

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

<<ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ>>

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ: 1) ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΙΩΑΝΝΑΣ

2) ΚΑΡΑΤΖΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ



| | |
|-----------|-----|
| ΑΡΙΘΜΟΣ | 305 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | |

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Ευχαριστούμε τα μέλη της εταιρείας οικογενειακού προγραμματισμού για τα πολύτιμα στοιχεία που μας πρόσφεραν, καθώς και τους καθηγητές μας Παπαδημητρίου Μαρία και Δετοράκη Ιωάννη για την βοήθειά τους, στην διεκπεραίωση της εργασίας μας.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Οι προκλητές εκτρώσεις είναι γνωστές από την Αρχαιότητα, αλλά τα ιατρικά, ψυχοκοινωνικά και δημογραφικά προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας τους πήραν ιδιαίτερα μεγάλες διαστάσεις στα τελευταία 50 χρόνια, επειδή η συχνότητα των εκτρώσεων αυξήθηκε ραγδαία σε πολλούς πληθυσμούς του κόσμου.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει αρκετές μελέτες, τόσο για την συχνότητα των εκτρώσεων όσο και για τις δημογραφικές τους επιπτώσεις. Η δική μας μελέτη, φανερό είναι ότι δεν μπορεί να συγκριθεί με ανάλογες που έχουν δημοσιευθεί, αλλά μας έδωσε τη δυνατότητα, πέρα από τη διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας, να μελετήσουμε και να ασχοληθούμε με ένα θέμα τόσο επίκαιρο και καιυτό όσο είναι το υπαρκτό πρόβλημα των προκλητών εκτρώσεων.

Η αλήθεια είναι ότι συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες, τόσο στη συγκέντρωση υλικού, μιάς και η ελληνική βιβλιογραφία που αφορά τις εκτρώσεις είναι σχεδόν ανύπαρκτη, όσο και στη προσέγγιση των γυναικών που απάντησαν τα ερωτηματολόγια μας, λόγω των αρκετά προσωπικών ερωτήσεων που περιείχαν.

Συλλέξαμε πληροφορίες από 192 γυναίκες, κάτοικοι Νομού Αχαΐας, από τις οποίες οι 100 ήταν άγαμες και οι υπόλοιπες έγγαμες. Η έρευνά μας έγινε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Κρατικής Μαιευτικής Κλινικής του 409 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Πατρών. Προσπαθήσαμε να καλύψουμε όλες τις ηλικίες αναπαραγωγής καθώς και όλα τα επίπεδα μόρφωσης, θέλοντας έτσι να πετύχουμε όσο το δυνατόν περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα.

Πιστεύουμε ότι το φύλο μας και η ιδιότητά μας, πιο πολύ, σαν Σπουδάστριες της Νοσηλευτικής, μας βοήθησε να δούμε

τη προσπάθειά μας αυτή σαν καθήκον μας περισσότερο και όχι σαν τη συνηθισμένη υποχρέωση της συγγραφής μίας πτυχιακής εργασίας, μέσα στο πλαίσιο των σπουδών μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θλιβερή διαπίστωση πως στη χώρα μας, το πρόβλημα των εκτρώσεων παραμένει ακόμα στις μέρες μας μεγάλο, μας ώθησε στην απόφαση να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό και μέσα από τη δική μας έρευνα να προσεγγίσουμε το πρόβλημα, να εντοπίσουμε τις αιτίες και να συμβάλλουμε στη μείωσή του.

Έκτρωση καλείται η διακοπή της κύησης σε εποχή κατά την οποία το κύημα δεν είναι βιώσιμο, δηλαδή από την αρχή της κύησης και μέχρι την 24η εβδομάδα, όπου το βάρος του εμβρύου κυμαίνεται περίπου στα 600 γρ. . Μετά την εποχή αυτή και μέχρι την 28η εβδομάδα, η διακοπή της κύησης ονομάζεται πρώϊμος τοκετός και είναι δυνατόν να διατηρηθεί στη ζωή το έμβρυο, με μεγάλη προσοχή.

Η έκτρωση εμφανίζεται αυτόματα ή προκαλείται τεχνικώς. Η αυτόματη έκτρωση είναι συνήθως επιπλοκή της εγκυμοσύνης που ανέρχεται σε 18%-20% του συνόλου των εκτρώσεων. Τα αίτια είναι πολλά και ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα προερχόμενα από τη μήτρα και τα προερχόμενα από το έμβρυο. Η τεχνητή έκτρωση εκτελείται για θεραπευτικούς σκοπούς ή για τη διακοπή μιάς ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η θεραπευτική έκτρωση εκτελείται μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας ή πρόκειται να γεννηθεί τερατόμορφο νεογνό.

Η τεχνητή έκτρωση που γίνεται για τη διακοπή μιάς ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης εκθέτει πολλές φορές σε κίνδυνο τη σωματική υγεία της γυναίκας καθώς και τη ψυχική. Τα αίτια που ωθούν συνήθως τη γυναίκα στην εκτέλεση της έκτρωσης είναι κυρίως κοινωνικοί παράγοντες, οικονομική ανέχεια και η πολυτεκνία.

Εμείς στην εργασία μας θα ασχοληθούμε μόνο με τις εκ-
τρώσεις που γίνονται για αυτό το σκοπό, και θα εξετάσουμε
το θέμα τόσο από ιατρική άποψη όσο και από νομική και κοι-
νωνιοψυχολογική.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΠΟΣΟ ΠΑΛΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Είναι γνωστό από τους ανθρωπολόγους, ότι η πρώτη προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει ή να περιορίζει το μέγεθος της οικογένειάς του επιτεύχθηκε δια της ανθρωποκτονίας. Η έκτρωση φαίνεται να είναι εξίσου παλιά μέθοδος και ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Σε διασωθέν γραπτό κινέζικης Βοτανικής, προ 5.000 ετών, αναφέρεται ο υδράργυρος ως δραστικό εκτρωτικό φάρμακο και οι γνωστοί πρώτοι Ιατρικοί Αιγυπτιακοί πάπυροι ΚΑΗΥΝΙ και ΕΒΕΡΣ, που γράφτηκαν πριν 3.000 χρόνια, αναφέρουν συνταγές για τη πρόκληση εκτρώσεως.

Ο ανθρωπολόγος GEORGE DEVEREUX αναφέρει κατάλογο πλειστών παλαιών μεθόδων-μαγικά άσματα, επί τόπου υψηλά πηδήματα των γυναικών επί του εδάφους, εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στο επιγάστριο, εισαγωγή ειδικών σιλλέτων εντός της μήτρας (γυναίκες Ταϊτής), τη πόση εκτρωτικών εκχυλισμάτων από δηλητηριώδη βότανα κατόπιν βρασμού σε ούρα αγελάδας (γυναίκες Κεϋλάνης) κ.ά.-μερικές από τις οποίες χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα.

Η άσκηση του ελέγχου των γεννήσεων στην Αρχαία Ελλάδα και Ρώμη πλην της επικρατούσης μέχρι τότε μαγείας και δεισιδαιμονίας, συμπεριελάμβανε την παιδοκτονία, την έκτρωση και τη παράταση του χρόνου γαλουχίας των γυναικών. Η παραδοχή των εκτρώσεων, εν τούτοις, από τους αρχαίους φιλόσοφους δεν ήταν καθολική. Ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας αποδέχονταν την έκτρωση για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, εφ'όσον αυτή εκτελείται κατά του πρώτους μήνες της

κύησης, πριν η μητέρα αντιληφθεί τα πρώτα σικριτήματα, οπότε το έμβρυο δεν είναι ακόμη ολοκληρωμένος ζων οργανισμός.

Επιπλέον ο Πλάτων θεωρούσε ως υποχρεωτική την έκτρωση σ'όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών. Αντιθέτως ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Γαληνός καταδίκασαν την έκτρωση ως εγκληματική πράξη. Η αρνητική επίσης θέση του Ιπποκράτη επί της εκτρώσεως συμπεραίνεται από τον Ιπποκράτειο όρκο: «...ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω». Γενικότερα στην αρχαία Ελλάδα, υπήρχε αντίθεση γνώμων όσον αφορά την δι'εκτρώσεως αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης, ενώ στην Ρώμη η συχνότητα των γενομένων εκτρώσεων φαίνεται ότι ήταν μεγαλύτερη.

Αναμφισβήτητα άρνηση αποδοχής της έκτρώσεως εκφράζει ο Ιουδαϊσμός, ο οποίος προβλέπει βαρείες ποινές για τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε τέτοια επέμβαση. Η εν λόγω αντίληψη προστέθηκε στη Χριστιανική θρησκεία μέσω του Αγίου Αυγουστίνου γύρω στα 400 μ.Χ. και απαγορεύει την έκτρωση, έστω και για θεραπευτικούς λόγους ή ακόμα κι όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας και παραμένει μέχρι σήμερα αμετάβλητη στο Καθολικό, κυρίως, δόγμα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΚΙΝΔΥΝΟΙ, ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.

1. ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Σε εγκυμοσύνες μικρότερες των 8 εβδομάδων, η μέθοδος της αναρρόφησης και απόξεσης (D και C), και σε πολύ μικρή έκταση, μόνο η οξεία απόξεση είναι οι πιο συχνές τεχνικές για τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Υπάρχουν όμως μερικά μη ικανοποιητικά σημεία στις μεθόδους αυτές. Πρώτον, μερικές από τις εκτενέστερες μελέτες πάνω στην έκτρωση δείχνουν ότι η αναλογία των επιπλοκών στη περίοδο των πρώτων 7 εβδομάδων είναι μεγαλύτερη απ'ότι κατά τη διάρκεια των 8-10 εβδομάδων. Δεύτερον, μερικές γυναίκες είχαν εκφράσει προτίμηση για μη χειρουργική μέθοδο, η οποία θα μπορούσε να εφαρμοστεί από τις ίδιες στο σπίτι. Οι πιο κοινοί λόγοι για την προτίμηση αυτή ήταν η ανωνυμία της θεραπείας, η δυνατότητα συμμετοχής του συζύγου και η πιο φυσική μέθοδος σε σχέση με την αναρρόφηση. Κατά συνέπεια, ένας αριθμός από άλλες χειρουργικές και μη χειρουργικές μέθοδοι αναπτύχθηκαν, χωρίς όμως να φτάσουν σε κλινική χρησιμότητα.

Η χορήγηση εκτρωτικών φαρμάκων, μια μέθοδος που αναπτύχθηκε στις αρχές του 1970, φαινόταν αρχικά σα μια μέθοδος ασφαλείας, αποτελεσματικότητας και διαθεσιμότητας και επιπλέον ένας τρόπος προς αποφυγή ψυχολογικών και θρησκευτικών ανησυχιών για την ασθενή και το γιατρό, όταν ο νόμος

περί εκτρώσεων ήταν περιοριστικός. Αρχικά ορίστηκε σαν μία μέθοδο που γινόταν τη 42η ημέρα μετά την τελευταία έμμηνο ρύση, τις περισσότερες φορές όμως γινόταν μετά τη 49η μέρα και αργότερα. Ωστόσο η μεγαλύτερη εμπειρία πάνω στη μέθοδο αυτή έδειξε αρκετά μειονεκτήματα. Επειδή η μέθοδος γινόταν πριν το TEST εγκυμοσύνης, σ'ένα ποσοστό 27-59% γινόταν σε ασθενείς που δεν ήταν έγκυος. Αποτυχίες, εξαιτίας συνεχιζόμενης εγκυμοσύνης ή ατελούς εγκένωσης βρέθηκαν σε υψηλά ποσοστά (11%-12%). Αυτό οδήγησε σ'ένα μάλλον λεπτομερή πρόγραμμα που περιελάμβανε ιστολογική εξέταση, ένα επαναλαμβανόμενο TEST εγκυμοσύνης, μια επαναλαμβανόμενη πυελική εξέταση και η απαίτηση ενός θετικού TEST εγκυμοσύνης πριν την μέθοδο. Επειδή όμως οι επιπλοκές ήταν πολλές εξαλείφθηκαν και τα τελευταία πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής.

Είναι γνωστό εδώ και 10 χρόνια ότι οι προσταγλανδίνες (PGS) επιδρούν εκτρωτικά στη πρώιμη διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά οι φυσικές PGS ($PGF_{2\alpha}$ ή PGE_2) χορηγούμενες ενδοφλέβια ή με μορφή κολπικών υποθέτων συνδυάζονται συχνά με πολλές γαστρεντερικές και άλλες παρενέργειες λόγω των αναγκαίων μεγάλων δόσεων για τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Η $PGF_{2\alpha}$ και PGE_2 σε δόσεις των 5 MG και 1,5 MG αντίστοιχα επιδρούν στην προκλητή έκτρωση με ένα αποδεκτό επίπεδο παρενεργειών, μόνο αν εγχυθούν στη μήτρα, και απαιτούν επαρκή προετοιμασία (μεπεριδίνη, ατροπίνη, διαζεπάμη). Ανάλογα των PG όπως ο μεθυλο-εστέρας του 15-μεθυλο- PGE_2 , 15-μεθυλο $PGF_{2\alpha}$, και 16, 16-διμεθυλο-τρανς- Δ^2 - PGE , μεθυλο-εστέρας, είναι επίσης δραστικά με ενδομήτρια έγχυση και απαιτούν λιγότερη προετοιμασία. Αλλά ο ενδομήτριος τρόπος εγκαταλείφθηκε εξαιτίας της επεμβατικής τους φύσεως και επειδή παρουσιάστηκε περισ-

σότερο επίπονος απ'ότι η εφαρμογή κολπικής προσταγλανδίνης ή η αναρρόφηση.

Τα F ανάλογα είναι περισσότερο δραστικά και συνδυάζονται με έντονες συχνά γαστρεντερικές διαταραχές που περιορίζουν τη γενική τους χρήση, όταν εφαρμόζονται με μη επεμβατικό τρόπο (κολπικώς ή ενδομυϊκώς).

Τα E ανάλογα προκαλούν λιγότερες γαστρεντερικές διαταραχές αλλά μέχρι πρόσφατα στερούνται σταθερότητας. Τα πιο σταθερά E ανάλογα όπως το 16-φαινοξυ-ω-17, 18, 19, 20-τετρανορ-PGE₂ μεθυλο-σουλφανυλαμίδα, 16, 16-διμεθυλο-τρανς-Δ²-PGE, μεθυλοεστερας και 9-δεοξο-16, 16-διμεθυλο-9-μεθυλαίνιο PGE₂, που χρησιμοποιήθηκαν ενδομυϊκά, με μορφή υποθέτων ή με τη μορφή πέσμων, φάνηκαν πολύ δραστικά (92-98% πλήρης εκκένωση) με παρενέργειες (έμετος, ναυτία) στα 40-50%. Ωστόσο, η ποσότητα αιμορραγίας (61,7 ML), η διάρκεια αιμορραγίας (1-2 εβδομάδες), η ανάγκη αναλγησίας ενώ η ασθενής βρίσκεται στο Νοσοκομείο (32-55%) και ο πυρετός (7% στους χρήστες του 9-μεθυλαίνιο PGE₂), συνέστησαν τον περιορισμό της μεθόδου.

Η PGS φαίνεται να είναι το μόνο εκτριωτικό που μπορεί να επιφέρει μητρική σύσπαση οδηγώντας στην αποκόλληση του πλακούντα στην πρώιμη εγκυμοσύνη. Η σύσπαση αυτή καθ'αυτή προκαλεί απελευθέρωση ενδογενών PGS οι οποίες αυξάνουν τη μητρική σύσπαση μέχρι να επιτευχθεί η εκκένωση της μήτρας. Από αυτό φαίνεται ότι συνδέεται με τη μητρική σύσπαση στη γέννα και την εγκυμοσύνη, παίζει ένα ρόλο σε κάθε έκτριψη που εφαρμόζεται με τέτοιες ποικίλες μεθόδους σαν καθαρτικό αλάτι ή άλλο υπερτονικό σκεύασμα, ριβανόλη και PG ανάλογα. Άλλα φάρμακα που μπορούν να επιφέρουν μητρική σύσπαση όπως

η οξυτοκίνη, θειϊκό άλας, παράγωγα της εργοταμίνης και κυνίνη, παράγουν μόνο <<παράξενα>> αποτελέσματα.

Η μετά τη συνουσία χρήση της διϋθουστιλβεστρόλης, των αντισυλληπτικών από το στόμα ή ενδομήτριων σκευασμάτων (IUDS) δεν λαμβάνονται υπόψη γιατί από ιατρική άποψη αυτοί οι μηχανισμοί δρουν πριν την εμφύτευσή της βλαστικής κύστης και έτσι δεν μπορούν να θεωρηθούν εκτρωτικά.

Περισσότερη έρευνα έχει γίνει στα αντιπρογεστερινοειδή. Η διακοπή της ωχρινοποιητικής λειτουργίας μπορεί να ολοκληρωθεί μέσω της αναστολής της πρώιμης ωχρινοτρόπου δραστηριότητας της ωοθήκης ή της βλαστικής κύστης όπως με σ-σοσοποίηση εναντίον της ανθρώπινης χορίας γοναδοτροπίνης ή μιάς από τις υπομονάδες της:

Μία άλλη αντιπρογεστερινοειδή προσέγγιση είναι η αναστολή των υποδοχέων της προγεστερόνης στο ενδομήτριο. Ένα τέτοιο παράγωγο, το RU-486, φαίνεται να είναι αποτελεσματικό σαν εκτρωτικό (61% τέλεια έκτρωση), καθώς και σαν ένα μηνιαίο αντισυλληπτικό χάπι. Αυτό είχε λιγότερες επιδράσεις αλλά επέφερε περιστασιακά μεγάλη αιμορραγία και ανάγκη για σπόξεση και μετάγγιση σε 2 από 37 ασθενείς. Το RU-486 ονομάστηκε <<αντικυοφορητικό>> από τον κατασκευαστή του. Η έρευνα όμως των ουσιών αυτών που μπορούν να επιδράσουν ενδομήτρια είναι ακόμα σε <<βρεφική ηλικία>>.

2. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ 8η-15η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Υπάρχει μεγάλη ομοφωνία στη χρήση των περισσότερων ειδικών τεχνικών για διακοπή εγκυμοσύνης στην 8η-15η εβδομάδα.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην 8η-15η εβδομάδα, η αναρρόφηση D και C και η μεταβλητή τους διαστολή και εκκένωση (D και E) επιβλήθηκαν σαν αδιαμφισβήτητες τεχνικές για διακοπή της εγκυμοσύνης. Μετά τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, κατ'ουσίαν όλες οι εκτρώσεις γίνονται με αναρροφητική απόξεση. Μεταξύ 13ης και 15ης εβδομάδας και 16ης και 20ης η D και E είναι η πιο συχνή τεχνική που χρησιμοποιείται. Η επέμβαση είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται σε εξωτερικούς ασθενείς. Η ασθενής εμφανίζεται στη μονάδα από νωρίς το πρωί έχοντας μείνει νηστική απ'την προηγούμενη νύχτα. Μετά από λήψη ιστορικού και μια φυσική εξέταση, παίρνεται απόφαση για την εισαγωγή ενός ή περισσότερων διαστολέων ή για το αν θα ακολουθήσει κατ'ευθείαν αναρροφητική απόξεση. Η χρήση των διαστολέων παρέχει επαρκή διαστολή ή διευκολύνει περισσότερες μηχανικές διαστολές του τραχήλου, αν χρειαστεί, και καθιστά την αναρρόφηση D και C γρηγορότερη και λιγότερη επώδυνη για την ασθενή και ιδιαίτερα για τη γυναίκα που δεν έχει τεκνοποιήσει. Ο αριθμός των διαστολέων που χρησιμοποιείται εξαρτάται από το μέγεθος του τραχηλικού σωλήνα. Οι διαστολείς παραμένουν τουλάχιστον 2 ώρες, κατά την διάρκεια των οποίων η ασθενής ενθαρρύνεται να μείνει στο κρεβάτι σε ύπτια θέση. Η χρήση των διαστολέων μειώνει τον κίνδυνο τραχηλικών τραυμάτων κυρίως στις άτεκνες γυναίκες.

Οι οσμωτικοί διαστολείς έχουν δείξει παρόμοια ότι μειώνουν τη δύναμη που χρειάζεται για τη διαστολή του τραχηλικού σωλήνα κατά την έκτρωση στο α' τρίμηνο ή στο β' τρίμηνο, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να απελευθερωθούν PGS στη μήτρα.

Αφού οι διαστολείς απομακρυνθούν και ο κόλπος προετοιμαστεί, ο τράχηλος πλάνεται με τη λαβίδα του JACOB'S (AMERICAN MEDICAL INSTRUMENT COMPANY, FLUSHING, NY). Αν απαιτείται πρόσθετη διαστολή, επιτυγχάνεται με μία ήπια εισαγωγή ενός διαστολέα PRATT (SKLAR MANUFACTURING COMPANY LONG ISLAND CITY, N.Y.) που το κωνιοειδές του σχήμα απαιτεί λιγότερη πίεση απ'ότι οι διαστολείς HEGAR (SKLAR MANUFACTURING COMPANY). Γίνεται η αναρρόφηση με ένα διαφανές αναρροφητήρα και ακολουθεί μία σύντομη οξεία απόξεση για την ολοκλήρωση της μεθόδου. Εάν δεν υπάρχουν ιατρικοί ή πρόβλημα συνεργασίας της ασθενούς τότε η μέθοδος εκτελείται με τραχηλικό BLOCK, με 10 ML υδροχλωρίου 0,5% η υδροχλωρικής πουπιβακαΐνης 0,25%, και γίνεται ενδοφλέβια ένεση διαζεπάμης 5MG και μεπεριδίνης 50 MG. Αν η ασθενής το ζητήσει και δεν αντενδείκνυται ένα 14D (ενδομήτριο εργαλείο) μπορεί να εισαχθεί. Είναι πάρα πολύ σπουδαίο για το χειρουργό να ελέγξει τον ιστό και να εξακριβώσει τη παρουσία του φθαρτού υμένα, του πλακούντα και των εμβρυϊκών τμημάτων. Όταν εξακριβωθούν τα εμβρυϊκά τμήματα, θα πρέπει να επαληθευτεί ότι όλα τα μέρη έχουν εκκενωθεί. Αν τα εμβρυϊκά μέρη δεν φαίνονται αλλά ο ιστός του πλακούντα αναγνωριστεί, η μητριαία κοιλότητα πρέπει να επανεξεταστεί εκτός και αν η εγκυμοσύνη είναι μικρότερη των 9 εβδομάδων, οπότε το έμβρυο δεν φαίνεται στις μισές περιπτώσεις. Εάν δεν φαίνονται οι λαχνες του πλακούντα η περίπτωση πρώιμης εγκυμοσύνης, εξωμήτριας κήσης, μη εγκυμοσύνης, αποτυχία συμπλήρωσης της έκτρωσης και διάτρησης πρέπει να ληφθεί υπόψιν. Μία τελική διάγνωση πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Ουσιώδη βήματα

στην αντιμετώπιση είναι μία επαναλαμβανόμενη πυελική εξέταση με μεγάλη προσοχή στα εξαρτήματα και μία επαναλαμβανόμενη εξέταση εγκυμοσύνης πριν την εξέταση.

