



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ, ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ
ΜΑΙΩΝ/ΤΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Τζώρτζη Μαρία

ΑΜ: 20065

Εισηγήτρια: Σαρέλλα Αγγελική,

Επίκουρη Καθηγήτρια

Αθήνα, Ιανουάριος 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA SCHOOL
OF HEALTH PROFESSIONS AND
WELFARE
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
TITLE OF POSTGRADUATE PROGRAM
«MSc in Advanced and Evidence Based Midwifery Care»**

DiplomaThesis

**THE ATTITUDES, KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF
MIDWIVES IN CRETE REGARDING ARTIFICIAL
TERMINATION OF PREGNANCY**

Tzortzi Maria

Registration Number: 20065

Supervisor:

SarellaAngeliki,Assistant Professor

Athens,January 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα»

Τίτλος εργασίας

ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ, ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ/ΤΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΣΑΡΕΛΛΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΠΑΛΑΣΚΑ ΕΡΜΙΟΝΗ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΔΑΓΛΑ ΜΑΡΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Τζώρτζη Μαρία του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20065 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Σαρέλλα Αγγελική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Ψηφιακή ΥπογραφήΕπιβλέποντα

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright ©, ΤΖΩΡΤΖΗ ΜΑΡΙΑ 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία διερευνά τις στάσεις, τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των μαιών/μαιευτών της Κρήτης, σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης.

Ειδικότερα, οι άξονες διερεύνησης είναι η συσχέτιση των στάσεων αυτών με τα χρόνια προϋπηρεσίας, ο βαθμός της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας στα ζητήματα σχετικά με την διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, ο βαθμός της γνωστικής επάρκειας και κατάρτισης των μαιών/τών ως προς τον οικογενειακό προγραμματισμό, καθώς και η ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με βάση τα τρέχοντα επιστημονικά δεδομένα στο συγκεκριμένο θέμα.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας έχει επιλεγθεί η δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα (non probability sampling). Τα υποκείμενα της έρευνας είναι επαγγελματίες μαιές/μαιευτές, οι οποίες/οποίοι διαμένουν στην Κρήτη, μιλούν και κατανοούν την Ελληνική γλώσσα, είναι ενήλικες και έχουν εξασκήσει τη Μαιευτική σε κάποια δομή εντός της Κρήτης, ανεξαρτήτως χρονικού πλαισίου.

Στα βασικά συμπεράσματα της έρευνας, καταγράφηκε μεγάλη ανομοιογένεια των γνώσεων των μαιών/των στις νομικές πτυχές που καλύπτουν την τεχνητή διακοπή κύησης, αρνητική στάση και απροθυμία να συμμετέχουν, σε σημαντικό ποσοστό, στάση στην οποία φαίνεται να διευκολύνεται από τα εργασιακά τους περιβάλλοντα, έλλειψη διασύνδεσης κέντρων Οικογενειακού Προγραμματίσουμε τις υπόλοιπες μαιευτικές κλινικές/μονάδες και μεγάλο περιθώριο ανάπτυξης ενσυναίσθησης των μαιών/των της Κρήτης.

Λέξεις κλειδιά: μαιές, μαιευτές, αντιλήψεις, τεχνητή διακοπή κύησης, νομοθεσία

"The attitudes, knowledge and perceptions of midwives in Crete regarding artificial termination of pregnancy"

ABSTRACT

This thesis investigates the attitudes, knowledge and perceptions of midwives in Crete regarding the artificial termination of pregnancy.

In particular, the axes of investigation are the correlation of these attitudes with the years of previous service, the degree of empathy of health professionals in the issues related to the artificial termination of pregnancy, the degree of known work and the training of midwives in terms of family planning, as well as the need for continuing education based on current scientific data on the specific subject.

For the purposes of this research, non probability sampling has been chosen. The subjects of the research are professional midwives, who live in Crete, speak and understand the Greek language, are adults and have practiced Midwifery in some structure within Crete, regardless of time frame. In the main conclusions of the research, a large inhomogeneity of the knowledge of midwives in the legal aspects covering artificial termination was recorded, a negative attitude and reluctance to participate, in a significant percentage, an attitude that seems to be facilitated by their working environments, a lack of interconnection . of Family Planning centers with the rest of the obstetric clinics/units and a great scope for developing empathy among the midwives of Crete.

Key words: midwives, perceptions, artificial termination of pregnancy, legislation

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	12
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 17	
1.1 Ιστορική διάσταση.....	18
1.1.1 Μέθοδοι Άμβλωσης στην Αρχαία Εποχή.....	18
1.2 Ιατρική διάσταση	19
1.2.1 Ενημέρωση και Συγκατάθεση	19
1.2.2 Επιλογή μεθόδου διακοπής της κύησης	21
1.2.3 Η Χρήση Φαρμακευτικής αγωγής για την άμβλωση	22
1.2.4 Το κόστος της τεχνητής διακοπής κύησης	23
1.2.5 Ιατρική υποδομή για υποστήριξη της τεχνητής διακοπής της κύησης.....	24
1.3 Νομοθετική Διάσταση	24
1.3.1 Νομιμοποίηση των Αμβλώσεων: ιστορική αναδρομή.....	24
1.3.2 Εμπόδια στην Εφαρμογή της Ασφαλούς Άμβλωσης.....	25
1.3.3 Νομικές Πτυχές	26
1.3.4 Διοικητικοί Φραγμοί	27
1.4 Κοινωνική Διάσταση	28
1.4.1 Οι γυναίκες ως αποδέκτες υπηρεσιών διακοπής κύησης.....	28
1.4.2 Κοινωνικές στάσεις για τη τεχνητή διακοπή κύησης.....	28
1.4.3 Το κοινωνικό στίγμα γύρω από τη διακοπή κύησης.....	30
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ 31	

2.1	Η εκπαίδευση των μαιών	31
2.1.1	Η βασική εκπαίδευση	31
2.1.2	Η συνεχής εκπαίδευση σε νέα επιστημονικά δεδομένα.....	32
2.1.2	Η κατάρτιση των μαιών/μαιευτών στον Οικογενειακό Προγραμματισμό - Συμβουλευτική γονέων.	32
2.2	Χαρακτηριστικά του επαγγέλματος	33
2.2.1	Ηθικές αρχές.....	33
2.2.2	Ο ρόλος της ενσυναίσθησης	35
2.3	Η φροντίδα των μαιών/τών στη διακοπή κύησης	37
2.4	Οι στάσεις των μαιών/των για τη διακοπή κύησης	39
2.4.1	Σύνδεση με έτη προϋπηρεσίας	41
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		43
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ		44
3.1	Ερευνητικό ερώτημα	44
3.2	Σκοπός.....	44
3.3	Επιμέρους στόχοι της έρευνας	44
3.4	Μεθοδολογία Έρευνας.....	44
3.5	Διαδικασία συλλογής δεδομένων	45
3.6	Κριτήρια για τη εισδοχή στο Ερευνητικό Πρόγραμμα	45
3.7	Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων που αφορούσαν τα άτομα που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό πρόγραμμα	46
3.7.1	Διοικητικών μηχανισμών	46
3.7.2	Τεχνικών μηχανισμών.....	46
3.7.3	Φυσικών μηχανισμών	46
3.8	Ανάλυση των δεδομένων	47
3.9	Δείγμα Μελέτης	47
3.10	Στατιστική ανάλυση	48
3.11	Περιορισμοί της μελέτης.....	48
3.12	Ηθικά Ζητήματα Δεοντολογίας	49
4.ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		50
4.1	Περιγραφική Στατιστική	50
4.2	Επαγωγική Στατιστική	65
4.3	Παρατηρήσεις επί των αποτελεσμάτων	68
4.3.1	Συσχέτιση γνώσεων της νομοθεσίας μαιών/των με την προϋπηρεσία τους – ερώτηση 14	69

4.3.2 Συσχέτιση νομικών γνώσεων των μαιών/των με την προϋπηρεσία τους – ερώτηση 16	71
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	73
5.1 Σύγκριση της παρούσας έρευνας με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού	73
5.2.Συζήτηση	75
5.3. Προβληματισμοί και περιορισμοί.....	77
5.4. Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής	79
5.5. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 7^Η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΙΙ: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΓΕ.....	110

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των μαιών/των που συμμετείχαν (N=100).....	50
Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία (Προϋπηρεσία, Σπουδές, Πεδίο επαγγελματικής δραστηριότητας) N=100.....	51
Πίνακας 3. Γνώσεις για νομοθετική ρύθμιση N=100.....	52
Πίνακας 4. Επίπεδο γνώσεων για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα N=100.....	52
Πίνακας 5. Νομοθετικό πλαίσιο της χώρας-Η τεχνητή διακοπή της κύησης επιτρέπεται (Επιλογή ΝΑΙ ΟΧΙ) N=100.....	53
Πίνακας 6. Καταγραφή των αιτιών της διακοπής της κύησης (Επιλογή ΝΑΙ -ΟΧΙ) N=100.....	54
Πίνακας 7. Βάση παθολογικών περιπτώσεων του εμβρύου σε ποιες εβδομάδες κύησης μπορεί να γίνει διακοπή; N=100.....	56
Πίνακας 8. Στο καθηκοντολόγιο των μαιών/των επιτρέπεται η συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής διακοπής της κύησης; N=100.....	56
Πίνακας 9. Στο καθηκοντολόγιο των μαιών/των επιτρέπεται η/ο μαιία/της να δώσει στη γυναίκα συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή για τεχνητή διακοπή κύησης; N=100.....	56
Πίνακας 10. Συμμετοχή σε επέμβαση τεχνητής διακοπής κύησης N=100.....	57
Πίνακας 1.1 Φροντίδα γυναίκας έπειτα από τεχνητή διακοπή κύησης N=100.....	57
Πίνακας 12. Έχετε φροντίσει γυναίκα που την γμωρίζατε προσωπικά κατά τη διακοπή της κύησης; N=100.....	58
Πίνακας 13 Έχετε πραγματοποιήσει συμβουλευτική οικογενειακού προγραμματισμού με θέμα την τεχνητή διακοπή κύησης; N=100.....	58
Πίνακας 14. Έχετε αρνηθεί να συμμετέχετε σε διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης; N=100.....	58
Πίνακας 15. Θα προσπαθούσατε να αποτρέψετε τη γυναίκα από την απόφαση μιας διακοπής κύησης; N=100.....	59
Πίνακας 16. Σε περίπτωση άρνησης συμμετοχής σας σε διαδικασίες διακοπής της κύησης, ποιος ήταν ο λόγος; N=100.....	59
Πίνακας 17. Τι θεωρείτε ότι σας επηρεάζει θετικά απέναντι στην τεχνητή διακοπή της κύησης; N=100.....	60
Πίνακας 18. Τι θεωρείτε ότι σας επηρεάζει αρνητικά απέναντι στην τεχνητή διακοπή της κύησης; N=100.....	61
Πίνακας 19. Κατά τη διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως λειτουργείτε με ενσυναίσθηση*; N=100.....	61
Πίνακας 20. Σε ποιο βαθμό η επιθυμία σας να συμμετέχετε ή όχι σε περιστατικό διακοπής της κύησης μπορεί να υποστηριχθεί στον χώρο εργασίας σας; N=100.....	62
Πίνακας 21. Ποιά από τα παρακάτω έχουν για εσάς σημαντικό θετικό λόγο για διακοπή της κύησης; N=100.....	63
Πίνακας 22. Γνωρίζετε δομές που μπορούν να υποστηρίξουν γυναίκες πριν ή μετά από την τεχνητή διακοπή της κύησης; N=100.....	63
Πίνακας 23. Σε μια δομή που συσχετίζεται με την υποστήριξη των γυναικών για το διάστημα πριν ή μετά από την τεχνητή διακοπή κύησης, ποιοι συνδυασμοί ύπαρξης από τις κάτωθεν ειδικότητες πιστεύετε πως θα πρέπει να τη στελεχώνουν;.....	64
Πίνακας 24. Ποιό από τα παρακάτω συναισθήματα σας διακατέχει όταν ενημερώνετε για τη διαδικασία της τεχνητής διακοπής της κύησης. N=100.....	64
Πίνακας 25. Σύγκριση Μέσων όρων με Independent Sample t-test.....	65
Πίνακας 26. Σύγκριση μέσων όρων με Ανάλυση Διακύμανσης Anova.....	66

Πίνακας 27. Σύγκριση Μέσων όρων με Independent Sample t-test	68
Πίνακας 28. Ερώτηση 14 - Διασταύρωση δεδομένων με χ^2	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πίνακας 1. Σύγκριση Μέσων όρων με <i>Independent Sample t-test</i>	65
Πίνακας 2. Σύγκριση μέσων όρων με Ανάλυση Διακύμανσης Anova	66
Πίνακας 3. Σύγκριση Μέσων όρων με <i>Independent Sample t-test</i>	68
Πίνακας 4. Ερώτηση 14 - Διασταύρωση δεδομένων με χ^2	70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είναι απαραίτητο να ευχαριστήσω όλους αυτούς που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας μου. Πρωτίστως, θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας κα Σαρέλλα Αγγελική για το χρόνο, αλλά και την καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της. Ταυτόχρονα, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της επιστημονικής επιτροπής, κα Παλάσκα Ερμιόνη και κα Δάγλα Μαρία.

Επίσης, θα ήθελαν να ευχαριστήσω όλες/ους όσες/ους συμμετείχαν ως υποκείμενα στην παρούσα μελέτη, καθώς, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια τους απαντώντας στο ερωτηματολόγιο, δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω την έρευνα μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τη ραγδαία ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνίας, ο τρόπος σκέψης, αντίληψης και συμπεριφοράς των ανθρώπων πάνω σε διάφορα θέματα, έχει αλλάξει. Παράλληλα, άλλαξε και η στάση τους απέναντι στον συντηρητισμό, στις θρησκευτικές/κοινωνικές παραδόσεις ή προκαταλήψεις, δίνοντας χώρο και ορατότητα σε σεξουαλικές σχέσεις εκτός γάμου, γεγονός που σε παλαιότερες κοινωνίες υπήρξε αποδοκιμαστέο. Η νομιμοποίηση της διαδικασίας της τεχνητής διακοπής κύησης, διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες είχε ως αποτέλεσμα να καταγράφεται ο αριθμός των ανεπιθύμητων κυήσεων, ο οποίος τα προηγούμενα χρόνια παρέμενε άγνωστος. Το δεδομένο αυτό της γνώσης του μεγέθους των ανεπιθύμητων κυήσεων, σε συνδυασμό με το ζήτημα της ελλιπούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και πιο συγκεκριμένα στην αντισύλληψη, εξακολουθεί να θέτει στο προσκήνιο το ζήτημα της πρόσβασης στην τεχνητή διακοπή της κύησης (Ιωαννίδη & Αγραφιώτης, 2008).

Οι νόμοι σχετικά με τη δυνατότητα ή μη, καθώς και το επιτρεπόμενο όριο ηλικίας κύησης που ρυθμίζουν την τεχνητή διακοπή κύησης, ποικίλλουν από εποχή σε εποχή και από χώρα σε χώρα. Παράλληλα, το ζήτημα αυτό βρίσκεται συχνά σε έντονο και πιθανώς διχαστικό δημόσιο διάλογο και προσεγγίζεται ποικιλοτρόπως ανάλογα με τις κοινωνικές, θρησκευτικές και ηθικές αντιλήψεις της εκάστοτε χώρας την εκάστοτε χρονική στιγμή. Τα επίσημα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (“Number of Abortions”, 2020) δείχνουν περίπου 21.500 αμβλώσεις για το 2015, τελευταία χρονιά καταγραφής, σε συστοιχία με τον μέσο όρο στην Ευρώπη. Η Ελληνική Στατιστική Αρχή δεν έχει συμπεριλάβει ως τη δεδομένη χρονική στιγμή στατιστικές για τις αμβλώσεις σε νοσοκομεία, δημόσια ή ιδιωτικά, ενώ το έχει συμπεριλάβει στη στοχοθεσία της (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2012).

Η διαδικασία της τεχνητής διακοπής κύησης αποτελεί μια επώδυνη εμπειρία για τις γυναίκες ανεξαρτήτου περιπτώσεως, προκαλώντας συχνά ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές. Παρότι, η διακοπή κύησης είναι ένα σημαντικό ζήτημα στον τομέα της Μαιευτικής, η γνώση και η στάση των μαιών σχετικά με τις νομικές διαδικασίες και τη θρησκεία δεν είναι ξεκάθαρες και χρήζουν διερεύνησης και βελτίωσης (Afhami et al., 2016). Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στη Σουηδία και αφορούσε στις απόψεις των μαιών και γυναικολόγων σχετικά με τη νόμιμη διακοπή κύησης, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων συμφωνούν ότι πρέπει να επιτρέπεται, επηρεαζόμενοι από τις επιπτώσεις

που μπορεί να προκαλέσει αυτή η επέμβαση, αν διενεργηθεί σε μη ασφαλείς συνθήκες στην υγεία της γυναίκας, αλλά και από τον αριθμό αυτών που διεξάγονται ετησίως, από το οποίο πηγάζει και η ανάγκη για παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας μέσα σε υγειονομικές δομές (Hammarstedt et al., 2005).

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να ανιχνεύσει και να αναδείξει την ενδεχόμενη επιρροή της προαναφερόμενης κοινωνικής πόλωσης γύρω από το συγκεκριμένο θέμα αν και σε τι βαθμό έχει επηρεάσει τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας και συγκεκριμένα τους επαγγελματίες του κλάδου των μαιών/μαιευτών. Προς επίτευξη αυτού, στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που στόχευε στην καταγραφή των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των μαιών/μαιευτών της Κρήτης σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης, όπου τα αποτελέσματα της έρευνας μελετήθηκαν και αναλύθηκαν.

Ειδικότερα, διερευνήθηκε αρχικά ο τόπος και η δομή όπου ασκείται το μαιευτικό επάγγελμα. Στη συνέχεια, διερευνήθηκαν οι γνώσεις των μαιών και μαιευτών σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Συμβουλευτικής γονέων, αλλά και σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο της διακοπής της κύησης στην Ελλάδα. Επίσης, καταγράφηκαν τυχόν προβλήματα διαχείρισης της διακοπής της κύησης που αντιμετωπίζουν οι μαιές/μαιευτές, οι αντιλήψεις τους πάνω σε αυτήν, καθώς και η εκπαίδευσή τους σε νέα επιστημονικά δεδομένα. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ερμηνεύονται υπό το πρίσμα της πιθανής σύνδεσης στάσεων, αντιλήψεων και γνώσεων με τα έτη προϋπηρεσίας.

Ως εκ τούτου, η εργασία δομήθηκε ώστε το πρώτο κεφάλαιο να συγκεντρώσει δεδομένα για την τεχνητή διακοπή κύησης, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικής με την ιστορική, ιατρική, νομική και κοινωνική διάστασή της. Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στους/ις επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη διαδικασία, ειδικότερα στα χαρακτηριστικά και τις στάσεις τους, όπως έχουν αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει λεπτομερή αναφορά στη μεθοδολογία που επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται και ερμηνεύονται συστηματικά τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ, στο πέμπτο κεφάλαιο αυτά συνοψίζονται και επιχειρείται η σύνδεσή τους με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, την πρακτική εφαρμογή και την περαιτέρω έρευνα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πρόσβαση σε ασφαλή άμβλωση, θεωρείται ανθρώπινο δικαίωμα και έχει συμβάλλει άμεσα στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως (Erdman, Derpiñeres, & Kismödi, 2013). Παράλληλα, παρατηρείται ότι σε μέρη όπου η ασφαλής και νόμιμη άμβλωση είναι απρόσιτη, οι γυναίκες εξακολουθούν να αναζητούν την υπηρεσία αυτή με μη ασφαλή τρόπο. Για κάθε 100.000 μη ασφαλείς διακοπές κύησης που γίνονται σε ανεπτυγμένες περιοχές, 30 γυναίκες πεθαίνουν από επιπλοκές, ενώ στις αναπτυσσόμενες περιοχές, αυτός ο αριθμός αυξάνεται σε 220–520 θανάτους ανά 100.000 (Ganatra et al., 2017). Παράλληλα, τίθεται και το παγκόσμιο οικονομικό αντίκτυπο της αντιμετώπισης των επιπλοκών της μη ασφαλούς άμβλωσης, το οποίο ανέρχεται σε 553 εκατομμύρια δολάρια ετησίως (Vlassoff et al., 2008).

Το υγειονομικό προσωπικό του κλάδου των μαιών/τών, αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που στελεχώνουν τις μονάδες φροντίδας σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και δυναμικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των γυναικών που επιλέγουν την τεχνητή διακοπή της κύησης (Levi, Simmonds&Taylor, 2009; Fantasia et al., 2014). Οι δραστηριότητες που αναλαμβάνουν ρυθμίζονται και διενεργούνται σύμφωνα με το πεδίο πρακτικής τους, το οποίο καθορίζεται από την εκπαίδευση και την κείμενη νομοθεσία της εκάστοτε χώρας (Nursing & Midwifery Board of Australia, 2016).

