

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ**  
**ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ**  
**ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

**ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ:**  
**ΚΑΛΟΚΥΡΗ ΜΑΡΙΑ**  
**ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**  
**ΡΙΝΑΚΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**ΜΑΡΚΑΚΗ – ΟΥΣΤΑΜΑΝΩΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2009**

**Ευχαριστούμε όλους όσους βοήθησαν στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας  
εργασίας.....**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>7</b>
----------------------	----------

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Στάσεις και αντιλήψεις. Παράγοντες διαμόρφωσης της ατομικής στάσης των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.**

1.1. Στάσεις και αντιλήψεις.....	10
1.2. Παράγοντες διαμόρφωσης της ατομικής στάσης των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.....	14
1.2.1. Η προσωπικότητα.....	14
1.2.2. Το φύλο του ατόμου και οι αντιλήψεις της κοινότητας στην οποία ζει.....	18
1.2.3. Το οικογενειακό περιβάλλον.....	21
1.2.4. Η πνευματική καλλιέργεια και ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των νέων από τους γονείς.....	23
1.2.5. Ευρύτερο κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον.....	25
1.2.6. Κοινωνικοί παράγοντες.....	26
1.2.7. Η εκκλησία.....	28

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**

2.1. Γενικά στοιχεία για τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.....	31
2.2. Συνέπειες της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.....	33
2.2.1. Στην υποψήφια μητέρα.....	33
2.2.2. Στον υποψήφιο πατέρα.....	35
2.2.3. Στο παιδί.....	36
2.2.4. Στην κοινωνία.....	39

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επιλογές πρόληψης και αντιμετώπισης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης**

3.1. Επιλογές πρόληψης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.....	43
3.1.1. Αποχή.....	43
3.1.2.Υπεύθυνες σεξουαλικές σχέσεις.....	43
3.1.2.1.Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	45
3.1.2.2.Μέθοδοι φραγμού ή μηχανικά μέσα αντισύλληψης.....	50
3.1.2.3. Ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	53
3.1.2.4. Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης.....	56
3.2. Επιλογές αντιμετώπισης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.....	59
3.2.1. Γέννηση και ανατροφή του παιδιού εκτός γάμου.....	60
3.2.2 Γάμος και γέννηση του παιδιού.....	62
3.2.3. Γέννηση και ανατροφή του παιδιού – Σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης των γονέων .....	64
3.2.4.Υιοθεσία – Αναδοχή.....	65
3.2.5 Άμβλωση.....	67
3.2.5.1. Μέθοδοι αμβλώσεων- Επιπτώσεις στην σωματική υγεία της γυναίκας.....	69
3.2.5.2. Επιπτώσεις της άμβλωσης στην ψυχική υγεία της γυναίκας.....	74

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πηγές ενημέρωσης των νέων**

4.1. Εισαγωγή.....	82
4.2.Η οικογένεια.....	83

4.3. Το σχολείο.....	87
4.4. Οι συνομήλικοι.....	89
4.5. Η κοινωνία.....	90
4.6. Το διαδίκτυο (Internet).....	96
4.7. Η τηλεόραση.....	98

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Οικογενειακός Προγραμματισμός – Ο ρόλος των ειδικών**

5.1. Η έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	103
5.2. Η ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	104
5.3. Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	105
5.3.1. Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας .....	105
5.3.2. Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού .....	107
5.3.3. Οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία.....	108
5.4. Εμπόδια στην επιτυχία των προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού .....	109
5.5. Ο ρόλος των ειδικών.....	111

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

6.1. Σκοπός της έρευνας.....	117
6.2. Ερευνητικά ερωτήματα – Υποθέσεις.....	117

6.3. Ερωτηματολόγιο.....	118
6.4. Έρευνα-Επιλογή δείγματος.....	118
6.4.1. Πιλοτική έρευνα.....	118
6.4.2. Κυρίως έρευνα – Δείγμα.....	119
6.5. Στατιστική ανάλυση.....	119
6.6. Δυσκολίες κατά την έρευνα.....	119

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ανάλυση δεδομένων – Αποτελέσματα Έρευνας**

7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	122
7.2. Ενημέρωση για σεξουαλικά θέματα.....	126
7.3. Σεξουαλικές σχέσεις - Μέθοδοι αντισύλληψης.....	130
7.4. Απόψεις για την άμβλωση.....	133
7.5. Στάσεις και αντιλήψεις για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.....	138
7.6. Συσχετίσεις μεταβλητών.....	143

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συζήτηση ερευνητικών υποθέσεων.....175**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα – Προτάσεις.....182**

## **Βιβλιογραφία.....187**

## **Παράρτημα 1.....193**

## **Παράρτημα 2.....200**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την ανάπτυξη της αστικοποίησης και της βιομηχανοποίησης, οι προγραμμαίες σεξουαλικές σχέσεις αυξήθηκαν. Με τη μετάβαση από τις αγροτικές κοινότητες στα αστικά κέντρα, πολλοί άνθρωποι ανέβαλαν τη διαδικασία του γάμου. Αυτό σημαίνει ότι καθώς οι άνθρωποι επιμηκύνουν την εργένικη ζωή τους, η προγραμμαία σεξουαλική δραστηριότητα αυξάνεται και συνεπώς και ο αριθμός των απρογραμμαίστων και ανεπιθύμητων κυήσεων.

Σύμφωνα με μελέτες από την ηλικία των 13 ετών περίπου ξεκινά πλέον η σεξουαλική δραστηριότητα των νέων στη χώρα μας, οι οποίοι επιδεικνύουν μειωμένη συμμόρφωση στις αντισυλληπτικές μεθόδους παρά τα ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με θέματα σεξουαλικότητας και αντισύλληψης. Χωρίς τη χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου προχωρούν σε μεγάλο ποσοστό οι νέοι στην πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή σύμφωνα με απόψεις μαιευτήρων – γυναικολόγων. Επομένως η πρόωγη έναρξη της ολοκληρωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την έλλειψη σωστής πληροφόρησης και διαπαιδαγώγησης των νέων για θέματα αντισύλληψης είναι συχνά αιτία μετάδοσης σοβαρών ασθενειών, ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και διαφόρων ειδών τραυματικών εμπειριών. Η κατάσταση αυτή προκαλεί έντονες ανησυχίες σε γονείς, εκπαιδευτικούς και αρμόδιους της δημόσιας υγείας, καθώς οι κάθε μορφής επιρροές, όπως προγράμματα στην τηλεόραση ή στο διαδίκτυο, ακατάλληλες ιστοσελίδες και πληθώρα έντυπων δημοσιεύσεων, ευνοούν σημαντικά την κατάσταση αυτή που απειλεί την υγεία αλλά και το μέλλον των νέων.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τις αντιλήψεις και στάσεις των νέων γυναικών απέναντι στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Έπειτα από διερεύνηση διαπιστώθηκε ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί συναφείς πτυχιακές έρευνες στο παρελθόν, γεγονός που συνέβαλε στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στις στάσεις και αντιλήψεις και στους παράγοντες διαμόρφωσης της ατομικής στάσης των νέων. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και στις συνέπειες που έχει η εν λόγω κατάσταση. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιλογές πρόληψης και αντιμετώπισης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Το τέταρτο

κεφάλαιο περιέχει τις πηγές ενημέρωσης των νέων σχετικά με το θέμα της αντισύλληψης και αποφυγής της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την έννοια, τα οφέλη και τα εμπόδια που συναντά ο οικογενειακός προγραμματισμός και το ρόλο των ειδικών στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων.

Το ερευνητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια εκ των οποίων το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας, στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο εμπεριέχονται η συζήτηση και τα συμπεράσματα – προτάσεις που προκύπτουν από την έρευνα.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

### **ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

## 1.1. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τα κοινωνικά φαινόμενα. Συνήθως, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ατόμου στις συναλλαγές του με τον συνάνθρωπό του, την οικογένειά του, τον εργασιακό του χώρο και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας και συμπεριλαμβάνουν το στοιχείο της σταθερότητας.<sup>1</sup>

Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό: «**με τη χρήση της έννοιας στάσης προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό και συναισθηματικό στοιχείο και τέλος, με κάποια τάση προς την έκφραση της συμπεριφοράς**». Η έννοια στάση θεωρείται από τούς σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους ως τρισδιάστατη αποτελούμενη από:

- το γνωστικό στοιχείο
- το συναισθηματικό στοιχείο και
- τη συμπεριφορά του ατόμου.<sup>2</sup>

Η γνωστική διάσταση των στάσεων αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη και απαρτίζεται από τρεις διαστάσεις: α) την κατηγοριοποίηση, η οποία απλοποιεί την αντίληψη των ψυχολογικών φαινομένων, με αποτέλεσμα να είναι πιο κατανοητά στον άνθρωπο, τοποθετεί όμως στην ίδια κατηγορία φαινόμενα, που ενδέχεται να διαφέρουν ουσιαστικά, β) την κεντρικότητα από τον Rokeach ή εγωκεντρικότητα από τον Sherif, όπου εννοείται ότι ορισμένες στάσεις είναι περισσότερο κεντρικές και ουσιαστικές, πιο βαθιά ριζωμένες στο εγώ του ανθρώπου και γ) την πολιτιστική διάσταση που αναφέρεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε κοινωνίας που απαρτίζουν κάποια συγκεκριμένη γνωστική κατηγορία ή στάση. Το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων, η οποία κάνει αναφορά σε αξιολογικά συναισθήματα αρέσκειας ή δυσαρέσκειας ως προς το αντικείμενο της στάσης. Η τρίτη διάσταση των στάσεων που αφορά τη συμπεριφορά του ατόμου αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις ή προθέσεις. Και εδώ η συμπεριφορά του ατόμου σχετίζεται με τους κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Γεώργας Δ., (1986). *Κοινωνική Ψυχολογία*. (Τόμος Α'). Αθήνα

<sup>2</sup> Όπως παραπάνω

<sup>3</sup> Όπως παραπάνω

Κατά τον Jung: «**στάση είναι η ευχέρεια του ατόμου να πράττει ή να αντιδρά με συγκεκριμένο τρόπο**». Μέσω αυτού του ορισμού ο Jung ορίζει διάφορες στάσεις:

1. Τις συνειδητές και ασυνειδητές στάσεις. Η παρουσία και των δύο είναι συχνό φαινόμενο.
2. Τις εξωστρεφείς και τις εσωστρεφείς στάσεις.
3. Τις λογικές, οι οποίες υποδιαιρούνται στη σκέψη και στην αίσθηση και τις παράλογες στάσεις, οι οποίες υποδιαιρούνται στην αίσθηση και στη διαίσθηση.
4. Τις ατομικές και τις κοινωνικές στάσεις.<sup>4</sup>

Οι στάσεις είναι δυνατό να αλλάξουν μέσω της πειθούς. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε ο **Carl Hovland** στο Yale University κατά τη δεκαετία του 1950 και 1960 μέσω μιας πειραματικής έρευνας που διεξήγαγε προσπαθώντας να ανακαλύψει τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πειθώ ενός μηνύματος που αποστέλλεται στον αποδέκτη. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. **τα χαρακτηριστικά** που αναφέρονται στο άτομο που λαμβάνει και επεξεργάζεται ένα μήνυμα, όπως η νοημοσύνη, εφόσον φαίνεται ότι τα πιο ευφυή άτομα είναι λιγότερο εύκολο να πεισθούν, η αυτοεκτίμηση, καθώς άτομα με μέτρια αυτοεκτίμηση πείθονται ευκολότερα από άτομα με υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ψυχική διάθεση του ατόμου που λαμβάνει το μήνυμα
2. η **αξιοπιστία του μηνύματος** παίζει σημαντικό ρόλο, για παράδειγμα εάν ένα άτομο διαβάσει ένα άρθρο για την υγεία και πιστέψει ότι το έγραψε κάποιος ειδικός σε θέματα υγείας είναι δυνατό να πεισθεί ευκολότερα απ' ότι αν το διάβαζε από μια εφημερίδα.
3. τέλος, η **ουσία του μηνύματος** παίζει σημαντικό ρόλο στην πειθώ. Μερικές φορές η παρουσίαση και των δύο πλευρών μιας ιστορίας μπορεί να βοηθήσει, ώστε ένα άτομο να αλλάξει στάση.<sup>5</sup>

Η μελέτη των στάσεων στηρίζεται στην ανάλυση της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου. Ως αντίληψη χαρακτηρίζεται η σύνθετη ψυχολογική διαδικασία με την οποία το άτομο αναλύοντας τα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος, συνθέτοντάς τα, συσχετίζοντάς τα και με τις προηγούμενες εμπειρίες

<sup>4</sup> Jung's definition. Πρόσβαση από [http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude\\_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychology))

<sup>5</sup> *Attitude change*. Πρόσβαση από [http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude\\_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychology)).

του ερμηνεύει ή αντιλαμβάνεται τα μηνύματα του εξωτερικού κόσμου. Είναι μια γνωστική λειτουργία και επηρεάζεται, τόσο από τους εσωτερικούς παράγοντες του ατόμου όσο και από τους εξωτερικούς περιβαλλοντολογικούς. Ο άνθρωπος δέχεται ένα σύνολο ερεθισμάτων και από αυτά επιλέγει και αντιλαμβάνεται ό, τι θέλει, ό, τι επιθυμεί, ό, τι νομίζει ότι δίνει απάντηση στα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες του.<sup>6</sup>

Στη διαδικασία της αντίληψης πέρα από τα αισθητήρια όργανα, για παράδειγμα τα μάτια, μας βοηθάει και η νόηση. Η νόηση είναι η ανώτερη πνευματική λειτουργία του ανθρώπου. Κέντρο της είναι ο εγκέφαλος, οπότε θεωρούμε ότι νόηση είναι η ικανότητα του ανθρώπινου μυελού να επεξεργάζεται τις έννοιες των διάφορων παραστάσεων που του δίνουν οι αισθήσεις, τους συλλογισμούς και τις κρίσεις, καταλήγοντας έτσι στη γνώση της πραγματικότητας. Ο άνθρωπος από τη νεανική του ηλικία και σε όλη την διάρκεια του βίου του παρατηρεί τα διάφορα αντικείμενα του περιβάλλοντός του, τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους καθώς και τα φαινόμενα που αυτά υφίστανται. Από τις πληροφορίες των παρατηρήσεών του σχηματίζει κάθε φορά τις παραστάσεις τους, δημιουργεί δηλαδή αναπαραστάσεις, οι οποίες συγκεντρώνονται στον εγκέφαλο, επεξεργάζονται και σχηματίζουν με τη βοήθεια της νόησης, τη συνείδηση του ανθρώπου.<sup>7</sup>

Βασική προϋπόθεση όσον αφορά τη διαμόρφωση των στάσεων είναι ότι οι στάσεις μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον. Τόσο οι αντιλήψεις όσο και οι στάσεις επηρεάζονται και διαμορφώνονται από:

A) Την οικογένεια η οποία αποτελεί το θεμέλιο οικοδόμησης της ανατροφής του παιδιού. Αποτελεί την πρώτη εκδήλωση κοινοτικής και κοινωνικής ζωής του ανθρώπου. Το περιβάλλον της οικογένειας μεταγγίζει στο παιδί τις θεμελιώδεις αξίες της ζωής και τα ιδανικά με τα οποία θα πορευτεί στο μέλλον.

B) Το σχολείο όπου τόσο ο δάσκαλος όσο και οι φίλοι του θα επηρεάσουν τις στάσεις του, παρόλο που οι στάσεις που διαμορφώνονται από την οικογένεια είναι οι πιο βαθιά ριζωμένες στη συνείδηση του και συνεπώς μπορούν πιο δύσκολα να αλλάξουν. Το παιδί κατά τη σχολική ηλικία αρχίζει να αναπτύσσει διάφορες

---

<sup>6</sup> Καλούρη – Αντωνοπούλου Ρ., (2000). *Γενική Ψυχολογία, Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>7</sup> *Νόηση* Ημερομηνία πρόσβασης 10/06/2009 από

<http://el.science.wikia.com/wiki/%CE%9D%CF%8C%CE%B7%CF%83%CE%B7>.

ικανότητες και δεξιότητες, ταυτίζεται με συνομηλικούς, κοινωνικοποιείται και δημιουργεί ομάδες συνομηλικών.<sup>8</sup>

Γ) Οι ομάδες συνομηλικών παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του ατόμου, κυρίως κατά την περίοδο της εφηβείας. Παρόλο που και σε προηγούμενες φάσεις της ζωής του, στο σχολείο ή στο παιχνίδι, το παιδί συμμετέχει σε ομάδες με τους συνομηλικούς του, οι ομάδες της παιδικής ηλικίας είναι διαφορετικές από εκείνες των εφήβων. Η διαφορά τους έγκειται στις διαφορετικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες που οι ομάδες συνομηλικών εξυπηρετούν στο ατομικό επίπεδο.<sup>9</sup> Οι ομάδες συνομηλικών παίζουν σημαντικό ρόλο για τον έφηβο. Του προσφέρουν από το ένα μέρος συναισθηματικό στήριγμα, που τον βοηθά να διαχειρίζεται καλύτερα τη σύγκρουσή του με την οικογένεια, ενώ από το άλλο μέρος διαμεσολαβούν ανάμεσα σε αυτόν και τα άλλα κέντρα ή τις ομάδες αναφοράς, με την έννοια ότι οι φίλοι του που αντιμετωπίζουν παρόμοια με αυτόν προβλήματα με την οικογένεια, μοιράζονται μαζί τους τις ίδιες απόψεις, τις ίδιες αξίες και τις ίδιες στάσεις για τα πρόσωπα και τον κόσμο.

Δ) Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι ένας σημαντικός και πολύ ισχυρός κοινωνικός φορέας της σύγχρονης κοινωνίας. Ο τύπος χρησιμοποιώντας τεχνητά μέσα αποστέλλει κατευθυνόμενα μηνύματα στους αναγνώστες και το ραδιόφωνο επηρεάζει την κοινή γνώμη μέσω της ακουστικής οδού, με αποτέλεσμα να έχει ένα πλατύτερο ακουστικό ακροατήριο. Το ισχυρότερο όμως μέσο ενημέρωσης είναι η τηλεόραση, η οποία δρα συγχρόνως μέσω της οπτικής και ακουστικής διόδου και ενισχύει την ύπαρξη μορφών συμπεριφοράς τις οποίες το παιδί είναι δυνατό να αποκτήσει μέσω της παρατήρησης και μίμησης συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων (πρότυπα) χωρίς να δέχεται άμεσα μια αμοιβή.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Ασκητής Θ. *Τα στάδια της σεξουαλικότητας*. Πρόσβαση από <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=9&articleID=5817&la=1>

<sup>9</sup> Μπρακόνιε Α., Μαρτσέλι Ν., (2002). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη

<sup>10</sup> Ναυρίδης Κ., (1994). *Κλινική Κοινωνική Εργασία*. Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήση.

## 1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

### 1.2.1 Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η προσωπικότητα είναι το μέσο με το οποίο κάθε άτομο εκδηλώνει κατά ένα μοναδικό τρόπο τον ψυχικό του κόσμο, ενεργεί και αντιδρά στους διάφορους ερεθισμούς του περιβάλλοντος, εκπληρώνει τις ανάγκες του, υλοποιεί τους στόχους του και αναπτύσσει τα ιδεώδη και τις αξίες του που κατευθύνουν τη δραστηριότητά του. Η προσωπικότητα του ατόμου αναδεικνύεται σε όλη της την έκταση κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής του, επομένως θα δοθούν οι κατάλληλες ευκαιρίες να εκδηλώσει το άτομο τις αντιδράσεις του σε ποικίλες καταστάσεις, τις οποίες θα κληθεί να αντιμετωπίσει.

Ένας πληρέστερος ορισμός για την έννοια της προσωπικότητας είναι ο ακόλουθος: Προσωπικότητα είναι η συνισταμένη της δυναμικής συνέργειας όλων των ψυχικών και των σωματικών χαρακτηριστικών και λειτουργιών ενός ατόμου, όπως αυτά προκαθορίστηκαν από την κληρονομική του καταβολή και τροποποιήθηκαν από το φυσικό και το πολιτιστικό του περιβάλλον. Η εν λόγω συνισταμένη προσδιορίζει το μοναδικό τρόπο προσαρμογής του ατόμου στη ζωή και το μέτρο επηρεασμού των υπόλοιπων ατόμων, είναι μοναδική και διαφοροποιεί το άτομο από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Κατά την ψυχολογία λοιπόν κάθε άτομο διαθέτει μια μοναδική προσωπικότητα, η οποία τον διακρίνει από τα υπόλοιπα άτομα.<sup>11</sup>

Η προσωπικότητα έχει αποτελέσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της μελέτης των φιλοσόφων και των ψυχολόγων σε όλες τις εποχές. Η μακρά και πολύπλευρη αυτή μελέτη της προσωπικότητας είχε ως αποτέλεσμα τη διατύπωση ποικίλων ψυχολογικών θεωριών. Μερικές από τις θεωρίες αυτές θεωρούν ως κύρια πηγή της προσωπικότητας το ασυνείδητο (**ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, αναλυτική θεωρία του Jung**), ενώ άλλες τους συνειδητούς παράγοντες, το Εγώ (**θεωρία του Allport, θεωρία του Rogers**). Άλλες θεωρούν ότι η προσωπικότητα είναι περισσότερο αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων (**ατομική θεωρία του Adler, βιοκοινωνική θεωρία του Erikson, κοινωνική θεωρία του Fromm**). Οι

---

<sup>11</sup> Χασάπης Ι. (1980). *Ψυχολογία της προσωπικότητας*. Αθήνα: ΣΤΕΦ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

συμπεριφοριστικές θεωρίες αποδίδουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητας στο σύνολο των «καθ' ἑξίν» αντιδράσεων που αποκτά το άτομο μέσω της εξαρτημένης μάθησης (θεωρία των **S – R** της κλασικής μάθησης του **Watson**, θεωρία της **συντελεστικής μάθησης του Skinner**) ή μέσω της ταύτισης και της μίμησης (θεωρία της **κοινωνικής μάθησης του Bandura**, θεωρίες του γνωστικού **συμπεριφορισμού**). Κάποιες άλλες θεωρίες επικεντρώνονται στη σωματοτυπία και φυσιολογική (ανθρωπομορφική θεωρία του **Kretschmer**, **σωματοτυπική θεωρία του Sheldon**), ενώ άλλες επιχειρούν με τη στατιστική μέθοδο της ανάλυσης παραγόντων να καθορίσουν τις κύριες διαστάσεις της προσωπικότητας (**παραγοντική περιγραφή της προσωπικότητας**), όπως είναι η θεωρία του Raymond Cattell και η θεωρία του Hans Eysenck.<sup>12</sup>

Η έννοια της δομής της προσωπικότητας αναφέρεται στις πιο σταθερές και διαρκούσες πτυχές της προσωπικότητας στους δομικούς, δηλαδή, λίθους της θεωρίας της προσωπικότητας.<sup>13</sup> Για την καλύτερη κατανόηση λοιπόν των βαθύτερων εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του ατόμου και των αιτιών των αντιδράσεών του αναλύονται τα κύρια στοιχεία που αποτελούν την προσωπικότητα:

- ⇒ **ο χαρακτήρας**
- ⇒ **η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία**
- ⇒ **τα κίνητρα**
- ⇒ **η νοημοσύνη και**
- ⇒ **η φυσική διάπλαση του ατόμου**<sup>14</sup>

Σύμφωνα με τη **θεωρία της μαθήσεως ο χαρακτήρας** του ατόμου είναι δυνατό να αναλυθεί σε τρία μέρη: στην αντιληπτική πλευρά (τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, εάν κάποιο είδος συμπεριφοράς είναι ή δεν είναι σύμφωνο με τους κανόνες που ισχύουν στην κοινωνία), στη δυναμική πλευρά (τις επιθυμίες και τα κίνητρα του ατόμου δηλαδή που μεσολαβούν από τη στιγμή της επίδρασης του ερεθισμού έως την τελική αντίδραση) και στην τελική αντίδραση (τη διεξαγωγή του ατόμου δηλαδή στην κοινωνία). Η δημιουργία του χαρακτήρα προϋποθέτει, σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, την ανάπτυξη ενός υποδειγματικού συστήματος συνηθειών

<sup>12</sup> Ιωάννου – Παρασκευοπούλου Ν., (1994). *Ψυχολογία ατομικών διαφορών*. Αθήνα.

<sup>13</sup> Pervin L. – John O. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ

<sup>14</sup> Χασάπης Ι. (1980). *Ψυχολογία της προσωπικότητας*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΣΤΕΦ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

συμπεριφοράς, το οποίο οργανώνεται γύρω από επιδιώξεις που χαρακτηρίζονται από την κοινωνία ως επιτρεπόμενες ή απαγορευμένες.<sup>15</sup>

Η **συναισθηματική ιδιοσυγκρασία** του ατόμου αποτελεί ένα συνδυασμό από υποκειμενικές εμπειρίες και αντικειμενικές φυσιολογικές (σωματικές) μεταβολές. Ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος εκδηλώνει τα συναισθήματά του είναι συνάρτηση της ωρίμανσης και της μάθησης. Με την πάροδο του χρόνου οι άνθρωποι μαθαίνουν να συγκρατούν τα συναισθήματά τους και να τα εκφράζουν με ορισμένο τρόπο, όπως απαιτεί το πολιτιστικό τους περιβάλλον. Η συναισθηματική ωριμότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί κάποια σχετική ισορροπία και σταθερότητα στα συναισθήματά του απέναντι σε διάφορες καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει και προσδίδει στο άτομο ένα δείκτη καλής προσαρμογής στη ζωή, μια ιδιαίτερη ποιότητα ωριμότητας στην προσωπικότητα.<sup>16</sup>

Τα **κίνητρα** είναι οι εσωτερικές ανάγκες του οργανισμού, οι οποίες προϋδεάζουν το άτομο για δραστηριοποίηση ή για επίτευξη ορισμένων σκοπών. Τα κίνητρα ξεκινούν από τη συναισθηματική ιδιοσυγκρασία του ατόμου και συχνά καθορίζουν την υποκειμενική αντίδραση προς τις διάφορες εμπειρίες.

Η **νοημοσύνη** είναι μια πολύπλοκη ψυχική λειτουργία, η οποία είναι δυνατό να καθοριστεί ως τη γενική ικανότητα του ατόμου να αφομοιώνει νέες εμπειρίες, να διδάσκεται από αυτές και με την παράλληλη χρησιμοποίηση της προηγούμενης γνώσης να λύνει προβλήματα που θέτουν αυτές οι εμπειρίες.

Η εμφάνιση, η **διάπλαση** και η σωματική ακεραιότητα του ατόμου αποτελούν σημαντικά φυσικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τα άτομα μεταξύ τους. Η σωματική διάπλαση και η εμφάνιση του ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του.<sup>17</sup>

Κατά κανόνα, οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας χωρίζονται σε **γενετικούς** και **περιβαλλοντικούς**. Οι γενετικοί παράγοντες είναι γενικά περισσότερο σημαντικοί για χαρακτηριστικά όπως η ευφυΐα και η ιδιοσυγκρασία και λιγότερο για τις αξίες, τα ιδανικά και τις πεποιθήσεις. Έμφαση στους γενετικούς παράγοντες δίνουν οι ψυχολόγοι της προσωπικότητας, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι πολλές μορφές συμπεριφοράς ανάγονται στην εξελικτική μας κληρονομιά και σχετίζονται με τα κοινά γονίδια που έχουμε με μέλη άλλων

---

<sup>15</sup> Χασάπης Ι. (1980). *Ψυχολογία της προσωπικότητας*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΣΤΕΦ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

<sup>16</sup> Όπως παραπάνω

<sup>17</sup> Όπως παραπάνω



ειδών. Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ένας σημαντικός παράγοντας είναι οι εμπειρίες που έχουν τα άτομα ως μέτοχοι ενός συγκεκριμένου πολιτισμού. Κάθε πολιτισμός διαθέτει τις δικές του θεσμοθετημένες και καθιερωμένες μορφές επίκτητων συμπεριφορών και πεποιθήσεων. Επομένως, η καθιέρωση κάποιων προτύπων συμπεριφοράς σημαίνει ότι η πλειοψηφία των ατόμων που μετέχουν σε έναν πολιτισμό θα έχουν κοινά ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους.

Άλλος παράγοντας είναι η **κοινωνική τάξη** είτε ανώτερη είτε κατώτερη στην οποία ανήκει το άτομο. Οι ταξικοί παράγοντες συμβάλλουν στον καθορισμό της κοινωνικής θέσης των ατόμων, των ρόλων που παίζουν, των καθηκόντων που έχουν αναλάβει. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα βλέπουν τον εαυτό τους και τα μέλη άλλων κοινωνικών τάξεων.

Ένας άλλος εκ των σημαντικότερων περιβαλλοντικών παραγόντων είναι η επιρροή της οικογένειας. Οι γονείς επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους με τρεις τουλάχιστον βασικούς τρόπους:

**A)** με τη δική τους συμπεριφορά δίνουν παραδείγματα που οδηγούν σε ορισμένη συμπεριφορά των παιδιών,

**B)** αποτελούν πρότυπα ρόλων προς ταύτιση και

**Γ)** επιβραβεύουν επιλεκτικά συμπεριφορές.

Τελευταίος παράγοντας είναι οι συνομήλικοι των παιδιών, καθώς η παρέα συνομηλίκων εξυπηρετεί την προσαρμογή του ατόμου στην αποδοχή νέων κανόνων συμπεριφοράς και παρέχει βιώματα που έχουν μόνιμη επίδραση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας.<sup>18</sup>

Οι ερευνητές Sloan και Hogan συσχετίζοντας τους παράγοντες της προσωπικότητας με την κοινωνικο-ηθική συνείδηση και συμπεριφορά υποστήριξαν ότι η κοινωνικο-ηθική μας συμπεριφορά και οι επιλογές που κάνουμε αποτελούν συχνά επαναλαμβανόμενα κοινωνικά πρότυπα, τα οποία απορρέουν από τη διαμόρφωση των αναγκών μας σε σχέση με τις διαπροσωπικές μας εμπειρίες μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια της καθημερινότητάς μας. Επομένως η ηθική σκέψη και συμπεριφορά είναι μια κοινωνική διαδικασία, η οποία έχει σχέση με τον εσωτερικό

---

<sup>18</sup> Pervin L. – John O., (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ

διάλογο και τις εσωτερικευμένες φωνές σημαντικών για εμάς προσώπων (γονείς, φίλοι).<sup>19</sup>

Σύμφωνα με τη Kochanska, η οποία έκανε έρευνες σχετικά με την ιδιοσυγκρασία και την ποιότητα του τύπου ανατροφής/διαπαιδαγώγησης των γονέων σε σχέση με την ανάπτυξη της κοινωνικο-ηθικής συνείδησης των παιδιών, σε ποιο βαθμό ένα άτομο νιώθει φόβο, τύψεις συνείδησης, ενοχές και αρνητικά συναισθήματα, όταν παραβιάζει ένα κοινωνικο-ηθικό κανόνα απέδειξε ότι εξαρτάται από τα ιδιαίτερα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του.

Επίσης, οι στρατηγικές πειθαρχίας που χρησιμοποιούν οι γονείς ή οι παιδαγωγοί για να ενισχύσουν τις θετικές κοινωνικές συμπεριφορές των παιδιών και σχετίζονται με την επιβολή της δύναμης, με τη χρήση απαγορεύσεων, θυμού, προειδοποιήσεων, αποδοκιμασιών, τιμωριών, μεθόδων εκφοβισμού ή σχετίζονται με την πειθώ, τη χρήση θετικών ενισχύσεων και μηνυμάτων που στηρίζονται στη συζήτηση και στο διάλογο, συνιστούν το πρωτογενές πλαίσιο όπου αναπτύσσεται στα παιδιά η κοινωνικο-ηθική συνείδηση και μαθαίνουν τους κοινωνικο-ηθικούς κανόνες συμπεριφοράς. Καθεμία από τις προαναφερόμενες στρατηγικές διαπαιδαγώγησης φέρει μια ιδιαίτερη επίδραση στη συμπεριφορά του ατόμου ανάλογα με τα ιδιοσυγκρασιακά του ατομικά χαρακτηριστικά.<sup>20</sup>

### **1.2.2. ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΖΕΙ**

Η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγή μπορεί να οδηγήσουν τόσο στην ευτυχία του ανθρώπου όσο και στην δυστυχία, ανάλογα με τις συνθήκες που υπάρχουν. Η σεξουαλική επιθυμία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι το θετικό στη ζωή ενός ατόμου. Όλοι έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν τον έρωτα είτε αυτοί είναι άντρες είτε γυναίκες. Οι ανισοροπίες στις σχέσεις ισχύος που υφίστανται μεταξύ των δύο φύλων είναι μια σημαντική βαθύτερη αιτία για πολλά προβλήματα που υπάρχουν. Μέσα σε αυτά τα προβλήματα συγκαταλέγεται και το σεξ.

---

<sup>19</sup> Πούρκος Μ., (1997). *Ο ρόλος του πλαισίου στην ανθρώπινη επικοινωνία, την εκπαίδευση και την κοινωνικο-ηθική μάθηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: GUTENBERG

<sup>20</sup> Όπως παραπάνω

Τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα είναι ζητήματα τα οποία μας επηρεάζουν βαθύτατα ως ανθρώπινα όντα. Η ερωτική πράξη είναι κάτι το οποίο θα πρέπει να μας δίνει ευχαρίστηση και αγάπη, να εμβαθύνει τις σχέσεις μας και να μας βοηθά να εκφράζουμε τα συναισθήματά μας.<sup>21</sup> Πολλές φορές, η πρόωρη σεξουαλική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει τους νέους στη μεταγενέστερη σεξουαλική συμπεριφορά τους και να ενισχύσει ή να ενθαρρύνει μεγαλύτερη δραστηριότητα στη σεξουαλική ζωή τους. Η υιοθέτηση συνεπώς λανθασμένων προτύπων στην πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να έχει επιπτώσεις στην αντισυλληπτική συμπεριφορά, στη μετέπειτα ζωή του ατόμου.<sup>22</sup>

Το κορίτσι με τη βιολογική του ωρίμανση εισέρχεται στη φάση της συνειδητοποίησης της θηλυκότητάς του. Παλαιότερα, η ενημέρωση της κόρης γύρω από τη γυναικεία φύση και τη σεξουαλικότητα γινόταν από τη μητέρα, τη μεγαλύτερη αδελφή ή την γιαγιά μετά την εμφάνιση των πρώτων εμμηνορρυσιών. Στις Δυτικές κοινωνίες το κορίτσι μάθαινε "κρυφά" για τον έρωτα και τη σεξουαλική πράξη από φίλες ή μεγαλύτερες αδελφές, από την τηλεόραση ή από τον ίδιο το σύζυγό της αργότερα. Η ενημέρωσή της γύρω από το θέμα του έρωτα θεωρούνταν ταμπού επειδή πίστευαν ότι η γνώση της θα γινόταν και η αφορμή για να ξεκινήσει τη σεξουαλική της ζωή. Τα κορίτσια ως κόρες όφειλαν να διατηρούν την αγνότητά τους, αφού στη σχέση τους με το άλλο φύλο η τιμή ήταν καθιερωμένη αρχή, ειδικότερα σε μικρές απομονωμένες κοινότητες.<sup>23</sup>

Οι στάσεις των κοριτσιών απέναντι στη σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζονται αναμφισβήτητα από το γεγονός ότι η κοινωνία επιβάλλει περισσότερους περιορισμούς και διατυπώνει αυστηρότερες κρίσεις για τα σεξουαλικά ήθη των γυναικών από ό,τι των ανδρών. Η διαφορετική αυτή κοινωνική μεταχείριση των δύο φύλων αντανακλάται στις ευρύτερες διαφορές που παρατηρούνται από κοινωνία σε κοινωνία και από πολιτισμό σε πολιτισμό στον τρόπο με τον οποίο οι νέοι άνδρες και οι νέες γυναίκες σκέπτονται και ενεργούν σε θέματα που έχουν σχέση με τη σεξουαλικότητα.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> Garcia F., Kavanagh G., Lundy D., Mazraani N. *Αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική εκπαίδευση*. Πρόσβαση από [http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction\\_EL\\_Final.pdf](http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction_EL_Final.pdf)

<sup>22</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003). *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία*.

<sup>23</sup> Κανακίδου Ε. *Η προσωπικότητα...* Πρόσβαση από <http://alex.eled.duth.gr/eled/phd/kanakidou/text/11.htm>

<sup>24</sup> Herbert M., (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω που αναφέρθηκαν είναι οι νεαρές γυναίκες να έχουν άγνοια για το θέμα της αντισύλληψης και όταν έρχονται σε ερωτική επαφή με το σύντροφό τους να αφήνουν σ' εκείνον την επιλογή για τη χρήση ή όχι του προφυλακτικού. Αυτό σε συνδυασμό με τη σύναψη προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων, χαρακτηριστικό γνώρισμα των σύγχρονων κοινωνιών, οδηγούν σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Θα πρέπει να γίνει προσπάθεια να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο των ανεπιθύμητων κυήσεων με τη σωστή ενημέρωση των νέων γυναικών από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Στα μεγάλα αστικά κέντρα η ενημέρωση της νεαρής γυναίκας από την οικογένειά της έχει ήδη αρχίσει ενώ αντίθετα στα μικρά, απομονωμένα χωριά η κόρη αλλά και τα μέλη του οικογενειακού της περιβάλλοντος (πατέρα-μητέρα) ντρέπονται να ξεκινήσουν έναν διάλογο που θα έχει κεντρικό θέμα τη σεξουαλική ενημέρωση. Αυτή η κατάσταση συμβαίνει επειδή οι οικογένειες που ζουν στα αστικά κέντρα είναι πιο απελευθερωμένες και δε διστάζουν να συζητήσουν μεταξύ τους θέματα που αφορούν τον έρωτα και την αντισύλληψη. Αντίθετα, στις απομονωμένες περιοχές και ιδιαίτερα στα χωριά όπου ο κοινωνικός περίγυρος είναι μικρός απουσιάζει η ενημέρωση των νεαρών γυναικών για τα μέτρα προστασίας και την αντισύλληψη να είναι ανύπαρκτη. Αυτό συμβαίνει επειδή στις περιοχές αυτές συνεχίζει να διατηρείται ο ρόλος του προστάτη πατέρα/αδερφού ο οποίος προσπαθεί να προστατεύσει την κόρη/αδερφή από μια σχέση που θα σπλώσει την τιμή της οικογένειας.

Αντίθετα, όσον αφορά τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση του αγοριού γίνεται κυρίως από τον πατέρα, ο οποίος μπορεί και να προτρέψει το νεαρό άνδρα προκειμένου να ξεκινήσει τη σεξουαλική του ζωή. Όπως έχει και επιστημονικά αποδειχτεί για τα αγόρια/εφήβους δεν είναι εύκολη η συγκράτηση των ορμονών τους ειδικά εάν έχει προϋπάρξει ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία.<sup>25</sup> Για το λόγο αυτό η ενημέρωση τους ξεκινάει μόλις κάνουν την πρώτη τους σχέση. Η διάκριση που γίνεται μεταξύ των δύο φύλων φαίνεται από το γεγονός ότι ο νεαρός άνδρας μπορεί ακόμη και να παροτρυνθεί για την κατάκτηση γυναικών ενώ η κοπέλα οφείλει να είναι σεμνή για να μην προσβάλλει τον «κώδικα τιμής» της οικογένειας.

---

<sup>25</sup> Κρεατσάς Γ., (1989). *Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: Δωρικός.

### 1.2.3. ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η οικογένεια είναι η πρώτη ομάδα με την οποία έρχεται σε άμεση επαφή το παιδί, γι' αυτό είναι και αποφασιστικής σημασίας η επίδρασή της μέχρι την ενηλικίωσή του.

Οι συμπεριφορές και οι απόψεις των γονέων για τις σεξουαλικές σχέσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν παρόμοιες συμπεριφορές των παιδιών στο μέλλον (το αγόρι θα ταυτιστεί με τη συμπεριφορά του πατέρα ενώ το κορίτσι με τη συμπεριφορά της μητέρας).

Η επιρροή που ασκεί το οικογενειακό περιβάλλον στην έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο. Οι γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν να διαδραματίσουν κύριο ρόλο στη διαμόρφωση των θέσεων μιας νεαρής γυναίκας, συμπεριλαμβανομένης της στάσης της όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Η επικοινωνία μεταξύ παιδιών και γονέων είναι σημαντική σε σχέση με την επιλογή του χρόνου για την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και τον περιορισμό της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς. Αν δούμε ορισμένες σκανδιναβικές χώρες όπου οι γονείς φαίνεται ότι είναι σε θέση να συζητούν με τα παιδιά τους πολύ άνετα, διαπιστώνουμε πολύ συχνά ότι οι νέοι εκεί είναι πολύ καλύτερα πληροφορημένοι και κάνουν ενημερωμένες επιλογές εξαιτίας των σχέσεων που έχουν με τους γονείς τους και των συζητήσεων που πραγματοποιούν με αυτούς.<sup>26</sup>

Επίσης, θα πρέπει να εστιάσουμε και στην επιρροή που μπορεί να ασκήσει όσον αφορά τη διαμόρφωση της ατομικής στάσης η μορφή της οικογένειας. Σε άλλες Δυτικές κοινωνίες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα η παραδοσιακή/εκτεταμένη οικογένεια που περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενιές και η οποία εμφανίζεται περισσότερο στις αγροτικές περιοχές, οι γονείς δίνουν περισσότερη σημασία στην κάλυψη των βασικών αναγκών των παιδιών τους (τροφή, νερό, ένδυση, εκπαίδευση) και οι οποίες θα τα βοηθήσουν να επιβιώσουν στη ζωή τους. Για το λόγο αυτό εργάζονται αρκετές ώρες εκτός σπιτιού και δεν αφιερώνουν χρόνο στα παιδιά τους προκειμένου να συζητήσουν θέματα που τα απασχολούν όπως για παράδειγμα οι σχέσεις με το αντίθετο φύλο, απορίες που έχουν για τη σεξουαλική πράξη, τη σωστή αντισύλληψη κ.ά. Αντίθετα, στην πυρηνική οικογένεια που τείνει να επικρατεί

---

<sup>26</sup> *Αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική εκπαίδευση*. Πρόσβαση από [http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction\\_EL\\_Final.pdf](http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction_EL_Final.pdf)

περισσότερο στις μέρες μας στα αστικά κυρίως κέντρα και την οποία αποτελούν το ζευγάρι των συζύγων και τα ανήλικα παιδιά τους, οι γονείς συνεχίζουν να εργάζονται αρκετές ώρες έξω από το σπίτι αλλά δεν αμελούν να αφιερώσουν χρόνο και στα παιδιά τους είτε για να τα βοηθήσουν με τα μαθήματά τους είτε να συζητήσουν για τα προσωπικά και συναισθηματικά τους.

Σύμφωνα με το Hibbs (1994) οι οικογενειακοί παράγοντες που βρέθηκε ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη ανύπανδρων εφήβων είναι:

- ✓ οι συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις
- ✓ η ψυχοπαθολογία των γονέων
- ✓ το ιστορικό πρώιμης εγκυμοσύνης των γυναικών της οικογένειας
- ✓ τα κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα και
- ✓ η ψυχοπαθολογία του εφήβου

Τα αναπτυξιακά καθήκοντα της εφηβείας στοχεύουν και στην αποδέσμευση του εφήβου από την οικογένεια, να γίνει δηλαδή πιο ανεξάρτητος και να δοκιμάσει τις δεξιότητες και τις ικανότητες, που έχει μάθει μέχρι αυτό το σημείο, δοκιμάζοντάς τες στον πραγματικό κόσμο.

Εντούτοις, αν η οικογένεια βρίσκεται σε αναταραχή και αν αυτοί οι στόχοι δε διευκολυνθούν από τους γονείς, ή αν οι ανάγκες εξάρτησης του εφήβου δεν ικανοποιούνται επαρκώς, υπάρχει ο κίνδυνος να μην μπορέσει ο έφηβος να αυτονομηθεί. Εξαιτίας αυτών, μπορεί ο έφηβος να καταφύγει στην απόσυρση, να πάθει κατάθλιψη ή να επαναστατήσει μέσα από παραπτωματικές σεξουαλικές δραστηριότητες (ηδονοβλεψία, επιδειξιμανία κ.ά.). Έτσι, τα νεαρά κορίτσια προσπαθούν να ικανοποιήσουν αυτές τις ανικανοποίητες ανάγκες τους, μέσα από στενές σχέσεις με νέους άνδρες, που μπορεί να οδηγήσουν σε εγκυμοσύνη.<sup>27</sup> Σύμφωνα και με τον Herbert (1999), οι άνθρωποι που έχουν πολλές ευκαιριακές σεξουαλικές σχέσεις έχουν συνήθως στερηθεί την αγάπη στα παιδικά τους χρόνια και, κατά συνέπεια, αναζητούν τη συναισθηματική ασφάλεια και αποδοχή που τους λείπει μέσα από σεξουαλικές σχέσεις.

Η ψυχοπαθολογία για πολλούς ερευνητές θεωρείται ως πρωταρχικός παράγοντας στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι Abernathy και οι συνεργάτες τους (1975) βρήκαν, ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, μαζί με την υποτίμηση του εαυτού, βοηθούν στη

---

<sup>27</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003) *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία.*

δημιουργία συνθηκών που επισύρουν αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα και οδηγούν σε εγκυμοσύνη. Οι έφηβοι, που βρίσκονται σε κατάθλιψη και που αισθάνονται ότι δε τους αγαπούν, όπως και αυτοί που προέρχονται από οικογένειες υψηλού κινδύνου (π.χ. συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις) ή έφηβοι που έχουν υποστεί σε ένα μεγάλο ποσοστό απωλειών σημαντικών ανθρώπων στη ζωή τους, από θανάτους, διαζύγια ή αποχωρισμό, μπορεί να αναζητούν την αγάπη, την ανακούφιση και την επιβεβαίωση από «συνθετικά υποκατάστατα αγάπης», μέσα, δηλαδή από τις σεξουαλικές τους σχέσεις, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι επιτόλαιες, γιατί παρασύρονται από τα έντονα αυτά συναισθήματα και τελικά μπορεί να οδηγηθούν σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.<sup>28</sup>

#### **1.2.4. Η ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά που έχουν γονείς καλλιεργημένους με ένα αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων είναι πολύ περισσότερο ενημερωμένα για θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι γονείς των παιδιών αυτών υιοθετούν και εφαρμόζουν κυρίως τη δημοκρατική διαπαιδαγώγηση αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τα προβλήματα των παιδιών τους καθώς και τα δικαιώματα που έχουν μέσα σ' ένα οργανωμένο κοινωνικό σύνολο. Οι γονείς αυτοί καλλιεργούν τόσο πολύ το παιδί τους ώστε να αναγνωρίζει και να ομολογεί τα λάθη του και να ζητά τη βοήθειά τους με την πίστη ότι θα το ενισχύσουν και θα του συμπαρασταθούν όσο κανένας άλλος φίλος.<sup>29</sup> Αυτός ο τύπος γονέων δίνει την ευκαιρία στα παιδιά τους να συζητούν μαζί τους όποιο θέμα τους απασχολεί και ιδιαίτερα το θέμα της σεξουαλικής τους ζωής. Ένα αρκετά σοβαρό θέμα διότι με τη σωστή ενημέρωση πιθανόν να αποφευχθεί μια σεξουαλική επαφή από την οποία μπορεί να προκύψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα ή ακόμα και AIDS, καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αλλάξουν για πάντα τη ζωή τους. Τα παιδιά με τον τρόπο αυτό μαθαίνουν να κάνουν υπεύθυνες και συνειδητές

---

<sup>28</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003). *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία*

<sup>29</sup> Κρασανάκης Γ., (2003). *Ψυχολογία παιδιού και εφήβου*. Ηράκλειο.

επιλογές αλλά και να δέχονται τις συνέπειες των επιλογών τους<sup>30</sup> όποιες κι αν είναι αυτές, επομένως διαμορφώνουν συνειδητά τη στάση τους απέναντι σε σημαντικά θέματα όπως αυτό της επιλογής της εγκυμοσύνης.

Αντίθετα, γονείς που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν και ελλιπή γνώση ώστε να ενημερώσουν τα παιδιά τους για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να έχουν μια υγιή σεξουαλική ζωή. Εκτός αυτού και ο αυταρχικός τρόπος διαπαιδαγώγησης που υιοθετούν δεν αφήνει στα παιδιά το περιθώριο να συζητήσουν μαζί τους για το θέμα αυτό. Οι συγκεκριμένοι γονείς έχουν την τάση να διατάζουν, να παίρνουν αποφάσεις μόνοι τους και να απαιτούν πιστή συμμόρφωση του παιδιού τους στις εντολές του. Απαιτούν να ντύνεται το παιδί και ο έφηβος όπως εκείνοι θέλουν, αλλά και να κάνουν φίλους όποιους εκείνους εγκρίνουν ή ακόμα να μην έχουν κανένα φίλο. Ρυθμίζουν ακόμα και τις μικρότερες λεπτομέρειες της ζωής τους μέσα στο σπίτι και έξω από αυτό.<sup>31</sup> Δεν ενθαρρύνουν τη λεκτική επικοινωνία, πιστεύουν ότι τα παιδιά οφείλουν να αποδέχονται το λόγο τους για το τι είναι σωστό<sup>32</sup> και ανατρέφονται με αξίες όπως για παράδειγμα το κορίτσι θα πρέπει να διατηρήσει την παρθενία του μέχρι την ημέρα του γάμου της όπου ο σύζυγος θα είναι ο μόνος άντρας με τον οποίο θα συνευρεθεί ερωτικά. Αντίθετα, το αγόρι είναι ελεύθερο να έχει όσες σχέσεις και σεξουαλικές εμπειρίες θέλει.

Το πνευματικό επίπεδο των γονέων μπορεί να ασκήσει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων των νέων γυναικών όχι μόνο όσον αφορά τη σεξουαλική τους διαπαιδαγώγηση αλλά και για άλλα θέματα που τις απασχολούν. Οι γονείς που έχουν κάποιο επίπεδο μόρφωσης και γνώσεις παραπάνω από τις στοιχειώδεις σημαίνει ότι έχουν αποκτήσει ένα πιο ανοιχτό μυαλό και κατέχουν περισσότερες πληροφορίες από κάποιον που ασχολείται για παράδειγμα με κάποια χειρωνακτική εργασία. Επιπρόσθετα, γνωρίζουν καλύτερα από την ψυχολογία των νέων και τον τρόπο που θα πρέπει να τους προσεγγίσουν και να συζητήσουν μαζί τους σε περίπτωση που προκύψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Κάνοντας έναν διάλογο με τα παιδιά τους και παρέχοντάς τους τις απαραίτητες γνώσεις θα τα βοηθήσουν να δουν το θέμα με περισσότερη σοβαρότητα και υπευθυνότητα.

---

<sup>30</sup> Διαπαιδαγώγηση και πειθαρχία. Πρόσβαση από <http://www.agiazoni.gr/antidora/09.shtml>

<sup>31</sup> Κρασανάκης Γ., (2003). *Ψυχολογία παιδιού και εφήβου*. Ηράκλειο.

<sup>32</sup> Διαπαιδαγώγηση και πειθαρχία. Πρόσβαση από <http://www.agiazoni.gr/antidora/09.shtml>



### 1.2.5. ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής ξεκινά κυρίως στην εφηβεία. Εκτός από τους ορμονικούς-βιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση συμπεριφοράς, επιδρούν και άλλοι παράγοντες όπως η *περιέργεια*, για το πώς νιώθεις κατά τη διάρκεια της ερωτικής επαφής με το σύντροφό σου, και η *επίδραση των συναναστροφών* καθώς όταν τα άτομα που αποτελούν την παρέα της νεαρής κοπέλας έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές θα παρακινήσουν και τη ίδια (την κοπέλα) να κάνει το ίδιο προκειμένου να αποκτήσει και εκείνη την εμπειρία. Είναι γνωστό ότι οι έφηβοι πειραματίζονται καθημερινά, ψάχνουν να βρουν τρόπους να ξεχωρίσουν από τους συνομηλίκους τους και να αντιδράσουν σε πράγματα που τους ενοχλούν. Γενικότερα, προσπαθούν να βιώσουν τα πάντα και να τα γνωρίσουν όλα. Οι άνθρωποι αλλά κυρίως οι έφηβοι προσπαθούν να διαμορφώσουν την εικόνα του εαυτού τους, επιθυμούν διακαώς να γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους αλλά και να γίνονται μέλη σε διάφορες ομάδες από τις οποίες καλύπτουν τις συναισθηματικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Για το λόγο αυτό, οι παρέες και οι συναναστροφές με τα συγκεκριμένα άτομα και ομάδες μπορούν να επηρεάσουν σε κάποιο βαθμό τις απόψεις και τις αξίες του έφηβου.

Η επίδραση των συνομηλίκων έχει τις ρίζες της σε ένα πολύ σημαντικό παράγοντα που συμμετέχει στην ανάπτυξη του εφήβου. Ο παράγοντας αυτός είναι η φιλία, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινές συνήθειες και στάσεις μεταξύ των ατόμων.

Σημαντικός είναι ο ρόλος των συνομηλίκων και ως πηγή πληροφοριών σχετικά με τον έρωτα. Εάν οι εμπειρίες που έχει ένας νέος από τη σεξουαλική του ζωή είναι θετικές τότε ενδέχεται ο φίλος του που θα τον ακούσει να περιγράψει τις εμπειρίες του αυτές να επηρεαστεί και να θελήσει να σηματοδοτήσει την έναρξη και της δικής του σεξουαλικής ζωής. Σύμφωνα με τους Brandt και τους συνεργάτες τους (1978) η επιρροή της ομάδας ομηλίκων στην εγκυμοσύνη είναι σημαντική. Οι έφηβοι κάνουν φίλιες και σχηματίζουν ομάδες δημιουργώντας μια νέα κουλτούρα από την οποία αναδύεται ένα καινούργιο σύστημα αξιών, που πρέπει να το αποδέχεται όλη η ομάδα και που όποιος ξεφεύγει από αυτό δεν ανήκει στην ομάδα. Έτσι, αρκετές φορές, οι

έφηβοι αναγκάζονται να κάνουν πράγματα ή να προβαίνουν σε πράξεις, που ουσιαστικά δε θέλουν προκειμένου να είναι προσφιλείς σε συνομηλικούς τους.<sup>33</sup>

Αυτό όμως που πρέπει να αναλογιστεί κανείς είναι πως οποιαδήποτε επιρροή μπορεί να έχει η συναναστροφή των νέων με άτομα της ηλικίας του, το μεγαλύτερο βάρος ευθύνης για τις επιλογές που θα κάνει ο άνθρωπος θα πρέπει να δοθεί στον ίδιο, στον παράγοντα «άνθρωπο» ο οποίος σαν μοναδική οντότητα και έχοντας δική του κρίση μπορεί να κάνει τις δικές του ελεύθερες επιλογές όποιες και αν είναι αυτές.

Συνοψίζοντας επομένως όσα προαναφέρθηκαν πρέπει να σημειωθεί ότι η επίδραση που θα ασκήσουν κάποιοι παράγοντες όπως για παράδειγμα ο κοινωνικός περίγυρος δεν είναι καθοριστικοί για τη λήψη απόφασης επιλογής αφού το άτομο σταθερό στις απόψεις και τις αξίες του δε θα επηρεαστεί από τους γύρω του. Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν συνάμα αυτοπεποίθηση, θετική εικόνα για τον εαυτό τους, βασίζονται στη δική τους κρίση και τελικά υποθέτουμε ότι δεν αλλάζουν εύκολα τις στάσεις τους. Έκδηλο είναι ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση επηρεάζονται πιο εύκολα από τους άλλους.<sup>34</sup>

#### **1.2.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από μια ιδεολογία καταναλωτισμού και υλισμού αποσκοπώντας στην παραγωγή όλο και περισσότερων υλικών αγαθών μέσα από την τεχνολογία. Η τεχνολογία μπήκε στη ζωή του ανθρώπου, κάτι που από τη μια διευκόλυνε τη ζωή του, αλλά από την άλλη παρέβλεψε τις εσωτερικές ανάγκες του και έδωσε έμφαση στην υλική ευμάρεια.<sup>35</sup> Αυτό είχε σαν συνέπεια ο άνθρωπος να δει από μια διαφορετική οπτική τις αρχές με τις οποίες ο ίδιος αλλά και γενιές πριν απ' αυτόν μεγάλωσαν.

