

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ, ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ  
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ**

**Σπουδάστριες:**

**Καλαϊτζίδη Ιουλία**

**Κουριδάκη Ελπινίκη**

**Μακρυπόδη Αγγελική**

**Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Μαραγκάκη Παγώνα**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2014**

**Copyright@ 2014 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π., Τ.Ε.Ι. Κρήτης.**

**<http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>**

*Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των σπουδαστριών Καλαϊτζίδη Ιουλία, Κουριδάκη Ελπινίκη, Μακρυπόδη Αγγελική, της επιβλέπουσας καθηγήτριας κυρίας Μαραγκάκη Παγόνα και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

### **Ευχαριστίες**

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα, την επόπτρια της πτυχιακής μας εργασίας, την κυρία Μαραγκάκη Πάγωνα, η οποία δέχτηκε να αναλάβει την εποπτεία της πτυχιακής εργασίας μετά την αίτηση αλλαγής της προηγούμενης μας επόπτριας εξαιτίας της συνταξιοδότησης της, αλλά και για την πολύτιμη καθοδήγηση της. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε, όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνηση της.*

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT.....	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16

### **Α' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Έκτρωση.....	20
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της έκτρωσης.....	20
1.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις.....	21
1.2.1. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο.....	21
1.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε ελληνικό επίπεδο.....	23
1.2.3. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις στους νέους.....	24
1.2.3.1. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις των νέων παγκοσμίως.....	24
1.2.3.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις των νέων στην Ελλάδα.....	25
1.3. Λόγοι που οδηγούν στην έκτρωση.....	26
1.4. Ιατρικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης.....	28
1.5. Ψυχολογικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης.....	30
1.5.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις στην γυναίκα.....	31
1.5.1.1. Διαταραχές ύπνου.....	31
1.5.1.2. Κατάχρηση διαφόρων ουσιών.....	32

1.5.1.3. Κατάθλιψη.....	32
1.5.1.4. Απόπειρα αυτοκτονίας.....	32
1.5.1.5. Αγχώδεις διαταραχές.....	33
1.5.1.6. Επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις.....	33
1.5.1.7. Επιπτώσεις μητρικών δεσμών.....	33
1.5.1.8. Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.....	34
1.5.1.9. Συμπεριφορικά προβλήματα.....	34
1.5.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στο σύντροφο/σύζυγο της εγκύου.....	35
1.6. Κοινωνικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης.....	37
1.7. Νομικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης.....	39
1.7.1. Το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων στην Ελλάδα.....	39
1.7.2. Ο ρόλος του συντρόφου/συζύγου.....	41
1.7.3. Το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων διεθνώς και η αξιολόγηση του ρόλου του συντρόφου/συζύγου της εγκύου στην έκτρωση σε παγκόσμιο επίπεδο.....	43
1.7.4. Αξιολόγηση του νομικού πλαισίου και η επίδραση του στον έλεγχο των εκτρώσεων.....	45
1.8. Θρησκευτικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Πρόληψη και αντισύλληψη.....	49
2.1. Τρόποι πρόληψης της έκτρωσης.....	49
2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της αντισύλληψης.....	52
2.2.1. Εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με την αντισύλληψη.....	53
2.2.1.1. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη σε παγκόσμιο επίπεδο.....	53

2.2.1.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη σε ελληνικό επίπεδο.....	55
2.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη στους νέους.....	57
2.2.2.1. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη των νέων παγκοσμίως.....	57
2.2.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη των νέων στην Ελλάδα.....	58
2.2.3. Η χρησιμότητα της αντισύλληψης.....	59
2.2.3.1. Αντισύλληψη, μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.....	59
2.2.3.2. Αντισύλληψη και παιδική θνησιμότητα.....	60
2.2.3.3. Αντισύλληψη και δημόσια υγεία.....	60
2.2.4. Οι μέθοδοι της αντισύλληψης.....	62
2.2.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.....	63

## **Β' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Περιγραφή μελέτης.....	68
1.1. Αναγκαιότητα μελέτης.....	66
1.2. Ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα.....	67
1.3. Σκοπός της μελέτης και αντικειμενικοί στόχοι.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Μεθοδολογία.....	69
2.1. Δείγμα.....	69
2.2. Ερευνητικό εργαλείο.....	69
2.2.1. Κοινωνικό – δημογραφικό προφίλ ερωτώμενων.....	69
2.2.2. Απόψεις – γνώσεις για την έκτρωση.....	69

2.2.3. Απόψεις – γνώσεις για την αντισύλληψη.....	70
2.3. Μέθοδος συλλογής στοιχείων.....	72
2.4. Στατιστική ανάλυση.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	73
3.1. Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	73
3.2. Συσχετίσεις της έρευνας.....	79
3.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο.....	79
3.2.1.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και τις γνώσεις για τις επιπλοκές της έκτρωσης στην υγεία των γυναικών.....	79
3.2.1.2. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομείο.....	79
3.2.1.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.....	80
3.2.1.4. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και συνειδησιακοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης.....	80
3.2.1.5. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και κοινωνικοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης.....	80
3.2.2. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές.....	81
3.2.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές και τη στάση τους απέναντι στην νομιμοποίηση των εκτρώσεων.....	81
3.2.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών.....	81
3.2.3.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την άποψη αν θα κάνανε ή θα προτείνανε την έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με τον/την σύντροφο.....	81

3.2.3.2. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την στάση τους για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Συζήτηση.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Περιορισμοί έρευνας.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Συμπεράσματα έρευνας.....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Προτάσεις.....	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	111
1. Ευρετήριο σχημάτων και πινάκων έρευνας.....	111
1.1. Πίνακες συχνοτήτων.....	111
Πίνακας 1. «Φύλο φοιτητών».....	111
Πίνακας 2. «Έτος φοιτητών».....	111
Πίνακας 3. «Σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές».....	112
Πίνακας 4. «Τμήμα στο οποίο φοιτούν οι φοιτητές».....	112
Πίνακας 5. «Που γεννηθήκατε και μεγαλώσατε;».....	113
Πίνακας 6. «Γνωρίζεται αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα;».....	113
Πίνακας 7. «Πόσο ενημερωμένος πιστεύετε ότι είναι ο πληθυσμός σχετικά με τις εκτρώσεις;».....	114
Πίνακας 8. «Σε γενικές γραμμές θεωρείτε ότι είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων;».....	114
Πίνακας 9. «Η έκτρωση αφορά κατά κύριο λόγο;».....	115
Πίνακας 10. «Θα καταφεύγατε σε μια έκτρωση ή θα παροτρύνατε την σύντροφο σας	



να καταφύγει σε έκτρωση μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;».....	115
Πίνακας 11. «Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις (σχετικά με τις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία μιας γυναίκας);».....	116
Πίνακας 12. «Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις;».....	117
Πίνακας 13. «Για ποιο λόγο θα κάνατε έκτρωση ή θα την προτεινάτε στην σύντροφο σας;».....	119
Πίνακας 14. «Λόγοι που θα συντελούσαν στην <u>μη πραγματοποίηση</u> της έκτρωσης;».....	120
Πίνακας 15. «Αν υπήρχε οικονομική ή άλλου είδους βοήθεια από το κράτος σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα κρατούσατε το παιδί;».....	120
Πίνακας 16. «Την περίοδο αυτή (το τελευταίο εξάμηνο) έχετε σεξουαλικές επαφές;».....	121
Πίνακας 17. «Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;».....	121
Πίνακας 18. «Στη διάρκεια της σεξουαλικής σας ζωής, (εσείς ή η σύντροφος σας) είχατε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης;».....	122
Πίνακας 19. « <u>Αν ναι</u> , ποια ήταν η έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης;».....	122
Πίνακας 20. « <u>Αν έχετε πραγματοποιήσει έκτρωση</u> , θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος την τελευταία έστω στιγμή, να σας είχε αποτρέψει από την απόφαση αυτή;».....	123
Πίνακας 21. «Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι...;».....	123
1.2. Πίνακες συσχετίσεων της έρευνας.....	124
1.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο.....	124
Πίνακας 22. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και τις γνώσεις για τις επιπλοκές της έκτρωσης στην υγεία των γυναικών.....	124
Πίνακας 23. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση πρέπει	

να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία.....	125
Πίνακας 24. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό.....	126
Πίνακας 25. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και συνειδησιακοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης.....	127
Πίνακας 26. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και κοινωνικοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης.....	127
1.2.2. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές.....	128
Πίνακας 27. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές και τη στάση τους απέναντι στην νομιμοποίηση των εκτρώσεων.....	128
1.2.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών.....	129
Πίνακας 28. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την άποψη αν θα κάνανε ή θα προτείνανε την έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με τον/την σύντροφο.....	129
Πίνακας 29. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την στάση τους για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου.....	130
2. Ερωτηματολόγιο της πτυχιακής εργασίας.....	131
3. Το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων στην Ελλάδα.....	137

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι εκτρώσεις είναι ένα θέμα, το οποίο απασχολεί έντονα την ελληνική κοινωνία. Επομένως, ο στόχος της παρούσας έρευνας, είναι να εκτιμηθεί η σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών, να μελετηθούν οι στάσεις και οι γνώσεις τους, απέναντι στην αντισύλληψη και την έκτρωση. Η εργασία πλαισιώνεται από μια θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου της έκτρωσης, όπου αναλύονται οι λόγοι της έκτρωσης, οι σωματικές, οι ψυχολογικές και οι κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει. Αναλύονται στοιχεία νομικά, θρησκευτικά, τα δικαιώματα του συντρόφου/συζύγου της εγκύου στην έκτρωση, τρόποι πρόληψης της καθώς και οι μέθοδοι και η χρησιμότητα της αντισύλληψης στην υγεία της γυναίκας, στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας και τα οφέλη στην δημόσια υγεία.

Στα πλαίσια της εν λόγω εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Στην έρευνα συμμετείχαν N=208 πρωτοετείς και τελειόφοιτοι φοιτητές/τριες, προερχόμενοι από τα τμήματα των τεσσάρων σχολών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Στο πρώτο μέρος ζητήθηκαν τα κοινωνικο – δημογραφικά στοιχεία, στο δεύτερο μέρος, παρεντίθενται ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις – απόψεις για την έκτρωση, και στο τρίτο μέρος παρεντίθενται ερωτήσεις για τις γνώσεις – απόψεις για την αντισύλληψη. Για την στατιστική επεξεργασία των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS, κάνοντας και τις κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψε ότι η πλειοψηφία του δείγματος δεν γνωρίζει το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων στην Ελλάδα αλλά και ότι είναι «μάλλον κατά» των εκτρώσεων, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό είναι «υπέρ». Επιπλέον, μεγάλη μερίδα του δείγματος πιστεύει ότι ο πληθυσμός είναι ελάχιστα ενημερωμένος για τις εκτρώσεις. Ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης μας, είναι ότι η πλειοψηφία του δείγματος δεν γνωρίζει αν η έκτρωση επιφέρει επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία της γυναίκας. Οι ερωτώμενοι που είχαν σταθερό σύντροφο, χρησιμοποιούν ως κύρια μέθοδο αντισύλληψης το προφυλακτικό σε ποσοστό 60,9%, ενώ εμπειρία εγκυμοσύνης είχε το 6,6%.

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων, στην έρευνα μας, δεν φάνηκε να διαφοροποιούνται σημαντικά οι απόψεις των φοιτητών σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη ανάλογα με το φύλο, με τη σχολή στην οποία ανήκουν αλλά και με τα έτη σπουδών τους. Αξιοσημείωτο είναι, το γεγονός ότι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις ερευνητικές υποθέσεις και στα ερευνητικά ερωτήματα. Αυτό πιθανότατα, μπορεί να συνδέεται στενά με την έλλειψη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής διαπαιδαγώγησης των νέων σε επίπεδο πρόληψης. Είναι γεγονός ότι οι φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π. είναι ενημερωμένοι σχετικά με την νομοθεσία των εκτρώσεων. Παρόλα αυτά, αναμέναμε να διαφοροποιούνται οι απόψεις τους σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη σε σχέση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών. Μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές των σχολών της κοινωνικής εργασίας και της νοσηλευτικής δεν βρέθηκε να διαφοροποιούνται οι απόψεις τους σε θέματα που εμπίπτουν εν μέρει, στο αντικείμενο σπουδών τους.

Συμπερασματικά, θα χρειαστούν πολλές συντονισμένες δράσεις σε επίπεδο πρόληψης, παρεμβάσεις και προγράμματα για να τροποποιηθούν τα παγιωμένα πολιτιστικά πρότυπα, οι αξίες και οι κανόνες που βρίσκουν εφαρμογή στην αντισύλληψη και στην έκτρωση.

**Λέξεις κλειδιά:** έκτρωση, άμβλωση, σωματικές, ψυχολογικές και επιπτώσεις των εκτρώσεων, αντισύλληψη, οικογενειακός προγραμματισμός.

## ABSTRACT

Abortion is an issue that is highly concerned the Greek society. Therefore, the aim of this study is to assess the sexual behavior of students, to study their attitudes and their knowledge, about contraception and abortion. Initially, the study is framed by a theoretical approach to the phenomenon of abortion, detailing the reasons of the abortion, the physical, mental and social effects. In addition, it is analyzed the legal, religious facts and the rights of the partner after pregnancy as her ask. Finally, in the theoretical approach are mentioned ways of prevention and the methods and usefulness of contraception on women's health, reducing child mortality and the benefits to public health.

The method, which was followed for the conduct of this research is quantitative. The methodology followed for the selection of the sample was stratified random sampling and the research tool that used was the questionnaire. Participants were N=208 first – year undergraduate students and last – year undergraduate students, coming from sections of the four schools of T.E.I. Crete. In the first part requested the socio – demographic data, in the second part, are inserted questions on knowledge – views on abortion, and the third part are inserted questions on knowledge – views on contraception. For the statistical analysis of the variables used the SPSS program, making the appropriate statistical tests.

The analysis of the results showed that the majority of the sample did not know whether or not abortions are legalized in Greece and that it is «somewhat against» on abortion, while a very small percentage are «pro». Moreover, a large portion of the sample believes that the population is poorly informed about abortion. An important finding of our study is that the majority of the sample did not know whether the abortion implications on psychosocial and physical health of the woman. Respondents were stable mate, as their main method of contraception was the condom at a rate of 60,9% while the percent of experience pregnancy was 6,6%.

According to the analysis of the results, in our study, there is no significant difference between the views of the students as far as it concerns abortion and contraception depending on their gender, the school they belong to, or the years of their studies. It is really interesting, that there are no statistically significant

differences in the above research questions. This is likely to be strongly associated with lack of sexual and reproductive education of young people at the prevention level. It is a fact that the students of S.E.Y.P. are informed about the law of abortion. However, was expected to differentiate their views on abortion and contraception compared with students of other schools. This is because the students of the schools of social work and nursing were not found to be more informed about these matters within their field of study.

In conclusion, it will take many coordinated actions, interventions and programs at many levels to modify entrenched cultural norms, values and rules that find application in contraception and abortion.

**Key words:** abortion, induced abortion, physical, mental and social effects of abortion, contraception, family planning.

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

**A.E.I.:** Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

**H.P.A.:** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**M.M.E.:** Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

**Π.Ο.Υ.:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**Σ.Ε.Υ.Π.:** Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

**Σ.Δ.Ο.:** Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας

**Σ.Τ.Ε.Γ.:** Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας

**Σ.Τ.Ε.Φ.:** Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών

**T.E.I.:** Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

**AIDS:** Acquired Immunodeficiency Syndrome (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας)

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus Infection (Ιός Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας)

**P.A.S.:** Post – Abortion Syndrome (Μετεκρωτικό Σύνδρομο)

**P.T.S.D.:** Post – Traumatic Stress Disorder (Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια ματιά στη σύγχρονη κοινωνία μας, είναι αρκετή για να καταλάβει κάποιος ότι ο τρόπος σκέψης των ανθρώπων, αλλά και ο τρόπος αντίληψης και συμπεριφοράς έχουν αλλάξει σημαντικά, τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, άλλαξε η στάση τους απέναντι στο συντηρητισμό, τις προκαταλήψεις, τις παραδόσεις, άρχισαν να επαναστατούν και να αναζητούν έναν νέο τρόπο ζωής. Οι νέοι αναζητούν την ανεξαρτησία τους και τη σεξουαλική τους απελευθέρωση. Γνωρίζουν πλέον περισσότερους από έναν συντρόφους εκτός γάμου, συνάπτουν προγαμιαίες σχέσεις, συζούν και ξεκινούν σε μικρότερη ηλικία τις σεξουαλικές επαφές. Παρατηρείται, έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων κοριτσιών σε μικρότερες ηλικίες, με μεγάλο αριθμό εναλλασσόμενων συντρόφων, τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, που οδήγησε σε έκρηξη των ανεπιθύμητων κυήσεων ακόμα και κατά την διάρκεια της εφηβείας (Ιωαννίδη, Αγραφιώτης, 2008, Konstantinidis, Skandalaki, Tzagaraki, Linardakis, 2012).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το θέμα των εκτρώσεων έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις, το οποίο έχει ατομικό, κοινωνικό, ηθικό και νομικό χαρακτήρα. Έχει απασχολήσει έντονα, κατά καιρούς, πολλούς επιστήμονες που έχουν προσπαθήσει να ερμηνεύσουν τις εκτρώσεις όμως τα συμπεράσματα τους διαφέρουν. Συχνά, είναι αντικείμενο αντιπαράθεσης, τόσο από την πλευρά της ηθικής όσο και από τη νομική πλευρά, σε πολλά μέρη του κόσμου για το κατά πόσο μπορεί σε ένα έμβρυο να δοθεί ο χαρακτηρισμός του ανθρώπου, και κατά συνέπεια, στην έκτρωση αυτός της ανθρωποκτονίας. Το βασικό ερώτημα που έχει απασχολήσει τους φιλόσοφους και όχι μόνο είναι αν το έμβρυο είναι ανθρώπινο όν, αν η ανθρώπινη ζωή ξεκινάει από την αρχή της κύησης, ή όχι, και αν ναι από πότε ξεκινάει; Το ερώτημα αυτό έχουν προσπαθήσει να απαντήσουν πλήθος επιστημόνων (βιολόγοι, γενετιστές, γιατροί, θεολόγοι ακόμα και φιλόσοφοι). Οι εκτρώσεις είναι ένα θέμα βιοηθικού χαρακτήρα, με ανεξάντλητες πηγές, με πολλούς υποστηρικτές και πολέμιους (Μητσοπούλου, 2013, Arisi, 2003).

Η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη αναφορικά στις εκτρώσεις. Παρόλο, που δεν υπάρχουν αξιόπιστα και επαρκή στοιχεία για τις εκτρώσεις, το ποσοστό τους στην Ελλάδα, σύμφωνα με διάφορους υπολογισμούς, υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 100.000 και 250.000 ετησίως, από τις οποίες



περίπου το 20 – 25% διενεργούνται σε ανήλικα κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών. Επιπλέον, οι επιπλοκές των εκτρώσεων φαίνεται να αποτελούν μια σημαντική αιτία της παρατηρούμενης υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Υπολογίζεται ότι στην ελληνική κοινωνία, περίπου 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Η αντισύλληψη είναι στενά συνδεδεμένη με τις εκτρώσεις, καθώς μέσω αυτής μπορεί να προληφθεί η αύξηση τους. Όπως αναφέρεται παραπάνω, η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων και παράλληλα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην χρήση μεθόδων αντισύλληψης και κυρίως μοντέρνων μεθόδων όπως για παράδειγμα το σπирάλ. Στην Ελλάδα, οι πιο κοινές αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι το ανδρικό προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία. Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών είναι ελάχιστη (Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004). Ωστόσο, η σωστή χρήση αντισύλληψης έχει πολλά οφέλη σε διάφορους τομείς της κάθε κοινωνίας (ατομικά, κοινωνικά, οικονομικά) (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Η διερεύνηση του φαινομένου της έκτρωσης έχει απασχολήσει στο παρελθόν, το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, για το σκοπό αυτό έχουν πραγματοποιηθεί πτυχιακές με παρόμοιο θέμα με την παρούσα μελέτη. Ενδεικτικά, οι προηγούμενες πτυχιακές είναι:

- *«Αντισύλληψη και έκτρωση, τοποθετήσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες, που επηρεάζουν τη στάση τους»*, υπεύθυνος Χλιαουτάκης, Ι., 2007.
- *«Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νέων γυναικών για την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη»*, υπεύθυνη Μαρκάκη – Ουσταμανωλάκη, Μ., 2009.
- *«Απόψεις και στάσεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης των σχολών Σ.Ε.Υ.Π. και Σ.Τ.Ε.Φ. για την άγαμη μητέρα και το παιδί εκτός γάμου»*, υπεύθυνη Σηφάκη, Α., 2010.

Οι παραπάνω πτυχιακές μελετούν στάσεις και αντιλήψεις, είτε των φοιτητών και φοιτητριών είτε των γυναικών γενικότερα, σε θέματα που αφορούν την

ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τον ρόλο της άγαμης μητέρας αλλά και τις εκτρώσεις και την αντισύλληψη. Αποτελούν θέματα που εν μέρει συμπίπτουν με την παρούσα πτυχιακή εργασία καθώς διερευνούν ηθικά ζητήματα και πως τα αντιλαμβάνεται η κοινωνία μας.

Η παρούσα πτυχιακή προσπαθεί να διερευνήσει τις γνώσεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με την νομιμοποίηση των εκτρώσεων στην Ελλάδα, τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να επιφέρει μια έκτρωση, την ενημέρωση τους σε θέματα αντισύλληψης και την συχνότητα χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης. Επιπλέον, κεντρικοί άξονες της πτυχιακής είναι να εκτιμηθεί κατά πόσο διαφοροποιούνται οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών ανάλογα με το φύλο, το έτος σπουδών και τη σχολή στην οποία ανήκουν. Τέλος, στόχο της αποτελεί η επικαιροποίηση των αποτελεσμάτων των προηγούμενων πτυχιακών εργασιών που διεξήχθησαν μέχρι το έτος 2010.

**Α' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο πρώτο

### Έκτρωση

#### 1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της έκτρωσης

«Έκτρωση ή αλλιώς άμβλωση» είναι η διακοπή μιας αδιατάρακτης ενδομητρίου κύησης ενός ή περισσοτέρων εμβρύων, που διενεργείται σε πρώιμη ηλικία κύησης (<24 εβδ.) και οδηγεί στην απομάκρυνση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατο του κήματος (Μπαμπινιώτης, 2002). Η έκτρωση προκαλείται τεχνητά με χημικές, χειρουργικές ή άλλες μεθόδους. Το διεθνές όριο των 24 εβδομάδων καθορίστηκε με βάση την ελάχιστη ηλικία κύησης, που επιτρέπει σε ένα έμβρυο που θα γεννηθεί να είναι βιώσιμο. (Σημειώνεται ότι η διάπλαση της καρδιάς ολοκληρώνεται την 23<sup>η</sup> εβδομάδα) (Βικιπαίδεια, 2012). Με τον παραπάνω ορισμό, φαίνεται να συμφωνεί και ο Δετοράκης (1986), σύμφωνα με τον οποίο, η έκτρωση ορίζεται ως η αφαίρεση ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας στα οποία είναι προσκολλημένο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1997), ο όρος «έκτρωση» αναφέρεται στον τερματισμό της εγκυμοσύνης από οποιαδήποτε αιτία, πριν το έμβρυο να είναι σε θέση να ζήσει έξω από τη μήτρα. Ο όρος «αυτόματη έκτρωση ή αποβολή» αναφέρεται στην απώλεια ενός εμβρύου λόγω τραυμάτων από ατύχημα ή φυσικά αίτια, ενώ η «προκλητή έκτρωση» αναφέρεται στην εσκεμμένη διακοπή της κύησης για θεραπευτικούς λόγους ή από επιλογή (μέσω μιας σκόπιμης παρέμβασης που προορίζεται για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης).

Η έκτρωση μπορεί, είτε να πραγματοποιηθεί σε ένα ασφαλές ιατρικό περιβάλλον σύμφωνα με τις νομικές και πολιτικές κατευθυντήριες γραμμές για την υγεία είτε μπορεί να συμβεί έξω από το ιατρικό σύστημα. Η έκτρωση μπορεί να είναι μη ασφαλή, ανάλογα με τις προϋπάρχουσες συνθήκες, δηλαδή αν έλαβε μέρος σε ασφαλές ιατρικό περιβάλλον. Τόσο η αποβολή όσο και η έκτρωση μπορεί να είναι μη ασφαλείς, ανάλογα με τα μεταγενέστερα γεγονότα και την φροντίδα που λαμβάνει η γυναίκα (Π.Ο.Υ., 1997).

Η έκτρωση δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, όπως πολλοί πιστεύουν, καθώς δεν αποτρέπει την γονιμοποίηση, αλλά διακόπτεται μια ήδη εγκατεστημένη και αναπτυσσόμενη εγκυμοσύνη (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

## 1.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις

Η έκτρωση σαν κοινωνικό φαινόμενο προβληματίζει έντονα σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπάρχουν χώρες που έχουν καλές πρακτικές αναφορικά με τις εκτρώσεις και χώρες, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά, όπως για παράδειγμα είναι η Ελλάδα. Τα ποσοστά των εκτρώσεων εκτός ότι διαφέρουν μεταξύ των χωρών διαφέρουν και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αναπαραγωγικής ηλικίας.

### 1.2.1. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, κάθε 11 δευτερόλεπτα πραγματοποιείται μία έκτρωση στην Ευρώπη, προκαλώντας έτσι τον θάνατο 2.725.820 εμβρύων σε ετήσια βάση.

Το 2003 το ποσοστό των αμβλώσεων μειώθηκε σε 29 εκτρώσεις ανά 1.000 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (15 – 44 ετών) από 35 που ήταν το 1995. Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο, το 49% των εκτρώσεων που πραγματοποιήθηκαν το 2008 ήταν μη ασφαλής, σε αντίθεση με το 1995 που το ποσοστό ήταν 44% (Sedgh et. al., 2007). Τα ίδια ποσοστά αναφέρονται και στο άρθρο «Induced abortion: estimated rates and trends worldwide from 1995 to 2008» (Sedgh et. al., 2012).

Σχεδόν 65.000 εκτρώσεις πραγματοποιούνται κάθε χρόνο στη Γουατεμάλα. Οι εκτρώσεις συμβαίνουν σε ποσοστό 24 ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15 – 49 ετών, και υπάρχει μία έκτρωση για κάθε έξι γεννήσεις (Singh, Prada, Kestler, 2006).

Υπολογίζεται, ότι πραγματοποιήθηκαν 342.433 εκτρώσεις στην Νότια Κορέα (29,8 εκτρώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15 – 44), κατά το έτος 2005. Βρέθηκε ότι το ποσοστό εκτρώσεων ήταν υψηλότερο στις ελεύθερες γυναίκες (31,6 ανά 1.000 γυναίκες) σε σύγκριση με τις παντρεμένες (28,6 ανά 1.000 γυναίκες) (Ahn et. al., 2012).

Στο Ιράν, το ποσοστό των εκτρώσεων ήταν αυξημένο μεταξύ των γυναικών που εργάζονταν ή είχαν υψηλά επίπεδα εισοδήματος ή εκπαίδευσης, καθώς και μεταξύ εκείνων που ανέφεραν χαμηλό επίπεδο της θρησκευτικότητας, είχαν δύο παιδιά ή δεν ήθελαν περισσότερα (Erfani, 2011).

Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε 146 γυναίκες στην Κουρακάο, το 40% των ερωτηθέντων είχαν ιστορικό εκτρώσεων. Λαμβάνοντας υπόψη, το υψηλό επίπεδο

των εκτρώσεων μεταξύ των ερωτηθέντων, οι στάσεις απέναντι στις εκτρώσεις έδωσαν ένα αποτέλεσμα με αντιθέσεις. Περίπου, όλοι οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η έκτρωση είναι μια επικίνδυνη διαδικασία (91%) και επιβλαβής για το σώμα (89%). Σε αντίθεση, με αυτά που πράττουν, οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την έκτρωση ως μέθοδο αντισύλληψης (van de Brink, Boersma, Meyboom – de Jong, de Bruijn, 2011).

### 1.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε ελληνικό επίπεδο

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

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

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

### 1.2.3. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις στους νέους

Τα ποσοστά των εκτρώσεων διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις και στα ποσοστά των εκτρώσεων μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αναπαραγωγικής ηλικίας, όπως για παράδειγμα στις υποομάδες 15 – 25, 26 – 35, 36 – 45 ετών.

#### 1.2.3.1. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις των νέων παγκοσμίως

Οι έφηβοι (15 – 19 ετών), είναι υπεύθυνοι για ένα δυσανάλογο μερίδιο των εκτρώσεων σε σχέση με τον πληθυσμό τους σε 11 χώρες. Στην Κούβα και στη Σκωτία, οι έφηβοι είναι μέχρι 15% του πληθυσμού κάθε χώρας των γυναικών ηλικίας 15 – 44 αλλά αντιπροσώπευαν το 29% και το 24% του συνόλου των εκτρώσεων, αντίστοιχα (Sedgh, Bankole, Singh, Eilers, 2012).

Το ποσοστό των εκτρώσεων από τις έφηβες γυναίκες δεν αλλάζει σημαντικά μεταξύ του 1996 και του 2009 στις περισσότερες από τις 30 χώρες με τα στοιχεία και για τις δύο χρονικές περιόδους. Οι μεγαλύτερες εξαιρέσεις ήταν η Ισλανδία, όπου το ποσοστό αυτό μειώθηκε σχεδόν κατά το ήμισυ και στο Κιργιστάν και στη Ρουμανία όπου το ποσοστό υπερδιπλασιάστηκε. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε από ένα μικρότερο, αλλά ακόμα αξιοσημείωτο βαθμό (11 – 36%) σε πολλές χώρες της βόρειας Ευρώπης (όπως η Δανία, η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Σκωτία και Σουηδία) καθώς και στην Κροατία (Sedgh, Bankole, Singh, Eilers, 2012).

Υπολογίζεται στις Η.Π.Α., ότι το 7% του συνόλου των γυναικών, που προχωρούν σε έκτρωση, είναι μεταξύ των ηλικιών 15 – 19 (Jones, Finer, Singh, 2010).

Σε ετήσια βάση, περίπου 750.000 γυναίκες στις Η.Π.Α. ηλικίας 15 – 19 μένουν έγκυος. Τα 2/3 του συνόλου των εφηβικών κυήσεων συμβαίνουν μεταξύ των έφηβων ηλικίας 18 – 19. Το 2008, το 59% των κυήσεων στις ηλικίες 15 – 19 κατέληξαν σε γέννηση, το 26% σε έκτρωση και το υπόλοιπο 15% σε αποβολή. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι περίπου 192.000 γυναίκες 15 – 19 ετών είχαν προχωρήσει σε έκτρωση (Kost, Henshaw, 2012).

Παρατηρείται, ότι η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την έκτρωση είναι περιορισμένη στις ιατρικές σχολές των Η.Π.Α. (Espey, Ogburn, Chavez, Qualls,



Leyba, 2005). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πακιστάν, βρέθηκε ότι οι φοιτητές της ιατρικής σχολής ήταν περισσότερο γνώστες στο θέμα των εκτρώσεων συγκριτικά με τους φοιτητές μη ιατρικών σχολών (Kumar et. al., 2002).

#### 1.2.3.2. Εμπειρικά δεδομένα για τις εκτρώσεις των νέων στην Ελλάδα

Σε έρευνα των Salakos et. al. (2010), που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε δείγμα 1.320 γυναικών ηλικίας 16 – 22 βρέθηκε ότι 435 γυναίκες, είτε είχαν ήδη τεκνοποιήσει είτε όχι, είχαν προχωρήσει σε τουλάχιστον μια έκτρωση στο παρελθόν. Από αυτές τις 435 γυναίκες, οι 72 δήλωσαν ότι έχουν πραγματοποιήσει δυο εκτρώσεις, ενώ οι 25 είχαν προχωρήσει σε παραπάνω από δυο. Οι 216 γυναίκες απάντησαν ότι είχαν μόνο μια εγκυμοσύνη, η οποία κατέληξε σε διακοπή της κύησης. Οι υπόλοιπες 122 ανέφεραν ότι είχαν κάνει μια έκτρωση πριν ή μετά τη γέννηση ή την αποβολή.

### 1.3. Λόγοι που οδηγούν στην έκτρωση

Οι λόγοι που οδηγούν μια γυναίκα στη λήψη της απόφασης για έκτρωση ποικίλουν. Η απόφαση για έκτρωση επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε κοινωνίας αλλά και από τις συνθήκες που βιώνει η γυναίκα. Συνήθως, υπάρχουν περισσότεροι από ένας παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την τελική απόφαση.

