

AVORTUL, RISC DE MORTALITATE DE PATRU ORI MAI MARE DECÂT NAȘTEREA

*Publicat în original în The Post-Abortion Review *, nr. 8(2) aprilie-iunie 2000, Elliot
Institute, Il, SUA.*

*Traducere și adaptare de Asociația Pro-vita pentru Născuți și Nenăscuți – Filiala București
– www.provitabucuresti.ro*

Rezumat

Bazându-se pe date inexacte privitoare la mortalitatea maternă în Statele Unite, susținătorii avortului pretind că riscul mamelor de a muri la naștere este de șase, zece sau chiar de douăsprezece ori mai ridicat față de cel de a muri în urma unui avort.

Însă statisticile pe baza cărora se fac astfel de afirmații sunt eronate iar afirmația “avortul este mult mai sigur decât nașterea” ignoră complet gradul ridicat al altor complicații de natură fizică sau psihică asociate avortului. Un studiu recent privitor la asocierea sarcină-mortalitate, desfășurat în Finlanda, arată că riscul decesului în interval de un an de la avort este de câteva ori mai ridicat decât în cazul unei pierderi de sarcină sau al nașterii. [1]

Un nou studiu privind rata mortalității în urma avortului

Acest studiu bazat pe date statistice a fost publicat de *STAKES*, departamentul de analiză statistică din cadrul Centrului Național de Cercetare și Dezvoltare în domeniul Siguranței și Sănătății din Finlanda. În efortul de a evalua precizia rapoartelor privitoare la mortalitatea maternă, cercetătorii *STAKES* au studiat arhiva certificatelor de deces pentru toate femeile aflate la vârsta reproducerii (15-49 de ani), care au murit între 1987 și 1994 - un total de 9.192 de femei. Apoi au trecut în revistă baza națională de date privitoare la sănătate, căutând evenimente legate de perioada de sarcină pentru fiecare dintre gravide, pe durata a 12 luni premergătoare decesului.

Cercetătorii *STAKES* au identificat un număr de 281 de femei care au murit la un an de la sarcină. Rata mortalității la 100.000 de cazuri a fost de 27 pentru femeile care au născut, 48 pentru femeile care au pierdut sarcinile sau au avut sarcini ectopice și 101 pentru cele care au avortat. Cercetătorii au calculat apoi media deceselor în raport cu vârsta, folosind rata decesului femeilor care nu au fost însărcinate ca standard sau grup de control (1:1).

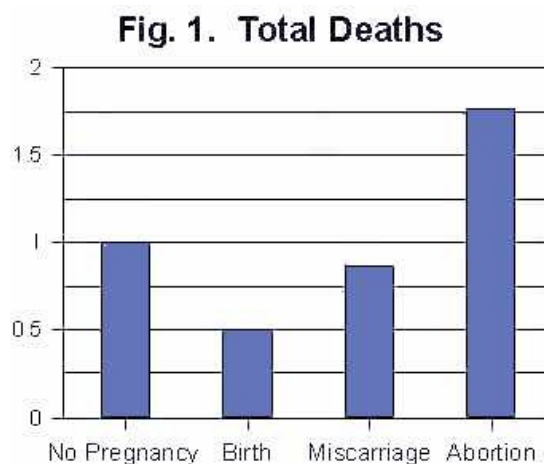


Fig. 1. Numărul total al morților (în ordine: fără sarcină, naștere, pierdere spontană, avort)

Fig. 1 arată faptul că rata deceselor femeilor în anul în care au născut este jumătate din cea a femeilor care nu erau însărcinate, în timp ce femeile care au avortat au 1,76 risc de deces în anul care urmează avortului în comparație cu femeile care nu sunt însărcinate. În comparație cu femeile care duc sarcina la termen, femeile care avortează sunt de 3,5 ori mai predispuse să moară în decurs de un an de la avort.

Cifre ca acestea variază din punct de vedere statistic de la an la an, de la țară la țară și între diferite studii. Din acest motiv, cercetătorii raportează întotdeauna bine cunoscutul procent de "95% acuratețe". Aceasta înseamnă că datele disponibile indică faptul că 95% din studiile similare vor raporta un rezultat apropiat de cel al raportului în cauză.

