



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ  
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Οι συνήθειες και οι απόψεις των Ελληνίδων σε σχέση με τις εκτρώσεις.



Φοιτήτριες: Κουδουνά Μαρία, Μάρα Ευμορφία

Αριθμοί Μητρώων: MA01305, MA01320

Επιβλέπων Καθηγητής: Εσκιτζής Παναγιώτης

Πτολεμαΐδα 2022

## ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

«Οι συνήθειες και οι απόψεις των Ελληνίδων σε σχέση με τις εκτρώσεις.»

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η πτυχιακή εργασία έχει συνταχθεί από εμάς και κανένα μέρος της δεν είναι αντιγραμμένο από έντυπες ή ηλεκτρονικές πηγές, ούτε αποτελεί μετάφραση από ξενόγλωσσες πηγές ή αναπαραγωγή από εργασίες άλλων ερευνητών ή φοιτητών.

Όνοματεπώνυμο

Κουδουνά Μαρία

Μάρα Ευμορφία

Υπογραφή

Ημερομηνία

## **Ευχαριστίες**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας Παναγιώτη Εσκιτζή για την ανάθεση του θέματος, για την καθοδήγηση και τον χρόνο που αφιέρωσε καθώς και τις χρήσιμες συμβουλές και τις οδηγίες για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αμβλώσεις αποτελούν ένα σημαντικό θέμα που απασχολούσε και απασχολεί μέχρι και σήμερα την κοινωνία. Στην παραπάνω έρευνα εκτιμήθηκαν οι σκέψεις και οι αντιλήψεις μερικών γυναικών απέναντι στις εκτρώσεις καθώς και τις γνώσεις τους για την αντισύλληψη. Κρίθηκε απαραίτητο να γίνει μια περιληπτική ιστορική αναδρομή για το πώς οι κοινωνίες αντιμετωπίζουν το θέμα της άμβλωσης, ξεκινώντας από την στάση που επικρατούσε στους αρχαίους πολιτισμούς μέχρι την σημερινή εποχή. Ακόμα, εξετάστηκε ο τρόπος προσέγγισης των κοινωνιών στο θέμα των αμβλώσεων, ως προς την γεωγραφική τους θέση, τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και το εκάστοτε νομικό πλαίσιο, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η άμβλωση είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα, το οποίο επιφέρει διχασμό. Παρουσιάζεται το νομικό πλαίσιο το οποίο ισχύει στην χώρα μας αλλά και σε άλλες χώρες, επίσης γίνεται και μια αναφορά στις χώρες όπου η άμβλωση απαγορεύεται. Επιπλέον αναφέρθηκαν οι λόγοι της έκτρωσης, οι επιπτώσεις που επιφέρει, οι ενδείξεις για την τεχνητή διακοπή της κύησης καθώς και οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι (χειρουργικές και φαρμακευτικές). Ωστόσο, γίνεται αναφορά και στις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης που χρησιμοποιούνταν τόσο στην αρχαιότητα, με αμφίβολη την αποτελεσματικότητά τους, όσο και στην σύγχρονη εποχή. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορούν να διακριθούν σε 4 κατηγορίες: στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης, στις μεθόδους φραγμού, στην ορμονική αντισύλληψη και τέλος στην επείγουσα αντισύλληψη. Στην παρακάτω εργασία πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα όπου ερωτήθηκαν 300 γυναίκες σε 25 ερωτήσεις με ανωνυμία ώστε οι απαντήσεις τους να είναι αληθείς. Οι ερωτήσεις αναφέρονται εάν υπάρχει πλήρης ενημέρωση σχετικά με τον ιό HPV, εάν κάνουν έλεγχο test Papp καθώς και αν υπάρχει σωστή ενημέρωση στην Ελλάδα για την αντισύλληψη. Γενικότερα η έκτρωση είναι η διαδικασία τεχνητής διακοπής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά δεν γίνεται μόνο σε περιπτώσεις που η γυναίκα δεν επιθυμεί να αποκτήσει παιδί καθώς και σε όσες υπάρχει σημαντικό πρόβλημα και μπαίνει σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Συνήθως όμως οι λόγοι που συμβαίνει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι η αμέλεια, η κακή εφαρμογή μιας μεθόδου αντισύλληψης ή η έλλειψη ενημέρωσης. Κάθε γυναίκα που επιλέγει να προχωρήσει σε μια έκτρωση θα πρέπει να επιλέγει και να απευθύνεται σε γυναικολόγο που έχει την κατάλληλη εμπειρία αλλά και ευαισθησία για να χειριστεί αυτή την κατάσταση. Σε γυναικολόγο που ακολουθεί προσεκτικά βήματα και εφαρμόζει τους κανόνες ασφάλειας η άμβλωση είναι μια λύση που μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα σε αυτή τη δύσκολη στιγμή της ζωής της.

## ABSTRACT

Abortions are an important issue that preoccupied and still preoccupies society. In the above research, the thoughts, and perceptions of some women towards abortions as well as their knowledge about contraception were assessed. It was deemed necessary to make a brief historical review of how societies deal with the issue of abortion, starting from the attitude that prevailed in ancient civilizations up to the present day. Furthermore, the approach of societies to the issue of abortion was examined, in terms of their geographical location, their religious beliefs and the respective legal framework, so that it can be understood that abortion is a complex issue, which causes division. The legal framework that applies in our country but also in other countries is presented, also a reference is made to the countries where abortion is prohibited. In addition, the reasons for the abortion, the effects it brings, the indications for the artificial termination of the pregnancy as well as the methods used (surgical and pharmaceutical) were mentioned. However, reference is also made to the various methods of contraception that were used both in antiquity, with their effectiveness being dubious, and in modern times. Contraceptive methods can be divided into 4 categories: natural methods of contraception, barrier methods, hormonal contraception, and finally emergency contraception. In the following paper, a qualitative survey was conducted where 300 women were interviewed in 25 questions anonymously so that their answers are truthful. The questions refer to whether there is complete information about the HPV virus, whether they do a Papp test and whether there is correct information in Greece about contraception. In general, abortion is the process of artificially terminating an unwanted pregnancy, but it is not only done in cases where the woman does not wish to have a child, as well as in cases where there is a significant problem and the life of the mother, and the fetus are at risk. But usually, the reasons for an unwanted pregnancy are negligence, poor application of a contraceptive method or lack of information. Any woman who chooses to proceed with an abortion should choose and refer to a gynaecologist who has the appropriate experience and sensitivity to handle this situation. For a gynaecologist who follows careful steps and applies safety rules, abortion is a solution that can help a woman in this difficult moment of her life.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1

1. Ιστορική αναδρομή.....	8
1.1. Αρχαία Ελλάδα.....	8
1.2. Αρχαία Ρώμη.....	9

### Κεφάλαιο 2

2. Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	10
2.1. Νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες.....	11
2.2. Χώρες όπου απαγορεύεται η άμβλωση.....	13

### Κεφάλαιο 3

3. Έκτρωση – Ορισμοί.....	14
3.1. Είδη αποβολών.....	14
3.2. Τρόποι και μέσα διακοπή της κύησης.....	16
3.3. Τεχνικές στο 1 <sup>ο</sup> τρίμηνο.....	16
3.4. Τεχνικές στο 2 <sup>ο</sup> τρίμηνο.....	18
3.5. Συνέπειες εκτρώσεων.....	19
3.6. Ψυχική υγεία.....	20
3.7. Φροντίδα μετά την διακοπή της κύησης.....	20

### Κεφάλαιο 4

4. Οι θέσεις των θρησκείων.....	22
4.1. Δικαιώματα του εμβρύου.....	24
4.2 Δικαιώματα του πατέρα.....	24

### Κεφάλαιο 5

5. Αντισύλληψη.....	26
---------------------	----

5.1. Αρχαιότητα και αντισύλληψη.....	26
5.2. Μέθοδοι αντισύλληψης – Φυσικοί μέθοδοι αντισύλληψης.....	26
5.3. Μέθοδοι φραγμού.....	28
5.4. Ορμονική αντισύλληψη.....	35
5.5. Επείγουσα αντισύλληψη.....	41
5.6. Ενδομήτριο σπείραμα.....	42

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Σκοπός της έρευνας.....	44
Πληθυσμός – Δείγμα.....	44
Τόπος και χρόνος της έρευνας.....	44
Αποτελέσματα.....	44
Περιγραφική στατιστική.....	44
Επαγωγική στατιστική.....	69
Συμπεράσματα.....	76
Βιβλιογραφία.....	77
Ξένη βιβλιογραφία.....	77
Ελληνική βιβλιογραφία.....	79
Διαδικτυακή βιβλιογραφία.....	80
Βιβλιογραφία εικόνων.....	80

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1. Ιστορική αναδρομή

Η επαγόμενη άμβλωση πιθανότατα συνέβαινε σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας. Τα πρώτα ιστορικά και ανθρωπολογικά γραπτά υποδηλώνουν ότι τα ανθρώπινα όντα ενδιαφέρονταν να διατηρήσουν κάποιο έλεγχο του πληθυσμού ακόμη και πριν από τα γραπτά αρχεία. Ο Himes δήλωσε ότι η αντισύλληψη πιθανότατα χρησιμοποιήθηκε σπάνια σε κάποιες κοινωνίες επειδή η άμβλωση και η βρεφοκτονία κάλυπταν αυτή την ανάγκη. Τα έμβρυα και τα βρέφη σκοτώνονταν χωρίς ενοχές επειδή στις περισσότερες από αυτές τις φυλές η ζωή δεν θεωρούνταν ιερή μέχρι να γίνει η τελετή αναγνώρισης των φυλών, συχνά γάμος.

Σε μια άλλη ανασκόπηση των πρωτόγονων κοινωνιών, ο Taussig περιέγραψε πολυάριθμες μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση αμβλώσεων, συμπεριλαμβανομένου του κοιλιακού τραύματος και τη χρήση ενδομήτριων ξένων σωμάτων. Αυτές οι πρακτικές ήταν και μπορεί ακόμα να εκτελούνται από φυλές της Παραγουάης, της Αφρικής, της Τουρκίας, της Ινδίας, της Κεϋλάνης και της Ιαπωνίας, καθώς και των Ινδιάνων της Βόρειας Αμερικής. Ο πιο συνηθισμένος λόγος για άμβλωση σε αυτές τις κοινωνίες ήταν ο οικονομικός, αν και οι ακραίες συνθήκες, η ηλικία της μητέρας και ο φόβος της ντροπής για τους ανύπαντρους εξετάστηκαν επίσης.

Οι Κινέζοι χρησιμοποιούσαν μια παλαιότερη καταγραφή ενός εκτρωτικού, μιας αρχαίας συνταγής του αυτοκράτορα Shen Nung που χρονολογείται από το 2736-2696 π.Χ., που περιλαμβάνει υδράργυρο (ο οποίος ήταν τοξικός για την γυναίκα). Αυτό και άλλα γιατροσόφια προφανώς βασίζονταν συχνά στη μαγική σκέψη ότι «αν έτρωγε κάτι γλιστερό, το έμβρυο θα γλιστρούσε από το μήτρα." Τα αιγυπτιακά γραπτά όπως ο Πάπυρος Ebers περιέχουν επίσης συνταγές για την πρόκληση αμβλώσεων, όπως μια που ζητά «χουρμάδες, κρεμμύδια και καρπούς άκανθου με κρούστα με μέλι και εφαρμογή στον αιδούιο». Οι βαβυλωνιακές γραφές απαρίθμησαν επίσης διάφορους παράγοντες που τείνουν να προκαλούν πρόωρο τοκετό. (Green & Resnik, 1977)

### 1.1 Αρχαία Ελλάδα

Τα τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι η Αρχαία Ελλάδα ήταν ο πρώτος πολιτισμός με σημαντικές ανησυχίες για τις αμβλώσεις. Διανοούμενοι φιλόσοφοι όπως ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας ήταν υπέρ της άμβλωσης οι οποίοι την υποστήριζαν για τον περιορισμό του μεγέθους της οικογένειας. (Green & Resnik, 1977) Ο Αριστοτέλης στα «Πολιτικά» αναφέρει ότι για να αποφευχθεί η πολυτεκνία στις οικογένειες θα πρέπει να οριστεί ένα ανώτατο όριο για την απόκτηση παιδιών, σε περίπτωση που η γυναίκα έμενε έγκυος πριν το έμβρυο προλάβει να αναπτύξει την αίσθηση και τη ζωή τότε θα μπορούσε να γίνει η θεμιτή άμβλωση, η οποία διακρίνεται από την αθέμιτη καθώς αυτή γίνεται όταν η αίσθηση και η ζωή έχουν αναπτυχθεί στο έμβρυο. Ο



Αριστοτέλης επίσης αναφέρει στο «Περί ζώων ιστορία» ότι η ζωή του εμβρύου αρχίζει όταν σχηματίζονται τα όργανα του καθώς επίσης και όταν η κίνηση του αρχίζει να γίνεται αντιληπτή. Αυτό συμβαίνει στα αρσενικά έμβρυα στις 40 ημέρες και στα θηλυκά στις 90 ημέρες. (Λυριτζή & Λούκου, n.d.)

Ο Πλάτωνας πίστευε ότι για να θεωρείται ένα παιδί υγιές θα πρέπει οι γονείς του να τηρούν κάποια συγκεκριμένα ηλικιακά όρια. Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι μέχρι 40 ετών και οι άντρες μέχρι 55 ετών. (Χρυσικόπουλος, 2007). Σε περίπτωση που κάποιος από τους δυο γονείς ή και οι δυο γονείς ξεπερνούσαν αυτά τα ηλικιακά όρια, το έμβρυο δεν θα έπρεπε να γεννιόταν. (Αβραμίδης, n.d.) Ο Λυσίας το 430 π.Χ. έθεσε τον προβληματισμό αν το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινο ον ( τότε θα ήταν ανθρωποκτονία) ή όχι. Ο Ιπποκράτης στον «Όρκο» του αναφέρει: «Ομοίως δε ουδέ γυναίκι πεσσόν φθόριον δώσω», σύμφωνα με το οποίο αποτρέπει την έγκυο από την πρόκληση αποβολής με την χορήγηση εκτρωτικού φαρμάκου. (Αβραμίδης, n.d.) Ωστόσο, γίνεται αναφορά στο "περί φύσεως γυναικείης" ότι βοηθούσε σε εκτρώσεις. (Χρυσικόπουλος, 2007) Πιθανότατη επιρροή για τον Ιπποκράτη ίσως ήταν η φιλοσοφική σχολή των Πυθαγόριων, καθώς ήταν οι μόνοι από όλα τα φιλοσοφικά ρεύματα που ήταν κατά της αυτοκτονίας και της άμβλωσης.(Αβραμίδης, n.d.)

## 1.2 Αρχαία Ρώμη



Εικόνα 1: Σίλφιο.<sup>1</sup>

Ο Σοράνος (2<sup>ος</sup> αιώνας) και άλλοι Έλληνες γιατροί (π.χ. ο Ιπποκράτης) δίδαξαν ότι η σωματική άσκηση μπορεί να προκαλέσει έκτρωση. Άλλοι μέθοδοι περιλάμβαναν μασάζ στην μήτρα ή φορώντας σφιχτή ζώνη και ο Σοράνος συμβούλεψε διουρητικά και κλύσματα. Σε μια ανασκόπηση στην Αρχαία Ρώμη, ο Χόπκινς συμβουλευτήκε 26 ιατρούς

συγγραφείς από τους οποίους οι 15 πρότειναν μεθόδους για την άμβλωση. Τα με υποτιθέμενες εκτρωτικές ιδιότητες περιλάμβαναν το σίλφιο, το οποίο είχε συλλεχθεί μέχρι εξαφάνισης κατά τους ρωμαϊκούς χρόνους, και ο ελλέβορος («Χριστουγεννιάτικο τριαντάφυλλο»), ένα συστατικό του λεγόμενου «κρασιού αποβολής». Ο ελλέβορος έχει δηλητηριώδη συστατικά και μπορεί να προκαλέσει θάνατο. (Drife, 2010)

Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για χειρουργική άμβλωση, αλλά η συμβουλή του Soranus και πάλι χρησιμοποιώντας αιχμηρά όργανα υποδηλώνει ότι η πρακτική είχε τουλάχιστον δοκιμαστεί. Ο Τερτυλλιανός της Καρχηδόνας αναφέρει ότι μεταξύ των εργαλείων των χειρουργών ήταν μια δακτυλοειδής λεπίδα και ένα άγκιστρο για την εξαγωγή του εμβρύου. «Τέτοια συσκευή», λέει, «είχε στην κατοχή του ο Ιπποκράτης... και ακόμη και ο πιο ήπιος Σορανός», αλλά ακούγονται περισσότερο σαν όργανα για τη θεραπεία του εμποδισμένου τοκετού με εξαγωγή του εμβρύου «όταν βρίσκεται στραβά στο στόμιο της μήτρας εμποδίζει τον τοκετό και σκοτώνει τη μητέρα του».(Drife, 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Η άμβλωση είναι ένα από τα αμφιλεγόμενα ζητήματα που ταλανίζουν όλες τις κοινωνίες από την αρχαιότητα, πυροδοτώντας πολιτικές, φιλοσοφικές, θρησκευτικές και νομικές διαμάχες ενώ παράλληλα κινητοποιούνται κοινωνικοί φορείς και οργανισμοί. Συνταγματικές και νομικές συστάσεις ή απαιτήσεις δεν μπορούν να θεμελιώσουν κανόνες που να γίνονται αποδεκτοί από όλη την κοινωνία, όταν ο προβληματισμός γίνεται προσωπικός και οι θέσεις των διαφορετικών κοινωνικών παραγόντων διαφέρουν. Ορισμένες φεμινιστικές ομάδες ισχυρίζονται ότι "οι γυναίκες, φορείς του κινήματος και ως αποδέκτες των επιπλοκών αμβλώσεων, μπορεί να αποφασίζει η ίδια για το σώμα της", αλλά σύμφωνα με το σύνταγμα του κράτους, τα έμβρυα είναι ένας αυτοτελής οργανισμός και έτσι θα πρέπει να θεωρείται. Επομένως, ο τερματισμός δεν είναι μόνο απόφαση της μητέρας.

Η βιοηθική έρχεται πολλές φορές σε αντίθεση με το δίκαιο και αυτό να έχει ως συνέπεια το θέμα της έκτρωσης να είναι μετέωρο λόγω των πολλών αντιθέσεων.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα στις παραγράφους 4 και 5:

- 4. «Η πράξη δεν είναι άδικη και μένει ατιμώρητη, αν την εκτελέσει γιατρός με σκοπό να αποτρέψει αλλιώς αναπότρεπτο κίνδυνο για τη ζωή ή σοβαρή και διαρκή βλάβη της υγείας της εγκύου αν η ανάγκη της άμβλωσης βεβαιώνεται και με πιστοποίηση»
- 5. «Ατιμώρητη παραμένει επίσης η άμβλωση που έκανε γιατρός με τη συγκατάθεση της εγκύου όταν η σύλληψη έγινε ύστερα από βιασμό, κατάχρηση γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί, αποπλάνηση κόρης ηλικίας κατώτερης των 15 ετών ή αιμομιξία»

αντικαθίστανται αντίστοιχα ως εξής:

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

- ✓ Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.
- ✓ Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.
- ✓ Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

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

«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

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

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

2β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών ή προκληθεί ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος». (Λυκεριδου, 2011)

## 2.1 Νομικό πλαίσιο σε άλλες χώρες

### Κύπρο

Η άμβλωση έχει γίνει κοινωνικό ζήτημα στην Κύπρο. Ο νόμος επιτρέπει την άμβλωση με τη συγκατάθεση και την επίδειξη των απαραίτητων δικαιολογητικών από δύο γιατρούς και υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Σοβαρή απειλή για τη ζωή της μητέρας,
- Σοβαροί κίνδυνοι διαταραχής της σωματικής και ψυχικής υγείας της μητέρας,
- Μια ιατρική διάγνωση ότι το παιδί θα είναι βαριά ανάπηρο ή έχει ανίατη ασθένεια,
- Το παιδί πρέπει να είναι προϊόν βιασμού ή αιμομιξίας

Η κυπριακή εκκλησία εγκρίνει την έκτρωση εάν η ζωή της μητέρας κινδυνεύει. Επίσης, την περίοδο μετά την τουρκική εισβολή του 1974, συμφωνήθηκε να πραγματοποιηθούν εκτρώσεις στις γυναίκες που ήταν θύματα βιασμού. (Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια, n.d.-a)

### Ιταλία

Στην Ιταλία, σύμφωνα με τον νόμο 194 της 22/05/1978, υπάρχει μια διάκριση μεταξύ του τερματισμού της κύησης τις πρώτες 90 ημέρες και μετά την 91<sup>η</sup> ημέρα.

- Τις πρώτες 90 ημέρες, σύμφωνα με το Άρθρο 4 ορίζεται από τον νόμο ότι σε περίπτωση που διαγνωσθεί στο έμβρυο κάποια δυσπλασία ή το να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η μητρότητα απειλούν την φυσική και πνευματική υγεία της μητέρας και σχετικά με την οικονομική, κοινωνική και ψυχολογική της κατάσταση καθώς επίσης και κάτω από ποιες συνθήκες έγινε η σύλληψη, η έγκυος μπορεί να έρθει σε επαφή με κάποιο δημόσιο νοσοκομείο ή στον

γιατρό της και να εξηγήσει για ποιον λόγο επιθυμεί την διακοπή της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με το Άρθρο 5 το οποίο προβλέπεται η προσφορά βοήθειας στην έγκυο για την αντιμετώπιση των παραγόντων που την οδήγησαν στην λήψη αυτής της απόφασης. Αν ο γιατρός αποφασίσει ότι υπάρχουν σοβαροί λόγοι που επιβάλλουν την διακοπή της κύησης άμεσα, τότε παρέχεται ένα πιστοποιητικό στην έγκυο με βάση το οποίο η έγκυος μπορεί να διακόψει την κύηση. Αν όμως δεν διατρέχουν σοβαροί λόγοι, ο γιατρός δίνει στην έγκυο ένα περιθώριο μιας εβδομάδας για να την επανεξετάσει την απόφασή της. Όταν περάσει το χρονικό αυτό διάστημα η έγκυος έχει το δικαίωμα να διακόψει την κύηση.

- Μετά την 91<sup>η</sup> ημέρα, σύμφωνα με το Άρθρο 6 η διακοπή της κύησης είναι νόμιμη όταν:
  1. Η υγεία της μητέρας διατρέχει σοβαρό κίνδυνο από την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό,
  2. Στο έμβρυο ανιχνευτούν ανωμαλίες ή δυσμορφίες που βάζουν σε κίνδυνο την φυσική και πνευματική υγεία της μητέρας.

Υπάρχει μια ελαστικότητα όσον αφορά τις πρώτες 90 ημέρες από τον νόμο, λαμβάνοντας υπόψιν τα κλινικά, κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια καθώς στοχεύει στην προάσπιση κυρίως της μητέρας. Ωστόσο, μετά τις 91<sup>η</sup> ημέρες στοχεύει κυρίως στην προάσπιση της ζωής του εμβρύου και η αξιολόγηση αφορά κλινικά κριτήρια. Επιπλέον, υπάρχουν ειδικές διατάξεις για τα κορίτσια που είναι ανήλικα ή γυναίκες με νοητική στέρηση.

Η Καθολική Εκκλησία είναι κατά των εκτρώσεων ακόμη και στην περίπτωση που διατρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας. (Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια, n.d.-a)

#### Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η έκτρωση έχει προκαλέσει αντιπαράθεση στην πολιτική και την κοινωνία. Με την περίφημη υπόθεση Roe και. Wade, το Ανώτερο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο πήρε την απόφαση ότι σε καμία Πολιτεία δεν μπορεί να απαγορεύσει την έκτρωση. Κατά την προεδρία του Μπάρακ Ομπάμα ο οποίος κατάργησε τον νόμο που απαγόρευε την ενίσχυση των οργάνωσεων με χρηματικά ποσά για να διευκολύνονται οι αμβλώσεις στο εξωτερικό. Όμως το μέτρο αυτό επανέφερε ο Ντόναλντ Τράμπ. (Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια, n.d.-a)

#### Γαλλία

Το 1975 πραγματοποιήθηκε η νομιμοποίηση της άμβλωσης στην Γαλλία. Ο νόμος τροποποιήθηκε τελευταία φορά το 2001 για να καταστήσει τις αμβλώσεις πιο φιλελεύθερες και προσιτές. Η άμβλωση είναι δυνατή έως τη 12η εβδομάδα της εγκυμοσύνης κατόπιν αιτήματος. Τα τελευταία είκοσι χρόνια παρατηρείται μια μείωση στα ποσοστά των αμβλώσεων. Το ποσοστό αυτό των αμβλώσεων μπορεί να αντανakλά το υψηλό ποσοστό παντρεμένων γυναικών που χρησιμοποιούν σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης. Η άμβλωση μπορεί να γίνει από γυναικολόγο ή γιατρό σε εξουσιοδοτημένα κέντρα και καλύπτεται από την ασφάλιση υγείας. Η ιατρική άμβλωση πραγματοποιείται από το 1988. Η κοινωνία αρχίζει σταδιακά να αποδέχεται

το δικαίωμα της άμβλωσης. Τα κινήματα που είναι έναντι των αμβλώσεων δεν ασκούν επιρροή στην κοινωνία. (Pinter et al., 2005)

### Ηνωμένο Βασίλειο

Σύμφωνα με τον νόμο για τις αμβλώσεις δεν κρίνεται ένοχος για αδίκημα όταν η διακοπή της κύησης πραγματοποιείται από έναν ή δύο εγγεγραμμένους γιατρούς ανάλογα βέβαια με την περίπτωση.

- όταν η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της και ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης ενέχει κίνδυνο, μεγαλύτερο από ό,τι σε περίπτωση διακοπής της εγκυμοσύνης, τραυματισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας της εγκύου. ή
- όταν η διακοπή είναι απαραίτητη για την πρόληψη σοβαρού μόνιμου τραυματισμού στη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου. ή
- όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης ενέχει κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου, μεγαλύτερο από ό,τι εάν διακοπεί η εγκυμοσύνη. ή
- όταν υπάρχει ουσιαστικός κίνδυνος εάν το παιδί γεννηθεί να υποφέρει από τέτοιες σωματικές ή διανοητικές ανωμαλίες ώστε να είναι σοβαρή αναπηρία. (*Abortion Act 1967*, n.d.)

## **2.2 Χώρες όπου απαγορεύεται η άμβλωση**

Από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η μόνη χώρα όπου οι αμβλώσεις απαγορεύονται είναι η Μάλτα. Στην Μάλτα προβλέπεται ποινή φυλάκισης από 18 μήνες μέχρι και 3 έτη. Στις χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης στις οποίες οι αμβλώσεις απαγορεύονται είναι ο Άγιος Μαρίνος, το Βατικανό και η Ανδόρρα. Το κοινό που έχουν όλες αυτές οι χώρες είναι η βαθιά τους πίστη στο Ρωμαϊκό καθολικισμό, κάτι που κάνει ξεκάθαρο το σημαντικό ρόλο που αποτελεί η θρησκεία στις αμβλώσεις. Στην Αφρική, απαγορεύονται οι αμβλώσεις στο Κονγκό, τη Γκαμπόν, τη Γουινέα Μπισάου, τη Σουεγάλη, τη Μαδαγασκάρη και τη Μαυριτανία. Στις παραπάνω χώρες κυριαρχεί ο Χριστιανισμός, ο Ρωμαϊκός Καθολικισμός και ο Μουσουλμανισμός. Στην Αμερική, απαγορεύονται οι αμβλώσεις στην Ονδούρα, τη Νικαράγουα, το Ελ Σαλβαδόρ, το Σουρινάμ, τη Αϊτή και τη Δομινικανή Δημοκρατία. Όπου στην τελευταία ισχύουν αυστηρές ποινικές κυρώσεις. Οι γυναίκες μάλιστα επιχειρούν να διακόψουν μόνες τους την εγκυμοσύνη και για να προστατεύσουν το έμβρυο δεν υποβάλλονται σε θεραπείες όπως χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες ή οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση η οποία θα μπορούσε να βλάψει το έμβρυο. Στην Ασία, απαγορεύονται οι αμβλώσεις στο Παλάου, το Λάος και στις Φιλιππίνες. (*Αμβλώσεις: Σωστό, Λάθος ή Ταμπού;*, n.d.)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3. Έκτρωση – Ορισμοί

Ως τεχνητή έκτρωση η άμβλωση ονομάζουμε την σκόπιμη διακοπή της κύησης πριν από την 20η εβδομάδα κύησης. Εάν η διακοπή γίνει κατόπιν απαίτησης της γυναίκας ονομάζεται επιλεκτική έκτρωση. Εάν γίνει για λόγους υγείας του εμβρύου, της γυναίκας ή σε περίπτωση κάποιας σοβαρής νόσου ονομάζεται θεραπευτική έκτρωση. Για την απόφαση μιας γυναίκας να προβεί σε τεχνητή έκτρωση συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπως για παράδειγμα τις γενετικές ανωμαλίες του εμβρύου, την απουσία συντρόφου, τον βιασμό, την ηλικία, την προστασία της υγείας ή τη ζωή της γυναίκας, καθώς και για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους.

