

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: " Ε Κ Τ Ρ Ω Σ Ε Ι Σ "

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑΣ

ΣΒΩΛΟΥ ΜΑΡΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	332
----------------------	-----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	V
Εισαγωγή	1
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Τι είναι έκτρωση	2
Ποιοι μηχανισμοί έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή της κύησης	4
Επιπλοκές εκτρώσεων	7
Σε ποιες περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμο- σύνης στην Ελλάδα	9
Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των εκτρώσεων	9
Εφημερίδα της Κυβέρνησης	12 σκ
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για έκτρωση	14
Ανύπαντρες κοπέλες	14
Κουρασμένες μητέρες	15
Δοκιμή γονιμότητας	15
Άρνηση μητρότητας	15
Αποφυγή ή αποτυχία αντισύλληψης	16
Σωματική ή ψυχική νόσος	16
ΕΞαναγκασμός από τρίτους	17
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των εκτρώσεων	18
Ψυχοπαθολογία πριν την έκτρωση	19
Ψυχολογία μετά την έκτρωση	21
Αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων	23
Η Ελλάδα και η έκτρωση	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Κοινωνιολογική ανάλυση του φαινομένου της έκτρωσης στον Ελληνικό χώρο	29 ^ο κε
Η ηλικία της γυναίκας	31
Επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας	31
Επαγγελματική δραστηριότητα	32
Οικονομική κατάσταση των γυναικών	33
Οι απόψεις των γυναικών σχετικά με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μέτρων	33
Προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις	34
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια	35
Απόψεις περί διαζυγίου και συζυγικής συμβίωσης	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Η έκτρωση σαν ανήθικη πράξη	37
Ποιες είναι οι απόψεις των θρησκειών για την έκτρωση	41 ^ο κε
Ποιες είναι οι θέσεις των διαφόρων κρατών για την έκτρωση .	43 ^ο κε
Η στάση των αντρών απέναντι στην έκτρωση	44
Ποιοι ωφελούνται από τις εκτρώσεις	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διαφώτιση της Ελληνίδας	49
Οικογενειακός προγραμματισμός	49
Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας	52
Φυσιολογία της γονιμότητας. Μηνιαίος κύκλος	54
Εμμηνόπαυση	55
Έκτρωση	55
Τρόποι έκτρωσης	56
Επιπλοκές	58

	Σελ.
Μετεγχειρητικές οδηγίες	61
Μέθοδοι ελέγχου γονιμότητας	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
Αποτελέσματα εργασίας	84
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	118
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	120

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία μας αναφερόμαστε στις εκτρώσεις. Σκοπός μας είναι να πληροφορήσουμε τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία τι είναι η έκτρωση, με ποιους τρόπους γίνεται, ποιες είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι, τι πρέπει να κάνει μετά από μια έκτρωση, αλλά, το σπουδαιότερο, πώς μπορεί να την αποφύγει.

Ασχοληθήκαμε με τις εκτρώσεις ύστερα από την ανακάλυψη ότι πάρα πολλές γυναίκες κάθε ηλικίας καταφεύγουν καθημερινά στα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια να σκοτώσουν ένα ανεπιθύμητο παιδί, με αποτέλεσμα ο αριθμός τους να ξεπερνάει τις 350.000 εκτρώσεις το χρόνο. Και έτσι να έχουμε πολλές κατεστραμμένες γυναίκες, σωματικά και ψυχολογικά, και αύξηση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έκτρωση είναι ένα απ' τα αμφιλεγόμενα θέματα που προβλημάτισε όλες τις κοινωνίες απ' την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, προκαλώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές αντιπαραθέσεις, κινητοποιώντας παράλληλα κοινωνικούς φορείς και οργανώσεις.

Η γυναίκα, έγγαμη ή άγαμη, αποτυγχάνοντας συχνά να διαχωρίσει τη σεξουαλικότητα από την αναπαραγωγή, καταλήγει στην έκτρωση σαν μέσο διακοπής "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης. Η εγκυμοσύνη θεωρείται "ανεπιθύμητη" για λόγους κοινωνικούς (εκτός γάμου κύηση), οικογενειακούς (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια, δυσαρμονία στις σχέσεις με το σύντροφο, αδυναμία υποστήριξης και ανατροφής του παιδιού), ηλικίας μητέρας (περιπτώσεις ανηλίκων ή παρήλικων μητέρων) και πιο συχνά επειδή το κυοφορούμενο έμβρυο είναι προϊόν μιας παροδικής σεξουαλικής σχέσης.

Σε χώρες με ελεύθερο καθεστώς εκτρώσεων και έλλειψη ή αποτυχία ευρύτερων προγραμμάτων αντισύλληψης, η διακοπή της εγκυμοσύνης καταντά το απλούστερο και συνηθέστερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων, προκαλώντας οξύτατα δημογραφικά προβλήματα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Τι είναι έκτρωση;

Καθημερινά δεκάδες γυναίκες περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, όχι για να φέρουν ένα παιδί στον κόσμο, αλλά για να το ξεριζώσουν πριν οι ρίζες ριζώσουν βαθειά και τις πληγώσουν, τις πονέσουν.

Στα πρόσωπά τους διαγράφεται η ενοχή, ο φόβος, η απογοήτευση, η πίκρα. Ελάχιστες παριστάνουν τις ψύχραιμες, τις αδιάφορες, έχοντας συνηθίσει τη διαδικασία της έκτρωσης. Μεταξύ τους, όχι λίγες, μαθήτριες λυκείου και ακόμη γυμνασίου.

- Δεν είχα ολοκληρωμένες σχέσεις, είναι δυνατόν;

- Πώς έγινε; Μα ήταν η πρώτη φορά!

- Τι να κάνω; Είναι η δέκατη φορά. Δεν υπάρχει τρόπος να λυτρωθώ;

Αυτά και πολλά άλλα ακούμε καθημερινά από εκατοντάδες γυναίκες που γίνονται θυσία στο βωμό της άγνοιας, της αμάθειας και της εκμετάλλευσης.

Χιλιάδες γυναίκες σακατεύονται, μένουν στείρες, βασανίζονται ψυχολογικά και βιολογικά με προβλήματα και ενοχές.

- Σαν προκλητή έκτρωση εννοούμε μια έκτρωση που προκλήθηκε από την απευθείας επέμβαση μέσων που υιοθετήθηκαν εθελοντικά από την έγγυο ή από το μαιευτήρα, ή άλλο πρόσωπο, με σκοπό να προκαλέσουν τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Σ' αυτή την περίπτωση υπεισέρχονται και η θεραπευτική άμβλωση και η εγκληματική. Σαν θεραπευτική άμβλωση ο νόμος εννοεί την προκλητή από το γιάτρο έκτρωση για την αποφυγή ενός σοβαρού κινδύνου, είτε φυσικού είτε ψυχικού, για τη ζωή της μητέρας, λόγω της υπάρχουσας εγκυμο-

σύνης. Μπορεί να πρόκειται για μια σοβαρή καρδιοπάθεια, μια χρόνια νεφρίτιδα, εκλαμψία ή άλλες σοβαρές παθήσεις του αίματος, νεοπλάσματα του γεννητικού συστήματος κ.τ.λ.

Σ' αυτήν την περίπτωση η θεραπευτική διακοπή της εγκυμοσύνης δεν τιμωρείται από το νόμο, αλλά η γυναίκα, πριν μερικά χρόνια, έπρεπε να αποδείξει ότι λόγω προϋπαρχουσών παθήσεων ή εμφανισθεισών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η ζωή της βρισκόταν σε σοβαρό κίνδυνο τη στιγμή της άμβλωσης και υπήρχαν πιθανότητες η γενική της κατάσταση να βελτιωθεί μετά την επέμβαση. Μετά το 1975, ο νόμος έκανε πιο πλατιά την έννοια της κατάστασης ανάγκης όσον αφορά τη θεραπευτική άμβλωση και δέχτηκε τη δυνατότητα διακοπής της εγκυμοσύνης, όταν αυτή είναι επικίνδυνη και για τη φυσική υγεία και την ψυχική ισορροπία της εγκύου.

Εγκληματική άμβλωση είναι η περίπτωση των γυναικών, που, μένοντας έγκυοι χωρίς να επιθυμούν μια εγκυμοσύνη, αποφασίζουν να τη διακόψουν.

Η αντισύλληψη αποτελεί την καλύτερη εγγύηση για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ωστόσο δεν μας εξασφαλίζει πάντα απόλυτα. Γι' αυτό θα πρέπει να διεκδικήσουμε το δικαίωμα της νόμιμης έκτρωσης, μια και το να θέλει ή να μη θέλει παιδιά είναι στοιχειώδες δικαίωμα της ίδιας της γυναίκας.

Όταν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταλήγει στην έκτρωση σαν ακραίο μέσο αντισύλληψης, είναι ίσως μια υπεύθυνη λύση γιατί αρνείται κανείς να φέρει στον κόσμο ένα ανεπιθύμητο παιδί, στις απαιτήσεις του οποίου δεν θα έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί.

Ποιοί μηχανικοί τρόποι έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή της εγκυμοσύνης;

Για κυήσεις μέχρι τον 3ο μήνα, η ενδομήτρια εισαγωγή ουροκαθετήρα ή παρόμοιου μαλακού οργάνου, αποτελούσε ευρύτατα διαδεδομένη μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης.

Τι είναι οι μαλάξεις.

Η πρόκληση έκτρωσης με μαλάξεις στην κοιλιά (μασάζ) είναι μια τεχνική προσφιλή στην Ανατολή, από τη Μπούρμα μέχρι τις Φιλιππίνες και Νότια ως την Ινδονησία.

Η πίεση που εξασκείται στην κοιλιά, είναι τόσο μεγάλη, ώστε οι εκχυμώσεις να φαίνονται για πολλές ημέρες. Ο πόνος, η αιματουρία, η μέλαινα κένωση, είναι μερικές από τις επιπλοκές, ενώ μερικές φορές χρειάζεται να βγει η μήτρα για να σωθεί η γυναίκα από την αιμορραγία. Ένα μεγάλο ποσοστό των εκτρώσεων στις Φιλιππίνες γίνονται με τον πρωτόγονο αυτό τρόπο.

Ποιες είναι οι χειρουργικές τεχνικές εκτρώσεων;

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

α) Διαστολή του τραχήλου και απόξεση

Γίνεται με διαφόρους τρόπους, ανάλογα με την ηλικία της εγκυμονούσας. Οι πιο συνηθισμένοι είναι:

α. Η χρησιμοποίηση μεταλλικών κηρίων.

Πρόκειται για κυλινδρικά, λεία μεταλλικά όργανα, διαφόρου διαμέτρου. Η διαστολή γίνεται προοδευτικά, εισάγοντας στον τράχηλο κηρία της επόμενης κάθε φορά διαμέτρου, μέχρις ότου είναι

είναι δυνατή η εισαγωγή στη μήτρα του κατάλληλου για κάθε περίπτωση αναρροφητήρα ή ξέστρου.

β. Με τη χρησιμοποίηση λαμιναρίων.

Οι λαμινάρες είναι μικρά τεμάχια. Όταν τοποθετούνται μέσα στον αυλό του τραχήλου προκαλούν μέσα σε μερικές ώρες προοδευτική διαστολή του. Η διαστολή σφείλεται στην αργή, αλλά σταθερή διόγκωση που υφίστανται οι λαμινάρες όταν προσροφούν υγρά.

Τι είναι τα ξέστρα;

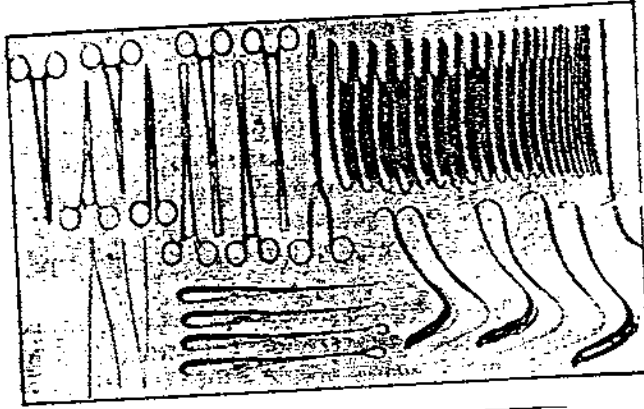
Πρόκειται για μεταλλικά όργανα με οξύ χείλος, τα οποία "ξύνουν" την κοιλότητα της μήτρας, αποκολλώντας έτσι τμηματικά το έμβρυο απ' αυτή.

Η διακοπή με αναρρόφηση

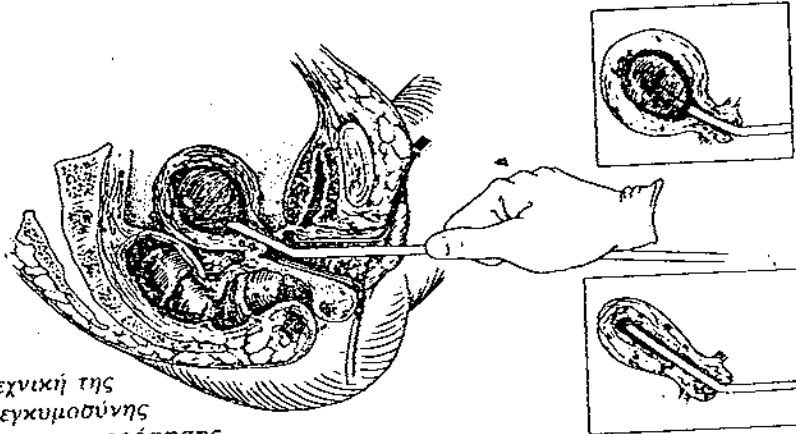
Πρόκειται για την πιο συνηθισμένη σήμερα μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο. Εφαρμόζεται με γενική αναισθησία και προϋποθέτει διαστολή του τραχηλικού στομίου. Στη συνέχεια μπαίνει ένας λεπτός μεταλλικός ή πλαστικός σωλήνας από τον τράχηλο στην κοιλότητα της μήτρας. Ύστερα, μέσω μιας αναρροφητικής αντλίας, μεταδίδεται στο σωλήνα αρνητική πίεση, με αποτέλεσμα να αναρροφείται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα όλο το περιεχόμενο της μήτρας. Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί πάνω από 5 λεπτά.

Τι είναι και πώς γίνεται η αναρρόφηση του ενδομήτριου ή ρύθμιση της περιόδου ή μικτροέκτρωση;

Πρόκειται για αναρρόφηση του περιεχόμενου της μήτρας με τη χρησιμοποίηση ενός λεπτού πλαστικού καθετήρα διαμέτρου 4-6



Εργαλεία, με τα οποία γίνεται η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η απόξεση του ενδομητρίου.



Η τεχνική της διακοπής της εγκυμοσύνης με την μέθοδο της αναρρόφησης.

μη και με τη βοήθεια μιας σύριγγας, χωρίς να χρειάζεται να γίνει διαστολή του τραχήλου ή αναισθησία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται πριν ακόμη το "test εγκυμοσύνης" γίνει θετικό και μπορεί να εφαρμοσθεί σε γυναίκες με τακτική περίοδο, στις οποίες μια καθυστέρηση 10-14 ημερών σημαίνει συνήθως εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται γενικά γιατί δεν είναι ασφαλής.

Οι εκτρώσεις μπορεί να προκαλέσουν άμεσες ή απώτερες επιπλοκές και να κινδυνεύσει η ζωή της γυναίκας.

Γενικά, η συχνότητα των επιπλοκών σε εκτρώσεις, που γίνονται κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της εγκυμοσύνης, είναι χαμηλή. Οι πιο συχνές απ' αυτές είναι:

1. Παραμονή στη μήτρα εμβρυϊκών στοιχείων.
2. Διάτρηση της μήτρας.
3. Βλάβες στον τράχηλο.
4. Πυελική φλεγμονή.
5. Αιμορραγία.
6. Διάτρηση του εντέρου.
7. Σπάνια μπορεί να συμβεί καρδιακή ανακοπή ή έντονη αλλεργική αντίδραση από το αναισθητικό.

Επιπλοκές των εκτρώσεων του δεύτερου τρίμηνου της εγκυμοσύνης

1. Έντονη φλεγμονή (ενδομητρίτιδα, σηψαιμία).
2. Μεγάλη αιμορραγία.
3. Διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος.
4. Παραμονή στοιχείων κύησης μέσα στη μήτρα (ατελής εκκένωση).
5. Ρήξη εντέρου ή ουροδόχου κύστεως, μήτρας.
6. Αποτυχία διεκπεραίωσης της έκτρωσης.

7. Νέκρωση του μυομητρίου λόγω εγχυσης μέσα σε αυτό του υπερτόνου αλατούχου διαλύματος.

Ποιες είναι οι μετέπειτα επιπλοκές που μπορεί να συμβούν;

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

1. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαιη ή απότομη διαστολή, με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.
2. Ενδομητρικές συμφύσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθο φλεγμονή. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να έχουμε στειρώση λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα ή αποβολές.
3. Ενδομητρίτιδα (φλεγμονή του ενδομητρίου).
4. Πυελική φλεγμονή (σαλπγγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων των σαλπίγγων. Και
5. Ψυχικές διαταραχές.

Πόσες εκτρώσεις γίνονται σήμερα στον κόσμο και στην Ελλάδα.

Υπολογίζεται ότι 1 στις 4 περίπου κυήσεις στη γη, διακόπτεται με έκτρωση. Στις Ευρωπαϊκές χώρες η υπολογιζόμενη σχέση μεταξύ εκτρώσεων και παιδιών που γεννιούνται ζωντανά κυμαίνεται μεταξύ 0.8/1 και 13/1, αν και ο αριθμός των εκτρώσεων φαίνεται να είναι μεγαλύτερος απ' αυτόν που υπολογίζεται.

Στην Ιαπωνία η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Στις Η.Π.Α. οι εκτρώσεις έφθασαν το 1975 το ένα εκατομμύριο το χρόνο. Τον ίδιο χρόνο έγιναν 273 εκτρώσεις για κάθε 1.000 ζωντανά παιδιά που γεννήθηκαν

το 1/3 από τις εκτρώσεις αυτές αφορούσαν γυναίκες κάτω από τα 19 χρόνια.

Στην Ελλάδα γίνονται κάθε χρόνο από 150.000 έως 400.000 εκτρώσεις.

Σε ποιες περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα;

Προς το παρόν, η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται στη χώρα μας, όταν έχει σκοπό "την ανατροπή απρόβλεπτου, αναπότρεπτου ή άλλου κινδύνου της ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της κυοφορούσης" και εφ' όσον η ανάγκη αυτή βεβαιώνεται και με πιστοποιητικό ενός ακόμη γιατρού πλην του γυναικολόγου. Στις περιπτώσεις αυτές συγκαταλέγονται έγκυες με σοβαρό βαθμό σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρές καρδιοπάθειες ή νεφροπάθειες, κακοήθη νοσήματα (καρκίνος), παθήσεις του νευρικού συστήματος ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η έκτρωση επίσης επιτρέπεται σε περιπτώσεις που η σύλληψη έγινε μετά από βιασμό ή αποπλάνηση κοριτσιού κάτω των 15 ετών, καθώς και σε περιπτώσεις αιμομιξίας. Η διακοπή τέλος της εγκυμοσύνης είναι νόμιμη, σε περιπτώσεις που διαπιστώνεται ότι το έμβryo πάσχει από σοβαρές συγγενείς ή κληρονομικές ανωμαλίες.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των εκτρώσεων;

Από στατικά δεδομένα σε χώρες, με ελεύθερες εκτρώσεις, προκύπτει ότι η "νομιμοποίηση" έχει τα εξής επακόλουθα:

- α) Μείωση του αριθμού των επιπλοκών από τις εκτρώσεις.
- β) Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας (η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εξωγάμων παιδιών). Συγκεκριμένα

τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια, ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα.

- γ) Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που "εγκαταλείπονται" μετά τη γέννησή του και
- δ) Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.

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

Στις Η.Π.Α. το 1973, όταν ακόμα υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις εκτρώσεις, έγιναν 500.000 περίπου εκτρώσεις. Το 1975 δυο χρόνια μετά τη νομιμοποίηση, ο αριθμός έφθασε το ένα εκατομμύριο.

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

Τον Οκτώβρη του 1966 η Ρουμανία επαναφέρει τροποποιημένους περιοριστικούς νόμους για τις εκτρώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νόμιμων εκτρώσεων να πέσει στο 1/12 αυτών που γίνονταν προηγούμενα. Εννιά μήνες αργότερα ο αριθμός των γεννήσεων διπλασιάστηκε. Όταν όμως οι παράνομες εκτρώσεις αυξήθηκαν

ο αριθμός των γεννήσεων άρχισε να ελαττώνεται, με ταυτόχρονη αύξηση της μητρικής θνησιμότητας.

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

1. Η εισήγηση στο Υπουργικό Συμβούλιο για όλα τα θέματα που αφορούν την ανασυγκρότηση της πόλης της Καλαμάτας και την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων που προκάλεσαν οι σεισμοί του 1986 και η υλοποίησή των αποφάσεων του.

Ειδικότερα ο Υπουργός Άνευ Χαρτοφυλακίου :

α) υποβάλλει στη Βουλή σχέδια νόμων που αφορούν τα πιο πάνω αντικείμενα και επιμελείται της εκτέλεσής μετά την ψήφισή τους.

β) συντονίζει τη δράση όλων των συλλογικών κυβερνητικών και διοικητικών οργάνων που έχουν συσταθεί με σκοπό την ταχύτερη ανασυγκρότηση της πόλης της Καλαμάτας και την επίλυση των ιδιαίτερων προβλημάτων της.

γ) επισπεύδει όλες τις ν.μ.α.ρ.α. και διανομαρχιακό επίπεδο υπηρεσίες που συνδέονται με την περιοχή της πόλης της Καλαμάτας σε ό,τι αφορά τα πιο πάνω αντικείμενα.

δ) κοιτά από κοινού με τους καθ' ύλην αρμοδίους Υπουργούς κάθε αρμοδιότητα που τους έχει εκχωρηθεί μετά της ανασυγκρότησης της πόλης της Καλαμάτας και αφορά την ανασυγκρότησή της ή την επίλυση των ιδιαίτερων προβλημάτων της.

ε) κοιτά από κοινού με τον Υπουργό Περιβάλλοντος, Διοικητικής και Δημοσίων Έργων τις αρμοδιότητές του στην περιφέρεια της πόλης της Καλαμάτας, σε ό,τι αφορά την κατασκευή δημοσίων έργων που συνδέονται με τα πιο πάνω αντικείμενα.

2. Στις πιο πάνω αρμοδιότητες περιλαμβάνονται και οι κοινοβουλευτικές.

3. Οι αρμοδιότητες των παρ. 1 και 2 αφορούν και την ευρύτερη περιοχή του νομού Μεσσηνίας που έχει πληγεί από τους σεισμούς του 1986.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 27 Φεβράρη 1987
ο ΠΡΟΤΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Αριθ. Π.1431/1396

(2)

Πρόταση προθεσμίας υποβολής της προσωρινής δήλωσης και περιοδικής εκκαθάρισης Φ.Π.Α., από επιχειρήσεις που τυχόν βεβήλουν Γ' κατηγορίας του Κώδικα Φορολογικών Ντολογιών.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παραγρ. 1 του άρθρου 31 του Ν. 1642/1986 (Φ.Ε.Κ. Α' 125) «Για την εφαρμογή του φ.π.α. προστιθέμενης αξίας και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το Ν. 1676/1986 (Φ.Ε.Κ. Α' 2) «Αναθεώρηση των συντελεστών του φόρου προστιθέμενης αξίας και ρύθμιση άλλων θεμάτων».

2. Τις διατάξεις της αριθ. Π.738/723/30.1.87 απόφασης με «Διαδικασία εκκαθάρισης και πληρωμής του φόρου προστιθέμενης αξίας».

3. Την ανάγκη παροχής διευκολύνσεως στους υποκειμένους στο φόρο, αποφασίζουμε :

1. Παραινέουμε μέχρι 6 Μαρτίου 1987 την προθεσμία υποβολής της προσωρινής δήλωσης και περιοδικής εκκαθάρισης Φ.Π.Α., για τους υποκειμένους που τηρούν Γ' κατηγορίας του Κ.Φ.Σ. που λήγει την 25η Φεβρουαρίου 1987.

2. Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και να κυρωθεί με νόμο.

Αθήνα, 24 Φεβρουαρίου 1987
ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΣΟΒΟΛΑΣ

Αριθ. Α86/οικ. 2799

(3)

Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παραγρ. 2 εδάφια β και γ και 3 του άρθρου 1 του νόμου 1609/1986 (Φ.Ε.Κ. 86 Α'/86) και :

2. Την γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., όπως αυτή διατυπώνεται στην 1/43ης ολομ./22.12.86 απόφασή του, αποφασίζουμε :

Άρθρο 1.

Με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται τα θέματα που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Άρθρο 2.

Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12 εβδομάδα εγκυμοσύνης :

1. Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την συμπλήρωση δώδεκα εβδομάδων (άρθρο 2, παράγρ. 4α ν. 1609/86) ενεργείται σε νοσοκομεία (ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ.) και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις :

2. Η επέμβαση ενεργείται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπεύθυνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.

3. Πριν από την επέμβαση :

α) Ενημερώνεται η έγκυος για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ενημέρωση αυτή γίνεται με έντυπες οδηγίες που τυπογράφονται δίνονται στην έγκυο.

β) Ενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ουρών και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και παρακλινική προσεχειρητική διερεύνηση.

Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται σε ειδικό έντυπο ερωτηματολογίου που φυλάσσεται στα αρχεία του τμήματος και είναι σε κάθε περίπτωση στη διάθεση των αρμόδιων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές που γίνονται οι επεμβάσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν τις ελάχιστες προδιαγραφές :

α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάνηψης των ασθενών και να στελεκώνεται τουλάχιστον από δύο μαιείς και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό, και

β) Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Άρθρο 3.

Διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη 12 εβδομάδα.

Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/86 γίνεται αποκλειστικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όρων οριζόμενων στις παραγρ. 2, 3 και 4 του προηγούμενου άρθρου.

Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτή συνεργάζονται με την

η οποία αναγειρεύει προηγουμένως τον υγρό, στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ζυγολόγος.

Άρθρο 4.

Τρίπλες και μονάδες προγεννητικής διάγνωσης.

1. Η προγεννητική διάγνωση, προκειμένου να διαπιστωθούν οι ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρίου, που επάγει τη γέννηση παθολογικού νεογνού, εφόσον η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί τις είκοσι τέσσερες (24) εβδομάδες, στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου β' της παραγρ. 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτή αντικαταστάθηκε με το άρθρο 2 του ν. 1609/86 γίνεται στις μονάδες προγεννητικού ελέγχου, που λειτουργούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/83) ή στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων, κάτω από την επίβλεψη και ευθύνη γιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου με εμπειρία στην παρακολούθηση των εμβρυϊκών παθήσεων, στην αμνιοπαρακέντηση και σε άλλες μαιευτικές μεθόδους.

2. Οι μονάδες προγεννητικού ελέγχου, σε συνεργασία με τις μονάδες γενετικής και τα άλλα τμήματα ή μονάδες του εργαστηριακού τομέα της ιατρικής υπηρεσίας των περιφερειακών νοσηλευτικών μονάδων διενεργούν τις παρακάτω ενδεικτικά αναφερόμενες εξετάσεις :

- 1. Την λήψη αίματος από τη μητέρα
- 2. Την αιμογενετική εξέταση του εμβρύου
- 3. Την αμνιοπαρακέντηση
- 4. Την εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία,
- 5. Την υπερηχογραφική εξέταση,
- 6. Την εμβρυοσκόπηση,
- 7. Την πλακουντοκέντηση,
- 8. Την αμνιοπαρακέντηση και
- 9. Την λήψη τροφολαστικού ιστού.

3. Της προγεννητικής διαγνωστικής επέμβασης, απ' το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων προγεννητικού ελέγχου προηγείται η γενετική συμβουλευτική καθοδήγηση της γυναίκας που κυφορεί, καθώς και η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού της υγείας της, προκειμένου να εξασφαλιστεί ο πλήρης προγραμματισμός της διερεύνησης κάθε περίπτωσης.

Άρθρο 5.

Δαπάνες νοσηλείας.

Οι δαπάνες νοσηλείας βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό, εφόσον η έγκριση είναι ασφαλισμένη ή το δημόσιο στις περιπτώσεις που η περίθαλψη της παρέχεται δωρεάν σε βάρος του δημοσίου και υπολογίζονται με βάση το τιμολόγιο νοσηλίων και ιατρικών πράξεων και αμοιβών που ισχύει κάθε φορά.

Η δαπάνη αυτή και στο κατά ισχύον τιμολόγιο, ύψος καταβάλλεται απ' τον υπόχρεο ασφαλιστικό φορέα και στις περιπτώσεις που η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, με την οποία δεν έχει συμφωνηθεί.

Άρθρο 6.

Χρόνος αποχής απ' την εργασία.

