

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την  
αντισύλληψη και την έκτρωση**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:**

Κυρολάρη Ειρήνη  
Μπαλλή Χριστίνα

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

Στεφανόπουλος Νίκος

ΠΑΤΡΑ 2016

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής αυτής εργασίας με θέμα τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μας για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Αρχικά παρατίθεται το πρώτο μέρος της πτυχιακής μας εργασίας όπου αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση. Έπειτα, στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαμε σχετικά με τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση.

Φυσικά, για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας μας υποστήριξε ένας αριθμός ανθρώπων στους οποίους θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας. Πρώτα από όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, που τόσα χρόνια στέκονται πλάι μας ως θερμοί υποστηρικτές μας, στηρίζοντας μας σε οποιοδήποτε βήμα θελήσουμε να κάνουμε. Τελειώνοντας, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας και υπεύθυνο για την πτυχιακή μας εργασία κύριο Στεφανόπουλο Νίκο, για την ευκαιρία που μας έδωσε να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα.

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	2
Κατάλογος Πινάκων .....	7
Κατάλογος γραφημάτων .....	14
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ.....	18
Εκτρώσεις .....	19
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Ιστορική αναδρομή.....	19
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας.....	23
2.1. Έσω γεννητικά όργανα .....	23
2.2. Έξω γεννητικά όργανα.....	24
2.3. Φυσιολογικός γεννητικός κύκλος.....	25
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Αυτόματες εκτρώσεις .....	29
3.1. Ορισμοί αυτόματων εκτρώσεων.....	29
3.2. Αίτια αυτόματων εκτρώσεων.....	29
3.2.1. Εμβρυϊκά αίτια .....	30
3.2.2. Μητρικά αίτια .....	30

3.2.3. Πατρικά αίτια .....	34
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Τεχνικές εκτρώσεις .....	35
4.1. Ορισμός Τεχνικών εκτρώσεων.....	35
4.2. Θεραπευτική έκτρωση ή ιατρικά ενδεδειγμένη ή νόμιμη .....	35
4.3. Εκλεκτική ή εθελοντική έκτρωση .....	40
4.4. Εγκληματική ή παράνομη.....	41
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Λόγοι τεχνικών εκτρώσεων .....	42
5.1. Ιατρικοί λόγοι.....	42
5.2. Κοινωνικοί λόγοι.....	43
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> : Μέθοδοι Τεχνικών εκτρώσεων .....	45
6.1. Πρώιμη διακοπή της κύησης.....	47
6.2. Τεχνική διακοπή της κύησης πριν την 12η εβδομάδα .....	48
6.3. Τεχνική διακοπή της κύησης μετά την 12η εβδομάδα .....	50
Κεφάλαιο 7 <sup>ο</sup> : Σωματικές επιπλοκές των εκτρώσεων .....	56
Κεφάλαιο 8 <sup>ο</sup> : Ψυχοσωματικές και ψυχικές επιπλοκές .....	58
Κεφάλαιο 9 <sup>ο</sup> : Νομοθεσία και τεχνικές έκτρωσης.....	63

Κεφάλαιο 10 <sup>ο</sup> : Στατιστικά στοιχεία σε εθνικό επίπεδο .....	70
Κεφάλαιο 11 <sup>ο</sup> : Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη.....	71
Κεφάλαιο 12 <sup>ο</sup> : Ο ρόλος της νοσηλεύτριας – Τρόποι αντιμετώπισης .....	74
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	79
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	80
ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	80
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	81
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	85
Συσχετίσεις των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το φύλο .....	113
Συσχετίσεις των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το τόπο καταγωγής .....	119
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	125
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	135
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	139
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	140
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	141

ABSTRACT.....	142
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	148
Αποτελέσματα της έρευνας (Γραφήματα) .....	149
Αποτελέσματα της έρευνας (Μέση τιμή) .....	173
Συσχετισμοί των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το φύλο του δείγματος.....	175
Συσχετισμοί των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με τον τόπο καταγωγής του δείγματος.....	177
Ερωτηματολόγιο της έρευνας .....	181

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματα κατά φύλο .....	85
Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία .....	86
Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση .....	87
Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος κατά τόπο καταγωγής .....	87
Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο .....	88
Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο του πατέρα ..	88
Πίνακας 7:Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο μητέρας .....	89
Πίνακας 8:Κατάσταση της σεξουαλικής σχέσης (με διείσδυση).....	89
Πίνακας 9: Είδος σεξουαλικής σχέσης .....	90
Πίνακας 10: Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση).....	90
Πίνακας 11: Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση .....	91
Πίνακας 12: Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση.	91
Πίνακας 13: Εμπειρία εγκυμοσύνης του δείγματος .....	92
Πίνακας 14: Έκβαση της εγκυμοσύνης για όσους είχαν εμπειρία αυτής. ....	92
Πίνακας 15: Η αποδοχή ή μη της έκτρωσης από το δείγμα .....	93

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος με βάση τις πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα.....	93
Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος με βάση την επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης .....	94
Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος βάση του εάν θεωρούν επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης.....	94
Πίνακας 19: Πόσο συχνά χρησιμοποιεί το δείγμα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο .....	95
Πίνακας 20: Τα πιστεύω του δείγματος για το εάν η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη .....	95
Πίνακας 21: Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης.....	96
Πίνακας 22: Συζητάτε – συναποφασίζεται με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης.....	96
Πίνακας 23: Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή; .....	97
Πίνακας 24: Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης.....	97
Πίνακας 25: Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού στην πόλη σας; .....	98
Πίνακας 26: Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού; .....	98



Πίνακας 27: Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού .	99
Πίνακας 28: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη .....	100
Πίνακας 29: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας .....	101
Πίνακας 30: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού .....	101
Πίνακας 31: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση .....	102
Πίνακας 32: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει .....	102
Πίνακας 33: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία .....	103
Πίνακας 34: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 7. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη).....	104
Πίνακας 35: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία....	104
Πίνακας 36: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 9. Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου.....	105
Πίνακας 37: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης.....	105

Πίνακας 38: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.....	106
Πίνακας 39: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα .....	106
Πίνακας 40: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα.....	107
Πίνακας 41: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία.....	107
Πίνακας 42: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 15. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία .....	108
Πίνακας 43: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων .....	108
Πίνακας 44: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας .....	109
Πίνακας 45: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση.....	110
Πίνακας 46: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση .....	110
Πίνακας 47: Τα πιστεύω του δείγματος για το τι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.....	111
Πίνακας 48: Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;.....	112

Πίνακας 49: A1. Φύλο: * A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση .....	113
Πίνακας 50: A1. Φύλο: * A12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση .....	114
Πίνακας 51: A1. Φύλο: * A15. Αποδοχή της έκτρωσης .....	115
Πίνακας 52: A1. Φύλο: * A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία.....	116
Πίνακας 53: A1. Φύλο: * A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.....	117
Πίνακας 54: A1. Φύλο: * A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας.....	118
Πίνακας 55: A4. Τόπος καταγωγής: * A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση.....	119
Πίνακας 56: A4. Τόπος καταγωγής: * A15. Αποδοχή της έκτρωσης .....	120
Πίνακας 57: A4. Τόπος καταγωγής: * A16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα .....	121
Πίνακας 58: A4. Τόπος καταγωγής: * A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία .....	122
Πίνακας 59: A4. Τόπος καταγωγής: * A29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.....	123

Πίνακας 60: Α4. Τόπος καταγωγής: * Α30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας .....	124
Πίνακας 61: Μέση τιμή των αποτελεσμάτων .....	173
Πίνακας 62 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση .....	175
Πίνακας 63 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση.....	175
Πίνακας 64 : Συσχετισμός κατά φύλο και αποδοχή της έκτρωσης .....	175
Πίνακας 65 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία.....	176
Πίνακας 66 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.....	176
Πίνακας 67 : Συσχετισμός κατά φύλο και ποιοι παράγοντες πιστεύουν ότι θα καθορίζουν την απόφασή τους.....	176
Πίνακας 68 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση .....	177
Πίνακας 69 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αποδοχή της έκτρωσης .....	177
Πίνακας 70 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα .....	178

Πίνακας 71 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία ..... 178

Πίνακας 72 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ..... 179

Πίνακας 73 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας..... 180

## Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1 .....	149
Γράφημα 2 .....	149
Γράφημα 3 .....	150
Γράφημα 4 .....	150
Γράφημα 5 .....	151
Γράφημα 6 .....	151
Γράφημα 7 .....	152
Γράφημα 8 .....	152
Γράφημα 9 .....	153
Γράφημα 10 .....	153
Γράφημα 11 .....	154
Γράφημα 12 .....	154
Γράφημα 13 .....	155
Γράφημα 14 .....	155
Γράφημα 15 .....	156

Γράφημα 16 .....	156
Γράφημα 17 .....	157
Γράφημα 18 .....	157
Γράφημα 19 .....	158
Γράφημα 20 .....	158
Γράφημα 21 .....	159
Γράφημα 22 .....	159
Γράφημα 23 .....	160
Γράφημα 24 .....	160
Γράφημα 25 .....	161
Γράφημα 26 .....	161
Γράφημα 27 .....	162
Γράφημα 28 .....	162
Γράφημα 29 .....	163
Γράφημα 30 .....	163
Γράφημα 31 .....	164

Γράφημα 32 .....	164
Γράφημα 33 .....	165
Γράφημα 34 .....	165
Γράφημα 35 .....	166
Γράφημα 36 .....	166
Γράφημα 37 .....	167
Γράφημα 38 .....	167
Γράφημα 39 .....	168
Γράφημα 40 .....	168
Γράφημα 41 .....	169
Γράφημα 42 .....	169
Γράφημα 43 .....	170
Γράφημα 44 .....	170
Γράφημα 45 .....	171
Γράφημα 46 .....	171
Γράφημα 47 .....	172





## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ**

## Εκτρώσεις

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Ιστορική αναδρομή

Ο έλεγχος των γεννήσεων μοιάζει να είναι κοινός για όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες. Ανάμεσα σε μια πληθώρα πολιτισμών, η ιστορία δείχνει ότι οι άνθρωποι προσπάθησαν να ελέγξουν τις γεννήσεις, παρά τους κοινωνικούς, νομικούς και ηθικούς περιορισμούς (McFarlane & Meier, 1996). Το να μπορεί να αποφευχθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη υπήρχε πάντοτε ένα σοβαρό ατομικό και ιατρικό πρόβλημα, όπως φαίνεται στον όρκο του Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.), σαν απαγόρευση χρήσεως εκτρωτικών μέσων. Σύμφωνα με τους McFarlane & Meier, οι αρχαιότερες περιγραφές για την αντισύλληψη και την έκτρωση προήλθαν από αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους και χρονολογούνται στα 1850 π.Χ., χωρίς όμως να γίνεται κάποια αναφορά ή σχόλιο για την αποδοχή ή μη αποδοχή της έκτρωσης. Οι γνώσεις των αρχαίων Αιγυπτίων σχετικά με τον έλεγχο γεννήσεων πέρασαν στους αρχαίους Έλληνες, οι οποίοι με τη σειρά τους συνεισέφεραν σημαντικά με αξιοσημείωτες προόδους. Γύρω στον 7<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. εισήγαγαν σίλφιο<sup>1</sup> από τη σημερινή Λιβύη. Οι προσπάθειες να καλλιεργηθεί το σίλφιο και στην αρχαία Ελλάδα ήταν ανεπιτυχείς. Η ζήτησή του όμως στην Ελλάδα, και αργότερα στη ρωμαϊκή αυτοκρατορία (1ος – 2<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.), ήταν τόσο μεγάλη, που από τον 3ο ή 4ο αι. μ.Χ., το σίλφιο αφανίστηκε. Άλλα φυτά που επεβίωσαν (άση, φλισκούνη, αψινθίτης, μύρρα και απήγανος) χρησιμοποιήθηκαν επίσης ως αντισυλληπτικά ή εκτρωτικά. Η έκτρωση στην αρχαία ελληνική κοινωνία αντιμετωπίστηκε με ποικίλες και αντικρουόμενες στάσεις. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) ήταν υποστηρικτής των εκτρώσεων, καθώς επίσης και ο Πλάτωνας (428-347 π.Χ.), ο οποίος ήταν υπέρ της άμβλωσης για κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών (Tarnesby, 1969). Θεωρούσαν την έκτρωση ως μια μέθοδο ελέγχου του πληθυσμού. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι η πολιτεία θα έπρεπε να καθορίσει τον αριθμό των παιδιών που θα μπορούσε να αποκτήσει ένα παντρεμένο ζευγάρι. Αν μια γυναίκα έμενε έγκυος αφού είχε

---

<sup>1</sup> Το σίλφιο ήταν ένα τεράστιο είδος μάραθου, γνωστό για τις αντισυλληπτικές και εκτρωτικές του ιδιότητες.

γεννήσει τον προβλεπόμενο αριθμό παιδιών, θα έπρεπε κατά τη γνώμη του να υποχρεώνεται να διακόψει την εγκυμοσύνη της πριν αισθανθεί τις κινήσεις του εμβρύου. Ο χρόνος της δημιουργίας της ζωής και της ψυχής, όταν δηλαδή το έμβρυο θεωρείται έμβιο ον, απασχόλησε τους Έλληνες φιλόσοφους. Σύμφωνα με τις θεωρίες τους, η έκτρωση δεν αποτελούσε δολοφονία, τουλάχιστον κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Ο Αριστοτέλης υπέθεσε ότι ο σχηματισμός του εμβρύου ακολουθεί τρία διαδοχικά στάδια για να θεωρηθεί φυσιολογικό έμβιο ον: από μία φυτική κατάσταση, σχηματίζεται ένα πλάσμα που στη συνέχεια αποκτά ψυχή. Θεώρησε επίσης ότι ο τελικός σχηματισμός και η δημιουργία ζωής σε ένα έμβρυο, δεν εμφανίζεται την ίδια στιγμή σε αρσενικά και θηλυκά. Συγκεκριμένα, μετά από παρατήρηση που έκανε σε έμβρυα που είχαν εκτρωθεί, συμπέρανε ότι η ζωή εμφανίζεται στα αρσενικά έμβρυα 40 ημέρες μετά τη σύλληψη και στα θηλυκά έμβρυα μετά από 80 ημέρες. Ο Σωρανός ο Εφέσιος, ο μεγαλύτερος μαιευτήρας-γυναικολόγος της αρχαιότητας, άσκησε την ιατρική στο πρώτο μισό του 2ου αι. μ.Χ. Περιέγραψε περίπου 30 τύπους αντισυλληπτικών φαρμάκων, με συστατικά όπως λάδι, μέλι, ρετσίνα κέδρου, στυπτηρία και οξέα φρούτων. Αυτά χρησιμοποιούνταν για να εμποτιστούν μάλλινα κολπικά υπόθετα που χρησιμοποιούσαν ως αντισυλληπτικά. Ο Σωρανός πρότεινε επίσης άλλα 4 είδη αντισυλληπτικών, τα οποία, όχι μόνο προστάτευαν από μία σύλληψη, αλλά λειτουργούσαν και σαν εκτρωτικά. Ο Σωρανός, όπως και οι σημερινοί γιατροί, προειδοποιούσε για τις παρενέργειές τους. Η έκτρωση ήταν συνηθισμένη στην αρχαία ελληνική κοινωνία, όχι όμως και τόσο διαδεδομένη όσο η βρεφοκτονία. Ο Ιπποκράτης απέρριψε τα εκτρωτικά, παρόλο που ο ίδιος, στο βιβλίο του «Παιδίου Φύσιος», περιέγραψε μία μέθοδο έκτρωσης της γυναίκας –πηδώντας έτσι, ώστε οι πατούσες της να αγγίζουν τους γλουτούς. Τόσο λοιπόν ο Ιπποκράτης και ο Σωρανός, όσο και ο Γαληνός καταδίκασαν την έκτρωση ως ασύμβατη με την επιστήμη τους. Η έκτρωση, μπορεί να ήταν κοινή κατά την ελληνιστική περίοδο (335 π.Χ. – 31 π.Χ.), αλλά όπως είδαμε, ήταν πολλοί οι Έλληνες φιλόσοφοι και γιατροί που αντιτάχθηκαν έντονα στην έκτρωση. Ήταν κοινή και κατά τη Ρωμαϊκή εποχή (1ος – 2ος αι. μ.Χ.), αν και πολλοί ποιητές, πολιτικοί, μοραλιστές, και, αργά οι γρήγορα και μονάρχες της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, άρχισαν να αντιτίθενται. Ο πιο γνωστός Ρωμαίος ρήτορας, ο Κικέρωνας καλούσε σε δημόσια τιμωρία ακόμη και για το

σχεδιασμό μιας έκτρωσης. Η ιδέα της έκτρωσης δε θεωρούνταν αμάρτημα μέχρι το 1869, ενώ από τον 1<sup>ο</sup> και 2ο αιώνα, τα συγγράμματα των πατέρων της Εκκλησίας, αναφέρουν την άμβλωση και, συγκεκριμένα, αντιτίθενται σ' αυτήν (Voth, 1989). Σύμφωνα με το McFarlane και τους συνεργάτες του, την εποχή της Καινής Διαθήκης, η άμβλωση ήταν ευρύτατα διαδεδομένη και δεν αποτελούσε έγκλημα, γιατί επικρατούσε η υποστηριζόμενη από την φιλοσοφία άποψη, ότι το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος, αλλά αποτελεί μέρος των σπλάχνων της γυναίκας. Κατά τη Ρέκλου (2005), στην Παλαιά Διαθήκη, στοιχεία από την Πεντάτευχό της μαρτυρούν πως η πράξη της άμβλωσης τιμωρούνταν και μάλιστα με θάνατο, ενώ παράλληλα στην Καινή Διαθήκη ο Απόστολος Παύλος κατατάσσει τη χρήση αμβλωτικών φαρμάκων στα μεγαλύτερα εγκλήματα. Σύμφωνα με την Ρουλακου και την ομάδα της (1996), μελετήθηκαν η νομοθεσία και τα κείμενα των σημαντικότερων ιατρικών συγγραφέων των βυζαντινών χρόνων (325-1453 μ.Χ.), με αναφορές στην έκτρωση, στη θεολογική και επιστημονική της προσέγγιση και στην ηθική πτυχή αυτού του κοινωνικού, ιατρικού και νομικού προβλήματος. Σύμφωνα με αυτά, η θεωρητική βάση είναι απόλυτα επηρεασμένη από το χριστιανικό πνεύμα, σύμφωνα με την οποία καταδικάζεται κάθε μορφή έκτρωσης, εκτός από όσες γίνονται αποδεκτές για ιατρικούς λόγους. Στην πραγματικότητα, η θρησκεία υποστήριξε ότι η σύλληψη του εμβρύου αποτελεί και την αρχή της ζωής και ότι το έμβρυο αποτελεί ζωντανό πλάσμα. Όλη η νομοθεσία του Βυζαντίου από τα πρώτα χρόνια, καταδίκασε εξίσου τις αμβλώσεις. Συνεπώς, η εμβρυοκτονία θεωρήθηκε ίση με τη δολοφονία και την παιδοκτονία· το αποτέλεσμα μιας τέτοιας πράξης ήταν αυστηρές τιμωρίες για όλα τα πρόσωπα που συμμετείχαν σε μια τεχνική έκτρωσης, βασιζόμενη, είτε σε φάρμακα είτε σε άλλες μεθόδους. Οι τιμωρίες μπορούσαν να επεκταθούν σε εξορισμό, κατάσχεση της περιουσίας και θάνατο. Οι γιατροί ακολούθησαν την παράδοση της αρχαίας Ελλάδας, ενσωματώνοντας στον Ιπποκράτειο όρκο τις ιδέες προηγούμενων φιλοσόφων: «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμου, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε· ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω» (Λασκαράτος, 2003). Η ορθόδοξη πίστη ενίσχυσε αυτή την άποψη για προστασία κάθε ανθρώπινης ζωής. Από την άλλη, Κράτος και Εκκλησία δέχτηκαν την άμβλωση σε περιπτώσεις όπως η πρόληψη επικίνδυνων συνθηκών της εγκυμοσύνης ή άλλες ανατομικές

δυσκολίες που σχετιζόταν με την εγκυμοσύνη. Τελικά, η επιστήμη, η Εκκλησία και η νομοθεσία είχαν μια κοινή στάση απέναντι στα θέματα σχετικά με την άμβλωση και αυτό το γεγονός αποκαλύπτει μια προσπάθεια να εφαρμοστεί μια δίκαιη πολιτική για τα δικαιώματα του εμβρύου και την προστασία της ανθρώπινης ζωής στη βυζαντινή κοινωνία (Ρουλακού et al., 1996).

## Κεφάλαιο 2° : Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα. Στα έσω ανήκουν οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, η μήτρα και ο κόλπος ή κολεός. Τα έξω γεννητικά όργανα χαρακτηρίζονται, συνολικά, σαν αιδοίο. Τα επιμέρους στοιχεία του αιδοίου είναι το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου, η κλειτορίδα, ο πρόδρομος του κόλπου, οι βολβοί του προδρόμο και οι αδένες του προδόμου ή αδένες του Bartholini. Ως όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων θεωρείται ο παρθενικός υμένας (Καμμάς 2006).

### 2.1. Έσω γεννητικά όργανα

#### Ωοθήκη:

Ο γεννητικός αδένας της γυναίκας ονομάζεται ωοθήκη. Έχει σχήμα ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Το μήκος της είναι 3-6 εκ και το πλάτος 1,5-3,5 εκ. εμφανίζει δύο επιφάνειες την έσω και την έξω, δύο άκρα το άνω και κάτω και δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο.

#### Σάλπιγγες ή ωαγωγοί:

Η σάλπιγγα είναι ένας μυώδης σωλήνας μήκους μέχρι 13 εκ και βρίσκεται κάτω του πυθμένα της μήτρας μέσα στο άνω χείλος του συνδέσμου. Εμφανίζει δύο άκρα το έσω ή μητριαίο και το έξω, το οποίο καταλήγει στην ωοθήκη. Η σάλπιγγα εμφανίζει δύο μοίρες τη έσω ή ισθμική και τη έξω ή λυκιθική.

#### Μήτρα:

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυώδες όργανο, απιοειδούς σχήματος ευρισκόμενη μέσα στο πλατύ σύνδεσμο, τοποθετημένη μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού. Το μήκος της κυμαίνεται μεταξύ 6-8 εκ και το βάρος από 50-60 γρ.

αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο. Ο βλεννογόνος της μήτρας ονομάζεται ενδομήτριο και καλύπτει την κοιλότητα του σώματος και του ισθμού μεταπίπτοντας στον βλεννογόνο της τραχηλικής κοιλότητας.

### **Κόλπος ή κολεός:**

Ο κόλπος είναι ινομυώδεις κυλινδρικός σωλήνας μήκους 8-10 εκ και εύρους 3-5 εκ εκτεινόμενος μεταξύ τραχήλου μήτρας και αιδοίου. Προς τα εμπρός του κόλπου βρίσκεται η ουροδόχος κύστη και όπισθεν το ορθόν. (Κρεατσάς 1998)

## **2.2. Έξω γεννητικά όργανα**

Το **εφήβαιο** ή ο **όρος της Αφροδίτης** είναι τρίγωνο τριχωτό έπαρμα του δέρματος με την βάση προς το υπογάστριο και κορυφή καταλήγουσα προς τα κάτω 3 εκατοστά περίπου άνωθεν του πρωκτού.

Τα **μεγάλα χείλη** βρίσκονται εκτός των μικρών και δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος μήκους 9 εκ. μεταξύ τους δημιουργείται η αιδοϊκή σχισμή. Τα **μικρά χείλη** βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα. παριστούν επίσης πτυχές του δέρματος με άφθονους σμηγματογόνους αδένες.

Η **κλειτορίδα** βρίσκεται μεταξύ των μεγάλων χειλιών. Προσομοιάζει με το ανδρικό πέος και έχει μήκος 5-10 εκ. αποτελείται από τα σκέλη, σώμα και βάλανο.

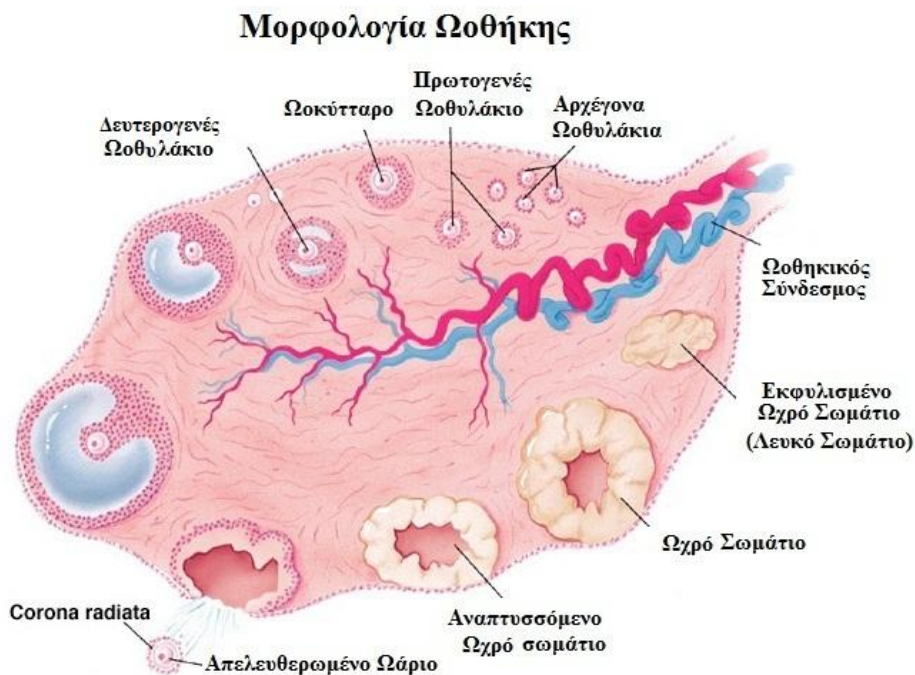
Οι **βαρθολίνειοι αδένες** βρίσκονται κάτω των μεγάλων χειλιών και εκβάλλουν το περιεχόμενό τους με πόρο μήκους 1 εκ στη νυμφουμενική αύλακα.

Οι **βολβοί του προδόμου** εμφανίζουν σχήμα αμυγδάλου και σχηματίζονται από πυκνό φλεβικό πλέγμα που μοιάζει με τα σηραγγώδη σώματα της ανδρικής (Κρεατσάς 1998)



### 2.3. Φυσιολογικός γεννητικός κύκλος

Η ωθήκη αποτελεί τη βασική λειτουργική μονάδα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, γιατί είναι η πηγή παραγωγής των ωαρίων αλλά και των στεροειδών ορμονών του φύλου. Μετά την έναρξη της περιόδου (εμμηναρχή), εμφανίζεται για πρώτη φορά η κυκλική ωοθυλακιορρηξία. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτή συνεργάζονται άρρηκτα ο άξονας υποθαλάμου–υπόφυσης-ωοθηκών με τις στεροειδείς ορμόνες, τις υποφυσιακές γοναδοτροφίνες και τους αυτοκρινείς και παρακρινείς ωοθηκικούς παράγοντες. Το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα της ωθήκης στην αναπαραγωγική περίοδο είναι η πλήρης ωρίμανση μερικών ωοθυλακίων, με αποτέλεσμα την ωοθυλακιορρηξία και την δημιουργία του ωχρού σωματίου, συνακολουθούμενη από μεταβολές στην έκκριση των στεροειδών ορμονών.



Η ανθρώπινη ωθήκη έχει τη δυνατότητα να συνθέσει οιστρογόνα από την 8η εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής, παρόλο που ένα ελάχιστο ποσό στεροειδών ορμονών παράγεται σε όλα τα στάδια της εμβρυϊκής εξέλιξης (Miller, 1988). Κατά τη ενήλικη ζωή, οι ωθήκες, με σκοπό να εξυπηρετήσουν την αναπαραγωγή, παράγουν τις στεροειδείς ορμόνες του φύλου, που

περιλαμβάνουν τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη και τα ανδρογόνα, με ένα ακριβές και ελεγχόμενο μοντέλο έκκρισης, το οποίο ρυθμίζεται μερικά από ορμόνες της υπόφυσης του εγκεφάλου, τις γοναδοτροφίνες (FSH και LH). Τα πιο σημαντικά ωοθηκικά παράγωγα είναι η προγεστερόνη και η οιστραδιόλη. Η ωοθήκη, όμως, εκκρίνει επιπλέον οιστρόνη, ανδροστενδιόνη, τεστοστερόνη και 17-υδροξυπρογεστερόνη (Hillier et al., 1980). Το επικρατές οιστρογόνο που κυκλοφορεί στη συστηματική κυκλοφορία της γυναίκας στην αναπαραγωγική ηλικία είναι η οιστραδιόλη, τα επίπεδα της οποίας ρυθμίζονται από το εξελισσόμενο ωοθυλάκιο και το ωχρό σωματίο. Κατά την εμμηνόπαυση, όμως, το επικρατές οιστρογόνο που κυκλοφορεί είναι η οιστρόνη, με βιολογική ισχύ περίπου στο ένα τρίτο της οιστραδιόλης (Mason, 2002).

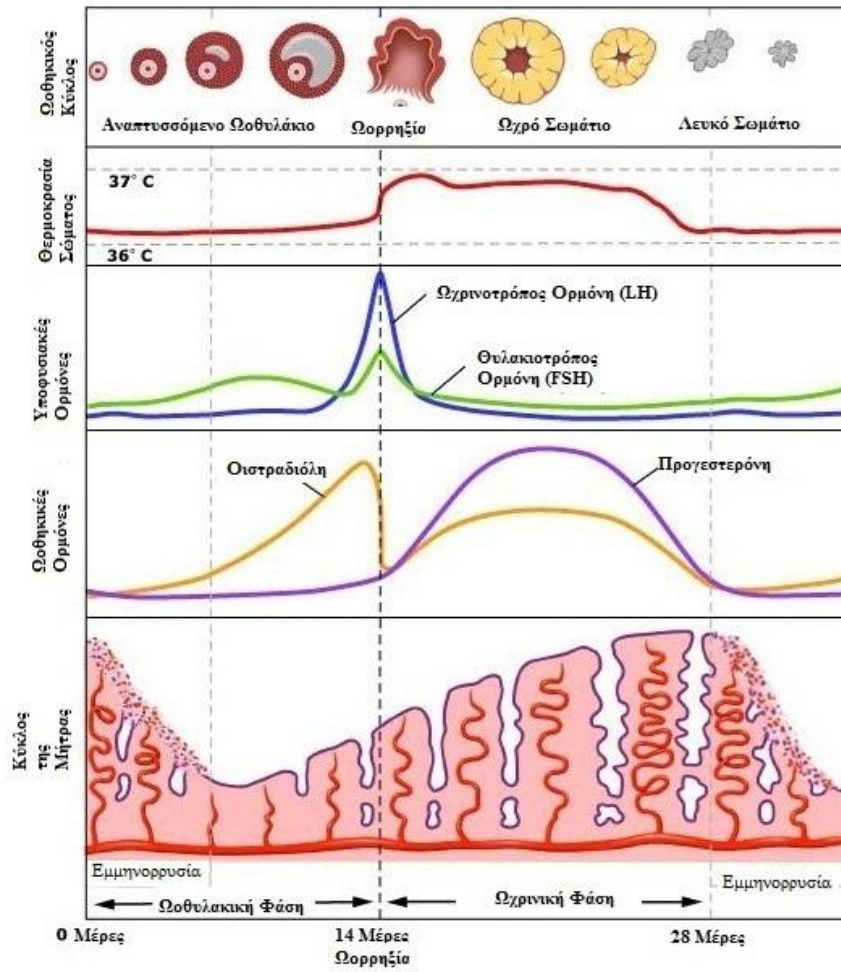
Οι στεροειδείς ορμόνες του φύλου διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο γυναικείο αναπαραγωγικό κύκλο, προετοιμάζοντας τη μήτρα για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Εάν δεν επισυμβεί η εμφύτευση, η ωοθηκική στεροειδογένεση εξασθενεί, το ενδομήτριο εκφυλίζεται και η έμμηνος ρύση ακολουθεί (Ferin, 1974).

Η ωοθυλακιορρηξία τοποθετείται χρονικά στο μέσο του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου, η διάρκεια του οποίου έχει καθοριστεί σχηματικά σε 28 ημέρες περίπου. Κατά την 14η ημέρα, επισυμβαίνει η ρήξη του επικρατούντος ωοθυλακίου και η απελευθέρωση του ωαρίου. Η ωοθυλακιορρηξία είναι το φαινόμενο της ρήξης του ώριμου ωοθυλακίου που επισυμβαίνει περί την 14η ημέρα του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου και οδηγεί στην απελευθέρωση του ωαρίου.

Ο φυσιολογικός γεννητικός κύκλος εκφράζει ένα σύνολο ορμονικών και ιστολογικών μεταβολών, που επαναλαμβάνονται κυκλικά. Παρουσιάζει ρυθμικότητα και διαιρείται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση, διάρκειας 14 ημερών, που ονομάζεται ωοθυλακική ή παραγωγική, αρχίζει από την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία του ώριμου ωοθυλακίου. Στη δεύτερη φάση του γεννητικού κύκλου, που ονομάζεται

ωχρινική ή εκκριτική, το ραγέν ωοθυλάκιο μετατρέπεται σε ωχρό σωματίο, το οποίο συνθέτει προγεστερόνη, μετατρέποντας το παραγωγικό ενδομήτριο σε εκκριτικό και το προετοιμάζει έτσι για την εμφύτευση του τυχόν γονιμοποιημένου ωαρίου.

Τα επίπεδα της προγεστερόνης και της οιστραδιόλης βρίσκονται στο υψηλότερο σημείο οκτώ περίπου ημέρες μετά την αιχμή της LH (Koos, 1989), τη χρονική στιγμή, δηλαδή, που αναμένεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης το ωχρό σωματίο διατηρείται βιολογικά ενεργό για 6-8 εβδομάδες υπό την επίδραση της χοριακής γοναδοτροφίνης και συνεχίζει να παράγει προγεστερόνη. Μετά το χρονικό αυτό διάστημα τη συντήρηση της εγκυμοσύνης αναλαμβάνει ο πλακούντας. Η ζωή του ωχρού σωματίου, εφόσον δεν επέλθει γονιμοποίηση, διαρκεί 14, περίπου, ημέρες, συντηρούμενη υπό την επίδραση της LH. Η απουσία εγκυμοσύνης οδηγεί σε εκφύλιση του ωχρού σωματίου και αντικατάστασή του με συνδετικό ιστό, οπότε δημιουργείται το λεγόμενο λευκό σωματίο. Η εκφύλιση του ωχρού σωματίου συνοδεύεται από δραματική ελάττωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, με αποτέλεσμα την μη υποστήριξη του ενδομητρίου και την απόπτωση της λειτουργικής του στοιβάδας με την εμφάνιση της εμμηνου ρύσεως.



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Αυτόματες εκτρώσεις

### 3.1. Ορισμοί αυτόματων εκτρώσεων

Ως αυτόματη έκτρωση ορίζεται η διακοπή της κύησης πριν από την 20<sup>η</sup> συμπληρωμένη εβδομάδα της κύησης, όπως αυτή υπολογίζεται από την ημερομηνία της έναρξης της τελευταίας εμμηνορυσίας, και όταν το έμβρυο ζυγίζει κάτω από 500 γραμμάρια. Ο ορισμός αυτός είναι αποδεκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πολλοί συγγραφείς ορίζουν ως αυτόματη έκτρωση τη διακοπή της κύησης που οριοθετείται μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα της ηλικίας της, που ισχύει και για την Ελληνική νομοθεσία. Η 24<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης θεωρείται ως όριο βιωσιμότητας ή όταν το έμβρυο έχει τη δυνατότητα να επιβιώσει στο εξωμήτριο περιβάλλον. Τουλάχιστον μια στις δέκα κυήσεις του πρώτου τριμήνου καταλήγουν σε αυτόματη έκτρωση. Η πλειονότητα (πάνω από το 90%) των αυτόματων εκτρώσεων συμβαίνουν πριν από την 8<sup>η</sup> εβδομάδα κυήσεως. Σε αυτή τη χρονική περίοδο, η προσκόλληση του χορίου με τον βασικό φθαρτό είναι σχετικά χαλαρή και εύκολα μπορεί να διαταραχθεί. Ο σχηματισμός μικρού αιματώματος που μπορεί να σχηματιστεί κατά την αρχόμενη αποκόλληση, επιτείνει περαιτέρω την αποκόλληση και καταλήγει σε αποβολή του κυήματος. Ο όρος της αυτόματης έκτρωσης δεν αποτελεί ούτε διάγνωση ούτε ασθένεια, αλλά μια περιγραφή ενός γεγονότος, το οποίο επέρχεται ως αποτέλεσμα μιας ή περισσότερων φυσικών διαταραχών (Ιατράκης 2004, 2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007).

### 3.2. Αίτια αυτόματων εκτρώσεων

Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν μια αποβολή είναι πολυάριθμα και μπορεί να προέρχονται είτε από την μητέρα (μητρικά αίτια) είτε από το έμβρυο (εμβρυικά αίτια) ή σπανιότερα και από τον πατέρα.

### 3.2.1. Εμβρυϊκά αίτια

Ανώμαλος καρυότυπος του εμβρύου, ανώμαλη ανάπτυξη του ζυγωτού και μεγάλη ηλικία γεννητικού κυττάρου: Το πιο κοινό μορφολογικό εύρημα στην αυτόματη αποβολή είναι μια ανωμαλία στην ανάπτυξη του ζυγωτού και σε μερικές περιπτώσεις και του πλακούντα.

Ανευπλοειδή έμβρυα: Οι χρωμοσωμιακές ανωμαλίες είναι πολύ συχνές ανάμεσα στα έμβρυα που αποβάλλονται αυτόματα και αποτελούν τον επικρατέστερο αιτιολογικό παράγοντα διακοπής εγκυμοσύνης. Έως και 50-60% των αυτόματων αποβολών σχετίζονται με χρωμοσωμιακές ανωμαλίες του εμβρύου.

Ευπλοϊδική αποβολή: Τα  $\frac{3}{4}$  των ανευπλοειδικών κυήσεων αποβάλλονται πριν την 8η εβδομάδα ενώ οι ευπλοειδικές αποβολές είναι πιο συχνές γύρω στην 13η εβδομάδα.

Δυσπλασίες του εμβρύου, λόγω ανώμαλης χρωμοσωμιακής σύνθεσης του γονιμοποιημένου ωαρίου έως και 50% του συνόλου των αυτόματων εκτρώσεων (τρισωμίες συχνότερη η 16, 21 ή σύνδρομο Down και 22, η μονοσωμία X, η τριπλοειδία, τετραπλοειδία, οι μετατοπίσεις, ο μωσαϊκισμός και η πολυπλοειδωση) (Καρπάθιος 1998,2001, Κρεατσάς 1998).

### 3.2.2. Μητρικά αίτια

#### Γενικά

Μη ρυθμιζόμενες παθήσεις ενδοκρινών:

- ✓ Υποθυρεοειδισμός: Η εμφάνιση κλινικού υποθυρεοειδισμού δε φαίνεται να σχετίζεται με κάποιο υψηλό ποσοστό αποβολών.
- ✓ Σακχαρώδης Διαβήτης: Ευθύνεται για σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες είναι ένα από τα κύρια αίτια αυτόματων εκτρώσεων.

Ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης με υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα στο πρώτο τρίμηνο.

- ✓ Υπερανδρογοναιμία
- ✓ Ανεπάρκεια έκκρισης προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο: Η αναποτελεσματική έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο και τον πλακούντα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει το ποσοστό των αποβολών. Υψηλά ενδομητρικά επίπεδα της φλοιοτρόπου ορμόνης ανιχνεύτηκαν σε γυναίκες με ιστορικό δύο τουλάχιστον αυτόματων αποβολών. Έχει αναφερθεί πως τα μη φυσιολογικά επίπεδα μιας ή περισσότερων ορμονών μπορεί να βοηθήσουν στην πρόβλεψη αποβολής. Ωστόσο, οι μειωμένες τιμές των ορμονών αυτών είναι συνήθως το αποτέλεσμα και όχι η αιτία της πρόκλησης αποβολής. Η διάγνωση τίθεται με τον προσδιορισμό της τιμής της προγεστερόνης κατά το μέσον της ωχρινικής φάσης (την ημέρα του peak) που θα πρέπει να είναι πάνω από 9 ng/MI ή μέσω ενδομήτριας βιοψίας 3 ή και περισσότερων μερών εκτός συγχρονισμού με τις ημέρες του κύκλου και σε διάρκεια 2 συνεχόμενων κύκλων.
- ✓ Οξείες και χρόνιες παθήσεις : (χρόνιες καρδιαγγειακές νόσοι που σχετίζονται με υπέρτασική ή νεφρική νόσο, συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος). Στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης οι χρόνιες νόσοι όπως η φυματίωση και η καρκινομάτωση πολύ σπάνια έχουν προκαλέσει αποβολές. Η υπέρταση επίσης δεν φαίνεται να προκαλεί συχνά αποβολές πριν τις 20 εβδομάδες, αλλά μάλλον μπορεί να οδηγήσει σε γέννηση νεκρού εμβρύου και πρόωρο τοκετό. Η στεατόρροια έχει αναφερθεί ότι προκαλεί ανδρική και γυναικεία στειρότητα καθώς και επαναλαμβανόμενες αποβολές.
- ✓ Θρομβοφιλίες(Γενετικά καθορισμένες- ανεπάρκεια πρωτεϊνών C και S, ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III, μετάλλαξη του F V Leiden(πρώιμη και όψιμη εμβρυική ανωμαλία), μετάλλαξη του FII G20210A(πρώιμη εμβρυική απώλεια), μετάλλαξη της MTHFR(C677T) και Επίκτητες- Παθολογική αύξηση των αιμοπεταλίων, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, αντιπηκτικό λύκου, καρδιολιπίνες, νόσοι κολλαγόνου, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Φάρμακα, οξεία λεμφογενής λευχαιμία)
- ✓ Έντονη σωματική καταπόνηση, διατροφή και χρήση ουσιών.

- ✓ Έντονες ψυχολογικές και ψυχικές αντιδράσεις της εγκύου. Είναι διαπιστωμένο ότι το στρες μέσω των επιδράσεων του, στον φλοιό και στην συνέχεια στον υποθάλαμο και την υπόφυση, είναι δυνατόν να επηρεάσει την ορμονική ισορροπία και να διαταράξει τελικά την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.
- ✓ Λοιμώξεις ή άλλες παθήσεις της μητέρας (σύφιλη, τοξοπλάσμωση, χλαμύδια, έρπητας, μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα γονόκοκκος, λοίμωξη από μεγαλοκυτταριό) : Μερικές χρόνιες λοιμώξεις είναι αποδεδειγμένο ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση αποβολών. Στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το *Toxoplasma gondii* προκαλεί αποβολές στον άνθρωπο είναι αβέβαια. Δεν υπάρχουν επίσης στοιχεία να αποδεικνύουν πως η *Listeria monocytogenes* ή τα *Chlamydia trachomatis* προκαλούν αποβολές. Το σύμπλεγμα των ερπητοϊών έχει συσχετιστεί με ένα αυξημένο ποσοστό εμφάνισης αποβολών το οποίο προέρχεται από τη λοίμωξη των γεννητικών οργάνων κατά το πρώτο ήμισυ της εγκυμοσύνης.
- ✓ Ηλικία της γυναίκας (άνω των 35 και κάτω των 15 )
- ✓ Φάρμακα και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:
  - Ø Καπνός: Για τις γυναίκες που καπνίζουν πάνω από 14 τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος είναι δύο φορές πιο μεγάλος από το γενικό πληθυσμό και ανεξάρτητος από την ηλικία της γυναίκας και την λήψη αλκοόλ.
  - Ø Αλκοόλ: Οι αυτόματες αποβολές δείχνουν να αυξάνονται ακόμα και με τη μέτρια λήψη αλκοόλ.
  - Ø Καφεΐνη: Η κατανάλωση καφέ πάνω από 4 κούπες την ημέρα δείχνει να αυξάνει κατά το ελάχιστο τον κίνδυνο αποβολής.
  - Ø Ραδιενέργεια: Σε σημαντικές δόσεις η ραδιενέργεια είναι ένα αναγνωρισμένο εκτροπικό.
  - Ø Αντισυλληπτικά: Οι ενδομήτριες συσκευές όπως τα σπιράλ έχουν ενοχοποιηθεί ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εκδήλωση σηπτικής αποβολής μετά την αποτυχία τους σαν αντισυλληπτική μέθοδος.
  - Ø Περιβαλλοντολογικές τοξίνες: Τα πτητικά αναισθητικά έχουν περιπλεχθεί σαν αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης αποβολών. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες βάση



των οποίων θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί κάποιος περιβαλλοντολογικός παράγοντας. Ωστόσο, το αρσενικό, ο μόλυβδος, η φορμαλδεΐδη, η βενζίνη και το αιθυλένιο μπορεί να οδηγήσουν σε αποβολή. Τα μικροκύματα και ο υπέρηχος δε δείχνουν να επιδρούν αρνητικά και να προκαλούν αποβολές (Καρπάθιος 1998,2001, Κρεατσάς 1998, Garmel 2003, Ιατράκης 2004, Beckman et al 2002).

