζεται το δικαίωμα μια ξεχωριστή και δικιά του αξία, που δεν είναι όμως απόλυτη, όπως συμβαίνει στην ανθρώπινη ζωή που έχει γεννηθεί και έχει απόλυτη αξία.

Από αυτή τη σχετική αξία που δίνεται στο κυοφορούμενο έμβρυο, προκύπτει και η αντίστοιχη ποινική του προστασία. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξουν και περιπτώσεις, όπως είπαμε, που η άμβλωση κρίνεται θεμιτή από το δίκαιο. Τέτοιες περιπτώσεις στην επιστήμη αναγνωρίζονται τέσσερεις, δηλαδή άμβλωση που γίνεται για ιατρικούς λόγους (κίνδυνος ζωής ή σπουδαία και διαρκής βλάβη της υγείας της εγκύου που πιστοποιούνται από δύο γιατρούς), ηθικούς (όταν η σύλληψη έγινε από βιασμό, αποπλάνηση, αιμομιξία, κατάχρηση ανίκανου προς αντίσταση), ευγονικούς και κοινωνικούς.

Όπως είδαμε λοιπόν, ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 αναγνώριζε τους δύο πρώτους, πρόσφατα όμως, με το άρθρο 5 # 3 του Νόμου 821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως». Αναγνωρίστηκε και ο παραπάνω τρίτος λόγος της εκούσιας διακοπής της κύησης (ευγονικός) κι έτσι έμμεσα τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε και το παραπάνω άρθρο του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα.

Ουσιαστικά δηλαδή στην Ελλάδα το 1986 νομιμοποιούνται οι εκτρώσεις και μία γυναίκα μπορεί μέχρι και τη 12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης της να κάνει έκτρωση, εφόσον συντρέχουν λόγοι να

εξεταστεί από την αρμόδια επιτροπή. Αυτό αναφέρει το γράμμα του νόμου. Ωστόσο, στην περίπτωση που η ενδιαφερόμενη απευθυνθεί σε κάποιο ιδιωτικό κέντρο, η εξέταση από επιτροπή δε πραγματοποιείται, όπως επίσης και σε νοσοκομεία χωρίς οργανωμένη Κοινωνική Υπηρεσία ή άλλη αρμόδια επιτροπή.

Σύμφωνα με τη Naziri (1991) η νομιμοποίηση των εκτρώσεων δεν αποτέλεσε ηθικό ζήτημα στην Ελλάδα. Η νομιμοποίηση το 1986 πραγματοποιήθηκε διότι η Κυβέρνηση αντιλήφθηκε ότι η απαγόρευση αγνοούνταν παντελώς.²⁰

4.1.2 ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ

ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η άμβλωση επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ο ποινικός κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει την έκτρωση (τεχνητή διακοπή κύησης) μόνο με την συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης σε κάθε περίπτωση.
- Εντός των πρώτων 24 εβδομάδων, αν υπάρξουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού μωρού.
- Εντός των πρώτων 19 εβδομάδων, αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρηση γυναίκας η οποία είναι ανίκανη να αντισταθεί.
- Χωρίς περιορισμό, αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της, βεβαιωμένος από αντίστοιχο γιατρό. Επίσης σε αυτή τη κατηγορία εμπίπτει και η περίπτωση έκτρωσης εμβρύου με αποδεδειγμένα σοβαρές λειτουργίες.

ΚΥΠΡΟΣ

Στην Κύπρο το θέμα των αμβλώσεων έχει πάρει διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος. Οι εκτρώσεις επιτρέπονται από τον νόμο κατόπιν συγκατάθεσης και καταβολής πιστοποιητικών δυο ιατρών και υπό τις εξής συνθήκες :

- Σοβαρός κίνδυνος για την ζωή της μητέρας.
- Σοβαρός κίνδυνος για διατάραξη της φυσικής και πνευματικής υγείας της μητέρας.
- Ιατρική διάγνωση ότι το παιδί που θα γεννηθεί θα πάσχει από σοβαρή αναπηρία ή ανίατη ασθένεια.
- Το κυοφορούμενο παιδί να είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας.

ΙΤΑΛΙΑ

Στην Ιταλία, με βάση το νόμο 194 της 22\5\1978, γίνεται διάκριση ανάμεσα στη διακοπή της κύησης εντός των πρώτων 90 ημερών και της διακοπής μετά το πέρας της 91^{ης} ημέρας.

- Κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, το άρθρο 4 του νόμου ορίζει ότι σε περίπτωση που έχει γίνει διάγνωση κάποιας δυσπλασίας του εμβρύου η συνέχιση της εγκυμοσύνης, ο τοκετός και η μητρότητα αποτελούν απειλή για την σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας και άμεση σχέση με την οικονομική, κοινωνική, οικογενειακή της κατάσταση αλλά και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες επήλθε η σύλληψη, η γυναίκα μπορεί να απευθυνθεί σε μια δημόσια κλινική ή στο γιατρό της επιλογής της και να παραθέσει τους λόγους για τους οποίους επιθυμεί να διακόψει την κύηση. Το άρθρο 5 προβλέπει την παροχή βοήθειας στη γυναίκα ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που την οδήγησαν στο να λάβει αυτή την απόφαση. Στην περίπτωση που ο γιατρός κρίνει ότι οι λόγοι επιβάλλουν την άμεση διακοπή της κύησης, χορηγεί ένα πιστοποιητικό με το οποίο η γυναίκα μπορεί να διακόψει την κύηση. Εφόσον δεν συντρέχουν λόγοι για άμεση διακοπή, ο γιατρός δίνει ένα αντίγραφο του πιστοποιητικού και προσκαλεί την γυναίκα να επαναξιολογήσει την απόφασή της

και να επιστρέψει ξανά σε 7 ημέρες. Με το πέρας αυτού του διαστήματος η γυναίκα έχει το δικαίωμα α διακόψει την κύηση.

- Μετά το πρώτο τρίμηνο, το άρθρο 6 ορίζει ότι η άμβλωση είναι νόμιμη και μπορεί να εφαρμοστεί : α) όταν η εγκυμοσύνη ή ο τοκετός θέτουν σε βαρύτατο κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας β) όταν υπάρχουν ανωμαλίες ή δυσμορφίες του εμβρύου που θέτουν σε βαρύτατο κίνδυνο τη σωματική ή ψυχική υγεία της γυναίκας.

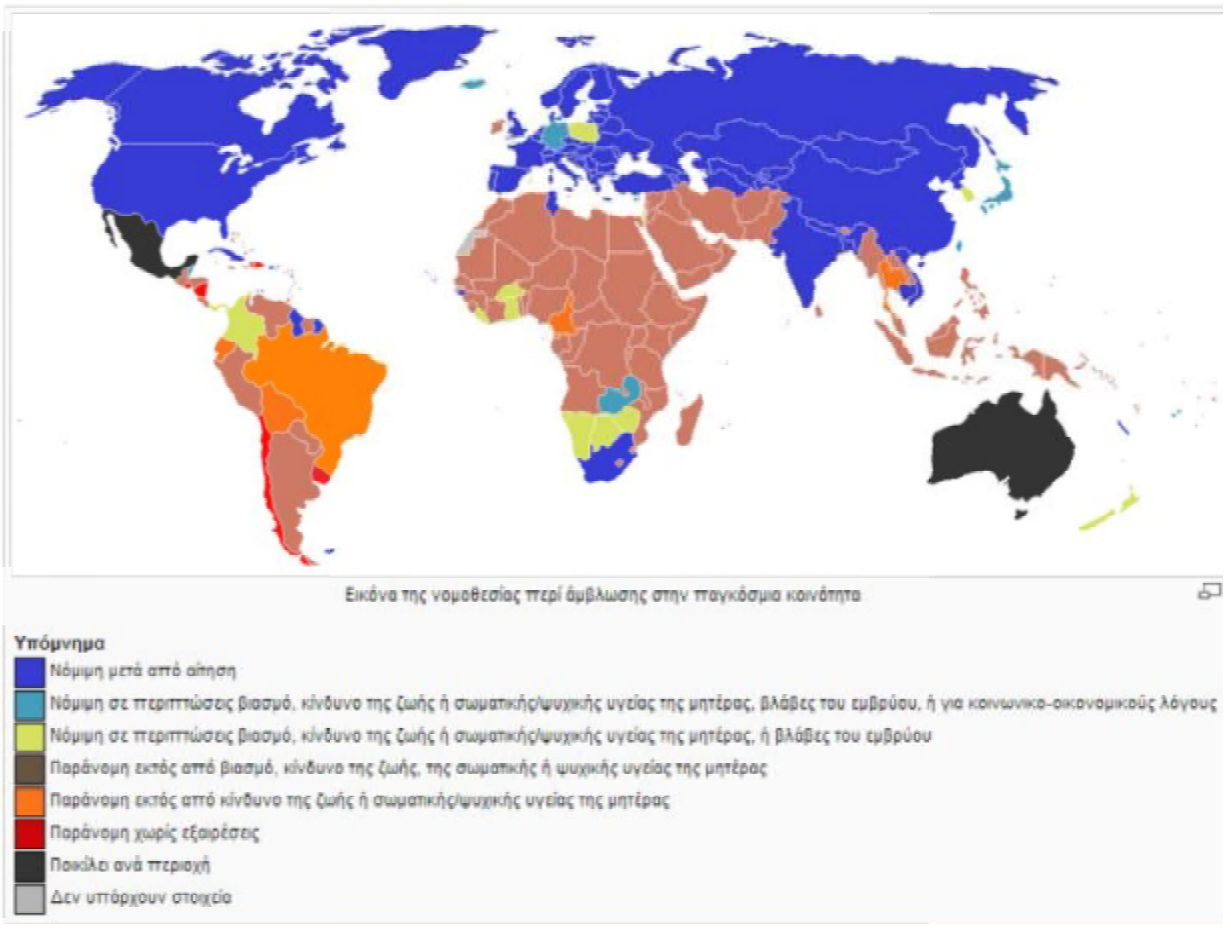
Ο νόμος είναι πιο ελαστικός κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και συμπεριλαμβάνει, μαζί με τα κλινικά κριτήρια, ορισμένα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια ενώ ο στόχος του είναι να προασπίσει κατά κύριο λόγο τη μητέρα. Μετά το πρώτο τρίμηνο, ο νόμος δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην προάσπιση της ζωής του εμβρύου και η αξιολόγηση γίνεται αποκλειστικά με αυστηρά κλινικά κριτήρια. Ειδικές διατάξεις υπάρχουν για τα ανήλικα κορίτσια και τις γυναίκες με νοητική υστέρηση.

ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το θέμα της έκτρωσης αποτελεί σημαντικότατο ζήτημα αντιπαράθεσης στην πολιτική και την κοινωνία. Μέχρι σήμερα ισχύει το δεδικασμένο της υπόθεσης ROE εναντίον WADE του 1973, στην οποία το Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο αποφάσισε ότι καμία Πολιτεία δεν έχει το δικαίωμα να απαγορεύσει την άμβλωση. Όταν ο Μπάρακ Ομπάμα ανέλαβε πρόεδρος κατήργησε το νομοθετικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο απαγορευόταν ρητά να ενισχύονται με διάφορα χρηματικά ποσά οι οργανώσεις για την διευκόλυνση των αμβλώσεων στο εξωτερικό.²¹

Εικόνα 3.

Πεικονιση της νομοθετικής αντιμετώπισης του ζητήματος παγκόσμια [Επεξεργασία | επεξεργασία κώδικα]



4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι κοινωνικές επιπτώσεις των αμβλώσεων σχετίζονται με τη σημασία τους ως κοινωνικού φαινομένου και ως βιώματος, τόσο σε επίπεδο μικρο-κλίμακας (όπως π.χ. πρόσωπα, οικογένεια, γειτονιά), όσο και σε επίπεδο μακρο-κλίμακας (όπως π.χ. ευρύτερη κοινωνία, νομός, περιφέρεια, κράτος, έθνος)

Μια περιεκτική αναφορά των επιπτώσεων στον κοινωνικό ιστό μιας χώρας σε μικρο-κλίμακα περιλαμβάνει, χωρίς να εξαντλείται, τα εξής:

Ύπαρξη ανθρώπων με κάποια συμπλέγματα (γυναικών που υφίστανται την άμβλωση, ανδρών που συμπαράσφουρν, εξωθούν και συμμετέχουν σε αυτή, και ιατρών που την πραγματοποιούν), γεγονός που τους περιορίζει ή διαταράσσει τη σχέση με τον εαυτό τους-τη συνείδηση-, με τους συνανθρώπους και ευρύτερα με την κοινωνία (θεσμός γάμου, εκκλησία, κράτος).

