



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων ατόμων ηλικίας
18 έως 25 ετών για την διακοπή της κήσης»
Σπουδάστριες**

*Καραγιωργάκη Μαρία Στέλλα
Γερούλια Παναγιώτα Ελένη
Κοσενάκη Μαρία Ελένη*

**Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του
Προπτυχιακού Τίτλου Σπουδών**

Επιβλέπων καθηγητής:

*Καρτσωνάκη Μαρία Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Τμήμα Νοσηλευτικής, Νοσηλεύτρια
Μ.Ε.Θ. ΠΑ.Γ.Ν.Η., MSc, PhDc*

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, Μάιος 2019

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

DrR.Nathanson (από την ταινία «Σιωπηλή Κραυγή»)

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 1/3/2018 με αριθμό Πρωτοκόλλου 296 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).

<i>Πίνακας περιεχομένων</i>	
<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	v
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i>	vi
<i>Περίληψη</i>	7
<i>Abstract</i>	10
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	12
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	12
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	12
<i>Κεφάλαιο 1^ο</i>	13
<i>1.1 Ορισμός άμβλωσης</i>	13
<i>1.2 Ιστορική αναδρομή μεθόδων άμβλωσης</i>	14
<i>1.3 Η έκτρωση σε παλιότερες εποχές και η έκτρωση σήμερα</i>	18
<i>1.3.1 Η Έκτρωση σε παλαιότερες εποχές</i>	18
<i>1.3.2 Η Έκτρωση στην Εποχή μας</i>	19
<i>1.4 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις</i>	20
<i>1.4.1 Γενικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο</i>	21
<i>1.4.2 Γενικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε ελληνικό επίπεδο</i>	22
<i>1.4.3 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις νέων σε παγκόσμιο επίπεδο</i>	22
<i>1.4.4 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις νέων σε ελληνικό επίπεδο</i>	23
<i>1.5 Μέθοδοι άμβλωσης</i>	23
<i>1.5.1 Αυτό-προκληθείσα έκτρωση</i>	24
<i>1.5.2 Μέθοδοι άμβλωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στην μήτρα ή σε αρχικά στάδια της κύησης</i>	25
<i>1.5.3 Το «χάπι της επόμενης ημέρας»</i>	26
<i>1.5.4 Methotrexate</i>	26
<i>1.5.5 Απόξεση με αναρρόφηση</i>	27
<i>1.6 Μέθοδοι άμβλωσης σε προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης</i>	28
<i>1.6.1 Εμβρυοτομή</i>	28
<i>1.6.2 Έκτρωση με άλας</i>	28
<i>1.6.3 Ένεση με Digoxin</i>	29
<i>1.6.4 Υστεροτομή</i>	29
<i>1.7 Αίτια της Απόφασης για Άμβλωση</i>	30
<i>1.7.1 Ηλικία</i>	31
<i>1.7.2 Οικονομικοί λόγοι</i>	32
<i>1.7.3 Κοινωνικοί και Θρησκευτικοί λόγοι</i>	32
<i>1.7.4 Άλλοι λόγοι</i>	33
<i>1.7.5 Λόγοι Υγείας</i>	33
<i>Κεφάλαιο 2^ο</i>	34
<i>Νομοθετικό πλαίσιο για τις αμβλώσεις</i>	34
<i>2.1 Νομοθετικό πλαίσιο αμβλώσεων στην Ελλάδα</i>	34
<i>2.2 Γενικά ποσοστά εκτρώσεων στην Ελλάδα</i>	38
<i>2.3 Νομοθετικό πλαίσιο αμβλώσεων σε άλλες χώρες</i>	39
<i>2.4 Η άποψη της Εκκλησίας για τις αμβλώσεις</i>	40
<i>2.5 Τα δικαιώματα της γυναίκας και του αγέννητου παιδιού</i>	42
<i>Κεφάλαιο 3^ο</i>	48
<i>3.1 Επιπτώσεις της άμβλωσης</i>	48
<i>3.1.1 Σωματικές επιπλοκές</i>	48
<i>3.1.2 Ψυχολογικές επιπλοκές</i>	49
<i>3.1.3 Οι Επιπτώσεις των Εκτρώσεων στην Κοινωνία</i>	51

Κεφάλαιο 4 ^ο	52
4.1 Πρόληψη και αντισύλληψη.....	52
4.1.1 Οικογενειακός προγραμματισμός.....	52
4.1.2 Αντισύλληψη των νέων στην Ελλάδα.....	53
4.1.3 Η Αντισύλληψη στη δημόσια υγεία.....	54
4.2 Μέθοδοι αντισύλληψης.....	54
4.2.1 Κατηγοριοποίηση μεθόδων αντισύλληψης.....	54
4.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.....	55
4.2.3 Χρησιμότητα μεθόδων αντισύλληψης.....	56
Κεφάλαιο 5 ^ο	58
5. Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση.....	58
5.1 Η Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην οικογένεια.....	58
5.2 Η Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο εκπαιδευτικό σύστημα.....	59
5.3 Αποτελέσματα έλλειψης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.....	60
5.4 Εργαλεία σωστής διαπαιδαγώγησης.....	60
Κεφάλαιο 6 ^ο	62
6. Ηθικά διλήμματα και Φεμινιστικό κίνημα.....	62
6.1 Η ηθική πλευρά της άμβλωσης και το δικαίωμα για ζωή.....	62
6.2 Φεμινιστικό κίνημα και εκτρώσεις.....	70
6.2.1 Τι είναι και πως δημιουργήθηκε το Φεμινιστικό Κίνημα.....	70
6.2.2 Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων για το θέμα της ελευθερίας των γυναικών σε σχέση με τις εκτρώσεις.....	71
B' ΕΝΟΤΗΤΑ.....	77
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	77
Εισαγωγή.....	77
Σκοπός.....	77
Ερευνητικά ερωτήματα.....	77
Σχεδιασμός μελέτης- Ερευνητικό πεδίο.....	77
Μεθοδολογία.....	78
Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	78
Ερευνητικό εργαλείο.....	78
Ηθικοί περιορισμοί της μελέτης-Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	79
Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.....	79
Αποτελέσματα.....	80
Συμπερασματική στατιστική.....	116
Κεφάλαιο 7 ^ο	122
Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	122
Προτάσεις.....	126
Βιβλιογραφία.....	129
Παράρτημα 1 ^ο	135
Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας.....	135
Παράρτημα 2 ^ο	136
Φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης.....	136
Παράρτημα 3 ^ο	137
Ερωτηματολόγιο.....	137

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά και ολόψυχα την επιβλέπων επόπτρια μας Καρτσωνάκη Μαρία, που συνέβαλε με την πολύτιμη βοήθεια της, την συνεχή καθοδήγηση της, τις εξαιρετες συμβουλές της και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε.

Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συμφοιτητές μας αλλά και όλους αυτούς οι οποίοι δέχτηκαν εθελοντικάνα αφιερώσουν χρόνο για να συμμετάσχουν στην έρευνά μας συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, τους φίλους και τις οικογένειες μας για την συμπαράσταση που μας έδειξαν καθώς και τους εκπαιδευτικούς του τμήματος Νοσηλευτικής Κρήτης που αξίζουν ένα μεγάλο μπράβο για την διαρκή προσφορά γνώσεων και βάσεων που μας πρόσφεραν καθώς και για τη στήριξη κατά την διάρκεια της φοίτησης μας στο ΤΕΙ Κρήτης.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

SD= Standard Deviation

K-S= Kolmogorov Smirnov

FDA= FoodandDrugAdmainstration

ΕΣΥΕ= Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας

ΚΕΣΥ= Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΗΚΓ= Ηλεκτροκαρδιογράφημα

ΕΣΥ= Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΗΕ= Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα εργασία με τίτλο «Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων ατόμων ηλικίας 18 έως 25 ετών για την διακοπή της κήσης», ασχολείται με ένα θέμα που έχει απασχολήσει αρκετά ανά τα χρόνια την Ελληνική κοινωνία και τείνει ακόμα και σήμερα να παίρνει μεγάλες διαστάσεις δημιουργώντας έντονους προβληματισμούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση γνώσεων και στάσεων ατόμων από 18 έως 25 ετών για τη διακοπή της κήσης.

Επιμέρους στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις και οι πράξεις των ατόμων σχετικά με τη διακοπή της κήσης, να καταγραφούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές τους και τα πιστεύω τους. Αποσκοπεί στην κατανόηση των παραγόντων που τους οδηγούν στη λήψη των αποφάσεων τους και επηρεάζουν τη στάση τους. Αναλύονται νομικά, κοινωνικά και θρησκευτικά στοιχεία καθώς και οι μέθοδοι αντισύλληψης που προτιμώνται.

Αξιολογήθηκε, επίσης, η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην αποδοχή της έκτρωσης καθώς επίσης και η ηθική αποδοχή της έκτρωσης, η διαθεσιμότητα της έκτρωσης και η αυτονομία των γυναικών ως προς την έκτρωση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Το δείγμα αποτέλεσαν 500 άτομα ηλικίας από 18 έως 25. Η έρευνα διενεργήθηκε στις πόλεις του Ηρακλείου, της Αθήνας και της Λιβαδειάς. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που συστάθηκε μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας και καταγράφηκαν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία, απόψεις πάνω στη διακοπή της κήσης και τη νομοθεσία που την διέπει, καθώς και απόψεις και γνώσεις για την αντισύλληψη.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης με τη χρήση ερωτηματολογίου. Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η συχνότητα, η μέση τιμή (μ), η διάμεσος, η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD). Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου

δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test). Για τον έλεγχο των σχέσεων και των συσχετίσεων που διερευνήθηκαν χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) και chi square test (χ^2). Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη συμμετείχαν 500 άτομα, κυρίως γυναίκες (54,8%), με ποσοστό 28% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 74,8% άγαμοι και 79,6% να ζουν στην πόλη. Το 67% του δείγματος δήλωσαν πίστη στο Θεό ενώ το 49% δήλωσαν Χριστιανοί Ορθόδοξοι.

Σχετικά με τις απόψεις των ερωτηθέντων για την διακοπή της κύησης, το 34% του δείγματος πιστεύει ότι η ζωή ξεκινά από τη σύλληψη και ταυτόχρονα το 50,2% συμφωνεί με την άποψη της εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία. Ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει κάνει ποτέ του έκτρωση (87,6%), ενώ 94% των ερωτηθέντων δήλωσε υπέρ των εκτρώσεων όταν υπάρχουν προβλήματα υγείας και περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας.

Αν και το 67,6% του δείγματος δήλωσε ότι πιστεύει πως το έμβρυο έχει ζωή, παρ' όλα αυτά το 62,8% δεν θα άλλαζε κάτι στη νομοθεσία των αμβλώσεων. Αναφορικά με τα ερωτήματα που αφορούν την αντισύλληψη το 72,4% δήλωσε ότι είναι σεξουαλικά ενεργοί και το 25,9% δήλωσε ότι η πρώτη τους σεξουαλική επαφή ήταν στην ηλικία των δεκαεπτά ετών. Επίσης το 47,3% δήλωσε ότι προτιμά ως αντισυλληπτικό μέσον το προφυλακτικό. Τέλος το 28,7% δήλωσε ότι θα επέλεγε να κάνει έκτρωση για οικονομικούς λόγους ενώ αντίθετα το 32,9% δήλωσε ότι δε θα έκανε για συνειδησιακούς λόγους.

Οι γυναίκες υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους άντρες τη χρήση αντισυλληπτικών ($p=0,034$), όπως και οι άγαμοι και όσοι έχουν ανώτερη εκπαίδευση ($p=0,000$). Όσοι κατοικούν σε πόλη υποστήριξαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό τη χρήση αντισυλληπτικών ($p=0,012$), καθώς και όσοι δήλωσαν ότι πιστεύουν στο Θεό ($p=0,000$). Οι άνδρες με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό θεωρούν ότι η χρήση προφυλακτικό επηρεάζει την ερωτική πράξη ($p=0,016$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι στάσεις και οι απόψεις των ατόμων για την διακοπή κύησης, δεν έχουν αλλάξει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου ενώ μεγάλο ποσοστό είναι ενημερωμένοι σωστά και σε επαρκή βαθμό. Οι νέοι συμφωνούν με την διακοπή της

κύησης σε περίπτωση βιασμού ή λόγω προβλημάτων υγείας. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι νέοι δεν ενημερώνονται για θέματα αντισύλληψης από το γιατρό τους αλλά από φίλους και το διαδίκτυο. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται στο σχολείο σε μορφή μαθήματος, ενώ κρίνεται αναγκαίο η διοργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων από το κράτος.

ΛΕΞΕΙΣΚΛΕΙΔΙΑ: έκτρωση, αντισύλληψη, νέοι.

Abstract

INTRODUCTION:The present work entitled "Investigation of knowledge and attitudes of people aged 18 to 25 for the termination of pregnancy" deals with a topic that has been a matter of concern for Greek society over the years and still tends to take on large dimensions creating strong concerns.

AIM: The research aimed to investigate the knowledge and attitudes of people from 18 to 25 years of age to stop pregnancy.

The main objective of the research was to investigate the opinions and actions of individuals about the termination of pregnancy, to record the factors that influence their choices and their beliefs. It seeks to understand the factors that lead them to make their decisions and affect their attitude. It analyzes legal, social and religious elements as well as the methods of contraception that are preferred.

The possible influence of various factors on the acceptance of abortion as well as the moral acceptance of abortion, the availability of abortion and the abortion autonomy of women were also evaluated.

METHODOLOGY: The sample consisted of 500 people aged 18 to 25. The survey was conducted in the cities of Heraklion, Athens, and Livadia. Participants responded to a structured questionnaire set up following a study of the literature and recorded social and demographic data, opinions on the termination of pregnancy and the legislation governing it, as well as opinions and knowledge on contraception.

For the data collection, the quantitative investigation method was used, ie a cross-sectional observational study was performed using a questionnaire. In order to obtain a sufficient number of questionnaires to make a safe conclusion, the type of sampling used was the sampling of convenience which allows the use of all available subjects.

For the study variables, descriptive statistics were used, namely the frequency, mean (μ), median, and standard deviation (SD). To test a good fit of a random sample to a given continuous distribution, the K-S criterion (Kolmogorov-Smirnov Test) was applied. The Pearson (r) and chi-square test (χ^2) correlation coefficient was used to test the relationships and correlations investigated. The statistical processing and evaluation of the results were carried out with the statistical program SPSS 23.0.

RESULTS: The study involved 500 people, mostly women (54.8%), 28% of university education, 74.8% single and 79.6% living in the city, 67% of the sample declared faith in God while 49% said Christian Orthodox.

Regarding the opinions of respondents about the termination of pregnancy, 34% of the sample believes that life starts from conception, and at the same time 50.2% agree with the church's view that abortion is murder. A significant percentage of the sample reported that it had never been aborted (87.6%), while 94% of respondents said they were aborted when there were health problems and rape or incest.

Although 67.6% of the sample said it believed the fetus had life, 62.8% would not change anything in the abortion legislation. With regard to contraception issues, 72.4% said they were sexually active and 25.9% said their first sexual intercourse was at the age of seventeen. 47.3% also said they preferred the condom as a contraceptive. Finally, 28.7% said they would choose to abort for economic reasons while 32.9% said they would not do for conscientious reasons.

Women support more contraceptive use ($p = 0.034$) than men, as do single males and those with higher education ($p = 0.000$). People living in a city supported significantly more contraceptive use ($p = 0.012$), as well as those who said they believed in God ($p = 0.000$). Men with a statistically significantly higher percentage consider that condom use affects sexual activity ($p = 0.016$).

CONCLUSIONS: The attitudes and opinions of young people for the termination of pregnancy, have not changed significantly over time, while a large proportion of them are well informed and adequately informed. Young people agree to stop pregnancy in case of rape or health problems. The results of this research have shown that young people are not informed about contraception by their doctor but by friends and the internet. Sexual education should take place in the school in a form of lesson, and it is necessary to organize information events from the state.

KEYWORDS: abortion, contraception, young people.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια ματιά στα σημερινά δεδομένα της κοινωνίας μας, όσο αφορά το θέμα της άμβλωσης, είναι αρκετή για να αντιληφθεί κανείς πως οι αντιλήψεις, η συμπεριφορά και ο τρόπος αντιμετώπισης του εν λόγω θέματος έχει αλλάξει ριζικά τα τελευταία χρόνια. Επίσης οι προκαταλήψεις, οι παραδόσεις και η συντηρητισμός αλλοιώθηκαν με τα χρόνια και προσαρμόστηκαν στο νέο τρόπο ζωής που αναζητούσαν οι άνθρωποι.



Ακόμα όμως και με το νέο τρόπο ζωής το συγκεκριμένο θέμα εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα πιο μεγάλα προβλήματα σε όλο τον κόσμο. Αναμφίβολα είναι ένα εξαιρετικά σύνθετο πρόβλημα και παρουσιάζει ιατρικό, αλλά και νομικό, θεολογικό, κοινωνικό και ηθικό πρόβλημα.

Οι νέοι προσπαθούν να ανεξαρτητοποιηθούν και να απελευθερωθούν αναζητώντας ανεξαρτησία στη σεξουαλική τους ζωή όλο και περισσότερο. Στη σημερινή κοινωνία δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση ο γάμος για να συνάψει κανείς μια ή και περισσότερες σεξουαλικές σχέσεις, οι οποίες ξεκινούν πλέον σε μικρότερο ηλικιακό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό έκανε πιο αισθητή την παρουσία του τα τελευταία 15 περίπου χρόνια οδηγώντας έτσι σε πολύ μεγάλο ποσοστό ανεπιθύμητων κυήσεων ακόμα και κατά την εφηβεία. (Ιωαννίδη Ε & Αγραφιώτης, 2008), (Κωνσταντινίδης Θ και συν., 2012), (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το θέμα των εκτρώσεων έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις, το οποίο έχει ατομικό, κοινωνικό, ηθικό και νομικό χαρακτήρα. Έχει απασχολήσει έντονα, κατά καιρούς, πολλούς επιστήμονες που έχουν προσπαθήσει να ερμηνεύσουν τις εκτρώσεις όμως τα συμπεράσματα τους διαφέρουν. Συχνά, είναι αντικείμενο αντιπαράθεσης, τόσο

από την πλευρά της ηθικής όσο και από τη νομική πλευρά, σε πολλά μέρη του κόσμου για το κατά πόσο μπορεί σε ένα έμβρυο να δοθεί ο χαρακτηρισμός του ανθρώπου, και κατά συνέπεια, στην έκτρωση αυτός της ανθρωποκτονίας. Το βασικό ερώτημα που έχει απασχολήσει τους φιλόσοφους και όχι μόνο είναι αν το έμβρυο είναι ανθρώπινο όν, αν η ανθρώπινη ζωή ξεκινάει από την αρχή της κύησης, ή όχι, και αν ναι από πότε ξεκινάει; Το ερώτημα αυτό έχουν προσπαθήσει να απαντήσουν πλήθος επιστημόνων (βιολόγοι, γενετιστές, γιατροί, θεολόγοι ακόμα και φιλόσοφοι). Οι εκτρώσεις είναι ένα θέμα βιοηθικού χαρακτήρα, με ανεξάντλητες πηγές, με πολλούς υποστηρικτές και πολέμιους.(Μητσοπούλου Α., 2013)(Arisi, 2003)

Η αντισύλληψη είναι στενά συνδεδεμένη με τις εκτρώσεις, καθώς μέσω αυτής μπορεί να προληφθεί η αύξηση τους. Η Ελλάδα κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων και παράλληλα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην χρήση μεθόδων αντισύλληψης και κυρίως μοντέρνων μεθόδων όπως για παράδειγμα το σπιράλ. Στην Ελλάδα, οι πιο κοινές αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι το ανδρικό προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία. Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που δεν χρησιμοποιεί κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών είναι ελάχιστη. (Tountas Y et al., 2004)(Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Ωστόσο, η σωστή χρήση αντισύλληψης έχει πολλά οφέλη σε διάφορους τομείς της κάθε κοινωνίας (ατομικά, κοινωνικά, οικονομικά).

Η παρούσα πτυχιακή διερευνά τις γνώσεις και τις στάσεις ατόμων ηλικίας 18 έως και 25 ετών για το θέμα της διακοπής της κύησης, τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να επιφέρει μια έκτρωση, την ενημέρωσή τους σε θέματα αντισύλληψης και την συχνότητα χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης. Επιπλέον, κεντρικοί άξονες της πτυχιακής είναι να εκτιμηθεί κατά πόσο διαφοροποιούνται οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ανθρώπων ανάλογα με το φύλο, την εκπαίδευση, την καταγωγή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και την ηλικία τους.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ορισμός άμβλωσης

Με τον όρο «άμβλωση» (ή έκτρωση) αναφερόμαστε στην πρόωρη και τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που προκαλείται με διάφορους μεθόδους και είναι καθαρά ιατρική πράξη. Η εκούσια διακοπή της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται κυρίως όταν το έμβρυο

βρίσκεται στα αρχικά στάδια. Ο ιατρός παρέχει την δυνατότητα να διακόψει την κύηση μέχρι και το τέλος της 12 της εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Η οριοθέτηση του χρόνου βασίζεται στο θέμα της ευχέρειας του γυναικολόγου να πραγματοποιήσει την άμβλωση αποφεύγοντας τον κίνδυνο επιπλοκών και δεν είναι για ιατρικούς λόγους κατοχυρωμένο από κάποιο αίτιο ότι αναφερόμαστε μέχρι την 12η εβδομάδα γιατί συντελούν συγκεκριμένα στοιχεία που την περιορίζουν. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι κυρίως για τεχνητής φύσης λόγους και δεν αιτιολογείται από κάποιο σημείο της εγκυμοσύνης. Όταν η εγκυμοσύνη βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια κύησης τότε σε αυτή την περίπτωση η ενέργεια της άμβλωσης επιτρέπεται μόνο για σοβαρά ιατρικά ή ιατροδικαστικά αίτια. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Σύμφωνα με τις διατάξεις των Ιερών Κανόνων η έκτρωση και γενικότερα η άμβλωση είναι η εγκληματική πράξη στην οποία η έγκυος γυναίκα προχωράει, ή επιτρέπει σε άλλα άτομα να το κάνουν, με αποτέλεσμα να σκοτώσει το παιδί που κυοφορεί, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει ότι στους Ιερούς Κανόνες δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αμβλώσεως και εκτρώσεως όπως γίνεται στην Ιατρική επιστήμη.

Κατά την ιατρική επιστήμη η έκτρωση με την άμβλωση είναι κάτι διαφορετικό. Έκτρωση με βάση την ιατρική θεωρείται ο απρόκλητος τερματισμός της εγκυμοσύνης πριν το όψιμο έμβρυο αναπτυχθεί αρκετά ώστε να μπορεί να επιβιώσει. Ο όρος έκτρωση από την άλλη σημαίνει την θεραπευτική διακοπή της κύησης ενώ ο όρος άμβλωση χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει την χωρίς ιατρική ένδειξη διακοπή της κύησης.

Οι Πατέρες της Εκκλησίας δεν οδηγήθηκαν σε μια τέτοια λανθασμένη διάκριση διότι γι' αυτούς είχε σημασία το αποτέλεσμα της πράξης, είτε είναι θεραπευτική η διακοπή της κύησης, είτε όχι, θεωρούν ότι πρόκειται για φόνο. Ωστόσο υπάρχει μία εξαίρεση που θα αναφερθεί παρακάτω. Οι Πατέρες της εκκλησίας προχώρησαν στην καθιέρωση κανόνων για την ανάδειξη της αποτρόπαιης αυτής πράξης σε εκκλησιαστικό έγκλημα, όχι όμως με σκοπό να τιμωρήσουν τους πιστούς με ποινές αλλά θέλοντας να τους σώσουν. (Ξεσφύγγης Δ, 2014)

1.2 Ιστορική αναδρομή μεθόδων άμβλωσης

Αρχικά πρέπει να ειπωθεί ότι οι μέθοδοι αμβλώσεων που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν δεν ήταν χειρουργικές. Ο αυτοκράτορας Shennong σύμφωνα με την κινέζικη λαογραφία επέβαλλε τη χρήση του υδραργύρου για την πρόκληση αποβολών σχεδόν 5000 χρόνια πριν. Άλλες μέθοδοι οι οποίοι χρησιμοποιούνταν ήταν η εντατική εργασία, η

αναρρίχηση, η κωπηλασία, η άρσηβαρών, οι καταδύσεις, η νηστεία, η αιματοχυσία και τέλος η ρίψη καυτού νερού πάνω στην κοιλιά. Η πρώτη καταγεγραμμένη αποδεδειγμένη άμβλωση βρίσκεται στον αιγυπτιακό πάπυρο Ebers το 1550 π.Χ.(Δριστά Χρυσανγή, 2015)

Ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της σύγχρονης ιατρικής, προσπάθησε να δώσει λύση στις εταίρες από το πρόβλημα της εγκυμοσύνης, παρουσιάζοντας σαν μέθοδο αποβολής του εμβρύου τα δυνατά άλματα. Ήταν όμως αντίθετος στη συμμετοχή των γιατρών σε μια τέτοια διαδικασία, και απαγόρευσε σε αυτούς -με τον Όρκο του- να χορηγεί, και να χρησιμοποιεί εκτρωτικά φάρμακα. Στον «Όρκο» του ο Ιπποκράτης αναφέρει: «Ομοίως δέ ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω». Ουσιαστικά, εκφράζοντας το σεβασμό του προς την ανθρώπινη ζωή, ακόμη και την εν δυνάμει και αποτρέπει τη χορήγηση εκτρωτικού φαρμάκου σε εγκυμονούσα για να προκληθεί αποβολή.

Τέλος, από όλα τα φιλοσοφικά ρεύματα του Αρχαίου Ελληνικού Πολιτισμού οι Πυθαγόρειοι ήταν αυτοί που απέρριπταν κατηγορηματικά την αυτοκτονία και την άμβλωση. (Βασίλειος Μανδηλαράς)

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι αρχαίοι Έλληνες προβληματίστηκαν με πάρα πολλά ζητήματα, αφήνοντάς μας μια μεγάλη παρακαταθήκη αναλύσεων, φιλοσοφικών στοχασμών και τοποθετήσεων. Ο Πλάτωνας, ο Σωκράτης και ο Αριστοτέλης αυτοί οι τρεις εκ των κορυφαίων παγκοσμίων προσωπικοτήτων όλων των εποχών με τη μεγαλύτερη επιρροή διατύπωσαν τους στοχασμούς σχετικά με την εγκυμοσύνη θέτοντας προβληματισμούς σχετικά με την έναρξη της ζωής του εμβρύου αλλά και για την τεκνοποίηση σε μη κατάλληλη ηλικία. (Ξεσφύγγης Δ, 2014) Συγκεκριμένα, στην «Πολιτεία» ο Πλάτωνας, θέτει ηλικιακά όρια για την τεκνοποίηση των ζευγαριών (τα 40 έτη για τη γυναίκα και τα 55 έτη για τον άνδρα). (Σκουτερόπουλος ΝΜ)

Ο Σωκράτης στον «Θεαίτητο», υπερασπίζεται το δικαίωμα των γυναικών να διακόπτουν μια ανεπιθύμητη κύηση αλλά παράλληλα τονίζει ότι μόνο οι μαίες είναι σε θέση να εφαρμόσουν την διαδικασία της έκτρωσης.(Θεοδωρακόπουλος Ν, 1980)

Επιπλέον, ο Αριστοτέλης έχοντας αναλύσει το θέμα στο «Περί ζώων Ιστορία» υποστήριξε πως το έμβρυο αρχίζει να «ζει», όταν αποκτά την ικανότητα της «κίνησης» και πως αυτό συμβαίνει μεταξύ της 40^{ης} και 90^{ης} ημέρας για τα έμβρυα. (Πίκκολος ΝΣ, 1863)

Στο De Materia Medica Libri Quinqueo Έλληνας φαρμακολόγος Διοσκουρίδης (40- 90 μ.Χ.), αναφέρει τα συστατικά μιας ιατρικής συνταγής που ονομάζεται «κρασί για την

άμβλωση» που περιείχε βότανα και λαχανικά, αλλά δεν πέτυχε να παράσχει τον σωστό τρόπο με τον οποίο έπρεπε να προετοιμαστεί.

Υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για τις αμβλώσεις στη Ρώμη κατά τον 1^ο αι. π. Χ. και τον 1^ο και 2^ο μ. Χ. Ο ποιητής Οβίδιος και ο σατιρικός ποιητής Ιουβενάλης αναφέρουν στα έργα τους πόσο συνηθισμένες ήταν οι αμβλώσεις εκείνη την εποχή. Οι γυναίκες απευθύνονταν πολύ εύκολα σε ειδικούς που έφτιαχναν φάρμακα κυρίως από βότανα για να προκαλέσουν αποβολή και τα αγόραζαν. Αναφέρονται επίσης και ονόματα γυναικών που πέθαναν μετά από την χρήση τέτοιων φαρμάκων.

Ο Σωρανός ο Εφέσιος ήταν διάσημος γιατρός της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας και ασχολήθηκε με τη γυναικολογία. Στο έργο του «Γυναικολογία» προτείνει βότανα και δίνει αρκετές συνταγές που λειτουργούν είτε ως αντισυλληπτικές είτε ως εκτρωτικές μέθοδοι. Συστήνει στις γυναίκες να κάνουν κοπιαστικές, σωματικές εργασίες για να αποβάλλουν το έμβρυο. Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν ποικίλα φάρμακα, από τα οποία άλλα ήταν αποτελεσματικά και άλλα όχι. Κάποιες ουσίες μπορούσαν να αναστατώσουν το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα, όπως ο υδράργυρος και το αρσενικό με αποτέλεσμα την αποβολή το εμβρύου (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

Ο Σωρανός συνιστούσε να πίνουν το νερό που χρησιμοποιούσαν οι σιδηρουργοί για να ψύχουν τα μέταλλα. Ο Τερτυλλιανός, θεολόγος του 2^{ου} και 3^{ου} αι. μ.Χ., στο έργο του «Ad Anima» γράφει ότι ο Ιπποκράτης, ο Ερασίστρατος, ο Ηρόφιλος και ο Σωρανός – οι οποίοι ήταν διάσημοι Έλληνες και Ρωμαίοι γιατροί – έκαναν χρήση χειρουργικών εργαλείων στις αμβλώσεις και περιγράφουν επίσης χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε μια διαδικασία σχεδόν ίδια με τη σύγχρονη διαστολή και εκκένωση.

Ο Ορειβάσιος, γιατρός του αυτοκράτορα Ιουλιανού του Αποστάτη έγραψε λεπτομερώς για τα φάρμακα που προκαλούσαν έκτρωση. Ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος (23-79 μ.Χ.) ανέφερε το εξευγενισμένο λάδι ως μέσο για την αποβολή του εμβρύου. Ο Serenus Sammonicus (απεβίωσε το 211 μ.Χ.) ανέφερε ένα παρασκεύασμα που αποτελούνταν από αυτό το λάδι και άνηθο. Τέλος, οι σπόροι της Anne του Lace Queen (*Daucus carota*), γνωστό και ως άγριο καρότο, χρησιμοποιούνταν μετά τη ερωτική πράξη για αιώνες. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

Τον 8^ο αι. ένα σανσκριτικό κείμενο έδινε οδηγίες στις γυναίκες που επιθυμούσαν να κάνουν άμβλωση να καθίσουν πάνω από ένα δοχείο ατμού ή βρασμένα κρεμμύδια. Η

τεχνική που συνίσταται στην εφαρμογή της πίεσης στην κοιλιακή χώρα, ήταν διαδεδομένη στη Νοτιοανατολική Ασία για αιώνες. Ένα από τα ανάγλυφα που διακοσμούσαν το ναό του Angkor Wat στην Καμπότζη, απεικονίζει ένα δαίμονα που εκτελεί την άμβλωση σε μια γυναίκα που έχει σταλεί στον κάτω κόσμο.

Διάφορα Ιαπωνικά έγγραφα δείχνουν αρχεία με καταγεγραμμένες αποβολές ήδη από τον 12^ο αιώνα. Η άμβλωση ήταν πιο διαδεδομένη ιδίως στους χωρικούς που πλήττονταν πιο πολύ από λιμούς και την υψηλή φορολογία της εποχής. Αγάλματα της Boddhisattva Jizo ανεγερθήκαν στη μνήμη μιας άμβλωσης, από το 1710 σε ένα από στη Γιοκοχάμα. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

Μέσα όπως η άσκηση και το σφίξιμο ειδικές ζώνες που τις φορούσαν οι γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη εμφανίζονται κατά την πρώιμη σύγχρονη περίοδο στην Αγγλία. Οι Βρετανοί άποικοι, οι οποίοι έζησαν στη Νέα Ζηλανδία κατά τη διάρκεια της αποικιοκρατίας κατήγγειλαν τους Μαόρι για διακοπή της εγκυμοσύνης με ναρκωτικά, με τελετουργικές μεθόδους, καθώς και τύλιγμα των εγκύων με μια σφιχτή ζώνη.

Στην Αγγλία υπάρχουν φήμες ότι χρησιμοποιούνταν σκευάσματα που περιείχαν ουσίες όπως ισπανική μύγα, όπιο, σπόρους κάρδαμου, θειικό και χλωριούχο σίδηρο για την αποβολή του εμβρύου. Με σκοπό την ανακούφιση και όχι την αποβολή χρησιμοποιούσαν μείγμα από δίκταμο και ζεστό νερό. Ο κατάλογος των φυτών που προκαλούσαν αποβολή υπήρξε γραμμένος σε μορφή ποιήματος στο *Deviribusherbarum*, του 11^{ου} αι. κάποια από τα οποία ήταν δηλητηριώδη.

Η ρίζα της φτέρης, που ονομάζεται «ρίζαπόρνη» στα γαλλικά, χρησιμοποιούνταν στη Γαλλία και τη Γερμανία ενώ την είχε συστήσει ένας Έλληνας γιατρός του 1^{ου} αι. μ.Χ. Στη γερμανική λαϊκή ιατρική, υπήρχε ένα μείγμα που περιελάμβανε μαντζουράνα, θυμάρι, μαϊντανό και λεβάντα. Σε κάποια άλλα παρασκευάσματα χρησιμοποιούσαν αλεσμένα μυρμήγκια με σάλιο της καμήλας. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

Τον 19^ο αι. ενώ οι γιατροί της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης πίεζαν για την απαγόρευση των αμβλώσεων στις ΗΠΑ, διάφορες μέθοδοι άμβλωσης τεκμηριώθηκαν σε περιφερειακό επίπεδο. Σε έγγραφο που είχε δημοσιευτεί το 1870 σχετικά με τις αμβλώσεις και βρέθηκε στο Syracuse της Νέας Υόρκης, γράφονταν ότι η κύρια μέθοδος για την διακοπή της κύησης ήταν το ξέπλυμα του εσωτερικού της μήτρας με μολυσμένο νερό, καθώς ήταν μια διαδικασία προσιτή ακόμη και σε μια φτωχούς. Στις ΗΠΑ οι γυναίκες της μεσαίας και ανώτερης τάξης μπορούσαν αφού πλήρωναν αρκετά ακριβά

αλλά και με δυσκολία να έχουν πρόσβαση στην άμβλωση, ενώ οι φτωχές γυναίκες είχαν πρόσβαση μόνο σε επικίνδυνες και παράνομες μεθόδους.

Η Evelyn Fisher έγραψε πώς οι γυναίκες που ζούσαν σε μια πόλη στην Ουαλία τη δεκαετία του 1920 χρησιμοποιούσαν κεριά που προορίζονταν για τελετές της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας για τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, σε μια προσπάθεια να προκαλέσουν αποβολή. Όμοια για την αποβολή του εμβρύου το 19^ο αι. στις ΗΠΑ γινόταν χρήση κεριών και άλλων αντικειμένων, όπως βέργες από γυαλί, σίδερα, κουτάλια, μπαστούνια, μαχαίρια. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)



1.3 Η έκτρωση σε παλιότερες εποχές και η έκτρωση σήμερα

1.3.1 Η Έκτρωση σε παλαιότερες εποχές

Η **έκτρωση** απασχόλησε όλες τις κοινωνίες σε όλες τις εποχές. Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι Πλάτων και Αριστοτέλης επικροτούσαν και ενθάρρυναν την έκτρωση, κυρίως για λόγους κοινωνικούς και οικονομικούς. Σύμφωνα με την άποψη τους η έκτρωση μπορούσε να γίνεται χωρίς φόβο ποινής, μέχρι τους τεσσερισήμισι μήνες της εγκυμοσύνης, καθώς μέχρι τότε το έμβρυο δεν έχει αποκτήσει αίσθηση ζωής, όπως πίστευαν.

Οι αρχαίοι Έλληνες γιατροί όμως, ήταν κατά των εκτρώσεων. Ο Ιπποκράτης στον περίφημο όρκο του λέγει: «ουδέ πεσσόν φθόριον δώσω». Ο Γαληνός υποστηρίζει ότι «τα ζώα έμβρυα» και εκφράζεται σαφώς κατά των εκτρώσεων. Οι πυθαγόρειοι φιλόσοφοι ήταν αντίθετοι με την άμβλωση, γιατί πίστευαν ότι στο έμβρυο υπάρχει ζωή ήδη από τη στιγμή της σύλληψής του. Ο Χριστιανισμός θεωρεί το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψής του, ζωντανό οργανισμό και απαγορεύει την έκτρωση σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης, διότι την θεωρεί φόνο. (Μπέλλιος Β, 2018)

1.3.2Η Έκτρωση στην Εποχή μας

Στα τέλη της δεκαετίας του '60 και αρχές της δεκαετίας του '70 νομιμοποιήθηκαν οι **εκτρώσεις** στα περισσότερα δυτικά κράτη. Στην Ελλάδα η νομιμοποίηση έγινε το 1986 με την ψήφιση του νόμου 1609/86 η οποία μέχρι πριν λίγα χρόνια είχε το θλιβερό προνόμιο να κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρωπαϊκή ένωση με **200.000 και πλέον εκτρώσεις** το χρόνο. Οι Ελληνίδες δέχτηκαν την εισαγόμενη ελευθεριότητα χωρίς να είναι προετοιμασμένες την δεκαετία του '70 και χρησιμοποιούσαν την έκτρωση σαν μέσον αντισύλληψης. Ευτυχώς τα τελευταία χρόνια με την καλλίτερη ενημέρωση σχετικά με τα μέσα προφύλαξης και τα αντισυλληπτικά άρχισε μια σταδιακή πτώση του αριθμού των εκτρώσεων και σήμερα υπολογίζονται γύρω στις 50-60 χιλιάδες περίπου το χρόνο. Εν τούτοις και αυτός ο αριθμός είναι συγκριτικά με τις άλλες ανεπτυγμένες χώρες αρκετά υψηλός, αφού εάν υπολογίσουμε ότι έχουμε 100.000 περίπου τοκετούς το χρόνο σημαίνει ότι το 35% των διαπιστωμένων κηύσεων διακόπτεται.

Στην Αμερική διακόπτεται το 26% και θεωρείται πολύ υψηλό ποσοστό. Είναι επείγουσα ανάγκη, να ενταθούν οι προσπάθειες από όλους τους αρμόδιους φορείς για ενημέρωση του κοινού, ιδίως των νέων, σχετικά με τις επιπτώσεις, σωματικές και ψυχολογικές, των εκτρώσεων. Τα ΜΜΕ έχουν απεριόριστη δύναμη, ώστε μέσω αυτών μπορούν οι αρμόδιοι να περάσουν όποιο μήνυμα θέλουν. Από μετρήσεις που έγιναν, διαπιστώθηκε ότι οι παντρεμένες γυναίκες είναι το 60% του συνόλου των εκτρώσεων στην Ελλάδα σήμερα. Επίσης ένα μεγάλο μέρος είναι γυναίκες οικονομικών μεταναστών. Σε αντίθεση με παλαιότερες εποχές όταν είχαμε τις 200.000 εκτρώσεις το χρόνο, όπου οι παντρεμένες ήταν το 1/3 του συνόλου.(Μπέλλιος Β, 2018)

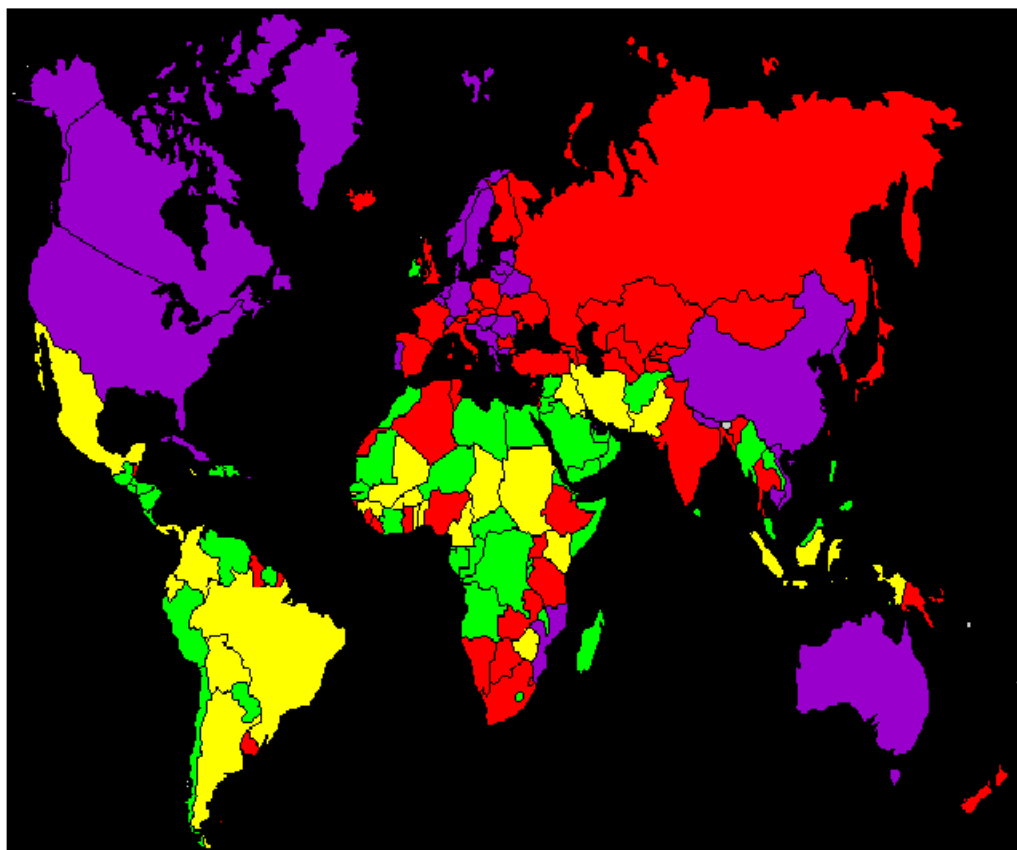
Πράσινο χρώμα: Η άμβλωση δεν είναι ποτέ νόμιμη, παρά μόνο στην περίπτωση που είναι αναγκαίο να σωθεί η ζωή της γυναίκας ή να προστατευθεί η σωματική της υγεία.Σ' αυτές τις χώρες η άμβλωση θεωρείται ποινικό αδίκημα και προβλέπεται τιμωρία τόσο γι' αυτούς που τη διενεργούν όσο και για τη μητέρα.

Κίτρινο χρώμα: Η άμβλωση είναι νόμιμη για σοβαρότατες περιπτώσεις, όπως ο βιασμός, η αιμομιξία, το παραμορφωμένο ή ασχημάτιστο έμβρυο.

Κόκκινο χρώμα: Η άμβλωση είναι νόμιμη για κοινωνικούς λόγους (π.χ. όταν η μητέρα δεν έχει τη δυνατότητα να μεγαλώσει το παιδί) ή για να προστατευτεί η ψυχική και η σωματική υγεία της. Σε αυτές τις χώρες η νομοθεσία που ισχύει είναι λιγότερο περιοριστική και αυστηρή σχετικά με τη διακοπή κύησης. Τέτοιοι νόμοι, επιτρέπουν την

άμβλωση ενώ έχει προηγουμένως ληφθεί υπόψη η οικονομική κατάσταση της γυναίκας, η ηλικία της, η οικογενειακή της κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών της (ανέχει άλλα παιδιά).

Μοβ χρώμα: Η άμβλωση είναι νόμιμη σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για κάθε λόγο. Φυσικά επιβάλλεται κάποιο χρονικό όριο στην κύηση, κατά τη διάρκεια του οποίου η γυναίκα μπορεί εύκολα να υποβληθεί σε άμβλωση. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)



1.4 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις

Η άμβλωση αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο που προβληματίζει έντονα την παγκόσμια κοινότητα. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις χώρες. Άλλες έχουν καλές πρακτικές σχετικά με τις εκτρώσεις και άλλες όπως η Ελλάδα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά. Τα ποσοστά των εκτρώσεων εκτός ότι διαφέρουν μεταξύ των χωρών διαφέρουν και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αναπαραγωγικής ηλικίας. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

1.4.1 Γενικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο

Από δεδομένα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, κάθε 11 δευτερόλεπτα πραγματοποιείται μία έκτρωση στην Ευρώπη, προκαλώντας έτσι τον θάνατο 2.725.820 εμβρύων σε ετήσια βάση.

Το 2003 το ποσοστό των αμβλώσεων μειώθηκε σε 29 εκτρώσεις ανά 1.000 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (15-44 ετών) από 35 που ήταν το 1995. Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο, το 49% των εκτρώσεων που πραγματοποιήθηκαν το 2008 θεωρήθηκε μη ασφαλής, σε αντίθεση με το 1995 που το ποσοστό ήταν 44%. Στη δυτική Ευρώπη υπάρχει το μικρότερο ποσοστό αμβλώσεων (12 ανά 1000 γυναίκες), ενώ το υψηλότερο είναι στην ανατολική Ευρώπη 18/1000 και στην νότια 17/1000. (Sedgh G et al. H. S., 2007) Τα ίδια ποσοστά αναφέρονται και στο άρθρο «*Induced abortion: estimated rates and trends worldwide from 1995 to 2008*». (Sedgh Getal. S. S., 2012)

Στη Γουατεμάλα γίνονται σχεδόν 65.000 εκτρώσεις κάθε χρόνο, ποσοστό 24/1000 γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών και υπάρχει μία έκτρωση για κάθε έξι γεννήσεις. (Singh S et al., 2006)

Στη Νότια Κορέα αναφέρεται ότι πραγματοποιήθηκαν 342.433 εκτρώσεις στην (29,8 εκτρώσεις ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15-44) το 2005 ενώ βρέθηκε ότι το ποσοστό των εκτρώσεων ήταν υψηλότερο στις ελεύθερες γυναίκες (31,6 ανά 1.000 γυναίκες) σε σύγκριση με τις παντρεμένες (28,6 ανά 1.000 γυναίκες). (Ahn HS et al., 2012)

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

Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε 146 γυναίκες στην Κουρακάο, το 40% των ερωτηθέντων γυναικών απάντησαν θετικά στο ερώτημα αν είχαν ιστορικό εκτρώσεων. Όλες σχεδόν οι γυναίκες που ερωτήθηκαν θεωρούν ότι η έκτρωση είναι μια επικίνδυνη διαδικασία (91%) και επιβλαβής για το σώμα (89%). Σε αντίθεση, με αυτά που πράττουν, οι ερωτηθέντες δεν θεωρούν την έκτρωση ως μέθοδο αντισύλληψης. (Van de Brink MJ et al., 2011)

1.4.2 Γενικά δεδομένα για τις εκτρώσεις σε ελληνικό επίπεδο

Η Ελλάδα είναι μια χώρα όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός εκτρώσεων σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας οι οποίες μάλιστα είναι και νέες γυναίκες.

Τα στοιχεία που διαθέτει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ) για το έτος 2002, αφορούν μόνο τις εκτρώσεις που πραγματοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες φτάνουν στα 2.000 περιστατικά ετησίως, και τα οποία δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των πραγματικών εκτρώσεων. Αυτό συμβαίνει, γιατί δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτόν τον αριθμό οι εκτρώσεις που πραγματοποιούνται σε ιδιωτικές κλινικές, καθώς και το θέμα του απορρήτου που οι γυναίκες ζητούν να τηρηθεί ακόμα και σε δημόσιες κλινικές.