Στους παράγοντες που επηρεάζουν το φάσμα των ενεργειών, από τις οποίες καλούνται να επιλέξουν οι επαγγελματίες υγείας, συγκαταλέγονται οι ανάγκες των ατόμων υπό νοσηλεία, η πολιτική του νοσοκομείου, οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και το εκπαιδευτικό πλαίσιο, στο οποίο τις ανέπτυξαν (Nursing & Midwifery Board of Australia, 2016). Σε διεθνές επίπεδο, υπήρξε έκκληση για ενίσχυση του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των επαγγελματιών προγεννητικής υγείας ως προς τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών και την τεχνητή διακοπή κύησης (Jelinska & Yanow, 2018). Μάλιστα, σε μια συστηματική ανασκόπηση δεδομένα που έχουν καταγραφεί σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών διακοπής κύησης από επαγγελματίες του κλάδου των μαιών/τών, διαπιστώθηκε ότι είναι σε θέση να παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες. (Renner et al., 2013).

Απαιτείται, λοιπόν μια βελτιωμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το πλαίσιο φροντίδας και τις κλινικές πρακτικές, με στόχο την παροχή βέλτιστων υπηρεσιών υγείας καθολικά και με γνώμονα το σεβασμό στο δικαίωμα στη υγεία και στην αναπαραγωγική αυτονομία. Η διεθνής οργάνωση υπέρ της διεύρυνσης των αρμοδιοτήτων των μαιών/των και διασφάλισης των δικαιωμάτων της γυναίκας Push or Midwives, στο άρθρο *Midwives and Abortion Services*(2022) υποστηρίζει πως το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την εν λόγω κατάρτιση είναι να αυξηθεί η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες τεχνητής διακοπής κύησης και να μειωθεί η θνησιμότητα κατά τη διαδικασία.

Προς επίρρωση αυτού του στόχου, απαιτείται πρωταρχικά η αποτύπωση των διαστάσεων της τεχνητής διακοπής κύησης, οι οποίες εκτείνονται σε βάθος χρόνου και γίνονται συχνά αντικείμενο πολιτικών και θρησκευτικών επιρροών. Παρακάτω, επιχειρείται η προσέγγιση αυτού του πολυδιάστατου ζητήματος, στους άξονες ιστορικών, ιατρικών, νομικών και κοινωνικών διαστάσεων.

1.1 Ιστορική διάσταση

1.1.1 Μέθοδοι Άμβλωσης στην Αρχαία Εποχή

Αναφορές από αρχαίες κοινωνίες, περιγράφουν μια σειρά από ιατρικές μεθόδους τεχνητής διακοπής κύησης, συμπεριλαμβανομένης της κοιλιακής χρήσης μελιού και χουρμάδων στην αρχαία Αίγυπτο και βοτάνων ή υδραργύρου στην Κίνα. Σήμερα, δεν είναι σαφές πόσο αποτελεσματικές ήταν οι μέθοδοι αυτές (Drife, 2010). Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες από αγροτικές περιοχές χαμηλού βιοτικού επιπέδου, έχουν δείξει ότι τα παραδοσιακά βότανα που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση διακοπής κύησης έχουν ισχυρές μητροσυσπαστικές ιδιότητες (Nikolajsen, et al., 2011).

Στο ιστορικό πλαίσιο, παρατηρείται ότι υπάρχει πληθώρα αναφορών σχετικά με μεθόδους που διενεργούνταν από την αρχαιότητα, σε πολλές χώρες του κόσμου. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε τη βαριά σωματική άσκηση ως έναν τρόπο πρόκλησης διακοπής της κύησης, χωρίς όμως να επικροτεί την διαδικασία αυτή λόγω των πεποιθήσεων του. Επίσης, από άλλες πηγές διαφαίνεται ότι η διακοπή κύησης επιτρέπονταν στην αρχαία Ρώμη, κυρίως για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους. Χειρουργικές μέθοδοι με χρήση διαστολέων από ξύλο, κόκαλο ή ελεφαντόδοντο περιγράφηκαν τον 2ο αιώνα μ.Χ. Το

1844, το Laminaria, ένα ιαπωνικό φύκι, χρησιμοποιείται ως μέθοδος για την πρόκληση διαστολής του τραχήλου της μήτρας. Παράλληλα, την ίδια περίπου περίοδο ο Recamier, ο οποίος θεωρείται από τους ιδρυτές της επιστήμης της Γυναικολογίας, χρησιμοποίησε ένα είδους ξέστρο για να εκκενώσει τη μήτρα για πρώτη φορά το 1843 (Lund, 1953).

Από τον Μεσαίωνα χρησιμοποιούνταν αιχμηρά αντικείμενα και εργαλεία στην μήτρα για τη διενέργεια της διακοπής κύησης (Public Health Currents, 1971). Τον 19ο αιώνα ξεκίνησε η πρακτική της Διαστολής και Απόξεσης (*dilation and curettage*) και ο Ιρλανδός γιατρός James Young Simpson περιέγραψε την αναρρόφηση κενού, μέθοδοι που μέσα στην εξέλιξη της επιστήμης της Μαιευτικής/Γυναικολογίας, εφαρμόζονται μέχρι σήμερα. Η τελευταία μέθοδος, αυτής της αναρρόφησης, αναπτύχθηκε στη Ρωσία κατά την περίοδο εδραίωσης των φιλελεύθερων νόμων για τις αμβλώσεις στη δεκαετία του 1920, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο διάτρησης της μήτρας.

Το 1970, η ενδοφλέβια και υποδόρια προσταγλανδίνη αναφέρθηκε ότι είχε αποπρωτική δράση στο δεύτερο τρίμηνο (Roth-Brandeletal., 1970). Λίγο αργότερα αναφέρθηκαν υψηλές επιδράσεις της προσταγλανδίνης στην αρχή της εγκυμοσύνης και το αποτέλεσμα βελτιώθηκε μετά την εισαγωγή της ενδοκολπικά (Wiqvist &Bygdeman, 1970). Ο ανταγωνιστής προγεστερόνης η μifeπριστόνη, αποδείχθηκε ότι ενισχύει την επίδραση της προσταγλανδίνης στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η συνδυασμένη μέθοδος οδήγησε σε 94% επιτυχείς διακοπές κύησης, σε κυήσεις διάρκειας 49 ημερών ή λιγότερο (Bygdeman &Swahn, 1985).

1.2 Ιατρική διάσταση

1.2.1 Ενημέρωση και Συγκατάθεση

Θεμελιώδες κομμάτι της διαδικασίας της τεχνητής διακοπής κύησης είναι το δικαίωμα στην πληροφορημένη συγκατάθεση (*informed consent*), ώστε να εφαρμοστεί η διαδικασία νόμιμα, σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις, όπως αναφέρονται στον νόμο υπ' αριθμόν 1609/1986 που αφορά την «τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986) και τροποποιήθηκε στις 19/03/2019. Η ενημερωμένη συγκατάθεση είναι η νομική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την προώθηση της αυτονομίας του ασθενούς (Whitney,

McGuire& McCullough, 2004).Ο στόχος της διαδικασίας ενημερωμένης συναίνεσης είναι να παρέχει στους λήπτες υπηρεσιών υγείας πληροφορίες που είναι απαραίτητες και σχετικές με τη λήψη των αποφάσεών τους (συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και των οφελών από την αποδοχή ή την απόρριψη της συνιστώμενης θεραπείας) και να βοηθήσει τους ασθενείς να καταλήξουν στην απόφαση που αντιστοιχεί περισσότερο στις ανάγκες και επιθυμίες τους. Σύμφωνα με το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης που προσφέρεται από την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία (ΕΜΓΕ) (βλ. Παράρτημα ΙΙΙ), το άτομο που θα υποβληθεί στη διαδικασία, χρειάζεται να δηλώσει την ελεύθερη βούλησή του κατά την απόφαση αλλά και πως δέχθηκε πλήρη και αναλυτική ενημέρωση για τη διαδικασία, τις επιλογές που προσφέρονται και τις πιθανές επιπλοκές (ΕΜΓΕ, 2017).Όπως προκύπτει, είναι εξαιρετικής σημασίας για τις γυναίκες που επιλέγουν να τερματίσουν μια κύηση, να ενημερωθούν για τις διαθέσιμες επιλογές που έχουν και να αποφασίσουν από κοινού με τον επαγγελματία υγείας ποια μέθοδος αναδεικνύεται ως καταλληλότερη για τις ίδιες.

Η ΕΜΓΕ αναγνωρίζει το δικαίωμα του ατόμου στην πληροφόρηση ή/και στην επιλογή της μη πληροφόρησης, υπογραμμίζοντας την επιλογή να μην προσφέρονται στο άτομο πληροφορίες για την επερχόμενη επέμβαση, αν δεν το επιθυμεί (ΕΜΓΕ, 2017).

1.2.2 Επιλογή μεθόδου διακοπής της κύησης

Οι διαθέσιμες επιλογές τεχνητής διακοπής κύησης είναι η χειρουργική και η φαρμακευτική. Ανάλογα την ηλικία της κύησης, προσφέρονται και οι επιλογές. Τίθενται ως ανώτερο όριο ηλικίας οι 12 εβδομάδες της κύησης κατά τη διαδικασία της διακοπής, για εγκυμοσύνη χωρίς ιατρική ένδειξη και χωρίς χρονικό περιορισμό αν απαιτείται για την υγεία της γυναίκας, σύμφωνα με τον νόμο 4619/2019, ΦΕΚ 95/Α/11-06-2019. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2014) προτείνει τη φαρμακευτική διακοπή κύησης για κυήσεις έως 12 εβδομάδων και τη χειρουργική για κυήσεις 12-14 εβδομάδων.

Κατά τη φαρμακευτική διακοπή κύησης χορηγείται η ουσία μισοπροστόλη, συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης και η μifeπριστόνη (Σταύρου, 2018). Προτείνεται να χορηγείται κολπικά το φαρμακευτικό σχήμα, σε διαφορετικές αναλογίες ανάλογα την ηλικία κύησης.

Κατά τη χειρουργική διακοπή κύησης, ο τράχηλος διαστέλλεται προσεκτικά και ακολουθεί αναρρόφηση όσων υπάρχουν εσωτερικά της μήτρας (ΕΜΓΕ, 2017). Είναι σπάνια η εμφάνιση επιπλοκών που συνδέονται με δυσκολία επόμενης εγκυμοσύνης, διατήρησης της μήτρας και διατήρησης υπολειμμάτων της κύησης, ώστε να χρειαστεί επόμενη επέμβαση.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΜΓΕ (2020), προβλέπεται συνδυασμός των δύο μεθόδων, χειρουργικής και φαρμακευτικής, σε περιπτώσεις διακοπής κύησης μεγαλύτερης των 22 εβδομάδων.

Η χειρουργική διακοπή κύησης, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες είναι από τις πιο ασφαλείς ιατρικές πράξεις (Bix by Center for Global Reproductive Health, 2015). Οι επιπλοκές από μια τέτοια κλινική πράξη, όταν γίνεται με αναρρόφηση κατά το πρώτο τρίμηνο είναι λιγότερο συχνές και λιγότερο σοβαρές. Το ίδιο προφίλ ασφάλειας έχει και η φαρμακευτική διακοπή κύησης (Paul et al., 1999). Η ασφάλεια της διακοπής κύησης συνδέεται με την πρωιμότητα κατά την οποία αυτή διενεργείται, δηλαδή όσο πιο νωρίς στην κύηση, τόσο πιο ασφαλής. Παράγοντες εκτός από την ηλικία κύησης που αυξάνουν την πιθανότητα επιπλοκών είναι το είδος της αναισθησίας, η γενική υγεία της γυναίκας, η μέθοδος που χρησιμοποιείται (η διαστολή και απόξεση ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο), η εμπειρία και η εκπαίδευση του ιατρού (Jiang et al., 2017).

Το υπερηχογράφημα και η προληπτική χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής πριν τη διακοπή κύησης δεν συνίσταται, υπό την προϋπόθεση ότι η γυναίκα είναι ενημερωμένη για τον κίνδυνο έκτοπης εγκυμοσύνης (Bizjak et al, 2017).

1.2.3 Η Χρήση Φαρμακευτικής αγωγής για την άμβλωση

Δεδομένων των πλεονεκτημάτων, όπως η μη απαίτηση νοσηλείας ή πρόσβασης σε αναισθησία, η φαρμακευτική διακοπή κύησης έχει τεράστιες δυνατότητες μείωσης της μητρικής θνησιμότητας. Η μιφεπριστόνη εγκρίθηκε ως ουσία το 1988 στη Γαλλία για κυήσεις έως και 49 ημερών, το 1991 στο Ηνωμένο Βασίλειο και το 1992 στη Σουηδία για κυήσεις ως και 63 ημερών (Σταύρου, 2018). Από τότε έχει κριθεί ως αποτελεσματική και ασφαλής σε πάνω από τριάντα χώρες παγκοσμίως. Η μιφεπριστόνη και η μισοπροστόλη έχουν μέχρι σήμερα χρησιμοποιηθεί από εκατομμύρια γυναίκες και η χρήση τους έχει συσχετισθεί με πολύ χαμηλά ποσοστά επιπλοκών, σε σχέση με τις χειρουργικές μεθόδους. Η μισοπροστόλη βρίσκεται στη λίστα των βασικών φαρμάκων του ΠΟΥ για τη θεραπεία της ατελούς αποβολής, της πρόκλησης τοκετού και της πρόληψης και θεραπείας της αιμορραγίας μετά τον τοκετό (WHO, 2015).

Σε έρευνα του 1998 των Spitz et al. χορηγήθηκε εκ του στόματος μιφεπριστόνη 600mg και έπειτα 48 ωρών 400mg, οδηγώντας σε επιτυχημένες φαρμακευτικές προκλητά διακοπές κύησης σε ποσοστό 92% για κυήσεις έως 49 ημερών, 83% για εύρος 50-56 ημερών και 77% για κυήσεις διάρκειας 57-63 ημερών. Επομένως, φαίνεται πως με την ηλικιακή αύξηση της κύησης αναλογικά οδηγείται σε ελάττωση το περιθώριο δραστηριότητας του σχήματος ως αναφέρθηκε (Σηφάκης και συν., 2006). Σε μελέτη του Anjum (2000) χορηγήθηκε η ίδια ουσία στο σχήμα 200mg μιφεπριστόνης από το στόμα και έπειτα 36-48 ωρών 400mg μιφεπριστόνης διακολπικά με χρονική απόσταση δύο ωρών. Συμπερασματικά, η έρευνα δεν μελέτησε την ηλικία της κύησης ως μεταβλητή αλλά κατέληξε σε ερευνητικά δεδομένα τέλει αποβολής για το 95.6% των γυναικών, η πλειοψηφία των οποίων ολοκληρώθηκε με επιτυχία τις πρώτες έξι ώρες. Σε πιο πρόσφατη μελέτη του 2003 των Tangetal., διατηρήθηκαν τα ίδια ποσοστά επιτυχίας όταν στο φαρμακευτικό σχήμα προστέθηκε μισοπροστόλη. Αναλυτικότερα, σε κυήσεις συντομότερες των 63 ημερών, χορηγήθηκαν 200mg μιφεπριστόνης και έπειτα 48 ωρών, 800mg μισοπροστόλης υπογλώσσια ή εντός του κόλπου. Το προαναφερθέν φαρμακευτικό σχήμα οδήγησε σε αυξημένο ποσοστό επιτυχίας της διακοπής κύησης ως το 98.2% για την περίπτωση της χορήγησης από του στόματος, σε αντιδιαστολή με το 93.8% για τη χορήγηση από του κόλπου. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης, αναφέρεται εντούτοις εντονότερη εμφάνιση επιπλοκών όπως ναυτίας, διάρροιας, εμετού, πυρετού και ρίγους για την υπογλώσσια χορήγηση.

1.2.4 Το κόστος της τεχνητής διακοπής κύησης

Το κόστος παροχής της υπηρεσίας μπορεί να αποτελέσει ανεξάρτητο ανασταλτικό παράγοντα στο να λάβει μια γυναίκα την υπηρεσία αυτή, καθώς αν δεν μπορεί να το υποστηρίξει οικονομικά, αυτόματα δεν μπορεί να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Μια μελέτη που διεξήχθη από το 2013 έως το 2014 σε δημόσια νοσοκομεία στη Νότια Αφρική, αναφέρει ότι οι γυναίκες που αναζητούσαν υπηρεσίες διακοπής κύησης στο δεύτερο τρίμηνο έχασαν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους διαθέτοντας το για πληρωμή του ταξιδιού τους στην πόλη που παρέχεται η υπηρεσία, σε αμοιβές γιατρών και σε προϊόντα ατομικής υγιεινής. Ένας τρόπος για να ελαχιστοποιηθούν αυτά τα κόστη, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι να απλοποιηθεί η διαδικασία μειώνοντας τον αριθμό των επισκέψεων στο νοσοκομείο, ενώ προϊόντα ατομικής υγιεινής και τεστ εγκυμοσύνης, να μπορούν να παρέχονται δωρεάν (Lince-Deroche et al., 2015).

Μια μελέτη από τη Ζάμπια (Coast&Murray, 2016), στην οποία υπάρχει νομικό πλαίσιο που επιτρέπει τη διακοπή κύησης, υποδεικνύει ότι περίπου το 70% των διακοπών κύησης που έγιναν το 2009 δεν πληρούσαν τα κριτήρια ασφάλειας. Ο περιορισμένος αριθμός γιατρών που εφαρμόζουν την υπηρεσία, ειδικά στις αγροτικές περιοχές, αλλά και η άγνοια των γυναικών για το νομικό καθεστώς στη χώρα τους, περιορίζει τη πρόσβασή τους. Παράλληλα, στη συγκεκριμένη έρευνα διαφαίνεται ότι όχι μόνο οι γυναίκες προέβαιναν σε μη ασφαλείς εκτρώσεις, αλλά εντέλει κατέληξαν να πληρώσουν έως και 70% περισσότερα χρήματα από όσα θα έδιναν σε κάποιο κρατικό νοσοκομείο (Leone,Coast, Parmar&Vwalika, 2016). Μια άλλη μελέτη από την ίδια χώρα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πολλές γυναίκες επέλεξαν να αναζητήσουν μια μη ασφαλή έκτρωση προκειμένου να αποφύγουν την δημοσιοποίηση της κατάστασης τους στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους (Coast &Murray, 2016).

Συνολικά χαρακτηριστικά για το κόστος της υπηρεσίας αυτής είναι αδύνατον να διατυπωθούν, λόγω των διαφορών που υπάρχουν διεθνώς στα συστήματα υγείας. Μια συστηματική ανασκόπηση με δεδομένα από το 1985 έως το 2007 υπολόγισε ότι το κόστος της φροντίδας για την παροχή υπηρεσίας διακοπής κύησης ήταν 392 εκ. δολάρια στην Αφρική και 430 εκ. δολάρια στη Λατινική Αμερική (Shearer,Walker&Vlassoff, 2010).

1.2.5 Ιατρική υποδομή για υποστήριξη της τεχνητής διακοπής της κύησης

Η ιατρική υποδομή έχει αντίκτυπο στη διαθεσιμότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και διαφέρει από περιοχή σε περιοχή και από χώρα σε χώρα. Περιλαμβάνει μια ποικιλία παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και η πρόσβαση των γυναικών σε αυτές (Margo et al., 2016). Ακόμη και σε χώρους που υπάρχουν νοσοκομεία και κλινικές, αυτό δεν συνεπάγεται ότι οι γυναίκες θα λάβουν την υπηρεσία που επιθυμούν. Για παράδειγμα, ολόένα και περισσότερα νοσοκομεία των Η.Π.Α. δεν παρέχουν αυτή την υπηρεσία. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων αυτών αναφέρουν ότι οι λόγοι που δεν προσφέρουν υπηρεσίες τερματισμού της εγκυμοσύνης είναι θρησκευτικοί, επιπλέον δεν επιθυμούν τις αρνητικές κριτικές από άτομα που είναι ενάντια στην τεχνητή διακοπή της κύησης, λόγω οικονομικής ζημίας που μπορεί να υποστούν από αυτού του είδους τις κριτικές (Eisenberg&Leslie, 2016).

1.3 Νομοθετική Διάσταση

1.3.1 Νομιμοποίηση των Αμβλώσεων: ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με γνωμοδότηση της επιτροπής Κοινωνικών υποθέσεων (1603/2008) του Συμβουλίου της Ευρώπης (Parliamentary assembly, 2008) για την ασφαλή πρόσβαση σε νόμιμες αμβλώσεις, αναφέρεται ότι η απαγόρευση των αμβλώσεων δεν οδηγεί σε λιγότερες αμβλώσεις αλλά κυρίως οδηγεί σε παράνομες αμβλώσεις, οι οποίες καταλήγουν πιο τραυματικές και αυξάνουν τη μητρική θνησιμότητα ή οδηγούν σε αναζήτησης τόπου όπου επιτρέπεται η διεκπεραίωσης της διαδικασίας, καθυστερώντας με αυτόν τον τρόπο το χρονοδιάγραμμα τέλεσης αυτής δημιουργώντας κοινωνικές ανισότητες.

Η νομοθεσία περί αμβλώσεων που ισχύει σε παγκόσμιο επίπεδο είναι ανομοιογενής. Οι δυτικές κοινωνίες έχουν νομιμοποιήσει την πράξη με ή χωρίς περιοριστικούς όρους. Ωστόσο, παρόλο που νομιμοποιήθηκε η διαδικασία, ο αριθμός των εκτρώσεων που γίνονται κάτω από επικίνδυνες συνθήκες για την υγεία της εγκύου, είναι μεγάλος (Ganatra et al., 2017).

