

LAISVO APSISPRENDIMO NUTRAUKTI NĖŠTUMĄ IR MOTERS TEISĖS Į INFORMACIJĄ REALIZAVIMO GALIMYBĖS

B.OBELENIENĖ, E.ŠVEDAS

Vytauto Didžiojo universitetas, Kauno medicinos universitetas

Raktažodžiai: abortas, atsakinga lytinė elgsena, kontracepcija, motinystės identitetas, moters teisė į informaciją, neigiamą nuostatą nėštumo atžvilgiu, nėštumo krizė, priešlaikinis gimdymas, smurtas.

Santrauka

Paplitusi nuomonė, jog moters apsisprendimas nutraukti nepageidaujamą nėštumą susijęs su socialiniais ekonominiais veiksniais, tokiais kaip moters amžius, vaikų skaičius šeimoje, socialinė ir materialinė padėtis, kontracepcijos vartojimo ypatumai. Lietuvoje aborto problema nėra plačiai ir nuodugnai ištirta. Tačiau moksliniai tyrimai, atlikti išsivysčiusiose pasaulio ir Europos šalyse, patvirtina, jog tarp aborto ir patiriamo smurto šeimoje yra labai glaudus ryšys. Moters sprendimą pasirinkti abortą dažnai lemia ne tiek išoriniai, kiek vidiniai veiksniai: iš anksto susiformuota neigiamą nuostatą nėštumo atžvilgiu; nepageidaujamas nėštumas yra tam tikra krizė moteriai ir ji gali būti nepajėgi priimti sau palankių sprendimų, lengviau pasiduoda artimųjų spaudimui. Moteriai tokioje būklėje būtina pagalba, kurios trūkumas taip pat gali būti vertinamas kaip viena iš aborto paplitimo priežasčių. Taip pat yra tyrimais įrodyta, jog abortas yra susijęs su tam tikra rizika moters fizinei ir psichinei sveikatai. Moters teisė į informaciją įteisinta LR "Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo" įstatymu. Todėl šiandien itin aktualu ne tik suteikti moteriai informaciją apie aborto riziką jos sveikatai, bet ir kurti bei plėtoti konsultacinę (socialinę, psichologinę, teisinę) pagalbą moterims, nepageidaujamo nėštumo atveju siekiančioms jį nutraukti.

IVADAS

Moters lytinės sveikatos problemas tiriantys mokslininkai tiek Lietuvoje, tiek išsivysčiusiose pasaulio šalyse vienbalsiai pripažįsta, kad nėštumo nutraukimas nėra palankus moters sveikatai veiksnys. Nors daugelyje

išsivysčiusių pasaulio šalių yra atlikta nemažai reprezentatyvių tyrimų, siekiančių įvertinti aborto priežastis ir jo įtaką moters sveikatai, tačiau Lietuvoje ši problema nėra mokslininkų dėmesio centre. Nuo 1990 m. iki šiol buvo atlikti tik keli išsamesni tyrimai: R. Jakubčionytės „Nėštumo nutraukimą įtakojantys faktoriai“, 2000 m. ir V. Vanagienės „Nėštumo nutraukimo priežastys ir kontracepcijos naudojimo ypatumai“, 2001 m. [35]. Dar keletas nedidelių mokslinių tyrimų buvo atlikta mažose tiriamose grupelėse įvairiose Lietuvos vietose [17]. Šie tyrimai aborto priežastis nagrinėjo daugiausia kontracepcijos vartojimo ir nepalankių socialinių ekonominių sąlygų aspektu (dažniausiai tokiais įvardijamos moters amžius, išsilavinimas, šeimyninė padėtis, vaikų skaičius, darbas ir pajamos). Socialinių ir ekonominių priežasčių tyrinėjimas atskleidžia moters sprendimo priklausomybę daugiau nuo išorinių veiksnių ir beveik neliečia giluminių asmeninių priežastinių ryšių, kurie lemia vienokį ar kitokį moters sprendimą. Daugelis aborto reiškinį tyrusių mokslininkų (D.Reardon, P.Ney, V.Rue, P.K.Colleman ir kt.) tvirtina, jog nutraukti nėštumą nėra paprastas moters apsisprendimas [8,23,28,32]. Dažniausiai ji ryžtasi abortui, kai nebegali rasti kitos išeities. Pastojimas ir nėštumas nėra įprasti įvykiai moters gyvenime. Trumpalaikės neigiamos emocijos natūraliai gali kilti kiekvienai moteriai nėštumo pradžioje, ir tai yra normalaus adaptacinio periodo eiga. Išeities pozicija analizuojant aborto problemą galėtų būti nėštumo, kaip krizinės būsenos, kurioje moteriai sunku įvertinti savo apsisprendimo pasekmes žvelgiant viso gyvenimo perspektyvoje, vertinimas. Tuomet analizuojant gilumines aborto priežastis verta apžvelgti veiksnius, kurie lemia moters požiūrį į nėštumą, t.y. motinystės identitetą susiformavimą bei tarpasmeninių ryšių kokybę ir artimiausių asmenų įtaką moters apsisprendimui rinktis abortą.

Giliau pažvelgti į aborto priežastis svarbu ne tik dėl medicininių, bet ir dėl teisinių aplinkybių. Lietuvoje nėštumo nutraukimai reglamentuoti ne įstatymu, bet Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu Nr. 50/1994 01 28. Todėl galima tvirtinti, jog aktualu, kad ši procedūra

būtų reglamentuota įstatyminiu lygiu. Taip pat įsigaliojus "Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo" įstatymui (2004 m. liepos 13 d.), kurio 6 str. kalba apie paciento teisę į informaciją, svarbu išanalizuoti, kokias pasekmes nėštumo nutraukimas gali turėti moters sveikatai ir kokia konsultavimo praktika šiuo aspektu yra paplitusi kitose Europos šalyse.