Η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων(2013), αναφέρει ότι ο πραγματικός αριθμός των εκτρώσεων στη Ελλάδα, ανέρχεται στα 150.000 περιστατικά το χρόνο, και κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με αυτό των γεννήσεων. Ανεπίσημες στατιστικές δείχνουν ότι ο ετήσιος αριθμός των εκτρώσεων είναι δύο φορές πιο μεγάλος από τον ετήσιο αριθμό των γεννήσεων. (Dimoula Y et al., 2007)

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται να αντιστοιχούν 100-120 εκτρώσεις/1.000 γυναίκες ελληνίδες το χρόνο. Άρα η Ελλάδα, παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη συγκρινόμενα με 20-30 εκτρώσεις/1.000 στην Αυστρία, 25/1.000 γυναίκες στην Ολλανδία και 10/1.000 γυναίκες στην Πορτογαλία, χώρες οι οποίες έχουν περίπου τον ίδιο πληθυσμό με την Ελλάδα.(Garcia-Sanchez I et al., 2002)

1.4.3 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις νέων σε παγκόσμιο επίπεδο

Η ηλικιακή ομάδα των 15-19 ετών, είναι υπεύθυνη για ένα δυσανάλογο αριθμό των εκτρώσεων σε σχέση με τον πληθυσμό τους σε 11 χώρες. Στην Κούβα και στη Σκωτία, οι έφηβοι αποτελούν το 15% του πληθυσμού κάθε χώρας των γυναικών ηλικίας 15-44 αλλά αντιπροσώπευαν το 29% και το 24% αντίστοιχα του συνόλου των εκτρώσεων. (Sedgh G et al. B. A., 2012)

Το ποσοστό των εκτρώσεων από τις έφηβες γυναίκες δεν αλλάζει σημαντικά μεταξύ του 1996 και του 2009 στις περισσότερες από τις 30 χώρες με τα στοιχεία και για τις δύο χρονικές περιόδους. Οι μεγαλύτερες εξαιρέσεις ήταν η Ισλανδία, όπου το ποσοστό αυτό μειώθηκε σχεδόν κατά το ήμισυ και στο Κιργιστάν και στη Ρουμανία όπου το ποσοστό υπερδιπλασιάστηκε. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε μικρότερο, αλλά όχι αξιοσημείωτο

βαθμό (11-36%) σε πολλές χώρες της βόρειας Ευρώπης (όπως η Δανία, η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Σκωτία και Σουηδία) καθώς και στην Κροατία. (Sedgh G et al. B. A., 2012)

Υπολογίστηκε ότι στις Η.Π.Α., ότι το 7% του συνόλου των γυναικών, που προχωρούν σε έκτρωση, ήταν μεταξύ 15-19 ετών. (Rachel K. Jones, 2010) Το 2014 υπολογίστηκε ότι το 60% των γυναικών που προχωρούσαν σε άμβλωση ήταν ηλικίας 20 ετών, ενώ η δεύτερη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν 30 ετών με ποσοστό 25%. (Jenna Jerman et al, 2016)

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

Παρατηρείται, ότι η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την έκτρωση είναι περιορισμένη στις ιατρικές σχολές των Η.Π.Α. (Esprey, 2005) Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πακιστάν, βρέθηκε ότι οι φοιτητές της ιατρικής σχολής ήταν περισσότερο γνώστες στο θέμα των εκτρώσεων συγκριτικά με τους φοιτητές μη ιατρικών σχολών. (Kumar R et al., 2002)

1.4.4 Γενικά δεδομένα για τις αμβλώσεις νέων σε ελληνικό επίπεδο

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

1.5 Μέθοδοι άμβλωσης

Από γενική άποψη υπάρχουν δύο τύποι έκτρωσης: ο φαρμακευτικός και ο χειρουργικός. Ο φαρμακευτικός γίνεται με τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών που προκαλούν αποβολή του εμβρύου και ο χειρουργικός με μια μικρή χειρουργική επέμβαση.



1.5.1 Αυτό-προκληθείσα έκτρωση

Είναι συχνό φαινόμενο, μια γυναίκα μέσα στην απόγνωσή της λόγω μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, να θέτει σε κίνδυνο την ίδια τη ζωή της. Υπάρχουν περιπτώσεις που γυναίκες για να μπορέσουν να πάνε στον γιατρό τους και να υποβληθούν νόμιμα σε έκτρωση χρησιμοποιούν ενδοκολπικά σκευάσματα, που π.χ. χρησιμοποιούνται ως θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο, και έμμεσα προκαλούν αποβολή ή απειλούμενη αποβολή, δηλαδή αιμορραγία, με ότι αυτό συνεπάγεται για τη ζωή μιας γυναίκας. Επίσης καταναλώνουν άσχετα φάρμακα για διάφορες παθήσεις, που δεν ενδείκνυνται σε εγκυμοσύνη, «υποχρεώνοντας» τον γιατρό να προχωρήσει στην έκτρωση.

Στη διεθνή αγορά κυκλοφορούν ειδικά σκευάσματα τα οποία αν χορηγηθούν στην αρχή μίας εγκυμοσύνης προκαλούν αποβολή και τα οποία δεν έχουν άδεια κυκλοφορίας. Πληροφορίες, ωστόσο, από διάφορες πηγές δεν διαψεύδουν ότι υπάρχουν γυναίκες που τα προμηθεύονται από τα κατεχόμενα ή τα φέρνουν από το εξωτερικό. Και πάλι όμως, όσες τα καταναλώνουν χωρίς ιατρική γνωμάτευση εκθέτουν σε κινδύνους τη ζωή τους.

Η φυσική βία, όπως γροθιές, έχει χρησιμοποιηθεί για πρόκληση έκτρωσης. Ανάλογα με την ένταση της βίας, μπορεί να προκληθεί εσωτερική αιμορραγία της γυναίκας, χωρίς όμως να προκληθεί αποβολή. Σε περιοχές μάλιστα της νοτιοανατολικής Ασίας, υπάρχουν παραδόσεις όπου έντονο μασάζ στην περιοχή της κοιλιάς πραγματοποιείται με στόχο την πρόκληση αποβολής του εμβρύου.

Άλλες μέθοδοι έκτρωσης, αποτελούν η λανθασμένη χρήση misoprostol, η εισαγωγή μη χειρουργικών αντικειμένων στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, όπως κρεμαστάρια ρούχων. Αυτές οι μέθοδοι συνήθως δεν χρησιμοποιούνται στον αναπτυγμένο κόσμο όπου η άμβλωση είναι νόμιμη. Φαρμακευτική άμβλωση η οποία

χρησιμοποιεί συνδυασμό ιατρικής μifeπριστόνης με ανάλογο προσταγλανδίνης είναι ανάμεσα από τις πιο συχνές μεθόδους άμβλωσης το 2^ο τρίμηνο στον Καναδά, στο μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης, στην Κίνα και Ινδία. Σε αντίθεση, στις ΗΠΑ, το 95% των εκτρώσεων γίνονται χειρουργικά με διαστολή και αναρρόφηση.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει καμία επίσημη πηγή που να αναφέρει το ποσοστό των Φαρμακευτικών Μεθόδων άμβλωσης που χρησιμοποιεί ο πληθυσμός της, λόγω των προκαταλήψεων που έχουν δημιουργηθεί γύρω από το συγκεκριμένο θέμα. Επομένως, οι γυναίκες μπορεί να προσφύγουν σε μη-ασφαλείς μεθόδους έτσι ώστε να μην υπάρξει η καταχώρηση κανενός στοιχείου σε συστήματα. Οι μη ασφαλείς πρακτικές εκτρώσεων οδηγούν τις γυναίκες σε 70.000 θανάτους το χρόνο περίπου και σε 5 εκατομμύρια μόνιμα λειτουργικά προβλήματα. (el.wikipedia.org)

1.5.2 Μέθοδοι άμβλωσης πριν την εγκατάσταση του εμβρύου στην μήτρα ή σε αρχικά στάδια της κύησης

Η διακοπή της κύησης στην 4-9 εβδομάδα της εγκυμοσύνης μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση δύο διαφορετικών φαρμάκων που χορηγούνται με διαφορά 36 ωρών το ένα από το άλλο. Το αποτέλεσμα της δράσης τους είναι παρόμοιο με το να είχε συμβεί μια φυσική αποβολή.

Συγκεκριμένα, το πρώτο φάρμακο που χορηγείται είναι το Mifepristone, που μπλοκάρει την ορμόνη προγεστερόνη που συντηρεί το εσωτερικό της μήτρας σε γόνιμη κατάσταση. Μερικές γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν ήπιες κράμπες και μικρή αιμορραγία, κάτι που σπάνια συμβαίνει.

Μετά από περίπου 36 ώρες, γίνεται χορήγηση, μιας άλλης ουσίας που ονομάζεται Prostaglandin. Μέσα σε 4-6 ώρες από τη λήψη του φαρμάκου, θα αρχίσει να αποκολλάται το στρώμα που καλύπτει το εσωτερικό της μήτρας, τραβώντας μαζί και το έμβryo. Εδώ υπάρχει πιθανότητα να υπάρξει αιμορραγία από τον κόλπο σαν περίοδος μαζί με κάποια «κομμάτια» που είναι οι ιστοί της εγκυμοσύνης. Αυτό το μέρος της διαδικασίας μπορεί να είναι επώδυνο που υποχωρεί όμως με απλά παυσίπονα.

1.5.3 Το «χάπι της επόμενης ημέρας»



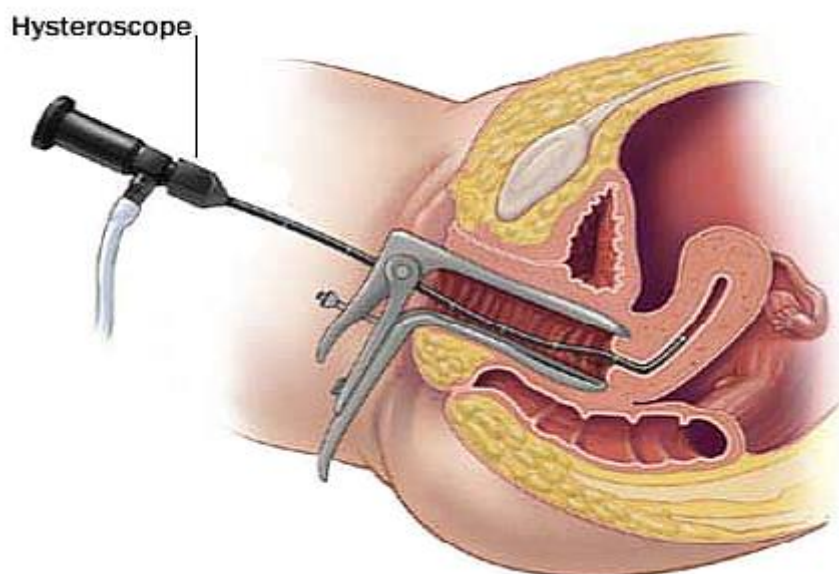
Το χάπι της επόμενης ημέρας (μπορεί να χορηγηθεί <48 ώρες) που κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Norlevo, είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβονοργεστρέλη που είναι ορμόνη η λήψη της οποίας καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Ταυτόχρονα μηδενίζει την λειτουργία της ωοθυλακιορρηξίας για να αποφευχθεί η ανάπτυξη κύησης εμποδίζοντας την σύλληψη του ωαρίου. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

1.5.4 Methotrexate



Η χρήση της methotrexate γίνεται από 5-9 εβδομάδες κύησης. Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (Food and Drug Administration) (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί καθώς παρεμβαίνει στη διαδικασία ανάπτυξης, δηλαδή στη 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 και χρειάζονται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για να ολοκληρωθεί η διαδικασία. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

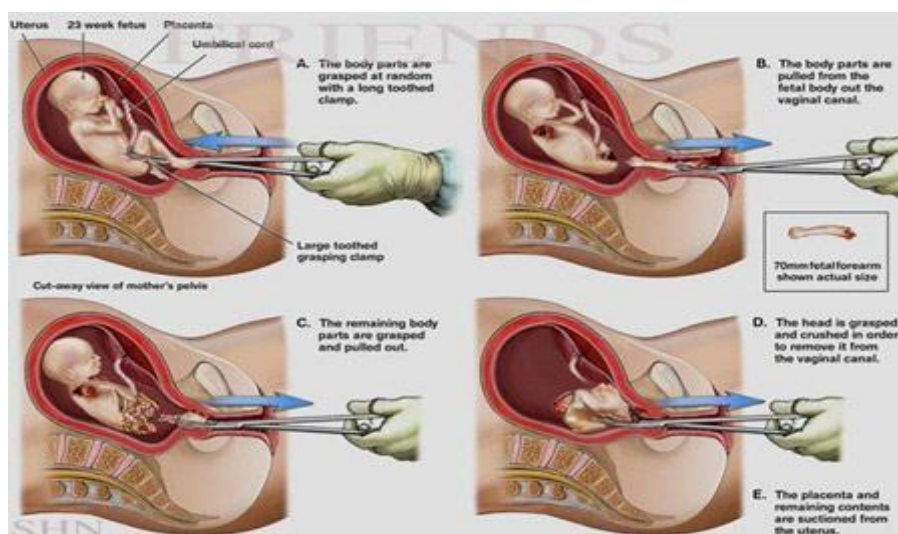
1.5.5 Απόξεση με αναρρόφηση



Η απόξεση με αναρρόφηση αποτελεί μια μέθοδο άμβλωσης που γίνεται στο διάστημα από 6-16 εβδομάδες κύησης. Ένας σωλήνας που έχει μεγάλη ισχύ αναρρόφησης εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το αγέννητο παιδί κομματιάζεται κυριολεκτικά σε κομμάτια από τη δύναμη της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται παράλληλα σε ένα δοχείο. Αυτή η μέθοδος άμβλωσης μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές, όπως μόλυνση λόγω του ξένου σώματος στον οργανισμό της γυναίκας, ρήξη του τραχήλου και ίσως και διάτρηση της μήτρας. (Δριστά Χρυσανγή, 2015)

1.6 Μέθοδοι άμβλωσης σε προχωρημένο στάδιο της εγκυμοσύνης

1.6.1 Εμβρυοτομή



Η εμβρυοτομή είναι μια μέθοδος άμβλωσης που γίνεται στο διάστημα από 13-20 εβδομάδες κύησης. Σε αυτή τη διαδικασία αρχίζει ο τράχηλος να διαστέλλεται, με τη χρήση μιας κατάλληλης λαβίδας. Ο «γιατρός» που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το έμβρυο και το τραβάει έξω, κομμάτι κομμάτι. Το έμβρυο στη συνέχεια συναρμολογείται ξανά για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχει παραμείνει στη μήτρα κάποιο κομμάτι του. Οι πιο συχνές επιπλοκές αυτής της μεθόδου είναι η ρήξη του τραχήλου, το ενδεχόμενο σπληναιμίας και η διάτρηση της μήτρας.

1.6.2 Έκτρωση με άλας



Η άμβλωση με άλας γίνεται στο διάστημα από 16-32⁺ εβδομάδες κύησης. Με τη χρήση μιας μακριάς βελόνας που εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα

άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας προκαλεί δηλητηρίαση στο έμβρυο, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο γεννιέται ένα νεκρό βρέφος.

1.6.3 Ένεση με Digoxin



Η ένεση με Digoxin γίνεται στο διάστημα από 20 ως 32 εβδομάδες κύησης. Το Digoxin αποτελεί θανατηφόρο χημικό φάρμακο που εγχέεται με ένεση στην καρδιά του εμβρύου. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το Prostaglandin: Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και κυκλοφορεί σε μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Είναι συχνό φαινόμενο να γεννιούνται ζωντανά βρέφη. Οι κίνδυνοι αυτής της μεθόδου είναι η εμφάνιση σπασμών, η πρόκληση εμέτου και σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί ανακοπή της καρδιάς.

1.6.4 Υστεροτομή



Η υστεροτομή γίνεται από την 24 ως την 38 εβδομάδα κύησης. Γίνεται ακριβώς όπως μια καισαρική τομή, δηλαδή γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει χωρίς βοήθεια. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται και «έκτρωση μερικής γέννησης».



1.7 Αίτια της Απόφασης για Αμβλωση

Η απόφαση της αμβλωσης είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα που όμως είναι και άκρως προσωπικό. Προβλήματα υγείας, σχέσεων, οικονομικοί καθώς και δεκάδες άλλοι λόγοι μπορούν να οδηγήσουν μία υποψήφια μητέρα σε διακοπή της εγκυμοσύνης της.

Μια αιτία είναι η εγκυμοσύνη σε ακατάλληλη ηλικία είτε πολύ μικρή είτε πολύ μεγάλη ή ακόμη αν αυτή προέρχεται από βιασμό. Επίσης, αιτία είναι λόγοι υγείας της μητέρας ή του εμβρύου, δηλαδή περιπτώσεις στις οποίες κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή το έμβρυο να κινδυνεύει να γεννηθεί με κάποιο σοβαρό γονιδιακό πρόβλημα ή κάποια γενετική ανωμαλία.

Στην Ελλάδα, οι σύγχρονες αντισυλληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό μόνο περιστασιακά και όχι συστηματικά και η αμβλωση είναι δυστυχώς μια βασική μορφή ελέγχου γεννήσεων.

Υπάρχουν αρκετά κοινωνικά και ψυχολογικά ζητήματα τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ως αιτίες γι' αυτό όπως:

- Η απουσία σωστής και υπεύθυνης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης-ενημέρωσης, σχετικά με την αντισύλληψη, που εξακολουθεί να μη διδάσκεται στα σχολεία.

- Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με την εγκυμοσύνη και την άμβλωση.
- Η έλλειψη σεξουαλικής υπευθυνότητας κυρίως στους νέους, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στις επιλογές των γυναικών για τη ζωή τους.

Παρόλο που στην Ελλάδα υπάρχουν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε το 1985 σχετικά με το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Θεσσαλονίκης, μόνο το 2% των γυναικών που βρισκόταν στην 34 αναπαραγωγική ηλικία, απευθυνόταν σε αυτά για βοήθεια και ενημέρωση. (Μαυρομάτη Μ & Χονδρογιάννη Α., 2010)

1.7.1 Ηλικία

Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία είναι πηγή αρκετούς κινδύνους τόσο στο κοντινό όσο και στο απώτερο μέλλον, τόσο για την σωματική και ψυχική υγεία των εφήβων όσο και των παιδιών τους. Όταν ένα κορίτσι εφηβικής ηλικίας μείνει έγκυος, αυτόματα δημιουργείται ένα είδος «κρίσης» στον ψυχισμό της εφήβου και της οικογένειάς της. Συναισθήματα όπως θυμός, ενοχή, άρνηση θεωρούνται οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές δυσλειτουργίες που χαρακτηρίζουν τέτοιου είδους κρίσεις. (Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

Η κύηση στην εφηβική ηλικία μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα υγείας, όπως η πιθανότητα εμφάνισης τοξιναιμίας (προ εκλαμψία ή εκλαμψία), η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η αναιμία και το σύνδρομο Down (στο έμβρυο). Οι έφηβες νέες, δεν είναι καθόλου προετοιμασμένες, συναισθηματικά και κοινωνικά, να τα βγάλουν πέρα με τις ανάγκες ενός παιδιού.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει μια έγκυος έφηβη και την οδηγεί στην άμβλωση είναι τα κοινωνικά προβλήματα. Παρόλο που έχουν σημειωθεί πολλοί μεγάλοι πρόοδοι η ελληνική κοινωνία δεν έχει αποβάλλει τις οπισθοδρομικές ιδέες της. Ακόμα και σήμερα κρίνει αυστηρά την γέννηση ενός παιδιού στην εφηβεία, ειδικά όταν δεν υπάρχει γάμος ανάμεσα στο ζευγάρι. Μια νεαρή έγκυος γυναίκα έχει να αντιμετωπίσει τόσο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, που συχνά επιδρούν άσχημα επηρεάζοντας ακόμα και την ψυχολογική της κατάσταση.

Όσο και να κατακρίνεται η άμβλωση, παρόλα αυτά υπάρχουν σημαντικά πρακτικά εμπόδια, ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία, που έχουν ως αποτέλεσμα αρκετές φορές αδύνατη την αποφυγή της έκτρωσης, ή απαιτούν τεράστιο αγώνα και πραγματικό

ηρωισμό από την πλευρά της μητέρας, για να φέρει εις πέρας την εγκυμοσύνη, να φέρει στον κόσμο και να μεγαλώσει ένα παιδί πολλές φορές μόνη.

Πέρα από τα άλλα κοινωνικά προβλήματα, μία εγκυμοσύνη ενδεχομένως να είχε ως αποτέλεσμα η μέλλουσα μητέρα να έπρεπε να σταματήσει το σχολείο ή τις σπουδές της, να αποξενωθεί από τους φίλους της και την ανέμελη εφηβική ζωή. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, υπάρχουν περιπτώσεις να πρέπει να σταματήσει την δουλειά, καθώς μια εγκυμοσύνη πολλές φορές θεωρείται εμπόδιο στην καριέρα και τις επαγγελματικές υποχρεώσεις.(Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

1.7.2 Οικονομικοί λόγοι

Τα οικονομικά προβλήματα είναι μια από τις συχνές αιτίες που οι γυναίκες αποφασίζουν μια άμβλωση. Μία έφηβη ή νέα που δεν δουλεύει και δεν έχει οικονομικά εισοδήματα δεν είναι σε θέση να προχωρήσει και να τα βγάλει εις πέρας ούτε με τις οικονομικές ανάγκες που συνεπάγεται η απόκτηση ενός μωρού, όταν μάλιστα δεν έχει και την ηθική και την οικονομική στήριξη του συντρόφου, της οικογένειας ή άλλων φίλων και συγγενών.

Οι οικονομικές απαιτήσεις αρχίζουν από την αρχή της εγκυμοσύνης και μεγαλώνουν στην συνέχεια όλο και περισσότερο στηγέννα, την ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη, την σίτιση, την ανατροφή και την στέγαση. Ακόμη και μια πιο μεγάλη γυναίκα ή ένα παντρεμένο ζευγάρι, με ή χωρίς άλλα παιδιά, υπάρχει πιθανότητα να προχωρήσει σε άμβλωση γιατί δεν μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά στην απόκτηση ενός παιδιού.(Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

1.7.3 Κοινωνικοί και Θρησκευτικοί λόγοι

Το στίγμα της ανύπαντρης μητέρας δεν αφορά μόνο τις έφηβες και νέες γυναίκες. Είναι ένας σοβαρός λόγος ώστε να προχωρήσει μία γυναίκα ασχέτου ηλικίας, στον τερματισμό της εγκυμοσύνης.

Υπάρχει η περίπτωση, ο σύντροφος της εγκύου να αρνείται να δεχτεί την εγκυμοσύνη και να επιθυμεί την άμβλωση ή σε διαφορετική περίπτωση, η ίδια η γυναίκα να μην επιθυμεί να φέρει στον κόσμο τον καρπό μιας περιστασιακής σεξουαλικής σχέσης.

Άλλοτε η ίδια δε θεωρεί τον πατέρα κατάλληλο για σύντροφό της ώστε να προχωρήσουν σε γάμο ή να αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση τους. Άλλοτε πάλι, εκείνος είναι

απολύτως απών ή ακόμη και άγνωστος στην ίδια, ιδιαίτερα αν έχει συνευρεθεί με παραπάνω από έναν ερωτικούς συντρόφους.

Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο κάποιες γυναίκες που είναι ήδη παντρεμένες και έχουν παιδιά, να μην επιθυμούν να αποκτήσουν περισσότερα (για διάφορους ιατρικούς, οικονομικούς ή άλλους προσωπικούς λόγους). Πολλές φορές λόγω αυστηρότητας της εκάστοτε θρησκείας πολλές γυναίκες «αναγκάζονται» λόγω κοινωνικής πίεσης να εγκαταλείψουν ένα παιδί.(Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

1.7.4 Άλλοι λόγοι

Περιπτώσεις γυναικών οι οποίες υπήρξαν θύματα βιασμού ή αποπλάνησης είτε λόγω έλλειψης γνώσεων, είτε λόγω λανθασμένης ενημέρωσης, έρχονται σε θέση να πάρουν την απόφαση για έκτρωση, μια απόφαση για κάτι που οι ίδιες δεν επέλεξαν ή δεν υπολόγισαν και δεν είχαν το χρόνο ή την εμπειρία να το επεξεργαστούν.

Υπάρχουν οι περιπτώσεις βιασμών όπου οι μητέρες δεν είναι σε ψυχολογική θέση να φέρουν εις πέρας μία εγκυμοσύνη και στη συνέχεια να μεγαλώνουν ένα παιδί που είναι καρπός μιας δυσάρεστης και τραυματικής εμπειρίας. Ηθικό δίλημμα υπάρχει και όταν η μητέρα ή και οι δύο γονείς είναι ανίκανοι και ακατάλληλοι να μεγαλώσουν ένα παιδί, είτε γιατί είναι χρήστες τοξικών ουσιών, είτε έχουν ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα, είτε γιατί πάσχουν από κάποια σωματική ή διανοητική αναπηρία, ή άλλη σοβαρή ασθένεια, ή επίσης όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα αιμομιξίας.

1.7.5 Λόγοι Υγείας

Άλλοι λόγοι για την διακοπή μιας εγκυμοσύνης είναι όταν υπάρχουν προβλήματα υγείας της μητέρας ή του εμβρύου, τόσο σοβαρά ώστε να απειλείται ακόμα και η ζωή της γυναίκας, αν συνεχιστεί η εγκυμοσύνη (πχ καρδιοπάθεια).(Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

Κεφάλαιο 2^ο

Νομοθετικό πλαίσιο για τις αμβλώσεις

2.1 Νομοθετικό πλαίσιο αμβλώσεων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η έκτρωση επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 304 επιτρέπει την τεχνητή διακοπή της κύησης αρκεί να υπάρχει η συναίνεση της εγκύου και μόνο από γιατρό μαιευτήρα/γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Έως τη 12 εβδομάδα κύησης σε κάθε περίπτωση.
- Έως τη 19 εβδομάδα, αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας που δεν είχε τη δυνατότητα να αντισταθεί.
- Έως την 24 εβδομάδα, αν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής γενετικής ανωμαλίας του εμβρύου που θα έχει ως επακόλουθώ τη γέννηση άρωστου νεογνού.
- Δεν υπάρχει περιορισμός, αν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της, βεβαιωμένος από αντίστοιχο ιατρό.(Law spot, 2017)

Η άμβλωση χωρίς ιατρική ένδειξη θεωρούταν για όλο τον κόσμο μέχρι πρόσφατα εγκληματική πράξη που τιμωρούταν από το νόμο. Τελευταία όμως οι αντιλήψεις άλλαξαν και η τεχνητή διακοπή κύησης έπαψε να διώκεται νομικά στα περισσότερα κράτη αν γίνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Στην Ελλάδα από τις αρχές του 19ου αιώνα, όταν ανακαλύφθηκαν οι πρώτες αντισυλληπτικές μέθοδοι, οι εκτρώσεις θεωρούνταν έγκλημα. Με την διάδοση των αντισυλληπτικών μέτρων, άρχισαν οι αγώνες για την νομιμοποίηση της άμβλωσης παράλληλα με αυτούς που διεκδικούσαν οι γυναίκες για ίσες ευκαιρίες στη δουλειά, ίση αμοιβή αντρών και γυναικών και δικαίωμα ψήφου στις γυναίκες.

Η αποποινικοποίηση των αμβλώσεων έγινε το 1986 με το Νόμο 1609/86. Επειδή η άμβλωση αποτέλεσε ένα σοβαρά αμφιλεγόμενο ηθικό και νομικό θέμα θεωρείται σκόπιμη η ψήφιση του πρόσφατου νόμου και των υπουργικών διατάξεων που το υλοποιούν.

Ο Νόμος υπ' αριθμό 1609/86: Το Άρθρο 1 του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας» αναφέρει ότι η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

Πρέπει να υπάρχει:

1. Ενημέρωση για την απόκτηση παιδιών όταν οι γονείς το αποφασίζουν και το θέλουν και την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικά κατάλληλα μέσα, καθώς και για τις συνέπειες από τη διακοπή μιας εγκυμοσύνης.
2. Περίθαλψη και νοσηλεία 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.

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.

Το 2^ο άρθρο του Ποινικού Κώδικα ορίζει το χρονικό διάστημα της εγκυμοσύνης μέσα στο οποίο κατοχυρώνεται η ελευθερία διενέργειας των αμβλώσεων. Η 4^η παράγραφος αναφέρει ότι δεν είναι άδικη πράξη η άμβλωση που διενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Η 5^η παράγραφος ορίζει ότι αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς της ή αυτού που έχει την επιμέλεια της.

Στο 3^ο άρθρο του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», καθορίζονται οι ποινές των διενεργούντων την άμβλωση.

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

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

4. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος. (Law spot, 2017)

Το 4^ο άρθρο του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού» καθιστά ως υπεύθυνο, όποιον ενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας και τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

Το 5^ο άρθρο του Ποινικού Κώδικα με τίτλο «Διαφήμιση μέσω τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης», ορίζει ως ένοχο όποιον δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους τέτοιους ώστε 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 και τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

Στο ίδιο άρθρο αποφαινεται ότι δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση, η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την άμβλωση 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.

Τα παραπάνω άρθρα διατυπώθηκαν σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθμόν 1609/86 στην Αθήνα στις 28 Ιουνίου 1986. Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας-Πρόνοιας, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που ορίστηκε στις 25-2-87 και λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις της 2^{ης} παραγράφου εδάφια β και γ, της 3^{ης} παραγράφου του άρθρου 1 του νόμου 1609/1986 και τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), όπως αυτή διατυπώνεται στην 1/43ης ολομ./22-12- 86 απόφασή του, ορίστηκαν τα παρακάτω άρθρα ως εξής :

Στο 1^ο άρθρο με τίτλο «Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης» ρυθμίζονται τα θέματα, που αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο θα προστατεύεται η υγεία της γυναίκας, που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

Το 2^ο άρθρο με τίτλο «Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης» αναφέρει ότι η άμβλωση πριν τη συμπλήρωση 12 εβδομάδων (άρθρο 2, 14 παράγ. 4α ν. 1609/86) πρέπει να ενεργείται σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις :

1. Η επέμβαση να γίνεται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπευθύνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.
2. Πριν από την επέμβαση να πραγματοποιείται ενημέρωση της εγκύου για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
3. Η ενημέρωση αυτή συνήθως διεξάγεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.
4. Επιπλέον, διενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ΗΚΓ. Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και παρακλινική προεγχειρητική διερεύνηση. Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται σε ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο που φυλάσσεται στα αρχεία του τμήματος και είναι σε κάθε περίπτωση στη διάθεση των αρμόδιων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές που γίνονται οι επεμβάσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν τις εξής ελάχιστες προδιαγραφές:

α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα χειρουργικά εργαλεία, με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάληψης για τους ασθενείς και να στελεχώνεται τουλάχιστον από δύο μαιέες και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό.

β) Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Το 3^ο άρθρο αναφέρεται στη «Διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη 12^η εβδομάδα». Η άμβλωση μετά τη δωδέκατη εβδομάδα, στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/86, πρέπει να πραγματοποιείται αποκλειστικά

σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όσων ορίζονται στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη παράγραφο του προηγούμενου άρθρου. Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου.

Για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και του υπόλοιπο προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτή συνεργάζονται με την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ψυχολόγος. (Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

Το 6^ο άρθρο με τίτλο «Χρόνος αποχής από την εργασία» έχει ως στόχο την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε άμβλωση, όπου ρυθμίζει την υποχρεωτική αναρρωτική άδεια που πρέπει να της δίνεται. Για τις επεμβάσεις κάτω των δώδεκα εβδομάδων κύησης, πρέπει να δίδονται τρεις ημέρες αναρρωτικής άδειας, συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης και για τις επεμβάσεις μετά την δωδέκατη εβδομάδα κύησης, πέντε ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης.

Βέβαια, τα παραπάνω χρονικά όρια μπορεί να επεκταθούν σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του υπεύθυνου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας που έγινε η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση νόμιμης διαδικασίας έγκρισης χορήγησης αναρρωτικών αδειών. Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί το Άρθρο 1711 του Αστικού Κώδικα για το Κληρονομικό Δίκαιο, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τον νόμο 1609/86 του Ποινικού Κώδικα, αφού ορίζει ότι: «Κληρονόμος μπορεί να γίνει μόνο εκείνος που κατά το χρόνο της επαγωγής της κληρονομιάς βρίσκεται στη ζωή ή έχει τουλάχιστον συλληφθεί». Σύμφωνα με το παραπάνω άρθρο, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι το έμβρυο δεν έχει απλά δικαίωμα στη ζωή, αλλά μπορεί να διεκδικήσει και το δικαίωμα κληρονομικής διαδοχής. (Εφημερίδα, 2017)

2.2 Γενικά ποσοστά εκτρώσεων στην Ελλάδα

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 1^η θέση στην Ευρώπη και 3^η στον κόσμο σε αριθμό αμβλώσεων.

- Το 22% των Ελληνίδων δηλώνει ότι έχει κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση, ενώ το 10% των γυναικών που υφίστανται τέτοιου είδους επεμβάσεις ήταν έφηβες.

- Κάθε χρόνο στην Ελλάδα γίνονται 250.000 εκτρώσεις, αριθμός ο οποίος είναι υπερδιπλάσιος των γεννήσεων. Οι ειδικοί θεωρούν ότι τα περιστατικά ξεπερνούν τα 500.000! 190.000 εκτρώσεις γίνονται ετησίως στη Μ. Βρετανία, που έχει πέντε φορές παραπάνω πληθυσμό από την Ελλάδα.
- Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, 40.000 εκτρώσεις το χρόνο στην Ελλάδα αποφασίζονται από κορίτσια κάτω των 18 ετών.
- 1 στα 4 κορίτσια ηλικίας 14 έως 17 ετών έχει κάνει έκτρωση, σύμφωνα με έρευνα του Αρεταίειου Νοσοκομείου.
- 1 στις 2 έφηβες που κάνουν έκτρωση πηγαίνουν μόνες χωρίς να ενημερώσουν ούτε τη μητέρα της.
- Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, στην Ευρώπη πραγματοποιείται μια έκτρωση κάθε έντεκα δευτερόλεπτα, οδηγώντας στον θάνατο 2.725.820 έμβρυα ετησίως. (Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ., 2010)

2.3 Νομοθετικό πλαίσιο αμβλώσεων σε άλλες χώρες

Σε πολλές χώρες, και ιδιαίτερα σε κράτη όπου ισχύουν συντηρητικές ή βαθιά θρησκευόμενες απόψεις, η έκτρωση απαγορεύεται για οποιονδήποτε λόγο. Ακόμη και στην Ευρώπη, υπάρχουν χώρες όπως η Ιρλανδία, η Μάλτα και η Πορτογαλία όπου οι εκτρώσεις θεωρούνται εγκληματική πράξη και απαγορεύονται ή υπόκεινται σε αυστηρούς περιορισμούς, με σκοπό την αποφυγή τους.

Επομένως, η νομοθεσία σχετικά με τις εκτρώσεις διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις χώρες, στις οποίες ο νόμος για τις εκτρώσεις υπόκεινται σε περιορισμούς έχει ως συνέπεια, πολλές γυναίκες να καταφεύγουν σε εκτρώσεις, συχνά κάτω από παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες ως απάντηση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Τέτοιες χώρες είναι για παράδειγμα η Γουατεμάλα, το Ιράν. (Erfani A., 2011)(SinghSetal., 2006) Ωστόσο, παρόλο που η Ζάμπια είναι μια από της περιοχές της Σαχάριας Αφρικής με το λιγότερο περιοριστικό νόμο για τις εκτρώσεις, οι γυναίκες εξακολουθούν να επιλέγουν την μη ασφαλή έκτρωση. Βρέθηκε, ότι η ασφαλής έκτρωση είναι διαθέσιμη στην τριτοβάθμια περίθαλψη και είναι δύσκολο για τις γυναίκες να έχουν εύκολη πρόσβαση στις ασφαλείς υπηρεσίες. Ακόμα, άλλο ένα εμπόδιο που αναφέρεται είναι η έλλειψη γνώσης του νόμου της Ζάμπιας.

Επομένως, πολλοί πιστεύουν ότι η έκτρωση είναι παράνομη για κάθε περίπτωση και μη διαθέσιμη στα δημόσια νοσοκομεία και στις κλινικές.(Cynthia Waszak Gearya et al, 2012) Υπάρχουν χώρες, οι οποίες αποδέχονται την έκτρωση μόνο όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας από την συνέχιση της εγκυμοσύνης, όπως είναι η Ιρλανδία και η Ανδόρα. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014) Ωστόσο, σε κάποιες χώρες, που παρόλο σύμφωνα με τη νομοθεσία τους απαγορεύονται οι εκτρώσεις για κάθε λόγο, δεν εφαρμόζεται αυστηρά όταν η ζωή της εγκύου βρίσκεται σε κίνδυνο. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η Μάλτα.(Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Η συναίνεση του άνδρα για να προχωρήσει σε έκτρωση μια έγκυος, δεν απαιτείται στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, όπως και στις Η.Π.Α. Παρατηρείται, ότι δίνεται προτεραιότητα στην απόφαση της γυναίκας. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια 44 κράτη που αποτελούν εξαίρεση και απαιτείται η συναίνεση του συντρόφου/συζύγου για την διακοπή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με την νομοθεσία τους. Αυτές οι χώρες είναι η Τουρκία από τα ευρωπαϊκά κράτη, η Πενσυλβάνια αλλά και η Φλόριντα από τα κράτη της Η.Π.Α.(Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Στην Αγγλία, ο άντρας δεν μπορεί καν να ζητήσει προσωρινά μέτρα, προκειμένου να εμποδίσει την έγκυο να υποβληθεί σε νόμιμη έκτρωση, δίνεται αποκλειστική προτεραιότητα στην επιλογή της γυναίκας με την προϋπόθεση όμως ότι έχει αποκτήσει δύο ιατρικές γνωματεύσεις που βεβαιώνουν ότι πληροί τα κριτήρια αγγλικής νομοθεσίας για την πραγματοποίηση της έκτρωσης. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

2.4 Η άποψη της Εκκλησίας για τις αμβλώσεις

Παρά όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, η Χριστιανική Ορθόδοξη εκκλησία διαφωνεί με τη νομιμοποίηση των εκτρώσεων, ενώ υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος είναι κατ' εξοχήν δημιούργημα του Θεού, «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν» Του και ότι αποτελεί ψυχοσωματική οντότητα. (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014)

Μόλις ολοκληρωθεί η γονιμοποίηση, δημιουργείτε ένα ανθρώπινο ον, το οποίο η εκκλησία το θεωρεί αυτόματα ως πρόσωπο. Επομένως η έκτρωση, η αφαίρεση μια ανθρώπινης ζωής θεωρείται ως φόνος εκ προμελέτης. Μια τέτοιου είδους πράξη καταργεί τα δικαιώματα του θύματος και με αυτό τον τρόπο παραβαίνουμε την Εντολή «ου φονεύσεις». Η εκκλησία θεωρεί την διακοπή της εγκυμοσύνης ως το τερματισμό της ζωής και αντιμετωπίζει αυτές τις καταστάσεις ως οργανωμένη δολοφονία, όποιος και αν είναι ο λόγος που οδήγησε σε μια τέτοια πράξη. (Dimoula Y et al., 2007)

Σύμφωνα με την έρευνα των (Dimoulaet. al., 2007), το 51,1% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση, πιστεύει ότι είναι δολοφονία, την ίδια άποψη έχει και το 68,8% των γυναικών που δεν έχουν κάνει έκτρωση. Την ίδια άποψη έχει το 64,9% των ατόμων, που δηλώνει ότι πιστεύουν στο Θεό, σε αντίθεση με το 37,2% που δεν πιστεύουν. Το 23,3% από εκείνους που πιστεύουν στο Θεό, θεωρεί ότι η έκτρωση είναι αμαρτία, δεν έχει σημασία ποια είναι η αιτία, σε αντίθεση με το 62,4% που δεν νομίζουν ότι είναι αμαρτία και δεν πιστεύουν στο Θεό. Σύμφωνα με την Αγία Γραφή, ο Θεός είναι Εκείνος ο οποίος μπορεί μόνο να δώσει ζωή, να κρατήσει κάποιον στη ζωή και μόνο αυτός μπορεί να την αφαιρέσει ως Δημιουργός. (Dimoula Y et al., 2007)

Ακόμη και σε περιπτώσεις που αποδεικνύεται γενετική ανωμαλία, και κάποιος εύκολα θα έδιναν τη συγκατάθεσή τους για τη διακοπή της κύησης, ο Λόγος του Θεού μας φέρνει αντιμέτωπους με τη διακήρυξη του Θεού όπου ο Κύριος έδωσε το στόμα στον άνθρωπο ή τον έκανε άλαλο ή κουφό. Είναι αρκετά τα χωρία της Αγίας Γραφής που παρουσιάζουν το μεγάλο ενδιαφέρον του Θεού για την αγέννητη ακόμη ζωή. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις ο αγέννητος άνθρωπος αντιμετωπίζεται από το Θεό ως πρόσωπο, καθώς καλείται με το όνομα του, αγιάζεται. (Καδή Χ και συν, 2015)

Πιστεύεται, ότι η Βιβλική θέση είναι σαφής. Το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης είναι ένα θαυμάσιο δημιούργημα με ασύλληπτες προοπτικές. Το να το καταστρέψει κάποιος με τη θέληση του σε οποιαδήποτε φάση της ζωής εντός της μήτρας είναι τρομερό και ως χριστιανοί θα πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι θα λογοδοτήσουμε στο Θεό σε περίπτωση που προβούμε σε τέτοιες ενέργειες. Υπάρχει άρρηκτη σύνδεση ανάμεσα στην αποδοχή της ύπαρξης του Θεού και στη μοναδική αξία της ανθρώπινης ζωής από τη στιγμή της σύλληψης. Η έκτρωση είναι μια καταστροφική παρέμβαση στο έργο του σοφού Δημιουργού. (Καδή Χ και συν, 2015)

Η μαρτυρία του κατά Λουκά Ευαγγέλιο αναγγέλλει, ότι ο Χριστός ως άνθρωπος υφίσταται ως πρόσωπο από την στιγμή της σύλληψης, η οποία διατυπώνεται δογματικά από τις Οικουμενικές Συνόδους. Ο απόστολος Παύλος σημειώνει σε ένα χωρίο της επιστολής του προς τους Γαλάτας: *«Και όταν πια ευδόκησε ο Θεός, που με είχε ξεχωρίσει από την κοιλιά της μάνας μου και με κάλεσε με τη χάρη Του...»*. Η απαγόρευση του φόνου βέβαια δεν αναφέρεται ρητά στον αγέννητο άνθρωπο σε συνδυασμό πάντως με την εντολή για την απόκτηση απογόνων μπορεί κάλλιστα να ερμηνευθεί ως στρεφόμενη κατά της έκτρωσης.

Στην Αγία Γραφή δεν γίνεται μεν λόγος για την έκτρωση, γίνεται όμως σε πολλά σημεία λόγος για τον αγέννητο άνθρωπο, ο οποίος δημιουργείται από το Θεό και τυγχάνει της αγάπης και της φροντίδας του, όπως και ο γεννημένος άνθρωπος. Ο Θεός παρουσιάζεται να επιβλέπει την ανάπτυξη του εντός της μήτρας, να τον καλεί με το όνομα του, να τον προορίζει για το προφητικό και αποστολικό αξίωμα και να τον αγιάζει. Από τον τρόπο δημιουργίας λοιπόν, δημιουργίας του και από τη θεώρηση του από το Θεό ως πρόσωπο μπορούμε να καταλήξουμε αβίαστα στο συμπέρασμα, ότι η εκούσια θανάτωση του δεν συνάδει με το θέλημα του Θεού. (Βάντσος Μ, 2009)

2.5 Τα δικαιώματα της γυναίκας και του αγέννητου παιδιού

Πριν λίγα χρόνια οι Λαοί των Ηνωμένων Εθνών, έσκυψαν με ανησυχία και ενδιαφέρον, για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των παιδιών, τα οποία μετά την λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, βρέθηκαν σε πολύ άθλιες συνθήκες διαβίωσης.

Το 1959 ο ΟΗΕ ψήφισε την Διακήρυξη για τα Δικαιώματα του Παιδιού, ενώ η σχετική Σύμβαση υπογράφηκε το 1990. Από τον ίδιο Οργανισμό καθιερώθηκε και ως Παγκόσμια Ημέρα του Παιδιού η 11^η Δεκεμβρίου. Μέσα από αυτήν την Σύμβαση, όπως και από άλλες παγκόσμιες Διακηρύξεις, στον όρο «παιδί» περιλαμβάνεται και το έμβρυο, αφού στις ευεργετικές ενέργειες και προστατευτικές πρακτικές για το παιδί περιλαμβάνεται και η εμβρυακή ηλικία.

Έτσι στην 4^η Αρχή της Διακηρύξεως των Δικαιωμάτων του Παιδιού τονίζεται, ότι στην «φροντίδα και προστασία», που θα παρέχεται στο παιδί και στη μητέρα, «*περιλαμβάνεται και η ικανοποιητική προγεννητική και μεταγεννητική μέριμνα*». Στην 8^η αρχή διακηρύσσεται, ότι «*το παιδί θα είναι σε κάθε περίπτωση από τους πρώτους, που θα απολαμβάνουν προστασία και περίθαλψη*».

Επίσης μερικές από τις αξίες και τις πρακτικές, που συνιστούν τον Πολιτισμό της Ειρήνης, σύμφωνα με την Διακήρυξη 2000 της Ουνέσκο, είναι οι εξής:

1^ο: «*Ο σεβασμός κάθε μορφής ζωής. Σεβασμός των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του κάθε ανθρώπου*».

2^ο: «*Η μη βία. Απόρριψη της βίας σε όλες τις μορφές της και η επίτευξη δικαιοσύνης με την πειθώ και την κατανόηση*». Στην διακοπή της κύησης όμως δεν ασκείται βία στο πιο ανυπεράσπιστο ανθρώπινο πλάσμα και δεν στραγγαλίζεται το πλέον ιερό και ύψιστο ανθρώπινο δικαίωμα, το δικαίωμα στη ζωή;

Η 4^η Διεθνής Σύνοδος του ΟΗΕ για τις Γυναίκες το 1995, με την Διακήρυξη του Πεκίνου και το σχέδιο δράσεως, που υπεγράφη από 180 Κράτη, προτείνει στρατηγικά μέτρα σε 12 τομείς-κλειδιά. Έτσι στον 4^ο τομέα-κλειδί γράφεται: «*Αντιμετώπιση και εξάλειψη κάθε είδους βίας κατά των γυναικών και κοριτσιών*», ενώ στον 12^ο υποστηρίζεται η «*νομική προστασία των κοριτσιών από την εμβρυακή ηλικία μέχρι την πλήρη ενηλικίωσή τους και κατάργηση επιβλαβών πρακτικών εις βάρος τους*». Και σ' αυτή την Διακήρυξη ομολογείται η αναγνώριση και προστασία της πρώτης ανθρώπινης φάσης ζωής, δηλαδή της εμβρυακής. (Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Το νομικό δίκαιο επίσης της Ελλάδας, όπως και άλλων Χωρών, αναγνωρίζει την προσωπικότητα του εμβρύου και το καθιστά υποκείμενο και φορέα αστικών δικαιωμάτων καθώς κατά τον Αστικό Κώδικα (άρθρο 1711) το συλληφθέν έμβρυο, εάν γεννηθεί ζωντανό, μπορεί να κληρονομήσει. (Κληρονομικό Δίκαιο, 2019) Ακόμη με το άρθρο 1594 του ίδιου Κώδικα, το οποίο όμως για λόγους ευνότητος καταργήθηκε, αναγνώριζε προστάτη του εμβρύου, τον λεγόμενο Εμβρυωρό, ο οποίος έπαιρνε μέτρα υπέρ των δικαιωμάτων του κυοφορούμενου. (Δημήτριος Χ. Καραγιάννης, 2019)

Τι είναι όμως το έμβρυο; Η επιστήμη της Εμβρυολογίας μας δίνει το δικαίωμα αμέσως μετά τον «*χορό της ζωής*» να μη θεωρήσουμε το γονιμοποιημένο ωάριο και το ασχημάτιστο ακόμη έμβρυο Άνθρωπο; Μάλλον όχι! Πόσο μάλλον που ήδη με τον δεύτερο μήνα της κύησης όλα τα όργανα του εμβρύου έχουν σχηματισθεί, σταματά η «*οργανογένεση*» και απλώς συνεχίζεται η αύξησή του.