Ένα από τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας είναι η αναθεώρηση των αξιών. Κάθε κοινωνία διαθέτει ένα σύστημα αξιών, το οποίο συνθέτει τον πνευματικό και ηθικό πολιτισμό της. Οι αξίες, οι αρχές και τα ιδανικά ενός ατόμου συνθέτουν την προσωπικότητα και την ιδιοσυστασία του. Οι νέοι αμφισβητούν τις παραδόσεις και τις αξίες του παρελθόντος. Μερικές τις αποδέχονται

---

<sup>33</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003). Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία.

<sup>34</sup> Γεώργας Δ., (1986). *Κοινωνική Ψυχολογία*. (Τόμος α') Αθήνα.

<sup>35</sup> Τσαούση Δ. Γ.,(2004). *Η κοινωνία του ανθρώπου*. Αθήνα. Εκδόσεις: Gutenberg

ενώ άλλες τις απορρίπτουν. Αν τοποθετούσαμε ιεραρχικά τις αξίες της ελληνικής κοινωνίας στην κορυφή θα βρισκόταν ο θεσμός της οικογένειας. Οι περισσότεροι νέοι πιστεύουν ότι ο θεσμός της οικογένειας είναι ο πιο στέρεος έστω κι αν ο καθένας τον δικαιολογεί με διαφορετικά επιχειρήματα.<sup>36</sup> Η αγάπη και το αίσθημα ασφάλειας που μπορεί να πάρει κάποιος από την οικογένειά του, τους δικούς του ανθρώπους είναι η σημαντικότερη αξία στη ζωή.

Με ποιο τρόπο όμως μπορούν οι κοινωνικοί παράγοντες να επηρεάσουν τη στάση των νέων γυναικών απέναντι στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη; Παλαιότερα, η απόκτηση παιδιού εκτός γάμου αποτελούσε κοινωνικό στιγματισμό τόσο για την ανύπαντρη μητέρα όσο και για το παιδί που θα ερχόταν στον κόσμο. Σήμερα αυτό τείνει να αλλάζει σταδιακά. Η αλλαγή της μορφής της οικογένειας, η μετακίνηση από το χωριό στην πόλη αλλά κυρίως η ένταξη της γυναίκας στη αγορά εργασίας, γεγονός που σήμαινε και την ανεξαρτητοποίησή της, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που θα κάνουν τη γυναίκα να σκεφτεί πιο ώριμα για την απόφαση που θα πάρει εάν κάποια στιγμή βρεθεί αντιμέτωπη με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Παλαιότερα, η νεαρή γυναίκα που θα έμενε έγκυος και η οποία ήταν ανήλικη ή ανύπανδρη θα έπρεπε να προβεί σε άμβλωση ή να απομακρυνθεί από το στενό της περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα διότι η γέννηση ενός παιδιού υπό αυτές τις συνθήκες θα στιγματίζε κοινωνικά τόσο την ίδια όσο και το παιδί που θα έφερνε στον κόσμο.

Με την πάροδο των χρόνων και φτάνοντας στη σημερινή εποχή δεν είναι λίγες οι ανύπανδρες μητέρες που αναλαμβάνουν μόνες τους τη γέννηση και την ανατροφή του παιδιού τους αδιαφορώντας για την κριτική που θα της ασκήσουν οι γύρω της. Οι αιτίες που πιθανόν να θελήσει μια νεαρή γυναίκα να διακόψει την κύησή της είναι οι δύσκολες συνθήκες στην προσωπική της ζωή ή προβλήματα υγείας. Ίσως το έμβρυο να προέρχεται από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε ακατάλληλη ηλικία, ή να είναι αποτέλεσμα βιασμού. Ίσως να κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή το έμβρυο να κινδυνεύει να γεννηθεί με γονιδιακό πρόβλημα ή κάποια γενετική ανωμαλία. Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού<sup>37</sup> οι κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι είναι αυτοί που οδηγούν στην απόφαση για διακοπή της κύησης, ενώ σε κάποιο ποσοστό ρόλο παίζει το γεγονός ότι δεν υπάρχει σύζυγος

<sup>36</sup> Πρόσβαση από <http://www.greekinsight.com/index.php?conID=13881>

<sup>37</sup> Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πρόσβαση από <http://vsdesign.homelinux.org/~epysde/portal/html/index.php?name=Sections&req=viewarticle&artid=16>

ή σύντροφος, αλλά και η άρνηση του συντρόφου για συνέχιση της κύησης. Στο 65% των περιπτώσεων τα κορίτσια αποφασίζουν μόνα τους να κάνουν άμβλωση και από όσες δηλώνουν ότι κάποιος άλλος τους επηρέασε στο να προχωρήσουν σε διακοπή της κύησης, οι περισσότερες ανέφεραν ότι ο σύζυγος - σύντροφος ήταν αυτός που το έπραξε. Το 1/3 από τις άμβλώσεις γίνονται σε έγγαμες γυναίκες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν, αφού δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια. Τέλος, τα θύματα των βιασμών που έμειναν έγκυες προτιμούν να μη φέρουν στον κόσμο το παιδί που κυοφορούν.

### 1.2.7. Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ

Παλαιότερα, η Εκκλησία υποστήριζε ότι η σεξουαλική επαφή μεταξύ ενός ζευγαριού θα έπρεπε να γίνεται μόνο στα πλαίσια ενός γάμου και μόνο για την τεκνοποιία και τη δημιουργία οικογένειας. Σήμερα, οι θέσεις που έχει η Εκκλησία ποικίλλουν ανάλογα με το θρήσκευμα. Για παράδειγμα, τα δόγματα της Καθολικής Εκκλησίας (Ισπανία) θεωρούν το σεξ ως ένα στοιχείο που απομακρύνει τον άνθρωπο από το Θεό και θεωρεί την αντισύλληψη ως το απόλυτο κακό. Κατά την άποψη των Καθολικών η σεξουαλική απόλαυση θα πρέπει να αποκηρυχθεί και ο μοναδικός σκοπός της σεξουαλικότητας θα πρέπει να είναι η γέννηση παιδιών. Σε ό,τι αφορά την άμβλωση η στάση των ρωμαιοκαθολικών είναι απόλυτη. Η άμβλωση ισοδυναμεί με το θάνατο μιας νέας ζωής και αυτοί που θα την πραγματοποιήσουν τόσο η γυναίκα όσο και οι γιατροί θα πρέπει να αποβάλλονται από τους κόλπους της Εκκλησίας. Το 1982 ο πάπας διακήρυξε ότι όποιος αρνείται να υπερασπίσει το πιο αθώο και το πιο αδύναμο πλάσμα που έχει ήδη συλληφθεί, αλλά δεν έχει γεννηθεί, αντιβαίνει στον πιο σοβαρό κανόνα ηθικής τάξης.<sup>38</sup>

Αντίθετα, η θέση που λαμβάνει η Ορθόδοξη Εκκλησία είναι περισσότερο ελαστική. Υποστηρίζει ότι καλό θα ήταν να δίνεται περισσότερη σημασία στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων και να γίνονται περισσότερα σεμινάρια για τη σεξουαλικότητα. Έτσι, εάν η ρίζα του προβλήματος των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων

---

<sup>38</sup> Μπιμπέρη Α., Νικολούλη Ε.,(2005). *Η κοινωνιολογική και θρησκευτική θεώρηση της άμβλωσης. Οι απόψεις των νοσηλευτών και των σπουδαστών νοσηλευτικής σχετικά με το πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.*

και των αμβλώσεων είναι η άγνοια τότε με την ενημέρωση και την πρόληψη θα μπορέσει να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Όπως έχει αναφερθεί από άτομα του χώρου της Εκκλησίας δεν ήταν λίγες οι φορές που η Εκκλησία βοήθησε να έρθουν στον κόσμο παιδιά τα οποία όμως δεν προέρχονταν από γάμο και η γέννησή τους θα στιγμάτιζε κοινωνικά τόσο τα ίδια όσο και τις μητέρες τους. Τα παιδιά αυτά γεννήθηκαν και δόθηκαν για υιοθεσία. Υπήρχαν όμως και παιδιά που θα έρχονταν στον κόσμο αλλά εξαιτίας του προβλήματος της ανέχειας που αντιμετώπιζαν οι μητέρες τους θα έπρεπε να διακόψουν την κύηση. Και σε αυτές τις περιπτώσεις όμως η Εκκλησία ανέλαβε τα έξοδα της κυοφορίας και της ανατροφής. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία είναι κατά της απώλειας της ανθρώπινης ζωής και ιδιαίτερα μιας αγέννητης ζωής και ενισχύει οικονομικά και ηθικά μητέρες οι οποίες πρόκειται να γεννήσουν έναν νέο άνθρωπο.

Η Εκκλησία μπορεί να ασκήσει κάποια επιρροή όσον αφορά τη στάση των νέων γυναικών για τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων ή την άμβλωση. Η Εκκλησία είναι ένας χώρος στον οποίο καταφεύγει η πλειοψηφία των ανθρώπων που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα. Οι άνθρωποι της Εκκλησίας διακηρύσσουν ότι η τεκνογονία είναι δώρο του Θεού αλλά επαφίεται και στην πρωτοβουλία του ζευγαριού. Δεν είναι θέμα ρύθμισης από κάποιον αλλά τα παιδιά πρέπει να είναι καρπός ελευθερίας.<sup>39</sup> Τάσσεται υπέρ της χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου και είναι κατά της άμβλωσης για οποιοδήποτε λόγο.

---

<sup>39</sup> Δελτίο Τύπου. Πρόσβαση από <http://www.imd.gr/main/content/view/618/75/lang,el/>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**



### **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

## 2.1.ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

Σε ένα ιδανικό κόσμο, η εγκυμοσύνη θα προκαλούσε πάντα ευτυχία και θα έφερνε χαμόγελα στις γυναίκες, τους συντρόφους τους και τις οικογένειές τους. Δυστυχώς όμως αυτό δεν υφίσταται. Στις μέρες μας ένας μεγάλος αριθμός κυήσεων είναι απρόσμενος και πολλές από αυτές είναι ανεπιθύμητες.<sup>40</sup>

**Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**, είναι μια εγκυμοσύνη η οποία προέκυψε τυχαία και η μητέρα **δεν επιθυμούσε** το βρέφος τη στιγμή της σύλληψης ή ακόμα και στο μέλλον. Η έννοια της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης περικλείει μια ευρύτερη έννοια της απόρριψης της εγκυμοσύνης και της μη επιθυμίας του παιδιού. **Η απρογραμματίστη εγκυμοσύνη** είναι μια εγκυμοσύνη η οποία είναι άκαιρη, δηλαδή η μητέρα **επιθυμούσε το παιδί αλλά σε κάποια άλλη χρονική στιγμή**, για αυτό και γίνεται πιο εύκολα αποδεκτή από την μητέρα.<sup>41</sup> Έτσι, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν θα πρέπει να συγχέεται με την απρογραμματίστη εγκυμοσύνη διότι είναι δύο διαφορετικές έννοιες.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι μια πραγματικότητα που βιώνουν εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, ένας μεγάλος αριθμός γυναικών κάθε χρόνο αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες για πολλούς λόγους. Είτε επειδή δεν είναι ενημερωμένες για τις μεθόδους αντισύλληψης, είτε είναι αδύναμες ως προς την χρήση των αντισυλληπτικών (λόγω π.χ. κάποιας ασθένειας ή ψυχικής ασθένειας) ή ακόμα σε κάποιες σπάνιες περιπτώσεις οι αντισυλληπτικές μέθοδοι δεν ανταποκρίθηκαν στον σκοπό τους. Οποιαδήποτε όμως κι αν είναι η αιτία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μπορεί να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα (ψυχολογικά ή σωματικά) στις άμεσα ενδιαφερόμενες αναλόγως τι επιλογή θα κάνουν. Οι βασικές τους επιλογές είναι τέσσερις:

- 1) Να γεννήσουν και να μεγαλώσουν το παιδί ως άγαμες μητέρες,
- 2) Να παντρευτούν και να γεννήσουν το παιδί,
- 3) Να γεννήσουν το παιδί και να το δώσουν για υιοθεσία και
- 4) Να κάνουν άμβλωση.

---

<sup>40</sup> Bankole A, et al., (2006). *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute.

<sup>41</sup> Correa, H. (1994). *Unwanted pregnancies and public policy: an international perspective*. Nova Science Publishers Inc.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να συμβεί σε όλους:

- ❖ Σε νέες γυναίκες που πιθανόν δεν έχουν λύσει τα βασικά προβλήματα επιβίωσης και δεν έχουν καν μια μόνιμη σχέση.
- ❖ Σε νέες γυναίκες που δεν έχουν τελειώσει τις σπουδές τους ή είναι ανύπανδρες.
- ❖ Σε γυναίκες που η ζωή τους έχει ακολουθήσει ήδη μια πορεία και δεν υπάρχει χρόνος και χρήμα για ένα μωρό.<sup>42</sup>
- ❖ Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (40+) που δεν επιθυμούν ένα παιδί ή άλλο ένα παιδί.
- ❖ Σε έγγαμα ζευγάρια που δεν είναι έτοιμα για ένα παιδί ή έχουν ήδη παιδιά και δυσκολεύονται να τα μεγαλώσουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ανωριμότητα των γονέων για ανατροφή και εκπαίδευση των παιδιών ή επιπλέον να υπάρχουν οικονομικά προβλήματα ή στεγαστικό πρόβλημα.
- ❖ Σε έγγαμες γυναίκες ως αποτέλεσμα εξωσυζυγικής σχέσης.
- ❖ Σε γυναίκες που είναι σωματικά αδύναμες ή που πάσχουν από κάποια ασθένεια ή ακόμα και εθισμό στα ναρκωτικά, όπου με την εγκυμοσύνη τους, να διακινδυνεύσουν περαιτέρω την υγεία τους ή να γεννήσουν ένα άρρωστο ή δύσμορφο μωρό.

Ιδιαίτερα, οι εφηβικές εγκυμοσύνες δεν είναι ένα σπάνιο φαινόμενο διότι οι έφηβες δεν έχουν επαρκή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία είναι μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία με αρκετές συνέπειες για την έφηβη μητέρα (π.χ. εγκατάλειψη σπουδών, πρόωρος γάμος κ.α.) αλλά και για το παιδί της (π.χ. πρόωρη γέννηση, κακοποίηση κ.α.)<sup>43</sup>

Σπανιότερα, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να είναι αποτέλεσμα βιασμού.

Έτσι, οι γυναίκες ή τα ζευγάρια νιώθουν την ανάγκη να αποφύγουν ένα παιδί στην παρούσα φάση της ζωής τους. Σε τέτοιες και σε παρόμοιες περιπτώσεις μια γυναίκα μπορεί να αποφασίσει ότι η άμβλωση είναι η μόνη λύση.

---

<sup>42</sup> *Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη*. Πρόσβαση από <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=29>

<sup>43</sup> Όπως παραπάνω



## 2.2.ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Αναμφισβήτητα, οι εγκυμοσύνες που δεν ήταν σκόπιμες κατά την διάρκεια της σύλληψης μπορούν να οδηγήσουν σε υγιή παιδιά και σε ευτυχισμένες οικογένειες. Απ' την άλλη πλευρά μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να έχει πολύ σημαντικές και πολυδιάστατες συνέπειες.<sup>44</sup>

Ταυτόχρονα, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταλήγει στη γέννηση του παιδιού, όμως ακόμα και τότε μπορούν να υπάρξουν αρνητικές συνέπειες (σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές) τόσο στη μητέρα όσο και στο παιδί αλλά και στην κοινωνία γενικότερα.

### 2.2.1.ΣΤΗΝ ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΜΗΤΕΡΑ

#### *A) Οργανικές – σωματικές*

Κάνοντας τον σωστό αριθμό επισκέψεων στον γιατρό και ξεκινώντας έγκαιρα την προγεννητική φροντίδα, η μητέρα βοηθάει στην υγιή ανάπτυξη του βρέφους. Μια γυναίκα η οποία δεν επιθυμεί την εγκυμοσύνη της είναι λιγότερο πιθανό να εξασφαλίσει για τον εαυτό της και το παιδί της έγκαιρη προγεννητική φροντίδα.<sup>45</sup>

Οι οργανικές συνέπειες στην υποψήφια μητέρα είναι:

Η *απώλεια της εμμηνορρυσίας*, το πιο αξιόπιστο σημάδι και η ένδειξη της εγκυμοσύνης, ειδικά αν ο κύκλος της γυναίκας είναι πολύ σταθερός. Εντούτοις πολλοί άλλοι λόγοι όπως η πίεση, μια ασθένεια και οι διακυμάνσεις βάρους μπορούν επίσης να προκαλέσουν καθυστέρηση της εμμηνορρυσίας.

Επιπρόσθετα, πρέπει να συνυπάρχουν και άλλα συμπτώματα για να επιβεβαιώσει μια γυναίκα την εγκυμοσύνη. Ένα άλλο σημαντικό σύμπτωμα της εγκυμοσύνης είναι η *αλλαγή στο μέγεθος και η ευαισθησία του στήθους*, 2 εβδομάδες μετά από τη σύλληψη.

Επιπλέον, κάποια άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η *ναυτία*, ο *εμετός*, η *συχνοουρία*, η *ευαισθησία στην όσφρηση* ή η *αλλαγή στην αίσθηση της γεύσης*, *εξάντληση*, *πονοκέφαλος* και *δυσκοιλιότητα*.

<sup>44</sup> Institute of Medicine. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1995.

<sup>45</sup> Feuerberg, G. *One - Third of pregnancies in the U.S. are unwanted*. Πρόσβαση από <http://en.epochtimes.com/news/7-5-13/55246.html>

Τέλος, η πλημμύρα των ορμονών στο σώμα μιας γυναίκας την κάνει να νιώθει ιδιαίτερα συναισθηματική και ευσυγκίνητη και της προκαλεί *εναλλαγές συναισθημάτων*.

Παρόλα αυτά δεν παραπονιούνται όλες οι γυναίκες για τα συμπτώματα και ο βαθμός τους διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Συνήθως αυτά τα σύμπτωμα μπορεί να εξαφανιστούν μετά από την περίοδο 3 έως 4 μηνών.<sup>46</sup>

### ***B) Ψυχολογικές-Συναισθηματικές***

Όσον αφορά την ψυχολογική της κατάσταση όταν μια γυναίκα μείνει έγκυος ενώ δεν το επιθυμεί, αυτόματα δημιουργείται ένα είδος «κρίσης» στον ψυχισμό της και είναι πολύ πιθανό να πάθει κατάθλιψη. Συναισθήματα όπως θυμός, ενοχή και άρνηση θεωρούνται οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές δυσλειτουργίες που χαρακτηρίζουν τέτοιου είδους κρίσεις. Ιδιαίτερα εάν είναι έφηβη, όλα αυτά τα συναισθήματα βιώνονται πιο έντονα. Η έφηβη ωριμάζει βιολογικά χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι είναι έτοιμη για μια εγκυμοσύνη και φυσικά για ένα παιδί. Για αυτό το λόγο, είναι συχνό φαινόμενο οι έφηβες έγκυες να αναγκάζονται να καταφύγουν σε διακοπή εγκυμοσύνης, μια επέμβαση που μπορεί να επηρεάσει τόσο την ψυχολογική όσο και την σωματική υγεία της.<sup>47</sup>

Οι μητέρες που έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες είναι πιο πιθανό κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από την εγκυμοσύνη, να υποφέρουν από κακή ψυχολογική υγεία, να έχουν αρνητική στάση απέναντι στη μητρότητα και να έχουν κακής ποιότητας σχέσεις που να καταλήγουν ακόμη και στη σωματική της κακοποίηση.

Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να τρομάξει και να μπερδέψει την μητέρα. Κάποια από τα συναισθήματα που η μητέρα αντιμετωπίζει είναι:

- Αρχικός ενθουσιασμός - έκπληξη
- Σύγχυση
- Φόβος
- Πανικός
- Απόγνωση
- Θλίψη

---

<sup>46</sup> Πρόσβαση από [http://www.mamadsonline.gr/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125:2009-02-13-11-41-37&catid=25:egkimosini&Itemid=54](http://www.mamadsonline.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=125:2009-02-13-11-41-37&catid=25:egkimosini&Itemid=54)

<sup>47</sup> *Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη*. Πρόσβαση από <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=29>

### **Γ)Κοινωνικές**

Η γυναίκα που μένει έγκυος ενώ δεν το επιθυμεί έχει μεγαλύτερες πιθανότητες από τις υπόλοιπες<sup>48</sup>:

- ❖ Να διαλυθεί η σχέση της.
- ❖ Να εγκαταλείψει τις σπουδές ή την εργασία της, με αποτέλεσμα να απομονώνεται κοινωνικά και να ζει μια στερημένη ζωή, πολλές φορές κάτω από τα όρια της φτώχειας.
- ❖ Να καταφύγει σε ένα βιαστικό και πρόωρο γάμο – εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων, συμβαίνει εκτός γάμου - ο οποίος με την σειρά του έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλήξει σε διαζύγιο.

### **2.2.2. ΣΤΟΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ ΠΑΤΕΡΑ**

Οι άνδρες οι οποίοι πρόκειται να αποκτήσουν ένα παιδί το οποίο δεν επιθυμούν είναι πιθανόν να μην συνδεθούν πολύ στενά με τον νέο τους ρόλο, ο οποίος τους φαίνεται πολύ δύσκολος για να τον αναλάβουν. Είναι επίσης πολύ πιθανό να εγκαταλείψουν την μητέρα του παιδιού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή τους πρώτους μήνες μετά την γέννηση του παιδιού ή ακόμα η μητέρα να μην θελήσει να συμμετέχει ο πατέρας στην ανατροφή του παιδιού.<sup>49</sup>

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, ο υποψήφιος πατέρας μπορεί να αντιμετωπίσει εχθρότητα από την οικογένεια της μητέρας –ειδικότερα αν είναι ανήλικη- ακόμα κι αν θέλει να συμμετέχει στην διαδικασία ανατροφής του παιδιού.

Οι ερευνητές πρόσφατα ξεκίνησαν να εξετάζουν την επίδραση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στον πατέρα. Έτσι, υπάρχουν λίγες διαθέσιμες πληροφορίες. Όμως παρά την έλλειψη των δεδομένων και των ερευνών, φαίνεται εύλογο ότι κάποιοι άντρες παίρνουν πολύ σοβαρά τον πατρικό τους ρόλο και αναλαμβάνουν πλήρως τις νέες ευθύνες που προκύπτουν.<sup>50</sup>

Οι νέοι άνδρες μπορούν κι εκείνοι όπως και η υποψήφια μητέρα:

---

<sup>48</sup> *What Unintended Pregnancy Means to Women and Families*. Πρόσβαση από [http://www.path.org/files/ECT\\_Info\\_Pack.pdf](http://www.path.org/files/ECT_Info_Pack.pdf)

<sup>49</sup> Senderowitz, J. (2005). *The role of young father. Teenage pregnancy: an ongoing phenomenon. Sexpression*, Volume1, No 2.

<sup>50</sup> Όπως παραπάνω.

- ❖ να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους ώστε να εργαστούν και να υποστηρίξουν οικονομικά την νέα τους οικογένεια και
- ❖ να κάνουν ένα πρόωρο γάμο ο οποίος με την σειρά του έχει πολλές πιθανότητες να καταλήξει σε διαζύγιο.

### 2.2.3. ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

#### *A) Οργανικές – σωματικές*

Μια συνέπεια είναι η **πρόωρη γέννηση των παιδιών**. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι τα μωρά που προέρχονται από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννηθούν πρόωρα από ότι τα μωρά που προέρχονται από εγκυμοσύνες οι οποίες ήταν επιθυμητές. Επιπλέον, τα μωρά που γεννιούνται πρόωρα είναι πιθανότερο να έχουν χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο συνδέεται με τις φυσικές και γνωστικές ανικανότητες όταν είναι νήπια καθώς επίσης και με μη επίτευξη των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών τους στόχων αργότερα.<sup>51</sup>

Ιδιαίτερα εάν, οι μητέρες καπνίζουν και πίνουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, θα προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του βρέφους.

Ο θηλασμός είναι σημαντικός για την υγεία των νεογνών. Έχει βρεθεί ότι έχει μια προστατευτική επίδραση ενάντια στις ασθένειες και συστήνεται στις μητέρες από την ειδική επιτροπή υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παρόλα αυτά, τα μωρά που γεννιούνται έπειτα από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συνήθως **δεν θηλάζονται**.

Τα βρέφη των έφηβων μητέρων είναι πιο πιθανό να γεννηθούν πρόωρα, με πολύ χαμηλό βάρος και να έχουν **νευρολογικά προβλήματα**. Επίσης, αυτά τα μωρά έχουν διπλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν στο πρώτο έτος της ζωής τους απ' ότι τα παιδιά που η μητέρα τους είναι πάνω από 20 ετών.

---

<sup>51</sup> Logan, C., Holcombe, E, Manlove, J. and Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing, A white paper*. Child Trends, Inc.

## ***B) Πνευματική- Ψυχολογική υγεία***

Όπως έχουν δείξει έρευνες οι ανεπιθύμητες κήσεις έχουν επιπτώσεις στο παιδί που διαρκούν από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία και ακόμη και στην ενηλικίωση.

Τα παιδιά που προέρχονται από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχουν 2,4 φορές παραπάνω πιθανότητες να αναπτύξουν σχιζοφρένεια περίπου στην ηλικία των 28 και άνω ενώ μια άλλη έρευνα έδειξε ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οδηγεί 1,75 φορές σε αυξανόμενο κίνδυνο το παιδί να παρουσιάσει σχιζοφρένεια. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, επίσης, έχει βρεθεί ότι συνδέεται με τον αυξανόμενο κίνδυνο το παιδί να παρουσιάσει συναισθηματικές διαταραχές/ διαταραχές της διάθεσης.<sup>52</sup>

Παιδιά που θεωρούνται ανεπιθύμητα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φόβου και χαμηλότερα επίπεδα στοργής στην ηλικία των δύο ετών. Όταν αυτά τα παιδιά πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο παρουσιάζουν προβλήματα στην λεκτική ανάπτυξη.<sup>53</sup>

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Φιλανδία<sup>54</sup> ανάμεσα σε επιθυμητά και μη-επιθυμητά παιδιά στην πρώτη τάξη του σχολείου και αργότερα στο τέλος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, παρατηρήθηκε ότι τα ανεπιθύμητα παιδιά δυσκολεύονταν στην εκπαίδευση, χρειάζονταν πολύ περισσότερη βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς και είχαν πολύ χαμηλότερες επιδόσεις.

Στην ηλικία των 14 ετών είχαν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης από τα επιθυμητά παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα. Τελικά στην ηλικία των 16 ετών, τα ανεπιθύμητα παιδιά δεν ήθελαν να παρακολουθούν το σχολείο, σταματούσαν το σχολείο όταν τελείωναν την υποχρεωτική εκπαίδευση και δεν είχαν στόχους για να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους. Η σχέση με τους δασκάλους αλλά και τους συμμαθητές τους ήταν προβληματική.

Οι ερευνητές εξέτασαν τις επιπτώσεις της εγκυμοσύνης που σχετίζονται με την φυσική και πνευματική υγεία, τις γνωστικές και κοινωνικές συνέπειες. Συνολικά, η μη-επιθυμία της μητέρας προς το παιδί φαίνεται να είναι ο κυριότερος λόγος για:

- τη λιγότερο στενή σχέση μητέρας –παιδιού,
- των προβλημάτων στην συμπεριφορά καθώς και

---

<sup>52</sup> McNeil, T.F. (2009). *Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study*. *Psychological Medicine*, June 2009, 39 (6), 957-965

<sup>53</sup> Brown, S. and Eisenberg, L. (1995). *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, DC: National Academy Press

<sup>54</sup> David, H.P. (1992). *Born Unwanted: Long-term developmental effects of denied abortion*. *Journal of Social Issues*.

- την αδυναμία δημιουργίας σχέσεων στην εφηβεία.<sup>55</sup>
- Επίσης, ένα άλλο εύρημα των ερευνών είναι ότι αυτά τα παιδιά έχουν χαμηλότερη αυτό-εκτίμηση από τους συνομηλίκους τους 23 χρόνια αργότερα.<sup>56</sup>

### **Γ) Κοινωνική συμπεριφορά**

Σε πολλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό (δεν έχουμε βρει παρόμοιες έρευνες στην χώρα μας), τα παιδιά που προέρχονται από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη φαίνονται να έχουν μια λιγότερο ασφαλή ζωή.

Εγκληματολόγοι αναφερόμενοι στην σχέση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και οικογένειας, υποστηρίζουν ότι ανήλικοι που έχουν απορριφθεί από τους γονείς τους -είτε πριν είτε μετά την γέννηση-, που μεγαλώνουν σε δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον ή δεν εποπτεύονται με επάρκεια, βρίσκονται σε μεγάλο ποσοστό διακινδύνευσης να γίνουν ανήλικοι παραβάτες. Είναι δυνατόν να υιοθετήσουν **αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά**, δεν θα είναι ικανοί να ελέγξουν την μη αποδεκτή συμπεριφορά, **δεν θα σέβονται τα δικαιώματα των άλλων** και δεν θα μπορούν να εμποδίσουν την **συσχέτιση με αντικοινωνικούς και παραβατικούς συνομηλίκους τους**.<sup>57</sup>

Έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Πράγα<sup>58</sup> από την στιγμή της γέννησης έως την ηλικία των 23 ετών. Παρατηρήθηκε ότι στην ηλικία των 9 ετών τα ανεπιθύμητα παιδιά χρειάζονταν περισσότερη ιατρική φροντίδα για μακροχρόνιες ασθένειες. Οι μητέρες τους, τα χαρακτήριζαν ως πεισματάρικα, άτακτα και ιδιόρρυθμα παιδιά. Οι καθηγητές τους κατέτασσαν χαμηλά στην βαθμολογική κλίμακα. Οι συμμαθητές τους, τους απέρριπταν σαν φίλους πιο συχνά σε σχέση με άλλους συνομηλίκους τους. Παρατηρήθηκε ότι εισέπρατταν λιγότερη κατανόηση, προσοχή και είχαν λιγότερο θερμές σχέσεις στην επικοινωνία τους με τους υπόλοιπους.

Στην ηλικία των 14 ετών, οι σχολικές τους επιδόσεις χειροτέρευσαν, πολλά από τα παιδιά επέλεξαν να μην συνεχίσουν στην επόμενη τάξη. Οι καθηγητές τα

<sup>55</sup> Logan, C., Holcombe, E, Manlove, J. and Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing, A white paper*. Child Trends, Inc.

<sup>56</sup> Felipe Russo, N. (2002). *When Pregnancies are Unwanted*. Πρόσβαση από [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_ocr2.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr2.asp)

<sup>57</sup> Wright, K.N., Wright K.E. & Wilson, J.J. (1993). *Family Life, Delinquency and crime. A Policymaker's Guide. Research Summary. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention and the Bureau of Justice Assistance*. New York.

<sup>58</sup> Όπως παραπάνω

χαρακτήριζαν υπερκινητικά και λιγότερο κοινωνικά από τα υπόλοιπα παιδιά. Τα ανεπιθύμητα παιδιά ένιωθαν ότι είχαν απορριφθεί από τις μητέρες τους -περισσότερο από ότι τα επιθυμητά παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα- και γενικότερα η σχέση τους με τους γονείς τους χειροτέρευε συνεχώς με την πάροδο του χρόνου.

Στην ηλικία των 23 ετών τα ανεπιθύμητα παιδιά έδειχναν μια μεγαλύτερη κλίση προς τα κοινωνικά προβλήματα, την εγκληματικότητα και είχαν τριπλάσιες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν επανειλημμένα, αδικήματα τα οποία απαιτούσαν φυλάκιση. Όταν ρωτήθηκαν σχετικά με το πόσο ευτυχημένοι νιώθουν ανέφεραν πολύ έντονη δυσαρέσκεια, δυστυχία, προβλήματα και ανησυχίες σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα. Ανέφεραν ότι έχουν ανεπαρκής σχέσεις με τους γονείς τους και γνώριζαν ότι οι γονείς τους είναι δυσαρεστημένοι από αυτούς. Επιπλέον, ανέφεραν επανειλημμένες απογοητεύσεις στις ερωτικές τους σχέσεις.<sup>59</sup>

Οι έμμεσες επιδράσεις του πρώιμου ψυχικού τραύματος διασαφηνίζονται όταν τα ανεπιθύμητα παιδιά παντρεύονται και γίνονται γονείς. Όσοι παντρεύτηκαν -ενώ συμμετείχαν στην έρευνα- αναφέρουν ότι ο γάμος τους δεν ήταν ικανοποιητικός, οι εγκυμοσύνες τους συχνά ήταν ανεπιθύμητες και οι μητέρες χρειαζόντουσαν πολύ περισσότερο χρόνο για να αναπτύξουν μια στενή σχέση με το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

Τα αποτελέσματα από τις παραπάνω έρευνες αποδεικνύουν πως η πρόωρη απόρριψη μπορεί να γίνει το επίστρωμα για ολόκληρη ζωή.

#### **2.2.4. ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η γέννηση «ανεπιθύμητων παιδιών» έχει συνδεθεί με μια ποικιλία κοινωνικών προβλημάτων. Οι πιο σημαντικές είναι:

**1) Το διαζύγιο.** Όπως αναφέραμε εάν μια γυναίκα τελέσει ένα πρόωρο γάμο επειδή έμεινε έγκυος τότε υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες αυτός ο γάμος να καταλήξει σε διαζύγιο. Επιπλέον παιδιά που προέρχονται από ανεπιθύμητη

---

<sup>59</sup> David, H.P. (1992). *Born Unwanted: Long-term developmental effects of denied abortion. Journal of Social Issues.*

εγκυμοσύνη σαν ενήλικοι έχουν περισσότερες πιθανότητες ο γάμος τους να καταλήξει σε διαζύγιο.

**2) Η φτώχεια.** Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων συμβαίνουν εκτός γάμου. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που γεννιούνται εκτός γάμου έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι φτωχά,

**3) Να αποβάλλονται συχνά από το σχολείο, να έχουν κακές επιδόσεις στα μαθήματα και λιγότερες φιλοδοξίες από την ζωή τους.**

**4) Βιώνοντας όλα τα παραπάνω, ένα ποσοστό αυτών των παιδιών καταλήγουν να έχουν μια παραβατική συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει και στην εγκληματικότητα.**<sup>60</sup>

**5) Παιδική κακοποίηση, παραμέληση, εγκατάλειψη.**

**6) Διακοπή της εκπαίδευσης** σε περίπτωση ανήλικης που αντιμετωπίζει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

**7) Κοινωνικός εξοστρακισμός** των γυναικών που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κυρίως σε κλειστές κοινωνίες, κάποιες φορές διότι πραγματοποιήθηκε άμβλωση κι άλλοτε διότι η μητέρα μεγαλώνει το μωρό χωρίς να έχει προηγηθεί γάμος.

**8) Αρνητικές συνέπειες στην οικογενειακή ζωή** (π.χ. σωματική και σεξουαλική κακοποίηση της γυναίκας).

**9) Πίεση στο σύστημα παιδικής πρόνοιας και τις συναφείς κοινωνικές υπηρεσίες,** συμπεριλαμβανομένων των δικαστηρίων ανηλίκων, τις υιοθεσίες/αναδοχές κ.α.. Αυτό προκύπτει σαν αποτέλεσμα του σχετικά αυξανόμενου κινδύνου της κακοποίησης και παραμέλησης ανηλίκου που προέρχεται από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καθώς επίσης και της παραβατικής συμπεριφοράς που είναι πιθανό να έχει.<sup>61</sup> Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει περισσότερες από μία άμβλώσεις έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν βοήθεια από το κράτος και ο λόγος είναι ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν με παιδί και χωρίς σύζυγο.<sup>62</sup>

Οι κοινωνικές συνέπειες της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης διαφέρουν ανά περιοχή κι ανά πολιτισμό. Η εγκυμοσύνη εμπεριέχει έντονους συμβολισμούς για την

---

<sup>60</sup> Felipe Russo, N. (2002). *When Pregnancies are Unwanted*. Πρόσβαση από [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_ocr2.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr2.asp)

<sup>61</sup> *Unwanted Pregnancy In Oklahoma*. Πρόσβαση από [http://www.ok.gov/health/documents/PRAMS\\_Unwanted%20Preg\\_96.pdf.pdf](http://www.ok.gov/health/documents/PRAMS_Unwanted%20Preg_96.pdf.pdf)

<sup>62</sup> Reardon, D. (compilation) *Abortion Risks and Complications. A List of Major Psychological Sequels of Abortion*. Πρόσβαση από <http://www.afterabortion.org/physica.html>



επιβεβαίωση της γονιμότητας και την πραγμάτωση της κοινωνικής αξίας της αναπαραγωγής, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες ορίζονται μέσα από την οικογενειακή και αναπαραγωγική τους θέση και ενσωματώνουν τους κοινωνικούς δεσμούς.<sup>63</sup> Έτσι, εάν μια νέα γυναίκα περιμένει να αποδείξει την γονιμότητα της σαν μέρος της διαδικασίας του γάμου, όπως σε κάποιες περιοχές της Αφρικής, ακόμα και η ανεπιθύμητη ή η απρογραμματίστη εγκυμοσύνη μπορεί να βελτιώσει την κοινωνική ζωή της γυναίκας και να επιταχύνει την διαδικασία του γάμου ή να της εξασφαλιστεί οικονομική στήριξη. Ειδικά για τις γυναίκες οι οποίες έχουν πολύ λίγες ή καθόλου ευκαιρίες για εκπαίδευση ή εργασία, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η ανατροφή του παιδιού, ακόμα κι εκτός γάμου, φαντάζει σαν την ιδανικότερη δίοδο για την ωριμότητα και την εκπλήρωση των στόχων τους.<sup>64</sup>

Αντιθέτως, πολλές κοινωνίες, κατακρίνουν τις νέες γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κι επιλέγουν να γεννήσουν το παιδί, και θεωρούν ότι οι συναισθηματικές και οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι αρμόζουσες. Για αυτό τον λόγο, πολλές οικογένειες επιλέγουν να παντρέψουν την κόρη τους όσο είναι ακόμα πολύ μικρή για να αποφύγουν την πιθανότητα να μείνει έγκυος εκτός γάμου. Σε περίπτωση που μείνει έγκυος πριν τον γάμο, είναι πιθανό να διωχθεί από το σπίτι ή να επιχειρήσει αυτοκτονία.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Αγραφιώτης, Δ., Καμπριάνη, Ε. (2003). *Φύλο και υγεία: Πολιτισμική δόμηση και ερμηνευτική των φάσεων της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών*. Πρακτικά Συνεδρίου: «Το φύλο, τόπος συνάντησης των επιστημών: Ένας πρώτος ελληνικός απολογισμός».

<sup>64</sup> Anonymous. (1995). *Social and economic consequences of early childbearing. Population Reports. Volume XXIII, Number 3. USA.*

<sup>65</sup> Lema, V.M., Makokha, A.E., Sanghvi, H.C.G., and Wanjala, S.H.M. (1991) *A review of the medical aspects of adolescent fertility in Kenya.* Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ



### ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ – ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

### **3.1. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

#### **3.1.1. ΑΠΟΧΗ**

Αποχή είναι η **πλήρης αποφυγή των σεξουαλικών σχέσεων**.<sup>66</sup> Η αποχή για κάποιους ανθρώπους μπορεί να σημαίνει αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά την διάρκεια όλης τους της ζωής ενώ για κάποιους άλλους μπορεί να σημαίνει αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων για κάποιο περιορισμένο χρονικό διάστημα ή με κάποιο συγκεκριμένο άτομο. Όποια κι αν είναι όμως η ερμηνεία που δίνει ο καθένας στην αποχή θα πρέπει για όλους να είναι μια συνειδητή επιλογή και όχι η μόνη διέξοδος λόγω άγνοιας, φόβου ή παραπληροφόρησης.

Όταν, λοιπόν, ένα άτομο αποφασίζει να μην έχει σεξουαλικές επαφές θα πρέπει να είναι βέβαιο για την απόφασή του. Σε κάποιες σχέσεις ο/η σύντροφος δεν θα κατανοήσει αυτή την επιθυμία και είναι πιθανόν να προσπαθήσει να μεταπείσει τον/την σύντροφό του.

Η αποχή δεν είναι η μοναδική λύση διότι οι νέοι άνθρωποι δεν πρέπει να απέχουν από το σεξ για να προστατευτούν. Είναι όμως η μόνη επιλογή που προστατεύει 100% από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά παράλληλα είναι και μια επιλογή αρκετά δύσκολη και χρειάζεται μεγάλη πειθαρχία για την εφαρμογή της.

#### **3.1.2. ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

Η άλλη επιλογή είναι να έχουν **σεξουαλικές σχέσεις με υπευθυνότητα**.<sup>67</sup> Αυτή η επιλογή προϋποθέτει σωστή πληροφόρηση για την σεξουαλική πράξη, τις μεθόδους αντισύλληψης, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και την επείγουσα αντισύλληψη. Στην περίπτωση λοιπόν, που οι νέοι επιλέγουν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις, τότε έχουν υποχρέωση, κυρίως προς τον εαυτό τους αλλά και ως προς τον σύντροφο τους, να χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο που να είναι όσο

<sup>66</sup> Ποιες είναι λοιπόν οι επιλογές σου... Πρόσβαση από <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/UserFiles/documents/PWOMEN.pdf>

<sup>67</sup> Όπως παραπάνω

το δυνατόν πιο αποτελεσματική και αποδεκτή κι από τους δύο. Αυτό που πρέπει να γνωρίζουν και τα δύο μέλη ενός ζευγαριού είναι ότι **η χρήση αντισύλληψης είναι και δικαίωμα αλλά και υποχρέωσή τους.**

Με τον όρο αντισύλληψη περιγράφονται τα μέσα και οι τεχνικές που επιτυγχάνουν να αναστείλουν τη γονιμότητα με τρόπο παροδικό και αναστρέψιμο. Ο ρόλος της έχει πολυδιάστατη μορφή: προληπτική, θεραπευτική και κοινωνική.<sup>68</sup>

Επίσης το θέμα της αντισύλληψης προβληματίζει το ζευγάρι και επιβαρύνει την ίδια τη σχέση. Το πώς βιώνεται ο ανδρικός ή ο γυναικείος ρόλος σε σχέση με την αντισύλληψη έχει επίσης σημασία. Το όλο θέμα της αντισύλληψης έχει άμεση σχέση και με τη συνειδητοποίηση. Το να συνειδητοποιήσει κανείς όλες τις πτυχές του προβλήματος είναι το πρώτο βήμα για να σκεφτεί πως θα ενεργήσει προληπτικά.

Η χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, όπως θα δούμε, μας προστατεύει κατά ένα μεγάλο ποσοστό από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Όμως πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ότι δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σίγουροι για καμία μέθοδο όσον αφορά την ασφάλεια της διότι η αποτυχία της δεν εξαρτάται μόνο από την μέθοδο ή/ και την λανθασμένη χρήση της αλλά και από παράγοντες οι οποίοι δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι διακρίνονται στις φυσικές μεθόδους, στις μεθόδους φραγμού ή μηχανικά μέσα αντισύλληψης, στην ορμονική αντισύλληψη και σε άλλες χειρουργικές μεθόδους.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υιοθέτηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου είναι:

- Να επιτρέπει φυσιολογική σεξουαλική επαφή και να παρεμποδίζει τη σύλληψη.
- Να μην έχει δυσμενή επίδραση στη σωματική υγεία και την ψυχική διάθεση του ζευγαριού.
- Η δράση της στην ικανότητα σύλληψης να μην είναι μόνιμη αλλά αναστρέψιμη.
- Να είναι απλή και εύχρηστη.

Οι προϋποθέσεις αυτές δεν είναι πάντα εξασφαλισμένες. Συχνά υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις στην αποτελεσματικότητα μεταξύ δύο ή περισσότερων

---

<sup>68</sup> Ρούπα – Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

αντισυλληπτικών μεθόδων. Για καμία μέθοδο δεν υπάρχει απόλυτα καθορισμένο ποσοστό αποτυχίας.<sup>69</sup>

Το κάθε ζευγάρι πέραν από την επιλογή της ιδανικής για εκείνο μεθόδου, θα πρέπει να προετοιμαστεί υπεύθυνα και για το πώς θα αντιμετωπίσει μια απρογραμματίστη ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε περίπτωση αποτυχίας των αντισυλληπτικών μεθόδων. Ένας γιατρός ή ένας ειδικός σύμβουλος μπορεί να ενημερώσει σωστά και υπεύθυνα το ζευγάρι. Να είμαστε όμως ενήμεροι ότι η επείγουσα αντισύλληψη δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Έτσι κάθε ζευγάρι πρέπει να συζητήσει με σοβαρότητα, με σεβασμό και κατανόηση για τις επιλογές που του μένουν αν αποτύχει και η επείγουσα αντισύλληψη.<sup>70</sup>

### 3.1.2.1. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

#### 1. Περιοδική αποχή

Η αποχή από τις σεξουαλικές επαφές είναι μια μέθοδος που εδώ και πολλούς αιώνες ο άνθρωπος χρησιμοποιεί για να αποφύγει τις κυήσεις. Ο τρόπος χρήσης αυτής της μεθόδου εξαρτάται από την ικανότητα του ζευγαριού να προσδιορίσει με ακρίβεια τη γόνιμη περίοδο του έμμηνου κύκλου και να αποφύγει τις σεξουαλικές επαφές κατά τη διάρκειά της.<sup>71</sup>

Η σωστή εκμάθηση της μεθόδου μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για αντισύλληψη (αποφυγή επαφών κατά τη γόνιμη περίοδο), όσο και αύξηση της γονιμότητας (επαφές κατά τη γόνιμη περίοδο).

Η σωστή χρήση της μεθόδου παρουσιάζει καλή αντισυλληπτική δράση 70– 85% και η εφαρμογή της μπορεί να διακοπεί όποτε το θελήσει το ζευγάρι.<sup>72</sup>

Παρόλα αυτά είναι μια μέθοδος η οποία είναι δύσκολη στην εφαρμογή της διότι :

- ✓ Η διάρκεια της περιοδικής αποχής είναι σχετικά μεγάλη και διαρκεί 8-16 ημέρες σε κάθε κύκλο.

<sup>69</sup> Ρούπα – Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>70</sup> Βασιλικάκη, Ρ., Νικολουδάκη, Μ., Φραγκέδη, Σ. (2004). *Έρευνα για την αντισύλληψη (μέθοδοι-εφαρμογή τους- ενημέρωση του πληθυσμού). Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας*. Ηράκλειο.

<sup>71</sup> Serfaty D. (2001). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

<sup>72</sup> Χρυσικόπουλος Α. (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

- ✓ Η έλλειψη συνεργασίας και πειθαρχίας στο ζευγάρι καθιστά αδύνατη τη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου.
- ✓ Αρκετές γυναίκες δεν μαθαίνουν πότε να καθορίσουν την αρχή και το τέλος της γόνιμης περιόδου τους.

Η μέθοδος αυτή δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και από τον ιό του AIDS.<sup>73</sup>

## **2. Διακοπή της σεξουαλικής πράξης (διακοπτόμενη συνουσία)**

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μέθοδο ακριβώς πριν την εκσπερμάτιση ο άνδρας αποτραβιέται (έξοδος του πέους από τον κόλπο). Κατά τον τρόπο αυτό, δεν εισέρχεται το σπέρμα μέσα στο γυναικείο κόλπο και επομένως δεν μπορεί να φτάσει κανένα από τα σπερματοζωάρια ως το ωάριο για να γίνει η σύλληψη.<sup>74</sup>

Είναι μια εύχρηστη μέθοδος με ποσοστό επιτυχίας 70-80%, η οποία δεν απαιτεί οικονομική επιβάρυνση και αποτελεί μια επιλογή για όσους δεν επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό.

Παρόλα αυτά η διακοπή της σεξουαλικής πράξης και ο φόβος, στερεί την πλήρη σεξουαλική ικανοποίηση από το ζευγάρι. Η μέθοδος αυτή είναι πιθανό να είναι καταπιεστική για τον άνδρα και δυσάρεστη για τη γυναίκα. Επιπλέον υπάρχει μεγάλη πιθανότητα για σύλληψη εάν η εκσπερμάτιση γίνει πολύ κοντά στον κόλπο της γυναίκας. Μια νέα επαφή μετά από την πρώτη εκσπερμάτιση μεγαλώνει επίσης τους κινδύνους για σύλληψη, επειδή συχνά μένουν σπερματοζωάρια στο πέος. Οι περισσότερες αποτυχίες οφείλονται κυρίως σε μη έγκαιρη απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο.<sup>75</sup>

## **3. Μέθοδος του ρυθμού ή ημερολογιακή μέθοδος**

Η μέθοδος αυτή είναι η πρώτη μέθοδος υπολογισμού της γόνιμης περιόδου και η πιο διαδεδομένη, το ποσοστό επιτυχίας της είναι 75-80%.<sup>76</sup>

<sup>73</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>74</sup> Ρούπα – Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>75</sup> Όπως παραπάνω

<sup>76</sup> Serfaty D., (2001). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Για τον υπολογισμό της γόνιμης περιόδου η γυναίκα αφαιρεί 18 ημέρες από το σύνολο των ημερών του μικρότερου σε διάρκεια κύκλου, με αυτό τον τρόπο καθορίζει πότε αρχίζει η γόνιμη περίοδος. Τέλος, εάν αφαιρέσει 11 ημέρες από το σύνολο των ημερών της διάρκειας του μεγαλύτερου κύκλου, καθορίζει πότε τελειώνει η γόνιμη περίοδος.<sup>77</sup>

Αυτή η μέθοδος είναι εύχρηστη σε γυναίκες με σταθερό κύκλο και δεν απαιτείται οικονομική επιβάρυνση. Επιπλέον, ο προσδιορισμός της γονιμότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για την αντισύλληψη όσο και για τη σύλληψη.

Η γυναίκα όμως, πρέπει να θυμάται ακριβώς τη γόνιμη περίοδο και να γνωρίζει ότι υπάρχει πιθανότητα ακόμα και με σταθερό κύκλο να παρουσιάσει ανωμαλία του κύκλου (π.χ. για συγκινησιακούς λόγους ή σε μεγάλα ταξίδια).<sup>78</sup>

#### **4.Μέθοδος της θερμοκρασίας του σώματος**

Η μέθοδος βασίζεται στην ιδιότητα της προγεστερόνης, η οποία αμέσως μετά την ωοθυλακιορρηξία ανεβάζει τη θερμοκρασία του σώματος από 4 μέχρι 6 δέκατα του βαθμού. Η θερμοκρασία παραμένει με μικρές αυξομειώσεις υψηλή για τις επόμενες 13-14 ημέρες. Οι σεξουαλικές επαφές επιτρέπονται 3 ημέρες μετά την τελική άνοδο της θερμοκρασίας μέχρι την εμφάνιση της επόμενης έμμηνης ρύσης (άγνη περίοδος).<sup>79</sup>

Είναι ακίνδυνη και οικονομική μέθοδος με ποσοστό επιτυχίας 91-98%. Είναι εύκολη στην υλοποίησή της αν και κάποιες φορές ο προσδιορισμός της θερμοκρασίας γίνεται με δυσκολία διότι μερικές φορές η άνοδος της θερμοκρασίας γίνεται σταδιακά με 1-2 δέκατα την ημέρα. Μικρές αδιαθεσίες είναι πιθανό να αυξήσουν για μερικά δέκατα τη θερμοκρασία και να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι άρχισε η άγνη περίοδος όπου επιτρέπονται οι σεξουαλικές επαφές.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί μεθοδικότητα, ακρίβεια και συνεργασία και των δύο συντρόφων καθώς και μεγάλης διάρκειας αποχή.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>78</sup> Ρούπα – Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

<sup>79</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>80</sup> Όπως παραπάνω

## 5. Έκκριση της τραχηλικής βλέννας

Η εν λόγω μέθοδος στηρίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της σύστασης και της ποσότητας της τραχηλικής βλέννας. Η τραχηλική βλέννα 2-3 ημέρες πριν την ωορρηξία μετατρέπεται αρχικά σε διαυγή, λεπτή, άφθονη, γλοιώδη και σχηματίζει χορδές. Κατά τις μη γόνιμες ημέρες όμως η σύσταση της βλέννας γίνεται πηχτή, αδιαφανής και υπάρχει λιγοστή έκκριση.<sup>81</sup>

Οι γυναίκες, οι οποίες έχουν αυξημένες κοιλικές εκκρίσεις οφειλόμενες σε κολπίτιδα αδυνατούν να διακρίνουν τις αλλαγές της τραχηλικής βλέννας και οι γυναίκες στις οποίες η εμμηνορρυσία διαρκεί πολλές ημέρες, χάνουν τις αντίστοιχες ημέρες ελεύθερων επαφών της πρώτης φάσης.<sup>82</sup>

Ποσοστό επιτυχίας 70-98%.

## 6. Γαλουχία

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την παρούσα αντισυλληπτική μέθοδο είναι οι ακόλουθες: Η γαλουχία πρέπει να αρχίσει τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και να είναι πλήρης, δηλαδή η μητέρα να θηλάζει το νεογνό κανονικά προσφέροντάς του το 85% της διατροφής του. Το νεογνό να μην είναι μικρότερο από 6 μήνες σε ηλικία και να μην εμφανισθεί η έμμηνος ρύση νωρίτερα από τους 6 μήνες.

Εάν τηρηθούν οι παραπάνω προϋποθέσεις, η γαλουχία και πιθανότατα η αντισύλληψη να έχει διάρκεια περισσότερο από 6 μήνες και να φθάσει μέχρι και 12 μήνες μετά τον τοκετό. Η αντισυλληπτική δράση δεν είναι σίγουρη μετά τους 6 μήνες από τον τοκετό ή εάν εμφανισθεί νωρίτερα η έμμηνος ρύση.

Ο μηχανισμός αντισυλληπτικής δράσης εφαρμόζεται μέσω της έκκρισης μιας ορμόνης της προλακτίνης, η οποία διατηρεί την παραγωγή του γάλακτος ενώ παράλληλα εμποδίζει την ωοθυλακιορρηξία.<sup>83</sup>

Αυτή η μέθοδος, δεν προστατεύει από μολύνσεις και από τον ιό του AIDS και εάν η μητέρα μολυνθεί με τον ιό του AIDS, υπάρχει μικρή πιθανότητα να μολύνει και το νεογνό με το γάλα.<sup>84</sup>

Ποσοστό επιτυχίας 40%.

<sup>81</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>82</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>83</sup> Όπως παραπάνω

<sup>84</sup> Χρυσικόπουλος Α. (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ



## 7. Συνδυασμός περισσότερων μεθόδων

Η μέθοδος αυτή συνδυάζει δύο ή περισσότερες μεθόδους υπολογισμού των γόνιμων ημερών, όπως την παρατήρηση των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας, το διάγραμμα της βασικής θερμοκρασίας του σώματος, την παρατήρηση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν των ωοθυλακιορρηξία (για παράδειγμα πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς, αιμορραγία) και το στατιστικό υπολογισμό της μεθόδου του ρυθμού. Η ταυτόχρονη χρήση περισσότερων μεθόδων προσδιορισμού της γόνιμης περιόδου δίνει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Η αποχή από τις σεξουαλικές επαφές αρχίζει σύμφωνα με την πρώτη μέθοδο, που συνήθως είναι η ημερολογιακή μέθοδος ή η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας και ολοκληρώνεται σύμφωνα με την τελευταία μέθοδο που συνήθως είναι η μέθοδος της βασικής θερμοκρασίας του σώματος ή η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας.<sup>85</sup>

## 8. Ανίχνευση γόνιμων ημερών

Τελευταία έχουν κυκλοφορήσει ηλεκτρονικές συσκευές που προσδιορίζουν, όπως ισχυρίζονται οι κατασκευαστές τους, με ακρίβεια τη γόνιμη φάση του κύκλου με στόχο τον προσδιορισμό του πιθανού χρόνου σύλληψης. Η αξιοπιστία της συγκεκριμένης μεθόδου είναι υψηλή και το πλεονέκτημά της έγκειται στο ότι δεν βασίζεται σε ορμονική ή χημική παρέμβαση στο γυναικείο σώμα.