Straipsnio tikslas – apžvelgti ir išanalizuoti moters sprendimui nutraukti nėštumą darančius įtaką vidinius veiksnius ir aborto riziką moters sveikatai teisės į informaciją realizavimo aspektu.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir dokumentų teorinė ir palyginamoji analizė.

Nuostata nėštumo atžvilgiu ir atsakingos lytinės elgsenos priklausomybė

Motinytė nėra savaime susiklostantis reiškinys. Lytis, įvelkanti žmogiškąją prigimtį į moteriškąją ar vyriškąją būti, suteikia tik galimybę. Visa kita – auklėjimo dalykas, kuris priklauso tiek nuo šeimos puoselėjamų ir perduodamų vertybių, tiek nuo kiekvienos moters motinystės tapatumą veikiančių visuomenės tradicinių ir kultūrinių nuostatų. Vaikystėje mergytė, susitapatindama su mama, lengvai atranda moteriškosios lyties įprasminimą motinystėje. Paauglystėje šis motinystės įvaizdis pradeda griūti dėl kelių priežasčių: besikeičiantis kūnas priverčia kaskart jausti diskomfortą, atsirandantys nauji interesai verčia paauglę nerimauti ir ieškoti savosios lyties prasmės iš naujo. Tuo metu nuo ugdytojų kompetencijos ir lytinio auklėjimo tikslų, turinio bei metodų labai priklauso, kokią prasmę besiformuojančios moters pasaulėvokoje įgis nėštumas ir gimdymas: ar kaip moters prigimties savybė, suteikianti jai išskirtinę privilegiją duoti naujam asmeniui gyvenimą, ar kaip didelis nepatogumas, trukdantis jos seksualinės saviraiškos laisvei. Paauglystės laikotarpiu aktualizuojama lytiškumo integracija į savąjį "aš". Paauglės (paauglio) prisiimtas atsakingos lytinės elgsenos modelis pakloja pamatus lytiškumo ir asmenybės darniai integracijai į vieną visumą. Išanalizavę literatūrą šiuo klausimu manome, kad egzistuoja du skirtingi atsakingos lytinės elgsenos modeliai [12,37]: pirmasis, kai paauglys (paauglė) vadovaujasi nuostata, kad atsakinga lytinė elgsena yra sugebėjimas valdyti lytinius impulsus (šis modelis vyrauja lytiniame auklėjime) [6,30,34]. Antrasis, dar vadinamas saugiu ar saugesniu seksu, kai atsakinga lytinė elgsena suprantama kaip kontracepcijos vartojimas siekiant išvengti nepageidaujamų lytinių santykių pasekmių: lytiniu keliu plintančių infekcijų ir nėštumo (šis modelis vyrauja lytinio švietimo ir žalos mažinimo programose) [18,19,36]. Pirmuoju atveju nėštumas, gimdymas ir ly-

tiniai santykiai suvokiami priežastiniame ryšyje. Ir todėl nėštumas priimamas kaip ateities siekinys ir sąmoningai projektuojamas atidedant vienintelę nėštumo priežastį – lytinius santykius vėlesniam, visavertės brandos laikotarpiui. Antruoju atveju lytinių santykių ir nėštumo priežastinis ryšys nėra aiškiai suvokiamas, nes nėštumo ar lytiniu keliu perduodamų infekcijų kilimo priežastimi laikomi ne pernelyg ankstyvas lytinių santykių siekimas, bet vaisingumą slopinančių ir apsauginių priemonių nevartojimas ar nesugebėjimas vartoti. Atsakingumas yra bazinė asmenybės savybė, grindžiama elgsenos savireguliacija [4]. Paauglė siekia lytinių santykių kaip tam tikro gėrio sau. Diegiant antrąjį atsakingos lytinės elgsenos modelį, jos atsakingumo sampratoje gali susiklostyti vizija, jog norint to pasiekti būtina apsisaugoti nuo joje glūdinčios prigimtinio gebėjimo pastoti lygiai taip pat kaip ir nuo (galbūt ar labai tikėtina) partneryje slypinčios pavojingos užkrečiamos ligos. Paauglė patiria tam tikrą vidinę priešpriešą: jos prigimties savybė – vaisingumas – nedera su jos „gėrio“ siekimu. Vadinas, vaisingumas nėra gėris. Todėl, priėmusi antrąjį, saugaus ar saugesnio sekso kaip atsakingos lytinės elgsenos, modelį, paauglė gali būti sudėtinga priimti savąjį lytiškumą, nes susikuriamas "nepilnavertės", trukdančios įgyvendinti savo siekį prigimties įvaizdis. Pastaruoju atveju galima kalbėti apie asmenybės dezintegraciją, t.y. nesugebėjimą priimti savosios lyties, kaip vertingos lyties.

