

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ  
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΣΗ



## ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
Χλιαουτάκης Ιωάννης

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ  
Καπνουλά Αριστέα  
Πιτσικάκη Μαρία  
Φλόκα Βαΐτσα

Ηράκλειο 2007

## **ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΚΤΡΩΣΗ**

### **ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ**

*«Αν το κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου ήταν διάφανο,  
τι νόμους θα είχαμε για την έκτρωση...;»*

Dr R.Nathanson (από την ταινία «Σιωπηλή Κραυγή»)

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
1. ΕΚΤΡΩΣΗ.....	14
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
1.2.1. Έκτρωση και αντισύλληψη: αρχαιότητα, Έλληνες φιλόσοφοι, Ελληνιστική περίοδος, Ρωμαϊκή περίοδος, Καινή Διαθήκη, Βυζαντινή εποχή.....	14
1.3. Ορισμός και μέθοδοι.....	17
1.4. Νομικό πλαίσιο: αποποινικοποίηση των αμβλώσεων έως σήμερα.....	20
1.5. Ερευνητικά στοιχεία από το χώρο της Ελλάδας και του εξωτερικού.....	23
2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	26
2.1. Οικογενειακός προγραμματισμός.....	26
2.2. Αντισύλληψη.....	27
2.2.1. Εισαγωγή.....	27
2.2.2. Ιστορική αναδρομή.....	28
2.2.3. Μέθοδοι αντισύλληψης.....	29
3. ΕΚΤΡΩΣΗ.....	34
3.1. Αίτια που οδηγούν σε διακοπή της κύησης.....	34
3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση.....	37
3.3. Επιπτώσεις της έκτρωσης στη γυναίκα.....	38
3.3.1. Επιπλοκές – επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία.....	38
3.3.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	39
3.3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις.....	43
4. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ.....	45
4.1. Στάσεις απέναντι στην έκτρωση – Αποδοχή ή απόρριψη.....	45
4.1.1. Υπέρ της έκτρωσης.....	46
4.1.2. Κατά της έκτρωσης.....	48
4.2. Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στην έκτρωση.....	49
4.2.1. Γενικά.....	49
4.2.2. Ηθική αποδοχή της έκτρωσης.....	50

4.2.3. Διαθεσιμότητα της έκτρωσης .....	51
4.2.4. Αυτονομία των γυναικών στην απόφασή τους .....	52
4.3. Θρησκεία.....	52
4.3.1. Γενικά.....	52
4.3.2. Η θέση της χριστιανικής ηθικής στο πρόβλημα των αμβλώσεων .....	54
<b>B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>56</b>
<b>1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>56</b>
1.1. Σκοπός της έρευνας.....	56
1.2. Υποθέσεις εργασίας.....	56
<b>2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>57</b>
2.1. Πιλοτική μελέτη.....	57
2.2. Δειγματοληψία.....	57
2.3. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων .....	58
2.4. Ερωτηματολόγιο και μετρήσεις.....	59
2.4.1. Κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές .....	59
2.4.2. Σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά .....	59
2.4.3. Εκτίμηση των στάσεων απέναντι στην έκτρωση.....	60
2.4.4. Πολιτικές πεποιθήσεις .....	62
2.4.5. Ηθικά στάνταρντς .....	63
2.4.6. Θρησκευτικότητα.....	63
2.4.7. Άλλα κοινωνικά θέματα.....	63
2.5. Αξιοπιστία μέτρησης των οργάνων .....	64
2.6. Στατιστική ανάλυση.....	64
<b>3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>66</b>
3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και σεξουαλική συμπεριφορά των ερωτηθέντων .....	66
3.1.1. Κοινωνιολογικό προφίλ φοιτητών .....	66
3.1.2. Σεξουαλική συμπεριφορά φοιτητών .....	67
3.2. Κοινωνιολογικό προφίλ των γονέων των ερωτηθέντων .....	70
3.3. Θρησκευτικότητα.....	70
3.4. Ευθανασία – Προσευχή στα σχολεία – Έλεγχος γεννήσεων.....	71
3.5. Πολιτικές πεποιθήσεις .....	71
3.6. Σημαντικότητα πολιτικής.....	72
3.7. Αποτελέσματα ανάλυσης Λογαριθμικής Παλινδρόμησης .....	72

3.7.1. Η σχέση των στάσεων απέναντι στην έκτρωση και άλλων μεταβλητών με την πιθανότητα αποδοχής της έκτρωσης – Αποτελέσματα Λογαριθμικής Παλινδρόμησης .....	72
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	75
4.1. Εισαγωγή.....	75
4.2. Σεξουαλική συμπεριφορά .....	75
4.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην έκτρωση .....	78
4.3.1.Αποδοχή της έκτρωσης.....	78
4.4. Χρησιμότητα των αποτελεσμάτων στην Κοινωνική Εργασία – Προτάσεις.....	80
4.4. Γενικό συμπέρασμα .....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	97

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, η οποία έχει τίτλο «Αντισύλληψη και έκτρωση: τοποθετήσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους», ασχολείται με το θέμα της αντισύλληψης και των εκτρώσεων και αποτελεί μία προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στις εκτρώσεις (αποδοχή ή απόρριψη)<sup>1</sup>.

### Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών, να μελετηθούν οι τοποθετήσεις τους απέναντι στην έκτρωση, καθώς και η συχνότητα των εκτρώσεων ενός δείγματος φοιτητών του Τ.Ε.Ι. και του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Αξιολογήθηκε, επίσης, η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην αποδοχή της έκτρωσης. Τέτοιοι παράγοντες ήταν η θρησκευτικότητα, οι πολιτικές πεποιθήσεις και οι απόψεις σε άλλα κοινωνικά θέματα, καθώς επίσης η ηθική αποδοχή της έκτρωσης, η διαθεσιμότητα της έκτρωσης και η αυτονομία των γυναικών ως προς την έκτρωση.

### Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 300 φοιτητές των κοινωνικών και θετικών επιστημών από το Τ.Ε.Ι. και το Πανεπιστήμιο Κρήτης, στις πόλεις του Ηρακλείου και του Ρεθύμνου. Οι φοιτητές απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, που αποτελείτο από τρία μέρη: τα κοινωνικο-δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, τη σεξουαλική και αντισυλληπτική τους συμπεριφορά και την εκτίμηση των στάσεων απέναντι στην έκτρωση.

Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και με τη χρήση εξειδικευμένων στατιστικών μεθόδων (Ανάλυση Λογαριθμικής Παλινδρόμησης – Logistic Regression Analysis). Προκειμένου να ελεγχθούν η

---

<sup>1</sup> Ως αποδοχή ή απόρριψη αναφέρουμε τις τοποθετήσεις/στάσεις «υπέρ» ή «κατά» της έκτρωσης

εγκυρότητα του δείγματος και η αξιοπιστία των απαντήσεων, έγιναν όλες οι απαραίτητες στατιστικές δοκιμασίες.

### **Αποτελέσματα**

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι 81,6% των φοιτητών είναι σεξουαλικά ενεργοί και ότι οι άνδρες, σε ποσοστό 71%, ξεκίνησαν τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε ηλικία 16-18 ετών, ενώ οι γυναίκες, σε ποσοστό 70%, ξεκίνησαν τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε ηλικία 17-19 ετών. Τα άτομα που έχουν μόνιμη σχέση, χρησιμοποιούν ως κύρια μέθοδο αντισύλληψης το προφυλακτικό (77,2%), και με μικρότερη συχνότητα το αντισυλληπτικό χάπι (12,5%) και τη διακεκομμένη συνουσία (4,4%), ενώ τα άτομα που έχουν περιστασιακές σχέσεις, σχεδόν αποκλειστικά, χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης (92,4%). Όσον αφορά στην αποδοχή των εκτρώσεων 35,3% των φοιτητών δήλωσε υπέρ της έκτρωσης, έναντι 64,7% των φοιτητών που δήλωσαν κατά της έκτρωσης. Εμπειρία εγκυμοσύνης, είχε το 5,7% των φοιτητών και από τις εγκυμοσύνες αυτές, το 85,7% κατέληξαν σε έκτρωση.

### **Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά, είδαμε ότι οι στάσεις των νέων απέναντι στην έκτρωση (αποδοχή/απόρριψη), δε σχετίζονται με τις τοποθετήσεις τους σχετικά με την πολιτική, τη θρησκεία και τα κοινωνικά θέματα. Επιπλέον, είδαμε πως η αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης σχετίζεται με τη στάση ως προς την ηθική αποδοχή, τη διαθεσιμότητα και την αυτονομία των γυναικών ως προς την έκτρωση.

### **Λέξεις-κλειδιά**

Έκτρωση, αντισύλληψη, αντισυλληπτικές μέθοδοι, διαθεσιμότητα, ηθική αποδοχή, γυναικεία αυτονομία, τοποθετήσεις φοιτητών.

## ABSTRACT

The current study, entitled “Contraception and abortion: students’ attitudes towards abortion and determinants that influence their attitude”, examines the issue of contraception and abortions. This study is an effort of searching the determinants that influence the attitude towards abortions (acceptance or rejection)<sup>2</sup>.

### Objectives

The purpose of this research was to evaluate the students’ sexual behaviour, to study their attitudes towards abortion, and also the frequency of abortions in a sample of students of the T.E.I.<sup>3</sup> and the University of Crete.

Also, the probable influence of several determinants on the acceptance of abortion, were evaluated. Such determinants were: religiosity, political beliefs and views towards other social issues, and also, moral acceptability of abortion, availability of abortion and women’s autonomy about abortion.

### Material and Methods

Our sample was composed of 300 students of Sciences and Social Sciences of the T.E.I. and the University of Crete, at the towns of Heraklion and Rethymno. The students filled in a structured questionnaire, which consisted of three parts: the respondents’ socio-demographic and socio-economic characteristics, their sexual behavior and the evaluation of attitudes towards abortion.

The data of the research were analyzed using the SPSS software and special statistic methods (Logistic Regression Analysis). In order to control the validity of the sample and the reliability of their answers, all the necessary statistic tests were done.

### Results

According to the analysis of the results arose that the 81,6% of the students, are sexually active and that 71% of males started their sexual activity between the age of 16-18 years old, while the 70% of females started their sexual activity between 17-19 years old. People that have a steady relationship use the condom as main

---

<sup>2</sup> As “acceptance” or “rejection” we mean the attitudes “pro-life” or “pro-choice”.

<sup>3</sup> Technological Educational Institute



contraceptive method (77,2%), and less frequently the contraceptive pill (12,5%) and coitus interruptus (4,4%), while people who have occasional relationships use, almost exclusively, the condom as contraceptive method (92,4%). In regard to acceptability of abortion 35,3% of the students tend to accept abortion (pro-choice), opposed to the 64,7% of the students who tend to reject abortion (pro-life). 5,7% of the students had a pregnancy experience and 85,7% of those pregnancies were terminated.

## **Conclusions**

In conclusion, we have noticed that young people's attitudes towards abortion (acceptance/rejection) are not related to their attitudes towards politics, religion and social issues. Additionally, we have noticed that acceptability or rejection of abortion is related to their attitudes towards moral acceptability of abortion, availability of abortion and women's autonomy about abortion.

## **Key-Words**

Abortion, attitudes, availability, contraception, contraceptive methods, moral acceptability, woman's autonomy,

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια ματιά στη σύγχρονη κοινωνία της χώρας μας, είναι αρκετή για να καταλάβει κάποιος ότι είναι εντελώς διαφορετική από αυτή των προηγούμενων χρόνων. Ύστερα από την είσοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης, και πιο πολύ ύστερα από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και την απελευθέρωση της Ελλάδας από τους Γερμανούς, όλα άλλαξαν. Πολύς κόσμος μετακινήθηκε από την περιφέρεια προς τις μεγάλες πόλεις για να ζήσει καλύτερα, οι γυναίκες διεκδίκησαν και πέτυχαν την απόκτηση των ίδιων δικαιωμάτων με τους άντρες, μορφώθηκαν όλο και περισσότερο, πήραν πανεπιστημιακή μόρφωση, και όλα αυτά συνέτειναν στην αλλαγή που όλοι βλέπουμε στη σημερινή κοινωνία μας. Ο τρόπος σκέψης των ανθρώπων, αλλά και ο τρόπος αντίληψης και συμπεριφοράς άλλαξε. Παράλληλα, άλλαξε η στάση τους απέναντι στο συντηρητισμό, τις προκαταλήψεις, τις παραδόσεις, άρχισε να επαναστατεί και να αναζητά έναν νέο τρόπο ζωής.

Σαν συνέπεια όλων αυτών αποτέλεσε η αλλαγή στη δομή της οικογένειας αλλά και των οικογενειακών σχέσεων και ρόλων. Οι νέοι αναζήτησαν την ανεξαρτησία τους και τη σεξουαλική τους απελευθέρωση. Μαζί με όλα λοιπόν, άλλαξε και η σεξουαλικότητά τους. Γνωρίζουν πλέον περισσότερους από έναν συντρόφους εκτός γάμου, συνάπτουν προγαμιαίες σχέσεις, συζούν, βγαίνουν έξω, διασκεδάζουν ελεύθερα και ανεξέλεγκτα από τους γονείς τους και προτάσσουν την καριέρα τους.

Η μείωση του νεανικού πληθυσμού, είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα σε πολύ μεγάλο βαθμό. Από το 1980 μέχρι το 1999 ο αριθμός των νέων κάτω των 20 ετών μειώθηκε κατά 8,3%, ενώ ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών αυξήθηκε κατά 5,4% επί του συνολικού πληθυσμού, στον οποίο παρατηρήθηκε μείωση κατά 6,6% από το 1999 έως το 2001 (Sarikaki, 2001). Η σύγχρονη οικογένεια έχει περιορίσει τον αριθμό των παιδιών, κυρίως μέσω της αντισύλληψης και της έκτρωσης. Όπως παρατηρούν η Georges (1996) και η Sarikaki (2001), ο αναπαραγωγικός ρυθμός στην Ελλάδα, είναι κάτω του φυσιολογικού που απαιτείται για την αντικατάσταση-ανανέωση του πληθυσμού, αφού οι γεννήσεις από τη δεκαετία του '80 (1980 - 1999) έχουν μειωθεί από 148.000 σε 102.000 (Sarikaki, 2001).

Μπορεί η έκτρωση και η αντισύλληψη να μην αποτελούν τη βασική αιτία του δημογραφικού προβλήματος στη χώρα μας, σίγουρα όμως είναι απαραίτητη η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Είναι γεγονός πως, τόσο η οικογένεια όσο και η πολιτεία, δεν προσπάθησαν να διαπαιδαγωγήσουν σεξουαλικά τους έφηβους και μετέπειτα ενήλικες. Έτσι, ένα μεγάλο και καθημερινό πρόβλημα, όπως τουλάχιστον μαρτυρούν οι έρευνες, ολοένα και μεγαλώνει. Στις μέρες μας, γίνεται πολύς λόγος για την αντισύλληψη, δυστυχώς όμως οι πληροφορίες σχετικά με το θέμα, ακόμα και από ειδικούς, δεν είναι πάντα ακριβείς, ενώ παράλληλα, διάφορες παρανοήσεις δημιουργούν σύγχυση στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Η έναρξη, λοιπόν, της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων κοριτσιών σε μικρότερες ηλικίες, με μεγάλο αριθμό εναλλασσόμενων συντρόφων, τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, οδήγησε σε έκρηξη των ανεπιθύμητων κυήσεων και κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Από την καταγραφή των περιστατικών, προκύπτει ότι τα νεαρά κορίτσια είναι μάλλον απληροφόρητα για τις συνέπειες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επομένως, η διαφώτιση τους για τους κινδύνους, αλλά και για τη χρήση προφυλακτικών μέσων είναι κάτι παραπάνω από επιβεβλημένη. Πολλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, πολλές εκτρώσεις με τραυματικές εμπειρίες, πολλά παιδιά εκτός γάμου αλλά και η μετάδοση πολλών σοβαρών ασθενειών, όπως το AIDS, είναι προβλήματα που σημαδεύουν τη ζωή του ενεργά παραγωγικού πληθυσμού της χώρας μας, όπως και πολλών άλλων χωρών.

Η αγγελία μιας εγκυμοσύνης, ήταν πάντοτε ένα χαρμόσυνο γεγονός και η έγκυος τύγγανε πάντοτε ιδιαίτερου σεβασμού. Στις μέρες μας όμως, πολλές φορές είναι αιτία θλίψης και αγωνίας. Ένας μακροχρόνιος δεσμός, μία πρόσκαιρη συνεύρεση, ή όποιες και αν είναι οι περιστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, οδηγούν το ζευγάρι και κυρίως τη γυναίκα σε μία δυσάρεστη κατάσταση. Σε μία περίοδο της ζωής της που πρακτικά δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στη νέα αυτή κατάσταση, η έκτρωση είναι γι' αυτήν η μόνη λύση. Μπορεί να φαίνεται εύκολη, αλλά τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Πριν λάβει την οριστική απόφαση, συγκρούεται με τον ίδιο της τον εαυτό.

Η έκτρωση μπορεί να είναι όντως μια επιλογή που απομακρύνει τις πρακτικές συνέπειες. Εκεί όμως που συμφωνούν όλοι οι γιατροί και ψυχολόγοι, ανεξάρτητα από το αν είναι υπέρ ή κατά των εκτρώσεων, είναι στις πολύ άσχημες επιπτώσεις που έχει η έκτρωση πάνω στην υγεία της γυναίκας, σωματική και ψυχική. Σωματικά, πέρα από

τις άμεσες πιθανές επιπλοκές, αυξάνονται οι πιθανότητες μελλοντικής στειρότητας και αποβολής σε μελλοντική εγκυμοσύνη. Ψυχολογικά, η γυναίκα κατέχεται από έντονα συναισθήματα ενοχής, πένθους, κατάθλιψης, που προσπαθεί να απωθήσει, δημιουργώντας έτσι υποσυνείδητα ψυχικά τραύματα, που μπορεί να τη συνοδεύουν σε όλη της τη ζωή ([www.jesusportal.org](http://www.jesusportal.org)).

Τα μειονεκτήματα της διακοπής της κύησης, ηθικά και ιατρικά, είναι αναμφισβήτητα και έχουν αποτελέσει κατ' επανάληψη θέμα κοινής συζήτησης ιατρών, ιερωμένων, νομικών, γυναικείων σωματείων και άλλων. Θέμα συζήτησης όμως, αποτέλεσαν και εξακολουθούν να αποτελούν τα αίτια που οδηγούν σε μία έκτρωση, η ζωή του εμβρύου και συγκεκριμένα η έναρξη της ζωής, η νομιμότητα και η διαθεσιμότητα της έκτρωσης, η ηθική της αποδοχή, η αυτονομία των γυναικών και πλήθος άλλων ζητημάτων που υπήρχαν, υπάρχουν αλλά και προκύπτουν με το πέρασμα των χρόνων.

Μέχρι πριν λίγο καιρό, μπορεί να ισοδυναμούσε με εγκληματική ενέργεια, όμως εδώ και μερικά χρόνια, τουλάχιστον σε μερικές χώρες, η πράξη αυτή έχει νομιμοποιηθεί κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί το θέμα αυτό να αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα είναι εξαιρετικά σύνθετο και παρουσιάζει, όχι μόνο ιατρικό ενδιαφέρον, αλλά επίσης νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το ζήτημα των εκτρώσεων, της αντισύλληψης, των στάσεων απέναντι στην έκτρωση και των παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις αυτές. Έπειτα από εκτεταμένη διερεύνηση, διαπιστώθηκε ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα παρόμοιες μελέτες και αυτό αποτέλεσε σημαντικό λόγο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος.

Συγκεκριμένα, στόχος της εργασίας, ήταν πρώτα απ' όλα η καταγραφή της παρούσας κατάστασης σε θέματα έκτρωσης και αντισύλληψης στο φοιτητικό κόσμο, οι τοποθετήσεις των φοιτητών<sup>4</sup> και οι στάσεις τους απέναντι στην έκτρωση και η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση αυτών των στάσεων.

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, η πρώτη δυσκολία που προέκυψε, αφορούσε στην έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας. Η αναζήτησή μας δεν περιορίστηκε στις τοπικές βιβλιοθήκες του Ηρακλείου, αλλά κρίθηκε αναγκαία, και παράλληλα χρήσιμη, η μετάβασή μας σε Πανεπιστημιακές και τοπικές βιβλιοθήκες

---

<sup>4</sup> Σε πολλά σημεία της έρευνάς μας, οι «φοιτητές» που αποτελούν και το δείγμα αναφέρονται ως «νέοι».

της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και του Ρεθύμνου, καθώς και η παραγγελία βιβλίων από το εξωτερικό. Επιπλέον, η ύπαρξη ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας (αγγλικής, ισπανικής, γερμανικής) και η ανάγκη μετάφρασής τους, καθυστέρησε σημαντικά την εξέλιξη της εργασίας.

Πέρα όμως από αυτές τις δαπανηρές και χρονοβόρες ενέργειες, για μας αποτέλεσε πρόβλημα, ή καλύτερα ζήτημα προβληματισμού, το γεγονός ότι το θέμα των εκτρώσεων είναι πολύπλευρο· προβληματιστήκαμε σχετικά με το ποιες πτυχές του θα έπρεπε να διερευνήσουμε. Στην πορεία της εργασίας μας, διαπιστώσαμε πολλές και ενδιαφέρουσες πλευρές του ζητήματος και δε θα μπορούσαμε παρά να δώσουμε, σε θεωρητική βάση, μία τουλάχιστον μικρή εικόνα από τις περισσότερες από αυτές, έστω και με μία μικρή αναφορά.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει στοιχεία ιστορικά, νομικά, ιατρικά καθώς και ερευνητικά, σχετικά με τις εκτρώσεις. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει αντίστοιχα στοιχεία σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντισύλληψη. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αίτια, τους παράγοντες και τις επιπτώσεις (σωματικές και ψυχολογικές) των εκτρώσεων. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι στάσεις και οι απόψεις απέναντι στην έκτρωση, οι παράγοντες που επηρεάζουν, καθώς και η θέση της θρησκείας.

Το ερευνητικό μέρος, αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια: το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στο σκοπό της έρευνας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία της έρευνας, από την πιλοτική μελέτη μέχρι και τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων. Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο είναι τα συμπεράσματα και η συζήτηση των αποτελεσμάτων.

## A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. ΕΚΤΡΩΣΗ

#### 1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

##### 1.2.1. Έκτρωση και αντισύλληψη: αρχαιότητα, Έλληνες φιλόσοφοι, Ελληνιστική περίοδος, Ρωμαϊκή περίοδος, Καινή Διαθήκη, Βυζαντινή εποχή

Ο έλεγχος γεννήσεων φαίνεται να είναι κοινός για όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες. Ανάμεσα σε μια πληθώρα πολιτισμών, η ιστορία δείχνει ότι οι άνθρωποι προσπάθησαν να ελέγξουν τις γεννήσεις, παρά τους νομικούς, κοινωνικούς και ηθικούς περιορισμούς (McFarlane & Meier, 1996). Η αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης υπήρχε πάντοτε ως ένα σοβαρό ατομικό και ιατρικό πρόβλημα, όπως φαίνεται στον όρκο του Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.), σαν απαγόρευση χρήσεως εκτρωτικών μέσων.

Σύμφωνα με τους McFarlane & Meier, οι αρχαιότερες περιγραφές για την αντισύλληψη και την έκτρωση προήλθαν από αρχαίους αιγυπτιακούς παπύρους και χρονολογούνται στα 1850 π.Χ., χωρίς όμως να γίνεται κάποια αναφορά ή σχόλιο για την αποδοχή ή μη αποδοχή της έκτρωσης. Οι γνώσεις των αρχαίων Αιγυπτίων σχετικά με τον έλεγχο γεννήσεων πέρασαν στους αρχαίους Έλληνες, οι οποίοι με τη σειρά τους συνεισέφεραν σημαντικά με αξιοσημείωτες προόδους. Γύρω στον 7<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. εισήγαγαν σίλφιο από τη σημερινή Λιβύη. Το σίλφιο ήταν ένα τεράστιο είδος μάραθου, γνωστό για τις αντισυλληπτικές και εκτρωτικές του ιδιότητες. Οι προσπάθειες να καλλιεργηθεί το σίλφιο και στην αρχαία Ελλάδα ήταν ανεπιτυχείς. Η ζήτησή του όμως στην Ελλάδα, και αργότερα στη ρωμαϊκή αυτοκρατορία (1<sup>ος</sup> – 2<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.), ήταν τόσο μεγάλη, που από τον 3<sup>ο</sup> ή 4<sup>ο</sup> αι. μ.Χ., το σίλφιο αφανίστηκε. Άλλα φυτά που επεβίωσαν –άση, φλισκούνι, αμινθίτης, μύρρα και απήγανος– χρησιμοποιήθηκαν επίσης ως αντισυλληπτικά ή εκτρωτικά.

Η έκτρωση στην αρχαία ελληνική κοινωνία αντιμετώπισθηκε με ποικίλες και αντικρουόμενες στάσεις. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) ήταν υποστηρικτής των εκτρώσεων, καθώς επίσης και ο Πλάτωνας (428-347 π.Χ.), ο οποίος ήταν υπέρ της άμβλωσης για κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών (Tarnesby, 1969). Θεωρούσαν την έκτρωση ως μια μέθοδο ελέγχου του πληθυσμού. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι η

πολιτεία θα έπρεπε να καθορίσει τον αριθμό των παιδιών που θα μπορούσε να αποκτήσει ένα παντρεμένο ζευγάρι. Αν μια γυναίκα έμενε έγκυος αφού είχε γεννήσει τον προβλεπόμενο αριθμό παιδιών, θα έπρεπε κατά τη γνώμη του να υποχρεώνεται να διακόψει την εγκυμοσύνη της πριν αισθανθεί τις κινήσεις του εμβρύου.



Ο χρόνος της δημιουργίας της ζωής και της ψυχής, όταν δηλαδή το έμβryo θεωρείται έμβιο ον, απασχόλησε τους Έλληνες φιλόσοφους. Σύμφωνα με τις θεωρίες τους, η έκτρωση δεν αποτελούσε δολοφονία, τουλάχιστον κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Ο Αριστοτέλης υπέθεσε ότι ο σχηματισμός του εμβρύου ακολουθεί τρία διαδοχικά στάδια για να θεωρηθεί φυσιολογικό έμβιο ον: από μία φυτική κατάσταση, σχηματίζεται ένα πλάσμα που στη συνέχεια αποκτά ψυχή. Θεώρησε επίσης ότι ο τελικός σχηματισμός και η δημιουργία ζωής σε ένα έμβryo, δεν εμφανίζεται την ίδια στιγμή σε αρσενικά και θηλυκά. Συγκεκριμένα, μετά από παρατήρηση που έκανε σε έμβρυα που είχαν εκτρωθεί, συμπέρανε ότι η ζωή εμφανίζεται στα αρσενικά έμβρυα 40 ημέρες μετά τη σύλληψη και στα θηλυκά έμβρυα μετά από 80 ημέρες.

Ο Σωρανός ο Εφέσιος, ο μεγαλύτερος μαιευτήρας-γυναικολόγος της αρχαιότητας, άσκησε την ιατρική στο πρώτο μισό του 2<sup>ου</sup> αι. μ.Χ. Περιέγραψε περίπου 30 τύπους αντισυλληπτικών φαρμάκων, με συστατικά όπως λάδι, μέλι, ρετσίμι κέδρου, στυπτηρία και οξέα φρούτων. Αυτά χρησιμοποιούνταν για να εμποτιστούν μάλλινα κολπικά υπόθετα που χρησιμοποιούσαν ως αντισυλληπτικά. Ο Σωρανός πρότεινε επίσης άλλα 4 είδη αντισυλληπτικών, τα οποία, όχι μόνο προστάτευαν από μία σύλληψη, αλλά λειτουργούσαν και σαν εκτρωτικά. Ο Σωρανός, όπως και οι σημερινοί γιατροί, προειδοποιούσε για τις παρενέργειές τους.

Η έκτρωση ήταν συνηθισμένη στην αρχαία ελληνική κοινωνία, όχι όμως και τόσο διαδεδομένη όσο η βρεφοκτονία. Ο Ιπποκράτης απέρριψε τα εκτρωτικά, παρόλο που ο ίδιος, στο βιβλίο του «*Παιδίου Φύσιος*»<sup>5</sup>, περιέγραψε μία μέθοδο έκτρωσης της γυναίκας –πηδώντας έτσι, ώστε οι πατούσες της να αγγίζουν τους γλουτούς. Τόσο λοιπόν ο Ιπποκράτης και ο Σωρανός, όσο και ο Γαληνός καταδίκασαν την έκτρωση ως ασύμβατη με την επιστήμη τους.

---

<sup>5</sup> «*On the nature of the child*», (McFarlane & Meier, 1996).

Η έκτρωση, μπορεί να ήταν κοινή κατά την ελληνιστική περίοδο (335 π.Χ. – 31 π.Χ.), αλλά όπως είδαμε, ήταν πολλοί οι Έλληνες φιλόσοφοι και γιατροί που αντιτάχθηκαν έντονα στην έκτρωση. Ήταν κοινή και κατά τη Ρωμαϊκή εποχή (1<sup>ος</sup> – 2<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.), αν και πολλοί ποιητές, πολιτικοί, μοραλιστές, και, αργά οι γρήγορα και μονάρχες της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, άρχισαν να αντιτίθενται. Ο πιο γνωστός Ρωμαίος ρήτορας, ο Κικέρωνας καλούσε σε δημόσια τιμωρία ακόμη και για το σχεδιασμό μιας έκτρωσης.