Επιβάρυνση δια βίου των υπολοίπων παιδιών της οικογένειας (που τους επέτρεψαν οι γονείς να γεννηθούν) με ένα αδιαφοροποίητο αίσθημα ενοχής (γιατί αυτά γεννήθηκαν), χωρίς να μπορούν να το εξηγήσουν, που ωστόσο είναι υπαρκτό και δεσμεύει μέρος του δυναμικού τους από την καθημερινή ζωή, στο σχολείο, στη δουλειά.

Περιορισμένη δυνατότητα των γυναικών που έχουν υποστεί άμβλωση αλλά και των υπολοίπων φορέων και ατόμων που συμβάλλουν με οποιοδήποτε τρόπο σε αυτήν, για πλήρη, ενεργό και ουσιαστική συμμετοχή στην κοινωνική ζωή χωρίς κρατούμενα, (πικρίες, πιθανό φθόνο, αίσθημα αναξιοτήτας ή ανεπάρκειας, μαρασμό κτλ.)

Άμβλυνση της λειτουργίας της συνειδήσεως ως παράγοντας ηθικής απαρτίωσης του προσώπου και πιθανή αναστολή των μηχανισμών αυτό-ελέγχου και κατεύθυνσης στη ζωή.

Σε επίπεδο μακρο-κλίμακας, κοινωνίες, όπως η ελληνική, που έχουν ήδη υψηλά ποσοστά αμβλώσεων, που επιχορηγούνται μάλιστα από το κράτος, υφίστανται κολοσσιαίες επιπτώσεις από την διαδεδομένη αυτή πρακτική. Μερικές επιπτώσεις είναι ενδεικτικά:

Η στέρηση του έθνους από τους νέους πολίτες του με αποτέλεσμα τη μείωση του πληθυσμού και τη γήρανσή του, με συνέπειες τόσο στη μείωση της συμβολής στο ασφαλιστικό τομέα, όσο και στον τομέα της άμυνας της χώρας.

Η καλλιέργεια κλίματος "κοινωνικής πόρωσης" και γενικευμένης αδιαφορίας για τη στάση μιας ολόκληρης κοινωνίας απέναντι στο αγαθό της ζωής (που μπορεί να οδηγήσει και σε μια γενικευμένη παραβατικότητα ως κανόνα ζωής).

Η παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων για τη ζωή του πιο αδύναμου ανθρώπου: του εμβρύου,

Η προώθηση ενός "κοινωνικού δαρβινισμού" που επιτρέπει σε κάποιους να αποφασίζουν ποιοί να γεννιούνται και ποιοί όχι, εξέλιξη που γυρίζει χιλιάδες χρόνια πίσω τον ελληνικό πολιτισμό, αλλά και προβάλλει απειλητικά ως ζοφερή πραγματικότητα στο σήμερα των Ελλήνων.

Η αλλοίωση των παραδοσιακών ελληνικών αξιών της γενναιότητας και του ηρωισμού στην αντιμετώπιση των δυσκολιών του, του κοινοτισμού (όλοι ενδιαφέρονται για όλους) και στροφή σε μια εγωκεντρική θεώρηση και βίωση της ζωής (εγώ είμαι το κέντρο του κόσμου, κάνω ότι θέλω και αυτό δεν σας αφορά).

Η καλλιέργεια της συλλογικής μαλθακότητας αντί της ανταγωνιστικότητας.

Η στέρηση του πληθυσμού από πολύτιμους οικονομικούς πόρους που αντί διατίθενται για εκτρώσεις, θα μπορούσαν να προσφερθούν για τη στήριξη της οικογένειας γενικά και της μητρότητας ειδικά.²²

4.3 ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ

4.3.1 Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Για την εκκλησία, ο άνθρωπος υφίσταται από τη στιγμή της γονιμοποίησης και αυτό φαίνεται από τις αντίστοιχες εορτές που αυτή έχει θεσπίσει. Για παράδειγμα, η Εκκλησία δεν εορτάζει μόνο τη γέννηση της Θεοτόκου, αλλά και τη σύλληψή της υπό της Αγίας Άννης, εννέα ακριβώς μήνες προηγουμένως (8 Σεπτεμβρίου – 9 Δεκεμβρίου αντίστοιχα).

Πολύ πριν η βιολογία και η ιατρική ανακαλύψουν τα χρωματοσώματα και τα γονίδια και πριν οι επιστήμονες μπορέσουν να μελετήσουν με κάθε λεπτομέρεια τη διαδικασία της κύησης, οι χριστιανοί συγγραφείς καταδίκασαν τις εκτρώσεις σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης.

Η άμβλωση αποτελεί για την Εκκλησία ένα είδος φόνου που διενεργείται σε παγκόσμια έκταση, συνήθως χωρίς καμιά αίσθηση ενοχής. Αποτελεί μια ευρέως αποδεκτή ιατρική πρακτική, η οποία υποστηρίζεται από πολυάριθμες κυβερνήσεις και μη κυβερνητικούς οργανισμούς.

4.3.2 Η ΚΑΤΑΔΙΚΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗ ΕΠΟΧΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΠΑΤΕΡΕΣ

Από τη αποστολική εποχή ο χριστιανισμός αναγνώρισε ότι η έκτρωση είναι ασυμβίβαστη με την στροφή προς το Θεό. Τα αρχαιότερα κείμενα που περιγράφουν την κατά Χριστόν ζωή σχολιάζουν το ζήτημα της άμβλωσης. Παραδείγματος χάριν, στη Διδαχή των Αποστόλων, ένα έργο που συντάχθηκε μεταξύ των ετών 50 και 70 μΧ., βρίσκει κανείς την άμβλωση να συγκαταλέγεται μεταξύ των σοβαρών αμαρτιών. <Δεν θα φονεύσεις, δεν θα πορνεύσεις, δεν θα κλέψεις, δεν θα χρησιμοποιήσεις μαγεία, δεν θα χρησιμοποιήσεις φίλτρα, δεν θα παράσχεις αμλωθρίδια ούτε θα διαπράξεις παιδοκτονία >. Μια παρόμοια ομάδα απαγορεύσεων, συμπεριλαμβανομένης και της απαγόρευσης για άμβλωση, ανευρίσκεται επίσης στην Επιστολή του Βαρνάβα του 1^{ου} ή του 2^{ου} αιώνα. Η άμβλωση είχε ανέκαθεν καταδικαστεί από τον χριστιανισμό.

Αυτή η καταδίκη της άμβλωσης από τους χριστιανούς συνεχίζεται αδιάπτωτη. Ο 2^{ος} και ο 3^{ος} αιώνας βρίθουν από χριστιανικές δηλώσεις κατά της άμβλωσης. Ο Σέπτιμος Τερτυλιανός (160-240μΧ) για παράδειγμα, τόνισε ότι για τους χριστιανούς η δολοφονία είναι απαγορευμένη μια για πάντα. Δεν τους επιτρέπεται α καταστρέψουν ούτε το έμβρυο στη μήτρα, εφόσον του παρέχεται αίμα για το σχηματισμό ανθρώπινου όντος. Το να εμποδιστεί η γέννηση ενός παιδιού είναι ένας συντομότερος δρόμος να θανατωθεί. Δεν υπάρχει διαφορά στο κατά πόσο κάποιος καταστρέφει μια ήδη γεννημένη ψυχή ή επεμβαίνει στη γέννησή της. Πρόκειται περί ενός ανθρώπινου όντος και περί ενός ατόμου εν τω γίνεσθαι, επειδή όλος ο καρπός είναι παρών στο σπόρο. Παρόμοια θέση βρίσκουμε και στο Μινούκιο Φήλικα (170-215μΧ) στον Οκτάβιο. Το ήθος του χριστιανισμού από την αποστολική εποχή αναγνώριζε ως ανηθικότητα την αφαίρεση ανθρώπινης ζωής.

Καθώς όμως ο χριστιανισμός ανέκαμψε από τους διωγμούς, εμφανίστηκαν συνοδικοί κανόνες κατά της άμβλωσης, οι οποίοι κατέφασκαν στην υπόσταση του εμβρύου ως προσώπου. Στην αρχαία εκκλησία, για την γυναίκα, η οποία σκότωνε το έμβρυο είτε με βότανα είτε με φάρμακα, είτε με οποιοδήποτε άλλο μέσο, της απαγορευόταν η μετάδοση της Θείας Κοινωνίας εκτός εάν ήταν ετοιμοθάνατη. Ο πρώτος σημαντικός τοπικός συνοδικός κανόνας χρονολογείται από το 314μΧ., όπου ο 21^{ος} κανόνας της Άγκυρας μειώνει το επιτίμιο για την άμβλωση στα δέκα έτη,

υπογραμμίζοντας ότι η πράξη αφορούσε δια βίου ακοινωνησία. Στα 315μΧ., ο 6^{ος} κανόνας της Συνόδου της Νεοκαισάρειας, μιλώντας για το βάπτισμα της εγκύου γυναίκας, αναγνωρίζει το παιδί εντός της μήτρας ως ξεχωριστό πρόσωπο.

Όλα αυτά δείχνουν πως η Εκκλησία δεν αμφιταλαντεύτηκε καμία φορά στο να καταδικάσει την άμβλωση ως φόνο και μάλιστα εκ προμελέτης. Πίστη της ακράδαντη ερειδομένη επί της Αγίας Γραφής είναι ότι τα έμβρυα είναι ανθρώπινα όντα που δημιουργήθηκαν από το Θεό ο οποίος και ενδιαφέρεται γι' αυτά. Χαρακτηριστικά αναφέρει πως η ζωή του εμβρύου, ανήκει αποκλειστικά και μόνο στον Θεό και έχει να εκπληρώσει με προσωπική του ευθύνη μια μοναδική αποστολή.

4.3.3 Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑ

Ο κατεξοχήν μεγάλος ηθικολόγος της αρχαίας Εκκλησίας, ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος είναι λίαν σαφής για το προκείμενο, μάλιστα δε προχωρεί παραπέρα θεωρώντας συνένοχο στην διάπραξη του φόνου και τον άνδρα για τον λόγο του ότι εκείνος δίνει το σπέρμα στην γυναίκα που αποφασίζει να κάνει την άμβλωση. Συνεχίζει τονίζοντας ότι σε αυτή την ανήθικη πράξη συμμετέχουν άλλος λιγότερο, άλλος περισσότερο εκτός από τους γονείς και πολλοί άλλοι, όπως άμεσοι και έμμεσοι συγγενείς, σύμβουλοι, δικηγόροι, ιδιαιτέρως δε οι γιατροί που δεν δέχονται να συμμορφωθούν προς την δεοντολογία του επαγγέλματός τους. Αθετώντας έτσι τον όρκο του Ιπποκράτη, προβαίνουν στην άμβλωση οι περισσότεροι και όχι όλοι, όχι για να βοηθήσουν τη μητέρα που τους εμπιστεύεται, αλλά για να πλουτίσουν παρανόμως, εκμεταλλευόμενοι τα αποτελέσματα των προγαμιαίων σχέσεων της νεολαίας.²³

4.3.4 Η ΚΑΤΑΔΙΚΗ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΧΡΟΝΙΑ

Η Εκκλησία καταδικάζει τις αμβλώσεις γιατί κατά την άποψη που εκφράζει, γίνονται όχι για λόγους καθαρά ιατρικούς ή ανωτέρας βίας, αλλά για λόγους καθαρά εγωιστικούς, ατομιστικούς και δήθεν προοδευτικούς, για λόγους έλλειψης αυτοθυσίας, σεβασμού της ζωής του άλλου, υπευθυνότητας και εμπιστοσύνης. Επίσης για λόγους επιβαλλόμενους από τον φεμινισμό, την χειραφέτηση, και την ανεξαρτησία της γυναίκας.

Όσον αφορά λοιπόν, την νομιμοποίησή της είναι αντίθετη, γιατί καταφεύγοντας σε αυτή την λύση, δημιουργούνται άλλα προβλήματα και σε πολλές περιπτώσεις οξύτερα και αγχώδη. Η Εκκλησία ότι το πρόβλημα των αμβλώσεων είναι τόσο ευρύ και πολυεδρικό και τόσο πολύπλοκο και δαιδαλώδες ώστε καμία απολύτως νομοθεσία μπορεί να ζητήσει ιατρική βοήθεια, μπορεί να αποτραπεί η γονιμοποίηση και α αποφευχθεί η τραγωδία της άμβλωσης.