1. Για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης, παρέχεται η παρακάτω υποχρεωτική αναρρωτική άδεια :

- α) Για τις επεμβάσεις κάτω των δώδεκα (12) εβδομάδων κύησης, τρεις (3) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης και
- β) Για τις επεμβάσεις μετά την δωδεκάτη (12) εβδομάδα κύησης, πέντε (5) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας εκτέλεσης της επέμβασης.

2. Τα παραπάνω χρονικά όρια επεκτείνονται σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του αρμόδιου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας, που έχει ε

η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση νόμιμης διαδικασίας έγκρισης χορήγησης αναρρωτικών αδειών.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 25 Φεβρουαρίου 1987

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΓΕΩΡΓ. - Α. ΜΑΓΚΑΚΗΣ ΚΩΣΤΑΣ ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ

Αριθ. Δ1η/55344/86

Συγκρότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη :

- 1. Τις διατάξεις του Ν. 1232/1982.
- 2. Τις διατάξεις των Π. Δ/των 544/1977 και 1177/1981
- 3. Την κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας Κυβερνήσεως και Κοινωνικών Υπηρεσιών 680 της 26ης Απριλίου 1982 (ΦΕΚ 217/26.4.1982 τεύχος Β').
- 4. Το έγγραφο του Υπουργείου Δημοσίας Τάξεως 3008/16/5λδ/25.11.86.
- 5. Τα έγγραφα του Εθνικού και Καποδιστριακού Παιδποστημίου Αθηνών 6623/2552/21.11.1985 και 10833/4138/29.1.1987, αποφασίζουμε :

1. Συγκροτούμε την Επιτροπή Ναρκωτικών και διορίζουμε πλην της λόγω θέσεως Δ/ντριας της Δ/νσεως Φαρμάκων και Φαρμακείων, ως Προέδρου, τα κατωτέρω πρόσωπα :

- α) Μιχ. Σπέγγο, Αναπληρωτή του Τμήματος Ιατρικής για τον Τομέα της Ψυχιατρικής και αναπληρωτή του τον Γ. Χριστοδίδης, Επίκουρο Καθηγητή.
- β) Ευάγγελο Κωστάκη, Καθηγητή για τον Τομέα της Φαρμακευτικής Χημείας και αναπληρωτή του την Ασπασία Παπαδάκη-Βαλιράκη, Καθηγήτρια.
- γ) Μιχ. Κούβαρη, Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής για τον Τομέα Φαρμακολογίας και αναπληρωτή του τον Γεώργιο Παπαδόπουλο, Λέκτορα του Τμήματος Ιατρικής.
- δ) Αντ. Κουτσελίνη, Καθηγητή του Τμήματος Ιατρικής για τον Τομέα Τοξικολογίας και αναπληρωτή του τον Δημ. Μουρτζίνη, Λέκτορα του Τμήματος Ιατρικής.
- ε) Γεώργιο Παπαευθυμίου, Αστυν. Υποδ/ντή, Προϊστάμενο Τμήματος ναρκωτικών της Δ.Α. Αττικής και αναπληρωτή του τον Γεώργιο Ελευθεριανό, Αστυνόμο Α' του Τμήματος ναρκωτικών της Δ.Α. Αττικής.

2. Εισηγητή της Επιτροπής ορίζουμε την Μερόπη Ζορμπά, υπάλληλο με βαθμό Α' του Κλάδου ΠΕ και αναπληρωτή την Ανδρομάχη Γιολδάση, ομοίως.

3. Γραμματέα της Επιτροπής ορίζουμε τον Ιωάννη Πέτρου, υπάλληλο με βαθμό Α' του Κλάδου ΠΕ1 και αναπληρωτή του την Σοφία Πασσαλή, υπάλληλο με βαθμό Α' του Κλάδου ΠΕ1.

4. Η θητεία των ανωτέρω διοριζομένων, θα είναι μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1988.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 26 Φεβρουαρίου 1987

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ - ΑΔΕΕΛΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησής της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου stress. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής, θα πρέπει να εξετασθούν οι λόγοι προσελεύσης για έκτρωση και η υφή της ίδιας της ψυχοσύγκρουσης.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνηθέστερα μερικοί απ' αυτούς συνυπάρχουν. Για να συζητήσουμε έναν-έναν τους παράγοντες αυτούς κατατάξαμε εντελώς σχηματικά τις γυναίκες που οδηγούνται στην έκτρωση στις παρακάτω κατηγορίες:

Ανύπαντρες κοπέλλες: Καθαρά κοινωνικοί είναι οι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή έγκυο στην έκτρωση. Το κοινωνικό στίγμα της "ανύπαντρης μητέρας" και του εξώγαμου παιδιού και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια επιλογής. Ακόμη και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκατάληπτες από τη δική μας, μια ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο. Έτσι, ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους, αποφασίζουν να κάνουν έκτρωση, είτε μόνες τους είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλλες, εξαιτίας της αμφιθυμίας και του φόβου τους, προσέρχονται συνήθως για την έκτρωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης,

και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξάλλου αυτές που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

Κουρασμένες μητέρες: Στον αντίποδα της ανύπαντρης κοπέλλας βρίσκεται η κουρασμένη μητέρα με τα πολλά παιδιά, το λίγο διαθέσιμο χρόνο και τα πενιχρά οικονομικά μέσα. Συνήθως οι κουρασμένες μητέρες δεν έχουν αξιόλογη αμφιθυμία για την έκτρωση. Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι, συχνά μαζί με την έκτρωση ζητούν και στείρωση, που θα τις απαλλάξει από τη "βιομηχανία παιδιών".

Δοκιμή γονιμότητας: Μερικές γυναίκες επιδιώκουν συνειδητά ή ασυνείδητα να μείνουν έγκυες για να δοκιμάσουν αν είναι γόνιμες, χωρίς ακόμη να είναι έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Οι γυναίκες αυτές, όπως και οι κουρασμένες μητέρες, πολύ μικρή αμφιθυμία έχουν συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για έκτρωση.

Άρνηση μητρότητας: Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετιζόμενες με την ταυτότητα του φύλου τους και συνεπώς με τη μητρότητα. Οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν έντονη αμφιθυμία και τελικά αρνητική τάση προς την εγκυμοσύνη. Σε συνειδητό επίπεδο προσπαθούν να πείσουν τους άλλους και τον εαυτό τους ότι "δεν είναι προετοιμασμένες για μητέρες" ή ότι "δεν μπορούν να περιορίσουν την ελευθερία τους για χάρη των παιδιών". Αν κάποτε μείνουν έγκυες ζητούν έκτρωση χωρίς αξιόλογη αμφιθυμία, εκτός αν η εγκυμοσύνη λειτουργήσει σαν σήμα θηλυκότητας, που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο την ταυτότητα του φύλου τους.

Αποφυγή ή αποτυχία αντισύλληψης: Ο συχνότερος λόγος καταφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή αποτυχία των αντισυλληπτικών μέτρων. Η αποφυγή αντισύλληψης οφείλεται άλλοτε σε άγνοια, άλλοτε σε φόβο από ανεπαρκή ενημέρωση και άλλοτε σε ντροπή για την αναζήτηση σχετικής πληροφόρησης. Η αποτυχία μιας προηγούμενα επιτυχημένης αντισυλληπτικής μεθόδου συχνά συμπίπτει με κάποια αλλαγή των συνθηκών της ζωής της γυναίκας και μπορεί να οφείλεται σε ασυνείδητη επιθυμία εγκυμοσύνης.

Μερικές γυναίκες, σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους (αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης, επαγγελματική αποτυχία, απομάκρυνση συζύγου κ.λ.π.), μπορεί να καταφύγουν συνειδητά ή ασυνείδητα στην εγκυμοσύνη, ζητώντας ένα μέσο επιβεβαίωσης του εγώ τους. Έτσι προσπαθούν να χειριστούν το άγχος ή την κατάθλιψη που τους προκαλούν οι συνθήκες της ζωής τους. Αυτές οι γυναίκες πολύ συχνά προσέρχονται για έκτρωση, αν και η έκτρωση δεν μπορεί να είναι τίποτε περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

Σωματική ή ψυχική νόσος: Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν, με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές, που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν), εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι, αναφέρεται ότι το 92% των εγκύων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για την πρόληψη γενετικού συστήματος παρουσίασαν κατάθλιψη. Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους, εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη. Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και ασθενείς πάσχοντες από κατάθλιψη, οι οποίες

μπορεί να εκλάβουν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σαν τιμωρία ή ασυγχώρητη αμαρτία. Μερικές μάλιστα εμφανίζουν επίταση των ιδεών ενοχής και αυτομομφής με αφορμή την έκτρωση. Για αυτό η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση, φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

Εξαναγκασμός από τρίτους: Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά υποκύπτουν σε πιέσεις από τους γονείς, το σύζυγο, τον εραστή ή άλλα πρόσωπα, που μπορεί να ασκήσουν αποφασιστική επίδραση προς αυτή την κατεύθυνση. Οι γυναίκες αυτές, όπως και εκείνες που έχουν ιατρική ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης, εμφανίζουν συχνότερα ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Καθορίζονται τα επίπεδα της ψυχοσύγκρουσης (ατομικό, συζυγικό και οικογενειακό - κοινωνικό) και περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την έκτρωση. Συνήθως η ελαφρά ψυχοπαθολογία (άγχος και κατάθλιψη) που συνοδεύει την έκτρωση υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες. Σοβαρότερη και μονιμότερη ψυχοπαθολογία εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης. Η έκτρωση, όχι μόνο δεν συνεπάγεται αξιόλογη ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας, αλλά αντίθετα φαίνεται ότι μπορεί να έχει κάποιον ψυχοπροφυλακτικό ρόλο. Κύριο κοινωνικό μέτρο για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων είναι η φιλελευθεροποίησή τους. Σε ατομικό επίπεδο ο γυναικολόγος έχει τον κεντρικό θεραπευτικό ρόλο και συνήθως είναι σε θέση να προλάβει ή ακόμη και να αντιμετωπίσει ελαφράς μορφής ψυχοπαθολογία. Μόνο περιπτώσεις σοβαρότερης και μονιμότερης ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να παραπέμπονται στον ψυχίατρο.

Τα στοιχεία για τις εκτρώσεις που υπάρχουν στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένα και ασαφή. Αυτό προφανώς οφείλεται στο ότι σχεδόν όλες οι εκτρώσεις γίνονται παράνομα σαν το κύριο μέσο οικογενειακού προγραμματισμού. Πάνω από το ένα τρίτο του συνόλου των εγγάμων Ελληνίδων που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία ομολόγησαν ότι έχουν καταφύγει τουλάχιστο μια φορά στη μέθοδο αυτή του οικογενειακού προγραμματισμού. Έχει επίσης αναφερθεί ότι στη χώρα μας γίνονται πάνω από 100.000 εκτρώσεις το χρόνο (Δανέζης 1969), στοιχείο που δείχνει ότι αναλογικά με τον πληθυσμό οι εκτρώσεις είναι πολύ περισσότερες σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Εξαιτίας της έλλειψης νομικής κάλυψης, οι εκτρώσεις στην Ελλάδα γίνονται κάτω από συνθήκες μεγάλης μυστικότητας και ενοχής, τόσο από την πλευρά της γυναίκας και του περιβάλλοντός της όσο και από την πλευρά του γιατρού ή της μαίας και του τυχόν βοηθητικού προσωπικού. Η αυστηρότητα του σχετικού νόμου (Π.Κ. άρθρο 304) δεν άφηνε περιθώρια για ανοικτές διαδικασίες, παρά μόνο "προς αποτροπήν κινδύνου ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της κυοφορούσης". Από το 1978 όμως επιτρέπεται η έκτρωση σε περιπτώσεις "κινδύνου της ψυχικής υγείας της μητέρας διαπιστουμένου από ψυχίατρο εργαζόμενο σε ΝΟσηλευτικό Ίδρυμα Δημοσίου Δικαίου" (Ν. 821/78). Η διάταξη αυτή αποτελεί ένα πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της φιλελευθεροποίησης των εκτρώσεων και δίνει την ευκαιρία για παραπέρα προβληματισμό στο ευρύτερο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού.

Όμως η νομική πλευρά της εμπλοκής του ψυχιάτρου σε περιπτώσεις εκτρώσεων δεν φαίνεται να οδηγεί σε σημαντικό αριθμό ψυχιατρικών παραπομπών. Αντίθετα, τις πιο πολλές φορές ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει τη διαταραχή της ψυχικής υγείας της γυναίκας πριν ή συνηθέστερα μετά την έκτρωση.

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα: το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό. Σε ατομικό επίπεδο συγκρούονται η επιθυμία για μητρότητα με τους λόγους (ψυχολογικούς ή κοινωνικοοικονομικούς) που την εμποδίζουν και η διάθεση για διακοπή της εγκυμοσύνης με το προσωπικό σύστημα η-

θικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις εκμυστήρευση του διλήματος σε φιλικό πρόσωπο που ακολουθεί παρόμοιο σύστημα ηθικών αξιών ή σε ένα θρησκευτικό λειτουργό με ευρύτητα αντιλήψεων θα βοηθούσε αποφασιστικά την ομαλή λύση της ψυχοσύγκρουσης. Παρόμοιες ενδοψυχικές συγκρούσεις με αυτές που εμφανίζει η έγκυος παρουσιάζει και ο σύζυγος ή ο ερωτικός σύντροφος.

Στο επίπεδο του συζύγου ή εραστού οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαρτώνται από την προσωπικότητά του, τυχόν παρουσία ψυχοπαθολογίας, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματά του προς την έγκυο και την προσωπική αξία που έχει γι' αυτόν η εγκυμοσύνη. Μερικές φορές ο υποψήφιος πατέρας δεν πληροφορείται ούτε την εγκυμοσύνη ούτε την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μέσα από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών του σχέσεων με την έγκυο. Η σταθερότητα της στάσης του και η συνεργασιμότητά του προ και κατά την έκτρωση θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην έκτρωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ό,τι αφορά στην έκτρωση δεν περιορίζεται συνήθως στο σύζυγο ή στον ερωτικό σύντροφο, επεκτείνεται και σε μέλη της ευρύτερης οικογένειάς της. Οι δικές τους ηθικές αξίες, προσδοκίες, συναισθηματικές επενδύσεις, θέσεις και αντιθέσεις, είναι φυσικό να επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση και την ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου. Το ίδιο ισχύει και για τα μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει η έγκυος. Θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει τις συγκρούσεις στο οι-

κογενειακό - κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε "απόλυτες ηθικές επιταγές" και μιας πιο φιλελεύθερης απροκατάληπτης προσέγγισης που εξασφαλίζει συνεκτίμηση και παραδοχή των διαφόρων πλευρών μιας πραγματικότητας.

Σαν αποτέλεσμα της ψυχοσύγκρουσης στο ατομικό και οικογενειακό - κοινωνικό επίπεδο η έγκυος πριν από την έκτρωση εμφανίζει μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Το στρες είναι εντονότερο συνήθως εξαιτίας της έλλειψης συναισθηματικής υποστήριξης και της δυσανάλογα μεγάλης ευθύνης που συχνά αναγκάζεται να αναλάβει η ίδια η γυναίκα. Έτσι ορισμένες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες ψυχολογικά μπροστά στα διλήμματα της έκτρωσης. Είναι συνήθως γυναίκες ψυχοκοινωνικά εξαρτημένες από άλλους, με προηγούμενες δυσκολίες προσαρμογής ή με ισχυρές ηθικές απαγορεύσεις. Φυσικά, έντονο στρες παρουσιάζουν και οι γυναίκες που πάντοτε είχαν έναν υπερβολικό φόβο για τις χειρουργικές επεμβάσεις.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακολούθων της έκτρωσης είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από τη δεκαετία του '60. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη που υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες, το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την έκτρωση. Προφανώς μέσα σε 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπα-

θολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σοβαρότερη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κατά κανόνα γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης, στις οποίες μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση της προϋπάρχουσας συμπτωματολογίας. Το ίδιο όμως μπορεί να παρατηρηθεί σ' αυτές τις γυναίκες και μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό.

Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η έκτρωση και ο φόβος μιας νέας έκτρωσης επιδρούν αρνητικά στη σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Κάτι τέτοιο όμως, αν και δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, δεν φαίνεται να συμβαίνει.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επιτράπη, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας. Αντίθετα, γυναίκες που κάνουν νόμιμη έκτρωση την οποία επιθυμούν επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Η πλειονότητα (74%) των γυναικών που έκαναν νόμιμη έκτρωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν μετανοιώσει καθόλου για την όλη διαδικασία.

Εξάλλου, μόνο 2 από 35 γυναίκες που διέκοψαν την εγκυμοσύνη τους δήλωσαν ότι δεν θα ξανάπαιρναν την ίδια απόφαση.

~~Η νόμιμη-επιθυμητή-έκτρωση-έχει-ψυχοπροφυλακτικό-χαρακτήρα~~
για τις περισσότερες γυναίκες. Μάλιστα αναφέρεται σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Με την επέμβαση εκτονώνεται η συναισθηματική φόρτιση που προηγείται της έκτρωσης. Η ανακούφιση της γυναίκας που βρέθηκε στη δύσκολη θέση να έχει μια ανεπιθύμητη εγ-

κυμοσύνη υπερτερεί σε σύγκριση με το μάλλον μικρό συναισθηματικό κόστος της έκτρωσης. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Στο κοινωνικό επίπεδο η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων και η νομική κατοχύρωση του δικαιώματος κάθε γυναίκας να αποφασίζει αν και πότε θα γίνει μητέρα θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση όλων αυτών που μετέχουν και επηρεάζουν τη διαδικασία της έκτρωσης (γυναίκας, συζύγου, οικογένειας, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού). Μόνον όταν η διαδικασία της έκτρωσης είναι απροκάλυπτα αποδεκτή θα μπορεί να γίνει ανοιχτή συζήτηση με το γιατρό και διερεύνηση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των εκτρώσεων, επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις θα βρίσκονται άλλες προσφορότερες λύσεις. Άλλωστε η δυνατότητα για παρόμοιες συζητήσεις προάγει την εφαρμογή και άλλων μεθόδων για αποτελεσματικότερη αντισύλληψη.

Μια ανοιχτή συζήτηση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχοσύγκρουσης και του άγχους που προηγούνται της επέμβασης, αλλά και της ενοχής και της κατάθλιψης που ακολουθούν. Μπορούμε συνεπώς να συμπεράνουμε ότι η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων θα οδηγήσει ουσιαστικά σε πρόληψη της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την έκτρωση. Σε ατομικό επίπεδο το κύριο βάρος της αντιμετώπισης, ιατρικής και ψυχολογικής, πέφτει στο γυναικολόγο. Είναι μάλλον βέβαιο ότι σχεδόν το σύνολο των γυναι-

κόλογων δεν έχει αμφιθυμία σ' ότι αφορά την έκτρωση. Όμως, πολύ σπάνια προβαίνουν σε συστηματική ψυχολογική αντιμετώπιση των γυναικών που ζητούν να υποβληθούν σ' αυτή την επέμβαση.

Ο γυναικολόγος θα πρέπει να προβαίνει σε αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για την έκτρωση. Συνήθως η ερώτηση που τίθεται δεν είναι αν θα πρέπει να γίνει η διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά με ποιο τρόπο η διαδικασία θα γίνει λιγότερο ψυχοτραυματική. Είναι απαραίτητο για το γιατρό να καταλάβει τι σημαίνει για τη συγκεκριμένη γυναίκα η εγκυμοσύνη και τι αντιπροσωπεύει γι' αυτήν η έκτρωση. Θα πρέπει να της δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις προσδοκίες της από την έκτρωση. Ακόμη, μπορεί να είναι χρήσιμη η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα (το σύζυγο, τους γονείς κ.ά.) βέβαια μόνον εφόσον η γυναίκα συγκατατεθεί προηγούμενα σ' αυτήν. Σε ορισμένες περιπτώσεις που μετά από την πρώτη εκτίμηση γίνεται φανερή μια έντονη αμφίθυμη στάση της γυναίκας ή του περιβάλλοντός της για την έκτρωση είναι σκόπιμο να γίνει επανεκτίμηση 1-2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα ν' αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην έκτρωση και τα υπόλοιπα προβλήματα γύρω απ' αυτήν.

Η πείρα σε μερικές χώρες έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις με σοβαρότερες κοινωνικές συνιστώσες μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια η κοινωνική λειτουργός ή η επισκέπτρια αδελφή. Στον ψυχίατρο πρέπει να παραπέμπονται μόνο γυναίκες με έντονα ψυχιατρικά προβλήματα και ιδίως γυναίκες με σχιζοφρενική ψύχωση, με σοβαρή κατάθλιψη και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η διαδικασία που προβλέπεται από πολλές νομοθεσίες και εξασφαλίζει απαραίτητα εκτίμηση από ψυχίατρο πριν από κάθε έκτρωση, στην πράξη έχει γίνει γραφειοκρατική τυπικότητα.

Υποστηρίζεται μάλιστα ότι είναι περισσότερο επιβλαβής για τη γυναίκα, γιατί τις καλλιεργεί την εντύπωση ότι έχει κάνει κάτι παράλογο, με αποτέλεσμα να ενισχύεται το αίσθημα της ενοχής της. Γενικά έχει παρατηρηθεί ότι ανεπαρκής εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των γυναικών πριν από την έκτρωση, έχει άμεση σχέση με τα ψυχολογικά επακόλουθά της. Επίσης για τη διερεύνηση και θεραπεία αυτών των ψυχολογικών αντιδράσεων είναι σκόπιμο ο γιατρός να βλέπει τη γυναίκα οπωσδήποτε και μετά την έκτρωση. Μόνο στις λίγες περιπτώσεις που οι αντιδράσεις αυτές είναι έντονες η ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε ψυχίατρο, ο οποίος θα τη βοηθήσει να αναγνωρίσει τα συναισθήματά της και ν' αναπτύξει ρεαλιστικά σχέδια για τη ζωή της στο μέλλον. Οι συναντήσεις αυτές μπορεί να έχουν και τον τύπο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, με ομάδα ομοιοπαθών γυναικών.

Συμπερασματικά αξίζει να σημειωθούν τα ακόλουθα:

1. Η σχετική με την έκτρωση ψυχοσύγκρουση συμβαίνει ταυτόχρονα σε τρία επίπεδα: το ατομικό, το συζυγικό και το οικογενειακό - κοινωνικό. Έτσι η έγκυος, εκτός από την ενδοψυχική της διαπάλη, αντιμετωπίζει και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την ψυχοσυναλλαγή της με το σύζυγο ή εραστή και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον. Η ψυχοσύγκρουση πριν από την έκτρωση δημιουργεί μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Μετά την έκτρωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη που υποχωρεί μέσα σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες. Οι σχετικά σπάνιες καταστάσεις βαρύτερης ψυχοπαθολογίας συνήθως αφορούν σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης.

2. Η έκτρωση, όχι μόνο δεν φαίνεται να έχει γενικότερα αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, αλλά θα μπορούσε να της αποδοθεί και κάποιος ψυχοπροφυλακτικός ρόλος.

3. Τα κοινωνικά μέτρα για την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων. Ανοικτή διαδικασία για την έκτρωση θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση της γυναίκας και του περιβάλλοντός της και συνεπώς σε μεγαλύτερη δυνατότητα διερεύνησης εναλλακτικών λύσεων.

4. Η κύρια ευθύνη για την ατομική αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των εκτρώσεων πέφτει στο γυναικολόγο. Ο γυναικολόγος θα πρέπει να κάνει μια αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για έκτρωση, συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες που θα τη διαμορφώσουν.

5. Παραπομπή σε ψυχίατρο πριν από την έκτρωση θα πρέπει να γίνεται μόνο για περιπτώσεις γυναικών με σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα που είναι μάλλον σπάνιες.

Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΚΑΙ Η ΕΚΤΡΩΣΗ

Η συχνή προσφυγή της Ελληνίδας στην έκτρωση, καθώς και η επιφυλακτική στάση της ως προς τη χρήση των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων, αποτελεί κοινή παραδοχή που προκύπτει όχι μόνο από αλεπάλληλα δημοσιογραφικά δημοσιεύματα, αλλά και από τις υπάρχουσες επιστημονικές εργασίες που έχουν επισημάνει τις κοινωνικο-δημογραφικές κυρίως πλευρές του θέματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η βασική εξήγηση η οποία κατά κύριο λόγο είχε προβληθεί και συνέδεε τα φαινόμενα της έκτρωσης και αντισύλληψης στη χώρα μας είναι μια απλή σχέση αιτίου - αιτιατού, δη-

λαδή ότι η μη διάδοση της αντισύλληψης είναι υπεύθυνη για το μεγάλο αριθμό εκτρώσεων.

Η ελλειπής διαδοση της σύγχρονης αντισύλληψης εκ μέρους των υπεύθυνων φορέων και η ιδιαίτερα προβληματική σχέση εκ μέρους των γυναικών, δεν μπορεί παρά να αναλυθεί και να ερμηνευθεί ως ένα είδος "αντίστασης" που υπαγορεύεται συνειδητά από μη συνειδητά κίνητρα. Η αντίσταση αυτή συνδέεται άμεσα με την πραγματική και συμβολική λειτουργία της αντισύλληψης, το γεγονός δηλαδή ότι αφενός αίρει προσωρινά τη γονιμοποιητική ικανότητα της γυναίκας και αφετέρου προσφέρει τις προϋποθέσεις για πιο άμεση πρόσβαση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Ωστόσο, οι λειτουργίες αυτές φαίνεται να έρχονται σε φανερό αντίθεση με τις προδιαγραφές του γυναικείου ρόλου στα πλαίσια της παραδοσιακής ιδεολογίας η οποία εξαίρει τη μητρότητα και θέτει γενικότερους περιορισμούς στην εκδήλωση της γυναικείας σεξουαλικότητας.

Η συχνότητα με την οποία καταφεύγουν οι Ελληνίδες στην έκτρωση - ανεξάρτητα από την κοινωνικο - οικονομική τους θέση ή τις ιδεολογικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις - θέτει το ερώτημα σχετικά με την πιθανή(ες) σημασία(ες) της λεγόμενης "ανεπιθύμητης" εγκυμοσύνης.

Στην περίπτωση αυτή η σύλληψη που έχει μεσολαβήσει, φέρνει στην επιφάνεια κάποιου άλλου είδους επιθυμία(ες), η οποία δεν παραπέμπει αναγκαστικά στην (υποσυνείδητη) επιθυμία για την απόκτηση παιδιού, αλλά ανταποκρίνεται σε βαθύτερες ανάγκες του ψυχικού κόσμου της γυναίκας, μια επιθυμία η οποία έρχεται συχνά σε φανερό αντίθεση με τις συνειδητές προθέσεις της γυναίκας και /ή του συντρόφου της.

Η συμπεριφορά αυτή της Ελληνίδας μπορεί να κατανοηθεί καλύτερα εάν λάβουμε υπόψη μας το πλέγμα των σχέσεων που διατηρεί

με τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντός της (π.χ. ερωτικός σύντροφος, γονείς κ.τ.λ.), καθώς και του ευρύτερου κοινωνικού περιγυρου. Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει κυρίως από το γεγονός ότι σχετικά πρόσφατες κοινωνιολογικές έρευνες διατύπωσαν την άποψη ότι η Ελληνίδα παραμένει σε ένα μεγάλο βαθμό προσκολλημένη στον παραδοσιακό μητρικό ρόλο και το σύστημα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και αξιών που συνδέονται μ' αυτόν.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ.

Η πληθυσμιακή έκρηξη, φαινόμενο ιδιαίτερα σημαντικό για την ιστορία της ανθρωπότητας, έχει πάρει τα τελευταία χρόνια τεράστια έκταση.

Το πρόβλημα αυτό απασχολεί ιδιαίτερα τις χώρες που ανήκουν στο λεγόμενο "Τρίτο Κόσμο".

Η Ελλάδα, παρόλο που ανήκει ακόμη στα αναπτυσσόμενα κράτη, λόγω της οικονομικής και κοινωνικής δομής, από δημογραφική άποψη κατατάσσεται μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, αντιμετωπίζει όμως το εκ διαμέτρου αντίθετο πρόβλημα, την υπογεννητικότητα.

Η υπογεννητικότητα του Ελληνικού λαού, που διαπιστώθηκε κατά τις τελευταίες απογραφές, κλονίζει επικίνδυνα τα θεμέλια της ελληνικής κοινωνίας, γιατί με τη μείωση της γεννητικότητας, που συμπίπτει με την αύξηση της μετανάστευσης, μειώνεται το ποσοστό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ αυξάνεται ταυτόχρονα ο δείκτης γηράνσεως του πληθυσμού. Μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν αποδείξει ότι η πληθυσμιακή μείωση της χώρας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έξαρση της μετανάστευσης προς το εξωτερικό και στο χαμηλό ποσοστό γεννητικότητας.

Μέχρι τώρα έχουν γίνει πολυάριθμες μελέτες, δημογραφικού και θρησκευτικού περιεχομένου, με σκοπό όχι μόνο την ερμηνεία του φαινομένου της γεννητικότητας και την αναζήτηση των αιτιών της, αλλά και την επισήμανση του άμεσου κινδύνου που εγκυμονεί αυτή η κατάσταση για την επιβίωση του Έθνους, γεγονός που πρέπει να προβληματίσει την κοινή γνώμη και πολύ περισσότερο τους υπεύθυνους.