Η χρήση της μεθόδου είναι ακίνδυνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για ασταθείς κύκλους.<sup>86</sup>

## 9. Πλύσεις μετά τη συνουσία

Το νερό, το ξύδι και διάφορα προϊόντα γυναικείας υγιεινής έχουν χρησιμοποιηθεί για πλύσεις μετά τη συνουσία. Θεωρητικά, οι πλύσεις ξεπλένουν το σπέρμα από τον κόλπο και οι διάφορες ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι πιθανό να έχουν σπερματοκτόνες ιδιότητες. Η μέθοδος αυτή όμως θεωρείται αναποτελεσματική (ποσοστό επιτυχίας έως 60%), διότι το σπέρμα βρίσκεται στην τραχηλική βλέννα για 90 δευτερόλεπτα από την εκσπερμάτιση.<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Serfaty D. (2001). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

<sup>86</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>87</sup> Όπως παραπάνω

### **3.1.2.2. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ Ή ΜΗΧΑΝΙΚΑ ΜΕΣΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

Φραγμός στην αντισύλληψη σημαίνει η διακοπή, με οποιονδήποτε τρόπο, της επικοινωνίας των γεννητικών συστημάτων του άνδρα (εκσπερμάτιση – σπερματοζωάρια) και της γυναίκας (κόλπος). Στα συστήματα φραγμού ανήκουν το ανδρικό και το γυναικείο προφυλακτικό και οι κολπικές μέθοδοι αντισύλληψης.<sup>88</sup>

#### **1. Ανδρικό προφυλακτικό**

Κάθε προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιηθεί μόνο μια φορά ενώ δεν έχει καμία ορμονική επίδραση και η χρήση του μπορεί να διακοπεί κάθε στιγμή κατά βούληση.

Ο τρόπος δράσης συνίσταται στο ότι το σπέρμα συλλέγεται μέσα σε ειδική θήκη του προφυλακτικού, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η διέλευση των σπερματοζωαρίων στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας.

Επιπρόσθετα, προστατεύει με αποτελεσματικό τρόπο από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS καθώς και από μολύνσεις των σεξουαλικών συστημάτων και των δύο φύλων. Είναι μια εύχρηστη μέθοδος με χαμηλό κόστος.

Η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου αντισύλληψης κυμαίνεται γύρω στο 96% και προσεγγίζει το 100% αν προστεθούν σπερματοκτόνες ουσίες.<sup>89</sup>

#### **2. Γυναικείο προφυλακτικό**

Το γυναικείο προφυλακτικό έχει σχήμα (φαρδύ κύλινδρο) που μπορεί να προσαρμόζεται φυσιολογικά καλύπτοντας εσωτερικά την περιφέρεια του κόλπου. Διαθέτει ένα εύκαμπτο δακτύλιο πολυουρεθάνης σε κάθε του άκρη. Ο ένας από τους δακτυλίους βρίσκεται μέσα στη θήκη, στην άκρη του προφυλακτικού, και έχει ένα μηχανισμό παρεμβολής και εσωτερικής «άγκυρας». Ο άλλος δακτύλιος αποτελεί την εξωτερική άκρη της θήκης και μένει έξω από τον κόλπο.<sup>90</sup>

Είναι ένα προϊόν που αποτελεί για τις γυναίκες μια ελεγχόμενη μηχανική μέθοδο προστασίας τους από την εγκυμοσύνη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό του AIDS.

<sup>88</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>89</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>90</sup> Όπως παραπάνω

Η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης μεθόδου αγγίζει το 95% αλλά είναι σχετικά δυσεύρετο και ακριβό σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό.<sup>91</sup>

### **3.Σπερματοκτόνες ουσίες**

Είναι χημικές ουσίες, οι οποίες τοποθετούνται στον κόλπο και καταστρέφουν ή αδρανοποιούν τα σπερματοζώαρια. Οι μορφές τους είναι οι ακόλουθες: κολπικά χάπια και υπόθετα, κολπική κρέμα ή ζελέ και κολπικός αφρός. Η τοποθέτησή τους στον κόλπο γίνεται λίγο πριν τη σεξουαλική επαφή και κάθε τοποθέτηση ισχύει για μια εκσπερμάτιση. Η δράση τους ισχύει για εξήντα περίπου λεπτά και είναι δυνατή η επαναληπτική τοποθέτηση. Η αποτελεσματικότητά τους ως προς το αντισυλληπτικό αποτέλεσμα είναι 80%. Συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλη αντισυλληπτική μέθοδο, κυρίως το προφυλακτικό, το διάφραγμα και τον κολπικό σπόγγο, οπότε η αποτελεσματικότητά πλησιάζει το 100%.<sup>92</sup>

Προστατεύουν από αρκετά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά οι χημικές ουσίες μέσω του κόλπου απορροφούνται εν μέρει από το σώμα. Ωστόσο επιβλαβής επίδραση για τον οργανισμό δεν διαπιστώθηκε μέχρι τώρα.<sup>93</sup>

### **4.Αντισυλληπτικός σπόγγος**

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ένας στρογγυλός και πεπλατυσμένος σπόγγος που στη μια πλευρά έχει μια εσοχή για να εφαρμόζει στον τράχηλο της μήτρας και στην άλλη πλευρά έχει μια λαβή που βοηθάει στην αφαίρεσή του. Περιέχει σπερματοκτόνο ουσία και έχει μια κορδέλα πλαστικού για την εύκολη εξαγωγή του αν και είναι πιθανή η ύπαρξη δυσκολιών ως προς την αφαίρεση του.

Ο τρόπος δράσης της μεθόδου είναι τριπλός: απελευθέρωση σπερματοκτόνου, απορρόφηση του σπέρματος και θεωρητικά έμφραξη του στομίου του τραχήλου. Η δράση του είναι άμεση, εφόσον είναι αποτελεσματικός από τη στιγμή της εισαγωγής του και διαρκεί για 24 ώρες όποιος και αν είναι ο αριθμός των σεξουαλικών επαφών. Έχει σχετικά υψηλό κόστος και αποτελεσματικότητας έως 85%.<sup>94</sup>

<sup>91</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>92</sup> Πατσαλίδης, Α. (2007). *Μέθοδοι αντισύλληψης, Μέθοδοι φραγμού*. Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

<sup>93</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>94</sup> Serfaty D. (2001). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Παρέχει προστασία από μερικά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.<sup>95</sup>

## **5. Κολπικό διάφραγμα**

Πρόκειται για έναν εύκαμπτο δίσκο από latex σε ημισφαιρικό σχήμα που περιβάλλεται από ένα επίσης εύκαμπτο δακτύλιο. Ο δακτύλιος και το διάφραγμα εισάγεται τόσο βαθιά ώστε να καλύψει τον τράχηλο της μήτρας.<sup>96</sup>

Στην κοιλότητα του διαφράγματος τοποθετείται σπερματοκτόνος ουσία. Το διάφραγμα τοποθετείται δύο ή τρεις ώρες πριν τη σεξουαλική επαφή και μετά από τρεις ώρες είναι απαραίτητο να τοποθετείται εκ νέου σπερματοκτόνος ουσία.

Προστατεύει από δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας και από πυελικές λοιμώξεις όμως είναι πιθανός ο κίνδυνος για ουρολοιμώξεις και ο κολπικός ερεθισμός από το ελαστικό.<sup>97</sup>

Τέλος, το διάφραγμα δεν πρέπει να αφαιρείται για 8 ώρες μετά από την τελευταία επαφή, διότι μόνο έτσι λειτουργεί σωστά η αντισυλληπτική ουσία με το ποσοστό επιτυχίας να φτάνει το 90%.<sup>98</sup>

## **6. Τραχηλική καλύπτρα**

Η τραχηλική καλύπτρα αποτελεί κάλυμμα του τραχήλου της μήτρας. Μοιάζει με μια μεγάλη λαστιχένια δακτυλήθρα με απαλό, ελαστικό θόλο και σταθερή στεφάνη. Για την εφαρμογή της είναι απαραίτητη η χρήση σπερματοκτόνου, τοποθετείται δηλαδή μικρή ποσότητα στο θόλο της και η καλύπτρα εφαρμόζεται πάνω από τον τράχηλο. Για παραπάνω σεξουαλικές επαφές δεν είναι αναγκαία περισσότερη σπερματοκτόνος ουσία. Είναι απαραίτητη η παραμονή της για οχτώ ώρες στη θέση της μετά την τελευταία σεξουαλική πράξη, προκειμένου να είναι αποτελεσματική (αποτελεσματικότητα 70-85%).<sup>99</sup>

Σε μακροχρόνια χρήση της συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου παράγεται δύσοσμη έκκριση, τραυματισμός ή λοιμώξεις.<sup>100</sup>

---

<sup>95</sup> Serfaty D. (2001). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

<sup>96</sup> Χρυσικόπουλος Α. (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>97</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>98</sup> Όπως παραπάνω

<sup>99</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>100</sup> Όπως παραπάνω

### 3.1.2.3 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αυτά που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνου-προγεστερόνης, ή μόνο προγεστερόνης, σε διάφορες μορφές. Η επιλογή του σκευάσματος εξαρτάται από τις προτιμήσεις της ίδιας της γυναίκας, όπως και από τους λόγους και το χρόνο αποφυγής κήσεως. Οι ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης προκαλούν αναστολή/καταστολή της ωορρηξίας, πύκνωση και αραίωση της τραχηλικής βλέννας και πτώση της δεκτικότητας του ενδομητρίου.<sup>101</sup>

#### 1. Συνδυασμένα αντισυλληπτικά (κλασσικό χάπι – pill)

Το αντισυλληπτικό χάπι αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης και η αποτελεσματικότητά του προσεγγίζει το 99% εφόσον χρησιμοποιούνται σωστά. Το χάπι περιέχει συνθετικά οιστρογόνα και προγεστερόνη τα οποία επεμβαίνουν στις γυναικείες ορμόνες. Η σωστή επιλογή χαπιού γίνεται με τη συμβουλή ιατρού, ο οποίος θα ελέγξει πιθανές αντενδείξεις. Κύριος μηχανισμός δράσης είναι η αναστολή/καταστολή της ωοθυλακιορρηξίας.<sup>102</sup>

Τα αντισυλληπτικά αυξάνουν τη σεξουαλική ευχαρίστηση, εφόσον δεν υπάρχει πια το άγχος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και με την διακοπή τους επανέρχεται άμεσα η γονιμότητα. Επιπλέον, ελαττώνουν τον κίνδυνο για καλοήθεις νεοπλασίες του μαστού, καρκίνο ωοθηκών, κύστεων των ωοθηκών, ενδομητρίου και πυελικών φλεγμονών. Συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση συμπτωμάτων δυσμηνόρροιας (πόννοι έμμηνου ρύσης), ακμής, αναιμίας καθώς και στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών.<sup>103</sup>

Από την άλλη μεριά, παρουσιάζουν και κάποια μειονεκτήματα όπως: εμφάνιση ναυτίας και κεφαλαλγιών, μικρή αύξηση του σωματικού βάρους, ενοχλήσεις και ευαισθησία στους μαστούς, αυξημένη νευρικότητα, συμπτώματα κατάθλιψης και ελάττωση της libido. Δεν προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS.

<sup>101</sup> Πατσαλίδης, Α. (2007). *Μέθοδοι αντισύλληψης-Ορμονική αντισύλληψη*. Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

<sup>102</sup> Όπως παραπάνω

<sup>103</sup> Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής Αντισύλληψης. Ημερομηνία πρόσβασης 31/07/2008 από <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>.

Το χάπι πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων και καπνιστριών (ιδιαίτερα άνω των 30 ετών).<sup>104</sup>

## **2. Αντισυλληπτικά χάπια μόνο με προγεστερόνη (μικρό χάπι – mini pill)**

Τα χάπια αυτά δεν περιέχουν οιστρογόνα αλλά μόνο προγεστερόνη. Δεν εμποδίζουν την ωορρηξία. Προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα του μικρού χαπιού είναι η απόλυτα ακριβής λήψη σε ρυθμό 24 ωρών. Σε περίπτωση που γίνεται λάθος στη λήψη η δραστηριότητα μειώνεται και αυξάνεται σε μεγάλο ποσοστό η πιθανότητα εγκυμοσύνης.<sup>105</sup>

Έχουν υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας (δεν προστατεύουν από εξωμήτρια κύηση) και οι παρενέργειες της προγεστερόνης (ακμή, αύξηση σωματικού βάρους, κατάθλιψη) είναι μειωμένες λόγω της μικρότερης περιεκτικότητάς τους στην ορμόνη. Βελτιώνουν κι αυτά τις καλοήθεις παθήσεις του μαστού και προστατεύουν από τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.

Χορηγούνται σε γυναίκες που έχουν αντένδειξη για κάποιο λόγο να πάρουν οιστρογόνα και μπορούν να χορηγηθούν κι αμέσως μετά τον τοκετό χωρίς καμία παρενέργεια για το νεογνό και το θηλασμό.<sup>106</sup>

## **3. Επείγουσα αντισύλληψη (το χάπι της επόμενης ημέρας)**

Η επείγουσα αντισύλληψη αποτελεί μια συμπληρωματική, έκτακτη και περιστασιακή μέθοδο αντισύλληψης που χρησιμοποιείται όταν αποτύχει η τακτική αντισύλληψη που εφαρμόζει το ζευγάρι.

Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται μέσα στο πρώτο εικοσιτετράωρο από την επαφή. Η χορήγησή του γίνεται για την παρεμπόδιση της σύλληψης και της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο με αποτελεσματικότητα έως 90%. Το χάπι αυτό αδυνατεί να δράσει έναντι μιας ήδη εδραιωμένης

<sup>104</sup>Χρυσικόπουλος Α.(2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>105</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>106</sup> Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής Αντισύλληψης. Ημερομηνία πρόσβασης 31/07/2008 από <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>.

εγκυμοσύνης, για αυτό το λόγο θα πρέπει να χορηγείται όσον το δυνατόν συντομότερα από την ελεύθερη σεξουαλική επαφή.<sup>107</sup>

Πιθανή παρουσία κεφαλαλγίας, ζάλης και ναυτίας μετά τη λήψη του χαπιού. Επίσης, υπάρχει περίπτωση να μην παρουσιαστεί έμμηνος ρύση. Έτσι, η γυναίκα θα πρέπει να κάνει τεστ εγκυμοσύνης μέσα στις δύο επόμενες εβδομάδες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης ημέρας. Εάν προκύψει εγκυμοσύνη, το έμβρυο διατρέχει σοβαρούς κινδύνους δυσπλασιών.<sup>108</sup>

#### **4.Ενέσιμα αντισυλληπτικά**

Πρόκειται για αντισύλληψη που χορηγείται με ενέσεις και η αποτελεσματικότητά της διαρκεί δύο ή τρεις μήνες (ποσοστό επιτυχίας 98%). Η ένεση περιλαμβάνει διάφορες μορφές προγεστερόνης. Η δράση τους μπορεί να διαρκεί 2-3 μήνες και διατηρεί την τραχηλική βλέννα πηχτή εμποδίζοντας την είσοδο των σπερματοζωαρίων στον τράχηλο της μήτρας και εμποδίζοντας την ωορρηξία.<sup>109</sup>

Μειώνουν τον κίνδυνο έκτοπων κυήσεων και ανάπτυξης ινομώματος καθώς επίσης προφυλάσσουν από καρκίνο των ωοθηκών. Ωστόσο, δεν προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS και καθυστερούν την επάνοδο της γονιμότητας κατά 3 με 4 μήνες.

Υπάρχει πιθανότητα παρουσίας κεφαλαλγίας, τάση προς εμετό, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, κατάθλιψη και σε μερικές γυναίκες ενδέχεται να προκαλέσει τριχόπτωση και ακμή.<sup>110</sup>

#### **5. Δερματικά εμφυτεύσιμα αντισυλληπτικά**

Ο μηχανισμός δράσης των εμφυτευμάτων αυτών μεταβάλλει την τραχηλική βλέννα σε πηχτή και εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στον τράχηλο της μήτρας καθώς επίσης και την απελευθέρωση του ωαρίου (ωοθυλακιορρηξία). Τα εμφυτεύματα απαιτούν μικρή χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση και για την

---

<sup>107</sup> *Επείγουσα αντισύλληψη*. Ημερομηνία πρόσβασης 31/07/2008 από [http://www.femme.gr/emergency\\_contraception.htm](http://www.femme.gr/emergency_contraception.htm)

<sup>108</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

<sup>109</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>110</sup> Όπως παραπάνω

αφαίρεση τους και η δράση μπορεί να έχει διάρκεια πέντε ετών. Ποσοστό επιτυχίας 98%.<sup>111</sup>

Δεν προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS και είναι πιθανή η εμφάνιση παρενεργειών όπως αύξηση ή μείωση βάρους, κεφαλαλγία, αλλαγές διάθεσης.<sup>112</sup>

## **6. Κολπικός δακτύλιος**

Είναι ένας στρογγυλός δακτύλιος, ο οποίος τοποθετείται στον κόλπο και απελευθερώνει καθημερινά 15 mg οιστραδιόλη & 120 mg ετονογεστρέλη. Η παραμονή του στον κόλπο διαρκεί τρεις εβδομάδες και μετά αφαιρείται. Μετά από μια εβδομάδα χωρίς τον δακτύλιο τοποθετείται ένας καινούργιος.<sup>113</sup>

### **3.1.2.4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ**

#### **1. Μηχανικό σπείραμα**

Το ενδομήτριο σπείραμα είναι μια μικρή συσκευή μήκους 2 - 4 εκατοστών (cm) από εύκαμπτο πλαστικό ή συνδυασμό πλαστικού και μετάλλου που τοποθετείται από τον γιατρό μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, όπου μπορεί να παραμείνει για μερικά χρόνια (ανάλογα με το είδος) προσφέροντας αποτελεσματική αντισύλληψη. Το ενδομήτριο σπείραμα είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο αντισύλληψης μετά το χάπι.

Ο τρόπος δράσης του είναι η αναστολή της εμφύτευσης του κηήματος μέσα στη μήτρα. Τέλος προκαλεί συσπάσεις στις σάλπιγγες, οι οποίες αναταράσσονται από αυτές τις γρήγορες κινήσεις και καθιστούν το ωάριο λιγότερο λειτουργικό τη στιγμή που θα συναντηθεί με το σπερματοζωάριο.<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup> Πατσαλίδης Α., (2007). *Μέθοδοι αντισύλληψης - Ορμονική αντισύλληψη*. Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

<sup>112</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

<sup>113</sup> Πατσαλίδης Α., (2007) *Μέθοδοι αντισύλληψης - Ορμονική αντισύλληψη*. Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

<sup>114</sup> Όπως παραπάνω



## **2. Ορμονικό σπείραμα**

Το ορμονικό σπείραμα έχει διπλό μηχανισμό δράσης, μηχανικό όπως τα απλά σπείραματα αλλά και ορμονικό, για το λόγο αυτό η αποτελεσματικότητά του προσεγγίζει το 99.9%. Επιπλέον έχει το πλεονέκτημα ότι μειώνει τον αριθμό των ημερών της περιόδου καθώς και τη ποσότητα αίματος που χάνεται με τη περίοδο. Το ορμονικό σπείραμα φέρει μια δεξαμενή/ αντλία βραδείας απελευθέρωσης της προγεστερόνης, η οποία απελευθερώνει στον οργανισμό μια καθημερινή ποσότητα ορμόνης.<sup>115</sup>

### **Πλεονεκτήματα των σπειραμάτων**

- Έχουν μεγάλη αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα.
- Η γυναίκα απαλλάσσεται από την καθημερινή λήψη των αντισυλληπτικών χαπιών για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Η αποτελεσματικότητά τους δεν εξαρτάται από παράγοντες όπως η συμμόρφωση της γυναίκας, όπως γίνεται με τα αντισυλληπτικά χάπια.
- Γίνεται άμεση επάνοδος της γονιμότητας μετά την αφαίρεση του σπειράματος.
- Το σπείραμα δεν αλληλεπιδρά με άλλα φάρμακα.
- Ενδείκνυται η χρήση του κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

### **Μειονεκτήματα των σπειραμάτων**

- Ορισμένες γυναίκες αναφέρουν πόνο και μικρή αιμορραγία μετά την τοποθέτηση του ενδομήτριου σπειράματος. Τα συμπτώματα αυτά τις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδικά, όμως σε κάποιες γυναίκες ο πόνος είναι αρκετά ενοχλητικός, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε αφαίρεση του σπειράματος από τον γιατρό.
- Είναι αναγκαίος ο έλεγχος της θέσης του σπειράματος ανά εξάμηνο.
- Δεν προστατεύουν από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS.
- Αυξάνουν την πιθανότητα λοιμώξεων και φλεγμονών των εσωτερικών γεννητικών οργάνων (ενδομητρίτιδες, σαλπινγίτιδες), ιδιαίτερα σε γυναίκες με προϋπάρχουσες φλεγμονές του κόλπου.

---

<sup>115</sup> Πατσαλίδης, Α. (2007) Μέθοδοι αντισύλληψης- Ενδομητρικό σπείραμα. Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

- Υπάρχει πιθανότητα ιατρικού λάθους κατά την εισαγωγή του σπειράματος (τραυματισμός του τραχήλου της μήτρας, διάτρηση του σώματος της μήτρας).<sup>116</sup>

### 3. Στείρωση του άνδρα ή βαζεκτομή

Είναι μια μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος και θεωρείται κατάλληλη για το ζευγάρι που δεν επιθυμεί να αποκτήσει άλλα παιδιά (υπάρχει η δυνατότητα χειρουργικής αποκατάστασης των σπερματοφόρων πόρων αλλά είναι δύσκολη και όχι πάντοτε αποτελεσματική μέθοδος).<sup>117</sup>

Είναι μια απλή, χειρουργική μέθοδος. Με τη μέθοδο αυτή οι σπερματικοί πόροι που μεταφέρουν τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις στο πέος για εκσπερμάτιση απολινώνονται, ώστε το σπέρμα να αδυνατεί να φθάσει στο πέος.

Ο άνδρας δεν είναι στείρος αμέσως μετά την επέμβαση, διότι υπάρχει ένας αριθμός σπερματοζωαρίων πέρα από την εκτομή. Επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό για τρεις μήνες.<sup>118</sup>

Δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS.

### 4. Στείρωση της γυναίκας

Αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Κόβεται και αφαιρείται ένα κομμάτι της σάλπιγγας, περίπου 2 εκατοστών (cm) στο κέντρο της σάλπιγγας και στη συνέχεια ράβονται ξεχωριστά τα δύο μέρη. Έτσι, εμποδίζονται τα σπερματοζωάρια να έρθουν σε επαφή με το ωάριο και να το γονιμοποιήσουν. Η διακοπή μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Η μόνιμη απολίνωση των σαλπίγγων αποτελεί τελεσίδικη διακοπή των σαλπίγγων και διαρκεί για πάντα. Σε αυτή την περίπτωση η χειρουργική τεχνική που χρησιμοποιείται είναι η λαπαροσκόπηση (τοποθέτηση δακτυλίου ή clips στις σάλπιγγες). Μικρή πιθανότητα ύπαρξης παρενεργειών από τη χειρουργική επέμβαση.<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> Το σπιδάλ (ενδομητρικό σπείραμα). Ημερομηνία πρόσβασης 31/07/2008 από <http://www.femme.gr/spiral.htm>.

<sup>117</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

<sup>118</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

<sup>119</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

Απαιτεί μεγάλο οικονομικό κόστος για τη μόνιμη και επαναλαμβανόμενο για την πρόσκαιρη απολίνωση των σαλπίνγων.

Δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό του AIDS.<sup>120</sup>

### **3.2. ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

Οι γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συχνά νιώθουν αβέβαιες για το μέλλον της εγκυμοσύνης τους. Κυρίως, νιώθουν σύγχυση και ανησυχία. Μόλις τα αρχικά συναισθήματα υποχωρήσουν και αποφασίσουν να μιλήσουν με κάποιον που τις καταλαβαίνει (σύντροφος, γονείς, φίλοι κτλ.) θα αρχίσουν να σκέφτονται σοβαρά τις επιλογές που έχουν. Οι επιλογές αυτές περιλαμβάνουν:

- Γέννηση και ανατροφή του παιδιού εκτός γάμου
- Γάμος των γονέων και γέννηση του παιδιού
- Γέννηση και ανατροφή του παιδιού- σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης των γονέων
- Γέννηση του παιδιού και τοποθέτηση σε υιοθεσία ή αναδοχή
- Άμβλωση

Οι γυναίκες ήδη στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους παρατηρούν σημαντικές αλλαγές όπως και ψυχολογικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης καθώς αυξάνονται τα επίπεδα των ορμονών τους. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να κάνουν την διαδικασία λήψης απόφασης ακόμα πιο δύσκολη.

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την γυναίκα στην λήψη της απόφασης της είναι η ηλικία της, οι συνθήκες της ζωής της (π.χ. εργασία ή σπουδές), οι σχέσεις της με τον άντρα της ή με τον άντρα από τον οποίο έμεινε έγκυος, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η σύλληψη, το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει, οι αρχές και οι αξίες που έχει δεχθεί στη ζωή της καθώς και οι θρησκευτικές της αντιλήψεις.

---

<sup>120</sup> Χρυσικόπουλος Α., (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

### 3.2.1. ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ (ΑΓΑΜΗ ΜΗΤΕΡΑ)

Άγαμη μητέρα εννοούμε την άγαμη γυναίκα, που μεγαλώνει μόνη της τα παιδιά της, χωρίς να αποτελεί μέρος ενός ζευγαριού. Η άγαμη μητρότητα μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους. Μπορεί να επιλέχθηκε από την μητέρα (π.χ. ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εκτός γάμου) ή σαν αποτέλεσμα ενός απρόβλεπτου περιστατικού (όπως θάνατος ή εγκατάλειψη από τον πατέρα).<sup>121</sup>

Πάρα πολλοί παράγοντες μπορεί να επιδράσουν στην απόφαση της ανύπαντρης μητέρας να μεγαλώσει η ίδια το παιδί της ή να το δώσει για υιοθεσία. Οι λόγοι είναι συνήθως οικονομικοί, κοινωνικοί, συναισθηματικοί και επηρεάζουν την απόφαση της να ανακοινώσει την εγκυμοσύνη στους γονείς της και τον υποψήφιο πατέρα. Δεν είναι πάντοτε δυνατό να εκτιμήσουμε τη βαρύτητα του κάθε παράγοντα στην τελική απόφαση της μητέρας, διότι τα σχέδια της εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες.

Για πολλές γυναίκες η επιλογή της μητρότητας εκτός γάμου αποτελεί μια συνειδητή απόφαση στην οποία καταλήγουν μετά από μακρά διαδικασία επεξεργασίας. Για άλλες γυναίκες η απόφαση είναι πιο παρορμητική. Υπάρχουν ανύπαντρες μητέρες που είχαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και στη συνέχεια αποφάσισαν να κρατήσουν το παιδί και να το μεγαλώσουν μόνες τους.

Επιπλέον, υπάρχει η περίπτωση της άγαμης μητέρας «θύματος» συγκεκριμένων καταστάσεων για την οποία η εγκυμοσύνη δεν ήταν επιθυμητή. Η μητέρα αυτή έχει συνήθως δυσκολίες να τη βιώσει και στη συνέχεια να ασκήσει το γονεϊκό ρόλο της. Πρόκειται κυρίως για ανύπαντρες γυναίκες που δεν ήθελαν την εγκυμοσύνη, ούτε να κρατήσουν το παιδί, αλλά για διάφορους λόγους μπορεί να ήταν πολύ αργά για να κάνουν άμβλωση.<sup>122</sup> Αποτελεί μια από τις δυσκολότερες κοινωνικές περιπτώσεις για τα ελληνικά δεδομένα, καθώς δεν θεωρείται νόμιμη αφού δεν έχει προηγηθεί γάμος.

Η άγαμη μητέρα στην Ελλάδα αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα των μόνων γονέων, ενώ βρίσκεται στη δυσμενέστερη θέση οικονομικά και κοινωνικά.

Τα σημαντικότερα συνοδά προβλήματα της άγαμης μητρότητας, είναι η μοναξιά, η έλλειψη ασφάλειας, ο φόβος, η αγωνία, η απογοήτευση, συνοδευόμενες πολλές φορές από ένα αίσθημα ενοχής απέναντι στο παιδί που το έφεραν στον κόσμο χωρίς

<sup>121</sup> Τσαούση, Α., Τσιολάκη, Κ., Δημητριάδη, Π., (2006). *Οικογένεια και Μονογονεϊκότητα: Ρόλος και εξέλιξη της οικογένειας στην τοπική κοινωνία*. Κόρινθος

<sup>122</sup> Όπως παραπάνω

πατέρα. Οι πολλές ευθύνες, οι χρηματοοικονομικές πιέσεις και η κόπωση έχουν αρκετές συνέπειες τους. Μια σημαντική συνέπεια είναι η κατάθλιψη, η οποία μπορεί να προέλθει από όλο αυτό το στρες που υφίστανται οι γυναίκες ενώ υπάρχει και κάποια προδιάθεση.

Κάτω από την πίεση αυτών των φοβερών συναισθημάτων, πολλές άγαμες γυναίκες παραμελούν ή κακοποιούν τα παιδιά τους χωρίς λόγο. Η άγαμη μητρότητα είναι στενά συνδεδεμένη με ένα μεγάλο αριθμό αρνητικών κοινωνικών, συμπεριφορικών και συναισθηματικών εκδηλώσεων προς τα παιδιά.

Πολλοί παράγοντες επιδρούν στο πως αναπτύσσονται τα παιδιά των άγαμων μητέρων: η ηλικία των μητέρων, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το εισόδημα της οικογένειας και το υποστηρικτικό δίκτυο των φίλων και της ευρύτερης οικογένειας της μητέρας. Τα παιδιά των άγαμων μητέρων είναι πολύ πιθανό να μοιράζονται μαζί τους τις ευθύνες του σπιτιού, συμπεριλαμβανομένου την ίδια τους την φροντίδα. Οι άγαμες μητέρες είναι πιο πιθανό να συζητάνε διάφορα οικογενειακά θέματα με τα παιδιά τους - συνήθως τα οικονομικά ή άλλες οικογενειακές αποφάσεις- τα οποία σε άλλες οικογένειες συζητούνται μόνο μεταξύ των γονέων.<sup>123</sup>

Οι μονογονεϊκές οικογένειες βρίσκονται, συνήθως, στις χαμηλότερες εισοδηματικές κλίμακες σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες. Εκτός όμως από την οικονομική διάσταση της φτώχειας, οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι λιγότερο ενσωματωμένες στον κοινωνικό, πολιτιστικό και πολιτικό περίγυρο, απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Ως προβλήματα των μονογονεϊκών οικογενειών θα μπορούσαμε συνοπτικά να αναφέρουμε :

1. Υψηλό ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ενώ παράλληλα υπάρχει αδυναμία να αποκτήσουν επαγγελματικές δεξιότητες και πείρα και άρα δυσκολία πρόσβασης στην αγορά εργασίας.
2. Εμπλοκή σε άτυπες μορφές εργασίας (π.χ. ευκαιριακές ή μερικής απασχόλησης) χωρίς χρήση των εργασιακών δικαιωμάτων (ασφάλιση, επιδόματα κ.α.).
3. Χαμηλό οικογενειακό εισόδημα : η πλειοψηφία ζει στα όρια της φτώχειας.
4. Προβλήματα υγείας και φροντίδας παιδιών.

---

<sup>123</sup> Mackay R., (2005) *The impact of family structure and family change on child outcomes: a personal reading of the research literature*. Social Policy Journal of New Zealand (accessed February, 18 2008)

5. Μειωμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, τάση απομόνωσης.
6. Έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης για το σύστημα κοινωνικής μέριμνας και συμβουλευτικής σε σχέση με την αγορά εργασίας.
7. Τα παιδιά τους παρουσιάζουν προβλήματα υπερκινητικότητας, μαθησιακών δυσκολιών και επιθετικότητας.
8. Οι μητέρες νιώθουν μοναξιά, απογοήτευση και πίεση.<sup>124</sup>

Με τα προβλήματα αυτών των γυναικών και των παιδιών τους έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα διάφοροι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το Κέντρο Βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ», ο Ο.Α.Ε.Δ. και το ΠΙΚΠΑ μέσα από ειδικά προγράμματα και μέτρα προστασίας, όπως επιδόματα ανεργίας, προτεραιότητα σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, δανειοδότηση για τις στεγαστικές τους ανάγκες και φορολογικές ελαφρύνσεις.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα ωστόσο, εμφανίζονται όταν ο πατέρας αρνείται να αναγνωρίσει το παιδί. Στην ελληνική κοινωνία, τα παιδιά εκτός γάμου αλλά και οι άγαμες μητέρες, στιγματίζονται. Το παιδί θεωρείται «παράνομο» και η μητέρα ηθικά επιλήψιμη. Παρόλο που η πράξη της μητέρας είναι γενναία, ο περισσότερος κόσμος της γυρνάει την πλάτη.

### **3.2.2. ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Ο γάμος είναι η νόμιμη μακροχρόνια θεσμική διαδικασία σύζευξης άντρα και γυναίκας. Εάν μια ένωση καλείται γάμος, αυτό σημαίνει ότι η σύζυγος και ο σύζυγος έχουν αναγνωρίσει απαιτήσεις έναντι των συντρόφων τους, οι οποίες συχνά είναι και υλικές. Με το γάμο εξασφαλίζεται και η νομιμότητα των παιδιών.

Πολλές ανεπιθύμητες κυήσεις οι οποίες συμβαίνουν σε νεαρή ηλικία εκτός από την άμβλωση πολλές φορές οδηγούν στον πρόωρο γάμο των νεαρών γονέων από ανάγκη. Μερικές φορές η λύση είναι απλά αυτή, να πάρουν και οι δύο την απόφαση να προχωρήσουν σε ένα πιο σοβαρό επίπεδο σχέσης και αμοιβαίας υποστήριξης. Το πλεονέκτημα είναι ότι το παιδί μεγαλώνει καλύτερα εφόσον είναι κάτω από τη

---

<sup>124</sup> Τσαούση, Α., Τσιολάκη, Κ., Δημητριάδη, Π. (2006)., *Οικογένεια και Μονογονεϊκότητα: Ρόλος και εξέλιξη της οικογένειας στην τοπική κοινωνία*. Κόρινθος

φροντίδα και την προστασία των γονιών του που αγαπιούνται και το αγαπούν. Το μειονέκτημα αυτής της κατάστασης είναι ότι οι νεαρές μητέρες διακόπτουν πρόωρα το σχολείο με συνέπεια το μορφωτικό και κοινωνικό τους επίπεδο να είναι ιδιαίτερος χαμηλό.

Επιπλέον, σε άλλες περιπτώσεις, όταν η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη, αντιμετωπίζεται σαν αναπόφευκτο και μη επανορθώσιμο γεγονός, που απαραίτητως οδηγεί στο γάμο. Έτσι, συνήθως επικαλύπτει την υποσυνείδητη τάση των γυναικών για την κοινωνική αποκατάσταση μέσω του γάμου, η οποία διαμορφώνεται από τα παραδοσιακά σχήματα συμπεριφοράς, αδιαφορώντας για τον κίνδυνο της διατάραξης της σχέσης του ζευγαριού με την εμφάνιση ενός ανεπιθύμητου παιδιού.

Σύμφωνα με έρευνα των Αγραφιώτη και Καμπριάνη ορισμένες γυναίκες της έρευνας αναφέρουν ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη της οδήγησε σε βεβιασμένο γάμο. Ο γάμος αυτός, περιγράφεται σαν αποτέλεσμα αμηχανίας και δυσκολίας να αντιμετωπιστεί το συμβάν αλλά και ως επιλογή για να ικανοποιηθούν οι οικογενειακές και κοινωνικές προσδοκίες. Δηλαδή, μπορεί το ζήτημα της τεκνοποίησης να τέθηκε αρκετά νωρίς όμως όπως ανέφεραν «Έτσι κι αλλιώς κάποια στιγμή θα παντρευόμασταν και θα κάναμε παιδί. Τι άλλο να κάναμε; Ξέραμε ότι δεν είχαμε επιλογές».<sup>125</sup>

Όμως και στα έγγαμα ζευγάρια η ομαλή πρόοδος του γάμου τους κάνοντας ένα παιδί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες π.χ. η σχέση του ζευγαριού με τους γονείς τους (σε μια διαταραγμένη σχέση, συχνά μια εγκυμοσύνη χρησιμοποιείται ως μέσω εκδίκησης, επιβολής, άρνησης και αντίστασης), η οικονομική κατάσταση, παθολογικά προβλήματα των γονέων, τεταμένη κατάσταση στην οικογένεια (π.χ. είναι λανθασμένη η αντίληψη, ότι το παιδί θα φέρει ομάλυνση στις ενδο-οικογενειακές σχέσεις, αντιθέτως η εμφάνιση του θα απαιτήσει προσπάθειες και θυσίες από όλα τα μέλη της οικογένειας, δημιουργώντας την επιδείνωση των υπαρχόντων προβλημάτων).<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Αγραφιώτης, Δ., Καμπριάνη, Ε. (2003 ). *Φύλο και υγεία: Πολιτισμική δόμηση και ερμηνευτική των φάσεων της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών*». Πρακτικά Συνεδρίου: «Το φύλο, τόπος συνάντησης των επιστημών: Ένας πρώτος ελληνικός απολογισμός»

<sup>126</sup> Κοτανίδης Α., (2003). *Η ανάπτυξη του παιδιού*. <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=112>

### 3.2.3.ΓΕΝΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ – ΣΥΜΦΩΝΟ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Το σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης είναι η συμφωνία δύο ενηλίκων ετερόφυλων προσώπων με την οποία οργανώνουν τη συμβίωση τους και καταρτίζεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο. Η συμφωνία δηλώνεται στο ληξιαρχο του τόπου κατοικίας τους και καταχωρίζεται σε ειδικό ληξιαρχικό βιβλίο.<sup>127</sup>

Αυτό το έγγραφο στην ουσία, θα μπορεί προσεχώς να υποκαταστήσει το γάμο, διασφαλίζοντας στα δύο μέρη τα οφέλη που απορρέουν από αυτόν, χωρίς να απεμπολείται η αίσθηση ελευθερίας.

Η πράξη αυτή θα καθιστά τους συντρόφους σε συζύγους, με όλα σχεδόν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις, αλλά και με μια σημαντική διαφορά η οποία έγκειται στο ότι θα έχουν την δυνατότητα να χωρίσουν, αποφεύγοντας τη διαδικασία του διαζυγίου, με ότι αυτό συνεπάγεται. Το σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης θα λύνεται αν ο ένας από τους δύο δηλώσει με συμβολαιογραφική πράξη την επιθυμία του να ακυρωθεί.

Το παιδί που θα γεννηθεί κατά την διάρκεια του συμφώνου ελεύθερης συμβίωσης, τεκμαίρεται ότι έχει πατέρα τον άνδρα που συμβιώνει με την μητέρα όπως γίνεται και στον γάμο. Η ακύρωση του συμφώνου δεν επηρεάζει την πατρότητα των παιδιών. Επιπλέον, το παιδί θα φέρει το επώνυμο που επέλεξαν οι γονείς του με δήλωση που περιέχεται στη συμβολαιογραφική συμφωνία τους για τη σύναψη του συμφώνου.

Η γονική μέριμνα του παιδιού που θα γεννηθεί κατά την διάρκεια του συμφώνου ανήκει και στους δύο γονείς και ασκείται από κοινού.

Επίσης, επιτρέπεται η υιοθεσία από πρόσωπα που έχουν καταρτίσει σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης. Η ακύρωση του συμφώνου δεν επηρεάζει το κύρος της υιοθεσίας.<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> Κείμενο Σχεδίου Νόμου « Σύμφωνο Ελεύθερης συμβίωσης». Πρόσβαση από <http://indy.gr/newswire/egkrithike-to-symfono-eleytheris-symbiosis>

<sup>128</sup> Όπως παραπάνω



### 3.2.4. ΥΙΟΘΕΣΙΑ - ΑΝΑΔΟΧΗ

Η υιοθεσία είναι ένα μέτρο προστασίας του παιδιού, το οποίο δεν έχει καμία δυνατότητα να μείνει με τη φυσική του οικογένεια, είτε διότι αυτή δεν υπάρχει είτε διότι η μητέρα αρνείται ή δεν μπορεί να το μεγαλώσει (όπως π.χ. σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης). Η υιοθεσία προσφέρει στο παιδί την ευκαιρία να ζήσει μέσα σε μια φυσική οικογένεια. Οι θετοί γονείς γίνονται οι νέοι γονείς που δεν διαφέρουν νομικά από τους φυσικούς γονείς.<sup>129</sup> Το παιδί γίνεται μέλος της οικογένειας και απολαμβάνει όλα τα προνόμια και δικαιώματα όμοια με αυτά του φυσικού παιδιού. Από την πλευρά της η οικογένεια έχει κι εκείνη τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό σαν να ήταν φυσικό της παιδί.

Επιλέγοντας την υιοθεσία, μια γυναίκα μπορεί να αποφύγει την ανατροφή και ταυτόχρονα το βαρύτερο τραύμα της άμβλωσης. Το δυσκολότερο σημείο σε μια υιοθεσία, για τη φυσική μητέρα, είναι η ιδέα ότι δε θα μπορεί να βλέπει μετά το παιδί της. Αυτό όντως είναι μια δυσάρεστη κατάσταση, όμως ο πόνος ελαττώνεται από την επίγνωση ότι το παιδί τουλάχιστον ζει και μεγαλώνει αξιοπρεπώς.<sup>130</sup>

Εάν μια γυναίκα επιλέξει να δώσει το παιδί της για υιοθεσία, θα αντιμετωπίσει ανάμεικτα συναισθήματα, στα οποία θα συμπεριλαμβάνεται:

- η ανακούφιση, διότι απαλλάχθηκε από το βάρος της ευθύνης, της ανατροφής ενός ανεπιθύμητου παιδιού
- η χαρά εφόσον έχει βοηθήσει δύο άλλους ανθρώπους να γίνουν γονείς και η ίδια έχει απαλλαχθεί από τις ευθύνες,
- λύπη διότι δεν θα γνωρίσει ποτέ το παιδί,
- τύψεις και θυμό διότι είναι ανίκανη να γίνει μητέρα στην παρούσα χρονική στιγμή.

Η εγκυμοσύνη πιθανόν να είναι δύσκολη υπόθεση για αυτήν, καθώς είναι υπεύθυνη για το έμβρυο που μεγαλώνει στο σώμα της ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να αποφύγει ένα πιθανό συναισθηματικό δεσμό που θα κάνει την υιοθεσία πιο δύσκολη. Η ποικιλία των συναισθημάτων από την χαρά έως την ανακούφιση είναι σύνηθες

<sup>129</sup> Σταθόπουλος Π., (2003). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην'

<sup>130</sup> *Εγκυμοσύνη*. Πρόσβαση από: <http://www.help-net.gr/Themes/Egkymosini.htm>

φαινόμενο καθώς επίσης και ο συνδυασμός αρνητικών και θετικών συναισθημάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αργότερα στην υιοθεσία.<sup>131</sup>

Η μητέρα που αποφασίζει να δώσει το παιδί της για υιοθεσία χρειάζεται συμπαράσταση στην απόφαση της την οποία πρέπει να πάρει ως την πιο σωστή κι όχι ως την πιο αναγκαία και να αντιμετωπίσει με έναν ειδικό (κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο) τα συναισθήματα ενοχής που μπορεί να αισθάνεται για την εγκατάλειψη του παιδιού της. Έχει σημασία η μητέρα να αισθάνεται άνετα για την απόφαση της διότι αλλιώς οι ψυχικές της συγκρούσεις θα διαιωνίζονται με πιθανό αποτέλεσμα την απόκτηση ενός δευτέρου -ανεπιθύμητου- παιδιού.<sup>132</sup>

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της απόφασης στη μητέρα είναι δύσκολο να εκτιμηθούν διότι πολλά χρόνια μετά την υιοθεσία δεν είναι εύκολο να επικοινωνήσει κάποιος με την μητέρα. Επομένως, οι περισσότερες μελέτες δεν είναι αντιπροσωπευτικές αλλά είναι οι μόνες που έχουμε. Υποστηρίζουν ότι η απόφαση να δώσει κάποιος το παιδί του για υιοθεσία είναι ένα ιδιαίτερα επώδυνο γεγονός και πολλές μητέρες κατατρύχονται από αυτό για χρόνια. Η απόφαση τους σημαίνει «απώλεια» η οποία έχει ομοιότητες με την αντίδραση του πένθους στον θάνατο ενός νεογνού, στον θάνατο του συζύγου, στον χωρισμό, σε απώλεια της σωματικής ακεραιότητας ή ακόμα και σε υλική απώλεια. Αυτό το συναίσθημα της απώλειας μπορεί να διαρκέσει έως και 30 χρόνια μετά την υιοθεσία. Η αίσθηση αυτή είναι πιο οδυνηρή σε συγκεκριμένες στιγμές όπως γενέθλια, έναρξη σχολείου κ.α.

Προφανώς δεν κατατρύχονται όλες οι μητέρες που δίνουν τα παιδιά τους για υιοθεσία από αυτή την απόφαση, ούτε όλες έχουν προβλήματα προσαρμογής. Εντούτοις, πολλές είναι αυτές που δεν μπορούν να ξεχάσουν το γεγονός.<sup>133</sup>

Μέχρι τώρα έχουμε αναφερθεί μόνο στην μητέρα κι αυτό διότι σε μια κοινωνική υπηρεσία θα απευθυνθεί συνήθως η μητέρα που είναι άμεσα συνδεδεμένη με το παιδί και διότι ο πατέρας λόγω της αδυναμίας του να αποδεχθεί το παιδί μένει μακριά από την όλη διαδικασία και σε κάποιες περιπτώσεις δεν το γνωρίζει καν.

Ο όρος **αναδοχή** αναφέρεται στην ανάληψη της φροντίδας και της φιλοξενίας ενός παιδιού που στερείται τη φροντίδα και τη στήριξη της φυσικής οικογένειας, από μια άλλη οικογένεια για μικρό ή μεγάλο διάστημα.<sup>134</sup>

<sup>131</sup> *Unplanned Pregnancy. What are my options if I am pregnant?*. Πρόσβαση από <http://www.uc.edu/cc/Unplanned.html>

<sup>132</sup> Κουσίδου Τ., (1974). *Το απροστάτευτο βρέφος: Ιδρυματική προστασία-Αποκατάσταση-Υιοθεσία*. Αθήνα.

<sup>133</sup> Triseliotis J., Κουσίδου Τ., (1989). *Η κοινωνική εργασία στην υιοθεσία και στην αναδοχή*. Αθήνα: Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ»

Παιδιά που προέρχονται από νόμιμα ζευγάρια τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες λόγω έκτακτων ή χρόνιων προβλημάτων των γονέων (θάνατος ή ασθένεια, φυλάκιση, διαζύγιο) ή λόγω μη επιθυμίας των γονέων να κρατήσουν προσωρινά ή μακροπρόθεσμα το παιδί.

Παιδιά εκτός γάμου τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες για προσωρινή προστασία με προοπτική να τα πάρει η μητέρα τους σε σύντομο χρονικό διάστημα ή μέχρι να θεωρηθούν έτοιμα για υιοθεσία.<sup>135</sup>

Ωστόσο, η αναδοχή δεν θεωρείται ως αντιπροσωπευτική λύση σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και συνήθως δεν επιλέγεται από τις υπεύθυνες οργανώσεις.

### 3.2.5. ΑΜΒΛΩΣΗ

**Άμβλωση** ή **έκτρωση** είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20ή εβδομάδα μετά την τελευταία έμμηνο ρύση. Οι αμβλώσεις διακρίνονται σε αυτόματες και τεχνητές.<sup>136</sup>

**Α) Αυτόματη άμβλωση (αποβολή)** ονομάζεται η διακοπή της κύησης, που γίνεται χωρίς ιατρική επέμβαση πριν από την 24η εβδομάδα, δηλαδή πριν από την εποχή που το κύημα μπορεί να είναι βιώσιμο.

**Β) Τεχνητή άμβλωση** είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης με ιατρική επέμβαση και αφαίρεση του αναπτυσσόμενου εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατό του. Αυτό μπορεί να προκληθεί τεχνητά μέσω των χημικών, χειρουργικών ή άλλων μέσων. Συνήθως, η άμβλωση αναφέρεται σαν μια προκληθείσα διαδικασία που συνέβη μεταξύ της 12<sup>ης</sup> και 20<sup>ης</sup> βδομάδας της κύησης, εντός των οποίων το αποβαλλόμενο έμβρυο δεν υπερβαίνει τα 500 γραμμάρια και δεν θεωρείται βιώσιμο κατά κάποια λογική. Οι τεχνητές αμβλώσεις διακρίνονται σε:

- 1) Θεραπευτικές,** όταν εκτελούνται για να θεραπεύσουν παθολογικές καταστάσεις της εγκύου που επιβαρύνονται με την συνέχιση της εγκυμοσύνης.

---

<sup>134</sup> Σταθόπουλος Π., (2003). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην

<sup>135</sup> Κουσίδου Τ., (1974). *Το απροστάτευτο βρέφος: Ιδρυματική προστασία-Αποκατάσταση-Υιοθεσία*. Αθήνα.

<sup>136</sup> Τοκμακίδης Π., (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

- 2) **Εγκληματικές**, όταν εκτελούνται για να καταστρέψουν σκόπιμα το κύημα διότι είναι ανεπιθύμητο.
- 3) **Εκλεκτικές**, όταν εκτελούνται για να καταστρέψουν το κύημα επειδή λόγοι ηθικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί ή βιασμού το επιβάλλουν.<sup>137</sup>

Από την πλευρά της ηθικής, το πότε είναι επιτρεπτή ή όχι η εκούσια άμβλωση εξαρτάται από τις αντιλήψεις του καθενός. Υπάρχει άποψη όπου υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει μετά την σύλληψη, οπότε κανένας δεν έχει δικαίωμα να την αφαιρέσει. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει από την στιγμή της γέννησης, όπου το έμβρυο μπορεί να ζήσει έξω από το σώμα της γυναίκας. Δεν μας είναι εύκολο, όπως γίνεται αντιληπτό, να δώσουμε μια κατηγορηματική απάντηση για το αν η άμβλωση είναι επιτρεπτή ή όχι.<sup>138</sup> Ο νόμος πάντως, όπως θα δούμε παρακάτω, επιτρέπει τις αμβλώσεις σε ειδικές περιπτώσεις.

Σύμφωνα με αρχεία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού - που παρουσιάστηκαν στη διάρκεια του 5<sup>ου</sup> Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου του «Οικογενειακού Προγραμματισμού» στη Θεσσαλονίκη - από το 1985 έως το 2007, 40.056 γυναίκες από την Βόρεια Ελλάδα υποβλήθηκαν σε 102.820 αμβλώσεις συνολικά. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε πως οι γυναίκες μέσης εκπαίδευσης παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής κύησης με 40,5%, οι γυναίκες στοιχειώδους εκπαίδευσης 39,9% και εκείνες με ανώτατη εκπαίδευση 19,6%.

Όσο αφορά το σύνολο της χώρας, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρίας, ο αριθμός των αμβλώσεων μόνο για την περίοδο ενός χρόνου (Σεπτέμβριος 2004- Σεπτέμβριος 2005) ήταν 69.690 και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 25,4 έτη.<sup>139</sup>

Ο αριθμός των αμβλώσεων της χώρας μας είναι ανάμεσα στους υψηλότερους στην Ευρώπη με τις Ελληνίδες να έχουν το χαμηλότερο δείκτη ενημέρωσης σχετικά με τις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης. Η άμβλωση σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά την τελευταία λύση, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή.

---

<sup>137</sup> Τοκμακίδης Π., (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

<sup>138</sup> Δετοράκης Ι., (1986) *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

<sup>139</sup> Θεοδωρακόπουλος Ε., *Έρευνα σοκ για τις εκτρώσεις*. Πρόσβαση από <http://www.kolonaki-press.com/ereina-sok-gia-tis-ektroseis.html>

Ο Ποινικός Κώδικας επιτρέπει την άμβλωση μόνο με τη συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- ✓ Εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης σε κάθε περίπτωση.
- ✓ Εντός των πρώτων 24 εβδομάδων, αν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.
- ✓ Εντός των πρώτων 19 εβδομάδων, αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί.
- ✓ Χωρίς χρονικό περιορισμό, αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της.<sup>140</sup>

### **3.2.5.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Έχουν υπάρξει διάφορες μέθοδοι άμβλώσεων καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας. Εμείς θα αναφερθούμε στις πιο γνωστές και σε αυτές που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας.

Αρχικά θα αναφερθούμε στις μεθόδους άμβλωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα. Αυτές οι μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευθεί εκεί) αλλά πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους άμβλωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος «επείγουσα αντισύλληψη» που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης ημέρας, εφόσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

Το «ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ» είναι συνθετικό και τοποθετείται στην μήτρα όπου και παραμένει μόνιμα. Πολλοί νομίζουν ότι είναι ένα κοινό

---

<sup>140</sup> Βικιπαίδεια, η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. Πρόσβαση από <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>

αντισυλληπτικό, όμως δεν εμποδίζει την σύλληψη αλλά, όπως και το χάπι της επόμενης ημέρας, εμποδίζει την εμφύτευση του ήδη γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.<sup>141</sup>

Σε ότι αφορά τις αμβλώσεις που γίνονται στα πρώτα στάδια της κύησης υπάρχουν αρκετές μέθοδοι και θα αναφερθούμε στις συνηθέστερες.

