

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ : ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ



**Πτυχιακή Εργασία
της Σπουδάστριάς:**

ΚΛΑΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**Υπεύθυνη Καθηγήτρια
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ**

ΠΑΤΡΑ 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ	2523
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Κάποτε σε μια εποχή του χρόνου της φαντασίας, ένας αστροναύτης από τη γη προσγείωσε το διαστημόπλοιά του σε έναν άγνωστο πλανήτη. Ξεκινώντας την εξερεύνηση του πλανήτη συνάντησε κάτι περίεργα όντα. Τότε αναρωτήθηκε: << Άραγε τα όντα αυτά είναι άνθρωποι και πρέπει να τα σεβαστώ σαν ανθρώπους ή δεν είναι οπότε θα μπορώ να τα χρησιμοποιήσω σαν είδος τροφής ; >>.

Ξαφνικά όμως ο δυστυχής ταξιδιώτης ανακάλυψε ότι μόνος και εγκαταλειμμένος στο διάστημα προσπαθούσε να βρει την απάντηση σε ένα ερώτημα που στη γη ακόμα το συζητούσαν...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
1. Ανατομία- Φυσιολογία των γεννητικών οργάνων	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
1. Τι είναι άμβλωση	12
2. Κλινικά αίτια	12
3. Παράνομη άμβλωση	26
4. Ποιοι μηχανικοί τρόποι έχουν χρησιμοποιηθεί για την διακοπή της εγκυμοσύνης	27
5. Ποιες είναι οι μετέπειτα επιπλοκές που μπορεί να συμβούν	30
6. Προϋποθέσεις για την αποφυγή επικίνδυνων επιπλοκών κατά την άμβλωση	30
7. Πόσες αμβλώσεις γίνονται σήμερα στον κόσμο και στην Ελλάδα	32
8. Σε ποιες περιπτώσεις είναι νόμιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης στην Ελλάδα	32
9. Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της νομιμοποίησης των αμβλώσεων	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

1. Βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι προσέλευσης για άμβλωση 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

1. Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των αμβλώσεων 46
2. Ψυχοπαθολογία πριν από την άμβλωση 48
3. Ψυχολογία μετά την άμβλωση 50
4. Αντιμετώπιση της Ψυχοπαθολογίας των Αμβλώσεων 52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

1. Η Ελληνίδα και η άμβλωση 57
2. Θρησκεία και άμβλωση 59
3. Ποιες είναι οι θέσεις των διαφόρων κρατών για την άμβλωση 61
4. Η στάση των ανδρών για την άμβλωση 62
5. Ποιοι ωφελούνται από τις αμβλώσεις 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

1. Συχνότητα προκλητών αμβλώσεων σε σπουδάστριες Σ.Ε.Υ.Π
Αθήνας 68
2. Αποτελέσματα στατιστικής έρευνας Κρατικής Μαιευτικής
Γυναικολογικής Κλινικής Γ.Π.Ν.Π. <<Αγ. Ανδρέας>> 70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

1. Οικογενειακός Προγραμματισμός	72
2. Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή	84
3. Μέθοδοι ελέγχου της γονιμότητας	86
4. Η θέση της Νοσηλεύτριας	107
5. Νοσηλευτική φροντίδα πριν από μία άμβλωση	110
6. Νοσηλευτική φροντίδα μετά από μία άμβλωση	113
7. Νοσηλευτική διεργασία	115

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	129
--	-----

<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	132
------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εργασία μου αναφέρομαι στις αμβλώσεις. Σκοπός μου είναι να πληροφορήσω τις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία τι είναι η άμβλωση, με ποιούς τρόπους γίνεται, ποιές είναι οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι, τι πρέπει να κάνουν μετά από μία άμβλωση, αλλά, το σπουδαιότερο, πως μπορούν να την αποφύγουν.

Ασχολήθηκα με τις αμβλώσεις ύστερα απο 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 αμβλώσεις το χρόνο. Και έτσι να έχουμε πολλές κατεστραμμένες γυναίκες, σωματικά και ψυχολογικά, και αύξηση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε καμία κοινωνία ως τώρα δεν μειώθηκε ολοκληρωτικά η άμβλωση, αλλά κατά καιρούς μεταβαλλόταν το μέγεθος του προβλήματος και οι συνθήκες που γίνονταν.

Από τον 16ο αιώνα αποτελούσε μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων αλλά γινόταν σε περιορισμένο αριθμό γυναικών.

Η πρακτική αυτή καταδικάζεται με την αποκρουστικότητα του χριστιανικού δόγματος, όπου και επικρατεί μια αυστηρά πουριτανική και ηθική αντίληψη, που ενισχύθηκε με την άποψη ότι η άμβλωση είναι έγκλημα. Γιατί αποδίδεται στο έμβρυο ανθρώπινη ζωή και η σεξουαλική πράξη θεωρείται σαν προπατορικό αμάρτημα και αυτή καθ'αυτή η πράξη σαν αναγκαίο κακό.

Κατά την βιομηχανική επανάσταση του 18ου αιώνα η απαγόρευση των αμβλώσεων βρισκόταν στην ανάγκη των κρατών να διαθέτουν την μεγαλύτερη δυνατή εργατική δύναμη για την βιομηχανία και την αποικιακή εξάπλωση. Έτσι η γυναίκα διαθέτει την αναπαραγωγική της ικανότητα στο βωμό της οικονομίας.

Στη συνέχεια οι αλληλοεξαρτόμενες αλλαγές που παρατηρούνται στον τόπο μας όπως το πέρασμα από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής στο μεταβιομηχανικό, χωρίς να περάσει η ελληνική κοινωνία από την βιομηχανική εποχή, η μετατροπή της αγροτικής οικογένειας σε

μικροαστική που έγινε σε χρόνο ρεκόρ για την Ελλάδα, ο συγκεντρωτισμός της οικονομίας στα μεγάλα αστικά κέντρα, η απελευθέρωση της γυναίκας κ.λ.π, είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση και διάδοση των αμβλώσεων σε σημείο που σήμερα αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα. Το γεγονός αυτό συνδέεται με τη θέση της γυναίκας που σε όλη την ιστορική της πορεία βρισκόταν υποταγμένη οικονομικά στον άνδρα. Στα τέλη όμως του 19ου αιώνα και στις αρχές του εικοστού, όλο και περισσότερες γυναίκες αφυπνίζονται, ζητούν μια θέση προσωπικής οντότητας, αναγνώρισης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας τους διεκδικούν δικαιώματα στον επαγγελματικό, πολιτικό και πολιτιστικό χώρο. Έτσι:

1. Διεκδικεί την σεξουαλική ζωή και την ικανοποίηση της σαν αναπόσπαστο μέρος του εαυτού της.
2. Η διεκδίκησή της αυτή τη φέρνει αντιμέτωπη με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εξ'αιτίας της ανεπαρκούς ενημέρωσης της, πάνω σε θέματα αντισύλληψης και Οικογενειακού Προγραμματισμού και
3. Η άμβλωση χρησιμοποιείται σαν η πλέον επιθυμητή μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων.

Η κοινωνική και γεωγραφική απομόνωση της σύγχρονης οικογένειας, η διάκριση των ρόλων, οι καθημερινές διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, υποβόσκει μόνιμη εσωτερική και διαπροσωπική σύγκρουση, που δυσκολεύει την επικοινωνία των δύο συντρόφων, με αποτέλεσμα την έλλειψη συνειδητής ενημέρωσης. Επίσης το γεγονός, ότι

η πολιτεία δεν λαμβάνει μέτρα διαφώτισης του πληθυσμού, πάνω σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού δυσκολεύει πιο πολύ την κατάσταση αυτή.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Τα εξωτερικά όργανα (βλ. παράρτημα 1)

Στην περιγραφή που ακολουθεί θα αναφερθούμε πρώτα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα και στη συνέχεια στα εσωτερικά όργανα. Αν κοιταχτούμε σ' ένα καθρεφτάκι βλέπουμε πρώτα το εξωτερικό μέρος των γεννητικών μας οργάνων, το αιδοίο.

Στην ώριμη γυναίκα το τρίχωμα του εφηβαίου καλύπτει την ήβη και τα εξωτερικά χείλη (μεγάλα χείλη). Ήβη ή Όρος της Αφροδίτης ονομάζεται η σαρκώδης και στρογγυλεμένη επιφάνεια που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. (Τα οστά που τη σχηματίζουν αποτελούν μέρος της πυέλου-δηλ. της λεκάνης- και η ένωσή τους ονομάζεται σύμφυση).

Κοιτάζοντας προσεκτικότερα, διακρίνουμε την κλειτορίδα, ένα μικρό όργανο από στυτικό ιστό, που παίζει σημαντικό ρόλο στο γυναικείο οργασμό. Το μήκος της ποικίλλει από 6 ως 22 χιλιοστά. Αποτελείται από ένα στέλεχος και μια βάλανο, όπως ακριβώς το ανδρικό πέος. (Η βάλανος της κλειτορίδας βρίσκεται στην κορυφή της. Η ονομασία της έχει την ίδια ρίζα με το βελανίδι. Η βάλανος του πέους είναι η βαλανοειδής του απόληξη). Το κύριο μέρος της κλειτορίδας βρίσκεται κάτω από ένα κάλυμμα ανάλογο με την ανδρική πόσθη,

μόνο η βάλανος είναι ορατή και μοιάζει με μικρή μπίλια. Ο στυτικός ιστός της, όπως και στο πέος, αποτελείται από ένα πορώδες (σηραγγώδες) σώμα που με τη διέγερση γεμίζει αίμα ορθώνοντας και σκληραίνοντας την κλειτορίδα. Αν έχετε αμφιβολίες για το σημείο όπου βρίσκεται η κλειτορίδα, αρκεί να ψηλαφίσετε τα γεννητικά σας όργανα έως ότου αγγίξετε μια πολύ ευαίσθητη περιοχή: αυτή είναι οπωσδήποτε η κλειτορίδα, όπου απολήγουν πολυάριθμα νεύρα. Γενικά, στα εξωτερικά γεννητικά όργανα υπάρχουν περισσότερα νεύρα απ'ότι στα εσωτερικά, που συνήθως ανταποκρίνονται μόνο στο ερέθισμα της πίεσης.

Το κάλυμμα που σκεπάζει την κορυφή της κλειτορίδας συνδέεται με τα εσωτερικά χείλη (μικρά χείλη ή νύμφες) που πλαισιώνουν την είσοδο του κόλπου. Τα μικρά χείλη αποτελούνται και αυτά από στυτικό ιστό και γι'αυτό διογκώνονται με την ερωτική διέγερση. Πρόδρομος του κόλπου (ή κολεού) ονομάζεται το κοίλωμα ανάμεσα στα μικρά χείλη, από την κλειτορίδα προς τον πρωκτό. Περιέχει τα στόμια της ουρήθρας και του κόλπου και απολήγει στο περίνεο. Το άνοιγμα της ουρήθρας είναι πολύ μικρότερο από το άνοιγμα του κόλπου και βρίσκεται ανάμεσα στην κλειτορίδα και στον κόλπο- η θέση του εξηγεί τον ερεθισμό που μπορεί να νοιώθουμε ύστερα από έντονη ή παρατεταμένη ερωτική επαφή. Η είσοδος του κόλπου βρίσκεται ανάμεσα στην ουρήθρα και στο περίνεο και το περίνεο ανάμεσα στον κόλπο και στον πρωκτό.

Ο υμένας στις παρθένες είναι μια λεπτή μεμβρανώδης πτυχή στην είσοδο του κόλπου. Σπάνια καλύπτει όλο το άνοιγμα του κόλπου και καμιά φορά απουσιάζει τελείως. Όταν όμως η μεμβράνη υπάρχει το σχήμα και το πάχος της ποικίλλουν. Υπολλείματα του υμένα παραμένουν και αφού σπάσει ή σχιστεί.

Εσωτερικά όργανα (βλ. παράρτημα 1)

Οι βαρθολίνειοι αδένες είναι δύο μικρά σφαιρικά σωματίδια που βρίσκονται αντικρουστά στην είσοδο του κόλπου, πάνω στην εσωτερική πλευρά των μικρών χειλέων. Οι αδένες αυτοί δεν διακρίνονται εύκολα. Εκκρίνουν μια βλέννη που συμβάλλει ελάχιστα στη λίπανση του κόλπου κατά την ερωτική επαφή. Ωστόσο, έχει σημασία να γνωρίζουμε την ύπαρξή τους γιατί συμβαίνει μερικές φορές να μολυνθούν.

Ο κόλπος εκτείνεται στο εσωτερικό του αιδοίου ως την εσοχή γύρω από τον τράχηλο της μήτρας που ονομάζεται θόλος και που το μέγεθός της μπορεί να φθάσει το 1/3 του συνολικού μήκους του κόλπου. Ο κόλπος βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό (ή απευθυσμένο, το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου). Όταν είμαστε όρθιες, ο κόλπος έχει κλίση 45 μοίρες ως προς το έδαφος. Μοιάζει με ευλύγιστο σωλήνα που τα τοιχώματά του εφάπτονται- ο όγκος του δεν είναι σταθερός αλλά μεταβλητός. Όταν βρίσκεται σε χαλάρωση, το μήκος του είναι περίπου 9 εκατοστά,

αλλά μπορεί να αυξηθεί πολύ. Η ελαστικότητα των τοιχωμάτων του οφείλεται σε πτυχές που ανοίγουν όταν διαστέλλεται κατά την ερωτική επαφή ή στον τοκετό. Αν ψηλαφήσουμε τον κόλπο μας διαπιστώνουμε ότι η περιοχή στην είσοδο του (δηλαδή το πρώτο τρίτο του μήκους του) είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη ενώ το υπόλοιπο τμήμα του έχει ελάχιστες νευρικές απολήξεις.

Ο κόλπος, η ουρήθρα και ο πρωκτός περιβάλλονται από ομάδα μυών, που συγκρατούν και στηρίζουν τα όργανα, στο εσωτερικό της λεκάνης, και σχηματίζουν το λεγόμενο πυελικό έδαφος. Αν οι μυς αυτοί είναι αδύναμοι ή υπερβολικά τεντωμένοι ή αν κοπούν από αδεξιότητα του χειρουργού στη διάρκεια της επεισιτομής τότε μπορεί να παρουσιαστούν οι ακόλουθες επιπλοκές: ορθοκήλη (πτώση του παχέος εντέρου στον κόλπο), κυστοκήλη (πτώση της ουροδόχου κύστης στον κόλπο), πτώση της μήτρας, ή ακράτεια ούρων (αδυναμία συγκράτησης των ούρων).

Οι επιπλοκές αυτές αντιμετωπίζονται συνήθως με χειρουργική επέμβαση αλλά μπορούν να προληφθούν αν, γνωρίζοντας τη θέση των μυών, τους γυμνάσουμε κάνοντας συνειδητές συστολές. Ένας τουλάχιστον από αυτούς τους μυς, ο ηβοκοκυγικός, είναι εύκολο να εντοπιστεί, γιατί ελέγχει τη ροή των ούρων. Αν ανοίξουμε τελείως τα πόδια μας-έτσι ώστε να χαλαρώσουν οι εξωτερικοί ουρηθικοί σφιγκτήρες-και προσπαθήσουμε να συστειλούμε τους μυς που βρίσκονται στην άκρη του τραχήλου της μήτρας, μπορούμε να τον

ψηλαφίσουμε με το δάκτυλο στο εσωτερικό του κόλπου. (Δεν πρέπει όμως να τον μπερδεύουμε με τους κολπικούς σφιγκτήρες, που βρίσκονται ακριβώς στο άνοιγμα του κόλπου).

Η μήτρα είναι ένα μυώδες στρογγυλό όργανο με παχύ τοίχωμα και στη μη έγκυο γυναίκα έχει περίπου το μέγεθος μιας γροθιάς. Βρίσκεται μέσα στο υπογάστριο, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό. Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται κάτω ακριβώς από το περιτόναιο (έναν ορογόνο χιτώνα που περιβάλλει τα σπλάχνα), η μήτρα πίσω από την ουροδόχο κύστη και το ορθό κοντά στη σπονδυλική στήλη. Η κοιλότητα της μήτρας είναι σαν μικρή τσέπη με κολλημένα τοιχώματα. Το στενότερο μέρος της στην κάτω άκρη ονομάζεται τράχηλος και προεξέχει στο πάνω μέρος του κόλπου. Τον τράχηλο μπορούμε να τον αγγίξουμε, είναι ευαίσθητος στην πίεση. Στη γυναίκα που δεν έχει γεννήσει σχηματίζει ένα λακκάκι (σαν αυτό που έχουμε στην άκρη της μύτης): αυτή είναι η είσοδος της μήτρας. Στις γυναίκες που έχουν αποκτήσει περισσότερα παιδιά μοιάζει μάλλον με μικρό πηγούνι. Η μήτρα αλλάζει θέση κατά τη διάρκεια του κύκλου των εμμήνων και γι' αυτό ο τράχηλος δεν είναι πάντοτε εύκολο να τον εντοπίσουμε. Η είσοδος της μήτρας είναι πολύ μικρή, έχει περίπου την ίδια διάμετρο με ένα πολύ λεπτό άχυρο, και ονομάζεται στόμιο.

Από το πάνω μέρος της μήτρας ξεκινούν δεξιά και αριστερά οι δύο σάλπιγγες (ή ωαγωγοί) που έχουν ροπή

προς τα κάτω. Έχουν μήκος γύρω στα 10 εκατοστά και μοιάζουν με κέρατα κριού. Το άνοιγμα που ενώνει κάθε σάλπιγγα με τη μήτρα έχει διάμετρο λεπτής βελόνας. Η άλλη άκρη της σάλπιγγας είναι κροσσωτή με μορφή χωνιού και καλύπτει μέρος της ωοθήκης, χωρίς όμως να συνδέεται άμεσα με αυτήν. Οι ωοθήκες, που έχουν το μέγεθος και το σχήμα αμύγδαλου, βρίσκονται στα δύο πλάγια της μήτρας και λίγο πίσω από αυτήν. Προστατεύονται από το λίπος που τις περιβάλλει και συγκρατούνται σταθερά στη θέση τους με συνδετικό ιστό. Ο ρόλος τους είναι διπλός: παράγουν αφενός γεννητικά κύτταρα (ωάρια) και αφετέρου θηλυκές ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Ο λιγοστός κενός χώρος ανάμεσα στην ωοθήκη και στην αντίστοιχη σάλπιγγα επιτρέπει στο ωάριο να γλυστρήσει ελεύθερα μετά την ωορρηξία και να προωθηθεί στη σάλπιγγα. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις το ωάριο δεν απορροφάται από τις σάλπιγγες και μπορεί να γονιμοποιηθεί έξω από αυτές. Τότε έχουμε εξωμήτριο (έκτοπο) κύηση.

Σχηματική περιγραφή

Για να φανταστούμε ευκολότερα τα εσωτερικά γεννητικά μας όργανα μπορούμε να τα παρομοιάσουμε με γνωστά μας αντικείμενα που έχουν περίπου το ίδιο σχήμα και μέγεθος. Έτσι ο κόλπος θα μπορούσε να αναπαραστεί σαν χαρτονένιος κύλινδρος από ρολό υγείας που έχει συμπιεστεί ώστε οι πλευρές του να

εφάπτονται. Στην πάνω μεριά και σε ορθή γωνία προς τον κύλινδρο ακουμπά ένα αναποδογυρισμένο αχλάδι. Η κάτω άκρη του αχλαδιού βυθίζεται μέσα στον κύλινδρο και καλύπτει το ένα τρίτο του συνολικού του μήκους. Το κομμάτι που βρίσκεται μέσα στον κύλινδρο είναι ο τράχηλος της μήτρας. Από τις δύο πλευρές του κύριου όγκου του αχλαδιού ξεκινούν δύο μικρά τηλεφωνικά καλώδια (οι σάλπιγγες) που καταλήγουν σε δύο αξεφλούδιστα αμύγδαλα (τις ωθήκες). Μέσα στο ανθρώπινο σώμα υπάρχουν βέβαια οι μυς, οι σύνδεσμοι και ο συνδετικός ιστός που συγκρατούν τα όργανα στη σταθερή τους θέση σε σχέση με τα άλλα μέρη του σώματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Τ ι ε ί ν α ι ά μ β λ ω σ η

Είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 180η ημέρα από την αρχή του τελευταίου καταμήνιου κύκλου, σε μια περίοδο δηλαδή, που το βγαλμένο έμβρυο δεν έχει πιθανότητες να επιζήσει. Η άμβλωση λοιπόν δεν είναι μια μέθοδος αντισυλληπτική. Εκείνο που κάνει είναι ώστε μια γέννα που έχει όλα τα συγκεκριμένα στοιχεία, να μη γίνει.

Κλινικά αίτια

1. Η αιμορραγία που συμβαίνει στο βασικό φθαρό, οδηγεί σε τοπική νέκρωση και φλεγμονή.
2. Το κύημα ολόκληρο ή μέρος του αποκολλάται και ενεργεί σαν ξένο σώμα, προκαλώντας συστολές της μήτρας. Στη συνέχεια αρχίζει η διαστολή του τραχήλου. Μέχρι τη 12η εβδομάδα, πριν από την πλήρη ανάπτυξη του πλακούντα η άμβλωση είναι συνήθως τέλεια. Από τη 12η μέχρι την 24η εβδομάδα συνήθως παρατηρείται ρήξη του εμβρυϊκού σάκου και απόπτωση του εμβρύου, ενώ παραμένει ο πλακούντας. Από την 24η εβδομάδα και μετά, ο μηχανισμός μοιάζει με το φυσιολογικό τοκετό, αν και συνήθως υπάρχει κατακράτηση του πλακούντα.
3. Πλήρης αποβολή. Ο φθαρός πέφτει στις επόμενες ημέρες μαζί με τα λόγια.

Όταν η άμβλωση γίνει αναπόφευκτη, λόγω της αιμορραγίας ή της διαστολής του τραχήλου, εξελίσσεται σε τελεία ή ατελή.

1. ΤΕΛΕΙΑ

Οι συστολές της μήτρας μοιάζουν με ωδίνες "μικρού τοκετού". Ο τραχήλος είναι ανοιχτός και συνεχίζεται η αιμορραγία. Το κύημα (συνά με ακέραιους τους υμένες) εξέρχεται ολόκληρο. Η μήτρα συσπάται και δε χρειάζεται να γίνει καμιά θεραπεία, εκτός από την αντιμετώπιση της μεθαιμορραγικής αναιμίας.

2. ΑΤΕΛΗ

Παρά τις συστολές της μήτρας και τη διαστολή του τραχήλου, εξέρχεται μόνο το έμβρυο και τμήμα των υμένων.

Μέρος του πλακούντα παραμένει, με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η αιμορραγία. Η άμβλωση αυτή πρέπει να αντιμετωπιστεί με επέμβαση.

Η ταξινόμηση βασίζεται σε κλινικά και παθολογοανατομικά δεδομένα και είναι αρκετά ευέλικτη για να δεχτεί μια κατάσταση που η διάγνωση συχνά είναι μόνο υποθετική. Η σηπτική κατάσταση είναι δυνατό να επιπλέξει κάθε τύπο άμβλωσης και συχνά οφείλεται σε εγκληματική ενέργεια.

ΑΜΒΛΩΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία είναι άγνωστη.

1. Ανώμαλη ανάπτυξη του ωαρίου

Από τις παρατηρήσεις που έγιναν, στα έμβρυα που προέρχονται από αμβλώσεις, αναφέρεται ότι τα μισά περίπου παρουσιάζουν χρωματοσωματικές ή διαπλαστικές

ανωμαλίες. Η ασυμβατότητα στο σύστημα ομάδων ABO μεταξύ μητέρας και εμβρύου, αναφέρεται ότι φτάνει το 50%, που είναι άνω απ'το διπλάσιο του αναμενόμενου.

2. Καταστάσεις της μητέρας

Διάφορες καταστάσεις, όπως ο ψηλός πυρετός, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η έντονη Rh-ισοανοσοποίηση και η χρόνια νεφρική νόσος, σχετίζονται με τις αμβλώσεις. Η ορμονική ανεπάρκεια - κατάσταση που δεν έχει διευκρινιστεί - συνήθως αναφέρεται στην ανεπάρκεια της προγεστερόνης. Αυτή δεν έχει αποδειχτεί ότι προκαλεί έκτρωση.

3. Αίτια από τη μήτρα

Τα μηχανικά αίτια είναι σπάνια αλλά γνωστά.

α) Εγκλωβισμός της μήτρας

Καθώς η μήτρα αυξάνεται σε μέγεθος, λόγω της οπίσθιας κλίσης δεν μπορεί να ξεφύγει από την κύελο.

β) Ανεπάρκεια του τραχήλου

Η λειτουργική ανεπάρκεια ή οι κακώσεις του τραχήλου, είναι δυνατό να προκαλέσουν αδυναμία στη μήτρα να συγκρατήσει το περιεχόμενο μιας εγκυμοσύνης. Η άμβλωση συνήθως συμβαίνει στο δεύτερο τρίμηνο.

γ) Ινομύματα

Η παραμορφωμένη από τα ινομύματα μήτρα, δεν είναι ικανή να συγκρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο, (από έλλειψη χώρου).

δ) Συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας

Είναι δυνατό να εμποδίσουν την ανάπτυξη του εμβρύου.

ΑΜΒΛΩΣΗ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η αιμορραγία αποτελεί συνήθως το πρώτο σημείο και μπορεί να είναι σοβαρή, αν η αποκόλληση του πλακούντα δεν είναι τέλεια. Ο πόνος είναι συνήθως περιοδικός -- όπως σ'ένα μικρό τοκετό -- και υποχωρεί όταν η έκτρωση γίνει τέλεια. Η διαστολή του τραχήλου σημαίνει ότι η άμβλωση είναι αναπόφευκτη.

Απειλούμενη άμβλωση: Η άμβλωση λέγεται απειλούμενη όταν εμφανιστεί αιμορραγία πριν από την 28η εβδομάδα. Είναι δυνατό να συνοδεύεται από πόνο, ακόμα και πριν αρχίσει η διαδικασία της έκτρωσης αλλά η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχιστεί. Μερικές γυναίκες εμφανίζουν μια τάση αιμόρροιας στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, άγνωστης αιτιολογίας. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί απόπτωση του φθαρτού στον αναμενόμενο χρόνο της εμμηνορρυσίας, που δεν εμφανίστηκε μέχρι 12 εβδομάδες. Στην ασθενή θα συστήσουμε να παραμείνει στο κρεβάτι και να γίνει υπερηχογραφικός έλεγχος για να διαπιστωθεί αν το έμβρυο είναι ζωντανό. Αν πράγματι είναι ζωντανό τότε θα πρέπει να καθησυχάσουμε την ασθενή και να συστήσουμε την προοδευτική κινητοποίησή της.

Αναπόφευκτη άμβλωση: Εδώ η αιμορραγία είναι δυνατό να είναι μικρή και ο τράχηλος να είναι ακόμα κλειστός. Κλινικά, η γυναίκα εμφανίζει την εικόνα της απειλούμενης άμβλωσης, αλλά η αιμορραγία είναι οπισθοπλακουντιανή και το κύημα ήδη νεκρό. Θα εμφανιστούν οι επώδυνες συσπάσεις της μήτρας και θα αρχίσει η διαστολή του τραχήλου. Οι υπέρηχοι θα

επιβεβαιώσουν ότι η εγκυμοσύνη δε συνεχίζεται και η θεραπεία είναι το άμεσο άδειασμα της μήτρας.

Ατελής άμβλωση: Η ασθενής θα έχει μια σημαντική αιμορραγία και επώδυνες συσπάσεις. Υπολλείματα ιστών και πήγματα αίματος είναι δυνατό να βρεθούν μέσα στον κόλπο. Η αιμορραγία ελέγχεται με τη χορήγηση μιας ενδομυϊκής ένεσης Εργομετρίνης 0,5mg. Αυτή συνήθως συνδυάζεται και μ'ένα αναλγητικό όπως η Πεθιδίνη ή η Μορφίνη. Η παραπάνω αντιμετώπιση συνήθως θα ελέγξει την αιμορραγία, μέχρι να εκτελεστεί η κένωση της μήτρας με απόξεση. Η ελάτωση του όγκου του αίματος μπορεί να απαιτήσει μετάγγιση.

ΑΜΒΛΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Σαλπινγιική εγκυμοσύνη

Η διογκωμένη σάλπιγγα δεν μπορεί να ψηλαφηθεί σαν ανεξάρτητη μάζα από τη διογκωμένη μήτρα. Στο ιστορικό συνήθως αναφέρεται έντονος πόνος και ελαφρά αιμορραγία, αλλά συχνά απαιτείται λαπαροσκόπηση.⁶

2. Ινομύωματα

Η ανωμαλία της μάζας θα πρέπει να γίνει αντιληπτή αντιληπτή κατά την ψηλάφηση, εκτός κι'αν η ασθενής είναι παχύσαρκη. Η αιμορραγία είναι δυνατό να είναι έντονη αλλά δε θα υπάρχει ιστορικό αμηνόρροιας. Η άμβλωση και τα ινομύωματα μπορεί να συνυπάρχουν.

3. Αιμορραγική μητροπάθεια

Η αιμορραγική μητροπάθεια μοιάζει με την άμβλωση, επειδή έχει μια περίοδο που αμηνόρροιας που ακολουθείται από έντονη αιμορραγία. Η διάκριση μπορεί

να γίνει μόνο με την ιστολογική εικόνα.

4. Πυοσάλπιγγα

Είναι δυνατό να υπάρχουν συμφύσεις μεταξύ μήτρας και σάλπιγγας, ενώ παρατηρείται αιμορραγία που δεν είναι φυσιολογική. Οποσδήποτε θα λείπουν τα σημεία και τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, αλλά μπορεί να υπάρχουν τα γενικά σημεία της φλεγμονής.

5. Κύστη της ωοθήκης

Οι ωχρινικές και οι ωοθυλακικές κύστεις είναι δυνατό να συνοδεύονται από αμηνόρροια και ανώμαλη αιμορραγία. Κατά την εξέταση η μήτρα πρέπει να ψηλαφηθεί σαν ξεχωριστό μόρφωμα. Μερικές μητρορραγίες δεν έχουν οργανική αιτία και η ασθενής είτε απλά την αποδέχεται είτε πιστεύει ότι πρόκειται για άμβλωση, επειδή δεν έχει άλλη καλύτερη εξήγηση.

Α Μ Β Δ Ω Σ Η - Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

ΑΤΕΛΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Πρέπει να γίνεται στο χειρουργείο κάτω από γενική νάρκωση.

2. Η ασθενής είναι δυνατό να αιμορραγίσει:

α)πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο

β)μέσα στο νοσοκομείο

γ)στη διάρκεια της επέμβασης

Η απώλεια αίματος μπορεί να είναι μεγάλη, γι'αυτό θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμο αίμα για άμεση μετάγγιση.

3. Ο χειρουργός θα πρέπει πάντα να θυμάται, ότι σε περίπτωση εγκυμοσύνης η διάτρηση της μήτρας μπορεί να γίνει εύκολα, από τα μεταλλικά εργαλεία που

χρησιμοποιούνται κατά την επέμβαση.

Πρώτα επιχειρείται η " Δαχτυλική απόξεση"

Ο χειρουργός πιέζει τον πυθμένα εξωτερικά με το ένα χέρι και με το δάκτυλο του άλλου χεριού, που εισέρχεται όσο το δυνατό βαθύτερα μέσα στη μητρική κοιλότητα, επιχειρείται ο καθαρισμός της.

Αφαίρεση των υπολειμμάτων του πλακούντα με τη λαβίδα (winter).

Τα ανοικτά σκέλη της λαβίδας περιστρέφονται μέσα στη μητρική κοιλότητα, για να πιάσουν υπολείμματα ιστών και στη συνέχεια έλκεται προς τα έξω προσεκτικά. Πριν από την εισαγωγή οποιοδήποτε εργαλείου μέσα στη μήτρα, πρέπει να χορηγείται ένα ωκυτόκιο σκεύασμα (Syntocinon 10 units ή Ergometrine 0,25mg) ενδοφλέβια για να προκληθεί σύσπαση της μήτρας και πάχυνση των τοιχωμάτων της.

ΑΜΒΛΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΠΟΞΕΣΗ

Αρχικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα αμβλύ ξέστρο, αλλά συνήθως απαιτείται οξύ ξέστρο.

Η αιχμηρή πλευρά του ξέστρου πιέζεται πάνω στο τοίχωμα της μήτρας και έλκεται προς τα κάτω.

Στη συνέχεια, τοποθετείται σ'άλλο σημείο του τοιχώματος. Δεν πρέπει να ωθείται το ξέστρο πάνω στο τοίχωμα της μήτρας.

ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο επιπωματισμός είναι απαραίτητος, μόνο αν η αιμορραγία συνεχίζεται παρά το άδειασμα της μήτρας

και τη χορήγηση της ωκυτοκίνης ή αν η μήτρα περιέχει υπολείμματα σύλληψης. Η απόξεση όμως είναι πολύ επικίνδυνη.

Είναι σημαντικό, να γίνεται επιπωματισμός όλης της κοιλότητας της μήτρας και όχι μόνο του κάτω τμήματός της. Χρησιμοποιείται ξηρά γάζα αποστειρωμένη, που δεν πρέπει να παραμείνει πάνω από 12 ώρες.

ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η κατακράτηση ενός νεκρού κυήματος, για χρονικό διάστημα αρκετών εβδομάδων.

Συνήθως ο θάνατος του κυήματος περνάει απαρατήρητος ή εκδηλώνεται με μικρή κοιλιακή αιμόρροια. Αυτή συνήθως υποχωρεί, μετά από τη θεραπεία που χορηγείται για την απειλούμενη άμβλωση.

Επίσης, θα σταματήσει η διόγκωση των μαστών και το μέγεθος της μήτρας θα ελαττωθεί, λόγω απορρόφησης του αμνιακού υγρού. Το τεστ - εγκυμοσύνης θα γίνει αρνητικό, μια περίπου εβδομάδα μετά το θάνατο του κυήματος ενώ οι υπέρηχοι θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση.

Αν το κύημα παραμείνει για αρκετό διάστημα, καταλήγει σε α) Σαρκώδη μύλη ή β) Εμβρεγμένο έμβρυο.

Η Σαρκώδη μύλη είναι μια λοβώδης μάζα που αποτελείται από πήγματα αίματος. Οι προεξοχές στη συρρικνωμένη κοιλότητα, οφείλονται στις συχνές αιμορραγίες μέσα στη χοριοφθαροειδή περιοχή. Στην πολύ μικρή εγκυμοσύνη, (μέχρι 12 εβδομάδων) είναι

δυνατό να απορροφηθεί τέλεια το νεκρό κύημα.

Στο εμβρεγμένο έβρουο τα οστά του κρανίου υποχωρούν και επιπεύουν, ενώ η σπονδυλική στήλη κάμπτεται (οι μεταβολές αυτές, γνωστές σαν "σημείο" του Spalding, φαίνονται στην ακτινογραφία). Τα ενδοκοιλιακά όργανα εκφυλίζονται και η κοιλιά γεμίζει με οροαιματηρό υγρό. Το δέρμα αποκολλάται εύκολα.

Οι παθολογοανατομικές μεταβολές στο έμβρυο, όπως η μομμιοποίηση (παχυρώδες έμβρυο) και η ασβεστοποίηση (λιθοπαίδιο) είναι εξαιρετικά σπάνιες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότερες παλίνδρομες αμβλώσεις, αν δεν αντιμετωπιστούν θα καταλήξουν σε αυτόματη άμβλωση, αλλά κατά το διάστημα της αναμονής υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος να εμφανιστεί διαταραχή της πηκτικότητας. Γι' αυτό, πριν εκτελεστεί η απόξεση για την κένωση της μήτρας, θα πρέπει να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος. Αν το μέγεθος της μήτρας, δεν είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αντιστοιχεί στην όγδοη μέχρι τη δέκατη εβδομάδα εγκυμοσύνης, η κένωση της μήτρας μπορεί να γίνει με απόξεση. Η επέμβαση αυτή απαιτεί εμπειρία και επειδή υπάρχει πιθανότητα αιμορραγίας μέχρι να κενωθεί η μήτρα, θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη ποσότητα αίματος για μετάγγιση. Αν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη και δεν είναι δυνατό να γίνει απόξεση, τότε θα χορηγηθεί η προσταγλανδίνη E₂ με εξωαμνιακή έγχυση.

ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Είναι η μόλυνση που είναι δυνατό να επιπλέξει την άμβλωση, μόλις αρχίζει η διαστολή του τραχήλου ή κατά την εισαγωγή των εργαλείων μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.

Αιτίες

1. Καθυστέρηση στην κένωση της μήτρας. Είτε επειδή η ασθενής καθυστέρησε να συμβουλευτεί το γιατρό της, είτε γιατί η κένωση της μήτρας με απόξεση δεν ήταν τέλεια. Η μόλυνση εμφανίζεται μετά 48 ώρες και οφείλεται στους μικροοργανισμούς του κόλπου.

2. Τραυματισμός, είτε διάτρηση της μήτρας είτε ρήξη του τραχήλου. Η επούλωση καθυστερεί και η μόλυνση είναι πολύ πιθανό να εξελιχτεί σε περιτονίτιδα ή σε έντονη φλεγμονή των κυττάρων. Στις εγκληματικές αποξέσεις, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλωθεί σηπτική κατάσταση.

Παθογόνοι μικροοργανισμοί

Αυτοί συνήθως συμβιούν στο έντερο και στον κόλπο.

1. Anaerobic streptococcus
2. Coliform bacillus
3. Clostridium welchii
4. Bacteroides necrophorus

Όλοι οι παραπάνω μικροοργανισμοί, αλλά ιδιαίτερα οι δύο τελευταίοι είναι δυνατό να προκαλέσουν σηπτικό shock.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Ελαφρά αιμορραγία που συνεχίζεται με πυρετό και ταχυσφυγμία. Κατά την εξέταση παρατηρείται ευαισθησία της πυέλου, ενώ η ασθενής είναι ανήσυχη.

Θεραπεία

Αυτή θα πρέπει να είναι δραστική, έτσι ώστε να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του σηπτικού shock. Επιβάλλεται η λήψη κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος, καθώς επίσης και καλλιέργειες αίματος. Στη συνέχεια χορηγείται ένα αντιβιοτικό με ευρύ φάσμα, όπως η κεφαλοσπορίνη, μαζί μ'ένα σκεύασμα δραστικό έναντι των αναεροβίων. Η απόξεση θα πρέπει να εκτελεστεί όσο το δυνατό γρηγορότερα, γιατί δεν υπάρχει κανένα κέρδος από την παραμονή του φλεγμονώδους υλικού μέσα στη μήτρα. Η σηπτική μήτρα τραυματίζεται πολύ εύκολα.

ΚΑΤΑ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Κατά συνήθεια άμβλωση λέγεται, όταν συμβούν τουλάχιστον 3 συνεχόμενες αυτόματες αμβλώσεις.

Αιτιολογία

Ένας παράγοντας που επαναλαμβάνεται πρέπει να τον υποψιαστούμε, αλλά σπάνια τον διαπιστώνουμε. Παρ'όλα αυτά, χρειάζεται να γίνει έλεγχος για κάθε μια από τις διάφορες καταστάσεις που αναφέρονται.

Θεραπεία

Η θεραπεία συνήθως είναι εμπειρική και όταν πετύχει, δε θα πρέπει να αγνοηθεί ο ψυχολογικός

παράγοντας της στενής ιατρικής παρακολούθησης. Η ανάπαυση και η επιβεβαίωση μέσω των υπερήχων, ότι η εγκυμοσύνη εξελίσσεται κανονικά, παίζουν κάποιο θετικό ρόλο.

Αιτίες

1. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η κατά συνήθεια άμβλωση σθχνά συνδέεται με αυτή την αιτία, ιδιαίτερα αν υπάρχει ιστορικό προηγούμενου τραυματισμού, όπως είναι μια άμβλωση που έγινε στο δεύτερο τρίμηνο ή κάποιος τραυματισμός στη διάρκεια ενός τοκετού. Η κατάσταση αυτή δεν είναι συνηθισμένη και πιστεύεται ότι γίνεται κατάχρηση της διάγνωσης. Το ιστορικό της ασθενούς, αποτελεί τον καλύτερο οδηγό για τη διάγνωση και τα παρακάτω χαρακτηριστικά διακρίνουν την ανεπάρκεια του τραχήλου, από άλλες αιτίες άμβλωσης.

α. Η εγκυμοσύνη διακόπτεται στο δεύτερο τρίμηνο ή στην αρχή του τρίτου τριμήνου.

β. Η διαστολή του τραχήλου είναι δυνατό να γίνει αθόρυβα, με αποτέλεσμα το σχηματισμό κήλης του εμβρυικού σάκου και ρήξη των εμβρυικών υμένων.

γ. Αιμορραγία δεν είναι χαρακτηριστικό της πάθησης.

Αν ο τράχηλος εμφανίζει βλάβη, θα πρέπει να διορθωθεί, αλλά συχνά δεν υπάρχει ορατή ή ψηλαφητή βλάβη και η περίδεση του τραχήλου (ραφή McDonald, ραφή Shirodkar: συρραφή τραχήλου) γίνεται εμπειρικά.

Τεχνική περίδεσης τραχήλου

Κάτω από γενική αναισθησία, συλλαμβάνεται ο τραχήλος με τις θυριδωτές λαβίδες και τοποθετείται ένα αδρανές ράμμα μη απορροφήσιμο, που περνάει από τέσσερα σημεία, στο επίπεδο του εσωτερικού στομίου του τραχήλου. Το ράμμα δένεται, έτσι ώστε να εμποδίζει την είσοδο του κηρίου Νο 6 και αφαιρείται την 37η εβδομάδα.

Η θεραπεία αυτή δεν προκαλεί βλάβη, αλλά συχνά χρησιμοποιείται χωρίς ιδιαίτερο λόγο, σε ασθενείς που πάσχουν από την κατά συνήθεια άμβλωση, η οποία όμως δεν οφείλεται στην ανεπάρκεια του τραχήλου.

Οι δυσκολίες αρχίζουν όταν η άμβλωση γίνει αναπόφευκτη, παρά την ύπαρξη του ράμματος, που θα πρέπει να αφαιρεθεί για την αποφυγή τραυματισμού του τραχήλου.

2. ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Το ωρό σωματίο που παράγει προγεστερόνη, είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης στα αρχικά της στάδια. Η εξάρτηση όμως αυτή παύει κατά την 8η-10η εβδομάδα. Επομένως η ανεπάρκεια της προγεστερόνης σαν αιτία άμβλωσης είναι συζητήσιμη.

Θεωρητικά, δε δικαιολογείται η εξωγενής χορήγηση προγεστερινοειδών στο δεύτερο τρίμηνο. Η έλλειψη της προγεστερόνης μπορεί να αποδειχτεί, από τον προσδιορισμό των επιπέδων της προγεστερόνης στον ορό ή αν δεν υπάρχει δυνατότητα εκτέλεσης ραδιο-ανοσοδοκιμασίας, από τις παρακάτω δοκιμασίες.

α. Κυτταρολογία του κόλπου

Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται πολλαπλασιασμός των κυττάρων της διάμεσης στιβάδας του κοιλιακού επιθηλίου. Κύρια, επικρατούν τα "σκαφοειδή" κύτταρα-κύτταρα που είναι ωοειδή ή έχουν σχήμα "βάρακας" με παχύτερα και καλά διαγραφόμενα όρια, με βασεόφιλο κυττόπλασμα και κυψελιδωτό πυρήνα.

Όταν υπάρχει ανεπάρκεια της προγεστερόνης, παρατηρείται αύξηση των κερατινοποιημένων και πυκνωτικών κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά έχουν περίγραμμα με πολλές γωνίες, μικρούς πυκνωτικούς πυρήνες και συχνά ηωσινόφιλο αντίδραση. Όταν αυτά τα κύτταρα υπερβούν το 20% του συνόλου των κυττάρων, τότε υπάρχει ανεπάρκεια της προγεστερόνης.

β. Κρυστάλλωση τραχηλικής βλέννας

Αυτή είναι μια μικροσκοπική παρατήρηση της αποξηραμένης τραχηλικής βλέννας. Σ' αυτή εμφανίζονται οι κρύσταλλοι του χλωριούχου νατρίου, όταν δεν υπάρχει η επίδραση της προγεστερόνης.

Οι παραπάνω δοκιμασίες χρησιμοποιούνται σε φυσιολογικό ωθητικό κύκλο, σαν δοκιμασίες για τον έλεγχο της ωορηξίας.

ΠΑΡΑΝΟΜΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Είναι η θεληματική διακοπή της εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που δεν προβλέπεται από το νόμο ή όταν για κανένα λόγο δεν υπάρχει συγκατάθεση. Η Διεθνής Ομοσπονδία για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό αναφέρει ότι το ένα τρίτο του θηλυκού πληθυσμού (στοιχεία του 1977) ζούνε σε κράτη όπου η άμβλωση απαγορεύεται εντελώς. Σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία της ΔΟΟΠ ο αριθμός των νόμιμων ή παράνομων αμβλώσεων που γίνονται στον κόσμο, φτάνει περίπου τα 55 εκατομμύρια. Μ'άλλα λόγια μια εγκυμοσύνη στις τέσσερεις διακόπτεται σκόπιμα.

ΠΟΙΟΙ ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΧΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Την εκτέλεση της άμβλωσης μπορούμε να την κατατάξουμε στις χειρουργικές επεμβάσεις γιατί δεν προλαβαίνει τη σύλληψη, αλλά αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κυήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα.