Έτσι η ηλικία του εμβρύου, από τη στιγμή της σύλληψης, αποτελεί την πρώτη και πιο δυναμική φάση της ζωής του ανθρώπου, αφού μάλιστα, εκτός από πολλά άλλα στοιχεία, από τη στιγμή της σύλληψης, έχει ήδη παραλάβει ότι συνιστά αυτό που λέμε κληρονομικότητα.

Γι' αυτό η Νομική Επιστήμη αναγνωρίζει δικαιώματα και παίρνει μέτρα υπέρ του εμβρύου που κυοφορείται, η Ιατρική επίσης Επιστήμη όλο και πλουτίζει τις δυνατότητές της για θεραπευτικές παρεμβάσεις στο κυοφορούμενο, ενώ η Χριστιανική Ορθοδοξία διακηρύσσει αιώνες πριν, ότι ο άνθρωπος υφίσταται ως «*εικόνα Θεού*» από την στιγμή της σύλληψης, «*εξ άκρας συλλήψεως*».

Γράφει κάπου όμως ο Τζωρτζ Όργουελ, ότι «*η πολιτική γλώσσα έχει σχεδιαστεί για να κάνει τα ψέματα να μοιάζουν με αλήθεια και το έγκλημα να παρουσιάζεται άξιο σεβασμού*». Και η αλήθεια των λόγων τούτων του Όργουελ, διαπιστώνεται περίτρανα

στην πρακτική, που εφαρμόζουν οι «ισχυροί της γης», ως προς τα δικαιώματα του αγέννητου παιδιού. Γιατί ενώ αναγνωρίζεται το έμβρυο ως πρόσωπο με δικαιώματα, παρόλα αυτά συνεχίζονται να ψηφίζονται νόμοι, με τους οποίους καταπατείται το πλέον ύψιστο και ιερό δικαίωμα του εμβρύου, το δικαίωμα στη ζωή. (Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Οι περισσότερες χώρες όχι μόνο δεν επιδεικνύουν «ικανοποιητική προγεννητική μέριμνα», σύμφωνα με την διακήρυξη του ΟΗΕ, αλλά δεν σέβονται καθόλου την εμβρυακή μορφή ζωής και δεν σταματούν την άσκηση βίας, σύμφωνα με την Διακήρυξη της Ουνέσκο για χιλιάδες παιδιά. Αντιθέτως μέσω της απόλυτης ελευθερίας, των επιδοτούμενων μάλιστα αμβλώσεων, καταπατούν απόλυτα τα δικαιώματα του πιο ανυπεράσπιστου ανθρώπου, του εμβρύου.

Μέσα λοιπόν από τα ωραία λόγια αποκαλύπτεται η πνευματική γυμνότητα των ισχυρών, που για διαφόρων ειδών πολιτικές σκοπιμότητες, νομοθετούν για την θανάτωση εκατομμυρίων ανθρώπων, χωρίς να τους δώσουν το δικαίωμα να αντικρύσουν το φως του ήλιου. Από αυτή την θανατηφόρο πρακτική δεν έμεινε έξω και η Ελλάδα που για καθαρά ψηφοθηρικούς λόγους και για την ικανοποίηση των γυναικών, παρά τις αντιδράσεις που υπήρχαν, στις 3 Ιουλίου 1986, νομιμοποίησαν απόλυτα τις αμβλώσεις, συμπληρώνοντας την προ υπάρχουσα νομοθεσία, που επέτρεπε την άμβλωση για λόγους ιατρικούς, ευγονικής, ηθικής (αιμομιξίας, βιασμού), και ψυχολογικούς, μη καλύπτοντας μόνο την οικονομικοκοινωνική πλευρά. (Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Έτσι στη «χώρα των γερόντων», χιλιάδες ελληνόπουλα σκοτώνονται κάθε χρόνο με μια άμβλωση. Ο νόμος 1609/86, όπως είναι φυσικό αμβλύνει ακόμη περισσότερο τις ελαστικές μας συνειδήσεις. Η έλλειψη δε της αντικειμενικής-επιστημονικής ενημέρωσης, οδηγεί στην ημιμάθεια, που αποδεικνύεται ο χειρότερος σύμβουλος για να λάβεις αποφάσεις τόσο σημαντικές, αλλά είναι και το «καλύτερο άλλοθι» στην εγωπάθεια και τον ατομισμό μας. Ο νόμος 1609/86 της Ελληνικής Πολιτείας αναφέρει με γλώσσα απόλυτα ωραιοποιημένη-φαρισαϊκή, τα εξής: *«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας...»*, η οποία απολύτως νόμιμα μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα στις πρώτες δώδεκα εβδομάδες της κύησης. Από τον τίτλο ήδη ο νόμος αυτός, αρνείται κάθε δικαίωμα στο έμβρυο και μάλιστα σ' αυτή την ίδια τη ζωή του, το πολυτιμότερο δηλαδή αγαθό του, αναφέρεται και προστατεύει, με τέλεια μονομέρεια, στην δήθεν υγεία της μητέρας. (Νόμος υπ' αριθμόν 1609/1986)(Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Είναι όμως επιστημονικά εξακριβωμένο, ότι η άμβλωση εξασφαλίζει την υγεία της γυναίκας; Οι μη στρατευμένοι ειδικοί επιστήμονες-γυναικολόγοι, μαιευτήρες, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, δεν διαβεβαιώνουν για κάτι τέτοιο. Αντίθετα η ίδια η άμβλωση έχει αυξημένους κινδύνους, ακόμα και μελλοντικά, όπως σωματικά(στειρότητα), και ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στη γυναίκα μετά από μια άμβλωση. Οι επιστήμονες ερευνούν και διαπιστώνουν το «μετεκρωτικό σύνδρομο». Αλλά η φαρισαϊκή γλώσσα προσφέροντας την μισή αλήθεια, χρησιμοποιεί και άλλη, κατ' ευφημισμό, έκφραση: «διακοπή της κύησης».

Η λέξη «διακοπή» όμως λειτουργεί ελπιδοφόρα, γιατί περιμένει κανείς την επαναλειτουργία, αυτού, που διακόπηκε, όπως π.χ. η διακοπή του ηλεκτρικού ρεύματος ή του νερού. Η άμβλωση αντιθέτως όμως είναι μια τελεσίδικη καταστροφική κατάσταση του πιο ανυπεράσπιστου ανθρώπινου πλάσματος, του οποίου δεν ακούγεται ούτε το κλάμα του, για να μπορέσει να εμποδίσει τις εναντίον του θανατηφόρες ενέργειες. Με ποια λογική λοιπόν, ο νομοθέτης κάνει μια τέτοια μονομερή διάκριση μεταξύ των δύο προσώπων, του αγέννητου παιδιού και της γυναίκας, ώστε η δήθεν υγεία της γυναίκας που κινδυνεύει να προστατεύεται με την εξαφάνιση της ζωής του εμβρύου; Έτσι αντί να ενισχύεται ηθικά και υλικά η ελληνική οικογένεια για να φέρει και διατηρήσει την ζωή, τα παιδιά, επίσημα το ίδιο το Κράτος, πληρώνει για να επέλθει ο θάνατος στο παιδί και να «τραυματιστεί» ψυχικά και σωματικά η ίδια η γυναίκα.(Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Ο ανθρώπινος νόμος δίνει την ελευθερία της άμβλωσης, χωρίς όμως να υποχρεώνει, θα μπορούσε να πει κάποιος άλλος από την δική του σκοπιά. Λόγω όμως της έλλειψης πληροφόρησης, αλλά και της πίστης πολλών, ότι ο πολιτειακός νόμος είναι ορθός και αληθινός, οι περισσότεροι επαναπαύονται και τον ακολουθούν, με αποτέλεσμα την άμβλυνση των συνειδήσεων, μπροστά στη βίαιη αφαίρεση της ζωής του πλέον ανυπεράσπιστου και φυσιολογικά του πλέον αγαπημένου προσώπου, που θα έπρεπε να είναι το έμβρυο.

Κάθε υπεύθυνος άνθρωπος όμως, και ιδιαίτερα κάθε χριστιανός, γνωρίζει, ότι στον ανθρώπινο νόμο υπάρχει η σκοπιμότητα, αδυναμία και προσωρινότητα, γι' αυτό και αντιτάσσει τον θείο νόμο, σύμφωνα και με την αξιωματική θεολογική αρχή: *«πειθαρχείν δει Θεώ μάλλον ή ανθρώποις»*. Γι' αυτό διακηρύσσει, ότι το έμβρυο είναι άνθρωπος *«εξ άκρας συλλήψεως»*, και στην πολιτική γλώσσα, που κατορθώνει, κατά τον G. Orwell, *«το ψέμα να μοιάζει με αλήθεια και το έγκλημα να παρουσιάζεται άξιο*

σεβασμού», αντιπαραθέτει τη γλώσσα της αλήθειας, ώστε να μη παρασύρεται ο κόσμος. Αυτό βέβαια γίνεται από αγάπη και μόνο, γιατί η αλήθεια δεν δημιουργεί ενοχές, αλλά απελευθερώνει πραγματικά: «γνώσεσθε την αλήθειαν και η αλήθεια ελευθερώσει υμάς».(ΕΥΑΓΓΕΛΙΟ)(Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Αλλά εδώ ως αντίδοτο στις σχιζοφρενικές νομοθετικές αποφάσεις και στις διχασμένες ανθρώπινες πρακτικές, που καταστρέφουν την ΖΩΗ σε επίπεδο προσωπικό, κοινωνικό και εθνικό, ο μεγάλος εχθρός και κίνδυνος της πατρίδας μας δεν είναι άλλος από την τρομακτική υπογεννητικότητα της. Οι διάφοροι φορείς όπως η Εκκλησία αλλά και οι συνειδητοποιημένοι Πολιτικοί οφείλουν κατ' αρχάς να αγωνιστούν για την κατάργηση του νόμου 1609/86, να προβάλλονται τα επιστημονικά δεδομένα και η πρόοδος της Εμβρυολογίας, και προπάντων να ενισχύεται ηθικά και υλικά η φιλοτεκνία, τονώνοντας το πατρικό και ιδιαίτερα το μητρικό αίσθημα.

Η Μητρότητα, όπως και η πατρότητα, είναι θείο δώρο για τον άνθρωπο, αφού οι σύζυγοι πρέπει να συνεχίσουν να δημιουργούν όπως και ο Θεός και να χαρίσουν το υψηλότερο δώρο, τη ζωή και σε άλλους ανθρώπους. Η μητέρα πιο πολύ μάλιστα από τον πατέρα, νοιώθει αυτή την δυναμική σύμπραξή της στη δημιουργία και συνέχιση της ζωής. Αισθάνεται, ότι το να είναι μητέρα δεν είναι μόνο προσωπική υπόθεση, αλλά γίνεται η ελπίδα της ανθρωπότητας. Γιατί η Μάνα φιλοξενεί στα σπλάγχνα της το έμβρυο και του μεταδίδει τη ζωή.

Η μητέρα είναι η ζεστασιά, η τροφή, η ευχάριστη κατάσταση της ικανοποίησης των αναγκών και της ασφάλειας. Φυσικά η μητρική αγάπη είναι ένα δύσκολο καθήκον, γιατί απαιτεί ανιδιοτέλεια και ικανότητα να δίνεις τα πάντα και να μη θέλεις τίποτε άλλο, παρά μόνο την ευτυχία του αγαπημένου παιδιού. Η μητρική αγάπη είναι μία χωρίς όρους επιβεβαίωση του παιδιού και των αναγκών του, για τις οποίες είναι έτοιμη να προσφέρει τα πάντα, ακόμη και τη ζωή της.(Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Πολλές σημαντικές κοινωνικές αλλαγές έχουν επέλθει μέσα στο χρόνο και οι οικογενειακές συνθήκες και συνήθειες έχουν αλλοιωθεί, όμως οι γονείς συνεχίζουν να είναι ο πιο σίγουρος προμαχώνας για μια ομαλή ανάπτυξη του παιδιού ήδη από την εμβρυακή ηλικία.

Το παιδί πριν γεννηθεί ακόμα χρειάζεται τη μητρική αγάπη, που σημαίνει ότι ήδη από την εγκυμοσύνη αρχίζουν οι θυσίες της και η προσφορά της απεριόριστης στοργής και αγάπης της. Για ολόκληρους εννέα μήνες το έμβρυο θα εξαρτάται αποκλειστικά από

εκείνη, γιατί από τη μητέρα του αναπνέει, απ' αυτήν τρέφεται, και επηρεάζεται από τις πνευματικές της δυνάμεις και την ψυχική της κατάσταση. Κάθε εντύπωση της μητέρας δεν έχει επίδραση μόνον σ' αυτήν, αλλά και στο παιδί. Η ευχαρίστησή της είναι και δική του, όπως και ο πόνος της είναι και δικός του. Ευχάριστα βιβλία, επομένως, απαλή μουσική, ευφορία ψυχική, χαρούμενες στιγμές, προσευχητική διάθεση αντανακλούν θετικά στο έμβρυο. Όλες οι ψυχικές και εγκεφαλικές μεταβολές της και κάθε ουσία, που χρησιμοποιεί, επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το έμβρυο που κυοφορεί η εγκυμονούσα. Γνωρίζοντας όλα αυτά η γνήσια μητρική αγάπη θα αρνηθεί τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σύγχρονης γυναίκας, δικαιώματα καθαρώς ατομοκρατικά, όπως η ηδονική απόλαυση και η απόρριψη κάθε ευθύνης. (Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Γι' αυτό και δεν θυσιάζει την ανθρωπιά και την αγάπη στο άτομο της και δεν παρασύρεται να αφαιρέσει τη ζωή του παιδιού της. Η γνήσια μάνα δεν θα παρασυρθεί από συνθήματα του τύπου: «σώμα μου είναι το κάνω ότι θέλω», ούτε ότι «οι γυναίκες δεν θα ανεχθούν τον περιορισμό των δικαιωμάτων τους». Γιατί γνωρίζει, ότι το έμβρυο δεν είναι σώμα της και μάλιστα αρρωστημένο για να το απορρίψει, και δεύτερο, ότι διεκδικώντας τα ατομικά της δικαιώματα στραγγαλίζει το αναφαίρετο δικαίωμα του ίδιου της του παιδιού να έρθει στην ζωή.

Το να γίνεις ή να είσαι μητέρα δεν είναι καθαρά προσωπική υπόθεση, αλλά είναι κοινωνική, εθνική, πανανθρώπινη. Οι καιροί μας προσκαλούν και προκαλούν να υπηρετήσουμε το μυστήριο της ζωής από την στιγμή της σύλληψης. Η Μητρότητα είναι θείο δώρο, που αληθινά καταξιώνει την γυναίκα και είναι συνδεδεμένη με τη γυναικεία φύση. Οι σειρήνες του ευδαιμονισμού και ατομισμού καλούν τη γυναίκα να αρνηθεί την κύρια αποστολή της, τη Μητρότητα. Διάφορα φεμινιστικά κινήματα την καλούν «να πει ναι στην παραγωγή, όχι στην αναπαραγωγή». Όλοι εμείς θα πρέπει να βοηθήσουμε τη Γυναίκα να υπηρετήσει τη Μητρότητα και να επιθυμεί να βιώσει τη Μητρότητα. (Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα, 2019)

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Επιπτώσεις της άμβλωσης

Με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και με την βελτίωση των διαφόρων τεχνικών μέσων, δεν είναι πλέον τόσο μεγάλος κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία της γυναίκας όπως σε παλαιότερες εποχές.

Οι θάνατοι νέων γυναικών κατά την διάρκεια της επέμβασης για διακοπή της κύησης ήταν παλιά αρκετά συχνό φαινόμενο. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την νάρκωση έχουν βελτιωθεί, ενώ και η χρήση των αντιβιοτικών έχει συμβάλει σημαντικά και αποφασιστικά. Επιπλέον οι χειρουργικές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί πάρα πολύ έτσι ώστε οι επιπλοκές από τις χειρουργικές επεμβάσεις να έχουν μειωθεί πολύ.

Από την άλλη υπάρχει και η περίπτωση η πρόοδος της επιστήμης να είναι εις βάρος των γυναικών, καθώς με το σκεπτικό, ότι δεν υπάρχει μεγάλος κίνδυνος, να αποφασίζουν πιο εύκολα την διακοπή μιας εγκυμοσύνης. Πρέπει λοιπόν να γίνει κατανοητό ότι, να μην κινδυνεύει άμεσα η ζωή της γυναίκας (χωρίς τούτο να έχει πλήρως μηδενιστεί), αλλά οι επιπλοκές έστω και πιο σπάνιες, συνεχίζουν να υπάρχουν αφήνοντας πολλές φορές σοβαρά προβλήματα υγείας που συνοδεύουν τη γυναίκα σε όλη της τη ζωή. (Μπέλλιος Β, 2018)

Οι επιπλοκές διακρίνονται σε σωματικές και ψυχολογικές.

3.1.1 Σωματικές επιπλοκές

Οι σωματικές επιπλοκές μπορεί να είναι άμεσες κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όπως:

- Η ρήξη του τραχήλου της μήτρας κατά την διαδικασία της διαστολής του με μεγάλη αιμορραγία.
- Η διάτρηση της μήτρας στην οποία επίσης μπορεί να υπάρχει μεγάλη αιμορραγία. Αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα αυτές οι επιπλοκές υπάρχει πιθανότητα να χρειαστεί αφαίρεση της μήτρας για να σωθεί η γυναίκα.
- Η παραμονή υπολειμμάτων πλακούντα εντός της κοιλότητας της μήτρας που μπορούν να προκαλούν αιμορραγίες μελλοντικά.
- Φλεγμονές στην κοιλότητα της μήτρας και στις σάλπιγγες, έχουν ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή άλλη κύηση αν το θελήσει η γυναίκα, καθώς οι φλεγμονές μπορούν να δημιουργήσουν συμφύσεις στην κοιλότητα της μήτρας και απόφραξη

των σαλπίνγων. Η απόφραξη των σαλπίνγων δεν επιτρέπει την διάβαση του ωαρίου ώστε να μη μπορεί να επιτευχθεί επόμενη κύηση.

- Η ανεπάρκεια του τραχήλου, λόγω της βίαιης διαστολής μπορεί να οδηγήσει σε επόμενες εγκυμοσύνες αποβολή των εμβρύων ή γέννηση πρόωρων νεογνών.
- Οι φλεγμονές που μπορεί να επακολουθήσουν μετά από μία έκτρωση μπορεί να οδηγήσουν σε απόφραξη των σαλπίνγων, σε ενδομητρικές συμφύσεις που το τελικό αποτέλεσμα θα είναι η στειρώση, οι συχνές αποβολές, οι στιφροί η προδρομικοί πλακούντες ή πρόωροι τοκετοί.



3.1.2 Ψυχολογικές επιπλοκές

Οι ψυχολογικές επιπλοκές έχουν επίσης μεγάλη σημασία διότι σε κάποιες περιπτώσεις ακολουθούν τη γυναίκα σε όλη της τη ζωή. Επειδή η γυναίκα από μητρικό ένστικτο αγαπάει το αγέννητο παιδί της, άσχετα από θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις της και κατά συνέπεια δεν θέλει το κακό του, βιώνει την έκτρωση σαν ένα βαρύ ψυχικό τραυματισμό που δύσκολα, η επιφανειακά μόνο επουλώνεται.

Αρκεί μόνο λίγο να τον αγγίξεις και πάλι βγαίνει στην επιφάνεια. Έτσι ομιλούμε για το λεγόμενο «μετεκτρωτικό σύνδρομο» (Post abortion Syndrom) που είναι ένας νέος όρος και σημαίνει το σύνολο των ψυχολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζονται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών μετά την **έκτρωση**.

Κυρίως παρατηρείται σε γυναίκες:

1. Που έχουν περιορισμένη ή καθόλου συμπαράσταση από τον σύντροφο ή το οικογενειακό τους περιβάλλον.
2. Που είχαν ψυχολογικά προβλήματα πριν την εγκυμοσύνη.
3. Που αισθάνονται εξαναγκασμένες να κάνουν έκτρωση.

4. Που έκαναν την έκτρωση στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.
5. Που τα θρησκευτικά τους πιστεύω και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος αποδοκιμάζουν την έκτρωση.
6. Που η κουλτούρα τους και η θρησκεία τους απαγορεύει την έκτρωση.
7. Που αναγκάζονται να διακόψουν μια επιθυμητή εγκυμοσύνη λόγω σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου.(Μπέλλιος Β, 2018)

Τα συμπτώματα του μετεκτροτικού συνδρόμου είναι:

- Μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση φόβου και ανησυχίας.
- Αδυναμία χαλάρωσης, υπερένταση, ερεθιστικότητα.
- Σωματικές αντιδράσεις (ζαλάδες, καρδιοχτύπι, στομαχικές διαταραχές, πονοκέφαλοι).
- Δυσκολία συγκεντρώσεως.
- Διαταραγμένος ύπνος με εφιάλτες, άσχημα όνειρα.
- Γενικότερη άρνηση, προσπαθεί να ξεχάσει το γεγονός.
- Ψυχολογική αναστολή. Γυναίκες που έχουν βιώσει ένα τέτοιο επώδυνο γεγονός είναι πολύ διστακτικές στις μελλοντικές συμπεριφορές τους, ώστε να αποφεύγουν παρόμοιες επώδυνες καταστάσεις. Αυτό επηρεάζει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- Κατάθλιψη και σκέψεις αυτοκτονίας. Ενώ λίγες μόνο φθάνουν σε κλινική κατάθλιψη, πολλές παρουσιάζουν λυπημένη έκφραση, ξαφνικά ανεξήγητα ξεσπάσματα σε κλάματα, διαταραχές ύπνου, ορέξεως, σεξουαλικής ζωής.
- Επαναφορά της εμπειρίας της έκτρωσης στη μνήμη, χωρίς εμφανή εξήγηση.
- Σκέψεις για νέα εγκυμοσύνη για να αντικαταστήσουν αυτό που έχασαν.
- Ανησυχία για μελλοντική γονιμότητα και εγκυμοσύνη.
- Υπόσχεται στον εαυτό της να μείνει ξανά έγκυος και να είναι η καλύτερη μητέρα του κόσμου.
- Ενοχές ότι επέλεξε τη δική της άνετη ζωή από τη ζωή του παιδιού της.
- Χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

- Όλα τα πάρα πάνω επανέρχονται στη μνήμη κάθε χρόνο την ημερομηνία που έγινε η έκτρωση.
- Σημασία για την εκδήλωση ή την βαρύτητα των πάρα πάνω συμπτωμάτων έχει η ψυχική υγεία της γυναίκας πριν από την έκτρωση. (Μπέλλιος Β, 2018)

3.1.3 Οι Επιπτώσεις των Εκτρώσεων στην Κοινωνία

Ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων στην Ελλάδα συμβάλει σίγουρα και στην μείωση των γεννήσεων που τα τελευταία τριάντα χρόνια είναι όλο και πιο απογοητευτική. Από 150.000 τοκετούς το χρόνο που είχαμε τη μεταπολεμική περίοδο μέχρι το 1981, έχουμε τώρα περίπου 100.000 συμπεριλαμβανομένων και των αλλοδαπών, κυρίως Αλβανών που ζουν στη Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και αποτελούν το 18% περίπου του συνόλου των τοκετών.

Το δυσάρεστο είναι ότι τα τελευταία χρόνια οι θάνατοι είναι περισσότεροι από τις γεννήσεις. Αυτή η δυσάρεστη εξέλιξη φαίνεται ότι θα συνεχιστεί, ως αποτέλεσμα και της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Βέβαια για την μεγάλη υπογεννητικότητα που παρατηρείται δεν ευθύνονται οι εκτρώσεις, αυτές μόνο συμβάλλουν σε αυτήν. Τα κύρια αίτια είναι πολλαπλά και παρατηρούνται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες:

1. Δημογραφικά (Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, Αστικοποίηση, Μετανάστευση).
2. Κοινωνικά (Ποιότητα ζωής, πρότυπα ζωής, κρίση του θεσμού του γάμου, Μονογονεϊκές οικογένειες).
3. Οικονομικά (ανεργία, εργασία της γυναίκας, κόστος κατοικίας εκπαίδευσης και ανατροφής, χαμηλά οικογενειακά επιδόματα, καταναλωτισμός).
4. Τροχαία, ναρκωτικά, διατροφή, αλκοόλ, κάπνισμα κλπ.

Η επίδραση των εκτρώσεων στην υπογεννητικότητα είναι διπλή: από τη μια έχουμε άμεση επίπτωση από την μη γέννηση των εμβρύων, και από την άλλη έχουμε τις επιπτώσεις από την δευτεροπαθή υπογονιμότητα που προσβάλλει ένα ποσοστό γυναικών που υποβάλλονται σε έκτρωση. (Μπέλλιος Β, 2018)

Κεφάλαιο 4^ο



4.1 Πρόληψη και αντισύλληψη

4.1.1 Οικογενειακός προγραμματισμός

Σύμφωνα με τον Δετοράκη (1986), ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε στην Αγγλία την εποχή της βιομηχανικής εποχής. (Δετοράκης I, 1986) Ο Π.Ο.Υ. αναγνωρίζει πως ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας σπουδαίος παράγοντας υγείας της οικογένειας και ιδιαίτερα των παιδιών και της μητέρας, καθώς μπορούν να αποφευχθούν κάποιες από τις δυσάρεστες επιπτώσεις που ενδεχομένως να εμφανιστούν μετά από μια έκτρωση. (Καλαϊτζίδη I και συν., 2014)

Στην Ελλάδα, η ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960. Μερικά χρόνια αργότερα, το 1973, ακαδημαϊκοί κύκλοι εκτίμησαν ότι ο μεγάλος αριθμός των εκτρώσεων έπαιρνε διαστάσεις εθνικού/κοινωνικού χαρακτήρα και ίδρυσαν την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΕΕΟΠ). (Ρούπα-Δαριβάκη Β, 2006)

Ο κύριος και πιο σημαντικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να προσφέρει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει από μόνο του την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειας του ελεύθερα αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση του, το οποίο αναγνωρίζεται σαν αναφαίρετο δικαίωμα του ζευγαριού και όχι σαν επιλογή. Τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού είναι ποικίλα.

Αναλυτικότερα ο οικογενειακός προγραμματισμός:

- Αποσκοπεί στην αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την σωστή χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, έχοντας ως σκοπό την μείωση του αριθμού των

εκτρώσεων, οι οποίες αποτελούν κίνδυνο για την υγεία της γυναίκας αλλά και για την μελλοντική της εγκυμοσύνη.

- Είναι υπεύθυνος για την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων, για την προστασία της γονιμότητας τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα.
- Παρέχει ενημέρωση συμβουλές, για την σεξουαλική ζωή των δύο φύλων, λαμβάνοντας υπόψη την ατομικότητα του ατόμου στο οποίο απευθύνεται.(Π.Ο.Υ., 2018)
- Στοχεύει στη γέννηση όσο γίνεται υγιών παιδιών, μέσω της εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου και τον καθορισμό κατάλληλων κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών.
- Έχει στόχο επίσης την αποφυγή γεννήσεων και επομένως την μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν ή είναι φορείς μιας κληρονομικής αρρώστιας. (Ρούπα-Δαριβάκη Β, 2006)(Π.Ο.Υ., 2018)
- Αποσκοπεί επίσης στην επιβράδυνση της αύξησης του πληθυσμού.
- Αποτελεί το κλειδί για την επιβράδυνση, της μη βιώσιμης αύξησης του πληθυσμού και τις συνεπαγόμενες αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία, το περιβάλλον, καθώς και τις εθνικές και περιφερειακές αναπτυξιακές προσπάθειες.
- Επιτρέπει στους ανθρώπους να κάνουν συνειδητές επιλογές σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία.

Ο Π.Ο.Υ. αναγνωρίζει ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να συμβάλει θετικά στην ενδυνάμωση των λαών και την ενίσχυση της εκπαίδευσης, κυρίως του γυναικείου πληθυσμού που σε αρκετές χώρες βρίσκεται σε υποδεέστερη θέση.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μια ευκαιρία για τις γυναίκες για την ενίσχυση της εκπαίδευσης και της συμμετοχής στη δημόσια ζωή, συμπεριλαμβανομένης της αμειβόμενης απασχόλησης σε μη οικογενειακές οργανώσεις. (Π.Ο.Υ., 2018)

4.1.2 Αντισύλληψη των νέων στην Ελλάδα

Το προφυλακτικό βρέθηκε να είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ των νέων από 18 έως 25 ετών στην Ελλάδα, ακολουθούμενο από την επείγουσα αντισύλληψη. (Donadiki EM et al, 2013) Επίσης, στην έρευνα των Kallipolitiset. al.,(2003), βρέθηκε ότι η πιο διαδεδομένη μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ των ατόμων

αυτών είναι το προφυλακτικό, η διακεκομμένη συνουσία και σε μικρότερο ποσοστό τα αντισυλληπτικά χάπια.(Kallipolitis G et al, 2003)

4.1.3 Η Αντισύλληψη στη δημόσια υγεία

Σε παγκόσμιο επίπεδο, με την χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων θα μπορούσε να ανασταλεί η αύξηση του πληθυσμού της γης και να σταθεροποιηθεί. Υπολογίζεται ότι με τους σημερινούς ρυθμούς αύξησης, μετά από 40 χρόνια ο πληθυσμός της γης θα διπλασιαστεί. Η αντισύλληψη συμβάλει θετικά στην οικονομική ανάπτυξη λόγω του μικρότερου αριθμού εξαρτώμενων παιδιών, της συμμετοχής περισσότερων γυναικών στην αγορά εργασίας και της διαφύλαξης των περιορισμένων πόρων.(David Canning & T Paul Schultz, 2012)(Van Braeckel D et al, 2012)

Ο οικογενειακός προγραμματισμός με τη χρήση διαφόρων μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης αποτελεί μια από τις οικονομικότερες παρεμβάσεις για την υγεία.(TsuiAOetal, 2010) Υπολογίζεται, ότι για κάθε ένα δολάριο που ξοδεύεται για αντισύλληψη, γίνεται εξοικονόμηση δυο με έξι δολαρίων.(CarrBetal, 2012) Η παραπάνω εξοικονόμηση σχετίζεται με την πρόληψη μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και με την μείωση της εξάπλωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.(TsuiAOetal, 2010)

4.2 Μέθοδοι αντισύλληψης

4.2.1 Κατηγοριοποίηση μεθόδων αντισύλληψης

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

Συνοπτικά, οι μέθοδοι αντισύλληψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης στις οποίες περιλαμβάνονται: η διακεκομμένη συνουσία ή αλλιώς διακοπή της σεξουαλικής πράξης, η μέθοδος του θερμομετρικού διαγράμματος, η μέθοδος της τραχηλικής βλέννας και η ανίχνευση των γόνιμων μερών.

Τεχνητές Μέθοδοι μέσα στις οποίες περιλαμβάνονται: οι σπερματοκτόνες ουσίες, σπερματοκτόνα υπόθετα, η ορμονική αντισύλληψη και η μετά επαφή αντισύλληψη, το χάπι της επόμενης μέρας, οι αντισυλληπτικοί σπόγγοι, το διάφραγμα, ο ενδοκολπικός

δακτύλιος, το ανδρικό προφυλακτικό, το γυναικείο προφυλακτικό (Femidom), το σπирάλ, οι κολπικές πλύσεις και τα εμφυτεύματα με προστεταγώνο.

Ανδρική και η γυναικεία στείροποίηση είναι μία ακόμη μέθοδος που δεν συνιστάται, καθώς πρόκειται για μία μόνιμη και μη αναστρέψιμη μέθοδο αντισύλληψης, η οποία εμποδίζει για πάντα την ικανότητα ενός ανθρώπου να τεκνοποιήσει. (Ρούπα-Δαριβάκη Β, 2006)(el.wikipedia.org)

4.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων

Σε πολλές περιπτώσεις, είναι απαραίτητη η συνεργασία με τους ειδικούς για την ανεύρεση της κατάλληλης μεθόδου αντισύλληψης. Αξίζει να αναφερθεί, ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη χρήση ή όχι μιας αντισυλληπτικής μεθόδου. (Glasier A et al, 2008)

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

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

Μετά από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, οι κυριότεροι λόγοι που ωθούν σε χρήση αντισυλληπτικών μέσων για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης σε ηλικίες από 18 έως 25 ετών είναι οι εξής :

1. Σε περίπτωση φλεγμονής της μήτρας όπου δε συστήνεται η χρήση του σπирάλ.
2. Σε ανωμαλίες της έμμηνου ρύσης όπου δε συνιστάται η ημερολογιακή μέθοδος.
3. Σε υπέρταση και περιπτώσεις παχυσαρκίας ή θρόμβωσης, δεν προτείνεται η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.

4. Η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού ή της μητέρας αυξάνει την ανάγκη για αντισύλληψη.
5. Οι Θρησκευτικές πεποιθήσεις.
6. Το κόστος των αντισυλληπτικών μέσων.
7. Η επιρροή που έχουν ορισμένες αντισυλληπτικές μέθοδοι στη σεξουαλική ευχαρίστηση του κάθε ατόμου.
8. Οι ηλικιακοί λόγοι.
9. Λόγοι καριέρας.
10. Φόβος αντιμετώπισης της κατάστασης της εγκυμοσύνης η ακόμα και της χρήσης ορισμένων αντισυλληπτικών μεθόδων.

4.2.3 Χρησιμότητα μεθόδων αντισύλληψης

Η διασφάλιση της πρόσβασης σε προτιμώμενες μεθόδους αντισύλληψης για τις γυναίκες αλλά και για τα ζευγάρια είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ευημερίας και της αυτονομίας των γυναικών, ενώ υποστηρίζει την υγεία και την ανάπτυξη των κοινοτήτων. (Π.Ο.Υ. 6th edition, 2008,) Έχει αποδειχθεί, ότι η χρήση της αντισύλληψης επιφέρει οφέλη στην υγεία των γυναικών, συμβάλει θετικά στην μείωση της παιδικής θνησιμότητας και στην δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2013), κάθε χρόνο, η αντισύλληψη προλαμβάνει περίπου 188.000.000 απρογραμματίστες-ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αυτό, σημαίνει ότι συμβάλει στην πρόληψη και μείωση των εκτρώσεων. (Καδή Χ και συν, 2015)

Στις νέες γυναίκες υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για την έκβαση μιας εγκυμοσύνης. Η ολοκληρωμένη σεξουαλική αγωγή και η δυνατότητα πρόσβασης στην αντισύλληψη μειώνουν τα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε αυτή την ομάδα. Αν και οι νέοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν όλες τις αντισυλληπτικές μεθόδους, οι μακράς δράσης αναστρέψιμες αντισυλληπτικές μέθοδοι, όπως εμφυτεύματα, ενδομήτρια σπειράματα ή κολπικοί δακτύλιοι, είναι ιδιαίτερα αποδοτικές στη μείωση των ποσοστών εφηβικής εγκυμοσύνης. (el.wikipedia.org)

Μετά τον τοκετό, μια γυναίκα που δεν θηλάζει αποκλειστικά μπορεί να μείνει πάλι έγκυος μέσα σε τέσσερεις με έξι εβδομάδες. Κάποιες μέθοδοι αντισύλληψης μπορεί να ξεκινήσουν αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ για άλλες απαιτείται μια καθυστέρηση έως και

έξι μηνών. Σε όσες θηλάζουν, προτιμώνται οι μέθοδοι αποκλειστικά με προγεσταγόνη, σε σχέση με τα συνδυασμένα από στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά. Σε όσες έχουν μπει στην εμμηνόπαυση, συστήνεται η αντισύλληψη να συνεχιστεί για έναν χρόνο μετά την τελευταία περίοδο.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, περίπου 222 εκατομμύρια γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν μια εγκυμοσύνη δεν χρησιμοποιούν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο. Η χρήση αντισύλληψης στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει μειώσει τον αριθμό των μητρικών θανάτων κατά 40% (περίπου 270.000 θάνατοι αποτράπηκαν μέσα στο 2008) και θα μπορούσε να αποτραπεί ένα 70%, αν ήταν εφικτό να ικανοποιηθεί πλήρως η ζήτηση για αντισύλληψη. Επιμηκύνοντας το διάστημα ανάμεσα σε δύο εγκυμοσύνες, η αντισύλληψη μπορεί να βελτιώσει την έκβαση του τοκετού στις ενήλικες γυναίκες και την επιβίωση των παιδιών τους. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, τα εισοδήματα των γυναικών, η περιουσία, το βάρος, και η εκπαίδευση και υγεία των παιδιών τους βελτιώνονται με τη δυνατότητα μεγαλύτερης πρόσβασης σε αντισύλληψη[17] Η αντισύλληψη αυξάνει την οικονομική ανάπτυξη λόγω του μικρότερου αριθμού εξαρτώμενων τέκνων, της συμμετοχής περισσότερων γυναικών στο εργατικό δυναμικό, και της μικρότερης κατανάλωσης περιορισμένων πόρων. (el.wikipedia.org)

Κεφάλαιο 5^ο

5. Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Στο τέλος του 2011 ανακοινώθηκε ότι ο ρυθμός μετάδοσης του AIDS αυξήθηκε στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες χώρες του εξωτερικού. Και ενώ οι δύο πόλοι που αλληλοσυνδέονται και επιτείνουν την κατάσταση στη χώρα μας δεν είναι άλλοι από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την παράνομη πορνεία, ο υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Λοβέρδος είχε τονίσει με αφορμή το 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Εϊτζ ότι η ελληνική οικογένεια, για διάφορους λόγους, δεν βρίσκεται εκτός κινδύνου. (Αμπραβανέλ, 2012)

5.1 Η Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην οικογένεια

Τα πρώτα χρόνια αποτελούν τη βάση για την φυσική και την ψυχική υγεία, την συναισθηματική ασφάλεια, την πολιτισμική και την ατομική ταυτότητα και τις αναπτυσσόμενες ικανότητες του παιδιού. Για το παιδί είναι μια κρίσιμη περίοδος γοργής ανάπτυξης σε ότι αφορά το νευρικό σύστημα, το σώμα, τις επικοινωνιακές του ικανότητες, τις νοητικές του ικανότητες και την κινητικότητα του, καθώς είναι και μια περίοδος συνεχών αλλαγών των δεξιοτήτων και των ενδιαφερόντων του. Σε αυτή τη φάση το παιδί έχει ανάγκη από συναισθηματική φροντίδα, προστασία, γαλούχηση, κατάλληλη καθοδήγηση για την εξερεύνηση, μάθηση και τέλος για χρόνο και χώρο όπως επίσης για το κοινωνικό παιχνίδι.

Μέχρι τα τρία πρώτα έτη, οι γονείς οφείλουν να παρέχουν αποκλειστική φροντίδα στο παιδί, ώστε μέχρι τα έξι του, να έχει συμπληρωθεί η ηθική του αγωγή, να έχει δηλαδή τις βασικές ηθικές αρχές που θα χρειαστεί να εφαρμόσει στη ζωή του. Ο γονέας θα πρέπει να κάνει διάλογο και συζήτηση χωρίς φωνές και τιμωρίες και να προσπαθεί να περιορίζει το έμμοιο πείσμα και καμία φορά την αδικαιολόγητη επιθετικότητα. (Ασημακοπούλου Π & Τσώλης Τ, 2015)

Στην εποχή μας, η σεξουαλική αγωγή των νέων χαρακτηρίζεται ως ελάχιστη, και σε πολλές περιπτώσεις μηδαμινή. Πιο συγκεκριμένα, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί ένα μεγάλο ταμπού, όπου στο άκουσμά του, δημιουργεί ένα συναίσθημα φόβου και σύγχυσης στους γονείς, ενώ από την θεωρείται ως ένα πεδίο φτώχης και μη χρήσιμης γνώσης. Αυτή η προκατάληψη, εμποδίζει το οικογενειακό περιβάλλον των νέων όσο και την πολιτεία να καταλάβουν την σοβαρότητα του θέματος γύρω από την σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση, κυρίως των μικρών ηλικιών, που αφορά τη μελλοντική τους σεξουαλική συμπεριφορά.

Η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής οφείλεται, από τη μία πλευρά, στην έντονη προβολή σεξουαλικών συμβόλων, κινήτρων ή σκηνών που προέρχονται κατά κύριο λόγο από τη τηλεόραση, τα Socialmedia, το Internet ή άλλα μέσα ενημέρωσης, τα οποία ευνοούν στο να αναπτυχθεί αυτό το φαινόμενο, το οποίο, από την άλλη, χωρίς τη σωστή ενημέρωση από τη πλευρά των γονιών, μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη μετέπειτα σεξουαλική ζωή των νέων.

5.2 Η Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο εκπαιδευτικό σύστημα

Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την σεξουαλική ζωή στον χώρο της εκπαίδευσης, απ' όπου ξεκινούν όλα. Στο πλαίσιο αυτό, το πρώτο κρίσιμο ερώτημα είναι: πώς εντάσσεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα ελληνικά σχολεία; Αν η ελληνική οικογένεια βρίσκεται σε κίνδυνο όπως υπογράμμισε ο υπουργός πριν από δύο μήνες, τότε τα παιδιά θα πρέπει να είναι οι πρώτοι δέκτες σωστής πληροφόρησης.

Αυτή τη στιγμή, στο ελληνικό σχολείο, η σεξουαλική αγωγή εντάσσεται στο πρόγραμμα της Αγωγής Υγείας. Στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το μάθημα γίνεται εκτός σχολικού ωραρίου, ενώ στην πρωτοβάθμια μπορεί να αναπτυχθεί κυρίως στο πλαίσιο της «ευέλικτης ζώνης». Το φάσμα των θεμάτων που καλύπτει η ομπρέλα της Αγωγής Υγείας είναι ευρύτατο και περιλαμβάνει θέματα που αφορούν τη διατροφή, τις πρώτες βοήθειες, την ψυχική υγεία, τη σωματική υγιεινή, την πρόληψη της βίας, του καπνού και των ναρκωτικών, τη φυσική άσκηση, το περιβάλλον, τον εθελοντισμό. (Αμπραβανέλ, 2012)

Στο πλαίσιο αυτό περιλαμβάνονται και τα θέματα της σεξουαλικής αγωγής, των διαπροσωπικών σχέσεων και της συναισθηματικής ανάπτυξης, εκπαιδευτικό υλικό για τα οποία έχει εκπονηθεί από την ομάδα του γιατρού Θάνου Ασκητή το 2008, με την ενίσχυση ευρωπαϊκών και ελληνικών κονδυλίων.

Στα χαρτιά, όπως πάντα, όλα φαίνονται καλά. Στην πραγματικότητα όμως, σύμφωνα με την έρευνα της κ. Μαργαρίτας Γερούκη, εκπαιδευτικού στο Πανεπιστήμιο του Ελσίνκι, «η εικόνα είναι αρκετά διαφορετική. Παρότι οι Έλληνες και Ελληνίδες εκπαιδευτικοί στην πλειοψηφία τους θεωρούν τη σεξουαλική αγωγή απαραίτητη σχολική δράση και πιστεύουν σε θεωρητικό επίπεδο τουλάχιστον ότι οι ίδιοι και οι ίδιες θα μπορούσαν να διαχειριστούν τέτοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην τάξη, όταν έρχεται η ώρα να επιλέξουν ένα πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής δεν το κάνουν. Μόνο το 1,6% των

προγραμμάτων αγωγής υγείας αφορούν τη θεματική ενότητα της σεξουαλικής αγωγής». (Αμπραβανέλ, 2012)

Σύμφωνα με την κ. Γερούκη, που ερευνά τα τελευταία εννέα χρόνια τα δύο θέματα της Αγωγής Υγείας και της Σεξουαλικής Αγωγής, και της οποίας η εργασία «Η σεξουαλική αγωγή στο σχολείο» διατίθεται ελεύθερα στο Διαδίκτυο (www.margarita.gerouki.net), οι εκπαιδευτικοί καταθέτουν πολύ συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους αποφεύγουν την πραγματοποίηση των προγραμμάτων της σεξουαλικής αγωγής: «θεωρούν πως χρειάζονται επιμόρφωση», «πιστεύουν ότι δεν υπάρχει κατάλληλο υλικό» (παρ' όλο που αυτό υπάρχει) και «τέλος, θεωρούν ότι η σεξουαλική αγωγή θεωρείται θέμα «ταμπού» και πιστεύουν ότι το υπουργείο Παιδείας δεν έχει κάνει ξεκάθαρες τις προθέσεις του». (Αμπραβανέλ, 2012)

5.3 Αποτελέσματα έλλειψης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Κάποια από τα αποτελέσματα της έλλειψης σεξουαλικής αγωγής είναι η συχνή εναλλαγή συντρόφων, η μη ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα, η βίαιη σεξουαλική συμπεριφορά, ο λανθασμένος τρόπος τοποθέτησης του προφυλακτικού, σοβαρές σεξουαλικώς μεταδιδόμενες ασθένειες, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες καθώς κ.α. Η σεξουαλική ενημερότητα είναι μείζονος σημασίας για τους νέους και σημαίνει δυο πράγματα: πρώτον αποφυγή των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και δεύτερον επιτυχή χρησιμοποίηση μιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Οι γονείς και η Πολιτεία θα πρέπει από τη πρώτη στιγμή να δημιουργήσουν διόδους επικοινωνίας για το θέμα αυτό με τους νέους, κυρίως όμως να δράσουν κατά τη παιδική ηλικία, έτσι ώστε να φροντίσουν για την όσο το δυνατόν καλύτερα δομημένη σεξουαλική αγωγή και συμπεριφορά των νέων. (Αλεξοπούλου Δ και συν Γ. Π., 2007)

5.4 Εργαλεία σωστής διαπαιδαγώγησης

1. Αμοιβαίος σεβασμός: επιτυγχάνεται από την προσπάθεια των γονέων, οι οποίοι πρέπει να δείξουν πρώτοι σεβασμό προς τα παιδιά τους, περιορίζοντας τις αρνητικές παρατηρήσεις.
2. Ενθάρρυνση: μέσω της αναγνώρισης των θετικών σημείων των παιδιών και της μείωσης της σημασίας των λαθών τους.
3. Αγάπη και ασφάλεια: Τα παιδιά λαμβάνουν την αγάπη των γονέων κυρίως μέσω της σωστής επικοινωνίας μαζί τους και μέσω του αμοιβαίου σεβασμού.

4. Ενεργητική ακρόαση: Επιτυγχάνεται μέσω της συγκέντρωσης με το βλέμμα αλλά και με τη στάση του σώματος έτσι ώστε να νοιώσει το παιδί ότι οι γονείς δέχονται τα συναισθήματα του.
5. Χρόνος για διασκέδαση: Πέρα από την ώρα που θα έχει κάθε παιδί δική του, η οικογένεια χρειάζεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα να διαθέτει χρόνο διασκεδάζοντας σαν οικογένεια.
6. Ειλικρίνεια: Αρχικά επιτυγχάνεται από τους γονείς και έπειτα υιοθετούν ειλικρινή στάση και τα παιδιά απέναντι τους.
7. Χρόνος για συζήτηση: Πρέπει να πραγματοποιείται σε ήρεμο κλίμα χωρίς επικριτική και αυστηρή συμπεριφορά. (Ασημακοπούλου Π & Τσώλης Τ, 2015)

Θεωρητικά λοιπόν και λαμβάνοντας υπόψη ότι αρκετοί νέοι δήλωσαν ότι είχαν ανεπαρκή ενημέρωση κατά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή, εάν στο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στο εκπαιδευτικό μας σύστημα υπήρχε διαφορετική αντιμετώπιση στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, θα είχαμε τελείως διαφορετικά αποτελέσματα στα ποσοστά μας, τόσο στις εκτρώσεις αλλά και στη γενική αντιμετώπιση του θέματος.