Η ιδέα της έκτρωσης δε θεωρούνταν αμάρτημα μέχρι το 1869, ενώ από τον 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> αιώνα, τα συγγράμματα των πατέρων της Εκκλησίας, αναφέρουν την άμβλωση και, συγκεκριμένα, αντιτίθενται σ' αυτήν (Voth, 1989).

Σύμφωνα με το McFarlane και τους συνεργάτες του, την εποχή της Καινής Διαθήκης, η άμβλωση ήταν ευρύτατα διαδεδομένη και δεν αποτελούσε έγκλημα, γιατί επικρατούσε η υποστηριζόμενη από την φιλοσοφία άποψη, ότι το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος, αλλά αποτελεί μέρος των σπλάχνων της γυναίκας. Κατά τη Ρέκλου (2005), στην Παλαιά Διαθήκη, στοιχεία από την Πεντάτευχό της μαρτυρούν πως η πράξη της άμβλωσης τιμωρούνταν και μάλιστα με θάνατο, ενώ παράλληλα στην Καινή Διαθήκη ο Απόστολος Παύλος κατατάσσει τη χρήση αμβλωτικών φαρμάκων στα μεγαλύτερα εγκλήματα.

Σύμφωνα με την Roulaou και την ομάδα της (1996), μελετήθηκαν η νομοθεσία και τα κείμενα των σημαντικότερων ιατρικών συγγραφέων των βυζαντινών χρόνων (325-1453 μ.Χ.), με αναφορές στην έκτρωση, στη θεολογική και επιστημονική της προσέγγιση και στην ηθική πτυχή αυτού του κοινωνικού, ιατρικού και νομικού προβλήματος. Σύμφωνα με αυτά, η θεωρητική βάση είναι απόλυτα επηρεασμένη από το χριστιανικό πνεύμα, σύμφωνα με την οποία καταδικάζεται κάθε μορφή έκτρωσης, εκτός από όσες γίνονται αποδεκτές για ιατρικούς λόγους. Στην πραγματικότητα, η θρησκεία υποστήριξε ότι η σύλληψη του εμβρύου αποτελεί και την αρχή της ζωής και ότι το έμβρυο αποτελεί ζωντανό πλάσμα.

Όλη η νομοθεσία του Βυζαντίου από τα πρώτα χρόνια, καταδίκασε εξίσου τις αμβλώσεις. Συνεπώς, η εμβρυοκτονία θεωρήθηκε ίση με τη δολοφονία και την παιδοκτονία· το αποτέλεσμα μιας τέτοιας πράξης ήταν αυστηρές τιμωρίες για όλα τα πρόσωπα που συμμετείχαν σε μια τεχνική έκτρωσης, βασιζόμενη, είτε σε φάρμακα είτε σε άλλες μεθόδους. Οι τιμωρίες μπορούσαν να επεκταθούν σε εξορισμό, κατάσχεση της περιουσίας και θάνατο. Οι γιατροί ακολούθησαν την παράδοση της αρχαίας Ελλάδας, ενσωματώνοντας στον Ιπποκράτειο όρκο τις ιδέες προηγούμενων



φιλοσόφων: «*Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμου, ουδέ υφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε: ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω*»<sup>6</sup> (Λασκαράτος, 2003).

Η ορθόδοξη πίστη ενίσχυσε αυτή την άποψη για προστασία κάθε ανθρώπινης ζωής. Από την άλλη, Κράτος και Εκκλησία δέχτηκαν την άμβλωση σε περιπτώσεις όπως η πρόληψη επικίνδυνων συνθηκών της εγκυμοσύνης ή άλλες ανατομικές δυσκολίες που σχετιζόταν με την εγκυμοσύνη. Τελικά, η επιστήμη, η Εκκλησία και η νομοθεσία είχαν μια κοινή στάση απέναντι στα θέματα σχετικά με την άμβλωση και αυτό το γεγονός αποκαλύπτει μια προσπάθεια να εφαρμοστεί μια δίκαιη πολιτική για τα δικαιώματα του εμβρύου και την προστασία της ανθρώπινης ζωής στη βυζαντινή κοινωνία (Poulakou et al., 1996).

### 1.3. Ορισμός και μέθοδοι

Έκτρωση ή άμβλωση καλείται η αφαίρεση ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου από τα τοιχώματα της μήτρας, όπου είναι προσκολλημένο (Δετοράκης, 1983). Είναι η πρόωρη και τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και της ανάπτυξης της εμβρυϊκής ζωής, πριν από το τέλος της 24<sup>ης</sup>-28<sup>ης</sup> εβδομάδας, όταν δηλαδή το έμβρυο δεν είναι ακόμη βιώσιμο ή είναι μικρότερο των 500 γρ. Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης ή αλλιώς η τεχνητή ή προκλητή έκτρωση ή τεχνητή εκβολή, γίνεται από γυναικολόγο, με τη συναίνεση και αίτηση της εγκύου.

Το νωρίτερο που μπορεί να πραγματοποιηθεί μια άμβλωση (και το προτιμότερο, γιατί έτσι μειώνεται το ρίσκο για τη ζωή της μητέρας) είναι η 6<sup>η</sup> με 8<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, ενώ το αργότερο μέχρι την 22<sup>η</sup> εβδομάδα. Βέβαια, μετά την 18<sup>η</sup> με 20<sup>η</sup> εβδομάδα θα ήταν προτιμότερο να αποφεύγεται, καθώς το παιδί έχει αρχίσει να κινείται, οπότε η μητέρα έχει την αίσθηση της παρουσίας του κι αυτό έχει μεγάλες ψυχολογικές και παθολογικές συνέπειες, μετά την άμβλωση. Επίσης, όποια γυναίκα βρίσκεται σε μια τέτοια θέση, πρέπει να γνωρίζει πόσο μεγάλοι είναι οι κίνδυνοι που διατρέχει από μια τέτοια επέμβαση, τόσο κατά την διάρκεια, όσο και μετά απ' αυτήν.

---

<sup>6</sup> Δηλ: «*Δε θα δώσω κανένα φάρμακο θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτρωτικό φάρμακο*» ([www.xfe.gr](http://www.xfe.gr)).

Οι κυριότερες μέθοδοι της τεχνητής διακοπής της κύησης είναι η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η απόξεση του ενδομητρίου, η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας, καθώς και η πρόκληση συστολών του μυομητρίου, και η διαστολή του τραχήλου με την χορήγηση φαρμάκων. Πριν από τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης, οι μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν είναι:

☛ **Η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η απόξεση του ενδομητρίου (D&C)<sup>7</sup>:** Απαραίτητη προϋπόθεση αυτής της μεθόδου είναι η τοπική ή γενική αναισθησία, με την ασθενή τοποθετημένη σε γυναικολογική θέση. Ο γιατρός τοποθετεί έναν κολποδιαστολέα και στη συνέχεια η διαστολή του τραχηλικού



στομίου της μήτρας επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση των κηρίων διαστολής, των κηρίων «Hegar», μεταλλικές ράβδους-διαστολείς, με προοδευτικά αυξανόμενο πάχος. Στη συνέχεια, με τη χρησιμοποίηση ειδικών ξέστρων γίνεται η κένωση της μήτρας. Οι

κυριότερες άμεσες επιπλοκές από την επέμβαση, είναι η αιμορραγία, η διάτρηση της μήτρας και η λοίμωξη του ενδομητρίου, των εξαρτημάτων και του τραχήλου, ενώ οι αψώτερες επιπλοκές είναι η δημιουργία συμφύσεων του ενδομητρίου, η ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου και η απόφραξη των σαλπίνγων.



☛ **Η διαστολή του τραχηλικού στομίου και η αναρρόφηση του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας (D&E ή μέθοδος Karman)<sup>8</sup>:** Η διαστολή του



τραχηλικού στομίου της μήτρας, γίνεται όπως και στην προηγούμενη μέθοδο. Αυτή τη φορά όμως, το έμβρυο διαμελίζεται με ειδικό αιχμηρό αντικείμενο, σαν νυστέρι (ή και με άλλους τρόπους) και στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση των υπολειμμάτων του με έναν ειδικό σωλήνα. Αφού δοθεί νάρκωση, ο γιατρός θα τραβήξει το εσωτερικό μέρος του ενδομητρίου και του εμβρύου με έναν αναρροφητήρα.

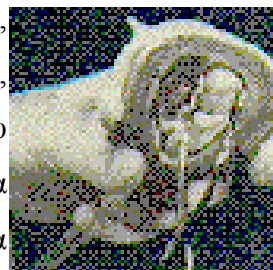
Όταν το κεφάλι του εμβρύου δε χωρά να περάσει απ' το σωλήνα, ο γιατρός χρησιμοποιεί μια ειδική λαβίδα, τον κρανιοθραύστη, ώστε αυτό να συνθλιβεί και να αναρροφηθεί από το σωλήνα. Η επέμβαση διαρκεί περίπου 20 λεπτά, αλλά η γυναίκα πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο λίγες ώρες.

<sup>7</sup> Dilatation and Curettage

<sup>8</sup> Dilatation and Evacuation

Η διαφορά από την προηγούμενη μέθοδο είναι στη χρησιμοποίηση ειδικής συσκευής αναρρόφησης του περιεχομένου της ενδομητρικής κοιλότητας αντί για τα ξέστρα. Η μέθοδος αυτή θεωρείται καλύτερη και προτιμάται περισσότερο, λόγω του περιορισμού των τραυματικών κακώσεων του ενδομητρίου.

☛ **Η φαρμακολογική μέθοδος:** Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα εγκρίθηκε από τον ΕΟΦ το εκτρωτικό χάπι. Πρόκειται για το RU486, που προκαλεί αποβολή. Τα αντιπρογεστερινοειδή, και κυρίως η μεφιπριστόνη (RU486), είναι τα νέα εκτρωτικά φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα, με σκοπό τη διακοπή της κύησης. Η αποτελεσματικότητα του νέου εκτρωτικού φαρμάκου βασίζεται στην μεγάλη συγγένεια του προς τους υποδοχείς δέσμευσης της προγεστερόνης. Για κύσεις σε ηλικία μικρότερη των 6 εβδομάδων, η αποτελεσματικότητα του είναι 85%. Η χρήση του χαπιού ενδέχεται να προκαλέσει αιμορραγία, οπότε θα χρειαστεί να υποβληθεί η γυναίκα σε διαγνωστική απόξεση. Η ναυτία, οι εμετοί, οι κωλικοί του εντέρου και η αιμορραγία είναι οι σπουδαιότερες παρενέργειες του φαρμάκου. Δεν πρέπει να συγχέεται με το «χάπι της επόμενης μέρας», που λαμβάνεται έως και 72 ώρες μετά τη σεξουαλική επαφή και αποτρέπει την εγκυμοσύνη.



Μετά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, οι μέθοδοι διακοπής που μπορούν να εφαρμοστούν, είναι:

☛ **Η ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης<sup>9</sup>,** η οποία προκαλεί τη δημιουργία τεχνητών πόνων και τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, αποτελεί συνηθισμένη μέθοδο διακοπής της κύησης μετά την 12η εβδομάδα. Σε περίπτωση που η μέθοδος αποτύχει, επαναλαμβάνεται τις επόμενες μέρες ή επιλέγεται άλλη μέθοδος κένωσης της μήτρας. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η υπόταση και σπάνια η ρήξη της μήτρας είναι οι παρενέργειες από την χορήγηση της ωκυτοκίνης.



☛ **Η χορήγηση των προσταγλανδινών<sup>10</sup> F2α και E2** αποτελεί μία άλλη μέθοδο διακοπής της κύησης. Μπορούν να δοθούν από το στόμα, ενδοφλεβίως, υπό μορφή κολπικών υπόθετων ή τραχηλικών δισκίων και ενδοαμνιακά ή εξωαμνιακά. Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως τα κολπικά υπόθετα, ενώ η ενδοαμνιακή και η εξωαμνιακή έγχυση χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις νεκρών εμβρύων. Το έντονο κοιλιακό

<sup>9</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

<sup>10</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

άλγος, οι εμετοί, η ταχυκαρδία και ο βρογχόσπασμος είναι οι κυριότερες παρενέργειες των προσταγλανδινών<sup>11</sup> (Εγκυκλοπαίδεια «Υγεία», Εγκυκλοπαίδεια «KOSMOS», <http://health.in.gr>).

☛ **Υστεροτομή:** είναι ουσιαστικά μία χειρουργική επέμβαση που εφαρμόζεται από την 24<sup>η</sup> έως 38<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, στις περιπτώσεις δηλαδή που η εγκυμοσύνη είναι σε προχωρημένο στάδιο και δεν μπορεί να εφαρμοστεί κάποια άλλη μέθοδος (Παπανικολάου και συν. 1994). Πρόκειται για μία τομή που γίνεται στην κοιλιά της εγκύου, όπως ακριβώς στην καισαρική τομή, μόνο που το έμβρυο εξάγεται πρόωρα και θανατώνεται ή αφήνεται να πεθάνει.

#### **1.4. Νομικό πλαίσιο: αποποινικοποίηση των αμβλώσεων έως σήμερα**

Το θέμα των εκτρώσεων έχει μεταξύ των άλλων, νομικές και πολιτικές διαστάσεις. Όπως είδαμε, σε διάφορες εποχές οι αμβλώσεις καταδικάστηκαν και τέθηκαν νομικοί περιορισμοί. Το ζήτημα της αποποινικοποίησης των αμβλώσεων απασχόλησε και εξακολουθεί να απασχολεί το χώρο της Δικαιοσύνης, κυρίως ως προς τη σύγκρουση θεμελιωδών δικαιωμάτων. Με τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων συγκρούεται το δικαίωμα στη ζωή (του εμβρύου) με το δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας της γυναίκας.

Μέχρι το 1967, η άμβλωση ήταν παράνομη σε όλη την Ευρώπη εκτός από τη Δανία και τη Σουηδία. Στην Ελλάδα<sup>12</sup>, για την ελεύθερη διεξαγωγή των αμβλώσεων, διατυπώθηκε ως πραγματικό επιχείρημα ο μεγάλος αριθμός των παράνομων αμβλώσεων, ο οποίος συνδέθηκε με ένα μεγάλο ποσοστό κινδύνου για τη ζωή της γυναίκας. Οι εκατοντάδες χιλιάδες παράνομες εκτρώσεις, εγκυμονούσαν και εγκυμονούν κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, για την αληθινή και ελεύθερη επιλογή της να γίνει στο μέλλον μητέρα.

Με το πέρασμα των χρόνων όμως, η ποινική προστασία του εμβρύου χαρακτηρίστηκε από διαρκή συρρίκνωση (Συμεωνίδου – Καστανίδου, 1995). Ας δούμε τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τις αλλαγές που παρατηρούνται σ' αυτές, τους τελευταίους δύο αιώνες.

---

<sup>11</sup> Η χορήγηση ενδοαμνιακών υπέρτονων διαλυμάτων χλωριούχου νατρίου ή ουρίας έχει σήμερα εγκαταλειφθεί λόγω των σοβαρών παρενεργειών, που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή της γυναίκας

<sup>12</sup> Νόμος 1609 της 1/3.7.86.

Ξεκινώντας από τον Ποινικό Νόμο του 1834 (άρθρ. 303-305) τιμωρούνται με ποινή φυλάκισης, τόσο η ετεράμβλωση<sup>13</sup> –με ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου– όσο και η αυτάμβλωση<sup>14</sup>. Όταν η πράξη γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, με τη χρησιμοποίηση μέσων επικίνδυνων για τη ζωή της απειλείται θανατική ποινή, ενώ όταν επέρχεται ο θάνατος της εγκύου, η ποινή γίνεται δεσμά από 15 ως 20 χρόνια και όταν από την άμβλωση δημιουργείται κίνδυνος ζωής, φρενοβλάβεια ή σωματική νόσος ανίατη, η ποινή είναι δεσμά ως 15 χρόνια.

Στο Σχέδιο του νέου Ποινικού Κώδικα που δημοσιεύεται το 1924, η αντιμετώπιση αυτή αλλάζει και για πρώτη φορά η ποινή που απειλείται για την πράξη όταν γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, είναι βαρύτερη από εκείνη που απειλείται για την ετεράμβλωση όταν γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου. Η ίδια ποινή απειλείται και για την αυτάμβλωση, ενώ για πρώτη φορά θεσπίζεται ως ειδικός λόγος άρσης του αδίκου η ιατρική ένδειξη.

Το 1934, οι ποινικές κυρώσεις τόσο για την έγκυο όσο και για τον τρίτο που ενεργεί με τη συναίνεσή της μειώνονται δραστικά, και για πρώτη φορά η άμβλωση αντιμετωπίζεται πια ως πλημμέλημα, με ποινή φυλάκισης (10 ημέρες ως 5 έτη). Όταν γίνεται χωρίς τη συναίνεση της εγκύου η πράξη παραμένει κακούργημα.

Το 1939, η ιατρική ένδειξη συμπληρώνεται για πρώτη φορά με τη λεγόμενη «ηθική ένδειξη», με βάση την οποία θεωρείται πλέον δικαιολογημένη η θανάτωση του εμβρύου, όταν η εγκυμοσύνη οφείλεται σε βιασμό, κατάχρηση ανικάνου προς αντίσταση, αποπλάνηση ανηλίκου ή αιμομιξία.

Το 1947, τροποποιείται για μία ακόμη φορά η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Για πρώτη φορά η αυτάμβλωση τιμωρείται με ποινή φυλάκισης το πολύ 3 ετών, ενώ η ετεράμβλωση που γίνεται με τη συναίνεση της εγκύου αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης 6 μηνών ως 5 ετών και όταν γίνεται κατά συνήθεια, τιμωρείται με κάθειρξη το πολύ 10 ετών.

Το 1978 με το ν. 821 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρωπίνης προελεύσεως» διευρύνεται η ιατρική ένδειξη και προβλέπεται ότι η άμβλωση επιτρέπεται ως τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης όταν υπάρχει κίνδυνος για την ψυχική υγεία της μητέρας –και όχι όπως προβλεπόταν στο άρθρο 304 § 4 του Ποινικού Κώδικα, μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος βαριάς σωματικής βλάβης– και ταυτόχρονα θεσπίζεται για πρώτη φορά η «ευγονική ένδειξη» με βάση την οποία

<sup>13</sup> Τιμωρείται το τρίτο πρόσωπο που προκαλεί το θάνατο του εμβρύου.

<sup>14</sup> Τιμωρείται η έγκυος.

δικαιολογείται η θανάτωση του εμβρύου μέχρι και την 20<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, στις περιπτώσεις που διαπιστώνονται σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου, οι οποίες συνεπάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

Ήδη με το πλαίσιο αυτό, η ποινική προστασία του εμβρύου εμφανίζεται σημαντικά συρρικνωμένη σε σχέση με την προστασία της ζωής.

Το 1986, με το ν. 1609 ανατρέπεται ουσιαστικά όλη η ποινική αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Ο ίδιος ο όρος «άμβλωση», είναι νομικός όρος που δε χρησιμοποιείται πλέον. Ως ιδεολογικά φορτισμένος, καταργείται και αντικαθίσταται από τον όρο «τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης».

Ο ν. 1609/1986 μείωσε σημαντικά την ποινή που απειλούνταν για την αυτάμβλωση και για την κατά συνήθεια τέλεση των αμβλώσεων, ενέταξε στον Ποινικό Κώδικα για πρώτη φορά την ευγονική ένδειξη και κυρίως για πρώτη φορά αναγνώρισε ένα χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων, μέσα στο οποίο η έγκυος, χωρίς να χρειάζονται επιπλέον ενδείξεις, μπορεί να αποφασίζει ελεύθερα για το αν επιθυμεί τη συνέχιση ή τη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο η ζωή του κυοφορούμενου αποτελεί αυτοτελές έννομο αγαθό και προστατεύεται ανεξάρτητα από τη ζωή της εγκύου. Γι' αυτό, η συναίνεση της εγκύου στη θανάτωση του εμβρύου από τρίτο δεν μπορεί να πάρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης.

Σήμερα λοιπόν, το ζήτημα της άμβλωσης ρυθμίζει ο νόμος 1609/1986 του Ποινικού Κώδικα, «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης»<sup>15</sup>, σύμφωνα με τον οποίο «η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της Πολιτείας» (Καραγεωργός, 1996). Με τη διάταξη του άρθρου 304 ΠΚ, που απαγορεύει την άμβλωση, προστατεύεται ποινικά η ανθρώπινη ζωή στη γένεση της. Το κυοφορούμενο δεν είναι μέρος του σώματος της εγκύου, σε τρόπο που να έχει αυτή το δικαίωμα να το διαθέτει κατά τη θέληση της, αλλά του αναγνωρίζεται το δικαίωμα μια ξεχωριστή και δικιά του αξία, που δεν είναι όμως απόλυτη, όπως αντίθετα συμβαίνει στην ανθρώπινη ζωή που έχει γεννηθεί κι έχει απόλυτη αξία.

Από αυτή τη σχετική αξία που δίνεται στο κυοφορούμενο έμβρυο, προκύπτει και η αντίστοιχη ποινική του προστασία. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξουν και περιπτώσεις, όπως είπαμε, που η άμβλωση κρίνεται θεμιτή από το δίκαιο. Τέτοιες περιπτώσεις στην επιστήμη αναγνωρίζονται τέσσερις, δηλαδή άμβλωση που γίνεται

---

<sup>15</sup>Αναλυτικά βλ. **Παράρτημα, Α:** «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», άρθρο 304, ΠΚ.

για λόγους: ιατρικούς (κίνδυνος ζωής ή σπουδαία και διαρκής βλάβη της υγείας της εγκύου που πιστοποιούνται από δύο γιατρούς), ηθικούς (όταν η σύλληψη έγινε από βιασμό, αποπλάνηση, αιμομιξία, κατάχρηση ανίκανου για αντίσταση), ευγονικούς και κοινωνικούς.

Όπως είδαμε λοιπόν, ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 αναγνώριζε μόνο τους δύο πρώτους, πρόσφατα όμως, με το άρθρο 5 § 3 του Νόμου 821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης», αναγνωρίστηκε και ο παραπάνω τρίτος λόγος της εκούσιας διακοπής της κύησης (ευγονικός) κι έτσι έμμεσα τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε και το παραπάνω άρθρο του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα ([www.papaki.panteion.gr](http://www.papaki.panteion.gr)).

Ουσιαστικά δηλαδή στην Ελλάδα το 1986 νομιμοποιούνται οι εκτρώσεις και μία γυναίκα μπορεί μέχρι και τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης της να κάνει έκτρωση, εφόσον συντρέχουν λόγοι και εξεταστεί από την αρμόδια επιτροπή. Αυτό αναφέρει το γράμμα του νόμου. Ωστόσο, στην περίπτωση που η ενδιαφερόμενη απευθυνθεί σε κάποιο ιδιωτικό κέντρο, η εξέταση από επιτροπή δεν πραγματοποιείται, όπως επίσης και σε νοσοκομεία χωρίς οργανωμένη Κοινωνική Υπηρεσία ή άλλη αρμόδια επιτροπή.

Σύμφωνα με τη Naziri (1991), η νομιμοποίηση των εκτρώσεων δεν αποτέλεσε ηθικό ζήτημα στην Ελλάδα. Η νομιμοποίηση το 1986 πραγματοποιήθηκε διότι η Κυβέρνηση αντιλήφθηκε ότι η απαγόρευση αγνοούνταν παντελώς.

## **1.5. Ερευνητικά στοιχεία από το χώρο της Ελλάδας και του εξωτερικού**

Το 1996, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.)<sup>16</sup> ανακοίνωσε ότι κάθε χρόνο γίνονται 45 εκατομμύρια αμβλώσεις σε όλο τον κόσμο, αριθμός που σημαίνει τρεις αμβλώσεις για κάθε γέννα.

Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασε σε εκδήλωσή του ο Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, η Ελλάδα κατέχει τη θλιβερή πρωτιά στην Ευρώπη. Την πρώτη όμως θέση στις εκτρώσεις κατέχει η Ελλάδα συγκριτικά, όχι μόνο με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων, που πραγματοποιούνται, τόσο πριν, όσο και κατά τη διάρκεια του γάμου και που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές

---

<sup>16</sup> World Health Organization (W.H.O.)

επιπλοκές, είναι και ο βασικός λόγος της ύπαρξης τόσο υψηλού ποσοστού υπογονιμότητας στη χώρα μας. Παρά τη σημασία που έχει παραδοσιακά ο γάμος και η μητρότητα στην Ελλάδα, ο αναπαραγωγικός ρυθμός είναι πολύ χαμηλός (Ioannidi-Karolou, 2004). Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση. Σύμφωνα με το Χλιαουτάκη, το 1992, σοβαρές πηγές εκτιμούσαν τις γεννήσεις σε 150.000 περίπου και τις εκτρώσεις σε 105.000. Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται στην Ελλάδα περισσότερες από 250.000 εκτρώσεις, από τις οποίες οι 40.000 αφορούν ανήλικα κορίτσια, κάτω των 16 ετών. Επίσης, το ένα τρίτο από αυτές γίνονται σε γυναίκες παντρεμένες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν αν είχαν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια. Τα εντυπωσιακά αυτά στοιχεία ανακοίνωσε ο καθηγητής μαιευτικής-γυναικολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Ιωάννης Μπόντης, μιλώντας στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Γονιμότητας και Στείρωσης, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη.

Στο χρονικό διάστημα 1980-1999, σύμφωνα με τον Μπόντη, η Ελλάδα παρουσιάζει μείωση της γονιμότητάς της κατά 41%, διπλάσια δηλαδή ποσοστιαία μείωση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ αντίθετα οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παρουσιάζουν έντονο δυναμισμό, αφού στο ίδιο χρονικό διάστημα, παρατηρείται αύξηση του συντελεστή γονιμότητας κατά 14%.

Από ανώνυμα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπλήρωσαν έφηβες που προσέφυγαν το 1998 στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών -που εδρεύει στο Αρεταίειο Νοσοκομείο-, προκύπτει ότι ένα στα τρία κορίτσια ηλικίας 14 έως 19 ετών έχει κάνει έκτρωση. *«Στην Ελλάδα, το 1974, το ποσοστό κύησης στην εφηβεία αντιπροσώπευε το 5% του συνόλου των κύησης, ενώ το 1992, το ποσοστό αυτό ανέβηκε στο 10,3% περίπου. Για τις εκτρώσεις στην εφηβεία, αποσπασματικά στοιχεία»,* σύμφωνα με το Χλιαουτάκη, *«δείχνουν για το 1990, ότι το 35% των κύησης κατέληξε σε έκτρωση, σε αντίθεση με το 1975, όπου το 29% προέβη σε διακοπή της κύησης».*

Είναι γεγονός πως ο ακριβής αριθμός των ετησίων εκτελούμενων εκτρώσεων δεν είναι δυνατόν να καταγραφεί, για λόγους ιατρικού απορρήτου, ούτε και οι προαναφερόμενες επιπλοκές. Σύμφωνα όμως με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, μία στις 100.000 γυναίκες πεθαίνει κατά τη διάρκεια της άμβλωσης. Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει



από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε κλινικές της Αμερικής<sup>17</sup>, ονομάζει, όπως θα δούμε και παρακάτω, τους λόγους που οδηγούν μία γυναίκα να προχωρήσει σε έκτρωση. Το 73% επικαλέστηκε οικονομικά προβλήματα όσον αφορά τη μετέπειτα ανατροφή του παιδιού (όπως άλλωστε ανακοίνωσε και ο Μπόντης), καθώς και ότι η απόκτησή του θα εμπόδιζε τη σχολική ή επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Το 48% δήλωσε προβλήματα με το σύντροφό τους και ότι δε θα επιθυμούσαν να είναι άγαμες μητέρες.

Η παρατήρηση όμως που προέκυψε από τη δημοσκόπηση του 2001 και που επικυρώνει η καθημερινή πρακτική, είναι ότι οι εκτρώσεις αφορούν κυρίως γυναίκες μεγαλύτερες των 30 ετών και ίσως από αυτό να διαφαίνεται η καλύτερη ενημέρωση και συμμόρφωση των νέων ζευγαριών.

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων στην Ευρώπη, και ταυτόχρονα εμφανίζει πολύ χαμηλή συχνότητα χρήσης αντισύλληψης, εκτός από το προφυλακτικό και τη διακεκομμένη συνουσία (Ioannidi-Karolou, 2004). Το 2001, μία στις τέσσερις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, είχαν τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληγε σε έκτρωση. Το ποσοστό για τις ηλικίες 16-24 ετών, ήταν μία στις 10 γυναίκες, ενώ για τις ηλικίες 35-45 ετών ήταν μία στις 3 γυναίκες.

---

<sup>17</sup> Finer et al., 2005



## **2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

### **2.1. Οικογενειακός προγραμματισμός**

Ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν δηλαδή παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το πρόβλημα μεγέθους της οικογένειας και χρειάστηκε να παρθούν μέτρα. Οι ειδικοί έστρεψαν τις προσπάθειές τους στην αναζήτηση διαφόρων αντισυλληπτικών μεθόδων (Δετοράκης, 1983). Ένας από τους πιο βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Η αποφυγή των εκτρώσεων στη χώρα μας, δημιουργεί την ανάγκη να διαδοθούν οι αρχές και οι μέθοδοι του οικογενειακού προγραμματισμού (Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου-Καραγιάννη, 1979). Στην Ελλάδα δημιουργήθηκαν γι' αυτό το σκοπό τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού το 1980.

