

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή εργασία

**“Ο ρόλος της μαίας σε επιθυμητές και μη
αποβολές”**

Επιβλέπων καθηγητής: Καμπούρης Αθανάσιος
Σπουδάστρια: Γιαμπουράνη Χριστίνα

Πτολεμαΐδα, 2022

Copyright, © Γιαμπουράνη Χριστίνα, 2022

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Όνοματεπώνυμο: Γιαμπουράνη Χριστίνα

A.E.M.: MA01533

Ηλεκτρονική διεύθυνση: cgiabourani@gmail.com

Έτος εισαγωγής: 2018

Τίτλος διπλωματικής εργασίας: “Ο ρόλος της μαίας σε επιθυμητές και μη αποβολές”

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής, είναι προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας, η βιβλιογραφία και οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα με παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Επισημαίνεται πως η συγκεκριμένη επιλογή βοηθά στον περιορισμό της λογοκλοπής διασφαλίζοντας έτσι το/τη συγγραφέα.

Ημερομηνία 10 - 10 - 2022

Η δηλούσα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου Αθανάσιο Καμπούρη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Ευχαριστώ πολύ την καλή μου φίλη Ευθαλία Μπαδήμα για τη συνεχή συμπαράσταση όλο αυτό το διάστημα.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τη μητέρα και την αδερφή μου που υπήρξαν ένα ανεκτίμητο στήριγμα για εμένα.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω πολύ το σύζυγό μου στον οποίο οφείλω όλη τη διαδρομή των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ.....	9
2.1 Τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος	9
2.2 Ο ρόλος της μαιίας στην εγκυμοσύνη.....	13
2.3 Ο ρόλος της μαιίας στο τοκετό	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΟΙ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	21
3.1 Κλινικά χαρακτηριστικά	21
3.1.1 Συμπτωματολογία	21
3.1.2 Παράγοντες κινδύνου	22
3.1.3 Αντιμετώπιση	24
3.1.4 Επιπλοκές	26
3.2 Μη Επιθυμητές Αποβολές	27
3.3 Επιθυμητές Αποβολές.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	36
4.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις	36
4.2 Κοινωνικές επιπτώσεις	40
4.3 Αντιμετωπίζοντας την αποβολή & την άμβλωση.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	50
5.1 Μαιευτική διαχείριση	50
5.2 Συμβουλευτικός & εκπαιδευτικός ρόλος.....	52
5.3 Υποστήριξη ασθενούς & εκπαίδευση.....	57
ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ειδικότητα της μαίας υφίσταται από τα αρχαία χρόνια και έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές μέχρι σήμερα. Η συμμετοχή των μαιών στην ιατρική πράξη όχι μόνο, είναι πλέον πραγματικότητα αλλά κρίνεται απαραίτητη. Λόγω του υποστηρικτικού της ρόλου στις γυναίκες και στα μέλη των οικογενειών τους ακόμα και στις περιπτώσεις αποβολών επιθυμητών και μη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου της μαίας στις περιπτώσεις επιθυμητών και μη επιθυμητών αποβολών. Το συμπέρασμα της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης είναι ότι παρά το γεγονός ότι ο ρόλος της μαίας είναι καθοριστικός και στις αποβολές, η εκπαίδευση τους κρίνεται απαραίτητη λόγω έλλειψης επικοινωνιακών δεξιοτήτων και πόρων και λόγω του φόρτου εργασίας.

Λέξεις – κλειδιά: μαίες, επιθυμητές αποβολές, μη επιθυμητές αποβολές, υποστηρικτικός ρόλος.

ABSTRACT

The profession of midwifery has been present since the ancient times and has gone through important transitions up to the present. The participation of midwives in clinical medical practice is a reality and it is regarded as an integral part of medical practice due to its supportive role to women and the members of their families even in the case of a miscarriage and an abortion. The aim of the present study is to examine midwives' role in the cases of a miscarriage and an abortion. The main conclusion of the present study is that midwives' role in such cases is significant. Also, it is concluded that midwives' training is important due to lack of communicative skills and resources and excessive workload.

Keywords: midwives, midwifery, miscarriage, abortion, supportive role

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μαιευτική, το πρώτο ολιστικό επάγγελμα στο κόσμο, είναι η ειδικότητα που παρέχει υποστηρικτική φροντίδα στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική τους ηλικία. Παραδοσιακά, η μαιευτική αποτελούσε μια ανεπίσημη πρακτική μέσα στα πλαίσια της οποίας δραστηριοποιούνταν γυναίκες σύμφωνα με τις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών (Lay, 2000).

Οι μαίες είχαν το ρόλο του θεραπευτή, του διατροφολόγου, του γιατρού και του πνευματικού συμβούλου. Τις τελευταίες δεκαετίες όμως, η μαιευτική αποτελεί μια ειδικότητα με συγκεκριμένο πεδίο πρακτικής. Η μαία είναι ένας επαγγελματίας ο οποίος αποφοιτά από επίσημο πρόγραμμα σπουδών αποκτώντας τις σχετικές δεξιότητες. Οι μαίες πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση σε νοσηλευτικά ιδρύματα όπως κλινικές, νοσοκομεία και μονάδες υγείας (ICM, 2002).

Μέσα στη φιλοσοφία της μαιευτικής, η φροντίδα είναι η βασική αρχή με επίκεντρο τη γυναίκα. Το σύγχρονο μοντέλο υποστηρίζει τις προσεγγίσεις για τη διαδικασία του τοκετού στο σπίτι, της κοινωνικές πτυχές της μητρότητας και την ιδέα της ολιστικής φροντίδας. Αυτά πραγματοποιούνται με την παροχή υποστηρικτικών μέτρων, την προώθηση του φυσιολογικού και ασφαλούς τοκετού, του εντοπισμού επιπλοκών σε μητέρα και νεογνό και την εφαρμογή μέτρων έκτακτης ανάγκης (RCM, 2001).

Ως εκ τούτου, η μαιευτική πρόκειται για μια κοινωνικά κατασκευασμένη πρακτική που έχει περάσει πολλές ιστορικές μεταβολές πολλές από τις οποίες περιλάμβαναν κοινωνικές αντιπαραθέσεις στο τι σημαίνει φροντίδα στο πεδίο εφαρμογής και στις τυποποιημένες δεξιότητες (RCM, 2001).

Με δεδομένο ότι οι ανάγκες των γυναικών μεταβάλλονται, οι μαιίες καλούνται να εφαρμόσουν τον υποστηρικτικό τους ρόλο σε περιπτώσεις αποβολών, επιθυμητών και μη, ως περιπτώσεις συνεχώς αυξάνονται και απαιτούν όχι μόνο ιατρική αντιμετώπιση αλλά και υποστηρικτική φροντίδα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου της μαιίας στις επιθυμητές και μη αποβολές. Για την καλύτερη κατανόηση του θέματος, διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της μαιευτικής ειδικότητας και ο κλασικός ρόλος της πριν και μετά το τοκετό. Τέλος, γίνεται αναφορά στις περιπτώσεις αποβολών και των επιπτώσεων τους προκειμένου να γίνει αντιληπτή η σπουδαιότητα της παρουσίας της μαιίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

2.1 Τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών τροποποίησε τον ορισμό της μαιίας για να μπορέσει να αντικατοπτρίσει «τη συνεργασία με τις γυναίκες» και «την προαγωγή της κανονικότητας». Ο ορισμός τώρα περιλαμβάνει: «Η μαιία πλέον αναγνωρίζεται ως υπεύθυνη επαγγελματίας, η οποία εργάζεται σε συνεργασία με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, φροντίδα και συμβουλή, του τοκετού και την περίοδο μετά τον τοκετό για να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα για το νεογνό και αργότερα για το βρέφος. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, τον εντοπισμό επιπλοκών στη μητέρα και στο παιδί, την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και άλλη κατάλληλη βοήθεια και τη λήψη μέτρων έκτακτης ανάγκης (International Confederation of Midwives, 2005).

Τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος της μαιίας είναι τα ακόλουθα και προέρχονται από την άσκηση της μαιευτικής μέσα σε δεκαετίες, τον αναστοχασμό και τους ίδιους τους επαγγελματίες.

Αυτονομία: Η αυτονομία είναι η παραδοσιακή «σφραγίδα» εγγύησης ενός επαγγέλματος και θα πρέπει να παραμένει. Η έννοια της αυτονομίας συνοδεύεται από ευθύνη και υπευθυνότητα. Η έννοια της αυτονομίας ενδέχεται να είχε παρεξηγηθεί στο παρελθόν από επαγγελματικές ομάδες όταν σχετιζόταν με παρωχημένες πρακτικές και παρεμβάσεις χωρίς στοιχεία. Η μαιευτική απαιτεί τους επαγγελματίες να είναι πλήρως ενημερωμένοι με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, καθώς και να είναι υπεύθυνοι για τη δική τους επαγγελματική εξέλιξη.

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της αυτονομίας είναι να καθορίσει τις σχέσεις με άλλες επαγγελματικές ομάδες και στο πλαίσιο της μητρότητας. Κατοχυρώνει μια ισοτιμία στο πεδίο της γυναικολογίας όπου αμοιβαία συνεργασία και διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητες. Η αυτονομία είναι συνώνυμη με την σιγουριά, την τιμιότητα και το σεβασμό.

Κανονικότητα: Η κανονικότητα είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό του επαγγέλματος της μαίας. Η κανονικότητα είναι συνώνυμη με τα μοτίβα παρεμβάσεων σε περιπτώσεις γεννήσεων. Με απλά λόγια, αναφέρεται στη φυσιολογική διαδικασία της τεκνοποίησης και στην ευημερία του ατόμου. Πρόκειται για ένα χαρακτηριστικό που αποτελεί κίνητρο για εργασία στο συγκεκριμένο τομέα.

Ολισμός: Σύμφωνα με τη θεωρία της ολιστικής μαιευτικής, η μαία θα πρέπει να εμπλέκεται σε όλο το πλαίσιο που αφορά την εμπειρία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη αλλά και τον τοκετό. Η σχέση μεταξύ της μαίας και μιας γυναίκας παρέχει χώρο και χρόνο για να γνωριστούν πέρα από τις φυσικές εμπειρίες της εγκυμοσύνης και της γέννησης. Μέσα από την ολιστική μαιευτική επιτυγχάνεται η ομαλή έκβαση της κύησης και η επίτευξη του τοκετού, μέσω της συνεργασίας της εγκύου και της μαίας.

Γυναικοκεντρισμός: Η εστίαση στις ανάγκες των γυναικών είναι σημαντική στις υπηρεσίες μητρότητας, αλλά η εμπειρία δείχνει ότι η πρακτική της εφαρμογή είναι αρκετά δύσκολη. Ένας λόγος είναι η επίμονη πατριαρχία που εκδηλώνεται συχνά στο

τομέα της υγείας. Το άλλο στοιχείο είναι η απόκριση των υπηρεσιών στις γυναίκες που ασχολούνται με πρωτόκολλα και πολιτικές εφαρμογές.

Η κοινωνιολογική κριτική των επαγγελματιών έχει αναπτυχθεί αρκετά στη βιβλιογραφία αλλά δεν είναι διαδεδομένη στους επαγγελματίες της υγείας. Η κριτική αυτή σχετίζεται με την μαιευτική, επειδή μερικοί κανόνες που καθορίζουν τον επαγγελματισμό μπορεί να είναι καταστροφικοί για τα ιδανικά του ίδιου επαγγέλματος. Η περιθωριοποίηση της λαϊκής γνώσης του τοκετού είναι πολύ πρόσφατο φαινόμενο. Για χιλιάδες χρόνια, η λαϊκή γνώση μαζί με τη σοφία των γυναικών αποτελούσε συλλογική πηγή γνώσης στις τοπικές κοινωνίες (Kitzinger, 2000).

Η αύξηση στη γνώση της ιατρικής τα τελευταία 200 χρόνια έχει σχεδόν πλήρως αντικαταστήσει τα παραπάνω τουλάχιστον στη Δύση και έχει θέσει τη λαϊκή γνώση ως κάτι που αφορά την περιέργεια των ανθρώπων ή ακόμα έχει χαρακτηριστεί και ως επικίνδυνη. Δεν υπάρχει καλύτερο παράδειγμα από τη διασταύρωση μεταξύ των δυτικών μαιευτικών πρακτικών με τοπικές πρακτικές τοκετού, οι οποίες απαξιώνονται και απορρίπτονται.

Σύμφωνα με την μελέτη των Ball και συνεργατών (2003) η οποία αναφέρεται στο λόγο για τον οποίο οι μαιίες αφήνουν το επάγγελμά τους εκτεθειμένο σε λάθη σχετικά με την οργάνωση, ο οποίος είναι ότι οι μαιίες θεωρούνται υπάλληλοι μεγάλων γραφειοκρατικών ιδρυμάτων. Οι μαιίες οι οποίες δουλεύουν σε αυτό το τομέα έχουν ελάχιστη αυτονομία, βρίσκονται υπό συνεχή επιτήρηση και πίεση προκειμένου να αυξήσουν τη παραγωγικότητα τους. Πολλές μαιίες μέσα σε αυτό το μοντέλο αισθάνονται περισσότερο ως τεχνικοί με συγκεκριμένες δεξιότητες και όχι αυτόνομοι επαγγελματίες.

Ένα θεμελιώδες ερώτημα για το συγκεκριμένο επάγγελμα είναι ποιο μοντέλο υγείας είναι πιο πιθανό να διευκολύνει το φυσιολογικό τοκετό. Ο υφιστάμενος δρόμος του επαγγέλματος οδηγεί τις μαιίες στην ιατροποίηση του τοκετού και της γέννας. Παρόλο που ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός της καισαρικής τομής εστιάζει σε αυτές τις ανησυχίες, πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η επιλεκτική καισαρική τομή είναι μια συγκλονιστική εξέλιξη στον τοκετό. Και αυτό που συμβαίνει ως τώρα είναι γνωστό για το ορμονικό κοκτέιλ του φυσιολογικού τοκετού και τις επιδράσεις του, όπως την επίδραση που αφορά την αρχική σύνδεση και το δεσμό της μητέρας με το παιδί, την

επίδραση στον αυτοσεβασμό και την αίσθηση ικανοποίησης της μητέρας, την προώθηση αλτρουιστικών και προστατευτικών μητρικών συμπεριφορών καθώς και την ευχαρίστηση και χαρά στη μητέρα και το βρέφος (Leap, 2000).

Αν αυτά τα συναισθηματικά συστατικά αποδυναμωθούν από τη διαχείριση των συστημάτων υγείας, τότε θα υπάρχει ένα μακροπρόθεσμο αντίκτυπο στη δημόσια υγεία. Ήδη προκαταρκτική επιδημιολογική εργασία συνδέει καταστροφικές συμπεριφορές ενηλίκων με παρεμβατικές εμπειρίες γέννησης. Μεγάλο μέρος της ευθύνης για τον ιατρικό τοκετό έχει συνδεθεί με την άνιση πάλη εξουσίας με το ιατρικό επάγγελμα και ειδικότερα με τη μαιευτική.

Τα τελευταία χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχει μια αποδοχή στο ότι οι μαίες μπορούν να αναλάβουν ευθύνη σε γυναίκες με χαμηλό παράγοντα κινδύνου. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννησης, η μαία μπορεί να δουλέψει αρκετά ανεξάρτητα καθώς είναι ο κύριος φροντιστής στην πλειοψηφία των τοκετών. Η έλευση των εξελιγμένων μαιευτηρίων και μονάδων σε νοσοκομειακά ιδρύματα έχουν δώσει αύξηση σε διάφορες τάσεις. Αυτές οι εναλλακτικές λύσεις πρέπει να προβλεφθούν σε ένα ρητό κοινωνικό μοντέλο φροντίδας με κοινή φιλοσοφία.

Η παροχή υπηρεσιών μαιευτικής από την εντατική ως τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποτελεί προτεραιότητα στα νοσηλευτικά ιδρύματα, γεγονός που προκαλεί θεμελιώδη αλλαγή στο τρόπο με τον οποίο θα παραχθούν οι υπηρεσίες, πως οι γυναίκες βιώνουν αυτή την εμπειρία καθώς και τις πρακτικές των επαγγελματιών.

Δεν υπάρχει πλέον λογική στο να εστιάσουν οι επαγγελματίες υγείας στο μοντέλο με επίκεντρο τον τοκετό και μόνο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικά συνυφασμένη με τα βασικά ζητήματα που σχετίζονται με τη μαιευτική η οποία αντιμετωπίζει τη γέννηση ως:

- Ένα φυσιολογικό γεγονός
- Ένα εξαιρετικά προσωπικό γεγονός
- Κάτι που συμβαίνει σε ένα φιλόξενο και ζεστό περιβάλλον
- Μια σημαντική μετάβαση

- Ενίσχυση της αυτονομίας της μαιευτικής
- Έμφαση με επίκεντρο τη γυναίκα

Οι σύγχρονοι μελετητές συνήθως χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες κατά το τοκετό ως ένα παράδειγμα για να εξετάσουν εναλλακτικές δεξιότητες για την πρακτική της μαιευτικής. Συνεπώς, συχνά γίνεται αναφορά στην απόκτηση επιπρόσθετων δεξιοτήτων κυρίως τεχνικών όπως επισκληρίδια, παροχή ενδοφλέβιων φαρμάκων, ερμηνεία του καρδιοτοκογράφου και περιστατικά έκτακτης ανάγκης. Η παρακάτω λίστα περιέχει εναλλακτικές δεξιότητες που αφορούν την εξέλιξη του συγκεκριμένου πεδίου:

- Αντιμετώπιση του πόνου
- Ερμηνεία συναισθημάτων
- Τρόποι και διαστάσεις σχετικά με την ανατροφή
- Εξασφάλιση του βέλτιστου περιβάλλοντος τοκετού
- Αντιμετωπίζοντας με άνεση την αβεβαιότητα
- Υιοθετώντας μια άλλη κατανόηση της αίσθησης του χρόνου
- Αντιμετώπιση χωρίς στρες σε ότι αφορά τα παράδοξα της εμπειρίας του τοκετού
- Ενστικτώδεις αντιδράσεις

2.2 Ο ρόλος της μαίας στην εγκυμοσύνη

Ο κυριότερος ρόλος της μαίας, σε συνδυασμό με την παρουσία του ιατρού, είναι αυτό που σχετίζεται με την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με United Nations’ Sustainable Development Goals, η σπουδαιότητα της φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη και προς το τοκετό τονίζεται στο Στόχο Τρία: *Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ο υγιεινός τρόπος ζωής και να προωθείται η υγεία και η ευημερία σε όλες τις ηλικίες, με έμφαση στην μείωση της μητρικής θνησιμότητας και της θνησιμότητας των νεογνών.* Ο Στόχος Τρία στοχεύει σε ζητήματα όπως στη φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, όπως τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας από μη μεταδιδόμενα νοσήματα (Mottola et al., 2019).

Οι μαίες αποτελούν μια έγκυρη πηγή πληροφοριών κατά την εγκυμοσύνη και μπορούν να προσφέρουν συμβουλές και υποστήριξη για τον τρόπο ζωής των εγκύων. Σε πολλές χώρες, οι μαίες έχουν την τάση να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαφής και συνέχισης της φροντίδας με τις μητέρες σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Το γεγονός αυτό τις τοποθετεί στη προνομιακή θέση να συζητούν ευαίσθητα θέματα όπως η διατροφή, η σωματική άσκηση και τη διαχείριση του βάρους τους. Συνεπώς, οι μαίες αποτελούν τους πιο ορθά τοποθετημένους επαγγελματίες υγείας σε τέτοιο πόστο που μπορεί να παρέχουν συνεχώς συμβουλές και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως έχει πλέον επιβεβαιωθεί από μελέτες οι οποίες αποδεικνύουν το ρόλο τους για τη στοχοθεσία και την επίτευξη στόχων για τη βελτίωση της ευημερίας σε παγκόσμιο επίπεδο (Swift et al., 2016).

Παρόλα αυτά, πολλές γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης έχουν αναφέρει ότι δεν λάμβαναν συνεχώς συμβουλές και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμα ανέφεραν ότι οι συμβουλές που έλαβαν δεν ήταν χρήσιμες και ότι ένιωθαν να κρίνονται. Επιπλέον, αναφέρθηκε πως μόνο το ένα τρίτο των γυναικών έλαβαν συμβουλές οι οποίες αφορούν τη βελτίωση του τρόπου ζωής. Και αυτό το γεγονός αποτελεί παράγοντα που δεν ακολούθησαν πιστά τις προτάσεις για τη μείωση του βάρους τους (Waring et al., 2014).

Με δεδομένο πως οι έγκυες γυναίκες είναι αρκετά δεκτικές σε συμβουλές που αφορούν την υγεία τους για τη βελτίωση του τρόπου ζωής, οι μαίες θα πρέπει να παρέχουν εξατομικευμένες και γυναικοκεντρικές συμβουλές και υποστήριξη (Kothe et al., 2019).

Η εκπαίδευση των μαιών διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η μελέτες σε μεγάλες χώρες όπως η Αυστραλία έχει δείξει ότι οι μαίες έχουν λάβει μη επαρκή εκπαίδευση για την παροχή συμβουλών που σχετίζεται με την βελτίωση του τρόπου ζωής. Επίσης, τα προγράμματα σπουδών δίνουν προτεραιότητα στη διαχείριση των περιπτώσεων εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου χωρίς να παρέχουν εξατομικευμένες συμβουλές και υποστήριξη (Kothe et al., 2019).

Το κενό αυτό θα πρέπει να καλυφθεί προσκειμένου να βελτιωθεί η παροχή συμβουλής και υποστήριξης για το τρόπο ζωής σε όλες τις εγκύους. Παρόλο που τα συστήματα υγείας σε χώρες όπως οι ΗΠΑ δίνουν έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται από τις μαίες, δεν έχει γίνει ακόμα σαφές πως η εκπαίδευση τους μπορεί να βελτιώσει τη γνώση τους, τις δεξιότητες και τις ικανότητες τους οι οποίες σχετίζονται με τη βελτίωση του τρόπου ζωής και τη διαχείριση του βάρους των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Arrish et al., 2017).

Για παράδειγμα, τα διατροφικά θέματα τα οποία καλύπτονται από τα προγράμματα σπουδών δεν είναι σαφή. Επιπλέον, οι ευκαιρίες για τις μαίες για να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες για την παροχή συμβουλών για φυσική δραστηριότητα είναι περιορισμένες. Η μαθησιακή διαδικασία για προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν εμπεριέχει πρακτικά στοιχεία στα προπτυχιακά προγράμματα και παρέχουν μόνο βασικές πληροφορίες οι οποίες δεν ενημερώνονται συχνά. Για παράδειγμα, ο χρόνος που διατίθεται για εκπαίδευση για τις μαίες σχετικά με τη διατροφή στην Αυστραλία είναι συνήθως ανεπαρκής και αυτό το θέμα δεν αποτελεί απαιτούμενη ικανότητα για εγγραφή (Arrish et al., 2016).

Ενώ μερικά προγράμματα καλύπτουν ζητήματα όπως πρακτική διαχείριση της πρωινής αδιαθεσίας, του καπνίσματος και τα συμπληρώματα διατροφής, πολλά προγράμματα δεν διδάσκουν τις μαίες πως να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν το βάρος του σώματος, τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα (McNeill et al., 2012).

Ένα αποτελεσματικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τις μαίες θα πρέπει να είναι καλά σχεδιασμένο, να έχει ξεκάθαρους ρόλους για τους εκπαιδευτικούς και μαθητές και να εμπεριέχει πηγές για να μπορούν οι σπουδαστές να αποκτήσουν εμπειρία σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση του τρόπου ζωής των εγκύων γυναικών (Nyoni & Bodma, 2019).

Πολλές φορές οι μαίες αποφεύγουν να συζητούν για θέματα τρόπου ζωής και συμπεριφοράς με τις εγκύους διότι το θεωρούν ευαίσθητο θέμα. Ακόμα και αν οι μαίες έχουν γνώσεις για τη διαχείριση του βάρους και του τρόπου ζωής, δεν είναι απαραίτητο

ότι έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες να θέσουν σε εφαρμογή τις γνώσεις αυτές (Alimoradi et al., 2013).

Επιπλέον, ακόμα και όταν οι μαιίες παρέχουν στις γυναίκες συμβουλές, δεν είναι εύκολες για τις εγκύους να ακολουθήσουν αυτές τις συμβουλές εξαιτίας της έλλειψης συνεργασίας μεταξύ των μαιών και των εγκύων. Έχουν καταγραφεί ελλείψεις σχετικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας οι οποίες δεν διδάσκονται στα προγράμματα σπουδών (Zamani et al., 2015).