Η μετάβαση από την αναρρόφηση D και C στην D και E είναι εμπειρική. Επιπλέον διαστολή απαιτείται για την χρησιμοποίηση μεγαλύτερων αναρροφητήρων (από 12 CM σε 14 CM). Αν οι αναρροφητήρες αποτύχουν να εκκενώσουν τα μέρη ή αν χρειαστεί χρησιμοποιούνται συνθλιπτικές λαβίδες για την κένωση της μήτριακής κοιλότητας. Η ωξυτοκίνη σπάνια χρησιμοποιείται και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρις ότου η διαστολή επιτευχθεί πλήρως ώστε τα εργαλεία να εισάγονται εύκολα στην μήτρα. Η ωριμότητα του τραχήλου, πριν την αναρρόφηση, με τη χρήση των PG ανάλογων, είναι δυνατή αλλά όχι πολύ πρακτική, ίσως όμως αξίζει να γίνει σε μία νέα πρωτότοκο με μικρό τράχηλο.

Η πρόληψη της ανοσοποίησης στις RH-αρνητικές γυναίκες με ανοσοσφαιρίνη δεν πρέπει να παραλείπεται.

3. ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ 16-24 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ

Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό αμφισβήτησης για το ποιά μέθοδο διακοπής της εγκυμοσύνης στη 16η-24η εβδομάδα είναι ασφαλέστερη, επιφέρει τις λιγότερες επιπλοκές, το πιο δεκτό τύπο επιπλοκών, το λιγότερο στρες στην ασθενή και στον εκτελεστή και είναι πιο οικονομική. Η συζήτηση αφορά την εκλογή μεταξύ της τεχνικής έγχυσης ουρίας-PG και της D και E μεθόδου.

Όλες οι τεχνικές έγχυσης έχουν παρόμοιες απαιτήσεις πριν την έγχυση του ειδικού αναλογου. Ένα πλήρες ιστορικό, μία φυσική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις γνωστοποιούν συστηματικές νόσους που μπορούν να αυξήσουν την αναμένουσα νοσηρότητα ή απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Αν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ ημερομηνίας και μεγέθους της μήτρας, ανωμαλία σχήματος της μήτρας, το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμο. Η τοποθέτηση πολλαπλών διαστολέων για τουλάχιστον 4 ώρες φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο τραυματισμού του τραχήλου και κάνουν μικρότερη τη διάρκεια της έκτρωσης.

Υπάρχει ένας αριθμός παραλλαγών στις τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την εκτέλεση διακοπής της εγκυμοσύνης με υπερτονικό διάλυμα αλατιού. Συνήθως 200 ML διαλύματος NaCl 20% εγχύεται αργά στην αμνιακή κοιλότητα δια κοιλιακώς σφού 100-200 ML αμνιακού υγρού απομακρυνθεί. Συνήθως ένα οξυτοκικό διάλυμα προστίθεται η μετά την έγχυση του NaCl η μία ώρα πριν. Η δόση ποικίλει από 40 μέχρι 332 MU/MINUTE Η διάρκεια της έκτρωσης φτάνει από 22 μέχρι 38 ώρες και ένας εναπομείνοντας πλακούντας συναντάται στο 13%-32% των ασθενών.

Κάμποσες παραλλαγές επίσης τεχνικών και πολλές PGS διατίθενται. Η πιο συχνή προσέγγιση είναι η ενδοαμνιακή έγχυση μιάς δόσης εφ'άπασε 40-50 MG $PGF_{2\alpha}$ ή η έγχυση 25 MG $PGF_{2\alpha}$ που επαναλαμβάνεται 6 ώρες αργότερα. Η χρήση του 15-METHYL $PGF_{2\alpha}$ και των ανάλογων του PGF_2 έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στην Σκανδιναβία με τρόπο ενδομυϊκό, ελεγχόμενο σύστημα έγχυσης στον κόλπο, κολπικά υπόθετα ή σαν ενδοτραχηλικά ή εξωαμνιακά GEL. Σε πολλούς διαφορετικούς τύπους, οι PGS φαίνεται όχι μόνο να προκαλούν μητρική σύσπαση αλλά διαστέλλουν επίσης τον τράχηλο. Αυτές φαίνονται να είναι δρα-

στικά εκτρωτικά. Τα υπόθετα είναι χρήσιμα στην περίπτωση ρήξης των μεμβράνων. Όταν η $PGF_{2\alpha}$ εγχύεται στην αμνιακή κοιλότητα δεν είναι ανάγκη να αποβληθεί το αμνιακό υγρό. Οξυτοκικό διάλυμα μπορεί προσεκτικά να προστεθεί αν η αποβολή δεν επέλθει ή αν ο πλακούντας δεν αποβληθεί μέσα σε δύο ώρες μετά την αποβολή του εμβρύου. Η μέση διάρκεια της έκτρωσης είναι 19-22 ώρες και ο πλακούντας παραμένει σε περισσότερο από το 1/3 των ασθενών. Εξαιτίας της υψηλής συχνότητας των επιπλοκών, κυρίως γαστρεντερικών η $F_{2\alpha}$ PGS και τα ανάλογα της χρησιμοποιούνται περισσότερο στην ενδοαμνιακή έγχυση. Τα Ε ανάλογα συνδέονται με λιγότερα γαστρεντερικά συμπτώματα αλλά συχνά προκαλούν υπερπυρεξία.

Η υπεροσμωτική ουρία έχει πολλά πλεονεκτήματα σχετικώς με την έγχυση υπερτονικού NaCl ή της PGF_2 . Η μέθοδος περιλαμβάνει την αφαίρεση 200 ML αμνιακού υγρού και στη συνέχεια έγχυση 80 MG ουρίας σε 135 ML DEXTROSE 5% (60% ουρίας στο διάλυμα). Το διάλυμα αυξάνεται με την έγχυση 5 MG PGF_2 μετά την ουρία. Προσπάθειες για τη χρησιμοποίηση διαλύματος οξυτοκίνης για την αύξηση της ενδοαμνιακής ουρίας ήταν αποτελεσματικές αλλά συνδέονταν με μεγαλύτερη διάρκεια της έκτρωσης και περισσότερα προβλήματα ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται σε ασθενείς με άσθμα ή με άλλες αντενδείξεις στη PGS. Η διάρκεια της έκτρωσης με ουρία- $PGF_{2\alpha}$ είναι μικρότερη (16-17 ώρες) αλλά το ποσοστό εναπομείνοντα πλακούντα είναι υψηλό (35%-46%). Επειδή είναι εμβρυοτοξική, η υπεροσμωτική ουρία δεν δημιουργεί το πρόβλημα της ζωντανής αποβολής. Γαστρεντερικές διαταραχές είναι λιγότερο συχνές απ'εκείνες

που προκαλεί η PGF_2 όταν χρησιμοποιείται μόνη της.

Κατά τη διάρκεια των περασμένων 10 χρόνων, υπήρξαν αυξανόμενες αποδείξεις ότι η αναρρόφηση, τροποποιώντας την απόσπαση μεγαλύτερου όγκου διαμέσου του τραχήλου, είναι αποτελεσματική και ασφαλής ακόμα και στην εγκυμοσύνη των 16 εβδομάδων και πάνω. Η D και E έχει βρεθεί ότι προκαλούν λιγότερες διαταραχές απ'ότι η έγχυση $NaCl$ και είναι σχετικά ασφαλέστερη. Η D και E φαίνεται επίσης ότι έχουν λιγότερες επιπλοκές απ'ότι η υπεροσμωτική ουρία, όταν εξετάζονται όλες οι εκτρώσεις β'τριμήνου. Αλλά αυτό το πλεονέκτημα υπάρχει κυρίως γιατί η D και E επιτρέπουν ένα μεγάλο αριθμό εκτρώσεων β'τριμήνου να γίνουν νωρίτερα (μεταξύ 13-16 εβδομάδων). Όταν οι επιπλοκές εξετάζονται για την περίοδο των 16-20 εβδομάδων, οι επιπλοκές της D και E και της ουρίας-PG είναι παρόμοιες.

Η τεχνική απαιτεί την τοποθέτηση πολλαπλών διαστολέων με συνεχόμενη αντικατάσταση αν η μέθοδος πραγματοποιείται σε εγκυμοσύνη 20 εβδομάδων. Η διαστολή του τραχήλου είναι απαραίτητη στην περίπτωση που χρειαστεί απόσπαση μεγάλων εμβρυϊκών τμημάτων. Ο εξοπλισμός της αναρρόφησης περιλαμβάνει αναρροφητήρες μεγέθους 12-16 CM. Για την υστερη D και E η αναρρόφηση είναι επίσης χρήσιμη στην εκκένωση του αμνιακού υγρού και στην απομάκρυνση μερών από το χαμηλότερο τμήμα της μήτρας που είναι περισσότερο προσιτά στις διάφορες λαβίδες. Η μέθοδος μπορεί να γίνει μέσα από τραχηλικό BLOCK με ή χωρίς ενδοφλέβια αναλγησία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ι. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΙΜΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Όπως κάθε χειρουργική μέθοδος, η αναρρόφηση D και C και D και E παρουσιάζει έναν αριθμό κινδύνων επιπλοκών. Έτσι θα πρέπει να ενημερώνεται η ασθενής ώστε να δίνεται περιεχόμενο στη συγκατάθεσή της.

Οι επιπλοκές έχουν κλασικά διαιρεθεί σε πρώιμες (μέσα σ'ένα μήνα μετά την έκτρωση) και ύστερες ή επαικλούθες (επερχόμενες μετά από ένα μήνα). Οι πρώιμες επιπλοκές μπορούν επίσης να διακριθούν στις άμεσες (κατά τη διάρκεια της έκτρωσης), όπως διάτρηση μήτρας, τραυματισμός του τραχήλου, αιμορραγία, επιπλοκές αναισθησίας και καθυστερημένες (κατά τη διάρκεια των επόμενων μερών, αλλά μέσα σ'ένα μήνα) όπως κατακράτηση κυοφορητικών ιστών, μόλυνση, φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή, κατάθλιψη. Μία διάκριση θα πρέπει να γίνει μεταξύ των επιπλοκών οι οποίες σφείλονται στη μέθοδο και σ'εκείνες που σχετίζονται με προϋπάρχουσες καταστάσεις ή ταυτόχρονες με την εγχείρηση. Οι προϋπάρχουσες επιπλοκές συχνά απαιτούν ειδική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης και ειδικής αναισθησιολογικής φροντίδας. Στο κατάλογο των προϋπαρχόντων επιπλοκών θα πρέπει να προστεθεί η υπερβολική παχυσαρκία εξαιτίας του προβλήματος που δημιουργεί τόσο στον αναισθησιολόγο όσο και στους γυναικολόγους. Η αναλογία των προϋπαρχόντων επιπλοκών είναι 4,2% , σύμφωνα με το πρωτότυπο πρόγραμμα για τη <<Μελέτη των Εκτρώσεων>> (I.P.S.A.) και αυξάνεται με την ηλικία, αριθμό τοκετών, συζυγική κατάσταση και ηλικία της εγκυμοσύνης.

Η θνησιμότητα μεταβάλλεται πολύ με την ηλικία της εγκυμοσύνης, όπως επίσης και το ποσοστό των επιπλοκών. Το ποσοστό θνησιμότητας στις Η.Π.Α. μεταξύ 1972 και 1980 κυμαίνονταν στο 0,4/100.000 σε εγκυμοσύνες 8 και λιγότερων εβδομάδων και 14/100.000 σε εγκυμοσύνες 21 και περισσότερων εβδομάδων. Κατά μέσο όρο η θνησιμότητα αυξάνεται κατά 30% με κάθε εβδομάδα εγκυμοσύνης που περνάει. Κατά προσέγγιση το ποσοστό θνησιμότητας στις 100.000 περιπτώσεις είναι ελαφρώς μεγαλύτερο του 1 στην 9η-10η εβδομάδα και γύρω στο 4 στις 13η-15η εβδομάδα.

Οι κυριώτερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με την έκτρωση, σύμφωνα με μία καταγραφή στις Η.Π.Α. είναι η μόλυνση (23%), εμβολή (23%), αιμορραγία (20%) και οι επιπλοκές από την αναισθησία (16%). Η μόλυνση της πυέλου με τρεις τουλάχιστον μέρες πυρετό στους 38°C και η αιμορραγία που απαιτεί μετάγγιση και έκτακτο χειρουργείο (λαπαροτομή, υστεροτομή, υστερεκτομή) εκφράζουν το 88% όλων των σοβαρών επιπλοκών. Οι σοβαρές επιπλοκές συνοδεύουν κάτι λιγότερο από 1% όλες τις εκτρώσεις και ποικίλουν από το χαμηλό ποσοστό του 0,5% στην 7η-8η εβδομάδα στο υψηλό ποσοστό των 2,1% στη 15η-16η εβδομάδα ('70-'71). Από το 1975 μέχρι το 1978 το εκτιμώμενο ποσοστό των σοβαρών πρώιμων επιπλοκών στις Η.Π.Α. έχει μειωθεί σε 0,5% το μικρότερο και 0,67 το μεγαλύτερο.

Μεταξύ των άμεσων επιπλοκών, η αιμορραγία, ο τραυματισμός του τραχήλου και η διάτρηση είναι ασυνήθιστα γεγονότα (1,2% στην 8η εβδομάδα και 3,6% στην 15η εβδομάδα και αργότερα). Η αιμορραγία αυξάνεται όταν η μέθοδος γίνει με γενική αναισθησία, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιηθούν παράγωγα που

προκαλούν χάλαση της μήτρας, όπως το αλοθάνιο. Παρόμοια η διάτρηση και ο τραυματισμός του τραχήλου συμβαίνει πιο συχνά κατά τη γενική αναισθησία παρά κατά τη τοπική. Ο κίνδυνος θανάτου επίσης από την νάρκωση ή άλλες αιτίες είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος κατά τη γενική αναισθησία σε σχέση με την τοπική. Αντίθετα ο κίνδυνος σπασμών είναι μεγαλύτερος κατά την τοπική αναισθησία.

Η διάτρηση της μήτρας και ο τραυματισμός του τραχήλου μπορεί να αποφευχθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση του χειρουργού, την αποφυγή υπερβολικής βίας και αναγνώριση της κατεύθυνσης του τραχηλικού σωλήνα με υπέρηχους. Η αντιμετώπιση της διάτρησης της μήτρας εξαρτάται από τη θέση του αναρροφητήρα στη μητριαία κοιλότητα, όταν αυτή συνέβει, το είδος των εργαλείων που την προκάλεσαν και η πιθανότητα διάτρησης άλλων σπλάχνων. Αν η κοιλότητα της μήτρας πρέπει να εκκενωθεί περισσότερο θα ήταν καλύτερο να γίνει κάτω από λαπαροσκοπικό έλεγχο. Το λαπαροσκόπιο είναι επίσης πολύ χρήσιμο στο περιορισμό της διάτρησης, της επερχόμενης αιμορραγίας και άλλων πιθανών βλαβών, όπως διάτρηση κύστης (το αίμα στα ούρα είναι ένα καλό σημάδι), δεν μπορεί όμως να αποκλείσει την διάτρηση εντέρου. Πολύ συχνά, η διάτρηση δεν απαιτεί άλλη θεραπεία παρά συνεχή παρακολούθηση, αλλά περιστασιακά η επίμονη αιμορραγία, η εκτεταμένη διάτρηση, ή βλάβες άλλων οργάνων απαιτούν λαπαροτομή και κατ'εξαίρεση υστερεκτομή. Τραύματα του τραχήλου θα πρέπει να ράβονται ακόμα κι αν η αιμορραγία είναι ελάχιστη.

Καθυστερημένες επιπλοκές είναι ελαφρώς πιο συχνές, 2,4% την 8η εβδομάδα και 5% την 15η εβδομάδα. Αυτές συμπεριλαμβάνουν αιμορραγία μετά την έκτρωση, κατακράτηση ιστών, αναι-

μία, μόλυνση και πυρετός αγνώστου αιτιολογίας. Η θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονική εμβολή, κατάθλιψη, ψύχωση και αυτοκτονία είναι τόσο σπάνια που είναι δύσκολο να προσδιοριστούν. Τα υπολείμματα του πλακούντα, η αιμορραγία μετά την έκτρωση, ο πυρετός και η πυελική μόλυνση, όλα αντιμετωπίζονται με την επανερεύνηση και εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας. Η ωξυτοκίνη και η μεθυλεργονοβίνη μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της αιμορραγίας και στην απομάκρυνση των τμημάτων που έχουν απομείνει. Αν ο πυρετός φτάσει στους 38°C πρέπει να χρησιμοποιηθούν αντιβιοτικά. Η αμπικιλίνη από το στόμα ή ενδοφλεβίως ή η πενικιλίνη μαζί με αμινογλυκοσίδη επιδρούν στη κολπική χλωρίδα. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν τη χρήση τετρακυκλίνης και περισσότερο δοξυκυκλίνης, προφυλακτικά, σαν ένα αποτελεσματικό εμπόδιο στη δημιουργία ενδομητριτιδας και πυελικής μόλυνσης.

Αποτυχία στη διακοπή εγκυμοσύνης συμβαίνει σε ποσοστό 0,5% αλλά η πιθανότητα θα πρέπει να παίρνεται υπόψιν. Είναι περισσότερο πιθανό να συμβεί στην έκτρωση που εκτελείται πριν από την 6η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Αδιάγνωστη εξωμήτρια κύηση και συνεχιζόμενη εγκυμοσύνη προλαμβάνεται με συχνή εξέταση ιστών που προέρχονται από την απόξεση και ένα επαναλαμβανόμενο TEST εγκυμοσύνης, όταν υπάρχει αμφιβολία. Η πρόιμη διακοπή της εγκυμοσύνης πετυχαίνει τη καλύτερη αναστολή όλων των επιπλοκών εκτός απ' εκείνες που σχετίζονται με την αναισθησία.

Τα μακροχρόνια επακόλουθα θα ληφθούν υπόψιν μετά από 16 εβδομάδες από τη διακοπή της εγκυμοσύνης, γιατί οι μακροχρόνιες επιπλοκές δεν μπορούν να διαφοροποιηθούν με την ηλικία της εγκυμοσύνης.

2. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

ΕΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ 2ου ΤΡΙΜΗΝΟΥ

Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την καθυστερημένη έκτρωση είναι πολύ υψηλότεροι από εκείνους που σχετίζονται με εκτρώσεις που εκτελούνται σε πρώιμη εγκυμοσύνη. Στην εγκυμοσύνη των 16-20 εβδομάδων ο κίνδυνος θανάτου είναι 25 φορές μεγαλύτερος απ'ότι στην εγκυμοσύνη μέχρι 8 εβδομάδων. Παρόμοια η νοσηρότητα σαφώς αυξάνεται κατά τη διάρκεια του β' τριμήνου σ'ένα ποσοστό 20% την εβδομάδα για μεγάλες επιπλοκές. Επίσης, επειδή ο τρόπος αντιμετώπισης είναι σχετικά αδύνατος, χρειάζεται μία ειδική μονάδα, όπου η επαναλαμβανόμενη πείρα δημιουργεί ένα ειδικό, εκπαιδευμένο προσωπικό. Στις μεθόδους έγχυσης, οι επιπλοκές φαίνονται να αυξάνονται με την παράταση της διάρκειας της έγχυσης-έκτρωσης με την ηλικία και τον αριθμό κυήσεων.

2α. ΑΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στις μεθόδους έγχυσης, συνήθως χρησιμοποιείται το διάστημα 48 ωρών, σαν ένδειξη αναγνώρισης αποτυχίας της έκτρωσης. Με την έγχυση του υπερτονικού NaCl, 1%-3% των ασθενών αποτυγχάνουν να κάνουν έκτρωση σε 48 ώρες και χρειάζονται επανέγχυση. Η ενδοαμνιακή έγχυση PG αποτυγχάνει στο 14%-18% των ασθενών. Η έγχυση ουρίας-PG είναι σχεδόν πάντοτε επιτυχής (< 1 αποτυχία). Αποτυχία έκτρωσης της D και E είναι υπερβολικά σπάνια. Ποσοστά εναπομείνοντα πλακούντα για τις 3 κύριες μεθόδους έγχυσης είναι:

NaCl : 13%-32%

PGF_{2α}: 33% - 41%

Ουρία-PGF_{2α}: 33% - 46%

Το ποσοστό εναπομείνοντα πλακούντα στη D και E μέθοδο είναι μικρότερο του 1%.

Σε ασθενείς με εναπομείνοντα πλακούντα για περισσότερο από 2 ώρες, ανύψωση της θερμοκρασίας ή αιμορραγία, συνιστάται D και C.

Στην έκτρωση-έγχυσης NaCl έχουμε 16% αιμορραγία. Ο κίνδυνος αιμορραγίας αυξάνεται μέχρι τις 20 εβδομάδες εγκυμοσύνης, οπότε αρχίζει να πέφτει. Η συχνότητα απώλειας αίματος 500 ML είναι σχεδόν 10% στη μέθοδο-έγχυσης ουρίας-PGF_{2α}. Συνήθως η έγχυση PG σχετίζεται με μεγαλύτερη αιμορραγία. Αιμορραγία κατά την έκτρωση μπορεί να προκληθεί από τον εναπομείνοντα πλακούντα, την ατονία ή διαταραχή πήξεως. Ο εναπομείνοντας πλακούντας εύκολα αντιμετωπίζεται με τη μέθοδο D και C και με D και E, με την αναδιερεύνηση της μητριάας κοιλότητας. Η ατονία θεραπεύεται με οξυτοκίνη ή μεθυλεργονοβίνη, ενδοφλέβια και περιστασιακά με μάλαξη της μήτρας. Η διαταραχή πήξεως φαίνεται ότι σχετίζεται με κάθε τύπο διακοπής εγκυμοσύνης αλλά συχνά εκτιμείται σε 8/100.000 στην αναρρόφηση D και C, 191/100.000 για την D και E και 658/100.000 στην έγχυση NaCl. Η διαταραχή πήξεως με διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη (DIC) έχει επίσης βρεθεί στις εκτρώσεις με έγχυση ουρίας-PG αλλά εμφανίζεται σε πολύ μικρότερη συχνότητα απ'ότι στην έγχυση NaCl.