Κατά την διάρκεια του 1803, η Μεγάλη Βρετανία επέκτεινε τη νομοθεσία της κατά της διακοπής της κύησης για να συμπεριλάβει όλες της μορφές αυτής (χειρουργική ή

φαρμακευτική διακοπή), παροτρύνοντας κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα πολλές χώρες να ακολουθήσουν το παράδειγμά της και να εφαρμόσουν νόμους κατά της διακοπής της κύησης, καθώς το ζήτημα αυτό σε πολλές χώρες δεν είχε έως τότε ρυθμιστεί (Drife, 2010).

Η Ρωσία ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε τη διακοπή κύησης, ο νόμος αντιστράφηκε το 1935, αλλά το 1955 έγινε και πάλι νόμιμη στα περισσότερα κράτη της πρώην ΕΣΣΔ. Στην Γαλλία το 1810 οι γυναίκα που προέβαινε σε έκτρωση τιμωρούνταν, το ίδιο και όποιος την διενεργούσε. Το 1975 έπαψε να είναι αξιόποινη πράξη αν αυτή τελεστεί από γιατρό γυναικολόγο στη διάρκεια των δέκα πρώτων εβδομάδων της κύησης και με τη συναίνεση της εγκύου.

Κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα η άμβλωση έγινε νόμιμη στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, αλλά μόλις την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα ήταν νόμιμη στην Ελβετία, την Πορτογαλία και την Ισπανία (Gissler et al., 2012). Παράλληλα, η διακοπή της κύησης νομιμοποιήθηκε στην Ιαπωνία το 1948 και στην Ινδία το 1971 (Public Health Currents, 1971).

1.3.2 Εμπόδια στην Εφαρμογή της Ασφαλούς Άμβλωσης

Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως αποτυπώνονται στην έρευνα των Ganatra et al. (2017), το 45% των περιπτώσεων τερματισμού της κύησης ανά τον κόσμο κατηγοριοποιήθηκε ως λιγότερο ασφαλής ή λίγο ασφαλής, σε αντιδιαστολή με το εναπομείναν 55% των ασφαλών διακοπών. Η διεθνής κοινότητα αναγνωρίζει όλο και περισσότερο τη σημασία των μη ασφαλών αμβλώσεων στη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Τα εμπόδια στην παροχή ασφαλών υπηρεσιών διακοπής κύησης είναι πολλά. Σε 68 χώρες, όπου κατοικεί το 26% του παγκόσμιου πληθυσμού, η διακοπή κύησης απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο για να σώσει τη ζωή μιας γυναίκας. Τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν μοιράζονται κοινή, συγκεκριμένη νομοθεσία για τη διακοπή κύησης, εκτός των περιπτώσεων στις οποίες απειλείται η ζωή της γυναίκας, όταν και επιβάλλεται αδιαπραγμάτευτη πρόσβαση της γυναίκας σε τεχνητή διακοπή κύησης (Πατεράκη, 2022). Εξάιρεση στα παραπάνω, αποτελούν η Μάλτα και η Ανδόρα, χώρες στις οποίες απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση, και το Λιχτενστάιν και το Σαν Μαρίνο, όπου επιτρέπεται όταν είναι απειλητική για τη ζωή της γυναίκας ή επακόλουθο βιασμού (Μπαστούνας, 2018).

Ακόμη και σε χώρες με πιο φιλελεύθερα νομικά πλαίσια παρατηρούνται εμπόδια τα οποία σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ή τα επιμέρους συστήματα υγείας, καθώς και το στίγμα που περιβάλλει τη διαδικασία της διακοπής κύησης. Σύμφωνα με τους Culwell και Hurwitz (2013), παρόλο που οι συνθήκες πρόσβασης σε υπηρεσίες φροντίδας για διακοπής κύησης έχουν βελτιωθεί σημαντικά, ωστόσο υπάρχει ακόμα μεγάλο περιθώριο βελτίωσης, τόσο στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας όσο και στην κοινωνία, ούτως ώστε οι γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς, οικονομικές και ελεύθερες από προκαταλήψεις υπηρεσίες φροντίδας.

1.3.3 Νομικές Πτυχές

Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της Πολιτείας. Παγκοσμίως, παρατηρείται ότι τα ποσοστά των γυναικών που αποφασίζουν να τερματίσουν την κύηση είναι παρόμοια είτε η διαδικασία είναι νόμιμη είτε παράνομη (Sedgh et al.,2016). Στην πραγματικότητα, οι συγκεκριμένοι μελετητές παρατήρησαν ότι τα χαμηλότερα ποσοστά αμβλώσεων υπάρχουν στις χώρες εκείνες που έχουν τους πιο φιλελεύθερους νόμους. Ακόμα έχει παρατηρηθεί ότι σε περιβάλλοντα, στα οποία η διακοπή κύησης είναι νόμιμη, υπάρχουν κανονισμοί όπως οι νομικά επιβεβλημένοι χρόνοι αναμονής μεταξύ συμβουλευτικής και διενέργειας της διακοπής ή οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα των παρόχων που αναλαμβάνουν τη διαδικασία, δεδομένα που έμμεσα επηρεάζουν αρνητικά την πρόσβαση στην τεχνητή διακοπή κύησης.

Πιο αναλυτικά, στην Αλαμπάμα, οι κρατικοί κανονισμοί απαιτούν οι γυναίκες να περιμένουν για 48 ώρες πριν από τη θεραπεία. Παράλληλα, όμως, πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι η πρόσβαση σε κάποια υγειονομική δομή που παρέχει αυτή την υπηρεσία είναι πολύ δύσκολη λόγω εργασιακών υποχρεώσεων ή μεγάλου χρόνου ταξιδιού μεταξύ των πόλεων, αλλά και περιορισμένων ωρών λειτουργίας στις κλινικές (White et al., 2016).

Την ίδια στιγμή, σε διάφορες χώρες υπάρχουν περιορισμοί που σχετίζονται με το ποιος και με ποιον τρόπο μπορεί να διενεργήσει τη διακοπή κύησης, λχ. μόνο κάποιος γυναικολόγος ή γυναικολόγος με ειδική πιστοποίηση, ή απαγόρευση της φαρμακευτικής αμβλώσεως με την χρήση μισοπροστόλης (Dzuba, Winikoff&Peña,2013).

Περίπου το ένα τέταρτο του παγκόσμιου πληθυσμού ανήκει σε χώρες όπου η διακοπή κύησης επιτρέπεται όταν χρειάζεται να σωθεί η ζωή μιας γυναίκας. Πενήντα

εννέα χώρες επιτρέπουν την διακοπή κύησης ως σωτήρια μέθοδο για τη ζωή και την υγεία μιας γυναίκας. Σε δεκατρείς χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Μεγάλης Βρετανίας, της Μπελίζ και της Ζάμπια, η διακοπή κύησης επιτρέπεται για κοινωνικοοικονομικούς λόγους και οι νόμοι είναι γενικά φιλελεύθεροι. Αυτές οι χώρες φιλοξενούν το 21,3% του παγκόσμιου πληθυσμού. Στην Ελλάδα, η τεχνητή διακοπή κύησης για μη ιατρικούς λόγους αποποινικοποιήθηκε την 26^η Μαΐου 1986 βάσει του νόμου υπ' αριθμόν 1609/86. Αυτό σημαίνει πως άρθηκε το άδικο της πράξης για τη διακοπή της κύησης για μη ιατρικούς λόγους έως την 12^η εβδομάδα, επίσης όταν 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 24^η εβδομάδες. Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί 19^η εβδομάδες εγκυμοσύνης. Και τέλος 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 αρμόδιου γιατρού. Την 1^η Ιουλίου 2019 ψηφίστηκε ο νέος Ποινικός κώδικας 4619/2019, ο οποίος αντικατέστησε τον νόμο 1609/1986, διατηρώντας το νόμιμο δικαίωμα στην διακοπή της κύησης, αφαιρώντας τελείως την διάρκεια της εγκυμοσύνης όταν με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.

1.3.4 Διοικητικοί Φραγμοί

Ακόμη και σε περιβάλλοντα όπου η διακοπή της κύησης είναι νόμιμη, ενδέχεται να υπάρχουν διοικητικοί φραγμοί που εμποδίζουν και καθυστερούν την πρόσβαση στην υπηρεσία. Τέτοια εμπόδια μπορεί να περιλαμβάνουν υποχρεωτική συμβουλευτική με στόχο να πειστεί η γυναίκα να διατηρήσει την εγκυμοσύνη, προϋπόθεση για υπογραφές δύο γιατρών για την έγκριση της αναγκαιότητας αυτής, προϋπόθεση να τελεστεί η υπηρεσία σε εγκεκριμένη δομή υγείας, απαγόρευση της χρήσης μισοπροστόλης ανάλογα με την κλινική, υποχρεωτική κλινική παρακολούθηση μέχρι η γυναίκα να επανέλθει πλήρως στην πρότερη κατάσταση της υγείας της, διαδικασίες συναίνεσης συντρόφου ή γονέα, διοικητικά τέλη και αυξημένες τιμές φάρμακα και νοσηλείας (Hirve, 2004; Jiang et al., 2017).

1.4 Κοινωνική Διάσταση

1.4.1 Οι γυναίκες ως αποδέκτες υπηρεσιών διακοπής κύησης

Οι γυναίκες τόσο σε περιβάλλοντα με υψηλούς όσο και σε χαμηλούς πόρους, φαίνεται να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην διακοπή κύησης. Τα εμπόδια συνδέονται με προηγούμενα θέματα που συζητήθηκαν παραπάνω και περιλαμβάνουν διοικητικά εμπόδια, όπως δυσκολίες στον καθορισμό των ραντεβού ή μη παραπομπή αυτών σε διαθέσιμες ημερομηνίες, δυσκολίες μεταφοράς σε δομές υγείας ειδικά σε αγροτικές περιοχές, και κυρίως το κοινωνικό στίγμα (Heller et al.,2016). Η έλλειψη γνώσης σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών ασφαλούς πρόσβασης σε διακοπή κύησης, αλλά και νομικών ενδοιασμών για το που και πως θα μπορούσαν να αναζητήσουν της κατάλληλης υπηρεσία επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους. Η αποδοχή της επιλογής τους από το προσωπικό της κλινικής, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και το αίσθημα εμπιστοσύνης και σεβασμού με τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών σχετικά με την επιθυμία τους να διακόψουν μια κύηση με ασφαλή τρόπο (Culwell et al.,2013).

1.4.2 Κοινωνικές στάσεις για τη τεχνητή διακοπή κύησης

Η δομή των εκάστοτε κοινωνιών, όσο και η χρονολογική περίοδος που διανύουν, φαίνεται να επηρεάζουν τις στάσεις των ατόμων απέναντι στην τεχνητή διακοπή της κύησης. Ο Αριστοτέλης δήλωσε ότι η τεχνητή διακοπή της κύησης ήταν αποδεκτή μέχρι την «ταχύτητα», δηλαδή την αίσθηση της εμβρυϊκής κίνησης (Joffe, 1999). Αυτή η άποψη διατηρήθηκε και μετά το πέρας του 18^{ου} αιώνα. Ταυτόχρονα, κατά τον Μεσαίωνα, οι πρακτικές μαίες που παρείχαν στις μαιευτικές υπηρεσίες τους την τεχνητή διακοπή της κύησης, διώκονταν (Joffe, 1999).

Μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα, η διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης ήταν νόμιμη στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κατά τη διάρκεια της βικτωριανής εποχής(1837-1901), πολλές χώρες που υποβλήθηκαν σε εκβιομηχάνιση, έθεσαν περιορισμούς στο δικαίωμα στη διακοπή κύησης (Potts, 1979). Τη δεκαετία του

1950, όταν και ξεκίνησε η ανασύνταξη των νόμων περί της τεχνητής διακοπής της κύησης στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη, επηρέασε παγκόσμια το νομοθετικό πλαίσιο προς την ίδια κατεύθυνση.

Η θρησκεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη στάση απέναντι στη διακοπή κύησης σε μια κοινωνία. Στον Ιουδαϊσμό, η άμβλωση γίνεται αποδεκτή εάν η ζωή της γυναίκας απειλείται ή εάν έχει υποστεί βιασμό. Στον Ρωμαιοκαθολικισμό κάθε διακοπή της κύησης θεωρείται τερματισμός της ανθρώπινης ζωής. Αυτή η πεποίθηση πηγάζει από τη θεωρία ότι ο σκοπός της σεξουαλικότητας είναι η αναπαραγωγή. Το 1930, ο Πάπας Πίος ΙΔ' δήλωσε την πλήρη απαγόρευση των μεθόδων ελέγχου των γεννήσεων, με συνέπεια τον περιορισμό τόσο στην διακοπή κυήσεων όσο και της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Ο Ντέιβιντ Μαγκουάιρ, θεολόγος και καθηγητής ηθικής, υπενθυμίζει ότι η καθολική εκκλησία έχει μακρά ιστορία στην αποδοχή αμβλώσεων υπό ορισμένες συνθήκες που επηρεάζονται από την ιδέα της «ενσάρκωσης».

Τον 13ο αιώνα, ο Άγιος Θωμάς ο Ακινάτης, υπέρμαχος της θεωρίας του «φυσικού νόμου» του Αριστοτέλη, συμφώνησε ότι οι πληθυσμοί πρέπει να περιοριστούν σε αυτούς που μπορούν να προσφέρουν. Τον 15ο αιώνα, ο Άγιος Αντωνίνος, ο αρχιεπίσκοπος της Φλωρεντίας, είπε ότι η διακοπή κύησης ήταν δικαιολογημένη σε περιπτώσεις όπου προτεραιότητα η ζωή της γυναίκας. Ο Ιησουίτης Thomas Sanchez, ο οποίος ήταν ο κορυφαίος καθολικός θεολόγος στα μέσα του 16ου αιώνα, έγραψε σημαντικά έργα για το γάμο. Θεώρησε ότι η διακοπή κύησης, θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή σε περίπτωση που διατρέχει κίνδυνο η σωματική ακεραιότητα της γυναίκας.

Η άμβλωση ήταν επίσης δικαιολογημένη σε περίπτωση που μια ανύπαντρη γυναίκα κινδυνεύει να καταστραφεί η φήμη της (Catholics for Choice, 2014). Τον Νοέμβριο του 2016, ο σημερινός Πάπας Φραγκίσκος έδωσε σε όλους τους καθολικούς ιερείς την άδεια να δώσουν συγχώρεση σε όσα άτομα έχουν προβεί σε διακοπή κύησης. Ο προτεσταντισμός γενικά, επιτρέπει σε ένα ζευγάρι να αποφασίζει σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και αντισύλληψης. Η δε διακοπή κύησης είναι γενικά αποδεκτή εάν η ζωή της μητέρας απειλείται και οι φιλελεύθεροι προτεστάντες αποδέχονται τη διακοπή κύησης κατά την κρίση της γυναίκας (Pinter et al., 2016).

Η ανατολική ορθόδοξη εκκλησία αναγνωρίζει τη σεξουαλική επαφή ως έκφραση αγάπης και επιτρέπει σε ένα παντρεμένο ζευγάρι να λάβει αποφάσεις σχετικά με την αντισύλληψη, αν και η διακοπή κύησης και η μόνιμη στείρωση έχουν καταδικαστεί. Στο Ισλάμ υπάρχουν πολλές ερμηνείες για το τι είναι αποδεκτό σε σχέση με τη διακοπή κύησης και την αντισύλληψη. Μια σεξουαλική σχέση για την ικανοποίηση των αναγκών

ενός ζευγαριού επιτρέπεται σε μια αναγνωρισμένη θρησκευτικά σχέση, δηλαδή μόνο εντός του γάμου. Η αντισύλληψη επιτρέπεται υπό ορισμένες συνθήκες, συμπεριλαμβανομένης και της διακεκομμένης συνουσίας ή της αποχής, όπου υπάρχει φόβος για την ψυχική και σωματική ευημερία της μητέρας, καθώς και για προσωπικούς λόγους. Η βαζεκτομή απαγορεύεται, αλλά επιτρέπεται η γυναικεία στείρωση σε περίπτωση που τεθεί σε κίνδυνο η υγεία της γυναίκας. Η διακοπή κύησης σε πρώιμη ηλικία κύησης είναι γενικά αποδεκτή εάν υπάρχει ιατρικός λόγος (Shapiro, 2014).

Ο Ινδουισμός επιτρέπει όλες τις μεθόδους αντισύλληψης και η διακοπή κύησης είναι νόμιμη στην Ινδία για γενικούς λόγους. Ο δε Βουδισμός, επικροτεί τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και την αντισύλληψη, και επίσης αποδέχεται την διακοπή της κύησης αναλογικά με το κίνητρο, λχ μπορεί να είναι ένα μέσο για να σωθεί η μητέρα (Christopher, 2006).

1.4.3 Το κοινωνικό στίγμα γύρω από τη διακοπή κύησης

Η διακοπή κύησης επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό στίγμα που τη διατρέχει και έχει συνέπειες τόσο στην υγεία των γυναικών όσο και στη συμπεριφορά τους σχετικά με την αναζήτηση φροντίδας. Το στίγμα ως κοινωνικό φαινόμενο, πηγάζει από αντιλήψεις και στερεότυπα που διέπουν όλες τις κοινωνίες. Οι επιστημονικές μελέτες που ερευνούν το στίγμα της διακοπής κύησης είναι εξαιρετικά λίγες, ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι ένας βασικός λόγος που επηρεάζει τις επιλογές των γυναικών. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι οι γυναίκες που επιθυμούν να προβούν σε διακοπή κύησης έχουν φόβο ότι θα λάβουν αρνητική κριτική από το κοινωνικό τους περιβάλλον, ή από τον ίδιο τον εαυτό τους ή ακόμη ότι θα διαρρεύσουν πληροφορίες της προσωπικής τους ζωής (Hanschmidt et al., 2016). Ένας ακόμη λόγος για τον οποίο το στίγμα συνδέεται τόσο έντονα με τη διακοπή κύησης είναι η ηλικία των γυναικών, που συνήθως πρόκειται για πολύ νεαρά έφηβα κορίτσια, των οποίων η σεξουαλικότητα είναι συχνά στο κοινωνικό μικροσκόπιο.

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η εκπαίδευση των μαιών

2.1.1 Η βασική εκπαίδευση

Ένα άτομο ως πιστοποιημένος/η επαγγελματίας υγείας στον χώρο της μαιευτικής φροντίδας, καλείται να συμπληρώσει κατ' ελάχιστο το τετραετές πρόγραμμα σπουδών που προσφέρουν τα πανεπιστήμια της χώρας. Με την κτήση του πτυχίου, τα άτομα μπορούν να απασχοληθούν αυτοδύναμα, στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει τόσο Μαιευτικά και Γυναικολογικά ιατρεία όσο και Τμήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία, ιδιωτικές ή δημόσιες μονάδες γυναικολογικής φροντίδας ή στην εκπαίδευση([N.1609/1986 \(Κωδικοποιημένος\) - ΦΕΚ Α 86/03.07.1986](#))

Το πρόγραμμα σπουδών δύναται να διαφέρει από τμήμα σε τμήμα Μαιευτικής, αλλά κατά πλειοψηφία περιλαμβάνει μαθήματα που αφορούν στη Νομοθεσία, τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, την εξειδικευμένη Μαιευτική Φροντίδα, τη Διατροφή και τη Γυναικολογία (Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, 2021).

Το 50% της πραγματικής μαιευτικής εκπαίδευσης λαμβάνει χώρα κατά την πρακτική άσκηση, υπογραμμίζοντας την αξία και την επίδραση της εμπειρίας στη μάθηση των μελλοντικών μαιών/των (Lukasse et al., 2017).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η απαιτούμενη πρακτική πριν την επίσημη εγγραφή του ατόμου ως πιστοποιημένη μαία ή πιστοποιημένος μαιευτής δεν αναφέρει συγκεκριμένα την πρακτική σε τεχνητή διακοπή κύησης (EU, 2005), δίνοντας με αυτόν τον τρόπο την δυνατότητα στον εκπαιδευτικό θεσμό Μαιευτικής του εκάστοτε Πανεπιστήμιου να προσαρμόσει το πρόγραμμα σπουδών του (Myerscough & Briscoe, 2020). Στην Ελλάδα, το παράρτημα «Κώδικας Επαγγελματικών Αρμοδιοτήτων και Υποχρεώσεων των Μαιών» (Κανονισμοί Μαιευτικής, 2012)

περιγράφει με λεπτομέρεια τις αναμενόμενες γνώσεις και δεξιότητες των μαιών/των για τη φροντίδα των γυναικών που υποβάλλονται σε τεχνητή διακοπή ή απώλεια κύησης:

2.1.2. Η συνεχής εκπαίδευση σε νέα επιστημονικά δεδομένα

Η επίσημη σύσταση του International Confederation of Midwives (2018), προτείνει σθεναρά να συνεχίζεται η εκπαίδευση των μαιών/των σε νέα δεδομένα και να ενθαρρύνεται και να ενδυναμώνεται από τα κατά τόπους διοικητικά στελέχη. Η διαδικασία προτείνεται να εφαρμόζεται ήδη από την πρακτική άσκηση των μαιών/των, με την εναλλαγή επιβλεπόντων/ουσών ώστε να διασφαλιστεί η συνεχιζόμενη και σφαιρική μάθηση (The Nursing and Midwifery Council, 2018). Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί επί της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης, η οποίες εντοπίζονται στη βιβλιογραφία και ως CPD, αναγνωρίζονται ως εξίσου σημαντικά μέρη της τυπικής ανάπτυξης δεξιοτήτων στον τομέα της Μαιευτικής (Johnson & Davies, 2009; Carter & Jackson, 2009). Ταυτόχρονα, εντοπίζεται, μικρό εύρος δεδομένων στη βιβλιογραφία που μελετά θέματα σχετικά με την Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη σε μαιές/τές και τις στάσεις τους (Embo & Valcke, 2017).

