

Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ  
ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**  
ΑΥΓΙΚΟΥ ΑΓΑΠΗ-ΔΙΩΝΗ  
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΝΑ

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2007**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια, η διακοπή κύησης αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ηθικά διλήμματα.

Είναι δύσκολο να ταχθεί κανείς υπέρ ή κατά απέναντι στην ενέργεια της έκτρωσης.

Κάποιοι σίγουρα θα αντιταχθούν κατηγορηματικά, κάποιοι θα ταχθούν υπέρ και κάποιοι άλλοι θα παραμείνουν προβληματισμένοι προσπαθώντας να λάβουν τη δικαιότερη θέση.

Το ζήτημα της τεχνητής διακοπής κύησης, αποτελεί ένα ζήτημα με πολλές παραμέτρους διερεύνησης.

Στη παρούσα εργασία, έγινε ανάλυση του θέματος της διακοπής κύησης, όσο το δυνατό καλύτερα, ώστε να ενημερωθούμε για το θέμα της εγκυμοσύνης, της διακοπής κύησης, τα αίτια, τις επιπλοκές και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την τεχνητή διακοπή κύησης. Έγινε αναφορά στα νομικά πλαίσια που ισχύουν στη χώρα μας όσο αφορά την έκτρωση και καταγράφονται κάποιες απόψεις πάνω στο θέμα. Επίσης έγινε ανάλυση στο θέμα αντισύλληψης και στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε έρευνα ώστε να μελετήσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των σπουδαστριών Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας και Ηρακλείου Κρήτης, απέναντι στη διακοπή κύησης.

Στο σημείο αυτό, να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές που μας μετέδωσαν γνώσεις νοσηλευτικής επιστήμης, τα τέσσερα έτη σπουδών στο τεχνολογικό ίδρυμα και ιδιαίτερα το κ. Μερκούρη Αναστάσιο εισηγητή αυτής της πτυχιακής εργασίας, για την πολύτιμη βοήθειά του.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 1

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Γεννητικό σύστημα γυναίκας.....σελ.2

1.2 Γεννητικό σύστημα άνδρα.....σελ.3

1.3 Γονιμοποίηση.....σελ.4

1.4 Κύηση.....σελ.5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

2.1 Γενικά.....σελ.8

2.2 Ιστορική αναδρομή.....σελ.8

2.3 Μέτρα αντισύλληψης.....σελ.9

2.3.1 Διακοπτόμενη συνουσία.....σελ.9

2.3.2 Μέθοδος ρυθμού.....σελ.9

2.3.3 Κολπικές πλύσεις.....σελ.10

2.3.4 Ανδρικό προφυλακτικό.....σελ.10

2.3.5 Γυναικείο προφυλακτικό.....σελ.10

2.3.6 Χημικά σπερματοκτόνα.....σελ.11

2.3.7 Κολπικό διάφραγμα.....σελ.11

2.3.8 Τραχηλικό διάφραγμα.....σελ.11

2.3.9 Αντισυλληπτικά δισκία.....σελ.11

2.3.10 Ανδρικό αντισυλληπτικό χάπι.....σελ.13

2.3.11 Στείρωση.....σελ.13

2.3.12 Θηλασμός.....σελ.14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

3.1 Γενικά.....σελ.15

3.2 Αυτόματη διακοπή κύησης.....σελ.15

3.3 Αίτια.....σελ.16

3.3.1 Χρωμοσωμιακές ή γονιδιακές ανωμαλίες του εμβρύου.....	σελ.16
3.3.2 Συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις της μήτρας και του τραχήλου.....	σελ.16
3.3.3 Μολύνσεις του γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος.....	σελ.16
3.3.4 Ενδοκρινολογικοί παράγοντες.....	σελ.16
3.3.5 Ανοσολογικοί παράγοντες.....	σελ.16
3.3.6 Γυναικολογικές επεμβάσεις.....	σελ.16
3.3.7 Τραυματισμοί από ατυχήματα.....	σελ.16
3.3.8 Άγνωστα αίτια.....	σελ.16
3.3.9 Η εξωμήτρια κύηση.....	σελ.17
3.4 Τεχνητή διακοπή κύησης.....	σελ.17
3.5 Ιστορική αναδρομή.....	σελ.18
3.6 Αίτια.....	σελ.19
3.7 Μέθοδοι έκτρωσης.....	σελ.19
3.7.1 Μέθοδοι έκτρωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα.....	σελ.19
3.7.1.1 Λεβο- νοργεστρέλη.....	σελ.20
3.7.1.2 Ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ.....	σελ.20
3.7.2 Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κύησης.....	σελ.20
3.7.2.1 Απόξεση με αναρρόφηση [D&C].....	σελ.20
3.7.2.2 Mifepristone.....	σελ.21
3.7.2.3 Methotrexate.....	σελ.21
3.7.3 Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.....	σελ.21
3.7.3.1 Εμβρυοτομή [D&E].....	σελ.21
3.7.3.2 Prostaglandin.....	σελ.21
3.7.3.3 Ένεση με Digoxin.....	σελ.21
3.7.3.4 Έκτρωση με άλας.....	σελ.21
3.7.3.5 Υστεροτομή.....	σελ.22
3.7.3.6 D&X.....	σελ.22
3.8 Επιπλοκές έκτρωσης.....	σελ.22
3.8.1 Θάνατος.....	σελ.22
3.8.2 Καρκίνος μαστού.....	σελ.22
3.8.3 Καρκίνος της μήτρας, των ωοθηκών και του ήπατος.....	σελ.23
3.8.4 Διάτρηση της μήτρας.....	σελ.23
3.8.5 Ρήξη του τραχήλου.....	σελ.23
3.8.6 Προδρομικός πλακούς.....	σελ.23

3.8.7 Πυελική φλεγμονή.....	σελ.24
3.8.8 Ενδομητρίτις.....	σελ.24
3.8.9 Μολύνσεις.....	σελ.24
3.8.10 Αύξηση πιθανοτήτων αυτόματων αποβολών.....	σελ.24
3.8.11 Φλεγμονή.....	σελ.24
3.8.12 Αντίδραση.....	σελ.25
3.8.13 Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα.....	σελ.25
3.9 Αυξημένοι κίνδυνοι για γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μια εκτρώσεις.....	σελ.25
3.10 Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες.....	σελ.25

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΜΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ**

4.1 Ελλάδα.....	σελ.26
4.2 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α).....	σελ.28
4.3 Ηνωμένο Βασίλειο.....	σελ.28
4.4 Σουηδία.....	σελ.28

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΨΕΙΣ**

5.1 Δημογραφική Άποψη.....	σελ.30
5.2 Εκκλησιαστική- Θεολογική Άποψη.....	σελ.30
5.3 Άλλες Θρησκείες και Δόγματα.....	σελ.31
5.4 Ιατρική άποψη.....	σελ.32

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

6.1 Γενικά.....	σελ.33
6.2 Ελλάδα.....	σελ.33
6.3 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α).....	σελ.34
6.4 Ηνωμένο Βασίλειο.....	σελ.34
6.5 Σουηδία.....	σελ.35

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.36
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	σελ.36
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ.37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ.38
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ.50
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	σελ.52
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.53
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	σελ.55

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται κατακόρυφη αύξηση των αμβλώσεων. Δυστυχώς, η σεξουαλική απελευθέρωση και η έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα πρόληψης και αντισύλληψης συμβάλλει στην αύξηση του αριθμού αμβλώσεων. Το ζήτημα της τεχνητής διακοπής κύησης, αποτελεί ένα ζήτημα με πολλές παραμέτρους διερεύνησης. Οι περιπτώσεις και οι λόγοι που μια γυναίκα αποφασίζει να πραγματοποιήσει έκτρωση είναι πολλοί. Η αντιμετώπιση της γυναίκας αυτής από το κοινωνικό σύνολο, οι συνέπειες που θα έχει η επέμβαση αυτή καθώς και οι θέσεις της εκκλησίας και του κρατικού φορέα αποτελούν μερικές από τις παραμέτρους διερεύνησης του θέματος των αμβλώσεων. Είναι δύσκολο να ταχθεί κανείς υπέρ ή κατά απέναντι στη διακοπή κύησης. Οι επικρατέστερες σκέψεις γύρω από το θέμα είναι δύο και μάλιστα αντικρουόμενες. Αφ' ενός υπάρχει η ομάδα ανθρώπων που καταδικάζει την έκτρωση. Αφ' εταίρου η ομάδα ανθρώπων που θεωρεί ότι η γυναίκα που κυοφορεί έχει κάθε δικαίωμα να προβεί σε άμβλωση.

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια εξέτασης του ζητήματος της διακοπής κύησης. Στο γενικό μέρος, γίνεται αναφορά στο γεννητικό σύστημα και στο θέμα της σύλληψης και εγκυμοσύνης. Αναφέρεται το θέμα της αντισύλληψης και τις μεθόδους που υπάρχουν και χρησιμοποιούνται. Στη συνέχεια αναλύεται η διακοπή κύησης (αυτόματη- τεχνητή), τα αίτια, πιθανές επιπλοκές και οι μέθοδοι τεχνητής διακοπής κύησης. Επίσης αναφέρονται τα νομικά πλαίσια και έρευνες που ισχύουν στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, τέλος καταγράφονται κάποιες απόψεις που έχουν δημοσιευθεί πάνω στο θέμα.

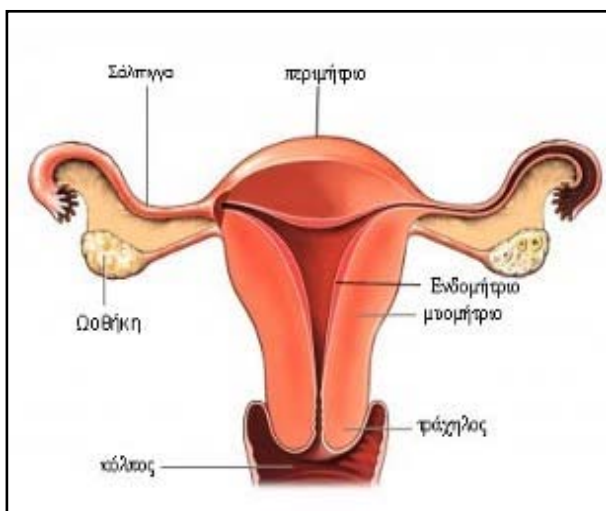
Το ειδικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει έρευνα, το πληθυσμό της οποίας αποτελούν σπουδάστριες 6<sup>ου</sup>, 7<sup>ου</sup>, 8<sup>ου</sup> εξαμήνου και επί πτυχίου Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας και Ηρακλείου Κρήτης.

Σκοπός της πτυχιακής είναι να διερευνηθεί η γνώση και η στάση των σπουδαστριών Νοσηλευτικής απέναντι στη διακοπή της κύησης, καθώς και στους παράγοντες που πιθανόν να τις επηρεάζουν.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Γεννητικό σύστημα γυναίκας



Εικόνα 1.1a (gynmed.gr)

σμηγματογόνους αδένες. Το σημείο που ενώνονται τα οστά της λεκάνης λέγεται ηβική σύμφυση.

Κλειτορίδα, που αποτελείται από σθητικό ιστό. Το κυρίως σώμα της κλειτορίδας είναι καλυμμένο και συνδέεται με τα εσωτερικά μικρά χείλη.

Μεγάλα χείλη, τα οποία καλύπτουν τα μικρά χείλη.

Μικρά χείλη, όπου πλαισιώνουν την είσοδο του κόλπου και αποτελούνται από σθητικό ιστό, με άφθονες νευρικές απολήξεις.

Παραουρηθηρικοί αδένες, βρίσκονται στην περιοχή γύρω από την ουρήθρα. Το στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται μεταξύ κλειτορίδας και κόλπου.

Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι:

Ο κόλπος, είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας, εσωτερικά καλύπτεται από επιθήλιο οιστρογονοεξαρτώμενο. Το περιβάλλον του κόλπου είναι όξινο και χρησιμεύει για να προστατεύει τη γονιμότητα των σπερματοζωαρίων και να προφυλάσσει το κόλπο από μόλυνση. Ο κόλπος αρχίζει από το εσωτερικό του αιδοίου, ως γύρω από το τράχηλο της μήτρας.

Η μήτρα, βρίσκεται στο βάθος του κόλπου. Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, σχήματος αχλαδιού με παχιά τοιχώματα και διαιρείται στο τράχηλο κάτω και σε σώμα πάνω από

Τα γυναικεία γεννητικά όργανα διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά. Στα εξωτερικά γεννητικά όργανα ανήκουν:

Το αιδοίο, λέγεται το σύνολο των εξωτερικών γεννητικών οργάνων.

Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, ονομάζεται η σαρκώδης στρογγυλεμένη επιφάνεια που βρίσκεται μπροστά από την ηβική σύμφυση. Το δέρμα του

εφηβαίου έχει ιδρωτοποιούς και

αυτόν. Στο σώμα της μήτρας διακρίνεται το κυρίως σώμα και ο πυθμένας, ο οποίος καταλήγει στα κέρατα δεξιά και αριστερά. Στο ύψος των δύο κεράτων εισέρχονται στο σώμα της μήτρας οι δύο σάλπιγγες. Η μήτρα δρα ως επωαστήριο για το γονιμοποιημένο ωάριο και του επιτρέπει να εξελιχθεί.

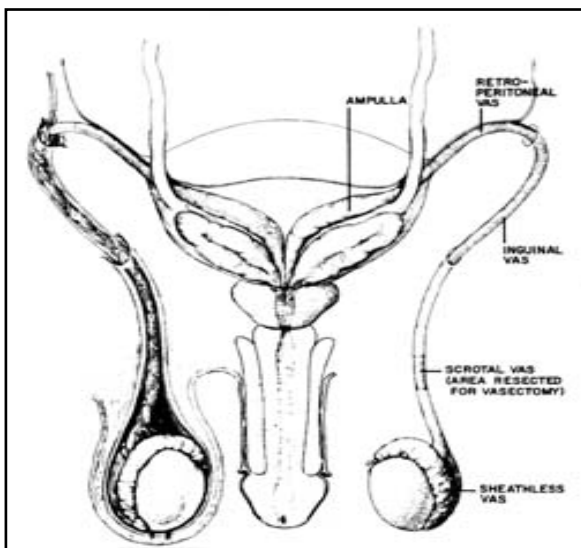
Ο τράχηλος, έχει κυλινδρικό σχήμα, μήκος 2-4εκ. Ο τράχηλος διακρίνεται σε εξωτράχηλο και ενδοτράχηλο.

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί, είναι δύο λεπτοί μυϊκοί σωλήνες, όπου εκτείνονται από τη μήτρα, ως τις ωοθήκες. Έχουν μήκος περίπου 11εκ. Κάθε σάλπιγγα έχει δύο στόμια, ένα μητρικό κι ένα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που ονομάζεται κωδωνικό ή κοιλιακό στόμιο.

Διαιρείται σε τέσσερα τμήματα, το ενδομήτριο, τον ισθμό, την λήκυθο και τον κώδωνα.

Οι ωοθήκες, έχουν σχήμα αμυγδαλού, μήκους 3-4εκ. και πάχους 1-3εκ. ανάλογα με τη λειτουργική τους κατάσταση. Βρίσκονται πλάγια της μήτρας και συγκρατούνται σταθερά στη θέση τους με συνδετικό ιστό. Παράγουν γεννητικά κύτταρα, τα ωάρια, μία φορά το μήνα και ορμόνες, τα οιστρογόνα και προγεστερόνη.

## 1.2 Γεννητικό σύστημα άνδρα



Εικόνα 1.2<sup>α</sup>(iatrikionline.gr)

Τα ανδρικά γεννητικά όργανα, δείχνουν ότι είναι πολύ διαφορετικά από τα γυναικεία γεννητικά όργανα. Στη πραγματικότητα όμως, προέρχονται και μεγαλώνουν από τον ίδιο εμβρυϊκό ιστό και κάνουν λειτουργίες παρόμοιες.

Οι όρχεις, έχουν σχήμα ωοειδές και περικλείουν πολυάριθμους σωληνίσκους, τους σπερματοφόρους. Οι όρχεις παράγουν τα αρσενικά γεννητικά κύτταρα,

(σπερματοζωάρια) και εκκρίνουν αρσενικές

ορμόνες, που τις ονομάζουμε ανδρογόνες, όπως είναι η τεστοστερόνη. Οι όρχεις αρχίζουν να παράγουν σπερματοζωάρια μετά την έναρξη της εφηβείας και η παραγωγή τους συνεχίζεται χωρίς διακοπή, ως τα γηρατειά.

Το σπερματοζωάριο, είναι το μικρότερο από τα ανθρώπινα κύτταρα. Αποτελείται από το κεφάλι, όπου περιέχει το πυρήνα και από μία πολύ μακριά ουρά που το βοηθά να μετακινείται. Τα σπερματοζωάρια συγκεντρώνονται σε ένα μεγάλο αγωγό, με μήκος

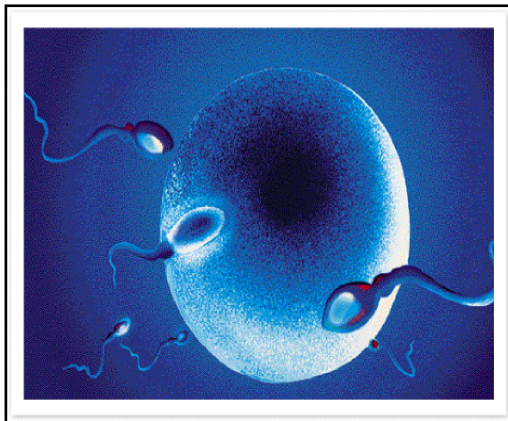
περισσότερο από 5μέτρα κι ονομάζεται επιδυμίδα. Από εκεί φτάνουν στον εκφορητικό πόρο και στη συνέχεια συσσωρεύονται στη σπερματοδόχο κύστη, όπου δέχονται τις εκκρίσεις των διαφόρων αδένων, κυριότερος των οποίων είναι ο προστάτης. Σε περίπτωση που τα σπερματοζώαρια δεν αποβληθούν, μετά από τριάντα οχτώ ώρες περίπου πεθαίνουν και καταστρέφονται μέσα στους εκφορητικούς πόρους.

Σπερματικοί πόροι, είναι σωληνίσκοι λεπτότατοι και τυλιγμένοι μεταξύ τους. Ρόλος τους είναι να οδηγούν το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος.

Το πέος, είναι το όργανο από το οποίο απελευθερώνεται το σπέρμα.

(Π. Γεωργακόπουλος 1993, Ν. Παπανικολάου 1994)

### 1.3 Γονιμοποίηση



εικόνα 1.3α (kosmogonia.gr)

ενδομήτριους αδένες, με σκοπό να δημιουργήσουν κατάλληλο περιβάλλον για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Μετά την ωορρηξία, το ωάριο παραλαμβάνεται από την κροσσωτή απόληξη της σάλπιγγας και με περισταλτικές κινήσεις προχωρεί προς τη μήτρα. Η διαδρομή διαρκεί περίπου έξι ημέρες.