Ο κίνδυνος θανάτου από αιμορραγία αυξάνεται με την ηλικία, την ηλικία της εγκυμοσύνης (πάνω από 20 εβδομάδες), ατελή έκτρωση και διάτρηση ή ρήξη της μήτρας. Οι γυναίκες που υπέστησαν μία διάτρηση ή ρήξη της μήτρας έχουν πιθανότη-

τα θανάτου από αιμορραγία 1000 φορές μεγαλύτερη απ' εκείνη των γυναικών χωρίς αυτά τα ατυχήματα. Η διάτρηση της μήτρας είναι μία μεγάλη αλλά σπάνια (3/1000) επιπλοκή της D και E. Τέτοιες διατρήσεις είναι συνήθως περισσότερο σοβαρές απ' ό- τι στο α' τρίμηνο και μερικές φορές σχετίζονται με εκτετα- μένη αιμορραγία. Χρησιμοποιείται ο τρόπος αντιμετώπισης που εφαρμόζεται και στην εγκυμοσύνη των 8-15 εβδομάδων, αλ- λά η λαπαροσκόπηση είναι δύσκολη και η λαπαροτομή ακόμα πιο δύσκολη. Οι διατρήσεις είναι υπερβολικά σπάνιες στις μεθόδους έγχυσης.

Ο τραυματισμός τραχήλου είναι σχετικά επιπλοκή (3%) της ενδοαμνιακής έγχυσης της PG και της ουρίας-PG. Η χρήση των διαστολέων μειώνει τη συχνότητα αυτής της επιπλοκής σε πο- σοστό < 1%. Επειδή αυτά τα τραύματα σπάνια αιμορραγούν συ- νήθως δεν γίνονται αντιληπτά εκτός και αν ο τράχηλος εξε- τάζεται πριν αρχίσει η εκκένωση. Όταν ανακαλυφθεί θα πρέ- πει να αντιμετωπιστεί μετά την αφαίρεση των νεκρών ιστών. Τραυματισμοί του τραχηλικού σωλήνα είναι σπάνιοι (1%) αλλά πολύ επικίνδυνοι κατά την D και E ή μερικές μέρες αργότε- ρα εξαιτίας της περιστασιακής σοβαρής αιμορραγίας η οποία απαιτεί κοιλιακή ή κολπική συραφή και εγκαίρως απολίνωση των μητριαίων αγγείων της υπογάστριας αρτηρίας. Μερικές φο- ρές η υστερεκτομή είναι η μόνη εναλλακτική λύση. Η ρήξη ή η διάτρηση της μήτρας παρουσιάζεται συχνά στο 71% των α- σθενών που πεθαίνουν από αιμορραγία.

2β. ΕΜΜΕΣΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι διαφορετικοί ορισμοί που χρησιμοποιούνται σε ποικί- λες μελέτες καθιστούν τα ποσοστά μόλυνσης δύσκολα στη σύγ-

κριση.

Για τη μέθοδο-έγχυσης NaCl αναφέρονται τα ακόλουθα ποσοστά: μόλυνση 2,5%, αιμορραγία και μόλυνση 3,9%, πυρετός 3,4%. Παρόμοια ποσοστά μόλυνσης έχουν βρεθεί στις ασθενείς που υπέστησαν έκτρωση-έγχυσης ουρίας-PG. Ο κίνδυνος μόλυνσης αυξάνεται με τη παράταση της διάρκειας της έκτρωσης με έγχυση.

Στη D και E ο κίνδυνος πυρετού είναι περίπου 1% και ενδομητρίτιδας μικρότερος των 10%. Αν το διάστημα μεταξύ έγχυσης και έκτρωσης παραταθεί μέχρι 24 ώρες, δίνονται στις ασθενείς προφυλακτικά αντιβιοτικά (κεφαλοθίνη). Αν η χωριοαμνιονιτίδα γίνει προφανής, συνήθως χρησιμοποιείται ένα ευρέως φασματος αντιβιοτικό όπως αμπισιλλίνη με ή χωρίς αμινογλυκοσίδη. Έχει αναφερθεί ένα περιστατικό χωριοαμνιονιτίδας με κλωστρη δια αεριογόνου γάγγραινας που απαίτησε υστερεκτομή εκτός της μεγάλης δόσης αντιβιοτικών. Έχει αναφερθεί επίσης ότι 4 στις 150 ασθενείς χρειάστηκε να επανεισαχθούν στο Νοσοκομείο μετά από έκτρωση με ουρία-PG, δύο για αιμορραγία και 2 για μόλυνση. Με αυτή την αλληλουχία 6 ασθενείς χρειάζονται θεραπεία για μόλυνση σε εξωνοσοκομειακή βάση και 5 ασθενείς χρειάζονται θεραπεία για αιμορραγία. Με αυτά τα δεδομένα το ποσοστό μόλυνσης βρίσκεται κατά προσέγγιση στο 6% και της αιμορραγίας κοντά στο 4,5%.

Στις 14.000 ασθενείς που έκαναν έκτρωση με NaCl οι επιπλοκές μόλυνσης φάνηκαν να είναι μεγαλύτερες, σχεδόν 10% και της αιμορραγίας επίσης μεγαλύτερες.

Οι μέθοδοι D και E φαίνονται να σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά μόλυνσης, συμπεριλαμβανομένης και της μόλυνσης του ουροποιητικού, και λιγότερη αιμορραγία.

2γ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η έγχυση υπερτονικού NaCl σχετίζεται με ειδικά ατυχήματα και έχει μία σαφώς υψηλή συχνότητα κοινών επιπλοκών. Ο ξαφνικός θάνατος από υπερνατριαιμία και νέκρωση του μητρικού τοιχώματος στο σημείο της έγχυσης, ανήκει στη πρώτη κατηγορία. Διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη (DIC) και δηλητηρίαση με νερό ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία των επιπλοκών. Η υπερνατριαιμία πιθανόν οφείλεται στην ενδοαγγειακή έγχυση του υπερτονικού NaCl. Αυτό ίσως οδηγήσει σε άμεσο COLLAPSUS ή σε εγκεφαλικό οίδημα ακολουθούμενο από σπασμό, υποξία και καταστολή της λειτουργίας ενός από τα ζωτικά όργανα. Ωστόσο αυτή η επιπλοκή είναι σπάνια (1στις 14.000). Η εκτεταμένη χρήση της οξυτοκίνης έχει επίσης οδηγήσει σε υπονατριαιμία και απαιτεί έναν προσεκτικό καθορισμό των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων ηλεκτρολυτών κάθε 12 ώρες. Βασικά αυτή η τεχνική αν και είναι αποτελεσματική, μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές απειλητικές για τη ζωή. Μία πιθανή εναπομείνουσα ένδειξη είναι η προηγούμενη καισαρική τομή η άλλη ουλή στη μήτρα.

Η PGS χορηγούμενη μόνη της έχει πολλές ελλείψεις. Σχετίζεται με ένα μεγάλο ποσοστό γαστρεντερικών παρενεργειών (εμέτους 70%, διάρροια 5-10%). Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου και η συχνότητα του εναπομείνοντα πλακούντα είναι ψηλό. Η αποβολή ζωντανού εμβρύου δεν είναι σπάνια. Σε περίπτωση, επίσης, απρόσεκτης ενδοαγγειακής έγχυσης, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σοβαρό πονοκέφαλο, έξαψη, ζάλη ή εμέτους. Η επιπλοκή συνήθως αντιμετωπίζεται εγκαίρως και δεν φαίνεται να αφήνει επακόλουθα αλλά έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις ξαφνικού θανάτου.

Η ουρία-PG παρουσιάζει ένα μικρότερο χρονικό διάστημα έκτρωσης αλλά είναι περισσότερο εμβρυοτοξικό. Γαστρεντερικές επιπλοκές είναι λιγότερο συχνές απ'εκείνες που συναντάμε στη PG. Οι κίνδυνοι της ενδαγγειακής έγχυσης και της διαταραχής της πήξεως φαίνονται λιγότερο σοβαρές αλλά το ποσοστό ατελούς έκτρωσης είναι υψηλό (35-46%) και απαιτεί την παρουσία καλά εκπαιδευμένου προσωπικού. Ο κίνδυνος μεγάλων επιπλοκών είναι μικρότερος με την ουρία-PG απ'ότι με την έγχυση υπερτονικού NaCl.

Η D και E προσφέρουν τη δυνατότητα διακοπής της εγκυμοσύνης μεταξύ 13ης και 16ης εβδομάδας με σχετική ασφάλεια γι'αυτή την ηλικία της εγκυμοσύνης. Μετά την 16η εβδομάδα και μέχρι την 20η όμως δεν φαίνεται ασφαλέστερη από την ουρία-PG. Μετά την 20η δε, η έγχυση ουρίας-PG είναι πιθανόν ασφαλέστερη.

Η D και E είναι λιγότερο ακριβή και φυσιολογικά και συναισθηματικά ευκολότερη για την ασθενή.

3. ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Οι επιπλοκές της έκτρωσης που συμβαίνουν μετά από ένα μήνα ταξινομούνται στις ύστερες επιπλοκές. Δύο πρόσφατες μελέτες αφορούν το πρόβλημα στειρότητας της έκτρωσης. Μία μελέτη στις Η.Π.Α. δείχνει ένα όχι αυξανόμενο κίνδυνο σαλπγγικής στειρότητας σε γυναίκες που είχαν κάνει μία ή περισσότερες εκτρώσεις. Μία άλλη μελέτη δεν φανέρωσε καμμία απόδειξη μείωσης της πιθανότητας σύλληψης μετά από μία έκτρωση, αλλά ανέφερε ένα αριθμό εξωμητρίων κυήσεων σαν ένα

σοβαρό θέμα για επιπλέον μελέτη. Αναφέρονται επίσης 3 σοβαρές αλλά σπάνιες επιπλοκές της έκτρωσης που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο τη μελλοντική υγεία αναπαραγωγής: υστερεκτομή, πνευλική φλεγμονώδης νόσος και RH ισοανοσοποίηση.

Υπάρχουν ωστόσο επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι είναι απίθανη η σχέση μεταξύ α'τριμήνου έκτρωσης και μελλοντικής αποτυχίας της αναπαραγωγής, και αν ακόμα υπάρχουν κίνδυνοι, αυτοί είναι μικροί. Παραμένει όμως να εξακριβωθεί η επίδραση πολλαπλών εκτρώσεων και η επίδραση των εκτρώσεων β'τριμήνου στη γονιμότητα.

4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΛΗΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.

Όπως ήδη έχει ειπωθεί, οι προκλητές εκτρώσεις, πλην των άμεσων επιπλοκών είναι δυνατόν να δημιουργήσουν και άλλες διαταραχές οι οποίες έχουν σχέση τόσο προς τη σωματική όσο και προς τη ψυχική υγεία της γυναίκας. Μπορεί να είναι πολύ μικρό το ποσοστό γυναικών που καθίστανται στειρές μετά από προκλητή έκτρωση, ωστόσο καλό θα ήταν να λάβουμε υπόψιν μας και την περίπτωση επίδρασης των προκλητών εκτρώσεων στην πορεία των επόμενων κυήσεων και τοκετών.

Μελέτες που έγιναν απέδειξαν τα παρακάτω:

1. Στατιστικώς σημαντική τάση αυξήσεως της συχνότητας των αιμορραγιών κατά την κύηση αναλόγως του αριθμού των προηγούμενων εκτρώσεων.

2. Αύξηση του ποσοστού της πρώιμης ρήξης του θυλακίου. Συγκεκριμένα, αποδείχτηκε ότι επέρχεται ρήξη του θυλακίου

48 ώρες και πλέον προ του τοκετού σε έγκυους με προηγούμενες εκτρώσεις σε σχέση με έγκυους άνευ ιστορικού εκτρώσεων.

3.Αυξημένη συχνότητα προωρότητας (διπλασία και τριπλασία) σε γυναίκες μετά από προηγούμενα προκλητή έκτρωση.

4.Στατιστικώς σημαντική αύξηση των ανώμαλων προβολών του εμβρύου (όπως εγκάρσια θέση και προσωπική προβολή) οι οποίες απαιτούν διορθωτικούς χειρισμούς από το γιατρό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

Α. ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Μια έγκυος οδηγείται στην έκτρωση είτε εκούσια είτε υποκύπτοντας στη θέληση άλλων. Συνήθως η έκτρωση δεν είναι ούτε απόλυτα εκούσια ούτε απόλυτα ακούσια. Ανεξάρτητα από το βαθμό συμμετοχής της βούλησης της για έκτρωση, η έγκυος βιώνει μία έντονη ψυχοσύγκρουση που της δημιουργεί συχνά μια κατάσταση έντονου STRESS. Για να κατανοηθούν οι μηχανισμοί δημιουργίας της ψυχοσύγκρουσης αυτής θα πρέπει να εξεταστούν οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση και η υφή της ίδιης της ψυχοσύγκρουσης. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες διαμορφώνουν την τελική απόφαση για έκτρωση. Συνήθως μερικοί απ' αυτούς συνυπάρχουν.

Γυναίκες που οδηγούνται στην έκτρωση κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες:

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

πιο προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και παρουσιάζουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Εξ'άλλου κοπέλες που έχουν συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένειά τους εμφανίζουν συνήθως ελαφρότερη ψυχοπαθολογία.

β. 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 έκτρωση. Αντίθετα αναφέρεται ότι τυχόν εγκυμοσύνη κατά κανόνα προκαλεί ανάδυση αγχώδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι συχνά με την έκτρωση ζητούν και στείρωση που θα τις απαλλάξει από τη <<βιομηχανία παιδιών>>.

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

δ. Άρνηση μητρότητας: Μερικές γυναίκες έχουν ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις 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 έκτρωση χωρίς αξιόλογη αμφιθυμία, εκτός

αν η εγκυμοσύνη λειτουργεί σαν σήμα θηλυκότητας που τους επιβάλλει κατά κάποιο τρόπο τη ταυτότητα του φύλου τους.

ε. Αποφυγή ή αποτυχία αντισύλληψης: Ο συχνότερος λόγος κατάφυγής σε έκτρωση είναι η μη χρησιμοποίηση ή η 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 μιάς προηγούμενα επιτυχημένης αντισυλληπτικής μεθόδου συχνά συμπίπτει με κάποια αλλαγή των συνθηκών της ζωής της γυναίκας και μπορεί να οφείλεται σε ασυνείδητη επιθυμία εγκυμοσύνης. Μερικές γυναίκες σε κρίσιμες περιόδους της ζωής τους (αλλαγή της οικονομικής τους κατάστασης, επαγγελματική αποτυχία, απομάκρυνση συζύγου κ.λπ.) μπορεί να καταφύγουν συνειδητά ή ασυνείδητα στην εγκυμοσύνη ζητώντας ένα μέσο επιβεβαίωσης του Εγώ τους. Έτσι προσπαθούν να χειριστούν το άγχος ή τη κατάθλιψη που τους προκαλούν οι συνθήκες της ζωής τους. Αυτές οι γυναίκες πολύ συχνά προσέρχονται για έκτρωση, αν και η έκτρωση δεν μπορεί να είναι τίποτε περισσότερο από μερική μόνο αντιμετώπιση της όλης κατάστασης.

στ. Σωματική ή ψυχική νόσος: Γυναίκες με σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο συχνά παραπέμπονται στο γυναικολόγο από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν με ένδειξη διακοπής της εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι οι γυναίκες αυτές που αναγκάζονται να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους (τις περισσότερες φορές χωρίς να το θέλουν) εμφανίζουν συχνότερα ψυχολογικές αντιδράσεις. Έτσι αναφέρεται ότι το 92% των έγκυων που μετά από αμνιοκέντηση έκαναν έκτρωση για τη 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 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 αυτόμορφης με αφορμή την έκτρωση. Γι' αυτό, η επέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη ψυχιατρική αντιμετώπιση φαρμακευτική ή ψυχοθεραπευτική.

ζ.Εξαναγκασμός από τρίτους: Πολλές φορές οι έγκυες δεν επιθυμούν την διακοπή της εγκυμοσύνης αλλά υποκύπτουν σε πιέσεις από τους γονείς, το σύζυγο, τον ερωτικό σύντροφο 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.

Β.ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Από την ίδια τη φύση της η ψυχοσύγκρουση που αφορά την έκτρωση συμβαίνει κατά κανόνα σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα: το ατομικό, το συζυγικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό.

Σε ατομικό επίπεδο: συγκρούεται 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 ι-

διαίτερα έντονες σε γυναίκες με αυστηρές θρησκευτικές αρχές. Σε τέτοιες περιπτώσεις, εκμυστήρευση του διλήμματος σε φιλικό πρόσωπο που ακολουθεί παρόμοια σύστημα ηθικών αξιών ή σ'ένα θρησκευόμενο 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 ερωτικού συντρόφου οι αντίστοιχες συγκρούσεις αφορούν την αποδοχή της πατρότητας και εξαρτώνται από την προσωπικότητα του, τυχόν παρουσία ψυχοπαθολογίας, τις ηθικές και θρησκευτικές του αρχές, τα συναισθήματα του προς την έγκυο και την προσωπική αξία που έχει για αυτόν η εγκυμοσύνη. Μερικές φορές ο υποψήφιος πατέρας δεν πληροφορείται ούτε την εγκυμοσύνη, ούτε την απόφαση της γυναίκας για έκτρωση. Όταν όμως ενημερωθεί μπορεί να επηρεάσει αποφασιστικά την έκβαση της εγκυμοσύνης μέσα από το όλο πλέγμα των διαπροσωπικών του σχέσεων με την έγκυο. Η σταθερότητα της στάσης του και η συνεργασία του προ και κατά την έκτρωση, θεωρούνται θετικά στοιχεία για τη πρόληψη της ψυχολογικής αντίδρασης της γυναίκας στην έκτρωση.

Η ψυχοσυναλλαγή της εγκύου σε ό,τι αφορά την έκτρωση δεν περιορίζεται συνήθως μόνο στο σύζυγο ή στον ερωτικό σύντροφο αλλά 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 συνοψίσει τις συγκρούσεις στο οικογενειακό-κοινωνικό επίπεδο σαν την αντιπαράθεση μιάς συντηρητικής δύσκαμπτης στάσης που προϋποθέτει εμμονή σε <<απόλυτες ηθικές επιταγές>> και μιάς πιο φιλελεύθερης-απροκατάλληπτης προσέγγισης που εξασφαλίζει συνεκτίμηση και παροδοχή των διαφόρων πλευρών μιάς πραγματικότητας.

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

Γ. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Ο μύθος των σοβαρών συναισθηματικών επακόλουθων της έκτρωσης που είχε στηριχθεί σε μεμονωμένα περιστατικά πριν από τη δεκαετία του 60 έχει καταπέσει. Ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, η ψυχοπαθολογία μετά την έκτρωση χαρακτηρίζεται από μάλλον ήπια ενοχή και κατάθλιψη και υποχωρεί συνήθως σε 1-2 εβδομάδες ή το πολύ σε 3-6 μήνες μετά την έκτρωσις. Προφανώς μέσα σε 1-2 εβδομάδες οι περισσότερες

γυναίκες έχουν αναπτύξει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που τις απαλλάσσουν από την ελαφρά ψυχοπαθολογία που ακολουθεί την έκτρωση. Σοβαρότερη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κατά κανόνα γυναίκες με ιστορικό ψυχικής πάθησης, στις οποίες μπορεί να παρουσιαστεί έξαρση της προϋπάρχουσας συμπτωματολογίας.

Μελέτες σε χώρες που έχουν φιλελευθεροποιήσει τις εκτρώσεις έδειξαν έντονη αντιδραστική ψυχοπαθολογία σε γυναίκες που ζήτησαν νόμιμη έκτρωση και δεν τους επετράπη, ανεξάρτητα από το αν κατέφυγαν αργότερα σε παράνομη έκτρωση ή αν περάτωσαν την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης σε παιδιά που γεννήθηκαν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είτε δόθηκαν για υιοθεσία, είτε όχι, παρατηρήθηκε συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά, αλκοολισμός, χαμηλότερη επίδοση στα μαθήματα, απαλλαγή από το στρατό και μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας και ψυχιατρικής φροντίδας.

Γυναίκες που κάνουν νόμιμη έκτρωση την οποία επιθυμούν επιβαρύνονται ψυχολογικά λιγότερο. Το 95% των γυναικών που έκαναν νόμιμη και επιθυμητή έκτρωση, δήλωσε ότι αυτή ήταν η καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το ήμισυ και πλέον των γυναικών δήλωσαν ότι μετά την έκτρωση αισθάνθηκαν καλύτερα.

Δ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Οι θέσεις της Ψυχιατρικής πάνω σ' αυτό το θέμα συγκλίνουν στη φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων και στη νομική κατοχύρωση του δικαιώματος κάθε γυναίκας να αποφασίζει αν και πότε θα γίνει μητέρα. Μόνο όταν η διαδικασία της έκτρωσης

είναι απροκάλυπτα αποδεικτό θα μπορεί να γίνει ανοιχτή συζήτηση με τον γιατρό και διερεύνηση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των εκτρώσεων, επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις θα βρίσκονται άλλες προσφορότερες λύσεις. Άλλωστε η δυνατότητα για παρόμοιες συζητήσεις προάγει την εφαρμογή και άλλων μεθόδων για αποτελεσματικότερη αντισύλληψη.

Μια ανοιχτή συζήτηση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχосύγκρουσης και του άγχους που προηγούνται της επέμβασης, αλλά και της ενοχής και της κατάθλιψης που ακολουθούν. Βάσει των παραπάνω, η φιλελευθεροποίηση των εκτρώσεων, σύμφωνα με την Ψυχιατρική, θα οδηγήσει ουσιαστικά σε πρόληψη της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την έκτρωση.