### 3.1 Είδη αποβολών

#### Απειλούμενη αποβολή



#### Αναπόφευκτη αποβολή



#### Ατελής αποβολή



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

Εικόνα 2: Είδη αυτόματης αποβολής.<sup>2</sup>

Υπάρχουν διαφορετικά είδη αποβολών όπως είναι η δυνητική (επαπειλούμενη αποβολή) ή που είναι σίγουρο ότι θα συμβεί (αναπόφευκτη αποβολή). Όταν όλο το περιεχόμενο της ενδομητρικής κοιλότητας δηλαδή το έμβρυο και ο πλακούντας έχουν αποβληθεί ονομάζεται πλήρη αποβολή ενώ αντίθετα ονομάζεται ατελής αποβολή. Στην περίπτωση που το περιεχόμενο της μήτρας μολύνθηκε πριν, κατά ή μετά την αποβολή καλείται σηπτική αποβολή. Ως παλίνδρομος αποβολή χαρακτηρίζουμε όταν το έμβρυο έχει πεθάνει εντός της μήτρας και έχει παραμείνει εκεί. Πιο συγκεκριμένα:

#### Επαπειλούμενη αποβολή

Ορίζεται ως η ενδομήτρια αιμορραγία χωρίς διαστολή του τραχήλου όπου υπερηχογραφικά παρατηρούμε το κύημα που βρίσκεται μέσα στη μήτρα αλλά έχει αποκολληθεί σε κάποιο σημείο. Γενικά δεν υπάρχει πόνος και υπερβολική αιμορραγία. Αυτό το είδος της έκτρωσης μπορεί να οφείλεται στην δυσλειτουργία του πλακούντα

που πιθανών να εμφανίσει αποκόλληση του πλακούντα, προεκλαμψία καθώς και πρόωρο τοκετό με νεογνά χαμηλού βάρους και αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας.

#### Αναπόφευκτη αποβολή

Η ροή του αμνιακού υγρού μαζί με αιμορραγία, πόνο και πυρετό χαρακτηρίζεται ως αναπόφευκτη αποβολή. Καθώς ο τράχηλος έχει διαστολή, προϊόντα σύλληψης έχουν πέσει και είναι ορατά κατά την εξέταση ενώ παρατηρείται και ολική ρήξη των μεμβρανών με σημαντική εκροή αμνιακού υγρού. Ο πλακούντας συγκρατείται στη μήτρα και έτσι αρχίζουν οι συστολές τις μήτρας.

#### Πλήρης αποβολή

Ως πλήρης αποβολή χαρακτηρίζεται η αποβολή που έχει συμβεί πριν από της 12 εβδομάδες και έχει αποβληθεί όλο το περιεχόμενο της μήτρας. Ο γυναικολόγος θα παρατηρήσει μια μικρή ποσότητα αίματος καθώς και με την υπερηχογραφική εξέταση μια κενή μήτρα.

#### Ατελής αποβολή

Κατά την ατελής αποβολή σημαντικές ποσότητες του πλακουντιακού ιστού έχουν κατακρατηθεί, ενώ οι μεμβράνες μπορεί να διαρραγούν και το έμβρυο μπορεί να αποβληθεί. Κατά της εξέταση το μέγεθος της μήτρας υπολείπεται του αναμενομένου για την ηλικία της κύησης, το τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό ενώ οι ιστοί κύησης μπορεί να παρατηρηθούν στον τράχηλο. Η αιμορραγία ποικίλλει αλλά μπορεί να είναι σοβαρή και να προκαλέσει υποογκαιμική καταπληξία (σοκ). Στο υπερηχογράφημα παρατηρούνται υπολείμματα κύησης εντός της ενδομητρικής κοιλότητας που εμφανίζονται ως μια υπερηχογενής και αγγειούμενη μάζα.

#### Σηπτική αποβολή

Αυτή η μορφή έκτρωσης αποτελεί μια σοβαρή κατάσταση που οφείλεται σε λοίμωξη του πλακούντα αλλά και των μητρικών χοριακών λαχνών που οδηγούν σε βακτηριαμία. Ως αιτιολογία ευθύνονται τα μικρόβια (κολοβακτηρίδια, σταφυλόκοκκοι, στρεπτόκοκκοι) καθώς και μικρόβια που παράγουν τοξίνες με αποτέλεσμα μια σοβαρή και θανατηφόρα λοίμωξη. Η μόλυνση μπορεί να συμβεί μετά από ενδομήτρια χορήγηση φαρμάκων ή και από εισαγωγή ξένων σωμάτων στην ενδομήτρια κοιλότητα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν την αιμορραγία, πυελικό πόνο, σηψαιμία, αιμορραγικό σοκ, πυελική φλεγμονή αλλά και δευτεροπαθής υπογονιμότητα. Με την έγκαιρη απόξεση για την αφαίρεση του μολυσμένου ιστού ή με χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών υγρών μπορεί να θεραπευτεί αυτού του είδους έκτρωσης.

#### Παλίνδρομος αποβολή

Κατά την υπερηχογραφική εξέταση παρατηρείται ένας πλήρης εμβρυικός σάκος κύησης αλλά χωρίς θετική καρδιακή λειτουργία του εμβρύου. Με την κλινική εξέταση διακρίνεται το κλειστό τραχηλικό στόμιο καθώς οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν υποχωρήσει τα αρχικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης ή και ελάχιστη κολπική αιμορραγία.

### Καθ' ἑξίν αποβολές

Αυτού του είδους οι αποβολές χαρακτηρίζονται όταν έχουν συμβεί τουλάχιστον 3 αυτόματες ή παλίνδρομες εκτρώσεις χωρίς να έχει υπάρξει τοκετός. Ο λόγος που μπορεί να συμβεί αυτό είναι η ασυμβατότητα, ορμονικές διαταραχές ή και γενετικές ανωμαλίες των γονέων. (Λουτράδης et al., 2018)

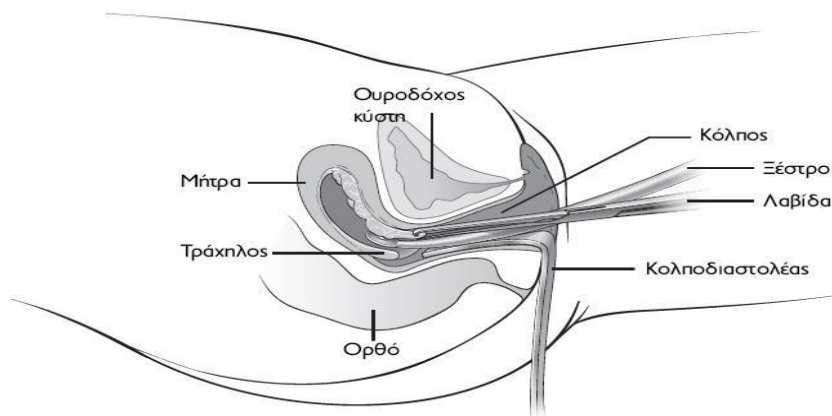
### **3.2 Τρόποι και μέσα διακοπής της κύησης**

Υπάρχουν δυο τρόποι άμβλωσης όπου εξαρτάται από την εβδομάδα κύησης. Πιο συγκεκριμένα είναι ο φαρμακευτικός που γίνεται με τη χρήση εκτρωτικών φαρμακευτικών ουσιών και η χειρουργική μέθοδος που γίνεται μια μικρή χειρουργική επέμβαση. (*Διακοπή Κύησης*, n.d.) Πριν από την επέμβαση θα ήταν απαραίτητο να γίνουν και οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις για την αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική εξέταση αίματος
- Γενική εξέταση ούρων
- Ομάδα αίματος και ομάδα Rhesus
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ουρία- Σάκχαρο
- Βιοχημικός έλεγχος κήσεως
- Υπερηχογράφημα
- Ακτινογραφία θώρακος (Κυρολάρη & Μπαλλή, 2016)

### **3.3 Τεχνικές στο 1<sup>ο</sup> τρίμηνο**



Εικόνα 3: Χειρουργική αφαίρεση εμβρύου.<sup>3</sup>

Η χειρουργική μέθοδος πραγματοποιείται με την ηλεκτρική αναρρόφηση με την οποία γίνεται η διαστολή και η αφαίρεση των προϊόντων της κύησης. Στις διαδικασίες πριν



από την έκτρωση περιλαμβάνονται η λήψη ιατρικού ιστορικού, η κλινική εξέταση και οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις (δοκιμασία κύησης, καθορισμός Rh, αιματοκρίτης). Πιο συγκεκριμένα η διαστολή του τραχήλου γίνεται με τα κηρία Hegar και η αφαίρεση του κυήματος με αναρρόφηση και πάντα κάτω από γενική αναισθησία. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως την 7<sup>η</sup> – 12<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης καθώς προηγείται και προετοιμασία του τραχήλου με προσταγλανδίνες. Ακολουθεί η διαστολή του τραχήλου με κηρία μέχρι τα 8-12mm και για να κενωθεί η μήτρα χρησιμοποιείται ένας αναρροφητικός πλαστικός σωλήνας που συνδέεται με τη συσκευή αναρρόφησης. Στην πράξη γίνεται και απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας με μεταλλικά ξέστρα. Το περιεχόμενο της μήτρας που έχει αναρροφηθεί θα πρέπει να ελεγχθεί ώστε να επιβεβαιωθεί ότι υπάρχουν όλα τα μέρη του εμβρύου και ο πλακουντιακός ιστός. Τέλος χορηγείται ένα μητροσυσπαστικό σκεύασμα για την ελάττωση της απώλειας του αίματος αλλά και για τη μείωση του κινδύνου διάτρησης της μήτρας. Μετά την έκτρωση η γυναίκα παραμένει στο εξεταστικό κρεβάτι μέχρι να μπορέσει να σταθεί και έπειτα παραμένει στην αίθουσα ανάνηψης για 1 έως 3 ώρες για να διαπιστωθεί αν υπάρχει υπερβολικός πόνος ή αιμορραγία. Η αιμορραγία μετά την επέμβαση είναι σχεδόν η ίδια με αυτή της εμμήνου ρύσεως και οι συσπάσεις είναι σπάνια έντονες. Η υπερβολική αιμορραγία και η λοίμωξη (ενδομητρίτιδα, σαλπινγίτιδα) είναι κοινές επιπλοκές της τεχνητής έκτρωσης. Η κυριότερη αιτία κολπικής αιμορραγίας είναι η κατακράτηση προϊόντων σύλληψης. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013)

Η φαρμακευτική έκτρωση τα τελευταία 15 χρόνια στα αρχικά στάδια της κύησης είναι ευρέως διαδεδομένη στον Καναδά και στην Ευρώπη ένα στις ΗΠΑ αποτελεί σχετικά νέα διαδικασία. Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι η μεθοτρεξάτη, η μισοπροστόλη και η μifeπριστόνη.

Πιο αναλυτικά η μεθοτρεξάτη προκαλεί πρόωμη έκτρωση αφού στερεί το φυλλικό οξύ από τα εμβρυικά κύτταρα για να μην μπορούν να διαιρεθούν. Η μισοπροστόλη (Cytotec), το οποίο είναι ανάλογο προσταγλανδίνης, δρα απευθείας στον τράχηλο με αποτέλεσμα την διαστολή του, και στο μυομήτριο προκαλώντας συσπάσεις. Η μifeπριστόνη δρα δεσμευόμενη στους προγεστερονικούς υποδοχείς και εμποδίζει τη δράση της προγεστερόνης. Και οι τρεις ουσίες θεωρούνται ασφαλείς ενώ σε συνδυασμό η δράση τους είναι πιο αποτελεσματική σε αντίθεση με κάθε μεμονωμένο παράγοντα.

#### Μifeπριστόνη και Μισοπροστόλη:

Η μifeπριστόνη μπορεί να ληφθεί μέχρι και 8 εβδομάδες μετά την έναρξη της τελευταίας εμμηνορρυσίας. Η γυναίκα λαμβάνει 600mg μifeπριστόνης από το στόμα και έπειτα από 48 ώρες επισκέπτεται τον ιατρό και εάν δεν έχει επιβεβαιωθεί η έκτρωση λαμβάνει 400mcg μισοπροστόλης. Μετά από δυο εβδομάδες χορήγησης της μifeπριστόνης απαραίτητη είναι η επανάληψη της επίσκεψης για την επιβεβαίωση του τερματισμού της κύησης. Εάν δεν έχει πραγματοποιηθεί έκτρωση πρέπει να γίνει χειρουργική παρέμβαση με αναρροφητική εκκένωση της μήτρας. Ένας εναλλακτικός τρόπος είναι η χορήγηση μέχρι και 9 εβδομάδες από την τελευταία εμμηνορρυσία 200mg μifeπριστόνης από το στόμα μαζί με κολπική χορήγηση 800mcg μισοπροστόλης μέσα σε 6 με 72 ώρες. Η εκτέλεση γίνεται από την γυναίκα στο σπίτι

καθώς απαραίτητη είναι η επίσκεψη στο ιατρείο ώστε να προσδιορισθεί η έκβαση της έκτρωσης.

#### Μεθοτρεξάτη και Μισοπροστόλη:

Η μεθοτρεξάτη χορηγείται ενδομυϊκά ή από το στόμα στην κλινική, μέχρι και 7 εβδομάδες μετά την έναρξη της τελευταίας εμμηνορρυσίας. Η τοποθέτηση μισοπροστόλης στον κόλπο γίνεται από τη γυναίκα μόνη της μετά από 3 με 7 ημέρες. Ακολουθεί η επίσκεψη στον ιατρό για την επιβεβαίωση της έκτρωσης ενώ αν δεν επιτευχθεί χορηγείται μια επιπλέον δόση μισοπροστόλης ή μπορεί να γίνει αναρροφητική εκκένωση της μήτρας. Τέλος απαραίτητη είναι η περαιτέρω παρακολούθηση της γυναίκας. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013)

### **3.4 Τεχνικές στο 2ο τρίμηνο**

Στο 2ο τρίμηνο έχουμε 3 μεθόδους, την χειρουργική, την υστερεκτομή ( σπάνια χρησιμοποιείται), και την φαρμακευτική. Με την χειρουργική μέθοδο γίνεται διαστολή και αφαίρεση των προϊόντων της κύησης στις πρώτες εβδομάδες του 2ου τριμήνου όπου είναι παρόμοια μέθοδος με την αναρροφητική απόξεση του 1ου τριμήνου αλλά χρειάζεται περαιτέρω διαστολή του τραχήλου και συχνά αφαίρεση τμημάτων του εμβρύου με λαβίδα. Πιο αναλυτικά γίνεται απόξεση της ενδομητρικής κοιλότητας με ξέστρα ανάλογου μεγέθους. Σε μεγαλύτερες εβδομάδες κύησης, (>16 εβδομάδες), χρειάζεται μεγαλύτερη διαστολή λόγω του μεγέθους και της δομής του εμβρύου αλλά υπάρχει μεγάλος κίνδυνος τραχηλικού τραύματος, διάτρηση της μήτρας και μητρορραγίας. Το τραχηλικό τραύμα μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τη χρήση ειδικών υγροσκοπικών (υδρόφιλων) "κηρίων" που προκαλούν βραδεία διαστολή του τραχήλου. Αυτοί οι υγροσκοπικοί διαστολείς έλκουν νερό από τους τραχηλικούς ιστούς και καθώς αυξάνουν σε μέγεθος διαστέλλουν προοδευτικά τον τράχηλο. Για να γίνει όμως η εισαγωγή τους ο τράχηλος καθαρίζεται και με μια λαβίδα συλλαμβάνεται το πρόσθιο χείλος του. Έπειτα με τη χρήση λαβίδας εισάγεται ένας υγροσκοπικός διαστολείς κατάλληλου μεγέθους έτσι ώστε η κορυφή του να βρεθεί στο επίπεδο του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Τέλος μετά από 4 με 6 ώρες ο υγροσκοπικός διαστολείς διογκώνεται και διαστέλλει πλήρως τον τράχηλο. Σε μεγαλύτερες ηλικίες κύησης μετά την αφαίρεση του σώματος του εμβρύου γίνεται αναρροφητική αφαίρεση του ενδοκρανιακού περιεχομένου διαμέσου του διεσταλμένου τραχήλου. Ο τρόπος αυτός βοηθά στην έξοδο του εμβρύου και μειώνει τον τραυματισμό της μήτρας και του τραχήλου. Μετά την αφαίρεση του εμβρύου χρησιμοποιείται ένα αναρροφητικό ξέστρο με μεγάλο αυλό για να συμπληρωθεί η αφαίρεση του πλακούντα και τοκιστών που έχουν απομείνει

Με την φαρμακευτική μέθοδο έχουμε αρκετούς τρόπους όπως για παράδειγμα α) την χορήγηση 200mg μifeπριστόνης από το στόμα που ακολουθείται από κολπική χορήγηση 800mg μισοπροστόλης αλλά και από κολπική χορήγηση 400mg μισοπροστόλης κάθε 3 ώρες με μέγιστο 5 δόσεων, ένας άλλος τρόπος είναι β) η χορήγηση μifeπριστόνης 600mg από το στόμα που ακολουθείται 36 με 48 ώρες αργότερα από 1mg γεμοπρόστης κολπικά, γ) μπορεί να χορηγηθεί 1mg γεμοπρόστης ανά τρίωρα διαστήματα με μέγιστο 5 υπόθετα, δ) κολπική χορήγηση μισοπροστόλης 200-600mg κάθε 4 με 6 ώρες. Η μισοπροστόλη χορηγείται από το στόμα και διευκολύνει τη διαστολή του τραχήλου. Επιπρόσθετα έχουμε την ε) εξωαμνιακή

χορήγηση PGE2 με αυτοσυγκρατούμενο καθετήρα και τέλος την ζ) ενδοαμνιακή χορήγηση ουρίας και PGE2 όπου η συγκεκριμένη μέθοδος συστήνεται για κυήσεις μετά τις 20 εβδομάδες. Μετά από αμνιοπαρακέντηση αφαιρούνται 100-200ml αμνιακού υγρού και γίνεται έγχυση 80-120g ουρίας 20% και PGE2 μέχρι 5mg. Από όλες τις παραπάνω μεθόδους στην πράξη χρησιμοποιούνται πιο συχνά η στοματική ή η κοιλιακή χορήγηση μισοπροστόλης επειδή θεωρούνται ως απλές μέθοδοι, έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και είναι χαμηλού κόστους. Ωστόσο σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση των γυναικών για την επιλογή της φαρμακευτικής έκτρωσης. (Ιατράκης, n.d.)

### 3.5 Συνέπειες εκτρώσεων

Σε οποιαδήποτε φαρμακευτική έκτρωση η γυναίκα συνήθως παρουσιάζει αιμορραγία και συσπάσεις. Άλλες παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν είναι η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια, η κεφαλαλγία, η ζάλη, ο πυρετός και τα ρίγη. Οι παρενέργειες αυτές αποδίδονται στη μισοπροστόλη και συνήθως υποχωρούν ορισμένες ώρες μετά τη χορήγησή της. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013) Η συχνότερη επιπλοκή μετά από την τεχνητή έκτρωση είναι η λοίμωξη. Η πιθανότητα ενδομητρίτιδας ποικίλλει και αναφέρεται 0,4-4,7% και 5-20% σε γυναίκες που έλαβαν προφυλακτική αντιβίωση. Τα συμπτώματα είναι ο πυρετός, τοπικό άλγος, ευαίσθητη μήτρα και ήπια αιμορραγία. Η χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα και αντιπυρετικής αγωγής είναι συνήθως αρκετές για να αντιμετωπιστούν οι ήπιες μολύνσεις. Σε παρουσία γλαυιδίων, γονόρροιας και βακτηριακής κολπίτιδας υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μετεγχειρητικής πυελικής φλεγμονώδους νόσου που μπορεί να καταλήξει σε υπογονιμότητα. Εδώ και πολλά χρόνια συνηθίζεται η μετεγχειρητική χορήγηση δοξυκυκλίνης 100mg δυο φορές την ημέρα για 7 ημέρες σε χειρουργική αλλά και φαρμακευτική έκτρωση καθώς και άλλα αντιμικροβιακά φάρμακα έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα όπως μια δόση αζιθρομυκίνης, εναλλακτικά γίνεται και η προεγχειρητική χορήγηση 1g μετρονιδαζόλης από το ορθό και 1g ερυθρομυκίνης από το στόμα.

Η δεύτερη συχνότερη επιπλοκή είναι η αιμορραγία. Ενώ αναφέρονται ποσοστά <1%, η μικρή έως μέτρια αιμορραγία τις επόμενες ημέρες της επέμβασης είναι συνηθισμένη, ενώ αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μπορεί να καταλήξει σε σημαντική απώλεια αίματος. Επίσης μπορεί να μη γίνει αντιληπτή και η διάτρηση της μήτρας και να παρουσιαστεί αργότερα ως κοιλιακό άλγος, ευαισθησία η με φαινόμενα καταπληξίας. Εάν αντιληφθεί πρέπει να γίνει λαπαροσκόπηση. Άλλη μια σημαντική επιπλοκή όπου παρατηρείται σε μικρό ποσοστό και μπορεί να απαιτηθεί νέα επέμβαση είναι η κατακράτηση των προϊόντων της κύησης, ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμος αλλά η παρουσία θρόμβων δυσκολεύει τη διάγνωση. Επομένως η διάγνωση κατευθύνεται από τις κλινικές εκδηλώσεις.

Η μη αφαίρεση του κυήματος είναι πιθανότερη στις αρχόμενες κυήσεις αλλά μπορεί να συμβεί και σε έκτοπη κύηση. Η αποτυχία της επέμβασης είναι ενδεχόμενο να μείνει αδιάγνωστη με δεδομένο ότι τα προϊόντα της σύλληψης δεν στέλλονται για ιστολογική εξέταση. Το τραχηλικό τραύμα μπορεί να συμβεί από τις λαβίδες που χρησιμοποιούνται για να συγκρατηθεί ο τράχηλος η από τα κηρία. Ανάλογα με τη βλάβη αυτή μπορεί να συνεπάγεται με ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου. Μετά

από μεγάλο αριθμό αποξέσεων σε επόμενη κύηση μπορεί σπάνια να παρατηρηθεί ρήξη της μήτρας λόγω της έντονης ιστολογικής αλλοίωσης του τοιχώματος.

Σε Rhesus αρνητικές γυναίκες για την αποφυγή της Rhesus ευαισθητοποίησης πρέπει να χορηγηθεί αντι-D σφαιρίνη (Rhesogamma ή Rhophylac 1500 IU/300mg) σε κατάλληλη δόση. Πριν την 12η εβδομάδα κύησης έχουν προταθεί 600-750 IU (120 έως 150mg) και μετά τη 12η εβδομάδα 1250-1500 IU (250-300mg). Ο κίνδυνος θανάτου από τεχνητή έκτρωση στη διάρκεια των 2 πρώτων μηνών της κύησης είναι μικρότερος από 1 στις 100.000 εκτρώσεις με αυξανόμενη συχνότητα σε μεγαλύτερες ηλικίες κύησης. Τέλος τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος στις γυναίκες που κάνουν εκτρώσεις. (Ιατράκης, n.d.)

### 3.6 Ψυχική υγεία

Παλαιότερες μελέτες αλλά και ιστοσελίδες υποστηρίζουν ότι τα ψυχικά σημάδια της έκτρωσης είναι πολύπλοκα. Αναφέρουν ότι ενώ το αρχικό συναίσθημα είναι αυτό της ανακούφισης δυστυχώς ακολουθείται από διαταραχές ύπνου, διατροφής, και σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Αρκετές γυναίκες αναφέρουν συμπτώματα όπως έλλειψη ενδιαφέροντος για ζωή, ατονία, βαθιά θλίψη, και εκρήξεις θυμού χωρίς εμφανή εξωτερικό λόγο. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ψυχοσωματικές και οι ψυχικές συνέπειες μιας άμβλωσης διαφέρουν σε ποικίλους βαθμούς από γυναίκα σε γυναίκα. Όπως ο χαρακτήρας της γυναίκας είναι μοναδικός έτσι είναι και η ψυχοσωματική τους οντότητα. Ορισμένες γυναίκες αντιμετωπίζουν την έκτρωση με όλη την τραγικότητα που τους επιφέρει αυτή η κατάσταση ενώ άλλες γυναίκες το αντιμετωπίζουν ουδέτερα, αδιαφορώντας ή αγνοώντας αυτή τη διαδικασία. (Αβραμίδης, n.d.). Οι περισσότερες γυναίκες που έχουν πάρει την απόφαση να κάνουν μια έκτρωση πιστεύουν ότι έχουν πάρει τη σωστή απόφαση, καθώς για μερικές γυναίκες η έκτρωση μπορεί να είναι μια πολύ επώδυνη εμπειρία. Η ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική πριν και μετά την έκτρωση προσφέρουν την υποστήριξη αλλά και την ενημέρωση που έχει ανάγκη μια γυναίκα. Για κάποιες γυναίκες τα ανεπίλυτα συναισθήματα μπορεί να αποτελούν ένα μεγάλο βάρος που πρέπει να κουβαλήσουν και το οποίο έχουν θάψει βαθιά μέσα τους για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να μιλάνε καθόλου για αυτό. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των γυναικών που ξεκινούν ψυχοθεραπεία και στη διάρκεια των συνεδριών να μιλούν ανοιχτά για την άμβλωση που έχουν κάνει μέχρι και δεκαετίες πριν. Τέλος δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι την υποστήριξη στο πένθος που βιώνουν. Οι πνευματικές και ηθικές αρχές και πεποιθήσεις έχουν μεγάλη επίδραση στην συναισθηματική κατάσταση. Αυτό που έχει ανάγκη κάθε γυναίκα μετά από μια έκτρωση είναι να δείξει κάποιος ειλικρινές ενδιαφέρον για την εμπειρία της.