Ενώ οι μαιίες παίζουν κρίσιμο ρόλο στην υποστήριξη των γυναικών στην επίτευξη υγιεινού τρόπος ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν καταγραφεί εξωτερικά εμπόδια για την παροχή φροντίδας βέλτιστης πρακτικής αναφορικά με το σύστημα και τις πολιτικές που ακολουθούνται. Οι ελλείψεις σε χρόνο και πόρους, ανθρώπινους και οικονομικούς, έχουν καταγραφεί ως εμπόδιο για την προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω, οι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων θα πρέπει να αξιολογήσουν και να θέσουν προτεραιότητα στις παρεμβάσεις που έχουν να κάνουν με το τρόπο ζωής. Χρόνος και πόροι είναι απαραίτητα για τις μαιίες μέσα από τη κατάλληλη εκπαίδευση που θα τους εξοπλίσει με τις δεξιότητες για να προσφέρουν εξατομικευμένη φροντίδα (Lindqvist et al., 2015).

Εκτός από τα συστημικά εμπόδια, οι μαιίες μπορεί να βρεθούν σε πρόκληση κατά την παροχή παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής λόγω των χαρακτηριστικών των γυναικών και της εγκυμοσύνης τους. Για παράδειγμα, οι μαιίες μπορεί να μην επικεντρώνονται σε θέματα τρόπου ζωής όταν αντιμετωπίζουν μια περίπλοκη εγκυμοσύνη ή την παρουσία άλλων συν νοσηροτήτων (Whitaker et al., 2016).

Οι μαιίες θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη χρήση μιας δια δραστικής δέσμευσης με τις εγκύους γυναίκες να μπορούν να εντοπίσουν πιθανά προβλήματα, να βρουν πιθανές λύσεις και να σχεδιάσουν πώς να επιτύχουν το καλύτερο αποτέλεσμα, με αναφορά στις προσωπικές τους εμπειρίες και προτεραιότητες (Zamani et al., 2015).

Η ποιότητα της επικοινωνίας μπορεί να βελτιωθεί χρησιμοποιώντας αποτελεσματική εκπαίδευση που αφορά τόσο τις δεξιότητες όσο και πεποιθήσεις και εμπνέει εμπιστοσύνη στις μαίες για την παροχή διαχείρισης τρόπου ζωής (Tiernan, 2003).

Η βελτίωση της αυτοπεποίθησης των μαιών είναι σημαντική για την επιτυχία τους και των εγκύων και των παιδιών που φροντίζουν, μέσα από πολλές εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για πρακτικές δεξιότητες. Η εκπαίδευση μέσα από συμμετοχή σε υποχρεωτικά προγράμματα, εκπαίδευση online και σύντομα εντατικά μαθήματα μπορούν να υποστηρίξουν τις μαίες αυξάνοντας τις γνώσεις τους και την παροχή ευκαιριών για την προώθηση παρεμβάσεων σχετικά με το τρόπο ζωής όπως συμβουλευτική για αλλαγή στη συμπεριφορά, τη στοχοθεσία και την παροχή κινήτρων (Lawrence et al., 2020).

Εξάσκηση σε νέες τεχνικές όπως η χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου, συμμετέχοντας σε ομιλία χωρίς να δίνεις συμβουλές και υποστήριξη των γυναικών μπορεί να είναι προκλήσεις για τις μαίες, αλλά μπορεί και να είναι εξαιρετική ανταμοιβή για την προσφορά τους (Khomami et al., 2021).

2.3 Ο ρόλος της μαίας στο τοκετό

Με τη μεταφορά της διαδικασίας του τοκετού από το σπίτι στο νοσοκομείο, οι διαδικασίες παρέμβασης θεωρούνται πολλές φορές περιττές μια και ο τοκετός εθεωρείτο φυσικό γεγονός. Εξαιτίας, όμως, των συνεπειών για τη γυναίκα και το νεογνό, υπάρχει ένα αυξανόμενο κίνημα για να ενθαρρύνει τον εξανθρωπισμό του τοκετού και της γέννησης βασισμένο σε στρατηγικές που κυρίως συσχετίζονται στη χρήση των μαλακών τεχνολογιών οι οποίες διευκολύνουν τη φροντίδα των γυναικών με τις καλύτερες πρακτικές.

Οι βέλτιστες πρακτικές στη διαδικασία του τοκετού είναι αυτές που συνδέονται στενά με τη διαδικασία εξανθρωπισμού στη μαιευτική φροντίδα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αυτές οι προτάσεις θα πρέπει να εξασφαλίζουν αυτονομία, σεβασμό στο δικαίωμα των γυναικών και στην οικογένεια, υποστήριξη για τους

επαγγελματίες υγείας, ενθάρρυνση για τη χρήση μη επεμβατικών και μη φαρμακολογικών μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου, ελευθερία και τη χρήση των καλύτερων στοιχείων στη κλινική πρακτική (Tabaghdehi et al., 2020).

Αυτές οι προτάσεις συνεισφέρουν στην αποστασιοποίηση από το τεχνοκρατικό μοντέλο στη φροντίδα υγείας και ενθαρρύνουν πρακτικές που δίνουν περισσότερη ποιότητα στη διαδικασία του τοκετού οι οποίες βασίζονται σε ένα πλαίσιο πρακτικών και στάσεων που είναι ωφέλιμες στην υγεία της μητέρας και του παιδιού και στη συνεχή εξέλιξη των επαγγελματιών (Tabaghdehi et al., 2020).

Ο τοκετός θα πρέπει λοιπόν να αποτελεί μια υπέροχη εμπειρία με θετικά συναισθήματα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλές γυναίκες οι οποίες είχαν μια αρνητική εμπειρία ή ακόμα και τραυματική αναφορικά με τον τοκετό τους. Ο παράγοντας του άγχους κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι μια κατάσταση απειλής για τη ζωή ή μια κατάσταση η οποία είχε να κάνει με την απώλεια του ελέγχου, της αξιοπρέπειας, ένα εχθρικό ή αρνητικό περιβάλλον και γενικά καταστάσεις όπου οι γυναίκες αισθάνονται φόβο (Garthus-Niegel et al., 2014).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι περίπου 10.5–30% των γυναικών μετά τη γέννα αναγνωρίζουν τη διαδικασία αυτή ως τραυματική και 1,5% ως 6% εμφανίζουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD). Οι σύντροφοι των γυναικών μπορούν επίσης να έχουν PTSD ως μάρτυρες τραυματικής γέννησης. Οι μελέτες αναφέρουν ως βασικό παράγοντα κινδύνου την PTSD μετά τον τοκετό (Rowlands & Redshaw, 2012).

Οι γυναίκες οι οποίες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό με τη χρήση λαβίδων ή γέννησαν με μη σχεδιασμένη καισαρική τομή, αναφέρουν ότι βίωσαν τη χειρότερη κατάσταση υγείας και ευημερίας μετά το τοκετό. Η καισαρική τομή σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια στο πόνο ακόμα και μετά το πέρας ενός χρόνου σε σύγκριση με το φυσιολογικό τοκετό (Hardy-Fairbanks et al., 2013).

Η ποιότητα ζωής μετά τον τοκετό σε γυναίκες με φυσιολογικό τοκετό είναι καλύτερη αναφορικά με την κίνηση τον βαθμό αυτοφροντίδας, τις καθημερινές δραστηριότητες και την κόπωση, 30 μέρες ή ακόμα και ένα χρόνο μετά το τοκετό συγκριτικά με τις γυναίκες με καισαρική τομή. Επίσης, η καισαρική τομή σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους ακόμα και ένα χρόνο μετά το τοκετό σε

σύγκριση με το φυσιολογικό τοκετό. Συνεπώς, είναι σαφές πως η μητρική ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους φυσιολογικούς τοκετούς (Kohler et al., 2018).

Οι μαίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σχετικά με τη διαδικασία της γέννας και την εμπειρία αυτής. Μελέτες, σχετικά με την παρουσία των μαιών κατά τη διάρκεια του τοκετού, δείχνουν ότι η συνεχής παρουσία της μαίας αυξάνει την αίσθηση ελέγχου στη λήψη αποφάσεων, αυξάνει τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών, μειώνει τη διάρκεια του τοκετού και το βαθμό αιμορραγίας στο τρίτο στάδιο. Επίσης, η συνεχής παρουσία της μαίας σε τοκετούς χαμηλού κινδύνου, αυξάνει την αίσθηση της ικανοποίησης κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το τοκετό καθώς επίσης, αυξάνει τις πιθανότητες για την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού (Dahlberg et al., 2016).

Οι μαίες θα πρέπει να προσπαθούν να δημιουργήσουν μια πιο προσωπική σχέση με τις εγκύους. Είναι σαφές πως οι γυναίκες οι οποίες αισθάνονται ασφαλείς, ήρεμες και έχουν την κατάλληλη υποστήριξη και καθοδήγηση έχουν μια θετική εμπειρία από το τοκετό ακόμα και στη περίπτωση της καισαρικής τομής (Forster et al., 2016).

Οι μαίες πρέπει να αξιολογούν και να επαναπροσδιορίζουν τον τρόπο παροχής φροντίδας συνεχώς, καθώς η εμπειρία του τοκετού επηρεάζει όχι μόνο τη γυναίκα αλλά και τον σύντροφό της, το ζευγάρι, τη σχέση με το παιδί και ολόκληρη την οικογένεια.

Η σχέση η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στη μαία και στη γυναίκα είναι σημαντικός παράγοντας προκειμένου η γυναίκα να έχει μια θετική εμπειρία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και την αρχική περίοδο μετά τη γέννηση. Η μαία θα πρέπει να δουλέψει σκληρά για να αναπτυχθεί η σχέση αυτή, θα πρέπει να κατανοεί την ικανότητα της κάθε γυναίκας να διαχειριστεί τη γέννηση του παιδιού της και την δύναμή της ως γυναίκα να φέρει εις πέρας αυτό το γεγονός (Lundgren & Berg, 2017).

Η μαία θα πρέπει να υιοθετεί μια παιδαγωγική προσέγγιση η οποία θα οδηγεί σε στοχαστικές συζητήσεις και να δίνει στη γυναίκα και στις οικογένειες την ευκαιρία να κάνει νέες επαφές. Μια έρευνα στις ΗΠΑ εξήγαγε το συμπέρασμα ότι η απόκτηση αυτοπεποίθησης και σιγουριάς για τους μέλλοντες γονείς είναι σημαντικός παράγοντας για την ζωή του παιδιού. Οι μελλοντικοί γονείς επιθυμούν να είναι καλά ενημερωμένοι από ένα έμπιστο και ικανό άτομο και να τους δίνονται συμβουλές οι οποίες είναι εφαρμόσιμες, ακριβείς και αξιόπιστες (Norling-Gustafsson et al., 2011).

Ίσως ο πιο σημαντικός ρόλος τον οποίο διαδραματίζει η μαία είναι αυτός της δημιουργίας δεσμού μεταξύ μητέρας κι παιδιού γεγονός που είναι σημαντικό για όλη τη εξελικτική διαδικασία του ανθρώπου. Η θεωρία προσκόλλησης περιγράφει τον δεσμό ως συνεχή διαδικασία κατά την οποία ένα παιδί δημιουργεί μια σχέση με τη μητέρα (Redshaw et al., 2014).

Η πρώτη ώρα της ζωής μετά τη γέννηση είναι η ιδανική στιγμή για νεογέννητο από τη μητέρα η σύνδεση αυτή να προχωρήσει (Baber, 2015). Αυτή η διαδικασία δίνει τη δυνατότητα στους γονείς και τα βρέφη να δημιουργήσουν ακούσια μια σύνδεση, η οποία είναι απαραίτητη για τη μελλοντική ανάπτυξη ενός βρέφους (Johnson, 2013).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Young (2013), οι μαίες οι οποίες εργάζονται στην εντατική μονάδα νεογνών αναγνωρίζουν τη σημασία του δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού ως τον κυριότερο στόχο της φροντίδας προκειμένου να ενισχυθεί η ανάπτυξη του παιδιού. Συνεπώς, οι μαίες παρουσιάζονται να ενθαρρύνουν τη διά δράση μητέρας – παιδιού μέσα από το θηλασμό, τη συμμετοχή της μητέρας και την άμεση φυσική επαφή. Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, οι μαίες προάγουν το δεσμό αυτό μέσα από ψυχοκοινωνική υποστήριξη και επικοινωνία. Αυτές οι στρατηγικές φαίνονται να διευκολύνουν το ρόλο της μητέρας και αναπτύσσουν εμπιστοσύνη η οποία οδηγεί στην προσκόλληση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΟΙ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

3.1 Κλινικά χαρακτηριστικά

Η αποβολή είναι συνήθως μια οδυνηρή εμπειρία. Η συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα είναι απαραίτητες καθ' όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης, της λήψης αποφάσεων και της θεραπείας.

Η αυτόματη αποβολή, γνωστή και ως απώλεια εγκυμοσύνης, συνήθως υφίσταται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με έρευνες, αυτές οι απώλειες εκτιμώνται σε ποσοστό 10-25% των κλινικά αναγνωρισμένων αποβολών στις αναπτυγμένες χώρες (Saravolos & Li, 2012).

3.1.1 Συμπτωματολογία

Κάθε περίπτωση αποβολής είναι διαφορετική και δεν έχει μια συγκεκριμένη κλινική εικόνα. Η αποβολή είναι μια πρόωρη γέννηση και ο πόνος κατά τη διάρκεια της είναι εφάμιλλος με αυτόν του τοκετού. Κοινά συμπτώματα είναι η αιμορραγία, κάποια σημάδια αίματος και οι κράμπες. Σε πολλές περιπτώσεις, η απομάκρυνση ιστού είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων ή αιμορραγίας. Επίσης, ενδέχεται να είναι απαραίτητη η χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως (Giannandrea et al., 2013).

Απώλεια της εμβρυϊκής κίνησης: Αυτό μπορεί να υποδηλώνει θάνατο του εμβρύου. Οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να αισθανθούν το έμβρυο να κινείται μέχρι την 20η εβδομάδα. Εάν το έμβρυο κινείται και δεν νιώθει η μητέρα πλέον την ίδια κίνηση, είναι σημαντικό να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό για να βεβαιωθεί ότι το έμβρυο είναι καλά. Η μειωμένη κίνηση του εμβρύου είναι πιο συχνά ένα σημάδι ότι υπάρχει πρόβλημα με την εγκυμοσύνη και μόνο σπάνια σημαίνει ότι το έμβρυο έχει πεθάνει (Giannandrea et al., 2013).

Μετά από μια αποβολή, το σώμα χρειάζεται εβδομάδες για να επιστρέψει στην κανονική του κατάσταση. Πέρα από τις συναισθηματικές αντιδράσεις, υπάρχουν και ορμονικές διαταραχές. Το ανθρώπινο σώμα υφίσταται τις ίδιες αλλαγές όπως και σε

έναν κανονικό τοκετό. Καταγράφονται εναλλαγές στη διάθεση, δυσκολία στη συγκέντρωση και στον ύπνο, κόπωση και ευερεθιστότητα, καθώς επίσης αλλαγές στην όρεξη και στα επίπεδα ενέργειας (Giannandrea et al., 2013).

Η απώλεια μιας εγκυμοσύνης συχνά περιλαμβάνει περισσότερο από μια φυσική απώλεια ενός εμβρύου. Περίπου 15-25% των γυναικών σε γόνιμη ηλικία θα παρουσιάσουν αποβολή, έχοντας ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες (Committee on Practice Bulletins-Gynecology, 2015). Δύο εβδομάδες μετά την αποβολή, το ποσοστό των γυναικών που υποφέρουν από σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης είναι 3,4 φορές μεγαλύτερο σε σύγκριση με τις εγκύους και 4,3 φορές από το γενικό πληθυσμό (Sijourni et al., 2010).

Πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει το μέγεθος των συμπτωμάτων και έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη υφίσταται 8 φορές πιο συχνά μετά τον τοκετό από ότι μετά την αποβολή. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες που είχαν μια αποβολή έλαβαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα HADS 10 ημέρες μετά την αποβολή (Broem et al., 2005).

3.1.2 Παράγοντες κινδύνου

Περίπου το 50% των αποβολών σε αρχικό στάδιο της εγκυμοσύνης αποδίδεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Όμως, άλλα μητρικά ή και πατρικά χαρακτηριστικά έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες κινδύνου και ειδικά για τις επαναλαμβανόμενες αποβολές, όπως κλινικοί, κοινωνικοί, συμπεριφορικοί παράγοντες καθώς και παράγοντες υγείας (Schisterman et al., 2014).

Αναλυτικότερα, οι αποβολές αποτελούν πολυπαραγοντικό φαινόμενο από γενετικές και μη αιτίες οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους. Πολυμορφισμοί και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, θρομβοφιλία, ιατρικό ιστορικό, ενδοκρινολογικές διαταραχές, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, περιβαλλοντικές αιτίες και μολυσματικοί παράγοντες είναι οι βασικές καταγεγραμμένες αιτίες των αποβολών. Αξίζει να αναφερθεί πως το ένα τέταρτο των αποβολών θα μπορούσε να αποφευχθεί αν οι παράγοντες κινδύνου μπορούσαν να περιορισθούν (Zhou et al., 2016).

Μελέτες στο παρελθόν έχουν διερευνήσει τους παράγοντες κινδύνου των αποβολών, συμπεριλαμβανομένων της μη γονιμότητας, του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, του καπνίσματος, του δείκτη μάζας σώματος και της ηλικίας σε 1.196 εγκύους. Η συγκεκριμένη μελέτη απέδειξε πως το ποσοστό αποβολών ανήλθε σε 16% πριν από την έκτη και έβδομη εβδομάδα της κύησης. Επίσης, το κάπνισμα παρουσιάζεται ως έντονος παράγοντας κινδύνου. Από την άλλη πλευρά, η παχυσαρκία και η ηλικία δεν συσχετίζονται ισχυρά με την αποβολή. Ένας από τους παράγοντες που αυξάνει το κίνδυνο αποβολής είναι το προηγούμενο ιστορικό αποβολής. Το γεγονός ότι οι γυναίκες καθυστερούν όλο και περισσότερο την εγκυμοσύνη στα 30 τους επιδεινώνει αυτή την κλινική κατάσταση. Συνεπώς, ακόμη και μια αποβολή μπορεί να βλάψει την κατάσταση ενός ζευγαριού αναφορικά με την ικανότητα επιτυχούς αναπαραγωγής στο μέλλον (Zhou et al., 2016).

Οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου για τις αποβολές έχουν εξεταστεί ενδελεχώς αλλά η πρόληψη των αποβολών παραμένει αδιερεύνητη. Οι ιατροί δεν έχουν πρόσβαση σε έναν ικανοποιητικό ισχύων αριθμό παραγόντων και ειδικά σε εγκύους που έχουν περιορισμένο κίνδυνο. Πέρα από αυτό, πολλοί κλινικοί παράγοντες θα πρέπει να διερευνηθούν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Παρά το γεγονός ότι πολλοί παράγοντες δεν είναι ελεγχόμενοι, η κατανόηση αυτών των παραγόντων στην περίπτωση των αποβολών, η αναγνώριση των περιπτώσεων υψηλού κινδύνου, η αποτελεσματική συμβουλευτική και η φροντίδα πριν τον τοκετό είναι ζητήματα τα οποία μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των αποβολών (Iqbal et al., 2021).

Η πιθανότητα μιας αποβολής μπορεί να προβλεφθεί με βάση τις ατομικές παραμέτρους και από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων προκειμένου να εφαρμοστούν προληπτικές και στοχευμένες παρεμβάσεις για την πρόληψη των αποβολών αλλά και για την ενημέρωση των ασθενών. Με αυτό το τρόπο οι ασθενείς αποκτούν γνώση και συνείδηση, απαλλάσσονται από άγχος και χτίζουν μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ιατρούς (Iqbal et al., 2021).

Με δεδομένο το γεγονός πως το ιστορικό μιας αποβολής αυξάνει τις πιθανότητες για μια επόμενη, έχει δοθεί εξαιρετική έμφαση στη μελέτη στο συγκεκριμένο πεδίο. Σύμφωνα με μελέτες, οι αιτίες των επαναλαμβανόμενων αποβολών, ή αλλιώς καθ' ἑξίν

αποβολών, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την παθοφυσιολογία και γενετικούς παράγοντες. Αναλυτικότερα :

Ανατομικοί παράγοντες: Οι ανωμαλίες της μήτρας, συγγενείς και επίκτητες, μπορούν αντιπροσωπεύουν έως και 19% των περιπτώσεων των αποβολών (Lia et al., 2018).

Θυρεοειδής: Ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρεοειδούς, συμπεριλαμβανομένου του υπερθυρεοειδισμού και υποθυρεοειδισμού, μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στην αναπαραγωγική υγεία και να έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένα ποσοστά σύλληψης, αυξημένη πρόωμη απώλεια εγκυμοσύνης (French et al., 2018).

Γενετικοί παράγοντες: Μετά από 2 ή 3 αποβολές, μια γενετική αξιολόγηση του προϊόντος σύλληψης (POC) και των γονέων θα πρέπει να εξετάζονται. Σε ζευγάρια με επαναλαμβανόμενες αποβολές, 3% έως 5% έχουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε έναν από τους συντρόφους. Η πιο κοινή χρωμοσωμική ανωμαλία που σχετίζεται με την αποβολή είναι ισορροπημένη μετατόπιση (Jefferys et al., 2015).

Ενδοκρινολογικοί παράγοντες: σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη, τα αντισώματα του θυρεοειδούς και τη δυσλειτουργία αυτού καθώς και υπερπρολακτιναιμία. Αν και ο διαβήτης δεν είναι άμεση αιτία των αποβολών, αλλά ο μη ελεγχόμενος διαβήτης μπορεί να προκαλέσει συγγενής ανωμαλία (Jaslow et al., 2010).

Οξειδωτικό στρες: Υπεροξείδωση λιπιδίων και αντιοξειδωτική ενζυμική δράση παραλλαγή μπορεί να είναι σημαντική στην παθογένεση του αποβολή (Brezina & Kutteh, 2014). Οι ελεύθερες ρίζες O₂ δημιουργούνται υπό υποξία συνθήκες και έχει επιβεβαιωθεί ότι δυνητικό τερατογόνο είναι απειλή για τους εμβρυϊκούς ιστούς και είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την παθοφυσιολογία κοινών διαταραχών εγκυμοσύνης στον άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένης της αποβολής (Brezina & Kutteh, 2016).

3.1.3 Αντιμετώπιση

Για πολλές γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με αποβολή, οι επιλογές περίθαλψης είναι: μελλοντική διαχείριση, ιατρική διαχείριση ή χειρουργική αντιμετώπιση. Η φροντίδα του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με τις επιλογές τους που είναι ιατρικά κατάλληλες για την ιδιαίτερη κατάσταση κάθε γυναίκας, μαζί με υποστήριξη προκειμένου να βοηθηθεί η απόφαση του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις μια απόφαση δεν είναι κλινικά επείγουσα. Έτσι μπορεί να δοθεί χρόνος σε μια γυναίκα να συμβιβαστεί με τη διάγνωση και να καταλήξει σε μια απόφαση σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης (Kutteh, 2015).

Οι γυναίκες με πιθανό κίνδυνο αποβολής θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σωστά μέχρι τα συμπτώματά τους να επιλυθούν. Οι ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται για εξέλιξη σε πιθανή αποβολή. Οι ιατροί συνήθως αντιμετωπίζουν την πιθανή αποβολή με ξεκούραση στο κρεβάτι και χορήγηση προγεστερόνης (Sotiriadis et al., 2008).

Η ξεκούραση στο κρεβάτι είναι μια από τις πιο συχνές παρεμβάσεις για μια πιθανή αποβολή. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία ότι η ξεκούραση στο κρεβάτι μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη, αλλά μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή απέδειξε την επιρροή της ξεκούρασης στην περίπτωση της πιθανής αποβολής (Radford & Hughes, 2015).

Η προγεστερόνη διατηρεί την αποκέντρωση, ελέγχει τη συσταλτικότητα της μήτρας και την ικανότητα του τραχήλου καθώς επίσης λειτουργεί ως ανοσοσπασμωδικός παράγοντας προάγοντας τη μητρική ανοσολογική αντοχή. Η χορήγηση προγεστερόνης υφίσταται σε διάφορες μορφές όπως οξική μεδροξυπρογεστερόνη, 17-άλφα-υδροξυπρογεστερόνη, προγεστερόνη και διδρογεστερόνη (Arc et al. 2008).