Μια από τις πιο συχνές αιτίες διακοπής της εγκυμοσύνης, είναι η αναβολή της τεκνοποίησης σε μια πιο κατάλληλη στιγμή. Πολλές γυναίκες μπορούν να προχωρήσουν σε έκτρωση είτε λόγω του νεαρού της ηλικίας είτε για την μη εγκατάλειψη των σπουδών τους (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, Moore, 2005).

Συχνά, οι γυναίκες, οι οποίες έχουν αποκτήσει ήδη αρκετά παιδιά και έχουν στη διάθεση τους λίγο χρόνο και περιορισμένους οικονομικούς πόρους (π.χ. άνεργοι), τότε είναι πολύ πιθανό να προχωρήσουν σε διακοπή της εγκυμοσύνης, καθώς προτιμούν να διαθέσουν τους πόρους στα υπάρχοντα παιδιά (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, Moore, 2005, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006, Erfani, 2011). Ωστόσο, βρέθηκε σε έρευνα, ότι το 68,6% των γυναικών δεν θα υποβάλλεται σε έκτρωση σε περιπτώσεις οικονομικής στήριξης από το κράτος (Dimoula et.al., 2007).

Πολλές φορές, το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» και η απουσία προστασίας της μητρότητας, οδηγούν μια γυναίκα στην έκτρωση. Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Dimoula et.al., (2007), όπου το 60,7% όσων είχαν κάνει έκτρωση, ανέφεραν ως λόγο το γεγονός ότι δεν ήταν παντρεμένοι.

Ο εξαναγκασμός από τρίτους, αποτελεί ένα συνηθισμένο λόγο για τον τερματισμό μιας εγκυμοσύνης. Επομένως, το κοντινό τους περιβάλλον (π.χ. οι γονείς τους, ο σύζυγος ή ο σύντροφος τους) μπορεί να τις πιέσει προς αυτή την κατεύθυνση (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006). Πολλές γυναίκες αναγκάζονται να παραβιάσουν τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τη συνείδησή τους. Η «απόφαση» να προχωρήσουν σε μια έκτρωση γίνεται συχνά με βάση τις απαιτήσεις ή τις απειλές των άλλων, ακόμα και όταν παραβιάζει τις ηθικές πεποιθήσεις της γυναίκας και την επιθυμία της, να κρατήσει το μωρό (Reardon, 2004). Μια μελέτη για τις γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε έκτρωση, διαπίστωσε ότι το 64% των Αμερικανίδων αισθάνθηκε πίεση για να προχωρήσει σε έκτρωση (Rue, Coleman, Rue, Reardon, 2004).

Επιπλέον, η έλλειψη υποστήριξης από τον πατέρα προς την μητέρα σε θέματα φροντίδας των παιδιών τους αλλά και τα γενικότερα προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν σαν ζευγάρι μπορούν να οδηγήσουν τις γυναίκες στην έκτρωση (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, Moore, 2005).

Οι γυναίκες, εκείνες που συνειδητά ή ασυνείδητα μένουν έγκυες για να ελέγξουν την γονιμότητα τους, είναι πολύ πιθανόν στη συνέχεια, να επιλέξουν την έκτρωση. Στην πραγματικότητα, δεν είναι διατεθειμένες να αποκτήσουν παιδί (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Επίσης, όταν η σύλληψη είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας, τότε συχνά οι γυναίκες δεν είναι πρόθυμες να μεγαλώσουν αυτό το παιδί και επομένως καταλήγουν στην έκτρωση (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, Moore, 2005).

Υπάρχουν κάποιες γυναίκες, που λόγω κάποιας σωματικής ή ψυχικής νόσου παραπέμπονται για έκτρωση από τους ειδικούς που τους παρακολουθούν (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006). Σε μια έρευνα στο Ιράν, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που προχώρησαν σε έκτρωση ήταν για λόγους υγείας (κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου) (Erfani, 2011).

Τέλος, μερικές εκτρώσεις υλοποιούνται ως αποτέλεσμα των κοινωνικών πιέσεων. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την προτίμησή τους, για τα παιδιά συγκεκριμένου φύλου, η απόρριψη της έννοιας ή της διαδικασίας της μητρότητας, ο στιγματισμός των ατόμων με αναπηρία, η ανεπαρκής οικονομική στήριξη των οικογενειών, η έλλειψη πρόσβασης σε μεθόδους αντισύλληψης ή απόρριψη αυτών των μεθόδων, ή οι προσπάθειες για τον έλεγχο του πληθυσμού (όπως η Κίνα με την πολιτική του ενός παιδιού για τον έλεγχο του πληθυσμού της) (Restivo, 2005). Αυτοί, οι παράγοντες μπορεί μερικές φορές να οδηγήσουν σε υποχρεωτική έκτρωση ή σε φυλετική επιλεκτική έκτρωση (Myers, Seif, 2010).

Συμπερασματικά, η έκτρωση φαίνεται να αποτελεί μια επιφανειακή «λύση», στην οποία οδηγούνται μερικές γυναίκες εξαιτίας των οικονομικών δυσχερειών, των κοινωνικών πιέσεων και της αναβολής της τεκνοποίησης σε μια πιο κατάλληλη χρονική στιγμή (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

#### 1.4. Ιατρικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης

Η έκτρωση εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία της γυναίκας, οι οποίοι γίνονται πιο σύνθετοι όταν ο αριθμός των εκτρώσεων αυξάνεται αλλά και όταν γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης (Μαυροφόρου, 2004).

Η χειρουργική έκτρωση είναι μία από τις πιο κοινές διαδικασίες, που εκτελείται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και όταν εκτελείται από ένα έμπειρο άτομο, αποτελεί μια από τις ασφαλέστερες χειρουργικές επεμβάσεις (Diedrich, Steinauer, 2009). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές από τις επιπλοκές μπορεί να οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στην υλοποίηση μιας μη ασφαλούς έκτρωσης. Ο Π.Ο.Υ. (1992), ορίζει τις μη ασφαλείς εκτρώσεις ως «την διαδικασία για τον τερματισμό μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία πραγματοποιείται είτε από άτομα που δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ή σε ένα περιβάλλον το οποίο δεν πληροί τα ελάχιστα ιατρικά πρότυπα, ή και τα δύο».

Αν και ο κίνδυνος των επιπλοκών μετά από μια ασφαλή έκτρωση είναι μικρός, αυξάνεται εκθετικά με την ηλικία κύησης. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο νοσηρότητας μπορεί να είναι είτε δημογραφικοί, όπως η αύξηση της ηλικίας του ασθενούς είτε ιατρικοί, όπως η προηγούμενη καισαρική τομή (Diedrich, Steinauer, 2009).

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μια έκτρωση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης των διαφόρων νόσων είτε αμέσως μετά την επέμβαση είτε σε επόμενη κύηση. Μετά την επέμβαση, οι πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν είναι: αποτυχία της έκτρωσης, ατελής έκτρωση, δηλαδή μη εφικτή η συνέχιση της κύησης αλλά έχουν παραμείνει στην μήτρα μερικά προϊόντα της σύλληψης, λοίμωξη, διάτρηση της μήτρας, γεγονός που συνήθως περνάει απαρατήρητο και επιλύεται χωρίς παρέμβαση, ρήξη της μήτρας, σπάνια επιπλοκή συνδεδεμένη με μεταγενέστερες ηλικίες κύησης, αιμορραγία. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό μητρικής θνησιμότητας οφείλεται στις μη ασφαλείς εκτρώσεις ενώ στις νόμιμες και ασφαλείς εκτρώσεις, αναφέρονται λιγότεροι από ένας θάνατους ανά 100.000 νόμιμες λόγω επιπλοκών (Strauss et. al, 2006) (Π.Ο.Υ., 2012).

Οι πιο συχνές νόσοι που εμφανίζονται σε επόμενη κύηση είναι η εξωμήτριος κύηση όπου αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος εμφάνισης της για παραπάνω από μια

προηγούμενες εκτρώσεις (Traroux – Deneux, Bouver, Job – Spira, Coste, Spira, 1998, Bouver et. al, (2003). Επίσης, προκαλούνται πρόωροι τοκετοί όπου αυξάνονται σημαντικά με την μείωση της ηλικίας της κύησης και την αύξηση του αριθμού των προηγούμενων εκτρώσεων και τέλος, προδρομικός πλακούντας (Hung et. al., 2007, Calhoun, Shadigian, Rooney, 2007, Hardy, Benjamin, Abenhaim, 2013, Brown, Adera, Masho, 2008).

### 1.5. Ψυχολογικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης

Η έκτρωση είναι μια επέμβαση, που επηρεάζει γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Ασφαλώς, το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται ψυχολογικά είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα, της οποίας λαμβάνει χώρα η έκτρωση όμως, αντίστοιχα επηρεάζεται και ο πατέρας εφόσον έχει γνώση της έκτρωσης. Πολλές, γυναίκες έχοντας γνωρίσει την αρνητική θέση των συντρόφων τους προς την κύηση, τους ενημερώνουν όταν ήδη βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης ή αφότου έχουν προχωρήσει στον τερματισμό της εγκυμοσύνης.

Με την έκτρωση, επέρχεται διατάραξη της συζυγικής αρμονίας και της οικογενειακής γαλήνης, γιατί η γυναίκα είναι ψυχικά τραυματισμένη (ίσως και οι δύο) και γιατί το πραγματικό γεγονός της απουσίας ενός μέλους δεν μπορεί να ξεχαστεί εύκολα. Συγκεκριμένες ψυχολογικές έρευνες, απέδειξαν ότι ένα παιδί, ανεπιθύμητο κατά την σύλληψη, δεν είναι ανεπιθύμητο μετά τον τοκετό. Επομένως, η απόφαση της μητέρας για διακοπή της κύησης, εξαιτίας του ανεπιθύμητου δεν είναι ασφαλής (Δορκοφίκη, 1985).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD) είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που δημιουργείται από μια τραυματική εμπειρία, η οποία υπερισχύει όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός ανθρώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Όταν, το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, τότε ορίζεται ως Μετεκτρωτικό Σύνδρομο (PAS) (Needle, Walker, 2008).

### 1.5.1. Ψυχολογικές επιπτώσεις στην γυναίκα

Αναρίθμητες, είναι οι έρευνες που επιβεβαιώνουν την ισχυρή σύνδεση μεταξύ της έκτρωσης και με ένα ευρύ φάσμα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, οι οποίες εκδηλώνονται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Mota, Burnett, Sareen, 2010, Coleman, Coyle, Shuping, Rue, 2008).

Παρόλα αυτά, ο βαθμός εμφάνισης των ψυχολογικών αντιδράσεων μετά την έκτρωση, εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες άρχισε και εξελίσσεται η εγκυμοσύνη, τους λόγους για τους οποίους δε χρησιμοποιήθηκε κάποια μέθοδος αντισύλληψης. Συνήθως, τα άτομα που είναι εξαρτημένα και έχουν χαμηλούς ρυθμούς προσαρμοστικότητας και με αυστηρές ηθικές αντιλήψεις, παρουσιάζουν μεγαλύτερα προβλήματα (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Πάνω από το 85% των γυναικών που προχώρησαν σε έκτρωση ανέφεραν τουλάχιστον μία αρνητική αντίδραση στην έκτρωση (Fergusson, Horwood, Boden 2009). Αντίθετα, στην έρευνα των Fergusson, Horwood, Boden (2008), διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε κανένα αποδεδειγμένο όφελος της έκτρωσης στην ψυχική υγεία των γυναικών.

Ωστόσο, ο αριθμός των γυναικών που υποφέρουν από τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις θα μπορούσε να μειωθεί σημαντικά, αν κλινικές που γίνονται οι εκτρώσεις, είχαν ενημερώσει τις γυναίκες για τους εν λόγω παράγοντες κινδύνου (Reardon, 2004). Στην έρευνα των Coleman, Reardon, Lee, (2006), βρέθηκε ότι πολλές γυναίκες πριν προχωρήσουν στην έκτρωση, εξετάζουν όλες τις πληροφορίες σχετικά με τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις να είναι σχετικές με τις αποφάσεις τους.

#### 1.5.1.1. Διαταραχές ύπνου

Μετά από μια έκτρωση, οι γυναίκες είναι πολύ πιθανόν να αντιμετωπίσουν διαταραχές ύπνου. Οι γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε τερματισμό της εγκυμοσύνης ήταν πιο πιθανό να υποβάλλονται σε θεραπεία για διαταραχές του ύπνου, σε σύγκριση με της γυναίκες που γέννησαν, σύμφωνα με μια μελέτη 57.000 γυναικών χωρίς γνωστό ιστορικό διαταραχών του ύπνου. Παρουσιάζουν σχεδόν

διπλάσιες πιθανότητες να υποβληθούν σε θεραπεία για διαταραχές του ύπνου κατά τις πρώτες 180 ημέρες μετά τη διακοπή της κύησης συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν (Reardon, Coleman, 2006).

#### 1.5.1.2. Κατάχρηση διαφόρων ουσιών

Ο κίνδυνος χρήσης καπνού, αλκοόλ, μαριχουάνας και άλλων παράνομων ναρκωτικών είναι πολύ πιθανός, κατά τη διάρκεια μιας επερχόμενης εγκυμοσύνης, για τις γυναίκες που έχουν μια έκτρωση στο ιστορικό τους συγκριτικά με εκείνες που γέννησαν, εξαιρουμένων των γυναικών με ιστορικό κατάχρησης ουσιών (Reardon, Ney, 2000, Coleman, Reardon, Cougle, 2005, Coleman, Maxey, Spence, Nixon, 2009). Ακόμα, η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Ζηλανδία, επιβεβαίωσε τα παραπάνω ευρήματα και μετά τον έλεγχο για προϋπάρχουσες συνθήκες (Fergusson, Horwood, Ridder, 2006).

#### 1.5.1.3. Κατάθλιψη

Υπάρχουν αναρίθμητες μελέτες, στις οποίες έχει βρεθεί σχέση εμφάνισης κατάθλιψης σε μια γυναίκα μετά από τον τερματισμό μιας εγκυμοσύνης (Fergusson, Horwood, Boden, 2008).

Οι γυναίκες, εκείνες, που προχώρησαν σε έκτρωση ήταν πιο πιθανό να κινδυνεύουν από μακροπρόθεσμη κλινική κατάθλιψη ανάλογα την ηλικία, τη φυλή, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, το ιστορικό διαζυγίου, το εισόδημα και την προηγούμενη ψυχιατρική κατάσταση (Cougle, Reardon, Coleman, 2003).

Σε μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Ζηλανδία, βρέθηκε ότι περίπου το 42% των γυναικών με ιστορικό έκτρωσης είχαν υποστεί σοβαρή κατάθλιψη τα τελευταία τέσσερα έτη (σχεδόν διπλάσιο από το ποσοστό των γυναικών που δεν ήταν έγκυες και 35% υψηλότερες από εκείνες που γεννούν) (Fergusson, Horwood, Ridder, 2006).

#### 1.5.1.4. Απόπειρα αυτοκτονίας

Πολλές έρευνες έχουν επισημάνει τη σχέση της έκτρωσης με την απόπειρα αυτοκτονίας. Μια εθνική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην Φιλανδία, έδειξε ότι οι γυναίκες που προχωρούν σε μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να



αυτοκτονήσουν κατά το επόμενο έτος, σε σχέση με εκείνες τις γυναίκες που γεννούν (Gissler, Berg, Bouvier – Colle, Buekens, 2005). Επιπλέον, μια άλλη μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε περισσότερες από 173.000 Αμερικανίδες που είχαν δεχθεί έκτρωση, διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια οκτώ ετών μετά την διακοπή της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες που προχώρησαν σε έκτρωση είχαν υψηλότερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν από ότι οι γυναίκες που γέννησαν (Reardon, Ney et. al, 2002).

#### 1.5.1.5. Αγχώδεις διαταραχές

Συχνή, αιτία διάγνωσης για τις αγχώδεις διαταραχές αποτελεί η έκτρωση. Οι ερευνητές Cogle, Reardon, Coleman (2005), σύγκριναν τις γυναίκες που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό άγχους και είχαν βιώσει μια πρώτη ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Από αυτές, οι γυναίκες που προχώρησαν σε έκτρωση είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν στη συνέχεια, όλα τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διάγνωση για γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν.

Σε μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Ζηλανδία, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε έκτρωση παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής, ακόμα και μετά τον έλεγχο για προϋπάρχουσες συνθήκες (Fergusson, Horwood, Ridder, 2006).

#### 1.5.1.6. Επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις

Η έκτρωση θέτει τη γυναίκα σε υψηλότερο κίνδυνο για να προχωρήσει σε ακόμα μια έκτρωση σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό έκτρωσης. Μεταξύ των γυναικών που έχουν κάνει εκτρώσεις στις Η.Π.Α., περίπου το ήμισυ είχαν ήδη μια προηγούμενη (Jones, Singh, Finer, Frohworth, 2006). Αυτό, μπορεί να ερμηνευτεί ως μια μορφή αυτοτιμωρίας (Reardon, 2004). Οι πολλαπλές εκτρώσεις βρέθηκε να σχετίζονται με υψηλά ποσοστά της εμφάνισης του PTSD και του κοινωνικού άγχους. Αυτή η σχέση, εξηγείται σε μεγάλο βαθμό με τα προβλήματα ψυχικής υγείας που υπήρχαν πριν την εγκυμοσύνη και τη σχέση τους με τα υψηλότερα ποσοστά βίας (Steinberg, Russo, 2008).

#### 1.5.1.7. Επιπτώσεις μητρικών δεσμών

Σε πολλές έρευνες έχει επιβεβαιωθεί η σύνδεση της έκτρωσης με την μείωση των μητρικών δεσμών. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι γυναίκες με

ιστορικό έκτρωσης, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κακοποιήσουν σωματικά τα παιδιά τους, σε σχέση με εκείνες τις γυναίκες που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό εκτρώσεων (Coleman, Maxey, Rue, Coule, 2005). Η κακοποίηση των παιδιών συνδέεται με το άλυτο τραύμα δηλαδή, την έκτρωση. Επομένως, η έκτρωση φαίνεται να συνδέεται με την αύξηση της βίαιης συμπεριφοράς, και τη μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται αργότερα. Αυτοί οι παράγοντες, είναι στενά συνδεδεμένοι με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ του άλυτου μετεκτροτικού τραύματος και την επακόλουθη κακοποίηση των παιδιών (Reardon, 2002).

#### 1.5.1.8. Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο της ενδοοικογενειακής βίας και προβλήματα στις σχέσεις. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό εκτρώσεων, εκείνες που έκαναν έκτρωση με τον παρόν σύντροφό τους, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ενδοοικογενειακή βία, διαφωνίες σχετικά με τα παιδιά και την αίσθηση, ότι η ζωή τους θα ήταν καλύτερη αν η σχέση τελείωνε. Οι γυναίκες που έκαναν έκτρωση με τον παρόν σύντροφό τους, ανέφεραν περισσότερες διαφωνίες για τα χρήματα και τους συγγενείς, και εμφάνισαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία μετά την έκτρωση (Coleman, Rue, Coyle, 2009).

#### 1.5.1.9. Συμπεριφορικά προβλήματα

Πολλές γυναίκες που έχουν προχωρήσει σε τερματισμό μιας εγκυμοσύνης είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς προς τους άλλους.

Οι γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει μια έκτρωση είναι πολύ πιθανόν να νιώθουν μειονεκτικά απέναντι σε γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία (15 – 44 ετών), και κυρίως σε εκείνες που είναι έγκυες (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, 2011).

Πέρα από τα παραπάνω, είναι πολύ συχνό να παρουσιάζουν αισθήματα επιθετικότητας στους άνδρες ως ασυνείδητη αντίδραση στον «πρωταίτιο» του προβλήματος (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, 2011).

### 1.5.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις στο σύντροφο/σύζυγο της εγκύου

Μπορεί, οι έρευνες σχετικά με τις εκτρώσεις να έχουν επικεντρωθεί στις γυναίκες αλλά δεδομένου ότι οι άνδρες εμπλέκονται στη σύλληψη και τον τετατισμό, μπορούν, επίσης, να επηρεαστούν από την έκτρωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο άνδρας δεν μαθαίνει ούτε για την εγκυμοσύνη ούτε και για την έκτρωση. Ωστόσο, όταν τα πληροφορηθεί, η απόφαση του, συχνά, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Αξίζει να αναφερθεί, ότι οι αντιδράσεις του, εξαρτώνται από την προσωπικότητα του, τις ηθικές και τις θρησκευτικές αξίες που έχει, τον βαθμό που αποδέχεται την συνυπευθυνότητα του, τα συναισθήματα του προς τη σύντροφο/σύζυγο του. Η ωριμότητα και η ψυχική υγεία του άνδρα επηρεάζουν και την υποστηρικτική του στάση προς τη γυναίκα που αποφασίζει την έκτρωση (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Οι εμπειρικές εκθέσεις σχετικά με την ψυχολογική επίδραση των εκτρώσεων για τους άνδρες έχουν αξιολογηθεί. Κοινά ευρήματα υποδεικνύουν αμφίθυμες αντιδράσεις συμπεριλαμβανομένης, της ανακούφισης, της θλίψης και της λύπης, την επιθυμία από την πλευρά των ανδρών για την στήριξη των συντρόφων, και την ανάγκη για προγράμματα συμβουλευτικής για τους συντρόφους των γυναικών που υποβάλλονται σε έκτρωση (Coyle, 2007). Σε μια μελέτη των Kero και Lalos (2004), περίπου το ήμισυ των ανδρών που ερωτήθηκαν ανέφεραν, ότι ένα χρόνο μετά την έκτρωση, είχαν ακόμα συχνές σκέψεις σε μηνιαία βάση για αυτό το γεγονός.

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο της ενδοοικογενειακής βίας και προβλήματα στις σχέσεις τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό εκτρώσεων, οι άνδρες που οι σύντροφοι τους έκαναν έκτρωση ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ενδοοικογενειακή βία, διαφωνίες σχετικά με τα παιδιά και την αίσθηση, ότι η ζωή τους θα ήταν καλύτερη αν η σχέση τελείωνε. Επιπλέον, ανέφεραν περισσότερα προβλήματα σχετικά με τη ζήλια και με τη χρήση ναρκωτικών μετά την έκτρωση με την τωρινή ή την προηγούμενη σύντροφό τους (Coleman, Rue, Coyle, 2009).

Ενδοψυχικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν για τους άνδρες σημαντικό ρόλο στην εμπειρία τους από την έκτρωση, ανεξάρτητα από το πολιτιστικό τους πλαίσιο και τις αντισυλληπτικές πρακτικές. Τα 2/3 των ανδρών, που συμμετείχαν στην έρευνα διαφωνούσε με την απόφαση της συντρόφου τους να υποβληθούν σε

έκτρωση και μπορεί να πιστεύουν ότι είναι αδύνατο για αυτούς να γίνουν εν δυνάμει πατέρες. Αυτή, η αδυναμία, σύμφωνα με τους άνδρες, συνδέεται με την στάση των γυναικών, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζεται με τη δική τους δυσκολία στην ταύτιση με τη γονική εικόνα και τις κοινωνικο – επαγγελματικές ανησυχίες τους (Naziri, 2007).

Σύμφωνα με τους ψυχολόγους, πολλοί σύντροφοι αποφεύγουν να αναμειχθούν στην απόφαση της γυναίκας για την υλοποίηση μιας έκτρωσης καθώς νομικά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση (Williams, 2000).

Συμπερασματικά, οι επιπτώσεις των εκτρώσεων, τόσο στην σωματική και στην ψυχική υγεία της εγκύου γυναίκας, αλλά και στους συζύγους/συντρόφους των γυναικών πρέπει να αντιμετωπίζονται με κριτική διάθεση προκειμένου να υπάρχει μια αντικειμενική εικόνα του προβλήματος που απασχολεί έντονα σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και ιδιαίτερα την ελληνική κοινωνία.

### 1.6. Κοινωνικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης

Οι εκτρώσεις αποτελούν κοινωνικό φαινόμενο της σύγχρονης εποχής. Η ελληνική κοινωνία έχει υψηλά ποσοστά εκτρώσεων και υφίσταται σοβαρές επιπτώσεις από την διαδεδομένη αυτή πρακτική.

Αρχικά, συμβάλουν στη μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας αλλά και στην γήρανσή του, με συνέπειες τόσο στη μείωση της συμβολής στον ασφαλιστικό τομέα όσο και στον τομέα της άμυνας της χώρας. Η ελληνική κοινωνία με την έξαρση των εκτρώσεων στερείται νέους πολίτες. Ανεπίσημες στατιστικές υπολογίζουν ότι ο ετήσιος αριθμός των εκτρώσεων είναι δύο φορές μεγαλύτερος από τον ετήσιο αριθμό των γεννήσεων (Dimoula et. al. 2007). Επιπλέον, οι εκτρώσεις φαίνεται να αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αιτίες της παρατηρούμενης υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Υπολογίζεται, ότι στην ελληνική κοινωνία, περίπου 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Παρατηρείται, η καλλιέργεια κλίματος «κοινωνικής πάρωσης» και μιας γενικής αδιαφορίας για τη στάση κοινωνίας, απέναντι στο αγαθό της ζωής. Αυτό το γεγονός με τη σειρά του, μπορεί να οδηγήσει και σε μια γενικευμένη παραβατικότητα ως κανόνα ζωής. Επιπλέον, παρατηρείται η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τη ζωή, κυρίως του πιο αδύναμου ανθρώπου, δηλαδή του εμβρύου (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, 2014).

Η έκτρωση, ως κοινωνικό φαινόμενο, φαίνεται να συμβάλει στην αλλοίωση των παραδοσιακών ελληνικών αξιών και του κοινοτισμού. Με αυτό τον τρόπο γίνεται στροφή σε μια εγωκεντρική θεώρηση της ζωής όπως για παράδειγμα «εγώ είμαι το κέντρο του κόσμου, κάνω ό,τι θέλω και αυτό δεν σας αφορά». Επιπλέον, συμβάλει σημαντικά στην καλλιέργεια της συλλογικής μαλθακότητας αντί της ανταγωνιστικότητας (Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, 2014).

Ο πληθυσμός της ελληνικής κοινωνίας στερείται σημαντικούς οικονομικούς πόρους, που αντί να διατίθενται για εκτρώσεις, θα μπορούσαν να προσφερθούν για την στήριξη προγραμμάτων στήριξης του θεσμού της οικογένειας γενικά, και της μητρότητας ειδικά. Επιπλέον, επιβαρύνεται το σύστημα υγείας καθώς όπως φαίνεται

οι γυναίκες που έχουν κάνει έκτρωση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσηλευτούν μετέπειτα για κάποια ψυχική διαταραχή μέσα στο διάστημα των έξι μηνών (Reardon et. al., 2003). Αυτό σημαίνει, ότι στη συνέχεια, απαιτούν πολύ περισσότερες θεραπείες για ψυχιατρική ασθένεια μέσω της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (Coleman, Rue, Reardon, Coughle, 2002).

### 1.7. Νομικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης

Οι εκτρώσεις είναι νόμιμες ή νόμιμες με περιορισμούς σε 65 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Οι περισσότερες από αυτές της χώρες βρίσκονται στην Ευρώπη, στην Πρώην Σοβιετική Ένωση και στην Βόρειο Αμερική. Για την Ελλάδα, η οποία έχει υψηλό δείκτη υπογεννητικότητας, το συγκεκριμένο θέμα παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον και του προσδίδει μεγαλύτερες διαστάσεις.

#### 1.7.1. Το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων στην Ελλάδα

Αρχικά, το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων στην Ελλάδα, πρέπει να επισημανθεί ότι ρυθμίζεται από το άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα, υπ' αριθμό 1609 της 03/07/1986 (τεύχος πρώτο, αριθμός φύλλου 86) έχοντας ως πλήρη τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της γυναίκας και άλλες διατάξεις», με βάση το οποίο συνιστά ποινικό αδίκημα (Εθνικό Τυπογραφείο, 2012).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι η πραγματοποίηση μιας έκτρωσης επιτρέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν δηλαδή απειλείται η ψυχική και σωματική υγεία της μέλλουσας μητέρας ή η υγεία του εμβρύου (Δετοράκης, 1986).

Αναλυτικότερα, ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει την τεχνητή διακοπή της κύησης (έκτρωση) μόνο με τη συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- i. Εάν αυτή πραγματοποιηθεί εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της εγκυμοσύνης σε κάθε περίπτωση.
- ii. Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης που υπάρχουν, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
- iii. Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

iv. Χωρίς χρονικό περιορισμό, αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θα πρέπει να υπάρχει σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού. Επίσης, σε αυτήν την κατηγορία εμπίπτει και η περίπτωση έκτρωσης εμβρύου με αποδεδειγμένα σοβαρές δυσλειτουργίες.

Αν η έγκυος είναι ανήλικη, τότε απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή του ατόμου που έχει την επιμέλεια της ανήλικης εγκύου.

Αν δε συντρέχουν οι παραπάνω, προϋποθέσεις, τότε η έγκυος που διακόπτει την εγκυμοσύνη ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση έως ενός έτους. Το άτομο, το οποίο με τη συναίνεση της εγκύου, προβαίνει στην διακοπή της εγκυμοσύνης ή παρέχει τα μέσα στην έγκυο για την διακοπής αυτής, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και σε περίπτωση που ενεργεί αυτές τις πράξεις κατά συνήθεια, με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών. Στην περίπτωση, δε, που από τις πράξεις του αυτές προκλήθηκε είτε βαριά σωματική είτε πνευματική βλάβη στην έγκυο, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών, και εάν προκληθεί ο θάνατος της εγκύου τότε τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δέκα ετών (Εθνικό Τυπογραφείο, 2012).



### 1.7.2. Ο ρόλος του συντρόφου/συζύγου

Στην αρχαία Ελλάδα, η αναφορά των δικαιωμάτων του άνδρα στην εγκυμοσύνη της συντρόφου ήταν σαφής. Η έγκυος, μόνο εάν είχε τη συναίνεση του εικαζόμενου ως πατέρα του εμβρύου, μπορούσε να προχωρήσει σε έκτρωση. Σε περίπτωση, που δεν υπήρχε συναίνεση του άνδρα, η έκτρωση θεωρούνταν έγκλημα. Το ζήτημα της έκτρωσης αφορούσε αποκλειστικά το δικαίωμα του πατέρα για απόκτηση απογόνων και όχι το δικαίωμα του εμβρύου για ζωή (Gloltz, 1931).

Σε αντίθεση με τους προγόνους μας, η σύγχρονη ελληνική νομοθεσία αναφέρεται αποκλειστικά στα δικαιώματα της γυναίκας που κυοφορεί. Στον νόμο 1609/86 περί αμβλώσεων, δεν γίνεται καμία αναφορά για τα δικαιώματα του συζύγου ή συντρόφου της εγκύου (Μανροφόρου, Κουμαντάκης, Michalodimitrakis, 2010). Μπορεί να αναρωτηθεί επομένως κάποιος, αν οι άντρες έχουν τα ίδια αναπαραγωγικά δικαιώματα με τις γυναίκες ή αν επιτρέπεται να γίνουν γονείς χωρίς τη θέλησή τους. Επομένως, η γυναίκα μπορεί να κάνει έκτρωση χωρίς να ενημερώσει κανένα ή να λάβει τη συναίνεση κανενός.

Οι συντάκτες του νομοθετήματος πιθανόν να μην αναφέρθηκαν στα δικαιώματα του συντρόφου ή συζύγου θεωρώντας ότι καλύπτεται από το άρθρο 4, παράγραφος 2 του Συντάγματος περί ισότητας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Μπορεί να υπέθεσαν, ότι το συγκεκριμένο άρθρο επιτρέπει στο ζευγάρι να αποφασίζει από κοινού για κάθε ζήτημα που αφορά την οικογένεια, επομένως και για την απόκτηση ή μη παιδιών, θεωρώντας έτσι ότι δεν χρειάζονταν να διατυπωθεί ανάλογη διάταξη (Μαυροφόρου, 2004).

Επίσης, σημαντικό είναι το θέμα της συναίνεσης του άντρα να μην περιορίζεται μόνο στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, κατά το οποίο η έκτρωση είναι νόμιμη. Σε περίπτωση ενδείξεων του προγεννητικού ελέγχου για σημαντικές ασθένειες, ανωμαλίες ή δυσλειτουργίες, να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του συντρόφου/συζύγου για τον τερματισμό ή την ολοκλήρωση της κύησης (Μαυροφόρου, 2004).