Σε ατομικό επίπεδο το κύριο βάρος της αντιμετώπισης, Ιατρικής και ψυχολογικής, πέφτει στο γυναικολόγο. Ο γυναικολόγος θα πρέπει να προβαίνει σε αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση κάθε περίπτωσης και να βοηθά τη γυναίκα να πάρει μόνη της την απόφαση για την έκτρωση. Συνήθως η ερώτηση που τίθεται δεν είναι αν πρέπει να γίνει η διακοπή της εγκυμοσύνης, αλλά με ποιό τρόπο η διαδικασία θα γίνει λιγότερο ψυχотραυματική. Είναι απαραίτητο για το γιατρό να καταλάβει τι σημαίνει για τη συγκεκριμένη γυναίκα η εγκυμοσύνη και τι αντιπροσωπεύει γι' αυτήν η έκτρωση. Θα πρέπει να της δοθεί η ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της και τις προσδοκίες της. Ακόμα μπορεί να είναι χρήσιμη η συνάντηση με τρίτα πρόσωπα (το σύζυγο, τους γονείς κ.α.) βέβαια μόνο εφόσον η γυναίκα συγκατατεθεί προηγούμενα σ' αυτή. Σε ορισμένες περιπτώσεις που μετά από την πρώτη εκτίμηση, γίνεται φανερό μία έντονα αμφιθυμη στάση της γυναίκας ή του περιβάλλοντός

της για την έκτρωση είναι σκόπιμο να γίνεται επανεκτίμηση, μετά 1-2 εβδομάδες. Αυτό το διάστημα βοηθά συχνά τη γυναίκα να αποκρυσταλλώσει τη συναισθηματική της στάση απέναντι στην έκτρωση και τα υπόλοιπα προβλήματα γύρω απ' αυτήν.

Στον ψυχίατρο πρέπει να παραπέμπονται μόνο γυναίκες με έντονα ψυχιατρικά προβλήματα και ιδίως γυναίκες με σχιζοφρενική ψύχωση, με σοβαρή κατάθλιψη και τάσεις αυτοκαταστροφής. Η διαδικασία που προβλέπεται από πολλές νομοθεσίες και εξασφαλίζει απαραίτητα εκτίμηση από ψυχίατρο πριν από κάθε έκτρωση, στην πράξη έχει γίνει γραφειοκρατική τυπικότητα. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι είναι περισσότερο επιβλαβής για τη γυναίκα, γιατί της καλλιεργεί την εντύπωση ότι έχει κάνει κάτι παράλογο με αποτέλεσμα να ενισχύεται το αίσθημα ενοχής της.

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΜΕΛΕΤΕΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μία αναφορά σε μελέτες που έχουν γίνει στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.. Οι μελέτες αυτές εξετάζουν το πρόβλημα των εκτρώσεων σε διάφορους τομείς.

α. ΜΕΛΕΤΗ ΒΙΟΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΩΝ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΗΣ
ΕΚΤΡΩΣΗΣ.

Οι 117 (45%) από τις 263 γυναίκες γερμανικής εθνικότητας που υπέστησαν εκτρώσεις στο πρώτο τέταρτο του 1982, εξετάστηκαν πριν την έκτρωση καθώς επίσης και ένα χρόνο αργότερα. Όσον αφορά την ηλικία, συζυγική κατάσταση και τον αριθμό παιδιών που λήφθηκαν υπόψιν, αυτές οι γυναίκες δεν διέφεραν χαρακτηριστικά από το υπόλοιπο 55%. Ένα χρόνο αργότερα συγκετρώθηκαν πληροφορίες για τη συναισθηματική προσαρμογή των γυναικών, με χρήση ερωτηματολογίου που αφορούσε αισθήματα ενοχής και απώλειας και προσωπικών αναφορών για την πορεία προσαρμογής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 79% των γυναικών προσαρμόστηκαν χωρίς κανένα πρόβλημα, το 14% βρισκόταν ακόμα σε συναισθηματική διαταραχή και το 7% σε μία κατάσταση σοβαρής συναισθηματικής κατάπτωσης ακόμα και στην καθημερινή τους λειτουργία. Το 21% των γυναικών που είχαν προβλήματα προσαρμογής ήταν επίσης περισσότερο δυσαρεστημένες και πριν την έκτρωση. Ένα χρόνο αργότερα βρισκόταν επίσης σε μεγαλύτερη κατάθλιψη από κάθε άλλη γυναίκα και περισσότερο δυσαρεστημένες με τη ζωή τους καθώς και με τη σεξουαλική τους ζωή. Αυτές είχαν τη μεγαλύτερη αμφιβολία για το αν πήραν τη σωστή απόφαση, δείχνοντας μικρότερη ροπή

για μία επιπλέον έκτρωση και αναφέροντας τα δυνατότερα με-
τεκτριωτικά αισθήματα ενοχής.

Χαρακτηριστικά που συνδέονται με τέτοιες συναισθημα-
τικές διαταραχές είναι η κατώτερη κοινωνική τάξη, δύσκολη
οικονομική κατάσταση, η έλλειψη ψυχικής διαφοροποίησης με-
ταξύ SEX και αναπαραγωγής, έλλειψη συντρόφου ή αρνητική σχέ-
ση με το σύντροφο ή διαφωνία μεταξύ τους, ιδιαίτερα στην πε-
ρίπτωση που ο σύντροφος επιθυμούσε περισσότερο την έκτρωση
απ'ότι η γυναίκα.

β. ΜΕΛΕΤΗ: ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΝΟΥΝ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Οι περισσότερες ασθενείς που απάντησαν σε μία έρευνα
για τις εκτρώσεις, που έγινε στις Η.Π.Α. το 1987, είπαν ό-
τι περισσότεροι από ένας λόγος συνέτρεξαν στην απόφασή
τους να κάνουν έκτρωση. Οι αιτίες ήταν περίπου 4. Τα 3/4
είπαν ότι το να έχουν ένα παιδί θα δημιουργούσε πρόβλημα
στη δουλειά τους, στο σχολείο ή σε άλλες υπευθυνότητες. Πε-
ρίπου 2/3 είπαν ότι δεν είχαν τα εφόδια για να ζήσουν ένα
παιδί και οι μισές είπαν ότι δεν ήθελαν να είναι ο μονα-
δικός γονιός ή είχαν προβλήματα σχέσεων.

Μία ανάλυση της έρευνας έδειξε ότι από τις έφηβες
μέχρι 18 χρόνων το 32% είπε ότι δεν αισθάνονταν αρκετά ώρι-
μες να μεγαλώσουν ένα παιδί και το 19% ότι οι γονείς τους
ήθελαν να κάνουν έκτρωση. Το 17% των ανύπαντρων γυναικών
διάλεξαν την έκτρωση για να εμποδίσουν τους άλλους να μά-
θουν ότι είχαν σεξουαλική ζωή ή ότι έμειναν έγκυος. Από τις
γυναίκες που έκαναν έκτρωση στη 16η εβδομάδα και πάνω της
εγκυμοσύνης τους, το 7% αποδίδουν τη καθυστέρηση στο ότι

δεν είχαν αντιληφθεί ότι ήταν έγκυος ή δεν γνώριζαν την πραγματική ηλικία της εγκυμοσύνης τους. Σχεδόν οι μισές καθυστέρησαν επειδή είχαν προβλήματα στο να κανονίσουν μία έκτρωση, συνήθως επειδή χρειάζονταν χρόνο για να συγκεντρώσουν τα χρήματα. Το 1/3 δεν έκανε έκτρωση νωρίτερα επειδή φοβούνταν να πουν στο σύντροφό τους ή στους γονείς τους ότι είναι έγκυος. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι γυναίκες που καθυστέρησαν εξαιτίας των παραπάνω λόγων ήταν κάτω των 18 ετών.

Υ.ΜΕΛΕΤΗ: ΩΡΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Για τη περίπτωση του αν οι μέθοδοι της πρώιμης έκτρωσης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πιο συχνά ή αν θα πρέπει να αποφεύγονται, μία έρευνα έγινε στη Στοκχόλμη το 1982. 120 γυναίκες που ζήτησαν έκτρωση, ερωτήθηκαν σχετικά με το χρόνο που χρειάστηκαν για να αποφασίσουν να κάνουν έκτρωση. 72% των γυναικών αποφάσισαν να προχωρήσουν στην έκτρωση αμέσως μόλις έμαθαν για την εγκυμοσύνη τους. Το 66% αποφάσισαν πριν το τέλος της 8ης εβδομάδας.

Οι περισσότερες (84%) συζήτησαν την απόφασή τους με τον μελλοντικό πατέρα, ωστόσο το 54% δήλωσαν ότι είχαν πάρει την απόφασή να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους λίγο πολύ μόνες τους.

Αυτή η μελέτη έδειξε ότι οι μέθοδοι πρώιμης έκτρωσης μπορεί να είναι ωφέλιμοι για πολλές γυναίκες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο συχνά. Όλες όμως θα πρέπει να έχουν μία ευκαιρία να συζητήσουν την απόφασή τους προσεκτικά πριν την έκτρωση.

Β. ΜΕΛΕΤΗ: ΠΡΟΚΛΗΤΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ: ΑΠΟΦΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Αυτή η μελέτη δίνει σημασία στην προεγκριτική συνάντηση: στο τι έκταση ιατρικής πληροφόρησης παρέχεται και σε τι έκταση παίρνει μέρος το προσωπικό υγείας στην απόφαση σχετικά με την έκτρωση.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού χρόνου του 1983, 405 γυναίκες ζήτησαν έκτρωση στο Γυναικολογικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του TRONDHEINI στη Νορβηγία. Το 95% των γυναικών είχαν μία προεγκριτική επίσκεψη στον γιατρό. Το 44% περίπου των γυναικών πληροφορήθηκαν σχετικά με την χειρουργική μέθοδο ενώ μόνο 26% των γυναικών πληροφορήθηκαν σχετικά με τις πιθανές ιατρικές επιπλοκές.

Με την άφιξή τους στο Νοσοκομείο για να γίνει η έκτρωση το 53% των γυναικών ζήτησαν πληροφορίες για τη χειρουργική μέθοδο ενώ το 72% ζήτησαν πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές που σχετίζονται με την επέμβαση. Το 56% των γυναικών αποφάσισαν την έκτρωση μόνες τους. Το 76% των γυναικών συζήτησαν τη διακοπή της εγκυμοσύνης με τους συντρόφους τους. Παντρεμένες γυναίκες και γυναίκες που συζούν αποφασίζουν πιο συχνά μαζί με τους συντρόφους τους απ'ότι οι γυναίκες που ζουν μόνοι τους. Μόνο το 7% των γυναικών που είχαν μία προεγκριτική συνάντηση, συζήτησαν την απόφαση με τον γιατρό τους, ενώ λιγότερο από το 1% αποφάσισαν να κάνουν έκτρωση κατά τη διάρκεια της ιατρικής τους επίσκεψης στο γιατρό τους.

Κατά τη σύλληψη, πάνω από 70% των γυναικών δεν χρησιμοποιούσαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Οι γυναίκες που έ-

μειναν έγκυες σαν αποτέλεσμα αντισυλληπτικής αποτυχίας ήταν γυναίκες παντρεμένες ή γυναίκες που συζούν.

ε. ΜΕΛΕΤΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ
ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ

Σε μία έρευνα που έγινε στην Νορβηγία 96 γυναίκες που έκαναν έκτρωση και 52 από τους συντρόφους τους απάντησαν σ' ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση. Σχεδόν κανένας απ' αυτούς δεν ήθελε την εγκυμοσύνη, από την αρχή. Τα 2/3 δεν χρησιμοποιούσαν καμία μέθοδο αντισύλληψης, κυρίως επειδή πίστευαν ότι η περίπτωση εγκυμοσύνης ήταν πολύ μικρή. Πολλοί δήλωσαν ότι σκόπευαν να χρησιμοποιήσουν κάποιο μέσο αλλά δεν πρόλαβαν.

Η πλειοψηφία των γυναικών μίλησαν στο σύντροφό τους για την εγκυμοσύνη αμέσως μόλις το έμαθαν και οι ίδιες. Το 1/4 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί άντρες δήλωσαν ότι και οι 2 σύντροφοι συμφώνησαν ότι έπρεπε να γίνει έκτρωση. Τα 2/5 των γυναικών και σχεδόν οι μισοί από τους άντρες είπαν ότι η απόφαση της γυναίκας βάρυνε πιο πολύ. Πολλές γυναίκες είπαν ότι η στάση του συντρόφου τους απέναντι στην εγκυμοσύνη ήταν σημαντική για την εκλογή τους. Οι μισές από τις γυναίκες ωστόσο είπαν ότι είχαν πάρει την απόφασή τους να κάνουν έκτρωση ανεξάρτητα από την θέση των συντρόφων τους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο * VI

ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Στην επιστήμη επικρατεί γενικά η άποψη, ότι η νομοθεσία για την άμβλωση αλλά και οι αντιλήψεις του μέσου ανθρώπου γι' αυτήν, επηρεάστηκαν αποφασιστικά από την χριστιανική διδασκαλία.

Σήμερα ακόμη, η Ορθόδοξη Εκκλησία καταδικάζει την άμβλωση, εξομοιώνοντας την μάλιστα με την ανθρωποκτονία. Τις απόψεις της στηρίζει σε κανόνες των Πατέρων και των Συνόδων που ανάγονται στον 4ο αιώνα μ.Χ..

Στον ΚΑ΄ Κανόνα της Συνόδου της Άγκυρας (314 μ.Χ.) διακρίνεται η άμβλωση από την ανθρωποκτονία. <<Περί των γυναικών των εμπορνεύσων και αναιρουσών τα γεννώμενα και σπουδαζουσών φθορία ποιείν, ο μιν πρότερος όρος μέχρις εξόδου εκώλυσε και τούτω συντίθενται. Φιλανθρωπότερον δε τι εύροντες ωρίσαμεν δεκαετη χρόνον κατά τους βαθμούς τους ωρισμένους>>. Έτσι ενώ παλιότερα στη γυναίκα που έκανε έκτρωση επιβαλλόταν η ισόβια αποχή από το μυστήριο της Θείας Κοινωνίας το 314 οι κανόνες γίνονται επιεικέστεροι και επιβάλλουν μόνο 10ετή αποχή από το μυστήριο. Με τον τρόπο αυτό η άμβλωση διαχωρίζεται σαφώς από την ανθρωποκτονία και κρίνεται επιεικέστερα.

Ο Μ.Βασίλειος (330-379) είναι πολύ πιο αυστηρός στο θέμα των εκτρώσεων. Σε δύο Κανόνες του καταδικάζει ρητά την έκτρωση όπως και την προμήθεια και αγορά εκτρωτικών μέσων, εξομοιώνοντας τις πράξεις αυτές με την ανθρωποκτονία.

Διαφωνώντας με τον Μ.Βασίλειο ο Πατριάρχης της Κωνσταντινούπολης Ιωάννης ο Νηστευτής (580-619) παρουσιάζεται

εξαιρετικά επιεικής στο θέμα των αμβλώσεων. Το 680 μ.Χ. ωστόσο η ΣΤ' Οικουμενική Σύνοδος του Τρούλου, στην Κωνσταντινούπολη, υιοθετώντας τις αυστηρές απόψεις του Μ. Βασιλείου εξομοιώνει την παροχή και λήψη εκτρωτικών με το φόνο και καθορίζει πια οριστικά τη στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας στο επίμαχο θέμα.

Το γιατί η Χριστιανική Εκκλησία ταύτισε την άμβλωση με την ανθρωποκτονία δεν είναι βέβαια ένα θέμα το οποίο επιδέχεται απόλυτες και μονοδιάστατες ερμηνείες. Η στάση αυτή ίσως να πήγασε αρχικά από την αντίθεση των χριστιανών απέναντι στην πλήρη ανηθικότητα που επικρατούσε την εποχή εκείνη κυρίως στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Η σεξουαλική σχέση δικαιολογείται πια μόνο όταν γίνεται για χάρη της τεκνοποιίας και θεωρείται αμάρτημα όχι μόνο η άρνηση των αποτελεσμάτων αυτής της σχέσης (άμβλωση) αλλά και ο παρεμποδισμός τους με οποιοδήποτε τρόπο.

Εν τούτοις, ο κυριώτερος λόγος, φαίνεται να είναι αυτή καθ'αυτή η χριστιανική πίστη για την πηγή της ζωής. Η ζωή είναι θείο δώρο και ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να το αρνηθεί αφού έτσι αρνείται την ίδια τη θέληση του Θεού. Η ζωή όμως δεν αρχίζει από την γέννηση, αλλά από τη σύλληψη. Το ανθρώπινο έμβρυο θεωρείται ολοκληρωμένος άνθρωπος και ονομάζεται <<βρέφος>> ή <<παιδί>> ή <<τέκνον>> αυτής που το κυοφορεί, όπως ακριβώς και το παιδί που έχει γεννηθεί. Ο Μέγας Βασίλειος μάλιστα με απόλυτη ακρίβεια αρνείται οποιαδήποτε διάκριση μεταξύ <<εξεικονισμένου>> (ολοκληρωμένου) και <<μη εξεικονισμένου>> (μη ολοκληρωμένου, ασχημάτιστου) εμβρύου. Γι'αυτό και η άμβλωση θεωρείται εξίσου αξιόποινη και δεν διαφοροποιείται καθόλου από την ανθρωποκτο-

νία σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης κι αν γίνεται. Σήμερα πολλοί επιστήμονες αποδέχονται την άποψη της Εκκλησίας απέναντι στην άμβλωση.

Ο Γάλλος γιατρός RENE BIOT (Ρενε Μπιο) στο βιβλίο του <<STANTE HUMAINE (Η υγεία μας) γράφει:
<<Πράγματι, μόλις υπάρξει ζωή, υπάρχει έμφυχος βίος! Από την στιγμή, κατά την οποία πραγματοποιείται η γονιμοποίηση, μία ψυχή ζωοποιεί το ον αυτό, η ίδια η οποία θα εκδηλωθεί αργότερα με τις ιδιότητες της διανοήσεως και των αισθήσεων. Εάν οι δυνάμεις αυτές βρίσκονται εν υπνωσει, αυτό οφείλεται στο ότι ο οργανισμός, τον οποίο εμψυχώνει, δεν έχει ακόμη αρκετά αναπτυχθεί, για να καταστήσει δυνατή τη λειτουργία τους>>.

Ο CLAUDE EDELMANN, ασχολούμενος με τις <<πρώτες>> μέρες της ζωής>> του ανθρώπου, γράφει:
<<Το έμβρυο, που βέβαια δεν είναι ένα άτομο, ούτε ένας ενήλικος σε μικρογραφία, αποτελεί μία ανθρώπινη ύπαρξη. Έχει ιστορία. Μόλις εκκολαφτεί, κινείται από μία επιτακτική ανάγκη να αυτοοργανωθεί, να αναπτυχθεί, κατά γράμμα να <<εκραγεί>>. Το παν παίζεται τη στιγμή της σύλληψης>>.

Η Μαγδαληνή Κώστα-Τσολανη, Θεολόγος, Νευρολόγος-Ψυχολόγος, Λέκτορας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, υπογραμμίζει:

<<Η γυναίκα που αρνιέται τη μητρότητα αρνιέται τη χαρά της Δημιουργίας, ξεφεύγει από την αποστολή της, προδίδει το έργο της. Παραιτείται από την εντολή του Θεού να γίνει συνδημιουργός του. Όταν αρνιέται τη μητρότητα ενώ περιμένει ένα παιδί, διαπράττει διπλό έγκλημα. Το πρώτο εί-

ναι ότι σκοτώνει με τον χειρότερο τρόπο ό,τι πιο πολύ αγαπάει στον κόσμο, το παιδί της, και δεύτερο εξαφανίζει ό,τι πιο μεγάλο και πραγματικά ωραίο έχει να παρουσιάσει η ανθρώπινη ψυχή. Την αληθινή μάνα.

Ο Καθηγητής της Ψυχολογικής Ιατρικής PHILIP G. NEY, γράφει: <<Οι μαζικές αμβλώσεις αποτελούν την πιο πρόσφατη και ίσως τη μεγαλύτερη εκδήλωση των εναντίον προς τη ζωή δυνάμεων. Κάνουν την άμβλωση να μοιάζει σαν κάτι το εύκολο, το ανώδυνο και γενικά το ωφέλιμο για όλους, αλλά ίσως να να είναι το μεγαλύτερο λάθος, που έχει κάνει η ανθρωπότητα>>.

Ο DR. JOHN LAMONT γράφει στο C.M.A. (CAN-MED-ASSOC-J), το Φεβρουάριο του 1989, ένα άρθρο με τίτλο <<Είναι η έκτρωση Ιατρική πράξη;>> και καταλήγει:

<<Μία πράξη μπορεί να οριστεί ως ιατρική μόνο όταν σκοπεύει στην αποφυγή ή στον έλεγχο κάποιας παθολογικής κατάστασης. Κάποιος θα μπορούσε να ονομάσει μία κατάσταση συναισθηματικής διαταραχής, που προκαλεί ψυχολογική απόρριψη μιάς φυσιολογικής εγκυμοσύνης, ως παθολογική. Εδώ όμως η ανωμαλία είναι ψυχολογικής φύσεως. Μία κατάλληλη ιατρική πράξη που σκοπεύει στη θεραπεία μιάς ψυχολογικής κατάστασης θα πρέπει να είναι ψυχοθεραπευτικής φύσεως και πιθανόν να υποβοηθείται από την ψυχοφαρμακολογία.

Η καταστροφή ενός εμβρύου όμως δεν είναι ψυχοθεραπεία. Έτσι, μόνο σε περίπτωση σοβαρής παθολογικής εγκυμοσύνης, μπορεί η καταστροφή ενός εμβρύου να θεωρηθεί ιατρική πράξη. Κανένας γιατρός, όμως, δεν μπορεί να θεωρήσει το έμβρυο σαν παράσιτο, σαν έναν επιβλαβή ιστό ή σαν όγκο, τον οποίο πρέπει να αφαιρέσει>>.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VII

1. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΜΒΛΩΣΗ

Τον Ιανουάριο του 1989, έγινε στο Παρίσι ένα συνέδριο με θέμα <<καθυστερημένες εκτρώσεις στην Ευρώπη>>. Το πρόβλημα προσεγγήθηκε από διάφορες απόψεις. Οι ακόλουθες πέντε απόψεις φαίνονται να είναι περισσότερο σχετικές.