Neigiamos nuostatos nėštumo atžvilgiu įtaka motinystės identiteto susiformavimui

Vaikystės metais susiklostęs pasaulėvaizdžio turinys ateityje paprastai lemia suaugusio žmogaus pasaulėžiūros turinį [27]. Todėl paauglystės metais susikurtas nėštumo „baubas“ gali padaryti įtaką motinystės identiteto formavimuisi mergaitės savimonėje. Deja, šiandien neigiama nuostata nėštumo atžvilgiu sklinda net iš mokyklinių vadovėlių: jau šeštoje klasėje vadovėlyje "Gamta ir žmogus" (1998, p. 47) dvylikametė skaito: „Prasidėjusios mėnesinės rodo, kad mergaitė gali tapti nėščia ir pagimdyti kūdikį, nors tai ir nepatartina“ (kadangi apie ankstyvą seksualinę patirtį, kuri tikrai yra „nepatartina“, neužsimenama, šį tekstą galima suprasti tiesiogiai). S.S Mader „Biologijos“ vadovėlyje (2 knyga, 1999, p.543), skirtoje aukštesniųjų klasių moksleiviams, nėštumas sutapatinamas su negalia, nuo kurios reikia „apsisaugoti“, todėl „yra sukurtų vaistų nuo pastojimo“, (pabraukta aut.). L. Molienė ir S. Molis „Žmogaus biologija ir sveikata“ (2000, p. 24) dėsto: „Kaip išvengti nėštumo“, nes „neplanuotas nėštumas gali sugriauti visus ateities planus“; S Palionienė, V. Šadzevičiūtė „Mano vieta pasaulyje“ (1999, p.107) rašo: „Naudodamos šias

priemonės (kontraceptinės piliulės, aut. past.), poros gali džiaugtis sekso teikiama malonumais ir nesibaiminti dėl nepageidaujamo nėštumo". „Nepatartinas“, „neplanuotas“, „nepageidaujamas“, „kaip išvengti“ – šios ir daugybė kitų neigiamų nuostatų nėštumo atžvilgiu aktyviai prisideda prie sampratos susiklostymo mergaitės pasaulėvaizdyje, kad *nėštumas yra blogis, kurio reikia vengti*. Įvertinant tai, galima teigti, jog mokykloje diegiama saugaus ar saugesnio sekso, kaip atsakingos lytinės elgsenos, modelis. Vadinasi, nesudaroma pakankama prielaida mergaitės lytinei saviidentifikacijai, kuria turėtų būti grindžiamas motinystės identitetas.

Motinystės identitetas – tai naujos personalinės sistemos įjungimas į moters savivoką [21]. Ši psichologinė motinystės identiteto inkorporacija prasideda ir vystosi iš naujo su kiekvienu nėštumu. Iki nėštumo moters tarpasmeniniai ryšiai su jos šeima, darbu ir socialiniais interesais sudaro tam tikrą balansą, kuris užtikrina moteriai emocinį komfortą. Nėštumas pakeičia moters vidinę pusiausvyrą ir nusistovėjusį saviidentiškumo jausmą. Nėštumą galima vertinti kaip moters emocinio ir psichinio susiregulavimo ir pasiruošimo procesą, įgalinantį priimti naują asmenį – vaiką – į savo asmeninį gyvenimą. Motinystės identitetas yra ypač svarbus nėštumo laikotarpiu, nes jis užtikrina vaiko ir motinos tarpusavio ryšio atsiradimą. F. H. Nichols, Sh. Smith Humenick teigia [24], jog nėštumo planavimas ir jo priėmimas – pirmieji žingsniai, nulemiantys motinystės identiteto ir nėštumo, kaip tikro adaptacinio proceso, sėkmingą eigą. Jei moters pasaulėvaizdyje įsigalėjusi iš paauglystės susiformuota nuostata, jog nėštumas yra bloga lemianti moters būseną, toks adaptacinis periodas gali būti labai nepalankus nėštumui.

Nėštumas – krizinė moters būseną

Asmens ir prigimties konfliktas, neišspręstas paauglystėje, ryškiausiai sužydi moteriai pastojus. Praeityje susiklostę įvykiai, tradicijos, vertybės gali didžia dalimi lemti moters išgyvenimus. Pirmieji jausmai, kuriuos patiria moteris, suvokusi, jog yra nėščia, nebūtinai yra pozityvūs. Nėštumo pradžioje moteris gali patirti neigiamus išgyvenimus, pasimetimą, rūpestį dėl ateities. B.L.Blum, aprašęs nėštumo psichologinius aspektus, tvirtina, jog normalu, kai moteris nėštumo metu išgyvena daugybę krizių. Viena jų ryškiausia pačioje pradžioje, kai moteris abejoja, ar ji tikrai nėščia, ar tikrai yra joje kūdikis [5].

Ekspertai, konsultuojantys pacientus, esančius krizinėje situacijoje, tvirtina, jog tokie žmonės yra labiau pažeidžiami ir priklausomi nuo pašalinių nuomonių, nei tie, kurie nėra tokioje padėtyje. Tokie asmenys pasižymi

„mažesniu ryšiu su realybe“. Jie dažniau patiria nuovargio, nevilties, pykčio, dezorganizacijos antplūdžius. Krizėje atsidūrę asmenys labiau linkę pasilikti nuošalėje ir leisti kitiems už juos priimti sprendimus [33]. Tuo būtų galima paaiškinti, kodėl nėščia moteris, ypač jei ji netekėjusi, paauglė, turinti tarpasmeninių ryšių ar finansinių sunkumų, yra tokia pažeidžiama. Moteris, kuri prieš tai sugebėjo kontroliuoti savo gyvenimą ir priimti sau palankius sprendimus, staiga pasidaro priklausoma nuo kitų nuomonių.