Το γεγονός, ότι η εγκυμοσύνη ολοκληρώνεται στον γυναικείο οργανισμό δεν σημαίνει ότι αφαιρείται από τον άνδρα το δικαίωμα να λάβει θέση ως προς τον τερματισμό ή τη συνέχιση της κύησης της συντρόφου του. Ένα παιδί αποτελεί κοινό

δημιούργημα τους και καθένας έχει δικαίωμα να αμύνεται υπέρ αυτού. Όταν σε μια σχέση υπάρχουν αισθήματα σεβασμού και κατανόησης μπορεί ένα ζευγάρι να καταλήξει στη συμφωνία για το χειρισμό της κύησης (Μαυροφόρου, 2004).

Ωστόσο, προκαλεί προβληματισμούς, το γεγονός, αν έχει κανείς το δικαίωμα να αναγκάσει μια γυναίκα να υποστεί την ταλαιπωρία μια κύησης, αν έχει κανείς το δικαίωμα να την εκθέσει στους όποιους κινδύνους συνεπάγεται αυτή, να βιώσει την επίπονη διαδικασία της γέννας και να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, το οποίο η ίδια δεν επιθυμεί (Μαυροφόρου, 2004).

### 1.7.3. Το νομικό πλαίσιο των εκτρώσεων διεθνώς και η αξιολόγηση του ρόλου του συντρόφου/συζύγου στην έκτρωση σε παγκόσμιο επίπεδο

Σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα σε κράτη με συντηρητικές ή βαθιά θρησκευόμενες απόψεις, η έκτρωση είναι απαγορευμένη για οποιονδήποτε λόγο. Ακόμη και στην Ευρώπη, υπάρχουν χώρες όπως η Ιρλανδία, η Μάλτα και η Πορτογαλία όπου οι εκτρώσεις θεωρούνται εγκληματική πράξη και απαγορεύονται διαπαντός ή υπόκεινται σε αυστηρούς περιορισμούς, με σκοπό την αποφυγή τους. Επομένως, η νομοθεσία σχετικά με τις εκτρώσεις διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Στις χώρες, στις οποίες ο νόμος για τις εκτρώσεις υπόκειται σε περιορισμούς έχει ως συνέπεια, πολλές γυναίκες να καταφεύγουν σε εκτρώσεις, συχνά κάτω από παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες ως απάντηση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Τέτοιες χώρες είναι για παράδειγμα η Γουατεμάλα, το Ιράν (Singh, Prada, Kestler, 2006, Erfani, 2011). Ωστόσο, παρόλο που η Ζάμπια είναι μια από της περιοχές της Σαχάριας Αφρικής με το λιγότερο περιοριστικό νόμο για τις εκτρώσεις, οι γυναίκες εξακολουθούν να επιλέγουν την μη ασφαλή έκτρωση. Βρέθηκε, ότι η ασφαλής έκτρωση είναι διαθέσιμη στην τριτοβάθμια περίθαλψη και είναι δύσκολο για τις γυναίκες να έχουν εύκολη πρόσβαση στις ασφαλείς υπηρεσίες. Ακόμα, άλλο ένα εμπόδιο που αναφέρεται είναι η έλλειψη γνώσης του νόμου της Ζάμπιας. Επομένως, πολλοί πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι παράνομη για κάθε περίπτωση και μη διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία και στις κλινικές (Geary, Gebreselassie, Awah, Pearson, 2012).

Υπάρχουν χώρες, οι οποίες αποδέχονται την έκτρωση μόνο όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας από την συνέχιση της εγκυμοσύνης, όπως είναι η Ιρλανδία και η Ανδόρα (Purpinck, Wenberg, 2010).

Ωστόσο, σε κάποιες χώρες, που παρόλο σύμφωνα με τη νομοθεσία τους απαγορεύονται οι εκτρώσεις για κάθε λόγο, δεν εφαρμόζεται αυστηρά όταν η ζωή της εγκύου βρίσκεται σε κίνδυνο. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η Μάλτα (Purpinck, Wenberg, 2010).

Η συναίνεση του άνδρα για να προχωρήσει σε έκτρωση μια έγκυος, δεν απαιτείται στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη όπως και στις Η.Π.Α. Παρατηρείται, ότι δίνεται προτεραιότητα στην απόφαση της γυναίκας. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια

κράτη που αποτελούν εξαίρεση και απαιτείται η συναίνεση του συντρόφου/συζύγου για την διακοπή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με την νομοθεσία τους. Αυτές οι χώρες είναι η Τουρκία από τα ευρωπαϊκά κράτη, η Πενσυλβάνια αλλά και η Φλόριντα από τα κράτη της Η.Π.Α. (No authors, 1994, Μαυροφόρου, 2004).

Στην Αγγλία, ο άντρας δεν μπορεί καν να ζητήσει προσωρινά μέτρα, προκειμένου να εμποδίσει την έγκυο να υποβληθεί σε νόμιμη έκτρωση, δίνεται αποκλειστική προτεραιότητα στην επιλογή της γυναίκας με την προϋπόθεση όμως ότι έχει αποκτήσει δύο ιατρικές γνωματεύσεις που βεβαιώνουν ότι πληροί τα κριτήρια αγγλικής νομοθεσίας για την πραγματοποίηση της έκτρωσης (Μαυροφόρου, 2004).

#### 1.7.4. Αξιολόγηση του νομικού πλαισίου και η επίδραση του στον έλεγχο των εκτρώσεων

Από την μελέτη των ερευνητικών δεδομένων προκύπτει, ότι οι νομικοί περιορισμοί για τις εκτρώσεις δεν μειώνουν την ανάγκη για έκτρωση ούτε έχουν οδηγήσει σε σημαντικές αυξήσεις των ποσοστών των γεννήσεων. Αντίθετα, οδήγησαν σε αύξηση των παράνομων και μη ασφαλών εκτρώσεων και την θνησιμότητα, η οποία σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, σε ασήμαντη καθαρή αύξηση του πληθυσμού (Π.Ο.Υ., 2012). Η πιθανότητα μιας γυναίκας να κάνει μια έκτρωση είναι περίπου το ίδιο αν ζει σε μια περιοχή όπου οι εκτρώσεις διατίθενται κατόπιν αιτήματος ή όταν είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Η αρχή έχει σκοπό να μετατοπιστούν οι προηγουμένως παράνομες, μη ασφαλείς διαδικασίες σε νόμιμες και ασφαλείς (Shah, Ahman, 2009).

Επομένως, σε περιοχές που η έκτρωση είναι νόμιμη, είναι γενικά ασφαλής και όπου απαγορεύεται βάση νόμου είναι τυπικά μη ασφαλής. Οι αναπτυσσόμενες χώρες, με φιλελεύθερους νόμους για τις εκτρώσεις σχετίζονται με λιγότερες αρνητικές συνέπειες για την υγεία από μη ασφαλείς εκτρώσεις σε σχέση με τους αυστηρούς νόμους (Jewkes, Rees, 2005, Suvedi et. al, 2009). Για παράδειγμα, στην Αφρική, ο δείκτης των εκτρώσεων είναι 29 για κάθε 1.000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και 32 ανά 1.000 γυναίκες στην Λατινική Αμερική, περιοχές στις οποίες η έκτρωση είναι παράνομη κατόπιν κάποιων συνθηκών στην πλειοψηφία των χωρών. Αντίθετα, στην Δυτική Ευρώπη που η έκτρωση επιτρέπεται, ο δείκτης είναι 12 ανά 1.000 γυναίκες (Sedgh et. al., 2012). Τέλος, στην Νότια Αφρική, ο νόμος «απελευθερώθηκε» το 1997, ο ετήσιος αριθμός των θανάτων από τις εκτρώσεις μειώθηκε κατά 91% μεταξύ του 1994 και 1998 – 2001 (Π.Ο.Υ., 2012, Jewkes, Rees, 2005).

Σε χώρες, που η έκτρωση είναι προσβάσιμη με λίγους περιορισμούς ή με φιλελεύθερες νομοθεσίες παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά εκτρώσεων. Η νομοθεσία της Βραζιλίας για τις εκτρώσεις είναι πολύ περιοριστική, ωστόσο έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το Υπουργείο Υγείας της Βραζιλίας υπολογίζει ότι το 31% όλων των κυήσεων που καταλήγουν σε έκτρωση, ως επί το πλείστον είναι παράνομη. Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά στον κόσμο παρουσιάζονται στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη, (όπου η έκτρωση είναι προσβάσιμη

με λίγους περιορισμούς). Στην Ολλανδία, το ποσοστό των εκτρώσεων είναι κοντά στο 10% (χώρα με τις πιο φιλελεύθερες νομοθεσίες των εκτρώσεων στον κόσμο) (Shaw, 2010).

Επιπλέον, οι νομικοί περιορισμοί οδηγούν πολλές γυναίκες να αναζητήσουν τις υπηρεσίες σε άλλες χώρες/πολιτείες σε γειτονικές χώρες με πιο φιλελεύθερους νόμους, οι οποίες είναι δαπανηρές, καθυστερούν και δημιουργούν κοινωνικές ανισότητες (Βικιπαίδεια, 2014). Υπολογίζεται, το 2007, ότι παραπάνω από 6.000 γυναίκες στην Ιρλανδία ταξίδεψαν μέχρι την Αγγλία για να προχωρήσουν σε εκτρώση (International Planned Parenthood Federation, 2007).

Θα πρέπει, να σημειωθεί ότι η πρόσβαση στην έκτρωση, στην Ευρώπη, δεν εξαρτάται τόσο στις επιταγές του νόμου, αλλά στις επικρατούσες κοινωνικές απόψεις, οι οποίες οδηγούν στην ερμηνεία των νόμων. Για παράδειγμα, σε ορισμένα μέρη της Ευρώπης, οι νόμοι που επιτρέπουν την έκτρωση στο δεύτερο τρίμηνο λόγω των ανησυχιών για την ψυχική υγεία (όταν κρίνεται ότι η ψυχική υγεία της γυναίκας θα υποφέρει από τη συνέχιση της εγκυμοσύνης) έχουν έρθει να ερμηνευθούν πολύ φιλελεύθερα, ενώ σε άλλες συντηρητικές περιοχές είναι δύσκολο να έχουν μια νόμιμη έκτρωση, ακόμη και στα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης, λόγω της πολιτικής των αντιρρησιών συνείδησης, σύμφωνα με την οποία οι γιατροί επιτρέπεται να αρνηθούν να εκτελέσουν μια έκτρωση εάν είναι αντίθετη με τις ηθικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις τους (International Planned Parenthood Federation, 2007).

### 1.8. Θρησκευτικές διαστάσεις του φαινομένου της έκτρωσης

Παρά όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, η ορθόδοξη εκκλησία διαφωνεί με τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Η ορθόδοξη εκκλησία υποστηρίζει ξεκάθαρα ότι ο άνθρωπος είναι κατ' εξοχήν δημιούργημα του Θεού, «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν» Του και ότι αποτελεί ψυχοσωματική οντότητα. Μόλις ολοκληρωθεί η γονιμοποίηση, δημιουργείτε ένα ανθρώπινο ον, το οποίο αναγνωρίζεται ως πρόσωπο από την Εκκλησία. Επομένως η έκτρωση, η αφαίρεση μια ανθρώπινης ζωής θεωρείται ως φόνος εκ προμελέτης. Μια τέτοιου είδους πράξη καταργεί τα δικαιώματα του θύματος και με αυτό τον τρόπο παραβαίνουμε την Εντολή «ου φονεύσεις» (Breck, 1998). Η εκκλησία θεωρεί την διακοπή της εγκυμοσύνης ως το τερματισμό της ζωής και αντιμετωπίζει αυτές τις καταστάσεις ως οργανωμένη δολοφονία, όποιος και αν είναι ο λόγος που οδήγησε σε μια τέτοια πράξη (Dimoula et. al., 2007).

Σύμφωνα με την έρευνα των (Dimoula et. al., 2007), το 51,1% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση, πιστεύει ότι είναι δολοφονία, την ίδια άποψη έχει και το 68,8% των γυναικών που δεν έχουν κάνει έκτρωση. Την ίδια άποψη έχει το 64,9% των ατόμων, που δηλώνει ότι πιστεύουν στο Θεό, σε αντίθεση με το 37,2% που δεν πιστεύουν. Το 23,3% από εκείνους που πιστεύουν στο Θεό, θεωρεί ότι η έκτρωση είναι αμαρτία, δεν έχει σημασία ποια είναι η αιτία, σε αντίθεση με το 62,4% που δεν νομίζουν ότι είναι αμαρτία και δεν πιστεύουν στο Θεό.

Σύμφωνα με την Αγία Γραφή, Εκείνος ο οποίος δίνει, συντηρεί και αφαιρεί τη ζωή είναι ο Δημιουργός Θεός. Ακόμη και σε περιπτώσεις διαγνωσμένης αναπηρίας, όπου κάποιοι με ελαφριά την καρδιά θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη διακοπή μιας κύησης, ο Λόγος του Θεού μας φέρνει αντιμέτωπους με τη διακήρυξη του Θεού όπου ο Κύριος έδωσε το στόμα στον άνθρωπο ή τον έκανε άλαλο ή κουφό. Είναι αρκετά τα χωρία της Αγίας Γραφής που παρουσιάζουν το μεγάλο ενδιαφέρον του Θεού για την αγέννητη ακόμη ζωή. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις ο αγέννητος άνθρωπος αντιμετωπίζεται από το Θεό ως πρόσωπο, καθώς καλείται με το όνομα του, αγιάζεται.

Πιστεύεται, ότι η Βιβλική θέση είναι σαφής. Το ανθρώπινο έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι ένα θαυμάσιο δημιούργημα με ασύλληπτες προοπτικές. Το να το καταστρέψει κάποιος θεληματικά σ' οποιαδήποτε φάση της ενδομήτριας

ζωής είναι τρομερά και ως χριστιανοί θα πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι θα λογοδοτήσουμε στο Θεό για τέτοιες βαρύτατες ενέργειες. Υπάρχει αδιάσπαστη σύνδεση ανάμεσα στην αποδοχή της ύπαρξης του Θεού και στη μοναδική αξία της ανθρώπινης ζωής από τη στιγμή της σύλληψης. Η έκτρωση είναι μια καταστροφική παρέμβαση στο έργο του σοφού Δημιουργού.

Η μαρτυρία του κατά Λουκά Ευαγγέλιο αναγγέλλει, ότι ο Χριστός ως άνθρωπος υφίσταται ως πρόσωπο από την στιγμή της σύλληψης, η οποία διατυπώνεται δογματικά από τις Οικουμενικές Συνόδους. Αλλά και ο απόστολος Παύλος σημειώνει σε ένα χωρίο της επιστολής του προς τους Γαλάτας: «Και όταν πια ευδόκησε ο Θεός, που με είχε ξεχωρίσει από την κοιλιά της μάνας μου και με κάλεσε με τη χάρη Του...» (Γαλάτας 1,15-16).

Η απαγόρευση του φόνου βέβαια δεν αναφέρεται ρητά στον αγέννητο άνθρωπο σε συνδυασμό πάντως με την εντολή για την απόκτηση απογόνων μπορεί κάλλιστα να ερμηνευθεί ως στρεφόμενη κατά της έκτρωσης. Στην Αγία Γραφή δεν γίνεται μεν λόγος για την έκτρωση, γίνεται όμως σε πολλά σημεία λόγος για τον αγέννητο άνθρωπο, ο οποίος δημιουργείται από το Θεό και τυγχάνει της αγάπης και της φροντίδας του, όπως και ο γεννημένος άνθρωπος. Ο Θεός παρουσιάζεται να επιβλέπει την ανάπτυξη του εντός της μήτρας, να τον καλεί με το όνομα του, να τον προορίζει για το προφητικό και αποστολικό αξίωμα και να τον αγιάζει. Από τον τρόπο δημιουργίας λοιπόν, δημιουργίας του και από τη θεώρηση του από το Θεό ως πρόσωπο μπορούμε να καταλήξουμε αβίαστα στο συμπέρασμα, ότι η εκούσια θανάτωση του δεν συνάδει με το θέλημα του Θεού (Βάντσου, 2009).



## **Κεφάλαιο δεύτερο**

### **Πρόληψη και αντισύλληψη**

#### 2.1. Τρόποι πρόληψης της έκτρωσης

Σύμφωνα με τον Δετοράκη (1986), ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε στην Αγγλία την εποχή της βιομηχανικής εποχής. Ο Π.Ο.Υ. αναγνωρίζει πως ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας σπουδαίος παράγοντας υγείας της οικογένειας και ιδιαίτερα των παιδιών και της μητέρας, καθώς μπορούν να αποφευχθούν κάποιες από τις δυσάρεστες επιπτώσεις που ενδεχομένως να εμφανιστούν μετά από μια έκτρωση (Wood, 1979). Στην Ελλάδα, η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960. Κάποια χρόνια αργότερα, το 1973, ακαδημαϊκοί κύκλοι εκτίμησαν ότι ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων έπαιρνε διαστάσεις εθνικού ιατρικό – κοινωνικού χαρακτήρα και ίδρυσαν την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, αφορά τόσο τα άτομα (άνδρες και γυναίκες) όσο και την πολιτεία. Σύμφωνα με τους Παπαευαγγέλου & Τσίμπο (1993), βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να παρέχει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας του ελεύθερα αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση του. Επιπλέον, από τον Π.Ο.Υ., αναγνωρίζεται σαν αναφαίρετο δικαίωμα του ζευγαριού και όχι σαν επιλογή.

Τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ποικίλα. Αναλυτικότερα, αποσκοπεί στην αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων με την σωστή χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, έχοντας ως σκοπό την μείωση του αριθμού των εκτρώσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο για την υγεία της γυναίκας αλλά και για την μελλοντική της εγκυμοσύνη (Π.Ο.Υ., 2013).

Επιπλέον, ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στα άτομα και στα ζευγάρια να προβλέψουν και να επιτύχουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών, κατά την αναπαραγωγική τους ηλικία, αλλά και τη ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, με σκοπό την ύπαρξη των απαραίτητων προϋποθέσεων για την ομαλή ψυχοσωματική τους ανάπτυξη (Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, 2012, Π.Ο.Υ.,

2013). Η ικανότητα μιας γυναίκας στο να προγραμματίσει την εγκυμοσύνη της, έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία της, καθώς και στην έκβαση της εγκυμοσύνης (Π.Ο.Υ., 2011).

Εκτός από τα παραπάνω, είναι υπεύθυνος για την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων, για την προστασία της γονιμότητας τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα και για την ενημέρωση και την παροχή συμβουλών, για την σεξουαλική ζωή των δύο φύλων, λαμβάνοντας υπόψη την ατομικότητα του ατόμου στο οποίο απευθύνεται (Π.Ο.Υ., 2013).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει, στη γέννηση όσο γίνεται υγιών παιδιών, μέσω της εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου και τον καθορισμό κατάλληλων κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών αλλά και στην αποφυγή γεννήσεων και επομένως την μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής αρρώστιας (Π.Ο.Υ., 2013, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Συμβάλει, θετικά στην πρόληψη των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Επομένως, μειώνει τον κίνδυνο της ακούσιας εγκυμοσύνης στις γυναίκες που ζουν με τον ιό HIV, με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερα μολυσμένα από τον ιό βρέφη. Επιπλέον, ανδρικά και γυναικεία προφυλακτικά προσφέρουν διπλή προστασία έναντι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συμπεριλαμβανομένων του ιού HIV (Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, 2012, Π.Ο.Υ., 2013).

Τέλος, αποσκοπεί στην επιβράδυνση της αύξησης του πληθυσμού. Αποτελεί το κλειδί για την επιβράδυνση, της μη βιώσιμης αύξησης του πληθυσμού και τις συνεπαγόμενες αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία, το περιβάλλον, καθώς και τις εθνικές και περιφερειακές αναπτυξιακές προσπάθειες (Π.Ο.Υ., 2013).

Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ. (2013), αναγνωρίζει ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να συμβάλει θετικά στην ενδυνάμωση των λαών και την ενίσχυση της εκπαίδευσης, κυρίως του γυναικείου πληθυσμού που σε αρκετές χώρες βρίσκεται σε υποδεέστερη θέση. Αυτό συμβαίνει, καθώς, ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στους ανθρώπους να κάνουν συνειδητές επιλογές σχετικά

με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μια ευκαιρία για τις γυναίκες για την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της συμμετοχής στη δημόσια ζωή, συμπεριλαμβανομένης της αμειβόμενης απασχόλησης σε μη οικογενειακές οργανώσεις (Π.Ο.Υ. 2013).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επηρεάζεται κάθε φορά από τις κοινωνικό – πολιτιστικές συνθήκες που διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, το μοντέλο της οικογένειας, το είδος των οικογενειακών σχέσεων, ο ρόλος του κάθε φύλου, οι υποχρεώσεις τους, οι ανάγκες και η σχέση εξουσίας μεταξύ τους, καθώς και το οικονομικό υπόβαθρο που όσο μεταβάλλονται προσδίδουν στον οικογενειακό προγραμματισμό έναν χαρακτήρα ρευστό (Αγραφιώτης, 2003).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι στην Ελλάδα λειτουργούν 41 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού τα 12 των οποίων ανήκουν στην Αθήνα, τα 3 στη Θεσσαλονίκη και 22 διάσπαρτα στην περιφέρεια. Προκαλεί εντύπωση, το γεγονός πώς η Κρήτη διαθέτει 4 τέτοια κέντρα, ένα σε κάθε νομό. Αρκετές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού. Τα κέντρα, ως επί το πλείστον, φιλοξενούνται στα δημόσια νοσοκομεία και έχουν κυρίως ενημερωτικό και πληροφοριακό χαρακτήρα (Ιωαννίδη, Αγραφιώτης, 2008).

## 2.2. Εννοιολογική προσέγγιση της αντισύλληψης

Με τον όρο αντισύλληψη (ή ο έλεγχος της γονιμότητας) εννοούνται τα μέσα και οι τεχνικές μέσω των οποίων προλαμβάνεται η σύλληψη κατά την γενετήσια επαφή, με τρόπο όμως παροδικό και αναστρέψιμο (Μπαμπινιώτης, 2002, Ρούπα – Δαριβάκη 2006).

Η αντισύλληψη αποσκοπεί στην προαγωγή της σωματικής αλλά και της πνευματικής υγείας της γυναίκας, του άνδρα και γενικότερα της οικογένειας. Ο ρόλος της είναι προληπτικός και θεραπευτικός. Αναφορικά στον προληπτικό ρόλο, προλαμβάνει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αρά αποτρέπει τις πιθανές εκτρώσεις. Αντίθετα, ο θεραπευτικός της ρόλος αφορά κυρίως τις γυναίκες που λόγο κάποιου προβλήματος ψυχικής ή σωματικής υγείας δεν τους επιτρέπεται να τεκνοποιήσουν και σε εκείνες τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν ορμονικά προβλήματα και τους χορηγούνται αντισυλληπτικά χάπια για την ρύθμιση αυτών των προβλημάτων. Υπολογίζεται, ότι περίπου 762.000 γυναίκες που δεν είχαν ποτέ σεξουαλικές επαφές χρησιμοποιούν αποκλειστικά τα αντισυλληπτικά χάπια (που αντιστοιχεί στο 9% των χρηστών τους), για λόγους που δεν σχετίζονται με την αντισύλληψη αλλά κυρίως για ιατρικούς (Jones, 2011).

Μακροπρόθεσμα, η πρόληψη και η αντιμετώπιση του φαινομένου, συμβάλει στην ευημερία της εκάστοτε κοινότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι πολιτισμοί, οι οποίοι δεν αποδέχονται την αντισύλληψη ηθικά και πολιτικά και σκόπιμα περιορίζουν την πρόσβαση σε αυτήν (Βικιπαίδεια, 2013, Hurt, Guile, Bienstock, Fox, Wallach, 2012).

Η αντισύλληψη, παρέχει έναν αποτελεσματικό αλλά και παράλληλα ασφαλή τρόπο για τη ρύθμιση της γονιμότητας και τη διαφύλαξη της υγείας (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006, Βικιπαίδεια, 2013). Επομένως, η αντισύλληψη παρέχει στη γυναίκα τα μέσα για να ελέγξει τη γονιμότητα της και να τεκνοποιήσει όποτε η ίδια το επιθυμεί.

### 2.2.1. Εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με την αντισύλληψη

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι από το 2009, το 60% των παντρεμένων γυναικών που μπορούν να τεκνοποιήσουν χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης, ωστόσο οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται διαφέρουν από χώρα σε χώρα (Darroch, 2013). Επιπλέον, η χρήση μεθόδων αντισύλληψης μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αναπαραγωγικής ηλικίας.

#### 2.2.1.1. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη σε παγκόσμιο επίπεδο

Εκτιμάται ότι 222.000.000 γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες θα ήθελαν να καθυστερήσουν ή να σταματήσουν την εγκυμοσύνη, αλλά δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης (Π.Ο.Υ., 2013).

Στις Η.Π.Α., τα ζευγάρια εκείνα που δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης έχουν περίπου 85% πιθανότητα να αντιμετωπίσουν μια εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια ενός έτους (Trussell, 2011).

Στον ανεπτυγμένο κόσμο, η πιο διαδεδομένη μέθοδος είναι τα προφυλακτικά και τα αντισυλληπτικά χάπια. Αντίθετα, στην Ασία και στην Λατινική Αμερική είναι η στειρώση (Darroch, 2013).

Περίπου, 43.000.000 γυναίκες στις Η.Π.Α. μπορούν να έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αυτό σημαίνει, ότι είναι σεξουαλικά ενεργές και δεν θέλουν να μείνουν έγκυες αλλά μπορεί αυτό να συμβεί όταν οι σύντροφοι τους δε χρησιμοποιήσουν σωστά και με συνέπεια κάποια αντισυλληπτική μέθοδο (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Επιπλέον, το ποσοστό των γυναικών υψηλού κινδύνου που δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης είναι το υψηλότερο μεταξύ των 15 – 19 ετών (18%) και το χαμηλότερο μεταξύ των γυναικών ηλικίας 40 – 44 (9%) (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό των παντρεμένων γυναικών σε σύγκριση με τις ανύπαντρες χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (77% έναντι 42%) (Jones, Mosher, Daniels, 2012, Erfani, 2011). Αυτό συμβαίνει, κυρίως, επειδή οι παντρεμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να είναι σεξουαλικά ενεργές. Αλλά ακόμη, και μεταξύ εκείνων που κινδυνεύουν από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η χρήση αντισυλληπτικών

είναι υψηλότερη μεταξύ των παντρεμένων γυναικών από ότι μεταξύ των ανύπαντρων γυναικών (93% έναντι 83%) (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Τέλος, 64% των γυναικών χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης, επιλέγουν σήμερα μη μόνιμες μεθόδους, κυρίως ορμονικές μεθόδους (το χάπι, τα επιθέματα, τα ενέσιμα και το κολπικό δακτύλιο), το σπирάλ και τα προφυλακτικά. Το υπόλοιπο ποσοστό βασίζονται στη γυναικεία (27%) ή ανδρική (10%) στειρώση (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Περίπου, 6.200.000 γυναίκες βασίζονται στη χρήση ανδρικού προφυλακτικού ως μέθοδο αντισύλληψης. Αξίζει να αναφερθεί, πως η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού αυξήθηκε από 52% το 1982 σε 93% το 2006 – 2010. Η χρήση προφυλακτικού είναι ιδιαίτερα συχνή μεταξύ των εφήβων και των γυναικών στη δεκαετία των '20 τους, των γυναικών με ένα ή χωρίς παιδιά, και των γυναικών με τουλάχιστον κολεγιακή εκπαίδευση (Mosher, Jones, 2010, Daniels, Mosher, Jones, 2013).

Η έρευνα των van de Brink, Boersma, Meyboom – de Jong, de Bruijn, (2011), έδειξε ότι οι ερωτηθέντες (146), έχουν αρνητική στάση απέναντι στις αξιόπιστες αντισυλληπτικές μεθόδους εξαιτίας των κοινωνικο – πολιτισμικών προσδιορισμένων ιδεών σχετικά με τις σωματικές επιπτώσεις και την περιορισμένη σεξουαλική αγωγή. Περίπου, ο μισός πληθυσμός (44%) που συμμετείχε στην έρευνα θεωρεί ότι τα αντισυλληπτικά είναι επιβλαβές για την υγεία όταν χρησιμοποιούνται μακροχρόνια.

### 2.2.1.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη σε ελληνικό επίπεδο

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων ή το ποσοστό του πληθυσμού που χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο. Τα διαθέσιμα στοιχεία, προέρχονται είτε από έρευνες που έχουν γίνει είτε από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ή από γυναικολογικές κλινικές (Ioanidi – Karolou, 2004, X.σ., 1994).

Η Ελλάδα έχει χαμηλό επιπολασμό χρήσης κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου εκτός από τη διακεκομμένη συνουσία και τα προφυλακτικά, οι οποίες αποτελούν τις πιο διαδεδομένες μεθόδους. Η ελληνική κοινωνία δεν έχει υιοθετήσει πλήρως την χρήση μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης, παρόλο που εμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Έτσι, η Ελλάδα, εμφανίζεται να έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης μοντέρνων αντισυλληπτικών μεθόδων στην Ευρώπη. Μόνο το 2% – 3% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας χρησιμοποιεί τα αντισυλληπτικά χάπια (σε σύγκριση με το 30% – 40% στην Δυτική Ευρώπη) και 4% – 10% το σπινάλι. Τα προφυλακτικά εμφανίστηκαν στις καμπάνιες για την πρόληψη του AIDS και χρησιμοποιήθηκε ευρέως (Ioanidi – Karolou, 2004, Halkias, 2004, X.σ., 1994, Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004).

Εκτός από τα παραπάνω, σε μια άλλη έρευνα βρέθηκε ότι το 5% του δείγματος της έρευνας αντιπροσωπεύει τις υπόλοιπες αντισυλληπτικές μεθόδους, ενώ το 23,8% δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο (Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004).

Αντίθετα, σε μια άλλη έρευνα, βρέθηκε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια (41,7%), το προφυλακτικό (35,1%), περιοδική αποχή (24,4%) και η διακεκομμένη συνουσία ήταν οι πιο συχνές αντισυλληπτικές μέθοδοι. Οι γυναίκες που συμμετείχαν χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (1<sup>η</sup> ομάδα: 150 μουσουλμάνες που ζουν στην Γερμανία, 2<sup>η</sup> ομάδα: 120 μουσουλμάνες που ζουν στην Θράκη και 3<sup>η</sup> ομάδα: 140 χριστιανές ορθόδοξες που ζουν στην Θράκη). Στην συγκεκριμένη έρευνα, βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εθνικοτήτων και των μειονοτήτων αναφορικά στις αντισυλληπτικές πρακτικές, πιθανόν εξαιτίας των διαφορών της κουλτούρας, κοινωνικο – οικονομικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες (Galazios et. al., 2008).

Παρατηρείται, ότι τα προφυλακτικά και η διακεκομμένη συνουσία αποτελούσαν και συνεχίζουν να αποτελούν τις δυο πιο οικίες και κοινές μεθόδους αντισύλληψης (Ioanidi – Karolou, 2004).

Η ελληνίδα εμφανίζει μια παθητική στάση αναφορικά στη σεξουαλική σχέση και δεν διαπραγματεύεται με ισότητα ό,τι σχετίζεται με τη σεξουαλική της συμπεριφορά. Για παράδειγμα, η χρήση ή όχι του προφυλακτικού εξαρτάται κυρίως από τις προθέσεις του συντρόφου/συζύγου της και η ίδια ωστόσο πιστεύει ότι κάτι τέτοιο είναι αρμοδιότητα του άνδρα (Ιωαννίδη – Καπόλου, Αγραφιώτης, 2005, Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004). Η έλλειψη πρωτοβουλίας από τη γυναίκα για τον έλεγχο της γονιμότητας της και παράλληλα με την ελλιπή ενημέρωση του ζευγαριού στις ασφαλείς μεθόδους αντισύλληψης έχουν ως αποτέλεσμα, η έκτρωση να αποτελεί ακόμα και στις μέρες μας τη βασική μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού (Συμεωνίδου, Κανδηλώρου, Μαγδαληνός, 2000).

Είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσει κάποιος πλήρως τη συμπεριφορά του ζευγαριού στην Ελλάδα, που σχετίζεται με την αποφυγή χρήσης σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης που έχει ως αποτέλεσμα την έκτρωση ή την ολοκλήρωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Οι προσωπικές αντιλήψεις και οι συμπεριφορές, οι οποίες σχετίζονται με τη σεξουαλική και την αναπαραγωγική υγεία είναι βαθιά ριζωμένες. Πολλοί παράγοντες, όπως τα προσωπικά κίνητρα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα ήθη, οι αξίες και οι στάσεις, μπορούν να συμβάλουν στην διαμόρφωση αυτής της συμπεριφοράς,



### 2.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη στους νέους

Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων διαφέρουν μεταξύ των χωρών αλλά και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αναπαραγωγικής ηλικίας.