Επαιδαίο ρόλο στην υπογεννητικότητα παίζει και η έκτρωση, η οποία έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια.

Το θέμα της έκτρωσης δεν έχει ακόμα εξετασθεί στην Ελλάδα από κοινωνιολογικής πλευράς. Ο καθηγητής Βαλαώρας έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για τις εκτρώσεις μετά από μελέτη που έκανε το 1966-69. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι 37% των Ελληνίδων έκαναν από μια φορά έκτρωση τουλάχιστον. Σύμφωνα με τις απόψεις του καθηγητή Βαλαώρα, η έκτρωση στην Ελλάδα είναι κατ' εξοχήν αστικό φαινόμενο και μάλιστα της πειροχής Αθηνών 97% έναντι 22% στις αγροτικές περιοχές.

Επειδή η έκτρωση δίνει πρακτικά αποτελέσματα στα προχωρημένα στάδια κύησης, κατά τον καθηγητή Βαλαώρα χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο. "Οι προκλητές εκτρώσεις δεν αποτελούν το μόνο μέσο στο οποίο οι σημερινές Ελληνίδες καταφεύγουν για τον περιορισμό του αριθμού των τέκνων. Στην πραγματικότητα άλλα αντισυλληπτικά μέτρα λαμβάνονται εξίσου ή ενίοτε συχνότερα των εκτρώσεων, τουλάχιστον κατά τα αρχικά στάδια της αναπαραγωγικής δραστηριότητας των συζύγων. Μόνον αργότερα, όταν οι γονείς απογοητευτούν από τη μερική ή ολική αποτυχία των άλλων μέτρων, τα ζευγάρια στρέφονται όλο και περισσότερο σ' εκείνο της βίαιης διακοπής της κύησης, μέτρο το οποίο λαμβάνει τότε προτεραιότητα έναντι κάθε άλλης αντισυλληπτικής μεθόδου".

Σύμφωνα με τα πορίσματα μιας συγκριτικής έρευνας που έγινε στη Γαλλία, η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέσο όταν ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπαρκτος και όταν τα νεαρά ζευγάρια δεν μπορούν να καταφύγουν στις απαρχαιωμένες μεθόδους όπως η διακεκομμένη συνουσία.

Στην ίδια έρευνα αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι σε χώρες όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται ελ-

λιπώς η έκτρωση αποτελεί την εύκολη λύση για τα ζευγάρια που δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο θέμα της γονιμότητάς τους.

Η ηλικία της γυναίκας

Η γνώμη, θετική ή αρνητική, που εκφράζει η γυναίκα όταν της τίθεται ερώτηση πάνω στο θέμα της έκτρωσης, είναι σχετική με την ηλικία της και το συγκεκριμένο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον της. Οι νεώτερες, που βρίσκονται στην αρχή του αναπαραγωγικού τους κύκλου, δεν απορρίπτουν ασυζητητί το ενδεχόμενο της έκτρωσης. Αντίθετα, οι μεγαλύτερες (29 ετών και άνω), φαίνεται να αντιμετωπίζουν πιο ψύχραιμα την πιθανή αύξηση των μελών της οικογένειάς τους.

Εξάλλου αποδεικνύεται ότι το ποσοστό των γυναικών που τάσσεται υπέρ της έκτρωσης μειώνεται σημαντικά, ενώ αντίστοιχα αυξάνει το ποσοστό εκείνων που την αποδοκιμάζουν.

Επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας

Μαζί με την ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης επηρεάζει τη στάση της Ελληνίδας απέναντι στην έκτρωση. Η σχετική επιφύλαξη των καλλιεργημένων γυναικών στο θέμα της έκτρωσης, σε αντίθεση με τις γυναίκες μετρίου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτες των τριών... πρώτων τάξεων του Γυμνασίου) οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρώτες όχι μόνο έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της σοβαρής αναταραχής που υφίσταται ο οργανισμός κατά την έκτρωση, αλλά επί πλέον είναι πληροφορημένες σχετικά με τη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων.

Το υψηλό ποσοστό γυναικών μετρίου μορφωτικού επιπέδου που τάσσεται υπέρ της έκτρωσης δύσκολα εξηγείται. Ίσως να πρόκειται

για υποσύνολο γυναικών που, προκειμένου να επιτύχουν βελτίωση των συνθηκών της οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής, αποφασίζουν να αρκεσθούν σε ένα, το πολύ δυο, παιδιά, τα οποία αποφασίζουν να μορφώσουν με "κάθε θυσία", μια και αυτές δε μπόρεσαν να σπουδάσουν.

Ίσως πάλι η ημιμάθεια των γυναικών αυτών τους δημιούργησε την εντύπωση ότι η μειωμένη γεννητικότητα θα τους εξασφάλιζε κάποια χειραφέτηση κι ότι θα τις προστάτευε από τις οικονομικές και κοινωνικές αντιξοότητες.

Το υψηλότερο ποσοστό των γυναικών που απορρίπτουν την έκτρωση έχει μόρφωση δημοτικού σχολείου. Οι γυναίκες αυτές ανήκουν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό και απορρίπτουν την έκτρωση λόγω των κοινωνικών και κυρίως θρησκευτικών πεποιθήσεών τους.

Η επαγγελματική δραστηριότητα των γυναικών

Το ποσοστό γυναικών που αποδέχονται την έκτρωση είναι αντιστρόφως ανάλογο με την επαγγελματική τους δραστηριότητα: 52,3% της ομάδας των εργαζόμενων γυναικών με πλήρες ωράριο, έναντι 60,0% των γυναικών με μειωμένο ωράριο εργασίας, καθώς και από μη εργαζόμενες. Με αυτά τα δεδομένα και αφού έχει αποδειχθεί ότι η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο, θα ήταν φυσικό οι εργαζόμενες με πλήρες ωράριο να καταφεύγουν στην έκτρωση πολύ περισσότερο από τις εργαζόμενες με μειωμένο ωράριο και τις μη εργαζόμενες. Ωστόσο, από την έρευνα διαπιστώνεται το αντίθετο.

Η εξήγηση βασίζεται στη νοοτροπία των εργαζόμενων μητέρων. Στις οικογένειες όπου και οι δυο σύζυγοι εργάζονται δημιουργούνται κοινωνιολογικές προϋποθέσεις αρνητικές προς την έκ-

τρωση, ευρύτερη συζήτηση και κατανόηση μεταξύ των συζύγων γύρω από τον προγραμματισμό τεκνογονίας, ορθότερες και πιο ολοκληρωμένες πληροφορίες που έχει η εργαζόμενη μητέρα σχετικά με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μέτρων.

Οικονομική κατάσταση των γυναικών

Σύμφωνα πάντα με την έρευνα, το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν ότι έχουν οικονομικές δυσκολίες είναι ιδιαίτερα αυξημένο (49%, δηλαδή μια γυναίκα στις δυο), ενώ εκείνες που δεν συναντούν τέτοιας φύσεως δυσκολίες αποτελούν το 13,3%, δηλαδή μια γυναίκα στις 10. Ο όρος "οικονομική δυσκολία" δεν βασίζεται σε αντικειμενικούς οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, δεδομένου όμως ότι το 50% των γυναικών του δείγματος είναι απόφοιτες του δημοτικού σχολείου, δηλώνουν ότι ασχολούνται μόνο με τα οικιακά, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει τις ανώτερες οικονομικά τάξεις.

Το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν ότι σπάνια συναντούν ή ότι δεν συναντούν σχεδόν ποτέ οικονομικές δυσκολίες, και που τάσσονται υπέρ της εκτρώσεως, ανέρχεται σε 64,4%, ενώ το ποσοστό των γυναικών που συναντούν πολύ συχνά ή συχνά οικονομικές δυσκολίες και που δέχονται την έκτρωση πέφτει σε 59,0%. Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι η κοινωνική κατάσταση των ερωτημένων δεν επηρεάζει αισθητά τη γνώμη τους υπέρ ή κατά της έκτρωσης.

Οι απόψεις των γυναικών σχετικά με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μέτρων.

Επίσης μελετήθηκαν και οι απόψεις των γυναικών σχετικά με

τη χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών μέτρων. Παρατηρήθηκε κατ' αρχήν, ότι επί του συνολικού δείγματος 73,8% των γυναικών συμφωνούν με την εφαρμογή κάθε αντισυλληπτικού μέτρου, σε περίπτωση ανεπιθύμητης νέας κυήσεως, ενώ μόνο 22,1% διαφωνούν. Το ποσοστό των ερωτωμένων, που συμφωνούν με τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων, είναι αρκετά μεγάλο σε σχέση με το ποσοστό των γυναικών που δέχονται την έκτρωση (55%). Αυτό βέβαια είναι φυσικό, αφού η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών δεν έχει τις νομικές, ηθικές και ψυχολογικές επιπτώσεις και κυρώσεις που έχει η έκτρωση.

Οι ερωτήσεις όμως της έρευνας βρίσκονται σε συνάρτηση με το πρόβλημα του οικογενειακού προγραμματισμού, ο οποίος βέβαια προϋποθέτει όχι μόνο γνώσεις, αλλά και ορθή πρακτική εφαρμογή των αντισυλληπτικών μέτρων, εφόσον, όπως τονίσθηκε, οι γυναίκες καταφεύγουν στην έκτρωση σε έσχατη ανάγκη.

Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι 9 στις 10 γυναίκες είναι και υπέρ της εφαρμογής κάθε αντισυλληπτικού μέτρου.

Φυσικά υπάρχουν και περιπτώσεις γυναικών οι οποίες, αν και είναι αντίθετες προς την έκτρωση, συμφωνούν με την εφαρμογή των αντισυλληπτικών μέτρων.

Προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις

Σύμφωνα με την έρευνα, προκύπτει ότι το 44% των γυναικών αναγνωρίζουν ότι είχαν προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις. Αυτό δίνει μια σαφή εικόνα του βαθμού διάδοσης των προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των σημερινών νέων ζευγαριών.

Επειδή στον ελληνικό χώρο οι νέες κοπέλες, όταν έχουν προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις, υφίστανται αυστηρή κριτική, θα ήταν φυσικό να παρουσιάζουν, λόγω αντιδράσεως, νεωτερίστικες τάσεις και αντιλήψεις.

Η αποδοχή όμως της έκτρωσης δεν συμβαδίζει με την υιοθέτηση πρωτοποριακών αντιλήψεων στους άλλους τομείς της οικογενειακής ζωής, αν και στο Βέλγιο παρατηρείται ακριβώς το αντίθετο.

Η αποδοχή της έκτρωσης φαίνεται να επιβάλλεται σαν λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης τεκνογονίας, χωρίς να συσχετίζεται με άλλες νεωτεριστικές ιδέες περί γάμου και τεκνογονίας. Η έκτρωση παρουσιάζεται όχι μόνο σαν λύση ανεπιθύμητης τεκνογονίας, αλλά και σαν καταφύγιο της Ελληνίδας στη φοβερή ^{κα} ακταπίεση που υφίσταται από την κοινωνία.

Εκείνες που παίρνουν θετική στάση έναντι της έκτρωσης δεν αποτελούν σύνολο χειραφετημένων γυναικών, υπό την έννοια που ο όρος αυτός έχει πάρει τελευταία στα δυτικά κράτη. Οι Ελληνίδες δεν εναντιώνονται στο γάμο και την οικογένεια. Νομίζουμε ότι αντιδρούν στο κοινωνικό πολιτιστικό πλαίσιο, που τους αρνείται το δικαίωμα να πάρουν αξιωματικά τη θέση τους στην κοινωνία και να συνεργάζονται με τους συντρόφους τους στον επαγγελματικό και τον πνευματικό χώρο με ίσους όρους. Στο ίδιο το κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο που τις υποχρεώνει να εκτελούν παθητικά και μηχανικά τα συζυγικά καθήκοντα που η παράδοση τους επέβαλε.

Ο αριθμός παιδιών στην οικογένεια

Η έκτρωση φαίνεται να αποτελεί αναγνωρισμένο μέσο για την αποφυγή ενός άλλου παιδιού όταν υπάρχουν στην οικογένεια μεγάλης ηλικίας παιδιά, και ιδιαίτερα όταν υπάρχει μεγάλος αριθμός παιδιών στην οικογένεια και, λόγω της οικονομικής κατάστασης, αδυνατεί η μητέρα και ο πατέρας να τα μεγαλώσει. Χρησιμοποιείται σαν μέσο για την αποφυγή εξόδων.

Απόψεις περί διαζυγίου και συζυγικής συμβίωσης

Οι διαζευγμένες γυναίκες συνήθως καταφεύγουν στην έκτρωση, η οποία τους δίνει τη λύση στο πρόβλημα ενός παιδιού χωρίς πατέρα. Το ίδιο γίνεται και στις ανύπαντρες μητέρες. Επειδή φοβούνται την κατακραυγή της κοινωνίας, αλλά και της ίδιας της οικογένειάς τους, καταφεύγουν στην εύκολη λύση. Αυτή η λύση της έκτρωσης ενισχύεται όταν η γυναίκα δεν εργάζεται και δεν είναι οικονομικά ανεξάρτητη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΣΑΝ ΑΝΗΘΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Οποτεδήποτε κανείς δεν μπορούσε να βρει επιχείρημα για την τιμωρία της έκτρωσης, αρπαζόταν συχνά από την "προστασία της ηθικής" σαν τελευταίο καταφύγιο. Καθώς οι αντιλήψεις περί του τι είναι ηθικό, διαφέρουν ανάλογα με το χώρο και το χρόνο, θα πρέπει να είναι κανείς πολύ προσεκτικός με τους χαρακτηρισμούς ηθικός και ανήθικος. Δείχνει κανείς την άγνοιά του ή την προκατάληψη όταν ακολουθεί τη μοιραία πλάνη αυτών που είναι της γνώμης ότι τα ήθη της εποχής του είναι τα καλύτερα. Θα συνιστούσαμε σ' αυτούς να ακούσουν τη γνώμη του Όσκαρ Ουάιλντ: "Είμαι πεπεισμένος ότι κάθε πολιτισμένος άνθρωπος, δεχόμενος τις ιδέες του καιρού του, διαπράττει ένα από τα σοβαρότερα ηθικά εγκλήματα μ' αυτό".

Σε πολλούς συγγραφείς μπορούμε να διαβάσουμε ότι η έκτρωση εφαρμόστηκε σε πολιτιστικά κατώτερα έθνη, με το ίδιο αυτάρεσκο ύφος ότι είμαστε ανώτεροι αυτών των καταστάσεων και έχουμε τα σωστά ήθη σήμερα. Σήμερα όμως έχουμε διαφορετικές ιδέες από τους προγόνους μας. Υπάρχει μια έντονη τάση να ονομάζουμε τις νεώτερες απόψεις υψηλό ηθικό κανόνα. Ακόμη και όταν είμαστε πολύ κατώτεροι από άλλους πολιτισμούς στην πραγματικότητα. Έτσι τα παιδιά μας θα εκπλαγούν από την τυφλότητά μας, ενώ θα μπορούσαμε να έχουμε μάθει καλύτερα παίρνοντας υπόψη παλιούς και άλλους πολιτισμούς.

Στην "Ιστορία της ποινικοποίησης" όλοι οι φιλόσοφοι της αρχαιότητας συνιστούν την έκτρωση. Μέχρι το 19ο αιώνα δεν επιτρεπόταν σε καμία γυναίκα να έχει παιδί πριν την ηλικία των

τριάντα έξι ετών, εξαιτίας της πληθυσμιακής πολιτικής στη νήσο Φορμόζα. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην περίπτωση αυτή ο λόγος υπαγορεύτηκε από τις αρχές του κράτους και η έκτρωση γινόταν από γυναίκες ιερείς. "Η θρησκεία κάνει την έκτρωση υποχρεωτική όταν απειλείται διόγκωση του πληθυσμού." Κάτω απ' αυτές τις περιστάσεις σχηματίζονται θρησκευτικές εταιρείες που θεωρούν την προστασία των παιδικών ζωών κακοήθη και εγκληματική .

Ωφελιμιστικοί κανόνες εμφανίζονται συχνά ως ηθικά αιτήματα ή αξιώσεις, έτσι όπως ο Μωϋσής επέβαλε τις περί υγιεινής οδηγίες ως θείες εντολές στο λαό του. Πάντοτε ο άνθρωπος θέλει να περάσει ωφελιμιστικά αιτήματα για "υψηλότερα" πρότυπα.

Δεν είναι δουλειά του κράτους να προστατεύει και να εδραιώνει τα ήθη. Αν το κράτος θέλει να προστατεύει την ηθική τιμώντας την έκτρωση, πρέπει να περιμένει τη μομφή ότι προστατεύοντας τα ήθη ενεργεί μάλλον χωρίς σύστημα. Τιμωρεί πολύ αυστηρά τη διαγαμία, ενώ η μοιχεία δεν τιμωρείται ουσιαστικά ποτέ.

Έτσι υπάρχουν άλλες "ανήθικες" πράξεις που δεν τιμωρούνται. Το γεγονός ότι κάθε "αφύσικο" θα έπρεπε να είναι σαν εγκληματική πράξη δεν μπορεί να ευσταθεί. Η ομοφυλοφιλία δεν τιμωρείται ούτε και η πορνεία. Η απαρίθμηση αυτή είναι αρκετή για να αποδείξουμε ότι το κράτος πολεμά την ανηθικότητα των υπηκόων του μάλλον χωρίς-κανένα-όπλο.

Πολλοί συγγραφείς έχουν αποφανθεί ότι η έκτρωση, σύμφωνα με τη συνείδηση του κόσμου, δεν μπορεί να ληφθεί σαν κάτι ανήθικο.

Έτσι, η δρ. Marie Raschke γράφει: "Η πλειονότητα των ...μητέρων προβάλλοντας αντίστοιχα τον Ποινικό μας Κώδικα δεν πιστεύουν ότι απομακρύνουν ήδη ζώσα ανθρώπινη ύπαρξη, από μια γένεσή της".

Ο von Liszt λέει ότι "η γυναίκα που υφίσταται έκτρωση είναι της γνώμης ότι έχει ένα μέρος δικού της σώματος στη διάθεσή

της και πως ο κόσμος πιστεύει ότι η έκτρωση προλαμβάνει τη γένεση της ζωής και καταστρέφει μια υπάρχουσα ζωή".

Θα ήταν, επομένως, περισσότερο δημοκρατικό να ζητήσουμε τη γνώμη των γυναικών, καθιερώνοντας την ποινικοποίηση της έκτρωσης. Ένα δημοψήφισμα πάνω σ' ένα τόσο επείγον ζήτημα ανάμεσα στις γυναίκες θα ήταν το καλύτερο.

Είναι μια κατάπτωση και μια φιλοσοφικο-γραφειοκρατική αυτοέξαρση όταν το κράτος θέλει να φτάσει στα ηθικά πρότυπα με άμεσο τρόπο, λέει ο μεγάλος ιστορικός Jacob Burckhardt. Δεν είναι στην αρμοδιότητα του κράτους να πραγματοποιεί ηθικά πρότυπα· είναι ήδη αρκετά δύσκολο να τηρήσει το νόμο. Ένα κράτος είναι σωστό αν είναι εν γνώσει της ύπαρξής του ως θεσμού ανάγκης. Το δικαίωμα του κράτους να υπάρχει έγκειται στο γεγονός ότι είναι το οχυρό του νόμου.

Τιμωρείται η έκτρωση γιατί είναι κάτι ανήθικο; Αυτός ο λόγος δεν είναι επαρκής για το νομοθέτη. Δεν είναι ηθικολόγος και ορθώς δεν έχει ποτέ ποινικοποιήσει μια πράξη απλώς και μόνο επειδή ήταν ανήθικη. Γιατί, αν ερευνήσουμε, θα δούμε ότι καμιά πράξη δεν τιμωρείται μόνον επειδή είναι αντίθετη προς την ηθική. Πάντοτε μια άλλη πράξη είναι λόγος γι' αυτό. Η αθέτηση της αρετής είναι αντίθετη με τα ήθη. Ωστόσο, τιμωρείται μόνον όταν λαμβάνει χώρα δημόσια ή ένα άλλο πρόσωπο-εξαναγκάζεται να είναι παρόν. Έτσι, εδώ δεν προστατεύεται η ίδια η ηθική, αλλά το κοινό και το υπό εξαναγκασμό πρόσωπο. Και με όλες τις διατάξεις αυτού του είδους είναι το ίδιο. Τώρα, το κοινό, οι γυναίκες, η νεολαία, οι ανήλικοι, τα παιδιά, οι μεθυσμένοι κ.λ.π. απολαμβάνουν προστασία. Αλλά οι ανήθικες πράξεις δεν τιμωρούνται σαν τέτοιες.

Το Κράτος είναι ακατάλληλο για ηθικολόγος και ως νομοθέτης

η κυβέρνηση έπρεπε να ενεργεί μόνον αν η νομική κυριότητα άλλων της κοινότητας μπορούσε να παραβιαστεί από ανήθικες πράξεις.

Αν και ένα κεφάλαιο του Ποινικού μας Κώδικα συμβαίνει να έχει τον τίτλο "Εγκληματικές πράξεις κατά των ηθών", ωστόσο αυτές δεν υπάρχουν· πράξεις κατά της ζωής, ατόμων κ.λ.π. υπάρχουν. Τα ήθη είναι θεσμοί που θα έπρεπε να υποχωρούν μπροστά σε ανθρώπους που δεν θέλουν να μπερδευτούν μ' αυτούς τους θεσμούς. Κανένας θεσμός στον κόσμο δεν είναι σπουδαιότερος απ' τον άνθρωπο. Ο άνθρωπος είναι που εγκαθιστά θεσμούς και όχι το αντίθετο.

Η διαφορά γνώμης πάνω στη φύση της έκτρωσης δείχνει ότι τα κίνητρα είναι διαφορετικά. Πρώτα πρώτα η έκτρωση είναι τιμωρητέα, αλλά κανείς δεν ξέρει γιατί. Η νομοθεσία της έκτρωσης είναι, επομένως, μιας προκατειλημμένης, δογματικής φύσης. Το προηγούμενο απέδειξε το πώς ορισμένοι αγωνίστηκαν να δικαιολογήσουν την ποινικοποίηση της άμβλωσης στην πορεία του χρόνου, ακόμη και όταν όλα τα επιχειρήματα απέτυχαν. Είναι ενδιαφέρον να συγκρίνουμε τις απόψεις των διαφόρων νομομαθών πάνω σ' αυτό. Είναι δύσκολο να εξασφαλίσουμε βιβλία που να αναφέρουν τους λόγους για τους οποίους η έκτρωση θα έπρεπε να τιμωρείται. Με μαντικές αυθεντίες αποδειχνουν η μια με την άλλη την ανεπάρκεια των αντίστοιχων επιχειρημάτων τους για την ποινικοποίηση της έκτρωσης. Δεν υπάρχει επιχειρηματολογία που να μην κρίνεται ανεπαρκής από μια νομική αυθεντία.

Με τη σημερινή θέση της ερμηνείας των νόμων και της νομολογίας, δεν υπάρχει δικαιολόγηση για ποινικοποίηση της έκτρωσης (η διαφορά σε εκτίμηση μεταξύ του εμβρύου και του προχωρημένου εμβρύου είναι πλάσμα της φαντασίας).

Παρά τις συχνές εκθέσεις για την προσωπικότητα του εμβρύου, οι νομοθεσίες δεν το θεωρούν πρόσωπο. Σχεδόν χωρίς εξαίρεση οι

απειλούμενες ποινές είναι πολύ ελαφρότερες από εκείνες της ανθρωποκτονίας και του φόνου, εφόσον δεν επιβάλλεται επιπρόσθετη τιμωρία για βλάβη που γίνεται στην έγκυο γυναίκα.

Ο Ποινικός Νόμος δεν μπορεί να διαπαιδαγωγήσει την κοινωνία με πεποιθήσεις που δεν έχουν διαποτίσει το έθνος από άλλους δρόμους... Κάθε σχέδιο που χρησιμοποιείται να μεταρρυθμίσει και να αναδιοργανώσει την κοινωνία μέσω της θλίψης, της πίεσης, της ενοχής και της αυστηρότητας αποτυγχάνει. Η ελευθερία είναι αρκετά δυνατή για να ανέβει ή να κρατηθεί στα πόδια της. Επέκταση της δημοσιότητας, βελτίωση και αύξηση της γνώσης, καλύτερη πληροφόρηση περί του τι είναι κακό και επιβλαβές σημαίνει απεριόριστη τελική ευθύνη.

Τελικά θα είναι η γυναίκα εκείνη που έχει να αποφασίσει αν θα κάνει ή όχι παιδί. Το νομικό επιχείρημα της ποινικοποίησης είναι, επομένως, αναχρονιστικό. "Αυτό δεν ταιριάζει στις κοινωνικές σχέσεις και σ' ένα νόμιμο πολιτικό σύστημα όπου η γυναίκα θεωρείται ίση με τον άνδρα. Δεν θα μπορούσε κανείς να εξαναγκάσει μια γυναίκα να κάνει παιδί αν αυτή δεν το θέλει". Ο άνδρας είναι, πράγματι, ο γεννήτορας, αν και το έμβρυο αποτελεί μέρος του σώματος της γυναίκας. Αυτό ίσως να είναι τραγικό για την πατρότητα, αλλά δεν μπορεί κανείς να αγνοήσει αυτό το γεγονός. Και το ένα και το άλλο πράγμα κάνουν απίθανο το γεγονός ο νομοθέτης να δικαιούται να προστατεύσει τα δικαιώματα του συζύγου με την απειλή τιμωρίας.

Ποιες είναι οι απόψεις των θρησκειών για την έκτρωση;

Η επίσημη Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία θεωρεί ότι η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι ανήθικη και την καταδικάζει. Επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Παρόμοια θέση έχει και η Ελληνι-

κή Ορθόδοξη Εκκλησία. Οι Προτεστάντες έχουν μια πιο ελεύθερη άποψη, ενώ μερικά δόγματά τους αναφέρουν ότι "η θεραπευτική έκτρωση" είναι επιτρεπτή όταν ζητείται. Υπάρχουν βέβαια ορισμένοι Προτεστάντες που παίρνουν την ίδια θέση με αυτή της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας.

Η Μωαμεθανική θρησκεία παίρνει αντίθετη θέση για την έκτρωση, ενώ η επίσημη Ιουδαϊκή θέση εξαρτάται από την ερμηνεία του Εβραϊκού νόμου, γενικά όμως φαίνεται ότι η έκτρωση είναι αποδεκτή για τη "διατήρηση της υγείας της μητέρας".

Το 1937 η ιεραρχία της Εκκλησίας της Ελλάδας απεύθυνε προς τον κλήρο και το λαό μια πραγματικά βαρυσήμαντη επί του τεκνογονικού εγκύκλιο. Στο Προοίμιο της εγκυκλίου επισημαίνεται το γεγονός ότι οι εκτρώσεις και τα κάθε μορφής προληπτικά της παιδοποιίας μέσα που βρίσκονται σε πλήρη έξαρση παγκοσμίως έχουν διεισδύσει και στη χώρα μας με κίνδυνο "να σαλεύσει τις βάσεις της οικογένειας, να καταστρέψει την ηθική έννοια και τον υψηλό του γάμου σκοπό, να διαφθείρει τους Έλληνες Χριστιανούς συζύγους και να βλάψει ανεπανόρθωτα το ελληνικό έθνος δια της αραιώσεως του πληθυσμού".

Στη συνέχεια τονίζονται οι ηθικής φύσεως συνέπειες για τη γυναίκα, γιατί οι φυσικές επιπτώσεις είναι και άμεσες και καταστροφικές.

Παρόμοια εγκύκλιος είχε εκδοθεί και το 1968 από την Ιερά Σύνοδο της Εκκλησίας. Κύριο θέμα οι εκτρώσεις που, όπως τονίζει έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό και οι συνέπειές τους είναι σοβαρές στους τομείς της ηθικής, της οικονομίας και της υγείας των γυναικών.

Σήμερα, 50 περίπου χρόνια από την έκδοση της εγκυκλίου, είμαστε μάρτυρες μιας οδυνηρής πραγματικότητας, της "πληθυσμια-

κής έκτρωσης", δηλαδή πολλών γεωγραφικών τμημάτων της χώρας και του διαγραφόμενου πραγματικού κινδύνου να περιέλθει η Ελλάδα, μόνη σε όλη τη Βαλκανική, σε πλήρη βιολογικό μαρασμό.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Μπαίνοντας στη δεκαετία του '80, πάνω από το 70% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες με πλήρη ή σχεδόν πλήρη ελευθερία των εκτρώσεων, ενώ το υπόλοιπο ζει σε χώρες όπου η έκτρωση απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει τις πιο πολλές από τις Μουσουλμανικές χώρες, την πλειονότητα των Αφρικανικών κρατών και των κρατών της Λατινικής Αμερικής, καθώς και έξι Ευρωπαϊκές χώρες: Το Βέλγιο, την Ιρλανδία, τη Μάλτα, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ελλάδα.