Στην περίπτωση αντιφωσfolιπιδικού συνδρόμου, για τη διαχείριση μιας πιθανής αποβολής γίνεται χρήση αντιθρομβωτικών ουσιών όπως ασπιρίνη και χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης ή μη κλασματοποιημένης ηπαρίνης. Και η μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη και η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους δεν διασχίζουν τον πλακούντα και δεν έχουν τερατογόνο δράση ή προκαλούν αιμορραγία στο έμβρυο (Tien & Tan, 2007).

Το οξειδωτικό στρες έχει συσχετιστεί με αυθόρμητες και επαναλαμβανόμενες αποβολές, αντιοξειδωτικά όπως βιταμίνες C και το E θα μπορούσαν να είναι επωφελής

για την πρόληψη αποβολών, καθώς επίσης και η χορήγηση αντιβιοτικών σε περιπτώσεις κολπίτιδας η οποία έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να επιφέρει πρόωρο τοκετό ή ακόμα και αποβολή στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Tien & Tan, 2007).

Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται για ασθενείς με αντενδείξεις για ιατρική θεραπεία ή αποτυχημένη ιατρική θεραπεία και για ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά ασταθής. Οι επιλογές χειρουργικής θεραπείας περιλαμβάνουν σαλπινγεκτομή και σαλπινγοστομία. Ωστόσο, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή εκκένωση προϊόντων σύλληψης και επανεμφάνιση συμπτωμάτων. Η λαπαροσκόπηση είναι η προτιμώμενη χειρουργική προσέγγιση (Hendriks et al., 2019).

3.1.4 Επιπλοκές

Η έκτοπη κύηση ορίζεται ως η διαδικασία εμφύτευσης γονιμοποιημένου ωαρίου οπουδήποτε έξω από την κοιλότητα της μήτρας, πιο συχνά στις σάλπιγγες. Ωστόσο, σπανιότερες περιπτώσεις μπορούν να εμφυτευτούν αυχενικά στις ωοθήκες και κοιλιακά. Συνήθως, οι ασθενείς παρουσιάζουν κύηση μεταξύ 5 και 9 εβδομάδων με θετικό τεστ εγκυμοσύνης, κολπική αιμορραγία (συνήθως κηλίδες) και πυελικό πόνο (συνήθως μονόπλευρος). Επίσης, πολλές φορές μπορεί να είναι ασυμπτωματική. Συγκεκριμένα, σε πολλές μελέτες δόθηκε έμφαση σε συμπτώματα όπως διάρροια, ζαλάδα και έμετος και καταγράφηκαν προβλήματα στη διάγνωση σε γυναίκες που δεν μιλούσαν την Αγγλική γλώσσα (NICE, 2012).

Η ναυτία και ο έμετος στην εγκυμοσύνη είναι εξαιρετικά συχνά και επηρεάζουν περίπου το 50 έως και 80% των εγκύων καθ' όλη τη διάρκεια της μέρας. Περίπου το ένα τρίτο από αυτούς τους ασθενείς ζητούν ιατρική παρέμβαση ενώ η ναυτία και ο έμετος είναι οι πιο συχνές αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των 20 εβδομάδων της εγκυμοσύνης (Niemeijer et al., 2014).

Παρόλο που μερικοί πιστεύουν ότι η ναυτία και ο έμετος είναι μια φυσιολογική κατάσταση στην εγκυμοσύνη, για πολλές εγκύους επηρεάζει την ποιότητα ζωής, συμβάλει στην εμφάνιση κατάθλιψης, επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις και επέφερε οικονομικό φορτίο ως και \$1.77 δισεκατομμύρια στις ΗΠΑ για το έτος 2012. Η ναυτία και ο έμετος ξεκινούν στις 6 και 9 εβδομάδες της σύλληψης, κορυφώνεται στις 12 εβδομάδες και στο 50% των γυναικών τα συμπτώματα υποχωρούν στις 14 εβδομάδες.

Στις 22 εβδομάδες, το 90% των γυναικών έχουν απαλλαγθεί από τα δυο αυτά συμπτώματα (Nuangchamnonng et al., 2014).

Η πιο σοβαρή εξέλιξη των δυο αυτών συμπτωμάτων είναι αυτό που ονομάζεται υπερέμεση η οποία παρουσιάζεται να επηρεάζει από το 0,3% έως το 3% των γυναικών οι οποίες παρουσιάζουν ανεξέλεγκτο έμετο, στοιχεία ασιτίας ή απώλεια βάρους από 5% και παραπάνω. Καθώς επίσης σχετίζεται με την παρουσία αποβολών (Mitchell-Jones et al., 2017).

3.2 Μη Επιθυμητές Αποβολές

Ως «αποβολή» ορίζεται η πρόωρη διακοπή της ανάπτυξης των εμβρύων και την αποβολή από τη μήτρα ή ακόμα και την γέννηση ενός εμβρύου χωρίς να είναι ικανό να ζήσει εκτός του περιβάλλοντος της μήτρας. Το υλικό που αποβάλλεται είναι το έμβρυο μαζί με μεμβράνες (κύημα). Κάθε αποβολή μπορεί να επιφέρει ψυχολογικά προβλήματα στη μητέρα και στο ζευγάρι. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι το 10-15% των κυήσεων ενδέχεται να καταλήξει σε αυτόματες αποβολές κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης δηλαδή από την 6^η ως τη 15^η εβδομάδα 25 Σε περίπτωση που υπάρχουν προηγούμενες αποτυχημένες κυήσεις το ποσοστό περίπτωσης νέας αποβολής αυξάνεται σημαντικά, Οι πιθανότητες επόμενης αποβολής ανέρχονται σε ποσοστό 25%, στο 40% για τρίτη φορά και στο 70% στην περίπτωση τέταρτης (26).

Ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενή, οι αποβολές κατηγοριοποιούνται ανάλογα όπως παρακάτω.

Επαπειλούμενη αποβολή (threatened abortion): Η επαπειλούμενη αποβολή χαρακτηρίζεται από την παρουσία ήπιας αιμόρροιας στο κόλπο σταγονοειδής ή συνεχής ή ακόμα που επιμένει για μέρες. Το 20% τουλάχιστον των εγκύων παρουσιάζουν κάποια αιμορραγία κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Στην περίπτωση της απειλούμενης αποβολής, υπάρχει αιμορραγία προερχόμενη από το τραχηλικό στόμιο, που είναι κλειστό, χωρίς ή με άλγος στο υπογάστριο δηλαδή συσπάσεις της μήτρας. Στα ευρήματα από το τραχηλικό στόμιο, δεν εμφανίζεται

αμνιακό υγρό ή τμήματα ιστών, ενώ η μήτρα είναι διογκωμένη και αντιστοιχεί στην ηλικία κύησης.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα διαπιστώνονται με την κατάλληλη γυναικολογική εξέταση, που πρέπει να γίνεται με ήπιους χειρισμούς. Σύμφωνα με τον υπερηχογραφικό έλεγχο, ευρίσκεται ενδομήτρια κύηση με θετική καρδιακή λειτουργία, και ήπια αποκόλληση του πλακούντα. Αν η κύηση εξελιχτεί κανονικά, το αίμα τις επόμενες μέρες είναι λιγότερο και πιο σκούρο, γεγονός που δηλώνει ότι δεν υπάρχει ενεργός αιμορραγία, ενώ συστήνεται η κατάκλιση και η αποχή από τη συνουσία. Στο 90% των απειλούμενων αποβολών η κύηση εξελίσσεται φυσιολογικά, και τελειώμηνη κύηση επιτυγχάνεται σε ποσοστό 50%. Ταυτόχρονα αυξάνεται ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων και γέννηση του νεογνού με χαμηλό βάρος.

Αναπόφευκτη αποβολή (inevitable abortion): Αντίθετα από την επαπειλούμενη αποβολή, η αναπόφευκτη αποβολή χαρακτηρίζεται από έντονη κοιλιακή αιμορραγία και έντονο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου, υπάρχει διαστολή του έσω τραχηλικού στομίου και εκροή αμνιακού υγρού, ενώ η ρήξη εμβρυικών υμένων προκαλούν κοιλιακό πόνο ή πόνο στην μέση. Ο υπέρηχος δείχνει επέκταση της αποκόλλησης του πλακούντα, ταχυκαρδία και εικόνα εμβρυικής δυσπραγίας. Ο τράχηλος υφίσταται μη αναστρέψιμες μεταβολές, ενώ είναι ανώφελη η προσπάθεια διατήρησης της κύησης.

Ατελής αποβολή: Στην ατελή αποβολή εμφανίζεται αιμορραγία μετά από μερική ή πλήρη αποκόλληση του πλακούντα. Συμβαίνει πριν από τις 10 εβδομάδες όπου το κύημα και ο πλακούντας αποβάλλονται συχνά μαζί. Μετά τις 10 εβδομάδες αποβάλλονται συνήθως ξεχωριστά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα στοιχεία της κύησης να παραμείνουν εξ' ολοκλήρου στη μήτρα ή να προβάλλουν μέσα από τον τράχηλο της μήτρας.

Τέλεια αποβολή: Στην τέλεια αποβολή συνήθως υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας, κοιλιακού άλγους και αποβολής ιστών-υπολειμμάτων της κύησης.

Παλίνδρομη κύηση: Στην παλίνδρομη κύηση τα νεκρά προϊόντα της σύλληψης έχουν παρακρατηθεί για μέρες-εβδομάδες μέσα στη μήτρα και το τραχηλικό στόμιο είναι κλειστό. Η διάγνωση γίνεται με διακολπικό υπερηχογράφημα.

Σηπτική αποβολή: Σε μια αποβολή (οποιαδήποτε μορφή) υπάρχουν διάφοροι μικροοργανισμοί οι οποίοι μπορεί να εισβάλουν στη μήτρα και να επεκταθούν με αποτέλεσμα την εμφάνιση λοίμωξης ακόμα και σηψαιμίας.

Καθ' έξιν αποβολή: Οι καθ' έξιν αποβολές περιλαμβάνουν τρεις ή περισσότερες διαδοχικές αποβολές, που καθιστούν απαραίτητο τον έλεγχο του ζευγαριού για την εύρεση του αίτιου. Η χρονική στιγμή όπου πραγματοποιείται η αποβολή μπορεί να προσφέρει ενδείξεις για την αιτιολογία των καθ' έξιν αποβολών.

3.3 Επιθυμητές Αποβολές

Περίπου μία στις πέντε εγκυμοσύνες παγκοσμίως καταλήγουν σε έκτρωση. Η πιθανότητα μια γυναίκα να κάνει έκτρωση είναι παρόμοια εάν ζει σε μια ανεπτυγμένη ή αναπτυσσόμενη περιοχή του κόσμου. Η Δυτική Ευρώπη έχει το χαμηλότερο ποσοστό αμβλώσεων στον κόσμο (12 ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 44 ετών). Το ποσοστό είναι 17 στη Βόρεια Ευρώπη και 21 στη Βόρεια Αμερική. Το 2005, περίπου 1,2 εκατομμύρια γυναίκες έκαναν αμβλώσεις στις ΗΠΑ, καθιστώντας την άμβλωση μια από τις πιο κοινές ιατρικές διαδικασίες που παρέχονται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (Statistics Canada, 2006).

Περίπου το 90% των αμβλώσεων στις ΗΠΑ συμβαίνουν κατά το πρώτο τρίμηνο. Οι πρόοδοι στον έλεγχο εγκυμοσύνης, στο υπερηχογράφημα και στις τεχνικές ιατρικών και χειρουργικών αμβλώσεων έχουν επιταχύνει την τάση προς την έγκαιρη φροντίδα των αμβλώσεων, με το ποσοστό των αμβλώσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες της κύησης να διπλασιάζεται από 14% το 1992 σε 29% το 2005 (Kulier et al., 2011).

Η αιχμηρή απόξεση (D&C) που περιορίζεται σε ορισμένες χώρες όπου η άμβλωση είναι παράνομη. Η χειροκίνητη αναρρόφηση κενού (MVA), κάποτε μια τεχνολογία πιο κοινή σε ρυθμίσεις χαμηλών πόρων, χρησιμοποιείται τώρα ευρέως και προτιμάται

συχνά από παρόχους στις ανεπτυγμένες χώρες. Ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες με περιοριστικούς νόμους για τις αμβλώσεις, η αυξανόμενη χρήση του MVA και των ιατρικών μεθόδων αμβλώσεων έχει μειώσει τη θνησιμότητα που σχετίζεται με τις αμβλώσεις (Wu, 2010).

Ιστορικά, οι μέθοδοι κενού για την εκκένωση της μήτρας περιεγράφηκαν για πρώτη φορά στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Το 1872, ο Σερ Τζέιμς Γιανγκ Σίμπσον, ο Σκωτσέζος μαιευτήρας της βασίλισσας Βικτόριας, κατασκεύασε έναν «σωλήνα που μοιάζει σε μήκος και μέγεθος ανδρικού καθετήρα, με μεγάλο αριθμό μικρών στομιών που εκτείνονται κατά μήκος περίπου δύο ίντσες από το άκρο του. " Προσαρτώντας «μια σύριγγα» σε αυτόν τον πρωτόγονο σωληνίσκο, ο Simpson χρησιμοποίησε «μερικές κινήσεις του εμβόλου της σύριγγας» για να εκτελέσει την πρώτη αναφερόμενη αναρρόφηση του ενδομητρίου (Odland et al., 2018).

Πέρασαν περισσότερα από 50 χρόνια πριν εφαρμοστεί αυτή η μέθοδος στη διακοπή της εγκυμοσύνης: το 1927, ο Bykon, ένας Ρώσος γιατρός, χρησιμοποίησε μια φορητή σύριγγα για να προκαλέσει εμμηνόρροια (Odland et al., 2018).

Η μεγαλύτερη διάδοση της τεχνικής αναρρόφησης κενού ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1950. Λίγο μετά την κατάργηση των περιορισμών στην άμβλωση το 1957 από την Κίνα, εμφανίστηκαν δύο σειρές περιπτώσεων επαγόμενων αμβλώσεων με ηλεκτρική αναρρόφηση κενού στο *The Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Στη δεκαετία του 1960, κλινικοί γιατροί από την Ανατολική Ευρώπη και τη Μεγάλη Βρετανία ανέφεραν επίσης ευνοϊκές εμπειρίες (Odland et al., 2018).

Η αναρρόφηση έγινε σύντομα η πιο κοινή μέθοδος αποβολής πρώτου τριμήνου στις ΗΠΑ και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, αποδεικνύοντας ανώτερη από την παραδοσιακή D&C σε ταχύτητα, άνεση και ασφάλεια. Την τελευταία δεκαετία, αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν εισαγάγει και τη χειροκίνητη αναρρόφηση για την άμβλωση, σύμφωνα με τη σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ότι οι μέθοδοι αναρρόφησης αντικαθιστούν την αιχμηρή απόξεση ως το ασφαλές πρότυπο για χειρουργική άμβλωση πρώτου τριμήνου (WHO, 2014).

Η χειρουργική άμβλωση είναι μια διαδικασία που τερματίζει μια εγκυμοσύνη αφαιρώντας το έμβρυο και τον πλακούντα από τη μήτρα της μητέρας (μήτρα). Αυτός ο τύπος διαδικασίας αποβολής χρησιμοποιείται επίσης για αμβλώσεις πρώτου

τριμήνου. Οι χειρουργικές αμβλώσεις πραγματοποιούνται σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, όπως νοσοκομείο ή κλινική αμβλώσεων. Γίνεται πυελική εξέταση και προσφέρεται φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο. Ο κόλπος πλένεται και ένα τοπικό αναισθητικό μπορεί να εγχυθεί μέσα ή κοντά στο άνοιγμα της μήτρας (τραχήλος). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί γενική αναισθησία αλλά είναι λιγότερο συχνή (Achilles & Reeves, 2011).

Το άνοιγμα του τραχήλου της μήτρας τεντώνεται σταδιακά. Ο πιο κοινός τύπος χειρουργικής διαδικασίας αποβολής ονομάζεται αναρρόφηση ή αναρρόφηση κενού. Ένας σωλήνας προσαρτημένος σε μια μηχανή αναρρόφησης εισάγεται στη μήτρα και η μήτρα αδειάζει. Αφού αφαιρεθεί ο σωλήνας αναρρόφησης, ένα άλλο όργανο που μοιάζει με κουτάλι, χρησιμοποιείται για να ξύσει τα τοιχώματα της μήτρας για να βεβαιωθείτε ότι όλα έχουν αφαιρεθεί. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται απόξεση (Allen & Goldberg, 2016).

Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση πρώτου τριμήνου μπορούν να περιμένουν (Lohr et al., 2008):

- Κράμπες κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία.
- Αιμορραγία σαν έμμηνο ρύση για αρκετές ημέρες μετά τη διαδικασία.
- Μπορεί να συνταγογραφηθούν αντιβιοτικά για μερικές ημέρες.

Η άμβλωση είναι μια διαδικασία χαμηλού κινδύνου. Οι μεγάλες επιπλοκές που απαιτούν νοσηλεία είναι σπάνιες. Ο κίνδυνος θανάτου από έκτρωση είναι μικρότερος από 1 στους 100.000, αλλά αυξάνεται ελαφρώς με κάθε εβδομάδα εγκυμοσύνης. Ο κίνδυνος θανάτου από τον τοκετό είναι 14 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο θανάτου από πρόωρη έκτρωση. Αλλά όπως συμβαίνει με κάθε ιατρική διαδικασία, μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα.

Οι επιπλοκές της αποβολής πρώτου τριμήνου εξαρτώνται από πολλά πράγματα, όπως η ικανότητα του γιατρού, η αναισθησία που χρησιμοποιείται, η υγεία και η μέθοδος αποβολής που χρησιμοποιείται, αλλά μπορεί να περιλαμβάνουν (Lohr et al., 2008):

- Αλλεργικές αντιδράσεις σε αναισθητικά ή άλλα φάρμακα. Περίπου μία γυναίκα στις 5.000 μπορεί να παρουσιάσει σοβαρή αντίδραση στην αναισθησία,

συμπεριλαμβανομένου του υψηλού πυρετού, των επιληπτικών κρίσεων, της καρδιακής ανακοπής ή άλλων απειλητικών για τη ζωή συμπτωμάτων.

- Η γενική αναισθησία συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά αιμορραγίας και διάτρησης της μήτρας.
- Μικρές αντιδράσεις στα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εξάνθημα, δυσφορία ή ήπιο πυρετό.
- Κόψιμο ή σχισμένο τράχηλο. Τραχηλική βλάβη εμφανίζεται σε μία στις 500 έως μία στις 100 αμβλώσεις με αναρρόφηση. Μπορεί να απαιτηθούν ράμματα. Μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.
- Διάτρηση του τοιχώματος της μήτρας ή/και άλλων οργάνων. Η διάτρηση της μήτρας συμβαίνει σε μία στις 500 γυναίκες που υποβάλλονται σε πρόωρες εκτρώσεις. Οι σοβαρές διατρήσεις συνήθως χαρακτηρίζονται από έντονη αιμορραγία και πόνο. Απαιτείται χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση της βλάβης και εάν η αιμορραγία δεν μπορεί να σταματήσει η μήτρα πρέπει να αφαιρεθεί.
- Θρόμβοι αίματος στη μήτρα. Μία στις 100 γυναίκες εμφανίζει μεγάλους θρόμβους.
- Ατελής έκτρωση. Μία γυναίκα στις 300 μπορεί να διατηρήσει ιστό στη μήτρα. Μια δεύτερη διαδικασία είναι εκτελείται για την πλήρη εκκένωση της μήτρας.
- Βαριά αιμορραγία που απαιτεί ιατρική περίθαλψη. Μετά από μια διαδικασία αναρρόφησης, μία γυναίκα στις 1500 έχει αρκετά σοβαρή αιμορραγία να χρειαστεί μετάγγιση και πιθανή παραμονή στο νοσοκομείο.
- Λοίμωξη. Μία γυναίκα στις 150 εμφανίζει λοίμωξη και πυρετό που πρέπει να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά. Οι μη θεραπευμένες λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα ή, σε σπάνιες περιπτώσεις, είναι απειλητική για τη ζωή και απαιτείται νοσηλεία.

Μια **άμβλωση δεύτερου τριμήνου** συμβαίνει μεταξύ 16-20 εβδομάδων κύησης. Στην Αϊόβα οι αμβλώσεις γενικά δεν επιτρέπονται μετά τις 20 εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Σε μια γυναίκα με αίμα αρνητικό Rh θα χορηγηθεί μια ένεση ανοσοσφαιρίνης για να αποφευχθούν προβλήματα ασυμβατότητας αίματος σε μελλοντικές εγκυμοσύνες (Iras, 2014).

Η τεχνική διαστολής και εκκένωσης (D & H) συνήθως απαιτεί προετοιμασία πριν τη διαδικασία και τη χρήση λαβίδων για την απομάκρυνση του εμβρύου. Η προετοιμασία του τραχήλου της μήτρας συνιστάται πριν από την D&E για να μειωθεί ο κίνδυνος τραυματισμού της. Η διαστολή του τραχήλου της μήτρας μπορεί να επιτευχθεί με την τοποθέτηση διαστολέων πριν από τη διαδικασία ή με τη χρήση φαρμάκων. Μετά τη διαστολή της μήτρας και τη φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και την καταστολή, η τεχνική αυτή επιτυγχάνεται με την αναρρόφηση του αμνιακού υγρού και την αφαίρεση του εμβρύου με όργανα μέσω του τραχήλου της μήτρας και του κοιλιακού πόρου. Συχνά εκτελείται μια τελική απόξεση με αναρρόφηση για να διασφαλιστεί ότι η μήτρα έχει εκκενωθεί πλήρως. Το έμβρυο συχνά διαμελίζεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Iras, 2014).

Το Intact D&E είναι μια παραλλαγή του D&E που απαιτεί πιο προχωρημένη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, που συνήθως επιτυγχάνεται σε αρκετές ημέρες. Η διαδικασία περιλαμβάνει την αφαίρεση του ανέπαφου εμβρύου. Η άθικτη διαδικασία D&E είναι προτιμότερη σε ορισμένες περιπτώσεις. Επιπλέον, σε σύγκριση με το D&E, η συγκεκριμένη διαδικασία D&E μπορεί να σχετίζεται με χαμηλότερους κινδύνους διάτρησης και μόλυνσης της μήτρας, επειδή ελαχιστοποιεί τη χρήση λαβίδας και μειώνει τον κίνδυνο κατακράτησης εμβρυϊκού ιστού (O’Connell et al., 2008).

Αναφέρεται συχνά ότι το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με την άμβλωση είναι χαμηλό (0,6 ανά 100.000 νόμιμες, προκαλούμενες αμβλώσεις) και ο κίνδυνος θανάτου που σχετίζεται με τον τοκετό είναι περίπου 14 φορές υψηλότερος από αυτόν με την άμβλωση. Η θνησιμότητα που σχετίζεται με την άμβλωση αυξάνεται με κάθε εβδομάδα κύησης, με ποσοστό 0,1 ανά 100.000 επεμβάσεις στις 8 εβδομάδες κύησης ή λιγότερο, και 8,9 ανά 100.000 διαδικασίες στις 21 εβδομάδες κύησης ή περισσότερο (O’Connell et al., 2008).

Οι σπάνιες επιπλοκές που σχετίζονται και με τις δύο τεχνικές D&E περιλαμβάνουν αιμορραγία, ρήξη του τραχήλου της μήτρας, διατηρημένα προϊόντα σύλληψης και μόλυνση. Η διάτρηση της μήτρας μπορεί να συμβεί με D&E, ενώ η ρήξη της μήτρας μπορεί να συμβεί με ιατρική άμβλωση.

Οι γυναίκες που κάνουν άμβλωση στις αρχές του δεύτερου τριμήνου μπορούν να περιμένουν (Love et al., 2010):

- Κράμπες κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία.
- Αιμορραγία σαν έμμηνο ρύση για αρκετές ημέρες μετά τη διαδικασία.
- Μπορεί να συνταγογραφηθούν αντιβιοτικά για μερικές ημέρες

Η άμβλωση του δεύτερου τριμήνου μπορεί επίσης να επιτευχθεί με ασφάλεια μέσω ιατρικής επαγωγής ή ιατρικής άμβλωσης. Σε σύγκριση με το D&E, ο τερματισμός με επαγωγή με μισοπροστόλη είναι πιο δαπανηρός και έχει μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών όπως η ατελής έκτρωση. Η ιατρική άμβλωση στο δεύτερο τρίμηνο μπορεί να παραταθεί. Η μέθοδος εισαγωγής πραγματοποιείται συνήθως σε νοσοκομείο. Πριν από την πρόκληση τοκετού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαστολείς ή ορμονικό τζελ για έως και δύο ημέρες για να μαλακώσει και να ανοίξει ο τράχηλος. Ο χρόνος από την έναρξη της διαδικασίας έως τον τοκετό ποικίλλει σημαντικά (Gomez et al., 2007).