### 3.7 Φροντίδα μετά τη διακοπή της κύησης

Μετά τη χειρουργική έκτρωση οι γυναίκες μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους εφόσον αισθανθούν ικανές και τα ζωτικά τους σημεία είναι σταθερά. Οδηγίες προφορικές και γραπτές θα πρέπει να δοθούν σε κάθε γυναίκα σχετικά με την αιμορραγία που αναμένεται να παρατηρήσουν, πώς να εντοπίσουν πιθανές επιπλοκές

και πώς να αναζητήσουν βοήθεια εάν χρειαστούν. Απαραίτητη είναι η πληροφόρηση για αντισυλληπτικές μεθόδους. Παγκοσμίως το 49% των νέων δεν είναι εξοικειωμένοι με τους τρόπους αντισύλληψης. Οι έφηβες που είναι ενημερωμένες έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να έχουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, το 45% των νέων που είναι σεξουαλικά ενεργοί είχαν σεξουαλική επαφή με νέο ερωτικό σύντροφο χωρίς προστασία ενώ το 14% δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη με νέο σύντροφο επειδή εκείνος δε θέλει. Το 33% των νέων θεωρούν τη διακεκομμένη συνουσία αξιόπιστη μέθοδο, πάνω από το 1/3 δεν αναζητούν για την αντισύλληψη που θα χρησιμοποιήσουν ενώ 1 στις 5 γυναίκες θεωρούν ότι ο ερωτικός τους σύντροφος είναι υπεύθυνος για την αντισύλληψη που θα χρησιμοποιήσουν. (Αβραμίδης, n.d.)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.Οι θέσεις των θρησκειών

#### Χριστιανισμός

Η άμβλωση είναι μια ευρέως αποδεκτή ιατρική πρακτική σήμερα, και ο λόγος ύπαρξής της βρίσκεται στον χαρακτήρα και την κουλτούρα των κοινωνιών μας που την αποδέχονται. Ωστόσο, η Εκκλησία διαφοροποιεί τη θέση της στο θέμα αναγνωρίζοντας τη βιολογική και ηθική σημασία της νέας ζωής που θα δημιουργηθεί, η οποία διαμορφώνεται από την ένωση σπέρματος και ωαρίου. Η άμβλωση είναι ένας φόνος που διαπράττεται σε όλο τον κόσμο, συνήθως χωρίς καμία ενοχή. Από την εποχή των αποστόλων, ο Χριστιανισμός έχει αναγνωρίσει ότι η άμβλωση είναι ασυμβίβαστη με τη στροφή προς τον Θεό. Για παράδειγμα, στην αποστολική διδασκαλία, η άμβλωση θεωρείται ένα από τα σοβαρά εγκλήματα. «Δε θα φονεύσεις, δε θα μοιχεύσεις, δε θα αρσενοκοιτεύσεις, δε θα πορνεύσεις, δε θα κλέψεις, δε θα χρησιμοποίησεις μαγεία, δε θα χρησιμοποίησεις «μαγικά» φίλτρα, δε θα παράσχεις αμβλωθρίδια ούτε θα διαπράξεις παιδοκτονία». Στην Επιστολή του Βαρνάβα του 1<sup>ου</sup> ή του 2<sup>ου</sup> αιώνα η άμβλωση συμπεριλαμβάνεται και πάλι σε μια ομάδα απαγορεύσεων: «Δε θα πορνεύσεις, δε θα μοιχεύσεις, δε θα αρσενοκοιτεύσεις, δε θα παράσχεις αμβλωθρίδια, δε θα διαπράξεις παιδοκτονία». Ο Χριστιανισμός ανέκαθεν καταδίκασε την άμβλωση. Η χριστιανική καταδίκη των αμβλώσεων συνεχίζεται αμείωτη. Με την άμβλωση αναιρείται το αγαθός της ζωής, καθώς αντιτίθεται στην Χριστιανική πίστη σχετικά με την αξία της ανθρώπινης ζωής και έτσι δεν γίνεται ηθικά αποδεκτή. (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ινστιτούτο Γκαίτε, 2002)

#### Ισλαμισμός

Η άμβλωση στο Ισλάμ θεωρείται ως παρέμβαση στον ρόλο του Θεού ως απόλυτου ιδιοκτήτη και κριτή της ζωής και του θανάτου. Η ανθρώπινη ζωή εκτιμάται επειδή είναι φτιαγμένη από τον Θεό. Ο ισλαμικός νομικός συλλογισμός μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές απόψεις πάνω σε ένα θέμα και η άμβλωση δεν αποτελεί εξαίρεση. Οι τέσσερις σχολές διαφέρουν ως προς την ηθική ενοχή και το νομικό επιτρεπτό της άμβλωσης πριν από την 120<sup>η</sup> ημέρα της εγκυμοσύνης, αν απαγορεύεται κατηγορηματικά ή απλώς αποθαρρύνεται ηθικά και προϋποθέσεις επιτρέπουν την πραγματοποίησή της. Ωστόσο, υπάρχει η *ijma* (είναι ένας αραβικός όρος που αναφέρεται η συναίνεση ή συμφωνία της ισλαμικής κοινότητας σε ένα σημείο του ισλαμικού νόμου) μεταξύ των μουσουλμανικών μελετητών ότι η άμβλωση απαγορεύεται μετά το πέρας των 120 ημερών. Αυτό βασίζεται σε ένα Χαντίθ του Προφήτη, που αναφέρει:

Ο Προφήτης του Θεού μας είπε –και είναι αυτός που λέει την αλήθεια και προκαλεί πίστη– «Ο καθένας σας είναι μαζεμένος στην κοιλιά της μητέρας του για σαράντα ημέρες, τότε [είναι] ένας θρόμβος αίματος για την ίδια περίοδο. τότε είναι μια συστάδα σάρκας για την ίδια περίοδο ... Τότε το πνεύμα εισπνέεται σε αυτό...»

Οι μουσουλμάνοι μελετητές συμφωνούν ότι μετά τη στιγμή που η ψυχή «εισπνευστεί μέσα της», γνωστή και ως η στιγμή της ενόχλησης, το έμβρυο θεωρείται άνθρωπος και αποκτά σχεδόν πλήρη δικαιώματα σύμφωνα με τον ισλαμικό νόμο και η άμβλωση

απαγορεύεται. Η μόνη αναγκαιότητα που υπερισχύει της απαγόρευσης της άμβλωσης μετά τις 120 ημέρες είναι όταν διακυβεύεται η ζωή της μητέρας. Και οι τέσσερις μεγάλες νομικές σχολές επιτρέπουν τη θυσία ενός αγέννητου παιδιού ακόμη και μετά από 120 ημέρες εγκυμοσύνης για να διατηρηθεί η ζωή της μητέρας, και έθεσαν αυτή την απόφαση στα χέρια ενός ικανού μουσουλμάνου γιατρού. (Khorfan & Padela, 2010)

### Ιουδαϊσμός

Το halacha (ιουδαϊκός ιερός νόμος) δίνει μεγάλη αξία στην ανθρώπινη ζωή και θεωρεί ότι κάθε ανθρώπινη ζωή έχει άπειρη αξία. Ωστόσο, το έμβryo θεωρείται ως μια «προανθρώπινη» ζωή και όχι ως μια πλήρης ζωή. Μόνο κατά τη γέννηση δίνονται πλήρη δικαιώματα στο έμβryo. Αν και ένα έμβryo δεν ισοδυναμεί με μια πλήρη ανθρώπινη ζωή, το halacha εξακολουθεί να προικίζει αυτή τη δυνητική ζωή με ορισμένα δικαιώματα και θεωρείται γενικά απαραβίαστο.

Επομένως, η άμβλωση κατά την χαλαχική άποψη απαγορεύεται. Διαφορετικές πηγές δίνουν αρκετούς λόγους, αλλά η απόφαση βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο εδάφιο, «Όποιος χύνει το αίμα ανθρώπου στον άνθρωπο, το αίμα του θα χυθεί» (Γένεση 9:6). Εδώ, «άνθρωπος σε άνθρωπο» εννοείται ότι είναι έμβryo και η εμβρυοκτονία εξισώνεται με φόνο.

Η εξαίρεση από αυτή την απαγόρευση απαιτεί άμεση και επιτακτική ανάγκη. Οι περισσότεροι συγγραφείς σημειώνουν ότι ο εβραϊκός νόμος επιτρέπει την άμβλωση όταν η ζωή της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο. Αυτός ο κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας δεν πρέπει απαραίτητα να είναι οριστικός, μπορεί να είναι μια πιθανή απειλή για τη ζωή της μητέρας. Αυτή η ιδέα βασίζεται σε μια ερμηνεία του χαλαχικού όρου rodef , που σημαίνει διώκτης. Αυτή η ιδέα επιτρέπει σε κάποιον να σκοτώσει έναν κλέφτη που εισβάλλει στο σπίτι κάποιου, γιατί μπορεί να υποθέσει ότι ο κλέφτης είναι οπλισμένος και μπορεί να τον σκοτώσει. Το έμβryo θεωρείται έτσι ως «διώκτης», κάτι που απειλεί τη ζωή της μητέρας. Αυτή η απειλή πρέπει να σταματήσει, ακόμα κι αν σημαίνει ότι θα σκοτωθεί ο διώκτης. (Khorfan & Padela, 2010)

### Ινδουισμός

Σύμφωνα με την ινδική νομοθεσία, η άμβλωση επιτρέπεται μέχρι την εικοστή εβδομάδα της εγκυμοσύνης, μόνο για ιατρικούς και πολύ περιορισμένο αριθμό κοινωνικών λόγων. Ένας από τους κοινωνικούς λόγους για έναν τεράστιο αριθμό αμβλώσεων στην Ινδία είναι το φύλο του εμβρύου. Όταν έγινε διαθέσιμος ο προγεννητικός προσδιορισμός του φύλου με υπερηχογράφημα, πολλές οικογένειες σκότωσαν τις αγέννητες κόρες τους για να απαλλαγούν από τα κοινωνικά και οικονομικά βάρη της απόκτησης κόρης και μερικές φορές ελπίζοντας να αποκτήσουν αγοράκια στις επόμενες πιθανές εγκυμοσύνες.

Οι κύριες πηγές της ινδουιστικής βιοηθικής, που είναι οι έννοιες και οι παραδόσεις της, διαμορφώνουν τις προσεγγίσεις της σε ηθικά ζητήματα στο περιθώριο της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των αμβλώσεων. Όταν πρόκειται για τη συζήτηση για την άμβλωση, οι κύριες έννοιες που περιλαμβάνουν ηθικές σκέψεις είναι η Ahimsa , το κάρμα και η μετενσάρκωση. Συνεπώς, η άμβλωση διαταράσσει σκόπιμα τη διαδικασία της μετενσάρκωσης και σκοτώνει έναν αθώο άνθρωπο. Επομένως, έρχεται σε αντίθεση με την έννοια του Ahimsa και επιβάλλει σοβαρά καρμικά βάρη στον πράκτορά του.

Επιπλέον, σε μεγάλους πόρους του Ινδουισμού, η άμβλωση έχει καταδικαστεί έντονα, γεγονός που επιβεβαιώνει την προσέγγιση υπέρ της ζωής αυτής της θρησκείας/παράδοσης προς την άμβλωση. Σύμφωνα με την ινδουιστική βιοηθική, η άμβλωση επιτρέπεται μόνο σε περιπτώσεις που είναι απαραίτητη για τη διάσωση της ζωής της μητέρας. Η προοπτική του Ινδουισμού είναι πολύ υπέρ της ζωής, δίνοντας έμφαση στην Ahimsa και στον εγγενή της σεβασμό για τη ζωή. (Aramesh, 2019)

### Βουδισμός

Η ουσία της βουδιστικής ηθικής συντίθεται στις πέντε πρώτες ηθικές αρχές που είναι υποχρεωτικές για όλους τους Βουδιστές, τους λαϊκούς και τους μοναχούς: 1. Να απέχουν από την αφαίρεση της ζωής (δολοφονία), 2. Να απέχουν από την αυτού που δεν δίνεται (κλοπή), 3. Να απέχουν από τη κακή σεξουαλική συμπεριφορά, 4. Να απέχουν από τον ψεύτικο λόγο, 5. Να απέχουν από το αλκοόλ το οποίο προκαλεί απροσεξία. Η πρώτη από αυτές τις αρχές είναι η πιο σημαντική και αναφέρεται στην απαγόρευση της θανάτωσης όχι μόνο των ανθρώπων αλλά και των ζώων, ανεξάρτητα από το μέγεθος τους.

Ο Βουδισμός θεωρεί το έμβρυο ως πλήρως ανθρώπινο ον και επομένως θεωρεί την άμβλωση ως παραβίαση αυτής της βασικής αρχής. Ζωντανό ον είναι οτιδήποτε έχει ζωή και πνοή ή « ανάσα ζωής». Συνεπώς, η άμβλωση που είναι η θανάτωση ενός ανθρώπου αντιπροσωπεύει την βαριά αμαρτία που θα μπορούσε να διαπράξει ένας Βουδιστής και για τον λόγο αυτό συνεπάγεται ένα τρομερά ηθικό βάρος που επηρεάζει όχι μόνο την παρούσα ζωή του εμβρύου και των υπευθύνων αλλά και τις επόμενες αναγεννήσεις. (Damian Iulian Constantin, 2010)

#### **4.1 Δικαιώματα του εμβρύου**

Τα δικαιώματα του εμβρύου στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα, ο οποίος δεν αφήνει να δημιουργηθεί καμία ασάφεια, το έμβρυο θεωρείται υπαρκτό μόνο όταν γεννηθεί ολόκληρο από το σώμα της μητέρας του, άσχετα αν ο ομφάλιος λώρος έχει κοπεί ή όχι και με την προϋπόθεση ότι έχει γεννηθεί ζωντανό. Ακόμα θα πρέπει η μορφή του να είναι ανθρώπινη, δηλαδή να είναι σχηματισμένο ανεξάρτητα από κάποια πιθανά σωματικά ελαττώματα. Επίσης, ορίζεται από τον Αστικό Κώδικα στο άρθρο 36 ότι : « ως προς τα δικαιώματα τα δικαιώματα που επάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, αν γεννηθεί ζωντανό». (*Τα Δικαιώματα Του Εμβρύου | in.Gr, n.d.*)

Σύμφωνα με το άρθρο 304Α ορίζεται ότι:

« Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310» (Λυκεριδου, 2011)

#### **4.2 Δικαιώματα του πατέρα**

Η άμβλωση θεωρείται συνήθως ως δικαίωμα της μητέρας. Τα δικαιώματα της μητέρας και του εμβρύου βρίσκονται στο επίκεντρο. Τι συμβαίνει όμως με τα δικαιώματα του πατέρα; Δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η γνώμη του; Γιατί ο λόγος της μητέρας να



έχει περισσότερη βαρύτητα από αυτή που πατέρα; Η απόφαση στο αν θα γίνουν τελικά γονείς δεν αφορά και τους δύο; Ο DiNucci (2014) θέτει ως επιχείρημα και τονίζει να κοιτάξουμε το θέμα πέρα από τις έννοιες των φύλων και να δώσουμε βάση στους ρόλους που έχουν να επιτελέσουν τα δύο φύλα ως γονείς, έτσι θα γίνει αντιληπτό ότι και τα δυο φύλα θα πρέπει να έχουν λόγο στο θέμα της άμβλωσης. Η συμμετοχή του συντρόφου στην λήψη αυτής της απόφασης δεν αναιρεί από την έγκυο το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και ούτε ακυρώνει ηθικά την υποχρέωση της απέναντι στο έμβρυο αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στην περίπτωση που ο πατέρας δεν επιθυμεί την διακοπή της κύησης. Τι συμβαίνει όμως στην περίπτωση που η γυναίκα διαβεβαιώνει τον σύντροφο ( ο οποίος δεν επιθυμεί μια εγκυμοσύνη) της ότι λαμβάνει όλα τα μέτρα αντισύλληψης και μένει τελικά έγκυος; Σε αυτή την περίπτωση ο σύντροφος δεν έχει λόγο να είναι υπέρ της άμβλωσης; Και αν δεν πραγματοποιηθεί η άμβλωση ο πατέρας γιατί θα πρέπει να έχει την ευθύνη να συντηρεί οικονομικά την ανατροφή του παιδιού; Ο Harris (1986) θέτει ως επιχείρημα τον σεβασμό, τον οποίο πρέπει να δείξει η γυναίκα απέναντι στο σύντροφο της κατά την διαδικασία της αναπαραγωγής.

Ως προς το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του σώματος της εγκύου ο σύντροφος δεν έχει κανένα δικαίωμα αλλά έχει δικαίωμα όσον αφορά το έμβρυο. Οι γυναίκες μπορεί να είναι αυτές που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο από την εγκυμοσύνη και την άμβλωση, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι η άποψη των αντρών δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν. Επομένως, μήπως στο πλαίσιο των αμβλώσεων να συμπεριληφθεί και η επιλογή του πατέρα; (Παπαδοπούλου, 2015)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5. Αντισύλληψη

#### Ορισμός

Αντισύλληψη ή αλλιώς ο έλεγχος των γεννήσεων ορίζεται η σκόπιμη αποφυγή της εγκυμοσύνης κατά το χρονικό διάστημα της σεξουαλικής επαφής. Για την αποφυγή της σύλληψης ή της κύησης χρησιμοποιούνται διάφοροι μέθοδοι ή συσκευές. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013) Από την αρχαιότητα ακόμα χρησιμοποιούσαν τρόπους αντισύλληψης, ωστόσο η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφίβολη. Κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα ανακαλύφθηκαν πιο αποτελεσματική και ασφαλής τρόποι αντισύλληψης. (Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια, n.d.-b)

#### 5.1 Αρχαιότητα και αντισύλληψη

Το 1550π.Χ ο πάπυρος του Ebers και το 1850π.Χ ο πάπυρος του Κάχουν κάνουν αναφορές για τις μεθόδους που χρησιμοποιούνταν για τον έλεγχο των γεννήσεων. Χρησιμοποιούσαν μέλι, φύλλα από ακακία και λινάρι τα οποία τοποθετούνταν στον κόλπο έτσι ώστε να εμποδίσουν την είσοδο του σπέρματος. Στο βιβλίο της Γέννησης γίνεται αναφορά για την αποχή ή την διακοπτόμενη συνουσία. Στην Αρχαία Ελλάδα χρησιμοποιούσαν το σίλφιο, το οποίο ήταν πολύ αποτελεσματικό. Στην μεσαιωνική Ευρώπη, η Καθολική Εκκλησία θεωρούσε ανήθικη την αποφυγή της εγκυμοσύνης. Ο έλεγχος των γεννήσεων σε αυτή την εποχή γινόταν είτε με διακοπτόμενη συνουσία είτε εισάγοντας ρίζες από κρίνο ή απήγανο στον κόλπο. Κατά την διάρκεια της Ιταλικής Αναγέννησης, Ο Καζανόβας (1725-1729) περιγράφει ότι για την αποφυγή της εγκυμοσύνης χρησιμοποιούσαν ένα κάλυμμα από δέρμα προβάτου. Ο Ρίτσαρντ Ρίχτερ, το 1909, έφτιαξε με την κοιλιά ενός μεταξοσκώληκα ένα ενδομήτριο μηχανήμα. Το 1921, η Μαρία Στούουπς άνοιξε στο Ηνωμένο Βασίλειο την πρώτη κλινική. Το 1950, ο Γκρέγκορι Πίνκουσ και ο Τζον Ρόκμε μαζί με την βοήθεια της Αμερικανικής Ομοσπονδίας δημιούργησαν τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια, τα οποία βγήκαν στην αγορά το 1960. (Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια, n.d.-b)

#### 5.2 Μέθοδοι αντισύλληψης - Φυσικοί μέθοδοι αντισύλληψης

##### Θηλασμός

Ο θηλασμός προκαλεί αμηνόρροια και αποτελεί φυσική μέθοδο αντισύλληψης. Ο θηλασμός καθυστερεί την ωοθυλακιορρηξία καθώς αναστέλλεται η έκκριση της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών που προκαλεί η προλακτίνη (Bender et al., 1998). Η αποτελεσματικότητά του θηλασμού στην αντισύλληψη εξαρτάται από την διάρκεια και την συχνότητα των θηλασμών (García-Figueroa et al., 2014). Η μέθοδος αυτή είναι πιο αποτελεσματική όταν το νεογνό τρέφεται αποκλειστικά με τον θηλασμό, όταν η εμφάνιση



Εικόνα 4: Θηλασμός.<sup>4</sup>

της εμμηνορρυσίας καθυστερεί μετά τον τοκετό και όταν η ηλικία του νεογνού είναι μικρότερη των έξι μηνών. Ο θηλασμός πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα δηλαδή κατά την διάρκεια την ημέρας το ένα γεύμα να απέχει από το άλλο περίπου 4 ώρες ενώ κατά την διάρκεια της νύχτας το χρονικό διάστημα που πρέπει να μεσολαβεί ανάμεσα στους θηλασμούς δεν πρέπει να υπερβαίνει τις έξι ώρες. Στην αποτελεσματικότητα του θηλασμού σημαντικό ρόλο έχει και η διάρκεια των θηλασμών. Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται περίπου στο 2% (Kennedy & Trussell, 2007). Ο θηλασμός έχει το πλεονέκτημα ότι είναι δωρεάν και ότι δεν προκαλεί ιατρικές παρενέργειες. Ωστόσο, σε περίπτωση που δεν ακολουθούνται σωστά οι οδηγίες τότε το ποσοστό επιτυχίας αυτής της μεθόδου είναι ελάχιστο. (Ιατράκης, 2017)

#### Διακοπτόμενη συνουσία

Διακοπτόμενη συνουσία είναι η έγκαιρη απόσυρση του πέους από τον κόλπο της γυναίκας πριν από την εκσπερμάτωση με σκοπό την αποφυγή της εγκυμοσύνης. Η αποτελεσματικότητα αυτή της μεθόδου βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ικανότητα του άντρα και απαιτεί πείρα και αυτοέλεγχο από μεριά του. Στους άντρες στους οποίους η εκσπερμάτωση είναι πρόωγη, η μέθοδος μπορεί να μην είναι λειτουργική. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι είναι δωρεάν και δεν είναι απαραίτητη η ιατρική παρακολούθηση (Kowal, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου αυτής τον πρώτο χρόνο χρήση κυμαίνεται στο 27% (Trussell, 2007).

#### Ημερολογιακή μέθοδος

Για την κατανόηση αυτής της μεθόδου θα πρέπει να υπάρξουν ορισμένες επεξηγήσεις. Ο υπολογισμός της γόνιμης περιόδου πραγματοποιείται με την καταγραφή της διάρκειας της εμμήνου ρύσεως για τουλάχιστον έξι μήνες (Jennings & Arevalo, 2007). Η ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει 12 με 16 ημέρες ( $14 \pm 2$  ημέρες) πριν την επόμενη εμμηνορρυσία. Το ωάριο έχει διάρκεια ζωής περίπου 24 ώρες (Lu et al., 2003). Η μέση διάρκεια επιβίωσης ενός σπερματοζωαρίου είναι περίπου 3 με 4 ημέρες (Dunnihoo, 1990). Για τον υπολογισμό της έναρξης των γόνιμων ημερών του κύκλου, κατά τις οποίες η γυναίκα θα έχει περισσότερες πιθανότητες να μείνει έγκυος, θα πρέπει από τον μικρότερο κύκλο να αφαιρεθούν 20 ημέρες (δηλαδή 16 ημέρες που αποτελούν το περισσότερο χρονικό διάστημα από την προηγούμενη ωοθυλακιορρηξία και συν 4 ημέρες που αποτελούν τον χρόνο ζωής των σπερματοζωαρίων). Για τον υπολογισμό της λήξης των γόνιμων ημερών θα πρέπει από τον μεγαλύτερο κύκλο να αφαιρεθούν 11 ημέρες (δηλαδή 12 ημέρες που αποτελούν την μικρότερη χρονική περίοδο που πέρασε από την προηγούμενη ωοθυλακιορρηξία και μείον μια ημέρα που είναι ο χρόνος επιβίωσης του ωαρίου). Έτσι, αν αφαιρεθούν 20 ημέρες από τον μικρότερο κύκλο, ο οποίος ως υποθέσουμε ότι είναι 26 ημερών και 11 ημέρες από τον μεγαλύτερο κύκλο ο οποίος ως υποθέσουμε ότι είναι 32 ημερών, προκύπτει  $26-20=6$  και  $32-11=21$ , επομένως για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης το ζευγάρι θα πρέπει να κάνει απέχει από την σεξουαλική πράξη από την 6<sup>η</sup> ημέρα έως την 21<sup>η</sup> ημέρα καθώς αυτό το χρονικό διάστημα αποτελεί την γόνιμη περίοδο. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι είναι δωρεάν και δεν χρειάζεται παρέμβαση από γιατρό. Όμως η αποτελεσματικότητα της εξαρτάται από την πλήρη κατανόηση της από την πλευρά της γυναίκας. (Ιατράκης, n.d.)

## Τραχηλική βλέννα – Πόνος ωοθυλακιορρηξίας

Σε αυτή την μέθοδο παρατηρείται η τραχηλική βλέννα όσον αφορά την ποσότητα και την ποιότητα της, καθώς διαφοροποιείται ανάλογα με τις φάσεις του κύκλου. Κατά την περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας η μορφή της τραχηλικής βλέννας είναι καθαρή και λεπτόρρευση (σαν ωμό ασπράδι αυγού). Η διαπίστωση μπορεί να γίνει από την ίδια την γυναίκα αλλά και από τον γυναικολόγο με την γυναικολογική εξέταση. Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου βασίζεται κυρίως στην διαπίστωση της γυναίκας. Το ποσοστό αποτυχίας κυμαίνεται περίπου στο 10%. Ωστόσο υπάρχει η πιθανότητα η γυναίκα να δυσκολευτεί να διακρίνει τα χαρακτηριστικά της τραχηλικής βλέννας. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι είναι δωρεάν και δεν έχει ιατρικές παρενέργειες. Ο πόνος της ωοθυλακιορρηξίας (προκύπτει από το τέντωμα της ωοθηκικής κάψας) συμβαίνει 24 με 48 ώρες πριν την ωοθυλακιορρηξία. (Ιατράκης, n.d.)

### Θερμομετρικό διάγραμμα

Το θερμομετρικό διάγραμμα απαιτεί την καθημερινή μέτρηση της θερμοκρασίας του σώματος κατά κύριο λόγο το πρωί πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει την άνοδο της θερμοκρασίας. Η θερμομέτρηση πρέπει να γίνεται κάθε φορά από το ίδιο σημείο (ή από τον ορθό ή από τον κόλπο ή το στόμα). Μετά την ωοθυλακιορρηξία (24 με 72 ώρες) παρατηρείται αύξηση της θερμοκρασίας (0,2-0,6°C) λόγω της παραγωγής προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Έπειτα παρατηρείται μια μικρή μείωση της θερμοκρασίας. Η περίοδος της γονιμότητας πιστεύεται ότι έχει τελειώσει 72 ώρες μετά την αύξηση της θερμοκρασίας. Σε περίπτωση που συμβεί η γονιμοποίηση, η θερμοκρασία διατηρείται αυξημένη αλλιώς παρατηρείται πτώση της. Το ποσοστό αποτυχίας του θερμομετρικού διαγράμματος κυμαίνεται στο 10%. (Ιατράκης, 2017)

### **5.3 Μέθοδοι φραγμού**

Η λειτουργία των μεθόδων φραγμού είναι να εμποδίσουν την διέλευση του σπέρματος να φτάσει το ωάριο ή να εμποδίσουν την διαδικασία εμφύτευσης του ζυγωτού. (Λουτράδης et al., 2018) Οι μέθοδοι φραγμού εκτός από την αντισυλληπτική τους ιδιότητα προστατεύουν και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Cates & Raymond, 2007).

### Σπερματοκτόνα



Εικόνα 5: Σπερματοκτόνο. <sup>5</sup>

Η δράση των σπερματοκτόνων είναι να μειώσουν την κινητικότητα του σπέρματος. Η τοποθέτησή τους θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν βαθύτερα μέσα στον κόλπο και τουλάχιστον 15 λεπτά νωρίτερα αλλά όχι παραπάνω από μία ώρα πριν την συνουσία. Επίσης με κάθε νέα σεξουαλική πράξη απαιτείται εκ νέου τοποθέτηση σπερματοκτόνου. Τα σπερματοκτόνα μέσω των χημικών ουσιών επιτίθενται στο σπέρμα και

έτσι το σπέρμα δεν έχει την δυνατότητα να προσεγγίσει το τραχηλικό στόμιο (Trussell, 2007). Τα δύο κύρια συστατικά των σπερματοκτόνων είναι το ενεργό σπερματοκτόνο

συστατικό και μια αδρανή βάση. Τα ενεργά σπερματοκτόνα συστατικά διακρίνονται στα επιφανειοδραστικά (δημοφιλέστερη είναι η νονοξυνόλη-9), απολυμαντικά, αναστολείς σπερματικών ενζύμων, οξέα και τοπική αναισθησία. Η πλειονότητα των σπερματοκτόνων είναι επιφανειοδραστικά και χρησιμοποιούν κυρίως την νονοξυνόλη-9 που προκαλεί καταστροφή της κυτταρικής μεμβράνης του σπέρματος και παρέχει και κάποια προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Xiao-Hui et al., 1990). Τα απολυμαντικά δρουν κυρίως ως ιοκτόνα. Στην κατηγορία αυτή ανήκει η χλωρεξιδίνη, η οποία προσφέρει κάποια προστασία από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε συνδυασμό με την νονοξυνόλη-9 (Harrison & Chantler, 1998). Η γκοσυπόλη προκαλεί αδρανοποίηση in vitro του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Polsky et al., 1989). Για πιο αποτελεσματική δράση απαιτείται γρήγορη διασπορά και επαρκή ποσότητα στον τράχηλο έτσι ώστε να δράσουν απευθείας μετά το τέλος της συνουσίας. Τα σπερματοκτόνα που η δραστηκότη τους ουσία είναι ίδια βγαίνουν σε διάφορες μορφές. Η νονοξυνόλη-9 κυκλοφορεί σε μορφή τζελ, φιλμ και κολπικού υπόθετου (E. G. Raymond et al., 2005). Αυτή η μέθοδος δεν χρειάζεται εφαρμογή από τρίτο άτομο, χρησιμοποιείται μόνο όταν είναι απαραίτητο, προστατεύει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και προσφέρει γεννητική λίπανση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως πρόσθετο σε άλλους μεθόδους. (Ιατράκης, n.d.) Υπάρχουν αναφορές ότι η συστηματική χρήση της νονοξυνόλης-9 (πάνω από δύο φορές την ημέρα) ή χρήση της ως λιπαντικό κατά την πρωκτική συνουσία μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου και να προκαλέσει βλάβες (Cates & Raymond, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας κυμαίνεται περίπου στο 29% (Trussell, 2007).