1α. ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, που εκτελείται άμβλωση, περισσότερο δραστική είναι η εγχείρηση. Στο πρώτο τρίμηνο η διαδικασία της απορρόφησης συνήθως παίρνει μερικά λεπτά. Μπορεί να γίνει εύκολα με τοπική αναισθησία και σε περιπατητική βάση. Μετά τη 13η ή 14η εβδομάδα η απόξεση με αναρρόφηση γίνεται αδύνατη. Η διαστολή και η εικένωση (D και E) συμπεριλαμβανομένης της χρήσης τσιμπιάδας και χορήγησης προσταγλανδινών, μία μέθοδος δαπανηρή από άποψη χρόνου, γίνεται αναπόφευκτη. Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την ερώτηση μέχρι ποιάς διάρκειας πρέπει να είναι η εγκυμοσύνη ώστε η άμβλωση να μπορεί να γίνεται με ασφάλεια πάνω σε περιπατητική βάση. Σε ορισμένες χώρες όπως στις Η.Π.Α. και την Ολλανδία γίνεται μέχρι τη μέση περίπου του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Περισσότερο όμως είναι βέβαιο, ότι η περιπατητική θεραπεία γίνεται όλο και περισσότερο δύσκολη όσο αναπτύσσεται η εγκυμοσύνη. Η ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη κάνει επίσης τη διαδικασία πολύ πιο ακριβή.

Επειδή τα περιστατικά καθυστερημένης έκτρωσης είναι σπάνια στο δεύτερο μισό του δεύτερου τριμήνου, υπάρχουν λί-

γοι γιατροί που έχουν αρκετή εμπειρία στο να εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις με επιτυχία και μόνο λίγα κέντρα όπου μπορούν να τις κάνουν με ασφάλεια. Αποτέλεσμα είναι οι γυναίκες, συχνά, να ταξιδεύουν μακριά για να κάνουν μία καθυστερημένη άμβλωση.

Επιπλέον ο κίνδυνος των επιπλοκών αυξάνει με τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα δεδομένα από διάφορες χώρες δείχνουν ότι η αναλογία των επιπλοκών κατά τη διάρκεια του μισού του β' τριμήνου της εγκυμοσύνης είναι 5 με 10 φορές πιο μεγάλη σε σύγκριση με το μισό του πρώτου τριμήνου.

1β. ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι περισσότερες χώρες της Ανατολικής και Δυτικής Ευρώπης έχουν επιβάλλει αιχμηρούς νομικούς περιορισμούς για την καθυστερημένη άμβλωση. Συνήθως επιτρέπεται μόνο σε περίπτωση στενά προσδιορισμένων ιατρικών αιτιών. Σε μερικές Σκανδιναβικές χώρες, την Αγγλία και την Ολλανδία υπάρχουν, σε μία ορισμένη έκταση, εξαιρέσεις σ' αυτό το γενικό κανόνα. Αυτοί οι περιορισμοί οδηγούν σε διάφορες ανεπιθύμητες συνέπειες. Μία απ' αυτές είναι όταν γυναίκες και γιατροί μερικές φορές ενεργούν <<ταχυδαχτυλουργώντας>> με τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εγκυμοσύνες διάρκειας 13 ή 14 ή ακόμα περισσότερων εβδομάδων γνωστοποιούνται επίσημα σαν εγκυμοσύνες 12 εβδομάδων, προξενώντας αβεβαιότητα και μία ατμόσφαιρα παρανομίας κατά το ήμισυ σ' αυτούς που εμπλέκονται. Αυτή η τάση φαίνεται ότι είναι αρκετά πιθανή στην περίπτωση της Δανίας αλλά μάλλον συμβαίνει παντού.

Μία δεύτερη συνέπεια από τη νομοθεσία για τα χρονικά

όρια των αμβλώσεων είναι ότι συμβαίνουν τακτικά εγκληματικές καταστάσεις από γιατρούς οι οποίοι παραβιάζουν αυτά τα όρια, προξενώντας συχνά σφοδρή λαϊκή συζήτηση.

Τρίτη συνέπεια και πιο σημαντική είναι ότι τα χρονικά όρια δεν ελαττώνουν τις καθυστερημένες αμβλώσεις. Απλώς οι γυναίκες αναγκάζονται να φύγουν στο εξωτερικό για άμβλωση παρ'όλα τα πρακτικά, συγκινησιακά και οικονομικά προβλήματα που συνεπάγονται.

1γ. ΗΘΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κοινωνία έχει συνήθως ηθικά προβλήματα στο να αποδεχτεί την άμβλωση στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Γενικά πιστεύει ότι το έμβryo αξίζει να προστατεύεται περισσότερο όταν η εγκυμοσύνη γίνεται εμφανής, από τη στιγμή που η βιωσιμότητα του εμβρύου προσεγγίζεται. Ηθικά διλήμματα, λοιπόν περιβάλλουν την καθυστερημένη άμβλωση, και έχουν δύσκολες συνέπειες για τις γυναίκες και για όσους εμπλέκονται σ'αυτή. Η ηθική καταδίκη δημιουργεί ή επιδεινώνει τα συναισθήματα ντροπής και ενοχής στις γυναίκες και θέτει ένα βαρύ φορτίο σε εκείνους που είναι υπεύθυνοι να συμβουλεύουν τις έγκυες γυναίκες και σε εκείνους που παίρνουν ή όχι την απόφαση να εκτελέσουν την άμβλωση.

1δ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η άμβλωση στο β' τρίμηνο είναι πολλές φορές ψυχολογικά πιο βλαβερή απ'ότι μία που γίνεται πρώιμα. Οι γυναίκες ξέρουν ότι το έμβryo μοιάζει περισσότερο με άνθρωπο και συχνά αισθάνονται ότι «μεταφέρουν ένα παιδί», ένα αίσθημα που διαφέρει από το να είναι απλώς «έγκυος». Εκτός απ'αυ-

τό, η χρονική περίοδος που προηγείται από την άμβλωση είναι συχνά γεμάτη με στρες. Γυναίκες που τελικά η άμβλωση τους απαιτείται στο β' τρίμηνο έχουν να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και ψυχο-κοινωνικά προβλήματα, όπως έσχατος φόβος για την εγκυμοσύνη (προσπαθούν να αρνηθούν το γεγονός), αντίθετες απόψεις από τους γονείς και το ταίρι τους και ανικανότητα να διαλέξουν ανάμεσα στην διακοπή ή τη συνέχιση της εγκυμοσύνης. Είναι μία τραγωδία για αυτές τις γυναίκες, οι οποίες μέσα σε μια συγκρουόμενη κατάσταση, συχνά αντιμετωπίζουν πάρα πολλές δυσκολίες στο να βρουν κάποιον που να μπορεί να τις βοηθήσει.

1ε. ΑΠΩΝΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Η καλή ποιότητα σχετικών υπηρεσιών είναι σπάνια και τα ιδρύματα συνήθως είναι απλωμένα ανώμαλα σε μία χώρα. Συνεπώς οι γυναίκες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο να επιτύχουν την είσοδό τους σε τέτοιες υπηρεσίες. Ίσως να αναγκάζονται να ταξιδέψουν μακριά. Επίσης η έλλειψη υπηρεσιών κάνει τις γυναίκες εκμεταλλεύσιμες οικονομικά ή με άλλο τρόπο. Στις χώρες που τέτοιες υπηρεσίες είναι ελάχιστα προσιτές, οι τιμές φτάνουν πολύ ψηλά.

Τέλος, και η έλλειψη υπηρεσιών μερικές φορές αναγκάζει τις γυναίκες να ταξιδεύουν στο εξωτερικό για να βρουν τη βοήθεια που χρειάζονται.

1στ. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ο αριθμός των αμβλώσεων που γίνονται στο β' τρίμηνο ποικίλει ευρέως μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, σύμφωνα με τις διαθέσιμες (επίσημες στατιστικές). Η επίπτωση είναι χαμηλή

στην Ανατολική και Βόρεια Ευρώπη και κάπως ψηλότερη στη Δυτική και Νότια Ευρώπη (πίνακας 1). Η επίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι αξιοσημείωτο.

Τα δεδομένα στον πίνακα 1 ανταναιλούν, σε μεγάλη έκταση, τη νομική θέση απέναντι στις εκτρώσεις κατά το δεύτερο τρίμηνο. Μία χαμηλή επίπτωση στις επίσημες στατιστικές δεν ανταποκρίνεται απαραίτητα στην πραγματικότητα. Στις χώρες όπου η καθυστερημένη άμβλωση είναι περιορισμένη νομικά, εκτρώσεις που γίνονται στις αρχές του β' τριμήνου, είναι πιθανόν συχνά να γνωστοποιούνται ότι έγιναν το τέλος του α' τριμήνου, για να αποφευχθούν τα νομικά προβλήματα.

Στην πραγματικότητα, μόνο δεδομένα από χώρες που δεν δημιουργούν νομική διαφορά μεταξύ α' και β' τριμήνου στις εκτρώσεις είναι αξιόπιστα (Αγγλία, Ολλανδία και Σουηδία). Επίσης οι περιπτώσεις γυναικών που έχουν καθυστερημένη άμβλωση στο εξωτερικό, δεν περιλαμβάνονται βέβαια στις στατιστικές.

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΗΜΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Αναλογία των εκτρώσεων που εκτελέστηκαν μετά τη 12η εβδομάδα κύησης και αριθμός καθυστερημένων εκτρώσεων σε 10.000 γυναίκες ηλικίας 15-44, στις Ευρωπαϊκές χώρες

| ΧΩΡΑ | ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡ.ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ | ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΣΤΙΣ 10.000 ΓΥΝΑΙΚΕΣ |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Τσεχοσλοβακία | 0,5 | 1,7 |
| Δανία | 2,5 | 4,6 |
| Αγγλία-Ουαλία | 13,9 | 17,8 |
| Φιλανδία | 4,1 | 5,0 |
| Γαλλία | 1,3 | 1,9 |
| Ουγγαρία | 1,2 | 4,5 |
| Ισλανδία | 2,9 | 3,7 |
| Ιταλία | 0,9 | 1,7 |
| Ολλανδία | 4,4 | 2,3 |
| Νορβηγία | 2,9 | 4,6 |
| Σκωτία (1976) | 17,8 | 14,6 |
| Σουηδία | 4,5 | 8,0 |
| Δυτ.Γερμανία (πάνω από 11 εβδ.) | 19,4 | 12,4 |

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I I

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στο Νομιό καθεστώς που έχει θεσπιστεί, τα τελευταία χρόνια, σ'όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη όπως εκδόθηκε από την Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού, στο Λονδίνο, την άνοιξη του 1989.

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---|--|---|---|---|--|---|
| ΕΝΩΣΗ ΣΟ- ΒΙΕΤΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑ- ΤΙΑΣ | Κυβερνητική απόφαση στις 23 Νοεμβρίου 1955 καταργεί τους νομικούς περιορι- σμούς για τις εκ- τρώσεις. | Κατά παράκληση 1.Κίνδυνος για τη φυσική υγεία της γυναίκας. 2.Κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας. 3.Κίνδυνος υγείας του εμβρύου. | Η έκτρωση πρέπει να εκτελείται εντός 5-10 ημερών από την ιατρική εξέταση. Μόνο σε νοσοκομεία ή Μαιευτικές κλινι- κές. Απαγορεύεται μέσα σε διάστημα 6 μη- νών από προηγού- μενη έκτρωση. | 12 εβδομάδες Πάνω από 12 εβδο- μάδες για 1,2,3. | Δωρεάν σε περίπτω- πτωση ιατρικών αι- τιών. Ειδάλλως 5 ρούβλια σε περίπτωση μη- αίου οικογενειακού εισοδήματος 80 ρού- βλια (=κανονικός μισθός | Η αναλογία των αμ- βλώσεων είναι υψηλής μολονότι δεν είναι ακριβώς γνωστή. Υπάρχουν περισσότε- ρες εκτρώσεις από- τι γεννήσεις. |
| ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ | Οι αμβλώσεις επι- τρέπονται από τις 17 Οκτωβρίου 1967. | 1.Κοινωνικές-κοι- νωνιο-ιατρικές νομικές αιτίες. 2.Ιατρικές-ψυχι- κές αιτίες. 3.Ευγονικές αιτί- ες. | Συγκατάθεση από δύο γιατρούς. Για κορίτσια κά- τω των 16 ετών χρειάζεται γραπτή συγκατάθεση από τους γονείς, τον κηδεμόνα ή τον κοινωνικό λειτουρ- γό, αν βρίσκονται υπό την φροντίδα του. | Μέχρι 28 εβδομάδων. | Δωρεάν. | Σχεδόν το 50% των αμβλώσεων εκτελούνται μέσα στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|--------------------|---|--|--|---|--|--|
| ΓΙΟΥΓΚΟ- ΣΛΑΒΙΑ | Ομοσπονδιακό Σύνταγμα. Άρθρο 191, 1970 νο- μιμοποιούνται οι εκ- τρώσεις. | Κατά παράληψη 1. Κοινωνικές, κοινωνικο-ια- τρικές, κοινω- νικο-οικονομι- κές αιτίες. 2. Ιατρικές αι- τίες. 3. Ευγονικές αι- τίες. 4. Βιασμός ή άλ- λα σεξουαλικά καιουργήματα. | Συγκατάθεση γονέ- ων για τις ανή- λικες. Έγκριση από Ε- πιτροπή για 1, 2, 3, 4. | Μέχρι 10 εβδομάδες Μετά από 10 εβδομάδες | Περίπου 25 δολάρια Δωρεάν σε περίπτωση ιατρικών αιτίων σε έλλειψη 14D και αν η γυναίκα εξαρτά- ται από κοινωνική ασφάλεια. | Οι Ιατρικές Υπηρεσί- ες εφαρμόζουν πλήρως τους Νομικούς θεσμούς. |
| ΕΟΥΗΔΙΑ | Νόμος για τις εκ- τρώσεις 595 14 Ιουνίου 1974 | Κατά παράληψη. | Ιατρική εξέταση από γιατρό. Έγκριση από το Εθνικό συμβού- λιο Υγείας και Ευημερίας. | Μέχρι 18 εβδομάδες. Μετά από 18 εβδομάδες. | Δωρεάν | Ο νόμος για τις αμ- βλώσεις είναι πλήρως εφαρμόσιμος, χωρίς ονα- στολές. Αν και η έκτρωση εί- ναι προσιτή και γίνε- ται δωρεάν στα Νοσο- κομεία, υπάρχουν πα- ρόνομες εκτρώσεις. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---------|--|--|--|---|---|---|
| ΑΥΣΤΡΙΑ | Ομοσπονδιακός Νόμος: 23 Ιανουαρίου 1974 Ενεργός από τον Ιανουάριο του 1975. | Κατά παράκληση: 1.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. 2.Κίνδυνος για τη φυσική υγεία της γυναίκας. 3.Κίνδυνος για την ψυχική υγεία της γυναίκας. 4.Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου. | Διάγνωση από ένα γιατρό. Ανήλικες κάτω των 14 ετών χρειάζονται τη συγκατάθεση των | Περίπου 15 εβδομάδες (12 εβδομάδες κύησης). Δεύτερο τρίμηνο για 1,2,3 και 4. | Οι προκλητές εκτρώσεις δεν πληρώνονται από την ασφάλεια υγείας. | Μεγάλο ποσοστό του προσωπικού Υγείας αντιτίθενται, έτσι οι εκτρώσεις δεν είναι προσιτές όλη τη χώρα. Είναι απίστευτο ότι παράνομες εκτρώσεις δεν γίνονται σε καμία κλίματα. Πληροφορίες για Υπηρεσίες που κάνουν πιο προσιτή την έκτρωση είναι σπάνιες. |
| ΒΕΛΓΙΟ | Ο Νόμος του 1867 απαγορεύει την έκταση για όλες τις αιτίες. | | | | | Παρά τη κατασταλτική Νομοθεσία, οι θεραπευτικές εκτρώσεις έχουν αυξηθεί από τις αρχές του 1970. Εν τούτοις χιλιάδες γυναίκες βγαίνουν έξω από τη χώρα κυρίως στην Ολλανδία. Οι γιατροί & οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση διώκονται σιόμα. Η Νοτ. γερμανόφωνη περιοχή |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|----------|--|---|---|--|---|--|
| | | | | | | του Βελγίου είναι περισσότερο ελεύθερη από τη βόρεια Ολλανδία. |
| ΙΣΠΑΝΙΑ | Συστηματοποιημένος Νόμος 9. 5 Ιουλίου 1985. | 1.Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουργήματα. 2.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας και τη φυσική της κατάσταση. 3.Κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας. 4.Ευγονικές αιτίες. | Ο βιασμός πρέπει να αναφέρεται Μία ιατρική γνώμη για 2 & 3. Δύο ιατρικές γνώμες για 4. Οι ανήλικες (κάτω των 18) χρειάζονται συγκατάθεση γονέων. | 12 εβδομάδες. Δεν υπάρχουν όρια για 2 και 3. 22 εβδομάδες για 4. | Δωρεάν στο Δημόσιο Σύστημα. Ιδιωτικά: 13 εβδ.:150-200 δολ. 13-15 εβδ.:200-300 δολάρια. 15 εβδ.:300-400 δολ. | Οι αμβλώσεις που γίνονται σ' άλλες χώρες έχουν αυξηθεί σημαντικά. Υπάρχει ακόμα μεγάλο ποσοστό παράνομων εκτρώσεων. Η πλειοψηφία των εκτρώσεων γίνεται ιδιωτικά. |
| ΟΛΛΑΝΔΙΑ | Νόμος για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης: 1 Μαΐου 1981. Διοικητικοί Κανονισμοί το 1984. | <<Ανυπόφορη κατάσταση>> για τη γυναίκα ορίζεται από κοινού και το γυναικό σύστημα. | Ανήλικες (κάτω των 18) χρειάζονται συγκατάθεση γονέων. Αναγκαστική περίοδος αναμονής (5 μέρες). Ο γιατρός είναι αναγκασμένος να | Μέχρι 24 εβδομάδες. | Οι γυναίκες πληρώνουν (εκτός απ' αυτές που ζουν στο εξωτερικό). | Ο Νόμος ερμηνεύεται ελεύθερα. Παράνομες αμβλώσεις είναι σχεδόν ανύπαρκτης. Οι περισσότερες εκτρώσεις εκτελούνται σε ιδιωτικές οργανω- |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---|----------------------------|---|---|---|---|--|
| | | | ορίσει χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο η γυναίκα θα πάρει την απόφασή της αβίαστα. | | | μένες, οργανωμένες αφιλοκερδείς Κλινικές. |
| ΟΜΟΣΠΟΝ-ΔΙΑΚΗ ΔΗ-ΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡ-ΜΑΝΙΑΣ. | Νόμος 15 18 Μαΐου 1976. | 1.Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά εγκλήματα. 2.Κοινωνικές & ψυχολογικές αιτίες. 3.Ιατρικές-Σωματικοί κίνδυνοι. 4.Ιατρικές,κοινωνικές/ψυχιατρικές. 5.Ευγονικές αιτίες. | Άδεια από ένα γιατρό και απόφαση από τον γιατρό που θα εκτελέσει την έκτρωση. Αναγκαστική σύσταση. | 12 εβδομάδες από τη σύλληψη για 1 & 2. Χωρίς όρια σε 3 & 4. 22 εβδομάδες για 5. | Δωρεάν για τις γυναίκες που είναι ασφαλισμένες σε καθορισμένη από το Νόμο Ασφάλεια. | Οι εκτρώσεις που εκτελούνται για κοινωνικο-ψυχολογικούς λόγους είναι αποδοκιμασμένες από τη διεύθυνση πολλών Νοσοκομείων. Υπάρχουν σοβαρές περιφερειακές διαφορές στην ευκολία προσέγγισης των υπηρεσιών. Γύρω στις 10.000 (κυρίως παράνομες) εκτρώσεις εκτελούνται ετησίως στο εξωτερικό. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|----------|-----------------|---|---|------------------------------|--------|--|
| ΦΙΛΑΝΔΙΑ | Νόμος 239, 1970 | 1.Κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας. 2.Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουργήματα. 3.Κοινωνικές, κοινωνικο-οικονομικές ή κοινωνικο-ιατρικές αιτίες. 4. 4.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. 5.Κίνδυνος για τη φυσική κατάσταση της γυναίκας. 6.Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου. | Εύσταση από δύο γιατρούς και ε-ξουσιοδότηση από το Ιατρικό Συμβούλιο της Πολιτείας. | 12 εβδομάδες για 1,2, και 3. | | Η εκτέλεση του Νόμου είναι σεβαστή και αποτελεσματική. Έτσι παράνομες εντρώσεις είναι σπάνιες. |
| | Νόμος 564, 1978 | | | | | |
| | Νόμος 572, 1985 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | 20 εβδομάδες για 4,5 και 6. | | Η Νοσοκομειακή πρόνοια της πολιτείας συμπληρώνεται από τον Ιδιωτικό τομέα. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|----------|--|--|---|--|--------|--|
| ΝΟΡΒΗΓΙΑ | Πράξη 50 13 Ιουνίου 1975 Νόμος 66, Άρθρ. 1-4. 16 Ιουνίου 1978. | Κατά παράκληση 1. Ιατρικές αιτίες. 2. Ευγονικές. 3. Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κα- κουργήματα. | | 12 εβδομάδες Δεύτερο τρίμηνο για τις 1, 2 και 3. | Δωρεάν | Είναι πιστευτό ότι η πολιτεία και η κοινωνία συνιστά υ- πηρεσίες που καλύ- πτουν τις ανάγκες του πληθυσμού. |
| ΙΡΛΑΝΔΙΑ | Η άμβλωση απα- γορεύεται από το 1861. Από το 1983 ε- πίσης απαγορεύ- εται από το Σύ- νταγμα μετά α- πό δημοψήφισμα. | | | | | Χιλιάδες Ιρλανδές ταξιδεύουν στην Αγ- γλία για να κάνουν έκτρωση. |
| ΕΛΛΑΔΑ | Νόμος 1609 28 Ιουνίου 1986. | Κατά παράκληση 1. Ιατρικές/ψυ- ψυχολογικές αι- τίες 2. Βιασμός ή άλλα σεξουαλι- κά κακουργήμα- τα. 3. Ευγονικές αιτίες. | Οι ανήλικες χρει- άζονται συγκατά- θεση γονέων. | 12 εβδομάδες 20 εβδομάδες για 1 και 2. 24 εβδομάδες για 3. | Δωρεάν | |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|----------|----------------------------------|---------------|--|------------------|--|--------|
| ΟΥΙΓΑΡΙΑ | Κανονισμός 3 23 Ιουλίου 1986. | Κατά παράληση | Η έκτρωση επιτρέ- πεται αν η γυναί- κα: 1.είναι ανύπαντρη. 2.είναι πάνω α- πό 35. 3.είναι ακατάλ- ληλα στεγασμένη. 4. Έχει ήδη 3 παιδιά. 5. Έχει 2 παιδιά και προβλήματα υ- γείας. 6.Πάσχει από κά- ποια νόσο ή βρί- σκεται σε άσχημη κοινωνική κατά- σταση. 7.Αναγκαστική σύ- σταση. | 12 εβδομάδες | 1000 ΦΙΟΡΙΝΤ (περίπου 20% του ετησίου εισοδήμα- τος!) | |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---------|---|---|---|--|------------------------------|---|
| ΠΟΛΩΝΙΑ | Η έκτρωση επιτρέπεται από το 1957 (με συμπληρωματικούς κανονισμούς από το 1979 και 1981). | 1. Κοινωνικο-οικονομικές αιτίες. 2. Ιατρικές αιτίες. 3. Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουργήματα. | Συγκατάθεση γονέων είναι απαραίτητη για έκτρωση που εκτελείται σε ανήλικη (κάτω των 18 ετών). Κατά παράληψη του γιατρού, η πελάτης πρέπει να υποστηρίξει τα γεγονότα που επιβεβαιώνουν τις αιτίες. | 12 εβδομάδες για 1. Δεύτερο τρίμηνο για 2 και 3. | Δωρεάν σε δημόσιες Κλινικές. | Λόγω ανεπάρκειας των αντιουλληπτικών μέσων η έκτρωση είναι πλατιά διαδεδομένη και ο αριθμός των εκτρώσεων πιστεύεται ότι έχει αυξηθεί. Μέχρι τώρα οι περισσότεροι περιορισμοί παραμένουν μόνο στα χαρτιά. Ένας μεγάλος αριθμός εκτρώσεων γίνεται σε Ιδιωτικές κλινικές. |
| ΙΤΑΛΙΑ | Νόμος 194 22 Μαΐου 1978 | 1. Κοινωνικο-οικονομικές αιτίες. 2. Ιατρικές. 3. Ευγονικές. 4. Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουργήματα. | Οι γυναίκες πρέπει να εξοικονομήσουν πιστοποιητικό γιατρού & να περιμένουν το λιγότερο 7 ημέρες. Οι ανήλικες (κάτω των 18 ετών) χρειάζονται συγκατάθεση από τους γονείς ή δικαστή. Αναγκαστική σύσταση. | 90 ημέρες για 1. Πάνω από 90 ημέρες για 2, 3 & 4. | Δωρεάν. | Σημαντικό ποσοστό του προσωπικού Υγείας αντιτίθεται για θρησκευτικούς, ηθικούς & κοινωνικούς λόγους. Οι παράνομες εκτρώσεις είναι ακόμα πολυάριθμες. (Το 1983 υπολογίστηκαν στις 100.000). |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|-------------------|--|---|---|--|-----------------------------|---|
| ΛΟΥΞΕΜ- ΒΟΥΡΓΟ | Διορθωτικός Νόμος του Ποινικού Κώ- δικα, άρθρ.353 15 Νοεμβρίου 1978. | 1.Κοινωνικές & κοινωνιο-ια- τρικές. 2.Κίνδυνος για τη ζωή της γυ- ναίκας. 3.Κίνδυνος για τη φυσική κατά- σταση της γυναί- κας. 4.Κίνδυνος για τη ψυχική κατά- σταση της γυ- ναίκας. 5.Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου. 6.Ανεπιθύμητη ε- γκυμοσύνη μετά από βιασμό ή άλ- λα σεξουαλικά κακουργήματα. | Οι γυναίκες πρέ- πει να εξοικιο- νομήσουν πιστο- πολητικό για- τρού και να πε- ριμένουν για 7 ημέρες. | 12 εβδομάδες για 1. Δεύτερο τρίμηνο για 2,3,4,5 και 6. | Οι γυναίκες πληρώ- νουν. | Επειδή οι περισσότε- ροι γιατροί αντιτί- θενται, είναι ακόμα δύσκολο στο να γίνει μία έκτρωση. Πολλές γυναίκες κά- νουν έκτρωση στην Ολλανδία. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---|--|--|--|--|---------|---|
| ΛΑΪΚΗ ΔΗ- ΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ | Νόμος για τη δια- κοπή της εγκυμο- σύνης: 9 Μαρτίου 1972. | Κατά παράληψη: 1. Ευγονικές αι- τίες. 2. Ιατρικές. 3. Ψυχολογικές. | Οι ανήλικες πρέ- πει να έχουν τη συγκατάθεση των γονέων. Συγκατάθεση από ιατρική επιτροπή κοινωνικών αρμο- διοτήτων. | 12 εβδομάδες. Δεύτερο τρίμηνο για 1, 2 και 3. | Δωρεάν. | Στην πράξη, η άμβλωση είναι προσιτή. Δεν υπάρχει ένδειξη για μεγάλο αριθμό πα- ράνομων εκτρώσεων. |
| ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ | Νόμος 6, Άρθρ. 139-141 11 Μαΐου 1981 | 1. Κίνδυνος για ζωή της γυναί- κας. 2. Κίνδυνος για τη φυσική υγεία της γυναίκας. 3. Κίνδυνος για την πνευματική υγεία της γυναί- κας. 4. Βιασμός και άλλα σεξουαλι- κά κακουργήματα. 5. Ευγονικές αι- τίες. | Οι ανήλικες χρειάζονται γο- νική έγκριση. Δύο θετικές ια- τρικές γνώμες. Περίοδος αναμο- νής μέχρι 3 μέ- ρες. Ο γιατρός που υ- ποδεικνύει την έκτρωση, δεν μπορεί να την κτελέσει. | 12 εβδομάδες. 16 εβδομάδες. | Δωρεάν | Η πλειοψηφία των εκ- τρώσεων εξασκολουθεί να εκτελείται παράνο- μα από γιατρούς, νο- σοκόμες, μαίες και σε ιδιωτικές κλινικές. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|----------|---|--|--|--|---|--|
| ΡΟΥΜΑΝΙΑ | Ψήφισμα 30 Σεπτεμβρίου 1957. Ψήφισμα 411 26 Δεκεμβρίου 1985. | Κοινωνικές, κοινο- νωνικο-ιατρικές κοινωνικο-οικονομικές αιτίες. Ιατρικές Ευγονικές Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κα- κουργήματα. | Γυναίκες πάνω από 40 ετών και αυτές που έχουν 4 ή περισσότερα παιδιά. | 12 εβδομάδες | Δωρεάν | Υπάρχουν μηνιαία γυναικολογικά τεστ στα οποία υποβάλλονται οι γυναίκες και αν μία γυναίκα βρεθεί έγκυος μπορεί να κρατήσει το παιδί ή να υποβληθεί σε ποινική δίωξη. |
| ΓΑΛΛΙΑ | Νόμος 75-17, 1975 Νόμος 79-1204, 1979. | Κατά παράληψη. 1.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. 2.Κίνδυνος για τη φυσική υγεία της γυναίκας. 3.Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου. | Ένας γιατρός πρέπει να συμβουλέψει. Απαιτείται περίοδος 1 εβδομάδα. Για ανήλικες (νάτω των 18) απαιτείται συγκατάθεση γονέων. Πιστοποιητικό από δύο γιατρούς αναγνωρισμένους από το Δικαστήριο, για 1, 2 και 3. | 12 εβδομάδες από τη τελευταία έμμηνορύση (10 εβδομάδες εγκυμοσύνης). | Οι γυναίκες πληρώνουν το 80% του κόστους. | Παρόλο που η κατάσταση αλλάζει από πόλη σε πόλη δεν υπάρχουν νοσοκομειακές κλίνες. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---------|---|---|--|-----------------------------------|---|--|
| ΚΥΠΡΟΣ | Νόμος 59, 1974 Νόμος 186, 1986. | 1.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. 2.Κίνδυνος για τη φυσική κατάσταση της γυναίκας. 3.Κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας. 4.Κίνδυνος για την υγεία της γυναίκας. 5.Βιασμός ή άλλα σεξουαλικά κακουρήγματα. 6.Κοινωνικές, κοινωνικο-ιατρικές, κοινωνικο-οικονομικές αιτίες. | Ένα πιστοποιητικό από την ειδική αρμοδιότητα της Αστυνομίας, υποστηριγμένο από ιατρικό πιστοποιητικό. Αξιόπιστη γνώμη από δύο γιατρούς. | Χωρίς όρια. | Δωρεάν στο Νοσοκομείο. | |
| ΕΛΛΑΔΕΣ | Ποινικός Κώδικας Αρθρ.118-121 1 Ιανουαρίου '42, | 1.Κίνδυνος για τη ζωή τη γυναίκας. 2.Κίνδυνος για τη φυσική κατάσταση της γυναίκας. | Απαιτείται συγκατάθεση από δεύτερο γιατρό ο οποίος έχει ειδική άδεια. | Μέχρι τη βιωσιμότητα του εμβρύου. | Πληρώνεται από την ασφάλεια ζωής από το 1982. | Οι περισσότερες εκπτώσεις εκτελούνται λόγω ψυχιατρικών αιτιών. Η μεγάλη περιφέρεια διαφοροποιεί τη προ- |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---------|--|---|---|--|------------------------|--|
| | | 3.Κίνδυνος για τη ψυχική υγεία της γυναίκας. | | | | αφορά των υπηρεσιών. |
| ΤΟΥΡΚΙΑ | Λαϊκός Προγραμματισμός Νόμος, Άρθρ.5-6 24 Μαΐου 1983 | Κατά παράκληση. 1.Κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας. 2.Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου. | Οι παντρεμένες γυναίκες χρειάζονται τη συγκατάθεση του συζύγου. Συγκατάθεση γονέων, κηδεμόνων ή του δικαστή για τις ανήλικες. Αναφορά από ειδικούς για 1,2. | 10 εβδομάδες. | | Οι κλινικές είναι σκόνη στο ιδρυτικό στάδιο και στην πραγματικότητα η πληροφόρηση δεν είναι προσιτή. |
| ΔΑΝΙΑ | Πράξη Νο 350 13 Ιουνίου 1973. | Κατά παράκληση: 1.Κίνδυνος για τη ζωή & τη φυσική κατάσταση της γυναίκας 2.Κίνδυνος για την υγεία της 3.Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη από βιασμό ή άλλα σεξουαλικά κακοουργήματα. | Πατριική συγκατάθεση για τις ανήλικες (κάτω των 18). Άδεια από επιτροπή 4 γιατρών. | 12 εβδομάδες Δεύτερο τρίμηνο για 1,2,3 και 4. | Οι γυναίκες πληρώνουν. | Τα τοπικά Νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να δέχονται όλες τις γυναίκες που επιθυμούν έκτρωση μέχρι το α' τρίμηνο. Απαγορεύονται οι εκτρώσεις σε γυναίκες που δεν είναι κάτοικοι της Δανίας. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|--------------------|--|--|---|---|---|--|
| ΤΣΕΧΟΣΛΟ- ΒΑΚΙΑ | Νόμος 66 και 73 23 Οκτωβρίου 1981 Ενεργός από τον Ι- ανουάριο του 1987. | Κατά παράκληση 1. Ιατρικές αι- τίες. 2. Κίνδυνος για τη ζωή τη γυ- ναίκας. 3. Κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου 4. Βιασμός ή άλ- λα σεξουαλικά κακουργήματα. | Πρέπει να περά- σουν 6 μήνες μετα- ξύ 2 αμβλώσεων. Εξαιρέσεις: Γυναί- νες με 2 τουλά- χιστον παιδιά Ηλικίας 35 και ά- νω. Βιασμός Σύσταση από για- τρό. Ανήλικες, κάτω από 16 ετών χρειάζο- νται πατρική συ- γκατάθεση. Ανήλικες 16-18 ε- τών μετά από την άμβλωση πρέπει ο γιατρός να πλη- ροφορήσει τους γο- νεύς. Αναγκαστική σύ- σταση. | 12 εβδομάδες Δεύτερο τρίμηνο για 1,2,3,4. | Δωρεάν μέχρι 8 εβδομάδων εγκυ- μοσύνη. Μετά από 8 εβ- δομάδες η γυ- ναίκα πληρώνει 500 KCS. Αμβλώσεις λόγω ιατρικών αιτί- ων γίνονται δω- ρεάν. | Όλες οι εκτρώσεις εκτελούνται μόνο στα Νοσοκομεία. Η γυναίκα πρέπει να δηλώσει την έκτρωση στην περιοχή που μέ- νει δουλεύοντας ή σπουδάζοντας. |

