

Διακοπή εγκυμοσύνης μετά από διάγνωση εμβρυϊκών ανωμαλιών στο 1ο και 2ο τρίμηνο

Ερικήτη Κοκκόση, Μαία
Ελισάβετ Μανιατέλλη, Μαία, MSc
 Β Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
 Πανεπιστημίου Αθηνών, Εργαστηριακός
 Συνεργάτης ΤΕΙ Μαιευτικής Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εκτεταμένη ανάπτυξη της προγεννητικής διάγνωσης επέφερε αλλαγές στη μαιευτική φροντίδα των γυναικών. Μολονότι, η προγεννητική διάγνωση έχει εξελιχθεί, υπάρχει ακόμα όμως η πιθανότητα να μην υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση για κάποια εμβρυϊκή δυσπλασία. Συγκεκριμένα, όταν διαγνωστεί μια εμβρυϊκή δυσμορφία αναδύονται ερωτήματα που σχετίζονται με τη συνέχιση ή με τον τερματισμό της κύησης. Το ζευγάρι αρχικά αντιμετωπίζει αισθήματα έκπληξης και άγχους. Ωστόσο, αρνητικές ψυχολογικές εκβάσεις (άγχος, λύπη, ενοχή, κατάθλιψη, θυμός, μετατραυματικό στρες) έπονται είτε της συνέχισης είτε της διακοπής της κύησης που φέρει εμβρυϊκές χρωμοσωμιακές ή συγγενείς ανωμαλίες. Για να αναδειχθεί η υποστήριξη στα ζευγάρια τα οποία βρίσκονται σε περιόδους κρίσης και τα οποία αποφάσισαν να διακόψουν την κύηση, η ψυχολογική συμβουλευτική οφείλει να είναι ελεύθερη, προσβάσιμη, υποστηρικτική και μη επικριτική ως προς τη γυναίκα και το σύντροφό της.

Λέξεις κλειδιά: γενετική συμβουλευτική, προγεννητική διάγνωση, διακοπή κύησης, ψυχολογική αντίδραση, οδύνη.

Termination of pregnancy due to fetal anomalies of the embryo during the first and second trimester of gestation.

Abstract: The extensive development of prenatal diagnosis has made changes in perinatal care for women. Although prenatal diagnosis has evolved, it is still possible that there is no treatment for some fetal malformation. Specifically, when a fetal malformation is diagnosed, questions related to the continuation or termination of pregnancy emerge. The couple basically faces feelings of anxiety. However, negative psychological outcomes such as anxiety, grief, guilt, depression, anger and PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) follow either the continuation or termination of pregnancy due to fetal chromosomal or congenital abnormalities. To highlight the support of couples who decided to terminate pregnancy, psychological counseling should be accessible, supportive and non judgmental for the couple.

Key words: genetic counselling, prenatal diagnosis, technical abortion, psychological reaction.

Εισαγωγή

Σε περισσότερα από το 50% των εμβρύων που αποβάλλονται αυτόματα και στο 5% περίπου των εμβρύων που γεννιούνται νεκρά, παρουσιάζεται κάποια χρωμοσωμιακή ή γονιδιακή ανωμαλία (Στέφος Θ., 2005). Οι ανωμαλίες αυτές δημιουργούνται από διαταραχές της δομής ή του πλήθους των χρωμοσωμάτων, σε μονογονιδιακές δυσπλασίες, σε πολυπαραγοντικές δυσπλασίες ή στην επίδραση τερατογόνων παραγόντων (Simpson J.L., 1996). Το ποσοστό που προκύπτει, ωστόσο, ως προς

την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας γονιδιακής ανωμαλίας μερίζονος σημασίας σε ένα νεογνό, είναι μικρότερο του 3% (Στέφος Θ., 2005).

Στη σύγχρονη Μαιευτική, η προγεννητική διάγνωση των χρωμοσωμιακών ή συγγενών δυσμορφιών του εμβρύου, αποτελεί κύριο τομέα. Οι τεχνικές του προγεννητικού ελέγχου που χρησιμοποιούνται πλέον είναι ακριβείς και αξιόπιστες. Ο ρόλος των υπερήχων είναι αξιοσημείωτος, αφού ανιχνεύουν τις εμβρυϊκές δυσπλασίες με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια (Αντσακλής Α.Ι., 2000).