Κεφάλαιο 6^ο

6. Ηθικά διλήμματα και Φεμινιστικό κίνημα



6.1 Η ηθική πλευρά της άμβλωσης και το δικαίωμα για ζωή

Σ' αυτήν την εργασία εξετάστηκαν διεξοδικά τα πιο σπουδαία ηθικά ερωτήματα που σχετίζονται με την άμβλωση. Παρακολούθησαμε τις σκέψεις και το συλλογισμό των σημαντικότερων φιλοσόφων και μελετητών αναφορικά με την ηθική κατάσταση του εμβρύου, την πιθανότητα του εμβρύου να είναι πρόσωπο, τα δικαιώματα της γυναίκας σε σχέση με εκείνο, καθώς και τα δικαιώματα του πατέρα. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Το ηθικό πρόβλημα της άμβλωσης είναι από τα πιο αμφιλεγόμενα της σημερινής εποχής. Είναι ένα θέμα που έχει διχάσει επιστήμονες και στοχαστές. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η προστασία της ανθρώπινης ζωής είναι μία έννοια αυτονόητη. Άλλωστε η απαγόρευση της αφαίρεσης της ανθρώπινης ζωής αποτελεί ηθικό κανόνα («ου φονεύσεις») και γενική ηθική αρχή. Η παραβίαση αυτής της αρχής επισείει πολύ αυστηρή τιμωρία. Γίνεται δεκτό όμως ότι αυτή η αρχή μπορεί να έχει εξαιρέσεις και μόνο για πολύ ειδικές περιπτώσεις.

Έτσι, η αφαίρεση ανθρώπινης ζωής δικαιολογείται μόνο στην περίπτωση της αυτοάμυνας και του πολέμου. Οπότε το συμπέρασμα φαντάζει εύλογο για τους υποστηρικτές της ζωής. Εφόσον το να σκοτώνεις είναι πάντα κάτι κακό και λάθος, άρα και η έκτρωση είναι μία κακή και λανθασμένη ενέργεια, αφού σκοτώνεται ένα αθώο πρόσωπο (έμβρυο). Εδώ λοιπόν εμφανίζεται το βασικό και κύριο ερώτημα, εάν δηλαδή το έμβρυο είναι πράγματι αθώο ανθρώπινο ον. Το ότι είναι αθώο είναι σίγουρο, αλλά είναι ανθρώπινο ον; (Μητσοπούλου Α., 2013)

Αναμφισβήτητα είναι ανθρώπινο ον, αφού η σύλληψη έγινε από γονείς που είναι άνθρωποι, οπότε τα χρωμοσώματα στα κύτταρα του οργανισμού του είναι αυτά ενός ανθρώπινου οργανισμού και άρα ανήκει στο είδος του *Homosapiens*. Αλλά μπορεί να θεωρηθεί άνθρωπος ένα έμβρυο λίγων μόνο ημερών ή μηνών; Μπορεί να του αποδοθούν δικαιώματα που αποδίδονται σ' ένα παιδί πέντε χρόνων ή σ' έναν ενήλικα τριάντα ετών;

Συνεπώς, η σκέψη μας προχωράει στην περίφημη διάκριση ανάμεσα στους όρους άνθρωπος και πρόσωπο. Με αυτήν τη διάκριση γίνεται προσπάθεια να διαχωριστεί η έννοια του ανθρώπου ως όντος που απλά ανήκει βιολογικά στο είδος *Homosapiens* από την έννοια του ανθρώπου ως όντος που σκέπτεται, έχει αυτογνωσία, αισθήσεις και άλλες παρόμοιες πνευματικές λειτουργίες, που του εξασφαλίζουν δικαιώματα, με κυριότερο αυτό της ζωής. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Οπότε, για να μπορέσει να λυθεί το πρόβλημα της έκτρωσης, χρειάζεται να διευκρινιστεί το πρόβλημα της ηθικής κατάστασης του εμβρύου. Εάν δηλαδή το έμβρυο είναι απλά ανθρώπινο ον ή ανθρώπινο πρόσωπο, με αναγνωρισμένα δικαιώματα, που προστατεύονται από την πολιτεία. Πρέπει βέβαια να αναφερθεί ότι βασιζόμενοι σ' αυτόν το διαχωρισμό, οδηγούμαστε σε συμπεράσματα που δικαιολογούν ηθικά την άμβλωση σε αρκετές περιπτώσεις. Εάν αυτός ο διαχωρισμός δε γίνεται δεκτός και το έμβρυο θεωρείται ολοκληρωμένος άνθρωπος από τη σύλληψη, άποψη που προβάλλεται κυρίως από την Καθολική Εκκλησία και τους ακραίους συντηρητικούς, τότε η άμβλωση είναι πάντα ανήθικη, κακή και λανθασμένη ενέργεια, αφού θεωρείται φόνος ενός αθώου ανθρώπου. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Όμως, δεν είναι δυνατόν όταν ακούει κανείς τη λέξη «έμβρυο» να του έρχεται στο μυαλό η εικόνα κάποιου ενήλικα. Περισσότερο συνδέουμε τη λέξη με αυτό που φανταζόμαστε ή ελπίζουμε ότι θα γίνει το έμβρυο όταν γεννηθεί και μεγαλώσει. Είναι δηλαδή σίγουρα άνθρωπος αλλά δεν είναι «πρόσωπο», όπως το ορίζουν οι υποστηρικτές της άμβλωσης. Οι υποστηρικτές της έκτρωσης έχουν δώσει αρκετά χαρακτηριστικά του «προσώπου», για π.χ. τη λογική, τη συνείδηση, την αυτοσυνείδηση, την ανεξάρτητη δραστηριότητα, την ικανότητα επικοινωνίας πάνω σε διάφορα θέματα, την αυτογνωσία, την αίσθηση του πόνου και γενικότερα την αισθητικότητα, τη λειτουργία του εγκεφάλου, τις προτιμήσεις, τα ενδιαφέροντα κ.α.

Κάποια βέβαια κριτήρια μοιάζουν μάλλον υπερβολικά όπως η μνήμη, η ευθύνη, η περιέργεια, η χρήση μιας εξελιγμένης γλώσσας. Γι' αυτό είναι προτιμότερο να

επικεντρωθούμε στα κύρια χαρακτηριστικά του «προσώπου», δηλαδή τη λογική, την αυτογνωσία και την αυτοσυνείδηση, καθώς από αυτά απορρέουν τα υπόλοιπα κριτήρια. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Το επόμενο ερώτημα είναι πότε το έμβρυο εμφανίζει τα παραπάνω χαρακτηριστικά; Η απάντηση είναι δύσκολο να δοθεί, αφού δεν μπορούμε να διαπιστώσουμε κάτι τέτοιο με απόλυτη σιγουριά. Η ιατρική για π.χ. έχει δώσει αρκετά στοιχεία, όπως για το πότε ξεκινά να σχηματίζεται ο εγκέφαλος του εμβρύου και πότε εκείνο μπορεί να νιώσει τον πόνο.

Η απόκτηση των προαναφερθέντων πνευματικών χαρακτηριστικών είναι μια διαδικασία που ξεκινά περίπου στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης και ολοκληρώνεται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Έτσι, ένα έμβρυο λίγων ημερών ή των πρώτων μηνών που είναι ακόμα ασχημάτιστο και τα όργανά του δεν έχουν ακόμα διαμορφωθεί, δεν μπορεί να θεωρηθεί άνθρωπος/πρόσωπο, με πλήρη αναγνωρισμένα και προστατευόμενα δικαιώματα. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Ενώ εμείς μπορούμε να εκτιμήσουμε τη ζωή του, σίγουρα εκείνο δε μπορεί να εκτιμήσει τη δική του ζωή. Γι' αυτό είναι αμφίβολο το εάν το δικαίωμα για τη δική του ζωή μπορεί να συγκριθεί με το δικαίωμα για τη δική μας ζωή. Δεν είναι δυνατόν να φονεύεται κάποιος, ο οποίος δεν υπάρχει, με την έννοια ότι τα όργανά του δεν έχουν διαμορφωθεί, δε λειτουργούν πλήρως, ο ίδιος δεν αντιλαμβάνεται ότι σκοτώνεται και δε νιώθει πόνο όταν τον σκοτώνουν.

Σ' αυτήν την περίπτωση η έκτρωση δεν μπορεί να θεωρείται ανήθικη. Εννοείται πως όσο η εγκυμοσύνη προχωρά, το έμβρυο αναπτύσσεται περισσότερο, τα όργανά του εξελίσσονται και μοιάζει πιο πολύ με άνθρωπο απ' ότι στις αρχές της εγκυμοσύνης. Σαφώς αποκτά πια δικαιώματα που δεν τα είχε στη σύλληψη ή στους πρώτους μήνες της κύησης. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Γι' αυτό, η έκτρωση στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να μας προβληματίζει περισσότερο απ' ότι στα πρώτα. Το ότι το έμβρυο διαθέτει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε πρόσωπο δεν αρκεί για να αναγνωριστεί ως πραγματικό πρόσωπο. Είναι ένα εν δυνάμει ανθρώπινο πρόσωπο, αλλά όχι πραγματικό πρόσωπο. Εφόσον τα δικαιώματα και κυρίως το δικαίωμα στη ζωή αναγνωρίζονται στα πραγματικά πρόσωπα, επειδή ακριβώς είναι πρόσωπα, δεν μπορούν να αναγνωριστούν σε πρόσωπα, που είναι να μεν πιθανά, αλλά όχι πραγματικά. Άρα, η δυνατότητα που έχει το έμβρυο να γίνει

πρόσωπο είναι σημαντική αλλά δεν αρκεί για να καταστήσει το έμβρυο ως πραγματικό πρόσωπο.

Ενώ λοιπόν το έμβρυο αρχικά δεν έχει δικαιώματα και αρχίζει να αποκτά κάποια σταδιακά, μένει να εξετάσουμε αν τα δικαιώματά του είναι ισχυρότερα από εκείνα της μητέρας. Στην περίπτωση της έκτρωσης οι αρχές της ελευθερίας και του φόνου συγκρούονται. Εάν κάποιος απαγορεύσει την έκτρωση, τότε παραβιάζει την ελευθερία της μητέρας και αντίστροφα αν κάποιος την επιτρέψει, φαίνεται να επιτρέπει το φόνο. Οπότε το ζήτημα της ελευθερίας της επιλογής είναι πολύ βασικό στην εξέταση του προβλήματος της άμβλωσης. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Όσο η εγκυμοσύνη εξελίσσεται, το έμβρυο μεγαλώνει, αποκτά μορφή και ο σχηματισμός του κοντεύει να ολοκληρωθεί. Οποσδήποτε του αναγνωρίζονται κάποια δικαιώματα που δεν τα είχε στην αρχή της εγκυμοσύνης. Πάντως, τα δικαιώματα της γυναίκας είναι ισχυρότερα και ξεπερνούν τα δικαιώματα που σταδιακά αποκτά το έμβρυο, όταν αρχίζει να αναπτύσσει τις διάφορες ικανότητές του. Για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να κατηγορηθεί μια γυναίκα ακόμα και όταν προχωρά σε έκτρωση στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης της.

Τα ισχυρότερα δικαιώματα της γυναίκας σε συνδυασμό με το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του σώματος καθιστούν την έκτρωση επιτρεπτή, ακόμα και σε προχωρημένα στάδια. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη λογικών και σοβαρών λόγων από την πλευρά της γυναίκας. Διότι η έκτρωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τελευταία αλλά αναγκαία λύση και όχι ως συνήθης τρόπος αντισύλληψης. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Είναι γεγονός πως οι γυναίκες συνάπτουν σχέσεις με τους άνδρες και άλλοτε οδηγούνται σε γάμο ενώ άλλοτε όχι. Οι σχέσεις αυτές θεωρούνται φυσιολογικό κομμάτι της ζωής και των δύο πλευρών. Όμως ακόμα και η πιο προσεκτική και σταθερή χρήση μέτρων αντισύλληψης μπορεί δυστυχώς να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, καθώς κανένα από αυτά τα μέσα δεν εγγυάται εκατό τοις εκατό ασφαλή προφύλαξη από τυχόν συλλήψεις. Επίσης, είναι πολλές οι γυναίκες ανά τον κόσμο που δεν έχουν πρόσβαση σε αντισυλληπτικά μέσα. Κυρίως σε απομακρυσμένες περιοχές η απόκτηση τέτοιων προϊόντων είναι πιο δύσκολη. Πρέπει ακόμα να ληφθεί υπόψη ότι αρκετοί σύζυγοι ή σύντροφοι δεν επιθυμούν τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων και την απαγορεύουν, ενώ κάποιες θρησκείες όπως ο Καθολικισμός διδάσκει ότι αυτά τα μέσα είναι αμαρτωλά. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Τέλος, κάποιες εγκυμοσύνες προέρχονται από αιμομιξία ή βιασμό. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι γυναίκες που δεν έχουν τη δυνατότητα να υποβληθούν σε ασφαλείς εκτρώσεις, δεν μπορούν να αποφασίσουν λογικά και σωστά για το εάν και πότε θα κάνουν παιδιά ή πόσα θα αποκτήσουν. Χωρίς αυτήν την ελευθερία, δεν έχουν συχνά τη δυνατότητα να προστατέψουν τη δική τους ζωή και τη δική τους υγεία, καθώς και τη ζωή και την υγεία των παιδιών που ήδη έχουν. Πολλές οικογένειες συχνά δε μπορούν να αναθρέψουν σωστά όλα τα παιδιά που αποκτούν. Γυναίκες που γεννούν συχνά και που δεν έχουν σωστή διατροφή και καλή ιατρική περίθαλψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν στη γέννα και τα παιδιά τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν στη γέννα.

Σε αρκετές κοινωνίες, γυναίκες που είναι έγκυες, χωρίς να είναι παντρεμένες, τιμωρούνται αυστηρά, ακόμα και με θανατική ποινή. Αλλά και σε κοινωνίες που είναι ανοικτές προς τις ανύπανδρες γυναίκες, εάν εκείνες δε μπορούν να στηρίξουν το παιδί τους, το πιθανότερο είναι ότι καταδικάζονται και οι δύο σε φρικτό θάνατο. Για τους παραπάνω λόγους, η απόφαση μιας γυναίκας να προχωρήσει σε έκτρωση είναι εύλογη και δικαιολογημένη. Η ανάγκη των γυναικών να κάνουν έκτρωση είναι τόσο μεγάλη, που όπου η άμβλωση απαγορεύεται, εκείνες δε διστάζουν να το διακινδυνεύσουν, παρόλο που γνωρίζουν ότι μπορεί να τιμωρηθούν για ποινικό αδίκημα ενώ ξέρουν ότι κινδυνεύει και η ζωή τους από τις παράνομες εκτρώσεις σε παράνομα ιατρεία. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις από έναν πλανήτη με υπερπληθυσμό είναι τεράστιες. Η κλιματική αστάθεια λόγω υπερθέρμανσης του πλανήτη, η απώλεια αγροτικής γης λόγω ξηρασίας και η διάβρωση του εδάφους είναι κάποιες από αυτές. Πολλά από τα φτωχότερα κράτη του κόσμου υφίστανται ραγδαία αύξηση πληθυσμού, επειδή ακριβώς δεν υπάρχει πρόσβαση σε αντισυλληπτικά μέτρα και στην άμβλωση, οπότε οι γυναίκες αναγκάζονται να γεννούν περισσότερα παιδιά, απ' όσα θα ήθελαν να έχουν. Αυτό συμβαίνει όταν απουσιάζει από το ζήτημα για την έκτρωση η ελευθερία της επιλογής.

Επίσης, το δικαίωμα να ελέγχει μία γυναίκα τι γίνεται στο σώμα της είναι βασικό στοιχείο της ανθρώπινης ελευθερίας. Είναι λοιπόν άδικο η γυναίκα να αντιμετωπίζεται απλά σαν φορέας του εμβρύου. Έχει δικαιώματα και μάλλον τα περισσότερα όσον αφορά στην κυοφορία αλλά και στη μετέπειτα ανατροφή του παιδιού. Όταν της στερούν το δικαίωμα της επιλογής, τότε της καταπατούν πολλά άλλα ηθικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα της ζωής, της υγείας και της αναζήτησης και της επίτευξης μιας ικανοποιητικής ζωής για την ίδια και για εκείνους για τους οποίους είναι υπεύθυνη. Το να επιβάλλονται

τέτοιοι περιορισμοί στη γυναίκα, που είναι ένα ανθρώπινο ον, με πλήρη ηθικά δικαιώματα, μοιάζει παράλογο και ασυμβίβαστο. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Η γυναίκα έχει το δικαίωμα να δημιουργήσει την οικογένειά της όπως εκείνη τη φαντάζεται. Όταν λοιπόν οι συνθήκες δεν είναι κατάλληλες και όταν αντιλαμβάνεται ότι δε θα μπορέσει να μεγαλώσει σωστά το παιδί που θα φέρει στον κόσμο, τότε είναι δικαιολογημένη η έκτρωση. Σ' αυτήν την περίπτωση η έκτρωση είναι περισσότερο άρνηση για δημιουργία παρά επιθυμία να καταστρέψει το έμβρυο. Αν εκείνη δε νιώθει καλά με τη νέα ζωή που θα φέρει στον κόσμο, τότε έχει το δικαίωμα να την τερματίσει, ακόμα και σε προχωρημένο στάδιο. Όσο προχωρημένη και αν είναι η εγκυμοσύνη, όσα δικαιώματα και αν έχει αρχίσει να αποκτά το έμβρυο, δεν παύουν να ξεπερνούν τα δικαιώματα της γυναίκας.

Γιατί, η γυναίκα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει τι θα συμβεί στο σώμα της και να μη δέχεται παθητικά κάθε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, που θα έχει αρνητικές συνέπειες τόσο για την ίδια όσο και για το μελλοντικό παιδί της. Η προτεραιότητα που δίνεται στη γυναίκα δικαιολογείται και από το ότι η απόφαση για κυοφορία επιβαρύνει κυρίως την ίδια, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Είναι μία απόφαση που αλλάζει τελείως τον κόσμο της γυναίκας. Μπορεί η εγκυμοσύνη να διαρκεί μόνο εννέα μήνες, αλλά θα αγαπάει, θα φροντίζει και θα νοιάζεται για το παιδί που έφερε στον κόσμο για την υπόλοιπη ζωή της. Έχει μεγάλη ευθύνη για το ον που θα γεννήσει και αν εκείνη δεν αισθάνεται καλά με αυτό ή αν νιώθει ότι δε θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στα μητρικά της καθήκοντα, τότε η άμβλωση είναι η προτιμότερη λύση. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Σαφώς και ο πατέρας έχει ευθύνες απέναντι στο έμβρυο και μάλιστα καθορισμένες από τα δικαστήρια. Δεν παύει όμως η μητέρα να επιβαρύνεται περισσότερο από τις συνέπειες μιας εγκυμοσύνης. Διότι, εκείνη είναι που γεννάει και η κοινωνία αναγνωρίζει εκείνη ως κυρίως υπεύθυνη για την ανατροφή και συντήρηση του παιδιού που έρχεται στη ζωή. Επιπλέον, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου ο άνδρας δε γνωρίζει ότι θα γίνει πατέρας και δε το μαθαίνει ποτέ ενώ η γυναίκα πάντα το γνωρίζει. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί πως και ο πατέρας χρειάζεται να έχει ηθικά δικαιώματα ως προς την άμβλωση.

Διότι δεν είναι σωστό οι γυναίκες να αποφασίζουν μόνες τους για την τύχη του παιδιού, χωρίς να συμβουλευονται ή έστω να ενημερώνουν τον πατέρα, από τη στιγμή που η σύλληψη έγινε με τρόπο αμοιβαία συναινετικό. Σαφώς η γυναίκα θα υποστεί σε μεγαλύτερο βαθμό όσα έπονται μιας εγκυμοσύνης. Αλλά και ο άνδρας με τον οποίο

έκανε μαζί το παιδί έχει ορισμένα δικαιώματα κυρίως όταν η γυναίκα κάνει άμβλωση ενώ ο άνδρας θέλει να γίνει πατέρας, όταν τον εξαπατά και κάνει άμβλωση, ενώ ισχυριζόταν ότι ήθελε να κάνει οικογένεια και όταν τον αναγκάζει να γίνει πατέρας, ενώ εκείνος δε θέλει. Αυτές είναι οι περιπτώσεις όπου οι δύο πλευρές συγκρούονται. Είδαμε ότι νομικά υπερισχύει η γυναίκα. Παρόλα αυτά, είναι ανάγκη να υπάρχουν ίσες ευκαιρίες στην άσκηση των δικαιωμάτων και των δύο. Ο άνδρας θα πρέπει να δηλώνει εξαρχής τις προθέσεις του, εάν δηλαδή θέλει να γίνει πατέρας ή όχι. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Στη συνέχεια η γυναίκα λαμβάνοντάς όλα αυτά υπόψη θα μπορεί να αποφασίσει εάν θα γίνει μητέρα ή όχι. Γιατί, το να γίνει κανείς γονιός είναι ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτητικό, καθώς σημαίνει ότι αναλαμβάνει την προστασία και τη φροντίδα ενός παιδιού για το υπόλοιπο της ζωής του. Δεν είναι σωστό να εξαναγκάζεται κανένας να γίνει γονιός. Η γυναίκα έχει το δικαίωμα να κάνει ότι θέλει με το σώμα της και να προχωρήσει σε άμβλωση αν κρίνει ότι αυτό είναι το καλύτερο δεδομένων των συνθηκών.

Ωστόσο, δε θα πρέπει να αγνοεί τη θέση του άνδρα και το ηθικό του δικαιώματα, να γίνει δηλαδή πατέρας ή όχι. Η καλύτερη λύση είναι η μια πλευρά να σεβαστεί τα δικαιώματα της άλλης, ώστε να αποφασίσουν από κοινού και η απόφαση αυτή να είναι προς όφελος και των δύο, όσο το δυνατόν περισσότερο. Όπως ειπώθηκε παραπάνω, κανένας δε μπορεί να κατηγορήσει μια γυναίκα ως ανήθικη επειδή προχωρά σε έκτρωση, ούτε να χαρακτηρίσει ανήθικη την άμβλωση, ακόμα και στα τελευταία στάδια, αρκεί βέβαια να υπάρχουν σοβαροί και λογικοί λόγοι. Εννοείται πως η έκτρωση δεν είναι ανήθικη πράξη στην περίπτωση που ο άνδρας και η γυναίκα είχαν λάβει όλα τα απαραίτητα μέσα αντισύλληψης, αλλά παρόλα αυτά προέκυψε εγκυμοσύνη. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Το ανήθικο είναι να ενεργούν και οι δύο με αμέλεια και απροσεξία, να μην ενδιαφέρονται για τις συνέπειες των πράξεων τους, να αντιμετωπίζουν την άμβλωση όχι ως ύστατη λύση (αφού δηλαδή είχαν λάβει όλες τις δυνατές προφυλάξεις, όμως δυστυχώς απέτυχαν) αλλά ως κοινό μέσο αντισύλληψης και να προχωρούν χωρίς ενδοιασμούς στην καταστροφή εν δυνάμει ανθρώπων. Γενικότερα, η άμβλωση είναι μια επώδυνη διαδικασία και καμιά γυναίκα δεν επιθυμεί να τη βιώσει. Είναι αναγκαία πάντως όταν εντοπίζονται σοβαρές γενετικές ανωμαλίες στο έμβρυο, που θα κάνουν τη ζωή αβάστακτη και για το ίδιο και για τους γονείς του.

Αλλά και στην περίπτωση που οι γονείς δεν επιθυμούν την έκτρωση και γνωρίζουν ότι θα επηρεάσει αρνητικά τη ζωή της (και του μελλοντικού παιδιού) η άμβλωση είναι

δικαιολογημένη. Χρειάζεται όμως να επαναληφθεί ότι πρέπει να υπάρχουν σοβαροί λόγοι. Για παράδειγμα, μια γυναίκα μπορεί να κάνει έκτρωση στους τελευταίους μήνες, εάν έχει χάσει τη δουλειά της, βλέπει ότι η οικονομική της κατάσταση είναι τραγική ενώ και οι δικοί της δεν μπορούν να τη στηρίξουν. Δεν είναι ανήθικο να αρνηθεί να γεννήσει ένα παιδί που δε θα μπορεί να το συντηρήσει, θα είναι δυστυχισμένο και θα περάσει πολύ δύσκολα στη ζωή του, οπωσδήποτε στα πρώτα του χρόνια. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Βέβαια, όσο νωρίτερα λαμβάνεται η απόφαση για την έκτρωση τόσο το καλύτερο. Διότι στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης δεν υπάρχει ον που να καταστρέφεται. Στα τελευταία στάδια, υπάρχει ανθρώπινο ον και εν δυνάμει πρόσωπο, που όμως τα δικαιώματά του δεν υπερिशύουν εκείνα της μητέρας. Είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι αυτή η θέση οδηγεί και στην υπεράσπιση της βρεφοκτονίας. Ίσως πρέπει να δεχτούμε τη βρεφοκτονία ως αποδεκτή λύση, αλλά σε πραγματικά ακραίες περιπτώσεις όπως π.χ. στην περίπτωση που το παιδί που γεννιέται είναι ανεγκέφαλο.

Από τη μελέτη των προηγούμενων κεφαλαίων διαπιστώνουμε ότι τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούν οι υπέρμαχοι της άμβλωσης για να δείξουν ότι το έμβryo δεν είναι πρόσωπο ισχύουν κάλλιστα και στην περίπτωση των νεογέννητων. Γιατί και τα νεογέννητα στερούνται λογικής, αυτοσυνείδησης, αυτογνωσίας, δε μπορούν να αντιληφθούν τα συμφέροντά τους και τις επιθυμίες τους για το μέλλον κ.τ.λ. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Όμως η βρεφοκτονία απορρίπτεται γενικότερα σαν μέθοδος όχι με λογικά επιχειρήματα αλλά για συναισθηματικούς λόγους. Είναι γεγονός ότι το θέαμα ενός μωρού προκαλεί στους ανθρώπους τρυφερά συναισθήματα και τους κάνει να το αγαπούν, να θέλουν να το φροντίζουν και να το προστατεύουν. Είναι πιο εύκολο να καταστρέφεις κάτι που δεν το βλέπεις, παρά κάτι που το έχεις ακριβώς μπροστά σου.

Για το λόγο αυτό, οι άνθρωποι ενστικτωδώς κάνουν ότι μπορούν για να προστατεύσουν τα νεογέννητα παιδιά. Τέλος, οι νόμοι που απαγορεύουν την έκτρωση, δημιουργούν συχνά περισσότερα προβλήματα και κάνουν μια δύσκολη κατάσταση ακόμα δυσκολότερη. Οι νόμοι αυτοί προκαλούν περισσότερη ταλαιπωρία στις νέες, άπορες και ευάλωτες γυναίκες. Εάν ο στόχος είναι να εκφραστεί ο σεβασμός προς την ανθρώπινη ζωή, θα ήταν πιο ωφέλιμο να υποστηριχθεί περισσότερο το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, να υπάρχει μεγαλύτερη προώθηση των μέσων

αντισύλληψης και η επιστήμη να επικεντρωθεί στη δημιουργία ασφαλέστερων τρόπων αντισύλληψης. (Μητσοπούλου Α., 2013)

Σίγουρα, η άμβλωση δεν είναι καθόλου ευχάριστη εμπειρία αντίθετα, είναι ανεπιθύμητη. Η μείωση του συνολικού αριθμού των εκτρώσεων που λαμβάνουν χώρα είναι ένας δικαιολογημένος κοινωνικός στόχος. Ωστόσο, ο σεβασμός προς την αυτονομία και την ευεξία της γυναίκας θα πρέπει να είναι αυτονόητος. Οπότε, η κοινωνία είναι προτιμότερο να στοχεύει σε μέσα που εγγυώνται καλύτερη αντισύλληψη και ασφαλέστερες μεθόδους άμβλωσης και όχι σε αυστηρές νομοθεσίες που καθιστούν την πρόσβαση στην έκτρωση απαγορευτική.

6.2 Φεμινιστικό κίνημα και εκτρώσεις

6.2.1 Τι είναι και πως δημιουργήθηκε το Φεμινιστικό Κίνημα

Όταν μιλάμε για φεμινισμό μιλάμε για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών που βασίζεται στην αρχή ότι τα φύλα είναι διαφορετικά αλλά ίσα. Στηρίζεται στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες είναι άδικη και καταπιεστική. Επιχειρεί να αναλύσει τις αιτίες και τις διαστάσεις της καταπίεσης των γυναικών, να αφυπνίσει και να ενεργοποιήσει τις γυναίκες για να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους και να κερδίσουν την απελευθέρωσή τους. (Παναγιώτα Μπέλλου, 2007)

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στα '70 ο φεμινισμός και η φεμινιστική θεωρία ξεκίνησε από λευκές χριστιανές γυναίκες των μεσοαστικών περιοχών, ονομάστηκε "Δύση" και ασχολήθηκε με τα δικά τους θέματα, ενώ την ίδια στιγμή ισχυριζόταν πως εκπροσωπούσε όλες τις γυναίκες. Από εκείνη την εποχή, πολλοί θεωρητικοί του φεμινισμού είχαν αντικρούσει την υπόθεση πως οι γυναίκες συνιστούν μία ομογενή ομάδα ατόμων με πανομοιότυπα συμφέροντα. Ακτιβίστριες φεμινίστριες ξεπήδησαν από διαφορετικές κοινότητες, και οι θεωρητικοί του φεμινισμού άρχισαν να μελετούν τους συνδυασμούς φύλου και σεξουαλικότητας, με τις άλλες κοινωνικές ταυτότητες, όπως η φυλή, το χρώμα, η οικονομική και μορφωτική τάξη. (Παναγιώτα Μπέλλου, 2007)

Γενικά «Φεμινισμός είναι μια δυναμική συνεχώς μεταβαλλόμενη ιδεολογία με πολλές όψεις, όπως η προσωπική, η πολιτική, η φιλοσοφική, η οικονομική, η ψυχαναλυτική κλπ. Δεν μπορεί όμως να είναι μόνο ένα σύστημα ιδεών. Είναι και μια πρόσκληση και πρόκληση για δράση. Χωρίς δράση, ο φεμινισμός είναι απλώς μια κούφια, αυτοαναιρούμενη ρητορεία». (S@bate, 2010)

6.2.2 Η θέση των φεμινιστικών κινημάτων για το θέμα της ελευθερίας των γυναικών σε σχέση με τις εκτρώσεις

«Δικό μας σώμα, δικός μας εαυτός»

Με την εμφάνιση του σύγχρονου φεμινιστικού κινήματος ήρθαν στην επιφάνεια σημαντικά προβλήματα που είχαν άμεση σχέση με αυτά των γυναικών που ανήκαν σε ανώτερες κοινωνικές και ελαστικά οικονομικές τάξεις, άρα που συνεπώς είχαν ευκολότερη πρόσβαση σε υλικά αγαθά συνδεδεμένα με τη σεξουαλική ζωή και την αντισύλληψη.

Προέκυψαν έντονα θέματα που είχαν να κάνουν με το ατομικό δικαίωμα της κάθε γυναίκας πάνω στο σώμα της, πηγή των οποίων ήταν η μελέτη που διεξήχθη για τα πολιτικά δικαιώματα της σεξουαλικής απελευθέρωσης. Παρ' όλο που τα ΜΜΕ προσπαθούσαν να παρουσιάσουν το φεμινιστικό κίνημα σαν κάτι βίαιο και παράλογο, παρουσιάζοντας εικόνες από γυναίκες να καταστρέφουν και να καίνε σε κοινή θέα τα εσώρουχα τους και να κάνουν επιτηδευμένα εκτρώσεις για να σοκάρουν το κοινό, η σεξουαλικότητα σαν θέμα πήρε μεγάλες διαστάσεις και πυροδότησε σε μεγάλο βαθμό το σχηματισμό μιας ομάδας ανθρώπων και κυρίως γυναικών.

Κατά κύριο λόγο η ομάδα αυτή στήριζε ότι το τι θα κάνει ο καθένας με το σώμα του και τους συντρόφους που επιλέγει είναι καθαρά προσωπικό ζήτημα. Έτσι στην πορεία δημιουργήθηκε και το Φεμινιστικό κίνημα, κατά το οποίο μια γυναίκα μπορούσε ελεύθερα να έχει σεξουαλική σχέση με όσους συντρόφους θέλει χωρίς αυτό να γίνεται κατακριτέο και μη αποδεκτό. (kamena soutien, 2013)

Πριν απ' όλα αυτά, η εκμετάλλευση του γυναικείου σώματος ήταν ένα συχνό φαινόμενο ειδικά σε περιπτώσεις ριζοσπαστικών κινημάτων που προσπαθούσαν να αποδώσουν δικαιοσύνη με τα τότε δεδομένα. Το θέμα του «ελεύθερου έρωτα» έφτασε στο αποκορύφωμά του με την εμφάνιση της σεξουαλικής επανάστασης η οποία στήριζε ότι μπορεί κανείς να έχει όση και όποιου είδους σεξουαλική επαφή επιθυμεί με όποιον επιθυμεί χωρίς να φοβάται την κακή κριτική, πράγμα που οδήγησε εν καιρό στην εμφάνιση ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων.

Πριν λοιπόν οι γυναίκες έρθουν αντιμέτωπες με τη σεξουαλική απελευθέρωση έπρεπε η κοινωνία να είχε ήδη φροντίσει την εύκολη πρόσβαση σε ασφαλείς τρόπους αντισύλληψης και έκτρωσης, καθώς και στη σωστή ενημέρωση γύρω από αυτά,

προκειμένου να αποφευχθούν οι συνέπειες του να δίνει κανείς ελευθερία σε κάποιον που επί χρόνια ζούσε στην καταπίεση.

Η χρήση και η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων δεν ήταν γνωστή ακόμα σε μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού και ίσως ακόμα και οι ίδιες να συνέχιζαν να κατακρίνουν μέσα τους τον εαυτό τους εάν έμπαιναν στη διαδικασία να κάνουν έκτρωση η ακόμα και να ζητήσουν να χρησιμοποιήσουν ή να προμηθευτούν κάποιο αντισυλληπτικό μέσο. Εξάλλου λίγες ήταν εκείνες οι οποίες είχαν οικονομική δυνατότητα και πρόσβαση σε αυτά τα προστατευτικά μέσα.

Οι γυναίκες στα τέλη της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '70 είχαν βιώσει στο πετσί τους πολλά παραδείγματα παράνομων εκτρώσεων και των συνεπειών τους, καθώς και της θλιβερής κατάστασης των εξαναγκαστικών γάμων λόγω εγκυμοσύνης και αποφάσισαν να βγουν μπροστά και να διαμαρτυρηθούν.

Πολλές από αυτές μάλιστα ήταν παιδιά που ήρθαν στον κόσμο απρογραμματίιστα από εργαζόμενες, υψηλόβαθμες και κοινωνικά ενεργές γυναίκες των οποίων η ζωή έκανε άλλαξε ριζικά από απρόσμενες και μη επιθυμητές εγκυμοσύνες. Τα παιδιά αυτά(οι γυναίκες) βίωσαν από κοντά το παράπονο και την πίκρα των μητέρων τους, το θυμό τους, την απογοήτευσή τους με τη ζωή τους και ίσως πολλές φορές και τη μετάνοια τους, πράγμα σκληρό αλλά δυστυχώς σχεδόν χειροπιαστό.

Το μόνο που ήξεραν με σιγουριά τότε ήταν ότι ο όρος σεξουαλική απελευθέρωση ήταν απλά μια ιδέα που απείχε μίλια μακριά από το να γίνει πράξη και απαιτούσε πολλές θυσίες και αντιδράσεις που κανείς δεν ήξερε εάν θα οδηγήσουν σε καλό και αν άξιζε να παλέψουν γι αυτά. Η ασφαλής και νόμιμη έκτρωση υπήρχε μεν σαν επιλογή πλέον αλλά οι παράγοντες που θα οδηγούσαν μια γυναίκα σε κάτι τέτοιο επισκιάζονταν ακόμα από φόβο και ηθικό-κοινωνικά διλλήματα. (kamena soutien, 2013)

Άρα εκ των υστέρων βλέπουμε ότι το βαθύτερο νόημα της έκτρωσης σαν δικαίωμα ήταν να καταρριφθούν και να εξαλειφτούν οι προκαταλήψεις των ίδιων των γυναικών που αποζητούσαν αναπαραγωγικά δικαιώματα. Αυτός έγινε μετέπειτα ο βασικότερος στόχος του κινήματος, η εκμάθηση και η ψυχική ενδυνάμωση του γυναικείου φύλου.

Ενώ το θέμα της έκτρωσης ήταν και συνεχίζει να είναι σημαντικό για όλες τις γυναίκες, υπήρχαν άλλα αναπαραγωγικά θέματα που ήταν το ίδιο σημαντικά, τα οποία χρειάζονταν έμφαση και μπορεί να συνέβαλλαν σημαντικά στην αφύπνιση του κόσμου. Αυτά τα θέματα εμπεριείχαν πολλούς κλάδους από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε μικρές

ηλικίες, την κατάλληλη περίθαλψη πριν τον τοκετό, την προληπτική ιατρική φροντίδα και έλεγχο που θα βοηθούσε τις γυναίκες να αντιληφθούν τον τρόπο με τον οποίο ενεργεί το σώμα τους, μέχρι την αναγκαστική στείρωση, τις καισαρικές τομές χωρίς λόγο και τις υστερεκτομές, και τις ιατρικές επιπλοκές που άφηναν αυτές.

Από όλα αυτά τα θέματα οι γυναίκες με κοινωνικό προνόμιο ταυτίζονταν πιο στενά με τα προβλήματα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Βέβαια αυτό δε σημαίνει ότι ήταν αποκλειστικά η μόνη κοινωνική ομάδα που θα έπρεπε να έχει πρόσβαση σε ασφαλείς, νόμιμες εκτρώσεις. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ήταν πολύ πιο εύκολο για εκείνες να έχουν τα μέσα να κάνουν έκτρωση από ότι οι πιο οικονομικά δυσχερείς γυναίκες και οι γυναίκες της εργατικής τάξης.

Εκείνη την εποχή οι φτωχές γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων και των γυναικών της μαύρης φυλής, συχνά έμπαιναν στη διαδικασία να αναζητούν τρόπους άμβλωσης παράνομους και κατά συνέπεια πιο επικινδύνους όπως για παράδειγμα η αυτοπροκληθείσα έκτρωση. Το δικαίωμα στην άμβλωση δεν ήταν πρόβλημα που αφορούσε μόνο το σύνολο των λευκών γυναικών απλώς δεν ήταν και το μόνο ή ακόμη το πιο κύριο αναπαραγωγικό μέλημα. (kamena soutien, 2013)

Η εμφάνιση αποτελεσματικών αλλά και όχι εντελώς ασφαλών αντισυλληπτικών χαπιών έκανε τις γυναίκες να δουν τη σεξουαλική απελευθέρωση πιο ζεστά και να την βάλουν στο μυαλό τους ως κάτι πλέον πιο εύκολο και προσβάσιμο. Οι γυναίκες των πιο σύγχρονων γενεών, δηλαδή του '90, διέσχισαν περίπου τα εφηβικά τους χρόνια όταν πρωτοεμφανίστηκε το πρώτο χάπι, και έτσι απέφυγαν τυχόν τρομακτικές η ντροπιαστικές εμπειρίες γνωρίζοντας πλέον ότι και κάτι να πάει στραβά υπήρχε μια άμεση διακριτική και όχι και τόσο επικίνδυνη διέξοδος.

Η υπεύθυνη αντισύλληψη απελευθέρωσε πολλές γυναίκες που ήταν θετικές στο δικαίωμα της επιλογής αλλά όχι απαραίτητα υπέρ της έκτρωσης για τον εαυτό τους. Ακόμα και εκείνες που δεν είχαν ποτέ τους κάποια εμπειρία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ξεκίνησαν να βλέπουν τα πράγματα με άλλο μάτι και να θεωρούν τις εκτρώσεις καλύτερο μέσο ελέγχου των γεννήσεων από το να κάνουν χρήση (σωστή) αντισυλληπτικών χαπιών.

Το να κάνει μια γυναίκα χρήση τέτοιου είδους χαπιών ήταν δείγμα ότι είχε αποδεχτεί τη σεξουαλικότητα της και κατ' επέκταση γινόταν πιο θελκτική στους άντρες και θεωρούταν πιο προσβάσιμη. Γι αυτό και πολλές προτιμούσαν να αφήνουν απλά τα πράγματα να κυλάνε χωρίς κάποια προφύλαξη και μετά κρυφά από τον κόσμο να

καταφεύγουν σε εκτρώσεις. Τώρα πλέον γνωρίζουμε σε τι κίνδυνο μπορεί να θέσουν την υγεία μιας γυναίκας οι επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις ή η συνεχής χρήση αντισυλληπτικών χαπιών που περιέχουν σε μεγάλες ποσότητες οιστρογόνα.

Και όμως οι γυναίκες ήταν διατεθειμένες να ρισκάρουν για να έχουν σεξουαλική ελευθερία, να έχουν το δικαίωμα δηλαδή της επιλογής, ακόμα και αν αυτό μελλοντικά τις έφερνε αντιμέτωπες με αρνητικές συνέπειες.. (kamena soutien, 2013)

Το θέμα της έκτρωσης πήρε μεγάλες διαστάσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης επειδή άλλαξε το φονταμενταλιστικό τρόπο σκέψης του χριστιανισμού. Μέχρι τότε ο ρόλος της γυναίκας ήταν καθαρά αναπαραγωγικός και σημαντικός μόνο για τη συνέχιση του ανθρώπινου είδους. Αυτό άλλαξε σημαντικά και προκάλεσε τόσο μεγάλη προσοχή σαν θέμα στο έθνος που για αρκετό καιρό ήταν το επικρατέστερο θέμα.

Ήταν ένα θέμα που προκάλεσε την εκκλησία να πάρει θέση ενώ με τον καιρό άρχισε να κατακρίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή ακόμα και να αγνοείται από αυτά. Εν καιρό όλα τα θέματα σεξουαλικότητας και αναπαραγωγής στα οποία επέμεναν και βασίζονταν οι φεμινίστριες άρχισαν να έχουν την ίδια αντιμετώπιση.

Τα σοβαρά και μακροπρόθεσμα ιατρικά προβλήματα που προκαλούσαν οι καισαρικές τομές και οι υστερεκτομές δεν ήταν πλέον ενδιαφέροντα θέματα και ως απάντηση σε αυτά ήταν η εμφάνιση ενός καπιταλιστικού, πατριαρχικού ιατρικού συστήματος όπου οι άντρες είχαν μεγαλύτερη εξουσία, που είχε έλεγχο στο γυναικείο σώμα και τους έδινε την ελευθερία και το δικαίωμα να κάνουν ότι εκείνοι θέλουν με αυτό. Το να δοθεί η δέουσα προσοχή στη δικαιοσύνη για τα φύλα σε αυτούς τους τομείς θα ήταν πολύ ριζοσπαστική για τα μέσα ενημέρωσης που παρέμεναν βαθιά συντηρητικά και κατά το μεγαλύτερο μέρος αντιφεμινιστικά.

Καμία φεμινίστρια ακτιβίστρια στα τέλη της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '70 δεν πίστεψε ποτέ ότι θα έπρεπε να δοθεί σκληρός αγώνας για τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών. Μόλις το φεμινιστικό κίνημα δημιούργησε την πολιτιστική επανάσταση που έκανε τη χρήση των σχετικά ασφαλών αντισυλληπτικών αποδεκτή και το δικαίωμα για ασφαλή, νόμιμη έκτρωση δυνατό, οι γυναίκες απλώς υπέθεσαν ότι αυτά τα δικαιώματα δε θα αμφισβητούνταν ποτέ ξανά. Τώρα δεν αμφισβητείται πλέον το δικαίωμα των γυναικών να επιλέγουν. (kamena soutien, 2013)

Βέβαια ο αγώνας κατά των εκτρώσεων ενοχοποίησε σε μεγάλο βαθμό τις χρηματοδοτούμενες από το κράτος εκτρώσεις και τους φτηνούς τρόπους εκτέλεσης

αυτών εκεί που χρειαζόταν. Το αποτέλεσμα ήταν να επιστρέψουμε σε μια κατάσταση όπου οι πιο οικονομικά δυνατές γυναίκες είχαν πρόσβαση σε όλους τους πιθανούς ασφαλείς τρόπους αντιμετώπισης μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενώ οι γυναίκες της μεσαίας τάξης έπρεπε να καταφύγουν ξανά σε μη ασφαλείς τρόπους και να υποφέρουν και να στερούνται τέτοιου είδους δικαιώματα.

Οι γυναίκες με κοινωνικό προνόμιο δε νιώθουν να απειλούνται όταν είναι δυνατή η έκτρωση εφόσον υπάρχουν τα χρήματα και οι πόροι, επειδή μπορούν να μπουν σε αυτή τη διαδικασία ανά πάσα στιγμή. Πολλές γυναίκες όμως δεν έχουν ταξική δύναμη. Περισσότερες γυναίκες από ποτέ πριν μπαίνουν στην κατηγορία των φτωχών.

Χωρίς το δικαίωμα για ασφαλείς, ανέξοδες, και δωρεάν εκτρώσεις χάνουν κάθε έλεγχο του σώματός τους και κυριαρχούνται από ανασφάλεια και φόβο. Αν επιστρέψουμε σε έναν κόσμο όπου πρόσβαση σε εκτρώσεις έχουν μόνο οι γυναίκες με πολλά χρήματα ρισκάρουμε να επιστρέψει η πολιτική που θα έχει στόχο να κάνει παράνομη την έκτρωση. Συμβαίνει ήδη σε πολλές συντηρητικές πολιτείες. Γυναίκες κάθε τάξης πρέπει να συνεχίσουν να κάνουν τις εκτρώσεις ασφαλείς, νόμιμες και οικονομικές. (kamena soutien, 2013)

Το δικαίωμα των γυναικών να επιλέγουν αν θα διακόψουν μια εγκυμοσύνη είναι μόνο μία πλευρά της αναπαραγωγικής ελευθερίας. Ανάλογα με την ηλικία και τις περιστάσεις της ζωής μιας γυναίκας η πλευρά των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων που μετράει περισσότερο θα αλλάζει. Μια σεξουαλικά ενεργή γυναίκα 20-40 χρονών που θεωρεί μη ασφαλή τα αντισυλληπτικά χάπια είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα αντιμετωπίσει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Το δικαίωμα να κάνει νόμιμη, ασφαλή, οικονομική έκτρωση μπορεί να είναι το θέμα που την απασχολεί περισσότερο. Όταν όμως είναι στην εμμηνόπαυση και οι γιατροί την ενθαρρύνουν να κάνει υστερεκτομή αυτό ίσως είναι το θέμα αναπαραγωγικών δικαιωμάτων που την απασχολεί.

Γίνεται μεγάλη προσπάθεια το φεμινιστικό κίνημα να ξαναμπει ενεργά σαν νοοτροπία στην καθημερινότητα, και να δώσει διάσταση στα αναπαραγωγικά δικαιώματα σαν θέμα. Εάν οι γυναίκες αποφασίσουν ότι δεν έχουν οι ίδιες πλήρες δικαίωμα στο τι συμβαίνει στο ίδιο τους το σώμα, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χάσουν και άλλα δικαιώματα σε διαφορετικούς τομείς, λόγω του ότι θα έχουν χάσει πλέον την πυγμή και τη θέληση να υποστηρίξουν τα θέλω τους και τις ανάγκες τους.

Στο νέο φεμινιστικό κίνημα το γενικό θέμα των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων θα έχει προτεραιότητα σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο μεμονωμένο θέμα. Αυτό δε σημαίνει ότι η πίεση για νόμιμες, ασφαλείς, οικονομικές εκτρώσεις δε θα παραμείνει κεντρικό, απλώς δε θα είναι το μόνο θέμα που θεωρείται σημαντικό στην παρούσα φάση. Αν η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία και την οικογένεια, η προληπτική ιατρική φροντίδα και η σωστή ενημέρωση, καθώς και η εύκολη πρόσβαση σε αντισυλληπτικά προσφέρονται σε κάθε γυναίκα ανεξαρτήτως κοινωνικών κριτηρίων, λιγότερες από αυτές θα έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Το αποτέλεσμα θα είναι να μειωθεί η ανάγκη για εκτρώσεις, που είναι και το ζητούμενο, και να υπάρχει μια πιο υγιής και ασφαλή εικόνα και χρήση των σεξουαλικών δικαιωμάτων τόσο από γυναίκες όσο και από άνδρες. (kamena soutien, 2013)

B' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η έκτρωση είναι η διακοπή μιας φυσιολογικής ενδομήτριας κύησης ενός ή περισσότερων εμβρύων, που γίνεται σε πρώιμη ηλικία κύησης (< 24 εβδομάδες) και οδηγεί σε αφαίρεση του εμβρύου από τη μήτρα, με συνέπεια τον θάνατο του. Η άμβλωση προκαλείται τεχνητά με χημικές, χειρουργικές ή άλλες μεθόδους. Το διεθνές όριο των 24 εβδομάδων καθορίστηκε με βάση την ελάχιστη ηλικία κύησης, που επιτρέπει σε ένα έμβρυο που θα γεννηθεί να είναι βιώσιμο. Πρέπει να επισημανθεί ότι η διάπλαση της καρδιάς ολοκληρώνεται την 23η εβδομάδα.