Άμβλωση μπορούμε να πετύχουμε: (βλ. παράρτημα 2)

- 1) Με την εισαγωγή του λεπτού αναρροφητικού εϋγχους του KARMAN, στην ενδομήτρια κοιλότητα, που μας βοηθάει να αναρροφήσουμε το κύημα λίγες μέρες μετά την καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας ή και πριν την επέλευσή της, όταν υπάρχουν φόβοι ανεπιθύμητης σύλληψης. Η μέθοδος δεν έτυχε καλής υποδοχής, γιατί το κύημα μπορεί να παραμείνει και μετά την αναρρόφηση και γιατί, σε περίπτωση έκτοπης εγκυμοσύνης, αυτή περνάει αδιάγνωστη στην αρχή της.
- 2) Με την αναρρόφηση του κυήματος ύστερα από διαστολή του τραχήλου σε εγκυμοσύνη, που δεν περνάει τους 3 μήνες.
- 3) Με απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας για την έξοδο του κυήματος σε εγκυμοσύνη που δεν περνάει τους 3 μήνες.
- 4) Με την εξωαμνιακή έγχυση προσταγλανδίνης F_{2α} ή ριβανόλης, για να προκαλέσει συσπάσεις της μήτρας και έξοδο του κυήματος. Μετά την έξοδό του ακολουθεί απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.

- 5) Με την εισαγωγή λαμιναριών στην ενδοτραχηλική κοιλότητα ύστερα από διαστολή του τραχήλου για την επιτυχία μεγαλύτερης διαστολής του τραχήλου και συσπάσεων της μήτρας, που οδηγούν στην έξοδο του κυήματος. Την έξοδο του ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
- 6) Με την εφαρμογή λεπτού ενδομήτριου καθετήρα από σιλικόνη μέσα στην ενδομήτρια κοιλότητα, ύστερα από μικρή διαστολή του τραχήλου και εισαγωγή 10-15 κ.εκ. φυσιολογικού ορού για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου και έξοδο του κυήματος. Ακολουθεί αναρρόφηση των υπολειμμάτων ή απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας.
- 7) Με την ενδοτραχηλική εφαρμογή προσταγλανδίνης F_{2a} και την επιτυχία ύστερα από 12-48 ώρες εκκένωσης της ενδομήτριας κοιλότητας.
- 8) Με την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, για την πρόκληση συσπάσεων του μυομητρίου. Τα αποτελέσματα της είναι ικανοποιητικά. Συνδυάζεται με ρήξη εμβρυικών υμένων.
- 9) Με την ενδοαμνιακή έγχυση ποσότητας χλωριούχου διαλύματος, όσης αφαιρέσαμε με αμνιοπαρακέντηση σε αμνιακό υγρό. Παράλληλα χορηγούμε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη.
- 10) Με την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση προσταγλανδίνης F_{2a} (πρόσφατα προτιμάται ο μεθυλικός εστέρας της) ή με την κοιλική ή από το ορθό εφαρμογή της σε υπόθετα.

11) Με την εκτέλεση υστεροτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη.

12) Με την εκτέλεση υστερεκτομίας, όταν η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από 18 εβδομάδες, η γυναίκα πάνω από 36 ετών και δεν επιθυμεί την απόκτηση άλλων παιδιών.

Επιπλοκές της εκκένωσης της μήτρας αποτελούν η διάτρησή της και οι αιμορραγίες. Οι παρασταγλανδίνες δυνατό να προκαλέσουν υπέρταση, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετό. Απώτερες επιπλοκές των αμβλώσεων είναι η αιμορραγία από κατακράτηση υπολειμμάτων του κυήματος, η φλεγμονή, η θρομβοφλεβίτιδα, η δευτεροπαθής στειρώση από ανάπτυξη ενδομήτριων συμφύσεων, ή από έμφραξη των σαλπγγικών αυλών, ο πρώιμος τοκετός από ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου κλπ.

Το ποσοστό της θνησιμότητας προκειμένου για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μικρότερη από 12 εβδομάδες υπολογίζεται σε 2:100.000 και για άμβλωση σε εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες σε 17:100.000.

**ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ
ΣΥΜΒΟΥΝ;**

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 (σαλπινγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων των σαλπίγγων. Και
5. Ψυχικές διαταραχές.

**ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ**

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

1. Η εγκυμοσύνη βρίσκεται στα αρχικά της στάδια.
2. Η γυναίκα είναι υγιής.

3. Ο ιατρός είναι καλά εκπαιδευμένος και με πείρα στην τεχνική της άμβλωσης.
4. Η γυναίκα δεν έχει πάθει πρόπτωση ή οπισθόπτωση της μήτρας πρόσφατα.
5. Η γυναίκα αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σημεία για ενδεχόμενα προβλήματα μετά την άμβλωση.
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 ΒΗ, πρέπει να κάνει ανοσία με σφαιρίνη.
8. Δεν πάσχει από βλεννόρροια.
9. Δεν αμφιβάλλει και είναι σίγουρη ότι θέλει την άμβλωση.
10. Λαμβάνονται τα κατάλληλα αντιβιοτικά φάρμακα για την προφύλαξη της μήτρας από πιθανές μολύνσεις και συνακόλουθα τη μείωση των επικίνδυνων επιπτώσεων από την άμβλωση. Η δόση που προτείνεται είναι συνήθως 1 γραμμάριο τατρακυκλίνης μετά την άμβλωση και στη συνέχεια 500 MG τατρακυκλίνης τέσσερις φορές την ημέρα, με ολική λήψη 9 γραμμάρια.

ΠΟΣΕΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

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

Στην Ιαπωνία η διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί την κυριότερη μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Στις ΗΠΑ οι αμβλώσεις έφθασαν το 1975 το ένα εκατομμύριο το χρόνο. Τον ίδιο χρόνο έγιναν 273 αμβλώσεις για κάθε 1.000 ζωντανά παιδιά που γεννήθηκαν. Το 1/3 από τις αμβλώσεις αυτές αφορούσαν γυναίκες κάτω από τα 19 χρόνια.

Στην Ελλάδα γίνονται κάθε χρόνο από 150.000 έως 400.000 αμβλώσεις.

ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΝΟΜΙΜΗ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

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 κυφοφορούσης" 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 άμβλωση επίσης επιτρέπεται σε περιπτώσεις που η σύλληψη έγινε μετά από βιασμό ή αποπλάνηση κοριτσιού κάτω των ετών, καθώς και σε περιπτώσεις αιμομιξίας. Η διακοπή τέλος της εγκυμοσύνης είναι νόμιμη, σε περιπτώσεις που διαπιστώνεται ότι το έμβρυο πάσχει από σοβαρές συγγενείς ή κληρονομικές ανωμαλίες.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ;

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

1. Μείωση του αριθμού των επιπλοκών από τις αμβλώσεις.
2. Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας (η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.) Συγκεκριμένα τη νομιμοποίηση των αβλώσεων στη Νέα Υόρκη και την Καλιφόρνια, ακολούθησε μείωση της νεογνικής θνησιμότητας κατά 16% και 12% αντίστοιχα.

3. Ελάττωση του αριθμού των παιδιών που "εγκαταλείπονται" μετά τη γέννησή του και
4. Μείωση του αριθμού των εξώγαμων παιδιών.

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

Στις ΗΠΑ το 1973, όταν ακόμα υπήρχαν περιοριστικοί νόμοι για τις αμβλώσεις, έγιναν 500.000 περίπου αμβλώσεις. Το 1975 δυο χρόνια μετά τη νομιμοποίηση, ο αριθμός έφθασε το ένα εκατομμύριο.²

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

Τον Οκτώβρη του 1966 η Ρουμανία επαναφέρει τροποποιημένους περιοριστικούς νόμους για τις αμβλώσεις, με αποτέλεσμα ο αριθμός των νόμιμων αμβλώσεων να πέσει στο 1/12 αυτών που γίνονταν

προηγούμενα. Εννιά μήνες αργότερα ο αριθμός των γεννήσεων διπλασιάστηκε. Όταν όμως οι παράνομες αμβλώσεις 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.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η προσπάθεια να προσεγγιστούν οι βιοψυχοκοινωνικοί λόγοι που οδηγούν μια έγκυο στην άμβλωση, θεωρείται αναγκαία στην καλύτερη κατανόηση του ψυχισμού της γυναίκας που υποβάλλεται σ' αυτή.

Μία έγκυος οδηγείται στην άμβλωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η άμβλωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για άμβλωση η έγκυος βιώνει μια έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου στρες.

Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για άμβλωση. Μερικοί από αυτούς που τυχαίνει να συνυπάρχουν τις περισσότερες φορές είναι οι εξής:

- Ανύπαντρες κοπέλες: Καθαρά κοινωνικοί είναι οι λόγοι που οδηγούν μια ανύπαντρη νεαρή έγκυο στη άμβλωση. Το κοινωνικό στίγμα της "ανύπαντρης μητέρας" και του "εξώγαμου παιδιού" και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια εκλογής. Ακόμη και σε κοινωνίες που κατά τεκμήριο είναι πιο απροκατάλυπτες από τη δική μας, η ανύπαντρη μητέρα βρίσκεται στο κοινωνικό περιθώριο (Pave και Raven 1970). Έτσι, ενώ πολλές ανύπαντρες κοπέλες θα ήθελαν να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους αποφασίζουν να κάνουν άμβλωση, είτε

μόνες τους, είτε κάτω από την πίεση της οικογένειάς τους. Οι νεαρές κοπέλες εξαιτίας της αμφιθυμίας και τους φόβους τους προσέρχονται συνήθως για την άμβλωση σε πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Cates 1980).

Εξ' άλλου κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

- Κουρασμένες μητέρες: Στον αντίποδα της ανύπαντρης κοπέλας, 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 άμβλωση.

Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Pave και Raven 1970). Έτσι συχνά μαζί με την άμβλωση ζητούν και στειρώση που τις 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 (Sandberg 1980a). Οι γυναίκες αυτές όπως και οι κουρασμένες μητέρες, πολύ μικρή αμφιθυμία έχουν συνήθως σε σχέση με την απόφασή τους για άμβλωση.

- Ασνηση μητεότητας: 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 στάση 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 άμβλωση 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 άμβλωση, είναι η μη χρησιμοποίηση και 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 κλπ.) 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 άμβλωση, αν και η άμβλωση 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, διακοπή 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 άμβλωση για την πρόληψη γενετικού νοσήματος παρουσίασαν κατάθλιψη.

Ασθενείς με χρόνιες σχιζοφρενικές ψυχώσεις που συχνά μένουν έγκυες εξαιτίας της μειωμένης κρίσης τους συνήθως εμφανίζουν έξαρση της συμπτωματολογίας κατά την εγκυμοσύνη. Παρόμοια έξαρση παρουσιάζουν και οι ασθενείς πάσχουσες 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 άμβλωση. Γι' 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 (Sandberg 1980).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες είτε ο καθένας ξεχωριστά είτε σε συνδιασμό ευθύνονται για την απόφαση της εκτέλεσης μιας άμβλωσης χωρίς οι ενδιαφερόμενες λόγω της ψυχικής αναταραχής που της διακατέχει να είναι "σίγουρες" γι'αυτή τους την κίνηση.

Από την ίδια τη φύση της, η ψυχοσύγκρουση που αφορά την άμβλωση 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 ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές ηθικές αρχές. Σε τέτοιες περιπτώσεις εκμυστήρευση του διλήμματος σε φιλικό πρόσωπο που ακολουθεί παρόμοιο σύστημα ηθικών αξιών ή σε έναν 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 τη προσωπικότητά του, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματά του, 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 άμβλωση. 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 "συνεργασιμότητα του" προ και κατά την άμβλωση, θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην άμβλωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ότι αφορά στην άμβλωση 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 έκταση των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου.

Το ίδιο ισχύει και για μέλη της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει η έγκυος. Θα μπορούσε κανείς

να συνοψίσει τις συγκρούσεις στο οικογενειακό - κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιας συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε "απόλυτες ηθικές επιταγές" και μιάς 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 την άμβλωση, εμφανίζει μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απαγοήτευση. 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 άμβλωσης. 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 (Σολδάτος, Σακκάς, Μπεργιαννάκη, Ιπποκράτης, Τόμος 12, τεύχος 5-6 σελ.228-300).

Πάντως, ακόμη και αν ξεπεραστεί κατά πολύ η εμπειρία μιας άμβλωσης, δεν είναι δυνατό να μην υπάρχει ευαισθησία - όσο και αν δεν είναι εμφανής - των γυναικών είτε έχουν υποβληθεί σε άμβλωση είτε όχι και γενικότερα του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου μιας

χώρας.

Μια τέτοια έκφραση ευαισθησίας δείχνει και το παρακάτω άρθρο που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό "Παιδί και νέοι γονείς" στο τεύχος του Δεκεμβρίου 1993 εν όψει της Παγκόσμιας ημέρας του παιδιού - 11 Δεκεμβρίου - (Το άρθρο έχει την υπογραφή μιας αναγνώστριάς του περιοδικού Βάσια Λιβιτσάνου - Υδραίου).

Σκέψεις ενός αγέννητου μωρού

16 Ιανουαρίου

Σήμερα αρχίζει η ζωή μου. Οι γονείς μου δεν το ξέρουν ακόμα. Είμαι πιο μικρό και από τον σπόρο ενός μήλου, όμως είμαι εγώ! Θα είμαι ένα κοριτσάκι ξανθό με γαλανά μάτια. Είναι όλα προορισμένα⁷.

1 Φεβρουαρίου

Μερικοί λένε πως δεν είμαι ακόμα αληθινό πρόσωπο. Όμως είμαι πραγματικός άνθρωπος όπως μια ψιχούλα ψωμιού είναι πραγματικό ψωμί.

4 Φεβρουαρίου

Το στόμα μου μόλις αρχίζει να ανοίγει. Σκέψου! σ' ένα χρόνο θα αρχίσω να γελώ και μετά να μιλώ. Η πρώτη μου λέξη θα είναι Μαμά!.

6 Φεβρουαρίου

Η καρδιά μου χτυπά. Θα χτυπά έτσι μέχρι το τέλος της ζωής μου χωρίς διακοπή.

14 Φεβρουαρίου

Μεγαλώνω λίγο κάθε μέρα. Τα χέρια και τα πόδια

μου παίρνουν κάποια μορφή. Αλλά πρέπει να περιμένω πολύ καιρό ακόμα πριν τα πόδια μου με στηρίξουν για να περπατήσω ή τα χέρια μου αγκαλιάσουν τον μπαμπά μου.

24 Φεβρουαρίου

Τα δαχτυλάκια μου σχηματίζονται στα χέρια μου, είναι τόσο μικρά! Μια ημέρα θα χαϊδέψω τη μαμά μου.

3 Μαρτίου

Μόλις σήμερα ο γιατρός είπε στη μητέρα μου πως ζω μέσα της. Χαίρεσαι μαμά;

8 Μαρτίου

Μάλλον οι γονείς μου σκέφτονται τι όνομα θα μου δώσουν. Δεν ξέρουν όμως ότι είμαι κορίτσι. Πω πω πω! Μεγαλώνω.

23 Μαρτίου

Έχω πολλά μαλλιά. Μαμά τι χρώμα μαλλιά έχεις;

26 Μαρτίου

Σχεδόν βλέπω, όμως είναι πολύ σκοτεινά εδώ. Όταν γεννηθώ θα δω τον ήλιο και τα λουλούδια. Θέλω να δω τη μαμά μου.

6 Απριλίου

Ακούει την καρδιά μου η μαμά; Χτυπά δυνατά και γεμάτη υγεία. Τικ-τακ, τικ-τακ. Μαμά θα έχεις ένα υγιέστατο κοριτσάκι!

7 Απριλίου

Σήμερα, η μητέρα μου με σκότωσε!

Ένας διαφορετικός τρόπος έκφρασης απέναντι στο πρόβλημα των αμβλώσεων αποτελεί το βιβλίο της γνωστής

Ιταλίδα δημοσιογράφου Οριάννα Φαλάτσι αφιερωμένο "σ' αυτόν που αναρωτιέται με αγωνία να δώσει ή να μη δώσει τη ζωή" με τίτλο "Γράμμα σ' ένα παιδί που δεν γεννήθηκε ποτέ".

Χαρακτηριστική είναι η τελευταία παράγραφος του βιβλίου της που με ρεαλιστικό αλλά και φοβερά συναισθηματικό τόνο προσπαθεί να σβήσει τις τύψεις και τις ενοχές της ηρωίδας προβάλλοντας τη δύναμη της ζωής που δεν έχει συγκεκριμένα όρια και πρόσωπα: "... Υπάρχει μόνο ένα ποτήρι με οινόπνευμα, που μέσα του πλέει κάτι που δεν θέλησε να γίνει άντρας γυναίκα, κάτι που δεν το βοήθησα να γίνει άντρας ή γυναίκα. Για ποιό λόγο έπρεπε να το κάνω, με ρωτάς, για ποιό λόγο έπρεπε να το θελήσεις;

Μα γιατί υπάρχει, παιδάκι!....."

"..... Ακούγονται φωνές Μα κάπου αλλού γεννιούνται χίλια, εκατό χιλιάδες παιδάκια και μανάδες των μελλοντικών παιδιών: η ζωή δεν έχει ανάγκη εσένα ή εμένα. Εσύ είσαι νεκρό. Ίσως να πεθάνω κι εγώ. Αυτό όμως δεν έχει σημασία. Γιατί η ζωή δεν πεθαίνει" (Οριάννα Φαλάτσι, "Γράμμα σε ένα παιδί που δεν γεννήθηκε ποτέ" σελ.121).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Καθορίζονται τα επίπεδα της ψυχοσύγκρουσης (ατομικό, συζυγικό και οικογενειακό - κοινωνικό) και περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις πριν και μετά την άμβλωση. Συνήθως η ελαφρά ψυχοπαθολογία (άγχος και κατάθλιψη) που συνοδεύει την άμβλωση υποχωρεί σε 1-2 εβδομάδες. Σοβαρότερη και μονιμότερη ψυχοπαθολογία εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης. Η άμβλωση, 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 αμβλώσεων 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 αμβλώσεις που υπάρχουν στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένα και ασαφή. Αυτό προφανώς οφείλεται στο ότι σχεδόν όλες οι αμβλώσεις 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 αμβλώσεις το χρόνο (Δανέζης 1969), το στοιχείο που δείχνει ότι αναλογικά με τον πληθυσμό οι αμβλώσεις είναι πολύ περισσότερες σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Εξαιτίας της έλλειψης νομικής κάλυψης, οι αμβλώσεις στην Ελλάδα γίνονται κάτω από συνθήκες μεγάλης μυστικότητας και ενοχής, τόσο από την πλευρά της γυναίκας και του περιβάλλοντος 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 άμβλωση 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 αμβλώσεων και δίνει την ευκαιρία για παραπέρα προβληματισμό στο ευρύτερο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού.

Όμως η νομική πλευρά της εμπλοκής του ψυχιατρού σε περιπτώσεις αμβλώσεων 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 άμβλωση.

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά την άμβλωση 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 ηθικών αξιών της γυναίκας. Οι ηθικές απαγορεύσεις και συνεπώς οι ψυχοσυγκρούσεις είναι ιδιαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις εκμυστήρευση του διλήμματος 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 του 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 άμβλωση. 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 άμβλωση θεωρούνται θετικά στοιχεία για την πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην άμβλωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ότι αφορά στην άμβλωση 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 οικογενειακό - 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 άμβλωση 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 άμβλωσης. 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 ΑΜΒΛΩΣΗ

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακολούθων της άμβλωσης είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από τη δεκαετία του 60. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, η ψυχοπαθολογία μετά την άμβλωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη που υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες, το πολύ σε 3-6 μήνες μετά τη άμβλωση. Προφανώς μέσα σε 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την άμβλωση. 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 άμβλωση και ο φόβος μιας νέας άμβλωσης 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 αμβλώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη άμβλωση και δεν τους επιτράπη, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη άμβλωση 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 άμβλωση στην οποία επιθυμούν επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Η πλειονότητα (74%) των γυναικών που έκαναν νόμιμη άμβλωση δεν ήταν αυτομομφικές και δεν είχαν μετανιώσει 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 άμβλωση έχει ψυχοπροφυλακτικό χαρακτήρα για τις περισσότερες γυναίκες. Μάλιστα

αναφέρεται σαν μέτρο προληπτικής ψυχιατρικής. Με την επέμβαση εκτονώνεται η συναισθηματική φόρτιση που προηγείται της άμβλωσης. Η ανακούφιση της γυναίκας που βρέθηκε στη δύσκολη θέση να έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπερτερεί σε σύγκριση με το μάλλον μικρό συναισθηματικό κόστος της άμβλωσης. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή άμβλωση δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την άμβλωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Στο κοινωνικό επίπεδο η φιλελευθεροποίηση των αμβλώσεων 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 άμβλωσης (γυναίκας, συζύγου, οικογένειας, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού). Μόνον όταν η διαδικασία της άμβλωσης 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 αμβλώσεων, 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 ανοικτή 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 αμβλώσεων θα οδηγήσει ουσιαστικά σε πρόληψη της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την άμβλωση. Σε ατομικό επίπεδο το κύριο βάρος της αντιμετώπισης, ιατρικής και ψυχολογικής, πέφτει στο γυναικολόγο. Είναι μάλλον βέβαιο ότι σχεδόν το σύνολο των γυναικολόγων δεν έχει αμφιθυμία σ' ότι αφορά την άμβλωση. 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 αδερή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για την άμβλωση. 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 άμβλωση. Θα πρέπει να της δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις προσδοκίες της από την άμβλωση. Ακόμη, μπορεί να είναι χρήσιμη η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα (το σύζυγο, τους γονείς κ.α.) 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 άμβλωση είναι σκόπιμο να γίνεται επανεκτίμηση 1-2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα ν' αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην άμβλωση 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 σχιζοφρενή ψύχωση, με σοβαρή κατάθλιψη και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η διαδικασία που προβλέπεται από πολλές νομοθεσίες και εξασφαλίζει απαραίτητα εκτίμηση από ψυχίατρο πριν από κάθε άμβλωση, στην πράξη έχει γίνει γραφειοκρατική τυπικότητα.

Υποστηρίζεται μάλιστα ότι είναι περισσότερο επιβλαβής για τη γυναίκα, γιατί της 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 άμβλωση, 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 άμβλωση. 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 άμβλωση 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 άμβλωση δημιουργεί μια κατάσταση στρες που συνοδεύεται από αμφιθυμία, άγχος, ενοχή και απογοήτευση. Μετά την άμβλωση κατά κανόνα εμφανίζεται ήπια κατάθλιψη που υποχωρεί 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 άμβλωση 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 αμβλώσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη φιλελευθεροποίηση των αμβλώσεων. Ανοικτή διαδικασία για την άμβλωση θα οδηγήσει σε απενοχοποίηση της γυναίκας και του περιβάλλοντος της και συνεπώς σε μεγαλύτερη δυνατότητα διερεύνησης εναλλακτικών λύσεων.

4. Η κυρία ευθύνη για την ατομική αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας των αμβλώσεων 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 άμβλωση, συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες που θα τη διαμορφώσουν.