**1) Το «χάπι της επόμενης ημέρας»,** είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα η λήψη του οποίου: α) καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και β) δρα αρνητικά στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας. Ας σημειωθεί ότι εν γένει δεν εμποδίζει την σύλληψη και γι' αυτό δεν μπορεί να καταταγεί στα αντισυλληπτικά.<sup>142</sup>

**2) Απόξεση με αναρρόφηση.** Ένας σωλήνας μεγάλης αναρροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το έμβρυο σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Η μέθοδος αυτή είναι ασφαλής όταν γίνεται μέχρι την 16<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης.<sup>143</sup>

**3) Mifepristone ή RU-486.** Είναι μια χημική ουσία, η οποία προσλαμβάνομενη με τη μορφή χαπιού, δύναται να προκαλεί άμβλωση μέχρι τις πρώτες 7 εβδομάδες της κύησης. Προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος προκαλεί στη γυναίκα αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες και πολλές γυναίκες μπορεί να αιμορραγούν για περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες.<sup>144</sup>

**4) Εμβρυοτομή.** Με αυτή την μέθοδο διαστέλλεται ο τράχηλος και με τη χρήση μιας κατάλληλης λαβίδας, ο γιατρός που εκτελεί την άμβλωση τεμαχίζει το παιδί και το τραβάει έξω, μέλος προς μέλος. Χρησιμοποιείται για κυήσεις από 15 μέχρι 23 εβδομάδων.<sup>145</sup>

**5) Άμβλωση με αλάτι.** Ο γιατρός με μια βελόνα χορηγεί υπέρτονο διάλυμα αλατιού στην κοιλιά της γυναίκας ώστε το διάλυμα να φτάσει στο αμνιακό υγρό. Το αλάτι δηλητηριάζει το έμβρυο και εντός 24 ωρών γεννιέται ένα νεκρό βρέφος. Είναι η

---

<sup>141</sup> Βικιπαίδεια. Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. Πρόσβαση από <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>

<sup>142</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. Μέθοδοι εκτρώσεων. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?methods>

<sup>143</sup> Δετοράκης Ι., (1986). Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

<sup>144</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. Μέθοδοι εκτρώσεων. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?methods>

<sup>145</sup> Μέθοδοι εκτρώσεων. Πρόσβαση από [clubs.pathfinder.gr/getfile.php?file=6&folder=48040](http://clubs.pathfinder.gr/getfile.php?file=6&folder=48040)

πιο συνηθισμένη μέθοδος άμβλωσης και εφαρμόζεται μετά την 16<sup>η</sup> και μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης.<sup>146</sup>

**6) Προσταγλανδίνες.** Η χορήγηση προσταγλανδινών γίνεται είτε ενδοφλέβια είτε από το στόμα και από τον κόλπο με τη μορφή δισκίων ή κρέμας. Οι προσταγλανδίνες έχουν την ιδιότητα να προκαλούν συσπάσεις των μυών που οδηγούν στην αποβολή του εμβρύου. Οι γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Χρησιμοποιείται σε εγκυμοσύνη μέχρι 22 εβδομάδων.<sup>147</sup>

**7) Ένεση με Digoxin.** Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση αμέσως στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με προσταγλανδίνες. Αναφέρεται σε εγκυμοσύνες από 20 έως 32 εβδομάδες. Η όλη διαδικασία απαιτεί 4 ημέρες.<sup>148</sup>

**8) Άμβλωση με αμμωνία.** Αποτελεί εναλλακτική επιλογή από τα υπέρτονα διαλύματα αν και είναι λιγότερο αποτελεσματική. Το διάλυμα της αμμωνίας εγχέεται στον αμνιακό σάκο και προκαλεί το θάνατο του εμβρύου.<sup>149</sup>

**9) Υστεροτομή.** Είναι μία σχετικά απλή επέμβαση που εφαρμόζεται για τη διακοπή της εγκυμοσύνης του δευτέρου τριμήνου, και μοιάζει με την καισαρική τομή. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει εφόσον δεν μπορεί να επιζήσει έξω από το σώμα της μητέρας σε αυτή την ηλικία. Η σχετικά υψηλή νοσηρότητα, θνησιμότητα και το υψηλό οικονομικό κόστος που παρουσιάζει αυτή η επέμβαση περιορίζει σήμερα τη χρήση της, μόνο στις περιπτώσεις που συνδυάζεται η διακοπή της εγκυμοσύνης με απολίνωση των σαλπίγγων, για λόγους μόνιμης αντισύλληψης.<sup>150</sup>

**10) Άμβλωση μερικής γέννησης.** Επιλέγεται από τις 20 έως τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης. Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν τα πόδια, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Έπειτα, ανοίγεται μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρεθεί ο εγκέφαλος με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.

---

<sup>146</sup> Δετοράκης Ι., (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

<sup>147</sup> Όπως παραπάνω

<sup>148</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, *Μέθοδοι εκτρώσεων*. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?methods>

<sup>149</sup> Όπως παραπάνω.

<sup>150</sup> Δετοράκης, Ι. (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

Η άμβλωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία της γυναίκας. Όσοι περισσότερες αμβλώσεις κάνει μια γυναίκα (ειδικά για αμβλώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης) τόσο πιο σύνθετοι γίνονται οι κίνδυνοι για την υγεία της. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στειρές. Επιπλέον, η άμβλωση ενδέχεται να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις.<sup>151</sup>

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την άμβλωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Οι περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν **κατά τη διάρκεια μιας άμβλωσης** είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, 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.

Σε κάθε άμβλωση, υπάρχει μικρός άμεσος κίνδυνος **θανάτου**. Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην άμβλωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η θνησιμότητα στις αμβλώσεις είναι ανάλογη από την διάρκεια της κύησης. Όσο αυξάνει η διάρκεια της κύησης τόσο αυξάνεται και η θνησιμότητα. Ακόμη, ένας σημαντικός παράγοντας είναι η εμπειρία που έχει ο γιατρός που εκτελεί την άμβλωση. Πιστεύεται ότι η θνησιμότητα είναι 10 φορές μεγαλύτερη εκεί όπου οι αμβλώσεις εκτελούνται παράνομα ή από άτομα που δεν είναι γιατροί. Πιο πιθανές και πιο συχνές επιπλοκές των αμβλώσεων όπου αυξάνονται και εκείνες με την πρόοδο της κύησης είναι<sup>152, 153</sup>:

➤ **Μολύνσεις.** Οι μολύνσεις είναι πιθανές κατά την διάρκεια της άμβλωσης αλλά και μετά από αυτή αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> *Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας* (Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών). Πρόσβαση από <http://www.alopsis.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=682>

<sup>152</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. *Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας* (Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών). Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?aid=24>

<sup>153</sup> Reardon D., *Abortion Risks and Complications. A List of Major Psychological Sequels of Abortion*. Πρόσβαση από <http://www.afterabortion.org/physica.html>

<sup>154</sup> Δετοράκης Ι., (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης



- **Ενδομητρίτιδα.**
- **Διάτρηση της μήτρας.** Μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κύσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.<sup>155</sup>
- **Ρήξη τραχήλου.** Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια άμβλωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρόωμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού.<sup>156</sup>
- **Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα.** Είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.<sup>157</sup>
- **Ενδοτραχηλίτιδα.** Είναι μια φλεγμονή εσωτερικά του τραχήλου που οφείλεται σε κάποιο μικρόβιο. Μπορεί να γίνει χρόνια ασθένεια.
- **Πυελική φλεγμονή.** Μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κυήσεως και μειωμένη γονιμότητα.
- **Ενδομήτριες συμφύσεις.** Μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση ή και εξαφάνιση της εμμηνορρυσίας με συνέπεια την υπογονιμότητα και τις αυτόματες αποβολές.<sup>158</sup>
- **Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου.** Αδυναμία του τραχήλου της μήτρας να φέρει εις πέρας μία εγκυμοσύνη λόγω ανατομικών και λειτουργικών, συγγενών και επίκτητων αιτιών.
- **Καρκίνος του μαστού, του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος.** Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία άμβλωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου 2-3 φορές μεγαλύτερο απ' ότι οι γυναίκες που δεν έχουν

<sup>155</sup> Δετοράκης Ι., (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

<sup>156</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. *Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας*. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?aid=24>

<sup>157</sup> Όπως παραπάνω

<sup>158</sup> Μηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό της κλινικής «Άγιος Λουκάς». Τεύχος 3. *Καινούργιες εφαρμογές στην Γυναικολογία*. Ημερομηνία Έκδοσης: 29-01-2003  
[http://www.klinikiagiosloukas.gr/mgzn03\\_efarmoges.php](http://www.klinikiagiosloukas.gr/mgzn03_efarmoges.php)

κάνει άμβλωση ενώ οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες άμβλώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4-5 φορές μεγαλύτερο.<sup>159</sup>

Οι περισσότερες από τις μελέτες επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο άμβλωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες άμβλώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς **το 45% του συνόλου των άμβλώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες άμβλώσεις.**

Αυτό που πρέπει να γνωρίζουν οι γυναίκες που κάνουν άμβλωση είναι ότι είναι πιθανό να μείνουν ξανά έγκυες πριν αρχίσει η πρώτη έμμηνος ρύση διότι δεν ξέρουν την ακριβή ημερομηνία της ωορρηξίας. Για αυτόν τον λόγο, αν θέλουν να αποφύγουν κάτι τέτοιο πρέπει να χρησιμοποιήσουν μια από τις μεθόδους αντισύλληψης, πριν ακόμα ξεκινήσει η πρώτη εμμηνόρροια.<sup>160</sup>

### **3.2.5.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Δυστυχώς κάποιες γυναίκες επιλέγουν σε μόνιμη βάση την άμβλωση, ως τρόπο αντισύλληψης (και τελικά επίλυσης μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης). Προφανώς, αυτή η «μέθοδος αντισύλληψης» είναι λανθασμένη και θέτει σε κίνδυνο την υγεία της γυναίκας που την χρησιμοποιεί κατά κόρον. Επίσης, μια άμβλωση μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστρεπτική. Για αυτό δεν πρέπει κανείς να παραβλέπει τις επιπτώσεις των άμβλώσεων στην ψυχική υγεία της γυναίκας.

Όσον αφορά τα περισσότερα ζευγάρια, μια άμβλωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια άμβλωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές

<sup>159</sup> Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. *Επιπτώσεις των άμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας*. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?aid=24>

<sup>160</sup> Δετοράκης Ι., (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. 2η έκδοση. Αθήνα: Πατάκης

γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακροχρόνιων δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την άμβλωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και θυμός.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που έχουν κάνει μια άμβλωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες αμβλώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση (το 45% περίπου του συνόλου των αμβλώσεων) από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό άμβλωσης.

Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη άμβλωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας υποκατάστατης κήσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την άμβλωση. Οι επόμενες αμβλώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών. Από την μια πλευρά υπάρχει η επιθυμία κύησης /απόκτησης παιδιού και από την άλλη πίεση για άμβλωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από το νέο σύντροφο. Επίσης, η χρήση των πολλαπλών αμβλώσεων αναφέρεται ως μέθοδος αυτοτιμωρίας.

Οι γυναίκες που κάνουν άμβλωση πάνω από μία φορά, συνήθως έχουν αδυναμία στον προγραμματισμό και την οργάνωση της σεξουαλικής και συναισθηματικής τους ζωής. Πιθανότατα πρόκειται για άτομα που είναι παρορμητικά και έχουν δυσκολία στο να σκεφτούν από πριν τις συνέπειες των πράξεων τους, ώστε να τις προγραμματίσουν με τέτοιο τρόπο που, τελικά, να μπορέσουν να αποφύγουν τα αρνητικά αποτελέσματα.

Ένα άλλο στοιχείο του ψυχολογικού προφίλ αυτών των γυναικών είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση που τις χαρακτηρίζει. Επειδή δε νιώθουν σίγουρες και ικανές, από ψυχολογική άποψη, προσπαθούν να βρουν εξωτερικά στηρίγματα και να αντλήσουν αυτοπεποίθηση μέσα από τρίτους, συνήθως άτομα του αντίθετου φύλου. Αναζητώντας επιβεβαίωση, συχνά πέφτουν στην παγίδα του να κάνουν ότι τους πει ο σύντροφός τους, χωρίς να σκεφτούν τις συνέπειες, με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε μια δυσάρεστη κατάσταση, χωρίς υποστήριξη (αφού συνήθως ο σύντροφός τους τις εγκαταλείπει και αυτές είναι υποχρεωμένες να τερματίσουν την κύηση αφού δεν μπορούν ν' ανταπεξέλθουν σε αυτή).<sup>161</sup>

---

<sup>161</sup> Βαρβόλη Λ., *Εκτρωτικό χάπι και μετεκτρωτικό σύνδρομο*. Πρόσβαση από <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=43307>

Η απόρριψη και τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν μέσα σε μια τέτοια κατάσταση τις κάνει ακόμα πιο ευάλωτες και θέτει τη βάση για επανάληψη του λάθους, μέσα από μια ανάλογη και εξίσου λανθασμένη διαδικασία στην προσπάθειά τους να νιώσουν καλύτερα ψυχολογικά μετά από μια τέτοια επέμβαση.

Επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε το στοιχείο της αυτοκαταστροφής που βιώνουν αυτές οι γυναίκες. Πιθανότατα αισθάνονται ότι δεν έχουν τον πλήρη έλεγχο της ζωής τους, αισθάνονται τύψεις κι ενοχές και έτσι μπαίνουν σε μια διαδικασία αυτοτιμωρίας προκειμένου να εξιλεωθούν.

Από την πλευρά της ψυχιατρικής οι αμβλώσεις αποτελούν βασική αιτία σημαντικών ψυχολογικών διαταραχών, κυρίως στη γυναίκα που υφίσταται άμεσα έντονο ψυχοσωματικό τραυματισμό. Οι διαταραχές αυτές, εκδηλώνονται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, είναι δε συνειδητές ή ασυνειδητές: δηλαδή είτε συνδέονται άμεσα με το τραυματικό γεγονός της αμβλώσης (συνειδητές), είτε εμφανίζονται ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις (ασυνειδητές).<sup>162</sup>

Από τη στιγμή που διαπιστωθεί μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και προβληθεί η αμβλώση σαν η πιθανή λύση, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας περνάει από διάφορες φάσεις. Η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της και ιδιαίτερα για πιθανή μελλοντική αδυναμία της για μια νέα εγκυμοσύνη αυξομειώνονται ανάλογα με τις ανησυχητικές ή καθησυχαστικές πληροφορίες που δέχεται από τους γιατρούς, από το περιβάλλον της ή από άλλες πηγές. Φυσικά η ανησυχία, η αγωνία και ο φόβος είναι πολύ πιο έντονα σε συναισθηματικά ευαίσθητες γυναίκες και ο προβληματισμός τους είναι πολύ πιο μεγάλος σε γυναίκες με ευαισθητοποιημένη ηθική συνείδηση, όπως και σε αυτές που πιστεύουν συνειδητά στον Θεό και για αυτό θεωρούν την αμβλώση ως αμαρτία. Οι τελευταίες απορρίπτουν κατά κανόνα ως απαράδεκτη μια τέτοια λύση και προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημα τους διαφορετικά.

Για όσες γυναίκες αποφασίζουν να προχωρήσουν σε αμβλώση, και κυρίως γι' αυτές που είναι η πρώτη τους φορά, οι στιγμές πριν από την επέμβαση είναι οι πιο κρίσιμες και η **ανησυχία** και ο **φόβος** πιο έντονος.

Αμέσως μετά την επέμβαση, πολλές γυναίκες νιώθουν ανακούφιση, διότι έχουν *απαλλαχθεί* από το ανεπιθύμητο έμβρυο και επειδή η όλη δυσάρεστη κατάσταση

---

<sup>162</sup> Καρπάθιος Σ., *Ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης*. Πρόσβαση από <http://www.post-abortion-syndrome.info/epiptoseis-karpathiou.htm>

έφτασε στο τέλος. Όμως ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών -56%- όπως έδειξε μια δημοσκόπηση στις ΗΠΑ, νιώθουν **ενοχές** για αυτή τους την απόφαση και οι πιο πολλές αισθάνονται **μειωμένες** επειδή αναγκάστηκαν να προβούν σ' αυτή την πράξη.<sup>163</sup> Ακόμα και οι γυναίκες που ένιωθαν ανακούφιση στην αρχή μετά την πάροδο εβδομάδων, μηνών ή χρόνων αρχίζουν να μετανιώνουν για την πράξη τους.

Η άμβλωση συνιστά βίαιη παρέμβαση τόσο στο σωματικό **Εγώ** της γυναίκας, όσο και στην άμεσα συνδεδεμένη με αυτό, ψυχολογία της. Ως μέτρα αντιστάθμισης στην ψυχοπιεστική κατάσταση που δημιουργεί η άμβλωση και απειλεί τον ψυχικό κόσμο της γυναίκας, χρησιμοποιούνται κυρίως οι ψυχολογικοί αντισταθμιστικοί μηχανισμοί της **απόθησης της ενοχής** (μπορεί να προσπαθήσει να αγνοήσει ή να "ξεχάσει" το γεγονός), της **αναπλήρωσης του προβλήματος** (μπορεί να προσπαθήσει να αντισταθμίσει την άμβλωση κάνοντας καλές πράξεις ή ρίχνοντας όλο το βάρος στη δουλειά και την επιτυχία) και της **εκλογίκευσης 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).<sup>164</sup>

Οι μηχανισμοί όμως αυτοί δεν προσφέρουν καθοριστική και εις βάθος λύση του προβλήματος, γι' αυτό και η θετική τους δράση στην ψυχική υγείας της γυναίκας, είναι περιορισμένη. Ως εκ τούτου η αίσθηση ότι πρέπει να «πληρώσει» γι' αυτό που επέτρεψε να της συμβεί, παραμένει ισχυρή και ακέραιη.

Σε μια μελέτη στις ΗΠΑ (όλες οι έρευνες αναφέρονται στο εξωτερικό διότι δυστυχώς δεν έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες στην χώρα μας) που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση μόλις πριν 8 εβδομάδες οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι:

- το 44% των γυναικών 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.<sup>165</sup>

Επιπλέον, οι γυναίκες που έχουν κάνει άμβλωση είναι πολύ πιθανότερο να χρειαστούν αργότερα εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική. Σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο

---

<sup>163</sup> *ΕΚΤΡΩΣΗ από τη σκοπιά της πολιτείας, της οικογένειας και του Λόγου του Θεού.* Πρόσβαση από [http://nikaia-church.gr/neolaia/News/Daily%20News/Abortion/Abortion\\_2.htm](http://nikaia-church.gr/neolaia/News/Daily%20News/Abortion/Abortion_2.htm)

<sup>164</sup> Βαρβόλη Λ., *Εκτρωτικό χάπι και μετεκτρωτικό σύνδρομο.* Πρόσβαση από <http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=43307>

<sup>165</sup> *Μέθοδοι εκτρώσεων.* Πρόσβαση από [clubs.pathfinder.gr/getfile.php?file=6&folder=48040](http://clubs.pathfinder.gr/getfile.php?file=6&folder=48040)

υπόκεινται οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, οι χωρισμένες ή διαζευγμένες γυναίκες και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε περισσότερες από μία αμβλώσεις.

Οι περισσότερες γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση θα περάσουν μια μεγάλη περίοδος άρνησης πριν ζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια διότι καταπνίγουν τα συναισθήματα τους. Κάποιοι ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια άμβλωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών άρρωστων γυναικών, παρόλο που εκείνες ζήτησαν βοήθεια για φαινομενικά «άσχετα προβλήματα». (Βλ. Παράρτημα 2)

Το *Μετεκρωτικό Σύνδρομο*, (Post-Abortion Syndrome -PAS), αποτελείται από μια ομάδα συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας μετά από μια άμβλωση.<sup>166</sup>

Κάποια από αυτά τα συμπτώματα είναι τα εξής:

- ✓ *Αυτοτραυματισμός, έντονες τάσεις αυτοκτονίας ή και απόπειρα* από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μία φορές. Οι τάσεις αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.
- ✓ *Αύξηση επικίνδυνων ή ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως:*
  - A) Το μετεκρωτικό σύνδρομο συνδέεται με *αύξηση του καπνίσματος* και τους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να αρχίσουν ή/και να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών.
  - B) Η άμβλωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης *αλκοόλ* από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η άμβλωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα ή/ και απόλυση από την εργασία.
  - Γ) Η άμβλωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική *χρήση ναρκωτικών*. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό του AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.

---

<sup>166</sup> Βαρθόλη Λ. *Τα συμπτώματα του μετεκρωτικού τραύματος*. Πρόσβαση από <http://www.post-abortion-syndrome.info/symptomata.htm#AmerFem>

Δ) Για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκρωτικό σύνδρομο συνδέεται με *διαταραχές στη διατροφή*, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.<sup>167</sup>

- ✓ Όσον αφορά την *σεξουαλική ζωή* ορισμένων γυναικών που κάνουν άμβλωση χωρίζεται σε 2 ακραίες κατηγορίες. Οι γυναίκες που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία ακολουθούν μια *σεξουαλικά αχαλίνωτη ζωή* με αλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων ενώ εκείνες που ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία αναφέρουν *προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή*, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την επέμβαση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος και κυρίως αποστροφή προς το σεξ ή/και τους άνδρες γενικότερα.
- ✓ *Κατάθλιψη* η οποία στη συνέχεια συνεπάγεται ανικανότητα φροντίδας του εαυτού, ανικανότητα κανονικής απόδοσης στη δουλειά ή τις σπουδές και ανικανότητα φροντίδας των παιδιών που υπάρχουν ή της οικογένειας.
- ✓ *Επιθυμία άμεσης εγκυμοσύνης*, για να αντικατασταθεί το παιδί που μόλις χάθηκε από την άμβλωση (παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην άμβλωση εξακολουθούν να υφίστανται),
- ✓ Ενώ παράλληλα η άμβλωση συνδέεται σημαντικά με την *μείωση των μητρικών δεσμών* με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών.<sup>168</sup>

Συνοπτικά, οι κυριότερες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που παρατηρούνται στη γυναίκα η οποία υπέστη άμβλωση είναι οι εξής:

1) Έντονα αισθήματα μειονεξίας απέναντι σε κάθε νέα εγκυμονούσα γυναίκα. Αυτό επιδρά στην συμπεριφορά της με αποτέλεσμα τη γενικευμένη αυτό-υποτίμηση της σε κάθε γεγονός και κατάσταση της ζωής.

2) Αισθήματα φόβου που τροφοδοτούνται από τη βίαιη τραυματική παρέμβαση στο σωματικό της Εγώ. Οι φαντασιώσεις με θέμα το βιασμό είναι συχνότερες.

3) Βαθιά αισθήματα ενοχής ενσυνείδητα ή ασυνείδητα μέσα από συμβολικές αναγωγές σε εφιαλτικά όνειρα αλλά και γεγονότα της καθημερινότητας.

<sup>167</sup> Σύλλογος προστασίας Αγέννητου Παιδιού. *Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών για τις ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης*. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?id=26>

<sup>168</sup> Σύλλογος προστασίας Αγέννητου Παιδιού. *Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών για τις ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης*. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?id=26>

4) Ιδιαίτερα έντονες αγχώδεις αντιδράσεις. Η γυναίκα δεν ανέχεται ούτε τον εαυτό της με συνέπεια αϋπνίες και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

5) Καταθλιπτικές διαταραχές επειδή κυριαρχεί συνειδητά ή ασυνείδητα η «στέρηση». Πρόκειται βέβαια για τη στέρηση του παιδιού που φαίνεται πως στην ψυχολογία της γυναίκας έχει προσωπικότητα από την ώρα της σύλληψης.

6)Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (καθαρά ψυχογενούς αιτιολογίας) ακόμα και σε νεαρές ηλικίες.

7)Αισθήματα επιθετικότητας στους άνδρες ως ασυνείδητη αντίδραση στον «αίτιο» του προβλήματος.

8)Υστερικές εκδηλώσεις που μπορούν να υποδυθούν κάθε εκδήλωση νοσολογικής κατάστασης.

9)Αισθήματα βαθύτατης αποτυχίας στη ζωή και μίας απόγνωσης που απομυζά όλη την ψυχική ενέργεια της γυναίκας.

10)Υπέρ-προστατευτικότητα στα υπάρχοντα παιδιά ως προσωπική ψυχολογική ανάγκη και όχι ως εκδήλωση ειλικρινούς αγάπης.<sup>169</sup>

Δυστυχώς, στη χώρα μας δεν υπάρχουν πολλές μελέτες και γι' αυτό δεν ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η κατάσταση.

---

<sup>169</sup> Καρπαθίος Σ., *Ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης*. Πρόσβαση από <http://www.post-abortion-syndrome.info/epiptoseis-karpathiou.htm> Δημοσίευση στην εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» στις 16.1.2005



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**



## **ΠΗΓΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

#### 4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της ζωής μας και επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικής μας ταυτότητας. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται σε προχωρημένη ηλικία. Οι διαθέσεις και οι αξίες μας που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα είναι εξαρτημένες από τις πολιτισμικές μας ρίζες και καθορίζονται από την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους μας, τα οικονομικά μας, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οπωσδήποτε το σχολείο.<sup>170</sup>

Στην ιστορία του ανθρώπινου γένους, η σεξουαλικότητα έχει παραβιαστεί με κάθε δυνατό τρόπο. Έχει γίνει αντικείμενο εμπορίου, ιδίως όσον αφορά τις γυναίκες και τα παιδιά, αντικείμενο εκμετάλλευσης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στη διαφήμιση και στις ταινίες. Όλοι αυτοί οι κλάδοι αποτελούν έναν τομέα δημόσιας δραστηριότητας που μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη της σεξουαλικότητας ειδικότερα στους νέους. Η εμπορική κατάχρηση του ερωτισμού και της αγάπης είναι αυτή που προκαλεί ανεπανόρθωτη ζημιά.

Η περιέργεια για τα σεξουαλικά θέματα, για τη γονιμοποίηση, τη γέννηση των παιδιών και το γενικό ενδιαφέρον για την ανθρώπινη αναπαραγωγή αρχίζει να αναπτύσσεται από μικρή ηλικία. Τα παιδιά από πολύ νωρίς διαμορφώνουν μια πρώιμη εικόνα του φύλου και μπορούν να αναγνωρίζουν τα διάφορα μέρη του σώματός τους. Μπορούμε να ισχυριστούμε με βεβαιότητα ότι όλα σχεδόν τα παιδιά ηλικίας 4, 5 ή 6 ετών αρχίζουν να αναπτύσσουν μια πρώτη εικόνα της σεξουαλικότητας τους αν και συχνά δε γνωρίζουν τα πραγματικά δεδομένα.

Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας<sup>171</sup>, που παρουσιάστηκαν στο 5ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, που έγινε στη Θεσσαλονίκη, έδειξαν ότι το 40% των εφήβων ξεκινούν τις ερωτικές επαφές πριν από τα 16 τους χρόνια (το 11,25% ξεκίνησε στην ηλικία των 12-14 χρόνων, το 21,25% στη ηλικία των 14-16 ετών) και το υπόλοιπο 60% από 16-18 χρόνων. Το 27% των εφήβων δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη, ενώ εκτιμάται ότι, στις

---

<sup>170</sup> Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε.(2005). *Αγωγής Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος

<sup>171</sup> Του τμήματος Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής της Β' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο «Αρεταίειο» νοσοκομείο της Αθήνας.

ανεπτυγμένες χώρες, το 7,5%-10% των έφηβων γυναικών μένουν έγκυοι και το 50% από αυτές διακόπτουν την κύηση.<sup>172</sup>

Οι πηγές από τις οποίες οι νέοι ενημερώνονται για τα θέματα αντισύλληψης και αποφυγής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου είναι το σχολείο (15,68%), η τηλεόραση (24,50%), οι ταινίες (43,13%), οι φίλοι/ες μεγάλης ηλικίας (42,15%), οι συνομήλικοι (37,74%), οι συγγενείς (18,13%) και το έντυπο υλικό-περιοδικά (41,17%).<sup>173</sup>

## 4.2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί ένα υποσύνολο του κοινωνικού περιβάλλοντος. Είναι κι αυτό ένα κοινωνικό περιβάλλον, αλλά με τη στενή έννοια του όρου. Είναι το πρώτο περιβάλλον, στο οποίο αναπτύσσεται το παιδί ευθύς μετά τη γέννηση του. Μέσα σ' αυτό θα περάσει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του και θα υποστεί την επίδρασή του σε μια ηλικία ευαίσθητη και τρυφερή. Σ' αυτό θα αποκτήσει τις πρώτες εμπειρίες, οι οποίες δε θα αφήσουν ανεπηρέαστη τη μετέπειτα ζωή του. Μέσα σ' αυτό θα συγκροτηθούν οι βάσεις της προσωπικότητάς του, από την οποία θα εξαρτηθεί κάθε μορφή συμπεριφοράς και δράσης του αργότερα.<sup>174</sup>

Σύμφωνα με το Herbert (1997) η οικογένεια είναι ένας δυναμικός θεσμός και αυτό σημαίνει ότι επιδέχεται αλλαγές με διάφορους τρόπους. Η οικογένεια είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών της, κάτι περισσότερο από το στατικό σύνολο που την απαρτίζουν και γι' αυτό το λόγο παίζει σημαντικό ρόλο στη διδασκαλία και στην εκπαίδευση του παιδιού για τη ζωή. Έχει επιφορτιστεί με το έργο του μετασχηματισμού του βρέφους σε ένα κατά το μάλλον ή ήττον, αυτοδύναμο άτομο με ανεπτυγμένες νοητικές ικανότητες και υπεύθυνο μέλος της κοινωνίας. Με λίγα λόγια, η οικογένεια έχει το καθήκον της κοινωνικοποίησης και της επιμόρφωσης του παιδιού.

---

<sup>172</sup> Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης. Πρόσβαση από <http://www.chiosnews.com/cn3132008131290.asp>.

<sup>173</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003). *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία*

<sup>174</sup> Κρασανάκης Γ., (2003). *Ψυχολογία παιδιού και εφήβου*. Ηράκλειο

Επομένως, ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι πολλαπλός. Δε λειτουργεί μόνο ως δύναμη ασφάλειας και προστασίας του παιδιού, αλλά και ως τόπος υλικών και ψυχολογικών προσφορών. Η οικογένεια θα δράσει προστατευτικά και μορφωτικά. Η μόρφωση αφορά και τη σεξουαλική αγωγή η οποία θεωρείται ένα από τα πιο δύσκολα κομμάτια στην επικοινωνία ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά όλων των ηλικιών. Το ποια στάση θα κρατήσουν τα παιδιά απέναντι στις σεξουαλικές σχέσεις, καθώς φτάνουν σε ηλικία όπου θα είναι πλέον ώριμα για σεξουαλική επαφή, εξαρτάται από το είδος της σεξουαλικής αγωγής που έχουν λάβει κατά τη παιδική τους ηλικία. Σεξουαλική αγωγή σημαίνει όχι μόνο ενημέρωση για τη βιολογική πλευρά αλλά και διαπαιδαγώγηση στις ηθικές πλευρές του σεξ, στις υποχρεώσεις που έχουν οι άνθρωποι ο ένας απέναντι στον άλλον, καθώς και στα ιδανικά και στις αξίες που πρέπει να διέπουν μια σχέση, όπως για παράδειγμα ο αμοιβαίος σεβασμός, η υπευθυνότητα και η αγάπη.<sup>175</sup>

Αναμφίβολα, το γεγονός ότι οι γονείς θα πρέπει να μιλήσουν στα παιδιά τους για θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και γενικότερα μια υγιή σεξουαλική ζωή πολλές φορές τους κάνει να μη νιώθουν άνετα και τους φέρνει σε δύσκολη θέση. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης είναι η αναβολή μιας τέτοιας συζήτησης με τα παιδιά τους. Η ίδια όμως αμηχανία υπάρχει κι από τη μεριά των παιδιών. Όσο δύσκολη κι αν είναι μια συζήτηση μεταξύ γονιών και παιδιών γύρω από τις σεξουαλικές τους σχέσεις, οι γονείς θα πρέπει να ανταποκριθούν πλήρως στις ανάγκες της πληροφόρησης και περιέργειας των παιδιών τους.

Πολλές φορές οι γονείς δεν είναι σίγουροι για τον τρόπο με τον οποίο θα προσεγγίσουν το παιδί τους για θέματα γύρω από τη σεξουαλική αγωγή. Για το λόγο αυτό οφείλουν να είναι σωστά ενημερωμένοι ώστε να μπορέσουν να κοινοποιήσουν τις γνώσεις τους στα παιδιά τους.

Οι ειδικοί προτείνουν ότι από τις πιο μικρές ηλικίες οι γονείς πρέπει να συζητούν με τα παιδιά τους όλες τους τις απορίες έτσι ώστε οι πληροφορίες που θα πάρουν να είναι σωστές.

---

<sup>175</sup> Herbert M., (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα (1β' έκδοση)

Τα παιδιά έχουν διαφορετικά επίπεδα περιέργειας και κατανόησης και αυτό εξαρτάται από την ηλικία τους και από το επίπεδο ωρίμανσής τους.<sup>176</sup> Όσο μεγαλώνουν σε ηλικία τόσο πιο συχνά θα ρωτούν λεπτομέρειες γύρω από το σεξ. Αρκετά από αυτά έχουν το δικό τους λεξιλόγιο για θέματα που αφορούν τον έρωτα. Είναι σημαντικό οι γονείς να βρουν τις λέξεις που χρησιμοποιούν τα παιδιά τους και με τις οποίες αυτά νιώθουν άνετα. Μιλώντας με αυτό τον τρόπο η συζήτηση γίνεται πιο εύκολη. Η σεξουαλική πράξη δεν θα πρέπει να παρουσιάζεται ως ταμπού, ως κάτι βρόμικο, ανήθικο ή επικίνδυνο. Αν οι γονείς δεν έχουν μιλήσει ποτέ στα παιδιά τους για όλα αυτά τα ζητήματα, θα πρέπει να ξεκινήσουν να το κάνουν -η μητέρα στο κορίτσι και ο πατέρας στο αγόρι- όταν παρατηρήσουν τα πρώτα σημάδια της εφηβείας. Όταν τα παιδιά θα βρίσκονται στην εφηβεία τότε οι γονείς έχουν την υποχρέωση να τους πουν τα «πάντα», χωρίς περιστροφές. Η ενημέρωση για το σεξ πρέπει να ξεκινάει από την οικογένεια και να συμπληρώνεται από το σχολείο.<sup>177</sup>

Ο ρόλος των γονιών για τα ευαίσθητα αυτά θέματα είναι πρωταρχικός διότι μπορούν -δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες- να περάσουν στα παιδιά τους τα σωστά μηνύματα που θα τα βοηθήσουν και θα τα προστατεύουν για ολόκληρη τη ζωή τους. Τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται πληροφόρηση και καθοδήγηση από τους γονείς τους για να πάρουν τις ορθές και υγιείς αποφάσεις σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Τα όσα βλέπουν και ακούν στο σύγχρονο περιβάλλον τους προκαλούν σύγχυση, υπερβολικές εντυπώσεις και ερεθισμούς.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η ανάπτυξη ενός ανοικτού, ειλικρινούς και συνεχούς διαλόγου μεταξύ των γονιών και των παιδιών τους, για θέματα που αφορούν τον έρωτα, την υπευθυνότητα και τις επιλογές μπορεί να αποτελέσει μια ουσιαστική βοήθεια για τα παιδιά και τους νέους ώστε να διαφωτιστούν και να ενημερωθούν με ένα τρόπο θετικό και υγιή. Οι στόχοι της σωστής ενημέρωσης είναι κυρίως τέσσερις και αφορούν:

- ❖ *Να μάθουν τα παιδιά για τις υπάρχουσες μεθόδους αντισύλληψης και τη σωστή χρήση τους. Η καλύτερη μέθοδος είναι το προφυλακτικό -όταν χρησιμοποιείται σωστά, σε κάθε επαφή και σε όλη τη διάρκειά της-, καθώς προστατεύει τόσο από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη όσο και από τα*

---

<sup>176</sup> Οικογένεια και σεξουαλική αγωγή. Πρόσβαση από <http://www.medlook.net/royalholidays3/sexedu.asp>

<sup>177</sup> Δαλλά Α. Το σεξ στην εφηβεία. Πρόσβαση από <http://www.vita.gr/html/ent/618/ent.4618.asp>

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα οποία σημειώνουν αύξηση στην εφηβεία. Τα αντισυλληπτικά χάπια ενδείκνυνται όταν υπάρχει μια μόνιμη σχέση και όταν συνυπάρχουν και λόγοι υγείας στους οποίους θα μπορεί να βοηθήσει (π.χ. πολυκυστικές ωοθήκες)

- ❖ *Να γνωρίζουν τι μπορούν να κάνουν αν συμβεί κάποιο ατύχημα με το προφυλακτικό ή πώς θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (αφού οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται σε έφηβες), ζητώντας βοήθεια από τους γονείς ή το γιατρό τους. Το χάπι της επόμενης ημέρας είναι μια λύση επείγουσας αντισύλληψης, αλλά δεν είναι μέθοδος αντισύλληψης και οι έφηβοι χρειάζεται να το κατανοήσουν αυτό.*
- ❖ *Αν είναι κορίτσια και έχουν ολοκληρωμένες σχέσεις, να ξεκινήσουν να πηγαίνουν τακτικά στο γυναικολόγο και να κάνουν το τεστ Παπανικολάου μία φορά το χρόνο.<sup>178</sup>*
- ❖ *Να αποκτήσουν τα παιδιά τη συμπεριφορά που θα πρέπει να υιοθετήσουν σε περίπτωση που στο μέλλον βρεθούν αντιμετώπι με μια εγκυμοσύνη. Η συμπεριφορά αυτή θα επηρεαστεί από το κλίμα που επικρατεί μέσα στην οικογένειά τους, τη στήριξη που θα βρουν από τα μέλη της κ.ά.*

Σε περίπτωση βέβαια που οι γονείς δεν είναι σε θέση να ενημερώσουν τα παιδιά τους θα πρέπει να απευθυνθούν στους ειδικούς (γιατρούς, ψυχολόγους, παιδίατρος, εκπαιδευτικούς και άλλους ειδικούς) προκειμένου να τους δώσουν συμβουλές για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να χειριστούν το θέμα. Η ανοικτή επικοινωνία και συζήτηση με τους γονείς καθώς και η παροχή σωστής πληροφόρησης, αυξάνει τις πιθανότητες οι έφηβοι να αναβάλουν τη σεξουαλική επαφή -έως ότου νιώσουν έτοιμοι- και όταν θα ξεκινήσουν να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες μεθόδους αντισύλληψης ώστε να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

---

<sup>178</sup> Δαλλά Α. *Το σεξ στην εφηβεία*. Πρόσβαση από <http://www.vita.gr/html/ent/618/ent.4618.asp>.

### 4.3. ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το σχολείο αποτελεί το δεύτερο κυριότερο παράγοντα διαμόρφωσης της ατομικής στάσης του νέου ανθρώπου. Το νήπιο έρχεται στο σχολείο φέρνοντας τις επιδράσεις του από το οικογενειακό του περιβάλλον και οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν την κύρια ευθύνη της «διάπλασης του χαρακτήρα του». Το σχολείο θεωρείται ως ο ιδανικός χώρος για την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής της υγείας και τη διαμόρφωση, τροποποίηση και αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς.

Αναμφισβήτητα, το σχολείο είναι ένας χώρος στον οποίο οι έφηβοι περνούν μεγάλο μέρος της ζωής τους. Αποτελεί μέρος του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, ασκεί κάποιου βαθμού επίδραση στην έκφραση της σεξουαλικότητάς τους και φυσικά παίζει σημαντικό ρόλο στις σεξουαλικές επιλογές που θα κάνει ο έφηβος.

Ο μαθητής/έφηβος λόγω της συναισθηματικής και βιολογικής του ωρίμανσης, των υπαρξιακών του αναζητήσεων κ.τ.λ. χρειάζεται όσο ποτέ ενίσχυση της πρωτοβουλίας, της δημιουργικότητάς του, της σκέψης και του αισθήματος της αυτοεκτίμησής του. Το αίτημα του σημερινού σχολείου είναι να παρέχει όχι μόνο γνώσεις αλλά και καλλιέργεια της προσωπικότητάς.<sup>179</sup> Αυτό σημαίνει ότι το εκπαιδευτικό σύστημα θα πρέπει να απαγκιστρωθεί από τον αποκλειστικό στόχο της επαγγελματικής αποκατάστασης του μαθητή και να δώσει περισσότερη σημασία στις ανθρώπινες σχέσεις, τη συναισθηματική ωρίμανση και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του μαθητή.<sup>180</sup>

Η Ελλάδα είναι από τις λίγες Ευρωπαϊκές χώρες που δεν έχει συγκεκριμένη πολιτική στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.<sup>181</sup> Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής μπορεί να μην είναι απαγορευμένο, αφού το 1936 το Υπουργείο Παιδείας αποφάσισε την εισαγωγή μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εις στο σχολικόν πρόγραμμα<sup>182</sup>, ωστόσο δεν υπάρχει στο ωρολόγιο πρόγραμμα των σχολείων. Υπάρχουν μονάχα ορισμένα μαθήματα όπως για παράδειγμα η Βιολογία, η Ανθρωπολογία, τα Θρησκευτικά, στα οποία είναι καταγεγραμμένα κάποια στοιχεία πάνω στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αλλά και αυτά πολλές φορές

<sup>179</sup> Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε.,(2005). Αγωγής Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις: τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος

<sup>180</sup> Κρουσταλάκης Γ.,(1995). Γονείς και παιδιά μπροστά στην ερωτική σχέση, Διαφυλικές σχέσεις (τόμος α΄) Αθήνα: Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

<sup>181</sup> Κρεατσάς Γ., (1992). Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αθήνα: Εκδόσεις Εντοπία

<sup>182</sup> Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε., (2003). Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία.

βρίσκονται στο τέλος των βιβλίων με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να μην διδάσκονται.

Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών που διεξήχθησαν μέσα στα πλαίσια Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων από τον Κυπριακό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού οι περισσότεροι νέοι σε ποσοστό 94% πιστεύουν ότι το σχολείο οφείλει να έχει ενεργό ρόλο στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών. Παρόλα αυτά πιστεύεται ότι αυτό δεν γίνεται επαρκώς αλλά ούτε με τον κατάλληλο τρόπο.

Συνήθως οι εκπαιδευτικοί έχουν ελάχιστη κατάρτιση στη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής, και περιορίζονται και από τις δικές τους ανεπάρκειες, όπως η αμηχανία και η ντροπή. Αυτό τονίζει την αναγκαιότητα της επαρκούς κατάρτισης των εκπαιδευτικών. Πρέπει να ενισχυθεί όχι μόνο η γνώση των εκπαιδευτικών γύρω από τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, αλλά και οι επικοινωνιακές και διαπροσωπικές τους δεξιότητες, ώστε να μπορούν να αναπτύξουν σχέσεις με τα παιδιά που να διευκολύνουν την επικοινωνία στα θέματα αυτά. Μ' αυτό τον τρόπο οι εκπαιδευτικοί σταδιακά θα αποκτήσουν μια συγκροτημένη στάση στο ζήτημα αυτό αλλά και σε άλλα παρόμοια. Επειδή το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων είναι αρκετά δύσκολο και απαιτεί σωστή ενημέρωση και σεβασμό, οι εκπαιδευτικοί που θα αναλάβουν αυτό το ρόλο θα πρέπει να αποστασιοποιηθούν από τα προσωπικά τους βιώματα και να είναι συναισθηματικά ώριμοι, να προσεγγίζουν τα θέματα επιστημονικά, να σέβονται τις αντιλήψεις και επιλογές των άλλων και το βασικότερο να ξεφεύγουν από την παραδοσιακή σχέση δασκάλου-διδασκόμενου και να προσεγγίζουν το κάθε παιδί σαν μοναδική και ανεπανάληπτη οντότητα.<sup>183</sup>

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η όλη προσπάθεια αρμόζει να γίνει σε συνεργασία με τους γονείς των παιδιών καθώς και σε συνεργασία με άλλες εξωσχολικές υποδομές π.χ. Κέντρα Υγείας, Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού κ.τ.λ.

---

<sup>183</sup> Στάλω Λ., *Γνώσεις και Στάσεις των Νέων...* Πρόσβαση από <http://www.neolaia.eu/cgi-bin/hweb?-A=1669&-V=health>



#### 4.4. ΟΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΙ

Στο χώρο του σχολείου, στα φροντιστήρια, στις γειτονιές, σε χώρους συγκέντρωσης, η συμμετοχή των εφήβων σε ομάδες συνομηλίκων είναι πολύ συνηθισμένη. Ο ρόλος της ομάδας είναι πολύ πιο σημαντικός για την εξέλιξη του εφήβου στα πρώτα εφηβικά χρόνια (13-15) απ' ό,τι προς το τέλος της εφηβείας. Η ομάδα είναι για τον έφηβο ένα μέσο αναζήτησης της κοινωνικής του ταυτότητας και ταυτόχρονα ένα μέσο άμυνας απέναντι στους ενήλικες, στον εαυτό του και ιδιαίτερα απέναντι στις σεξουαλικές του φαντασιώσεις και ανησυχίες. Η ισχύς της ομάδας αντισταθμίζει τα συναισθήματα αδυναμίας του εφήβου. Η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην ομάδα τον προετοιμάζει για τη συναισθηματική του συναλλαγή με τους άλλους στην ενήλικη ζωή του.<sup>184</sup>

Μέσα από τις παρέες, το παιδί κάνει τις πρώτες του προσπάθειες να δημιουργήσει έναν κόσμο όπου δεν θα υπάρχει ο αυστηρός έλεγχος των «μεγάλων», η συμπεριφορά του οργανώνεται και αποκτά κοινωνικό χαρακτήρα, δοκιμάζει νέες εμπειρίες, κοινές με τους φίλους του και πιθανόν διαφορετικές από τα πρότυπα της οικογένειας και του σχολείου.

Οτιδήποτε συμβαίνει κατά την παιδική ηλικία στις παρέες των παιδιών επηρεάζει τη λειτουργία τους και στους άλλους τομείς της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, του σχολείου αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. Συμβαίνει όμως και το αντίθετο: οτιδήποτε συμβαίνει στους άλλους τομείς της ζωής του παιδιού καθρεφτίζεται στις σχέσεις του με την παρέα του. Γι' αυτό οι σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους και με τους φίλους σχετίζονται, από κάθε άποψη, με την σωστή ανάπτυξη τους, αλλά και με το αν έχουν επιτυχία, ή όχι, στο σχολείο.

Οι φιλίες παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στη ζωή των παιδιών, όσο και των ενηλίκων. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως ήδη από την ηλικία των τεσσάρων ετών τα παιδιά σε ποσοστό 75% έχουν αναπτύξει σχετικά στενές σχέσεις με συνομηλίκους τους, ενώ η φιλία είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε όλες τις κοινωνίες.<sup>185</sup>

---

<sup>184</sup> ΕΦΗΒΕΙΑ. Πρόσβαση από <http://www.childmentalhealth.gr/Wc43ab41ba1585.htm>

<sup>185</sup> Αγοραστός Δ., (2008). Ανάπτυξη φιλιών κατά την παιδική ηλικία. Πρόσβαση από <http://psychologiein.sciblogs.net/2008/10/22/friendships/>

#### 4.5. Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κάθε κοινωνία με τις αρχές και τις αξίες της προσανατολίζει, διαπαιδαγωγεί και ελέγχει τον έφηβο. Μέρος των θέσεων που παίρνει η κοινωνία αφορούν το προγαμιαίο σεξ, την ισότητα των δύο φύλων, την αποδοχή των μονογονεϊκών οικογενειών, τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων και άλλες. Αυτές είναι και οι θέσεις οι οποίες προσανατολίζουν το είδος της σεξουαλικής ζωής η οποία είναι κοινωνικά αποδεκτή.<sup>186</sup>

Στη Γαλλία, όπως και στις σκανδιναβικές χώρες, το φαινόμενο των γεννήσεων εκτός γάμου τείνει να διευρύνεται. Στη Σουηδία, περισσότερα από τα μισά μωρά γεννιούνται από άγαμους γονείς. Στην Αγγλία, σήμερα, περίπου το ένα στα τρία και στην Ιρλανδία, ενώ η άμβλωση είναι ακόμα παράνομη, οι ανύπαντρες μητέρες είναι περισσότερο συχνές από τις παντρεμένες, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιοχές της χώρας (χαμηλού εισοδήματος κυρίως).

Φαίνεται ότι οι άγαμες μητέρες αποφασίζουν πλέον να στηρίζουν την άποψη ότι δε χρειάζονται τους άνδρες για να επιβιώσουν. Πολλά βοηθήματα δίνονται από την πολιτεία για να τις ενισχύσουν και να στηρίζουν το παιδί τους, τόσα ώστε πολλές φορές αυτές δε δηλώνουν το όνομα του πατέρα του παιδιού και δε παντρεύονται μαζί του ακριβώς για να μη χάσουν τα επιδόματα της Πρόνοιας.<sup>187</sup>

Όσον αφορά την Ελλάδα, η οποία κατέχει την πρωτιά στις αμβλώσεις, το ποσοστό μέριμνας που έχει αναλάβει προκειμένου να ενημερώσει τους νέους για τα μέτρα αντισύλληψης που υπάρχουν και τα οποία θα πρέπει να χρησιμοποιούν σε κάθε ερωτική επαφή με τον/την σύντροφό τους συνάγεται από τον αριθμό των αμβλώσεων που γίνονται στη χώρα μας ετησίως (250.000 αμβλώσεις, αριθμός υπερδιπλάσιος των γεννήσεων και από αυτό τον αριθμό, οι 40.000 γίνονται από κορίτσια ηλικίας κάτω των 18 ετών).<sup>188</sup>

Το Νοέμβριο του 1988 στο ΠΙΚΠΑ Αττικής ξεκίνησαν δύο έρευνες στις οποίες επιχειρήθηκε να δοθεί το προφίλ της Ελληνίδας άγαμης μητέρας σήμερα. Έτσι, εμφανίζονται δύο τύποι άγαμων μητέρων:

---

<sup>186</sup> Καραμολέγκου Κ., *Διαφυλικές σχέσεις: Διαδρομή στη ζωή με κινδύνους*. Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc\\_id=55](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=55)

<sup>187</sup> Caron J., (1997). *Ανύπαντρες μητέρες. Γυναικείο Κίνημα: Από την υποταγή στην απελευθέρωση*. Αθήνα. Εκδόσεις: GUTENBERG.

<sup>188</sup> Σβώλου Α., *Πρωταθλήτρια στις αμβλώσεις η Ελλάδα*. Πρόσβαση από <http://www.ppol.gr/fullarticle.php?id=4007>

α) η κοινωνικά περιθωριοποιημένη άγαμη μητέρα που έχει άμεση ανάγκη την οικονομική, την κοινωνική και τη συζυγική στήριξη και

β) η χειραφετημένη και κοινωνικά/οικονομικά ανεξάρτητη γυναίκα που είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την κοινωνική αλλαγή.

Από τις νεαρές άγαμες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα όλες απέδωσαν ευθύνες στην ελληνική κοινωνία για την ανυπαρξία παροχής καλύτερης προνοιακής βοήθειας για τη μητέρα και το παιδί μέσω επιδομάτων μητρότητας, καλύτερης περίθαλψης και ασφάλισης, ειδικών στεγαστικών δανείων και φροντίδας του παιδιού π.χ. προτεραιότητα εγγραφής του σε παιδικό σταθμό, Ημερήσια Κέντρα Απασχόλησής του κατά τη διάρκεια εργασίας της μητέρας, προγράμματα ενγένει στήριξης της οικογένειας της άγαμης μητέρας: πρόγραμμα για τη καλή υγεία του παιδιού και την επαγγελματική πληροφόρηση/εκπαίδευση και επαναπροσανατολισμό της μητέρας.<sup>189</sup>

Τα επιδόματα και οι παροχές που δίνονται από τους διάφορους φορείς του ελληνικού κράτους προκειμένου να βοηθηθεί μία ανύπαντρη μητέρα καταγράφονται παρακάτω:

- οι Διευθύνσεις Πρόνοιας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων καταβάλλουν **μηνιαίο επίδομα** 44 ευρώ σε παιδιά που στερούνται της πατρικής προστασίας για οποιοδήποτε λόγο μέχρι συμπλήρωσεως του 16<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους, με την προϋπόθεση το μηνιαίο επίδομα να μην υπερβαίνει (για διμελή οικογένεια) τα 235 ευρώ<sup>190</sup>
- οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας «Αναρρωτηρίου Πεντέλης», η Παιδόπολη «Άγιος Ανδρέας» Καλαμακίου και το Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα» παρέχουν πανελλαδικά, **μηνιαία οικονομική ενίσχυση** 105,65 ευρώ σε μονογονείς με ένα παιδί ή 148,20 ευρώ σε μονογονείς με δύο παιδιά με την προϋπόθεση ότι το ετήσιο οικογενειακό επίδομα δεν υπερβαίνει τα 2.817 ευρώ και ότι δε λαμβάνουν το επίδομα απροστάτευτου παιδιού
- χορηγείται **σχολικό επίδομα** σε οικογένειες με παιδιά ηλικίας έως 16 ετών που φοιτούν σε δημόσια σχολεία υποχρεωτικής εκπαίδευσης (άρθρο 27,παρ. 3, του ν. 3016/02, ΦΕΚ Α' 110/17-5-2002). Απευθύνεται σε οικογένειες, συμπεριλαμβανομένων των μονογονεϊκών, με ετήσιο εισόδημα που δεν

<sup>189</sup> Σβώλου Α., *Πρωταθλήτρια στις αμβλώσεις η Ελλάδα*. Πρόσβαση από <http://www.ppol.gr/fullarticle.php?id=4007>

<sup>190</sup> Οδηγός Υγείας-Πρόνοιας

υπερβαίνει το ποσό των 3.000 ευρώ και ανέρχεται σε 300 ευρώ ετησίως για κάθε παιδί-μαθητή υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Η ενίσχυση καταβάλλεται εφάπαξ με την έναρξη κάθε σχολικού έτους. Η καταβολή πραγματοποιείται από την αρμόδια Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία (Δ.Ο.Υ) του τόπου διαμονής του δικαιούχου

- το **επίδομα μητρότητας ανασφαλιστών** καταβάλλεται σύμφωνα με το άρθρο 4, παρ. 5, του ν. 1302/82 (ΦΕΚ Α' 133/29-10-1982) σε εργαζόμενες μητέρες που δε δικαιούνται αντίστοιχη παροχή από κάποιο ασφαλιστικό φορέα ή είναι ανασφάλιστες. Το ύψος του επιδόματος ανέρχεται στα 440 ευρώ εφάπαξ. Αρμόδια υπηρεσία για τη χορήγηση του επιδόματος είναι οι Διευθύνσεις και τα Τμήματα Πρόνοιας των Νομ/κών Αυτοδιοικήσεων της Χώρας
- οι άγαμες μητέρες και τα προστατευόμενα μέλη τους δικαιούνται κάθε έτος **Δελτίο κοινωνικού τουρισμού**, ανεξάρτητα αν έλαβαν την παροχή αυτή κατά το προηγούμενο έτος. Προϋπόθεση αποτελεί να έχουν πραγματοποιήσει κατά το προηγούμενο έτος 50 ημέρες εργασίας ή 50 ημέρες επιδοτούμενης ανεργίας
- στον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας υπάρχει **ειδικό πρόγραμμα για τη στεγαστική συνδρομή** σε άγαμες μητέρες σύμφωνα με το οποίο: ή παραχωρούνται έτοιμες κατοικίες σε άγαμες μητέρες, εφόσον υπάρχουν διαθέσιμες ή παραχωρούνται στεγαστικά δικαιώματα για την εξεύρεση κατοικίας στην ελεύθερη αγορά, απόκτησή της από τον ΟΕΚ και παραχώρηση στο δικαιούχο ή χορηγείται άτοκο δάνειο από κεφάλαια του ΟΕΚ με περίοδο αποπληρωμής τα 25 χρόνια.
- ένταξη των γυναικών-αρχηγών μονογονεϊκών οικογενειών στην αγορά εργασία με την υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων επιδότησης **Νέων Θέσεων Εργασίας**, επιδότησης **Νέων Ελεύθερων Επαγγελματιών** ατόμων ευπαθών κοινωνικών ομάδων και επιδότησης Εργοδοτών για πρόσληψη ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες
- χορηγείται στους ανασφαλιστους και οικονομικά αδύνατους γονείς **βιβλιόριο** δωρεάν χορήγησης φαρμάκων και νοσοκομειακής περίθαλψης στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του ΕΣΥ τόσο για τους ίδιους όσο και για τα προστατευόμενα από αυτούς παιδιά τους

- λειτουργούν σε όλη τη χώρα Κοινωνικές Υπηρεσίες που προσφέρουν **ψυχολογική και κοινωνική στήριξη** σε κάθε μονογονεϊκή οικογένεια όταν τους ζητηθεί<sup>191</sup>

Παρόλο που η πολιτεία έχει μεριμνήσει με τους παραπάνω τρόπους να βοηθήσει νεαρές γυναίκες που βρίσκονται στο δίλημμα να κρατήσουν ή όχι το παιδί που κυοφορούν, ο αριθμός των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα δε δείχνει να μειώνεται.

Στις κλειστές κοινωνίες ο ιδιωτικός χώρος των νέων συνήθως καταργείται, η ζωή τους είναι πιθανό να σχολιάζεται και γενικά το οικογενειακό περιβάλλον να αδυνατεί να σταθεί κοντά στο παιδί και να του παρέχει τη σωστή ενημέρωση στα πρώιμα στάδια της σεξουαλικής συμπεριφοράς που πρέπει να αναπτυχθεί ομαλά. Η προαναφερόμενη μορφή «ελέγχου» σε μια μικρή κοινωνία προσδιορίζει καθοριστικά τα όρια συμπεριφοράς των μελών που ανήκουν σε αυτές. Αντίθετα, στις ανοιχτές κοινωνίες συνήθως οι γονείς ενημερώνουν και στηρίζουν το παιδί έχοντας ξεπεράσει τα διάφορα ταμπού. Αυτό συμβαίνει επειδή στα πλαίσια των ανοιχτών κοινωνιών που διαθέτουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού οι γονείς και οι νέοι έχουν άμεση πρόσβαση όταν εκείνοι το επιθυμούν.