Η θεραπευτική διακοπή της κύησης έχει σκοπό την προστασία της μητέρας ή την αποφυγή γέννησης παιδιού με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες (Σαλαμαλέκης Ε., 1998). Γενικότερα, οι ενδείξεις για τη θεραπευτική διακοπή της κύησης αφορούν την μητέρα π.χ. ύπαρξη κακοήθειας, υπέρταση λόγω ενδοθηλιακών βλαβών και το έμβρυο π.χ. βαριά καρδιοπάθεια και χρωμοσωμιακές ή συγγενείς ανωμαλίες (Σαλαμαλέκης Ε., 1998).

Σε οποιοδήποτε εβδομάδα της κύησης και αν γίνει η θεραπευτική έκτρωση, θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλη επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης και άρτια τεχνική του επαγγελματία υγείας (Παπανικολάου και Παπανικολάου, 1994).

ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Για την διακοπή της κύησης του 1ου τριμήνου χρησιμοποιείται κυρίως η χειρουργική διακοπή της κύησης. Επιτυγχάνεται διαστολή τραχήλου με τη χρήση κηρίων Hegar και στη συνέχεια εκκενώνεται η κοιλότητα της μήτρας μέσω της χρήσης αναρροφητήρα ή ξέστρων (Σαλαμαλέκης Ε., 1998).

Στις φαρμακολογικές μεθόδους της τεχνητής διακοπής της κύησης υπάγονται η ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης και η χορήγηση προσταγλαδίνης παρεντερικά, ενδοφλεβίως, ενδοαμνιακά ή εξωαμνιακά, υπό την μορφή κολπικών υποθέτων ή τραχηλικών δισκίων και η χορήγηση αντιπρογεστερινοειδών συγκεκριμένα της μifeπριστόνης RU486 (Σαλαμαλέκης Ε., 1998).

Για την διακοπή της κύησης του 2ου τριμήνου χρησιμοποιείται κυρίως η χορήγηση μισοπροστόλης (Cytotec) παρεντερικά και διακοιλικά, η οποία έχει αποδειχθεί απόλυτα αποτελεσματική τα τελευταία χρόνια (Ιατράκης Γ., 2004).

ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η περίοδος πριν από τη σύλληψη είναι μια περίοδος ιδιαίτερα ευαίσθητη (Γκουνή Ο., 2009) και γι' αυτό, η φροντίδα για την υγεία της μέλλουσας μητέρας αλλά και του μελλοντικού εμβρύου πρέπει να ξεκινάει πριν από τη σύλληψη (Ιατράκης Γ., 2004). Στην προγεννητική συμβουλευτική εμπεριέχονται και θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης, επαγγελματικής δραστηριότητας (χώρος εργασίας, ώρες απασχόλησης, εργασιακά καθήκοντα, παρατεταμένη ορθοστασία), βάρους αλλά και του ψυχολογικού παράγοντα (άγχος, ψυχιατρικό ιστορικό) (Ιατράκης Γ., 2004).

Συνεπώς, καλό είναι η σύλληψη να πραγματοποιείται όταν η κατάσταση υγείας και των δύο συντρόφων είναι πολύ καλή. Ωστόσο, οι βιοχημικοί παράγοντες που σχετίζονται με την έλλειψη θρεπτικών στοιχείων, την έκθεση σε τοξίνες και την υπερβολική έκκριση στρεσογόνων ορμονών (κατεχολαμί-

νες) κατά τη διάρκεια της κύησης, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εμβρυϊκού εγκεφάλου. Επίσης, οι παράγοντες αυτοί πιθανόν να προκαλέσουν λάθη στους γονιδιακούς διακόπτες, τουλάχιστον σε σωματικό επίπεδο (Γκουνή Ο., 2009).

Η ελλιπής διατροφή, η οποία συνδέεται πολλές φορές με βραχυπρόθεσμο έντονο στρες, μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη του DNA και να αφήσει ατελή σημεία στο νευρικό σωλήνα (Γκουνή Ο., 2009). Η σύγκλειση του νευρικού σωλήνα επιτυγχάνεται την τρίτη έως την τέταρτη εβδομάδα μετά τη γονιμοποίηση (Ιατράκης Γ., 2004), έτσι η έλλειψη θρεπτικών συστατικών –όπως του φυλλικού οξέος και βιταμινών Β, C, D και Ε– πολύ πιθανό να δημιουργήσει δισχιδή ράχη (spina bifida) ή υπερωισχιστία (cleft palate) στο έμβρυο (Γκουνή Ο., 2009).