Η γονιμοποίηση, η ένωση δηλαδή του ωαρίου με το σπερματοζώαριο γίνεται στην αρχή της διαδρομής. Τα σπερματοζώαρια φτάνουν στο σημείο αυτό, αφού περάσουν δια μέσου του κόλπου, του τραχηλικού στομίου της μήτρας και από εκεί προχωρούν δια μέσου της μητρικής κοιλότητας και περνούν από το μητρικό στόμιο της σάλπιγγας.

Μόλις εμφανιστεί το ωάριο, ένα πλήθος από σπερματοζώαρια το περικυκλώνουν και προσπαθούν να το κατακτήσουν μπαίνοντας στο εσωτερικό του. Μερικά καταφέρνουν να περάσουν το εξωτερικό περίβλημα (διάφανη ζώνη) ένα όμως μόνο θα καταφέρει να

Στην εφηβική ηλικία αρχίζει ο κύκλος της αναπαραγωγής που ρυθμίζεται από ορμόνες. Με την επίδραση ορμονών κάθε μήνα ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο, για να απελευθερώσει το ωάριο. Αυτό λέγεται ωορρηξία ή ωοθηλακιορρηξία. Μετά την ωορρηξία, το ωοθυλάκιο ονομάζεται ωχροσωμάτιο και εκκρίνει την ορμόνη που λέγεται προγεστερόνη. Η ορμόνη αυτή ρυθμίζει την έκκριση θρεπτικών ουσιών από τους

περάσει το κυτταρόπλασμα, στο εσωτερικό δηλαδή του ωαρίου. Το σπερματοζώαριο, χάνει τη μακριά κινητή ουρά του. Το κεφάλι του περιέχει τον πυρήνα, σιγά σιγά μεγαλώνει και γίνεται σε όγκο τόσο όσο και ο πυρήνας του ωαρίου.

Σιγά σιγά οι δύο πυρήνες συγχωνεύονται και γίνονται ένας. Οι δύο πυρήνες συγχωνευμένοι πια σε ένα, θα προχωρήσουν κατά μήκος της σάλπιγγας προς το εσωτερικό της μήτρας. (Γ.Κρεατσάς 1999,Π.Τομακίδης 1999)

## 1.4 Κύηση



Η κυριότερη βιολογική λειτουργία της γυναίκας είναι ο προορισμός της να γεννήσει παιδιά. Η εγκυμοσύνη αποτελεί για αυτή μια σημαντική αλλαγή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής κατάστασής της.

Εγκυμοσύνη, είναι μια διαδικασία κατά την οποία μια γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται κι εξελίσσεται μέσα

της και διαρκεί μέχρι τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι

εικόνα 1.4<sup>α</sup> (mistakidis.com)

‘έγκυος’ και για το μωρό πριν την γέννησή του ‘έμβρυο’.

Το σώμα δεν είναι σε θέση να γνωρίζει την εγκυμοσύνη παρά μόνο όταν το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται στα τοιχώματα της μήτρας, περίπου 7 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Από τη στιγμή εκείνη και μετά το ωάριο στέλνει την εντολή στο σώμα να συνεχίσει να παράγει προγεστερόνη. Τότε αρχίζει να παράγεται και η hCG ( Χοριακή γοναδοτροπίνη), δηλαδή η ορμόνη της εγκυμοσύνης. Σε μία φυσιολογική κύηση τα επίπεδα της ορμόνης hCG διπλασιάζονται κάθε δεύτερη ημέρα, μέχρι περίπου την 9η εβδομάδα κύησης. Από την στιγμή που μια γυναίκα μείνει έγκυος, στο σώμα της αρχίζουν να γίνονται διάφορες αλλαγές, ώστε αυτό να είναι έτοιμο να αντεπεξέλθει σε αυτό που συντελείται μέσα της. Το σώμα της, πρέπει να προετοιμαστεί να αντέξει με τα οστά και τους μύες το αυξανόμενο βάρος καθώς και να είναι σε θέση να παρέχει στο έμβρυο όλες τις θρεπτικές ουσίες και το οξυγόνο που θα του είναι αναγκαίο για την ανάπτυξή του. Πολλές γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους ομορφαίνουν και γλυκαίνουν, ενώ κάποια χαρακτηριστικά του σώματός τους γίνονται καλύτερα και κάποια ελαττώματα περιορίζονται. Από τις πρώτες ακόμη εβδομάδες, το στήθος αποκτά όγκο και πρήζεται. Τα οστά της λεκάνης και τα πλευρά ανοίγουν ελαφρώς σιγά-σιγά καθώς το παιδί μεγαλώνει.

Η κοιλότητα του θώρακα εκτείνεται λίγο, λόγω της ώθησης της μήτρας στα χαμηλά. Η κοιλιά, αρχίζει να φαίνεται από τον 4ο-5ο μήνα, ενώ το αν θα φαίνεται περισσότερο ή λιγότερο εξαρτάται από το σώμα της μητέρας. Οι παραπάνω εμφανείς αλλαγές, δεν είναι βέβαια οι μόνες. Τροποποιούνται και άλλα πράγματα, όπως η αναπνοή, το κυκλοφορικό, ο μεταβολισμός, η λειτουργία του ήπατος και του εντέρου, η εσωτερική όψη όλων των οργάνων έως και η δομή των οστών. Και όλοι οι παράγοντες αυτοί, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξωτερική εμφάνιση. Πιο συγκεκριμένα, οι ορμόνες της εγκυμοσύνης, θα αλλάξουν -προς το καλύτερο- το περίγραμμα του προσώπου, τα μάτια, το δέρμα, τα μαλλιά. Το σώμα μαθαίνει να κινείται με νέο τρόπο και η γυναίκα βρίσκει διαφορετικές θέσεις για να εργάζεται, να περπατάει, να κοιμάται κτλ.

Η διάρκεια της κύησης μετράται από την πρώτη μέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσεως. Φυσιολογικά η κύηση διαρκεί περίπου 280 μέρες ή 40 βδομάδες. Η διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εκτιμηθεί με την μέτρηση του μεγέθους της μήτρας. Στη φυσιολογική εγκυμοσύνη υγιούς γυναίκας, η μήτρα βρίσκεται στον πέμπτο μήνα στο μέσο της απόστασης ομφαλού-ηβικής σύμφυσης, τον έβδομο μήνα τρία δάχτυλα πάνω από τον ομφαλό, στον ένατο μήνα στο ύψος σχεδόν της ξιφοειδούς απόφυσης.

Η πιθανή ημερομηνία τοκετού (ΠΗΤ) υπολογίζεται από το τύπο

$$\text{ΠΗΤ} = \text{ΤΕΡ} + 1 \text{ ΕΤΟΣ} - 3 \text{ ΜΗΝΕΣ} + 7, 10 \text{ ΜΕΡΕΣ}$$

(ΤΕΡ ημερομηνία έναρξης τελευταία εμμηνου ρήσεως).

Η διάγνωση της κύησης δεν παρουσιάζει δυσκολία. Τις περισσότερες φορές η ίδια η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος, γι αυτό κι επισκέπτεται το γιατρό της. Εντούτοις δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η κύηση δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα. Η διάγνωση της εγκυμοσύνης στηρίζεται στα υποκειμενικά συμπτώματα και τα πιθανά ή βέβαια σημεία, που παρουσιάζονται νωρίς ή μετά τον τέταρτο μήνα. (Ε. Παρασύρη 2004)

Συμπτώματα αρχόμενης εγκυμοσύνης:

Καθυστέρηση εμφανίσεως εμμηνου ρύσεως (Μετά τη σύλληψη παρουσιάζεται διακοπή της περιόδου. Σε μερικές περιπτώσεις η έμμηνος ρύση συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της κύησης.)

Γαστρεντερικές διαταραχές (Η πρωινή ναυτία, οι εμετοί και η σιελόρροια είναι πρώιμα συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Επίσης επηρεάζονται και οι κενώσεις.)

Μαστοί (Διόγκωση και τάση των μαστών με σύγχρονη αύξηση της θερμοκρασίας τους.)

Εύκολη κόπωση

Διαταραχές από το ουροποιητικό (Η πίεση της ουροδόχου κύστεως και η επίδραση ορμονών της κύησης επί της ουρήθρας προκαλούν συχνουρία.)  
Αύξηση του βάρους του σώματος (Φυσιολογικά παρατηρείται αύξηση του βάρους του σώματος κατά 1 κιλό περίπου το μήνα.)

Βέβαια σημεία εγκυμοσύνης:

Οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί (οι παλμοί του εμβρύου κυμαίνονται από 120-140 κατά λεπτό και ανιχνεύονται από την 9-10 βδομάδα..)

Το υπερηχογράφημα (Ανάλογα με το είδος της συσκευής ανιχνεύει την κύηση από τις πρώτες βδομάδες.)

Οι κινήσεις του εμβρύου (Πρόκειται για σκιρτήματα του εμβρύου, τα οποία γίνονται αντιληπτά μετά το 5 μήνα.)

Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου

Η γυναικολογική εξέταση αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης μετά τη λήψη του ιστορικού. Μετά την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για την αναγνώριση των σημείων κύησης που αναφέρθηκαν, επισκοπείται με τους κολποδιαστολείς ο κόλπος και ο τράχηλος και ακολουθεί αμφίξερη γυναικολογική εξέταση.

Εργαστηριακή διάγνωση της κύησης:

Η χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG) αυξάνεται προοδευτικά κατά την κύηση. Ανιχνεύεται από την 5-6<sup>η</sup> εβδομάδα και φτάνει τη μεγαλύτερη της τιμή τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα. Ο προσδιορισμός της HCG γίνεται ακριβέστερα στο αίμα. Με τη μέτρηση της β-υποομάδας της HCG είναι δυνατόν να ανιχνευτεί εγκυμοσύνη και 7 ημέρες ακόμη μετά τη σύλληψη. Το συνηθέστερο τεστ εγκυμοσύνης είναι η ανίχνευση της HCG στα ούρα. Η μέγιστη τιμή της ορμόνης αυτής στα ούρα διαπιστώνεται περί τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα. (Γ. Κρεατσάς 1999, Π.Τομακίδης 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

### 2.1 Γενικά



εικόνα 2.1α (ANEW.gr)

σχέσεις χωρίς το άγχος της αθέλητης και απρογραμματίστης εγκυμοσύνης.

(Συκάκη-Δούκα 1988)

Η αντισύλληψη είναι ένα ζήτημα που απασχολεί έντονα την εποχή μας. Από πολύ παλιά όλες οι ανθρώπινες φυλές και οι κοινωνίες χρησιμοποιούσαν μέσα και μεθόδους για να ελέγχουν την γονιμότητα τους, σύλληψη.

Βασική ερώτηση είναι τι σημαίνει αντισύλληψη. Ενδεικτικά, αντισύλληψη σημαίνει οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν τα ζεύγη να κάνουν παιδιά όποτε θέλουν και όσα

θέλουν και να απολαμβάνουν τις σεξουαλικές

### 2.2 Ιστορική αναδρομή

Ο έλεγχος της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης απασχόλησε τον άνθρωπο από πολύ παλιά. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν για να αποφύγουν ή να καταστρέψουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ήταν αυτοσχέδιες ή εμπειρικές χωρίς επιστημονική βάση και γι' αυτό τα αποτελέσματα πολλές φορές ήταν επικίνδυνα.

Τοποθετούσαν στον κόλπο πριν από την επαφή πώμα ή σπόγγο εμπλουτισμένο με ξύδι, λεμόνι, αλατόνερο και αργότερα με διάφορα αντισηπτικά, μεταγενέστερα χρησιμοποιούσαν coca-cola. Έτρωγαν ή μασούσαν διάφορους καρπούς, ρίζες ή βότανα. Έβαζαν καυτά επιθέματα στο υπογάστριο, σίδερα, τούβλα, θερμοφόρες.

Έκαναν υπερβολικά ζεστά λουτρά ή ποδόλουτρα και ακόμα έβαζαν μέσα στη μήτρα διάφορα αιχμηρά αντικείμενα, βελόνες πλεξίματος ή ξύλα με σκοπό να θανατώσουν το έμβryo.

Η επιστήμη αδυνατούσε να καλύψει τις απαιτήσεις του ανθρώπου για ρύθμιση της γονιμότητας του, αργότερα όμως, δραστηριοποιήθηκε με έρευνες και σήμερα υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία από αντισυλληπτικούς μεθόδους.

Δεν υπάρχει αντισυλληπτική μέθοδος που να είναι τέλεια. Σε κάθε αντισυλληπτική μέθοδο υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί να εξαρτηθεί από την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ευκολία χρήσεως.

**Αποτελεσματικότητα:** αυτή μπορεί να εκφρασθεί με μαθηματικό τρόπο. Ως ποσοστό αποτυχίας ορίζεται ο αριθμός των κυήσεων που αναμένονται στη διάρκεια ενός έτους μεταξύ 100 ζευγαριών τα οποία έχουν τακτικές σεξουαλικές επαφές και χρησιμοποιούν αποκλειστικά τη δεδομένη μέθοδο αντισύλληψης.

Αν 100 ζευγάρια έχουν συστηματικά σεξουαλικές επαφές για ένα χρόνο χωρίς να χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο μέσα σε ένα χρόνο οι 80 γυναίκες θα είναι έγκυες (δείκτης γονιμότητας).

**Ασφάλεια:** γενικά οι προτεινόμενοι μέθοδοι αντισύλληψης δεν διαθέτουν χαρακτηριστικά τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ανασφαλή.

**Ευκολία χρήσεως:** η ευκολία χρήσεως της αντισυλληπτικής μεθόδου είναι πολύ σημαντική. Ο γιατρός που παρέχει πληροφορίες σχετικά με την αντισύλληψη δεν συνταγογραφεί φάρμακα για κάποιο συμπτωματικό ασθενή αλλά προσφέρει κοινωνική βοήθεια, γι' αυτό οφείλει να είναι βέβαιος ότι αυτό που προτείνει είναι αποδεκτό και κατανοητό από το ζευγάρι.

(Συκάκη-Δούκα 1988, Dewhurst, Hrvey 1996)

## 2.3 Μέτρα αντισύλληψης

**2.3.1 Διακοπτόμενη συνουσία** Η πιο διαδεδομένη μέθοδος σ' όλο τον κόσμο εδώ και αιώνες που μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Είναι μέθοδος που χρησιμοποιείται από πολλά ζευγάρια. Δεν συνιστάται η εφαρμογή της επειδή μπορεί να συμβεί πρόωρη εκσπερμάτωση ή κάποια σπέρματα να εγκαταλείψουν το πέος πριν από την κύρια εκσπερμάτωση. Αν και η απόσυρση είναι καλύτερη από την παντελή έλλειψη αντισύλληψης εμφανίζει υψηλά ποσοστά αποτυχίας (15-20 κυήσεις στα 100) και σε μερικές περιπτώσεις έχει ψυχοσεξουαλικές συνέπειες.

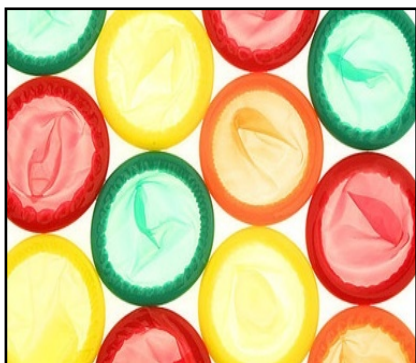
**2.3.2 Μέθοδος ρυθμού.** Διακρίνεται ανάλογα με τον με τον τρόπο που προσδιορίζεται η ωορρηξία σε ημερολογιακή, θερμομετρική και ελέγχου της τραχηλικής βλέννας. Αυτή η μέθοδος συνιστάται στην αποφυγή συνουσίας κατά τον χρόνο της ωορρηξίας. Η μέθοδος



μπορεί να βελτιωθεί αν υπολογισθεί ο χρόνος της ωθηλακιορρηξίας είτε με τη χρήση διαγράμματος βασικής θερμοκρασίας σώματος είτε με καθημερινή εξέταση τραχηλικής βλέννας από την ίδια την γυναίκα. Δείκτης γονιμότητας 15 κυήσεις σε 100 γυναίκες.

**2.3.3 Κολπικές πλύσεις.** Οι κολπικές πλύσεις με διάφορα αντισηπτικά μετά την επαφή είναι άσκοπη και πολλές φορές φέρνει αντίθετα αποτελέσματα. Δείκτης γονιμότητας 30 κυήσεις σε 100 γυναίκες.

#### **2.3.4 Ανδρικό προφυλακτικό**



Το πλέον διαδεδομένο ανδρικό αντισυλληπτικό.

Εμφανίστηκε το 16<sup>ο</sup> αιώνα στην Αγγλία και κατασκευαζόταν από έντερο προβάτου ή άλλων ζώων.

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα αντικαταστάθηκαν από τα ελαστικά προφυλακτικά, τα οποία είναι πολύ ανθεκτικά κι έτσι αποτυχίες λόγω ρήξεως είναι εξαιρετικά σπάνιες. Το

ανδρικό προφυλακτικό είναι μέθοδος φτηνή και εύκολη

Εικόνα 2.3α (photobucket.com)

στη χρήση, χωρίς παρενέργειες. Είναι η μόνη μέθοδος

που προφυλάσσει από τη μετάδοση αφροδίσιων νοσημάτων καθώς και από αμοιβαία και επανειλημμένοι μόλυνση του ζεύγους.

**2.3.5 Γυναικείο προφυλακτικό** Το γυναικείο προφυλακτικό είναι σχεδιασμένο για να εφαρμόζει σ' όλες τις γυναίκες και είναι κατάλληλο για όλες τις ηλικίες. Πρόκειται για μια αντισυλληπτική μέθοδο, που βρίσκεται υπό τον πλήρη έλεγχο της γυναίκας. Το γυναικείο προφυλακτικό έχει μήκος 14 εκ., είναι κατασκευασμένο από πολυουρεθάνη, έχει μορφή κυλινδρικής θήκης που εφαρμόζει χαλαρά στο κόλπο κι έχει λιπαντική ουσία. Στο εξωτερικό μέρος βρίσκεται ένας μεγάλος εύκαμπτος δακτύλιος, ο οποίος καλύπτει το άνοιγμα του κόλπου και το αιδοίο. Το γυναικείο προφυλακτικό, δεν προκαλεί πόνο κατά την εισαγωγή ή την εξαγωγή του από το κόλπο, είναι ανθεκτικό και δεν έχει καμία μυρωδιά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά την διάρκεια της περιόδου. Επίσης μπορεί να τοποθετηθεί στο κόλπο ακόμη και οχτώ ώρες πριν από μία σεξουαλική επαφή. Προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στο κόλπο και το αιδοίο κι έτσι προστατεύει περισσότερο από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Όμως υπάρχουν και κάποια προβλήματα όπως, κατά τη διάρκεια της συνουσίας κάνει ένα θόρυβο, υπάρχει πιθανότητα να προς τα μέσα, εντός του κόλπου και τέλος είναι μέθοδος ακριβή γι αυτό δεν είναι και ιδιαίτερα διαδεδομένη.