Aplinkinių asmenų įtaka moters sprendimui nutraukti nėštumą

Moterys, patyrusios abortą ar nusprendusios nutraukti nėštumą, dažniausiai suvokia, kad tai yra kažkas daugiau nei paprasta medicininė procedūra. Daugiau nei pusė (60,3%) pirmą nėštumą nutraukusių respondenčių Lietuvoje į klausimą, ar „Abortas yra vaisiaus mirtis?“ atsakė teigiamai [17]. Taip pat daugiau nei pusė Rusijos ir JAV apklaustųjų moterų, nutraukusių nėštumą, abortą vertina kaip moralinį blogį (50,5 % Rusijos ir 50,7 % JAV grupėje) [32]. Net 70 % visų apklaustųjų moterų vertina abortą kaip nemoralų reiškinį [33]. Natūraliai kyla klausimas, kas turėtų paveikti moters sprendimus, kad ji sąmoningai suvokdama, jog abortas yra moralinis blogis ir vaisiaus žūtis, vis vien jam ryžtasi?

Užsienio šalyse atlikti tyrimai rodo, kad 60 % visų aborto atvejų moteris nutraukė nėštumą ne laisva valia [28]. Dauguma autorių, tyrinėjančių aborto priežastis, netikėtą nėštumą vertina kaip krizinę moters būseną, kurioje esanti moteris gali būti nepajėgi priimti savarankišką, ateities perspektyvos požiūriu labiausiai palankų sprendimą. Atsakydamos, kas turėjo įtakos jų apsisprendimui, apklaustos moterys dažniausiai nurodydavo: mama, vyras ar partneris, mažai pagalbos iš visuomenės, apimta pykčio ir silpnumo, tėvas, nematė kitos išeities, klinikų darbuotojai įkalbėjo [21]. Net 8 iš 10 moterų nurodė, kad jos būtų gimdžiusios, jei būtų sulaukusios pagalbos ir palaikymo [28].

Vyro/partnerio vaidmuo moters apsisprendimui

D.C Green ir kt. autoriai teigia, jog moterys, kurių partneriai nepageidavo nėštumo, net 7,4 karto dažniau nurodė, kad jų nėštumas yra nenorimas, lyginant su moterimis, kurių partneriai palankiai atsiliepė apie nėštumą [16]. A. Gutmacherio instituto spausdintoje studijoje 51% apklaustųjų moterų patvirtino, jog santykių su partneriu problemos lėmė jų apsisprendimą abortui [14]. Išanalizavus įvairius šaltinius, pasirodė, kad yra labai artima abortų ir smurto prieš moterį sąsaja. D. Britanijoje atlikta studija patvirtino, jog net trečdalis moterų, apsilankančių šeimos planavimo klinikoje, kenčia nuo prievartos

[26]. Australijoje atliktoje studijoje daroma išvada, jog 25 % Australijos moterų patyrė fizinį, emocinį smurtą, o 28 % seksualinę prievartą vaikystėje [26]. Vokietijoje apklausus 1157 moteris, kurios kreipėsi ginekologinės pagalbos, beveik pusė jų nurodė, jog buvo įtrauktos į nenorimus seksualinių ryšius, tarp jų net vienas trečdalis respondenčių patvirtino, jog patyrė seksualinį smurtą skirtingu gyvenimo laikotarpiu (6,8% – vaikystėje, 10,3% – paauglystėje, 6,4% jau būdamos suaugusios, 3,5% kelis kartus skirtinguose amžiaus perioduose) [25]. Kanadoje atlikti tyrimai parodė, kad moterys, siekiančios pakartotinio aborto (antrojo ir trečiojo), lyginant su moterimis, kurios apsisprendė pirmajam abortui, 2,5 karto dažniau patiria fizinį ar seksualinį smurtą iš savo partnerių [15]. Pakartotiniai abortai, remiantis Alano Gutmacherio instituto tyrimų duomenimis, JAV sudaro beveik pusę (45 %) visų abortų [14], o Lietuvoje – (1998 m.) net 89,5 % [17]. Nėštumo metu rizika patirti fizinį partnerio smurtą padvigubėja [26]. Ne moters veidas, bet pilvas tada tampa labiausiai mušama kūno vieta. W. Fisheris, tyrinėjęs pakartotinio aborto priežastis, apibendrinamas savo tyrimus rekomenduoja atidžiai išnagrinėti moters, siekiančios aborto (ir pirmojo, ir pakartotinio), anamnezę siekiant išsiaiškinti, ar ji nėra prievartos ar smurto auka [15].

Abortas įtraukia moterį į savotišką smurto ratą, iš kurio ji nepajėgi be išorinės pagalbos išėiti. Mokslininkai, tyrinėjantys aborto ir moters psichinę sveikatą (D.Reardon, P.Ney, M.Ney), nustatė, jog moteris po aborto išgyvena kaltės jausmą, patiria depresiją ir pasižymi mažesne saviverte [29]. Savo ruožtu moteris, patirianti bet kurią prievartos ar smurto rūšį, pasižymi didesne priklausomybe, tiek emocine, tiek finansine, nuo vyro ar partnerio ir, savaime suprantama, mažesne saviverte. Taigi abortas, naikindamas moters savigarbos likučius, nepalyginamai stipriau ją pririša prie smurtaujančio partnerio ir jos padėtį padaro dar labiau beviltišką, kuri moteriai pastojus tampa pakartotinio aborto priežastimi.

Bet kuriuo atveju, atsižvelgiant į aukščiau minėtus tyrimus, galima teigti, jog aborto pasirinkimas nėra laisvas, bet dažnai priverstinis moters sprendimas.