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ε Μ Π Τ Ο

Η ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΚΑΙ Η ΑΜΒΛΩΣΗ

Η συχνή προσφυγή της Ελληνίδας στην άμβλωση, 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 κοινωνικο-δημογραφικές κυρίως πλευρές του θέματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η βασική εξήγηση η οποία κατά κύριο λόγο είχε προβληθεί και συνέδεε τα φαινόμενα της άμβλωσης και αντισύλληψης στη χώρα μας είναι μια απλή σχέση αιτίου - αιτιατού, δηλαδή ότι η μη διάδοση της αντισύλληψης είναι υπεύθυνη για το μεγάλο αριθμό αμβλώσεων.

Η ελλειπής διάδοση της σύγχρονης αντισύλληψης εκ μέρους των υπεύθυνων φορέων και η ιδιαίτερα προβληματική σχέση εκ μέρους των γυναικών, δεν μπορεί παρά να ερμηνευθεί ως ένα είδος "αντίστασης" που υπαγορεύεται συνειδητά από μη συνειδητά κίνητρα. Η αντίσταση αυτή συνδέεται άμεσα με την πραγματική 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 φανερή αντίθεση με τις προδιαγραφές του γυναικείου ρόλου στα πλαίσια της παραδοσιακής

ιδεολογίας η οποία εξαιρεί τη μητρότητα και θέτει γενικότερους περιορισμούς στην εκδήλωση της γυναικείας σεξουαλικότητας.

Η συχνότητα με την οποία καταφεύγουν οι Ελληνίδες στην άμβλωση - ανεξάρτητα από την κοινωνικό - 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 φανερή 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 περίγυρου. 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.

Θ Ρ Η Σ Κ Ε Ι Α

Από πολύ παλιά η εβραϊκή θρησκεία, όπως οι περισσότερες αρχαίες ανατολίτικες θρησκείες δίνει μεγάλη σημασία στην "ευπαρότητα" της γυναίκας. Αυτή η αντίληψη της ευπαρότητας θα εξελιχθεί περνώντας από τον χριστιανισμό, μα θα του μεταδοθεί. Σύμφωνα με τον εβραϊκό νόμο, πρόκειται για μια ευπαρότητα σωματική. Η γυναίκα θεωρείται ακάθαρτη, όταν έχει τα έμμηνά της, ή όταν γεννάει, και πρέπει ο σωματικός της εξαγνισμός να γίνει με ένα τελετουργικό λουτρό.

Η Ελλάδα αγνοούσε αυτό το έθιμο. Η Ελλάδα όμως, συνεχίζοντας σ' αυτό το σημείο την παράδοση της Ανατολής, και δίνοντας το παράδειγμα στο Ισλάμ, έκλεισε τις γυναίκες μέσα στον γυναικονίτη.

Η Ρώμη αναγνώριζε δικαιώματα στη γυναίκα, επιτρέποντάς της να διαθέτει κατά βούληση τα υπάρχοντά της. Η Ρώμη όμως μετέτρεψε τη γυναίκα σε αντικείμενο προς χρήση του άνδρα, που είχε πάνω της όλες τις εξουσίες.

Ο χριστιανισμός ξαναπαίρνει από την εβραϊκή θρησκεία την αντίληψη της ευπαρότητας. Μπορούμε ωστόσο να πούμε, ότι την εξαυλώνει. Η γυναίκα δεν είναι πια ακάθαρτη επειδή έχει έμμηνα ή επειδή τεκνοποιεί, μα επειδή, υπεύθυνη καθώς είναι για το προπατορικό αμάρτημα, φέρει στη σάρκα της, και σε όλο

της το Είναι, τον ρόπο αυτού του αμαρτήματος. Είναι "σάρκα της αμαρτίας" και θόλη του διαβόλου". Ομως ο χριστιανισμός εκθειάζει την μητρότητα, γιατί ο θεός του, για να γίνει άνθρωπος, είχε ανάγκη από μια μητέρα. Εκθειάζει την παρθενία, που κρατάει τη γυναίκα αμόλυντη και που η απαίτηση της μεταδόθηκε από τον Μωσαϊκό Νόμο. Επιπλέον, ο χριστιανισμός αναγνωρίζει στον άνδρα απεριόριστη οικογενειακή πρωκαθεδρία.

Στη σημερινή μας εποχή, η ρωμαϊκή καθολική εκκλησία ασκεί πιέσεις στις λατινικές χώρες που αντιμετωπίζουν οξύ πρόβλημα υπεργεννητικότητας. Ο Πάπας, με την εγκύκλιό του **Humane Vital** καταδίκασε την αντισύλληψη, και συνεπώς το δικαίωμα της γυναίκας στη σεξουαλική ελευθερία, παρόλο που τα ήθη αναγνώριζαν πάντα αυτή την ελευθερία στους άνδρες. Κάτι παραπάνω: η εγκύκλιος αναφέρεται συνεχώς στην εθέλουσα "πατρότητα" και όχι στην "μητρότητα", τονίζει δηλαδή τα προαιώνια δικαιώματα του "πάτερ φαμίλιας". Η σύνοδος των Πάλλων επισκόπων τάχθηκε εναντίον του σχετικού με την θεραπευτική άμβλωση νομοσχεδίου παρόλο που το περιεχόμενό του ήταν μετριοπαθέστατο.

Στην Ελλάδα το 1978 υπήρξε εντονότατη η αντίδραση της εκκλησίας για την ψήφιση του νομοσχεδίου "περί μεταμοσχεύσεων". Μερικοί εκπρόσωποί της μάλιστα, απείλησαν ν'αφορήσουν τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας που υποστήριζε το νομοσχέδιο αυτό.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
Α Μ Β Λ Ω Σ Η

Μπαίνοντας στη δεκαετία του '80, πάνω από το 70% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες με πλήρη ή σχεδόν πλήρη ελευθερία των αμβλώσεων, ενώ το υπόλοιπο ζει σε χώρες όπου η άμβλωση 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 αμβλώσεις το 1920. Το 1935 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 αμβλώσεις στη δεκαετία του 1960. Πρόσφατα μερικές απ' αυτές προσέθεσαν περιοριστικούς όρους, σαν αντίδραση στη μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Η Σουηδία και Δανία νομιμοποίησαν πλήρως τις αμβλώσεις 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 αμβλώσεις το 1969 και 1973 αντίστοιχα, ενώ το 1975 ακολούθησε η Γαλλία. Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, τέλος οι αμβλώσεις είναι πλήρως ελεύθερες.

Η στάση των αντρών για την άμβλωση

Η στάση των αντρών απέναντι στην άμβλωση 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 άμβλωση 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 άμβλωσης, εκφράζοντας την επιθυμία να καθυστερήσουν μια νέα εγκυμοσύνη.

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

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 αμβλώσεις

Δύο κατηγορίες γιατρών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τις αμβλώσεις. Την πρώτη αποτελούν οι γυναικολόγοι, που σχεδόν όλοι αναλαμβάνουν να κάνουν άμβλωση 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 αμβλώσεων 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 αντίληψη της για τις λειτουργίες του κορμιού της και κύρια την αναπαραγωγική λειτουργία.

Ο λόγος των γυναικολόγων από την εμπειρία που κάθε μια μας έχει, είναι αποκαλυπτικός. Αρνηση 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 άμβλωση είναι ένα ακραίο μέσο αντισύλληψης που αντιστοιχεί στο σύνολο του στις ιδεολογικές δομές μιας κοινωνίας βασισμένης στην αυταρχική οικογένεια, στη διπλή ηθική. Αυτή η ιδεολογία νομιμοποιεί και την αυθαίρετη επιστημονική επιλογή, "καλύτερα άμβλωση παρά χάπι" που στην Ελλάδα αποτελεί ιατρικό δόγμα. Και 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 άμβλωση να αποτελεί κατά κανόνα τη λύση στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Για να αντιληφθούμε το στήσιμο όλου του μύθου για παρενέργειες ή κινδύνους του χαπιού ή άλλων αποτελεσματικών αντισυλληπτικών 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 αμβλώσεις, που είναι αριθμός μετριοπαθής τη στιγμή που υπάρχουν όχι λίγες γυναίκες που οι αμβλώσεις 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 άμβλωση σημαίνει χειρουργική επέμβαση και όπου οι επιπτώσεις επανειλημμένων αποξέσεων που είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος άμβλωσης 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' τος 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. Γιαυτό 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 αμβλώσεις 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 άμβλωση οφείλεται στην έλλειψη επαγγελματικών, κοινωνικών κ.τ.λ. διεξόδων για το 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 άμβλώσεων. 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 άμβλωση: "Από τώρα. Κάνετε πρώτα μια δυο αμβλώσεις ακόμα... Τα χάπια θα καταστρέψουν τον οργανισμό σας".

Κάθε πρωί αναλογούν δέκα αμβλώσεις σε κάθε γιατρό. Οι συνθήκες περιποίησης και καθαριότητας αντιστοιχούν με τις δυνατότητες βαλάντιου 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 διαίωνιση αυτής της κατάστασης; Ποιοι χρηματοδοτούν τους εκδοτικούς οργανισμούς για να δημοσιεύσουν τερατώδη άρθρα με επιστημονική σοβαροφάνεια για τους θανάσιμους κίνδυνους 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 γεράζια της άγνοιας, της διαστρέβλωσης, εμπιστευόμενη κάθε γυναίκα το γιατρό της, καταφεύγει στην άμβλωση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε Κ Τ Ο

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΚΛΗΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ Σ.Ε.Υ.Π ΑΘΗΝΑΣ

Διερευνήθηκαν 379 (τριακόσιες εβδομήντα εννέα) σπουδάστριες Σχολών Επαγγελματιών Υγείας με βασικό σκοπό να υπολογιστεί η συχνότητα των προκλητών αμβλώσεων (Α). Η επιλογή με βασικό σκοπό να υπολογιστεί η συχνότητα των προκλητών αμβλώσεων. Η επιλογή ήταν τυχαία και το δείγμα αντιπροσωπευτικό όλων των διαμερισμάτων της χώρας. Όλες οι παραπάνω σπουδάστριες φοιτούσαν σε εξάμηνα σπουδών του δεύτερου μισού από τη συνολική διάρκεια σπουδών (αποκλείσθηκαν νεοεισαχθείσες και <<μικρών>> εξαμήνων). Συμπλήρωσαν ειδικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο παραλλαγή του οποίου δόθηκε και στους άρρενες σπουδαστές των ιδίων τάξεων ταυτόχρονα. Οι άρρενες ήταν 88. Η μέση ηλικία των σπουδαστριών ήταν 22 έτη (SD=1,5) με όρια 20-25, ενώ των σπουδαστών ήταν 23 έτη (SD=1,9) με όρια 20-27.

Αποτελέσματα:

94 % (83/88) των σπουδαστών και 80% (304/379) των σπουδαστριών εδήλωσαν ότι είχαν σεξουαλικές σχέσεις (ΣΣ). Από τις τελευταίες 20% (61/304) είχαν κάνει στο παρελθόν έστω και μια φορά άμβλωση. Το ποσοστό αυτών που είχαν κάνει (Α) στο σύνολο των σπουδαστριών του

παραπάνω δείγματος ήταν 16% (61/379).

Από άποψη προόδου στις σπουδές παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με (Α) είχαν στο σύνολό τους σχεδόν αρκετά προβλήματα με πολλά οφειλόμενα μαθήματα από προηγούμενα εξάμηνα κ.λ.π σε σχέση με την πρόοδο των υπολοίπων και η μέση ηλικία τους ήταν 22,8 έτη (SD=2,1) με όρια 20-25.

Συμπεράσματα: 1/5 των σπουδαστριών που έχουν (ΣΣ) έχουν κάνει (Α) ή 16% του συνόλου. Το ποσοστό αυτό οδηγεί σε έντονο προβληματισμό σχετικά με την αντισύλληψη και την έλλειψη ανάλογης αγωγής υγείας ακόμη και στα νέα άτομα που σχετίζονται με επαγγέλματα υγείας. Η συντριπτική πλειοψηφία (80-94) των νέων ηλικίας 22-23 ετών έχει (ΣΣ), αλλά υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, προφανώς λόγω των κοινωνικών αντιλήψεων στη χώρα μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
 ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Π.Ν.Π "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"

ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"
 Δορυφορικό τμήμα 409 ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
 ΚΛΙΝΙΚΗ

Κατά την διάρκεια της προετοιμασίας της εργασίας μου μελέτησα τον αριθμό των γυναικών που υποβλήθηκαν σε διακοπή κύησης στην Κρατική Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική στο Δορυφορικό Τμήμα 409 του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" μη συμπεριλαμβανομένων των αιτιών: λήψη ακτινοβολίας, λήψη φαρμάκων, συγγενών ανωμαλιών, κατά τη διάρκεια του έτους 1995.

Από τη μελέτη αυτή βγήκαν τα ακόλουθα συμπεράσματα: [156] γυναίκες, υποβλήθηκαν σε διακοπή κύησης, από τις οποίες [85] κατοικούν στη περιοχή Πατρών και [71] στην υπόλοιπη Ελλάδα.

Αυτή η μικρή διαφορά, αποδεικνύει πως αρκετές γυναίκες επιθυμούν να μείνει κρυφή η διακοπή της εγκυμοσύνης τους από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον.

Επιπλέον:

(1)

Επάγγελμα	Αρ.γυναικών
Οικιακά	106
Λοιπά επαγγέλμ	41
Ανεργες	15

Σ' αυτόν τον πίνακα αναφέρεται η επαγγελ. κατάσταση των γυναικών που υποβλήθηκαν σε Τε χνητή Αμβλωση .

(2)

Οικογενειακή κατάσταση	
έγγαμες 127	άγαμες 29

Σ' αυτόν τον πίνακα οι περισσότερες εμφανίζονται έγγαμες.

(3)

Ηλικία Γυναικών	Αριθμός αμβλώσεων
Μέχρι 25 ετών	50
25 - 35 ετών	81
35 και άνω	25

Το μεγαλύτερο ποσοστό των αμβλώσεων παρουσιάζεται στην ηλικία 25-35 (81 στις 156). Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η ηλικία θεωρείται η καλύτερη βιολογικά αλλά και για άλλους σημαντικούς παράγοντες (κοινωνικούς, επαγγελματικούς, οικονομικούς κλπ.) περίοδος αναπαραγωγής στη ζωή μιας γυναίκας.

Αρκετά σημαντικός αριθμός είναι και αυτός που παρουσιάζεται στις νεαρές ηλικίες (μέχρι 25 ετών).

Συμπερασματικά παρατηρείται:

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που υποβλήθηκαν σε Τεχνητή Αμβλωση κατά το έτος 1995 χαρακτηρίζεται βάσει των στοιχείων που αναφέρθηκαν ως εξής:

Διαμένουν στην περιοχή Πατρών, επαγγέλλονται οικιακά, είναι έγγαμες και βρισκονται στην ηλικία από 25 μέχρι 35 ετών.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Οικογενειακός Προγραμματισμός (Ο.Π) σημαίνει παροχή πληροφοριών, ενημέρωση, εκπαίδευση, κατάλληλα μέσα και αγωγή, ώστε τα άτομα να γνωρίζουν, από νεαρή ηλικία ότι έχει σχέση με την:

- ρύθμιση γεννήσεων (ρύθμιση γονιμότητας),
- σεξουαλική (γενετήσια) πληροφόρηση,
- έγκαιρη διάγνωση παθήσεων γεννητικών οργάνων,
- ευγονική (γενετική συμβουλευτική και προγενετικός έλεγχος),
- σεξουαλικά (γενετήσια) μεταδιδόμενα νοσήματα,
- στειρότητα,
- υιοθεσία.

Ήτοι, συνολικές προσπάθειες για τη δημιουργία συνθηκών, που θα εξασφαλίσουν ευτυχισμένη οικογένεια, που θα εξασφαλίσουν ευτυχισμένη οικογένεια, με γερά και επιθυμητά παιδιά και συνεπώς σωστή και υπεύθυνη κοινωνία.

<< Αν δεχτούμε ότι η υγεία είναι ψυχική, κοινωνική και σωματική ευεξία του ατόμου και ότι ο Ο.Π κατοχυρώνει τη λειτουργικότητα της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο, τότε είναι σαφές ότι ο Ο.Π αποτελεί μια βασική προϋπόθεση της κοινωνικής υγείας του Συνόλου >> κατά την κ.Αντων. Πολυχρονοπούλου-Τριχοπούλου.

Τον υπό στενή έννοια Οικογενειακό Προγραμματισμό δημιούργησαν δύο παράγοντες: α) Η ραγδαία κοινωνική αλλαγή που ακολούθησε τους δύο παγκόσμιους πολέμους και β) το φεμινιστικό κίνημα.

Ο Ο.Π ενεργείται από τους αρμόδιους πολιτειακούς, επιστημονικούς και κοινωνικούς παράγοντες, με στόχο την ευζωία και την ευγονία των οικογενειών.

Ιστορική εξέλιξη

Ιστορικά ο Ο.Π πέρασε από πολλά στάδια, αφού οι Αιγύπτιοι το 1850 π.χ γνώριζαν την αντισύλληψη, την οποία ο Μάλθους (1776-1834), θέλησε να χρησιμοποιήσει ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Οι σύγχρονοι του όμως επιστήμονες, όπως προανέφερα, ανέτρεψαν τη θεωρία του. Ο δε διάσημος καρδιοχειρουργός Κρίστιαν Μπάρναρντ, σε μιά περίοδο τραγικής αυτοκριτικής, έδωσε την απάντηση: είναι θέμα σωστής κατανομής των αγαθών και ορθής διατροφής των ανθρώπων με την κατάλληλη διάθεση των προϊόντων που χάνονται στις εύπορες χώρες δεν θα πεθαίνουν τα παιδιά του <<φτωχού>> κόσμου και η προληπτική ιατρική (που είναι στα σπάργανα) πρέπει να αντικαταστήσει όλες τις αλχημείες κατά της ζωής. Κατά τον Μπάρναρντ, που συνειδητοποίησε τη φρίκη της ανθρώπινης απανθρωπιάς, οι μεν φτωχοί πεθαίνουν από έλλειψη τροφών, οι δε πλούσιοι από την υπερκατανάλωσή τους...

Νέες ιδέες έφερε η βιομηχανοποίηση και η αστυφιλία του 19ου και 20ου αιώνα. Οι φεμινίστριες Μάργκαρετ Σάνγκερ στην Αμερική και Μαίρη Στόπς και Εντιθ Χάου-Μάρτιν στην Αγγλία έδωσαν νέα διάσταση στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Το 1930 γίνεται στη Ζυρίχη το Α' Διεθνές Συνέδριο και το 1948 (μετά τον πόλεμο) συγκροτήθηκε η πρώτη Διεθνής Επιτροπή Ο.Π, ενώ στο Τρίτο Παγκόσμιο Συνέδριο στη Βομβάη το 1952 η Διεθνής Επιτροπή έγινε Διεθνής Ομοσπονδία (International Planned Parenthood Federation) με επίτιμο πρόεδρο τη Στάγκερ.

Το 1958 αρχίζει ο Ο.Π στη Γαλλία, το 1967 στην Αγγλία και το 1973 στη Σουηδία. Το 1978, στο συνέδριο στις ALMA-ATA, τα κράτη που έλαβαν μέρος δεσμεύτηκαν στη διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ότι στα μέτρα για την προστασία της μητρότητας θα συμπεριλαμβάνεται και ο Ο.Π.

Στο σημείο αυτό δεν μπορούμε παρά να κάνουμε μία παρατήρηση, γιατί υπάρχει κάτι που δεν φαίνεται αλλά αρχίζει να διαγράφεται: αν ο Ο.Π. δέχεται την άμβλωση, τότε πως συμπεριλήφθηκε στα μέτρα για την προστασία της μητρότητας; Δύο πράγματα πρέπει να συμβούν: Ή στον Ο.Π δεν θα συμπεριλαμβάνεται η άμβλωση (πράγμα όμως που δεν δέχονται οι φεμινίστριες) ή στα μέτρα για την προστασία της μητρότητας δεν θα συμπεριλαμβάνεται ο Ο.Π. Το τονίζουμε, για να διευκρινίσουμε από την αρχή σε ποιο είδος οικογενειακού προγραμματισμού συμφωνούμε,

δηλαδή σ' εκείνο που πρώτα απ' όλα προστατεύεται η μητρότητα.

Οικογενειακός Προγραμματισμός και Κράτος

Οι θέσεις του κράτους ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Σε άλλες χώρες υπάρχει θεσμοθετημένη παρέμβαση (Κίνα, οπότε ενεργεί ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων), σε άλλες προσφέρεται από το κράτος, σαν άσκηση κοινωνικής πολιτικής (Σουηδία) και σε άλλες δεν αντιμετωπίζεται καν (Αλβανία, Ρουμανία).

Στην Ελλάδα :

1. επιθυμείται η αύξηση της γεννητικότητας,
2. δεν υπάρχουν κρατικά προγράμματα Ο.Π
3. δεν υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής αγωγής των νέων.

Πολιτική Ελληνικού Κράτους

Το νομοθετικό πλαίσιο για τον Ο.Π στη χώρα μας είναι:

- α) ο ν.1036/1980 για τον Ο.Π
- β) ο ν.1280/1982 για το ΚΕΣΥ (ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ).
- γ) ο ν.1397/1983 για το Ε.Σ.Υ (ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ).

Το 1980 οργανώθηκε Γνωμοδοτική Επιτροπή, η οποία ανασυστάθηκε το 1982 και σταμάτησε τις ενέργειες της

το Φεβρουάριο του 1983. Από το 1980 (Φεβρουάριο) άρχισαν σεμινάρια σε μαίες, επισκέπτριες, αδελφές, σχολιάτρους και γιατρούς, με θέματα Ο.Π καθώς και στο Υπουργείο Υγείας.

Υπάρχουν μερικά κέντρα προγενετικής διάγνωσης και δόθηκαν κατά καιρούς επιχορηγήσεις σε κέντρα και εκδηλώσεις ιδιωτικής πρωτοβουλίας (εταιρείες Ο.Π και Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία). Το 1983 άρχισαν να λειτουργούν 11 νέα κέντρα σε νοσοκομεία και 5 σε άλλους φορείς.

Στην εκπαίδευση:

Γίνονται σποραδικά μαθήματα ανατομικής και φυσιολογίας στα μαθήματα Βιολογίας και Ανθρωπολογίας στο Δημοτικό, Γυμνάσιο και Λύκειο. Δυστυχώς η ανάπτυξη εξαρτάται από την προσωπικότητα και την πρωτοβουλία του διδάσκοντος!

Συνεπώς δεν υπάρχει σεξουαλική αγωγή στα σχολεία.

Το ίδιο συμβαίνει με τις Ανώτερες και Ανώτατες Σχολές. Ακόμη και στις Ιατρικές Σχολές είναι θέμα πρωτοβουλίας των καθηγητών.! Σχολικά βιβλία δεν υπάρχουν. Έντυπο υλικό για την ενημέρωση του κοινού και επαγγελματιών δεν υπάρχει.