**2.3.6 Χημικά σπερματοκτόνα** Είναι χημικές ουσίες που σκοτώνουν τα σπερματοζώαρια πριν φτάσουν στη μήτρα. Το 14<sup>ο</sup> αιώνα ερευνήθηκαν διάφορες σπερματοκτόνες ουσίες για κολπική χρήση. Τα σπερματοκτόνα άρχισαν να χρησιμοποιούνται την δεκαετία 1930-1940, με αποτελέσματα συχνά απογοητευτικά. Σήμερα κυκλοφορούν στο εμπόριο, με διαφορετική σύσταση όπως, κρέμες, σπρέι, ζελέ, αλοιφές, χάπια, υπόθετα. Η χρήση τους είναι εύκολη και ακίνδυνη, εκτός αν υπάρχει ευαισθησία σε κάποιο συστατικό της σύνθεσής τους. Επίσης, είναι αποτελεσματικά αν χρησιμοποιηθούν σωστά και τη κατάλληλη ώρα. Τέλος, δεν χρειάζεται συνταγή γιατρού για να αγοραστούν από το φαρμακείο.

**2.3.7 Κολπικό διάφραγμα** Ήταν το μόνο αντισυλληπτικό μέσο που χρησιμοποιούσαν οι Αγγλοσάξονες ως το 1960. Σήμερα, πολλές γυναίκες το προτιμούν επειδή δεν παρεμβαίνει σε καμία σωματική λειτουργία. Είναι η μόνη μέθοδος που εναπόθεσε τον έλεγχο της αντισύλληψης αποκλειστικά στη γυναίκα. Το διάφραγμα συνδέεται με χαμηλά ποσοστά κύησης, αρκεί να χρησιμοποιείται σωστά.

**2.3.8 Τραχηλικό διάφραγμα** Είναι ένας λιγότερο συνηθισμένος τρόπος. Για την τοποθέτηση του, απαιτείται μεγάλη επιδεξιότητα και εξοικείωση της γυναίκας με την ανατομία του σώματος της. Το διάφραγμα συνδέεται με χαμηλά ποσοστά κύησης, αρκεί να χρησιμοποιείται σωστά.

Όλα τα διαφράγματα πρέπει να χρησιμοποιούνται μαζί με μία σπερματοκτόνο αλοιφή ώστε να νεκρώνονται τα σπερματοζώαρια που μπορεί να παρακάμψουν το χείλος του. Μοναδική παρενέργεια του διαφράγματος είναι η περιστασιακή υπερευαισθησία στη σπερματοκτόνο αλοιφή.

### **2.3.9 Αντισυλληπτικά δισκία.**



εικόνα 2.3β (alithia.gr)

Τα αντισυλληπτικά δισκία αντιπροσωπεύουν τη δημοφιλέστερη γυναικεία μέθοδο αντισύλληψης. Παλαιότερα, υπήρχαν πολλές ανησυχίες για τις πιθανές επιπλοκές του χάπιου στο γυναικείο οργανισμό, σήμερα όμως, έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό οι γνώσεις μας για τον τρόπο δράσης τους και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις τους. Παρ' όλα αυτά, η ανησυχία για το χάπι και τις επιπτώσεις της χρήσης του στον οργανισμό μας εξακολουθεί να υφίσταται. Τα αντισυλληπτικά δισκία πρόκειται για χάπια τα οποία περιέχουν είτε συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης είτε αποκλειστικά κάποιο

προγεστερινοειδές. Κυκλοφορούν πολλά εμπορικά σκευάσματα με ποικίλη αναλογία και δόση ορμονών. Χρησιμοποιούνται για την αναστολή της ωορρηξίας μέσω καταστολής του ορμονικού άξονα εγκεφάλου-ωοθηκών. Έτσι, όταν δεν υπάρχουν κανονικοί ωορρηκτικοί κύκλοι, μια γυναίκα δεν μπορεί να μείνει έγκυος.

Τα αντισυλληπτικά δισκία χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και αφού προηγηθεί ο ενδεικνυόμενος εργαστηριακός έλεγχος της γυναίκας.

Καθ' όλη τη διάρκεια λήψης τους οι γυναίκες χρειάζεται να υποβάλλονται σε τακτική μέτρηση της αρτηριακής τους πίεσης και σε επανάληψη ορισμένων αιματολογικών εξετάσεων.

Μια γυναίκα που λαμβάνει το χάπι συνήθως ανακτά την ικανότητα να τεκνοποιήσει μέσα σε τρεις έως έξι μήνες από τη διακοπή του.

Πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή αντισυλληπτικών δισκίων σε γυναίκες με ημικρανίες και σε όσες υποφέρουν από πονοκεφάλους ή επιληψία. Επίσης, σε γυναίκες με ήπια υπέρταση, κίρσους κάτω άκρων και ινομώματα μήτρας.

Ακόμα, αν υπάρχει ιστορικό διαβήτη της εγκυμοσύνης ή το άτομο είναι ηλικίας άνω των 35 ετών και ιδίως αν καπνίζει.

Τα αντισυλληπτικά αντενδείκνυνται στις γυναίκες που έχουν βαριά υπέρταση, σε όσες έχουν ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων ή εμφράγματος της καρδιάς, σε εκείνες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαταραχής του συστήματος πήξης και της ηπατικής λειτουργίας και σε όσες υπάρχουν υπερλιπιδαιμία και υποψία ή επιβαρημένο ιστορικό για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Τα αντισυλληπτικά νέας γενεάς περιέχουν μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων και πιο καινούρια ανάλογα προγεστερόνης τα οποία ελαττώνουν τις παρενέργειες. Στα προγεστεροειδή νοργεστιμάτη και δεσογεστρέλη, για παράδειγμα, οι πιθανότητες εμφάνισης παρενεργειών όπως η ακμή ή η αύξηση του σωματικού βάρους είναι μικρές, σε σύγκριση με τα παλαιότερα.

Βέβαια, υπάρχουν και μελέτες που υποστηρίζουν ότι αυτά τα νέα προγεστεροειδή συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης, σε σχέση με το παλαιότερης γενιάς προγεστεροειδές λεβονοργεστρέλη.

Τα αντισυλληπτικά είναι μια ιδιαίτερα σημαντική μέθοδος αντισύλληψης, με αποτελεσματικότητα περίπου 98%, αν χρησιμοποιούνται σωστά.

Ωστόσο, εκτός από τα αναμφίβολα οφέλη τους όσον αφορά στην αποφυγή μιας εγκυμοσύνης, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση πολλών γυναικολογικών προβλημάτων, όπως η ρύθμιση των μη σταθερών εμμηνορρυσιακών κύκλων και η

αντιμετώπιση της αμηνόρροιας.

Το χάπι κατευνάζει τους πόνους της περιόδου (δυσμηνόρροια) και ελαττώνει την ποσότητα αποβαλλόμενου αίματος σε κάθε εμμηνορυσιακό κύκλο, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση που η γυναίκα πάσχει από μηνορραγίες και έχει αναιμία. Επίσης, ελαττώνει τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας καλοήθων νοσημάτων, όπως η ινοκυστική μαστοπάθεια και τα ιναδενώματα.

Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι το χάπι αποτρέπει τη δημιουργία κύστεων της ωοθήκης και συμβάλλει στην ενδυνάμωση των οστών και στην πρόληψη της οστεοπόρωσης.

**2.3.10 Ανδρικό αντισυλληπτικό χάπι.** Έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για φάρμακα που θα ανέστειλαν την ανδρική γονιμότητα, αλλά είναι δύσκολο να βρεθούν τέτοια. Τα οιστρογόνα θα ήταν αποτελεσματικά, αλλά θα επέφεραν ανάπτυξη θηλυκών χαρακτηριστικών.

Στην Κίνα από το 1972 χρησιμοποιείται ένα φάρμακο (gossypol) που εξάχθηκε από βαμβάκελαιο. Είναι μια μη στεροειδής ένωση που αναστέλλει τη δράση της γαλακτικής δεϋδρογονάσης, ενός ενζύμου που υπάρχει στο σπέρμα και στα κύτταρα των όρχεων.

Μετά το 1990 οι έρευνες σταμάτησαν να είναι εντατικές, γιατί διαπιστώθηκε ότι επιφέρει μόνιμη στειρότητα σε ένα ποσοστό 20% των ανδρών που την χρησιμοποίησαν.

Όμως, τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ έχουν ξεκινήσει κλινικές μελέτες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ενός ορμονικού σκευάσματος, το οποίο θα λαμβάνει ο άνδρας, μειώνοντας την ικανότητά του για γονιμοποίηση.

Η αλήθεια, είναι ότι ένα τέτοιο χάπι δεν πρόκειται να κυκλοφορήσει αν δεν περάσουν τουλάχιστον έξι χρόνια έρευνας.

**2.3.11 Στείρωση.** Η στείρωση είναι μέθοδος που εφαρμόζεται στην γυναίκα και στον άνδρα.

Στις ΗΠΑ είναι νόμιμη με ορισμένες προϋποθέσεις για το άτομο που θα υποβληθεί στην επέμβαση (μεγάλη ηλικία, πολλά παιδιά). Η στείρωση σαν μέθοδος εφαρμόζεται εδώ και πολλά χρόνια. Μετά το 1965 εντυπωσιακή είναι η τεράστια αύξηση του αριθμού των ατόμων και μάλιστα των ανδρών που με τη θέληση τους υποβάλλονται σε επέμβαση στείρωσης.

Το ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποιεί τη στείρωση ως αντισύλληψη ανήλθε από 22% το 1982 σε 28% το 1995.

Η τεχνική της γυναικείας στείρωσης συνίσταται στην απολίνωση ή απόφραξη των σαλπινγών με σκοπό να παρεμποδίσει την συνάντηση ωαρίων και σπερματοζωαρίων, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει γονιμοποίηση. Είναι μια μέθοδος αντισύλληψης με

υψηλή αποτελεσματικότητα και η εφαρμογή της δεν είναι κατ' ανάγκη μόνιμη μιας και η λειτουργία των σαλπγγών μπορεί να αποκατασταθεί ως ένα βαθμό.

Παρόλα αυτά βέβαια συστήνεται σε γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά και δεν επιθυμούν να αποκτήσουν άλλα, καθώς επίσης και σε περιπτώσεις όπου η εγκυμοσύνη μπορεί να βλάψει τη ζωή της γυναίκας. Συγκρίνοντάς την με την ανδρική στείρωση έχει υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας, με περισσότερες επιπλοκές και σαν διαδικασία είναι περισσότερο δαπανηρή.

Σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου αυξάνεται ο κίνδυνος για εξωμήτρια κύηση.

Η ανδρική στείρωση ονομάζεται βαζεκτομή και αφορά την διατομή και απολίνωση των σπερματικών πόρων. Η ανδρική στείρωση είναι μόνιμη. Σύμφωνα με στατιστικές ένα ποσοστό 8-15% που έχουν υποβληθεί σε στείρωση, μετανιώνουν αργότερα, ενώ η πλειοψηφία την παραδέχεται σαν ιδανική λύση.

**2.3.12 Θηλασμός.** Οι περισσότερες γυναίκες δεν σκέπτονται την σεξουαλική επαφή κατά το χρονικό διάστημα αμέσως μετά τον τοκετό και συνεπώς δεν ζητούν αντισύλληψη. Αν και ο θηλασμός παρέχει αντισυλληπτική θεραπεία, δεν είναι απόλυτη. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου αυτής φθάνει το 25%. Εφόσον η γυναίκα έχει σεξουαλικές επαφές κατά τη διάρκεια του θηλασμού πρέπει να λαμβάνει κάποια μέθοδο αντισύλληψης.

(Συκάκη-Δούκα 1988, Dewhurst, Hrvey 1996, health.in.gr, xhmikos.gr, el.wikipedia)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

### 3.1 Γενικά



Εικόνα 3α (group-practice.gr)

Διακοπή κύησης καλείται κάθε διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 22 εβδομάδα και διακρίνονται σε αυτόματες και τεχνητές. Αυτόματη ονομάζεται η διακοπή της κύησης που γίνεται χωρίς ιατρική επέμβαση πριν από την 22 εβδομάδα. Τεχνητή καλείται η διακοπή κύησης που προκαλείται από ιατρική επέμβαση.(Δ.Αραβαντινού 1989)

### 3.2 Αυτόματη αποβολή

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας (Π.Ο.Υ.- WHO) ως αυτόματη αποβολή ορίζεται η διακοπή της κύησης η οποία γίνεται χωρίς ιατρική παρέμβαση πριν από την 22η εβδομάδα, δηλαδή πριν από το στάδιο κατά το οποίο το κύημα μπορεί να θεωρηθεί βιώσιμο.

Δυστυχώς, για διάφορους λόγους, κάθε εγκυμοσύνη δεν φτάνει, μερικές φορές, στο τέλος της. Μπορεί για παράδειγμα, μια εγκυμοσύνη που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα, να διακοπεί πριν την 22η εβδομάδα, όταν δηλαδή το έμβρυο είναι ανώριμο να επιζήσει. Τότε, μιλάμε για αυτόματη αποβολή. Η αποβολή είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της ανθρώπινης εγκυμοσύνης. Κυριότερα συμπτώματα αυτόματης αποβολής είναι κάποιες ελαφρές απώλειες αίματος χωρίς πόνο ή μικρούς πόνους που μοιάζουν με εκείνους της περιόδου. Εάν, αντίθετα, το γονιμοποιημένο ωάριο εγκατασταθεί έξω από τη μήτρα, πρόκειται για εξωμήτρια κύηση, που θα διακοπεί κι αυτή αρκετά νωρίς. Οι πρώτες ενοχλήσεις είναι, συνεχείς πόνοι χαμηλά στη κοιλιά με περιοδικές σουβλιές πότε από την αριστερή και πότε από την δεξιά πλευρά. Επίσης, απώλειες σκούρου κόκκινου αίματος. (Αραβαντινός 1989, Dewhurst, Hrvey 1996)

### 3.3 Αίτια

#### 3.3.1 Χρωμοσωματικές ή γονιδιακές ανωμαλίες του εμβρύου

Υπολογίζεται ότι το 50-60% των αυτομάτων αποβολών οφείλεται σε χρωμοσωματικές ανωμαλίες του εμβρύου.

**3.3.2 Συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις της μήτρας και του τραχήλου.** Όσον αφορά στον τράχηλο σημαντικότερο αίτιο είναι η ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου. Είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας από προηγούμενες επεμβάσεις στον τράχηλο, όπως είναι η κωνοειδής εκτομή και στη διάρκεια της διαστολής του τραχήλου με σκοπό την απόξεση της μήτρας. Σπανίως μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανώμαλης ανάπτυξης του τραχήλου στη διάρκεια της διάπλασης του γεννητικού συστήματος. Τέλος, η παρουσία ινομυωμάτων, κυρίως υποβλεννογόνιων, όπως και η παρουσία ενδομητρικών συμφύσεων, αποτελούν σημαντικά αίτια πρόκλησης αποβολών.

**3.3.3 Μολύνσεις του γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος** Οι συνηθέστεροι μικροβιακοί παράγοντες είναι η *Brucella abortus*, το *Toxoplasma gondii*, η *Listeria monocytogenes*, τα *Chlamydia trachomatis*, ο *Herpes simplex*, το *Mycoplasma hominis* και το *Ureoplasma urealyticum*.

**3.3.4 Ενδοκρινολογικοί παράγοντες** Ο διαβήτης, τα νοσήματα του θυρεοειδούς και η ανεπάρκεια έκκρισης προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο ή τον πλακούντα είναι δυνατόν να προκαλέσουν αυτόματη αποβολή.

**3.3.5 Ανοσολογικοί παράγοντες** Στη διάρκεια της κύησης παρουσιάζονται ανοσολογικοί παράγοντες, που συμμετέχουν σε αυτοάνοσους ή αλλοάνοσους μηχανισμούς, οι οποίοι οδηγούν πολλές φορές σε αυτόματες αποβολές ή ενδομήτριους θανάτους.

**3.3.6 Γυναικολογικές επεμβάσεις** Οι χειρουργικές επεμβάσεις της μικρής πυέλου, στο πρώτο ήμισυ της κύησης αυξάνουν το ποσοστό εκδήλωσης αυτομάτων αποβολών, το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις των εγχειρήσεων που επιπλέκονται με περιτονίτιδα.

**3.3.7 Τραυματισμοί από ατυχήματα** Σπάνια, τραυματισμοί από ατυχήματα μπορεί να οδηγήσουν σε αυτόματη αποβολή, η οποία συνήθως εκδηλώνεται μερικές εβδομάδες μετά το ατύχημα.

**3.3.8 Άγνωστα αίτια** Επίσης ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με τη μητέρα, όπως το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών, η κατάχρηση αλκοόλ, η καφεΐνη, έκθεση σε ραδιενέργεια, αναισθητικά αέρια, αρσενικό, μόλυβδο, φορμαλδεΐδη, βενζίνη, οξείδιο του αιθυλενίου, η κακή διατροφή, ο υποσιτισμός, οι χρόνιες ασθένειες όπως η υπέρταση, η φυματίωση και ο καρκίνος και η προχωρημένη ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο

αποβολών. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ηλικία της γυναίκας, ο κίνδυνος μιας αποβολής είναι 9.5% για γυναίκες μικρότερες των 24 ετών. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται σταθερά με την ηλικία φτάνοντας το 11% στην ηλικία των 30 ετών και αγγίζοντας το 33% σε γυναίκες 40 ετών. Σε γυναίκες μεγαλύτερες των 44 ετών το ποσοστό των αποβολών αυξάνεται δραματικά σε 53%.

**3.3.9 Η εξωμήτρια κύηση**, αφορά μια εγκυμοσύνη κατά την οποία το γονιμοποιημένο ωάριο εγκαθίσταται έξω από την κοιλότητα της μήτρας. Γενικά, αυτό συμβαίνει σε μία από τις σάλπιγγες, μπορεί όμως να συμβεί και στην ωθήκη ή στην κοιλιακή κοιλότητα. Φυσικά, η εγκυμοσύνη δεν μπορεί να αναπτυχθεί κανονικά, και προορίζεται να διακοπεί μέσα στους πρώτους 3 μήνες. Στην αρχή η εγκυμοσύνη δεν διαφέρει από μια φυσιολογική κύηση, αν και συχνά η γυναίκα πονά και έχει αιμορραγία. Η διάγνωση γίνεται χάρη στη μέτρηση της Β χορειακής και στο υπερηχογράφημα.

Στο 30% των περιπτώσεων η εξωμήτρια εγκυμοσύνη εμφανίζεται με απώλειες αίματος μετά από λίγες ημέρες και οπωσδήποτε μέσα στις 2 εβδομάδες από την απουσία της περιόδου. Γι' αυτό, μπορεί μια γυναίκα να μπερδευτεί και να μην υποψιαστεί ακόμη πως είναι έγκυος. Στο 50% των περιπτώσεων, οι εξωμήτριες κύσεις προκαλούνται από φλεγμονώδη τραύματα των σαλπίγγων που εμποδίζουν τη φυσιολογική ρήξη του ωαρίου στη μήτρα. (Καρπάθιος 1999, Αραβαντινός 1989, medlook, ασκληπιακό πάρκο ιατρικής σχολής)

### 3.4 Τεχνητή διακοπή κύησης



εικόνα 3.4<sup>α</sup> (abort73.com)

Τεχνητή διακοπή κύησης ή έκτρωση, σύμφωνα με το (Π.Ο.Υ.-WHO), είναι η αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατό του. Αυτό μπορεί να προκληθεί τεχνητά μέσω των χημικών, χειρουργικών ή άλλων μέσων. Η διακοπή κύησης επιτρέπεται, μέχρι την 12 εβδομάδα κύησης (12 εβδομάδες μετά την τελευταία ωορρηξία ή 14 εβδομάδες μετά την έναρξη της τελευταίας περιόδου). Το όριο αυτό είναι τεχνητό και δε βασίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της εγκυμοσύνης.