Επιπρόσθετα, τα αγχωτικά γεγονότα που συνοδεύουν την περίοδο της σύλληψης και το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης γενετικών ή συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο (Carmihael S.L., Shaw G.M., 2000). Οι Carmihael και Shaw, ανέλυσαν τη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων στην ζωή μιας γυναίκας ένα μήνα πριν τη σύλληψη έως και το τέλος του 1ου τριμήνου της κύησης με τον κίνδυνο εμφάνισης γενετικών ή συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο. Διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που ανέφεραν ένα ή περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα σε εκείνη την χρονική περίοδο είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες απόκτησης παιδιού με καρδιαγγειακή ανωμαλία 1,4 φορές υψηλότερη από τις μητέρες που δεν ανέφεραν άγχος την περίοδο εκείνη, παιδιού με ανωμαλία του εγκεφάλου ή της σπονδυλικής στήλης 1,5 φορές υψηλότερη, παιδιού με λαγώχειλο ή υπερωισχιστία περίπου 1,4 φορές υψηλότερη και παιδί με ανωμαλία στα άνω και κάτω άκρα 1,3 φορές μεγαλύτερη. Βάσει των Carmihael και Shaw, οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι καταστάσεις που συχνά συνοδεύουν γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μπορεί να αυξήσουν τον αντίκτυπο των στρεσογόνων γεγονότων στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Είναι γνωστό, ότι το έμβρυο είναι ευαίσθητο στο μητρικό περιβάλλον. Έχει αποδειχθεί ότι σε έγκυες που παρουσιάζουν έντονο άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης, εμφανίζεται αλλαγή της αιματικής ροής στις αρτηρίες της μήτρας, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του εμβρύου (Teixeira J.M.A. et al., 1999).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Ο προγεννητικός έλεγχος που παρέχεται σήμερα στα ζευγάρια, έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει ένα σημαντικό ποσοστό των ανατομικών και γενετικών ανωμαλιών (Κασσάνος Δ., 1998). Με τη μέτρηση των βιοχημικών δεικτών του ορού της μητέρας (β-hCG, PAPP-A), την διαγνωστική χρήση των υπερήχων, με την λήψη χωριακών λάχνων και την αμνιοπαρακέντηση υπάρχει μεγάλη δυνατότητα διάγνωσης χρωμοσωμιακών ανωμαλιών. Είναι δεδομένο ότι από τη διάγνωση μιας ανωμαλίας ή ακόμα κι από την αναμονή για το αποτέλεσμα μιας προγεννητικής εξέτασης δημιουργείται μεγάλο άγχος. Ακόμα κι όταν οι γυναίκες είναι καλά πληροφορημένες για το σκοπό της κάθε εξέτασης του προγεννητικού ελέγχου, το συναισθηματικό κομμάτι της διάγνωσης μιας εμβρυϊκής δυσμορφίας σε επίπεδο άγχους δεν μειώνεται (RCOG, 2010).

Η έγκαιρη διάγνωση της παθολογίας του εμβρύου δημιουργεί μια κατάσταση συναισθηματικής κρίσης στο ζευγάρι, το οποίο θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπο με μεγάλα ζητήματα (Di Giusto et al., 1991). Το σοκ που προκαλεί οποιαδήποτε προγεννητική διάγνωση μιας εμβρυϊκής ανωμαλίας, καθιστά δύσκολη την απορρόφηση πληροφοριών από τη γυναίκα (RCOG, 2010).

Ενώ τα φυσιολογικά ευρήματα ενός υπερηχογραφικού ελέγχου έχουν ισχυρά ευεργετικά ψυχολογικά πλεονεκτήματα για την γυναίκα, το ζευγάρι όμως δεν είναι έτοιμο για την είδηση ύπαρξης μιας δυσμορφίας του εμβρύου, σε περίπτωση παθολογικών υπερηχογραφικών ευρημάτων (Bijma H.H. et al., 2008). Από την μια πλευρά, το ζευγάρι έχει δεσμευθεί στην εγκυμοσύνη, και από την άλλη πλευρά όμως, θέλει να προστατεύσει το παιδί του, τον εαυτό του και την οικογένειά του από την ύπαρξη και το βάρος που δημιουργεί ένα παιδί με αναπηρία (Bijma H.H. et al., 2008).