De exemplu, procentul estimat de 0,50 referitor la nașteri, are un interval de acuratețe între 0,32 și 0,78. Cu alte cuvinte, este posibil ca în 95% din timp, procentul estimat al deceselor după naștere să se găsească între 32 și 78 de procente din rata femeilor care nu sunt însărcinate. Intervalul de acuratețe de 95% pentru decesele în urma avortului a fost estimat la între 1,27 și 2,42 din rata anuală a femeilor care nu erau însărcinate.

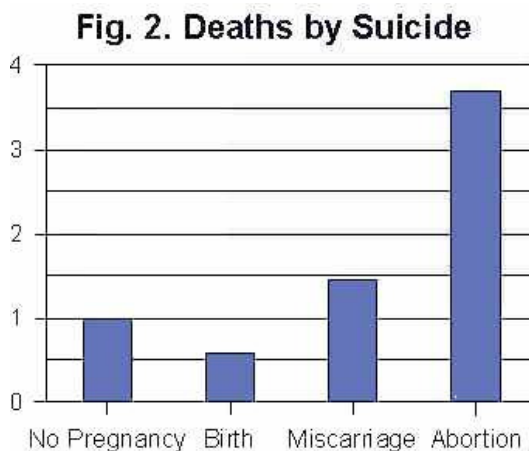


Fig. 2. Deces în urma sinuciderii

Folosind un subset al aceluiași date, cercetătorii STAKES au raportat că riscul de deces în urma sinuciderii în decurs de un an de la avort era de peste șapte ori mai mare față de riscul sinuciderii imediat după naștere [2]. Dintre cazurile de sinucidere, două erau corelate și cu infanticidul. Exemple de tentative de sinucidere/infanticid post-avort au fost, de asemenea, descoperite și în Statele Unite. [3]

Aceste rezultate au fost publicate de *STAKES* într-un studiu recent. Dintre cele 281 de femei care au decedat în decurs de un an de la ultima sarcină, 77 (27%) s-au sinucis. Figura 2 prezintă procentul per an al sinuciderilor în cele trei grupuri de sarcină comparativ cu grupul de control reprezentat de femeile care nu au fost însărcinate.

De notat este faptul că riscul sinuciderilor după o naștere era la jumătate față de populația generală de femei. Acest lucru confirmă datele studiilor precedente care au arătat că o sarcină dusă la termen reduce riscul sinuciderii. [4]

Avortul, pe de altă parte, este clar legat de o creștere dramatică a ratei de sinucidere. Aceste date statistice sunt coroborate cu studii bazate pe interviuri care au demonstrat constant un nivel foarte ridicat de gânduri de sinucidere (30-55 de procente) și raportări de tentative de sinucidere (7-30 de procente) în rândul femeilor care au făcut un avort [5]. În multe dintre aceste studii, femeia interviuată a desemnat explicit avortul drept cauză a impulsului sinucigaș.

Publicarea datelor privitoare la sinucidere de către *STAKES* a încurajat cercetătorii de la Autoritatea de Sănătate South Glamorgan din Marea Britanie să-și examineze propriile date privitoare la tentativele de sinucidere înainte și după evenimentele legate de sarcină. Au descoperit că printre femeile care au avortat există o trecere de la o rată a tentativelor de sinucidere relativ "normală", înaintea avortului, la o creștere semnificativă a sinuciderilor după un avort. După perioada de sarcină, există o rată a tentativelor de sinucidere de 8,1 / 1.000 de femei între cele care au avortat, comparativ cu doar 1,9 dintre cele care au născut. Rata crescută a tentativelor de sinucidere ca urmare a avorturilor era evidentă în rândul femeilor sub 30 de ani.

Ca și în exemplele oferite de *STAKES*, nașterea era asociată cu un risc semnificativ scăzut al tentativelor de suicid. Cercetătorii de la South Glamorgan au ajuns la concluzia că datele lor nu susțin punctul de vedere potrivit căruia sinuciderea în urma avortului derivă dintr-o sănătate mentală precară, anterioară actului, cel puțin comparativ cu tentativele raportate că fiind anterioare unui avort. Mai mult decât atât, "creșterea riscului de sinucidere după un avort indus poate fi consecința procedurii în sine." [6]