Υπάρχει μεγάλη διαφωνία σχετικά με τη ρύθμιση αυτή (η οποία είναι διεθνής). Πολέμοι της έκτρωσης βασίζονται στον ισχυρισμό πως το έμβρυο υπάρχει ως οντότητα και διαθέτει ψυχή ήδη από τη στιγμή της σύλληψης, ενώ άλλοι θέτουν το όριο αυτό στη στιγμή που



αρχίζει να χτυπάει η καρδιά του εμβρύου. Σε εγκυμοσύνη σε πιο προχωρημένη εβδομάδα κύησης, η διακοπή επιτρέπεται μόνο για ιατρικούς ή ιατροδικαστικούς λόγους (βιασμός, ανωμαλίες του εμβρύου, κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας). Στην Ελλάδα η έκτρωση επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει την έκτρωση (τεχνητή διακοπή της κύησης) μόνο με τη συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις: Εντός των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης σε κάθε περίπτωση. Εντός των πρώτων 24 εβδομάδων, αν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού. Εντός των πρώτων 19 εβδομάδων, αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνηση ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί. Χωρίς χρονικό περιορισμό, αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. (el.wikipedia, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο)

### 3.5 Ιστορική αναδρομή

Οι εκτρώσεις δεν είναι φαινόμενο που εμφανίστηκε στις σύγχρονες κοινωνίες. Απασχολεί τους ανθρώπους από αρχαιοτάτων χρόνων, ενώ αποτελούσε πεδίο συζήτησης ακόμη και στην αρχαία Ελλάδα. Οι στωικοί φιλόσοφοι υποστήριζαν ότι το έμβρυο είναι σαν ένα φυτό που γίνεται ζώο τη στιγμή της γέννησης, όταν αρχίζει να αναπνέει. Ωστόσο, ο όρκος του «πατέρα» της Ιατρικής, Ιπποκράτη, δέσμευε τους γιατρούς να μην κάνουν εκτρώσεις. Στην αρχαία Αθήνα θεωρούσαν έγκλημα κατά του νεκρού συζύγου, εάν μια χήρα έκανε έκτρωση στο παιδί που είχε κάνει μαζί του, ενώ επιγραφές σε αρχαιοελληνικούς ναούς αναφέρουν ότι μια γυναίκα που έκανε άμβλωση θεωρείται ακάθαρτη για 40 ημέρες. Η πρώτη διά νόμου απαγόρευση της έκτρωσης θεσμοθετήθηκε στη Ρώμη, το 211 μ.Χ., και η τιμωρία ήταν προσωρινή εξορία, αλλά η εξάπλωση του χριστιανισμού σκλήρυνε τη στάση κατά της έκτρωσης, η οποία θεωρήθηκε δολοφονία έμβριου όντος. Η «αποποινικοποίηση» της έκτρωσης άργησε πολύ να έρθει. Σε πολλές χώρες, η άμβλωση είναι ακόμη παράνομη πράξη, ενώ στην Ελλάδα επετράπη το 1986. Στις Η.Π.Α., το Αμερικανικό Ανώτατο Δικαστήριο επέτρεψε, στις 22 Ιανουαρίου 1973, τις αμβλώσεις με ψήφους 5 έναντι 4. (enplo.blogspot, el.wikipedia)

## 3.6 Αίτια

Η τεχνητή διακοπή κύησης γίνεται για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους. Ιατρικοί λόγοι είναι διάφορες παθολογικές καταστάσεις της μητέρας ή του εμβρύου, που αποτελούν τις ιατρικές ενδείξεις για θεραπευτική διακοπή εγκυμοσύνης.

Η εκτέλεση της έκτρωσης για κοινωνικούς λόγους έχει κατά τα τελευταία χρόνια επεκταθεί σημαντικά, επειδή στην έκφραση αυτή είναι δυνατόν να δοθεί άλλοτε άλλης μορφής και βαρύτητας έννοια. Η κατάχρηση που παρατηρείται στην εφαρμογή της έκτρωσης σε κάθε μη επιθυμητή εγκυμοσύνη έχει οδηγήσει σε αύξηση των διαφόρων μορφής και βαρύτητας επιπλοκών της επέμβασης αυτής, με συνέπειες καταστρεπτικές όχι τόσο για την ζωή των γυναικών αλλά κυρίως για την μελλοντική τους ικανότητα να συλλάβουν ή να φέρουν σε πέρας μία μελλοντική κύηση.

Είναι πολύ σημαντικό να σημειωθεί ότι, η ελλιπής ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αλλά και η ασυνειδησία μερικών ανθρώπων, συχνά οδηγεί σε εγκυμοσύνη η οποία είναι ανεπιθύμητη. Αρκετοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν την έκτρωση ως μέθοδο αντισύλληψης και οι ειδικοί αποδίδουν τον υψηλό αριθμό αμβλώσεων στο γεγονός αυτό. Άλλοι κοινωνικοί λόγοι είναι ότι μια γυναίκα, αντιμετωπίζει συχνά την εγκυμοσύνη ως ανεπιθύμητη, εξ' αιτίας της προκατάληψης που υπάρχει στη κοινωνία, είτε λόγο έλλειψης συντρόφου, είτε λόγο ηλικίας (ανήλικη). Επίσης, μπορεί να πιστεύει ότι μια εγκυμοσύνη θα σταθεί εμπόδιο να συνεχίσει τις σπουδές της ή να πετύχει στη καριέρα της. Από την άλλη πλευρά, παρατηρούμε ότι το ένα τρίτο των εκτρώσεων γίνονται σε γυναίκες παντρεμένες, που θα ήθελαν να τις αποφύγουν, αν είχαν τα οικονομικά μέσα για μεγαλύτερη οικογένεια ή αν δεν τις πίεζε ο σύντροφός τους. Τέλος, τα θύματα των βιασμών που έμειναν έγκυες προτιμούν να μη φέρουν στον κόσμο το παιδί που κυοφορούν. (Αραβαντινός 1989,Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής)

## 3.7 Μέθοδοι έκτρωσης

### 3.7.1 Μέθοδοι έκτρωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στη μήτρα

Παρ' ότι αυτές οι μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευτεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος

"επείγουσα αντισύλληψη" που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης ημέρας, εφ' όσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

#### **3.7.1.1 Λεβο- νοργεστρέλη:** (πρώτες 48 ώρες)

Το 'χάπι της επόμενης μέρας' με την εμπορική ονομασία 'NORLEVO', είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη 'λεβο- νοργεστρέλη' που είναι ορμόνη. Η λήψη της ουσίας αυτής, καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και δρα αρνητικά στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας. Έτσι αποφεύγεται η κύηση, υπό την προϋπόθεση να ληφθεί το χάπι μέσα σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από τη πιθανή σύλληψη. Πιθανές παρενέργειες αυτή της μεθόδου, είναι ναυτία, εμετός, τάση στους μαστούς και μετατόπιση της επόμενης περιόδου. Ας σημειωθεί ότι εν γένει δεν εμποδίζει τη σύλληψη, και γι αυτό δεν μπορεί να καταταγεί στα αντισυλληπτικά.

**3.7.1.2 Ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ** Η τοποθέτηση ξένων σωμάτων μέσα στη κοιλότητα της μήτρας με σκοπό την αντισύλληψη ξεκινά από παλιά. Η αποτελεσματικότητα των ενδομήτριων σπειραμάτων ήταν γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος την περιγράφει. Στις μέρες μας, υπάρχει μεγάλη ποικιλία ενδομήτριων σπειραμάτων. Σ' ότι αφορά αφ' ενός την ύλη από την οποία είναι κατασκευασμένα, πλαστική ύλη, μέταλλα, ή ορμόνες βραδείας απορροφήσεως και δράσεως και αφ' ετέρου ότι αφορά το μέγεθος και το σχήμα κατασκευής. Οι σημαντικότερες επιπλοκές του σπειράματος είναι η διάτρηση της μήτρας, ο πόνος για κάποιες βδομάδες μετά τη τοποθέτηση και η αυξημένη ποσότητα αίματος κατά την έμμηνο ρύση στο 10% των γυναικών. Παρ' όλα αυτά υπάρχει το πλεονέκτημα μιας αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης με δείκτη γονιμότητας 2-3 κυήσεις στις εκατό. (Καρπάθιος 1999, Αραβαντινός 1989, Dewhurst, Hrvey 1996, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού)

### **3.7.2 Μέθοδοι έκτρωσης στο πρώτο στάδιο της κήσεως**

#### **3.7.2.1 Απόξεση με αναρρόφηση [D&C]:** (6 έως 16 εβδομάδες)

Ως μέθοδος είναι πολύ απλή. Η γυναίκα τοποθετείται στο γυναικολογικό κρεβάτι και μετά από ελαφρά γενική αναισθησία, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με δυο ειδικές λαβίδες.

Γίνεται διαστολή του τραχήλου και ακολουθεί η απόξεση του ενδομητρίου είτε με ειδική αναρροφητική συσκευή είτε με μεγάλο αμβλύ ξέστρο, έως ότου πάψει να βγαίνει υλικό από τη μήτρα. Στη συνέχεια συνιστάται η χορήγηση ενός μητροσυσπαστικού. Ειδικά σε νέες κοπέλες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ακόμη, θα έπρεπε να τοποθετείται 3-6 ώρες πριν την επέμβαση ένα κολπικό υπόθετο με προσταγλανδίνη στο βάθος του κόλπου, το οποίο θα μαλακώσει τον τράχηλο ώστε αυτός να μην τραυματιστεί ιδιαίτερα κατά τη διαστολή

του. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

#### **3.7.2.2 Mifepristone:** (5 έως 7 εβδομάδες)

Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντος και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

#### **3.7.2.3 Methotrexate:** (5 έως 9 εβδομάδες)

Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει υπόθετα με το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

### **3.7.3 Μέθοδοι έκτρωσης σε προχωρημένο στάδιο της κύησης**

#### **3.7.3.1 Εμβρυοτομή [D&E]:** (13 έως 20 εβδομάδες)

Ο τράχηλος διαστέλλεται. Με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο "γιατρός" που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το παιδί και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Σε μεγαλύτερη από τη 15η εβδομάδα κύησης μπορεί να είναι απαραίτητη η χορήγηση ενδοφλεβίως φαρμάκων για να προκληθούν οι συσπάσεις στη μήτρα. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

#### **3.7.3.2 Prostaglandin:** (16 έως 38 εβδομάδες)

Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Η γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, εμετός και ανακοπή καρδιάς.

#### **3.7.3.3 Ένεση με Digoxin:** (20 έως 32 εβδομάδες)

Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.

#### **3.7.3.4 Έκτρωση με άλας:** (16 έως 32+ εβδομάδες)

Μια μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα

του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα.

#### **3.7.3.5 Υστεροτομή:** (24 έως 38 εβδομάδες)

Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή.

#### **3.7.3.6 D&X:** (20 έως 32+ εβδομάδες)

Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης". Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια στο κανάλι εξόδου του παιδιού, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.

(Καρπάθιος 1999, Αραβαντινός 1989, Dewhurst, Hrvey 1996, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού)

### 3.8 Επιπλοκές

Οι πιθανές επιπλοκές που μπορεί να συμβούν σε μια έκτρωση είναι πολλές και πολύ σοβαρές. Τις περισσότερες φορές δε συμβαίνουν, αλλά εάν συμβούν είναι δυσάρεστες.

**3.8.1 Θάνατος** Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξ αιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

**3.8.2 Καρκίνος του μαστού** Για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα αυξημένος για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά.

**3.8.3 Καρκίνος της μήτρας, των ωοθηκών και του ήπατος** Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μίας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στον τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

**3.8.4 Διάτρηση της μήτρας** με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται. Αυτό συμβαίνει συχνότερα από ό,τι σε συνηθισμένες αποξέσεις, διότι η μήτρα που εγκυμονεί έχει πιο μαλακά τοιχώματα. Μια απλή διάτρηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικά, αλλά μια διάτρηση που θα προκαλέσει μεγάλη αιμορραγία ή τραυματισμό άλλων οργάνων όπως ουροδόχου κύστης ή εντέρου πρέπει να αντιμετωπιστεί με άμεση λαπαροτομία (διάνοιξη της κοιλιάς) και μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε αφαίρεση της μήτρας. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης. Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.

**3.8.5 Ρήξη του τραχήλου** Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δεύτερου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

**3.8.6 Προδρομικός πλακούς** Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κυήσεις από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούς είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η

ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου, και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.

**3.8.7 Πυελική φλεγμονή** Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κυήσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20% έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση.

**3.8.8 Ενδομητρίτις** Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών.

**3.8.9 Μολύνσεις**. Αν και τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα και η όλη διαδικασία γίνεται υπό αυστηρούς κανόνες αντισηψίας, επειδή ο κόλπος περιέχει σχεδόν πάντα μικρόβια, δεν μπορεί να αποκλειστεί η περίπτωση μιας ανιούσας λοίμωξης που θα προσβάλει το ενδομήτριο. Το πρόβλημα επιτείνεται εάν η λοίμωξη επεκταθεί στις σάλπιγγες, οπότε και μπορεί να προκαλέσει στείρωση. Η παράμετρος αυτή είναι πολύ σοβαρή και πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ιδιαίτερα από νέες κοπέλες που μπορεί να μην έχουν ξανά τη δυνατότητα να μείνουν έγκυες.

**3.8.10 Αύξηση πιθανοτήτων αυτόματων αποβολών** (απώλειας του κυήματος) σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. Επειδή γίνονται χειρισμοί στον τράχηλο που αποτελεί την είσοδο και την έξοδο από τη μήτρα, αυτός μπορεί να μην επουλωθεί σωστά να μην επανέλθει στην αρχική του κατάσταση. Σε μια επόμενη επιθυμητή εγκυμοσύνη, η πιθανή ανεπάρκεια του τραχήλου θα οδηγήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτόματη αποβολή.

**3.8.11 Φλεγμονή**. Πάλι εξαιτίας των απαραίτητων χειρισμών στον τράχηλο για την πραγματοποίηση της έκτρωσης, μπορεί να προκληθεί τοπική φλεγμονή ή οποία να προκαλέσει ουλώδη ρίκνωση στον τράχηλο που μπορεί να αποτελέσει στο μέλλον αιτία στειρότητας.

**3.8.12 Αντίδραση.** Υπάρχει πιθανότητα η γυναίκα να εμφανίσει αλλεργική αντίδραση από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αναισθησία.

**3.8.13 Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα** Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που επηρεάζει γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Ασφαλώς το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται ψυχολογικά είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα της οποίας λαμβάνει χώρα η άμβλωση, και η οποία μπορεί να έχει και σωματικές επιπτώσεις που να επιτείνουν τα ψυχολογικά της προβλήματα. Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση. Μεγάλο ποσοστό γυναικών παρουσιάζει νευρικές διαταραχές, διαταραχές στον ύπνο και προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, εξαιτίας των ενοχών που αισθάνονται. Επίσης πολλές γυναίκες παρουσιάζουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και επισκέπτονται ψυχίατρο. Όμως δεν είναι η μητέρα το μόνο πρόσωπο που επηρεάζεται. Ο πατέρας επηρεάζεται εξίσου, αν φυσικά γνωρίζει το γεγονός.

**3.9 Αυξημένοι κίνδυνοι για γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες από μια εκτρώσεις** Γενικά, οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρονται παραπάνω επισημαίνουν τους παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για γυναίκες που υποβάλλονται σε μία μόνο έκτρωση. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τις επιπλοκές αυτές. Το σημείο αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα καθώς το 45% του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει στο παρελθόν και άλλες εκτρώσεις.

**3.10 Αυξημένοι κίνδυνοι για τις νέες γυναίκες** Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες. Σε μικρό διάστημα μετά την έκτρωση, είναι απαραίτητη η επίσκεψη στο γυναικολόγο, για να αποκλειστεί η περίπτωση να έχει συσσωρευτεί αίμα στη μήτρα και για να αποκλειστεί η πιθανότητα μιας ταυτόχρονης εξωμήτριας κύησης. Για να αποφευχθεί η σπάνια αλλά πολύ επικίνδυνη αυτή κατάσταση, ίσως θα ήταν σκόπιμο 2-3 ημέρες μετά τη διακοπή κύησης να γίνει μια απλή μέτρηση μιας ορμόνης στο αίμα που λέγεται β-χορειακή γοναδοτροπίνη (β-HCG). Σε περίπτωση που η τιμή της ορμόνης αυτής εξακολουθεί να είναι υψηλή, πρέπει ο γυναικολόγος να ψάξει την αιτία.

(Αραβαντινός 1989,gyn.gr,ομάδα γυναικών αγάζηλος, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού, el.wikipedia)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΝΟΜΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

### 4.1 Ελλάδα

Οι διατάξεις του νόμου περί νομιμοποίησης των εκτρώσεων στην Ελλάδα.

**Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις** (Άρθρα του Ν.1609/86 ΦΕΚ Α/86)

**Άρθρο 1.** α. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

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

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

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

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

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

**Άρθρο 2.** Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια 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 αρμοδίου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναικάς 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.