Σκοπός

Σκοπός της ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση γνώσεων και στάσεων ατόμων από 18 έως 25 ετών για τη διακοπή της κύησης. Επιμέρους στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις και οι πράξεις των ατόμων όσον αφορά το θέμα της διακοπής της κύησης, να καταγραφούν οι παράγοντες που είναι σημαντική επιρροή στις επιλογές και τα πιστεύω τους.

Ερευνητικά ερωτήματα

- ✓ Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, θρησκευτικές πεποιθήσεις) και συσχέτισή τους με το θέμα της έκτρωσης.
- ✓ Ποιες είναι οι απόψεις και οι στάσεις των ατόμων για το θέμα της άμβλωσης.
- ✓ Ποιοι οι λόγοι που οδηγούν στην άμβλωση ή στην αποφυγή αυτής.
- ✓ Ποιες είναι οι απόψεις των συμμετεχόντων για τη νομοθεσία των εκτρώσεων.
- ✓ Ποιες είναι απόψεις και γνώσεις των συμμετεχόντων για την αντισύλληψη .
- ✓ Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ή την αποφυγή της αντισύλληψης.

Σχεδιασμός μελέτης- Ερευνητικό πεδίο

Η έρευνα διεξήχθη στην πόλη του Ηρακλείου, στην Αθήνα και τη Λιβαδειά Βοιωτίας. Έγινε προσπάθεια εύρεσης των συμμετεχόντων από γνωστούς και μη σε διάφορα μέρη όπως καφετέριες, χώρους εστίασης κλπ. αλλά και από το χώρο του ΤΕΙ και του

Πανεπιστημίου Κρήτης. Επίσης έγινε προσπάθεια να συλλεχτούν απαντήσεις με τη δημιουργία του ερωτηματολογίου καθώς και με ηλεκτρονική μορφή ανταλλάσσοντας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις.

Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπήρχε σχετική ενημέρωση από τους ερευνητές σχετικά με το σκοπό και τους κανόνες δεοντολογίας (π.χ. ανωνυμία και εμπιστευτικότητα) που διέπουν τη συγκεκριμένη έρευνα. Όσοι από τους εθελοντές συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους. Η όλη διαδικασία (ενημέρωση και συμπλήρωση) διαρκούσε περίπου 5 με 10 λεπτά.

Μεθοδολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης με τη χρήση ερωτηματολογίου. Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος της δειγματοληψίας που επιλέχτηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Κριτήρια επιλογής δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν:

1. Η ηλικία των συμμετεχόντων να είναι από 18 έως 25 ετών.
2. Να γνωρίζουν καλά την Ελληνική γλώσσα.

Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο συγκροτήθηκε μετά από μελέτη της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Πριν τη χρήση του, το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ενώ μοιράστηκε και συμπληρώθηκε σε 10 άτομα, ηλικίας 18-25 ετών και των δυο φύλων, για να ελεγχθεί αν είναι κατανοητό.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 46 ερωτήματα συνολικά: 7 ερωτήσεις για καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, 21 ερωτήσεις που διερευνούν τις απόψεις των συμμετεχόντων για την διακοπή της κήσης, 6 ερωτήματα που εξετάζουν τις απόψεις για την νομοθεσία των εκτρώσεων που ισχύει στην Ελλάδα και 12 ερωτήσεις για την διερεύνηση των απόψεων και των γνώσεων για την αντισύλληψη.

Ηθικοί περιορισμοί της μελέτης-Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Για την συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η συμμετοχή των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική. Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση αυτών που θέλησαν να λάβουν μέρος στην μελέτη και ενημερώθηκαν με συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης που υπέγραψαν για τον σκοπό της μελέτης.

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην μελέτη θα διαφυλαχθούν καθ' όλη την διάρκεια της και οι ερευνητές θα προστατέψουν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας και αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Όσον αφορά την εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέχτηκαν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

Συνοψίζοντας: «Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική άλλα αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.»

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από το ΤΕΙ Κρήτης στις 1 Μαρτίου 2018 με αριθμό πρωτοκόλλου 296.

Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η συχνότητα, η μέση τιμή (μ), η διάμεσος, η σταθερή

απόκλιση (Standard Deviation=SD) και το τυπικό σφάλμα (standarderror=SE) των μεταβλητών.

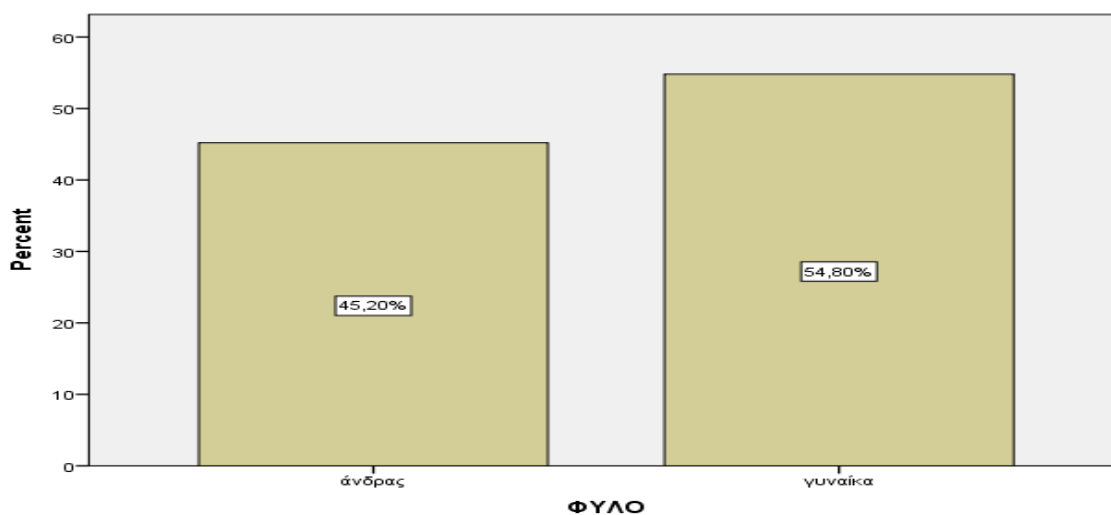
Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-SmirnovTest) όπου έδειξε την ύπαρξη κανονικότητας. Για τον έλεγχο των σχέσεων και των συσχετίσεων που θα διερευνηθήκαν, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) και chisquaretest (χ^2). Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 500 άτομα από τους οποίους το 45,2% ήταν άντρες (n=226) και το 54,8% (n=274) ήταν γυναίκες (πίνακας 1, εικόνα 1). Αναφορικά με την ηλικία, υπήρχαν οχτώ κατηγορίες. Η τρίτη κατηγορία που αφορούσε την ηλικιακή ομάδα των 20 ετών φαίνεται να υπερτερεί με ποσοστό 18,6% (n=93) και ακολουθούν οι κατηγορίες 21 ετών με ποσοστό 14,6% (n=73) και 19 ετών με ποσοστό 13,4% (n=67)(Πίνακας 2, εικόνα 2).

Εικόνα 1: Ποσοστιαία κατανομή φύλου

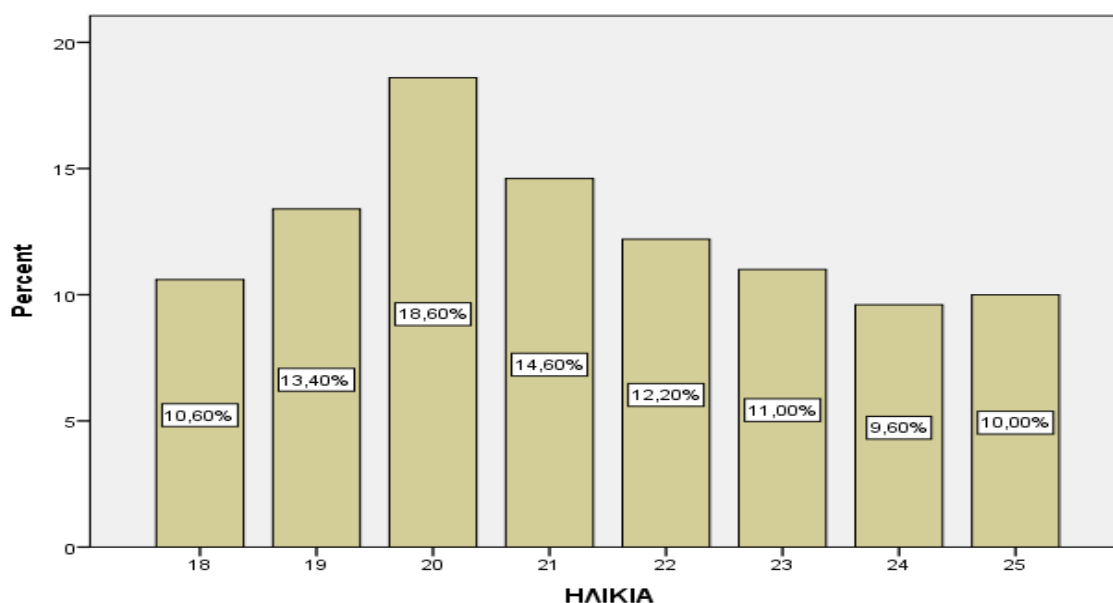


Πίνακας 1: Ποσοστιαία κατανομή φύλου

ΦΥΛΟ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ανδρας	226	45,2	45,2
	Γυναίκα	274	54,8	100,0

Total	500	100,0
-------	-----	-------

Εικόνα 2: Ηλικιακή κατανομή



Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή

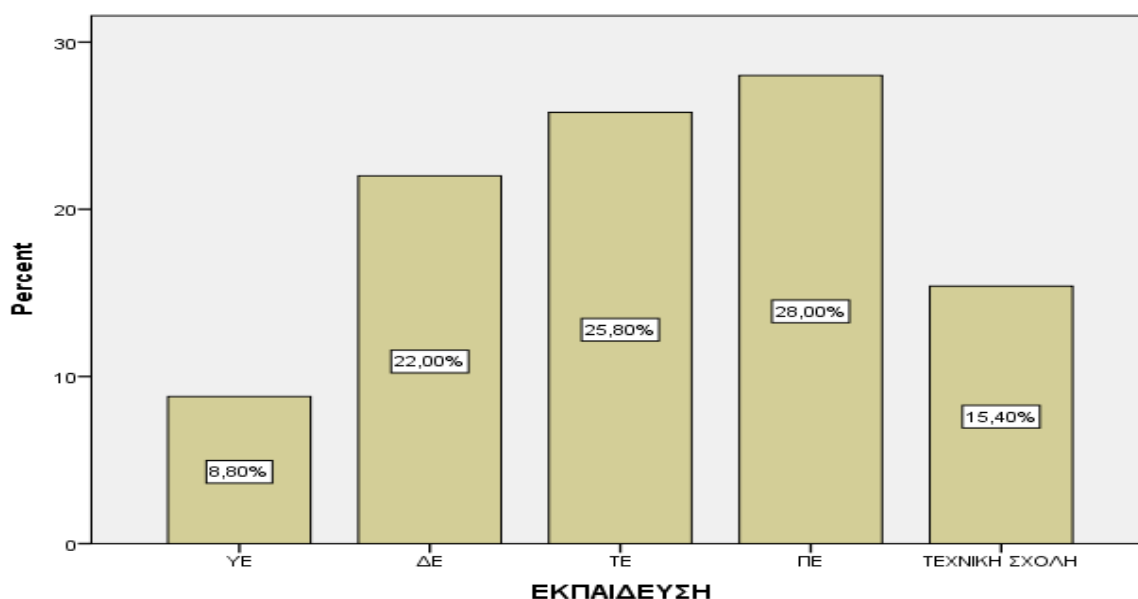
ΗΛΙΚΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	18	53	10,6	10,6
	19	67	13,4	24,0
	20	93	18,6	42,6
	21	73	14,6	57,2
	22	61	12,2	69,4
	23	55	11,0	80,4
	24	48	9,6	90,0
	25	50	10,0	100,0
	Total	500	100,0	

Με βάση τις πληροφορίες που συλλέξαμε από τα ερωτηματολόγια το μορφωτικό επίπεδο των νέων που συμπλήρωσαν τα περισσότερα ερωτηματολόγια ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης με ποσοστό 28% (n=140). Ακολουθούν οι σπουδαστές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με ποσοστό 25,8% και (n=129) και οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό 22% και (n=110). Τα υπόλοιπα ποσοστά φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη απόκλιση από τα κυρίαρχα, φαινόμενο που δεν προκαλεί έκπληξη με βάση τα τωρινά δεδομένα απαιτήσεων της εκπαίδευσης στην κοινωνία μας. (Πίνακας 3, Εικόνα 3)

Πίνακας 3: Εκπαίδευση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΥΕ	44	8,8	8,8
	ΔΕ	110	22,0	30,8
	ΤΕ	129	25,8	56,6
	ΠΕ	140	28,0	84,6
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	77	15,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 3: Εκπαίδευση



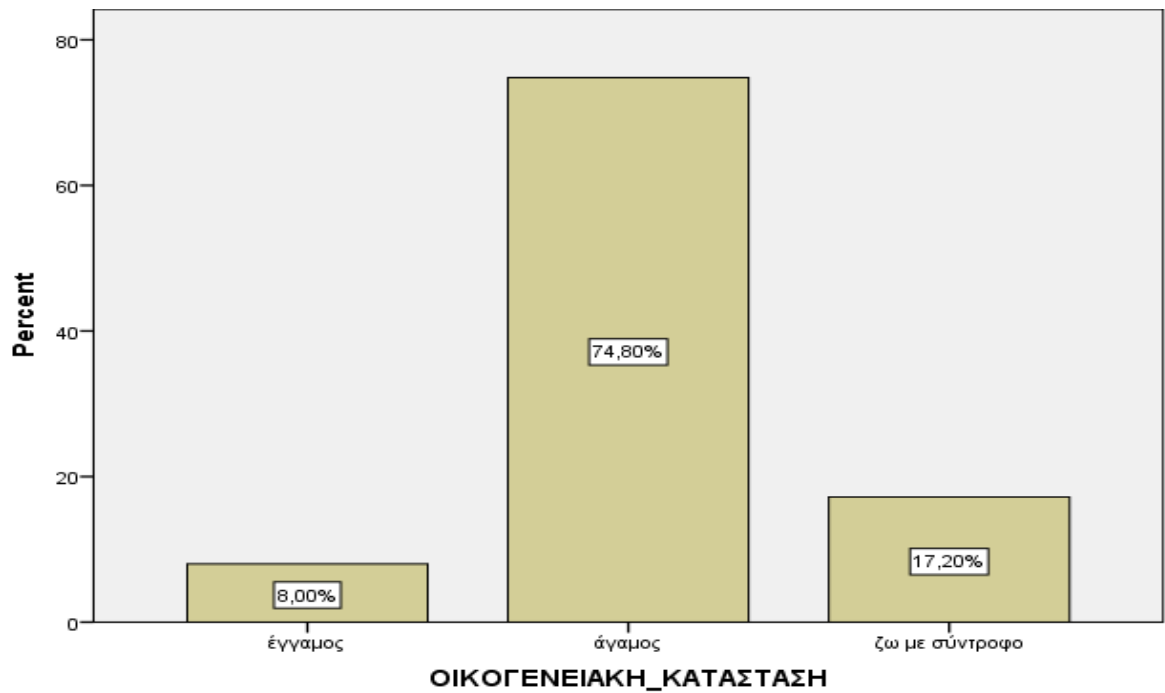
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 74,8% (n=374) από άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν άγαμοι, ένα μικρότερο ποσοστό 17,2% (n=86) δήλωσε ότι ζει με σύντροφο και μόλις 8% (n=40) δήλωσαν έγγαμοι. (Πίνακας 4, Εικόνα 4)

Τα δεδομένα που λάβαμε αποδεικνύουν ότι οι περισσότεροι νέοι κατοικούν σε πόλη 79,6% (n=398), και ένα μικρότερο ποσοστό 20,4% (n=102) μένουν σε χωριό. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ατόμων ήταν κάτοικοι της Αθήνας και του Ηρακλείου Κρήτης. (Πίνακας 5, Εικόνα 5)

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Έγγαμος	40	8,0	8,0
	Άγαμος	374	74,8	82,8
	ζω με σύντροφο	86	17,2	100,0
	Total	500	100,0	

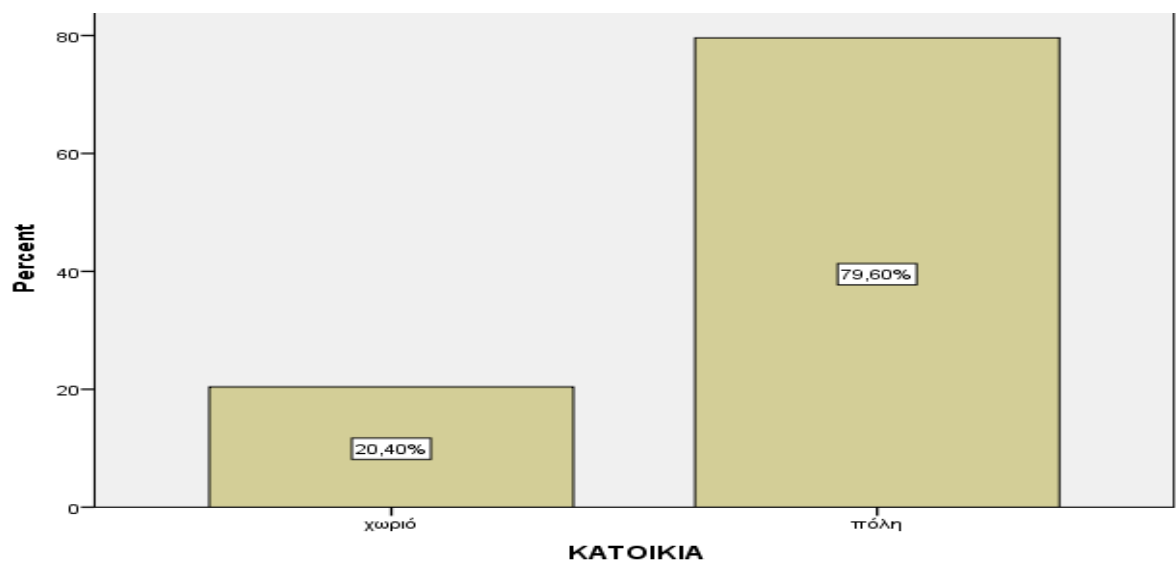
Εικόνα 4: Οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 5: Κατοικία

ΚΑΤΟΙΚΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Χωριό	102	20,4	20,4
	Πόλη	398	79,6	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 5: Κατοικία

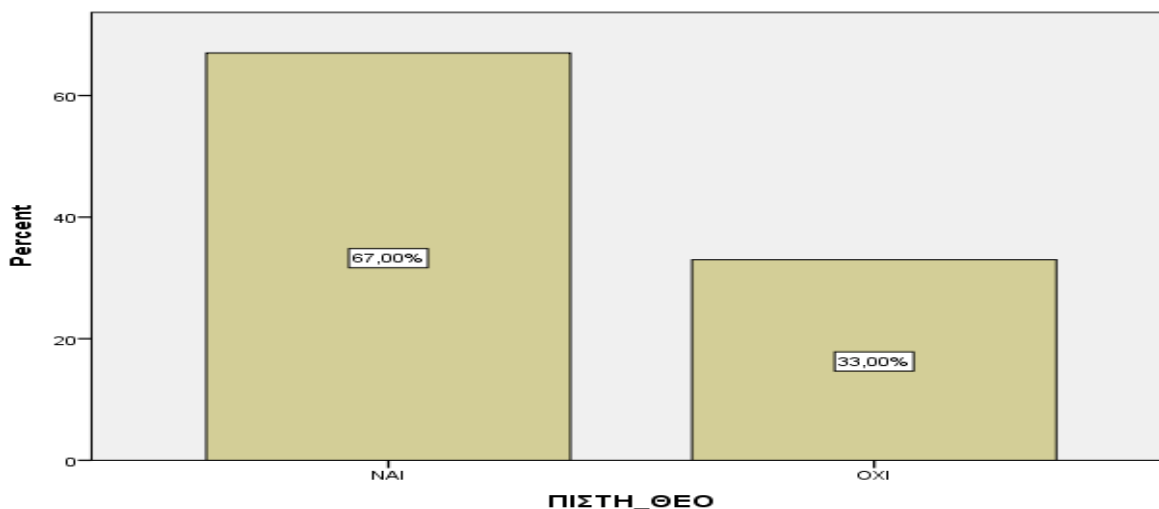


Μια πολύ ενδιαφέρουσα ερώτηση σχετικά με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των νέων παρουσιάζουν τα έξις αποτελέσματα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχτηκαν το μεγαλύτερο ποσοστό τον 67% με (n=335) δηλώνουν ότι πιστεύουν στο θεό. Ενώ εκείνη που δήλωσαν άθεοι είναι το 33% και αντιστοιχεί σε (n=165). Επίσης παρατηρήσαμε κατά τη διάρκεια της ερευνάς ότι έχει μειωθεί το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι πιστεύουν στον Θεό σε σχέση με τα προηγούμενα έτη και ότι αυτό το ποσοστό τείνει να μειώνεται στην εξέλιξη του χρόνου. (Πίνακας 6, Εικόνα 6)

Πίνακας 6: Πίστη στο Θεό

ΠΙΣΤΗ_ΘΕΟ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	335	67,0	67,0
	ΟΧΙ	165	33,0	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 6: Πίστη στο Θεό



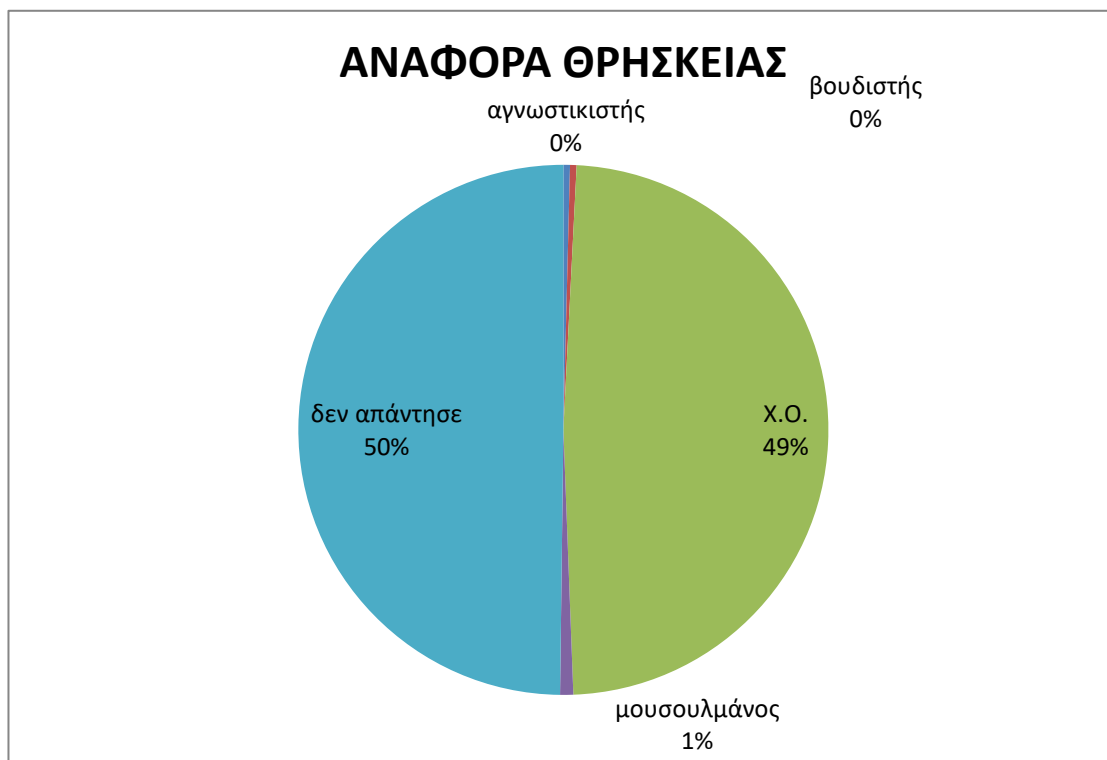
Στην αναφορά της θρησκείας βλέπουμε ότι τα ποσοστά χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες και τρεις ελάχιστες. Η πρώτη με ποσοστό 50% (n=249) δεν έδωσαν καμία απάντηση ενώ το ποσοστό του 49% (n=243) δήλωσαν Χριστιανή Ορθόδοξοι. Στην συνέχεια με μεγάλη απόκλιση το 1% (n=4) ήταν Μουσουλμάνοι. (Πίνακας 7, Εικόνα 7)

Πίνακας 7: Αναφορά θρησκείας

ΑΝΑΦΟΡΑ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ			
		Frequency	%
Valid	Δεν απάντησαν	249	50
	Αγνωστικιστής	2	0

Βουδιστής	2	0
Μουσουλμάνος	4	1
Χ.Ο.	243	49
Total	500	100,0

Εικόνα 7: Αναφορά θρησκείας



ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

Στη συνέχεια ακολούθησαν 21 ερωτήματα με τα οποία έγινε προσπάθεια να καταγραφούν οι απόψεις των συμμετεχόντων για τη διακοπή της κύησης.

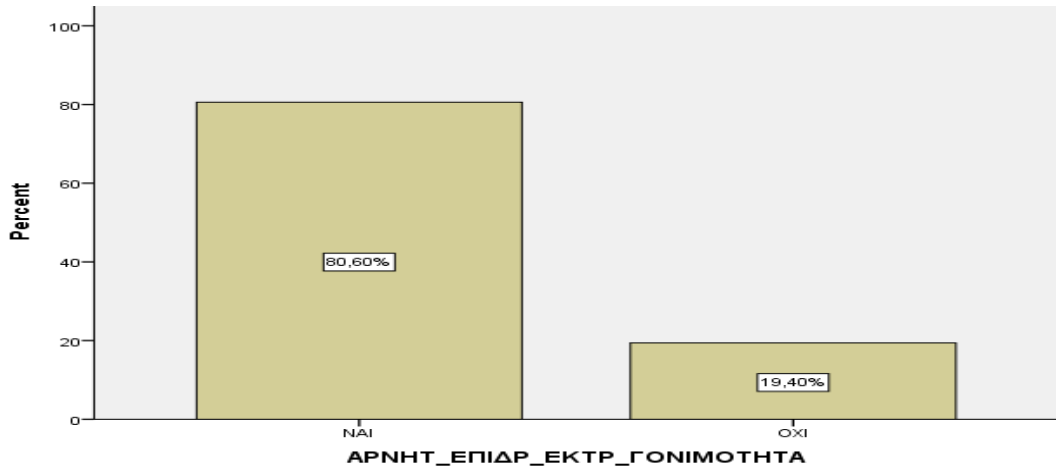
Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που προέκυψαν από το 1^ο ερώτημα, αποτελούν ένα μικρό αλλά σημαντικό κομμάτι της απάντησης σε μια ερώτηση που έχει προβληματίσει ιδιαίτερα την σημερινή κοινωνία, αν δηλαδή οι νέοι λαμβάνουν την απαραίτητη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τους φορείς κοινωνικοποίησης.

Όπως φαίνεται οι περισσότεροι με ποσοστό 80,6% (n=403) γνωρίζουν για τις αρνητικές επιδράσεις που μπορεί να προκαλέσει μια έκτρωση στην γονιμότητα της γυναίκας. Εξακολουθεί να υπάρχει όμως ένα ποσοστό 19,4% με (n=97), μικρό μεν αλλά σημαντικό, το οποίο έχει άγνοια των επιπτώσεων και συνεπώς ελλιπή ενημέρωση. (Πίνακας 8, Εικόνα 8)

Πίνακας 8: Αρνητική επίδραση των εκτρώσεων στην γονιμότητα της γυναίκας

ΑΡΝΗΤ_ΕΠΙΔΡ_ΕΚΤΡ_ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	403	80,6	80,6
	ΟΧΙ	97	19,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 8: Αρνητική επίδραση των εκτρώσεων στην γονιμότητα της γυναίκας



Εικόνα 9: Απόψεις για τον χρόνο έναρξης της ζωής



Η επόμενη ερώτηση προσπάθησε να καταγράψει τη γνώμη των ατόμων του δείγματος σχετικά με το πότε ξεκίνα η ζωή. Όπως παρατηρούμε, το μεγαλύτερο ποσοστό 34% με (n=170) πιστεύει ότι η ζωή ξεκινά από τη σύλληψη. Στη συνέχεια ακολουθεί η απάντηση των συμμετεχόντων που θεωρούν ότι ζωή ξεκινά από τη γέννηση, ποσοστό 16% (n=80). Στη τρίτη θέση βρίσκεται η απάντηση αυτών που πιστεύουν ότι η ζωή ξεκινά τον πρώτο μήνα της κύησης με ποσοστό 15% (n=75) και αριθμητικά δεν έχουν μεγάλη απόκλιση με τους προαναφερόμενους. (Εικόνα 9)

Στη συνέχεια οι νέοι ρωτηθήκαν αν συμφωνούν με την άποψη της εκκλησίας ότι η διακοπή της κύησης είναι δολοφονία. Ο συγκεκριμένος πίνακας προκαλεί ενδιαφέρον, καθώς στο δείγμα φαίνεται ότι σχεδόν χωρίζονται στη μέση καθώς τόσο το «ΝΑΙ» είναι 49,8% (n=249) όσο και το «ΟΧΙ» που είναι 50,2% (n=251), πήραν ισάξιες περίπου ψήφους με τους συμμετέχοντες που υπερτερούν ελαφρώς να είναι εκείνοι που επέλεξαν το «ΟΧΙ». (Πίνακας 9, εικόνα 10)

Πίνακας 9: Η έκτρωση είναι δολοφονία σύμφωνα με την εκκλησία

ΣΥΜΦΩΝ_ΕΚΚΛ_ΕΚΤΡΩΣΗ_ΔΟΛΟΦΟΝΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NAI	249	49,8	49,8
	OXI	251	50,2	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 10: Η έκτρωση είναι δολοφονία σύμφωνα με την εκκλησία

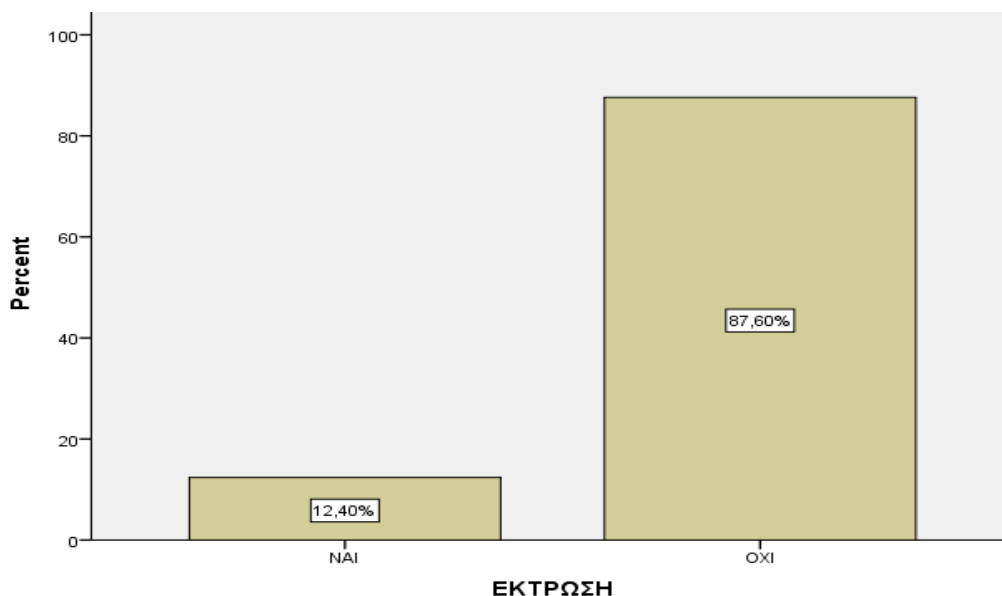


Σύμφωνα με τις απαντήσεις που συλλέχθηκαν το μεγαλύτερο ποσοστό 87,6% (n=438) έδωσε αρνητική απάντηση στην ερώτηση αν είχε κάνει έκτρωση ποτέ για τις γυναίκες ή αν είχε κάνει έκτρωση η σύντροφος τους, για τους άνδρες. Βέβαια υπάρχει και ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό 12,4% (n=62) που δήλωσε ότι έχει μπει στη διαδικασία διακοπής της κύησης και ο αριθμός των ατόμων αυτών είναι γεγονός που κάνει ακόμα πιο εμφανή την έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στη χώρα μας. (Πίνακας 10, Εικόνα 11)

Πίνακας 10: Ποσοστιαία κατανομή ατόμων που έχουν κάνει έκτρωση

ΕΚΤΡΩΣΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	62	12,4	12,4
	ΟΧΙ	438	87,6	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 11: Ποσοστιαία κατανομή ατόμων που έχουν κάνει έκτρωση

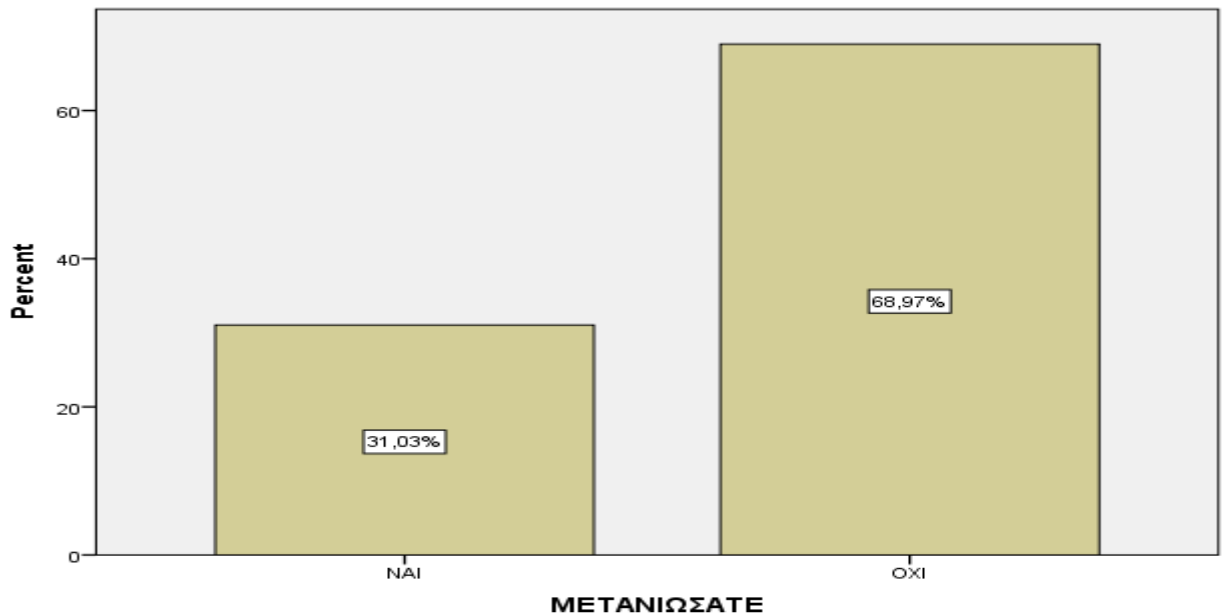


Στη συνέχεια υπήρχε η ερώτηση αν το είχαν μετανιώσει. Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις το 69% (n=40) αναφέρει ότι δεν το έχει μετανιώσει που διέκοψε την κύηση (για τις γυναίκες) ή που προχώρησε η σύντροφος τους σε αυτή την λύση (για τους άνδρες), ενώ παρατηρείται ότι ένα μικρότερο ποσοστό 31% (n=18) παρουσιάζει μεταμέλεια. Υπάρχουν και 4 άτομα που δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση. (Πίνακας 11, Εικόνα 12)

Πίνακας 11: Μετανόηση μετά από έκτρωση

ΜΕΤΑΝΙΩΣΑΤΕ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NAI	18	31,0	31,0
	OXI	40	69,0	100,0
	Total	58	100,0	

Εικόνα 12: Μετανόηση μετά από έκτρωση



Στην ερώτηση αν θα έκαναν έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, το μεγαλύτερο ποσοστό 55,6% (n=278) ανέφερε ότι θα έκανε έκτρωση (για τις γυναίκες) ή θα επιθυμούσε την άμβλωση ως λύση (για τους άνδρες). Παρ' όλα αυτά τα ποσοστά δεν έχουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ τους και φαίνεται ότι οι απόψεις είναι μοιρασμένες καθώς οι αρνητικές απαντήσεις στο ερώτημα έφτασαν το ποσοστό 44,4% (n=222). (Πίνακας 12, εικόνα 13)

Πίνακας 12: Έκτρωση σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

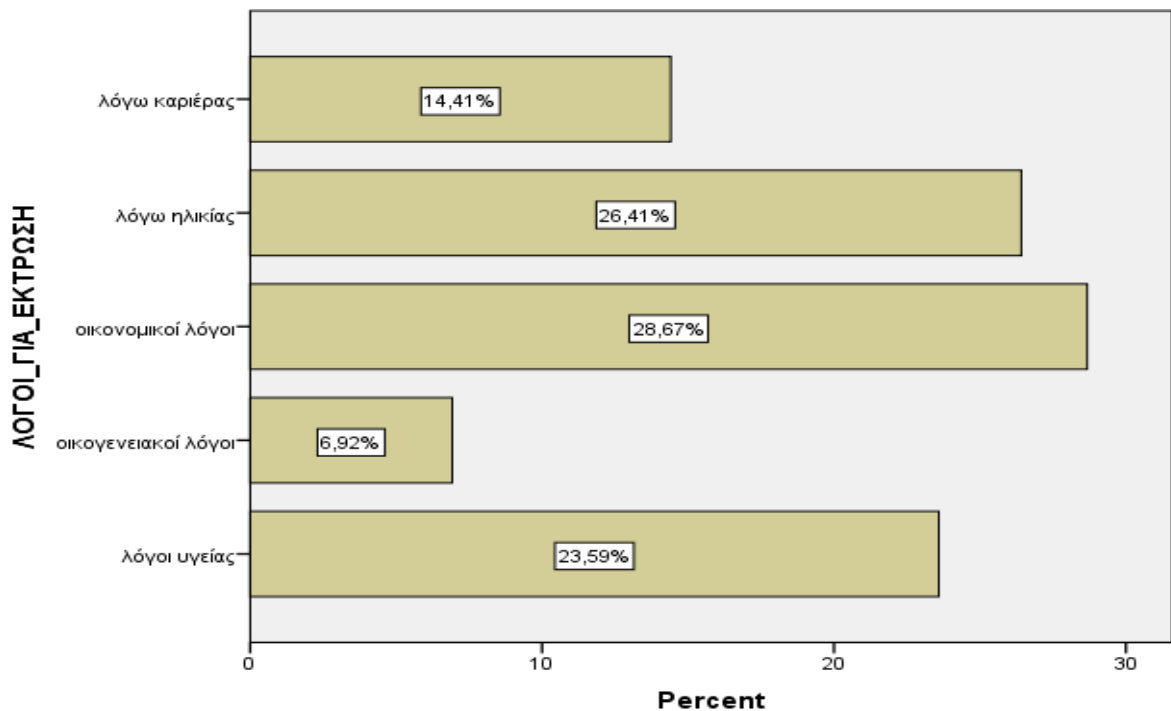
ΕΚΤΡΩΣΗ_ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ_ΕΓΚΥΜ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NAI	278	55,6	55,6
	OXI	222	44,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 13: Έκτρωση σε ανεπιθύμητη εγκομοσύνη;



Οι ερωτηθέντες που ισχυρίστηκαν ότι «ΝΑΙ» θα έκανα έκτρωση ή θα επέτρεπα να το κάνει η σύντροφος μου (για τους άνδρες), ήρθαν αντιμέτωποι με διάφορες σκέψεις-ανασταλτικούς παράγοντες πριν δηλώσουν θετικοί απέναντι στην άμβλωση. Ένας από τους κυριότερους παράγοντες για αυτή την απόφαση ήταν οι οικονομικοί λόγοι με ποσοστό 28,7% (n=203). Ακολουθεί ο παράγοντας της ηλικίας με 26,4% (n=187) και ο παράγοντας της υγείας (που όπως είδαμε παραπάνω πιστεύεται ότι επηρεάζεται από την έκτρωση) με 23,6% (n=167). (Πίνακας 12 , Εικόνα 13)

Εικόνα 14: Λόγοι που θα οδηγούσαν σε άμβλωση

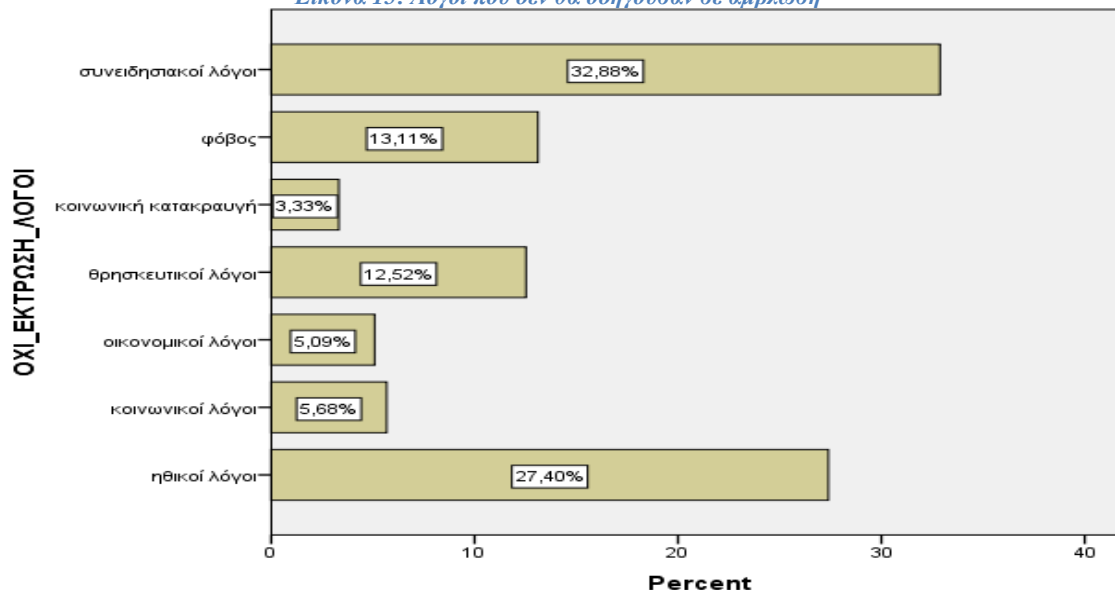


Πίνακας 13: Λόγοι που θα οδηγούσαν σε άμβλωση

ΛΟΓΟΙ_ΓΙΑ_ΕΚΤΡΩΣΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	λόγοι υγείας	167	23,6	23,6
	οικογενειακοί λόγοι	49	6,9	30,5
	οικονομικοί λόγοι	203	28,7	59,2
	λόγω ηλικίας	187	26,4	85,6
	λόγω καριέρας	102	14,4	100,0
	Total	708	100,0	

Στην συνέχεια ακολουθούσε το ερώτημα γιατί δεν θα προχωρούσαν σε διακοπή κύησης σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Την πρώτη θέση ως πιο σημαντικός λόγος καταγράφονται οι συνειδησιακοί λόγοι με ποσοστό 32,9% (n=168). Ακολουθούν οι ηθικοί λόγοι με μικρή απόκλιση με ποσοστό 27,4% (n=140). Το αίσθημα του φόβου με ποσοστό 13,1% (n=67) κατέχει την τρίτη θέση ως αίτιο αποφυγής της διακοπής της κύησης, με τις αρνητικές επιπτώσεις που δύναται να έχει ως κύρια αιτία γι' αυτή την απόφαση. (πίνακας 14, εικόνα 15)

Εικόνα 15: Λόγοι που δεν θα οδηγούσαν σε άμβλωση



Πίνακας 14: Λόγοι που δεν θα οδηγούσαν σε άμβλωση

ΟΧΙ_ΕΚΤΡΩΣΗ_ΛΟΓΟΙ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ηθικοί λόγοι	140	27,4	27,4
	κοινωνικοί λόγοι	29	5,7	33,1
	οικονομικοί λόγοι	26	5,1	38,2
	θρησκευτικοί λόγοι	64	12,5	50,7
	κοινωνική κατακραυγή	17	3,3	54,0

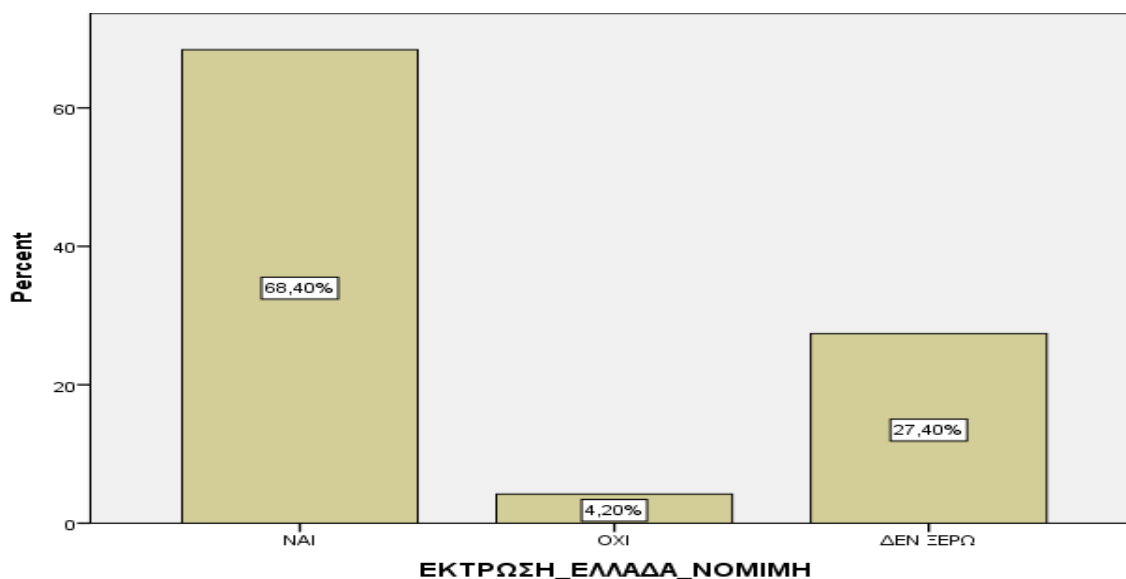
	Φόβος	67	13,1	67,1
	συνειδησιακοί λόγοι	168	32,9	100,0
	Total	511	100,0	

Στην ερώτηση που τέθηκε για το αν στην Ελλάδα είναι νόμιμη η άμβλωση η πλειοψηφία απάντησε «ΝΑΙ», όπως φαίνεται με ποσοστό 68,4% (n=342) να απαντούν θετικά, ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό 4,1% (n=21) απάντησε «ΟΧΙ». Το 27,4% (n=137) δηλώνουν άγνοια πάνω στο θέμα. (πίνακας 15, εικόνα 16)

Πίνακας 15: Νόμιμη έκτρωση στην Ελλάδα

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΕΛΛΑΔΑ_ΝΟΜΙΜΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	342	68,4	68,4
	ΟΧΙ	21	4,2	72,6
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	137	27,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 16: Νόμιμη έκτρωση στην Ελλάδα