### Τοπικά

▼ *Ανωμαλίες διάπλασης μήτρας:* Οι ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας αποτελούν μια μεγάλη ομάδα με διαφορετικές παθολογικές περιπτώσεις των οποίων η σημασία για τις επανειλημμένες αποβολές διαφέρει ανάλογα με το είδος της ανωμαλίας. Επειδή οι ανωμαλίες αυτές διαγιγνώσκονται εύκολα αντίθετα με άλλες, όπως οι χρωμοσωματικές, ή οι ανοσολογικές, φαίνεται ότι έχουν θεωρηθεί υπεύθυνες για αποβολές οι οποίες οφείλονται σε άλλη συνυπάρχουσα παθολογία. Εξάλλου, οι εξετάσεις όπως η υστεροσαλπιγγογραφία ή το υπερηχογράφημα, οι οποίες οδηγούν σε ανεύρεση τυχόν τέτοιων ανωμαλιών γίνονται συχνά σε γυναίκες με ιστορικό υπογονιμότητας ή αποβολών, αντίθετα με εξετάσεις που οδηγούν σε ανεύρεση άλλης πιθανής αιτιολογίας (όπως οι ανοσολογικές εξετάσεις). Όσον αφορά τις ανωμαλίες διαπλάσεως, η διθάλαμη μήτρα σχετίζεται με το υψηλότερο ποσοστό αποβολών, το οποίο φτάνει από 26% έως και 94%,σε κάποιες μελέτες. Το ποσοστό για τη μονόκερη μήτρα φτάνει μέχρι και το 47%, αλλά ελαττώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται ο αριθμός των κυήσεων. Το ίδιο ισχύει και για την δίκερη. Οι τελευταίες αυτές ανωμαλίες σχετίζονται κυρίως με όψιμες αποβολές ( 2ου τριμήνου ) ή πρόωρους τοκετούς. Η υποπλασία της μήτρας αντίθετα, ανευρίσκεται κυρίως σε περιπτώσεις πρώιμων αποβολών. Στις περιπτώσεις αυτές, ο αριθμός των αποβολών αυξάνεται σημαντικά. Η ενδομήτρια έκθεση σε διαιθυλοοστυλβεστρόλη (DES) η οποία είναι υπεύθυνη και για υποπλαστικές μήτρες διπλασιάζει τον κίνδυνο για αποβολές.

- ✓ Τοπογραφικές ανωμαλίες της μήτρας (οπίσθια κλίση και κάμψη )
- ✓ Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου (συγγενής ή μετά από αποξέσεις )
- ✓ Ενδομητρικές συμφύσεις επειδή το ανεπαρκές ενδομήτριο δεν μπορεί να υποστηρίξει την κύηση, οι οποίες προήλθαν από τεχνητές εκτρώσεις.
- ✓ Ινομύματα (Υποβλενογόνια, Ενδοτοιχωματικά), Πολύποδες.
- ✓ Εγκατάσταση του εμβρύου στο κατώτερο τμήμα της μήτρας.
- ✓ Τραύματα που μπορεί να προκληθούν από επεμβάσεις (λαπαροτομία), εξωτερικές κακώσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, από βία ή ατύχημα ή προσπάθεια να προκληθεί έκτρωση ή δύσκολους τοκετούς, που συνεπάγονται ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου.
- ✓ Ο θηλασμός, όταν η γυναίκα που θηλάζει είναι συγχρόνως και έγκυος, μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση από τις συσπάσεις του μυομητρίου, από το αντανακλαστικό του θηλασμού.
- ✓ Πολυτεκνία, βραχύ μεσοδιάστημα μεταξύ διαδοχικών κυήσεων και πολύδυμη κύηση (Καρπάθιος 1998,2001, Κρεατσάς 1998, Garmel 2003, Ιατράκης 2004, Beckman et al 2002).

### 3.2.3. Πατρικά αίτια

Λίγα πράγματα είναι προς το παρόν γνωστά για την συμβολή του πατέρα σαν αιτία αποβολής. Βέβαια η χρωμοσωμιακή ανωμαλία σπέρματος μπορεί να αποτελέσει κάποιο αιτιολογικό παράγοντα καθώς επίσης και η προχωρημένη ηλικία του (Καρπάθιος 1998,2001, Κρεατσάς 1998).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Τεχνικές εκτρώσεις

### 4.1. Ορισμός Τεχνικών εκτρώσεων

Η βίαιη διακοπή της κύησης, πριν το έμβρυο γίνει βιώσιμο, ονομάζεται εναλλακτικά Τεχνητή Έκτρωση ή άμβλωση. Ο εναλλακτικός όρος τεχνητή έκτρωση δηλώνει την τεχνητή δημιουργία διαστολής του τραχήλου και αφαίρεσης του κυήματος. Διακρίνεται σε α) πρώιμη, όταν η άμβλωση διενεργείται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, και β) όψιμη, όταν συμβαίνει μεταξύ της 12<sup>ης</sup> κ 24<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης. Το αποβαλλόμενο έμβρυο, στις περιπτώσεις αυτές δεν υπερβαίνει σε βάρος τα 500gr και σε μήκος τα 18cm και φυσικά δεν καταχωρείται στο ληξιαρχείο ούτε στα ζωντανά, ούτε στα νεκρά νεογνά.

Η άμβλωση γίνεται κατόπιν επιθυμίας και συγκατάθεσης της μητέρας και η νομιμότητα της, υπό ορισμένες προϋποθέσεις έχει υιοθετηθεί σε πολλές χώρες. Η τεχνητή διακοπή της κύησης ανάλογα με τους λόγους που οδηγούν στην εκτέλεση της, διακρίνεται σε: α) Θεραπευτική έκτρωση ή ιατρικά ενδεδειγμένη ή νόμιμη, β) Εκλεκτική ή εθελοντική έκτρωση, γ) Εγκληματική ή παράνομη. Υπολογίστηκε ότι κατ' έτος ΤΕ στην Αγγλία και στην Ουαλία είναι περισσότερες από 150000. Από αυτές, το 55% γίνονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι υπόλοιπες σε ιδιωτικές κλινικές. Με ανεπίσημα στοιχεία αυτός ο αριθμός υπολογίζεται μεγαλύτερος για την Ελλάδα (Ιατράκης 2004, 2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Καρπάθιος 1998, Τοκμακίδης 2000, Lour et al 2007, Gaffiend, Kar and Raul 2009).

### 4.2. Θεραπευτική έκτρωση ή ιατρικά ενδεδειγμένη ή νόμιμη

Η τεχνητή διακοπή της κύησης εκτελείται για να μην επιβαρυνθούν *παθολογικές καταστάσεις* της εγκύου με την συνέχιση της εγκυμοσύνης που θα είχαν ως αποτέλεσμα να τεθεί σε κίνδυνο η ζωή και η υγεία της, ή όταν έχουν διαπιστωθεί σοβαρές χρωματοσωματικές ή γενετικές εμβρυικές ανωμαλίες.

Για την προγεννητική διάγνωση των γεννητικών παθήσεων του εμβρύου εφαρμόζονται διάφορες διαγνωστικές και επεμβατικές δοκιμασίες με τις οποίες προσφέρεται η δυνατότητα απόκτησης όλων των απαραίτητων πληροφοριών για τις ενδομήτριες παθήσεις και ανωμαλίες του εμβρύου είναι:

- ✓ Αποκλειστική χρήση υπερήχων (υπερηχογραφική απεικόνιση του εμβρύου, του πλακούντα και του αμνιακού υγρού)
- ✓ Λήψη χοριακών λαχνών (9<sup>ης</sup>-12<sup>ης</sup> εβδομάδας, αφαιρούνται 10-25mg χοριακών λαχνών κάτω από συνεχή υπέρηχο)
- ✓ Αμνιοπαρακέντηση (15<sup>ης</sup> -17<sup>ης</sup> εβδομάδας και αποτελεί τη συχνότερη μέθοδο προγεννητικής διάγνωσης. Πρόκειται για διακοιλιακή παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και αναρρόφηση αμνιακού υγρού, ταυτόχρονη χρήση υπερήχου )
- ✓ Ομφαλιδοκέντηση (18<sup>ης</sup>-19<sup>ης</sup> εβδομάδας για λήψη εμβρυϊκού αίματος)
- ✓ Βιοψία δέρματος και των μυών του εμβρύου (μετα την 17<sup>η</sup> κ 20<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης).
- ✓ 3-D και 4-D Υπερηχογραφία (τρισδιάστατη απεικόνιση εμβρύου) Ένα διαγνωστικό πλεονέκτημα της 3D υπερηχογραφίας παρατηρήθηκε σε 51-64% των περιπτώσεων. Το 3D υπερηχογράφημα βρέθηκε να είναι χρήσιμο στο να ανιχνεύσει ή στο να επιβεβαιωθεί στην ανίχνευση ενός ευρέος φάσματος εμβρυϊκών ανωμαλιών. Η χρησιμότητα της 3D υπερηχογραφίας σε σύγκριση με την 2D για την λήψη μιας καλύτερης εικόνας του εμβρύου και την επίτευξη μιας καλύτερης καταμέτρησης του κεφαλο-ουραίου μήκους καθώς και άλλων μετρήσεων του πρώτου τριμήνου, όπως την μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας. Αυτό είναι δυνατό με την περιστροφή του όγκου (δηλ. το έμβρυο) ώστε να γίνουν οι μετρήσεις. Η αυχενική διαφάνεια μπορεί να μετρηθεί καλύτερα με τον τρισδιάστατο υπερηχογράφημα σε σχέση με 2D λόγω του καλύτερου προσδιορισμού θέσης του εμβρύου. Επιπλέον, στο πρώτο τρίμηνο η τρισδιάστατη υπερηχογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μελετήσει τις σχέσεις μεταξύ του εμβρύου, του αναπτυσσόμενου πλακούντα και της κοιλότητας του αμνιακού υγρού. Σε γυναίκες με ινομυώματα, οι σχέσεις μεταξύ της ανάπτυξης του πλακούντα, της κυκλοφορίας και των ινομυωμάτων μπορούν να εκτιμηθούν καλύτερα και να υπολογιστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια ο κίνδυνος για πιθανή

πρώιμη αποβολή του εμβρύου. Η 3D υπερηχογραφία μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός και γρήγορος τρόπος στον προσδιορισμό του φύλου του εμβρύου κατά το πρώτο τρίμηνο. Το 3-D και 4-D υπερηχογράφημα δίνει την δυνατότητα καλύτερης εικόνας του εμβρύου έτσι ώστε να εκτιμηθεί αποτελεσματικά η κατάσταση του και να προσδιοριστούν τυχόν ανωμαλίες.

- ✓ Εμβρυικά λεμφοκύτταρα, ερυθροκύτταρα και κύτταρα της τροφοβλάστης στην μητρική κυκλοφορία όπου η συλλογή τους θα εξασφάλιζε την προγεννητική διάγνωση χωρίς εμβρυοεπεμβατικές τεχνικές (Ιατράκης 2004, 2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Καρπάθιος 1998, Τοκμακίδης 2000, Lour et al 2007, Gaffiend, Kar and Raul 2009).

#### Μέθοδος ανάλυσης χρωμοσωμάτων:

#### **ΑΜΕΣΑ**

- α) Σε κύτταρα αμνιακού υγρού
- β) Σε κύτταρα χοριακής λάχνης

#### **ΕΜΜΕΣΑ**

Σε θετικό τεστ προγεννητικού ελέγχου, έχει παρατηρηθεί ότι οι βιοχημικοί δείκτες στον ορό της εγκύου συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα η κύηση να αφορά χρωμοσωματικά μη φυσιολογικό έμβρυο, ιδιαίτερα έμβρυο με τρισωμία 21. Οι κυριότεροι από τους δείκτες αυτούς είναι η **α- εμβρυϊκή σφαιρίνη (αFP)**, η **β- χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG)**, η **ελεύθερη οιστριόλη (uE<sub>3</sub>) στον ορό της μητέρας τη 16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης**. Συνεκτιμώντας τα επίπεδα των βιοχημικών δεικτών με την ηλικία της εγκύου, είναι δυνατόν να καθορισθεί ο κίνδυνος απόκτησης παιδιού με χρωμοσωματική ανωμαλία. Στις περιπτώσεις αυτές, συνίσταται προγεννητικός έλεγχος με αμνιοπαρακέντηση.

**Ανίχνευση συνδρόμου DOWN με προσδιορισμό βιοχημικών δεικτών:**

Ανίχνευση στον **ορό της εγκύου**: Η εξέταση αυτή γίνεται μεταξύ 16<sup>ης</sup> και 18<sup>ης</sup> εβδομάδας. Μετά από αιμοληψία, μετρούνται η aFP, η hCG, η E3 που παράγονται από το έμβρυο και περνούν στην κυκλοφορία του αίματος της μητέρας. Σε συνδυασμό με την ηλικία της εγκύου, το βάρος και την εβδομάδα κύησης, οι δείκτες χρησιμεύουν στο να προσδιορίζουν (μέσω ειδικού προγράμματος ηλεκτρονικού υπολογιστή) τον κίνδυνο που διατρέχει το έμβρυο, που κυοφορεί η συγκεκριμένη γυναίκα, να έχει σύνδρομο Down ή άλλες χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, π.χ η ανεγκεφαλία και η δισχιδής ράχη. Συγκεκριμένα, σε έμβρυα με σύνδρομο Down ανιχνεύεται χαμηλή AFP, χαμηλή uE3 και υψηλή hCG ενώ σε έμβρυα με τρισωμία 18 όλοι οι προηγούμενοι δείκτες είναι χαμηλοί.

Υπάρχουν, όμως και ορισμένες περιπτώσεις όπου η έκθεση της εγκύου και του εμβρύου σε **επικίνδυνους βλαπτικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες** μπορεί να είναι καταλυτική και να οδηγήσει σε θεραπευτική αποβολή μιας κύησης. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- **Φάρμακα**: Τα περισσότερα φάρμακα περνούν τον πλακούντα με παθητική διάχυση. Ευκολότερα περνούν ουσίες με μεγάλη λιποδιαλυτότητα, μικρό ιονισμό σε pH 7.40 και μοριακό βάρος μικρότερο του 1000, π.χ. τα πτητικά αναισθητικά περνούν ευκολότερα από τις αμινογλυκοσίδες, τον πλακουντιακό φραγμό. Φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ και τον πλακούντα της μητέρας, γίνονται υδατοδιαλυτά και περνούν πιο δύσκολα στο έμβρυο.
- **Ακτινοβολία**: Ιονίζουσα και μη ιονίζουσα ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, ραδιενέργεια ( το ράδιο δρα στο στάδιο της εμβρυογένεσης και μπορεί να προκαλέσει *δυσμορφίες άκρων, δισχιδή ράχη, μικροκεφαλία, κ.α*). Ο κίνδυνος είναι αυξημένος

μόνο όταν η δόση φθάνει τα 5 rad. Ο κίνδυνος βλαβών στο έμβρυο είναι 0,1% για κάθε rad.

- **Χημικοί παράγοντες:** Οι χημικοί παράγοντες μπορούν να εισέλθουν στο σώμα μέσω διαφόρων οδών: **εισπνοή, κατάποση, διαδερμική διείσδυση, δερματική απορρόφηση.**
  - Ουσίες που έχουν επισημανθεί με τις παρακάτω φράσεις κινδύνου της οδηγίας 64/548/ΕΟΚ όπως το **R45** (μπορεί να προκαλέσει Ca) **R46** (μπορεί να προκαλέσει Ca δια εισπνοής) **R61** (βλάπτει το αγέννητο παιδί κατά την κύηση) **R63** (κίνδυνος δυσμενών επιδράσεων στο αγέννητο παιδί κατά την κύηση)
  - **Αντιμιτωτικά (κυτταροτοξικά) φάρμακα:** μπορούν να προκαλέσουν, μακροπρόθεσμα, βλάβη στις γενετικές πληροφορίες του σπέρματος και των ωαρίων. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, μια γυναίκα, μετά από τέτοια θεραπεία, επιτρέπεται να μείνει έγκυος μετά την παρέλευση ενός ή ενάμισι χρόνο.
  - **Μόλυβδος και τα παράγωγα του** (οδηγεί σε αναπτυξιακά προβλήματα, ιδίως του νευρικού συστήματος και των αιμοποιητικών οργάνων).
  - **Αρωματικοί Υδρογονάνθρακες** (έχουν αποδειχθεί τερατογόνοι για το έμβρυο. Ακόμη έχουν αναφερθεί αυξημένη συχνότητα ανεγκεφαλίας και μηνιγγομυελοκήλης στην Ιρλανδία όπου έτρωγαν πατάτες προσβεβλημένες από «καπνιά»).
  - Επίσης, άλλες χημικές ουσίες όπως **οι χρωστικές μαλλιών, η νικοτίνη, τα ναρκωτικά, το οινόπνευμα** σε μεγάλες ποσότητες μπορούν να προκαλέσουν εμβρυϊκές ανωμαλίες (Ιατράκης 2004, 2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007,

*Καρπάθιος 1998, Τοκμακίδης 2000, Γιαννοπούλου 2005, Λώλης 1995, Becker et al 2008).*

### **4.3. Εκλεκτική ή εθελοντική έκτρωση**

Ορίζεται η διακοπή της κύησης, πριν τη βιωσιμότητα του εμβρύου, που εκτελείται για να καταστρέψει το κύημα με τη συγκατάθεση της μητέρας, όχι για λόγους μητρικής υγείας ή εμβρυϊκής νόσου, αλλά γιατί το επιβάλλουν λόγοι άσχετοι με την υγεία της εγκύου, όπως ηθικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί. Ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο επισκέπτης υγείας και ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εκτιμήσουν το γεγονός του κοινωνικού περιβάλλοντος της γυναίκας. Αυτή η φράση μπορεί να δίνει ώθηση στη πεποίθηση ότι η έκτρωση μπορεί να καταστεί νόμιμη σε κοινωνικά επίπεδα (π.χ. λόγω ανύπαντρης – διαζευγμένης μητέρας), αλλά η πραγματική δοκιμασία είναι στο να ξεπεράσει η γυναίκα τα προσωπικά της προβλήματα, τα οποία έχουν άμεση σχέση με παράγοντες όπως οι συνθήκες διαβίωσης ή η έλλειψη υποστήριξης από το σύζυγο. Οι περιπτώσεις αυτές πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και θα πρέπει να παρέχεται η κατάλληλη βοήθεια από τον κοινωνικό λειτουργό, τον νοσηλεύτη και τον επισκέπτη υγείας.

Η γραπτή συγκατάθεση της γυναίκας πρέπει πάντα να λαμβάνεται πριν τη διακοπή της κύησης. Εάν είναι παντρεμένη και ζει με τον άντρα της, το ζήτημα πρέπει να συζητηθεί και με τον ίδιο, αλλά εάν η ένδειξη είναι κίνδυνος για τη ζωή της ή την υγεία της, η συγκατάθεση του συζύγου της δεν είναι απαραίτητη από το νόμο. Η περίπτωση, κατά την οποία ο σύζυγος αρνείται να συμφωνήσει στην έκτρωση, είναι περισσότερο δύσκολη.

Εάν η γυναίκα είναι ελεύθερη, δε χρειάζεται καμία συγκατάθεση από τον πατέρα του παιδιού. Είναι υποχρεωτικό από το νόμο να υπάρχει συγκατάθεση των γονέων ενός ανύπαντρου κοριτσιού, ηλικίας 16-18 ετών παρ' όλα αυτά, ο γιατρός πρέπει να πάρει και τη δική της συγκατάθεση, πριν προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια. Όταν το κορίτσι είναι κάτω από 16 ετών, οι γονείς της πρέπει να ειδοποιηθούν, ακόμα και αν η κοπέλα αντιτίθεται σε



αυτό. Η κύηση, ωστόσο, δεν πρέπει ποτέ να διακοπεί σε αντίθεση με την επιθυμία της κοπέλας, ανάλογα με την περίπτωση. Οι καταστάσεις αυτές απαιτούν λεπτούς χειρισμούς και η παρέμβαση έμπειρων κοινωνικών λειτουργών και επισκεπτών υγείας σε αυτά τα θέματα, είναι απαραίτητη.

Η καθυστερημένη διακοπή προκαλεί πολλά προβλήματα. Ενέχει αυξημένο κίνδυνο σωματικής και ψυχολογικής νοσηρότητας για τη γυναίκα και την οικογένειά της. Ο νόμος άλλαξε όταν η νόμιμη κυοφορία βιωσιμότητας μειώθηκε από τις 28 εβδομάδες στις 24 εβδομάδες κυοφορίας, εκτός αν το έμβρυο είναι σοβαρά προβληματικό, περίπτωση που μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε κυοφορία (Ιατράκης 2004).

#### **4.4. Εγκληματική ή παράνομη**

Η τεχνητή διακοπή της κύησης ή εκούσια έκτρωση που γίνεται παρεμβατικά πριν το έμβρυο καταστεί βιώσιμο δηλαδή πριν την 24<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, με συναίνεση και αίτηση της εγκύου και όχι για λόγους μητρικής υγείας ή εμβρυϊκής ανωμαλίας αλλά για λόγους που η μητέρα αποφασίζει ότι υπάρχουν και που την οδηγούν σε αυτή της την ενέργεια. Πρόκειται για κύημα ανεπιθύμητο το οποίο καταστρέφεται σκόπιμα (Ιατράκης 2004,2006, Χρυσικόπουλος 2007, Τοκμακίδης 2000).

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Λόγοι τεχνικών εκτρώσεων

Σύμφωνα με έρευνα στην Τρίτη Κλινική Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης κατά το έτος 2000 (από τους Δ. Ρούσσο, Δ. Πανίδα, Β. Καραγιάννη, Α. Κούρτη, Π. Πετρόπουλο και Μ. Μαμόπουλο) από ένα σύνολο 368 εγκύων γυναικών, 265 (72%) ήταν παντρεμένες, 87 (23,6%) ανύπαντρες και 16 (4,4%) χωρισμένες ή χήρες. Ογδόντα οκτώ από αυτές τις γυναίκες (23,9%) δεν είχαν καθόλου παιδιά, 63 (17,1%) είχαν ένα παιδί, 166 (45,1%) δύο παιδιά, 38 (10,3%) τρία παιδιά και 13 (3,6%) είχαν τέσσερα ή περισσότερα παιδιά. Εκατόν εβδομήντα επτά από τις εγκυμονούσες γυναίκες (48,1%) δεν παραδέχτηκαν καμία έκτρωση, 97 (26,4%) είχαν κάνει μία, 40 γυναίκες (10,9%) είχαν κάνει δύο, 17 γυναίκες (4,6%) είχαν από τρεις και 37 γυναίκες (10%) είχαν κάνει από τέσσερις η περισσότερες Τ.Ε..

Οι περισσότερες από τις εγκυμονούσες γυναίκες είχαν ιατρική ασφάλιση, αλλά το ένα τρίτο των γυναικών (118 περιπτώσεις, 32,1%) δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Οι λόγοι που οδήγησαν τις 368 γυναίκες στη διακοπή των κυήσεών τους ήταν ιατρικοί (39 περιπτώσεις, 10,6%), κοινωνικοί (173 περιπτώσεις, 47%) και οικονομικοί (156 περιπτώσεις, 42,4%).

Συμπερασματικά, οι λόγοι που οδήγησαν τις 368 γυναίκες στη διακοπή των κυήσεών τους, ήταν κυρίως κοινωνικο – οικονομικοί (329 περιπτώσεις, 89,4%). Λιγότερο συχνά (39 περιπτώσεις, 10,6%), οι λόγοι ήταν ιατρικοί (Χρυσικόπουλος 2007, Μαρούλης 2007, Τοκμακίδης 2000, Καρπάθιος 2001, Καλογερόπουλος 1996, Γιαννοπούλου 2005, Λώλης 1995, Αραβαντινού 1992).

### 5.1. Ιατρικοί λόγοι

Οι ιατρικοί λόγοι είναι:

- ✓ Ερυθρηματώδη λύκο
- ✓ Ινομύωμα

- ✓ Ψυχικές διαταραχές
- ✓ Ακτινοβολία
- ✓ Υπέρταση
- ✓ Σακχαρώδη διαβήτη
- ✓ Υποθυρεοειδισμό / υπερθυρεοειδισμό
- ✓ Μακροπρολακτίνωμα της ουροδόχου κύστεως
- ✓ Τοξικό ερύθημα

Σημειώνεται ότι ένα ποσοστό των εγκυμονούσων γυναικών (5.2%), οι οποίες έκαναν Τ.Ε., ήταν κάτω των 20 ετών και το 23.9% αυτών δεν είχαν αποκτήσει μέχρι τότε παιδί. Αυτή η παρατήρηση έχει μεγάλη σημασία, αφού ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των γυναικών που έκαναν τουλάχιστον μία Τ.Ε., παρουσίασαν ποικιλία επιπλοκών, ανάμεσα στις οποίες ήταν κυρίως προβλήματα γονιμότητας. Οι πιο σημαντικοί λόγοι για το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της Τ.Ε., όσον αφορά τη γονιμότητα των γυναικών, είναι η διάτρηση της μήτρας, κατακρατημένα προϊόντα σύλληψης και μόλυνσης. Μπορεί, επίσης, να λάβουν χώρα ψυχολογικές διαταραχές τόσο, ώστε οι γυναίκες να φτάσουν στο στάδιο της επίκτητης ψύχωσης.

Μόνο το 10,6% των εγκυμονούσων γυναικών παρουσιάζουν ιατρικούς λόγους Τ.Ε.. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (89,4%) παρουσιάζουν κοινωνικο – οικονομικούς λόγους. Φαίνεται ότι για πολλές κοινωνικές ομάδες η επιλογή της Τ.Ε. συνιστά ένα τρόπο επίλυσης των κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, που προκύπτουν από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αυτή η επιλογή είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την κοινωνικο – οικονομική κατάσταση και την ηθική και κοινωνική κατανόηση του κόσμου, τη δεδομένη στιγμή (Χρυσικόπουλος 2007, Μαρούλης 2007, Τοκμακίδης 2000, Καρπάθιος 2001, Καλογερόπουλος 1996, Γιαννοπούλου 2005, Λώλης 1995, Αραβαντινού 1992).

## **5.2. Κοινωνικοί λόγοι**

Οι κοινωνικοί λόγοι είναι :

- ✓ Οικονομική κατάσταση (της μητέρας/ του ζευγαριού)
- ✓ Κοινωνική κατάσταση (συζυγική κατάσταση της μητέρας: ανύπαντρη, χήρα)
- ✓ Έλλειψη στέγης
- ✓ Πολλά παιδιά στην οικογένεια
- ✓ Οικογενειακό περιβάλλον (επιμονή του πατέρα)
- ✓ Λανθασμένη αντίληψη ότι η έκτρωση αποτελεί τρόπο επίλυσης κοινωνικο – οικονομικών προβλημάτων

Οι νέες οικονομικές συνθήκες που δημιουργούνται μέσω μια κρίσης, διαφέρουν από πρόσωπο σε πρόσωπο, σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση. Συνεπώς, η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα χαμηλής οικονομικής κατάστασης/ τάξης υποδηλώνει πρόσθετα ανυπόφορα οικονομικά βάρη, ενώ η εγκυμοσύνη για μία μέσης τάξης γυναίκα σημαίνει την αλλαγή του τρόπου ζωής, πιο περιορισμένης, όσον αφορά την ικανοποίηση των αναγκών της. Η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα υψηλής κοινωνικής τάξης συνήθως σημαίνει απολύτως τίποτα. Μέτρα πρέπει να ληφθούν για την υποστήριξη υπηρεσιών, όπως τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Θεωρείται σημαντική η διεξαγωγή πολύκεντρων επιστημονικών προγραμμάτων, από τα οποία οι πληροφορίες που θα καταστήσουν μία κρίση ως ανεπιθύμητη, πρέπει να καταγράφονται. Τονίζεται ότι υπάρχουν πολλές παραλλαγές των νόμων για την έκτρωση στην Ε.Ε. και θα ήταν επιθυμητό να αναπτυχθεί μια κοινή ενιαία πολιτική (Χρυσικόπουλος 2007, Μαρούλης 2007, Τοκμακίδης 2000, Καρπάθιος 2001, Καλογερόπουλος 1996, Γιαννοπούλου 2005, Λώλης 1995, Αραβαντινού 1992).

## Κεφάλαιο 6° : Μέθοδοι Τεχνικών εκτρώσεων

Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από το στάδιο της κύησης. Η διακοπή της εγκυμοσύνης γίνεται με την εφαρμογή χειρουργικών τεχνικών ή φαρμακευτικών μεθόδων.

Υπάρχουν 3 κατηγορίες μεθόδων τεχνητής διακοπής της κύησης:

**α )Πρώιμη διακοπή της κύησης**

**β )Τεχνητή διακοπή της κύησης πριν τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα και**

**γ )Τεχνητή διακοπή της κύησης μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα.**

Πριν από την επέμβαση είναι απαραίτητο να γίνεται ο κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος για την αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών. Αρχικά πρέπει να έχει διαγνωσθεί πλήρως και εργαστηριακά η εγκυμοσύνη. Διαγιγνώσκεται με κολπική εξέταση του ιατρού και υπερηχογραφικά. Έτσι αποκλείουμε και τυχόν έκτοπη κύηση.

### **Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:**

- Ομάδα αίματος και ομάδα Rhesus
- Γενική εξέταση αίματος (έλεγχος πήκτικότητας)
- Γενική εξέταση ούρων
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ)
- Ουρία-Σάκχαρο(κυρίως σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας)
- Βιοχημικός έλεγχος διάγνωσης της κύησης
- Υπερηχογράφημα προς επιβεβαίωση ενδομήτριας κύησης.
- Ακτινογραφία θώρακος

Ο βιοχημικός έλεγχος διάγνωσης της κύησης βασίζεται στην **ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG)** στα **ούρα** και στον **ορό** της εγκύου.

Οι τιμές της hCG, μετά τη σύλληψη, φθάνουν στις **100mIU/ml** κατά προσέγγιση, τις 4 πρώτες εβδομάδες της κύησης, από την πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου. Η hCG προσδιορίζεται ως προς β- hCG στον ορό της γυναίκας και είναι **θετική στην κύηση αν βρεθεί άνω των 6mIU/mL, εκτός κύησης**, κυμαίνεται **από 0-6 mIU/ml** (ποσό που εκκρίνεται φυσιολογικά από την υπόφυση).

Η ευαισθησία των ανοσολογικών μεθόδων, των δοκιμασιών αυτών της εγκυμοσύνης, έχει ρυθμιστεί έτσι ώστε να ανιχνεύουν ποσότητα hCG στα ούρα μέχρι **250- 3.500mIU**. Ο λόγος της ρύθμισης της ευαισθησίας των ανωτέρω δοκιμασιών σε αυτά τα επίπεδα είναι ο περιορισμός των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων σε λιγότερο από 5% των περιπτώσεων, λόγω ανίχνευσης και της LH, που έχει, μεγάλη ομοιότητα με την hCG. Επειδή, συνήθως, η στάθμη της LH είναι χαμηλή και η ευαισθησία των δοκιμασιών αυτών της κύησης είναι πάνω από 250-1000 mIU, περιορίζεται η περίπτωση ψευδοθετικού αποτελέσματος, λόγω ανίχνευσης της ορμόνης αυτής.

Σήμερα, το βασικό πρόβλημα στον προσδιορισμό της hCG με την ομοιότητα της με την ωχρινότροπο ορμόνη (LH) έχει αντιμετωπιστεί με τη μέτρηση της β-υπομονάδας της hCG. Έτσι η hCG προσδιορίζεται ραδιοανοσολογικά στο αίμα της γυναίκας και είναι δυνατόν να ανιχνευθεί εγκυμοσύνη και 7 ημέρες μετά τη σύλληψη.

Μέσα σε 48 ώρες από την αποβολή του πλακούντα εξαφανίζεται η χοριακή γοναδοτροπίνη από την μητρική κυκλοφορία. Έχει παρατηρηθεί ότι μέσα σε λίγες ημέρες από την εκκένωση της μήτρας δεν έχει εξαφανιστεί η hCG από τα ούρα ή από τον ορό του αίματος, αναπτύσσεται περίπου στο μισό των περιπτώσεων αυτών, **δεισδυτική μύλη ή χοριοκαρκίνωμα**. Έτσι, σε υψηλές τιμές της hCG, πρέπει πάντα να γίνεται **διαφοροδιάγνωση** με τη μύλη κύηση (Ιατράκης 2004,2006, Deitra and Shannon 2006, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Καρπάθιος 1998, 1996, Τοκμακίδης 2000).

## 6.1. Πρώιμη διακοπή της κύησης

Σε κύησεις μέχρι 7 εβδομάδων από την τελευταία εμμηνορυσία προτιμάται η φαρμακευτική μέθοδος με την χορήγηση κάποιου ανάλογου των προσταγλανδίνων ή/ και αντιπρογεστερόνης( μιφεπριστόνη). Η χορήγηση τους γίνεται κολπικά διότι κάθε άλλος τρόπος προκαλεί δυσάρεστες παρενέργειες.

Η **μισοπροστόλη (Misoprostol)** είναι ένα συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης E<sub>1</sub> που χρησιμοποιείται ευρέως σε μερικές χώρες για την αντιμετώπιση του γαστρικού έλκους. Η ουσία μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα, κολπικά ή από το έντερο. Διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου, δεν εμφανίζει σοβαρές παρενέργειες και τα ενοχλήματα από γαστρεντερικό σύστημα είναι σχετικά ήπια. Επιπλέον, διεγείρει τις συσπάσεις του μυομητρίου και προκαλεί χαλάρωση του τραχήλου. Επομένως, αφού είναι και φθηνότερη από άλλα ανάλογα προσταγλανδινών όπως η Γκεμεπρόστη έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής σε γυναικολογικές επεμβάσεις. Η συγκέντρωση της ουσίας μετά την χορήγηση από στόματος είναι ταχύτερη και φθάνει τις υψηλότερες τιμές σε 12,5-60 λεπτά για να υποχωρήσει βαθμιαία κατά 12% της συγκέντρωσης της αιχμής μετά από 120 λεπτά. Η μισοπροστόλη μπορεί να συνδυαστεί με μεθοτρεξάτη καθώς και με μιφεπριστόνη.

Η **μεθοτρεξάτη (Methotrexate)** είναι κυτταροτοξικό φάρμακο που προκαλεί πρώιμη έκτρωση, στερώντας το φυλλικό οξύ από τα εμβρυικά κύτταρα, έτσι ώστε να μην μπορούν να διαιρεθούν. Το φάρμακο χορηγείται συνήθως ενδομυϊκά, ακολουθούμενο από την τοποθέτηση μισοπροστόλης στον κόλπο. Αν δεν επιτευχθεί έκτρωση, χορηγείται μια ακόμη δόση μισοπροστόλης ή γίνεται αναρροφητική εκκένωση της μήτρας. Οι γυναίκες συνήθως παρουσιάζουν ναυτία, εμέτους και συσπάσεις μετά την εισαγωγή της μισοπροστόλης.

Η **μιφεπριστόνη (Mifepristone)** είναι μια αντιπρογεστερονική ουσία που αναστέλλει την δράση της προγεστερόνης καταλαμβάνοντας εκλεκτικά τον υποδοχέα της στα κύτταρα- στόχους. Σαν αποτέλεσμα αυξάνει την ευαισθησία του μυομητρίου για συσπάσεις σιευκολύνοντας την δράση της

μισοπροστόλης. Η γυναίκα λαμβάνει 600mg μιφεπριστόνης. Μετά από 3 μέρες επιστρέφει στο ιατρείο και λαμβάνει 400mg μισοπροστόλης( εκτός και αν έχει ήδη γίνει έκτρωση και έχει επιβεβαιωθεί). Οι κυριότερες παρενέργειες είναι η αιμορραγία και οι συσπάσεις, αλλά πιθανόν να παρουσιαστούν ναυτία, εμετοί και κεφαλαλγία. Δύο εβδομάδες μετά την χορήγηση μιφεπριστόνης, η γυναίκα θα πρέπει να επανέλθει στο ιατρείο για μια κλινική εξέταση ή υπερηχογράφημα, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ο τερματισμός της κύησης. Στο 5% των περιπτώσεων, τα φάρμακα είναι αναποτελεσματικά και απαιτείται χειρουργική επέμβαση (Ιατράκης 2004,2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μαρούλης 2007, Τοκμακίδης 2000, Καλογερόπουλος 1996, Λώλης 1995, Grossman et al 2007).

## **6.2. Τεχνική διακοπή της κύησης πριν την 12η εβδομάδα**

Στις κύσεις του πρώτου τριμήνου εφαρμόζεται κυρίως η χειρουργική μέθοδος με διαστολή του τραχήλου και εκκένωση της μήτρας με τοπική ή γενική αναισθησία.

### **Διαστολή του τραχήλου**

Για την διενέργεια της επεμβάσεως απαραίτητο είναι η ασθενής να είναι τοποθετημένη στη συνηθισμένη θέση των γυναικολογικών κολπικών επεμβάσεων και να έχει πραγματοποιηθεί η κατάλληλη προεγχειρηματική διαδικασία.

Στη συνέχεια τοποθετούνται ο πρόσθιος και ο οπίσθιος κολποδιαστολέας ή ένα δυσκολόκοπη μητροσκόπιο και συλλαμβάνεται ο τράχηλος της μήτρας με δύο μονοδοντωτές μητρολαβίδες, στην 3<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> ώρα, ή με μία μόνο μητρολαβίδα στην 12<sup>η</sup> ώρα. Ακολουθεί η διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας με ειδικούς μεταλλικούς διαστολείς, που είναι γνωστοί με την ονομασία κηρία του Hegar. Οι διαστολείς αυτοί είναι αριθμημένοι με προοδευτικά αυξανόμενο πάχος ανά 0,5mm και μέχρι τα 25mm.

Η απαιτούμενη κατά περίπτωση διαστολή της μήτρας, σε mm, πρέπει να είναι αντίστοιχη με την ηλικία της κύησης για την αποφυγή τραυματισμού του τραχήλου. Συνήθης διαστολή 7-8mm είναι αρκετή για κύηση 8 εβδομάδων, 9-10mm για κύηση 10 εβδομάδων και 10-11mm για κύηση 11 εβδομάδων. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά την εισαγωγή των κηρίων του Hegar στο



τραχηλικό στόμιο, ώστε να ξεπερνά το έσω του στομίου και η φορά της καμπύλης τους να συμπίπτει με την κλίση και κάμψη του σώματος της μήτρας, που προσδιορίστηκε με τη γυναικολογική εξέταση. Στις περιπτώσεις όπου δεν τηρείται η προϋπόθεση αυτή, είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρές κακώσεις τόσο στη μήτρα όσο και στα παρακείμενα όργανα.

### **Εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας**

Η εκκένωση της μήτρας γινόταν με ξέστρο, αυτό έχει όμως αντικατασταθεί με την μέθοδο της αναρρόφησης κενού. Εκτελείται τοπική αναισθησία στο ιατρείο του γυναικολόγου, στη κλινική ή στο νοσοκομείο. Η αναρροφητική εκκένωση είναι η πλέον σύνηθες μέθοδος που εφαρμόζεται στο πρώτο τρίμηνο, με το 97% όλων των διαδικασιών να εκτελούνται με αναρροφητική απόξεση. Η διαδικασία αναρρόφησης για την εκτέλεση μιας πρώιμης επιλεγμένης έκτρωσης(ο ιδανικός χρόνος είναι από την 8<sup>η</sup> έως τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα από τη τελευταία έμμηνη ρύση) συνήθως απαιτεί λιγότερο από 5 λεπτά. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μία άδεια φιάλη κενού, που συνδέεται μέσω ενός ελαστικού εύκαμπτου σωλήνα με το ειδικό πλαστικό ή μεταλλικό ρύγχος αναρρόφησης, που τοποθετείται μέσα στην ενδομητρική κοιλότητα από το διασταλμένο τραχηλικό στόμιο. Ο αναρροφητικός σωλήνας, που προσφέρεται μέχρι την διάμετρο των 14mm, εισάγεται μετά την αντίστοιχη με την ηλικία της κύησης διαστολή του τραχήλου, στον ενδοτράχηλο και εφαρμόζεται με αντλία κενού της τάξης των 500-600mmHg. Με παλίνδρομες κινήσεις μέσα στο κοίλωμα της μήτρας αναρροφάται το περιεχόμενο της που διοχετεύεται σε γυάλινη φιάλη.

*Μετά το πέρας της ΤΕ επιβάλλεται ο έλεγχος του περιεχομένου της φιάλης κενού, ώστε να βεβαιωθεί η αναρρόφηση όλων των τμημάτων του εμβρύου και επαρκής πλακουντιακός ιστός.*

*Η ιστολογική εξέταση του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας είναι επιβεβλημένη:*

- α) για την επιβεβαίωση της ύπαρξης ενδομήτριας κύησης και***
- β) τον αποκλεισμό της ύπαρξης νόσου του τροφοβλαστικού ιστού.***

Μετά από την έκτρωση η γυναίκα παραμένει στο εξεταστικό κρεβάτι, έπειτα παραμένει στην αίθουσα ανάνηψης ή στο χώρο αναμονής για 1 ή 3 ώρες για να διαπιστωθεί αν υπάρχει υπερβολικός πόνος ή αιμορραγία (Ιατράκης 2004,2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Τοκμακίδης 2000, Κρεατσάς 1998, Καρπάθιος 2001, Αραβαντινού 1992).

### **6.3. Τεχνική διακοπή της κύησης μετά την 12η εβδομάδα**

Η καθυστέρηση της απόφασης για άμβλωση συναντάται κυρίως σε πληθυσμούς με χαμηλό κοινωνικό οικονομικό επίπεδο ή πρόκειται για περιπτώσεις όπου η άμβλωση επιβάλλεται για ευγονικούς λόγους.

#### **Ενδο-αμνιακή έγχυση προσταγλανδινών**

Η χρήση των προσταγλανδινών και των αναλόγων τους αντικατέστησε τη έγχυση υπέρτονου υγρού. Η τεχνική είναι ίδια αλλά οι παρενέργειες αρκετά λιγότερες και ηπιότερες. Σε περίπτωση που η άμβλωση δεν περατωθεί σε διάστημα 12-24 ωρών επαναλαμβάνεται η διαδικασία της ενδο-αμνιακής έγχυσης. Η σύγχρονη χορήγηση ωκυτοκίνης μειώνει αισθητά το χρόνο περάτωσης της άμβλωσης.

Η δοσολογία των διαφόρων προσταγλανδινών και των αναλόγων τους κυμαίνεται για την  $PGF_{2\alpha}$  15-100mg, για την  $PGE_2$  5-10mg και για τα ανάλογα της  $PGF_{2\alpha}$  και της  $PGE_2$  2,5-5mg.

#### **Έξω- αμνιακή έγχυση προσταγλανδινών**

Οι παρενέργειες που προκαλούν οι προσταγλανδίνες μειώνονται σημαντικά εάν η ουσία έρθει σε άμεση επαφή με το τοίχωμα της μήτρας όπως στην περίπτωση της έξω-αμνιακής έγχυσης.

Ένας καθετήρας Foley προωθείται μέσω του τραχήλου όσον το δυνατόν πλησιέστερα στον πυθμένα της μήτρας και χορηγούνται 375 mg  $PGF_{2\alpha}$  την ώρα ή 100-200  $PGE_2$  την ώρα. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί μια συγκεκριμένη ποσότητα κάθε 2 ώρες μέσω μιας ηλεκτρικής αντλίας. Το 15-μεθυλιωμένο ανάλογο της  $PGF_{2\alpha}$  έχει παρατεταμένη δράση όταν χορηγείται

σε 66,5mg ανά ώρα και ο μέσος χρόνος περάτωσης της άμβλωσης είναι 14,5ώρες.

### **Φαρμακευτική μέθοδος**

Η χρήση μισοπροστόλης χρησιμοποιείται για αμβλώσεις δευτέρου τριμήνου κύησης. Η ουσία μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα, κολπικά και σε συνδυασμό χορήγησης από τον κόλπο και το στόμα.

Επίσης μπορεί να χορηγηθεί μιφεπριστόνη 36-48 ώρες πριν τη χορήγηση της μισοπροστόλης με σκοπό τη μείωση του χρόνου της διαδικασίας της άμβλωσης και περιορισμό της ποσότητας της προσταγλανδίνης.