### Προφυλακτικά

#### Ανδρικό προφυλακτικό



Εικόνα 6: Ανδρικό προφυλακτικό.<sup>5</sup>

Το ανδρικό προφυλακτικό είναι μια καλύπτρα που είναι λεπτή και ελαστική και τοποθετείται στο πέος πριν από οποιαδήποτε σεξουαλική πράξη (γεννητική, στοματική και πρωκτική). Η τοποθέτηση του συμβαίνει πριν από την έναρξη της συνουσίας και με την προϋπόθεση ότι το πέος είναι σε στύση και η αφαίρεση του γίνεται αμέσως μετά

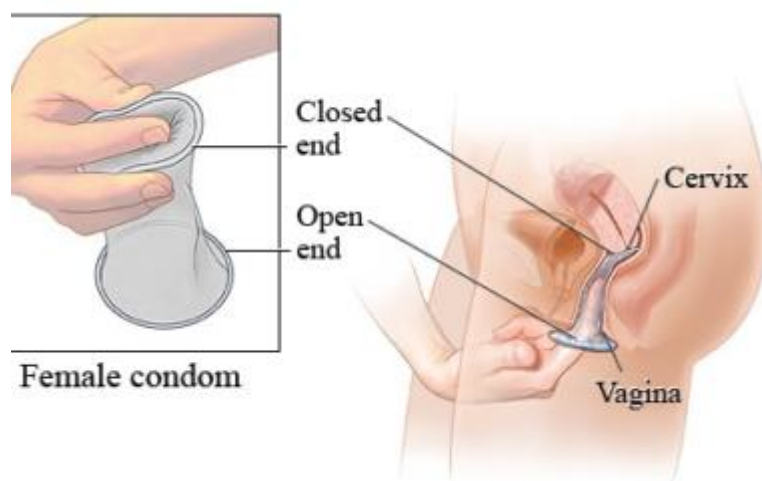
την εκσπερμάτωση (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013). Το προφυλακτικό περνάει από ηλεκτρονικό έλεγχο για τον εντοπισμό τυχόν τρυπών ή άλλων αδύναμων σημείων πριν από την συσκευασία και την διανομή τους στην αγορά. Λαμβάνεται ένα δείγμα από τα προφυλακτικά για την πραγματοποίηση επιπλέον εργαστηριακών δοκιμασιών για να ελεγχθεί η διαφυγή και η αντοχή των προφυλακτικών, καθώς επίσης και λεπτομέρειες για το μέγεθος και την ακεραιότητα της συσκευασίας. Στην περίπτωση αποτυχίας του δειγματολογικού ελέγχου, τότε όλη η παρτίδα καταστρέφεται (Steiner & Warner, 2007). Σύμφωνα με παλιότερα δεδομένα, ορισμένοι εργαστηριακοί μέθοδοι έδειξαν ότι οι ιοί ή μικροσφαιρίδια σε μέγεθος των ιών διαπερνούν το προφυλακτικό μέσω των οπών που δεν ανιχνεύονται με την μέθοδο διαφυγής του νερού (Carey et al., 1999).

Τα προφυλακτικά κατασκευάζονται από λάτεξ, πολυουρεθάνη (λεπτό και ανθεκτικό πλαστικό) ή φυσικές μεμβράνες (ιστοί ζώων). Τα προφυλακτικά εκτός από την ιδιότητα φραγμού του σπέρματος, έχουν και την ιδιότητα τα μη σπερματοκτόνα προφυλακτικά από λάτεξ να προσφέρουν προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου. Όσα προφυλακτικά έχουν λιπαντική ουσία που περιέχει νοβοξυνόλη-9 δεν προσφέρουν προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (Center for Disease Control and Prevention, 2006). Διαπιστώνεται διάβρωση στα προφυλακτικά από λάτεξ όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με λιπαντικά που η βάση τους είναι το λάδι, ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν με λιπαντικά που η βάση τους είναι το νερό ή η σιλικόνη (Steiner & Warner, 2007). Λόγω του φαινομένου της αλλεργίας στο λάτεξ ενός μεγάλου αριθμού ατόμων, οι κατασκευαστές ξεκίνησαν να κατασκευάζουν προφυλακτικά με πολυουρεθάνη που είναι πιο λεπτή και πιο ισχυρή από το λάτεξ. Ωστόσο, γίνεται έρευνα αν το προφυλακτικό από πολυουρεθάνη είναι αποτελεσματικό έναντι των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου.

Υπάρχουν και τα προφυλακτικά τα οποία κατασκευάζονται από το τυφλό έντερο των προβάτων (φυσικό δέρμα). Τα προφυλακτικά αυτά δεν προσφέρουν προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό HIV καθώς έχουν μερικούς πόρους μέσω των οποίων γίνεται η διέλευση των ιών. Μετά από οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή θα πρέπει να απορρίπτονται και δεν απαιτείται ιατρική συνταγή για την αγορά τους. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013). Τα προφυλακτικά με γραμμώσεις ή πτυχώσεις και με ραβδωτές ή σκληρές επιφάνειες χρησιμοποιούνται για την αύξηση του ερεθισμού στον κόλπο. Η λεπτότητα του προφυλακτικού προκαλεί αύξηση στην μετάδοση της θερμότητας και της ευαισθησίας. Η λίπανση ορισμένων προφυλακτικών γίνεται με μια υγρή γέλη ή με στεγνή πούδρα. Τα ποσοστά αποτυχίας του ανδρικού προφυλακτικού κατά τον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στα 15%. Για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης και για την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συνιστάται η σωστή χρήση του προφυλακτικού (Trussell, 2007).



## Γυναικείο προφυλακτικό (Κολπική καλύπτρα)



Εικόνα 7: Γυναικείο προφυλακτικό.<sup>7</sup>

Το πρώτο γυναικείο προφυλακτικό πουλήθηκε το 1992. Η εισαγωγή του μπορεί να γίνει λίγο πριν ή λίγες ώρες πριν την σεξουαλική επαφή. (Ιατράκης, n.d.) Το γυναικείο προφυλακτικό κατασκευάζεται από πολουρεθάνη και έχει ελαστικότητα στους δακτυλίους και στα δύο άκρα. Ο κλειστός δακτύλιος τοποθετείται στον κόλπο και αγκιστρώνεται στον τράχηλο και ο ανοιχτός δακτύλιος τοποθετείται στα χείλη. Αν ο σύντροφος δεν επιθυμεί να χρησιμοποιήσει ο ίδιος προφυλακτικό τότε το γυναικείο προφυλακτικό είναι μια εναλλακτική λύση. Οι σταγόνες ή τα λιπαντικά λαδιού ή νερού που χρησιμοποιούνται για την εφύγραση, μειώνουν τον θόρυβο που προκαλείται από την ώθηση του πέους. Το γυναικείο προφυλακτικό κυκλοφορεί σε ένα μέγεθος, είναι μίας χρήσης και πωλείται χωρίς ιατρική συνταγή. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το ανδρικό προφυλακτικό, καθώς υπάρχει η αυξημένη πιθανότητα διάτρησης ή του ενός ή και των δύο λόγω της μεταξύ τους τριβής (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013). Το ποσοστό αποτυχίας του γυναικείου προφυλακτικού κατά τον πρώτο χρόνο κυμαίνεται στο 21% (Trussell, 2007).

## Κολπικό διάφραγμα

Το κολπικό διάφραγμα πρωτοκυκλοφόρησε την δεκαετία του 1920 (Guillebaud, 1993). Το κολπικό διάφραγμα είναι μια συσκευή φτιαγμένη από λεπτό ημισφαιρικό πλαστικό ή λάτεξ και στο χείλος υπάρχει ενίσχυση από ένα ευλύγιστο επίπεδο ή περιελιγμένο ή τοξοειδές μεταλλικό ελατήριο. Το μέγεθος του μπορεί να είναι από 50mm μέχρι 100mm σε διαβαθμίσεις των 5mm σύμφωνα με την εξωτερική διάμετρο. Το μέγεθος του κολπικού διαφράγματος αλλάζει καθώς συμβαίνουν αλλαγές στο μέγεθος του κόλπου που μπορεί να προκληθούν από τον τοκετό, το χειρουργείο στο κόλπο, αλλαγές στο βάρος και για αυτό απαιτείται η επανεκτίμηση για την εφαρμογή του. Η τοποθέτηση του κολπικού διαφράγματος με το επίπεδο ελατήριο γίνεται σχετικά εύκολα και παραμένει στην θέση του μετά την αποσυμπίεση και χρησιμοποιείται κυρίως σε φυσιολογικό κόλπο. Συγκριτικά με το επίπεδο ελατήριο, το διάφραγμα με περιελιγμένο ελατήριο είναι πιο μαλακό επειδή η πίεση που ασκεί είναι πιο μικρή και ίσως σε ορισμένες γυναίκες να είναι πιο άνετο. Το διάφραγμα με το τοξοειδές ελατήριο αποτελείται από ένα διπλό μεταλλικό ελατήριο το οποίο στην αποσυμπίεση δημιουργεί ένα τόξο που ασκεί στα τοιχώματα του κόλπου πιο ισχυρή πίεση. Ορισμένες γυναίκες

βρίσκουν την εφαρμογή του δύσκολη. Το διάφραγμα με μη ευλύγιστο ελατήριο δεν είναι τόσο αποδεκτό από τις γυναίκες (Mauck et al., 2004).



Εικόνα 8: Κολπικό διάφραγμα.<sup>8</sup>

Εικόνα 9: Κολπικό διάφραγμα.<sup>9</sup>

Το κολπικό διάφραγμα εμποδίζει το σπέρμα να έρθει σε επαφή με την αλκαλική τραχηλική βλέννα μέχρι τα σπερματοζωάρια να πεθάνουν μέσα στον κόλπο καθώς το περιβάλλον του κόλπου είναι όξινο και δρα ως φορέας σπερματοκτόνου. Η σύσταση στην χρήση ή όχι του σπερματοκτόνου έχει αφεθεί στην επιλογή της γυναίκας. Το υλικό του κολπικού διαφράγματος μπορεί να υποστεί καταστροφή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα όταν έρχεται σε επαφή με λιπαντικά, φυτικά έλαια και ορυκτέλαια. Μετά την συνουσία το διάφραγμα θα πρέπει να παραμείνει στον κόλπο μέχρι έξι ώρες αλλά όχι παραπάνω από μια ημέρα, καθώς υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να προκληθεί βλάβη στο επιθήλιο του κόλπου. Σε περίπτωση μη χρήσης σπερματοκτόνου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ότι τα κινητά σπερματοζωάρια μπορεί να ανιχνευτούν στον κόλπο ακόμα και 8 ώρες μετά την σεξουαλική επαφή (Lu et al., 2003).

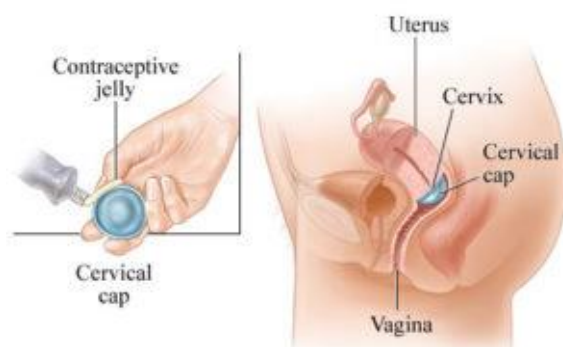
Σε περίπτωση που η τοποθέτηση του διαφράγματος συμβεί για παραπάνω από 3 ώρες πριν την σεξουαλική επαφή συνιστάται η χρήση περισσότερης ποσότητας σπερματοκτόνου σε οποιαδήποτε μορφή ή χρήση σπερματοκτόνου υπόθετο το οποίο θα πρέπει να εισαχθεί βαθιά στον κόλπο και απαιτείται πριν από την σεξουαλική επαφή αναμονή για 10 λεπτά ώστε να διαλυθεί το υπόθετο. Η γυναίκα έχει την δυνατότητα να κάνει μπάνιο ή κολύμπι με την χρήση του κολπικού διαφράγματος μόνο όταν έχει περάσει κάποιο χρονικό διάστημα πριν από την σεξουαλική επαφή καθώς θα επηρεάσει την δράση του σπερματοκτόνου. Η χρήση του κολπικού διαφράγματος μπορεί να γίνει και στην περίοδο της εμμηνορρυσίας αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ότι η γυναίκα υπάρχει η πιθανότητα να μείνει έγκυος. Κατά το στάδιο της αφαίρεσης του διαφράγματος είναι απαραίτητος ο καθαρισμός του με ήπιο σαπούνι τουαλέτας. Η χρήση απολυμαντικών και απορρυπαντικών δεν συνιστάται καθώς μπορεί να προκαλέσουν καταστροφή στο υλικό του. Έπειτα ακολουθεί το στέγνωμα και η τοποθέτηση του στο κουτί του. Το διάφραγμα θα πρέπει να ελέγχεται ως προς την ακεραιότητα του σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Η γυναίκα θα πρέπει να κρατάει ψηλά και να το τεντώνει σε φωτεινό μέρος αλλά με προσοχή ώστε να μην καταστραφεί το υλικό του. Ο θόλος του διαφράγματος με την πάροδο του χρόνου μπορεί να γίνει πιο μαλακός αλλά αυτή η αλλαγή θεωρείται φυσιολογική όπως και η αλλαγή στην



σύσταση και το χρώμα του καουτσούκ. Εφόσον το διάφραγμα δεν έχει τρυπηθεί και το χείλος μπορεί να επαναφέρει το αρχικό του σχήμα τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί κανονικά. (Ιατράκης, n.d.)

Για την αγορά του διαφράγματος χρειάζεται ιατρική συνταγή. Το κολπικό διάφραγμα μαζί με την χρήση του σπερματοκτόνου έχουν ποσοστό αποτυχίας 16% κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου (Trussell, 2007). Όταν χρησιμοποιείται μόνο του χωρίς σπερματοκτόνο τότε η αποτελεσματικότητα του μειώνεται. Όσες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου θα πρέπει να μην χρησιμοποιούν σπερματοκτόνα με νοβοξονόλη-9 μαζί με το κολπικό διάφραγμα. Το διάφραγμα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες με ασθενή κολπικό τόνο ή υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Το διάφραγμα τοποθετείται σωστά μόνο όταν είναι πίσω από την ηβική σύμφυση και ο τράχηλος τοποθετείται πλήρως από αυτό. Για την ελάττωση της άσκησης της πίεσης στην ουρήθρα συνιστάται στην γυναίκα να ουρήσει πριν από την τοποθέτηση και ακριβώς μετά την συνουσία. Δεν ενδείκνυται χρήση του διαφράγματος σε γυναίκες όπου υπάρχει χαλάρωση στις πυελικές στηρικτικές δομές (πρόπτωση μήτρας) ή μεγάλη κυστεοκήλη. Όσες γυναίκες παρουσιάζουν αλλεργία στο λάτεξ θα πρέπει να χρησιμοποιούν διαφράγματα από άλλο υλικό. Η χρήση του κολπικού διαφράγματος και η τραχηλική καλύπτρα έχουν συσχετιστεί με το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας (Cates & Raymond, 2007).

### Τραχηλική καλύπτρα



© Healthwise, Incorporated Εικόνα 10: Τραχηλική καλύπτρα.<sup>10</sup>

Η τραχηλική καλύπτρα έχει σχήμα δακτυλήθρας. Στην αγορά υπάρχουν τρία είδη τραχηλικής καλύπτρας. Δύο είδη τραχηλικής καλύπτρας κυκλοφορούν σε πολλά μεγέθη, ένα μόνο είδος κυκλοφορεί σε ένα μέγεθος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλες τις γυναίκες. Το υλικό κατασκευής της μπορεί να είτε από ελαστικό είτε από σιλικόνη, ο θόλος τους είναι μαλακός και έχουν σταθερά χείλη. Η τραχηλική καλύπτρα τοποθετείται στον τράχηλο, πολύ κοντά στο σημείο συνένωσης του τράχηλου με το θόλο του κόλπου. Η καλύπτρα μπορεί να παραμείνει στον τράχηλο για χρονικό διάστημα από 6 ώρες έως 48 ώρες. Αποτελεί έναν φυσικό φραγμό για το σπέρμα αλλά και χημικό φραγμό καθώς η καλύπτρα περιέχει σπερματοκτόνο.

Οι οδηγίες για την τοποθέτηση της και πως χρησιμοποιείται είναι παρόμοιες με τις οδηγίες που παρέχονται στα αντισυλληπτικά διαφράγματα. Η τοποθέτηση της μπορεί να γίνει αρκετές ώρες πριν την σεξουαλική επαφή καθώς η χρήση επιπλέον σπερματοκτόνου δεν είναι απαραίτητη ούτε πριν την συνουσία ούτε μετά από

επαναλαμβανόμενη συνουσία. Το τραχηλικό διάφραγμα απαιτεί μεγαλύτερη ποσότητα σπερματοκτόνου από ότι η καλύπτρα. Σημαντικό ρόλο στην τοποθέτηση και την χρήση της καλύπτρας διαδραματίζουν η γωνία της μήτρας, ο μυϊκός τόνος του κόλπου και το σχήμα του τραχήλου. Απαιτείται χρόνος, προσπάθεια και ικανότητα δεξιοτήτας από την πλευρά της γυναίκας και του γιατρού για να τοποθετηθεί σωστά. Πριν και μετά την συνουσία η γυναίκα θα πρέπει να ελέγχει την θέση του.

Κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας και για διάστημα μέχρι την 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό λόγω του ότι η καλύπτρα έχει συσχετισθεί με το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας συνιστάται η χρήση διαφορετικής μεθόδου αντισύλληψης. Συνιστάται στις γυναίκες να ελέγχουν το μέγεθος της καλύπτρας διότι μετά από έναν τοκετό, μια γυναικολογική επέμβαση ή σε περίπτωση απότομης αύξησης ή μείωσης βάρους του σώματος μπορεί να χρειαστεί αλλαγή στο μέγεθος της. Γενικά, συνιστάται στην γυναίκα να ελέγχει το μέγεθος της καλύπτρας τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο. Σε περιπτώσεις όπου οι γυναίκες παρουσιάζουν παθολογικό τεστ Παπανικολάου, δεν εφαρμόζει σωστά η καλύπτρα, δυσκολεύονται στην τοποθέτηση και την αφαίρεση της, έχουν σύνδρομο τοξική καταπληξίας ή κολπίτιδας ή τραχηλίτιδας στο ιστορικό τους ή παρουσιάζουν αλλεργία στην καλύπτρα από λάτεξ ή στα σπερματοκτόνα, τότε η χρήση της καλύπτρας δεν ενδείκνυται. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013)

#### Αντισυλληπτικός σπόγγος



Εικόνα 11: Αντισυλληπτικός σπόγγος.<sup>11</sup>

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος είναι ο μικρός σε μέγεθος, στρογγυλός και είναι φτιαγμένος από πολουρεθάνη και είναι διαποτισμένος με σπερματοκτόνο (νονοξυνόλη-9). Κυκλοφορεί σε ένα μέγεθος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλες τις γυναίκες. Η μία πλευρά του είναι κοίλη για να εφαρμόζει καλύτερα στον τράχηλο και η άλλη του πλευρά διαθέτει ένα υφαντό πολυεστερικό κορδόνι με το οποίο αφαιρείται ο σπόγγος.

Πριν την εφαρμογή θα πρέπει να ποτιστεί με νερό. Η προστασία διαρκεί για τουλάχιστον 24 ώρες και είναι επιτρεπτή η επαναλαμβανόμενη συνουσία. Ο απαραίτητος χρόνος παραμονής στον τράχηλο είναι για τουλάχιστον 6 ώρες μετά την συνουσία. Σε περίπτωση παραμονής του για περισσότερο από 24 με 30 ώρες υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης συνδρόμου τοξικής καταπληξίας (Cates & Raymond, 2007). Προτείνεται να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλη μέθοδο αντισύλληψης. Το ποσοστό αποτυχίας κατά τον πρώτο χρόνο κυμαίνεται στο 10% στις άτοκες γυναίκες και στο 32% στις πολύτοκες (Trussell, 2007).

## 5.4 Ορμονική αντισύλληψη

Τα ορμονικά αντισυλληπτικά δισκία είναι φάρμακα που χρησιμοποιούν συνδυασμούς ορμονών οιστρογόνων και προγεστερόνης ή μόνο προγεστερόνη. Μπορούν να χορηγηθούν μέσω του στόματος, υποδόρια, ενδοκολπικά, με την μορφή εμφυτευμάτων και με έγχυση ή διαμέσου της ενδομήτριας οδού. (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013)

Αντισυλληπτικά δισκία με συνδυασμό ορμονών (οιστρογόνου και προγεστερόνης)

Αντισυλληπτικά από το στόμα



Εικόνα 12: Αντισυλληπτικά δισκία.<sup>12</sup>

Ο μηχανισμός ανατροφοδότησης συμβάλλει στην διατήρηση της φυσιολογίας του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη και η ωχρινοτρόπος ορμόνη εκκρίνονται από τον οργανισμό ως απάντηση προς τα μεταβαλλόμενα επίπεδα της προγεστερόνης και των οιστρογόνων, τα οποία παράγονται από τις ωοθήκες. Τα αντισυλληπτικά δισκία με συνδυασμό ορμονών όταν λαμβάνονται σε τακτική βάση προκαλούν καταστολή της δράσης του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και του υποθαλάμιου, με αποτέλεσμα την πρόκληση μη επαρκούς έκκρισης της ωχρινοτρόπου και της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης.

Τα αντισυλληπτικά δισκία έχουν και άλλες δράσεις. Προκαλούν αλλαγές στην ωρίμανση του ενδομητρίου κάνοντας το περιβάλλον μη φιλικό. Ο συνδυασμός ορμονών στα αντισυλληπτικά δισκία προκαλούν 1 μέχρι και 4 ημέρες μετά την λήψη του αντισυλληπτικού στο ενδομήτριο απόπτωση, η οποία οφείλεται στην ορμονική απόσυρση και αιμορραγία. Η αιμορραγία σε σχέση με την κανονική εμμηνορρυσία είναι μικρότερης έντασης και έχει διάρκεια 2 έως 3 ημέρες. Ωστόσο, υπάρχει και η περίπτωση σε ορισμένες γυναίκες να μην εμφανιστεί αιμορραγία. Εξαιτίας της επίδρασης της προγεστίνης, η βλέννα του τραχήλου γίνεται παχιά. Η τραχηλική βλέννα γίνεται μη κατάλληλη για το σπέρμα ενώ στην περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας είναι υδαρή και λευκόρρευση.

Τα αντισυλληπτικά δισκία διακρίνονται σε μονοφασικά όπου οι δόσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης είναι σταθερές και τα πολυφασικά (διφασικά και τριφασικά) όπου η ποσότητα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μεταβάλλονται κατά την περίοδο του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Τα αντισυλληπτικά προκαλούν μείωση της δόσης των ορμονών στους εμμηνορρυσιακούς κύκλους αλλά δεν χάνουν την αποτελεσματικότητά τους ως αντισυλληπτικά. Απαιτείται σωστή λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων για να διατηρηθούν οι ορμόνες στα κατάλληλα επίπεδα (Nelson, 2007).

### Πλεονεκτήματα

Τα αντισυλληπτικά δισκία δεν έχουν άμεση σχέση με την συνουσία, για αυτό και ορισμένες γυναίκες τα αποδέχονται περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη αντισυλληπτική μέθοδο. Με την χρήση του ρυθμίζεται ακριβέστερα το εμμηνορρυσιακό κύκλο και αυτό αποτελεί ένα πλεονέκτημα που οι γυναίκες το θεωρούν πολύ βασικό καθώς θα γνωρίζουν την επόμενη ημερομηνία της έμμηνου ρύσης τους. Τα αντισυλληπτικά δισκία με συνδυασμό ορμονών εκτός από τα αντισυλληπτικά οφέλη, έχουν και μη αντισυλληπτικά οφέλη που αφορούν την υγεία και περιλαμβάνουν μείωση στην ροή του αίματος κατά την περίοδο την εμμηνορρυσίας, μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης σιδηροπενικής αναιμίας, ρυθμίζουν την μηνόρραγια και τους ανώμαλους κύκλους, μειώνουν τα περιστατικά δυσμηνόρροιας και του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου. Επίσης, προστατεύουν το ενδομήτριο από αδενοκαρκινώματα και ίσως από τον καρκίνο των ωοθηκών, προκαλούν μείωση της επίπτωσης των καλοηθών νόσων του μαστού και προσφέρουν βελτίωση στην ακμή. Προσφέρουν προστασία από την εξέλιξη λειτουργικών κύστεων στις ωοθήκες και σαλπινγίτιδας και προκαλούν μείωση του κινδύνου εμφάνισης εξωμήτριους κύησης. Στις γυναίκες οι οποίες δεν καπνίζουν τα αντισυλληπτικά είναι μια ασφαλή επιλογή αντισύλληψης μέχρι την εμμηνόπαυση.

Πριν από την συνταγογράφηση των αντισυλληπτικών με συνδυασμό ορμονών οι γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται και έπειτα συνιστάται εξέταση κάθε χρόνο. Στην εξέταση αυτή γίνεται λήψη του ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού, μετρίεται το βάρος και η αρτηριακή πίεση, γίνεται εξέταση του κόλπου και τεστ Παπανικολάου. Οι γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά ώστε να ανιχνευτούν έγκαιρα τυχόν διαταραχές που σχετίζονται με την αντισύλληψη αλλά και γίνει γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Απαραίτητος είναι ο έλεγχος των γυναικών 3 μήνες μετά την χρήση των αντισυλληπτικών για να ανιχνευτούν έγκαιρα τυχόν επιπλοκές.

Υπάρχουν 3 τρόποι χορήγησης των ορμονικών αντισυλληπτικών: 1) Ταχεία έναρξη δηλαδή το πρώτο δισκίο να ληφθεί την ημέρα της επίσκεψης και χρησιμοποιηθεί μια διαφορετική μέθοδος αντισύλληψης για τις επόμενες 7 ημέρες, με σκοπό την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, 2) λήψη του αντισυλληπτικού την πρώτη ημέρα την εμμηνορρυσίας και 3) λήψη του δισκίου την επόμενη Κυριακή από την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Αν οι οδηγίες ακολουθηθούν σωστά τότε τα αντισυλληπτικά με συνδυασμό ορμονών προλαβαίνουν την ωοθυλακιορρηξία και αποφεύγεται η εγκυμοσύνη. Η αποτελεσματικότητά της μεθόδου αυτής είναι σχεδόν 100%. Σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου τότε αυτό θα οφείλεται παράληψη λήψης ενός ή

περισσότερων δισκίων κατά την περίοδο της θεραπείας (Nelson, 2007). Το ποσοστό αυτό αποτυχίας κυμαίνεται περίπου στο 8% (Trussell, 2007).

Η λήψη τους μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Τα περισσότερα λαμβάνονται σε κυκλική βάση μηνιαίως για 3 εβδομάδες και έπειτα λήψη 7 δισκίων εικονικού φαρμάκου. Ο παρατεταμένος κύκλος είναι άλλος ένας τρόπος, όπου γίνεται λήψη δισκίων για πιο μεγάλα διαστήματα με σκοπό την ελάττωση της συχνότητας της εμμηνορροσίας.