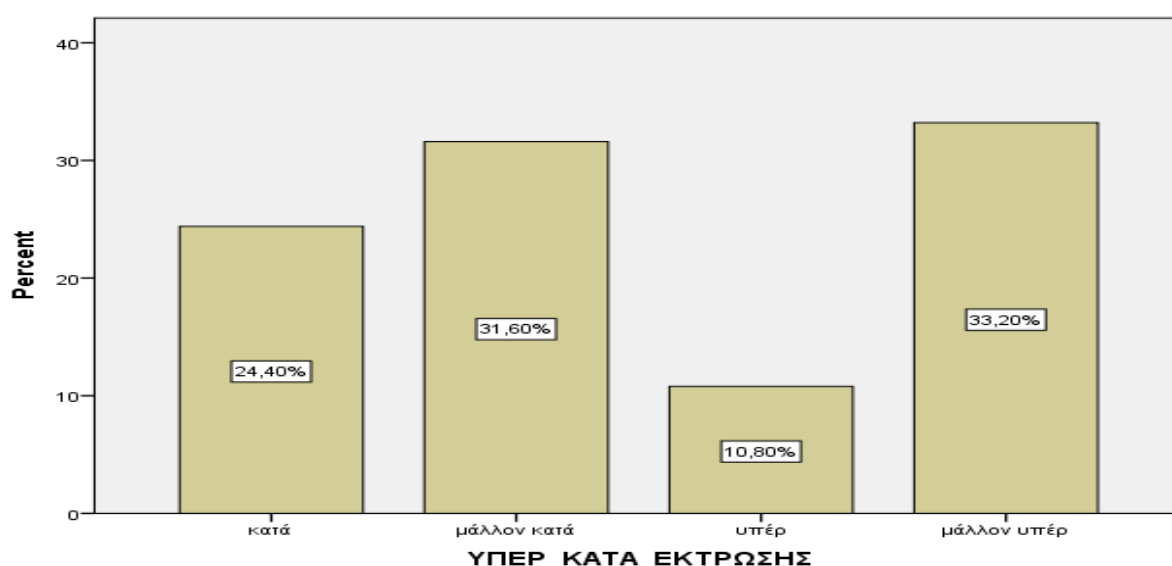


Κατά γενική ομολογία τα άτομα δυσκολεύτηκαν να δώσουν σαφή απάντηση στο ερώτημα εάν είναι υπέρ ή κατά της άμβλωσης και πολλοί προτίμησαν να χρησιμοποιήσουν τον όρο «μάλλον» είτε θετικά είτε αρνητικά. Παρ' όλα αυτά το 33,2% δήλωσαν «υπέρ», με n=166, ενώ το ποσοστό 31,6% (n=158) δήλωσε «μάλλον κατά». Κάθετοι στην άποψη τους ήταν ένας μικρότερος αριθμός που αποτελείται από (n=122) με 24,4% οι οποίοι δήλωσαν «κατά». (πίνακας 16, εικόνα 17)

Πίνακας 16: Υπέρ ή κατά των εκτρώσεων

ΥΠΕΡ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡΩΣΗΣ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Κατά	122	24,4	24,4
	μάλλον κατά	158	31,6	56,0
	Υπέρ	54	10,8	66,8
	μάλλον Υπέρ	166	33,2	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 17: Υπέρ ή κατά των εκτρώσεων

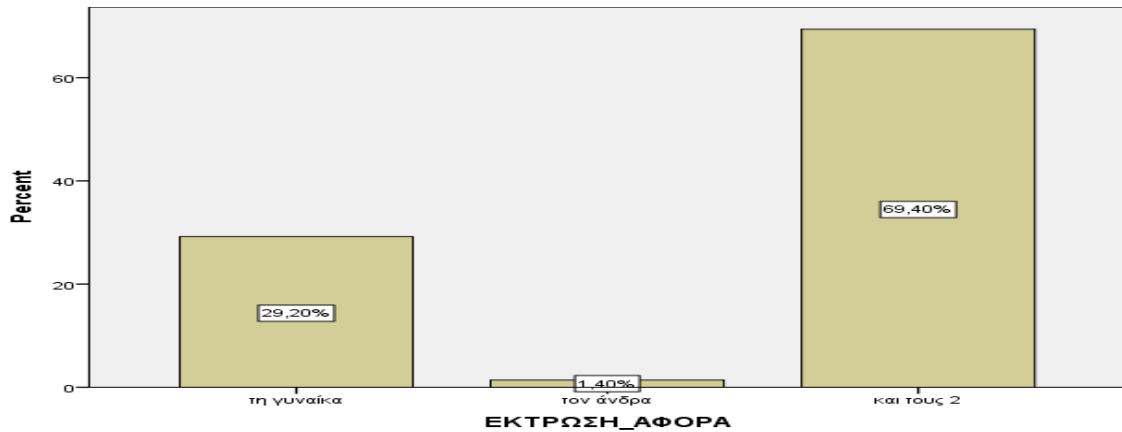


Στην ερώτηση για το ποιον αφορά κυρίως η άμβλωση, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων παρατηρείται, ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες, με εμφανή διαφορά από τους υπόλοιπους, θεωρούν ότι το ζευγάρι από κοινού και με υπευθυνότητα πρέπει να λάβουν μια κοινή απόφαση, με ποσοστό 69,4% (n=347). Υπάρχουν βέβαια και οι άλλες απόψεις όπως ποσοστό 29,2% (n=146) που πιστεύει ότι είναι καθαρά θέμα που αφορά τις γυναίκες, ενώ το 1,4% (n=7) δήλωσαν ότι αφορά τον άνδρα. (πίνακας 17, εικόνα 18)

Πίνακας 17: Ποιον αφορά η απόφαση για διακοπή της κύησης

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΑΦΟΡΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	τη γυναίκα	146	29,2	29,2
	τον άνδρα	7	1,4	30,6
	και τους 2	347	69,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 18: Ποιον αφορά η απόφαση για διακοπή της κήσης

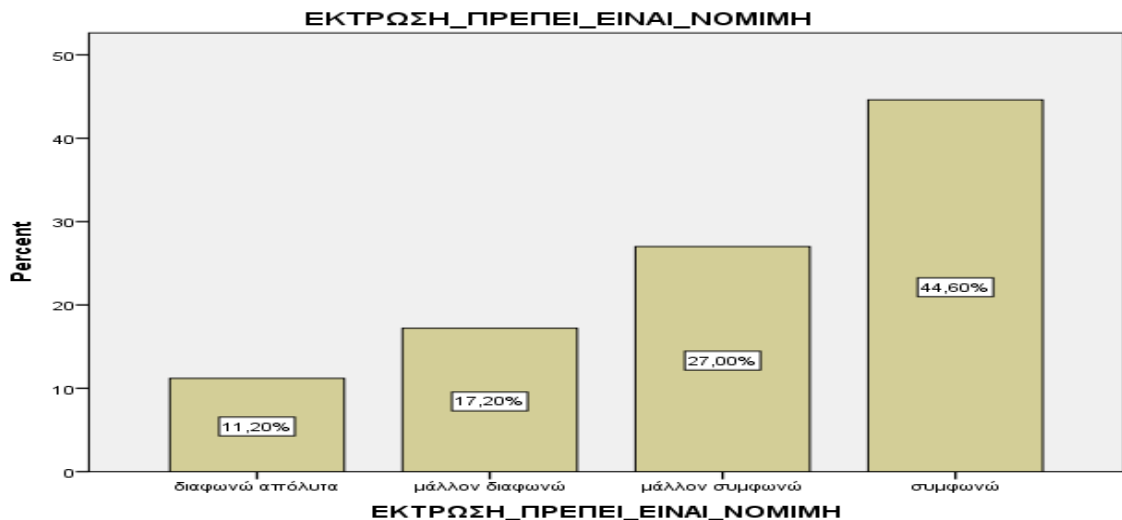


Η μεγαλύτερη τιμή στο αν η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη παρουσιάστηκε με ποσοστό 44,6% (n=223) και εκφράζει την θετική αποδοχή της νομιμότητας. Η μάλλον θετική απάντηση δόθηκε από τον αμέσως μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που έφτασε το ποσοστό 27% (n=135). Μικρότερα ποσοστά είχαν εκείνοι που διαφωνούσαν με τη νομιμότητα της έκτρωσης είτε απόλυτα είτε επιφυλακτικά.(πίνακας 18, εικόνα 19)

Πίνακας 18: Νομιμότητα διακοπής κήσης

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΠΡΕΠΕΙ_ΕΙΝΑΙ_ΝΟΜΙΜΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	56	11,2	11,2
	μάλλον διαφωνώ	86	17,2	28,4
	μάλλον συμφωνώ	135	27,0	55,4
	συμφωνώ απόλυτα	223	44,6	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 19: Νομιμότητα διακοπής κήσης



Στην ερώτηση εάν η έκτρωση θα έπρεπε να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας, το 84% n=420 απάντησε θετικά. Τα υπόλοιπα ποσοστά δείχνουν να έχουν μεγάλη απόκλιση από το ανώτερο καθώς το 10,8% n=54 δήλωσαν ότι μάλλον συμφωνούν. Οι υπόλοιποι ήταν κατά κύριο λόγο αρνητικοί με πολύ κοντινά ποσοστά. (πίνακας 19, εικόνα 20)

Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους οι ερωτηθέντες δήλωσαν συμφωνούν απόλυτα με την έκτρωση λόγω υγείας, με ποσοστό 82% (n=410). Στη συνέχεια ακολουθεί με ποσοστό 11,6% το πλήθος που δείχνει μάλλον να συμφωνεί (n=58). Τα ποσοστά των ατόμων που τείνουν να διαφωνούν είναι εμφανώς μικρότερα και η απόκλιση μεταξύ του μάλλον και του απόλυτου κατά είναι ελάχιστη. (πίνακας 20, εικόνα 21)

Πίνακας 19: Νομιμότητα διακοπής κύησης μετά από βιασμό, αιμομιξία

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΝΟΜΙΜΗ_ΒΙΑΣΜΟ_ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	12	2,4	2,4
	μάλλον διαφωνώ	14	2,8	5,2
	μάλλον συμφωνώ	54	10,8	16,0
	συμφωνώ απόλυτα	420	84,0	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 20: Νομιμότητα διακοπής κύησης μετά από βιασμό, αιμομιξία

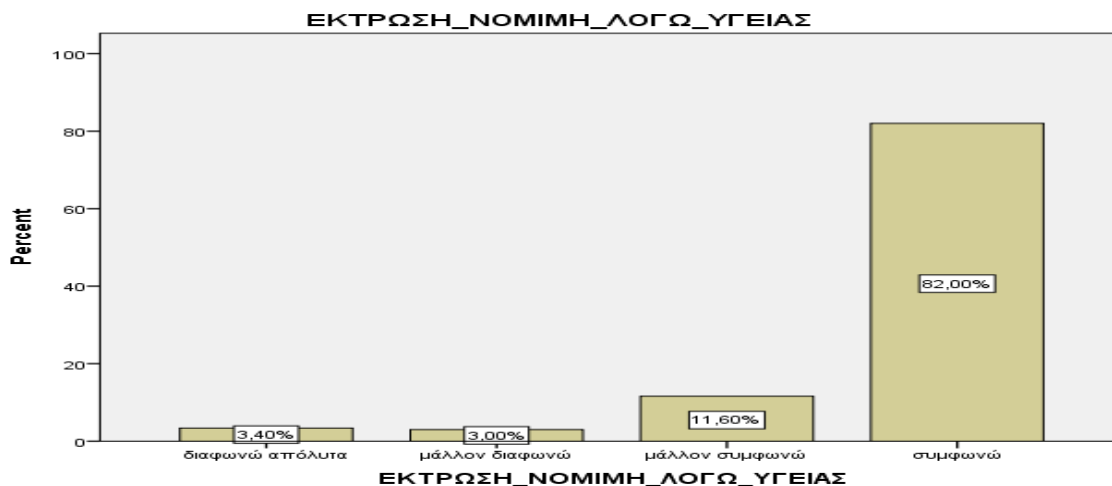


Πίνακας 20: Νομιμότητα διακοπή κύησης λόγω υγείας

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΝΟΜΙΜΗ_ΛΟΓΩ_ΥΓΕΙΑΣ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	17	3,4	3,4
	μάλλον διαφωνώ	15	3,0	6,4

μάλλον συμφωνώ	58	11,6	18,0
συμφωνώ απόλυτα	410	82,0	100,0
Total	500	100,0	

Εικόνα 21: Νομιμότητα διακοπή κήσης λόγω υγείας

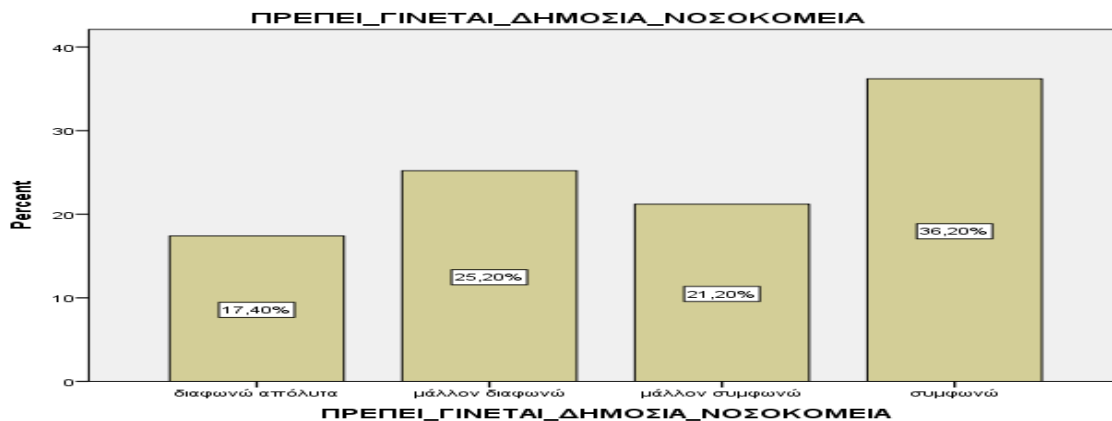


Στην ερώτηση εάν θα ήταν καλό η έκτρωση να γίνεται σε Δημόσια Νοσοκομεία ποσοστό 36,2 (n=181) συμφωνεί απόλυτα, ενώ ακολουθεί η κατηγορία των απαντήσεων με το «μάλλον διαφωνώ» με ποσοστό 25,2% (n=126). Γενικότερα στο συγκεκριμένο θέμα οιασδήποτε δίστανται και το πλήθος φαίνεται να είναι αναποφάσιστο και μοιρασμένο σε υπέρ και κατά κρατώντας πάντα επιφυλάξεις. (πίνακας 21, εικόνα 22)

Πίνακας 21: Διακοπή κήσης σε δημόσια νοσοκομεία

ΠΡΕΠΕΙ_ΓΙΝΕΤΑΙ_ΔΗΜΟΣΙΑ_ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	87	17,4	17,4
	μάλλον διαφωνώ	126	25,2	42,6
	μάλλον συμφωνώ	106	21,2	63,8
	Συμφωνώ απόλυτα	181	36,2	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 22: Διακοπή κήσης σε δημόσια νοσοκομεία

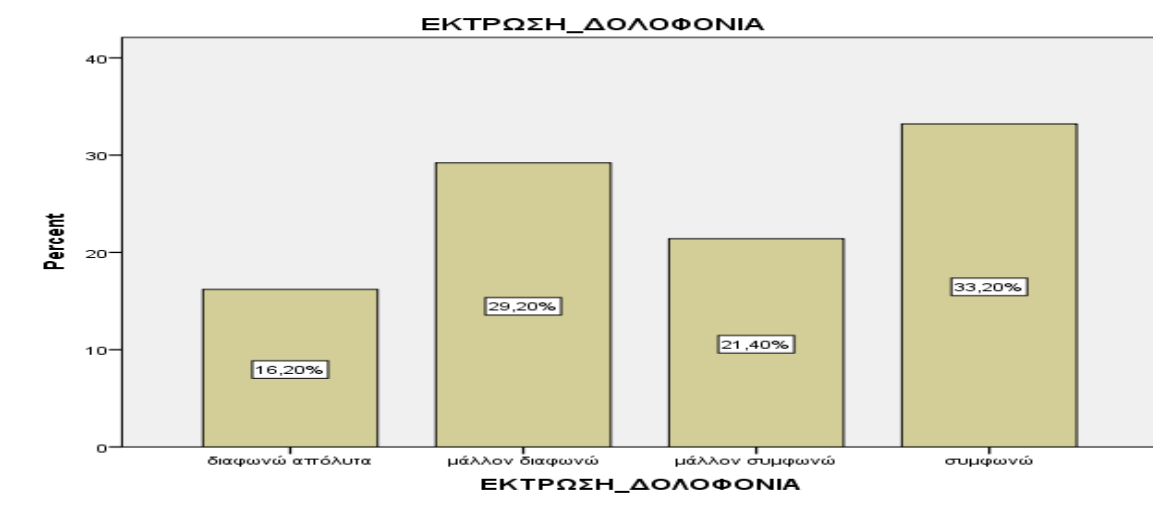


Στην ερώτηση εάν η έκτρωση θεωρείται δολοφονία, το μεγαλύτερο μέρος δήλωσε ότι συμφωνεί απόλυτα, με ποσοστό 33,2% (n=166). Χωρίς μεγάλη απόκλιση ακολουθεί με ποσοστό 29,2%(n=146), το πλήθος εκείνων που μάλλον διαφωνούν. Και σ αυτή την περίπτωση βλέπουμε πάλι με βάση τα αποτελέσματα ότι δεν υπάρχει ξεκάθαρη και απόλυτη απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα. (πίνακας 22, εικόνα 23)

Πίνακας 22: Διακοπή κύησης είναι δολοφονία

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΔΟΛΟΦΟΝΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	81	16,2	16,2
	μάλλον διαφωνώ	146	29,2	45,4
	μάλλον συμφωνώ	107	21,4	66,8
	συμφωνώ απόλυτα	166	33,2	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 23: Διακοπή κύησης είναι δολοφονία

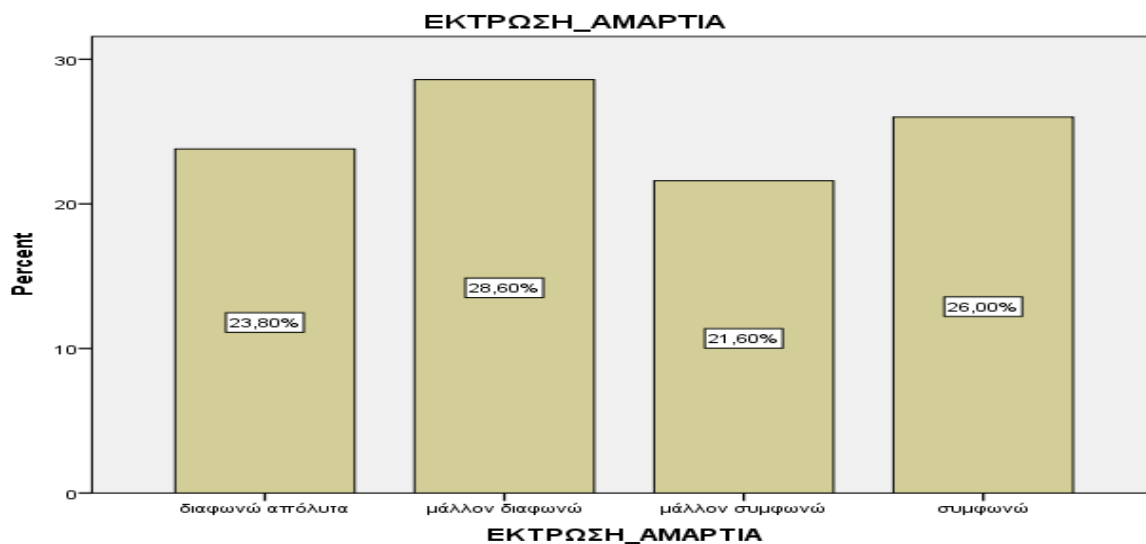


Στο ερώτημα εάν η έκτρωση είναι αμαρτία, ποσοστό 28,6% (n=143) δήλωσε ότι μάλλον διαφωνεί, ενώ το 26% (n=130) συμφωνεί απόλυτα με την άποψη αυτή. Γενικότερα ο όρος «αμαρτία» φαίνεται να δίχασε αρκετά το πλήθος των ατόμων. (πίνακας 23, εικόνα 24)

Πίνακας 23: Διακοπή κύησης είναι αμαρτία

ΕΚΤΡΩΣΗ_ΑΜΑΡΤΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	119	23,8	23,8

μάλλον διαφωνώ	143	28,6	52,4
μάλλον συμφωνώ	108	21,6	74,0
συμφωνώ απόλυτα	130	26,0	100,0
Total	500	100,0	



Εικόνα 24: Διακοπή κύησης είναι αμαρτία

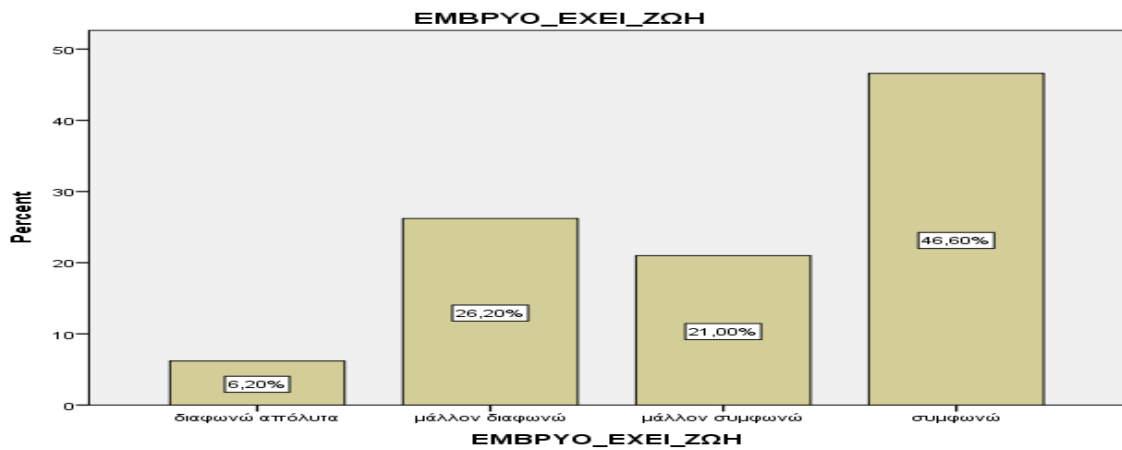
Ένα από τα χρόνια και σημαντικά ερωτήματα που κάνει την παρουσία του πολύ συχνά σε περιπτώσεις που αφορούν το θέμα της διακοπής της κύησης, φαίνεται πλέον να μη διχάζει τόσο σε σχέση με τα προηγούμενα καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνεί απόλυτα με το 46,6% (n=233). Παρ' όλα αυτά στη δεύτερη θέση ανήκουν εκείνοι που μάλλον διαφωνούν με ποσοστό 26,2% και n=131, εμφανώς βέβαια μικρότερο από εκείνους που έχουν αντίθετη άποψη. (πίνακας 24, εικόνα 25)

Αναλογικά με τις απαντήσεις των προηγούμενων στοιχείων, βλέπουμε ότι το 38,4%(n=192) συμφωνεί ότι η ζωή ξεκινά από τη σύλληψη. Παρομοίως με τον προηγούμενο πίνακα βλέπουμε ότι το δεύτερο επικρατέστερο ποσοστό είναι το 29%(n=145) που δηλώνει ότι μάλλον διαφωνεί. (πίνακας 25, εικόνα 26)

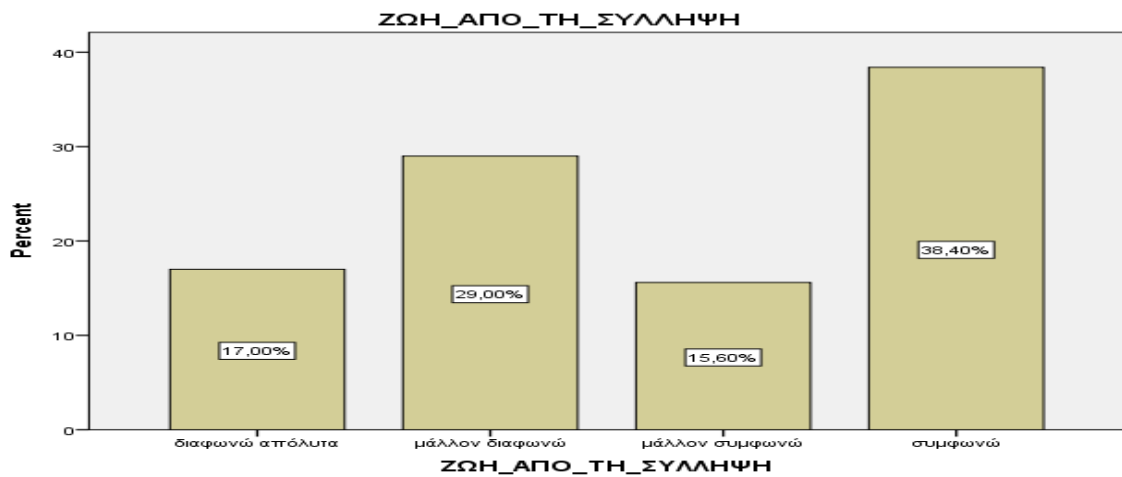
Πίνακας 24: Το έμβρυο έχει ζωή

ΕΜΒΡΥΟ_ΕΧΕΙ_ΖΩΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	31	6,2	6,2
	μάλλον διαφωνώ	131	26,2	32,4
	μάλλον συμφωνώ	105	21,0	53,4
	συμφωνώ απόλυτα	233	46,6	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 25: Το έμβρυο έχει ζωή



Εικόνα 26: Έναρξη ζωής από τη σύλληψη



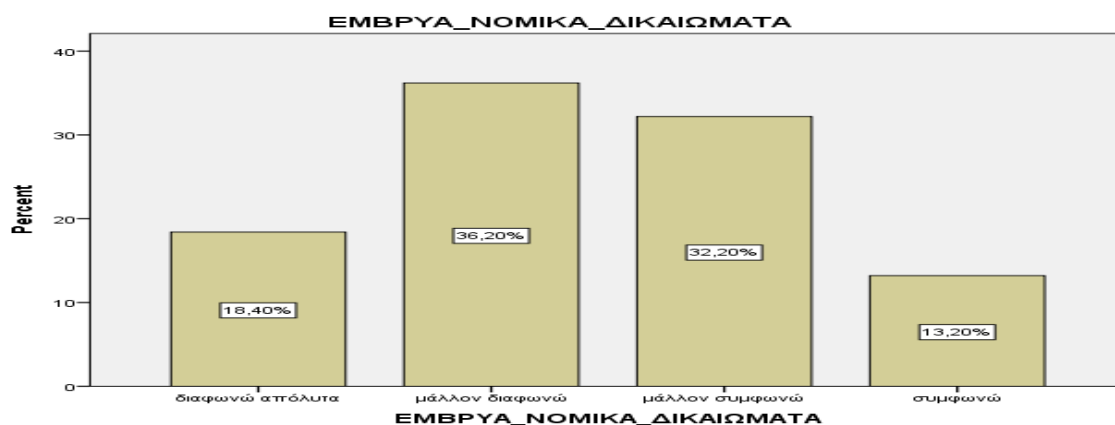
Πίνακας 25: Έναρξη ζωής από τη σύλληψη

ΖΩΗ_ΑΠΟ_ΤΗ_ΣΥΛΛΗΨΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	85	17,0	17,0
	μάλλον διαφωνώ	145	29,0	46,0
	μάλλον συμφωνώ	78	15,6	61,6
	συμφωνώ απόλυτα	192	38,4	100,0
	Total	500	100,0	

Το ερώτημα που ακολουθούσε διερευνούσε τις απόψεις των συμμετεχόντων στο ερώτημα αν θα πρέπει τα έμβρυα να έχουν Νομικά Δικαιώματα. Σε αυτή την περίπτωση υπερτερεί το «μάλλον διαφωνώ» με ποσοστό 36,2% (n=181), ενώ στη συνέχεια ακολουθεί το «μάλλον συμφωνώ» με 32,2% (n=161). Στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί φαίνεται καθαρά ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, είτε αρνητικό

είτε θετικό, δεν έχει καταλυτική και απόλυτη άποψη πάνω σε αυτό το κομμάτι και η απόκλιση των υπέρ και των κατά είναι μικρή. (πίνακας 26, εικόνα 27)

Εικόνα 27: Τα έμβρυα έχουν νομικά δικαιώματα

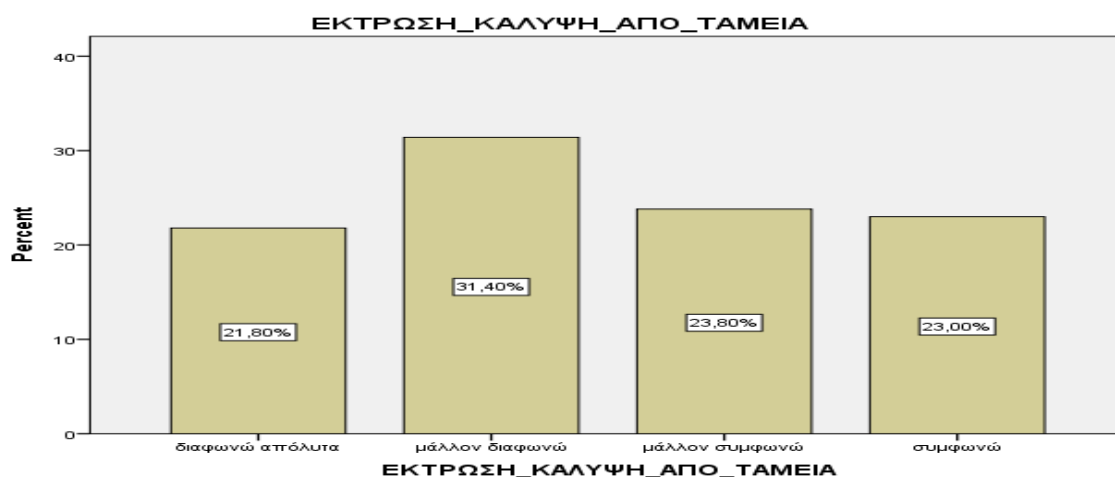


Πίνακας 26: Τα έμβρυα έχουν νομικά δικαιώματα

ΕΜΒΡΥΑ_ΝΟΜΙΚΑ_ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	92	18,4	18,4
	μάλλον διαφωνώ	181	36,2	54,6
	μάλλον συμφωνώ	161	32,2	86,8
	συμφωνώ απόλυτα	66	13,2	100,0
	Total	500	100,0	

Παρ' όλο που τα αποτελέσματα στο ερώτημα εάν θα έπρεπε η έκτρωση να καλύπτεται από τα ταμεία έχουν όλα ελάχιστη απόκλιση, το κυριότερο φαίνεται να είναι το 'μάλλον διαφωνώ' με ποσοστό 31,4% και n=157. Δεύτερο στη σειρά έρχεται το 'μάλλον συμφωνώ' με ποσοστό 23,8% και n=119 που επιβεβαιώνει για ακόμα μια φορά το διχασμό για τη λήψη μιας ολοκληρωμένης απόφασης. (πίνακας 27, εικόνα 28)

Εικόνα 28: Η διακοπή κύησης πρέπει να έχει κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία



Πίνακας 27: Η διακοπή κύησης πρέπει να έχει κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία

ΕΚΤΡΩΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	109	21,8	21,8
	μάλλον διαφωνώ	157	31,4	53,2
	μάλλον συμφωνώ	119	23,8	77,0
	Συμφωνώ απόλυτα	115	23,0	100,0
	Total	500	100,0	

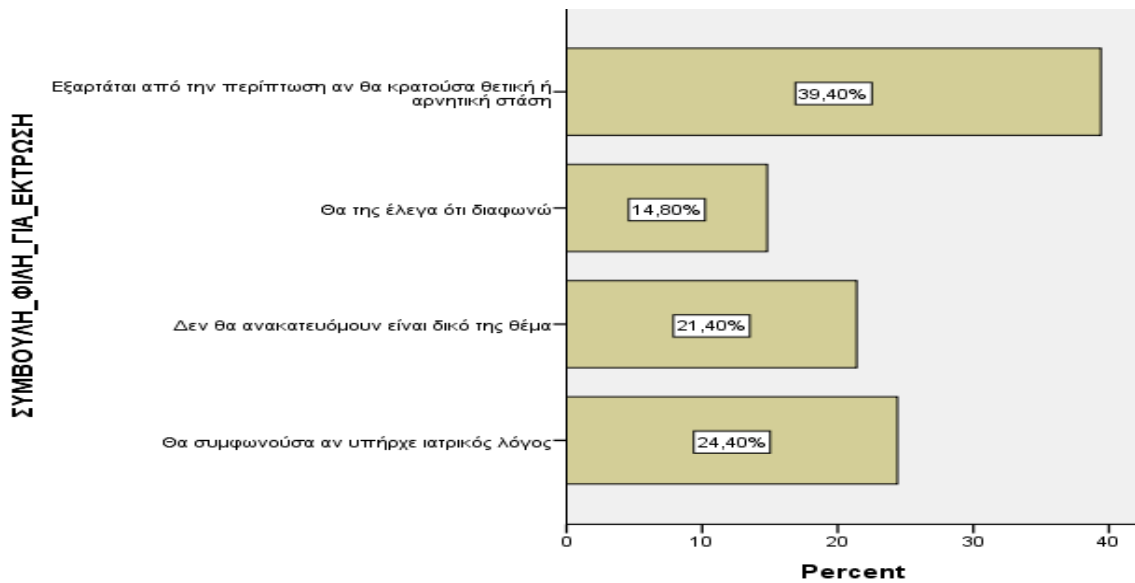
ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Θέλοντας να εξεταστούν οι απόψεις των συμμετεχόντων για την νομοθεσία των αμβλώσεων ακολούθησαν 6 ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα αφορούσε τη συμβουλή που θα έδιναν οι ίδιοι σε κάποια φίλη που θα σκεφτόταν να κάνει έκτρωση σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Από τον πίνακα που ακολουθεί είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 39,4% (n=197) δήλωσε ότι θα εξέφραζε γνώμη ανάλογα την περίπτωση. Το αμέσως επόμενο ποσοστό 24,4%(n=122) δήλωσε ότι θα ήταν σύμφωνοι μόνο αν υπήρχε ιατρικός λόγος. Τέλος ένα μικρότερο ποσοστό 21,4%(n=107) δήλωσε ότι δε θα έπαιρνε θέση σε ένα τέτοιο προσωπικό θέμα. (πίνακας 28, εικόνα 29)

Πίνακας 28: Συμβουλή σε φίλη για έκτρωση σε περίπτωση εγκυμοσύνης

ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΦΙΛΗ ΓΙΑ ΕΚΤΡΩΣΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Θα συμφωνούσα αν υπήρχε ιατρικός λόγος	122	24,4	24,4
	Δεν θα ανακατευόμουν είναι δικό της θέμα	107	21,4	45,8
	Θα της έλεγα ότι διαφωνώ	74	14,8	60,6
	Εξαρτάται από την περίπτωση αν θα κρατούσα θετική ή αρνητική στάση	197	39,4	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 29: Συμβουλή σε φίλη για έκτρωση σε περίπτωση εγκομοσύνης



Το επόμενο ερώτημα είχε να κάνει με την διερεύνηση των απόψεων των νέων αν η μείωση των εκτρώσεων θα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των γεννήσεων. Η πλειοψηφία απάντησε θετικά όπως δηλώνει το ποσοστό του 66,6% που απάντησε «ΝΑΙ» (n=333). (πίνακας 29, εικόνα 30)

Στην ερώτηση αν συμμετεχόντων αν πιστεύουν ότι ο νόμος για τις εκτρώσεις στην Ελλάδα πρέπει να αλλάξει, τα άτομα που ρωτηθήκαν απάντησαν με ποσοστό 62,8% (n=314), αρνητικά. (πίνακας 30, εικόνα 31)

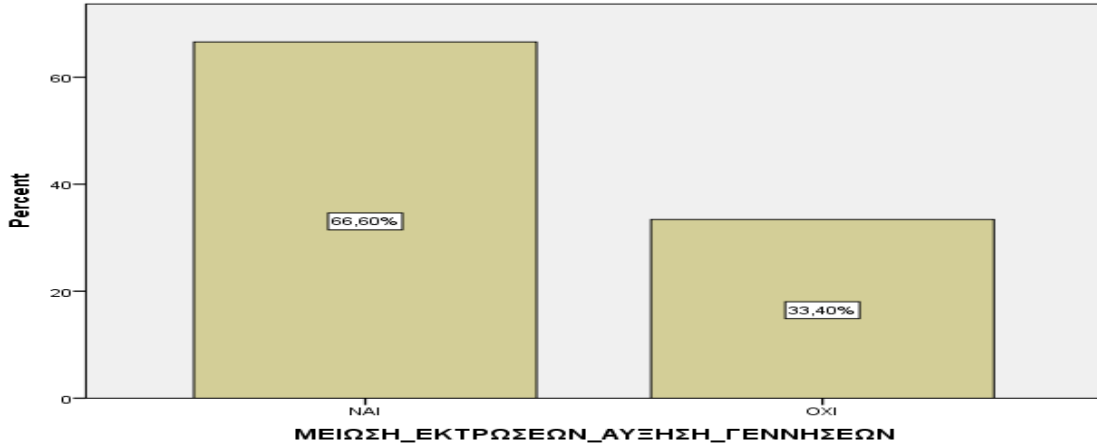
Στο ερώτημα τι θα πρέπει να αλλάξει στη νομοθεσία των αμβλώσεων οι απαντήσεις με βάση τα ποσοστά ήταν οι εξής παρακάτω: Πρώτη με ποσοστό 30% (n=245) ήταν εκείνοι που πιστεύουν ότι σε περίπτωση ανήλικης οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται και να δίνουν εκείνοι τη συγκατάθεση για την έκτρωση. Στη συνέχεια ακολουθεί με ποσοστό 20,4% (n=167) η άποψη που υποστηρίζει ότι δεν πρέπει να γίνει κάποια αλλαγή ενώ ακολουθεί με 20,2% (n=165) το πλήθος που δήλωσε ότι θα πρέπει η διακοπή κύησης να επιτρέπεται μόνο για ιατρικούς λόγους. (πίνακας 31, εικόνα 32)

Η ερώτηση αν θα δήλωναν συμμετοχή σε διαδήλωση κατά των εκτρώσεων έχει ως σκοπό να μελετήσει τη συνειδησιακή μεριά των ατόμων και την ευαισθητοποίηση τους απέναντι στο θέμα αυτό γενικά και όχι ειδικά με βάση την προσωπική τους εμπειρία. Το μεγαλύτερο ποσοστό 57,7% (n=316) δήλωσε ότι δε θα ήθελε να συμμετάσχει, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό 19,2% (n=105) δήλωσε ότι θα μοίραζε ενημερωτικά φυλλάδια. Τέλος ένα 9,3% (n=51) δήλωσε ότι θα συμμετείχε σε εθελοντική εργασία για την προστασία των αγέννητων παιδιών. (πίνακας 32, εικόνα 33)

Πίνακας 29: Η μείωση των εκτρώσεων θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των γεννήσεων

ΜΕΙΩΣΗ_ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ_ΑΥΞΗΣΗ_ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	333	66,6	66,6
	ΟΧΙ	167	33,4	100,0
	Total	500	100,0	

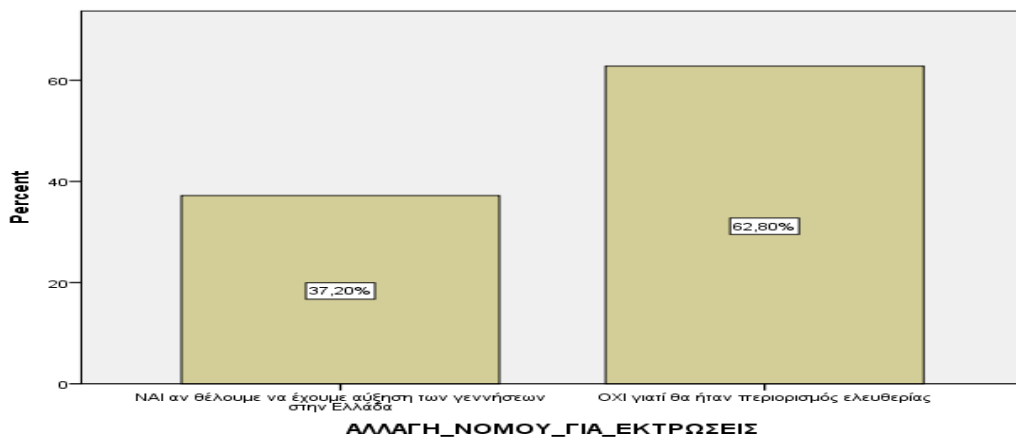
Εικόνα 30: Η μείωση των εκτρώσεων θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των γεννήσεων



Πίνακας 30: Αλλαγή νόμου για τις εκτρώσεις

ΑΛΛΑΓΗ_ΝΟΜΟΥ_ΓΙΑ_ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ αν θέλουμε να έχουμε αύξηση των γεννήσεων στην Ελλάδα	186	37,2	37,2
	ΟΧΙ γιατί θα ήταν περιορισμός ελευθερίας	314	62,8	100,0
	Total	500	100,0	

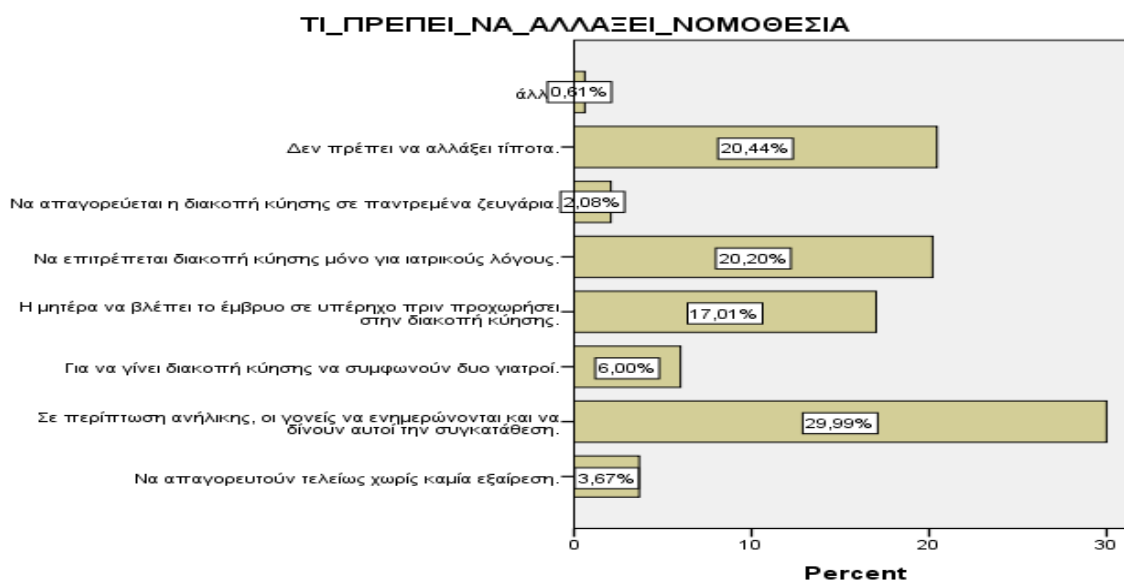
Εικόνα 31: Αλλαγή του νόμου για τις εκτρώσεις



Πίνακας 31: Αλλαγές στη νομοθεσία για τις εκτρώσεις

ΤΙ_ΠΡΕΠΕΙ_ΝΑ_ΑΛΛΑΞΕΙ_ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Να απαγορευτούν τελείως χωρίς καμία εξαίρεση.	30	3,7	3,7
	Σε περίπτωση ανήλικης, οι γονείς να ενημερώνονται και να δίνουν αυτοί την συγκατάθεση.	245	30,0	33,7
	Για να γίνει διακοπή κύησης να συμφωνούν δυο γιατροί.	49	6,0	39,7
	Η μητέρα να βλέπει το έμβρυο σε υπέρηχο πριν προχωρήσει στην διακοπή κύησης.	139	17,0	56,7
	Να επιτρέπεται διακοπή κύησης μόνο για ιατρικούς λόγους.	165	20,2	76,9
	Να απαγορεύεται η διακοπή κύησης σε παντρεμένα ζευγάρια.	17	2,1	78,9
	Δεν πρέπει να αλλάξει τίποτα.	167	20,4	99,4
	Άλλο	5	0,6	100,0
Total	817	100,0		

Εικόνα 32: Αλλαγές στη νομοθεσία για τις εκτρώσεις

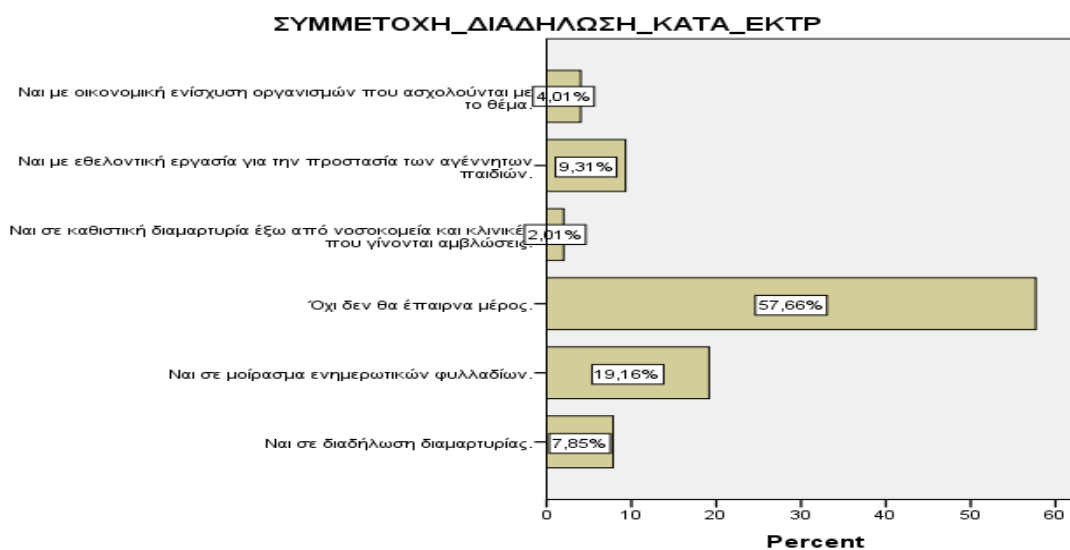


Πίνακας 32: Συμμετοχή σε διαδηλώσεις και κινητοποιήσεις κατά των εκτρώσεων

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ_ΔΙΑΔΗΛΩΣΗ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡ		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ναι σε διαδήλωση διαμαρτυρίας.	43	7,8	7,8
	Ναι σε μοίρασμα ενημερωτικών φυλλαδίων.	105	19,2	27,0
	Όχι δεν θα έπαιρνα μέρος.	316	57,7	84,7

	Ναι σε καθιστική διαμαρτυρία έξω από νοσοκομεία και κλινικές που γίνονται αμβλώσεις.	11	2,0	86,7
	Ναι με εθελοντική εργασία για την προστασία των αγέννητων παιδιών.	51	9,3	96,0
	Ναι με οικονομική ενίσχυση οργανισμών που ασχολούνται με το θέμα.	22	4,0	100,0
	Total	548	100,0	