#### 2.2.2.1. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη των νέων παγκοσμίως

Υπολογίζεται, ότι περίπου, 1 στις 4 έφηβες στις Η.Π.Α., που κινδυνεύουν να έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο κατά την τελευταία επαφή (Mosher, Jones, 2010).

Το 18% των γυναικών ηλικίας 18 – 24 ετών στις Η.Π.Α. είχαν χρησιμοποιήσει κάποια στιγμή επείγουσα αντισύλληψη, κατά την περίοδο 2006 – 2008 (Kavanaugh, Williams, Schwarz, 2011).

Παρατηρείται, μια αύξηση στην χρήση της μακροχρόνιας αναστρέψιμης αντισύλληψης στις έφηβες. Κατά το έτος 2009, το 4,5% των έφηβων γυναικών στις Η.Π.Α. βασίστηκε στην μακροχρόνια αναστρέψιμη αντισύλληψη (όπως το σπιράλ και τα εμφυτεύματα) (Finer, Jerman, Kavanaugh, 2012).

#### 2.2.2.2. Εμπειρικά δεδομένα για την αντισύλληψη των νέων στην Ελλάδα

Το προφυλακτικό βρέθηκε να είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ των φοιτητριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα, ακολουθούμενο από την επείγουσα αντισύλληψη (Donadiki et. al., 2013). Επίσης, στην έρευνα των Kallipolitis et. al.,(2003), βρέθηκε ότι η πιο διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ φοιτητριών είναι το προφυλακτικό, η διακεκομμένη συνουσία και σε μικρότερο ποσοστό τα αντισυλληπτικά χάπια. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα, πολλές φοιτήτριες δήλωσαν ότι δεν χρησιμοποιούν τα αντισυλληπτικά χάπια καθώς φοβούνται για τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρουν στην υγεία τους.

Παρατηρείται, ότι η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μεταξύ των φοιτητριών ιατρικής σχολής είναι παρόμοια με αυτή που παρατηρήθηκε στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία χρησιμοποιούν τα προφυλακτικά ως τη μόνη μέθοδο αντισύλληψης (45,1%) και το 16,7% δεν είχαν εφαρμόσει γενικά καμία μέθοδο αντισύλληψης. Τα αντισυλληπτικά χάπια χρησιμοποιήθηκαν ως το μόνο αντισυλληπτικό μέσο με το 4,9% των φοιτητών και σε συνδυασμό με τα προφυλακτικά από ένα άλλο 4,9%. Το 28,4% των φοιτητριών πιστεύει, ότι τα προφυλακτικά ότι είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης που είναι διαθέσιμη, ενώ το 4,9% απάντησε ότι δεν θεωρούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο αποτελεσματική. Μόνο το 55,9% των φοιτητριών είχαν ρωτήσει το γυναικολόγο τους σχετικά με την αντισύλληψη (Dinas, Hatzipantelis, Mavromatidis, Zepiridis, Tzafettas, 2008).

Παρατηρείται, ότι στην Ελλάδα ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, οι πιο διαδεδομένοι μέθοδοι αντισύλληψης είναι το προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία. Τα αντισυλληπτικά χάπια φαίνεται να χρησιμοποιούνται κυρίως για ιατρικούς λόγους και πιο σπάνια για καθαρά αντισυλληπτικούς λόγους.

### 2.2.3. Η χρησιμότητα της αντισύλληψης

Η διασφάλιση της πρόσβασης σε προτιμώμενες μεθόδους αντισύλληψης για τις γυναίκες αλλά και για τα ζευγάρια είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ευημερίας και της αυτονομίας των γυναικών, ενώ υποστηρίζει την υγεία και την ανάπτυξη των κοινοτήτων (Π.Ο.Υ., 2011). Έχει αποδειχθεί, ότι η χρήση της αντισύλληψης επιφέρει οφέλη στην υγεία των γυναικών, συμβάλει θετικά στην μείωση της παιδικής θνησιμότητας και στην δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2013), κάθε χρόνο, η αντισύλληψη προλαμβάνει περίπου 188.000.000 απρογραμματίστες – ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αυτό, σημαίνει ότι συμβάλει στην πρόληψη και μείωση των εκτρώσεων.

#### 2.2.3.1. Αντισύλληψη, μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Η χρήση της αντισύλληψης μειώνει την μητρική θνησιμότητα και βελτιώνει την υγεία των γυναικών καθώς εμποδίζει τις ανεπιθύμητες και επικίνδυνες εγκυμοσύνες, μειώνοντας παράλληλα τις μη ασφαλείς εκτρώσεις. Η πλειοψηφία των μητρικών θανάτων μπορούν να προληφθούν με την αποτελεσματική αντισύλληψη (Ahman, Shah, 2011). Η χρήση της αντισύλληψης, στις αναπτυσσόμενες χώρες, έχει μειώσει τον αριθμό των μητρικών θανάτων κατά 40%, (δηλαδή αποτράπηκαν περίπου 270.000 θάνατοι κατά το 2008). Αν υπήρχε αύξηση της ζήτησης της αντισύλληψης, θα μπορούσε να αποτραπεί ένα 70% των μητρικών θανάτων (Cleland, Conde – Agudelo, Peterson, Ross, Tsui, 2012, Ahmed, Li, Liu, Tsui, 2012).

Συχνότερες, αιτίες της μητρικής θνησιμότητας αποτελούν, οι επιπλοκές των εκτρώσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται με μη ασφαλείς τρόπους (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Επίσης, η αντισύλληψη μειώνει τις πιθανότητες για μετάδοση ασθeneιών και προστατεύει από συγκεκριμένες μορφές καρκίνου αλλά και από διάφορα άλλα προβλήματα υγείας (Tsui, McDonald – Mosley, Burke, 2010, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

### 2.2.3.2. Αντισύλληψη και παιδική θνησιμότητα

Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων μειώνει την παιδική θνησιμότητα, καθώς επιτυγχάνονται ικανοποιητικά χρονικά διαστήματα μεταξύ των τοκετών και παρεμποδίζεται η εγκυμοσύνη σε νεαρές γυναίκες αλλά και σε γυναίκες με πολλά παιδιά (παράγοντες για εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου). Επαναλαμβανόμενες εγκυμοσύνες πριν την συμπλήρωση δύο ετών αυξάνει την πιθανότητα πρόωρου τοκετού ή γέννησης ελλειποβαρών βρεφών (Cleland, Conde – Agudelo, Peterson, Ross, Tsui, 2012).

Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας για τα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά. Όμως, όταν γίνεται η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων με σκοπό την πρόληψη της εγκυμοσύνης πέρα των τεσσάρων παιδιών μειώνεται η παιδική θνησιμότητα και ταυτόχρονα αυξάνεται η δυνατότητα παροχής τροφής, ένδυσης και εκπαίδευσης στα παιδιά αυτά. Επιπλέον, ο σύντομος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο προηγούμενο παιδί που θα στερηθεί το θηλασμό και τη φροντίδα της μητέρας (Τσολακίδης, 2004).

Υπολογίζεται, ότι κάθε χρόνο, η αντισύλληψη προλαμβάνει 188.000.000 απρογραμμάτιστες – ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, με αποτέλεσμα να υπάρχουν 1.100.000 λιγότεροι θάνατοι νεογνών (Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, 2013).

### 2.2.3.3. Αντισύλληψη και δημόσια υγεία

Σε παγκόσμιο επίπεδο, με την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων θα μπορούσε να ανασταλεί η αύξηση του πληθυσμού της γης και να σταθεροποιηθεί. Υπολογίζεται ότι με τους σημερινούς ρυθμούς αύξησης, μέσα στα επόμενα 43 χρόνια ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί (Τσολακίδης 2008).

Η αντισύλληψη συμβάλει θετικά στην οικονομική ανάπτυξη λόγω του μικρότερου αριθμού εξαρτώμενων παιδιών, της συμμετοχής περισσότερων γυναικών στην αγορά εργασίας και της διαφύλαξης των περιορισμένων πόρων (Canning, Schultz, 2012, Van Braeckel, Temmerman, Roelens, Degomme, 2012).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός μέσω της χρήσης μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης αποτελεί μια από τις οικονομικότερες παρεμβάσεις για την υγεία (Tsui, McDonald – Mosley, Burke, 2010). Υπολογίζεται, ότι για κάθε ένα δολάριο που

ξοδεύεται, γίνεται εξοικονόμηση δυο με έξι δολαρίων (Carr, Gates, Mitchell, Shah, 2012). Η παραπάνω εξοικονόμηση σχετίζεται με την πρόληψη μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και με την μείωση της εξάπλωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Tsui, McDonald – Mosley, Burke, 2010).

#### 2.2.4. Οι μέθοδοι της αντισύλληψης

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

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

Συνοπτικά, οι μέθοδοι αντισύλληψης χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

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

(Βικιπαίδεια, 2013, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

### 2.2.5. Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχουν πολλοί μέθοδοι αντισύλληψης. Όμως, ένα άτομο ή ένα ζευγάρι επιλέγει την μέθοδο αντισύλληψης σύμφωνα με τις ανάγκες του (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006). Σε πολλές περιπτώσεις, είναι απαραίτητη η συνεργασία με τους ειδικούς για την ανεύρεση της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης. Αξίζει να αναφερθεί, ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση ή όχι μιας αντισυλληπτικής μεθόδου (Glasier, Scorer, Bigrigg, 2008).

Αρχικά, σημαντικό ρόλο έχουν τα προσωπικά κίνητρα ενός ατόμου ή ενός ζευγαριού. Για παράδειγμα, ένα ζευγάρι μπορεί να επιθυμεί προσωρινά την αναστολή της τεκνοποίησης ή την ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ δύο κυήσεων. Εκτός από αυτό, μπορεί ένα ζευγάρι να έχει αρκετά παιδιά και να μην επιθυμεί την απόκτηση άλλων. Επιπλέον, υπάρχουν κάποια άτομα ή ζευγάρια με παθήσεις που κινδυνεύει η υγεία τους ή υπάρχουν φόβοι γεννήσεως παιδιού με σοβαρή κληρονομική πάθηση (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Η επιλογή της μεθόδου αντισύλληψης επηρεάζεται από το γυναικολογικό και γενικό ιατρικό ιστορικό του ζευγαριού και ιδιαίτερα της γυναίκας. Σε περιπτώσεις, φλεγμονής της μήτρας, δεν θα της συσταθεί η χρήση του σπινάλ ή σε ανωμαλίες της έμμηνου ρύσης, δεν θα προταθεί η μέθοδος του ρυθμού. Ενώ όταν υπάρχει υπέρταση, μεγάλη παχυσαρκία ή θρόμβωση δεν προτείνεται η χρήση ανασταλτικών της ωορρηξίας (Ρούπα – Δαριβάκη, 2006).

Επίσης, σημαντικοί παράγοντες αποτελούν η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση μιας γυναίκας ή ενός ζευγαριού. Μια γυναίκα, η οποία είναι ανύπαντρη πιθανότατα να έχει μεγαλύτερη ανάγκη για αντισύλληψη σε σχέση με μια παντρεμένη ή το αντίστροφο (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι η χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου ή όχι επηρεάζεται και από της θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ζευγαριού ή ενός ατόμου. Για παράδειγμα, η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία επίσημα αποδέχεται μόνο τον φυσικό οικογενειακό προγραμματισμό (Βικιπαίδεια, 2013). Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος των καθολικών στις ανεπτυγμένες χώρες χρησιμοποιεί μοντέρνες μεθόδους αντισύλληψης (Keller, Ruether, Cantlon, 2006). Στους Βουδιστές, η αποτροπή της σύλληψης είναι

αποδεκτή ενώ οποιαδήποτε παρέμβαση συμβεί μετά την σύλληψη δεν είναι αποδεκτή (Βικιπαίδεια, 2013).

Τέλος, ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε μεθόδου αντισύλληψης, όπως για παράδειγμα η αποτελεσματικότητα, οι παρενέργειες, η ευχρηστία της, το πόσο εύκολα έχει κάποιος πρόσβαση σε αυτή, το κόστος της και η μη συχνή επίσκεψη σε κάποιο ειδικό ή γυναικολόγο. Θα πρέπει να παρεμποδίσει τη σύλληψη, αλλά η δράση της δεν πρέπει να είναι μόνιμη, αντιθέτως αναστρέψιμη (Guillebaud, 2004, Ρούπα – Δαριβάκη, 2006). Η έρευνα των Glasier, Scorer, Bigrigg, (2008), έδειξε ότι οι γυναίκες δεν προτιμούν μεθόδους αντισύλληψης που απαιτούν για παράδειγμα επεμβατική διαδικασία ή/και κολπική εξέταση, παρόλο που είναι πιο αξιόπιστες.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2011), οι δυσκολίες στην προσβασιμότητα της αντισύλληψης μπορεί να οδηγήσει κάποιες γυναίκες, κυρίως άγαμες, σε μη ασφαλείς εκτρώσεις. Υπολογίζεται ότι περίπου 222.000.000 γυναίκες, δεν μπόρεσαν να έχουν πρόσβαση σε μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων, από αυτά τα 53.000.000 ήταν στην Υποσαχάρια Αφρική και τα 97.000.000 στην Ασία (Darroch, Singh, 2013).



**B' ENOHTA: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο πρώτο**

### **Περιγραφή μελέτης**

#### *1.1. Αναγκαιότητα μελέτης*

Από την μελέτη των ερευνητικών δεδομένων προκύπτει, ότι σε χώρες που η έκτρωση είναι υπό αυστηρούς περιορισμούς οι γυναίκες καταφεύγουν σε παράνομες και μη ασφαλείς εκτρώσεις, ενώ σε χώρες με φιλελεύθερη νομοθεσία παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά εκτρώσεων και υψηλότερα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, γεγονός που οφείλεται στις δράσεις της πρόληψης που ακολουθεί κάθε χώρα (Jewkes, Rees, 2005, Shaw, 2010). Παρόλο, που η Ελλάδα είναι μια χώρα με ελάχιστους περιορισμούς για τις εκτρώσεις παρατηρείται ένα από τα υψηλότερα ποσοστά σε εκτρώσεις αλλά και ένα χαμηλό ποσοστό στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008, Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004).

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι ένα υψηλό ποσοστό νέων είτε έχει ήδη τεκνοποιήσει είτε έχει προχωρήσει σε μια έκτρωση (Salakos et. al. 2010). Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, έχει βρεθεί ότι οι νέοι χρησιμοποιούν κυρίως τα προφυλακτικά ως μέθοδο αντισύλληψης αλλά υπάρχουν πολλοί νέοι που δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο (Dinas, Hatzipantelis, Mavromatidis, Zepiridis, Tzafettas, 2008).

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να γίνουν κατανοητές οι γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νέων, και ειδικότερα των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, αναφορικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη και παράλληλα να προταθούν δράσεις για τη μείωση του φαινομένου των εκτρώσεων και την ανάδειξη της σπουδαιότητας της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ως παράγοντα περιορισμού μη επιθυμητής εγκυμοσύνης.

## 1.2. Ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι παρακάτω:

- 1) Οι γυναίκες είναι κατά των εκτρώσεων σε σχέση με τους άντρες.
- 2) Οι άνδρες θεωρούν ότι η έκτρωση αφορά μόνο την γυναίκα.
- 3) Οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες όσον αφορά την αντισύλληψη και την έκτρωση.
- 4) Οι φοιτητές που ανήκουν στην σχολή της Σ.Ε.Υ.Π. είναι περισσότερο ενημερωμένοι σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την έκτρωση σε σχέση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών.
- 5) Οι πρωτοετείς φοιτητές δεν είναι ενημερωμένοι σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την έκτρωση.
- 6) Οι τελειόφοιτοι φοιτητές είναι κατά των εκτρώσεων σε σχέση με τους πρωτοετείς.
- 7) Οι τελειόφοιτοι φοιτητές χρησιμοποιούν εντατικά κάποια μορφής αντισύλληψης.

Κάποια ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα παρακάτω:

- 1) Κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις των φοιτητών σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη ανάλογα με το φύλο;
- 2) Κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις των φοιτητών σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη ανάλογα με τη σχολή στην οποία ανήκουν;
- 3) Κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις των φοιτητών για την έκτρωση ανάλογα με τα έτη σπουδών;

### 1.3. Σκοπός της μελέτης και αντικειμενικοί στόχοι

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, όσον αφορά την αντισύλληψη και την έκτρωση.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι οι εξής:

1. η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των φοιτητών,
2. η συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των φοιτητών αναφορικά με το φύλο, το έτος σποδών και τη σχολή στην οποία φοιτούν.

## **Κεφάλαιο δεύτερο**

### **Μεθοδολογία**

#### 2.1. Δείγμα

Το πεδίο μελέτης είναι οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Το δείγμα μας είναι συνολικά 208 άτομα. Ο τελικός αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα προέκυψε με βάση την στάθμιση του. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε βάσει τριών παραγόντων. Αρχικά, έπρεπε να υπάρχει ισάριθμος αριθμός γυναικών – ανδρών, τελειόφοιτων – πρωτοετών αλλά και μεταξύ των τεσσάρων σχολών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης (Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε.Φ. και Σ.Τ.Ε.Γ.).

#### 2.2. Ερευνητικό εργαλείο

Η μέθοδος η οποία ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είναι η ποσοτική. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, ως τρόπος συλλογής των δεδομένων, γιατί μέσω της ανωνυμίας δίνεται η ευχέρεια στους ερωτώμενους να δώσουν περισσότερο ειλικρινείς απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ερωτήσεις και από τρεις ενότητες.

##### 2.2.1. Κοινωνικό – δημογραφικό προφίλ ερωτώμενων

Στην πρώτη ενότητα αναφέρονται τα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία που είναι το φύλο, η σχολή, το τμήμα φοίτησης, το έτος φοίτησης και ο τόπος γέννησης των φοιτητών.

##### 2.2.2. Απόψεις – γνώσεις για την έκτρωση

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 10 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις απόψεις – γνώσεις των φοιτητών για την έκτρωση. Συγκεκριμένα, με τη χρήση της κλίμακας ερωτήσεων κλειστού τύπου και της κλίμακας Likert με ποσοτική διαβάθμιση, οι φοιτητές κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις, όπως αν γνωρίζουν αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα (ερώτηση κλειστού τύπου: ναι, όχι, δεν γνωρίζω), πόσο ενημερωμένος πιστεύουν ότι είναι ο πληθυσμός σχετικά με τις εκτρώσεις (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1. Καθόλου, 2. Λίγο, 3. Αρκετά, 4. Πολύ, 5. Πάρα πολύ), αν είναι υπέρ ή κατά (κλίμακα Likert με ποσοτική

διαβάθμιση: 1. Κατά, 2. Μάλλον κατά, 3. Μάλλον υπέρ, 4. Υπέρ), ποιόν πιστεύουν ότι αφορά κατά κύριο λόγο μια έκτρωση (ερώτηση κλειστού τύπου: τον άνδρα, την γυναίκα, και τους δυο), καλούνται να απαντήσουν με θετική, αρνητική ή ουδέτερη δήλωση αν θα κατέφευγαν ή θα παρότρυναν την σύντροφο τους να καταφύγει σε έκτρωση μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Στην συνέχεια αυτής της ενότητας, οι φοιτητές καλούνται να απαντήσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας μέσα από μια κλίμακα πέντε σημείων τις απόψεις σχετικά με τις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία μιας γυναίκας (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1. Διαφωνώ απόλυτα 2. Μάλλον διαφωνώ, 3. Δε γνωρίζω, 4. Μάλλον συμφωνώ 5. Συμφωνώ απόλυτα).

Η επόμενη ερώτηση αφορά στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών σχετικά με την έκτρωση και καλούνται να απαντήσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας μέσα από μια κλίμακα πέντε σημείων (κλίμακα Likert με ποσοτική διαβάθμιση: 1. Διαφωνώ απόλυτα 2. Μάλλον διαφωνώ, 3. Δε γνωρίζω, 4. Μάλλον συμφωνώ 5. Συμφωνώ απόλυτα). Καλούνται να απαντήσουν σε απόψεις που αφορούν στην νομιμότητα των εκτρώσεων, όπως αν η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη ή πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις αιμομιξίας, βιασμού ή στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει κίνδυνος για την υγεία. Επίσης, σε σχέση με το βαθμό εμπλοκής και των δύο γονιών στην απόφαση για έκτρωση, καθώς και σε σχέση με ηθικά διλήμματα, στερεοτυπικές αντιλήψεις και δικαιώματα που προκύπτουν σε σχέση με την έκτρωση.

Τέλος, οι τρεις τελευταίες ερωτήσεις της ενότητας διερευνούν τους λόγους που θα συντελούσαν στην πραγματοποίηση ή μη μιας έκτρωσης και την έκβαση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε περίπτωση οικονομικής ή άλλου είδους βοήθειας από το κράτος (κλίμακα ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών).

### 2.2.3. Απόψεις – γνώσεις για την αντισύλληψη

Η τρίτη ενότητα αποτελείται από 6 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις απόψεις – γνώσεις των φοιτητών για την αντισύλληψη. Οι φοιτητές καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν την σεξουαλική τους ζωή και τις μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούν, όπως αν την περίοδο αυτή διατηρούν σεξουαλικές επαφές (ερώτηση κλειστού τύπου: ναι, όχι, δεν έχω ακόμα σεξουαλικές επαφές), αν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο (κλίμακα ερωτήσεων πολλαπλών

επιλογών), αν κατά την διάρκεια της σεξουαλικής τους ζωής είχαν κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης (ερώτηση κλειστού τύπου: ναι, όχι), αν έχουν πραγματοποιήσει έκτρωση, αν θα θέλανε να είχε βρεθεί κάποιος να τους αποτρέψει από την απόφαση αυτή έστω και την τελευταία στιγμή, τι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός.

### 2.3. Μέθοδος συλλογής στοιχείων

Η έρευνα διεξήχθη κατά την διάρκεια των εξετάσεων του εαρινού εξαμήνου του 2012, δηλαδή τον Ιούνιο. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Ο πληθυσμός χωρίστηκε σε ομοιογενείς ομάδες και στη συνέχεια λήφθηκε ένα δείγμα από κάθε ομάδα με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας.

Επομένως, οι φοιτητές των σχολών Σ.Δ.Ο., Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Τ.Ε.Φ. και Σ.Τ.Ε.Γ. του Τ.Ε.Ι. χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, ανδρών και γυναικών οι οποίες στην συνέχεια χωρίστηκαν σε υποομάδες πρωτοετών (όσοι φοιτούσαν από το πρώτο έως το δεύτερο έτος σπουδών) και τελειόφοιτων (όσοι φοιτούσαν από το τρίτο έτος σπουδών και πάνω). Στην κάθε υποομάδα έπρεπε να έχουν συμπληρωθεί 13 ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα, υπάρχουν 13 ερωτηματολόγια που έχουν συμπληρωθεί από άνδρες φοιτητές των σχολών της Σ.Ε.Υ.Π., οι οποίοι είναι πρωτοετείς και 13 από άνδρες φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π. που είναι τελειόφοιτοι. Επιπλέον, υπάρχουν 13 ερωτηματολόγια που έχουν συμπληρωθεί από γυναίκες φοιτήτριες των σχολών της Σ.Ε.Υ.Π. οι οποίες είναι πρωτοετείς και 13 από γυναίκες φοιτήτριες της Σ.Ε.Υ.Π. που είναι τελειόφοιτοι. Ομοίως, και για τις υπόλοιπες τρεις σχολές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης (Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε.Γ., Σ.Τ.Ε.Φ.).

### 2.4. Στατιστική ανάλυση

Στη συνέχεια, αφού ολοκληρώθηκε η έρευνα, έγινε η επεξεργασία των δεδομένων μέσω του προγράμματος SPSS, κάνοντας πίνακες συνάφειας, διαγράμματα και τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους, όπως για παράδειγμα έλεγχο  $\chi^2$  και Cramer's V test.

Ωστόσο, πολλοί από τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα έδιναν παραπάνω απαντήσεις σε ερωτήσεις που έπρεπε να δώσουν συγκεκριμένο αριθμό, όπως για παράδειγμα οι ερωτήσεις που διερευνούν τους λόγους που θα συντελούσαν στην πραγματοποίηση ή μη μιας έκτρωσης.

Μετά από συνεννόηση με την επιβλέπουσα καθηγήτρια, καταλήξαμε ότι πρέπει να συμπεριληφθούν στην έρευνα μας καθώς, οι παραπάνω απαντήσεις που έδωσαν πιθανότατα θα αντιπροσώπευαν αυτούς τους φοιτητές και θα άξιζε να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.



## **Κεφάλαιο τρίτο**

### **Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

#### 3.1. Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων

##### **A. Κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 208 φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Το δείγμα είχε σταθμιστεί, αρχικά, ως προς το φύλο των φοιτητών, κατόπιν ως προς τη σχολή στην οποία ανήκουν και τέλος ως προς το έτος σπουδών τους. Επομένως, οι άνδρες του δείγματος ήταν 104 (αντιστοιχούν στο 50%) και οι γυναίκες, οι υπόλοιπες 104 (50%) (βλ. πίνακα 1 στο παράρτημα σελ.111), εκ των οποίων οι 52 (50%) είναι πρωτοετείς και οι 52 (50%) τελειόφοιτοι (πρωτοετείς φοιτητές θεωρήθηκαν όλοι οι φοιτητές που βρίσκονται ως το δεύτερο έτος σπουδών τους και από το τρίτο έτος σπουδών και πάνω θεωρήθηκαν τελειόφοιτοι) (βλ. πίνακα 2 στο παράρτημα σελ.111). Αναφορικά με τη σχολή, στην οποία ανήκουν, 52 άτομα (25%) του συνολικού πληθυσμού ανήκει στην Σ.Ε.Υ.Π., 52 άτομα (25%) στην Σ.Τ.Ε.Φ., 52 άτομα (25%) στην Σ.Δ.Ο. και 52 άτομα (25%) στην σχολή Σ.Τ.Ε.Γ. (βλ. πίνακα 3 στο παράρτημα σελ.112).

Αναφορικά με τις σχολές στις οποίες ανήκουν οι φοιτητές, 17 άτομα (8,2%) είναι από το τμήμα Εφαρμοσμένης Πληροφορικής και Πολυμέσων, 20 άτομα (9,7%) από το τμήμα Δομικών Έργων, 38 άτομα (18,4%) από το τμήμα της Λογιστικής, 25 άτομα (12,1%) από το τμήμα της Φυτικής Παραγωγής, 29 άτομα (14%) από το τμήμα της Νοσηλευτικής, 22 άτομα (10,6%) από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, 27 άτομα (13%) από το τμήμα Βιολογικών Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών και Ανθοκομίας, 14 άτομα (6,7%) από το τμήμα της Διοίκησης Επιχειρήσεων και τέλος 15 άτομα (7,25%) από το τμήμα Ηλεκτρολογίας (βλ. πίνακα 4 στο παράρτημα σελ.112).

Η πλειοψηφία του δείγματος μεγάλωσε σε επαρχιακή περιοχή (64 άτομα, δηλαδή 31,1%). 51 άτομα (24,8%) μεγάλωσαν σε αστικό κέντρο, 47 άτομα (22,8%) σε μεγαλούπολη και 44 άτομα (21,4%) σε κωμόπολη (βλ. πίνακα 5 στο παράρτημα σελ.113).

## **B. Απόψεις – γνώσεις για την έκτρωση**

Αναφορικά με την ερώτηση «**Γνωρίζετε αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα**», η πλειοψηφία του δείγματος (108 άτομα, δηλαδή το 52,2%) απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Θετικά απάντησαν 66 άτομα (31,9%) και μόλις 33 άτομα (15,9%) αρνητικά (βλ. πίνακα 6 στο παράρτημα σελ.113).

Όσον αφορά την ερώτηση «**Πόσο ενημερωμένος πιστεύετε ότι είναι ο πληθυσμός σχετικά με τις εκτρώσεις**», τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στο «λίγο» και στο «καθόλου». Αναλυτικότερα, 121 άτομα (58,5%) απάντησαν «λίγο» και 53 άτομα (25,6%) απάντησε «καθόλου» (βλ. πίνακα 7 στο παράρτημα σελ.114).

Στην ερώτηση «**Σε γενικές γραμμές θεωρείτε ότι είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων**» 80 άτομα (38,6%) του δείγματος απάντησαν ότι είναι «κατά», ο μισός πληθυσμός (104 άτομα, δηλαδή 50,2%) απάντησε ότι είναι «μάλλον κατά», 17 άτομα (8,2%) ότι είναι «μάλλον υπέρ» ενώ μόλις 6 άτομα (2,9%) του συνόλου απάντησαν ότι «είναι υπέρ» (βλ. πίνακα 8 στο παράρτημα σελ.114).

Αναφορικά με την ερώτηση «**Η έκτρωση αφορά κατά κύριο λόγο**», η πλειοψηφία του δείγματος (159 άτομα, δηλαδή 76,4%) απάντησε ότι η έκτρωση κατά κύριο λόγο αφορά και τους δυο (βλ. πίνακα 9 στο παράρτημα σελ.115).

Όσον αφορά την ερώτηση «**Θα καταφεύγατε σε μια έκτρωση ή θα παροτρύνατε την σύντροφο σας να καταφύγει σε έκτρωση μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη**», 107 άτομα (51,4%) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν, 68 άτομα (32,7%) απάντησαν αρνητικά και μόλις 33 άτομα (15,9%) έδωσαν θετική απάντηση (βλ. πίνακα 10 στο παράρτημα σελ.115).

Στην ερώτηση «**Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις (σχετικά με τις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία μιας γυναίκας)**» η πλειοψηφία του δείγματος στα υποερωτήματα απάντησαν «δεν γνωρίζω». Αναλυτικότερα, 73 άτομα (35,1%) απάντησαν «δεν γνωρίζω» όσον αφορά την αύξηση εμφάνισης νόσων στην γυναίκα. 84 άτομα (40,4%) απάντησαν «μάλλον συμφωνώ» όσον αφορά τις επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας. Η απάντηση «δε γνωρίζω» δόθηκε από 99 άτομα (47,6%) για την άποψη εάν η έκτρωση προκαλεί πρώιμους και πρόωρους τοκετούς. Στην άποψη ότι η

έκτρωση δημιουργεί εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, 79 άτομα (38%) απάντησαν «μáλλον συμφωνώ», ενώ ένα επίσης υψηλό ποσοστό (73 άτομα, δηλαδή 35,1%) απάντησε «δεν γνωρίζω». Όσον αφορά την αύξηση της θνησιμότητας εξαιτίας μιας έκτρωσης, 87 άτομα (41,8%) απάντησαν «δεν γνωρίζω». Αντίθετα, στις ερωτήσεις που σχετίζονται με συνέπειες στην ψυχική κατάσταση της γυναίκας, οι απαντήσεις ήταν περισσότερο θετικές. Συγκεκριμένα, 87 άτομα (41,8%) απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα» ότι η έκτρωση μπορεί να δημιουργήσει συναίσθημα ενοχής και 82 άτομα (39,4%) απάντησαν «μáλλον συμφωνώ». Επίσης, 93 άτομα (44,7%) απάντησαν «μáλλον συμφωνώ» για το αν η έκτρωση μπορεί να οδηγήσει την γυναίκα σε κατάθλιψη, ενώ 82 άτομα (39,4%) απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα».

Παρατηρείται, ότι οι απαντήσεις των φοιτητών του δείγματος συγκεντρώνονται κυρίως στο «δεν γνωρίζω», «μáλλον συμφωνώ» και στο «συμφωνώ απόλυτα». Όσον αφορά στις απόψεις που σχετίζονται με τις συνέπειες που αφορούν τις επιπτώσεις των εκτρώσεων στην σωματική υγεία της γυναίκας φαίνεται να συγκεντρώνονται στο «δε γνωρίζω» και στο «μáλλον συμφωνώ». Αντίθετα στις απόψεις που αφορούν την ψυχική υγεία των γυναικών συγκεντρώνονται στο «μáλλον συμφωνώ» και στο «συμφωνώ απόλυτα» (βλ. πίνακα 11 στο παράρτημα σελ.116).