Interpretarea acestor studii statistice este înlesnită de numeroase publicații care descriu cazuri particulare de sinucidere în urma avortului [7]. În multe cazuri tentativa sau chiar sinuciderea pusă în practică sunt intenționat sau subconștient plănuite să coincidă cu data de comemorare a avortului sau cu data la care s-ar fi născut copilul avortat [8]. Au fost raportate și încercări de sinucidere în rândul părinților de sex masculin. [9]

Adolescenții sunt în general supuși unui risc mai mare de sinucidere și avort. Printr-un sondaj în rândul adolescentelor, cercetătorii de la Universitatea din Minnesota au descoperit că rata

tentativelor de suicid în decursul a șase luni înainte studiului a crescut de zece ori, de la 0,4 procente pentru fetele care nu au avortat în decursul acestei perioade la 4 procente pentru cele care au făcut un avort. [10] Alte studii arată că riscul de sinucidere după un avort este crescut în rândul femeilor care au avut o istorie a tulburărilor psihice sau tendințe de suicid. [11]

Merită știut faptul că cea mai crescută rată a sinuciderilor la nivel mondial, în rândul femeilor, este în China. Aici sunt înregistrate 56 de procente din sinuciderile în rândul femeilor [12]. Este singura țară în care se sinucid mai multe femei decât bărbați. Rata sinuciderilor în rândul femeilor din China, de sub 45 de ani, este de două ori mai ridicată ca aceea a bărbaților chinezi. Oficialitățile guvernamentale păr să nu aibă nici o explicație pentru acest fapt.

Conform tradiției, familiile chineze pun mare preț pe familiile numeroase, mai ales în comunitățile rurale. După moartea lui Mao Tse-Tung, care ținea la acest tip de familie, China a instaurat brutală politică a nașterii unui singur copil. Acest efort al controlului demografic încurajat de guvern și organizațiile de planning familial din Occident a cerut o practicare pe scară largă a avortului, inclusiv a avortului forțat și infanticidului, în special pentru copiii de sex feminin. Știută fiind legătura dintre avort și sinucidere, mai poate fi vreo îndoială că femeile din China, orientate spre maternitate, forțate acum de familie și comunitate să ia parte la aceste atrocități sunt mai predispușe la sinucidere?

Decesul în urma accidentelor

În Finlanda, cercetătorii *STAKES* au raportat că riscul decesului în urma accidentelor este de patru ori mai ridicat pentru femeile care au făcut un avort în anul precedent morții față de femeile care au dus sarcina la termen. Dintre cele 281 de femei care au murit în cursul anului ultimei sarcini, 57 (20%) au decedat în urma rănilor atribuite accidentelor.

Încă odată s-a dovedit faptul că nașterea are un efect protectiv. Femeia care a născut are riscul de a suferi un accident fatal redus la jumătate, raportat la totalul populației. Pe de altă parte, așa cum se vede în Fig. 3, femeile care au avortat sunt de peste două ori mai predispușe la un accident fatal în raport cu numărul total de femei.

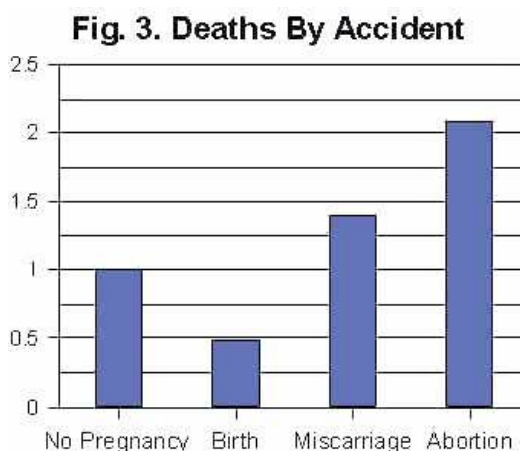


Fig. 3. Morți prin accident

Acest lucru indică faptul că o femeie cu copil nou-născut este probabil mai atentă la evitarea riscurilor care pot pune în pericol propria persoană sau copilul. Contrar acestora, femeile care au făcut un avort sunt, aparent, mult mai aplecate spre asumarea de riscuri care le-ar pune în pericol viața.

Aceste date sunt în concordanță cu cel puțin alte două studii care au dovedit că femeile care au avortat au necesitat de mai multe ori tratamente pentru leziuni în urma accidentelor în anul care a urmat avortului.