Ως προς την δεύτερη περίπτωση, της διάγνωσης δηλαδή σοβαρών ασθενειών ή αναπηριών από τις οποίες πάσχει το έμβρυο και που θα κατατρέχουν τον άνθρωπο όταν γεννηθεί, θα μπορούσε κανείς να αντιτάξει ότι υπάρχει και γεννημένα έμβρυα με ασθένειες. Αν είναι δυνατόν να φονευθεί το αγέννητο, γιατί να μην συμβεί το ίδιο με το νεογεννηθέν. Αν η Ορθόδοξη Εκκλησία αρνείται την επιλογή της έκτρωσης και σε αυτή την περίπτωση, είναι για τον ίδιο λόγο που αρνείται την ευθανασία στις περιπτώσεις βαρύτερα ασθενών. Μάλιστα στην περίπτωση της ευθανασίας μπορεί να υπάρχει και η συγκατάθεση τους ασθενούς, ενώ στην άμβλωση κάτι τέτοιο είναι αδύνατο. Δεν θα πρέπει ακόμα να λησμονείται το γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι κάτι πέρα της βιολογικής του υπόστασης, αρχίζει με την γονιμοποίηση αλλά επεκτείνεται στην αιωνιότητα.

Η μόνη περίπτωση στην οποία γίνεται ανεκτή η διακοπή της κύησης, από την Ορθόδοξη Εκκλησία, είναι η ύπαρξη σοβαρού κινδύνου για την μητέρα. Η Ορθόδοξη παράδοση, όταν υπάρχει πραγματικά το δίλλημα, δίνει προτεραιότητα στη διάσωση της ζωής της μητέρας, όχι γιατί η μια ζωή έχει αξία μεγαλύτερη της άλλης, αλλά γιατί από την μητέρα εξαρτώνται και άλλοι, όπως άλλα τέκνα, ο σύζυγος, οι γέροντες γονείς κλπ. Βέβαια η κάθε περίπτωση στην Εκκλησία εξετάζεται ιδιαίτερα.

Συμπερασματικά, για την Εκκλησία η ανθρώπινη ζωή ξεκινά με την γονιμοποίηση και απαιτεί πλήρη σεβασμό και προστασία από την στιγμή αυτή και μετέπειτα. Από τη Βιβλική εποχή μέχρι και σήμερα, η άμβλωση θεωρείται ως η ηθικά καταδικαστέα πράξη της θανάτωσης μιας αθώας ύπαρξης που δημιουργεί ταυτόχρονα μεγάλα ψυχικά τραύματα σ' αυτή που την διαπράττει.

4.3.5 ΑΠΟΨΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ

Καθολική Εκκλησία. Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί την αντισύλληψη ως το απόλυτο κακό και ίσως κρατά την πιο αυστηρή θέση απέναντι στο θέμα της άμβλωσης, η οποία δεν είναι δικαιολογημένη κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες και ως θρησκευτικό έγκλημα τιμωρείται με αφορισμό από τους κόλπους της Εκκλησίας. Πριν από το 1869 η Καθολική εκκλησία υποστήριζε ότι σε πολύ μικρό στάδιο της εγκυμοσύνης το έμβρυο δεν έχει ψυχή και ότι οι εκτρώσεις τόσο νωρίς δεν θεωρούνταν αμαρτία. Το 1974 στην < Διακήρυξη για την προκαλούμενη άμβλωση > ο Πάπας επιβεβαίωσε ότι είχε αναφερθεί σε ομιλίες ή άλλα έγγραφα του, ότι κάτω από καμία δικαιολογία δύναται κάποιος να καταλήξει στην έκτρωση είτε είναι οικογένεια, είτε είναι πολιτική αρχή ως μέσου ελέγχου των γεννήσεων. Το 1982 διακήρυξε 'ότι όποιος αρνείται να υπερασπίσει το πιο αθώο και πιο αδύναμο πλάσμα που έχει συλληφθεί, αλλά δεν έχει γεννηθεί, αντιβαίνει στον πιο σοβαρό κανόνα ηθικής τάξης. Δεν μπορούμε ποτέ να νομιμοποιήσουμε το θάνατο.

Μάρτυρες του Ιαχωβά. Υποστηρίζουν 'ότι στα μάτια του Δημιουργού αποτελεί αμαρτία να φέρει στον κόσμο ένα παιδί κάποιος, το οποίο δεν έχει σκοπό να φροντίσει ή να προχωρήσει σε έκτρωση.

Ευαγγελική Εκκλησία. Οι Ευαγγελικοί πιστεύουν ότι η ζωή δίνεται από τον Θεό και μόνο εκείνος διατηρεί του δικαιώματος να την αφαιρέσει. Συνεπώς, η άμβλωση δεν συνιστάται σε καμία περίπτωση. Επιφυλασσόμαστε όμως, ως προς το ότι η Ευαγγελική Εκκλησία χωρίζεται σε διάφορες υπό-ομάδες και είναι πολύ πιθανό κάποια από αυτές να τηρεί διαφορετική στάση επί του θέματος.

Ισλάμ. Οι Ισλαμιστές είναι ανεκτικοί απέναντι στις αμβλώσεις μέχρι συγκεκριμένου σταδίου της εγκυμοσύνης, αλλά οι διάφορες υπό-ομάδες διαφωνούν στον ορισμό του σταδίου αυτού. Το Κοράνι πάντως, υποστηρίζει ότι όποιος αφαιρέσει τη ζωή αθώου είναι σαν να σκοτώνει όλη την ανθρωπότητα ενώ όποιος τη σώζει είναι σαν να σώζει όλη την ανθρωπότητα.

Ιουδαϊστές. Η άμβλωση επιτρέπεται για θεραπευτικούς σκοπούς. Όταν π.χ. η ζωή της γυναίκας είναι σε κίνδυνο. Η ζωή της έχει προτεραιότητα έναντι της πιθανής ζωής του εμβρύου, το οποίο δεν θεωρείται ως ολοκληρωμένη ανθρώπινη ζωή μέχρι τα τελευταία στάδια της γέννησης.

Βουδιστές. Πιστεύουν στην μετεμψύχωση, ότι δηλαδή ο καθένας έρχεται ξανά και ξανά στη ζωή. Το πεπρωμένο σε αυτή τη ζωή και στην επόμενη ελέγχεται από τον καρμικό νόμο και συσσωρεύεται καλό και κακό κάρμα μέσω των έργων, των λόγων και των σκέψεων του ανθρώπου. Θεωρούν οτιδήποτε είναι εν ζωή < διαισθαντικό όν > τα οποία δηλαδή έχουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν και να αισθανθούν και είναι συνδυασμός πνεύματος και σώματος. Ένα γονιμοποιημένο ωάριο θεωρείται < διαισθαντικό όν > και η άμβλωσή του είναι συνώνυμη με φόνο.

Ινδουιστές. Πιστεύουν επίσης, στην μετεμψύχωση και ότι η έκτρωση αποτελεί φόνο και κατά συνέπεια βίαιη πράξη, η οποία έρχεται σε αντίθεση με την πίστη στην μη αποδοχή της βίας.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μια γενικότερη έννοια, που περιλαμβάνει την αντισύλληψη, την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την εφαρμογή των μεθόδων της ευγονικής με έμφαση στην ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

5.1.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΙ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της βασικής προληπτικής ιατρικής και κατά κύριο λόγο στοχεύει στην ποιοτική αναβάθμιση της ζωής. Σύμφωνα μάλιστα με νομική διάταξη του 1983, οι υπηρεσίες του αποτελούν και πρέπει να αποτελούν υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί συγχρόνως, μια έκφραση εξίσωσης των δύο φύλλων και διευκολύνει τη λειτουργία της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο. Αφορά τόσο τους νέους ανθρώπους, όσο και το γενικότερο πληθυσμό. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) αποβλέπει στη δημιουργία του πρότυπου της αναπαραγωγής που προσδιορίζεται από τους στόχους και τις υπηρεσίες που του εξασφαλίζουν.

Οι βασικοί στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι: προγραμματισμός του χρόνου και του αριθμού των παιδιών που επιθυμεί το ζευγάρι, μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων, προστασία από προβλήματα γονιμότητας, καθοδήγηση σε θέματα ευγονικής και προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.).

Για να επιτευχθούν καλύτερα οι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται. Στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται συχνά μικρότερη προτεραιότητα σε σχέση με άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές.

Έτσι, ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται μόνο σε ορισμένες κυρίως αστικές περιοχές. Με αποτέλεσμα η παροχή υπηρεσιών να φτάνει σπάνια στους αμόρφωτους, φτωχούς και απομονωμένους ανθρώπους, ενώ είναι αυτοί που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η επιτυχής εφαρμογή Οικογενειακού Προγραμματισμού σε μεγάλους πληθυσμούς πρέπει να περιλαμβάνει: ίδρυση περισσότερων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού, στελέχωση και παροχή εξοπλισμού στα κέντρα με όλα τα απαραίτητα μέσα για την παροχή υπηρεσιών, αντισύλληψης, κατάλληλη καθοδήγηση του ζευγαριού, στο οποίο κρίθηκε απαραίτητη η τεχνητή διακοπή της κύησης για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους. Επίσης ενεργοποίηση υπηρεσιών που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση, όπως η «Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού», η «Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας» και άλλες εταιρείες. Εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, συγγραφή ειδικών εγχειριδίων για καθηγητές και μαθητές ανεξάρτητα ή υπό την αιγίδα κυβερνητικών φορέων. Ακόμα προβολή των θεμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και συνεχή ενημέρωση των απασχολούμενων με θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.²⁵

5.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η εφαρμογή προγραμμάτων Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης στις διάφορες βαθμίδες της εκπαίδευσης πρέπει να αποτελεί αντικείμενο του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και ευρύτερων κοινωνικών φορέων και ομάδων.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει τους εξής σκοπούς όσο αφορά τα άτομα στα οποία απευθύνεται: να τα απαλλάξει από το άγχος και τις προκαταλήψεις σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία, να τα προφυλάξει από ψυχοτραυματισμούς γύρω από τη σεξουαλική λειτουργία και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επιπλέον, να τα βοηθήσει να αναπτύξουν αμυντικούς μηχανισμούς για την επιλεκτική αναστολή της σεξουαλικής ικανοποίησης, να τα κάνει ικανά για καλές διαπροσωπικές σχέσεις και σωστή συμβίωση και τέλος να περιορίσει τη συχνότητα της ανεπιθύμητης κύησης σε νεαρή ηλικία. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία εάν αναλογιστεί κανείς ότι τα μισά κορίτσια μέχρι την ηλικία των 16 έχουν ήδη ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές και ότι πολλά από αυτά δεν ζητούν καμία πληροφόρηση μέχρι την στιγμή που θα μείνουν έγκυες.

Αρμόδιοι για να κάνουν ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, είναι άτομα με γνώσεις και χωρίς άγχος για αυτά τα θέματα, που εμπνέουν εμπιστοσύνη και στην ιδανική περίπτωση θα μπορούσαν να χρησιμεύουν σαν πρότυπα.

Η Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση μπορεί να απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού με ιδιαίτερη ευαισθησία στις εξής ομάδες: παιδιά πριν από την εφηβεία, έφηβοι, νέοι ενήλικες και γονείς των πιο πάνω ομάδων.

Στις ομάδες αυτές θα γίνει ενημέρωση και θα συζητηθούν κυρίως τα εξής θέματα ανά ομάδα: Στα παιδιά που βρίσκονται πριν την εφηβεία θα γίνει ενημέρωση για την ανατομία των γεννητικών οργάνων στα δύο φύλλα, τις στοιχειώδεις ανατομικές τους διαφορές και τη γονιμοποίηση. Οι έφηβοι θα ενημερωθούν για τη φυσιολογία της σεξουαλικής λειτουργίας και τη σχέση των δύο φύλλων ενώ οι ενήλικες για τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συμβίωση με τα προβλήματα της και την αντιμετώπισή τους. Τέλος με τους γονείς των πιο πάνω ομάδων θα συζητηθούν τα προηγούμενα θέματα ανάλογα με την ηλικία των παιδιών τους και πιο ειδικά σχετικά θέματα που τους απασχολούν.

Από τις ομάδες αυτές, βαρύτητα πρέπει να δοθεί στους εφήβους, αφού η μέση ηλικία εμμηναρχής έχει μειωθεί στις ανεπτυγμένες χώρες και η αναλογία των εφήβων με σεξουαλική δραστηριότητα, έχει αυξηθεί. Οι γονείς μπορούν να γίνουν τελικά οι πιο κατάλληλοι για την ενημέρωση των παιδιών τους.²⁶

5.3 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Αντισύλληψη καλείται η αναστολή της γονιμότητας, με σκοπό την αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Ακόμη μπορούμε να χαρακτηρίσουμε ως αντισύλληψη τη λήψη μέτρων που παίρνουμε, για την προσωρινή αποφυγή της σύλληψης.

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία ο γιατρός ή ο γυναικολόγος οφείλει να τα εξηγήει στη γυναίκα ή στο ζευγάρι που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Έτσι άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία. Άλλες προστατεύουν το χρήστη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα

νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες είναι για γυναίκες και κάποιες για άνδρες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά την σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορεί να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Φυσικά πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν οι διάφορες αυτές μέθοδοι, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά από τη σωστή χρήση και την εκπαίδευση του ενδιαφερόμενου. Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει τον ενδιαφερόμενο στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, έχοντας υπ' όψιν του την ηλικία, τη οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών που ήδη υπάρχουν, την συχνότητα των επαφών, την ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του.

Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή του αντισυλληπτικού αποτελούν, η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν. Ακόμα η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη κοινωνία ανά ηλικίες καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερόμενου είναι καθοριστικοί παράγοντες στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου. Επίσης το οικονομικό κόστος, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές και πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερόμενου και της κοινωνίας, δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τέλος στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες του οικογενειακού τους προγραμματισμού μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος η οποία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από μια νεαρή ανύπαντρη γυναίκα, μπορεί να μην είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα. Επίσης θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του ενδιαφερόμενου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή την διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

5.3.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι προϋποθέσεις για μια σωστή μέθοδο αντισύλληψης είναι η αποτελεσματικότητα της, ο μικρός αριθμός παρενεργειών, η ευκολία στην εφαρμογή, η αναστρεψιμότητα και η αποδοχή. Όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορεί να αποτύχουν, είτε γιατί η αποτελεσματικότητα της δε φθάνει 100% , είτε γιατί δεν χρησιμοποιούνται σωστά.

Η αποτελεσματικότητα μιας μεθόδου χαρακτηρίζεται από την ικανότητα της να προλάβει ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Συνήθως εκφράζεται ως συχνότητα αποτυχίας σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο. Σύμφωνα με τον κανόνα του Pearl οι αποτυχίες αντιστοιχούν:

Με τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων X1200

Συνολικού αριθμού κύκλων με ελεύθερες επαφές

Μια μέθοδος θεωρείται αποτελεσματική, όταν ο αριθμός των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι μικρότερος από δύο σε 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο για ένα χρόνο. Μέτρια αποτελεσματική, όταν το ποσοστό είναι μέχρι 10% και λίγο αποτελεσματική, όταν το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων είναι πάνω από 10%.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι βασίζονται:

α) Στην αποχή από σεξουαλικές σχέσεις κατά τη γόνιμη περίοδο της γυναίκας (περιοδική αποχή ή μέθοδος ρυθμού).

β) Στην καταστροφή ή αδρανοποίηση των σπερματοζωαρίων με τη χρήση διαφόρων χημικών ουσιών (σπερματοκτόνες ουσίες).

γ) Στην παρεμβολή ενός μηχανικού φραγμού, που εμποδίζει την πορεία των σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες (ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό, κολπικό διάφραγμα, κολπικός σπύγγος).

δ) Στην απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση (διακεκομμένη συνουσία).

ε) Στην αλλαγή του ενδομητρίου, ώστε να γίνεται εχθρικό στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου (ενδομητρικά σπειράματα).

στ) Στην αναστολή της ωοθηλακιορρηξίας με διάφορα ορμονικά σκευάσματα (αντισυλληπτικά χάπια).

ζ) Στην ασύγχρονη ανάπτυξη του ενδομητρίου σε σχέση με τη φάση της περιόδου και την άμεση ή έμμεση καταστροφή του ωχρού σωματίου (χάπια μετά τη επαφή).²⁷

5.3.2 ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο θηλασμός, μοναδικός σχεδόν τρόπος διατροφής του βρέφους στις παραδοσιακές κοινωνίες, αποτελεί και συμβολή της ίδιας της φύσης στην αντισύλληψη. Στην περίπτωση αυτή η αντισύλληψη, επιτυγχάνεται με τη αναστολή της ωοθηλακιορρηξίας κάτω από την επίδραση της προλακτίνης, που προκαλεί την έναρξη και διατήρηση της γαλουχίας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν τέτοιες ποικιλίες στην ανταπόκριση κάθε οργανισμού στην προλακτίνη, ώστε ο θηλασμός να μην μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ασφαλής αντισυλληπτική μέθοδος. Μερικές γυναίκες που θηλάζουν έχουν συχνά ωοθηλακιορρηξία μέσα στους πρώτους τρεις μήνες μετά απ' τον τοκετό, ενώ σε άλλες η ωοθηλακιορρηξία καθυστερεί για αρκετούς μήνες. Συγκεκριμένα στο 6% περίπου των γυναικών η ωοθηλακιορρηξία επανέρχεται πριν από την πρώτη μετά τον τοκετό περίοδο, περιορίζοντας έτσι την επιτυχία της μεθόδου.

Εφόσον η γυναίκα έχει επαφές την περίοδο του θηλασμού, πρέπει να χρησιμοποιήσει κάποιο αντισυλληπτικό μέσο. Μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε αντισυλληπτική μέθοδο εκτός από το χάπι. Οι ουσίες που περιέχει το χάπι αποβάλλονται στο μητρικό γάλα σε ποσοστό 1% της δόσης, που παίρνει η μητέρα. Μολονότι το ποσό αυτό δεν δημιουργεί προβλήματα, μια και είναι πολύ λιγότερο από τις ορμόνες που περιέχονται στο γάλα της αγελάδας, προτιμότερο είναι να αποφεύγεται.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΡΥΘΜΟΥ

Πρόκειται για τη αποφυγή σεξουαλικών επαφών κατά τις γόνιμες μέρες της γυναίκας. Ως γνωστόν το ωάριο σε κάθε κύκλο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε δύο ή τρία το πολύ 24ώρα. Από την άλλη πλευρά τα σπερματοζωάρια μπορεί να επιζήσουν στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας συνήθως μέχρι 48 ώρες, μερικές φορές όμως μέχρι και 5-8 ημέρες (ακραίες περιπτώσεις). Έτσι υπάρχει ένα μεγάλο διάστημα σε κάθε κύκλο κατά τη διάρκεια του οποίου η σύλληψη είναι πιθανή.

Οι γιατροί Knaus & Ogino περιέγραψαν την «ημερολογιακή μέθοδο» που βασίζεται στην καταγραφή των εμμηνορροσιακών κύκλων για 6-8 περίπου μήνες. Συγκεκριμένα, η γυναίκα σημειώνει στο ημερολόγιο της την πρώτη μέρα κάθε περιόδου για 6-8 μήνες και υπολογίζει τη διάρκεια κάθε κύκλου. Για τον υπολογισμό θα πρέπει να μετρώνται οι ημέρες από τη πρώτη μέρα

κάθε περιόδου, μέχρι και την πρώτη ημέρα της επόμενης περιόδου χωρίς αυτή να συμπεριλαμβάνεται. Αφού συγκεντρωθούν τα στοιχεία αυτά μπορεί να υπολογιστεί «η περίοδος των γόνιμων ημερών» κάθε κύκλου.

Οι ημέρες ανάμεσα στην πρώτη και την τελευταία ασφαλή μέρα θεωρούνται γόνιμες και κατά τη διάρκεια τους. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές. Η μέθοδος θεωρείται ανασφαλής λόγω της αστάθειας πολλών κύκλων ακόμη και δεν συνιστάται.

Η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας ή θερμομετρικό διάγραμμα είναι παραλλαγή της μεθόδου του ρυθμού και βασίζεται στο γεγονός ότι μετά τη ωοθηλακιορρηξία, που στις περισσότερες φορές γίνεται 14 μέρες πριν την από τη επόμενη περίοδο, παρατηρείται μια μικρή. Αλλά σταθερή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Η αύξηση αυτή, που δεν ξεπερνάει 2-4° C , οφείλεται στην έκκριση της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Όταν η θερμοκρασία διατηρηθεί σταθερά υψηλή για τρεις τουλάχιστον ημέρες, σπάνια μπορεί έπειτα να γίνει γονιμοποίηση. Η μέθοδος αυτή θεωρείται ανασφαλής, επειδή η δεκατική πυρετική κίνηση δεν είναι ασύνηθες φαινόμενο στη γυναίκα.

5.3.3 ΚΟΛΠΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Πρόκειται για χημικές ουσίες που καταστρέφουν ή αδρανοποιούν τα σπερματοζώαρια. Κυκλοφορούνται σε τρεις κυρίως μορφές, σε: κολπικά υπόθετα, κρέμες, ζελέ (jelly) και αφρούς τύπου «aerosol».

Τα κολπικά υπόθετα, τα οποία κατά τη επαφή τους με τα κολπικά υγρά ελαφρώς αφρίζουν πρέπει να τοποθετούνται με το δάχτυλο, όσο το δυνατόν βαθύτερα στο κόλπο. Οι κρέμες, τα ζελέ και τα αεροζόλ μπορεί να εφαρμόζονται με ειδικό ρύγχος.

Στις περισσότερες περιπτώσεις όλα τα είδη των σπερματοκτόνων πρέπει να τοποθετηθούν στον κόλπο δέκα λεπτά έως μισή ώρα πριν από την επαφή, προκειμένου να δράσουν. Αν η συνουσία καθυστερήσει πάνω από μια ώρα ή αν επαναληφθεί, είναι αναγκαία η χρησιμοποίηση και νέου σπερματοκτόνου.

Τα σπερματοκτόνα ποτέ δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνα τους ως μέθοδος αντισύλληψης. Ο συνδυασμός τους όμως με το ανδρικό προφυλακτικό ή το κολπικό διάφραγμα ή τον σπόγγο. Προσφέρει αποτελεσματικότητα μέχρι και 100%.

ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Το κολπικό διάφραγμα είναι κάψα συνήθως από καουτσούκ με εύκαμπτα μεταλλικά χείλη, που τοποθετείται στον κόλπο έτσι, ώστε να καλύπτει τον τράχηλο. Ενεργεί ως μηχανικός φραγμός στην άνοδο του σπέρματος προς τη μήτρα, αλλά και ως υποδοχέας σπερματοκτόνων ουσιών, που τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αυτό.

Παρόμοια χρήση έχει και η τραχηλική κάψα, που είναι διάφραγμα σχήματος δακτυλήθρας με παχύτερες βάσεις και εφαρμόζει πλήρως τον τράχηλο. Το κολπικό διάφραγμα και η τραχηλική κάψα διατίθενται σε διάφορα μεγέθη, ανάλογα με τις διαμέτρους του κόλπου ή του τραχήλου αντίστοιχα.

Μειονεκτήματα του διαφράγματος είναι η συχνά κακή εφαρμογή του, καθώς και η δυσκολία στην επιλογή του κατάλληλου μεγέθους, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα να φεύγει από τη θέση του πριν ή κατά την επαφή.

Τα μειονεκτήματα σε συνδυασμό με τις αντενδείξεις, η δυσχέρεια εκμάθησης του σωστού τρόπου εφαρμογής του, καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργεί η εφαρμογή του λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή, έχουν ως αποτέλεσμα την αποδοχή του από μικρό μόνο ποσοστό γυναικών.

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Πρόκειται για ένα μικρό στρογγυλό σπόγγο (σφουγγάρι) κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, με ένα εντύπωμα στο κέντρο του, έτσι ώστε να εφαρμόζει στον τράχηλο και μια ταινία για την αφαίρεσή του. Είναι εμποτισμένος με σπερματοκτόνες και αντιμικροβιακές ουσίες, όπως η Nonoxynol 9 και το Benzakonium. Μπορεί να τοποθετηθεί στον κόλπο από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι 24 ώρες πριν από την επαφή, ώστε η γυναίκα να έχει τη δυνατότητα για επαναλαμβανόμενες επαφές.²⁸

5.3.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

ΔΙΑΚΕΚΟΜΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Πρόκειται για την πιο παλιά αντισυλληπτική μέθοδο, που συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτιση, με σκοπό την απόρριψη του σπέρματος έξω από το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Η μέθοδος χρειάζεται πείρα και επαρκή αυτοέλεγχο από τον άνδρα. Να σημειωθεί ότι οι εκκρίσεις του πέους πριν από την εκσπερμάτιση μπορεί να περιέχουν μέχρι και 50.000 σπερματοζώαρια, αλλά οι πιθανότητες σύλληψης με τον αριθμό αυτό είναι μικρές. Οι αποτυχίες της μεθόδου αυτής οφείλονται κυρίως στην καθυστερημένη απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο. Ωστόσο πολλά ζευγάρια θεωρούν τη διακεκομμένη συνουσία ως μια πολύ απλή και αποτελεσματική μέθοδο.

ΤΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Το προφυλακτικό είναι μια λεπτή θήκη από καουτσούκ ή άλλο ελαστικό υλικό, που χρησιμοποιείται για την κάλυψη του πέους κατά τη συνουσία. Με την εφαρμογή του το σπέρμα μαζεύεται μέσα σε ειδική μικρή θήκη στο μπροστινό του μέρος και εμποδίζεται έτσι η είσοδος του μέσα στον κόλπο.