Η Σοβιετική Ένωση ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τις εκτρώσεις το 1920. Το 1935 όμως οι νόμοι ξανάγιναν περιοριστικοί, για να επανέλθουν το 1960 στο προηγούμενο καθεστώς. Στη συνέχεια, όλες σχεδόν οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, εκτός από την Αλβανία, νομιμοποίησαν τις εκτρώσεις στη δεκαετία του 1960. Πρόσφατα μερικές απ' αυτές προσέθεσαν περιοριστικούς όρους, σαν αντίδραση στη μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Η Σουηδία και η Δανία νομιμοποίησαν πλήρως τις εκτρώσεις το 1935. Το 1948 ακολούθησε η Ιαπωνία και το 1967 η Μεγάλη Βρετανία. Η Ινδία, σαν μέλος της Βρετανικής Κοινοπολιτείας, ακολούθησε την Αγγλία το 1971. Ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες εφάρμοσαν "ελεύθερους" νόμους για τις εκτρώσεις το 1969 και 1973 αντίστοιχα, ενώ το 1975 ακολούθησε και η Γαλλία. Στη Λαϊκή

Δημοκρατία της Κίνας, τέλος, οι εκτρώσεις είναι πλήρως ελεύθερες.

Η στάση των αντρών για την έκτρωση

Η στάση των αντρών απέναντι στην έκτρωση εξαρτάται από την ηλικία τους. Έτσι, από έρευνες που έχουν γίνει, βλέπουμε ότι οι άντρες κάτω των 30 ετών είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και δέχονται την έκτρωση απ' ό,τι οι άντρες των 30 ετών και άνω. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι νέοι Έλληνες ηλικίας 24-27 ετών εισέρχονται στη φάση "δημιουργίας οικογένειας", που συμβαδίζει με τη φάση επαγγελματικής προσπάθειας και ανάπτυξης. Για να μη θέσουν σε κίνδυνο την επαγγελματική και οικονομική προσπάθεια με πρόωγη αύξηση του πληθυσμού των παιδιών, τάσσονται υπέρ της έκτρωσης, εκφράζοντας την επιθυμία να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη.

Το ίδιο ισχύει και με τους νέους ανύπαντρους άντρες, οι οποίοι δεν είναι έτοιμοι να προχωρήσουν στο γάμο, κρατώντας έτσι το παιδί, ούτε οικονομικά ούτε ψυχολογικά.

Αντίθετα, οι άντρες 30-33 ετών εισέρχονται στη φάση συμπλήρωσης του αριθμού των παιδιών που θέλουν και αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της επιπλέον αύξησης της οικογένειάς τους.

Ποιοι ωφελούνται από τις εκτρώσεις

Δυο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τις εκτρώσεις. Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι, που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν έκτρωση σε μια γυναίκα, χωρίς πολλή φασαρία αλλά με αρκετά χρήματα. Τη δεύτερη αποτελούν γιατροί που κατά καιρούς έχουν πάρει το λόγο πάνω στο θέμα, συνήθως για να

τονίσουν την επίπτωση των εκτρώσεων στο δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Οι γυναικολόγοι, με προκάλυμμα την επιστημοσύνη, τον ορθολογισμό, την ταμπέλα του "ειδικού", όντας οι μόνοι που έρχονται σε άμεση επαφή με τη γυναίκα, είναι βασικά αυτοί που διαμορφώνουν την αντίληψή της για τις λειτουργίες του κορμιού της και κύρια την αναπαραγωγική λειτουργία.

Ο λόγος των γυναικολόγων από την εμπειρία που η κάθε μια μας έχει, είναι αποκαλυπτικός. Άρνηση έστω και της ελάχιστης διαφώτισης πάνω στα διάφορα προβλήματα, μυθοποίηση των λειτουργιών του κορμιού σαν κάτι που μόνο η επιστήμη μπορεί να αποκρυπτογραφήσει, γελοιοποίηση και παραγνώριση όσων η γυναίκα έχει να πει. Η χρήση που κάνουν οι γιατροί των γνώσεών τους ή της άγνοιάς τους δεν είναι καθόλου αυτονόητη. Η διαστρέβλωση δεν είναι πάντα προφανής και χρειάζεται αντίλογος, διαφορετική πρακτική, για να αποδειχθεί η ιδεολογική στράτευση της υποτιθέμενης ουδέτερης και ορθής επιστημονικής διάγνωσης, γνώμης.

Η έκτρωση είναι ένα ακραίο μέσο αντισύλληψης που αντιστοιχεί στο σύνολό του στις ιδεολογικές δομές μιας κοινωνίας βασισμένης στην αυταρχική οικογένεια, στη διπλή ηθική. Αυτή η ιδεολογία νομιμοποιεί και την αυθαίρετη επιστημονική επιλογή, "καλύτερα έκτρωση παρά χάπι" που στην Ελλάδα αποτελεί ιατρικό δόγμα. Κι αν δεν λέγεται έτσι, πάντως εννοείται, μια που όταν γίνεται λόγος για αντισύλληψη οι γιατροί προτείνουν πάντα τα λιγότερο αποτελεσματικά μέτρα, με φυσική συνέπεια η έκτρωση να αποτελεί κατά κανόνα τη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Για να αντιληφθούμε το στήσιμο όλου αυτού του μύθου για παρανέργκειες ή κινδύνους του χαπιού ή άλλων αποτελεσματικών αν-

τισυλλληπτικῶν μεθόδων, δεν χρειάζεται να αντιπαραθέσουμε μόνο επιστημονικές έρευνες που να καταλήγουν σε αντίθετα συμπεράσματα. Φτάνει μια συγκριτική ανάλυση του τι θεωρείται και διαδίδεται σαν επικίνδυνο στην κοινωνία μας από γιατρούς επιστήμονες και τι σαν μη επικίνδυνο. Το να έχει κάνει μια γυναίκα πέντε εκτρώσεις, που είναι αριθμός μετριοπαθής - τη στιγμή που υπάρχουν όχι λίγες γυναίκες που οι εκτρώσεις τους ξεπερνούν κατά πολύ αυτό τον αριθμό - είναι πρακτικά ακίνδυνο. (Η επισήμανση των κινδύνων στην περίπτωση αυτή αντιμετωπίζεται θεωρητικά και ποτέ σε σχέση με την πράξη). Όπου έκτρωση σημαίνει χειρουργική επέμβαση και όπου οι επιπτώσεις επανειλημμένων αποξέσεων που είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος έκτρωσης ελάχιστα επισημαίνονται - ακόμα κι όταν κάτι συμβεί δεν συνδέεται ποτέ με το γεγονός προηγούμενης απόξεσης.

Αντίθετα, για τα χάπια, συστηματικά και ύπουλα, υπό τύπον "μικρών" ειδήσεων στις εφημερίδες, κυκλοφορούν διάφορα τρομακτικά. Στις περιπτώσεις που τα χάπια χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς, οι φόβοι μοιάζουν να εκλείπουν. Λες και αυτοί οι λόγοι οφείλονται περισσότερο στην ηθική υπέρβαση παρά στο χάπι καθαυτό. Το αντίστροφο ισχύει για το τσιγάρο. Θεωρείται καρκινογόνο, παρόλα αυτά κανείς δεν το σκέπτεται έτσι. Η διαφήμιση αναιρεί το λόγο για τους κινδύνους. Αντίθετα, τα χάπια, των οποίων οι κίνδυνοι - πέρα απ' τις περιπτώσεις παθήσεων στις οποίες πρέπει να αποφεύγονται και που κατονομάζονται ρητά - ποτέ δεν αποδείχθηκαν ότι είναι προς αποφυγή. Όπως και οι περιπτώσεις πλήθους άλλων φαρμάκων μαζικής κατανάλωσης, όπως τα ηρεμιστικά και τα παυσίπονα, που κανείς δεν αναρωτιέται για το ακίνδυνο ή όχι της χρήσης τους. Γιαυτά όμως υπάρχει γενικά ευνοϊκό κλίμα, που συντηρείται και από το ιατρικό σώμα.

Βλέπουμε λοιπόν ότι όλες οι ιδιωτικές γυναικολογικές κλινικές έχουν ένα τμήμα για "επεμβάσεις", όλοι οι γυναικολόγοι της χώρας θησαυρίζουν απ' αυτές, και μόνο όταν συμβεί κάποιο ακραίο γεγονός (όπως θάνατος) η υπόθεση περνάει στα χέρια του νόμου. Δηλαδή στην Ελλάδα οι εκτρώσεις γίνονται ανενόχλητα και, σε μεγάλο βαθμό, με τις σιωπηλές ευλογίες του κράτους που τις απαγορεύει.

Θα μπορούσε, λόγου χάρη, να υποθέσει κανείς πως η ανοχή του κράτους απέναντι στην παράνομη έκτρωση οφείλεται στην έλλειψη επαγγελματιών, κοινωνικών κ.τ.λ. διεξόδων για μεγαλύτερο πληθυσμό σε μια μη ορθολογισμένη κοινωνία σαν την Ελληνική. Αν όμως συμβαίνει κάτι τέτοιο, γιατί αυτή η σιωπηλή ανάγκη περιορισμού των γεννήσεων δεν θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί με την προγραμματισμένη αντισύλληψη; Αλλά στην Ελλάδα στήθηκε για τους γιατρούς η τεράστια βιομηχανία των εκτρώσεων. Έτσι δεν πληροφορούν τις γυναίκες για τις επιπτώσεις στην υγεία τους και τις δυνατότητες αποφυγής τους.

Το είπε γνωστός Αθηναίος γιατρός σε κοπέλα 22 ετών που του ζήτησε αντισυλληπτικά χάπια μετά από έκτρωση: "Από τώρα. Κάνετε πρώτα μια δυο εκτρώσεις ακόμα... Τα χάπια θα καταστρέψουν τον οργανισμό σας".

Κάθε πρωί αναλογούν δέκα εκτρώσεις σε κάθε γιατρό. Οι συνθήκες περιποίησης και καθαριότητας αντιστοιχούν με τις δυνατότητες του βαλαντίου των γυναικών. Οι προκαταρκτικές εξετάσεις δεν θεωρούνται απαραίτητες κι έτσι μπορεί να κάνουν μια "αποξεσούλα" χωρίς η γυναίκα να είναι καν έγκυος.

Ποιοι έχουν λοιπόν συμφέρον στη διαιώνιση αυτής της κατάστασης; Ποιοι χρηματοδοτούν τους εκδοτικούς οργανισμούς για να δημοσιεύουν τερατώδη άρθρα με επιστημονική σοβαρόφανεια για τους

θανάσιμους κινδύνους των σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων - το χάπι φέρνει θάνατο ή στην καλύτερη περίπτωση καρδιοπάθεια, καρκίνο, στείρωση, ανώμαλα παιδιά. (Για τους Έλληνες γιατρούς η ασφαλέστερη αντισυλληπτική μέθοδος είναι η "της ελεγχόμενης αποχής". Όσο λιγότερο, τόσο καλύτερα).

Πιασμένες λοιπόν στα γρανάζια της άγνοιας, της διαστρέβλωσης, εμπιστευόμενη κάθε γυναίκα το γιατρό της, καταφεύγει στην έκτρωση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ

Οικογενειακός προγραμματισμός

Η θλιβερή διαπίστωση που έγινε στη χώρα μας είναι ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός όχι μόνο σαν θεσμός, αλλά και σαν όρος είναι ολότετα άγνωστος.

Είναι πράγματι άξιο απορίας γιατί μέχρι τώρα απουσίασε διακριτικά η πολιτεία από ένα τόσο νευραλγικό και ταυτόχρονα κοινωνοφελή τομέα. Η πρωτοβουλία μέχρι τώρα ανήκε σε ορισμένους ανθρώπους που, ανησυχώντας μπροστά σ' αυτή την κατάσταση, συνέλαβαν την ιδέα να ιδρύσουν Εταιρείες ή άλλες Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού, για να αντιμετωπιστούν σε πρώτη φάση τα προβλήματα του είδους. Φυσικά, το αποτέλεσμα από τις παραπάνω πρωτοβουλίες δεν ήταν ικανοποιητικό.

Κατά καιρούς η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού έχει παρερμηνευτεί δυστυχώς, γιατί ταυτίστηκε - λαθεμένα βέβαια - με τον έλεγχο των γεννήσεων. Οι δυο αυτοί όροι διαφέρουν μεταξύ τους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητά του εκούσια, υπεύθυνη, συνειδητή και θεωρεί υποχρέωσή του να πληροφορήσει το άτομο πάνω στα θέματα αυτά, ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων αδιαφορεί για την επιθυμία του ατόμου και ενδιαφέρεται μόνο πώς να αυξήσει ή να ελαττώσει τις γεννήσεις - ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες που παρουσιάζονται κάθε φορά στη χώρα του. Σήμερα πραγματικά γίνεται έλεγχος των γεννήσεων σ' όλους τους υπανάπτυκτους λαούς, όπου το δημογραφικό πρόβλημα έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις. Στις χώρες αυτές συνεπώς - Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν. Ασία - είναι

από τα πράγματα επιβεβλημένη η αναχαίτηση της πολυγονίας, για το καλό των λαών στις χώρες αυτές.

Δεν χωράει αμφιβολία πως η δημιουργία οικογένειας είναι ατομική υπόθεση και αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός. Ήδη στα 1968 το Διεθνές Συνέδριο για ανθρώπινα δικαιώματα, που έγινε στην Τεχεράνη, διακήρυξε τα εξής: Τα ζευγάρια έχουν το βασικό δικαίωμα ν' αποφασίζουν ελεύθερα για τον αριθμό των παιδιών και το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβήσει ανάμεσα στις γεννήσεις των παιδιών τους. Τα ίδια περίπου διακήρυξε και η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στις 11.12.1979.

Συνεπώς, για τους προηγμένους λαούς, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός κάθε άλλο παρά έλεγχος και αστυνόμευση της ελεύθερης ανάπτυξης της οικογένειας είναι. Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου δεν υπάρχει δημογραφικό πρόβλημα, τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού είναι εθελοντικά και επιθυμητά.

Εκεί ο οικογενειακός προγραμματισμός αποβλέπει να δώσει όλα εκείνα τα στοιχεία, ώστε το ζευγάρι να προγραμματίσει - πάντα ελεύθερα - τη μελλοντική του οικογενειακή ζωή, για να μη συρθεί σε περιπέτειες και άλλες τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις, που συνεπάγεται η άγνοια του οικογ. προγραμματισμού.

Στοχεύει τέλος ο οικογ. προγραμματισμός κατά κύριο λόγο στην προστασία της υγείας της μητέρας και των παιδιών, στην απόκτηση γερών και επιθυμητών παιδιών και επιθυμεί τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης οικογένειας, όπου όλα τα μέλη ζουν αρμονικά. Ο βασικός σκοπός όμως του οικογ. προγραμματισμού είναι η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλιστεί για τη μητέρα η ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και για το παιδί η ισόρροπη ψυχοσωματική ανάπτυξη.

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη μητέρα:

1. Να βοηθήσει τη γυναίκα να απαλλαγεί από την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τα πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που συνεπάγεται μια τέτοια κατάσταση.
2. Να απαγκιστρώσει κάθε γυναίκα από τα κοινωνικά και συναφή οικονομικά προβλήματα που συνεπάγεται μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
3. Να διευκολύνει τη γυναίκα ώστε να αποφεύγει διαδοχικές εγκυμοσύνες και θηλασμούς, που έχουν σαν αποτέλεσμα το αδυνάτισμά της, αλλά και τον παραπέρα κλονισμό της υγείας της.
4. Να καθοδηγήσει τη γυναίκα, ώστε να αποφεύγει τις πολλές εκτρώσεις, που οδηγούν σίγουρα στη στειρώση.
5. Να γίνει σαφές σε γονείς με μεταδοτικές ή κληρονομικές ασθένειες ότι δεν πρέπει να αποκτήσουν παιδιά.
6. Να δώσει, τέλος, οποιαδήποτε συμβουλή, ώστε να περιοριστεί η μητρική θνησιμότητα.

Για το παιδί εξάλλου έχει τους παρακάτω στόχους:

1. Για να προστατέψει το έμβρυο από τον υποσιτισμό και τις φοβερές συνέπειες που συνεπάγεται, προσπαθεί να καταπολεμήσει τις συνεχείς εγκυμοσύνες.
2. Για να συμβάλει στη βελτίωση της ποιοτικής ζωής του παιδιού, επιδιώκει να ρυθμίσει το μεσοδιάστημα των κυήσεων.
3. Προσπαθεί να απαλλάξει τα παιδιά των πολύτεκνων από την αντίληψη ότι είναι ανεπιθύμητα στην οικογένειά τους.
4. Λαμβάνει πρόνοια για το βρέφος και το παιδί, όταν ο αριθμός των παιδιών υπερβαίνει τη δυνατότητα της οικογένειας.

Οι νοσηλεύτριες-τες θα πρέπει να ενθαρρύνουν τα νεαρά ζευγάρια να απευθύνονται στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού για πληρέστερη ενημέρωση πάνω στα θέματα αντισύλληψης και γενικά τη σεξουαλική διαφώτιση.

Θα πρέπει η νοσηλεύτρια-της να καταπολεμήσει αυτή την προκατάληψη που υπάρχει για τον οικογενειακό προγραμματισμό, για να ενισχυθεί αυτός ο θεσμός. Μέχρι όμως ο Έλληνας να αποκτήσει εμπιστοσύνη στο θεσμό του οικογ. προγραμματισμού, ο ρόλος της διαφώτισης είναι καθήκον της νοσηλεύτριας-τή.

Έτσι, σε αυτή την εργασία μας, προσπαθώντας να ενημερώσουμε την Ελληνίδα για την έκτρωση, αναφερόμαστε στα επόμενα κεφάλαια: Ανατομία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας - Φυσιολογία της γονιμότητας, Έκτρωση - Τρόποι έκτρωσης - Προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση - Μετεγχειρητικές οδηγίες - Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση - Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση και τέλος Αντισύλληψη.

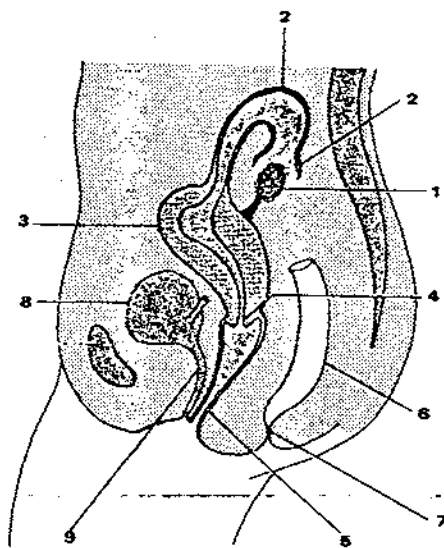
ANATOMIA TOY GENNHTIKOY SYSTHMATOS TΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Διακρίνονται σε έξω γεννητικά όργανα και έσω γεννητικά όργανα. Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούνται από: 1. Τα μεγάλα χείλη που είναι πτυχές του δέρματος, 2. Τα μικρά χείλη, 3. Την κλειτορίδα, αποτελούμενη από στυτικό ιστό, 4. Τον πρόδρομο του κολεού εκτός του προδόμου εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των Bartholinείων αδένων που βρίσκονται στη βάση των μεγάλων χείλέων, κάτωθεν της κλειτορίδας υπάρχει το έξω στόμιο της ουρήθρας, 5. το εφηβαίο, του οποίου η εμφάνιση της τριχώσεως αποτελεί σημείο εμφάνισης της ήβης, 6. Ο παρθενικός υμένας.

Τα έσω γεννητικά όργανα αποτελούνται από: 1. Τον κόλπο στο άνω μέρος που αναδιπλώνεται πάνω στον τράχηλο της μήτρας και υποδέχεται αυτόν μέσα στον κόλπο, 2. μήτρα που σε διατομή αποτελείται από 3 στιβάδες από μέσα προς τα έξω: α) βλεννογόνο ή

ενδομήτριο, β)μυομήτριο, αποτελούμενο από λείες μυϊκές ίνες, που συσπώμενες κατά τον τοκετό προκαλούν τη διαστολή του τραχήλου, γ) το ορογόνο που αποτελεί ανάκαμψη του περιτοναίου επί της μήτρας. 3. Σάλπιγγες: αποτελούν σπληνώδη όργανα μήκους 6 εκ. που φέρνουν τόσο το σπέρμα προς την ωθήκη όσο και το γονιμοποιηθέν ωάριο προς τη μήτρα. Απολήγουν προς την ωθήκη, το ελεύθερο χείλος της οποίας έχει κροσσούς με τους οποίους παραλαμβάνεται το ωάριο. Ο βλεννογόνος της σάλπιγγας αποτελείται από μονόστουχο κροσσωτό επιθήλιο. 4. Ωθήκες: βρίσκονται στην πίσω επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου και προς το πυελικό τοίχωμα.

Είκ. 52 Τό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας.
1. ωθήκη, 2. σάλπιγγα, 3. μήτρα, 4. τράχηλος μήτρας, 5. κόλπος, 6. έντερο, 7. πρωκτός, 8. ούροδόχος κύστη, 9. ούρηθρα.



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

1. Μηνιαίος κύκλος (έμμηνος ρύση)

Ο μηνιαίος κύκλος είναι η φυσιολογική λειτουργία που συμβαίνει κάθε μήνα στις περισσότερες γυναίκες από τα 12-13 τους μέχρι τα 50 τους περίπου χρόνια.

Το κέντρο ελέγχου της έμμηνης ρύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο, που είναι τμήμα του εγκεφάλου. Ο υποθάλαμος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εντολή απελευθέρωσης ορμονών όπως είναι η θυλακιτρόπος (F.S.H.) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH). Και οι δυο συντελούν στην ωρίμανση του ωαρίου και προετοιμάζουν το έδαφος για τη σύλληψη. Ειδικότερα η F.S.H. εμφανίζει τη μεγαλύτερη δράση στο πρώτο μισό του μηνιαίου κύκλου, οπότε συμβάλλει στην ωρίμανση του ωαρίου, που ακολουθεί την πιο κάτω διαδικασία. Η ωρίμανση του ωοθηλακίου παράγει οιστρογόνα κατά την ωορρηξία και το ώριμο ωάριο απελευθερώνεται πλέον από την ωοθήκη, διέρχεται μέσα από τις σάλπιγγες και κάτω από την επίδραση της οιστρογόνης και προγεστερόνης, που προετοιμάζουν τη λειτουργική στοιβάδα του ενδομήτριου, κατεβαίνει και εγκαθίσταται στη μήτρα οριστικά πια. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει, οπότε η επίδραση των οιστρογόνων και η προγεστερόνη πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα να γίνει ρήξη του ενδομητρίου και να αρχίσει η έμμηνη ρύση, που κρατεί από 3 μέχρι 7 ημέρες. Όταν το επίπεδο της οιστρογόνης πέσει χαμηλά, τότε η υπόφυση ελευθερώνει F.S.H. και ο νέος κύκλος αρχίζει πάλι.

Η έμμηνη ρύση εμφανίζεται κατά την ήβη σε ηλικία 10-12 ετών και τερματίζεται περίπου στα 40 μέχρι 50 χρόνια της γυναίκας.

Η έμμηνη ρύση επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, κάθε 28-30 ημέρες περίπου. Η λειτουργία αυτή ελέγχεται από τις ορμόνες του υποθάλαμου και της υπόφυσης, οι οποίες επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως π.χ. σωματική κατάπτωση και στρες. Ο ερχομός της εμμηνορυσίας προειδοποιεί τη γυναίκα με διάφορους τρόπους. Μερικές γυναίκες παραπονιούνται 2 ή 3 ημέρες νωρίτερα ή κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης ότι αισθάνονται υπερένταση, είναι ευέξαπτες, έχουν πόνους και φούσκωμα στην κοιλιακή χώρα, μαλακότητα και φούσκωμα στο στήθος. Αλλά και κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης τα συμπτώματα είναι φανερά, γιατί οι περισσότερες γυναίκες είναι ευπαθείς στις διαφορές αρρώστιες και ατυχήματα. Αυτή η ευπάθεια σε ατυχήματα ίσως οφείλεται στην αύξηση της υπνηλίας που μεταβάλλει την κρίση και ελαττώνει την αντίδραση της γυναίκας. Σπάνια η έμμηνη ρύση σταματάει απότομα.

2. Εμμηνόπαυση

Η έμμηνη ρύση συνεχίζεται αδιάκοπα, με εξαίρεση την περίοδο της εγκυμοσύνης, μέχρι τα 45 ως τα 50 χρόνια.

Η εμμηνόπαυση, η κλιμακτήριος, όπως αλλιώς λέγεται, εκδηλώνεται με ψυχοσωματικές αλλαγές που συντελούνται στη γυναίκα που υφίσταται αυτή την καινούργια κατάσταση. Η αδιάκοπη έξαψη, η διαρκής κατάθλιψη, οι ασυνήθιστοι πόνου, η ένταση, η-οξυθυμία και το αίσθημα της κόπωσης είναι από τα πιο συνηθισμένα χαρακτηριστικά της μεγάλης αυτής αλλαγής.

ΕΚΤΡΩΣΗ

Έκτρωση καλείται η αφαίρεση ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου

από τα τοιχώματα της μήτρας όπου είναι προσκολλημένο.

Φυσική έκτρωση ή αποβολή είναι η αιφνίδια διακοπή της εγκυμοσύνης. Μια στις δέκα εγκυμοσύνες πιστεύεται ότι διακόπτεται μ' αυτό τον τρόπο. Το 75% περίπου των αποβολών συμβαίνει κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 μηνών της εγκυμοσύνης. Τα πιο κοινά αίτια είναι η ανώμαλη ανάπτυξη του εμβρύου, ανωμαλίες του πλακούντα ή κάποια ασθένεια της μητέρας.

Από την πλευρά της ηθικής, το πότε είναι επιτρεπτή ή όχι η εκούσια έκτρωση εξαρτάται από τις αντιλήψεις του καθένα. Το ερώτημα είναι πότε αρχίζει η ζωή. Μια συντηρητική άποψη υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει μετά τη σύλληψη και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει. Μια πιο σύγχρονη άποψη όμως υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει από τη στιγμή που το έμβρυο μπορεί να ζήσει έξω από το σώμα της γυναίκας. Όπως γίνεται αντιληπτό, δεν είναι εύκολο να δοθεί κατηγορηματική απάντηση αναφορικά με το αν η έκτρωση είναι επιτρεπτή από την πλευρά της ηθικής ή όχι. Ο νόμος, πάντως, επιτρέπει τις εκτρώσεις σε ειδικές μόνο περιπτώσεις, όταν δηλαδή απειλείται η ψυχική και σωματική υγεία της μέλλουσας μητέρας ή η υγεία του εμβρύου.

Τρόποι έκτρωσης

Η έκτρωση γίνεται με πολλούς τρόπους. Οι συνήθεστοροι απ' αυτούς είναι:

α) Διαστολή και αναρρόφηση

Η έκτρωση με αναρρόφηση είναι η πιο απλή μέθοδος. Ένας αναρροφητικός εμβρυουλκός συνδέεται με αντλία κενού, περνάει μέσα από το άνοιγμα της μήτρας και γίνεται η αναρρόφηση του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής όταν γίνεται κατά τις 12 πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Αν χρησιμοποιηθεί μετά τη 12η ε-

βδομάδα είναι απαραίτητο να γίνει διαστολή της μήτρας, ώστε να μπόρέσει να εισέλθει ο αναρροφητικός εμβρυουλκός.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί δεξιολοτεχνία και συνίσταται στη διαστολή του αυχένα της μήτρας και στο ξύσιμο των εσωτερικών τοιχωμάτων της μήτρας με ένα ξέστρο, που μοιάζει με κουτάλι.

β) Αλατούχα ένεση

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, ο γιατρός εισάγει υπέρτονο διάλυμα αλατιού ή γλυκόζης στην κοιλότητα της μήτρας. Μετά από αυτό η μήτρα συστέλλεται και μέσα σε 1-2 ημέρες αποβάλλονται το έμβryo και στη συνέχεια ο πλακούντας. Είναι η πιο κοινή μέθοδος έκτρωσης και εφαρμόζεται μετά τη 16η και μέχρι την 24η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής απαιτεί 1-3 ημέρες, αλλά ο κίνδυνος επιπλοκών είναι 3 φορές μεγαλύτερος από ό,τι στις παραπάνω μεθόδους.

γ) Προσταγλανδίνες

Η χορήγηση προσταγλανδίνων γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε με τη βοήθεια καθετήρα που τις τοποθετεί μέσα στη μήτρα. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν σύσπαση των μαλακών μυών, πράγμα που οδηγεί στην αποβολή του εμβρύου. Αυτό όμως μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές, όπως ναυτία, εμετό και διάρροια. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη 22 εβδομάδων.

δ) Υστερεκτομή ή μικρή καισαρική

(Δεν πρέπει να συγχέεται με την υστερεκτομή που είναι η αφαίρεση της μήτρας). Χρησιμοποιείται σπανιότατα από τη δέκατη έκτη μέχρι την εικοστή τέταρτη εβδομάδα, όταν δεν μπορούν να γίνουν ενδοαμνιακές εγχύσεις.