Εικόνα 33: Συμμετοχή σε διαδηλώσεις και κινητοποιήσεις κατά των εκτρώσεων



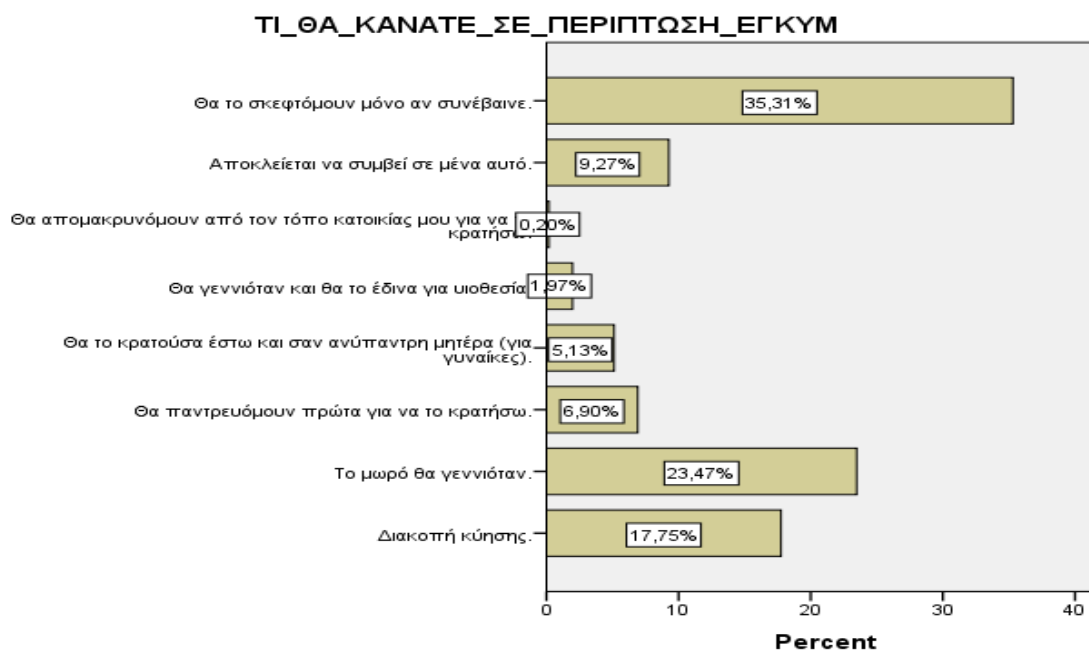
Ένα ακόμα κυρίαρχο αλλά και ιδιαίτερα προσωπικό ερώτημα που τίθεται συχνά σε περιπτώσεις που αφορούν την άμβλωση είναι το τι θα έκαναν οι ίδιοι σε περίπτωση εγκυμοσύνης δικής τους (για τις γυναίκες) ή των συντρόφων τους (για τους άνδρες). Το μεγαλύτερο ποσοστό 35,3% (n=179) θα το σκεφτόταν μόνο εάν συνέβαινε ενώ ποσοστό 23,5% (n=119) δήλωσε ότι το μωρό θα γεννιόταν. Τέλος ποσοστό 17,8% (n=90) θα έμπαινε στη διαδικασία διακοπής της κύησης. (πίνακας 33, εικόνα 34)

Πίνακας 33: Τι θα κάνετε σε περίπτωση εγκυμοσύνης;

ΤΙ ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΓΚΥΜ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Διακοπή κύησης.	90	17,8	17,8
	Το μωρό θα γεννιόταν.	119	23,5	41,2
	Θα παντρευόμουν πρώτα για να το κρατήσω.	35	6,9	48,1
	Θα το κρατούσα έστω και σαν ανύπαντρη μητέρα (για γυναίκες).	26	5,1	53,3
	Θα γεννιόταν και θα το έδινα για υιοθεσία.	10	2,0	55,2

Θα απομακρυνόμουν από τον τόπο κατοικίας μου για να το κρατήσω.	1	,2	55,4
Αποκλείεται να συμβεί σε μένα αυτό.	47	9,3	64,7
Θα το σκεφτόμουν μόνο αν συνέβαινε.	179	35,3	100,0
Total	507	100,0	

Εικόνα 34: Τι θα κάνετε σε περίπτωση εγκυμοσύνης;



ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Στην συνέχεια ακολούθησαν ερωτήματα για την διερεύνηση των απόψεων και των γνώσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την αντισύλληψη. Ενεργώς σεξουαλικά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας βρέθηκε το 74,2% του δείγματος (n=371) που είναι εμφανώς και το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη. Ακολουθεί με τεράστια απόκλιση το ποσοστό του 17,2% (n=86) που δήλωσε ότι δεν έχει σεξουαλική σχέση αυτή την περίοδο. Τέλος ένα πολύ μικρότερο ποσοστό 8,6% (n=43) δήλωσε ότι δεν έχει ακόμα αποκτήσει σεξουαλική σχέση. (πίνακας 34, εικόνα 35)

Στην συνέχεια ερώτημα για την διερεύνηση του είδους της σεξουαλικής σχέσης που είχαν οι ερωτηθέντες. Ένα μεγάλο ποσοστό 47% (n=233) απάντησε ότι έχει μόνιμη σεξουαλική σχέση ενώ ακολουθεί το 35,1% (n=174) που δήλωσε ότι έχει περιστασιακή σεξουαλική σχέση και 17,9% (n=89) δήλωσαν ότι δεν είχαν σεξουαλική σχέση την παρούσα στιγμή. (πίνακας 35, εικόνα 36)

Πίνακας 34: Ποσοστιαία κατανομή ενεργής σεξουαλικής ζωής

ΕΧΕΤΕ_ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ_ΣΧΕΣΗ		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δεν είχα ποτέ σεξουαλική σχέση.	43	8,6	8,6
	Δεν έχω αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση.	86	17,2	25,8
	Έχω σεξουαλική σχέση αυτή την περίοδο.	371	74,2	100,0
	Total	500	100,0	

Εικόνα 35: Ποσοστιαία κατανομή ενεργής σεξουαλικής ζωής



Πίνακας 35: Ποσοστιαία κατανομή είδους σεξουαλικής σχέσης

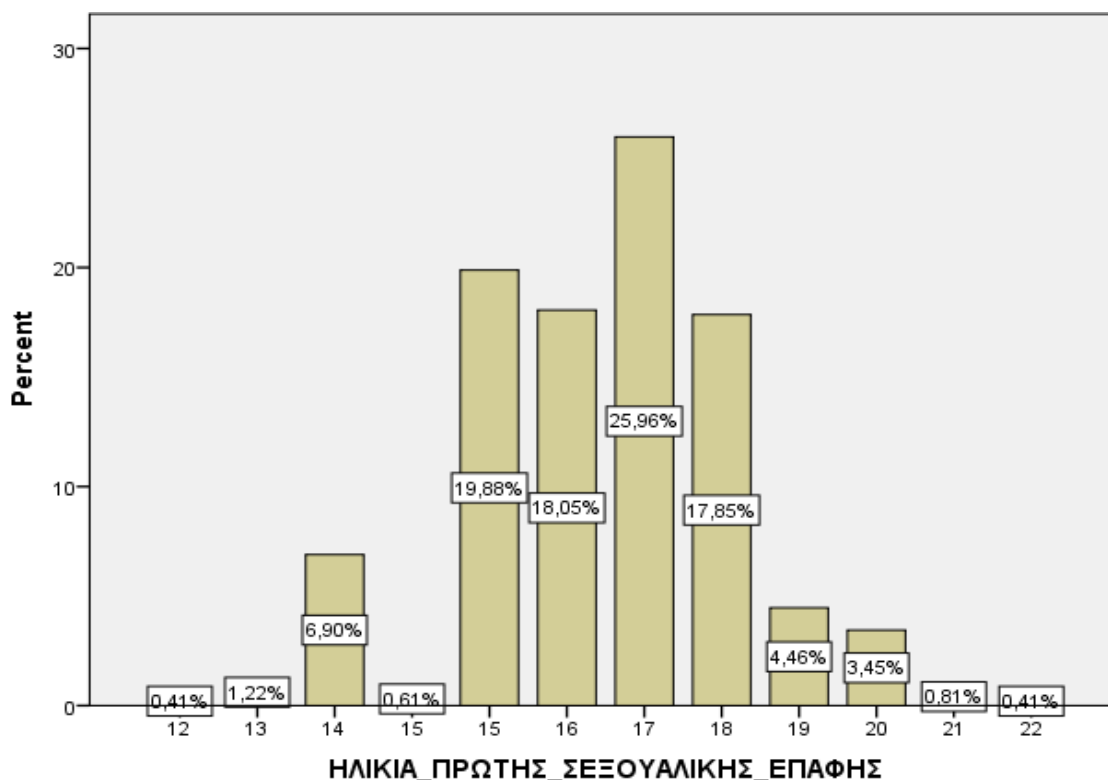
ΕΙΔΟΣ_ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ_ΣΧΕΣΗΣ		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δεν έχω σεξουαλική σχέση.	89	17,9	17,9
	Έχω μόνιμη σχέση.	233	47,0	64,9
	Έχω περιστασιακή σχέση.	174	35,1	100,0
	Total	496	100,0	

Εικόνα 36: Ποσοστιαία κατανομή είδους σεξουαλικής σχέσης



Μεγάλο ρόλο στην έρευνα μας παίζει και η ηλικία στην οποία ξεκίνησαν τα άτομα να έχουν τις πρώτες σεξουαλικές τους εμπειρίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του 25,9% (n=130) δήλωσαν ότι είχαν την πρώτη σεξουαλική τους επαφή στην ηλικία των δεκαεπτά (17) ετών. Στη συνέχεια έρχονται εκείνοι που ξεκίνησαν στην ηλικία των δεκαπέντε (15) ετών με ποσοστό 19,8% (n=99). Τέλος το ποσοστό του 18% (n=90) είχε την πρώτη του σεξουαλική επαφή στην ηλικία των δεκαέξι (16) ετών. (εικόνα 37)

Εικόνα 37: Αναφορά ηλικίας πρώτης σεξουαλικής επαφής



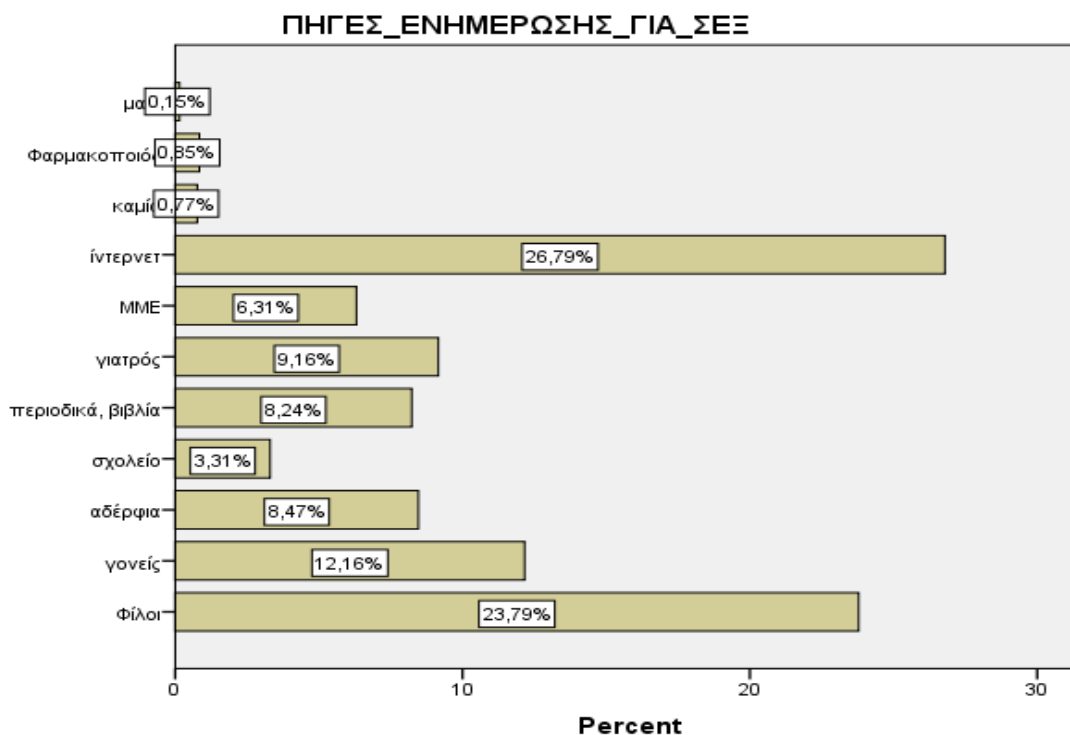
Οι πιο κύριες πηγές ενημερώσεις για την σεξουαλική επαφή σύμφωνα με τις απαντήσεις των νέων που συμμετείχαν στην μελέτη είναι: το ίντερνετ με ποσοστό 26,8% (n=348) όπου βρίσκεται στην πρώτη θέση, στην συνέχεια ακολουθεί με ποσοστό 23,8% (n=309) οι φίλοι με μια μικρή απόκλιση αναμεταξύ τους και με μια μεγαλύτερη απόκλιση ακολουθούν οι γονείς με ποσοστό 12,2% (n=158). (πίνακας 36, εικόνα 38)

Πίνακας 36: Πηγές ενημέρωσης για το σεξ

ΠΗΓΕΣ_ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ_ΓΙΑ_ΣΕΞ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Φίλοι	309	23,8	23,8
	γονείς	158	12,2	36,0
	αδέρφια	110	8,5	44,4
	σχολείο	43	3,3	47,7
	περιοδικά, βιβλία	107	8,2	56,0

γιατρός	119	9,2	65,1
MME	82	6,3	71,4
ίντερνετ	348	26,8	98,2
καμία	10	,8	99,0
Φαρμακοποιός	11	,8	99,8
μαία	2	,2	100,0
Total	1299	100,0	

Εικόνα 38: Πηγές ενημέρωσης για το σεξ



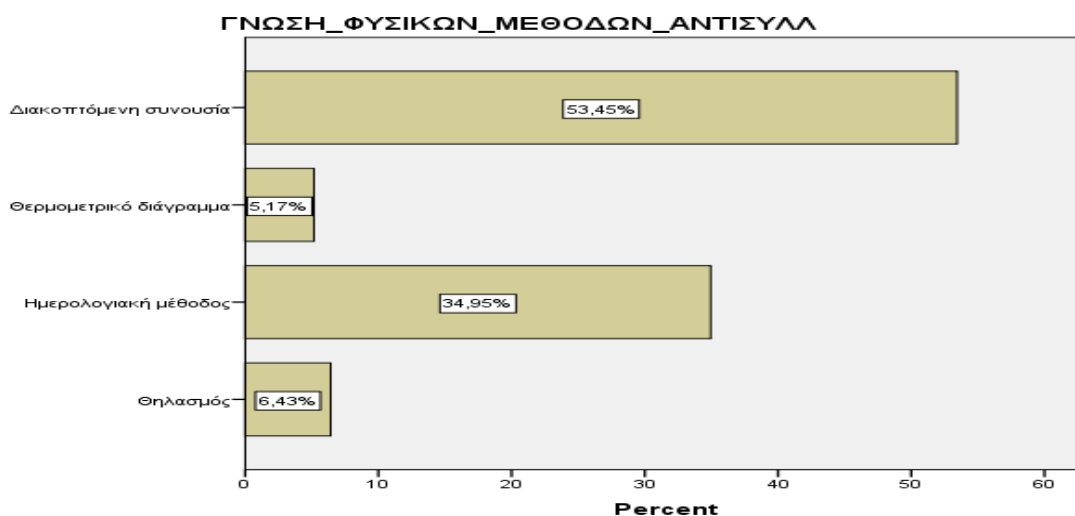
Στην προσπάθεια διερεύνησης των γνώσεων των ατόμων πάνω στο θέμα της φυσικής αντισύλληψης φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 53,4% (n=341) γνωρίζει την διακοπτόμενη συνουσία. Στη συνέχεια ακολουθεί με μικρή απόκλιση η ημερολογιακή μέθοδος με ποσοστό 35% (n=223) και τέλος με μεγαλύτερη απόκλιση ποσοστιαία είναι ο θηλασμός με ποσοστό 6,4% (n=41) (πίνακας 37, εικόνα 39).

Όσον αφορά τις γνώσεις των τεχνικών μεθόδων αντισύλληψης, το μεγαλύτερο ποσοστό με 19,3% (n=479) γνωρίζει το αντρικό προφυλακτικό ενώ με μικρή απόκλιση ακολουθούν τα αντισυλληπτικά χάπια με ποσοστό 17,9% (n=445) και το χάπι της επόμενης ημέρας με ποσοστό 13,7% (n=339) (πίνακας 38, εικόνα 40).

Πίνακας 37: Γνώσεις φυσικών μεθόδων αντισύλληψης

ΓΝΩΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Θηλασμός	41	6,4	6,4
	Ημερολογιακή μέθοδος	223	35,0	41,4
	Θερμομετρικό διάγραμμα	33	5,2	46,6
	Διακοπτόμενη συνουσία	341	53,4	100,0
	Total	638	100,0	

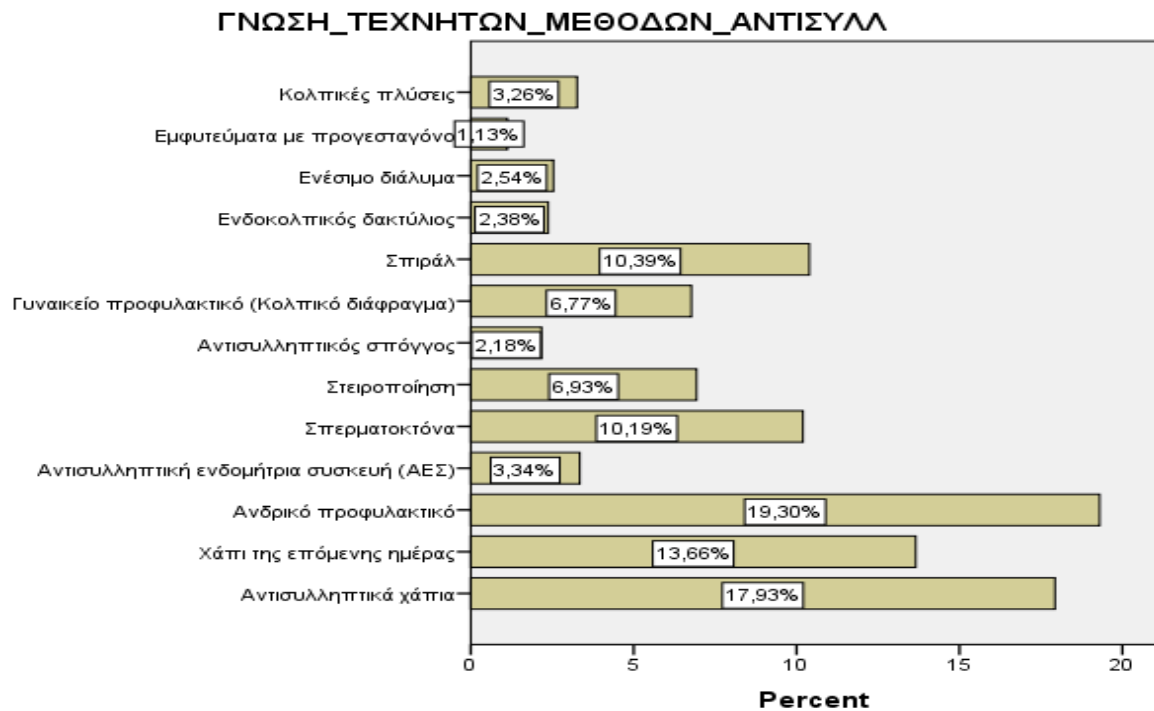
Εικόνα 39: Γνώσεις φυσικών μεθόδων αντισύλληψης



Πίνακας 38: Γνώσεις τεχνικών μεθόδων αντισύλληψης

ΓΝΩΣΗ ΤΕΧΝΗΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Αντισυλληπτικά χάπια	445	17,9	17,9
	Χάπι της επόμενης ημέρας	339	13,7	31,6
	Ανδρικό προφυλακτικό	479	19,3	50,9
	Αντισυλληπτική ενδομήτρια συσκευή (ΑΕΣ)	83	3,3	54,2
	Σπερματοκτόνα	253	10,2	64,4
	Στεροποίηση	172	6,9	71,4
	Αντισυλληπτικός σπόγγος	54	2,2	73,5
	Γυναικείο προφυλακτικό (Κολπικό διάφραγμα)	168	6,8	80,3
	Σπιράλ	258	10,4	90,7
	Ενδοκολπικός δακτύλιος	59	2,4	93,1
	Ενέσιμο διάλυμα	63	2,5	95,6
	Εμφυτεύματα με προγεσταγόνο	28	1,1	96,7
	Κολπικές πλύσεις	81	3,3	100,0
	Total	2482	100,0	

Εικόνα 40: Γνώσεις τεχνητών μεθόδων αντισύλληψης



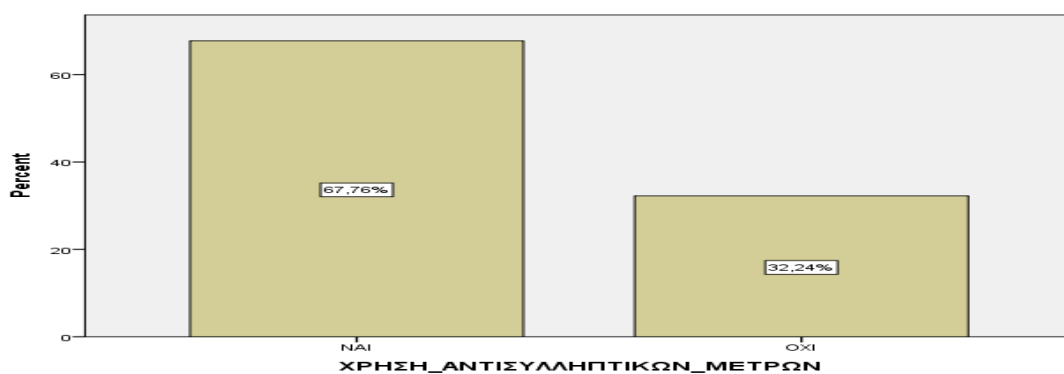
Τα άτομα της μελέτης κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση εάν κάνουν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου, όποια και εάν είναι αυτή. Το μεγαλύτερο ποσοστό με 67,8% (n=332) δήλωσε ότι παίρνει αντισυλληπτικά μέτρα ενώ το 32,2% (n=158) αντιστοιχεί στα άτομα που δήλωσαν ότι δεν κάνουν κάποια αντισυλληπτική χρήση (πίνακας 39, εικόνα 41).

Αναφορικά τα κυριότερα αντισυλληπτικά μέτρα που επέλεξαν τα άτομα της μελέτης είναι το ανδρικό προφυλακτικό με ποσοστό 47,3% (n=204), η διακοπτόμενη συνουσία με 23% (n=99) και τέλος τα αντισυλληπτικά χάπια με ποσοστό 14,8% (n=64) (πίνακας 40, εικόνα 42).

Πίνακας 39: Χρήση αντισυλληπτικών μέτρων

ΧΡΗΣΗ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ_ΜΕΤΡΩΝ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NAI	332	67,8	67,8
	OXI	158	32,2	100,0
	Total	490	100,0	

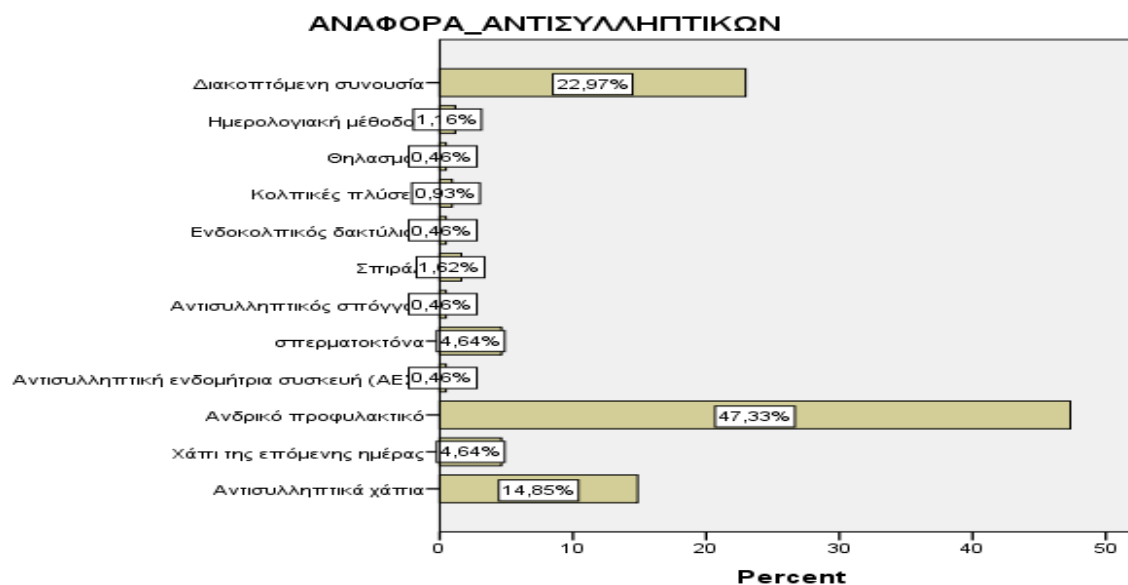
Εικόνα 41: Χρήση αντισυλληπτικών μέτρων



Πίνακας 40: Αναφορά αντισυλληπτικών μεθόδων που χρησιμοποιούν

ΑΝΑΦΟΡΑ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Αντισυλληπτικά χάπια	64	14,8	14,8
	Χάπι της επόμενης ημέρας	20	4,6	19,5
	Ανδρικό προφυλακτικό	204	47,3	66,8
	Αντισυλληπτική ενδομήτρια συσκευή (ΑΕΣ)	2	,5	67,3
	σπερματοκτόνα	20	4,6	71,9
	Αντισυλληπτικός σπύγγος	2	,5	72,4
	Σπιράλ	7	1,6	74,0
	Ενδοκοιλιακός δακτύλιος	2	,5	74,5
	Κολπικές πλύσεις	4	,9	75,4
	Θηλασμός	2	,5	75,9
	Ημερολογιακή μέθοδος	5	1,2	77,0
	Διακοπτόμενη συνουσία	99	23,0	100,0
	Total	431	100,0	

Εικόνα 42: Αναφορά αντισυλληπτικών μεθόδων που χρησιμοποιούν



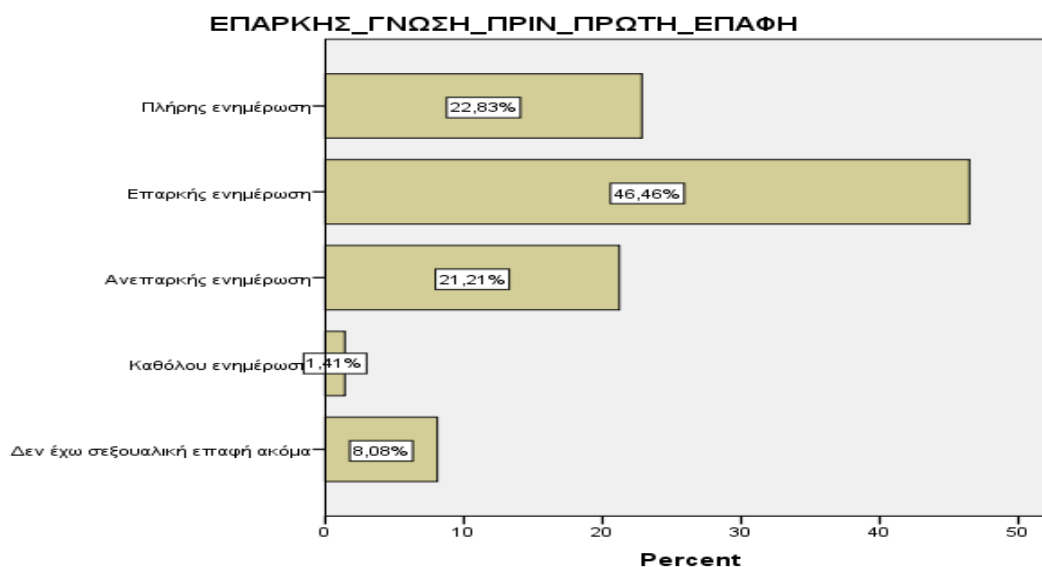
Στο ερώτημα εάν τα άτομα πιστεύουν ότι είχαν επαρκή γνώση και ενημέρωση κατά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή οι κυρίαρχες απαντήσεις ήταν η «Επαρκής ενημέρωση» με ποσοστό 46,5% (n=230). Ακολουθεί η απάντηση «Πλήρης ενημέρωση» με ποσοστό 22,8% (n=113) και η απάντηση «Ανεπαρκής ενημέρωση» με ποσοστό 21,2% (n=105). Συμπερασματικά το μεγαλύτερο γενικό ποσοστό δείχνει να είχε επαρκής ενημέρωση πριν την πρώτη επαφή (πίνακας 41, εικόνα 43).

Μια σημαντική ερώτηση που γίνεται πολύ συχνά είναι το κατά πόσο και με τι τρόπο επηρεάζει το προφυλακτικό την ερωτική πράξη. Το μεγαλύτερο ποσοστό με 48% (n=218) απάντησε ότι την επηρεάζει ουδέτερα ενώ το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό με 30,2% (n=137) απάντησε ότι την επηρεάζει αρνητικά. Εκείνοι που πιστεύουν ότι επηρεάζει θετικά ανήκουν στο 21,8% (n=99) (πίνακας 42, εικόνα 44).

Πίνακας 41: Διερεύνηση επάρκειας γνώσεων πριν την πρώτη σεξουαλική επαφή

ΕΠΑΡΚΗΣ ΓΝΩΣΗ ΠΡΙΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Δεν έχω σεξουαλική επαφή ακόμα	40	8,1	8,1
	Καθόλου ενημέρωση	7	1,4	9,5
	Ανεπαρκής ενημέρωση	105	21,2	30,7
	Επαρκής ενημέρωση	230	46,5	77,2
	Πλήρης ενημέρωση	113	22,8	100,0
	Total	495	100,0	

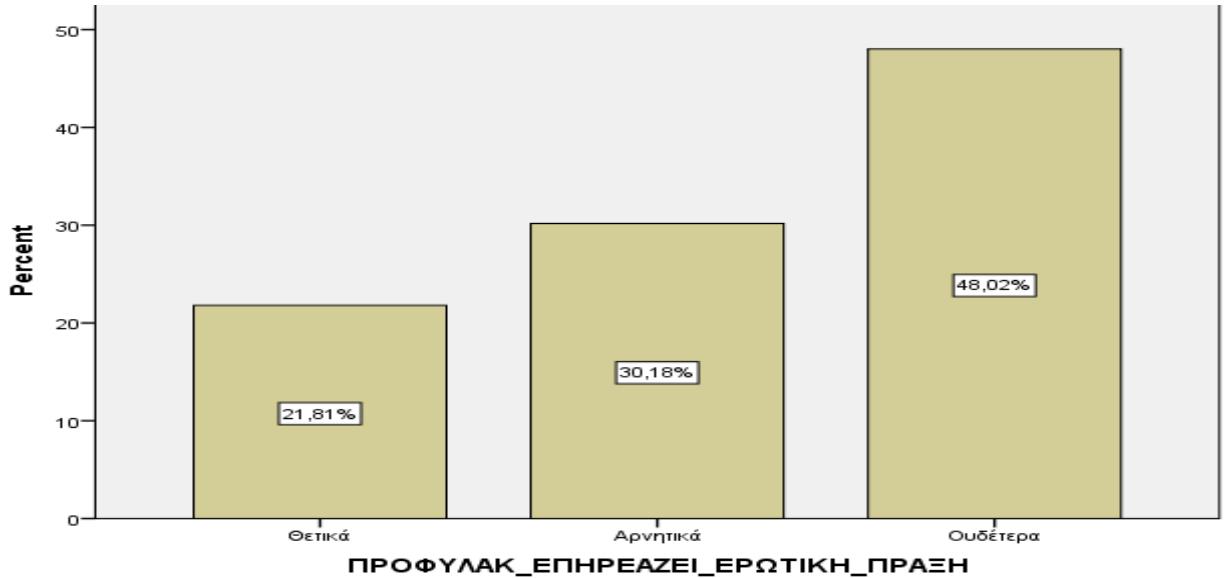
Εικόνα 43: Διερεύνηση επάρκειας γνώσεων πριν την πρώτη σεξουαλική επαφή



Πίνακας 42: Το προφυλακτικό επηρεάζει την ερωτική πράξη

ΠΡΟΦΥΛΑΚ_ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ_ΕΡΩΤΙΚΗ_ΠΡΑΞΗ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Θετικά	99	21,8	21,8
	Αρνητικά	137	30,2	52,0
	Ουδέτερα	218	48,0	100,0
	Total	454	100,0	

Εικόνα 44: Το προφυλακτικό επηρεάζει την ερωτική πράξη

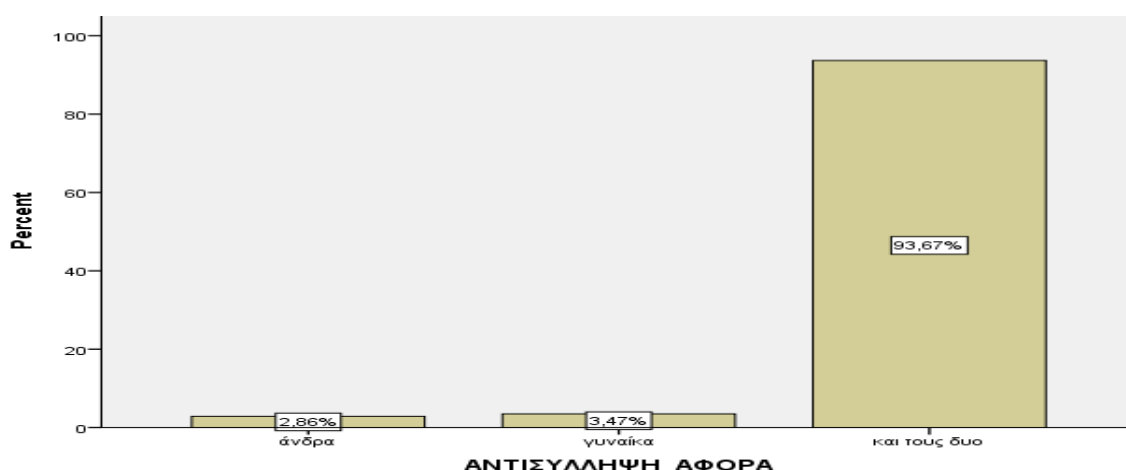


Στο ερώτημα ποιους αφορά περισσότερο η αντισύλληψη το μεγαλύτερο ποσοστό με 93,7% (n=459) απάντησε ότι αφορά και τους δύο και αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυτό εκφράζει σχεδόν όλο το σύνολο που έδωσε κοινή απάντηση. Στη συνέχεια ακολουθεί με μεγάλη απόκλιση το ποσοστό του 3,5% (n=17) που πιστεύει ότι αφορά την γυναίκα και ακολουθεί με μικρή διαφορά από το προηγούμενο το ποσοστό του 2,9% (n=14) που πιστεύει ότι αφορά τον άντρα (πίνακας 43, εικόνα 45).

Πίνακας 43: Ποιον αφορά η αντισύλληψη

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ_ΑΦΟΡΑ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	άνδρα	14	2,9	2,9
	γυναίκα	17	3,5	6,3
	και τους δυο	459	93,7	100,0
	Total	490	100,0	

Εικόνα 45: Ποιον αφορά η αντισύλληψη

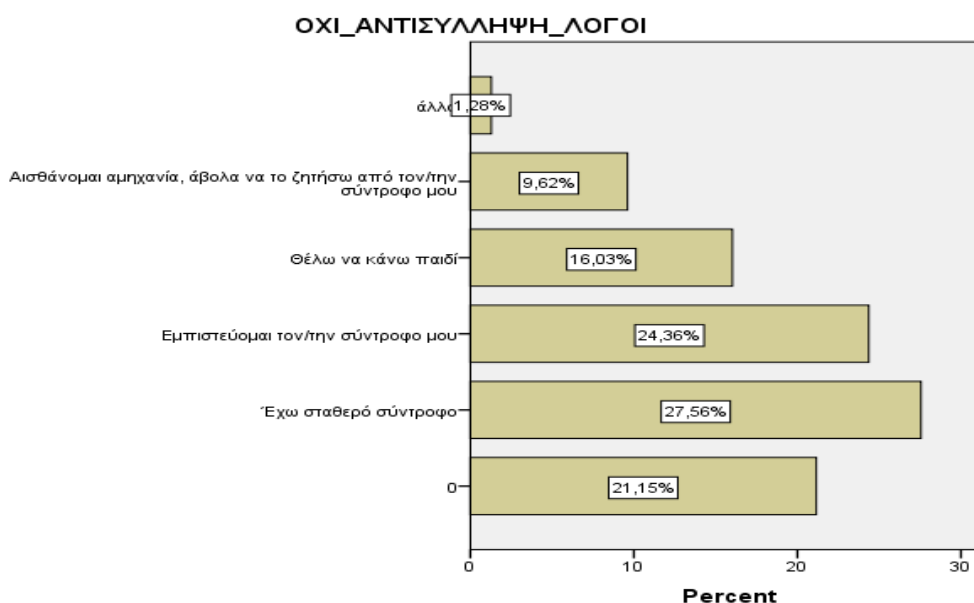


Ακολούθως έγινε προσπάθεια να καταγραφούν οι λόγοι για τους οποίους κάποια από τα άτομα επέλεξαν να μη χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης. Αξίζει πριν αναφερθούν τα ποσοστά να διευκρινιστεί ότι ένα κομμάτι ατόμων που δήλωσαν ότι δε χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο αφορά και εκείνους που χρησιμοποιούν κάποια φυσική μέθοδο αντισύλληψης (πχ. διακοπτόμενη συνουσία) και αποφεύγουν τις τεχνητές μεθόδους. Το 27,6% (n=43) δήλωσε σαν αιτία το ότι έχει σταθερό σύντροφο ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό με 24,4% (n=38) δηλώνει ότι εμπιστεύεται το σύντροφο του. Τέλος πολλά από τα άτομα δεν έδωσαν καμία απάντηση στο ερώτημα αυτό και αποτελούν το 21,2% (n=33) (πίνακας 44, εικόνα 46).

Πίνακας 44: Λόγοι μη χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων

ΟΧΙ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ_ΛΟΓΟΙ				
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	33	21,2	21,2
	Έχω σταθερό σύντροφο	43	27,6	48,7
	Εμπιστεύομαι τον/την σύντροφο μου	38	24,4	73,1
	Θέλω να κάνω παιδί	25	16,0	89,1
	Αισθάνομαι αμηχανία, άβολα να το ζητήσω από τον/την σύντροφο μου	15	9,6	98,7
	άλλο	2	1,3	100,0
	Total	156	100,0	

Εικόνα 46: Λόγοι μη χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων



Συμπερασματική στατιστική

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη *συνεχή* κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test). Στην παρούσα μελέτη έγινε έλεγχος των μεταβλητών όπου αναδείχτηκε ότι υπάρχει κανονική κατανομή.

Έτσι για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης chi-square test (t-test) και η Ανάλυση Διασποράς μιας κατεύθυνσης ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0,05$.

Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση του φύλου με την χρήση αντισυλληπτικών μέτρων. Οι γυναίκες όπως φαίνεται τείνουν να κάνουν χρήση πιο συχνά αντισυλληπτικών μέτρων ($p=0,034$) (πίνακας 53), υποδηλώνοντας ότι δεν θέλουν να προκύψει κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (πίνακας). Επίσης οι γυναίκες φαίνεται ότι κάνουν χρήση αντισυλληπτικών μέτρων 1,52 περισσότερο από τους άνδρες (πίνακας 45).

Η εκπαίδευση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την χρήση αντισυλληπτικών μέτρων ($p=0,000$) (πίνακας 53) όπως φαίνεται από την ανάλυση των απαντήσεων. Αυτό ενδεχομένως να είναι επακόλουθο της σωστής ενημέρωσης και εκπαίδευσης που λαμβάνουν από τις σχολές πλέον οι νέοι.

Στατιστικά σημαντικά συσχέτιση υπάρχει επίσης και μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης με την χρήση αντισυλληπτικών μέτρων ($p=0,000$)(πίνακας 53) καθώς οι

άγαμοι δεν θα ήθελαν πιθανόν μια εγκυμοσύνη και κάνουν περισσότερο χρήση αντισυλληπτικών μέτρων για να αποφευχθούν τυχών ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες λόγω του ότι βρίσκονται σε μικρή ηλικία.

Το φύλο επίσης σχετίζεται με την άποψη ότι το προφυλακτικό επηρεάζει αρνητικά την ερωτική πράξη ($p=0,016$) (πίνακας 53). Το ανδρικό φύλο συμφωνεί με την άποψη ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη και βλέπουν την χρήση με αρνητικότητα. Το γυναικείο φύλο κρατάει ουδέτερη στάση ως προς αυτή την θέση (πίνακας 46).

Στατιστικά σημαντικά συσχέτιση υπάρχει σε αυτούς που μένουν στο χωριό σε σχέση με αυτούς της πόλης που χρησιμοποιούν πιο συχνά αντισυλληπτικά μέτρα ($p=0,012$) (πίνακας 53). Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα που βρίσκονται στην πόλη έχουν καλύτερη ενημέρωση για τα αντισυλληπτικά μέτρα από τα άτομα που βρίσκονται σε χωριό.

Όσοι επίσης δήλωσαν ότι πιστεύουν στο Θεό με στατιστικά σημαντικά συσχέτιση φαίνεται ότι δεν είναι υπέρ της χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων ($p=0,000$) (πίνακας 53) αυτό μάλλον οφείλεται και στο γεγονός ότι είναι αμαρτία να κάνεις άμβλωση διότι θεωρείται δολοφονία με βάση την εκκλησία. Σύμφωνα δε με τον χριστιανισμό τα παιδιά είναι θείο δώρο για αυτό και όσοι δηλώνουν πίστη στον θεό φαίνεται ότι δεν κάνουν χρήση 2,29 λιγότερο (πίνακας 47).

Όσοι έχουν περιστασιακή σχέση φαίνεται ότι κάνουν χρήση συχνότερα αντισύλληψης με στατιστικά σημαντικά συσχέτιση ($p=0,000$) (πίνακας 53). Αυτό οφείλεται στο ότι θέλουν να είναι προστατευμένοι από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα διότι αλλάζουν συχνά συντρόφους και για να υπάρξει αποφυγή εγκυμοσύνης.

Το φύλο συσχετίζεται επίσης με τη θέση, ότι πιο εύκολα μάλλον θα έκανε έκτρωση η γυναίκα με ($p=0,008$) (πίνακας 53). Το γυναικείο φύλο φαίνεται να συμφωνεί με μεγαλύτερο ποσοστό με τη θέση αυτή. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης η γυναίκα είναι εκείνη που θα πρέπει να αφήσει στην άκρη κάποια πράγματα όπως η εργασία, ή οι σπουδές (πίνακας 48).

Τα άτομα επίσης με ανώτερη εκπαίδευση φαίνεται να είναι πιο θετικοί σε μια έκτρωση σε περίπτωση εγκυμοσύνης ($p=0,000$) (πίνακας 53). Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι θα θέλουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους και να ακολουθήσουν την καριέρα τους, όπου μια εγκυμοσύνη θα ήταν εμπόδιο στα σχέδια τους (πίνακας 49).

Η οικογενειακή κατάσταση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς όσοι είναι άγαμοι επέλεξαν την απάντηση ότι είναι υπέρ των εκτρώσεων σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ($p=0,001$) (πίνακας 50, 53).

Όσοι επίσης δήλωσαν ότι πιστεύουν στο Θεό πιο δύσκολα θα οδηγούνταν σε έκτρωση ($p=0,000$) (πίνακας 53) διότι με βάση την εκκλησία η άμβλωση είναι αμαρτία και δολοφονία και εκείνοι οι άνθρωποι συμβαδίζουν με την πίστη που έχουν (πίνακας 51).

Στο ερώτημα τι θα έκαναν σε περίπτωση εγκυμοσύνης οι ερωτηθέντες σε μεγάλο βαθμό και κυρίως του γυναικείου φύλου απάντησαν ότι θα το σκεφτόντουσαν μόνο εάν συνέβαινε ($p=0,000$) (πίνακας 53). Όπως είθισται να συμβαίνει και κυρίως στους νέους, κανείς δεν ενδιαφέρεται για κάποιο πρόβλημα μόνο αφού θα το βρει μπροστά του (πίνακας 52).

Η πίστη τέλος στο Θεό φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πρόταση ότι η έκτρωση είναι δολοφονία ($p=0,000$) (πίνακας 53) αποδεικνύοντας ότι όσοι πιστεύουν στο Θεό συμφωνούν και με την θέση της χριστιανικής εκκλησίας ότι η έκτρωση είναι δολοφονία (πίνακας 54).

Πίνακας 45: Εκτίμηση χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων ανάμεσα στα δυο φύλα

RiskEstimate				
		Value	95% ConfidenceInterval	
			Lower	Upper
OddsRatio for ΦΥΛΟ (άνδρας / γυναίκα)		1,519	1,032	2,237
For cohort ΧΡΗΣΗ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ_ΜΕΤΡΩΝ = ΝΑΙ		1,142	1,011	1,289
For cohort ΧΡΗΣΗ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ_ΜΕΤΡΩΝ = ΟΧΙ		,751	,575	,982
N of ValidCases		490		

Πίνακας 46: Συσχέτιση φύλου με χρήση προφυλακτικού

		ΠΡΟΦΥΛΑΚ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΕΡΩΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ			Total
		Θετικά	Αρνητικά	Ουδέτερα	
ΦΥΛΟ	άνδρας	35	74	96	205
	γυναίκα	64	63	122	249
Total		99	137	218	454

Πίνακας 47: Εκτίμηση χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων βάση των θρησκευτικών πεποιθήσεων

RiskEstimate				
		Value	95% ConfidenceInterval	
			Lower	Upper
OddsRatio for ΠΙΣΤΗ_ΘΕΟ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)		,318	,200	,506

For cohort ΧΡΗΣΗ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ_ΜΕΤΡΩΝ = ΝΑΙ	,730	,652	,817
For cohort ΧΡΗΣΗ_ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ_ΜΕΤΡΩΝ = ΟΧΙ	2,293	1,596	3,295
N of ValidCases	490		

Πίνακας 48: Εκτίμηση φύλου σε σχέση με την έκτρωση

		ΥΠΕΡ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡΩΣΗΣ				Total
		κατά	μάλλον κατά	υπέρ	μάλλον υπέρ	
ΦΥΛΟ	άνδρας	55	80	13	78	226
	γυναίκα	67	78	41	88	274
Total		122	158	54	166	500

Chi-SquareTests			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	11,828 ^a	3	,008
LikelihoodRatio	12,446	3	,006
Linear-by-Linear Association	,163	1	,686
N of ValidCases	500		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,41.

Πίνακας 49: Εκπαίδευση σε σχέση υπέρ ή κατά εκτρώσεων

		ΥΠΕΡ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡΩΣΗΣ				Total
		κατά	μάλλον κατά	υπέρ	μάλλον υπέρ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΥΕ	16	21	2	5	44
	ΔΕ	37	38	11	24	110
	ΤΕ	31	28	24	46	129
	ΠΕ	28	43	16	53	140
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	10	28	1	38	77
Total		122	158	54	166	500

Πίνακας 50: Οικογενειακή κατάσταση - υπέρ ή κατά των εκτρώσεων

		ΥΠΕΡ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡΩΣΗΣ				Total
		κατά	μάλλον κατά	υπέρ	μάλλον υπέρ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	έγγαμος	17	19	0	4	40
	άγαμος	87	110	46	131	374
	ζω με σύντροφο	18	29	8	31	86
Total		122	158	54	166	500

Chi-SquareTests			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	22,231 ^a	6	,001
LikelihoodRatio	27,609	6	,000
Linear-by-Linear Association	7,883	1	,005
N of ValidCases	500		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,32.