Άλλοι παράγοντες που δυσκολεύουν τη γυναίκα και το σύντροφό της στη διαδικασία λήψης της απόφασης και δημιουργούν αισθήματα αμφιθυμίας είναι η έκβαση του γάμου και η θρησκευτική πεποίθησή τους (Rempel G.L. et al., 2004). Η απόφαση για διακοπή της κύησης και το αίσθημα ικανοποίησης είναι εκ των προτέρων συνδεδεμένα με το αν η γυναίκα αντιλαμβάνεται την υποστήριξη των άλλων, με το αν έχει μια ευνοϊκή άποψη ως προς τη διακοπή κύησης, με το αν έχει υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και γενικά, με το αν το οικείο περιβάλλον της παρουσιάζει ευνοϊκές θέσεις ως προς τον τερματισμό της κύησης (Rempel G.L. et al., 2004). Οι γυναίκες που παρουσίασαν πολύ μεγάλη αναποφασιστικότητα κατά τη διαδικασία λήψης της απόφασης έχουν συνδεθεί με υψηλά επίπεδα αρνητικών αντιδράσεων μετά τον τερματισμό της κύησης. Στα αρνητικά συναισθήματα συμπεριλαμβάνονται η ενοχή, το άγχος, η μετάνοια και η κατάθλιψη (Adler N.E. et al., 1992).

Αναπότρεπτα, οι ιατρικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται στο 2ο τρίμηνο είναι από μόνες τους πιο αγχωτικές από αυτές του 1ου τριμήνου (Adler N.E. et al., 1992). Οποιαδήποτε αναμονή στην λήψη πληροφοριών που αφορούν την εμβρυϊκή ανωμαλία και τις επιπλοκές της, πρέπει να τονιστεί ότι θα επιφέρει επιπρόσθετη ανησυχία στη γυναίκα κι αυτό πρέπει να είναι αναγνωρίσιμο (RCOG, 2010).

Η διακοπή της κύησης δεν μπορεί να είναι μια εύκολη κι επιπόλαιη απόφαση (Fearn J.Q. et al., 1982). Παρ' όλα αυτά, ούτε ο τύπος της εμβρυϊκής ανωμαλίας αλλά ούτε και η ιατρική διαδικασία της θεραπευτικής έκτρωσης φαίνεται να επηρεάζει την οξύτητα του πένθους. Οι γυναίκες θρηνούν πριν και μετά τη διαδικασία της έκτρωσης που ακολουθεί οποιαδήποτε διάγνωση του προγεννητικού ελέγχου (Zeana C.H. et al., 1993). Επίσης οι γυναίκες, συχνά περιγράφουν μεγάλη καταπίεση από τους ιατρούς τους να διακόψουν την κύηση και έτσι, τους δίνεται ένα μικρό χρονικό διάστημα για να αποφασίσουν. Επιπλέον η πληροφόρηση που τους δίνεται είναι πολύ φτωχή ενώ δεν γίνεται συμβουλευτική για την προετοιμασία της γονεϊκότητας ενός τέτοιου παιδιού. Συνέπεια αυτού, πολλές γυναίκες μάχονται για την αντιμετώπιση αυτής της εμπειρίας τους, συχνά για μεγάλο χρονικό διάστημα (Green J.M., 1995).

Οι ιατρικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στο 1ο τρίμηνο έχουν μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών και λιγότερες ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα, σε αντίθεση με τις

διαδικασίες που προσφέρονται στο 2ο τρίμηνο (Adler N.E. et al., 1992). Να σημειωθεί ότι στις γυναίκες που προτείνεται θεραπευτική έκτρωση μέσω της μifeπριστόνης RU486 λόγω γενετικής ανωμαλίας εμφανίζονται φτωχότερες ψυχολογικές αποκρίσεις. Αυτό συνήθως εμφανίζεται μέσω του θρήνου για ένα επιθυμητό παιδί ή μέσω της ενοχής που δημιουργεί η παρουσία ενός παιδιού με δυσμορφία (Zolse G. et al., 1992).

Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη διακοπή της κύησης αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία της κύησης. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις επιπλοκές της θεραπευτικής έκτρωσης (αιμορραγία, διάτρηση της μήτρας, σήψη) μέχρι και τη στιγμή της εξόδου από τον ιατρικό χώρο, αυξάνονται από 5/1000 ιατρικές επεμβάσεις στις 10-12 εβδομάδες της κύησης στις 16/1000 στις 20 εβδομάδες της κύησης (RCOG, 2010).

Οι ιατρικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στη θεραπευτική έκτρωση του 2ου τριμήνου της κύησης (χορήγηση κυκτοκίνης ή προσταγλανδίνων) καθιστούν τον τερματισμό της εγκυμοσύνης ως μια πιο παρατεταμένη κι επίπονη εμπειρία για τη γυναίκα σε σύγκριση με τις ιατρικές επεμβάσεις του 1ου τριμήνου (Adler N.E. et al., 1992).