Αυτή η εγχείρηση, που μοιάζει με καισαρική, γίνεται επειδή το μέγεθος του εμβρύου δεν του επιτρέπει να αποβληθεί από τον τράχηλο της μήτρας. Γίνεται με τομή στην κοιλιακή χώρα (συνήθως

κάτω από τη γραμμή τριχοφυΐας του εφηβαίου) και το έμβρυο αφαιρείται από τη μήτρα.

Αυτή η επέμβαση είναι η πιο σοβαρή, μια και πρόκειται για κανονική εγχείριση που κρατάει μισή ως μια ώρα. Απαιτεί βέβαια γενική αναισθησία και πολυήμερη παραμονή στο νοσοκομείο. Το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας την αναγκάζει να γεννήσει στη συνέχεια πάλι με καισαρική.

Προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση

Τα προβλήματα που εμφανίζονται μετά την έκτρωση είναι τα εξής:

1. Μόλυνση

Οι μολύνσεις μετά την έκτρωση είναι πιθανές, αν δεν ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα μέτρα. Αυτού του είδους οι μολύνσεις είναι δυνατό να εκδηλωθούν είτε μέσα στον κόλπο (ενδομητρίτιδα) είτε να απλωθούν πάνω από τη μήτρα (παροιμητρίτιδα, σαλπινγγίτιδα ή περιτονίτιδα). Η μόλυνση, όποιας μορφής κι αν είναι, γίνεται αντιληπτή με τη μορφή κράμπας, πυρετού, έκκρισης ή δυσφορίας στην πύελο. Οι άρρωστες μόλις αντιληφθούν αυτά τα συμπτώματα πρέπει άμεσα να σπεύσουν και να συμβουλευθούν το γιατρό τους.

Όσον αφορά τη θεραπεία της μόλυνσης, αυτή μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι, αν πρόκειται για ελαφριά μορφή, όπως είναι ενδομητρίτιδα, είτε στο νοσοκομείο, αν το κακό έχει προχωρήσει βαθιά, σαν σαλπινγγίτιδα ή περιτονίτιδα.

Στην πρώτη περίπτωση, αν έχει απομείνει κάτι μέσα στη μήτρα, αφαιρείται με τη μέθοδο της διαστολής και απόξεσης και άμεσα χορηγούνται τα κατάλληλα αντιβιοτικά, ενδοφλέβια πάντοτε. Στη βαρύτερη μόλυνση γίνεται εντατική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο, όπου χορηγείται μείγμα υδατώδους πενικιλίνης και γκενταμισίν.

2. Ενδομήτριος θρόμβος αίματος - Υπολλείματα προϊόντων σύλληψης

Όταν η έκτρωση γίνεται κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται σχεδόν πάντα το ίδιο πρόβλημα. Δημιουργείται εκεί ένας θρόμβος αίματος, ο ενδομήτριος, όπως λέγεται, οπότε χρειάζεται να επαναληφθεί η μέθοδος διαστολής με ξύσιμο. Ο θρόμβος του αίματος μπορεί να παρουσιασθεί αμέσως ή μετά πέντε μέρες από τη στιγμή της έκτρωσης και εκδηλώνεται με δυαντούς πόνους από κράμπα. Η διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται με εξέταση της πυέλου κατά την οποία διαπιστώνεται πως η μήτρα είναι τεντωμένη, μαλακή και μεγάλη και αυτό το οφείλει όχι βέβαια σε αιμορραγία του αυχένα της.

Το καλύτερο φάρμακο για την περίπτωση αυτή είναι η μέθοδος αναρρόφησης, ενώ το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνδέεται και με ενδομητρίτιδα. Η παραμονή υπολειμμάτων προϊόντων σύλληψης είναι πολύ πιο σπάνια περίπτωση από την ύπαρξη θρόμβου αίματος και θεραπεύεται εύκολα με ξύστρο αναρρόφησης. Για να αποτραπεί η παραμονή τυχόν υπολλειμάτων σύλληψης στη μήτρα, πρέπει κατά την επέμβαση να χρησιμοποιούμε το ξύστρο αναρρόφησης.

3. Εγκυμοσύνη που συνεχίζεται

Σε ορισμένες περιπτώσεις (0,1-0,3%) απ' τις εργασίες των Grimes, David etc. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών, ΗΠΑ, TPSA, CDC, 1974, TIETZE ETC, TPSA) αποδείχθηκε ότι η προσπάθεια τερματισμού της εγκυμοσύνης δεν είναι πάντοτε επιτυχημένη. Μια αποτυχία μπορεί να αποφευχθεί με προσεκτική εξέταση των προϊόντων σύλληψης μετά από κάθε έκτρωση. Η συνέχιση της εγκυμοσύνης γίνεται αντιληπτή από τα συμπτώματα εγκυμοσύνης που συνεχίζονται, καθώς και από τη μεγέθυνση της μήτρας, που βεβαιώνεται με γυναικολογική εξέταση που ακολουθεί μερικές εβδομάδες μετά την έκτρωση. Αν η εγκυμοσύνη δεν έχει τερματιστεί, τότε μπορεί να

συμβαίνουντα εξής: α) να υπάρχει ανώμαλη μήτρα (π.χ. δίκερως) , β) να έχουμε εγκυμοσύνη διδύμων, γ) να έχουμε μια εξωμήτρια εγκυμοσύνη. Πολύ συχνά όμως είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς καθαρισμού (ξυσίματος) του εμβρύου από τη μήτρα.

4. Τραύμα του τραχήλου ή της μήτρας

Το μετεκτρωτικό πρόβλημα εδώ εμφανίζεται με τη μορφή της διάτρησης ή τραυματισμού του τραχήλου. Για να αποφύγουμε τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση είναι αναγκαίο, παράλληλα με τη μέθοδο της ενστάλλαξης - πριν ή κατά την επέμβαση - να τοποθετείται κατά το β' τρίμηνο της κύησης η τραχηλική λαμινάρια (είναι φύκος θάλασσας που, όταν ξεραθεί, έχει την ικανότητα να απορροφά νερό και να διαστέλλεται με μεγάλη δύναμη. Χρησιμοποιείται για να διαστέλλει τον τράχηλο της μήτρας).

Γενικά, τα προβλήματα που ίσως δημιουργούν οι εκτρωτικές μέθοδοι των πρώτων μηνών αποφεύγονται με μια ελαφριά τραχηλική ενστάλλαξη, χωρίς τη χρησιμοποίηση καθετήρων ή άλλων οργάνων που εισάγονται βαθιά στη μήτρα.

5. Αιμορραγία

Η υπερβολική αιμορραγία κατά την ώρα της έκτρωσης ή μετά απ' αυτή αποτρέπεται με τοπική αναισθησία, χρήση συσταλτικών παραγόντων της μήτρας (όπως π.χ. OXYTOCIN I.V., χορήγηση EVROTRATE ενδομυϊκά ή από το στόμα κ.τ.λ.) και μαλάξεις αυτής. Στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενστάλλαξης κατά το δεύτερο τρίμηνο είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορη αναρρόφηση του πλακούντα μέσα σε μια ώρα μετά την αποβολή του εμβρύου, ώστε να αποφευχθεί υπερβολική απώλεια αίματος.

Στις μελέτες των Dailing J.I., Emanuel, Quick, παρατηρήθηκαν μετεκτρωτικές επιπλοκές όπως στειρότητα, απότομη αποβολή

(κατά τη δεύτερη κύηση) και γέννηση πρόωρων ή ελλειποβαρών βρεφών.

6. Θάνατοι από έκτρωση

Ο κίνδυνος θανάτου από την έκτρωση είναι μικρός. Ο κίνδυνος θανάτου από έκτρωση εξαρτάται από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό με το χρόνο της κύησης.

Μετεγχειρητικές οδηγίες

Όταν η επέμβαση τελειώσει, η ασθενής να φάει και να πιει ό,τι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική ξεκούραση. Φυσικά η ψυχική της διάθεση και η σωματική της υγεία δεν θα της επιτρέψουν να κάνει οποιαδήποτε εντατική δουλειά. Στο μεταξύ, αν της παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα, να μη διστάσει να καταφύγει στο γιατρό της για τις σχετικές οδηγίες.

Τι περιμένει κανείς από μια έκτρωση

Παρουσιάζονται αιμορραγίες και κράμπες που διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, ενώ μερικές δεν εμφανίζουν κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα. Οι περισσότερες παρουσιάζουν τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν (κράμπες και αιμορραγία) κατά τη διάρκεια των δυο πρώτων εβδομάδων μετά την έκτρωση.

Αν για δυο ημέρες η γυναίκα αιμορραγεί περισσότερο από όσο τις δύσκολες μέρες της περιόδου της, πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της. Είναι όμως συνηθισμένη η εμφάνιση ελαφράς αιμορραγίας, που μπορεί να συνεχιστεί για 4 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Η επόμενη εμμηνόρροια θα πρέπει να αρχίσει μετά από 4-6 εβδομάδες (αν η γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά χάπια, η περίοδος πι-

θανόν ν' αρχίσει όταν τελειώσει το πρώτο πακέτο). Είναι δυνατόν όμως η γυναίκα να μείνει ξανά έγκυος πριν αρχίσει η πρώτη περίοδος, γιατί δεν ξέρει την ακριβή ημερομηνία ωορρηξίας. Γιαυτό αν θέλει να αποφύγει κάτι τέτοιο πρέπει να χρησιμοποιήσει μια από τις γνωστές μεθόδους αντισύλληψης πριν ακόμα αρχίσει η πρώτη εμμηνόρροια. Είναι ανάγκη ακόμα να σημειωθεί ότι πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μια τουλάχιστον εβδομάδα.

Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την έκτρωση.

Κατά κανόνα η επιτυχία της έκτρωσης εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση της εγκυμοσύνης. Εξάλλου τα προβλήματα και οι συνέπειες που συνεπάγεται μια έκτρωση θα είναι λιγότερα αν:

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά της στάδια.
2. Η πελάτισσα είναι υγιής.
3. Ο ιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της έκτρωσης.
4. Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα.
5. Η πελάτισσα αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την έκτρωση.

6. Γίνεται προσεκτική εξέταση του ιστού που προέρχεται από την αναρρόφηση ή την απόξεση, για να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα αυτός να είναι μάζα ή εκτοπική εγκυμοσύνη.

7. Αν η γυναίκα έχει αρνητικό RH^- , πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.
8. Η πελάτισσα δεν πάσχει από βλεννόρροια.
9. Η πελάτισσα δεν αμφιβάλλει και είναι σίγουρη ότι θέλει την έκτρωση.

10. Λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις και συνακόλουθα τη μείωση των επικίνδυνων επιπτώσεων από την έκτρωση. Η δόση που προτείνεται είναι συνήθως 1 γραμ. τετρακυκλίνης μετά την έκτρωση και στη συνέχεια 500 MG τετρακυκλίνης τέσσερις φορές τη μέρα, με ολική λήψη 9 γραμ.

Τι πρέπει και τι δεν πρέπει να γίνεται μετά την έκτρωση

1. Πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για την αποφυγή τυχόν μολύνσεων.
2. Πρέπει για τον ίδιο λόγο να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη για μια εβδομάδα.
3. Επιβάλλεται να αποφεύγονται πλύσεις για μια εβδομάδα.
4. Είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά, προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και το βράδυ πριν από τον ύπνο, για μια εβδομάδα. Αν ο πυρετός κάποια στιγμή ξεπεράσει τους $37,8^{\circ}\text{C}$ χωρίς δισταγμό θα πρέπει να επικοινωνήσουμε με το γιατρό μας. Αξίζει να υπομνηστεί ότι μπορεί να δίνεται ασπιρίνη ως παυσίπονο, η θερμοκρασία όμως πρέπει να μετριέται πριν απ' τη λήψη του χαπιού.
5. Δεν πρέπει να αμελείται μια επίσκεψη στο γιατρό για εξέταση εντός δυο εβδομάδων.
6. Αν παρουσιαστούν δυνατοί πόνοι, που δεν είναι όμοιοι με αυτούς που προέρχονται από τις κράμπες και την εμμηνόρροια, ή εμφανιστεί ξαφνικά εξάνθημα, η πρώτη ενέργεια θα είναι να επικοινωνήσουμε αμέσως με το γιατρό μας.
7. Στην ίδια ενέργεια θα προβούμε στις περιπτώσεις που είτε αιμορραγεί η γυναίκα για δυο μέρες συνέχεια, είτε διαπιστώσει

πως μέσα στις (8) εβδομάδες δεν εμφανίστηκε η πρώτη εμμηνόρροια και τέλος, αν αντιληφθούμε είτε μαλακότητα στο στήθος είτε ναυτία.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ο ορισμός αντισύλληψη ή αντισυλληπτικά μέσα στη στενή του έννοια υποδηλεί κάθε μέσο και μέθοδο που επιστρατεύεται, που παρεμποδίζει τη σύλληψη, τη γονιμοποίηση δηλαδή του ωαρίου. Όταν όμως χρησιμοποιούμε τον ορισμό αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα εννοούμε όχι μόνο τα μέσα που παρεμποδίζουν τη σύλληψη, αλλά και αυτά που παρεμποδίζουν την εγκατάσταση μέσα στη μήτρα του γονιμοποιηθέντος ωαρίου, καθώς και κάθε μέσο που οδηγεί στο βίαιο τερματισμό της εγκυμοσύνης. Είναι γι' αυτό σωστό να γίνεται χρήση αντί του ορισμού αντισύλληψη και αντισυλληπτικά μέσα ο ορισμός "έλεγχος της γονιμότητας" και "μέσα που ελέγχουν την γονιμότητα". Ο ορισμός αντισυλληπτικά μέσα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο όταν τα μέσα αυτά περιορίζονται στο να παρεμποδίζουν τη σύλληψη.

Το πρόβλημα ελέγχου της γονιμότητας απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Όλες σχεδόν οι ανθρώπινες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποίησαν μέσα και εφάρμοσαν μεθόδους για έλεγχο της γονιμότητας, ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τα μέσα αυτά αποσκοπούσαν είτε στην αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, είτε στην προσπάθεια καταστροφής της. Τα μέσα όμως που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για τον έλεγχο της γονιμότητάς του ήσαν μέχρι πριν λίγο καιρό ακόμα στην πλειονότητα αυτοσχέδια και εμπειρικά, χωρίς επιστημονική βάση, γι' αυτό τα

περισσότερα απ' αυτά όχι μόνο δεν ήταν αποτελεσματικά αλλά πολλές φορές ήταν και επικίνδυνα.

Από τα αυτοσχέδια μέσα που απέβλεπαν στην αποφυγή της εγκυμοσύνης άλλα ήταν μηχανικά, όπως η τοποθέτηση στον κόλπο πώματος πριν απ' τη συνουσία, κατασκευασμένου από διάφορες ουσίες και υλικά (υφασμάτινα, ελαστικά, πλαστικές ύλες και σπόγγους) και άλλα χημικά, όπως κολπικές πλύσεις με ξύδι, λεμόνι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι και αργότερα διάφορα αντισηπτικά διαλύματα.

Για την αποφυγή της εγκυμοσύνης ο άνθρωπος χρησιμοποίησε ακόμα διάφορες μαγείες και ποικιλία από βότανα, καρπούς και ρίζες που παρασκεύαζε ανάλογα και έπεινε, μασούσε ή έτρωγε.

Όλα τα μέσα αυτά σπάνια έφερναν το ποθούμενο αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα τις περισσότερες φορές αποδεικνύονταν επιβλαβή για την υγεία και επικίνδυνα. Για την αποφυγή της εγκυμοσύνης ο άνθρωπος χρησιμοποίησε εμπειρικά και την παρατεταμένη γαλουχία, χωρίς, όπως ξέρουμε, μεγάλη επιτυχία.

Για την καταστροφή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τα αυτοσχέδια και εμπειρικά μέσα που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος ήταν είτε μηχανικά είτε δηλητήρια. Στα μηχανικά μπορούν να περιληφθούν διάφορες σωματικές ασκήσεις, όπως τρέξιμο, πηδήματα, έλξεις βάρους και περίεργες στάσεις του σώματος, πλήξεις των τοιχωμάτων της κοιλιάς, υπερβολικά θερμά γενικά λουτρά του σώματος, τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και θερμών σωμάτων στην κοιλιά (τούβλα, σίδηρα, πέτρες), καθώς και διάφορα εμπειρικά μέσα τοπικά, όπως είναι η εισαγωγή μέσα στη μήτρα ποικιλίας αντικειμένων (ξύλα, σίδηρα, βελόνες πλεξίματος) με σκοπό τη θανάτωση του εμβρύου. Στα δηλητήρια που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος για την καταστροφή της εγκυμοσύνης και που χαρακτηρίζονται σαν εκτροπικά καταλέγο-

νται βασικά ο μόλυβδος, ο φώσφορος και το αρσενικό. Τα δηλητήρια αυτά αποδείχθηκαν επικίνδυνα, γιατί μαζί με τη θανάτωση του εμβρύου μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο της γυναίκας.

Με τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου έγινε αντιληπτό πως ο έλεγχος της γονιμότητας του ανθρώπου σε ευρεία κλίμακα σε ορισμένες περιοχές της γης αποτελούσε επιτακτική ανάγκη για την επιβίωση του πληθυσμού στις χώρες της περιοχής. Η ανάγκη αυτή αποκάλυψε το περιορισμένο της γνώσης μας στο μυστήριο της αναπαραγωγής και την αδυναμία μας και την αδυναμία της επιστήμης να καλύψει αποτελεσματικά και ακίνδυνα τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ανθρώπου για ρύθμιση της γονιμότητάς του.

Η διαπίστωση της αδυναμίας της επιστήμης οδήγησε στη δραστηριοποίηση της έρευνας για περισσότερη γνώση της φυσιολογίας της αναπαραγωγής του ανθρώπου και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων και παρασκευή νέων μέσων ρύθμισης της γονιμότητάς του, που να είναι αποτελεσματικά, απλά, εύχρηστα, οικονομικά, προσιτά σε όλους και χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.

Η δεκαετία του πενήντα υπήρξε καθοριστική στη διερεύνηση των μυστηρίων του φαινομένου της αναπαραγωγής και στην ιστορία των μέσων ελέγχου της γονιμότητας, των αντισυλληπτικών. Τότε μελετήθηκε η σχέση και η αλληλοεξάρτηση του φλοιού του εγκεφάλου, του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωθηκών, τότε βρέθηκαν μέθοδοι ραδιοανοσολογικού προσδιορισμού με ακρίβεια των ορμονών του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των ωθηκών, τότε αναγνωρίστηκαν οι μηχανισμοί παλίνδρομης αλληλορύθμισης της λειτουργίας τους και περιγράφηκε ο υποθαλαμο-υποφυσιο-ωθηκικός άξονας και αναγνωρίστηκε ο καθοριστικός ρόλος του στην ωορηξία, τη γινιμοποίηση και γενικά την αναπαραγωγή. Τότε διερευνήθηκε το φαινόμενο της ωορηξίας και της γονιμοποίησης, τότε αξιολογήθηκε η

λειτουργία των σαλπίγγων και η συμμετοχή τους στη γονιμοποίηση σαν όργανο και όχι σαν σωλήνας, τότε μελετήθηκαν οι λεπτομερείς κλινικές αλλαγές και διαφοροποιήσεις του ενδομήτριου και του ενδοτράχηλου κάτω από την επίδραση των γεννητικών ορμονών και η σημασία της τραχηλικής βλέννης στην ομαλή διακίνηση των σπερματοζωαρίων.

Η πλούσια γνώση που αποκτήθηκε γύρω από το μηχανισμό της αναπαραγωγής του ανθρώπου επέτρεψε την παρασκευή μέσω ελέγχου της γονιμότητάς του, με βάση όχι πια εμπειρική αλλά καθαρά επιστημονική.

Η δεκαετία του πενήντα υπήρξε γι' αυτό καθοριστική στην ιστορία των μέσων ελέγχου της γονιμότητας. Τότε πραγματοποιήθηκε η ανακάλυψη των στεροειδών αντισυλληπτικών δισκίων που αποτέλεσαν πραγματική επανάσταση στη ρύθμιση της γονιμότητας του ανθρώπου. Τα αντισυλληπτικά χάπια ακολούθησε και η ανακάλυψη και άλλων μεθόδων ελέγχου της γονιμότητας του ανθρώπου. Η αποτελεσματικότητα πολλών από τα μέσα αυτά υπήρξε τέτοια που, παρά τις αντιρρήσεις και τις επιφυλάξεις μερικών, η εμπιστοσύνη του κόσμου ήταν τέτοια που η διάδοσή τους σε παγκόσμια κλίμακα σε σύντομο χρονικό διάστημα υπήρξε εντυπωσιακή.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για έλεγχο της γονιμότητας του ανθρώπου μπορούν να διακριθούν και να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες και ομάδες, ανάλογα:

1. με την προέλευση, την κατασκευή και τη δράση τους
2. αν χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση
3. αν αφορούν τη γυναίκα ή τον άντρα
4. αν έχουν μόνιμη αντισυλληπτική δράση και αποτέλεσμα ή δρουν προσωρινά.

Ανάλογα με την προέλευση, την κατασκευή και τη δράση τους

διακρίνονται σε:

1. Φυσικά
2. Ενδομητρικά σπειράματα
3. Μηχανικά (παρεμποδιστικά)
4. Χημικά σπέρματοκτόνα
5. Χειρουργικά
6. Ορμονικά.

1. Φυσικά μέσα ελέγχου γονιμότητας

Στα φυσικά μέσα περιλαμβάνονται η διακεκομμένη συνουσία και η αποφυγή των σεξουαλικών σχέσεων στις υπολογισμένες ημέρες γύρω από την ωορρηξία, που ονομάζεται μέθοδος ρυθμού. Η μέθοδος ρυθμού διακρίνεται, ανάλογα με τον τρόπο που προσδιορίζεται η ωορρηξία, σε ημερολογιακή, θερμομετρική και έλεγχου της τραχηλικής βλέννης.

α. Διακεκομμένη συνουσία

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στο τράβηγμα (απομάκρυνση) του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση. Ο άντρας πρέπει να είναι έτοιμος, με τα πρώτα συμπτώματα εμφάνισης του οργασμού, να σταματήσει τη συνουσία. Ακόμα και μερικές σταγόνες να εισέλθουν στον κόλπο είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητά της μικρή. Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν είναι απόλυτα ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος για το τράβηγμα πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για πολύ χρονικό διάστημα, να του δημιουργηθεί πρόβλημα πρόωρης εκσπερμάτωσης. Δημιουργεί ακόμα άγχος και στη γυναίκα, που δε είναι απόλυτα σίγουρη για τη συγκράτηση του

του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος και της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σ' αυτήν ψυχρότητα.

β. Μέθοδος ρυθμού

Ιστορικά, οι έρευνες για την "ασφαλή" περίοδο συνουσίας μπέρδευαν την κατάσταση, γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργανισμό των ζώων (στα οποία γίνονταν τα πειράματα) και την εμμηνόρρυση των γυναικών. Αλλά με την ανακάλυψη της φυσιολογίας της ωορηξίας και της εμμηνόρρυσης τέθηκε τέρμα σ' αυτή τη σύγχυση και διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας, γιατί βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε ότι η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη ημέρα πριν από την έναρξη της επόμενης έμμηνου ρύσεως.

Η μέθοδος αυτή του ρυθμού προκάλεσε το μεγάλο ενδιαφέρον μιας μεγάλης μερίδας Χριστιανών και Μουσουλμάνων, ενώ και το Βατικανό την αποδέχθηκε. Ωστόσο, η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες όσον αφορά την εξακρίβωση των επικίνδυνων γόνιμων ημερών, αδυναμίες που προέρχονται από την όχι κανονική περίοδο των γυναικών σ' ένα ποσοστό 15%. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί σ' οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα. Υπάρχει πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιάσει μια ανωμαλία (όχι κανονικό κύκλο), γεγονός που οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους. Ακόμα, ένας όχι φυσιολογικός κύκλος είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στα νεαρά κορίτσια, γιατί αυτά υφίστανται συνεχείς συγκινησιακές και βιολογικές μεταβολές και είναι σχεδόν φυσιολογικό να εμφανίζονται τέτοια κρούσματα.

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δείχνουν ότι η μέθοδος του ρυθμού παρουσιάζει μεγάλη αβεβαιότητα γι' αυτούς που τη χρησιμο -

πιούν και θεωρείται γενικά σαν η λιγότερο αποτελεσματική από τις νεώτερες μεθόδους.

Ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για να εξακριβώσουμε τις γόνιμες ή όχι μέρες ξεχωρίζουμε τις παρακάτω.

1. Μέθοδος ημερολογίου

Για να καθοριστούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια οι γόνιμες ημέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των κύκλων του προηγούμενου έτους. Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού και του μεγάλου κύκλου κατά το χρονικό αυτό διάστημα του έμμηνου κύκλου. Η πρώτη μέρα της εμμηνόρρουσης θεωρείται αριθμητικά σαν πρώτη μέρα. Για να βρούμε τώρα τις επικίνδυνες μέρες αφαιρούμε έντεκα μέρες από το μεγάλο κύκλο, ενώ απ' το μικρό 18. Έτσι, αν ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 30 ημέρες και ο μικρότερος 24 έχουμε: $30-11 = 19$ και $24-18 = 6$.

1	6	19	28
εμμηνόρρουση	επικίνδυνες μέρες	Ασφαλής περίοδος μέχρι την επόμενη έμμηνο ρύση	

Η μέθοδος αυτή δεν δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις:

α) Σε γυναίκες που ο κύκλος τους κρατάει λιγότερο από 20 ημέρες.

β) Δεν ισχύει μετά τη γέννα, πριν την επανάληψη της έμμηνης ρύσης.

γ) Κατά την εμμηνόπαυση δεν μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε.

δ) Κατά τη διάρκεια ταξιδιού όταν το κλίμα και η διατάραξη της ρουτίνας διακόπτουν τον έμμηνο κύκλο.

ε) Σε περιπτώσεις αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη.

2. Θερμομετρική μέθοδος

Έχει διαπιστωθεί πως η θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας πέφτει ελαφρά, ενώ μετά απ' αυτή ανεβαίνει κατά $0,25-0,50^{\circ}\text{C}$ υψηλότερα απ' ό,τι ήταν στην αρχή. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορρηξίας. Απ' την άλλη μεριά εξάλλου η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερά της επίπεδα μετά από τρεις περίπου μέρες, οφείλεται στη δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Όσο λοιπόν λειτουργεί το ωχρό σωματίο, το σώμα υφίσταται αύξηση της θερμοκρασίας. Η μετάβαση απ' τη φάση της υψηλής θερμοκρασίας σ' αυτή της χαμηλής αντιστοιχεί στον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου. Ακριβώς σ' αυτή τη φάση αρχίζει η εμμηνόρρυση. Συνεπώς, όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (περίοδος αυξημένης θερμοκρασίας) η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και μπορεί να έχει ελεύθερες σχέσεις. Όσον αφορά τη διακρίβωση της θερμοκρασίας, η γυναίκα που ενδιαφέρεται μπορεί να τη μετρά κάθε πρωί χρησιμοποιώντας κλινικό θερμόμετρο. Η θερμοκρασία σημειώνεται σε διάγραμμα και όταν περάσουν τέσσερις μέρες από την αύξηση της θερμοκρασίας τότε η συνουσία μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής.

Η θερμομετρική μέθοδος δεν μας δίνει με ακρίβεια τις ασφαλείς ημέρες και είναι λιγότερο αποτελεσματική απ' ό,τι η ημερολογιακή. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι δυνατό, πολλές φορές, η αύξηση της θερμοκρασίας να οφείλεται σε κάποια ασθένεια, οπότε τα αποτελέσματα της θερμομετρικής μεθόδου να είναι λανθασμένα πέρα για πέρα. Ωστόσο, δεν μπορούμε να μην επισημάνουμε και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου: πρώτα-πρώτα δεν απαιτείται καμία απολύτως δαπάνη. Δεύτερον, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση των σχέσεων σε μερικά ζευγάρια και τρίτον είναι αποδεκτή και απ' την Εκκλησία.

Όπως συμβαίνει και με κάθε μέθοδο, και η θερμομετρική μέθοδος παρουσιάζει μερικά μειονεκτήματα:

α. Απαιτεί μεγάλη προσοχή.

β. Δεν είναι εφαρμόσιμη όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο. Ακόμη είναι αδύνατο να εφαρμοστεί μετά από τον τοκετό, στο διάστημα της γαλουχίας και στην εμμηνόπαυση.

3. Μέθοδος εξέτασης της τραχηλικής βλέννης

Κατά τη διάρκεια του κύκλου και ειδικά κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας, συμβαίνει αλλαγή στο βλεννογόνο της μήτρας, οπότε εκκρίνεται περισσότερη βλέννα, που είναι λεπτόρευστη και γλοιώδης. Η γυναίκα, εξετάζοντας συχνά την υφή του εκκρίματος αυτού, όταν παρατηρεί την παραπάνω αλλαγή αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις.