Patirto smurto vaikystėje ir aborto ryšys

Smurto šeimoje ir smurto, patirto vaikystėje, ryšys yra taip pat labai glaudus. Mergaitės patirtas vaikystėje fizinis ar seksualinis smurtas dauguma atvejų sudaro prielaidą, jog ji pasirenka smurtaujančią partnerį. Aukščiau pateikti tyrimų duomenys akivaizdžiai įrodo, kad moterys, patiriančios vieną ar kitą prievartos rūšį, kentėjo nuo jos jau vaikystėje. P. Ney tvirtina, jog tarp moterų, kurias renkasi abortą, yra žymiai daugiau tokių, kurios

patyrė vaikystėje fizinę, seksualinę prievartą ar buvo apleistos, nei tarp tų, kurių nėštumas baigiasi gimdymu [23]. Daugelis mokslininkų tvirtina, jog vaikystėje patirti išgyvenimai ir psichinės traumos turi įtakos vėlesniame gyvenime priimant sprendimus. Tokie asmenys pasižymi labiau rizikingu elgesiu, prie kurio priskiriamas ir nėštumo nutraukimas [32].

Mokslininkai, tiriantys fizinės prievartos prieš vaikus ir aborto sąsajas, teigia, jog moterys, išgyvenusios perinatalinį praradimą, turi kur kas didesnę riziką naudoti fizinį smurtą prieš savo vaikus [9].

Teisės prof. Teresa Collet pažymi, jog JAV abortas yra viena pagrindinių smurto prieš vaikus didėjimo priežasčių: 1972 m. (vieneri metai prieš legalizuojant abortą) JAV buvo nustatyta 2,05 prievartos prieš vaikus, tenkančių 1000 vaikų atvejų, 2004 m. JAV sveikatos ir žmogaus tarnybos departamentas patvirtino, jog kiekvienam 1000 vaikų tenka 12,3 smurto atvejai [10].

Abortai ir kontraceptikai

Naujausi tyrimai, atlikti keliose išsivysčiusiose pasaulio šalyse, parodė, kad kontracepcijos vartojimo ypatumai neturėtų būti laikomi pagrindiniu abortą įtakojančiu veiksniu. Londone atliktoje studijoje nurodoma, kad iš apklaustų 1127 moterų didžioji dauguma (90 %) naudoja kontracepciją laikas nuo laiko, prieš dabartinį pastojimą 60 % iš jų naudoja prezervatyvais ir 40 % vartojo geriamus kontraceptikus [26]. Moterys, ketinančios nutraukti antrąjį ar trečiąjį nėštumą, žymiai dažniau vartojo kontracepciją pastojimo metu, nei tos, kurios nurodė, jog abortą renkasi pirmą kartą. Autoriai pažymi, jog atlikto tyrimo rezultatai patvirtino anksčiau atliktų tyrimų, spausdintų skirtingu metu ir skirtinguose moksliniuose šaltiniuose [15], duomenis.

Abortas kaip moters sveikatos rizikos veiksnys

Abortas ir psichinė moters sveikata. Mokslininkai, tyrę aborto ir moters psichinės sveikatos ryšį, teigia, jog patirtas abortas vidutiniškai 8 metus po nėštumo nutraukimo išlieka depresijos rizikos faktoriumi. Moterys, kurių pirmasis nėštumas baigėsi abortu, 65 proc. yra linkusios patirti depresiją nei moterys, kurių pirmasis nėštumas užsibaigė gimdymu [20].

R. Reardon teigia, jog moters, nutraukusios savo pirmą nėštumą, priklausomybės rizika nuo alkoholio ar narkotikų padidėja penkis kartus [29]. P. Coleman tvirtina, jog yra glaudus ryšys tarp aborto ir alkoholinės priklausomybės: moterys, patyrusios abortą, kito, norimo nėštumo metu yra 5 kartus dažniau linkusios vartoti narkotikus, 2 kartus dažniau alkoholį ir 10 kartų lengvąjį narkotiką – marihuaną lyginant su nėščiomis moterimis, kurios prieš tai neturėjo aborto [8].

Priešlaikiniai gimdymai ir abortas. JAV mokslininkai Brent Rooney ir Byron C. Calhoun 2003 m. paskelbė 49 atliktų studijų apžvalgos duomenis, kurie parodė, jog priešlaikinis gimdymas yra tiesiogiai susijęs su prieš tai moteriai atliktais abortais. Pvz., Australijos studijoje, apėmusioje 121 305 priešlaikinio gimdymo atvejus, nustatyta, kad jei moteris prieš norimą nėštumą patyrė 1 abortą, jos priešlaikinio gimdymo 20–27 savaičių nėštumo laikotarpiu rizika padidėja 1,6 karto, 2 abortai padidina šia riziką 2,5 kartus, 3 abortai – 5,6 kartus. Bavarijos (Vokietija) studija, apėmusi 106 345 priešlaikinių gimdymų atvejus, patvirtino, jog 1 abortas padidina priešlaikinio gimdymo riziką 32 savaičių nėštumo laikotarpiu 2,5 kartus, 2 abortai – 5,2 kartus o 3 abortai – net 8 kartus [31].

Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis nustatyta, kad pagrindinis ir pirmuoju priešlaikinio gimdymo rizikos veiksniumi dažniausiai nurodomas nėštumo nutraukimas [3,11]. Svarbu užsiminti, kad viena priešlaikinio gimdymo rizikos sumažinimo rekomendacijų yra minimas saugiai atliktas miniabortas, t.y. dar labai mažo nėštumo metu atliktas vakuuminis išsiurbimas. 1999 m. atlikta Danijos studija ypač svarbi, nes joje panaudoti Danijos abortų registro duomenys. Tai padėjo išvengti tendencingumo, kuris visada būna, kai pati moteris nurodo buvusių nėštumų nutraukimų skaičių. Šios studijos duomenimis, priešlaikinio gimdymo rizika svyruoja nuo 1,99 po vieno aborto iki 2,45 po dviejų ir daugiau abortų. 92,3% atvejų abortai atlikti būtent minivakuuminės aspiracijos būdu, tačiau po abortų, kuomet plečiamas gimdos kaklelis, rizika išauga iki 12,45 karto [38]. Taigi iš tikrųjų bet koku būdu atliktas abortas turi įtakos galimoms nesėkmėms kito moters nėštumo metu.

Dažnai klaidingai manoma, kad priešlaikinis gimdymas yra tik medicininė problema, tačiau dabar žinoma, kad tarp prieš laiką gimusių vaikų sunki invalidumą sukianti cerebralinio paralyžiaus patologija dažnesnė vidutiniškai 55 kartus (95% CI 40,8-75,2) [13]. Neabejotinai svarbu akcentuoti šį aborto-priešlaikinio gimdymo-cerebralinio paralyžiaus ryšį, nes šio mechanizmo užvedimo faktorius yra procedūra, kurios galima išvengti.

Abortas ir krūtis vėžys. Aborto ir krūtis vėžio sąsaja – daugiausia diskusijų sukelianti problema. Atlikta daugybė tyrimų, kurie patvirtina, jog krūtis vėžio atvejai pasaulyje didėja proporcingai abortų skaičiui [2]. Tačiau reikia įvertinti ir tai, kad krūtis vėžio diagnostika nuo to laiko, kai daugelyje pasaulio šalių įteisintas abortas, taip pat pagerėjo kelis kartus. Moksliniuose prestižiniuose žurnaluose nuolat skelbiami tyrimų rezultatai, kurie

visiškai priešingai vertina aborto ir krūtis vėžio sąsajas. Turint galvoje moters teisę į informaciją, gydytojo, kuris turėtų ją suteikti moteriai, padėtis šiuo atveju nėra iš lengvųjų. Pvz., JAV trijų valstijų gydytojai įpareigoti paaiškinti moteriai, jog abortas gali sukelti krūtis vėžį, kai tuo tarpu kitose valstijose to nereikalaujama [2]. Skirtingi moksliniai šaltiniai kaip vieną iš žymiausių krūtis vėžio ir aborto polemikoje nurodo išsamia, 1996 m. paskelbtą Brind J., Chinchili V.M., Severs W. M. studiją, kuri gali būti vertinga aborto ir krūtis vėžio diskusijoje [7]. Šioje studijoje metaanalizės būdu įvertinta 30 paskelbtų žymiausių mokslinių darbų, tyrinjančių krūtis vėžio ir aborto sąsajas. Mokslininkai pateikia išvadą, jog moters, turėjusios abortą prieš pirmą gimdymą, rizika susirgti krūtis vėžiu, lyginant su moterimi, nepatyrusia aborto, padidėja dvigubai, o moterų, kurios patyrė abortą po pirmojo gimdymo, tikimybė susirgti krūtis vėžiu padidėja 30 proc. [7].

Moters teisė į informavimą ir konsultavimą

LR Seimo 2004 m. liepos 13 d. patvirtintas "Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo" įstatymas šeštame str. įteisina paciento teisę į informaciją. Vadinas, remiantis šiuo įstatymu moteriai, nusprendusiai nutraukti nėštumą, turi būti suteikiama informacija, susijusi su šios intervencijos rizika. Daugelyje Europos išsivysčiusių šalių moteriai, siekiančiai nutraukti nėštumą, suteikiama konsultacinė pagalba, kurios tikslas ne tik suteikti informaciją apie aborto riziką, bet padėti rasti alternatyvų sprendimą. Po konsultacijos paliekamas privalomas apsisprendimo laikas: pvz., Luksemburge 7 dienos, Belgijoje 6 dienos, Olandijoje 5 dienos, Prancūzijoje 8 dienos, Vokietijoje 3 dienos, Italijoje 7 dienos, Portugalijoje 3 dienos, Vengrijoje 3 dienos [1]. Vokietijoje sukurtas valstybės lėšomis išlaikomas nėščiąjų konsultavimo tarnybų tinklas, kuris yra nepriklausomas nuo sveikatos priežiūros įstaigų. Konsultantu negali būti gydytojas, kuris stebi nėščią moterį ar ruošiasi nutraukti nėštumą. Moteris konsultuoja specialiai tam pasirengę psichologai, socialiniai darbuotojai, kurie yra pajėgūs įvertinti emocinę būseną bei įgalinti spręsti moters juridines ar finansines problemas.

Įvertinus tai, jog abortas glaudžiai susijęs su šeimoje patiriamu smurtu, ir tai, kad netikėtas nėštumas moteriai yra krizinė būsena, kad ji gali būti nepajėgi savarankiškai priimti sau palankų sprendimą ir tai, kad ji negauna tinkamos konsultacinės pagalbos (psichologinės, socialinės, teisinės), mūsų šalyje moters apsisprendimą nutraukti nėštumą galima būtų vertinti kaip nelaisvą ir neinformuotą sutikimą.