### Μειονεκτήματα και παρενέργειες

Οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται για περιπτώσεις που τα αντισυλληπτικά αντενδείκνυνται. Καταστάσεις που αποτελούν αντένδειξη για την χρήση των αντισυλληπτικών είναι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ή παρούσα θρομβοεμβολική διαταραχή, επεισόδιο αγγειακού εγκεφαλικού ή στεφανιαίας νόσου, βαλβιδοπάθεια, καρκίνος στον μαστό ή άλλοι όγκοι οιστρογονοεξαρτώμενοι, ανεπάρκεια του ήπατος και όγκος στο ήπαρ. Τα αντισυλληπτικά συνδυασμένων ορμονών δεν θα πρέπει να λαμβάνονται από γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών που καπνίζουν ή έχουν διαγνωσθεί με σοβαρή υπέρταση ή πονοκεφάλους με συμπτώματα που επηρεάζουν τα νεύρα. Επίσης, αντένδειξη σε ορισμένα σκευάσματα αποτελούν η χειρουργική επέμβαση με μεγάλης διάρκειας ακινητοποίησης ή επέμβαση στα κάτω άκρα και ο σακχαρώδης διαβήτης (πάσχουσες >20 ετών) με νόσο αγγείων.

Οι παρενέργειες των αντισυλληπτικών οφείλονται είτε στα οιστρογόνα, είτε στην προγεστίνη είτε και στα δύο. Η υπερβολική ποσότητα οιστρογόνων και προγεστίνης οφείλεται για παρενέργειες όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, υπέρταση, φλεβοθρόμβωση, όγκο του ήπατος και χολοκυστίτιδα. Η υπερβολική ποσότητα οιστρογόνων οφείλεται για παρενέργειες όπως η ευαισθησία των μαστών, το χλόασμα, η ναυτία και η κατακράτηση υγρών. Οι παρενέργειες που οφείλονται στην έλλειψη οιστρογόνων περιλαμβάνουν εμφάνιση πρώιμης σταγονοειδούς αιμόρροιας (1<sup>η</sup> με 14<sup>η</sup> ημέρα), νευρική κατάσταση, ολιγομηνόρροια και ατροφική κολπίτιδα, που μπορεί να καταλήξει σε επώδυνη συνουσία (δυσπαρεύνια). Η υπερβολική ποσότητα προγεστίνης προκαλεί παρενέργειες όπως η κατάθλιψη, αυξημένη όρεξη, ευαισθησία στους μαστούς, κόπωση, μυκητιασικές κολπίτιδες, υπερτρίχωση, λιπαρό δέρμα στο σώμα και το κρανίο. Οι παρενέργειες που οφείλονται από την έλλειψη προγεστίνης περιλαμβάνουν παρατεταμένη αιμορραγία, εμφάνιση όψιμης σταγονοειδούς αιμόρροιας, μεγάλη ροή αίματος με πήγματα και μείωση του μεγέθους των μαστών. Η πιο συνηθισμένη παρενέργεια είναι η ακανόνιστη αιμορραγία.

Σε περίπτωση εμφάνισης που είναι πιο ενοχλητικές τότε θα πρέπει να αλλαχθεί το σκεύασμα ή να χρησιμοποιηθεί μια διαφορετική μέθοδο αντισύλληψης. Το κατάλληλο σκεύασμα για κάθε γυναίκα είναι εκείνο με την πιο χαμηλή δόση ορμονών που σταματά την ωοθυλακιορρηξία και προκαλεί τις λιγότερες και όχι τόσο επικίνδυνες παρενέργειες. Ο γιατρός πριν από την συνταγογράφηση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη αν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό χρήσης αντισυλληπτικών από το στόμα, αν η γυναίκα εμφάνισε παρενέργειες από τα αντισυλληπτικά, το ιστορικό της

εμμηνορρυσίας της και τις αλληλεπιδράσεις από άλλα φάρμακα. Σε περίπτωση ταυτόχρονης λήψης και άλλων φαρμάκων, τότε η αποτελεσματικότητα των αντισυλληπτικών μειώνεται. Τα φάρμακα αυτά είναι τα ακόλουθα: 1) αντιεπιληπτικά: βαρβιτουρικά, φαινυτοΐνη, οξκαρβαζεπίνη, φελπαμάτη, φαινοβαρβιτάλη, τοπιρομάτη και πριμιδόνη 2) συστηματικά αντομυκητιασικά: γκριζεοφουλβίνη, 3) αντιφυματικά: ριφαμπουτίνη και ριφαμπικίνη και 4) αναστολής της πρωτεάσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.

Όταν διακόπτονται τα αντισυλληπτικά δισκία, η γονιμότητα επανέρχεται συνήθως γρήγορα καθώς η ωοθυλακιορρηξία επανέρχεται τον επόμενο μήνα. Οι γυναίκες προβληματίζονται με το αν θα πρέπει να περιμένουν κάποιο χρονικό διάστημα από την στιγμή που σταμάτησαν να λαμβάνουν τα αντισυλληπτικά για να συλλάβουν. Μελέτες έδειξαν ότι τα νεογνά όπου η μητέρα τους έκανε χρήση αντισυλληπτικών δεν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης για κάποιο τύπο συγγενής ανωμαλίας σε σχέση με τα νεογνά όπου οι μητέρες τους δεν έκαναν χρήση αντισυλληπτικών, ακόμα και στην περίπτωση που η σύλληψη συμβεί αμέσως μετά την διακοπή των αντισυλληπτικών. Οι γυναίκες πριν την διακοπή των αντισυλληπτικών θα πρέπει να αρχίσουν την λήψη συμπληρωμάτων φυλλικού οξέος (Nelson, 2007).

#### Διαδερμικό σύστημα αντισύλληψης



Εικόνα 13: Αυτοκόλλητο διαδερμικό ορμονικό αντισύλληψη.<sup>13</sup>

Δίνεται μόνο με συνταγή γιατρού. Το διαδερμικό σύστημα αντισύλληψης είναι ένα αυτοκόλλητο το οποίο απελευθερώνει νορελγεστρομίνη (προγεστερόνη) και αιθυνλική οιστραδιόλη. Η εφαρμογή του αυτοκόλλητου γίνεται σε ακέραιο δέρμα στο ανώτερο τμήμα του θώρακα, στον άνω έξω βραχίονα, στους γλουτούς ή στην κατώτερη κοιλιακή χώρα. Εφαρμόζεται την ίδια μέρα για μια φορά την εβδομάδα για χρονικό διάστημα 3

εβδομάδων και μετά μια εβδομάδα χωρίς αυτοκόλλητο. Συχνό φαινόμενο στο σημείο εφαρμογής του αυτοκόλλητου είναι η προσωρινή αντίδραση του δέρματος και για τον λόγο αυτό γίνονται συστάσεις για αλλαγή του σημείου εφαρμογής. Τα αυτοκόλλητα μπορούν να παραμείνουν κατά την διάρκεια του ντους, στο κολύμπι και στην άσκηση, δεν προκύπτει κάποιο πρόβλημα (Nanda, 2007). Ο μηχανισμός δράσης, οι αντενδείξεις, η αποτελεσματικότητα, οι παρενέργειες και οι αντιδράσεις του δέρματος παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτές των αντισυλληπτικών με συνδυασμό ορμονών. Ένα κύριο μειονέκτημα είναι ότι ενδέχεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων λόγω των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων στο πλάσμα σε σχέση με τα επίπεδα των οιστρογόνων από τα αντισυλληπτικά συνδυασμένων ορμονών (Courtney, 2006). Το ποσοστό αποτυχίας του διαδερμικού συστήματος αντισύλληψης τον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στο 8% (Trussell, 2007).



## Κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος



Εικόνα 14: Κολπικό αντισυλληπτικό δακτύλιος.<sup>14</sup>

Ο κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος δίνεται με συνταγή γιατρού. Είναι ένας ευλύγιστος δακτύλιος που εισάγεται στον κόλπο και απελευθερώνει ετενοργεστρέλη (προγεστερόνη) και αιθυνιλική οιστραδιόλη. Τοποθετείται για τρεις εβδομάδες και αφαιρείται

για μια εβδομάδα. Η χρήση του δακτυλίου μπορεί να γίνει για παρατεταμένους κύκλους από 49 ημέρες έως 364 ημέρες (αλλάζοντας τον ανά 12 ημέρες). Ο δακτύλιος μπορεί να τοποθετηθεί και από την ίδια την γυναίκα. Μπορεί να προκαλέσει σε ορισμένες γυναίκες λευκόρροια, κολπίτιδα και κολπική ενόχληση. Σε περίπτωση ενόχλησης από την πλευρά της γυναίκας ή του άνδρα κατά την σεξουαλική επαφή, δεν θα πρέπει να αφαιρεθεί ο δακτύλιος για πάνω από 3 ώρες ώστε να είναι αποτελεσματικός για τις επόμενες 3 εβδομάδες. Ο μηχανισμός δράσης, οι αντενδείξεις, η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτές των αντισυλληπτικών με συνδυασμό ορμονών (Nanda, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας του κολπικού αντισυλληπτικού δακτυλίου τον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στο 8% (Trussell, 2007).

### Αντισύλληψη με προγεστίνη

Η αντισυλληπτική αυτή μέθοδος μειώνει την γονιμότητα καθώς αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία, την πάχυνση και μειώνει την ποσότητα της τραχηλικής βλέννας, μειώνει το ενδομητρικό πάχος και τροποποιεί τους κροσσούς των σαλπινγών. (Raymond, 2007)

### Προγεστίνη από το στόμα

Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν τα αντισυλληπτικά αυτά συστηματικά παρουσιάζουν ποσοστό αποτυχίας τον πρώτο χρόνο χρήσης περίπου 8% (Trussell, 2007). Αν η λήψη γίνεται σωστά τότε η αποτελεσματικότητά τους αυξάνεται. Σε αυτά τα αντισυλληπτικά περιλαμβάνονται μικρές δόσεις προγεστίνης και για αυτό τον λόγο θα πρέπει να τηρείται το ίδιο ωράριο κάθε μέρα για να είναι όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα. Οι γυναίκες κάνουν συχνά παράπονα ότι η αιμορραγία είναι ακανόνιστη (Raymond, 2007).

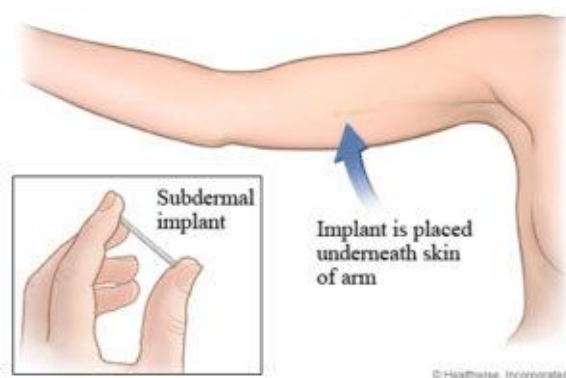
## Ενέσιμη προγεστίνη



Εικόνα 15: Prolutex (Ενέσιμη προγεστερόνη)<sup>15</sup>

Η ενέσιμη προγεστίνη χορηγείται είτε από το δελτοειδή μυείτε στον μείζονα γλουτιαίο μυ (150mg οξεικής μεδοξυπρογεστερόνης). Η βελόνα που χρησιμοποιείται είναι από 21 μέχρι 23 gauge, έχει μήκος από 2,5 μέχρι 4,5 εκατοστά. Υπάρχουν σκευάσματα που μπορεί να χορηγηθούν υποδόρια είτε στο πρόσθιο τμήμα του μηρού είτε στο κοιλιακό τοίχωμα. Η πρώτη χορήγηση της γίνεται τις πρώτες 5 ημέρες της εμμηνορρυσίας και έπειτα η χορήγηση της γίνεται κάθε 12 εβδομάδες ή 3 μήνες (Λυκερίδου & Δελτσίδου, 2013). Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η αποτελεσματικότητα στην αντισύλληψη, έχει μεγάλη διάρκεια δράσης και οι ενέσεις χορηγούνται τον χρόνο μόνο 4 φορές. Υπάρχει δυνατότητα χορήγησης της και σε γυναίκες που θηλάζουν. Στις παρενέργειες μετά τον πρώτο χρόνο χρήσης της ενέσιμης προγεστίνης ανήκουν η ελάττωση της οστικής πυκνότητας, αύξηση του βάρους το σώματος, τα λιπίδια μεταβάλλονται, αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης θρόμβωσης των φλεβών, κοιλιακή αιμορραγία είναι ακανόνιστη και σταγονοειδής, μειώνει την επιθυμία στο σεξ και προκαλεί μεταβολές στους μαστούς. Στα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου περιλαμβάνονται ότι δεν προσφέρει προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Μετά την διακοπή της ενέσιμης προγεστίνης, η γονιμότητα επανέρχεται μετά από 6 έως 12 μήνες (Goldberg & Grimes, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας της ενέσιμης προγεστίνης τον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στο 3% (Trussell, 2007).

## Εμφυτεύματα προγεστίνης



Εικόνα 16: Αντισυλληπτικό εμφύτευμα.<sup>16</sup>

Τα εμφυτεύματα προγεστίνης περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερους ευλύγιστους ράβδους ή σωλήνες οι οποίοι είναι μη βιοδιασπώμενοι και η εισαγωγή τους γίνεται υποδόρια στην έσω πλευρά του άνω άκρου της γυναίκας. Η ποσότητα της προγεστίνης που περιέχεται σε αυτά είναι τόση ώστε να παρέχει αντισύλληψη για 3 τουλάχιστον χρόνια. Μετά το πέρας των 3 χρόνων θα πρέπει να γίνει η αφαίρεση του. Από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων έχει πάρει έγκριση το Implanon, το οποίο είναι μονής ράβδου εμφύτευμα. Εισάγεται και αφαιρείται από τον γιατρό μέσω χειρουργικής επέμβασης υπό την



επήρεια τοπικής αναισθησίας. Ο γιατρός κάνει μια μικρή τομή χωρίς την τοποθέτηση ραμμάτων. Με την μέθοδο αυτή αποτρέπονται στην πλειονότητα η ωοθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και ευθύνονται για την πάχυνση της τραχηλικής βλέννας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από γυναίκες που μόλις έχουν γεννήσει και θηλάζουν, καθώς δεν επηρεάζουν τη γαλουχία. Από τις παρενέργειες η πιο συχνή είναι η ανώμαλη έμμηνος ρύση. Επίσης, ευθύνεται για κεφαλαλγία, ναυτία, αλλαγές στο δέρμα, νευρικότητα και για τον ίλιγγο, όμως αυτές οι παρενέργειες δεν είναι τόσο συχνές. Το Implanon δεν προσφέρει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα για αυτό συνιστάται η χρήση του προφυλακτικού κατά την συνουσία (Fischer, 2008). Το ποσοστό αποτυχίας του εμφυτεύματος προγεστίνης τον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στο 0,05%. (Trussell, 2007).

### 5.5 Επείγουσα αντισύλληψη



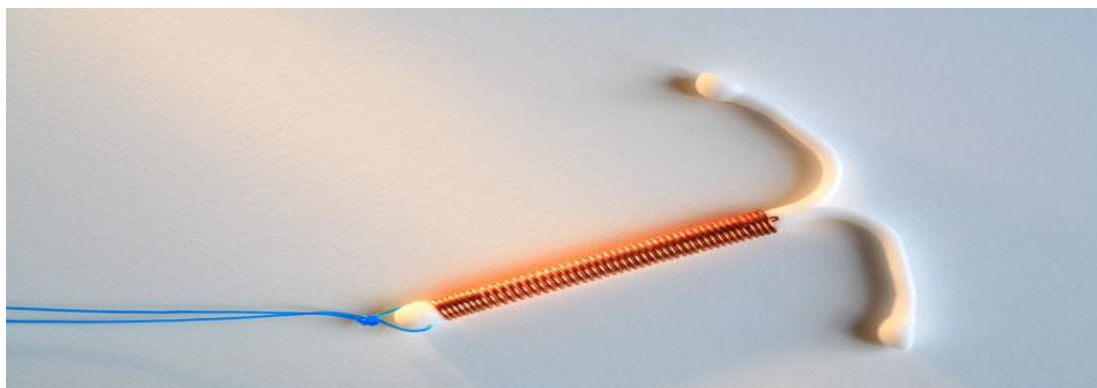
Εικόνα 17: Το χάπι της επόμενης μέρας.<sup>17</sup>

Η επείγουσα αντισύλληψη είναι διαθέσιμη σε πάνω από 100 χώρες και χωρίς συνταγή γιατρού στο 1/3 των χωρών αυτών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχει εγκριθεί και διατίθεται στην αγορά ένα μόνο σκεύασμα για επείγουσα αντισύλληψη. Ονομάζεται plan B και χορηγείται με δύο δόσεις λεβονοργεστέλης. Στις γυναίκες μεγαλύτερες των 18 ετών δεν απαιτείται συνταγή από τον γιατρό αλλά στις ανήλικες γυναίκες είναι απαραίτητη

η συνταγογράφηση. Άλλοι μέθοδοι ασφαλής αντισύλληψης περιλαμβάνουν από το στόμα προγεστίνης σε μεγάλες δόσεις ή λήψη αντισυλληπτικών που περιέχουν συνδυασμό ορμονών και την εισαγωγή ενδομητρικού σπειράματος, το οποίο περιέχει χαλκό. Για την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη η επείγουσα αντισύλληψη να ληφθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την σεξουαλική επαφή, συγκεκριμένα μέσα σε 120 ώρες. Όταν η λήψη της επείγουσας αντισύλληψης προηγείται της ωοθυλακιορρηξίας, τότε αναστέλλεται η ανάπτυξη του ωοθυλακίου και αποτρέπει την ωοθυλακιορρηξία και όταν έπεται της ωοθυλακιορρηξίας, τότε παρατηρείται ασθενής παραγωγή ωοθηκικών ορμονών. Μια παρενέργεια της επείγουσας αντισύλληψης είναι η ναυτία η οποία προκαλείται από μεγάλες δόσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης, για το λόγο αυτό συνιστάται λήψη αντιεμετικού φαρμάκου μια ώρα μετά από κάθε δόση. Σε περίπτωση που σε ορισμένες γυναίκες δεν ενδείκνυται η χορήγηση της επείγουσας αντισύλληψης με οιστρογόνο, τότε χορηγούνται σκευάσματα που περιέχουν αποκλειστικά προγεστίνη. Αν η εμφάνιση της εμμηνορρυσίας καθυστερεί για περισσότερο από 21 ημέρες από την λήψη, τότε θα πρέπει να διερευνηθεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης. Η μέθοδος δεν είναι αποτελεσματική στην περίπτωση που γυναίκα είναι ήδη έγκυος καθώς η επείγουσα αντισύλληψη δεν έχει επίδραση μετά την εμφύτευση. Μια άλλη μέθοδο επείγουσας αντισύλληψης είναι το ενδομήτριο σπείραμα με χαλκό. Η τοποθέτηση γίνεται 8 ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη.

Συνιστάται σε γυναίκες που επιθυμούν μακροχρόνια αντισύλληψη (Stewart et al., 2007).

## 5.6 Ενδομήτριο σπείραμα



Εικόνα 18: Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ).<sup>18</sup>

Το ενδομητρικό σπείραμα ή αλλιώς σπιράλ έχει σχήμα T λα ευλύγιστους βραχίονες. Η τοποθέτηση γίνεται στην ενδομητρική κοιλότητα στον πυθμένα της μήτρας. Μετά την εισαγωγή του οι βραχίονες ανοίγουν ώστε να γίνει σταθεροποίηση του σπειράματος, επηρεάζει την κινητικότητα του σπέρματος και ερεθίζουν το ενδομήτριο. Για την εξασφάλιση της μη μετατόπιση της συσκευής υπάρχουν 2 κλωστές οι οποίες κρέμονται από την βάση του σπειράματος. Πριν από την τοποθέτηση χρειάζεται η γυναίκα να κάνει τεστ κύησης, ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα εγκυμοσύνης και να υποβληθεί σε θεραπείας σε περίπτωση δυσπλασίας, να έχει πραγματοποιηθεί τραχηλική καλλιέργεια για τον αποκλεισμό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και τέλος να είναι σύμφωνη με την τοποθέτηση του. Το κυριότερο πλεονέκτημα είναι ότι προσφέρει μακροχρόνια αντισύλληψη και η επαναφορά της γονιμότητας είναι άμεση μετά την αφαίρεση της συσκευής. Ωστόσο, υπάρχουν και μειονεκτήματα από τα οποία είναι ο υψηλός κίνδυνος εμφάνισης φλεγμονώδους νόσου στην πύελο μετά την εφαρμογή του σπειράματος, λοίμωξη, πιθανή αποβολή του σπειράματος και η διάτρηση της μήτρας. Δεν προσφέρει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου. Σε άτοκες γυναίκες υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να αποβληθεί η συσκευή.

Από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων έχουν εγκριθεί δύο τύποι ενδομητρικού σπειράματος. Το ParaGard T-380A από χαλκό, το οποίο είναι φτιαγμένο από πολυαιθυλένιο και ένα στρώμα λεπτού συμπαγή χαλκού και έχει πάρει έγκριση για δεκαετή χρήση. Ο χαλκός λειτουργεί ως σπερματοκτόνο και εμποδίζει την γονιμοποίηση προκαλώντας φλεγμονή στο ενδομήτριο. Κατά τον πρώτο χρόνο χρήσης οι γυναίκες παρουσιάζουν έντονη αιμορραγία και συσπάσεις και που μπορούν να ανακουφιστούν από τον πόνο με την λήψη μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Grimes, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας στο πρώτο χρόνο χρήση του χάλκινου ενδομητρικού σπειράματος κυμαίνεται στο 0,8% (Trussell, 2007).

Το Mirena είναι ένα άλλο ενδομητρικό σπείραμα από το οποίο απελευθερώνεται λεβονοργεστρέλη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για 5 έτη και δρα εξασθενώντας την

κινητικότητα του σπέρματος, ερεθίζει το ενδομήτριο και επιδρά αρνητικά στην ωοθυλακιορρηξία. Η αιμορραγία και οι συσπάσεις παρουσιάζουν βελτίωση με αυτή την συσκευή (Grimes, 2007). Το ποσοστό αποτυχίας στον πρώτο χρόνο χρήσης κυμαίνεται στο 0,2% (Trussell, 2007).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα μας έχει ως σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων, των αντιλήψεων και των θέσεων των γυναικών σχετικά με το θέμα της έκτρωσης.

### ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν με την μορφή ερωτηματολογίου το οποίο σχεδιάστηκε με την καθοδήγηση του επιβλέποντα καθηγητή και απαντήθηκε από 300 γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 25 ερωτήσεις από τις οποίες οι 12 ερωτήσεις ήταν διχοτομικές (Ναι – Όχι) και οι υπόλοιπες ήταν εναλλακτικές απαντήσεις.

### ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 2021 μέχρι τον Ιανουάριο του 2022. Το ερωτηματολόγιο δημοσιεύτηκε στο διαδίκτυο.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Περιγραφική Στατιστική

Αρχικά θα παρουσιαστούν τα ευρήματα που προέκυψαν από την καταγραφή των απαντήσεων των ερωτηματολογίων με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής (πίνακες κατανομής συχνοτήτων, γραφήματα κ.τ.λ.), τα οποία δίνουν μια πρώτη εικόνα σχετικά με τις συνήθειες και τις απόψεις των Ελληνίδων σε σχέση με τις εκτρώσεις.

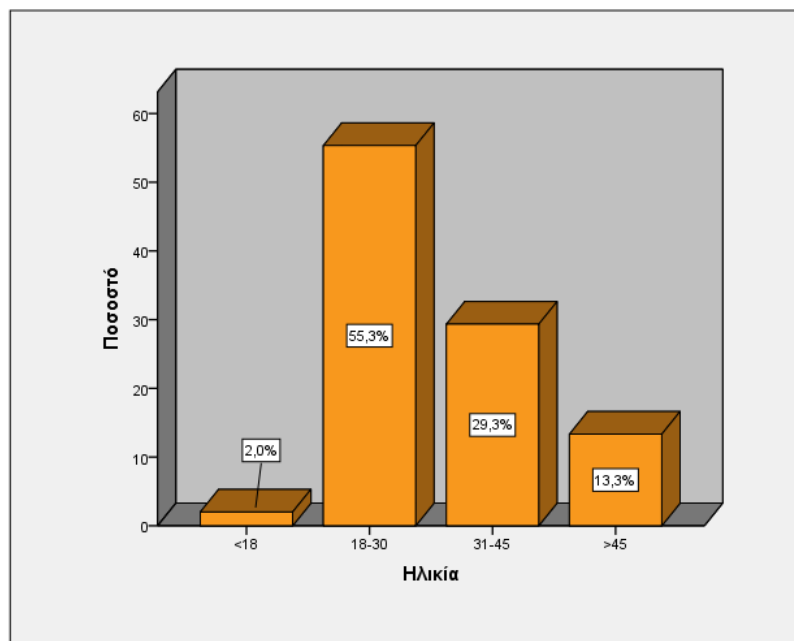
Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 300 γυναίκες και στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων ως προς την ηλικία τους.

Πίνακας 1: Ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<18	6	2,0	2,0	2,0
18-30	166	55,3	55,3	57,3
Έγκυρα 31-45	88	29,3	29,3	86,7
>45	40	13,3	13,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 55,3% είναι ηλικίας από 18 μέχρι και 30 ετών, ενώ μόλις 3 στις 10, ποσοστό 29,3% είναι ηλικίας από 31 μέχρι και 45 ετών. Επίσης στην έρευνα συμμετείχαν και γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών, με το ποσοστό τους να φτάνει το

13,3%, ενώ υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2% που αφορά γυναίκες κάτω των 18 ετών. Η κατανομή αυτή των γυναικών φαίνεται και στο γράφημα που ακολουθεί.



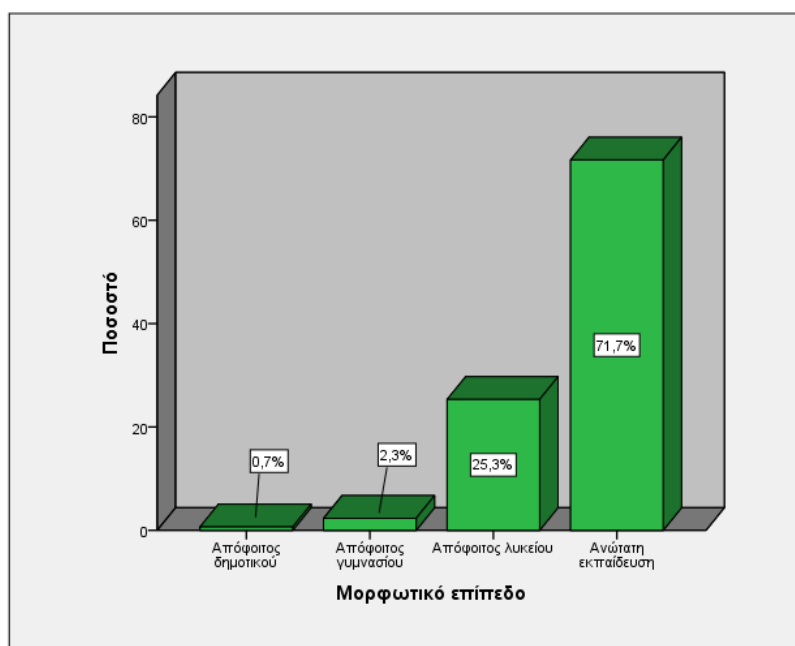
Γράφημα 1

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχουσών με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος δημοτικού	2	0,7	0,7	0,7
Απόφοιτος γυμνασίου	7	2,3	2,3	3,0
Έγκυρα Απόφοιτος λυκείου	76	25,3	25,3	28,3
Ανώτατη εκπαίδευση	215	71,7	71,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 71,7% είναι απόφοιτες ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ 1 στις 4, ποσοστό 25,3% είναι απόφοιτες λυκείου. Επίσης μόλις το 2,3% των γυναικών του δείγματος είναι απόφοιτες γυμνασίου, ενώ ακόμα πιο χαμηλά στο 0,7% βρίσκονται όσες γυναίκες είναι απόφοιτες δημοτικού. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει ξεκάθαρα την κατανομή αυτή των συμμετεχουσών.