Σε χορήγηση 600mg μισοπροστόλης κολπικά και στη συνέχεια 200mg της ουσίας κάθε 3 ώρες ο μέσος χρόνος περάτωσης της άμβλωσης είναι 16 ώρες και το ποσοστό επιτυχίας 71,4% ενώ εάν η ποσότητα της μισοπροστόλης αυξηθεί σε 400mg κάθε 3 ώρες, το ποσοστό επιτυχίας αυξάνεται σε 83% τις πρώτες 24 ώρες.

Και σε συνδυασμό με μιφεπριστόνη, 800mg μισοπροστόλης κολπικά και 400mg της ουσίας από το στόμα κάθε 3 ώρες, το ποσοστό της επιτυχίας τις πρώτες 24 ώρες αυξάνεται σε 94-98%.

### **Διαστολή και εκκένωση**

Η διαστολή και η εκκένωση μπορούν να εκτελεσθούν μέχρι την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Είναι η κυρίαρχη μέθοδος έκτρωσης, η οποία χρησιμοποιείται μετά το πρώτο τρίμηνο. Ο τράχηλος απαιτεί μεγάλη διαστολή επειδή τα τμήματα του εμβρύου είναι ογκωδέστερα. Συχνά τοποθετούνται λαμινάριες αρκετές μέρες πριν τη διαδικασία. Πρόκειται για κώνο από αποξηραμένα φύκια που διατείνεται καθώς απορροφά την υγρασία και διαστέλλει τον τράχηλο. Τα μειονεκτήματα της διαστολής και της εκκένωσης περιλαμβάνουν ενδεχόμενες μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες επιπτώσεις στον τράχηλο (Ιατράκης 2004,2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Καρπάθιος 1998, Μανταλενάκης 1996, Τοκμακίδης 2000, Αντωνίου 2004).

### **Υστεροτομία ή Υστερεκτομία**

Είναι μια σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του 2<sup>ου</sup> τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή, με τη μόνη διαφορά ότι οι τομές που γίνονται στο κοιλιακό τοίχωμα και στη μήτρα είναι μικρότερες.

Η σχετικά υψηλή όμως θνησιμότητα που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση έναντι των άλλων μεθόδων διακοπής της εγκυμοσύνης με 48/1.000 περιπτώσεις σε γυναίκες μεταξύ 10-29 ετών και 70/1.000 περιπτώσεις σε γυναίκες 30-49 ετών περιορίζει σήμερα τη χρήση της. Η υστερεκτομία διενεργείται στις περιπτώσεις με υπερμεγέθη ινομυώματα ή αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ανάλογα με την ηλικία της κύησης, η διαστολή του τραχήλου γίνεται με κηρία Hegar No11 μέχρι 14. Για την διαστολή μπορεί να γίνει προεργασία με Laminaria, Lamicel, Dilapan. Η επέμβαση γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία. Κατά ή μετά την διαστολή του τραχήλου γίνεται ρήξη υμένων και αφαίρεση του αμνιακού υγρού. Ο ομφάλιος λώρος συνήθως προσπίπτει και αποκόπτεται. Το έμβρυο αφαιρείται τμηματικά, η μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετωπίζεται στο κεφάλι, καθώς επίσης και ο πλακούντας ο οποίος αφαιρείται με ειδική λαβίδα. Μετά το τέλος της επέμβασης επιβάλλεται ο υπερηχογραφικός έλεγχος για την περίπτωση υπολειμμάτων πλακούντα.

### **Υπέρτονο υγρό**

Η μέθοδος αυτή είναι ήταν ιδιαίτερα δημοφιλής πριν την εισαγωγή των προσταγλανδίνων, ενδείκνυται κυρίως σε κυήσεις >16 εβδομάδων διότι στις νεαρότερες το αμνιακό υγρό δεν είναι αρκετό.

Σε τοπική αναισθησία εισάγεται μια βελόνα Tuohy σε κάποια περιοχή της κοιλίας μεταξύ του πυθμένα της μήτρας και της σύμφυσης και αφαιρούνται 200ml αμνιακού υγρού με μια σύριγγα τριών οδών. Έπειτα εγχέεται ποσότητα 200ml υπέρτονου διαλύματος 22,5% και αφαιρείται η βελόνα ή αντικαθίσταται με καθετήρα.

Επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση της γυναίκας για την περίπτωση εισόδου του υπέρτονου υγρού στην κυκλοφορία. Στην περίπτωση αυτή διακόπτεται η διαδικασία και χορηγείται αμέσως 5% δεξτρόζη ενδοφλεβίως.

Το υπέρτονο υγρό προκαλεί οίδημα στον πλακούντα και εκφύλιση με θρομβώσεις και εμφράγματα. Το έμβρυο καταλήγει συνήθως ενδομητρίως. Ο χρόνος που χρειάζεται μέχρι την τελική έξοδο του κυήματος μπορεί να μειωθεί αισθητά με την σύγχρονη χορήγηση ωκυτοκύνης στον ορό (Ιατράκης 2004,2006, Deitra and Shannon 2006, Χρυσικόπουλος 2007, Μιχαλάς 2000, Μαρούλης 2007, Καρπάθιος 1998, Μανταλενάκης 1996, Τοκμακίδης 2000, Καρπάθιος 2001).

### **Ωρίμαση του τραχήλου πριν την διακοπή της κύησης**

#### **Laminaria digitata**

Οι λαμινάριες είναι ένα φύκι, τα στελέχη του οποίου όταν ξεραθούν αποκτούν μεγάλη υγροσκοπική ιδιότητα ώστε να διαστέλλουν τον τράχηλο κατά 3-4 φορές. Χρησιμοποιήθηκαν ευρέως στις Η.Π.Α. την δεκαετία 1860-1870. Το ενδιαφέρον για τις λαμινάριες επανήλθε στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη στην δεκαετία 1960-1970. Διαστολή του τραχήλου αρκετή για άνετη εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας επιτυγχάνεται στο 91% των περιπτώσεων με ελάχιστο ποσοστό αποδεδειγμένης βλάβης του τραχήλου (0,6%). Η κύρια παρενέργεια ήταν η φλεγμονή που ανήρχετο σε 2,2% των περιπτώσεων. Τα μειονεκτήματα της χρήσης λαμιναριών είναι κλινική παραμονή της γυναίκας για 24 ώρες και ο πόνος της διαστολής που μπορεί όμως να αντιμετωπισθεί φαρμακευτικά.

#### **Lamicel**

Το ανανεωμένο ενδιαφέρον για τις λαμινάριες οδήγησε την έρευνα στην αναζήτηση συνθετικών ουσιών με τις ιδιότητες των λαμιναριών και λιγότερες παρενέργειες. Το Lamicel είναι ένα σπογγώδες υλικό από αλκοολούχο πολυβινύλιο εμποτισμένο σε 450 mg θειικού μαγνησίου. Ο σπόγγος είναι συμπιεσμένος σε λεπτούς κυλίνδρους (75 mm μήκος, 3-5 mm διάμετρο) που τοποθετείται στον τραχηλικό αυλό. Με την υγροσκοπική ιδιότητα που το διακρίνει διογκώνεται κατά 3-4 φορές από την αρχική του διάμετρο. Το μεγαλύτερο αποτέλεσμα της διαστολής επιτυγχάνεται σε 2 ώρες, οι

παρενέργειες περιορίζονται σε ελαφρό υπογάστριο άλγος, ενώ δεν σημειώνονται περιπτώσεις φλεγμονής.

### **Dilapan**

Πρόκειται για έναν επίσης συνθετικό διαστολέα του τραχήλου με καλά αποτελέσματα. Όπως αναφέρεται ο διαστολέας των 4 mm διαστέλλει τον τράχηλο στα 8 mm σε 30 λεπτά, στα 12 mm σε 1 ώρα και στα 20 mm σε 4 ώρες.

Το πλεονέκτημα του Lamicel και Dilapan έναντι των λαμιναριών είναι η ταχύτερη διαστολή του τραχήλου με ελάχιστες παρενέργειες και καθόλου περιπτώσεις φλεγμονών και το μειονέκτημα το κόστος. Ο μηχανισμός δράσης των διαστολέων παραμένει αδιευκρίνιστος. Πιθανολογείται ότι η αφαίρεση ύδατος από το τράχηλο από τους υγροσκοπικούς διαστολείς σηματοδοτεί μια σειρά από τοπικές αλλαγές που ευοδώνουν την ωρίμαση του τραχήλου πριν από την διαστολή. Οι αλλαγές αυτές δεν φαίνεται να σχετίζονται με την συγκέντρωση των ορμονών και των προσταγλανδινών τόσο στο αίμα όσο και στο αμνιακό υγρό. Η συγκέντρωση του θειικού μαγνησίου στο αίμα δεν αλλάζει και έτσι δεν ασκεί την γνωστή του τοκολυτική δράση στο μυομήτριο, αυτό δεν σημαίνει όμως ότι τόσο αυτό όσο και οι ορμόνες και οι προσταγλανδίνες δεν διαφοροποιούνται στο τοπικό επίπεδο του τραχήλου.

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των κλινικών ιατρών έχει επικεντρωθεί στην χρήση ουσιών από την ομάδα των προσταγλανδινών και στην αντιπρογεστερόνη, μifeπριστόνη (RU 486).

### **Προσταγλανδίνες**

Αρκετά ανάλογα των προσταγλανδινών έχουν ελεγχθεί στην ιδιότητα τους να ωριμάζουν και να διαστέλλουν τον τράχηλο. Από αυτά έχουν διακριθεί η γεμεπρόστη (gemeprost) και η μισοπροστόλη (misoprostol). Η χορήγηση γεμεπρόστης 3-5 ή 8-10 ώρες κολπικά και μισοπροστόλης 17-19 ώρες πριν την άμβλωση έχουν τα ίδια αποτελέσματα τόσο στην διαστολή του τραχήλου όσο και στις παρενέργειες. Η πλέον ενδεδειγμένη ποσότητα είναι 400μg

μισοπροστόλης 12 ώρες πριν την εκκένωση της μήτρας (Χρυσικόπουλος 2007).

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> : Σωματικές επιπλοκές των εκτρώσεων

Από τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι επιπτώσεις των αμβλώσεων είναι σοβαρές και μεγάλες (Μελετίου, 1997). Κατά τη διάρκεια της έκτρωσης είναι αυξημένοι οι κίνδυνοι για την υγεία αλλά και τη ζωή της γυναίκας. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες, όπως επιμολύνσεις, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή αέρα, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας που απαιτεί ράμματα, βλάβες στον τράχηλο, τραυματισμός του ουρητήρα, τραυματισμός του εντέρου, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, ανακοπή της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές από την αναισθησία και σοκ ενδοτοξίνης. Οι πιο συνήθεις «δευτερεύουσες» επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus. Οι επιπλοκές μιας έκτρωσης μπορεί να είναι προσωρινές, μακράς διάρκειας ή μόνιμες. Μερικές απ' αυτές είναι πολύ σοβαρές, ενώ άλλες μπορεί να έχουν μακροχρόνιες συνέπειες αλλά και μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

Σύμφωνα με το Μελετίου (1997), η μεγάλη θνησιμότητα οφείλεται σε διάτρηση της μήτρας, σηψαιμία, ανακοπή και εμβολή. Άλλες αιτίες θανάτων που οφείλονται σε έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Κατά την τετραετία 1981-1984 το Ομοσπονδιακό Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α. ανέφερε 42 θανάτους κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή αμέσως μετά απ' αυτή. Το ίδιο κέντρο ανέφερε 13 θανάτους κατά τη διάρκεια της επέμβασης για έκτρωση το 1991 ([www.cwfa.org](http://www.cwfa.org)). Σημαντική νοσηρότητα παρατηρείται εξ' αιτίας φλεγμονών και θρομβοφλεβίτιδων, ενώ τέλος η στειρότητα είναι η πιο συχνή από τις μόνιμες παρενέργειες, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 3% μέχρι 5% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση (Μελετίου, 1997). Επιπτώσεις όμως μπορεί να υπάρξουν και στις επόμενες κυήσεις, επιβλαβείς όχι μόνο για την υγεία της γυναίκας και την πορεία της εγκυμοσύνης της, αλλά και για τα ίδια τα παιδιά που μπορεί να γεννηθούν με διάφορων ειδών προβλήματα, αναπηρίες, κ.λπ.



Η συχνότητα των περισσότερων από τις πιο πάνω επιπλοκές είναι μικρή όταν η έκτρωση εκτελείται από κάποιον έμπειρο μαιευτήρα μέσα σε ένα οργανωμένο ιατρικό κέντρο. Η πιο συχνή απ' αυτές είναι οι επιμολύνσεις, τις οποίες μια γερμανική εργασία ανεβάζει στο 31% των περιπτώσεων, ποσοστό που φαίνεται μάλλον υπερβολικά υψηλό ([www.cwfa.org](http://www.cwfa.org)). Στην εφηβική ηλικία οι κίνδυνοι παρουσιάζονται αυξημένοι, διότι η έκτρωση τις περισσότερες φορές γίνεται κρυφά και βιαστικά για να μην το μάθουν οι γονείς.

Τέλος, τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος στις γυναίκες που κάνουν εκτρώσεις.

## Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> : Ψυχοσωματικές και ψυχικές επιπλοκές

Από την πλευρά της ψυχιατρικής οι άμβλώσεις αποτελούν βασική αιτία σημαντικών ψυχολογικών διαταραχών, κυρίως στη γυναίκα που υφίσταται άμεσα έντονο ψυχοσωματικό τραυματισμό. Οι διαταραχές αυτές, εκδηλώνονται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Ακόμα, ενδείκνυται να είναι συνειδητές ή ασυνείδητες δηλαδή είτε συνδέονται άμεσα με το τραυματικό αυτό γεγονός της άμβλωσης, (συνειδητές) είτε εμφανίζονται ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις με τις οποίες φαίνεται το συγκεκριμένο πρόβλημα (ασυνείδητες).

Η άμβλωση συνιστά βίαιη παρέμβαση τόσο στο σωματικό ΕΓΩ της γυναίκας, όσο και στην άμεσα συνδεδεμένη με αυτό, ψυχολογία της. Ως μέτρα αντιστάθμισης στην ψυχοπιεστική (στρεσογόνο) κατάσταση που δημιουργεί η άμβλωση και απειλεί με κατάρρευση τον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, χρησιμοποιούνται κυρίως οι ψυχολογικοί αντισταθμιστικοί μηχανισμοί:

- **Εκλογίκευση της συγκεκριμένης πράξης:** η γυναίκα μπορεί βάσει της λογικής να δίνει εξηγήσεις για το ποιοι ήταν οι λόγοι που την οδήγησαν σε αυτή την απόφαση.
- **Απώθηση της ενοχής:** μπορεί να προσπαθήσει να αγνοήσει ή να ξεχάσει το γεγονός.
- **Αναπλήρωση:** μπορεί να προσπαθήσει να αντισταθμίσει την έκτρωση κάνοντας καλές πράξεις ή ρίχνοντας όλο το βάρος στη δουλειά και την επιτυχία.
- **Σχηματισμός αντίθετης αντίδρασης:** μπορεί ν' αρχίσει ν' αντιδρά στις εσωτερικές τις τύψεις με το να αποκτήσει ακράδαντες πεποιθήσεις σχετικά με την ορθότητα της απόφασης και με το να αρνείται οποιαδήποτε αρνητική συναισθηματική συνέπεια.

Οι μηχανισμοί όμως αυτοί δεν προσφέρουν καθοριστική και εις βάθος λύση του προβλήματος, γι' αυτό και η θετική τους δράση στην ψυχική υγεία της γυναίκας, είναι χρονομετρημένη. Το πρόβλημα υφίσταται, αλλά εμποδίζεται με τα υπάρχοντα στην ανθρώπινη φύση τεχνάσματα των μηχανισμών αυτών. Η Ανάδυση του μοιάζει δηλαδή σαν τη φωτιά καλυμμένη από τη στάχτη. Γι'

αυτό παρά την πρόοδο της ηλικίας η αίσθηση ότι πρέπει να 'πληρώσει' γι' αυτό που επέτρεψε να της συμβεί, παραμένει ισχυρή και ακέραιη (Χρυσικόπουλος 2007, Τοκμακίδης 2000, Αραβαντινού 1992, Chamberlain et al 1996).

ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ Η ΟΠΟΙΑ ΥΠΕΣΤΗ ΑΜΒΛΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ:

α) Έντονα αισθήματα μειονεξίας απέναντι σε κάθε νέα γυναίκα που βρίσκεται στην αναπαραγωγική της ηλικία, και κυρίως σε εγκυμονούσες, με γενικότερη επίδραση στην έπειτα συμπεριφορά της με αποτέλεσμα τη γενικευμένη αυτό-υποτίμηση της σε κάθε γεγονός και κατάσταση της ζωής.

β) Αισθήματα που τροφοδοτούνται από τη βίαιη τραυματική παρέμβαση στο σωματικό της ΕΓΩ. Οι φαντασιώσεις με θέμα το βιασμό είναι συχνότατες.

γ) Βαθιά ενοχικά αισθήματα ενσυνείδητα, ή αποκρυπτογραφημένα μέσα από εφιαλτικά όνειρα αλλά και γεγονότα της καθημερινότητας,

δ) Αγχώδεις αντιδράσεις ιδιαίτερα έντονες. Η γυναίκα δεν ανέχεται ούτε τον εαυτό της, με συνέπεια αϋπνίες και προβλήματα συμπεριφοράς προς οποιαδήποτε κατεύθυνση.

ε) Καταθλιπτικές διαταραχές επειδή κυριαρχεί συνειδητά ή ασυνείδητα η 'στέρση' δηλαδή η βασική αιτία πρόκλησης καταθλιπτικού συνδρόμου. Πρόκειται βέβαια για τη στέρση του παιδιού που φαίνεται πως στην ψυχολογία της γυναίκας, έχει προσωπικότητα από την ώρα της συλλήψεως.

στ) Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και του ηδονικού αισθήματος (καθαρά ψυχογενούς αιτιολογίας) και σε νεότερες ακόμα ηλικίες.

ζ) Αισθήματα επιθετικότητας στους άνδρες ως ασυνείδητη αντίδραση στον 'πρωταίτιο' του προβλήματος.

η) Υστερικές εκδηλώσεις που μπορούν να παρουσιάσουν κάθε εκδήλωση νοσολογικής καταστάσεως.

θ) Αισθήματα βαθύτατης αποτυχίας στη ζωή και μίας βαθιάς απόγνωσης που αντικατοπτρίζει όλη την ψυχική ενέργεια της γυναίκας.

ι) Υπερπροστατευτικότητα στα υπάρχοντα παιδιά ως προσωπική ψυχολογική ανάγκη και όχι ως εκδήλωση ειλικρινούς αγάπης. Έτσι θέλει να πείθει την ίδια ότι μπορεί να αντισταθμίσει ένα 'κακό' με μία συναισθηματική υπερβολή της οποίας τα αποτελέσματα είναι προφανώς αρνητικά.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί, ότι οι ψυχοσωματικές και οι ψυχικές συνέπειες μιας Τ.Ε διαφέρουν σε ποικίλους βαθμούς από γυναίκα σε γυναίκα. Όπως ο χαρακτήρας μιας γυναίκας είναι σε κάθε περίπτωση μοναδικός, έτσι είναι και η ψυχοσωματική της οντότητα. Ορισμένες γυναίκες αντιμετωπίζουν την έκτρωση με όλη την τραγικότητα που τους επιφέρει αυτή η κατάσταση, ενώ άλλες γυναίκες το αντιμετωπίζουν ουδέτερα, αδιαφορώντας ή αγνοώντας τελείως την διαδικασία, στην οποία έχουν εισέλθει (Χρυσικόπουλος 2007, Τοκμακίδης 2000, Αραβαντινού 1992, Chamberlain et al 1996).

### **Το Μετεκρωτικό Τραύμα**

Το Μ.Τ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως σύνδρομο, το οποίο αποτελείται από μια ομάδα συμπτωμάτων, που χαρακτηρίζουν την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας μετά από μία έκτρωση.

Επιπλέον, προτιμάται η λέξη τραύμα από την λέξη σύνδρομο, διότι από μόνη της ενέχει την δυνατότητα ίασης, αφού τα τραύματα θεραπεύονται και τελικά επουλώνονται. Τα συμπτώματα του μετεκρωτικού τραύματος συνήθως εμφανίζονται αμέσως μετά την έκτρωση, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις παραμένουν θαμμένα βαθιά για χρόνια.

#### **Τα συμπτώματα του μετεκρωτικού τραύματος είναι:**

- Αυτοτραυματισμός, έντονες τάσεις αυτοκτονίας ή και απόπειρα
- Αύξηση επικίνδυνων ή ανθυγιεινών συμπεριφορών (χρήση/κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, ανορεξία, βουλιμία, σεξουαλικά αχαλίνωτη ζωή)
- Κατάθλιψη
- Ανικανότητα φροντίδας του εαυτού

- Ανικανότητα κανονικής απόδοσης στη δουλειά ή στις σπουδές
- Ανικανότητα φροντίδας παιδιών που υπάρχουν ή της οικογένειας
- Επιθυμία άμεσης κύησης, για να αποκατασταθεί το παιδί που μόλις χάθηκε από την έκτρωση (παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση εξακολουθούν να υφίστανται)

#### Σύνοδες ψυχολογικές δυσκολίες μετά την έκτρωση:

- Ενοχές
- Άγχος
- Πανικός
- Ψυχολογικό μούδιασμα
- Κλάμα
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Συναισθήματα και προσεχτικός χειρισμός τους
- Προβλήματα ύπνου (αϋπνία)
- Ταραγμένος ύπνος (εφιάλτες)
- Θυμός
- Δυσκολία λήψης αποφάσεων

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού, ενώ 30-50% αναφέρουν προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή (Βαρβόγλη 2003, Green 2004).

#### Η Θλίψη μετά από Τεχνητή Έκτρωση

Οι μισές από όλες τις κυήσεις στις ΗΠΑ δεν είναι προγραμματισμένες και οι μισές από αυτές καταλήγουν σε επιλεκτική έκτρωση. Σωματικές επιπλοκές παρουσιάζονται σε λιγότερο από το 1% των περιπτώσεων. Μερικές μελέτες που ασχολούνται με τα συναισθηματικά επακόλουθα της έκτρωσης υποδεικνύουν ότι οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν ανακούφιση και

ευτυχία, αλλά μια μειονότητα αυτών παρουσιάζει προσωρινά δυσφορία και θλίψη ή ανάμικτα συναισθήματα. Στις μικρότερες ηλικίες, σε γυναίκες με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, στις πολύτοκες και σε ιστορικό ψυχιατρικής νόσου μετά την έκτρωση, είναι συχνότερη η εμφάνιση αισθημάτων ενοχής και άγχους. Όσο πιο προχωρημένη είναι η κύηση, τόσο πιο τραυματικός συναισθηματικά είναι ο τερματισμός της, που είναι παρόμοιος με εκείνον της περιγεννητικής απώλειας.

Προκειμένου να χαρακτηρίσει τη βραχυπρόθεσμη αντίδραση της θλίψης μετά την έκτρωση, μια μαία ερευνήτρια σύγκρινε τα ποσοστά θλίψης 45 γυναικών που έκαναν επιλεγμένη διακοπή κύησης στα τελευταία 5 έτη, με 48 γυναίκες που δεν είχαν κάνει ποτέ τεχνητή έκτρωση. Η πιο συχνά αναφερόμενη αιτία ήταν «οικονομικοί λόγοι», που ακολουθούνταν από την «έλλειψη ετοιμότητας», ή την «έλλειψη επιθυμίας απόκτησης άλλων παιδιών». Υπήρχε μια τάση για γενικά υψηλότερες βαθμολογίες όσον αφορά τη θλίψη, σε όλες τις κατηγορίες της ομάδας μετά την έκτρωση, ωστόσο σημαντικά υψηλότερες ήταν εκείνες της απώλειας του ελέγχου, του άγχους του θανάτου και της εξάρτησης. Η ύπαρξη παιδιών και το ιστορικό προηγούμενων εκτρώσεων αύξανε τα ποσοστά της θλίψης. Δεν υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του χρόνου που είχε παρέλθει από την έκτρωση και της αντίδρασης της θλίψης. Οι γυναίκες που ένιωθαν πολύ πιεσμένες να κάνουν μια έκτρωση παρουσίασαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά θλίψης, κυρίως όσον αφορά το θυμό, την απώλεια ελέγχου, τη σωματοποίηση, τις διαταραχές του ύπνου, την απώλεια της όρεξης, την απώλεια της ζωτικότητας και τα σωματικά συμπτώματα (Deitra and Shannon 2006).

## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup> : Νομοθεσία και τεχνικές έκτρωσης

Η άμβλωση, όμως, συνοδεύεται από ποινικές κυρώσεις. Κατά το άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα, η εμβρυϊκή ζωή προστατεύεται. Τιμωρείται εκείνος, ο οποίος άνευ της συναιδέσεως της ή μετά συναιδέσεως της εγκύου, επιφέρει το θάνατο του εμβρύου. Η μαία δεν πρέπει, κάτω από οποιαδήποτε περίπτωση, να δίνει συμβουλές ή πληροφορίες οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε παράνομη έκτρωση ούτε πρέπει να βοηθάει οποιοδήποτε άτομο, να εκτελέσει μία παράνομη έκτρωση.

Νόμος 1609/86 (ΦΕΚ 860 – 3.7.86):

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Νόμου 1609/86:

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.
2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν:
  - Την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα, καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.
  - Την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας και
  - Τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Νόμου 1609/86, οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

4. «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της κύησης που διενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.
- Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που συνεπάγεται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η κύηση δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 24 εβδομάδες.
- Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής της υγείας. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση ανάλογου γιατρού.
- Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί (σωματικά, ψυχικά, πνευματικά) και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.
- Αν η έγκυος είναι ανήλικη απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους δύο γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Νόμου 1609/86, ο τίτλος και οι παράγραφοι 1,2 και 3 του Νόμου 304 του Ποινικού Κώδικα τροποποιούνται ως εξής:



«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης»:

1) Όποιος, με τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει την κύηση, τιμωρείται με κάθειρξη.

2) Όποιος, με τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει ανεπίτρεπτα την κύησή της ή προμηθεύει σε αυτήν μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 6 μηνών και εάν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

3) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.

4) Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.

Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Νόμου 1609/86 στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304<sup>A</sup>:

Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού: «Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο (δηλ. χορηγώντας επικίνδυνα φάρμακα κι ουσίες, όπως: το χασίς, το υπερμαγγανικό κάλλιο, τα καθαρτικά, το καστορέλαιο, η κινίνη, τα καθαρτικά άλατα, η αμμωνία και το όπιο, που οδηγούν στην έκτρωση) με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται...».

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 1609/86, το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης που γίνεται από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά». (Λυκερίδου 2003)

Το κράτος έχει επιβάλλει ορισμένες προϋποθέσεις που αφορούν την Τ.Ε με την Κοινή απόφαση 1799/25-2-87 των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Εργασίας:

«Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης...».

Σύμφωνα με το άρθρο 2 της απόφασης:

Διακοπή της κύησης πριν τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα:

1. Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν τη συμπλήρωση των 12 εβδομάδων (άρθρο 2, παράγραφος 4 αν. 1609/86) ενεργείται σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις:
2. Η επέμβαση διενεργείται από γιατρό μαιευτήρα- γυναικολόγο με την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.
3. Πριν από την επέμβαση:

Ενημερώνεται η έγκυος για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία της μητρότητας παιδιού που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Η ενημέρωση αυτή γίνεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.

Διενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό της ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία περαιτέρω εργαστηριακή και παρακλινική προεγχειρητική διερεύνηση.

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

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

Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάληψης των ασθενών και να στελεχώνεται τουλάχιστον ανά δύο μαίες και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό, και

Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 6 της απόφασης:

Χρόνος αποχής από την εργασία:

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

- Για τις επεμβάσεις κάτω των 12 εβδομάδων κύησης, τρεις μέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης και
- Για τις επεμβάσεις μετά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, πέντε μέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας εκτέλεσης της επέμβασης.

2) Τα παραπάνω χρονικά περιθώρια επεκτείνονται σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του υπεύθυνου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας που έγινε η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση νόμιμης διαδικασίας έγκρισης χορήγησης αναρρωτικών αδειών.

Αν μετά από αυτά τα διάφορα διαβήματα η γυναίκα επιμένει στην απόφασή της, θα πρέπει να καταθέσει μια γραπτή βεβαίωση στο γιατρό της, που της δίνει άλλη μία εβδομάδα παράταση για να σκεφτεί. Τα έξοδα της επέμβασης δεν τα προσφέρει φυσικά η Κοινωνική Ασφάλεια. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν, όμως, οικονομικές δυνατότητες, προβλέπονται διευκολύνσεις. (Λυκερίδου 2003)

Πρέπει να προστεθεί ότι, σύμφωνα με τη νομοθεσία, κανένας γιατρός δεν είναι αναγκασμένος να κάνει μια έκτρωση, είναι όμως υποχρεωμένος να δηλώσει στην ενδιαφερόμενη ότι αρνείται, από την πρώτη επίσκεψή της. Οι διευθυντές των νοσοκομείων μπορούν, με την ίδια προϋπόθεση, να αρνηθούν να γίνουν εκτρώσεις στην κλινική τους.

Η Τ.Ε εφαρμόζεται στην Ελλάδα σε πολύ μεγάλη κλίμακα και αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό καθημερινό πρόβλημα με πολλαπλές προεκτάσεις. Από κάθε άποψη – ιατρική και ηθικοκοινωνική – αποτελεί την πιο απαράδεκτη μέθοδο ρύθμισης της αναπαραγωγής. Η εφαρμογή της, ως μιας

προγραμματισμένης μεθόδου, υποδηλώνει την ανυπαρξία ή την αποτυχία ενός προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού. (Καρακατσάνη 2000).

## Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup> : Στατιστικά στοιχεία σε εθνικό επίπεδο

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με υψηλά ποσοστά εκτρώσεων στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, και ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες.

Τα στοιχεία που διαθέτει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ) (2002), αφορούν μόνο τις εκτρώσεις που πραγματοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες ανέρχονται στο χαμηλό μέγεθος των 2.000 περιστατικών ετησίως, τα οποία δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των πραγματικών εκτρώσεων. Αυτό συμβαίνει, διότι δεν λαμβάνονται υπόψη οι εκτρώσεις που πραγματοποιούνται σε ιδιωτικές κλινικές, καθώς και το θέμα του απορρήτου που οι γυναίκες επιζητούν να τηρηθεί ακόμα και σε δημόσιες κλινικές. Η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2013), υπολογίζει ότι ο πραγματικός αριθμός των εκτρώσεων στη Ελλάδα, ανέρχεται στα 150.000 περιστατικά κάθε χρόνο. Με αυτόν τον τρόπο, αποδεικνύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με αυτό των γεννήσεων. Αντιθέτως, ανεπίσημες στατιστικές δείχνουν ότι ο ετήσιος αριθμός των εκτρώσεων είναι δύο φορές μεγαλύτερος από τον ετήσιο αριθμό των γεννήσεων (Dimoula et. al.2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω, φαίνεται να αντιστοιχούν 100 – 120 εκτρώσεις ανά 1.000 ελληνίδες το χρόνο, επομένως η Ελλάδα, παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη συγκρινόμενα με 20 – 30 εκτρώσεις ανά 1.000 στην Αυστρία, 25 ανά 1.000 γυναίκες στην Ολλανδία και 10 ανά 1.000 γυναίκες στην Πορτογαλία, χώρες οι οποίες έχουν περίπου τον ίδιο πληθυσμό με την Ελλάδα (Garcia – Sanchez, Prinzon – Pulido, Mens, Shutter, 2002).

## Κεφάλαιο 11° : Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη

Συνήθως ένα ζευγάρι που δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα γονιμότητας, έχει πιθανότητα περίπου 80% να επιτύχει εγκυμοσύνη μέσα στον πρώτο χρόνο, αν δε χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Η αναγκαιότητα του προγραμματισμού των κυήσεων γίνεται πρόδηλη, αν αναλογιστεί κανείς ότι μια γυναίκα που έχει επαφές από τα 20 χρόνια της μέχρι την εμμηνόπαυση χωρίς προφυλακτικά μέτρα, και θηλάζει τα παιδιά που γεννάει, θα αποκτήσει περίπου 10 παιδιά. (Ιατράκης 2002)

Σήμερα, η γυναίκα μπορεί να διαλέξει από μια μεγάλη ποικιλία αντισύλληψης, αλλά παρόλα αυτά, μόνο το 1/3 των γυναικών σε γόνιμη ηλικία χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά μέτρα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Σε μερικές χώρες τα σύγχρονα αντισυλληπτικά δεν είναι γνωστά, σε άλλες θεωρούνται παράνομα. Αλλά ακόμα και σε μέρη που δε συμβαίνει αυτό, κοινωνικοί ή θρησκευτικοί λόγοι εμποδίζουν τις γυναίκες να αποφασίσουν αν θα χρησιμοποιήσουν ή όχι τα διάφορα μέσα που τους παρέχονται, για να αποφύγουν την εγκυμοσύνη.

Με τον όρο αντισύλληψη εννοούμε τα μέσα και τις τεχνικές που εφαρμόζονται για να προληφθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. (Κρεατσάς 1998)

Ο **Οικογενειακός Προγραμματισμός** που αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων, σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός σώζει γυναικείες ζωές και βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Η χρήση αντισύλληψης για την καθυστέρηση της πρώτης εγκυμοσύνης ή για την εξασφάλιση μεσοδιαστήματος τουλάχιστον 2 ετών σώζει παιδικές ζωές και βελτιώνει την υγεία των παιδιών κάτω των 5 ετών. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός παρέχει σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη για το ζευγάρι, την οικογένεια και την κοινωνία. Υπάρχει ποικιλία ασφαλών αντισυλληπτικών μεθόδων, με διαφορετικά χαρακτηριστικά, για να καλύψει τις διάφορες ανάγκες των χρηστών (World Health Organization 1995).

Τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης για την γυναίκα:

1. Προστασία της υγείας της από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
2. Προστασία από ορισμένες καλοήθειες και κακοήθειες νεοπλασίες.
3. Ελευθερία επιλογής και έλεγχος των γεννήσεων.
4. Προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις και επιπλοκές των εκτρώσεων.
5. Εξασφάλιση περισσότερου χρόνου φροντίδας για τα παιδιά.
6. Λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική καταπίεση.
7. Βελτίωση ποιότητας ζωής (World Health Organization 1995).

Τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης για το παιδί:

1. Μείωση της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.
2. Εξασφάλιση περισσότερων οικονομικών πόρων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών.
3. Μεγαλύτερες ευκαιρίες για μόρφωση.
4. Περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνία των παιδιών με τη μητέρα (World Health Organization 1995).



Τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης για την κοινωνία:

1. Ελευθερία επιλογής χρόνου τεκνοποίησης.
2. Ελευθερία επιλογής του αριθμού των παιδιών της οικογένειας.
3. Εξασφάλιση χρόνου για προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες (World Health Organization 1995).

Ήδη από την αρχαιότητα έχουν καταγραφεί αρκετά ιστορικά στοιχεία που αφορούν τη χρήση αυτοσχέδιων μεθόδων αντισύλληψης. Υπάρχει μια ποικιλία μεθόδων αντισύλληψης (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Αξίζει να αναφερθεί, πως καμία μέθοδος αντισύλληψης δεν είναι 100% αποτελεσματική και σχεδόν για καμία μέθοδο δεν υπάρχει απόλυτα καθορισμένο ποσοστό αποτυχίας. Πολύ συχνά, μάλιστα, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση στην αποτελεσματικότητα μεταξύ δύο ή περισσότερων μεθόδων αντισύλληψης.

Συνοπτικά, οι μέθοδοι αντισύλληψης χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- I. Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης στις οποίες περιλαμβάνονται: η διακεκομμένη συνουσία ή αλλιώς διακοπή της σεξουαλικής πράξης, ο θηλασμός, η μέθοδος του ρυθμού, η μέθοδος της θερμοκρασίας, η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας και η ανίχνευση των γόνιμων μερών.
- II. ii. Χημικά μέσα στα οποία περιλαμβάνονται: οι σπερματοκτόνες ουσίες – σπερματοκτόνα υπόθετα, η ορμονική αντισύλληψη και η μετά επαφή αντισύλληψη – το χάπι της επόμενης μέρας.
- III. Στην επόμενη κατηγορία ανήκουν τα μηχανικά μέσα τα οποία είναι: οι αντισυλληπτικοί σπύγγοι, το διάφραγμα, η τραχηλική καλύπτρα, το ανδρικό προφυλακτικό, το γυναικείο προφυλακτικό (Femidom) και τα ενδομητρικά σπειράματα.
- IV. Στην τελευταία κατηγορία αντιστοιχούν η ανδρική και η γυναικεία στείρωση. (Βικιπαίδεια, 2013, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

## Κεφάλαιο 12° : Ο ρόλος της νοσηλεύτριας – Τρόποι αντιμετώπισης

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε καμία περίπτωση δεν έχει αστυνομικό χαρακτήρα ή χαρακτήρα προπαγάνδας. Είναι κοινωνικός ρόλος με σκοπό την διασφάλιση της καλής σωματικής, συναισθηματικής και ψυχολογικής υγείας τόσο του ατόμου σαν μονάδα όσο και του κοινωνικού συνόλου. Γι' αυτό θα πρέπει να ασκείται με ευαισθησία, υπομονή, συνέπεια και σε βάθος γνώση του αντικειμένου.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να συζητηθούν μερικές ιδέες για την αντιμετώπιση και τη βοήθεια ιδιαίτερα νεαρών γυναικών, ώστε τα αρνητικά αποτελέσματα μιας έκτρωσης να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και αν είναι δυνατόν να μειωθούν στο ελάχιστο. Πρώτα πρώτα, να διδαχθούν στις νεαρές γυναίκες δεξιότητες λήψης καλών αποφάσεων. Αυτή η διδασκαλία θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε εφήβους που συνηθίζουν να βλέπουν τα πράγματα σε απόλυτους όρους. Εδώ ο νοσηλευτής παίζει καταλυτικό ρόλο στο πώς θα πρέπει να ενημερώσει τα άτομα και νεαρής αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας ώστε να αποφευχθεί μία έκτρωση ή μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Οι ενημερώσεις που πρέπει να γίνονται πάνω σε αυτό το θέμα είναι σημαντικές και συνεπώς σωτήριες για τη ζωή τους. Πρέπει ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τα σχολεία, τα κέντρα υγείας και τους δήμους αλλά και τα νοσοκομεία να οργανώνουν ομιλίες, συναντήσεις αλλά και ημερίδες με θέμα την πρόληψη των εκτρώσεων. Κάτι που δυστυχώς δεν υφίσταται σε κανένα επίπεδο. Η ενημέρωση πάνω τουλάχιστον, σε αυτό το θέμα, είναι ελλιπέστατη. Στα περισσότερα νοσοκομεία ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μηδαμινός.

Είναι σημαντικό το πώς κάποια νεαρή γυναίκα θα εξωτερικεύσει, θα "τακτοποιήσει" μέσα της το θέμα έκτρωσης και των συνεπειών της για αυτό

ο νοσηλευτής είναι σημαντικός και δίνει πολλές απαντήσεις στα ερωτήματα τους. Επίσης πάρα πολύ σημαντικό για τη μείωση αρνητικών επιπτώσεων, είναι η δημιουργία ενός καλού υποστηρικτικού κοινωνικού πλέγματος γύρω από τη γυναίκα η οποία υπεβλήθη σε έκτρωση ώστε να μην μείνει μόνη της και απομονωθεί. Τέτοιες περιστάσεις ελλοχεύουν ιδιαίτερο κίνδυνο για κατάθλιψη και πιθανές απόπειρες αυτοκτονίας.

Τέλος, κάτι εξίσου σημαντικό, είναι να μπορέσει η γυναίκα σε κάποια χρονική στιγμή να κάνει μία συστηματική ενδοσκόπηση και αναγνώριση των αρνητικών της συναισθημάτων. Αυτή θα είναι η πρώτη κίνηση προς την κατανόηση και επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων, είτε διαμέσου ενός επαγγελματία ψυχολόγου- ψυχοθεραπευτή, είτε με συνδυασμό και των δύο.

Ο νοσηλευτής στα δημόσια νοσοκομεία έχει χρέος, όταν τον επισκεφτεί μία γυναίκα που επιθυμεί να διακόψει την εγκυμοσύνη της, να προσπαθήσει να την μεταπειθεί, να την προειδοποιήσει για τους κινδύνους της επέμβασης. Στη συνέχεια, την εφοδιάζει με ένα φάκελο που της εκθέτει τα δικαιώματά της και τα δικαιώματα του παιδιού της, τη βοήθεια και τα οφέλη που μπορεί να περιμένει από τις Δημόσιες Υπηρεσίες, όποια κι αν είναι η οικογενειακή της κατάσταση: ανύπαντρη, παντρεμένη, χωρισμένη, χήρα.

Την πληροφορεί σχετικά με τους διάφορους κοινωνικούς οργανισμούς που μπορούν να βοηθήσουν: κέντρα αγωγής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, κ.ά Μέσα από αυτήν την πρώτη επίσκεψη, η γυναίκα πρέπει να περάσει από συνέντευξη από έμπειρη κοινωνική λειτουργό και τον νοσηλευτή. Είναι απαραίτητο να θέσουν στη γυναίκα έναν κατάλογο ερωτημάτων, ώστε να μπορέσει και η γυναίκα να καταλάβει τις επιλογές που μπορεί να κάνει και στο τέλος να αποφασίσει, με τη βοήθειά τους, για την εγκυμοσύνη. «Αν είναι ανήλικη, της χρειάζεται επιπλέον η συγκατάθεση των γονιών της».

Η βοήθεια που θα προσφέρει ο νοσηλευτής στη μητέρα μπορεί να περιλαμβάνει:

- Τη διαφώτιση της μητέρας ότι το έμβρυο αισθάνεται και άρα θα νιώσει οτιδήποτε θα του συμβεί.
- Την ενημέρωσή της, σχετικά με τα αποτελέσματα της άμβλωσης, δηλαδή το κατατεμαχισμένο έμβρυο και τις συνέπειες της άμβλωσης στην υγείας της.
- Την κατανόηση στο πρόβλημά της. Απαιτείται να της δείξουμε όχι κριτική διάθεση, αλλά αποδοχή και ζεστή αγάπη.

Η σεξουαλική ανάπτυξη είναι ένα σημαντικό γεγονός που ξεκινάει από την εφηβεία και η απόκτηση γνώσεων και αξιών για τη σεξουαλικότητα είναι μέρος της σεξουαλικής ανάπτυξης. Η γνώση για το είδος της σεξουαλικής πληροφόρησης, των προσδιοριστικών παραγόντων της και του τρόπου με τον οποίο αυτή γίνεται, συμβάλλει στην κατανόηση της σεξουαλικής ανάπτυξης και μπορεί επίσης να χρησιμεύσει στην υποστήριξη προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. (Συμεωνίδου 2004).

Πολλοί σεξουαλικοί παιδαγωγοί, επισκέπτες υγείας και ερευνητές, κυρίως στις ΗΠΑ, ασχολούνται με αυτό το θέμα και οι προτάσεις που διατυπώνουν είναι ανάλογες των ευρημάτων τους. Δίνεται έμφαση, για παράδειγμα, στην ανάγκη αύξησης της βασικής σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ή προτείνεται ως κοινωνική πολιτική η αυξημένη ανάμειξη των γονέων στη σεξουαλική ενημέρωση των παιδιών τους. Έτσι, για την πληρέστερη κατανόηση της διαδικασίας της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και για ενδεχόμενες εφαρμογές κοινωνικής πολιτικής είναι σημαντικό να γνωρίζουμε επακριβώς το είδος της πληροφόρησης και τη διαφοροποίηση που αυτή παρουσιάζει στους εφήβους.

Είναι ενδιαφέρον, στο σημείο αυτό, να σχολιάσουμε τη διαφοροποίηση που εμφανίζεται στην ακριβή πληροφόρηση του πληθυσμού, ξεκινώντας από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Η διαπίστωση ότι όσο μεγαλύτερη είναι η

ηλικία και η μόρφωση του πληθυσμού τόσο υψηλότερη είναι η πληροφόρησή μας, υπήρξε αναμενόμενη με την έννοια ότι τα μεγαλύτερα άτομα αντιμετωπίζοντας άμεσα το πρόβλημα της σύναψης σεξουαλικών σχέσεων επιδιώκουν την πληροφόρηση, η οποία όμως δεν τους παρέχεται πάντα από τους αρμόδιους.

Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το στοιχείο ότι ο γυναικείος πληθυσμός συμμετέχει περισσότερο από τον αντρικό στην ακριβή πληροφόρηση, γεγονός που θα πρέπει να συνδέεται: αφενός με την τάση για επαναπροσδιορισμό του γυναικείου μοντέλου εκφραστικής σεξουαλικότητας στη νεοελληνική κοινωνία, που επιβάλλεται από τις πρόσφατες αλλαγές στις δομές της, και αφετέρου με τις πρώιμες βιολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στις γυναίκες και τις αυξημένες πιθανότητες κινδύνου (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, έκτρωση με τις ανάλογες συνέπειες) για την ίδια τη γυναίκα.

Το γεγονός ότι πρέπει να ασχολούμαστε με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και να είμαστε υποστηρικτές κάθε προγράμματος αγωγής υγείας, δε σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι αυτό προκαλεί πανάκεια. Είναι φυσικά γνωστό ότι, παρά το ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην Ευρώπη (για παράδειγμα) είναι θεσμοθετημένη, αυτό δε συνεπάγεται μικρότερη επίπτωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και των εκτρώσεων.

Πολύ σωστά παρατηρείται ότι «οι προβληματικές επιπλοκές συνδέονται στενά με την ψυχολογία των ατόμων, την έλλειψη αυτοεκτίμησης και επιβεβαίωσης κι όχι αποκλειστικά με την ύπαρξη πληροφόρησης». Περιγράφεται, μάλιστα, το φαινόμενο της ψυχολογικής άρνησης της αντισύλληψης, ως αποτέλεσμα πολύπλευρων ψυχολογικών δράσεων, όπως π.χ. το άγχος της συνεχούς φροντίδας που η αντισύλληψη επιβάλλει. Η διαπίστωση, όμως, αυτή δεν είναι αδιάφορη και πέρα από το πνεύμα και τις αρμοδιότητες του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Σύμφωνα, λοιπόν, με αναφορά του ΠΟΥ, η φροντίδα για προαγωγή μιας υπεύθυνης συμπεριφοράς αποτελεί σημαντική συνιστώσα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Από της πλευρά μας , δηλώνουμε θερμοί υποστηρικτές κάθε είδους αγωγής υγείας, με σκοπό τη μετατροπή της συμπεριφοράς των ατόμων σε θέματα υγείας για λήψη αποφάσεων που οδηγούν στη βελτίωση της κατάστασης της προσωπικής υγείας και των συνθηκών του περιβάλλοντος, στο οποίο τα άτομα ζουν. Από τη στιγμή που τα άτομα διαθέτουν τις κατάλληλες πληροφορίες, είναι στη συνέχεια τα μόνα υπεύθυνα για ενδεχόμενες συνέπειες που αφορούν στους κινδύνους της υγείας τους, οι οποίοι, στην περίπτωση που εξετάζεται, θα μπορούσαν να εντοπιστούν:

- Στην αυξημένη επίπτωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Στην αυξημένη συχνότητα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
- Στη σημαντική αυξητική τάση του αριθμού των εκτρώσεων.
- Στις προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις και
- Στην ανάπτυξη αναχρονιστικών αντιλήψεων.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσα έρευνας είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση. Θα μελετηθούν οι γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση και θα γίνουν ανάλογοι συσχετισμοί μεταξύ τους.

## ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι στόχοι της έρευνας είναι:

- Η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών
- Η διερεύνηση των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση
- Η συσχέτιση των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων αναφορικά με το φύλο
- Η συσχέτιση των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων αναφορικά με τον τόπο κατοικίας



## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 220 άτομα. Η μέθοδος με την οποία πραγματοποιήθηκε η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είναι η ποσοτική. Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο. Ως τρόπος συλλογής των δεδομένων, επιλέχθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο γιατί μέσω της ανωνυμίας δίνεται η ευχέρεια στους ερωτώμενους να δώσουν περισσότερο ειλικρινείς απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις που σχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά, γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις για την έκτρωση και την αντισύλληψη. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν :

Αρχικά υπάρχουν οι ερωτήσεις για τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά που είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος καταγωγής, το μορφωτικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας.

Στην συνέχεια, υπάρχουν 20 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την σεξουαλική συμπεριφορά των νέων. Συγκεκριμένα, με τη χρήση της κλίμακας ερωτήσεων κλειστού τύπου και της κλίμακας Likert με ποσοτική διαβάθμιση, οι νέοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις όπως, για τις σεξουαλικές σχέσεις (με διείσδυση) (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Δεν έχω ξεκινήσει ακόμη σεξουαλική επαφή, 2.Δεν έχω αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση, 3.Αυτή την περίοδο έχω σεξουαλική επαφή), το είδος της σεξουαλικής σχέσης (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Όχι, δεν έχω μόνιμη σχέση, 2.Ναι, έχω μόνιμη σχέση, 3.Όχι, δεν έχω περιστασιακή σχέση, 4.Ναι, έχω περιστασιακή σχέση), την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση), τα αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Προφυλακτικό, 2.Αντισυλληπτικό χάπι, 3.Διακεκομμένη συνουσία, 4.Κανένα μέτρο), τα αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Προφυλακτικό, 2.Αντισυλληπτικό χάπι, 3.Διακεκομμένη

συνουσία, 4.Κανένα μέτρο), την εμπειρία εγκυμοσύνης (ερώτηση κλειστού τύπου: 1.Όχι, δεν είχα εμπειρία, 2.Ναι, είχα εμπειρία), την έκβαση της εγκυμοσύνης εάν είχαν εμπειρία αυτής (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Διακοπή εγκυμοσύνης χωρίς γάμο, 2.Γέννηση χωρίς γάμο, 3.Γάμος με γέννηση), την αποδοχή της έκτρωσης (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Κατά της έκτρωσης, 2.Υπέρ της έκτρωσης), ποιες πηγές ενημέρωσης είχαν για τα σεξουαλικά θέματα (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Φίλο, 2.Αδέλφια, 3.Γονείς, 4.Σχολείο, 5.Περιοδικά – Βιβλία, 6.ΜΜΕ, 7.Διαδίκτυο, 8.Γυναικολόγο, 9.Υπηρεσίες Συμβουλευτικής, 10.Κανένα), την επάρκεια της ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Καθόλου ενημέρωση, 2.Ανεπαρκής ενημέρωση, 3.Επαρκής ενημέρωση, 4.Πλήρης ενημέρωση), εάν θεωρούν επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης (ερώτηση κλειστού τύπου: Ναι, όχι), πόσο συχνά χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Κάθε φορά, 2.Πολύ συχνά, 3.Σπάνια, 4.Ποτέ), εάν πιστεύουν ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Θετικά, 2.αρνητικά, 3.ουδέτερα), στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης (ερώτηση κλειστού τύπου: 1.Άνδρας, 2.Γυναίκα, 3.Και οι δύο), εάν συζητούν – συναποφασίζουν με τον σύντροφό τους για το θέμα της αντισύλληψης (ερώτηση κλειστού τύπου: Ναι, όχι), εάν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Διακεκομμένη συνουσία (Τράβηγμα), 2.Αντισυλληπτικός σπώγγος, 3.Κολπικό διάφραγμα, 4.Μέθοδοι ρυθμού (μέθοδοι ημερολογίου), 5.Θερμομετρική μέθοδος, 6.Αντισυλληπτικό χάπι, 7.Σπερματοκτόνα, 8.Ενδομήτρια σπειράματα, 9.Κολπικός δακτύλιος, 10.Αντρικό προφυλακτικό, 11.Άλλο), τους λόγους που δεν κάνουν χρήση μεθόδων αντισύλληψης (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Έχω σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο, 2.Εμπιστεύομαι τον σύντροφό μου, 3.Είναι προσωπική μου επιλογή να μην κάνω κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, 4.Αισθάνομαι αμηχανία να ζητήσω ή να κάνω χρήση κάποιου μεθόδου, 5.Θέλω να κάνω παιδί), εάν γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού

στην πόλη σας (ερώτηση κλειστού τύπου: Ναι, όχι), εάν έχουν επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού (ερώτηση κλειστού τύπου: Ναι, όχι), τους λόγους επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, 2.Γυναικολογική εξέταση, 3.Παπ-Τεστ, 4.Εξέταση μαστών).

Τέλος, υπάρχουν 3 ερωτήσεις που σχετίζονται με τις εκτρώσεις. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει μία ερώτηση όπου καλούνται να απαντήσουν, το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας μέσα από μια κλίμακα τεσσάρων σημείων, τις αντιλήψεις για την έκτρωση (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Συμφωνώ απόλυτα, 2.Συμφωνώ, 3.Διαφωνώ, 4.Διαφωνώ απόλυτα). Καλούνται να απαντήσουν σε αντιλήψεις που αφορούν στην νομιμότητα των εκτρώσεων, όπως αν η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη ή πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις αιμομιξίας, βιασμού ή στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει κίνδυνος για την υγεία. Μία ερώτηση για το τι πιστεύουν ότι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Διακοπή της κύησης, 2.Θα γεννούσα το μωρό, 3.Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό, 4.Θα ήμουν ανύπαντρη μητέρα, 5.Θα το έδινα για υιοθεσία, 6.Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας μου, 7.Θα το σκεφτόμουν τότε, 8.Αποκλείεται να μου συμβεί, 9.Άλλο) και μία ερώτηση για τους παράγοντες που πιστεύουν ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1.Ηλικία, 2.Καριέρα, 3.Αμφιβολία για τον σύντροφο, 4.Οικονομική παράγοντες, 5.Κοινωνικοί παράγοντες, 6.Θρησκευτικοί παράγοντες, 7.Άλλο).

Η έρευνα διεξήχθη την περίοδο από 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου έως 30 Δεκεμβρίου. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Αφού ολοκληρώθηκε η έρευνα, έγινε η επεξεργασία των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS, κάνοντας πίνακες συνάφειας, διαγράμματα και τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους (Έλεγχος  $\chi^2$  και Cramer's V test). Ωστόσο, το δείγμα

της έρευνας έδωσε παραπάνω απαντήσεις σε ερωτήσεις που έπρεπε να δώσουν συγκεκριμένο αριθμό, όπως για παράδειγμα οι ερωτήσεις που διερευνούν τους λόγους που θα συντελούσαν στην πραγματοποίηση ή μη μιας έκτρωσης.

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν για να μπορέσουν να αναλυθούν και να περιγραφούν με την μορφή πινάκων και διαγραμμάτων. Για την συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του τόπου κατοικίας χρησιμοποιήθηκε η  $\chi^2$  κατανομή. Για τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Pearson Chi-Square της  $\chi^2$ . Πιο συγκεκριμένα, εάν το Pearson Chi-Square  $\leq 0,05$  τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δεδομένα, εάν το Pearson Chi-Square  $\geq 0,05$  τότε δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δεδομένα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση. Το δείγμα μας αποτελείται από 220 άτομα. Αρχικά θα παρουσιάσουμε τις συχνότητες των απαντήσεων και στην συνέχεια θα αναφέρουμε τα αποτελέσματα των συσχετίσεων.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο

A1. Φύλο:				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ανδρας	93	42,3	42,3	42,3
Γυναίκα	127	57,7	57,7	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 1 βλέπουμε ότι το 42,3% ήταν άνδρες και το 57,7% ήταν γυναίκες.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία

**A2. Ηλικία :**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	3	1,4	1,4	1,4
19	12	5,5	5,5	6,8
20	42	19,1	19,1	25,9
21	34	15,5	15,5	41,4
22	19	8,6	8,6	50,0
23	7	3,2	3,2	53,2
24	11	5,0	5,0	58,2
Valid 25	16	7,3	7,3	65,5
26	23	10,5	10,5	75,9
27	14	6,4	6,4	82,3
28	15	6,8	6,8	89,1
29	9	4,1	4,1	93,2
30	15	6,8	6,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 2 βλέπουμε ότι το 1,4% ήταν ηλικίας 18 ετών, 5,5% ήταν ηλικίας 19 ετών, 19,1% ήταν ηλικίας 20 ετών, 15,5% ήταν ηλικίας 21 ετών, 8,6% ήταν ηλικίας 22 ετών, 3,2% ήταν ηλικίας 23 ετών, 5,0% ήταν ηλικίας 24 ετών, 7,3% ήταν ηλικίας 25 ετών, 10,5% ήταν ηλικίας 26 ετών, 6,4% ήταν ηλικίας 27 ετών, 6,8% ήταν ηλικίας 28 ετών, 4,1% ήταν ηλικίας 29 ετών και 6,8% ήταν ηλικίας 30 ετών.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση

**A3. Οικογενειακή Κατάσταση:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Άγαμος	75	34,1	34,1	34,1
Έγγαμος	48	21,8	21,8	55,9
Διαζευγμένος	6	2,7	2,7	58,6
Σε σχέση	44	20,0	20,0	78,6
Συζώ με τον σύντροφό μου	47	21,4	21,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 3 παρατηρούμε ότι το 34,1% ήταν άγαμοι, 21,8% ήταν έγγαμοι, 2,7% ήταν διαζευγμένοι, 20,0% ήταν σε σχέση και 21,4% συζούσαν με τον σύντροφό τους,

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος κατά τόπο καταγωγής

**A4. Τόπος καταγωγής:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Αστική περιοχή	102	46,4	46,4	46,4
Ημιαστική περιοχή	70	31,8	31,8	78,2
Αγροτική περιοχή	48	21,8	21,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 4 απεικονίζεται η κατανομή του δείγματος κατά τον τόπο καταγωγής. Το 46,4% ήταν από αστική περιοχή, το 31,8% ήταν από ημιαστική περιοχή και το 21,8 από αγροτική περιοχή.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο

**A5. Μορφωτικό επίπεδο:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δημοτικό	34	15,5	15,5	15,5
Λύκειο / ΤΕΕ	104	47,3	47,3	62,7
Valid AEI / ΤΕΙ	58	26,4	26,4	89,1
Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	24	10,9	10,9	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 5 βλέπουμε το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Το 15,5% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 47,3% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 26,4% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ, 10,9% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού.

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

**A6. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αναλφάβητος	29	13,2	13,2	13,2
Δημοτικό	37	16,8	16,8	30,0
Valid Λύκειο / ΤΕΕ	113	51,4	51,4	81,4
AEI / ΤΕΙ	19	8,6	8,6	90,0
Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	22	10,0	10,0	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 6 βλέπουμε το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα του δείγματος. Το 13,2% είναι αναλφάβητοι, 16,8% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 51,4% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 8,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ και 10,0% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού.



Πίνακας 7:Κατανομή του δείγματος κατά μορφωτικό επίπεδο μητέρας

**A7. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αναλφάβητος	29	13,2	13,2	13,2
Δημοτικό	37	16,8	16,8	30,0
Λύκειο / ΤΕΕ	113	51,4	51,4	81,4
ΑΕΙ / ΤΕΙ	19	8,6	8,6	90,0
Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	22	10,0	10,0	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 7 βλέπουμε το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας του δείγματος. Το 13,2% είναι αναλφάβητοι, 16,8% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 51,4% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 8,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ και 10,0% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού.

Πίνακας 8:Κατάσταση της σεξουαλικής σχέσης (με διείσδυση)

**A8. Σεξουαλικές Σχέσεις (με διείσδυση):**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν έχω ξεκινήσει ακόμα σεξουαλική επαφή	22	10,0	10,0	10,0
Δεν έχω αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση	51	23,2	23,2	33,2
Αυτή την περίοδο έχω σεξουαλική επαφή	147	66,8	66,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 8 βλέπουμε την κατάσταση της σεξουαλικής σχέσης του δείγματος. Το 10,0% δεν έχει ξεκινήσει ακόμα σεξουαλική επαφή, το 23,2% δεν έχει αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση και το 66,8% αυτή την περίοδο έχει σεξουαλική επαφή.

Πίνακας 9: Είδος σεξουαλικής σχέσης

**A9. Είδος σεξουαλικής σχέσης:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, έχω μόνιμη σχέση	105	47,7	47,7	47,7
Ναι, έχω περιστασιακή σχέση	115	52,3	52,3	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 9 απεικονίζεται το είδος της σεξουαλικής σχέσης του δείγματος. Το 47,7% έχει μόνιμη σχέση και το 52,3% έχει περιστασιακή σχέση.

Πίνακας 10: Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση)

**A10. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση):**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
15	10	4,5	5,1	5,1
16	27	12,3	13,7	18,8
17	38	17,3	19,3	38,1
18	20	9,1	10,2	48,2
19	18	8,2	9,1	57,4
20	36	16,4	18,3	75,6
21	22	10,0	11,2	86,8
22	3	1,4	1,5	88,3
23	5	2,3	2,5	90,9
24	9	4,1	4,6	95,4
25	8	3,6	4,1	99,5
26	1	,5	,5	100,0
Total	197	89,5	100,0	
Missing				
System	23	10,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 10 βλέπουμε την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση) τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Το εύρος της ηλικίας είναι από 15 – 26 χρόνων.

**Πίνακας 11: Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση**

**A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Προφυλακτικό	128	58,2	58,2	58,2
Αντισυλληπτικό χάπι	37	16,8	16,8	75,0
Valid Διακεκομμένη συνουσία	44	20,0	20,0	95,0
Κανένα μέτρο	11	5,0	5,0	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 11 παρατηρούμε τα αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση. Το 58,2% χρησιμοποιεί προφυλακτικό, το 16,8% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι, το 20,0% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία και το 5,0% δεν χρησιμοποιεί κανένα μέτρο.

**Πίνακας 12: Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση**

**A12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Προφυλακτικό	209	95,0	95,0	95,0
Αντισυλληπτικό χάπι	1	,5	,5	95,5
Valid Διακεκομμένη συνουσία	7	3,2	3,2	98,6
Κανένα μέτρο	3	1,4	1,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 12 παρατηρούμε τα αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση. Το 95,0% χρησιμοποιεί προφυλακτικό, το 0,5% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι, το 3,2% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία και το 1,4% δεν χρησιμοποιεί κανένα μέτρο.

Πίνακας 13: Εμπειρία εγκυμοσύνης του δείγματος

**A13. Εμπειρία εγκυμοσύνης:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Όχι, δεν είχα εμπειρία	188	85,5	85,5	85,5
Valid Ναι, είχα εμπειρία	32	14,5	14,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 13 βλέπουμε την εμπειρία εγκυμοσύνης του δείγματος. Παρατηρήσαμε ότι το 85,5% δεν είχε εμπειρία εγκυμοσύνης ενώ το 14,5% είχε.

Πίνακας 14: Έκβαση της εγκυμοσύνης για όσους είχαν εμπειρία αυτής.

**A14. Έκβαση εγκυμοσύνης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διακοπή εγκυμοσύνης χωρίς γάμο	27	12,3	84,4	84,4
Valid Γάμος με γέννηση	5	2,3	15,6	100,0
Total	32	14,5	100,0	
Missing System	188	85,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 14 βλέπουμε την έκβαση της εγκυμοσύνης για όσους είχαν εμπειρία αυτής. Το 12,3% διέκοψε την εγκυμοσύνη χωρίς γάμο και το 2,3% γέννησε το μωρό με γάμο.

Πίνακας 15: Η αποδοχή ή μη της έκτρωσης από το δείγμα

**A15. Αποδοχή της έκτρωσης:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κατά της έκτρωσης	85	38,6	38,6	38,6
Valid Υπέρ της έκτρωσης	135	61,4	61,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 15 απεικονίζεται η αποδοχή της έκτρωσης από το δείγμα. Το 38,6% είναι κατά της έκτρωσης και το 61,4% είναι υπέρ της έκτρωσης.

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος με βάση τις πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα

**A16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Φίλο	3	1,4	1,4	1,4
Αδέρφια	2	,9	,9	2,3
Γονείς	2	,9	,9	3,2
Σχολείο	1	,5	,5	3,6
Περιοδικά - Βιβλία	2	,9	,9	4,5
Valid ΜΜΕ	83	37,7	37,7	42,3
Διαδίκτυο	80	36,4	36,4	78,6
Γυναικολόγο	7	3,2	3,2	81,8
Υπηρεσίες Συμβουλευτικής	5	2,3	2,3	84,1
Κανένα	35	15,9	15,9	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 16 παρατηρούμε τις πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα. Το 1,4% είχε ενημέρωση για τα σεξουαλικά θέματα από φίλο, το 0,9% είχε από τα αδέρφια του, το 0,9% είχε από τους γονείς, το 0,5% είχε από το σχολείο, το 0,9% είχε από περιοδικά – βιβλία, το 37,7% είχε από τα ΜΜΕ, το 36,4% είχε από το διαδίκτυο, το 3,2% είχε από γυναικολόγο, το 2,3% είχε από υπηρεσίες συμβουλευτικής και το 15,9% από κανέναν.

**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος με βάση την επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**

**A17. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου ενημέρωση	71	32,3	32,3	32,3
Ανεπαρκής ενημέρωση	85	38,6	38,6	70,9
Valid Επαρκής ενημέρωση	57	25,9	25,9	96,8
Πλήρης ενημέρωση	7	3,2	3,2	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 17 απεικονίζεται η επάρκεια ενημέρωσης του δείγματος πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης. Το 32,3% δεν είχε καθόλου ενημέρωση, το 38,6% είχε ανεπαρκής ενημέρωση, το 25,9% είχε επαρκής ενημέρωση και το 3,2% είχε πλήρης ενημέρωση.

**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος βάση του εάν θεωρούν επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης**

**A18. Θεωρείται επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	23	10,5	10,5	10,5
Όχι	197	89,5	89,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 18 παρατηρούμε εάν το δείγμα θεωρεί τις υπηρεσίες στήριξης επαρκείς. Το 10,5% θεωρεί τις υπηρεσίες στήριξης επαρκείς και το 89,5% δεν τις θεωρεί.

**Πίνακας 19: Πόσο συχνά χρησιμοποιεί το δείγμα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο**

**A19. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κάθε φορά	98	44,5	44,5	44,5
Πολύ συχνά	56	25,5	25,5	70,0
Valid Σπάνια	52	23,6	23,6	93,6
Ποτέ	14	6,4	6,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 19 παρατηρούμε την συχνότητα που χρησιμοποιεί το δείγμα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Το 44,5% χρησιμοποιεί κάθε φορά που έχει σεξουαλική επαφή, το 25,5% πολύ συχνά, το 23,6% σπάνια και το 6,4% ποτέ.

**Πίνακας 20: Τα πιστεύω του δείγματος για το εάν η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη**

**A20. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Θετικά	103	46,8	46,8	46,8
Αρνητικά	11	5,0	5,0	51,8
Ουδέτερα	106	48,2	48,2	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 20 παρατηρούμε τα πιστεύω του δείγματος για το εάν η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη. Το 46,8% θεωρεί ότι το προφυλακτικό επηρεάζει θετικά την ερωτική πράξη, το 5,0 θεωρεί ότι την επηρεάζει αρνητικά και το 48,2% ουδέτερα.

**Πίνακας 21: Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης**

**A21. Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ανδρας	59	26,8	26,8	26,8
Γυναίκα	8	3,6	3,6	30,5
Και οι δύο	153	69,5	69,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 21 απεικονίζεται η περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης. Το 26,8% πιστεύει ότι ο άνδρας έχει την κύρια ευθύνη, το 3,6% πιστεύει ότι την έχει η γυναίκα και το 69,5% πιστεύει ότι και οι δύο έχουν την κύρια ευθύνη.

**Πίνακας 22: Συζητάτε – συναποφασίζεται με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης**

**A22. Συζητάτε – συναποφασίζεται με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	153	69,5	69,5	69,5
Όχι	67	30,5	30,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 22 φαίνεται ότι το 69,5% συζητά – συναποφασίζει με τον σύντροφό του για το θέμα της αντισύλληψης και το 30,5% δεν συζητά – συναποφασίζει με τον σύντροφό του για το θέμα της αντισύλληψης.



Πίνακας 23: Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή;

**A23. Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διακεκομμένη συνουσία (Τράβηγμα)	45	20,5	20,5	20,5
Αντισυλληπτικό χάπι	36	16,4	16,4	36,8
Ενδομήτρια σπειράματα	21	9,5	9,5	46,4
Αντρικό προφυλακτικό	118	53,6	53,6	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 23 παρατηρούμε εάν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Το 20,5% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα), το 16,4% χρησιμοποιεί το αντισυλληπτικό χάπι, το 9,5% χρησιμοποιεί τα ενδομήτρια σπειράματα και το 53,6% χρησιμοποιεί το αντρικό προφυλακτικό.

Πίνακας 24: Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης

**A24. Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έχω σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο	78	35,5	35,5	35,5
Εμπιστεύομαι τον σύντροφό μου	39	17,7	17,7	53,2
Είναι προσωπική μου επιλογή να μην κάνω κάποια αντισυλληπτική μέθοδο	52	23,6	23,6	76,8
Αισθάνομαι αμηχανία να ζητήσω ή να κάνω χρήση κάποιας μεθόδου	30	13,6	13,6	90,5
Θέλω να κάνω παιδί	21	9,5	9,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 24 απεικονίζονται οι λόγοι που δεν κάνει το δείγμα χρήση μεθόδων αντισύλληψης. Το 35,5% έχει σεξουαλική επαφή με σταθερό

σύντροφο, το 17,7% εμπιστεύεται τον σύντροφό του, το 23,6% είναι προσωπική επιλογή να μην κάνει χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, το 13,6% αισθάνεται αμηχανία να ζητήσει ή να κάνει χρήση κάποιας μεθόδου και το 9,5% θέλει να κάνει παιδί.

**Πίνακας 25: Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού στην πόλη σας;**

**A25. Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού**

στην πόλη σας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nαι	52	23,6	23,6	23,6
Valid Όχι	168	76,4	76,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 25 παρατηρούμε εάν γνωρίζουν αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην πόλη τους. Το 23,6% απάντησε θετικά στην ερώτηση που σημαίνει ότι γνωρίζουν και το 76,4% απάντησε αρνητικά ωστόσο δεν γνωρίζει.

**Πίνακας 26: Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού;**

**A26. Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nαι	27	12,3	12,3	12,3
Valid Όχι	193	87,7	87,7	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 26 φαίνεται εάν το δείγμα μας έχει επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 12,3% απάντησε θετικά στην ερώτηση και το 87,7% απάντησε αρνητικά στην ερώτηση.

Πίνακας 27: Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού

A27. Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων	14	6,4	51,9	51,9
	Γυναικολογική εξέταση	5	2,3	18,5	70,4
	Παπ - Τεστ	3	1,4	11,1	81,5
	Εξέταση μαστών	5	2,3	18,5	100,0
	Total	27	12,3	100,0	
Missing	System	193	87,7		
Total		220	100,0		

Στον πίνακα 27 απεικονίζονται οι λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση. Το 6,4% επισκέφτηκε το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, το 2,3% για γυναικολογική εξέταση, το 1,4% για Παπ – τεστ και το 2,3% για εξέταση μαστών.

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των αντιλήψεων του δείγματος για την έκτρωση.

**Πίνακας 28: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	92	41,8	48,4	48,4
Συμφωνώ	70	31,8	36,8	85,3
Valid Διαφωνώ	16	7,3	8,4	93,7
Διαφωνώ απόλυτα	12	5,5	6,3	100,0
Total	190	86,4	100,0	
Missing System	30	13,6		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 28 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη. Το 41,8% συμφωνεί απόλυτα, το 31,8% συμφωνεί, το 7,3% διαφωνεί και το 5,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 29: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	169	76,8	80,9	80,9
Συμφωνώ	28	12,7	13,4	94,3
Valid Διαφωνώ	6	2,7	2,9	97,1
Διαφωνώ απόλυτα	6	2,7	2,9	100,0
Total	209	95,0	100,0	
Missing System	11	5,0		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 29 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας. Το 76,8% συμφωνεί απόλυτα, το 12,7% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,0% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 30: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	169	76,8	80,9	80,9
Συμφωνώ	28	12,7	13,4	94,3
Valid Διαφωνώ	6	2,7	2,9	97,1
Διαφωνώ απόλυτα	6	2,7	2,9	100,0
Total	209	95,0	100,0	
Missing System	11	5,0		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 30 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού. Το 76,8% συμφωνεί απόλυτα, το 12,7% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,0% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 31: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	124	56,4	60,5	60,5
Συμφωνώ	63	28,6	30,7	91,2
Valid Διαφωνώ	10	4,5	4,9	96,1
Διαφωνώ απόλυτα	8	3,6	3,9	100,0
Total	205	93,2	100,0	
Missing System	15	6,8		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 31 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση. Το 56,4% συμφωνεί απόλυτα, το 28,6% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 6,8% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 32: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	159	72,3	77,6	77,6
Συμφωνώ	32	14,5	15,6	93,2
Valid Διαφωνώ	12	5,5	5,9	99,0
Διαφωνώ απόλυτα	2	,9	1,0	100,0
Total	205	93,2	100,0	
Missing System	15	6,8		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 32 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει. Το 72,3%% συμφωνεί απόλυτα, το 14,5% συμφωνεί, το 5,5% διαφωνεί και το

0,9% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 6,8% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 33: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	56	25,5	30,3	30,3
Συμφωνώ	71	32,3	38,4	68,6
Valid Διαφωνώ	42	19,1	22,7	91,4
Διαφωνώ απόλυτα	16	7,3	8,6	100,0
Total	185	84,1	100,0	
Missing System	35	15,9		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 33 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία. Το 25,5% συμφωνεί απόλυτα, το 32,3% συμφωνεί, το 19,1% διαφωνεί και το 7,3% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 34: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 7. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 7. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	42	19,1	32,1	32,1
Συμφωνώ	71	32,3	54,2	86,3
Valid Διαφωνώ	10	4,5	7,6	93,9
Διαφωνώ απόλυτα	8	3,6	6,1	100,0
Total	131	59,5	100,0	
Missing System	89	40,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 34 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη). Το 19,1% συμφωνεί απόλυτα, το 32,3% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 40,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 35: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	84	38,2	44,7	44,7
Συμφωνώ	60	27,3	31,9	76,6
Valid Διαφωνώ	18	8,2	9,6	86,2
Διαφωνώ απόλυτα	26	11,8	13,8	100,0
Total	188	85,5	100,0	
Missing System	32	14,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 35 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.



Πίνακας 36: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 9. Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 9. Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	12	5,5	6,3	6,3
Συμφωνώ	16	7,3	8,4	14,7
Valid Διαφωνώ	70	31,8	36,8	51,6
Διαφωνώ απόλυτα	92	41,8	48,4	100,0
Total	190	86,4	100,0	
Missing System	30	13,6		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 36 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω τους. Το 5,5% συμφωνεί απόλυτα, το 7,3% συμφωνεί, το 31,8% διαφωνεί και το 41,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

Πίνακας 37: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	86	39,1	45,3	45,3
Συμφωνώ	90	40,9	47,4	92,6
Valid Διαφωνώ	10	4,5	5,3	97,9
Διαφωνώ απόλυτα	4	1,8	2,1	100,0
Total	190	86,4	100,0	
Missing System	30	13,6		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 37 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης. Το 39,1% συμφωνεί απόλυτα, το 40,9% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 1,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 38: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	90	40,9	42,3	42,3
Συμφωνώ	111	50,5	52,1	94,4
Valid Διαφωνώ	6	2,7	2,8	97,2
Διαφωνώ απόλυτα	6	2,7	2,8	100,0
Total	213	96,8	100,0	
Missing System	7	3,2		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 38 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο θεό. Το 40,9% συμφωνεί απόλυτα, το 50,5% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 3,2% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 39: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	102	46,4	56,0	56,0
Συμφωνώ	40	18,2	22,0	78,0
Valid Διαφωνώ	24	10,9	13,2	91,2
Διαφωνώ απόλυτα	16	7,3	8,8	100,0
Total	182	82,7	100,0	
Missing System	38	17,3		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 39 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα. Το 46,4% συμφωνεί απόλυτα, το 18,2% συμφωνεί, το 10,9% διαφωνεί και το 7,3% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 17,3% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 40: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	84	38,2	44,7	44,7
Συμφωνώ	60	27,3	31,9	76,6
Valid Διαφωνώ	18	8,2	9,6	86,2
Διαφωνώ απόλυτα	26	11,8	13,8	100,0
Total	188	85,5	100,0	
Missing System	32	14,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 40 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι τα έμβρυα θα πρέπει να έχουν νομικά δικαιώματα. Το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 41: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	84	38,2	44,7	44,7
Συμφωνώ	60	27,3	31,9	76,6
Valid Διαφωνώ	18	8,2	9,6	86,2
Διαφωνώ απόλυτα	26	11,8	13,8	100,0
Total	188	85,5	100,0	
Missing System	32	14,5		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 41 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία. Το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 42: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 15. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 15. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	16	7,3	8,6	8,6
Συμφωνώ	42	19,1	22,7	31,4
Valid Διαφωνώ	71	32,3	38,4	69,7
Διαφωνώ απόλυτα	56	25,5	30,3	100,0
Total	185	84,1	100,0	
Missing System	35	15,9		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 42 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το 7,3% συμφωνεί απόλυτα, το 19,1% συμφωνεί, το 32,3% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 43: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	16	7,3	8,6	8,6
Συμφωνώ	42	19,1	22,7	31,4
Valid Διαφωνώ	71	32,3	38,4	69,7
Διαφωνώ απόλυτα	56	25,5	30,3	100,0
Total	185	84,1	100,0	
Missing System	35	15,9		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 43 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα

έξοδα των εκτρώσεων. Το 7,3% συμφωνεί απόλυτα, το 19,1% συμφωνεί, το 32,3% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 44: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	20	9,1	9,7	9,7
Συμφωνώ	34	15,5	16,4	26,1
Valid Διαφωνώ	97	44,1	46,9	72,9
Διαφωνώ απόλυτα	56	25,5	27,1	100,0
Total	207	94,1	100,0	
Missing System	13	5,9		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 44 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας. Το 9,1% συμφωνεί απόλυτα, το 15,5% συμφωνεί, το 44,1% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 45: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μία έκτρωση**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μία έκτρωση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	70	31,8	36,6	36,6
Συμφωνώ	99	45,0	51,8	88,5
Valid Διαφωνώ	12	5,5	6,3	94,8
Διαφωνώ απόλυτα	10	4,5	5,2	100,0
Total	191	86,8	100,0	
Missing System	29	13,2		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 45 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μία έκτρωση. Το 31,8% συμφωνεί απόλυτα, το 45,0% συμφωνεί, το 5,5% διαφωνεί και το 4,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,2% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 46: Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση**

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	99	45,0	48,8	48,8
Συμφωνώ	72	32,7	35,5	84,2
Valid Διαφωνώ	24	10,9	11,8	96,1
Διαφωνώ απόλυτα	8	3,6	3,9	100,0
Total	203	92,3	100,0	
Missing System	17	7,7		
Total	220	100,0		

Στον πίνακα 46 απεικονίζονται οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση. Το 45,0% συμφωνεί απόλυτα, το 32,7% συμφωνεί, το 10,9%

διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 7,7% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

**Πίνακας 47: Τα πιστεύω του δείγματος για το τι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**

**A29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διακοπή της κύησης	79	35,9	35,9	35,9
Θα γεννούσα το μωρό	4	1,8	1,8	37,7
Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	12	5,5	5,5	43,2
Θα ήμουν ανύπαντρη μητέρα	16	7,3	7,3	50,5
Valid Θα το έδινα για υιοθεσία	7	3,2	3,2	53,6
Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας μου	3	1,4	1,4	55,0
Θα το σκεφτόμουν τότε	93	42,3	42,3	97,3
Αποκλείεται να μου συμβεί	6	2,7	2,7	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 47 παρατηρούμαι τα πιστεύω του δείγματος για το τι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Το 35,9% θα έκανε διακοπή της κύησης, το 1,8% θα γεννούσε το μωρό, το 5,5% θα παντρευόταν για να κρατήσει το μωρό, το 7,3% θα ήταν ανύπαντρη μητέρα, το 3,2% θα το έδινε για υιοθεσία, το 1,4% θα απομακρυνόταν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας του, το 42,3% θα το σκεφτόταν τότε και το 2,7% πιστεύει ότι αποκλείεται να του συμβεί.

Πίνακας 48: Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;

**A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ηλικία	16	7,3	7,3	7,3
Καριέρα	32	14,5	14,5	21,8
Αμφιβολία για τον σύντροφο	76	34,5	34,5	56,4
Valid Οικονομικοί παράγοντες	64	29,1	29,1	85,5
Κοινωνικοί παράγοντες	13	5,9	5,9	91,4
Θρησκευτικοί παράγοντες	7	3,2	3,2	94,5
Άλλο	12	5,5	5,5	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Στον πίνακα 48 βλέπουμε τους παράγοντες που πιστεύουν ότι θα καθόριζαν την απόφασή τους. Το 7,3% πιστεύει ότι η ηλικία θα καθόριζε την απόφαση του, το 14,5% η καριέρα, το 34,5% η αμφιβολία για τον σύντροφο, το 29,1% οι οικονομικοί παράγοντες, το 5,9% οι κοινωνικοί παράγοντες, το 3,2% οι θρησκευτικοί παράγοντες και το 5,5% κάτι άλλο.



## Συσχετίσεις των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το φύλο

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε τα ευρήματα από τις συσχετίσεις που έγιναν αναφορικά με το φύλο του δείγματος.

Πίνακας 49: A1. Φύλο: \* A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,595 <sup>a</sup>	3	,002
Likelihood Ratio	70,653	3	,000
Linear-by-Linear Association	29,345	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,65.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,494	,000
	Cramer's V	,494	,000
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Όπως βλέπουμε και από τον πίνακα 49, το φύλο επηρέασε την γνώμη τους για τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούν με την μόνιμη σεξουαλική σχέση. Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 50: A1. Φύλο: \* A12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,218 <sup>a</sup>	3	,001
Likelihood Ratio	9,152	3	,027
Linear-by-Linear Association	3,902	1	,048
N of Valid Cases	220		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,168	,101
	Cramer's V	,168	,101
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Όπως βλέπουμε και από τον πίνακα 50, το φύλο επηρέασε την γνώμη τους για τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούν με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση. Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 51: A1. Φύλο: \* A15. Αποδοχή της έκτρωσης

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,750 <sup>a</sup>	1	,005		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,989	1	,008		
Likelihood Ratio	7,886	1	,005		
Fisher's Exact Test				,008	,004
Linear-by-Linear Association	7,714	1	,005		
N of Valid Cases	220				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,93.

b. Computed only for a 2x2 table

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,188	,005
	Cramer's V	,188	,005
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Όπως βλέπουμε και από τον πίνακα 51, το φύλο επηρέασε την γνώμη τους για το εάν είναι υπέρ ή κατά της έκτρωσης. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες και στο εάν είναι υπέρ ή κατά της έκτρωσης.

Πίνακας 52: A1. Φύλο: \* A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	78,972 <sup>a</sup>	3	,001
Likelihood Ratio	101,974	3	,000
Linear-by-Linear Association	51,832	1	,000
N of Valid Cases	185		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,70.

#### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,653	,002
	Cramer's V	,653	,000
N of Valid Cases		185	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Στον πίνακα 52 παρατηρούμε ότι το φύλο επηρέασε την απάντηση τους για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία. Για την ερώτηση αυτή υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 53: A1. Φύλο: \* A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	133,154 <sup>a</sup>	3	,004
Likelihood Ratio	152,486	3	,000
Linear-by-Linear Association	101,402	1	,000
N of Valid Cases	213		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,59.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,791	,000
	Cramer's V	,791	,000
N of Valid Cases		213	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Στον πίνακα 53 απεικονίζονται οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι όπου βλέπουμε ότι το φύλο επηρέασε την απάντησή τους για το εάν η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό. Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 54: A1. Φύλο: \* A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	104,132 <sup>a</sup>	6	,000
Likelihood Ratio	131,739	6	,000
Linear-by-Linear Association	47,137	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 2 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,96.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,688	,000
	Cramer's V	,688	,000
N of Valid Cases		220	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Στον πίνακα 54 παρατηρούμε ότι βάση των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων το φύλο έπαιξε καθοριστικό παράγοντα για να απαντήσουν ποιοι είναι οι παράγοντες που θα καθόριζαν την απόφασή τους για το πώς θα αντιμετώπιζαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Στην συσχέτισμό αυτό υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

## Συσχετίσεις των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το τόπο καταγωγής

Στην συνέχεια, θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των συσχετισμών που έγιναν για τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με τον τόπο κατοικίας τους.

Πίνακας 55: A4. Τόπος καταγωγής: \* A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	280,532 <sup>a</sup>	6	,001
Likelihood Ratio	287,027	6	,000
Linear-by-Linear Association	159,884	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,129	,000
	Cramer's V	,798	,000
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Όπως βλέπουμε και από τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους στον πίνακα 55, ο τόπος καταγωγής επηρέασε την απάντησή τους για τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιούν με την μόνιμη σεξουαλική σχέση. Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον συσχετισμό αυτό.

Πίνακας 56: A4. Τόπος καταγωγής: \* A15. Αποδοχή της έκτρωσης

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,357 <sup>a</sup>	2	,003
Likelihood Ratio	22,345	2	,000
Linear-by-Linear Association	20,974	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,55.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,312	,000
	Cramer's V	,312	,000
N of Valid Cases		220	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Στον πίνακα 56 απεικονίζονται οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι που έγιναν ώστε να βρούμε ότι ο τόπος καταγωγής σχετίζεται με την απάντηση που έδωσαν σχετικά με το εάν είναι υπέρ ή κατά της έκτρωσης. Βλέπουμε επίσης ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.



Πίνακας 57: Α4. Τόπος καταγωγής: \* Α16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	367,627 <sup>a</sup>	18	,001
Likelihood Ratio	368,217	18	,000
Linear-by-Linear Association	143,577	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 21 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,293	,000
	Cramer's V	,914	,000
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Κάνοντας τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 57, ο τόπος κατοικίας συντέλεσε για την απάντηση του δείγματος αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα. Για τον συγκεκριμένο συσχετισμό, έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 58: A4. Τόπος καταγωγής: \* A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,980 <sup>a</sup>	6	,000
Likelihood Ratio	85,797	6	,000
Linear-by-Linear Association	12,468	1	,000
N of Valid Cases	188		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,73.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,565	,000
	Cramer's V	,399	,000
N of Valid Cases		188	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Στον πίνακα 59 απεικονίζονται οι στατιστικοί έλεγχοι που έγιναν για να παρατηρήσουμε ότι ο τόπος κατοικίας επηρέασε την απάντησή τους για το εάν η έκτρωση είναι δολοφονία. Ωστόσο είδαμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 59: A4. Τόπος καταγωγής: \* A29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	230,484 <sup>a</sup>	14	,004
Likelihood Ratio	303,040	14	,000
Linear-by-Linear Association	165,034	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 15 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,65.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,024	,000
	Cramer's V	,724	,000
N of Valid Cases		220	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Κάνοντας τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 60, είδαμε ότι ο τόπος κατοικίας έπαιξε ρόλο για το πώς θα αντιμετώπιζε το δείγμα μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ακόμα είδαμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον συγκεκριμένο συσχετισμό.

Πίνακας 60: A4. Τόπος καταγωγής: \* A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	242,541 <sup>a</sup>	12	,000
Likelihood Ratio	280,455	12	,000
Linear-by-Linear Association	133,330	1	,000
N of Valid Cases	220		

a. 8 cells (38,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,050	,000
	Cramer's V	,742	,000
N of Valid Cases		220	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Με την εκτέλεση των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων είδαμε ότι ο τόπος κατοικίας συνέβαλε στην απάντησή τους για τους παράγοντες που καθόρισαν την απόφασή τους για την αντιμετώπιση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Στον συγκεκριμένο συσχετισμό έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα αναφέρεται στις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση.

Αρχικά από το δείγμα μας είδαμε ότι οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άνδρες (το 42,3% ήταν άνδρες και το 57,7% ήταν γυναίκες). Οι γυναίκες ήταν περισσότερο δεκτικές στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε σύγκριση με τους άνδρες που το θεωρούσαν βαρετό και χρονοβόρο.

Η ηλικία του δείγματος ποικίλει (το 1,4% ήταν ηλικίας 18 ετών, 5,5% ήταν ηλικίας 19 ετών, 19,1% ήταν ηλικίας 20 ετών, 15,5% ήταν ηλικίας 21 ετών, 8,6% ήταν ηλικίας 22 ετών, 3,2% ήταν ηλικίας 23 ετών, 5,0% ήταν ηλικίας 24 ετών, 7,3% ήταν ηλικίας 25 ετών, 10,5% ήταν ηλικίας 26 ετών, 6,4% ήταν ηλικίας 27 ετών, 6,8% ήταν ηλικίας 28 ετών, 4,1% ήταν ηλικίας 29 ετών και 6,8% ήταν ηλικίας 30 ετών). Θα μπορούσαμε εδώ να σχολιάσουμε ότι σε γενικές γραμμές όλες οι ηλικίες ήταν εύκολο να προσεγγισθούν, αυτό ίσως να ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι νέοι είναι περισσότερο ανεκτοί σε θέματα έρευνας.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των νέων είδαμε ότι οι περισσότεροι ήταν άγαμοι (το 34,1% ήταν άγαμοι, 21,8% ήταν έγγαμοι, 2,7% ήταν διαζευγμένοι, 20,0% ήταν σε σχέση και 21,4% συζούσαν με τον σύντροφό τους). Αξιοσημείωτο ήταν και το ποσοστό αυτών που συζούσαν με τον σύντροφό τους, ασφαλώς και το ποσοστό είναι μεγάλο γιατί αναφερόμαστε σε νέους και στην σημερινή σύγχρονη κοινωνία όπου είναι ένα καθημερινό φαινόμενο.