Πίνακας 51: Πίστη στο Θεό-υπέρ ή κατά της έκτρωσης

		ΥΠΕΡ_ΚΑΤΑ_ΕΚΤΡΩΣΗΣ				Total
		κατά	μάλλον κατά	υπέρ	μάλλον υπέρ	
ΠΙΣΤΗ_ΘΕΟ	ΝΑΙ	103	139	21	72	335
	ΟΧΙ	19	19	33	94	165
Total		122	158	54	166	500

Πίνακας 52: Συσχέτιση φύλου με πιθανότητα εγκυμοσύνης

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Διακοπή κύησης	44	46	90
Το μωρό θα γεννιόταν	57	62	119
Θα παντρευόμουν πρώτα για να το κρατήσω	22	12	34
Θα το κρατούσα έστω και σαν ανύπαντρη μητέρα (για γυναίκες)	0	25	25
Θα γεννιόταν και θα το έδινα για υιοθεσία	2	7	9
Θα απομακρυνόμουν από τον τόπο κατοικίας μου για να το κρατήσω	0	1	1
Αποκλείεται να συμβεί σε μένα αυτό	21	26	47
Θα το σκεφτόμουν μόνο αν συνέβαινε	80	95	175
Σύνολο	226	274	500

Πίνακας 53: Συμπερασματική στατιστική

	p-value
Φύλο-αντισυλληπτικά μέτρα	0,034
Εκπαίδευση-αντισυλληπτικά μέτρα	0,000
Οικογενειακή κατάσταση-αντισυλληπτικά μέτρα	0,000
Φύλο-προφυλακτικό επηρεάζει την ερωτική πράξη	0,016
Τόπος κατοικίας-αντισυλληπτικά μέτρα	0,012
Θρησκεία- αντισυλληπτικά μέτρα	0,000
Είδος σεξουαλικής σχέσης- αντισυλληπτικά μέτρα	0,000
Φύλο-υπέρ ή κατά έκτρωσης	0,008
Εκπαίδευση-υπέρ ή κατά εκτρώσεων	0,000
Οικογενειακή κατάσταση-υπέρ ή κατά εκτρώσεων	0,001
Πίστη στο Θεό-υπέρ ή κατά της έκτρωσης	0,000
Φύλο-περίπτωση εγκυμοσύνης	0,000

Πίστη στο Θεό-έκτρωση είναι δολοφονία	0,000
--	-------

Πίνακας 54: Σχέση πίστης στο Θεό με έκτρωση ίσον δολοφονία

		ΕΚΤΡΩΣΗ ΔΟΛΟΦΟΝΙΑ				Total
		διαφωνώ απόλυτα	μάλλον διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	μάλλον συμφωνώ	
ΠΙΣΤΗ_ΘΕΟ	ΝΑΙ	22	62	96	155	335
	ΟΧΙ	59	84	11	11	165
Total		81	146	107	166	500

Κεφάλαιο 7^ο

Συμπεράσματα-Συζήτηση

Το θέμα των εκτρώσεων, οι στάσεις και οι απόψεις των νέων ατόμων ηλικίας 18-25 που μελετήθηκε, είναι αρκετά σημαντικό, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, αν και στον ελλαδικό χώρο αυτές είναι λίγες για το θέμα των αμβλώσεων.

Από έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα καταλαμβάνει για μια ακόμα φορά μια θλιβερή πρωτιά στην Ευρώπη σε αριθμό εκτρώσεων. Συγκριτικά με άλλες πτυχιακές εργασίες και έρευνες που έχουν αναρτηθεί τα τελευταία χρόνια, τα αποτελέσματα φαίνεται να έχουν ελάχιστες διαφορές μεταξύ τους, πράγμα που σημαίνει ότι σε γενικές γραμμές η Ελλάδα έχει μείνει στάσιμη στο θέμα της σεξουαλικής ενημέρωσης και της αντισύλληψης. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια να παρατεθούν βασικές ομοιότητες αλλά και διαφορές μεταξύ της παρούσας μελέτης και δύο προηγούμενων ερευνών.

Το 2007 οι φοιτήτριες της κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης Καπνουλά Α., Πιτσικάκη Μ., και Φλόκα Β., με επόπτη καθηγητή τον Κ. Χλιαουτάκη Ι. έκαναν την πτυχιακή τους εργασία με θέμα «Τοποθετήσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση τους».

Βλέπουμε ότι στην πτυχιακή που επιλέξαμε να συγκρίνουμε το ποσοστό που δήλωσαν ότι έχουν σεξουαλική σχέση αυτή την περίοδο έφτασε το 58,3% πάνω δηλαδή από τα μισά άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Αντίστοιχα αλλά και με πιο αισθητή τη διαφορά απόκλισης από το μέσο στην παρούσα πτυχιακή εργασία περισσότεροι ήταν εκείνοι που απάντησαν θετικά με ποσοστό 74,2%.

Επίσης και στις δύο πτυχιακές φαίνεται οι άντρες με τις γυναίκες να είναι μοιρασμένοι σε αριθμό με ποσοστό 57,7% υπέρ των γυναικών στο δείγμα που επιλέξαμε, όπως αντίστοιχα και στη δική μας περίπτωση με ποσοστό 54,8%. Στην ερώτηση εάν είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων απάντησαν εξίσου παρόμοια και στις δύο μελέτες με τα ποσοστά να τείνουν στην απάντηση «ΚΑΤΑ» με ποσοστό 64,7% στην πρώτη εργασία και 56% στην παρούσα μελέτη.

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση εάν έχουν μόνιμη σχέση αυτή την περίοδο. Φαίνεται πως τα δεδομένα αλλάζουν ανά τα χρόνια διότι στο δείγμα του

2007 βλέπουμε ότι περισσότεροι ήταν εκείνοι που δήλωσαν ότι έχουν μόνιμη σχέση με ποσοστό 77,7% ενώ στη δική μας μόλις το 47% δήλωσε ότι έχει μόνιμη σχέση, σημαντικό ποσοστό μεν αλλά με διαφορά απόκλισης από το προηγούμενο.

Όσον αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων φαίνεται ότι το προφυλακτικό είχε μεγαλύτερη απήχηση παλαιότερα καθώς τα ποσοστά χρήσης αυτού ήταν πολύ υψηλά με ποσοστό 77,2% θετικών απαντήσεων, σε όσους δήλωσαν ότι είχαν μόνιμη σχέση ενώ για εκείνους που δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποια μόνιμη σχέση το ποσοστό ανέβηκε κατακόρυφα στο 92,4%. Σε σύγκριση λοιπόν με τη δική μας μελέτη βλέπουμε ότι μόνο το 47,3% του πληθυσμού μας κάνει χρήση προφυλακτικού, λογικό βέβαια διότι πλέον έχουν πάρει διαστάσεις και οι πιο μοντέρνοι τρόποι αντισύλληψης.

Τέλος αξίζει επίσης να αναφερθεί η διαφορά στις δυο εργασίες σχετικά με εκείνους που δήλωσαν «τυπικοί» στο θρησκευτικό κομμάτι με ποσοστό 49,3% στην πρώτη εργασία και 67% στην παρούσα να δηλώνουν πίστη στο Θεό (Καπνουλά Α, 2007).

Εφτά χρόνια αργότερα το 2014 οι φοιτήτριες της Κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης Μακρυπόδη Α., Κουριδάκη Ε. και Καλαϊτζίδη Ι. στα πλαίσια της πτυχιακής τους εργασίας με θέμα «Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης για την αντισύλληψη και την έκτρωση» με επιβλέπων καθηγήτρια την κ.Μαραγκάκη Παγώνα έκαναν έρευνα.

Στο φλέγον κατά τα σημερινά δεδομένα ερώτημα ποιόν αφορά η έκτρωση οι συμμετέχοντες των δύο εργασιών συμφώνησαν και έδωσαν την απάντηση ότι αφορά και τα δύο φύλα με ποσοστό στο δείγμα του 2014, 76,44% και 69,4% στην παρούσα.

Στο ερώτημα εάν η έκτρωση θα έπρεπε να είναι νόμιμη υπήρχαν οι επιλογές του «συμφωνώ/ διαφωνώ απόλυτα» και «μάλλον συμφωνώ/διαφωνώ». Αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που τα γενικά ποσοστά ήταν παρόμοια και τα δείγματα συμφώνησαν ότι η έκτρωση θα έπρεπε να είναι νόμιμη παρατηρήθηκε το εξής: Με ποσοστό στο δείγμα 32,2% της 1^{ης} μελέτης, μάλλον υπέρ και 26,4% να είναι απόλυτοι στο υπέρ, φαίνεται ότι υπάρχουν περισσότεροι ενδοιασμοί στην απάντηση που έδωσαν σε σχέση με τη δική μας μελέτη όπου τα ποσοστά ήταν 27% μάλλον υπέρ και 44,6% απόλυτα υπέρ. Αυτό ίσως μας δείχνει ότι πλέον τα άτομα είναι πιο κατασταλαγμένα πάνω στο θέμα αυτό.

Στο ερώτημα εάν η έκτρωση θα έπρεπε να είναι νόμιμη σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας και στις δύο μελέτες απάντησαν θετικά με ποσοστό 60,1% στην πρώτη μελέτη και 84% στη δική μας μελέτη. Υπάρχει διακριτή διαφορά στα ποσοστά παρόλο που στο

αποτέλεσμα συμφωνούν και αυτό ίσως μας δείχνει ότι πλέον τα ηθικά διλλήματα των εκτρώσεων δεν έχουν τόση βαρύτητα όταν πρόκειται για τέτοια θέματα.

Επίσης τέθηκε η ερώτηση εάν η έκτρωση θα έπρεπε να είναι νόμιμη για λόγους υγείας. Εδώ βλέπουμε ξανά όπως και στην παραπάνω σύγκριση ότι τα ποσοστά παρόλο που οδηγούν στην ίδια θετική απάντηση έχουν απόκλιση μεταξύ τους. Στο 1^ο δείγμα θετικά απάντησε το 62% ενώ στη δική μας μελέτη θετικά απάντησε το 82%. Οι λόγοι που οδηγούν πάλι σε τέτοιου τύπου διαφορά είναι παρόμοιοι με τους παραπάνω.

Στην ερώτηση εάν η έκτρωση είναι δολοφονία το δείγμα που απάντησε θετικά το 2014 ήταν 42,8% ενώ στη δική μας μελέτη το 33,2%. Η διαφορά δεν είναι πολύ μεγάλη ανάμεσα στις δυο μελέτες. Στο ερώτημα επίσης εάν η ζωή ξεκινά από τη σύλληψη το δείγμα της πρώτης εργασίας απάντησε θετικά με ποσοστό 43,3% ενώ στη δική μας μελέτη το ποσοστό που απάντησε θετικά ήταν 38,4% χωρίς μεγάλη διαφορά.

Στην ερώτηση εάν έχουν σεξουαλική σχέση αυτή την περίοδο το ποσοστό του δείγματος που απάντησε θετικά ήταν 64,22% το 2014 και στη δική μας μελέτη το ποσοστό που απάντησε θετικά ήταν 74,2%. Εφόσον η πτυχιακή που συγκρίνουμε διεξήχθη το 2014 είναι λογικό να βλέπουμε διαφορά στο αποτέλεσμα συγκριτικά με την πρώτη που έλαβε χώρα το 2007 και τα αποτελέσματα αυτής (2014) να τείνουν πιο κοντά στα δικά μας σημερινά.

Στον πληθυσμό μελέτης ζητήθηκε να αναφέρουν τους κυριότερους τρόπους αντισύλληψης που επιλέγουν. Στο πρώτο δείγμα το 60,92% επέλεξε το προφυλακτικό όπως και στη δική μας μελέτη μόνο που το ποσοστό μας ήταν 47,33%. Βέβαια να τονίσουμε ότι αποκλείσεις θα υπάρχουν στα αποτελέσματα λόγο και της διαφοροποίησης των ερωτηματολογίων ανάμεσα στις πτυχιακές (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014).

Με βάση την πρώτη προαναφερθείσα πτυχιακή εργασία του 2007, παρατηρήθηκαν βασικές ομοιότητες αλλά και διαφορές στα αποτελέσματα των ερευνών. Η κύρια ομοιότητα είναι η στάση των ατόμων απέναντι στην ερώτηση «ποιόν αφορά περισσότερο η έκτρωση με βάση το φύλο» η οποία δεν έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια κατά πολύ και υποστηρίζει ότι αφορά εξίσου και τον άνδρα και τη γυναίκα.

Παρ'όλα αυτά οι γνώσεις των ατόμων πάνω στο θέμα της διακοπής της κύησης έχουν εξελιχθεί θετικά με τα χρόνια. Τα ποσοστά των ατόμων που γνωρίζουν τι ισχύει νομοθετικά στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί κατά πολύ καθώς επίσης έχει μειωθεί το ποσοστό των ατόμων που είχαν άγνοια πάνω στο θέμα. Παρά το γεγονός της μείωσης

αυτής της ομάδας, το ποσοστό άγνοιας παραμένει σχετικά υψηλό για τα σημερινά δεδομένα.

Ένα επίσης πολυσυζητημένο ερώτημα πάνω στο θέμα αυτό είναι το αν η έναρξη της ζωής συμβαίνει κατά τη σύλληψη. Παρατηρήθηκαν αρκετά μεγάλες διαφορές στις απαντήσεις, καθώς από το 2014 που διεξήχθη η τελευταία μελέτη πολύ περισσότεροι ήταν εκείνοι που πίστευαν ότι η ζωή ξεκινά από τη σύλληψη ενώ σήμερα, εν έτη 2019 έχει μειωθεί κατά πολύ αυτό το ποσοστό. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε βέβαια ότι υπήρξε ένα μεγάλο ποσοστό απόκλισης από άτομα που ήταν ουδέτερα ή δεν απάντησαν καθόλου (Καπνουλά Α, 2007).

Με βάση την δεύτερη πτυχιακή εργασία του 2014, πραγματοποιήθηκε μια σύγκριση σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης που επιλέγουν οι νέοι. Οι κυριότεροι μέθοδοι που προτιμούνται ανά τα χρόνια είναι το ανδρικό προφυλακτικό, η διακεκομμένη συνουσία και τα αντισυλληπτικά και στις δύο μελέτες, με ελάχιστη απόκλιση μεταξύ των ποσοστών.

Επίσης φαίνεται ότι η ηλικία που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα και στα δύο δείγματα όσο αφορά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή, είναι η ηλικία των δεκαεπτά (17) ετών.

Στο ερώτημα «είστε υπέρ η κατά των αμβλώσεων» τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με την πάροδο του χρόνου όλο και περισσότεροι νέοι αποδέχονται και είναι υπέρ της έκτρωσης ενώ τα ποσοστά εκείνων που ήταν κατά έχουν μειωθεί κατά πολύ.

Σε γενικές γραμμές τα άτομα που είναι υπέρ και τα άτομα που είναι κατά είναι πλέον ισότοπα μοιρασμένα ενώ παλαιότερα έτειναν κυρίως προς το «κατά», και ένας από τους λόγους που επηρέασαν τα ποσοστά αυτά είναι ο παράγοντας των Θρησκευτικών πεποιθήσεων.

Συγκεκριμένα, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό δήλωνε ότι η έκτρωση δε διαφέρει από τη δολοφονία, άποψη που στηρίζει ακράδαντα η εκκλησία. Πλέον είναι γεγονός ότι οι νέοι δεν επηρεάζονται τόσο από τις πεποιθήσεις της εκκλησίας και του Χριστιανισμού και κατ' επέκταση έχει αυξηθεί το ποσοστό που δε θεωρεί δολοφονία την άμβλωση (Καλαϊτζίδη Ι και συν., 2014).

Προτάσεις

Οικογενειακή/Σχολική ενημέρωση

Μέσω της μελέτης που πραγματοποιήσαμε επιμορφωθήκαμε περισσότερο πάνω στο θέμα της διακοπής της κύησης και καταλήξαμε σε κάποιες προτάσεις που θα βοηθήσουν στην μείωση των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και του αριθμού των εκτρώσεων.

Στην Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, ο αριθμός των αμβλώσεων μας έχει κατατάξει πρώτους στην Ευρώπη. Είναι αναγκαίο λοιπόν να πραγματοποιηθούν κάποιες αλλαγές για να πετύχουμε το προαναφερόμενο αποτέλεσμα.

Αρχικά θα ξεκινήσουμε με το θέμα της εκμάθησης και της ενημέρωσης που πρέπει να γίνεται σε μικρή ηλικία, καθώς από νωρίς το παιδί διαμορφώνει χαρακτήρα και απόψεις και απορροφά με μεγαλύτερη ευκολία τις πληροφορίες που λαμβάνει. Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο καθώς είναι η πρώτη πηγή λήψης γνώσεων για το παιδί και από εκεί ξεκινά και διαμορφώνεται καθοριστικά ο χαρακτήρας του. Οι γονείς άρα φέρουν μεγάλη ευθύνη και οφείλουν να εξηγούν στα παιδιά τους πως λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα σεξουαλικά, καθώς και να λύνουν κάθε απορία τους αποφεύγοντας να δίνουν μεταφορικές απαντήσεις που ίσως μετέπειτα κοστίσουν την εμπιστοσύνη τους μεταξύ των ίδιων και του παιδιού.

Για ένα παιδί στις μέρες μας είναι πολύ εύκολο να αντλήσει λανθασμένες πληροφορίες μέσω του διαδικτύου και των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και να θεωρήσει με βάση τα παραπάνω ότι δεν υπάρχει λόγος να στραφεί στην οικογένεια του για πληροφορίες.

Πρέπει να ξεπεραστεί ο φόβος απέναντι στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε μικρή ηλικία, ο οποίος κατά κύριο λόγο υπάρχει από τους γονείς διότι φοβούνται μην ενεργοποιήσουν νωρίτερα την σεξουαλικότητα και την περιέργεια του παιδιού τους. Η σωστή ενημέρωση από μικρή ηλικία όχι μόνο δεν παρουσιάζει αρνητικά αποτελέσματα στο μέλλον, αλλά συμβάλει στην αποτροπή λανθασμένων επιλογών και αποφάσεων του παιδιού στη μετέπειτα ζωή του.

Στη συνέχεια, μια πολύ συχνή έκφραση που ακούμε από μικρή ηλικία από τους γύρω μας, είναι ότι «Το σχολείο είναι το δεύτερο σπίτι μας» γι' αυτό και είναι εξίσου σημαντική η περαιτέρω σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολικό περιβάλλον. Τα παιδιά βέβαια έχουν πάντα την τάση να αντιδρούν κωμικά σε τέτοιου είδους θέματα, καθώς τους

είναι άγνωστα και περίεργα, γι' αυτό οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να διαθέτουν την κατάλληλη μεταδοτικότητα, υπομονή, επιμονή και εμπειρία για να υπάρξει αποτελεσματική εκμάθηση.

Κοινωνική ενημέρωση

Μετά από το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον, θέση καλείται να πάρει η κοινωνία. Στις μέρες μας το θέμα της άμβλωσης είναι ένα πρόβλημα στο οποίο έχει καταναλωθεί περισσότερος χρόνος συζήτησης αυτού παρά εύρεσής μέσωσ και τρόπων επίλυσης του.

Διαθέτουμε πλέον τα μέσα για περισσότερη και πιο άμεση ενημέρωση και καλό θα ήταν να εκμεταλλευτούμε τους πόρους αυτούς κάνοντας απλές αλλά σημαντικές αλλαγές. Αρχικά, θα μπορούσαν να ιδρυθούν περισσότερες ομάδες ενημέρωσης και πληροφόρησης είτε για εκείνους που δε έχουν γνώση πάνω στο θέμα, είτε για εκείνους που έχουν ελλιπείς γνώσεις, είτε ακόμα και για εκείνους που έχουν ήδη γνώσεις και ψάχνουν το κάτι παραπάνω. Αυτές οι ομάδες θα έχουν σκοπό την καθοδήγηση, την επίλυση αποριών και την βοήθεια εύρεσης της προσωπικής ηθικής του κάθε ατόμου.

Μια ακόμα ομάδα εξίσου σημαντική είναι εκείνη που θα απευθύνεται σε άτομα που έχουν ήδη υποβληθεί (ή έχει υποβληθεί η σύντροφός τους) σε διαδικασία διακοπής της κύησης και χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχει δυστυχώς ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που φοβούνται να παραδεχτούν ότι έχουν κάνει έκτρωση(ή έχει κάνει η σύντροφος τους) λόγω της κοινωνικής κατακραυγής που ξέρουν ότι ίσως υποστούν. Το φαινόμενο αυτό, με τη σωστή διαχείριση και με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου σύντομα θα εξαλειφθεί.

Στις μέρες μας υπάρχει ήδη η διάθεση από τα Δημόσια Νοσοκομεία να φιλοξενούν στους χώρους τους διαφόρων ειδών συνέδρια όχι μόνο για τους επαγγελματίες υγείας αλλά για όλους όσους επιθυμούν να ενημερωθούν. Μια ακόμα λύση λοιπόν είναι η οργάνωση περισσότερων συνεδρίων με θέμα τη διακοπή της κύησης, σε προσιτές τιμές για όλους και με μεγαλύτερη έμφαση στην καλύτερη προώθηση αυτών ώστε να υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό απήχησης.

Εξισορρόπηση ευθύνης μεταξύ των δύο φύλων

Παρόλο που οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο της μελέτης δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει ότι η έκτρωση είναι θέμα που αφορά και τα δύο φύλλα, υπάρχει ένα ακόμα μεγάλο ποσοστό που δείχνει να πιστεύει ότι αφορά μόνο τη γυναίκα.

Η πεποίθηση αυτή φέρει μία λογική εξήγηση, καθώς οι γυναίκες είναι εκείνες που υποβάλλονται σωματικά σε αυτή τη διαδικασία και μέχρι στιγμής η κοινωνία επικεντρώνεται στο δικό τους μερίδιο ευθύνης όταν έρθει εκείνη η ώρα.

Καλό θα ήταν λοιπόν, αφού έχουμε πλέον κατανοήσει τη σημαντικότητα και των δύο φίλων στο θέμα αυτό, να ξεκινήσουμε να επικεντρωνόμαστε στην πιο ενεργή συμμετοχή των ανδρών σε θέματα ενημέρωσης ώστε να αποφευχθούν τυχόν λάθη από μεριά τους, λόγω έλλειψης αυτής.

Οικονομική δυσκολία απόκτησης μέσω αντισύλληψης

Πολλές φορές, ενώ υπάρχει η κατάλληλη γνώση χρήσης αποτελεσματικών μέτρων αντισύλληψης, δεν υπάρχει πάντα η οικονομική δυνατότητα απόκτησης αυτών. Αυτό είναι ένα θέμα που δε χρήζει άμεσα λύση καθώς η οικονομία στην Ελλάδα βρίσκεται σε δυσχερή κατάσταση.

Αν παρόλα αυτά τολμούσαμε να ζητήσουμε μείωση του κόστους με μεθόδους όπως η συνταγογράφηση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και για συγκεκριμένους τρόπους αντισύλληψης τότε ίσως να είχαμε το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή τη μείωση των αμβλώσεων.

Βιβλιογραφία

AhnHSetal., S. H. (2012, June 19). Estimates of induced abortion in South Korea:Health facilities survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* , σσ. 314-328.

Arisi, E. (2003). The Changing attitudes towards abortion in Europe. . *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* , σσ. 109-121.

Carr B et al, G. M. (2012, July 10). Giving women the power to plan their families. *Lancet* , σσ. 80-82.

Cynthia Waszak Gearya et al, H. G. (2012). Attitudes toward abortion in Zambia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* , σσ. 148-151.

David Canning & T Paul Schultz. (2012, July 10). The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* , σσ. 165-171.

Dimoula Y et al., I. M. (2007). Health Science Journal. *Attitudes towards abortion* , σσ. 1-11.

Donadiki EM et al, J.-G. R.-B.-T.-G. (2013). Factors Related to Contraceptive Methods among Female Higher Education Students in Greece. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* , σσ. 334-339.

el.wikipedia.org. (n.d.). Ανάκτηση Μάρτιος 2, 2019, από Αντισύλληψη: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%8D%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7>

el.wikipedia.org. (n.d.). Έκτρωση. Ανάκτηση από Βικιπαίδεια: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%88%CE%BA%CF%84%CF%81%CF%89%CF%83%CE%B7>

Erfani A. (2011, May 19). Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* , σσ. 134-142.

Espey, E. O. (2005). Abortion education in medical schools: A national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , σσ. 640-643.

Garcia-Sanchez I et al., P. –P. (2002). Prevention of HIV and STIs among women in Europe, women's Network PHASE. *Utrecht, Plantijn* , σσ. 13-24.

Glasier A et al, S. J. (2008, June 5). Attitudes of women in Scotland to contraception: a qualitative study to explore the acceptability of long-acting methods. *J Fam Plann Reprod Health Care* , σσ. 213-217.

Jenna Jerman et al, R. K. (2016). Characteristics of U.S. Abortion Patients in 2014 and Changes Since 2008. *New York: Guttmacher Institute* .

Kallipolitis G et al, S. K. (2003, September). Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. . *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* , σσ. 145-151.

kamena soutien. (2013, Οκτώβριος 3). *Ο Φεμινισμός Είναι για Όλους. Κεφάλαιο 5: Δικό μας σώμα, δικός μας εαυτός*. Ανάκτηση Μάρτιος 3, 2019, από [kamenasoutien.com: https://kamenasoutien.com/2013/10/13/o_feminismos_einai_gia_olous_kefalαιο_5/](https://kamenasoutien.com/2013/10/13/o_feminismos_einai_gia_olous_kefalαιο_5/)

Kost & Henshaw. (2012). U.S. teenage pregnancies, births and abortions, 2008: national trends by race and ethnicity. *Guttmacher Institute*.

Kumar R et al., M. S. (2002). Comparative analysis of knowledge, attitudes and perceptions about induced abortions among medical and non-medical students of Karachi. *J Pak Med Assoc* , σσ. 492-494.

Law spot. (2017). *Άρθρο 304 - Ποινικός Κώδικας - Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης*. Ανάκτηση από [lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia: https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/pk/arthro-304-poinikos-kodikas-tehniti-diakopi-tis-egkymosynis](https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/pk/arthro-304-poinikos-kodikas-tehniti-diakopi-tis-egkymosynis)

Rachel K. Jones, L. B. (2010). Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008. *New York: Guttmacher Institute* .

S@bate. (2010, Δεκέμβριος 3). *Φεμινισμός και επαναστατικό κίνημα-Ο ρόλος των γυναικών*. Ανάκτηση Μάρτιος 2, 2019, από [athens.indymedia.org: https://athens.indymedia.org/post/1231083/](https://athens.indymedia.org/post/1231083/)

Salakos N et al., K. K. (2010). Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital During a Six-year Period (2000e2005)—A Retrospective Study. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* , σσ. 303-309.

Sedgh G et al., B. A. (2012, September). Legal abortion levels and trends by woman's age at termination. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* , σσ. 143-153.

Sedgh G et al., H. S. (2007, Οκτώβριος 19). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet* , σσ. 1338-1345.

Sedgh G et al., S. S. (2012, February 18). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* , σσ. 625-632.

Singh S et al., P. E. (2006). Induced Abortion and Unintended Pregnancy In Guatemala. *International Family Planning Perspectives* , σσ. 136-145.

Tountas Y et al., D. C. (2004, February 4). Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country – wide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* , σσ. 190-195.

Tsui AO et al, M.-M. R. (2010, June 22). Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiologic Reviews* , σσ. 152-174.

Van Braeckel D et al, T. M. (2012, July 10). Slowing population growth for wellbeing and development. *Lancet* , σσ. 84-85.

Van de Brink MJ et al., B. A.–d. (2011). Attitude toward contraception and abortion among Curacao women. Ineffective contraception due to limited sexual education? *BMC Family Practice* , σ. 55.

Αλεξοπούλου Δ και συν, Γ. Π. (n.d.). Σεξουαλική Αγωγή: ένα ζήτημα που παραμένει ταμπού μέχρι και σήμερα για την Ελληνική Πολιτεία και κοινωνία. Ανάκτηση Φεβρουάριος 5, 2019, από <http://r/2017/01/sexoualiki-agogi-ena>

Αλεξοπούλου Δ και συν, Γ. Π. (2007). Σεξουαλική Αγωγή: ένα ζήτημα που παραμένει ταμπού μέχρι και σήμερα για την Ελληνική Πολιτεία και κοινωνία. Ανάκτηση Φεβρουάριος 2019, από <http://neafiorina.gr/2017/01/sexoualiki-agogi-ena-zitima-pou-parameni-tabou-mechri-ke-simera-gia-tin-elliniki-politia-ke-kinonia/>

Αμπραβανέλ, Ν. (2012). Η σεξουαλική αγωγή παραμένει έως τώρα ταμπού. *Καθημερινή* .

Ασημακοπούλου Π & Τσώλης Τ. (2015). *Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου στην διαπαιδαγώγηση -αγωγή του παιδιού*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής εργασίας.

Βάντσος Μ. (2009). *Ηθική θεώρηση της έκτρωσης*.

Βασίλειος Μανδηλαράς. *Οι έλληνες, τόμος 1ος, σελ. 34-35*. Αθήνα: Κάκτος.

Δετοράκης Ι. (1986). *Οικογενειακός προγραμματισμός (αντισύλληψη, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση)*. Αθήνα: Πατάκη.

Δημήτριος Χ. Καραγιάννης. (2019, Μάρτιος). *Αστικός Κώδικας - Οικογενειακό δίκαιο - Επιτροπεία ανηλίκου*. Ανάκτηση από karagiannislawfirm.gr: <https://www.karagiannislawfirm.gr/el/astiko-dikaio/153-2010-12-21-17-42-19>

Δριστά Χρυσουγή. (2015). *Η Τεχνητή διακοπή κύησης ως πράξη με ιατρική, νομική και ηθική διάσταση*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Σύγχρονες Ιατρικές Πράξεις: Δικαιϊκή ρύθμιση και βιοηθική διάσταση.

Ευαγγέλιο, Κ. Ι. (n.d.). *Ο Ιησούς συγχωρεί τη μοιχαλίδα γυναίκα*. Ανάκτηση από Καινή Διαθήκη: http://users.sch.gr/aiasgr/Kainh_Diathikh/Kata_Iwannhn_Euaggelio/Kata_Iwannhn_Euaggelio_kef.8.htm

Εφημερίδα, Λ. (2017, Oct 16). *Τι προβλέπει ο νόμος για εκτρώσεις στην Κύπρο, στην Ελλάδα, στην Ιταλία και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής*. Ανάκτηση από <http://www.elemesos.com/index.php/2019/item/32733-ektrwsi-161017.html>

Θεοδωρακόπουλος Ν. (1980). *εισαγωγή, αρχαίο και ελληνικό κείμενο στο Πλάτωνος Θεαίτητος, Ακαδημία Αθηνών, Κέντρο Ερεύνης της Ελληνικής Φιλοσοφίας σελ. 78 – 81*. Αθήνα.

Ιωαννίδη Ε & Αγραφιώτης, Δ. (2008). *Οικογενειακός προγραμματισμός: αντιλήψεις και στάσεις των γυναικών για την αντισύλληψη και τις εκτρώσεις στο Επιμέλεια και Υγεία*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Καδή Χ και συν, Κ. Α. (2015). *Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των σπουδαστών του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος και των κατοίκων της Πάτρας για την αντισύλληψη και την έκτρωση. Πτυχιακή Εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Καλαϊτζίδη Ι και συν., Κ. Ε. (2014). *Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης για την αντισύλληψη και την έκτρωση*. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Κοινωνικής εργασίας, ΣΕΥΠ.

Καλογεροπούλου-Μεταλληνού Βαρβάρα. (2019). *Τα δικαιώματα του αγέννητου παιδιού και η μητρική αγάπη*. Ανάκτηση από impantokratoros.gr: https://www.impantokratoros.gr/dikaiomata_agennhtou_paidiou.print.el.aspx

Καπνουλιά Α, κ. σ. (2007). *Τοποθετήσεις των φοιτητών απέναντι στην έκτρωση και παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους*. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης, ΣΕΥΠ, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Κληρονομικό Δίκαιο. (2019, Μάρτιος). *Η Κληρονομική διαδοχή γενικά*. Ανάκτηση από kwdikas.gr:

<https://www.kwdikas.gr/%CE%BA%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CE%BF-%CE%B1%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1-1710-2035/>

Κωνσταντινίδης Θ και συν., Σ. Ν. (2012, Ιούνιος 4). Σεξουαλική συμπεριφορά και πρακτικές αντισύλληψης φοιτητών Νοσηλευτικής. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE* , σσ. 710-719.

Μαυρομάτη Μ & Χονδρογιάννη Α. (2010). *Οι στάσεις των νέων απέναντι στις εκτρώσεις, Πτυχιακή εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ, Πάτρας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Μητσοπούλου Α. (2013). *Η ηθική πλευρά της άμβλωσης*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Διδακτορική Διατριβή.

Μπέλλιος Β. (2018, Δεκέμβριος 15). *Η Έκτρωση και οι Ευρύτερες Επιπτώσεις της*. Ανάκτηση από [bioethics-education: https://bioethics-education.blogspot.com/2018/12/blog-post_15.html](https://bioethics-education.blogspot.com/2018/12/blog-post_15.html)

Νόμος υπ' αριθμόν 1609/1986. (n.d.). *Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις*. Ανάκτηση από [e-nomothesia.g](http://e-nomothesia.gr): <https://wwwr/kat-ygeia/n-1609-1989.html>

Ξεσφύγγης Δ. (2014, Ιανουάριος 25). *Η άμβλωση στους αρχαίους Έλληνες και στον Μ. Βασίλειο*. Ανάκτηση από [pemptousia](http://pemptousia.gr): <https://www.pemptousia.gr/2014/01/i-theorisi-tis-amvlosis-stin-archea-ell/>

Π.Ο.Υ. 6th edition. (2008,). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence*. who.

Π.Ο.Υ. (2018, Φεβρουάριος 8). *Family planning/Contraception*. Ανάκτηση από who: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Παναγιώτα Μπέλλου. (2007). *Το φεμινιστικό κίνημα στην Ελλάδα από την εποχή του μεσοπόλεμου μέχρι σήμερα. Πτυχιακή εργασία*. Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνιολογίας.

Πίκκολος ΝΣ. (1863). *Αριστοτέλους Περί Ζώων Ιστορίας, επιμέλεια και διόρθωση από τον Firmin Didot Freres βιβλίο 7 (Ζ), κεφάλαιο 3, 15 – 19, σελ. 258 – 259*. Paris, Fils et Cie, Libraires.

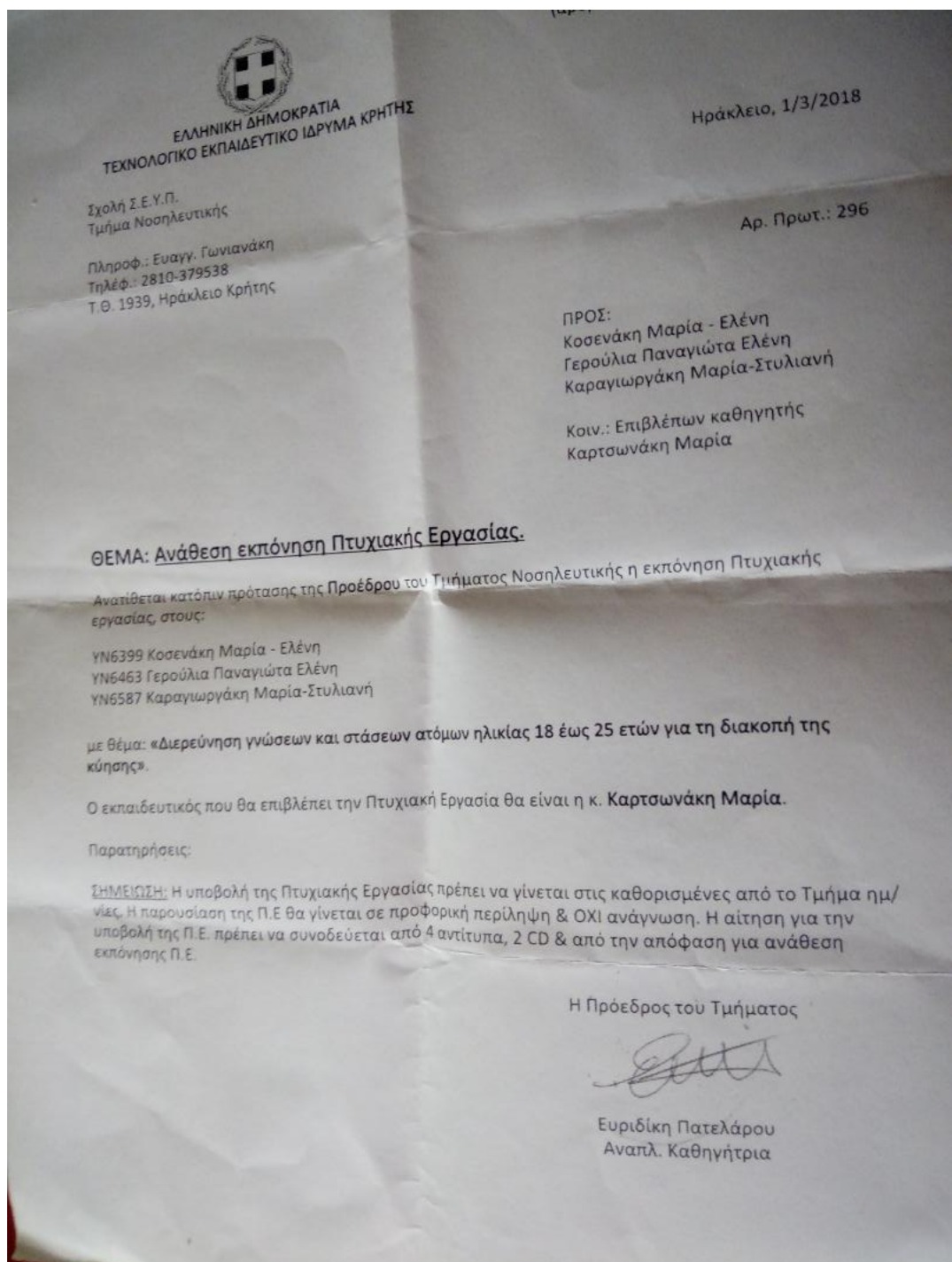
Ρούπα-Δαριβάκη Β. (2006). *Οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη*. Αθήνα: Ελλην.

Σιδερά Γ & Αθανασοπούλου Μ. (2010). *Η Τεχνητή Διακοπή Κύησης και οι Στάσεις της Κοινωνίας απέναντι σε αυτήν. Πτυχιακή εργασία*. Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Σκουτερόπουλος ΝΜ. *Σημείωμα στο Πλάτων Πολιτεία, σελ. 238 – 239*. Αθήνα: Πόλις.

Παράρτημα 1^ο

Άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας



Παράρτημα 2^ο

Φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομαζόμαστε Γερούλια Παναγιώτα Ελένη, Καραγιωργάκη Μαρία Στέλλα, Κοσενάκη Μαρία Ελένη και είμαστε σπουδάστριες του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η διπλωματική μας εργασία έχει τίτλο «Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων ατόμων ηλικίας 18 έως 25 ετών για τη διακοπή της κήσης».

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική.

Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Φοιτητές:

Γερούλια Παναγιώτα Ελένη

Καραγιωργάκη Μαρία Στέλλα

Κοσενάκη Μαρία Ελένη

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc

Στοιχεία επικοινωνίας:

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

Παράρτημα 3^ο

Ερωτηματολόγιο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία:.....

Εκπαίδευση:

Υποχρεωτική εκπαίδευση Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Τεχνολογική εκπαίδευση Πανεπιστημιακή εκπαίδευση

Τεχνική σχολή

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος Άγαμος Ζω με σύντροφο

Κατοικία: Χωριό Πόλη

Πιστεύετε στο Θεό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αναφέρετε αν θέλετε την θρησκεία σας.....

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

Γνωρίζεται αν η έκτρωση έχει αρνητικές επιδράσεις στη γονιμότητα της γυναίκας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πότε ξεκινά κατά τη γνώμη σας η ζωή;

Από τη γέννηση

Από τη σύλληψη

Από το _____ μήνα εγκυμοσύνης (αναφέρετε το μήνα εγκυμοσύνης)

Συμφωνείτε με την άποψη της εκκλησίας ότι η διακοπή κύησης είναι δολοφονία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχετε κάνει έκτρωση ή για τους άνδρες αν έχει κάνει έκτρωση η σύντροφος του;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Το μετανιώσατε; (Αν απαντήσατε θετικά στην προηγούμενη ερώτηση)

ΝΑΙ ΟΧΙ

Θα κάνατε ποτέ έκτρωση ή για τους άνδρες αν θα ήθελαν να κάνει έκτρωση η σύντροφος τους σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι για ποιο λόγο (μπορείτε να επιλέξετε από 1-3 απαντήσεις);

Λόγους υγείας Οικογενειακούς λόγους

Οικονομικούς λόγους Λόγω ηλικίας

Λόγω καριέρας

Αν όχι για ποιο λόγο (μπορείτε να επιλέξετε από 1-3 απαντήσεις);

Ηθικούς λόγους

Κοινωνικούς λόγους

Οικονομικούς λόγους

Θρησκευτικούς λόγους

Κοινωνική κατακραυγή

Από φόβο

Συνειδησιακούς λόγους

Η διακοπή κύησης στην Ελλάδα είναι νόμιμη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΞΕΡΩ

Γενικά είστε υπέρ ή κατά των εκτρώσεων;

Κατά

Μάλλον κατά

Υπέρ

Μάλλον υπέρ

Η διακοπή κύησης αφορά κυρίως:

Την γυναίκα

Τον άνδρα

Και τους δυο

Συμπληρώστε αν συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις.

	Διαφωνώ απόλυτα	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη				
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη σε περίπτωση αιμομιξίας ή βιασμού				
Η έκτρωση πρέπει να είναι νόμιμη για λόγους υγείας				
Η έκτρωση πρέπει να μπορεί να γίνεται σε δημόσια νοσοκομεία				
Η έκτρωση είναι δολοφονία				
Η έκτρωση είναι αμαρτία				
Το έμβρυο έχει ζωή				
Η ζωή δημιουργείται από την στιγμή της σύλληψης				
Τα έμβρυα θα έπρεπε να έχουν νομικά δικαιώματα				
Τα έξοδα των εκτρώσεων θα πρέπει να καλύπτονται από τα ταμεία				

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Αν μια φίλη σας σκεφτόταν να κάνει έκτρωση τι θα την συμβουλευάτε;

Θα συμφωνούσα αν υπήρχε ιατρικός λόγος

Δεν θα ανακατευόμουν είναι δικό της θέμα

Θα της έλεγα ότι διαφωνώ

Εξαρτάται από την περίπτωση αν θα κρατούσα θετική ή αρνητική στάση

Άλλο εξηγήστε: _____

Νομίζετε ότι αν περιοριστούν οι εκτρώσεις στην Ελλάδα θα έχουμε αύξηση των γεννήσεων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Νομίζεις πρέπει να αλλάξει ο νόμος για τις εκτρώσεις στην Ελλάδα; (Ο νόμος λέει ότι η έκτρωση επιτρέπεται μέχρι τους 3 μήνες όταν το επιθυμεί η γυναίκα και ως τους 6 μήνες αν συντρέχει ιατρικός λόγος)

ΝΑΙ αν θέλουμε να έχουμε αύξηση των γεννήσεων στην Ελλάδα

ΟΧΙ γιατί θα ήταν περιορισμός ελευθερίας

Τι πιστεύετε ότι πρέπει να αλλάξει στο νόμο για τις αμβλώσεις; (μπορείτε να επιλέξετε ως τρεις απαντήσεις)

1. Να απαγορευτούν τελείως χωρίς καμία εξαίρεση.
2. Σε περίπτωση ανήλικης, οι γονείς να ενημερώνονται και να δίνουν αυτοί την συγκατάθεση.
3. Για να γίνει διακοπή κύησης να συμφωνούν δυο γιατροί.
4. Η μητέρα να βλέπει το έμβρυο σε υπέρηχο πριν προχωρήσει στην διακοπή κύησης.
5. Να επιτρέπεται διακοπή κύησης μόνο για ιατρικούς λόγους.
6. Να απαγορεύεται η διακοπή κύησης σε παντρεμένα ζευγάρια.
7. Δεν πρέπει να αλλάξει τίποτα.
8. Άλλο (προσδιορίστε) _____

Θα παίρνατε μέρος σε διαδηλώσεις εναντίον των αμβλώσεων; (μπορείτε να επιλέξετε ως τρεις απαντήσεις)

1. Ναι σε διαδήλωση διαμαρτυρίας.
2. Ναι σε μοίρασμα ενημερωτικών φυλλαδίων.
3. Όχι δεν θα έπαιρνα μέρος.
4. Ναι σε καθιστική διαμαρτυρία έξω από νοσοκομεία και κλινικές που γίνονται αμβλώσεις.
5. Ναι με εθελοντική εργασία για την προστασία των αγέννητων παιδιών.
6. Ναι με οικονομική ενίσχυση οργανισμών που ασχολούνται με το θέμα.

Τι θα κάνατε αν μαθαίνατε ότι είστε έγκυος τώρα ή όσον αφορά τους άντρες η σύντροφος του;

1. Διακοπή κύησης.

2. Το μωρό θα γεννιόταν.
3. Θα παντρευόμουν πρώτα για να το κρατήσω.
4. Θα το κρατούσα έστω και σαν ανύπαντρη μητέρα (για γυναίκες).
5. Θα γεννιόταν και θα το έδινα για υιοθεσία.
6. Θα απομακρυνόμουν από τον τόπο κατοικίας μου για να το κρατήσω.
7. Αποκλείεται να συμβεί σε μένα αυτό.
8. Θα το σκεφτόμουν μόνο αν συνέβαινε.

ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Έχετε σεξουαλική σχέση;

1. Δεν είχα ποτέ σεξουαλική σχέση.
2. Δεν έχω αυτή την περίοδο σεξουαλική σχέση.
3. Έχω σεξουαλική σχέση αυτή την περίοδο.

Προσδιορίστε τι είδους σεξουαλική σχέση έχετε.

1. Δεν έχω σεξουαλική σχέση.
2. Έχω μόνιμη σχέση.
3. Έχω περιστασιακή σχέση.

Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή;

1. Δεν έχω ακόμα καμιά σεξουαλική επαφή.
2. Ηλικία _____

Από ποιες πηγές κυρίως ενημερώνεστε για σεξουαλικά θέματα; (μπορείτε να επιλέξετε ως τρεις απαντήσεις)

- | | | |
|----------------------------|----------------------|------------|
| 1. Φίλους | 2. Γονείς | 3. Αδέρφια |
| 4. Σχολείο | 5. Περιοδικά- βιβλία | 6. Γιατρό |
| 7. Μέσα μαζικής ενημέρωσης | 8. Ίντερνετ | 9. Κανένα |
| 10. Φαρμακοποιός | 11. Μαία | |

Ποιες μεθόδους αντισύλληψης γνωρίζετε; (κυκλώστε όσες γνωρίζετε και από τις δυο κατηγορίες)

A. Φυσικές μεθόδους αντισύλληψης

1. Θηλασμός

2. Ημερολογιακή μέθοδος
3. Θερμομετρικό διάγραμμα
4. Διακοπτόμενη συνουσία

B. Τεχνητές μέθοδοι αντισύλληψης

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Αντισυλληπτικά χάπια | 2. Χάπι της επόμενης ημέρας |
| 3. Ανδρικό προφυλακτικό | 4. Αντισυλληπτική ενδομήτρια συσκευή (ΑΕΣ) |
| 5. Σπερματοκτόνα | 6. Στεριοποίηση |
| 7. Αντισυλληπτικός σπώγγος | 8. Γυναικείο προφυλακτικό (Κολπικό διάφραγμα) |
| 9. Σπιράλ | 10. Ενδοκολπικός δακτύλιος |
| 11. Ενέσιμο διάλυμα | 12. Εμφυτεύματα με προγεσταγόνο |
| 13. Κολπικές πλύσεις | |

Χρησιμοποιείται αντισυλληπτικά μέσα;

1. ΝΑΙ

2. ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ αναφέρετε ποια:.....

.....

Θεωρείται ότι είχατε επαρκής ενημέρωση και γνώση πριν την πρώτη σεξουαλική σας επαφή;

1. Δεν έχω σεξουαλική επαφή ακόμα
2. Καθόλου ενημέρωση
3. Ανεπαρκής ενημέρωση
4. Επαρκής ενημέρωση
5. Πλήρης ενημέρωση

Πόσο συχνά ακολουθείται κάποια αντισυλληπτική μέθοδος;

- | | |
|-----------|---------------|
| 1. Πάντα | 2. Πολύ συχνά |
| 3. Σπάνια | 4. Ποτέ |

Θεωρείται ότι η χρήση προφυλακτικού επηρεάζει την ερωτική πράξη;

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| 1. Θετικά | 2. Αρνητικά | 3. Ουδέτερα |
|-----------|-------------|-------------|

Η αντισύλληψη σε ένα ζευγάρι που θέλει να αποφύγει μια κύηση αφορά:

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

Αν δεν κάνετε χρήση κάποιας μεθόδου αντισύλληψης προσδιορίστε τον λόγο.

1. Έχω σταθερό σύντροφο
2. Εμπιστεύομαι τον/την σύντροφο μου
3. Θέλω να κάνω παιδί
4. Αισθάνομαι αμηχανία, άβολα να το ζητήσω από τον/την σύντροφο μου
5. Άλλο προσδιορίστε.....