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

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

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

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

β) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διανοίας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

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

**Άρθρο 4.** Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304 Α.

**Άρθρο 304Α.** Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού.

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

**Άρθρο 5.** Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

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

2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά. (Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών 1997, Σύλλογος Προστασία Αγέννητου Παιδιού)

#### 4.2 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α)

Η άμβλωση είναι διαθέσιμη σε όλα τα κράτη κατόπιν αιτήσεως πριν από την εμβρυική βιωσιμότητα. Η βιωσιμότητα ορίστηκε ως μεταξύ 24 και 28 εβδομάδων της κύησης. Μετά από την εμβρυική βιωσιμότητα, ένα κράτος μπορεί να απαγορεύσει την άμβλωση μόνο εάν παρέχει τις εξαιρέσεις για τη διακινδύνευση στη ζωή ή την υγεία της γυναίκας. Αν και ο ομοσπονδιακός νόμος χορηγεί σε μια γυναίκα το συνταγματικό δικαίωμα να ολοκληρώσει την εγκυμοσύνη της πριν από την εμβρυική βιωσιμότητα, τα μεμονωμένα κράτη επιτρέπονται για να επιβάλουν τους περιορισμούς στην άμβλωση σε όλη την εγκυμοσύνη εάν δεν φορτώνουν αδικαιολόγητα το δικαίωμα μιας γυναίκας να επιλέξει. (United Nations Organization)

#### 4.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Η άμβλωση είναι νόμιμη στην Αγγλία, την Ουαλία και τη Σκωτία όταν πιστοποιούν δύο εγγραμμένοι ιατροί (μόνο ένας σε μια έκτακτη ανάγκη) ότι οι απαραίτητοι ιατρικοί λόγοι όπως εκτίθενται στο νόμο άμβλωσης του 1967 έχουν συναντηθεί. Η λήξη της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνει (εκτός από μια έκτακτη ανάγκη) σε ένα νοσοκομείο εθνικών υγειονομικών υπηρεσιών ή σε έναν οίκο ευγηρίας, σε ιδιωτικό νοσοκομείο ή άλλη εγκεκριμένη θέση. Η άμβλωση είναι νομιμή κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 εβδομάδων της κύησης. Η συγκατάθεση του συζύγου δεν είναι μια προϋπόθεση της ιατρικής λήξης της εγκυμοσύνης. Ο νόμος άμβλωσης του 1967 δεν ισχύει στη Βόρεια Ιρλανδία. (United Nations Organization)

#### 4.4 Σουηδία

Η άμβλωση είναι νόμιμη στη Σουηδία σε μια ευρεία ποικιλία των λόγων, που καθορίζονται κατόπιν αιτήσεως, μέχρι 18 εβδομάδες της κύησης, υπό τον όρο ότι η διαδικασία δεν θα διακινδυνέψει σοβαρά τη ζωή ή την υγεία της γυναίκας. Για τις εγκυμοσύνες μεταξύ 12 και 18 εβδομάδων της κύησης, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να

συζητήσουν την άμβλωση με έναν κοινωνικό λειτουργό. Μετά από 18 εβδομάδες, η άδεια πρέπει να ληφθεί από το εθνικό συμβούλιο υγείας. Η άμβλωση πρέπει να εκτελεσθεί από έναν εξουσιοδοτημένο ιατρό (εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης), σε ένα γενικό νοσοκομείο ή άλλο εγκεκριμένο ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης. Η άμβλωση επιχορηγείται από την κυβέρνηση. (United Nations Organization)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΨΕΙΣ

### 5.1 Δημογραφική Άποψη

Τα παρακάτω νούμερα δείχνουν εμφανώς το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα μας και τη 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. Υπάρχει η άποψη πως η τάση αυτή είναι δικαιολογημένη, καθώς με τις υπάρχουσες συνθήκες (εργαζόμενες μητέρες, πυκνοκατοικημένα αστικά κέντρα, καταναλωτικός τρόπος ζωής) είναι δύσκολο να δημιουργηθούν οικογένειες με περισσότερα από 2 παιδιά. Ο αντίλογος στην άποψη αυτή είναι πως λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες κατορθώνουν να έχουν πολύτεκνες οικογένειες και να αυξάνουν τον πληθυσμό τους. 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 αυξάνεται ενώ των νέων μειώνεται. Ο δημογραφικός αυτός μαρασμός έχει σοβαρές συνέπειες, τόσο στις σχέσεις της Ελλάδας με τις άλλες χώρες, όσο και στο δεδομένο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα της χώρας (προβλήματα στην αγορά εργασίας, στο ασφαλιστικό σύστημα, στην εκπαίδευση, ιδίως στους περιφερειακούς νομούς). Είναι γεγονός πως οι εκτρώσεις αυτές καθαυτές δεν αποτελούν κύρια αιτία του δημογραφικού προβλήματος, μια και ο αριθμός τους είναι σχετικά μικρός αναφορικά με το συνολικό αριθμό θανάτων. Παρόλα αυτά, απαιτείται μια συνολική αναθεώρηση των απόψεων περί οικογενειακού προγραμματισμού, η οποία θα μειώσει τις εκτρώσεις και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακοπή της κατάρρευσης των γεννήσεων και την σε σημαντικό βαθμό αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος. ( χριστιανική φοιτητική ένωση, ελευθεροτυπία ,Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού )

### 5.2 Εκκλησιαστική- Θεολογική Άποψη

Όταν μιλάμε για εκκλησιαστική άποψη δεν εννοούμε τη γνώμη που έχουν για το θέμα των εκτρώσεων μερικοί αρχιερείς ή έστω όλοι, αλλά η διδασκαλία της Εκκλησίας, της αλήθειας που κήρυξε ο Ιησούς Χριστός. Η Εκκλησία αντιμετωπίζουσα το θέμα και λαμβάνοντας υπόψη τα αναπάντεχα υψηλά ποσοστά ολιγοτεκνίας, δεν αναγνωρίζει σε κανένα το δικαίωμα να αφαιρεί ζωή, γεγονός που πηγάζει από την αγάπη που δίδαξε ο

Χριστός και που διέπει κάθε πτυχή της χριστιανικής πίστης. Ο μόνος που χαρίζει τη ζωή και μπορεί να αποφασίζει για το θάνατο είναι ο ίδιος ο Θεός. Γι αυτό και η μητρότητα είναι μια ευλογία ώστε η κλήση του Δημιουργού Θεού στους ανθρώπους: «αυξάνεσθε και πληθύνεσθε» να γίνει πραγματικότητα. Για την τεκνοποιία γίνεται επανειλημμένως λόγος στην Παλαιά και Καινή Διαθήκη. Ο Ιησούς Χριστός με τον ερχομό του έδωσε το πλήρες νόημά της, αφήνοντας πνευματικούς απογόνους, αυξάνοντας δηλαδή το Σώμα του Χριστού, την Εκκλησία. Η άμβλωση, επομένως, είναι ενέργεια που ευθέως έρχεται σε αντίθεση με την κλήση του Θεού για τεκνοποιία. Γι αυτό και η χριστιανική κοινότητα θεωρεί την πράξη αυτή ως εγκληματική γιατί κατά την ευαγγελική ηθική κάθε ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη (jesuslovesyou.gr, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού)

### 5.3 Άλλες Θρησκείες και Δόγματα:

Είναι η έκτρωση φόνος μίας ανθρώπινης ζωής; Στο ερώτημα αυτό όλα τα Δόγματα της Χριστιανικής θρησκείας (Ορθόδοξων, Καθολικών, Διαμαρτυρόμενων) απαντούν καταφατικά. Και όχι μόνο ο Χριστιανισμός, αλλά και ο Ιουδαϊσμός, ο Μουσουλμανισμός, και όλες οι θρησκείες, απ' την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, καταδικάζουν την έκτρωση, θεωρώντας την ισοδύναμη με φόνο γιατί σέβονται το έμβρυο ως ανθρώπινη προσωπικότητα.

Το Κοράνι του Μωάμεθ γράφει στο κεφάλαιο Αλ - Μάιντα: «Όποιος σκοτώσει άνθρωπο που δεν διέπραξε, ούτε έγκλημα, ούτε κάποιο άλλο σοβαρό αμάρτημα, είναι σαν να σκοτώνει ολόκληρη την ανθρωπότητα. Κι όποιος σώσει τη ζωή ενός αθώου, είναι σαν να σώζει ολόκληρη την ανθρωπότητα». Υπάρχει πιο αθώος άνθρωπος από το αγέννητο έμβρυο;

Αντίστοιχα, ο Πάπας διακήρυξε το 1982 ότι: «Όποιος αρνείται να υπερασπίσει το πιο αθώο και το πιο αδύναμο ανθρώπινο πλάσμα που ήδη έχει συλληφθεί, αλλά δεν έχει γεννηθεί, αντιβαίνει στον πιο σοβαρό κανόνα ηθικής τάξεως. Δεν μπορούμε ποτέ να νομιμοποιήσουμε το θάνατο». (χριστιανική φοιτητική ένωση)

## 5.4 Ιατρική άποψη

«Υπάρχει έλλειμμα σωστής ενημέρωσης» συμφωνούν νοσοκομειακοί και ιδιώτες γιατροί, έστω και αν διαφωνούν ως προς τους αριθμούς των εκτρώσεων, που έτσι ή αλλιώς δεν καταγράφονται. «Οι εκτρώσεις την τελευταία δεκαετία έχουν μειωθεί. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγουν οι έρευνες που έχουν γίνει πανελλαδικά και οι διαπανεπιστημιακές συζητήσεις. Βέβαια δεν καταγράφονται όλες οι περιπτώσεις. Στα νοσοκομεία, πάντως, κάνουμε διακοπή κύησης για ιατρικούς λόγους και καμιά φορά για κοινωνικούς, οπότε το ποσοστό είναι πάρα πολύ χαμηλό», λέει ο καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Ευγένιος Κουμαντάκης.

Το αντίθετο υποστηρίζουν οι ιδιώτες γιατροί, που μιλούν για κατακόρυφη αύξηση των αμβλώσεων τα τελευταία χρόνια, οι οποίες για ευνόητους λόγους δε γίνονται στα νοσοκομεία. Υπολογίζουν δε ότι οι εκτρώσεις μόνο στις κλινικές του Ηρακλείου ξεπερνούν τις 100 με 120 το μήνα. «Πιστεύω ότι είναι πολλές, γιατί εκτός από τη χειρουργική μέθοδο χρησιμοποιείται και η φαρμακευτική. Η γυναίκα παίρνει χάπια και αποβάλλει μόνη της, και μπορεί να το κάνει και στο σπίτι χωρίς να το μάθει κανείς», λέει η μαιευτήρας-γυναικολόγος κ. Ειρήνη Ορφανουδάκη, και συνεχίζει: «Αν και δεν υπάρχουν επίσημα δεδομένα, το ποσοστό είναι μεγάλο και μπορώ να σας πω ότι αναλογεί μία έκτρωση σε 4 γεννήσεις ζωντανών νεογνών».

Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα έχει επανειλημμένως ξεκαθαρίσει τη θέση της για το θέμα των εκτρώσεων. Στη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (Γενεύη, 1948) όπου ψηφίστηκε «η διακήρυξη περί ηθικών αρχών της Γενεύης», ο γιατρός υπόσχεται ελεύθερα και επί του λόγου της τιμής του ότι «θα διαφυλάσσω το μέγιστο δυνατό σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή» και ότι «δε θα επιτρέψω να παρεμβάλλεται μεταξύ του καθήκοντός μου και των ασθενών μου η θεώρηση της θρησκείας, εθνικότητας, φυλής, πολιτικής τοποθέτησης και κοινωνικής κατάστασης» και ότι «ακόμη και υπό απειλή δε θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον της ανθρωπότητας». Επίσης, ο όρκος του Ιπποκράτη, που δίνουν όλοι οι Έλληνες γιατροί, αναφέρει πως «δε θα δώσω σε κανένα φάρμακο θανάσιμο, ούτε τέτοια συμβουλή, ούτε σε γυναίκα θα δώσω εκτρωτικό φάρμακο». («*Ου δώσω δε ουδενί φάρμακον θανάσιμον, ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω*»). (χριστιανική φοιτητική ένωση, in.gr)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

### 6.1 Γενικά

Ειδικοί από την World Health Organization (WHO) και το Alan Guttmacher Institute (AGI) αναφέρουν ότι περίπου 46 εκατομμύρια αμβλώσεις πραγματοποιούνται παγκόσμια κάθε χρόνο. Περίπου οι μισές (20 εκατομμύρια), επίσημα καλούνται «ανασφαλής αμβλώσεις». Η WHO και AGI μαζί, υποστηρίζουν ότι 78.000 γυναίκες πεθαίνουν εξαιτίας των «ανασφαλών αμβλώσεων». Σε αυτές τις χώρες, οι αρχές επιβολής νόμου αγνοούν ή ανέχονται την πραγματοποίηση παράνομων αμβλώσεων και την λειτουργία μη εγκεκριμένων κλινικών όπου πραγματοποιούνται αμβλώσεις. Διάφοροι παράγοντες είναι αρμόδιοι για αυτήν την κατάσταση. Μεταξύ αυτών είναι η ευκολία με την οποία οι αμβλώσεις μπορούν να εκτελεσθούν, η έλλειψη πόρων και ποινικών διώξεων, ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη ότι υπάρχουν πιέσεις για πιο επείγουσες κοινωνικές ανάγκες. Σε μερικές χώρες όπου η άμβλωση είναι τεχνικά νόμιμες, η πρόσβαση στις εξουσιοδοτημένες εγκαταστάσεις και προσωπικό μπορεί να περιοριστεί, λόγω αδυναμίας να πληρώσουν την άμβλωση, με συνέπεια να καταφεύγουν σε παράνομες αμβλώσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, αν και τα έξοδα της άμβλωσης καλύπτονται από το κράτος, η κυβέρνηση δεν μπορεί να εκδώσει τους κανονισμούς όπου επιτρέπουν το νόμο να εφαρμοστεί αποτελεσματικά. Σε όλες αυτές τις καταστάσεις, τα νόμιμα μέτρα λαμβάνονται σπάνια με αποτέλεσμα συνήθως το θάνατο μιας εγκύου γυναίκας. Σε μερικές χώρες, η αδιαφορία για την διαδικασία της άμβλωσης είναι τόσο μεγάλη που οι περισσότεροι από εκείνους που εκτελούν τις αμβλώσεις ή που επιβάλλουν τους νόμους δεν ξέρουν ποιες είναι οι πραγματικές διατάξεις του νόμου. (United Nations Organization)

### 6.2 Ελλάδα

Σύμφωνα με στοιχεία της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, τα οποία δόθηκαν στη δημοσιότητα το Φεβρουάριο του 2000, κάθε χρόνο πραγματοποιούνται στην Ελλάδα 100.000 έως 120.000 εκτρώσεις. Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με τις ετήσιες γεννήσεις και δίνει στη χώρα μας μια θλιβερή πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι αλήθεια ότι πολλές Ελληνίδες αντιμετωπίζουν την άμβλωση ως μέθοδο αντισύλληψης, προφανώς επειδή έχουν ελλιπή ή λανθασμένη πληροφόρηση για την αντισύλληψη.

Η άποψη αυτή ενισχύεται από ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία συμπλήρωσαν έφηβες που προσήλθαν το 1998 στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου



Αθηνών που εδρεύει στο Αρεταίειο. Από αυτά προκύπτει ότι ένα στα τρία κορίτσια ηλικίας 14 έως 19 ετών έχει κάνει έκτρωση. (night-flights.pblogs, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού)

### 6.3 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α)

Τα Ηνωμένα Πολιτειακά Κέντρα για τον έλεγχο και την πρόληψη ασθενειών ανέφεραν 1.184.758 νόμιμες προκληθείσες αμβλώσεις το 1997, μια μείωση 3 τοις εκατό από το 1996. Αυτοί οι αριθμοί μεταφράζονται σε ένα ποσοστό 20 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-44. Το ποσοστό αυξήθηκε από 13 έως 25 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-44 μεταξύ 1972 και 1980, και παρέμεινε σταθερό κατά τη διάρκεια ενός μεγάλου μέρους της δεκαετίας του '80 πριν αρχίσει να μειώνεται τη δεκαετία του '90. Το ποσοστό των 20 του 1997 είναι το χαμηλότερο από το 1975. Το 1997 το 20% των γυναικών που έκαναν άμβλωση ήταν ηλικίας 19 ή και κάτω, και 32% ήταν ηλικίας 20-24. Από τα χρονικά όρια της κύησης, 55% των αμβλώσεων του 1997 εκτελέστηκαν μέσα στις πρώτες 8 εβδομάδες, και μέχρι 12 εβδομάδες ο αριθμός είχε αυξηθεί σε 88%. Το Alan Guttmacher Institute αναφέρει ότι 49% των εγκυμοσυνών, ήταν απρογραμματίστες και από αυτόν τον αριθμό οι μισές κατέληξαν σε άμβλωση. Οι Αφροαμερικάνες γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες απ' ότι οι λευκές γυναίκες να έχουν μια άμβλωση, και οι ισπανόφωνες γυναίκες είναι κατά προσέγγιση δύο φορές πιθανότερο. Κατ' εκτίμηση 14.000 αμβλώσεις λαμβάνονται κάθε έτος για βιασμό ή αιμομιξία. (United Nations Organization)

### 6.4 Ηνωμένο Βασίλειο

Σύμφωνα με τους αριθμούς από το γραφείο για τις εθνικές στατιστικές μελέτες, συνολικά 187.402 νομικές αμβλώσεις εκτελέστηκαν στην Αγγλία και την Ουαλία το 1998, μια αύξηση 4,3% από το 1997. Το γενικό ποσοστό άμβλωσης για τις γυναίκες που κατοικούν στην Αγγλία και την Ουαλία (αποκλείοντας τον τουρισμό άμβλωσης) αυξήθηκε 4,8% σε 13,9 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 14-49. 89% των αμβλώσεων πραγματοποιήθηκαν σε λιγότερο από 13 εβδομάδες και άλλα 10% μέχρι 19 εβδομάδες. Η σημαντικότερη αύξηση ήταν μεταξύ των γυναικών 16-19 ετών το ποσοστό άμβλωσης τους ανήλθε από 8,3% σε 26,5 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες. Το 1997, το ποσοστό σύλληψης για τα κορίτσια κάτω των 16 ήταν 8,9 ανά 1.000, το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη δυτική Ευρώπη. Το μισό των κάτω του 16 χρονών συλλήψεων και πέρα

από το ένα τρίτο των 16-19 χρονών συλλήψεων τελείωσε σε άμβλωση. Υπήρξαν επίσης αυξήσεις σε ουσιαστικά όλες τις κατηγορίες σεξουαλικά μεταδιδόμενων μολύνσεων. Το 1993 το ποσοστό του σύγχρονου τρόπου αντισύλληψης στην Μ. Βρετανία υπολογίστηκε στο 82%. Αυτός ο αριθμός ένα υψηλό ποσοστό 22% ανδρικής στειρώσεως. Πιο πρόσφατα η εθνική υγειονομική υπηρεσία ανέφερε ότι το 1998 κατ' εκτίμηση το 50% των γυναικών ηλικίας 16-49 στην Αγγλία, χρησιμοποίησαν μία μη-χειρουργική μέθοδο αντισύλληψης ενώ ποσοστό 12% ήταν στειρωμένες. Από εκείνες τις γυναίκες που χρησιμοποίησαν την μη-χειρουργική αντισύλληψη, το 42% επέλεξε το αντισυλληπτικό χάπι (μείωση από το 70% του 1975) ενώ το 37% χρησιμοποίησαν το προφυλακτικό (αύξηση από το 6% του 1975). (United Nations Organization)

## 6.5 Σουηδία

Αφότου τέθηκε ο νέος νόμος άμβλωσης σε ισχύ το 1975, η διαδικασία για μια άμβλωση στη Σουηδία απλοποιήθηκε, καθιστώντας το πιθανότερο για τις περισσότερες γυναίκες να λάβουν μια άμβλωση νωρίς στην εγκυμοσύνη τους. 95% των αμβλώσεων εκτελούνται κατά τη διάρκεια των πρώτων 12 εβδομάδων της κύησης. Από το 1975, μεταξύ 30.000 και 37.000 αμβλώσεων εκτελούνται ετησίως στη Σουηδία, αποτελώντας 18-21 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών, ή 24-26% των γνωστών κύσεων. Το 1996, παραδείγματος χάριν, υπήρξαν 32.100 αναφερόμενες αμβλώσεις, που παράγουν ένα ποσοστό 18,7 αμβλώσεων ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-44. Η παράνομη άμβλωση είναι πολύ σπάνια στη Σουηδία. (United Nations Organization)

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άμβλωση είναι παγκόσμιο πρόβλημα. Στην Ελλάδα ο αριθμός των αμβλώσεων είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτό των γεννήσεων ετησίως. Η παρούσα έρευνα έγινε με σκοπό να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των σπουδαστριών Νοσηλευτικής απέναντι στη διακοπή κύησης και στους παράγοντες που πιθανόν τις επηρεάζουν. Για τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 27 ερωτήσεων. Το πληθυσμό της έρευνας αποτελούν 200 σπουδάστριες του 6<sup>ου</sup>, 7<sup>ου</sup>, 8<sup>ου</sup> και επί πτυχίου Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης (100 άτομα) και του ΤΕΙ Αθήνας (100 άτομα), με μέσο όρο ηλικίας 22,6. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος θεωρεί ότι η έκτρωση θα πρέπει να είναι νόμιμη σε κάποιες περιπτώσεις και ότι η γυναίκα πρέπει να έχει νομικό δικαίωμα να διαχειρίζεται το σώμα της όπως θέλει, χωρίς να λαμβάνει υπόψη την γνώμη του συντρόφου της. Διακοπή κύησης γίνεται κυρίως για λόγους υγείας (89%) και ακολουθεί ανεπιθύμητη κύηση (48,5%). Ο πληθυσμός του δείγματος έχει αρκετές γνώσεις για τις μεθόδους διακοπής κύησης με υψηλότερο ποσοστό το «χάπι της επόμενης μέρας» (85,2%), απόξεση με αναρρόφηση (60,2%) και για τις μεθόδους αντισύλληψης με δημοφιλέστερο το προφυλακτικό (99%). Το προφυλακτικό είναι η οικονομικότερη μέθοδος και η μοναδική που προφυλάσσει από τη μετάδοση σεξουαλικός μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τέλος, η κύρια πηγή ενημέρωσης του δείγματος για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού ήταν η οικογένεια και προτείνει να γίνεται μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.