Στην ερώτηση **«Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις»**, στην οποία παρατίθενται κάποιες απόψεις σχετικά με την έκτρωση, υπήρχαν ποικίλες απαντήσεις. Αρχικά, στην άποψη «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη», 67 άτομα (32,2%) του δείγματος απάντησαν «μáλλον συμφωνώ» και 55 άτομα (26,4%) «συμφωνώ απόλυτα». Τα 125 άτομα του δείγματος (60,1%) απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα» στο «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις αιμομιξίας ή βιασμού». Τα 83 άτομα (39,9%) δήλωσαν «συμφωνώ απόλυτα» όσον αφορά ότι «κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση». Τα 129 άτομα (62%) απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα» στην άποψη «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει».

Στην άποψη «η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία», τα 56 άτομα (26,9%) απάντησαν «μáλλον συμφωνώ» και 55 άτομα (25,5%) απάντησαν «δεν γνωρίζω». Τα 66 άτομα (31,7%) του δείγματος απάντησαν «δεν γνωρίζω» στην άποψη «η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)». «Συμφωνώ απόλυτα» απάντησαν 89 άτομα

(42,8%) στην άποψη «η έκτρωση είναι δολοφονία». 71 άτομα (34,1%) μάλλον συμφωνούν ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό. Τα 107 άτομα (51,4%) του δείγματος συμφωνούν απόλυτα με την άποψη ότι το έμβρυο είναι ζωντανό πλάσμα.

Η μοναδική άποψη όπου οι ερωτώμενοι απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα» είναι «η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά απόφαση της γυναίκας» (67 άτομα, δηλαδή 32,2%). Οι απαντήσεις «μάλλον συμφωνώ» και «συμφωνώ απόλυτα» συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά στην άποψη «ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μια έκτρωση» με 76 (36,5%) και 83 (39,9%) άτομα αντίστοιχα.

Τα 124 άτομα (59,6%) του δείγματος συμφωνούν απόλυτα ότι η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μια έκτρωση. Τα 90 άτομα (43,3%) μάλλον συμφωνούν ότι η νομιμοποίηση των εκτρώσεων συντελεί στην αύξηση τους. Τέλος, στην άποψη «η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης», οι απαντήσεις των ερωτηθέντων φοιτητών κυμαίνονται μεταξύ του «μάλλον συμφωνώ» και του «συμφωνώ απόλυτα» με 84 (40,4%) και 90 (43,3%) άτομα αντίστοιχα.

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, παρατηρείται ότι απαντήσεις των φοιτητών συγκεντρώνονται κυρίως στο «μάλλον συμφωνώ» και στο «συμφωνώ απόλυτα». Όσον αφορά στις απόψεις που σχετίζονται με την πίστη τους στο Θεό (όπως η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό), οι απαντήσεις των φοιτητών συγκεντρώνονται στο «μάλλον συμφωνώ». Στις απόψεις που σχετίζονται με το πότε και που πρέπει να είναι διαθέσιμη μια έκτρωση, οι απαντήσεις των φοιτητών κυμαίνονται στο «μάλλον συμφωνώ και στο «συμφωνώ απόλυτα». Αναφορικά με τις απόψεις που αφορούν και το σύντροφο, οι απόψεις των φοιτητών συγκεντρώνονται στο «μάλλον συμφωνώ» και «συμφωνώ απόλυτα». Εξαίρεση αποτελεί η άποψη ότι η έκτρωση πρέπει να είναι αποκλειστική απόφαση της γυναίκας όπου απάντησαν «διαφωνώ απόλυτα» (βλ. πίνακα 12 στο παράρτημα σελ.117).

Στην ερώτηση «**Για ποιο λόγο θα κάνατε έκτρωση ή θα την προτεινάτε στην σύντροφο σας**», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα προχωρούσαν ή θα παρότρυναν την σύντροφο τους στην έκτρωση για ιατρογενείς λόγους (136 άτομα,

δηλαδή 65,4%) και στην περίπτωση του βιασμού (174 άτομα δηλαδή 83,7%) (βλ. πίνακα 13 στο παράρτημα σελ.119).

Στην ερώτηση «**Λόγοι που θα συντελούσαν στην μη πραγματοποίηση της έκτρωσης**», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν θα έκαναν έκτρωση για συνειδησιακούς λόγους (103 άτομα, δηλαδή το 49,5%). Αντίθετα, λόγοι μη πραγματοποίησης μιας έκτρωσης δεν αποτελούν οι θρησκευτικοί (154 άτομα, δηλαδή 74%), οι κοινωνικοί (171 άτομα, δηλαδή 82,2%) και από φόβο (136 άτομα, δηλαδή 65,4%) (βλ. πίνακα 14 στο παράρτημα σελ.120).

Στην ερώτηση «**Αν υπήρχε οικονομική ή άλλου είδους βοήθεια από το κράτος σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα κρατούσατε το παιδί**», οι περισσότεροι φοιτητές απάντησαν θετικά (77 άτομα, δηλαδή 37,2%), τα 69 άτομα (33,3%) του δείγματος απάντησαν «δεν γνωρίζω», τα 52 άτομα (25,1%) «ίσως» και μόλις 9 άτομα (4,3%) απάντησαν αρνητικά (βλ. πίνακα 15 στο παράρτημα σελ.120).

### **Γ. Απόψεις – γνώσεις για την αντισύλληψη**

Στην ερώτηση «**Την περίοδο αυτή (το τελευταίο εξάμηνο) έχετε σεξουαλικές επαφές**», η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά (131 άτομα, δηλαδή 64,2%), 55 άτομα (27%) ότι αυτή την περίοδο δεν έχουν κάποια σεξουαλική επαφή και 18 άτομα (8,8%) ότι δεν έχουν ακόμα σεξουαλικές επαφές (βλ. πίνακα 16 στο παράρτημα σελ.121).

Στην ερώτηση «**Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο**», 106 άτομα (60,9%) του δείγματος χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (58 άτομα, δηλαδή 33,3%) απάντησε ότι δεν χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ τα αντισυλληπτικά χάπια βρέθηκε ότι τα χρησιμοποιούν 10 άτομα (5,7%) του δείγματος (βλ. πίνακα 17 στο παράρτημα σελ.121).

Στην ερώτηση «**Στη διάρκεια της σεξουαλικής σας ζωής, (εσείς ή η σύντροφος σας) είχατε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης**», τα 156 άτομα (93,4%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 11 άτομα (6,6%) απάντησαν θετικά (βλ. πίνακα 18 στο παράρτημα σελ.122).

Στην ερώτηση «Αν ναι, ποια ήταν η έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης», 9 άτομα (75%) απάντησαν διακοπή της εγκυμοσύνης και 3 άτομα (25%) συνέχιση αυτής (βλ. πίνακα 19 στο παράρτημα σελ.122).

Στην ερώτηση «Αν έχετε πραγματοποιήσει έκτρωση, θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος την τελευταία έστω στιγμή, να σας είχε αποτρέψει από την απόφαση αυτή» 2 άτομα (18,2%) απάντησαν θετικά, 3 άτομα (27,3%) απάντησαν αρνητικά, το ίδιο ποσοστό βρέθηκε στην απάντηση «ίσως» και «δεν γνωρίζω» (βλ. πίνακα 20 στο παράρτημα σελ.123).

Όσον αφορά την ερώτηση «Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι...(δηλαδή τι είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός)», οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν «όλα τα παραπάνω» (91 άτομα, δηλαδή 44,4%). Αντίθετα, 52 άτομα (25,4%) έδωσαν την απάντηση «δε γνωρίζω» (βλ. πίνακα 21 στο παράρτημα σελ.123).

### 3.2. Συσχετίσεις της έρευνας

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα κυριότερα ευρήματα από συσχετίσεις που αφορούσαν τους εξής τρεις παράγοντες: το **φύλο** του δείγματος, τη **σχολή** στην οποία ανήκουν και το **έτος σπουδών** του δείγματος (οι φοιτητές χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες, σε πρωτοετείς και σε τελειόφοιτους φοιτητές. Στους πρωτοετείς φοιτητές ανήκουν οι φοιτητές που βρίσκονται ως το 2<sup>ο</sup> έτος σπουδών τους και τελειόφοιτοι από το 3<sup>ο</sup> έτος και πάνω).

#### 3.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο

Αναφορικά με το φύλο, τα σπουδαιότερα από τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

##### 3.2.1.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και τις γνώσεις για τις επιπλοκές της έκτρωσης στην υγεία των γυναικών

Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, ότι υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών *φύλο* και *επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας* (Cramer's  $V=0,215$ ,  $p=0,047$ ). Αυτό σημαίνει, ότι το *φύλο* του φοιτητή επηρεάζει την γνώμη του σχετικά με το αν η *έκτρωση επιφέρει επιπλοκές* στην υγεία της γυναίκας ( $\chi^2=11,856$ ,  $d.f.=4$ ,  $p=0,018$ ). Βρέθηκε ότι 44 (42,3%) γυναίκες μάλλον συμφωνούν ότι η έκτρωση επιφέρει επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας, σε αντίθεση με 40 άνδρες (38,5%). Αντίστοιχα, 10 άνδρες (9,6%) μάλλον διαφωνούν ότι η έκτρωση επιφέρει επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας, σε σύγκριση με τις 5 γυναίκες (4,8%) (βλ. πίνακα 22, στο παράρτημα σελ.124).

##### 3.2.1.2. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην άποψη «*η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία*». Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους, προέκυψε ότι υπάρχει μια μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών *φύλο* και *η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία* (Cramer's  $V=0,237$ ,  $p=0,020$ ). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών *φύλο* και *η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια*

νοσοκομεία ( $\chi^2=11,672$ , d.f.=4,  $p=0,020$ ). 35 γυναίκες λοιπόν (33,7%), μάλλον συμφωνούν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία, σε σχέση με 21 άνδρες, που μάλλον συμφωνούν (20,2%) (βλ. πίνακα 23, στο παράρτημα σελ.125).

### 3.2.1.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό

Ακόμη μια στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στην άποψη «η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό». Ο έλεγχος συσχέτισης, έδειξε ότι υπάρχει μια μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών (Cramer's  $V=0,239$ ,  $p=0,018$ ). Επομένως, φαίνεται ότι το φύλο των φοιτητών επηρεάζει τη γνώμη τους σχετικά με το αν η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό ( $\chi^2=11,856$ , d.f.=4,  $p=0,018$ ). 45 άνδρες (43,3%) απάντησαν «μάλλον συμφωνώ» ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες 26 από αυτές (25%) απάντησαν ότι μάλλον συμφωνούν (βλ. πίνακα 24, στο παράρτημα σελ.126).

### 3.2.1.4. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και συνειδησιακούς λόγους για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης

Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, ότι υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών ( $\Phi=0,141$ ,  $p=0,043$ ). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών φύλο και συνειδησιακοί λόγοι ( $\chi^2=4,101$ , d.f.=1,  $p=0,043$ ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 58 άνδρες (56,9%) δεν θα έκαναν έκτρωση για συνειδησιακούς λόγους σε αντίθεση με 44 γυναίκες (42,7%) (βλ. πίνακα 25, στο παράρτημα σελ.127).

### 3.2.1.5. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και κοινωνικοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης

Όσον αφορά το φύλο και της κοινωνικούς λόγους βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ των απόψεων των ανδρών και των γυναικών. Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, ότι υπάρχει μικρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών ( $\Phi= -0,212$ ,  $p= 0,002$ ). Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών φύλο και κοινωνικοί λόγοι ( $\chi^2=9,215$ , d.f.=1,  $p=0,002$ ). Πιο αναλυτικά, 94 γυναίκες



(91,3%) δεν θα προχωρούσαν σε μια έκτρωση για κοινωνικούς λόγους, σε αντίθεση με 77 άνδρες (75,5%) (βλ. πίνακα 26, στο παράρτημα σελ.127).

### 3.2.2. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές

Αναφορικά με τις σχολές των φοιτητών, τα σπουδαιότερα από τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

#### 3.2.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές και τη στάση τους απέναντι στην νομιμοποίηση των εκτρώσεων

Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών σχολή και έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα (Cramer's  $V=0,281$ ,  $p=0,012$ ). Επομένως, η σχολή του φοιτητή επηρεάζει την γνώμη του σχετικά με το αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα ( $\chi^2= 16,397$ ,  $d.f.=6$ ,  $p=0,012$ ). Αναλυτικότερα, 27 φοιτητές που ανήκουν στη Σ.Ε.Υ.Π. απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το εάν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών (Σ.Τ.Ε.Φ. 17 άτομα, 32,7%, Σ.Δ.Ο. 11 άτομα, 21,2%, Σ.Τ.Ε.Γ. 11 άτομα, 21,6%) (βλ. πίνακα 27, στο παράρτημα σελ.128).

#### 3.2.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών

Αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών, τα σπουδαιότερα από τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

#### 3.2.3.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την άποψη αν θα επέλεγαν ή θα προτείνανε την έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με τον/την σύντροφο

Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, ότι υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών έτος σπουδών και αν θα επέλεγαν ή θα προτείνανε την έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με τον/την σύντροφο (Cramer's  $V=0,196$ ,  $p=0,005$ ). Επομένως, φαίνεται ότι το έτος φοίτησης του φοιτητή επηρεάζει την γνώμη του σχετικά με το αν θα προχωρούσαν σε μια έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με το/τη σύντροφο τους ( $\chi^2= 7,874$ ,  $d.f.=1$ ,  $p=0,005$ ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, βρέθηκε ότι 102 (98,1%) πρωτοετείς φοιτητές δεν θα έκαναν ή θα προτείνανε στη σύντροφο τους, την έκτρωση σε σύγκριση με τους 90 (88,2%) τελειόφοιτους φοιτητές (βλ. πίνακα 28, στο παράρτημα σελ.129).

### 3.2.3.2. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την στάση τους για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου

Σύμφωνα με τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους προκύπτει, ότι υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση (Cramer's  $V=0,250$ ,  $p=0,004$ ). Επομένως, φαίνεται ότι το έτος φοίτησης του φοιτητή επηρεάζει την γνώμη του όσον αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων ( $\chi^2= 10,828$ ,  $d.f.=2$ ,  $p=0,004$ ). Αναλυτικότερα, το 58 (68,2%) πρωτοετείς φοιτητές χρησιμοποιούν ως μέθοδο αντισύλληψης το προφυλακτικό σε αντίθεση με τους 48 (54,5%) τελειόφοιτους φοιτητές (βλ. πίνακα 29, στο παράρτημα σελ.130).

## Κεφάλαιο τέταρτο

### Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να διερευνηθούν οι γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, αναφορικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη και παράλληλα να προτείνει δράσεις για τη μείωση του φαινομένου των εκτρώσεων και την ανάδειξη της σπουδαιότητας χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων ως παράγοντα περιορισμού μη επιθυμητής εγκυμοσύνης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό, καθώς το δείγμα ήταν 208 φοιτητές, επομένως απευθύνεται στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και παράλληλα η έρευνα διεξήχθη τον Ιούνιο του 2012, επομένως στο χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει μπορεί να έχουν μεταβληθεί τα αποτελέσματα της έρευνας. Παρόλα αυτά, αποτυπώνουν μια κατάσταση για την στάση απέναντι στις εκτρώσεις στην Ελλάδα και παράλληλα συμβάλουν στην ελλιπή βιβλιογραφία σχετικά με αυτό το θέμα.

Σύμφωνα με τα κυριότερα ευρήματα, πολλοί φοιτητές βρέθηκε να μην γνωρίζουν το νόμο της Ελλάδας για τις εκτρώσεις (52,2%), καθώς επίσης, πιστεύουν ότι ο πληθυσμός είναι «λίγο» ενημερωμένος σχετικά με αυτό το θέμα (58,5%). Επιπλέον, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι «μάλλον κατά» (50,2%), ενώ μόλις ένα μικρό ποσοστό δήλωσε ότι είναι «υπέρ» των εκτρώσεων (2,9%). Μεγάλη μερίδα των φοιτητών συμφώνησαν ότι είναι ένα θέμα που όταν συμβαίνει αφορά και τα δυο φύλα (76,4%). Η παραπάνω άποψη επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Dimoula et. al., (2007), όπου το 90,2% θεωρεί πως δεν είναι μόνο η γυναίκα υπεύθυνη για την υλοποίηση μιας έκτρωσης. Στην περίπτωση, που θα έρχονταν αντιμέτωποι με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δεν γνωρίζουν την έκβαση αυτής (51,4%). Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι δεν γνωρίζουν αν η έκτρωση συντελεί στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία της γυναίκας.

Οι περισσότεροι φοιτητές απάντησαν ότι θα ήθελαν η έκτρωση να είναι νόμιμη. Αντίθετα, η πλειοψηφία απάντησε ότι η έκτρωση θα πρέπει να είναι νόμιμη όταν συντρέχουν κάποιοι λόγοι (όπως, όταν η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού, όταν κινδυνεύει η υγεία της εγκύου). Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η έκτρωση είναι δολοφονία, ότι είναι αμαρτία και ότι το έμβρυο είναι ζωντανό πλάσμα και η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης. Σε έρευνα των Dimoula et. al., (2007),

βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση αλλά και των γυναικών που δεν έχουν κάνει, πιστεύει ότι είναι δολοφονία. Αυτό πιθανότητα μπορεί να σημαίνει, ότι η Ελλάδα εξακολουθεί να είναι πιστή σε ήθη και αξίες και δίνει σημασία στην ερμηνεία και στην άποψη της εκκλησίας για τις εκτρώσεις.

Επιπλέον, συμφώνησαν ότι η έκτρωση δεν θα πρέπει να είναι μόνο απόφαση της εγκύου (32,2%), αλλά θα πρέπει να ενημερώνεται και ο σύντροφος ή σύζυγος της και ότι θα πρέπει να αποτρέπει τη γυναίκα από αυτή. Οι φοιτητές στην πλειοψηφία τους συμφωνούν ότι η νομιμοποίηση των εκτρώσεων συντελεί και στην αύξηση τους (43,3%). Ωστόσο κάτι τέτοιο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012), δεν ισχύει. Αντίθετα, οι νόμοι και οι πολιτικές που διευκολύνουν την πρόσβαση στην ασφαλή έκτρωση δεν αυξάνουν το ποσοστό ή τον αριθμό των εκτρώσεων.

Θα προχωρούσαν σε έκτρωση για ιατρογενείς λόγους (65,4%) και σε περίπτωση βιασμού (83,7%), ενώ δεν θα έκαναν έκτρωση για συνειδησιακούς λόγους. Τέλος, στην περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα κρατούσαν το παιδί, αν υπήρχε οικονομική βοήθεια από το κράτος. Αυτό επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Dimoula et. al., (2007), όπου το 68,6% των γυναικών δεν θα προχωρούσε σε έκτρωση, σε περίπτωση οικονομικής στήριξης από το κράτος.

Αναφορικά με την αντισύλληψη, οι περισσότεροι φοιτητές είχαν κατά την διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου σεξουαλικές επαφές και σαν μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιούν το προφυλακτικό (106 άτομα, δηλαδή 60,9%), ένα σημαντικό ποσοστό δεν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης (58 άτομα, δηλαδή 33,3%), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό βρέθηκε να χρησιμοποιεί τα αντισυλληπτικά χάπια (10 άτομα, δηλαδή 5,7%). Πολλές είναι οι έρευνες, κυρίως, στον ελλαδικό χώρο που επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη (Ioanidi – Karolou, 2004, Halkias, 2004, Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004, Dinas, Hatzipantelis, Mavromatidis, Zepiridis, Tzafettas, 2008, Mavroforou, Koumantakis, Michalodimitrakis, 2004). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί, ως αποτέλεσμα ελλιπούς ενημέρωσης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης του πληθυσμού της Ελλάδας και ειδικότερα των νέων.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι ένα μικρό ποσοστό (6,6%) είχε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης, εκ του οποίου η πλειοψηφία (75%) προχώρησε σε έκτρωση. Επιπλέον, δύο από αυτά τα άτομα δήλωσαν ότι είχαν μετανιώσει για αυτή τους την απόφαση.

Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος φάνηκε να γνωρίζουν ποιος είναι ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού (44,4%). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Roura et. al. (2007), όπου το 80,7% φάνηκε να είναι εξοικειωμένοι με τους στόχους οικογενειακού προγραμματισμού.

Όσον αφορά τις συσχετίσεις, το φύλο των φοιτητών βρέθηκε να επηρεάζει τη γνώμη τους, για το αν οι εκτρώσεις επιφέρουν επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας. Οι γυναίκες θεωρούν ότι επηρεάζονται από μια έκτρωση. Επομένως, στην ερευνητική υπόθεση, ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες όσον αφορά την αντισύλληψη και την έκτρωση βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Οι γυναίκες μάλλον συμφωνούν ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία, σε αντίθεση με τους άνδρες που έχουν την ίδια άποψη όμως σε μικρότερο ποσοστό. Οι άνδρες αντιμετωπίζουν την έκτρωση ως αμάρτημα απέναντι στο Θεό, ενώ και οι γυναίκες θεωρούν το ίδιο, όμως σε μικρότερο ποσοστό. Επίσης, οι άνδρες δεν θα έκαναν έκτρωση για συνειδησιακούς λόγους. Αντίθετα, οι γυναίκες δε θα προχωρούσαν σε έκτρωση για κοινωνικούς λόγους. Όμως, βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προκύπτει ότι ένας λόγος που οι γυναίκες προχωρούν σε έκτρωση είναι το κοινωνικό στίγμα της «ανύπαντρης μητέρας» (Dimoula et.al., 2007). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι το φύλο δεν επηρεάζει τη στάση τους σχετικά με την έκτρωση (Misra, Hohman, 2000, Carlton, Nelson, Priscilla, 2000).

Οι φοιτητές των σχολών της Σ.Ε.Υ.Π. είναι περισσότερο ενημερωμένοι για την νομοθεσία των εκτρώσεων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη φύση των σχολών της Σ.Ε.Υ.Π., καθώς είναι σχολές, οι οποίες το αντικείμενο τους αγγίζει και κοινωνικά φαινόμενα. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, βρέθηκε ότι οι φοιτητές τέτοιων σχολών είναι περισσότερο ενημερωμένοι σε σχέση με τους φοιτητές άλλων σχολών (Espey, Ogburn, Chavez, Qualls, Leyba, 2005, Kumar et. al., 2002). Ωστόσο, αναμέναμε να υπάρχει μεγαλύτερη ενημέρωση των φοιτητών της Σ.Ε.Υ.Π. σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την έκτρωση σε σχέση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών.

Οι πρωτοετείς φοιτητές δεν θα προχωρούσαν σε έκτρωση εάν αντιμετώπιζαν προβλήματα με τον/την σύντροφο τους/της, σε σύγκριση με τους τελειόφοιτους. Από την μελέτη των εμπειρικών δεδομένων, προκύπτει ότι ένας λόγος που οι γυναίκες

οδηγούνται στην έκτρωση είναι τα γενικότερα προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν σαν ζευγάρι (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, Moore, 2005).

Επιπλέον, οι πρωτοετείς φοιτητές χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερη συχνότητα κάποια μέθοδο αντισύλληψης (κυρίως το προφυλακτικό), σε αντίθεση με τους τελειόφοιτους που δεν χρησιμοποιούν τόσο. Αυτό το γεγονός αποτελεί μια αδυναμία της παρούσας πτυχιακής εργασίας καθώς οι ερωτήσεις σχετικά με την αντισύλληψη ήταν ελλιπείς και θα μπορούσε να αποτελέσει το στόχο επόμενης έρευνας για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση, ότι οι τελειόφοιτοι φοιτητές χρησιμοποιούν εντατικά κάποια μορφή αντισύλληψης δεν επαληθεύτηκε. Αντίθετα, βρέθηκε, ότι οι πρωτοετείς φοιτητές είναι αυτοί που χρησιμοποιούν εντατικά κάποια μέθοδο αντισύλληψης (π.χ. προφυλακτικά). Ωστόσο, σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι η χρήση μεθόδου αντισύλληψης εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση (π.χ. οι παντρεμένες γυναίκες χρησιμοποιούν εντατικότερα κάποια μέθοδο αντισύλληψης συγκριτικά με τις ανύπαντρες). Αυτό συμβαίνει, κυρίως, επειδή οι παντρεμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να είναι σεξουαλικά ενεργές (Jones, Mosher, Daniels, 2012).

Όσον αφορά την ερευνητική υπόθεση, ότι οι γυναίκες είναι κατά των εκτρώσεων σε σχέση με τους άντρες, στην έρευνα μας δεν επαληθεύτηκε κάτι τέτοιο μέσω των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων. Επίσης, δεν επαληθεύτηκε η ερευνητική υπόθεση πως οι άνδρες θεωρούν ότι η έκτρωση αφορά μόνο τις γυναίκες. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι το θέμα των εκτρώσεων αφορά και τα δυο φύλα (Dimoula et. al., 2007). Αναφορικά στην ερευνητική υπόθεση, ότι οι τελειόφοιτοι φοιτητές είναι κατά των εκτρώσεων σε σχέση με τους πρωτοετείς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Τέλος, αναφορικά με την ερευνητική υπόθεση, ότι οι πρωτοετείς φοιτητές δεν είναι ενημερωμένοι σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη και την έκτρωση δεν επαληθεύτηκε μέσω των στατιστικών ελέγχων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, προκύπτουν κάποιοι προβληματισμοί. Αρχικά, οι φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π. είναι ενημερωμένοι σχετικά με την νομοθεσία των εκτρώσεων. Παρόλα αυτά, αναμέναμε να διαφοροποιούνται περισσότερο οι απόψεις τους σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη σε σχέση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών γεγονός που μας προκαλεί προβληματισμούς καθώς πρόκειται για θέματα.

Προβληματισμούς δημιουργεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των φοιτητών φάνηκε να μην γνωρίζει εάν μια έκτρωση επιφέρει επιπλοκές στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία της γυναίκας που υπόκειται σε αυτή. Τέλος, προβληματίζει και το γεγονός ότι μια μεγάλη μερίδα των φοιτητών δεν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης, ενώ η πλειοψηφία χρησιμοποιεί τα προφυλακτικά ως τη μόνη μέθοδο αντισύλληψης.

Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση των παραγόντων που οι νέοι δεν χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης ή άλλους μεθόδους πέρα των προφυλακτικών καθώς η χρήση της αντισύλληψης συμβάλει θετικά στην πρόληψη άρα και στη μείωση των εκτρώσεων.

## **Κεφάλαιο πέμπτο**

### **Περιορισμοί έρευνας**

Αν και η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στην έρευνα για τις στάσεις και αντιλήψεις για την έκτρωση, υπήρχαν κάποιες δυσκολίες κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Αρχικά, η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε την περίοδο της εξεταστικής του εαρινού εξαμήνου του 2012 (τον Ιούνιο του 2012), πράγμα που δυσκόλεψε αυτή την διαδικασία καθώς πολλοί φοιτητές αρνούταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λόγω του άγχους των εξετάσεων, δεν φάνηκε να αρνούταν να συμμετάσχουν στην έρευνα λόγω του ευαίσθητου θέματος.

Αφότου είχε ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων, εντοπίστηκαν κάποιες αδυναμίες στο ερωτηματολόγιο αναφορικά με την διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των φοιτητών σχετικά με την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Επομένως, τα ευρήματα για την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό είναι ελλιπή.

Παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, είναι δύσκολο να εξασφαλιστούν ειλικρινείς απαντήσεις, καθώς πρόκειται για ένα ευαίσθητο προσωπικό θέμα.

Πέρα από το γεγονός, ότι η διαδικασία της συλλογής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε την περίοδο της εξεταστικής, όπως αναφέρεται παραπάνω, η έρευνα δεν μπορεί να γενικευτεί σε μια ευρύτερη πληθυσμιακή ομάδα (π.χ. όπως σε γυναίκες 30 – 40 ετών) καθώς αφορά συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Το δείγμα της έρευνας ήταν 208 φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Επομένως, η ισχύς της έρευνας μπορεί να μην είναι δυνατή λόγω του αριθμού των συμμετεχόντων.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το Ιούνιο του 2012, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, όποτε αποτυπώνει τις απόψεις των φοιτητών την δεδομένη χρονική στιγμή. Επομένως, δεν δίνονται πληροφορίες για μεταβολή των στάσεων και απόψεων τους διαχρονικά, καθώς μπορεί να έχουν μεταβληθεί και τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας να μην αντιπροσωπεύουν τις τωρινές συνθήκες και απόψεις των νέων.



Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να μελετηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των φοιτητών σχετικά με την αντισύλληψη και την έκτρωση και να παρουσιαστούν δράσεις που μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση των εκτρώσεων.

## **Κεφάλαιο έκτο**

### **Συμπεράσματα έρευνας**

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων, στην έρευνα μας, δεν φάνηκε να διαφοροποιούνται σημαντικά οι απόψεις των φοιτητών σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη ανάλογα με το φύλο, με τη σχολή στην οποία ανήκουν αλλά και με τα έτη σπουδών τους, γεγονός που προκαλεί προβληματισμούς. Αυτό πιθανότατα, μπορεί να συνδέεται στενά με την έλλειψη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής διαπαιδαγώγησης των νέων σε επίπεδο πρόληψης.

Είναι γεγονός ότι οι φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π. είναι ενημερωμένοι σχετικά με την νομοθεσία των εκτρώσεων. Παρόλα αυτά, αναμέναμε να διαφοροποιούνται οι απόψεις τους σχετικά με την έκτρωση και την αντισύλληψη σε σχέση με τους φοιτητές των υπόλοιπων σχολών. Μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές των σχολών της κοινωνικής εργασίας και της νοσηλευτικής δεν βρέθηκε να διαφοροποιούνται οι απόψεις τους σε θέματα που εμπίπτουν εν μέρει, στο αντικείμενο σπουδών τους.

Επομένως, το θέμα των εκτρώσεων, είναι πολύ δύσκολο να διερευνηθεί σε βάθος και να γενικευτούν τα αποτελέσματα, καθώς οι εκτρώσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα, και οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι οι προσωπικές και κοινωνικές αξίες αλλά και τα πρότυπα της κάθε χώρας.

Είναι εμφανές ότι οι προσωπικές αντιλήψεις και συμπεριφορές, τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών αναφορικά στην σεξουαλική και στην αναπαραγωγική υγεία, είναι συνδεδεμένα με τα κοινωνικο – πολιτιστικά πλαίσια, τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν και να διαμορφώνουν τις επιλογές των γυναικών. Πολλές είναι εκείνες οι γυναίκες που με την έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής έχουν άγνοια για την λειτουργία του ίδιου τους του σώμα αλλά και για τις μεθόδους και τα μέτρα προστασίας για την αναπαραγωγική τους υγεία. Συχνά, οι γυναίκες αναπαράγουν τις κοινωνικές αξίες, τις οποίες προβάλλουν πάνω στο σώμα τους και την αναπαραγωγή (Ιωαννίδη, Αγραφιώτης, 2008).

## Κεφάλαιο έβδομο

### Προτάσεις

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι πολύ δύσκολο να διερευνηθούν σε βάθος και να γενικευτούν τα αποτελέσματα αναφορικά στα θέματα των εκτρώσεων και της αντισύλληψης. Οι εκτρώσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα, και οι παράγοντες που την επηρεάζουν ποικίλουν, συνεπώς, το ίδιο ισχύει και για την αντισύλληψη.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι η Ελλάδα είναι μια χώρα, που κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη αναφορικά στις εκτρώσεις. Παρόλο, που δεν υπάρχουν επίσημα και αξιόπιστα στοιχεία, υπολογίζεται ότι το ποσοστό των εκτρώσεων στην Ελλάδα κυμαίνεται μεταξύ 100.000 και 250.000 ετησίως, από τις οποίες περίπου το 20 – 25% διενεργούνται σε ανήλικα κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι στην ελληνική κοινωνία, περίπου 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι έχει τα χαμηλότερα ποσοστά στην χρήση κάποιων μεθόδων αντισύλληψης και κυρίως μοντέρνων μεθόδων. Οι πιο κοινές μέθοδοι αντισύλληψης είναι τα προφυλακτικά, η διακεκομμένη συνουσία και ένα μικρό ποσοστό γυναικών χρησιμοποιεί τα αντισυλληπτικά χάπια σε πολλές περιπτώσεις κυρίως για ιατρικούς – ορμονικούς λόγους (Tountas, Dimitrakaki, Antoniou, Boulamatsis, Creatsas, 2004, Χ.σ., 1994).

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες δράσεις – παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν για να ενημερωθεί ο πληθυσμός της Ελλάδας, και κυρίως οι νέοι πολίτες για αυτό το θέμα που προβληματίζει την ελληνική κοινωνία έντονα, καθώς είναι μια χώρα, η οποία παρουσιάζει από τα υψηλότερα ποσοστά σε Ευρωπαϊκό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ελλάδα, με την έλλειψη προληπτικών πολιτικών, οι γυναίκες εξακολουθούν να βασίζονται στις εκτρώσεις ως έλεγχο των γεννήσεων (Ioannidi – Karolou, 2004).