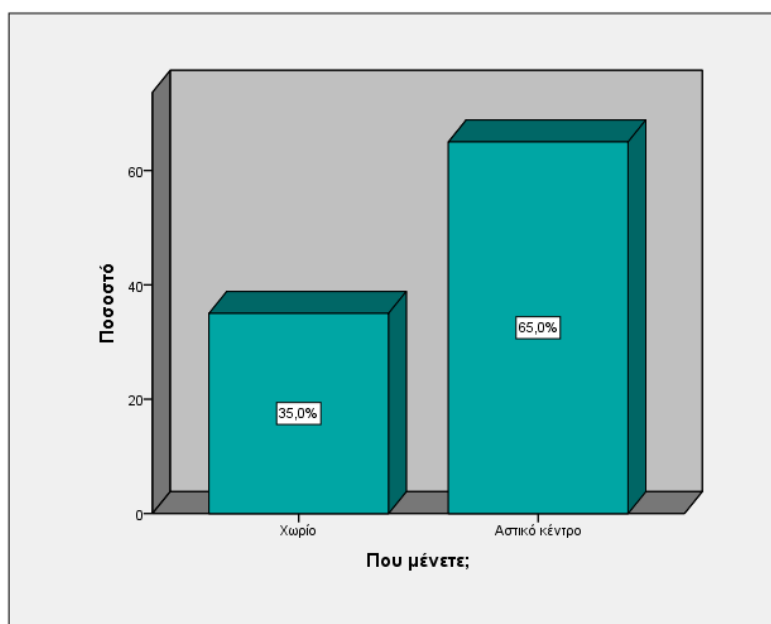
Γράφημα 2

Ο επόμενος πίνακας αφορά την κατανομή των γυναικών με βάση τον τόπο κατοικίας τους.

Πίνακας 3: Που μένετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χωριό	105	35,0	35,0	35,0
Έγκυρα Αστικό κέντρο	195	65,0	65,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα η πλειοψηφία των γυναικών, ποσοστό 65% ζει σε κάποιο αστικό κέντρο, ενώ μόλις το 35% των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, ζει σε χωριό. Τα ποσοστά αυτά παρουσιάζονται και στο γράφημα που ακολουθεί.



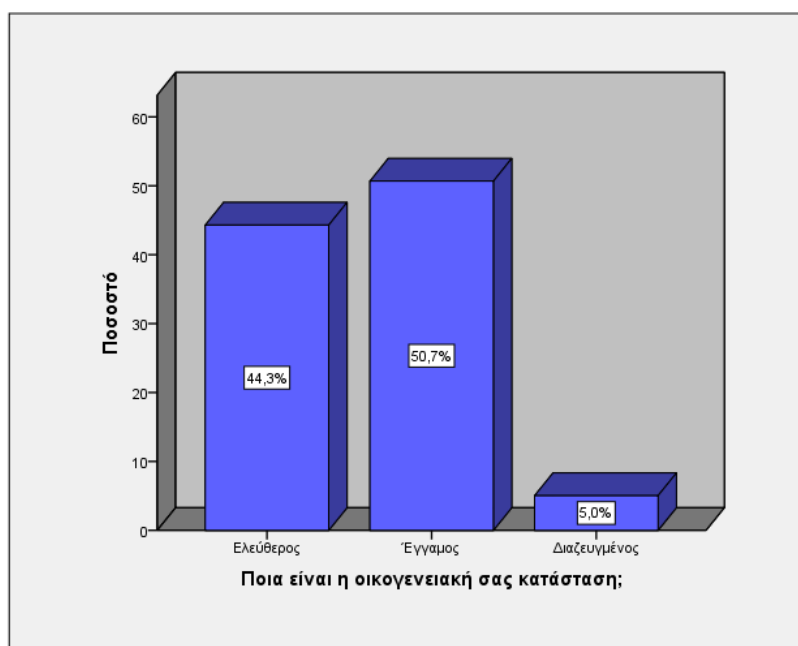
Γράφημα 3

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχουσών με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.

Πίνακας 4: Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ελεύθερος	132	44,0	44,3
	Έγγαμος	151	50,3	95,0
	Διαζευγμένος	15	5,0	100,0
	Σύνολο	298	99,3	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	2	0,7		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, οι μισές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 50,7% είναι έγγαμες, ενώ το 44,3% των συμμετεχουσών, δήλωσε ότι είναι ελεύθερες. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 5% που αφορά διαζευγμένες γυναίκες. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,7% όπου δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση. Τα αποτελέσματα του πίνακα παρουσιάζονται και στο γράφημα που ακολουθεί.



Γράφημα 4

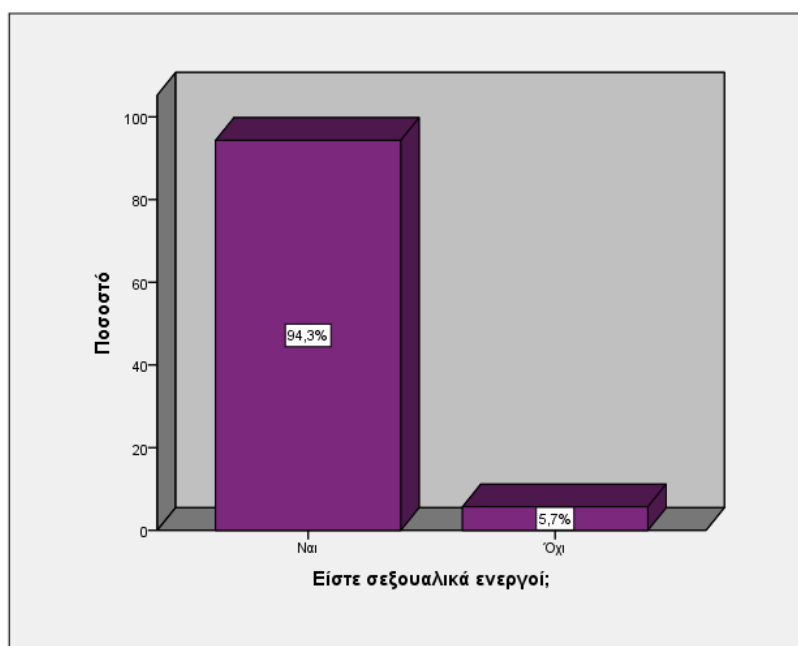
Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να απαντήσουν αν είναι σεξουαλικά ενεργές ή όχι. Οι απαντήσεις που δόθηκαν συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 5: Είστε σεξουαλικά ενεργοί;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	282	94,0	94,3	94,3
	Όχι	17	5,7	5,7	100,0
	Σύνολο	299	99,7	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές		1	0,3		
Σύνολο		300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 94,3% δηλώνουν ότι είναι σεξουαλικά ενεργές, ενώ μόλις το 5,7% δήλωσε το αντίθετο. Επιπλέον υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,3% που δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί είναι χαρακτηριστικό των απαντήσεων που δόθηκαν.





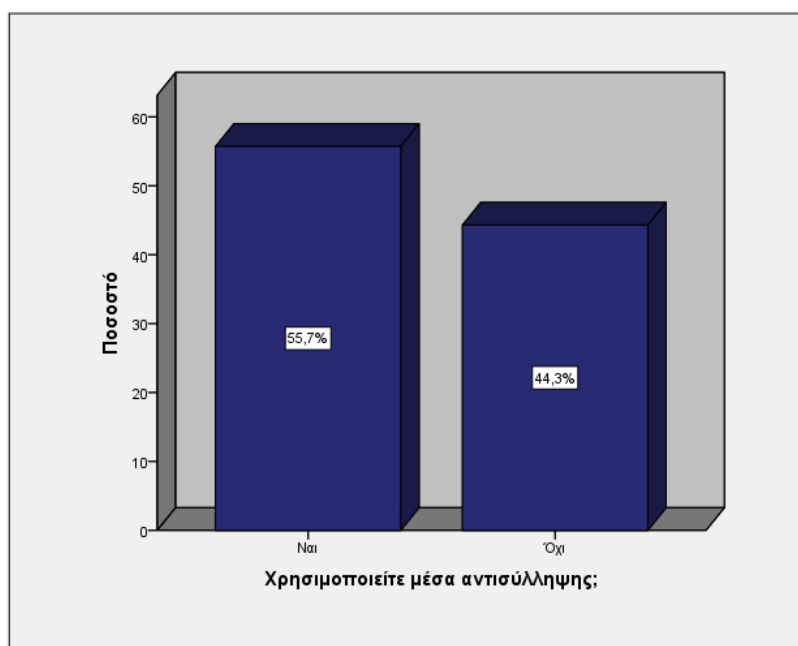
Γράφημα 5

Ο επόμενος πίνακας αφορά τις απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν οι συμμετέχουσες χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης.

Πίνακας 6: Χρησιμοποιείτε μέσα αντισύλληψης;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	166	55,3	55,7
	Όχι	132	44,0	100,0
	Σύνολο	298	99,3	100,0
Ελλείπουσες Τιμές		2	0,7	
Σύνολο		300	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα μόλις οι μισές γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 55,7% δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης, ενώ το 44,3% δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,7% όπου δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει ξεκάθαρα την παραπάνω κατανομή.



Γράφημα 6

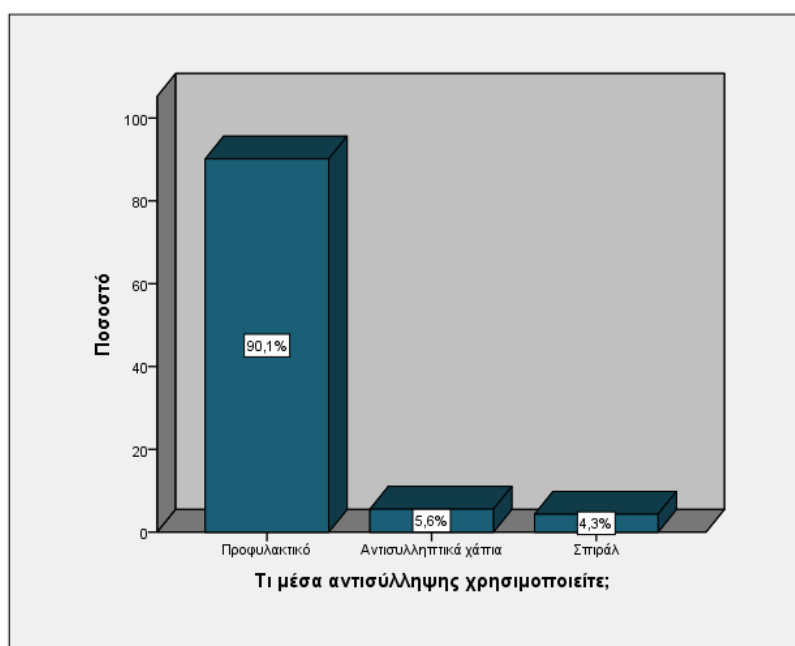
Ο παρακάτω πίνακας αφορά την κατανομή των συμμετεχουσών με βάση των διαφορετικών μέσων αντισύλληψης που χρησιμοποιούν όσες από τις συμμετέχουσες απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση.

Πίνακας 7: Τι μέσα αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Προφυλακτικό	146	88,0	90,1
	Αντισυλληπτικά χάπια	9	5,4	5,6
	Σπιράλ	7	4,2	4,3
	Σύνολο	162	97,6	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	4	2,4		
Σύνολο	166	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, 9 στις 10 γυναίκες, ποσοστό 90,1% δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ως μέσο αντισύλληψης, ενώ μόλις το 5,6% των γυναικών δήλωσε ότι χρησιμοποιεί τα αντισυλληπτικά χάπια. Ακόμα μικρότερο είναι το ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποιούν το σπιράλ ως μέσο αντισύλληψης, με το συγκεκριμένο ποσοστό να φτάνει μόλις το 4,3%. Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί ότι το 2,4% των γυναικών που δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη

ερώτηση. Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνονται ξεκάθαρα τα μέσα αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες.



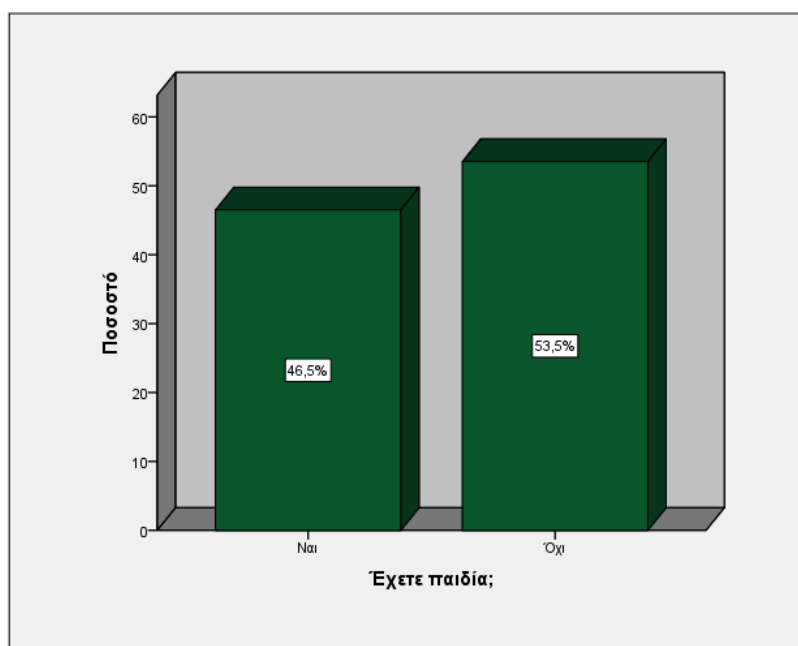
Γράφημα 7

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχουσών με βάση το αν έχουν ή όχι παιδιά.

Πίνακας 8: Έχετε παιδιά;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	139	46,3	46,5	46,5
Όχι	160	53,3	53,5	100,0
Σύνολο	299	99,7	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές	1	0,3		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα, ποσοστό 53,5% δηλώνει ότι δεν έχει παιδιά, ενώ μόλις το 46,5% δηλώνει ότι έχει παιδιά. Και σε αυτή την ερώτηση υπάρχει ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,3% όπου δεν απάντησε σχετικά. Το γράφημα που ακολουθεί απεικονίζει τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.



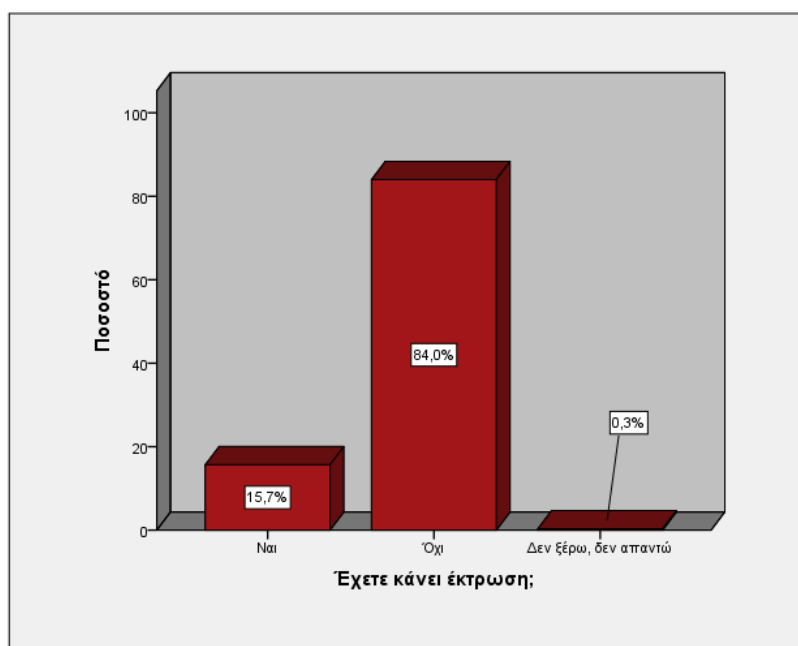
Γράφημα 8

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να απαντήσουν στο αν έχουν κάνει έκτρωση ή όχι. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 9: Έχετε κάνει έκτρωση;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	47	15,7	15,7	15,7
Όχι	252	84,0	84,0	99,7
Έγκυρα Δεν ξέρω, δεν απαντώ	1	0,3	0,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 84% δηλώνουν ότι δεν έχουν κάνει έκτρωση, ενώ μόλις το 15,7% δηλώνει ότι έχει κάνει. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,3% όπου δε θέλησε να απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει ξεκάθαρα τα ποσοστά που παραπάνω πίνακα.



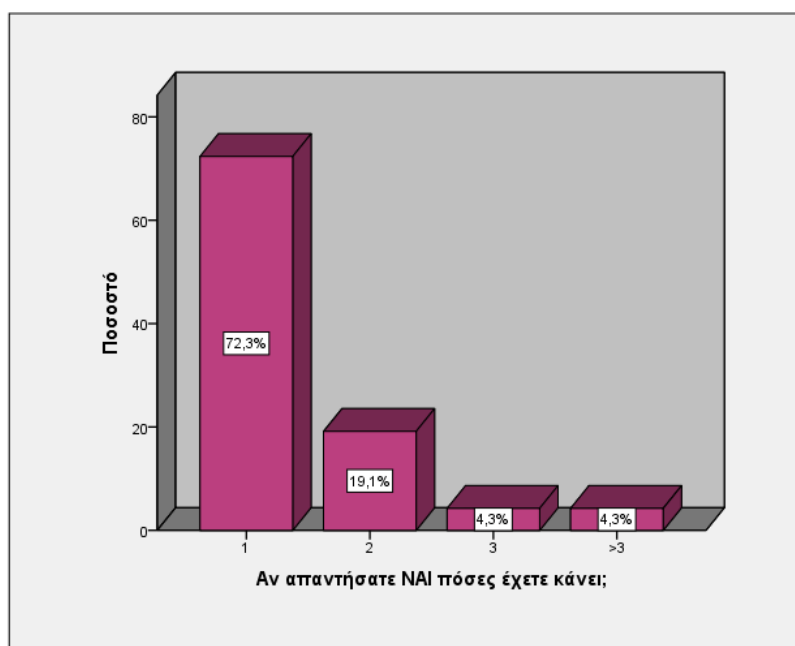
Γράφημα 9

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τις γυναίκες που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση να δηλώσουν το πλήθος των φορών που έχουν κάνει έκτρωση. Οι απαντήσεις που δόθηκαν συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 10: Αν απαντήσατε ΝΑΙ πόσες έχετε κάνει;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	34	72,3	72,3	72,3
2	9	19,1	19,1	91,5
Έγκυρα 3	2	4,3	4,3	95,7
>3	2	4,3	4,3	100,0
Σύνολο	47	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα σχεδόν 3 στις 4 γυναίκες, που έχουν κάνει έκτρωση, ποσοστό 72,3% δηλώνουν ότι έχουν κάνει έκτρωση μία μόνο φορά, ενώ σχεδόν 1 στις 4, ποσοστό 19,1% δηλώνουν ότι έχουν κάνει έκτρωση δύο φορές. Επίσης το 4,3% των γυναικών που έχουν κάνει έκτρωση δηλώνει ότι το έχει κάνει τρεις φορές, ενώ με το ίδιο ποσοστό εμφανίζονται και όσες γυναίκες έχουν κάνει έκτρωση περισσότερες από 3 φορές. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



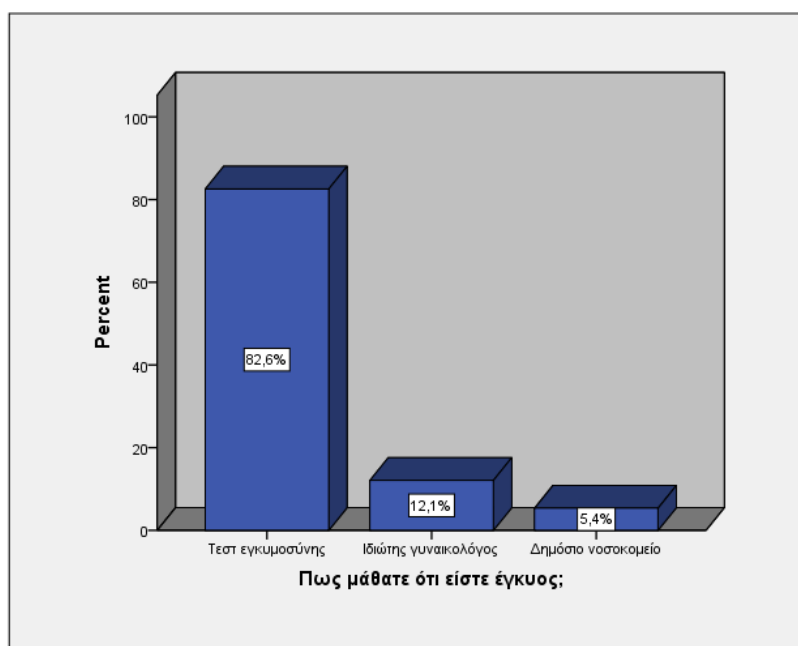
Γράφημα 10

Ο επόμενος πίνακας αφορά τον τρόπο με τον οποίο έμαθαν ότι είναι έγκυος οι γυναίκες που είτε έχουν παιδιά είτε έχουν κάνει έκτρωση.

Πίνακας 11: Πως μάθατε ότι είστε έγκυος;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Τεστ εγκυμοσύνης	123	82,0	82,6
	Ιδιώτης γυναικολόγος	18	12,0	12,1
	Δημόσιο νοσοκομείο	8	5,3	5,4
	Σύνολο	149	99,3	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	1	0,7		
Σύνολο	150	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το 82% των γυναικών έμαθε ότι είναι έγκυος κάνοντας ένα τεστ εγκυμοσύνης, ενώ μόλις 1 στις 10, ποσοστό 12% το έμαθε από κάποιον ιδιώτη γυναικολόγο. Τέλος μόλις το 5,3% των γυναικών έμαθε για την εγκυμοσύνη της από κάποιο δημόσιο νοσοκομείο. Επιπλέον υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,7% όπου δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί δεν αφήνει περιθώρια παρερμηνείας των απαντήσεων που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



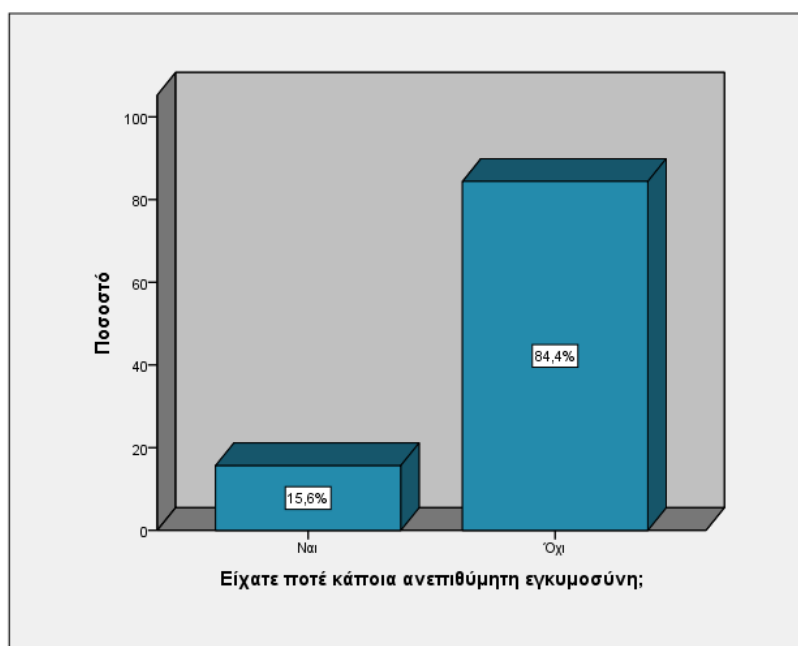
Γράφημα 11

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου οι συμμετέχουσες κλήθηκαν αν απαντήσουν στο αν είχαν ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 12: Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εγκυρα	Ναι	45	15,0	15,6	15,6
	Όχι	243	81,0	84,4	100,0
	Σύνολο	288	96,0	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές		12	4,0		
Σύνολο		300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των συμμετεχουσών, ποσοστό 84,4% δεν είχε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ενώ μόλις το 15,6% δηλώνει το αντίθετο. Και σε αυτή την ερώτηση υπάρχει ένα σχετικά μικρό ποσοστό της τάξης του 4% όπου δεν απάντησε. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει τα αποτελέσματα τις συγκεκριμένης ερώτησης.



Γράφημα 12

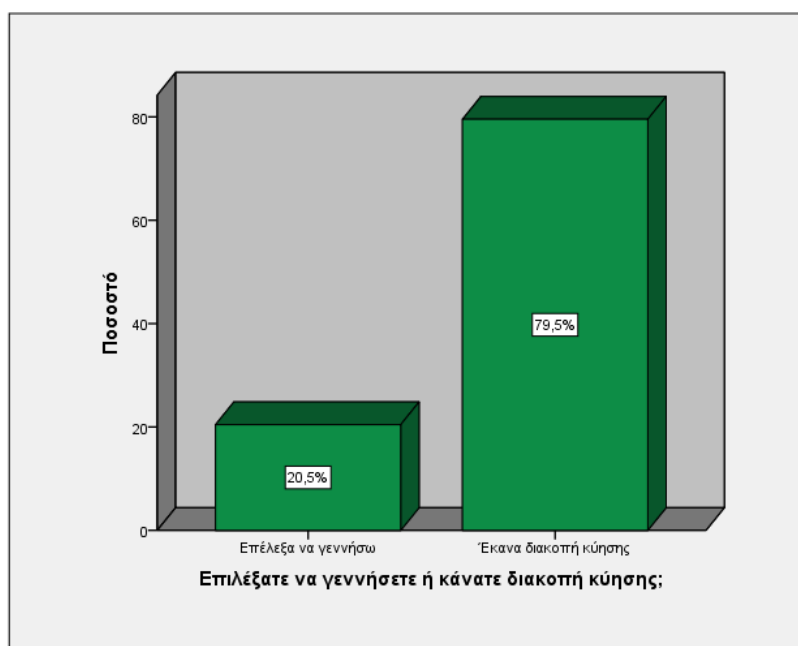
Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι είχαν μία επιθυμητή εγκυμοσύνη να δηλώσουν αν τελικά επέλεξαν να γεννήσουν ή να κάνουν διακοπή της κύησης. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 13: Επιλέξατε να γεννήσετε ή κάνατε διακοπή κύησης;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εγκυρα	Επέλεξα να γεννήσω	9	20,0	20,5	20,5
	Έκανα διακοπή κύησης	35	77,8	79,5	100,0
	Σύνολο	44	97,8	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές		1	2,2		
Σύνολο		45	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών που είχαν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 79,5% επέλεξαν να κάνουν διακοπή της κύησης, ενώ μόλις 1 στις 4 γυναίκες, ποσοστό 20,5% επέλεξαν τελικά να γεννήσουν. Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,2% που δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί είναι χαρακτηριστικό των απαντήσεων που δόθηκαν.