Σχετικά με τον τόπο καταγωγής του δείγματος, η αστική περιοχή υπερτερούσε έναντι της ημιαστικής και της αγροτικής (το 46,4% ήταν από αστική περιοχή, το 31,8% ήταν από ημιαστική περιοχή και το 21,8 από αγροτική περιοχή).

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει σε αυτούς που έχουν τελειώσει λύκειο/ΤΕΕ (το 15,5% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 47,3% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 26,4% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ, 10,9% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού). Πολλοί ήταν εκείνοι που λόγω του νεαρού της ηλικίας τους δεν έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους συνεπώς δεν φαίνονται απόφοιτοι ανωτάτων σχολών. Ωστόσο στην συγκεκριμένη ερώτηση δεν μπορούμε να είμαστε ακριβής και αντικειμενικοί.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα του δείγματος είδαμε ότι σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι λυκείου/ΤΕΕ (το 13,2% είναι αναλφάβητοι, 16,8% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 51,4% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 8,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ και 10,0% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού). Κάτι που ίσχυσε και στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας του δείγματος (το 13,2% είναι αναλφάβητοι, 16,8% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 51,4% είναι απόφοιτοι λυκείου / ΤΕΕ, 8,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ και 10,0% είναι απόφοιτοι ΙΕΚ / Μεταπτυχιακού). Στις συγκεκριμένες απαντήσεις του δείγματος παρατηρήσαμε ότι πολλοί δεν ήθελαν να διαφοροποιήσουν τον ένα γονέα, με αποτέλεσμα να συμπληρώνουν το ίδιο και για τους δύο. Ακόμα πολλοί ήταν αυτοί που δεν ήξεραν το επίπεδο μόρφωσης των γονιών τους με αποτέλεσμα να συμπληρώσουν κάτι με βάση δική τους πρωτοβουλίας. Συνεπώς δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι για την εγκυρότητα του αποτελέσματος.

Στην συνέχεια θα συζητήσουμε για την σεξουαλική συμπεριφορά του δείγματος. Αρχικά, η κατάσταση της σεξουαλικής σχέσης του δείγματος φαίνεται να είναι ενεργή αυτό το διάστημα (το 10,0% δεν έχει ξεκινήσει ακόμα σεξουαλική επαφή, το 23,2% δεν έχει αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση και το 66,8% αυτή την περίοδο έχει σεξουαλική επαφή). Μεγάλο ποσοστό έδειξε ότι το δείγμα έχει σεξουαλικές σχέσεις αυτό το διάστημα. Έπειτα, θέλαμε να διευκρινίσουμε το είδος της σεξουαλικής σχέσης του δείγματος. Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι το δείγμα έχει περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό, όχι όμως με ιδιαίτερη διαφορά έναντι του ποσοστού

της μόνιμης σχέσης (το 47,7% έχει μόνιμη σχέση και το 52,3% έχει περιστασιακή σχέση). Στην συγκεκριμένη ερώτηση είδαμε ότι ο πληθυσμός μας δεν μπορούσε να απαντήσει με άνεση στην ερώτηση γιατί θεωρούσε ότι οι απαντήσεις ήταν μπερδεμένες. Συνεπώς κάποιοι απάντησαν για το είδος της σχέσης θεωρητικά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ισχύει.

Αναφορικά με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση) τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες είδαμε ότι το εύρος της ηλικίας είναι από 15 – 26 χρόνων.

Ακολούθως θέλαμε να παρατηρήσουμε τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί ο πληθυσμός μας. Συνεπώς είδαμε ότι αυτοί που είχαν μόνιμη σεξουαλική σχέση χρησιμοποιούσαν περισσότερο το προφυλακτικό και την διακεκομμένη συνουσία (το 58,2% χρησιμοποιεί προφυλακτικό, το 16,8% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι, το 20,0% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία και το 5,0% δεν χρησιμοποιεί κανένα μέτρο). Κάτι που ίσχυε και σε αυτούς που έχουν περιστασιακή σεξουαλική σχέση (το 95,0% χρησιμοποιεί προφυλακτικό, το 0,5% χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό χάπι, το 3,2% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία και το 1,4% δεν χρησιμοποιεί κανένα μέτρο). Εδώ λοιπόν οφείλουμε να σχολιάσουμε ότι το ανδρικό προφυλακτικό είναι ευρέως διαδεδομένο, γνωστό και χρησιμοποιείται και περισσότερο για οποιαδήποτε μορφή σχέσης. Ακόμα, πρέπει να αναφέρουμε ότι στις συγκεκριμένες ερωτήσεις το δείγμα παρουσίασε σύγχυση, γιατί κάποιοι δεν είχαν μόνιμη σχέση ή δεν είχα καθόλου σεξουαλικές σχέσεις, ωστόσο απάντησαν υποθετικά στο τι θα έκανα εάν είχαν σεξουαλικές σχέσεις είτε μόνιμα είτε περιστασιακά.

Επιπρόσθετα, θέλαμε να δούμε την εμπειρία εγκυμοσύνης του δείγματος. Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει κάποια εμπειρία (το 85,5% δεν είχε εμπειρία εγκυμοσύνης ενώ το 14,5% είχε). Όμως δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και αυτούς που απάντησαν θετικά στην συγκεκριμένη ερώτηση. Ωστόσο θελήσαμε να μάθουμε για την έκβαση της εγκυμοσύνης για όσους είχαν εμπειρία αυτής. Είδαμε λοιπόν ότι οι

περισσότεροι από αυτούς διέκοψαν την κύηση (το 12,3% διέκοψε την εγκυμοσύνη χωρίς γάμο και το 2,3% γέννησε το μωρό με γάμο).

Όσον αφορά την αποδοχή ή μη της έκτρωσης από το δείγμα είδαμε ότι σε μεγάλο ποσοστό οι νέοι είναι υπέρ της έκτρωσης (το 38,6% είναι κατά της έκτρωσης και το 61,4% είναι υπέρ της έκτρωσης).

Όσον αφορά τις πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα παρατηρήσαμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στα ΜΜΕ και το διαδίκτυο (το 1,4% είχε ενημέρωση για τα σεξουαλικά θέματα από φίλο, το 0,9% είχε από τα αδέρφια του, το 0,9% είχε από τους γονείς, το 0,5% είχε από το σχολείο, το 0,9% είχε από περιοδικά – βιβλία, το 37,7% είχε από τα ΜΜΕ, το 36,4% είχε από το διαδίκτυο, το 3,2% είχε από γυναικολόγο, το 2,3% είχε από υπηρεσίες συμβουλευτικής και το 15,9% από κανέναν). Εδώ θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε ότι ήταν ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα καθώς στους σύγχρονους καιρούς που διανύουμε τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο αποτελούν την βασική πηγή ενημέρωσης για πολλά θέματα πόσο μάλλον για ένα τόσο ευαίσθητο θέμα όπως αυτό της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Έτσι, θελήσαμε να δούμε και το κατά πόσο ήταν ενημερωμένοι πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης. Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στην καθόλου και ανεπαρκής ενημέρωση (το 32,3% δεν είχε καθόλου ενημέρωση, το 38,6% είχε ανεπαρκής ενημέρωση, το 25,9% είχε επαρκής ενημέρωση και το 3,2% είχε πλήρης ενημέρωση). Οι περισσότεροι νέοι σήμερα, αρχίζουν να ενημερώνονται αφότου έρθουν σε σεξουαλική σχέση. Έπειτα από την πρώτη επαφή με το σεξ, θέλουν να μάθουν περισσότερα για αυτό και να ανακαλύψουν ακόμα περισσότερα για την σεξουαλική τους ταυτότητα.

Στην συνέχεια θελήσαμε να μάθουμε εάν το δείγμα θεωρεί τις υπηρεσίες στήριξης επαρκείς. Οδηγηθήκαμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι νέοι θεωρούν ανεπαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης (το 10,5% θεωρεί τις υπηρεσίες στήριξης επαρκείς και το 89,5% δεν τις θεωρεί).



Όσον αφορά την συχνότητα που χρησιμοποιεί το δείγμα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο παρατηρήσαμε ότι οι νέοι χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης κατά την σεξουαλική τους δραστηριότητα (το 44,5% χρησιμοποιεί κάθε φορά που έχει σεξουαλική επαφή, το 25,5% πολύ συχνά, το 23,6% σπάνια και το 6,4% ποτέ). Φυσικά υπήρχε και ποσοστό που έδειξε ότι δεν χρησιμοποιούν ποτέ ή σπάνια χρησιμοποιούν.

Τα πιστεύω του δείγματος για το εάν η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη είναι ότι η επιρροή είναι ουδέτερη, με σημαντικό ποσοστό και της θετικής επιρροής (το 46,8% θεωρεί ότι το προφυλακτικό επηρεάζει θετικά την ερωτική πράξη, το 5,0 θεωρεί ότι την επηρεάζει αρνητικά και το 48,2% ουδέτερα).

Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης, οι νέοι απάντησαν με μεγάλο ποσοστό ότι και οι δύο έχουν την κύρια ευθύνη (το 26,8% πιστεύει ότι ο άνδρας έχει την κύρια ευθύνη, το 3,6% πιστεύει ότι την έχει η γυναίκα και το 69,5% πιστεύει ότι και οι δύο έχουν την κύρια ευθύνη). Έτσι στην επόμενη ερώτηση για το εάν συζητούν – συναποφασίζουν με τον σύντροφό τους για το θέμα της αντισύλληψης είδαμε ότι σε μεγάλο ποσοστό οι νέοι συζητούν (το 69,5% συζητά – συναποφασίζει με τον σύντροφό του για το θέμα της αντισύλληψης και το 30,5% δεν συζητά – συναποφασίζει με τον σύντροφό του για το θέμα της αντισύλληψης). Ακολούθως τους ρωτήσαμε για το εάν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, και είδαμε ότι χρησιμοποιούν σε μεγάλα ποσοστά το αντρικό προφυλακτικό (το 20,5% χρησιμοποιεί διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα), το 16,4% χρησιμοποιεί το αντισυλληπτικό χάπι, το 9,5% χρησιμοποιεί τα ενδομήτρια σπειράματα και το 53,6% χρησιμοποιεί το αντρικό προφυλακτικό).

Προχωρώντας θελήσαμε να μάθουμε τους λόγους που δεν κάνουν οι νέοι χρήση μεθόδων αντισύλληψης. Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά υπήρχαν στην σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο και στην προσωπική επιλογή να μην κάνει χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου

(το 35,5% έχει σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο, το 17,7% εμπιστεύεται τον σύντροφό του, το 23,6% είναι προσωπική επιλογή να μην κάνει χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, το 13,6% αισθάνεται αμηχανία να ζητήσει ή να κάνει χρήση κάποιας μεθόδου και το 9,5% θέλει να κάνει παιδί). Στην συγκεκριμένη ερώτηση είχαμε σύγχυση του δείγματος γιατί κάποιοι έκανα χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων αλλά απάντησαν υποθετικά εάν δεν έκανα τι θα τους οδηγούσε στο να πάρουν αυτή την απόφαση.

Για το εάν γνωρίζουν αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην πόλη τους είδαμε ότι οι νέοι δεν γνωρίζουν (το 23,6% απάντησε θετικά στην ερώτηση που σημαίνει ότι γνωρίζουν και το 76,4% απάντησε αρνητικά ωστόσο δεν γνωρίζει). Ωστόσο από αυτούς που γνωρίζουν λίγοι είναι αυτοί που έχουν επισκεφτεί τα κέντρα (το 12,3% απάντησε θετικά στην ερώτηση και το 87,7% απάντησε αρνητικά στην ερώτηση). Οι λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση ήταν περισσότερο ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (το 6,4% επισκέφτηκε το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, το 2,3% για γυναικολογική εξέταση, το 1,4% για Παπ – τεστ και το 2,3% για εξέταση μαστών).

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα των αντιλήψεων του δείγματος για την έκτρωση. Για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη, οι νέοι συμφωνούν σε αυτό (το 41,8% συμφωνεί απόλυτα, το 31,8% συμφωνεί, το 7,3% διαφωνεί και το 5,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση), πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας (το 76,8% συμφωνεί απόλυτα, το 12,7% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,0% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση) και σε περιπτώσεις βιασμού (το 76,8% συμφωνεί απόλυτα, το 12,7% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,0% δεν

απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Ακόμα οι νέοι πιστεύουν ότι κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση (το 56,4% συμφωνεί απόλυτα, το 28,6% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 6,8% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση) και να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει (το 72,3%% συμφωνεί απόλυτα, το 14,5% συμφωνεί, το 5,5% διαφωνεί και το 0,9% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 6,8% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία, οι νέοι συμφωνούν σε αυτή την αντίληψη (το 25,5% συμφωνεί απόλυτα, το 32,3% συμφωνεί, το 19,1% διαφωνεί και το 7,3% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Επιπρόσθετα, πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη) (το 19,1% συμφωνεί απόλυτα, το 32,3% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 40,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι δολοφονία, οι νέοι απάντησαν ότι συμφωνούν με αυτή την αντίληψη (το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Ακολούθως είδαμε ότι η έκτρωση δεν είναι ενάντια στα πιστεύω τους (το 5,5% συμφωνεί απόλυτα, το 7,3% συμφωνεί, το 31,8% διαφωνεί και το 41,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Επίσης παρατηρήσαμε ότι οι νέοι πιστεύουν ότι η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης (το 39,1% συμφωνεί απόλυτα, το 40,9% συμφωνεί, το 4,5% διαφωνεί και το 1,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,6% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση) και ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο θεό (το 40,9% συμφωνεί απόλυτα, το 50,5% συμφωνεί, το 2,7% διαφωνεί και το 2,7% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 3,2% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Ακόμα, θεωρούν ότι το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα (το 46,4% συμφωνεί απόλυτα, το 18,2% συμφωνεί, το 10,9% διαφωνεί και το 7,3% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 17,3% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση) και θα πρέπει να έχουν νομικά δικαιώματα (το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της

εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία βρίσκει τους νέους σύμφωνους (το 38,2% συμφωνεί απόλυτα, το 27,3% συμφωνεί, το 8,2% διαφωνεί και το 11,8% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 14,5% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Επίσης διαφωνούν με την άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία (το 7,3% συμφωνεί απόλυτα, το 19,1% συμφωνεί, το 32,3% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση) και με την άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων (το 7,3% συμφωνεί απόλυτα, το 19,1% συμφωνεί, το 32,3% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 15,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Οι νέοι έδειξαν να διαφωνούν με την αντίληψη ότι η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας (το 9,1% συμφωνεί απόλυτα, το 15,5% συμφωνεί, το 44,1% διαφωνεί και το 25,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 5,9% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Έτσι συμφώνησαν με το ότι ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μία έκτρωση (το 31,8% συμφωνεί απόλυτα, το 45,0% συμφωνεί, το 5,5% διαφωνεί και το 4,5% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 13,2% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση). Τέλος, οι νέοι συμφώνησαν η γυναίκα να πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση (το 45,0% συμφωνεί απόλυτα, το 32,7% συμφωνεί, το 10,9% διαφωνεί και το 3,6% διαφωνεί απόλυτα. Επίσης ένα 7,7% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση).

Ολοκληρώνοντας το ερωτηματολόγιο μας θελήσαμε να μάθουμε τα πιστεύω των νέων για το τι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Είδαμε λοιπόν ότι οι περισσότεροι απάντησαν ότι θα το σκεφτούν όταν αυτό τους συμβεί. Σημαντικό όμως είναι και το ποσοστό για αυτούς που θα διέκοπταν την κύηση (το 35,9% θα έκανε διακοπή της κύησης, το 1,8% θα γεννούσε το μωρό, το 5,5% θα παντρευόταν για να κρατήσει το μωρό, το 7,3% θα ήταν ανύπαντρη μητέρα, το 3,2% θα το έδινε για υιοθεσία, το 1,4% θα απομακρυνόταν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας του, το 42,3% θα το σκεφτόταν τότε και το 2,7% πιστεύει ότι αποκλείεται να του συμβεί). Τελειώνοντας είδαμε τους παράγοντες που πιστεύουν ότι θα καθόριζαν την απόφασή τους αυτή. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρέθηκαν στην

αμφιβολία για τον σύντροφο και στους οικονομικούς παράγοντες (το 7,3% πιστεύει ότι η ηλικία θα καθόριζε την απόφαση του, το 14,5% η καριέρα, το 34,5% η αμφιβολία για τον σύντροφο, το 29,1% οι οικονομικοί παράγοντες, το 5,9% οι κοινωνικοί παράγοντες, το 3,2% οι θρησκευτικοί παράγοντες και το 5,5% κάτι άλλο). Συνεπώς, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει κατά πολύ τους νέους.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που κάναμε αναφορικά με το φύλο, παρατηρήσαμε ότι έπαιξε ρόλο για την απόφαση τους σε ορισμένες ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα είδαμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και τα αντισυλληπτικά μέτρα τόσο για την μόνιμη όσο και για την περιστασιακή σεξουαλική σχέση. Οι γυναίκες έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμα, βρήκαμε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την αποδοχή η μη της έκτρωσης. Είδαμε λοιπόν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο υπέρ σε σχέση με τους άνδρες. Στην ερώτηση για τις πηγές ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα είχαμε στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο συμπεράναμε ότι το φύλο ήταν καθοριστικός παράγοντας για τις απαντήσεις στην συγκεκριμένη ερώτηση. Οι γυναίκες διαφοροποιήθηκαν στις απαντήσεις τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Κάτι που ισχύει και στην αντίληψη για το εάν η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία και εάν αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό. Οι γυναίκες επειδή γνωρίζουν την ευαίσθητη πτυχή του θέματος της έκτρωσης, θεωρούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία καλύτερα για την διεξαγωγή μια έκτρωσης, κάτι που δεν γίνεται αποδεκτό από τους άνδρες. Ομοίως και για το θρησκευτικό θέμα οι απαντήσεις των γυναικών διαφοροποιούνται. Τέλος, με στατιστικά σημαντική διαφορά, το φύλο καθόρισε και τους λόγους που θα συντελούσαν στην απόφαση αντιμετώπισης μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες έδειξαν περισσότερο έμφαση στην συντροφικότητα σε αντίθεση με τους άνδρες που διαφοροποιήθηκαν και θεωρούν την καριέρα και τους οικονομικούς παράγοντες σημαντικότερους.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που έγιναν αναφορικά με τον τόπο καταγωγής, οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι ο τόπος καταγωγής καθόρισε τις απαντήσεις των νέων σε ορισμένες ερωτήσεις. Ειδικότερα, ο τόπος καταγωγής καθόρισε τα αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση. Με στατιστικά σημαντική διαφορά, οι νέοι που κατάγονταν από αγροτική περιοχή χρησιμοποιούν την διακεκομμένη συνουσία σε σύγκριση με τις άλλες περιοχές που χρησιμοποιούν προφυλακτικό και αντισυλληπτικό χάπι. Ακόμα, στην αποδοχή της έκτρωσης βρήκαμε την αγροτική και η ημιαστική περιοχή να τάσσεται υπέρ με μεγάλη διαφορά σε σχέση με την αστική. Ομοίως, οι ο τόπος καταγωγής διαφοροποιεί και τις απαντήσεις τους για τις πηγές ενημέρωσης σε σεξουαλικά θέματα. Η αντίληψη ότι η έκτρωση είναι δολοφονία διαφοροποιεί την αγροτική περιοχή από την ημιαστική και αστική. Η αστική περιοχή είναι ξεκάθαρη στο τι θα έκανε στην περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (θα διέκοπτε την κύηση) σε σχέση με την ημιαστική και αγροτική περιοχή (θα το σκεφτόντουσαν τότε). Τέλος, οι παράγοντες που θα καθόριζαν την απόφασή των νέων σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρεάστηκε από τον τόπο καταγωγής. Η αγροτική περιοχή έδωσε διαφορετικές απαντήσεις σε σχέση με την ημιαστική και αστική περιοχή.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην συγκεκριμένη ενότητα, θα παρουσιάσουμε συνοπτικά τα κύρια ευρήματα της παρούσας έρευνας σχετικά με τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση.

Αρχικά, η κατάσταση της σεξουαλικής σχέσης του δείγματος φαίνεται να είναι ενεργή αυτό το διάστημα. Μεγάλο ποσοστό έδειξε ότι το δείγμα έχει σεξουαλικές σχέσεις. Έπειτα, παρατηρήσαμε ότι το δείγμα έχει περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό, όχι όμως με ιδιαίτερη διαφορά έναντι του ποσοστού της μόνιμης σχέσης.

Ακολούθως παρατηρήσαμε τα αντισυλληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί ο πληθυσμός μας. Συνεπώς είδαμε ότι αυτοί που είχαν μόνιμη σεξουαλική σχέση χρησιμοποιούσαν περισσότερο το προφυλακτικό και την διακεκομμένη συνουσία. Κάτι που ίσχυε και σε αυτούς που έχουν περιστασιακή σεξουαλική σχέση. Συμπερασματικά οφείλουμε να πούμε ότι το ανδρικό προφυλακτικό είναι ευρέως διαδεδομένο, γνωστό και χρησιμοποιείται και περισσότερο για οποιαδήποτε μορφή σχέσης. Αυτό είναι θετικό εύρημα για την έρευνα μας.

Επιπρόσθετα, συμπεράναμε ότι η εμπειρία εγκυμοσύνης στους νέους βρίσκεται σε χαμηλά ποσοστά. Ωστόσο θελήσαμε να μάθουμε για την έκβαση της εγκυμοσύνης για όσους είχαν εμπειρία αυτής. Είδαμε λοιπόν ότι οι περισσότεροι από αυτούς διέκοψαν την κύηση. Άρα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι νέοι διακόπτουν μια έκβαση εγκυμοσύνης.

Για την αποδοχή ή μη της έκτρωσης από τους νέους συμπεράναμε ότι σε μεγάλο ποσοστό οι νέοι είναι υπέρ της έκτρωσης.

Παρατηρήσαμε λοιπόν ότι οι νέοι έχουν ανεπαρκής ενημέρωση πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης και θεωρούν ανεπαρκείς και τις υπηρεσίες στήριξης.

Όσον αφορά την συχνότητα που χρησιμοποιεί το δείγμα κάποια αντισυλληπτική μέθοδο συμπεράναμε ότι οι νέοι χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης κατά την σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Τα πιστεύω του δείγματος για το εάν η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη είναι ότι η επιρροή είναι ουδέτερη, με σημαντικό ποσοστό και της θετικής επιρροής.

Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης, οι νέοι απάντησαν με μεγάλο ποσοστό ότι και οι δύο έχουν την κύρια ευθύνη. Ακόμα οι νέοι συζητούν - συναποφασίζουν με τον σύντροφό του για το θέμα της αντισύλληψης.

Λόγο της σεξουαλική επαφής με σταθερό σύντροφο και της προσωπικής επιλογής να μην κάνουν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου οι νέοι δεν κάνουν χρήση κάποιων αντισυλληπτικών μεθόδων.

Για το εάν γνωρίζουν αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην πόλη τους είδαμε ότι οι νέοι δεν γνωρίζουν. Ωστόσο από αυτούς που γνωρίζουν λίγοι είναι αυτοί που έχουν επισκεφτεί τα κέντρα. Οι λόγοι επίσκεψης στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για αυτούς που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση ήταν περισσότερο ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.

Σχετικά με τις αντιλήψεις των νέων για την έκτρωση οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι οι νέοι πιστεύουν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη, η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας και σε περιπτώσεις βιασμού. Ακόμα οι νέοι πιστεύουν ότι κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση και να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία και να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη). Επίσης, οι νέοι



πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι δολοφονία, αλλά δεν είναι ενάντια στα πιστεύω τους. Οι νέοι πιστεύουν ότι η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης και ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο θεό. Ακόμα, θεωρούν ότι το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα και θα πρέπει να έχει νομικά δικαιώματα. Οι αντιλήψεις για το εάν πιστεύουν ότι η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία βρίσκει τους νέους σύμφωνους. Επίσης διαφωνούν με την άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία και με την άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων. Οι νέοι έδειξαν να διαφωνούν με την αντίληψη ότι η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας. Έτσι συμφώνησαν με το ότι ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση. Τέλος, οι νέοι συμφώνησαν η γυναίκα να πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση.

Τελειώνοντας οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι θα σκεφτούν τι θα έκαναν για να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη όταν αυτό τους συμβεί. Οι παράγοντες που θα καθόριζαν την απόφασή τους ήταν η αμφιβολία για τον σύντροφο και οι οικονομικοί παράγοντες.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που κάναμε αναφορικά με το φύλο, είδαμε ότι έπαιξε ρόλο για την απόφαση τους σε ορισμένες ερωτήσεις, όπως τα αντισυλληπτικά μέτρα τόσο για την μόνιμη όσο και για την περιστασιακή σεξουαλική σχέση, η αποδοχή ή μη της έκτρωσης, οι πηγές ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα, η αντίληψη για το εάν η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία και εάν αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό και οι λόγοι που θα συντελούσαν στην απόφαση αντιμετώπισης μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που έγιναν αναφορικά με τον τόπο καταγωγής, οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι ο τόπος καταγωγής καθόρισε τις απαντήσεις των νέων σε ορισμένες ερωτήσεις. Ειδικότερα, ο τόπος καταγωγής καθόρισε τα αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική

σχέση, την αποδοχή ή μη της έκτρωσης, τις πηγές ενημέρωσης σε σεξουαλικά θέματα, η αντίληψη ότι η έκτρωση είναι δολοφονία, τι θα έκανε στην περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και τους παράγοντες που θα καθόριζαν την απόφασή των νέων σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη και να συνεισφέρει στην έρευνα για τις γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις για την αντισύλληψη και την έκτρωση, υπήρχαν κάποιες δυσκολίες κατά την διάρκεια εκπόνησης της. Αρχικά, παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, είναι δύσκολο να εξασφαλιστούν ειλικρινείς απαντήσεις, καθώς πρόκειται για ένα ευαίσθητο προσωπικό θέμα. Ακόμη το μέγεθος του ερωτηματολογίου ήταν μεγάλο και υπήρχαν παράπονα από τον πληθυσμό για την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του. Η ισχύς της έρευνας μπορεί να μην είναι δυνατή λόγω του αριθμού των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μια συγκεκριμένη περίοδο του έτους 2015, οπότε αποτυπώνει τις απόψεις των νέων την δεδομένη χρονική στιγμή. Επομένως, δεν δίνονται πληροφορίες για μεταβολή των στάσεων και απόψεων τους διαχρονικά, καθώς μπορεί να έχουν μεταβληθεί και τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας να μην αντιπροσωπεύουν τις τωρινές συνθήκες και απόψεις των νέων. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να μελετηθούν οι γνώσεις και οι σκέψεις των νέων σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση και να παρουσιαστούν δράσεις που μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση των εκτρώσεων.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία, θα θέλαμε στην συγκεκριμένη ενότητα να αναφέρουμε ορισμένες προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην καταπολέμηση των εκτρώσεων. Υπάρχουν δράσεις / παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν έτσι ώστε να ενημερωθούν οι νέοι για τις εκτρώσεις.

- ✓ Ενημέρωση του πληθυσμού για τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, για το ρόλο τους, σε ποιους απευθύνονται και που υπάρχουν
- ✓ Ένταξη ειδικού μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, στο οποίο θα ενημερώνονται διεξοδικά οι νέοι/νέες για την αντισύλληψη και την έκτρωση και δεν θα τους παρέχονται κάποιες πληροφορίες σκόρπιες, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο μάθημα της βιολογίας
- ✓ Έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των παιδιών σε θέματα σεξουαλικής αγωγής από τους γονείς τους χωρίς την ενίσχυση στερεοτυπικών αντιλήψεων και ταμπού
- ✓ Ενημέρωση του πληθυσμού για κέντρα που μπορούν να απευθυνθούν για θέματα αντισύλληψης και έκτρωσης (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού η «Αγκαλιά»)
- ✓ Δημιουργία ομάδων σε κοινότητες, οι οποίες θα απαρτίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα (Νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό, γυναικολόγο και ψυχολόγο). Η διεπιστημονική ομάδα κάθε κοινότητας θα μπορούσε να διοργανώνει διάφορες δράσεις με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα που αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς της εκάστοτε κοινότητας (πολιτιστικούς συλλόγους, σύλλογοι γυναικών κ.α.).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι εκτρώσεις αποτελούν ένα θέμα μείζονος σημασίας, το οποίο απασχολεί έντονα την ελληνική κοινωνία. Ωστόσο, ο στόχος της παρούσα έρευνας, είναι να εκτιμηθούν οι γνώσεις, οι σκέψεις και οι αντιλήψεις των νέων απέναντι στην αντισύλληψη και την έκτρωση. Αρχικά η πτυχιακή αυτή εργασία πλαισιώνεται από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του φαινομένου της έκτρωσης, όπου αναλύονται οι λόγοι της έκτρωσης και οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει. Αναλύονται στοιχεία νομικά, θρησκευτικά, τα δικαιώματα του συντρόφου/συζύγου της εγκύου στην έκτρωση, τρόποι πρόληψης της καθώς και οι μέθοδοι και η χρησιμότητα της αντισύλληψης στην υγεία της γυναίκας, στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας και τα οφέλη στην δημόσια υγεία.

Στα πλαίσια της εν λόγω εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Στην έρευνα συμμετείχαν N=220 άτομα. Αρχικά οι ερωτηθέντες απάντησαν σε κοινωνικο – δημογραφικά στοιχεία, έπειτα σε ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις – απόψεις για την έκτρωση, και τέλος σε ερωτήσεις για τις γνώσεις – απόψεις για την αντισύλληψη. Για την στατιστική επεξεργασία των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS, κάνοντας και τις κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το δείγμα σε γενικές γραμμές χρησιμοποιεί αντισυλληπτικές μεθόδους, είναι υπέρ της έκτρωσης, έχει γενικές γνώσεις για την έκτρωση και την αντισύλληψη. Επίσης το φύλο και ο τόπος καταγωγής επηρεάζουν την απάντηση του δείγματος.

## ABSTRACT

Abortions are a major issue, which is of great concern to the Greek society. However, the goal of this research is to assess the knowledge, thoughts and attitudes of young people toward contraception and abortion. Initially this thesis work is framed by a literature review of the phenomenon of abortion, analyzing the reasons for abortion and the physical, psychological and social effects. Analyzed data legally, religiously, the rights of a partner / husband pregnant abortion, ways of prevention of and the methods and usefulness of contraception in women's health, reducing child mortality and the benefits to public health.

As part of this work, a quantitative research. The methodology followed to select the sample was stratified random sampling and the research instrument used was the questionnaire. The sample consisted of N = 220 people. Initially the respondents in socio - demographics, then questions about the knowledge - views on abortion, and an end to questions about knowledge - views on contraception. For the statistical analysis of the variables used in the statistical program SPSS, and making the appropriate statistical tests.

An analysis of the results showed that the sample is generally used contraceptive methods are in favor of abortion, has general knowledge about abortion and contraception. Also gender and place of origin affects the response of the sample.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξένη βιβλιογραφία**

Becker S, Bazart S.E, Meyers C: «Couples counselling at an abortion clinic:a pilot study, contraception», November 2008, Volume 78, Issue 5, pages 424-431.

Beckmann OR Hypertension in Pregnancy In: Obstetrics and Gynecology Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2002.

Chamberlain G, Dewhurst J, Harvey D: «Μαιευτική», εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1996, σελ. 82-87.

Deitra L.L, Shannon E.P, Μετάφραση Επιμέλεια: Λυκερίδου Α, Δελτσιδου Α.: «Νοσηλευτική Μητρότητας», Τόμος Ι και ΙΙ, ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2006, σελ. 135-158(Τόμος Ι), 729-739 και 937-947(Τόμος ΙΙ).

Dimoula, Y., Iordani, M., Konstantinou, M., Kamenidou, D., Zirilios, K., Katsaouni, M., Galiatsatos, G., Tsamoudaki, S., Kabisiouli E., (2007) Attitudes towards abortion. Health Science Journal 3, pp.1 – 11.

Gaffiend E.M, Kar N, Raul A: «Use of cambined onal coutraceptives post abortion, contraception», October 2009, Volume 80, Issue 4, pages 355-362.

Garcia – Sanchez, I., Prinzon – Pulido, S., van Mens, L., de Shutter, M., (2002) Situation analysis: European overview. In: va Mens, L., Garcia – Sanchez, I., de Shutter, M., Prinzon – Pulido, S. (Eds) Prevention of HIV and STIs among women in Europe, women’s Network PHASE. Utrecht, Plantijn Casparie, 13 – 24.

Garmel SH Early Pregnancy Risks In: Current Obstetrics and Gynecology Diagnosis and Treatment Nathan L. Lange Medical Books, 9th edition, New York 2003.

Green Frederica Matthews: «Έκτρωση: Δικαιώματα και σφάλματα των γυναικών», Health News 2004, σελ. 1-6.

Lour A.P, Reeves F.M, Hayes L.J, Harwood B, Creinin D.M: «Urban female patient's perceptions of the family medicine clinic as a site of abortion care, contraception», September 2007, Volume 76, Issue 3, pages 215-220.

MCFARLANE, D. – MEIER, K. (1996). «The politics of fertility control». London: Seven Bridges Press.

POULAKOU-REBELAKOU, E. – LASCARATOS, J. – MARKETOS, SG. (1996). «Abortion in Byzantine times (325-1453 AD)». Vesalius., 2, 1, 19-25.

TARNESBY, P. (1969). «Abortion explained». London: Sphere.

VOTH, AR. (1989). «Abortion and the ancients». Canadian Medical Association Journal, 140, 105-106.

World Health Organization (WHO). Achieving Reproductive Health for all. The role of WHO. Geneva 1995.

### **Διαδύκτιο**

[www.cwfa.org](http://www.cwfa.org)



## Ελληνική βιβλιογραφία

Αντωνίου Σ.Λ.: «Οι αμβλώσεις, οι ανύπαντρες μητέρες και η εγκληματική ολιγωρία», Ημερίδα Τμήματος Γυναικών, Αθήνα 2004.

Αραβαντινού Σ.Δ.: «Μαιευτικά και Γυναικολογικά Νέα», εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1992, σελ. 251-254.

Βαρβόγλη Λ.: «Εκτρωτικό χάπι και Μετεκτρωτικό σύνδρομο», Health News 2003, σελ. 3-6.

Βικιπαίδεια, (2013) διαθέσιμο στο :  
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7> [προσπελάστηκε 22 Ιουλίου 2013].

Γιαννοπούλου Χ.Α.: «Διλλήματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική», Ε΄ έκδοση, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, σελ. 160-177.

Ιατράκης Μ.Γ.: «Βιβλίο Γυναικολογίας», εκδοτικός οίκος Δεσμός, Αθήνα 2006, σελ. 585-608, 791-848.

Ιατράκης Μ.Γ.: «Βιβλίο Μαιευτικής», εκδοτικός οίκος Δεσμός, Αθήνα 2004, σελ. 161-166, 171-188, 411-424, 433-446.

Καλογερόπουλος Π.Α.: «Γυναικολογία, Βασικά Θέματα, Γενική Γυναικολογία, Γυναικολογική Ογκολογία, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Σύγχρονα Ειδικά Θέματα», Univercity studio press, Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 251-273.

ΚΑΜΜΑΣ ΑΝΤΩΝΗΣ (2006). «Μαθήματα ανατομικής». Αθήνα

Καρακατσάνη Σύλβια: « Έκτρωση: Λύτρωση ή Εφιάλτης;», « Η Σημερινή», Αθήνα 2000, (σελ. 2-7).

Καρπάθιος Σ.Ε: «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική και Γυναικολογία», Α΄ Τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1998, σελ. 215-246.

Καρπάθιος Σ.Ε: «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική», Α΄τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2001, σελ. 75-92, 289-321,341-369, 510-511, 596-627.

Κρεατσάς Κ. Γεώργιος: «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική: Γυναικολογία Ι» 1998, «Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα» (σελ. 351-373), «Διαγνωστικές δοκιμασίες» (σελ. 144-145), (155-156) και «Προσδιορισμοί ορμονών στην κύηση» (7-15), (σελ. 510-511)

Κρεατσάς Κ.Γ: «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική (Γυναικολογία Ι)», εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 144-145, 155-156, 351-373, 510-511.

Κρεατσάς Κ.Γ: «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική (Μαιευτική)», εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σελ. 178-184.

ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΣ, Ι. (2004). «Ιστορία της Ιατρικής – Τόμος Α΄». Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.

Λυκερίδου Κατερίνα: «Δεοντολογία Μαιευτών» «Νομοθεσία και κανόνες άσκησης του επαγγέλματος» 2003, «Εκτίμηση των κινδύνων: Ειδικοί παράγοντες κινδύνου» (σελ. 166-180) και «Αμβλώσεις» (σελ.65- 76).

Λώλης Ε.Δ: «Γυναικολογία και Μαιευτική», Α΄ τόμος, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1995.

Μανταλενάκης Ι.Σ: «Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας», Γ΄ έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ. 135-139.\

Μαρούλης Χ.Γ: «Μαιευτική και Γυναικολογία», εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σελ. 190-195.

Μιχαλάς Σ.Π: «Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία», εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000, σελ. 197-207, 56-66, 187-196, 439-451.

ΡΕΚΛΟΥ, Δ. (2005). «Ποιμαντική θεώρηση στο θέμα των αμβλώσεων». Ζωήρυτον.

Ρούπα – Δαριβάκη, Ζ., (2006), Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη, Αθήνα: Ελλην

Συνεωνίδου Αντωνίου Λίνα: « Οι αμβλώσεις, οι ανύπαντρες μητέρες και η εγκληματική κρατική ολιγωρία» Ημερίδα του τμήματος γυναικών 2004 (σελ 3-6).

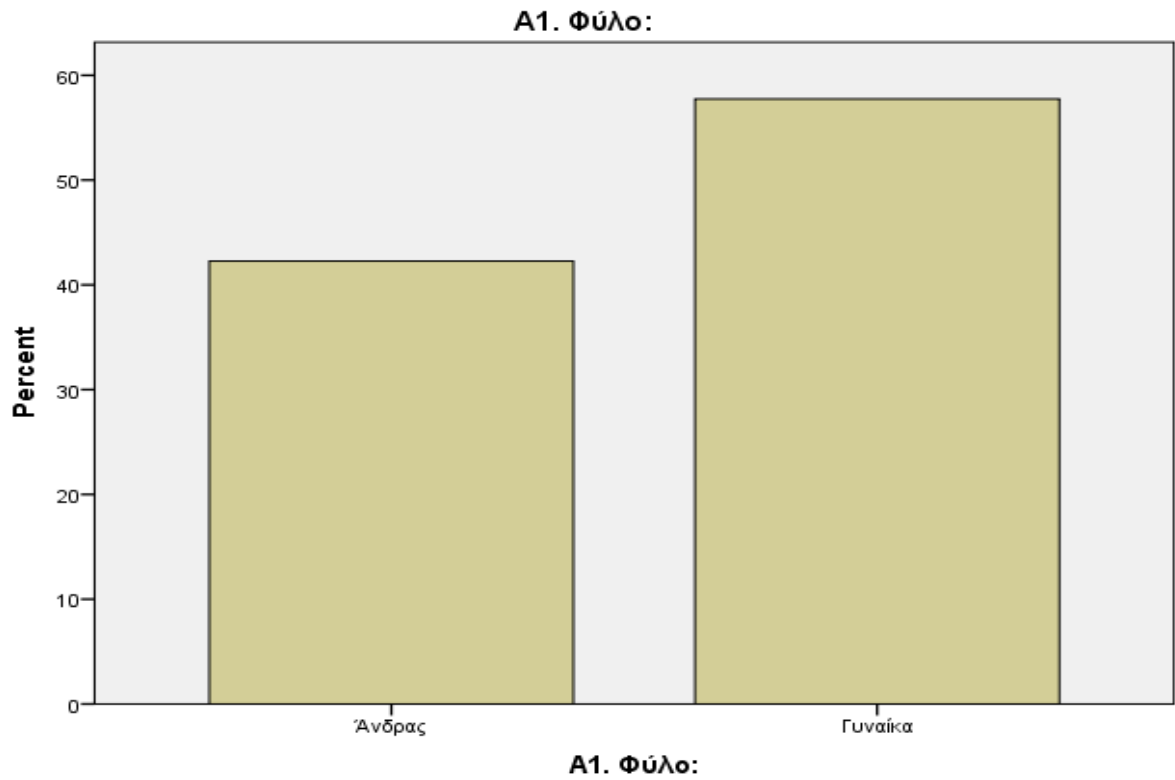
Τοκμακίδης Ι.Π.: «Μαιευτική και Γυναικολογία», εκδοτικός οίκος Αδελφών Κυριακίδη α.ε, Αθήνα 2000, σελ. 93-97.

Χρυσικόπουλος Γ.Α : «Οικογενειακός Προγραμματισμός», εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σελ. 294-310, 314-316.