Η ενημέρωση του κοινού περιορίστηκε σ' ένα σεμινάριο, στο οποίο πήραν μέρος μόνο εκπρόσωποι των ΟΓΕ και ΕΓΕ με 4 αντιπροσώπους από κάθε οργάνωση.

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για Ο.Π έγινε από τον καθηγητή κ. Ν. Λούρο το 1973 με την ίδρυση της << Ελληνικής Εταιρείας Ο.Π >>, με κέντρο Ο.Π το μαιευτήριο <<Αλεξάνδρα>>. Έγιναν πολλές δημόσιες συζητήσεις και γενικά αναπτύχθηκε έντονη δραστηριότητα.

- Ακολούθησε το 1977 η ίδρυση της <<Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού>> με στόχο την ενημέρωση του κοινού. Κέντρα λειτουργούν ακόμη στο μαιευτήριο Μ.Ηλιάδη, στο Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία και στα Γιάννενα.

- Το 1978 δημιουργήθηκε ο Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού Βορείου Ελλάδος. Επίσης υπάρχει η Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής και Γενετικής του ανθρώπου.

- Με το ν.1036/80 επιτρεπόταν σε ιδιωτικούς φορείς η άσκηση Ο.Π με την επίβλεψη και την εποπτεία του Κράτους. Για το λόγο αυτό είχε συσταθεί και η Ειδική Γνωμοδοτική Επιτροπή, η οποία συντόνιζε το έργο αυτό, ενίσχυε όλες αυτές τις πρωτοβουλίες και προπαντός ασκούσε τον επιβεβλημένο έλεγχο.

Ο νέος νόμος για το Ε.Σ.Υ με το άρθρο 22, κατήργησε το δικαίωμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για τον Ο.Π με αποτέλεσμα να νεκρωθούν όλες οι προσπάθειες σε έναν τόσο ζωτικό χώρο.

Απ' όσα εκτέθηκαν βλέπουμε ότι νομοθετικά ο Ο.Π

υπάρχει σαν θεσμός στην Ελλάδα, αλλά δεν εφαρμόζεται επαρκώς.

Και εδώ γεννάται το μεγάλο ερώτημα: Ποιός Οικογενειακός Προγραμματισμός θα εφαρμοσθεί και ποιά είναι τα κατάλληλα πρόσωπα ;

Η εφαρμογή του Ο.Π στην Ελλάδα καθυστέρησε σημαντικά, γιατί υπήρχε η παρεξήγηση ότι η εφαρμογή του θεσμού θα μεγάλωνε την ήδη μειωμένη αναπαραγωγικότητα. Από την εμπειρία όμως άλλων εθνών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όχι μόνο δεν εντείνει την υπογεννητικότητα, αλλά αντίθετα επηρεάζει θετικά την γεννητικότητα. Γιατί με την εφαρμογή του περιορίζονται οι αμβλώσεις οι οποίες προκαλούν συχνά δευτεροπαθείς στειρώσεις. Αλλωστε μια από τις αιτίες των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι η νοοτροπία, ότι αποτελούν εύκολη και χωρίς συνέπεια λύση. Αφού λοιπόν μέσα στον Ο.Π εντάσσεται και η σωστή πληροφόρηση και η διαφώτιση των γυναικών για τις συνέπειες των αμβλώσεων και την αποφυγή τους είναι εύλογο ότι ευνοεί την αύξηση της γεννητικότητας η εφαρμογή του στη χώρα μας.

Το πρόβλημα είναι να γίνει η σωστή ενημέρωση και να δίδονται οι σωστές κατευθύνσεις. Επειδή τα τελευταία χρόνια οι δυσκολίες μέσα στην οικογένεια αυξήθηκαν και υπάρχει μια διαρκής αποδυνάμωσή της, γι' αυτό πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με τα μέσα που θα χρησιμοποιήσουμε, για να δημιουργήσουμε άτομα υπεύθυνα και ώριμα. Άτομα που θα αποτελέσουν μέλη

σωστών οικογενειών και θα προσφέρουν συνειδητά στο κοινωνικό σύνολο.

Βασικός λοιπόν στόχος του Ο.Π στην Ελλάδα είναι η δημιουργία υγιών και ισορροπημένων ατόμων, για σωστές ελληνικές οικογένειες, βασικό πυρήνα της ελληνικής κοινωνίας.

Τα άτομα αντιλαμβάνονται σταδιακά, με την πάροδο της ηλικίας, τις διαφορές της ανατομικής κατασκευής τους κατά φύλο και αισθάνονται τις παρορμήσεις και τη λειτουργία του γενετήσιου μηχανισμού. Αυτό σημαίνει ότι επιβάλλεται σε κάθε στάδιο της ηλικίας τους σωστή πληροφόρηση και ανάλογη διαφώτιση με την ηλικία τους. Επομένως ο Ο.Π θα ξεκινά προοδευτικά από την οικογένεια και το σχολείο και θα δίνει τις κατάλληλες πληροφορίες για ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου. Έτσι ώστε να αποφεύγονται οι εσφαλμένες εντυπώσεις και αντιλήψεις που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στο άτομο. Γιατι μόνο το άτομο γνωρίζει τη βιολογική, συναισθηματική, και ηθικοκοινωνική πλευρά της σεξουαλικότητάς του, μπορεί να ρυθμίζει ελεύθερα και συνειδητά τις γενετήσιες σχέσεις του. Γιατί δυστυχώς η λεγόμενη <<σεξουαλική απελευθέρωση>>, που στηρίζεται στο γνωστό <<το σεξ δεν έχει ηθική>>, οδήγησε στη γνωστή εμπορική εκμετάλλευση του θέματος και την απαχαλίνωση των αισθήσεων. Αυτό όμως δεν είναι η φυσιολογική σεξουαλική ζωή και αντίθετα καταρρακώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και υποβαθμίζει τον άνθρωπο.

Και βέβαια, κάθε άτομο έχει δικαίωμα να εκφράσει τη σεξουαλικότητά του, αλλά μέσα στα όρια της σεξουαλικής συμπεριφοράς, που καθορίζονται από την ωριμότητα του ατόμου πάνω στις πανάρχαιες έννοιες της ανθρωπίνης ζωής, της μητρότητας, του γάμου, της θρησκείας και των κοινωνικών ηθών και εθίμων. Και προ παντός της ΑΓΑΠΗΣ.

Γιατί ο άνθρωπος δεν έχει μόνο βιολογικές ανάγκες, αλλά και ψυχοπνευματικές.

Αυτή πρέπει να είναι η ευθύνη του Ο.Π στη χώρα μας: να εξασφαλίσει στο άτομο την ισορροπία που είναι απαραίτητη για τη σεξουαλική του υγεία.

Ο Ο.Π λοιπόν θα έπρεπε να αντιμετωπισθεί με γνώση και συναίσθημα ευθύνης. Και πολύ φοβάμαι, ότι η προχειρότητα και η ανευθυνότητα που μας διακρίνει δεν εγγυάται στην καλύτερη δυνατή εφαρμογή του θεσμού.

Σκεφθείτε να εφαρμοσθεί ο Ο.Π από ενώσεις που αγωνίζονται για τη νομιμοποίηση της άμβλωσης...

Για ένα τόσο ευαίσθητο και σημαντικό θέμα πρέπει να συνεργαστεί η Πολιτεία με την Εκκλησία και την Επιστήμη (δικηγορικοί σύλλογοι, ιατρικοί, κοινωνιολόγοι, ιατροί, θεολόγοι, κ.λ.π)και να ληφθούν σοβαρά υπ'όψη οι ηθικές, ψυχολογικές, θρησκευτικές, παιδαγωγικές, κοινωνικές, δημογραφικές, νομικές και εθνικές όψεις των θεμάτων του Ο.Π. Δεν πρέπει μόνη η Πολιτεία, με την κοινοβουλευτική πλειοψηφία, ν'αποφασίζει ερήμην του ελληνικού λαού. Είναι θέματα που θεωρούνται <<ιατροκοινωνικά

διλήμματα>>, όπως είπαν με δέος στην Ακαδημία Αθηνών οι κ.κ Λούρος και Π. Ζέπος.

Αυτό σημαίνει ενημέρωση και συζήτηση. Όπως λέει ο πανεπιστημιακός καθηγητής κ.Μάρκος Σιώτης:<< ο Ο.Π πρέπει να κινείται μέσα στα πλαίσια της ενότητας του κόσμου και της ψυχοσωματικής υπόστασης του ανθρώπου, για τη διατήρηση της ισορροπίας οικογένειας και κοινωνίας.

Γι' αυτό και πρέπει να ενδιαφερθεί για την πνευματική ανύψωση της οικογένειας. Το να βολεύει απλώς τις αθλιότητες δεν είναι πρωτοποριακό έργο. Για μια σοβαρή προσπάθεια πρέπει να ληφθούν υπ' όψη τα σύγχρονα επιτεύγματα της επιστήμης, τα διάφορα κοινωνικά συστήματα και οι κοσμοθεωρίες, η πείρα του παρελθόντος αλλά και οι σύγχρονες τάσεις του πολιτισμού. Γι' αυτό επιβάλλεται η έγκαιρη διαπαιδαγώγηση των νέων, ώστε η άγνοια, τα ελαττώματα και οι κακές συνήθειες να μην είναι αιτία των οικογενειακών θεμάτων, τα οποία αποτελούν αντικείμενο του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Γιατί το Α και το Ω του Ο.Π είναι η συναίσθηση του χρέους και της ευθύνης των ανθρώπων να μην βαρύνουν το κοινωνικό σύνολο με τις συνέπειες των πράξεων που αντίκειται σε κάθε φυσικό, ηθικό ή θείο νόμο>>.

Σ υ μ π ε ρ ά σ μ α τ α

Επειδή ο Ο.Π δεν έχει μόνο σχέση με την οικογένεια αλλά και με ολόκληρο κύκλο πνευματικών και κοινωνικών θεμάτων, γι' αυτό δεν μπορούμε να πάρουμε θέση με τη μια ή την άλλη άποψη.

Γράφει ο καθηγητής Παναγιώτου: <<... τα τελευταίως εισαχθέντα χημικά αντισυλληπτικά εσωτερικής λήψεως κατηγορήθηκαν ότι έχουν αρκετές παρενέργειες (φλεβοθρομβώσεις, νευρώσεις, αναφροδισία)>>

Καταγγέλουν οι καθηγητές του πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον Χάινς Μπερέντες και Ρόου Χέρτζ στην Αμερικάνικη Γερουσία : << Ένας μεγάλος αριθμός Αμερικανίδων πεθαίνουν κάθε έτος από καρδιακές προσβολές από τη χρήση δισκίων αντισυλληπτικών...και πολλά περιστατικά καρκίνου του στήθους αποδίδονται στη χρήση αυτών>>.

Και το γραφείο Δημογραφικού Προβλήματος των ΗΠΑ αγωνίζεται να πείσει τις γυναίκες να παντρεύονται νωρίτερα!...

Γι' αυτό και στην Παγκόσμια Συνδιάσκεψη του Μεξικού η Αμερική δήλωσε ότι σταματά τη χρηματοδότηση της αντισυλληπτικής προπαγάνδας, όχι μόνο στις χώρες που έχουν πρόβλημα υπογεννητικότητας (Ελλάδα κ.λ.π) αλλά και σε όσες έχουν υπεργεννητικότητα (Τρίτου Κόσμου).

Και ο Σουηδός Πανεπιστημιακός καθηγητής Rolland Huffort διαπίστωσε ότι η χρήση αντισυλληπτικών οδηγεί

στην αναφροδισία.

Στο Διεθνικό Συνέδριο της Μελβούρνης (10-19/02/1978) εντυπωσίασε η εισήγηση του καθηγητή Kevin Hume, σχετικά με τα καταστρεπτικά αποτελέσματα των αντισυλληπτικών χαπιών, που οι μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες κρύβουν για να μη χάσουν τα μεγάλα κέρδη τους. Ο δρ. J. Santamaria έφερε αποδείξεις ότι η ιατρική έχει ξεχάσει τη βασική της αποστολή και υπηρετεί τα συμφέροντα των πολυεθνικών εταιρειών.

Και βέβαια υπάρχει και η νομική πλευρά του θέματος, η οποία δεν έχει διατυπωθεί και ο ελληνικός λαός κάθε άλλο παρά έχει μπροστά του την υπεύθυνη συγκριτική μελέτη του αρμόδιου οργάνου.

Πως λοιπόν μιλάμε για νομιμοποίηση των αμβλώσεων όταν δεν έχουμε καν αντιμετωπίσει το πρωθύστερο, δηλαδή τον Ο.Π;

Μετά βεβαιότητας όμως ένα μπορούμε να πούμε: πρέπει να μελετηθεί το πρόβλημα του Ο.Π αμέσως. Και να γίνει πλήρης ενημέρωση του λαού για ότι έχει σχέση με το γενετήσιο κύκλο και τις συνέπειες κάθε πράξεως. Και βέβαια ν' αρχίσει (είναι κιόλας αργά) η αντιμετώπιση του καυτού μας θέματος, που είναι το δημογραφικό.

Και τα δύο δεν επιδέχονται αναβολή, γιατί έχουν σχέση με την επικίνδυνη πληθυσμιακή μας άμπωτη, που απειλεί την Ελλάδα με φυλετική ξηρασία και μακροχρόνια οδηγεί στην εξαφάνιση του Γένους των Ελλήνων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής μετέχει στη θεραπευτική μονάδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναπτύσσει δραστηριότητες για την επιτυχία του σκοπού του. Δηλαδή τη θεραπεία και φροντίδα για την πρόληψη και διατήρηση της υγείας.

Αρχίζοντας την περιγραφή του ρόλου του Κοινοτικού Νοσηλευτή, θα τον διαχωρίσουμε σε τέσσερις τομείς:

- α.Εργασία με το άτομο-πελάτη
- β.Εργασία με την οικογένεια
- γ.Συνεργασία με την Κοινότητα
- δ.Συνεργασία με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα

Όσον αφορά στον πρώτο τομέα εργασίας, ο Κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο πρώτος που θα υποδεχτεί το ενδιαφερόμενο άτομο, με σκοπό να τον ενημερώσει για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος, τις υπηρεσίες που προσφέρει, προσπαθώντας να δημιουργήσει μια επικοινωνία μαζί του. Μέσα από αυτή την επικοινωνία και με τη σωστή στάση του Κοινοτικού Νοσηλευτή πολλά από τα προβλήματα του πελάτη, τα σχετικά με την αίτηση για βοήθεια, διαλύονται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να συμμετέχει θετικά στην επίλυση του

προβλήματός του. Στη συνέχεια με την τεχνική της συνέντευξης ο Κοινοτικός Νοσηλευτής παίρνει το ιστορικό του πελάτη και αν χρειαστεί συλλέγει πληροφορίες και από την οικογένεια.

Όσον αφορά στα προβλήματα των πελατών ο Κοινοτικός Νοσηλευτής αναλαμβάνει προβλήματα περιστατικά, δηλαδή συνήθως κοπέλες που επιθυμούν να διακόψουν την κύηση, αλλά δεν βρίσκονται στο νόμιμο χρονικό όριο. Στην περίπτωση αυτή ενημερώνει τον πελάτη και του παρέχει συναισθηματική υποστήριξη για ό,τι αποφασίσει τελικά να ακολουθήσει. Στα πλαίσια αυτής της υποστήριξης αν χρειαστεί και αν το επιθυμεί ο πελάτης, ο Κοινοτικός Νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με την οικογένεια προκειμένου να εξασφαλίσει και τη δική της υποστήριξη και κατανόηση. Φυσικά, καθ'όλη τη διάρκεια των παραπάνω ενεργειών, ενημερώνει και συνεργάζεται με την επιστημονική ομάδα.

Σχετικά με τον τρίτο τομέα εργασίας, δηλαδή με την Κοινότητα, συντελείται η επιτυχία των προγραμμάτων και ειδικά με την ενεργοποίηση, ευαισθητοποίηση και συμμετοχή της Κοινότητας.

Συγκεκριμένα ο Κοινοτικός Νοσηλευτής

- α. χωρίζει σε τμήματα την περιοχή που θα εργαστεί
- β. Συνεργάζεται με όλους τους μαζικούς φορείς όπως το Δήμο, τους Γυναικείους Συλλόγους, τα Κέντρα Νεότητας και οργανώνει ομιλίες από τον ειδικευμένο γιατρό του Κέντρου πάνω σε γενικά θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης.

Οι στατιστικές που βγάλανε κατά καιρούς διάφορες έρευνες δείχνουν πως το 75% περίπου των ζευγαριών ενδιαφέρεται για την πρόληψη της εγκυμοσύνης ή τουλάχιστον τον έλεγχο της γονιμότητας. Για την τελευταία περίπτωση ήδη υπάρχουν τέσσερις μέθοδοι που λίγο πολύ βοηθάνε τον ενδιαφερόμενο. Είναι η σεξουαλική εγκράτεια, η παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης με τεχνικά μέσα, η στείρωση και η άμβλωση.

1. Σ ε ξ ο υ α λ ι κ ή ε γ κ ρ ά τ ε ι α

Η μέθοδος αυτή, με την οποία παρεμποδίζεται η εγκυμοσύνη, απαιτεί συγκράτηση είτε ολοκληρωτικά είτε κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών. Με τη μέθοδο αυτή παρεμποδίζεται απλά το σπερματοζώαριο να συναντήσει το ωάριο. Η σεξουαλική εγκράτεια χαρακτηρίζεται από τους παρακάτω τρόπους.

α) Η συνουσία που διακόπτεται

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, αν εισέλθουν στον κόλπο, είναι ικανές να προκαλέσουν εγκυμοσύνη.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι πολλά και η αποτελεσματικότητά της μικρή. Σε 100 ζευγάρια που χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο, οι 38 έμειναν έγκυες (απ' την εργασία των Kenneth L. Jones, Louis Shainberg και Curtis Byey στο "Principles of health science").

Το κυριότερο μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν είναι απόλυτα ασφαλής. Ο άντρας είναι υπεύθυνος να τραβηχτεί πριν την εκσπερμάτωση, σε βάρος βέβαια της δικής του σεξουαλικής ικανοποίησης, με πιθανό αποτέλεσμα, αν η μέθοδος χρησιμοποιηθεί για πολύ χρονικό διάστημα, να του δημιουργεί πρόωγη εκσπερμάτωση. Δημιουργεί ακόμα άγχος και στη γυναίκα, που δεν είναι απόλυτα σίγουρη για τη συγκράτηση του άντρα, με αποτέλεσμα αυτό να αποβαίνει σε βάρος της δικής της σεξουαλικής ικανοποίησης. Επιπλέον μπορεί να δημιουργήσει και σ' αυτήν ψυχρότητα.

β) Μέθοδος ρυθμού (ή ασφαλούς περιόδου)

Ιστορικά, οι έρευνες για την <<ασφαλή>> περίοδο συνουσίας μπερδεύαν την κατάσταση, γιατί γινόταν σύγχυση ανάμεσα στον οργασμό των ζώων (στα οποία γίνονταν τα πειράματα) και στην εμμηνόπαυση των γυναικών. Αλλά από το 1930 κι έπειτα με την ανακάλυψη της φυσιολογίας της ωορηξίας και της εμμηνόρροουσης, από τον Knaus στην Αυστρία και τον Orino στην Ιαπωνία, τέθηκε τέρμα σ' αυτή τη σύγχυση και

διευκρινίστηκε η ασφαλής περίοδος συνουσίας, γιατί βασίστηκε στην ανακάλυψη της ωορρηξίας. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως η ωορρηξία γίνεται τη δέκατη τέταρτη (14η) ημέρα πριν την έναρξη της επόμενης έμμηνης περιόδου. Η μέθοδος αυτή του ρυθμού προκάλεσε το μεγάλο ενδιαφέρον μιας μεγάλης μερίδας χριστιανών και μουσουλμάνων, ενώ και το Βατικανό την αποδέχτηκε. 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 σε ποσοστό 15%. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η ωορρηξία μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του μήνα, ακόμα και κατά τις τελευταίες ημέρες της περιόδου (αν και το τελευταίο συμβαίνει πολύ σπάνια). Υπάρχει πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιάσει μια ανωμαλία (όχι κανονικό κύκλο), γεγονός που οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους (θάνατοι, γάμος ή φιλονικία με αγαπητό πρόσωπο κ.λ.π.). Ακόμα ένας όχι κανονικός κύκλος είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στα νεαρά κορίτσια, γιατί υφίστανται 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 χρησιμοποιούν και θεωρείται γενικά σαν η λιγότερο αποτελεσματική απ' τις νεότερες 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 μέρες, είναι απαραίτητο να έχει καταγραφεί η χρονική διάρκεια των κύκλων του προηγούμενου έτους(περίπου 8 έως 12 μήνες). Έτσι προσδιορίζεται η διάρκεια του μικρού (S) και του μεγάλου (L) 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 11 μέρες από το μεγάλο κύκλο, ενώ από το μικρό 18. Έτσι, αν ο μεγαλύτερος κύκλος είναι 30 μέρες και ο μικρότερος 24, έχουμε: $30-11 = 19$ και $24-18 = 6$.

1	6	19	28
Εμμηνόρρουση ασφαλείς μέρες	Επικίνδυνες μέρες	Ασφαλής περίοδος μέχρι την επόμενη εμμηνόρρουση	

Και η μέθοδος του ημερολογίου δεν δίνει απόλυτα στοιχεία στις εξής περιπτώσεις:

- A) Σε γυναίκες που ο κύκλος τους κρατάει λιγότερο από 20 μέρες.
- B) Δεν ισχύει μετά τη γέννα, πριν την επανάληψη της εμμηνόρρουσης.
- 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 περίπτωση αρρώστιας ή ψυχικής διαταραχής είναι ανεφάρμοστη.

2) Θ ε ρ μ ο μ ε τ ρ ι κ ή μ έ θ ο δ ο ς

Έχει διαπιστωθεί πως η θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ωορηξίας, πέφτει ελαφρά, ενώ μετά απ' αυτή ανεβαίνει κατά 0,25-0,5 C υψηλότερα απ' ότι ήταν στην αρχή. Η πτώση της θερμοκρασίας μπορεί να θεωρηθεί σαν δείκτης ωορηξίας. Απ' την άλλη μεριά εξάλλου η άνοδος της θερμοκρασίας στα υψηλότερά της επίπεδα, μετά από 3 περίπου μέρες, οφείλεται στη δραστηριοποίηση του ωχρού σωματίου. Όσο λοιπόν λειτουργεί το ωχρό σωματίο, το σώμα υφίσταται αύξηση της θερμοκρασίας. Η μετάβαση από τη φάση της υψηλής θερμοκρασίας σ' αυτή της χαμηλής, αντιστοιχεί στον εκφυλισμό του ωχρού σωματίου. Ακριβώς σ' αυτή τη φάση αρχίζει η εμμηνόρροση. Συνεπώς, όσο διαρκεί η λειτουργία του ωχρού σωματίου (περίοδος αυξημένης θερμοκρασίας), η γυναίκα βρίσκεται σε ασφαλή περίοδο και μπορεί γι' αυτό να έχει ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις. Όσον αφορά εξάλλου τη διακρίβωση της θερμοκρασίας, η γυναίκα, που ενδιαφέρεται μπορεί να τη μετρά κάθε πρωί χρησιμοποιώντας κλινικό θερμόμετρο. Η θερμοκρασία σημειώνεται καθημερινά σε διάγραμμα και, όταν περάσουν 4 μέρες από την αύξηση

της θερμοκρασίας, τότε η συνουσία μπορεί να θεωρηθεί ασφαλής.