Într-un studiu al unui program medical finanțat de guvernul canadian, cercetătorii au ajuns la concluzia că femeile care au făcut un avort în urmă cu un an au urmat tratamente pentru tulburări mentale cu 41% mai frecvent decât cele care au suferit postpartum și cu 25% mai des pentru traumatisme sau alte circumstanțe rezultate din episoade violente. [13]

În mod similar, un studiu al Serviciului de asigurări Medicaid din Virginia, SUA, a constatat că femeile care au recurs la avorturi finanțate de stat au acuzat cu 62% mai multe tulburări mentale (rezultând costuri cu 43% mai ridicate) și cu 12% mai multe tratamente în urma accidentelor (rezultând cheltuieli cu 52% mai ridicate), în comparație cu eșantionul de femei asigurate de Medicaid. [14]

Este foarte posibil ca aceste decese, clasificate drept accidente, să fi fost, de fapt sinucideri. Cazuri de femei care în urma avortului, adesea în stare de ebrietate, și-au zdrobit deliberat mașinile în accidente, cu intenția de a se sinucide au fost raportate atât de către consilierii post avort cât și de către literatura de specialitate. [15]

Este posibil, de asemenea, ca multe dintre aceste decese să fie pur și simplu relaționate cu asumarea unor riscuri mult mai mari de către femeile care au făcut un avort. Acest lucru se poate întâmpla pentru simplul fapt că unora dintre femei nu le mai păsa dacă trăiesc sau mor după un avort. Alte femei pot căuta refugiul în “auto-medicație”, un fel de depresie și o creștere a adrenalinei care adesea se asociază cu asumarea unor riscuri. Pe lângă aceste lucruri, alcoolismul și abuzul de substanțe sunt efecte dovedite ale avortului, ambele crescând riscul de a suferi un accident fatal. [16]

Decesul în urma crimei

Studiul *STAKES* a evidențiat că 14 (5%) din cele 281 de femei au fost ucise. Cele mai multe decese au survenit printre femeile care au avortat. Așa cum se vede din Fig. 4, riscul de a muri în urma unui omor a fost de peste patru ori mai ridicat pentru femeile aflate după un avort decât riscul omuciderii în rândul populației în general. Aceste cifre, dacă le însumăm la cele indicate în graficele de suicid și deces prin accident, întăresc ideea că femeile care avortează sunt mai predispuse la angajarea în acțiuni riscante.



Fig. 4. Morți prin omucidere

Sondajul Institutului Elliot pe un eșantion de 256 de femei care au făcut avort a descoperit că aproape 60% dintre acestea au afirmat că au început să devină mai ușor irascibile după acest episod, 48% că au devenit mult mai violente la supărare. Tendințele crescute de furie și violență după avort au fost adesea asociate cu abuzul de substanțe și tendințele de sinucidere. [17] Cu alte cuvinte, femeile predispuse la violență sunt și cele mai înclinare spre ideea de “a renunța la viață”. Este o combinație periculoasă care poate duce foarte simplu la confruntări cu alte persoane, confruntări ce pot fi fatale.

În studiul *STAKES*, un număr de 6 decese în urma traumatismelor au fost înregistrate ca “morți violente neclarificate”. În aceste cazuri cercetătorii nu au putut stabili dacă moartea a survenit în urma unui accident, a unei sinucideri sau a unui omor.

Deces din cauze naturale

Din cele 281 de decese, 127 (45%) au fost atribuite morții din cauze naturale. În Figura 5 se poate vedea că procentul deceselor din cauze naturale în decursul unui an după sarcină este mai mic decât procentul deceselor femeilor care nu au fost însărcinate. Implicația evidentă a acestui fapt este aceea ca femeile capabile de a rămâne însărcinate sunt mai sănătoase și mai puțin predispuse deceselor din cauze naturale decât femeile care nu pot sau nu vor să rămână însărcinate. Cu alte cuvinte, femeile mai predispuse la morți survenite în urma bolilor sunt cele mai puțin predispuse să fi rămas însărcinate în decursul ultimului an al vieții. Comparând avorturile cu nașterile, observăm totuși, că riscul decesului din cauze naturale este semnificativ mai ridicat (60% mai mare în acest eșantion), pentru femeile care și-au provocat avortul în anul anterior morții, în comparație cu al femeilor care au dus sarcina la termen sau au suferit un avort spontan.