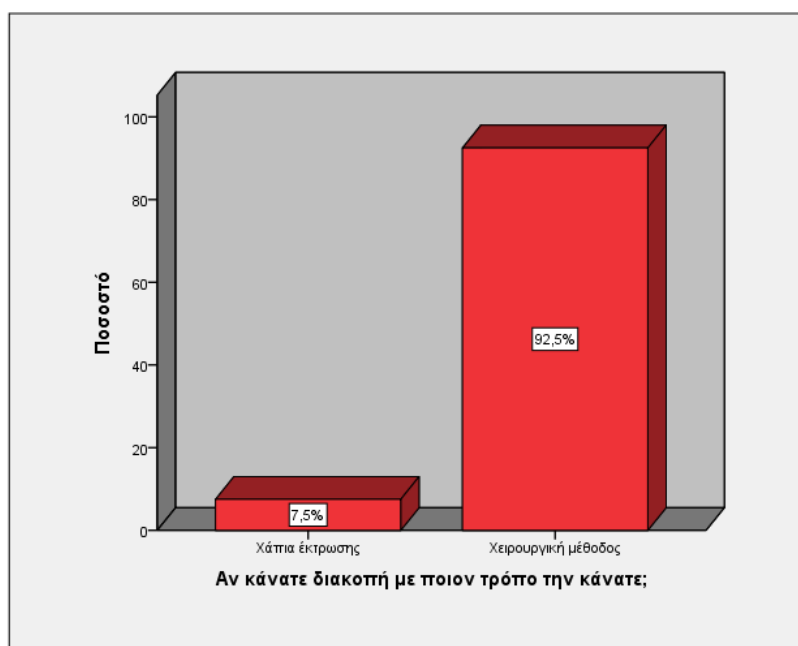
Γράφημα 13

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τις γυναίκες που έκαναν διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης τους, να δηλώσουν τον τρόπο με τον οποίο το έκαναν. Οι απαντήσεις που δόθηκαν συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 14: Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χάπια έκτρωσης	3	7,5	7,5	7,5
Έγκυρα Χειρουργική μέθοδος	37	92,5	92,5	100,0
Σύνολο	40	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών που κατέληξαν σε έκτρωση ύστερα από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 92,5% επέλεξαν να το κάνουν με χειρουργική μέθοδο. Μόλις το 7,5% των γυναικών επέλεξε να κάνει έκτρωση με τη βοήθεια χαπιών έκτρωσης. Ακολουθεί το γράφημα που συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



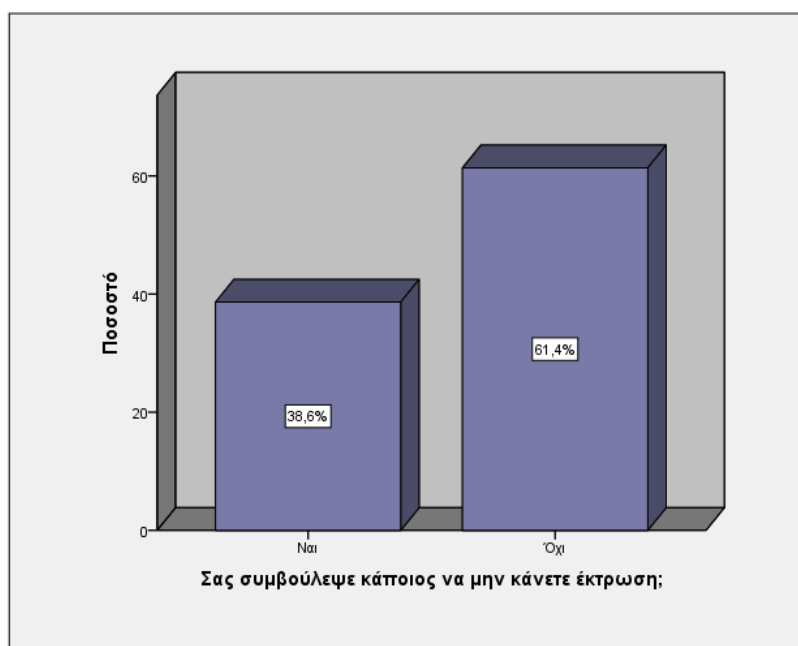
Γράφημα 14

Στη συνέχεια από τις γυναίκες που έκαναν έκτρωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ζητήθηκε να δηλώσουν αν τους συμβούλεψε κάποιος για να κάνουν την έκτρωση. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 15: Σας συμβούλεψε κάποιος να μην κάνετε έκτρωση;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	17	37,8	38,6	38,6
	Όχι	27	60,0	61,4	100,0
	Σύνολο	44	97,8	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές		1	2,2		
Σύνολο		45	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι σχεδόν 2 στις 5 γυναίκες που έκαναν έκτρωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 38,6% συμβουλευτήκαν κάποιον πριν προχωρήσουν στην έκτρωση, ενώ σχεδόν 3 στις 5, ποσοστό 61,4% δεν το έκαναν. Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,2% που δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Γράφημα 15

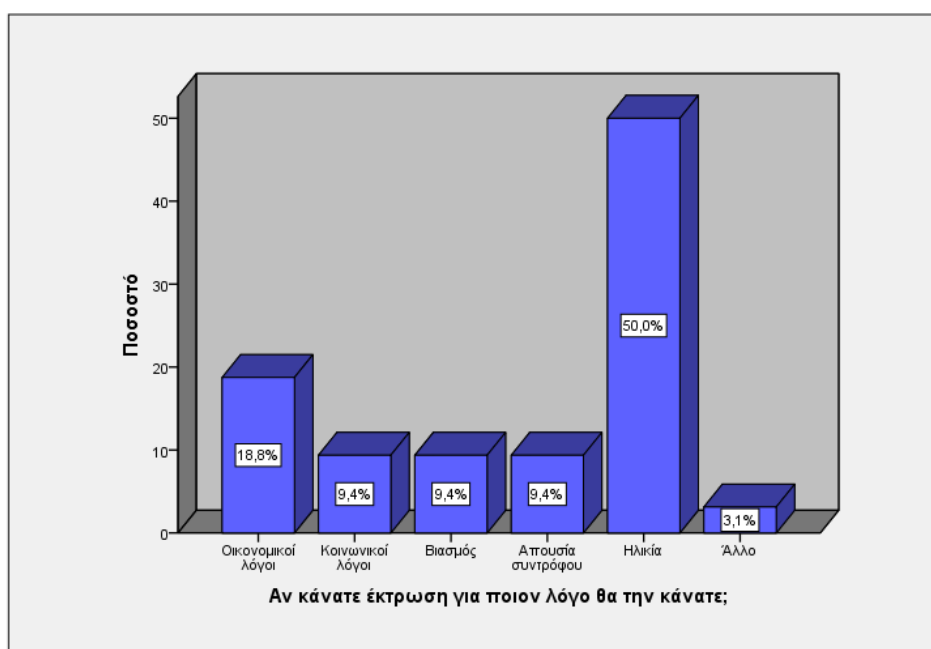
Στη συνέχεια οι γυναίκες που έκαναν έκτρωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη απάντησαν σχετικά με το λόγο για τον οποίο το έκαναν. Οι απαντήσεις τους συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 16: Αν κάνατε έκτρωση για ποιον λόγο θα την κάνατε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Οικονομικοί λόγοι	6	15,0	18,8	18,8
Κοινωνικοί λόγοι	3	7,5	9,4	28,1
Βιασμός	3	7,5	9,4	37,5
Εγκυρα Απουσία συντρόφου	3	7,5	9,4	46,9
Ηλικία	16	40,0	50,0	96,9
Άλλο	1	2,5	3,1	100,0
Σύνολο	32	80,0	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές	8	20,0		
Σύνολο	40	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, οι μισές από τις γυναίκες που έκαναν έκτρωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ποσοστό 50%, το έκαναν λόγω ηλικίας, ενώ σχεδόν 1 στις 5 γυναίκες, ποσοστό 18,8% το έκανε για οικονομικούς λόγους. Στον πίνακα αναφέρονται και άλλοι λόγοι, όπως οι κοινωνικοί λόγοι που συγκεντρώνουν το 9,4%, ενώ με το ίδιο ποσοστό εμφανίζονται και οι γυναίκες που

έκαναν έκτρωση μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη λόγω βιασμού. Με το ίδιο ποσοστό 9,4% εμφανίζονται και οι εκτρώσεις μετά από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, λόγω απουσία συντρόφου, ενώ το 3,1% των γυναικών απάντησε πως έκανε την έκτρωση για κάποιον άλλο λόγο. Τέλος υπάρχει και ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό που φτάνει το 20% γυναικών όπου δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει τους λόγους για τους οποίους κατέλειψαν σε έκτρωση γυναίκες που είχαν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.



Γράφημα 16

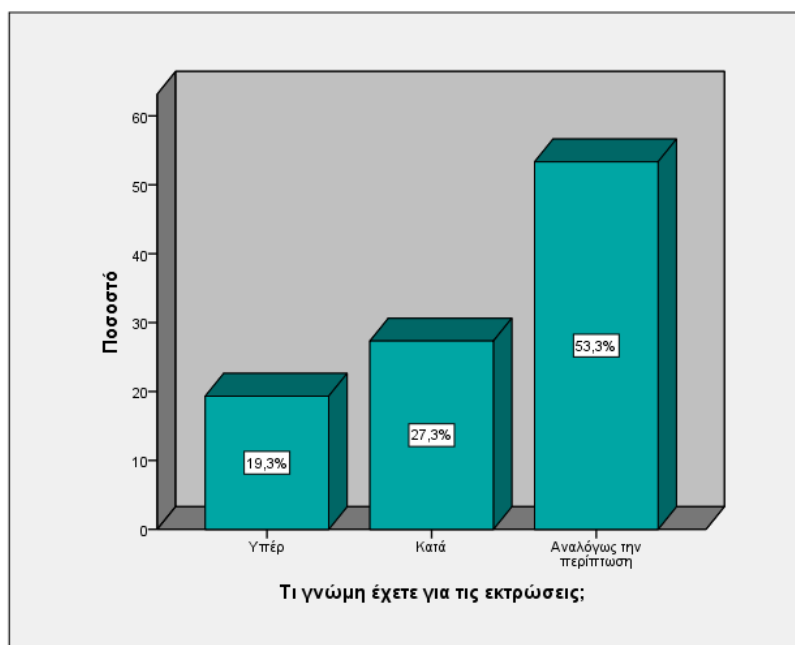
Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχουσών με βάση τη γνώμη τους για τις εκτρώσεις.

Πίνακας 17: Τι γνώμη έχετε για τις εκτρώσεις;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Υπέρ	58	19,3	19,3	19,3
Κατά	82	27,3	27,3	46,7
Αναλόγως την περίπτωση	160	53,3	53,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, μόλις 1 στις 5 γυναίκες, ποσοστό 19,3% είναι υπέρ των εκτρώσεων, ενώ σχεδόν 1 στις 4 γυναίκες, ποσοστό 27,3% δηλώνει ότι

είναι κατά. Η μισές από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 53,3% κράτησαν μια πιο ουδέτερη στάση και δήλωσαν ότι είναι είτε υπέρ είτε κατά των εκτρώσεων ανάλογα με την περίπτωση. Το γράφημα που ακολουθεί απεικονίζει ξεκάθαρα τις απόψεις των γυναικών σχετικά με τις εκτρώσεις.



Γράφημα 17

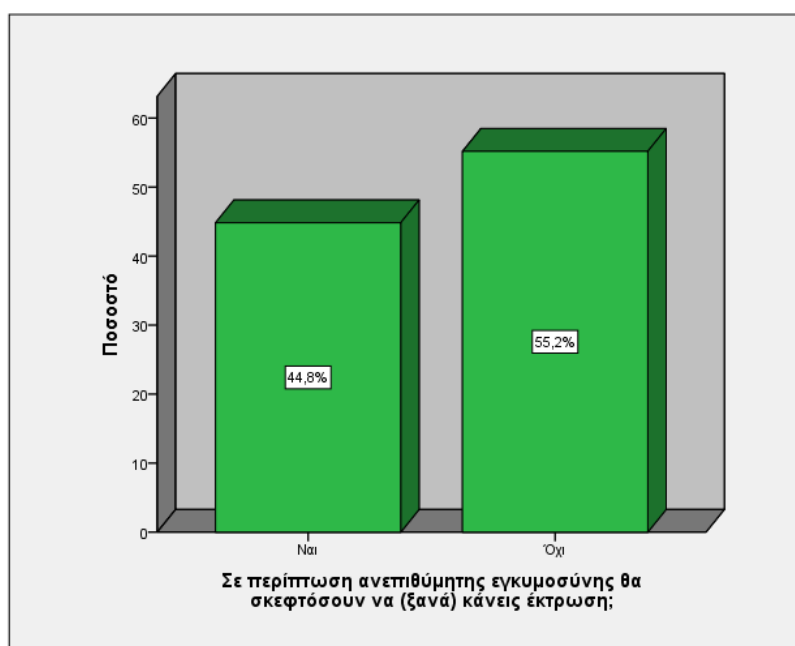
Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει την κατανομή συχνοτήτων των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα σε σχέση με το τι σκέφτονται να κάνουν (ή να ξανακάνουν) σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Πίνακας 18: Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσουν να (ξανά) κάνεις έκτρωση;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	117	39,0	44,8	44,8
	Όχι	144	48,0	55,2	100,0
	Σύνολο	261	87,0	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές		39	13,0		
Σύνολο		300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα η πλειοψηφία των γυναικών, ποσοστό 55,2% δηλώνει ότι δεν θα σκεφτόταν να (ξανά) κάνει έκτρωση σε μία περίπτωση μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενώ το 44,8% δηλώνει ότι θα το (ξανά) έκανε. Επίσης τη συγκεκριμένη

ερώτηση δεν την απάντησε το 13% των συμμετεχουσών. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Γράφημα 18

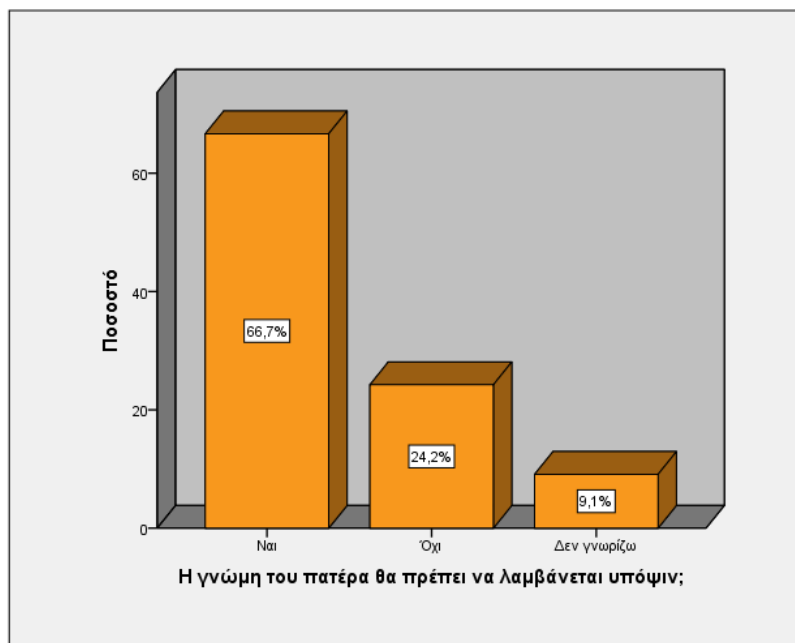
Στη συνέχεια της ανάλυσης παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχουσών με βάση τη γνώμη τους σχετικά με το αν η γνώμη του πατέρα για την έκτρωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν.

Πίνακας 19: Η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	198	66,0	66,7
	Όχι	72	24,0	24,2
	Δεν γνωρίζω	27	9,0	9,1
	Σύνολο	297	99,0	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	3	1,0		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2 στις 3 γυναίκες, ποσοστό 6,7% δηλώνουν ότι η γνώμη του πατέρα σχετικά με την έκτρωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν, ενώ μόλις 1 στις 4 γυναίκες, ποσοστό 24,2% δηλώνει το αντίθετο. Επίσης σχεδόν 1 στις 10 γυναίκες, ποσοστό 9,1% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει αν πρέπει η γνώμη του πατέρα σχετικά με την έκτρωση να λαμβάνεται υπόψιν, ενώ το 1% των γυναικών που

συμμετείχαν στην έρευνα, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει ξεκάθαρα τις απόψεις των γυναικών σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.



Γράφημα 19

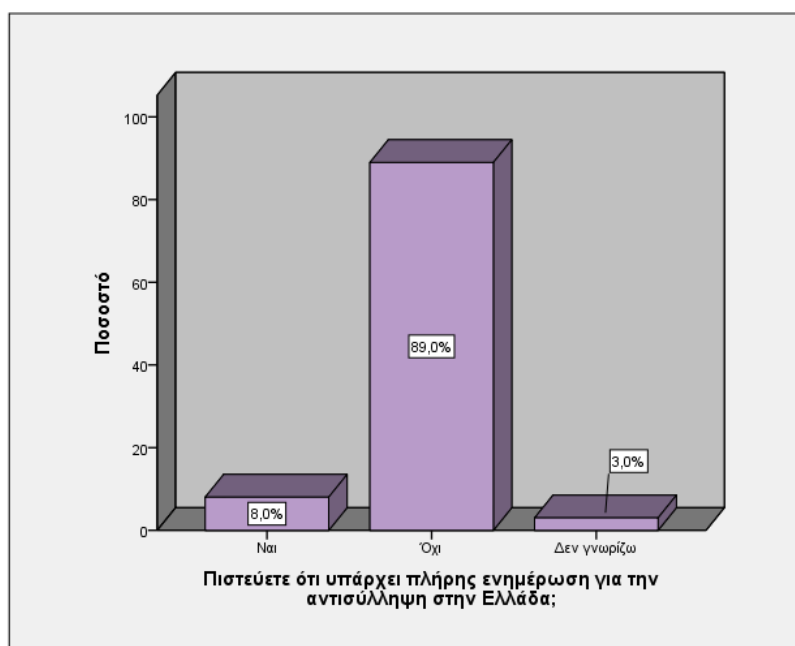
Στη συνέχεια της ανάλυσης παρουσιάζεται η κατανομή των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι υπάρχει πλήρης ενημέρωση για την αντισύλληψη στην Ελλάδα.

Πίνακας 20: Πιστεύετε ότι υπάρχει πλήρης ενημέρωση για την αντισύλληψη στην Ελλάδα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	24	8,0	8,0
	Όχι	266	88,7	97,0
	Δεν γνωρίζω	9	3,0	100,0
	Σύνολο	299	99,7	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	1	0,3		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχουσών, ποσοστό 89% δηλώνει ότι δεν υπάρχει πλήρης ενημέρωση για την αντισύλληψη στην Ελλάδα, ενώ μόλις το 8% των γυναικών που συμμετείχαν στην

έρευνα δηλώνει το αντίθετο. Επιπρόσθετα υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 3% που δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν υπάρχει πλήρης ενημέρωση για την αντισύλληψη στην Ελλάδα, ενώ το 0,3% δεν απάντησε καθόλου στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοψίζει τις απόψεις των γυναικών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.



Γράφημα 20

Στη συνέχεια οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν στο αν έχουν κάνει ποτέ τεστ pap. Οι απαντήσεις τους συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

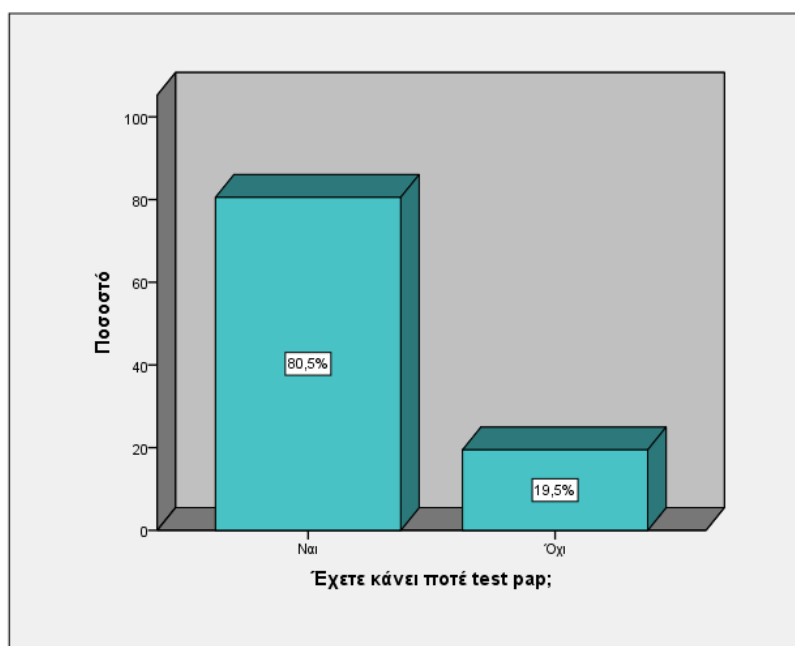
Πίνακας 21: Έχετε κάνει ποτέ test pap;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	240	80,0	80,5	80,5
Όχι	58	19,3	19,5	100,0
Σύνολο	298	99,3	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές	2	0,7		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 80,5% δηλώνουν ότι έχουν κάνει τεστ pap, ενώ μόλις το 19,5% δηλώνει ότι δεν έχει κάνει ποτέ τεστ pap. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 0,7% που δεν έχει απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το



γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



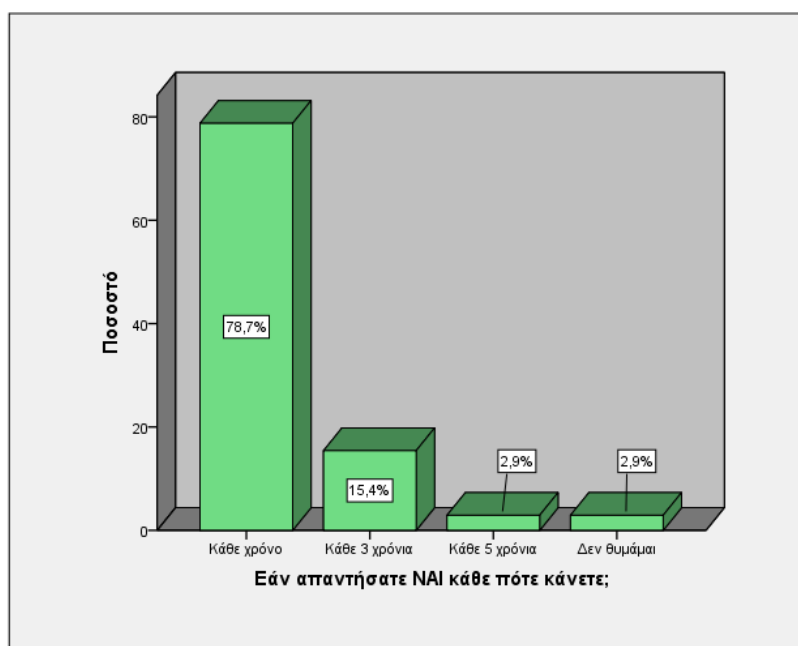
Γράφημα 21

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τις γυναίκες που έχουν απαντήσει ότι έχουν κάνει τεστ pap, να δηλώσουν κάθε πότε το κάνουν. Οι απαντήσεις που δόθηκαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 22: Εάν απαντήσατε ΝΑΙ κάθε πότε κάνετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κάθε χρόνο	189	78,8	78,8	78,8
Κάθε 3 χρόνια	37	15,4	15,4	94,2
Έγκυρα Κάθε 5 χρόνια	7	2,9	2,9	97,1
Δεν θυμάμαι	7	2,9	2,9	100,0
Σύνολο	240	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των γυναικών, ποσοστό 78,8% δηλώνει ότι κάνει τεστ pap κάθε χρόνο, ενώ μόλις το 15,4% δηλώνει ότι κάνει το τεστ pap κάθε τρία χρόνια. Επίσης το 2,9% των γυναικών δήλωσε ότι κάνει τεστ pap κάθε 5 χρόνια, ενώ με το ίδιο ποσοστό 2,9% εμφανίζονται και όσες γυναίκες δήλωσαν ότι δε θυμούνται πότε έκαναν τεστ pap. Οι παραπάνω απαντήσεις αποτυπώνονται και στο γράφημα που ακολουθεί.



Γράφημα 22

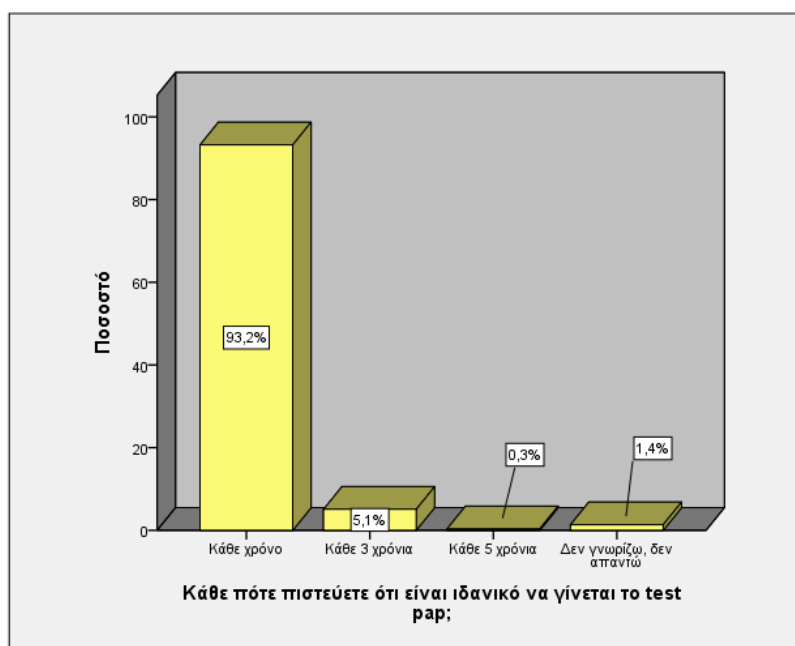
Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχουσών με βάση το κάθε πότε πιστεύουν ότι είναι ιδανικό να γίνεται το τεστ pap.

Πίνακας 23: Κάθε πότε πιστεύετε ότι είναι ιδανικό να γίνεται το test pap;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εγκυρα	Κάθε χρόνο	275	91,7	93,2
	Κάθε 3 χρόνια	15	5,0	98,3
	Κάθε 5 χρόνια	1	0,3	98,6
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4	1,3	100,0
	Σύνολο	295	98,3	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	5	1,7		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών, ποσοστό 93,2% δηλώνει ότι το τεστ pap είναι ιδανικό να γίνεται κάθε χρόνο, ενώ μόλις το 5,1% δηλώνει ότι είναι ιδανικό να γίνεται κάθε τρία χρόνια. Επιπλέον μόλις το 0,3% δήλωσε ότι το τεστ pap είναι ιδανικό να γίνεται κάθε 5 χρόνια, ενώ υπάρχει και ένα μικρό σχετικά ποσοστό της τάξης του 1,4% που δήλωσε ότι δεν γνωρίζει κάθε πότε είναι ιδανικό να γίνεται το τεστ pap. Τέλος και σε αυτή την ερώτηση το 1,7% των γυναικών δεν απάντησε σχετικά. Το γράφημα που ακολουθεί κάνει ξεκάθαρη την

άποψη των γυναικών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.



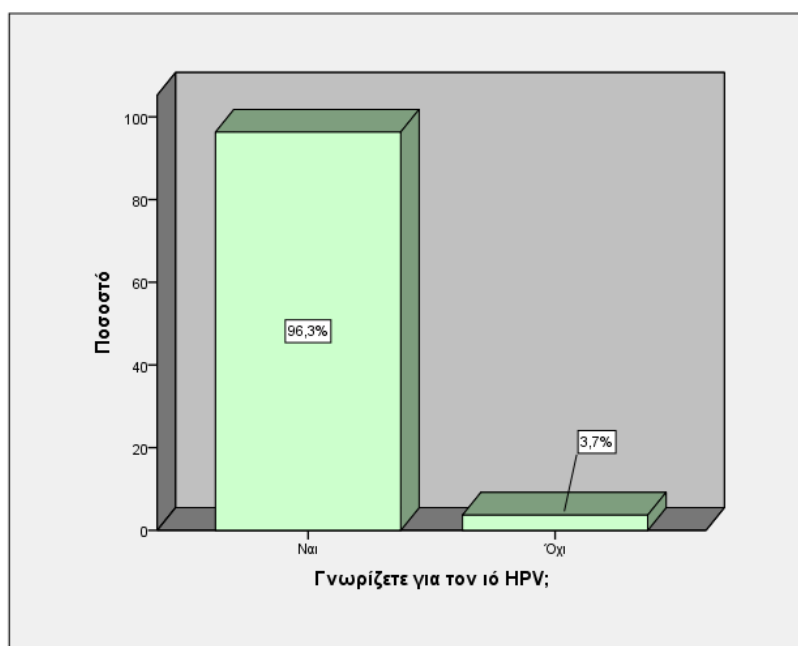
Γράφημα 23

Οι δύο τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούν τον ιό HPV. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα σχετικά με το αν γνωρίζουν το συγκεκριμένο ιό.