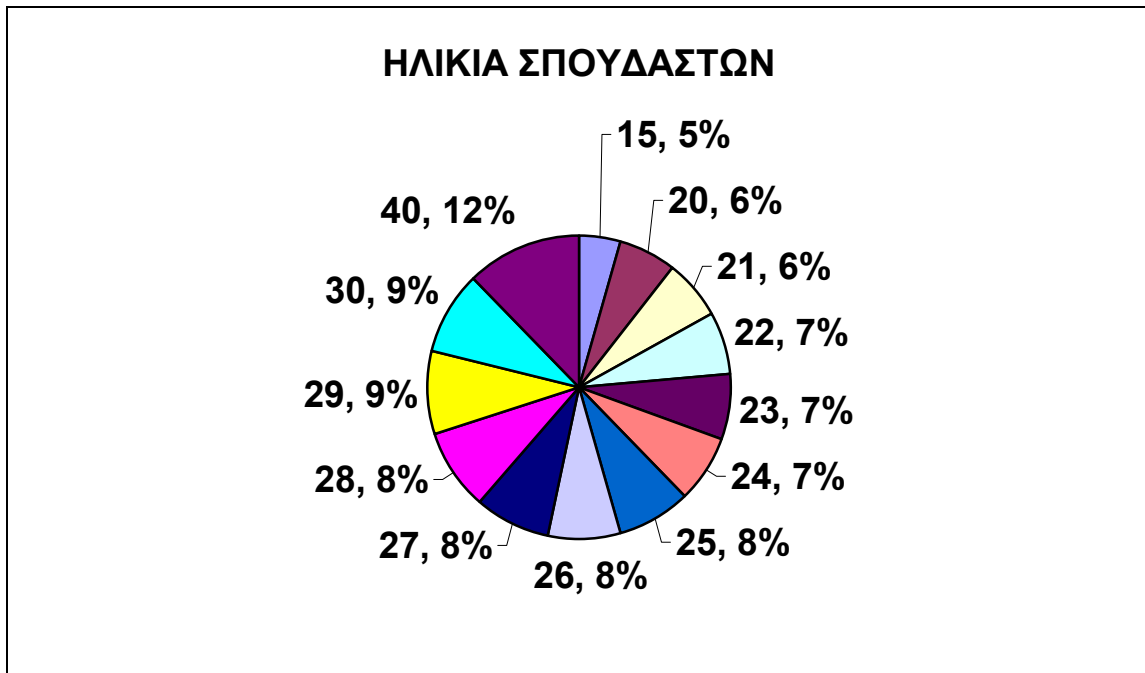
## ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρακάτω έρευνας είναι να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί η γνώση και η στάση των σπουδαστριών Νοσηλευτικής απέναντι στη διακοπή κύησης και στους παράγοντες που πιθανόν τις επηρεάζουν. Επίσης σκοπός είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις τους σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης και ο βαθμός ικανοποίησής τους από τις γνώσεις που έλαβαν κατά τη διάρκεια φοίτησής τους στη σχολή.

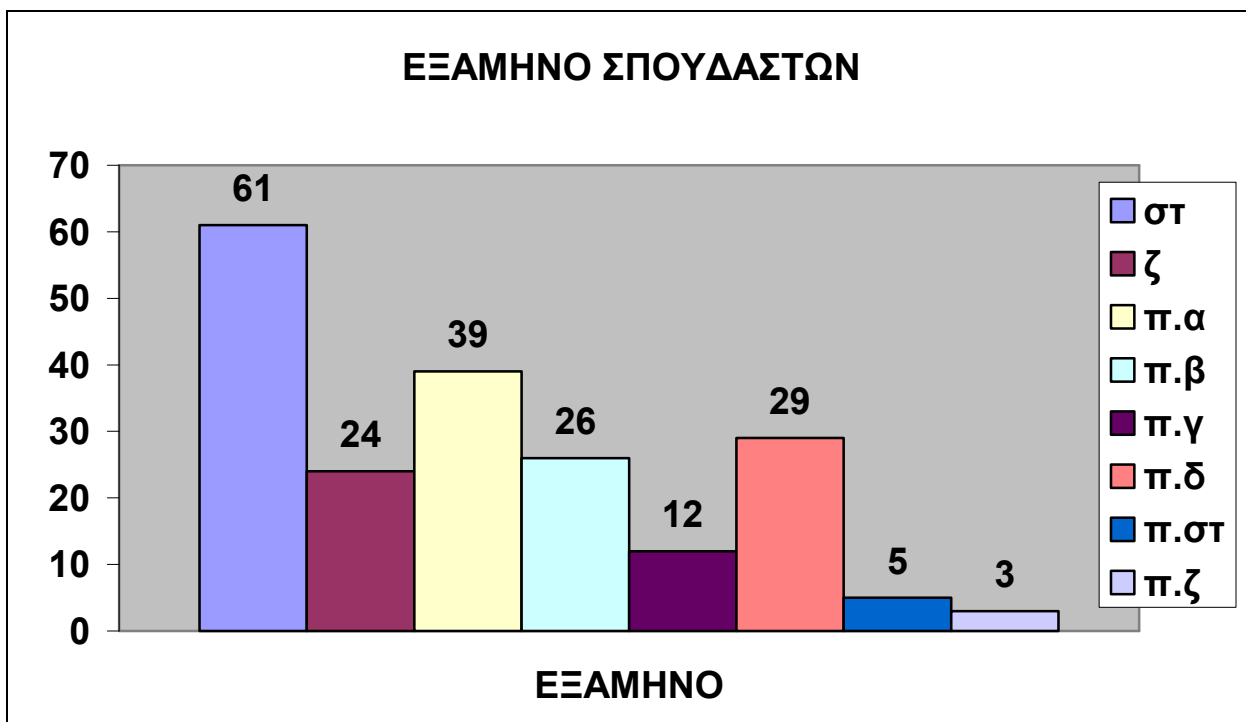
## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το πληθυσμό της έρευνας αποτελούν σπουδάστριες του 6<sup>ου</sup>, 7<sup>ου</sup> και 8<sup>ου</sup> εξαμήνου, καθώς και σπουδάστριες επί πτυχίου Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης και Αθήνας, με εύρος ηλικίας 18-40 και μέση τιμή ηλικίας 22,6. Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, 27 ερωτήσεων, το οποίο αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας και είναι βασισμένο σε προηγούμενα ερωτηματολόγια. Η διάρκεια της έρευνας ήταν περίπου έξι μήνες, κατά την οποία μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια, 100 σε σπουδάστριες του ΤΕΙ Κρήτης και 100 σε σπουδάστριες του ΤΕΙ Αθήνας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια ή μετά τη λήξη μαθήματος. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με περιγραφική στατιστική καθώς επίσης και με τις δοκιμασίες T-test και Χ<sup>2</sup>. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το πακέτο SPSS 13.0. Τέλος, τα δεδομένα διατυπώθηκαν σε πρόγραμμα Microsoft Excel και έγιναν γραφήματα για την διευκόλυνση διεξαγωγής συμπερασμάτων και προτάσεων.

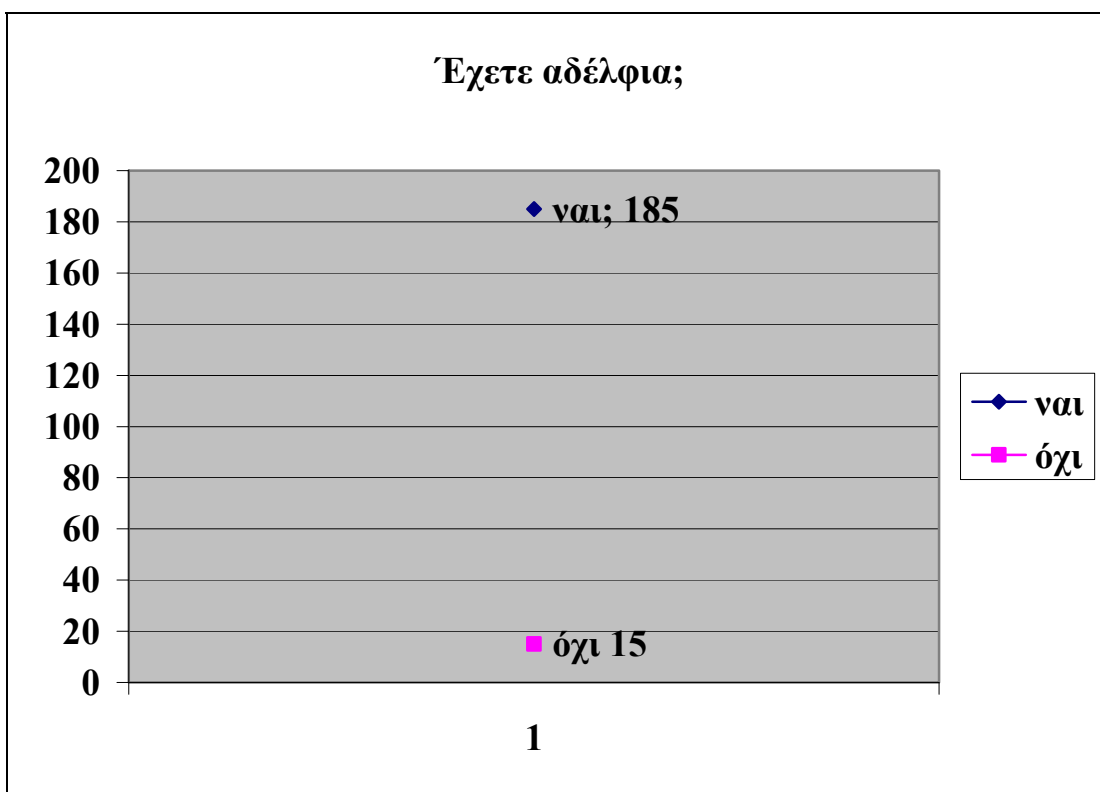
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



Η ηλικία των σπουδαστών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από 40 ως 15 ετών, με ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ:22,5 και ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ:2,61

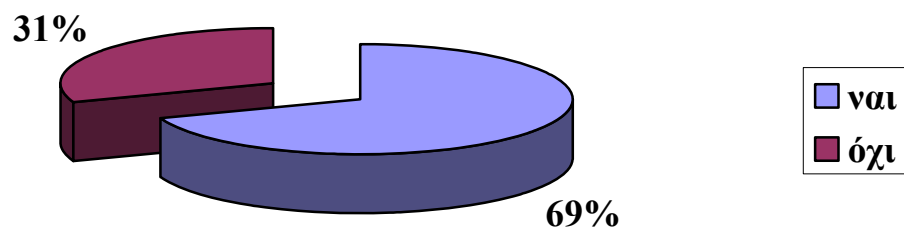


Από τα 200 άτομα, τα 61 φοιτούσαν στο 6<sup>ο</sup> εξάμηνο.



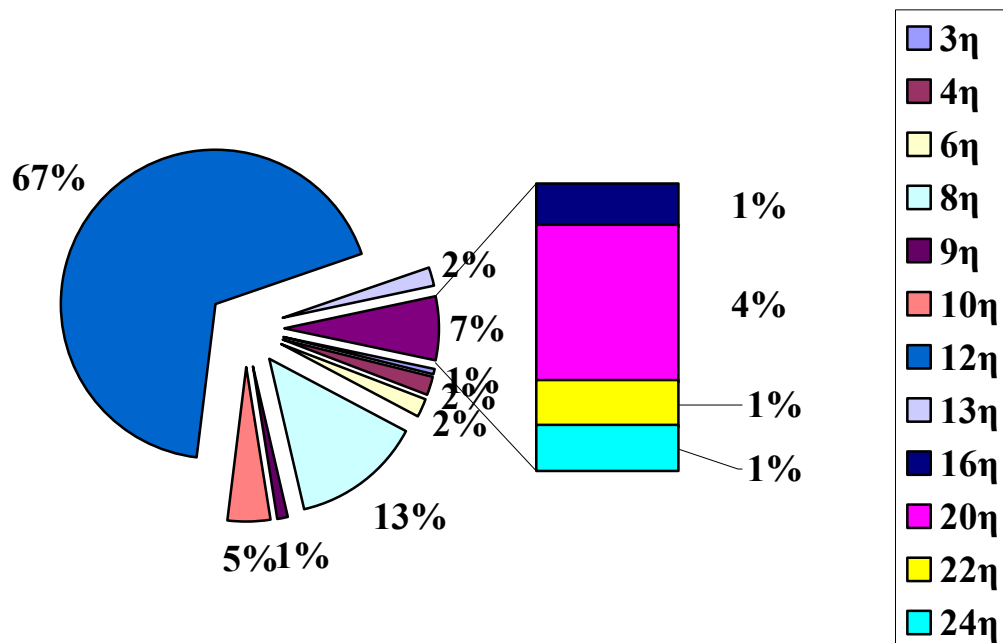
Δήλωσαν ότι δεν έχουν αδέρφια 15 άτομα.

### Κατά τη γνώμη σας η διακοπή κήσης είναι φόνος;



Αν και μόνο το 30% πιστεύει ότι η διακοπή κήσης δεν είναι φόνος, σύμφωνα με τις στατιστικές στη χώρα μας πραγματοποιούνται περίπου 100.000 με 120.000 εκτρώσεις το χρόνο.

### Μέχρι ποιά εβδομάδα επιτρέπεται η δ.κ. από το νόμο;



Η διακοπή κήσης επιτρέπεται από το νόμο ως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, όπως σωστά απάντησε και το 67% των ερωτώμενων.



**Ποιους από τους παρακάτω μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζετε;**

<b>Αποχή από σεξουαλικές σχέσεις</b>	<b>43%</b>
<b>Προφυλακτικό</b>	<b>99%</b>
<b>Ημερολογιακή μέθοδος</b>	<b>56%</b>
<b>Διακοπτόμενη συνουσία</b>	<b>57,5%</b>
<b>Αντισυλληπτικά δισκία</b>	<b>95%</b>
<b>Θερμομετρικό διάγραμμα</b>	<b>28%</b>
<b>Θηλασμός</b>	<b>16%</b>
<b>Κολπικό διάφραγμα</b>	<b>84%</b>
<b>Τραχηλική καλύπτρα</b>	<b>22,5%</b>
<b>Γυναικείο προφυλακτικό</b>	<b>73,5%</b>
<b>Αντισυλληπτικός σπόγγος</b>	<b>18%</b>
<b>Σπερματοκτόνο</b>	<b>74,5%</b>
<b>Χειρουργική απολίνωση σαλπινγών</b>	<b>42%</b>
<b>Αντισυλληπτικό ανδρικό χάπι</b>	<b>33%</b>
<b>Χειρουργική απόφραξη σπερματικού ανδρικού πόρου</b>	<b>33,5%</b>

Οι πιο διαδεδομένοι μέθοδοι αντισύλληψης είναι πρώτα το προφυλακτικό (99%) και ακολουθούν τα αντισυλληπτικά δισκία, το κολπικό διάφραγμα, σπερματοκτόνο και γυναικείο προφυλακτικό

**Ποιους από τους παρακάτω μεθόδους διακοπής κύησης γνωρίζετε;**

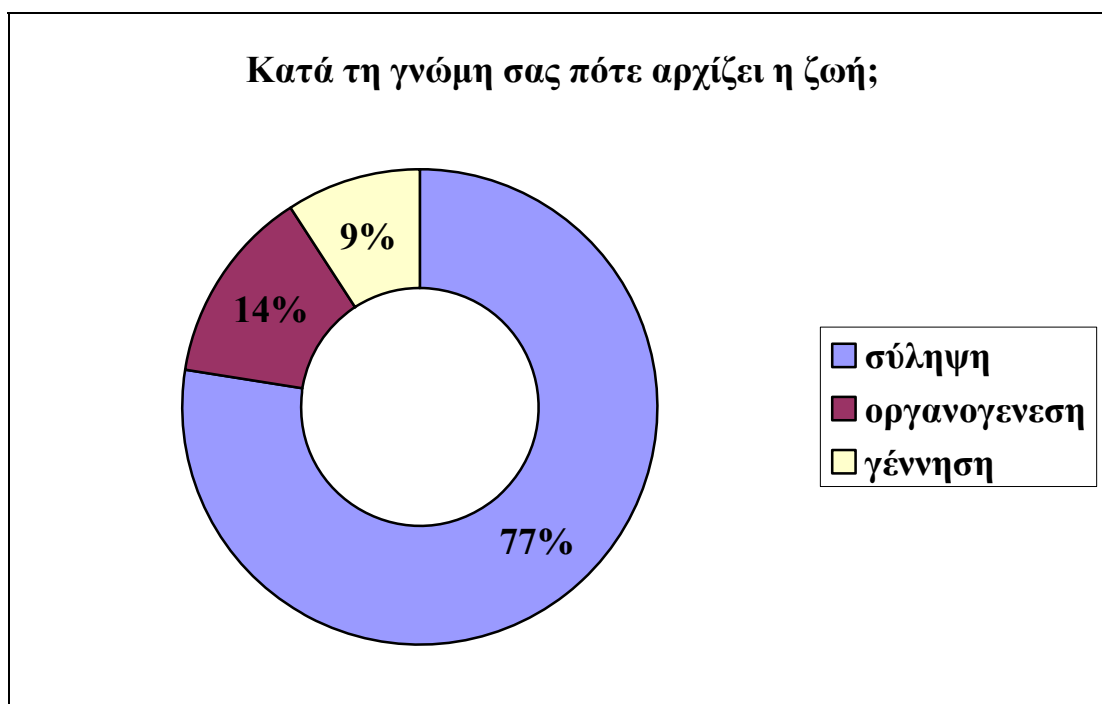
<b>Λεβο-νοργεστρέλη (χάπι της επόμενης μέρας)</b>	<b>85,2%</b>
<b>Σπιράλ</b>	<b>49%</b>
<b>Απόξεση με αναρρόφηση</b>	<b>60,2%</b>
<b>Mifepristone</b>	<b>2%</b>
<b>Methotrexate</b>	<b>4,1%</b>
<b>Εμβρυοτομή (D&amp;E)</b>	<b>18,9%</b>
<b>Prostaglandin</b>	<b>7,1%</b>
<b>Ένεση με digoxin</b>	<b>12,8%</b>
<b>Έκτρωση με άλας</b>	<b>13,8%</b>
<b>Υστεροτομή</b>	<b>18,9%</b>
<b>(D&amp;X) έκτρωση μερικής γέννησης</b>	<b>11,7%</b>

Το «χάπι της επόμενης μέρας» καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό. Η πιο γνωστή μέθοδος διακοπής κύησης που γίνεται στο πρώτο στάδιο κύησης είναι η απόξεση με αναρρόφηση και είναι η πιο συχνή μέθοδος.

**Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι ένα ζευγάρι θα έπρεπε να προβεί σε διακοπή κύησης;**

<b>Άγαμο ζευγάρι</b>	<b>12%</b>
<b>Ανεπιθύμητη κύηση</b>	<b>48,5%</b>
<b>Οικονομικοί λόγοι</b>	<b>38%</b>
<b>Πίεση από την οικογένεια</b>	<b>15,5%</b>
<b>Πίεση από το σύντροφο</b>	<b>13%</b>
<b>Λόγοι υγείας</b>	<b>89%</b>
<b>Βιασμός</b>	<b>82,5%</b>
<b>Δεν είναι έτοιμος να γίνει γονέας</b>	<b>29,5%</b>
<b>Λόγω σπουδών</b>	<b>15%</b>
<b>Λόγω προβλήματος υγείας του εμβρύου</b>	<b>88,5%</b>
<b>Άλλο (αιμομιξία)</b>	<b>3,5%</b>

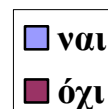
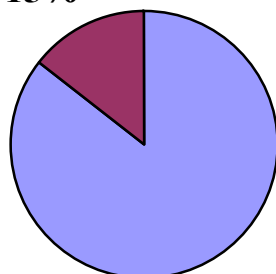
Μεγάλο ποσοστό (48,5%) καταλαμβάνει η ανεπιθύμητη κύηση. Συνεπάγεται λοιπόν, πόσο σημαντικό ρόλο έχει η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση για θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης ώστε να αποφεύγεται μια ανεπιθύμητη κύηση. Η διακοπή κύησης για λόγους προβλημάτων υγείας της μητέρας ή του εμβρύου, βιασμός ή αιμομιξία, επιτρέπεται και είναι αποδεκτό και από το νόμο ως κάποια εβδομάδα κύησης.



Η πλειοψηφία των ατόμων (77%) απάντησε πως η ζωή αρχίζει με τη σύλληψη.

**Κατά τη γνώμη σας ο πατέρας πρέπει να έχει λόγο στη διακοπή κύησης;**

29, 15%

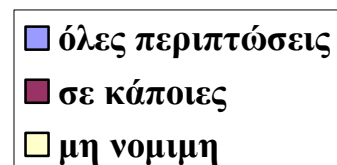
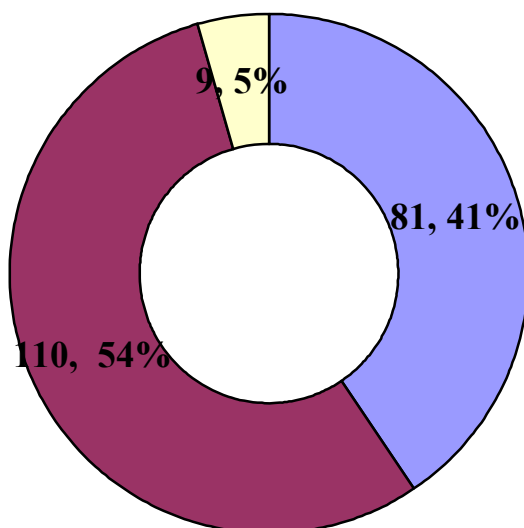


171, 85%

Το 15% πιστεύει πως είναι καθαρά γυναικεία επιλογή το αν θα προβούν σε διακοπή κύησης ή όχι. Σε παραπάνω γράφημα, μόνο το 13% θα επηρεαζόταν από την άποψη του πατέρα.

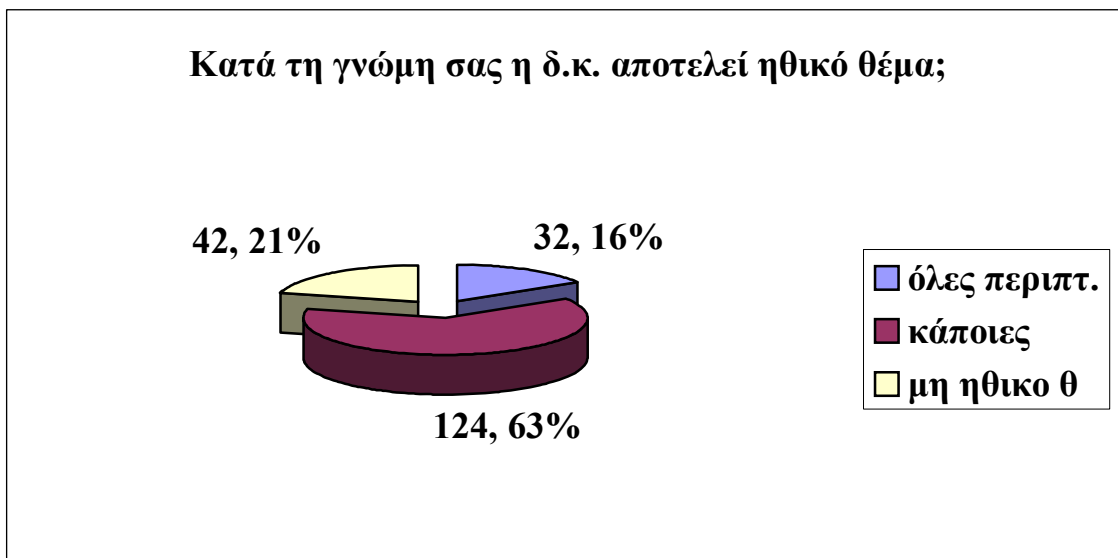
**Κατά τη γνώμη σας η δ.κ. πρέπει να είναι νόμιμη;**

9, 5%



Η διακοπή κύησης είναι νόμιμη στην Ελλάδα όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης και μέχρι την 19<sup>η</sup> όταν υπάρχει σοβαρή ένδειξη ανωμαλίας του εμβρύου ή

κίνδυνος για την ζωή της μητέρας. Είναι εμφανές ότι η πλειοψηφία (95%) υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της άμβλωσης αν όχι για όλες, τουλάχιστον για κάποιες περιπτώσεις.



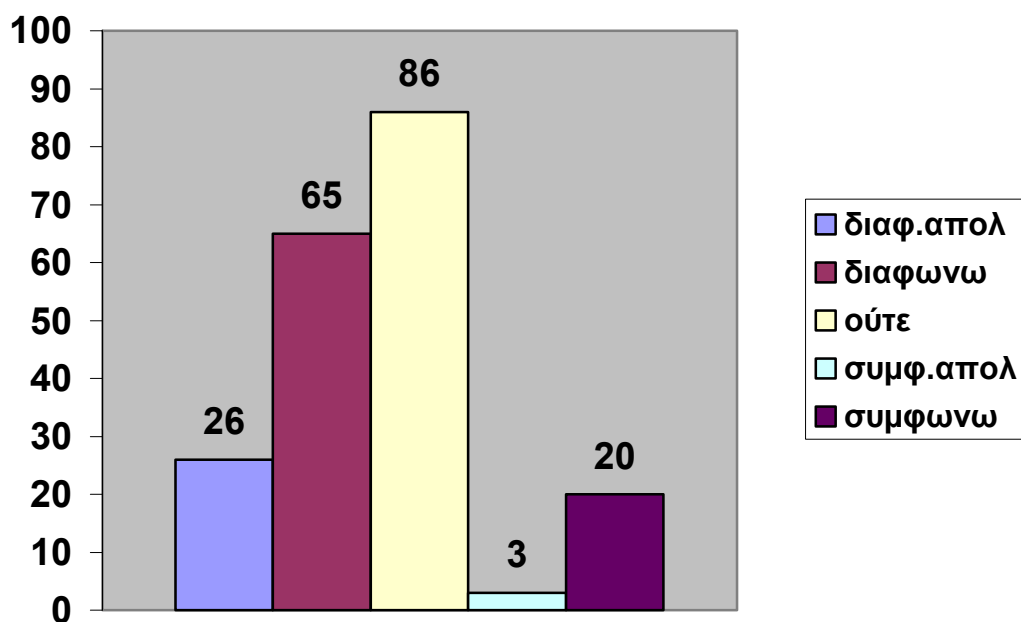
Πάνω από το μισό πληθυσμό δείγματος (63%) θεωρεί ότι η διακοπή κύησης είναι ηθικά λάθος σε κάποιες περιπτώσεις.

**Ποια από τα παρακάτω έχουν επηρεάσει περισσότερο την άποψη σας για διακοπή κύησης;**

Προσωπική εμπειρία	14,6%
Φίλοι	34,7%
Συγγενείς	26,6%
MME	31,7%
Θρησκεία	28,6%
Εκπαίδευση	56,8%

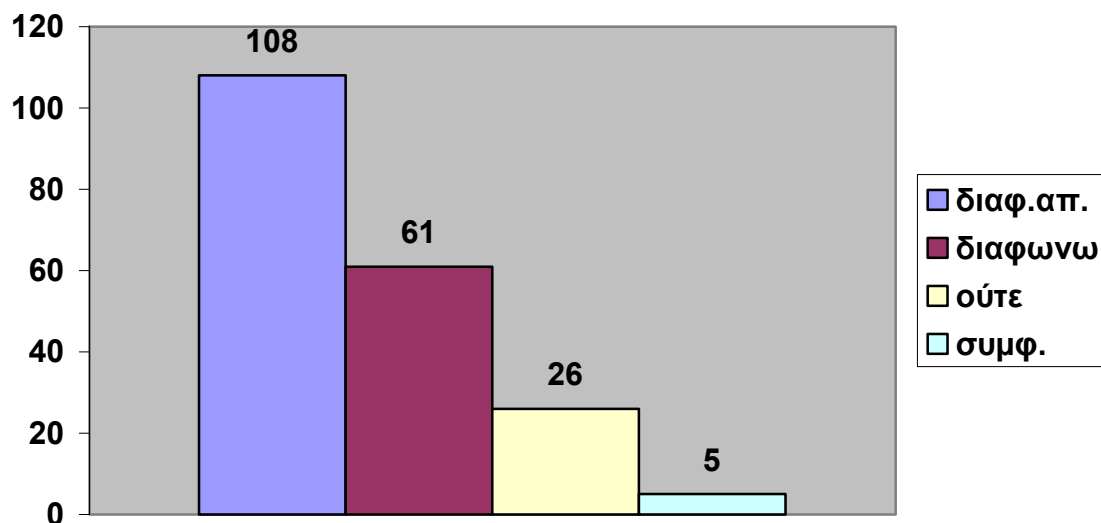
Ποσοστό άνω του 30% είχαν οι επιλογές φίλοι, MME και εκπαίδευση.

### Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη διακοπή κύησης;



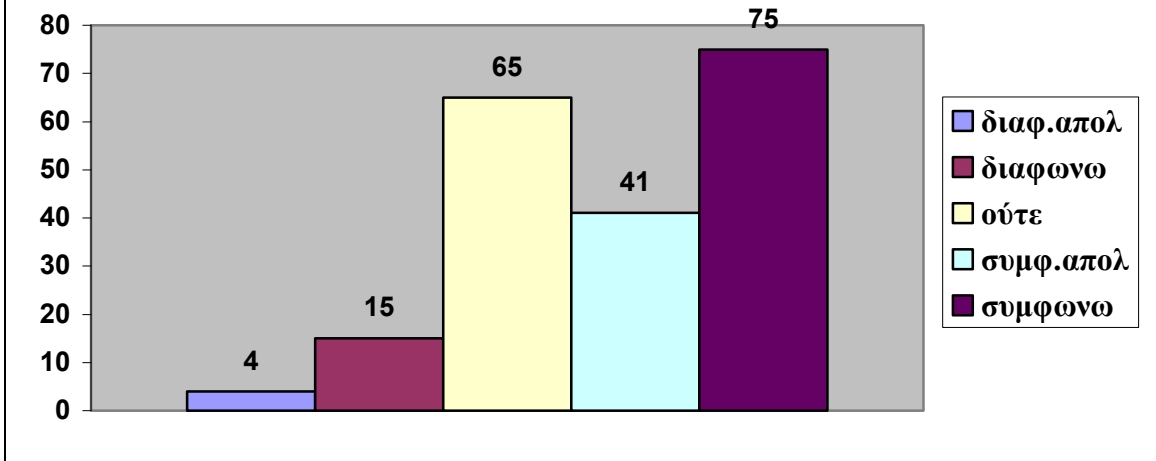
Το μεγαλύτερο ποσοστό 43% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

### Συμφωνείτε με τη διακοπή κύησης ως την 24η εβδομάδα;



Η συντριπτική πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα (108 άτομα) και συμφωνεί σε παραπάνω ερώτηση όπου 140 άτομα θεωρούν την έκτρωση, φόνο.

**Συμφωνείτε με το να έχουν οι γυναίκες νόμιμα δικαιώματα για διακοπή κύησης;**



Μέση Τιμή: 3,70 Τυπική Απόκλιση: 0,95

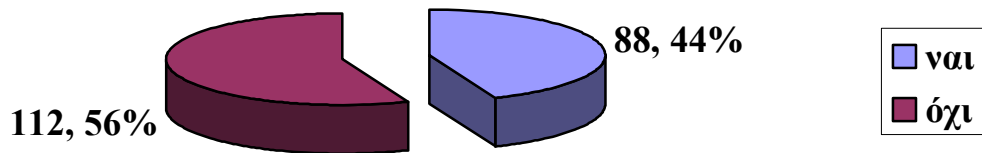
Οι περισσότεροι υποστηρίζουν (116) στην ύπαρξη νόμιμων δικαιωμάτων για διακοπή κύησης. Μόνο 19 άτομα διαφωνούν.

**Πρέπει να υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για μέτρα αντισύλληψης;**



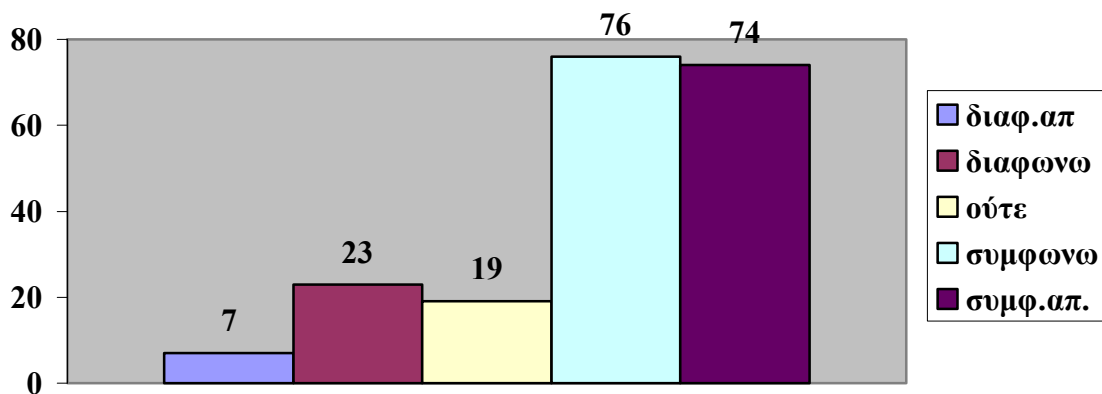
Η απάντηση ήταν αναμενόμενη. Το ποσοστό που διαφωνεί με το να υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για μέτρα αντισύλληψης είναι μόλις 4%.

Συμφωνείτε με τη λήψη του "χαπιού της επόμενης μέρας" χωρίς τη συνταγή γιατρού;



Σ' αυτή την απάντηση τα ποσά είναι μοιρασμένα σχεδόν στη μέση. 44% ναι και 56% όχι.

Συμφωνείτε οι γυναίκες κάτω των 18 ετών να χρειάζονται την άδεια τουλάχιστον ενός από τους γονείς για διακοπή κύησης;

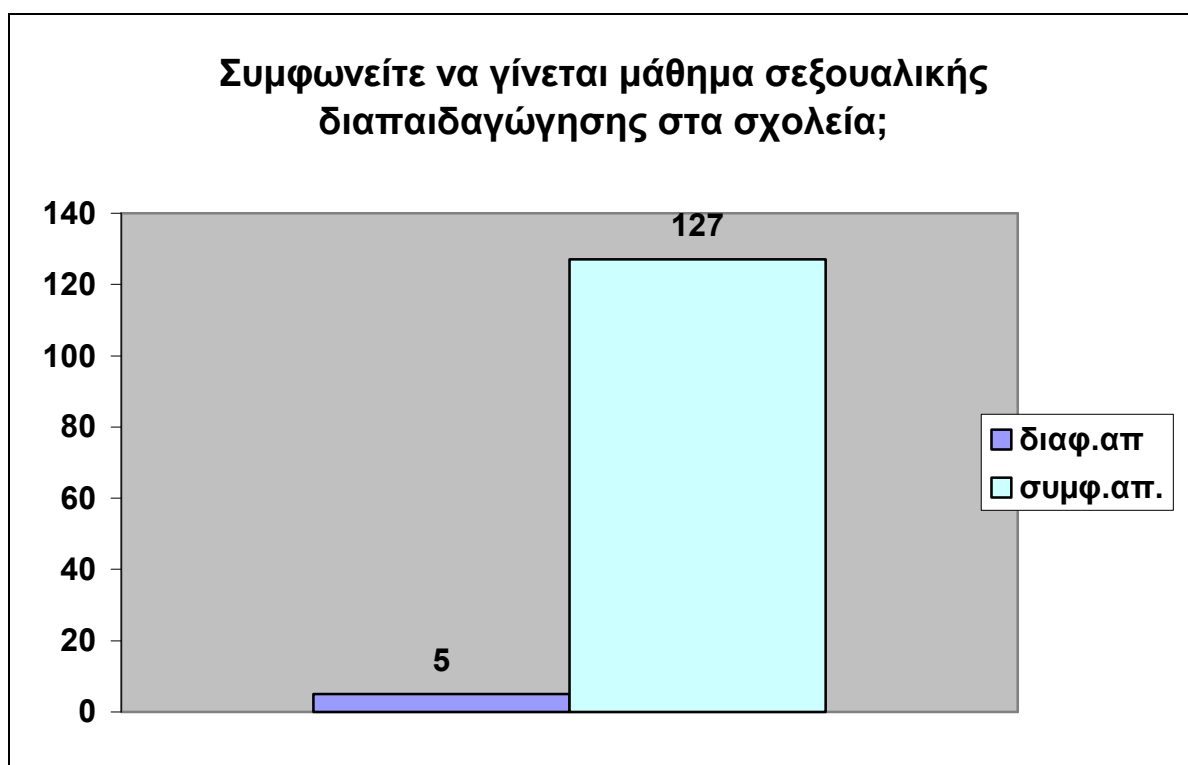


Η διακοπή κύησης σε ανήλικα άτομα, χωρίς την άδεια ενός από τους γονείς είναι παράνομη. Το 75.4% συμφωνεί ενώ μόνο το 15% είναι αντίθετο.