| ΧΩΡΑ | ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ | ΑΙΤΙΕΣ | ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ | ΟΡΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ | ΚΟΣΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|-----------|--|---|---|--|--------|--------|
| ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ | Διορθώσεις και προ- σθέσεις Υπουργείου Υγείας του 1973- 1974. | 1. Κατά παράκλη- ση για μερικές κατηγορίες γυ- ναικών. 2. Κίνδυνος για τη ζωή της γυ- ναίκας και τη φυσική υγεία. 3. Βιασμός ή άλλα σεξουαλι- κά κακουργή- ματα. | Ανύπαντρες γυ- ναίκες παντρεμέ- νες που έχουν τουλάχιστον 2 παιδιά. Παντρε- μένες πάνω από 40 με ένα παι- δί. Γυναίκες που βρίσκονται σε διάζευξη ή ζουν μόνες. Αναγκαστική σύσταση. | 10 εβδομάδες Μέχρι 22 εβδομάδες για 2 και 3. | | |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ε Ρ Ε Υ Ν Α

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συλλέξαμε πληροφορίες από 192 γυναίκες κάτοικοι του Νομού Αχαΐας. Η έρευνά μας έγινε στα εξωτερικά Ιατρεία της Κρατικής Μαιευτικής Κλινικής του Στρατιωτικού Νοσοκομείου Πατρών (409). Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τρόπο που να κατοχυρώνει την ανωνυμία της γυναίκας. Χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο, το οποίο κατατίθεται παρακάτω, και φροντίσαμε να περιλαμβάνει ερωτήσεις που καλύπτουν αρκετούς τομείς οι οποίοι μπορούν να είναι συνυφασμένοι με την προκλητή έκτρωση. Προσπαθήσαμε να καλύψουμε σχεδόν όλες τις ηλικίες αναπαραγωγής (16-45 ετών) και όλα τα επίπεδα μόρφωσης. Φροντίσαμε επίσης από τις γυναίκες του δείγματός μας οι μισές τουλάχιστον να είναι παντρεμένες και οι υπόλοιπες ανύπαντρες. Οι διαζευγμένες και οι χήρες ήταν πολύ λίγες και έτσι κατατάχτηκαν μαζί με τις ανύπαντρες. Έτσι από τις 192 γυναίκες οι 100 ήταν ανύπαντρες και οι υπόλοιπες 92 παντρεμένες.

Το δείγμα που χρησιμοποιήσαμε μπορεί να είναι μικρό. Πολλές ήταν οι γυναίκες όμως οι οποίες αρνήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγιά μας, λόγω του αρκετά προσωπικού περιεχομένου τους, και ο χρόνος άλλωστε που μας διατέθηκε για να διεκπεραιώσουμε τη μελέτη μας αρκετά περιορισμένος. Προσπαθήσαμε όμως το δείγμα του πληθυσμού που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας να είναι αντιπροσωπευτικό θέλοντας έτσι να πετύχουμε, όσο το δυνατόν περισσότερο, αξιόπιστα αποτελέσματα.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2α. ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η ανάλυση βασίστηκε στις απαντήσεις 192 γυναικών. Στον πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή των 192 γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση ανάλογα με την ηλικία τους και την οικογενειακή τους κατάσταση.

Πίνακας 1.

Κατανομή 94 γυναικών που έκαναν έκτρωση ανάλογα με την ηλικία τους και την οικογενειακή κατάσταση

| Ηλικία | Παντρεμένες | Ανύπαντρες |
|--------|-------------|------------|
| < 20 | - | 30% |
| 20-24 | 30,6% | 50% |
| 25-29 | 40,46% | 60% |
| 30-34 | 54% | 35% |
| > 35 | 66,66% | - |

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1 όσο αυξάνεται η ηλικία στις παντρεμένες γυναίκες τόσο αυξάνεται και το ποσοστό των εκτρώσεων.

Το φαινόμενο αυτό εύκολα μπορεί να αιτιολογηθεί αν αναλογιστεί κανείς ότι στην ηλικία 20-30 ετών (ηλικία γάμου συνήθως) η γυναίκα επιθυμεί να κάνει παιδιά οπότε το ποσοστό εκτρώσεων είναι περιορισμένο. Στην ηλικία των 35 και πάνω όμως η γυναίκα ήδη έχει τεκνοποιήσει οπότε πολλοί θα ήταν οι λόγοι που θα την προέτρεπαν σε μία έκτρωση σε περίπτωση εγκυμοσύνης (οικονομικοί, επαγγελματικοί, λόγοι υγείας, κούραση).

Αντίθετα στην κατηγορία των ανύπαντρων γυναικών το ποσοστό των εκτρώσεων αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία τους. Μεγάλο ποσοστό εκτρώσεων έχουμε στις ηλικίες 20-30 ετών. Το κοινωνικό στίγμα της ανύπαντρης μητέρας, ο εξαναγκασμός από τρίτους καθώς επίσης και η απουσία κάθε προστασίας από την κοινωνία είναι συνήθως οι λόγοι που αναγκάζουν μία νεαρή ανύπαντρη έγκυο να καταφύγει στην έκτρωση.

Στην ηλικία των 30 ετών και άνω, όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, το ποσοστό των εκτρώσεων ελαττώνεται. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι η αντισύλληψη γίνεται πιο προσεκτική ή μειώνεται η συχνότητα των γενετησίων σχέσεων ή το πιο πιθανότερο, επειδή η κατηγορία των γυναικών που καθυστερούν να παντρευτούν ή δεν παντρεύονται καθόλου, αποτελεί ένα δείγμα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και κοινωνικές αντιλήψεις οι οποίες συνήθως συνδυάζονται με χαμηλή συχνότητα γενετήσιων σχέσεων.

Ωστόσο θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας και το γεγονός ότι είναι εξαιρετικά δύσκολα να συλλέγουν αξιόπιστες πληροφορίες από ανύπαντρες γυναίκες και ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας που οι ιδέες και οι αντιλήψεις τους δεν θα τους επέτρεπαν να απαντήσουν με ειλικρίνεια σε τέτοιου είδους ερωτήσεις.

2B. ΤΟ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟ ΜΙΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Ρωτήσαμε τις γυναίκες του δείγματός μας, ποιά θα ήταν η απόφασή τους σε περίπτωση μίας εγκυμοσύνης ανεπιθύμητης. Στον πίνακα 2 αποδεικνύεται ότι το μεγαλύτερο ποσο-

στό των γυναικών θα αποφάσιζε να κάνει έκτρωση μη έχοντας την ελάχιστη αμφιθυμία.

Πίνακας 2

Κατανομή 192 γυναικών σε σχέση με την απόφασή τους σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

| | Άγαμες | Έγγαμες |
|--------------------------|--------|---------|
| Θα κρατούσα το παιδί | 14% | 43,47% |
| Θα το έδινα για υιοθεσία | - | - |
| Θα έκανα έκτρωση | 57% | 56,52% |
| Θα παντρευόμουν | 14% | - |
| Δεν ξέρω | 15% | - |

Σχεδόν καμία διαφορά δεν υπάρχει ανάμεσα στις παντρεμένες και ανύπαντρες όσον αφορά την εκλογή της εκτρώσεως. Φαίνεται ότι η Ελληνίδα όχι απλά αποδέχεται την έκτρωση, αλλά τη έχει γίνει και βίωμα. Ένα στοιχείο της καθημερινής ζωής της και εμπειρίας της.

Οι λόγοι που θα οδηγούσαν μία γυναίκα στην έκτρωση παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 3.

Κατανομή 192 γυναικών σε σχέση με τους λόγους που θα τις οδηγούσαν σε μία έκτρωση.

| Λόγοι | Άγαμες | Έγγαμες |
|---------------------------|--------|---------|
| Οικονομικοί | 10% | 27,17% |
| Κοινωνικοί | 42% | - |
| Αντίθεση γονέων | 33% | - |
| Λόγοι υγείας | - | 21,73% |
| Δεν θέλετε άλλα παιδιά | - | 33,69% |
| Ένα παιδί θα ήταν εμπόδιο | - | 13,33% |
| Άλλος λόγος | 15% | - |

Κοινωνικοί λόγοι λοιπόν και η πίεση των γονέων είναι οι σημαντικότερες αιτίες που θα οδηγούσαν μία άγαμη γυναίκα στην έκτρωση. Θετική στάση απέναντι στην έκτρωση έχουν και οι παντρεμένες γυναίκες που ήδη έχουν παιδιά και δεν επιθυμούν άλλα ενώ φαίνεται ότι και ο οικονομικός παράγοντας τους επηρεάζει αρκετά.

Το 21,73% ωστόσο των παντρεμένων γυναικών δήλωσαν ότι μόνο λόγοι υγείας θα τις οδηγούσαν στην έκτρωση.

Όσον αφορά την απόφαση για ένα τόσο σοβαρό θέμα, όπως είναι μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, από τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ευκρινές ότι υπερισχύει η κοινή απόφαση των δύο συντρόφων και στις δύο κατηγορίες γυναικών. Βέβαια το ποσοστό, στην περίπτωση των έγγαμων γυναικών είναι, όπως θα περίμενε κανείς μεγαλύτερο απ'ότι το ποσοστό στις άγαμες γυναίκες.

Πίνακας 4.

Η κατανομή 192 γυναικών σε σχέση με την απόφασή τους στην περίπτωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

| Απόφαση | Άγαμες | Έγγαμες |
|-------------------|--------|---------|
| Δική μου | 36% | 8,21% |
| Του συντρόφου μου | - | - |
| Και των δύο | 64% | 91,67% |

2γ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Το 39% των ανύπαντρων γυναικών καθώς και το 59,78% των παντρεμένων γυναικών του δείγματός μας έχουν κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση. Ρωτήσαμε τις γυναίκες αυτές για το πως δέχτηκαν το γεγονός αυτό.

Πίνακας 5.