Σε επίπεδο πρόληψης, σημαντικό, είναι ο πληθυσμός να ενημερωθεί για τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, για το ρόλο τους και σε ποιους απευθύνονται και που υπάρχουν αυτά. Οι ερευνητές Sedgh, Singh, Henshaw,

Bankole, (2011), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά ποσοστά των εκτρώσεων σε ορισμένες χώρες, και οι μικρές αυξήσεις των τιμών τους σε άλλες, τονίζουν την μεγάλη ανάγκη για μια αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού για τον πληθυσμό αυτών των χωρών. Επίσης, απουσιάζουν από πολλές χώρες τα αξιόπιστα συστήματα συλλογής δεδομένων με σκοπό να διασφαλιστεί ότι μπορεί να υπάρχει αποτελεσματικός έλεγχος. Αξίζει να αναφερθεί, ότι στην Ελλάδα λειτουργούν 41 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Ωστόσο, αρκετές ημιαστικές και αγροτικές περιοχές δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού. Τα κέντρα, ως επί το πλείστον, φιλοξενούνται στα δημόσια νοσοκομεία. (Ιωαννίδη, Αγραφιώτης, 2008). Πολλές γυναίκες αναφέρουν την έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού ως την κύρια αιτία να οδηγηθούν στην έκτρωση. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, καθώς παρέχει υποστήριξη και ενημέρωση στον κάθε ενδιαφερόμενο αλλά και παράλληλα συμμετέχει στον σχεδιασμό και στην οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης του πληθυσμού ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, αποτελούμενη από γυναικολόγους και νοσηλεύτές.

Αναρίθμητες είναι οι μελέτες που έχουν δείξει ότι οι έλληνες έχουν ελλειπείς ή λανθασμένες πληροφορίες τόσο για την αντισύλληψη όσο και για την έκτρωση. Ένας τρόπος, ο οποίος θα μπορούσε να συμβάλει σε αυτή την αλλαγή είναι να ενταχθεί στα σχολικά μαθήματα ένα ειδικό μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, στο οποίο θα ενημερώνονται διεξοδικά οι νέοι/νέες για την αντισύλληψη και την έκτρωση και δεν θα τους παρέχονται κάποιες πληροφορίες σκόρπιες, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο μάθημα της βιολογίας (Ioannidi – Karoliou, 2004). Το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων θα πρέπει να λάβει πολύ σοβαρά υπόψη του, την ένταξη αυτού του ειδικού μαθήματος στο σύστημα παιδείας (παρά τις όποιες αντιδράσεις μπορεί να φέρει η Εκκλησία γιατί ενδεχομένως μπορεί να πιστεύει ότι προάγει τις σεξουαλικές επαφές ήδη από την εφηβεία) για να μειωθούν οι εκτρώσεις αλλά και να είναι σωστά ενημερωμένοι οι μαθητές. Επομένως, το μάθημα αυτό θα μπορούσε να γίνεται από κάποιον αρμόδιο (όπως από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό) και όχι από τους καθηγητές βιολογίας, όπως συνηθίζεται ως τώρα (π.χ. θα μπορούσε να γίνει από γυναικολόγους) (Roupa et. al., 2007). Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Σκανδιναβικές), όπου υπάρχουν αποτελεσματικές προσπάθειες πρόληψης, που

υπάρχει σχετικό μάθημα στα σχολεία, παρατηρούνται μικρότερα ποσοστά εκτρώσεων και υψηλότερα ποσοστά χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων (Knudsen et. al., 2003). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία πιστεύει ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να ξεκινάει από την εφηβεία και να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα (Roura et. al., 2007). Σε αυτή τη διαδικασία, ο κοινωνικός λειτουργός έχει συντονιστικό και οργανωτικό ρόλο στις ομάδες για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων.

Η απουσία πρόβλεψης θεσμοθέτησης του μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, στο βασικό πρόγραμμα εκπαίδευσης στα σχολεία, ευθύνεται σημαντικά για την έλλειψη των δεξιοτήτων και των γνώσεων τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών αναφορικά στη σεξουαλική και στην αναπαραγωγική τους υγεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αναπαραγωγή κάποιων στερεοτύπων (Μανροφοτου, Koumantakis, Michalodimitrakis, 2004, Ιωαννίδη – Αγριαφιώτη, 2008).

Μια ακόμα εξίσου σημαντική πρόταση σε επίπεδο πρόληψης, αποτελεί η έγκυρη ενημέρωση των παιδιών σε θέματα σεξουαλικής αγωγής από τους γονείς τους χωρίς την ενίσχυση στερεοτυπικών αντιλήψεων και ταμπού. Σε πολλές έρευνες, έχει διαπιστωθεί ότι οι πηγές πληροφόρησης των νέων είναι κυρίως από τους φίλους τους, από γιατρούς και τα Μ.Μ.Ε. και γενικότερα από πηγές πληροφόρησης που δεν τους παρέχεται σωστή και ολοκληρωμένη ενημέρωση, ενώ το ποσοστό της οικογένειας σαν πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη είναι μηδενικό (Μανροφοτου, Koumantakis, Michalodimitrakis, 2004, Kallipolitis et. al., 2003, Matziou et. al., 2009). Σε αυτό το επίπεδο, σημαντικό ρόλο έχουν οι διάφορες υπηρεσίες, όπως οι σχολές γονέων, οι συμβουλευτικοί σταθμοί, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι οποίες μπορούν να καθοδηγήσουν ένα γονέα στο πώς μπορεί να προσεγγίσει τα παιδιά του και να τα ενημερώσει για διάφορα ευαίσθητα θέματα, όπως είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, που εξακολουθεί ακόμα και στις μέρες μας να είναι ταμπού και πολλοί γονείς να ντρέπονται ή να μην το θεωρούν αναγκαίο να μιλήσουν για αυτό στα παιδιά τους (Ioannidi – Karolou, 2004). Επιπλέον, τέτοιες υπηρεσίες έχουν σαν στόχο την πρόληψη – ενημέρωση και όχι τόσο την παρέμβαση. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι συμβουλευτικός καθώς παρέχει πληροφορίες στους γονείς για το πώς να διαχειριστούν κάποιες καταστάσεις. Συχνά υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, γυναικολόγοι).

Επιπλέον, σε επίπεδο πρόληψης σε κάθε εκπαιδευτικό ίδρυμα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Τ.Ε.Ι., Α.Ε.Ι., κ.α.) θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένας σταθμός – κέντρο όπου θα παρέχονται στους φοιτητές σχετικές πληροφορίες για θέματα που άπτονται στην σεξουαλική αγωγή (όπως η αντισύλληψη και η έκτρωση). Ο σταθμός αυτός θα έχει ενημερωτικό – συμβουλευτικό χαρακτήρα απαρτιζόμενος από διεπιστημονική ομάδα και στο οποίο θα μπορούν να πηγαίνουν οι φοιτητές κατόπιν δικό τους αίτημα. Καθώς επίσης, θα μπορούσε να ενταχθεί στο πρόγραμμα σπουδών ειδικό μάθημα σχετικά με την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτό, το μάθημα θα ήταν υποχρεωτικό για τους πρωτοετείς φοιτητές και θα μπορούσαν να δημιουργούνται τμήματα ανεξαρτήτως της σχολής στην οποία ανήκουν οι φοιτητές. Σε αυτή την περίπτωση, ο κοινωνικός λειτουργός θα έχει ρόλο συμβουλευτικό – υποστηρικτικό αλλά και συντονιστή – οργανωτή ομάδων, απαρτιζόμενος από μια διεπιστημονική ομάδα.

Τέλος, σε επίπεδο πρόληψης θα μπορούσαν να δημιουργηθούν κάποιες ομάδες σε κοινότητες, οι οποίες θα απαρτίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα (κοινωνικό λειτουργό, γυναικολόγο και ψυχολόγο). Η διεπιστημονική ομάδα κάθε κοινότητας θα μπορούσε να διοργανώνει διάφορες δράσεις με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα που αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς της εκάστοτε κοινότητας (πολιτιστικούς συλλόγους, σύλλογοι γυναικών, ΤΟ.ΣΥ.Ν. κ.α.). Μερικές από τις δράσεις που θα μπορούσαν να υλοποιηθούν είναι η διοργάνωση ομιλιών είτε στον μαθητικό πληθυσμό είτε στους υπόλοιπους κατοίκους με αρμόδιους ομιλητές. Επιπλέον, θα μπορούσαν να παρέχουν στον πληθυσμό, και ειδικότερα στις γυναίκες, δωρεάν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (όπως πρόσβαση σε Τεστ Π.Α.Π. ή συναφών εξετάσεων με την σεξουαλική υγεία) σε συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα. Επίσης, η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του πληθυσμού θα μπορούσε να επιτευχθεί αξιοποιώντας Παγκόσμιες Ημέρες, όπως η Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης (26 Σεπτεμβρίου) ή η Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS (1 Δεκεμβρίου). Σε επίπεδο κοινότητας, ο κοινωνικός λειτουργός συχνά έχει το ρόλο του σχεδιαστή προγραμμάτων μαζί με άλλους επιστήμονες αλλά και το ρόλο του συντονιστή και οργανωτή των ομάδων.

Εκτός από το επίπεδο πρόληψης, μπορούν να υλοποιηθούν κάποιες δράσεις σε επίπεδο παρέμβασης. Κρίνεται αναγκαίο, ο πληθυσμός και ειδικότερα οι γυναίκες να

ενημερωθούν για τους συλλόγους, όπως είναι ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού η «Αγκαλιά», που παρέχεται ενημέρωση, ψυχολογική – συμβουλευτική υποστήριξη και οικονομική στήριξη στις περιπτώσεις εκείνες που αποτύχει ο οικογενειακός προγραμματισμός ή η αντισύλληψη. Παράλληλα, πολλοί τέτοιοι σύλλογοι συχνά δραστηριοποιούνται και σε επίπεδο πρόληψης συμβάλλοντας στην ενημέρωση του κοινού (σε θέματα σχετικά με την εγκυμοσύνη, τη μητρότητα, τα ανθρώπινα δικαιώματα), με την οργάνωση σεμιναρίων, διαλέξεων, ομιλιών, ημερίδων. Ο ρόλος ενός κοινωνικού λειτουργού σε ένα τέτοιο σύλλογο είναι συμβουλευτικός – υποστηρικτικός στους εξυπηρετούμενους, καθώς μέσα από διάφορες παρεμβάσεις προσπαθεί να συμβάλει στην ενδυνάμωση του εξυπηρετούμενου σε συνεργασία με μια διεπιστημονική ομάδα (όπως με ψυχολόγο και γυναικολόγο).

Συνοπτικά, σε αυτά τα πλαίσια που μπορούν να συμβάλουν στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και στην πρόληψη των εκτρώσεων (Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, η ένταξη μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις σχολικές μονάδες χώρας, η έγκυρη ενημέρωση των παιδιών για θέματα σεξουαλικής υγείας από τους γονείς μέσα από την κατεύθυνση υπηρεσιών για την προσέγγιση των παιδιών, η δημιουργία συμβουλευτικού σταθμού – κέντρου στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ή/και η ένταξη μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στο πρόγραμμα σπουδών αυτών, η δημιουργία ομάδων σε κοινότητες για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, η ενημέρωση του πληθυσμού για τους συλλόγους, που μπορούν να κατευθύνουν και να υποστηρίξουν κυρίως τις γυναίκες σε περιπτώσεις αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού ή της αντισύλληψης) θα μπορούσε να δραστηριοποιηθεί ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσοντας κάθε φορά τον κατάλληλο ρόλο. Συνήθως, οι ρόλοι που καλείται να αναπτύξει είναι υποστηρικτικός, σχεδιαστής – οργανωτής προγραμμάτων, συντονιστικός – οργανωτικός, συμβουλευτικός – υποστηρικτικός. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε όλη αυτή την διαδικασία είναι πολυδιάστατος και με ιδιαίτερη σημασία.

Συμπερασματικά, θα χρειαστούν πολλές θεσμικές αλλαγές, συντονισμένες δράσεις, παρεμβάσεις και προγράμματα για να τροποποιηθούν τα παγιωμένα πολιτιστικά πρότυπα και οι αξίες. Αυτό αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία, ωστόσο οι αρμόδιοι και εμπλεκόμενοι φορείς θα πρέπει να στοχεύουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην υγεία του πληθυσμού αξιοποιώντας δράσεις πρόληψης και

θεραπείας αξιοποιώντας καταρτισμένο προσωπικό για την οργάνωση, τον συντονισμό και την υποστήριξη τους.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης, Δ., (2003), *Υγεία, αρρώστια, κοινωνία*, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Βάντσου, Χρ., (2009), *Ηθική θεώρηση της έκτρωσης*, Θεσσαλονίκη: Κορνηλία Σφακιανάκη.
- Δετοράκης, Γ., (1986), *Οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, σεξουαλική διαφώτιση*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Δορκοφίκη, Ε., (1985), *Αμβλώσεις, ο αφανισμός του γένους*, Αθήνα: Ελληνική Ευρωεκδοτική.
- Ιωαννίδη, Ε., Αγραφιώτης, Δ., (2008), *Οικογενειακός προγραμματισμός: αντιλήψεις και στάσεις των γυναικών για την αντισύλληψη και τις εκτρώσεις στο Επιμέλεια και Υγεία (Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α.)*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Ιωαννίδη – Καπόλου, Ε., Αγραφιώτης, Δ., (2005), *Σεξουαλικότητα (ες) στα χρόνια της αβεβαιότητας και του AIDS*, Αθήνα: Εκδόσεις Πολύτροπον.
- Μαυροφόρου, Α., (2004), *Η αξία της συναίνεσης της ανηλίκου στην άμβλωση*, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Μητσοπούλου, Α., (2013), *Η ηθική πλευρά της άμβλωσης*, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα.
- Μπαμπινιώτης, Γ., (2002), *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Π.
- Παπαευαγγέλου, Γ., & Τσίμπος, Κ., (1993), *Ιατρική δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός*, Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Ρούπα – Δαριβάκη, Ζ., (2006), *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*, Αθήνα: Ελλήν.

- Συμεωνίδου, Χ., Κανδηλώρου, Ε., Μαγδαληνός, Μ., (2000), *Επιθυμητό και πραγματικό μέγεθος οικογένειας. Γεγονότα του κύκλου ζωής. Μια διαχρονική προσέγγιση: 1983 – 1997*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Σειρά δημογραφικών μελετών.

## **B. ΜΕΤΕΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Wood, C., (1979), *Αντισύλληψη*, μεταφρ. Οικονόμου – Μαύρου, Κ., Αθήνα: Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Χ.σ. (χωρίς συγγραφέα, (1994), *Ο οδηγός Prenatal: προγεννητικός οδηγός – όλα όσα θα πρέπει να γνωρίζετε όταν αποφασίσετε ν' αποκτήσετε παιδί*, μεταφρ. Λουκοπούλου, Τ., Milano: Arcadia Edizioni.

## **Γ. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ahman, E., Shah, I., (2011) New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115(2), pp.121 – 126.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., Tsui, AO., (2012) Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet* 380(9837), pp.111 – 125.
- Ahn, HS., Seol, HJ., Lim, JE., Hong, SH., Lee, SY., Park, MI., Kim, SD., Kim, HJ., (2012) Estimates of induced abortion in South Korea: health facilities survey. *J. Obstet. Gynecol. Res.* 38(1), pp.314 – 328.
- Arisi, E., (2003) Changing attitudes towards abortion in Europe. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 8(2), pp.109 – 121.
- Bouyer, J., Coste, J., Shojaei, T., Pouly, JL., Fernandez, H., Gerbaud, L., Job – Spira, N., (2003) Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case – control, population – based study in France. *Am. J. Epidemiol.* 157(3), pp.185 – 194 .
- Breck, J., (1998) Bioethical dilemmas and orthodoxy. *Synaxis* 68 pp.1 – 20.

- Brown, JS., Adera, T., Masho, SW., (2008) Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births. *J Epidemiol Community Health* 62(1), pp.16 – 22.
- Calhoun, BC., Shadigian, E., Rooney, B., (2007) Cost consequences of induced abortion as an attributable risk for preterm birth and impact on informed consent. *J Reprod Med.* 52(10), pp.929 – 937.
- Canning, D., Schultz, TP., (2012) The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet* 380(9837), pp.165 – 171.
- Carr, B., Gates, MF., Mitchell, A., Shah, R., (2012) Giving women the power to plan their families. *Lancet* 380(9837), pp.80 – 82.
- Carlton, C., Nelson, E., Priscilla, C., (2000) College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *The Social Science Journal* 37(4), 4th Quarter 2000, pp. 619 – 625.
- Cleland, J., Conde – Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., Tsui, A., (2012) Contraception and health. *Lancet* 380(9837), pp.149 – 156.
- Coleman, PK., Coyle, CT., Shuping, M., Rue, VM., (2008) Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research* 43(8), pp.770 – 776.
- Coleman, P., Maxey, C., Rue, V., Coyle, C., (2005) Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low – income mothers. *Acta Paediatrica* 94(10), pp.1476 – 1483.
- Coleman, PK., Reardon, DC., Cogle, JR., (2005) Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *British Journal of Health Psychology* 10, pp.255 – 268.
- Coleman, PK., Reardon, DC., Lee, MB., (2006) Women's preferences for information and complication seriousness ratings related to elective medical procedures. *Journal of Medical Ethics* 32(8), pp.435 – 438.

- Coleman, PK., Rue, VM., Coyle, CT., (2009) Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago health and social life survey. *Public Health* xxx, pp.1 – 8.
- Coleman, P., Rue, V., Reardon, D., Cogle, J. (2002) State – funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(1), pp.141 – 152.
- Coleman, PK, Maxey, CD., Spence, M., Nixon, CL., (2009) Predictors and correlates of abortion in the fragile families and well-being study: paternal behavior, substance use, and partner violence. *Int J Ment Health Addiction* 7(3), pp. 405 – 422.
- Cogle, JR., Reardon, DC., Coleman, PK., (2003) Depression associated with abortion and childbirth: a long – term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor* 9(4), pp. CR105 – 112.
- Cogle, J., Reardon, D., Coleman, P., (2005) Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 national survey of family growth. *Journal of Anxiety Disorders* 19, pp.137 – 142.
- Coyle, CT., (2007) Men and abortion: a review of empirical reports concerning the impact of abortion on men. *Internet Journal of Mental Health*. 3(2), pp.3 – 3.
- Daniels, K., Mosher, WD., Jones, J., (2013) Contraceptive methods women have ever used: United States, 1982–2010. *National Health Statistics Reports* No. 62.
- Darroch, JE., (2013) Trends in contraceptive use. *Contraception* 87(3), pp.259 – 263.
- Darroch, JE., Singh, S., (2013) Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet* 381(9879), pp.1756 – 1762.

- Diedrich, J., Steinauer, J., (2009) Complications of surgical abortion. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 52(2), pp.205 – 212.
- Dimoula, Y., Iordani, M., Konstantinou, M., Kamenidou, D., Zirilios, K., Katsaouni, M., Galiatsatos, G., Tsamoudaki, S., Kabisiouli E., (2007) Attitudes towards abortion. *Health Science Journal* 3, pp.1 – 11.
- Dinas, K., Hatzipantelis, E., Mavromatidis, G., Zepiridis, L., Tzafettas, J., (2008) Knowledge and practice of contraception among Greek female medical students. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 13(1), pp.77 – 82.
- Donadiki, EM., Jimenez – Garcia, R., Velonakis, EG., Hernandez – Barrera, V., Sourtzi, P., Lopez de Andres, A., Jimenez – Trujillo, I., Pino, CG., Carrasco – Garrido, P., (2013) Factors Related to Contraceptive Methods among Female Higher Education Students in Greece. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 26(6), pp.334 – 339.
- Erfani, A., (2011) Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37(3), pp.134 – 142.
- Espey, E., Ogburn, T., Chavez, A., Qualls, C., Leyba, M., (2005) Abortion education in medical schools: a national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192(2), pp.640 – 643.
- Fergusson, M., Horwood, J., Boden, J., (2008) Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 193 (6), pp.444 – 451.
- Ferugsson, D., Horwood, J., Boden, J., (2009) Reactions to abortion and subsequent mental health. *The British Journal of Psychiatry* 195(5), pp.420 – 426.
- Finer, LB., Frohwirth, LF., Dauphinee, LA., Singh, S., Moore, AM., (2005) Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37(3), pp.110 – 118.

- Finer, LB., Jerman, J., Kavanaugh, ML., (2012) Changes in use of long-acting contraceptive methods in the United States, 2007–2009. *Fertility and Sterility* 98(4), pp.893 – 897.
- Galazios, G., Tsikouras, P., Liberis, V., Koutlaki, N., Teichmann, At., Maroulis, G., (2008) Attitudes towards contraception in three different populations. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 35(01), pp.22 – 26.
- Garcia – Sanchez, I., Prinzon – Pulido, S., van Mens, L., de Shutter, M., (2002) Situation analysis: European overview. In: va Mens, L., Garcia – Sanchez, I., de Shutter, M., Prinzon – Pulido, S. (Eds) Prevention of HIV and STIs among women in Europe, women’s Network PHASE. Utrecht, Plantijn Casparie, 13 – 24.
- Geary, CW., Gebreselassie, H., Awah, P., Pearson, E., (2012) Attitudes toward abortion in Zambia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 118(2), pp.S148 – S151.
- Gissler, M., Berg, C., Bouvier – Colle, MH, Buekens, P., (2005) Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987 – 2000. *European J. Public Health* 15(05), pp.459 – 463.
- Glasier, A., Scorer, J., Bigrigg, A., (2008) Attitudes of women in Scotland to contraception: a qualitative study to explore the acceptability of long – acting methods. *J Fam Plann Reprod Health Care* 34(4), pp.213 – 217.
- Glotz, G., (1931) *Histoire Grecque, Paris: Presses Universitaires de France.*
- Guillebaud, J. (2004) *Contraception: Your questions answered, (4<sup>th</sup> edition), Edinburgh: Churchill Livingstone.*
- Halkias, A. (2004) *The empty cradle of democracy. Sex, abortion, and nationalism in modern Greece, London: Duke University Press.*
- Hardy, G., Benjamin, A., Abenhaim, H., (2013) Effect of induced abortions on early preterm births and adverse perinatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 35(2), pp.138 – 143.

- Hung, TH., Hsieh, CC., Hsu, JJ., Chiu, TH., Lo, LM., Hsieh, TT., (2007) Risk factors for placenta previa in an Asian population. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 97(1), pp.26 – 30.
- Hurt, K., J., Guile, M., W., Bienstock, L., J., Fox, E., H., Wallach, E., E., (2012) The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics, (4<sup>th</sup> edition). *Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.*
- Ioanidi – Kapolou, E., (2004) Use of contraception and abortion in Greece: a review. *Reprod Health Matters* 12(24), pp. 174 – 183.
- Jewkes, R., Rees, H., (2005) Dramatic decline in abortion mortality due to the choice on termination of pregnancy act. *South African Medical Journal* 95(4), pp.250.
- Jones, RK., (2011) Beyond birth control: the overlooked benefits of oral contraceptive pills, New York: Guttmacher Institute.
- Jones, RK., Finer, LB., Singh, S., (2010) Characteristics of U.S. abortion patients 2008. New York: Guttmacher Institute.
- Jones, J., Mosher, W., Daniels, K., (2012) Current contraceptive use in the United States, 2006–2010, and changes in patterns of use since 1995, *National Health Statistics Reports* No. 60.
- Jones, P., Singh, S., Finer, L., Frohwirth, L., (2006) Repeat abortion in the United States. *The Guttmacher Institute Occasional Report No. 29*, pp.1 – 65.
- Kallipolitis, G., Stefanidis, K., Loutradis, D., Siskos, K., Milingos, S., Mihalas, S., (2003) Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 24(3), pp.145 – 151.
- Kavanaugh, ML., Williams, SL., Schwarz, EB., (2011) Emergency contraception use and counseling after changes in United States prescription status. *Fertility and Sterility* 98(8), pp.2578 – 2581.

- Keller, RS., Ruether, RR., Cantlon, M., (2006) Encyclopedia of women and religion in North America: women and religion: methods of study and reflection, *Indiana: Indiana University Press*.
- Kero, A., Lalos, A., (2004) Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post – abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 25(2), pp.135 – 143.
- Knudsen, L., Gissler, M., Bender, SS., Hedberg, H., Ollendorff, U., Sundstro, K., Totlandsdal, K., Vilhjalmsdottir, S., (2003) Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82(3), pp.257 – 268.
- Konstantinidis, T., Skandalaki N., Tzagaraki, E., Linardakis, M., (2012) Sexual behavior and contraceptive use among Greek nursing students. *Archives of Hellenic Medicine*. 29(6), pp.710 – 719.
- Kost, K., Henshaw, S., (2012) U.S. teenage pregnancies, births and abortions, 2008: national trends by race and ethnicity. Guttmacher Institute.
- Kumar, R., Malik. S., Qureshi, A., Khurram, IM., Chaudhary, KS., Paul, L., Malik, MZ., Mahmud, MK., Israr, SM., (2002) Comparative analysis of knowledge, attitudes and perceptions about induced abortions among medical and non – medical students of Karachi. *J Pak Med Assoc* 52(10), pp.492 – 494.
- Mavroforou, A., Koumantakis, E., Michalodimitrakis, E., (2004) Adolescence and abortion in Greece:women’s profile and perceptions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 17, pp.321 – 326.
- Mavroforou, A., Koumantakis, E., Michalodimitrakis, E., (2010) Do men have rights in abortion? the Greek view. *Med Law* 29(1), pp.77 – 85.
- Matziou, V., Perdikaris, P., Petsios, K., Gymnopoulou, E., Galanis, P., Brokalaki, H., (2009) Greek students’ knowledge and sources of information regarding sex education. *International Nursing Review* 56(3), pp.354 – 360.



- Misra, R., Hohman, S.. (2000) Trends in abortion attitudes among young adults: 1977 – 1993. *American Journal of Health Studies* 16(2), pp.85 – 103.
- Mosher, WD., Jones, J., (2010) Use of contraception in the United States: 1982–2008. *Vital and Health Statistics* 23(29).
- Mota, NP., Burnett, M., Sareen, J., (2010) Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 55(4), pp.239 – 247.
- Myers, J., Seif, M., (2010) Global perspective of legal abortion – trends analysis and accessibility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 24(4), pp.457 – 466.
- Naziri, D., (2007) Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 12(2), pp.168 – 174.
- Needle, R., Walker, L., (2008) Abortion counseling: a clinician's guide to psychology, legislation, politics, and competency, *New York: Springer Publishing Company*.
- No authors listed. (1994) Study in Turkey leads to integration of abortion and family planning services. *Prog Hum Reprod Res.* (29), pp.9290 – 9292.
- Puppinck, G., Wenberg, K., (2010) Memorandum on the PACE Report – women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection. *European Centre for Law and Justice*.
- Reardon, D., (2002) Aborted women, silent no more, *Springfield, IL: Acorn Books*.
- Reardon, D., (2004) Abortion decisions and the duty to screen: clinical, legal, and ethical implications of predictive risk factors of post – abortion maladjustment. *The Journal of Contemporary Health Law and Policy* 20(2), pp.33 – 114.

- Reardon, D., Coleman, P., (2006) Relative treatment rates for sleep disorders and sleep disturbances following abortion and childbirth: a prospective record based – study. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research* 29(1), pp.105 – 106.
- Reardon, D., Cogle, J., Rue, V., Shuping, M., Coleman, P., Ney, P., (2003) Psychiatric admissions of low – income women following abortions and childbirth. *Canadian Medical Association Journal* 168(10), pp.1253 – 1256.
- Reardon, D., Ney, P., (2000) Abortion and subsequent substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26(1), pp.61 – 75.
- Reardon, D., Ney, P., Scheuren, F., Cogle, J., Coleman, P., Strahan, T., (2002) Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal* 95(8), pp.834 – 841.
- Restivo, SP., (2005) Science, technology, and society: an encyclopedia. *Oxford: University Press.*
- Rue, VM., Coleman, PK., Rue, JJ., Reardon, DC. (2004) Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor* 10(10), pp.SR5 – 16.
- Roupa, Z., Mylona, E., Sotiropoulou, P., Arsenos, P., Kotrotsiou, E., Gourni, M., Faros, E., Nikas, M., Salakos, N., (2007) Planned parenthood and students’ knowledge of contraceptive methods. *Health Science Journal* 1, pp.1 – 10.
- Salakos, N., Koumousidis, K., Bakalianou, K., Paltoglou, G., Kalampokas, Th., & Iavazzo, C., (2010) Unwanted pregnancy and induced abortion among young women 16 – 22 years old in Greece: a retrospective study of the risk factors. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* XXXVII(4), pp.303 – 309.
- Shah, I., Åhman, E., (2009) Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 31(12), pp.1149 – 1158.

- Shaw, D., (2010) Abortion and human rights. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 24(5), pp.633 – 646.
- Sedgh, G., Bankole, A., Singh, S., Eilers, M., (2012) Legal abortion levels and trends by woman's age at termination. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(3) pp.143 – 153.
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., Åhman, E., Shah, I., (2007) Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet* 370(9595), pp.1338 – 1345.
- Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, SK., Bankole, A., (2011) Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 37(2), pp.84 – 94.
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I., Åhman, E., Henshaw, S., Bankole, A., (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* 379(9816), pp.625 – 632.
- Singh, S., Prada, E., Kestler, E., (2006) Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 32(3), pp.136 – 145.
- Steinberg, J., Russo, N., (2008) Abortion and anxiety: what's the relationship?. *Social Science & Medicine* 67, pp.238 – 258.
- Strauss, LT., Gamble, SB., Parker, WY., Cook, DA., Zane, SB., Hamdan, S., (2006) Abortion surveillance – United States, 2003. *MMWR Surveillance Summaries*. *Centers for Disease Control* 55(SS11), pp.1 – 32.
- Suvedi, Krishna, B., Pradhan, A., Barnett, S., Puri, M., Chitrakar, S., Poudel, P., Sharma, S., Hulton, L., (2009) Nepal maternal mortality and morbidity study 2008/2009: summary of preliminary findings, *Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health*.
- Traraux – Deneux, C., Bouvere, J., Job – Spira, N., Coste, J., Spira, A., (1998) Risk of ectopic pregnancy and previous induced abortion. *Am J Public Health* 88(3), pp.401 – 405.

- Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D., Creatsas, G., (2004) Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country – wide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 116, pp.190 – 195.
- Trussell J, (2011) Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 83(5), pp.397 – 404.
- Τσολακίδης, Δ., (2004) Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 16(3), pp.296 – 301.
- Tsui, AO., McDonald – Mosley, R., Burke, AE, (2010) Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiol Rev* 32(1), pp.152 – 174.
- Van Braeckel, D., Temmerman, M., Roelens, K., Degomme, O., (2012) Slowing population growth for wellbeing and development. *The Lancet* 380(9837), pp.84 – 85.
- van de Brink, MJ., Boersma, AA., Meyboom – de Jong, B., de Bruijn, JG (2011) Attitude toward contraception and abortion among Curacao women. Ineffective contraception due to limited sexual education? *BMC Family Practice* 12, pp.55.
- Williams, G., (2000) Grief after elective abortion. *A WHONN Lifelines* 4(2), pp.37 – 40.

#### Δ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Βικιπαίδεια, (2012)  
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7> [προσπελάστηκε 13 Νοεμβρίου 2012].
- Βικιπαίδεια, (2013)  
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7> [προσπελάστηκε 22 Ιουλίου 2013].