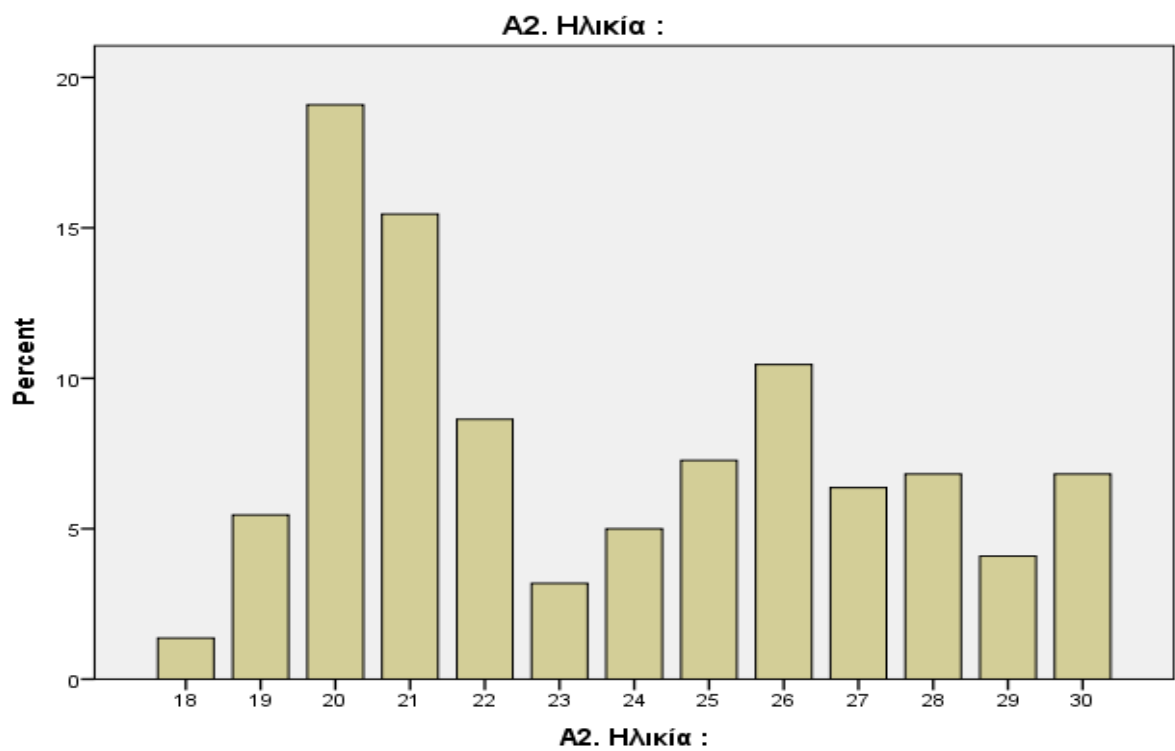
# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Αποτελέσματα της έρευνας (Γραφήματα)

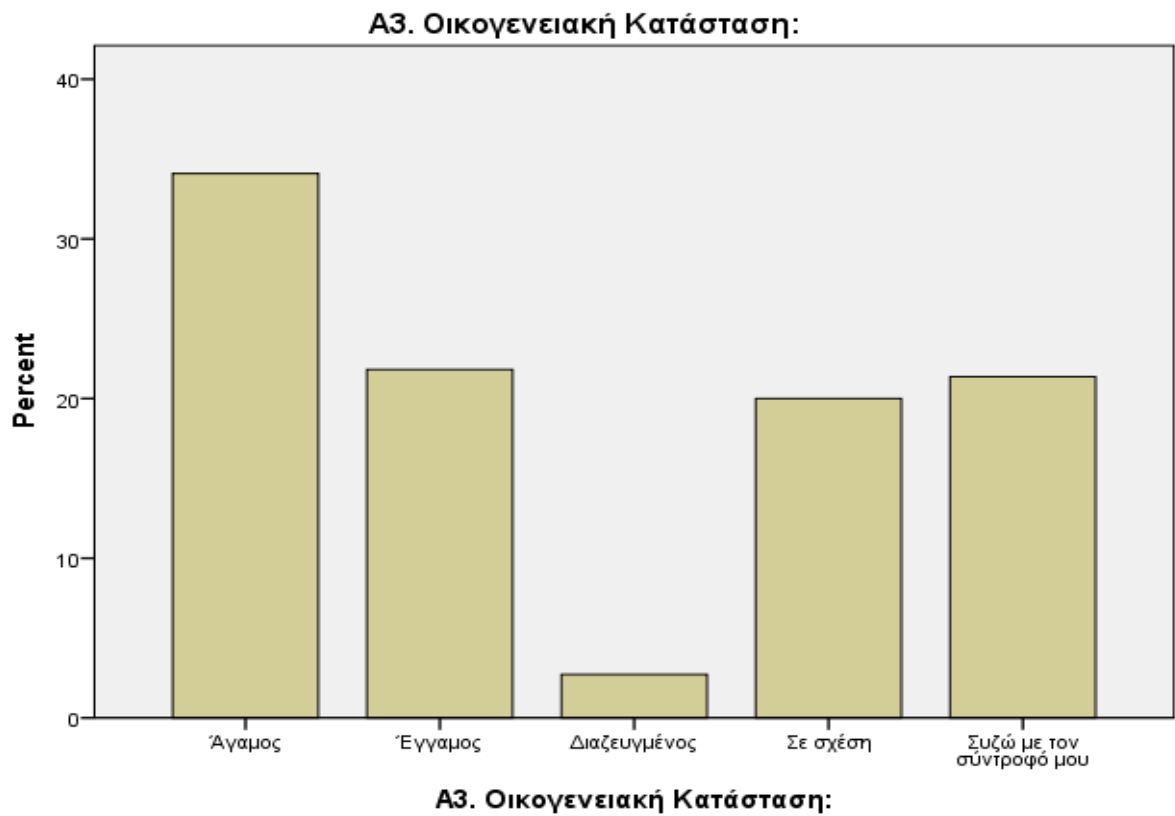
Γράφημα 1



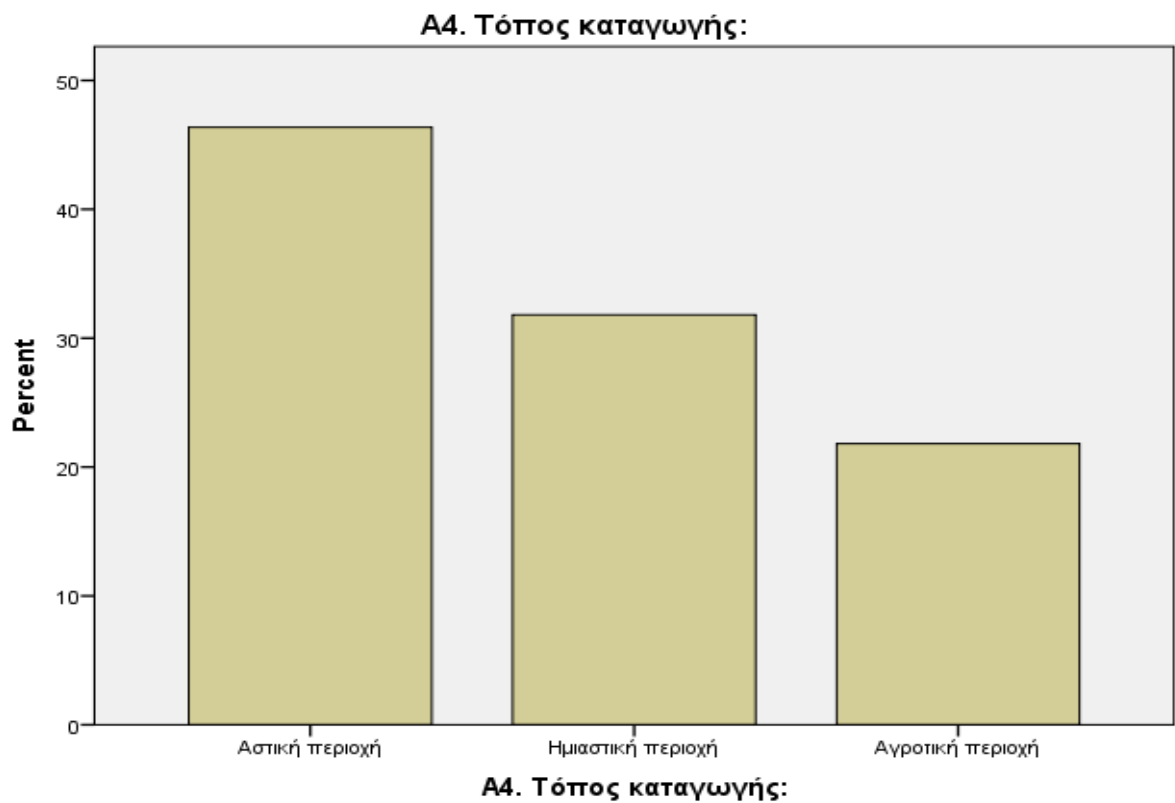
Γράφημα 2



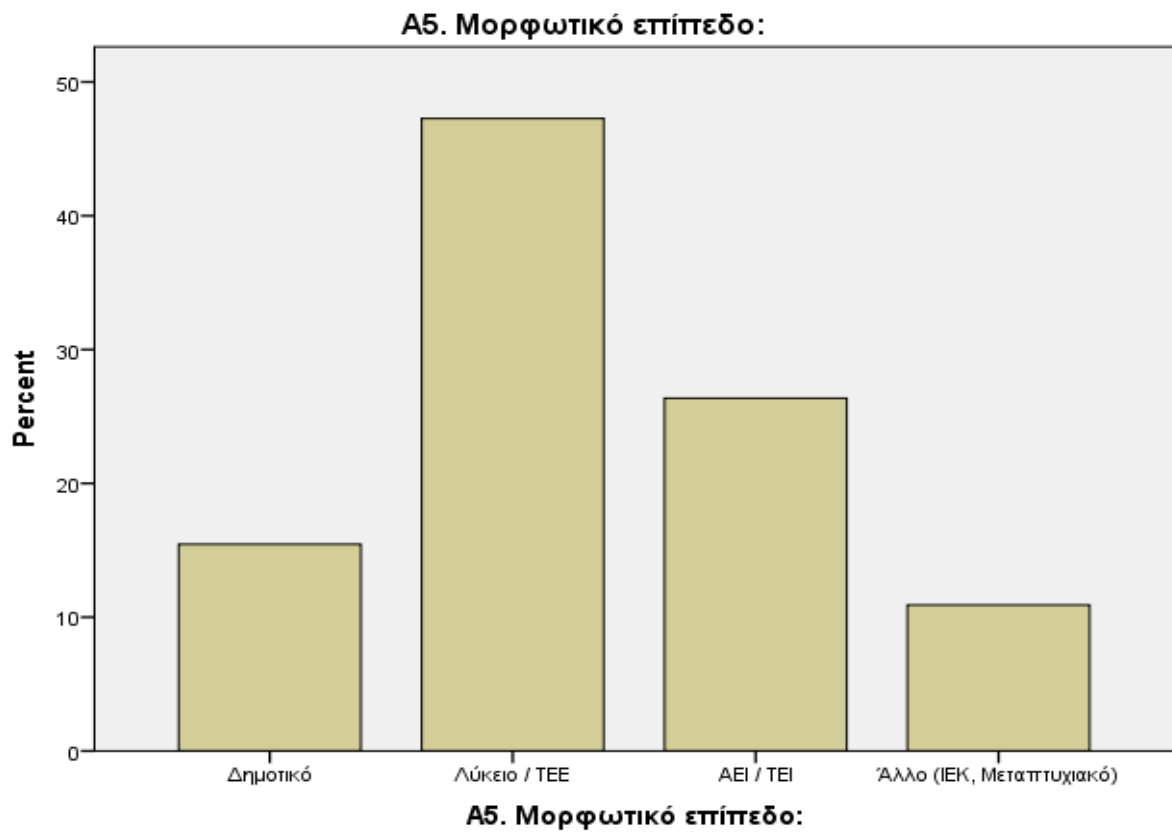
Γράφημα 3



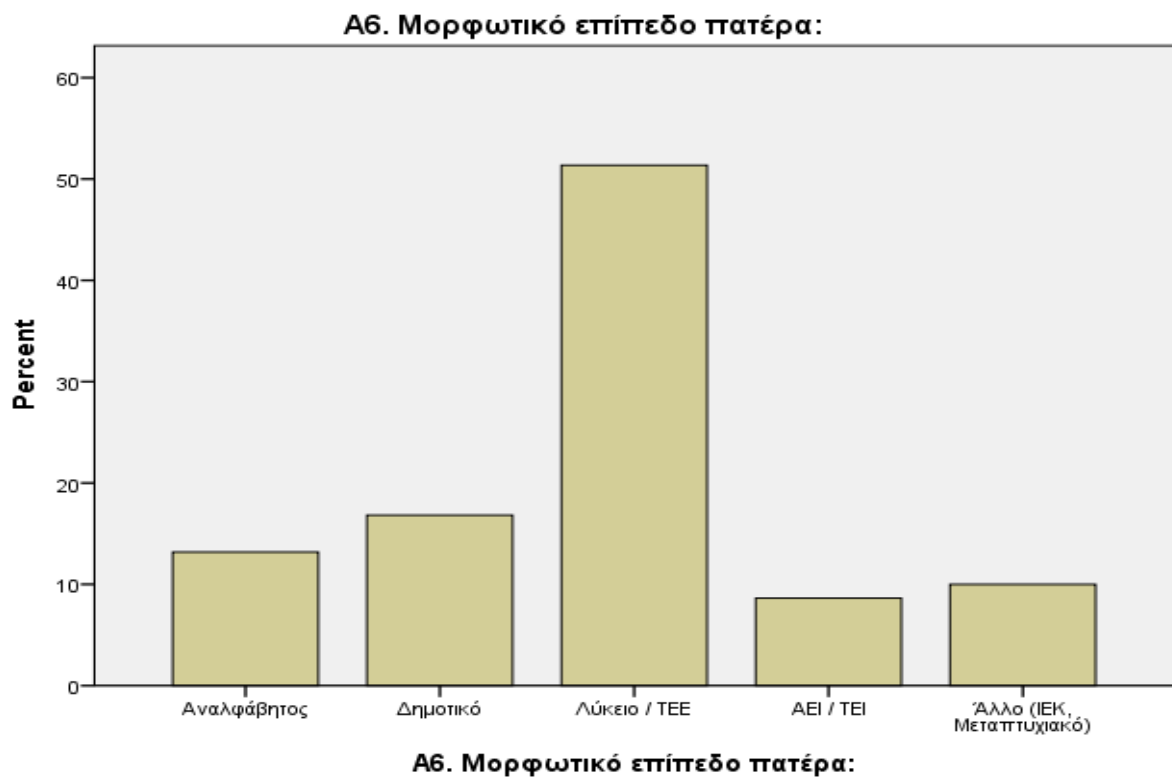
Γράφημα 4



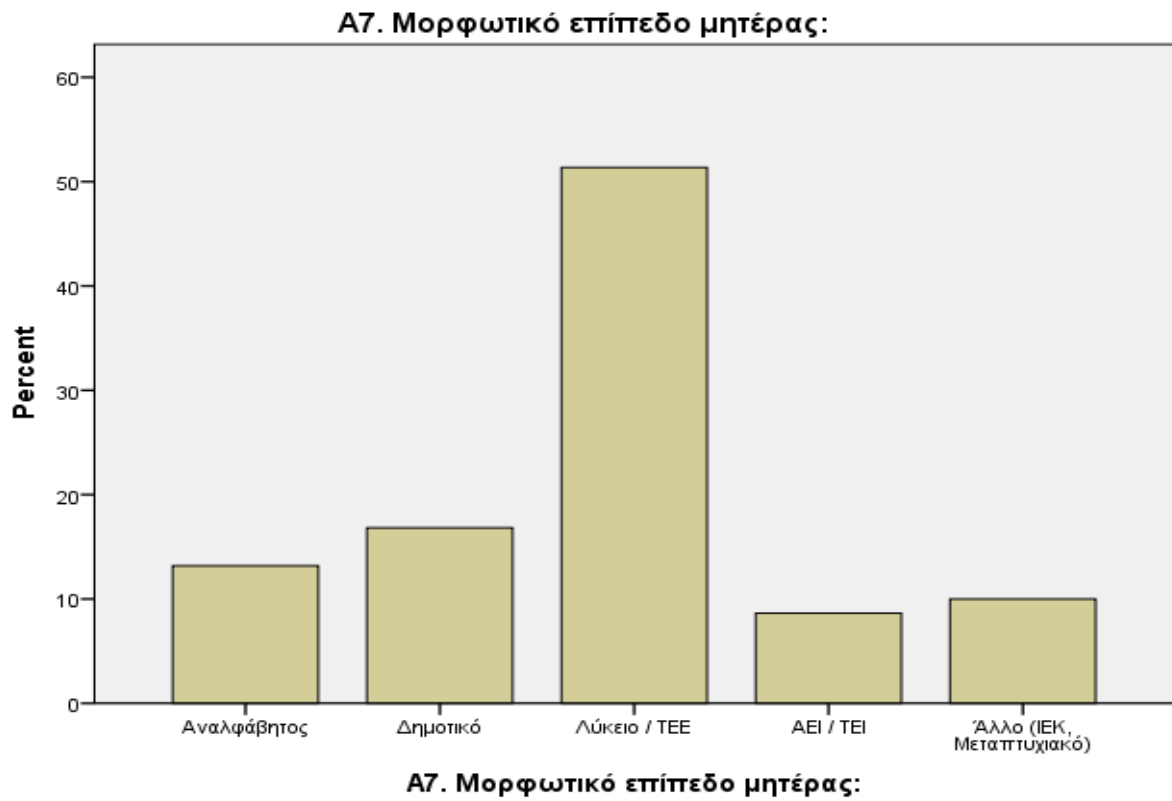
Γράφημα 5



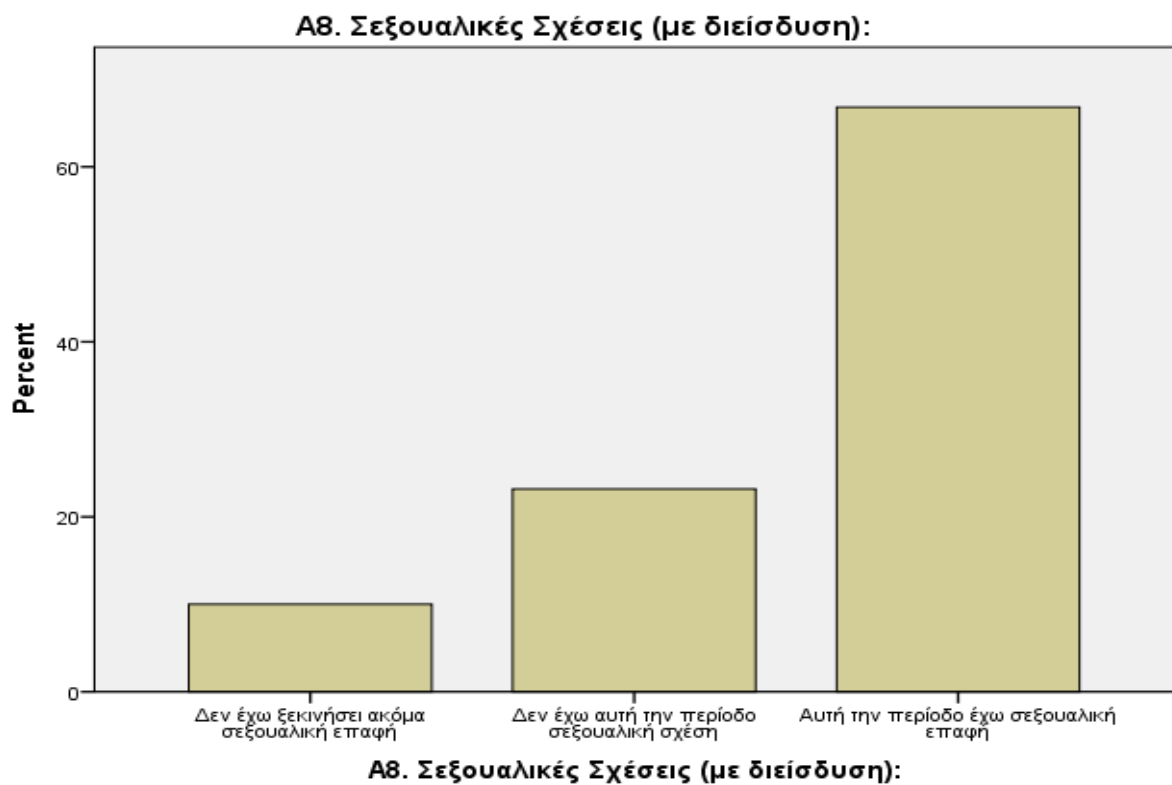
Γράφημα 6



Γράφημα 7

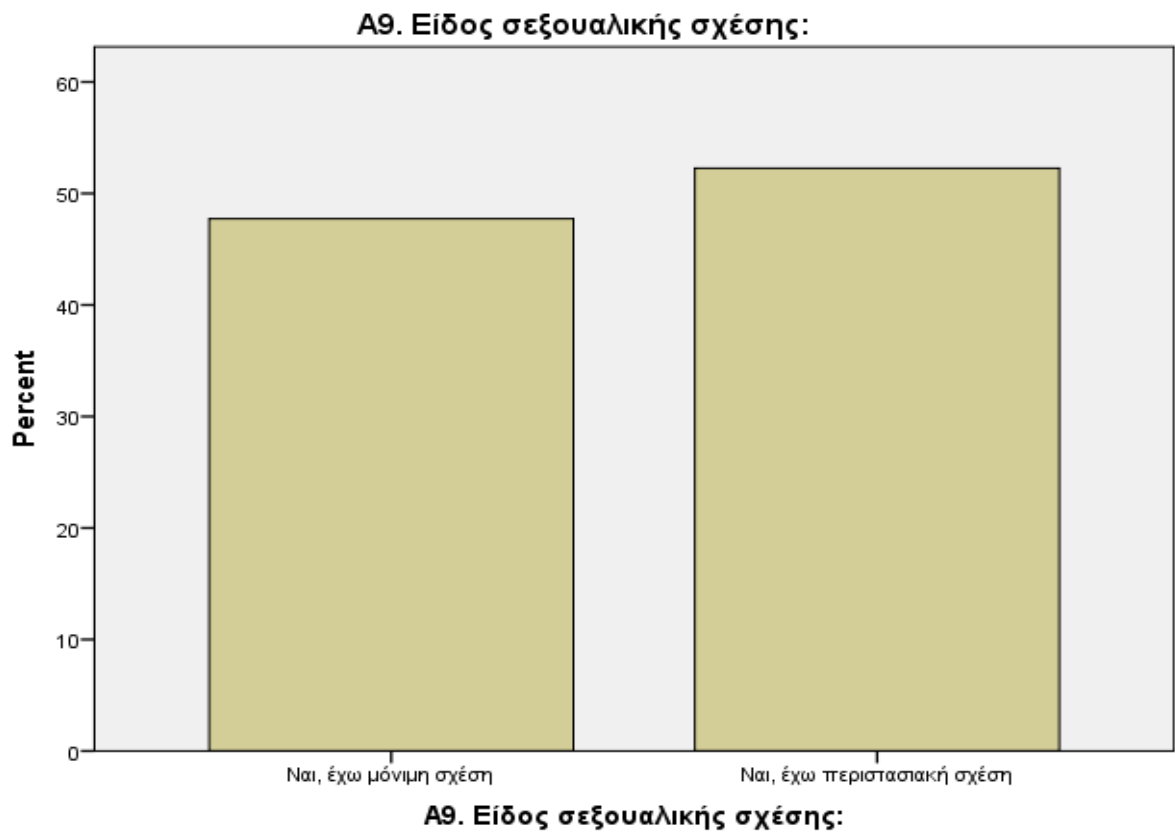


Γράφημα 8

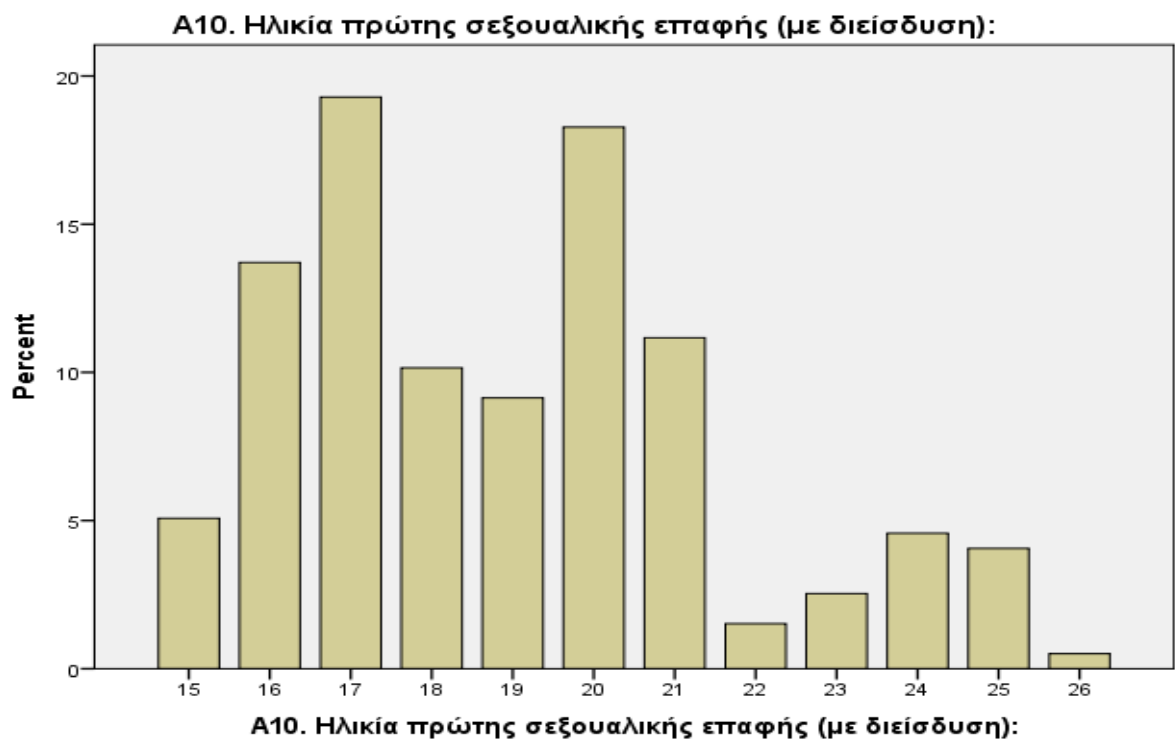




Γράφημα 9



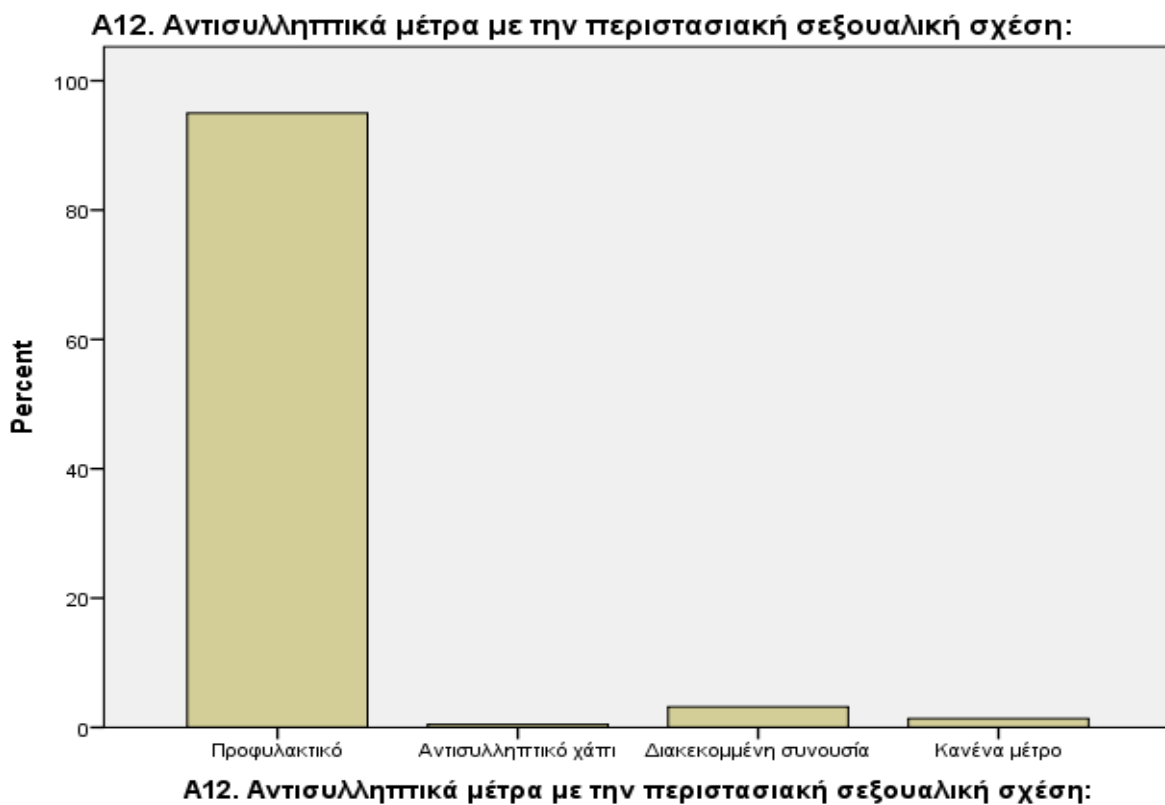
Γράφημα 10



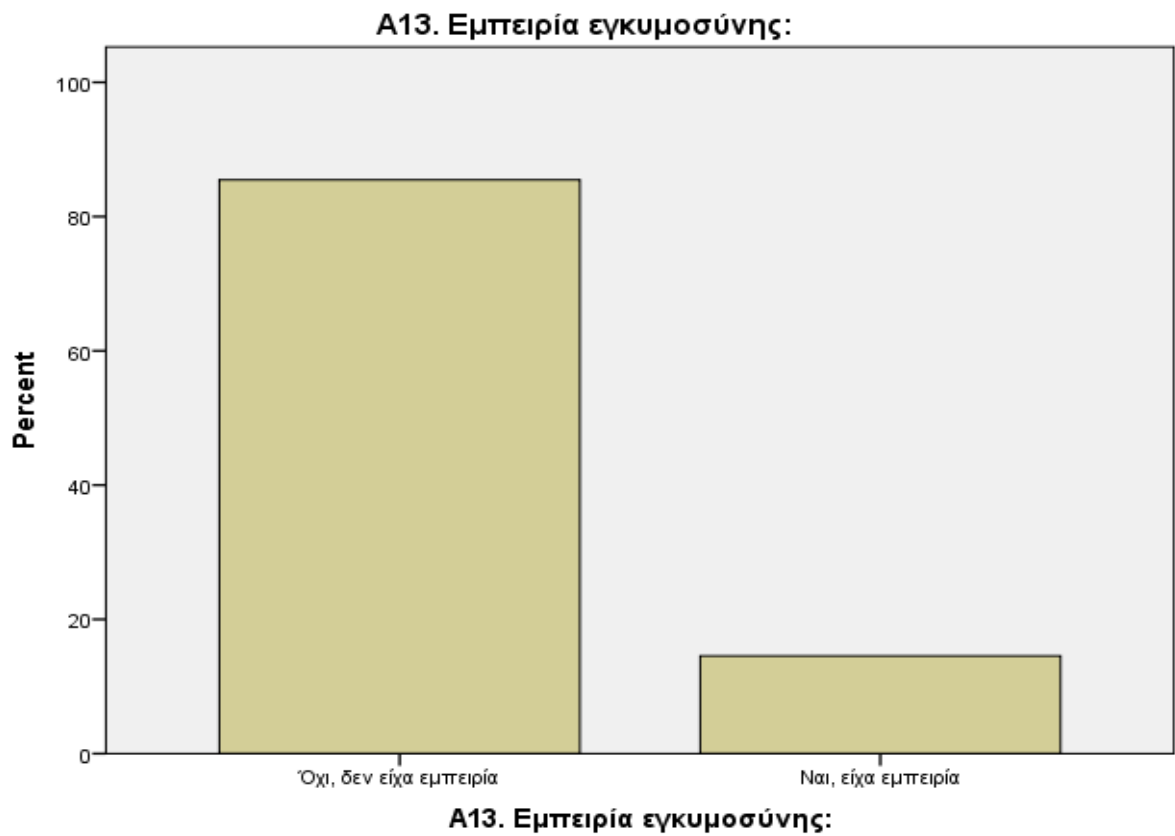
Γράφημα 11



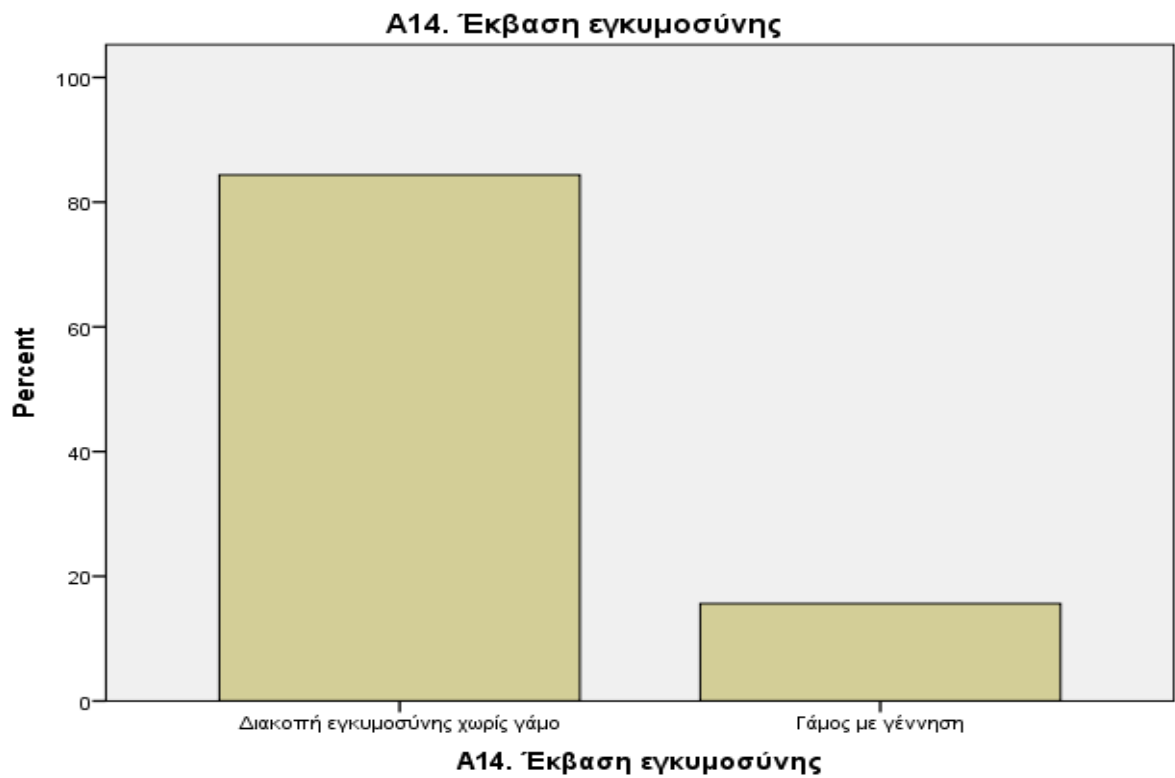
Γράφημα 12



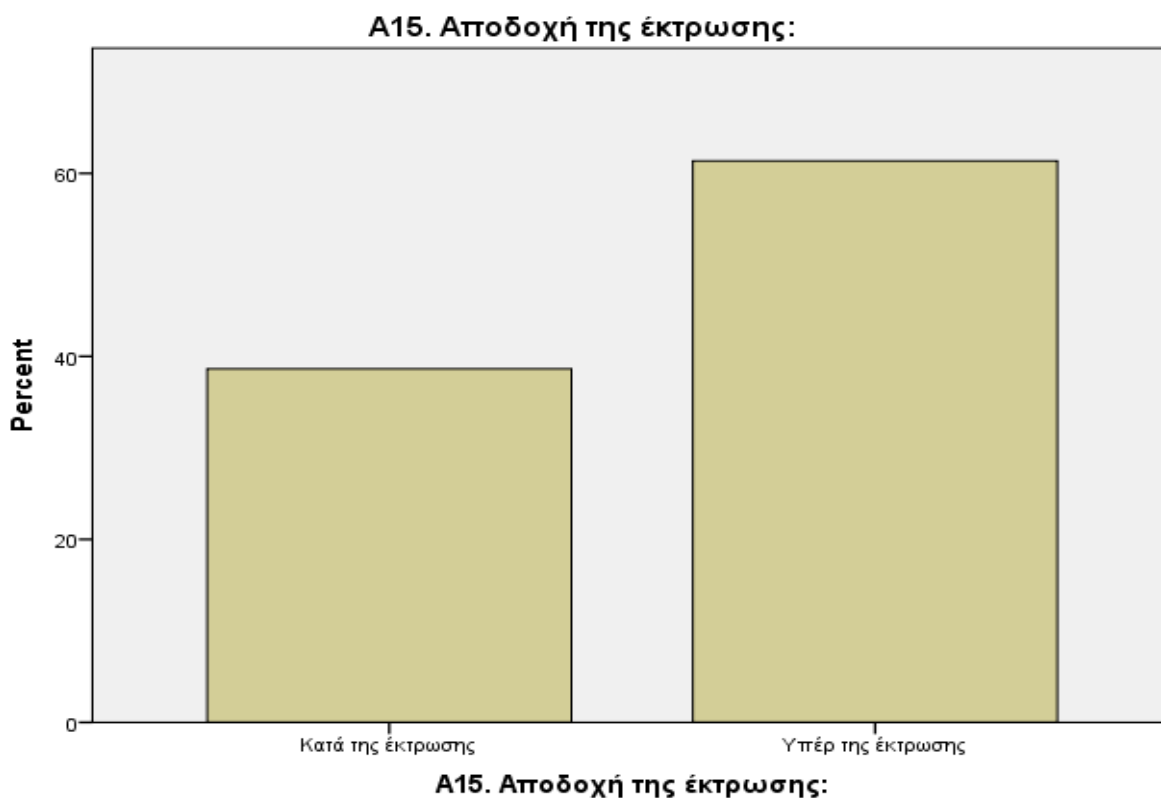
Γράφημα 13



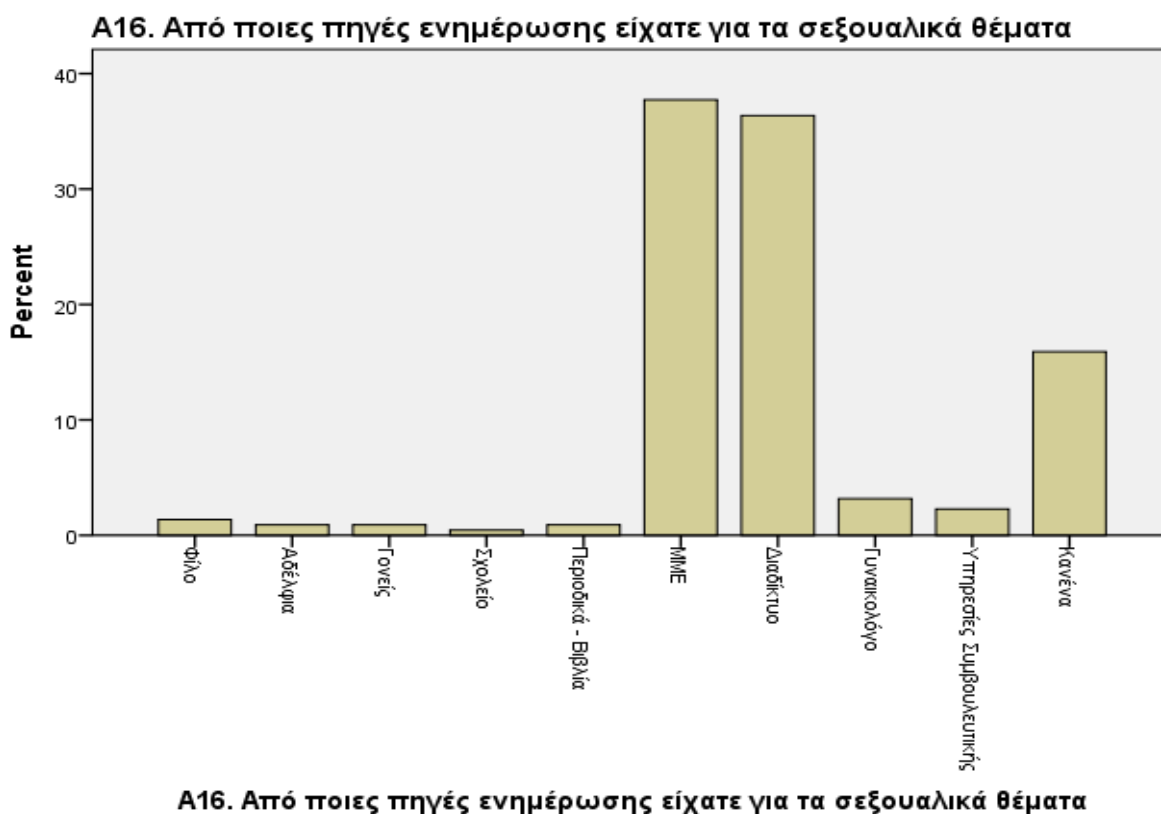
Γράφημα 14



Γράφημα 15

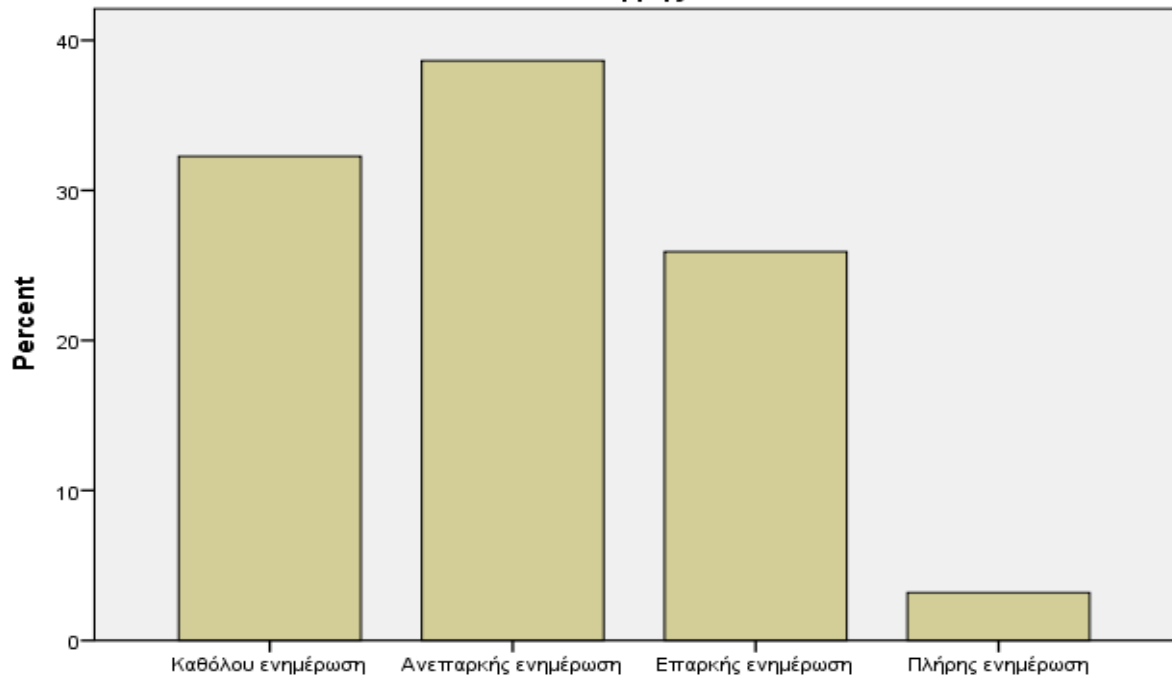


Γράφημα 16



Γράφημα 17

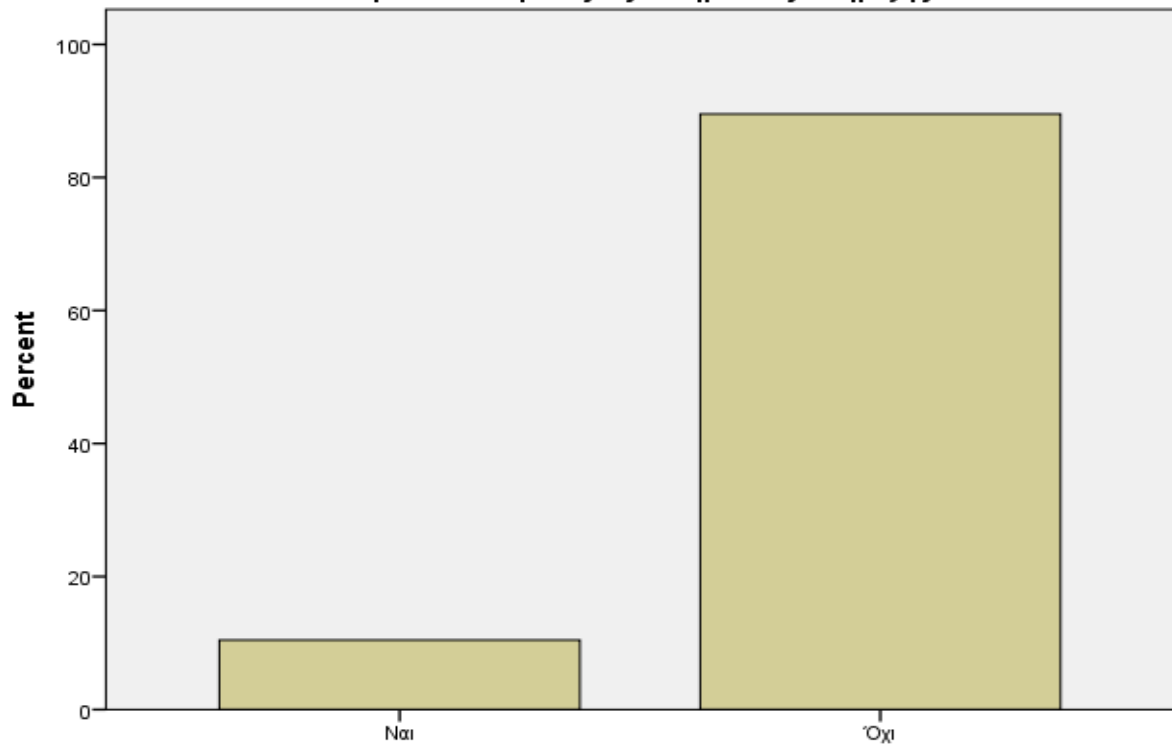
**A17. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**