Όταν λοιπόν ανακοινώνεται η διάγνωση της εμβρυϊκής ανωμαλίας οι εξέχουσες αντιδράσεις που σημειώνονται είναι λύπη, φόβος κι αμφιθυμία. Η απόφαση επιλογής μιας διακοπής κύησης συνεπάγεται φοβίες που αλληλεπιδρούν με τα συναισθήματα του πόνου και της μετάνοιας (Slonim-Nevo V., 1991).

Ακολουθώντας μια θεραπευτική έκτρωση, οι γυναίκες υπομένουν τα φυσιολογικά αλλά δύσκολα συμπτώματα του πένθους όπως ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και αισθήματα ενοχής και θυμού. Επίσης, εμφανίζονται συμπτώματα που είναι χαρακτηριστικά μιας αυτόματης αποβολής (Hes S., Gath D., 1993). Συχνά, ύστερα από μια θεραπευτική έκτρωση παρουσιάζονται και συναισθήματα ντροπής κι ενοχής (Jones O.W. et al., 1984).

Το συμπέρασμα, λοιπόν, που προκύπτει είναι ότι ο τερματισμός της κύησης ύστερα από διάγνωση χρωμοσωμικών ή συγγενών ανωμαλιών στο 2ο τρίμηνο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι λιγότερο σοβαρά από έναν περιγεννητικό θάνατο. Η οξεία αντίδραση του πένθους από το ζευγάρι πρέπει να είναι αναμενόμενη κι αναγνωρίσιμη (Elder S.H., Laurence K.M., 1991). Ο λόγος της αναγνωρισιμότητας πρέπει να διαπιστώνεται από το γεγονός ότι κατά την έκτρωση κάτι έχει χαθεί. Αυτό που έχει χαθεί μπορούμε να το παρομοιάσουμε με το θάνατο ενός παιδιού ή αλλιώς μπορούμε να το παρομοιάσουμε με την απώλεια της ευκαιρίας για απόκτηση ενός παιδιού. Στην πραγματικότητα, η ευκαιρία χάνεται. Πρέπει να επέλθει ο θρήνος ώστε να ανακουφιστεί το ζευγάρι (Reardon D.V., 1996). Έτσι, η απώλεια του εμβρύου μέσω μιας θεραπευτικής τεχνητής εκβολής συχνά προκαλεί την αντίδραση του πένθους. Πολλές φορές αυτό δεν είναι πλήρως κατανοητό και η έκταση του κινδύνου της έκθεσης των γυναικών στο θρήνο υποτιμάται συχνά από τους επαγγελματίες υγείας ή ακόμα κι από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Το φυσιολογικό βίωμα του πένθους ταιριάζει απόλυτα στην θεραπευτική έκτρωση του 2ου τριμήνου (Stirtzinger R., Robinson G.E., 1989).

Τα συνήθη συναισθήματα που περιγράφονται από τις γυναίκες ύστερα από την εκτέλεση της θεραπευτικής έκτρωσης

2ου τριμήνου είναι το πένθος, η ενοχή, η αμφιβολία, ο θυμός ως προς τα κοινωνικά πρότυπα και η έχθρα έναντι άλλων γυναικών που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης (Stirtzinger R., Robinson G.E., 1989). Επιπλέον, μια πολύ συχνή αλλά και κοινή ψυχολογική έκβαση που ακολουθεί μια θεραπευτική έκτρωση είναι η κατάθλιψη (Donnai P, et al., 1981). Το πένθος πολύ πιθανόν να επιδεινωθεί κάποιες φορές από τα επιπρόσθετα συναισθήματα όπως την ενοχή (Edler S.H., Laurence K.M., 1991). Μια αγχώδης διαταραχή που εμφανίζεται στο άτομο μετά την έκθεση του σε μια τραυματική κατάσταση όπως ο θάνατος ή μια σοβαρή βλάβη ονομάζεται μετατραυματικό άγχος (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Η διαταραχή αυτή, κάνει το άτομο να αντιδρά στην απειλή με έντονο τρόπο, ανικανότητα ή ακόμα και με φρίκη. Χαρακτηρίζεται από δυο συμπλέγματα συμπτωμάτων:

α) Επανάληψη των εμπειριών δια επαναλαμβανόμενων σκέψεων, ονείρων ή και αναβίωση του περιστατικού. Ακόμα μπορεί να επέλθει αντίδραση στις νύξεις για το περιστατικό από τρίτα πρόσωπα (Carter D. et al., 2007).