Οι επίσημες πηγές ενημέρωσης-πρόληψης και στήριξης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που υπάρχουν στη σημερινή κοινωνία και πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα και στη Κρήτη είναι:

Σε επίπεδο **ενημέρωσης-πρόληψης**:

- ❖ τα **Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού** τα οποία είναι ενταγμένα στο δημόσιο Σύστημα Υγείας και τα οποία βοηθούν και συμβουλεύουν ζευγάρια που θέλουν και μπορούν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Εκτός αυτού, τα Κέντρα με σωστή ενημέρωση που παρέχουν σε κοπέλες νεαρής ηλικίας τις προφυλάσσουν από τη μετάδοση κληρονομικών και μεταδιδόμενων παθήσεων καθώς και από τις συνέπειες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την εφαρμογή των σωστών μέσων αντισύλληψης.<sup>192</sup> Περαιτέρω ανάλυση γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο.
- ❖ τα **Κέντρα Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων**. Η ανάγκη δημιουργίας των ΚΕ.Π.Υ.Ε. υπαγορεύτηκε από την παντελή έλλειψη οργανωμένων δομών για την φροντίδα των εφήβων στην Ελλάδα, που συνεπάγεται και την ανεπαρκή

<sup>191</sup> Για κάθε γονέα που είναι μοναδικός. Πρόσβαση από [www.isitita.gr/index.php/publication/598](http://www.isitita.gr/index.php/publication/598)

<sup>192</sup> Πρόσβαση από <http://www2.rizospastis.gr/columnPage.do?publDate=2/3/2008&columnId=62>

καταγραφή και μελέτη των προβλημάτων της ηλικίας αυτής. Οι Έλληνες έφηβοι βρίσκονται από ιατρικής πλευράς στο κενό, οι ανάγκες τους ωστόσο είναι σημαντικές και η αντιμετώπισή τους καθοριστική για το μέλλον των ίδιων, αλλά και της κοινωνίας μας γενικότερα. Από το 2005 στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» λειτουργεί το Κέντρο Πρόληψης και Υγείας Εφήβων η στελέχωση του οποίου γίνεται με στελέχη και συνεργάτες του Πανεπιστημίου Αθηνών που έχουν επιλεγεί με βάση την εμπειρία και εκπαίδευσή τους στην Εφηβική Ιατρική, ώστε να καλύπτονται οι βασικοί τομείς υγείας της εφηβικής ηλικίας. Η δημιουργία του Κέντρου Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων ("Φίλοι Εφήβων", ΚΕ.Π.Υ.Ε.), είναι μια πρωτοποριακή ιδέα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) στον τομέα της Εφηβικής Ιατρικής.<sup>193</sup>

Σε επίπεδο **στήριξης**:

- ❖ το **Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο)** το οποίο ιδρύθηκε το 1999 με απόφαση της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος και λειτουργεί ως υπηρεσία της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, με σκοπό την προστασία του θεσμού της οικογένειας. Το Κέντρο Οικογένειας αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της κρίσης που διέρχεται η Ελληνική Οικογένεια, στην αποτροπή του βιολογικού αφανισμού του γένους μας στην ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων από τις εκτρώσεις και τέλος, αποσκοπεί στην φροντίδα της άγαμης μητέρας και του παιδιού της.<sup>194</sup>
- ❖ το **Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας** του Δήμου Ηρακλείου. Το Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας λειτουργεί ως αυτοτελές τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών και υπάγεται στον Δημοτικό Οργανισμό Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (Δ.Ο.Π.Α.Ε.Η.) του Δήμου Ηρακλείου. Δραστηριοποιείται από το 2003 και υλοποιεί στόχους πρωτοβάθμιας κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης.<sup>195</sup> Σκοπός του ΚΕ.Φ.Ο. είναι να ενισχυθεί ο θεσμός της οικογένειας. Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε νέα ζευγάρια και νέους γονείς που βρίσκονται μπροστά σε αδιέξοδα του σύγχρονου τρόπου ζωής επιδιώκοντας να τους βοηθήσει ώστε να δημιουργηθεί ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον για τα παιδιά.

---

<sup>193</sup> Κέντρο Πρόληψης Υγείας των Εφήβων. Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/youth.asp?doc\\_id=3](http://www.ephebiatrics.gr/GR/youth.asp?doc_id=3)

<sup>194</sup> Κέντρο Στήριξης Οικογένειας. Πρόσβαση από <http://www.archdiocese.gr/keso/profile.html>

<sup>195</sup> Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας. Πρόσβαση από <http://www.heraklion.gr/citizen/kefo/kefo.html>

- ❖ το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού λειτουργεί στην Αθήνα από το 1998, εγγεγραμμένο στο μητρώο των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στελεχώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς, μαιευτήρες και δικηγόρους. Οι παροχές που δίνονται από το Κέντρο στις εγκυμονούσες είναι στέγη σε διαμερίσματα, κάλυψη των εξόδων τοκετού καθώς και των πρώτων αναγκών του μωρού και εύρεση εργασίας στις μητέρες ή στους συζύγους-συντρόφους τους. Εκτός από την υλική βοήθεια, ο σύλλογος διοργανώνει σεμινάρια επιμόρφωσης των μητέρων, αλλά και του κοινού γενικότερα, σε θέματα οικογένειας, γενετικής, προγεννητικής αγωγής κ.τ.λ.<sup>196</sup>
- ❖ Ο Σύλλογος Αγέννητου Παιδιού είναι σωματείο φιλανθρωπικό μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που ιδρύθηκε το 1998 στην Αθήνα. Ο Σύλλογος δραστηριοποιείται σε δύο κύριες κατευθύνσεις:
  1. *Συμβάλλει στην ενημέρωση του κοινού*, σε όλη την Ελλάδα, πάνω σε θέματα που αφορούν την εγκυμοσύνη με την οργάνωση σεμιναρίων, διαλέξεων, ομιλιών και με την εκτύπωση και διανομή εντύπων. Παράλληλα κυκλοφορούν έντυπα για την ανάπτυξη του εμβρύου και την ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις των αμβλώσεων.
  2. *Στήριξη των εγκύων μητέρων*. Με το Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού, ο σύλλογος παρέχει εντελώς δωρεάν υπηρεσίες σε εγκύους που αντιμετωπίζουν κάθε είδους προβλήματα λόγω της εγκυμοσύνης τους, καθώς και μετά την γέννηση του παιδιού. Όλοι όσοι βρίσκονται στο Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού είναι άνθρωποι υπεύθυνοι και με κατανόηση για το πρόβλημα κάθε μέλλουσας μητέρας. Εκεί εργάζονται κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, παιδοψυχολόγοι, γυναικολόγοι, μαιευτήρες, μαίες, παιδαγωγοί, δικηγόροι. Επιπλέον, παρέχει στέγαση, χορήγηση αναγκαίων ειδών (γάλατα, πάνες, ρούχα κ.α.), μηνιαία χρηματικά βοηθήματα, εύρεση εργασίας στις μητέρες ή στους συζύγους-συντρόφους τους και διοργανώνει σεμινάρια επιμόρφωσης των μητέρων σε θέματα προσχολικής αγωγής.

<sup>196</sup>Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Αγέννητου Παιδιού. Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?id=22,0,0,1,0,0>

- ❖ Τέλος, ο Σύλλογος Άγαμων Μητέρων ο οποίος λειτουργεί στην Αθήνα και έχει συσταθεί από μητέρες οι οποίες έχουν φέρει στον κόσμο και μεγαλώνουν παιδιά χωρίς να έχουν παντρευτεί.<sup>197</sup>

Η κοινωνία μας θα πρέπει να διερευνά και να βρίσκει συνεχώς τρόπους για να περάσει στους νέους το μήνυμα ότι η σεξουαλική πράξη είναι συνειδητή επιλογή και των δύο φύλων και η πραγματοποίησή της γίνεται πάντα με τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

#### **4.6. ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ (Internet)**

Παλαιότερα η τηλεόραση αποτελούσε το πιο δημοφιλές μέσο ενημέρωσης και ψυχαγωγίας. Στις μέρες μας όμως έχει αντικατασταθεί από το διαδίκτυο το οποίο είναι γνωστό και χρήσιμο σε όλους τους νέους. Το χρησιμοποιούν ως μέσο διασκέδασης κατεβάζοντας τραγούδια, ταινίες ή παίζοντας παιχνίδια, το χρησιμοποιούν για να κάνουν τις σχολικές τους εργασίες ή ακόμα για να ενημερωθούν για διάφορα θέματα. Πολλά παιδιά καταφεύγουν στο διαδίκτυο προκειμένου να βρουν όποιες πληροφορίες τους χρειάζονται και οι οποίες θα καλύψουν όλες τις απορίες που έχουν, από τις πιο σημαντικές έως τις πιο ασήμαντες. Το Internet δεν φιλτράρει καμιά πληροφορία. Αυτός είναι άλλωστε ο λόγος που έχει χαρακτηριστεί ως το πιο δημοκρατικό μέσο διακίνησης πληροφοριών.

Η επιστημονική ομάδα της Μονάδας Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο νοσοκομείο «Αγλαΐα Κυριακού», το έτος 2007, παρακολουθώντας είκοσι αγόρια ηλικίας από 14 έως 16 ετών τα οποία παρουσίαζαν συμπτώματα εξάρτησης από το διαδίκτυο έδωσε σημαντικά στοιχεία όσο αφορά τον χρόνο που καταναλώνουν οι έφηβοι στο διαδίκτυο καθώς και με τι ασχολούνται όταν βρίσκονται εντός:

- ❖ 55% χρησιμοποιούν το δίκτυο για παιχνίδια
- ❖ 40% για το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail)
- ❖ 37,5% για συνομιλίες σε διάφορους χώρους συνάντησης (chat)
- ❖ 10% για αγορές
- ❖ 4% για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

---

<sup>197</sup> Σύλλογος Άγαμων Μητέρων. Πρόσβαση από [http://www.anthropos.gr/show\\_mko.asp?Id=1186](http://www.anthropos.gr/show_mko.asp?Id=1186)



- ❖ 27% για θέματα επιμόρφωσης και
- ❖ 26% για ενημέρωση-υπηρεσίες.<sup>198</sup>

Σε ό,τι αφορά την ενημέρωση των νέων σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, το Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων με αφορμή την Πανευρωπαϊκή Ημέρα για τη Σεξουαλική Υγεία (14 Φεβρουαρίου) έδωσε στη δημοσιότητα στατιστικά στοιχεία για την επισκεψιμότητα των ηλεκτρονικών του σελίδων ([www.imop.gr](http://www.imop.gr)), μια καινοτόμο προσπάθεια για τα ελληνικά δεδομένα που ξεκίνησε το 2006 παρέχοντας τη δυνατότητα στους πολίτες να λαμβάνουν υπεύθυνη και έγκαιρη πληροφόρηση σε όποια γωνιά της Ελλάδας και αν ζουν, αποφεύγοντας έτσι να σερφάρουν για ώρες σε μη τεκμηριωμένες επιστημονικά ιστοσελίδες.

Η ιστοσελίδα είχε την υποστήριξη του Κέντρου Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (ΚΕΣΑΥ) και τον πρώτο χρόνο της λειτουργίας της (Φεβ. 2006 – Ιαν. 2007) την επισκέφθηκαν 59.165 άτομα. Την περίοδο Φεβ. 2008 – Ιαν. 2009 δέχθηκε 116.990 ηλεκτρονικές επισκέψεις και αποδεικνύεται ότι οι Ελληνίδες και οι Έλληνες αναζήτησαν περισσότερο την έγκυρη πληροφόρηση της ιστοσελίδας τους μήνες Ιανουάριο (12.785 επισκέψεις), Νοέμβριο και Δεκέμβριο, ενώ χρήζει περαιτέρω ανάλυσης ότι στις 29 Δεκεμβρίου 2008 η συγκεκριμένη ιστοσελίδα δέχθηκε 1.285 επισκέψεις.<sup>199</sup>

Οι πιο δημοφιλείς επισκέψιμες σελίδες όλο τον χρόνο είναι η «Σεξουαλική Υγεία... Μόνο για νέους» που περιέχει πληροφόρηση για τα θέματα που συχνά ρωτούν οι νέοι στη γραμμή βοήθειας του ΚΕΣΑΥ (Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας). Ακολουθούν οι σελίδες με πληροφορίες για το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις παθήσεις του προστάτη και τη στυτική δυσλειτουργία ενώ οι λιγότερες ηλεκτρονικές επισκέψεις καταγράφονται τον Αύγουστο.<sup>200</sup>

Η ενημέρωση που λαμβάνουν οι νέοι για σεξουαλικά ζητήματα από διάφορες ιστοσελίδες οι οποίες δεν είναι επιστημονικά αποδεκτές τις περισσότερες φορές ποικίλλει. Μπορεί για παράδειγμα να είναι ψευδής, δηλαδή να μεταδίδει ψεύτικες

<sup>198</sup> Κατερέλος, Γ., Παπαδόπουλος Π., *Ιντερνέτ: Δημιουργική και ασφαλής χρήση του διαδικτύου από νέους & νέες έως 18 ετών*. Έρευνα του Ινστιτούτου Οπτικοακουστικών Μέσων. Πρόσβαση από <http://www.dart.gov.gr/?q=node/105>

<sup>199</sup> Τσιγγανάς Θ., *Οι νέοι ενημερώνονται για το σεξ από ιατρικές σελίδες του Διαδικτύου*. Πρόσβαση από [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_11/02/2009\\_302973](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_11/02/2009_302973)

<sup>200</sup> Τσιγγανάς Θ., *Οι νέοι ενημερώνονται για το σεξ από ιατρικές σελίδες του Διαδικτύου*. Πρόσβαση από [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_11/02/2009\\_302973](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_11/02/2009_302973)

πληροφορίες, υπερβολική, παρουσιάζοντας ένα γεγονός σε υπερφυσικά μεγάλες διαστάσεις ή ακόμα και ελλιπής, δημιουργώντας σύγχυση σε αυτόν που την δέχεται.

Αναμφίβολα, το Internet μοιάζει με ένα γιγαντιαίο δίκτυο δρόμων και λεωφόρων με πάμπολλες διασταυρώσεις και απουσία ραντάρ ταχύτητας της τροχαίας. Από τη στιγμή που κάποια πληροφορία διοχετεύει στο Internet, κανείς δεν ξέρει που θα κυκλοφορήσει και που θα καταλήξει. Ο καθένας μπορεί να έχει πρόσβαση σε αυτή και να την αξιοποιήσει ή να την αγνοήσει.

Για το λόγο αυτό θα πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε τα παιδιά να προστατευτούν από την κακή χρήση του διαδικτύου. Σ' αυτό θα βοηθήσουν πρώτον, οι γονείς αφιερώνοντας χρόνο στο διαδίκτυο μαζί με τα παιδιά τους και έχοντας ανοιχτό ένα κανάλι επικοινωνίας μαζί τους και δεύτερον, το σχολείο δημιουργώντας ένα μάθημα για το ασφαλές διαδίκτυο.

Η χρήση του Internet δημιουργεί εικονικές επαφές απομονώνοντας τις προσωπικές. Τα παιδιά προτιμούν να μιλάνε και να επικοινωνούν με άτομα που μπορεί να βρίσκονται στην άλλη άκρη του κόσμου και να αδιαφορούν για τα άτομα που βρίσκονται μέσα στο ίδιο δωμάτιο. Χάρη στην ανωνυμία που υπάρχει οι νέοι έχουν τη δυνατότητα να μπαίνουν μέσα στα «δωμάτια γνωριμιών» και δίνοντας ότι στοιχεία θέλουν να κάνουν καινούργιες γνωριμίες οι οποίες όμως μπορεί να μην περιοριστούν σε μία απλή συζήτηση. Κάποιες φορές όταν είναι επιθυμητό και από τις δύο πλευρές η κουβέντα προχωράει αρκετά με αποτέλεσμα να καταλήγουν να κάνουν «σεξ μέσω διαδικτύου». Από τη μια μεριά, αυτό μπορεί να είναι ασφαλές σεξ αφού δεν υπάρχει ο κίνδυνος να μεταδοθεί κάποιο σεξουαλικό νόσημα ή να προκληθεί μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, από την άλλη όμως δεν υπάρχει συναισθηματική επαφή και κοινά σχέδια για το μέλλον με προοπτική συνέχισης της οικογένειας.

#### **4.7. Η ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ**

Η τηλεόραση είναι ένα οπτικοακουστικό μέσο, γεγονός που οδηγεί και περισσότερους ανθρώπους να έχουν πρόσβαση σε αυτήν ευκολότερα. Το πρόβλημα όμως είναι ότι, στην εποχή μας, η τηλεόραση με την όχι και τόσο καλή επιρροή της έχει υποσκελίσει τα υπόλοιπα ΜΜΕ, με αποτέλεσμα τόσο η ενημέρωση όσο και η ψυχαγωγία να είναι συνήθως μονόπλευρη. Με την σύγχρονη μορφή και λειτουργία

της αποτελεί έναν από τους κύριους διαμορφωτές της προσωπικότητας των παιδιών, αφού ασκούν καταλυτικό ρόλο στη διαπαιδαγώγηση τους και συμβάλλουν στη γνωστική τους ανάπτυξη.<sup>201</sup>

Πιο επιρρεπή των όσων προβάλλονται στην τηλεόραση είναι τα παιδιά κι αυτό διότι σε αυτήν την ηλικία δεν έχουν την ωριμότητα να κρίνουν εάν αυτό που βλέπουν είναι αληθινό ή όχι. Επακόλουθο αυτού είναι να δημιουργούνται λανθασμένα πρότυπα αφού κατακλύζονται από άτομα «πρότυπα» που παρουσιάζονται στα διάφορα μέσα, ζώντας έναν «ιδανικό» τρόπο ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μεγαλώνουν οι υλιστικές απαιτήσεις των παιδιών και να νιώθουν δυστυχισμένα όταν δεν καταφέρνουν να γίνουν όπως αυτοί που βλέπουν καθημερινά στα διάφορα προγράμματα.

Τα κορίτσια επηρεάζονται ακόμη πιο πολύ από την προβολή αυτή των τέλειων γυναικών, με το ιδανικό κορμί, που είναι πάντα ποθητές από πλούσιους και επιτυχημένους άνδρες. Αυτό κάνει τα νεαρά κορίτσια να θέλουν να μοιάσουν στο πρότυπο αυτό της γυναίκας-μοντέλου με αποτέλεσμα να ξεκινούν εξαντλητικές δίαιτες, να υπεραπασχολούνται με την εξωτερική τους εμφάνιση, αγνοώντας την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, που συνίσταται παράλληλα και στην καλλιέργεια του πνεύματος.<sup>202</sup>

Συνέπεια των παραπάνω είναι οι σύγχρονες κοινωνίες να απασχολούνται από ένα ουσιώδες ζήτημα που αφορά την αποτελεσματικότητα της τηλεόρασης τόσο στη διαμόρφωση, όσο και στην αλλαγή της κοινής γνώμης. Γεγονός είναι ότι τα διάφορα μέσα ενημέρωσης και ιδιαίτερα η τηλεόραση, αποτελούν ένα ισχυρό μέσο για τη διαμόρφωση των στάσεων των παιδιών καθώς καθημερινά βομβαρδίζει με σκηνές σεξουαλικού περιεχομένου χωρίς ωστόσο να παρέχει την απαραίτητη ενημέρωση για ουσιώδη ζητήματα όπως: τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή τους τρόπους αποφυγής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Τις περισσότερες φορές εάν όχι πάντα ο έρωτας προβάλλεται ως κάτι ευχάριστο και συναρπαστικό αλλά σπάνια πραγματεύεται ζητήματα, όπως οι μακροχρόνιες σχέσεις και δεσμεύσεις, η αντισύλληψη και η πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων ασθενειών.<sup>203</sup> Παρουσιάζει τον έρωτα ως μια σαρκική απόλαυση και όχι ως μία πράξη αγάπης και

<sup>201</sup> Λαγουδάκης Μ., *Τηλεόραση και αγωγή παιδιού*. Πρόσβαση από <http://www.m-lagoudakis.com/content/view/full/62/9/>

<sup>202</sup> Γιατροί του κόσμου. *Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης*. Πρόσβαση από [http://www.e-kivotos.gr/gr/psychagogia\\_mesa.html](http://www.e-kivotos.gr/gr/psychagogia_mesa.html)

<sup>203</sup> Karen Sokal-Gutierrez, M.D., M.P.H. *Λύσεις και συμβουλές από τους ειδικούς μας!* Πρόσβαση από [http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article\\_view\\_print.asp?articleid=166425](http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article_view_print.asp?articleid=166425)

εμπιστοσύνης που συμβαίνει ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που αγαπιούνται και σέβονται ο ένας τον άλλο.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2006 από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας έδειξε ότι το 66% των εκπομπών της νυχτερινής ζώνης περιλαμβάνουν σκηνές σεξουαλικού περιεχομένου, το 62% των σκηνών των εκπομπών κρύβουν κωδικοποιημένα σεξουαλικά μηνύματα, εκ των οποίων το 28% δείχνει σκηνές που εμπεριέχουν σεξ και τα ποσοστά αυτά αυξάνονται θεαματικά κάθε χρόνο.<sup>204</sup>

Το 2002 το Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ρώτησε 650 εφήβους, ηλικίας 14-17 χρόνων, από 11 σχολεία της Θεσσαλονίκης και της Πιερίας, ποιος επηρεάζει τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Οι απαντήσεις που δόθηκαν διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Το 61% ανέφερε τους φίλους, το 30% τη μητέρα και μόνο το 15% τον πατέρα. Το σχολικό περιβάλλον επηρεάζει το 17% και η Εκκλησία το 5%.
- 6 στους 10 εφήβους ενημερώνονται για θέματα που αφορούν το σεξ από την τηλεόραση και 4 στους 10 από τα περιοδικά και τις εφημερίδες.
- Στην ερώτηση ποιος θα θέλατε να σας ενημερώνει για το σεξ, το 51% απάντησε η μητέρα, το 35% το σχολείο και το 34% ο πατέρας.<sup>205</sup>

Ο ρόλος που διαδραματίζει η τηλεόραση είναι αρκετά σημαντικός κι αυτό συμβαίνει επειδή αποτελεί ένα από κυριότερα και σημαντικότερα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης που μπορεί και πρέπει να συμβάλλει αποφασιστικά στη γενικότερη δημιουργία εκείνων των προϋποθέσεων, οι οποίες θα συντελέσουν στην σωστή και ολοκληρωμένη ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών. Για το λόγο αυτό η πολιτεία θα πρέπει να ελέγχει αυστηρά το πρόγραμμα και τις διαφημίσεις που προβάλλονται στην τηλεόραση αλλά και οι γονείς απ' τη δική τους μεριά να λάβουν κάποια μέτρα. Θα πρέπει να περιορίζουν τις ώρες που τα παιδιά βλέπουν τηλεόραση στο σπίτι, με σκοπό να χρησιμοποιήσουν άλλα μέσα επικοινωνίας κι εμπειρίες για να καλλιεργήσουν τη σκέψη και τη φαντασία τους. Επειδή η τηλεόραση έχει τόσο μεγάλη δύναμη σαν εκπαιδευτικό μέσο, είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθούν τα παιδιά προγράμματα υψηλής ποιότητας που (1) δεν προχωρούν πέρα απ' τη

---

<sup>204</sup> Karen Sokal-Gutierrez, M.D., M.P.H. *Λύσεις και συμβουλές από τους ειδικούς μας!* Πρόσβαση από [http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article\\_view\\_print.asp?articleid=166425](http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article_view_print.asp?articleid=166425)

<sup>205</sup> Πετροπούλου Μ., *TV πες μου για το σεξ.* Πρόσβαση από [http://archive.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=15.12.2002,id=69242824](http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=15.12.2002,id=69242824)

συναισθηματική ωριμότητά τους και (2) παρέχουν φαντασία ή γεγονότα που θα φανούν χρήσιμα και όχι επιβλαβή.<sup>206</sup>

Επιπλέον, οι γονείς να φροντίζουν να ενημερώνουν τα παιδιά τους για τα θέματα που τα απασχολούν και να μην αφήνουν την τηλεόραση να αντικαταστήσει τον δικό τους εκπαιδευτικό ρόλο ειδικά όσον αφορά τη σεξουαλική τους διαπαιδαγώγηση. Κι αυτό επειδή η σεξουαλικότητα, όπως κάθε δύναμη και ενέργεια, δημιουργεί προβλήματα όταν χρησιμοποιείται λανθασμένα ή γίνεται αντικείμενο κατάχρησης.

---

<sup>206</sup> Marks Greenfield P., (1988). Μέσα *Ενημέρωσης και παιδί*. Εκδοτικές επιχειρήσεις Π. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**



## **ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ**

## 5.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού έχει παρερμηνευτεί, διότι ταυτίστηκε λανθασμένα με τον έλεγχο των γεννήσεων ενώ στην πραγματικότητα αυτές οι δύο ορολογίες διαφέρουν μεταξύ τους.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός βοηθάει κάθε άτομο να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα του εκούσια, υπεύθυνη, συνειδητή και θεωρεί υποχρέωση του να πληροφορήσει το άτομο πάνω σε τέτοιου είδους θέματα, σε αντίθεση με τον έλεγχο των γεννήσεων που δεν ενδιαφέρεται για την επιθυμία του ατόμου, ενδιαφέρεται μόνο για το πώς θα αυξήσει ή θα ελαττώσει τις γεννήσεις ανάλογα με τις πληθυσμιακές ανάγκες που παρουσιάζονται κάθε φορά στη χώρα του.<sup>207</sup>

Στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι:

- Η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων με τη σωστή εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων, προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο τόσο για την υγεία της γυναίκας όσο και για μια μελλοντική της εγκυμοσύνη.
- Ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών της οικογένειας, ώστε να υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοσωματική τους ανάπτυξη.
- Η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων για την προστασία της γονιμότητας των δύο φύλων.
- Η ενημέρωση και η παροχή συμβουλών για τη σεξουαλική ζωή και των δύο φύλων λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις ιδιαίτερες καταστάσεις και την ατομικότητα αυτού που απευθύνεται.
- Η γέννηση, όσο γίνεται, υγιών παιδιών με την εφαρμογή του προγεννητικού ελέγχου.
- Η αποφυγή γεννήσεων και επομένως μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής ασθένειας.
- Η πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Η παροχή βοήθειας και συμβουλών σε ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά και σε ζευγάρια που συναντούν δυσκολίες στην απόκτηση

---

<sup>207</sup> Δετοράκης Ι., (1983). *Οικογενειακός προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΠΑΤΑΚΗΣ

παιδιών, όπως είναι η αντιμετώπιση προβλημάτων στειρότητας στα ειδικά κέντρα γονιμότητας.<sup>208</sup>

## 5.2. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έκανε την εμφάνισή του την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το πρόβλημα του μεγέθους της οικογένειας και έπρεπε να παρθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυγονίας. Το 1798 ο Άγγλος ιερέας Thomas L. Malthus βλέποντας την ανησυχητική αύξηση της ανθρωπότητας υποστήριξε ότι η ανθρωπότητα βαδίζει προς την αυτοκαταστροφή και ότι θα προκληθούν στη γη προβλήματα πείνας, ασθενειών αλλά και καταστροφές και πόλεμοι.

Την ίδια άποψη είχε και ο αρχηγός των Άγγλων εργατών Francis Place, ο οποίος υποστήριζε ότι ο περιορισμός του πλήθους των εργατών θα τους διευκόλυνε να κερδίζουν καλύτερα ημερομίσθια και να αποκτήσουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Στο προσκήνιο έκανε την εμφάνισή της και η Margaret Sanger, η οποία ήταν νοσηλεύτρια και προσπάθησε να διαδώσει τις αντισυλληπτικές μεθόδους, προκειμένου να αναχαιτίσει την πολυτεκνία της γυναίκας και να βάλει τις βάσεις για την απελευθέρωση της.<sup>209</sup>

Η Margaret Sanger συνδέθηκε αρχικά με το Σύνδεσμο Ελέγχου των Γεννήσεων προσπαθώντας να αποκτήσει την εύνοια και την υποστήριξη του ιατρικού, πνευματικού και θρησκευτικού κόσμου. Σκοπός του εν λόγω συνδέσμου ήταν να δίνει τις απαραίτητες οδηγίες για την ανάπτυξη των προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς και να παρέχει σωστή πληροφόρηση και βοήθεια σε άνδρες ή γυναίκες που αδυνατούσαν να αποκτήσουν παιδιά.

Από το 1942 ο σύνδεσμος αυτός εξαπλώθηκε και στις υπανάπτυκτες χώρες και τότε πήρε την ονομασία Planned Parenthood Federation. Στο τέλος του 1968 ιδρύθηκε το International Planned Parenthood Federation, όπου συμμετέχουν 54 χώρες από τις οποίες οι 36 είναι υπανάπτυκτες. Οι υπανάπτυκτες χώρες ανέπτυξαν

---

<sup>208</sup> Ρούπα-Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ

<sup>209</sup> Δετοράκης Ι., (1983). *Οικογενειακός προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΠΑΤΑΚΗ



προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού με οικονομική βοήθεια είτε από τις αναπτυγμένες χώρες του International Planned Parenthood Federation είτε από διεθνείς οργανισμούς. Σκοπός του International Planned Parenthood Federation είναι η πρόνοια της υγείας της μητέρας και του παιδιού και η προσπάθεια να εξασφαλίσει η μητέρα ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία και το παιδί να εξασφαλίσει ισόρροπη ψυχοσωματική ανάπτυξη.<sup>210</sup>

### **5.3. ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

#### **5.3.1. ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος στις έφηβες γυναίκες, διότι η κύηση σε αυτή την ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, αφού το σώμα τους είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο άγχος της κύησης και του τοκετού. Αλλά και για τις γυναίκες άνω των 35 ετών, οι οποίες συνεχίζουν να τεκνοποιούν, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να γεννήσουν λιποβαρές παιδί ή παιδί με συγγενείς ανωμαλίες. Ακόμη ο κίνδυνος της μητρικής θνησιμότητας αυξάνεται από 1,5 έως 3 φορές για τις γυναίκες που έχουν πέντε ή περισσότερα παιδιά, γεγονός που σχετίζεται με αναιμία ή αιμορραγία κατά ή μετά τον τοκετό.<sup>211</sup>

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επιβλαβείς μεθόδους διακοπής της εγκυμοσύνης και να εμπιστεύονται άτομα με ανεπαρκή εκπαίδευση και γνώσεις. Κάθε χρόνο τουλάχιστον 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια αυτών των επικίνδυνων αμβλώσεων και πολύ περισσότερες υποφέρουν από επιπλοκές, όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, ρήξη του τραχήλου, αιμορραγία, λοίμωξη, χρόνια πυελική φλεγμονή και υπογονιμότητα.

Στη Λατινική Αμερική οι επιπλοκές από τις αμβλώσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 15-39 ετών. Ένα άλλο πρόβλημα που ανακύπτει από την

---

<sup>210</sup> Δετοράκης Ι., (1983). *Οικογενειακός προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΠΑΤΑΚΗΣ

<sup>211</sup> Τσολακίδης Δ., (2004). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός προγραμματισμός*. Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2004/3.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm).

αυξημένη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω της έλλειψης της μητρικής φροντίδας.<sup>212</sup>

Στην Ελλάδα τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες (γυναικολογική εξέταση, εξέταση μαστών, test pap) και ενημέρωση μεμονωμένων ατόμων (έφηβοι και νέοι) και ζευγαριών σε θέματα ευγονικής, αντιμετώπισης της στέρωσης, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, επιλοκές αμβλώσεων, πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και αντισύλληψης. Επίσης προγραμματίζονται διαλέξεις και εκπαιδευτικά σεμινάρια σε σχολεία και ιδρύματα σχετικά με την αντισύλληψη και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού βρίσκονται κυρίως σε Πανεπιστημιακές Μαιευτικές Κλινικές όπως η «Αλεξάνδρα», η «Ελενα», το «Αρεταίειο» και άλλα νοσοκομεία όπως το «Αττικό», το «Τζάνειο», το «Ιπποκράτειο», το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» και άλλα νοσοκομεία στην Αθήνα και στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα, στο Ηράκλειο, στην Αλεξανδρούπολη, στη Δράμα και στη Λάρισα.<sup>213</sup>

Οι γυναίκες που προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι εγκυμονούσες και είναι ηλικίας 18 έως 45 ετών.

Το 72% των γυναικών είναι έγγαμες, το 23,6% είναι άγαμες (το κοινωνικό στίγμα της «ανύπανδρης μητέρας» και του «εξώγαμου παιδιού» και η απουσία ουσιαστικής κοινωνικής προστασίας της μητρότητας επηρεάζουν τη λήψη της απόφασης για άμβλωση) και το 4,4% είναι διαζευγμένες (το ποσοστό αυτό είναι πιθανό να αντιστοιχεί στις γυναίκες που εξαναγκάζονται από τρίτους να οδηγηθούν στην άμβλωση ή οι ίδιες πιστεύουν ότι δεν θα καταφέρουν μόνες τους να αναλάβουν την ανατροφή του παιδιού). Εκ του συνόλου αυτού το 24% των γυναικών δεν έχουν παιδί, το 17% έχουν ένα παιδί, το 45% έχουν δύο παιδιά, το 10,3% έχουν τρία παιδιά και το 3,7% έχουν τέσσερα παιδιά. Οι γυναίκες που έχουν δύο παιδιά και άνω είναι μητέρες, οι οποίες λόγω της απόκτησης πολλών παιδιών αδυνατούν να διαθέσουν χρόνο στα παιδιά και έχουν πενιχρά οικονομικά μέσα ή είναι γυναίκες που απέφυγαν την αντισύλληψη ή απέτυχαν σε αυτή είτε λόγω άγνοιας, είτε λόγω επιλογής της άμβλωσης ως μεθόδου αντισύλληψης ή είναι γυναίκες που λόγω σωματικής ή

<sup>212</sup> Τσολακίδης Δ., (2004). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός προγραμματισμός*. Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2004/3.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm).

<sup>213</sup> Δετοράκης Ι., (1983). *Οικογενειακός προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα: ΠΑΤΑΚΗΣ

ψυχικής νόσου παραπέμπονται για άμβλωση από τους ειδικούς που τις παρακολουθούν. Το 32% των περιπτώσεων είναι ανασφάλιστες και σχεδόν το 50% των γυναικών αυτών υποβλήθηκαν σε τεχνητή διακοπή της κύησης για πρώτη φορά. Επίσης το 20% περίπου των γυναικών διατηρούν την εγκυμοσύνη τους κατόπιν συμβουλευτικής παρέμβασης του ιατρού. Τέλος ένα σημαντικό ποσοστό (35,7%) των προσερχόμενων γυναικών στα Εξωτερικά Ιατρεία του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι αλλοδαπές (Ρωσία – Αλβανία), οι οποίες επιθυμούν να προβούν σε διακοπή της κύησης.<sup>214</sup>

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ένας μεγάλος αριθμός γυναικών που εμφανίζεται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι χαμηλού κοινωνικο – οικονομικού επιπέδου και η μη αποδοχή της κοινωνίας μας ενός παιδιού από άγαμη μητέρα αποτελούν τους βασικούς λόγους που οδηγούν τις γυναίκες αυτές στην άμβλωση. Βέβαια η συμβουλευτική παρέμβαση του ιατρού για την αποφυγή της άμβλωσης και η σωστή καθοδήγηση των γυναικών να αποδέχονται τις αντισυλληπτικές μεθόδους συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στον περιορισμό του αριθμού των αμβλώσεων.<sup>215</sup>

### **5.3.2. ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κυήσεων έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μια προηγούμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιθανό να είναι πρόωρα, χαμηλού βάρους, με αυξημένο κατά 50% κίνδυνο να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών.

Επίσης η σύντομη ύπαρξη ενός άλλου βρέφους έχει επιπτώσεις στο αμέσως προηγούμενο βρέφος-παιδί, διότι η μητέρα κυρίως δεν έχει ούτε την απαραίτητη ποσότητα γάλακτος να διαθέσει για θηλασμό, ούτε τον απαιτούμενο χρόνο να

---

<sup>214</sup> Καραγιάννης Β., Ρούσος Δ., Μαμόπουλος Α., Τσιμπανάκος Ι., Καραγιάννης Θ., (2005). *Οικογενειακός Προγραμματισμός στη Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.* Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από <http://209.85.129.132/search?q=cache:Dhfqr9U431YJ:www.hippokratia.gr/index.php/hippo/article/viewPDFInterstitial/277/57+Οικογενειακός+προγραμματισμός+στη+Γ'+Μαιευτική+-+Γυναικολογική&hl=el&ct=clnk&cd=1&gl=gr>.

<sup>215</sup> Όπως παραπάνω

αφιερώσει στο κάθε παιδί της για να καλύψει τις συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες της ηλικίας του, ώστε να αναπτύξει ασφαλή δεσμό μαζί του.

Οι ανήλικες μητέρες που γεννούν πρόωρα και με χαμηλό βάρος νεογνά, είναι πολύ πιθανό να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτός ο κίνδυνος εξακολουθεί να υφίσταται μέχρι τα πέντε χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης έως την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων στις ανήλικες γυναίκες και ταυτόχρονα δίνει το χρονικό περιθώριο για τη φυσική και τη συναισθηματική ωρίμανσή τους ως γυναίκες και μητέρες.<sup>216</sup>

### **5.3.3. ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός βοηθάει τις μητέρες και τα ζευγάρια γενικότερα να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες ελαττώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς αλλά και να προγραμματίζουν το σωστό χρόνο που επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί. Η αντισύλληψη αποτελεί για το ζευγάρι ένα χρήσιμο εργαλείο για να ελέγξει και να προγραμματίσει τη γέννηση των παιδιών τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία, τόσο των ίδιων όσο και της οικογένειάς τους. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον κατορθώνουν να εξασφαλίζουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για μόρφωση, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη.

Τα παιδιά από μικρές οικογένειες εκπαιδεύονται καλύτερα σε σχέση με τα παιδιά που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες λόγω του χρόνου φροντίδας που αφιερώνουν οι γονείς και των ευκαιριών εκπαίδευσης λόγω οικονομικού κόστους. Αν και το γεγονός αυτό δεν συνάδει πάντα με την πραγματικότητα.

---

<sup>216</sup> Τσολακίδης Δ., (2004). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός προγραμματισμός*. Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2004/3.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm).

Η σχέση μεταξύ αντισύλληψης και κοινωνικού επιπέδου της γυναίκας είναι αμφίδρομη, καθώς η αύξηση των οικονομικών και μορφωτικών ευκαιριών μπορεί επίσης να συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή και τη χρήση της αντισύλληψης.<sup>217</sup>

Μια σειρά παραγόντων που καθορίζουν την επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου είναι η κατάσταση της υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, η παρουσία κάποιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν, η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερομένου, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της μεθόδου, η κουλτούρα, καθώς επίσης και οι θρησκευτικές και οι πολιτιστικές πεποιθήσεις του ενδιαφερομένου. Τέλος, οι ενδιαφερόμενοι έχουν την ανάγκη να παρέχεται σε αυτούς η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες του Οικογενειακού τους Προγραμματισμού μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου.

#### **5.4. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

- Τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού υπολειτουργούν και δεν είναι αρκετά, όπως υπογραμμίζει η Βάσω Μαργαριτίδου – Τιμπλαλέξη, η οποία είναι καθηγήτρια νοσηλευτικής στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.
- Το προσωπικό δεν διαθέτει πάντα τα προσόντα για τη δουλειά που καλείται να κάνει ή δεν δείχνει τη σωστή συμπεριφορά.
- Η οργάνωση και η διοίκηση είναι συχνά ανεπιτυχείς και ανεπαρκείς.

---

<sup>217</sup> Τσολακίδης Δ., (2004). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός προγραμματισμός*. Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2004/3.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm).

- Δεν υπάρχει ακριβής εικόνα του προγράμματος, των ενδιαφερομένων και η αξιολόγηση της πορείας και των αποτελεσμάτων.
- Δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των μελών της ομάδας.
- Δεν υπάρχει αρμονία μεταξύ αναγκών, ζήτησης και παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Είναι αρνητική η εικόνα γύρω από τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.
- Οι ιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό δεν δίνουν τη σημασία που θα έπρεπε για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.
- Είναι υψηλό το κόστος αποτελεσματικών μεθόδων Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Οι φορείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι απλοί πολίτες έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Έλλειψη ετοιμότητας των υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Προκαταλήψεις για την επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου.
- Ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ συζύγων όσον αφορά το ιδανικό μέγεθος της οικογένειας, τα μεσοδιαστήματα, την επιλογή αντισυλληπτικών μεθόδων και για το αν θα κάνουν προγραμματισμό οικογένειας.
- Κόπωση, αμέλεια, απροσεξία στην αντισύλληψη.
- Συζυγική απιστία.
- Τα παιδιά αλλά και οι γονείς δεν έχουν επαρκείς πληροφορίες γύρω από τη σεξουαλική υγεία.<sup>218</sup>

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής γυναικολογικής πράξης. Μέχρι σήμερα δεν έχει ανακαλυφθεί η ιδανική μέθοδος αντισύλληψης που θα ικανοποιούσε πλήρως τις απαιτήσεις ενός ζευγαριού. Η ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος πρέπει να έχει υψηλή αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, χαμηλό ποσοστό παρενεργειών, να είναι απλή στη χρήση, φθηνή και η

---

<sup>218</sup> Ρούπα – Δαριβάκη Ζ., (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ

δράση της να αναστρέφεται άμεσα. Οι ιατροί οφείλουν να παρέχουν όσο το δυνατόν πληρέστερες πληροφορίες για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μορφής σύγχρονης αντισύλληψης.<sup>219</sup>

## 5.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

Όπως έχει αναφερθεί ο αριθμός των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι από τους υψηλότερους ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Οι περισσότερες αμβλώσεις γίνονται από νεαρές γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών οι οποίες γίνονται «θύματα» της ελλιπούς ενημέρωσης για τα μέτρα προφύλαξης που υπάρχουν.

Οι νέοι ξεκινούν να έχουν σεξουαλική δράση από την ηλικία των 13 ετών και μόνο ένα ποσοστό 50% δείχνει να συμμορφώνεται με τις αντισυλληπτικές μεθόδους που υπάρχουν. Κλειδί για την αποφυγή τέτοιων ανεπιθύμητων καταστάσεων είναι η σωστή διαπαιδαγώγηση. Οι ειδικοί πάνω στο θέμα αυτό - κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, παιδίατροι και γυναικολόγοι - παρέχουν τις απαραίτητες συμβουλές στους εφήβους αλλά και στους γονείς τους προκειμένου να είναι σωστά ενημερωμένοι. Στηρίζουν και καθοδηγούν τους γονείς ώστε να έχουν στάση συμπαραστάτη, φίλου-βοηθού απέναντι στο παιδί τους και να βοηθούν τις νεαρές να αποφασίσουν συνειδητά και ώριμα. Έτσι, οι έφηβοι θα εφοδιαστούν με τις κατάλληλες γνώσεις και θα πάρουν τις σωστές αποφάσεις.

Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι.<sup>220</sup> Με βάση αυτό οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων μπορεί να είναι:

- **Η απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης**, δηλαδή επιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της σεξουαλικότητας πέρα από μύθους, προκαταλήψεις και προσωπικές εμπειρίες και η διασαφήνιση των σεξουαλικών αξιών.

<sup>219</sup> Μίκος Θ., (2003). Διαδερμικά αντισυλληπτικά συστήματα και αντισυλληπτικοί κολπικοί δακτύλιοι. Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2-2004/8.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/8.htm).

<sup>220</sup> Αντωνοπούλου Χ., (1997). *Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Αντωνοπούλου Χριστίνα.

- **Η διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού τους για το σεξ** (ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης) και ως εκ τούτου βελτίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας δηλαδή η απαλλαγή από το άγχος συνομιλίας για θέματα σεξ μεταξύ εραστών, γονέων -παιδιών κλπ που θα βελτιώσει τις σχέσεις τους.
- **Η αναγνώριση των αρνητικών σημείων στις σχέσεις τους** που αφορούν την εκμετάλλευση του ενός συντρόφου από τον άλλο, τα ψέματα στη σχέση, την υπερβολική εξάρτηση του ενός ή και των δύο συντρόφων, τη ζήλια.
- **Ο έλεγχος γονιμότητας** (αντισύλληψη, προγεννητικός έλεγχος, αντιμετώπιση δυσκολιών στη σύλληψη κλπ) .
- **Η αποφυγή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων** (έρπης, χλαμύδια, κονδυλώματα, ηπατίτιδα, AIDS κλπ).
- **Κατανόηση και αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης** (σεξουαλικά προβλήματα όπως ανοργασμία, έλλειψη στύσης, πρόωρη εκσπερμάτωση, κλπ).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι οι οποίοι στελεχώνουν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ως ειδικοί της ψυχικής υγείας πρέπει να παρέχουν σωστή και επαρκή ενημέρωση στους γονείς για τη σωματική, σεξουαλική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων, συνιστούν τρόπους ενθάρρυνσης για καλύτερη επικοινωνία μεταξύ εφήβων/γονέων, προκειμένου να προσεγγίσουν τα παιδιά τους και να καλύψουν όλες τις απορίες που έχουν γύρω από την ερωτική επαφή, τις αντισυλληπτικές μεθόδους και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επίσης, μπορούν και οι ίδιοι να μιλήσουν προσωπικά με τους νέους και κάνοντας έναν ανοιχτό και χωρίς ντροπή διάλογο ως ειδικοί μπορούν να προσφέρουν καλύτερη γνώση. Με αυτό τον τρόπο οι νεαρές γυναίκες θα ακούσουν με μεγαλύτερη σύνεση τις συμβουλές τους.

Επίσης, η ενημέρωση και η διαπαιδαγώγηση του εφήβου και του περιβάλλοντός του είναι καθήκον και του παιδίατρου ως ειδικού σωματικής υγείας, καθώς παρακολουθεί τη ζωή ενός ανθρώπου από τη βρεφική έως την εφηβική ηλικία του. Με αυτό τον τρόπο θα ενημερωθεί ο γονιός που ανησυχεί για την πρώτη σεξουαλική εμπειρία του παιδιού του αλλά και ο έφηβος, ο οποίος πιέζεται και ίσως εκφράζει ανησυχία και θα καθησυχαστεί.<sup>221</sup>

<sup>221</sup> Καραμολέγκου Κ. Διαφυλικές σχέσεις: Διαδρομή στη ζωή με κινδύνους. Ημερομηνία πρόσβασης 23/07/2008 από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc\\_id=55](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=55)



Οι παιδίατροι είναι τα πρόσωπα τα οποία θα ενεργοποιήσουν το σύστημα ασφαλείας των εφήβων αφ' ενός επειδή έχουν δημιουργήσει σχέσεις ειλικρίνειας, εμπιστοσύνης, αξιοπιστίας με το παιδί από την παιδική του ηλικία και αφ' ετέρου επειδή έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες, καθώς είναι απαλλαγμένοι από ταμπού και γνωρίζουν τα σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης και της ψυχολογίας της ανάπτυξης.

Σημαντικός είναι και ο ρόλος των γυναικολόγων, καθώς πέρα από την ενημέρωση που μπορούν να παρέχουν, επίσης μπορούν να παρακινήσουν όλες τις νεαρές γυναίκες που έχουν ξεκινήσει να έχουν σεξουαλικές σχέσεις να επισκέπτονται μια φορά το χρόνο το γυναικόλογο τους και να πραγματοποιούν το τεστ Παπανικολάου. Αξίζει να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας πραγματοποιεί ενημερωτικές διαλέξεις στα σχολεία με την άδεια του υπουργείου Παιδείας προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να ενημερώσει τόσο τα παιδιά όσο και τους γονείς και τους δασκάλους τους για θέματα, όπως η υγιεινή των γεννητικών οργάνων, η φυσιολογία της αναπαραγωγής, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.<sup>222</sup>

Δύσκολος φαίνεται να είναι ο ρόλος των ειδικών που θα χρειαστεί να πραγματοποιήσουν μια άμβλωση είτε επειδή η έγκυος γυναίκα δεν επιθυμεί τη γέννηση του παιδιού για δικούς της λόγους είτε επειδή η εγκυμοσύνη δεν εξελίσσεται ομαλά και θα πρέπει να διακοπεί.

Οπωσδήποτε οι γυναικόλογοι και οι αναισθησιολόγοι που βοηθούν στις αμβλώσεις θα επηρεάζονται περισσότερο από τους υπόλοιπους ειδικούς, διότι βρίσκονται στη θέση να αφαιρέσουν μια ανθρώπινη ζωή που μόλις έχει ξεκινήσει να πραγματοποιεί τον κύκλο της. Πολλοί νιώθουν μια ενστικτώδη απέχθεια για την επέμβαση. Η απέχθεια αυτή σε κάποιο ποσοστό συνδέεται με κάποιο βαθμό ενοχής, που και αυτή συνδέεται με το μέγεθος και την ωριμότητα του εμβρύου, του οποίου η ζωή διακόπτεται. Ακόμα και οι γιατροί που έχουν βιώσει στο επάγγελμά τους διάφορες δύσκολες καταστάσεις και έχουν την πείρα από πολλές σοκαριστικές επεμβάσεις είναι απίθανο να αντιμετωπίσουν την άμβλωση με απάθεια και χωρίς συγκίνηση.<sup>223</sup>

---

<sup>222</sup> Δεληγεώρογλου Ε., *Γυναικολογική υγεία*. Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc\\_id=19](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=19)

<sup>223</sup> Παπουτσής Κ., *Αμβλώσεις: Δικαίωμα στην επιλογή ή μέθοδος αντισύλληψης*. Πρόσβαση από <http://www.electridea.gr/issue10/epistimi3.html>

Ο Key Wellings αναφέρει: «Όπως συμβαίνει και σε άλλα επίμαχα ζητήματα, είναι πολύ πιθανό να έχουμε ακραίες θέσεις και στο ζήτημα αυτό (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη), μέχρις ότου συμβεί κάτι τέτοιο και σε μας, οπότε θα αρχίσουμε να αισθανόμαστε εντελώς διαφορετικά. Μία γυναίκα που προηγουμένως υποστήριζε φανατικά τα δικαιώματα του αγέννητου παιδιού, ίσως αρχίσει να αμφιταλαντεύεται όταν η ίδια μείνει έγκυος και η ίδια της η ζωή κινδυνεύει να καταστραφεί. Και το αντίθετο, η φανατική οπαδός της έκτρωσης ίσως αισθανθεί διαφορετικά, όταν αισθανθεί το μωρό να μεγαλώνει μέσα της».

Σε μια τόσο περίπλοκη και συχνά πολύ φορτισμένη κατάσταση είναι απαραίτητη η παροχή ψυχολογικής βοήθειας. Ο ψυχολόγος ή/και οποιοσδήποτε άλλος ειδικός της ψυχικής υγείας θα συμπαρασταθεί στην εγκυμονούσα η οποία δεν έχει καταλήξει σε μια απόφαση: να κρατήσει ή όχι το παιδί. Ο ειδικός θα βοηθήσει την έγκυο να απαντήσει σε ερωτήματα που έχουν να κάνουν με ηθικά ζητήματα ή σε άλλα που σχετίζονται με άμεσα, καθαρά πρακτικά ζητήματα. Μερικά από τα ερωτήματα αυτά είναι:

- ◆ Ποιες είναι οι ηθικές στάσεις και ποια είναι τα συναισθήματα απέναντι στο αγέννητο παιδί;
- ◆ Ποια είναι η ηθική ή συναισθηματική στάση απέναντι στην άμβλωση;
- ◆ Πώς σκέφτεται το ζευγάρι να συνεχίσει τη ζωή του;
- ◆ Πόσο σταθερή είναι η σχέση τους;
- ◆ Υπάρχει στη σχέση τους η προοπτική να ζήσουν μαζί και κάποια στιγμή να δημιουργήσουν οικογένεια;
- ◆ Ποια είναι η οικονομική τους (της) κατάσταση και που θα κατοικήσουν, αν: α) επιθυμούν να κρατήσουν το παιδί ως ζευγάρι, μαζί τους; β) επιθυμεί η μητέρα να κρατήσει το παιδί μόνη της, είτε σε δικό της σπίτι είτε στο σπίτι των γονιών της;
- ◆ Ποιο είναι το επίπεδο συναισθηματικής ωριμότητας και οι σωματικές δυνάμεις που θα τους (της) επιτρέψουν να ασκήσουν (ασκήσει) σωστά το ρόλο του γονέα;
- ◆ Έχει σκεφτεί το ζευγάρι (και οι οικογένειές τους) να δώσουν το παιδί σε ανάδοχη οικογένεια ή για υιοθεσία;

Υπάρχουν δύο ακόμη βασικά ερωτήματα: **Τι θα είναι το καλύτερο για το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί; Τι θα είναι το καλύτερο για τους γονείς;**

Η απόφαση για τη συνέχιση ή όχι της εγκυμοσύνης εξαρτάται από τις απαντήσεις που θα δώσει η έγκυος στα παραπάνω ερωτήματα.<sup>224</sup>

Οι νέοι απαιτείται να στηριχτούν και να αποφασίσουν υπεύθυνα για την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Η απόφαση τους θα στηρίζεται σε γνώσεις που αφορούν τη σωστή αντισύλληψη και την αναγνώριση των συνεπακόλουθων μιας επιπόλαιας απόφασης.

---

<sup>224</sup> Wellings K., (1986). *First Love, First sex: a practical guide to relationships*. Wellingborough, Thorsons

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## **6.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσουμε το θέμα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, δηλαδή μιας εγκυμοσύνης που δεν είναι προγραμματισμένη και οι γονείς δεν επιθυμούν το βρέφος διότι αυτό συνεπάγεται αρκετά προβλήματα στην περίοδο που βρίσκονται (οικονομικά προβλήματα, απώλεια ελευθερίας, ηθικές δεσμεύσεις, στέρηση δυνατότητας επαγγελματικής εξέλιξης κ.α.).

Επιπρόσθετα, θέλουμε να διερευνήσουμε την γνώμη που έχουν οι νέες ηλικίας 18 έως 30 ετών πάνω σε αυτό το θέμα, ποιες είναι οι απόψεις τους καθώς και ποιοι παράγοντες επιδρούν ώστε να διαμορφωθεί η στάση και η συμπεριφορά τους απέναντι σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

## **6.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

Η παρούσα μελέτη προτίθεται να απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα:

1. Ποιές είναι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;
2. Οι γνώσεις των νέων για τις μεθόδους αντισύλληψης και τη σωστή χρήση τους είναι επαρκείς.
3. Οι νέες χρησιμοποιούν σε σταθερή βάση κάποια μέθοδο αντισύλληψης για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.
4. Ποιες πηγές ενημέρωσης θεωρούν οι νέες περισσότερο αξιόπιστες;
5. Η συστηματική έλλειψη κάποιας μεθόδου αντισύλληψης ευνοεί την αυξημένη εμφάνιση ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων.
6. Ποιες είναι οι αντιλήψεις των νέων γυναικών για την άμβλωση ως λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
7. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις μεταξύ των νέων γυναικών που κατάγονται από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

### **6.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Η καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση για την επίτευξη των ανώτερων ερευνητικών στόχων θεωρήσαμε ότι ήταν η ποσοτική έρευνα με την μορφή των ερωτηματολογίων.

Ο λόγος που μας οδήγησε σε αυτή την απόφαση ήταν ο αριθμός του δείγματος και οι τομείς που επιλέξαμε να ερευνήσουμε. Επιπρόσθετα το ερωτηματολόγιο ήταν και το αποτελεσματικότερο εργαλείο για την έρευνά μας τόσο για τη συλλογή όσο και για την επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Διαμορφώσαμε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις έτσι ώστε να μην είναι κουραστικό για τους ερωτηθέντες.