**A17. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**

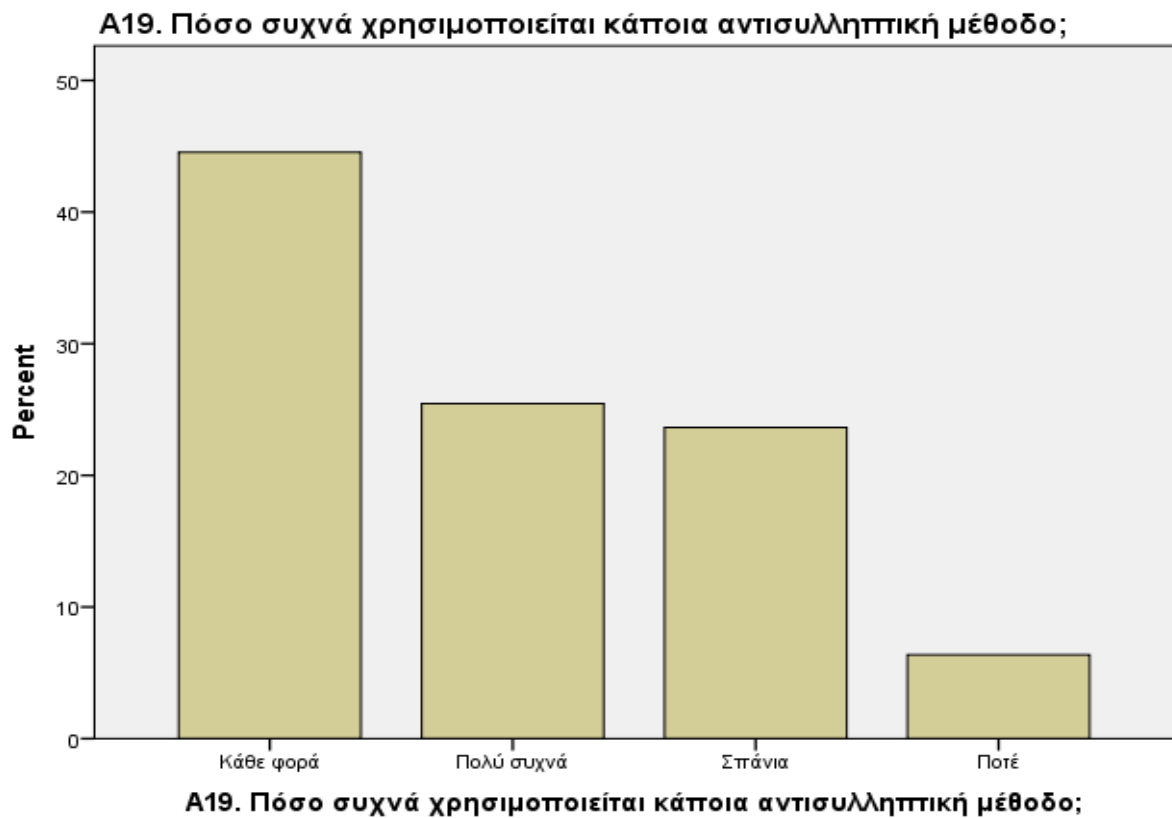
Γράφημα 18

**A18. Θεωρείται επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης**

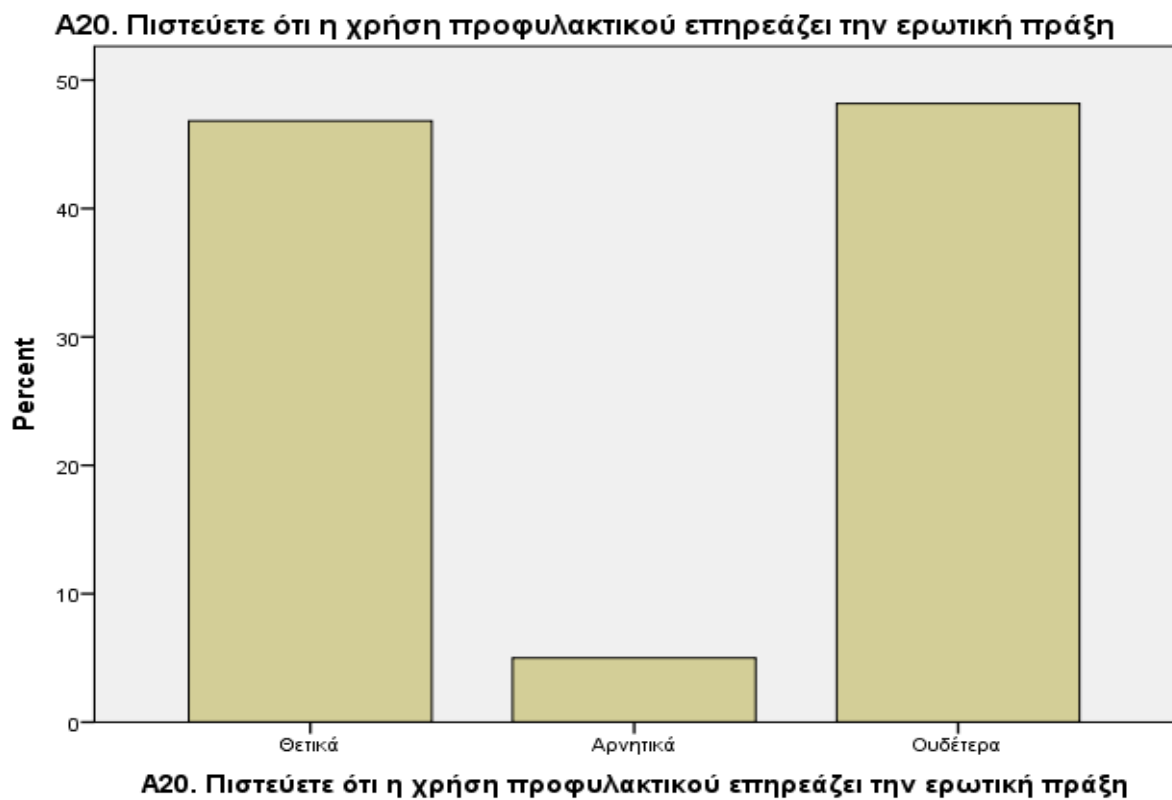


**A18. Θεωρείται επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης**

Γράφημα 19

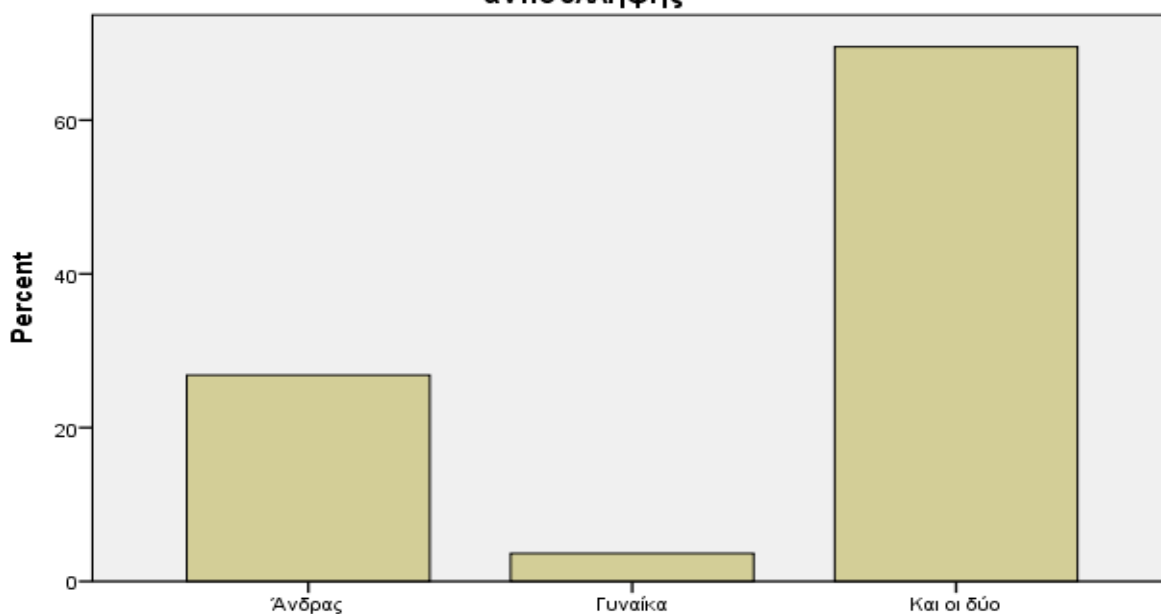


Γράφημα 20



Γράφημα 21

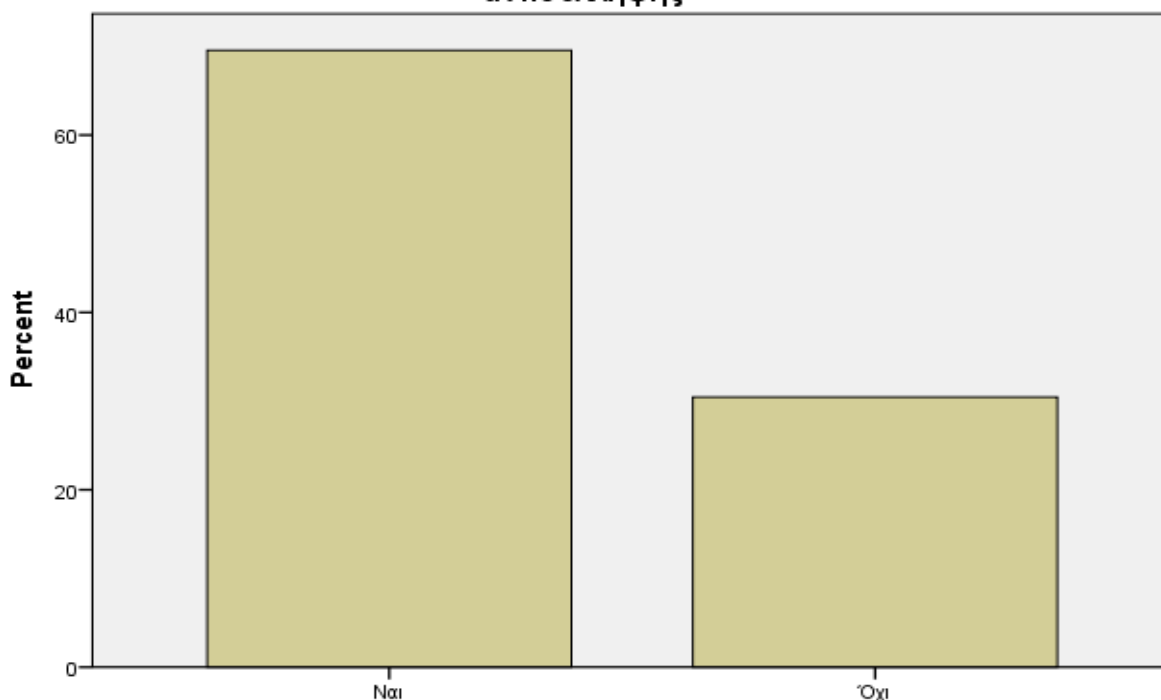
**A21. Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης**



**A21. Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης**

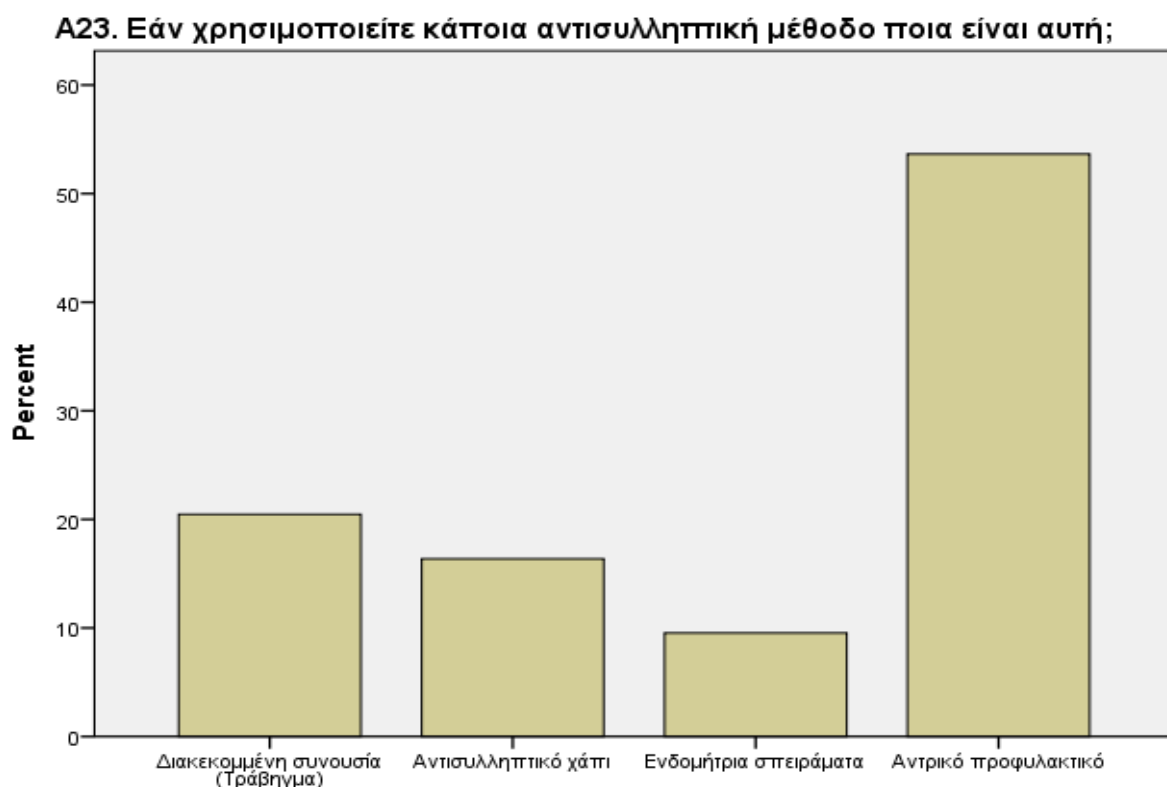
Γράφημα 22

**A22. Συζητάτε – συναποφασίζεσαι με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης**



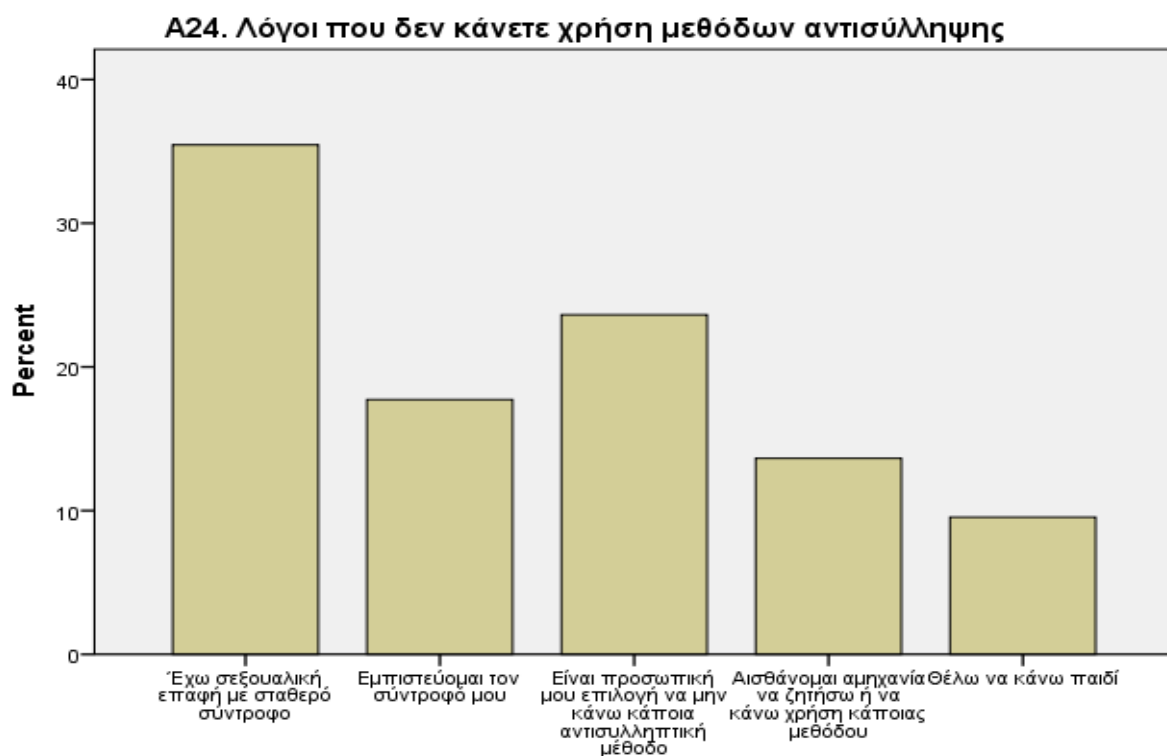
**A22. Συζητάτε – συναποφασίζεσαι με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης**

Γράφημα 23



**A23. Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή;**

Γράφημα 24

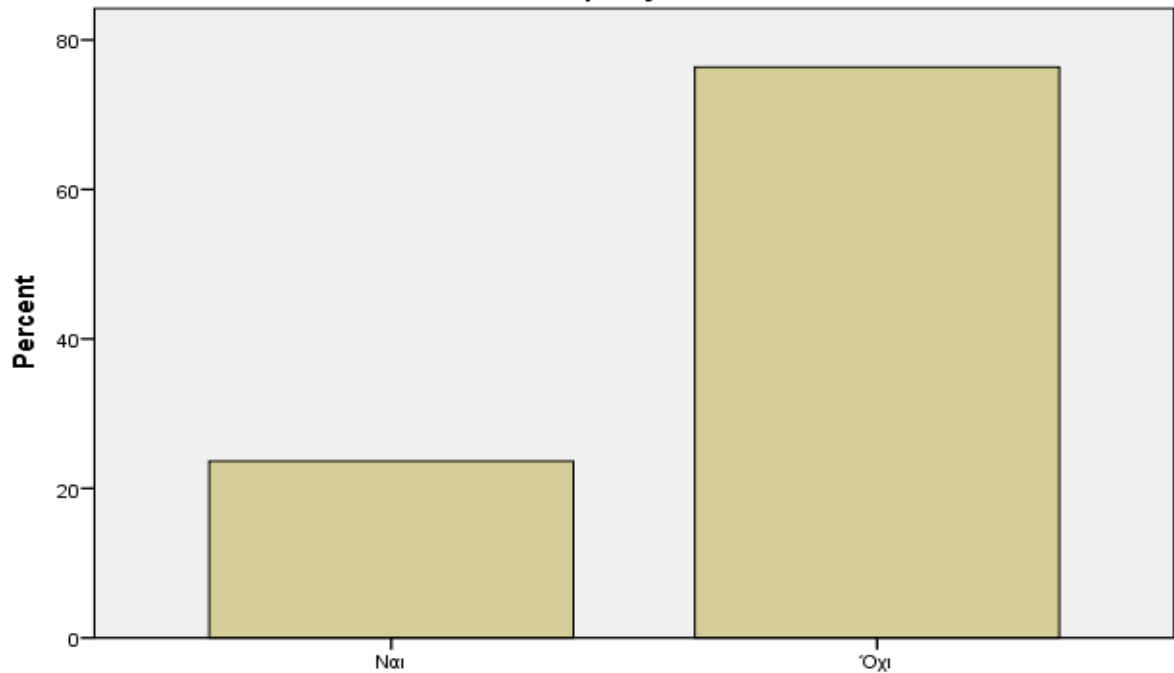


**A24. Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης**



Γράφημα 25

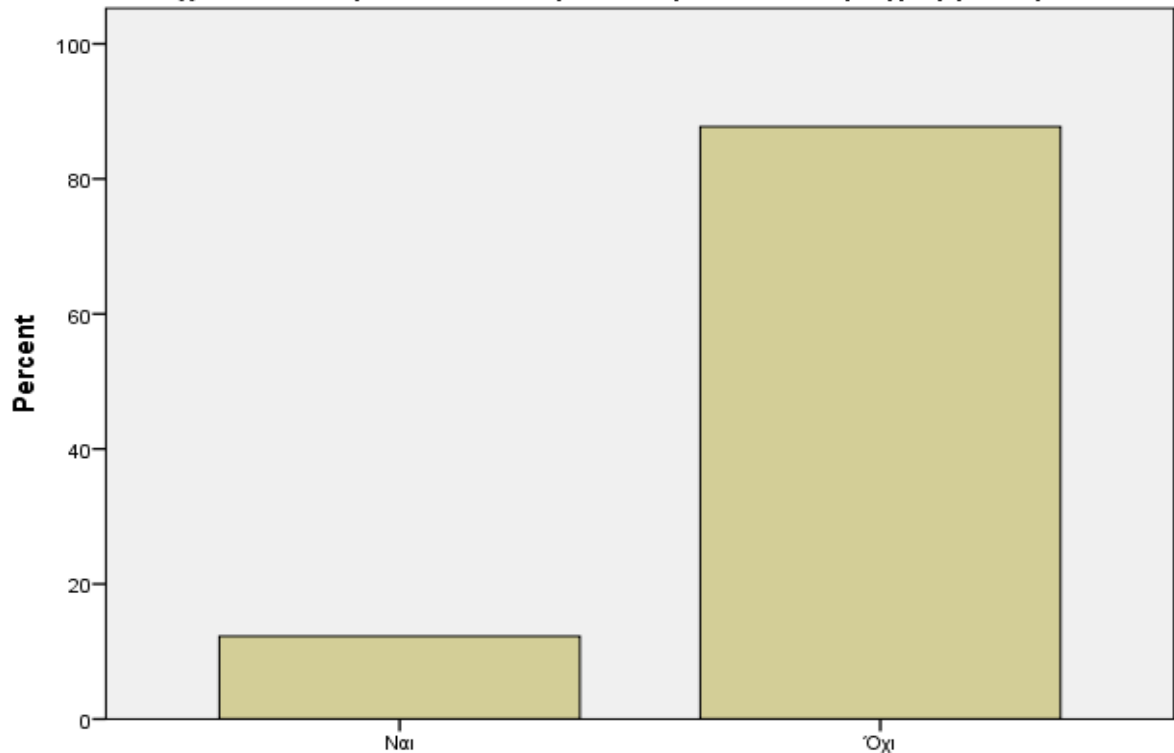
**A25. Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού στην πόλη σας**



**A25. Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού στην πόλη σας**

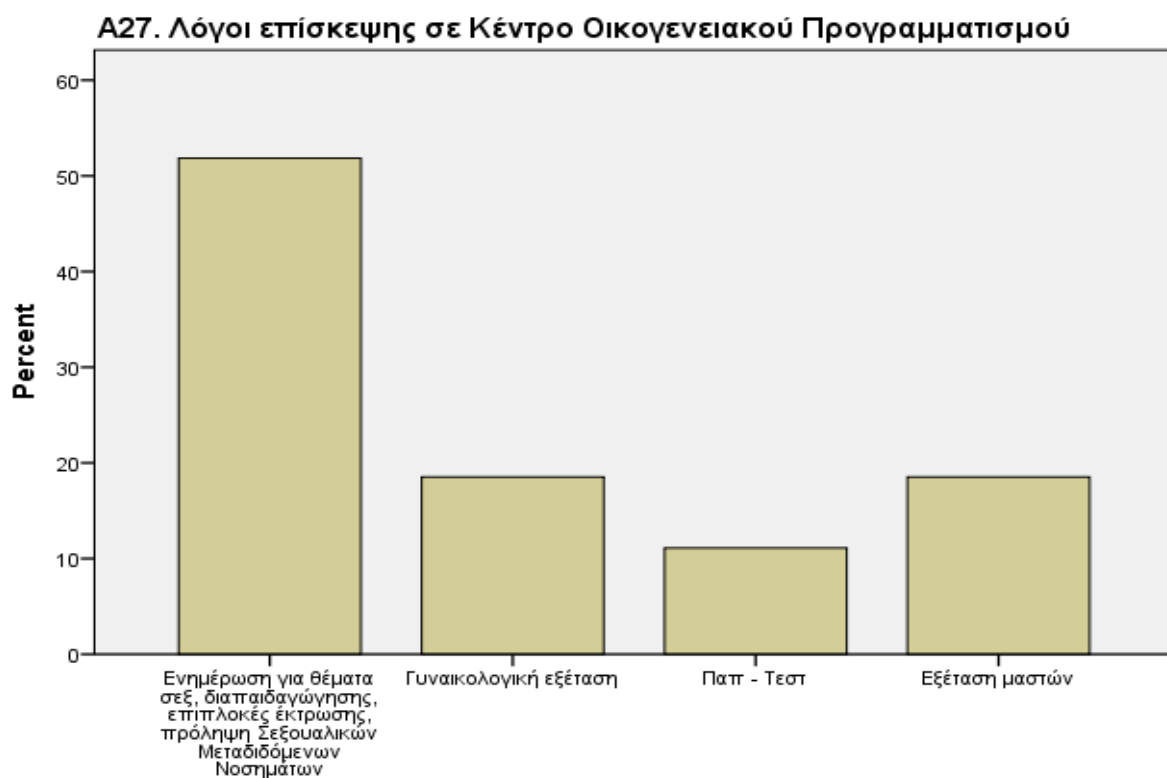
Γράφημα 26

**A26. Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού**



**A26. Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού**

Γράφημα 27



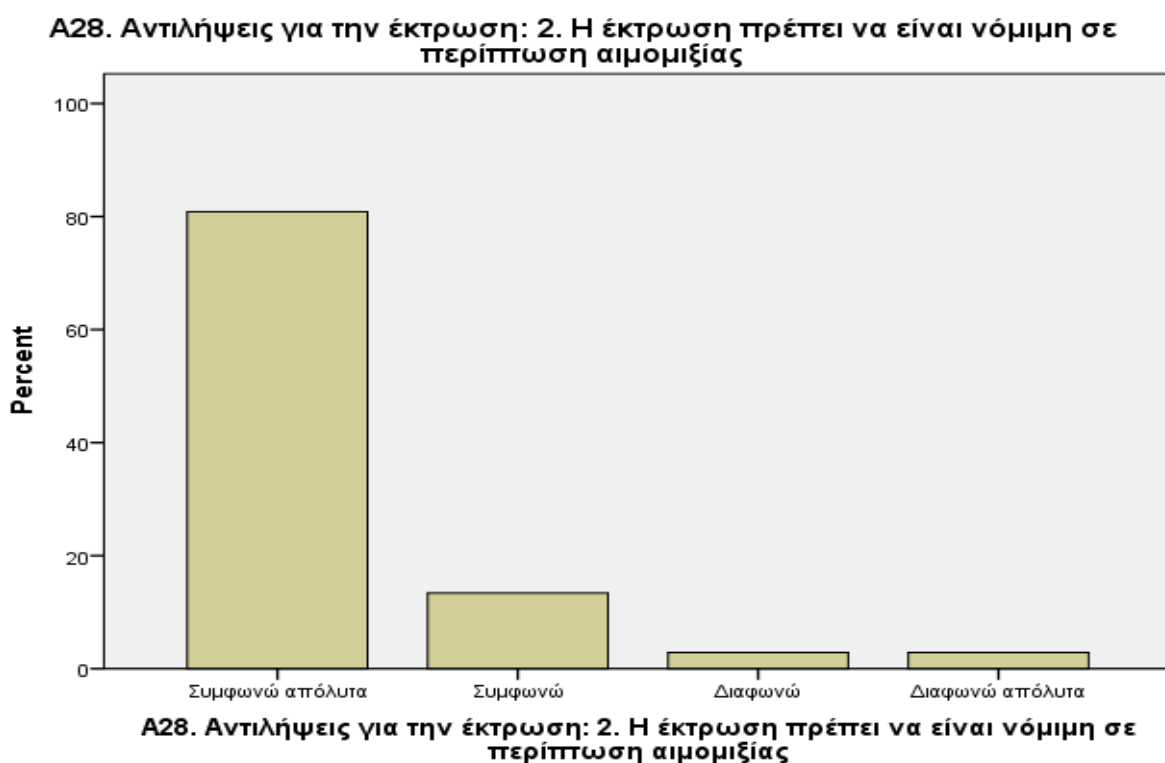
**A27. Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού**

Γράφημα 28



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη**

Γράφημα 29

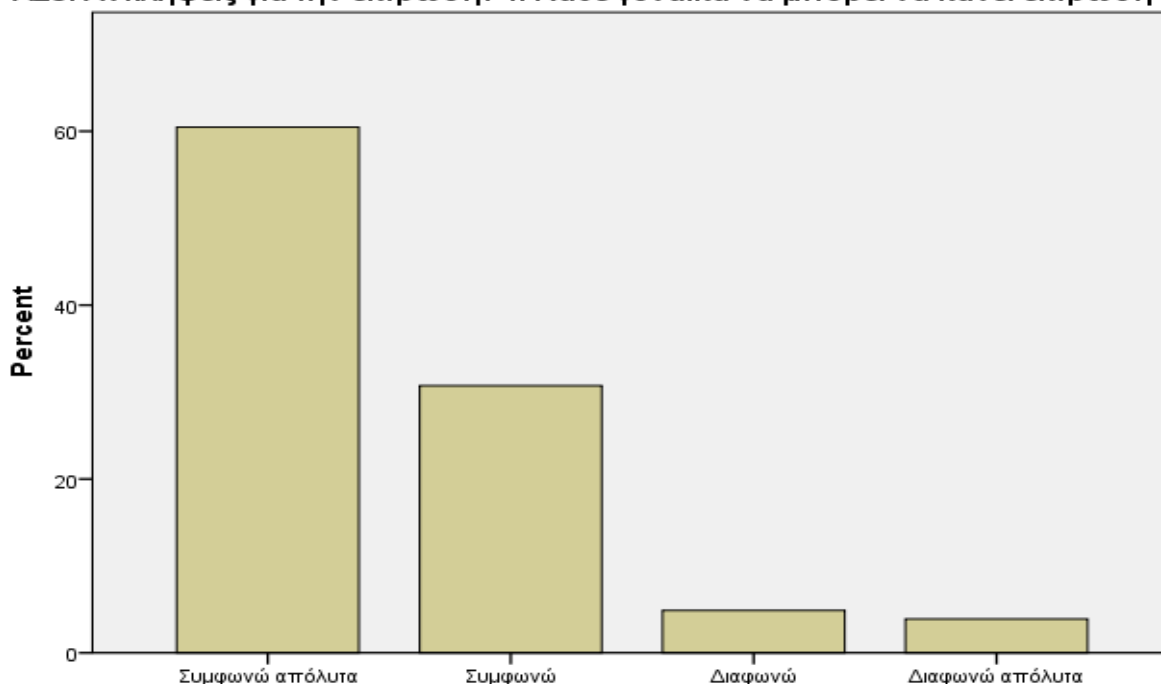


Γράφημα 30



Γράφημα 31

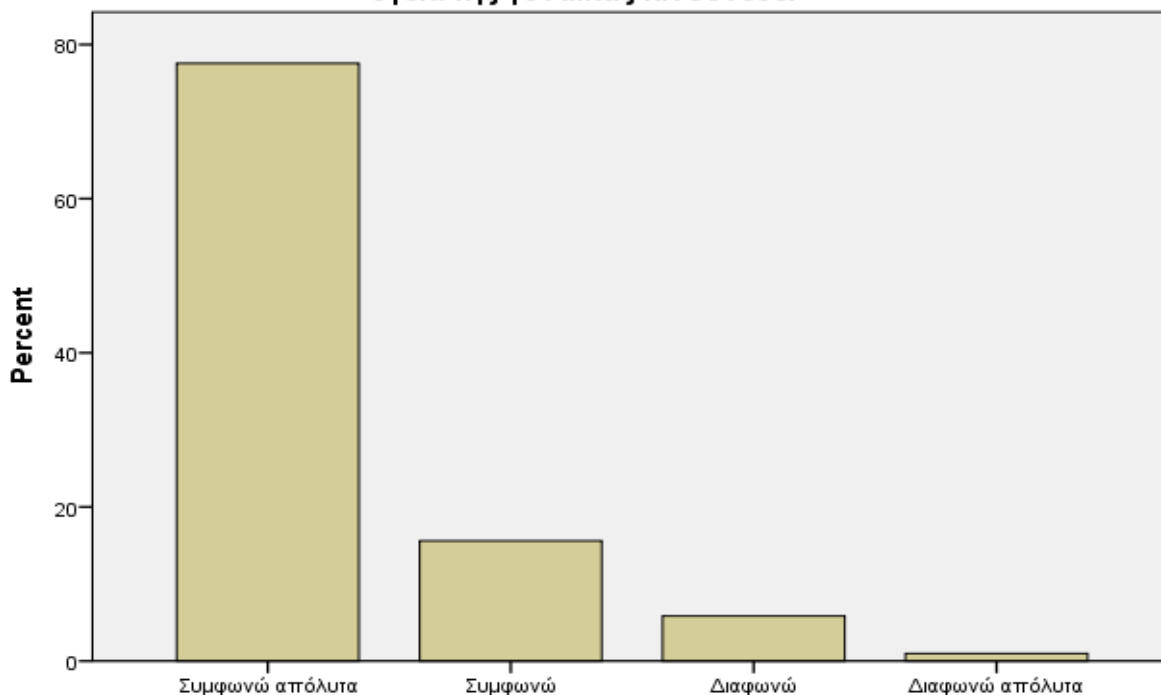
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση**

Γράφημα 32

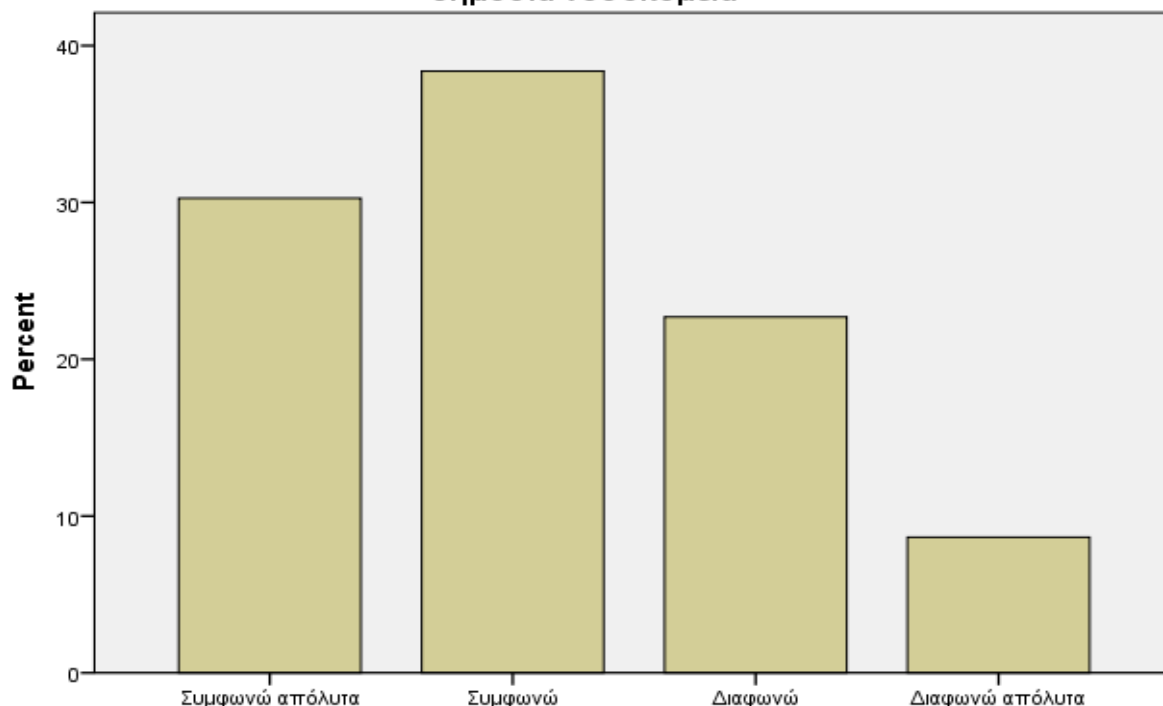
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει**

Γράφημα 33

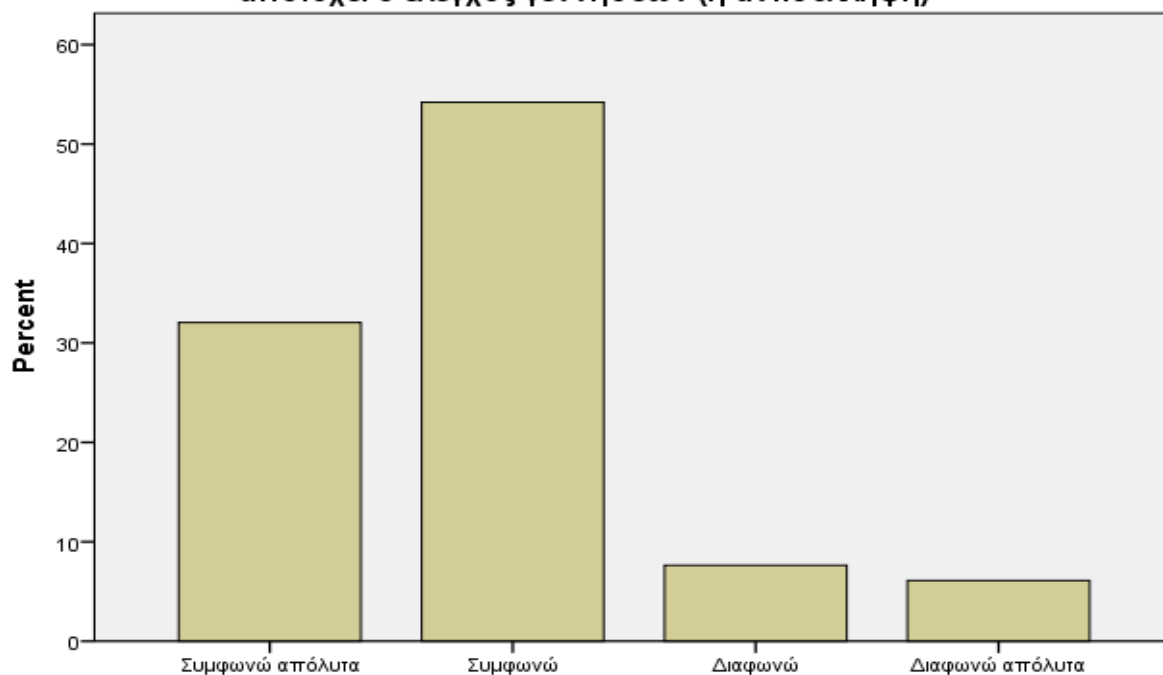
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία**

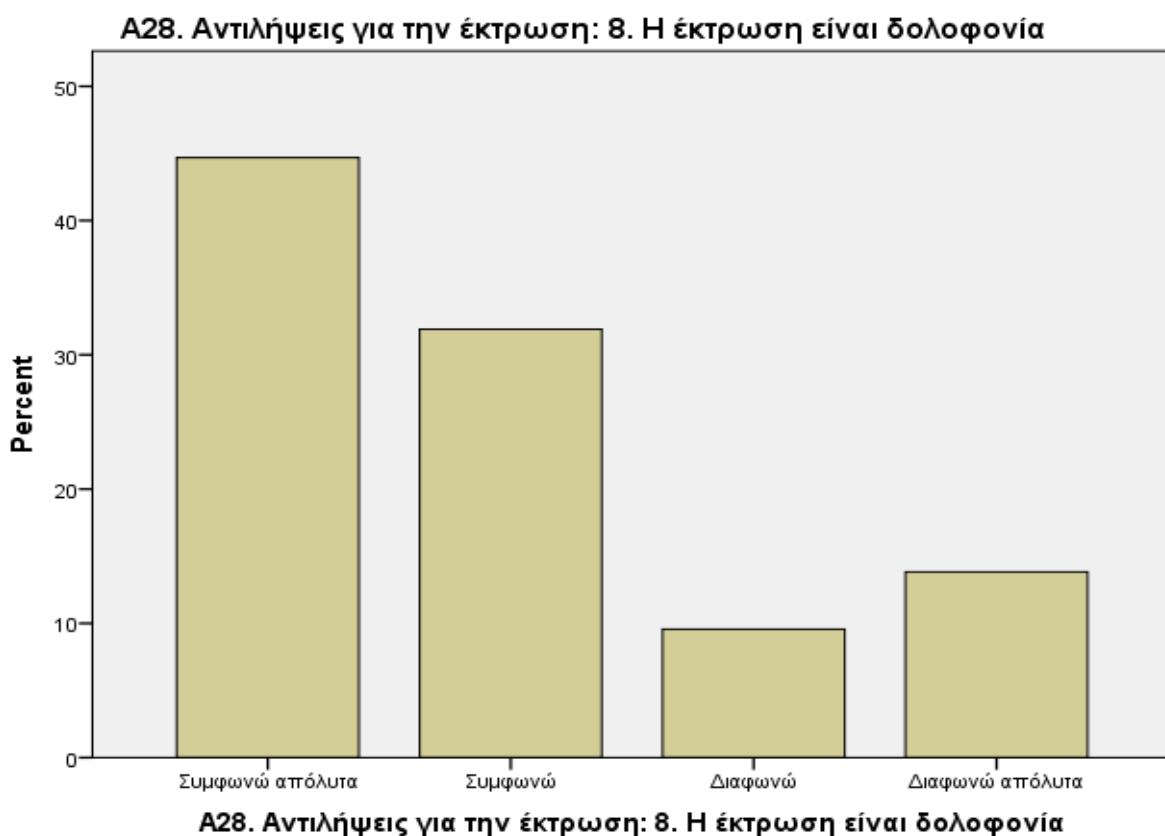
Γράφημα 34

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)**

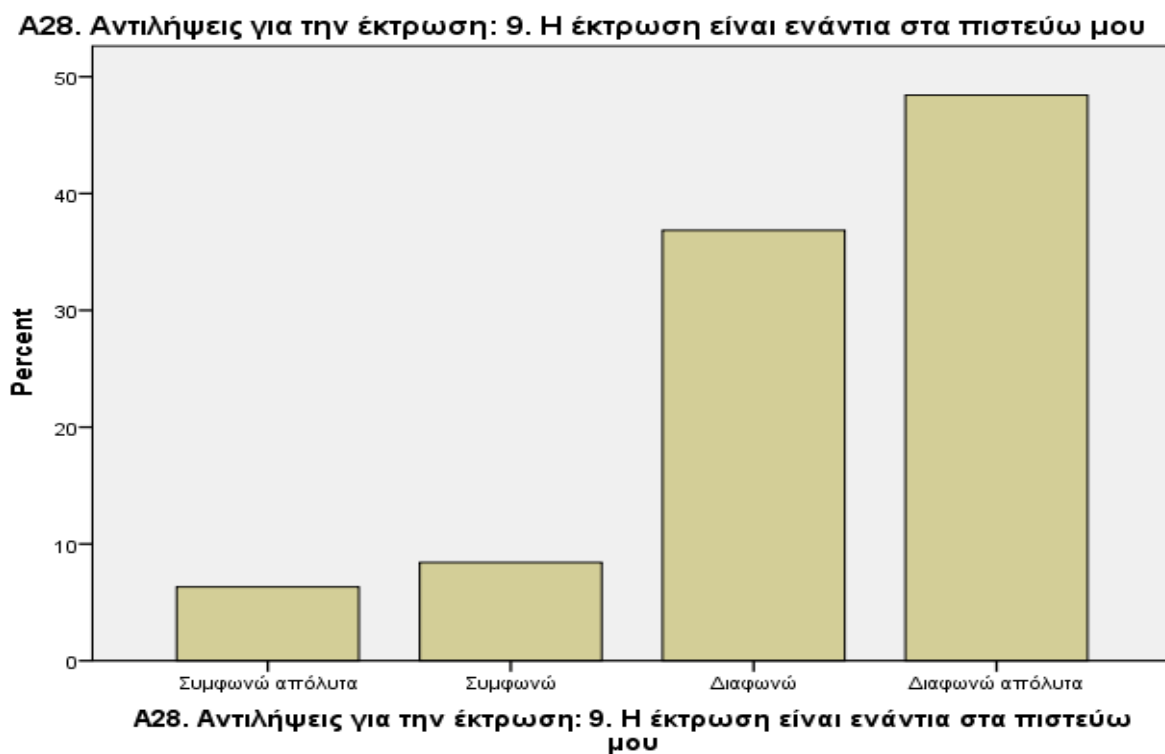


**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)**

Γράφημα 35

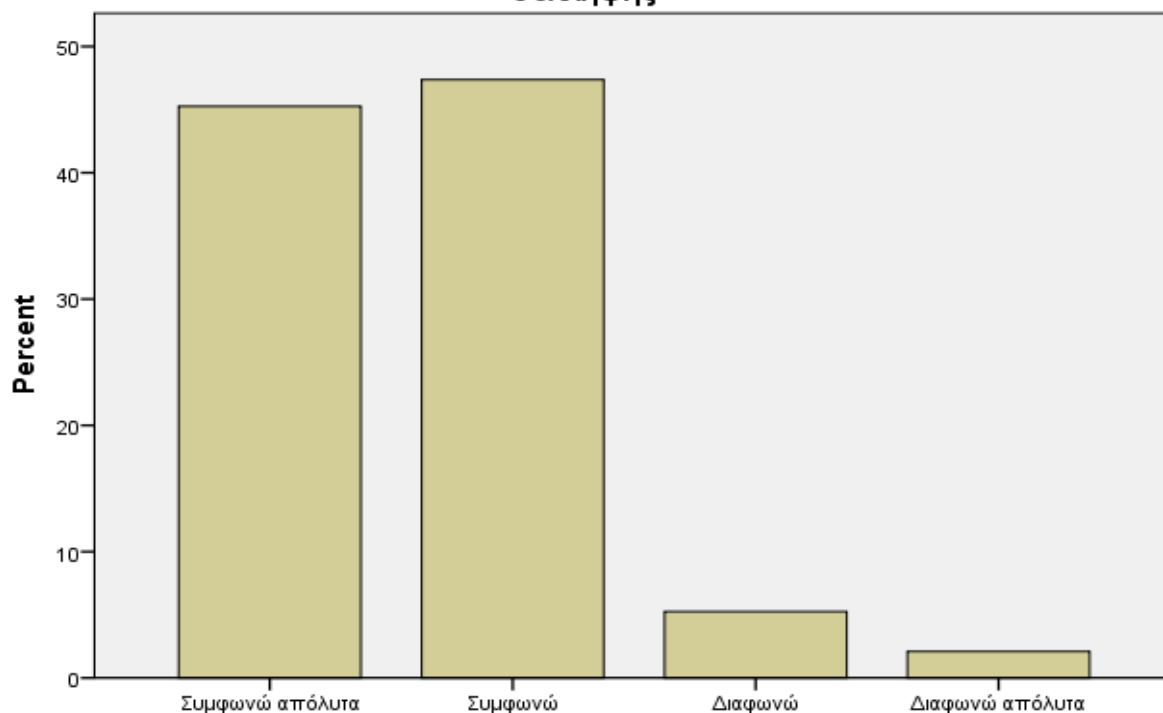


Γράφημα 36



Γράφημα 37

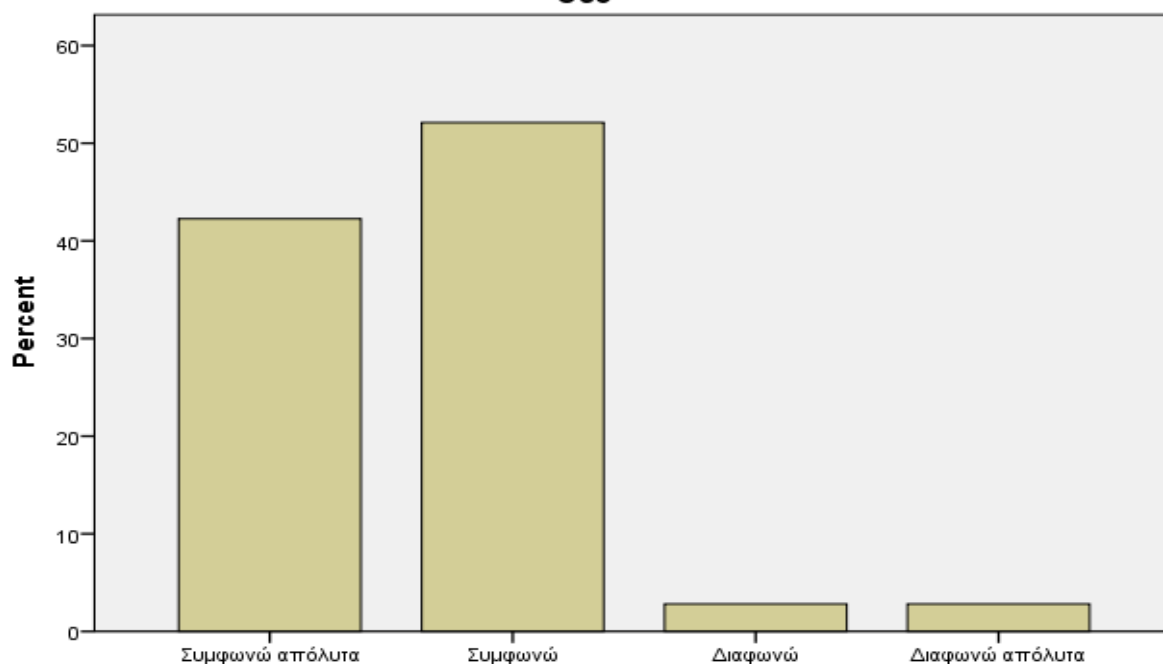
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης**