β) Αποφυγή σκέψεων ή και νύξεων των συγγενών για το γεγονός (Carter D. et al., 2007).

Στο γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες είναι διπλάσια πιο πιθανό να εμφανίσουν PTSD από ότι οι άντρες, ακόμα κι αν έχουν εκτεθεί στα ίδια στρεσογόνα γεγονότα (Carter D. et al., 2007). Ο θρήνος και το πένθος μετά την απώλεια δεν είναι αναγκαίο να είναι ανάλογα με το μέγεθος του χρόνου που επενδύει η γυναίκα στην κύηση (Stirtzinger R., Robinson G.E., 1989).

Το πένθος των γυναικών δεν είναι μια υπερβολική νευρωτική αντίδραση αλλά μια απόδειξη της ικανότητας των γυναικών για αναπαραγωγή κι εξέλιξη της οικογένειας (Stirtzinger R., Robinson G.E., 1989). Τελικά, συμπεραίνουμε ότι αν η απόφαση του τερματισμού της κύησης έγκειται στο ζευγάρι τότε, ο τελευταίος λόγος ανήκει στη γυναίκα (Kissling F., 1999).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Ωστόσο, η αντιληπτή υποστήριξη της γυναίκας από το άμεσο περιβάλλον της συσχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση θετικών ψυχολογικών αποκρίσεων στη γυναίκα (Adler N.E. et al., 1992). Ο ρόλος του συντρόφου φαίνεται να είναι –αν όχι ο σημαντικότερος– ένας σημαντικός παράγοντας όσον αφορά αυτήν την κατάσταση (Adler N.E. et al., 1992).

Επιπρόσθετα, το ζευγάρι πρέπει να δώσει την κατάλληλη προσοχή στις ανάγκες των ζωντανών παιδιών τους –όπου υπάρχουν–, τα οποία όχι μόνο βιώνουν την απώλεια του αναμενόμενου νέου μέλους της οικογένειας, αλλά επίσης και τη θλίψη των γονιών τους (Stirtzinger R., Robinson G.E., 1989).

Ως εκ τούτου, στο σημείο αυτό, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η αντιληπτή και ουσιαστική υποστήριξη στα ζευγάρια από την οικογένειά τους φαίνεται να συμβάλλει ευεργετικά στην θετική προσαρμογή τους μετά τη διακοπή της κύησης. Επιπλέον, η συμβολή της οικογένειας με την κοινωνική υποστήριξη μεσολαβεί ώστε να μετριάσει τις προαναφερθείσες μεταβλητές που επηρεάζουν τις αρνητικές ψυχολογικές αποκρίσεις του ζευγαριού μετά την θεραπευτική έκτρωση (Adler N.E. et al., 1992).

Ως προς την επιστροφή της γυναίκας στο εργασιακό περι-

βάλλον της είναι πιθανό να έρθει αντιμέτωπη με τα διάφορα σχόλια των συναδέλφων ή συνεργατών της (Lowdermilk D.L., Perry S.E., 2006). Όταν η παροχή της υποστήριξης είναι ελλιπής για την γυναίκα που θρηνηί, αναδύονται συναισθήματα θυμού ως προς τους φίλους και τους συναδέλφους ή συνεργάτες της. Πιθανώς να βιώσει δυσφορία και οξυθυμία κατά τη διάρκεια της συναναστροφής της με εγκυμονούσες γυναίκες, γυναίκες με νεογνά ή ακόμα και με γυναίκες που αδιαφορούν για τα παιδιά τους παραμελώνοντας τα (Iles S., Gath D., 1993). Τα αισθήματα του πένθους που αντιμετωπίζει η γυναίκα μετά την θεραπευτική έκτρωση, φαίνεται να επιφέρουν σημαντικές αλλαγές, ως προς την συμπεριφορά και την οργανωτικότητα της γυναίκας στην εργασία της. Πιθανώς, να είναι αδύνατο να φέρει εις πέρας διάφορες υποχρεώσεις, να αντιμετωπίσει αδυναμία στη δυνατότητα συγκέντρωσης, να βρίσκεται σε διαρκή προβληματισμό ως προς την επίτευξη των επαγγελματικών της στόχων και να μην καθίσταται ικανή να λάβει ορθές επαγγελματικές αποφάσεις. Συνεπώς, οι αρνητικές ψυχολογικές αποκρίσεις φαίνεται να δρουν δυσμενώς στην επίτευξη των επαγγελματικών στόχων της γυναίκας όταν δεν είναι εμφανής και ουσιαστική η υποστήριξη από τους συναδέλφους ή συνεργάτες της (Lowdermilk D.L., Perry S.E., 2006).