Η έλλειψη διαφόρων προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι ένας από τους βασικότερους λόγους για την αρνητική αντισυλληπτική συμπεριφορά των νέων –κυρίως των εφήβων– και κατά συνέπεια για την αύξηση των ανεπιθύμητων εκτρώσεων και κυήσεων στη χώρα μας (Χλιαουτάκης, 1994). Η έκτρωση δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει μία ανεπιθύμητη σύλληψη. Επομένως, η ύπαρξη και ο ετήσιος αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει κατά κάποιον τρόπο και το μέγεθος της αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού.

Η χώρα μας αντιμετωπίζει μείωση του πληθυσμού στις νεαρές ηλικίες. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στη γενικευμένη τάση των ζευγαριών να αποφεύγουν τη γέννηση πολλών παιδιών, κάτι που επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της αντισύλληψης και των εκτρώσεων. Το αποτέλεσμα αυτής της

κατάστασης είναι μια Ελλάδα που, όχι μόνο δεν αυξάνει σε ικανοποιητικό βαθμό τον πληθυσμό της, αλλά και ο πληθυσμός αυτός κυριολεκτικά «γερνά», αφού ο αριθμός των ηλικιωμένων συνεχώς αυξάνει, ενώ παράλληλα μειώνεται ο αριθμός των νέων.

Είναι γεγονός πως οι εκτρώσεις αυτές καθαυτές δεν αποτελούν την κύρια αιτία του δημογραφικού προβλήματος, μια και ο αριθμός τους είναι σχετικά μικρός αναφορικά με το συνολικό αριθμό θανάτων. Παρόλα αυτά, απαιτείται μία συνολική αναθεώρηση των απόψεων περί οικογενειακού προγραμματισμού, η οποία θα μειώσει τις εκτρώσεις και θα οδηγήσει στη σωστή χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, που θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακοπή της κατάρρευσης των γεννήσεων και την -σε σημαντικό βαθμό- αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος.

## **2.2. Αντισύλληψη**

### **2.2.1. Εισαγωγή**

Η σχέση μεταξύ έκτρωσης και αντισύλληψης είναι άμεση αλλά και πολύπλοκη. Από τη μία, γυναίκες που δε χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης ή που είχαν εμπειρία αποτυχίας κάποιας μεθόδου, συχνά καταφεύγουν σε έκτρωση, και από την άλλη, μία έκτρωση μπορεί να είναι η αφορμή ώστε μια γυναίκα να ξεκινήσει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων<sup>18</sup> (Guillaume – Desgrées du Lou, 2002). Η αντισύλληψη προλαμβάνει μια έκτρωση. Η έκτρωση όμως δεν αποτελεί μέθοδο αντισύλληψης. Συνήθως, αποτελεί το ατυχές αποτέλεσμα μιας εκ παραδόσεως χρησιμοποιούμενης μεθόδου, «της διακεκομμένης συνουσίας» ή της ημερολογιακής αποχής (μέθοδος ρυθμού). Ο πραγματικός ή υποθετικός αριθμός των εκτρώσεων που γίνονται κάθε χρόνο αποδεικνύει τη μειωμένη ασφάλεια της παραδοσιακής πρακτικής. Μπορεί όμως η έκτρωση να είναι αποτέλεσμα «ατυχήματος» ή κακής «χρήσης» κάποιας ασφαλέστερης και αποτελεσματικότερης μεθόδου (διάτρηση προφυλακτικού ή μη σωστή λήψη αντισυλληπτικών χαπιών).

Σίγουρα, καμία αντισυλληπτική μέθοδος δεν είναι τέλεια, ώστε να είναι ακίνδυνη και εύχρηστη, αποτελεσματική, χωρίς κόστος και χωρίς να χρειάζεται κανένας κόπος για να τη μάθει κάποιος. Η σωστή πληροφόρηση όμως, όχι μόνο

---

<sup>18</sup> Αναφερόμαστε σε αντισυλληπτικές μεθόδους και όχι σε μεθόδους προφύλαξης, διότι εξετάζουμε τις μεθόδους με την αντισυλληπτική τους ιδιότητα -ως προς τις εκτρώσεις και τις ανεπιθύμητες συλλήψεις- και όχι με την ιδιότητα της προστασίας και προφύλαξης από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.

σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, αλλά και με τις συνέπειες της χρήσης ή μη, (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), μπορεί να αυξήσει τη χρήση αποτελεσματικών μεθόδων προφύλαξης και αντισύλληψης. Οι κυβερνήσεις και οι αρμόδιοι ιατρικοί φορείς όλων των χωρών, ανεξαρτήτου βιοτικού επιπέδου, χρηματοδοτούν προγράμματα με στόχο την αποτελεσματική αντισύλληψη.

### 2.2.2. Ιστορική αναδρομή

Οι άνθρωποι για αιώνες έχουν προσπαθήσει να ελέγξουν τη γονιμότητα. Στις πρωτόγονες ακόμα, άγνωστες σε εμάς, κοινωνίες, πραγματοποιούσαν εκτρώσεις και βρεφοκτονίες. Κατά τη Margueritte (1989), το πρώτο παράδειγμα αντισύλληψης που συναντούμε σε γραπτές πηγές, βρίσκεται στη Βίβλο (Γένεση, ΛΗ'), όπου ο Αυνάν αρνούνταν να δώσει απογόνους στο νεκρό αδελφό του, -όπως τον είχε υποχρεώσει ο πατέρας τους Ιούδας- αφήνοντας το σπέρμα του να χυθεί στη γη κάθε φορά που συνευρισκόταν με τη γυναίκα του αδερφού του. Από την αρχαία ιστορία, είδαμε ότι έφτασαν σε εμάς αρκετές χαρακτηριστικές «συνταγές», που χρησιμοποιούσαν εκείνη την εποχή ως μεθόδους αντισύλληψης.

Σύμφωνα λοιπόν μ' έναν αιγυπτιακό πάπυρο, οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν ένα κολλικό ταμπόν, εμποτισμένο με μέλι και μαγιά ή άλλο, βουτηγμένο σε λεμόνι και κόπρανα κροκόδειλου. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Διοσκουρίδη (1<sup>ος</sup> π.Χ. αιώνας) χρησιμοποιούσαν ένα μείγμα από φύλλα ιτιάς, σπαραγγιού, ρίζα φτέρης και σκουριά, ενώ στο αρχαίο Μαρόκο χρησιμοποιούσαν μια κρέμα που είχε σαν βάση το πορτοκάλι, φύλλα φοινικιάς, μπαρούτι και υδράργυρο, διαλυμένα μέσα σε νερό με το οποίο είχε πλυθεί κάποιος νεκρός (Margueritte, 1989). Μπορεί αυτά τα πρωτόγονα μέσα να ήταν επικίνδυνα και καθόλου ασφαλή, δείχνουν όμως πως η αντισύλληψη απασχολούσε τους ανθρώπους πάντα.

Όταν οι πρωτόγονες γυναίκες κατάλαβαν τα πλεονεκτήματα του ελέγχου των συλλήψεων, προσπάθησαν, όποτε αυτό ήταν εφικτό, να χρησιμοποιούν την αντισύλληψη. Τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ., ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης υποστήριζαν πως η οικογένεια θα πρέπει να έχει ένα παιδί. Τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ., όμως, ο Άγιος Αυγουστίνος αντιτάχθηκε στην αντισύλληψη, ακόμη και ανάμεσα σε παντρεμένα ζευγάρια.

Η ελληνική ιατρική βιβλιογραφία αναφέρει ως αντισυλληπτικά ένα φίλτρο και έναν άδειο (κοίλο) σωλήνα, ο οποίος μέσω του τραχήλου εισερχόταν στη μήτρα. Το προφυλακτικό εμφανίστηκε στις αρχές της σύγχρονης περιόδου και χρησιμοποιούνταν συνήθως για να προστατεύονται από διάφορες ασθένειες, όπως η σύφιλη. Από το 1880 άρχισαν πλέον να διαφημίζονται διάφορα αντισυλληπτικά και σπερματοκτόνα (Schenker et al., 1993).

### **2.2.3. Μέθοδοι αντισύλληψης**

Οι διάφορες μέθοδοι αντισύλληψης αποτέλεσαν, όπως είδαμε, αντικείμενο έρευνας από τους αρχαίους χρόνους. Στις μέρες μας, υπάρχει μία πληθώρα αντισυλληπτικών μεθόδων, άλλα πιο αποτελεσματικά, άλλα πιο εύχρηστα και άλλα κατάλληλα για συγκεκριμένη ομάδα χρηστών.

Παρακάτω, παραθέτουμε τις υπάρχουσες αντισυλληπτικές μεθόδους, σύμφωνα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Διακρίνουμε τις εξής πέντε βασικές κατηγορίες αντισυλληπτικών μεθόδων:

#### **☞ Φυσικές**

Διακεκομμένη συνουσία

Μέθοδος ρυθμού

Μέθοδος πλύσης

#### **☞ Ορμονικές**

Αντισυλληπτικά δισκία

Επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη ανάγκης

Κολπικός Δακτύλιος

#### **☞ Ενδομήτρια σπειράματα**

Σπιράλ

#### **☞ Κολπική αντισύλληψη (η οποία χωρίζεται σε):**

##### **Χημική:**

Σπερματοκτόνες ουσίες

##### **Μέθοδοι Φραγμού:**

Ανδρικά προφυλακτικά

Γυναικεία προφυλακτικά

Γυναικείος Σπόγγος

### ☛ **Χειρουργική μέθοδος (μόνιμη):**

Ανδρική ή γυναικεία στειροποίηση (στείρωση)

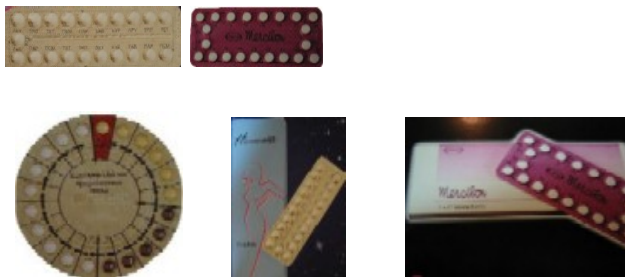
Ας δούμε όμως την κάθε μέθοδο αναλυτικά:

☛ **Διακεκομμένη συνουσία:** Χρησιμοποιείται σαν μέθοδος αντισύλληψης από αρχαιότατων χρόνων, αφού ακόμη και στη Βίβλο αναφέρεται ότι ο Θεός τιμώρησε τον Αυνάν (Aunan) διότι άφηνε να χυθεί το σπέρμα του στη γη (Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου, 1979). Η μέθοδος συνίσταται στη διακοπή της συνουσίας πριν από την εκσπερμάτιση, η οποία πραγματοποιείται εκτός του κόλπου. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι πολύ περιορισμένη. Εφαρμόζεται κατά κόρον από τα ζευγάρια, όλων των κοινωνικών τάξεων, παρόλο που δεν ενδείκνυται, διότι έχει υψηλότατα ποσοστά αποτυχίας.

☛ **Μέθοδος ρυθμού:** Το 1920 ο Ogino στην Ιαπωνία, καθόρισε τις πιθανές γόνιμες ημέρες του γυναικείου γεννητικού κύκλου (Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου, 1979). Έτσι λοιπόν, η γυναίκα μπορεί με βάση την ημερολογιακή μέθοδο («μέθοδος Οζινό») να υπολογίσει τις «γόνιμες» ημέρες του κύκλου της, καθώς και την ημέρα της ωορρηξίας, αποφεύγοντας τη σεξουαλική επαφή, τουλάχιστον χωρίς κάποια άλλη προφύλαξη. Ο υπολογισμός των ημερών αυτών μπορεί να γίνει και με τη θερμομετρική μέθοδο, σύμφωνα με την οποία οι «γόνιμες» ημέρες υπολογίζονται με την άνοδο της θερμοκρασίας της γυναίκας από τέσσερα έως έξι δέκατα του βαθμού. Τέλος, ο υπολογισμός των γόνιμων ημερών μπορεί να γίνει με τη «μέθοδο Μπίλιγκ», στην οποία η γυναίκα εξετάζει τον τράχηλό της και ελέγχει τις ημέρες του μήνα που εκκρίνεται κάποιο υγρό, προερχόμενο από τη μήτρα. Στη μέθοδο του ρυθμού λοιπόν μπορούμε να εντάξουμε τις μεθόδους Μπίλιγκ, Οζινό και της θερμομέτρησης.

☛ **Μέθοδος πλύσης:** Η μέθοδος αυτή, δε θεωρείται μέθοδος αντισύλληψης, παρόλο που εφαρμόζεται, λόγω άγνοιας. Πρόκειται για εσωτερικές, κολπικές πλύσεις με νερό ίσως και κάποιο αντισηπτικό για να σκοτώσει τα σπερματοζωάρια. Η αλήθεια όμως είναι πως τα σπερματοζωάρια χρειάζονται μόνο 30 δευτερόλεπτα για να φτάσουν στο υγρό που εκκρίνει η μήτρα, να αναμιχθούν μ' αυτό και από εκεί να συνεχίσουν την πορεία τους. Η μέθοδος αυτή έχει τα υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας και αναφέρεται μόνο για ιστορικούς λόγους, καθώς δε θεωρείται πλέον ως προτεινόμενη μέθοδος αντισύλληψης (Margueritte, 1989).

☞ **Αντισυλληπτικά δισκία:** Το 1961 εμφανίστηκαν τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Θεωρείται η ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη μέθοδος αντισύλληψης, με ελάχιστα ποσοστά αποτυχίας, τα οποία όμως οφείλονται σε μη σωστή λήψη των χαπιών από τη γυναίκα. Η δράση τους έχει να κάνει με την αναστολή της ωορρηξίας και την παρεμπόδιση της καλής ανάπτυξης του ενδομητρίου, καθιστώντας το αφιλόξενο για το ωάριο, καθώς επίσης και τη δημιουργία αρνητικού και εχθρικού περιβάλλοντος για τη διέλευση των σπερματοζωαρίων.

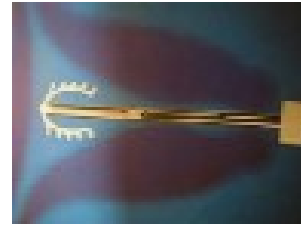


☞ **Επείγουσα αντισύλληψη (αντισύλληψη ανάγκης):** Είναι μέθοδος η οποία εφαρμόζεται μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (η μετά από αποτυχία κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου) και υπάρχει πιθανότητα να καταλήξει σε κύηση. Η μέθοδος αυτή δεν έχει σχέση με εκτροπικά φάρμακα· δεν προκαλεί έκτρωση, αλλά αδυναμία εμφύτευσης του τυχόν γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Δεν μπορεί παρ' όλα αυτά να χρησιμοποιηθεί ως μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος, γιατί έχει αρκετές δυσμενείς επιπτώσεις στη γυναίκα.

☞ **Κολπικός δακτύλιος:** Πρόκειται για έναν δακτύλιο που τοποθετείται κολπικά για τρεις εβδομάδες και αφαιρείται την τέταρτη. Στον επόμενο κύκλο τοποθετείται ένας νέος δακτύλιος. Καθώς ο δακτύλιος είναι εύκαμπτος, μπορεί εύκολα να εισαχθεί και να αφαιρεθεί από την ίδια τη γυναίκα. Η δράση του οφείλεται στις ορμόνες που περιέχει, παρόμοιες με αυτές των αντισυλληπτικών χαπιών.



☞ **Σπιράλ:** Τα ενδομήτρια ελάσματα έγιναν γνωστά σαν αντισυλληπτικά από το 1909 (Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου, 1979). Ήταν φτιαγμένα από εύκαμπτο δακτύλιο από μετάξι περιτυλιγμένο με σύρμα, ασημένιο ή χρυσό. Σήμερα φτιάχνονται από διάφορα είδη συνθετικών υλικών και τοποθετούνται από το γυναικολόγο στη μήτρα της γυναίκας για μεγάλο χρονικό διάστημα (3-5 χρόνια). Η αποτελεσματικότητα του σπιράλ είναι ελαφρώς μικρότερη από εκείνη των αντισυλληπτικών χαπιών, ενώ ενδείκνυται ως αντισυλληπτική μέθοδος σε γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και δεν επιθυμούν άλλα παιδιά καθώς μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα στη μήτρα.



☞ **Σπερματοκτόνες ουσίες:** Τα σπερματοκτόνα ήταν γνωστά από την αρχαιότητα. Από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα άρχισε συστηματικά η προσπάθεια να ανακαλυφθούν αποτελεσματικά σπερματοκτόνα, ενώ η συστηματική προώθηση και κυκλοφορία τους άρχισε μετά το 1930-1940. Κυκλοφορούν υπό μορφή κολπικών υπόθετων ή αφρών, κρέμας ή αλοιφής. Έχουν γενικά πολύ μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σαν μοναδική μέθοδο (30%) και συνιστάται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μια άλλη μέθοδο φραγμού.

☞ **Ανδρικά προφυλακτικά:** Το προφυλακτικό είναι το πιο διαδεδομένο μηχανικό μέσο αντισύλληψης. Για πρώτη φορά εμφανίστηκαν στην Αγγλία το 18<sup>ο</sup> αιώνα και κατασκευάζονταν από ύφασμα ή έντερο ζώου, για να προφυλαχθούν κυρίως από αφροδίσια νοσήματα. Η αντισυλληπτική του αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 64-97% (Οδηγός αντισύλληψης, 2003). Τα αίτια της αποτυχίας είναι σφάλματα κατασκευής, σχίσιμο κατά την εφαρμογή, κλπ.



☞ **Γυναικεία προφυλακτικά:** Από την αρχαιότητα είχαν χρησιμοποιηθεί διάφορα μηχανικά μέσα, για την παρεμπόδιση της εισόδου του σπέρματος στη μήτρα, όπως διάφορα ελαστικά, ρητίνες, φύλλα ή καρποί και διάφορα άλλα είδη σπόγγων ή υφασμάτων, που πολλές φορές εμπότιζαν με λάδι, βούτυρο ή ξύδι. Το πρώτο



σύγχρονο διάφραγμα κατασκευάστηκε κατά το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα (Παπαευαγγέλου – Ρουμελιώτου, 1979) και σήμερα η αποτελεσματικότητά του φτάνει το 97%.

☛ **Χειρουργική στείρωση:** Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, οι χειρουργικές μέθοδοι προφύλαξης από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ήταν αρκετά δύσκολες και επικίνδυνες τεχνικές. Μετά το 1920, άρχισαν να εφαρμόζονται για τους άνδρες και μετά το 1930 για τις γυναίκες. Η στείρωση έχει υψηλή αντισυλληπτική αποτελεσματικότητα. Είναι όμως μία μέθοδος αντισύλληψης μη αναστρέψιμη και η μονιμότητά της είναι το μεγαλύτερο μειονέκτημα.

Το προφυλακτικό φαίνεται να είναι το πιο διαδεδομένο σύγχρονο μέτρο αντισύλληψης στις νεαρές ηλικίες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε σεξουαλικά ενεργούς έφηβους και νέους στο Κονγκό (Kayembe et al., 2006), έδειξε ότι το προφυλακτικό ήταν το πιο διαδεδομένο αντισυλληπτικό μέτρο σε ποσοστό 74,3%. Σε παλιότερη έρευνα των Χλιαουτάκη και συν. (1994) στην Αθήνα, το αντίστοιχο ποσοστό στη διάρκεια της σεξουαλικής τους δραστηριότητας ήταν 76,2%, ενώ σε άλλη έρευνα των Χλιαουτάκη και συν. (1991) δηλώθηκε η χρήση του προφυλακτικού σε ποσοστό 76,1%.

### 3. ΕΚΤΡΩΣΗ

#### 3.1. Αίτια που οδηγούν σε διακοπή της κύησης

Στην Ελλάδα, οι σύγχρονες αντισυλληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό περιστασιακά και η έκτρωση είναι η βασική μορφή ελέγχου γεννήσεων. Υπάρχουν αρκετά κοινωνικά και ψυχολογικά ζητήματα τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα γι' αυτό. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, εξακολουθεί να μη συμπεριλαμβάνεται στο σχολικό πρόγραμμα· η απουσία, λοιπόν, σωστής και υπεύθυνης ενημέρωσης σχετικά με την αντισύλληψη, η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με την εγκυμοσύνη και την άμβλωση, καθώς και η έλλειψη σεξουαλικής υπευθυνότητας ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στις επιλογές των γυναικών για τη ζωή τους. Παρόλο που στη χώρα μας δημιουργήθηκαν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 1985 σχετικά με το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Θεσσαλονίκης, μόνο το 2% των γυναικών που βρισκόταν στην αναπαραγωγική ηλικία, απευθυνόταν σε αυτά.

Οι λόγοι που οδηγούν μία γυναίκα στον τερματισμό της εγκυμοσύνης της, ποικίλουν:

Η κύηση στην εφηβική ηλικία δημιουργεί αρκετά προβλήματα, που είναι κυρίως ιατρικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά και συνεπώς οι έφηβες έχουν αρκετούς λόγους για να προχωρήσουν σε τερματισμό της εγκυμοσύνης. Τα ιατρικά προβλήματα είναι η τοξιναιμία<sup>19</sup> (προεκλαμψία - εκλαμψία), η πρόωγη αποκόλληση του πλακούντα, η δυσαναλογία<sup>20</sup>, η αναιμία και το σύνδρομο Down (στο έμβρυο). Οι έφηβες, σπάνια είναι προετοιμασμένες, συναισθηματικά και κοινωνικά, να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες ενός παιδιού. Αυτά όμως που απασχολούν μία έφηβη που εγκυμονεί και την οδηγούν στην έκτρωση είναι περισσότερο τα κοινωνικά προβλήματα.

Όσο και να έχει προοδεύσει η κοινωνία, όσο και να έχει αποβάλλει οπισθοδρομικές ιδέες, παρόλα αυτά ακόμα και σήμερα κρίνει αυστηρά την γέννηση ενός παιδιού στην εφηβεία, ειδικά όταν η έφηβος δεν είναι παντρεμένη. Μια νεαρή έγκυος γυναίκα έχει να αντιμετωπίσει τόσα κοινωνικά προβλήματα, που μάλιστα είναι σοβαρά και συχνά επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της. Όσο και να

---

<sup>19</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

<sup>20</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

κατακρίνεται η έκτρωση, δεν παύουν να υπάρχουν πρακτικά εμπόδια, ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία, που καθιστούν πολλές φορές σχεδόν αδύνατη την αποφυγή της έκτρωσης, ή απαιτούν τεράστιο αγώνα και πραγματικό ηρωισμό από την πλευρά της μητέρας, για να κυοφορήσει, να φέρει στον κόσμο και να μεγαλώσει ένα παιδί.

Πέρα από τα άλλα κοινωνικά προβλήματα, μία εγκυμοσύνη θα διέκοπτε την εκπαιδευτική σταδιοδρομία της νέας (σχολείο, σπουδές, κ.λπ.), αποξενώνοντάς την από τους φίλους, την ανεμελιά και από όσα συνάδουν με την ηλικία της, και σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, θα παρεμπόδιζε την καριέρα και τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις (Τζίμα-Τσιτσικά, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

Τα οικονομικά προβλήματα είναι βασική αιτία των εκτρώσεων. Μία έφηβη ή νέα, χωρίς εισοδήματα και χωρίς την ηθική αλλά και την οικονομική στήριξη του συντρόφου, της οικογένειας ή άλλων φίλων και συγγενών, πέρα από τα υπόλοιπα προβλήματα, δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθει ούτε στις οικονομικές ανάγκες που συνεπάγεται η απόκτηση ενός παιδιού. Οι οικονομικές απαιτήσεις ξεκινούν από την περίοδο της εγκυμοσύνης και μεγαλώνουν (γέννα, ιατρική περίθαλψη, σίτιση, ανατροφή, κ.α.). Ακόμη και μία μεγαλύτερη γυναίκα ή ένα παντρεμένο ζευγάρι, με ή χωρίς άλλα παιδιά, ενδέχεται να προβεί σε έκτρωση διότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά στην απόκτηση ενός παιδιού.

Το στίγμα της ανύπαντρης μητέρας βέβαια, δεν αφορά μόνο τις έφηβες και νέες. Είναι ένας σοβαρός λόγος ώστε να προχωρήσει μία γυναίκα -ανεξαρτήτου ηλικίας- στον τερματισμό της εγκυμοσύνης. Άλλοτε ο σύντροφος της εγκυμονούσας αρνείται να δεχτεί οτιδήποτε άλλο πέρα από την έκτρωση κι άλλοτε η ίδια η γυναίκα δεν επιθυμεί να φέρει στον κόσμο τον καρπό μιας περιστασιακής σεξουαλικής σχέσης. Άλλοτε η ίδια δε θεωρεί τον πατέρα κατάλληλο για σύντροφό της ώστε να προχωρήσουν σε γάμο και κάποιες αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση τους. Άλλοτε πάλι, εκείνος είναι απολύτως απών ή ακόμη και άγνωστος στην ίδια, ιδιαίτερα αν έχει συνευρεθεί με περισσότερους από έναν ερωτικούς συντρόφους.

Πολλές γυναίκες που είναι ήδη παντρεμένες και έχουν παιδιά, δεν επιθυμούν να αποκτήσουν περισσότερα (για διάφορους ιατρικούς, οικονομικούς ή άλλους προσωπικούς λόγους).

Τέλος, πολλοί σοβαροί λόγοι που οδηγούν μία γυναίκα στο να τερματίσει την εγκυμοσύνη της, οι οποίοι δημιουργούν παράλληλα τεράστια ηθικά διλήμματα, τόσο

στην ίδια όσο και σε πολλές μερίδες ανθρώπων οι οποίοι εμπλέκονται<sup>21</sup>, είναι όταν η εγκυμοσύνη έχει προκύψει από βιασμό και όταν υπάρχουν προβλήματα στο έμβρυο<sup>22</sup> ή στη γυναίκα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι ίδιοι οι γιατροί πολλές φορές προτείνουν την έκτρωση. Όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας της μητέρας ή του εμβρύου, που μπορεί όμως να επηρεάζει και τη μητέρα, οι γιατροί προχωρούν στη λεγόμενη «θεραπευτική έκτρωση». Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι βαριά νεφροπάθεια, βαριά καρδιοπάθεια, που δεν ανατάσσεται, υπερέμεση<sup>23</sup>, καρκίνος.

Στις περιπτώσεις βιασμών, οι μητέρες δεν είναι σε ψυχολογική θέση να φέρουν εις πέρας μία εγκυμοσύνη και στη συνέχεια να μεγαλώνουν ένα παιδί-αποτέλεσμα μιας τόσο δυσάρεστης και τραυματικής εμπειρίας. Ηθικό δίλημμα προκύπτει ακόμη και όταν η μητέρα ή και οι δύο γονείς είναι ανίκανοι και ακατάλληλοι να μεγαλώσουν ένα παιδί, είτε γιατί είναι χρήστες τοξικών ουσιών, είτε έχουν ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα, είτε γιατί πάσχουν από κάποια σωματική ή διανοητική αναπηρία, ή άλλη σοβαρή ασθένεια, ακόμη και όταν η εγκυμοσύνη έχει προκύψει από αιμομιξία.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2004 σε διάφορες κλινικές της Αμερικής (Finer et al., 2005), οι γυναίκες ονόμασαν τους λόγους που τις οδήγησαν στον τερματισμό της εγκυμοσύνης τους. Οι δύο συνηθέστεροι λόγοι ήταν ότι η απόκτηση παιδιού, θα καθυστερούσε ή θα εμπόδιζε τις σχολικές/επαγγελματικές τους υποχρεώσεις (73%) και οι οικονομικοί λόγοι οι οποίοι δε θα τις επέτρεπαν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις ενός παιδιού (73%). Ένας άλλος αρκετά σημαντικός λόγος, είναι ότι δε θα ήθελαν να είναι ανύπαντρες μητέρες, ή ότι αντιμετώπιζαν –την περίοδο εκείνη– προβλήματα στη σχέση τους με το σύντροφό τους (48%). Περίπου 4 στις 10 γυναίκες δεν επιθυμούσαν να αποκτήσουν περισσότερα παιδιά, ενώ το 1/3 σχεδόν των γυναικών δεν ήταν έτοιμες να αποκτήσουν παιδί. Επίσης, δήλωσαν σε ποσοστό 13% ότι πιθανά προβλήματα θα επηρέαζαν την υγεία του εμβρύου και σε ποσοστό 12%, οι γυναίκες ανησυχούσαν για τη δική τους υγεία. Λιγότερες από 1% είπαν πως σημαντικότερος λόγος ήταν η επιθυμία των γονιών ή του συντρόφου. Οι νεώτερες γυναίκες συχνά ανέφεραν ότι ήταν απροετοίμαστες να γίνουν μητέρες, ενώ οι μεγαλύτερες σε ηλικία ανέφεραν τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους.

---

<sup>21</sup> Γιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, οικογενειακό περιβάλλον.

<sup>22</sup> Σύνδρομο Down, σωματική ή διανοητική αναπηρία, προβλήματα υγείας.

<sup>23</sup> Αναλυτ. Βλ. **Παράρτημα, Β**.

Πρέπει να αναφέρουμε, τέλος, ότι στη χώρα μας, το ίδιο το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας είναι αυτό που δε διευκολύνει τις γυναίκες, ώστε να μη διακόψουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Δεν υπάρχει η ανάλογη μέριμνα, σε αντίθεση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη, όπως για παράδειγμα η Σουηδία, όπου το ίδιο το κράτος προστατεύει την άγαμη μητέρα, τα παιδιά με προβλήματα υγείας ή αναπηρίες, στηρίζοντας το ίδιο, τη μητέρα ή την οικογένεια.