Γράφημα 38

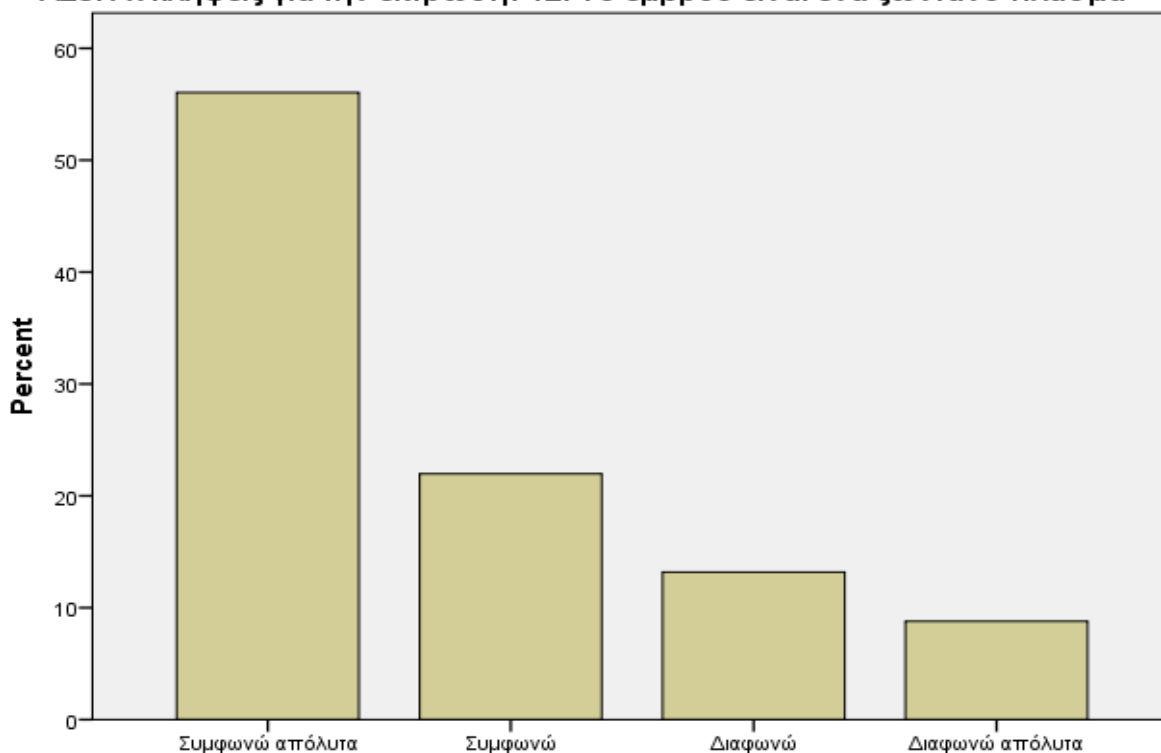
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό**

Γράφημα 39

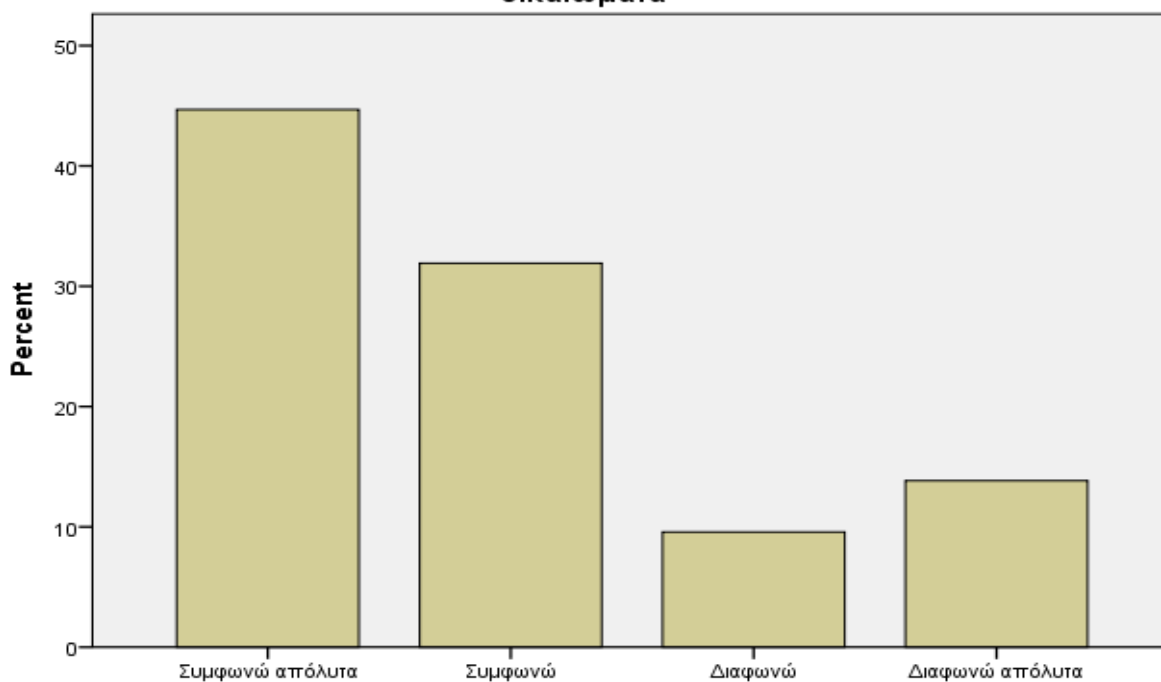
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα**

Γράφημα 40

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα**

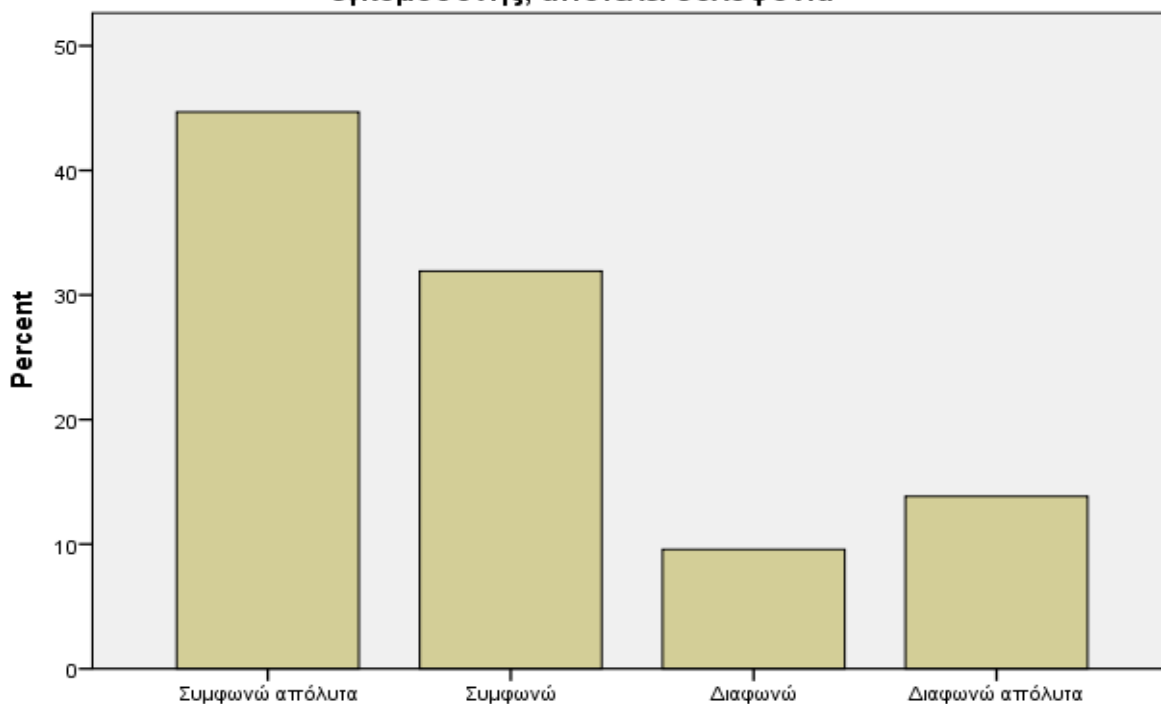


**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα**



Γράφημα 41

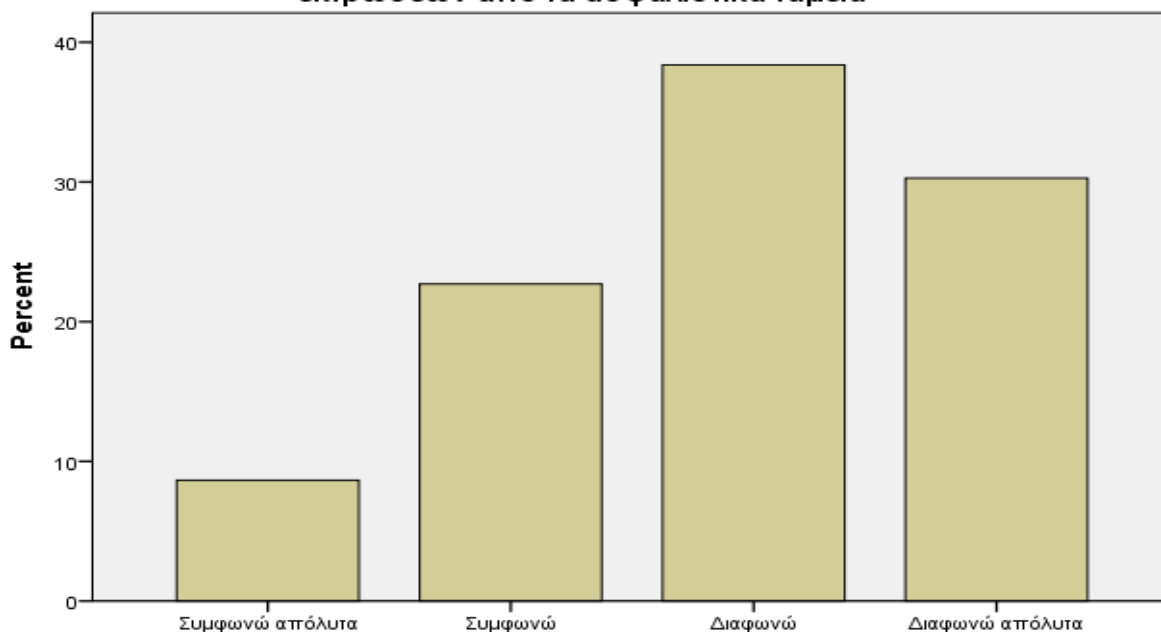
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία**

Γράφημα 42

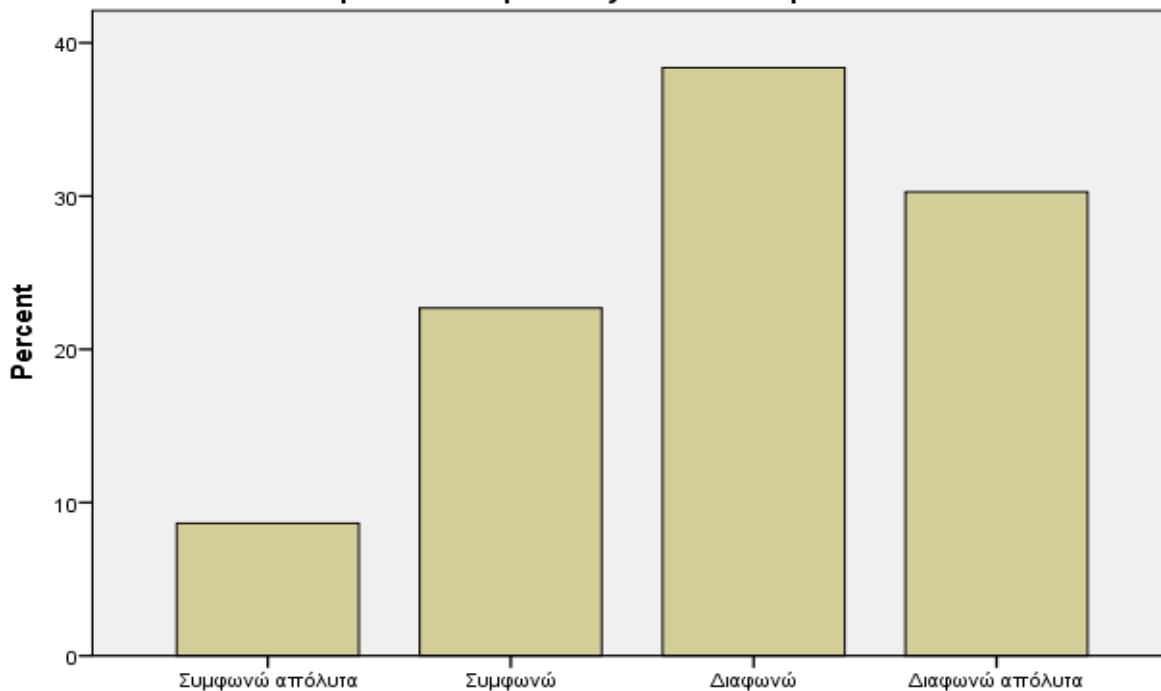
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 44. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 44. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία**

Γράφημα 43

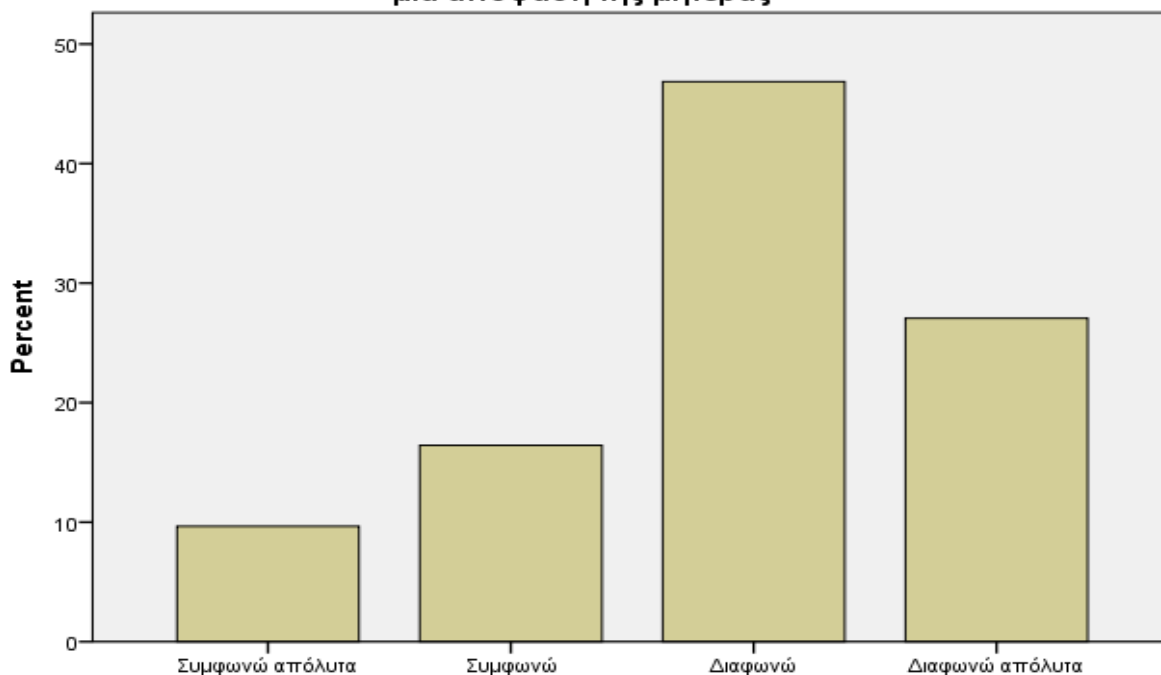
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων**

Γράφημα 44

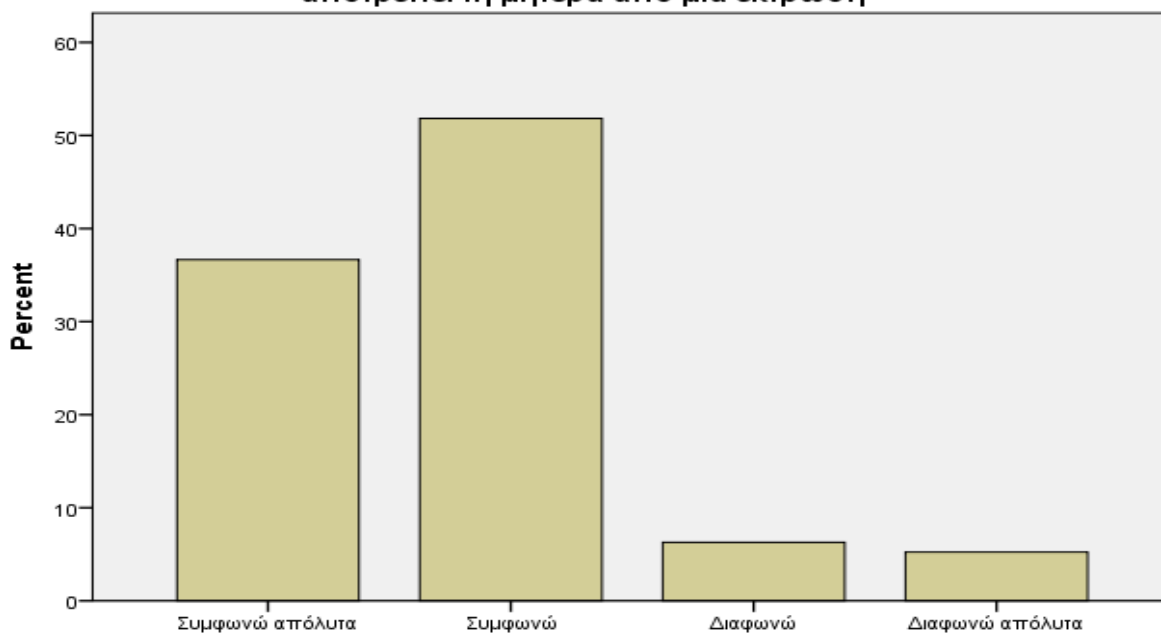
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας**

Γράφημα 45

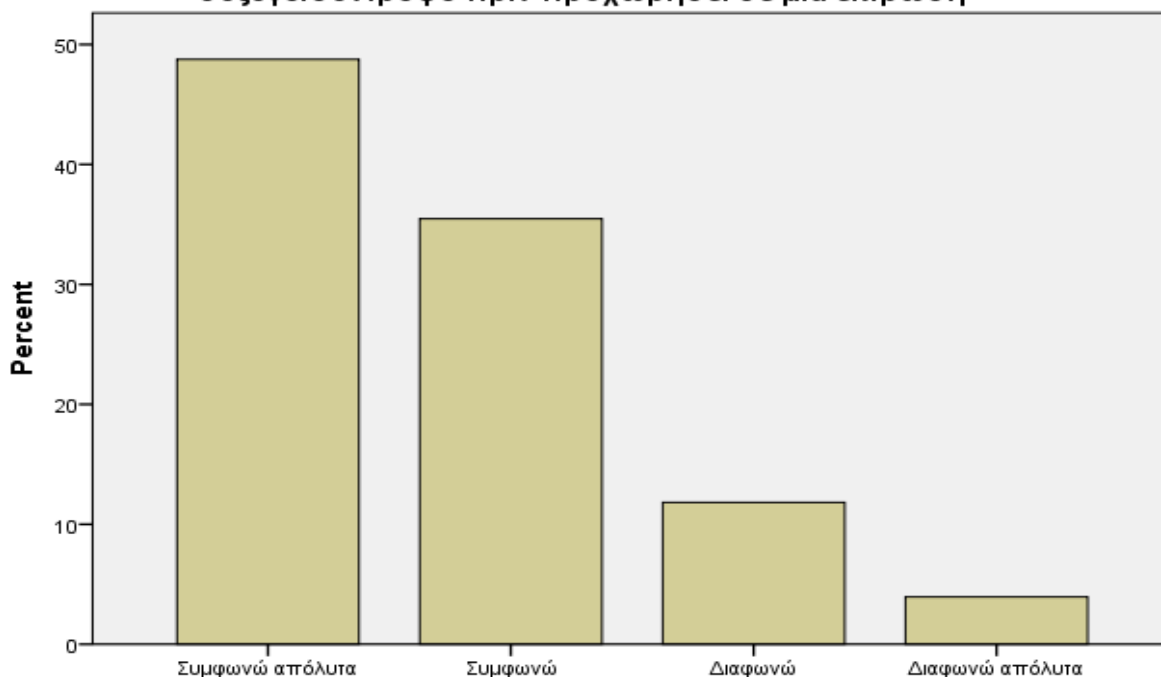
**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση**



**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση**

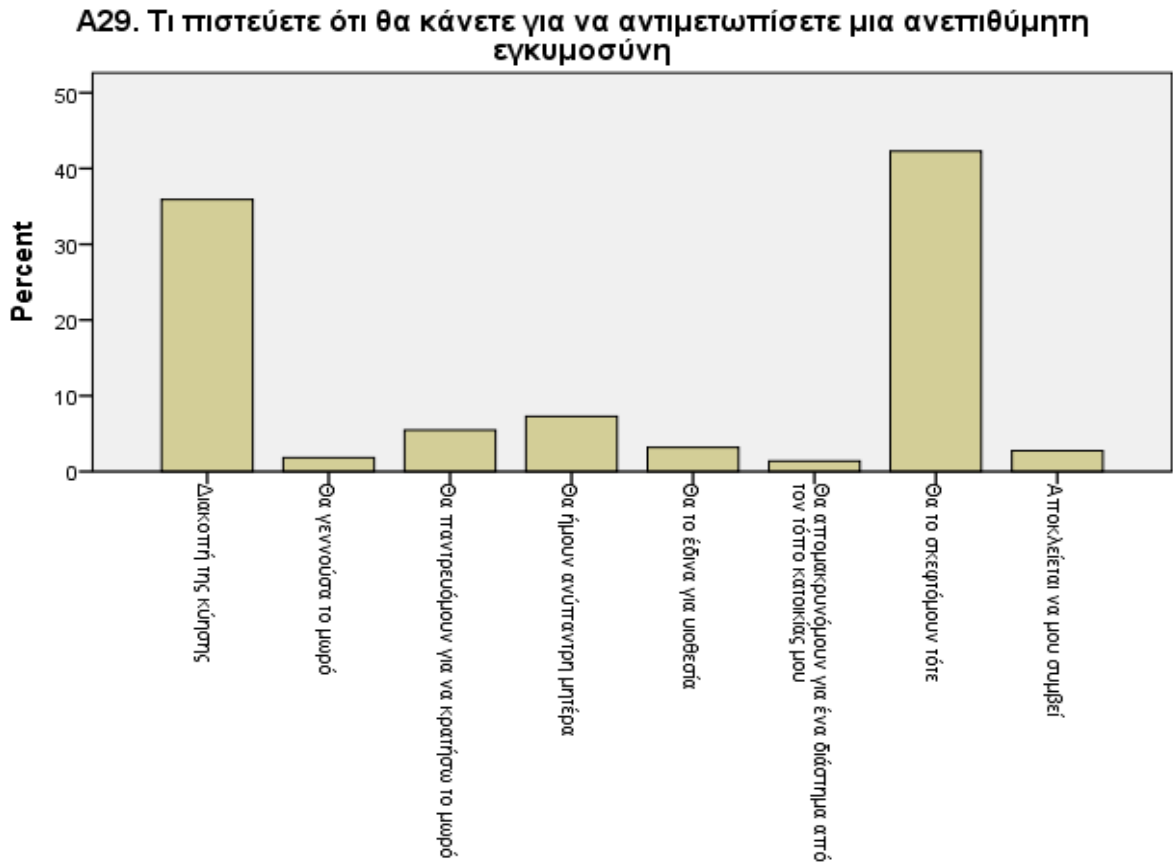
Γράφημα 46

**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση**

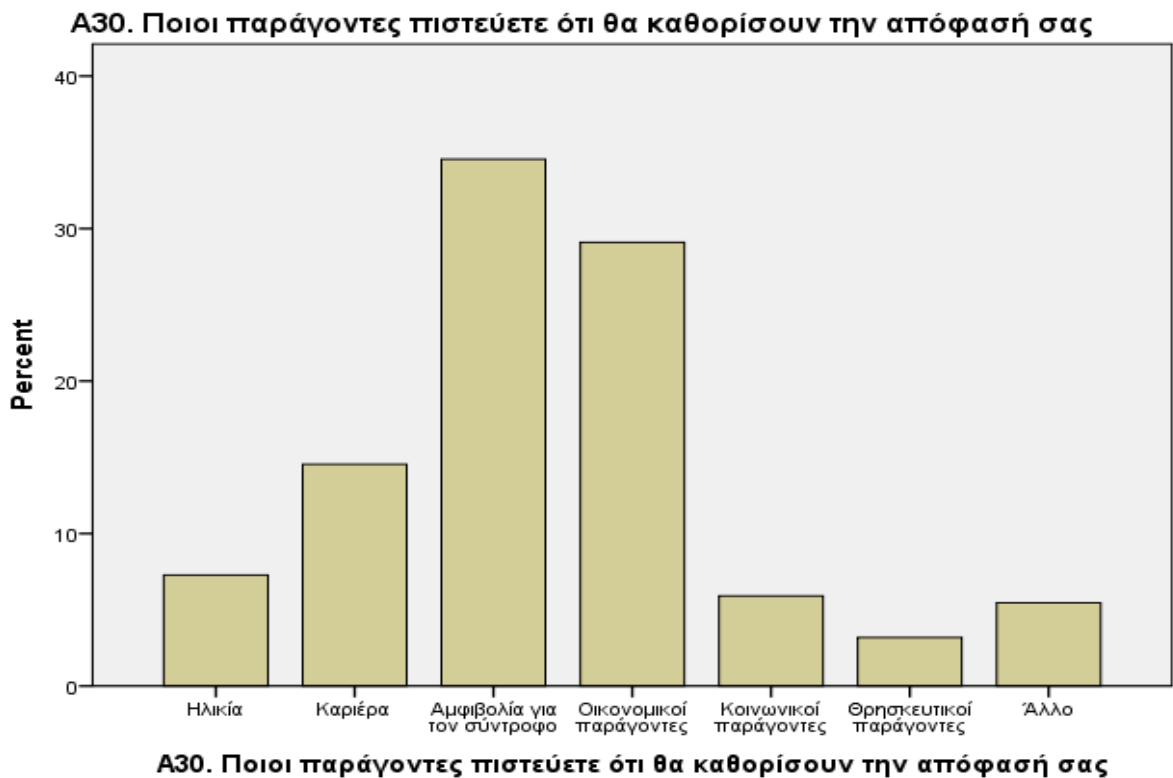


**A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση**

Γράφημα 47



Γράφημα 48



## Αποτελέσματα της έρευνας (Μέση τιμή)

Πίνακας 61: Μέση τιμή των αποτελεσμάτων

Descriptive Statistics		
	N	Mean
A1. Φύλο:	220	1,58
A2. Ηλικία :	220	23,57
A3. Οικογενειακή Κατάσταση:	220	2,73
A4. Τόπος καταγωγής:	220	1,75
A5. Μορφωτικό επίπεδο:	220	3,33
A6. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:	220	2,85
A7. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:	220	2,85
A8. Σεξουαλικές Σχέσεις (με διείσδυση):	220	2,57
A9. Είδος σεξουαλικής σχέσης:	220	3,05
A10. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση):	197	18,96
A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση:	220	1,72
A12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση:	220	1,11
A13. Εμπειρία εγκυμοσύνης:	220	1,15
A14. Έκβαση εγκυμοσύνης	32	1,31
A15. Αποδοχή της έκτρωσης:	220	1,61
A16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα	220	6,98
A17. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης	220	2,00
A18. Θεωρείται επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης	220	1,90
A19. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;	220	1,92
A20. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη	220	2,01
A21. Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης	220	2,43
A22. Συζητάτε – συναποφασίζετε με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης	220	1,30
A23. Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή;	220	7,31
A24. Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης	220	2,44
A25. Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην πόλη σας	220	1,76
A26. Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού	220	1,88
A27. Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού	27	1,96
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη	190	1,73
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας	209	1,28

A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού	209	1,28
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 4. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση	205	1,52
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 5. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει	205	1,30
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία	185	2,10
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 3. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)	131	1,88
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία	188	1,93
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 9. Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου	190	3,27
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 10. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης	190	1,64
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό	213	1,66
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 12. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα	182	1,75
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 13. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα	188	1,93
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία	188	1,93
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 44. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία	185	2,90
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων	185	2,90
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας	207	2,91
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση	191	1,80
A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση	203	1,71
A29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	220	4,27
A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας	220	3,43
Valid N (listwise)	0	

## Συσχετισμοί των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με το φύλο του δείγματος

Πίνακας 62 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση

### Crosstab

Count

		A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση:				Total
		Προφυλακτικό	Αντισυλληπτικό χάπι	Διακεκομμένη συνουσία	Κανένα μέτρο	
A1. Φύλο:	Άνδρας	66	26	0	1	93
	Γυναίκα	62	11	44	10	127
Total		128	37	44	11	220

Πίνακας 63 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση

### Crosstab

Count

		A12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση:				Total
		Προφυλακτικό	Αντισυλληπτικό χάπι	Διακεκομμένη συνουσία	Κανένα μέτρο	
A1. Φύλο:	Άνδρας	92	0	0	1	93
	Γυναίκα	117	1	7	2	127
Total		209	1	7	3	220

Πίνακας 64 : Συσχετισμός κατά φύλο και αποδοχή της έκτρωσης

### Crosstab

Count

		A15. Αποδοχή της έκτρωσης:		Total
		Κατά της έκτρωσης	Υπέρ της έκτρωσης	
A1. Φύλο:	Άνδρας	26	67	93
	Γυναίκα	59	68	127
Total		85	135	220

Πίνακας 65 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία

**Crosstab**

Count

		A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 6. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία				Total
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
A1. Φύλο:	Άνδρας	37	52	0	0	89
	Γυναίκα	19	19	42	16	96
Total		56	71	42	16	185

Πίνακας 66 : Συσχετισμός κατά φύλο και αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό

**Crosstab**

Count

		A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 11. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό				Total
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
A1. Φύλο:	Άνδρας	80	12	0	0	92
	Γυναίκα	10	99	6	6	121
Total		90	111	6	6	213

Πίνακας 67 : Συσχετισμός κατά φύλο και ποιοι παράγοντες πιστεύουν ότι θα καθορίζουν την απόφασή τους

**Crosstab**

Count

		A30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας							Total
		Ηλικία	Καριέρα	Αμφιβολία για τον σύντροφο	Οικονομικοί παράγοντες	Κοινωνικοί παράγοντες	Θρησκευτικοί παράγοντες	Άλλο	
A1. Φύλο:	Άνδρας	16	32	14	30	0	0	1	93
	Γυναίκα	0	0	62	34	13	7	11	127
Total		16	32	76	64	13	7	12	220



**Συσχετισμοί των γνώσεων, σκέψεων και αντιλήψεων των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση αναφορικά με τον τόπο καταγωγής του δείγματος**

**Πίνακας 68 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση**

**Crosstab**

Count		A11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση:				Total
		Προφυλακτικό	Αντισυλληπτικό χάπι	Διακεκομμένη συνουσία	Κανένα μέτρο	
A4. Τόπος καταγωγής:	Αστική περιοχή	101	0	0	1	102
	Ημιαστική περιοχή	27	37	5	1	70
	Αγροτική περιοχή	0	0	39	9	48
	Total	128	37	44	11	220

**Πίνακας 69 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αποδοχή της έκτρωσης**

**Crosstab**

Count		A15. Αποδοχή της έκτρωσης:		Total
		Κατά της έκτρωσης	Υπέρ της έκτρωσης	
A4. Τόπος καταγωγής:	Αστική περιοχή	55	47	102
	Ημιαστική περιοχή	22	48	70
	Αγροτική περιοχή	8	40	48
Total		85	135	220

Πίνακας 70 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και πηγές ενημέρωσης για τα σεξουαλικά θέματα

Crosstab

Count

	A16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα										Total	
	Φίλο	Αδέλφια	Γονείς	Σχολείο	Περιοδικά - Βιβλία	MME	Διαδίκτυο	Γυναικολόγο	Υπηρεσίες Συμβουλευτικής	Κανένα		
A4. Τόπος καταγωγής:												
Αστική περιοχή	3	2	2	1	2	83	8	0	0	1	102	
Ημιαστική περιοχή	0	0	0	0	0	0	69	0	0	1	70	
Αγροτική περιοχή	0	0	0	0	0	0	3	7	5	33	48	
Total	3	2	2	1	2	83	80	7	5	35	220	

Πίνακας 71 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία

Crosstab

Count

		A28. Αντιλήψεις για την έκτρωση: 8. Η έκτρωση είναι δολοφονία				Total
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
		A4. Τόπος καταγωγής:				
Αστική περιοχή		43	22	9	13	87
Ημιαστική περιοχή		41	21	0	0	62
Αγροτική περιοχή		0	17	9	13	39
Total		84	60	18	26	188

Πίνακας 72 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Crosstab

Count

		A29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη							Total	
		Διακοπή της κύησης	Θα γεννηθεί το μωρό	Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	Θα ήμουν ανύπαντρη μητέρα	Θα το έδινα για υιοθεσία	Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας μου	Θα το σκεφτόμουν τότε		Αποκλείεται να συμβεί
A4. Τόπος καταγωγής:	Αστική περιοχή ή Ημισιτική περιοχή	79	4	12	6	0	0	0	1	102
	Αγροτική περιοχή ή	0	0	0	10	7	3	49	1	70
	Αγροτική περιοχή ή	0	0	0	0	0	0	44	4	48
	Total	79	4	12	16	7	3	93	6	220

Πίνακας 73 : Συσχετισμός κατά τόπο καταγωγής και ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας

Crosstab

Count

	Α30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας							Total
	Ηλικία	Καριέρα	Αμφιβολία για τον σύντροφο	Οικονομικοί παράγοντες	Κοινωνικοί παράγοντες	Θρησκευτικοί παράγοντες	Άλλο	
Αστική περιοχή	16	32	53	0	0	0	1	102
Α4. Τόπος Ημιαστική καταγωγή:	0	0	23	46	0	0	1	70
Αγροτική περιοχή	0	0	0	18	13	7	10	48
Total	16	32	76	64	13	7	12	220

## Ερωτηματολόγιο της έρευνας

Παρακαλούμε αφιερώστε λίγα λεπτά από το χρόνο σας και απαντήστε στο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι ανώνυμο. Δεν χρειάζεται να γράφετε πουθενά το όνομά σας. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Η δική σας άποψη είναι για μας πολύτιμη. Μας βοηθά να αξιολογήσουμε τις αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση.

Σας ευχαριστούμε

Γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση.

1. Φύλο:

1.	Άνδρας	
2.	Γυναίκα	

2. Ηλικία : \_\_\_\_\_

3. Οικογενειακή Κατάσταση:

1.	Άγαμος	
2.	Έγγαμος	
3.	Διαζευγμένος	
4.	Σε σχέση	
5.	Συζώ με τον σύντροφό μου	

4. Τόπος καταγωγής:

1.	Αστική περιοχή	
2.	Ημιαστική περιοχή	
3.	Αγροτική περιοχή	

5. Μορφωτικό επίπεδο:

1.	Αναφάβητος	
2.	Δημοτικό	
3.	Λύκειο / ΤΕΕ	
4.	ΑΕΙ / ΤΕΙ	
5.	Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	

6. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

1.	Αναφάβητος	
2.	Δημοτικό	
3.	Λύκειο / ΤΕΕ	
4.	ΑΕΙ / ΤΕΙ	
5.	Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	

7. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

1.	Αναφάβητος	
2.	Δημοτικό	
3.	Λύκειο / ΤΕΕ	
4.	ΑΕΙ / ΤΕΙ	
5.	Άλλο (ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)	

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

8. Σεξουαλικές Σχέσεις (με διείσδυση):

1.	Δεν έχω ξεκινήσει ακόμη σεξουαλική επαφή	
2.	Δεν έχω αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση	
3.	Αυτή την περίοδο έχω σεξουαλική επαφή	

9. Είδος σεξουαλικής σχέσης:

1.	Όχι, δεν έχω μόνιμη σχέση	
2.	Ναι, έχω μόνιμη σχέση	
3.	Όχι, δεν έχω περιστασιακή σχέση	
4.	Ναι, έχω περιστασιακή σχέση	

10. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση):

1.	Άνδρες	
2.	Γυναίκες	

11. Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση:

1.	Προφυλακτικό	
2.	Αντισυλληπτικό χάπι	
3.	Διακεκομμένη συνουσία	
4.	Κανένα μέτρο	

12. Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση:

1.	Προφυλακτικό	
2.	Αντισυλληπτικό χάπι	
3.	Διακεκομμένη συνουσία	
4.	Κανένα μέτρο	

13. Εμπειρία εγκυμοσύνης:

1.	Όχι, δεν είχα εμπειρία	
2.	Ναι, είχα εμπειρία	

14. Έκβαση εγκυμοσύνης

1.	Διακοπή εγκυμοσύνης χωρίς γάμο	
2.	Γέννηση χωρίς γάμο	
3.	Γάμος με γέννηση	

15. Αποδοχή της έκτρωσης:

1.	Κατά της έκτρωσης	
2.	Υπέρ της έκτρωσης	



16. Από ποιες πηγές ενημέρωσης είχατε για τα σεξουαλικά θέματα

1.	Φίλο	
2.	Αδέρφια	
3.	Γονείς	
4.	Σχολείο	
5.	Περιοδικά – Βιβλία	
6.	ΜΜΕ	
7.	Διαδίκτυο	
8.	Γυναικολόγο	
9.	Υπηρεσίες Συμβουλευτικής	
10.	Κανένα	

17. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σεξουαλική σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης

1.	Καθόλου ενημέρωση	
2.	Ανεπαρκής ενημέρωση	
3.	Επαρκής ενημέρωση	
4.	Πλήρης ενημέρωση	

18. Θεωρείται επαρκείς τις υπηρεσίες στήριξης

1.	Ναι	
2.	Όχι	

19. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδος;

1.	Κάθε φορά	
2.	Πολύ συχνά	
3.	Σπάνια	
4.	Ποτέ	

20. Πιστεύετε ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη

1.	Θετικά	
2.	αρνητικά	
3.	ουδέτερα	

21. Στην περίπτωση ενός ζευγαριού που θέλει να αποφύγει την κύηση, ποιος από τους δύο συντρόφους έχει την κύρια ευθύνη στην εφαρμογή της αντισύλληψης

1.	Άνδρας	
2.	Γυναίκα	
3.	Και οι δύο	

22. Συζητάτε – συναποφασίζεται με τον σύντροφό σας για το θέμα της αντισύλληψης

1.	Ναι	
2.	Όχι	

23. Εάν χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ποια είναι αυτή;

1.	Διακεκομμένη συνουσία (Τράβηγμα)	
2.	Αντισυλληπτικός σπύγγος	
3.	Κολπικό διάφραγμα	
4.	Μέθοδοι ρυθμού (μέθοδοι ημερολογίου)	
5.	Θερμομετρική μέθοδος	
6.	Αντισυλληπτικό χάπι	
7.	Σπερματοκτόνα	
8.	Ενδομήτρια σπειράματα	
9.	Κολπικός δακτύλιος	
10.	Αντρικό προφυλακτικό	
11.	Άλλο	

24. Λόγοι που δεν κάνετε χρήση μεθόδων αντισύλληψης

1.	Έχω σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο	
2.	Εμπιστεύομαι τον σύντροφό μου.	
3.	Είναι προσωπική μου επιλογή να μην κάνω κάποια αντισυλληπτική μέθοδο	
4.	Αισθάνομαι αμηχανία να ζητήσω ή να κάνω χρήση κάποιας μεθόδου	
5.	Θέλω να κάνω παιδί	

25. Γνωρίζεται αν υπάρχουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην πόλη σας

1.	Ναι	
2.	Όχι	

26. Έχετε επισκεφτεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού

1.	Ναι	
2.	Όχι	

## 27. Λόγοι επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού

1.	Ενημέρωση για θέματα σεξ, διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές έκτρωσης, πρόληψη Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων	
2.	Γυναικολογική εξέταση	
3.	Παπ-Τεστ	
4.	Εξέταση μαστών	

## ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

28. Αντιλήψεις για την έκτρωση:				
	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1.	Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη			
2.	Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας			
3.	Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού			
4.	Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση			
5.	Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει			
6.	Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία			
7.	Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)			
8.	Η έκτρωση είναι δολοφονία			
9.	Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου			
10.	Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης			
11.	Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό			
12.	Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα			
13.	Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα			

14. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία				
15. Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία				
16. Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων				
17. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της μητέρας				
18. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση				
19. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση				

29. Τι πιστεύετε ότι θα κάνετε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

1.	Διακοπή της κύησης	
2.	Θα γεννούσα το μωρό	
3.	Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	
4.	Θα ήμουν ανύπαντρη μητέρα	
5.	Θα το έδινα για υιοθεσία	
6.	Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας μου	
7.	Θα το σκεφτόμουν τότε	
8.	Αποκλείεται να μου συμβεί	
9.	Άλλο	

30. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας

1.	Ηλικία	
2.	Καριέρα	
3.	Αμφιβολία για τον σύντροφο	
4.	Οικονομικοί παράγοντες	
5.	Κοινωνικοί παράγοντες	
6.	Θρησκευτικοί παράγοντες	
7.	Άλλο	