Είναι μια από τις παλιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους και χρησιμοποιείται από τον άνδρα ή την γυναίκα (γυναικείο προφυλακτικό). Οι αποτυχίες του οφείλονται σε κατασκευαστικά μειονεκτήματα (περίπου 3%) και λάθη στην εφαρμογή του (εφαρμογή αφού κάποια ποσότητα σπέρματος έχει κιάλας χυθεί στον κόλπο ή διαφύγει μετά την συρρίκνωση του πέους).

Εκτός από την αντισυλληπτική του ιδιότητα, το προφυλακτικό προσφέρει και σημαντική προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Το κυριότερο του μειονέκτημα είναι ότι ελαττώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση, επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων, του πέους με τον κόλπο. Για τον ίδιο λόγο όμως παρατείνει τη διάρκεια της επαφής και είναι χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης.

Εκτός από το αντρικό προφυλακτικό σήμερα, όπως προαναφέρθηκε, κυκλοφορεί και το γυναικείο προφυλακτικό, το οποίο όμως δε έχει τύχει γενικότερης υποδοχής.

5.3.5 ΤΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι συσκευή από μαλακό εύκαμπτο πλαστικό ή συνδυασμός πλαστικού και μετάλλου, μήκους 2-4εκ. που τοποθετείται στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για 2-3 χρόνια, προσφέροντας υψηλής αποτελεσματικότητας αντισύλληψη.

Η πιο πολυσυζητημένη δράση του σπειράματος είναι η κινητοποίηση των λευκών αιμοσφαιρίων (μακροφάγα) ως αντίδραση στην παρουσία ξένου σώματος μέσα στη μήτρα. Τα λευκοκύτταρα αυτά αθροίζονται γύρω από το σπείραμα και πιθανότατα δημιουργούν εχθρικό περιβάλλον στην εγκατάσταση και ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Ως άλλοι μηχανισμοί για τη λειτουργία των σπειραμάτων αναφέρονται η αυξημένη κινητικότητα που προκαλείται στις σάλπιγγες, η παρεμπόδιση της εμφύτευσης του κήματος, λόγω παρεμβολής του σπειράματος μεταξύ αυτού και του ενδομητρίου, η αύξηση τοπικά στο ενδομήτριο των

προσταγλανδινών, οι οποίες ως γνωστόν εμποδίζουν την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα, οι ενζυμικές διαταραχές στη λειτουργία του ενδομητρίου, που δρουν ως σπερματοκτόνα, αλλά και εχθρικά στην εγκατάσταση και αρχική διατροφή της βλαστοκύστης (στα πειράματα που φέρουν χαλκό ή ψευδάργυρο) και η ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων.

Υπάρχουν πολλοί τύποι σπειραμάτων, που ποικίλουν σε σχήμα, μέγεθος και σύσταση (πλαστικοπολυπροπυλένιο, με περιέλιξη από μέταλλο ή εμπλουτισμένο σε προγεστερόνη).

Ο τύπος σπειράματος που ταιριάζει σε κάθε γυναίκα εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας, από τον αριθμό των κύσεων, το μέγεθος της μήτρας και την ιδιοσυστασία της, την δεκτικότητα δηλαδή της μήτρας στο συγκεκριμένο σπείραμα.

Τα μεγάλα σε μέγεθος σπειράματα παρουσιάζουν λιγότερες αποτυχίες, έχουν όμως περισσότερες παρενέργειες. Στις άτοκες γυναίκες τοποθετούνται περισσότερο τα μικρού μεγέθους σπειράματα τύπου 7 ή Τα, ενώ στις πολύτοκες το είδος του σπειράματος εξαρτάται από το μέγεθος της μήτρας. Το σπείραμα με προγεστερόνη μειώνει τις πιθανότητες κύησης, καθώς και το αίμα που χάνεται σε κάθε περίοδο, έχει όμως σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο κύσεων.

Η τοποθέτηση του σπειράματος συνιστάται κατά τη διάρκεια, της περιόδου ή μετά. Έτσι αποφεύγεται το ενδεχόμενο ύπαρξης εγκυμοσύνης, ο τράχηλος είναι μαλακότερος και πιο εύκαμπτος, ενώ η μικρή ποσότητα που βγαίνει λόγω μικροτραυματισμών δεν ανησυχεί τη γυναίκα.

Το ενδομήτριο σπείραμα μπορεί να μπει στη μήτρα αμέσως μετά τον τοκετό ή ακόμη μετά από μια διακοπή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις όμως αυτές υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες η μήτρα να μην το δεχθεί και να το αποβάλλει. Ορισμένοι συνιστούν την αποφυγή τοποθέτησης σπειράματος μετά από διακοπή εγκυμοσύνης, με το σκεπτικό ότι ο κίνδυνος φλεγμονής είναι μεγάλος.

Σχεδόν πάντοτε το σπείραμα τοποθετείται χωρίς νάρκωση. Οι γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει σπάνια ενοχλούνται κατά την εφαρμογή του σπειράματος. Η ενόχληση αφορά περισσότερο τις άτοκες γυναίκες. Σπάνια αναφέρονται ενοχλήματα, όπως ο πόνος κατά την τοποθέτηση και σπανιότερα ακόμη λιποθυμικές κρίσεις, ίλιγγος, έμετοι και άλλοι.

Παρά το ότι σήμερα δεν έχει αναφερθεί αυξημένος ανωμαλίας στα έμβρυα γυναικών που κυοφόρησαν έχοντας ένα ενδομήτριο σπείραμα, το σπείραμα σε περίπτωση εγκυμοσύνης πρέπει να αφαιρείται επειδή:

- α) το ποσοστό των αυτόματων εκτρώσεων φθάνει στο 30%
- β) ο κίνδυνος ενδομήτριας φλεγμονής είναι αυξημένος και
- γ) η συχνότητα πρώιμων τοκετών είναι επίσης αυξημένη.

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν κατά την εφαρμογή ή μετά τη εφαρμογή είναι: διάτρηση της μήτρας και έξοδος του σπειράματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα, μητρορραγία ή πόνος, έκτοπη κύηση, πυελική φλεγμονή, απόπτωση του σπειράματος και ανεπιθύμητες κύσεις.

Το σπείραμα αντενδείκνυται στη εγκυμοσύνη, σε σοβαρές μορφές τραχηλίτιδας, σε περίπτωση καρκίνου των γεννητικών οργάνων, αν υπάρχει «εξέταση κατά Παπανικολάου» ύποπτη για κακοήθεια, σε περίπτωση μητρορραγίας, σε περιπτώσεις ανωμαλίας της μήτρας, οι οποίες δεν επιτρέπουν την ομαλή εισαγωγή και διατήρηση του σπειράματος, σε περίπτωση σαλπινγίτιδας και εάν υπάρχει ιστορικό έκτοπης εγκυμοσύνης.²⁹

5.3.6 ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Η δράση των αντισυλληπτικών δισκίων βασίζεται στην αναστολή της ωοθηλακιορρηξίας, την οποία προκαλούν έμμεσα αναστέλλοντας την έκκριση των γονοδοτροπικών ορμονών από την υπόφυση. Εκτός από αυτό αναφέρεται, ότι τροποποιούν την κινητικότητα των σαλπίνγων και τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας.

Όπως είναι γνωστό, το χάπι είναι συνδυασμός οιστρογόνων και προγεστερόνης. Ανάλογα με την περιεκτικότητα του στις ορμόνες αυτές μπορεί να διαιρεθεί σε 4 κυρίως τύπους: α) τα συνδυασμένα σκευάσματα οιστρογόνων- προγεστερόνης (μονοφασικά), β) τα τριφασικά δισκία, τα οποία περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη σε διάφορους συνδυασμούς κατά τη διάρκεια των 21 ημερών που χρησιμοποιούνται μιμούμενα τον κύκλο, γ) τα διφασικά δισκία και δ) τα δισκία που περιέχουν μόνο προγεστερόνη, όλα στην ίδια δόση και χορηγούνται καθημερινά (μικροχάπια).

Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα χαμηλής δοσολογίας δισκία (νέας γενιάς), που περιέχουν 20 ή 25mg αιθυνιλοιστραδιόλης και ένα από τα προγεσταγόνα: “gestodene, desogestrel ή norgestimate”.

Τα περισσότερα σκευάσματα περιέχουν 21 δισκία σε κάθε σειρά. Έχουν έναρξη λήψης την 1^η ή την 5^η μέρα του κύκλου. Όταν τελειώσουν, η γυναίκα αφήνει να περάσει ένα διάστημα 7 ή 6 ημερών χωρίς δισκίο και ξαναρχίζει τη νέα σειρά. Μέσα στις 7 ημέρες της διακοπής θα εμφανιστεί η περίοδος.

Αν η συσκευασία περιέχει 28 δισκία, η γυναίκα παίρνει ένα δισκίο την ημέρα χωρίς διακοπή. Τα τελευταία 7 δισκία περιέχουν μικρή ποσότητα σιδήρου και η λήψη τους επινοήθηκε για τη διευκόλυνση της γυναίκας, που μπορεί να μην θυμάται πότε θα ξαναρχίσει τη νέα σειρά.

Μια μικρή ομάδα γυναικών, δεν παρουσιάζουν περίοδο μέσα σε 7 ημέρες της διακοπής. Αυτό συνήθως συμβαίνει με τα δισκία χαμηλών δόσεων οιστρογόνων και οφείλεται στη ανεπαρκή παραγωγή του ενδομητρίου. Παρατηρείται μόνο στο 1% των περιπτώσεων. Μια στις πέντε όμως γυναίκες μπορεί να έχει τέτοια εμπειρία κατά τη διάρκεια της λήψης αντισυλληπτικών. Στην περίπτωση βέβαια που και η επόμενη περίοδος δεν έρθει, θα πρέπει να εξεταστεί γυναικολογικά. Διακοπή της περιόδου (αμηνόρροια) μπορεί συχνότερα να παρατηρηθεί και μετά από μακροχρόνια λήψη αντισυλληπτικών.

Τα πλεονεκτήματα των αντισυλληπτικών δισκίων είναι η αποτελεσματικότητά τους στην αποφυγή εγκυμοσύνης. Οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κυμαίνονται σε 1 κύηση ανά 100 γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο. Άλλες ευεργετικές ιδιότητες είναι η ελάττωση της προεμμηνορρυσιακής τάσης, η ύφεση των συμπτωμάτων δυσμηνόρροιας, η ελάττωση της απώλειας αίματος κατά την περίοδο, ο μικρότερος κίνδυνος καλοηθών παθήσεων του μαστού, η χαμηλή συχνότητα κύστεων των ωοθηκών και πυελικών φλεγμονών, η ελάττωση του κινδύνου εξωμήτριων κύσεων και η μειωμένη επίπτωση καρκίνου του ενδομητρίου και των ωοθηκών. Επίσης στη νεαρή ηλικία συντελούν στη ρύθμιση της περιόδου και σε συνδυασμό με αντιανδρογόνα (οξεική κυπροτερόνη) ωβελτιώνουν την ακμή και την υπερτρίχωση.³⁰

Οι παρενέργειες εξαρτώνται από το ποσό οιστρογόνων ή προγεστερόνης που περιέχει το κάθε δισκίο και μπορεί να είναι: αιμόρροια από τον κόλπο, συχνότερα με δισκία χαμηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνα, αύξηση του βάρους που οφείλεται σε αυξημένη κατακράτηση υγρών, εμφάνιση γλοάσματος (μαύρισμα του δέρματος του προσώπου), κατάπτωση ή κατάθλιψη που παρουσιάζεται

σε μερικές γυναίκες, μπορεί όμως να υποχωρήσει σημαντικά με χορήγηση βιταμίνης B6 και αμηνόρροια μετά τη διακοπή των δισκίων. Μπορεί να διαρκέσει μερικές φορές για 6 ή περισσότερους μήνες και παρατηρείται στο 1% των γυναικών.

Οι σοβαρές παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν σε γυναίκες, που παίρνουν το δισκίο είναι: θρομβώσεις των αγγείων. Είναι πιο συχνές σε γυναίκες μετά τα 35 που συγχρόνως καπνίζουν. Οι θρομβώσεις των αγγείων μπορεί να προκαλέσουν:

- 1) Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή,
- 2) Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια,
- 3) Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων,
- 4) Καλοήγη αδενώματα του ήπατος και
- 5) Αύξηση των παθήσεων των χοληφόρων.

ΤΑ ΜΙΚΡΟΧΑΠΙΑ Ή MINIPILLS

Είναι δισκία που περιέχουν μόνο συνθετική προγεστερόνη σε μικρές ποσότητες και λαμβάνονται σε συνεχή καθημερινή βάση.