Fig. 5. Deaths from Natural Causes

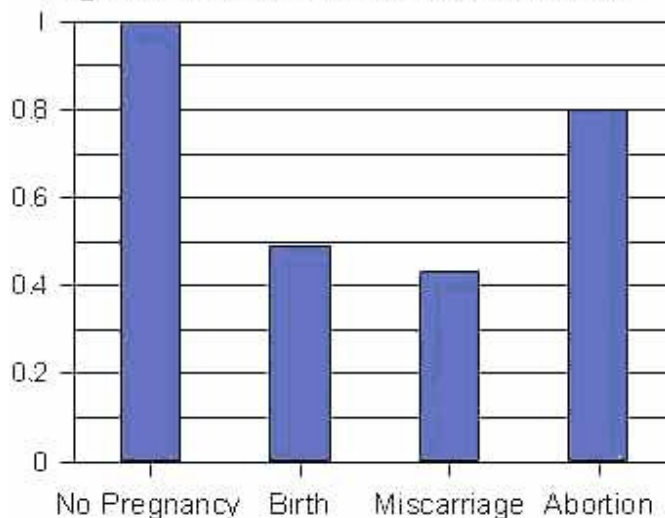


Fig. 5. Morți din cauze naturale

O explicație posibilă ar fi aceea ca femeile care au decis să avorteze erau deja într-o stare fizică proastă și au recurs la avort pentru a-și proteja viața. Această ipoteză a fost infirmată de cercetătorii de la *STAKES*, după ce examinarea probelor a demonstrat ca o singură femeie din acest grup a avortat din motive ce țineau de sănătatea personală. Datele concrete vor susține punctul de vedere conform căruia avortul induce un stress fizic și psihic nenatural asupra femeii și poate avea ca rezultat un impact negativ asupra stării generale de sănătate.

Această teorie este susținută de un studiu din 1984 care examinează numărul de îngrijiri medicale solicitat de femei cu un an înainte și un an după avort. Cercetătorii au dovedit că în mod normal există o creștere de 80% în numărul vizitelor la doctor și de 180 de procente a numărului vizitelor din motive psihosociale după avort. [19]

Zece ani mai târziu, un alt studiu pe un număr de 1.428 de pacienți, aleși aleator pe baza programărilor la 69 de cabinete ale medicilor generalişti, a dezvăluit faptul că pierderea de sarcină și în special avortul este asociat semnificativ cu o înrăutățire a stării generale de sănătate. [20] O femeie, cu cât a suferit mai multe pierderi de sarcină, cu atât are o stare de sănătate mai proastă. O pierdere recentă de sarcină este mult mai strâns legată de un declin al stării de sănătate decât o pierdere de sarcină urmată de o naștere.

Cercetătorii au descoperit că și pierderile de sarcină sunt asociate cu o înrăutățire a stării de sănătate, dar avortul provocat a fost mult mai puternic asociat cu acest lucru și mult mai frecvent identificat de către femei ca o cauză a îmbolnăvirilor. Mai mult de 20% dintre femeile participante la studiu au simțit nevoia moderată sau acută de a beneficia de ajutor profesionist pentru rezolvarea pierderii suferite.

Urmărind aceste date, Dr. Philip Ney, conducătorul echipei de cercetători, a ajuns la concluzia că durerea fizică sau psihologică în urma pierderii unui copil prin pierderea sarcinii sau avort are un efect determinant asupra sănătății unor femei. Ney supune atenției câteva

posibile motive: (1) depresia determină dereglarea sistemului imunitar, (2) conflictul psihologic consuma energia care ar putea fi, în alte condiții, direcționată spre obiceiuri mai sănătoase, (3) starea de deznădejde prelungită și nerezolvată poate distra de la grijă pentru problemele de sănătate sau poate genera confuzie în interpretarea situațiilor și evenimentelor. În completarea acestor factori, avortul a fost relaționat cu probleme de tulburări de somn, de alimentație, abuz de substanțe periculoase, fiecare dintre acestea putând avea un impact negativ direct asupra sănătății femeii.