Η θερμομετρική μέθοδος δε μας δίνει με ακρίβεια τις ασφαλείς μέρες και είναι λιγότερο αποτελεσματική από ό,τι η ημερολογιακή. Αυτό συμβαίνει, γιατί είναι δυνατόν πολλές φορές η αύξηση της θερμοκρασίας να οφείλεται σε κάποια ασθένεια, οπότε τα αποτελέσματα της θερμομετρικής μεθόδου να είναι λαθεμένα πέρα για πέρα. Ωστόσο δεν μπορούμε να μην επισημάνουμε και τα πλεονεκτήματα της μεθόδου: Πρώτα πρώτα δεν απαιτεί καμία απολύτως δαπάνη. Δεύτερο μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση των σχέσεων σε μερικά ζευγάρια και τρίτον είναι αποδεκτή και από την εκκλησία.

Όπως συμβαίνει σε κάθε μέθοδο και η θερμομετρική παρουσιάζει μερικά μειονεκτήματα. Πρώτο απαιτεί μεγάλη προσοχή και δεύτερο δεν είναι εφαρμόσιμη, όταν η γυναίκα έχει ανώμαλο κύκλο. Ακόμα είναι αδύνατο να εφαρμοστεί μετά από τον τοκετό, στο χρονικό διάστημα που έχει γάλα η γυναίκα και κατά την εμμηνόπαυση.

3) Μ έ θ ο δ ο ς ε ξ έ τ α σ η ς τ ο υ β λ ε ν ν ο γ ό ν ο υ τ η ς μ ή τ ρ α ς (Mucus method)

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 πιο γλοιώδης. Η

γυναίκα εξετάζοντας συχνά την υφή του εκκρίματος (βλέννες) αυτού, όταν παρατηρήσει την παραπάνω αλλαγή, καλό θα είναι να αποφεύγει τις σεξουαλικές σχέσεις. Η μέθοδος αυτή είναι απλή βέβαια και δεν κοστίζει, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την εφαρμογή της. Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι δεν παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

II. Μέσα και τρόποι αντισύλληψης

α) Προφυλακτικά

Το προφυλακτικό είναι συνθετικό ελαστικό ή περικόλλυμα από δέρμα ζώου, που εφαρμόζεται πάνω στο πέος, όταν βρίσκεται σε κατάσταση στήσεως. Μερικά προφυλακτικά έχουν μια μικρή ρόγα (προεξοχή) στην άκρη, για να συγκρατεί το σπέρμα. Η κατασκευή του ελαστικού είναι τέτοια, ώστε να εμποδίζει το σπέρμα να φτάσει στον κόλπο. Είναι το ίδιο αποτελεσματικό, όπως και το διάφραγμα. η αποτελεσματικότητά του μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίηση προφυλακτικού GEL, με το οποίο αλείφεται το προφυλακτικό εξωτερικά, πριν τη συνουσία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σπερματοκτόνος αφρός στον κόλπο πριν από τη συνουσία.

Η χρησιμοποίηση ελαστικού προφυλακτικού είναι μια από τις ευκολότερες μεθόδους. Μπορούμε να τα προμηθευτούμε παντού, ενώ η τιμή τους ποικίλλει και είναι ανάλογη με την ποιότητά τους. Μια έρευνα, που έγινε σ' αυτό το θέμα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στα

100 ζευγάρια, που χρησιμοποίησαν τη μέθοδο αυτή επί 1 χρόνο, παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη στα 13-14 από αυτά. Πέρα από όλα αυτά η χρήση προφυλακτικών παρουσιάζει και μερικά μειονεκτήματα, δηλαδή:

α) Εμποδίζουν την πλήρη ικανοποίηση.

β) Απαιτούν διακοπή της δράσης (σεξουαλικής επαφής), για να τοποθετηθούν.

γ) Το ελαστικό μπορεί να σπάσει ή να κοπεί, ενώ, τέλος, μπορεί μερικά άτομα να είναι αλλεργικά στη χρήση τους.

β) Διάφραγμα

Τα κοιλικά διαφράγματα έχουν σχήμα ελαστικού θόλου. Είναι σχεδιασμένα έτσι, ώστε να μπορούν να συγκρατούν το σπέρμα, κλείνοντας την είσοδο του τραχήλου της μήτρας. Έχουν διάμετρο 5-10 εκ. περίπου και στο περιφερειακό τους άκρο είναι προσαρμοσμένος ένας μεταλλικός δακτύλιος. Το κοιλικό διάφραγμα τοποθετείται στον οπίσθιο θόλο και στην ηβική σύμφυση, έτσι ώστε να σκεπάζει όλο τον τράχηλο.

Το διάφραγμα τοποθετείται στη γυναίκα από γιατρό. Πρέπει να χρησιμοποιείται μαζί μ'αυτό και ένα προφυλακτικό GEL. Το gel αυτό τοποθετείται στις άκρες και από τις δύο πλευρές του διαφράγματος, πριν από την τοποθέτηση του τελευταίου. Το διάφραγμα μπορεί να τοποθετηθεί 2 ώρες πριν τη συνουσία και να παραμείνει για 8 ώρες μετά από αυτή.

Βρέθηκε ότι στις 100 γυναίκες που χρησιμοποίησαν το διάφραγμα παρουσιάστηκε εγκυμοσύνη σε 10-20 απ' αυτές (Principles of health science). Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαφράγματος είναι:

1. Είναι αβλαβής στον οργανισμό.
2. Είναι υγιεινό και δεν προκαλεί καμιά λοίμωξη στον κόλπο.
3. Όταν είναι τοποθετημένο σωστά, δε γίνεται αισθητό κατά τη συνουσία κι έτσι δεν μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Τα μειονεκτήματα του είναι:

1. Όταν δεν τοποθετείται σωστά, προκαλεί πόνο και δυσφορία. Αυτό οφείλεται στη χρησιμοποίηση λανθασμένου μεγέθους, σε υπερβολικό τέντωμα του ελατηρίου ή σε δυσκοιλιότητα.
2. Το διάφραγμα ή τα σπερματοκτόνα μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία στη γυναίκα ή στο σύντροφό της.
- 3) Τέλος, δε χρησιμοποιείται από τις γυναίκες που δεν τους αρέσει να αγγίζουν τα γεννητικά τους όργανα καθώς και απ' αυτές που παρουσιάζουν πρόπτωση μήτρας.

γ) Ενδομήτρια σπειράματα

Τα ενδομήτρια σπειράματα είναι μαλακά πλαστικά αντικείμενα, διαφόρου σχήματος και μεγέθους περίπου 3-4 εκατ. Η προφυλακτική δραστηριότητα των ενδομήτριων σπειραμάτων είναι ανάλογη με την επιφάνειά τους.

Για μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να χρησιμοποιείται το μεγαλύτερο μέγεθος του σπειράματος, που εφαρμόζεται στη μήτρα.

Τα πιο καινούρια σπειράματα, που χρησιμοποιούνται, είναι χάλκινα και περιβάλλονται από πλαστικά περικαλύμματα σε σχήμα T και Y. Τα ιόντα χαλκού που ελευθερώνονται αυξάνουν την προφυλακτική τους δράση. Ένα ακόμα 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 μέθοδος δράσης του ενδομήτριου σπειράματος δεν είναι ακόμα ολότελα γνωστή. Δεν υπάρχουν δηλ. στοιχεία για το αν και πως το ενδομήτριο σπείραμα επηρεάζει την ωορρηξία ή τη γονιμοποίηση του ωαρίου και περαιτέρω τη μεταφορά του σπέρματος. Η δράση του πρέπει να είναι μάλλον τοπική, μέσα στη μήτρα, όπου το σπείραμα φαίνεται ότι εμποδίζει την εμφύτευση. Τα ενδομήτρια σπειράματα τοποθετούνται από γιατρό, συνήθως κατά τη διάρκεια της εμμηνόρρουσης, οπότε η μήτρα έχει διασταλεί. 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 αίματος ή και αιμορραγίες

ανάμεσα σε δύο 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, ενώ ο σύζυγος δεν είναι αναγκαίο να γνωρίζει για την παρουσία του. Ένα ενδομήτριο σπείραμα διαθέτει μια νύκλιον κλωστή που προεξέχει από το άνοιγμα της μήτρας. Μια γυναίκα μπορεί να αισθανθεί πριν τη συνουσία, αν το σπείραμα είναι απόλυτα στη θέση του ή αν έχει πέσει στον κόλπο, οπότε ενεργεί κατάλληλα.

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι απόλυτα αντιστρεπτό. Τούτο σημαίνει πως, όταν αποφασίσει η γυναίκα να το βγάλει, θα μπορεί, όποτε θέλει, να μείνει έγκυος. Όταν η γυναίκα αποφασίσει να μείνει έγκυος, πηγαίνει στο γιατρό της και το αφαιρεί. Το ποσοστό εγκυμοσύνης που παρουσιάζεται από τη χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων είναι χαμηλό, καθώς κυμαίνεται γύρω στο 1-5%, ενώ και η τιμή του είναι προσιτή, αλλά και η τοποθέτησή του αρκετά εύκολη.

δ) Πλύσεις

Μερικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι δυνατόν ν' αποφύγουν την εγκυμοσύνη, αν πλυθούν αμέσως μετά τη συνουσία.

Οι πλύσεις μπορεί να γίνουν με διάφορους τρόπους, όπως με ζεστό νερό, ξύδι, χυμό λεμονιού, κομμάτια σαπουνιού διαλυμένα στο νερό (σαπουνάδα) ή διάφορα φαρμακευτικά παρασκευάσματα. Σ' όλες πάντως τις περιπτώσεις το υγρό της πλύσης τοποιθετείται σε μιά μεγάλη πλαστική φούσκα και από εκεί αδειάζεται μέσα στον κόλπο.

Η αποτελεσματικότητα των πλύσεων είναι πολύ μικρή και οφείλεται στο γεγονός ότι το σπέρμα είναι ασφαλές μέσα στη μήτρα 30 δευτερόλεπτα μετά την εκσπερμάτωση. Εξάλλου οι πλύσεις προορίζονται για τον κόλπο και όχι για το εσωτερικό της μήτρας.

Συνίσταται λοιπόν να αποφεύγεται αυτή η μέθοδος, γιατί δεν προσφέρει καμιά σιγουριά στο ζευγάρι.

ε) Κολπικά σπερματοκτόνα

Πρόκειται για χημικά παρασκευάσματα που είναι σε θέση να σκοτώνουν τα σπέρματα ή να παρεμποδίζουν την κίνησή τους. Τα κολπικά σπερματοκτόνα προσφέρονται με τη μορφή αφρού κρέμας και ζελέ. Πολλές μάρκες σπερματοκτόνων κυκλοφορούν στην αγορά και προσφέρονται χωρίς την ανάγκη συνταγής. Είναι

απαραίτητο, ωστόσο, να διαβάζονται με μεγάλη προσοχή οι οδηγίες χρήσης και να εφαρμόζονται με ακρίβεια.

στ) Κολπικός αφρός

Ένα από τα πιο δραστικά και ταυτόχρονα αποτελεσματικά μέσα αντισύλληψης είναι ο κολπικός αφρός, που έχει το μεγάλο πλεονέκτημα πως χρησιμοποιείται πολύ εύκολα. Με τη βοήθεια μιας πλαστικής σύριγγας παίρνουμε τον αφρό που βρίσκεται υπό πίεση σ' ένα δοχείο και τον μεταφέρουμε μισή ώρα πριν τη συνουσία στον κόλπο της γυναίκας.

ζ) Χάπια

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

Η προσφορά των οιστρογόνων έγκειται στο γεγονός ότι προετοιμάζουν κατάλληλα την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας καθορίζοντας το μέγεθος και το βαθμό

παραγωγικότητας του βλενογόνου. 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 βλενογόνο της μήτρας και βοηθάει στην αναστολή της παραγωγής της LH.

Όταν το χάπι λαμβάνεται καθημερινά (αρχίζοντας από την 5η μέρα μετά από την αρχή της εμμηόρροιας), αναστέλλει την παραγωγή των LH και F.S.H, 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, για να ενωθεί με το σπέρμα, που έχει εκκριθεί κατά τη συνουσία. 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 δεχτεί. Το ενδομήτριο αλλάζει μορφή και η βλέννα, που εκκρίνεται γίνεται πυκνόρευστη. Έτσι εμποδίζεται η είσοδος του σπέρματος στη μήτρα.

Η αποφυγή της εγκυμοσύνης με τη μέθοδο των χαπιών, πετυχαίνεται με ποικίλλους τρόπους που εξαρτιούνται από τη μάρκα του χαπιού που χρησιμοποιείται κι από τη δόση και τον αριθμό χαπιών που παίρνει η γυναίκα. Το μεγαλύτερό του πλεονέκτημα είναι ο εύκολος τρόπος λήψης και η μεγάλη του

αποτελεσματικότητα.

Το αντισυλληπτικό χάπι παρέχεται με συνταγή γιατρού, ο οποίος θα συστήσει στη γυναίκα που ενδιαφέρεται το κατάλληλο χάπι. Η ιατρική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητα τεστ Παπανικολάου, εξέταση του στήθους, μέτρηση της πίεσης του αίματος και λήψη ιατρικού ιστορικού. Επιβάλλεται να γίνεται αυτή 2 φορές το χρόνο. Δεν πρέπει μια γυναίκα σε καμία περίπτωση να δέχεται χάπια από γιατρό, αν αυτός δεν την έχει εξετάσει προηγουμένως.

Αρκετές γυναίκες παρουσιάζουν παρενέργειες από τη λήψη του χαπιού. Αν οι παρενέργειες είναι ασθενείς εξαφανίζονται μέσα σε λίγους μήνες. Τέτοιες μπορεί να είναι: κατάθλιψη, ναυτία, εντερικός ερεθισμός, κούραση, πρήξιμο του στήθους και εμφάνιση σταγονιδίων αίματος στη μέση περίπου του κύκλου.

Οι πιο πιθανές παρενέργειες, που συνδέονται με το χάπι είναι θρομβωτικά επεισόδια (του εγκεφάλου και της στεφανιαίας). Τέτοιου είδους θρομβοι περνώντας στους πνεύμονες προκαλούν πνευμονική εμβολή. Αυτό παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες που έχουν τύπο αίματος Α και ΑΒ. Στις γυναίκες 20-34 ετών έχει παρατηρηθεί ποσοστό θανάτων από θρόμβωση περίπου 1,5%. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται στις γυναίκες άνω των 34 ετών. Τα φαινόμενα θρόμβωσης του αίματος μπορεί να ελαττωθούν με αντικατάσταση του χαπιού οιστρογόνων με άλλο μικρότερης δόσης.

Το χάπι δεν ενδείκνυται για τις γυναίκες που

είναι διαβητικές, παχύσσωμες, καπνίζουν πολύ, παρουσιάζουν μεγάλη πίεση του αίματος ή έχουν ιστορικό θρόμβωσης του αίματος. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το χάπι προκαλεί καρκίνο. Τα οιστρογόνα ωστόσο μπορεί να αυξήσουν την ανάπτυξη που προϋπάρχει.

Πρέπει να παίρνονται ορισμένα μέτρα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το χάπι. Δηλαδή : α) πρέπει να λαμβάνεται με συνταγή και μετά από ιατρική εξέταση, β) αν παρουσιαστούν δυνατοί πονοκέφαλοι, ξαφνικά 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 εμπόριο κυκλοφορεί μεγάλη ποικιλία χαπιών, όπως τα σύνθετα χάπια, τα σύνθετα χάπια χαμηλής δόσης οιστρογόνων και τα χάπια προγεστερόνης.

1. Σύνθετα χάπια

Κάθε τέτοιο χάπι περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη. Είναι σχεδιασμένο να λαμβάνεται για 20-21 μέρες από την εμμηνόρροια, αρχίζοντας την 5η μέρα και τελειώνοντας την 24η-25η. Μετά για 7-8 μέρες σταματάει η λήψη του χαπιού. Μερικές μάρκες περιέχουν 28 χάπια, από τα οποία τα 21 είναι ενεργά, ενώ τα τελευταία 7 είναι Plasedos (εικονικό φάρμακο) ή περιέχουν μόνο συμπλήρωμα σιδήρου και επιτρέπουν τη διατήρηση της συνήθειας λήψης του χαπιού σ' όλη τη

διάρκεια του κύκλου των 28 ημερών. Το σύνθετο χάπι είναι η πιο δραστική μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων. Το ποσοστό αποτυχίας κυμαίνεται από 0,2% μέχρι 0,5% σε ετήσια βάση.

2 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 πρόληψης της εγκυμοσύνης είναι μεγαλύτερο, ανερχόμενο σε 1-2% σε ετήσια βάση.

3. Χάπι προγεστερόνης

Είναι χάπια που περιέχουν χαμηλή δόση προγεστερόνης. Δεν περιέχουν οιστρογόνα. Σήμερα, τα χάπια προγεστερόνης διατίθενται σε πακέτα των 35-45 δισκίων. Σε αντίθεση με τα άλλα, το χάπι προγεστερόνης πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά και χωρίς καμία διακοπή, όσο χρόνο είναι επιθυμητό να εμποδιστεί η σύλληψη.

Το χάπι προγεστερόνης δρα κυρίως για την πρόληψη των μεταβολών στο βλεννογόνο της μήτρας και της διόδου του σπέρματος, ενώ υπάρχουν ενδείξεις μεταβολής του ενδομητρίου και της εισόδου των σαλπίνγων. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου αυτής είναι 3% σε ετήσια βάση.

4. Πρωινό χάπι

Αποτελείται από συνθετικά οιστρογόνα και προκαλεί συστολή της μήτρας προστατεύοντας έτσι τις γυναίκες που το χρησιμοποιούν. Απαιτείται μεγάλη προσοχή, γιατί, όταν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

η) Ένεση τριών μηνών

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος περιέχει συνθετική προγεστερόνη, αλλά είναι περιορισμένης χρήσης. Η ένεση γίνεται στο μηρό ή στο χέρι κάθε 90 μέρες. Είναι το μόνο γνωστό αντισυλληπτικό, που μπορεί να αποτρέψει την εγκυμοσύνη για τρεις μήνες. Χρησιμοποιείται από τις γυναίκες εκείνες, που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το χάπι.

III. Σ Τ Ε Ι Ρ Ω Σ Η

Στείρωση είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αποτρέπεται η απόκτηση παιδιών (και από τα δύο φύλα). Κατά την επέμβαση αυτή δεν αφαιρείται κανένα από τα σεξουαλικά όργανα ή αδένες, ενώ δεν υπάρχει καμία δυσμενής επίδραση στη σεξουαλική δραστηριότητα.

α) Στείρωση της γυναίκας

Στις γυναίκες κόβονται οι σάλπιγγες και στη συνέχεια δένονται ή καυτηριάζονται, ώστε να μην υπάρξει περίπτωση να επανενωθούν. Η στείρωση μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής ή υπογαστρικού εκτομής. Χρησιμοποιείται το λαπαροσκόπιο, η εισαγωγή του οποίου γίνεται μέσα από τα υπογάστρια τοιχώματα ή με τρύπημα του θόλου του κόλπου, έτσι, ώστε να προσδιοριστεί η θέση των σαλπίγγων και να καυτηριαστούν.

Σύμφωνα με άλλη μέθοδο, οι σάλπιγγες πλησιάζονται από τον κόλπο (ενδοσκόπηση). Ο θόλος του κόλπου τρυπιέται κι από κει το όργανο βρίσκει τις σάλπιγγες και τις καταστρέφει ή τις καυτηριάζει. Η στείρωση δεν έχει καμία επίπτωση στη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, ενώ μπορεί να γίνει επανασύνδεση των σαλπίγγων. Αυτό όμως γίνεται πολύ σπάνια, παρά το ότι τα αποτελέσματα είναι συνήθως επιτυχή.

Η στείρωση και στα δύο μέλη του ζευγαριού μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα συζυγικής πίστης, ιδιαίτερα στην περίπτωση που έχει προυπάρξει περίπτωση εξωσυζυγικής σχέσης. Τότε, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι αντισύλληψης, μέχρι ότου οι δύο σύντροφοι αποκτήσουν αμοιβαία εμπιστοσύνη.

β) Στείρωση του άντρα

Στον άντρα, η χειρουργική επέμβαση λέγεται βασεκτομή και συνίσταται στο κόψιμο και δέσιμο ή καυτηριασμό των ορχικών πόρων. Απαιτείται τοπική αναισθησία και μικρή τομή και στις δύο πλευρές του όρχεως. Μετά την επέμβαση δεν συμβαίνει καμία αλλαγή στη λειτουργία του σεξουαλικού οργάνου. Ο σεξουαλικός αδένας συνεχίζει να λειτουργεί κανονικά εκκρίνοντας ανδρικές γεννητικές ορμόνες στο αίμα. Ο άντρας συνεχίζει να εκσπεματώνει, επειδή τα σπερματικά κύτταρα συνιστούν μόνο το 10% του εκκρινόμενου σπερματικού υγρού. Η μόνη διαφορά έγκειται στο ότι το υγρό είναι ελεύθερο σπέρματος. Ώριμα σπερματικά κύτταρα μπορεί να υπάρχουν στις σπερματικές οδούς μέχρι και έξι εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

Συνίσταται να χρησιμοποιούνται αντισυλληπτικά από τη γυναίκα κατά τη συνουσία, έως ότου το σπερματικό υγρό ελευθερωθεί τελείως από σπερματοζώαρια.

Το καλό είναι ότι η βασεκτομή δεν προκαλεί ανικανότητα ή απώλεια των σεξουαλικών αισθήσεων. Πολλοί άντρες αισθάνονται μετά από αυτό αίσθηση απελευθέρωσης, ενώ άλλοι αισθάνονται κατάυλιψη λόγω κυρίως του ότι είναι ψυχολογικά ανώριμοι και ανέτοιμοι για κάτι τέτοιο. Μόνο στην περίπτωση που η απόφαση για βασεκτομή ανήκει στον ίδιο τον άντρα,

υπάρχουν μικρότερες πιθανότητες να έχουμε άσχημα ψυχολογικά επακόλουθα.

Ένας άντρας με υψηλό αίσθημα αυτοσεβασμού και βεβαιότητας δέχεται συνήθως να εγχειριστεί χωρίς κανένα πρόβλημα. Ο άντρας πρέπει να γνωρίζει ότι το 1/3 περίπου αυτών που υφίστανται βασεκτομή αναπτύσσουν μεγάλο αριθμό αντισωμάτων του σπέρματος. Τα αντισώματα αυτά προκαλούν στειρότητα, ακόμα κι αν επανασυνδεθούν οι σπερματικοί πόροι.