Κατανομή 192 γυναικών σε σχέση με την αντιμετώπιση τους απέναντι στην έκτρωση.

| Αντιμετώπιση | Άγαμες | Έγγαμες |
|------------------------------------|--------|---------|
| Σαν αναγκαία λύση | 25,6% | 38,18% |
| Σαν μία τραυματική εμπειρία | 35,8% | 30,9% |
| Μ'επηρέασε αλλά το ξεπέρασα εύκολα | 38,4% | 30,9% |

Από τον πίνακα προκύπτει ότι διαφορετικά αντιμετωπίζουν το γεγονός της έκτρωσης, οι ανύπαντρες γυναίκες σε σχέση με τις παντρεμένες. Φαίνεται ότι η παντρεμένη γυναίκα έχει τη δυνατότητα να συζητήσει το θέμα και να διερευνήσει ό-

λες τις δυνατές εναλλακτικές λύσεις. Έτσι, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να ωριμάσει μέσα της η απόφαση της έκτρωσης και να γίνει ευκολότερα αποδεκτή.

Αυτό, άλλωστε, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι μόνο το 7,3% των παντρεμένων γυναικών δήλωσαν ότι δεν είχαν ψυχολογική υποστήριξη από κανέναν, και μόνο το 27,2% αντιμετώπισαν ψυχολογικά προβλήματα ύστερα από την έκτρωση.

Ωστόσο, δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο στις ανύπαντρες γυναίκες, οι οποίες αναγκάζονται να καταφύγουν στην έκτρωση μέσα σ'ένα κλίμα πλήρης μυστικότητας και ενοχής.

Το 33,3% των ανύπαντρων γυναικών αντιμετώπισαν ψυχολογικά προβλήματα ύστερα από την έκτρωση, και το 25,66% δεν είχαν ψυχολογική υποστήριξη από κανέναν.

Για να γίνουν όλα αυτά πιο κατανοητά, παρακάτω παραθέτουμε τους ανάλογους πίνακες με τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

Πίνακας 6.

Κατανομή 94 γυναικών σε σχέση με τα προβλήματα υγείας μετά από 1 έκτρωση.

| Προβλήματα υγείας | Άγαμες | Έγγαμες |
|-----------------------|--------|---------|
| Αιμορραγία | 7,69% | 7,27% |
| Μόλυνση | - | - |
| Συνέχιση εγκυμοσύνης | - | - |
| Ψυχολογικά προβλήματα | 33,33% | 27,27% |
| Κάτι άλλο | 15,38% | 1,81% |
| Κανένα | 43,6% | 63,65% |

Πίνακας 7.

Κατανομή 94 γυναικών όσον αφορά τη ψυχολογική υποστήριξη που είχαν μετά την έκτρωση.

| Ψυχολογική Υποστήριξη | Άγαμες | Έγγαμες |
|---------------------------|--------|---------|
| Από το σύντροφο | 33,33% | 69,09% |
| Από τους γονείς | 7,69% | 10,90% |
| Από κάποιο φιλικό πρόσωπο | 28,20% | 7,27% |
| Από τον γιατρό | 5,12% | 3,63% |
| Από τη Νοσηλεύτρια | - | 1,81% |
| Από κανένα | 25,66% | 7,30% |

26. ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

Συνεχίζοντας την ανάλυση των στοιχείων της μελέτης, θεωρήσαμε σκόπιμο να εξετάσουμε το ποσοστό των γυναικών που έκαναν έκτρωση (-σεις) σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσής τους.

Πίνακας 8.

Κατανομή 94 γυναικών που έκαναν έκτρωση σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσής τους.

| Επίπεδο γνώσεων | Ποσοστά γυναικών |
|---------------------------|------------------|
| Απόφοιτες Δημοτικού | 44,8% |
| Απόφοιτες Γυμνασίου | 52,63% |
| Απόφοιτες Λυκείου | 48% |
| Απόφοιτες Ανώτερης Σχολής | 47,1% |
| Απόφοιτες Ανώτατης Σχολής | 45,45% |

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση παραμένει υψηλό και στα πέντε επίπεδα μόρφωσης του δείγματος.

Παρατηρούμε ότι το χαμηλότερο ποσοστό (44,8%) το κατέχουν οι απόφοιτες Δημοτικού Σχολείου ενώ το υψηλότερο (52,63%) οι απόφοιτοι Γυμνασίου.

Η σχετική επιφύλαξη των πιο καλλιεργημένων γυναικών, στο θέμα της έκτρωσης σε αντίθεση με τις γυναίκες μετρίου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτες Γυμνασίου) ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρώτες όχι μόνο έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της σοβαρής αναταραχής που υφίσταται ο γυναικείος οργανισμός κατά την έκτρωση αλλά επιπλέον είναι καλύτερα πληροφορημένες σχετικά με τη χρήση των αντιουλληπτικών μέτρων.

Όπως ήδη ειπώθηκε το μικρότερο ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση (-σεις) είναι οι απόφοιτες Δημοτικού Σχολείου. Άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου που ίσως είναι δύσκολο να αναπτύξουν δική τους προσωπική γνώμη απέναντι στην έκτρωση και έχουν υιοθετήσει αυτή που κληρονόμησαν.

2ε. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Διακρίναμε τις γυναίκες που απάντησαν στα ερωτηματολόγια μας σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη περιελάμβανε γυναίκες με πλήρη επαγγελματική δραστηριότητα και φοιτήτριες και η δεύτερη γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά.

Πίνακας 9.

Κατανομή 94 γυναικών που έκαναν έκτρωση σε σχέση με την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

| | |
|---------------------------------|-------|
| Πλήρης επαγγελματική απασχόληση | 52,3% |
| Οικιακά | 60,0% |

Από τον πίνακα 9 φαίνεται ότι το ποσοστό των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση είναι αντιστρόφως ανάλογο με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η αλήθεια είναι ότι περιμέναμε πως οι γυναίκες που έχουν πλήρη επαγγελματική απασχόληση θα ήταν φυσικό να καταφεύγουν στην έκτρωση πολύ περισσότερο από τις υπόλοιπες. Ωστόσο από την έρευνά μας διαπιστώσαμε το αντίθετο.

Η εξήγηση ίσως βασίζεται στη νοοτροπία των εργαζόμενων γυναικών. Η εργαζόμενη γυναίκα ευρύνει τους ορίζοντες της και της δίνεται η δυνατότητα να έχει ορθότερες και πιο ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με τη χρησιμοποίηση των αντισυλληπτικών μέτρων.

2στ. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Θεωρήσαμε απαραίτητο να εξετάσουμε το που έζησε η κάθε γυναίκα τα εφηβικά της χρόνια για να δούμε σε ποιό βαθμό είναι δυνατόν να επηρεάσουν μία μελλοντική απόφαση της για έκτρωση.

Πολύ λίγες ήταν οι γυναίκες που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια στην Αθήνα ή σε κάποια άλλη αστική πόλη και έτσι τις συμπεριλάβαμε στην κατηγορία των γυναικών που έζησαν στην Πάτρα.

Πίνακας 10.

Κατανομή 94 γυναικών που έκαναν έκτρωση σε σχέση με τον τόπο καταγωγής.

| Τόπος | Ποσοστό γυναικών |
|----------------|------------------|
| Πάτρα | 41,48% |
| Επαρχιακή πόλη | 31,91% |
| Χωριό | 26,59% |

Από τον πίνακα φανερό είναι η επίδραση που ασκεί η εφηβεία στη μελλοντική διαμόρφωση της προσωπικότητας της γυναίκας. Οι γυναίκες που έζησαν στην κάπως απροκατάληπτη κοινωνία της πόλης με τις πιο ελαστικές ηθικές αρχές ωθούνται ευκολότερα στην έκτρωση απ'ότι οι γυναίκες που έζησαν στην κλειστή κοινωνία του χωριού και μεγάλωσαν διαμορφώνοντας τις αυστηρές ηθικές αρχές και μία συντηρητική και δύσκαμπτη στάση απέναντι στις εκτρώσεις.

2.5. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Μέσα στα πλαίσια της έρευνάς μας, εξετάσαμε το επίπεδο των σχέσεων των γυναικών του δείγματός μας με τους γονείς τους. Και είναι ευκρινείς από τον πίνακα που ακολουθεί ότι τα αποτελέσματα ήταν τα αναμενόμενα.

Πίνακας 11.

Κατανομή 94 γυναικών που έκαναν έκτρωση όσον αφορά τις σχέσεις τους με τους γονείς τους.

| Σχέσεις | Ποσοστό γυναικών |
|--------------------|------------------|
| Πολύ καλές σχέσεις | 41,66% |
| Καλές σχέσεις | 53,62% |
| Μέτριες σχέσεις | 55,55% |
| Κακές σχέσεις | 66,66% |

Η πρώτη κοινωνική ομάδα στην οποία εντάσσεται το παιδί είναι η οικογένεια. Οι γονείς του είναι οι πρώτοι δάσκαλοι. Οι σχέσεις που θα δημιουργηθούν ανάμεσα στο παιδί και στους γονείς θα παίξουν πρωταρχικό ρόλο στη μελλοντική διαμόρφωση της προσωπικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς του. Πολλές φορές μία άσχημη σχέση μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε αντικοινωνική συμπεριφορά και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το παιδί προσπαθεί να εκδικηθεί τους γονείς του ενεργώντας αντιδραστικά. Η σωστή διαπαιδαγώγηση, η κατανόηση και η εξασφάλιση καλής επικοινωνίας είναι οι τρεις παράγοντες που θα συντελέσουν στη διαμόρφωση μιάς άρτιας προσωπικότητας. Και κάπου εδώ θα έπρεπε να πούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων θα παίξει μεγάλο ρόλο στο αν η διαπαιδαγώγηση θα έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα.

Η αποφυγή ή η άρνηση της σεξουαλικής πληροφόρησης συναντάται συνήθως σε γονείς κατώτερου μορφωτικού επιπέδου. Έτσι τα παιδιά μεγαλώνουν χωρίς να έχουν τη σωστή σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων με αποτέλεσμα να βρίσκονται πολλές φορές αντιμέτωποι με δυσάρεστες καταστάσεις όπως είναι μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αρκεί να επισημάνουμε ότι από την έρευνά μας αποκαλύφθηκε ότι το 60% των γυναικών με αγράμματους γονείς καθώς και το 57% των γυναικών με γονείς απόφοιτους δημοτικού Σχολείου έχουν καταφύγει σε εκτρώσεις.

Μία άλλη ερώτηση μας που απευθυνόταν στις άγαμες γυναίκες ήταν αν θα συζητούσαν με τους γονείς τους την περίπτωση μιάς ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η πλειοψηφία των γυ-

ναικών που απάντησαν αρνητικά ήταν συντριπτική (67%) έναντι του ποσοστού που απάντησε θετικά (33%).

Οι λόγοι της άρνησης τους με τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών παραθέτονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12.

| Λόγοι | Ποσοστά γυναικών |
|--|------------------|
| Φόβος | 5,97% |
| Ντροπή | 20,89% |
| Έλλειψη κατανόησης θα τους επέβαλλαν τη δική τους λύση | 56,71% |
| | 16,41% |

2η. ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι γυναίκες του δείγματός μας.

Πίνακας 13.

Κατανομή 192 γυναικών όσον αφορά τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

| Μέθοδοι Αντισύλληψης | Έγγαμες | Άγαμες |
|----------------------|---------|--------|
| Διακεκομένη συνουσία | 41,3% | 45% |
| Προφυλακτικό | 14,1% | 17% |
| Χάπι | 1,08% | 15% |
| Σπιράλ | 17,3% | 2% |
| Διάφραγμα | 2,17% | 0% |
| Καμμία | 25% | 21% |

Θεωρήσαμε σκόπιμο να κάνουμε αυτή τη διάκριση μεταξύ των έγγαμων και άγαμων γυναικών για να εντοπίσουμε τυχόν διαφορές.

Από τον πίνακα βλέπουμε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό έγγαμων και άγαμων γυναικών χρησιμοποιούν την διακεκομένη συνουσία προκειμένου να αποφύγουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η μέθοδος αυτή έχει πολλά μειονεκτήματα και το κυριότερο είναι ότι δεν είναι ασφαλής. Το ποσοστό αποτυχίας της (38%) τείνει να την καταργήσει σαν μέθοδο αντισύλληψης. Παρ' όλα αυτά οι γυναίκες δείχνουν μία αρνητική στάση απέναντι στα τεχνικά μέσα αντισύλληψης. Το προφυλακτικό έρχεται δεύτερο στην προτίμηση των άγαμων γυναικών ενώ οι παντρεμένες προτιμούν το σπирάλ. Το σπирάλ είναι μάλλον μία συνηθισμένη εκλογή της παντρεμένης γυναίκας που ήδη έχει τεκνοποιήσει και δεν επιθυμεί άλλα παιδιά. Και σίγουρα η εμπειρία μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που κατέληξε σε έκτρωση θα ενισχύσει την απόφασή της.

Το αντισυλληπτικό χάπι φαίνεται να είναι πιο συνηθισμένο στις άγαμες γυναίκες, που ίσως το προτιμούν για τον εύκολο τρόπο λήψης του και τη μεγάλη αποτελεσματικότητά του.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι λόγοι της αρνητικής στάσης που είχαν μερικές γυναίκες απέναντι σε κάθε μέθοδο αντισύλληψης.

Πίνακας 14.

Κατανομή 44 γυναικών που αρνούνται τις αντισυλληπτικές μεθόδους και οι λόγοι άρνησής τους.

| Λόγοι | Έγγαμες | Άγαμες |
|---------------------|---------|--------|
| Δεν με ικανοποιούν | 34,78% | 47,61% |
| Λόγοι αλλεργίας | 4,34% | 9,52% |
| Λόγοι θρησκείας | - | - |
| Θέλω να τεκνοποιήσω | 52,17% | 14,28% |
| Άλλος λόγος | 8,69% | 28,57% |

Μεγάλο ήταν το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι δεν τις ικανοποιεί καμμία μέθοδος αντισύλληψης. Αυτό μας προκάλεσε μεγάλη έκπληξη και αρχίσαμε να αναρωτιόμαστε: μήπως τελικά οι γυναίκες αυτές δεν αναζήτησαν ποτέ κάποια μέθοδο αντισύλληψης; Μήπως δεν είχαν καν το ερέθισμα, μιάς και η πληροφόρηση στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη και ο οικογενειακός Προγραμματισμός όχι μόνο σαν θεσμός αλλά και σαν όρος είναι ολότελα άγνωστος.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζουμε τις αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούν οι γυναίκες που ήδη έχουν υποστεί μία έκτρωση.

Πίνακας 15

Κατανομή των 94 γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση σε σχέση με την αντισύλληψη.

| Αντισυλληπτικές μέθοδοι | Ποσοστό γυναικών |
|-------------------------|------------------|
| Διακεκομένη συνουσία | 41,48% |
| Προφυλακτικό | 9,57% |
| Χάπι | 5,31% |
| Σπιράλ | 14,89% |
| Διάφραγμα | 1,06% |
| Καμμία | 27% |

Βλέπουμε λοιπόν ότι ένας μεγάλο ποσοστό (41,48%) εξοκολουθεί να χρησιμοποιεί την απαρχαιωμένη μέθοδο της διακεκομένης συνουσίας ενώ ένα αξιοσημείωτο ποσοστό (27%) συνεχίζει να μη χρησιμοποιεί κανένα μέτρο αντισύλληψης.

Φαίνεται ότι στην Ελλάδα το πιο γνωστό μέτρο αντισύλληψης είναι η έκτρωση.

2θ. ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Στα πλαίσια της έρευνάς μας συμπεριλάβαμε και τη γνώμη όλων των γυναικών του δείγματός μας πάνω στην έκτρωση. Εδώ ο διαχωρισμός δεν έγινε ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών αλλά ανάλογα με την ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης των γυναικών και την προσωπική εμπειρία της έκτρωσης.

Πίνακας 16

Κατανομή 192 γυναικών όσον αφορά τη γνώμη τους για την έκτρωση σε σχέση με την ηλικία τους.

| Γνώμη | < 20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | > 35 |
|---|-------|--------|--------|-------|--------|
| Είναι επικίνδυνη | 46,6% | 49,12% | 38,8% | 37,5% | 61,76% |
| Είναι ακίνδυνη αν γίνεται από καλό γιατρό | 33,3% | 47,36% | 57,40% | 59,3% | 38,23% |
| Είναι εύκολη και προσιτή. | 20% | 3,5% | 3,7% | 3,1% | 0% |

Πίνακας 17

Κατανομή 192 γυναικών όσον αφορά τη γνώμη τους για την έκτρωση σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο

| Γνώμη | Απ.Δημοτ. | Απ.Γυμν. | Απ.Λυκείου | Απ.Ανωτερης Σχ. | Απ.Ανωτατης Σχολής |
|---|-----------|----------|------------|-----------------|--------------------|
| Είναι επικίνδυνη | 51,72% | 55,5% | 42,66% | 55,3% | 27,27% |
| Είναι ακίνδυνη αν γίνεται από καλό γιατρό | 44,8% | 38,8% | 52% | 42,55% | 72,72% |
| Είναι εύκολη και προσιτή. | 3,4% | 5,55% | 5,33% | 2,12% | 0% |

Πίνακας 18

Κατανομή 192 γυναικών όσον αφορά τη γνώμη τους για την έκτρωση σε σχέση με την προσωπική τους εμπειρία

| Γνώμη | Γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση | Γυναίκες που δεν έκαναν έκτρωση |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Είναι επικίνδυνη | 44,68% | 47,47% |
| Είναι ακίνδυνη αν γίνει από καλό γιατρό | 48,93% | 49,49% |
| Είναι εύκολη και προσιτή | 6,38% | 1,01% |

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι προκλητές εκτρώσεις αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα. Η σύγκριση των στοιχείων από διάφορες χώρες δεν είναι εύκολη, επειδή η μεθοδολογία ποικίλει πολύ στις διάφορες μελέτες όπως και οι κοινωνικές συνθήκες και το νομικό καθεστώς των εκτρώσεων σε κάθε χώρα.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει αρκετές έρευνες για τη συχνότητα και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εκτρώσεων στις παντρεμένες γυναίκες (Βαλαώρας και συν.1965, Πολυχρονοπούλου 1967, Βαλαώρας και συν.1969, Κασσιarelis 1978). Για το πρόβλημα των εκτρώσεων σε ανύπαντρες γυναίκες έγινε μία προσπάθεια έρευνας στο παρελθόν από τον Βαλαώρα και συν. το 1969, αλλά απέτυχε. Έτσι η πιο εκτεταμένη έρευνα που έχει γίνει πάνω στις ανύπαντρες γυναίκες είναι αυτή του κ.Καλλα και των συνεργατών του το 1978. Από τα δεδομένα της εργασίας εκείνης προέκυψε ότι η συχνότητα των εκτρώσεων είναι λίγο μεγαλύτερη στις παντρεμένες γυναίκες. Η δική μας έρευνα έρχεται να ενισχύσει το αποτέλεσμα αυτό αποδεικνύοντας ότι το ποσοστό των παντρεμένων γυναικών (59.78%) είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό των ανύπαντρων (39%). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα άλλων χωρών, όπως των Η.Π.Α., όπου τα 3/4 σχεδόν των εκτρώσεων αφορούν ανύπαντρες γυναίκες.

Από τον πίνακα 1 φαίνεται ότι μέχρι τα 30 χρόνια η συχνότητα των εκτρώσεων είναι μεγαλύτερη στις ανύπαντρες ενώ μετά την ηλικία αυτή η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις παντρεμένες. Προκύπτει επίσης ότι στις παντρεμένες η συχνό-

τητα των εκτρώσεων αυξάνει προοδευτικά μέχρι τα 35 (επειδή συμπληρώνεται το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας). Εξ άλλου, στις ανύπαντρες γυναίκες η συχνότητα των εκτρώσεων αυξάνει μέχρι τα 30 χρόνια (επειδή αυξάνει προοδευτικά η συχνότητα των ανύπαντρων γυναικών που διατηρούν γενετήσιες σχέσεις), ενώ μειώνεται μετά τα 30 (επειδή η αντισύλληψη γίνεται πιο προσεκτική ή μειώνεται η συχνότητα των γενετήσιων σχέσεων).

Οι λόγοι προσέλευσης για έκτρωση, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνάς μας είναι για τις παντρεμένες οικονομικοί κυρίως και ο επιθυμητός αριθμός παιδιών ενώ για τις ανύπαντρες, κοινωνικοί και η αντίθεση γονέων. Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μίας αντίστοιχης έρευνας που έγινε στις Η.Π.Α. το 1987 η οποία απέδειξε ότι τα 3/4 των παντρεμένων γυναικών έκαναν έκτρωση γιατί ένα παιδί θα ήταν εμπόδιο στην επαγγελματική τους καριέρα ενώ η οικονομική κατάσταση ερχόταν δεύτερη. Όσον αφορά τις ανύπαντρες ο κυριότερος λόγος ήταν ότι δεν ένιωθαν ώριμες για να γίνουν μητέρες ενώ η αντίθεση γονέων και οι κοινωνικοί λόγοι έρχονταν τελευταίοι.

Όσον αφορά τα βιοψυχοπαθολογικά επακόλουθα της έκτρωσης, τα δεδομένα της έρευνάς μας συμπίπτουν με τα αντίστοιχα δεδομένα μίας έρευνας που έγινε στη Γερμανία το 1982 η οποία απέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών προσαρμόστηκε χωρίς ιδιαίτερη συναισθηματική διαταραχή μετά την έκτρωση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αποδείχτηκε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό παντρεμένων (91,67%) και ανύπαν-

τρων (64%) προχώρησαν στην έκτρωση αφού πρώτα το συζήτησαν με το σύντροφό τους. Αντίθετα έρευνες που έγιναν στην Νορβηγία και στη Στοκχόλμη το 1982 φανερώνουν ότι οι μισές τουλάχιστον γυναίκες είχαν αποφασίσει να κάνουν έκτρωση ανεξάρτητα από τη γνώμη του συντρόφου τους.

Η συσχέτιση της έρευνάς μας με αντίστοιχες άλλων χωρών δεν μπορεί να είναι απόλυτα ενδεικτική γιατί όπως ειπώθηκε στην αρχή διαφέρει κατά πολύ τόσο η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε όσο και οι κοινωνικές δομές και η Νομοθεσία κάθε χώρας. Το κοινό στοιχείο, ωστόσο, που αναδύεται από όλες τις έρευνες είναι ότι η έκτρωση αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί δυναμικά.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι πια αποδεδειγμένο σήμερα ότι η έκτρωση χρησιμοποιείται σαν αντισυλληπτικό μέτρο, όταν ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ανύπακτος και όταν τα νεαρά ζευγάρια καταφεύγουν στις απαρχαιωμένες μεθόδους αντισύλληψης, όπως η διακεκομένη συνουσία. Σε χώρες όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται ανελλιπώς, η έκτρωση αποτελεί την εύκολη λύση για τα ζευγάρια που δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο θέμα της γονιμότητάς τους.