Οι περισσότερες γυναίκες γεννούν σε 10 έως 20 ώρες. Συχνά ο πλακούντας δεν διαχωρίζεται εύκολα και απαιτείται ξύσιμο για την πλήρη αφαίρεσή του. Σε σπάνιες περιπτώσεις που η μέθοδος επαγωγής αποτυγχάνει ή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γίνεται χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του εμβρύου. Αυτό είναι παρόμοιο με μια καισαρική τομή και ενέχει τους ίδιους κινδύνους (Gomez et al., 2007).

Οι σπάνιες επιπλοκές που σχετίζονται και με τις δύο μεθόδους περιλαμβάνουν αιμορραγία, ρήξη του τραχήλου της μήτρας, διατηρημένα προϊόντα σύλληψης και μόλυνση. Η διάτρηση της μήτρας μπορεί να συμβεί με D&E, ενώ η ρήξη της μήτρας μπορεί να συμβεί με ιατρική άμβλωση.

Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση με μέθοδο επαγωγής μπορούν να περιμένουν (Bryant et al., 2011):

- Κράμπες ενώ οι διαστολείς ή η ορμονική γέλη είναι στη θέση τους.
- Βαριές κράμπες και πόνοι τοκετού που συνήθως διαρκούν αρκετές ώρες κατά τη διάρκεια της επαγωγής και παράδοσης.
- Ναυτία, διάρροια, ρίγη και πυρετός λόγω ορμονικών τζελ.
- Διανουκτέρευση στο νοσοκομείο.

- Αιμορραγία σαν έμμηνο ρύση για αρκετές ημέρες μετά τη διαδικασία.
- Τα στήθη μπορεί να γεμίσουν με γάλα λίγες μέρες μετά τον τοκετό.
- Ο γιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει αντιβιοτικά.

Οι πιθανές επιπλοκές μιας διαδικασίας αποβολής δεύτερου τριμήνου μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αλλεργικές αντιδράσεις σε αναισθητικά ή άλλα φάρμακα.
- Η γενική αναισθησία συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά αιμορραγίας και διάτρησης της μήτρας. Περίπου μία γυναίκα στις 5.000 έχει σοβαρή αντίδραση στην αναισθησία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει υψηλό πυρετό, επιληπτικές κρίσεις, καρδιακή ανακοπή και άλλα απειλητικά για τη ζωή συμπτώματα.
- Μικρές αντιδράσεις στα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εξάνθημα, δυσφορία ή ήπιο πυρετό.
- Κόψιμο ή σχισμένο τράχηλο.

Τραχηλική βλάβη εμφανίζεται κατά τη διάρκεια 1 στις 90 αμβλώσεις D & E. Ράμματα μπορεί να είναι απαιτείται. Μπορεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό σε μελλοντικές εγκυμοσύνες.

- Διάτρηση του τοιχώματος της μήτρας ή/και άλλων οργάνων.

Οι διατρήσεις συνήθως χαρακτηρίζονται από έντονη αιμορραγία και πόνο. Χειρουργική απαιτείται για την αποκατάσταση της βλάβης και εάν η αιμορραγία δεν μπορεί να σταματήσει η μήτρα πρέπει να αφαιρεθεί.

- Θρόμβοι αίματος στη μήτρα. Μία γυναίκα στις 100 εμφανίζει μεγάλους θρόμβους και μπορεί να χρειαστεί ιατρική περίθαλψη.
- Ατελής έκτρωση.
- Μία γυναίκα στις 300 μπορεί να διατηρήσει ιστό στη μήτρα. Μια δεύτερη διαδικασία αποβολής εκτελείται για την πλήρη εκκένωση της μήτρας.
- Βαριά αιμορραγία που απαιτεί ιατρική περίθαλψη.

- Μετά από μια διαδικασία D & E, 1 γυναίκα έχει αιμορραγία αρκετά σοβαρή και είναι απαραίτητη η μετάγγιση και πιθανή παραμονή στο νοσοκομείο.
- Λοίμωξη. Μία γυναίκα στις 75 εμφανίζει λοίμωξη και πυρετό που πρέπει να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά. Οι μη θεραπευμένες λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα ή, σε σπάνιες περιπτώσεις είναι απειλητική για τη ζωή και απαιτείται νοσηλεία.
- Ρήξη μήτρας που απαιτεί χειρουργική θεραπεία (πιο συχνή με προκλητικές αμβλώσεις)

Οι περισσότερες γυναίκες που αναζητούν άμβλωση αντιλαμβάνονται την επιλογή μεθόδων ως εξαιρετικά σημαντική. Οι γυναίκες που επιτρέπεται να επιλέξουν αναρρόφηση ή άμβλωση με φάρμακα έχουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης και με τις δύο μεθόδους. Σε χώρες όπως η Γαλλία, η Σκωτία και η Σουηδία, όπου και οι δύο επιλογές είναι διαθέσιμες για πάνω από μια δεκαετία, το 50 έως 60% των επιλέξιμων γυναικών επιλέγουν την ιατρική άμβλωση αντί για την άμβλωση με αναρρόφηση.

Δεδομένου ότι τόσο οι πρώιμες ιατρικές μέθοδοι όσο και οι μέθοδοι αναρρόφησης είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και ασφαλείς, η απόφαση συνήθως βασίζεται στις προσωπικές προτιμήσεις. Μερικές γυναίκες επιλέγουν την ιατρική άμβλωση επειδή τους αρέσει ότι είναι μη επεμβατική και προσφέρει περισσότερη ιδιωτικότητα και έλεγχο. Άλλοι προτιμούν την αναρρόφηση επειδή είναι γρήγορη, προβλέψιμη και μπορεί να συνδυαστεί με καταστολή ή αναισθησία. Είναι δύσκολο να συγκριθεί η ασφάλεια της άμβλωσης με φαρμακευτικές ουσίες και αναρρόφησης επειδή οι αιτίες των ανεπιθύμητων ενεργειών διαφέρουν, αλλά και οι δύο μέθοδοι έχουν χαμηλά ποσοστά επιπλοκών (Grossman et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

4.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η υπογονιμότητα και η αποβολή είναι δύο σημαντικά ζητήματα στον τομέα της μαιευτικής και γυναικολογίας. Η αποβολή εμφανίζεται λόγω γενετικών προβλημάτων ή προβλημάτων της μήτρας, θρομβοφιλία, αυτοάνοσα ενδοκρινικά νοσήματα,

λοιμώξεις και επίσης παίζουν ρόλο αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (Kong et al., 2013).

Η αποβολή είναι μια κατάσταση η οποία επιφέρει θλίψη και φυσικά συμπτώματα ειδικά να η ιατρική παρέμβαση προκάλεσε εξαιρετική απώλεια αίματος. Καμιά μελέτη ως τώρα δεν έχει αποδείξει ότι διαφορετικές μέθοδοι απομάκρυνσης του εμβρύου προκαλούν διαφορετικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Επίσης, η αποβολή συνοδεύεται με την εύρεση γενετικών και ιατρικών παραγόντων οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν στην ψυχολογική κατάσταση μετά την αποβολή (Hutti et al., 2015).

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις μπορεί να ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα γεγονός που εξαρτάται από τις ατομικές διαφορές και τη σπουδαιότητα της απώλειας που δίδεται από τη μητέρα. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι παράγοντες που καθορίζουν το πως θα βιώσει η γυναίκα θα βιώσει την εμπειρία της αποβολής. Για παράδειγμα, ένα ιστορικό ψυχολογικής ασθένειας, η έλλειψη συντρόφου ή οποιασδήποτε άλλης κοινωνικής υποστήριξης, η ατεκνία καθώς και η προηγούμενη παρόμοια απώλεια είναι πιθανό να αυξήσουν τις πιθανότητες για σημαντική ψυχολογική πίεση (Meaney et al., 2017).

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως η γυναίκα νιώθει πως χάνει την ευκαιρία να γεννήσει ένα ζωντανό και υγιές βρέφος να γίνει δηλαδή γονέας και να έχει μια νέα ταυτότητα ως γονέας. Πολλές φορές η απώλεια που ακολουθεί μια αποβολή είναι κεκαλυμμένη και έχει συμπτώματα τραύματος. Έρευνες έχουν δείξει ότι επιπτώσεις μιας αποβολής είναι ανάλογες της επιθυμίας για εγκυμοσύνης (Healthcare Executive, 2016).

Το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον έχει τη τάση να υποστηρίζει προσδοκίες για τον ερχομό νέων τέκνων αγνοώντας την ανάγκη για αναγνώριση μιας αποβολής και του πένθους που τον ακολουθεί. Επίσης, έχει αποδειχθεί η ανάγκη μερικών γυναικών να θρηνησουν και να διαχειριστούν την απώλεια τους απομονωμένες για να αποφύγουν το στιγματισμό (Healthcare Executive, 2016).

Η σπουδαιότητα των ψυχολογικών επιδράσεων από αποβολή έχει επίσης αναφερθεί στις γυναίκες και σε λιγότερο βαθμό στους συντρόφους και στα αδέρφια τους. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί αυξημένο στρες για 4 μήνες μετά την αποβολή, κατάθλιψη και θλίψη για τη γυναίκα αλλά και για το σύντροφό της. Η θλίψη και η λύπη συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτικά επεισόδια με συμπτώματα όπως απώλεια όρεξης,

βάρους αίσθημα ενοχής, απνία και σκέψεις αυτοκτονίας. Αναφέρθηκαν επίσης περιπτώσεις μετα-τραυματικού στρες, ψυχαναγκαστικών διαταραχών και διαταραχής πανικού (Yaffe et al., 2012).

Αναφορικά με την άμβλωση, χαρακτηρίζεται συχνά ως μια διέξοδος στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρουν συναισθήματα ανακούφισης αλλά αργότερα βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Η ενοχή και το άγχος είναι τα πιο συχνά αναφερθέντα συναισθήματα ειδικά στις γυναίκες με περιορισμένη υποστήριξη, σε γυναίκες νεαρών ηλικιών, στις γυναίκες με ψυχολογικά προβλήματα και στις πολύτοκες μητέρες (Klinitzke et al., 2013).

Πριν από τη διαδικασία της άμβλωσης η πλειοψηφία των γυναικών έχουν αμφιβολίες για την λήψη της ορθής απόφασης, γεγονός που δημιουργεί συμπτώματα όπως αϋπνίες, ενοχές και έντονο άγχος, ειδικά στις γυναίκες με έντονες ηθικές αναστολές. Το αίσθημα του φόβου είναι έντονο στην διαδικασία της πρώτης άμβλωσης (Klinitzke et al., 2013).

Η Διαταραχή Μετατραυματικού στρες αποτελεί μια διανοητική διαταραχή που εμφανίζεται μετά την έκθεση των ατόμων σε ένα εξαιρετικά τρομακτικό συμβάν και προκαλεί συναισθήματα όπως αίσθημα αδιεξόδου, φόβο, ή και απώλειας ελέγχου. Σε περίπτωση που η συγκεκριμένη διαταραχή οφείλεται στην άμβλωση, καλείται Μετεκτροτικό Σύνδρομο (Bicking Kinsey et al., 2015).

Τα συμπτώματα του παραπάνω συνδρόμου παρουσιάζονται άμεσα μετά από την διαδικασία της άμβλωσης, όμως σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζονται πολύ αργότερα. Σε αυτή τη περίπτωση, η ψυχολογική υγεία της γυναίκας επιβαρύνεται με συμπτώματα όπως σύγχυση, ενοχές και απελπισία και οι σχέσεις της με τα άτομα του περιβάλλοντός της δυσχεραίνουν. Τα βασικότερα συμπτώματα του μετεκτροτικού συνδρόμου αυτού είναι τα ακόλουθα (Λιναρδάκη, 2012):

- Διαταραχές στον ύπνο.
- Διαταραχές άγχους: ένας μεγάλος αριθμός γυναικών δηλώνουν ότι μετά την άμβλωση αισθάνονται ένταση με σπάνιες στιγμές χαλάρωσης. Μερικές αναφέρουν αντιδράσεις όπως ζάλη, ταχυκαρδία, διαταραχές του στομάχου, πονοκεφάλους. Και η αιτία του άγχους τους δεν μπορεί να εντοπιστεί από αυτές.

- Χρήση ουσιών: Η άμβλωση συνδέεται με την μελλοντική χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών. Στην περίπτωση που η άμβλωση οδηγήσει στην χρήση ναρκωτικών και οινόπνευματώδων ουσιών, τότε ενδέχεται να εκδηλωθεί βίαιη και προβληματική συμπεριφορά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την κακοποίηση των παιδιών της οικογένειας και επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.
- Προβλήματα που αφορούν στη σεξουαλικότητα: Τα προβλήματα αυτά ποικίλουν: έντονος πόνος, έλλειψη απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αποστροφή προς το σεξ και προς τους άνδρες.
- Απόπειρα αυτοκτονίας: η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που βίωσαν επιπτώσεις από την διαδικασία της άμβλωσης, δηλώνουν ότι είχαν σκεφτεί την αυτοκτονία, ενώ άλλες γυναίκες, επιχειρούν την αυτοκτονία και από τις οποίες οι μισές επιχειρούν περισσότερο από μια φορά. Η απόπειρα αυτοκτονίας εμφανίζεται κυρίως στις νεότερες γυναίκες κάτω των 20 ετών.
- Διατροφικές διαταραχές: ένας αριθμός γυναικών μετά την άμβλωση παρουσίασαν βουλιμία ή ανορεξία. Μία σημαντική αύξηση βάρους ή σοβαρή απώλεια βάρους συνδέεται με έλλειψη ελκυστικότητας, γεγονός που περιορίζει τις πιθανότητες για μελλοντική εγκυμοσύνη.
- Πολλαπλές εκτρώσεις: Οι γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν ξανά μια μελλοντική εγκυμοσύνη εξαιτίας μειωμένης αυτοεκτίμησης, υποσυνείδητης ή συνειδητής επιθυμίας υποκατάστατης κήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την διαδικασία της έκτρωσης. Οι εκτρώσεις που ακολουθούν μπορούν να γίνουν εξαιτίας αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης και απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση. Αναφέρεται η χρήση των πολλαπλών εκτρώσεων ως ένα μέσο αυτοτιμωρίας. Αντίθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρεται η έντονη επιθυμία για άμεση εγκυμοσύνη, με τη σκέψη ότι έτσι θα αντικατασταθεί το παιδί

που χάθηκε παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση εξακολουθούν να υφίστανται.

Οι αμβλώσεις είναι ένα έντονο ζήτημα δημόσιας υγείας που τις περισσότερες φορές οι επιπτώσεις τους στις γυναίκες είναι δυσάρεστες στην σωματική αλλά και στη ψυχική υγεία της γυναίκας. Έχει πλέον αποδειχθεί ότι όταν η γυναίκα κάνει άμβλωση, στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, οι βιολογικές επιπτώσεις παραμένουν χαμηλές ενώ οι ψυχολογικές συνέπειες οφείλονται και στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (Δορκοφίκη, 2007).

4.2 Κοινωνικές επιπτώσεις

Αν και η εμπειρία της αποβολής και της άμβλωσης υφίσταται από τα αρχαία χρόνια, οι κοινωνικές συνέπειες, κυρίως της άμβλωσης, αποδεικνύουν ότι είναι φαινόμενα κοινωνικά τα οποία επηρεάζονται από το πλαίσιο της κοινωνίας στο οποίο λαμβάνουν χώρα.

Σύμφωνα με τη θεωρία του στίγματος, η συμπεριφορά που προκαλεί στο άτομο μετασηματίζεται σε κοινωνικό επίπεδο και χαρακτηρίζεται ως εχθρική, απειλητική ή ακόμα και απαξιοτική και αναπαράγεται μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο (Major & O'Brien, 2005).

Η άμβλωση αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο κλονίζει τα θεμέλια της κοινωνίας διότι θεωρείται απειλητική για τη διαίωνιση και την εξέλιξη του κοινωνικού ιστού και κλονίζει το ρόλο της γυναίκας. Με άλλα λόγια, είναι ένα φαινόμενο που πλήττει σημαντικά το ρόλο της γυναίκας ως προς τη δημιουργία ζωής και ως ένα άτομο το οποίο έχει κύριο στόχο να γεννήσει και να διαπαιδαγωγήσει νέα μέλη της κοινωνίας. Επίσης, το φαινόμενο της άμβλωσης εμπεριέχει ζητήματα όπως αυτά της σεξουαλικότητας ως μέρος της απόλαυσης. Επιπλέον, σχετίζεται με θέματα εξουσίας δηλαδή με το ποιος είναι αυτός που ελέγχει το γυναικείο σώμα (Husain & Kelly, 2017).

Συνεπώς, γίνεται σαφές πως ο στιγματισμός από την άμβλωση αποτελεί μια διαδικασία η οποία δίδει αρνητικά χαρακτηριστικά στις γυναίκες και τις σημαδεύει κοινωνικά και ψυχικά σχετικά με την ταυτότητα τους και το ρόλο τους.

Το ζήτημα της εξουσίας είναι ένα σημαντικό βήμα για να εντοπιστεί η παγίωση και η διαιώνιση που αφορά το στίγμα στην άμβλωση. Το φαινόμενο του στίγματος αναπαράγεται από την κουλτούρα και τα ΜΜΕ που συνεχώς διαμορφώνουν τα κοινωνικά πρότυπα. Επιπλέον, τα πρότυπα αυτά μπορούν να αναπαράγονται και μέσα από το πολιτικό και νομοθετικό πλαίσιο το οποίο σε πολλές χώρες θεωρεί την άμβλωση αδίκημα γεγονός που μεταφράζεται ως κοινωνική διάκριση αλλά και από την άλλη πλευρά όπου η ελευθερία επιλογής η οποία θεωρείται ένα βήμα εκσυγχρονισμού (Steinberg et al., 2016)

Σε επίπεδο κοινωνικό και ατομικό, η άμβλωση θεωρείται απόδειξη της ποιότητας και του χαρακτήρα της γυναίκας η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως άτομο περιορισμένης ηθικής ή ακόμα και με τον όρο «ατιμασμένη», γεγονός που επιφέρει ψυχολογικές συνέπειες όπως ενοχή, τύψεις και θυμό στις γυναίκες με εμπειρία άμβλωσης.

Στις μέρες μας, η απόφαση κάθε γυναίκας να πραγματοποιήσει μία άμβλωση είναι πιθανό να την φέρει αντιμέτωπη με το κοινωνικό στίγμα. Για να μπορέσει αυτή η κατάσταση να αποφευχθεί πολλές φορές η γυναίκα αναγκάζεται να πάρει αποφάσεις διαφορετικές από αυτές που επιθυμεί. Ωστόσο, και η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία ή πρόβλημα υγείας επιφέρει τις περισσότερες φορές το κοινωνικό στίγμα. Γενικά, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις επιφέρουν διλήμματα σε μια γυναίκα που θέλει να αποφασίσει να προχωρήσει σε άμβλωση ή όχι και καλείται με οποιαδήποτε απόφαση και αν πάρει να αντιμετωπίσει τη γνώμη της κοινωνίας (Steinberg et al., 2016)

Σύμφωνα με ευρήματα μελετών, οι κοινωνικές συνέπειες της άμβλωσης είναι οι ακόλουθες (Husain & Kelly, 2017):

- Ο στιγματισμός ακολουθεί όχι μόνο τις γυναίκες αλλά και τους συντρόφους και την οικογένεια τους ακόμα και τον ιατρό.
- Σε χώρες που αντιμετωπίζουν το ζήτημα της υπογεννητικότητας, η γενίκευση της άμβλωσης είναι καθοριστική με δεδομένο πως ο αριθμός των αμβλώσεων είναι δυο φορές μεγαλύτερος από αυτό των γεννήσεων.

- Η επιλογή της άμβλωσης τονίζεται ότι αποτελεί παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τη ζωή και ειδικά για ένα εξαιρετικά αδύναμο άνθρωπο, του εμβρύου.
- Η γενίκευση της επιλογής των ζευγαριών να προχωρήσουν σε άμβλωση συμβάλλει ως ένα βαθμό στην αλλοίωση των παραδόσεων και των αξιών.
- Αναφορικά με την ελληνική κοινωνία, υπολογίζεται ότι διατίθενται σημαντικοί πόροι για τη πραγματοποίηση των αμβλώσεων, οι οποίοι θα μπορούσαν να δοθούν για προγράμματα στήριξης σχετικά με τη μητρότητα και την οικογένεια.

4.3 Αντιμετωπίζοντας την αποβολή & την άμβλωση

Η άμβλωση και η αποβολή αποτελούν κοινές ιατρικές διαδικασίες οι οποίες προκαλούν στιγματισμό για τη γυναίκα. Ειδικά για την άμβλωση, η πλειοψηφία των ανθρώπων κατανοούν την άμβλωση μέσα στο πλαίσιο των δικαιωμάτων του εμβρύου και της γυναίκας η οποία θα πρέπει να έχει την αυτονομία του σώματός της και της ζωής της. Ως εκ τούτου, η νόμιμη άμβλωση αμφισβητεί τις αντιλήψεις ότι το μη βιώσιμο έμβρυο ή το έμβρυο έχει ανεξάρτητα δικαιώματα (Solinger, 2013).

Εξαιτίας του γεγονότος ότι η άμβλωση έχει ως αποτέλεσμα το στιγματισμό, οι ειδικοί σύμβουλοι και τα μέλη της κοινωνίας σε διαφορετικά πλαίσια αναλαμβάνουν την στήριξη των γυναικών που βιώνουν άγχος μετά τη διαδικασία της άμβλωσης. Παρά το γεγονός ότι κάθε γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίζει διαφορετικές ανησυχίες μετά την άμβλωση, έχουν καταγραφεί τουλάχιστον πέντε γενικές προτεινόμενες πτυχές που χρήζουν συμβουλευτικής. Πρώτον, οι γυναίκες έχουν τη τάση να κρύβουν τι έχει συμβεί, υπό ποιες συνθήκες καθώς και το κοινωνικό, ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό τους. Δεύτερον, η διαδικασία λήψης αποφάσεων και οι γνώσεις του ασθενούς σχετικά με τη διαδικασία άμβλωσης πριν και μετά την πραγματοποίησή της δικαιολογούν πλήρη διερεύνηση. Τρίτον, οι σύμβουλοι μπορούν να υποστηρίξουν την συναισθηματική σταθερότητα με την αποδοχή και τη διερεύνηση των συναισθημάτων

της γυναίκας, συμπεριλαμβανομένης της αμφιθυμίας όπως βιώθηκε τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν (Solinger, 2013).

Επίσης, πολιτισμικά και πνευματικά ζητήματα θα πρέπει να διευθετηθούν. Αυτά περιλαμβάνουν θρησκευτικές και οικογενειακές αξίες για την άμβλωση, την γονεϊκότητα και την ιδέα της συγχώρεσης. Τέλος, οι σύμβουλοι μπορούν να προωθήσουν την αυτό-φροντίδα της γυναίκας εντοπίζοντας σε ποιους ανθρώπους αυτή θα μπορέσει να εμπιστευτεί αυτό που βίωσε και βιώνει. Δουλεύοντας μέσα σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο, και ενώ χρησιμοποιούνται οι βέλτιστες πρακτικές για την απώλεια εγκυμοσύνης ένα πλαίσιο γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της αποκατάστασης (Wenzel, 2017).

Οι σύμβουλοι μπορούν να βασιστούν σε πολύ διαφορετικούς τρόπους για να κατανοήσουν πώς και γιατί οι ασθενείς που κάνουν έκτρωση βιώνουν συναισθηματική δυσφορία μετά την έκτρωση. Στην αρχή της δεκαετίας του 1990, όρισε το σύνδρομο μετά την άμβλωση (post-abortion syndrome – PAS), που αποτελεί μια παραλλαγή της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με τους Speckhard και Rue (1993), το τραύμα που συνεπάγεται η προσκόλληση και η ευθύνη για το θάνατο του εμβρυϊκού παιδιού μπορεί να είναι συναισθηματικά συντριπτικό και να προκαλέσει μια σειρά συμπτωμάτων (Kelly, 2014).

Συμπτώματα δυσφορίας μπορούν να εκδηλωθούν ως ενοχή, αυτοκατευθυνόμενη ευθύνη και θυμό, θλίψη, ενοχλητικές σκέψεις για τον θάνατο του εμβρύου, και προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, μεταξύ άλλων. Οι Speckhard και Rue πρότειναν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, η δυσφορία μπορεί να εξαρτάται από τον εμμηνορροϊκό κύκλο. Σε άλλες περιπτώσεις, η αγωνία μπορεί να παραμείνει αδρανής μέχρι οι ασθενείς εμφανίζουν επακόλουθα αναπαραγωγικά συμβάντα όπως ο τοκετός ή η εμμηνόπαυση. Παρόλο που πολλοί θεωρούν το σύνδρομο αυτό ως χρήσιμο στον εντοπισμό συγκεκριμένων περιπτώσεων, έχουν υπάρξει πολλές συζητήσεις σχετικά με την εγκυρότητα του.