Ο τρόπος δράσης τους, ως αντισυλληπτικών, δεν αφορά την αναστολή της ωοθηλακιορρηξίας, αλλά την τροποποίηση της τραχηλικής βλέννας και του ενδομητρίου, που γίνεται έτσι κατάλληλο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Τα πλεονεκτήματα τους συνδέονται με την ελάττωση των παρενεργειών που οφείλονται στα οιστρογόνα, τα οποία περιέχονται στα συνήθη αντισυλληπτικά. Έχουν όμως και μειονεκτήματα, που αφορούν τη σχετική αύξηση του κινδύνου εγκυμοσύνης (2,5%) και μάλιστα της έκτοπης και την εμφάνιση ξαφνικών αιμορραγιών. Συνιστώνται κυρίως σε γυναίκες μετά τα 35 χρόνια.

ΤΟ ΧΑΠΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ Ή MORNING AFTER PILL

Είναι δισκία που χρησιμοποιούνται μετά από επαφές σε γόνιμες μέρες, οπότε το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης είναι υψηλό. Ουσιαστικά πρόκειται για χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων, τα οποία εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου.

ΤΟ RU 486

Το RU 486 είναι συνθετικό παράγωγο των 19-πορ-στεροειδών, που αναστέλλει τη δράση της προγεστερόνης στο επίπεδο των υποδοχέων της. Εκτός από την μεγάλη συνδετική ικανότητα που παρουσιάζει για τους υποδοχείς των γλυκοκορτικοειδών και σε μικρότερο βαθμό από τους υποδοχείς τω ανδρογόνων.

Πολυάριθμες κλινικές μελέτες έδειξαν 'ότι το RU 486 ανταγωνίζεται τη δράση της προγεστερόνης τόσο στο ενδομήτριο όσο και στο μυομήτριο. Αποδείχθηκε επίσης ότι είναι δυνατόν να προκαλέσει μερική ή πλήρη ωχρινόλυση.

Το RU486 χορηγούμενο στην ωχρική φάση του κύκλου προκαλεί ένα ή δύο αιμορραγικά επεισόδια ανάλογα με την ημερομηνία της χορήγησης του. Αν η λήψη του RU486 γίνει κατά το

τέλος της ωχρινικής φάσης, παρουσιάζεται ένα μόνο αιμορραγικό επεισόδιο την ημερομηνία περίπου της αναμενόμενης έμμηνης ρύσης. Αν όμως η χορήγησή του πραγματοποιηθεί κατά τη πρώτη περίοδο της ωχρινικής φάσης, προκαλούνται δύο αιμορραγικά επεισόδια. Η πρώτη εμφανίζεται μερικές ώρες μετά τη λήψη και η δεύτερη περί το τέλος του κύκλου.

Η χορήγηση του επιχειρήθηκε περί το τέλος του κύκλου, με σκοπό τη μηνιαία πρόκληση της έμμηνης ρύσης. Δυστυχώς μεταξύ των γυναικών με θετική χοριακή γοναδοτροπίνη πλέον του 20% συνέχισαν την εγκυμοσύνη τους κανονικά.

Σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες αναφέρονται τα εξής:

1. Ο βαθμός επιτυχίας μειώνεται σημαντικά, αν το RU 486 χορηγηθεί μετά την 41^η ημέρα της αμηνόρροιας.
2. Η καλύτερη δοσολογία για διακοπή της κύησης είναι 600mg σε μια δόση, ή σε 4 δόσεις των 150mg την ημέρα, με ποσοστό επιτυχίας 90-92%.
3. Στο 96,6% των γυναικών εμφανίζεται αιμορραγία το αργότερο 5 ημέρες μετά τη χορήγηση του, η οποία σε 78% των περιπτώσεων συνεχίζεται για διάστημα 8 ημερών.
4. Μητρορραγία παρουσιάζεται στο 4,3% των περιπτώσεων με ανάγκη επέμβασης (αναρρόφηση ή απόξεση) στο 1,9% και μετάγγιση αίματος στο 0,4%. Στο σύνολο τους οι αναλογίες αυτές είναι συγκρίσιμες με αυτές που αναφέρονται ύστερα από τη διακοπή της εγκυμοσύνης με αναρρόφηση.

Τα περισσότερα κέντρα σήμερα χρησιμοποιούν το RU 486 σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες. Ο συνδυασμός αυτός μετά από 36-48 ώρες περιορίζει σημαντικά τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των παρενεργειών.

Τα δεδομένα αυτά προκύπτουν από διάφορες μελέτες σε μεγάλο αριθμό γυναικών, όπως αυτή στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας και άλλες πρόσφατες από τη Γαλλία και τη Μεγάλη Βρετανία, όπου το RU 486 συνδυάζεται με ένα συνθετικό ανάλογο με της προσταγλανδίνης F2a. Στη Γαλλία σήμερα ο συνδυασμός RU 486 –προσταγλανδίνης εφαρμόζεται ως μέθοδος διακοπής εγκυμοσύνης σε μεγάλο αριθμό ειδικών κλινικών κέντρων και σε περισσότερες από 2000 γυναίκες το μήνα.

Το φάρμακο χορηγείται σε μια μοναδική δόση 600mg per os. η οποία ακολουθείται 36-48 ώρες αργότερα από τη χορήγηση ενός των αναλόγων της προσταγλανδίνης ενδομυϊκά ή κοιλικά. Το ποσοστό πλήρους αποβολής υπερβαίνει το 95% για κήσεις μέχρι 7 εβδομάδες. Σε περισσότερο από το 60% των περιπτώσεων η αποβολή του εμβρύου πραγματοποιείται μέσα σε 4 ώρες από τη χορήγησή της προσταγλανδίνης. Αιμορραγία παρουσιάζεται την επόμενη ή μεθεπόμενη ημέρα από τη χορήγηση του φαρμάκου και διαρκεί κατά μέσο όρο 10 ημέρες. Ατελής έκτρωση παρουσιάζεται στο 3-4% και απαιτεί εκκενωτική απόξεση της μήτρας. Απόξεση επίσης επιβάλλεται στο 1% των περιπτώσεων, κατά τις οποίες η εγκυμοσύνη δεν διεκόπη λόγω του ότι οι γνώσεις μας σχετικά με μια ενδεχόμενη τερατογόνο δράση του RU486 είναι ακόμα ανεπαρκής. Πρέπει τέλος να αναφερθεί ότι το RU 486 είναι νοσοκομειακό φάρμακο και εφαρμόζεται αποκλειστικά και μόνο σε νοσοκομειακά κέντρα, όπου υπάρχει η σχετική εμπειρία.

5.3.7 ΟΡΜΟΝΗ ΣΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ

Εφαρμόζεται υποδόρια τοποθέτηση ειδικής κάψουλας, που περιέχει το προγεστερονοειδές λεβονογεστρέλη ανάμικτο με ειδική σιλικόνη. Το αρχικό φαρμακευτικό προϊόν Norplant ήταν φτιαγμένο από 6 κάψουλες σιλικόνης που απελευθέρωναν μικρή ποσότητα προγεστερονοειδούς στην κυκλοφορία με εξαιρετική αντισυλληπτική προστασία για 5 χρόνια περίπου. Θεωρήθηκε πάντως ότι

η μέθοδος μπορούσε να γίνει λιγότερο αποτελεσματική τον 4^ο ή 5^ο χρόνο στις γυναίκες μεγαλύτερου σωματικού βάρους τόσο η εισαγωγή όσο και η αφαίρεσή τους απαιτούσαν τοπική αναισθησία και σε ορισμένες γυναίκες συσχετίστηκαν με δερματικές βλάβες και σχηματισμό χηλοειδών. Το μεταγενέστερο Norplant 2αποτελείται από δύο ραβδία που αποδίδουν ημερήσια τη ίδια ποσότητα προγεστερινοειδούς με τις 6 κάψουλες. Παρέχει καλή αντισυλληπτική προστασία αλλά μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της εμμηνορρυσίας. Αυτό έχει υπολογιστεί για 5ετή χρήση. Υπήρξαν ενδείξεις αύξησης των αιμοπεταλίων και αυξημένης συγκόλλησης του κατά τη χρήση του.

Κατασκευάστηκε επίσης ένα μόνο εμφύτευμα μήκους 40χιλ. και διαμέτρου 2χιλ. που τοποθετείται υποδερμικά με τη βοήθεια αποστειρωμένου εισαγωγέα μιας χρήσης. Το εμφύτευμα αυτό περιέχει ετονογεστέλη και έχει διάρκεια 3 ετών.³⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η άμβλωση δεν είναι απλά μια απόφαση. Ούτε μια εύκολη διαδικασία, όπου μόλις ολοκληρωθεί έχουν όλα τελειώσει, έχουν όλα ξεχαστεί. Είναι μια επιλογή η οποία έχει συνέπειες. Για τις περισσότερες γυναίκες, από την στιγμή που αντιλαμβάνονται την εγκυμοσύνη και αδυνατούν α την φέρου εις πέρας, αρχίζει μέσα τους μια συναισθηματική πάλη. Μέχρι την τελική απόφαση που στην άμβλωση, τα διλήμματα και οι δεύτερες σκέψεις βομβαρδίζουν την ψυχή, το μυαλό και τη συνείδηση της γυναίκας. Δυστυχώς, αυτό συνεχίζεται και μετά και όχι μόνο... στις συνέπειες της άμβλωσης προστίθενται και διάφορες σωματικές επιπλοκές. Ας δούμε παρακάτω αφηγήσεις πραγματικών περιστατικών από γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση.

Ελένη, φοιτήτρια 30 ετών.

«Μάιος, πλησιάζουν τα γενέθλιά μου, κάτσε να κλείσω ραντεβού με την γυναικολόγο μου. Κάπου την είχα ακούσει αυτή την συμβουλή, δεν θυμάμαι, έπιασε σε 'μένα. Ετήσιο τσεκ απ και παπ τεστ. Αναγκαίο κακό, τι να κάνεις; Θα 'χω και εξεταστική όπου να 'ναι και μετά καλοκαιράκι, πού μυαλό για γιατρούς.

-Γεια σας.

-Γεια σας.

-Καθίστε να σας εξετάσω. Ωραία, να κάνουμε και τον υπέρηχο. Μετράμε την μήτρα. Όλα καλά.

-Α, ωραία αρά δεν είμαι έγκυος! Και ξαφνικά σιγή. Ούτε ένα γελάκι από ευγένεια. Εντάξει έχω πει και καλύτερα αλλά ένα πνιχτό γελάκι έστω;

-Ε, κοιτάζτε. Το βλέπετε αυτό εδώ;

-Ναι φυσικά (τυφλή είμαι;).

-Αυτό θα μπορούσε να είναι η αρχή μιας εγκυμοσύνης. Μπορεί να κάνω λάθος, αλλά για να είμαστε σίγουροι κάντε ένα τεστ σήμερα και ένα αύριο το πρωί και ενημερώστε με ανάλογα.

Φαρμακείο, τεστ και φυσικά θετικό. Άλλωστε το ύφος της γιατρού μου δεν μου είχε αφήσει περιθώρια να πιστέψω ότι πραγματικά μπορεί να κάνει λάθος. Νευρικό γέλιο. Νευρικό κλάμα. Κι άλλο κλάμα. Τρέμω. Μπαίνω στο ντους, κάθομαι μια ώρα. Και άλλο κλάμα. Πώς έγινε αυτό; Μα προσέχουμε. Εκείνος δηλαδή. Ναι, δεν βάζουμε προφυλακτικό αλλά ούτε παίρνω αντισυλληπτικά αλλά. Πώς γίνεται να έγινε αυτό σ' εμένα;

Όταν αναρωτιόμουν πριν τι θα έκανα, ποτέ δεν είχα μια σίγουρη απάντηση. Τώρα η απόφαση ήρθε στο δευτερόλεπτο. Εγώ είμαι παιδί ακόμα, δεν μπορώ να μεγαλώσω παιδί. Θα το κάνω δυστυχισμένο (τον ή την;). Τώρα ξεκίνησα το πτυχίο μου. Θα πηγαίνω με το παιδί στην κοιλιά; Πρέπει να του το πω κατ' αρχάς (σε ποιόν θα μοιάζει;). Πήγα από εκεί. «Τι θες να κάνουμε;», «Σαν τι να κάνουμε; Μήπως να γίνουμε γονείς;», «Εγώ δεν θα γίνω μητέρα από τώρα». Μια σχέση εκείνης της ηλικίας, με τις δυσκολίες εκείνης της ηλικίας. Και ξαφνικά νιώθω πιο μόνη από ποτέ (αν έχω ένα παιδί μήπως δεν θα ξαναανιώσω μόνη ποτέ;). Επίσκεψη την επόμενη ημέρα στην γυναικολόγο. «Μάλιστα. Αρα έχετε αποφασίσει; Μόνο που επειδή το ανακαλύψαμε πολύ νωρίς θα πρέπει να περιμένουμε λίγο». «Τι εννοείτε; Εγώ θέλω να γίνει τώρα». «Δυστυχώς δε γίνεται, θα πρέπει να περιμένουμε περίπου 2 εβδομάδες». «Μα έχω εξεταστική». «Αν θέλετε μπορούμε να το κάνουμε μετά». Σε 3 εβδομάδες

δηλαδή. 3 εβδομάδες. Έγκυος για 3 εβδομάδες (μπορεί να πάρει τα μάτια της γιαγιάς μου). Έγκυος. Ναυτίες, ζαλάδες. Μάλλον το κεφάλι μου ανακατευόταν και όχι το στομάχι μου. Άλλωστε ήταν πολύ νωρίς για συμπτώματα αλλά εγώ το ήξερα (τι δουλειά θα κάνει;). Σπίτι με κλάματα, διάβασμα, έξω με φίλους, ταινίες, παιχνίδια. Τίποτα δεν το ελάφρυνε. Και το ρημάδι το μυαλό ασταμάτητο.