Η μέθοδος αυτή είναι βέβαια απλή και δεν κοστίζει, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Επί πλέον έχει αποδειχθεί ότι δεν παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τα φυσικά μέσα ελέγχου της γονιμότητας δεν αντίκεινται στις φιλοσοφικές, θρησκευτικές αντιλήψεις πολλών εκκλησιών, ούτε στην ψυχολογία των περισσότερων ατόμων και κοινωνικών ομάδων, γιαυτό είναι και ευρύτατα διαδεδομένα σε παγκόσμια κλίμακα. Η αποτελεσματικότητα όμως αυτών των μεθόδων είναι αρκετά περιορισμένη. Το περιορισμένο της αποτελεσματικότητας οφείλεται τόσο στη ίδια τη μέθοδο όσο και στις παραλήψεις και την αδυναμία των ζευγαριών να την εφαρμόσουν σωστά.

2. Ενδομητρικά σπειράματα

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μαλακά πλαστικά αντικείμενα, διάφορου σχήματος και μεγέθους 3-4 εκ.

Η προφυλακτική δραστηριότητα των ενδομητρίων σπειραμάτων

είναι ανάλογη με την επιφάνειά τους. Για μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να χρησιμοποιείται το μεγαλύτερο μέγεθος του σπειράματος που εφαρμόζεται στη μήτρα.

Τα πιο καινούργια σπειράματα που χρησιμοποιούνται είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T και Y. Τα ιόντα χαλκού που απελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική τους δράση.

Ένα ακόμη πιο νέο σπείραμα είναι το σπείραμα προγεστερόνης. Αποτελείται από μια μικρή πηγή προγεστερόνης, που περιέχεται σε μια μεμβράνη. Η δράση της προγεστερόνης στηρίζεται στην ποσότητα ομώνυμης ουσίας που αποβάλλεται από την πηγή και διοχετεύεται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μακρύ χρονικό διάστημα.

Η επιλογή του κατάλληλου ενδομητρικού σπειράματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το μέγεθος της μήτρας, το αν έχει προηγηθεί τοκετός και ο αριθμός των τοκετών και η παρουσία ινομυωμάτων.

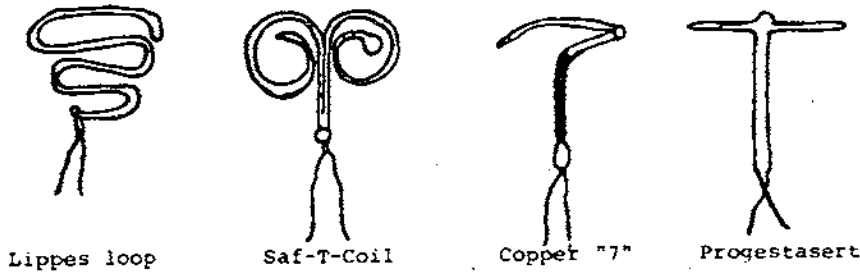
Τα ενδομήτρια σπειράματα τοποθετούνται από γιατρό, συνήθως κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρυσης όπου η μήτρα έχει διασταλθεί. Ο γιατρός θα πρέπει να κάνει απαραίτητα μια εξέταση το μήνα, εκτός αν είναι εντελώς βέβαιος ότι η τοποθέτηση έχει γίνει απόλυτα σωστά. Συμβαίνει πολλές φορές σε μερικές γυναίκες να εμφανιστούν λίγες σταγόνες αίμα ή και αιμορραγίες ακόμα ανάμεσα σε δυο κύκλους. Δεν είναι εξάλλου σπάνιο το φαινόμενο η γυναίκα να ενοχλείται από πόνους για μερικούς μήνες. Αν οι πόνοι είναι πάρα πολύ δυνατοί, τότε το ενδομήτριο σπείραμα πρέπει να αφαιρεθεί. Αν δεν υπάρχουν παρενέργειες το σπείραμα μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με τη χρήση σπειράματος δε χρειάζεται καμιά άλλη αντισυλληπτική μέθοδος. Το ενδομήτριο σπείραμα

διαθέτει μια νάϋλον κλωστή που προεξέχει από το άνοιγμα της μήτρας. Η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν τη συνουσία αν το σπείραμα είναι απόλυτα στη θέση του ή έχει πέσει στον κόλπο και ενεργεί κατάλληλα.

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι αντιστρεπτό. Τούτο σημαίνει ότι όταν η γυναίκα αποφασίσει να το βγάλει, θα μπορεί όποτε θέλει να μείνει έγκυος. Το αφαιρεί ο γιατρός.

Το ποσοστό αποτυχίας είναι 1-5%, η τιμή του προσιτή και η τοποθέτησή του αρκετά εύκολη.

Σπείράματα



3. Μηχανικά Μέσα

Στα μηχανικά μέσα περιλαμβάνονται τα κολπικά διαφράγματα και τα αντρικά προφυλακτικά. Υπολογίζεται ότι 25 εκατομμύρια χρησιμοποιούν το προφυλακτικό σαν αποκλειστική μέθοδο ελέγχου της γονιμότητας σε ολόκληρο τον κόσμο.

α. Τα προφυλακτικά

Το προφυλακτικό είναι συνθετικό ελαστικό ή περικόλυμμα από δέρμα ζώου, που εφαρμόζεται πάνω στο πέος όταν βρίσκεται σε κατάσταση στύσεως. Μερικά έχουν μια προεξοχή στην άκρη για να συγκρατούν το σπέρμα. Η κατασκευή του ελαστικού είναι τέτοια, ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού ζελέ με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά πριν τη συνουσία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν τη συνουσία.

Η χρησιμοποίηση του προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους. Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή του ποικίλλει και είναι ανάλογη με την ποιότητά του. Το προφυλακτικό προστατεύει από τη μετάδοση των αφροδίσιων νοσημάτων και του AIDS.

Τα μειονεκτήματά του είναι:

- α. Εμποδίζει την πλήρη ικανοποίηση.
- β. Απαιτεί διακοπή της σεξουαλικής επαφής για να τοποθετηθεί.
- γ. Το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί.
- δ. Μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στη χρήση τους.

Το ποσοστό αποτελεσματικότητας κυμαίνεται από 86-87%.

β. Διαφράγματα

Τα κολπικά διαφράγματα έχουν σχήμα ελαστικού θόλου. Είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να συγκρατούν το σπέρμα κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας.

Τοποθετείται στη γυναίκα από το γιατρό. Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί μ' αυτό και προφυλακτικό ζελέ. Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί 2 ώρες πριν τη συνουσία από την ίδια τη γυναίκα και να παραμείνει για 8 ώρες μετά απ αυτή.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του είναι:

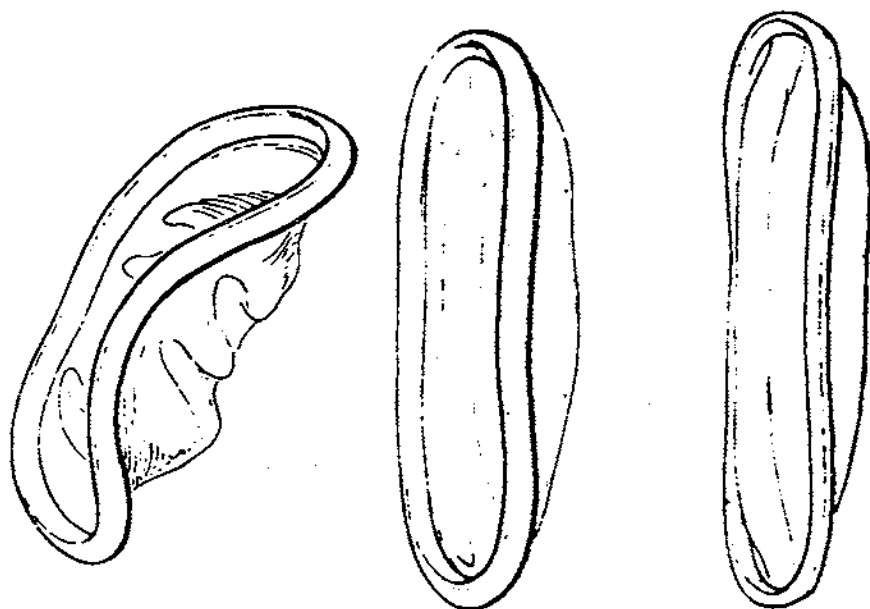
- α. Είναι αβλαβές στον οργανισμό.
- β. Δεν προκαλεί καμία λοίμωξη στον κόλπο.
- γ. Όταν είναι τοποθετημένο σωστά δεν γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία κι έτσι δε μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματά του είναι:

- α. Όταν δεν τοποθετείται σωστά προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
- β. Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα και στο σύντροφό της.

Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται μεταξύ 80-90%.

Διαφράγματα



4. Χημικά Σπερματοκτόνα

Στα χημικά σπερματοκτόνα ανήκουν ουσίες που χρησιμοποιούνται τοπικά, όπως διάφορα σπρέι, κολπικές αφρίζουσες ουσίες, κρέμες, κολπικά υπόθετα και δισκία.

Τα χημικά μέσα όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους προσφέρουν

προστασία που δεν ξεπερνά το 90%. Όταν όμως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μηχανικά αντισυλληπτικά μέσα, το ποσοστό προστασίας αυξάνει αισθητά.

Είναι απλά στη χρήση τους και δεν χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση. Είναι όμως δυνατό να προκαλέσουν σε ορισμένα άτομα τοπικές αντιδράσεις και ερεθισμό, τόσο στη γυναίκα όσο και στον άντρα.

Τα αυτοσχέδια χημικά, όπως είναι οι κολπικές πλύσεις με ξύδι, λεμόνι, αλατόνερο, σαπουνάδα, λάδι και διάφορα αντισηπτικά διαλύματα, είναι λιγότερο αποτελεσματικά, αφού οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για το εσωτερικό της μήτρας, και έχουν τον κίνδυνο του τοπικού ερεθισμού και των χημικών κακώσεων. Συνίσταται λοιπόν να αποφεύγεται η μέθοδος αυτή γιατί δεν προσφέρει καμιά σιγουριά στο ζευγάρι.

5. Χειρουργικά μέσα

α. Στείρωση της γυναίκας

Στις γυναίκες κόβονται οι σάλπιγγες και στη συνέχεια δένονται ή καυτηριάζονται, ώστε να μην υπάρχει περίπτωση να επανενωθούν. Η στείρωση μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής ή υπογαστρίου τομής. Σύμφωνα με άλλη μέθοδο οι σάλπιγγες πλησιάζονται από τον κόλπο.

Η στείρωση δεν έχει καμμία επίπτωση στη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, ενώ μπορεί να γίνει επανασύνδεση των σαλπίγγων αν η γυναίκα το επιθυμεί. Αυτό όμως γίνεται πολύ σπάνια, παρά το ότι τα αποτελέσματα είναι συνήθως επιτυχή.

β. Στείρωση του άντρα

Στον άντρα η χειρουργική επέμβαση λέγεται βασεκτομή και συ-

νίσταται στο κόψιμο και δέσιμο ή καυτηριασμό των ορχικών πόρων. Απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή και στις δυο πλευρές του όρχεως. Μετά την επέμβαση δεν συμβαίνει καμμία αλλαγή στη λειτουργία του σεξουαλικού οργάνου. Ο σεξουαλικός αδένας συνεχίζει να λειτουργεί κανονικά εκκρίνοντας αντρικές γεννητικές ορμόνες στο αίμα. Ο άντρας συνεχίζει να εκσπερματώνει, επειδή τα σπερματικά κύτταρα συνιστούν μόνο το 10% του εκκρινόμενου σπερματικού υγρού. Η μόνη διαφορά έγκειται στο ότι το υγρό είναι ελεύθερο σπέρματος. Ορισμένα σπερματικά κύτταρα μπορεί να υπάρχουν στις σπερματικές οδούς μέχρι και 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Συνίσταται λοιπόν να χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδος έως ότου το υγρό ελευθερωθεί τελείως από σπερματοζώαρια.

Η βασεκτομή δεν προκαλεί ανικανότητα ή απώλεια των σεξουαλικών αισθήσεων. Πολλοί άντρες αισθάνονται μετά απ' αυτό αίσθημα απελευθέρωσης, ενώ άλλοι αισθάνονται κατάθλιψη, γιατί είναι ψυχολογικά ανώριμοι και ανέτοιμοι για κάτι τέτοιο. Γι' αυτό η απόφαση για βασεκτομή θα πρέπει να ανήκει στον ίδιο τον άντρα.

Ο άντρας θα πρέπει να γνωρίζει ότι το 1/3 περίπου αυτών που κάνουν βασεκτομή αναπτύσσουν μεγάλο αριθμό αντισωμάτων του σπέρματος. Τα αντισώματα αυτά προκαλούν στειρότητα ακόμα κι αν επανασυνδεθούν οι σπερματικοί πόροι.

Η χειρουργική μέθοδος λοιπόν συνίσταται μόνο σε άτομα που έχουν αποκτήσει τον ικανοποιητικό, γι' αυτούς, αριθμό παιδιών, γιατί, όπως είδαμε, δεν είναι απόλυτα αντιστρεπτή.

7. Ορμονικά Μέσα

Στα ορμονικά μέσα περιλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά χάπια και τα ενέσιμα αντισυλληπτικά.

α. Αντισυλληπτικά χάπια

Τα χάπια αποτελούνται από συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη και παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της εγκυμοσύνης. Όπως είναι γνωστό, η υπόφυση παράγει τις ορμόνες FSH (θυλακιοτροπίνη) και LH (ωχρινοτροπίνη), που είναι απαραίτητες για την παραγωγή και απελευθέρωση του ώριμου ωαρίου από την ωοθήκη. Τα ωοθηλάκια των ωοθηκών παράγουν τις ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Η προσφορά των οιστρογόνων έγκειται στο γεγονός ότι προετοιμάζουν κατάλληλα την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας, καθορίζοντας το μέγεθος και το βαθμό παραγωγικότητας του βλεννογόνου. Όταν αυξήσουμε την ποσότητα των οιστρογόνων αναστέλλουμε έμμεσα την παραγωγή του F.S.H.

Η προγεστερόνη προκαλεί έκκριση στα τοιχώματα της μήτρας, εμποδίζει τη ροή από το βλεννογόνο της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της L.H.

Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά, αναστέλλει την παραγωγή των LH και FSH, πριν παραχθεί ένα ώριμο ωάριο. Τούτο οφείλεται στην παρουσία της συνθετικής προγεστερόνης και των συνθετικών οιστρογόνων. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η ωορρηξία και έτσι δεν υπάρχει ωάριο. Αν όμως το ωάριο απελευθερωθεί τα συνθετικά οιστρογόνα και η προγεστερόνη επιταχύνουν τη μεταφορά του μέσα από τις σάλπιγγες με αποτέλεσμα αυτό να φτάσει στη μήτρα όταν αυτή δεν είναι ακόμα έτοιμη να το δεχθεί. Το ενδομήτριο αλλάζει μορφή και η βλέννα που εκκρίνεται γίνεται πυκνότερη. Έτσι εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στη μήτρα.

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ο εύκολος τρόπος λήψης και η μεγάλη του αποτελεσματικότητα.

Το αντισυλληπτικό χάπι παρέχεται με συνταγή γιατρού, ο οποίος

θα συστήσει στη γυναίκα το κατάλληλο χάπι.

Πριν τη χορήγησή τους γίνεται ιατρική εξέταση, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:

- τεστ Παπανικολάου
- εξέταση του στήθους
- μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
- λήψη ιστορικού
- αιματολογικές εξετάσεις για: σάκχαρο, χοληστερίνη, τρανσαμινάσες, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής και πήξης.

Πρέπει να επαναλαμβάνεται δυο φορές το χρόνο.

Αρκετές γυναίκες παρουσιάζουν παρενέργειες από τη λήψη του χαπιού. Τέτοιες είναι ναυτία, έμετος, διάρροια, κούραση, κατάθλιψη, μαστοδυνία, εμφάνιση σταγονιδίων αίματος στη μέση του κύκλου. Οι παρενέργειες αυτές είναι ασθενείς και εξαφανίζονται μέσα σε λίγους μήνες.

Άλλες πιο σοβαρές παρενέργειες που συνδέονται με το χάπι είναι θρομβωτικά επεισόδια, υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια, πνευμονική εμβολή. Αυτές όμως οι παρενέργειες είναι δυνατό να εμφανισθούν μόνο όταν υπάρχει βεβαρυμένο ιστορικό.

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το χάπι προκαλεί καρκίνο. Τα οιστρογόνα ωστόσο μπορεί να αυξήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου που προϋπάρχει.

Το χάπι αντενδείκνυται στις γυναίκες που είναι διαβητικές, παχύσαρκες, καπνίζουν πολύ, παρουσιάζουν υπέρταση ή έχουν ιστορικό θρόμβωσης του αίματος. Ακόμη αντενδείκνυται σε επιληπτικά άτομα, σε άτομα με ιστορικό βαρειάς μελαγχολικής κατάστασης, άτομα με νόσο της καρδιάς και των νεφρών, σε γυναίκες με άσθμα και ινομυώματα μήτρας και γενικά κάθε νόσος που έχει τάση επιδεινώσεως στην εγκυμοσύνη.

Επομένως, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το χάπι πρέπει να παίρνονται ορισμένα μέτρα:

- α) Να λαμβάνεται με συνταγή γιατρού μετά από ιατρική εξέταση.
- β) Αν παρουσιαστούν δυνατοί πονοκέφαλοι, ξαφνικό θόλωμα ή απώλεια της όρασης, δυνατοί πόνοι των ποδιών, πόνοι στο στήθος ή δύσπνοια, είναι ανάγκη να ζητηθεί η συμβουλή και η βοήθεια του γιατρού. Σήμερα στο εμπ

Σήμερα στο εμπόριο κυκλοφορεί μεγάλη ποικιλία χαπιών, όπως τα σύνθετα χάπια, τα σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων και τα χάπια προγεστερόνης.

Σύνθετα χάπια

Περιέχουν συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη. Λαμβάνονται για 21 ημέρες. Είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου της γονιμότητας. Το ποσοστό αποτυχίας σε ετήσια βάση κυμαίνεται από 0,2% έως 0,5%.

Σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων

Τα χάπια αυτά δημιουργήθηκαν με την ελπίδα ότι θα μειωθεί η εμφάνιση θρομβώσεων στις γυναίκες που τα χρησιμοποιούν. Ο κίνδυνος αυτός ελαττώνεται με τη μείωση της περιεκτικότητάς τους σε οιστρογόνα. Το ποσοστό αποτυχίας είναι μεγαλύτερο, ανερχόμενο σε 1-2% σε ετήσια βάση.

Χάπι προγεστερόνης

Είναι χάπια που περιέχουν χαμηλή δόση προγεστερόνης. Δεν περιέχουν οιστρογόνα. Το ποσοστό αποτυχίας είναι 3% σε ετήσια βάση.

β. Ένεση τριών μηνών

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος περιέχει συνθετική προγεστερόνη, αλλά είναι περιορισμένης χρήσης. Η ένεση γίνεται στο μηρό ή στο χέρι κάθε 90 ημέρες. Είναι το μόνο γνωστό αντισυλληπτικό

που μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη για τρεις μήνες. Χρησιμοποιείται από τις γυναίκες εκείνες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν χάπι.

Αποτελεσματικότητα των μεθόδων ελέγχου της γονιμότητας

Μέθοδος	Ποσοστό σύλληψης επί τοις %
Αποφυγή λήψης οποιουδήποτε προφυλακτικού	70
Μέθοδοι ρυθμού	30-40
Διακεκομμένη συνουσία	38
Προφυλακτικό	13-14
Αφρός	5-29
Διάφραγμα	10-20
Ενδομήτρια σπειράματα	1-5
Χάπι προγεστερόνης	3
Χάπι χαμηλής δόσης οιστρογόνων	1-2
Σύνθετο χάπι	0,2-0,5
Στείρωση	0,01

Επιλογή Μεθόδων Αντισύλληψης

Η μέθοδος αντισύλληψης που θα χρησιμοποιηθεί, πρέπει να έχει εγκριθεί όχι μόνο από τους δυο συντρόφους, αλλά και από το γιατρό τους. Ο ρόλος του γιατρού στο θέμα αυτό είναι σημαντικώτατος.

Ένας δεύτερος παράγοντας είναι ο βαθμός αποτελεσματικότητας της μεθόδου, δεδομένου ότι η μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται πρέπει να έχει μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα.

Ο τρίτος παράγοντας επιλογής μιας μεθόδου πρέπει να συνδέ-

εται με την κατά το δυνατό τρόπο πιο εύκολη και πιο ανώδυνη επέμβαση, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω παρενέργειες.

Ο τέταρτος παράγοντας έγκειται στο κατά πόσο η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αποδεκτή. Αυτό εξαρτάται από ιατρικούς (ιατρικό ιστορικό, έλλειψη παρενεργειών), κοινωνικούς (θρησκευτικό πιστεύω, διαπαιδαγώγηση) και ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο πέμπτος παράγοντας σχετίζεται με το αν η μέθοδος είναι αντιστρεπτή, δηλαδή να μπορεί η γυναίκα να μείνει έγκυος όταν το θελήσει.

Ο έκτος παράγοντας, τέλος, αφορά το οικονομικό, τα έξοδα δηλαδή για την τοποθέτηση σπειραμάτων, για την αγορά χαπιών, αφρού, προφυλακτικών κ.τ.λ.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία
2. Οικογενειακή κατάσταση
3. Αριθμός παιδιών
4. Επάγγελμα
5. Τόπος καταγωγής
6. Τόπος διαμονής τα τελευταία πέντε χρόνια
7. Γραμματικές γνώσεις του πατέρα
 1. Αγράμματος
 2. Απόφοιτος Δημοτικού
 3. " Γυμνασίου
 4. " Λυκείου
 5. " ανώτερης σχολής
 6. " ανώτατης σχολής

8. Γραμματικές γνώσεις μητέρας
9. Γραμματικές γνώσεις
10. Γραμματικές γνώσεις συζύγου ή συντρόφου

11. Επάγγελμα συζύγου ή συντρόφου
12. Χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;
- α. Χάπι
 - β. Προφυλακτικό
 - γ. Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
 - δ. Σπιράλ
 - ε. Διάφραγμα
 - στ. Ημερολόγιο κύκλου
 - ζ. Θερμομετρικό διάγραμμα
 - η. Καμμία.
13. Αν όχι, ποιος είναι ο λόγος που δεν χρησιμοποιείτε κάποια μέθοδο;
14. Η ενημερωσή σας για την αντισύλληψη έγινε από:
- α. Περιοδικό
 - β. Τηλεόραση
 - γ. Φίλες
 - δ. Μητέρα
 - ε. Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού
 - στ. Ειδικό γιατρό
 - ζ. Σχολείο
-
15. Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή;
16. Είχατε ποτέ εξωσυζυγικές σχέσεις; (μόνο για έγγαμες).

17. Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;

- α. Ποτέ
- β. Η πρώτη φορά
- γ. 2-4 φορές
- δ. Πάνω από 4 φορές.

18. Εάν ναι, σας είχε δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα;

- α. Ψυχολογικό
- β. Κοινωνικό
- γ. Οργανικό
- δ. Οικογενειακό
- ε. Κανένα

19. Γνωρίζετε τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων;

_____ ΝΑΙ _____ ΟΧΙ

20. Ποιες από τις παρακάτω νομίζετε ότι είναι;

- α. Ισχυροί πονοκέφαλοι
- β. Μόλυνση
- γ. Προβλήματα στον κύκλο
- δ. Ισχυαλγία

21. Η απόφαση για την έκτρωση ήταν

- ~~α. Δική σας~~
- β. Του συντρόφου σας
- γ. Και των δυο

22. Ποιοι λόγοι σας ανάγκασαν να κάνετε την έκτρωση;

- α. Οικογενειακοί
- β. Κοινωνικοί
- γ. Οικονομικοί
- δ. Υγείας

23. Μετά την έκτρωση θα αποφασίσετε να χρησιμοποιήσετε κάποια μέθοδο αντισύλληψης;

_____ ΝΑΙ _____ ΟΧΙ

24. Ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσετε;

- α. Χάπι
- β. Προφυλακτικό
- γ. Διακεκομμένη συνουσία
- δ. Σπιράλ
- ε. Διάφραγμα
- στ. Ημερολόγιο κύκλου
- ζ. Θερμομετρικό διάγραμμα

Τα δείγματα πάρθηκαν από γυναίκες που ήρθαν να κάνουν έκτρωση στην Κρατική Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών Δορυφορικό τμήμα 309, από 23 Απριλίου έως 15 Ιουλίου.

Πήραμε άδεια από την Προϊσταμένη του Τμήματος και την Υπερρέσια Οικογενειακού Προγραμματισμού για να κάνουμε την έρευνα.

Και μας δόθηκε πρόθυμα. Η συνάντησή μας γινόταν στο εξωτερικό ιατρείο όπου έρχονταν οι γυναίκες να πάρουν το εισιτήριό τους, οπότε δεν είχαμε και πολύ χρόνο στη διάθεσή μας.

Συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες, οι γυναίκες δεν μας πλησίαζαν και οι συνοδοί τους μας αγριοκοίταζαν. Πολύ λίγες ήταν αυ-

τές που δέχθηκαν πρόθυμα να συζητήσουμε. Στο τέλος αναγκαστήκαμε να φορέσουμε τις ρόμπες, έτσι ώστε να νομίζουν ότι ανήκουμε στο προσωπικό του νοσοκομείου. Έτσι σταμάτησαν να μας κοιτάζουν καχύποπτα, άφηναν έξω τους άνδρες (συνοδούς) και με μεγάλη ευκολία τις πλησιάσαμε.

Οι πιο πολλές από αυτές ήταν φοβισμένες, άλλες ντρέπονταν, άλλες ήταν πολύ στενοχωρημένες και άλλες ήθελαν να τελειώνουν με το "βάσανο" όσο πιο γρήγορα γινόταν. Έτρεμαν τα χέρια τους κι έτσι δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους δίναμε, οπότε αρχίσαμε να τους κάνουμε ερωτήσεις και να το συμπληρώνουμε μόνες μας. Σιγά - σιγά άρχιζαν και αυτές, ανάλογα με τη μόρφωσή τους, να μας ρωτάνε ποια είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος αντισύλληψης, σε ποιον να απευθυνθούν, ποιες είναι οι επιπλοκές των εκτρώσεων, τι είναι το PAP-τεστ.

Παρόλο που είχαμε πολύ λίγο χρόνο στη διάθεσή μας προσπαθήσαμε να φτάσουμε στο στόχο μας. Να βοηθήσουμε έστω και ένα μικρό μέρος των γυναικών να αρχίσουν να σκέφτονται σοβαρά το θέμα της αντισύλληψης και να σταματήσει πλέον αυτό το κακό, "η έκτρωση".

Ο αριθμός των γυναικών που απάντησαν στην έρευνά μας είναι 105. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι 27 χρόνων και είχαν πρώτη φορά σεξουαλική επαφή στα 18 τους χρόνια.

Από τον Πίνακα (1) βλέπουμε ότι το 47,6% των γυναικών που έκαναν έκτρωση ήταν ανύπαντρες, το 32,4% παντρεμένες, ενώ το υπόλοιπο 20% αρραβωνιασμένες και διαζευγμένες. Παρατηρούμε δηλαδή ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό νεαρών γυναικών έχουν σεξουαλικές σχέσεις ενώ είναι ανύπαντρες και δεν παίρνουν κάποιο αποτελεσματικό μέτρο αντισύλληψης αλλά αφήνουν τα πράγματα στην τύ-

χη, χωρίς να προστατεύουν τον εαυτό τους από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ενώ από την αρχή γνωρίζουν ότι σε καμιά περίπτωση δεν θα έπρεπε να συμβεί κάτι τέτοιο γιατί θα καταλήξει στην έκτρωση, για λόγους κυρίως οικονομικούς (άνεργες οι ίδιες και οι σύντροφοί τους, ή καθόλου καλή οικονομική κατάσταση) και κοινωνικούς (πώς να κρατήσει ένα παιδί όταν δεν θα μπορεί να του παρουσιάσει έναν πατέρα). Ο μέσος όρος ηλικίας των παντρεμένων που κάνουν έκτρωση είναι 32 ετών.

Στον πίνακα (2) παρατηρούμε ότι το 57,1% των γυναικών δεν έχει παιδιά. Από αυτό το 60% το 10% είναι παντρεμένες οι οποίες δεν θέλουν να κρατήσουν αυτό το πρώτο παιδί. Οι λόγοι είναι ότι δεν θέλουν αμέσως μετά το γάμο να αποκτήσουν παιδί το οποίο θα είναι εμπόδιο για την επαγγελματική ^ύ τού καριέρα ή την κοινωνική τους ζωή. Το 9,5% με 2 παιδιά και το 8,5% με 4 παιδιά και το 34,2% των παντρεμένων έχουν πάνω από δυο παιδιά, και μόνο 4,8% 1 παιδί. Έτσι φαίνεται η τάση που έχουν τα νεαρά ζευγάρια να μην κάνουν πολλά παιδιά.