Έτσι η πρόληψη είναι το κύριο μέτρο αντιμετώπισης των εκτρώσεων. Για να υπάρχει όμως πρόληψη θα πρέπει να υπάρχει και σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση. Σήμερα στην Ελλάδα ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού βρίσκεται ακόμη σε <<βρεφική ηλικία>>. Και αυτό είναι πολύ λυπηρό γιατί ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μία από τις βασικές προϋποθέσεις της κοινωνικής υγείας του συνόλου. Είναι απόλυτη ανάγκη λοιπόν ο θεσμός αυτός να ενισχυθεί και να επανδρωθεί από έμπειρο και επιστημονικά καταρτισμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό (υγειονομικοί διαφωτιστές, μαίες, νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί) και να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα και κυρίως στην επαρχία που ο θεσμός αυτός δεν είναι γνωστός ούτε σαν όρος.

Το σύστημα του οικογενειακού προγραμματισμού για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να είναι προσιτό σ' όλους τους ανθρώπους. Θα πρέπει να λειτουργούν τα απαραίτητα κέντρα πρωί και απόγευμα και να δίνουν τις αναγκαίες πληροφορίες.

Επίσης πρέπει να υπάρχουν κέντρα που θα λειτουργούν πάνω σε 24ωρη βάση και θα μπορούν να προμηθεύουν στο κοινό όλα τα είδη των αντισυλληπτικών μέτρων. Τονίζεται ακόμη ότι η διάθεση του αντισυλληπτικού χαπιού θα γίνεται πάντα με συνταγή γιατρού. Επίσης θα πρέπει να παρέχονται ειδικές ευκολίες στα ανίκανα πνευματικά άτομα, στους αρρώστους, ανάπηρους και αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα. Το κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για να βελτιώνεται όλο ένα και να εξαλείφει τυχόν αδυναμίες και κενά, επιβάλλεται να παρακολουθεί από κοντά τους προστατευόμενους του, να κάνει εκτιμήσεις του έργου του κάθε τόσο και να επανδρώνεται ανελλιπώς με ανθρώπους που έχουν σχέση μ'αυτή τη δουλειά.

Το πρόβλημα όμως είναι ότι από μόνος ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού δεν μπορεί να καλύψει το πρόβλημα ολοκληρωτικά γιατί απευθύνεται κυρίως σε μεγαλύτερα άτομα. Τι γίνεται όμως με τη διαφώτιση των παιδιών; Τα παιδιά που συνήθως ενημερώνονται πάνω στα σεξουαλικά θέματα από ανεπίσημες πηγές ή από άτομα που δεν είναι ούτε αρμόδια αλλά ούτε και υπεύθυνα.

Η πληροφόρηση θα πρέπει να αρχίσει από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού γιατί τότε αρχίζουν οι πρώτες απορίες. Οι απαντήσεις θα πρέπει να γίνονται με ειλικρίνεια και σωστή ορολογία σύμφωνα με την ανάπτυξη του παιδιού.

Οι γονείς επομένως αποτελούν αναγκαστικά, όχι μόνο τους πρώτους αλλά και τους μόνιμους φορείς αγωγής του παιδιού για να δώσουν πολύ γρήγορα τη σκυτάλη και στο δάσκαλο. Οι παιδαγωγοί διατηρούν συνήθως τα πρωτεία για την ε-

φαρμογή της σεξουαλικής αγωγής αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επιπλέον γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και προσωπικό υγείας ειδικά εκπαιδευμένο γι' αυτό το σκοπό. Η επιμόρφωση των φορέων αυτών πρέπει να γίνεται με κρατική μέριμνα. Επίσης τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ειδικά έντυπα, βιβλία και οπτικοακουστικά μέσα είναι απαραίτητα για την επιμόρφωση των φορέων και των παιδιών.

Η εκπαίδευση των παιδιών πρέπει να γίνεται ως εξής: Μετά την αρχική ενημέρωση από τους γονείς και τους δασκάλους στο Νηπιαγωγείο θα πρέπει στις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού να δίνονται ορισμένες βασικές βιολογικές πληροφορίες. Στις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου πρέπει να διδάσκεται η διαφορά των δύο φύλων, οι σωματικές και ψυχικές αλλαγές της εφηβείας, η υγιεινή της εμμηνορυσίας, η γονιμοποίηση, η εγκυμοσύνη και η γέννηση. Στα χρόνια του Λυκείου εκτός από την αναπαραγωγή του ανθρώπου μπορεί να διδάσκονται προοδευτικά θέματα, όπως αντισύλληψη, οικογενειακός προγραμματισμός, αφροδίσια νοσήματα, βιασμός και η έκτρωση. Έτσι το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής θα είναι πολύ χρήσιμο για τα νεαρά άτομα γιατί θα τα βοηθήσει να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Ακόμα μπορεί να βοηθήσει τις νέες κοπέλες να αποφύγουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και το ενδεχόμενο μιάς έκτρωσης.

Αλλά και το προσωπικό υγείας θα πρέπει να πάρει ενεργό και υπεύθυνο ρόλο στον αγώνα για την αντιμετώπιση των εκτρώσεων. Και πρώτα απ' όλα θα πρέπει οι εκτρώσεις να πάψουν να αποτελούν μέσο κερδοσκοπίας των γιατρών. Ο γυναικολόγος πριν προχωρήσει στην έκτρωση πρέπει να εξαντλήσει

όλες τις δυνατές εναλλακτικές λύσεις και φυσικά να ενεργήσει μέσα στα πλαίσια του νομικού καθεστώτος. Η σωστή ενημέρωση για τους κινδύνους της έκτρωσης αποτελεί υποχρέωση του γιατρού και πρέπει να γίνεται πριν από την εκτέλεσή της.

Μεγάλη σημασία ωστόσο έχει και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας και κυρίως της Νοσηλεύτριας της κοινότητας. Αυτή πρέπει να είναι επιστημονικά καταρτισμένη σε ότι αφορά την έκτρωση, τους κινδύνους της και την αντισύλληψη. Θα πρέπει να είναι πάντα σε θέση να βοηθήσει μία γυναίκα η οποία θα ζητήσει τη βοήθειά της πάνω σ'ένα τέτοιο θέμα. Η γνώση και τα ανθρωπιστικά της αισθήματα είναι τα στοιχεία που θα τη βοηθήσουν στο έργο της. Στην περίπτωση που η Νοσηλεύτρια έχει να αντιμετωπίσει μία ενδεχόμενη έκτρωση πρέπει να ενεργήσει ως εξής: είναι απαραίτητο πρώτα απ'όλα να καταλάβει τι σημαίνει για τη συγκεκριμένη γυναίκα η εγκυμοσύνη και τι αντιπροσωπεύει η έκτρωση. Με τη συζήτηση θα πρέπει να της δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά της, τις προσδοκίες της, τους φόβους και τις ενοχές της. Θα πρέπει αν προβεί σε μία αδρή ψυχοκοινωνική εκτίμηση και να βοηθήσει τη γυναίκα να πάρει την απόφασή της μόνη της αφού όμως πρώτα κάνει μία διερεύνηση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων. Ωστόσο καθήκον της είναι να εκθέσει στην γυναίκα όλους τους κινδύνους που απειλούν τη σωματική και ψυχική της υγεία μετά την εκτέλεση μίας έκτρωσης. Στην περίπτωση που δεν μπορέσει να ανατρέψει τη γυναίκα από το γεγονός της έκτρωσης και είναι αναγκασμένη να συμβάλλει στην εκτέλεσή της είναι υποχρεωμένη να εργαστεί με ευσυνειδησία

και υπευθυνότητα. Στη συνέχεια όμως είναι καθήκον της να πληροφορήσει τη γυναίκα για όλες τις μεθόδους αντισύλληψης και να την πείσει ότι πρέπει να αποφύγει μία άλλη έκτρωση.

Επομένως η κρατική μέριμνα, η σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση καθώς και η ενεργή συμμετοχή του υγειονομικού προσωπικού είναι οι συντελεστές που θα συμβάλλουν στη μείωση του αριθμού των εκτρώσεων.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Στην έρευνα αυτή αποδεικνύεται γι'άλλη μία φορά ότι η έκτρωση έχει γίνει βίωμα στην Ελληνίδα και χρησιμοποιείται, θα μπορούσαμε να πούμε, ως αντισυλληπτικό μέσο. Η οικονομική κατάσταση και ο επιθυμητός αριθμός παιδιών για τις παντρεμένες και οι κοινωνικές αντιλήψεις για τις ανύπαντρες είναι οι κυριότεροι λόγοι που ωθούν στην εκτέλεση μίας έκτρωσης. Το γεγονός της έκτρωσης δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία, την επαγγελματική απασχόληση και τον τόπο διαμονής της γυναίκας.

Οι εκτρώσεις λοιπόν είναι από τα προβλήματα της εποχής μας, που συνεχώς αυξάνει και η λύση του αποτελεί ευθύνη όλων μας.

П А Р А Р Т Н М А

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΗΛΙΚΙΑ.....
2. ΕΓΓΑΜΟΣ..... ΑΓΑΜΟΣ
3. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ
 - α. Αγράμματη
 - β. Απόφοιτος δημοτικού
 - γ. Απόφοιτος Γυμνασίου
 - δ. Απόφοιτος Λυκείου
 - ε. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής
 - στ. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής
4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
5. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΣΑΣ:
 - α. Αγράμματος
 - β. Απόφοιτος Δημοτικού
 - γ. Απόφοιτος Γυμνασίου
 - δ. Απόφοιτος Λυκείου
 - ε. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής
 - στ. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής
6. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΑΣ:
 - α. Αγράμματη
 - β. Απόφοιτος Δημοτικού
 - γ. Απόφοιτος Γυμνασίου
 - δ. Απόφοιτος Λυκείου
 - ε. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής
 - στ. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής
7. ΠΟΥ ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ
8. ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ;

9. Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ΗΤΑΝ:

- | | |
|--------------|---------|
| α. Πολύ καλή | β. καλή |
| γ. Μέτρια | δ. κακή |

ΑΝ ΕΙΣΑΣΤΕ ΑΓΑΜΗ

10. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

- α. Θα κρατούσατε το παιδί
- β. Θα το δίνετε για υιοθεσία
- γ. Θα κάνετε άμβλωση
- δ. Θα παντρευόσασταν
- ε. Δεν ξέρετε

11. ΘΑ ΤΟ ΣΥΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12. ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑΤΙ;

- α. Φοβάστε
- β. Ντρέπεστε
- γ. Δεν σαν καταλαβαίνουν
- δ. Θα σας επέβαλλαν τη δική τους λύση

13. Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΘΑ ΗΤΑΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ:

- α. Δική σας
- β. Του συντρόφου σας
- γ. Και των δύο

14. ΠΟΙΟΙ ΛΟΓΟΙ ΘΑ ΣΑΣ ΟΔΗΓΟΥΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

- α. Οικονομικοί
- β. Κοινωνικοί
- γ. Αντίθεση γονέων
- δ. Άλλος λόγος

15. ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΑΜΒΛΩΣΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΕΣ;

17. ΠΩΣ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ;

- α. Σαν αναγκαία λύση
- β. Σαν μία τραυματική εμπειρία
- γ. Σας επηρέασε αλλά το ξεπεράσατε εύκολα

18. ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ;

- α. Αιμορραγία
- β. Μόλυνση
- γ. Συνέχιση εγκυμοσύνης
- δ. Ψυχολογικά προβλήματα
- ε. Κάτι άλλο

19. ΕΙΧΑΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ;

- α. Τον σύντροφό σας
- β. Τους γονείς σας
- γ. Κάποιο φιλικό πρόσωπο
- δ. Το γιατρό σας
- ε. Την νοσηλεύτρια

21. ΤΙ ΓΝΩΜΗ ΕΧΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ;

- α. Είναι επικίνδυνη
- β. Είναι ακίνδυνη αν γίνει προσεκτικά και από καλό γιατρό
- γ. Είναι εύκολη και προσιτή.

22. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ;

- α. Διακεκομμένη συνουσία
- β. Προφυλακτικό
- γ. Χάπι
- δ. Σπιράλ
- ε. Διάφραγμα
- στ. Καμμία

33. ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ;

- α. Αιμορραγία
- β. Μόλυνση
- γ. Συνέχιση εγκυμοσύνης
- δ. Ψυχολογικά προβλήματα
- ε. Κάτι άλλο

34. ΤΙ ΓΝΩΜΗ ΕΧΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ;

- α. Είναι επικίνδυνη
- β. Είναι ακίνδυνη αν γίνει προσεκτικά και από καλό γιατρό
- γ. Είναι εύκολη και προσιτή

35. ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ;

- α. Διακεκομένη συνουσία
- β. Προφυλακτικό
- γ. Χάπι
- δ. Σπιράλ
- ε. Διάφραγμα
- στ. Καμμία

36. ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΚΑΜΜΙΑ, ΓΙΑΤΙ;

- α. Δεν με ικανοποιεί καμμία μέθοδος
- β. Μου προκαλούν αλλεργία
- γ. Για λόγους υγείας
- δ. Θέλω να τεκνοποιήσω
- ε. Για κάποιο άλλο λόγο

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ALDER N.E., DAVID H.P., MAJOR B.N., PSYCHOLOGICAL RESPONSES AFTER ABORTION, SCIENCE, VOL. 248, p. 4.951, PAG. 41-44, UNITED-STATES, 6 APRIL 1990

Βασιλειάδης Νικόλαος, Πότε εμψυχώνεται το ανθρώπινο έμβρυο (η ώρα μηδέν της ανθρώπινης ζωής, Επίτομος, Έκδοση 3η, Εκδόσεις: Αδελφότης Θεολόγων Ο ΣΩΤΗΡ, Αθήνα 1987.

CASTADOT P.G., PREGNANCY TERMINATION, FERTILITY AND STERILITY, VOL. 45, p. 1, PAG. 5-17, UNITED-STATES, JANUARY 1986.

Δανέζης Μ.Ιωάννης, Η τεχνητή έκτρωση ως διεθνές και ελληνικό πρόβλημα, Ιατρική, τόμος 15, τεύχος 3, σελ. 195-197, Αθήνα Μάρτιος 1969

Δετοράκης Ιωάννης, Οικογενειακός Προγραμματισμός-Αντισύλληψη-Σεξουαλική διαφώτιση, Έκδοση 2η, Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα 1986.

FIRCKSEN B., IS ABORTION A MEDICAL ACT, CAN-MED-ASSOC-J, VOL. 140, p. 3, PAG. 264, CANADA 1989.

GRAFT-IVERSEN S., THE ROLE AT THE MALE PARTNER IN CONTRACEPTION AND THE DECISION FOR ABORTION, TIDSSKR-NOR-LAEGEFOREN, VOL. 110, p. 12, PAG. 1497-1500, NORWAY 1990

HOLMEGREN K. TIME OF DECISION TO UNDERGO A LEGAL ABORTION, GYNECOL-OBSTEF-INVEST, VOL. 26, p. 4, PAG. 289-295, SWITZERLAND 1988

Καλας Κ., Μαύρου Κ., Δανέζης Ι., Ζαβιτσάνος Ε., Τριχόπουλος Λ., Η συχνότητα των προκλητών εκτρώσεων σε ανύπαντρες και παντρεμένες γυναίκες της Αθήνας, Ιπποκράτης, τόμος 6, τεύχος 4 σελ. 263-267, Αθήνα 1978.

Κασκαρέλης Διονύσιος, Μαιευτική και Γυναικολογία, Έκδοση 3η, Αθήνα 1983.

LAZARUS A., STERN R., PSYCHIATRIC ASPECTS OF PREGNANCY TERMINATION
CLIN-OBSTET-GYCAECOLOGY, VOL. 13, ρ. 1, PAG. 125-134,
ENGLAND 1986.

Παπαευαγγέλου Γ., Η επίδραση των προκλητών εκτρώσεων, επί της πο-
ρείας της κύησης και του τοκετού, Ιατρική, τόμος 27, τεύχος
1, σελ.79-83, Αθήνα Ιανουάριος 1975.

Πρεσβελου Κ., Τεπερογλου Α., Κοινωνιολογική ανάλυση του φαινομέ-
νου της έκτρωσης στον Ελληνικό χώρο, Επιθεώρηση Κοινωνικών
Ερευνών, τεύχος 28, σελ.276-284, Αθήνα 1976.

Πρεσβελου Κ., Τεπερογλου Α., Κοινωνιολογική ανάλυση του φαινο-
μένου της έκτρωσης στον Ελληνικό χώρο, Επιθεώρηση Κοινωνικών
Ερευνών, τεύχος 39-40, σελ. 324-341, Αθήνα 1984.

Σαλδάτος Κ., Σακιάς Π., Μπεργλιαννάκη Ι., Ψυχολογία και Ψυχο-
παθολογία των εκτρώσεων, Ιπποκράτης, τόμος 12, τεύχος 5-6
σελ. 227-232, Αθήνα 1984.

SKJELDESTAND F, INDNCED ABORTION, SCAND-J-PRINI-HEALTH-CARE,
VOL. 4, ρ. 4, PAG. 225-230, SWEDEN 1986.

Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ, Η άμβλωση ως πρόβλημα του Ποινικού
Δικαίου, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Αντιγ. Ν.Σακουλα, Αθήνα-
Κομοτηνή 1984.

TORRES A.FORREST J.D., WHY DO WOMEN HAVE ABORTION , FAM-PLANN-
PERSPECT, VOL. 20, ρ. 4, PAG. 169-176, JUL.AUG. 1988

Τριχοπούλου Αντωνία, Τριχόπουλος Δημήτρης, Προληπτική Ιατρική,
Έκδοση 1η, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισσιανός, Αθήνα 1986.

WILLE R., BARNETT W. FREUDENBENG B, REGIONAL PROSPECTIRE
STUDY OF PSYCHIATRIC SEQUALAE OF LEGAL ABORTION, FORTSCHR-NEUROL-
PSYCHIATRIC, VOL 54, ρ. 4, PAG. 106-118, WEST GERMANY
1986

Άλλες πηγές

ABORTION LAWS IN EUROPE, INTERNATIONAL PLANNED PAVENTHOOD FEDERATION
LONDON SPRINT 1989.

LATE ABORTION IN EUROPE, REPORT OF A COLLOQUIUM INTERNATIONAL
PLANNED PAVENTHOOD FEDERATION, PAG. 4-6, 28 JANUARY 1989,
PARIS.

Γ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

| | Σελίδα |
|--|--------|
| -Αναγνώριση | |
| -Πρόλογος..... | I ✓ |
| -Εισαγωγή..... | III ✓ |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ I | |
| -ΧΡΟΝΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | 1 |
| Πόσο παλιά είναι η έννοια της άμβλωσης | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ II | |
| -ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ..... | 3 ✓ |
| 1.Πρώιμη διακοπή εγκυμοσύνης..... | 3 ✓ |
| 2.Διακοπή της εγκυμοσύνης στην 8η-15η εβδομάδα..... | 6 ✓ |
| 3.Διακοπή εγκυμοσύνης 16-24 εβδομάδων..... | 9 ✓ |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ III | |
| -ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ..... | 13 |
| 1.Κίνδυνοι και αντιμετώπιση πρώιμων επιπλοκών..... | 13 |
| 2.Κίνδυνοι και αντιμετώπιση επιπλοκών στην εγκυμο- σύνη 2ου τριμήνου..... | 17 |
| 2α. Άμεσες επιπλοκές..... | 17 ✓ |
| 2β. Έμμεσες επιπλοκές..... | 19 ✓ |
| 2γ.Ειδικές επιπλοκές..... | 21 ✓ |
| 3.Επακόλουθα της έκτρωσης..... | 22 |
| 4.Η επίδραση των προκλητών εκτρώσεων επί της πορείας της κυήσεως και του τοκετού..... | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV | |
| A.ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ..... | 25 ✓ |
| B.ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ..... | 28 ✓ |
| Γ.ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ..... | 30 ✓ |

| | |
|---|------|
| Δ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ V | |
| -ΜΕΛΕΤΕΣ..... | 34 |
| α.ΜΕΛΕΤΗ βιοψυχοπαθολογικών επακολούθων της νόμιμης έκτρωσης..... | 34 |
| β.ΜΕΛΕΤΗ: Γιατί οι γυναίκες κάνουν εκτρώσεις..... | 35 ✓ |
| γ.ΜΕΛΕΤΗ: Όρα απόφασης για μία έκτρωση..... | 36 |
| δ.ΜΕΛΕΤΗ: Προκλητές εκτρώσεις: Απόφαση και ανάγκη για ιατρική πληροφόρηση..... | 37 |
| ε.ΜΕΛΕΤΗ: Ο ρόλος του συντρόφου στην αντισύλληψη και στην απόφαση για έκτρωση..... | 39 ✓ |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI | |
| -ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ..... | 39 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII | |
| 1.ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΜΒΛΩΣΗ..... | 43 ✓ |
| 1α.Ιατρική άποψη..... | 43 ✓ |
| 1β.Νομική άποψη..... | 44 ✓ |
| 1γ.Ηθική άποψη..... | 45 ✓ |
| 1δ.Ψυχολογική άποψη..... | 45 ✓ |
| 1ε.Άποψη σχετικά με τα Ιδρύματα..... | 46 |
| 1στ.Η επίπτωση της καθυστερημένης άμβλωσης στην Ευρώπη... | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII | |
| -ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΡΑΤΩΝ..... | 49 |
| ΠΙΝΑΚΕΣ | 50 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ..... | 66 |
| 1.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ..... | 66 |
| 2.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 67 |
| 2α.Έκτρωση και ηλικία..... | 67 |
| 2β.Το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης..... | 68 |

| | Σελίδα |
|---|--------|
| 2γ.Αντιμετώπιση των γυναικών απέναντι στην έκτρωση..... | 71 |
| 2δ.Το επίπεδο μόρφωσης..... | 73 |
| 2ε.Επαγγελματική δραστηριότητα των γυναικών..... | 74 |
| 2στ.Τόπος καταγωγής και εφηβικών χρόνων της γυναίκας..... | 75 |
| 2ζ.Οι σχέσεις με τους γονείς..... | 76 |
| 2η.Χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μέτρων..... | 78 |
| 2θ.Γνώμη για την έκτρωση..... | 81 |
| 3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 84 |
| 4.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 87 ✓ |
| -ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 92 ✓ |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α | |
| Ερωτηματολόγιο..... | 93 |
| -ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 98 |