2.1.2 Η κατάρτιση των μαιών/μαιευτών στον Οικογενειακό Προγραμματισμό - Συμβουλευτική γονέων.

Ως Οικογενειακός Προγραμματισμός ορίζεται το *«άθροισμα των υπηρεσιών υγείας που προάγουν τόσο της σεξουαλικής όσο και της αναπαραγωγικής υγείας των ατόμων ξεχωριστά ή σε επίπεδο ζεύγους»*. Ο σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να συμβάλλει στη συνολική διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και της υγείας τους. Σε σχέση με το ζήτημα μελέτης της παρούσας εργασίας, υπογραμμίζονται οι εξής συγκεκριμένοι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού: μέθοδοι αντισύλληψης παράλληλα και κατά την περίοδο που ακολουθεί τον τερματισμό κύησης, εκπαίδευση και συμβουλευτικές υπηρεσίες σε ζητήματα σεξουαλικότητας ακριβώς αυτές τις χρονικές περιόδους (Κανονισμοί Μαιευτικής, 2012). Άλλοι ειδικοί στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού περιλαμβάνουν την εκπαίδευση και ενημέρωση τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και σχετικών φορέων, υπηρεσίες Συμβουλευτικής γάμου, διαχείριση ζητημάτων γονιμότητας και Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης, αλλά και πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες σχετικές με την υιοθεσία (Μεσσήνης, 2005). Σύμφωνα με τους

Κανονισμούς Μαιευτικής(2012), οι νόμοι οφείλουν να προνοούν ώστε οι μαίες/τές να έχουν την ικανότητα να αναλάβουν τη σωστή πληροφόρηση και Συμβουλευτική, σε ζητήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού με πολιτισμική ευαισθησία.

2.2 Χαρακτηριστικά του επαγγέλματος

2.2.1 Ηθικές αρχές

Σύμφωνα με το *Ethical and Legal Issues in Nursing* (Business Bliss Consultants FZE, 2018), τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, και της ηθικής των ατόμων που εργάζονται ως μαίες/μαιευτές μπορούν να συνοψιστούν στις εξής επτά (7) ηθικές αρχές: αυτονομία, ευεργεσία, μη κακοήθεια, δικαιοσύνη, αφοσίωση, ειλικρίνεια, εμπιστευτικότητα.

Η αυτονομία περιλαμβάνει την ικανότητα και το δικαίωμα του κάθε ατόμου να παίρνει αποφάσεις. Κάθε άτομο έχει τα δικά του ήθη και αξίες. Ένας κρίσιμος ηθικός κανόνας είναι ο σεβασμός της απόφασης του/της ασθενούς. Όσον αφορά την ηθική, οι μαίες/μαιευτές πρέπει να σέβονται την απόφαση του/της ασθενούς, αλλά έχουν επίσης καθήκον ως πιστοποιημένοι/ες επαγγελματίες υγείας να παρέχουν υψηλής ποιότητας, ασφαλή θεραπεία (Bratz & Sandoval-Ramirez, 2017). Η κλινική κρίση και η λήψη αποφάσεων θα πρέπει να εφαρμόζονται σε οποιαδήποτε αντικρουόμενη κατάσταση για την επιλογή της καταλληλότερης ηθικής αρχής (Hain, Diaz & Paixao, 2016).

Ο όρος «ευεργεσία» στη νοσηλευτική ηθική, και δη στη μαιευτική πτυχή, αναφέρεται στη δράση προς το καλύτερο συμφέρον των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει μια ποικιλία νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η ωφέλεια των ασθενών συνεπάγεται την προώθηση της ευημερίας τους και την προσφορά ασφαλούς, ικανής φροντίδα (Ellis, 2017). Για παράδειγμα, ενώ η διατήρηση της προσωπικής υγιεινής είναι ζωτικής σημασίας, μια μαία ή ένας μαιευτής θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στη φροντίδα του ασθενούς εάν είναι υπό πίεση.

Καθώς οι μαίες/τές καλούνται να φροντίσουν βέλτιστα την ασθενή, διασφαλίζοντας την αυτονομία της, όπως περιγράφηκε, απαιτείται να λαμβάνουν υπόψη τους τα δικαιώματα και τις αποφάσεις της. Η διαδικασία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε ηθικά διλήμματα. Σε αυτά, οι Chadwick, Tadd και Gallagher (2016) προτείνουν να δίνεται προτεραιότητα στην παροχή βέλτιστης φροντίδας από τις μαίες και τους μαιευτές προς την ασθενή σε σχέση με τη διαφύλαξη της αυτονομίας της, ως προς τις αποφάσεις της.

Για να γίνει αυτό καλύτερα κατανοητό και ειδικά περιγράφοντας την αρχή της μη κακοήθειας, οι μαίες και οι μαιευτές καλούνται να πάρουν αποφάσεις για την παροχή φροντίδας που δεν προκαλεί βλάβη ή τραυματισμό (Business Bliss Consultants FZE, 2018). Η έννοια της μη κακοήθειας περιλαμβάνει επίσης το να μην αφήνεται η ασθενής μόνη της, εάν πρόκειται για σοβαρή ένδειξη αυτοτραυματισμού. Η μαία ή ο μαιευτής πρέπει να εξασφαλίσει τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για την εξάλειψη ή την ελαχιστοποίηση της βλάβης στην ασθενή (Hain, Diaz & Raixao, 2016).

Η ηθική αρχή της δικαιοσύνης ορίζει πως οι μαίες/μαιευτές φροντίζουν την ασθενή δίκαια. Αυτό, συνεπάγεται, μεταξύ άλλων, στη δίκαιη διανομή προμηθειών ή/και χρόνου των επαγγελματιών υγείας. Κατά αυτό το χρονικό διάστημα αναμένεται να δημιουργηθεί αμοιβαίος δεσμός εμπιστοσύνης και να καλυφθούν απορίες για τις διαδικασίες που έπονται ή που προηγούνται (Business Bliss Consultants FZE, 2018). Η προσοχή της μαίας ή του μαιευτή θεωρείται επίσης σπάνιος πόρος (Ellis, 2017). Αυτή η αρχή είναι εξίσου σημαντική με την αρχή της αυτονομίας, της ευεργεσίας και της μη κακοήθειας.

Οι μαίες/τές καλούνται να τηρούν τις υποσχέσεις και τις ευθύνες τους για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Για να εφαρμοστεί αυτή η αρχή, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εφαρμόζουν με επιτυχία τις τέσσερις κύριες αρχές, όπως αναφέρθηκαν νωρίτερα. Η διατήρηση ενός καλού επιπέδου φροντίδας πρέπει να συμπεριλάβει την αφοσίωση στην ασθενή και την ορθότητα της ιατρικής διαδικασίας που υποβάλλεται σε κάθε περίπτωση (Chadwick, Tadd, & Gallagher, 2016).

Προσεγγίζοντας την ηθική αρχή της ειλικρίνειας, οι μαίες/τές πρέπει να είναι αληθινές στην ασθενή και να αναπτύξουν σχέση εμπιστοσύνης μαζί της. Η ειλικρίνεια σχετίζεται με την αρχή της αυτονομίας (Doody & Noonam, 2016). Οι μαίες/τές καλούνται να δημιουργήσουν σχέση με την ασθενή, καθώς λαμβάνουν υπόψη την κατάσταση της υγείας της, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν την ειλικρίνειά τους (Business Bliss Consultants FZE, 2018).

Η εμπιστευτικότητα ως ηθική αρχή διέπει κάθε ιατρική πράξη, καθώς διατηρείται η ιδιωτικότητα του/της ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό για τις μαίες και τους μαιευτές να προστατεύουν το δικαίωμα της γυναίκας που περιθάλπουν στην ιδιωτική ζωή και να διατηρούν την πρότερη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας-ασθενούς. Οι μαίες/τές πρέπει να ακολουθούν τις δεοντολογικές οδηγίες για την εφαρμογή της αρχής της εμπιστευτικότητας στη νοσηλευτική και μαιευτική πρακτική (Airth-Kindree & Kirkhorn, 2016). Σκιαγραφώντας συγκεκριμένα τις σχετικές διαδικασίες με την τεχνητή διακοπής κύησης, η εμπιστευτικότητα μπορεί να περιγράψει ως η διατήρηση του απορρήτου της

ασθενούς και συγκεκριμένα της ταυτότητάς της αλλά και του σώματός της, πριν και μετά τη διαδικασία (Business Bliss Consultants FZE, 2018).

2.2.2 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης

Τα χαρακτηριστικά μιας «καλής μαίας» ή ενός «καλού μαιευτή» υποστηρίζεται πως είναι αυτά που επιδεικνύουν ικανότητα σε γνωστικούς, ψυχοκινητικούς, αλλά και συναισθηματικούς τομείς (Byrom & Downe, 2010; Nicholls & Webb, 2006; Borrelli, 2014). Πέρα από τον ηθικό κώδικα που διέπει τη συμπεριφορά των ατόμων που εργάζονται ως επαγγελματίες υγείας, η μαία ή ο μαιευτής καλούνται, επομένως, να συμπεριλάβουν πρόσθετα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά κατά τη φροντίδα του ατόμου. Η φροντίδα με τέτοια μορφή έχει περιγραφεί ως συναισθηματική νοημοσύνη, φροντιστική προσωπικότητα και ήπιες δεξιότητες (soft skills), όπως είναι η συμπόνια, η καλοσύνη και η ενσυναίσθηση (Byrom & Downe, 2010; Masala-Chokwe & Ramukumba, 2015; Nicholls & Webb, 2006). Έρευνες υποστηρίζουν πως η συμπόνια αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των συναισθηματικών ικανοτήτων των μαιών/τών, ώστε προτείνεται να καθιερωθεί ως απαιτούμενη ικανότητα κατά τη μαιευτική φροντίδα (Butler, Fraser & Murphy, 2008; Cummings & Bennet, 2012; Dewar & Nolan, 2014).

Η συμπόνια ή ενσυναίσθηση προσεγγίζεται ως η αίσθηση του «νιώθουμε μαζί» (Maben, Cornwell & Sweeney, 2010), «σε νιώθω» (McCaffrey & McConnel, 2015), και η επικείμενη ανάληψη δράσης (Beaumont et al., 2016) ώστε να ανακουφιστεί ο πόνος ή να επέλθει ανακούφιση για το άτομο που χρήζει νοσηλευτικής, και δη, μαιευτικής φροντίδας (Ménage et al., 2017; McCaffrey & McConnel, 2015; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010). Έχει αναφερθεί ως η πλέον εκτιμητέα ιδιότητα στη νοσηλευτική και μαιευτική φροντίδα (Shantz 2007; McCaffrey & McConnel, 2015; Burnell, 2009), ενώ επιπλέον αναγνωρίζεται ως βασικό της στοιχείο (Dewar & Christley, 2013; Strausset al., 2016; Von Dietze, 2000; Waugh et al., 2014). Η συμπόνια περιγράφεται ως συστατικό στοιχείο της νοσηλευτικής αριστείας και ως ιδιότητα ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση ποιότητας κατά τη νοσηλευτική και μαιευτική φροντίδα.

Ως εκ τούτου, η συμπόνια αναζητείται κατά κόρον στη μαιευτική φροντίδα (Burnell, 2009; Strauss et al., 2016). Εντούτοις, η μορφή με την οποία εκδηλώνεται η συμπόνια κατά την παροχή φροντίδας εκλαμβάνεται και εκδηλώνεται διαφορετικά ανάμεσα στους/τις επαγγελματίες υγείας και τους τόπους άσκησης Μαιευτικής (Sinclair et al., 2016; McCaffrey & McConnel, 2015; Von Dietze, 2000; Dewar et al., 2014). Ενώ υπάρχει

εκτεταμένη έρευνα για τη συμπόνια στον κλάδο της Νοσηλευτικής γενικότερα (Sinclair et al., 2016; Shantz, 2007; Goetzetal.,2010; Straussetal., 2016), λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τις συνιστώσες της συμπόνιας συγκεκριμένα στη Μαιευτική (Ménage et al., 2017).

Η συμπόνια αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο μέρος της ενσυναίσθησης τόσο από τη βιβλιογραφία (Byrom & Downe, 2010; Masala-Chokwe & Ramukumba, 2015; Feijen-de Jongetal., 2017; Goberna-Tricasetal.,2011) όσο και από τις/τους ίδιες/ους τις/μαίες/τες (Krauséetal.,2020). Διατηρούν, ωστόσο, διακριτά χαρακτηριστικά και οδηγούν σε διαφορετικά κλινικά αποτελέσματα (Hojat, 2007; Suhetal., 2012; Ogle, Burshbell & Caputi, 2013).Ενώ η συμπόνια είναι η ικανότητα να μοιράζεσαι τα αισθήματα ενός άλλου ατόμου (Charitou, Fifli, & Vivilaki, 2019), η ενσυναίσθηση αποτυπώνεται ως η κατανόηση των συναισθημάτων του ατόμου που νοσηλεύεται από τον επαγγελματία υγείας, χωρίς να συμφωνεί απαραίτητα σε αυτά (Davis, 2009; Hojatetal., 2003; Williams, Boyle & Fielder, 2015; Yegdich, 1999).

Περιγράφοντας σχηματικά την εκδήλωση των ανωτέρω, οι επαγγελματίες υγείας που επιδεικνύουν ενσυναίσθηση μοιράζονται με τα άτομα που νοσηλεύονται την κατανόησή τους, ενώ οι επαγγελματίες υγείας που επιδεικνύουν συμπόνια μοιράζονται τα συναισθήματά τους με τις/τους ασθενείς (Šter et al.,2014).Ενώ κάποιες έρευνες προτείνουν πως η ενσυναίσθηση συνδέεται νευροβιολογικά με το ανθρώπινο νευρικό σύστημα, αφήνοντας μικρό περιθώριο ανάπτυξης της αν δεν υπάρχει ήδη (Singer & Frith, 2005; Adams, 2012), άλλες έρευνες διαχρονικά υποστηρίζουν πως υπάρχει μεγάλο εύρος καλλιέργειας και ανάπτυξης της ενσυναίσθησης, η οποία μπορεί να διδαχθεί ως δεξιότητα και περαιτέρω να ενισχυθεί μέσω της εμπειρίας και της εξάσκησης (Calabrese et al., 2013; Cunico, Santori, Marognolli &Meneghini, 2012; Price & Archbold, 1997).

Σχετικά με την ενσυναίσθηση όπως εκδηλώνεται κατά την κλινική πράξη, έρευνες έδειξαν πως ενδέχεται να αυξήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα της σχέσης της/του ασθενούς και του/της επαγγελματία υγείας (Hojat, Gonnella & Nasca, 2002; Williams & Theodore, 2010; Calabrese et al., 2013).

Η θεμελίωση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, την οποία ενισχύει η ενσυναίσθηση (Williams& Theodore, 2010; Newton et al., 2000), συνεισφέρει εξαιρετικά στην μαιευτική φροντίδα σε όλο το εύρος των διαδικασιών σχετικών με την τεχνητή διακοπή κύησης, οδηγώντας σε καλύτερη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή (Dehning, Reib & Krause, 2014; Grosseman et al., 2014; Magalhães et al.,2011). Ενισχύει επίσης τη δράση των πρακτικών διαχείρισης πόνου από την ασθενή και τη μείωση του άγχους και της

αγωνίας της (Williams & Theodore, 2010). Βοηθάει την ασθενή να αισθάνεται πως τη σέβονται και την αναγνωρίζουν (Chen et al., 2009; Williams, Boyle & Fielder, 2015), γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη προθυμία καθώς παρέχει καίρια και πιο συγκεκριμένα δεδομένα για το ιατρικό της ιστορικό (Šter et al., 2014). Η ικανότητα των ατόμων με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης να κατανοήσουν πως αισθάνεται η γυναίκα κατά τη διαδικασία της τεχνητής διακοπής κύησης, διευκολύνει σημαντικά, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η ασθενής δεν επιθυμεί ή αδυνατεί να επικοινωνήσει λεκτικά (Lundgren & Dahlberg, 2002). Η Hunter(2002) σε δημοσίευσή της συνέδεσε τη μη λεκτική έκφραση ενσυναίσθησης από τη μαία ή τον μαιευτή, όπως αυτή εκδηλώνεται για παράδειγμα με το άγγιγμα και το χάδι, με μείωση της αρτηριακής πίεσης και των σφυγμών της ασθενούς αλλά και με επίτευξη διαχείρισης της κατάστασης καλύτερα και με μεγαλύτερη άνεση από την ασθενή.

Από τα εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την ενσυναίσθηση, το πιο ευρέως διαδεδομένο είναι το Jefferson Scale Of Physician Empathy (JSPE), το οποίο χρησιμοποιείται από ιατρούς, φοιτητές/τριες ιατρικής και άλλους/ες επαγγελματίες υγείας (Charitouetal., 2019). Μόλις πρόσφατα, αναπτύχθηκε κλίμακα αποτύπωσης και μέτρησης της ενσυναίσθησης προσανατολισμένη συγκεκριμένα στις μαίες και τους μαιευτές (Vivilaki, Fifli & Charitou, 2016). Οι Charitouetal. (2019) υπογραμμίζουν την έλλειψη ερευνών σχετικά με την ενσυναίσθηση και τη Μαιευτική, παρά την κορυφαία αξία της.

2.3 Η φροντίδα των μαιών/τών στη διακοπή κύησης

Εξ ορισμού, οι μαίες/μαιευτές είναι εξειδικευμένοι επαγγελματίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας που είναι αφοσιωμένοι στην παροχή φροντίδας στις γυναίκες (Brodie, 2013). Οι μαίες/μαιευτές είναι συχνά οι πρώτοι πάροχοι φροντίδας που συναντάει μια γυναίκα σε μια κλινική δομή και δεν περιορίζονται στην ενασχόληση γύρω από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, αλλά οι αρμοδιότητές τους περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών όπως η Συμβουλευτική για αντισύλληψη και Οικογενειακό Προγραμματισμό (Brodie, 2013; Feijen-deJong et al., 2017; International Confederation of Midwives, 2017)

Τα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι η πρόσβαση σε ασφαλείς υπηρεσίες διακοπής κύησης θα μπορούσαν να εξαλείψουν τους θανάτους γυναικών που σχετίζονται με το λόγο αυτό. Αναπόφευκτα, οι πολιτικές, νομικές και οικονομικές συνθήκες στην εκάστοτε χώρα επηρεάζουν πολύ τα δεδομένα γύρω από τη διακοπή κύησης και την υγεία των γυναικών. Ωστόσο, παρατηρείται η τάση σε κάποιες χώρες, ύστερα και από σύσταση του

ΠΟΥ(WHO, 2018), να εξουσιοδοτούνται μαίες/μαιευτές να διενεργούν διακοπές κύησης, καθώς τα αποτελέσματα στην φροντίδα υγείας είναι ικανοποιητικά (Krausé, Minnie&Coetzee, 2020).

Στην Γκάνα για παράδειγμα, οι μαίες εκπαιδεύονται ως μέρος του προγράμματος σπουδών τους στη χρήση της χειροκίνητης αναρρόφησης κενού (MVA), αλλά και στη φροντίδα υγείας μετά την έκτρωση, ή σε επιπλοκές που προέρχονται από διακοπές κύησης ή αποβολές.

2.4 Οι στάσεις των μαιών/των για τη διακοπή κύησης

Το θέμα της διακοπής κύησης, αποτελεί ένα μείζον θέμα στο δημόσιο διάλογο, το οποίο έχει πολωτικά χαρακτηριστικά όποτε προκύπτει, με άλλα άτομα να τάσσονται υπέρ και άλλα να είναι πλήρως εναντιωμένα στη δυνατότητα να λαμβάνει καμία την εν λόγω υπηρεσία. Πολλές κοινωνίες χωρίζονται σε δύο ομάδες, δηλαδή «υπέρ της επιλογής», δηλαδή υπέρ του δικαιώματος να επιλέγουν οι γυναίκες αν μια κύηση είναι επιθυμητή ή όχι και «υπέρ της ζωής», δηλαδή εναντίον.

Ωστόσο, οι λόγοι αυτής της διαμάχης βρίσκονται πέρα από τους δημοσιονομικούς μηχανισμούς και τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας. Στην πράξη, υπάρχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα που συνδέονται με την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας, οι οποίοι βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών τους πεποιθήσεων και των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων (Mokgethi et al., 2006; Marek, 2004). Ωστόσο, φαίνεται ότι η συμπεριφορά των μαιών/τών που παρέχουν αυτή την υπηρεσία επηρεάζει άμεσα την πρόσβαση των γυναικών τόσο για την ίδια τη διακοπή κύησης, όσο και για την αντισύλληψη (Fried, 2000).