### **3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση**

Η απόφαση να προχωρήσει μια γυναίκα σε μια έκτρωση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Παρά το γεγονός ότι είναι μία απόφαση που αφορά και βαραίνει με τις συνέπειές της την ίδια στο μεγαλύτερο ποσοστό, πολλές φορές η απόφαση αυτή λαμβάνεται από άλλους, όπως το σύντροφο ή τους γονείς που της επιβάλλουν να κρατήσει ή να αποβάλλει το παιδί. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες που κάνουν την ίδια να καταλήξει σε κάποια απόφαση. Τα χαρακτηριστικά των γυναικών, σύμφωνα με έρευνα της Bankole και των συνεργατών της, επηρεάζουν την τάση που έχουν οι γυναίκες στο να προχωρήσουν στον τερματισμό ανεπιθύμητων κυήσεων.

Σημαντικοί παράγοντες για την τελική απόφαση (καθώς και για τις ψυχολογικές επιπτώσεις και συνέπειες μιας έκτρωσης) είναι οι αρχές και οι αξίες που έχει δεχτεί η συγκεκριμένη γυναίκα στη ζωή της, οι συνθήκες της ζωής της, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η σεξουαλική πράξη και η σύλληψη, όπως και τα δεδομένα του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει.

Σύμφωνα με την Bankole et al. (1999), μετά από έρευνα σε 65 χώρες του κόσμου, αναφέρει ότι η προσέγγιση, οι αντιλήψεις και οι στάσεις απέναντι στην έκτρωση, διαφέρουν από τόπο σε τόπο. Το κόστος που μπορεί να έχει η γέννηση ενός παιδιού, επηρεάζει την απόφασή της. Γυναίκες σε μέρη όπου έχουν ευκαιρίες για εκπαίδευση, εργασία και επαγγελματική σταδιοδρομία, οπωσδήποτε δε θα επιθυμούσαν την απόκτηση ενός παιδιού και τη σύναψη ενός γάμου, με κόστος να θυσιάσουν κάποιες εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές ευκαιρίες. Επίσης, σπουδαίο ρόλο παίζει το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει μια γυναίκα, και οι ηθικές, νομικές και θρησκευτικές τους αντιλήψεις. Τέλος, τα μοντέλα σεξουαλικής συμπεριφοράς που υιοθετεί και προωθεί ένας τόπος, έχουν άμεση σχέση με τη χρήση αντισυλληπτικών και την πορεία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Μέρη στα οποία οι

προγαμιαίες σχέσεις, οι άγαμες μητέρες και οι περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις είναι ηθικά αποδεκτές, τότε σίγουρα μία γυναίκα θα είχε διαφορετική στάση απέναντι στην έκτρωση, σε σχέση με έναν τόπο συντηρητικό με έντονη θρησκευτική συνείδηση.

Μεγάλο ρόλο παίζει ο σύντροφος και το οικογενειακό περιβάλλον. Η κάθε μορφής στήριξη και ασφάλεια που μπορούν να της παρέχουν ή να της στερήσουν, είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την απόφαση της εγκυμονούσας. Οποσδήποτε, δηλαδή, μία χειραφετημένη και οικονομικά ανεξάρτητη γυναίκα, δε θα λάμβανε υπόψη της τον παράγοντα αυτόν, σε αντίθεση με μία νέα ή έφηβη. Πολλές έφηβες δεν το γνωστοποιούν στους γονείς τους, και συμβουλευονται το φιλικό τους περιβάλλον και αρκετές φορές το γιατρό ή άλλες σχετικές υπηρεσίες. Παίζει μεγάλο ρόλο λοιπόν και η ηλικία της γυναίκας. Και τα χαρακτηριστικά του συντρόφου και της οικογένειας, όμως, επηρεάζουν και τη δική τους στάση: η κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, οι στάσεις και πεποιθήσεις απέναντι στην έκτρωση, στο γάμο, στην οικογένεια και η επιρροή που ασκούν στην έγκυο, είναι παράγοντες καθοριστικοί.

### **3.3. Επιπτώσεις της έκτρωσης στη γυναίκα**

#### **3.3.1. Επιπλοκές – επιπτώσεις της έκτρωσης στη σωματική υγεία**

Από τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι επιπτώσεις των αμβλώσεων είναι σοβαρές και μεγάλες (Μελετίου, 1997). Κατά τη διάρκεια της έκτρωσης είναι αυξημένοι οι κίνδυνοι για την υγεία αλλά και τη ζωή της γυναίκας. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες, όπως επιμολύνσεις, ακατάσχετη αιμορραγία, εμβολή αέρα, ρήξη ή διάτρηση της μήτρας που απαιτεί ράμματα, βλάβες στον τράχηλο, τραυματισμός του ουρητήρα, τραυματισμός του εντέρου, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, ανακοπή της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές από την αναισθησία και σοκ ενδοτοξίνης<sup>24</sup>. Οι πιο συνήθεις «δευτερεύουσες» επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές, και ευαισθητοποίηση Rhesus<sup>25</sup>. Οι επιπλοκές μιας έκτρωσης μπορεί να είναι προσωρινές, μακράς διάρκειας ή μόνιμες. Μερικές απ' αυτές είναι πολύ σοβαρές, ενώ άλλες μπορεί να έχουν μακροχρόνιες συνέπειες αλλά και μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες.

<sup>24</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

<sup>25</sup> Αναλυτ. βλ. Παράρτημα, Β.

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

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

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

### **3.3.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις**

Ψυχολογικές επιπτώσεις υπάρχουν πριν από την έκτρωση, κατά τη διάρκειά της και μετά από αυτή. Πριν από την επέμβαση, είναι συχνό το φαινόμενο γυναικών που βασανίζονται από αμφιβολίες σε σχέση με την ορθότητα ή μη της απόφασης για μια έκτρωση, με συνέπεια να καταλαμβάνονται από άγχος, αϋπνίες και ενοχές. Πολλές ωθούνται σε ανεπιθύμητη έκτρωση από συζύγους, φίλους, γονείς ή άλλους. Οι αμφιβολίες και οι ενοχές είναι πολύ έντονες, ιδιαίτερα σ' εκείνες τις

γυναίκες που έχουν ισχυρές ηθικές αναστολές. Συχνοί επίσης είναι οι φόβοι, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε έκτρωση.

Το άγχος, οι φόβοι και οι ενοχές συνοδεύουν συνήθως τις γυναίκες και κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την έκτρωση ως τραυματικό γεγονός για πολλούς λόγους. Εάν η γυναίκα έχει πέσει πολλές φορές θύμα καταπιεστικής μεταχείρισης, μια τέτοια ανεπιθύμητη έκτρωση μπορεί να εκληφθεί ως ο ακρότατος βιασμός σε μια ζωή που χαρακτηρίζεται από την κακομεταχείριση. Άλλες γυναίκες, ανεξάρτητα από το πόσο πιεστικές είναι οι αιτίες για τις οποίες επιδιώκουν την έκτρωση, μπορεί πάντα να εκλάβουν την διακοπή της κησείας τους ως τη βίαια θανάτωση του ίδιου τους του παιδιού. Συχνά νιώθουν τύψεις και ενοχές, δυσθυμία, κατάθλιψη, άγχος, σεξουαλική ψυχρότητα και ποικίλες άλλες ψυχολογικές διαταραχές. Φυσικά, εντονότερα αρνητικά συναισθήματα παρατηρούνται μόνο σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών που έχουν έντονες ηθικές αναστολές.

Ακόμη όμως και μία ηθελημένη έκτρωση μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστρεπτική. Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής (post-traumatic stress disorder – PTSD), το «μετεκτρωτικό σύνδρομο» (Post-Abortion Syndrome – PAS). Τα κύρια συμπτώματα της PTSD, ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: την υπερδιέγερση, την παρείσδυση και τη συστολή.

- Στην υπερδιέγερση έχουμε απαντήσεις υπερβολικής έκπληξης, επιθέσεις αγωνίας, οξυθυμία, εκρήξεις θυμού ή οργής, επιθετική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερεγρήγορη, δυσκολία στον ύπνο, καθώς επίσης και αντιδράσεις που αναφέρονται στη φυσιολογία του σώματος όταν υπάρξει έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά της τραυματικής εμπειρίας (για παράδειγμα, ταχυπαλμία, εφίδρωση κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης πυέλου ή με το άκουσμα του ήχου μιας αντλίας κενού).

- Στην παρείσδυση η γυναίκα κάνει ανακάμπτουσες και ξαφνικές σκέψεις για μια έκτρωση ή ένα εκτρωμένο παιδί, αναδρομές, στις οποίες η ίδια αναβιώνει στιγμιαία μια πλευρά της εμπειρίας της έκτρωσης, έχει εφιάλτες σχετικά με την έκτρωση ή το παιδί, επετειακές αντιδράσεις έντονης λύπης ή κατάθλιψης την ημερομηνία κατά την οποία θα έπρεπε να γεννηθεί το παιδί ή τις επετείους της έκτρωσης.



• Τέλος, κατά τη συστολή η γυναίκα δείχνει απομάκρυνση από τις σχέσεις, αποξένωση κυρίως απ' όσους συνδέονται με την απόφαση για την έκτρωση, αποφυγή των παιδιών, προσπάθεια αποφυγής ή άρνησης σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με την έκτρωση, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων αγάπης και στοργής, αίσθηση μικρής μελλοντικής προοπτικής (για παράδειγμα, η γυναίκα δεν περιμένει καριέρα, γάμο, παιδιά ή μακροζωία), παρουσιάζει μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες οι οποίες ήταν παλαιότερα αγαπητές, κάνει χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματος, σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και άλλες τάσεις αυτοκαταστροφής. Οι ψυχολογικές συνέπειες μιας έκτρωσης, οπωσδήποτε διαφέρουν και ποικίλουν για κάθε γυναίκα. Στις περιπτώσεις όμως που υπάρχουν ψυχολογικές επιπτώσεις και η γυναίκα βιώνει το μετεκρωτικό σύνδρομο, παρουσιάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό:

■ Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, τα οποία μπορεί να είναι τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα και αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα συνήθως είναι η έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, ή η εναλλαγή πολλών συντρόφων.

■ Ιδεασμό αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας

■ Αύξηση του καπνίσματος με αντίστοιχα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία.

■ Χρήση οινόπνευματος. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματών ποτών, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν χωρισμός, διαζύγιο, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία.

■ Χρήση ναρκωτικών: η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HIV/AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.

■ Διαταραχές στη διατροφή: για ορισμένες τουλάχιστον γυναίκες, το μετεκρωτικό άγχος συνδέεται με διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία.

■ Παραμέληση ή κακοποίηση παιδιών: η έκτρωση μπορεί να συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κηύσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά, όμως οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό

με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκρωτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.

■ Διαζύγιο και χρόνια προβλήματα στις σχέσεις: για τα περισσότερα ζευγάρια, μια έκτρωση προκαλεί απρόβλεπτα προβλήματα στη σχέση τους. Τα ζευγάρια μετά από μια έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στον χωρισμό ή το διαζύγιο. Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός.

■ Πολλαπλές εκτρώσεις: οι γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον.

Σύμφωνα με στοιχεία που πήραμε από το Σύλλογο Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι:

- ☞ 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- ☞ 36% υποφέρουν από διαταραχές του ύπνου
- ☞ 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη
- ☞ 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- ☞ 25% επισκέπτονται ψυχίατρο -60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία- και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα.

Το γεγονός ότι πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, αυτό μπορεί να τις οδηγήσει σε μία μεγάλη περίοδο άρνησης πριν ζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια. Τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα, ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής τους. Τα προβλήματα, όπως αναφέραμε, μπορεί να σχετίζονται με παιδιά που γεννιούνται μελλοντικά: να παρουσιάζουν δηλαδή, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, καθώς και αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης του ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθένειας πολλών άρρωστων γυναικών, παρόλο

που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα.

Μια έρευνα πέντε ετών στις ΗΠΑ έδειξε ότι το 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση χρειάστηκαν στη συνέχεια ψυχιατρική φροντίδα, σε αντίθεση με μόλις το 3% των γυναικών που δεν είχαν κάνει έκτρωση. Επιπλέον, πολλές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση υποφέρουν πιο συχνά από κατάθλιψη, στρες, μειωμένη αυτοεκτίμηση και έχουν πιο συχνά τάσεις για αυτοκτονία. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες και γι' αυτό δεν ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η κατάσταση.

### **3.3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις**

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις και συνέπειες μιας έκτρωσης εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι οι αρχές και οι αξίες που έχει μια γυναίκα, οι συνθήκες της ζωής της, οι σχέσεις με τον άντρα της ή τον άντρα με τον οποίο έμεινε έγκυος, οι σχέσεις με την οικογένειά της, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η σεξουαλική πράξη και η σύλληψη, όπως και τα δεδομένα του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει. Οι συνθήκες ζωής σε μία μεγαλούπολη, όπου είναι δυνατόν να αποκρυφτεί μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ευκολότερα απ' ότι σε ένα χωριό ή μια επαρχιακή πόλη, οι κακές σχέσεις με το σύζυγο, η μεγάλη οικονομική δυσχέρεια της οικογένειας ή η στενότητα του χώρου της κατοικίας, είναι λοιπόν παράγοντες που αμβλύνουν συνήθως τις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας έκτρωσης.

Υπάρχουν διάφορες μεταβλητές που συνδέονται άμεσα με τα αρνητικά ή τα θετικά αποτελέσματα της άμβλωσης. Μία από τις μεταβλητές αυτές είναι οι συνθήκες που πλαισιώνουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αν οι συνθήκες είναι στρεσογόνες, οι επιπτώσεις για την γυναίκα είναι πολύ πιο σοβαρές. Η Martucci (1998) υποστηρίζει ότι γυναίκες που δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη και δυνατότητα λήψης καλών αποφάσεων σχετικά με την καθημερινή τους ζωή, «γεύονται» τις πιο αρνητικές επιπτώσεις μετά από άμβλωση. Η ίδια υποστηρίζει ότι παράγοντες που μπορούν να διαφοροποιήσουν τις συνέπειες είναι η μόρφωση της γυναίκας, ο αριθμός των παιδιών που υπάρχουν ήδη στην οικογένεια καθώς επίσης και κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης (Martucci, 1998).

Θα πρέπει να αναφέρουμε επίσης, ότι η μεγάλη διαφορά στο πως μία νεαρή ή και πιο μεγάλη γυναίκα αντιμετωπίζει ένα γεγονός όπως μία άμβλωση, σχετίζεται με τα εσωτερικευμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της και την ψυχική της ανθεκτικότητα που θα τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει καλύτερα ένα στρεσογόνο περιστατικό. Αν η γυναίκα διαθέτει αποθέματα ψυχικής ανθεκτικότητας, αυτό το γεγονός μπορεί να διαφοροποιήσει σημαντικά τα αποτελέσματα μίας έκτρωσης και την έκβασή της για την υπόλοιπη ζωή της. Υποστηρίζεται ότι δεν είναι η άμβλωση αυτή καθαυτή ο βασικός λόγος της ψυχικής διαταραχής και ανισορροπίας αλλά μάλλον είναι το κοινωνικό πλαίσιο και η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με το Ματσόπουλο ([www.bioethics.org](http://www.bioethics.org)), υπάρχουν έρευνες που παρουσιάζουν σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα για τη γυναίκα και υπάρχουν άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικά μακροπρόθεσμα αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα από μια έκτρωση. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που έγινε στην Ελβετία και παρουσιάστηκε στο Παγκόσμιο Συμπόσιο Ερευνητικών Αποτελεσμάτων το 2001 από τη γυναικολόγο και ψυχοθεραπεύτρια Dr. Angelika Schmendke, συμπεραίνει ότι ο μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση, πέρα από το αίσθημα της ενοχής που ένιωσαν στο πρώτο στάδιο μετά την έκτρωση, δεν παρουσίασαν μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπτώσεις (Schmendke, 2001).

## 4. ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

### 4.1. Στάσεις απέναντι στην έκτρωση – Αποδοχή ή απόρριψη

Σύμφωνα με το Νικολαΐδη (1994), δύο είναι συνήθως οι απόψεις για την ηθική αντιμετώπιση της άμβλωσης. Αυτή των «συντηρητικών» και εκείνη των «φιλελεύθερων». Το ζήτημα λοιπόν είναι διαφορούμενο και το ερώτημα που προκύπτει είναι κλασικό: υπέρ ή κατά της έκτρωσης;

Η συντηρητική άποψη στρέφεται κατά των εκτρώσεων, επικεντρώνοντας τη συζήτηση κυρίως στο ότι διαπράττεται φόνος. Υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει μετά τη σύλληψη και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει. Το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινο ον. Οι εκπρόσωποι της συντηρητικής πλευράς (μέρος της οποίας είναι και η Εκκλησία) ισχυρίζονται ότι δεν έχει κανείς το δικαίωμα να παύσει τη ζωή ενός άλλου οργανισμού, όποιοι κι αν είναι οι λόγοι. Γι' αυτούς, η γυναίκα έχει το δικαίωμα να επιλέξει ανάμεσα στην άμβλωση ή στην συνέχιση της κύησης και όχι το έμβρυο. Ακριβώς αυτό είναι το σημείο που συγκρούονται οι φιλελεύθεροι με τους συντηρητικούς για τους οποίους το έμβρυο είναι ένα ολοκληρωμένο άτομο με συναισθήματα, αίσθηση του πόνου και της ευχαρίστησης και δικαιώματα, που συνυπάρχει υποχρεωτικά για 9 μήνες με το σώμα της μητέρας του, προκειμένου να μπορέσει να υπάρξει στη συνέχεια ανεξάρτητα απ' αυτή.

Μια πιο σύγχρονη άποψη, όμως, που ασπάζονται οι υπέρμαχοι των εκτρώσεων, οι περισσότερες φεμινιστικές οργανώσεις, κ.λπ., υποστηρίζει ότι η ζωή αρχίζει από τη στιγμή που το έμβρυο μπορεί να ζήσει έξω από το σώμα της γυναίκας. Υποστηρίζουν ότι το έμβρυο δεν έχει ηθική υπόσταση εφόσον νομικά δεν έχει δικαιώματα ή συμφέροντα. Μόνο η έγκυος γυναίκα έχει δικαιώματα και αυτά πρέπει να προστατεύονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Μόνο αυτή είναι σε θέση ν' αποφασίσει, αν τελικά θέλει να φέρει αυτό το παιδί στον κόσμο ανεξάρτητα από τις αντιξοότητες που μπορεί ν' αντιμετωπίσει ή αν θα το απορρίψει, επιλέγοντας να ρισκάρει την υγεία της ή ακόμη και την ζωή της με μια άμβλωση. Το έμβρυο δεν λαμβάνεται υπόψη γιατί δεν είναι σε θέση να νιώσει ούτε καν πόνο, εφόσον το νευρικό του σύστημα δεν είναι ακόμη πλήρως ανεπτυγμένο για να αισθανθεί ([www.papaki.panteion.gr](http://www.papaki.panteion.gr)).



#### 4.1.1.Υπέρ της έκτρωσης

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές των εκτρώσεων, το έμβρυο θεωρείται ότι δεν είναι άνθρωπος, εφ' όσον δεν έχει αυτόνομη ζωή. Οι εκτρώσεις γίνονται στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, κατά τους οποίους το έμβρυο δεν μπορεί να επιβιώσει έξω από τη μήτρα και δεν αποτελεί ανθρώπινο ον. Η θανάτωσή του λοιπόν, δεν αποτελεί δολοφονία. Το έμβρυο αποτελεί μέρος του σώματος της μητέρας και με την έκτρωση μπορεί να αποβάλλει ένα τμήμα του σώματός της. Μια τέτοια, φιλελεύθερη άποψη νομιμοποιεί ηθικά την πραγματοποίηση των αμβλώσεων.

Πολλά φεμινιστικά κινήματα και άλλοι οπαδοί των εκτρώσεων τάσσονται υπέρ της ελεύθερης επιλογής (pro-choice)<sup>26</sup>, με τα επιχειρήματα ότι είναι μια προσωπική υπόθεση και δεν αφορά το νόμο· κάθε γυναίκα είναι κυρία του σώματός της και έχει το δικαίωμα να ορίζει η ίδια το σώμα της και να αποφασίζει γι' αυτό (Μελετίου, 1997). Θεωρούν ανεπίτρεπτο το να παρεμβαίνει η βούληση κάποιου τρίτου ατόμου ή του συνόλου και να αποφασίζει για ένα θέμα τόσο προσωπικό, όσο η διάθεση του σώματός της. Εξάλλου, η γυναίκα είναι αυτή που θα υποστεί τις συνέπειες, είτε της γέννησης, είτε της αποβολής του εμβρύου και επομένως η ίδια θα πρέπει να κρίνει και να αποφασίσει.

Πέρα όμως από τις φιλελεύθερες ιδέες, την ηθική αποδοχή της έκτρωσης και την άποψη ότι το έμβρυο δεν αποτελεί έμβιο ον παρά μόνο μετά τη γέννησή του, υπάρχουν πιο ρεαλιστικά επιχειρήματα, με τα οποία οι αποδέκτες των εκτρώσεων ισχυρίζονται ότι μια έκτρωση θεωρείται σωτήρια λύση.

Πρώτα απ' όλα, η εφηβική εγκυμοσύνη, όπως είπαμε, δημιουργεί τεράστια κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα. Σπάνια οι έφηβες είναι προετοιμασμένες συναισθηματικά και κοινωνικά να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες

<sup>26</sup> Ελεύθερη επιλογή σημαίνει το δικαίωμα της γυναίκας να ορίζει το σώμα της.

ενός παιδιού. Η εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει αποξένωση από την οικογένεια και τους φίλους, και έτσι η έφηβη καλείται να αντιμετωπίσει μόνη της το βάρος των ευθυνών. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των κυήσεων αυτών συμβαίνει εκτός γάμου. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, η άγαμη μητέρα δεν έχει την απαραίτητη στήριξη και πολλές φορές οι ίδιοι οι γονείς είναι αυτοί που παίρνουν την απόφαση να οδηγήσουν την έφηβη να κάνει έκτρωση. Δεν είναι πρακτικά εφικτό για μια νέα κοπέλα, μια φοιτήτρια, ίσως ακόμη και πιο μικρή, χωρίς σύντροφο και χωρίς χρήματα να κρατήσει και να μεγαλώσει ένα παιδί.

Είναι βέβαιο ότι μία εγκυμοσύνη διακόπτει την εκπαίδευση ή την επαγγελματική τους κατάρτιση και ένας «αναγκαστικός» γάμος δε φέρνει πάντοτε την ευτυχία, ούτε στους έφηβους γονείς αλλά ούτε και στο ίδιο το παιδί που έρχεται στον κόσμο μετά από ένα «ατύχημα». Θα ήταν λάθος εάν δύο άτομα έπαιρναν αυτή την απόφαση, απλά και μόνο εξ' αιτίας της εγκυμοσύνης, χωρίς η σχέση τους να έχει καλές προοπτικές βιωσιμότητας, κάτι βέβαια που δεν ισχύει μόνο για τους έφηβους ([www.help-net.gr](http://www.help-net.gr)).

Σε αρκετές επίσης περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη μπορεί να μην είναι ανεπιθύμητη, το έμβρυο όμως να πρόκειται να γεννηθεί με κάποια σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία. Μετά από μία τέτοια διάγνωση, η έκτρωση θεωρείται λύση ενός προβλήματος που θα τους ακολουθούσε στην υπόλοιπη ζωή τους. Προλαμβάνουν μία κατάσταση επίπονη, τόσο για τους γονείς και την οικογένεια, όσο και για το ίδιο το παιδί. Υποστηρίζουν ότι είναι προτιμότερο να δώσουν τέλος στην εγκυμοσύνη από το να έρθουν αντιμέτωποι τόσο η οικογένεια, όσο και το παιδί, με μία κατάσταση που θα μπορούσαν να είχαν αποφύγει. Μία σοβαρή ασθένεια, δυσλειτουργία ή αναπηρία, μη αναστρέψιμη, που μπορεί να αποτελεί ακόμη και αιτία θανάτου της μητέρας ή αργότερα του παιδιού, μπορεί να αποφευχθεί. Εξάλλου, είναι ακόμη δυσκολότερο για μία οικογένεια να ανταπεξέλθει στις συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές αλλά και οικονομικές απαιτήσεις της ανατροφής, της φροντίδας ή της αποκατάστασης ενός τέτοιου ατόμου. Επίσης, μία εγκυμοσύνη μπορεί να προκύψει από βιασμό ή αιμομιξία, κάτι που σίγουρα θα έχει ψυχολογικές συνέπειες στη μητέρα και το παιδί, πέρα από τις αντικειμενικές και πρακτικές δυσκολίες, αλλά και τα πιθανά προβλήματα υγείας.

Επιπλέον, η έκτρωση βοηθά τις γυναίκες να περιορίσουν τις οικογένειές τους στον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν αλλά και πιο λογικά, στον αριθμό των παιδιών που μπορούν να ανταπεξέλθουν συναισθηματικά και οικονομικά, μειώνοντας

έτσι τον αριθμό των ανεπιθύμητων παιδιών (Francome, 1984). Όπως υποστηρίζουν, είναι προτιμότερο για κάποιους νέους, ανεύθυνους, πολύτεκνους, άπορους, ασθενείς, τοξικομανείς, άτομα με ειδικές ανάγκες, κ.ά., να κάνουν έκτρωση, από το να φέρουν στον κόσμο παιδιά που δεν μπορούν να μεγαλώσουν.



#### 4.1.2. Κατά της έκτρωσης

Αυτοί που απορρίπτουν την έκτρωση, (συνήθως συντηρητικοί, θρησκευόμενοι), θεωρούν παράλογο το να χαρακτηρίζεται ως δικαίωμα κάτι που συνεπάγεται την στέρηση του πολυτιμότερου δικαιώματος της ζωής σε μια άλλη ανθρώπινη ύπαρξη. Κανένα παιδί δεν ευθύνεται για τη σύλληψή του. Είναι, λοιπόν, απάνθρωπη αδικία να διεκδικείται το δικαίωμα να δολοφονείται μία ανθρώπινη ψυχή σαν αποτέλεσμα της -χωρίς φραγμούς- σεξουαλικής δραστηριότητας των γονιών του.

Καταγγέλουν ακόμη και τη σχετική νομοθεσία η οποία, παρόλο που το έμβρυο αναγνωρίζεται γενικά ως νόμιμος κληρονόμος, στο Ποινικό Δίκαιο, όσον αφορά τις εκτρώσεις, θεωρείται ανθρώπινο πλάσμα από τη στιγμή της γέννησης και όχι της σύλληψης.

Το έμβρυο, όμως, ισχυρίζονται όσοι απορρίπτουν τις εκτρώσεις, δεν είναι ένα κομμάτι του σώματος της εγκύου, αλλά μια ανεξάρτητη ανθρώπινη ύπαρξη. Επομένως, η θανάτωσή του ισοδυναμεί με δολοφονία και η διακοπή της εγκυμοσύνης μεταφράζεται ως διακοπή μιας ανθρώπινης ζωής. Συχνά οι υπέρμαχοι των εκτρώσεων υποστηρίζουν ότι το έμβρυο στην ηλικία που πραγματοποιείται η έκτρωση δεν νοιώθει πόνο. Ο Δρ. B. Nathanson κατέγραψε κινηματογραφικά με υπέρηχους έκτρωση βρέφους που πραγματοποιήθηκε με αναρρόφηση κατά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Η ταινία αυτή, επιδεικνύει πώς το έμβρυο, με γοργές κινήσεις επανειλημμένα, προσπαθεί να ξεφύγει από το στόμιο της απορροφητικής συσκευής,



ενώ οι χτύποι της καρδιάς του διπλασιάζονται. Όταν τελικά αρπάζεται, καθώς το σώμα του διαμελίζεται, το στόμα του βρέφους εμφανώς ανοίγει διάπλατα, σαν σε κραυγή.

Πέρα από τη ζωή του εμβρύου, όμως, πιστεύουν πως η έκτρωση σε περίπτωση αναπηρίας του παιδιού ή άλλου προβλήματος υγείας, μοιάζει με έναν σύγχρονο «Καιάδα». Είναι λοιπόν σαν να αποδεχόμαστε ως μόνη λύση για κάθε ασθένεια, αναπηρία ή άλλο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει κανείς σε κάποια στιγμή της ζωής του, τη θανάτωσή του, με ή χωρίς τη δική του συναίνεση.

Τέλος, όλες εκείνες οι σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις -που έχουμε ήδη αναφέρει- είναι ένας ακόμη λόγος για να αποφευχθεί μία έκτρωση. Ακόμη και για τις έφηβες ή νέες που έρχονται αντιμέτωπες με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, προτιμότερη λύση θεωρείται η υιοθεσία, ακόμη και η εγκατάλειψη του βρέφους, παρά η έκτρωση.



## **4.2. Παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στην έκτρωση**

### **4.2.1. Γενικά**

Το να είναι κάποιος απόλυτα συντηρητικός ή απόλυτα φιλελεύθερος, σύμφωνα με τον Woodruff (1975), δεν είναι καθόλου ικανοποιητικό. Αντίθετα, θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία και διαλλακτικότητα, έτσι ώστε το θέμα των εκτρώσεων να προσεγγίζεται πιο ώριμα και χωρίς ακραίες αντιλήψεις, οι οποίες συνήθως οδηγούν και σε ακραίες, μη ικανοποιητικές ενέργειες.