Δεν έχει δηλαδή ακόμα αναγνωριστεί ως επίσημη ιατρική ή ψυχιατρική διάγνωση. Επιπλέον, χρησιμοποιείται σε πολιτικό πλαίσιο κατά των δικαιωμάτων περί άμβλωσης. Δηλαδή, οι ακτιβιστές «υπέρ της ζωής» χρησιμοποιούν το PAS για να διαφωνήσουν ότι οι πιθανοί ασθενείς με έκτρωση είναι πιθανό να υποστούν συναισθηματική βλάβη

από την άμβλωση και ως εκ τούτου θα πρέπει να προστατεύονται από τη λήψη της απόφασης να επιδιώξουν την άμβλωση. (Dadlez & Andrews, 2010; Kelly, 2014).

Αντίθετα, η Βρετανίδα ακτιβίστρια «υπέρ της επιλογής» Ann Furedi (2016) υποστήριξε ότι η δυσφορία που σχετίζεται με την άμβλωση μπορεί συσχετίζονται πιο έντονα με τις συνθήκες που οδήγησαν στην εγκυμοσύνη και την ανάγκη για άμβλωση από την ίδια τη διαδικασία άμβλωσης. Αν και δεν συμβαίνουν όλες οι αμβλώσεις μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η Furedi έγραψε ότι «μία από τις λίγες γενικεύσεις που μπορούμε να κάνουμε για τις γυναίκες που επιδιώκουν να τερματίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι ότι βρίσκονται σε μια θέση που θα προτιμούσαν να μην είναι. Επίσης, υποστηρίζει ότι η άμβλωση δεν είναι φιλοδοξία της γυναίκας, και μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι συχνά (αν και όχι πάντα) δείκτης πολλών ανεπιθύμητων πραγμάτων σε αυτή τη ζωή. Η Furedi υποστήριξε επίσης ότι το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση είναι το κλειδί για την ψυχολογική ευεξία, και για τα άτομα που μπορεί να μείνουν έγκυες, η αυτοδιάθεση περιλαμβάνει την ικανότητα να προγραμματίζουν πότε και πώς επιλύεται μια εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με την Furedi, η πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, συμπεριλαμβανομένης της άμβλωσης, απαιτείται για να ζουν τα άτομα ως πλήρεις πολίτες της κοινωνίας καθώς και να παρέχουν υπεύθυνα για τις οικογένειές τους.

Ως εκ τούτου, ο περιορισμός της πρόσβασης στην άμβλωση είναι συναισθηματικά επιβλαβής επειδή αρνείται όσες είναι έγκυες έχουν αυτονομία τόσο στο σώμα όσο και στη ζωή τους. Αυτή η θέση υποστηρίζεται από έρευνες που δείχνουν ότι οι ασθενείς στους οποίους απαγορεύεται η άμβλωση παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από εκείνους που υποβάλλονται σε έκτρωση (Biggs et al., 2017).

Η δυσφορία που σχετίζεται με την άμβλωση μπορεί επίσης να εννοηθεί μέσα σε ένα πλαίσιο άγχους και αντιμετώπισης (Major et al., 2009). Οι περισσότερες αμβλώσεις συμβαίνουν μετά από μια ακούσια εγκυμοσύνη και η ίδια η ακούσια εγκυμοσύνη είναι ένας παράγοντας άγχους που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο τόσο για βραχυπρόθεσμη δυσφορία όσο και για μακροπρόθεσμα προβλήματα ψυχικής υγείας (Herd, Higgins, Sicinski, & Merkurieva, 2016).

Τα άτομα βιώνουν την άμβλωση ως ένα περισσότερο ή λιγότερο αγχωτικό γεγονός ανάλογα με διάφορους παράγοντες, όπως ο χρόνος της έκτρωσης, οι λόγοι για την

απόφασή τους, το είδος της διαδικασίας, οι προσωπικές τους εκτιμήσεις για την άμβλωση και άλλες επιλογές, οι κοινωνικές αντιδράσεις των άλλων και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Major et al., 2009).

Συνολικά, στοιχεία από εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι οι νόμιμες αμβλώσεις πρώτου τριμήνου δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για διανοητικά προβλήματα. Επίσης, Επιπλέον, οι ασθενείς που κάνουν μια μεταγενέστερη έκτρωση για μια επιθυμητή εγκυμοσύνη λόγω εμβρυϊκής ανωμαλίας παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με ασθενείς που αποβάλλουν, εμφανίζουν θνησιγένεια ή βιώνουν θάνατο του νεογνού (Horvath & Schreiber, 2017; Major et al., 2009).

Ειδικά για την άμβλωση, οι παράγοντες κινδύνου για συναισθηματική δυσφορία περιλαμβάνουν το αίσθημα πίεσης σε άμβλωση από άλλα άτομα, αντιλαμβανόμενος την ανάγκη για μυστικότητα και συμμετοχή ή ταυτοποίηση με μια πολιτιστική ή θρησκευτική ομάδα που διδάσκει την ιδέα ότι η άμβλωση είναι λάθος. Η αξιολόγηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στον τρόπο με τον οποίο ο σύμβουλος κατανοεί τις πηγές της συγκεκριμένης ψυχολογικής κατάστασης (Major et al., 2009).

Οι σύμβουλοι που βασίζονται σε ένα γνωστικό – συμπεριφερικό πλαίσιο βοηθούν τους ασθενείς να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των σκέψεων τους, να διαφοροποιούν τις σκέψεις και τα γεγονότα, να αξιολογούν αντικειμενικά τα στοιχεία για τις σκέψεις τους, και να εξετάσουν το ενδεχόμενο πραγματοποίησης αλλαγών όταν απαιτείται. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορεί να αλλάξουν τις σκέψεις τους αφού αναλογιστούν τους τρόπους με τους οποίους η σκέψη τους είναι ελλιπής ή ανακριβής. Εναλλακτικά, οι ασθενείς μπορεί να αλλάξουν τη συμπεριφορά ή τις περιστάσεις τους αφού αναλογιστούν στοιχεία που δείχνουν συμπεριφορές ή οι περιστάσεις να είναι προβληματικές (Horvath & Schreiber, 2017).

Μέσα από αυτή την οπτική, η συναισθηματική δυσφορία μετά την άμβλωση μπορεί να θεωρηθεί ως συναίσθημα που συνδέεται με σκέψεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμπειρία της άμβλωσης. Αναγνωρίζοντας και μιλώντας για σκέψεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με δυνατές αρνητικές καταστάσεις μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες που αισθάνονται πιεσμένες και δεν μπορούν να προχωρήσουν. Οι γυναίκες που έχουν βιώσει τη διαδικασία της έκτρωσης που βρίσκονται σε αγωνία

μπορεί να ωφεληθούν από το να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση και να μιλήσουν μέσα από σκέψεις που προκαλούν συναισθηματική δυσφορία και να τις εξερευνήσουν με έναν υποστηρικτικό ακροατή (Kimport et al., 2011).

Οι θεραπευτές της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας χρησιμοποιούν ένα μοντέλο για να συνεργαστούν με τις γυναίκες όπου συνεργατικά κατανοούν πως οι γυναίκες βιώνουν την ίδια τη ζωή τους. Αναλυτικότερα, ένα συμβάν ενεργοποίησης (Α) μπορεί να είναι ο προγραμματισμός ενός επόμενου ραντεβού μετά από μια διαδικασία άμβλωσης. Μια σκέψη ή πεποίθηση (Β) μπορεί να είναι: «Δεν θα έπρεπε να είχα κάνει σεξ αν δεν ήμουν έτοιμη να γίνω μητέρα» και οι συνέπειες (Γ) αυτής της πεποίθησης μπορεί να είναι συναισθηματικές (ενοχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση), συμπεριφορικές (κρατώντας την έκτρωση μυστικό) και διαπροσωπικές (αίσθημα αποσύνδεσης από αγαπημένα πρόσωπα μετά από έκτρωση) (Needle & Walker, 2008).

Η συμπεριφορική αποφυγή είναι ένας κοινός στόχος της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας. Μπορεί να είναι χρήσιμη για καταστάσεις ή γεγονότα που ένα άτομο έχει αποφύγει μετά την έκτρωση. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν σκέψεις και πεποιθήσεις σχετικά με την έκτρωση που, με τη σειρά τους, προκαλούν αισθήματα αποστροφής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αποφυγή μπορεί να μην είναι βιώσιμη ή υγιής μακροπρόθεσμα. Για παράδειγμα, ορισμένοι ασθενείς που κάνουν έκτρωση αποφεύγουν το σεξ επειδή ανησυχούν για την εγκυμοσύνη και τη λήψη άλλης απόφασης για άμβλωση. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από τη συζήτηση των φραγμών στη χρήση αντισύλληψης. Μπορούν επιπλέον να επωφεληθούν από τη συζήτηση για τη χρήση πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης (Dulay, 2019).

Η εξέταση των αποδεικτικών στοιχείων για ευκολία χρήσης και αποτελεσματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποφυγή μιας μελλοντικής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σε άλλες περιπτώσεις, η αποφυγή μπορεί να είναι προσαρμοστική. Η αυθεντική συνεργασία με τον ασθενή που έχει υποστεί έκτρωση είναι απαραίτητη για να σταθμιστούν τα οφέλη της διατήρησης των τρεχουσών σκέψεων και συμπεριφορών έναντι των οφελών πιθανών αλλαγών (Dulay, 2019).

Οι σύμβουλοι συχνά κάνουν διαφοροποίηση μεταξύ πρωτογενών και δευτερογενών (κατασκευασμένου) συναισθημάτων. Τα πρωταρχικά συναισθήματα εμφανίζονται ως άμεσο αποτέλεσμα ενός γεγονότος. Για παράδειγμα, μια ακούσια εγκυμοσύνη μπορεί

να οδηγήσει σε συναισθήματα σοκ. Το τέλος μιας εγκυμοσύνης μπορεί οδηγούν σε συναισθήματα απώλειας. Η προσβολή από αρνητές ή η άρνηση πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει σε θυμό. Τα πρωταρχικά συναισθήματα τείνουν να εξασθενούν σε ένταση με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα, προκύπτουν δευτερεύοντα συναισθήματα ως έμμεσο αποτέλεσμα ενός γεγονότος, που βασίζεται σε σκέψεις για το γεγονός.

Ειδικότερα, όταν μια γυναίκα σκέφτεται ότι πήρε τη λάθος απόφαση, αυτή η σκέψη θα μπορούσε να προκαλέσει ενοχή. Όταν ένας ασθενής σκέφτεται πώς οι άλλοι μπορεί να ανταποκριθούν αρνητικά στο να μάθουν για την άμβλωση της, αυτή η σκέψη θα μπορούσε να προκαλέσει ανησυχία. Εάν διαφορετικοί τύποι σκέψεων που σχετίζονται με την άμβλωση είναι συνήθειες ή επίμονες, αυτές συνδέονται. Τα συναισθήματα θα τείνουν επίσης να επιμένουν και ο ασθενής που κάνει έκτρωση μπορεί έτσι να αισθάνεται κολλημένος σε αρνητικά συναισθήματα. Σκέψεις που μπορεί να μην είναι πλήρως ακριβείς, εποικοδομητικές ή ευνοϊκές για ανάκαμψη μπορεί να είναι πιθανοί στόχοι για παρέμβαση (Resick, Monson, & Chard, 2017).

Ορισμένες γυναίκες βρίσκονται ανάμεσα σε πολλαπλές αντικρουόμενες σκέψεις (και συνδέονται συναισθήματα). Βοηθώντας τον ασθενή να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί την ύπαρξη αντικρουόμενων σκέψεων μπορεί να μειώσει τη σύγχυση και την αγωνία. Επιπλέον, η εξέταση των στοιχείων για κάθε σκέψη ανεξάρτητα μπορεί να επιτρέψει στον ασθενή να σκεφθεί ποιες σκέψεις αξίζει να κρατήσει και ποιες μπορεί να είναι λιγότερο ακριβείς, λογικές γεγονός που ευνοεί τη θεραπεία (Resick, Monson, & Chard, 2017).

Επίσης, μπορεί να είναι χρήσιμο να διερευνηθεί πώς ο ασθενής ανέπτυξε αυτή την πεποίθηση ως καθώς και να διερευνηθεί τόσο υποστηρικτικά όσο και απορριπτικά στοιχεία. Μετά από προβληματισμό, πολλοί ασθενείς είναι πιθανό να αναγνωρίσουν ότι η πίστη σε έναν δίκαιο κόσμο είναι ένα κοινό θέμα στα παραμύθια και σε άλλα μαθήματα που μεταδίδονται σε πολύ μικρά παιδιά. Ομοίως, οι ασθενείς είναι πιθανό να αναγνωρίσουν ότι μερικές φορές συμβαίνουν ατυχήματα, οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν λάθη και να είναι καλοί και ηθικοί, και ότι μερικές φορές κακά πράγματα συμβαίνουν ακόμα και στους καλούς και συνετούς (Kimport, Foster, & Weitz, 2011).

Στην περίπτωση της αποβολής, οι ειδικοί έχουν θέσει το ερώτημα αν η αποβολή σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ειδικά στη περίπτωση των επαναλαμβανόμενων αποβολών. Ωστόσο, δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελετών οι οποίες έχουν αξιολογήσει την ωφέλιμη επίδραση της υποστηρικτικής και ψυχολογικής φροντίδας στις γυναίκες που έχουν υποστεί αποβολή (Verschoor, 2017).

Σε πολλές χώρες όπως η Ολλανδία δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο υποστήριξης της ψυχικής υγείας της γυναίκας. Όμως, ενδέχεται να υπάρχουν συνεδρίες υποστήριξης για 4 έως 6 εβδομάδες μετά την αποβολή (NHG, 2019).

Το πρώτο βήμα για τη λήψη φροντίδας ψυχικής υγείας είναι μια συνάντηση με τον γενικό ιατρό, ο οποίος μπορεί να αποφασίσει να θεραπεύσει ασθενείς με ήπια προβλήματα ψυχικής υγείας στο δικό του ιατρείο ή να ανατρέξει σε ένα πάροχο φροντίδας ψυχικής υγείας. Γενικά, η θεραπεία ήπιων προβλημάτων ψυχικής υγείας αποτελείται από θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή ή συνδυασμό και των δύο (Rijksoverheid, 2020).

Οι περισσότερες από τις προτάσεις απευθύνονται σε μαιευτήρα/ γυναικολόγο για τη συναισθηματική διαχείριση της αποβολής έχουν προεκταθεί από προτάσεις για την αντιμετώπιση μεμονωμένων αποβολών που έχουν, προέκταση από προτάσεις για τη διαχείριση της περιγεννητικής ή νεογνική απώλεια. Οι γιατροί θα ήταν καλό, για παράδειγμα, να παρέχει πληροφορίες για τη διαδικασία του πένθους, να ενημερώνουν τους ασθενείς για την ανάγκη να θρηνησουν, να εξετάσουν το τελετουργικό για να σηματοδοτήσει το πέρασμα της εγκυμοσύνης, να παρέχει υπερηχογραφικές εικόνες (Michels & Tiu, 2007).

Η πρώτη βασική στρατηγική υποστήριξης είναι η αναγνώριση των συναισθηματικών πτυχών της αποβολής. Ο ειδικός θα πρέπει να αναγνωρίσει τη δυσκολία της κατάστασης και η γυναίκα να αναφέρει τα συναισθήματα της και το τρόπο που τα αντιμετωπίζει. Με αυτό το τρόπο, καθορίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης και ο ρόλος του συμβούλου.

Η δεύτερη στρατηγική είναι η παροχή όσο το δυνατό παροχή λεπτομερών πληροφοριών. Αναλυτικότερα, ο σύμβουλος θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες για το

πρόβλημα και ο ασθενής θα πρέπει να εκφράζει τις προσδοκίες του από τη συμβουλευτική καθώς και τις πιθανές αιτίες του προβλήματος (Wenzel, 2017).

Επιπλέον, οι ιατροί, οι μαίες και οι νοσηλευτές θα πρέπει να αποτελούν μια καλά συνεργαζόμενη ομάδα με επίκεντρο τον ασθενή. Με αυτό το τρόπο, εξασφαλίζεται μια σχέση ποιότητας με τον ασθενή η οποία θα διευκολύνει την επικοινωνία. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται από τον ιατρό τους σε εβδομαδιαία βάση για την εξέλιξη της σωματικής και ψυχικής υγείας τους αφού αυτός θα μπορεί να ερμηνεύσει και τυχόν ψυχολογικά συμπτώματα (Bailey et al., 2015).

Θα πρέπει επίσης να εξασφαλίζεται η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την αιτία και τη λύση του προβλήματος. Η πλήρης κατανόηση του προβλήματος θα οδηγήσει στο περιορισμό του στρες γεγονός που αποτελεί το κύριο στόχο του προγράμματος υποστήριξης (Kong et al., 2014).

Επιπροσθέτως, η συμβουλευτική φροντίδα θα πρέπει να είναι υποστηρικτική και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας με τη βοήθεια της ομάδας ειδικών. Η ανάγκη του πατέρα για υποστήριξη είναι πλέον δεδομένη όπως αυτό διαφαίνεται μέσα από τα ευρήματα μελετών ομοίως και σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Αυτό σημαίνει πως οι ειδικοί μπορούν να επεκτείνουν την αξιολόγηση τους για να συμπεριλάβουν ερωτήματα σχετικά με το υποστηρικτικό δίκτυο των ασθενών και το πως τα άτομα αυτά ανταποκρίθηκαν στην περίπτωση της αποβολής. Με αυτό το τρόπο, τα μέλη της οικογένειας ενώνονται ξανά και αλληλοϋποστηρίζονται μειώνοντας το αίσθημα της ενοχής και του πένθους (Huffman, 2015).

Τέλος, μέσα από τη συνεργατική αυτή προσέγγιση, η ομάδα υποστήριξης μοιράζεται την ευθύνη για την ευημερία του ασθενή. Έτσι, θα ήταν καλό να δημιουργηθούν σχετικά πρωτόκολλα συνδέοντας με αυτό το τρόπο τους ασθενείς με συγκεκριμένα κριτήρια για την ικανοποίηση των αναγκών τους και των μελών της οικογένειας. Με αυτό το τρόπο, αξιολογείται ο τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης, να δημιουργηθεί χώρος για ενσυναίσθηση καθώς και η παροχή ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με το αίσθημα του πένθους και η εύρεση υποστήριξης και πόρων που είναι διαθέσιμοι (Meaney et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

5.1 Μαιευτική διαχείριση

Ο ρόλος της μαιίας στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και στα δικαιώματα των ασθενών συνεχίζει να εξελίσσεται και η κατανόηση των ρόλων αυτών στα συστήματα υγείας είναι απαραίτητη για τη δημιουργία σχετικών πολιτικών για την καλύτερη λειτουργία τους. Οι χώρες όλων των οικονομικών επιπέδων αντιμετωπίζουν προκλήσεις για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών (Homer et al., 2014).

Σε πολλές χώρες, οι πολιτικές που αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία δεν περιλαμβάνουν την ειδικότητα της μαιίας στο δυναμικό τους. Όμως, μελέτες έχουν αποδείξει ότι η παροχή φροντίδας από τις μαιίες εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα στη φροντίδα υγείας (Renfrew et al., 2014). Έχει επίσης αποδειχθεί πως η φροντίδα από καλά εκπαιδευμένες και πιστοποιημένες μαιίες σχετίζεται άμεσα με βελτιωμένα αποτελέσματα στο χώρο της υγείας (Hutton et al., 2016).

Παρόλο που η μαιευτική φροντίδα επιφέρει θετικά αποτελέσματα, είναι ένα πεδίο το οποίο δεν έχει ακόμα διερευνηθεί ικανοποιητικά. Αυτό φαίνεται να ισχύει σε σχέση με το πως διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν το ρόλο της μαιίας στα συστήματα υγείας. Ως εκ τούτου, οι ρόλοι της μαιίας δεν είναι πλήρως κατανοητοί γεγονός που εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για την επαγγελματική ικανότητα των μαιών να εργαστούν σε ένα συνεργατικό περιβάλλον (Sandall et al., 2013).

Η έλλειψη κατανόησης των ρόλων της μαιευτικής στα συστήματα υγείας έχει οδηγήσει σε σημαντικές ανισότητες σε όλες τις χώρες. Μια καλύτερη κατανόηση των ρόλων των μαιών μέσα στο σύστημα υγείας είναι επιθυμητή καθώς είναι το κλειδί στην παροχή φροντίδας που σχετίζεται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και μπορεί να βελτιώσει τη ποιότητα της φροντίδας και τα κόστη (Janssen et al., 2015).

Στις μέρες μας, ένα μείζον θέμα συζήτησης είναι σχετικά με την παροχή υπηρεσιών σχετικά με την αποβολή και την άμβλωση και τη σχετική φροντίδα των γυναικών. Παρά το γεγονός ότι ο ΠΟΥ έχει θεσπίσει το ρόλο των μαιών και στις δυο αυτές

περιπτώσεις, η παρουσία τους στη φροντίδα υγείας είναι περιορισμένη (Fleming et al., 2017).

Παραδοσιακά, ο ρόλος των μαιών ήταν να είναι με τις γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από σύλληψη μέχρι το τέλος της μεταγεννητικής περιόδου. Σε ορισμένες χώρες, αυτό σημαίνει ότι οι μαιίες έχουν πρωταρχική ευθύνη για τις γυναίκες των οποίων η κατάσταση θεωρείται κανονική. Αντίθετα, οι γυναίκες με προ υπάρχουσες παθολογίες ή που αναπτύσσουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει πάντα να υπάρχουν στην ευθύνη του ιατρού. Ωστόσο, στην τελευταία περίπτωση, οι μαιίες εξακολουθούν να είναι παρούσες στις γυναίκες, ώστε να μπορούν να παρέχουν συναισθηματική και επαγγελματική υποστήριξη (WHO, 2017).

Τα τελευταία έτη, ο ρόλος των μαιών έχει επεκταθεί με την συνεργασία τους με γυναίκες εξαρτώμενες από αλκοόλ και ουσίες, γυναίκες μετανάστριες, εγκύους μικρής ηλικίας ή γυναίκες που ζουν στα όρια της φτώχειας. Όταν ο ΠΟΥ θεώρησε τις μαιίες βασική ειδικότητα στις αμβλώσεις, η ειδικότητα αυτή πήρε έναν άλλο ρόλο προσδίδοντας στο ρόλο αυτό την ικανότητα για υποστήριξη και σεβασμό (WHO, 2018).

Για δεκαετίες, έχει συζητηθεί ότι οι μαιίες λαμβάνουν την απόλυτη ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε περιπτώσεις αποβολής και άμβλωσης. Η μαιευτική διαχείριση σχετίζεται με την παροχή φαρμακευτικής αγωγής, την υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων και την συνεργασία τους με τον ιατρό (Schmidt, 2019).

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (ICM) έχει αναφέρει πως κάθε γυναίκα που επιθυμεί υπηρεσίες σχετικά με την αποβολή ή την άμβλωση δικαιούται να της παρέχονται τέτοιες υπηρεσίες και από τις μαιίες. Η βιβλιογραφία περιέχει πολλά στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την αποδοχή των μαιών από τις γυναίκες (Doran et al., 2015).

Η συμμετοχή της μαιίας στην αποβολή μπορεί να οριστεί με τρεις τρόπους: διαχείριση αναμονής, διαχείριση με φαρμακευτική αγωγή και εκπαίδευση για τη λήψη της καθώς και στη διαδικασία αναρρόφησης (Webber & Grivell, 2015).

Ο ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό και η μαιία που φροντίζουν τη γυναίκα αλλά και το σύντροφό της θα πρέπει να συνδέονται με τις κατάλληλες υπηρεσίες όπως το

προσωπικό για την υποστήριξη σχετικά με το πένθος και τους εφημέριους του νοσηλευτικού ιδρύματος (Webber & Grivell, 2015).

Η γαλουχία μπορεί να είναι οδυνηρή όσο και επώδυνη εμπειρία για μια γυναίκα. Είναι η ευθύνη των μαιών που φροντίζουν μια γυναίκα να ενημερώσει ότι ο θηλασμός μπορεί να ξεκινήσει αυθόρμητα μετά την παράδοση. Οι μαίες καθοδηγούν και παρέχουν επιλογές για τη διαχείριση και την παύση της γαλουχίας (McGuinness et al., 2014).