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Μέθοδος	Ποσοστό σύλληψης επί τοις % (σε ετήσια βάση)
1. Η αποφυγή λήψης οιουδήποτε προφυλακτικού μέτρου	70
2. Μέθοδοι ρυθμού	30-40
3. Συνουσία που διακόπτεται	38
4. Προφυλακτικά (ελαστικά)	13-14
5. Αφρός	5-29
6. Διάφραγμα	10-20
7. Ενδομήτρια σπειράματα	1-5
8. Χάπι προγεστερόνης	3
9. Χάπι χαμηλής δόσης οιστρογόνων	1-2
10. Σύνθετο χάπι	0,2-0,5
11. Στείρωση	0,01

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Το Δίλημμα των Αμβλώσεων

Στο θέμα των αμβλώσεων - που εξακολουθεί να αποτελεί ηθικό δίλημμα παρά τη νομιμοποίηση - ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στο ζήτημα αυτό, για να είναι σίγουρος ότι θα πράξει σωστά, όταν του τύχει να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση.

Υπάρχουν πολλά θέματα που πρέπει να σκεφτεί και να αναλύσει με λογική σειρά για να καταλήξει στην απόφαση που εκείνος/η θεωρεί αντιπροσωπευτική για την προσωπικότητά του. Όταν λοιπόν καλείται να λάβει μέρος στη διαδικασία μιας άμβλωσης οφείλει:

A. Να ξέρει τι κάνει:

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ' ένα έμβryo το δικαίωμα να ζήσει. Η ουσία είναι αυτή ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ' αυτή την ενέργεια.

Αυτό είναι ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που οφείλει να γνωρίζει καλά ο νοσηλευτής/τρια.

Το έμβριο είναι μια ζωή που αναπτύσσεται σιγά - σιγά μέσα στη μήτρα. Δεν έχει φωνή, δεν ξέρει να μιλάει γι' αυτό και δεν εκφέρει γνώμη. Αν μπορούσε να μιλήσει θα εξέφραζε την έντονη επιθυμία του για ζωή. Όμως δεν έχει αυτή τη δυνατότητα και έτσι βρίσκεται

ανυπεράσπιστο στη βούληση της μητέρας και άλλων ατόμων του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Απαραίτητη λοιπόν προϋπόθεση για τον νοσηλευτή/τρια, πριν ακόμη πάρει την απόφαση για το αν θα λάβει μέρος ή όχι σε μια άμβλωση, είναι να ξέρει πολύ καλά αυτό που πρόκειται να κάνει για να μη φτάσει ποτέ στο σημείο της μετάνοιας.

Άλλωστε σε κάθε του νοσηλευτική πράξη, πρέπει να τον διακρίνει η συνέπεια, η αντικειμενική κρίση και η ορθή αντίληψη των πραγμάτων. Αρα σε καμιά περίπτωση δεν δικαιολογείται ο νοσηλευτής/τρια να φέρεται και να πράττει απερίσκεπτα. Γιατί οι συνέπειες απερισκεψιών του έρχονται εις βάρος της ανθρωπίνης ύπαρξης.

Χρειάζεται οπωσδήποτε υπευθυνότητα και συνέπεια σε κάθε του βήμα. Η γνώση πριν από την πράξη επιβάλλεται.

B. Γιατί πρέπει να το κάνει:

Όταν ο νοσηλευτής/τρια έχει αποφασίσει μετά από μια πνευματική διεργασία ότι πρέπει να συμμετέχει στην επέμβαση μιας άμβλωσης, θα πρέπει σαφώς να γνωρίζει και γιατί πρέπει να το κάνει.

Κάθε γυναίκα που έρχεται σ' ένα μαιευτικό τμήμα για να κάνει κάποια άμβλωση, πάντα υπάρχει κάποιος λόγος που την οδηγεί σ' αυτή την απόφαση. Έτσι, στην περίπτωση μιας εγκυμονούσας που πάσχει από ερυθρά ή μεσογειακή αναιμία, η διαδικασία της άμβλωσης είναι

κλινικά απαραίτητη. Όταν δηλαδή μπαίνει το ζήτημα του κινδύνου ζωής της μητέρας ή του εμβρύου, η εκτέλεση της άμβλωσης παίρνει θεραπευτική μορφή και απέχει πολύ από το σκοπό της εγκληματικής άμβλωσης.

Ο νοσηλευτής/τρια που έχει αποφασίσει ότι μπορεί να λάβει μέρος σ' αυτού του είδους τις αμβλώσεις, έχει κρίνει ότι η ενέργεια αυτή στο συγκεκριμένο θέμα, είναι σωτήρια. Άρα ξέρει τι κάνει και πάνω απ' όλα ξέρει γιατί το κάνει, χωρίς να έχει ενδοιασμούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που στερεί σ'ένα έβρουο το δικαίωμα να ζήσει, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν μια γυναίκα σ'αυτή την ενέργεια.

Επειδή όμως η φύση αλλά και ο δημιουργός, του στερεί αυτή την δυνατότητα σ'αυτήν την εμβρυική φάση της ζωής του, την υπεράσπιση της ζωής του καλείται να αναλάβει η μέλλουσα μητέρα του αλλά και τα άτομα που με την κατάλληλη πληροφόρηση αλλά και την ηθική ακεραιότητα που διαθέτουν θα "αποφασίσουν" για τη συνέχιση της ζωής του ή όχι.

Το ζήτημα όμως είναι γιατί απαιτούνται όλα αυτά τα ηθικά αλλά και τα επαγγελματικά προσόντα. Και την απάντηση την δίνει ένας σύγχρονος γιατρός ο οποίος παρατηρεί:

<< Η ξερη εφαρμογή της ιατρικής από ένα γιατρό και στην προκειμένη περίπτωση η ξερη εφαρμογή της Νοσηλευτικής από ένα Νοσηλευτή-τρια που διαθέτει μόνο "εγκέφαλο" και όχι "καρδιά" και φωτισμένη ηθική συνείδηση, μπορεί να σημαίνει κίνδυνο για τον άνθρωπο και την ανθρωπότητα.>>

Χρειάζεται και η καλλιέργεια του ηθικού μέρους, δεν φθάνει μόνο η σοφία.

Η νοσηλευτική φροντίδα λοιπόν που είναι σε θέση να προσφέρει ο νοσηλευτής-τρια πριν απο μια άμβλωση έγκειται στην ψυχολογική υποστήριξη της μητέρας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τρια είναι πολύ δύσκολος γιατί ανεξάρτητα από την ηθική του ακεραιότητα βρίσκεται και σε ηθικό δίλημμα.

Οφείλει να στηρίξει τη μητέρα ψυχολογικά παρά τις αντίθετες ίσως δικές του απόψεις.

Όταν μια γυναίκα προσέρχεται στο Μαιευτικό τμήμα κάποιου Νοσοκομείου ή κλινικής προκειμένου να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, είναι τις περισσότερες φορές φίγουρο ότι έχει πάρει μια απόφαση που παραμένει αμετάκλητη, παρά τις τυχόν παραινήσεις που θα ακούσει από κάποιο άτομο της νοσηλευτικής ομάδας για το αντίθετο.

Για το λόγο αυτό ακριβώς και δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση ο Νοσηλευτής-τρια να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στη γυναίκα. Η άσκηση κριτικής είναι πολύ πιθανόν να δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα, που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της άμβλωσης, πολύ περισσότερο μάλλον όταν η ενέργειά της δεν είναι αποτέλεσμα "ώριμης" σκέψης ή την επιβάλλουν κάποιοι άλλοι π.χ ο σύζυγος, ο εραστής, κ.τ.λ.

Ακόμη και στην περίπτωση που σύμφωνα με την κρίση μας η άμβλωση είναι για μας φόνος και η γυναίκα που υποβάλλεται σε αυτήν φόνισσα και τραγική μητροκτόνος ενός παιδιού που δεν πρόλαβε να ζήσει, ακόμη και τότε αξίζει την αγάπη των νοσηλευτών και την ψυχολογική υποστήριξή τους. Καθήκον τους είναι να προετοιμάσουν ψυχολογικά τη γυναίκα για την δοκιμασία

που την περιμένει και να την περιβάλλουν με την ζεστασιά και την αγάπη τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα μετά από μια άμβλωση, επειδή η γυναίκα εξέρχεται αμέσως μετά την επέμβαση από το Νοσοκομείο, σε σπάνιες περιπτώσεις παραμένει, μόνο όταν παρουσιαστούν προβλήματα κατά την επέμβαση, συνίσταται στην καθοδήγηση της γυναίκας για να αποφευχθούν δυσμενείς επιπλοκές.

Μετά την άμβλωση παρουσιάζεται αιμόρροια και κράμπες που διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, ενώ μερικές δεν εμφανίζουν κανένα από τα παραπάνω συμπτώματα. Οφείλονται στις συσπάσεις της μήτρας για να αποβάλλει τους θρόμβους αίματος και να παλινδρομήσει στο φυσιολογικό της μέγεθος.

Αν η αιμόρροια είναι περισσότερη από όσο τις δύσκολες ημέρες της περιόδου της, πρέπει να επισκεφθεί τον ιατρό 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 πιθανόν ν' αρχίσει όταν τελειώσει το κουτί). Είναι δυνατόν όμως η γυναίκα να μείνει ξανά έγκυος πριν αρχίσει η πρώτη περίοδος, γιατί δεν ξέρει την ακριβή ημερομηνία ωορρηξίας. Γι' αυτό αν θέλει να αποφύγει κάτι τέτοιο πρέπει να χρησιμοποιήσει μια από τις γνωστές μεθόδους αντισύλληψης πριν ακόμα αρχίσει η

πρώτη εμμηνόρροια. Από την άλλη η χρήση αντισυλληπτικού χαπιού βοηθά το βλεννογόνο της μήτρας να ξαναβρεί ταχύτητα τη φυσιολογική του σύσταση.

Είναι ανάγκη να σημειώνεται η θερμοκρασία καθημερινά, προσέχοντας ιδιαίτερα το μεσημέρι και το βράδυ πριν από τον ύπνο, για μιά εβδομάδα. Αν ο πυρετός κάποια στιγμή ξεπεράσει τους 37,8 C χωρίς δισταγμό θα πρέπει να επικοινωνήσει με τον ιατρό. Αξίζει να υπομνηστεί ότι μπορεί να δίνεται ασπιρίνη ως παυσίπονο, η θερμοκρασία όμως πρέπει να μετρείται πριν από τη λήψη του χαπιού.

Μετά την επέμβαση, η γυναίκα, μπορεί να φάει και να πιεί ότι της αρέσει. Καλό θα ήταν να αποφεύγει τις εντατικές εργασίες και να έχει μια σχετική σωματική και ψυχική ξεκούραση. Πρέπει να αποφεύγεται το μπάνιο στη μπανιέρα. Είναι προτιμότερο το ντους.

Πρέπει να χρησιμοποιούνται υγιεινές σερβιέτες και όχι ταμπόν για την αποφυγή μολύνσεων. Για τον ίδιο λόγο πρέπει να αποφεύγεται η σεξουαλική πράξη τουλάχιστον για δέκα ημέρες. Αν τυχόν παρουσιαστεί αίμα κόκκινο, αν μυρίζει δύσοσμα, αν υπάρχουν πόνοι στην κοιλιά χαμηλά, πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό της.

Επίσης είναι καλό να γίνεται μια επέμβαση ελέγχου τρεις εβδομάδες περίπου μετά την άμβλωση. Επιτρέπει την επαλήθευση της καλής κατάστασης της μήτρας και την εξασφάλιση ότι δεν υπάρχει καμιά διαταραχή.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 25 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πάτρας "ΨΙΟΝ" στις 18/6/97. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση "Διακοπή κύησης λόγω λήψης φαρμάκων".

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση μόλις 8 εβδομάδων. Χωρίς η ίδια να γνωρίζει ακόμη για την κύηση της χορηγήθηκαν δραστικά αντιβιοτικά φαρμακευτικά σκευάσματα για την θεραπεία φλεγμονής στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς.

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 25 ετών

Επάγγελμα: Ιδιωτική Υπάλληλος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τόπος Γέννησης: Αλμυρός Βόλου

Τόπος Κατοικίας: Μεσολλογγίου 27

Έτος Γέννησης: 1972

Γραμματικές Γνώσεις: Απόφοιτος Λυκείου

Υψος: 1,70

Βάρος: 65Kgr

Πίεση: 110mmHg

Σφύξεις: 80/min

Θερμοκρασία: 36,7 βαθμούς κελσίου

Μετά την είσοδο της ασθενούς στη Μαιευτική Κλινική ορίστηκε να γίνουν μια σειρά από εξετάσεις : Γενική Αίματος, Ηλεκτοκαρδιογράφημα, RO θώρακος, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Προγραμματίστηκε διακοπή κηψέως για την επομένη ημέρα 19/6/97. Μετά την επέμβαση και εξαιτίας της παρουσίας ορισμένων προβλημάτων η ασθενής υποχρεώθηκε να παραμείνει στην κλινική έως τις 21/6/97. Πήρε εξιτήριο στις 21/6/97. Εδόθησαν οι απαραίτητες οδηγίες για συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής Augmentin 1x3 και Mitrodan 1x1 επί 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 2 εβδομάδες. Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5%	1000 cc	1x1	(προεγχειρητικά)
N/S 0,9%	1000 CC	1x1	(μετεγχειρητικά επί 2 ημερών)
L-R	1000 CC	1x1	(μετεγχειρητικά επί 2 ημερών)
Mandokef 1gr i.v		1x3	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 4 ημερών)
Mitrodan		1x1	(μετεγχειρητικά)
Apotel i.v		1x1	(κατόπιν ιατρικής οδηγίας - μετεγχειρητικά)
1 amp Zideron		i.m	(επί πόνου)
Primperan i.v		1x1	(κατόπιν ιατρικής οδηγίας - μετεγχειρητικά)
Primperan peros	10mgx3		(μετεγχειρητικά επί 2 ημερών)

Κατά τη διάρκεια της παραμονής της στη Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δέσφνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αγωνία-φόβος Κατάδειψη (Προεγχειρητικά) Εξαρτίας της άρνησής της να δεχθεί τη διακοπή της κνήσεως, γεγονός αντίθετο με τα πιστεύω της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και της αγωνίας άλλων των άλλων αφρητικών συναισθημάτων, μέσα στο δυνατό λιγότερο χρονικό διάστημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει με λόγια το φόβο της για την επέμβαση • Γνωριμία με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής • Το προηγούμενο βράδυ, χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια και να γίνει κάταννητό, τι ακριβώς φοβάται. Έτσι λοιπόν μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα θα πάνε καλά, και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους της. Με τη γνώριμία της με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, ξεπέρασε ως ένα σημείο το άγχος και την αγωνία της • Δόθηκε στην ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Γελοιοποίηση του άγχους. Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Διδάκνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία και έμετος από την αποδοχή της αναισθησίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή της ναυτίας και του εμέτου και πρόληψη διαταραχής του ισοζυγίου υγρών μετά από λίγες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση του χαρακτήρα των εμέτων (ποσότητα, συχνότητα, χρώμα, οσμή) • Χορήγηση αντιεμετικών κατά την ιατρικής οδηγίας • Χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της συχνότητας των εμέτων και των χαρακτηριστικών τους και καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς • χορήγηση ιατρικής οδηγίας • χορηγήθηκε Primperan 1V, 1x1 για την καταστολή των εμέτων. Στη συνέχεια Sir Primperan (10 mgx3). • Αιχθήθηκε η χορήγηση οπύυ, Ringers 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά από λίγες ώρες η άρρωστη απέβαλε την αναισθησία και ανακουφίστηκε από τους εμέτους. Αφού επιλύθηκε κυρίως μετά από τη χορήγηση του Primperan το οποίο δόρα επιταχύνοντας την κένωση του στομάχου • Εγινε διακοπή του Ringers στις 20-6-97 κατόπιν καταστολής των εμέτων

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάλυτες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δέκνυωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Αιμορραγία πιθανόν από τραυματισμό της μήτρας 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή της αιμορραγίας ή μείωσης της στα φυσικά επίπεδα μέσα σε λίγες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση του Χρώματος, της σύστασης, του ποσού και της οσμής • Ακνητοδία της ασθενούς • Ετοιμασία όλων των απαραίτητων διαδικασιών για μετάγγιση αίματος, εάν χρειαστεί • Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυσμασίας της ασθενούς • Παρακολούθηση από τον Ιατρό του, αιματοκρίτη της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης, της ποσότητας και της οσμής του αίματος και, καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας της ασθενούς. Η ασθενής ακινητοποιήθηκε πάρεθκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για μετάγγιση εάν χρειαστεί • Έγιναν συχνές αλλαγές στα λευχήματα και στα ενδύματα της ασθενούς • Ο αιματοκρίτης δεν παρουσίασε σημαντική πτώση 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά από λίγες ώρες η αιμορραγία αποκαταστάθηκε σε φυσικά επίπεδα, αναμενόμενα. Συστάθηκε στην ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις και να παραμείνει στο κρεβάτι για λίγες ώρες. Η μετάγγιση αποφεύχθηκε εφόσον η τιμή του αιματοκρίτη δεν μας άφησε υποψίες για ετικίνδωξη, αιμορραγία και η αιμορραγία αποκαταστάθηκε στη φυσική ποή.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δράση/ώση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΘΛΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Θερμοκρασία 38ο C Κυρίως ψυχρογενετικής φύσεως • Πιθανή λοίμωξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Επτασφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μια ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη ζωτικών σημείων • Τοποθέτηση ψυχρών επιθέμάτων. • Χορήγηση αντιπυρετικών • Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη • Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς • Χορήγηση υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ερέθη 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο τα οποία αντικαθίστατο κάθε 20 λεπτά • Χορήγήθηκε αντιπυρετικό Apotel 1 amp (IM) 1*1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. • Έγινε εγνασθηριακός έλεγχος για λοίμωξη • Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων της ασθενούς • Χορήγήθηκε για την πρόληψη αφυδάτωσης ορός NIS 0,9% 1.000*1 	<ul style="list-style-type: none"> • Με το αντιπυρετικό, ΑΡΟΤ ΕΙ του δόθηκε στην ασθενή, καθώς και με τις άλλες νοσηλευτικές ενέργειες ο πυρετός σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο εγνασθηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη λοίμωξης • Έγινε διακοπή στις 20.06.97 κατόπιν σταθεροποίησης της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ηλικίας 30 ετών εισήλθε στην Κρατική Μαιευτική Κλινική στο Δορυφορικό τμήμα 409 του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών "Άγιος Ανδρέας" στις 10/6/97. Στο εισιτήριο της τέθηκε διάγνωση "Διακοπή κύησης λόγω λοίμωξης από ερυθρά"

Το ιστορικό της ασθενούς αναφέρει κύηση 7 εβδομάδων. Η ασθενής κάνοντας την καθιερωμένη εξέταση αίματος, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, μόλις πληροφορήθηκε την εγκυμοσύνη της, ανακάλυψε ότι έχει προσβληθεί από ερυθρά. Κατόπιν αυτού κρίθηκε αναγκαία η διακοπή κύησης.

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 30 ετών

Επάγγελμα: Καθηγήτρια Γυμναστικής Αγωγής

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τόπος Γέννησης: Κέρκυρα

Τόπος Κατοικίας: Πύργος Ηλείας

Ετος Γέννησης: 1967

Γραμματικές Γνώσεις: Πτυχιούχος Πανεπιστημίου

Ύψος: 1,80

Βάρος: 70 kgr

Θερμοκρασία: 36,8 C

Πίεση: 125 mmHg

Σφύξεις: 85/min

Κατά την είσοδο της ασθενούς στη Μαιευτική Κλινική προγραμματίστηκαν οι ακόλουθες εξετάσεις: Γενική Αίματος, RO Θώρακος, Ηλεκτροκαρδιογράφημα, Υπέρηχος κάτω κοιλιακής χώρας. Ορίστηκε διακοπή κυήσεως για την επομένη 11/6/97.

Μετά την επέμβαση και εφόσον δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα προβλήματα η ασθενής πήρε εξιτήριο την επομένη ημέρα στις 12/6/97. Εδόθησαν οι απαραίτητες φαρμακευτικές οδηγίες Ceclor 1x3 και Mitrodan 1x1 επί 8 ημέρες και ορίστηκε να έρθει στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 3 εβδομάδες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

D/W 5% 1000 cc	1x1 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά)
Mandokef 1gr i.v	1x3 (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 3 ημέρες)
Mitrodan	1x1 (μετεγχειρητικά)
Pethidine (0,05mg) i.m	1x2 (μετεγχειρητικά)
Zideron i.m	1x1 (επί πόνου)
Apotel i.m	1x1 (επί πόνου)
Lasix i.m	1x1 (κατόπιν ιατρικής οδηγίας)

Κατά την παραμονή της στη Μαιευτική Κλινική έγινε εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δράση/ωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αγρηπιακή κρίση νεύρογόνους φύσεως 	<ul style="list-style-type: none"> Ρύθμιση της αγρηπιακής κρίσης στην επόμενη 1 ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη αγρηπιακής κρίσης. Χορήγηση αντιυπερτασικών Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> Συνεχίστηκε η ανά ώρα παρακολούθηση της αγρηπιακής κρίσεως. Για να αντιμετωπιστεί η κρίση χορηγήθηκε 1amp Pethidine 1*2 (0,05 mg) (IM), κατά την ιατρική εντολή Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, εξασφαλίθηκαν περιόδοι ανάπνοιας και ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος Δόθηκαν οι ευκαιρίες στην άρρωστη να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες της, τα αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικά με την πορεία της κατάστασής της και γενικά την συναισθηματική και ψυχική της διάθεση και ένταση 	<ul style="list-style-type: none"> Μετά την χορήγηση της Pethidine η αγρηπιακή κρίση μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα ύπνου σταθεροποιήθηκε τις επόμενες ώρες. Η Pethidine δόθηκε κυρίως στο συμπτωτικό νευρικό σύστημα, ταχέως, προκαλώντας την πτώση της αγρηπιακής κρίσης στα φυσιολογικά επίπεδα και τελικά τη σταθεροποίησή της. Επίσης σημειώθηκε πόλο έπαυσε και η έμμηρική έκκριση και εκδηλώθη κατάνοηση των αναγκών της ασθενούς, καθώς και η έκδηλη αγάπη και προσοχή από την νοσηλεύτρια.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλεύτική Διδάσκουσα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΟΛΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Πόνος στην κοιλιακή κάτω Χώρα λόγω των συσπλάσεων του τοιχώματος της μήτρας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου για τις επόμενες ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής εντολής • Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε 1 amp Αποτ(ΙΜ) (1⁺1) στις 2 μμ, κατόπιν ιατρικής εντολής. Μετά από παρέλευση μερικών ωρών ο πόνος επανήλθε εντονότερος και κουραστικός. Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός ξανά και έγινε 1 amp Zideron (ΙΜ) (1⁺1), στις 9μμ 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού Αποτ(ΙΜ) ο πόνος υποχώρησε για μερικές ώρες αλλά επανήλθε. Ετσι Χορηγήθηκε ένα δραστικότερο αναλγητικό τοχείας και παρατεταμένης δράσης το Zideron και ο πόνος άρχισε να υποχωρεί ώσπου εξαλείφθηκε εντελώς.