Στον πίνακα (3). Ανάλογα με το επάγγελμά τους το μεγαλύτερο ποσοστό είναι υπάλληλοι (43,8%), ελεύθεροι επαγγελματίες 21,4%, μαθήτριες-φοιτήτριες 17,1% και το 16,2% ασχολείται με οικιακά, ενώ οι άνεργες είναι 0,9%.

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που δουλεύουν και έχουν κάποια οικονομική άνεση και θα μπορούσαν να κρατήσουν το παιδί, αντίθετα κάνουν έκτρωση, για να μην έχουν εμπόδιο στη δουλειά τους (περισσότερα χρήματα για παιδικούς σταθμούς και μεγαλύτερες υποχρεώσεις στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν λόγω της εργασίας τους). Βλέπουμε όμως ότι και κοπέλλες νεαρές, φοιτήτριες και μαθήτριες, κάνουν έκτρωση χωρίς να λογαριάσουν τους κινδύνους, χωρίς να σκεφτούν μήπως τους δημιουργήσει κάποιο πρό-

βλημα και δεν μπορούν να κάνουν παιδιά αργότερα, όταν θα θέλουν (εδώ γίνεται για οικογενειακούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, επαγγελματικούς λόγους).

Από τον πίνακα (4α,β) συμπεραίνουμε ότι το 62% κατάγονται από ημιαστικές περιοχές και το 38% από αστικές, που σημαίνει ότι προέρχονται από μια κλειστή κοινωνία με πολλά ταμπού και προκαταλήψεις. Όταν όμως τους κάναμε την ερώτηση πού μένουν τα τελευταία πέντε χρόνια, έχουμε την αντίστροφη εικόνα: Βλέπουμε ότι το 69% ζουν στις αστικές περιοχές και το 31% στις ημιαστικές, που σημαίνει ότι το διάστημα των πέντε ετών έχει επηρεάσει την προσωπικότητα των γυναικών, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο.

Από τον Πίνακα (5α,β) παρατηρούμε ότι οι γονείς τους στο 75% είναι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου και αγράμματοι. Συμπεραίνουμε δηλαδή ότι αυτές οι γυναίκες πολύ λίγα πράγματα μπορούσαν να μάθουν από τους γονείς τους για το σεξ και την αντισύλληψη. Αυτό οφείλεται στην άγνοια των γονιών, στην έλλειψη σεξουαλικής αγωγής και στο ότι δεν είχαν τον τρόπο να πλησιάσουν τα παιδιά τους και να τους μιλήσουν.

Στον πίνακα (6α,β) παρατηρούμε το 42,6% των γυναικών που έκαναν έκτρωση ότι είχαν γνώσεις γυμνασίου και κάτω (δημοτικό, ακόμα και αγράμματες), ενώ το 55% από λύκειο μέχρι ανώτερη σχολή και ανώτατη σχολή.

Βλέπουμε δηλαδή ότι μεγαλύτερο αριθμό εκτρώσεων κάνουν οι γυναίκες με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο. Στο ίδιο επίπεδο είναι οι συνοδοί τους.

Στον Πίνακα (8) παρατηρούμε ότι, πριν την έκτρωση το 46,6% των γυναικών χρησιμοποιούν σαν αντισυλληπτική μέθοδο τη διακεκομμένη συνουσία, το 23,8% χρησιμοποιούν προφυλακτικό, το 21% ημερολόγιο κύκλου, το 0,9% χάπι και το 5,7 των γυναικών δεν κά-

νουν τίποτα για να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, που αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της σε μεγάλους κινδύνους έχοντας εμπιστοσύνη στο τράβηγμα.

Στον Πίνακα (9) βλέπουμε ότι μετά την έκτρωση υπάρχει αλλαγή συμπεριφοράς ως προς τα μέσα πρόληψης της εγκυμοσύνης. Το 94,3% δηλώνουν ότι θα χρησιμοποιήσουν κάποια αποτελεσματική μέθοδο για να μην ξαναβρεθούν στην ίδια κατάσταση, ενώ ένα 3,7% αφήνει τα πράγματα στην τύχη τους.

Στον Πίνακα (10): Η μέθοδος που έρχεται πρώτη στις προτιμήσεις των γυναικών είναι το χάπι, με ποσοστό 29,5%, δεύτερο έρχεται το σπιράλ με 22,8%. Ακολουθεί όμως το προφυλακτικό με 21,9%, το διάφραγμα με 12,4%, ενώ ένα ποσοστό 12,3% θα εμπιστευθεί πάλι τη μέθοδο ρυθμού και τη διακεκομμένη συνουσία, μεθόδους που έχουν πολλά μειονεκτήματα, όπως είδαμε, και μικρό ποσοστό επιτυχίας.

Στον Πίνακα (11) παρατηρείται ότι ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που οδηγούνται στην έκτρωση είναι 23 χρόνων οι ανύπαντρες κοπέλλες, 32 ετών οι παντρεμένες, 24 ετών οι αρραβωνιασμένες και τέλος 35 οι διαζευγμένες.

Από τον Πίνακα (12) παρατηρείται ότι το 73,3% των γυναικών γνωρίζουν τους κινδύνους και τις επιπλοκές μετά την έκτρωση, το 26,6% των γυναικών δεν το γνωρίζουν. Γνωρίζουν ότι μπορεί να πάθουν κάτι μετά την έκτρωση και όμως την κάνουν χωρίς κανένα δισταγμό.

Στον Πίνακα (13): Όταν ρωτήθηκαν ποιες είναι οι επιπλοκές των εκτρώσεων το 56,2% απάντησαν τις μολύνσεις που συμβαίνουν μετά την έκτρωση, ενώ οι υπόλοιπες είχαν άγνοια, αφού απάντησαν πονοκεφάλους, ισχυαλγίες και προβλήματα στον κύκλο. Παρατηρείται δηλαδή ότι η γυναίκα παίρνει την απόφαση να κάνει την έκτρω-

ση χωρίς να ξέρει τα προβλήματα που θα παρουσιαστούν μετά. Εδώ φαίνεται και πάλι ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπαρκτος, κανείς δεν ενδιαφέρεται να πληροφορήσει τις γυναίκες και ίσως και οι ίδιες δεν ρώτησαν κάποιον αρμόδιο για να μάθουν.

Εδώ όμως μπαίνει το ερώτημα: Εκείνος ο γιατρός που της είπε ότι θα της έκανε την έκτρωση, δεν έμπαινε στον κόπο να της εξηγήσει τι είναι αυτή η έκτρωση, πώς γίνεται, τι πρόβλημα θα της δημιουργηθεί μετά την έκτρωση ή και κατά την έκτρωση; Δεν εννοούμε να τρομοκρατήσει τη γυναίκα, απλώς να την ενημερώσει για να μπορέσει να αποφύγει τη 2η και 3η έκτρωση. Οι γυναίκες που έχουν κάνει δυο και τρεις εκτρώσεις σε πολύ μικρό ποσοστό γνωρίζουν ότι οι εκτρώσεις έχουν επιπλοκές, ενώ οι γυναίκες που γνωρίζουν τις επιπλοκές και κάνουν πάνω από δυο εκτρώσεις είναι πάρα πολύ λίγες.

Από τον Πίνακα (14) φαίνεται ότι η απόφαση για την έκτρωση κατά το μεγαλύτερο ποσοστό πάρθηκε από κοινού (83,3%). Το 11,4% ήταν προσωπική και μόνο το 1,9% ήταν του συντρόφου. Βλέπουμε δηλαδή ότι τα ζευγάρια μπορούν εύκολα να συνεννοηθούν πάνω σ' αυτό το θέμα είναι θέμα που αφορά και τους δυο. Ακόμη παρατηρείται ότι θεωρούν την έκτρωση σαν αντισυλληπτικό μέσο. Αυτό οφείλεται στην ανυπαρξία του οικογενειακού προγραμματισμού, στην έλλειψη παιδείας και σεξουαλικής αγωγής.

Στον πίνακα (15) φαίνονται οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση και που είναι κατά το μεγαλύτερο ποσοστό (46,5%) οικογενειακοί (μεγάλα παιδιά στην οικογένεια, μεγάλος αριθμός παιδιών, γονείς μεγάλης ηλικίας). 39% των λόγων ήταν κοινωνικοί (ανύπαντρες μητέρες, διαζευγμένες), 21% οικονομικοί (γονείς ή μητέρες που δεν έχουν κάποια οικονομική άνεση για να μεγαλώσουν το παιδί) και το 21,9% γίνεται για λόγους υγείας.

Στον Πίνακα (16) παρατηρείται ότι τα τελευταία χρόνια η ενημέρωση των γυναικών γίνεται κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με ποσοστό 72,4%. Δεύτερη έρχεται η ενημέρωση από φίλους και συγγενείς σε ποσοστό 14,3% και μόνο το 12,4% ενημερώνεται από ειδικούς και το σχολείο. Αν κατορθώσουμε να αυξήσουμε το τελευταίο, την ενημέρωση δηλαδή από ειδικούς και σχολείο και με τη βοήθεια των Μ.Μ.Ε. θα είχαμε σίγουρα καλύτερα αποτελέσματα. Θα πρέπει δηλαδή να υπάρξει κάποια διαφώτιση, κατ' αρχήν από το σχολείο από ειδικούς γιατρούς. Στη συνέχεια οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού να εργαστούν εντατικά για καλύτερη πληροφόρηση. Οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες-τές και οι μαίες σε κάθε ευκαιρία, σε κάθε ερώτηση της γυναίκας να απαντούν. Μπορούν να κάνουν συγκεντρώσεις στα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας, ώστε να ενημερωθεί κυρίως ο αγροτικός πληθυσμός. Έτσι, με τη βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, θα είναι υπεύθυνα τα όσα γράφουν και λένε κι έτσι θα βοηθήσουν τη γυναίκα.

Στον Πίνακα (17) βλέπουμε ότι ένα μικρό ποσοστό (7,6%) παντρεμένων είχαν εξωσυζυγικές σχέσεις. Αυτές οι γυναίκες μεγάλωσαν και έζησαν σε αστικές περιοχές και δεν είχαν ταμπού και προκαταλήψεις να μας το ομολογήσουν. Ένας λόγος λοιπόν που ανάγκασε αυτές τις γυναίκες να κάνουν έκτρωση είναι ότι το παιδί ίσως να μην ήταν του συζύγου.

Στον Πίνακα (18) παρατηρείται ότι το ποσοστό των γυναικών που έκαναν πρώτη φορά έκτρωση ήταν 37,0%, ενώ αυξημένο είναι το ποσοστό των γυναικών που έκαναν δεύτερη φορά (48,7%). 7,6% έκαναν για 3η ή 4η φορά και άνω των τεσσάρων 6,6%. Συμπεραίνουμε ότι η διαδεδομένη χρήση της έκτρωσης δεν δηλώνει τόσο την αποτυχία των άλλων αντισυλληπτικών μεθόδων, όσο το ότι επιβεβαιώνει

το γεγονός ότι η έκτρωση συνιστά στην πράξη την "κατά-προτίμηση" αντισυλληπτική μέθοδο και αποτελεί καταφύγιο των συζύγων που έχουν ήδη ένα ή δυο παιδιά.

Στον Πίνακα (19) παρατηρούμε ότι το 33,3% των γυναικών παρουσίασε ψυχολογικά προβλήματα. (Σε ατομικό επίπεδο συγκρούονται η επιθυμία για μητρότητα με τους λόγους (ψυχολογικούς ή κοινωνικοοικονομικούς) που την εμποδίζουν με το προσωπικό σύστημα ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές. Σ' αυτή την περίπτωση η εκμυστήρευση του προβλήματος σε θρησκευτικό λειτουργό με ευρύτητα αντιλήψεων θα βοηθούσε στην ομαλή λύση της ψυχοσύγκρουσης. Το 2% των γυναικών παρουσίασε κοινωνικά προβλήματα. Πολλές φορές οι γυναίκες δεν επιθυμούν τη διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά δέχονται πιέσεις από άλλα πρόσωπα. Όταν είναι ανύπαντρες από την οικογένειά τους, τον ερωτικό σύντροφο ή άλλα πρόσωπα και από την ίδια την κοινωνία λόγω των ηθικών αξιών και έτσι καταφεύγουν στην έκτρωση. Οργανικό πρόβλημα βλέπουμε ότι δεν παρουσιάστηκε. Το 5,7% των γυναικών παρουσιάζει οικογενειακά προβλήματα (μεγάλα παιδιά ήδη στην οικογένεια, δυσαρμονία στις σχέσεις με το σύζυγο). Το 17,1% δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα, ενώ το 42% των γυναικών δεν απάντησαν.

Στον Πίνακα (20): Οι γυναίκες που έκαναν 3-4 εκτρώσεις και πάνω έχουν πληροφορηθεί για την αντισύλληψη από τα Μ.Μ.Ε. και από τους συγγενείς και όχι από τους ειδικούς. Αφού λοιπόν δεν είχαν σωστή ενημέρωση, βλέπουμε ότι κάνουν το ίδιο λάθος δυο και τρεις φορές, ακόμη και τέσσερις. Ενώ παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που έχουν πληροφορηθεί από ειδικούς και σχολείο σταματούν στη μια, το πολύ δυο εκτρώσεις.

Στον Πίνακα (21) παρατηρείται ότι οι γυναίκες που είχαν

κάνει μέχρι και δυο εκτρώσεις γνώριζαν τις επιπλοκές των εκτρώσεων και αυτό οφείλεται στο ότι ενδιαφέρθηκαν να ενημερωθούν για αυτό το τόσο σοβαρό θέμα, την έκτρωση, ή τους έγινε κάποια πληροφόρηση από ειδικό ιατρό, μαία, νοσηλεύτρια-τή. Ενώ το ποσοστό των γυναικών που είχαν κάνει πάνω από 4 εκτρώσεις και γνώριζε τις επιπλοκές ήταν μικρό. Υπάρχει επίσης και ένα ποσοστό γυναικών που δεν γνωρίζουν καθόλου τις επιπλοκές των εκτρώσεων. Από αυτές το 12,4% είναι γυναίκες με 2 εκτρώσεις και 0,9% γυναίκες με περισσότερες από 4 εκτρώσεις.

Στον πίνακα (22) παρατηρούμε τον αριθμό των εκτρώσεων και τους λόγους που οδήγησαν τις γυναίκες στην έκτρωση. Αυτοί είναι κυρίως οικογενειακοί και κοινωνικοί.

Στους Πίνακες (23, 24) βλέπουμε ότι στις 1-2 εκτρώσεις το μεγαλύτερο ποσοστό προερχόταν από λύκειο και πάνω. Στις 3-4 εκτρώσεις και πάνω βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι απόφοιτες γυμνασίου και κάτω. Δηλαδή, όσο ανώτερο είναι το επίπεδο τόσο πιο λίγες εκτρώσεις γίνονται, ενώ όσο πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν τόσο πιο πολλές εκτρώσεις κάνουν. (Το ίδιο συμβαίνει και με τους συντρόφους στο μορφωτικό επίπεδο).

Αριθμός δείγματος : 105 Γυναίκες.

Μέσος Όρος Ηλικίας : 27 Χρόνων.

Μέσος Όρος Ηλικίας πρώτης επαφής : 18 Χρόνων.

Πίνακας 1: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Ανύπαντρες	50	47.6%
Αρραβωνιασμένες	13	12.4%
Παντρεμένες	34	32.4%
Διαζευγμένες	8	7.6%

Πίνακας 2: Αριθμός παιδιών

Χωρίς παιδιά (περιλαμβάνονται και οι ανύπαντρες).	60	57.1%
Με 1 παιδί	5	4.8%
Με 2 παιδιά	10	9.5%
Με 3 -"-	17	16.2%
Με 4 -"-	9	8.5%
Με 5 και άνω	4	3.8%

Πίνακας 3: Επάγγελμα

Ανεργες	1	0.9%
Καθήτριες/Φοιτήτριες	18	17.1%
Υπάλληλοι	46	43.8%
Ελ. Επάγγελμα	23	21.4%
Οικιακά	17	16.2%

Πίνακας 4α: Τόπος καταγωγής		
Αστικές περιοχές	40	38%
Ημιαστικές περιοχές	65	62%

Πίνακας 4β: Τόπος διαμονής για τα 5 τελευταία χρόνια		
Αστικές περιοχές	73	69.5%
Ημιαστικές περιοχές	32	30.5%

Πίνακας 5α: Γραμματικές γνώσεις πατέρα		
1. Αγράμματος	16	15.2%
2. Απόφοιτος δημοτικού	64	60.9%
3. -- γυμνασίου	15	14.8%
4. -- λυκείου	3	2.8%
5. -- ανώτερης σχολής	3	2.8%
6. -- ανώτατης σχολής	3	2.8%

Πίνακας 5β: Γραμματικές γνώσεις μητέρας		
1. Αγράμματα	32	30.4%
2. Απόφοιτη δημοτικού	54	51.4%
3. -- γυμνασίου	11	10.5%
4. -- λυκείου	2	1.9%
5. -- ανώτερης σχολής	3	2.8%
6. -- ανώτατης σχολής	3	2.8%

Πίνακας 6α: Γραμματικές γνώσεις ερωτηθείσας		
1. Αγράμματη	3	2.8%
2. Απόφοιτη δημοτικού	22	20.9%
3. -"- γυμνασίου	22	20.9%
4. -"- λυκείου	30	28.5%
5. -"- ανώτερης σχολής	15	14.2%
6. -"- ανώτατης σχολής	13	12.4%

Πίνακας 6β: Γραμματικές γνώσεις συζύγου ή συντρόφου		
1. Αγράμματος	3	2.8%
2. Απόφοιτος δημοτικού	22	20.9%
3. -"- γυμνασίου	19	18.0%
4. -"- λυκείου	28	26.6%
5. -"- ανώτερης σχολής	17	16.1%
6. -"- ανώτατης σχολής	16	15.2%

Πίνακας 7: Επάγγελμα συζύγου ή συντρόφου		
1. Ανεργος	2	1.9%
2. Μαθητής/Φοιτητής	10	9.5%
3. Υπάλληλος	36	34.2%
4. Ελευθ. επάγγελμα	57	54.3%

Πίνακας 8: Μέθοδος αντίσφληψης πριν την έκτρωση.		
1. Χάπι	1	0.9%
2. Προφυλακτικό	25	23.8%
3. Διακεκομένη συνουσία	49	46.6%
4. Σπιράλ	0	
5. Διάφραγμα	0	
6. Ημερολόγιο κύκλου	22	20.9%
7. Θερμομετρικό διάγραμμα	2	1.9%
8. Καμία	6	5.7%

Πίνακας 9: Αν θα χρησιμοποιήσουν αντισύλληψη μετά την έκτρωση

1. Ναι	99	94.3%
2. Όχι	6	5.7%

Πίνακας 10: Μέθοδοι αντισύλληψης που θα χρησιμοποιήσουν

1. Χάπι	31	29.5%
2. Προφυλακτικό	23	21.9%
3. Διακεκομένη συνουσία	10	9.5%
4. Σπирάλ	24	22.8%
5. Διάφραγμα	13	12.4%
6. Ημερολόγιο κύκλου	3	2.8%
7. Θερμομετρικό διάγραμμα	0	
8. Στείρωση	1	0.9%

Πίνακας 11: Οικογενειακή κατάσταση και Μ.Ο. Ηλικιών

1. Μ.Ο. Ηλικίας Ανύπαντρων	23	Χρόνων
2. -"- Αρραβωνιασμένων	24	-"-
3. -"- Παντρεμένων	32	-"-
4. -"- Διαζευγμένων	35	-"-

Πίνακας 12: Εάν γνωρίζουν τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων		
1. Ναι	77	73.3%
2. Όχι	28	26.6%

Πίνακας 13: Ποιές από τις παρακάτω επιπλοκές νομίζουν ότι συμβαίνουν συχνότερα μετά την έκτρωση		
Πονοκέφαλοι	21	20.0%
Μολύνσεις	59	56.2%
Προβλήματα κύκλου	32	30.4%
Ισχιαλγίες	47	44.8%

Πίνακας 14: Ποιανού ήταν η απόφαση για την έκτρωση		
1. Προσωπική	12	11.4%
2. Κοινή απόφαση	88	83.8%
3. Του συντρόφου - συζύγου	2	1.9%

Πίνακας 15: Οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση		
1. Οικογενειακοί	48	45.7%
2. Κοινωνικοί	41	39.0%
3. Οικονομικοί	22	20.9%
4. Υγείας	23	21.9%

Περισσότερες από μία απαντήσεις εδόθησαν στην παραπάνω ερώτηση. Για τον λόγο αυτό μόνο χωριστά ο κάθε ένας από τους λόγους, σαν νούμερο ή ποσοστό, αντιστακλά την γενική εικόνα.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Πίνακας 16: Πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη

1. Μέσα μαζικής ενημέρωσης	76	72.4%
2. Φίλοι - συγγενείς	15	14.3%
3. Ειδικός - σχολείο	13	12.4%

Πίνακας 17: Εξωσυζυγικές σχέσεις

1. Είχαν εξω/κές σχέσεις	8	7.6%
2. Δεν είχαν εξω/κές σχέσεις	96	91.4%

Πίνακας 18: Αριθμός εκτρώσεων

Πρώτη φορά	39	37.0%
Δεύτερη φορά	51	48.5%
3-4 φορές	8	7.6%
Ανω των 4	7	6.6%

Πίνακας 19: Προβλήματα που παρουσιάστηκαν μετά την έκτρωση

1. Ψυχολογικά	35	33.3%
2. Κοινωνικά	2	1.9%
3. Οργανικά	0	
4. Οικογενειακά	6	5.7%
5. Κανένα	18	17.1%
6. Χωρίς απάντηση	44	41.9%

Πίνακας 20: Αριθμός εκτρώσεων και ενημέρωση για την αντισύλληψη.

		ΜΜΕ*		Φίλοι-Συγγενείς		Ειδικούς
1	25	23.8%	8	7.6%	5	4.8%
2	39	37.1%	4	3.8%	8	7.6%
3-4	6	5.7%	2	1.9%	0	
> 4	6	5.7%	1	0.9%	0	

* Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Πίνακας 21: Αριθμός εκτρώσεων και γνώση επιπλοκών

		Ναι		Όχι
1	25	23.8%	14	13.3%
2	38	36.1%	13	12.4%
3-4	7	6.6%	1	0.9%
> 4	7	6.6%	0	

Πίνακας 22: Αριθμός εκτρώσεων και λόγοι εκτρώσεων

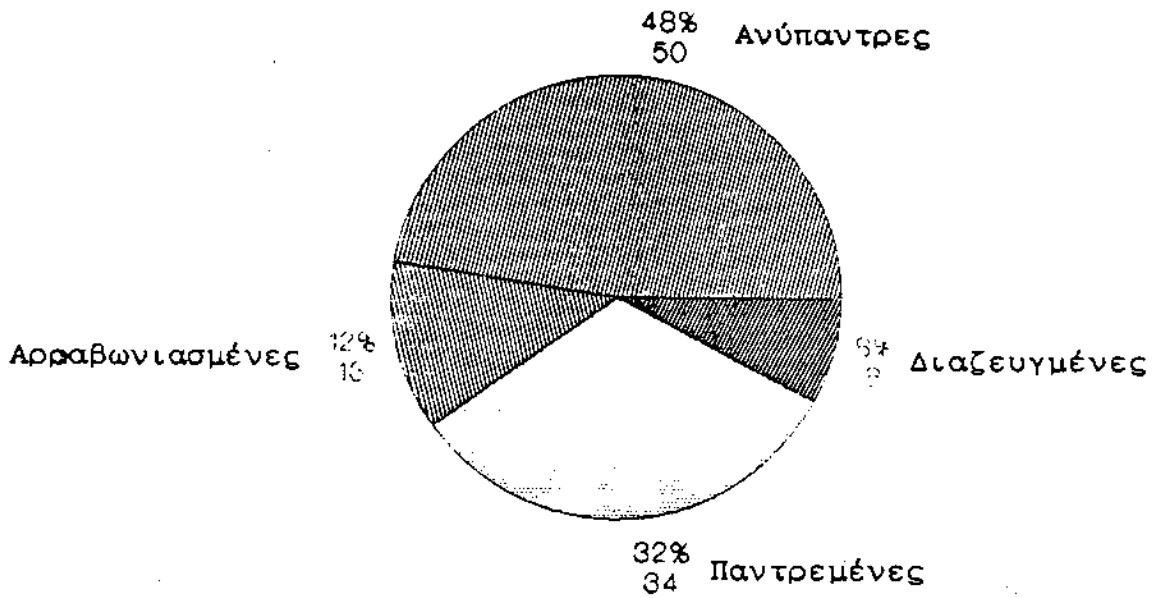
	Οικογεν		Κοινων		Οικον		Υγείας	
1	18	17.1%	16	15.2%	7	6.6%	10	9.5%
2	24	22.8%	20	19.0%	12	11.4%	12	11.4%
3-4	3	2.8%	1	0.9%	2	1.9%	1	0.9%
> 4	3	2.8%	4	3.8%	1	0.9%	0	

Πίνακας 23: Αριθμός εκτρώσεων και μορφωτικό επίπεδο

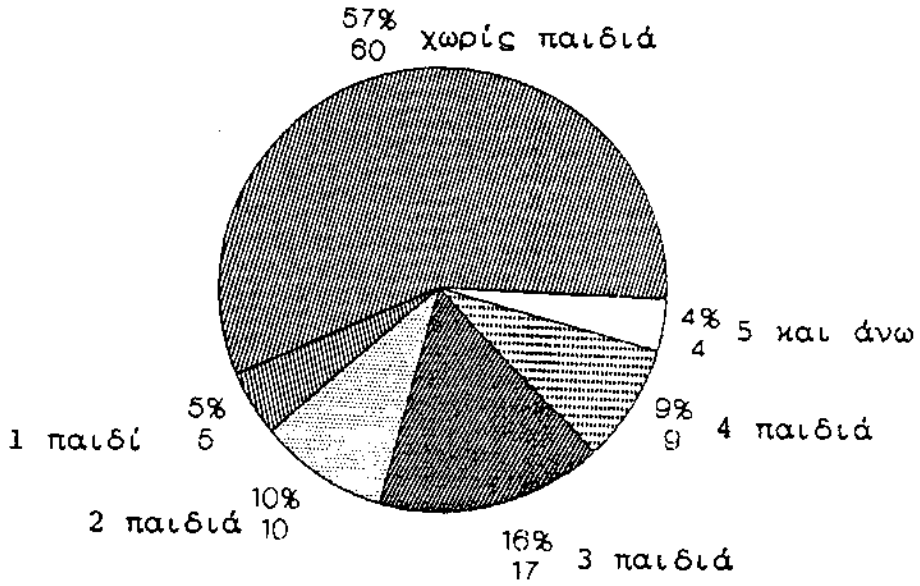
	1	2	3	4	5	6						
1	2	1.9%	8	7.6%	9	8.6%	13	12.3%	5	4.8%	2	1.9%
2	1	0.9%	8	7.6%	9	8.6%	15	14.2%	8	7.6%	10	9.5%
3-4	0		2	1.9%	4	3.8%	1	0.9%	1	0.9%	0	
> 4	0		4	3.8%	0		1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%

Πίνακας 24: Αριθμός εκτρώσεων και μορφωτικό επίπεδο συντρόφου για τις περιπτώσεις που η απόφαση ήταν κοινή

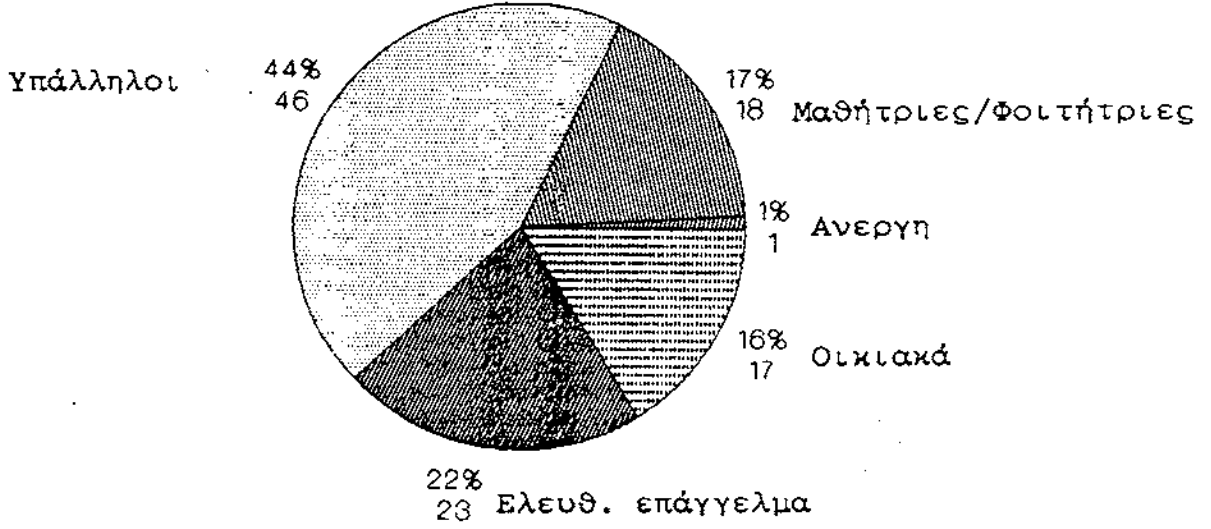
	1	2	3	4	5	6						
1	1	0.9%	8	7.6%	8	7.6%	13	12.3%	5	4.8%	2	1.9%
2	1	0.9%	7	6.6%	5	4.8%	10	9.5%	10	9.5%	8	7.6%
3-4	0		1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%	1	0.9%
> 4	0		2	1.9%	0		1	0.9%	0		2	1.9%



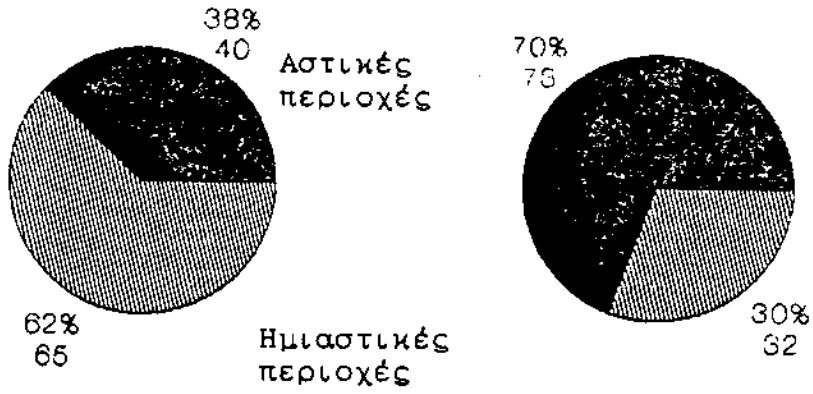
Σχήμα : Κατανομή των 105 γυναικών ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.