Σύμφωνα με τους Harrison et al. (2000) η στάση των επαγγελματιών υγείας είναι ζωτικής σημασίας, όχι μόνο όσον αφορά στη διαδικασία φροντίδας κατά την ίδια τη διακοπή κύησης, αλλά και όσον αφορά στη δυνατότητά τους να προσφέρουν στη γυναίκα συμβουλευτική αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού πριν ή μετά από αυτή. Επιπροσθέτως, οι Harries, Stinson και Orner (2009) αναφέρουν ότι ορισμένες γυναίκες είχαν δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες διακοπής εγκυμοσύνης λόγω των αρνητικών και επικριτικών στάσεων που επέδειξε το προσωπικό των δομών υγείας. Το προσωπικό των συγκεκριμένων κλινικών είχε αγενή και επικριτική στάση, ενώ κάποιιοι φαίνεται να προσπάθησαν να επιβάλουν τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις στις γυναίκες.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την αρνητική στάση των μαιευτών απέναντι στη διακοπή κύησης είναι η θρησκεία, το εθνικό υπόβαθρο, η προσωπική εμπειρία, η πρακτική εμπειρία και το χρονικό διάστημα που εργάστηκαν στις γυναικολογικές μονάδες και σε τμήματα που παρέχουν υπηρεσίες διακοπής (Harrison et al., 2000; Dickson-Tetteh & Billings, 2002).

Από την άλλη μεριά, παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν δικαίωμα να λαμβάνουν υπηρεσίες διακοπή κύησης, η Miya (2008) υποστηρίζει ότι ταυτόχρονα είναι αποδεκτό ότι

οι μαιές/μαιευτές έχουν δικαίωμα να διατηρούν τις προσωπικές τους αρχές (θρησκεία/ηθική) που μπορεί να αντιτίθενται στην υπηρεσία αυτή. Μια μελέτη στη Νότια Αφρική έδειξε ότι πολλοί από αυτούς του επαγγελματίες που είχαν αρνητική στάση, δυσφορούσαν έντονα όταν συμμετείχαν άμεσα στη διενέργεια διακοπής κύησης (Gmeiner et al., 2001). Παρομοίως, οι μαιές/μαιευτές στις ΗΠΑ είχαν αισθήματα πένθους, όταν αναγκάζονταν να συμμετέχουν στα συγκεκριμένα τμήματα παροχής υπηρεσιών (Marshall, Gould & Roberts, 1994). Έρευνα σε Σουηδές μαιές έδειξε πως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν επηρέασαν τις στάσεις τους προς την τεχνητή διακοπή κύησης (Lindström, Jacobsson, Wulff & Lalos, 2007).

Σύμφωνα με τους Harries et al. (2009) η παροχή πρόσβασης σε ασφαλείς υπηρεσίες διακοπής κύησης μειώνει την οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας από επιπλοκές μη ασφαλών διακοπών. Ωστόσο, η στάση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και η κακή ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στις γυναίκες που αναζητούν αυτή την υπηρεσία ήταν σημαντικά εμπόδια (Orner et al., 2011; Ramkissoo et al., 2006).

Η πλειοψηφία των μαιών/τών φαίνεται σε πολλές έρευνες να έχει αρνητική στάση απέναντι στη διακοπή κύησης. Από τους ερωτηθέντες σε πολλές έρευνες, λίγοι ήταν αυτοί που ανέφεραν ότι συμμετέχουν σε διακοπές κύησης. Ενώ όσοι δεν συμμετείχαν, συχνά ένιωθαν την ανάγκη να τοποθετηθούν, αναφέροντας ότι ο νόμος περί επιλογής για τερματισμό της εγκυμοσύνης (αριθ. 92 του 1996) πρέπει να καταργηθεί.

Σύμφωνα με έρευνες για την στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη διακοπή κύησης, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι συχνά εκείνοι που παρείχαν υπηρεσίες διακοπής κύησης, ένιωθαν στιγματισμένοι (Harries et al., 2009; Dondashe, 2002). Στην τρέχουσα μελέτη, όπως θα συζητηθεί και στο τέταρτο μέρος της, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι όχι μόνο υφίστανται κριτική, αλλά κατακλύζονται από αισθήματα ενοχής για το υπόλοιπο της ζωής τους.

Οι Mayers et al. (2005) υποστηρίζουν ότι η θρησκευτική πεποίθηση των μαιών/τών συχνά έρχεται σε σύγκρουση με τον ρόλο τους να βοηθούν στην τεχνητή διακοπή της κύησης. Επισημαίνεται, πως η στάση αυτή ενισχύεται αν δεν υπάρχει ένδειξη ότι κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας.

Σε μελέτη του Cox (2005) για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μαιές/τές, ως μεγαλύτερη πρόκληση διαφάνηκε η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση. Τη μη επαρκή υποστήριξη από πλευράς διοίκησης ως δυσκολία για τους επαγγελματίες υγείας υπογραμμίζουν και τα δεδομένα των Mokgethi et al. (2006). Συγκεκριμένα, οι

επαγγελματίες υγείας τόνισαν πως χρειάζονται περισσότερη αναγνώριση ή υποστήριξη, από πλευράς διοικητικού προσωπικού, όσον αφορά στον τομέα της διαχείρισης των επιπτώσεων που προκύπτουν από αποφάσεις αντίρρησης συνείδησης (Orner et al., 2011).

Οι Naylor και O'Sullivan (2005) πιστεύουν ότι οι εξειδικευμένες συμβουλευτικές υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες στις μαίες/τές για την παροχή καθοδήγησης και υποστήριξης μετά από οποιαδήποτε εμπλοκή σε περιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει ψυχολογική επιβάρυνση για τους εργαζόμενους.

Συνοψίζοντας, παρά τη νομιμοποίηση της τεχνητής διακοπής της κύησης και τη βελτίωση των επιστημονικών δεδομένων που θεωρούν την ασφαλή διακοπή ένα σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της υγείας των γυναικών, ταυτόχρονα οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα εν λόγω τμήματα, μαίες/τές και γιατροί, είναι πολύ λίγοι. Ένα από τα αποτελέσματα που φέρει αυτό το δεδομένο για το ίδιο το σύστημα υγείας είναι ότι οι εν λόγω εργαζόμενοι του, ακόμη και αν δεν έχουν αρνητική στάση, επειδή καταπονούνται ιδιαίτερα και στιγματίζονται, τείνουν να αποφεύγουν να εργάζονται εκεί (Albertyn, 2005; Engelbrecht et al., 2000; Wood & Jewkes, 2006). Οι Kade, Kumar, Polis και Schaffer (2004) αναφέρονται επίσης, στο αντίκτυπο των ελλείψεων προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών σε νοσοκομεία της Μασαχουσέτης, όπου οι διευθυντές νοσηλευτικών υπηρεσιών απάντησαν ότι ήταν όλο και πιο δύσκολο να προγραμματιστούν οι διαδικασίες διακοπής κύησης λόγω έλλειψης προσωπικού. Αντίστοιχα, σε άλλες έρευνες διαφαίνεται ότι υπάρχει ανεπάρκεια κατάρτισης του μαιευτικού προσωπικού και άρα ανασφάλεια σχετικά με τις υπηρεσίες, τις πληροφορίες και την υποστήριξη που θα παρέχουν στις γυναίκες (Mayers et al., 2005; Ortayli, Bulut & Nalbant, 2001), ενώ οι Harries et al. (2009) αναδεικνύουν ότι απαιτείται συνεχής εκπαίδευση, καθώς και συναισθηματική υποστήριξη και πλαισίωση των επαγγελματιών υγείας, ούτως ώστε να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

2.4.1 Σύνδεση με έτη προϋπηρεσίας

Σε συγχρονική μελέτη σε μαίες της Ιαπωνίας, οι Shimoyama και Tsukamoto (2021) υπέδειξαν σύνδεση μεταξύ των στάσεων των μαιών προς την τεχνητή διακοπή κύησης το δεύτερο τρίμηνο της, επηρεαζόμενες από παράγοντες όπως η συνολική ποιότητα επαγγελματικής ζωής, η ηλικία, η θέση και η ο τύπος της δομής όπου παρέχουν τις υπηρεσίες τους και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Στην ίδια μελέτη, βρέθηκε πως μαίες, με απασχόληση ως προϊστάμενες και πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, μοιράζονταν

χαρακτηριστικά όπως, την θέληση να συμμετάσχουν σε διαδικασίες τεχνητής διακοπής κύησης και την άποψη πως είναι κομμάτι του επαγγελματικού τους ρόλου (Shimoyama & Tsukamoto, 2021). Εντούτοις, οι διάφορες μεταβλητές του πλαισίου της εκάστοτε τεχνητής διακοπής κύησης δεν πρέπει να αγνοούνται, όπως υπογραμμίζει η έρευνα των Teffo, Levin και Rispel (2018), όπου βρέθηκαν θετικές στάσεις και επιθυμία να μετέχουν σε αμβλώσεις άτομα με λιγότερο από έναν χρόνο προϋπηρεσίας, ενώ, αντίστοιχα, καταγράφηκαν πολλές αρνητικές στάσεις σε μαιές με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, λόγω επιβαρυσμένου συναισθηματικού φόρτου από αυτές.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ερευνητικό ερώτημα

Το ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας, αφορά στο αν οι πολιτιστικές, οι οικογενειακές και οι θρησκευτικές αντιλήψεις των μαιών/μαιευτών της Κρήτης επηρεάζουν τη Συμβουλευτική που σχετίζεται με τη διακοπή κύησης.

3.2 Σκοπός

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει και να εντοπίσει τις γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των μαιών/μαιευτών της Κρήτης σχετικά με τεχνητή διακοπή της κύησης.

3.3 Επιμέρους στόχοι της έρευνας

- ✓ Να διερευνηθεί ο τόπος και η δομή όπου ασκείται το μαιευτικό επάγγελμα.
- ✓ Να διερευνηθούν οι γνώσεις σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- ✓ Να διερευνηθούν οι γνώσεις σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο της διακοπής της κύησης.
- ✓ Να καταγραφούν τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μαιές/μαιευτές στη διαχείριση της διακοπής της κύησης.
- ✓ Να καταγραφούν οι αντιλήψεις τους πάνω στο θέμα της διακοπής της κύησης.

3.4 Μεθοδολογία Έρευνας

Η ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μαιών και των μαιευτών της Κρήτης καταγράφει τις γνώσεις, τις στάσεις και τις απόψεις τους για τη διακοπή κύησης. Δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για το θέμα και αρχικά διανεμήθηκε σε ένα πολύ μικρό δείγμα μαιών και μαιευτών πριν την έναρξη της έρευνας έτσι ώστε να ελεγχθεί η ορθότητα του ερωτηματολογίου και η εγκυρότητα των ερωτήσεων. Για το δείγμα της έρευνας έχει επιλεγθεί η δειγματοληψία μη πιθανότητας και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας. Λόγω των περιοριστικών συνθηκών και μέτρων προστασίας εξαιτίας της πανδημίας του COVID-19 που επιβλήθηκαν στην Ελλάδα την ίδια χρονική

περίοδο με την διενέργεια της έρευνας, δεν πραγματοποιήθηκε δια ζώσης συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες σε αυτήν, αλλά η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε μέσω ηλεκτρονικών μέσων σε προσωπικούς λογαριασμούς ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσων κοινωνικής δικτύωσης των συμμετεχόντων που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να μπορούν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Οι συμμετέχοντες είναι μαίες/μαιευτές οι οποίοι/οποίες διαμένουν στην Κρήτη, μιλούν και κατανοούν την ελληνική γλώσσα, είναι ενήλικες και έχουν εξασκήσει τη Μαιευτική εντός Ελλάδος ανεξαρτήτως χρονικού πλαισίου.

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε μέσω της πλατφόρμας Google Forms, όπου μπορούσαν όσες/οι μαίες/μαιευτές της Κρήτης επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα να το συμπληρώσουν. Το ερωτηματολόγιο ήταν δομημένο και η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Υπήρχαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την συμπλήρωση αυτού και τον σκοπό της έρευνας έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ενημερωμένη συγκατάθεση όλων των συμμετεχόντων.

3.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου απευθείας από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Στόχος του ερευνητή, ήταν το ερωτηματολόγιο να είναι σαφές και χωρίς αοριστίες. Η ερευνητική ομάδα διασφαλίζει την ανωνυμία των ερωτώμενων για να εξασφαλίσει την ειλικρίνειά τους. Ακόμα στους ερωτώμενους δόθηκε συνοδευτικό έντυπο με σαφείς οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για διευκόλυνση στη συμπλήρωσή του, αναφορικά με την διερεύνηση του να εντοπίσει τις γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των μαιών/μαιευτών της Κρήτης σχετικά με τεχνητή διακοπή της κύησης.

3.6 Κριτήρια για τη εισδοχή στο Ερευνητικό Πρόγραμμα

Στο παρόν ερευνητικό πρόγραμμα δεν είχαν δυνατότητα συμμετοχής:

- Οι μαίες/μαιευτές που δεν έχουν εξασκήσει ποτέ το επάγγελμά τους.
- Οι μαίες/μαιευτές που εργάζονται στον τομέα της εκπαίδευσης.
- Οι μαίες/μαιευτές που εργάζονται εκτός Κρήτης.

3.7 Διασφάλιση προστασίας προσωπικών δεδομένων που αφορούσαν τα άτομα που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό πρόγραμμα

3.7.1 Διοικητικών μηχανισμών

Τα προσωπικά δεδομένα συλλέχθηκαν και επεξεργάστηκαν από την ερευνήτρια (μεταπτυχιακή φοιτήτρια) υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη της επιστημονικά υπεύθυνης καθηγήτριας. Τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας αυτής. Το χρονικό διάστημα φύλαξης των προσωπικών δεδομένων είναι πέντε έτη και στη συνέχεια θα γίνει διαγραφή αυτών από το σκληρό δίσκο που έχουν αποθηκευτεί.

3.7.2 Τεχνικών μηχανισμών

Τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων είναι ανώνυμα για όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Τα δεδομένα διατηρούνται σε προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή της μεταπτυχιακής φοιτήτριας, με κωδικό πρόσβασης όσο συλλέγονται και αναλύονται και μετά την ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συλλογής των δεδομένων, αυτά απομονώθηκαν, αποθηκεύθηκαν και διατηρούνται σε εξωτερικό σκληρό δίσκο, χωρίς πρόσβαση στο διαδίκτυο. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής όπου αποθηκεύθηκε το αρχικό υλικό κατέχει ενημερωμένο αντικό πρόγραμμα.

3.7.3 Φυσικών μηχανισμών

Τα δεδομένα διατηρούνται σε εξωτερικό σκληρό δίσκο, χωρίς σύνδεση στο διαδίκτυο, ο οποίος παραμένει αποθηκευμένος σε κλειδωμένο ντουλάπι, την ευθύνη φύλαξης του οποίου φέρει αποκλειστικά η ερευνήτρια (μεταπτυχιακή φοιτήτρια).

3.8 Ανάλυση των δεδομένων

Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν από τους ερωτώμενους, κωδικοποιήθηκαν σε αριθμούς. Μετά τα δεδομένα εισήχθησαν στον υπολογιστή και αντιπροσώπευαν την κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Τα προγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων είναι το Microsoft Excel και το IBM-SPSS No.22. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, απεικονίζονται σε πίνακες οι οποίοι περιλαμβάνουν την ερώτηση καθώς και το όνομα της μεταβλητής της ερώτησης, αλλά και τα σύνολα των απαντήσεων.

3.9 Δείγμα Μελέτης

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 άτομα, όπου το σύνολο των ερωτηθέντων έδωσαν την συναίνεση τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (99%) ενώ μόλις 1% ήταν άνδρες. Το 32% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από 36-40 ετών, το 31% (αθροιστικά) ήταν από 41-55 ετών, το 29% (αθροιστικά) από 20-35 ετών και το υπόλοιπο 8% ήταν άνω των 56 ετών. Το 98% των ερωτηθέντων ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι και το υπόλοιπο 2% ήταν άθεοι.

Το 37% των ερωτηθέντων διαμένουν στο Νομό Ηρακλείου, το 28% στο Νομό Λασιθίου, το 20% στο Νομό Χανίων και το υπόλοιπο 15% στο Νομό Ρεθύμνου. Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως στον εργασιακό τους κλάδο έχουν λιγότερο από 5 χρόνια προϋπηρεσίας, το 39% (αθροιστικά) των ερωτηθέντων είχαν προϋπηρεσία από 16-36 χρόνια, το 7% (αθροιστικά) από 6-15 χρόνια και το υπόλοιπο 4% πάνω από 36 χρόνια. Εκ των οποίων το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι Δημόσιοι υπάλληλοι σε Μαιευτήριο - Γενικό Νοσοκομείο, το 28% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε Μαιευτήριο, το 21% είναι δημόσιοι υπάλληλοι σε ΠΦΥ, το 6% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε Ιατρείο, το 3% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και το υπόλοιπο 2% είναι άνεργοι. Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο το 64% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το 35% είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου και το υπόλοιπο 1% έχουν δεύτερο πτυχίο. Τέλος ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, το 71% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι και το 26% είναι άγαμες.

3.10 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με την συλλογή απαντήσεων από τη χρήση των ερωτηματολογίων, έγινε με το στατιστικό σύστημα IBM-SPSS No.22, και όλες οι απαντήσεις έχουν καταχωρηθεί στο εν λόγω σύστημα και έχουν αναλυθεί με την μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης ως προς τα δημογραφικά δεδομένα.

3.11 Περιορισμοί της μελέτης

Στην διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας, προέκυψαν συνθήκες οι οποίες επηρέασαν το ερευνητικό πλάνο και εντέλει διαμόρφωσαν την επιλογή του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και την ίδια τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Πιο συγκεκριμένα, οι συνθήκες που επέβαλε η πανδημία του COVID 19, δεν επέτρεψαν τη δια ζώσης διανομή του ερωτηματολογίου, όπως είχε επιλεγεί αρχικά. Για την υπερπήδηση του εν λόγω περιορισμού, το εργαλείο μετατράπηκε σε ψηφιακό ερωτηματολόγιο, το οποίο προσέπερασαν διαδικτυακά τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Ως εκ τούτου, τα ίδια τα άτομα είχαν την ευθύνη κατανόησης των ερωτήσεων και ορθής συμπλήρωσής τους, χωρίς άμεση επικοινωνία με τη συγγράφουσα.

Ακόμη, από πλευράς ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, η εν λόγω μελέτη είχε πρόσθετους περιορισμούς. Πρώτον, λόγω του περιορισμού των γλωσσών, συμπεριελήφθησαν οι διαθέσιμες δημοσιεύσεις μόνο στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα. Έτσι, τα άρθρα, τα οποία ήταν σχετικά με το αντικείμενο μελέτης της εργασίας αλλά γραμμένα σε άλλες γλώσσες, αγνοήθηκαν. Δεύτερον, καταγράφηκε πως οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει πολλές διαφορετικές κλίμακες, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να μην είναι πανομοιότυποι οι αντικειμενικοί παράγοντες των μελετών μεταξύ τους, αφήνοντας περιθώριο επίδρασης συνεπιδρώντων μεταβλητών. Τρίτον, σε πολλές μελέτες που συμπεριελήφθησαν, οι συγγραφείς δεν κατέγραψαν τα αρνητικά αποτελέσματα, δεσμεύοντας τοιούτοτρόπως δεδομένα που θα θεμελιώναν σφαιρικότερα την τρέχουσα γνώση για το αντικείμενο. Τέταρτον, η ετερογένεια μεταξύ αυτών των μελετών μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια των αποτελεσμάτων μας. Η ανάλυση ευαισθησίας και η μετα-υποχώρηση θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εύρεση της πηγής ετερογένειας. Ωστόσο, περιορισμένοι στη διασπορά και τον αριθμό των μελετών, δεν μπορούμε να γενικεύουμε με ευκολία.

Παράλληλα, το δείγμα το οποίο έχει επιλεγεί, έχει εξαρχής ένα γεωγραφικό περιορισμό, αυτό της διαμονής στην ευρύτερη περιοχή της Κρήτης, το οποίο παρότι είναι αντιπροσωπευτικό της περιοχής αυτής, δεν είναι ικανό για διεξαγωγή πιο γενικών συμπερασμάτων για την ελληνική επικράτεια. Συνεπώς, η περαιτέρω διερεύνηση με λήψη δεδομένων από περισσότερους επαγγελματίες και σε μεγαλύτερο γεωγραφικό χώρο, κρίνεται απαραίτητη.

3.12 Ηθικά Ζητήματα Δεοντολογίας

Οι ακόλουθες κατευθυντήριες γραμμές δεοντολογίας έχουν θεσπιστεί για την περίοδο της έρευνας, ως εξής:

- Η αξιοπιστία και η ακρίβεια καταγραφής των στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν και τα οποία θα προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για το θέμα, με προστασία πρωτίστως των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων σε αυτή.
- Τα προσωπικά δεδομένα των ατόμων που περιλαμβάνει η έρευνα, παραμένουν εμπιστευτικά σε όλη τη διάρκεια της μελέτης από την ερευνήτρια.
- Η ερευνήτρια έλαβε την άδεια των ατόμων, συγγραφέων αν χρειαστεί που πρόσφεραν χρήσιμες πληροφορίες για το θέμα που αναλύεται στην παρούσα διπλωματική εργασία και για να χρησιμοποιήσει στην ερευνητική της έκθεση.