Concluzii

Studiul *STAKES* referitor la decesele asociate sarcinii este fără reproș. Este un studiu bazat pe date concrete, într-o țară cu o evidență medicală centralizată. Deși este posibil ca un număr de femei care au decedat în intervalul investigat să fi născut sau să fi avortat în afară Finlandei, și să nu fi fost identificate în evidența medicală, nu există nici un motiv să credem ca aceste câteva cazuri ar fi modificat dramatic rezultatele prezentate mai sus.

În mod cert, procentul de femei care au murit în decursul unui an de la avort este semnificativ mai ridicat decât cel al femeilor care au dus sarcina până la termen sau au avut avorturi spontane. Acest lucru este valabil și pentru morțile din cauze naturale și pentru sinucideri, accidente sau omoruri. În plus, studiul subliniază dificultatea definirii clare și identificării deceselor maternale. Doar 22 de procente din certificatele de deces ale femeilor au menționat asupra ultimei sarcini.

Din nefericire, adesea nu există un mod clar de a determina dacă apare o legătură fundamentală între decese și o sarcină anterioară, naștere, pierdere de sarcină sau avort. Potrivit afirmațiilor conducătorului studiului *STAKES*, Mika Gissler, în evidențele de sănătate maternală din întreaga lume, “nu există un consens privitor la cazurile care ar trebui considerate morți maternale. Pun probleme, de exemplu, unele cazuri de cancer, atac cerebral, astm, ciroză hepatică, pneumonie asociată cu gripă, anorexie și multe morți violente cum ar fi sinuciderile, omuciderile și accidentele.” [21]

Privind retrospectiv asupra noțiunii predefinite a ceea ce constituie un deces legat de sarcină, echipa *STAKES* a precizat faptul că decesele în rândul femeilor în urma unei sarcini nu pot fi ușor detectate atunci când un studiu se bazează doar pe cercetarea unei perioade post operatorii pe termen scurt. Acest lucru este adevărat, în special în cazul unui avort. Decesele după un avort nu sunt, de multe ori, catalogate în acest fel, decât dacă moartea a survenit pe masa de operație, uneori nici atunci.

Examinând toate certificatele de deces și toate evenimentele legate de femeile însărcinate în anul anterior, echipa *STAKES* a eludat problema de bază a pre-definirii tipurilor de decese incluse sau excluse din evidențele mortalității materne.

Chiar și acest studiu are defectele lui. Limitarea evidentă este dată de faptul că cercetătorii au examinat doar un singur an din istoria reproductivă a femeilor care au murit în perioada de studiu. De vreme ce tentativele de suicid sunt adesea asociate cu datele de comemorare a avortului, unele decese în urma sinuciderilor sau accidentelor care au avut loc la mai mult de un an după perioada avortului au fost probabil omise.

După cum se poate vedea în Fig. 6, distribuția sinuciderilor pe lună, în urma perioadei de sarcină, indică un nivel ridicat de sinucideri la șapte până la zece luni de la avort. Acestea pot corespunde unei reacții comemorative negative coincizând cu data la care s-ar fi născut copilul avortat. O creștere similară se observă în rândul femeilor care au pierdut sarcinile spontan, vârful fiind cu aproximativ două luni mai devreme, probabil din cauză că avorturile spontane se petrec, de regulă, la o vârstă mai redusă a sarcinii în comparație cu avorturile induse.