(Πως θα το λένε;)

(Θα είναι όμορφο;)

(Και αν ακούει λαϊκά; Γκοθ;)

(Μπορεί να του αρέσει το μπάσκετ; Και αν είναι κορίτσι; Μπορεί να της αρέσει το μπάσκετ.)

(Και αν δεν με συμπαθεί;)

(Και αν πάρει ναρκωτικά;)

(Με τον αδερφό μου θα τα πάει καλά;)

(Μπορεί να θέλει χάμστερ)

...Τρεις εβδομάδες ατελείωτες, διάβασμα, εξεταστική, και στο κολέγιο. «Τι έχεις; Τι έχεις; Τι έχεις;», «ΠΑΙΔΙ», να θέλω να ουρλιάζω! Να με αφήσετε ήσυχη μήπως και για ένα και μοναδικό δευτερόλεπτο δεν το σκεφτώ. Μήπως και φύγει από μόνο του. Κάνε να φύγει από μόνο του.

Ερχεται εκείνη η μέρα, πάω με την μητέρα μου κι εκείνον στο νοσοκομείο. Καρδιογράφημα. Αστείο τουλάχιστον. Τσουνάμι. «Ηρεμήστε λίγο, πρέπει να το ζανακάνουμε» (τόρα θα σου 'λεγα και σε 'σένα...). Στην αίθουσα άλλες 2 κοπέλες. Κι εκείνες για τον ίδιο λόγο. Μα καλά πόσο σύμπτωση να έχουν προγραμματισμένες εκτρώσεις άλλες δυο κοπέλες την ίδια μέρα, στο ίδιο νοσοκομείο; Μετά διάβασα τις στατιστικές. Πρωτόγονες οι Ελληνίδες με την αντισύλληψη. Μπράβο μας. Νάρκωση. Ξυπνάω. Έχει φύγει. Δεν είναι πια εκεί. Μήπως τώρα νιώθω μόνη;

Ακολούθησαν 3 εβδομάδες αιμορραγίας. Πήρα χάπια για να την σταματήσω και μετά ξεκίνησα αντισυλληπτικά (να ξέρω...μάλλον έπρεπε να το είχα σκεφτεί αυτό νωρίτερα). Δεν μετάνιωσα ποτέ για την απόφαση μου, ίσα-ίσα. Είναι άδικο να φέρνεις έναν άνθρωπο στον κόσμο που δεν θα τον κάνεις ευτυχισμένο. Άλλωστε δεν μπορεί να σε ρωτήσει. Είναι άδικο να μην του δώσεις το καλύτερό σου εαυτό. Για ένα χρόνο έκλαιγα όποτε το σκεφτόμουν, τώρα κομπιάζω. Δεν φεύγει ποτέ. Καλύτερεύει, αλλά δεν φεύγει. Και η λύση ή μάλλον οι λύσεις είναι τόσο, μα τόσο απλές. Τόσες επιλογές. Κάποιος πρέπει να μας τις διδάξει. Και να φύγει αυτό το αναθεματισμένο ταμπού. Στις μέρες μας να μην ντρέπεσαι να αγοράζεις προφυλακτικά».³¹

Ανώνυμη

«Όταν πλησιάζεις το χειρουργείο κάνεις την αδιάφορη, αλλά νοιώθεις τα μέλη σου να παγώνουν από τον φόβο. Το αίμα σταματά να κυκλοφορεί στις φλέβες. Παραλύεις. Σταματάς να ακούς τους εξωτερικούς ήχους, μόνο την καρδιά σου ακούς να χτυπά πολύ δυνατά. Θέλεις να κλάψεις και να το βάλεις στα πόδια, αλλά πιέζεις τον εαυτό σου και προχωράς γιατί έχεις πάρει την απόφασή σου. Έχω ακούσει να λένε πως είναι ευκολότερο και από εξαγωγή δοντιού. Σαχλαμάρες! Μόνο όσες το έκαναν ξέρουν! Νοιώθεις περιφρόνηση για το χειρουργό που χαμογελάει συγκαταβατικά απέναντί σου και σε καθησυχάζει. Το θεωρείς υποκριτικό από κάποιον που σε λίγο θα αδειάσει τα σπλάχνα σου σε κουβά. Όταν σε σπρώχνουν να ξυπνήσεις είναι σαν να γυρνάς από τον Άδη. Έχεις μια πικρή γεύση στο στόμα. Πρέπει να μαζέψεις τα κομμάτια σου και να φύγεις: χρειάζονται το κρεβάτι για την επόμενη... Θλίψη και μελαγχολία σε συνοδεύουν για πολλές μέρες! Αν είσαι τυχερή και σε περιμένει κάποια φίλη έξω προσπαθεί να σε παρηγορήσει «Πάει πέρασε. Το ξεφορτώθηκες, τώρα θα συνεχίσεις όπως πριν τη ζωή σου» Μόνο που «αυτό» που ξεφορτώθηκες θα αναρωτιέσαι πάντα πως θα ήταν αν το γεννούσες και η ζωή σου δεν θα είναι ποτέ όπως πριν...»³²

Κατερίνα 19 ετών

«Γεια σας, είμαι 19 χρονών και στα 15 μου έκανα έκτρωση. Ήμουν πρώτη λυκείου και δεν φανταζόμουν πως μπορεί να πάει κάτι στραβά και να μείνω έγκυος. Ήταν Μάιος και όταν το έμαθα έχασα την γη κάτω από τα πόδια μου. Εντυχώς είχα το αγόρι μου (ίδιας ηλικίας) δίπλα μου που μου συμπαραστάθηκε αρκετά αλλά κι αυτός δε μπορούσε να κάνει και πολλά. Δεν ήθελα σε καμία περίπτωση να κάνω έκτρωση, πάντα κατέκρινα αυτή τη διαδικασία. Οι γονείς μου όμως ήταν απέναντί μου, ήθελαν να το κάνω οπωσδήποτε, για να μην χαλάσει η εικόνα που είχαν στην κοινωνία. Κανείς τους δεν λογάριασε εάν εγώ θα ήμουν καλά μετά από όλο αυτό. Μετά από ατελείωτους καυγάδες, κλάματα, φωνές και αφού με έκαναν να νιώθω ένα τίποτα κανόνισαν ραντεβού με γυναικολόγο για να με δει και να κανονίσουμε ημερομηνία. Από την γιατρό πήρα ένα χάπι που έπρεπε να το τοποθετήσω στον κόλπο μου κάποιες ώρες πριν την επέμβαση. Έτσι και έκανα. Ο πόνος που ένιωθα δεν περιγράφεται, ένιωθα πως θα πεθάνω. Ίσως να ήταν πόνοι γέννας, ίσως αποβολής, ίσως και να πονούσα επειδή σκότωνα το έμβρυο που ήθελε να μεγαλώσει μέσα μου. Σίγουρα όμως άξιζα αυτόν τον πόνο. Στις 30 του Μάη το 2008 στις 20:00 ήμασταν στην κλινική. Θυμάμαι πόσο άβολα ένιωθα όταν μπήκα στο δωμάτιο, ζάπλωσα με ανοιχτά τα πόδια και περίμενα να ετοιμάσουν τα πάντα. Το τελευταίο που θυμάμαι πριν την επέμβαση είναι το αυστηρό βλέμμα του αναισθησιολόγου. Όταν ξύπνησα ήταν ήδη αργά, όλα είχαν τελειώσει, πλέον δεν υπήρχε τίποτα μέσα μου. Ποτέ δεν ξέχασα και δε θα ξεχάσω εκείνες τις ώρες, ποτέ δε θα συγχωρήσω τον εαυτό μου που δεν έκανα κάτι για να σώσω τον εαυτό μου, που τώρα βασανίζεται, και το παιδί μου. Κανέναν δεν +μπορώ να συγχωρήσω. Ακόμα και τώρα μετά από 3 χρόνια το σκέφτομαι και κλαίω, βλέπω μωράκια και λυπάμαι που δεν έχω κι εγώ το δικό μου. Μισώ τον εαυτό μου για αυτό που επέτρεψα να γίνει. Ξέρω ότι ποτέ δε θα καταφέρω να το ξεπεράσω, πάντα θα έχω τύψεις. ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΟΣΟ ΑΣΧΗΜΕΣ ΚΙ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΑΛΕΨΤΕ ΤΟ ΚΑΙ ΜΗΝ ΑΦΗΣΤΕ ΚΑΝΕΝΑΝ ΝΑ ΚΑΤΑΣΤΡΕΨΕΙ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ! ΟΤΑΝ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ ΤΙ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΠΙΑ ΑΡΓΑ.!»³³

6.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΜΙΑΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

α) Ενημερώνουμε πλήρως την έγκυο που πρόκειται να υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης για τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν. Οφείλουμε να τονίσουμε στην έγκυο πως υπάρχει πιθανότητα μετά από την επέμβαση να έχει αναπαραγωγικό πρόβλημα και ίσως να είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί (στείρωση ,πρόωροι τοκετοί, Α.Ε).

β) η μέλλουσα που θα υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης θα πρέπει να υπογράψει ειδική δήλωση όπου θα αποδέχεται τη μέθοδο, που πρόκειται να εφαρμοστεί.

γ) να έχει γίνει προεγχειρητικός έλεγχος ,για τον περιορισμό των ιατρογενών συμβαμάτων από την επέμβαση.

δ) η επέμβαση θα πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα, ώστε αν εμφανιστεί οποιαδήποτε επιπλοκή να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσουν.

ε)πριν από την επέμβαση είναι αναγκαίο να προσδιορίζεται η ομάδα και ο παράγοντας Rhesus, ώστε να γίνεται έγκαιρα η χορήγηση της αντι-RH-(D) γ-σφαιρίνης σε κάθε Rh –γυναίκα.

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Το ιστορικό λαμβάνεται με λεπτομερή τρόπο. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο αναπνευστικό και το κυκλοφορικό σύστημα, ελέγχεται η ύπαρξη θυρεοειδοπάθειας, σακχαρώδη διαβήτη, αλλεργικών αντιδράσεων και άλλων παθήσεων. Θα χορηγηθεί αναισθησία γι αυτό θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας αν η ασθενής καπνίζει αν υπάρχουν συστηματικά νοσήματα και αν εμφανίζεται πυρετός διότι όλα αυτά αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για την αναισθησία που θα χορηγηθεί.

Ο βιοχημικός έλεγχος περιλαμβάνει την ομάδα αίματος και τον παράγοντα Rhesus, γενική αίματος, σίδηρο ορού, σάκχαρο: κρεατινίνη, ηπατικές δοκιμασίες αλλά και άλλες εξετάσεις. Ο εργαστηριακός έλεγχος συμπληρώνεται με ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα. **Το υπερηχογράφημα** συμπληρώνει τη γυναικολογική εξέταση για εκτίμηση του μεγέθους της μήτρας, της ηλικίας κύησης (που πολλές φορές δεν αντιστοιχεί στην τελευταία έμμηνη ρύση) , και αν η κύηση είναι ενδομήτρια ή εξωμήτρια.

Η γυναίκα πρέπει να τύχει ειδικής αντιμετώπισης και συμπαράστασης και κυρίως σε περιπτώσεις που ο σύντροφος απουσιάζει.