Συμπεράσματα

Μετά τη διάγνωση μιας χρωμοσωμιακής ή συγγενούς ανωμαλίας, η γυναίκα και ο σύντροφός της θα χρειαστούν βοήθεια και χρόνο ώστε να απορροφήσουν τις πληροφορίες που τους δίνονται. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι υποστηρικτικοί απέναντι στο ζευγάρι, αφού οι πληροφορίες αυτές αφορούν την μελλοντική ζωή τους. Επιπλέον, το ζευγάρι πρέπει να παροτρυνθεί να συζητήσει τις επιλογές που του προτείνονται ώστε να πάρει την απόφαση που του αρμόζει είτε στη συνέχιση είτε στη διακοπή της κύησης.

Η διαδικασία λήψης της απόφασης για τις γυναίκες και τους συντρόφους τους ύστερα από τη διάγνωση μιας εμβρυϊκής δυσπλασίας φέρει μεγάλες δυσκολίες. Αρχικά, θα πρέπει να απορροφήσουν όλες τις ιατρικές πληροφορίες που τους δίνονται ενώ ήδη βρίσκονται σε μια κατάσταση σοκ και άγχους. Ύστερα, θα πρέπει να αποφασίσουν για τη συνέχιση ή τη διακοπή της κύησης. Σε τόσο ευαίσθητες καταστάσεις, το ζευγάρι πρέπει να δεχθεί την κατάλληλη συμβουλευτική και υποστήριξη. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη μαιευτική φροντίδα της γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε θεραπευτική έκτρωση 1ου ή 2ου τριμήνου οφείλουν να μην επικρίνουν την οποιαδήποτε απόφαση, αλλά να την υποστηρίζουν. Οι ψυχολογικές εκβάσεις που παρουσιάζουν τα ζευγάρια ύστερα από την απόφαση να διακόψουν την κύηση διαφέρουν από άτομο σε άτομο και εναλλάσσονται στο χρόνο. Πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, ενώ άλλες νιώθουν ενοχή και μετάνοια. Ωστόσο, η λήψη της απόφασης που οδηγεί σε θεραπευτική έκτρωση φέρει το ζευγάρι σε ένα μεγάλο δίλημμα.

Όταν πραγματοποιηθεί η θεραπευτική έκτρωση, το ζευγάρι έρχεται αντιμέτωπο με αισθήματα πένθους, μετάνοιας, ενοχής, άγχους, κατάθλιψης, σύγχυσης, αμφιθυμίας, πόνου και θυμού, τα οποία πιθανώς να διαρκέσουν μήνες ή ακόμα και χρόνια. Ο ρόλος της μαιέας την περίοδο αυτή είναι να περιθάλψει τη γυναίκα, να την υποστηρίξει συναισθηματικά και να συμβουλευθεί το ζευγάρι για μια μεταγενέστερη κύηση.

Βιβλιογραφία:

- Αντσακλής Α.Ι.: Προγεννητική Διάγνωση, στο βιβλίο *Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία του Μιχαλά Σ.Π., Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.*, Αθήνα, 2000.
- Γκουνή Ο.: Καλωσόριες, Ελληνική Ένωση Προγεννητικής και Περιγεννητικής Ψυχολογίας και Ιατρικής, Αθήνα, 2009.
- Ιατράκης Γ. Μ.: Βιβλίο Μαιευτικής-Φυσιολογία και Παθολογία Μητέρας-Εμβρύου, Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα, 2004.
- Κασσάνος Δ.: Διάγνωση και Παρακολούθηση της κύησης, στο βιβλίο *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*, Αθήνα, 1998.
- Παπανικολάου Α.Ν.: Μαιευτική, 3η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα, 1994.
- Σαλαμαλέκης Εμ.: Επιπλοκές της Κύησης, στο βιβλίο *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*, Αθήνα, 1998.
- Στέφος Θ.: Προγεννητικός Έλεγχος χρωμοσωμιακών ανωμαλιών: πλεονεκτήματα, *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία*, 2005; 4(2):103-112.
- Adler N.E., David H.P., Major B.N., Roth S.H., Russo N.F., Wyatt G.E.: *Psychological Factors In Abortion*, *American Psychologist*, 1992; 47:1194-1204.
- Bijma H.H., Van der Heide A., Wildschut H.I.: *Decision making after ultrasound diagnosis of Fetal Anomaly*, *Reprod Health Matters*, 2008; 16(31):82-89.
- Carmihael S.L., Shaw G.M.: *Maternal Life Event Stress and Congenital Anomalies*, *Epidemiology*, 2000; 11(1):30-35.
- Carter D., Misri S., Tomforh L.: *Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss*, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Lippincott Williams and Wilkins, 2007; 50(1):154-165.
- DiGiusto M., Lazzari R., Giorgetti T., Paesano R., Pachi A.: *Psychological Aspects of Therapeutic Abortion After Early Prenatal Diagnosis*, *Clinical Experimental Obstet Gynecol*, 1991; 18(3):169-173.
- Donnai P., Charles N., Harris R.: *Attitudes of patients after genetic termination of Pregnancy*, *British Medical Journal*, 1981; 181:621-622.
- Elder S.H., Laurence K.M.: *The Impact of Supportive Intervention After Second Trimester Termination of Pregnancy For Fetal Abnormality*, *Prenatal Diagnosis*, 1991; 11:47-54.
- Fearn J.Q., Hibbard B.M., Laurence K.M., Roberts A., Robinson J.O.: *Screening for Neural Tube Defects And Maternal Anxiety*, *British Journal Obstet Gynaecol*, 1982; 89:218-221.
- Green J.M.: *Obstetricians views on prenatal diagnosis and Termination of pregnancy: 1980 compared with 1993*, *British Journal of Obstet and Gynaecol*, 1995; 102(3):228-232.
- Iles S., Gath D.: *Psychiatric outcomes of termination of pregnancy for foetal abnormality*, *Psychological Medicine*, 1993; 232:407-413.
- Jones O.W., Penn N.E., Shuchter S., Stafford C.A., Richards T., Kernahan C. et al: *Parental response to mid-trimester therapeutic abortion following amniocentesis*, *Prenatal Diagnosis*, 1988; 4(4):249-256.
- Kissling F.: *Abortion: Taking on the hard questions*, *Conscience*, 1999; 20(3):2-12.
- Laurence K.M., Lloyd J.: *Sequelae and support after termination of pregnancy for fetal malformation*, *British Medical Journal*, 1991; 290:907-909.
- Lowdermilk D.L., Perry S.E.: Μετάφραση: *Λυκερίδου Αικ., Δελτσίδου Α., Νοσηλευτική Μητρότητας*, 6η Έκδοση, Εκδόσεις Λαγός Δ., Αθήνα, 2006; 1:154-155.
- Lowerstein L., Deutch M., Gruberg R., Solt I., Yogil Y., Nevo O., Bloch M.: *Psychological distress symptoms in woman undergoing medical Vs surgical termination of pregnancy*, *Gen Hosp Psychiatry*, 2006; 28(1):43-47.
- Mueller L.: *Second-trimester termination of pregnancy: nursing care*, *JOGNN Principles and Practice*, 1991; 20(4).
- RCOG.: *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2010.
- Reardon D.V.: *Making Abortion Rare: A Healing Strategy for a Divided Nation*, Acorn Books, 1996.
- Rempel G.L., Cender L.M., Lynan M.J., Sandor G.G., Farquharson: *Parents perspectives on decision making after antenatal diagnosis of congenital heart disease*, *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 2004; 33(1):64-70.
- Simpson J.L.: *Genetic counseling and prenatal diagnosis*, In: *Gabbe S., Niebyl J., Simpson J., Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 3rd edition New York: Churchill-Livingstone, 1996:215.
- Slonim-Nevo V.: *The experiences of women who face abortion*, *Health Care for Women International*, Hemisphere Publishing Corporation, 1991; 12:283-292.
- Stirtzinger R., Robinson G.E.: *The psychologic effects of spontaneous abortion*, *CMAJ*, 1989; 140:799-805.
- Teixeira J.M.A., Fisk N.M., Glover V.: *Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance, index:Cohort based Study*, *BMJ*, 1999; 318:153-157.
- Zeanah C.H., Dailey J.V., Rosenblatt M.J., Saller D.N.: *Do women grieve after termination pragnancie because of fetal abnormalities? A controlled investigation*, *Obstetrics and Gynecology*, 1993; 82:270-275.
- Zolose G., Blacker C.V.R.: *The psychological complications of therapeutic abortion*, *British Journal of Psychiatry*, 1992; 160:742-749.