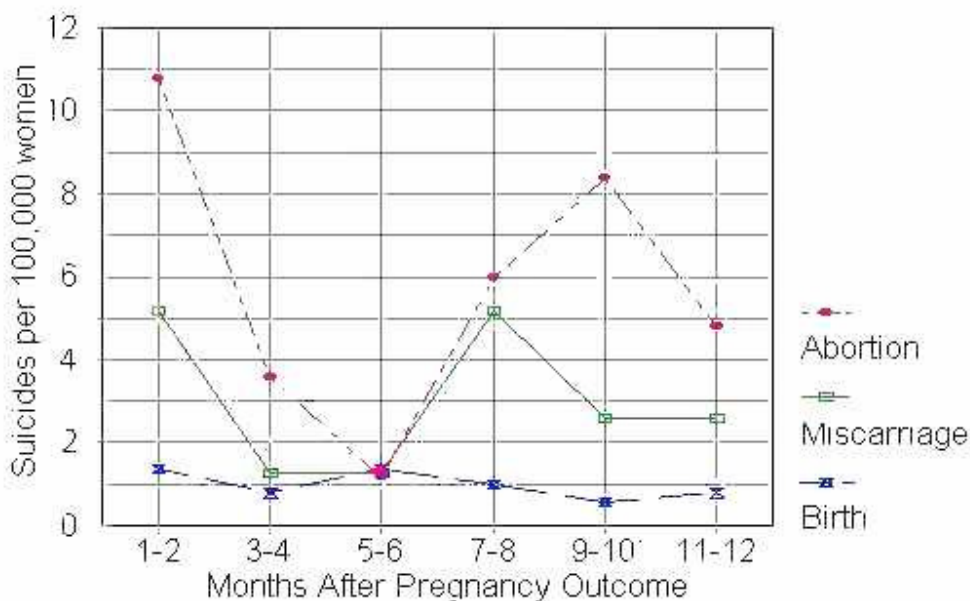


Figura 6: Rata sinuciderilor după evenimentele legate de sarcină

Un alt dezavantaj al perioadei de studiu de un singur an este acela că setul de date nu evidențiază durata efectului protector al nașterii, sau, din contră, durata pe parcursul căreia procentul de decese al celor care au avortat rămâne ridicată. Un studiu pe o perioadă mai extinsă de timp ar fi necesar pentru identificarea acestor efecte pe termen lung.

În final, studiul *STAKES* nu răspunde la întrebarea dacă femeile care s-au sinucis sau au murit în urma comportamentului riscant după avort aveau sau nu tendințe auto-distructive și înainte de acest eveniment. Există și această posibilitate. Femeile înclinate spre asumarea de riscuri sunt mai predispuse să rămână însărcinate și să aleagă avortul. În astfel de cazuri, în care avortul nu pare a fi cauza de bază a problemelor, acesta a contribuit probabil la deteriorarea psihologică și a devenit o cauză a decesului.

Pe de altă parte, reiese și din alte studii, că multe femei care nu aveau în trecut comportament auto-distructiv l-au adoptat ca rezultat direct al experiențelor traumatice provocate de avort. Nu se știe dacă acest ultim grup reprezintă o parte mică sau mare a celor care au murit în perioada studiată de *STAKES*.

Amănunte mai puțin cunoscute pot fi scoase la iveală studiind evidențele medicale ale femeilor în cauză pe o perioadă anterioară de câțiva ani. Este posibil ca înainte de încercările

de sinucidere să fi existat o incidență crescută de tratamente în urma accidentelor, tratamente psihologice, alte sarcini pierdute care pot fi asociate cu un risc crescut de viitoare decese prin sinucidere, omucideri sau accidente.

Sușținătorii avortului vor pleda, cu siguranță, pentru faptul că avorturile nu au “determinat” niciunul dintre aceste decese, ci că acele femei aveau doar tendințe auto-distructive sau erau bolnave și, oricum, ar fi murit. Este un argument fragil, de vreme ce este clar că aceste date dovedesc efectul protector al nașterii. Chiar și femeile care s-au sinucis după naștere au așteptat să se nască întâi copilul și abia apoi și-au luat viața.

Este probabil că cea mai bună metodă pentru a ajuta femeia cu tendințe auto-distructive să-și schimbe viața și să-i conștientizeze valoarea este aceea de a o încuraja să prețuiască viața copilului ei nenăscut. Pe de altă parte, este clar că a ajuta o femeie cu înclinații spre auto-distrugere să facă un avort, îi va agrava tendințele auto-distructive.

Aceste concluzii subliniază importanța de a impune clinicilor în care se fac avorturi să urmărească în trecutul femeilor care vor să avorteze cazuri de tentative de sinucidere, comportament sauto-distructiv și instabilitate psihică. Eșecul în căutarea acestor factori de risc este pură neglijență. În plus, psihologii clinicilor care dezinformează pacientele spunând ca avortul este mai sigur decât nașterea ar trebui să fie considerați răspunzători pentru practici mincinoase și campanii de dezinformare.

NOTE

* <http://afterabortion.info/index.html>

1. Gissler, M., et. al., “*Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994 — definition problems and benefits of record linkage,*” *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76:651-657 (1997).

2. Mika Gissler, Elina Hemminki, Jouko Lonnqvist, “*Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94: register linkage study*” *British Medical Journal* 313:1431-4, 1996.