Η γυναίκα οδηγείται στο χειρουργείο ενώ προηγουμένως θα πρέπει να έχει ουρήσει. Το άδειασμα της ουροδόχου κύστης είναι σημαντικό και δεν πρέπει να παραβλέπεται. Μια γεμάτη κύστη, αλλάζει τη τοπογραφική θέση της μήτρας, καθώς τη σπρώχνει προς τα πίσω, αλλά και γενικά τις ανατομικές σχέσεις. Ακόμη ο γιατρός μπορεί να κάνει λάθος εκτίμηση για το μέγεθος της μήτρας. Όλα τα παραπάνω μπορεί να αποτελέσουν αιτίες πρόκλησης σοβαρών επιπλοκών. Αν χρειαστεί γίνεται καθετηριασμός της κύστης. Στη συνέχεια η γυναίκα τοποθετείται στο γυναικολογικό τραπέζι, σε θέση γυναικολογική. Πραγματοποιείται γενική αναισθησία, από γιατρό αναισθησιολόγο. Μόλις η γυναίκα κοιμηθεί, γίνεται καθαρισμός των εξωτερικών(αιδοίο) και εσωτερικών(κόλπος-τράχηλος) γεννητικών οργάνων, με αντισηπτικό διάλυμα. Ακολουθεί καθετηριασμός και άδειασμα της ουροδόχου κύστης. Έπειτα για να καθοριστεί το μέγεθος και η

θέση των έσω γεννητικών οργάνων και κυρίως της μήτρας γίνεται με μεγάλη προσοχή η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.

Όλοι οι χειρισμοί γίνονται υπό συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας.

6.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

- 1)Έλεγχος των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας διότι υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της μόλυνσης.
- 2)Σημειώνονται ο χαρακτήρας και το ποσό της κοιλιακής αιμορραγίας και οποιοδήποτε τεμάχιο ιστού(εμβρυϊκού) φυλάσσεται για εργαστηριακή ανάλυση.
- 3)Χορηγούνται υγρά, και μεταγίσεις ανάλογα με τις ανάγκες που υπάρχουν.
- 4)Αντιμετωπίζεται ο πόνος, ο οποίος παρατηρείται για κάποιες ημέρες μετά την επέμβαση και οφείλεται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει. Αίμα κόκκινο που μυρίζει δύσοσμα και πόνοι χαμηλά στην κοιλιά πρέπει να οδηγήσουν την γυναίκα αμέσως στο γιατρό.
- 5) Χορηγούνται μητροσυσπαστικά και αντιβίωση για λίγες ημέρες.
- 6)Αποφυγή μπάνιου στην μπανιέρα για λίγες ημέρες καθώς και η χρήση ταμπόν.
- 7)Αποφυγή γενετήσιων σχέσεων για 10-15 ημέρες.
- 8)Απαγορεύεται η οδήγηση για 24 ώρες μετά την επέμβαση λόγω της νάρκωσης που χορηγήθηκε.
- 9)Συνιστάται η επανεξέταση ύστερα από 15 ημέρες.
- 10)Υπεύθυνη και σωστή ενημέρωση όλων των κατάλληλων αντισυλληπτικών μεθόδων.
- 11)Συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη.³⁴

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η άμβλωση αποτελεί ζήτημα, το οποίο διχάζει και δημιουργεί αντιθέσεις, που οδηγούν τα αντιπαραβαλλόμενα μέρη ακόμη και σε ακρότητες. Τα φαινόμενα αυτά, αν και παρουσιάζονται σε παγκόσμιο επίπεδο, λαμβάνουν χώρα, κυρίως, σε ανεπτυγμένες κοινωνίες, όπου ο διάλογος για το φλέγον αυτό θέμα τα τελευταία χρόνια εντείνεται όλο και περισσότερο.

Σε μια τόσο παραδοσιακή κοινωνία όσο η ελληνική, όπου η θρησκεία, η πυρηνική οικογένεια και οι ηθικές αντιλήψεις έχουν πρωτεύοντα λόγο στην καθημερινή ζωή, η άμβλωση θεωρείται θέμα «ταμπού» και αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη προκατάληψη. Ωστόσο η δυναμική είσοδος της γυναίκας στον επαγγελματικό στίβο και στα κοινά της προσέδωσαν ελευθερία επιλογών και κινήσεων. Η νέα αυτή πραγματικότητα, με την επίδραση και άλλων παραγόντων, δημιούργησε εύφορες συνθήκες για την ανάπτυξη αντίλογου στην ευρύτατα διαδεδομένη αρνητική στάση για την άμβλωση.

Κάθε έκτρωση ακόμη και αν γίνει στις αρχές της κύησης, καταστρέφει ένα κύημα, που θα μπορούσε αν έμενε μέσα στη μήτρα να εξελιχθεί σ' ένα ανθρώπινο πλάσμα. Πάνω σ' αυτό δικαιολογείται η έντονη αντίδραση και πολεμική που εκδηλώνεται κατά της έκτρωσης, και εναντίον αυτών που συμμετέχουν σ' αυτή (γυναικολόγος, γυναίκα, κράτος που τη νομιμοποίησε). Η πολεμική συνήθως ξεκινάει από πεποιθήσεις ηθικές και θρησκευτικές. Η γνώμη του καθένα βέβαια είναι σεβαστή. Και στη προκειμένη περίπτωση, θα πρέπει και ο πιο αντίθετος να παραδεχτεί ότι η αντίδραση κατά της έκτρωσης είναι δικαιολογημένη, καθώς η επέμβαση καταστρέφει μια ανθρώπινη ζωή που βρισκόταν στις αρχές της.

Το ηθικό πρόβλημα λοιπόν από την έκτρωση λίγο-πολύ εμφανίζει τις επιπτώσεις του σ' όλες τις γυναίκες μετά την επέμβαση. Συναισθηματικές διαταραχές, άγχος, αίσθημα ενοχής, κατάθλιψη. Μια ηθελιμένη έκτρωση μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστρεπτική. Κύριες ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης μπορεί να είναι η ανάγκη για ψυχική θεραπεία, μετατραυματική αγχώδη διαταραχή, υπερδιέγερση, παρείσδυση, συστολή, προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, ιδεασμός αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας, χρήση οινόπνευματος, χρήση ναρκωτικών, αύξηση του καπνίσματος με αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία, διαταραχές στη διατροφή, διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις καθώς και πολλαπλές εκτρώσεις.

Σε θρησκευτικό επίπεδο, όσο αφορά την εκκλησία οι αμβλώσεις καταδικάζονται διότι θεωρείται πως με την άμβλωση δεν υπάρχει σεβασμός στη ζωή του άλλου. Στη μόνη περίπτωση που γίνεται ανεκτή η διακοπή της κύησης από την Ορθόδοξη Εκκλησία, είναι η ύπαρξη σοβαρού κινδύνου για την μητέρα. Για την εκκλησία η ανθρώπινη ζωή ξεκινά με τη γονιμοποίηση και απαιτεί πλήρη σεβασμό και προστασία από αυτή τη στιγμή και μετέπειτα.

Για την πρόληψη των αμβλώσεων πρέπει να λαμβάνουμε σοβαρά υπ' όψη μας τον οικογενειακό προγραμματισμό, την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την αντισύλληψη. Με τον οικογενειακό προγραμματισμό καθοδηγείται η γυναίκα ώστε

να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού δίνεται όμως έμφαση στους έφηβους και τους νέους ενήλικες. Οι γονείς μπορεί να γίνουν οι πιο κατάλληλοι για την ενημέρωση των παιδιών τους προκειμένου να προληφθούν οι ανεπιθύμητες κυήσεις. Επειδή και με την αντισύλληψη αποφεύγεται η εγκυμοσύνη κ συνεπώς η άμβλωση, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του ενδιαφερόμενου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή την διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Το πολυδιάστατο αυτό θέμα, όπως ήταν αναμενόμενο, απασχόλησε μέσα στους αιώνες την ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα. Στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης εν προκειμένω, όπου ο αντικειμενικός σκοπός της είναι η προαγωγή της υγείας και διαφύλαξη της ζωής, η άμβλωση αποτελεί ουσιαστική πρόκληση για τον νοσηλευτή, ο οποίος είναι υπόλογος στον εαυτό του, τον νόμο και τον εργοδότη του. Η σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών του απόψεων και του επαγγελματικού του καθήκοντος τον θέτει προ του διλήματος της συμμετοχής του ή μη στην τεχνική διακοπή μιας εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι αντιτίθεται στην πράξη αυτή. Στο νοσηλευτικό χώρο, κάποιοι πρόσθετοι παράμετροι καθιστούν τη θέση του νοσηλευτή πιο δυσχερή από άλλων ανθρώπων, λόγω του ότι οφείλει να πράξει το καθήκον του, να μείνει πιστός στις προσωπικές του αρχές και στις αρχές που διέπουν το επάγγελμα.

Υψίστης, λοιπόν σημασίας η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αντισύλληψη για να μηδενιστούν οι πιθανότητες μιας άμβλωσης. Άλλωστε, σύμφωνα με την Σιμόν Βέλ «η άμβλωση είναι πάντα μια ανθρώπινη αποτυχία. Δεν μπορεί κανείς να την θεωρεί νίκη. Νίκη είναι μόνο όταν μπορεί κανείς να την αποφύγει».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Pamela J. Sharino «Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική» επιμέλεια Ανδρέας Γεωργιόπουλος Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
2. Helga Fritsch/Wolfgang Kuhne «Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής Εσωτερικά Όργανα» Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
3. Dr. Lesley Hickin, «Οδηγός υγείας για τη γυναίκα», Μετάφραση Δημήτρης Δάλλας, Βασίλης Πλατάρης, Ούβα, 1^η Έκδοση Αθήνα 2001
4. Παναγιώτης Μπαλτόπουλος «Ανατομική του Ανθρώπου Δομή και Λειτουργία», Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
5. Μαλλιωτάκης Ι. «Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής διάγνωση και θεραπεία της υπογονιμότητας» Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη Αθήνα
6. Λασκαράτος Ι. «Η Ιστορία Της Ιατρικής» Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη Αθήνα 2004
7. Βρεττός Λ. «Γάμος, Γέννηση, Θάνατος Στην Αρχαία Ελλάδα» Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 2003
8. Ανώνυμος «Άμβλωση» Απόστολος Βαρνάβας, Αθήνα 2002
9. Κρέατσας Γ. – Δεληγεωρόγλου Ε. «Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αντισύλληψη, κήσεις και εκτρώσεις στην εφηβεία» Πρακτικά 14^{ου} Παγκόσμιου Συνεδρίου Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας 2004
10. Sunanda Curpta Debra Holloway «Oxford Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας» Μετάφραση Επιμέλεια Ελληνικές Εκδόσεις Άννα Γ. Δελτσίδου Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδη
11. Γεωργακόπουλος Π., «Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας» Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος Αθήνα 2000
12. www.agalia.gr/enimerosi/abortion
13. Παγκάλτσος, Α. «Στοιχεία Παθολογίας» Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη 2002

14. Κολιάτσου Όλγα, «Μανούλες σε τρυφερή ηλικία» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 2004
15. Αναστάσιος Ματσόπουλος, «Αμβλώσεις και οι ψυχολογικές τους συνέπειες σε εφήβους και νεαρές γυναίκες» Διατριβή Επίκουρου Καθηγητή Σχολής Επιστημών Αγωγής Πανεπιστημίου Κρήτης 2005
16. www.epikaira.gr/article/to-psyhiko-pligma-tis-amvlosis
17. Πιντερής, Γ. «Εσύ, τα δικαιώματα σου και οι άλλοι» Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα 2000
18. www.drosostalida.com/article2.asp
19. Καραγέωργος, Κ. «Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων» Εκδόσεις Σάκκουλα Θεσσαλονίκη 2001
20. Καπετανάκης, Γ. «Ο Ελληνικός ποινικός κώδικας» Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα, 2000
21. [El.wikipedia.org/wiki/Εκτρωση](http://el.wikipedia.org/wiki/Εκτρωση)
22. Περιοδικό «Εγώ το αγέννητο παιδί» Έκδοση 2010 Αθήνα
23. Νικολαΐδη, Α.Π. «Θέματα Χριστιανικής Ηθικής» Εκδόσεις Αθανασόπουλος-Παπαδάμης Αθήνα 2004
24. Μαντζαρίδης, Γ. «Χριστιανική Ηθική – Άνθρωπος και Θεός Άνθρωπος» Εκδόσεις Πουρνάρα Θεσσαλονίκη 2004
25. Παπαευαγγέλου, Γ. – Ρουμελιώτου – Καραγιάννη, ΑΝ. «Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού» Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα, 2002
26. Κρέτσας, Γ. «Σεξουαλική Αγωγή και σχέσεις των δύο φύλλων» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα, 2003
27. www.hatzirafail.gr/αντισύλληψη
28. www.in2life.gr/wellbeing/health/article/antisylhphsh

29. Δανέζης, Ι. «Προσεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων και αντισύλληψη» Ιατρικές Εκδόσεις Αθήνα, 2003
30. Παιδογυναικολόγος.gr/el/CNT/αντισύλληψη.aspx
31. www.protagon.gr
32. www.impantokratoros.gr/amvlosh-empeiria.ei.aspx
33. www.iatronet..gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/5566/amvlwsi-deka-gynaikes-afigountia.html
34. Σαχίνη – Καρδάση, Α. Πάνου,Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1^{ος} Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 2002