Αποτελείται από 7 σελίδες και περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις συνολικά, οι οποίες αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων καθώς και ερωτήσεις που αφορούν τις στάσεις και τις αντιλήψεις για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Επιπλέον, περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την ενημέρωση για σεξουαλικά θέματα, τις σεξουαλικές σχέσεις και τις μεθόδους αντισύλληψης καθώς και τις απόψεις τους για την άμβλωση.

### **6.4. ΕΡΕΥΝΑ - ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

#### **6.4.1. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Πριν την τελική διανομή των ερωτηματολογίων διεξήχθη πιλοτική έρευνα σε συνολικό αριθμό 10 νέων γυναικών ηλικίας από 18 έως 30 ετών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, οι οποίες κατάγονταν και από αστική και από αγροτική περιοχή.

Σκοπός της πιλοτικής έρευνας ήταν ο καθορισμός του μέσου όρου του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου καθώς και να διερευνήσουμε εάν ήταν κατανοητές οι λέξεις που χρησιμοποιούσαμε και οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο.

Επίσης, μας ενδιέφερε να διαπιστώσουμε εάν το μέγεθος του ερωτηματολογίου ήταν τόσο ώστε να μην κουράζει τις ερωτηθείσες και πως ανταποκρίνονταν σε αυτό.

Τέλος, σκοπός μας ήταν η συλλογή παρατηρήσεων και προτάσεων από τους συμμετέχοντες.

#### **6.4.2. ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΕΥΝΑ - ΔΕΙΓΜΑ**

Με την λήξη της πιλοτικής έρευνας ο μέσος όρος του ερωτηματολογίου ορίστηκε στα 12 λεπτά και μετά από διορθώσεις και αναδιατυπώσεις σε ερωτήσεις που ήταν αρχικά δυσνόητες, συντάχθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο (βρίσκεται στο Παράρτημα 1) και προχωρήσαμε στην κυρίως έρευνα.

Η κυρίως έρευνα διεξήχθη τον Μάιο και τον Ιούνιο του 2009 σε 208 νέες γυναίκες ηλικίας 18 έως 30 ετών, απόφοιτες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης που διαμένουν στο Ηράκλειο Κρήτης αλλά κατάγονται από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Προσπαθήσαμε στο μέτρο του δυνατού να υπάρχει μια ομοιομορφία όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες και τον τόπο καταγωγής ώστε το δείγμα μας να είναι αξιόπιστο και να καταφέρουμε να δώσουμε απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα.

#### **6.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Η καταχώρηση των δεδομένων και η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 11.0.

Κατά την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν:

- A. Περιγραφικές στατιστικές διαδικασίες, δηλαδή, απλές κατανομές συχνοτήτων των απαντήσεων ως προς μια μεταβλητή και
- B. Συσχετίσεις μεταξύ δυο ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιώντας τον έλεγχο  $\chi^2$  του Pearson's.

#### **6.6. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

Κατά την εκπόνηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες ως προς την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις νέες γυναίκες.

Υπήρχαν κάποιες γυναίκες που αρχικά δίσταζαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αλλά μετά από την ενημέρωση μας για τον λόγο που πραγματοποιείται η έρευνα και την ενημέρωση για την τήρηση του απορρήτου προχώρησαν στην συμπλήρωσή του.

Στις περιπτώσεις που κάποια από τις ερωτηθείσες μετά την ενημέρωσή μας δεν επιθυμούσε την συμμετοχή της στην έρευνα, δεν ασκούσαμε περαιτέρω πίεση άλλα προχωρούσαμε στον επόμενο ερωτώμενο.

Επιπλέον, ένα εμπόδιο που αντιμετωπίσαμε είναι η περίπτωση που κάποια από τις ερωτηθείσες δεν μπορούσε να απαντήσει σε κάποιες ερωτήσεις λόγω του ότι χρειαζόταν κάποιες επισημάνσεις για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε αυτή την περίπτωση, προσπαθήσαμε να γίνουμε περισσότερο αναλυτικές και κατανοητές σε αυτό που δυσκόλευε την ερωτηθείσα.

Η μελέτη έχει εσωτερική εγκυρότητα (ο βαθμός κατά τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας προσεγγίζουν την «αλήθεια») ωστόσο δεν έχει εξωτερική εγκυρότητα (ο βαθμός κατά τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να εφαρμοστούν σε ευρύτερους πληθυσμούς). Αν και η ερευνά μας αντανακλά φυσικές απαντήσεις και εμπειρίες, τα ευρήματα της δεν μπορούν πέρα από το συγκεκριμένο δείγμα να επεκταθούν σε ένα ομοειδή πληθυσμό, σε άλλες περιοχές ή στον ευρύτερο πληθυσμό.

Από πλευρά της ερευνητικής ομάδας έγινε κάθε πιθανή προσπάθεια για την αποφυγή σφάλματος που θα μπορούσε να υποβιβάσει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων όπως σφάλματα προερχόμενα από το υποκείμενο (ερωτηθείσες) ή τον ερευνητή. Πιθανό σφάλμα προερχόμενο από το υποκείμενο θα ήταν η μη αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα, ωστόσο κατέστη αρχικά δεδομένο κάθε ερωτηθείσα να συμμετέχει με προθυμία στην έρευνα. Αντίστοιχα, σφάλμα προερχόμενο από τον ερευνητή, θα μπορούσε να είναι οι κατευθυνόμενες απαντήσεις των συμμετεχόντων υποκειμένων βάσει των προσδοκιών του ερευνητή, πράγμα που επίσης αποφεύχθηκε με την διατήρηση ουδέτερης στάσης της ερευνητικής ομάδας.

Ένα σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι ότι η δειγματοληψία αποσκοπούσε στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ώστε να υπάρχει η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Οι ερωτηθείσες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα που είχαμε ορίσει (18-30 ετών), κατάγονται από περιοχές με διαφορετική πληθυσμιακή δυναμικότητα (αστική, ημιαστική και αγροτική) και έχουν διαφορετική μόρφωση (Δημοτικό έως και μεταπτυχιακό). Όμως λόγω της φύσης της έρευνας, το δείγμα δεν μπορούσε να είναι τυχαίο (όριο ηλικίας) καθώς και το μέγεθος του δείγματος να είναι μεγαλύτερο. Σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας είναι το μέγεθος του δείγματος. Παρόλο που το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει επαρκώς τον ευρύτερο πληθυσμό και είναι ασφαλώς μικρό για την γενίκευση των αποτελεσμάτων, δίνει την δυνατότητα για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Παρακάτω παραθέτονται οι πίνακες καθώς και γραφήματα των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επιπλέον, το καθένα από αυτά ακολουθεί περιγραφική στατιστική για την καλύτερη κατανόηση τους.

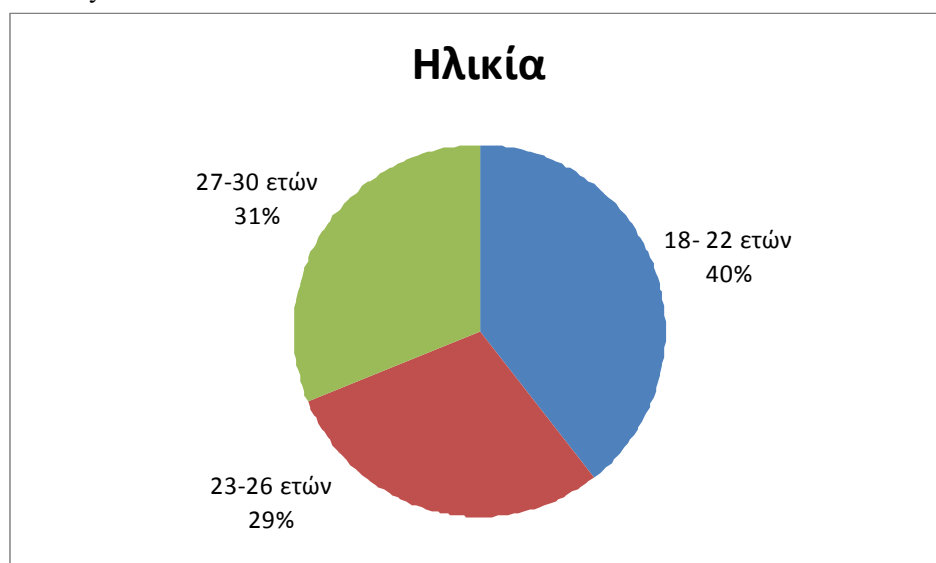
Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν για την συσχέτιση μεταβλητών με στόχο την παραπάνω διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων της έρευνας.

## 7.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακάτω θα παρατεθούν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, έτσι όπως προέκυψαν μετά από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων του ερωτηματολογίου.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 208 γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών.

Πίνακας 1. Ηλικία



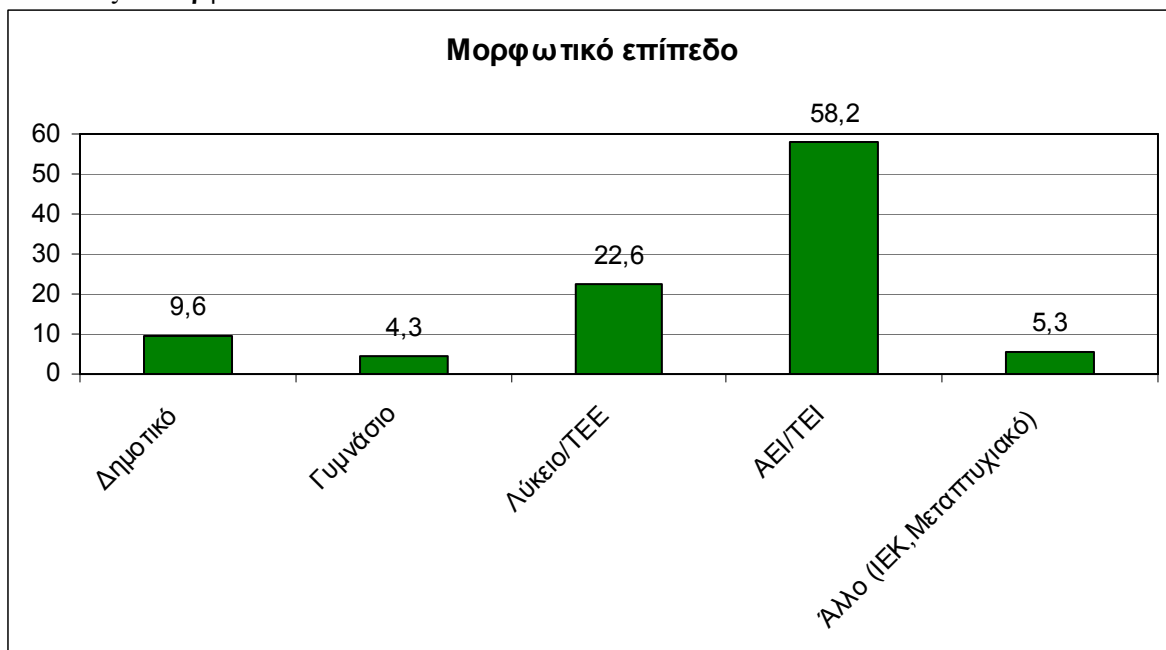
Το 40% του δείγματος αποτελείται από νέες γυναίκες ηλικίας 18-22 ετών, το 31% είναι ηλικίας 27-30 και το υπόλοιπο 29% είναι από 23 έως 26 ετών. Η μέση τιμή για την ηλικία των ερωτηθέντων είναι τα 24 έτη και η τυπική απόκλιση 3,79.

Πίνακας 2. Τόπος καταγωγής



Ο τόπος καταγωγής 93 ερωτηθέντων (45%) είναι η αστική περιοχή, 58 άτομα κατάγονται από ημιαστική περιοχή (28%) ενώ 56 άτομα (27%) κατάγονται από αγροτική περιοχή.

Πίνακας 3. Μορφωτικό επίπεδο



Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των νέων γυναικών κατανέμεται ως εξής: το 58,2 % είναι απόφοιτες ή φοιτούν ακόμα κατά την διάρκεια της έρευνας σε ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 22,6% είναι απόφοιτες Λυκείου ή ΤΕΕ, το 9,6% είναι απόφοιτες Δημοτικού,

το 5,3% είναι απόφοιτες ΙΕΚ ή έχουν μεταπτυχιακό και το 4,3% είναι απόφοιτες Γυμνασίου.

**Πίνακας 4. Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Αναλφάβητος</b>	4	1,9
<b>Δημοτικό</b>	82	39,4
<b>Γυμνάσιο</b>	34	16,3
<b>Λύκειο</b>	48	23,1
<b>ΑΕΙ/ΤΕΙ</b>	33	15,9
<b>Άλλο</b>	7	3,4
<b>Σύνολο</b>	208	100

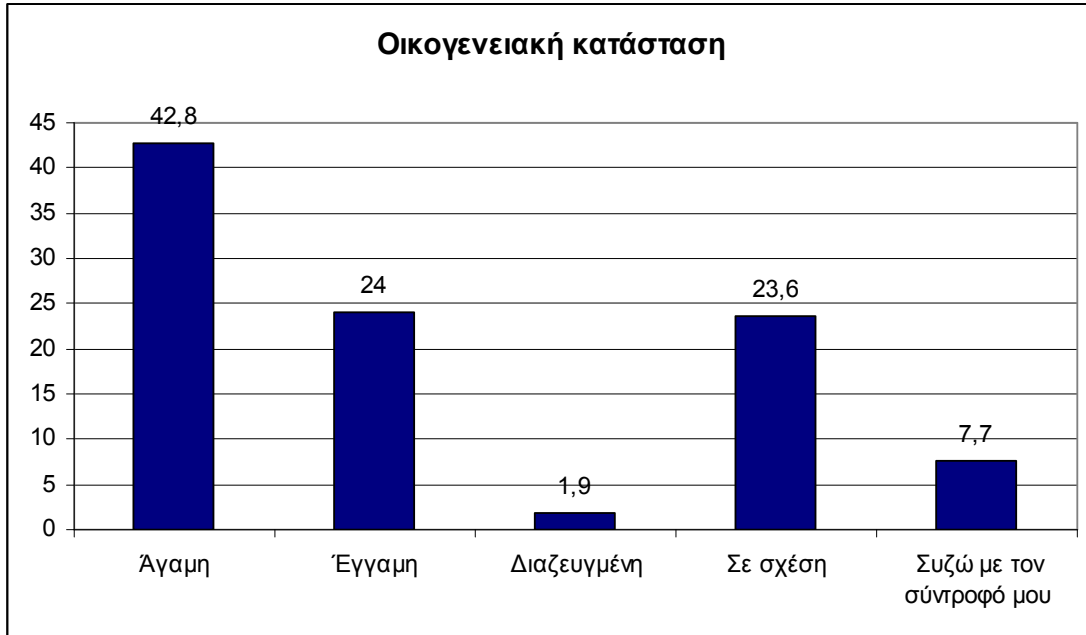
Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα το 39,4% είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 23,1% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 16,3% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 15,9% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 3,4% έχουν Μεταπτυχιακό και μόνο το 1,9% είναι αναλφάβητοι.

**Πίνακας 5. Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Αναλφάβητη</b>	6	2,9
<b>Δημοτικό</b>	85	40,9
<b>Γυμνάσιο</b>	35	16,8
<b>Λύκειο</b>	53	25,5
<b>ΑΕΙ/ΤΕΙ</b>	27	13,0
<b>Άλλο</b>	2	1,0
<b>Σύνολο</b>	208	100

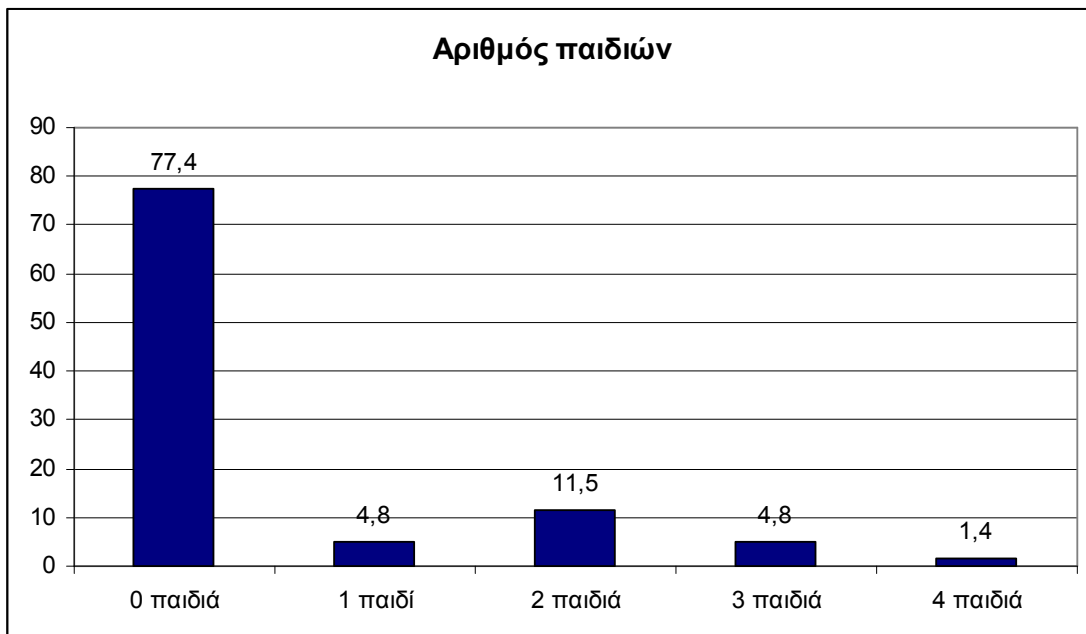
Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των ερωτηθέντων είναι το 40,9% απόφοιτες Δημοτικού, το 25,5% απόφοιτες Λυκείου, το 16,8% απόφοιτες Γυμνασίου, το 13% απόφοιτες ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 2,9% είναι αναλφάβητες ενώ το 1% έχει μεταπτυχιακό.

**Πίνακας 6. Οικογενειακή κατάσταση**



Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων οι 89 γυναίκες (42,8%) είναι άγαμες, οι 50 (24%) είναι έγγαμες, οι 49 (23,6%) έχουν σχέση, οι 16 (7,7%) συγκατοικούν με τον σύντροφό τους ενώ 4 (1,9%) είναι διαζευγμένες.

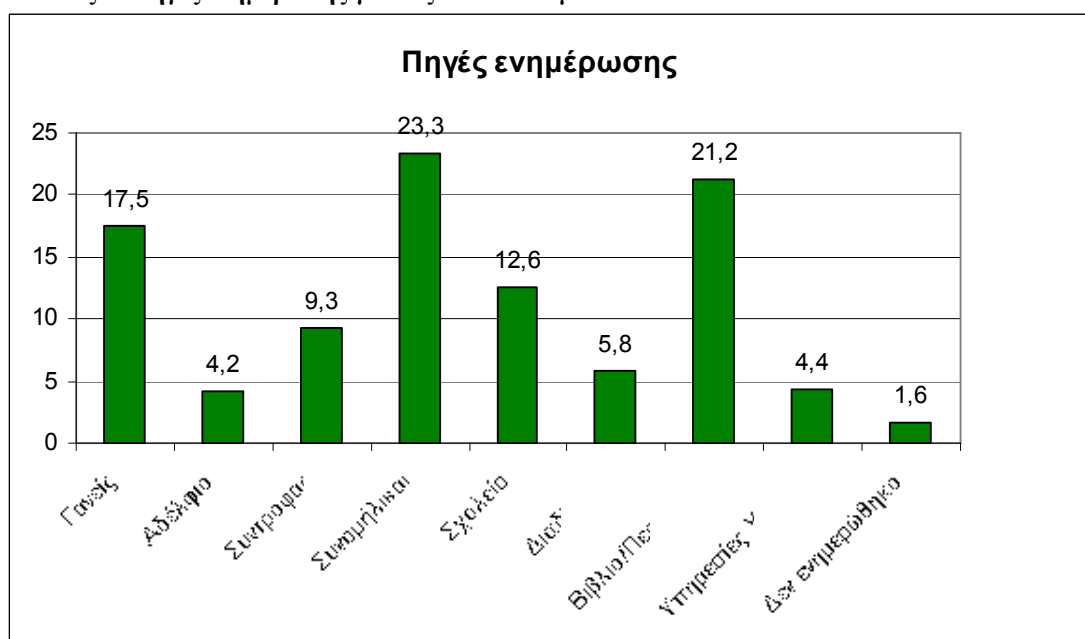
**Πίνακας 7. Αριθμός παιδιών**



Οι 161 νέες γυναίκες σε ποσοστό 77,4% που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δεν έχουν παιδιά, οι 24 (11,5%) έχουν 2 παιδιά, οι 10 (4,8%) έχουν 1 παιδί και το ίδιο ποσοστό (4,8%) έχει 3 παιδιά ενώ 3 (1,4%) έχουν 4 παιδιά.

## 7.2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Πίνακας 8. Πηγές ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα



Οι πηγές ενημέρωσης των νέων γυναικών για σεξουαλικά θέματα ποικίλλουν. Σε αυτήν την ερώτηση δόθηκε η δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις. Αναλυτικότερα, το 23,3% υποστηρίζει ότι πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα ήταν οι συνομήλικοι, το 21,2% τα βιβλία ή/ και τα περιοδικά, το 17,5% οι γονείς, το 12,6% απάντησε το σχολείο, το 9,3% απάντησε τον σύντροφο, το 5,8% απάντησε το Διαδίκτυο, το 4,4% απάντησε τις Υπηρεσίες Υγείας, το 4,2% τα αδέλφια τους και το υπόλοιπο 1,6% δεν είχε λάβει καμία ενημέρωση.

**Πίνακας 9. Επάρκεια ενημέρωσης πριν την πρώτη σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**

	N	Ποσοστό %
Καθόλου ενημέρωση	14	6,7
Ανεπαρκής ενημέρωση	37	17,8
Επαρκής ενημέρωση	84	40,4
Πλήρη ενημέρωση	73	35,1
Σύνολο	208	100,0

Στην ερώτηση που αφορά την ενημέρωση των ερωτώμενων για τους τρόπους αντισύλληψης πριν την πρώτη τους σχέση παρατηρείται ότι 84 άτομα (40,4%) είχαν επαρκή ενημέρωση, 73 άτομα (35,1%) είχαν πλήρη ενημέρωση, 37 άτομα (17,8%) είχαν ανεπαρκή ενημέρωση και 14 άτομα (6,7%) δεν είχαν ενημερωθεί καθόλου.

**Πίνακας 10. Ποιόν συμβουλευέστε όταν έχετε απορίες για σεξουαλικά ζητήματα;**



Στην ερώτηση, ποιόν συμβουλευόνται οι ερωτηθέντες όταν έχουν απορίες για σεξουαλικά ζητήματα είχαν την δυνατότητα να δώσουν πάνω από μια απαντήσεις. Το 22,8% συμβουλευέται τους συνομήλικους, το 19,3% τα βιβλία ή/ και τα περιοδικά, το 18,3% συμβουλευέται τον σύντροφο, το 11,3% τους γονείς τους, το 9,6% τα αδέρφια τους, το 9,3% το Διαδίκτυο, το 3,9% τον γυναικολόγο τους, το 3,5% Υπηρεσίες

συμβουλευτικής, το 1,3% δεν συμβουλευέται κανέναν ενώ το 0,7% συμβουλευέται το σχολείο.

**Πίνακας 11. Θεωρείτε επαρκείς τις υπηρεσίες ενημέρωσης - στήριξης;**



Σχετικά με την επάρκεια των υπηρεσιών ενημέρωσης – στήριξης 31 άτομα (14,9%) υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες ενημέρωσης – στήριξης είναι επαρκείς, 69 άτομα (33,2%) δεν τις θεωρούν επαρκείς και 108 άτομα (51,9%) τις θεωρούν μερικώς επαρκείς.

**Πίνακας 12. Ποιόν εμπιστεύεστε από τους παρακάτω περισσότερο κατά την λήψη απόφασης σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

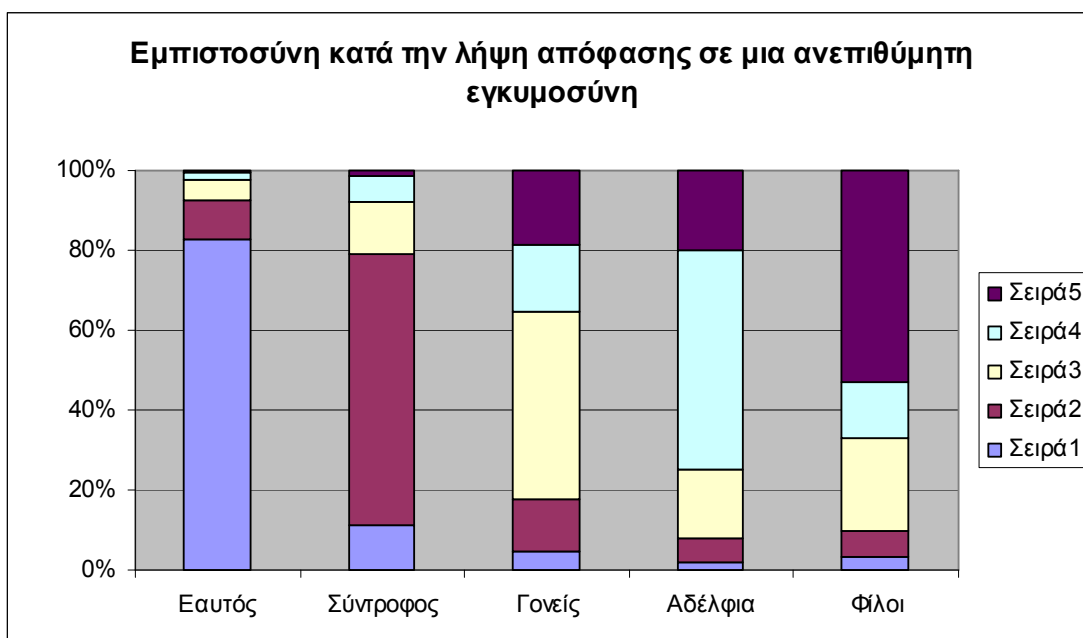
Ιεραρχία	Εαυτός	Σύντροφος	Γονείς	Αδέλφια	Φίλοι
1	<b>82,8</b>	11,1	4,8	1,7	3,4
2	9,9	<b>67,8</b>	12,8	6,4	6,3
3	4,9	13,1	<b>47,1</b>	16,9	23,3
4	2	6,5	16,6	<b>55,2</b>	14,2
5	0,5	1,5	18,7	19,8	<b>52,8</b>

Σε αυτήν την ερώτηση ζητήθηκε από τις ερωτώμενες να ιεραρχήσουν τα 5 πρόσωπα ξεκινώντας από εκείνο που θα εμπιστευτούν περισσότερο και καταλήγοντας σε αυτό που θα εμπιστευτούν λιγότερο. Το γενικό αποτέλεσμα που βγήκε αναλύοντας τα δεδομένα είναι ότι το 82,8% θα εμπιστευτεί περισσότερο τον εαυτό του. Στην



δεύτερη θέση βρίσκεται ο σύντροφος τον οποίο θα εμπιστευτεί το 67,8%. Στην τρίτη θέση βρίσκονται οι γονείς τους οποίους θα εμπιστευτεί το 47,1%. Στη συνέχεια βρίσκονται τα αδέρφια όπου θα τα εμπιστευτεί το 55,2% και τέλος είναι οι φίλοι, τους οποίους το δείγμα μας θα εμπιστευτεί τελευταίους με ποσοστό 52,8%. Όπως είδαμε παραπάνω στον πίνακα αλλά και όπως φαίνεται με το πολλαπλό ραβδόγραμμα το οποίο ακολουθεί υπήρχαν κι άλλες προτιμήσεις όμως εμείς αναλύσαμε την πλειοψηφία του δείγματός μας.

**Πίνακας 13. Ποιόν εμπιστεύεστε από τους παρακάτω περισσότερο κατά την λήψη απόφασης σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**



### 7.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Πίνακας 14. Έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

	N	Ποσοστό %
<b>Ναι</b>	197	94,7
<b>Όχι</b>	11	5,3
Σύνολο	208	100,0

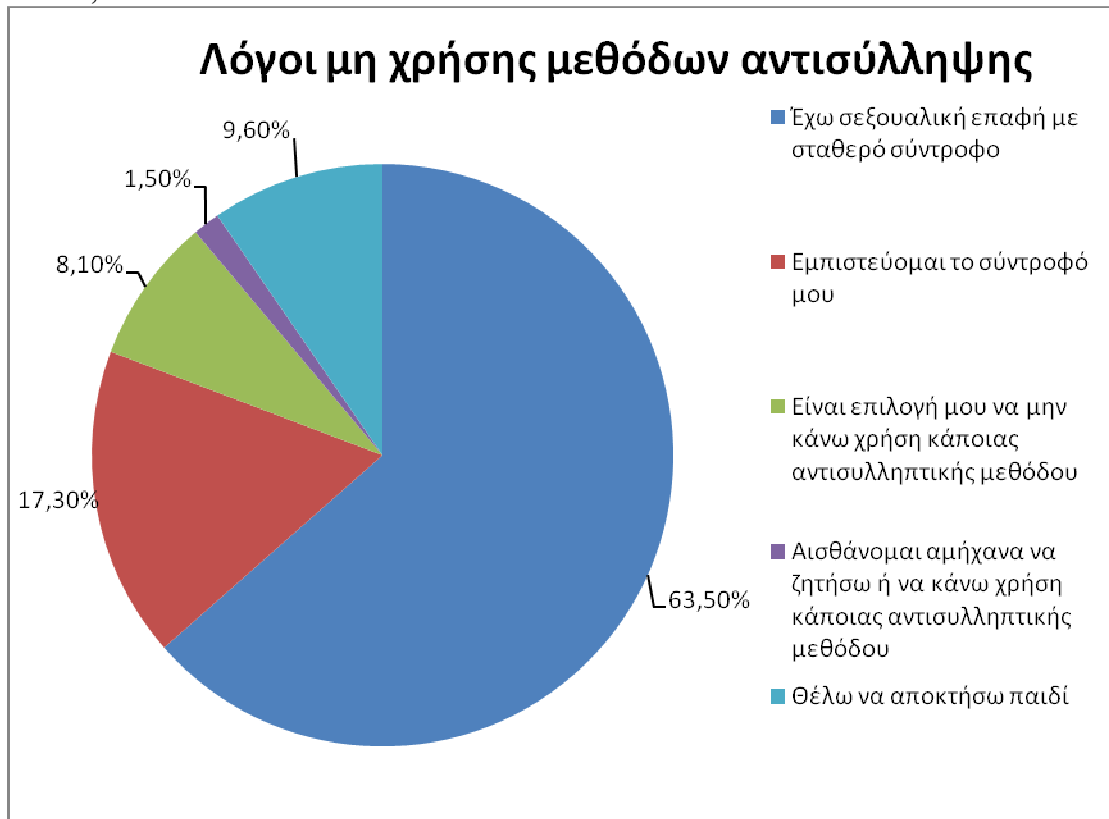
Αναφορικά με την ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων το 94,7% του δείγματος δηλώνει ότι έχει σεξουαλικές σχέσεις ενώ το 5,3% ότι δεν έχει.

Πίνακας 15. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;

	N	Ποσοστό %
<b>Κάθε φορά</b>	105	50,5
<b>Πολύ συχνά</b>	38	18,3
<b>Σπάνια</b>	38	18,3
<b>Ποτέ</b>	17	8,2
Σύνολο	198	95,2

Όσον αφορά τη συχνότητα χρήσης κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου το 50,5% των ερωτώμενων απάντησε ότι κάνει χρήση κάθε φορά, το 18,3% χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο πολύ συχνά, το 18,3% σπάνια ενώ το 8,2% δεν χρησιμοποιεί ποτέ κάποια από τις αντισυλληπτικές μεθόδους.

**Πίνακας 16.** Όταν δεν χρησιμοποιείται κάποια από τις μεθόδους αντισύλληψης, για ποιόν λόγο το κάνετε;



Στο ερώτημα που αφορά το λόγο για τον οποίο δεν γίνεται χρήση μεθόδων αντισύλληψης το 63,5% των ερωτώμενων δηλώνει ότι έχει σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο, το 17,3% υποστηρίζει ότι εμπιστεύεται το σύντροφό του, το 9,6% δεν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης, διότι θέλει να αποκτήσει παιδί, το 8,1% υποστηρίζει ότι είναι δική του επιλογή η απόφαση αυτή και το 1,5% ισχυρίζεται ότι αισθάνεται αμήχανα να ζητήσει ή να κάνει χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης.

**Πίνακας 17.** Έχετε επισκεφθεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού;

	N	Ποσοστό %
<b>Ναι</b>	22	10,6
<b>Όχι</b>	186	89,4
Σύνολο	208	100,0

Σχετικά με την επίσκεψη σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού το 89,4% του δείγματος δηλώνει ότι δεν έχει επισκεφθεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού

Προγραμματισμού σε αντίθεση με το 10,6% το οποίο έχει επισκεφθεί Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

**Πίνακας 18.** Εάν έχετε επισκεφθεί Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, για ποιόν από τους παρακάτω λόγους το επισκεφθήκατε;



Αναφορικά με το λόγο επίσκεψης σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού το 59,1% υποστηρίζει ότι έχει επισκεφθεί Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για τεστ Παπ, το 22,7% για γυναικολογική εξέταση, το 13,6% για ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές αμβλώσεων, πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και αντισύλληψης και το 4,5% για εξέταση μαστών.

#### 7.4. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Πίνακας 19. Πόσο σημαντική είναι η θρησκεία στη ζωή σας;



Στην ερώτηση που αφορούσε τη θρησκεία και τη σημαντικότητά της στη ζωή των ερωτηθέντων, 87 (41,8%) από τις ερωτηθείσες απάντησαν σημαντική, 75 (36,1%) πολύ σημαντική, 30 (14,4%) λίγο σημαντική ενώ μόλις 16 (7,7%) καθόλου σημαντική.

Πίνακας 20. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε κάθε περίπτωση

	N	Ποσοστό %
Συμφωνώ απόλυτα	38	18,3
Συμφωνώ	68	32,7
Διαφωνώ	71	34,1
Διαφωνώ απόλυτα	31	14,9
Σύνολο	208	100%

Στην ερώτηση του ερωτηματολογίου που αναφέρεται για το εάν η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε κάθε περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό 34,1% διαφώνησε με αυτή την άποψη, το 32,7% συμφώνησε, το 18,3% συμφώνησε απόλυτα ενώ το μικρότερο ποσοστό 14,9% διαφώνησε απόλυτα.

**Πίνακας 21. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού.**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	95	45,7
<b>Συμφωνώ</b>	84	40,4
<b>Διαφωνώ</b>	15	7,2
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	14	6,7
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Στην ερώτηση του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στην νομιμότητα της άμβλωσης σε περιπτώσεις βιασμού το μεγαλύτερο ποσοστό 45,7% συμφώνησε απόλυτα με αυτή την άποψη, το 40,4% συμφώνησε, το 7,2% διαφώνησε ενώ το μικρότερο ποσοστό 6,7% διαφώνησε απόλυτα.

**Πίνακας 22. Κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	48	23,1
<b>Συμφωνώ</b>	86	41,3
<b>Διαφωνώ</b>	54	26,0
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	20	9,6
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Στην ερώτηση αν κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση τα ποσοστά απαντήσεων διαμορφώθηκαν ως εξής: το 41,3% χαρακτηρίζεται βάση του μοντέλου μέτρησης με την απάντηση «συμφωνώ», σε αντίθεση με τις απαντήσεις «διαφωνώ απόλυτα», που ανέρχονται στο 9,6%. Σημαντικό είναι το ποσοστό (26%) που διαφωνεί με την ερώτηση και το 23,1% το οποίο συμφωνεί απόλυτα.

**Πίνακας 23. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	130	62,5
<b>Συμφωνώ</b>	63	30,3
<b>Διαφωνώ</b>	11	5,3
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	4	1,9
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση σχετικά με την νομιμότητα της άμβλωσης όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει, την απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» επέλεξε το 62,5% του δείγματος, την απάντηση «συμφωνώ» το 30,3%, την απάντηση «διαφωνώ» το 5,3% και την απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» το 1,9%.

**Πίνακας 24. Η άμβλωση πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει η αντισύλληψη**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	31	14,9
<b>Συμφωνώ</b>	87	41,8
<b>Διαφωνώ</b>	66	31,7
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	24	11,5
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Το 14,9% συμφωνεί απόλυτα ότι η άμβλωση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει η αντισύλληψη, το 41,8% συμφωνεί, το 31% διαφωνεί και το 11,5% διαφωνεί απόλυτα.

**Πίνακας 25. Η άμβλωση είναι δολοφονία**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	80	38,5
<b>Συμφωνώ</b>	80	38,5
<b>Διαφωνώ</b>	28	13,5
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	20	9,6
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Η επόμενη ερώτηση του ερωτηματολογίου, αφορά εάν η άμβλωση είναι δολοφονία και οι απαντήσεις που δόθηκαν παριστάνονται στον παραπάνω πίνακα. Όπως φαίνεται παραπάνω το 38,5% συμφωνεί απόλυτα και ένα άλλο 38,5% συμφωνεί. Το 13,5% διαφωνεί απόλυτα και το 9,6% διαφωνεί.

**Πίνακας 26. Η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	54	26,0
<b>Συμφωνώ</b>	76	36,5
<b>Διαφωνώ</b>	62	29,8
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	16	7,7
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Το 26% ,δηλαδή 54 νεαρές γυναίκες του δείγματος, συμφώνησε απόλυτα ότι η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω τους, το 30% συμφώνησε, το 29,8% διαφώνησε και το 7,7% διαφώνησε απόλυτα.

**Πίνακας 27. Η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	50	24,0
<b>Συμφωνώ</b>	82	39,4
<b>Διαφωνώ</b>	43	20,7
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	33	15,9
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Στην ερώτηση αν η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος 39,4% συμφώνησε ενώ το μικρότερο 15,9% διαφώνησε απόλυτα. Το 24% απάντησε «συμφωνώ» ενώ μόνο το 20,7% «διαφωνώ».

**Πίνακας 28. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα**

	<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	137	65,9
<b>Συμφωνώ</b>	59	28,4
<b>Διαφωνώ</b>	8	3,8
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	4	1,9
<b>Σύνολο</b>	208	100%

Από το σύνολο των ερωτώμενων, στην ερώτηση αν το έμβρυο είναι ζωντανό πλάσμα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δηλαδή 65,9%, απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, ενώ το υπόλοιπο 34,1 % έδωσε τις εξής απαντήσεις: 28,4% «συμφωνώ», 3,8% «διαφωνώ» και 1,9% «διαφωνώ απόλυτα».

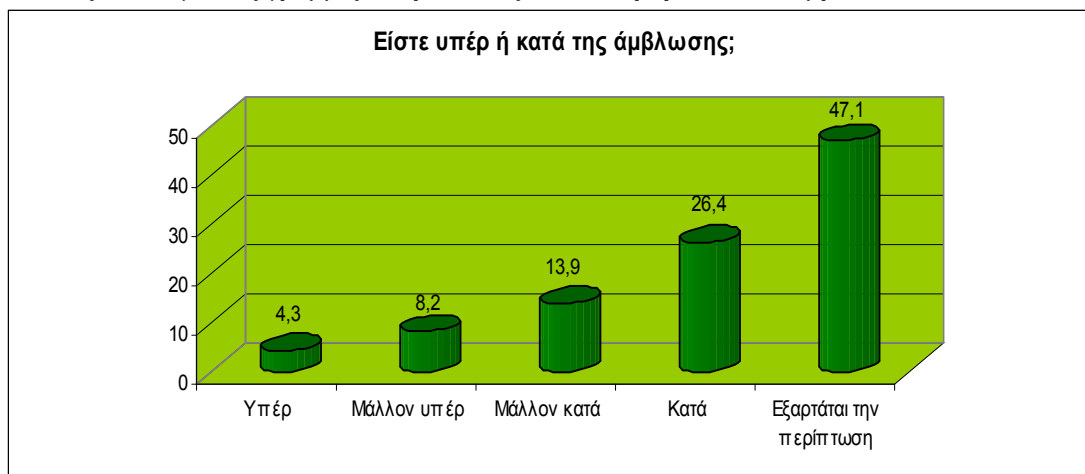
**Πίνακας 29. Έχετε ποτέ υποστηρίξει ή παροτρύνει μια κοπέλα να κάνει άμβλωση;**





Στην ερώτηση για το εάν έχουν υποστηρίξει ή παροτρύνει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση, το 87% (181 νεαρές γυναίκες) δήλωσαν ότι ποτέ δεν υποστήριξαν ή παρότρυναν κοπέλα να κάνει άμβλωση ενώ το 13% (27 νεαρές γυναίκες) έχουν υποστηρίξει /παροτρύνει κοπέλα να προβεί σε άμβλωση.

**Πίνακας 30. Σε γενικές γραμμές θεωρείτε πως είστε υπέρ ή κατά των αμβλώσεων;**



Σε ότι αφορά τη στάση των νεαρών γυναικών απέναντι στην άμβλωση, οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής:

- Το 4,3% από αυτές δήλωσαν ότι είναι υπέρ της άμβλωσης
- Το 8,2% μάλλον υπέρ
- Το 13,9% μάλλον κατά
- Το 26,4% κατά
- Το 47,1% δήλωσαν ότι εξαρτάται την περίπτωση

## 7.5. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΑΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

**Πίνακας 31. Τι κάνετε για να αποφύγετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

	N	%
Αποχή	3	1,4
Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων	189	90,9
Τίποτα	14	6,7
Άλλο	2	1,0
Σύνολο	208	100,0

Στην ερώτηση που τέθηκε στις νεαρές γυναίκες για τη στάση τους προκειμένου να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη το 1,4% απάντησε αποχή, το μέγιστο ποσοστό 90,9% χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, το 6,7% δεν κάνει τίποτα ώστε να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και το 1% έδωσε διαφορετική απάντηση από τις προτεινόμενες την οποία δεν διευκρίνισε.

**Πίνακας 32. Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης;**



Το 39,6% του δείγματος μας πιστεύει ότι η σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης είναι ο κύριος παράγοντας για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης. Το 36,4% υποστηρίζει ότι για την αποφυγή της εγκυμοσύνης αρκεί η λήψη μέτρων αντισύλληψης, το 13,6% πιστεύει ότι αρκεί η αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου αντισύλληψης, το 4,4% υποστηρίζει ότι οφείλεται στην γονιμότητα των συντρόφων, το 3,8% υποστηρίζει ότι οφείλεται στην οικονομική

κατάσταση ενώ το 2,2% δεν γνωρίζει από ποιους παράγοντες εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης.

**Πίνακας 33. Τι πιστεύετε ότι θα κάνατε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

	N	%
Διακοπή της εγκυμοσύνης	39	18,8
Θα γεννούσα το μωρό	47	22,6
Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	13	6,3
Θα ήμουν ανύπανδρη μητέρα	12	5,8
Θα το έδινα για υιοθεσία	1	0,5
Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από τον τόπο κατοικίας μου	3	1,4
Θα το σκεφτόμουν τότε	84	40,4
Αποκλείεται να μου συμβεί	8	3,8
Άλλο	1	0,5
Σύνολο	208	100,0

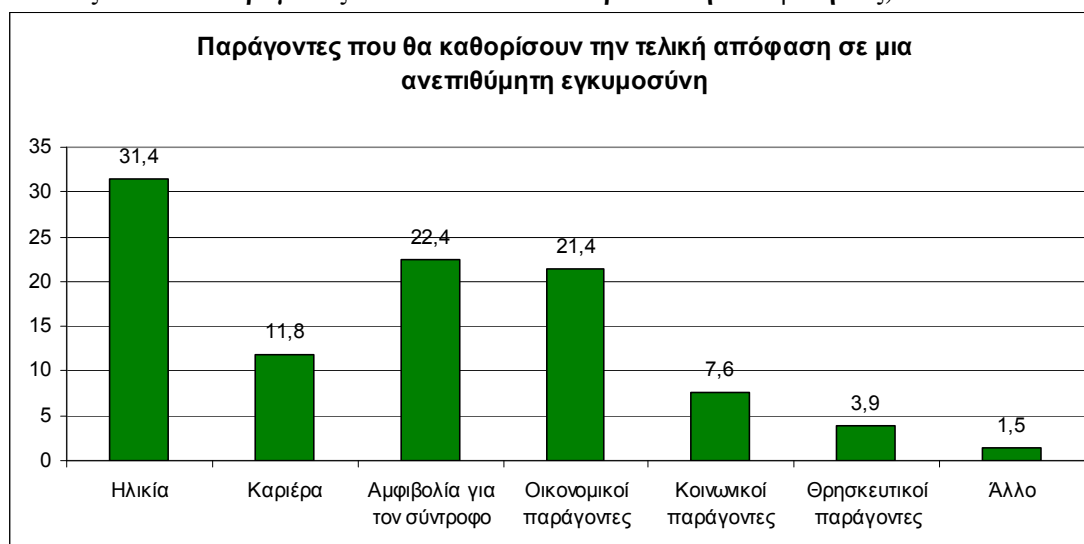
Στην ερώτηση που τέθηκε για τη στάση που θα κρατούσαν οι νεαρές γυναίκες προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη το μεγαλύτερο ποσοστό 40,4% απάντησε ότι θα το σκεφτόταν όταν θα έρχονταν αντιμέτωπες με μια τέτοια κατάσταση ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής: το 18,8% θα διέκοπτε την εγκυμοσύνη, το 22,6% θα γεννούσε το μωρό, το 6,3% θα παντρευόταν για να κρατήσει το μωρό, το 5,8% θα ήταν ανύπαντρες μητέρες, το 0,5% θα το έδινε για υιοθεσία, το 1,4% θα απομακρυνόταν για κάποιο διάστημα από το τόπο κατοικίας του, το 3,8% αποκλείει το ενδεχόμενο να του συμβεί κάτι τέτοιο και το 0,5% απάντησε κάτι άλλο.

**Πίνακας 34. Αν απαντήσατε την απομάκρυνση, τι πιστεύετε ότι θα κάνατε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

	N	%
Διακοπή της εγκυμοσύνης	0	0
Θα γεννούσα το μωρό	1	33,3
Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	0	0
Θα ήμουν ανύπανδρη μητέρα	1	33,3
Θα το έδινα για υιοθεσία	0	0
Θα το σκεφτόμουν τότε	1	33,3
Αποκλείεται να μου συμβεί	0	0
Άλλο	0	0
Σύνολο	3	100,0

Στην ερώτηση αυτή, η οποία ήταν συνέχεια της προηγούμενης δόθηκαν μόνο 3 απαντήσεις οι οποίες διαμορφώθηκαν ως εξής: το 33,3% (1 άτομο) θα το σκεφτόταν τότε, το 33,3% θα ήταν ανύπαντρη μητέρα και το άλλο 33,3% θα γεννούσε το μωρό.

**Πίνακας 35. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;**



Στην ερώτηση που έγινε στις ερωτώμενες ώστε να μας πουν ποιοι θα είναι οι παράγοντες οι οποίοι θα καθορίσουν την τελική τους απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, το 31,4% μας απάντησε ότι ο κύριος παράγοντας θα είναι η ηλικία τους. Το 22,4% απάντησε την αμφιβολία για τον σύντροφο, το 21,4% τους οικονομικούς

παράγοντες, το 11,8% την καριέρα τους, το 7,6% τους κοινωνικούς παράγοντες, το 3,9% τους θρησκευτικούς παράγοντες ενώ το 1,5% έδωσε μια άλλη απάντηση (π.χ. επιθυμία απόκτησης παιδιού αργότερα, αντιλήψεις του συντρόφου για την άμβλωση, επιθυμία του παιδιού από τον σύντροφο) ως κύριο παράγοντα στην διαδικασία λήψης απόφασης.

**Πίνακας 36. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;**

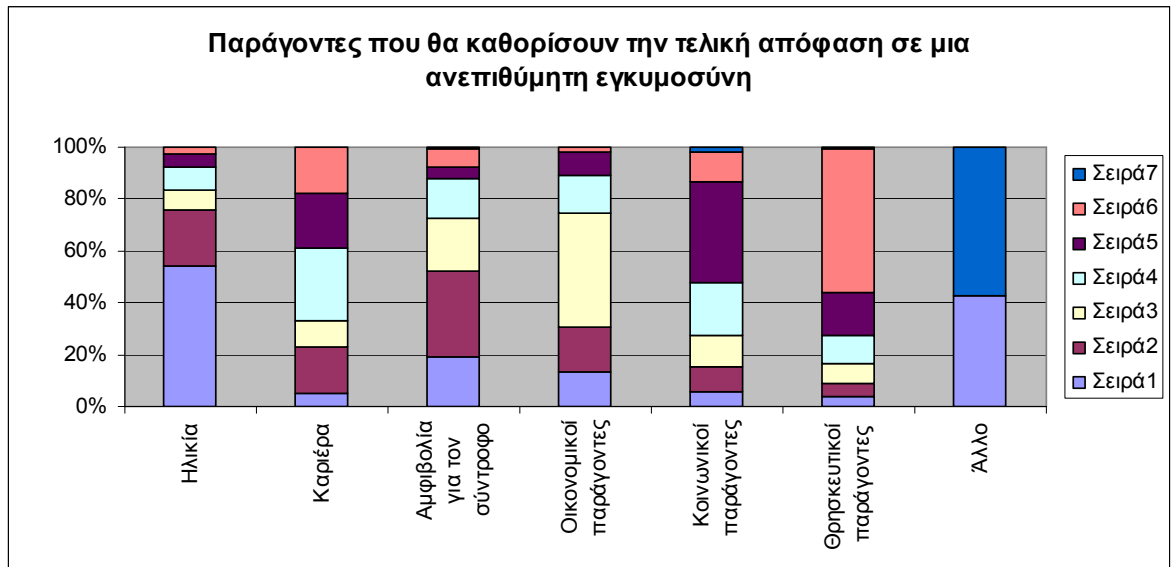
Ιεραρχία	Ηλικία	Καριέρα	Αμφιβολία για τον σύντροφο	Οικονομικοί παράγοντες	Κοινωνικοί παράγοντες	Θρησκευτικοί παράγοντες	Άλλο
1	<b>54</b>	4,8	19,1	13,6	6	4	1,4
2	21,8	18	<b>33</b>	17,2	9,3	4,6	0
3	7,9	10,1	20,6	<b>43,9</b>	12	8	0
4	8,4	<b>28</b>	15,5	14,6	20,2	10,9	0
5	5,4	21,2	4,1	8,6	<b>39,3</b>	16,7	0
6	2,5	18	7,2	2	11,5	<b>55,2</b>	0
7	0	0	0,5	0	1,6	0,6	<b>1,9</b>

Σε αυτήν την ερώτηση ζητήθηκε από τις ερωτώμενες να ιεραρχήσουν τους παράγοντες που πιστεύουν ότι θα καθορίσουν την τελική απόφασή τους σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η ερώτηση είναι ίδια με την προηγούμενη με την διαφορά ότι σε αυτήν έχουμε την ιεράρχηση όλων των παραγόντων.

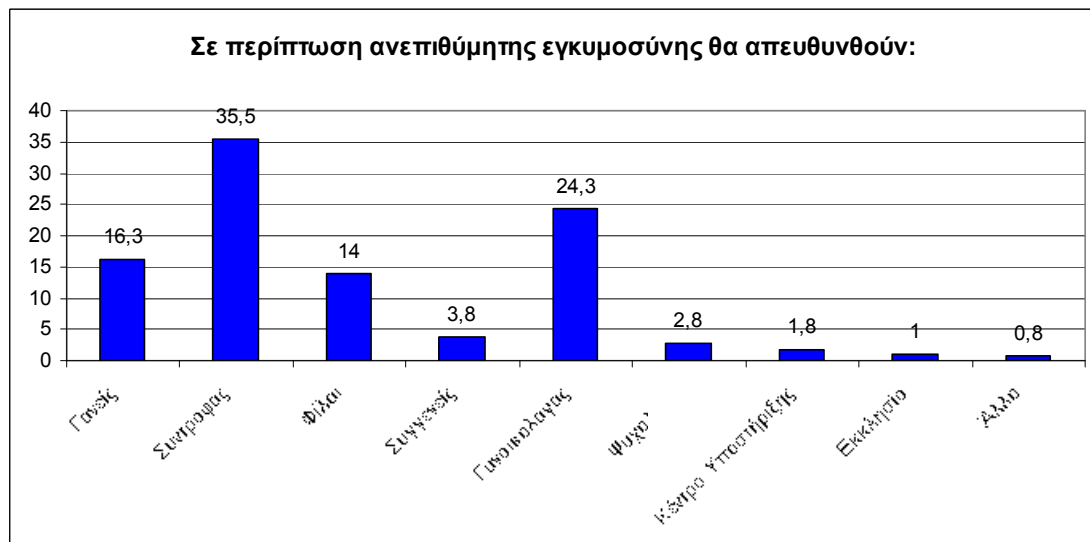
Το γενικό αποτέλεσμα που βγήκε αναλύοντας τα δεδομένα είναι ότι το 54% θεωρεί ως πρωταρχικό παράγοντα την ηλικία που θα έχουν την δεδομένη στιγμή. Ως επόμενο παράγοντα επέλεξαν την αμφιβολία που μπορεί να έχουν για τον σύντροφο με ποσοστό 33%. Ο τρίτος παράγοντας πιστεύουν ότι θα είναι η οικονομική τους κατάσταση εκείνη την περίοδο με ποσοστό 43,9%. Στη συνέχεια βρίσκεται η καριέρα την οποία θα υπολογίσει το 28% ως τέταρτο παράγοντα. Ο πέμπτος παράγοντας που υποστήριξε το 39,3% του δείγματος μας είναι οι κοινωνικοί παράγοντες. Οι θρησκευτικοί παράγοντες επιλέχθηκαν στη συνέχεια με ποσοστό 55,2% ενώ στο τέλος είναι διάφοροι άλλοι παράγοντες (π.χ. επιθυμία απόκτησης παιδιού αργότερα, αντιλήψεις του συντρόφου για την άμβλωση, επιθυμία του παιδιού από τον σύντροφο) με ποσοστό 1,9%. Στην τελευταία απάντηση παρατηρείται ένα πολύ μικρό ποσοστό διότι δεν επιλέχθηκε σαν απάντηση από την πλειοψηφία των ερωτώμενων.

Όπως είδαμε παραπάνω στον πίνακα αλλά και όπως φαίνεται με το πολλαπλό ραβδόγραμμα το οποίο ακολουθεί υπήρχαν κι άλλες προτιμήσεις όμως εμείς αναλύσαμε την πλειοψηφία του δείγματός μας.

**Πίνακας 37. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;**



**Πίνακας 38. Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα απευθυνθείτε;**



Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τις ερωτώμενες να μας απαντήσουν σε ποιόν θα απευθυνθούν σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Το 35,5% θα απευθυνθεί στον σύντροφο τους, το 24,3% στον γυναικολόγο τους, το 16,3% στους γονείς τους,

το 14% σε φίλους τους, το 3,8% σε συγγενείς, το 2,8% σε ψυχολόγο, το 1,8% σε Κέντρα Υποστήριξης, το 1% στην εκκλησία ενώ το 0,8% θα απευθυνθεί σε κάποιον άλλο.