4.ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφική Στατιστική

4.1.1.Μέρος I: Δημογραφικά Στοιχεία

Στους Πίνακες 1 και 2 καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία όπως αυτά συμπληρώθηκαν. Συγκεκριμένα στον Πίνακα 1 παρατηρείται ότι το 32% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από 36-40 ετών, το 31% (αθροιστικά) ήταν από 41-55 ετών, το 29% (αθροιστικά) από 20-35 ετών και το υπόλοιπο 8% ήταν άνω των 56 ετών.

Επιπλέον παρατηρείται ότι το 98% των ερωτηθέντων ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι και το υπόλοιπο 2% ήταν άθεοι.

Το 37% των ερωτηθέντων διαμένουν στο Νομό Ηρακλείου, το 28% στο Νομό Λασιθίου, το 20% στο Νομό Χανίων και το υπόλοιπο 15% στο Νομό Ρεθύμνου.

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία των μαιών/των που συμμετείχαν (N=100)
Συναίνεση στη συμμετοχή 100%

	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ						
ΦΥΛΟ	1%	99%						
ΗΛΙΚΙΑ	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56 +
	3%	14%	12%	32%	10%	10%	11%	8%
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ	Χριστιανοί Ορθόδοξοι 98%	Άθεοι 2%						
ΝΟΜΟΣ ΟΙΚΙΑΣ	ΧΑΝΙΩΝ 20%	ΡΕΘΥΜΝΟΥ 15%	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ 37%	ΛΑΣΙΘΙΟΥ 28%				
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η 71%	ΑΓΑΜΟΣ/Η 26%	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η 1%	ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ 1%	ΣΕ ΣΧΕΣΗ 1%			
ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ 71%	ΟΧΙ 28%						

Πίνακας 2 Δημογραφικά στοιχεία (Προϋπηρεσία, Σπουδές, Πεδίο επαγγελματικής δραστηριότητας) N=100.

Πεδίο	ΑΝΕΡΓΗ/ΟΣ	ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ (σε ιατρείο)	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ (σε μαιευτήριο)	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ (σε μαιευτήριο γενικό νοσοκομείο)	Δημόσιος Υπάλληλος (ΠΦΥ)	Ελεύθερος επαγγελματίας		
Πεδίο επαγγελματικής δραστηριότητας	2%	6%	28%	40%	21%	3%		
Έτη προϋπηρεσίας	<5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-36	36+
	50%	3%	4%	10%	8%	11%	10%	4%
ΣΠΟΥΔΕΣ	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΤΥΧΙΟ					
	64%	35%	1%					

Στον πίνακα 2 παρατηρείται ότι το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως στον εργασιακό τους κλάδο έχουν λιγότερο από 5 χρόνια προϋπηρεσίας, το 39% (αθροιστικά) των ερωτηθέντων είχαν προϋπηρεσία από 16-36 χρόνια, το 7% (αθροιστικά) από 6-15 χρόνια και το υπόλοιπο 4% πάνω από 36 χρόνια.

Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι Δημόσιοι υπάλληλοι σε μαιευτήριο-γενικό νοσοκομείο, το 28% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε μαιευτήριο, το 21% είναι δημόσιοι υπάλληλοι σε ΠΦΥ, το 6% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ιατρείο, το 3% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και το υπόλοιπο 2% είναι άνεργοι.

Το 64% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το 35% είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου και το υπόλοιπο 1% έχουν δεύτερο πτυχίο.

4.1.2.Μέρος II: Γνώσεις

Στον Πίνακα 3 παρατηρείται ότι το 54% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως γνωρίζουν τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας αναφορικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης σε

καλό βαθμό(Αρκετά Καλά), το 26% σε μέτριο βαθμό (Καλά) και το 14% σε πολύ καλό βαθμό.

Πίνακας 3 ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
	Λίγο	4	4,0	4,0	6,0
	Καλά	26	26,0	26,0	86,0
	Αρκετά καλά	54	54,0	54,0	60,0
	Πολύ καλά	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον Πίνακα 4 παρατηρείται ότι το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως γνωρίζουν το Χάρτη με τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου σε μέτριο βαθμό (Καλά) ενώ το 31% σε καλό βαθμό (Αρκετά Καλά).

Πίνακας 4 ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ ΔΙΚΑΩΝΜΑΤΑ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
	Λίγο	9	9,0	9,0	11,0
	Καλά	50	50,0	50,0	61,0
	Αρκετά καλά	31	31,0	31,0	92,0
	Πολύ καλά	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

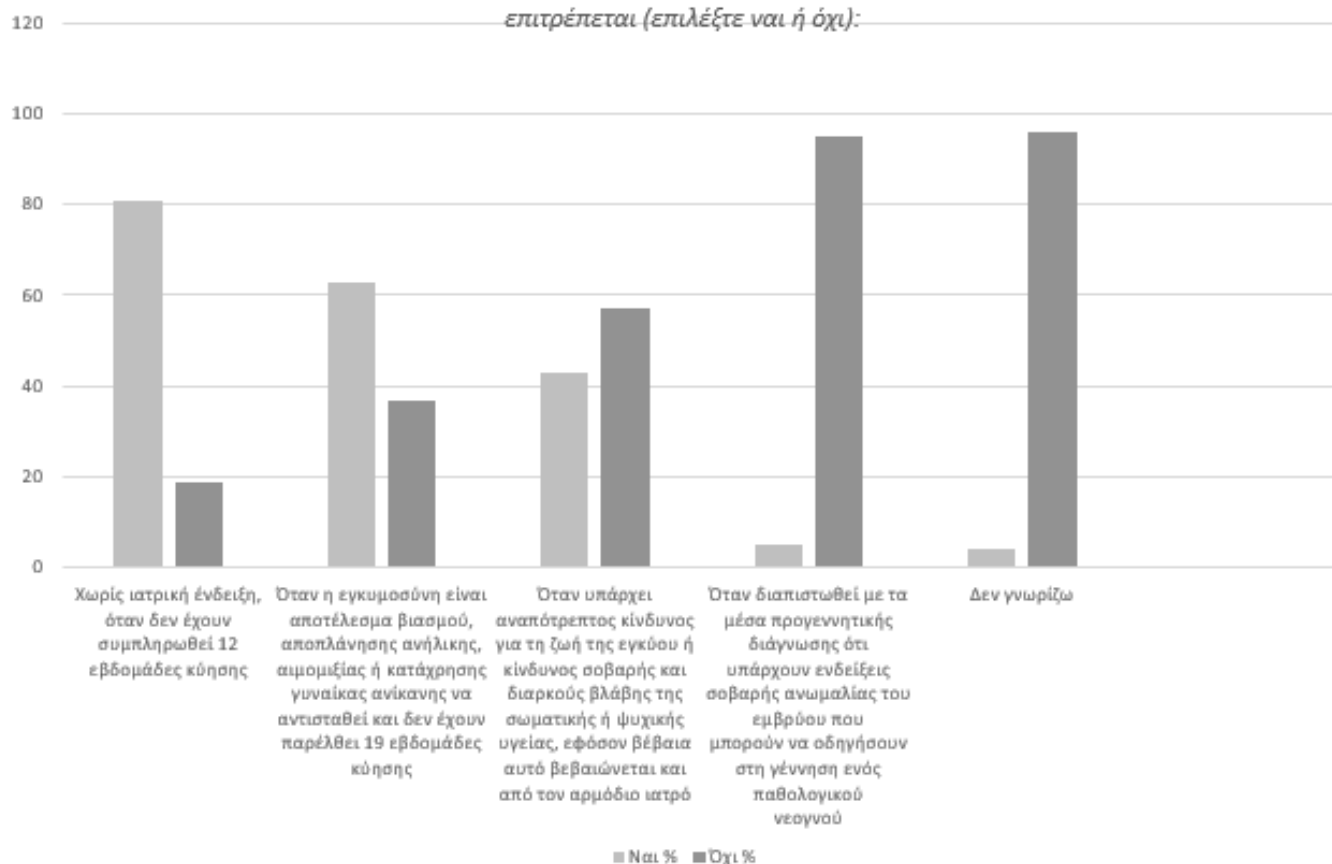
Στον Πίνακα 5 και στην εικόνα 14 παρατηρείται ότι το 81% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως βάση νομοθετικού πλαισίου της χώρας μας επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης χωρίς ιατρική ένδειξη όταν δεν έχει συμπληρωθεί η 12^η εβδομάδα κύησης, το 63% όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα αιμομιξίας, βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης και δεν έχει παρέλθει η 19^η εβδομάδα κύησης, το 43% όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου, το 5% όταν διαπιστωθεί με τα μέσα

προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου και ένα 4% δεν γνώριζε την απάντηση στην ερώτηση.

Πίνακας 5 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ- Η ΤΕΧΝΙΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ (ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΑΙ -ΟΧΙ) N=100

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Ναι%	Όχι%
1. Χωρίς ιατρική ένδειξη, όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης	81,0	19,0
2. Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν παρέλθει 19 εβδομάδες κύησης	63,0	37,0
3. Όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας, εφόσον βέβαια αυτό βεβαιώνεται και από τον αρμόδιο ιατρό	43,0	57,0
4. Όταν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού	5,0	95,0
5. Δεν γνωρίζω	4,0	96,0

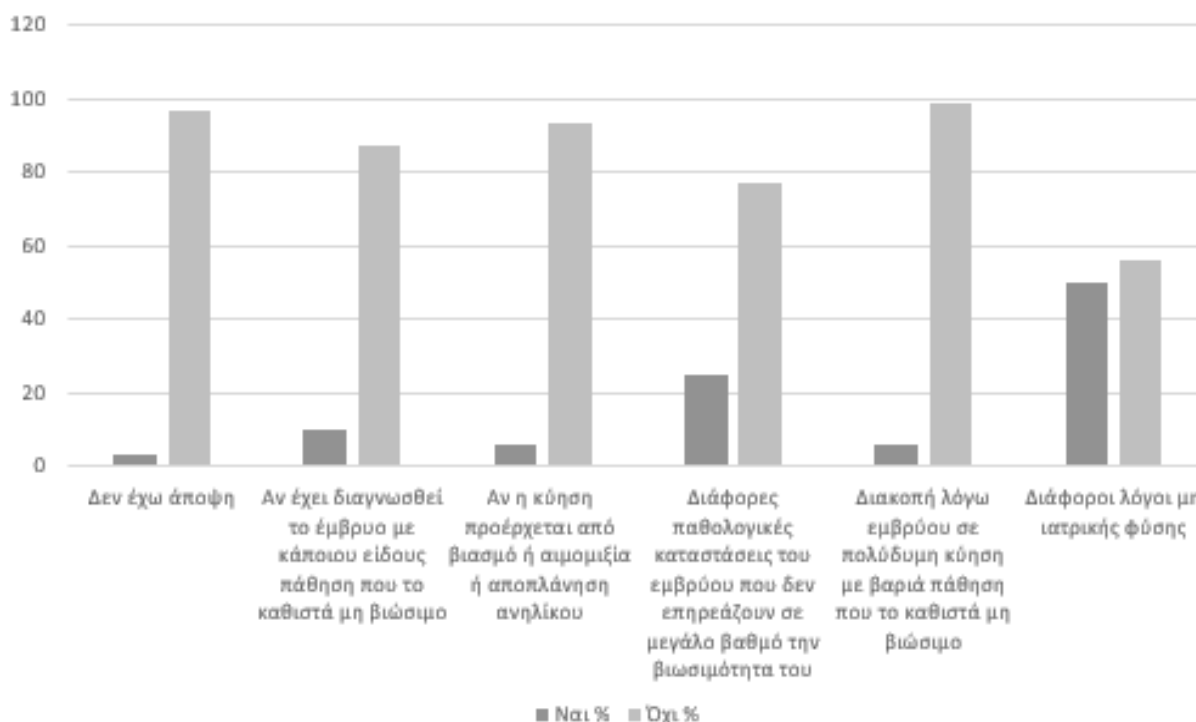
Εικόνα 14. Βάσει νομοθετικού πλαισίου της χώρας μας η τεχνητή διακοπή της κύησης επιτρέπεται (επιλέξτε ναι ή όχι):



Πίνακας 6 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (ΕΠΙΛΟΓΗ ΝΑΙ -ΟΧΙ) N=100

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Ναι%	Όχι%
1. Δεν έχω άποψη	3,0	97,0
2. Αν έχει διαγνωσθεί το έμβρυο με κάποιου είδους πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο	10,0	87,0
3. Αν η κύηση προέρχεται από βιασμό ή αιμομιξία ή αποπλάνηση ανήλικου	6,0	93,0
4. Διάφορες παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου που δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την βιωσιμότητα του	25,0	77,0
5. Διακοπή εμβρύου σε πολύδυμη κύηση λόγω βαριά πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο	6,0	99,0
6. Διάφοροι λόγοι μη ιατρικής φύσης	50,0	56,0

Εικόνα 15. Ποια αιτία διακοπής της κύησης είναι πιο συχνή με βάση την εργασιακή σας εμπειρία



Για την πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν, σε ποσοστό 50%, η πιο κοινή αιτία τεχνητής διακοπής της κύησης ήταν μη ιατρική. Ακολουθούν, σε ποσοστό 25%, διάφορες παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου που δεν επηρεάζουν τη βιωσιμότητά του, ενώ οι ιατρικοί λόγοι που καθιστούν την κύηση μη βιώσιμη εμφανίστηκαν κατά την εργασιακή εμπειρία των μαιών/μαιευτών που συμμετείχαν συνολικά σε ποσοστό 16%. Τέλος, η τεχνητή διακοπή της κύησης για λόγους που αφορούν σε βιασμό, αιμομιξία ή αποπλάνηση ανηλίκου, εμφανίστηκαν μόλις σε ποσοστό 6%.

Στον Πίνακα 7 το 59% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως λόγω παθολογίας του εμβρύου, μπορεί να γίνει διακοπή της κύησης σε διάστημα έως και την 24^η εβδομάδα κύησης, το 34% σε διάστημα έως και 12^η εβδομάδα, το 25% σε όλη τη διάρκεια της κύησης, το 9% σε διάστημα έως και την 19^η εβδομάδα κύησης, και το 2% δεν γνώριζαν την απάντηση.

Πίνακας 7 ΒΑΣΕΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΙΑΚΟΠΗ; N=100

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		Ναι%	Όχι%
1.	Έως την 12 ^η εβδομάδα κύησης	34,0	66,0
2.	Έως την 19 ^η εβδομάδα κύησης	9,0	91,0
3.	Έως την 24 ^η εβδομάδα κύησης	59,0	41,0
4.	Σε όλη τη διάρκεια της κύησης	25,0	75,0
5.	Δεν γνωρίζω	2,0	98,0

Στον πίνακα 8 το 78% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως στο καθηκοντολόγιο των μαιών/μαιευτών επιτρέπεται η συμμετοχή στην τεχνητή διακοπή, το 15% απάντησαν αρνητικά και το υπόλοιπο 7% δεν γνώριζαν την απάντηση.

Πίνακας 8 ΣΤΟ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ/ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	78	78,0	78,0	78,0
	Όχι	15	15,0	15,0	93,0
	Δεν γνωρίζω	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 9 το 86% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως στο καθηκοντολόγιο των μαιών/μαιευτών δεν επιτρέπεται η/ο μαιά/της να δώσει στην γυναίκα συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή, το 7% απάντησαν θετικά και το υπόλοιπο 7% δεν γνώριζαν την απάντηση.

Πίνακας 9 ΣΤΟ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ/ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ Η/Ο ΜΑΙΑ/ΤΗΣ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΦΟΥΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΕΧΝΙΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	7	7,0	7,0	7,0
	Όχι	86	86,0	86,0	93,0
	Δεν γνωρίζω	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

4.1.3.Μέρος III: Στάσεις

Στον πίνακα 10 το 87% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν συμμετάσχει σε τεχνητή διακοπή της κύησης, το 12% απάντησαν αρνητικά και το υπόλοιπο 1% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 10 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	87	87,0	87,0	87,0
	Όχι	12	12,0	12,0	99,0
	Δεν απαντώ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 11 το 92% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν φροντίσει γυναίκα έπειτα από τεχνητή διακοπή κύησης, το 7% απάντησαν αρνητικά και το υπόλοιπο 1% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 11 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΕΠΕΙΤΑ ΑΠΟ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	92	92,0	92,0	92,0
	Όχι	7	7,0	7,0	99,0
	Δεν απαντώ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 12 το 69% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν φροντίσει γυναίκα που την γνώριζαν προσωπικά κατά την διάρκεια τεχνητής διακοπής κύησης, το 30% απάντησαν αρνητικά και το υπόλοιπο 1% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 12 ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΕΙ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΤΗΝ ΓΝΩΡΙΖΑΤΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	69	69,0	69,0	69,0
	Όχι	30	30,0	30,0	99,0
	Δεν απαντώ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον Πίνακα 13 το 69% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως έχουν πραγματοποιήσει συμβουλευτική οικογενειακού προγραμματισμού με θέμα την τεχνητή διακοπή κύησης, το 28% απάντησαν αρνητικά και το υπόλοιπο 3% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 13 ΕΧΕΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	69	69,0	69,0	69,0
	Όχι	28	28,0	28,0	97,0
	Δεν απαντώ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον Πίνακα 14 το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν έχουν αρνηθεί να συμμετέχουν σε διαδικασίες διακοπής κύησης, το 44% δήλωσαν πως έχουν αρνηθεί και το υπόλοιπο 6% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 14 ΕΧΕΤΕ ΑΡΝΗΘΕΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	44	44,0	44,0	44,0
	Όχι	50	50,0	50,0	94,0
	Δεν απαντώ	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον Πίνακα 15 το 83% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως θα προσπαθούσαν να αποτρέψουν τη γυναίκα από την διαδικασία μιας διακοπής κύησης, το 10% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 7% δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.

Πίνακας 15 ΘΑ ΠΡΟΣΠΑΘΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΑΠΟΤΡΕΨΕΤΕ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗΜΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	83	83,0	83,0	83,0
	Όχι	10	10,0	10,0	93,0
	Δεν απαντώ	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 16 παρατηρείται ότι το 49% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως εάν αρνήθηκαν να συμμετέχουν σε διαδικασία διακοπής κύησης, οι λόγοι ήταν ηθικοί, το 39% δεν συμφωνούσαν με τη διαδικασία και το 4% δήλωσαν πως ο λόγος ήταν ότι γνώριζαν τη γυναίκα. Το 7% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν έχουν αρνηθεί ποτέ να συμμετάσχουν σε τέτοια διαδικασία.

Πίνακας 16 ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΑΣ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ, ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΛΟΓΟΣ; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ηθικοί λόγοι	49	49,0	49,0	49,0
	Γνώριζα τη γυναίκα	4	4,0	4,0	53,0
	Δε συμφωνούσα με την διαδικασία	39	39,0	39,0	92,0
	Όλα τα παραπάνω	1	1,0	1,0	93,0
	Δεν αρνήθηκα να συμμετάσχω	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

4.1.4.Μέρος IV: Απόψεις

Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν έχουν θετική άποψη απέναντι στην άμβλωση, το 31% δήλωσαν πως επηρεάζονται θετικά απέναντι στην άμβλωση σε σχέση με τις συνθήκες ζωής των γυναικών, το 23% σε σχέση με τα ήθη και έθιμα της περιοχής όπου ζουν και το 12% σε σχέση με την αυτοδιάθεση/την υπεράσπιση των δικαιωμάτων τους.

Πίνακας 17 ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ; N=100

		Ναι %	Όχι %
1.	Δεν έχω θετική άποψη	40,0	60,0
2.	Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης/ η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών	12,0	88,0
3.	Βιώματα συγγενών/φίλων	1,0	99,0
4.	Η συνθήκες της ζωής της γυναίκας (χωρίς στέγη, ξαφνικός χωρισμός, εφηβεία κλπ)	31,0	69,0
5.	Οι επιστημονικές μου γνώσεις	3,0	97,0
6.	Τα ήθη και έθιμα της περιοχής όπου ζω	23,0	77,0
7.	Το θρήσκευμα μου	1,0	99,0
8.	Δεν έχω άποψη	4,0	96,0
9.	Άλλο	4,0	96,0

Το 69% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως επηρεάζονται αρνητικά απέναντι στην άμβλωση σε σχέση με την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των εμβρύων, το 18% σε σχέση με τις επιστημονικές τους γνώσεις και το 17% για άλλους λόγους.

Πίνακας 18 ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ N=100

		Ναι %	Όχι %
1.	Δεν έχω αρνητική άποψη	5,0	95,0
2.	Βιώματα συγγενών/φίλων	3,0	97,0
3.	Οι επιστημονικές μου γνώσεις	18,0	82,0
4.	Η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των εμβρύων	69,0	31,0
5.	Τα ήθη και έθιμα της περιοχής όπου ζω	4,0	96,0
6.	Δεν έχω άποψη	0,0	0,0
7.	Άλλο	17,0	99,0

Στον πίνακα 19 το 52% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως λειτουργούν με ενσυναίσθηση σε μέτριο βαθμό (Καλά) κατά τη διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, το 26% σε πολύ μεγάλο βαθμό (Αρκετά Καλά) και το 11% σε μικρό βαθμό (Λίγο).