Η έκτρωση οπωσδήποτε δεν μπορεί να είναι η εύκολη λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ούτε η ιδανική λύση στις προβληματικές εγκυμοσύνες. Ωστόσο, είναι μια επιλογή όταν η εναλλακτική λύση θα ήταν η γέννηση ανεπιθύμητων παιδιών, που μια ζωή θα αντιμετωπίζουν ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Εξάλλου, κατά την Bankole et al., (1999), παρά τις όποιες τους στάσεις

και πεποιθήσεις απέναντι στην έκτρωση, πολλές γυναίκες θα προβούν σε έκτρωση όταν προκύψει μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Κατανοώντας όμως τις διαφοροποιήσεις που υπάρχουν ανάμεσα στις γυναίκες με βάση τα χαρακτηριστικά τους, προκύπτει ότι διάφορες συνθήκες επηρεάζουν την απόφαση αλλά και τα αίτια που θα οδηγήσουν στην έκτρωση (Bankole et al., 1999), όπως για παράδειγμα η κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση. Η στάση απέναντι στις εκτρώσεις, σχετίζεται έντονα με την εκπαίδευση, τις αρχές και αξίες του κάθε ατόμου, όπως προκύπτουν από την οικογένεια και τη θρησκεία (Buffalo et al., 2004). Κατά τη Stets et al (1993), οι πολιτικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, καθώς και οι απόψεις τους σε ηθικά και άλλα κοινωνικά ζητήματα, παίζουν σημαντικό ρόλο. Αναγνωρίζει -όπως η Bankole- τη μοναδικότητα και τα διαφορετικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, αλλά θεωρεί ότι, ιδιαίτερα γι' αυτούς που αντιτίθενται στην έκτρωση, έχουν μία συγκεκριμένη ιδεολογία και οι τοποθετήσεις τους σε θρησκευτικά πολιτικά και κοινωνικά θέματα, είναι κοινές.

Οι τοποθετήσεις ως προς την ηθική αποδοχή της έκτρωσης, τη διαθεσιμότητα και την αυτονομία των γυναικών απέναντι στην έκτρωση, που επηρεάζουν και τη στάση απέναντι στην έκτρωση (υπέρ – κατά), επηρεάζονται από τις θρησκευτικές, πολιτικές, ηθικές και κοινωνικές πεποιθήσεις (Stets et al., 1993).

#### **4.2.2. Ηθική αποδοχή της έκτρωσης**

Όσον αφορά τα ηθικά θέματα σχετικά με την έκτρωση, σύμφωνα με την έρευνα των Stets & Leik (1993), έχουν άμεση σχέση με τη στάση και τις πεποιθήσεις σχετικά με το έμβρυο που κυοφορείται. Αυτοί που δεν υποστηρίζουν τις ηθικές θέσεις, θεωρούν ότι το έμβρυο δε νοείται ως ανθρώπινη ύπαρξη από τη στιγμή της σύλληψης, παρά μόνο μετά τη γέννησή του. Πριν απ' αυτή, αποτελεί κομμάτι του γυναικείου σώματος. Συνεπώς, από τη στάση και τις απόψεις των υποστηρικτών της έκτρωσης, φαίνεται ότι δε θεωρούν τη διακοπή της κύησης δολοφονία, αλλά ούτε και αμαρτία απέναντι στο Θεό.

Από την άλλη, μία έκτρωση δεν είναι ηθικά αποδεκτή από αυτούς που θεωρούν ότι το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι έμβιο ον. Υποστηρίζουν και συμφωνούν με τις ηθικές θέσεις του ζητήματος της έκτρωσης, ότι δηλαδή το έμβρυο αποτελεί μία ανεξάρτητη ανθρώπινη ύπαρξη με αισθήσεις και η διακοπή της

ζωής του ισοδυναμεί με άδικη πράξη και κυρίως με εγκληματική ενέργεια. Ιδιαίτερα μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, δε συμφωνούν σε καμία περίπτωση με τη θανάτωσή του. Παραδοσιακά η γυναίκα και το έμβryo θεωρούνταν ένα, αλλά τώρα, παρουσιάζονται αντίθετοι ισχυρισμοί, πρωτίστως από τους αντιπάλους της έκτρωσης.

Σύμφωνα με την Georges (1996), το ηθικό δίλημμα προκύπτει από τη στάση της Ελληνικής Ορθόδοξης Εκκλησίας, -όπως θα δούμε και παρακάτω, στη στάση της Εκκλησίας και τη θέση της χριστιανικής ηθικής- ότι δηλαδή η έκτρωση αποτελεί τη μέγιστη αμαρτία, που είναι ισοδύναμη με δολοφονία. Πολλές γυναίκες νιώθουν τύψεις που προχώρησαν σε μία έκτρωση, διότι ήταν μεγάλη αμαρτία απέναντι στο Θεό. Ήταν μία πράξη που οι ίδιες απέρριπταν και απορρίπτουν ηθικά, παρόλο που δεν μπορούσαν να ενεργήσουν διαφορετικά.

Ακόμη και σε μία ομάδα γυναικών που κυοφορούσαν, το 50% θα προχωρούσε σε έκτρωση, μόνο όμως κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ από αυτές, το μεγαλύτερο ποσοστό (84%) θα το έκανε σε περίπτωση βιασμού ή κινδύνου της υγείας της, ή αν το έμβryo είχε σύνδρομο Down (76%) (Learman et al., 2005).

#### **4.2.3. Διαθεσιμότητα της έκτρωσης**

Τα δικαστήρια και τα νομοθετικά σώματα, κατά κάποιον τρόπο, περιορίζουν την αυτονομία των εγκύων γυναικών, με το να τις υποχρεώνουν να συμπεριφερθούν με τρόπους που άλλοι καθορίζουν ότι είναι καλύτεροι για τα έμβρυα που κυοφορούν. Το θέμα της διαθεσιμότητας των εκτρώσεων, δεν έχει να κάνει μόνο με το αν και πότε θα πρέπει να είναι διαθέσιμη μία έκτρωση, αλλά και με το αν οι νόμοι μπορούν και θα πρέπει να ορίζουν τι θα κάνει μια γυναίκα με το σώμα της. Οι υπέρμαχοι και αποδέκτες της έκτρωσης, εναντιώνονται στην οποιαδήποτε ανάμιξη των νόμων και του κράτους στις αποφάσεις ενός προσώπου σχετικά με την έκτρωση, όπως άλλωστε ισχύει και με οποιαδήποτε άλλη ιατρική φροντίδα.

Όπως είδαμε, αυτοί που απορρίπτουν την έκτρωση, αντιτίθενται στη νομιμοποίηση και στη διαθεσιμότητά της. Θεωρούν πως ο νόμος θα πρέπει να προστατεύει τη ζωή του εμβρύου, περιορίζοντας τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης στην οποιαδήποτε τη ζητήσει. Άλλοι προτείνουν να είναι διαθέσιμη για κάθε περίπτωση και άλλοι μόνο σε περιπτώσεις βιασμού, αιμομιξίας, ή σοβαρού προβλήματος υγείας της μητέρας ή του παιδιού. Στην έρευνα των Learman et al.,

(2005), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξαν τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης (92%). Σε έρευνα φοιτητών ιατρικής, το 58,1% θεωρούν ότι θα πρέπει να είναι διαθέσιμη για τις περισσότερες περιπτώσεις (Rosenblatt, 1999). Σε έρευνα που διεξήχθη στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης σχετικά με τις θέσεις και απόψεις των φοιτητών ιατρικής (Δαρδαβέσης και συν., 2004), σε δείγμα 596 φοιτητών, απόλυτη αποδοχή της εκούσιας έκτρωσης, δήλωσε το 18,1%. Απόλυτη απόρριψη δήλωσε το 20,3%, ενώ το 55% αποδεχόταν την έκτρωση μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις.

#### **4.2.4. Αυτονομία των γυναικών στην απόφασή τους**

Η αυτονομία των εγκύων όμως, δεν περιορίζεται μόνο από τα δικαστήρια και τα νομοθετικά σώματα, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως είναι ο σύζυγος ή ο σύντροφος<sup>27</sup>. Οι γυναίκες που επιθυμούν να ενεργούν αυτόνομα και ανεξάρτητα από το νόμο, καθώς και όσοι τις υποστηρίζουν σ' αυτό, αναζητούν απόλυτη αυτονομία και από τον πατέρα του παιδιού που κυοφορούν. Η πεποίθηση ότι είναι κυρίαρχες του σώματός τους και δεν μπορεί κανείς να αποφασίσει για την αυτοδιάθεσή του, έχει να κάνει με την απόφαση μιας έκτρωσης. Οι ίδιες είναι υπεύθυνες για το σώμα τους και μπορούν να αποφασίζουν εκείνες αποκλειστικά για το πως θα ενεργήσουν, χωρίς να ενημερώνουν το σύντροφό τους.

Όσοι απορρίπτουν όμως την έκτρωση, απορρίπτουν κάθε μορφή αυτονομίας της γυναίκας και κάθε δικαίωμα για αυτοδιάθεση. Ακόμη και αν ο νόμος δεν μπορεί να τις περιορίσει, ο πατέρας του παιδιού οπωσδήποτε έχει ίσο λόγο με την έγκυο και από κοινού πρέπει να ενεργήσουν. Ο πατέρας θα πρέπει να ενημερώνεται και να έχει λόγο σχετικά με τη διακοπή ή τη συνέχιση μιας εγκυμοσύνης.

### **4.3. Θρησκεία**

#### **4.3.1. Γενικά**

Η Χριστιανική Ορθόδοξη Εκκλησία αριθμεί παγκοσμίως περίπου 100-150 εκατομμύρια βαφτισμένα μέλη. Η θέση της σχετικά με την αντισύλληψη, είναι λιγότερο γνωστή απ' ότι η στάση της απέναντι στην άμβλωση. Παρόλα αυτά, ο

---

<sup>27</sup> Στις περιπτώσεις των ανηλίκων, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι οι γονείς αυτοί που περιορίζουν τη αυτονομία τους.

οικογενειακός προγραμματισμός έχει καταδικαστεί και θεωρηθεί ως αμάρτημα και ως μια μορφή «πορνείας» μέσα στην οικογένεια.

Η επίσημη θέση της Εκκλησίας σχετικά με τον έλεγχο γεννήσεων, εκφράζεται μέσα από μία εγκύκλιο που γράφτηκε το 1937, σύμφωνα με την οποία προτείνει την αποχή ως τη μόνη νόμιμη μέθοδο αντισύλληψης. Η θέση της χριστιανικής Ορθόδοξης Εκκλησίας απέναντι στην έκτρωση και στην αντισύλληψη συμπίπτει απόλυτα με αυτήν της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας. Το γεγονός όμως ότι η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας σχετικά με τον έλεγχο γεννήσεων δεν έχει συζητηθεί επίσημα και δεν έχει κοινοποιηθεί στα μέλη της, δεν τους καθοδηγεί πλήρως στην καθημερινή τους ζωή. Κάποιος μπορεί έτσι εύλογα να υποθέσει ότι τα μέλη της Ορθόδοξης Εκκλησίας είναι πιο ελεύθερα (από τον έλεγχο της Εκκλησίας) σχετικά με την αναπαραγωγική τους συμπεριφορά, απ' ότι είναι οι Καθολικοί.

Όσον αφορά τις αμβλώσεις, η Ορθόδοξη Εκκλησία αντιτάχθηκε απόλυτα σε όλες τις προσπάθειες να επιτραπεί. Η νομιμοποίηση της άμβλωσης μάλιστα στις Η.Π.Α. καταψηφίστηκε από τα μέλη της αμερικανικής Ορθόδοξης Εκκλησίας.

Από τον 4<sup>ο</sup> αιώνα, η γυναίκα που προχωρούσε σε έκτρωση θεωρούνταν δολοφόνος και αυτή η άποψη με το πέρασμα των αιώνων επαναλήφθηκε στους Ιερούς Κανόνες της Εκκλησίας<sup>28</sup>. Εντούτοις, η κοινή πρακτική των μελών της, διέφερε πολύ από την επίσημη θέση. Κατά τη διάρκεια της Ρωμαϊκής περιόδου και των πρώτων χρόνων της χριστιανικής εποχής, η άμβλωση και η έκθεση βρεφών ήταν πολύ κοινές.

Σύμφωνα με το McFarlane et al., η έκτρωση δεν αποτελούσε έγκλημα στην Καινή Διαθήκη και αυτό προέκυπτε από την άποψη των Ελλήνων φιλοσόφων ότι η ζωή δεν εμφανιζόταν στα έμβρυα κατά τη σύλληψη, αλλά αργότερα. Γι' αυτό και η έκτρωση δεν αποτελούσε δολοφονία κάτω από ορισμένες συνθήκες. Η Ορθοδοξία όμως απέρριψε την άποψη αυτή, ότι η ψυχή εισέρχεται στο σώμα τον τρίτο μήνα από τη σύλληψη και με την ίδια τη ζωή και τις πράξεις της αντιτάχθηκε σ' αυτές τις αντιλήψεις. Από την πρώτη στιγμή της σύλληψης δέχεται ολόκληρο και πλήρη τον άνθρωπο, ως οντότητα ψυχής και σώματος χωρίς να κάνει χρονική διάκριση της ψυχής από το σώμα. Ο άνθρωπος είναι για την Εκκλησία ολόκληρος και πλήρης «εξ' άκρας συλλήψεως», από την στιγμή που συλληφθεί στο σώμα της μητέρας.

---

<sup>28</sup> Η Ορθόδοξη Εκκλησία του Χριστού.

### 4.3.2. Η θέση της χριστιανικής ηθικής στο πρόβλημα των αμβλώσεων

Η Εκκλησία τήρησε εξ αρχής αρνητική στάση στο θέμα των αμβλώσεων και με τους Ιερούς Κανόνες καταδίκασε απερίφραστα τις αμβλώσεις, γιατί τις θεωρεί ίσες με φόνο. Τοποθετείται κριτικά απέναντι στην πράξη του γύρω της κόσμου ως προς τα βρέφη. Η χριστιανική ηθική στρέφεται κατά των αμβλώσεων, επικεντρώνοντας τα επιχειρήματά της κυρίως στο ότι αποτελούν παράβαση της έβδομης εντολής του Δεκαλόγου, «ου φονεύσεις» (Εξ 20, 15). Εφ' όσον το έμβρυο αποτελεί μία ψυχοσωματική ύπαρξη, οποιαδήποτε πράξη αφορά τη φθορά ή την άμβλωση, χαρακτηρίζεται ως φόνος ή ως πράξη που οδηγεί στο φόνο.

Για τη χριστιανική ηθική, η μητέρα φέρει ευθύνη για τα δικαιώματα ζωής και ανάπτυξης του εμβρύου, ανεξάρτητα αν η εγκυμοσύνη είναι ακούσια ή εκούσια. Θεωρεί πως θα πρέπει να εξασφαλίζεται η άρτια λειτουργικότητα και η υγεία του σώματος, γι' αυτό και επιτιμά όχι μόνο την εκούσια, αλλά και την ακούσια αποβολή του εμβρύου (αυτόματη αποβολή). Κατά την άποψη της χριστιανικής ηθικής, το σώμα δεν ανήκει στον ίδιο τον άνθρωπο, αλλά αποτελεί δωρεά το Θεού. Ο άνθρωπος έχει την απόλυτη ευθύνη για τη χρήση του, και θα λογοδοτήσει στο Θεό γι' αυτό. Επιπλέον, η σύλληψη, η ανάπτυξη και η γέννηση ενός ανθρώπου, δεν αποτελεί κατόρθωμα μόνο της ανθρώπινης σχέσης, αλλά πρωτίστως έργο του Θεού. Επομένως, η έκτρωση στρέφεται και κατά του δημιουργού Θεού.

Η Εκκλησία δεν επιτρέπει ηθικά την άμβλωση ούτε σε περιπτώσεις βιασμού, αιμομιξίας ή κινδύνου της υγείας της γυναίκας· για την Ορθοδοξία είναι πάντα βίαιη και αποτρόπαιη αφαίρεση ζωής. Όπως η αυτοκτονία και η ευθανασία δε βρίσκουν καμία δικαίωση χριστιανικά, έτσι και η εμβρυοκτονία δεν είναι παρά καθαρή δολοφονία, και μάλιστα εν ψυχρώ, σε ένα εντελώς ανυπεράσπιστο πλάσμα ([www.unborn.gr](http://www.unborn.gr)). Η εμβρυοκτονία δεν καταδικάζεται Ορθόδοξα για λόγους ηθικής ή τιμωρείται ως νομική παράβαση, αλλά νοείται ως αμαρτία, αστοχία δηλαδή του ανθρώπου, που εμποδίζει ή και ματαιώνει την πορεία του προς τη θέωση, αφού, όπως είπαμε, έμπρακτα αρνείται να συνεργαστεί στο δημιουργικό έργο του Θεού.

Σε μία μοναδική περίπτωση η διακοπή της κύησης γίνεται ανεκτή, όταν υπάρχει το δίλημμα «η ζωή της μητρός ή η ζωή της εγκύου». Όταν δηλαδή η γέννηση του εμβρύου θα συνεπάγεται το θάνατο της μητέρας, η ίδια και μόνο μπορεί να αποφασίσει εάν θα προχωρήσει σε έκτρωση, που η Εκκλησία δε νομιμοποιεί ηθικά, αλλά ανέχεται.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι για την Εκκλησία η ανθρώπινη ζωή ξεκινά με τη γονιμοποίηση και απαιτεί πλήρη σεβασμό και προστασία από τη στιγμή αυτή και μετέπειτα. Από τη Βιβλική εποχή μέχρι σήμερα, η έκτρωση θεωρείται ως η ηθικά καταδικαστέα πράξη της θανάτωσης μιας αθώας ύπαρξης, που δημιουργεί ταυτόχρονα μεγάλα ψυχικά τραύματα σ' αυτήν που τη διαπράττει.

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **1.1. Σκοπός της έρευνας**

Σχετικά με τις εκτρώσεις προκύπτουν πολλά ζητήματα προς διερεύνηση. Δεδομένου ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα παρόμοια έρευνα όσον αφορά τις απόψεις και στάσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και σε άλλα θέματα που σχετίζονται με αυτήν, επιλέξαμε την παρούσα εργασία με σκοπό να εκτιμηθεί η σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών, να μελετηθούν οι τοποθετήσεις τους απέναντι στην έκτρωση καθώς και η συχνότητα των εκτρώσεων ενός δείγματος φοιτητών του Τ.Ε.Ι. και του Πανεπιστημίου Κρήτης, στις πόλεις του Ηρακλείου και του Ρεθύμνου.

Αξιολογήθηκε επίσης η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην αποδοχή της έκτρωσης. Τέτοιοι παράγοντες ήταν η θρησκευτικότητα, οι πολιτικές πεποιθήσεις και οι απόψεις σε άλλα κοινωνικά θέματα, καθώς επίσης η ηθική αποδοχή της έκτρωσης, η διαθεσιμότητα της έκτρωσης και η αυτονομία των γυναικών ως προς την έκτρωση.

#### **1.2. Υποθέσεις εργασίας**

Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία και το σκοπό της έρευνας, διατυπώθηκαν και ελέγχθηκαν οι ακόλουθες κύριες υποθέσεις εργασίας:

1. Οι νέοι που τάσσονται κατά των εκτρώσεων θα παρουσιάσουν ακραίες αντιλήψεις στις τοποθετήσεις τους σχετικά με την πολιτική, τη θρησκεία και τα κοινωνικά θέματα.
2. Η στάση ως προς τα ηθικά ζητήματα της έκτρωσης σχετίζεται με την απόρριψη της έκτρωσης από τους νέους.
3. Η στάση ως προς τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης σχετίζεται με την αποδοχή της από τους νέους.
4. Η στάση ως προς το θέμα της αυτονομίας των γυναικών σχετικά με την έκτρωση, σχετίζεται με την αποδοχή της έκτρωσης.



## **2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **2.1. Πιλοτική μελέτη**

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 21 φοιτητές, με σκοπό να μελετηθεί σε ποιο βαθμό είναι κατανοητό το ερωτηματολόγιο και πώς ανταποκρίνονται σ' αυτό οι φοιτητές. Η επιλογή των φοιτητών ως δείγμα της έρευνας στηρίχθηκε στο γεγονός ότι η έκτρωση ως πράξη, απασχολεί σε μεγαλύτερο ποσοστό τους νέους. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε αμερικανική έρευνα (Stets et al., 1993) και έγινε προσπάθεια να προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα. Από την πιλοτική μελέτη προέκυψαν κάποιες διορθώσεις και αναδιατυπώσεις στο ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι σε κάποιες ερωτήσεις που αφορούσαν κρίσιμα θέματα, όπως στο αν η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη, διαθέσιμη σε όλους, αν αποτελεί δολοφονία, αμάρτημα, κ.λπ. (α1 – α20), οι φοιτητές δεν έπαιρναν συγκεκριμένη θέση, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεών τους επικεντρώνονταν στην ουδέτερη απάντηση «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Για το λόγο αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο να αφαιρεθεί από τις απαντήσεις η επιλογή αυτή, ώστε έτσι οι φοιτητές να παίρνουν συγκεκριμένη θέση. Στη συνέχεια, δόθηκε το νέο ερωτηματολόγιο σε 21 φοιτητές (β' πιλοτική μελέτη), ώστε να μελετηθεί η αξιοπιστία του και να γίνουν οι τελευταίες αλλαγές ή διευκρινήσεις. Σε γενικές γραμμές, μετά από τους απαραίτητους στατιστικούς ελέγχους, συντάχθηκε ένα οριστικό ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν κατανοητό και η συμπλήρωσή του δε δυσκόλεψε τους ερωτηθέντες.

### **2.2. Δειγματοληψία**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 300 φοιτητές<sup>29</sup> των Θετικών και Κοινωνικών επιστημών του Τ.Ε.Ι. και του Πανεπιστημίου Κρήτης, στις πόλεις του Ηρακλείου και του Ρεθύμνου. Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν ισάριθμα σε Ηράκλειο και Ρέθυμνο, καθώς επίσης ισάριθμα ήταν για τις Κοινωνικές και τις Θετικές επιστήμες. Ως προς το φύλο των φοιτητών, ακολουθήθηκε η μέθοδος του αναλογικού καταμερισμού για την επιλογή του δείγματος. Με τη βοήθεια των γραμματειών κάθε τμήματος, συγκεντρώθηκαν τα στατιστικά στοιχεία των σχολών και συγκεκριμένα το

---

<sup>29</sup> Ως «φοιτητές» αναφέρονται οι σπουδαστές του ΤΕΙ και οι φοιτητές του Πανεπιστημίου.

ποσοστό των ανδρών και των γυναικών που φοιτούν ενεργά σε κάθε σχολή (Πίνακας 1). Στη συνέχεια, η επιλογή των ερωτηθέντων φοιτητών ήταν τυχαία.

**Πίνακας 1. Αριθμός ερωτηθέντων**

<b>Τ.Ε.Ι.</b>			
	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>ΣΤΕΦ</b>	30	10	40
<b>ΣΤΕΓ</b>	18	17	35
<b>ΣΕΥΠ</b>	10	65	75
<b>Σύνολο</b>	58	92	<b>150</b>

<b>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ</b>			
	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ</b>	11	14	25
<b>ΦΥΣΙΚΟ</b>	20	5	25
<b>ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ</b>	15	10	25
<b>ΠΑΙΔΑΓ.ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ</b>	5	20	25
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ</b>	6	19	25
<b>ΠΟΛΙΤΙΚ.ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ</b>	11	14	25
<b>Σύνολο</b>	68	82	<b>150</b>

- Θετικές επιστήμες
- Κοινωνικές επιστήμες

### 2.3. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων από φοιτητές του Τ.Ε.Ι. και του Πανεπιστημίου πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των εγγραφών, με εξαίρεση την Ιατρική σχολή, όπου η προσέγγιση των φοιτητών γινόταν μετά από το τέλος των υποχρεωτικών μαθημάτων τους. Συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια των εγγραφών, είχαμε την ευκαιρία αφενός να επιλέξουμε φοιτητές από όλα τα εξάμηνα, αφού οι εγγραφές πραγματοποιούνται ανά εξάμηνο και αφετέρου να

προσεγγίσουμε και τους φοιτητές που δεν παρακολουθούν συστηματικά τα μαθήματά τους. Το ίδιο επιδιώξαμε και στην Ιατρική σχολή, προσεγγίζοντας τους φοιτητές σε μαθήματα υποχρεωτικά για τη φοίτησή τους. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά.

## **2.4. Ερωτηματολόγιο και μετρήσεις**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα βασίστηκε στα στοιχεία που δίνουν στην έρευνά τους οι Stets και Leik (1993) σχετικά με τη δομή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποίησαν. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τρία μέρη:

### **2.4.1. Κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές**

Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις που κατέγραφαν το κοινωνιολογικό προφίλ των ερωτώμενων, δηλαδή:

1. το φύλο
2. την ηλικία
3. το ίδρυμα
4. το τμήμα σπουδών
5. το εξάμηνο σπουδών
6. το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας
7. το εισόδημα του πατέρα και της μητέρας
8. τον αριθμό αδελφών

### **2.4.2. Σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά**

Το δεύτερο μέρος αφορούσε στη σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά των φοιτητών όπου καλούνταν να απαντήσουν εάν έχουν σεξουαλικές σχέσεις, τι είδους, από ποια ηλικία ξεκίνησαν, ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιούν, καθώς και αν είχαν κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης.

### 2.4.3. Εκτίμηση των στάσεων απέναντι στην έκτρωση

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου, υπήρχε μία σειρά θεμάτων που αφορούσαν στην τοποθέτηση απέναντι στην έκτρωση, στις στάσεις απέναντι στην έκτρωση, στις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και σε άλλα κοινωνικά θέματα.

Οι τοποθετήσεις απέναντι στην έκτρωση μπορούσαν να απαντηθούν σε μία 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert: 1=Υπέρ, 2=Μάλλον υπέρ, 3=Μάλλον κατά, 4=Κατά, η οποία επανακωδικοποιήθηκε ως εξής: 0=Μάλλον κατά – Κατά, 1=Μάλλον υπέρ – Υπέρ.

Η έννοια των στάσεων απέναντι στην έκτρωση μετρήθηκε από 20 μεταβλητές που είχαν να κάνουν με τη νομιμότητα της έκτρωσης και τη διαθεσιμότητά της, σε ποιες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτή, πώς την αποδέχονται ηθικά και κατά πόσο συμφωνούν ή όχι με την αυτονομία των γυναικών να αποφασίσουν μία έκτρωση. Κάθε μεταβλητή μπορούσε να απαντηθεί σε μία 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert<sup>30</sup>: 0=διαφωνώ απόλυτα, 1=διαφωνώ, 2=συμφωνώ, 3=συμφωνώ απόλυτα (επανακωδικοποιημένη).

Η Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών [Principal Component Analysis (PCA)] επελέγη να εφαρμοστεί στις 20 μεταβλητές που μετρούσαν τις στάσεις απέναντι στην έκτρωση για να αναδειχθούν οι λανθάνουσες μεταβλητές (παράγοντες) και για να συνοπιστεί ο αριθμός των 20 μεταβλητών (Πίνακας 2). Με την PCA οι 20 μεταβλητές συνοψίστηκαν σε ένα μικρό αριθμό νέων μεταβλητών οι οποίες συνέβαλαν σε μια αρκετά μεγάλη αναλογία της μεταβλητότητας. Οι νέες αυτές μεταβλητές, οι παράγοντες, προέκυψαν από το συνδυασμό αρκετών άλλων, –από τις αρχικές μεταβλητές, οι οποίες είχαν ως επί το πλείστον, ένα κοινό υπόβαθρο. Ο σκοπός της PCA είναι αφ' ενός να συνδυάσει μεταβλητές με ένα κοινό υπόβαθρο σε μια νέα μεταβλητή και αφ' ετέρου να περιορίσει τον αριθμό των νέων μεταβλητών. Έτσι, υιοθετήθηκε ένα υπόδειγμα 3 κυρίων παραγόντων το οποίο συνόψισε τις 20 μεταβλητές. Οι 3 αυτοί κύριοι παράγοντες περιστράφηκαν με τη varimax<sup>31</sup> επειδή

---

<sup>30</sup> Στο πιλοτικό ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert 0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ, 2=ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 3=Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ απόλυτα, όπου όμως παρατηρήθηκε μεγάλη συγκέντρωση των απαντήσεων στην επιλογή 2=ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ. Θεωρήθηκε απαραίτητο να αφαιρεθεί από τις απαντήσεις η επιλογή αυτή, διότι σε κρίσιμα θέματα, οι φοιτητές έπαιρναν ουδέτερη θέση.

<sup>31</sup> Η Varimax είναι μέθοδος περιστροφής (orthogonal factor rotation), που συνοψίζει τον αριθμό των μεταβλητών που έχουν υψηλότερα βάρη και απλοποιεί την ερμηνεία τους ([www.bus.utk.edu](http://www.bus.utk.edu)).

υπήρξε αρχικά αδυναμία στην ερμηνεία τους. Η σαφής ερμηνεία και οι ιδιοτιμές (eigenvalues) των παραγόντων ήταν τα κριτήρια για την κατασκευή αυτού του υποδείγματος. Όλοι οι παράγοντες είχαν ιδιοτιμές υψηλότερες του 1,500. Συγκεκριμένα η χαμηλότερη ιδιοτιμή ήταν 1,500 (τρίτος παράγοντας) και η υψηλότερη ιδιοτιμή (πρώτος παράγοντας) ήταν 6,700. Ο πρώτος παράγοντας μετρούσε 35,3% στη συνολική διακύμανση (variance), ο δεύτερος παράγοντας μετρούσε 9,7% και ο τρίτος συνεισέφερε κατά 7,7% στη συνολική διακύμανση των 3 παραγόντων (53% για το σύνολο των δεδομένων).