Υπάρχει μια αναγνώριση σε όλο το νοσοκομείο ότι το προσωπικό άλλων οι κλινικοί γιατροί και οι μαίες/νοσοκόμες μπορεί να έχουν σημαντικό ρόλο να παίξουν στην εξασφάλιση αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους γονείς και οικογένειες σε σχέση με τη φροντίδα του πένθους (McGuinness et al., 2014).

5.2 Συμβουλευτικός & εκπαιδευτικός ρόλος

Ο ρόλος των μαιών στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι σημαντικός για την εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Το φάσμα των ευθυνών που αναλαμβάνουν οι μαίες συνεχώς εξελίσσεται και σε άλλους τομείς γεγονός που ενθαρρύνει τη συνεχή εκπαίδευσή τους.

Η πρόσβαση στην ασφαλή διαδικασία της άμβλωσης και της αποβολής είναι ανθρώπινο δικαίωμα και συνεισφέρει σε μείωση της θνησιμότητας των γυναικών (Erdman et al., 2013). Οι μαίες, μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελούν τη μεγαλύτερη και σημαντικότερη ομάδα επαγγελματιών υγείας και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα που σχετίζεται με την άμβλωση και την αποβολή (Singh, 2018). Οι δραστηριότητες των μαιών ρυθμίζονται και τυποποιούνται σύμφωνα με το πεδίο εφαρμογής της πρακτικής τους το οποίο καθορίζεται από την εκπαίδευση και το νόμο (Nursing & Midwifery Board of Australia, 2016).

Το πεδίο εφαρμογής τους επηρεάζεται από το πλαίσιο της πρακτικής τους, την ικανότητα και την αυτοπεποίθησή τους, τις ανάγκες των ασθενών και τα προαπαιτούμενα που αφορούν την πολιτική των υπηρεσιών υγείας (Nursing & Midwifery Board of Australia, 2016).

Σε διεθνές επίπεδο, υπάρχει μια ανάγκη για την βελτίωση των δικαιωμάτων που αφορούν την αναπαραγωγή καθώς και για την προέκταση του πεδίου εφαρμογής της πρακτικής των μαιών (Jelinska & Yanow, 2018).

Μελέτες που κατέγραψαν το ρόλο των μαιών αναφορικά με την ψυχοκοινωνική φροντίδα, κατέληξαν σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Αναλυτικά, οι μαίες παρουσιάζονται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη ψυχολογική φροντίδα των ασθενών. Παρουσιάζονται να χρησιμοποιούν μη επικριτικές συμβουλευτικές ικανότητες και διαπροσωπικές δεξιότητες για την ψυχολογική τους υποστήριξη (Nicholson et al., 2010).

Επίσης, σε πολλές μελέτες καταγράφηκε το γεγονός ότι οι μαίες χρησιμοποίησαν θεραπευτικό τρόπο επικοινωνίας για να περιορίσουν το αίσθημα της ντροπής και έδωσαν κίνητρα για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους τρόπους αντισύλληψης (Purcell et al., 2016).

Η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και η δημιουργία ορίων ήταν δυο σημαντικά στοιχεία στη φροντίδα της αποβολής για τις μαίες σε μελέτη στο Καναδά (Parker et al., 2014), ενώ η φροντίδα τους φαίνεται να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανάγκη των γυναικών να αντιμετωπίσουν την απώλεια, τη θλίψη και τη λύπη σχετικά με τη διαδικασία (Lindström et al., 2011).

Μια μελέτη η οποία διερεύνησε τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των μαιών στη Σουηδία αποκάλυψε πως οι μαίες παρουσιάστηκαν επιλεκτικές σχετικά με τις πληροφορίες που θα δώσουν σχετικά με τη διαδικασία της άμβλωσης προκειμένου να τις ανακουφίσουν και να καλύψουν τις συναισθηματικές τους ανάγκες (Andersson et al., 2014). Σε μια παρόμοια μελέτη στην Ιταλία, οι μαίες εξήγησαν ότι η φροντίδα των γυναικών απαιτεί πρακτική και ψυχολογική ικανότητα, άπογη επικοινωνία και εν συναίσθηση (Mauri et al., 2015).

Σε μελέτη στη Νορβηγία, οι μαίες που συζητούσαν με γυναίκες που ήταν στη διαδικασία λήψης απόφασης για την πραγματοποίηση μιας άμβλωσης εξήγησαν πως

εφάρμοσαν μια θεραπευτική χρήση εαυτού καθώς και το ένστικτό τους για να αξιολογήσουν την αναποφασιστικότητα των γυναικών. Άλλαξαν τη γλώσσα τους για να μην παρουσιάζονται επιθετικές, παρέμειναν ουδέτερες στην επιλογή της γυναίκας και τις προετοίμασαν για τη διαδικασία (Kjelsvik et al., 2018).

Μια έρευνα με συμμετέχουσες μαίες που παρείχαν υπηρεσίες σε γυναίκες εφήβους που είχαν βιώσει την διαδικασία της άμβλωσης στη Σουηδία αποκάλυψε ότι οι μαίες χρησιμοποίησαν μια ποικιλία ψυχο-κοινωνικών τεχνικών για να βοηθήσουν τις νεαρές γυναίκες να λάβουν αποφάσεις για την άμβλωση και την αντισύλληψη. Οι μαίες δήλωσαν πως η κατανόηση της κοινωνικής κατάστασης των εφήβων ήταν σημαντικό στοιχείο που θα τους επιτρέψει να στραφούν σε κοινωνικό λειτουργό και να σχεδιάσουν την προληπτική φροντίδα. Επίσης, οι μαίες έδωσαν το χώρο και το χρόνο στις νέες γυναίκες να δουλέψουν τα συναισθήματά τους, να αναλογιστούν τις συνέπειες της συνέχισης ή της διακοπής της εγκυμοσύνης και να εκπαιδευτούν σχετικά με την αντισύλληψη (Halldén et al., 2011).

Η παροχή φροντίδας για την άμβλωση σε γυναίκες μετανάστριες στη Σουηδία ώθησε τις μαίες να προσαρμόσουν τη φροντίδα τους καθώς μερικές γυναίκες δεν θεωρούσαν το σώμα τους ως κάτι δικό τους, είχαν έλλειψη γνώσεις σχετικά με τη σεξουαλική επαφή και την εγκυμοσύνη, λάμβαναν αποφάσεις με τις οικογένειές τους και προέρχονταν από οικογένειες που προωθούσαν τη βία (Larsson et al., 2016).

Σε πολλές χώρες όπου η άμβλωση είναι απαραίτητη διότι η εγκυμοσύνη μπορεί να προκύψει από αιμομιξίες ή βιασμούς. Συνεπώς, η άμβλωση αποτελεί λύση για την υγεία της γυναίκας αλλά και του παιδιού και είναι πλέον νόμιμη διαδικασία.

Μέσα σε αυτές τις νέες συνθήκες, το πεδίο της πρακτικής των μαιών διευρύνθηκε για να παρέχει υπηρεσίες για την άμβλωση στο πρώτο τρίμηνο. Σε μερικές χώρες, όπως η Αιθιοπία, οι μαίες παρέχουν το 80% της φροντίδας της άμβλωσης και είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένες ότι έχουν τα κατάλληλα προσόντα για αυτή τη διαδικασία (WHO, 2015).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, εκπαιδευτικός ρόλος των μαιών διαφαίνεται κυρίως και στην συμβουλευτική για την αντισύλληψη ακόμα και στις γυναίκες με νοητική αναπηρία. Η συμβουλευτική και η εκπαίδευση για την αντισύλληψη θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας κατά την άμβλωση και μετά από αυτήν για την αποφυγή μιας νέας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τη γονιμότητα, την αποτελεσματική αντισύλληψη και το αντισυλληπτικό χάπι της επόμενης μέρας. Πρόσφατες μελέτες προτείνουν βελτίωση στη συμβουλευτική και πρόσβαση αναστρέψιμη αντισύλληψη μακράς δράσης για τις άτοκες γυναίκες όλων των ηλικιών (Gemzell-Danielsson et al., 2014).

Προηγούμενες μελέτες ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας αποτύγχαναν στο να προσφέρουν υπηρεσίες που να αφορούν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε ανθρώπους με αναπηρίες υποστηρίζοντας την ανενεργή σεξουαλικότητα. Η παροχή υπηρεσιών για την αντισύλληψη για τα άτομα με αναπηρίες είναι πολύπλοκη και απαιτεί αποφάσεις βασισμένες στην κατάλληλη αντισύλληψη για το κάθε άτομο, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση της αναπηρίας και τα χαρακτηριστικά των εκάστοτε μεθόδων αντισύλληψης (Walmsley et al., 2016).

Στην περίπτωση αυτή, η μαίες παρουσιάζονται να εμπλέκονται ενεργά στην συμβουλευτική και την εκπαίδευση των γυναικών με νοητική αναπηρία σχετικά με την αντισύλληψη. Επίσης, οι μαίες είναι ευέλικτες στον χρόνο των ραντεβού για να εξασφαλίσουν ότι οι γυναίκες έχουν αντιληφθεί τις πληροφορίες που δόθηκαν και να εξασφαλίσουν το αίσθημα της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας (Walmsley et al., 2016).

Επίσης, οι μαίες παρουσιάζονται να υιοθετούν ατομική συμβουλευτική σύμφωνα με τις ικανότητες και τις ανάγκες της κάθε γυναίκας. Αυτό περιλαμβάνει τον εντοπισμό του βαθμού της αναπηρίας και την υφιστάμενη γνώση και στάση της γυναίκας για την αντισύλληψη καθώς και το ιατρικό της ιστορικό. Οι μαίες χρησιμοποιούν παιδαγωγικές μεθόδους όπως απλές και ξεκάθαρες λέξεις και ερωτήσεις, επαναλήψεις, μικρές προτάσεις και εικόνες. Στη συνέχεια, οι μαίες σχεδιάζουν προσεκτικά το συμβουλευτικό πλάνο χωρίς όμως να υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές. Οι μαίες συνήθως κάνουν τις ακόλουθες ερωτήσεις για την αντισύλληψη: Τι ξέρεις για αντισυλληπτικά; Τι είδους πληροφορίες θα ήθελες; Επίσης, ξεκινούν τη

συζήτηση για την έμμηνο ρύση. Συγγενείς, φίλοι, νοσηλευτικό προσωπικό συχνά συνοδεύουν και υποστηρίζουν τις γυναίκες αλλά οι μαίες υποστηρίζουν πως είναι ευκολότερο να έχουν μια συζήτηση μόνες με τις γυναίκες (Castell & Stenfert Kroese, 2016).

Μετά τη συζήτηση, οι μαίες πληροφορούν σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου αντισύλληψης και παρέχουν γυναικολογική εξέταση αν η γυναίκα το επιθυμεί. Οι μαίες εξέφρασαν τη δυσκολία στη συμβουλευτική αν η γυναίκα δεν έχει σύντροφο αλλά θέλει πληροφορίες για την αντισύλληψη μόνο απλά για να γνωρίζει στη περίπτωση που χρειαστεί. Αυτή η πιθανή μελλοντική χρήση χρειάζεται να είναι ισορροπημένη για οποιοδήποτε κίνδυνο για μακροχρόνια χρήση και πιθανές παρενέργειες (Alkema et al., 2013).

Είναι σαφές ότι οι μαίες μέσα από τη συζήτηση και τις πληροφορίες, προσπαθούν να κατανοήσουν προηγούμενη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων και την παρούσα ανάγκη για αντισύλληψη σε συγκεκριμένες συνθήκες. Η στρατηγική των μαιών είναι να είναι ουδέτερες και ξεκάθαρες στη παροχή πληροφοριών και στη συμβουλευτική. Περιστασιακά, οι μαίες πρέπει να είναι ξεκάθαρη και προσεκτική, συνεπώς, οι γυναίκες με νοητικές αναπηρίες κατανοούν το τρόπο διαχείρισης καθώς και την αποτελεσματικότητα και το όφελος της συμβουλευτικής (Gibbs et al., 2016).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι μαίες διευκολύνουν τις γυναίκες με νοητικές αναπηρίες να κάνουν τις δικές τους επιλογές. Όμως, πολλές φορές οι μαίες χρειάζονται να κατευθύνουν τη γυναίκα σε μια συγκεκριμένη μέθοδο αν δεν μπορεί να επιλέξει μόνη της. Οι μαίες συχνά εκφράζουν δυσκολίες στο να αναγνωρίσουν το επίπεδο της νοητικής αναπηρίας γεγονός που είναι σημαντικό προκειμένου να προσαρμόσουν κατάλληλα τη συμβουλευτική τους δραστηριότητα (Gemzell-Danielsson et al., 2014).

Ο στόχος είναι ότι κάθε γυναίκα με αναπηρία θα πρέπει να μπορέσει να κάνει τη δική της επιλογή για την αντισύλληψη. Στην πραγματικότητα, αυτό δεν είναι πιθανό για κάθε γυναίκα με νοητική αναπηρία. Συνεπώς, μερικές φορές, οι μαίες πρέπει να κάνουν μια επιλογή για τις γυναίκες. Έτσι, είναι δύσκολο να γνωρίζουν αν κάθε γυναίκα είναι ικανοποιημένη με την αντισυλληπτική μέθοδο που επιλέγεται (Kallner & Danielsson, 2016).

Τις περισσότερες φορές, οι μαίες παρουσιάζονται να προσφέρουν ένα επόμενο ραντεβού μέσα σε διάστημα τριών μηνών εστιάζοντας στη συμμόρφωση, την ευημερία και την ικανοποίηση. Οι μαίες θεωρούν ότι η συζήτηση σχετικά με την αντισύλληψη είναι πολύ σημαντική αλλά δεν είναι σίγουρες αν θα πρέπει να δημιουργήσουν επιθυμία για εγκυμοσύνη στις γυναίκες με αναπηρία αφού πολλές μαίες θεωρούν την εγκυμοσύνη σε γυναίκες με αναπηρία αποτυχία στη φροντίδα υγείας (Greenwood & Wilkinson, 2013).

Γενικά, η δια επαγγελματική υποστήριξη παρουσιάζεται να ωφελεί τις γυναίκες με αναπηρία αλλά και όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες. Οι μαίες δηλώνουν ότι χρειάζονται εκπαίδευση και εποπτεία από άλλους επαγγελματίες που έχουν εμπειρία και γνώση σχετικά με τις γυναίκες με αναπηρία προκειμένου να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους με περισσότερη ευκολία και επιτυχία (Höglund & Larsson, 2019).

5.3 Υποστήριξη ασθενούς & εκπαίδευση

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η φροντίδα της μητέρας σχετικά με την αποβολή αλλά και την άμβλωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της απώλειας. Ωστόσο, αντιφατικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πενθούντων γυναικών και του μαιευτικού προσωπικού έχουν καταγραφεί (Mills et al., 2014).

Σε μια διεθνή μελέτη που αφορά τους γονείς όπου η γυναίκα βίωσε αποβολή, το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων δήλωσε ασέβεια από τη μεριά των μαιών αναφορικά με τη φροντίδα. Γυναίκες που είχαν βιώσει την εμπειρία της άμβλωσης δήλωσαν πως οι μαίες δεν έλαβαν υπόψη την ατομικότητα και τις ιδιαιτερότητες των γυναικών (Marriuti et al., 2017).

Επίσης, γυναίκες ανέφεραν ότι το συναισθηματικό και φυσικό φορτίο των μαιών και του νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη καλής επικοινωνίας και η μη αποτελεσματική διαχείριση του πόνου ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες οι οποίοι οδήγησαν στην μη ικανοποίηση τους από τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (Hu et al., 2020).

Αντίθετα, οι μαίες έχουν την άποψη ότι η διατήρηση απόστασης από τους γονείς και η ενασχόληση τους με τα καθήκοντά τους είναι στρατηγικές που θα πρέπει να

ακολουθούν εξαιτίας των συστημάτων υγείας γεγονός που δυστυχώς προσθέτει δυσφορία στους γονείς (Lee et al., 2012).

Από την άλλη πλευρά, οι μαίες, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν σημαντικές ελλείψεις στη συμβουλευτική και στις επικοινωνιακές δεξιότητες. Συγκεκριμένα, δεν γνωρίζουν πως να χρησιμοποιήσουν τις σωστές εκφράσεις για να απαλύνουν το πόνο της μητέρας και έχουν το φόβο ότι οποιαδήποτε ακατάλληλη φράση μπορεί να φέρει τις μητέρες σε δυσκολότερη θέση (Doherty et al, 2017).

Από την άλλη πλευρά, η εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες και άλλα αρνητικά συναισθήματα δείχνουν ότι οι μαίες φέρουν ένα βαρύ συναισθηματικό φορτίο κατά τη φροντίδα των ασθενών (Zareba et al., 2020).

Η πίεση για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και η αρνητική συναισθηματική δυσφορία των μαιών είναι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι τις εμποδίζουν να παρέχουν υψηλή φροντίδα που αφορά την αντιμετώπιση του πένθους (Chem & Hu, 2013). Έτσι, έχουν τη τάση να υιοθετούν στρατηγικές οι οποίες καταπιέζουν τα συναισθήματα τους και μειώνουν την επικοινωνία με τη μητέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές χώρες, οι μαίες δεν έχουν λάβει εκπαίδευση για την περιγεννητική φροντίδα (Qian et al., 2022).

Το θέμα της θεραπευτικής επικοινωνίας προέκυψε ως ένας τομέας που στερείται νοσηλευτικής φροντίδας των γυναικών που βιώνουν αποβολές. Μελέτες εξέτασαν στενά τη σχέση επικοινωνίας μεταξύ του μαιευτικού προσωπικού και των ασθενών τους ως αιτιολογικό παράγοντα στη δυσαρέσκεια των γυναικών με την εμπειρία τους στην υγειονομική περίθαλψη. Στην πρώτη μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν εθνογραφικές μέθοδοι για να ρωτήσουν 8 γυναίκες σε μια γυναικολογική μονάδα που υποφέρουν επί του παρόντος από αποβολή ή αποβολή τα τελευταία χρόνια, καθώς και 16 νοσοκομειακό προσωπικό που εμπλέκεται άμεσα στη φροντίδα αυτών των γυναικών (Murphy & Merrell, 2009).

Οι συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες στη μελέτη πραγματοποιήθηκαν στα σπίτια τους και επικεντρώθηκαν στην εμπειρία μιας αποβολής καθώς και στη θεραπεία και φροντίδα που έλαβαν μετά το συμβάν. Οι συνεντεύξεις του προσωπικού πραγματοποιήθηκαν στη μονάδα και επικεντρώθηκαν στις παρεμβάσεις και την παρεχόμενη φροντίδα (Murphy & Merrell, 2009).

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι η αποβολή δεν θεωρείται πένθος από όλες τις γυναίκες ή το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Αντίθετα, η απώλεια της εγκυμοσύνης και η επακόλουθη θλίψη γύρω από την αποβολή θα επικοινωνούσαν καλύτερα από τη γυναίκα στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός μεταβατικού μοντέλου, επιτρέποντας μια ευρύτερη ψυχολογική προοπτική για το συναίσθημα (Murphy & Merrell, 2009).

Σε μια άλλη μελέτη, η αφηγηματική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει τις απαντήσεις 19 γυναικών που εμφάνισαν αποβολή στην πρώτη τους εγκυμοσύνη. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι γυναίκες σε αυτή τη μελέτη εξέφρασαν ότι η αποβολή είναι μια ατομική εμπειρία, και ως εκ τούτου, διαφέρει ως προς την εξέλιξη και την έκταση του πένθους. Η επικοινωνία μεταξύ του μαιευτικού προσωπικού και των γυναικών πρέπει να ανταποκρίνεται σε ένα ποικίλο φάσμα θλίψης και να μην κάνει υποθέσεις (Gerber-Epstein et al., 2009).

Για πολλές γυναίκες, το νέο της εγκυμοσύνης και το γεγονός ότι ένιωθε σαν όνειρο ή προσδοκία, παρά σαν πραγματικότητα, έκανε τη θλίψη τους να φαίνεται άκυρη. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να χρειαστεί να βοηθήσουν στην επικύρωση του πένθους που σχετίζεται με την απώλεια εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο μέσω της επικοινωνίας τους, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ότι ήταν μόνο σύντομης διάρκειας (Gerber-Epstein et al., 2009).

Σε μια μελέτη που χρησιμοποιεί τη χρήση ερμηνευτικής φαινομενολογίας, 13 συνεντεύξεις με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε κλινική στη Σουηδία μεταγράφηκαν και εξετάστηκαν για σχετικά θέματα και ομάδες πληροφοριών. Προσδιορίστηκαν αρκετά θέματα που σχετίζονται με τη θεραπευτική επικοινωνία. Ορισμένες από τις γυναίκες που ρωτήθηκαν ενοχλήθηκαν από τη μεταχείριση που έλαβαν από το προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων των αντιλήψεων που προέρχονται από λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία ότι η αποβολή τους θεωρούνταν από το προσωπικό κοινό γεγονός και ότι η θλίψη τους ήταν ακατάλληλη και ασήμαντη (Adolfsson et al. , 2004).

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη αισθάνθηκαν αρνητικές και οι υποτιμητικές στάσεις απέναντι στην άμβλωση του πρώτου τριμήνου μεταδόθηκαν μέσω της γλώσσας του σώματος του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, και η έλλειψη οπτικής επαφής, σε

συνδυασμό με την έλλειψη ενσυναίσθησης που εκφράζεται μέσω ακατάλληλων παρατηρήσεων. Οι γυναίκες ανέφεραν επίσης ότι η αρνητική αντίληψη για την εκφρασμένη θλίψη από την αποβολή του πρώτου τριμήνου τις αποθάρρυνε από το να επικοινωνήσουν με το μαιευτικό προσωπικό (Adolfsson et al., 2004).

Σε μια άλλη μελέτη που εξέτασε τόσο τους ασθενείς όσο και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκε η θεμελιωμένη θεωρία για την απόκτηση γνώσεων από 100 γυναίκες που εισήχθησαν σε μια γυναικολογική μονάδα. Η μελέτη διεξήχθη σε τρία στάδια, συμπεριλαμβανομένων των αρχικών βαθμολογιών για το άγχος και την κατάθλιψη στο νοσοκομείο από γυναίκες μετά την αποβολή. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από ερωτηματολόγια και ημι-δομημένες συνεντεύξεις· και συνεντεύξεις με το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης σε ομάδες εστίασης (Wong et al., 2003).

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα μέσω αυτών των συνεντεύξεων ότι πολλές γυναίκες ένιωσαν έλλειψη συμπόνιας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι Wong et al. προσδιόρισε ότι κάποιο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αναπτύξει ένα πρότυπο επικοινωνίας που βασίζεται στην ομαλοποίηση της αποβολής ως συνηθισμένο φαινόμενο (2003). Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και των γυναικών λείπει σε τομείς συμπόνιας, ενσυναίσθησης και κατανόησης και η μαιευτική φροντίδα πρέπει να αντιμετωπίσει αυτήν την απουσία θεραπευτικής επικοινωνίας (Wong et al., 2003).

Εκτός από τη θεραπευτική επικοινωνία και την ψυχολογική υποστήριξη, τα αποτελέσματα κατέδειξαν επίσης την ανάγκη παροχής πληροφοριών σχετικά με την ίδια την αποβολή, πληροφορίες εξιτηρίου και μετέπειτα φροντίδα. Τέσσερα από τα επτά επιλεγμένα άρθρα – μελέτες προσδιόρισαν την παροχή πληροφοριών και τη μετέπειτα φροντίδα ως τομείς που λείπουν όσον αφορά την ικανοποίηση και τις ανάγκες των ασθενών. Σε μια διερευνητική μελέτη, 305 γυναίκες, ηλικίας 18-43 ετών, που είχαν βιώσει μία ή περισσότερες αποβολές συμπλήρωσαν ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τις προτιμήσεις των γυναικών σχετικά με τις παρεμβάσεις μετά από αποβολή χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 3 σημείων (Séjourné et al., 2010).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 91% των ατόμων που ανταποκρίθηκαν θα ήθελαν περισσότερη υποστήριξη μετά την αποβολή από αυτή που τους προσφέρθηκε και το 86% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι τα επόμενα ιατρικά ραντεβού τους ήταν ανεπαρκή για να καλύψουν και να αντιμετωπίσουν όλες τις ερωτήσεις και τα ζητήματά τους μετά την αποβολή (Séjourné et al., 2010).

Επιπλέον, το 79,9% των γυναικών επέλεξαν τις επιλογές απαντήσεων «δεν αρκεί» ή «καθόλου» όσον αφορά την ικανοποίησή τους με τις πληροφορίες που παρέχονται σχετικά με το τι μπορεί να αναμένεται μετά την αποβολή. Όσον αφορά τη μετέπειτα φροντίδα, το 93,4% του δείγματος επέλεξε «πολύ χρήσιμο» ή «κάπως χρήσιμο» όταν ρωτήθηκε εάν σχετικά με τη χρησιμότητα της δυνατότητας επικοινωνίας με επαγγελματίες παρόχους υγειονομικής περίθαλψης είτε μέσω τηλεφώνου είτε μέσω Διαδικτύου όταν χρειάζεται (Séjourné et al., 2010a).