Πίνακας 24: Γνωρίζετε για τον ιό HPV;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	287	95,7	96,3	96,3
Όχι	11	3,7	3,7	100,0
Σύνολο	298	99,3	100,0	
Ελλείπουσες Τιμές	2	0,7		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών, ποσοστό 96,3% δηλώνει ότι γνωρίζει για τον ιό HPV, ενώ μόλις το 3,7% δηλώνει το αντίθετο. Μόλις το 0,7% των συμμετεχουσών δεν απάντησε καθόλου στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



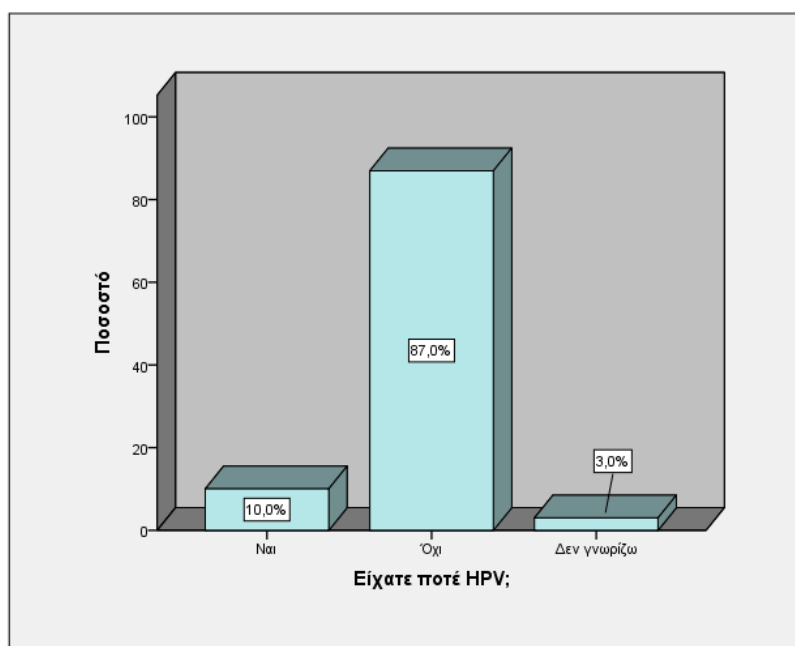
Γράφημα 24

Η τελευταία ερώτηση, αφορά το αν οι συμμετέχουσες είχαν ποτέ τον ιό HPV. Οι απαντήσεις τους παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 25: Είχατε ποτέ HPV;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	Ναι	30	10,0	10,0
	Όχι	260	86,7	87,0
	Δεν γνωρίζω	9	3,0	3,0
	Σύνολο	299	99,7	100,0
Ελλείπουσες Τιμές	1	0,3		
Σύνολο	300	100,0		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα μόλις 1 στις 10 γυναίκες, ποσοστό 10% είχε τον ιό HPV, ενώ το 87% δηλώνει ότι δεν τον κόλλησε ποτέ. Επίσης υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό της τάξης ου 3% που δηλώνει ότι δεν γνωρίζει αν είχε ποτέ τον ιό HPV. Και σε αυτή την ερώτηση το 0,3% δεν απάντησε σχετικά. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Γράφημα 25

#### Επαγωγική Στατιστική

Στη συνέχεια της ανάλυσης ακολουθούν μία σειρά από ελέγχους με στόχο την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις συσχετίσεις που είναι στατιστικά σημαντικές μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 26: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου με την ηλικία

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Χρησιμοποιείτε μέσα αντισύλληψης;	0,188**	0,001
Έχετε παιδιά;	-0,679**	0,000
Έχετε κάνει έκτρωση;	-0,218**	0,000
Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	-0,158**	0,005
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	0,261*	0,023
Τι γνώμη έχετε για τις εκτρώσεις;	0,113*	0,031
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσταν να (ξανά) κάνεις έκτρωση;	0,191**	0,001
Η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν;	-0,141**	0,009
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	-0,357**	0,000

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα η ηλικία συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το αν οι συμμετέχουσες έχουν παιδιά (συντελεστής Pearson -0,679), ενώ συσχετίζεται μέτρια και αρνητικά με το αν έχει κάνει κάποια ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson -0,357). Επιπλέον η ηλικία συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά

με το αν έχει κάνει κάποια έκτρωση (συντελεστής Pearson -0,218), με το αν έχει ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (συντελεστής Pearson -0,158), καθώς και με το αν η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε περίπτωση έκτρωσης (συντελεστής Pearson -0,141). Τέλος η ηλικία συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το αν οι συμμετέχουσες χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης (συντελεστής Pearson 0,188), με το αν οι συμμετέχουσες έχουν κάνει διακοπή κύησης με κάποιον τρόπο (συντελεστής Pearson 0,261), με τι γνώμη που έχουν για τις εκτρώσεις (συντελεστής Pearson 0,113), καθώς και με το αν θα (ξανά) σκεφτόντουσαν να κάνουν έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (συντελεστής Pearson 0,191).

Ο επόμενος πίνακας περιέχει τις σημαντικές συσχετίσεις που αφορούν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχουσών.

Πίνακας 27: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου με το μορφωτικό επίπεδο

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Τι μέσα αντισύλληψης χρησιμοποιείτε;	-0,172*	0,015
Έχετε παιδιά;	0,284**	0,000
Έχετε κάνει έκτρωση;	0,165**	0,004
Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	0,184**	0,002
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσουν να (ξανά) κάνουν έκτρωση;	-0,189**	0,002

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά με το τι μέσα αντισύλληψης χρησιμοποιούν οι συμμετέχουσες (συντελεστής Pearson -0,172), καθώς και με το αν θα (ξανά) έκαναν έκτρωση σε περίπτωση μίας ανεπιθύμητη εγκυμοσύνης (συντελεστής Pearson -0,189). Επιπλέον το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το αν οι συμμετέχουσες έχουν παιδιά (συντελεστής Pearson 0,284), με το αν έχουν κάνει έκτρωση (συντελεστής Pearson 0,165), καθώς και με το αν είχαν ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (συντελεστής Pearson 0,184).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και του τύπου διαμονής των συμμετεχουσών.

Πίνακας 28: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου με τον τόπο διαμονής

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Έχετε παιδιά;	0,143*	0,013
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	0,250*	0,041
Αν κάνατε έκτρωση για ποιον λόγο θα την κάνατε;	0,193**	0,003

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα μόνο τρεις από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον τόπο διαμονής των συμμετεχουσών. Οι συσχετίσεις αυτές αφορούν το αν οι συμμετέχουσες έχουν παιδιά (συντελεστής Pearson 0,143), το αν έχουν κάνει διακοπή κύησης με κάποιον τρόπο (συντελεστής Pearson 0,250), καθώς και με το αν έχουν κάνει έκτρωση για κάποιο λόγο (συντελεστής Pearson 0,193). Και οι τρεις συσχετίσεις είναι ασθενής και θετικές.

Ακολουθούν οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών.

Πίνακας 29: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου με την οικογενειακή κατάσταση

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Είστε σεξουαλικά ενεργοί;	-0,141*	0,013
Χρησιμοποιείτε μέσα αντισύλληψης;	0,321**	0,000
Έχετε παιδιά;	-0,762**	0,000
Έχετε κάνει έκτρωση;	-0,225**	0,000
Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	-0,207**	0,000
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	0,258*	0,030
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσουν να (ξανά) κάνεις έκτρωση;	0,331**	0,000
Η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν;	-0,136*	0,014
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	-0,351**	0,000
Κάθε πότε πιστεύετε ότι είναι ιδανικό να γίνεται το test pap;	-0,117*	0,040

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά με το κατά πόσο είναι σεξουαλικά ενεργοί (συντελεστής Pearson -0,141), με το αν έχουν κάνει έκτρωση (συντελεστής Pearson -0,225), με το αν είχαν ποτέ μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (συντελεστής Pearson -0,207), με το αν η γνώμη του πατέρα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε

περίπτωση έκτρωσης (συντελεστής Pearson -0,136), καθώς και με το πότε πιστεύουν ότι είναι ιδανικό να γίνεται το τεστ pap (συντελεστής Pearson -0,117). Επιπλέον η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το αν οι συμμετέχουσες έχουν παιδιά (συντελεστής Pearson -0,762), ενώ συσχετίζεται μέτρια και αρνητικά με το αν έχουν κάνει ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson -0,351). Επίσης η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με τον τρόπο που έκαναν οι συμμετέχουσες διακοπή της κύησης (συντελεστής Pearson 0,258). Τέλος η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται μέτρια και θετικά με τα μέσα αντισύλληψης του χρησιμοποιούν οι συμμετέχουσες (συντελεστής Pearson 0,321), καθώς και με το αν θα (ξανά) σκεφτόντουσαν να κάνουν έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (συντελεστής Pearson 0,331).

Ο επόμενος πίνακας αφορά τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και του αν οι συμμετέχουσες είναι σεξουαλικά ενεργές ή όχι.

Πίνακας 30: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου και του αν είναι σεξουαλικά ενεργές οι συμμετέχουσες

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Χρησιμοποιείτε μέσα αντισύλληψης;	0,167**	0,004
Έχετε παιδιά;	0,132*	0,023
Επιλέξατε να γεννήσετε ή κάνατε διακοπή κύησης;	0,174*	0,044
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	0,317**	0,000
Κάθε πότε πιστεύετε ότι είναι ιδανικό να γίνεται το test pap;	0,114*	0,049

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το αν είναι κάποια σεξουαλικά ενεργές συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με τα μέσα αντισύλληψης που χρησιμοποιούσαν (συντελεστής Pearson 0,167), με το αν έχουν παιδιά (συντελεστής Pearson 0,132), με το αν έχουν επιλέξει να γεννήσουν ή να κάνουν διακοπή κύησης (συντελεστής Pearson 0,174) , καθώς και με το πότε πιστεύουν ότι είναι ιδανικό να γίνεται το τεστ pap (συντελεστής Pearson 0,114). Τέλος το αν είναι κάποια σεξουαλικά ενεργές συσχετίζεται μέτρια και θετικά με το αν έχει κάνει ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson 0,317).

Στη συνέχεια της ανάλυσης παρουσιάζονται όλες οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαφορετικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, πέραν των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχουσών. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει



τις συσχετίσεις των ερωτήσεων, που είναι στατιστικά σημαντικές με το αν οι συμμετέχουσες χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης.

Πίνακας 31: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου και τη χρήση μέσων αντισύλληψης

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Έχετε παιδιά;	-0,236**	0,000
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσουν να (ξανά) κάνουν έκτρωση;	0,159*	0,011
Γνωρίζετε για τον ιό HPV;	0,150**	0,010

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα τα μέσα αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι συμμετέχουσες στην έρευνα, συσχετίζονται ασθενώς και αρνητικά με το αν έχουν παιδιά ή όχι (συντελεστής Pearson -0,236). Επίσης συσχετίζονται ασθενώς και θετικά τόσο με το αν σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόντουσαν να (ξανά) κάνουν έκτρωση (συντελεστής Pearson 0,159), όσο και με το αν γνωρίζουν για τον ιό HPV (συντελεστής Pearson 0,150).

Ο επόμενος πίνακα αφορά τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τα μέσα αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 32: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου με το είδος των μέσων αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Πως μάθατε ότι είστε έγκυος;	0,209*	0,044
Γνωρίζετε για τον ιό HPV;	0,315**	0,000

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα υπάρχουν μόνο δύο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Η πρώτη αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχουσες έμαθαν ότι είναι έγκυος, το οποίο συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το τι μέσα αντισύλληψης χρησιμοποίησαν (συντελεστής Pearson 0,209). Η δεύτερη, η οποία είναι μέτρια και θετική, έχει να κάνει με τη συσχέτιση μεταξύ των μέσων αντισύλληψης και του αν οι συμμετέχουσες γνωρίζουν για τον ιό HPV (συντελεστής Pearson 0,315).

Ακολουθεί ο πίνακας με τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και το αν οι συμμετέχουσες στην έρευνα έχουν ή όχι παιδιά.

Πίνακας 33: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου και του αν οι συμμετέχουσες έχουν παιδιά

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Έχετε κάνει έκτρωση;	0,261**	0,000
Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	0,202**	0,001
Επιλέξατε να γεννήσετε ή κάνατε διακοπή κύησης;	0,292**	0,001
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	-0,345**	0,005
Τι γνώμη έχετε για τις εκτρώσεις;	-0,168**	0,002
Σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης θα σκεφτόσουν να (ξανά) κάνουν έκτρωση;	-0,295**	0,000
Η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν;	0,132*	0,019
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	0,377**	0,000

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα το αν έχουν παιδιά ή όχι οι συμμετέχουσες, συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το αν έχουν κάνει έκτρωση (συντελεστής Pearson 0,261), με το αν είχαν ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (συντελεστής Pearson 0,202), με το αν επέλεξαν να γεννήσουν ή να κάνουν διακοπή της κύησης (συντελεστής Pearson 0,292), καθώς και με το αν η γνώμη του πατέρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε περίπτωση έκτρωσης (συντελεστής Pearson 0,132). Επιπλέον το αν έχουν παιδιά ή όχι οι συμμετέχουσες, συσχετίζεται μέτρια και θετικά με το αν έχουν κάνει ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson 0,377), ενώ συσχετίζεται μέτρια και αρνητικά με τον τρόπο με τον οποίο έκανα διακοπή της κύησης (συντελεστής Pearson -0,345). Τέλος το αν έχουν παιδιά ή όχι οι συμμετέχουσες, συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά τόσο με τη γνώμη που έχουν για τις εκτρώσεις (συντελεστής Pearson -0,168), όσο και με το τι θα σκεφτόντουσαν να (ξανά) κάνουν σε περίπτωση μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (συντελεστής Pearson -0,295).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου με το αν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση οι συμμετέχουσες.

Πίνακας 34: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου και του αν οι συμμετέχουσες έχουν κάνει έκτρωση

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Είχατε ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;	0,786**	0,000
Επιλέξατε να γεννήσετε ή κάνατε διακοπή κύησης;	-0,893**	0,000
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	-0,447**	0,000
Αν κάνατε έκτρωση για ποιον λόγο θα την κάνατε;	-0,138*	0,036
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	0,114*	0,049

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το αν έχει κάνει κάποια έκτρωση συσχετίζεται ισχυρά και θετικά με το αν είχε κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (συντελεστής Pearson 0,786), ενώ συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το αν τελικά επέλεξε να γεννήσει ή να διακόψει την κύηση (συντελεστής Pearson -0,893). Επιπλέον το αν έχει κάνει κάποια έκτρωση συσχετίζεται μέτρια και αρνητικά με τον τρόπο με τον οποίο έκανε τη διακοπή κύησης (συντελεστής Pearson -0,447), ενώ συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά με τους λόγους για τους οποίους έκαναν την έκτρωση (συντελεστής Pearson -0,138). Τέλος το αν έχει κάνει κάποια έκτρωση συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το αν έχει κάνει ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson 0,114).

Οι επόμενες συσχετίσεις που παρουσιάζονται αφορούν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και του αν οι συμμετέχουσες είχαν ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Πίνακας 35: Συσχετίσεις ερωτήσεων ερωτηματολογίου και του αν οι συμμετέχουσες είχαν ποτέ κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

	Kendall's tau_b	Σημαντ.
Επιλέξατε να γεννήσετε ή κάνατε διακοπή κύησης;	-0,760**	0,000
Αν κάνατε διακοπή με ποιον τρόπο την κάνατε;	-0,366**	0,003
Έχετε κάνει ποτέ test pap;	0,135*	0,023
Γνωρίζετε για τον ιό HPV;	-0,127*	0,032

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το αν κάποια είχε ποτέ μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το αν επέλεξε να γεννήσει ή να κάνει διακοπή της κύησης (συντελεστής Pearson -0,760), ενώ συσχετίζεται μέτρια και αρνητικά με τον τρόπο με τον οποίο έκανε τη διακοπή αυτή (συντελεστής Pearson -0,366). Επιπλέον το αν κάποια είχε ποτέ μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συσχετίζεται ασθενώς και θετικά με το αν έχει κάνει ποτέ τεστ pap (συντελεστής Pearson 0,135), ενώ συσχετίζεται ασθενώς και αρνητικά με το αν γνωρίζει τον ιό HPV (συντελεστής Pearson -0,127).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Σχεδόν οι μισές γυναίκες δεν χρησιμοποιούν μέσα αντισύλληψης
- Το προφυλακτικό είναι η κυριότερη επιλογή των γυναικών ως μέσο αντισύλληψης
- 1 στις 6 γυναίκες έχει κάνει έκτρωση τουλάχιστον μία φορά
- Το τεστ εγκυμοσύνης είναι η βασική μέθοδος που χρησιμοποιούν οι γυναίκες για να μάθουν αν είναι έγκυος
- 1 στις 6 γυναίκες έχει μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Στην περίπτωση μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης 4 στις 5 γυναίκες επέλεξαν να κάνουν έκτρωση, ενώ 9 στις 10 την έκαναν με χειρουργική επέμβαση
- 2 στις 3 γυναίκες δεν συμβουλευτήκαν κάποιον για να κάνουν την έκτρωση
- Ο κυριότερος λόγος έκτρωσης προκύπτει ότι είναι η ηλικία της γυναίκας και ο δεύτερος σημαντικότερος λόγος είναι οικονομικός
- Μόλις 3 στις 10 γυναίκες είναι κατά των εκτρώσεων
- 1 στις 2 γυναίκες θα κρατούσαν το παιδί σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης
- 2 στις 3 γυναίκες θεωρούν ότι πρέπει να λαμβάνεται η γνώμη του πατέρα σε περίπτωση έκτρωσης
- Οι γυναίκες θεωρούν ότι δεν υπάρχει πλήρης ενημέρωση για την αντισύλληψη στην Ελλάδα
- 1 στις 5 γυναίκες δεν έχει κάνει ποτέ τεστ pap
- Οι γυναίκες γνωρίζουν κάθε πότε πρέπει να κάνουν τεστ pap (κάθε χρόνο) και επίσης γνωρίζουν και για τον ιό HPV
- Όσο μεγαλύτερη η ηλικία μίας γυναίκας τόσο μειώνεται η πιθανότητα να κάνει έκτρωση
- Όσο μεγαλύτερο το μορφωτικό επίπεδο μιας γυναίκας τόσο μειώνεται η πιθανότητα να κάνει έκτρωση σε περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης
- Οι έγγαμες γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο μέσα αντισύλληψης
- Οι έγγαμες γυναίκες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά εκτρώσεων
- Οι έγγαμες γυναίκες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης
- Οι έγγαμες γυναίκες κάνουν τεστ pap κάθε χρόνο

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abortion Act 1967*. (n.d.). Retrieved May 28, 2022, from <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/1>
- Aramesh, K. (2019). Perspectives of Hinduism and Zoroastrianism on abortion: a comparative study between two pro-life ancient sisters. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12.
- Bender, D. E., Dusch, E., & McCann, M. F. (1998). FROM EFFICACY TO EFFECTIVENESS: SELECTING INDICATORS FOR A COMMUNITY-BASED LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD PROMOTION PROGRAMME. *Journal of Biosocial Science*, 30(2), 193–225.
- Carey, R. F., Lytle, C. D., & Cyr, W. H. (1999). Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(4), 216–220.
- Cates, W., & Raymond, E. (2007). Vaginal barriers and spermicides. In R. Hatcher, A. Trussell, W. Nelson, F. Cates, D. Stewart, & K. (Eds.) (Eds.), *Contraceptive technology (19th ed.)*.
- Center for Diseases Control and Prevention. (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1–94.
- Courtney, K. (2006). The contraceptive patch. Latest developments. *AWHONN Lifelines*, 10(3), 250–254.
- Damian Iulian Constantin. (2010). ABORTION FROM THE PERSPECTIVE OF EASTERN RELIGIONS: HINDUISM AND BUDDHISM. *Romanian Journal of Bioethics*, 8, 124–136.
- Drife, J. O. (2010). Historical perspective on induced abortion through the ages and its links with maternal mortality. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(4), 431–441.
- Dunnihoo, D. R. (1990). *Fundamentals of Gynecology and Obstetrics*. JB Lippincott Company.
- Fischer, M. (2008). Implanon: a new contraceptive implant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 37(3), 361–368.
- García-Figueroa, R., Malanco-Hernández, L., Lara-Ricalde, R., & García-Hernández, A. (2014). Contraception and breastfeeding. Spacing of pregnancies. Present concepts. *Ginecol Obstet Mex*, 82(8), 547–551.
- Goldberg, A., & Grimes, D. (2007). Injectable contraceptives. In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Green, K. W., & Resnik, R. (1977). The abortion issue: Past, present and future.

*Current Problems in Pediatrics*, 7(10), CO1-44.

- Grimes, D. (2007). Intrauterine devices (IUDs). In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Guillebaud, J. (1993). *Contraception: Your Questions Answered*. Churchill Livingstone.
- Harrison, C., & Chantler, E. (1998). The effect of nonoxynol-9 and chlorhexidine on HIV and sperm in vitro. *International Journal of STD & AIDS*, 9(2), 92–97.
- Jennings, V., & Arevalo, M. (2007). Fertility awareness-based methods. In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Kennedy, K., & Trussell, J. (2007). Postpartum contraception and lactation. In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Khorfan, R., & Padela, A. I. (2010). The Bioethical Concept of Life for Life in Judaism, Catholicism, and Islam: Abortion When the Mother's Life is in Danger. *The Journal of IMA*, 42(3), 99.
- Kowal, D. (2007). Cuitus interruptus (withdrawal). In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Lu, M., Lu, J., & Halfin, V. (2003). Domestic Violence And Sexual Assault. In A. DeCherney & L. Nathal (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology* (12th ed.). Lange Medical Books.
- Mauck, C., Lai, J. J., Schwartz, J., & Weiner, D. H. (2004). Diaphragms in clinical trials: is clinician fitting necessary? *Contraception*, 69(4), 263–266.
- Nanda, K. (2007). Contraceptive patch and vaginal contraceptive ring. In B. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Nelson, A. (2007). Combined oral contraceptives. In Hatcher. Robert et al. (Eds.) (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S., & Webb, A. (2005). Accessibility and availability of abortion in six European countries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care : The Official Journal of the European Society of Contraception*, 10(1), 51–58.
- Polsky, B., Segal, S. J., Baron, P. A., Gold, J. W. M., Ueno, H., & Armstrong, D. (1989). Inactivation of human immunodeficiency virus in vitro by gossypol. *Contraception*, 39(6), 579–587.
- Raymond, E. (2007). Progestin-only pills. In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.

- Raymond, E. G., Pai, L. C., Condon, S., Luoto, J., Barnhart, K. T., Creinin, M. D., Poindexter, A., Wan, L., Martens, M., Schenken, R., & Blackwell, R. (2005). Acceptability of five nonoxynol-9 spermicides. *Contraception*, 71(6), 438–442.
- Steiner, M., & Warner, L. (2007). Male condoms. In R. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Stewart, F., Trussell, J., & Van Look, P. (2007). Emergency contraception. In R. et al. (Eds. . Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Trussell, J. (2007). Contraceptive efficacy. In R. et al. (Eds) Hatcher (Ed.), *Contraceptive technology (19th ed.)*. New York: Ardent Media.
- Xiao-Hui, D., Zou, S. Ian, Quigg, J., Kaminski, J., & Zaneveld, L. J. D. (1990). Comparative vaginal spermicidal studies in the stump-tailed macaque with alkyloxynol-741, nonoxynol-9 and chlorhexidine. *Contraception*, 42(6), 677–682.

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης, Γ. (n.d.). *Διπλωματική εργασία: Δεοντολογικά και βιοηθικά ζητήματα στην τεχνητή διακοπή της κύησης*. <https://ikee.lib.auth.gr/record/299211/files/GRI-2018-22310.pdf>
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Ινστιτούτο Γκαίτε. (2002). *Βιοηθική και Βιοπολιτική*. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Ιατράκης, Μ. Γ. (n.d.). *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (& στοιχεία Γυναικολογίας)* (3η Έκδοση). Ζεβελεκάκη.
- Ιατράκης, Μ. Γ. (2017). *Επιλεγμένα θέματα Μαιευτικής*. Ζεβελεκάκη.
- Κυρολάρη, Ε., & Μπαλλή, Χ. (2016). *Πτυχιακή εργασία: Γνώσεις, σκέψεις και αντιλήψεις των νέων για την αντισύλληψη και την έκτρωση*. Πάτρα. <http://repository.teiwest.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/5410/ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Λουτράδης, Δ., Δεληγεώρογλου, Ε., Παπαντωνίου, Ν., & Παππά, Κ. (2018). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Λυκερίδου, Α. (2011). *Κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας, Νομοθεσία Μαιών/των* (2η Έκδοση). Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Λυκερίδου, Α., & Δελτσίδου, Α. (2013). *Νασηλευτική Μητρότητα* (8η Έκδοση). Λαγός Δημήτριος.
- Λυριτζή, Μ., & Λούκου, Ζ. (n.d.). *ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΘΕΜΑ : ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ*. Πάτρα. Retrieved May 6, 2022, from <https://docplayer.gr/81183779-Ptyhiaki-ergasia-thema-amvloseis.html>

Παπαδοπούλου, Θ. (2015). *Ειδικά θέματα Βιοηθικής*. ΣΕΑΒ, ΚΑΛΛΙΠΟΣ.

Χρυσικόπουλος, Α. (2007). *Οικογενειακός Προγραμματισμός*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

#### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΦΙΑ

*Αμβλώσεις: Σωστό, λάθος ή ταμπού;* (n.d.). Retrieved May 30, 2022, from <https://eleftherostypos.gr/istories/376715-ambloseis-sosto-lathos-i-tampou>

Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια. (n.d.-b). *Αντισύλληψη*. <https://el.wikipedia.org/wiki/Αντισύλληψη>

Βικιπέδια Η ελεύθερη εγκυκλοπείδια. (n.d.-a). *Αμβλώση*. <https://el.wikipedia.org/wiki/Αμβλώση#Ελλάδα>

*Διακοπή κύησης*. (n.d.). <https://www.embryomedicine.gr/project/diakopi-kuisis/>

*Τα Δικαιώματα του Εμβρύου | in.gr*. (n.d.). Retrieved June 2, 2022, from <https://www.in.gr/2007/02/16/plus/kid/ta-dikaiwmata-toy-embryoy/>

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. <https://musa.news/wp-content/uploads/2020/05/io-pianta-jpg.jpg>
2. <https://obstetric.gr/images/miscarriage.jpg>
3. [https://simplylife.gr/pages/diatrofh\\_ugeia/article/id/231](https://simplylife.gr/pages/diatrofh_ugeia/article/id/231)
4. <https://embio-med.gr/wp-content/uploads/2019/07/breastfeeding.jpg>
5. <https://www.medinova.gr/wp-content/uploads/2013/12/spermicide.jpg>
6. [https://www.ygeiamou.gr/wpcontent/uploads/2019/03/190319152740\\_sex\\_condom.jpg](https://www.ygeiamou.gr/wpcontent/uploads/2019/03/190319152740_sex_condom.jpg)
7. <https://maternacare.gr/wp-content/uploads/2017/10/contraception6-400x246.png>
8. <https://maternacare.gr/wp-content/uploads/2017/10/contraception7-300x141.jpg>
9. <https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTIIJvGysGeRanKCR1XqsQG7TzHSLv-X6EwQI03XP59JrkKw3yrQuKPFpA3tNBx2f7zoug&usqp=CAU>
10. <https://maternacare.gr/wp-content/uploads/2017/10/contraception8-300x196.jpg>
11. <https://www.care.gr/wp-content/uploads/2000/10/a495p01.jpg>
12. <https://www.truemed.gr/wpcontent/uploads/2021/01/%CE%91%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%85%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CF%80%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%87%CE%AC%CF%80%CE%B9%CE%B1.jpg>



13. <https://maternacare.gr/wp-content/uploads/2017/10/contraception13-300x300.jpg>
14. [https://obstetric.gr/images/vaginal\\_ring.jpg](https://obstetric.gr/images/vaginal_ring.jpg)
15. <https://aconstantinides.com/el/product/prolutex/>
16. <https://maternacare.gr/klinikes-plhrofories/antisyllhpsh/implant/>
17. <https://www.neolaia.gr/2015/06/24/oti-prepei-na-gnwrizete-gia-tin-epeigousa-antisillipsi-se-ena-arthro/>
18. <https://www.iatriko.gr/sites/default/files/IUD.jpg>