- Βικιπαίδεια, (2014) <http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion> [προσπελάστηκε 04 Ιανουαρίου 2014].
- Βικιπαίδεια, (2014) [http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion\\_law](http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_law) [προσπελάστηκε 04 Ιανουαρίου 2014].
- Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, (2013) [http://www.isotita.gr/var/uploads/ANNOUNCEMENTS/World-Contraception-Day\\_2013.pdf](http://www.isotita.gr/var/uploads/ANNOUNCEMENTS/World-Contraception-Day_2013.pdf) [προσπελάστηκε 20 Μαρτίου 2014].
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, (2002) Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2001, Αθήνα <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE> [προσπελάστηκε 12 Ιουλίου 2012].
- Εθνικό Τυπογραφείο, (2012) <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13> [προσπελάστηκε 19 Μαρτίου 2012].
- Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, (2012) [http://www.oikogeneiakos.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80&Itemid=313&lang=el](http://www.oikogeneiakos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=313&lang=el) [προσπελάστηκε 19 Ιουλίου 2012].
- Π.Ο.Υ., [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/topics/family_planning/en/) [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
- Π.Ο.Υ., (1992) The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical working group, [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_MSM\\_92.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf) [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
- Π.Ο.Υ., (1997) Post – abortion family planning: a practical guide for programme managers [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_RHT\\_97.20.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_RHT_97.20.pdf) [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
- Π.Ο.Υ., (2011) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, *6th edition*,

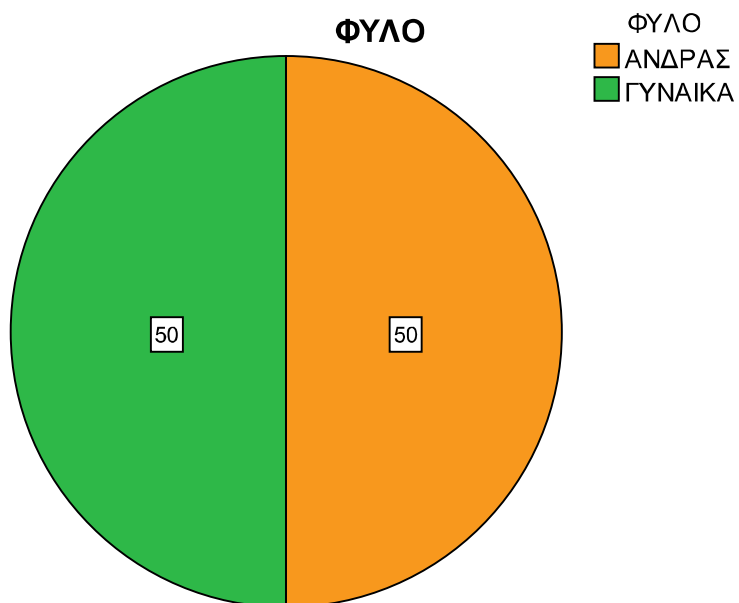
- [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1)  
[προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
- Π.Ο.Υ., (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, *2nd edition*  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf)  
[προσπελάστηκε 20 Δεκεμβρίου 2013].
  - Π.Ο.Υ., (2012)  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/induced\\_abortion\\_2012.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/induced_abortion_2012.pdf) [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
  - Π.Ο.Υ., (2013)  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/index.html>  
[Προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
  - Π.Ο.Υ., (2013)  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
  - Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, (2011) <http://www.agalia.org.gr/>  
[προσπελάστηκε στις 20 Ιουλίου 2012].
  - Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, (2014)  
<http://www.agalia.org.gr/enimerosi/abortion/93-oi-koinwnikes-epiptwseis-twn-amvltwsewn> [προσπελάστηκε 15 Δεκεμβρίου 2013].
  - Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008 – 2012.  
[http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ANAPARAGOGIKI\\_TELIKO.pdf](http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ANAPARAGOGIKI_TELIKO.pdf) [προσπελάστηκε 06 Νοεμβρίου 2013].
  - International Planned Parenthood Federation, (2007) Abortion legislation in.  
[http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion\\_legislation\\_Europe\\_Jan2007.pdf](http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion_legislation_Europe_Jan2007.pdf)  
[προσπελάστηκε 07 Οκτωβρίου 2013].

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

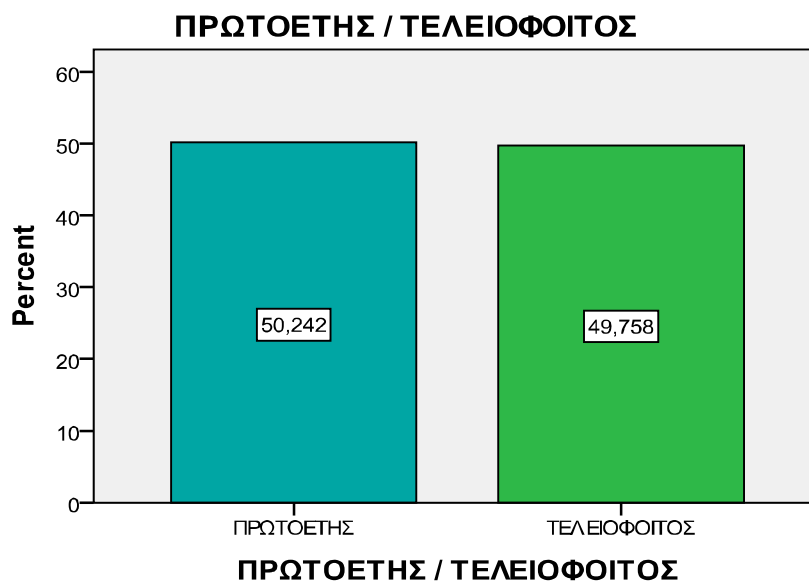
## 1. Ευρετήριο σχημάτων και πινάκων έρευνας

### 1.1. Πίνακες συχνοτήτων

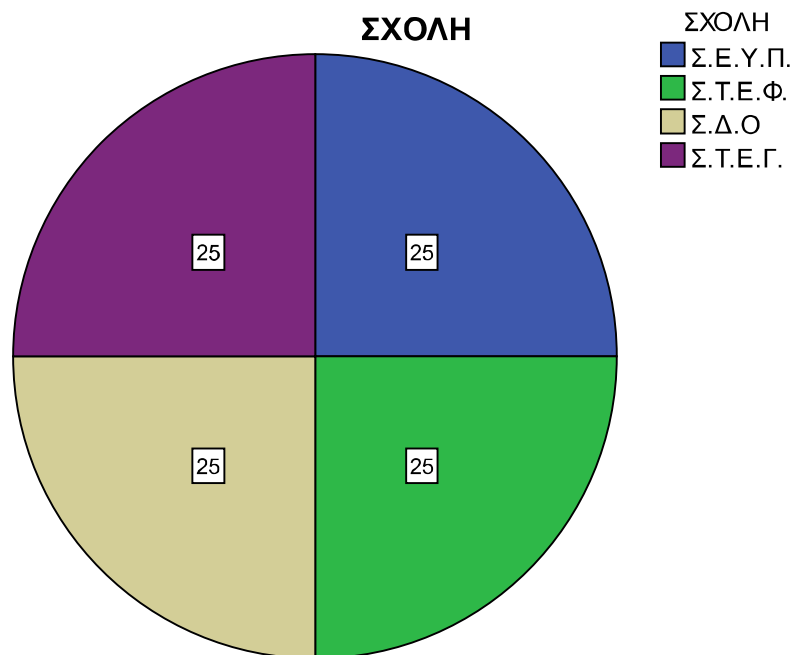
**Πίνακας 1.** «Φύλο φοιτητών».



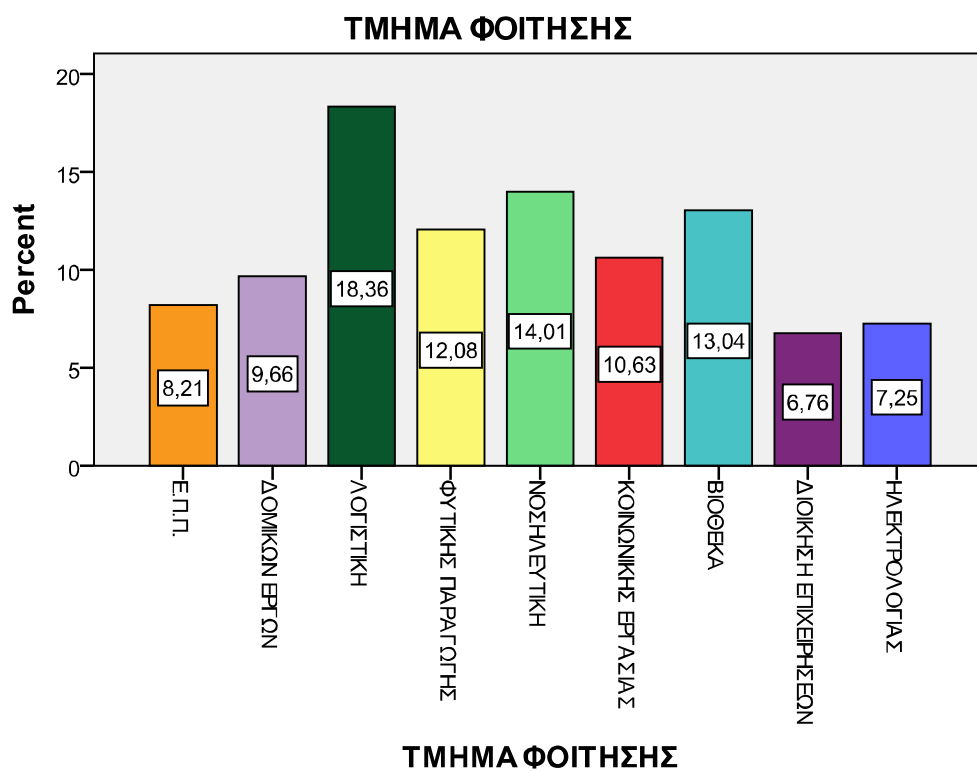
**Πίνακας 2.** «Έτος φοιτητών».



Πίνακας 3. «Σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές».

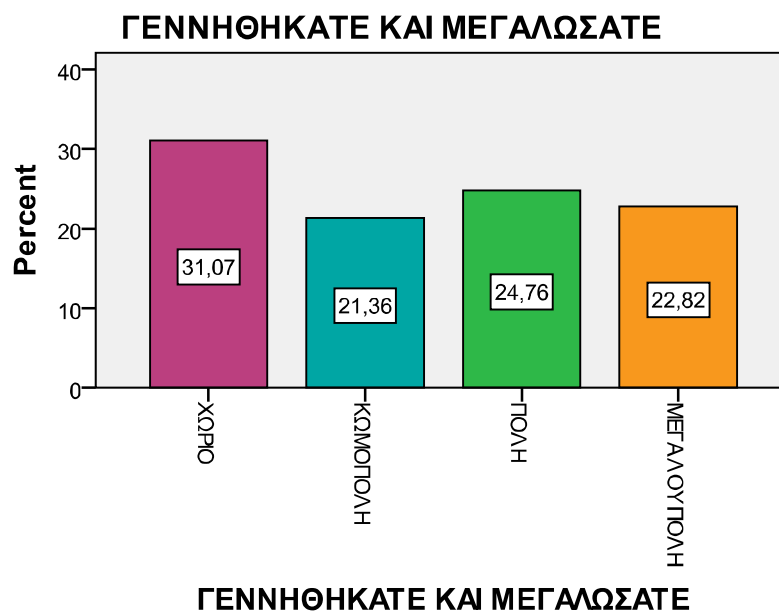


Πίνακας 4. «Τμήμα στο οποίο φοιτούν οι φοιτητές»

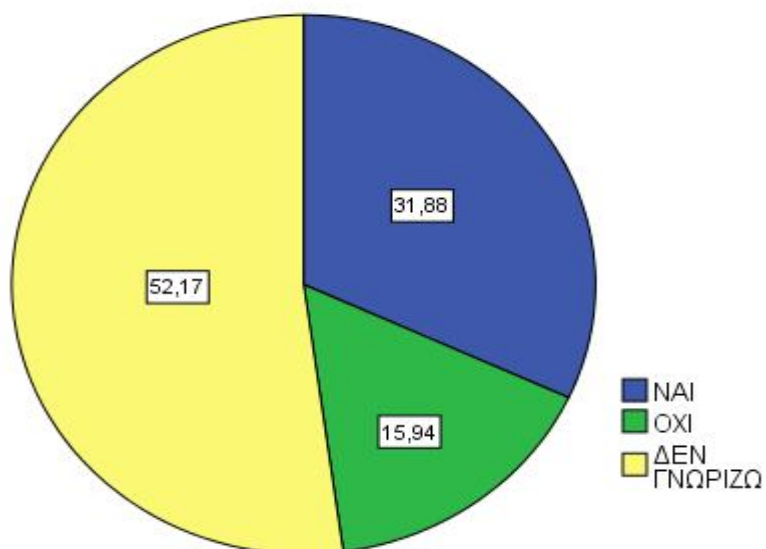




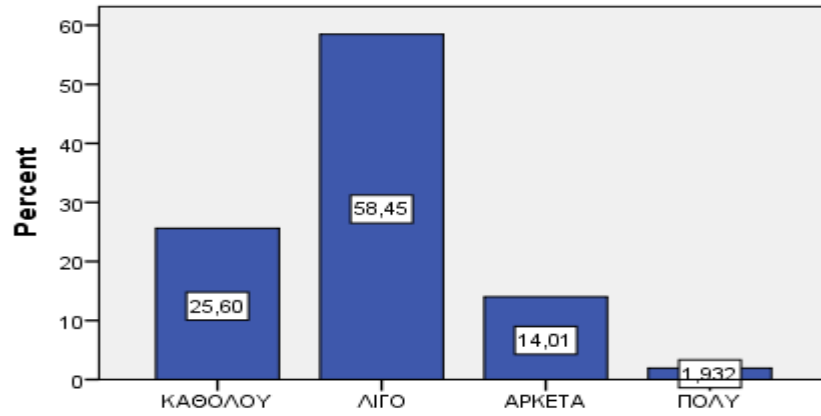
**Πίνακας 5.** «Που γεννηθήκατε και μεγαλώσατε;»



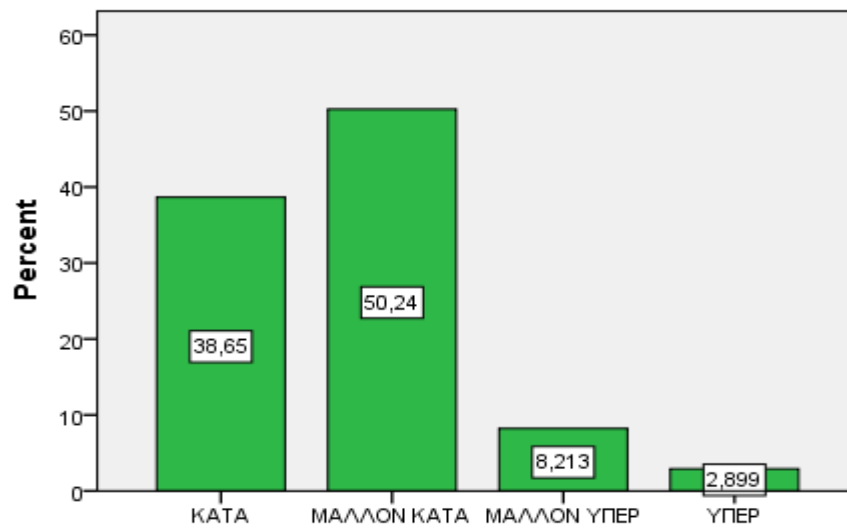
**Πίνακας 6.** «Γνωρίζεται αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα;»



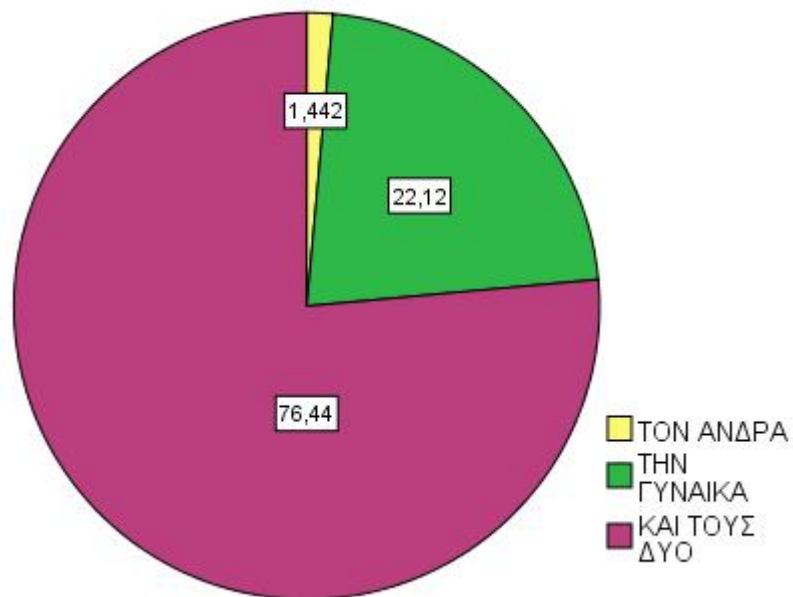
**Πίνακας 7.** «Πόσο ενημερωμένος πιστεύετε ότι είναι ο πληθυσμός σχετικά με τις εκτρώσεις;»



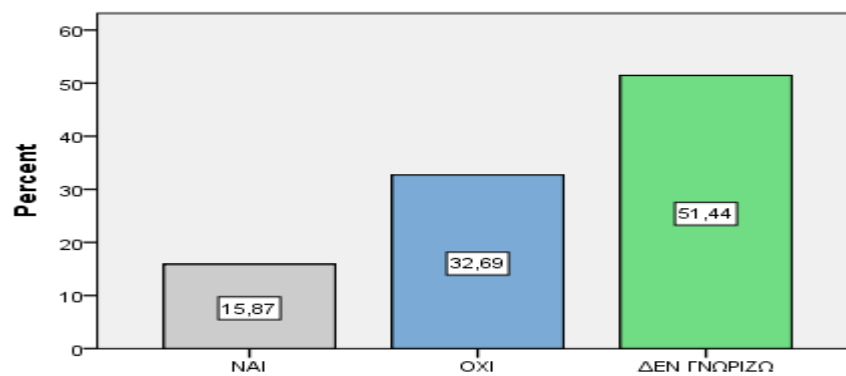
**Πίνακας 8.** «Σε γενικές γραμμές θεωρείτε ότι είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων;»



**Πίνακας 9.** «Η έκτρωση αφορά κατά κύριο λόγο;»



**Πίνακας 10.** «Θα καταφεύγατε σε μια έκτρωση ή θα παροτρύνετε την σύντροφο σας να καταφύγει σε έκτρωση μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;»



**Πίνακας 11.** «Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις (σχετικά με τις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία μιας γυναίκας);»

Πιθανές συνέπειες της έκτρωσης	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Δεν γνωρίζω	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<b>1. Αύξηση εμφάνισης νόσων στην γυναίκα</b>	N=9 4,3%	N=24 11,5%	<b>N=73</b> <b>35,1%</b>	N=71 34,1%	N=31 14,9%
<b>2. Επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας</b>	N=5 2,4%	N=15 7,2%	N=48 23,1%	<b>N=84</b> <b>40,4%</b>	N=56 26,9%
<b>3. Πρώιμοι και πρόωροι τοκετοί</b>	N=2 1%	N=17 8,2%	<b>N=99</b> <b>47,6%</b>	N=64 30,8%	N=26 12,5%
<b>4. Εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου</b>	N=6 2,9%	N=10 4,8%	<b>N=73</b> <b>35,1%</b>	<b>N=79</b> <b>38%</b>	N=39 18,8%
<b>5. Αύξηση θνησιμότητας</b>	N=15 7,2%	N=15 7,2%	<b>N=87</b> <b>41,8%</b>	N=64 30,8%	N=25 12%
<b>6. Συναίσθημα ενοχής</b>	N=2 1%	N=9 4,3%	N=26 12,5%	<b>N=82</b> <b>39,4%</b>	<b>N=87</b> <b>41,8%</b>
<b>7. Κατάθλιψη</b>	N=4 1,9%	N=8 3,8%	N=21 10,1%	<b>N=93</b> <b>44,7%</b>	<b>N=82</b> <b>39,4%</b>

Πίνακας 12. «Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις;»

Απόψεις για την έκτρωση	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη	N=35 16,8%	N=31 14,9%	N=20 9,6%	N=67 32,2%	N=55 26,4%
2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις αιμομιξίας ή βιασμού	N=7 3,4%	N=14 6,7%	N=13 6,3%	N=49 23,6%	N=125 60,1%
3. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση	N=21 10,1%	N=29 13,9%	N=22 10,6%	N=53 25,5%	N=83 39,9%
4. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει	N=12 5,8%	N=9 4,3%	N=10 4,8%	N=48 23,1%	N=129 62%
5. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία	N=20 10,6%	N=30 14,4%	N=53 25,5%	N=56 26,9%	N=47 22,6%
6. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)	N=25 12%	N=48 23,1%	N=66 31,7%	N=47 22,6%	N=22 10,6%
7. Η έκτρωση είναι δολοφονία	N=9 4,3%	N=12 5,8%	N=27 13%	N=71 34,1%	N=89 42,8%
8. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό	N=21 10,1%	N=15 7,2%	N=40 19,2%	N=71 34,1%	N=61 29,3%
9. Το έμβryo είναι ένα ζωντανό πλάσμα	N=3 1,4%	N=6 2,9%	N=27 13%	N=63 30,3%	N=107 51,4%

10. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά απόφαση της γυναίκας	N=67 32,2%	N=51 24,5%	N=33 15,9%	N=37 17,8%	N=19 9,1%
11. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μια έκτρωση	N=5 2,4%	N=16 7,7%	N=28 13,5%	N=76 36,5%	N=83 39,9%
12. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μια έκτρωση	N=2 1%	N=5 2,4%	N=19 9,1%	N=58 27,9%	N=124 59,6%
13. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων συντελεί στην αύξηση τους	N=6 2,9%	N=5 2,4%	N=38 18,3%	N=90 43,3%	N=69 33,2%
14. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης	N=4 1,9%	N=4 1,9%	N=26 12,5%	N=84 40,4%	N=90 43,3%

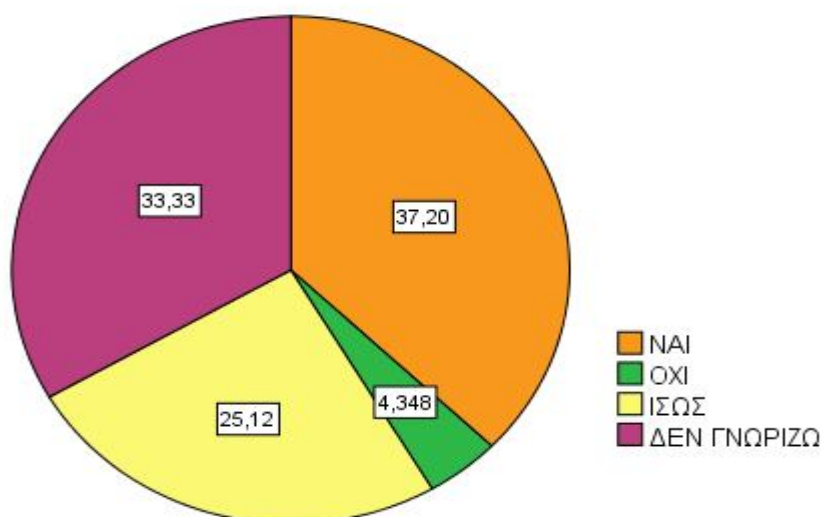
**Πίνακας 13.** «Για ποιο λόγο θα κάνατε έκτρωση ή θα την προτείνατε στην σύντροφο σας;»

Λόγοι πραγματοποίησης μιας έκτρωσης	Ναι	Όχι
<b>1. Κοινωνική κατακραυγή</b>	N=4 1,9%	<b>N=203</b> <b>97,6%</b>
<b>2. Επαγγελματικοί λόγοι</b>	N=6 2,9%	<b>N=201</b> <b>96,6%</b>
<b>3. Οικονομικοί λόγοι</b>	N=40 19,2%	<b>N=167</b> <b>80,3%</b>
<b>4. Οικογενειακοί λόγοι</b>	N=17 8,2%	<b>N=190</b> <b>91,3%</b>
<b>5. Ιατρογενείς λόγοι</b>	<b>N=136</b> <b>65,4%</b>	N=71 34,1%
<b>6. Προβλήματα με τον/την σύντροφο σας</b>	N=14 6,7%	<b>N=193</b> <b>92,8%</b>
<b>7. Βιασμός</b>	<b>N=174</b> <b>83,7%</b>	N=33 15,9%

**Πίνακας 14.** «Λόγοι που θα συντελούσαν στην μη πραγματοποίηση της έκτρωσης;»

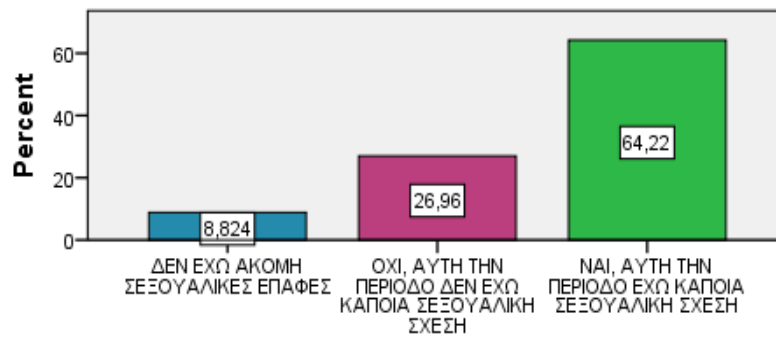
Λόγοι μη πραγματοποίησης της έκτρωσης	Ναι	Όχι
<b>1. Θρησκευτικοί</b>	N=51 24,5%	<b>N=154</b> <b>74%</b>
<b>2. Συνειδησιακοί</b>	<b>N=103</b> <b>49,5%</b>	N=102 49%
<b>3. Κοινωνικοί</b>	N=34 16,3%	<b>N=171</b> <b>82,2%</b>
<b>4. Από φόβο</b>	N=69 33,2%	<b>N=136</b> <b>65,4%</b>

**Πίνακας 15.** «Αν υπήρχε οικονομική ή άλλου είδους βοήθεια από το κράτος σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα κρατούσατε το παιδί;»

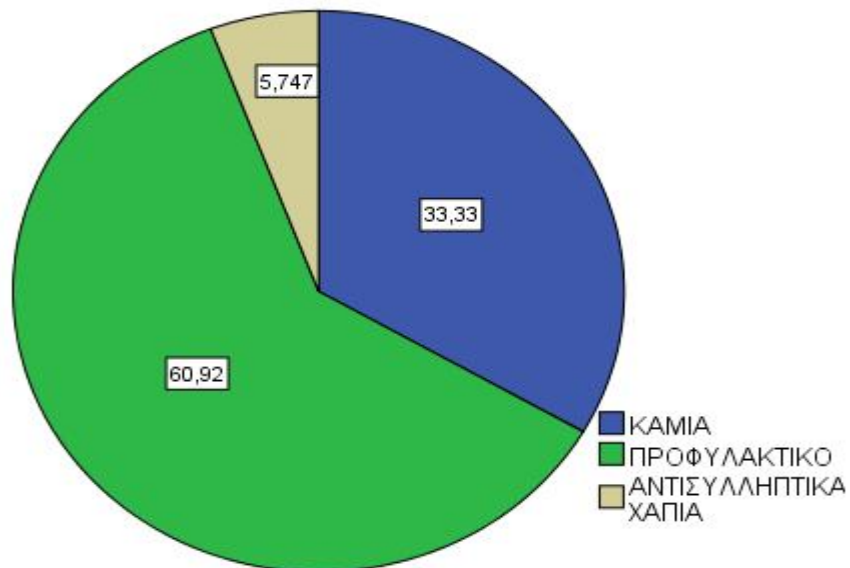




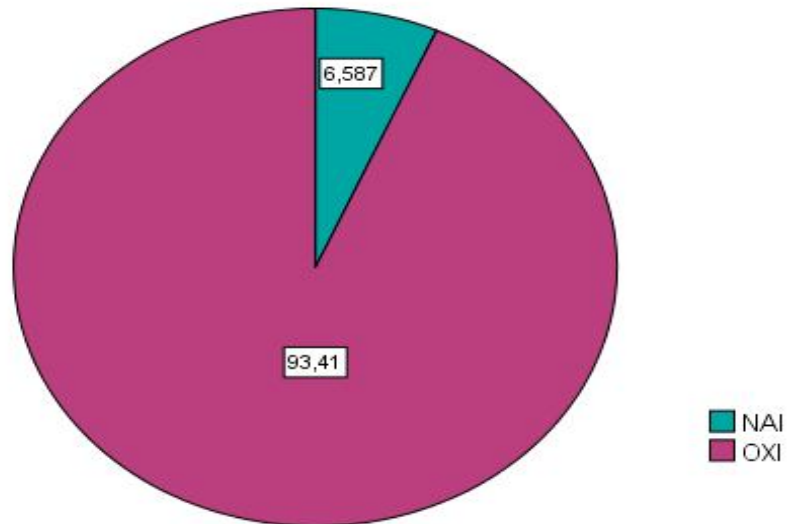
**Πίνακας 16.** «Την περίοδο αυτή (το τελευταίο εξάμηνο) έχετε σεξουαλικές επαφές;»



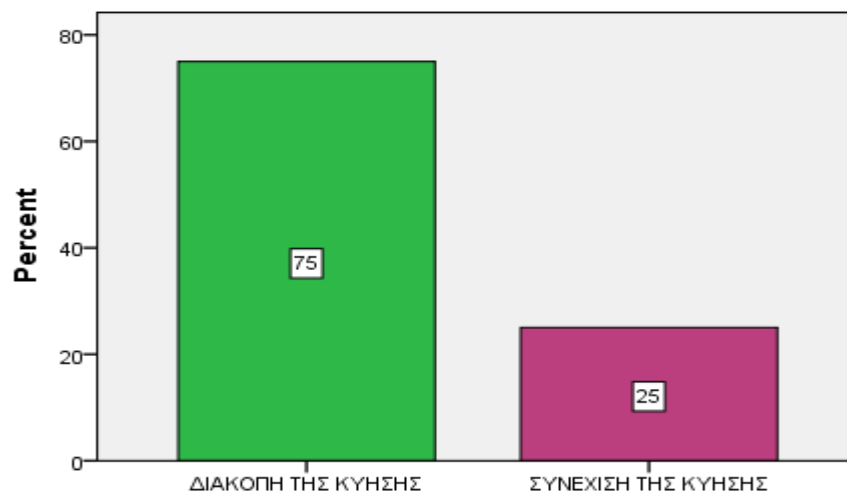
**Πίνακας 17.** «Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;»



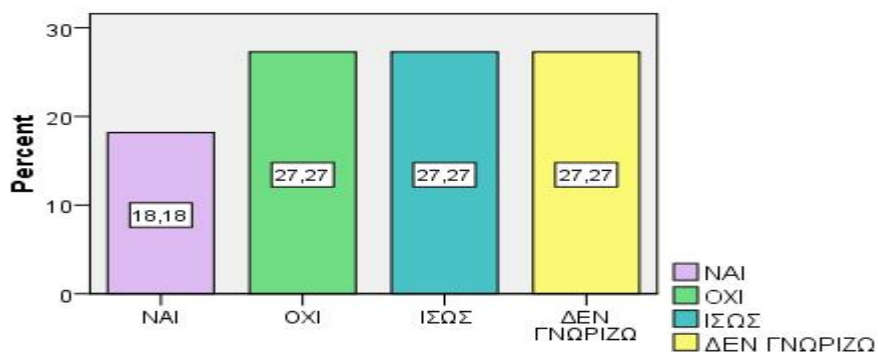
**Πίνακας 18.** «Στη διάρκεια της σεξουαλικής σας ζωής, (εσείς ή η σύντροφος σας) είχατε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης;»



**Πίνακας 19.** «Αν ναι, ποια ήταν η έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης;»



**Πίνακας 20.** «Αν έχετε πραγματοποιήσει έκτρωση, θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος την τελευταία έστω στιγμή, να σας είχε αποτρέψει από την απόφαση αυτή;»



**Πίνακας 21.** «Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι...;»

<b>1. Ο έλεγχος των γεννήσεων</b>	N=10 4,9%
<b>2. Ο προγραμματισμός των κηύσεων</b>	N=26 12,7%
<b>3. Ο προγραμματισμός των μεσοδιαστημάτων ανάμεσα στις εγκυμοσύνες</b>	N=11 5,4%
<b>4. Η ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους</b>	N=15 7,3%
<b>5. Όλα τα παραπάνω</b>	N=91 44,4%
<b>6. Δεν γνωρίζω</b>	N=52 25,4%

1.2. Πίνακες συσχετίσεων της έρευνας

1.2.1. Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο

**Πίνακας 22.** Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και τις γνώσεις για τις επιπλοκές της έκτρωσης στην υγεία της γυναίκας

		ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ					Total
		ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	
	Count	2	<b>10</b>	31	<b>40</b>	21	104
ΑΝΔΡΑΣ	% within ΦΥΛΟ	1,9%	<b>9,6%</b>	29,8%	<b>38,5%</b>	20,2%	100,0%
	% of Total	1,0%	4,8%	14,9%	19,2%	10,1%	50,0%
	Count	3	<b>5</b>	17	<b>44</b>	35	104
ΓΥΝΑΙΚΑ	% within ΦΥΛΟ	2,9%	<b>4,8%</b>	16,3%	<b>42,3%</b>	33,7%	100,0%
	% of Total	1,4%	2,4%	8,2%	21,2%	16,8%	50,0%
	Count	5	15	48	84	56	208
Total	% within ΦΥΛΟ	2,4%	7,2%	23,1%	40,4%	26,9%	100,0%
	% of Total	2,4%	7,2%	23,1%	40,4%	26,9%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>9,640<sup>a</sup></b>	<b>4</b>	<b>,047</b>

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

**Πίνακας 23.** Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία

		Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ					Total
		ΔΙΑΦΩΝ Ω ΑΠΟΛΥ ΤΑ	ΜΑΛΛ ΟΝ ΔΙΑΦΩ ΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖ Ω	ΜΑΛΛΟ Ν ΣΥΜΦΩ ΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	
	Count	10	22	30	<b>21</b>	21	104
ΑΝΔΡΑΣ	% within ΦΥΛΟ	9,6%	21,2%	28,8%	<b>20,2%</b>	20,2%	100,0%
	% of Total	4,8%	10,6%	14,4%	10,1%	10,1%	50,0%
	Count	12	8	23	<b>35</b>	26	104
ΓΥΝΑΙΚΑ	% within ΦΥΛΟ	11,5%	7,7%	22,1%	<b>33,7%</b>	25,0%	100,0%
	% of Total	5,8%	3,8%	11,1%	16,8%	12,5%	50,0%
	Count	22	30	53	56	47	208
Total	% within ΦΥΛΟ	10,6%	14,4%	25,5%	26,9%	22,6%	100,0%
	% of Total	10,6%	14,4%	25,5%	26,9%	22,6%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>11,672<sup>a</sup></b>	<b>4</b>	<b>,020</b>

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

**Πίνακας 24.** Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και την άποψη ότι η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό

		Η ΕΚΤΡΩΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΜΑΡΤΗΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΕΟ					Total
		ΔΙΑΦΩΝ Ω ΑΠΟΛΥ ΤΑ	ΜΑΛΛ ΟΝ ΔΙΑΦΩ ΝΩ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖ Ω	ΜΑΛΛΟ Ν ΣΥΜΦΩ ΝΩ	ΣΥΜΦΩ ΝΩ ΑΠΟΛΥ ΤΑ	
	Count	5	6	20	<b>45</b>	28	104
ΑΝΔΡΑΣ	% within ΦΥΛΟ	4,8%	5,8%	19,2%	<b>43,3%</b>	26,9%	100,0%
	% of Total	2,4%	2,9%	9,6%	21,6%	13,5%	50,0%
	Count	16	9	20	<b>26</b>	33	104
ΓΥΝΑΙΚΑ	% within ΦΥΛΟ	15,4%	8,7%	19,2%	<b>25,0%</b>	31,7%	100,0%
	% of Total	7,7%	4,3%	9,6%	12,5%	15,9%	50,0%
	Count	21	15	40	71	61	208
Total	% within ΦΥΛΟ	10,1%	7,2%	19,2%	34,1%	29,3%	100,0%
	% of Total	10,1%	7,2%	19,2%	34,1%	29,3%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>11,856<sup>a</sup></b>	<b>4</b>	<b>,018</b>

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

**Πίνακας 25.** Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και συνειδησιακοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης

		ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΟΙ		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΦΥΛΟ	Count	<b>58</b>	44	102
	ΑΝΔΡΑΣ % within ΦΥΛΟ	<b>56,9%</b>	43,1%	100,0%
	% of Total	28,3%	21,5%	49,8%
	Count	<b>44</b>	59	103
	ΓΥΝΑΙΚΑ % within ΦΥΛΟ	<b>42,7%</b>	57,3%	100,0%
	% of Total	21,5%	28,8%	50,2%
Total	Count	102	103	205
	% within ΦΥΛΟ	49,8%	50,2%	100,0%
	% of Total	49,8%	50,2%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>4,101<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,043</b>

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50,75.