Μια άλλη μελέτη διερεύνησε επίσης δεδομένα σχετικά με την παροχή πληροφοριών χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση για την εξαγωγή συμπερασμάτων από 172 λεπτομερείς αφηγήσεις από την Εθνική Μελέτη για την Υγεία των Γυναικών του Ηνωμένου Βασιλείου. Το θέμα της «ιατροποίησης και της βιωμένης εμπειρίας της αποβολής» προέκυψε από την ανάλυσή τους και περιλάμβανε την απόδειξη της ανάγκης για περισσότερη παροχή σαφών πληροφοριών σε αυτές τις αφηγήσεις. Αρκετές από τις αφηγήσεις μίλησαν για το πόσο απροετοίμαστες ένιωθαν πολλές από αυτές τις γυναίκες για το πραγματικό γεγονός της αποβολής και την ποσότητα αιμορραγίας που θα βιώσουν τόσο πριν όσο και μετά την αποβολή (Simmons et al., 2006).

Αρκετές από τις μελέτες εξέτασαν τόσο τις γυναίκες όσο και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης μετά από πρόωρη αποβολή και η ανάγκη για πληροφορίες και συγκεκριμένες απαντήσεις σχετικά με την αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο προέκυψε ως κύριο θέμα. Πολλές γυναίκες επιθυμούσαν πιο συγκεκριμένες απαντήσεις στις ερωτήσεις τους, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις συνειδητοποίησαν ότι η αποβολή δεν έχει πάντα μια απλή εξήγηση (Wong et al., 2003).

Πιο συγκεκριμένα, οι Wong et al., 2003 εντόπισαν επίσης την ανάγκη για ένα πιο λεπτομερές πρόγραμμα παρακολούθησης της φροντίδας μετά από πρόωρη αποβολή, καθώς πολλές γυναίκες συμβουλευτήκαν να αναζητήσουν περαιτέρω ιατρική

συμβουλή μόνο εάν είχαν οποιαδήποτε νέα ιατρικά προβλήματα. Αρκετοί συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η παραμονή τους στο νοσοκομείο είναι μια δύσκολη στιγμή για την επεξεργασία πληροφοριών και το πραγματικό «χτύπημα» ή η συνειδητοποίηση της αποβολής έρχεται πολύ αργότερα, μετά την έξοδο τους (Wong et al., 2003).

Οι Adolfsson et al. (2004) επίσης εντόπισαν αυτό το πρόβλημα μεταξύ των συμμετεχόντων τους, καθώς πολλές γυναίκες δήλωσαν ότι ήταν απλώς ανίκανες να χειριστούν περισσότερες πληροφορίες τη στιγμή της αποβολής τους. Οι γυναίκες ένιωθαν ότι θα προκαλούσαν «ενόχληση» εάν τηλεφωνούσαν στο νοσοκομείο για να προσπαθήσουν να λάβουν περισσότερες πληροφορίες αργότερα (Adolfsson et al., 2004).

Συνεπώς, λόγω των ελλειμμάτων στην εκπαίδευση των μαιών, μελέτες ερεύνησαν την εύρεση λύσης μέσω εκπαίδευσης και υιοθέτησης συγκεκριμένων μοντέλων. Οι Neugebauer et al (2006) προτείνουν να επικεντρωθεί ο φροντιστής σωστά στα προβλήματα του ασθενούς. Το μαιευτικό προσωπικό θα πρέπει επίσης να κλείνει λιγότερα ραντεβού με πιο ευέλικτες ώρες (Neugebauer et al., 2006).

Κατά τη διάρκεια της φροντίδας της αποβολής να παρέχεται ασφαλής, επαρκής και αποτελεσματικού κόστους φροντίδα για την ικανοποίηση του ασθενή ο οποίος βιώνει μια κατάσταση θλίψης. Ραντεβού μετά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι απαραίτητο προκειμένου να ελέγχεται η συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών αλλά και η θεραπεία (Brier, 2008).

Το μαιευτικό προσωπικό θα πρέπει να θεωρεί την αποβολή ως ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή τους ασθενή. Μια έρευνα των Adolfsson και συνεργατών έδειξε ότι οι γυναίκες που βίωσαν αποβολή υποφέρουν από θλίψη και έχουν περισσότερους βαθμούς στη κλίμακα περιγεννητικής κλίμακας (Perinatal Grief Scale - PGS) (Adolfsson, 2006).

Το ραντεβού με την μαία θα πρέπει να πραγματοποιείται ένα μήνα μετά την αποβολή και θα πρέπει να εστιάζει στις προσωπικές εμπειρίες του ασθενή από την αποβολή. Αυτό το ραντεβού θα πρέπει να πραγματοποιείται για την αξιολόγηση των συναισθημάτων της γυναίκας για την φυσική και συναισθηματική της κατάσταση, τα τυχόν θετικά που προέκυψαν και πως η αποβολή επηρέασε τις σχέσεις με τους οικείους.

Στο ραντεβού αυτό οι γυναίκες θα πρέπει να ερωτώνται για τα συναισθήματα τους όταν επέστρεψαν στη κοινωνική τους ζωή και πως έφεραν στη μνήμη τους την εμπειρία αυτή όταν, για παράδειγμα, συναντούσαν μια έγκυο γυναίκα (Swanson, 1999).

Οι αντιλήψεις και οι στάσεις της μαίας θα πρέπει να επηρεασμένες από τη Θεωρία Φροντίδας του Swanson (Swanson’s Caring Theory). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, η μαία θα πρέπει να δείχνει συμπόνοια, η οποία της επιτρέπει να εμπλέκεται συναισθηματικά με την γυναίκα. Η μαία θα πρέπει να χειρίζεται τη γυναίκα με οικειότητα και λεπτότητα, καθώς και με αξιοπρέπεια και σεβασμό ενώ θα πρέπει να έχει ικανότητα να καλύπτει τις ανάγκες της. Η αντικειμενικότητα και οι επικοινωνιακές δεξιότητες της μαίας βοηθούν τη γυναίκα να κατανοήσει όλη τη διαδικασία του πένθους (Swanson, 1999).

Η μαία θα πρέπει να ενθαρρύνει κάθε γυναίκα να διατηρεί την αυτοπεποίθηση της ενώ θα πρέπει να αναπτύσσουν μια θετική πνευματική στάση και μια ρεαλιστική αίσθηση αισιοδοξίας για το μέλλον. Επίσης, η μαία θα πρέπει να προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της γυναίκας για την έκβαση μιας νέας εγκυμοσύνης. Όταν οι γυναίκα αποδεχτεί την πραγματικότητα της κατάστασης, το γεγονός θα αποτελέσει μια σημαντική εμπειρία ζωής. Μετά από ένα τέτοιο σημαντικό γεγονός, η μαία θα πρέπει να βελτιώσει την ευημερία της γυναίκας (Swanson, 1999).

Η στάση της μαίας θα πρέπει να εκπέμπει σιγουριά και γνώση και θα πρέπει να είναι φυσικά παρούσα για τη γυναίκα όταν αυτή το χρειαστεί. Θα πρέπει να εμπλέκεται ενεργά με τη γυναίκα για να διευκολύνει μια ομαλή ανάρρωση και να παρέχει κίνητρα για αυτή. Ο Swanson αναφέρεται σε αυτό ως διατήρηση της πίστης (Swanson, 1993).

Η θεωρία του Swanson είναι ένας αποτελεσματικός και ευαίσθητος οδηγός στη κλινική πρακτική για τις γυναίκες που έχουν βιώσει αποβολή. Η θεωρία περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες της διαδικασίας της θεραπευτικής φροντίδας που είναι η διατήρηση της πίστης, η γνώση, η συνύπαρξη, ο στόχος και η διευκόλυνση για το πέρασμα σε μια νέα αρχή (Cullberg, 2006).

Η διαδικασία τονίζει τη διατήρηση της αυτοπεποίθησης στην ικανότητα της γυναίκας να επιβιώσει και να ξεπεράσει το γεγονός της απώλειας ενώ παράλληλα να εκτιμηθεί η δυσκολία της κατάστασης. Μια ουσιαστική στάση μεταξύ της μαίας και της γυναίκας είναι σημαντική άσχετα με το πως θα εξελιχθεί η κατάσταση για να βοηθήσει τη

γυναίκα να βρει το νόημα μέσα από αυτό το ατυχές γεγονός ως μια πολύτιμη εμπειρία. Η ευημερία της γυναίκας αυξάνεται με τη φροντίδα που δίδεται σύμφωνα με τη παρούσα θεωρία (Krippendorff, 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, η εκπαίδευση των μαιών είναι απαραίτητη. Οι εκπαιδευτές μαιευτικής πρέπει να παρέχουν στους εκπαιδευόμενους τα απαραίτητα εργαλεία κατά τη διάρκεια της θεωρητικής μάθησης και την κλινική πράξη για να αυξήσουν την κατανόησή τους για τη φροντίδα και να διασφαλίσουν ότι οι ευαίσθητοι, φροντιστές επαγγελματίες διαθέτουν τα προσόντα στο τέλος της εκπαίδευσης στη μαιευτική (Chokwe et al. 2010).

Δεδομένης της πρόκλησης που αντιμετωπίζει η μαιευτική εκπαίδευση και φροντίδα, ο ερευνητής είχε στόχο να διευκολύνει τις διαδικασίες μέσω των οποίων οι μαιίες κοινωνικοποιήθηκαν στη φροντίδα, πραγματοποιώντας ενημερωτικές συνεδρίες σχετικά με τη φροντίδα στη μαιευτική κλινική εμπειρία. Σε αυτές τις συνεδρίες οι μαιίες εξέφρασαν την άποψη ότι το κλινικό περιβάλλον ήταν αδιάφορο και εχθρικό και δεν προωθούσε ή υποστήριζε τη συσχέτιση της μαιευτικής φροντίδας από τη θεωρία στην κλινική πράξη. Ο Perry (2009) δηλώνει ότι ένα θετικό κλινικό περιβάλλον και η υποστήριξη μοντέλων ρόλων προάγουν τη θετική ενσωμάτωση της θεωρίας στην κλινική πράξη και συμβάλλουν στη μελλοντική ανάπτυξη του επαγγέλματος και της φροντίδας.

Μελέτες σχετικά με τη φροντίδα, αποκάλυψαν περιστατικά αδιάφορης συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής της μαιευτικής με βάση ευρήματα από μια έρευνα των μεθόδων που χρησιμοποιούσαν οι εκπαιδευτές για τις μαιίες για να εγκαταστήσουν τη φροντίδα στους μαθητές, προκειμένου να βεβαιωθούν ότι στο τέλος της εκπαίδευσης η φροντίδα θα επιδεικνύεται τελικά από αρχάριες και καταρτισμένες μαιίες (Chokwe et al. 2010).

Η έννοια της φροντίδας θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα (2008):

Συμμετοχή στις ανάγκες των ατόμων: Σύμφωνα με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτών, φροντίδα σημαίνει εντοπισμός και φροντίδα των αναγκών των μαιών υπό εκπαίδευση. Τονίζεται η κάλυψη των αναγκών στο μέγιστο των δυνατοτήτων του και η παροχή εξατομικευμένης εκπαίδευσης αποδεικνύουν τη φροντίδα. Ανέφεραν ότι η ικανότητα αναγνώρισης της ανάγκης για στοργή και αξιοπρέπεια σημαίνει φροντίδα.

Δείχνοντας σεβασμό για την ανθρωπότητα: Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ενίσχυση της κουλτούρας του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ζητώντας την άδεια από τον ασθενή πριν από τη διενέργεια διαδικασιών και δίνοντας ευρήματα σε γλώσσα κατανοητή στον ασθενή έδειχνε σεβασμό και φροντίδα.

Η φροντίδα είναι έκφραση επαγγελματισμού: Η φροντίδα επιδεικνύεται εντοπίζοντας τις ανάγκες των μαιών που μαθαίνουν και διασφαλίζοντας ότι κάποιος παραμένει ικανός στο τρέχον σύνολο γνώσεων του επαγγέλματος. Οι μαίες είναι κοινωνικά όντα με κοινωνικούς ρόλους, επιτρέποντάς τους να προβληματιστούν σχετικά με τη μάθησή τους και έτσι να τις αναθρέψουν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η φροντίδα ήταν το να μεταδίδεις καλοσύνη και να κάνεις κάποιον αποδεκτό, καθώς και να εκφράσεις αγάπη για το επάγγελμα.

Μετάδοση φροντίδας κατά τη θεωρητική μάθηση. Οι έννοιες που κατηγοριοποιήθηκαν στη μετάδοση της φροντίδας κατά τη διάρκεια της θεωρητικής μάθησης περιλάμβαναν το να είσαι καλό πρότυπο και να δείχνεις σεβασμό, να παρέχεις εξατομικευμένη προσοχή και φροντίδα, να είσαι υποστηρικτικός και να είσαι ικανός και ικανός.

Το να είσαι καλό πρότυπο και να δείχνεις σεβασμό: Η φροντίδα αποδεικνύεται με τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος στο διδακτικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της ενθάρρυνσης των εκπαιδευόμενων μαιών να αγαπήσουν το επάγγελμά τους και της υπομονής όταν συζητούνται θέματα.

Υποστήριξη: Το να επιτρέπεται στις μαίες να αλληλοεπιδρούν με τον εκπαιδευτικό, εκφράζοντας ελεύθερα τις ενσωματωμένες στην εργασία μαθησιακές εμπειρίες τους μέσω συνεδριών απολογισμού, ενσωματώνεται στη φροντίδα. Άλλα μέτρα περιλαμβάνουν την ύπαρξη μιας πολιτικής ανοιχτών θυρών για διαβούλευση, την ενεργητική ακρόαση και την παροχή της ευκαιρίας στις μαίες να αξιολογούν τη διευκόλυνση και τη διδασκαλία.

Να είσαι ευσυνείδητος: Η φροντίδα αποδεικνύεται μέσω της κατάλληλης συνοδείας μαιών κατά τη διάρκεια της εργασιακής διαδικασίας του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης της εκπαιδευόμενης μαίας σωματικά, ψυχολογικά και παροχή ιδιωτικότητας κατά την επίδειξη διαδικασιών ή κατά την

επίπληξη. Οι συμμετέχοντες εξήγησαν ότι η τήρηση εμπιστευτικών ιατρικών ζητημάτων και των διαγνώσεων των ασθενών υποδηλώνει φροντίδα.

Το να είσαι συμπονετικός, ευγενικός και προσιτός: Οι εκπαιδευτές μαιευτικής ανέπτυξαν ότι η φροντίδα σήμαινε την υλοποίηση μιας ολιστικής προσέγγισης στις ανάγκες των μαθητριών μαιών και την παροχή σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης. Ανέφεραν ότι η φροντίδα καθόριζε το επάγγελμα της νοσηλευτικής-μαιευτικής, όπως και η εκφραστική επίδειξη φροντίδας με ένα ζεστό άγγιγμα, χαμηλό τόνο φωνής και γλώσσα του σώματος που είναι εγγενής στη νοσηλευτική φροντίδα. Η φροντίδα αποδεικνύεται με τη συνοδεία μαιών με στόχο να τις βοηθήσουν και να διασφαλίσουν ότι πληρούν τους καθορισμένους μαθησιακούς στόχους τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ειδικότητα της μαίας ορίζεται ως η επαγγελματία η οποία συνεργάζεται με τη γυναίκα ασθενή για να παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη και φροντίδα σε όλες τις φάσεις του τοκετού, στη μητέρα αλλά και στο βρέφος. Η ιατρική αυτή φροντίδα περιλαμβάνει τη προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, του θηλασμού, την αντιμετώπιση των επιπλοκών σε μητέρα και βρέφος και την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος της μαίας είναι η αυτονομία, η κανονικότητα, ο ολισμός και η έμφαση στη γυναίκα και στις ανάγκες της. Η αύξηση της γνώσης της ιατρικής έχει μετατρέψει το παρελθοντικό ρόλο των μαιών στις τοπικές κοινωνίες που βασιζόταν στην εμπειρία σε νέες ιατρικές πρακτικές.

Ωστόσο, οι επαγγελματίες μαίες δεν αισθάνονται αυτόνομοι επαγγελματίες και ασκούν την πρακτική τους υπό πίεση χωρίς να αναγνωρίζεται ο πραγματικός τους ρόλος γεγονός που επηρεάστηκε σημαντικά από την επιλογή της γυναίκας για μη φυσιολογικό τοκετό. Η παροχή υπηρεσιών μαιευτικής είναι όμως επιτακτική ανάγκη όπου μέσα στις νέες συνθήκες θα πρέπει να μεταβληθούν οι πρακτικές των επαγγελματιών μαιών.

Κατά την εγκυμοσύνη, ο ρόλος της μαίας είναι η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με στόχο τη μείωση της θνησιμότητας. Οι μαίες αποτελούν έγκυρη πηγή πληροφόρησης για τον ορθό τρόπο ζωής των εγκύων, διατηρώντας συχνή επαφή με τις γυναίκες, βελτιώνοντας το επίπεδο και την ποιότητα της ζωής τους. Πρακτικά όμως οι γυναίκες δεν παρουσιάζονται ευχαριστημένες από τη χρησιμότητα των πληροφοριών. Έτσι, προτείνεται η μαία να παρέχει εξατομικευμένες συμβουλές και υποστήριξη γεγονός που κάνει την εκπαίδευση τους επιτακτική ανάγκη.

Η εκπαίδευση των μαιών είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα. Όμως, στη πλειοψηφία, οι μαίες δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση και ο ρόλος τους περιορίζεται στη διαχείριση της εγκυμοσύνης χωρίς το σημαντικό κομμάτι της συμβουλευτικής. Ακόμα και σε χώρες στις οποίες αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της παρουσίας των μαιών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παραμένει ακόμα ασαφές πως η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει τις γνώσεις τους και κατ' επέκταση τις πρακτικές τους.

Έτσι, ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης θα πρέπει να σχετίζεται και με τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των μαιών καθώς επίσης και με την αύξηση των πόρων, ανθρώπινων και οικονομικών.

Επιπλέον, οι μαίες θα πρέπει να έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να παρέχουν υποστήριξη στις γυναίκες μετά τον τοκετό, δημιουργώντας μια πιο προσωπική σχέση κάνοντας με αυτό το τρόπο τον τοκετό να είναι μια μοναδική εμπειρία.

Οι αποβολές, επιθυμητές ή μη, αποτελούν μια επίπονη εμπειρία για τη γυναίκα, με τη συμπτωματολογία να αλλάζει από γυναίκα σε γυναίκα και να αφορά σε ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Οι παράγοντες κινδύνου αφορούν σε νοσήματα όπως η θρομβοφιλία, το συνολικό ιατρικό ιστορικό, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, το στρες καθώς και ενδοκρινολογικούς παράγοντες.

Η αντιμετώπιση των αποβολών πραγματοποιείται με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, χειρουργική παρέμβαση και συστάσεις ανάπαυσης.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις των αποβολών είναι οι ποικίλες ψυχολογικές αντιδράσεις της μητέρας που εκδηλώνονται κυρίως με το αίσθημα της θλίψης και της απώλειας. Αξίζει να σημειωθεί πως οι επιπτώσεις μιας αποβολής σχετίζονται άμεσα με την επιθυμία για εγκυμοσύνη. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις επηρεάζονται άμεσα από το

κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον της γυναίκας ενισχύοντας ή όχι το κοινωνικό στίγμα.

Η λύπη και η θλίψη συνοδεύονται από επεισόδια κατάθλιψης με συμπτώματα όπως η απώλεια όρεξης, το μετατραυματικό στρες, τις κρίσεις πανικού και το αίσθημα ενοχής.

Κυρίως στην περίπτωση της επιθυμητής αποβολής, εμφανίζεται η διαταραχή του μετατραυματικού στρες το οποίο ορίζεται ως μετεκρωτικό σύνδρομο το οποίο εκδηλώνεται με διαταραχές στον ύπνο, διαταραχές άγχους, χρήση ουσιών, προβλήματα στη σεξουαλικότητα, απόπειρα αυτοκτονίας και διατροφικές διαταραχές.

Αναφορικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις των αποβολών, ειδικά της επιθυμητής, αυτές σχετίζονται άμεσα με τη ταυτότητα της γυναίκας και το ρόλο της και την αυτονομία της στη διαχείριση του σώματός της.

Η αντιμετώπιση των αποβολών σχετίζεται με τη παροχή συμβουλευτικής φροντίδας σε ένα συμπεριφορικό – γνωστικό πλαίσιο με στόχο η γυναίκα να εντοπίσει τις σκέψεις της και να έχει μεγαλύτερη επίγνωση. Το συγκεκριμένο μοντέλο συμβουλευτικής προωθεί τη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευμένου με στόχο τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης της γυναίκας αντιμετωπίζοντας μια πληθώρα αντικρουόμενων σκέψεων.

Σε μερικές χώρες, στις περιπτώσεις μη ανεπιθύμητης αποβολής, υπάρχουν πρωτόκολλα αντιμετώπισης. Σε αυτή τη περίπτωση, οι επισκέψεις στο γυναικολόγο είναι απαραίτητες για τον εντοπισμό ανάγκης συμβουλευτικής υποστήριξης. Το πρωτόκολλο αυτό έχει συγκεκριμένα βήματα υποστήριξης: την αναγνώριση των συναισθημάτων, την παροχή πληροφοριών από το σύμβουλο που στοχεύουν στη λύση του προβλήματος. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιατροί, οι μαίες και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αποτελούν τη διεπιστημονική ομάδα υποστήριξης.

Αξίζει να αναφερθεί πως η συμβουλευτική φροντίδα θα πρέπει να υφίσταται και στα μέλη της οικογένειας της γυναίκας με στόχο την ένωση της μειώνοντας το αίσθημα του πένθους και της θλίψης. Μέσα από αυτή τη συνεργατική προσέγγιση, η ομάδα μοιράζεται την ευθύνη για την ευημερία της γυναίκας. Συνεπώς, πρωτόκολλα για την ψυχολογική αντιμετώπιση είναι απαραίτητα για την επίτευξη των στόχων και την αξιολόγηση της παροχής φροντίδας.

Ο ρόλος της μαίας στην αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία είναι πολύ σημαντικός. Όμως, σε πολλές χώρες η παρουσία της μαίας στο συγκεκριμένο τομέα είναι περιορισμένη έως μηδενική. Ο ρόλος της μαίας έχει διαφοροποιηθεί επίσης από τον ΠΟΥ ο οποίος την τοποθετεί στη διαδικασία της άμβλωσης ως υποστηρικτικό μέσο.

Μελέτες αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερη ασφάλεια με την παρουσία της μαίας και όλης της διεπιστημονικής ομάδας γεγονός που, εκτός των άλλων, μειώνει σημαντικά τα ποσοστά θνησιμότητας.

Το πεδίο εφαρμογής των καθηκόντων των μαιών καθορίζεται άμεσα από τις ικανότητες τους, από το νομοθετικό πλαίσιο και τις ανάγκες των ασθενών τους. Παρόλα αυτά, σε διεθνές επίπεδο, αναγνωρίζεται η ανάγκη για την επέκταση των δικαιωμάτων και του πεδίου εφαρμογής της πρακτικής των μαιών.

Για την αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών θα πρέπει να έχουν μη επικριτικές συμβουλευτικές ικανότητες και διαπροσωπικές δεξιότητες με στόχο τον περιορισμό του αισθήματος της ντροπής και της αντιμετώπισης της θλίψης. Απαιτείται δηλαδή ψυχολογική και πρακτική ικανότητα, άψογος τρόπος επικοινωνίας και υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης.

Επίσης, οι μαίες παρουσιάζονται να μένουν ουδέτερες στην απόφαση της γυναίκας στη μέθοδο αντισύλληψης που θα ακολουθήσουν και δίνουν χρόνο στις γυναίκες για τη λήψη της σχετικής απόφασης.

Οι πρακτικές τους φαίνονται να προσαρμόζονται ανάλογα αν σε περίπτωση οι γυναίκες ανήκουν σε μια ειδική ομάδα. Όπως στις ανήλικες γυναίκες όπου οι μαίες στρέφονται και στη βοήθεια άλλων ειδικών όπως του κοινωνικού λειτουργού. Αλλά και σε γυναίκες μετανάστριες οι οποίες έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και άλλο πολιτισμικό υπόβαθρο.