Στους 3 αυτούς παράγοντες που θα πρέπει να θεωρηθούν ως 3 διαφορετικές δομές στάσεων απέναντι στην έκτρωση δόθηκαν οι ακόλουθες (συμβατικές) ονομασίες: 1) *Ηθική αποδοχή της έκτρωσης*, 2) *Διαθεσιμότητα*, 3) *Αυτονομία των γυναικών στην απόφασή τους*.

Ο πρώτος παράγοντας περιέλαβε 7 θέματα σχετικά με τις ηθικές θέσεις της έκτρωσης. Θέματα με υψηλότερα βάρη στον παράγοντα αυτόν ήταν: «η έκτρωση είναι δολοφονία» (,768), «η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου» (,702) «η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης» (,737), «η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό» (,664), «το έμβryo είναι ένα ζωντανό πλάσμα» (,777), «τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα» (,600), «η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία» (,688). Ο δεύτερος παράγοντας περιέλαβε 7 θέματα σχετικά με τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης. Τα θέματα με υψηλότερα βάρη σε αυτόν τον παράγοντα ήταν: «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη» (,605), «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας» (,683), «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση βιασμού» (,654), «κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση» (,676), «η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει» (,470), «η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία (,622), «η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (αντισύλληψη)» (,672). Ο τρίτος παράγοντας περιέλαβε πέντε θέματα. Τα υψηλότερα βάρη σε αυτόν τον παράγοντα ήταν: «τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να καλύπτουν τα έξοδα των εκτρώσεων» (,600) (αντίστροφη κωδικοποίηση), «η πολιτεία θα πρέπει να απαλλάσσει φορολογικά από τα έξοδα των εκτρώσεων» (,579) (αντίστροφη κωδικοποίηση), «η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μια απόφαση της γυναίκας (,613)», «ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέπει τη μητέρα από μια έκτρωση» (,528), «η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μία έκτρωση» (,416).

## 2. Πίνακας Ανάλυσης Κυρίων Συνιστωσών

	Παράγοντες		
	1	2	3
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη		,605	
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας		,683	
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού		,654	
Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση		,676	
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει		,470	
Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία		,622	
Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)		,672	
Η έκτρωση είναι δολοφονία	,768		
Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου	,702		
Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης	,737		
Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό	,664		
Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα	,777		
Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα	,600		
Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία	,688		
Άρνηση να καλύπτονται τα έξοδα των εκτρώσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία			-,600
Άρνηση να απαλλάσσονται φορολογικά από την πολιτεία για τα έξοδα των εκτρώσεων			-,579
Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μία απόφαση της γυναίκας			,613
Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση			,528
Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μια έκτρωση			,416

### 2.4.4. Πολιτικές πεποιθήσεις

Ο χαρακτηρισμός των πολιτικών αντιλήψεων των ερωτηθέντων, υπολογίστηκε από δύο ερωτήσεις: στην πρώτη καλούνταν να χαρακτηρίσουν σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert τις πολιτικές τους πεποιθήσεις, από πολύ συντηρητικές (1),

έως πολύ φιλελεύθερες (5), και στη δεύτερη μεταβλητή ρωτήθηκαν πόσο σημαντική ήταν γι' αυτούς η πολιτική (0=καθόλου, 1=Λίγο, 2=Πολύ).

#### **2.4.5. Ηθικά στάνταρντς**

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν επίσης εάν συμφωνούν ότι τα «ηθικά στάνταρντς» δεν μπορούν να είναι απόλυτα. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε μια 4-βάθμια κλίμακα Likert, (0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ, 2=Συμφωνώ απόλυτα, 3=Συμφωνώ).

#### **2.4.6. Θρησκευτικότητα**

Στη συνέχεια η θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων μετρήθηκε από έξι ερωτήσεις: 1) πόσο συχνά εκκλησιάζεστε, 2) πόσο συχνά προσεύχεστε, 3) πόσο συχνά νηστεύετε, 4) πόσο συχνά εξομολογείστε, 5) πόσο συχνά λαμβάνετε Θεία Κοινωνία (0=Ποτέ, 1=Ελάχιστα, 2=Συχνά, 3=Πολύ συχνά). Από την άθροιση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις αυτές κατασκευάστηκε μια νέα μεταβλητή της οποίας οι τιμές κυμάνθηκαν από 0 έως 15. Η μεταβλητή αυτή χωρίστηκε σε τρεις κατηγορίες που αντιστοιχούσαν σε τρεις βαθμούς συμμετοχής σε εκκλησιαστικά δρώμενα:

1<sup>η</sup> από 0 έως 3 = αδιάφοροι,

2<sup>η</sup> από 4 έως 6 = τυπικοί και

3<sup>η</sup> από 7 και άνω = θρησκευόμενοι.

#### **2.4.7. Άλλα κοινωνικά θέματα**

Τέλος, οι συμμετέχοντες καλούνταν να τοποθετηθούν σχετικά με την ευθανασία, την προσευχή στα σχολεία και τον έλεγχο γεννήσεων σε μια κλίμακα με διακύμανση: 0=Απολύτως κατά, 1=Κατά, 2=Υπέρ, 3=Απολύτως υπέρ.

## 2.5. Αξιοπιστία μέτρησης των οργάνων

Επιπρόσθετα, με το τεστ **Cronbach's a**, αξιολογήθηκε ο συντελεστής χωριστά για κάθε έναν από τους 3 παράγοντες μέτρησης της ηθικής αποδοχής της έκτρωσης, της διαθεσιμότητας της έκτρωσης και της αυτονομίας των γυναικών, με σκοπό να καθοριστεί η ομοιογένεια και η αξιοπιστία των απαντήσεων στα διαφορετικά θέματα που περιέκλειε ο κάθε παράγοντας. Ο έλεγχος αξιοπιστίας, δηλαδή, στηρίχθηκε στη στατιστική συσχέτιση των διαφορετικών σειρών αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις διαφορετικές ερωτήσεις που κάθε παράγοντας περιέλαβε. Στηριζόμενοι στις απαντήσεις των 300 ερωτηθέντων, ο συντελεστής alpha βρέθηκε σε επίπεδα πολύ ικανοποιητικά για τον παράγοντα 1 και 2. Αντίθετα ο 3<sup>ος</sup> παράγοντας δεν κατάφερε να μετρήσει σε ικανοποιητικά επίπεδα την αυτονομία των γυναικών απέναντι στην έκτρωση: 1) παράγοντας ηθικής αποδοχής (,830), 2) παράγοντας διαθεσιμότητας της έκτρωσης (,879), 3) παράγοντας αυτονομίας των γυναικών απέναντι στην έκτρωση (,500) (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Αξιοπιστία μέτρησης των κλιμάκων της έρευνας σε τιμές a με την μέθοδο Cronbach' s.**

<b>Κλίμακες</b>	<b>A</b>
<i>Ηθική αποδοχή</i>	0,830
<i>Διαθεσιμότητα έκτρωσης</i>	0,879
<i>Αυτονομία των γυναικών</i>	0,500

## 2.6. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνάς μας έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Αρχικά, σε ένα πρώτο μέρος, παρουσιάζονται οι απλές κατανομές των απαντήσεων όλων των ερωτήσεων. Σε ένα δεύτερο μέρος, προχωρήσαμε στην ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση εξειδικευμένων στατιστικών μεθόδων προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις εργασίας.

Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Ανάλυσης Λογαριθμικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression Analysis) προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση ανάμεσα σε μία σειρά ανεξάρτητων μεταβλητών –τη στάση ως προς θέματα ηθικής



αποδοχής, τη στάση ως προς τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης και τη στάση ως προς θέματα αυτονομίας των γυναικών απέναντι στην έκτρωση– με την εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία είναι διχότομη: 0=απόρριψη της έκτρωσης, 1=αποδοχή της έκτρωσης.

### **3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και σεξουαλική συμπεριφορά των ερωτηθέντων**

##### **3.1.1. Κοινωνιολογικό προφίλ φοιτητών**

Παρακάτω θα παρατεθούν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, έτσι όπως προέκυψαν μετά από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων του ερωτηματολογίου (Πίνακας 4). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 300 φοιτητές εκ των οποίων το 42,3% ήταν άνδρες και το 57,7% γυναίκες.

Η μέση τιμή για την ηλικία των ερωτηθέντων όσον αφορά στους άνδρες ήταν 21,64 και η τυπική απόκλιση 2,59 και για τις γυναίκες η μέση τιμή τους ήταν 20,69 και η τυπική απόκλιση 2,24<sup>32</sup>.

Όσον αφορά στην αναλογία των φοιτητών, ως προς το Ίδρυμα σπουδών, τα ποσοστά ήταν ισάριθμα, δηλαδή το ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών του Πανεπιστήμιο ήταν 50% και του Τ.Ε.Ι. το ποσοστό ήταν 50%.

Επίσης, η αναλογία ανάμεσα στις θετικές και κοινωνικές επιστήμες ήταν ισάριθμη, δηλαδή οι ερωτηθέντες φοιτητές των θετικών επιστημών αποτελούσαν το 50% του δείγματος και των κοινωνικών επιστημών το ποσοστό ήταν επίσης 50%.

Στο εξάμηνο σπουδών, όσον αφορά στους άνδρες του δείγματός μας, η μέση τιμή ήταν 6,48 και η τυπική απόκλιση 3,38. Για τις γυναίκες, η μέση τιμή για το εξάμηνο σπουδών ήταν 5,38 και η τυπική απόκλιση 3,15.

---

<sup>32</sup> Αναλυτ. βλ. **Παράρτημα, Γ: Πίνακας 1.**

**Πίνακας 4. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών  
(απλές κατανομές)**

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>		
<b>Φύλο</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Άνδρες	<b>127</b>	<b>42,3</b>
Γυναίκες	<b>173</b>	<b>57,7</b>
	<b>M.T.</b>	<b>T.A.</b>
<b>Ηλικία</b>		
Άνδρες	<b>21,64</b>	<b>2,59</b>
Γυναίκες	<b>20,69</b>	<b>2,24</b>
<b>Ίδρυμα</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Πανεπιστήμιο	<b>150</b>	<b>50,0</b>
T.E.I.	<b>150</b>	<b>50,0</b>
<b>Τμήμα</b>		
Θετικές επιστήμες	<b>150</b>	<b>50,0</b>
Κοινωνικές επιστήμες	<b>150</b>	<b>50,0</b>
<b>Εξάμηνο Σπουδών</b>	<b>M.T.</b>	<b>T.A.</b>
Άνδρες	<b>6,48</b>	<b>3,38</b>
Γυναίκες	<b>5,38</b>	<b>3,15</b>

### 3.1.2. Σεξουαλική συμπεριφορά φοιτητών

Από τους 300 φοιτητές, 245 (81,6%) δήλωσαν ότι έχουν ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές με το άλλο φύλο (με διείσδυση), εκ των οποίων τα 175 άτομα (58,3%) έχουν αυτή την περίοδο (το τελευταίο εξάμηνο) σεξουαλική σχέση.

Όσον αφορά στην ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση) η μέση τιμή για τους άνδρες ήταν 16,74 και η τυπική απόκλιση 1,67 και για τις γυναίκες η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση ήταν 18,06 και 1,68 αντίστοιχα.

Στη συνέχεια, στο είδος σεξουαλικής σχέσης με το άλλο φύλο 136 άτομα (77,7%) δήλωσαν ότι έχουν μόνιμη σχέση (ή είχαν κατά το τελευταίο εξάμηνο), εκ των οποίων χρησιμοποιούν ως μέσο αντισύλληψης<sup>33</sup>:

- το προφυλακτικό τα 105 άτομα (77,2%),
- αντισυλληπτικό χάπι τα 17 άτομα (12,5%),
- μέθοδο διακεκομμένης συνουσίας τα 6 άτομα (4,4%).

<sup>33</sup> Ορισμένοι ερωτηθέντες δήλωσαν περισσότερες από μία μεθόδους αντισύλληψης.

- Τέλος, τα 13 άτομα (9,5%) δήλωσαν ότι δε χρησιμοποιούν κανένα μέτρο αντισύλληψης.

Επιπλέον, 66 άτομα (26,9%) δήλωσαν ότι έχουν περιστασιακή σχέση, εκ των οποίων:

- προφυλακτικό χρησιμοποιούν 61 άτομα (92,4%),
- δε χρησιμοποιούν κανένα μέτρο αντισύλληψης 5 άτομα (7,6).

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση εάν είχαν κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης οι σεξουαλικά ενεργοί φοιτητές, 14 άτομα (5,7%) δήλωσαν ότι έχουν εμπειρία εγκυμοσύνης, εκ των οποίων τα 12 άτομα (85,7%) προχώρησαν σε διακοπή αυτής, το 1 άτομο (7,1%) προχώρησε σε γέννηση χωρίς γάμο και 1 άτομο (7,1%) δήλωσε ότι προχώρησε σε γάμο και γέννηση.

Όσον αφορά, τέλος, στην αποδοχή της έκτρωσης 194 άτομα (64,7%) δήλωσαν ότι είναι κατά της έκτρωσης και τα 106 άτομα (35,3%) δήλωσαν ότι είναι υπέρ της έκτρωσης (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5. Η σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών (απλές κατανομές)**

<b>ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</b>		
<b>Σεξουαλικές Σχέσεις (με διείσδυση)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη σεξουαλική επαφή	55	18,3%
Δεν έχουν αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση	70	23,3%
Αυτή την περίοδο έχουν σεξουαλική επαφή	<b>175</b>	<b>58,3%</b>
<b>Είδος σεξουαλικής σχέσης</b>		
Όχι, δεν έχουν μόνιμη σχέση	46	26,3%
Ναι, έχουν μόνιμη σχέση	<b>136</b>	<b>77,7%</b>
Όχι, δεν έχουν περιστασιακή σχέση	116	66,2%
Ναι, έχουν περιστασιακή σχέση	<b>66</b>	<b>26,9%</b>
<b>Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής (με διείσδυση)</b>		
Άνδρες	<b>16,74</b>	<b>1,67</b>
Γυναίκες	<b>18,06</b>	<b>1,68</b>
<b>Αντισυλληπτικά μέτρα με την μόνιμη σεξουαλική σχέση</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Προφυλακτικό	<b>105</b>	<b>77,2%</b>
Αντισυλληπτικό χάπι	<b>17</b>	<b>12,5%</b>
Διακεκομμένη συνουσία	<b>6</b>	<b>4,4%</b>
Κανένα μέτρο	<b>13</b>	<b>9,5%</b>
<b>Αντισυλληπτικά μέτρα με την περιστασιακή σεξουαλική σχέση</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Προφυλακτικό	<b>61</b>	<b>92,4%</b>
Αντισυλληπτικό χάπι	<b>0</b>	<b>0</b>
Διακεκομμένη συνουσία	<b>0</b>	<b>0</b>
Κανένα μέτρο	<b>5</b>	<b>7,6%</b>
<b>Εμπειρία εγκυμοσύνης</b>		
Όχι, δεν είχαν εμπειρία	231	77%
Ναι, είχαν εμπειρία	<b>14</b>	<b>5,7%</b>
<b>Εκβαση εγκυμοσύνης</b>		
Διακοπή εγκυμοσύνης χωρίς γάμο	<b>12</b>	<b>85,7%</b>
Γέννηση χωρίς γάμο	<b>1</b>	<b>7,1%</b>
Γάμος με γέννηση	<b>1</b>	<b>7,1%</b>
<b>Αποδοχή της έκτρωσης</b>		
Κατά της έκτρωσης	<b>194</b>	<b>64,7%</b>
Υπέρ της έκτρωσης	<b>106</b>	<b>35,3%</b>

### 3.2. Κοινωνιολογικό προφίλ των γονέων των ερωτηθέντων

Σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων των ερωτηθέντων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, αρχικά, όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων, οι πατέρες σε ποσοστό 51% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και οι μητέρες που το ποσοστό ήταν 55,3%, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των γονέων διαπιστώθηκε ότι, το 24% των πατέρων των φοιτητών, είχε μηνιαία εισοδήματα 1001-1500 ευρώ, σε αντίθεση με τις μητέρες είχαν μηδενικά εισοδήματα ποσοστό 29,3%, γεγονός που φανερώνει, ότι οι περισσότερες ανήκαν στην κατηγορία των νοικοκυρών ή των ανέργων (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6. Κοινωνιολογικό προφίλ των γονέων των συμμετεχόντων**

	ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
	n	%	n	%
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	52	17,3	58	19,3
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	<b>153</b>	<b>51</b>	<b>166</b>	<b>55,3</b>
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	93	31	74	24,7
<b>Εισόδημα</b>				
Χωρίς εισόδημα	-	-	<b>88</b>	<b>29,3</b>
-1000€	51	17	68	22,7
1001€ - 1500€	<b>72</b>	<b>24</b>	46	15,3
1501€ - 2000€	50	16,7	34	11,3
>2001€	53	17,7	-	-
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	74	24,7	64	21,3

### 3.3. Θρησκευτικότητα

Όσον αφορά στη θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων και το βαθμό συμμετοχής τους στα εκκλησιαστικά δρώμενα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι το 24% από αυτούς (72 άτομα) δήλωσαν αδιάφοροι, το 49,3% (148 άτομα) δήλωσαν ότι είναι τυπικοί και το 26,7% (80 άτομα) ότι είναι θρησκευόμενοι. (Πίνακας 7).

### Πίνακας 7. Θρησκευτικότητα

Θρησκευτικότητα	n	%
Αδιάφοροι	72	24,0
Τυπικοί	<b>148</b>	<b>49,3</b>
Θρησκευόμενοι	80	26,7

#### 3.4. Ευθανασία – Προσευχή στα σχολεία – Έλεγχος γεννήσεων

Στην ερώτηση που τέθηκε στους φοιτητές για την γνώμη τους σχετικά με την ευθανασία, το υψηλότερο ποσοστό 68,0% (204 άτομα) δήλωσαν ότι είναι Υπέρ – Απολύτως Υπέρ της ευθανασίας.

Αναφορικά με την πρωινή προσευχή στα σχολεία 226 άτομα, δηλαδή σε ποσοστό 75,3% είναι Υπέρ – Απολύτως Υπέρ της πρωινής προσευχής στα σχολεία.

Σχετικά με τη στάση των φοιτητών ως προς τον έλεγχο γεννήσεων, στην πλειονότητα τους, δηλαδή το 93,7% (261 άτομα) δήλωσαν ότι είναι Υπέρ – Απολύτως Υπέρ (Πίνακας 8).

#### Πίνακας 8. Ευθανασία, Προσευχή στα σχολεία και Έλεγχος γεννήσεων

Ευθανασία	n	%
Απολύτως Κατά – Κατά	96	32
Υπέρ – Απολύτως Υπέρ	<b>204</b>	<b>68</b>
<b>Προσευχή στα σχολεία</b>		
Απολύτως Κατά – Κατά	74	24,7
Υπέρ – Απολύτως Υπέρ	<b>226</b>	<b>75,3</b>
<b>Έλεγχος γεννήσεων</b>		
Απολύτως Κατά – Κατά	19	6,3
Υπέρ – Απολύτως Υπέρ	<b>261</b>	<b>93,7</b>

#### 3.5. Πολιτικές πεποιθήσεις

Όσον αφορά στις πολιτικές πεποιθήσεις των ερωτώμενων το 3,3% (10 άτομα) δήλωσαν ότι είναι πολύ συντηρητικές, το 14,3% (43 άτομα) ότι είναι συντηρητικές, το 32,7% (98 άτομα) ότι είναι κεντρώες, το 35% (105 άτομα) ότι είναι φιλελεύθερες και το 14,7% (44 άτομα) ότι είναι πολύ φιλελεύθερες (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9. Πολιτικές πεποιθήσεις**

<b>Πολιτικές πεποιθήσεις</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Πολύ συντηρητικές	10	3,3
Συντηρητικές	43	14,3
Κεντρώες	98	32,7
Φιλελεύθερες	<b>105</b>	<b>35</b>
Πολύ φιλελεύθερες	44	14,7

### **3.6. Σημαντικότητα πολιτικής**

Στην ερώτηση που τέθηκε στους φοιτητές για την σημασία που έχει γι' αυτούς η πολιτική, το 18,3% (55 άτομα) ανέφερε ότι δεν είναι καθόλου σημαντική για αυτούς η πολιτική, το 44,7% (134 άτομα) ανέφερε ότι είναι λίγο σημαντική και το 37% (111 άτομα) ότι είναι γι' αυτούς πολύ σημαντική (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10. Σημαντικότητα Πολιτικής**

<b>Σημαντικότητα πολιτικής</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Καθόλου	55	18,3
Λίγο	<b>134</b>	<b>44,7</b>
Πολύ	111	37

### **3.7. Αποτελέσματα ανάλυσης Λογαριθμικής Παλινδρόμησης**

#### **3.7.1. Η σχέση των στάσεων απέναντι στην έκτρωση και άλλων μεταβλητών με την πιθανότητα αποδοχής της έκτρωσης – Αποτελέσματα Λογαριθμικής Παλινδρόμησης**

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμικής παλινδρόμησης. Η κατηγορία αναφοράς της εξαρτημένης μεταβλητής ήταν η αποδοχή της έκτρωσης, ως προς την οποία συγκρίθηκε η άλλη κατηγορία, δηλαδή η απόρριψη της έκτρωσης. Για κάθε κατηγορία της εξαρτημένης μεταβλητής «έτρεξε» ένα υπόδειγμα με δύο τιμές λογαριθμικής παλινδρόμησης στο οποίο ελέγχθηκε η σχετική πιθανότητα της αποδοχής της έκτρωσης που μπορεί να έχει ένας ερωτώμενος σε σχέση με το ενδεχόμενο να απορρίπτει την έκτρωση. Δηλαδή, ένα υπόδειγμα όπου ελέγχεται το ενδεχόμενο της αποδοχής σε σχέση με την απόρριψη της έκτρωσης. Οι



συντελεστές του υποδείγματος αντιλογαριθμισμένοι ορίζουν τις μεταβολές των αντίστοιχων σχετικών πιθανοτήτων (odds ratios) για μεταβολή μιας μονάδας των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Έτσι, στο υπόδειγμα που υιοθετήθηκε και αφορά στο ενδεχόμενο της αποδοχής της έκτρωσης έναντι της απόρριψης της έκτρωσης, προκύπτει ότι σημαντικό ρόλο στη μεταβολή της αντίστοιχης σχετικής πιθανότητας, παίζει:

- ☛ η στάση ως προς θέματα *ηθικής αποδοχής σχετικά με την έκτρωση*,
- ☛ η στάση ως προς τη *διαθεσιμότητα της έκτρωσης*,
- ☛ η στάση ως προς θέματα σχετικά με την *αυτονομία των γυναικών απέναντι στην έκτρωση*.

Ειδικότερα, για κάθε επιπλέον μονάδα που συγκεντρώνουν στην κλίμακα της *ηθικής αποδοχής της έκτρωσης*, η πιθανότητα για τους ερωτώμενους να είναι υπέρ της έκτρωσης μειώνεται κατά 24% (OR = -,269, 95% CI = ,682 - ,856)\*, ενώ η συχνότητα της στάσης ως προς τη *διαθεσιμότητα της έκτρωσης* αυξάνει τη σχετική πιθανότητα για τους ερωτώμενους να διάκεινται υπέρ της έκτρωσης κατά 23% (OR = ,206, 95% CI = 1,111 – 1,358) για κάθε μονάδα που συγκεντρώνουν στην κλίμακα της *διαθεσιμότητας*. Από το ίδιο υπόδειγμα προέκυψε ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος υπέρ της έκτρωσης μειώνεται κατά 21% (OR = -,232, 95% CI = ,632 - ,995) για κάθε επιπλέον μονάδα που συγκεντρώνει στην κλίμακα της *αυτονομίας των γυναικών απέναντι στην έκτρωση*.

Τέλος, ούτε η θρησκευτικότητα, ούτε οι απόψεις σε κοινωνικά θέματα αλλά ούτε και το κοινωνιολογικό προφίλ των ερωτηθέντων βρέθηκε να σχετίζεται με οποιοδήποτε τρόπο με την αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης (Πίνακας 11).

---

\* OR: σχετικές πιθανότητες, CI: διάστημα εμπιστοσύνης (confidence interval)

**Πίνακας 11. Αποτελέσματα λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression) με εξαρτημένη μεταβλητή την αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης.**

**Κατηγορία αναφοράς στην εξαρτημένη μεταβλητή είναι η απόρριψη της έκτρωσης (0=κατά της έκτρωσης)**

	O.R.	95% C.I.		P. value
		Lower	Upper	
<b><u>Φύλο</u></b>				
Άνδρες	-,417	,315	1,380	,269
<b>Γυναίκες (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Ίδρυμα σπουδών</u></b>				
ΤΕΙ	,499	,761	3,560	,205
<b>Πανεπιστήμιο (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Θρησκευτικότητα</u></b>				
Αδιάφοροι	,722	,637	6,655	,228
Τυπικοί	,330	,566	3,418	,471
<b>Θρησκευόμενοι (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</u></b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	-,187	,219	3,144	,783
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	,791	,865	5,630	,098
<b>Ανώτατη Εκπαίδευση (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</u></b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	-,019	,254	3,783	,978
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	-,515	,222	1,608	,308
<b>Ανώτατη Εκπαίδευση (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Μηνιαίο εισόδημα πατέρα</u></b>				
- 1000 €	,529	,358	8,056	,505
1001 € - 1500 €	,895	,647	9,245	,187
1501 € - 2000€	,689	,475	8,350	,346
> 2001	,926	,643	9,948	,184
<b>Δε γνώριζαν (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Μηνιαίο εισόδημα μητέρας</u></b>				
Χωρίς εισόδημα	-1,376	,061	1,052	,059
- 1000 €	-1,077	,075	1,545	,163
1001 € - 1500 €	-1,290	,059	1,276	,099
> 1501€	-,888	,086	1,962	,265
<b>Δε γνώριζαν (Ομάδα αναφοράς)</b>				
<b><u>Στάσεις</u></b>				
Ηθική αποδοχή της έκτρωσης	-,269	,682	,856	<b>,000</b>
Διαθεσιμότητα της έκτρωσης	,206	1,111	1,358	<b>,000</b>
Αυτονομία των γυναικών ως προς την έκτρωση	-,232	,632	,995	<b>,046</b>
<b><u>Απόψεις σε κοινωνικά θέματα</u></b>				
Ευθανασία	,484	,671	3,929	,283
Πρωινή προσευχή στα σχολεία	-,413	,269	1,631	,370
<b>Έλεγχος γεννήσεων (Ομάδα αναφοράς)</b>				
	,073	,199	5,823	,932

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 4.1. Εισαγωγή

Το θέμα των εκτρώσεων και της αντισύλληψης θεωρείται αρκετά σημαντικό, τόσο στη χώρα μας, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, αν και δε θα μπορούσαμε να πούμε το ίδιο και για την Ελλάδα. Ωστόσο, το πλήθος των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί γενικότερα, μπορούν να μας διαφωτίσουν με τα αποτελέσματά τους (Δαρδαβέσης και συν., 2004, Κουμαντάκης, 1989, Κρεατσάς και συν., 1992, 1995, 2002, 2003, 2004, Χλιαουτάκης και συν., 1991, 1991, 1994, Åhman et al., 2006, Stets et al., 1993, Bankole et al., 1999, Buffalo et al., 2004, Kayembe et al., 2006, Naziri, 1991, Weinberg et al., 2000).

Τα συμπεράσματα, λοιπόν, που προκύπτουν από τα αποτελέσματα των ερευνών που μελετήσαμε, αφορούν στη σεξουαλική συμπεριφορά, στις στάσεις απέναντι στην έκτρωση και στους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις αυτές (κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, θρησκευτικότητα, πολιτικές πεποιθήσεις, στάσεις σε άλλα κοινωνικά και ηθικά θέματα). Στην παρούσα έρευνα μελετάται η σεξουαλική συμπεριφορά των φοιτητών, η στάση τους απέναντι στην έκτρωση και διερευνώνται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση αυτή.

### 4.2. Σεξουαλική συμπεριφορά

Όσον αφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά των ερωτώμενων, σεξουαλικά ενεργοί δήλωσαν 245 ερωτηθέντες, δηλαδή το 81,6% των φοιτητών, κάτι που επαληθεύεται από την έρευνα του Χλιαουτάκη και των συνεργατών του (1994), στην οποία το ποσοστό αυτό ήταν 84%. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε αντίστοιχες έρευνες, κάτι που επιβεβαιώνει και την εγκυρότητα της έρευνάς μας. Συγκεκριμένα, σε παλιότερη έρευνα των Χλιαουτάκη και συν. (1991), το ποσοστό των σεξουαλικά ενεργών νέων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 82,3%.

Όσον αφορά στην ηλικία έναρξης σεξουαλικών σχέσεων, βρέθηκε να διαφέρει στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Οι άνδρες, σε ποσοστό 71%, ξεκίνησαν τις σεξουαλικές σχέσεις σε ηλικία 16-18 ετών, ενώ οι γυναίκες, σε ποσοστό 70%, ξεκίνησαν τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε ηλικία 17-19 ετών<sup>34</sup>. Αντίστοιχη μελέτη

---

<sup>34</sup> Αναλυτικά βλ. **Παράρτημα**, Πίνακας 2.