IŠVADOS

1. Paauglystės metais įdiegta neigiama nuostata nėštumo atžvilgiu, vėliau, moteriai pastojus, gali tapti sustiprinančiu veiksniu, lemiančiu jos pasirinkimą nutraukti nėštumą, jei moters sėkmingai nėštumo baigčiai kitos aplinkybės yra nepalankios. Todėl siekiant aborto mažėjimo mokyklų mokymo turinyje ir priemonėse turėtų vyrauti pirmasis atsakingos lytinės elgsenos modelis.

2. Nenorimą nėštumą reikėtų vertinti kaip krizinę moters būseną. Todėl šiuo periodu greitus, sėkmingai nėštumo eigai nepalankius moters sprendimus derėtų vertinti labai atidžiai, nes moteris nepajėgi priimti sau palankių sprendimų.

3. Akivaizdžiais duomenimis įrodytas aborto ir patiriamos smurto ryšys. Todėl konsultuojant moterį, pasirinkusią nėštumo nutraukimą, tikslinga ne tik suteikti informaciją apie aborto riziką jos sveikatai, bet ir išsiaiškinti dėl galimo smurto artimiausioje aplinkoje.

4. Tinkamos pagalbos nebuvimas gali būti vertinamas kaip viena iš pagrindinių aborto priežasčių. Todėl siekiant abortų skaičiaus mažėjimo Lietuvoje, tikslinga tiek atlikti išsamesnius tyrimus apie aborto ir smurto sąsajas bei gilumines priežastis, darančias įtaką moters sprendimui, tiek kurti ir plėtoti nėščiąjų konsultavimo tarnybas.

Literatūra

1. Abortion Legislation in Europe. IPPF European Network (updated 2004, February) <http://www.ippfen.com/files/105.pdf>.
2. Andrew L. Legal Implication of a link Between Abortion and Breast Cancer. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 10(1) Spring 2005, p. 11-14.
3. Aniuilienė R. Priešlaikinis gimdymo rizika ir jos įvertinimas. *Daktaro disertacija*. Kaunas: KMU, 1999.
4. Bitinas B. *Hodegetika*. Vilnius: Kronta 2004.
5. Blum B.L. *Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding*. New York: 1980.
6. Borawski E. A., Trapl E. S., Lovegreen L. D., Colabianchi N., Block T. Effectiveness of Abstinence-only Intervention in Middle School Teens. *American Journal Health Behaviour*. 2005;29(5):423-434.
7. Brind J, Chinchilli M, et al. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 10, 1996, 50: 481-496.
8. Coleman P.K. et al. A history of induced abortion in relation to substance abuse during subsequent pregnancies carried to term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002, 167:3-8.
9. Coleman P.K., Maxey C.D., Rue V.M. Association between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers. *Acta Paediatrica*, vol 94. No 10, October 2005, p. 1476 - 1483.
10. Collett T. The Consequences of Roe v.Wade and Doe v. Bolton. Testimony, US Senate Committee on the Judiciary. June 23, 2005, http://judiciary.senate.gov/testimony.cfm?id=1553&wit_id=4396.
11. Čigriejienė V-M. *Priešlaikinis gimdymas*. Kaunas: KMU, 1998.
12. DiCenso A., Guyatt G., Willan A., Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324:1426.
13. Ericson A, Kallen B. Very low birthweight boys at the age of 19. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1998 May;78(3):F171-4.
14. Facts in Brief: Induced Abortion. The Alan Guttmacher Institute, 1996, http://www.agi-usa.org/pubs/fb_induced_abortio.html.
15. Fisher W.A., Singh S.S., Shuper P.A. ir kt. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*, 2005, 172(5); p. 637-641.
16. Green DC, Gazmararian J.A. Mahony L.D. Unintended pregnancy in a commercially insured population. *Maternal and Child Health Journal* 6 (3), September, 2002, p. 181-187.
17. Jakubčionytė Rita. *Nėštumo nutraukimą įtakojantys faktoriai*. *Daktaro disertacija*. Kaunas: KMU, 2000.
18. Janice Hopkins T.J. Teenagers need sex education, not just abstinence advice. *BMJ*, 2005;331;129-130.
19. Jaruševičienė L. Paauglių lytinė elgsena ir reprodukcinės sveikatos priežiūros galimybių vertinimas. *Daktaro disertacija*. KMU, 2000.
20. Jesse R. Cogle L, David C. Reardon, Priscilla K. Coleman. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit*, 2003; 9(4): CR157-164.
21. Mathewes-Green F. *Real Choices*. Ben Lomond, 1997.
22. Miller W.B. An Empirical study of the Psychological Antecedents and consequences of Induced Abortion. *Journal of Social Issues*, 1992, 48(3), p. 67-93.
23. Ney P.G. Other reasons for repeat abortion. *CMAJ*, 2005, 172 (5)637-641.
24. Nichols F. H., Humenick Sh. Smith. *Childbirth education: practice, research and theory*. W. B. Saunders company, 1988.
25. Peschers U.M., Du Mont J, Jundt K. ir kt. Prevalence of Sexual Abuse Among Woman Seeking Gynecologic Care in Germany. *Obstetrics & gynecology*, 2003, 101, p. 103-108.
26. Phillips S.S. Violence and abortion: What's doctor to do? *CMAJ*, 2005, March 1, 172(5) p.653.
27. Pukelis K. *Mokytojų rengimas ir filosofinės studijos*. Kaunas: Versmė, 1998, p. 98.
28. Reardon D.C. *Aborted Women, Silent No More*. Springfield, IL, 2002, p.11-21.
29. Reardon D.C., Ney P.G. Abortion and Subsequent Substance Abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2000, 26(1), p. 61-75.
30. Rector R., Johnson K.A., Marshall J.A. Teens Who Make Virginity Pledges Have Substantially Improved Life Outcomes. A Report of The Heritage Centerfor Data Analysis. CDA04-07, September 21, 2004.
31. Rooney B., Calhoun B.C. induced Abortion and Risk of Later Premature Birth. *Journal of American Physician and Surgeons*, 2003, 8 (2), p. 46-49.
32. Rue V.M., Coleman P.K. and oth. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 2004;10; SR5-16.
33. Sobie A., Reardon D.C. Who is making the choice? Women's heightened vulnerability During Crisis Pregnancy The Post-abortion Review, 2000, 8(1).
34. Ustilaitė St. Paauglių lytiškumo raiška ir jos psichopedagoginės korekcijos prielaidos. *Daktaro disertacija*. VPU, 2001.
35. Vanagienė V. *Nėštumo nutraukimo priežastys ir kontracepcijos naudojimo ypatumai*. *Daktaro disertacija*. Kaunas; KMU, 2001.