Πίνακας 19 ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΤΕ ΜΕ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ*; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	4	4,0	4,0	4,0
	Λίγο	11	11,0	11,0	15,0
	Καλά	52	52,0	52,0	67,0
	Αρκετά καλά	26	26,0	26,0	93,0
	Πολύ καλά	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

*Κατανόηση και αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων ακόμα και αν διαφωνούμε.

Τον πίνακα 20 το 66% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η επιθυμία τους να συμμετέχουν ή όχι σε διακοπή κύησης μπορεί να υποστηριχθεί στον χώρο εργασίας τους σε μέτριο βαθμό (Καλά), το 13% σε πολύ μεγάλο βαθμό (Αρκετά Καλά), το 8% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό (Πολύ Καλά) ενώ άλλο ένα ίδιο ποσοστό σε λίγο βαθμό (Λίγο).

Πίνακας 20 ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ Η ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ Ή ΟΧΙ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΧΘΕΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	5,0	5,0	5,0
	Λίγο	8	8,0	8,0	13,0
	Καλά	66	66,0	66,0	79,0
	Αρκετά καλά	13	13,0	13,0	92,0
	Πολύ καλά	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 21 το 78% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως εάν έχουν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού είναι ένας θετικός λόγος. Αντίστοιχο ποσοστό υποστηρίζει και την άποψη αν το κύημα προέρχεται από βιασμό, αιμομιξία ή αποπλάνηση ανηλίκου κοριτσιού. 52% θεωρούν πως αν η κύηση αφορά έφηβο κορίτσι είναι σημαντικός λόγος για διακοπή της κύησης, το 26% πως είναι θετικός λόγος η επιλογή της γυναίκας, το 24% θεωρούν πως ένας άλλος λόγος είναι η πρόκληση ηθικών και κοινωνικών βλαβών της γυναίκας και το 22% ένας θετικός και σημαντικός λόγος για διακοπή της κύησης να είναι επιλογή του ζευγαριού.

Πίνακας 21 ΠΟΙΑ ΑΠΟΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΧΟΥΝ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΘΕΤΙΚΟ ΛΟΓΟ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ; N=100

		Ναι %	Όχι %
1.	Εάν έχουν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού	78,0	22,0
2.	Εάν η κύηση προέρχεται από βιασμό αιμομιξία ή αποπλάνηση ανήλικου	78,0	22,0
3.	Εάν η παρούσα κύηση θα προκαλούσε ηθικές και κοινωνικές βλάβες στην γυναίκα	24,0	76,0
4.	Εάν η κύηση αφορά έφηβη	52,0	48,0
5.	Εάν είναι επιθυμία της ίδιας της γυναίκας	26,0	74,0
6.	Εάν είναι επιλογή του ζευγαριού	22,0	78,0
7.	Δεν έχω άποψη	1,0	99,0

Στον πίνακα 22 το 52% των ερωτηθέντων απάντησαν κατηγορηματικά όχι ότι δεν θεωρούν ότι υπάρχουν δομές που μπορούν να υποστηρίξουν γυναίκες πριν ή μετά από την διακοπή της κύησης ενώ το 42% απάντησε ότι δεν γνώριζε καμία δομή.

Πίνακας 22 ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΟΥΝ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΡΙΝ Ή ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ; N=100

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	1	1,0	1,0	1,0
	Όχι	52	52,0	52,0	53,0
	Δεν γνωρίζω	42	42,0	42,0	95,0
	Αν ΝΑΙ παρακαλώ αναφέρετε το όνομα της δομής.....	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Στον πίνακα 23 παρατηρείται ότι το 100% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως σε μια δομή που συσχετίζεται με την υποστήριξη των γυναικών για το διάστημα πριν ή μετά από την τεχνητή διακοπής κύησης, η απαραίτητη ειδικότητα είναι της μαίας. Ακολουθεί με 60% η ειδικότητα του/της γυναικολόγου, με 57% η ειδικότητα της/του ψυχολόγου, με 32% η ειδικότητα της/του νομικού, ενώ με μόλις 3% οι ειδικότητες εμβρυολόγου και

γενετιστή/τριας, αντίστοιχα. Ο πληθυσμός των ερωτηθέντων/θείσων που υποστήριξε πως όλες οι προαναφερθείσες ειδικότητες χρειάζεται να είναι παρούσες άγγιξε το 38%.

Πίνακας 23 ΣΕ ΜΙΑ ΔΟΜΗ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΠΡΙΝ Ή ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ, ΠΟΙΟΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΥΠΑΡΞΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΤΩΘΙ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝΟΥΝ

	Frequency
Μαία/της	100
Γυναικολόγος	60
Ψυχολόγος	57
Γενετιστής	3
Εμβρυολόγος	3
Νομικός	32
Όλα τα παραπάνω	38
Άλλο	0

Στον πίνακα 24 παρατηρείται ότι το 35% των ερωτηθέντων νιώθουν στεναχώρια όταν ενημερώνουν για τη διαδικασία της διακοπή κύησης, το 33% δεν νιώθουν κανένα συναίσθημα και το 15% νιώθουν ψυχική εξάντληση. Το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται μεταξύ θετικών συναισθημάτων όπως συμπόνια και κατανόηση αλλά και αρνητικών συναισθημάτων όπως απογοήτευση, θυμό/αγανάκτηση, άρνηση, απάθεια και κριτική.

Πίνακας 24 ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΔΙΑΚΑΤΕΧΕΙ ΟΤΑΝ ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΥΗΣΗΣ. N=100

	Ποσοστό %
Απάθεια	1,0
Απελπισία	0,0
Στεναχώρια	35,0
Κριτική	1,0
Θυμός / αγανάκτηση	8,0
Άρνηση	3,0
Απογοήτευση	11,0
Ψυχική εξάντληση	15,0
Συμπόνια	18,0
Κατανόηση	29,0
Άλλο	0,0
Τίποτα από τα παραπάνω	33,0

4.2 Επαγωγική Στατιστική

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των μαιών-μαιευτών της Κρήτης σε σχέση με τις γνώσεις περί της τεχνητής διακοπής της κύησης στην Ελλάδα (μεταβλητές 12 & 13) αλλά και των απόψεων γύρω από το θέμα (μεταβλητές 29-30), έπρεπε να ομαδοποιήσουμε πρώτα την συγκεκριμένη μεταβλητή. Στη συνέχεια, διενεργήθηκε σύγκριση μέσω των όρων με t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων. Από τον πίνακα που ακολουθεί, διαπιστώνεται πως δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα, καθώς $p > 0,05$. Αυτό σημαίνει ότι η οικογενειακή κατάσταση των μαιών-μαιευτών δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που να διαφοροποιεί τη γνώση ή μη επί της νομοθετικής ρύθμισης αναφορικά με την άμβλωση.

Προκειμένου να δούμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά την ηλικία των μαιών-μαιευτών της Κρήτης σε σχέση με τις γνώσεις περί της τεχνητής διακοπής της κύησης στην Ελλάδα (μεταβλητές 12 & 13) αλλά και των απόψεων γύρω από το θέμα (μεταβλητές 28-29), έπρεπε να ομαδοποιήσουμε πρώτα τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων όρων με ανάλυση διακύμανσης Anova. Από τον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ ηλικίας και ερώτησης 28 καθώς $\text{sig.} < 0,05$ και συγκεκριμένα $\text{sig.} = 0,004$.

Πίνακας 25. Σύγκριση Μέσων όρων με Independent Sample t-test

Οικογενειακή Κατάσταση		N	Mean	Std. Deviation	p
12. Σε ποιο βαθμό γνωρίζετε τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας αναφορικά με την άμβλωση (τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης);	Έγγαμος/η	71	3,51	,876	,394
	Άγαμος/Διαζευγμένος/Σε σχέση/Σύμφωνο	29	3,34	,814	
13. Σε ποιο επίπεδο γνωρίζετε το Χάρτη με τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου;	Έγγαμος/η	71	3,34	,827	,971
	Άγαμος/Διαζευγμένος/Σε σχέση/Σύμφωνο	29	3,34	,857	
28. Κατά τη διαχείριση	Έγγαμος/η	71	3,17	,894	,469

περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως λειτουργείτε με ενσυναίσθηση;	Άγαμος/Διαζευγμένος/Σε σχέση/Σύμφωνο	29	3,31	,850	
29. Σε ποιο βαθμό η επιθυμία σας να συμμετέχετε ή όχι σε διακοπή κύησης μπορεί να υποστηριχθεί από τον χώρο εργασίας σας;	Έγγαμος/η	71	3,04	,836	,215
	Άγαμος/Διαζευγμένος/Σε σχέση/Σύμφωνο	29	3,28	,882	

Αναλυτικότερα, προκύπτει πως οι ερωτηθέντες/θείσες ηλικίας 31-35 ετών εκτιμούν πως διαθέτουν ενσυναίσθηση κατά την διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης. Διαφορετική γνώμη φαίνεται να έχουν οι ερωτηθέντες/θείσες ηλικίας άνω των 51 ετών, οι οποίοι/ες θεωρούν πως έχουν μεγάλο περιθώριο βελτίωσης της ενσυναίσθησης στο υπό εξέταση ζήτημα.

Δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα με τις υπόλοιπες μεταβλητές καθώς $p > 0,05$.

Πίνακας 26. Σύγκριση μέσων όρων με Ανάλυση Διακύμανσης Anova

		N	Mean	Std. Deviation	p
12. Σε ποιο βαθμό γνωρίζετε τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας αναφορικά με την άμβλωση (τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης);	20-30	17	3,29	,849	0,513
	31-35	12	3,58	,900	
	36-40	32	3,41	,560	
	41-50	20	3,35	,587	
	51+	19	3,74	1,368	
	Total	100	3,46	,858	
13. Σε ποιο επίπεδο γνωρίζετε το Χάρτη με τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου;	20-30	17	3,41	,795	0,989
	31-35	12	3,42	,793	
	36-40	32	3,31	,644	
	41-50	20	3,30	,657	
	51+	19	3,32	1,293	
	Total	100	3,34	,831	
28. Κατά τη διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως λειτουργείτε με	20-30	17	3,24	,752	0,004
	31-35	12	4,00	,853	
	36-40	32	3,00	,508	

ενσυναίσθηση;	41-50	20	3,35	,745	
	51+	19	2,89	1,286	
	Total	100	3,21	,880	
29. Σε ποιο βαθμό η επιθυμία σας να συμμετέχετε ή όχι σε διακοπή κύησης μπορεί να υποστηριχθεί από τον χώρο εργασίας σας;	20-30	17	3,06	,899	0,857
	31-35	12	3,08	,900	
	36-40	32	3,25	,568	
	41-50	20	3,00	,795	
	51+	19	3,05	1,224	
	Total	100	3,11	,852	

Προκειμένου να δούμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά την προϋπηρεσία των μαιών/τών της Κρήτης σε σχέση με τις γνώσεις τους περί της διαδικασίας της τεχνητής διακοπής της κύησης στην Ελλάδα (μεταβλητές 12 & 13) αλλά και των απόψεων γύρω από το θέμα (μεταβλητές 28-29), έπρεπε να ομαδοποιήσουμε την συγκεκριμένη μεταβλητή. Στη συνέχεια κάναμε σύγκριση μέσω των όρων με Independent samplet-test. Από τον πίνακα που ακολουθεί, βλέπουμε ότι προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ προϋπηρεσίας και ερώτησης 28 καθώς $\text{sig.} < 0,05$ και συγκεκριμένα $\text{sig.} = 0,030$.

Πιο αναλυτικά, από τον πίνακα 27 που ακολουθεί φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες με προϋπηρεσία στην μαιευτική μικρότερη των 5 ετών συγκέντρωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο από τους ερωτηθέντες με μεγαλύτερη προϋπηρεσία σε ότι αφορά τον βαθμό ενσυναίσθησης σε θέματα διακοπής κύησης. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι οι μαιές/μαιευτές με μικρότερη προϋπηρεσία θεωρούν πως έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης σε σύγκριση με τις μαιές/μαιευτές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, με πιθανότητα λάθους μικρότερη του 0,03% όπως αποδεικνύεται από το p-value. Δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα με τις υπόλοιπες μεταβλητές καθώς $p > 0,05$ με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η προϋπηρεσία επηρεάζει τον βαθμό γνώσεων της νομοθετικής ρύθμισης σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης καθώς και την γνώση πάνω στο χάρτη των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Πίνακας 27. Σύγκριση Μέσων όρων με Independent Sample t-test

Προϋπηρεσία		N	Mean	Std. Deviation	p
12. Σε ποιο βαθμό γνωρίζετε τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας αναφορικά με την άμβλωση (τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης)	<5 έτη	50	3,30	,647	0,062
	>5 έτη	50	3,62	1,008	
13. Σε ποιο επίπεδο γνωρίζετε το Χάρτη με τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου;	<5 έτη	50	3,28	,640	0,474
	>5 έτη	50	3,40	,990	
28. Κατά τη διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως λειτουργείτε με ενσυναίσθηση;	<5 έτη	50	3,40	,639	0,030
	>5 έτη	50	3,02	1,040	
29. Σε ποιο βαθμό η επιθυμία σας να συμμετέχετε ή όχι σε διακοπή κύησης μπορεί να υποστηριχθεί από τον χώρο εργασίας σας;	<5 έτη	50	3,06	,550	0,560
	>5 έτη	50	3,16	1,076	

4.3 Παρατηρήσεις επί των αποτελεσμάτων

Κάτωθι, επιχειρείται ερμηνεία των αποτελεσμάτων των στατιστικά σημαντικών δεδομένων, όπως προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια, σε συνάρτηση με τα δηλωμένα έτη προϋπηρεσίας. Οι συνδέσεις που τίθενται υπό μελέτη είναι η προϋπηρεσία και οι γνώσεις των μαιών/μαιευτών. Συγκεκριμένα, πώς σχετίζεται η προϋπηρεσία με τις γνώσεις των μαιών/των ως προς τις γνώσεις τους σχετικά με το διάστημα κύησης, κατά το οποίο επιτρέπεται βάση νομοθετικού πλαισίου να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης (ερώτηση 14), σχετικά με την ηλικία της κύησης και το δικαίωμα τερματισμού της κύησης βάση νομοθεσίας όταν υπάρχει διάγνωση παθολογικών περιπτώσεων (ερώτηση 16).

4.3.1 Συσχέτιση γνώσεων της νομοθεσίας μαιών/των με την προϋπηρεσία τους – ερώτηση 14

Προκειμένου να δούμε γενικά τις γνώσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το τι ισχύει νομοθετικά σε σχέση με τη διακοπή της κύησης σε συνάρτηση με τα έτη προϋπηρεσίας τους, κάναμε διασταύρωση δεδομένων με την βοήθεια των διπλών πινάκων και ελέγξαμε την περίπτωση στατιστικής σημαντικότητας με το χ^2 .

Από τον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται ότι τόσο οι μαίες/μαιευτές με μικρότερη όσο και εκείνοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, γνωρίζουν πως βάσει νομοθετικού πλαισίου στην χώρα μας επιτρέπεται η τεχνητή διακοπή της κύησης χωρίς ιατρική ένδειξη, όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης. Δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα στην περίπτωση αυτή (ερώτηση 14.1).

Σε ό,τι αφορά εάν επιτρέπεται βάσει νομοθετικού πλαισίου να γίνει τεχνητή διακοπή της κύησης όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν παρέλθει 19 εβδομάδες κύησης, η άποψη των περισσότερων μαιών/μαιευτών με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών δήλωσαν πως δεν επιτρέπεται. Αυτή η διαφορά στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντική με πιθανότητα λάθος της τάξης του 0,002% (p -value=0,002) γεγονός που αποδεικνύει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας επαρκούν για να διαφοροποιήσουν την επάρκεια των γνώσεων των μαιών/των ως προς το παραπάνω ερώτημα.

Όσον αφορά στο ερώτημα εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή της κύησης βάσει νόμου, λόγω ενδείξεων σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού, η άποψη των περισσότερων μαιών/μαιευτών με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών δήλωσαν πως δεν επιτρέπεται. Όπως και στο προηγούμενο ερώτημα η διαφορά στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντική με πιθανότητα λάθος της τάξης του 0,009% (p -value=0,009) γεγονός που αποδεικνύει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας επαρκούν για να διαφοροποιήσουν την επάρκεια των γνώσεων των μαιών ως προς την διακοπή της κύησης έως 24 εβδομάδες λόγω παθολογίας του εμβρύου.

Στην ερώτηση εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης όταν διαπιστωθεί πως με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα στην περίπτωση αυτή (ερώτηση 14.4).

Σε ό,τι αφορά εάν υπήρχαν μαίες/μαιευτές που δεν γνώριζαν την απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση, υπήρξε ένα άτομο με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών και 3

άτομα με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών που δεν γνώριζαν την απάντηση (ερώτηση 14.5).

Πίνακας 28. Ερώτηση 14 - Διασταύρωση δεδομένων με χ^2

Βάσει νομοθετικού πλαισίου της χώρας μας η τεχνητή διακοπή της κύησης επιτρέπεται		Προϋπηρεσία		Total	P
		<5 έτη	>5 έτη		
14.1 Χωρίς ιατρική ένδειξη, όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης	Ναι	43	38	81	0,202
	Όχι	7	12	19	
Total		50	50	100	
14.2 Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν παρέλθει 19 εβδομάδες κύησης	Ναι	39	24	63	0,002
	Όχι	11	26	37	
Total		50	50	100	
14.3 Όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας, εφόσον βέβαια αυτό βεβαιώνεται και από τον αρμόδιο ιατρό	Ναι	28	15	43	0,009
	Όχι	22	35	57	
Total		50	50	100	
14.4 Όταν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού	Ναι	2	3	5	0,646
	Όχι	48	47	95	
Total		50	50	100	
14.5 Δεν γνωρίζω	Ναι	1	3	4	0,307
	Όχι	49	47	96	
Total		50	50	100	

4.3.2 Συσχέτιση νομικών γνώσεων των μαιών/των με την προϋπηρεσία τους – ερώτηση 16

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οι μαιές και οι μαιευτές έπρεπε να απαντήσουν στο ερώτημα: εάν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού, έως ποια εβδομάδα κύησης η γυναίκα έχει δικαίωμα βάσει νομοθεσίας να αποφασίσει τη διακοπή της κύησης;

Με βάση τον παρακάτω πίνακα για την απάντηση «έως τη 12^ηεβδομάδα», η άποψη των περισσότερων μαιών/μαιευτών με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών ήταν ότι έχει το δικαίωμα, ενώ οι περισσότεροι με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών δήλωσαν το αντίθετο. Αυτή η διαφορά στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντική με πιθανότητα λάθους της τάξης $< 0,05\%$ ($p\text{-value}=0,05$) γεγονός που αποδεικνύει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας επαρκούν για να διαφοροποιήσουν την επάρκεια των γνώσεων των μαιών ως προς το παραπάνω ερώτημα.

Στην ερώτηση εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης έως την 19^ηεβδομάδα, τόσο οι μαιές/μαιευτές με μικρότερη όσο και εκείνοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, συμφώνησαν ότι δεν έχει το δικαίωμα βάση νομοθεσίας να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης με αποτέλεσμα να μην προκύπτει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στην περίπτωση αυτή (ερώτηση 16.3).

Σε ό,τι αφορά εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή της κύησης βάσει παθολογικών περιπτώσεων του εμβρύου σε κύηση έως την 24^ηεβδομάδα, τα περισσότερα άτομα με προϋπηρεσία άνω των 5ετών απάντησαν αρνητικά. Δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα στην περίπτωση αυτή (ερώτηση 16.4).

Για το δικαίωμα να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης σε όλη τη διάρκεια της κύησης βάσει παθολογικών περιπτώσεων του εμβρύου βλέπουμε ότι τόσο οι μαιές/μαιευτές με μικρότερη όσο και εκείνοι με μεγαλύτερη προϋπηρεσία, συμφώνησαν ότι δεν επιτρέπεται. Δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα στην περίπτωση αυτή (ερώτηση 16.5).

Όσον αφορά το εάν υπήρχαν μαιές/μαιευτές που δεν γνώριζαν την απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση, υπήρξαν 2 άτομα με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών που δεν γνώριζαν την απάντηση (ερώτηση 16.6).

Πίνακας 5. Ερώτηση 16 - Διασταύρωση δεδομένων με χ^2

Εάν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού η γυναίκα έχει δικαίωμα βάση νομοθεσίας να αποφασίσει τη διακοπή της κύησης		Προϋπηρεσία		Total	p
		<5 έτη	>5 έτη		
16.1 έως τη 12 ^η εβδομάδα;	Ναι	26	8	34	0,000
	Όχι	24	42	66	
Total		50	50	100	
16.2 έως τη 19 ^η εβδομάδα;	Ναι	5	4	9	0,727
	Όχι	45	46	91	
Total		50	50	100	
16.3 έως τη 24 ^η εβδομάδα;	Ναι	32	24	56	0,107
	Όχι	18	26	44	
Total		50	50	100	
16.4 σε όλη τη διάρκεια της κύησης	Ναι	11	14	25	0,488
	Όχι	39	36	75	
Total		50	50	100	
16.5 Δεν γνωρίζω	Ναι	0	2	2	0,153
	Όχι	50	48	98	
Total		50	50	100	

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Σύγκριση της παρούσας έρευνας με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού

Η υποστήριξη των γυναικών που επιθυμούν να διακόψουν την κύηση, καθώς λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες σε ολιστική και evidence-based πληροφόρηση, αποτελεί σημείο-κλειδί του ρόλου της μαιίας ή του μαιευτή (Sandall, 2012).