των Χλιαουτάκη και συν. (1994) έδειξε ότι οι άνδρες ξεκίνησαν σεξουαλικές σχέσεις σε ηλικία 15-17 ετών, ενώ οι γυναίκες άνω των 18. Σύμφωνα με το Χλιαουτάκη και τους συνεργάτες του (1994), *«οι δομές της ελληνικής κοινωνίας δε δίνουν ακόμα τη δυνατότητα στη γυναίκα να μνηθεί νωρίτερα στη γενετήσια πράξη»*. Η διάκριση ανάμεσα στα δύο φύλα εξακολουθεί να υπάρχει στη χώρα μας και σε αυτόν τον τομέα, παρά τη σεξουαλική απελευθέρωση των γυναικών. Επιπλέον, θα μπορούσαμε αυθαίρετα να πούμε ότι οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο συναισθηματικές, ενώ ταυτόχρονα οι άνδρες έχουν πιο έντονες γενετήσιες ορμές, κάτι που κάνει πιο εύκολο για τους ίδιους και όχι για τις γυναίκες να προχωρήσουν στη γενετήσια πράξη. Από την άλλη, *«ο θεσμός της πορνείας πρέπει να συντελεί, ώστε η πλειονότητα των ανδρών να έχει την πρώτη επαφή μέχρι την ηλικία των 18 ετών»* (Χλιαουτάκης και συν. 1994). Αυτό εξηγεί και τη διαφοροποίηση που υπάρχει στην ηλικία έναρξης σεξουαλικής επαφής, ως προς το φύλο, με τα αγόρια να προηγούνται ηλικιακά. Θα μπορούσαμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι τα αγόρια προχωρούν νωρίτερα από τα κορίτσια σε σεξουαλική ολοκλήρωση, χωρίς να περιμένουν τη σεξουαλική τους ωρίμανση. Τέλος, κάτι που επισημαίνει στην έρευνά του ο Creatsas (1995), είναι ότι οι περισσότερες μελέτες ασχολούνται με τα νεαρά κορίτσια και δε γίνεται καμία προσπάθεια για την βελτίωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των αγοριών.

Ως προς τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, τα άτομα που έχουν μόνιμη σχέση, χρησιμοποιούν ως κύρια μέθοδο το προφυλακτικό (77,2%), και με μικρότερη συχνότητα το αντισυλληπτικό χάπι (12,5%) και τη διακεκομμένη συνουσία (4,4%). Από την άλλη, τα άτομα που έχουν περιστασιακές σχέσεις, σχεδόν αποκλειστικά, χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης (92,4%). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε μία σταθερή σχέση αναπτύσσεται εμπιστοσύνη, μεταξύ άλλων και στη σεξουαλική συμπεριφορά. Υπάρχει συναισθηματική ασφάλεια, και μέσα από τη μονιμότητα της σχέσης, επιτυγχάνεται καλύτερη γνωριμία των συντρόφων. Αντίθετα, μία περιστασιακή σχέση, μπορεί να περιορίζεται σε μεμονωμένες σεξουαλικές συνευρέσεις, με ελάχιστη γνωριμία των συντρόφων και συνεπώς ελάχιστη εμπιστοσύνη και αυξημένη ανασφάλεια.

Σύμφωνα με την Ioannidi-Karolou (2004), η Ελλάδα έχει χαμηλή συχνότητα χρήσης αντισύλληψης, εκτός από το προφυλακτικό και τη διακεκομμένη συνουσία, γεγονός που το στηρίζει στην έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στην έλλειψη σωστής πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη και την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων, ιδίως στην εφηβική και νεαρή ηλικία. Τα

αντισυλληπτικά χάπια, σύμφωνα με τον Κρεατσά και τους συνεργάτες του (2004), είναι η προτιμώμενη μέθοδος αντισύλληψης στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όμως στην Ελλάδα το ποσοστό χρήσης τους φτάνει μόλις το 3%. Σε έρευνά τους, ο Τούντας και οι συνεργάτες του (2004), συμπεραίνουν ότι η πλειοψηφία των γυναικών στην Ελλάδα, φαίνεται να ασκούν παραδοσιακές και λιγότερο αποτελεσματικές αντισυλληπτικές μεθόδους και καταλήγουν συχνότερα σε έκτρωση, σαν λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Όσον αφορά την αποδοχή της έκτρωσης, το 35,3% των φοιτητών δήλωσε υπέρ, έναντι του 64,7% των φοιτητών που δήλωσε κατά της έκτρωσης. Αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές της ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Δαρδαβέσης και συν., 2004), επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα μας ότι η πλειοψηφία των νέων τείνουν να είναι κατά των εκτρώσεων. Ωστόσο, οι μισοί σχεδόν φοιτητές της ίδιας έρευνας (55%), αποδέχονται την έκτρωση, μόνο σε ειδικές περιπτώσεις<sup>35</sup>. Αυτό σημαίνει πως οι άνθρωποι δεν μπορούν να είναι απόλυτοι στις θέσεις και στάσεις τους απέναντι στην έκτρωση, όπως φαίνεται και στην έρευνα των Stets και Leik (1993). Ακόμη και αυτοί που τυπικά απορρίπτουν την έκτρωση και τάσσονται κατά αυτής, την αποδέχονται σε ορισμένες περιπτώσεις. Σε μία ενδεχόμενη δική τους εμπειρία, θα ενεργούσαν και οι ίδιοι με τρόπο που τυπικά απέρριπταν.

Σχετικά με την εμπειρία εγκυμοσύνης, το 5,7% των φοιτητών δήλωσε ότι είχε κάποια εμπειρία, από τις οποίες, το 85,7% κατέληξαν σε έκτρωση. Σε έρευνα των Δαρδαβέση και συν. (2004), το αντίστοιχο ποσοστό εμπειριών εγκυμοσύνης ήταν 3,5% στο σύνολο των φοιτητών. Οι έρευνες αυτές, όμως, δεν αρκούν για να καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα και, δυστυχώς, δεν υπάρχουν αντίστοιχες πρόσφατες για να προβούμε σε σύγκριση. Οποσδήποτε, το ποσοστό αυτό δείχνει πολύ μικρό σε σχέση με τα νούμερα που παρουσιάζονται σε επίσημες έρευνες, αλλά δε θα μπορούσαμε να πούμε ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό. Η εμπειρία μιας έκτρωσης, είναι ένα πολύ λεπτό ζήτημα και το γεγονός ότι τα στοιχεία είναι απόρρητα, καθιστά δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό των εκτρώσεων που διεξάγονται στο σύνολο ενός πληθυσμού. Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας (Κρεατσάς και συν., 2004), παρατηρεί κανείς

---

<sup>35</sup> Είναι γεγονός ότι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την τοποθέτηση απέναντι στην έκτρωση δεν εξετάζουν μόνο εάν τάσσονται «υπέρ» ή «κατά» της έκτρωσης, αλλά και την αποδοχή ή απόρριψη υπό προϋποθέσεις, σε ειδικές περιπτώσεις, κ.λπ., κι έτσι είναι δύσκολη η ακριβής σύγκριση με τα δικά μας αποτελέσματα.

ότι, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό των κυήσεων στην εφηβική ηλικία ήταν περίπου 5,3% το 1974, το 1992 αντιπροσώπευε το 10,3% και το 2002 περίπου το ίδιο, του συνόλου των κυήσεων.

Οι περισσότερες έρευνες που διεξάγονται στην Ελλάδα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες είναι συνέπεια της λανθασμένης πληροφόρησης και αντίληψης απέναντι στην αντισύλληψη. Γενικά, οι νέοι κυρίως, δεν αναζητούν τη συμβουλή του ειδικού και τα προγράμματα διαπαιδαγώγησης είναι σπάνια (Tountas et al., 2004).

### **4.3. Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην έκτρωση**

#### **4.3.1. Αποδοχή της έκτρωσης**

Η εξαρτημένη μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση και συγκεκριμένα για τα αποτελέσματα της Λογαριθμικής Παλινδρόμησης, ήταν η αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης. Ειδικότερα, εξετάστηκε η πιθανότητα αποδοχής της έκτρωσης σε σχέση με το φύλο, τη θρησκευτικότητα, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα του πατέρα και της μητέρας, τις στάσεις ως προς θέματα ηθικής αποδοχής, διαθεσιμότητας της έκτρωσης, αυτονομίας των γυναικών ως προς την έκτρωση και τις απόψεις σε άλλα κοινωνικά θέματα (ευθανασία, πρωινή προσευχή στα σχολεία, έλεγχος γεννήσεων).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, βρήκαμε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης είναι:

- ☛ η στάση ως προς θέματα *ηθικής αποδοχής σχετικά με την έκτρωση*,
- ☛ η στάση ως προς τη *διαθεσιμότητα της έκτρωσης*, και
- ☛ η στάση ως προς θέματα *αυτονομίας των γυναικών απέναντι στην έκτρωση*.

Συγκεκριμένα, αποδέχονται την έκτρωση όσοι διαφωνούν με τις ηθικές θέσεις (δηλαδή την ηθική πλευρά του ζητήματος), αλλά συμφωνούν με τη διαθεσιμότητα της έκτρωσης και τη σχετική αυτονομία των γυναικών. Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Stets και Leik (1991), στην οποία οι τρεις αυτοί παράγοντες ομοίως επηρεάζουν την αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης.

Όσοι απορρίπτουν τις ηθικές θέσεις σχετικά με την έκτρωση, θεωρούν ότι είναι δολοφονία και αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό, εφ' όσον το έμβρυο θεωρείται ζωντανό πλάσμα από τη στιγμή της σύλληψης. Μπορεί βέβαια στην έρευνά

μας να μη σχετίζεται η θρησκευτικότητα με την αποδοχή ή την απόρριψη της έκτρωσης, οι στάσεις όμως ως προς την ηθική αποδοχή, γι' αυτούς που απορρίπτουν την έκτρωση, προέρχονται από χριστιανικές αξίες και αποτελούν αντιλήψεις της χριστιανικής ηθικής.

Όσοι συμφωνούν σε θέματα διαθεσιμότητας των εκτρώσεων στη χώρα μας, δηλαδή τις νομοθετικές ρυθμίσεις που καθορίζουν πότε πρέπει να είναι διαθέσιμη η έκτρωση, αποδέχονται την έκτρωση. Ο Hewson (2001) επιβεβαιώνει ότι η διαθεσιμότητα και οι σχετικοί νόμοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοχή ή απόρριψη. Επιπλέον, θεωρεί ότι και η αυτονομία των γυναικών απέναντι στην έκτρωση θα έπρεπε να σχετίζεται με την αποδοχή ή την απόρριψή της.

Αντίστοιχη έρευνα (Stets et al., 1993) έδειξε ότι οι παράγοντες της θρησκευτικότητας, των πολιτικών πεποιθήσεων και των απόψεων σε άλλα κοινωνικά θέματα επηρεάζουν στην απόρριψη της έκτρωσης. Συγκεκριμένα, αυτοί που απορρίπτουν την έκτρωση, δείχνουν να είναι πιο συντηρητικοί στις πολιτικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, καθώς και στις απόψεις τους σε ηθικά και άλλα κοινωνικά θέματα. Αυτό δείχνει ότι έχουν μία συγκεκριμένη ιδεολογία, και οι τοποθετήσεις τους είναι κοινές σε διάφορα θέματα (πολιτικά, θρησκευτικά, ηθικά και κοινωνικά). Στη δική μας μελέτη δεν επιβεβαιώθηκε κάτι τέτοιο. Δε βρέθηκε να παρουσιάζουν ακραίες αντιλήψεις σχετικά με την πολιτική, τη θρησκεία και άλλα κοινωνικά θέματα οι φοιτητές που απορρίπτουν την έκτρωση, ούτε βρέθηκε να σχετίζονται με οποιονδήποτε τρόπο με την αποδοχή ή απόρριψη της έκτρωσης, ούτε η θρησκευτικότητα, ούτε οι στάσεις σε άλλα κοινωνικά θέματα, αλλά ούτε και το κοινωνιολογικό προφίλ των ερωτηθέντων, παρά μόνο με τις τρεις διαστάσεις τις οποίες μελετήσαμε. Ομοίως, σε έρευνά της η Naziri (1991) συμπεραίνει ότι η έκτρωση δε βρέθηκε να σχετίζεται με άλλες τοποθετήσεις, ενώ η αντισυλληπτική συμπεριφορά σχετίζεται με το κοινωνιολογικό προφίλ. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι εκτρώσεις -δηλαδή το να προχωρήσει κανείς σε έκτρωση- σχετίζεται περισσότερο με τις δυσκολίες που μπορεί να έχει η γέννηση ενός παιδιού, παρά με τη γενικότερη στάση ή τις αντιλήψεις, όπως είναι η απελευθέρωση των γυναικών. Μπορεί να επηρεάζονται από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι, όμως, σχετίζονται και προκύπτουν από τις στάσεις απέναντι στην αναπαραγωγή, στις πρωταρχικές αξίες και στην αξία της ζωής, και γενικότερα από τις στάσεις και τις πεποιθήσεις που προκύπτουν από τον κάθε πολιτισμό.

#### **4.4. Χρησιμότητα των αποτελεσμάτων στην Κοινωνική Εργασία – Προτάσεις**

Στη σύγχρονη εποχή, το ζήτημα της αντισύλληψης και των εκτρώσεων, λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις στη χώρα μας. Κρίναμε λοιπόν απαραίτητη και χρήσιμη μία τέτοια μελέτη. Αυτό που επιδιώχθηκε μέσα από αυτή την έρευνα, ήταν η συλλογή στατιστικών στοιχείων που αφορούν στην έκτρωση και την αντισύλληψη και η εκτίμηση και ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στην έκτρωση. Και αυτό, διότι μέσω των αποτελεσμάτων αυτών, θα αυξηθεί η δραστηριοποίηση των αρμόδιων ομάδων και των κέντρων λήψεων αποφάσεων όσον αφορά στην πρόληψη και ενημέρωση των σεξουαλικά ενεργών ομάδων του πληθυσμού.

Τα ενδεικτικά στοιχεία που προέκυψαν σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά των νέων και τα συμπεράσματα που βγάλαμε, μπορούν να φανούν χρήσιμα σε παιδαγωγούς και εκπαιδευτικούς, ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, επαγγελματίες υγείας και άλλες διεπιστημονικές ομάδες που έχουν να κάνουν με τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και τα Κέντρα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας.

Πρέπει κάποτε στη χώρα μας η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η αντισύλληψη να μελετηθούν και να αντιμετωπιστούν σωστά, ως θέματα τεράστιας σημασίας, θέματα που επηρεάζουν καθημερινά όλο και περισσότερους ανθρώπους. Οι ερευνητές των κοινωνικών και υγειονομικών επιστημών πρέπει να μελετήσουν όλα τα παραπάνω θέματα και μαζί με τους σχεδιαστές προγραμμάτων να αξιοποιήσουν και να υλοποιήσουν τα απαιτούμενα προγράμματα. Η παρούσα έρευνα, τέλος, θα μπορούσε να προσφέρει πληροφορίες ώστε να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν δραστηριότητες, και να σχεδιαστούν υπηρεσίες που να ενημερώνουν και να προλαμβάνουν σε θέματα αντισύλληψης και εκτρώσεων. Πολλοί ενήλικες και ζευγάρια, έχουν ανάγκη από διαπαιδαγώγηση, ενημέρωση σχετικά με την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό και οι σχεδιασμοί υπηρεσιών και προγραμμάτων θα πρέπει να αφορούν και τις επαρχιακές πόλεις ή χωριά. Οι νέοι, τέλος, θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίζουν τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αγωγής υγείας, αλλά το ίδιο και οι ενήλικες, παντρεμένοι ή μη.



Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων, όμως, δεν εξαρτάται μόνο από τους ίδιους. Αν πρέπει να μειωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων στη χώρα μας, θα πρέπει να μειωθεί πρώτα απ' όλα ο αριθμός των ανεπιθύμητων κυήσεων, ξεκινώντας από την εφηβική και νεαρή ηλικία. Είναι λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθούν προγράμματα συμβουλευτικής και ενημέρωσης, πρώτα απ' όλα για τους γονείς, οι οποίοι θα πρέπει να αποτελούν τη βασική πηγή διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Θα πρέπει οι ίδιοι να είναι καλά ενημερωμένοι, για να μπορέσουν να αναπτύξουν και με τα παιδιά τους σωστή επικοινωνία και σχέση εμπιστοσύνης και να βοηθήσουν με τη σειρά τους στη διαπαιδαγώγησή τους.

Όπως συμπεραίνουμε από τα αποτελέσματα της έρευνας, οι τοποθετήσεις των νέων απέναντι στην έκτρωση (υπέρ/κατά), έχουν να κάνουν με τις στάσεις τους σε ηθικά ζητήματα που αφορούν στην έκτρωση, σε θέματα διαθεσιμότητας και αυτονομίας των γυναικών. Οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις ενός ατόμου ξεκινούν πρώτα από την οικογένεια και τις αξίες που του δίνει. Οι φορείς επιρροής και διαμόρφωσης του χαρακτήρα, των στάσεων και αντιλήψεων των νέων, αποτελούν σε μεγαλύτερο βαθμό η οικογένεια, το σχολείο, η θρησκεία, το κοινωνικό τους περιβάλλον και οι οικονομικοί και πολιτικοί θεσμοί (Τσαούτσης, 1999). Απαραίτητη λοιπόν είναι η σωστή ενημέρωση όλων αυτών των φορέων, σε συνδυασμό με την πληροφόρηση, ενημέρωση και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων στο σχολείο, από ειδικά καταρτισμένους παιδαγωγούς ή άλλους επιστήμονες. Σε αυτό το σημείο ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και των άλλων επαγγελματιών που σχετίζονται, είναι ο σχεδιασμός προγραμμάτων, με τους παραπάνω στόχους.

Ο Tountas και οι συνεργάτες του (2004), πέρα από τα παραπάνω, προτείνουν την πραγματοποίηση εκπαιδευτικής εκστρατείας από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και τη δημιουργία προγραμμάτων διαπαιδαγώγησης (βασισμένων στο επάγγελμά τους) για λιγότερο μορφωμένους ενήλικες.

#### **4.4. Γενικό συμπέρασμα**

Τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά μελετήθηκαν και αναλύθηκαν, επιβεβαιώνουν εν μέρει τις υποθέσεις εργασίας που είχαμε θέση ως αρχικό στόχο της έρευνάς μας. Συγκεκριμένα, η πρώτη υπόθεση, η οποία μελετούσε τη συσχέτιση των στάσεων των νέων απέναντι στην έκτρωση με τις τοποθετήσεις τους σχετικά με την

πολιτική, τη θρησκεία και τα κοινωνικά θέματα, δεν επιβεβαιώθηκε στην έρευνά μας, καθώς δε βρέθηκε να σχετίζονται με οποιονδήποτε τρόπο. Όσον αφορά τη δεύτερη υπόθεση σχετικά με τη συσχέτιση της απόρριψης της έκτρωσης με τη στάση ως προς την ηθική αποδοχή, επιβεβαιώθηκε βάσει του ερευνητικού μας μέρους. Συγκεκριμένα, οι νέοι που απορρίπτουν την έκτρωση (κατά) δείχνουν να συμφωνούν σε ηθικά θέματα, όπως ότι η έκτρωση αποτελεί δολοφονία και αμάρτημα απέναντι στο Θεό, είναι ενάντια στα πιστεύω τους, ότι η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης και ότι το έμβρυο είναι ζωντανό πλάσμα και θα πρέπει να έχει νομικά δικαιώματα. Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε η τρίτη υπόθεση, που αφορούσε στη διαθεσιμότητα της έκτρωσης. Οι νέοι που αποδέχονται την έκτρωση (υπέρ), φαίνεται να συμφωνούν σε θέματα διαθεσιμότητας, δηλαδή το ότι πρέπει να είναι νόμιμη, να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία, κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση, να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας, επίσης, όταν κινδυνεύει η υγεία της μητέρας ή όταν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων. Τέλος, επιβεβαιώθηκε και η τέταρτη υπόθεση, που αφορούσε στη συσχέτιση της αποδοχής της έκτρωσης από τους νέους με τη στάση τους ως προς την αυτονομία των γυναικών σχετικά με την έκτρωση. Οι νέοι δηλαδή που αποδέχονται την έκτρωση (υπέρ) συμφωνούν σε θέματα σχετικά με την αυτονομία των γυναικών, δηλαδή ότι θα πρέπει η έκτρωση να είναι αποκλειστικά μία απόφαση της γυναίκας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

**ΑΘΑΝΑΤΟΥ, Ε.**

(2000). *«Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική»*. Αθήνα.

**ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ, Κ.**

(2003). *«Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS 11.5»*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

**ΑΝΩΝΥΜΟΣ**

(2002). *«Άμβλωση»*. Απόστολος Βαρνάβας, 3, 6, 270-278.

**ΒΡΕΤΤΟΣ, Λ.**

(2003). *«Γάμος, γέννηση, θάνατος στην Αρχαία Ελλάδα»*. Αθήνα: Σαββάλας.

**ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Π.**

(1982). *«Στοιχεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας»*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος.

**ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ, Θ και συν.**

(2004). *«Θέσεις και απόψεις φοιτητών Ιατρικής Α.Π.Θ. για την εκούσια διακοπή της εγκυμοσύνης»*. Εφηβική Γυναικολογία Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση, 16, 1, 63-72.

**ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ, Γ.**

(1983). *«Οικογενειακός προγραμματισμός»*. Αθήνα: Πατάκη.

**ΚΑΚΚΑΛΗ, Π. – ΚΟΥΡΑΚΗ, Ν.**

(1995). *«Ποινικός Κώδικας»*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη – Χάρης Καρατζάς.

**ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ, Γ.**

(1960). *«Ελληνικός Ποινικός Κώδικας»*. Λάρισα.

**ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ, Κ.**

(1996). *«Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων»*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.

**ΚΟΤΣΙΑΝΟΥ, Σ.**

(1956). *«Η ιατρική ευθύνη»*. Θεσσαλονίκη.

**ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΗ, Α.**

(2003). *«Οι οικογενειακές έννομες σχέσεις των Ελλήνων και Ελληνίδων μουσουλμάνων»*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.

**ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗΣ, Ε.**

(1989). «Αντισύλληψη και εφηβεία». 1<sup>ο</sup> Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1989, 1, 114.

**ΚΡΕΑΤΣΑΣ, Γ.**

(2003). «Σεξουαλική αγωγή και σχέσεις των δύο φύλων». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

**ΚΡΕΑΤΣΑΣ, Γ. – ΔΕΛΗΓΕΩΡΟΓΛΟΥ, Ε. – ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ**

(2004). «Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αντισύλληψη, κηήσεις και εκτρώσεις στην εφηβεία», Πρακτικά 14<sup>ο</sup> Παγκόσμιου Συνεδρίου Παιδικής και Εφηβική; Γυναικολογίας.

**ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΣ, Ι.**

(2004). «Ιστορία της Ιατρικής – Τόμος Α'». Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.

**ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ, Β.**

(1990). «Το δίκαιο του εμβρύου και του νεογέννητου στην Αρχαία Ελλάδα: αντισύλληψη, έκτρωση, έκθεση νηπίων και ιατρικά κείμενα από την αρχαιότητα». Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών.

**ΜΑΤΑΛΛΙΩΤΑΚΗΣ, Ι.**

(2001). «Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής, διάγνωση και θεραπεία της υπογονιμότητας». Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.

**ΜΑΝΤΖΑΡΙΔΗΣ, Γ.**

(2004). «Χριστιανική ηθική II – Άνθρωπος και Θεός, Άνθρωπος». Θεσσαλονίκη: Π. Πουρνάρα.

**ΜΠΕΣΙΔΑ – ΜΑΚΡΙΔΗ, ΕΛ.**

(1992). «Η συνταγματική προβληματική της άμβλωσης». Αθήνα – Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα.

**ΜΩΥΣΕΙΔΟΥ, Μ.**

(1928). «Η έκτρωσις κατά την ελληνικόν αρχαιότητα: Μελέτη ιατροδικαστική, κλινική και φαρμακολογική». Αθήνα: Γεραρδών.

**ΝΙΚΟΛΑΪΔΗ, ΑΠ.**

(1994). «Θέματα χριστιανικής ηθικής». Αθήνα: Αθανασόπουλος – Παπαδάμης & Σία Ε.Ε.

**ΠΑΓΚΑΛΤΣΟΣ, Α.**

(2002). «Στοιχεία παθολογίας». Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μ. Δημόπουλου.

**ΠΑΝΤΑΖΑΚΑΣ, Π. – ΜΕΝΤΗΣ, Μ.**

(2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της υγείας. Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». Κοινωνική Εργασία, 17, 66, 97-112.

- ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Γ. – ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ – ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ, ΑΝ.**  
(1979). «*Αρχές και μέθοδοι οικογενειακού προγραμματισμού*». Αθήνα.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Ν. – ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Α.**  
(1994). «*Γυναικολογία*». Αθήνα: Μ.Γ. Παρισιάνου.
- ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Ι.**  
(Χ.Χ.). «*Εξελικτική ψυχολογία – τόμος Ι*». Αθήνα.
- ΠΙΝΤΕΡΗΣ, Γ.**  
(1991). «*Εσύ, τα δικαιώματά σου και οι άλλοι*». Αθήνα: Θυμάρι.
- ΠΙΝΤΕΡΗΣ, Γ.**  
(1992). «*Συντροφικότητα και αυτονομία στις σχέσεις του ζευγαριού*». Αθήνα: Θυμάρι.
- ΠΡΑΠΑΣ, Ν. – ΚΟΡΤΕΣΙΔΗΣ, Ε. – ΚΟΥΡΤΙΔΗΣ, Α. – ΠΡΑΠΑΣ, Ι. – ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Ν.**  
(1992). «*Η διακοπή εγκυμοσύνης στο νοσοκομείο*». Γαληνός, 34, 2, 161-164.
- ΡΕΚΛΟΥ, Δ.**  
(2005). «*Ποιμαντική θεώρηση στο θέμα των αμβλώσεων*». Ζωήρυτον.
- ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. – ΠΑΝΟΥ, Μ.**  
(2002). «*Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – 1<sup>ος</sup> τόμος*». Αθήνα: Βήτα.
- ΣΚΑΛΤΣΑ, Ε.**  
(Χ.Χ.). «*Τα φάρμακα στην αρχαία Ελλάδα*». Αθήνα.
- ΣΚΟΔΡΑ, ΕΛ.**  
(1993). «*Η Ψυχολογία της γυναίκας*». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ – ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ, Ε.**  
(1995). «*Εγκλήματα κατά της ζωής*». Θεσσαλονίκη: Σακκούλα.
- ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Δ.**  
(1999). «*Η κοινωνία του ανθρώπου*». Αθήνα: Gutenberg.
- ΤΣΟΥΔΕΡΟΥ, Β.**  
(1980). «*Οι αμβλώσεις, το χάπι και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός*». Αθήνα: Χελιδόνι.
- ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι.**  
(Χ.Χ.). «*Κοινωνικές επιπτώσεις πρόωγης έναρξης σεξουαλικών σχέσεων*». Παιδική – Εφηβική Γυναικολογία και Ενδοκρινολογία, 164-171.
- ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι.**  
(Χ.Χ.). «*Σεξουαλική δραστηριότητα, αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκτρωση στους εφήβους του Δήμου Αθηναίων*». Σεξουαλική Αγωγή και υγεία, 125-138.

**ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι.**

(1990). «Κοινωνιολογική προσέγγιση της Σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Η πληροφόρηση για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων του Δήμου Αθηναίων». Εφηβική Γυναικολογία, Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση, 1990, 1, 18-26.

**ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι. – ΓΟΥΣΓΟΥΝΗΣ, Ν.**

(1991). «Προγαμαϊά σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά». Το βήμα των κοινωνικών επιστημών, 6, 161-170.

**ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι. – ΣΩΚΡΑΤΑΚΗ, Φ.**

(1991). «Η προγαμαϊά αντισυλληπτική συμπεριφορά των Αθηναίων εφήβων». Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 25, 5-6, 251-257.

**ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι.**

(1992). «Αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκτρωση στους εφήβους του Δήμου Αθηναίων». Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, 125-127.

**ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ, Ι. – ΤΖΟΚΑΣ, Γ. – ΣΩΚΡΑΤΑΚΗ, Φ.**

(1994). «Αντισυλληπτική συμπεριφορά και στάσεις των νέων στην Αθήνα». Ιατρική, 65, 5, 482-488.

**ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**COHEN, D.**

(1999). «Νόμος, Σεξουαλικότητα και κοινωνία – Η επιβολή της ηθικής στην κλασική Αθήνα». Αθήνα: Ιστορητης/Κάτοπτρο.

**DINKMEYER, D. – MCKAY, G.**

(1988). «Γονείς και έφηβοι». Αθήνα: Θυμάρι.

**ECO, U.**

(1994). «Πως γίνεται μια διπλωματική εργασία». Αθήνα: νήσος.

**JAVEAU, C.**

(2000). «Η έρευνα με ερωτηματολόγιο». Αθήνα: τυποθήτω.

**HOWITT, D. – CRAMER, D.**

(2004). «Στατιστική με το SPSS 11 για Windows». Κλειδάριθμος.

**MARGUERITTE, I.**

(1989). «Η σεξουαλική ζωή των παιδιών σας». Αθήνα: Δωρικός.

**PEÏMON – PIBIE, M.**

(1989). «Η κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου». Αθήνα: Καστανιώτη.

**VAN TRICHT, C.**

(1985). «Άμβλωση – Το δικαίωμα της γυναίκας». Αθήνα: Καρανάση.

**VERDOUX, C. – COHEN, J. – KAHN-NATHAN, J. – TORDJMAN, G.**  
(1974). «*H σεξουαλική αγωγή*». Αθήνα: Ελληνική παιδεία.

**WOOD, C.**  
(1979). «*Αντισύλληψη*». Αθήνα: Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

**ÂHMAN, EL. – SHAH, IQ.**  
(2006). «*Contraceptive use, fertility, and unsafe abortion in developing countries*». The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 11, 2, 126-131.