**Πίνακας 26.** Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο και κοινωνικοί λόγοι για την μη πραγματοποίηση μιας έκτρωσης

		ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ		Total
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΦΥΛΟ	Count	<b>77</b>	25	102
	ΑΝΔΡΑΣ % within ΦΥΛΟ	<b>75,5%</b>	24,5%	100,0%
	% of Total	37,6%	12,2%	49,8%
	Count	<b>94</b>	9	103
	ΓΥΝΑΙΚΑ % within ΦΥΛΟ	<b>91,3%</b>	8,7%	100,0%
	% of Total	45,9%	4,4%	50,2%
Total	Count	171	34	205
	% within ΦΥΛΟ	83,4%	16,6%	100,0%
	% of Total	83,4%	16,6%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>9,215<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,002</b>

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,92.

*1.2.2. Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές*

**Πίνακας 27.** Συσχετίσεις αναφορικά με τη σχολή στην οποία ανήκουν οι φοιτητές και τη στάση τους απέναντι στην νομιμοποίηση των εκτρώσεων

		ΕΧΟΥΝ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΟΙ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ			Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	
	Count	<b>27</b>	5	20	52
Σ.Ε.Υ.Π.	% within ΣΧΟΛΗ	<b>51,9%</b>	9,6%	38,5%	100,0%
	% of Total	13,0%	2,4%	9,7%	25,1%
	Count	<b>17</b>	7	28	52
Σ.Τ.Ε.Φ.	% within ΣΧΟΛΗ	<b>32,7%</b>	13,5%	53,8%	100,0%
	% of Total	8,2%	3,4%	13,5%	25,1%
	Count	<b>11</b>	9	32	52
Σ.Δ.Ο	% within ΣΧΟΛΗ	<b>21,2%</b>	17,3%	61,5%	100,0%
	% of Total	5,3%	4,3%	15,5%	25,1%
	Count	<b>11</b>	12	28	51
Σ.Τ.Ε.Γ.	% within ΣΧΟΛΗ	<b>21,6%</b>	23,5%	54,9%	100,0%
	% of Total	5,3%	5,8%	13,5%	24,6%
	Count	66	33	108	207
Total	% within ΣΧΟΛΗ	31,9%	15,9%	52,2%	100,0%
	% of Total	31,9%	15,9%	52,2%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>16,397<sup>a</sup></b>	<b>6</b>	<b>,012</b>

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,13.



1.2.3. Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών

**Πίνακας 28.** Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την άποψη αν θα κάνανε ή θα προτείνανε την έκτρωση εάν υπήρχαν προβλήματα με τον/την σύντροφο

			ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΤΟΝ / ΤΗΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ		Total
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ	Count		<b>102</b>	2	104
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ		<b>98,1%</b>	1,9%	100,0%
	% of Total		49,5%	1,0%	50,5%
ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ	Count		<b>90</b>	12	102
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ		<b>88,2%</b>	11,8%	100,0%
	% of Total		43,7%	5,8%	49,5%
Total	Count		192	14	206
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ		93,2%	6,8%	100,0%
	% of Total		93,2%	6,8%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>7,874<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,005</b>

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,93.

**Πίνακας 29.** Συσχετίσεις αναφορικά με το έτος σπουδών των φοιτητών και την στάση τους για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου

		ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ			Total
		ΚΑΜΙΑ	ΠΡΟΦΥΛ ΑΚΤΙΚΟ	ΑΝΤΙΣΥΛΛ ΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ	
ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ	Count	19	<b>58</b>	8	85
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ	22,4%	<b>68,2%</b>	9,4%	100,0%
	% of Total	11,0%	33,5%	4,6%	49,1%
ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤ ΟΣ	Count	38	<b>48</b>	2	88
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ	43,2%	<b>54,5%</b>	2,3%	100,0%
	% of Total	22,0%	27,7%	1,2%	50,9%
Total	Count	57	106	10	173
	% within ΠΡΩΤΟΕΤΗΣ / ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΣ	32,9%	61,3%	5,8%	100,0%
	% of Total	32,9%	61,3%	5,8%	100,0%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	<b>10,828<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>,004</b>

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,91.

2. Ερωτηματολόγιο της πτυχιακής εργασίας

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**Σ.Ε.Υ.Π.  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα **«Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης για την αντισύλληψη και την έκτρωση»**. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας Καλαϊτζίδα Ιουλία, Κουριδάκη Ελπινίκη, Μακρυπόδη Αγγελική.

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012**

#### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1. Φύλο:

1.	Άνδρας	
2.	Γυναίκα	

A2. Σχολή:

1.	Σ.Ε.Υ.Π.	
2.	Σ.Τ.Ε.Φ.	
3.	Σ.Δ.Ο.	
4.	Σ.Τ.Ε.Γ.	

A3. Τμήμα φοίτησης: \_\_\_\_\_

A4. Έτος φοίτησης: \_\_\_\_\_

A5. Γεννηθήκατε και μεγαλώσατε σε:

1.	Χωριό <1000 κατοίκων	
2.	Κωμόπολη 1000 – 5000 κατοίκων	
3.	Πόλη 5000 – 50000 κατοίκων	
4.	Πόλη >50000 κατοίκων	

#### B. ΑΠΟΨΕΙΣ – ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

B6. Γνωρίζετε αν έχουν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις στην Ελλάδα;

1.	Ναι, έχουν νομιμοποιηθεί	
2.	Όχι, δεν έχουν νομιμοποιηθεί	
3.	Δεν γνωρίζω	

B7. Πόσο ενημερωμένος πιστεύετε ότι είναι ο πληθυσμός σχετικά με τις εκτρώσεις;

1.	Καθόλου	
2.	Λίγο	
3.	Αρκετά	
5.	Πολύ	
6.	Πάρα πολύ	

B8. Σε γενικές γραμμές θεωρείτε ότι είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων;

1.	Κατά	
2.	Μάλλον κατά	
3.	Μάλλον υπέρ	
4.	Υπέρ	

B9. Η έκτρωση πιστεύετε πως είναι ένα θέμα που αφορά κατά κύριο λόγο:

1.	Τον άνδρα	
2.	Την γυναίκα	
3.	Και τους δυο	

B10. Θα καταφεύγατε σε μια έκτρωση ή θα παροτρύνετε την σύντροφο σας να καταφύγει σε έκτρωση μετά από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

1.	Ναι	
2.	Όχι	
3.	Δεν γνωρίζω	

B11. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις (σχετικά με τις συνέπειες μιας έκτρωσης στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία μιας γυναίκας):

Πιθανές συνέπειες της έκτρωσης	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Αύξηση εμφάνισης νόσων στην γυναίκα					
2. Επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας					
3. Πρώιμοι και πρόωροι τοκετοί					
4. Εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου					
5. Αύξηση θνησιμότητας					
6. Συναίσθημα ενοχής					
7. Κατάθλιψη					

B12. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις:

Απόψεις για την έκτρωση	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη					
2. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις αιμομιξίας ή βιασμού					
3. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση					

4. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει					
5. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία					
6. Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)					
7. Η έκτρωση είναι δολοφονία					
8. Η έκτρωση αποτελεί αμαρτία απέναντι στο Θεό					
9. Το έμβryo είναι ένα ζωντανό πλάσμα					
10. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά απόφαση της γυναίκας					
11. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μια έκτρωση					
12. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μια έκτρωση					
13. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων συντελεί στην αύξηση τους					
14. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης					

B13. Για ποιο λόγο θα κάνατε έκτρωση ή θα την προτείνατε στην σύντροφο σας (μπορείτε να επιλέξετε 1-2 απαντήσεις);

1.	Κοινωνική κατακραυγή	
2.	Επαγγελματικοί λόγοι	
3.	Οικονομικοί λόγοι	
4.	Οικογενειακοί λόγοι	
5.	Ιατρογενείς λόγοι	
6.	Προβλήματα με τον/την σύντροφο σας	
7.	Βιασμός	

B14. Λόγοι που θα συντελούσαν στην μη πραγματοποίηση της έκτρωσης:

1.	Θρησκευτικοί	
2.	Συνειδησιακοί	
3.	Κοινωνικοί	
4.	Από φόβο	

B15. Αν υπήρχε οικονομική ή άλλου είδους βοήθεια από το κράτος σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα κρατούσατε το παιδί;

1.	Ναι	
2.	Όχι	
3.	Ίσως	
4.	Δεν γνωρίζω	

### Γ. ΑΠΟΨΕΙΣ – ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Γ16. Την περίοδο αυτή (το τελευταίο εξάμηνο) έχετε σεξουαλικές επαφές (αν η απάντηση είναι δεν έχω ακόμα σεξουαλικές επαφές πηγαίνετε στην ερώτηση Γ21.);

1.	Δεν έχω ακόμη σεξουαλικές επαφές	
2.	Όχι, αυτή την περίοδο δεν έχω κάποια σεξουαλική σχέση	
3.	Ναι, αυτή την περίοδο έχω κάποια σεξουαλική σχέση	

Γ17. Χρησιμοποιείτε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο;

1.	Καμία	
2.	Προφυλακτικό	
3.	Αντισυλληπτικά χάπια	
4.	Διακεκομμένη συνουσία	
5.	Σπιράλ	
6.	Άλλη ποια; .....	
	.....	
	.....	

Γ18. Στη διάρκεια της σεξουαλικής σας ζωής, (εσείς ή η σύντροφος σας) είχατε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης (αν η απάντηση είναι όχι πηγαίνετε στην ερώτηση Γ21.);

1.	Ναι	
2.	Όχι	

Γ19. Αν ναι, ποια ήταν η έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης;

1.	Διακοπή της κύησης	
2.	Συνέχιση της κύησης	

Γ20. Αν έχετε πραγματοποιήσει έκτρωση, θα θέλατε να είχε βρεθεί κάποιος την τελευταία έστω στιγμή, να σας είχε αποτρέψει από την απόφαση αυτή;

1.	Ναι	
2.	Όχι	
3.	Ίσως	
4.	Δεν γνωρίζω	

Γ21. Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι:

1.	Ο έλεγχος των γεννήσεων	
2.	Ο προγραμματισμός των κήσεων	
3.	Ο προγραμματισμός των μεσοδιαστημάτων ανάμεσα στις εγκυμοσύνες	
4.	Η ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους	
5.	Όλα τα παραπάνω	
6.	Δεν γνωρίζω	





# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ  
3 ΙΟΥΛΙΟΥ 1986

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ  
86

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΝΟΜΟΙ

1609. Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις. . . . .	1
<b>ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ</b>	
208. Προσάρτηση του συναικιμίου Μύλων της Κοινότητας Κρυόβρυσης της Επαρχίας Θυάμιδας του Νομού Θεσπρωτίας στην Κοινότητα Αγίας Μαρίας του ίδιου Νομού. . . . .	2
209. Προσάρτηση του συναικιμίου Κόβτω Σκαφειωτής της Κοινότητας Τρικιάστου του Νομού Πρεβέζης στην Κοινότητα Σκαπαστού του ίδιου Νομού. . . . .	3
210. Προσάρτηση του συναικιμίου Ψαθόλια της Κοινότητας Μεσαριάς του Νομού Κερκύρας στην Κοινότητα Βελονάδων του ίδιου Νομού. . . . .	4
211. Τροποποίηση διατάξεων του Π.Δ. 611/1977 «Γεν. παλληλικός Κώδικας». . . . .	5

### ΠΡΑΞΕΙΣ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Αύξηση του αριθμού των υπαλλήλων με απόσπαση στο Πολιτικό Γραφείο του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης. . . . .	6
--	---

### ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Διόρθωση σφαλμάτων στην Κωδικοποίηση του Συντάγματος της Ελλάδας. . . . .	7
---	---

## NΟΜΟΙ

(1)

### ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1609

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις.

#### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Πρόβλεψε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

#### Άρθρο 1.

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περιθάλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικά κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο άσκησης της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και:

γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

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

#### Άρθρο 2.

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

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

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις στέαρως ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπόσπαστος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς ελάττωσης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική δεξιάωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αμμομιξίας ή κατώτερης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

5. Αν η εγκύος είναι ανήλικη απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

#### Άρθρο 3.

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του Π.Κ. τροποποιούνται ως εξής:

«Τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης.

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.

2α. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνέχεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών.

β. Αν από την πράξη της προμηθεύουσας διάταξης προκληθεί έλαση πάθησης του σώματος ή της υγείας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών και αν προκληθεί ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος».

Άρθρο 4.

Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304 Α.

«Άρθρο 304 Α.

Σωματική ελάση έμβριου ή νεογνού.

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί έλαση ελάση στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό έλαση πάθησης του σώματος ή της υγείας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310».

Άρθρο 5.

Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 305.

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

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

2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά».

Άρθρο 6.

1. Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 114 του Κ.Π.Δ., όπως διαμορφώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 1290/1982, αντικαθίσταται ως εξής:

(β) Τα δασικά (εκτός από τον εμπρησμό), τα αγροτικά και τα αεροναυτικά αδικήματα σε βαθμό πλημμελήματος καθώς και τα εγκλήματα: α) του άρθρου 79 του Ν. 5960/1933 (περί επιταγής), β) των άρθρων 1 και 2 του Α.Ν. 86/1967 (περί επιβολής κυρώσεων κατά των καθυστερούντων την καταβολή και την απόσπιν εισφορών εις Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης), γ) του άρθρου 17 παρ. 8 του Ν. 1337/1983 για την «πένταση των πολεοδομικών σχεδίων, οικιστική ανάπτυξη και σχετικές ρυθμίσεις» και δ) του άρθρου 3 του Ν. 1436/1984 για τη «σύσταση εμπορικού παρεμβατικού οργανισμού και μερικές άλλες διατάξεις».

2. Όσες υποθέσεις παραβάσεων του άρθρου 17 παρ. 8 του ν. 1337/1983 και του άρθρου 3 του ν. 1436/1984 έχουν προσδιορισθεί για εκδίκαση στο τριμελές πλημμελειοδικείο μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 1986 θα εκδικαστούν από αυτό.

3. Η προθεσμία της παρ. 6 του άρθρου 10 του ν.δ. 3082/1954 «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως διατάξεων τινων περί συμβολαιογράφων», παρατείνεται με το άρθρο 2 του ν. 3284/1955 μέχρι τέλους Απριλίου 1956 και με το

άρθρο 1 του ν. 3493/1956 και τα κατ' εξουσιοδότηση τούτου εκδοθέντα διατάγματα μέχρι 1ης Μαΐου 1986, παρατείνεται από τότε που έληξε μέχρι 31.3.1987.

Η προθεσμία αυτή μπορεί να παρατείνεται με προεδρικά διατάγματα που θα εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

Άρθρο 7.

Οι διπλωματούχοι ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων, αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών και μαιών, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι διπλωματούχοι νοσηλευτικών και μαιευτικών τμημάτων Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και Τ.Ε.Ι., που υπηρετούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα και μονάδες αυτών, εντάσσονται στο 17ο—2ο μισθολογικό κλιμάκιο του νόμου αυτού.

Όσοι διπλωματούχοι έχουν ενταχθεί επανεπιδάσκονται χωρίς αναδρομική απόληψη αποδοχών.

Άρθρο 8.

1. Αν μέσα σε σαράντα πέντε μέρες από την παραπομπή σ' αυτά των οικείων φακέλων τα κατά το άρθρο 6 του ν. 1278/1982 (Φ.Ε.Κ. Α' 105/31.8.1985) Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντοτεχνικού Πρωτοτικού των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) δεν ολοκληρώσουν τη διαδικασία κρίσης των υποψηφίων για διορισμό σε θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., μπορεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να παραπέμψει τις κρίσεις στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85). Σ' αυτή τη συγκεκριμένη περίπτωση το υπηρεσιακό συμβούλιο του άρθρου 29 αποτελείται μόνο από γιατρούς. Η διαδικασία παραπομπής και κρίσης, καθώς και ορισμού των εισηγητών καθορίζεται με απόφαση του ίδιου υπουργού.

2. Η παράγραφος 4 του άρθρου 7 του ν. 1278/1982 (Φ.Ε.Κ. 105 τ. Α') τροποποιείται ως εξής:

«4. Τα Συμβούλια Επιλογής είναι σε απαρτία όταν είναι παρόντα τα 3/5 των μελών τους».

Άρθρο 9.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι διατάξεις των παραγράφων 1 έως και 9 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85) μπορεί να επεκτείνονται κατά νομό, ειδικότητα και βαθμό και για τους γιατρούς του Δημόσιου και των Ν.Π.Δ.Δ. και για γιατρούς που δεν υπηρετούν στο Δημόσιο ή Ν.Π.Δ.Δ.

Άρθρο 10.

1. Γιατροί που ειδικούνται σε νοσοκομεία, πλην των νοσοκομείων Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από αίτησή τους, να παραμένουν στα νοσοκομεία αυτά μέχρι του πρώτου διορισμού τους ως υπεράριθμοι με τις ίδιες αποδοχές και μετά την ολοκλήρωση του χρόνου άσκησής τους σ' αυτά, εφόσον αναμένουν σειρά διορισμού σε άλλο νοσοκομείο για συνέχιση της άσκησής τους. Στη διάρκεια της υπηρεσίας τους αυτής μπορεί, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να μετατίθενται σε οποιοδήποτε νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που υπηρετούν.

Ειδικά γι' αυτούς που ειδικούνται στην ανατοξιολογία δεν ισχύει η εξαίρεση για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης.

Η διάταξη αυτή ισχύει και για τους ειδικευόμενους γιατρούς, των οποίων η σύμβαση εργασίας έληξε μετά την 1.1.1986.

2. Από τη διάταξη της παραγ. 1 του άρθρου 26 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.12.85) διαγράφεται η παράβλη «... που προκηρύχθηκαν με την απόφαση Α38/7500/15.6.84».

Άρθρο 11.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Παραγγέλλουμε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφη-  
μερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του  
Κράτους.

Αθήνα, 28 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ  
**ΓΙΩΡΓΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΣΟΒΟΛΑΣ**

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 1 Ιουλίου 1986

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ**

## ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ

(2)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 208

Προσάρτηση του συνδικισμού Μύλων, της Κοινότητας Κρυό-  
βρυσης της Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσπρωτίας  
στην Κοινότητα Αγίας Μαρίνης του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
τίτλο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας, των ισχυουσών  
διατάξεων του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν» (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α').

2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α') σε συνδυασμό με το άρ-  
θρο 4 του Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 5 Α').

3. Την από 3.5.1985 αίτηση εκλογέων κατοίκων του συ-  
νδικισμού Μύλων της Κοινότητας Κρυόβρυσης της επαρχίας  
Θυάμιδος του Νομού Θεσπρωτίας.

4. Την 11/18.2.1985 απόφαση του κοινοτικού συμβουλίου  
Αγίας Μαρίνης της Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσπρω-  
τίας με την οποία συναινεί για τη ζητούμενη προσάρτηση του  
συνδικισμού Μύλων στην Κοινότητα Αγίας Μαρίνης.

5. Την από 18.2.1986 σύμφωνη γνώμη του συμβουλίου της  
Νομαρχίας Θεσπρωτίας του άρθρου 8 του Π.Δ. 76/1985.

6. Την 281 της 14ης Μαΐου 1986 γνωμοδότηση του Συμ-  
βουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υπουργού Εσωτε-  
ρικών, αποφασίζουμε:

Άρθρο μόνο.

Ο συνδικισμός Μύλων της Κοινότητας Κρυόβρυσης της  
Επαρχίας Θυάμιδος του Νομού Θεσπρωτίας, προσαρτάται στη  
συνεχόμενη με αυτό Κοινότητα Αγίας Μαρίνης της ίδιας  
Επαρχίας και του ίδιου Νομού.

Στον Υπουργό Εσωτερικών αναθέτουμε τη δημοσίευση και  
εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ**

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ  
**ΑΓΑΜΕΜΝΩΝ ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ**

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 209

(3)

Προσάρτηση του συνδικισμού Κάτω Σκαφιδωτής της Κοι-  
νότητας Τρικαστρου του Νομού Πρεβέζης στην Κοινότη-  
τα Σκεπαστού του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
τίτλο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας, των ισχυουσών  
διατάξεων του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν» (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α').

2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α'), καθώς και τις διατά-  
ξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 51 Α').

3. Την από 11.2.1985 αίτηση εκλογέων κατοίκων του συ-  
νδικισμού Κάτω Σκαφιδωτής της Κοινότητας Τρικαστρου  
του Νομού Πρεβέζης.

4. Την 3/27.1.1985 απόφαση του κοινοτικού συμβουλίου  
Σκεπαστού με την οποία συναινεί για τη ζητούμενη προσάρ-  
τηση του συνδικισμού Κάτω Σκαφιδωτής στην Κοινότητα  
Σκεπαστού.

5. Την από 3.9.1985 σύμφωνη γνώμη του συμβουλίου της  
Νομαρχίας Πρεβέζης του άρθρου 8 του Π.Δ. 76/1985.

6. Την 116 της 19ης Φεβρουαρίου 1986 γνωμοδότηση του  
Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υπουργού Ε-  
σωτερικών, αποφασίζουμε:

Άρθρο μόνο.

Ο συνδικισμός Κάτω Σκαφιδωτής της Κοινότητας Τρικά-  
στρου της επαρχίας Νικοπόλεως και Πάργας του Νομού  
Πρεβέζης, προσαρτάται στη συνεχή με αυτή Κοινότητα  
Σκεπαστού της ίδιας επαρχίας και του ίδιου Νομού.

Στον Υπουργό Εσωτερικών αναθέτουμε τη δημοσίευση και  
εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ**

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ  
**ΑΓΑΜΕΜΝΩΝ ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ**

(4)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 210

Προσάρτηση του συνδικισμού Ψαθόλα της Κοινότητας Με-  
σαριάς του Νομού Κερκίρας στην Κοινότητας Βελονάδων  
του ίδιου Νομού.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7, 8, 9 και 261 του  
Π.Δ. 76/1985 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου με  
τίτλο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας, των ισχυουσών  
διατάξεων του δημοτικού και κοινοτικού κώδικα, όπως τρο-  
ποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν» (ΦΕΚ 27/1.3.1985 τεύ-  
χος Α').

2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 1558/1985  
(ΦΕΚ 137/26.7.1985 τεύχος Α'), καθώς και τις διατά-  
ξεις του άρθρου 4 του Π.Δ. 137/1986 (ΦΕΚ 51 Α').

3. Την από 14.5.1984 αίτηση εκλογέων κατοίκων του συ-  
νδικισμού Ψαθόλα της Κοινότητας Μεσαριάς του Νομού  
Κερκίρας.

4. Τη 12/15.5.1984 απόφαση του Κοινοτικού Συμβουλίου  
Βελονάδων με την οποία συναινεί για τη ζητούμενη προσάρ-  
τηση του συνδικισμού Ψαθόλας στην Κοινότητα Βελονάδων.

5. Την από 8.11.1985 σύμφωνη γνώμη του συμβουλίου της Νομαρχίας Κερκύρας του άρθρου 8 του Π.Δ. 76/1985.  
6. Την 256 της 23ης Απριλίου 1986 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών, αποφασίζουμε:

**Άρθρο μόνο.**

Ο συναρισμός Ψαθόλα της Κοινότητας Μεσαριάς της Επαρχίας και του Νομού Κερκύρας, προσαρτάται στη συνηχόμενη με αυτή Κοινότητα Βελονάθων της ίδιας Επαρχίας και Νομού.

Στον Υπουργό Εσωτερικών, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 13 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ**

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ  
**ΑΓΑΜΕΜΝΩΝ ΚΟΥΤΣΟΓΙΩΡΓΑΣ**

(5)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 211

Τροποποίηση διατάξεων του Π.Δ. 611/1977 «Υπαλληλικές Κώδιξ».

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:
  - α) Της παραγράφου 4 του άρθρου 56 του Ν. 1811/1951 «περί Κώδικος καταστάσεως των δημοσίων διοικητικών υπαλλήλων» (ΦΕΚ 177 Α) όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 227/1974 (ΦΕΚ 369 Α) και κωδικοποιήθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 83 του Π.Δ. 611/1977 «Υπαλληλικές Κώδιξ» (ΦΕΚ 198 Α).
  - β) Της παραγράφου 4 του άρθρου 3 του Ν.Δ. 216/1974 «περί συστάσεως Υπουργείου Προεδρίας Κυβερνήσεως» (ΦΕΚ 367 Α).
  - γ) Της παραγράφου 3 του άρθρου 1 της αριθ. 8257/9.8.1985 κοινής απόφασης του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Προεδρίας της Κυβερνήσεως Μιλτιάδη Παπαϊωάννου» (ΦΕΚ 492/Β/9.8.85).
2. Την αριθ. 276/1986 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, με πρόταση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως και του Υπουργού Γεωργίας, αποφασίζουμε:

**Άρθρο μόνο.**

Η περίπτωση ε της παραγράφου 1 του άρθρου 83 του Π.Δ. 611/1977 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Π.Δ. 468/1979 «περί αντικαταστάσεως των αναφερομένων εις τα κωλύματα εξ εντοπιότητος των υπαλλήλων του Υπουργείου Γεωργίας διατάξεων του Π.Δ. 611/1977» (ΦΕΚ 138 Α) καταργείται.

Στον Υπουργό Γεωργίας, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα, 17 Ιουνίου 1986

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΝΤ. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ  
**ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ ΓΙΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΑΚΗΣ**

## ΠΡΑΞΕΙΣ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

(6)

Πράξη αριθ. 92, της 20 Ιουνίου 1986

Αύξηση του αριθμού των υπαλλήλων με απόσπαση στο Πολιτικό Γραφείο του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως.

### ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 30 του Νόμου 1558/85.
  2. Την αριθ. 6612/19.6.1986 εισήγηση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως για αύξηση του αριθμού των υπαλλήλων με απόσπαση στο Πολιτικό Γραφείο του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως, για την κάλυψη αυξημένων υπηρεσιακών αναγκών, αποφασίζει:
- Αυξάνει, κατά τρεις (3), τις θέσεις των υπαλλήλων που αποσπώνται στο Πολιτικό Γραφείο του Υπουργού Προεδρίας της Κυβερνήσεως από το Δημόσιο ή τα νομικά πρόσωπα του Δημοσίου Τομέα.

Αυτή η πράξη να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο Πρόεδρος Ο Αντιπρόεδρος Τα Μέλη  
Ακρίβεις αντίγραφο  
Ο Γραμματέας του Υπουργικού Συμβουλίου  
**ΚΩΣΤΑΣ ΖΩΡΑΣ**

### ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

(7)

Α. Κατά την κωδικοποίηση του Συντάγματος της Ελλάδος (στην καθαρεύουσα) που δημοσιεύθηκε στο υπ' αριθ. 23/14.3.1986 ΦΕΚ (Τ. Α'), από παραδρομή δεν συμπεριελήφθηκαν οι ισχύουσες διορθώσεις σφαλμάτων που είχαν δημοσιευθεί στο ΦΕΚ 141/Α'/16.7.1975 και για λόγους συστηματικούς αναδημοσιεύονται ως ακολούθως:

1. Στο άρθρο 14 παρ. 6 στίχο δεύτερο, η λέξη «παράβαση» αντικαθίσταται με τη λέξη «διάπραξη».
  2. Στο άρθρο 32 παρ. 5 στίχο όγδοο, οι λέξεις «έν παραγράφω» αντικαθίστανται με τις λέξεις «έν παραγράφω».
  3. Στο άρθρο 56 παρ. 2 στίχο πέμπτο, μετά τις λέξεις «της ασκήσεως τών», προστίθεται η λέξη «συναπομένον».
  4. Στο άρθρο 57 παρ. 3 στίχο πέμπτο, η πρόθεση «αδιά» αντικαθίσταται με την πρόθεση «πρός».
  5. Στο άρθρο 91 παρ. 2, στίχο δεύτερο, η πρόθεση «υπό» αντικαθίσταται με την πρόθεση «εκ».
  6. Στο «ΤΜΗΜΑ ΣΤ'» που αρχίζει με το άρθρο 101, ο τίτλος «Διοικήσεως» διορθώνεται σε «Διοικήσεις».
  7. Στο άρθρο 105 παρ. 3, στίχο τέταρτο, το άρθρο «τό» διορθώνεται σε «τόν».
  8. Στο άρθρο 106 παρ. 6, στίχο δεύτερο, η λέξη «αφελουμένων» διορθώνεται σε «αφελουμένων».
  9. Στο άρθρο 107 παρ. 2, στίχο τέταρτο, διαγράφεται στην αρχή το άρθρο «τού» και στη θέση του μπαίνει «αίμα».
  10. Στο άρθρο 111 παρ. 2, στίχο ένατο, η φράση «της 3ης συντακτικής πράξεως από 3.9.1974», διατυπώνεται στο αρθό «της από 3/3.9.1974 Συντακτικής Πράξεως».
  11. Στο άρθρο 115 παρ. 2, περίπτωση γ', στίχο τρίτο, ο αριθμός «65» διορθώνεται σε «85».
- Β. Η παρούσα διορθωση αποτελεί σωστή επανάληψη των διορθώσεων του Συντάγματος που δημοσιεύτηκαν στο ΦΕΚ Α' 64/19.5.86.

(Από τη Βουλή των Ελλήνων)

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