36. Who Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. WHO, Reproductive Health/Pregnancy Programme. Copenhagen, November 2001.

37. Wight D., Raab G.M., Henderson M., Abraham Ch., Buston K., Hart G., Scott S. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial. *BMJ* Vol, 324, 15 JUNE 2002.

38. Zhou W, Sorenson HT, Olsen J. Induced Abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol*, 1999; 94:948-953.

REALIZATION POSSIBILITIES OF THE FREE INFORMED CONSENT FOR ABORTION AND WOMEN'S RIGHT TO INFORMATION

B.Obelenienė, E.Švedas

Summary

Key words: abortion, contraception, crisis pregnancy, motherhood identity, responsible sexual behavior, negative attitude link to pregnancy, preterm birth, violence, women's right to choose.

It is widely thought that women's decision to do abortion is as-

sociated with maternal age, marital status, parity or socioeconomic status. Moreover, primary and very often only one preventive recommendation is contraception. The aim of this review is to clarify educational, psychological and social reasons, which are pressing women make abortion request. One of the strongest factors is formation of the negative attitude against pregnancy and pregnant women in the school. According to several studies women making abortion request experiencing violence and are under pressure to perform abortion. In addition plausible connections between history of induced abortion and serious risks for maternal and infants' health are discussed. The understanding of these reasons might be an important factor for the formation of the integrative positive environment for pregnancy in general, for prevention of post-abortion syndrome, preterm-birth and cancer-illness. It is concluded, that pregnancy as a critical situation in the women's life often requires special help from the psychologist or the social worker to make an informed consent for abortion.

Gauta 2005-11-23



HIBRIDINĖS DREBULĖS (*POPULUS TREMULOIDES MICHX. x P. TREMULA L.*) SODMENŲ IŠAUGINIMAS IŠ AKLIMATIZUOTŲ EX VITRO AUGALŲ-REGENERANTŲ

A.GRADECKAS

Lietuvos miškų institutas, Molekulinės genetikos ir biotechnologijos laboratorija

Raktažodžiai: kanadinės drebulės ir drebulės hibridai (*P.tremuloides x P.tremula*), *in vitro*, augalai-regenerantai, aklimatizacija, sodmenų išauginimas.

Santrauka

Hibridinė drebulė svarbi ne tik dėl per trumpą laiką išauginamos, naudojamos pramonėje medienos. Perspektyvus ir alternatyvus drebulės pumpurų, žievės ir kitų jos dalių kaip žaliavos panaudojimas medicininiam tikslams.

Tiriant hibridinės drebulės (*P.tremuloides x P.tremula*) mikrovegetatyvinio dauginimo technologiją atlikti *ex vitro* aklimatizuotų augalų regenerantų pakartotinės aklimatizacijos ir sodmenų išauginimo tyrimai. Ištirta augalų-regenerantų išsilaikymas ir augimas II aklimatizacijos metu priklausomai nuo I aklimatizacijos trukmės, regenerantų gyvybingumo, auginimo sąlygų ir II aklimatizacijos pradžios laiko vegetacijos metu.

Nustatyta, kad hibridinės drebulės sodmenų išauginimui (iš *in vitro* padaugintų ir daigintų

vėse aklimatizuotų regenerantų) palankiausiose sąlygose – šiltnamyje po persodinimo geriausiai išsilaikė (100 %) ir augo didesni – 19 cm aukšči ir 14 savaičių paauginimo trukmės po pirmos aklimatizacijos regenerantai. Siekiant sutrumpinti pirmos aklimatizacijos trukmę, tikslinga aklimatizuoti mažesnius – 5-7 cm aukščio ir 4-5 savaičių paauginimo trukmės regenerantus, kurie po persodinimo gerai išsilaikė (92-94 %) ir auga.

I lauko sąlygas – durpinį substratą labiausiai tinkami persodinti tik apie 14 savaičių paauginimo trukmės po pirmos aklimatizacijos (19 cm aukščio) regenerantai, kurių išsilaikymą lemia pakankamas drėkinimas ir tręšimas. Išaugintų sodmenų dydis (160 cm) yra pilnai tinkamas želdinių veisimui.

Mažiau gyvybingi po pirmos aklimatizacijos regenerantai net ir šiltnamio sąlygomis išsilaikė nepakankamai (75%) ir per visą vegetacijos sezoną augo daug lėčiau. Lauko sąlygomis mažai gyvybingų regenerantų aklimatizuoti netikslinga.