### Από ποια μέσα πιστεύετε πρέπει να γίνεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση;

<b>Οικογένεια</b>	<b>91,5%</b>
<b>Σχολείο</b>	<b>89%</b>
<b>MME</b>	<b>45,5%</b>
<b>Βιβλία-Περιοδικά</b>	<b>55%</b>
<b>Άλλο (σύντροφος, φίλοι)</b>	<b>4,5%</b>

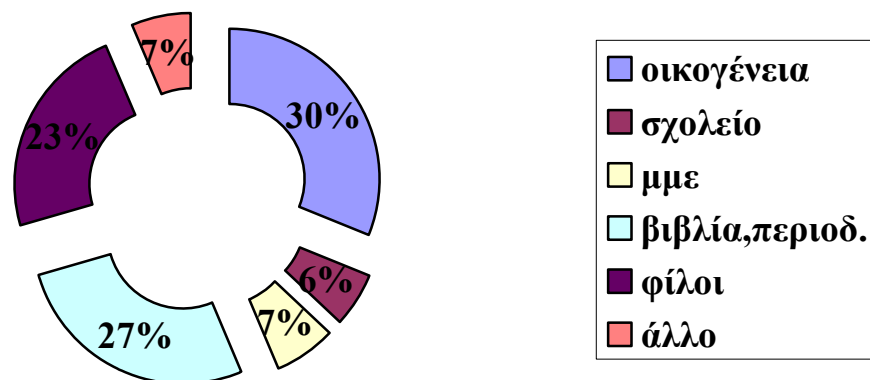
Πάνω από το 80% των απαντήσεων θεωρείται ότι πρέπει να γίνεται από την οικογένεια και το σχολείο. Όμως σε παραπάνω ερώτηση παρατηρούμε ότι μόνο το 26,6% έχει διαμορφώσει την άποψη του από την οικογένεια.



Η συντριπτική πλειοψηφία 92.5% υποστηρίζει να γίνεται μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία όπως και στην προηγούμενη ερώτηση όπου το 89% θεωρεί ότι το καταλληλότερο μέσο σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι το σχολείο.

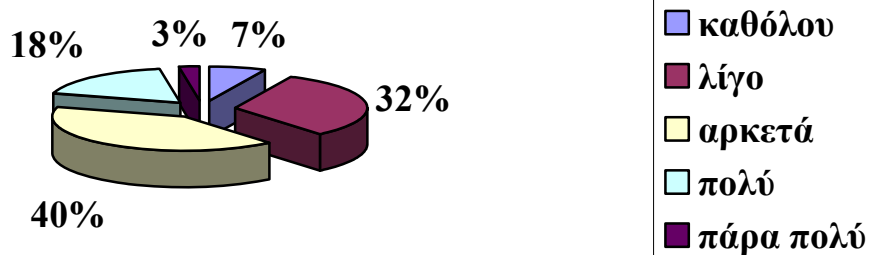


**Ποιά ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά ζητήματα;**



Η κύρια πηγή ενημέρωσης των περισσότερων είναι πρώτα η οικογένεια, έπειτα τα βιβλία. Μόνο 12 άτομα απάντησαν ότι το σχολείο ήταν η κύρια πηγή ενημέρωσης. Ενώ σε παραπάνω ερώτηση, 127 άτομα θα ήθελαν να γίνεται μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.

**Ποιά η ικανοποίηση σας από τις γνώσεις που αποκτήσατε για οικογενειακό προγραμματισμό και διακοπή κύησης από τη σχολή σας;**



Η πλειοψηφία των ατόμων (61%) είναι αρκετά ικανοποιημένη για τις γνώσεις που έλαβε από τη σχολή τους. Όμως, αξιοσημείωτο είναι ότι υπάρχουν αρκετοί (39%) οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν έλαβαν καθόλου γνώσεις για οικογενειακό προγραμματισμό και διακοπή κύησης κατά τη διάρκεια φοίτησής τους στη σχολή.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έκτρωση αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα. Σε κάποιες χώρες, όπως στην Αγγλία η έκτρωση είναι νόμιμη, όταν πραγματοποιείται εντός 24 βδομάδων και το πιστοποιούν δύο εγγεγραμμένοι γιατροί. Στη Σουηδία η άμβλωση επιχορηγείται ολοκληρωτικά από την κυβέρνηση. Στην Ελλάδα, η έκτρωση είναι νόμιμη μόνο όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης και έχει διαπιστωθεί σοβαρή ανωμαλία του εμβρύου ή κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας. Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας επιτρέπεται εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα βδομάδες κύησης. Τέλος, όταν η έγκυος είναι ανήλικη χρειάζεται την συναίνεση ενός από τους δύο γονείς.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, το 70% των ατόμων θεωρούν ότι η διακοπή κύησης είναι φόνος. Ένα ευυπόληπτο ποσοστό το 13.9% έχει προβεί σε διακοπή κύησης σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία του ΤΕΙ Αθηνών και των νοσοκομείων «Υγεία» και «Ευαγγελισμός». Στην Ελλάδα, πραγματοποιούνται 100.000-120.000 αμβλώσεις κάθε χρόνο σύμφωνα με την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι λόγοι για τους οποίους κάποιος θα μπορούσε να προβεί σε διακοπή κύησης είναι αρκετοί. Στο δικό μας δείγμα υψηλό ποσοστό καταλαμβάνει η ανεπιθύμητη κύηση (48,5%) χαμηλότερο οι οικονομικοί λόγοι (38%). Στο σημείο αυτό να προσθέσουμε ότι η σωστή και επαρκής ενημέρωση για θέματα αντισύλληψης θα μείωνε τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων, άρα και των αμβλώσεων. Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κρήτη, το 89% του δείγματος θεωρεί ότι οι λόγοι που αναγκάζουν κάποιον να προβεί σε διακοπή κύησης είναι κοινωνικοοικονομικοί. Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία, τα άτομα που συμμετείχαν πιστεύουν ότι οι κοινωνικοί λόγοι είναι η κυριότερη αιτία αμβλώσεων.

Στη παρούσα μελέτη συμπεραίνουμε ότι η διακοπή κύησης αποτελεί ηθικό θέμα σε κάποιες περιπτώσεις (62%) και είναι γυναικεία επιλογή και δικαίωμα να διαχειριστούν το σώμα τους όπως θέλουν (58%). Από τα 200 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μας, τα 171 πιστεύουν ότι ο πατέρας θα πρέπει να έχει λόγο για τη διακοπή κύησης αλλά μόνο 26 ερωτηθέντες θα προχωρούσαν σε διαδικασία έκτρωσης εξαιτίας της πίεσης από το σύντροφο. Σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα 2/3 του δείγματος δεν θα επηρεαζόταν από την αντίθετη γνώμη του συντρόφου.

Σε έρευνα που έγινε σε Έλληνες και Αμερικανούς, παρατηρήθηκε ότι η θρησκεία επηρεάζει τη σεξουαλική απελευθέρωση και την στάση των ατόμων απέναντι στη διακοπή

κήσης. Για τους Έλληνες η πίστη παίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή της άμβλωσης, σε αντίθεση με τους Αμερικάνους. Στη παρούσα μελέτη μόνο το 28% έχει επηρεαστεί από τη θρησκεία για τη διαμόρφωση της γνώμης τους.

Στην έρευνά μας οι δημοφιλέστεροι μέθοδοι διακοπής κύησης ήταν το «χάπι της επόμενης μέρας» (30%) και η απόξεση με αναρρόφηση (21.2%). Όσο αναφορά τις γνώσεις των ερωτηθέντων για τις μεθόδους αντισύλληψης, το μεγαλύτερο ποσοστό γνώριζε πάνω από μια μέθοδο. Η συντριπτική πλειοψηφία επέλεξε το προφυλακτικό (99%), αντισυλληπτικά δισκία (95%) και το κοιλιακό διάφραγμα (84%). Σε αυτό το σημείο να προσθέσουμε ότι το προφυλακτικό είναι η οικονομικότερη και πιο εύχρηστη μέθοδος καθώς και η μόνη που προφυλάσσει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επίσης, το 96% του δείγματος είναι υπέρ στην ασφαλιστική κάλυψη των μεθόδων αντισύλληψης.

Η κύρια πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά ζητήματα ήταν η οικογένεια με ποσοστά 31% και ακολουθούν βιβλία και περιοδικά με 27%, ενώ το σχολείο το επέλεξε μόνο το 6% δηλαδή 12 ερωτηθέντες.

Στις σχετικές ερωτήσεις, από πού πιστεύετε ότι πρέπει να γίνετε η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση την απάντηση σχολείο επέλεξαν 178 ερωτηθέντες και με το αν πρέπει να γίνετε μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία το 92.5% συμφώνησε απόλυτα. Λαμβάνοντας υπόψη, την δική μας έρευνα όπου μόνο το 6% έχει ενημερωθεί για σεξουαλικά ζητήματα από το σχολείο και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1998 από την Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών που εδρεύει στο Αρεταίειο, το 1/3 των γυναικών που έκαναν άμβλωση ήταν ηλικίας μεταξύ 14 ως 19. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία.

Τέλος, στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από τις γνώσεις που αποκτήσατε για οικογενειακό προγραμματισμό και διακοπή κύησης από την σχολή σας, το 61% ήταν από αρκετά ως πολύ ικανοποιημένο ενώ υπήρχε ποσοστό 39% όπου ήταν από λίγο ως καθόλου.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Εφόσον η τεχνητή διακοπή κύησης είναι νόμιμη θα πρέπει να παρέχετε ασφαλιστική κάλυψη.
- Να παρέχετε ασφαλιστική κάλυψη για τις μεθόδους αντισύλληψης
- Να παρέχετε οικονομική ενίσχυση και βοήθεια από το κράτος στην μέλλουσα μητέρα.
- Υποχρεωτικό μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία.
- Σωστή και επαρκής ενημέρωση από την οικογένεια και τα ΜΜΕ.
- Το μάθημα του οικογενειακού προγραμματισμού στο ΤΕΙ να γίνει από επιλεγόμενο υποχρεωτικό.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ασημακόπουλος Ε. Μανταλενάκης Υπερηχογραφία στη μαιευτική και γυναικολογία, Θεσσαλονίκη 1989, University Studio Press

Αραβαντινού Διονυσίου Ι., Μαιευτική, Αθήνα 1989, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, σελ. 380-386, 106-114

Γεωργακόπουλος Παναγιώτης Α., Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής, Αθήνα 1993, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, σελ. 1-39, 44-68, 261-262, 280, 427-432, 458-463, 481-486

Εκπαιδευτική Πιστοποίηση στη Νοσηλευτική (National Student Nurses Association USA) Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Εκδόσεις, Αθήνα 1999, Εκδόσεις «Ελλην», σελ. 23, 39

Καρπάθιος Σ.Ε., Βασική Μαιευτική και περιγεννητική Ιατρική Α' Τόμος, Β' Έκδοση Αθήνα 1999, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, σελ 1-4, 14-27, 75-81, 93-105, 341-356

Μαμόπουλου Μιχάλη Α., Μαιευτική και Γυναικολογία, Θεσσαλονίκη 1989, University Studio Press, σελ. 95-120

Παπανικολάου Νίκου Α., Γυναικολογία Γ' Έκδοση, Αθήνα 1994, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, σελ. 8-60, 283-296, 307-323, 332-339

Συκάκη-Δούκα Αλέκα «ο τοκετός είναι Αγάπη» Αθήνα 1988, Εκδόσεις ΜΑΚΕΔΟΣ σελ. 225-234

Τομακίδης Παναγιώτης, Μαιευτική και Γυναικολογία, Αθήνα 1999, Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη α.ε. σελ. 17-23, 93-96, 179, 185

Sir Dewhurst John, Hrvey David, Μαιευτική Β' Έκδοση, Αθήνα 1996, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός σελ 246-256

Αντισύλληψη, ευθύνη και των δύο(29/3/2002). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=35334> (25/7/2007)

Πόσο ασφαλές είναι το αντισυλληπτικό χάπι(6/2/2002) .Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=36646> (25/7/2007)

Το αντισυλληπτικό χάπι: μια κοινωνική επανάσταση (1998). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://xhmikos.gr/Iounios98.htm> (11/8/2007)

Αποβολή: τα βασικά σημεία που πρέπει να ξέρετε. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=178](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=178) (23/8/2007)

Αυτόματη αποβολή. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=411>(23/8/2007) *Ensuring a high level of health and safety*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://europarl.europa.eu> (5/9/2007)

Δολοφονία ή σωτηρία (7/1/2006) Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://enplo.blogspot.com/2006/01/blog-post\\_07.html](http://enplo.blogspot.com/2006/01/blog-post_07.html) (10/8/2007)

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (14/12/2005) Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

[http://www.bioethics.gr/document.php?category\\_id=69&document\\_id=340](http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=69&document_id=340) (17/8/2005)

Μέθοδοι εκτρώσεων (17/4/2005) Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?methods> (2/9/2007)

Abortion policies. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>(22/9/2007)

Έκτρωση: το αμάρτημα της μητρός μου. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.xfe.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=107> (10/9/2007)

Θλιβερή πρωτιά στις αμβλώσεις (11/11/03). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.flash.gr>

Επιστημονικές έρευνες, φονταμενταλιστικά κηρύγματα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.iospress.gr/mikro2003/mikro20031115.htm%20>(23/9/2007)

Εκτρώσεις. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.jesuslovesyou.gr/Society/Abortion.htm> (29/8/2007)

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη-άμβλωση (15/9/2007) Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://night-flights.pblogs.gr/tags/amblosi-gr.html> (30/9/2007)

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://el.wikipedia.org>

Το δημογραφικό πρόβλημα. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

<http://www.unborn.gr/unborn1/unborn/index.php?demographic> (10/8/2007)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία \_\_\_\_\_
2. Οικογενειακή κατάσταση  Άγαμος  Έγγαμος
3. Εξάμηνο \_\_\_\_\_
4. Θρήσκευμα \_\_\_\_\_
5. Εθνικότητα \_\_\_\_\_
6. Έχετε παιδιά,  ΝΑΙ  ΟΧΙ
7. Έχετε αδέρφια  ΝΑΙ  ΟΧΙ
8. Κατά την γνώμη σας η διακοπή κύησης είναι φόνος  ΝΑΙ  ΟΧΙ
9. Μέχρι πια εβδομάδα ή μήνα επιτρέπεται η διακοπή κύησης από το νόμο  
\_\_\_\_\_

10. Ποιούς από τους παρακάτω μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζετε:  
(μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μία επιλογές)

- Κανένα
- Αποχή από σεξουαλικές σχέσεις
- Προφυλακτικό
- Ημερολογιακή μέθοδος
- Διακοπτόμενη συνουσία
- Αντισυλληπτικά δισκία
- Θερμομετρικό διάγραμμα
- Θηλασμός
- Κολπικό διάφραγμα
- Τραχηλική καλύπτρα
- Γυναικείο προφυλακτικό
- Αντισυλληπτικός σπόγγος
- Σπερματοκτόνο
- Χειρουργική απολίνωση των σαλπινγών (απόφραξη)
- Αντισυλληπτικό ανδρικό χάπι
- Χειρουργική απόφραξη σπερματικού πόρου στον άνδρα

11. Ποιούς από τους παρακάτω μεθόδους διακοπής κύησης γνωρίζετε:  
(μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μία επιλογές)

- Λεβο-νοργεστρέλη (χάπι της επόμενης μέρας)
- ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ)
- απόξεση με αναρρόφηση
- mifepristone
- methotrexate
- εμβρυοτομή (D&E)
- prostaglandin
- ένεση με digoxin
- Έκτρωση με άλας
- Υστεροτομή
- D&X (έκτρωση μερικής γέννησης)

12. Για ποιούς λόγους πιστεύετε ότι ένα ζευγάρι θα έπρεπε να προβεί σε διακοπή κύησης: (μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μία επιλογές)
- Άγαμο ζευγάρι
  - Ανεπιθύμητη κύηση
  - Οικονομικοί λόγοι
  - Πίεση από την οικογένεια
  - Πίεση από τον σύντροφο
  - Λόγοι υγείας
  - Βιασμός
  - Δεν είσαι έτοιμος να γίνεις γονέας
  - Λόγω σπουδών
  - Λόγω προβλήματος υγείας του εμβρύου
  - Άλλο
13. Κατά την γνώμη σας πότε αρχίζει η ζωή
- με την σύλληψη
  - με την οργανογένεση
  - με την γέννηση
14. Κατά την γνώμη σας ο πατέρας πρέπει να έχει λόγο στη διακοπή κύησης
- ΝΑΙ
  - ΟΧΙ
15. Κατά την γνώμη σας η διακοπή κύησης πρέπει να είναι:
- νόμιμη σε όλες τις περιπτώσεις
  - νόμιμη μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (βιασμό, αιμομιξία, κ.α.)
  - μη νόμιμη
16. Κατά την γνώμη σας, η διακοπή κύησης είναι:
- Ηθικά λάθος σε όλες τις περιπτώσεις
  - Ηθικά λάθος σε κάποιες περιπτώσεις
  - Δεν αποτελεί ηθικό θέμα
17. Ποια από τα παρακάτω έχουν επηρεάσει περισσότερο την άποψή σας για την διακοπή κύησης: (μπορείτε να τσεκάρετε περισσότερες από μία επιλογές)
- Προσωπική εμπειρία
  - Φίλοι
  - Συγγενείς
  - ΜΜΕ
  - Θρησκεία
  - Εκπαίδευση
  - Άλλο \_\_\_\_\_



18. Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την διακοπή κύησης

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Συμφωνείτε με την διακοπή κύησης μέχρι την 24<sup>η</sup> εβδομάδα (6 μήνες)

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Συμφωνείτε με το να έχουν οι γυναίκες νόμιμα δικαιώματα για διακοπή κύησης

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Πρέπει να υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για τα μέτρα αντισύλληψης   
ΝΑΙ  ΟΧΙ

22. Συμφωνείτε με την λήψη του «χαπιού της επόμενης μέρας» χωρίς την συνταγή  
γιατρού  ΝΑΙ  ΟΧΙ

23. Συμφωνείτε οι γυναίκες κάτω των 18 ετών να χρειάζονται την άδεια τουλάχιστον  
ενός από τους γονείς για την διακοπή κύησης

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Από ποια μέσα πιστεύετε πρέπει να γίνεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων

- Οικογένεια
- Σχολείο
- ΜΜΕ
- Βιβλία-Περιοδικά
- Άλλο

25. Συμφωνείτε να γίνετε μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Ποια ήταν σε σας η **κύρια** πηγή ενημέρωσης για σεξουαλικά ζητήματα (μπορείτε να τσεκάρετε **μόνο** μία επιλογή)

- Οικογένεια
- Σχολείο
- ΜΜΕ
- Βιβλία-Περιοδικά
- Φίλοι
- Άλλο

27. Ποια η ικανοποίησή σας από τις γνώσεις που αποκτήσατε για οικογενειακό προγραμματισμό και διακοπή κύησης από την σχολή σας

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>