**Πίνακας 39. Εάν μένατε έγκυος αυτή τη στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί;**

	N	%
<b>Ναι</b>	104	50,0
<b>Όχι</b>	104	50,0
Σύνολο	208	100,0

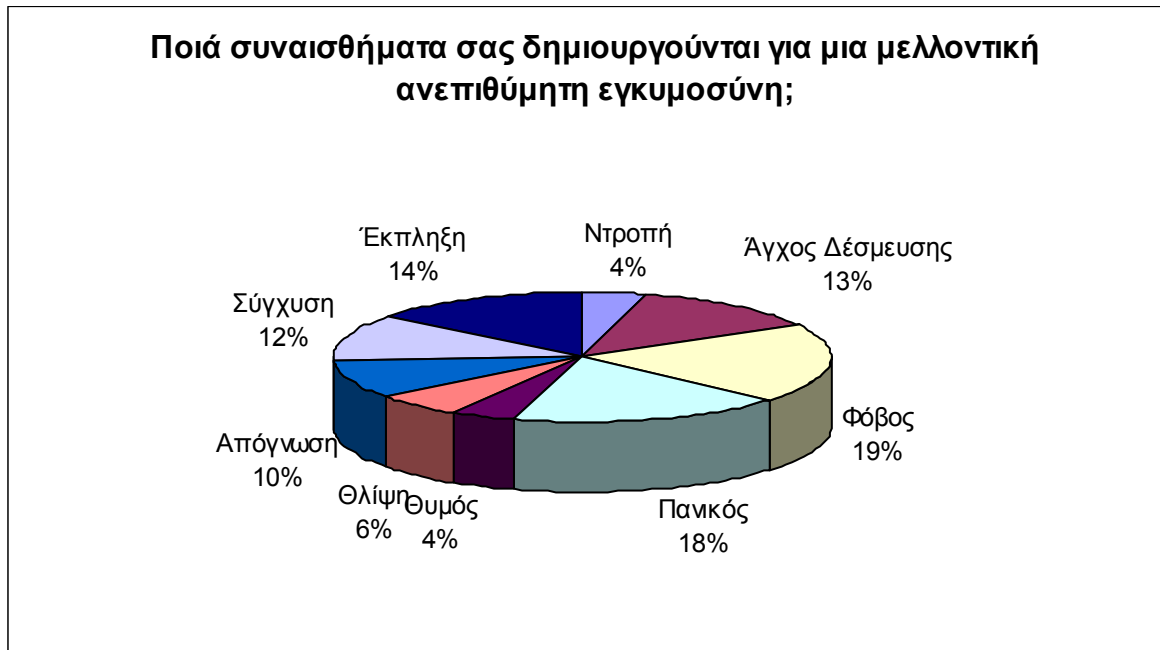
Στην ερώτηση εάν η ύπαρξη εγκυμοσύνης στην παρούσα φάση θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί παρατηρείται ότι 104 άτομα (50%) έδωσαν θετική απάντηση και 104 άτομα (50%) έδωσαν αρνητική απάντηση.

**Πίνακας 40. Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση;**

	N	%
<b>Ναι</b>	64	30,8
<b>Όχι</b>	142	68,3
Σύνολο	206	99,0

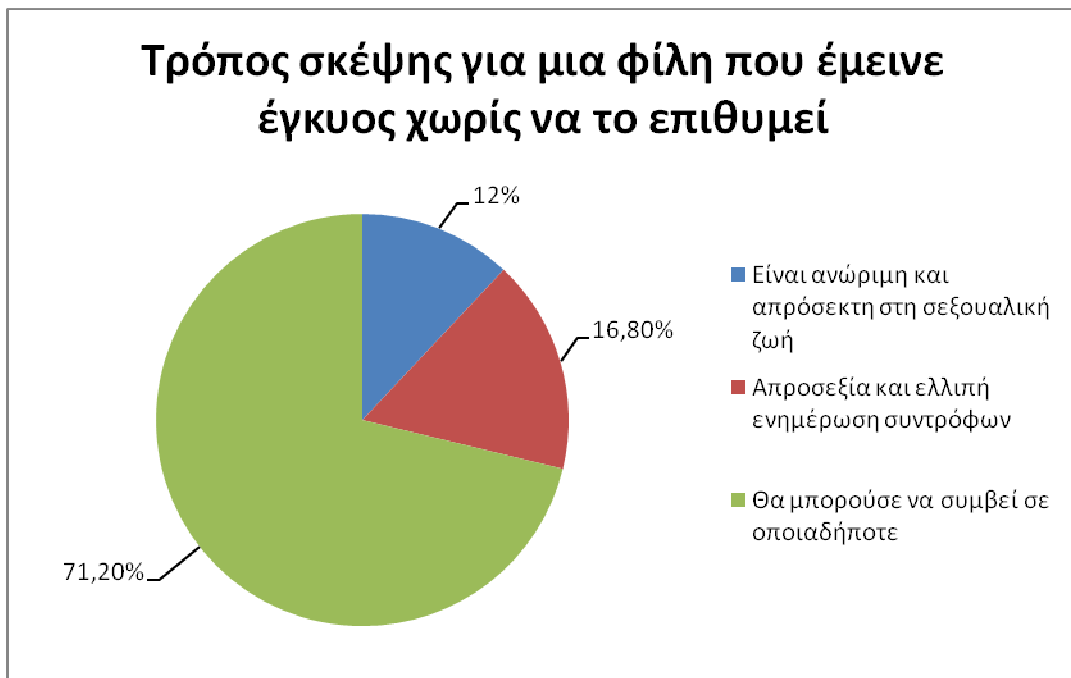
Στο ερώτημα εάν νιώθουν οι ερωτώμενες έντονη ανησυχία για πιθανή εγκυμοσύνη κάθε φορά που αναμένουν να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση το 30,8% των ερωτώμενων δηλώνει ότι νιώθει έντονη ανησυχία και το 68,3% δεν ανησυχεί καθόλου.

**Πίνακας 41. Ποια συναισθήματα σας δημιουργούνται για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**



Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα δημιουργούσε στις ερωτώμενες ποικίλλα συναισθήματα. Το 19% θα ένιωθε φόβο, το 18% πανικό, το 14% έκπληξη, το 13% άγχος δέσμευσης, το 12% σύγχυση, το 10% απόγνωση, το 6% θα ένιωθε θλίψη, το 4% θυμό και το υπόλοιπο 4% ντροπή.

**Πίνακας 42. Τι θα σκεφτόσασταν για μια φίλη σας, η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί;**





Σχετικά με τον τρόπο σκέψης για μια φίλη, η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (71,2%) δηλώνει ότι θα μπορούσε να συμβεί σε οποιαδήποτε, το 16,8% εκλαμβάνει το γεγονός αυτό ως απροσεξία και ελλιπή ενημέρωση συντρόφων και το 12% θα χαρακτήριζε τη φίλη ανώριμη και απρόσεκτη στη σεξουαλική ζωή.

**Πίνακας 43. Είχατε ποτέ εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ναι, η εγκυμοσύνη διεκόπη</b>	21	10,1
<b>Ναι, γεννήθηκε το παιδί</b>	9	4,3
<b>Όχι, δεν είχα</b>	178	85,6
Σύνολο	208	100,0

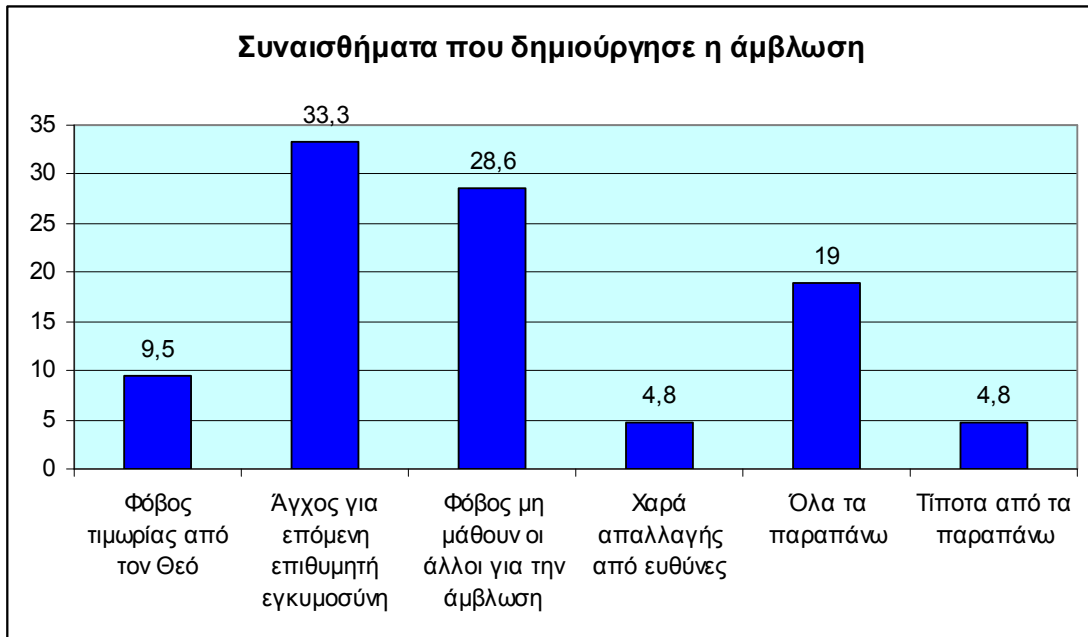
Όσον αφορά την εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (85,6%) υποστηρίζει ότι δεν έχει βιώσει ανάλογη εμπειρία, το 10,1% υποστηρίζει ότι έχει βιώσει την εμπειρία αυτή και η εγκυμοσύνη διεκόπη και το 4,3% δηλώνει ότι έχει βιώσει την εμπειρία αυτή και το παιδί γεννήθηκε.

**Πίνακας 44. Έχετε μετανιώσει για την άμβλωση;**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ναι</b>	8	38,1
<b>Όχι</b>	13	61,9
Σύνολο	21	100,0

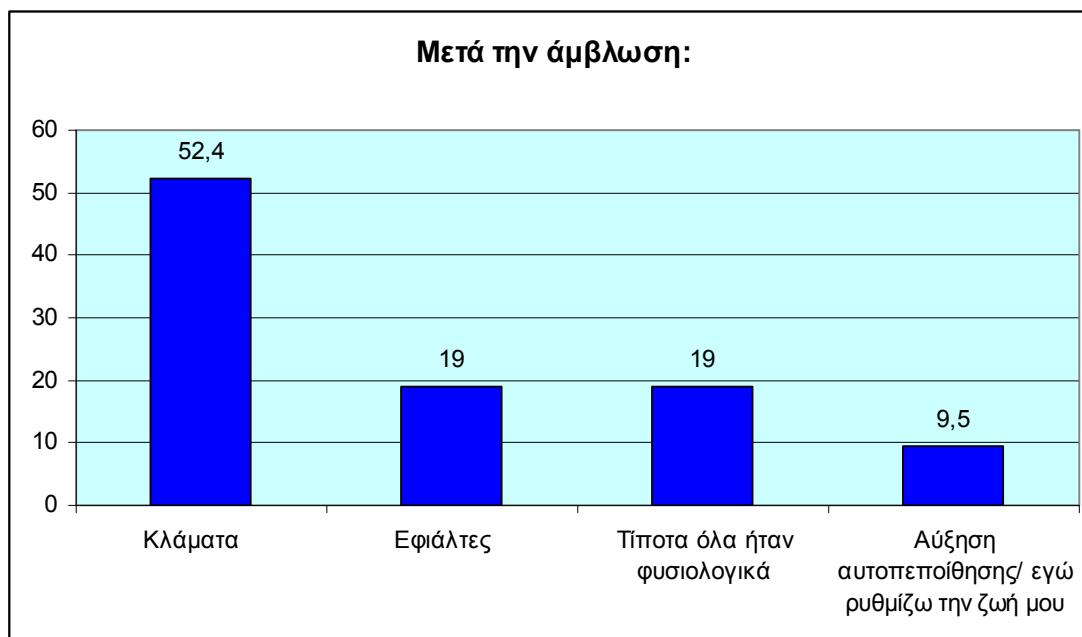
Το 61,9% των ερωτώμενων που είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και αποφάσισαν να προβούν στη διαδικασία της άμβλωσης δηλώνουν ότι δεν έχουν μετανιώσει για την απόφαση αυτή και το 38,1% δηλώνει ότι έχει μετανιώσει.

**Πίνακας 45. Ποια συναισθήματα σας δημιούργησε η άμβλωση;**



Σχετικά με τα συναισθήματα που δημιούργησε η άμβλωση το 33,3% ισχυρίζεται ότι έχει άγχος για επόμενη επιθυμητή εγκυμοσύνη, το 28,6% δηλώνει ότι έχει φόβο μη μάθουν οι άλλοι για την άμβλωση, το 9,5% φοβάται την τιμωρία από το Θεό, το 4,8% δηλώνει χαρά απαλλαγής από ευθύνες, το 19% διακατέχεται από όλα τα παραπάνω συναισθήματα (συμπεριλαμβάνεται το μίσος για τους άνδρες και η ελευθερία όπου μόνα τους δεν έχουν επιλεχθεί σαν απαντήσεις) και το 4,8% δεν νιώθει τίποτα από τα παραπάνω συναισθήματα.

**Πίνακας 46. Μετά την άμβλωση, αντιμετωπίσατε:**



Όσον αφορά την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών που είχαν κάνει άμβλωση, μετά την άμβλωση το 52,4% απάντησε ότι αντιμετώπισε κλάματα, το 19% απάντησε ότι είχε εφιάλτες, το 19% δήλωσε ότι όλα ήταν φυσιολογικά και το 9,5% υποστήριξε ότι αυξήθηκε η αυτοπεποίθηση του και το αίσθημα ότι ρυθμίζουν μόνες τους τις ζωές τους. Καμία από τις γυναίκες που έκαναν άμβλωση –σύμφωνα με τα δεδομένα- δεν είχε αυτοκτονικές τάσεις, μείωση αυτοπεποίθησης/ αυτοεκτίμησης, παραισθήσεις, διατροφικές διαταραχές ή εθισμός σε αλκοόλ ή ναρκωτικά.

**Πίνακας 47. Βλέποντας πως είναι η ζωή σας σήμερα πιστεύετε ότι η άμβλωση, βελτίωσε την ζωή σας;**

	N	%
<b>Ναι</b>	11	52,4
<b>Όχι</b>	10	47,6
Σύνολο	21	100,0

Στην ερώτηση εάν πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι η άμβλωση βελτίωσε τον τρόπο ζωής τους το 52,4% θεωρεί ότι βελτιώθηκε ο τρόπος ζωής τους μετά την άμβλωση και το 47,6% πιστεύει ότι δεν βελτιώθηκε ο τρόπος ζωής τους.

## 7.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

**Πίνακας 48: Συσχέτιση των πηγών ενημέρωσης με τον τόπο καταγωγής.**

Πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα	Τόπος καταγωγής			Σύνολο	P
	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή		
Γονείς	40	16	19	75	0,140
Αδέλφια	7	4	7	18	0,516
Σύντροφος	21	10	9	40	0,534
Συνομήλικοι	43	32	25	100	0,427
Σχολείο	31	13	10	54	0,078
Διαδίκτυο	11	7	7	25	0,996
Βιβλία/ Περιοδικά	44	29	18	91	0,089
Υπηρεσίες Υγείας	7	6	6	19	0,769
Δεν ενημερώθηκα	1		6	7	<b>0,002</b>

**Πίνακας 48**

Ελέγχοντας την παραπάνω συσχέτιση βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των νέων γυναικών που κατάγονται από αστική περιοχή είχε ως κύρια πηγή ενημέρωσης τα βιβλία και τα περιοδικά και ακολουθούν οι συνομήλικοι. Αντιθέτως, οι νέες γυναίκες που κατάγονται από ημιαστική και αγροτική περιοχή είχαν ως κύρια πηγή ενημέρωσης τους συνομήλικους και ακολουθούν τα βιβλία/περιοδικά και οι γονείς αντίστοιχα.

Επίσης, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν ενημερωθεί κατάγονται από αγροτική περιοχή και μόνο μια από αστική περιοχή.

Στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση της μεταβλητής «Δεν ενημερώθηκα» με τον τόπο καταγωγής και λόγω αυτής συσχετίσαμε την μεταβλητή «Δεν ενημερώθηκα» με την εμπειρία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Παρατηρήσαμε ότι από τις 7 νέες που δεν είχαν ενημερωθεί οι τέσσερις ήρθαν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη από τις οποίες οι τρεις έκαναν άμβλωση και η μια γέννησε

το μωρό. Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα και σε αυτήν την συσχέτιση. ( $\chi^2=10,906$  και  $P=0,004$ )

(Σημείωση: η ερώτηση που αφορά τις πηγές ενημέρωσης ήταν πολλαπλής επιλογής για αυτόν τον λόγο παρατηρείται μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων από το δείγμα μας.)

**Πίνακας 49: Συσχέτιση των πηγών ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα με την επαρκή ή όχι ενημέρωση πριν την πρώτη σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης**

Πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά θέματα	Επαρκή ενημέρωση πριν την πρώτη σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης					
	Καθόλου ενημέρωση	Ανεπαρκής ενημέρωση	Επαρκής ενημέρωση	Πλήρη ενημέρωση	Σύνολο	P
Γονείς	3	5	31	36	75	<b>0,002</b>
Αδέλφια		4	5	9	18	0,312
Σύντροφος	3	11	15	11	40	0,310
Συνομήλικοι	4	24	45	27	100	<b>0,012</b>
Σχολείο	1	5	23	25	54	<b>0,041</b>
Διαδίκτυο	1	3	8	13	25	0,301
Βιβλία/ Περιοδικά	3	15	39	34	91	0,325
Υπηρεσίες Υγείας	1	2	9	7	19	0,812
Δεν ενημερώθηκαν	6	1			7	<b>0,000</b>

**Πίνακας 49**

Συσχετίζοντας τις παραπάνω μεταβλητές παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών που είχε ως πηγή ενημέρωσης τους γονείς δήλωσε ότι είχε πλήρη ενημέρωση για θέματα αντισύλληψης. Το ίδιο παρατηρούμε και με εκείνες τις γυναίκες που ενημερώθηκαν από τα αδέλφια τους, από το σχολείο και από το διαδίκτυο.

Η πλειοψηφία των γυναικών που ενημερώθηκε από τον σύντροφο καθώς και από τους συνομηλικούς, τα βιβλία/περιοδικά και τις υπηρεσίες υγείας είχε επαρκή ενημέρωση.

Εύλογο είναι ότι οι γυναίκες που δεν είχαν ενημερωθεί δηλώνουν ότι είχαν άγνοια για τους τρόπους αντισύλληψης πριν την πρώτη τους σχέση.

Διαπιστώνεται στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση με τους γονείς, τους συνομηλικούς και το σχολείο ως πηγές ενημέρωσης καθώς και στην έλλειψη ενημέρωσης.

**Πίνακας 50: Συσχέτιση της ερώτησης «Όταν έχετε απορίες για σεξουαλικά ζητήματα ποιόν/ποιους συμβουλευέστε» με τον τόπο καταγωγής.**

Ποιόν συμβουλευέστε όταν έχετε απορίες για σεξουαλικά ζητήματα	Τόπος καταγωγής			P
	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	
Γονείς	33	7	12	<b>0,004</b>
Αδέλφια	23	4	17	<b>0,006</b>
Σύντροφος	34	28	22	0,343
Συνομηλικοί	45	37	23	<b>0,037</b>
Σχολείο	2	1		0,550
Διαδίκτυο	25	9	9	0,138
Βιβλία/Περιοδικά	42	30	17	<b>0,049</b>
Υπηρεσίες Συμβουλευτικής	9	6	1	0,141
Κανέναν	1	1	4	0,089
Άλλο ( Γυναικολόγος)	8	4	6	0,787

**Πίνακας 50**

Κάνοντας την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι ανεξαρτήτως τόπου καταγωγής οι νέες συμβουλευονται τους συνομηλικούς τους για σεξουαλικά ζητήματα.

Οι νέες που κατάγονται από αστικές και ημιαστικές περιοχές, μετά από τους συνομήλικους, συμβουλευονται τα βιβλία και τα περιοδικά ενώ οι νέες που κατάγονται από αγροτικές περιοχές συμβουλευονται τον σύντροφό τους.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό νέων γυναικών που κατάγονται από αστικές και αγροτικές περιοχές συμβουλευονται τους γονείς και τα αδέρφια τους σε αντίθεση με εκείνες που κατάγονται από ημιαστικές περιοχές.

Μια επιπλέον σημαντική διαπίστωση είναι ότι οι νέες δεν συμβουλευονται το σχολείο για σεξουαλικά ζητήματα.

Οι συσχετίσεις με τους γονείς, τα αδέρφια, τους συνομήλικους και τα βιβλία/περιοδικά είναι στατιστικά σημαντικές.

### Πίνακας 51: Η συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων	Μορφωτικό επίπεδο					Σύνολο
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο/ΤΕΕ	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Άλλο	
Κάθε φορά	6	3	22	70	4	<b>105</b>
Πολύ συχνά	4	2	3	26	3	<b>38</b>
Σπάνια	8	3	9	16	2	<b>38</b>
Ποτέ	2	1	7	5	2	<b>17</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>41</b>	<b>117</b>	<b>11</b>	<b>198</b>

Πίνακας 51

$$(x^2 = 22,995 \text{ και } P=0,028)$$

Στην παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες απόφοιτες Δημοτικού χρησιμοποιούν σπάνια κάποια μέθοδο αντισύλληψης σε αντίθεση με τις απόφοιτες Λυκείου/ΤΕΕ και ΑΕΙ/ΤΕΙ οι οποίες στην πλειοψηφία τους χρησιμοποιούν σε κάθε σεξουαλική επαφή κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Όσον αφορά τις απόφοιτες Γυμνασίου ο αριθμός των γυναικών που χρησιμοποιεί σε κάθε σεξουαλική επαφή κάποια μέθοδο αντισύλληψης είναι ίσος με τον αριθμό των γυναικών που χρησιμοποιούν σπάνια.

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συχνότητα χρήσης αντισύλληψης έχει σχέση με το μορφωτικό επίπεδο. Ανεξαρτήτως όμως

μορφωτικού επιπέδου παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί κάθε φορά κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 52: Η συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ως προς την εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης**

Συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων	Εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης			
	Η εγκυμοσύνη διεκόπη	Γεννήθηκε το παιδί	Δεν είχα	Σύνολο
Κάθε φορά	6	2	97	<b>105</b>
Πολύ συχνά	3	2	33	<b>38</b>
Σπάνια	3	4	25	<b>38</b>
Ποτέ	3	1	13	<b>168</b>

**Πίνακας 52**

$$(x^2 = 16,754 \text{ και } P=0,010)$$

Θέλοντας να διαπιστώσουμε κατά πόσο η συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων μπορεί να εμποδίσει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συσχετίσαμε τις δύο παραπάνω μεταβλητές.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή τη συσχέτιση είναι ότι η πλειοψηφία του δείγματος που χρησιμοποιούσε ή όχι κάποια αντισυλληπτική μέθοδο δεν είχε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες έληξαν με άμβλωση.

Το ποσοστό εκείνων που δεν έκανε ποτέ χρήση αντισύλληψης είχε λιγότερες εμπειρίες ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε αντίθεση με τις κοπέλες που χρησιμοποιούσαν κάθε φορά κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Τα ποσοστά αυτά δεν ήταν αναμενόμενα και υποθέτουμε ότι οι νέες που απάντησαν ότι χρησιμοποιούν κάθε φορά κάποια αντισυλληπτική μέθοδο ξεκίνησαν να κάνουν χρήση μετά την εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (όσες έχουν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης).

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.



**Πίνακας 53: Η συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ως προς την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης**

Συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων	Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης				
	Αποχή	Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων	Τίποτα	Άλλο	Σύνολο
Κάθε φορά	1	103	1		<b>105</b>
Πολύ συχνά		37	1		<b>38</b>
Σπάνια	1	31	6		<b>38</b>
Ποτέ	1	8	6	2	<b>17</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>3</b>	<b>179</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>198</b>

**Πίνακας 53**

( $\chi^2 = 59,148$  και  $P=0,000$ )

Στην παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών έχει δώσει ως απάντηση την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ανεξάρτητα από την συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων.

Παρατηρούμε ότι ακόμα και οι γυναίκες οι οποίες δεν χρησιμοποιούν ποτέ κάποια μέθοδο αντισύλληψης γνωρίζουν ότι η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων τις προφυλάσσει από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 54: Συσχέτιση του λόγου που δεν χρησιμοποιείται κάποια μέθοδος αντισύλληψης με την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.**

Λόγος που δεν χρησιμοποιείται κάποια μέθοδος αντισύλληψης	Εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης			
	Η εγκυμοσύνη διεκόπη	Γεννήθηκε το παιδί	Δεν είχα	Σύνολο
Σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο	11	5	109	<b>125</b>
Εμπιστεύομαι τον σύντρόφό μου	1	4	29	<b>34</b>
Είναι επιλογή μου να μην κάνω χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης	5		11	<b>16</b>
Αισθάνομαι αμήχανα να ζητήσω ή να κάνω χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης	1		2	<b>3</b>
Θέλω να αποκτήσω παιδί	3		16	<b>19</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>167</b>	<b>197</b>

**Πίνακας 54**

( $\chi^2=16,953$  και  $P=0,031$ )

Στον παραπάνω πίνακα συσχετίζουμε τον λόγο που δεν χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδος με την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Παρατηρούμε ότι στο σύνολο ανεξάρτητα από τον λόγο που δεν χρησιμοποιείται αντισύλληψη οι περισσότερες νέες γυναίκες δεν είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Οι γυναίκες, οι οποίες είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης διαπιστώνουμε ότι στην πλειοψηφία τους δεν έκαναν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου διότι είχαν σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο.

Επιπλέον κάποιες γυναίκες, οι οποίες είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπη διαπιστώνουμε ότι δεν έκαναν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου

διότι ήταν επιλογή τους να μην κάνουν χρήση ενώ αντιθέτως, οι γυναίκες, οι οποίες είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης όπου έληξε με γέννηση του παιδιού δεν έκαναν χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων διότι εμπιστεύονταν τον σύντροφό τους.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 55: Συσχέτιση της θρησκείας ως προς την άποψη των νέων γυναικών για το θέμα της άμβλωσης.**

Πόσο σημαντική είναι η θρησκεία στη ζωή σας	Είστε υπέρ ή κατά της άμβλωσης					Σύνολο
	Υπέρ	Μάλλον υπέρ	Μάλλον κατά	Κατά	Εξαρτάται από την κατάσταση	
Πολύ σημαντική		2	10	29	34	<b>75</b>
Σημαντική	3	8	15	20	41	<b>87</b>
Λίγο σημαντική	3	4	3	5	15	<b>30</b>
Καθόλου σημαντική	3	3	1	1	8	<b>16</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>98</b>	<b>208</b>

Πίνακας 55

( $\chi^2=29,412$  και  $P=0,003$ )

Ερευνώντας την άποψη των νέων γυναικών για το θέμα της άμβλωσης ως προς την θρησκεία παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών οι οποίες θεωρούν σημαντική (πολύ σημαντική και σημαντική) την θρησκεία στην ζωή τους είναι κατά (μάλλον κατά και κατά) της άμβλωσης ενώ αντιθέτως εκείνες που θεωρούν λίγο σημαντική έως καθόλου σημαντική την θρησκεία στην ζωή τους είναι υπέρ και μάλλον υπέρ.

Επιπροσθέτως, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών οι οποίες ανεξάρτητα από το πόσο σημαντική είναι η θρησκεία στην ζωή τους δεν έχουν πάρει σαφή θέση για τις άμβλώσεις αλλά δηλώνουν ότι εξαρτάται από την κατάσταση εάν θα είναι υπέρ ή κατά.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 56:** Συσχέτιση της μεταβλητής «Κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση» με την μεταβλητή «Η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό».

Κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση	Η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό				Σύνολο
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
Συμφωνώ απόλυτα	8	12	9	19	<b>48</b>
Συμφωνώ	18	37	22	9	<b>86</b>
Διαφωνώ	14	28	8	4	<b>54</b>
Διαφωνώ απόλυτα	10	5	4	1	<b>20</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>50</b>	<b>82</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>208</b>

Πίνακας 56

( $\chi^2=37,618$  και  $P=0,000$ )

Η παραπάνω συσχέτιση έγινε με σκοπό να διαπιστώσουμε πόσες από τις ερωτηθείσες οι οποίες πιστεύουν ότι κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση, πιστεύουν παράλληλα ότι η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών όπου συμφωνεί απόλυτα με την πρόταση «Κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση», διαφωνεί απόλυτα με την πρόταση «Η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό» σε αντίθεση με την μειοψηφία όπου συμφωνεί απόλυτα.

Στη συνέχεια, εξετάζουμε την περίπτωση να διαφωνούν απόλυτα με το ότι κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση όπου σε αυτήν την περίπτωση η πλειοψηφία των γυναικών συμφωνεί απόλυτα ότι η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.

Επιπροσθέτως, στις περιπτώσεις όπου συμφωνούν ή διαφωνούν με το ότι κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση, η πλειοψηφία και στις δύο περιπτώσεις συμφωνεί ότι η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 57: Συσχέτιση της μεταβλητής «Η άμβλωση είναι δολοφονία» με το αν έχουν παροτρύνει ή υποστηρίζει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση.**

Η άμβλωση είναι δολοφονία	Έχετε υποστηρίξει ή παροτρύνει μια κοπέλα να κάνει άμβλωση		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
Συμφωνώ απόλυτα	2	78	<b>80</b>
Συμφωνώ	13	67	<b>80</b>
Διαφωνώ	7	21	<b>28</b>
Διαφωνώ απόλυτα	5	15	<b>20</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>27</b>	<b>181</b>	<b>208</b>

**Πίνακας 57**

( $\chi^2 = 14,675$  και  $P = 0,002$ )

Μελετώντας την παραπάνω συσχέτιση αντιλαμβανόμαστε ότι 160 νέες γυναίκες στο σύνολο συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ότι η άμβλωση είναι δολοφονία και μόνο 48 διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα. Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι οι περισσότερες νέες θεωρούν την άμβλωση ως δολοφονία.

Εξαιτίας αυτού παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία δεν έχει υποστηρίξει ή παροτρύνει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση παρά μόνο ένα μικρό ποσοστό.

Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

**Πίνακας 58: Συσχέτιση της μεταβλητής «Η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου» με το αν έχουν παροτρύνει ή υποστηρίξει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση.**

Η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου	Έχετε υποστηρίξει ή παροτρύνει μια κοπέλα να κάνει άμβλωση		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
Συμφωνώ απόλυτα	1	53	<b>54</b>
Συμφωνώ	6	70	<b>76</b>
Διαφωνώ	17	45	<b>62</b>
Διαφωνώ απόλυτα	3	13	<b>16</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>27</b>	<b>181</b>	<b>208</b>

**Πίνακας 58**

( $\chi^2=19,575$  και  $P=0,000$ )

Διερευνώντας την παραπάνω συσχέτιση γίνεται κατανοητό ότι το υψηλότερο ποσοστό του δείγματός μας (130 άτομα) συμφωνεί απόλυτα ή συμφωνεί ότι η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω τους. Ταυτόχρονα υπάρχουν πολλές νέες γυναίκες (78 άτομα) οι οποίες διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με ότι η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω τους.

Επιπλέον, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία δεν έχει υποστηρίξει ή παροτρύνει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση αλλά το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος που δήλωσε ότι έχει παροτρύνει κάποια κοπέλα να κάνει άμβλωση ανήκει στις γυναίκες που διαφωνούν με την πρόταση «Η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου».

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 59: Συσχέτιση των παραγόντων όπου εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης με τον τόπο καταγωγής.**

Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης	Τόπος καταγωγής			P
	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	
Λήψη μέτρων αντισύλληψης	57	35	23	<b>0,029</b>
Γονιμότητα των συντρόφων	6	5	3	0,764
Σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης	52	38	35	0,489
Αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου	28	9	6	<b>0,008</b>
Οικονομικοί παράγοντες	6	2	4	0,664
Δεν γνωρίζω	3	1	3	0,572

**Πίνακας 59**

Παρατηρώντας την παραπάνω συσχέτιση, διαπιστώνουμε ότι οι νέες οι οποίες κατάγονται από αστική περιοχή θεωρούν ότι η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης εξαρτάται κυρίως από την λήψη μέτρων αντισύλληψης ενώ ως δεύτερο παράγοντα επιλέγουν την σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης.

Οι νέες που κατάγονται από ημιαστικές και αγροτικές περιοχές θεωρούν ότι η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης εξαρτάται κυρίως από την σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης και ως δεύτερο παράγοντα επιλέγουν την λήψη μέτρων αντισύλληψης.

Ανεξαρτήτως τόπου καταγωγής, ο παράγοντας «Αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου αντισύλληψης» θεωρείται ο τρίτος πιο σημαντικός παράγοντας για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης.

Στατιστικά σημαντική παρατηρήθηκε η συσχέτιση του τόπου καταγωγής με τον παράγοντα «Λήψη μέτρων αντισύλληψης» και τον παράγοντα «Αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου αντισύλληψης».

**Πίνακας 60: Συσχέτιση της αντιμετώπισης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την μεταβλητή «Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί»**

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης	Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί		
	Ναι	Όχι	Σύνολο
Διακοπή της εγκυμοσύνης	25	14	<b>39</b>
Θα γεννούσα το μωρό	12	35	<b>47</b>
Θα παντρευόμουν για να κρατήσω το μωρό	7	6	<b>13</b>
Θα ήμουν ανύπαντρη μητέρα	3	9	<b>12</b>
Θα το έδινα για υιοθεσία	1		<b>1</b>
Θα απομακρυνόμουν για ένα διάστημα από το τόπο κατοικίας μου	2	1	<b>3</b>
Θα το σκεφτόμουν τότε	48	36	<b>84</b>
Αποκλείεται να μου συμβεί	5	3	<b>8</b>
Άλλο	1		<b>1</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>208</b>

**Πίνακας 60**

( $\chi^2 = 21,982$  και  $P=0,005$ )

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το δείγμα μας χωρίζεται σε ίσα μέρη όσον αφορά την ερώτηση «Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί;». Ανεξάρτητα όμως από αυτήν την μεταβλητή η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν γνωρίζουν τι θα έκαναν σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και θα το σκεφτόντουσαν τότε.

Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό των νέων γυναικών θα γεννούσε και θα μεγάλωνε το παιδί, με περισσότερες τις νέες γυναίκες που έχουν δηλώσει ως απάντηση ότι εάν έμεναν αυτή την στιγμή έγκυες δεν θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.



Μια σημαντική διαπίστωση σε αυτήν την συσχέτιση είναι ότι 39 γυναίκες θα επέλεγαν την άμβλωση ως αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ενώ οι 14 από αυτές είχαν δηλώσει ότι εάν έμεναν εκείνη την στιγμή έγκυες δεν θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.

Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

**Πίνακας 61: Συσχέτιση των παραγόντων που καθορίζουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με την ηλικία**

Παράγοντες που θα καθορίσουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Ηλικιακές ομάδες				
	18-22	23-26	27-30	P	Σύνολο
Ηλικία	61	32	36	<b>0,012</b>	<b>129</b>
Καριέρα	25	16	8	<b>0,030</b>	<b>49</b>
Αμφιβολία για τον σύντροφο	29	33	30	0,077	<b>92</b>
Οικονομικοί παράγοντες	31	32	25	0,161	<b>88</b>
Κοινωνικοί παράγοντες	8	10	14	0,140	<b>32</b>
Θρησκευτικοί παράγοντες	5	6	6	0,673	<b>17</b>
Άλλο	1	2	3	0,454	<b>6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>160</b>	<b>131</b>	<b>122</b>		<b>413</b>

Πίνακας 61

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι η ηλικία, οι οικονομικοί παράγοντες, η αμφιβολία για τον σύντροφο και η καριέρα είναι παράγοντες που θα καθορίσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη για τις νέες γυναίκες ηλικίας από 18 έως 22 ετών σε αντίθεση με εκείνες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 27 έως 30 ετών όπου θεωρούν πιο σημαντικούς τους κοινωνικούς παράγοντες από τον παράγοντα καριέρα.

Η πλειοψηφία πάντως του δείγματος ανεξάρτητα την ηλικία -όπως παρατηρήθηκε και με τον τόπο καταγωγής- δηλώνει ότι η ηλικία είναι ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει την απόφαση που θα πάρουν εάν έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στον παράγοντα ηλικία καθώς και στον παράγοντα καριέρα ενώ σε όλους τους υπόλοιπους παράγοντες δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες και την ηλικία.

**Πίνακας 62: Συσχέτιση των παραγόντων που καθορίζουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με τον τόπο καταγωγής**

Παράγοντες που θα καθορίσουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Τόπος καταγωγής				
	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	P	Σύνολο
Ηλικία	56	39	34	0,626	<b>129</b>
Καριέρα	28	7	14	<b>0,039</b>	<b>49</b>
Αμφιβολία για τον σύντροφο	43	27	22	0,603	<b>92</b>
Οικονομικοί παράγοντες	44	20	24	0,300	<b>88</b>
Κοινωνικοί παράγοντες	11	7	14	0,079	<b>32</b>
Θρησκευτικοί παράγοντες	7	3	7	0,363	<b>17</b>
Άλλο	2	2	2	0,845	<b>6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>191</b>	<b>105</b>	<b>117</b>		<b>413</b>

**Πίνακας 62**

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι η ηλικία, η καριέρα, η αμφιβολία για τον σύντροφο και οι οικονομικοί παράγοντες είναι παράγοντες που θα καθορίσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη για τις νέες γυναίκες που κατάγονται από αστική περιοχή από εκείνες που κατάγονται από αγροτική περιοχή.

Η πλειοψηφία πάντως του δείγματος ανεξαρτήτως τόπου καταγωγής δηλώνει ότι η ηλικία είναι ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει την απόφαση που θα πάρουν εάν έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μόνο στον παράγοντα καριέρα ενώ σε όλους τους υπόλοιπους παράγοντες δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στους παράγοντες και στον τόπο καταγωγής.

**Πίνακας 63: Συσχέτιση των παραγόντων που καθορίζουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με το μορφωτικό επίπεδο**

Παράγοντες που θα καθορίσουν την τελική απόφαση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Μορφωτικό επίπεδο						
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο/ΤΕΕ	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Άλλο	P	Σύνολο
Ηλικία	10	5	28	79	7	0,723	<b>129</b>
Καριέρα	2	2	6	38	1	<b>0,033</b>	<b>49</b>
Αμφιβολία για τον σύντροφο	10	0	18	62	2	<b>0,009</b>	<b>92</b>
Οικονομικοί παράγοντες	7	1	14	61	5	<b>0,035</b>	<b>88</b>
Κοινωνικοί παράγοντες	3	3	7	18	1	0,627	<b>32</b>
Θρησκευτικοί παράγοντες	2	1	5	8	1	0,913	<b>17</b>
Άλλο	2	0	1	2	1	0,192	<b>6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>79</b>	<b>268</b>	<b>18</b>		<b>413</b>

**Πίνακας 63**

Από τα παραπάνω παρατηρείται ότι η ηλικία είναι ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει την απόφαση που θα πάρουν οι νέες γυναίκες εάν έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο.

Για τις απόφοιτες Δημοτικού εξίσου σημαντικός παράγοντας με την ηλικία είναι η αμφιβολία για τον σύντροφο. Για τις απόφοιτες Λυκείου /ΤΕΕ καθώς και ΑΕΙ/ΤΕΙ η αμφιβολία για τον σύντροφο είναι ο δεύτερος πιο σημαντικός παράγοντας μετά την ηλικία.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στον παράγοντα καριέρα, στην αμφιβολία για τον σύντροφο και στους οικονομικούς παράγοντες ενώ σε όλους τους υπόλοιπους παράγοντες δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες και το μορφωτικό επίπεδο.

**Πίνακας 64: Συσχέτιση του ατόμου που θα απευθυνόντουσαν σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την ηλικία.**

Σε ποιον θα απευθυνθείτε σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης	Ηλικιακές ομάδες			P
	18-22 ετών	23-26 ετών	27-30 ετών	
Γονείς	37	16	12	<b>0,001</b>
Σύντροφος	55	44	44	0,792
Φίλους	32	15	9	<b>0,003</b>
Συγγενείς	8	4	3	0,475
Γυναικολόγος	35	35	27	0,134
Ψυχολόγος	3	4	4	0,695
Κέντρα Υποστήριξης		4	3	0,079
Εκκλησία	2	1	1	0,908
Άλλο	1		2	0,342

**Πίνακας 64**

Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος μας ανεξαρτήτως της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκουν οι νέες γυναίκες, σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα απευθυνόντουσαν στον σύντροφό τους.

Σαν δεύτερη επιλογή, οι νέες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-22 ετών επιλέγουν τους γονείς ενώ αντιθέτως οι νέες 23-30 επιλέγουν τον γυναικολόγο τους.

Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό ηλικίας 18-22 ετών θα απευθυνόταν σε φίλους τους κάτι που δεν ισχύει για τις ηλικίες 27-30 ετών.

Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στην συσχέτιση της ηλικίας με τους γονείς καθώς και με τους φίλους.

**Πίνακας 65 : Συσχέτιση της μεταβλητής «Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση;» με τον τόπο καταγωγής.**

Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση	Τόπος καταγωγής			Σύνολο
	Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	
Ναι	31	11	22	<b>64</b>
Όχι	62	47	33	<b>142</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>93</b>	<b>58</b>	<b>55</b>	<b>206</b>

**Πίνακας 65**

( $\chi^2=6,239$  και  $P=0,044$ )

Στην παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι ο τόπος καταγωγής δεν σχετίζεται με την ανησυχία που νιώθουν ή όχι οι νέες γυναίκες ότι εγκυμονούν κάθε φορά που περιμένουν να ξεκινήσει η εμμηνορρυσία.

Η πλειοψηφία του δείγματός μας αναφέρει ότι δεν νιώθει ανησυχία κάθε μήνα αλλά υπάρχει κι ένα σημαντικό ποσοστό το οποίο ανησυχεί κάθε φορά.

Υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στην παραπάνω συσχέτιση.

**Πίνακας 66: Συσχέτιση της μεταβλητής «Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση;» με την μεταβλητή «Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί;»**

Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση	Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
Ναι	44	20	<b>64</b>
Όχι	59	83	<b>142</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>206</b>

**Πίνακας 66**

( $\chi^2=13,056$  και  $P=0,000$ )

Σχετίζοντας τις δύο παραπάνω μεταβλητές, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των γυναικών που νιώθει έντονη ανησυχία ότι θα είναι έγκυος κάθε φορά που περιμένει να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση δηλώνει ότι εάν έμενε έγκυος αυτή τη στιγμή θα είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.

Αντιθέτως, η πλειοψηφία των γυναικών που δε νιώθει έντονη ανησυχία ότι θα είναι έγκυος κάθε φορά που περιμένει να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση δηλώνει ότι εάν έμενε έγκυος αυτή τη στιγμή δε θα είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 67: Συσχέτιση των συναισθημάτων που δημιουργούνται για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με την ηλικία.**

Συναισθήματα για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Ηλικιακές ομάδες			P
	18-22 ετών	23-26 ετών	27-30 ετών	
Ντροπή	11	3	4	0,139
Άγχος δέσμευσης	20	16	17	0,958
Φόβος	36	30	15	<b>0,005</b>
Πανικός	38	25	12	<b>0,001</b>
Θυμός	6	5	7	0,752
Θλίψη	13	6	5	0,271
Απόγνωση	22	14	5	<b>0,011</b>
Σύγχυση	20	20	9	<b>0,042</b>
Έκπληξη	18	14	27	<b>0,017</b>

**Πίνακας 67**

Κάνοντας την παραπάνω συσχέτιση παρατηρούμε ότι στις νέες ηλικίας 18-22 ετών κυρίαρχο συναίσθημα για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι ο πανικός και ακολουθεί ο φόβος. Αντιθέτως, στις νέες ηλικίας 23-26 ετών κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο φόβος και ακολουθεί ο πανικός ενώ στις νέες ηλικίας 27-30 ετών το κυρίαρχο συναίσθημα είναι η έκπληξη και ακολουθεί το άγχος δέσμευσης.

Επιπλέον, η απόγνωση και η σύγχυση υπάρχουν σε έντονο βαθμό στις νέες έως 22 ετών σε αντίθεση με τις νέες γυναίκες ηλικίας 27 και άνω. (Σημείωση: η ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα ήταν πολλαπλών απαντήσεων για αυτό το λόγο παρατηρείται αυξημένος αριθμός απαντήσεων.)

Στατιστικά σημαντικές είναι οι συσχετίσεις της ηλικίας με το συναίσθημα του φόβου, του πανικού, της απόγνωσης, της σύγχυσης και της έκπληξης.

**Πίνακας 68: Συσχέτιση των συναισθημάτων που δημιουργούνται για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με την οικογενειακή κατάσταση.**

Συναισθήματα για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Οικογενειακή κατάσταση					P
	Άγαμη	Έγγαμη	Διαζευγμένη	Σε σχέση	Συζώ με τον σύντροφό μου	
Ντροπή	14	1	1	2		<b>0,013</b>
Άγχος δέσμευσης	27	15		7	4	0,181
Φόβος	40	8	2	25	6	<b>0,004</b>
Πανικός	38	10	1	22	4	<b>0,040</b>
Θυμός	9	6		2	1	0,602
Θλίψη	16	3	1	4		0,076
Απόγνωση	26	3	1	9	2	<b>0,020</b>
Σύγχυση	24	7		16	2	0,104
Έκπληξη	22	22	1	8	6	<b>0,029</b>

**Πίνακας 68**

Κάνοντας την παραπάνω συσχέτιση παρατηρούμε ότι στις άγαμες και στις νέες που έχουν σχέση κυρίαρχο συναίσθημα για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι ο φόβος και ακολουθεί ο πανικός. Αντιθέτως, στις έγγαμες -οπότε υπάρχουν πιο γερές βάσεις στην σχέση- το κυρίαρχο συναίσθημα είναι η έκπληξη και ακολουθεί το άγχος δέσμευσης ενώ στις νέες οι οποίες συζούν με τον σύντροφό τους ο φόβος και η έκπληξη είναι τα συναισθήματα που τους δημιουργεί μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Επιπλέον, η ντροπή, η απόγνωση και η σύγχυση υπάρχουν σε έντονο βαθμό στις άγαμες σε αντίθεση με τις νέες γυναίκες των άλλων οικογενειακών καταστάσεων.

Στατιστικά σημαντικές είναι οι συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης με το συναίσθημα της ντροπής, του φόβου, του πανικού, της απόγνωσης και της έκπληξης.



**Πίνακας 69: Συσχέτιση των συναισθημάτων που δημιουργούνται για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με την μεταβλητή «Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί»**

Συναισθήματα για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη	Εάν μένατε έγκυος αυτή την στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί		
	Ναι	Όχι	P
Ντροπή	13	5	<b>0,049</b>
Άγχος δέσμευσης	30	23	0,265
Φόβος	54	27	<b>0,000</b>
Πανικός	49	26	<b>0,001</b>
Θυμός	13	5	<b>0,049</b>
Θλίψη	20	4	<b>0,001</b>
Απόγνωση	29	12	<b>0,003</b>
Σύγχυση	31	18	<b>0,034</b>
Έκπληξη	17	42	<b>0,000</b>

**Πίνακας 69**

Συσχετίζοντας τις παραπάνω μεταβλητές διακρίνουμε ότι οι νέες γυναίκες που ανέφεραν ότι εάν έρχονταν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στην παρούσα στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί θα ένιωθαν φόβο, πανικό, σύγχυση, άγχος δέσμευσης, απόγνωση, θλίψη, θυμό και ντροπή σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι νέες που δήλωσαν ότι δεν θα είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.

Από την άλλη μεριά, οι νέες γυναίκες που ανέφεραν ότι δεν θα είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί θα ένιωθαν έκπληξη ως κυρίαρχο συναίσθημα, το οποίο υπάρχει σαν συναίσθημα και στις υπόλοιπες ερωτώμενες σε μικρότερο βαθμό.

Στατιστικά σημαντικές είναι όλες οι συσχετίσεις με εξαίρεση την συσχέτιση του άγχους δέσμευσης

**Πίνακας 70: Συσχέτιση της εμπειρίας μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ως προς το μορφωτικό επίπεδο.**

Μορφωτικό επίπεδο	Εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης			
	Η εγκυμοσύνη διεκόπη	Γεννήθηκε το παιδί	Δεν είχα	Σύνολο
Δημοτικό	4	5	11	20
Γυμνάσιο		1	8	9
Λύκειο/ΤΕΕ	7	2	38	47
ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	1	110	121
Άλλο(ΙΕΚ, Μεταπτυχιακό)			11	11
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>178</b>	<b>208</b>

**Πίνακας 70**

( $\chi^2 = 33,039$  και  $P=0,000$ )

Σύμφωνα με την παραπάνω συσχέτιση παρατηρούμε ότι ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο η πλειοψηφία του δείγματός μας δεν έχει την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Όσον αφορά τις νέες γυναίκες που είχαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρατηρούμε, πάλι ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου, ότι οι περισσότερες (κυρίως απόφοιτες Λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ) έχουν επιλέξει ως λύση την άμβλωση και όχι την γέννηση του παιδιού, η οποία επιλέχθηκε από ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματός μας.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 71: Συσχέτιση της εμπειρίας μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ως προς την ενημέρωση πριν την πρώτη σχέση.**

Ενημέρωση πριν την πρώτη σχέση	Εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης			
	Η εγκυμοσύνη διεκόπη	Γεννήθηκε το παιδί	Δεν είχα	Σύνολο
Καθόλου ενημέρωση	4	1	9	<b>14</b>
Ανεπαρκής ενημέρωση	7	5	25	<b>37</b>
Επαρκής ενημέρωση	6	2	76	<b>84</b>
Πλήρης ενημέρωση	4	1	68	<b>73</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>178</b>	<b>208</b>

**Πίνακας 71**

( $\chi^2 = 22,405$  και  $P = 0,001$ )

Στον παραπάνω πίνακα συσχετίζουμε την εμπειρία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την ενημέρωση που είχαν οι νέες γυναίκες πριν την πρώτη τους σχέση. Παρατηρούμε ότι στο σύνολο ανεξάρτητα από την ενημέρωση οι περισσότερες νέες γυναίκες δεν είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επίσης, οι γυναίκες που είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στην πλειοψηφία τους επέλεξαν την άμβλωση ως λύση.

Οι γυναίκες, οι οποίες είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης διαπιστώνουμε ότι στην πλειοψηφία τους δεν είχαν ενημερωθεί ή είχαν ανεπαρκή ενημέρωση.

Επιπλέον, οι περισσότερες εγκυμοσύνες που έληξαν με άμβλωση αλλά και εκείνες όπου έληξαν με την γέννηση του παιδιού ήταν από γυναίκες με ανεπαρκή ενημέρωση. Παρόλα αυτά δεν διαφέρουν αρκετά τα ποσοστά των γυναικών που είχαν επαρκή ενημέρωση αλλά είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που διεκόπη.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 72: Συσχέτιση της μεταβλητής «Πιστεύετε ότι η άμβλωση βελτίωσε την ζωή σας» με το μορφωτικό επίπεδο.**

Μορφωτικό επίπεδο	Πιστεύετε ότι η άμβλωση βελτίωσε την ζωή σας		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
Δημοτικό		3	<b>3</b>
Γυμνάσιο			
Λύκειο/ΤΕΕ	2	5	<b>7</b>
ΑΕΙ/ΤΕΙ	8	2	<b>10</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

**Πίνακας 72**

( $\chi^2 = 7,886$  και  $P = 0,019$ )

Κάνοντας την παραπάνω συσχέτιση θέλαμε να δούμε εάν ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο υπάρχει διαφοροποίηση στο αν η άμβλωση βελτίωσε την ζωή των γυναικών.

Βλέπουμε ότι οι απόφοιτες Δημοτικού δήλωσαν όλες ότι η άμβλωση δεν βελτίωσε την ζωή τους. Οι περισσότερες απόφοιτες Λυκείου/ΤΕΕ δήλωσαν ότι δεν βελτιώθηκε η ζωή τους ενώ αντιθέτως οι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ δηλώνουν οι περισσότερες ότι η ζωή τους βελτιώθηκε. Παρατηρούμε λοιπόν, ότι υπάρχει διαφορά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών.

Παρόλα αυτά αν κοιτάξουμε το σύνολο ανεξάρτητα από το μορφωτικό επίπεδο διαπιστώνουμε ότι ο αριθμός των γυναικών που βελτιώθηκε η ζωή τους μετά την άμβλωση είναι ίσος με τον αριθμό των γυναικών όπου η ζωή τους μετά την άμβλωση δεν βελτιώθηκε.

Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

Ακολουθούν οι συσχετίσεις οι οποίες δεν είναι στατιστικά σημαντικές:

1. Συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων με την ηλικία (P=0,728)
2. Στάση για την άμβλωση (υπέρ ή κατά) με το τόπο καταγωγής (P=0,567)
3. Στάση για την άμβλωση (υπέρ ή κατά) με το μορφωτικό επίπεδο (P=0,127)
4. Επιλογές αποφυγής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με τον τόπο καταγωγής (P=0,151)
5. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την ηλικία (P=0,680)
6. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με τον τόπο καταγωγής (P=0,361)
7. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με το μορφωτικό επίπεδο (P=0,333)
8. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την οικογενειακή κατάσταση (P=0,562)
9. «Εάν μένατε έγκυος αυτή τη στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί» με τον τόπο καταγωγής (P=0,465)
10. Τρόπος σκέψης για μια φίλη η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί με την ηλικία (P=0,605)
11. Τρόπος σκέψης για μια φίλη η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί με τον τόπο καταγωγής (P=0,148)
12. Τρόπος σκέψης για μια φίλη η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί με το μορφωτικό επίπεδο (P=0,208)
13. Εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με τον τόπο καταγωγής (P=0,082)
14. Συναισθήματα που σας δημιούργησε η άμβλωση με το αν έχουν μετανιώσει για την επιλογή τους (P=0,310)
15. Έχετε μετανιώσει για την άμβλωση με την ηλικία (P=0,345)
16. Έχετε μετανιώσει για την άμβλωση με το τόπο καταγωγής (P=0,064)
17. Έχετε μετανιώσει για την άμβλωση με το μορφωτικό επίπεδο (P=0,746)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας όπως αυτά προέκυψαν από την ανάλυση του ερωτηματολογίου με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί αρχικά.

*Η πρώτη ερευνητική υπόθεση είναι η εξής: «Ποιες είναι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη».* Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι η πλειοψηφία των νέων γυναικών θα εμπιστευτεί τον εαυτό του και στη συνέχεια το σύντροφο κατά τη λήψη απόφασης σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Όσον αφορά τη στάση των νέων γυναικών απέναντι σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη προκύπτει ότι όταν θα έρχονταν αντιμέτωπες με μια τέτοια κατάσταση θα σκέφτονταν τότε τι θα έκαναν, ενώ υπάρχουν και νέες που δηλώνουν ότι θα γεννούσαν το μωρό. Ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει την απόφαση των νέων γυναικών σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι η ηλικία. Συγκεκριμένα οι νέες ηλικίας 18-22 ετών υποστηρίζουν ότι η ηλικία, οι οικονομικοί παράγοντες, η αμφιβολία για το σύντροφο και η καριέρα είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την τελική τους απόφαση. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τις νέες 23-26 ετών, ενώ οι νέες ηλικίας 27-30 ετών θεωρούν τους κοινωνικούς παράγοντες σημαντικότερους από την καριέρα. Ο παράγοντας ηλικία προκύπτει ότι είναι εξίσου σημαντικός για τις νέες ανεξάρτητα από το μορφωτικό τους επίπεδο.

Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι θα απευθυνθεί στο σύντροφο ανεξαρτήτως της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκουν. Ως δεύτερη επιλογή οι νέες ηλικίας 18-22 ετών επιλέγουν τους γονείς, ενώ οι νέες ηλικίας 23-30 ετών το γυναικολόγο. Η πιθανή ύπαρξη εγκυμοσύνης στην παρούσα φάση θα προβλημάτιζε ιδιαίτερα και θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να συμβεί για το 50% των νέων γυναικών, οι οποίες δηλώνουν ότι θα ένιωθαν φόβο, πανικό, σύγχυση, άγχος δέσμευσης, απόγνωση, θλίψη, σε αντίθεση με τις νέες που δεν θα πίστευαν ότι μια εγκυμοσύνη θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί, οι οποίες θα εκπλήσσονταν εάν καλούνταν να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση.