**ARISI, E.**  
(2003). «*Changing attitudes towards abortion in Europe*». Parthenon Publishing, part of the Taylor & Francis Group.

**ARKES, H.**  
(2002). «*Natural rights and the right to choose*». United Kingdom: Cambridge University Press.

**BAHR, S. – MARCOS, AN.**  
(2003). «*Cross-cultural attitudes toward abortion*». Journal of family issues, 24, 402-424.

**BANKOLE, AK. – SINGH, S. – HAAS, T.**  
(1999). «*Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review*». International Family Planning Perspectives, 25, 2, 68-77.

**BIBBY, R.**  
(1983). «*The moral mosaic: Sexuality in the Canadian 80s*». Social indicators research, 13, 2, 171-184.

**BLANK, R. – GEORGE, C. – LONDON, R.**  
(1994). «*State abortion rates: The impact of policies, providers, politics, demographics, and economic environment*». Cambridge: National bureau of economic research.

**BRAMBILA, IB.**  
(1994). «*Attitudes towards abortion in University – students*». Revista Mexicana de Psicología, 11, 33-44.

**BUFFALO, M. – WANG, G-Z.**  
(2004). «*Social and cultural determinants of attitudes toward abortion*». The Social Science Journal, 41, 1, 93-105.

- CHANG, P.**  
 (2005). «*Abortion, Religious conflict and Political culture*». Journal for the Scientific study of Religion, 44, 2, 225-230.
- CHLIAOUTAKIS, J. – DRAKOU, I. – GNARDELLIS, C. – GALARIOTOU, S. – CARRA, H. – CHLIAOUTAKI, M.**  
 (2002). «*Greek Orthodox Ecclesiastical Lifestyle: Could It Become a Pattern of Health-Related Behavior?*». Preventive Medicine, 34, 428-435.
- CHLIAOUTAKIS, J. – KOUKOULI, S. – PAPADAKAKI, M.**  
 (2002). «*Using attitudinal indicator's to explain the public's intention to recourse to gamete donation and surrogacy*». Human Reproduction, 17, 11, 2995-3002.
- CREATSAS, G.**  
 (1992). «*On Teenage Pregnancy*». Journal of adolescent health, 1992, 13, 175-175.
- CREATSAS, G.**  
 (1995). «*Sequelae of premature sexual life*». Journal of the Royal Society of Medicine, 1995, 88, 369-371.
- CREATSAS, G. – ELSHEIKH, A.**  
 (2002). «*Adolescent pregnancy and its consequences*». The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 7, 3, 167-172.
- DEITCH, C.**  
 (1983). «*Ideology and opposition to abortion: Trends in public opinion*». Alternative lifestyles, 6, 1, 6-26.
- DENIOUS, J. – RUSSO, N.**  
 (2005). «*Birth: Science, Politics and Public Policy*». Journal of Social Issues, 61, 181-191.
- DUDZINSKI, D. – SULLIVAN, M.**  
 (2004). «*When agreeing with the patient is not enough: a schizophrenic woman requests pregnancy termination*». General Hospital Psychiatry, 26, 6, 475-480.
- DWORKIN, R.**  
 (1993). «*Life's dominion: an argument about abortion and euthanasia*». London: Harper Collins Publishers.
- EISENBERG, M. – NEUMARK – SZTAINER, D. – LUST, K.**  
 (2005). «*Weight-related issues and high-risk behaviours among collage students*». Journal of American College Health, 54, 2, 95-101.
- FARBER, D. – ROCHE, J.**  
 (2003). «*The conservative sixties*». \_\_\_\_\_: P. Lang.



**FEGAN, EIL.**

(1999). *Postmodern feminism and agency in abortion-decision-making*. Feminist legal studies, 7, 3, 241-273.

**FINER, L – FROHWIRTH, L. – DAUPHINEE, L. – SINGH, S. – MOORE, AN.**

(2005). «*Reasons U.S. Women Have Abortions: quantitative and qualitative perspectives*». Perspectives on sexual and reproductive health, 37, 3, 110-118.

**FRANCOME, C.**

(1984). «*Abortion freedom*». London: George Allen & Unwin.

**FRASER, V.**

(2001). «*Attitudes and actions*». Introducing Social Psychology, 235-249.

**GEORGES, E.**

(1996). «*Abortion and Policy Practice in Greece*». Social Science Medicine, 42, 4, 509-519.

**GRANBERG, D.**

(1981). «*The abortion activists*». Family Planning Perspectives, 13, 4, 157-163.

**GRANBERG, B.**

(1980). «*Abortion attitudes, 1965-1980: trends and determinants*». Family Planning Perspectives, 12, 5, 250-265.

**GARDNER, R.**

(1972). «*Abortion, the personal dilemma: a Christian gynaecologist examines the medical, social and spiritual issues*». Exeter: Paternoster Press.

**GARDNER, R.**

(1972). «*What about abortion?*». Exeter: Paternoster Press.

**GOHMANN, S. – OHSFELDT, R.**

(1994). «*The dependent tax exemption, abortion availability and US fertility rates*». Population research and Policy review, 13, 4, 367-381.

**GUILLAUME, AG. – DESGRÉES DU LOÛ, AN.**

(2002). «*Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, Abortion or both?*». International Family Planning Perspectives, 28, 3, 159-166.

**HEWSON, B.**

(2002). «*Reproductive autonomy and the ethics of abortion*». The Journal of medical ethics, 2, 10-4.

**HUDSON, R.**

(1987). «*Sexual knowledge, attitudes, and sources of information among adolescents*». Eugene: University of Oregon.

**HUMBER, J.**

(1973). «*Abortion: the avoidable moral dilemma*». The Journal of value inquiry, 9, 4, 282-302.

**IOANNIDI-KAPOLOU, E.**

(2004). «*Use of contraception and abortion in Greece: a review*». Reproductive and health matters, 12, 24, 174-183.

**JONES, D.**

(2005). «*Embryos and ensoulment*». Lancet, 365, 9471, 1620-1620.

**KALDA, R. – SARAPUU, H. – PIKK, A. – LEMBER, M.**

(1998). «*Sex education and contraceptive methods: knowledge and sources of information among the Estonian population*». Advances in Contraception, 1998, 14, 121-130.

**KAYEMBE, P. – FATUMA, A. – MAPATANO, M. – MAMBU, T.**

(2006). «*Prevalence and determinants of the use of modern contraceptive methods. Democratic Republic of Congo*». Contraception, 74, 5, 400-406.

**KOYRANY, J. – STERBA, J. – TONG, R.**

(1993). «*Feminist philosophies: problems, theories and applications*». New York: Harvester Wheatsheaf.

**LANGSBORFF, M.**

(2000). «*Kleiner Eingriff – grosses Trauma*». Stuttgart: Books on Demand GmbH.

**LEARMAN, L. – DREY, E. – GATES, E. – KANG, M. – WASHINGTON, A. – KUPPERMANN, M.**

(2005). «*Abortion attitudes of pregnant women in prenatal care*». The American journal of Obstetrics and Gynecology, 192, 6, 1939-1945.

**LEVINE, P.**

(2004). «*Sex and consequences: abortion, public policy and the economics of fertility*». Princeton University Press.

**LOKELAND, M.**

(2004). «*Abortion: the legal right has been won, but not the moral right*». Reproductive health matters, 12, 24, 167-173.

**MAXWELL, I.**

(1988). «*“Pro-abortion” versus “pro-choice”*». Canadian Medical Association Journal, 138, 889-890.

**MARTUCCI, J.**

(1998). «*Meta-analysis: Psychological predictors of psychological sequels of induced abortion – Dissertation Abstracts International*». The Sciences and Engineering, 59, 4.

- MAVROFOROU, A. – KOUMANTAKIS, E. – MICHALODIMITRAKIS, E.**  
 (2004). «*Adolescence and Abortion in Greece: Women's Profile and Perceptions*». *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17, 5, 321-326.
- MCFARLANE, D. – MEIER, K.**  
 (1996). «*The politics of fertility control*». London: Seven Bridges Press.
- MOORE, H.**  
 (1975). «*Abortion and the logic of moral justification*». *The Journal of value inquiry*, 9, 2, 140-151.
- NAZIRI, D.**  
 (1991). «*The triviality of abortion in Greece*». *Planned Parenthood in Europe*, 120, 2, 12-14.
- NICHOLSON, L.**  
 (1981). «*Abortion: what kind of moral issue?*». *The journal of value inquiry*, 15, 3, 235-241.
- NORUP, M.**  
 (1997). «*Attitudes towards abortion in the Danish population – A report from Denmark*». *Bioethics*, 11, 5, 439-449.
- OSLER, M. – RIPHAGEN, F.**  
 (1990). «*Contraception survey: Denmark 1988*». *Department of Obstetrics and Gynecology*, 42, 5, 507-521.
- PINTER, B. – AUBENY, E. – BARTFAI, G. – LOEBER, O. – OZALP, S. – WEBB, A.**  
 (2005). «*Accessibility and availability of abortion in six European countries*». *The European journal of contraception and reproductive health care*, 10, 1, 51-58.
- POLLACK PETCHESKY, R.**  
 (X.X.). «*Abortion and woman's choice*». Boston: Northeastern University Press.
- PORTER, E.**  
 (1999). «*Bodies, selves and moral responsibilities*». *Women's studies International Forum*, 22, 1, 89-96.
- POULAKOU-REBELAKOU, E. – LASCARATOS, J. – MARKETOS, SG.**  
 (1996). «*Abortion in Byzantine times (325-1453 AD)*». *Vesalius.*, 2, 1, 19-25.
- RHONHEIMER, M.**  
 (2000). «*Abtreibung und Lebensschutz*». Schoeningh Ferdinand GmbH.
- RÖMELT, J.**  
 (2005). «*Spätabbrüche der Schwangerschaft*». St. Benno: GmbH.

- ROSENBLATT, R. – ROBINSON, K. – LARSON, E. – DOBIE, S.**  
(1999). «*Medical students attitudes toward abortion and other reproductive health services*». *Family Medicine*, 31, 3, 195-199.
- ROTH, P.**  
(1983). «*Personhood, property rights and the permissibility of abortion*». *Law and Philosophy*, 2, 2, 163-191.
- SARIKAKI, A.**  
(2001). «*Greek family and institutional perspectives towards low fertility*». Paper for the 24<sup>th</sup> IUSSP General Conference, Salvador-Brazil, 1-27.
- SCHENKER, J. – RABENOU, V.**  
(1993). «*Contraception: traditional and religious attitudes*». *The European journal of Obstetrics and Gynecology*, 49, 1-2, 15-18.
- SCHMENDKE, A.**  
(2001). «*Internacional Forschungsergebnisse - Symposium*». Bern.
- SENUCHUK, D.**  
(1990). «*Listening to a different voice: A feminist critique of Gilligans*». *Studies in philosophy and education*, 10, 3, 233-249.
- SHERWIN, S.**  
(1990). «*The concept of a person in the context of abortion*». *Bioethics Quarterly*, 3, 1, 21-34.
- SMYTH, L.**  
(2002). «*Feminism and abortion politics: choice, rights and reproductive freedom*». *Women's Studies International Forum*, 25, 3, 335-345.
- STETS, J. – LEIK, R.**  
(1993). «*Attitudes about abortion and varying attitude structures*». *Social Science Research*, 22, 265-282.
- STEVANS, L – REGISTER, C. – SESSIONS, D.**  
(1992). «*The abortion decision: A qualitative choice approach*». *Social indicator's research*, 27, 4, 327-344.
- SWIGAR, M. – BRESLIN, R. – POUZZNER, M. – QUINLAN, D. – BLUE, M.**  
(1976). «*Interview follow-up of abortion applicant dropouts*». *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 11, 3, 135-143.
- TARNESBY, P.**  
(1969). «*Abortion explained*». London: Sphere.

**TOUNTAS, Y. – DIMITRAKAKI, C. – ANTONIOU, A. – BOULAMATSI, D. – CREATSAS, G.**

(2004). «Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey». European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 116, 2, 190-195.

**VOTH, AR.**

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

**WASSMER, T.**

(1968). «Contemporary attitudes of the Roman Catholic church toward abortion». Journal of religion and health, 7, 4, 311-323.

**WEINBERG, M. – LOTTES, IL. – SHAVER, F.**

(2000). «Sociocultural correlates of permissive sexual attitudes: A Test of Reiss's Hypotheses about Sweden and the United States – Statistical Data Induced». Journal of sex research.

**WEISBERG, E.**

(1991). «Contraceptive choices – turning back the clock». Advances in contraception, 7, 2,-3, 115-127.

**WILDER, E.**

(2000). «Socioeconomic and cultural determinants of abortion among Jewish women in Israel». European journal of population, 16, 2, 133-162.

**WILLKE, J.**

(1973). «Handbook on abortion». Ohio: Hiltz.

**WINSTON, M.**

(1986). «Abortions and parental responsibility». Journal of medical humanities and bioethics, 7, 1, 33-56.

**WLEZIEN, C. – MALCOLM, G.**

(1993). «The courts, interest groups and public opinion about abortion». Political behaviour, 15, 4, 381-405.

**WOODRUFF, R.**

(1975). «Pastoral considerations on abortion and sterilization». Pastoral Psychology, 24, 1, 40-51.

## ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ:

- **Εγκυκλοπαίδεια «ΚΟΣΜΟΣ».** Εκδόσεις Κοντέου – Νάστου.
- **Εγκυκλοπαίδεια «ΥΓΕΙΑ»** – Εκδόσεις Δομική.
- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ (2003).** «Χάπι σημαίνει ελευθερία: Οδηγός αντισύλληψης». Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- **Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»,** 15/3/2005, «Ιατρικά Θέματα», σελ. 17-19.
- **ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ, Γ.**  
(2008). «Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας». Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- **ΡΩΜΑΣ, Χ.**  
(1984). «Λεξικό ανεπτυγμένων εννοιών». Αθήνα: επικαιρότητα.
- **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ.**  
(2000). «Οδηγός του πολίτη». Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- **ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**  
[www.agrinio.net](http://www.agrinio.net)  
[www.bioethics.org](http://www.bioethics.org): ΜΑΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΝ. «Αμβλώσεις και οι ψυχολογικές τους συνέπειες σε εφήβους και νεαρές γυναίκες: Προτάσεις για αντιμετώπιση».  
[www.bus.utk.edu](http://www.bus.utk.edu)  
[www.care.gr/enc/diseases/gynecology/topic](http://www.care.gr/enc/diseases/gynecology/topic)  
[www.cwfa.org](http://www.cwfa.org)  
[www.dailygreece.com](http://www.dailygreece.com)  
[www.engenderhealth.org/](http://www.engenderhealth.org/)  
[www.fortunecity.com](http://www.fortunecity.com)  
<http://forums.pathfinder.gr>  
<http://health.in.gr>  
[www.help-net.gr](http://www.help-net.gr)  
[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr): Τζίμα – Τσιτσικά, Ελ. «Πρώιμες σεξουαλικές σχέσεις και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη».  
[www.iatronomiki.gr](http://www.iatronomiki.gr)  
[www.jesuslovesyou.gr/Society/Abortion2.htm](http://www.jesuslovesyou.gr/Society/Abortion2.htm)  
[www.jesusportal.org](http://www.jesusportal.org)  
[www.kethi.gr](http://www.kethi.gr)  
[www.mathisis.com](http://www.mathisis.com)  
[www.medlook.net](http://www.medlook.net)

[www.misterpoll.com](http://www.misterpoll.com)

[www.myserres.gr](http://www.myserres.gr)

[www.ohiolife.org/abortion/meth.asp](http://www.ohiolife.org/abortion/meth.asp)

[www.oodegr.gr](http://www.oodegr.gr)

[www.papaki.panteion.gr](http://www.papaki.panteion.gr)

[www.springerlink.com](http://www.springerlink.com): Σαλάκος, Ν. «Αντισύλληψη στην εφηβεία»

[www.svss-uspda.ch/de](http://www.svss-uspda.ch/de)

[www.unborn.gr](http://www.unborn.gr): Καλογεροπούλου – Μεταλληνού, Β. «Ορθοδοξία και αμβλώσεις».

[www.womanshealth.gr](http://www.womanshealth.gr)

[www.xfe.gr](http://www.xfe.gr)

• **ΤΡΑΠΕΖΑ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ: INTRACOM-NOMOS**

- 452/1993 ΠΛΗΜΜ ΦΛΩΡ ( 64295)
- 3481/1996 ΠΛΗΜΜ ΑΘ (183870)
- 4/1999 ΠΛΗΜΜ ΦΛΩΡΙΝ (285047)
- 74/2000 ΠΛΗΜΜ ΛΑΡ (294755)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### **Α. «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», άρθρο 304 ΠΚ.**

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' αυτήν μέσα για τη διακοπή της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών κι αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.
- 2β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.
3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.
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 σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
  - γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
  - δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

## B. Ερμηνείες

**Ωκυτοκίνη:** Είναι η ορμόνη που ευθύνεται για την έναρξη των συστολών της μήτρας.

**Προσταγλανδίνες:** Είναι οι φυσικές ουσίες που έχουν την ικανότητα να προκαλούν μυϊκές συσπάσεις και παράγονται από κύτταρα του σώματος όπως αυτά που επενδύουν το τοίχωμα της μήτρας

**Τοξιναιμία:** Όταν λέμε τοξιναιμία της κύησης εννοούμε την προεκλαμψία και την εκλαμψία. Πρόκειται για αγνώστου αιτιολογίας καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από αύξηση της πίεσης και απώλεια πρωτεϊνών στα ούρα, ενώ σε πλήρη εξέλιξη εμφανίζονται σπασμοί (εκλαμψία). Εμφανίζεται σε 5% των γυναικών μεταξύ 20ης εβδομάδας της κύησης και 7ης ημέρας μετά τον τοκετό. Είναι μια κατάσταση που απειλεί την ζωή μητέρας και εμβρύου και απαιτεί στενή παρακολούθηση και έγκαιρη παρέμβαση ([www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)).

**Δυσαναλογία:** μπορεί να προκύψει όταν το μέγεθος του εμβρύου είναι πολύ μεγάλο ή κανονικό αλλά οι διαστάσεις της πυέλου (λεκάνης) της εγκύου είναι μικρές. Επίσης, δυσαναλογία μπορεί να έχουμε και με κανονικές διαστάσεις, αλλά να υπάρχουν ανώμαλες προβολές και σχήματα ή ανώμαλες θέσεις της κεφαλής (δυσαναλογία θέσης) ([www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)).

**Υπερέμεση:** είναι μια ακραία εκδήλωση ενός κοινού συμπτώματος της κύησης που είναι η ναυτία στην πρώιμη εγκυμοσύνη (πρωινή αδιαθεσία). Συνήθως εμφανίζεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Γυναίκες με αυτή την κατάσταση είναι πάρα πολύ δύσκολο ακόμα και να πιούν υγρά πόσο μάλλον να φάνε στερεά τροφή. Για αυτό και πολλές φορές είναι απαραίτητη η ενυδάτωση τους με ενδοφλέβιο ορό ([www.mywedding.com.gr](http://www.mywedding.com.gr)).

**Ενδοτοξίνες:** Οι ενδοτοξίνες (και οι εξωτοξίνες) είναι είδη τοξινών, ουσιών δηλαδή που παράγονται από μικρόβια και βλάπτουν την υγεία. Οι ενδοτοξίνες βρίσκονται στο κυτταρικό τοίχωμα ορισμένων παθογόνων βακτηρίων και είναι υπεύθυνες για συμπτώματα όπως ο πυρετός, η πτώση της πίεσης του αίματος κ.ά. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

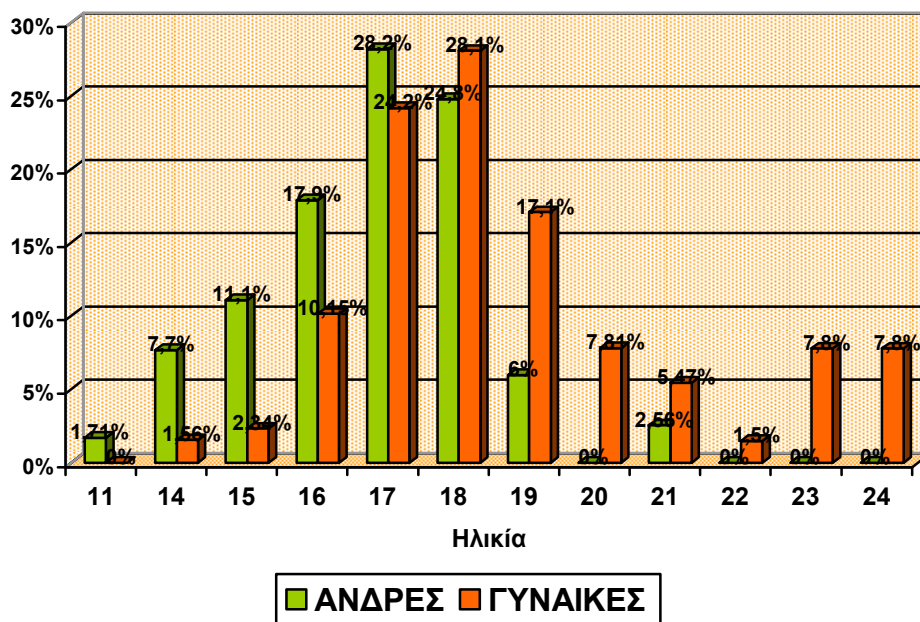
**Ευαισθητοποίηση Rhesus:** Εάν η μητέρα έχει ομάδα αίματος με R(-) και το έμβρυο κληρονόμησε R(+) από τον πατέρα, η μητέρα θα ευαισθητοποιηθεί κατά τον τοκετό και το ανοσοποιητικό της σύστημα θα στραφεί κατά των ερυθρών αιμοσφαιρίων του εμβρύου R(+) σε επόμενο τοκετό. Η ευαισθητοποίηση προλαμβάνεται με τη χορήγηση ειδικών αντισωμάτων αμέσως μετά τον πρώτο τοκετό αλλά δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε επόμενη εγκυμοσύνη.

Γ. Πίνακας 1. Ηλικία ερωτηθέντων

	n	%
18-20	124	41,4
21-23	145	48,3
24-26	26	8,7
άνω των 26	5	1,5

Πίνακας 2. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής

ΗΛΙΚΙΑ	11	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ΑΝΔΡΕΣ%	1,71	7,7	11,1	17,9	28,2	24,8	6	0	2,56	0	0	0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ%	0	1,56	2,34	10,15	24,2	28,1	17,1	7,81	5,47	1,5	0,78	0,78



**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ  
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΚΙΛΕΣ  
ΔΟΜΕΣ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ**

<b>Α.Α.Σ.</b>	
<b>Α.Α.Ε.</b>	

**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ  
- ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2006 -**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### V. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

v1. Φύλο 

1. ΑΝΔΡΑΣ
2. ΓΥΝΑΙΚΑ

v2. Ηλικία 

.....
-------

v3. Ίδρυμα Σπουδών 

1. Α.Ε.Ι.
2. Τ.Ε.Ι.

v4. Τμήμα Σπουδών 

.....
-------

v5. Εξάμηνο σπουδών 

.....
-------

v6. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

1. Απόφοιτος Δημοτικού
2. Απόφοιτος Γυμνασίου
3. Απόφοιτος Λυκείου
4. Απόφοιτος Τεχνικ/Επαγγελ.Σχολής (ΙΕΚ, ΟΑΕΔ, ιδιωτ.σχολές, κλπ.)
5. Απόφοιτος Εκκλησιαστικής Σχολής
6. Απόφοιτος Τ.Ε.Ι. ή Πανεπιστημίου
7. Άλλο (τι;) .....
8. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

v7. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

1. Απόφοιτος Δημοτικού
2. Απόφοιτος Γυμνασίου
3. Απόφοιτος Λυκείου
4. Απόφοιτος Τεχνικ/Επαγγελ.Σχολής (ΙΕΚ, ΟΑΕΔ, ιδιωτ.σχολές, κλπ.)
5. Απόφοιτος Εκκλησιαστικής Σχολής
6. Απόφοιτος Τ.Ε.Ι. ή Πανεπιστημίου
7. Άλλο (τι;) .....
8. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

ν8. Μηνιαίο εισόδημα πατέρα

0. χωρίς εισόδημα
1. έως 1000 €
2. 1001 - 1500 €
3. 1501 - 2000 €
4. 2001 € και άνω
5. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

ν9. Μηνιαίο εισόδημα μητέρας

0. χωρίς εισόδημα
1. έως 1000 €
2. 1001 - 1500 €
3. 1501 - 2000 €
4. 2001 € και άνω
5. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

ν10. Πόσα αδέρφια έχετε;

### 5. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

s1. Την περίοδο αυτή (το τελευταίο εξάμηνο) έχετε σεξουαλικές σχέσεις με διείσδυση με το άλλο φύλο; (αν s1=0, πηγαίνετε στην ερώτηση s9)

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

Τι είδους σεξουαλικές σχέσεις έχετε αυτή τη στιγμή; (μπορεί να ισχύουν και τα δύο)

	0. Όχι	1. Ναι
s2. Μόνιμες		
s3. Περιστασιακές		

s4. Σε ποιά ηλικία είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή (με διείσδυση);

Ποια αντισυλληπτικά μέτρα χρησιμοποιείτε στη σχέση (ή στις σχέσεις) σας αυτή την περίοδο (το τελευταίο εξάμηνο);

S5. Στις μόνιμες σεξουαλικές σχέσεις	.....
S6. Στις περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις	.....

σ7. Στη διάρκεια της σεξουαλικής σας ζωής, είχατε κάποια εμπειρία εγκυμοσύνης;

0. ΟΧΙ  1. ΝΑΙ  (Αν όχι, προχωρήστε στην σ9)

σ8. Ποια ήταν η έκβαση αυτής της εγκυμοσύνης;

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

σ9. Σε γενικές γραμμές θεωρείτε πως είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων;

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

**A. Στη συνέχεια υπάρχει μία σειρά θεμάτων και θα θέλαμε να μας πείτε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε.**

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α1. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α2. Οι νόμοι μπορούν να ορίζουν τι θα κάνει μία γυναίκα με το σώμα της.	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α3. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α4. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α5. Κάθε γυναίκα να μπορεί να κάνει έκτρωση	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α6. Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη όταν η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α7. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α8. Η έκτρωση πρέπει να είναι διαθέσιμη εάν αποτύχει ο έλεγχος γεννήσεων (η αντισύλληψη)	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α9. Τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να καλύπτουν τα έξοδα των εκτρώσεων	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α10. Η πολιτεία θα πρέπει να απαλλάσσει φορολογικά από τα έξοδα των εκτρώσεων	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
α11. Η έκτρωση είναι δολοφονία	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α12. Η έκτρωση είναι ενάντια στα πιστεύω μου	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α13. Η ζωή δημιουργείται από τη στιγμή της σύλληψης	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α14. Η έκτρωση αποτελεί αμάρτημα απέναντι στο Θεό	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α15. Το έμβρυο είναι ένα ζωντανό πλάσμα	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α16. Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α17. Η έκτρωση μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αποτελεί δολοφονία	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α18. Η έκτρωση θα πρέπει να είναι αποκλειστικά μία απόφαση της γυναίκας.	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α19. Ο πατέρας θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αποτρέψει τη μητέρα από μία έκτρωση	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
α20. Η γυναίκα θα πρέπει να ενημερώνει το σύζυγο/σύντροφο πριν προχωρήσει σε μια έκτρωση	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>

**Β. Παρακαλούμε σημειώστε πού τοποθετείτε τον εαυτό σας.**

1=Πολύ συντηρητικές, 2=Συντηρητικές, 3=Κεντρώες, 4=Φιλελεύθερες, 5=Πολύ φιλελεύθερες

	<u>ΠΣ</u>	Σ	Κ	Φ	<u>ΠΦ</u>
b1. Πως θα χαρακτηρίζατε τις πολιτικές σας πεποιθήσεις	<u>1</u>	2	3	4	<u>5</u>

Καθόλου Λίγο Πολύ

b2. Πόσο σημαντική είναι η πολιτική για σας	<u>0</u>	1	<u>2</u>
---	----------	---	----------

**Γ. Στη συνέχεια θα θέλαμε να απαντήσετε αυτό που ισχύει στις παρακάτω ερωτήσεις.**

1=Συμφωνώ απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Διαφωνώ, 4=Διαφωνώ απόλυτα

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
c1. Συμφωνείτε ότι τα ηθικά «στάνταρντς» δεν μπορούν να είναι απόλυτα	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>



1=Πολύ συχνά, 2= Συχνά, 3= Ελάχιστα, 4=Ποτέ

	Πολύ συχνά	Συχνά	Ελάχιστα	Ποτέ
c2. Πόσο συχνά εκκλησιάζεστε;	1	2	3	4
c3. Πόσο συχνά προσεύχεστε;	1	2	3	4
c4. Πόσο συχνά νηστεύετε;	1	2	3	4
c5. Πόσο συχνά εξομολογείστε;	1	2	3	4
c6. Πόσο συχνά λαμβάνετε Θεία Κοινωνία;	1	2	3	4

**D. Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με:**

1= Απολύτως υπέρ, 2= Υπέρ, 3= Κατά, 4=Απολύτως κατά

	Απολύτως υπέρ	Υπέρ	Κατά	Απολύτως κατά
d1. την ευθανασία, σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας, μετά από επιθυμία του ασθενή	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
d2. την πρωινή προσευχή στα σχολεία	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>
d3. τον έλεγχο γεννήσεων (την αντισύλληψη)	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>