<u>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u> <u>Ανάγκες-Προβλήματα</u> <u>Νοσηλευτική Διδάσκουσα</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΕΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
			<p>Έγινε προστόθεια να καθισχυραστεί η άρρωστη και να διαβεβαιωθεί ότι με την χορήγηση των αναλγητικών αλλά και με τις υπόλοιπες νοσηλ. ενέργειες που έγιναν ο πόνος θα μειωθεί και θα εξαλειφθεί εντελώς μετά από λίγες ώρες. Επίσης η παραμονή κοντά στην άρρωστη, για λίγο, χρονικό διάστημα, την ώποι του παροξυσμού του πόνου, και η προστόθεια να της αητοαστεί η προσοχή με σύζηση, και παρόρρωση της ασθενοός να εξωτερικεύσει τα αισθήματά της.</p>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάλυκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δράγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Επίγωση ούρων τιθωνόν από μικροπαρασιτισμούς του στομάχου της ουρήθρας 	<ul style="list-style-type: none"> Η κένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στην επόμενη 1 ώρα 	<ul style="list-style-type: none"> Χρησιμοποιούνται αρχικά όλα τα γνωστά, αλλά φυσικά μέσα Χορήγηση διουρητικών καρτών ιατρικής οδνγίας Τοποθέτηση καθεήρα, κύστεως 	<ul style="list-style-type: none"> Ανοίξαμε τη βρύση μέσα στην τουαλέτα να βάλτε το νερό που τρέχει Ρίξαμε λίγο νερό στα έξω γεννητικά της όργανα Χορήγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1*1 κατόπιν ιατρικής οδνγίας πραγματοποιήθηκε καθεηρισμός της ουροδόχου κύστεως 	<ul style="list-style-type: none"> Κατόπιν αποτυχίας όλων των φυσικών μέσων χορήγήθηκε 1 amp Lasix (IM) 1*1 κατόπιν ιατρικής οδνγίας. Μετά από 1 ώρα και εφόσον δεν επτεύθηκε η κένωση της κύστης ενεργείται καθεηρισμός της ουροδόχου κύστεως. Ο καθεήρας αφαιρέθηκε το πρωί της επόμενης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανώνυμες-Προβλήματα Νοσηλευτική Δράγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάβληση εξάρτιας της αναγκαστικής διακοπής της κηλσώς (Πρωτόκοκο) 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατά την αποχώρηση της από το νοσοκομείο, η εξέλιξη ή η μείωση όλων των σφνητικών σωμασθμημάτων της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρορνή της ασθενούς να εκφράσει με λόγια τα σφνητικά της σωμασθμηματα αναφορικά με την διακοπή της κηλσώς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παοορνήθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια τι ακριβώς φοβάραι. Πείσθηκε λοιπόν ότι ήταν αλλά ένα τυχαίο γεγονός χωρίς να έχει καμία επιπωση στο μέλλον. Απαλλάχθηκε από τα σωμασθμηματα ενοχής σφού πείσθηκε ότι δεν ευθύνεται η ίδια. Ήταν κάτι πέρα από τη θέληση της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός της κατάβλησης • Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης • Αισιόδοξη για το μέλλον.

Π Ρ Ο Β Λ Η Μ Α Τ Ι Σ Μ Ο Ι - Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Τελειώνοντας την πτυχιακή μου εργασία φθάνω στο θλιβερό συμπέρασμα ότι δεκάδες γυναίκες καταφεύγουν καθημερινά σε δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια για να απαλλαχθούν από ένα "ανεπιθύμητο παιδί".

Οπωσδήποτε το ανθρώπινο έμβρυο είναι άνθρωπος ήδη από τη συλληψή του και η ζωή του έχει αξία. Υπάρχουν περιπτώσεις όμως που πρέπει να ζυγιστούν δύο αξίες. Ποιά αξία θα υπερισχύσει όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας; Σε περίπτωση που το παιδί θα γεννηθεί με σοβαρό πρόβλημα υγείας αξίζει να ζει; Έχουμε δικαίωμα να επιφορτίσουμε τη μητέρα να δεχθεί ένα παιδί άρρωστο, ένα παιδί που θα αποτελεί μόνιμο πρόβλημα γι' αυτή όλα τα χρόνια της ζωής του;

Οι απαντήσεις σήμερα δείχνουν δύσκολες και είναι πραγματικά δύσκολες, γιατί στην εποχή μας τα αποθέματα ηρωισμού φαίνονται να εξαντλούνται. Είναι αλήθεια ότι απαιτείται από τη μητέρα ηρωισμός και μεγάλα ποσά αγάπης. Δεν έχουμε δικαίωμα να τα απαιτήσουμε, μπορούμε όμως να τα εμπνεύσουμε.

Τι γίνεται όμως όταν η άμβλωση είναι αποτέλεσμα της άρνησης της μητρότητας; Δε θα σταθούμε βέβαια στο επιπόλαιο φεμινιστικό επιχείρημα: "το παιδί είναι σώμα μας και μπορούμε να το διαθέσουμε όπως θέλουμε", γιατί και λογική στερείται και καταρρίφθηκε, όταν με το παιδί του σωλήνα αποδείχθηκε ότι το παιδί δεν

αποτελεί τμήμα του σώματος της μητέρας, αλλά αυτόνομο οργανισμό. Οπωσδήποτε η μητέρα αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην απάντηση. Έχουμε το δικαίωμα να παραθεωρήσουμε τη γνώμη του πατέρα; Κι αν η απόφαση για την άμβλωση είναι απαίτηση του πατέρα μπορούμε να αφήσουμε σ' εκείνον το δικαίωμα να αποφασίσει, αφού η μητέρα είναι εκείνη που θα επωμιστεί το μεγαλύτερο βάρος των σωματικών και ψυχικών συνεπειών;

Έστω όμως ότι και οι δύο γονείς καταλήγουν από κοινού στην απόφαση για την άμβλωση θα παραθεωρηθεί η επιθυμία του αγέννητου παιδιού; Προεκτείνοντας τη σκέψη θα παραθεωρηθεί και ένα ολόκληρο έθνος; Οι χιλιάδες αμβλώσεις που διενεργούνται κάθε χρόνο στα ελληνικά μαιευτήρια στοιχίζουν στο έθνος μας φόρο αίματος, οδηγώντας το σε υπογεννητικότητα, κίνδυνο γήρανσης, οικονομική παρακμή.

Η άμβλωση είναι πια ένα δίλλημα. Ο νοσηλευτής καλείται να το αντιμετωπίσει μόνος του τόσο σαν υπάλληλος, όσο και σαν ελεύθερος άνθρωπος. Είναι πράγματι μεγάλη η βοήθεια που περιμένει από το νοσηλευτικό προσωπικό η γυναίκα που έρχεται για άμβλωση. Έχει άμεση ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη, αγάπη και ζεστασιά, από αυτήν που απλόχερα ξέρει να προσφέρει ο νοσηλευτής-τρια.

Το πρόβλημα ωστόσο μπορεί να λυθεί μόνο αν δώσουμε προτεραιότητα σε θέματα που αφορούν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Παροχή δηλαδή πληροφοριών, ενημέρωση, εκπαίδευση, κατάλληλα μέσα

και αγωγή, ώστε τα άτομα να γνωρίζουν, από νεαρή ηλικία ό,τι έχει σχέση με τη ρύθμιση των γεννήσεων, με τη σεξουαλική πληροφόρηση, με την έγκαιρη διάγνωση παθήσεων γεννητικών οργάνων, με τον προγενετικό έλεγχο, με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, με τη στειρότητα, με την υιοθεσία.

Όλα αυτά συνηγορούν στη δημιουργία και στην εξασφάλιση μιας ευτυχισμένης οικογένειας με γερά και επιθυμητά παιδιά και συνεπώς μιας σωστής και υπεύθυνης κοινωνίας.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Επειδή το πρόβλημα " ά μ β λ ω σ η " παραμένει ουσιαστικά άλυτο, πιστεύω ότι θα πρέπει να αποτελέσει κεντρικό σημείο προβληματισμού, όχι μόνο στη δική μου ερευνητική προσπάθεια, αλλά και σε οποιαδήποτε σε βάθος προσέγγιση του φαινομένου "άμβλωση" στην ελληνική κοινωνία.

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

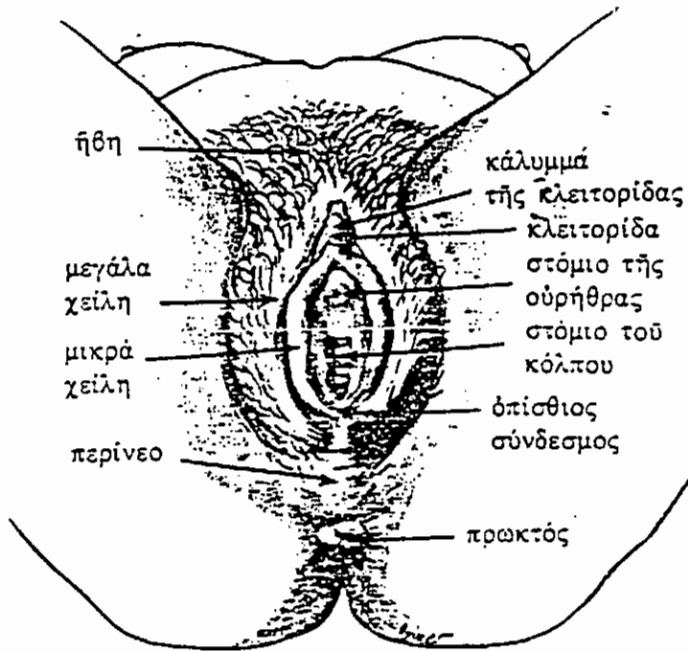
Η αναγκαιότητα μιας διερεύνησης σ' αυτή τη βάση θα παραμείνει επιτακτική (ή θα αποβεί επιτακτικότερη) ακόμα και όταν η πολιτεία δώσει ικανοποιητική απάντηση στα δύο επίμαχα αιτήματα που, προς το παρόν, προσδίδουν ιδιαίτερη δημοσιότητα στο πρόβλημα της άμβλωσης στην Ελλάδα: το αίτημα της αποποινικοποίησης των αμβλώσεων και της οργάνωσης και διάδοσης του οικογενειακού προγραμματισμού. Η εφαρμογή των μέτρων αυτών δεν είναι απαραίτητο να προδικάζει την εκπλήρωση των 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 άμβλωσης και η αποδοχή της αντισύλληψης.

Η ανάλυση που επιχειρήσα να κάνω 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 αποτελέσματα σε κάθε περίπτωση. Για το λόγο αυτό πιστεύω ότι η ανίχνευση των εμφανών, αλλά και των υπολανθανόντων κινήτρων, που καθορίζουν την απόφαση των Ελληνίδων να καταφύγουν στην άμβλωση, 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.

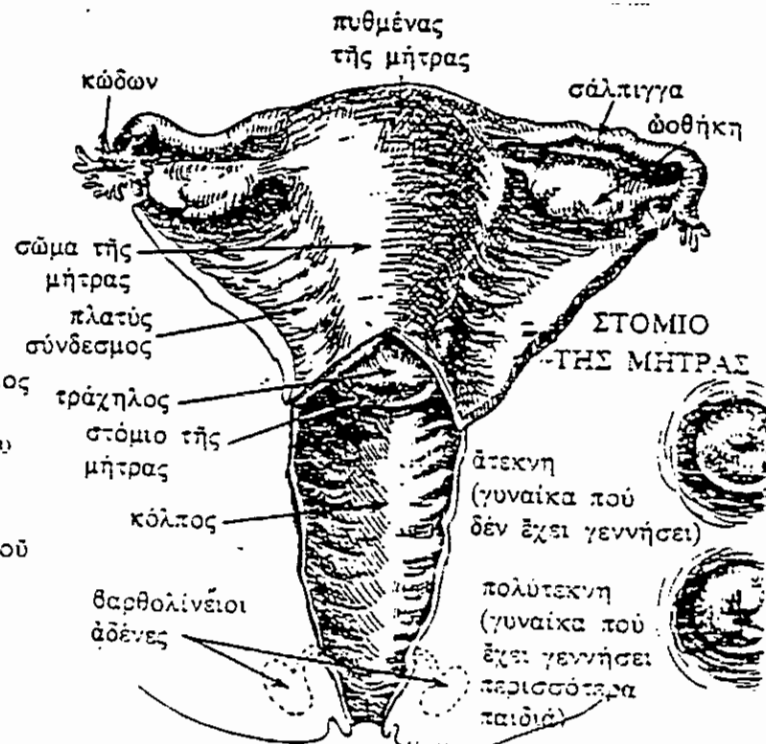
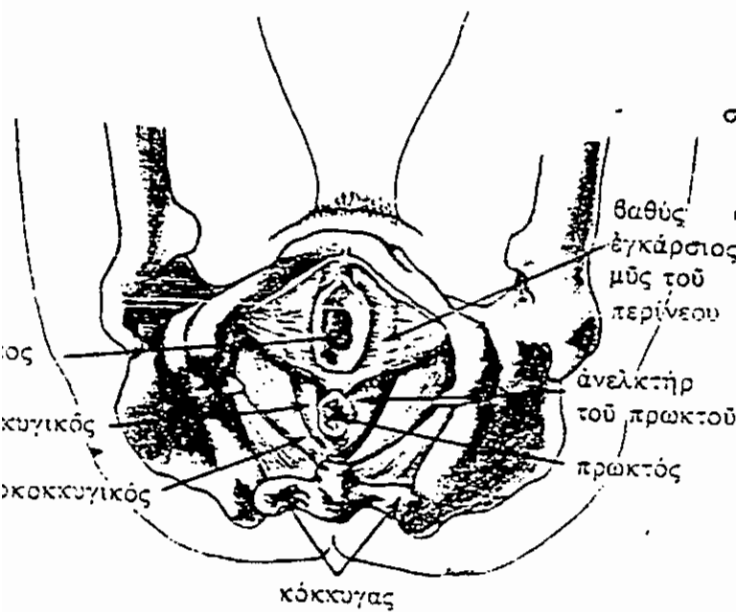
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ



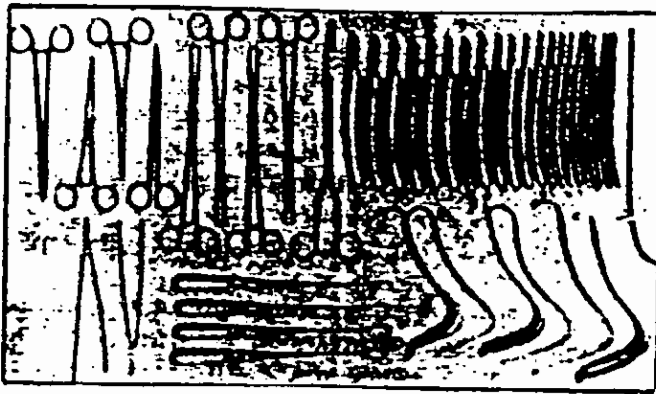
ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΜΥΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

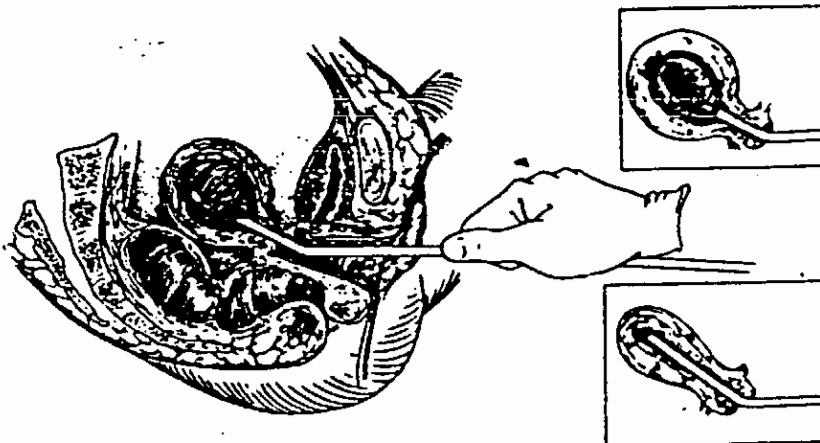


ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ ΚΑΙ Η ΑΠΟΞΕΣΗ
ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ



Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ



Χώρα	Ανώτατο όριο	Πότε επιτρέπεται ή έκτρωση	Διοικητικές προϋποθέσεις	Πρόσφατη νομοθεσία
Αγγλία	28 εβδομάδες	Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. Κίνδυνος για τη φυσική και ψυχική υγεία της γυναίκας. Κίνδυνος για τη φυσική και ψυχική υγεία των παιδιών της οικογένειας. Κίνδυνος άναπηρίας του παιδιού που θα γεννηθεί.	'Ασκείται από 1 γιατρό σε όρισμένα ιδρύματα 'Αδεια: 2 γιατροί.	1967
Δανία	12 εβδομάδες	Μέ αττηση της γυναίκας.	'Από 1 γιατρό σε νοσοκομείο.	1973
Φινλανδία	16 εβδομάδες. 16-20 εβδομάδες για τις κάτω από 17 χρονών.	Λόγοι ιατρικοί. Λόγοι εύγονικης, Λόγοι κοινωνικοοικονομικοί. Ήλικία (κάτω από 17, πάνω από 40). Αριθμός παιδιών (4 ή περισσότερα). Βιασμός, αίμομιξία.	'Από 2 γιατρούς. ΄Αδεια: 2 γιατροί έως τη 16 βδ., 'Υπουργείο ΄Υγείας από 16-20 βδ.	1970
Νορβηγία	3 μήνες	'Ιατρικοί λόγοι με την πλατύτερη έννοια. Λόγοι εύγονικης. Βιασμός, αίμομιξία.	'Από 1 γυναικολόγο ή χειρουργό. Σε όρισμένα ιδρύματα. ΄Αδεια: 2 γιατροί	1960
Όλλανδία		Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας (Στην πραγματικότητα ο νόμος δέν εφαρμόζεται).		1911
Σουηδία	18 εβδομάδες	Μέ αττηση της γυναίκας.	'Υποχρεωτική επίσκεψη σε κοινωνική λειτούργό μεταξύ 12-18 βδ.	1974
Αυστρία	90 μέρες.	'Υπάρχουν παραλείψεις στην εφαρμογή του νόμου.		1974
Ελβετία		'Ιατρικοί λόγοι (ή έρμηνεία ποικίλει στα διάφορα καντόνια).	'Από 1 γιατρό. ΄Αδεια: 2 γιατροί.	1937 (Ισχύει από τέ 1942) 1960 (καντόνι της Γενεύης)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

	Πόσο κοστίζει	Πότε επιτρέπεται (ταρτακοί λόγοι: ή εκτροφή επιτρέπεται παντού σε όλη τη διάρκεια της κύησης· κοινωνικοί λόγοι: μόνο τους 3 πρώτους μήνες)	Ποιάς άποψαίσεις	Περίοδος Πλευθέρ. Εκτιμήσεων
Σοβιετική Ένωση	Δωρεάν (παρανομή έκτρωση: 40 ρουβλίου)	Όχι 6 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση (1955)	Ή γυναίκα	Από το 1955
Βουλγαρία	5 λέβια	Όταν η γυναίκα είναι άνωπαικτη και άνω από 40 και χωρισμένη ή με 1 παιδί (1974)	Έπιτροπή	1956-1968
Ρουμανία	30 λέι (παρανομή: 5.000 λέι)	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης. Όταν η γυναίκα έχει 4 ή περισσότερα παιδιά ή έχει περάσει τα 45 (1968)	Έπιτροπή	1952-1966
Πολωνία	Δωρεάν (ιδιωτική: 1.000 ζλότι)	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης ή όταν υπάρχουν «δυσκολες συνθήκες ζωής» (1961)	Ή γυναίκα	από το 1961
Τσεχοσλοβακία	2-8.000 κορώνες	Όχι 12 μήνες μετά από προηγούμενη έκτρωση ή γέννηση. Όχι για γυναίκες παντρεμένες με λιγότερα από 2 παιδιά, εκτός «ειδικών συνθηκών» (1973).	Έπιτροπή	1960-1973
Α.Δ.Γ.	Δωρεάν για τις ασφαλισμένες	Έπιτρέπεται με ύπλη αίτηση της γυναίκας	Ή γυναίκα	από το 1972
Ούγγαρια	1.000 φλορίνια	Μόνο όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης. Εάν η γυναίκα είναι άνωπαικτη, χωρισμένη, γέννησε πρόσφατα, ή έχει περάσει τα 39 (1973).	Έπιτροπή	1956-1973
Γιουγκοσλαβία		Μόνο σε «σαθρή προσωπική, δικηγόρευτική ή οικονομική κατάσταση της έγκυας γυναίκας	Έπιτροπή	από το 1960

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1.Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, ''Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική'' Εκδόσεις ''Η ΤΑΒΙΘΑ'', Αθήνα 1990

2.Δορκοφίκη Ειρήνη, ''Αμβλώσεις ο αφανισμός του γένους'', Ελληνική Ευρωεκδοτική, Αθήνα 1985.

3.Δετοράκης Ιωάννης, ''Οικογενειακός Προγραμματισμός-Αντισύλληψη-Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση'', Α' Έκδοση, Εκδοτικός Οίκος Πατάκη, Αθήνα 1983.

4.Εγκυκλοπαίδεια, ''Υγεία'', Ο Εφήλικας και το περιβάλλον, τόμος 3ος, Εκδόσεις Δομική, 1992.

5.Εφημερίδα Κυβερνήσεως, Θέμα: ''Τρόποι προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης'', Αριθμ.Α38/οικ.2799/86.

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

7.Miller/Callander, ''Odstetrics Illustrated'' Edinburch, Έκδοση 4η, Churhill Livingstone 1989.

8.Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, ''Εμείς και το σώμα μας'' Εκδόσεις Υποδομή, Αθήνα 1981.

9.Παπανικολάου Νικόλαος, ''Γυναικολογία'', Β' Έκδοση, Εκδοτικός Οίκος αφών Παχούδη - αφών Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη 1986.

10. Πρακτικά της Βουλής των Ελλήνων (νόμος υπ' αριθμ. 609/1986) 'Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας και άλλες διατάξεις'', Αθήνα 1986.

11. Σολδάτος Κων/νος και άλλοι, 'Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία των εκτρώσεων'', Ιπποκράτης, τόμος 12ος, τεύχος 5-6, 1984.

12. Τριχοπούλου Αντωνία - Τριχόπουλος Δημήτριος 'Προληπτική Ιατρική' Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1986.