Αναφορικά με την ηλικία των νέων και τα συναισθήματα που θα είχαν για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη διαπιστώνεται ότι οι νέες ηλικίας 18-22 ετών θα πανικοβάλλονταν και θα ένιωθαν φόβο. Ανάλογα συναισθήματα θα είχαν και οι νέες ηλικίας 23-26 ετών, αντιθέτως στις νέες ηλικίας 27-30 ετών το κυρίαρχο

συναίσθημα θα ήταν η έκπληξη και το άγχος δέσμευσης. Έκπληξη και άγχος παρατηρείται ότι θα ένιωθαν και οι έγγαμες, ενώ οι νέες, οι οποίες συζούν με το σύντροφό τους θα ένιωθαν φόβο και έκπληξη και οι άγαμες και οι νέες που έχουν σχέση θα ένιωθαν φόβο και πανικό.

Συσχετίζοντας τον τρόπο αντιμετώπισης της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα, εφόσον η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει τι θα έκανε. Συμπληρωματικά, προκύπτει ότι ανεξάρτητα από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των νέων ο τρόπος σκέψης τους για μια φίλη, η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί, δεν διαφοροποιείται καθώς η πλειοψηφία δηλώνει ότι κάθε γυναίκα θα μπορούσε να έρθει αντιμέτωπη με ένα τέτοιο γεγονός.

*Στη δεύτερη υπόθεση της εργασίας μας αναφέρουμε ότι οι γνώσεις των νέων για τις μεθόδους αντισύλληψης και τη σωστή χρήση τους είναι επαρκείς.* Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των νέων γυναικών είχε πλήρη ενημέρωση πριν την πρώτη σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης. Επίσης, διαπιστώνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο των νέων γυναικών παίζει ρόλο στη συχνότητα χρήσης των αντισυλληπτικών μεθόδων και ανεξαρτήτως της συχνότητας χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης γνωρίζουν ότι η χρήση τους προφυλάσσει από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επομένως, η συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας επαληθεύεται.

*Τρίτο ερευνητικό ερώτημα ήταν εάν οι νέες χρησιμοποιούν σε σταθερή βάση κάποια μέθοδο αντισύλληψης.* Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των νέων γυναικών (50,5%) κάνει συστηματική χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό (8,2%) που δηλώνει ότι ποτέ δεν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης. Ο κύριος λόγος για τον οποίο οι νέες δεν κάνουν χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης είναι ότι έχουν σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο και ότι εμπιστεύονται το σύντροφό τους.

*Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αφορά τις πηγές ενημέρωσης που οι νεαρές γυναίκες θεωρούν περισσότερο αξιόπιστες.* Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών θεωρούν ως πιο αξιόπιστες πηγές ενημέρωσης τους γονείς, τα αδέρφια, το σχολείο και το διαδίκτυο και η ενημέρωσή τους, από αυτές τις πηγές, για θέματα αντισύλληψης πριν την πρώτη τους σχέση ήταν πλήρης. Στη συνέχεια ακολουθούν οι συνομήλικοι, ο σύντροφος, τα βιβλία/περιοδικά και οι υπηρεσίες υγείας. Όσες νεαρές γυναίκες τις επέλεξαν ως πηγές ενημέρωσης παράλληλα δήλωσαν ότι είχαν επαρκή ενημέρωση πριν την πρώτη τους σχέση.



*Δεν επιβεβαιώθηκε η πέμπτη υπόθεση που ανέφερε ότι η συστηματική έλλειψη κάποιας μεθόδου αντισύλληψης ευνοεί την αυξημένη εμφάνιση ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν δείχνουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών ενώ έκανε χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, είχε εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Ο λόγος μη χρήσης κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου οφείλεται είτε σε δική τους επιλογή να μην κάνουν χρήση είτε λόγω της εμπιστοσύνης προς το σύντροφό τους. Όσες ανήκουν στην πρώτη κατηγορία επέλεξαν να προχωρήσουν σε άμβλωση ενώ αντίθετα οι κοπέλες που ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία επέλεξαν να γεννήσουν το μωρό.*

*Η έκτη ερευνητική υπόθεση είναι η εξής: «Ποιες είναι οι αντιλήψεις των νέων γυναικών για την άμβλωση ως λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη». Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος (47%) δεν τάσσεται υπέρ ή κατά της άμβλωσης αλλά υποστηρίζει ότι εξαρτάται από την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Όσον αφορά τις γυναίκες που παίρνουν θέση περίπου το 40% είναι κατά της άμβλωσης ενώ ένα 15% είναι υπέρ.*

Επιπλέον, οι περισσότερες νέες συμφωνούν απόλυτα ότι πρέπει να γίνεται άμβλωση σε περιπτώσεις βιασμού και όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει.

Οι νεαρές γυναίκες οι οποίες θεωρούν σημαντική (πολύ σημαντική και σημαντική) την θρησκεία στην ζωή τους απορρίπτουν την άμβλωση και συμφωνούν με την άποψη ότι η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό. Παράλληλα εκείνες που θεωρούν λίγο σημαντική έως καθόλου σημαντική τη θρησκεία στην ζωή τους αποδέχονται την άμβλωση και συμφωνούν απόλυτα με την πρόταση ότι κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να κάνει άμβλωση.

Το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος καταγωγής δε φαίνεται να επηρεάζουν τη στάση των νεαρών γυναικών απέναντι στην άμβλωση.

*Η τελευταία ερευνητική υπόθεση είναι ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις μεταξύ των νέων γυναικών που κατάγονται από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.*

Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νέων γυναικών επηρεάζονται από το γεγονός ότι η κοινωνία επιβάλλει περισσότερους περιορισμούς και διατυπώνει αυστηρότερες κρίσεις όσον αφορά την σεξουαλικότητα και τις προγαμιαίες σχέσεις των γυναικών από ότι των ανδρών.

Αυτή η διαφορετική κοινωνική μεταχείριση των δύο φύλων αντανακλάται στις ευρύτερες διαφορές που παρατηρούνται από κοινωνία σε κοινωνία και από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Για αυτόν τον λόγο θεωρήσαμε αρχικά ότι θα υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες που κατάγονται από διαφορετικές πληθυσμιακές περιοχές. Η ερευνητική υπόθεση όμως μετά την ανάλυση των δεδομένων αποδείχθηκε ότι δεν ισχύει. Στις περισσότερες συσχετίσεις που έγιναν μεταξύ των ερωτήσεων για τις στάσεις και τις αντιλήψεις και τον τόπο καταγωγής δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ενώ σε λίγες από αυτές παρατηρήθηκαν μικρές ποσοστιαίες διαφορές.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά σε ποιόν θα έδειχναν περισσότερη εμπιστοσύνη κατά την λήψη απόφασης σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν παρατηρήθηκαν διαφορές αφού ανεξάρτητα από τον τόπο καταγωγής οι νέες γυναίκες έδωσαν τις ίδιες απαντήσεις. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, η παρακάτω ιεράρχηση: Ως πρώτο επέλεξαν τον εαυτό τους, ως δεύτερο τον σύντροφό τους, τρίτοι ακολουθούν οι γονείς τους, τέταρτοι τα αδέρφια τους ενώ πέμπτοι βρίσκονται οι φίλοι τους.

Στη συνέχεια, συσχετίσαμε τον τόπο καταγωγής με το τι κάνουν οι νέες γυναίκες ώστε να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ωστόσο δεν διαπιστώθηκαν διαφορές εφόσον η πλειοψηφία (189 άτομα) έδωσε ως απάντηση την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Αναφορικά με τους παράγοντες όπου εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης οι περισσότερες απαντήσεις από γυναίκες αστικής περιοχής αφορούσαν την λήψη μέτρων αντισύλληψης ως κύριο παράγοντα και στη συνέχεια την σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης. Οι απαντήσεις που δόθηκαν από γυναίκες ημιαστικής αλλά και αγροτικής περιοχής ήταν οι ίδιες με την διαφορά ότι οι περισσότερες απάντησαν την σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης ως κύριο παράγοντα και στη συνέχεια την λήψη μέτρων αντισύλληψης.

Οφείλουμε να αναφέρουμε ότι και οι δύο παράγοντες που επιλέχτηκαν είναι σημαντικοί για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης.

Όσον αφορά τον τρόπο που θα αντιμετώπιζαν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οι νέες γυναίκες, δεν εντοπίζεται διαφορά διότι οι περισσότερες στο σύνολο αναφέρουν ότι θα το σκεφτόντουσαν τότε. Στις επόμενες απαντήσεις διακρίνουμε διαφορά εφόσον οι γυναίκες της αστικής περιοχής θα επέλεγαν να διακόψουν την εγκυμοσύνη ενώ οι γυναίκες της ημιαστικής και της αγροτικής να γεννήσουν το μωρό.

Σχετικά με τους παράγοντες που θα καθορίσουν την τελική απόφαση των νέων γυναικών σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν εντοπίζονται διαφορές μεταξύ των τόπων καταγωγής. Η ηλικία, οι οικονομικοί παράγοντες και η αμφιβολία για τον σύντροφο είναι οι κύριοι παράγοντες για τις περισσότερες νέες ανεξαρτήτως τόπου καταγωγής. Ακολουθεί η καριέρα για τις νέες των αστικών περιοχών ενώ για τις νέες των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών η καριέρα και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι το ίδιο σημαντικοί. Οι θρησκευτικοί παράγοντες βρίσκονται στην τελευταία θέση της ιεράρχησης, παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματός μας θεωρεί σημαντική τη θρησκεία.

Στην περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης η πλειοψηφία του δείγματος από όπου κι αν κατάγονται θα απευθυνθεί στους συντρόφους τους και ένα μεγάλο ποσοστό θα απευθυνθεί στους γυναικολόγους τους. Σε ψυχολόγο, σε Κέντρα Υποστήριξης και στην Εκκλησία, θα απευθυνθεί ένα πολύ μικρό ποσοστό των νέων γυναικών.

Η πλειοψηφία των νέων γυναικών που κατάγονται από αστική αλλά και αγροτική περιοχή υποστηρίζει ότι σε περίπτωση που αντιμετώπιζε -στην παρούσα στιγμή της ζωής τους- μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί. Αντιθέτως, οι περισσότερες νέες που κατάγονται από ημιαστικές περιοχές δεν θα θεωρούσαν μια εγκυμοσύνη στην παρούσα στιγμή το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να τους συμβεί.

Το 70% του δείγματος ανεξάρτητα από τον τόπο καταγωγής σε σχετικό ερώτημα δήλωσε ότι δεν νιώθει ανησυχία ότι θα έχει συλλάβει κάθε φορά που περιμένει να ξεκινήσει η εμμηνορρυσία.

Τα συναισθήματα που δημιουργούνται στις νέες γυναίκες για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρουσιάζουν μια μικρή διαφορά αναλόγως τον τόπο καταγωγής. Το κυρίαρχο συναίσθημα για τις νέες από αστικές και ημιαστικές περιοχές είναι ο φόβος, σε αντίθεση με τις νέες από αγροτικές περιοχές όπου οι περισσότερες δήλωσαν ως κυρίαρχο συναίσθημα τον πανικό.

Σε ερώτηση που έγινε στις ερωτηθείσες ώστε να μάθουμε τι θα σκεφτόντουσαν για μια φίλη τους, η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί, η πλειοψηφία απάντησε ότι θα μπορούσε να συμβεί σε οποιονδήποτε, ενώ δεν δόθηκε καμία απάντηση που να θεωρεί την «φίλη» ως ανήθικη. Έτσι και σε αυτήν την ερώτηση δεν διαπιστώθηκε διαφορά ανάμεσα στους τόπους καταγωγής.

Όσον αφορά την εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες νέες γυναίκες ανεξάρτητα από τον τόπο καταγωγής δεν είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επιπλέον, από τις γυναίκες που αντιμετώπισαν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη οι 8 κατάγονται από αστική, οι 8 από αγροτική και οι 14 από ημιαστική περιοχή.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη όπως είδαμε είναι η εγκυμοσύνη την οποία η έγκυος γυναίκα δεν επιθυμούσε ούτε την στιγμή της σύλληψης αλλά ούτε γενικότερα στην ζωή της. Κάθε χρόνο γυναίκες σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν περίπου 75 εκατομμύρια ανεπιθύμητες κυήσεις. Απουσία των αντισυλληπτικών μεθόδων είτε λόγω προσωπικής επιλογής για μη χρήση κάποιας μεθόδου είτε λόγω εμπιστοσύνης προς τον σύντροφο είναι οι κύριοι λόγοι των ανεπιθύμητων κυήσεων όπως αποδείχθηκε από την έρευνα μας.

Ανεξάρτητα όμως, από την χρήση ή όχι των αντισυλληπτικών μεθόδων η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας, γνωρίζει ότι για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Επιπλέον, διαπιστώσαμε ότι η χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου διαφέρει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσει κάποια μέθοδο αντισύλληψης μια απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρά μια απόφοιτη πρωτοβάθμιας. Όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο εκπαίδευσης μιας γυναίκας, τόσο πιο πιθανό είναι να καθυστερήσει την δημιουργία οικογένειας.

Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες δεν επιθυμούν μια εγκυμοσύνη εκείνη την περίοδο της ζωής τους ποικίλλουν: Είναι πολύ νέες, θέλουν να τελειώσουν τις σπουδές τους, είναι ανύπανδρες, είναι παντρεμένες και ήδη έχουν τα παιδιά που επιθυμούν ή μπορούν να μεγαλώσουν ή απλά θέλουν να καθυστερήσουν την επόμενη εγκυμοσύνη τους ή ακόμα εκείνες ή ο σύζυγός τους έχουν προβλήματα.

Όποιες κι αν είναι οι συγκυρίες που έχουν οδηγήσει στην εγκυμοσύνη - στα πλαίσια ενός γάμου, ενός δεσμού ή μιας τυχαίας συνάντησης - το αποτέλεσμα είναι ακριβώς το ίδιο: Μια έγκυος γυναίκα η οποία δεν είναι σίγουρη ότι επιθυμεί το παιδί που κυοφορεί διότι πρακτικά δεν είναι έτοιμη να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του. Έτσι βρίσκεται σε μια σύγκρουση, από την μία πλευρά βρίσκεται η συναισθηματική κατάσταση που εκδηλώνεται με το μητρικό φίλτρο, σύμφωνα με το οποίο επιθυμεί την προστασία του αναπτυσσόμενου εμβρύου ενώ από την άλλη βρίσκεται η λογική, με την οποία αναλογίζεται όλες τις συνέπειες αυτής της εγκυμοσύνης.

Μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί γενικότερα μια κρίση, όχι μόνο στην νέα γυναίκα αλλά και στην οικογένεια της καθώς και στον πατέρα του παιδιού. Τέτοιου είδους κρίσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την βοήθεια ειδικών, οι

οποίοι θα τους βοηθήσουν να πάρουν την σωστή απόφαση ενημερώνοντας τους ενδιαφερόμενους για τις επιλογές τους και τις συνέπειες των επιλογών τους. Μέσω της έρευνας μας οι υπηρεσίες ενημέρωσης και στήριξης κρίθηκαν μερικώς επαρκείς και τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού μάλλον άγνωστα εφόσον οι περισσότερες νέες δεν τα έχουν επισκεφθεί και στην συμπλήρωση της ερώτησης δεν γνώριζαν τι είναι τα Κέντρα και τι παρέχουν όπως μας έλεγαν.

Η τελική απόφαση που θα πάρει μια γυναίκα για την κατάληξη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης επηρεάζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τις στάσεις της για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τους παράγοντες που εκείνη θεωρεί σημαντικούς (κυρίως ηλικία, αμφιβολία για τον σύντροφο, οικονομικοί παράγοντες και καριέρα), από τις αντιλήψεις της για την στάση που έχουν οι γονείς και οι φίλοι της σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τις φιλοδοξίες της και την σχέση που έχει με τον πατέρα του παιδιού.

Οι ανεπιθύμητες κηύσεις συμβαίνουν και στην Ελλάδα και πολλές από αυτές λήγουν με άμβλωση. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, οι περισσότερες νέες γυναίκες που ερωτήθηκαν δεν έχουν αντιμετωπίσει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη γεγονός που είναι πολύ θετικό. Από τις νέες που είχαν εμπειρία ανεπιθύμητης κύησης οι περισσότερες την τερμάτισαν με άμβλωση.

Στην Ελλάδα οι άμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν με το νόμο 1609/86. Αυτό σημαίνει ότι μια γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση μέχρι και την 12η εβδομάδα, εφόσον συντρέχουν κάποιοι συγκεκριμένοι λόγοι.

Η επιλογή της άμβλωσης φαίνεται να είναι μια εύκολη λύση στο πρόβλημα διότι το «λάθος» της εγκυμοσύνης «διορθώνεται» και η γυναίκα είναι ελεύθερη να συνεχίσει την ζωή της όπως είχε προγραμματίσει. Η άμβλωση ωστόσο, είναι μια επέμβαση που επηρεάζει γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Ασφαλώς το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα της οποίας λαμβάνει χώρα η άμβλωση και η οποία μπορεί να έχει σωματικές επιπτώσεις που να επιτείνουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις.

Τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση η γυναίκα νιώθει αμηχανία αφού πρόκειται για μια εμπειρία έντονη, πολλές φορές πρωτόγνωρη και συνήθως έρχεται αντιμέτωπη με ηθικά διλήμματα. Η μετατραυματική περίοδος διαρκεί συνήθως έξι μήνες και η γυναίκα έχει να αντιμετωπίσει την μετατραυματική αγχώδης διαταραχή η οποία είναι μια ομάδα συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας ύστερα από μια τέτοια επέμβαση.

Βαθιές ενοχές, κρίσεις πανικού, αδικαιολόγητα κλάματα, ζήλια για τις άλλες γυναίκες που έχουν παιδιά, εφιάλτες, αίσθηση ότι υπάρχει ένα μεγάλο κενό στη ζωή τους και τάσεις απομόνωσης είναι τα συνηθέστερα συμπτώματα. Όλα αυτά, σε συνδυασμό πολλές φορές με την έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφό τους ή από την οικογένειά τους για ηθικούς ή άλλους λόγους -αν μάλιστα δεν είναι η ίδια η γυναίκα κατάλληλα προετοιμασμένη ψυχολογικά- μπορεί να μετατρέψουν τη συγκεκριμένη επέμβαση σε μια εμπειρία τραυματική.

Όμως υπάρχουν και άλλες λύσεις για μια νέα κοπέλα η οποία δεν θέλει να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης. Αν θέλει να κρατήσει το μωρό της τότε πρέπει να το γεννήσει και να αναλάβει την ανατροφή του ακόμη κι ως ανύπανδρη μητέρα με όσες δυσκολίες κι αν συνεπάγεται μια τέτοια απόφαση. Αν ταιριάζει με τον σύντροφό της και είχαν σκοπό να παντρευτούν μπορούν να επισπεύσουν το γάμο κι έτσι το παιδί να μεγαλώσει στα πλαίσια μιας οικογένειας.

Υπάρχει όμως και η περίπτωση όπου δεν θέλει να υποστεί την διαδικασία της άμβλωσης αλλά ταυτόχρονα δεν θέλει να αναλάβει εκείνη το παιδί και τότε μια λύση θα είναι να το γεννήσει και να το δώσει για υιοθεσία ή αναδοχή έτσι ώστε να δοθεί στο παιδί η δυνατότητα να μεγαλώσει στα πλαίσια μιας οικογένειας.

Σε σχετική ερώτηση για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης η πλειοψηφία των νέων γυναικών δεν γνωρίζουν τι θα έκαναν αν τους τύχαινε, ένα μεγάλο ποσοστό (22,6%) θα γεννούσε το μωρό και ένα 3,8% θεωρεί ότι είναι αδύνατο να τους συμβεί.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας θέλουμε να καταθέσουμε τις δικές μας προτάσεις για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση των γονέων αλλά και των νέων για ένα τόσο σημαντικό και λεπτό ζήτημα όπως είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επιπλέον, οι προτάσεις μας στοχεύουν στην πρόληψη και αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Αρχικά προτείνουμε η οικογένεια, αυτός ο σημαντικός θεσμός, να αποτελεί την κύρια πηγή ενημέρωσης των μελών της σε σχέση με την αντισύλληψη. Γεγονός που δεν ισχύει (από ότι φαίνεται από την έρευνα) εφόσον οι συνομήλικοι είναι η κύρια πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά ζητήματα. Είναι αναγκαίο τα παιδιά να εμπιστευτούν τους γονείς έτσι ώστε να μην καταφεύγουν σε λανθασμένες πηγές ενημέρωσης. Με τον τρόπο αυτό τα παιδιά από την εφηβεία θα είναι οπλισμένα με γνώσεις και διαπαιδαγώγηση για να αντιμετωπίσουν ανεπιθύμητες καταστάσεις. Οι ειλικρινείς και υγιείς σχέσεις των γονέων με τα παιδιά τους αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της πρόληψης των προβλημάτων αυτών.

Επίσης δε θα πρέπει να διστάσουν να καταφύγουν σε κάποιον ειδικό προκειμένου να τους δοθούν οι απαραίτητες συμβουλές. Είναι αναγκαίο, οι νέοι να ευαισθητοποιηθούν στο θέμα της αντισύλληψης και να γίνουν υπεύθυνα άτομα που θα μπορούν να προφυλάξουν τον εαυτό τους από τις ανεπιθύμητες κυήσεις αλλά και τις αμβλώσεις.

Ένας ακόμη φορέας που θα πρέπει να αποκτήσει πιο ουσιαστικό ρόλο στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι το σχολείο. Η εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία είναι μια πραγματική ανάγκη. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να καταρτιστούν και να εφαρμοστούν από κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των νέων για έγκυρη πληροφόρηση. Τα προγράμματα που θα διαμορφωθούν θα πρέπει να σέβονται τις διαφορετικές ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των νέων.

Η ενεργός και θετική συμμετοχή των γονέων σε συνδυασμό με τα εκπαιδευτικά προγράμματα, μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Επιπροσθέτως, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (κυρίως η τηλεόραση) πρέπει να συμβάλουν περισσότερο στην ενημέρωση του κοινού για θέματα αντισύλληψης.

Όσον αφορά τα περιοδικά και τις εφημερίδες θα ήταν επιθυμητό να παραθέτουν συχνότερα άρθρα που αφορούν το θέμα αυτό από εξειδικευμένους επαγγελματίες οι οποίοι θα διαθέτουν γνώσεις και πείρα πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού όπως αποδείχθηκε στην έρευνά μας δεν είναι αρκετά γνωστά στο ευρύ κοινό καθώς και οι υπηρεσίες ενημέρωσης και στήριξης κρίθηκαν μερικώς επαρκείς. Θα πρέπει λοιπόν μέσω ενημερωτικών εντύπων, ημερίδων και ομιλιών σε σχολεία, πολύκεντρα νεολαίας, εκπαιδευτικά ιδρύματα και γενικότερα σε τόπους συγκέντρωσης νέων να γίνει προσπάθεια προσέγγισης και ενημέρωσης τους.

Επιπλέον, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου από το κράτος το οποίο να παρέχει την απαραίτητη στήριξη κατά την διάρκεια της κύησης, της γέννησης και της ανατροφής του παιδιού ώστε η κάθε νέα κοπέλα να έχει δυνατότητα επιλογής αλλά και κίνητρο προκειμένου να γεννήσει και να μεγαλώσει το παιδί της, ως ανύπανδρη μητέρα αν το επιθυμεί. Βασικός παράγοντας είναι η οικονομική εξασφάλιση για την κάλυψη πρωταρχικών αναγκών.

Η μητέρα θα πρέπει να νιώθει προστατευμένη και ασφαλής μέσα στην κοινωνία για να μπορεί κι εκείνη με την σειρά της να μεγαλώνει σωστά τα παιδιά της. Αυτό σημαίνει ότι η μητέρα δεν θα πρέπει να αποκλείεται από την αγορά εργασίας επειδή απέκτησε παιδί αλλά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ισότιμα από την κοινωνία.

Αυτές είναι κάποιες από τις προτάσεις για την μείωση των ανεπιθύμητων κυήσεων και των «ανεπιθύμητων παιδιών». Αν υπάρχει σωστή ενημέρωση από την εφηβική ηλικία για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, η νεαρή γυναίκα θα αποφύγει την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και δεν θα καταφεύγει στις αμβλώσεις. Ούσα ενημερωμένη η γυναίκα μπορεί να προγραμματίσει τον ερχομό ενός παιδιού και να είναι έτοιμη να τον αντιμετωπίσει.

Τέλος, περαιτέρω έρευνες στον γενικότερο πληθυσμό θα παρείχαν την δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων κι επομένως την απαραίτητη εξωτερική εγκυρότητα.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης, Δ., Καμπριάνη, Ε.** (2003). *Φύλο και υγεία: Πολιτισμική δόμηση και ερμηνευτική των φάσεων της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών*. Πρακτικά Συνεδρίου: «Το φύλο, τόπος συνάντησης των επιστημών: Ένας πρώτος ελληνικός απολογισμός».
- Αντωνοπούλου Χ.**, (1997). *Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*. Αθήνα. Εκδόσεις: Αντωνοπούλου Χριστίνα.
- Βασιλικάκη Ρ., Νικολουδάκη, Μ., Φραγκέδη, Σ.** (2004). *Έρευνα για την αντισύλληψη (μέθοδοι-εφαρμογή τους- ενημέρωση του πληθυσμού). Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας*. Ηράκλειο.
- Γεώργας Δ.**, (1986). *Κοινωνική Ψυχολογία*. (Τόμος Α΄). Αθήνα
- Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε.**(2005). *Αγωγής Υγείας και Σχολείο. Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα. Εκδόσεις Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος
- Δετοράκης Ι.**, (1983). *Οικογενειακός προγραμματισμός, Αντισύλληψη, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΠΑΤΑΚΗΣ
- Δετοράκης Ι.**, (1986). *Οικογενειακός Προγραμματισμός: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση* (2η έκδοση). Αθήνα. Εκδόσεις: Πατάκης
- Δρακωνάκη Μ., Σιάμου Ε.**, (2003). *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία*.
- Ιωάννου – Παρασκευοπούλου Ν.**, (1994). *Ψυχολογία ατομικών διαφορών*. Αθήνα
- Καλούρη – Αντωνοπούλου Ρ.**, (2000). *Γενική Ψυχολογία, Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ
- Κουσίδου Τ.**, (1974). *Το απροστάτευτο βρέφος: Ιδρυματική προστασία-Αποκατάσταση-Υιοθεσία*. Αθήνα.
- Κουσίδου Τ., Triseliotis J.** (1989). *Η κοινωνική εργασία στην υιοθεσία και στην αναδοχή*. Αθήνα. Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ»
- Κρασανάκης Γ.**, (2003). *Ψυχολογία παιδιού και εφήβου*. Ηράκλειο
- Κρεατσάς Γ.**, (1989). *Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: Δωρικός.
- Μπιμπέρη Α., Νικολούλη Ε.**,(2005). *Η κοινωνιολογική και θρησκευτική θεώρηση της άμβλωσης. Οι απόψεις των νοσηλευτών και των σπουδαστών νοσηλευτικής σχετικά με το πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης*.
- Μπρακόνιε Α., Μαρτσέλι Ν.**, (2002). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καστανιώτη
- Ναυρίδης Κ.**, (1994). *Κλινική Κοινωνική Εργασία*. Αθήνα. Εκδόσεις: Παπαζήση.
- Οδηγός Υγείας-Πρόνοιας
- Παπαδιώτη-Αθανασίου Β.**, (2002). *Οικογένεια και όρια: Συστημική προσέγγιση*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα
- Πούρκος Μ.**, (1997). *Ο ρόλος του παισιού στην ανθρώπινη επικοινωνία, την εκπαίδευση και την κοινωνικο-ηθική μάθηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: GUTENBERG
- Ρούπα – Δαριβάκη Ζ.** (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ

- Σταθόπουλος Π.**, (2003). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα. Εκδόσεις: Έλλην.
- Τοκμακίδης Π.**, (1999). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη..
- Τσαούση Δ. Γ.**,(2004). *Η κοινωνία του ανθρώπου*. Αθήνα. Εκδόσεις: Gutenberg
- Τσαούση, Α., Τσιολάκη, Κ., Δημητριάδη, Π.**, (2006). *Οικογένεια και Μονογονεϊκότητα: Ρόλος και εξέλιξη της οικογένειας στην τοπική κοινωνία*. Κόρινθος Χασάπης Ι., (1980). *Ψυχολογία της προσωπικότητας*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΣΤΕΦ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ
- Χρυσικόπουλος Α.**, (2006). *Αντισύλληψη μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα. Εκδόσεις: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Anonymous**, (1995). *Social and economic consequences of early childbearing. Population Reports. Volume XXIII, Number 3. USA.*
- Bankole A**, et al., (2006). *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute.
- Brown, S. and Eisenberg, L.**, (1995). *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, DC: National Academy Press.
- Caron J.**, (1997). *Ανύπαντρες μητέρες. Γυναικείο Κίνημα: Από την υποταγή στην απελευθέρωση*. Αθήνα. Εκδόσεις: GUTENBERG.
- Correa, H.**, (1994). *Unwanted pregnancies and public policy: an international perspective*. Nova Science Publishers Inc
- David, H.P.**, (1992). *Born Unwanted: Long-term developmental effects of denied abortion. Journal of Social Issues*
- Herbert M.**, (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα (1β' έκδοση)
- Institute of Medicine**. (1995). *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lema, V.M., Makokha, A.E., Sanghvi, H.C.G., and Wanjala, S.H.M.**, (1991) *A review of the medical aspects of adolescent fertility in Kenya. Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa.*
- Logan, C., Holcombe, E, Manlove, J. and Ryan, S.**, (2007). *The consequences of unintended childbearing, A white paper*. Child Trends, Inc.
- Mackay R.**, (2005) *The impact of family structure and family change on child outcomes: a personal reading of the research literature*. Social Policy Journal of New Zealand (accessed February, 18 2008)
- Marks Greenfield P.**, (1988). *Μέσα Ενημέρωσης και παιδί*. Εκδοτικές επιχειρήσεις Π. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε.
- McNeil,T.F.**, (2009). *Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study*. Psychological Medicine, June 2009, 39 (6), 957-965
- Pervin L. – John O.**, (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ
- Senderowitz J.**, (2005). *The role of young father. Teenage pregnancy: an ongoing phenomenon*. Sexpression, Volume1, No 2.

- Serfaty D.**, (2000). *Αντισύλληψη*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Wellings K.**, (1986). *First Love, First sex: a practical guide to relationships*. Wellingborough, Thorsons
- Wright, K.N., Wright K.E. & Wilson, J.J.**, (1993). *Family Life, Delinquency and crime. A Policymaker's Guide. Research Summary. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention and the Bureau of Justice Assistance*. New York.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ:

- Anonymous**, *Attitude change*. Πρόσβαση από [http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude\\_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychology)).
- Anonymous**, *Jung's definition*. Πρόσβαση από [http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude\\_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychology))
- Anonymous**, *Unplanned Pregnancy. What are my options if I am pregnant?*. Πρόσβαση από <http://www.uc.edu/cc/Unplanned.html>
- Anonymous**, *Unwanted Pregnancy In Oklahoma*. Πρόσβαση από [http://www.ok.gov/health/documents/PRAMS\\_Unwanted%20Preg\\_96.pdf.pdf](http://www.ok.gov/health/documents/PRAMS_Unwanted%20Preg_96.pdf.pdf)
- Anonymous**, *What Unintended Pregnancy Means to Women and Families*. Πρόσβαση από [http://www.path.org/files/ECT\\_Info\\_Pack.pdf](http://www.path.org/files/ECT_Info_Pack.pdf)
- Felipe Russo N.**, (2002). *When Pregnancies are Unwanted*. Πρόσβαση από [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_ocr2.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_ocr2.asp)
- Feuerberg G.**, *One - Third of pregnancies in the U.S. are unwanted*. Πρόσβαση από <http://en.epochtimes.com/news/7-5-13/55246.html>
- Garcia F., Kavanagh G., Lundy D., Mazraani N.** *Αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική εκπαίδευση*. Πρόσβαση από [http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction\\_EL\\_Final.pdf](http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction_EL_Final.pdf)
- Karen Sokal-Gutierrez, M.D., M.P.H.** *Λύσεις και συμβουλές από τους ειδικούς μας!* Πρόσβαση από [http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article\\_view\\_print.asp?articleid=166425](http://www.fisher-price.com/gr/parentingsolutions/article_view_print.asp?articleid=166425)
- Reardon D.**, *Abortion Risks and Complications. A List of Major Psychological Sequels of Abortion*. Πρόσβαση από <http://www.afterabortion.org/physica.html>
- Αγοραστός Δ.**, (2008). *Ανάπτυξη φιλιών κατά την παιδική ηλικία*. Πρόσβαση από <http://psychologe.in.sciblogs.net/2008/10/22/friendships/>
- Ανώνυμος**, *Αναπαραγωγική υγεία και σεξουαλική εκπαίδευση*. Πρόσβαση από [http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction\\_EL\\_Final.pdf](http://www.no-fortress-europe.eu/upload/Reproduction_EL_Final.pdf)
- Ανώνυμος**, *Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη*. Πρόσβαση από <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=29>
- Ανώνυμος**, *Για κάθε γονέα που είναι μοναδικός*. Πρόσβαση από [www.isitita.gr/index.php/publication/598](http://www.isitita.gr/index.php/publication/598)
- Ανώνυμος**, *Γιατροί του κόσμου. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης*. Πρόσβαση από [http://www.e-kivotos.gr/gr/psychagogia\\_mesa.html](http://www.e-kivotos.gr/gr/psychagogia_mesa.html)
- Ασκητής Θ.**, *Τα στάδια της σεξουαλικότητας*. Πρόσβαση από <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=9&articleID=5817&la=1>
- Βαρβόλη Α.**, *Εκτρωτικό χάπι και μετεκτρωτικό σύνδρομο*. Πρόσβαση από <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=43307>
- Βικιπαίδεια:** *Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια*. Πρόσβαση από <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>

**Δαλλά Α.** *Το σεξ στην εφηβεία.* Πρόσβαση από <http://www.vita.gr/html/ent/618/ent.4618.asp>

**Δεληγεώρογλου Ε.** *Γυναικολογική υγεία.* Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc\\_id=19](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=19)

**Θεοδωρακόπουλος Ε.,** *Έρευνα σοκ για τις εκτρώσεις.* Πρόσβαση από <http://www.kolonaki-press.com/ereina-sok-gia-tis-ektroseis.html>

**Κανακίδου Ε.,** *Η προσωπικότητα...* Πρόσβαση από <http://alex.eled.duth.gr/eled/phd/kanakidou/text/11.htm>

**Καραγιάννης Β., Ρούσσοι Δ., Μαμόπουλος Α., Τσιμπανάκος Ι., Καραγιάννης Θ.,** (2005). *Οικογενειακός Προγραμματισμός στη Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.* Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από <http://209.85.129.132/search?q=cache:Dhfqr9U43IYJ:www.hippokratia.gr/index.php/hippo/article/viewPDFInterstitial/277/57+Οικογενειακός+προγραμματισμός+στη+Γ'+Μαιευτική+-+Γυναικολογική&hl=el&ct=clnk&cd=1&gl=gr>.

**Καραμολέγκου Κ.,** *Διαφυλικές σχέσεις: Διαδρομή στη ζωή με κινδύνους.* Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc\\_id=55](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=55)

**Καρπαθίος Σ.,** *Ψυχολογικές επιπτώσεις της έκτρωσης.* Πρόσβαση από <http://www.post-abortion-syndrome.info/epiptoseis-karpathiou.htm>

**Κατερέλος, Γ., Παπαδόπουλος Π.,** *Ιντερνέτ: Δημιουργική και ασφαλής χρήση του διαδικτύου από νέους & νέες έως 18 ετών.* Έρευνα του Ινστιτούτου Οπτικοακουστικών Μέσων. Πρόσβαση από <http://www.dart.gov.gr/?q=node/105>

*Κέντρο Πρόληψης Υγείας των Εφήβων.* Πρόσβαση από [http://www.ephebiatrics.gr/GR/youth.asp?doc\\_id=3](http://www.ephebiatrics.gr/GR/youth.asp?doc_id=3)

**Κοτανίδης Α.,** (2003). *Η ανάπτυξη του παιδιού.* <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=112>

**Λαγουδάκης Μ.,** *Τηλεόραση και αγωγή παιδιού.* Πρόσβαση από <http://www.m-lagoudakis.com/content/view/62/9/>

**Μίκος Θ.,** (2003). *Διαδερμικά αντισυλληπτικά συστήματα και αντισυλληπτικοί κολπικοί δακτύλιοι.* Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_2-2004/8.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/8.htm)

**Παπουτσή Κ.,** *Αμβλώσεις: Δικαίωμα στην επιλογή ή μέθοδος αντισύλληψης.* Πρόσβαση από <http://www.electridea.gr/issue10/epistimi3.html>

**Πατσαλίδης Α.,** (2007). *Μέθοδοι αντισύλληψης, Μέθοδοι φραγμού.* Ημερομηνία πρόσβασης 30/07/2008 από <http://www.paidiatros.com/main/article-143-0-0-0.aspx>.

**Πετροπούλου Μ.,** *TV πες μου για το σεξ.* Πρόσβαση από [http://archive.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=15.12.2002,id=69242824](http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=15.12.2002,id=69242824)

**Σβώλου Α.,** *Πρωταθλήτρια στις αμβλώσεις η Ελλάδα.* Πρόσβαση από <http://www.ppol.gr/fullarticle.php?id=4007>

**Στάλω Α.,** *Γνώσεις και Στάσεις των Νέων...* Πρόσβαση από <http://www.neolaia.eu/cgi-bin/hweb?-A=1669&-V=health>

**Τσιγγανός Θ.,** *Οι νέοι ενημερώνονται για το σεξ από ιατρικές σελίδες του Διαδικτύου.* Πρόσβαση από [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_11/02/2009\\_302973](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_11/02/2009_302973)

**Τσολακίδης Δ.,** (2004). *Αντισύλληψη και Οικογενειακός προγραμματισμός.* Ημερομηνία πρόσβασης 01/08/2008 από [http://www.iatrikionline.gr/EL\\_M\\_3-2004/3.htm](http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm).

- Κείμενο Σχεδίου Νόμου « Σύμφωνο Ελεύθερης συμβίωσης». Πρόσβαση από <http://indy.gr/newswire/egkrithike-to-symfono-eleytheris-symbiosis>
- *Μέθοδοι εκτρώσεων.* Πρόσβαση από <http://clubs.pathfinder.gr/getfile.php?file=6& folder=48040>
- Δελτίο Τύπου. Δημοσίευση στην εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» στις 16.1.2005  
Πρόσβαση από <http://www.imd.gr/main/content/view/618/75/lang,el/>
- *Διαπαιδαγώγηση και πειθαρχία.* <http://www.agiazoni.gr/antidora/09.shtml>
- *Εγκυμοσύνη.* Πρόσβαση από: <http://www.help-net.gr/Themes/Egkymosini.htm>
- *ΕΚΤΡΩΣΗ από τη σκοπιά της πολιτείας, της οικογένειας και του Λόγου του Θεού.*  
Πρόσβαση από [http://nikaia-church.gr/neolaia/News/Daily%20News/Abortion/Abortion\\_2.htm](http://nikaia-church.gr/neolaia/News/Daily%20News/Abortion/Abortion_2.htm)
- *Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού.* Πρόσβαση από <http://vsdesign.homelinux.org/~epysde/portal/html/index.php?name=Sections&req=viewarticle&artid=16>
- *Επίγουσα αντισύλληψη.* Ημερομηνία πρόσβασης 31/07/2008 από [http://www.femme.gr/emergency\\_contraception.htm](http://www.femme.gr/emergency_contraception.htm).
- *Επιπτώσεις των αμβλώσεων στην υγεία της γυναίκας (Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών).* Πρόσβαση από <http://www.alopsis.gr/modules.php? name=News&file=article&sid=682>
- *Έρευνα για τη Σεξουαλική Αναπαραγωγική Υγεία και Δικαιώματα.* Πρόσβαση από <http://www.astra.org.pl/youthreport.pdf>
- *Κέντρο Στήριξης Οικογένειας.* Πρόσβαση από <http://www.archdiocese.gr/keso/profile.html>
- *Κέντρο Φροντίδας Μητέρας και Αγέννητου Παιδιού.* Πρόσβαση από <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?id=22,0,0,1,0,0>
- *Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας.* Πρόσβαση από <http://www.heraklion.gr/citizen/kefo/kefo.html>
- Μηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό της κλινικής «Άγιος Λουκάς». Τεύχος 3. *Καινούργιες εφαρμογές στην Γυναικολογία.* Ημερομηνία Έκδοσης: 29-01-2003  
[http://www.klinikiagiosloukas.gr/mgzn03\\_efarmoges.php](http://www.klinikiagiosloukas.gr/mgzn03_efarmoges.php)
- *Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής Αντισύλληψης.* Πρόσβαση από <http://www.gynecology.gr/contraception.htm>.
- *Οικογένεια και σεξουαλική αγωγή.* <http://www.medlook.netroyalholidays3/sexedu.asp>
- *Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης.* <http://www.chiosnews.com/cn3132008131290.asp>.
- *Ποιες είναι λοιπόν οι επιλογές σου...*  
<http://www.cyfamplan.org/FamPlan/UserFiles/documents/PWOMEN.pdf>
- <http://www2.rizospastis.gr/columnPage.do?publDate=2/3/2008&columnId=62>
- <http://www.greeksight.com/index.php?conID=13881>
- *Σύλλογος Άγαμων Μητέρων.* [http://www.anthropos.gr/show\\_mko.asp?Id=1186](http://www.anthropos.gr/show_mko.asp?Id=1186)
- *Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. Μέθοδοι εκτρώσεων.*  
<http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?methods>
- *Σύλλογος προστασίας Αγέννητου Παιδιού. Συμπεράσματα ιατρικών ερευνών για τις ψυχολογικές συνέπειες της έκτρωσης.*  
<http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?id=26>
- *Το σπирάλ (ενδομητρικό σπείραμα).* <http://www.femme.gr/spiral.htm>

- [http://www.mamadesonline.gr/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125:2009-02-13-11-41-37&catid=25:egkimosini&Itemid=54](http://www.mamadesonline.gr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=125:2009-02-13-11-41-37&catid=25:egkimosini&Itemid=54)
- *Νόση* Ημερομηνία πρόσβασης 10/06/2009 από <http://el.science.wikia.com/wiki/%CE%9D%CF%8C%CE%B7%CF%83%CE%B7>
- *ΕΦΗΒΕΙΑ*. Πρόσβαση από <http://www.childmentalhealth.gr/Wc43ab41ba1585.htm>



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## **Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

*Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, διεξάγουμε έρευνα η οποία έχει ως στόχο τη διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκομοσύνη. Η συμμετοχή είναι ανώνυμη. Παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας.*

**A1. Ηλικία:** .....

**A2. Ποιος είναι ο τόπος καταγωγής σας:**

1. Αστική περιοχή
2. Ημιαστική περιοχή (1.000-10.000 κατοίκους)
3. Αγροτική περιοχή (χωριό)

**A3. Τι μορφωτικό επίπεδο έχετε;**

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο/ΤΕΕ
4. ΑΕΙ/ ΤΕΙ
5. Άλλο....

**A4. Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα:**

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο
4. ΑΕΙ/ΤΕΙ
5. Αναλφάβητος
6. Άλλο.....

**A5. Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας:**

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο
4. ΑΕΙ/ΤΕΙ
5. Αναλφάβητη
6. Άλλο.....

**A6. Οικογενειακή κατάσταση:**

1. Άγαμη
2. Έγγαμη
3. Διαζευγμένη
4. Σε διάσταση
5. Σε σχέση
6. Συζώ με τον σύντροφό μου

**A7. Αριθμός παιδιών που έχετε: .....**

**B1. Ποιά ήταν η πηγή ενημέρωσης σας για σεξουαλικά θέματα;**

1. Γονείς
2. Αδέλφια
3. Σύντροφος
4. Συνομήλικοι
5. Σχολείο
6. Διαδίκτυο
7. Βιβλία/ Περιοδικά
8. Υπηρεσίες Υγείας
9. Δεν ενημερώθηκα
10. Συνδυασμός πηγών (Επιλέξτε).....
11. Άλλο.....

**B2. Είχατε επαρκή ενημέρωση πριν την πρώτη σας σχέση για τους τρόπους αντισύλληψης;**

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

**B3. Όταν έχετε απορίες για σεξουαλικά ζητήματα ποιόν/ποιους συμβουλευέστε; Σημείωσε μέχρι 3 απαντήσεις.**

1. Γονείς
2. Αδέλφια
3. Σύντροφος
4. Συνομήλικοι
5. Σχολείο
6. Διαδίκτυο
7. Βιβλία/ Περιοδικά
8. Υπηρεσίες Συμβουλευτικής
9. Κανένα
10. Άλλο.....

**B4. Θεωρείτε επαρκείς τις υπηρεσίες ενημέρωσης-στήριξης;**

1. Ναι
2. Όχι
3. Μερικώς

**B5. Ποιόν εμπιστεύεστε από τους παρακάτω περισσότερο κατά την λήψη απόφασης σε μια εγκυμοσύνη που για εσάς χαρακτηρίζεται ανεπιθύμητη; (ιεραρχήστε...1,2,3)**

τον εαυτό σας.....  
το σύντροφό σας.....  
τους γονείς σας.....  
τα αδέρφια σας.....  
τους φίλους σας.....

**Γ1. Έχετε σεξουαλικές σχέσεις;**

1. Ναι
2. Όχι

**Γ2. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδος;**

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

**Γ3. Όταν δεν χρησιμοποιείτε κάποια από τις μεθόδους αντισύλληψης, για ποιον λόγο το κάνετε;**

1. Έχω σεξουαλική επαφή με σταθερό σύντροφο
2. Εμπιστεύομαι το σύντροφό μου
3. Είναι επιλογή μου να μην κάνω χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου
4. Αισθάνομαι αμήχανα να ζητήσω ή να κάνω χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου
5. Θέλω να αποκτήσω παιδί

**Γ4. α) Έχετε επισκεφθεί ποτέ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού;**

1. Ναι
2. Όχι

**β) Εάν ναι, για ποιόν από τους παρακάτω λόγους;**

1. Γυναικολογική εξέταση
2. Εξέταση μαστών
3. Τεστ Παπ
4. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, επιπλοκές αμβλώσεων, πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και αντισύλληψης

**Δ1. Πόσο σημαντική είναι η θρησκεία στη ζωή σας;**

1. Πολύ σημαντική
2. Σημαντική
3. Λίγο σημαντική
4. Καθόλου σημαντική

**Δ2. Στις παρακάτω ερωτήσεις θα θέλαμε να μας πείτε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε:**

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε κάθε περίπτωση				
2. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού				
3. Κάθε γυναίκα μπορεί να κάνει άμβλωση				
4. Η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει				
5. Η άμβλωση πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει η αντισύλληψη				
6. Η άμβλωση είναι δολοφονία				
7. Η άμβλωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου				
8. Η άμβλωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό				
9. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα				

**Δ3. Έχετε ποτέ υποστηρίξει ή παροτρύνει μια κοπέλα να κάνει άμβλωση;**

1. Ναι
2. Όχι

**Δ4. Σε γενικές γραμμές θεωρείτε πως είστε υπέρ ή κατά των αμβλώσεων;**

1. Υπέρ
2. Μάλλον υπέρ
3. Μάλλον κατά
4. Κατά
5. Εξαρτάται κατά την περίπτωση

**E1. Τι κάνετε για να αποφύγετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

1. Αποχή
2. Χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων
3. Τίποτα
4. Άλλο.....

**E2. Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η αποφυγή μιας εγκυμοσύνης;**

1. Τη λήψη μέτρων αντισύλληψης
2. Τη γονιμότητα των συντρόφων
3. Τη σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
4. Την αποτελεσματικότητα της ακολουθούμενης μεθόδου αντισύλληψης
5. Τα οικονομικά
6. Συνδυασμός παραγόντων (Επιλέξτε).....
7. Δεν γνωρίζω

**E3. Τι πιστεύετε ότι θα κάνατε για να αντιμετωπίσετε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

1. Διακοπή της εγκυμοσύνης
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. Αποκλείετε να μου συμβεί
9. Άλλο.....

**E4. Αν απαντήσατε το 6 τι θα κάνατε:**

1. Διακοπή της εγκυμοσύνης
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 σκεφτόμουν τότε

**E5. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας;**

1. Ηλικία
2. Καριέρα
3. Αμφιβολία για το σύντροφο
4. Οικονομικοί παράγοντες
5. Κοινωνικοί παράγοντες
6. Θρησκευτικοί παράγοντες
7. Συνδυασμός παραγόντων (Επιλέξτε).....
8. Άλλο (διευκρινίστε) .....

**E6. Ιεραρχήστε τους παράγοντες που πιστεύετε ότι θα καθορίσουν την απόφασή σας:**

- Ηλικία.....
- Καριέρα.....
- Αμφιβολία για το σύντροφο.....
- Οικονομικοί παράγοντες.....
- Κοινωνικοί παράγοντες.....
- Θρησκευτικοί παράγοντες.....
- Άλλο (διευκρινίστε) .....

**E7. Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που θα απευθυνθείτε;**

1. Στους γονείς
2. Στο σύντροφο
3. Σε φίλους
4. Σε συγγενείς
5. Σε γυναικολόγο
6. Σε ψυχολόγο
7. Σε Κέντρα Υποστήριξης
8. Στην Εκκλησία
9. Άλλο (διευκρινίστε) .....
10. Συνδυασμός απαντήσεων (Επιλέξτε).....

**E8. Εάν μένατε έγκυος αυτή τη στιγμή θα ήταν το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να σας συμβεί;**

1. Ναι
2. Όχι

**E9. Νιώθετε έντονη ανησυχία ότι θα είσαστε έγκυος κάθε φορά που περιμένετε να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση;**

1. Ναι
2. Όχι

**E10. Ποια συναισθήματα σας δημιουργούνται για μια μελλοντική ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;**

1. Ντροπή
2. Άγχος δέσμευσης
3. Φόβος
4. Πανικός
5. Θυμός
6. Θλίψη
7. Απόγνωση
8. Σύγχυση
9. Έκπληξη
10. Συνδυασμός συναισθημάτων (Επιλέξτε).....

**E11. Τι θα σκεφτόσασταν για μια φίλη σας, η οποία έμεινε έγκυος χωρίς να το επιθυμεί;**

1. Είναι ανήθικη
2. Είναι ανώριμη και απρόσεκτη στη σεξουαλική ζωή
3. Απροσεξία και ελλιπή ενημέρωση συντρόφων
4. Θα μπορούσε να συμβεί σε οποιαδήποτε

**E12.Είχατε ποτέ εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης;**

1. Ναι, η εγκυμοσύνη διεκόπη
2. Ναι, γεννήθηκε το παιδί
3. Όχι, δεν είχα

**Εάν κάνατε άμβλωση:**

**E12.1. Έχετε μετανιώσει γι' αυτό;**

1. Ναι
2. Όχι

**E12.2.Ποιά συναισθήματα σας δημιούργησε η άμβλωση;**

1. Μίσος για τους άνδρες
2. Φόβος τιμωρίας από τον Θεό
3. Άγχος για επόμενη επιθυμητή εγκυμοσύνη
4. Φόβος μη μάθουν οι άλλοι για την άμβλωση
5. Χαρά απαλλαγής από ευθύνες
6. Ελευθερία
7. Όλα τα παραπάνω
8. Τίποτα από τα παραπάνω

**E12.3. Μετά την άμβλωση, αντιμετωπίσατε:**

1. Κλάματα
2. Εφιάλτες
3. Αυτοκτονικές τάσεις
4. Μείωση αυτοπεποίθησης/ αυτοεκτίμησης
5. Παισιθήσεις
6. Διατροφικές διαταραχές
7. Εθισμός σε αλκοόλ ή ναρκωτικά
8. Τίποτα όλα ήταν φυσιολογικά
9. Αυτοσυγκέντρωση στις τρέχουσες υποχρεώσεις μου
10. Αύξηση αυτοπεποίθησης/ εγώ ρυθμίζω την ζωή μου
11. Άλλο.....

**E12.4. Βλέποντας πως είναι η ζωή σας σήμερα πιστεύετε ότι η άμβλωση, βελτίωσε την ζωή σας;**

- 1.Ναι
- 2.Όχι

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### **Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (Post-Traumatic Stress Disorder):**

Είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προκαλείτε από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός ατόμου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο.

Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μια μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας.

Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, κάποια άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, ενώ άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής.

Τουλάχιστον το 19% των γυναικών που υποβάλλονται σε άμβλωση υποφέρουν από διαγνώσιμη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή. Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά, αλλά όχι όλα, από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 έως 40% εμφάνιζαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα άγχους και συμπεριφορά αποφυγής των εμπειριών της άμβλωσης.

Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την άμβλωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους διότι πολλές ωθούνται να κάνουν μια άμβλωση -που δεν επιθυμούν- από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη άμβλωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την άμβλωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κυήσεως τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του



παιδιού. Ο φόβος, η αγωνία, ο πόνος και η ενοχή που σχετίζονται με την επέμβαση αναμιγνύονται σε αυτή την αντίληψη ενός αλλόκοτου και βίαιου θανάτου.

Τα κύρια συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

**Υπερδιέγερση** είναι ένα χαρακτηριστικό χρόνιων και ανωμάτων διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών «φυγής ή πάλης». Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε εγρήγορση για την απειλή κινδύνου. Συμπτώματα υπερδιέγερσης είναι τα εξής: απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολία στον ύπνο, αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με την τραυματική εμπειρία.

**Παρείσδυση** είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο. Συμπτώματα παρείσδυσης στις περιπτώσεις του PTSD είναι τα εξής: ανακάμπουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια άμβλωση ή ένα «χαμένο» παιδί, αναδρομές στις οποίες η γυναίκα στιγμιαία αναβιώνει μια πλευρά της εμπειρίας της άμβλωσης, εφιάλτες σχετικά με την άμβλωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή της επετείου της άμβλωσης.

**Συστολή** είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία. Είναι συμπεριφορά διαφυγής δηλαδή προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με την εμπειρία. Στις περιπτώσεις μετεκτροτικού τραύματος, η συστολή μπορεί να εκφράζεται ως: αδυναμία ανάμνησης της εμπειρίας της άμβλωσης ή σημαντικών μερών της, προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν αναμνήσεις της επέμβασης, απομάκρυνση από τις σχέσεις και συγκεκριμένα αποξένωση απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την άμβλωση, αποφυγή των παιδιών, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης ή στοργής, μειωμένο ενδιαφέρον για συνηθισμένες δραστηριότητες, χρήση ναρκωτικών ή οινοπνεύματος, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, διαπιστώθηκε η ύπαρξη PTSD σε ποσοστό 19% μεταξύ των γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση 3 έως 5 έτη παλαιότερα. Όμως στην

πραγματικότητα το ποσοστό αυτό είναι πιθανώς υψηλότερο. Η κλινική εμπειρία έχει αποδείξει ότι οι γυναίκες που δεν επιθυμούν να συνεργαστούν σε έρευνα που αναφέρεται στις επιπτώσεις της άμβλωσης είναι εκείνες στις οποίες η άμβλωση έχει προκαλέσει την μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή. Το υπερβολικά υψηλό ποσοστό άρνησης συμμετοχής σε μελέτες που αναφέρονται στο διάστημα μετά την επέμβαση μαρτυρεί συμπεριφορά συστολής ή διαφυγής (θέληση αποφυγής σκέψεων που αναφέρονται στην άμβλωση) κάτι που αποτελεί κύριο σύμπτωμα του PTSD.

Σε πολλές γυναίκες, η εμφάνιση ή ο ακριβής προσδιορισμός των συμπτωμάτων του PTSD μπορεί να καθυστερήσει πολλά χρόνια. Όταν μια γυναίκα εμφανίζει συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και η τραυματική εμπειρία που τα έχει προκαλέσει είναι μια άμβλωση, τότε η διαταραχή αυτή αναφέρεται από τους ειδικούς ως μετεκτροτικό τραύμα.

Πηγή: Σύλλογος προστασίας Αγέννητου παιδιού. *Επιπτώσεις της έκτρωσης στην ψυχική υγεία της γυναίκας*. <http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?aid=26>