3. McFadden, A., “*The Link Between Abortion and Child Abuse,*” *Family Resources Center News* (January 1998) 20.

4. S. J. Drower, & E. S. Nash, “*Therapeutic Abortion on Psychiatric Grounds,*” *South African Medical Journal* 54:604-608, Oct. 7, 1978; B. Jansson, *Acta Psychiatrica Scandinavia* 41:87, 1965.

5. David Reardon, “*Psychological Reactions Reported After Abortion,*” *The Post-Abortion Review*, 2(3):4-8, Fall 1994; Anne C. Speckhard, *The Psychological Aspects of Stress Following Abortion* (Kansas City: Sheed & Ward, 1987); Vincent Rue, “*Traumagenic Aspects of Elective Abortion: Preliminary Findings from an International Study*” *Healing Visions Conference*, June 22, 1996

6. Christopher L. Morgan, et. al., "*Mental health may deteriorate as a direct effect of induced abortion,*" letters section, *BMJ* 314:902, 22 March, 1997.
7. E. Joanne Angelo, "*Psychiatric Sequelae of Abortion: The Many Faces of Post-Abortion Grief,*" *Linacre Quarterly* 59:69-80, May 1992; David Grimes, "*Second-Trimester Abortions in the United States, Family Planning Perspectives*" 16(6):260; Myre Sim and Robert Neisser, "*Post-Abortive Psychoses,*" *The Psychological Aspects of Abortion*, ed. D. Mall and W.F. Watts, (Washington D.C.: University Publications of America, 1979).
8. Carl Tischler, "*Adolescent Suicide Attempts Following Elective Abortion,*" *Pediatrics* 68(5):670, 1981.
9. "*Psychopathological Effects of Voluntary Termination of Pregnancy on the Father Called Up for Military Service,*" *Psychologie Medicale* 14(8):1187-1189, June 1982; Angelo, op. cit.
10. B. Garfinkle, H. Hoberman, J. Parsons and J. Walker, "*Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota*" (Minneapolis: University of Minnesota Extension Service, 1986)
11. Esther R. Greenglass, "*Therapeutic Abortion and Psychiatric Disturbance in Canadian Women,*" *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21(7):453-460, 1976; Helen Houston & Lionel Jacobson, "*Overdose and Termination of Pregnancy: An Important Association?*" *British Journal of General Practice*, 46:737-738, 1996.
12. Elizabeth Rosenthal, "*Women's Suicides Reveal China's Bitter Roots: Nation Starts to Confront World's Highest Rate,*" *The New York Times*, Sunday January 24, 1999, p. 1, 8.
13. R.F. Badgley, D.F. Caron, M.G. Powell, Report of the Committee on the Abortion Law, Minister of Supply and Services, Ottawa, 1977:313-319.
14. Jeff Nelson, "*Data Request from Delegate Marshall*" Interagency Memorandum, Virginia Department of Medical Assistance Services, Mar. 21, 1997.
15. Carl Tischler, "*Adolescent Suicide Attempts Following Elective Abortion,*" *Pediatrics* 68(5):670, 1981; E. Joanne Angelo, *Psychiatric Sequelae of Abortion: The Many Faces of Post-Abortion Grief,*" *Linacre Quarterly* 59:69-80, May 1992.
16. D.C. Reardon and P.G. Ney, "*Abortion and Subsequent Substance Abuse*" *Am J Drug Alcohol Abuse* 26(1):61-75.
17. David Reardon, "*Psychological Reactions Reported After Abortion,*" *The Post-Abortion Review*, 2(3):4-8, Fall 1994
18. Personal communication with Mika Gissler, March 8, 2000.
19. D. Berkeley, P.L. Humphreys, and D. Davidson, "*Demands Made on General Practice by Women Before and After an Abortion,*" *J. R. Coll. Gen. Pract.* 34:310-315, 1984.

20. Philip G. Ney, Tak Fung, Adele Rose Wickett and Carol Beaman-Dodd, “*The Effects of Pregnancy Loss on Women’s Health*,” Soc. Sci. Med. 48(9):1193-1200, 1994.

21. Gissler, et.al. (1997) 652.

Vizitați www.provitabucuresti.ro pentru alte materiale despre protejarea vieții!