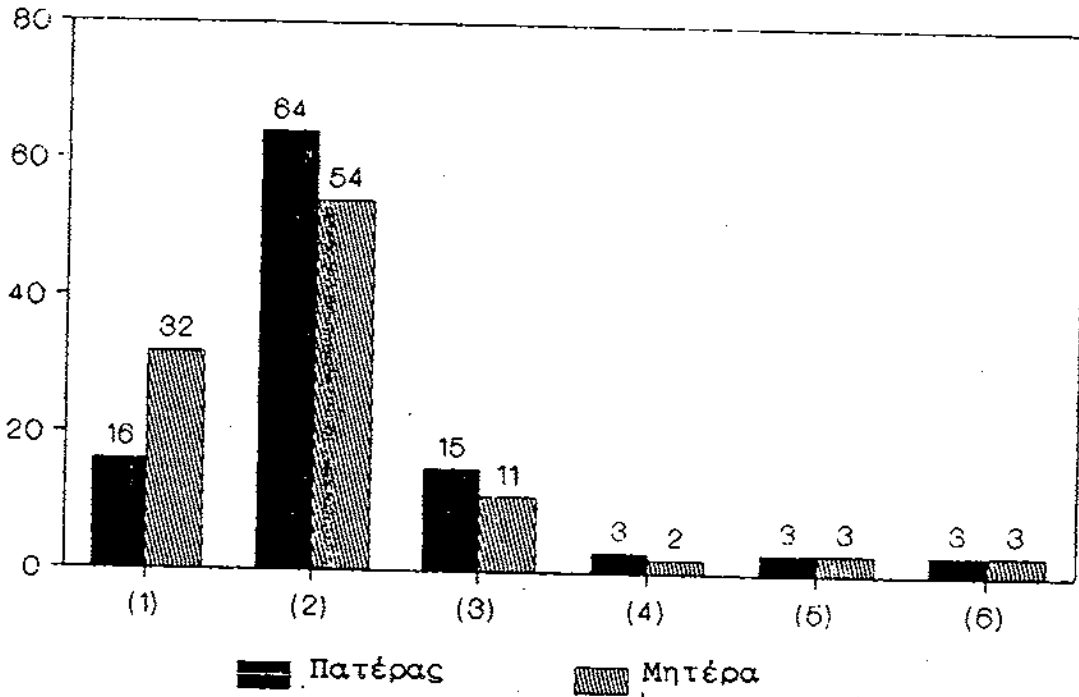
Σχήμα : Κατανομή των γυναικών ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν.



Σχήμα : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ασχολία τους.

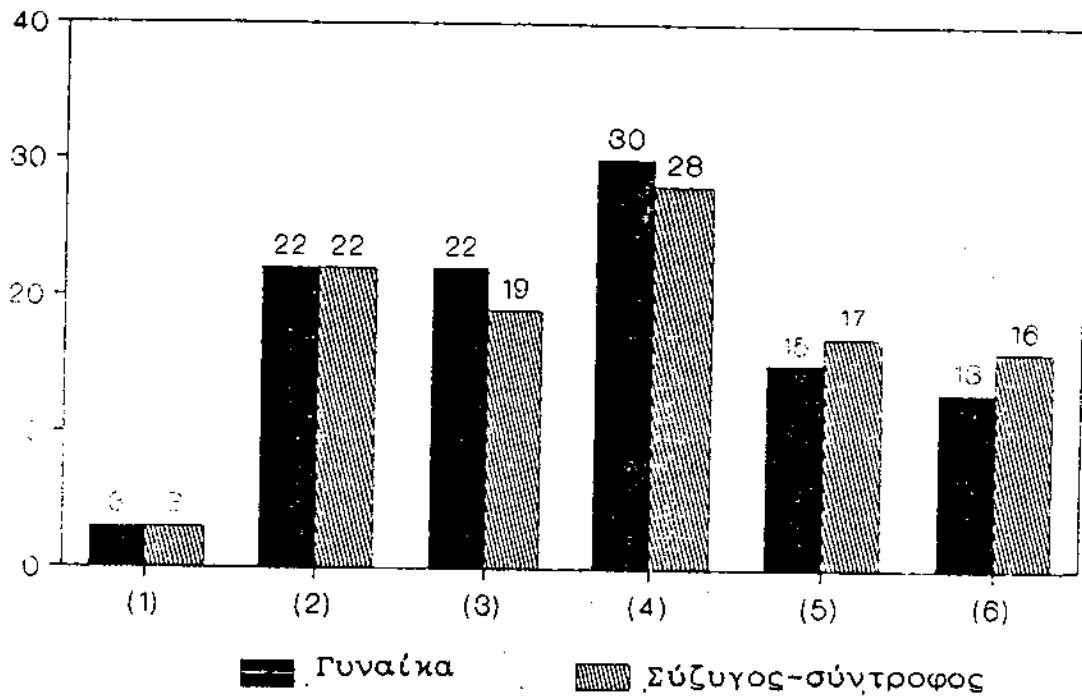


Σχήμα : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις περιοχές απο όπου κατάγονται και τις περιοχές που διαμένουν.



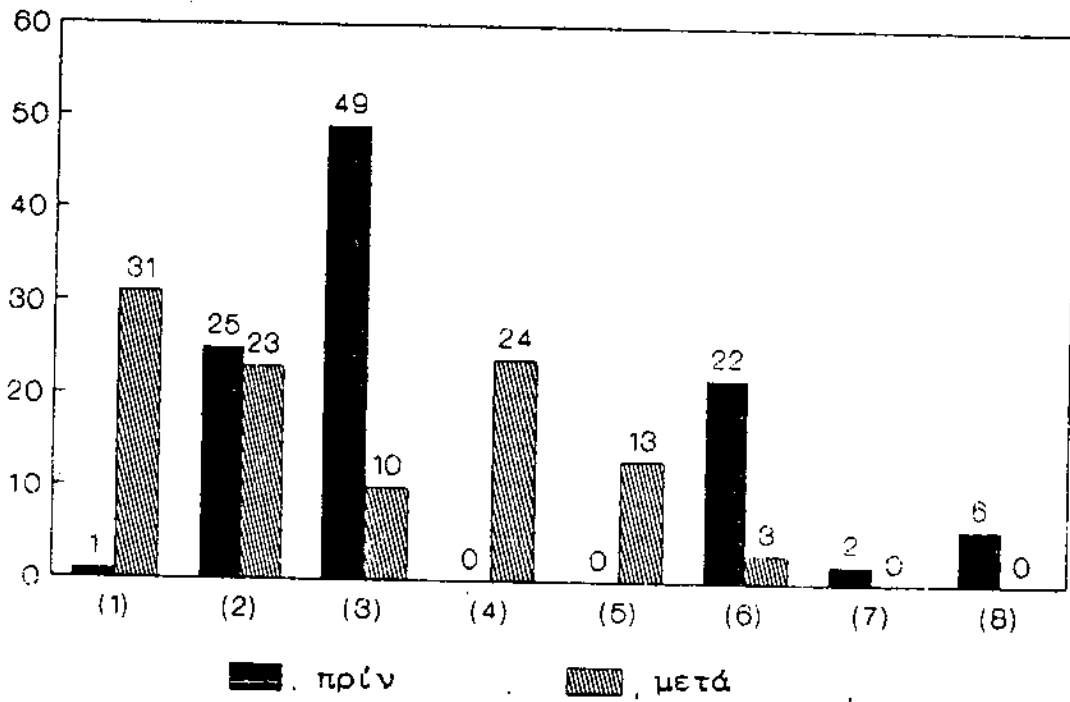
Σχήμα : Γραμματικές γνώσεις των γονέων της ερωτηθείσας.

- 1- Αγράμματος
- 2- Απόφοιτος δημοτικού
- 3- "- γυμνασίου
- 4- "- λυκείου
- 5- "- ανώτερης σχολής
- 6- "- ανώτατης σχολής



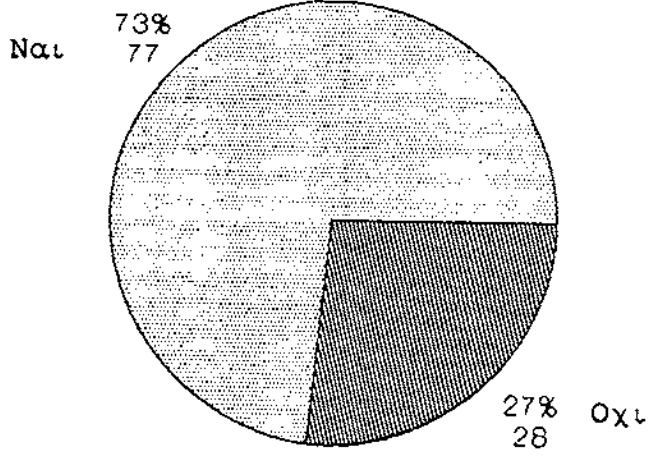
Σχήμα : Γραμματικές γνώσεις ερωτηθείσας και του συζύγου ή του συντρόφου της.

- 1- Αγράμματος-η
- 2- Απόφοιτος δημοτικού
- 3- "- γυμνασίου
- 4- "- λυκείου
- 5- "- ανώτερης σχολής
- 6- "- ανώτατης σχολής

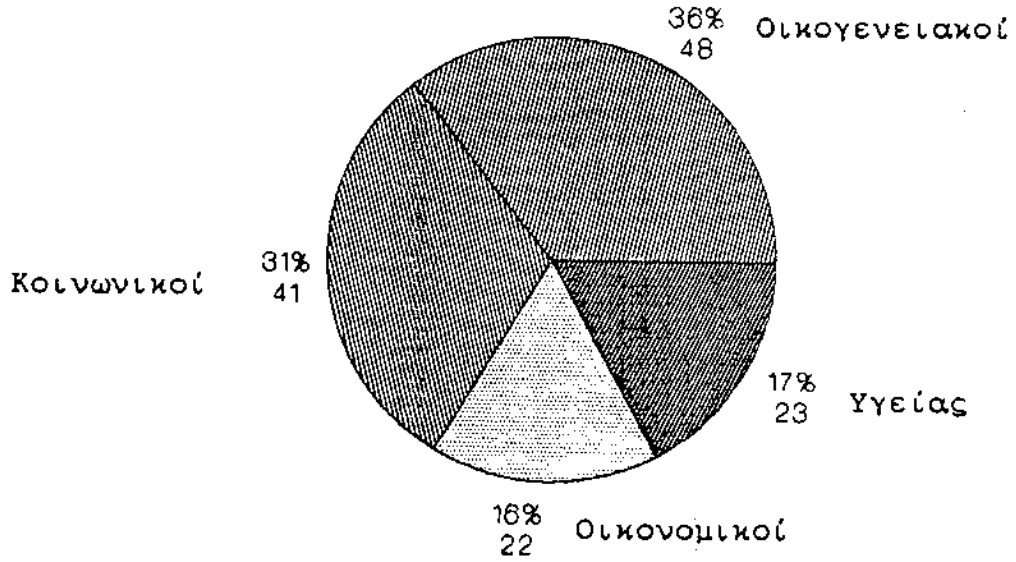


Σχήμα : Αναλογίες των μέσων αντισύλληψης πρὶν και μετά την έκτρωση.

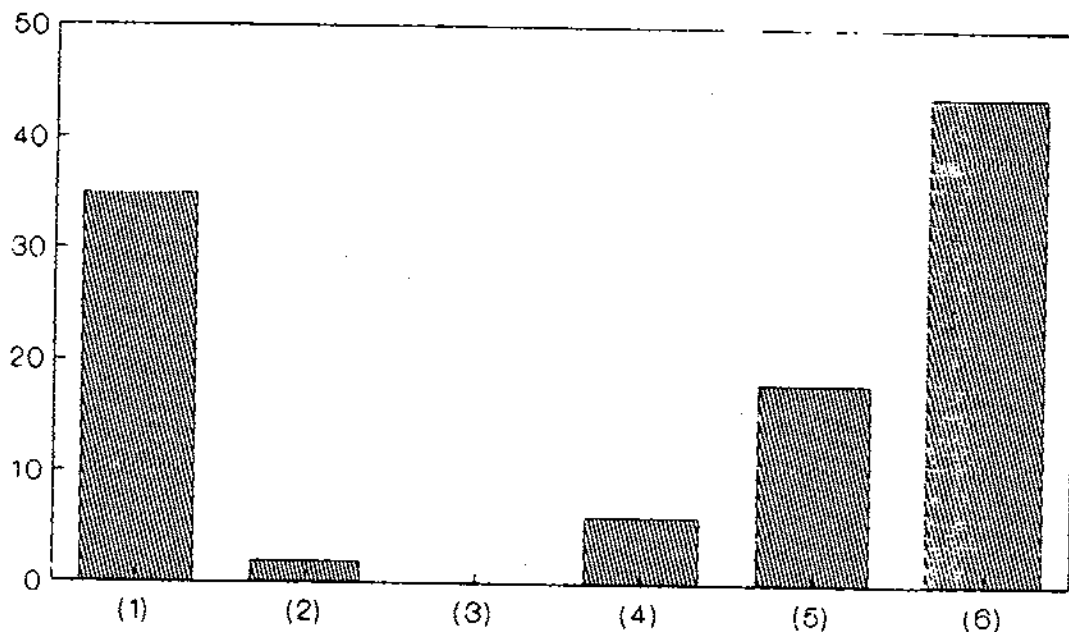
- 1- Χάπι
- 2- Προφυλακτικό
- 3- Διακεκομένη συνουσία
- 4- Σπιράλ
- 5- Διάφραγμα
- 6- Ημερολόγιο κύκλου
- 7- Θερμομετρικό διάγραμμα
- 8- Στείρωση (μία περίπτωση)



Σχήμα : Κατανομή των γυναικών ανάλογα με το αν γνώριζαν τους κινδύνους και τις επιπλοκές των εκτρώσεων.

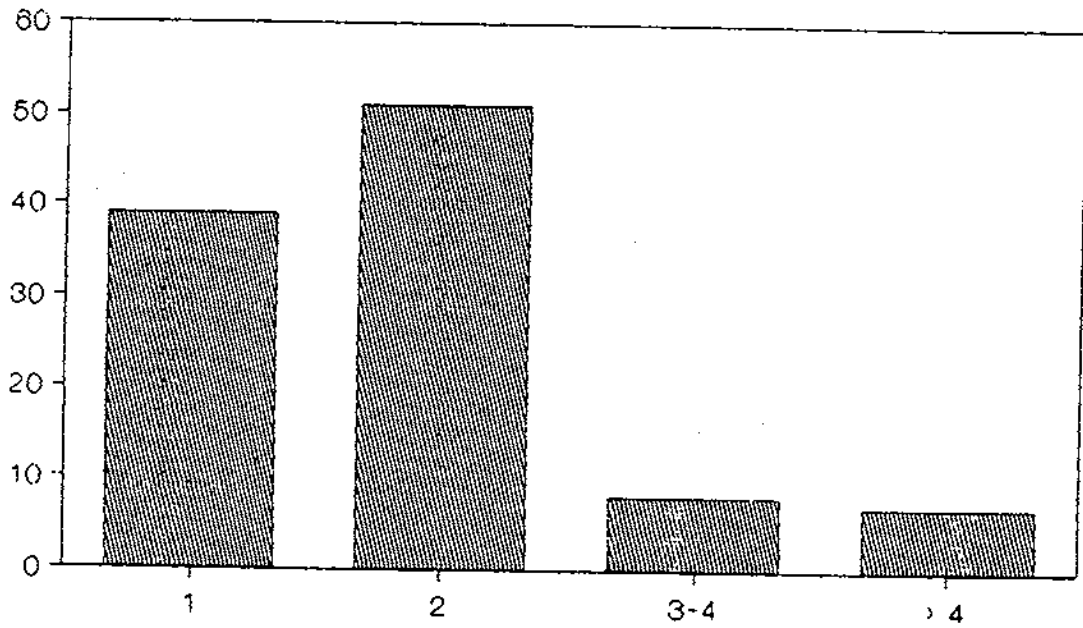


Σχήμα : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους λόγους που οδήγησαν στην έκτρωση.

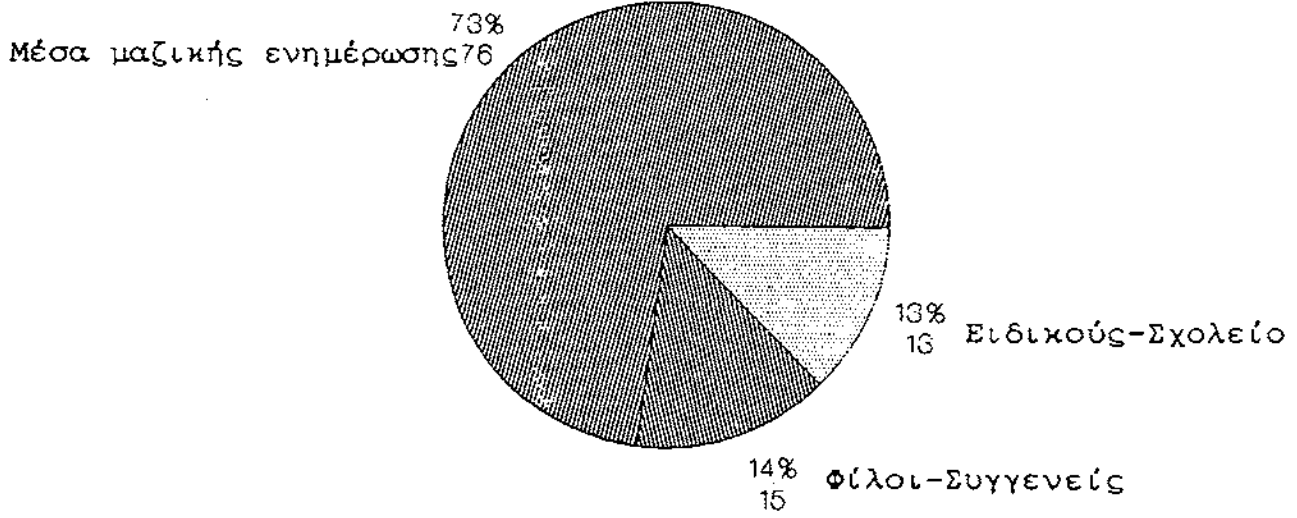


Σχήμα : Κατανομή των γυναικών ανάλογα με το πρόβλημα που τους παρουσιάστηκε μετά την έκτρωση.

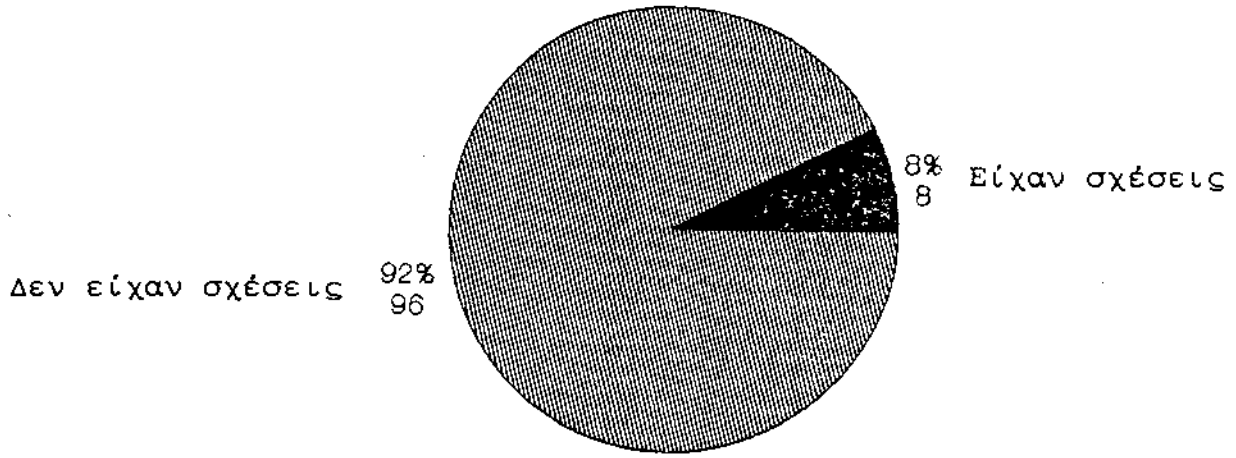
- 1- Ψυχολογικά
- 2- Κοινωνικά
- 3- Οργανικά
- 4- Οικογενειακά
- 5- Κανένα
- 6- Χωρίς απάντηση



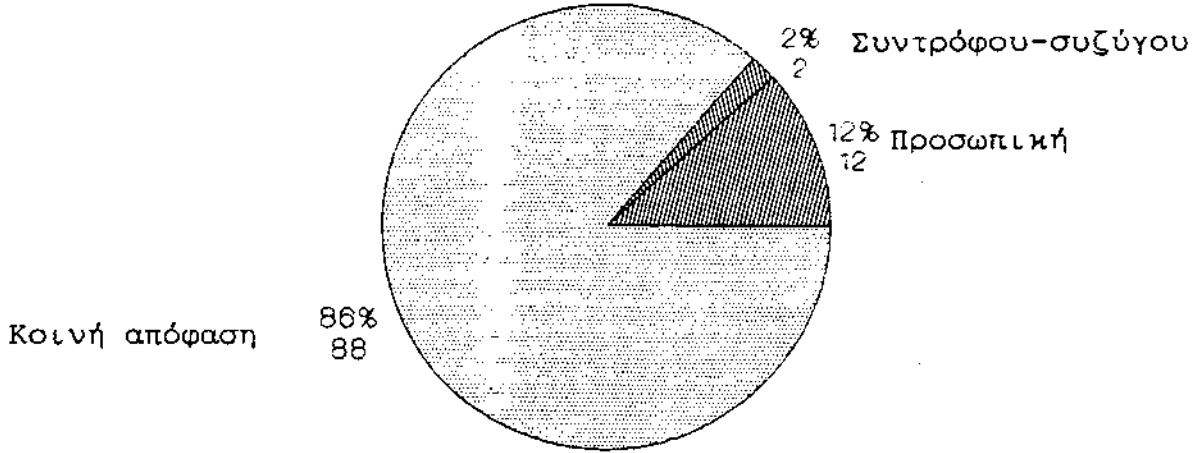
Σχήμα : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων που έχουν κάνει.



Σχήμα : Ποσοστά ανάλογα της πηγής ενημέρωσης για τους τρόπους αντισύλληψης.



Σχήμα : Ποσοστά γυναικών με ή χωρίς εξω/κές σχέσεις.



Σχήμα : Σχηματικά η αναλογία του δείγματος σε σχέση με το ποιος πήρε την απόφαση για την έκτρωση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Επειδή, κατά τη γνώμη μας, το πρόβλημα "έκτρωση" παραμένει ουσιαστικά άλυτο, πιστεύουμε ότι θα πρέπει να αποτελέσει κεντρικό σημείο προβληματισμού, όχι μόνο στη δική μας ερευνητική προσπάθεια, αλλά και σε οποιαδήποτε σε βάθος προσέγγιση του φαινομένου "έκτρωση" στην ελληνική κοινωνία.

Μια επιστημονική προσέγγιση όμως προς αυτή την κατεύθυνση, προκειμένου να εντοπίσει τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς συντελεστές του προβλήματος, προϋποθέτει τη χρήση μιας κλινικής μεθοδολογίας, εφόσον οι αποκλειστικές στατιστικές και μακροκοινωνιολογικές αναλύσεις αποδεικνύονται ανεπαρκείς.

Η αναγκαιότητα μιας διερεύνησης σ' αυτή τη βάση θα παραμείνει επιτακτική (ή θα αποβεί επιτακτικότερη), ακόμα και όταν η πολιτεία δώσει ικανοποιητική απάντηση στα δυο επίμαχα αιτήματα που, προς το παρόν, προσδίδουν ιδιαίτερη δημοσιότητα στο πρόβλημα της έκτρωσης στην Ελλάδα: το αίτημα της αποποινικοποίησης των αμβλώσεων και της οργάνωσης και διάδοσης του οικογενειακού προγραμματισμού. Η εφαρμογή των μέτρων αυτών δεν είναι απαραίτητο να προδικάζει την εκπλήρωση των στόχων από τους οποίους υπαγορεύονται, δηλαδή τη μείωση των αμβλώσεων και τη διάδοση της σύγχρονης αντισύλληψης, αν δεν ληφθούν υπόψη, θεωρητικά και πρακτικά, οι ιδιομορφίες που συναντά στην Ελλάδα η πρακτική της έκτρωσης και η αποδοχή της αντισύλληψης.

Η ανάλυση που επιχειρήσαμε να κάνουμε σ' αυτή την έρευνα, αποσκοπεί να δείξει ότι η ορθολογική αντιμετώπιση προβλημάτων - είτε στο επίπεδο των εκτιμήσεων είτε σε αυτό των θεσμικών μέτρων που αφορούν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική δραστηριότητα του καθένα μας, δεν μπορεί να εξασφαλίσει (προ)καθορισμένα απο-

τελέσματα σε κάθε περίπτωση. Για το λόγο αυτό πιστεύουμε ότι η ανίχνευση των εμφανών, αλλά και των υπολανθανόντων κινήτρων, που καθορίζουν την απόφαση των Ελληνίδων να καταφύγουν στην έκτρωση, μπορεί να συντελέσει στο να αποδεχθούν τις καλύτερες δυνατές λύσεις στα προβλήματα που διατρέχουν την ερωτική τους ζωή και επομένως να εξισορροπήσουν με περισσότερη επιτυχία τις δυνατότητες αλλά και δυσκολίες που τους θέτει η σύγχρονη κοινωνία.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α



Coen Vantrich, "Δικαίωμα για άμβλωση", Εκδόσεις Καρακάση, Αθήνα 1985.

Δετοράκης Ιωάννης, "Οικογενειακός Προγραμματισμός: αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση", Β' έκδοση, εκδοτικός οίκος Πατάκη ΣΤ Αθήνα 1986.

Εφημερίδα Κυβερνήσεως. Θέμα: "Τρόποι προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης". Αριθμ. Α3β/οικ. 2799/86.

Κομνηνός Αντώνιος. "Βασικές γνώσεις στην αντισύλληψη", Ομιλία στο Πολεμικό Μουσείο Αθηνών. Αθήνα, Μάρτιος 1988.

Κρεατσάς Γεώργιος: "Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Μαθήματα γενετησιακής αγωγής". Β' έκδοση. Εκδοτικός οίκος Δωρικός, Αθήνα 1989.

Μαλάμος Γεώργιος. "Τα αντισυλληπτικά στο φως της επιστήμης". Εκδόσεις Αργυρόπουλος Γ. Ζουμαδάκη Α., Αθήνα.

Ναζίρη Δέσποινα. "Έκτρωση και αντισύλληψη (επι)φαινόμενα στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία". Σϋγχρονα θέματα, τεύχος 26, Μάρτιος 1986 σελ. 75-86.

Ναζίρη Δέσποινα. "Η Ελληνίδα και η έκτρωση: κοινωνικοψυχολογική μελέτη του φαινομένου των εκτρώσεων". Ιπποκράτης, Τόμος 12, Τεύχος 5-6, 1984, σελ. 227-233.

Παπανικολάου Νικόλαος: "Γυναικολογία", Β' έκδοση. Εκδοτικός οίκος αφών Παχούδη-αφών Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη 1986.

Πρεσβέλου Κλειώ και Τεπέρογλου Αφροδίτη: "Κοινωνιολογική ανάλυση του φαινομένου της έκτρωσης στον ελληνικό χώρο". Επιθεώρηση κοινωνικών Ερευνών, Τεύχος 39-40, 1980, σελ. 277-293.

Σολδάτος Κων/νος και άλλοι: "Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των εκτρώσεων", Ιπποκράτης, Τόμος 12, τεύχος 5-6, 1984, 227-233.