Σημαντικό έργο παρέχεται και στις γυναίκες με νοητική αναπηρία όπου σε αυτή τη περίπτωση οι μαίες επιστρατεύουν όλες τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, είναι πιο ευέλικτες στον αριθμό και στο χρόνο των συνεδριών τους, λαμβάνουν πρωτοβουλία στη λήψη απόφασης που σχετίζεται με τη μέθοδο αντισύλληψης, προωθούν τις ιατρικές εξετάσεις και επιζητούν την ενεργή συμμετοχή της διεπιστημονικής ομάδας.

Παρά το γεγονός ότι πλέον ο ρόλος της μαιίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της απώλειας της γυναίκας, έχουν καταγραφεί αντιφατικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μαιών και των γυναικών.

Οι μαιές παρουσιάζονται να μην λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά των γυναικών και πολλές φορές έχουν αναφερθεί να συμπεριφέρονται με ασέβεια.

Σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στην μη ικανοποιητική υποστήριξη είναι η έλλειψη καλής επικοινωνίας, ο φόρτος εργασίας και η μη ορθή διαχείριση του πόνου. Επίσης, οι μαιές φέρουν εξαιρετικά μεγάλο συναισθηματικό φορτίο όπως η εξουθένωση και το στρες γεγονός που δυσχεραίνει περισσότερο την υποστήριξη των μαιών.

Εξαιτίας της έλλειψης εκπαίδευσης για την περιγεννητική φροντίδα σε πολλές χώρες, οι μαιές υιοθετούν στρατηγικές μέσα από τις οποίες καταπιέζουν τα συναισθήματα τους και περιορίζουν έτσι την επικοινωνία με τις γυναίκες.

Γενικά, η έλλειψη επικοινωνίας είναι η σημαντικότερη αιτία που οδηγεί στη δυσαρέσκεια των γυναικών. Επίσης, εξαιτίας του ότι ο βαθμός θλίψης είναι διαφορετικός στη κάθε γυναίκα, οι μαιές οφείλουν να κατανοήσουν το βαθμό αυτό για να παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη στις γυναίκες.

Οι μαιές πολλές φορές παρουσιάζονται να δείχνουν υποτιμητική στάση προς τις γυναίκες με έλλειψη ενσυναίσθησης και συμπόνιας. Και αξίζει να σημειωθεί πως σε μελέτες οι γυναίκες εξέφρασαν την ανάγκη τους για μεγαλύτερη υποστήριξη και παροχή πληροφοριών.

Είναι λοιπόν σαφές πως η εκπαίδευση των μαιών δεν είναι επαρκής. Για αυτό το λόγο, αρκετές μελέτες εξέτασαν την πιθανή υιοθέτηση συγκεκριμένων μοντέλων με επίκεντρο τον ασθενή. Η Θεωρία του Swanson είναι αυτή που θα πρέπει να διέπει τις αντιλήψεις της μαιίας περί φροντίδας.

Η λεπτότητα, η οικειότητα, ο σεβασμός και η χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της μαιίας σύμφωνα με τη παραπάνω θεωρία. Η μαιία θα πρέπει να εκπέμπει γνώση και σιγουριά και να εμπλέκεται ενεργά στη διαδικασία της υποστήριξης με στόχο την ευημερία της γυναίκας και το πέραςμα της σε μια νέα αρχή.

Είναι λοιπόν ξεκάθαρο πως η εκπαίδευση των μαιών είναι επιτακτική ανάγκη. Οι εκπαιδευτές των μαιών θα πρέπει να έχουν στόχο τη δημιουργία ευαίσθητων επαγγελματιών που συνδυάζουν τη θεωρητική γνώση και την κλινική εμπειρία. Τα βασικά χαρακτηριστικά της φροντίδας θα πρέπει να είναι η συμμετοχή στις ανάγκες των ατόμων, ο σεβασμός, ο επαγγελματισμός, ο σεβασμός, η υποστήριξη, η ευσυνειδησία και η συμπόνοια.

Συμπερασματικά, η ειδικότητα της μαιίας είναι πολύ σημαντική στα συστήματα υγείας. Εκτός από τις ιατρικές υπηρεσίες, οι μαιές αποτελούν υποστηρικτικό μέσο της γυναίκας που βιώνει την εμπειρία της αποβολής. Όμως, οι ελλείψεις κυρίως στην επικοινωνία καθιστούν την εκπαίδευσή τους απαραίτητη. Καθώς επίσης προτείνεται και η συμβολή και η συμμετοχή μιας διεπιστημονικής ομάδας με στόχο την υποστήριξη των γυναικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Achilles SL, Reeves MF. (2011) Prevention of infection after induced abortion. *Soc Fam Planning Contraception.*; 83:295–309.

Adolfsson, A., Larsson, P.G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: women’s experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25, 543-560

- Adolfsson A, Bertero C, Larsson PG. (2006) Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*;85(3):330–335.
- Alimoradi Z, Taghizadeh Z, Rezaypour A, *et al.* (2013) Evaluation of midwives' communication skills. *Afr J Midwifery Womens Health*; 7: 19–24.
- Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, *et al.* (2013) National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet.*;381:1642–1652.
- Allen RH, Goldberg AB. (2016) Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 wks gestation). *Contraception.*;93:277–91
- Arck PC, Rütke M, Rose M, Szekeres-Bartho J, Douglas AJ, Pritsch M, *et al.* (2008) Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women. *Reprod Biomed Online.*; 17: 101-113.
- Arrish J, Yeatman H and Williamson M. (2016) Nutrition education in Australian Midwifery Programmes: a mixed-methods study. *J Biomed Educ*; 2016: 9680430.
- Arrish J, Yeatman H and Williamson M. (2017) Self-reported nutrition education received by Australian midwives before and after registration. *J Pregnancy*; 2017: 5289592.
- Baber KL. (2015) Promoting maternal-newborn bonding during the postpartum period..
- Bailey S, Bailey C, Boivin J, *et al.* (2015) A feasibility study for a randomised controlled trial of the Positive Reappraisal Coping Intervention, a novel supportive technique for recurrent miscarriage. *BMJ Open*;5:e007322.
- Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, *et al.* (2015) Effect of previous miscarriage on depressive symptoms during subsequent pregnancy and postpartum in the first baby study. *Matern Child Health J*;19:391–400.
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74, 169–178.
- Brezina PR, Kutteh WH. (2013) Recurrent early pregnancy loss. In *Clinical Reproductive Medicine and Surgery.*; 197-208.
- Brezina P, Kutteh W. (2014) Classic and cutting-edge strategies for the management of early pregnancy loss. *Obstet Gynecol Clin North Am.*; 41: 1–18.
- Brier N. (2008) Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature.

Journal of Women's Health (15409996);17(3): 451–464.

Bryant AG, Grimes DA, Garrett JM, Stuart GS: (2011) Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstet Gynecol*, 117(1):788-92

Broem AN, Moum T, Bodtker AS, et al. (2005) The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal 5 year follow up study. *BMC Med.*;3:18.

Castell E, Stenfert Kroese B. (2016) Midwives' experiences of caring for women with learning disabilities – a qualitative study. *Midwifery.*;36:35–42.

Chen FH, Hu WY. (2013) The impact of perinatal death on nurses and their coping strategies. *J Nurs.*;60(1):87–91.

Chokwe, M.E., Wright, S.C.D. & Erasmus, D.G.J., 2010, *Perceptions and experiences of caring in midwifery*, Tshwane University of Technology, Pretoria.

Committee on Practice Bulletins----Gynecology. (2015) The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin no. 150. Early pregnancy loss. *Obstet Gynecol.*;125:1258---67.

Cullberg, J (2006) “To Meet People in Crisis.” In: J. Cullberg and T. Lundin, Eds., 5th Edition, *Crisis and Development*, Nature and Culture, Stockholm.

Dadlez, E. M., & Andrews, W. L. (2010). Post-abortion syndrome: Creating an affliction. *Bioethics*, 24, 445–452.

Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. (2016) How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc.*;7:2-7.

Doherty J, Cullen S, Casey B, McMahon A, Brosnan M, Sheehy L, et al. (2017) “I’m afraid of upsetting them further”: student midwives educational needs in relation to bereavement in the maternity setting. *BMC Pregnancy Childb.*;17:10.1186/s12884-017-1457-7.

Doran F, Nancarrow S. (2015) Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care.*;41(3):170–180.

Dulay. Spontaneous abortion, 2019. Retrieved from <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/spontaneousabortion>.

Erdman, J. N., Depiñeres, T., & Kismödi, E. (2013). Updated WHO guidance on safe abortion: Health and human rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(2), 200–203.

Fleming V, Ramsayer B and `Skodi`c Zak`sek T. (2017) Freedom of conscience in Europe? An analysis of three cases of midwives with conscientious objection to abortion. *J Med Ethics*; 44(2): 104–108

Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, et al. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women’s satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*.;16:28. doi:10.1186/s12884-016-0798-y

French DA. (2018) A clinician’s approach to the diagnosis and management of recurrent pregnancy loss. *Physician Assistant Clinics*.; 3: 457-468.

Furedi, A. (2016). *The moral case for abortion*. London, UK: Palgrave Macmillan.

Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. (2014) The influence of women’s preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*.;14:191. doi:10.1186/1471-2393-14-191

Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faundes A. (2014) Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet*.;126:S52–S55.

Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women’s voices. *Death Studies*, 33, 1-29

Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, et al. (2013) Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)*.;22:760---8.

Gibbs SE, Rocca CH, Bednarek P, et al. (2016) Long-acting reversible contraception counseling and use for older adolescents and nulliparous women. *J Adolesc Health*.;59:703–709.

Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. (2007) Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynaecol Obstet*;99 Suppl 2:S190–3.

Greenwood NW, Wilkinson J. (2013) Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *Int J Family Med*.;2013:642472.

Griffiths, P., (2008), ‘The art of losing, a response to the question is caring a lost art’, *International Journal of Nursing Studies* 45, 329–332.

- Grossman et al.: (2011) Surgical and medical second trimester abortion in South Africa: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 11:224
- Halldén, B.-M., Lundgren, I., & Christensson, K. (2011). Ten Swedish midwives' lived experiences of the care of teenagers' early induced abortions. *Health Care for Women International*, 32(5), 420–440.
- Hardy-Fairbanks AJ, Lauria MR, Mackenzie T, McCarthy Jr M. (2013) Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth.*;40(2):125-133. doi:10.1111/birt.12039
- Health Service Executive. *National standards for bereavement care following pregnancy loss and perinatal death*. Republic of Ireland: Health Service Executive, 2016.
- Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. (2019) First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. *Am Fam Physician.*; 99: 166-174.
- Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., & Merkurieva, I. (2016). The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *American Journal of Public Health*, 106, 421–429.
- Höglund B & Larsson M (2019) Midwives' work and attitudes towards contraceptive counselling and contraception among women with intellectual disability: focus group interviews in Sweden, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:1, 39-44,
- Homer CS, Friberg IK, Dias MA, ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. (2014) The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet.*;384(9948): 1146–57.
- Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 19, 77.
- Hu H, Qin C, Tang S, Deng Y, Li Y, Gong N. (2020) Analysis of potential factors of healthcare violence from the perspective of patients with fetal malformations inducing labor based on qualitative research. *J Shaoyang Univ.*;06(17):97–104.
- Huffman CS. (2015) *The meaning of miscarriage: Measurement, reproductive factors and trajectories in couple dyads Doctor in Philosophy*. The University of North Carolina at Chapel Hill, 2015
- Husain J, Kelly K. (2017) Stigma Rituals as Pathways to Activism: Stigma Convergence in a Post Abortion Recovery Group. *Deviant Behavior.*; 38(5):575–9
- Hutti MH, Armstrong DS, Myers JA, et al. (2015) Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*;44:42–50.

Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. (2016) Outcomes associated with planned place of birth among women with low risk pregnancies. *CMAJ*;188(5):E80–90.

International Confederation of Midwives [ICM] (2002). Essential Competences for Basic Midwifery Practices.

Iqbal Z, Jilane S A, Uppada L P, et al. (2021) Evaluating the Clinical Risk Factors Associated With Miscarriages in Women in Karachi, Pakistan. *Cureus* 13(10): e19057. DOI 10.7759/cureus.19057

Janssen PA, Mitton C, Aghajanian J. (2015) Costs of planned home vs. hospital birth in British Columbia attended by registered midwives and physicians. *PLoS One*;10(7):e0133524

Jaslow C, Carney J, Kutteh W. (2010) Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril*; 93: 1234–1243.

Jeffrerys A, Vanderpump M, Yasmin E. (2015) Thyroid dysfunction and reproductive health. *Obs Gynaecol*; 17: 39–45.

Jelinska, K., & Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: Realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), 86–89

Johnson K. (2013) Maternal infant bonding: a review of literature. *Int J Childbirth Educ*;28(3).

Kallner HK, Danielsson KG. (2016) Prevention of unintended pregnancy and use of contraception-important factors for preconception care. *Ups J Med Sci*;20:1–4.

Kelly, K. (2014). The spread of ‘post abortion syndrome’ as social diagnosis. *Social Science and Medicine*, 102, 18–25.

Khomami, M., Walker, R., Kilpatrick, M., Susan de Jersey, Helen Skouteris and Lisa J. Moran (2021) The role of midwives and obstetrical nurses in the promotion of healthy lifestyle during pregnancy *Ther Adv Reprod Health*, 2021, Vol. 15: 1–12

Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women’s emotional difficulty after abortion: Lessons from women’s abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43, 103–109.

Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M., & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 4192–4202

Klinitzke G, Doelemeyer R, Steinig J, et al. (2013) Internet-based therapy after pregnancy loss - the impact of social support on bereavement. *Verhaltenstherapie*;23:181–8.

Kohler S, Sidney Annerstedt KS, Diwan V, et al. (2018) Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC Pregnancy Childbirth*.;18(1):427. doi:10.1186/s12884-018-2038-0

Kong GW, Chung TK, Lok IH. (2014) The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage--a randomised controlled trial. *BJOG*;121:1253–62.

Kong GW, Lok IH, Yiu AK, et al. Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage--a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2013;53:170–7.

Kothe E, Bailey C, Weiner C, et al. (2019) An investigation of Australian midwifery curricula for obesity management and health behaviour change training. *Nurse Educ Pract*; 36: 54–57.

Krippendorff, K (2004) “*Content Analysis: An Introduction*,” 2nd Edition, Sage Publications Ltd., London.

Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. (2011) Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.*;(11):CD002855.

Kutteh WH. (2015) Novel strategies for the management of recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med.*; 33: 161-168.

Lay M(2000). *The Rhetoric of Midwifery: Gender, Knowledge, & Power*. Rutgers University Press. New Brunswick, USA. ISBN0: 8135-2778- 3.

Larsson, E. C., Fried, S., Essén, B., & Klingberg-Allvin, M. (2016). Equitable abortion care – A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 14–18.

Lawrence W, Vogel C, Strömmer S, et al. (2020) How can we best use opportunities provided by routine maternity care to engage women in improving their diets and health? *Matern Child Nutr*; 16: e12900.

Lee C. (2012) ‘She was a person, she was here’: the experience of late pregnancy loss in Australia. *J Reprod Infant Psychol.*;30(1):62–76.

Lia J, Gaob JS, Wangc CC, Ngd EH, Wub XK. (2017) Evidence-based interventions of threatened miscarriage. *World.*; 3: 50-59.

Lindqvist M, Mogren I, Eurenus E, et al. (2014) ‘An on-going individual adjustment’: a qualitative study of midwives’ experiences counselling pregnant women on physical activity in Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*; 14: 343.

Lindström, M., Wulff, M., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2011). Experiences of working with induced abortion: Focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 542–548.

Lohr, P., Hayes, J., & Gemzell-Danielsson, K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD006714

Love ER, Bhattacharya S, Smith NC, Bhattacharya S. (2010) Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ*;341:c396

Ipas. (2014). Second-Trimester Abortion: A toolkit for service delivery Retrieved from <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Second-Trimester-Abortion-A-Toolkit-for-Service-Delivery.asp>

Lundgren I, Berg M. (2017) Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci.*;21(2):220–228.

Major B, O'Brien LT. (2005) The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol.*; 56:393–42

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 863–890.

Mariutti MG, Almeida AMD, Panobianco MS. (2017) Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Lat Am Enferm.*;15(1):20.

Mauri, P. A., Ceriotti, E., Soldi, M., & Guerrini Contini, N. N. (2015). Italian midwives' experiences of late termination of pregnancy. A phenomenological- hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences*, 17(2), 243– 249.

McGuinness D, Coughlan B and Power S (2014). Empty Arms: Supporting bereaved mothers during the immediate postnatal period. *British Journal of Midwifery*, 22(4):246-252

McNeill J, Doran J, Lynn F, *et al.* (2012) Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 12: 142.

Meaney S, Corcoran P, Spillane N, *et al.* Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open* 2017;7:e011382.

Michels and Tiu. (2007) Second trimester pregnancy loss. *American Family Physician*, 76(9): 1341{1348.

- Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AE, Whitworth M, Lavender T. (2014) Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*;121(8):943–50.
- Mitchell-Jones N, Farren JA, Tobias A, et al. (2017) Ambulatory versus inpatient management of severe nausea and vomiting of pregnancy: a randomised control trial with patient preference arm. *BMJ Open*;7(12):e017566.
- Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*; 52: 1339–1346.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591
- Needle, R. B., & Walker, L. E. A. (2008). *Abortion counseling: A clinician's guide to psychology, legislation, politics, and competency*. New York, NY: Springer.
- Neugebauer R, Kline J, Markowitz JC, et al. (2006) Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *J Clin Psychiatry*;67(8):1299–1304.
- NHG. NHG-Standaard Miskraam, 2019. Retrieved from <https://www.nhg.org/?tmp-nomobile=1&q=node/1775#idp20672688>.
- NICE (2012) Clinical Guideline 154. Ectopic pregnancy and miscarriage, diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. 2012. London: NICE,
- Nicholson, J., Slade, P., & Fletcher, J. (2010). Termination of pregnancy services: Experiences of gynaecological nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2245–2256.
- Niemeijer MN, Grooten IJ, Vos N, et al. (2014) Diagnostic markers for hyperemesis gravidarum: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*; 211(2):150 e1–15.
- Nyoni CN and Botma Y. (2019) Implementing a competency-based midwifery programme in Lesotho: a gap analysis. *Nurse Educ Pract* 2019; 34: 72–78.
- Norling-Gustafsson A, Skaghammar K, Adolfsson A. (2011) Expectant parents' experiences of parental education within the antenatal health service. *Psychol Res Behav Manag*;4:159-67
- Nuangchamnong N, Niebyl J. (2014) Doxylamine succinate-pyridoxine hydrochloride (Diclegis) for the management of nausea and vomiting in pregnancy: an overview. *Int J Womens Health*;6:401–9.
- Nursing and Midwifery Board of Australia (2016). *Registered nurse standards for practice*. Retrieved from <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registered-nurses/Registered-nurse-standards-for-practice>

board.gov.au/Codes-Guide lines-State ments/ Professional-standards/registered-nurse-standards-for-practice.aspx

Odland, Maria & Membe-Gadama, Gladys & Kafulafula, Ursula & Jacobsen, Geir & Kumwenda, James & Darj, Elisabeth. (2018). The Use of Manual Vacuum Aspiration in the Treatment of Incomplete Abortions: A Descriptive Study from Three Public Hospitals in Malawi. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15. 370. 10.3390/ijerph15020370.

Purcell, C., Cameron, S., Lawton, J., Glasier, A., & Harden, J. (2016). Contraceptive care at the time of medical abortion: Experiences of women and health professionals in a hospital or community sexual and reproductive health context. *Contraception*, 93(2), 170–177.

O’Connell K, Jones HE, Lichtenberg ES et al. (2008) Second-trimester surgical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members. *Contraception*; 78(6): 492–499.

Qian J, Wu H, Sun S, Wang M, Yu X. (2022) Psychometric properties of the Chinese version of the perinatal bereavement care confidence scale (C-PBCCS) in nursing practice. *PLoS One*.;17(1):e262965.

Radford EJ, Hughes M. (2015) Women’s experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *J Clin Nurs*.; 24: 1457-1465.

Royal College of Midwives, [RCM] (2001). *The Midwife’s Role in Public Health*. Position London, UK.

Redshaw M, Hennegan J, Kruske S. (2014) Holding the baby: early mother-infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*;30(5):e177e87.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*.;384(9948):1129–45.

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York, NY: Guilford.

Rowlands IJ, Redshaw M. (2012) Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:138.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*.;8:CD004667.

Saravelos SH, Li TC: (2012) Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it? . *Hum Reprod*., 27:1882-6.

- Schisterman EF, Silver RM, Leshner LL, Faraggi D, Wactawski-Wende J, Townsend JM, et al. (2014) Preconception low-dose aspirin and pregnancy outcomes: results from the EAGeR randomised trial. *Lancet.*;384(9937): 29–36.
- Schmidt T. (2019) Hebammen beim FetoZid ‘Wir haben keine Wahl’. *Dtsch Hebammenzeitschrift [We have no choice]*; 71: 76–79.
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010a). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411
- Sijourni N, Callahan S, Chabrol H. (2010) The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *J Reprod Infant Psychol.*;28:287---96.
- Simmons, R.K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: qualitative findings from the National Women’s Health Study. *Social Science and Medicine*, 63, 1934-1946.
- Solinger, R. (2013). *Reproductive politics: What everyone needs to know*. New York, NY: Oxford University Press.
- Sotiriadis A, Papatheodorou S, Makrydimas G. (2004) Threatened miscarriage: evaluation and management. *BMJ.*; 329: 152-155.
- Speckhard, A., & Rue, V. M. (1993). Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 8, 5–32.
- Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. (2016) Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social science & medicine.*; 150:67–7
- Swanson KM. (1993) Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image J Nurs Sch.*;25(4):352–357.
- Swanson KM. (1999) Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women’s well-being. *Nurs Res.*;48(6):288–298.
- Swift JA, Pearce J, Jethwa PH, et al. (2016) Antenatal weight management: women’s experiences, behaviours, and expectations of weighing in early pregnancy. *J Pregnancy*; 2016: 8454759.
- Tabaghdehi MH, Kollahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. (2020) Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.*;33(22):3849-3856.
- Tien JC, Tan TY. (2007) Non-surgical interventions for threatened and recurrent miscarriages. *Singapore Med J.*; 48: 1074-1090.
- Tiernan E. (2003) Communication training for professionals. *Support Care Cancer*; 11: 758–762.

Verschoor. Management of first trimester miscarriage ; new insight in old dilemmas. PhD thesis, University of Amsterdam, 2017.

Walmsley J, Earle S, Tilley E, et al. (2016) The experiences of women with learning disabilities on contraception choice. *Prim Health Care.*;26:28–32.

Waring ME, Moore Simas TA, Barnes KC, et al. (2014) Patient report of guideline-congruent gestational weight gain advice from prenatal care providers: differences by prepregnancy BMI. *Birth*; 41: 353–359.

Webber K, Grivell RM. (2015) Cervical ripening before first trimester surgical evacuation for non-viable pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.*;11:CD009954.

Wenzel, A. (2017). Cognitive behavioral therapy for pregnancy loss. *Psychotherapy*, 54, 400–405.

Whitaker KM, Wilcox S, Liu J, et al. (2016) Patient and provider perceptions of weight gain, physical activity, and nutrition counseling during pregnancy: a qualitative study. *Womens Health Issues* 2016; 26: 116–122.

Wong, M.K.Y., Crawford, T.J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women’s experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.

World Health Organisation. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018.

World Health Organisation. Managing complications in pregnancy and childbirth. 2nd ed. Geneva: WHO, 2017.

World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization. (2015) Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 p. 81.

Wu, Justine. (2010). Manual Vacuum Aspiration (MVA) abortion. 10.1007/978-0-387-76604-1_27.

Yaffe J, Montgomery P, Hopewell S, et al. (2012) Empty reviews: a description and consideration of Cochrane systematic reviews with no included studies. *PLoS One* 2012;7:e36626.

Young R (2013) The importance of bonding *Int J Childbirth Educ*, 28 (3)

Zamani AR, Motamedi N and Farajzadegan Z. 2015 Routine programs of health care systems as an opportunity toward communication skills training for family physicians: a randomized field trial. *J Educ Health Promot*; 4: 71–71.

Zaręba K, Banasiewicz J, Rozenek H, Ciebiera M, Jakiel G.(2020) Emotional complications in midwives participating in pregnancy termination procedures—polish experience. *Int J Env Res Pub He.*;17(8):2776.

Zhou H, Liu Y, Liu L, Zhang M, Chen X, Qi Y: (2016) Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 206:57-63.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-223-X>

Δορκοφίκη Ε, (2007) *Άμβλωση συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας*, Αθήνα, Φυτράκη,:120

Λιναρδάκη Μ. (2012) «Γυναίκα: Οι πιθανές επιπλοκές μια έκτρωσης..». Νέα Κρήτη. Νοέμβριος 2012