Στην παρούσα έρευνα ένα μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων εξέφρασε ότι οι λόγοι που θα τις/τους οδηγούσαν στην άρνηση συμμετοχής σε διαδικασίες διακοπής κύησης ήταν ηθικής φύσεως με ποσοστό 49%. Σε συστηματική ανασκόπηση από το 2000 έως το 2016 των δεδομένων από επιστημονικά άρθρα και περιοδικά σχετικά με την άρνηση συμμετοχής των μαιών σε τεχνητή διακοπή κύησης το 58% των δεδομένων που συλλεχθήκαν ήταν ηθικοί λόγοι. (Fleming et al., 2018)

Επίσης έγινε προσπάθεια ερμηνείας των προσδιοριστικών παραγόντων (οικογενειακή κατάσταση, ηλικία και χρόνια προϋπηρεσίας) που πιθανόν να διαφοροποιούν το επίπεδο γνώσεων των μαιών/μαιευτών πάνω στη νομοθεσία των αμβλώσεων, καθώς και των παραγόντων εκείνων που πιθανώς διαφοροποιούν την ενσυναίσθηση και την ευαισθησία τους για αυτό το ζήτημα.

Συμπεραίνεται επομένως, ότι η οικογενειακή κατάσταση των μαιών-μαιευτών δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που να διαφοροποιεί τη γνώση ή μη επί της νομοθετικής ρύθμισης αναφορικά με την άμβλωση και τη γνώση επί του χάρτη των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων του ανθρώπου ($p\text{-value} > 0.05$)

Όσον αφορά στην ενσυναίσθηση παρατηρήθηκε ότι οι ερωτηθέντες ηλικίας άνω των 51 ετών πιστεύουν ότι δεν διαθέτουν ικανοποιητικό βαθμό ενσυναίσθησης σε θέματα διαχείρισης περιστατικών διακοπής κύησης, σε αντίθεση με την ηλικιακή ομάδα 31 έως 35 ετών που υποστηρίζουν το αντίθετο. Συνεπώς η ηλικία αποτελεί ικανό παράγοντα για να προκύψει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα και συγκεκριμένα με πιθανότητα λάθους της τάξης του 0,004%.

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα έτη προϋπηρεσίας ως παράγοντα διαφοροποίησης της ύπαρξης ενσυναίσθησης από τους συναδέλφους παρατηρούμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με πιθανότητα λάθους $< 0,05\%$ με την ομάδα με > 5 έτη προϋπηρεσίας να θεωρεί ότι δεν έχουν ικανοποιητικό βαθμό ενσυναίσθησης σε αντίθεση με την ομάδα με < 5 έτη προϋπηρεσίας που υποστηρίζει το αντίθετο.

Το συγκεκριμένο πόρισμα έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη που διεξήχθη στις Βόρειες και Δυτικές επαρχίες της Νότιας Αφρικής το διάστημα 2014-2015, όπου διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας (μαίες/μαιευτές) με εργασιακή εμπειρία μεγαλύτερη των δύο χρόνων είχαν συγκεντρώσει μικρότερα ποσοστά ενσυναίσθησης σε σχέση με τις μαίες/μαιευτές με λιγότερη προϋπηρεσία, αποδίδοντας αυτήν την διαπίστωση στην εργασιακή εξουθένωση που απορρέει από τμήματα παροχής τεχνητής διακοπής της κύησης (Teffo et al., 2018).

Για το εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης βάσει παθολογικών περιπτώσεων του εμβρύου σε κύηση πάνω από τη 12^η εβδομάδα, η άποψη των περισσότερων μαιών/μαιευτών με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών ήταν ότι επιτρέπεται, ενώ οι περισσότεροι με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών δήλωσαν πως δεν επιτρέπεται. Αυτή η διαφορά στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντική με πιθανότητα λάθος της τάξης $< 0,05\%$ ($p\text{-value}=0,05$) γεγονός που αποδεικνύει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας επαρκούν για να διαφοροποιήσουν την επάρκεια των γνώσεων των μαιών/τών ως προς το παραπάνω ερώτημα. Παράλληλα, στο ίδιο ερώτημα με όριο τις 24 εβδομάδες κύησης που αποτελεί το ορθό όριο για την άμβλωση επί παθολογικών περιπτώσεων του εμβρύου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Στο συγκεκριμένο ερώτημα διαπιστώθηκε $p\text{-value}=0,107$ που υπερβαίνει το αποδεκτό όριο του τυχαίου σφάλματος $0,05\%$.

Τονίζουμε λοιπόν ότι οι μαίες και οι μαιευτές με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών διαθέτουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεγαλύτερη επάρκεια γνώσεων για τη διακοπή της κύησης λόγω παθολογίας του εμβρύου.

Στην ερώτηση που αφορά εάν επιτρέπεται να γίνει τεχνητή διακοπή κύησης λόγω αυτοδιάθεσης της εγκύου σε κύηση έως τη 12^η εβδομάδα, η άποψη των περισσότερων μαιών/μαιευτών με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 5 ετών ήταν ότι επιτρέπεται, ενώ οι περισσότεροι με προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών δήλωσαν πως δεν επιτρέπεται. Αυτή η διαφορά στις απαντήσεις είναι στατιστικά σημαντική με πιθανότητα λάθος της τάξης $<0,05\%$ ($p\text{-value}=0,05$) γεγονός που αποδεικνύει ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας επαρκούν για να διαφοροποιήσουν την επάρκεια των γνώσεων των μαιών ως προς το παραπάνω ερώτημα.

Από τα παραπάνω ευρήματα απορρέει το συμπέρασμα του ανεπαρκούς επιπέδου γνώσεων που μπορεί να έχουν οι μαίες/μαιευτές σχετικά με το νομικό πλαίσιο διακοπής κύησης, όπου έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα έρευνας με σχετικό θέμα όπου το

73% του συνόλου των ερωτηθέντων είχαν ίσως ανεπαρκές επίπεδο γνώσεως περί του θέματος (Narges et al., 2016).

5.2.Συζήτηση

Σε βιβλιογραφικό επίπεδο, παρά την πολυετή επιστημονική πρόοδο, η μη ασφαλής άμβλωση εξακολουθεί να είναι η αιτία σημαντικής μητρικής θνησιμότητας (WHO, 2012). Οι σύγχρονες μέθοδοι άμβλώσεων είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς, αλλά οι γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση σε θεραπεία όταν χρειάζεται και πιθανόν να μην παραπέμπονται σε ειδικά κέντρα ασφαλούς παροχής υπηρεσιών που αφορούν διακοπή κύησης. Για τον λόγο αυτό τις τελευταίες δεκαετίες η επιστημονική κοινότητα έχει αναπτύξει νέες μεθόδους ιατρικών άμβλώσεων με στόχο να γεφυρώσουν το χάσμα πρόσβασης. Από την αρχή του χρόνου, οι μαίες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των ατομικών και κοινωνικών αλλαγών, παρέχοντας φροντίδα και υποστήριξη σε έφηβα κορίτσια και γυναίκες σε κάθε στάδιο της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των αποφάσεών τους για το αν θα έχουν παιδιά και, αν ναι, πόσα. Οι μαίες και οι μαιευτές είναι συχνά οι πρωταρχικοί πάροχοι μαιευτικής φροντίδας όχι μόνο για τις γυναίκες με φυσιολογική εγκυμοσύνη και κατά τον τοκετό, αλλά και για εκείνες που αντιμετωπίζουν επιπλοκές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, συμπεριλαμβανομένης της άμβλωσης.

Παρά τις δεκαετίες προσπαθειών για τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας, υπολογίζεται ότι σχεδόν 300.000 γυναίκες χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο λόγω επιπλοκών που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, περίπου το 8% αυτών των θανάτων προκαλούνται από μη ασφαλείς άμβλώσεις. Αυτό το ποσοστό των μητρικών θανάτων μπορεί εύκολα να προληφθεί με τη χρήση αντισύλληψης και ολοκληρωμένης μαιευτικής φροντίδας για τις άμβλώσεις, αλλά η πρόοδος στη μείωση αυτών των θανάτων είναι αργή.

Το πλαίσιο παροχής μαιευτικής φροντίδας για την άμβλωση είναι ένας σημαντικά καθοριστικός παράγοντας για την πρόσβαση σε οργανωμένες δομές παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα που απορρέουν από τις έρευνες είναι η σπουδαιότητα της ύπαρξης ισορροπίας μεταξύ των συστημάτων υγείας και πολιτικών υγείας της εκάστοτε χώρας, δημιουργώντας έτσι δομές υγείας προσβάσιμες. Οι μαίες/τες παγκοσμίως αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις όταν παρέχουν φροντίδα για τις άμβλώσεις. Οι

κατευθυντήριες γραμμές που στοχεύουν στην υποστήριξη της εφαρμογής της πολιτικής θα πρέπει να εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο η άμβλωση επηρεάζει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να προτείνουν κατάλληλα μέτρα για τη μείωση αυτών και άλλων φραγμών. Θα πρέπει να ενισχυθούν οι τεχνικές και ηθικές ικανότητες των μαιών/τών για την παροχή αμβλώσεων.

Από την έρευνα που διεξήχθη για τις στάσεις των μαιών/μαιευτών, τα δεδομένα που απορρέουν, αν και δεν μπορούν απαραίτητα να γενικευθούν, καταδεικνύουν ότι οι στάση που κρατούν οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζει και την πρόθεσή τους ως προς την παροχή αμβλώσεων. Καταλήγουμε βάσει αυτού του αποτελέσματος στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητο οι μαιές και οι μαιευτές να εκπαιδεύονται στις κλινικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την φροντίδα των γυναικών που θα πραγματοποιήσουν διακοπή κύησης και να ενημερώνονται για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που σχετίζονται με αυτές τις διαδικασίες. Η αύξηση της γνώσης και η βελτίωση των στάσεων είναι μια συνεχής διαδικασία και η συνεχής εκπαίδευση αυτών είναι επίσης σημαντική στην παροχή μαιευτικής φροντίδας.

Προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση σε ασφαλή φροντίδα για τις αμβλώσεις, είναι απαραίτητο να αυξηθεί η αντικειμενική, επικαιροποιημένη, συνεχής και ενδεδειγμένη ενημέρωση των γυναικών από τις δομές υγείας μέσω προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Περαιτέρω επέκταση της βάσης παρόχων για ασφαλή τεχνητή διακοπή κύησης μέσω της συμπερίληψης εκπαιδευμένων ιατρών ή υγειονομικού προσωπικού.

Η μη ασφαλείς αμβλώσεις είναι μία από τις πέντε κύριες αιτίες μητρικής θνησιμότητας. Παγκόσμιοι, έτσι εθνικοί φορείς έχουν θέσει στόχους και οδηγίες για τη μείωση της υψηλής μητρικής θνησιμότητας (International Confederation of Midwives, 2014).

Ο ρόλος των μαιών/των στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι πολύπλευρος. Η πληροφόρηση που παρέχεται στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι κεραιάς σημασίας. Τόσο η συμβουλευτική στην ανάδειξη των επιλογών αντισύλληψης αλλά και η εν γένει χάραξη στρατηγικής των πολιτικών σεξουαλικής αναπαραγωγικής υγείας της κοινότητας βοηθά στην αντιμετώπιση των ζητημάτων της άμβλωσης. Παράλληλα η δια βίου μάθηση των Μαιών/των σε θέματα διαχείρισης των αμβλώσεων είναι σημαντικό εφόδιο για την αναγνώριση της πρώιμης ψυχολογικής υποστήριξης όχι μόνο των γυναικών αλλά και του περιβάλλοντος της. Η Μαιευτική ως επάγγελμα πρέπει να είναι ακλόνητη ως προς τη θεμελιώδη υποστήριξή της για την αυτοδιάθεση του σώματος των γυναικών, την

πρόσβαση στη φροντίδα που βασίζεται σε επιστημονικά επικαιροποιημένα στοιχεία και το δικαίωμα των γυναικών να επιλέξουν τον πάροχο υγειονομικής φροντίδας. Το μοντέλο της μαιευτικής περίθαλψης πρέπει να συμβάλλει στην ενδυνάμωση των γυναικών και στην ολιστική υγειονομική περίθαλψή τους και στη βελτίωση της ευρύτερης ζωής τους η οποία να υποστηρίζει την ολοκληρωμένη φροντίδα και την παροχή ασφαλών αμβλώσεων.

5.3. Προβληματισμοί και περιορισμοί

Ένα σημαντικό θετικό στοιχείο της παρούσας έρευνας αφορά στο δείγμα, που προέρχεται από όλο το γεωγραφικό εύρος της Κρήτης, προσφέροντας ολοκληρωμένη και σφαιρική άποψη σχετικά με τις στάσεις των μαιών/των του νησιού και ενισχύοντας την εγκυρότητα των συμπερασμάτων. Στα θετικά στοιχεία της παρούσας εργασίας προσμετράτε και το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και δραστηριοποιούνται ενεργά στον χώρο της επαγγελματικής μαιευτικής φροντίδας, γεγονός που ενισχύει τη βαρύτητα της αποτύπωσης των στάσεων των μαιών/των. Παράλληλα αξίζει να αναφερθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν μαιές, γεγονός που δεν μας αφήνει να γενικεύσουμε το αποτέλεσμα της μελέτης σε λοιπές ομάδες επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται άμεσα με την διακοπή της κύησης.

Καθώς προσεγγίζει κανείς ερμηνευτικά τα στοιχεία που προέκυψαν από την αποδελτίωση των ερωτηματολογίων αλλά και από τη στατιστική τους ανάλυση, προκύπτει το συμπέρασμα πως οι μαιές/μαιευτές που συμμετείχαν αναγνωρίζουν τόσο την ανάγκη έκφρασης της ενσυναίσθησης, όσο και την άποψη πως συνδέεται με την προϋπηρεσία. Αναγνωρίζουν έτσι, την ενσυναίσθηση ως δεξιότητα που καλλιεργείται, γεγονός που υποστηρίζεται από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία (Calabrese et al., 2013; Cunico et al., 2012; Price & Archbold, 1997).

Ακόμη ένα θετικό στοιχείο που προκύπτει είναι πως οι μαιές/μαιευτές εμφάνισαν αρκετά καλή γνώση του καθηκοντολογίου του ρόλου τους, γεγονός που μάλλον συνδέεται με τον ενεργό επαγγελματικό ρόλο που κατείχαν πολλοί/ές από αυτούς/ες. Τέλος, οι περισσότερες μαιές/μαιευτές είχαν συμμετάσχει σε διαδικασία τεχνητής διακοπής κύησης και είχαν φροντίσει, ακόμη και γυναίκα που γνώριζαν προσωπικά, μετά από τέτοια επέμβαση και είχαν προσφέρει υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας και Οικογενειακού Προγραμματισμού με θέμα την τεχνητή διακοπή κύησης. Το τελευταίο σημείο προσφέρει

ακόμη μεγαλύτερο ειδικό βάρος στις απαντήσεις τους, εφόσον δεν ήταν στην πλειοψηφία τους θεωρητικές αλλά μετά από άμεση τριβή με το αντικείμενο μελέτης της εργασίας.

Ωστόσο, τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα οδηγούν σε συγκεκριμένους προβληματισμούς. Αρχικά, προβληματίζει το γεγονός της μεγάλης ετερογένειας που επέδειξαν τα υποκείμενα στο μέρος του ερωτηματολογίου που στόχευε στην καταγραφή των γνώσεών τους επί της νομοθετικής διάστασης. Η ανομοιογένεια, όπως αποτυπώθηκε, αφορά τόσο στη γνώση για το νόμιμο όριο ηλικίας της κύησης, όταν πρόκειται να διακοπεί τεχνητά, στους λόγους που αναγνωρίζει ως ικανούς το κράτος και η ελληνική νομοθεσία, στις παθολογικές περιπτώσεις, εν τη υπέρχει των οποίων επιτρέπεται η τεχνητή διακοπή κύησης και του νόμιμου ορίου ηλικίας της.

Από τα στοιχεία της έρευνας, προκύπτουν ακόμη ορισμένες αντιφάσεις των γνώσεων, στάσεων και απόψεων των μαιών/των που συμμετείχαν. Πιο συγκεκριμένα, οι θετικές στάσεις που φαίνεται να διατηρεί ένα μέρος των μαιών/των φαίνεται πως επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών και τις συνθήκες ζωής τους. Εξίσου, οι αρνητικές στάσεις αιτιολογήθηκαν κατά πλειοψηφία με βάση την υπεράσπιση των δικαιωμάτων της γυναίκας. Η επόμενη αντίφαση αφορά στη δήλωση των μαιών/των κατά ποσοστό 70% πως έχουν συμμετάσχει σε διαδικασία τεχνητής διακοπής, αλλά το 50% έχει αρνηθεί να συνδράμει για λόγους ηθικούς ή μη συμφωνίας, στάση που υποστηρίζεται από τον χώρο εργασίας τους στο μεγαλύτερο ποσοστό. Ερμηνευτικά, η προαναφερθείσα αντίφαση πιθανώς αντικατοπτρίζει την απροθυμία όσων έχουν συμμετάσχει να το επαναλάβουν, φαινόμενο που απαντάται και στη βιβλιογραφία (Fleming et al, 2018).

Ως συχνότερες αιτίες τεχνητής διακοπής της κύησης, σύμφωνα με την εργασιακή τους εμπειρία, οι μαιές/τές που συμμετείχαν στην έρευνα ορίζουν αρχικά πως σε ποσοστό 50% πραγματοποιούνται λόγω ίδιας βούλησης της εγκύου. Σε ποσοστό 25%, οι μαιές/τές αναφέρουν πως συναντούν ως αίτιο τεχνητής διακοπής της κύησης συχνότερα διάφορες παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου που δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την βιωσιμότητα του. Σε χαμηλά ποσοστά, οι μαιές/τές αναφέρουν πως οι συχνότερες αιτίες που έχουν συναντήσει, με βάση την εργασιακή εμπειρία τους, είναι αν έχει διαγνωσθεί το έμβρυο με κάποιου είδους πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο (10%), αν έμβρυο πολύδυμης κύησης διαγιγνώσκεται με βαριά πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο (6%) και αν η κύηση προέρχεται από βιασμό ή αιμομιξία ή αποπλάνηση ανηλίκου (6%).

Σχεδόν το 50% των ατόμων που συμμετείχαν δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν κάποια δομή που μπορούν να υποστηρίξουν γυναίκες πριν ή μετά από την διακοπή της κύησης, αν

και όλα τα άτομα είχαν διαμορφωμένη άποψη των ειδικοτήτων που θα έπρεπε να την απαρτίζουν. Αυτό, σκιαγραφεί ένα μεγάλο κενό είτε στις δομές Οικογενειακού Προγραμματισμού που υπάρχουν στην περιφέρεια της Κρήτης είτε στην ενημέρωση των μαιών/των για αυτές. Δεδομένου, μάλιστα, πως η συντριπτική πλειονότητα θα προσπαθούσε να αποτρέψει μία τεχνητή διακοπή κύησης, διαφαίνεται μία τάση παραβίασης των Κανονισμών περί Μαιευτικής και Νοσηλευτικής (2012).

Τέλος, το 33% των ατόμων που συμμετείχαν με την ιδιότητα της μαιάς ή του μαιευτή στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, δήλωσε πως δεν νιώθει κανένα συναίσθημα κατά τη διαδικασία ενημέρωσης για τεχνητή διακοπή κύησης, φανερώνοντας πιθανή έλλειψη ενσυναίσθησης ή σύνδεσης με τα άτομα που νοσηλεύονται.

5.4. Προτάσεις πρακτικής εφαρμογής

Όπως απορρέει από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αλλά και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι πολύ σημαντικό να καταγράφεται, ενισχύεται και καλλιεργείται η ενσυναίσθηση των μαιών/των κατά τη συμμετοχή και φροντίδα γυναικών κατά τη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, όπου είναι απαραίτητη τόσο η συμπόνια, όσο και η ενσυναίσθηση.

Από τα εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την ενσυναίσθηση, το πιο ευρέως διαδεδομένο είναι το Jefferson Scale Of Physician Empathy (JSPE), το οποίο χρησιμοποιείται από ιατρούς, φοιτητές/τριες ιατρικής και άλλους/ες επαγγελματίες υγείας (Charitouetal., 2019). Μόλις πρόσφατα, αναπτύχθηκε κλίμακα αποτύπωσης και μέτρησης της ενσυναίσθησης προσανατολισμένη συγκεκριμένα στις μαιές και τους μαιευτές (Vivilaki, Fifli & Charitou, 2016), η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πολύτιμο εργαλείο στον επαγγελματικό χώρο της μαιευτικής φροντίδας και της ενδυνάμωσης της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης. Μαζί με τα εργαλεία αυτά είναι αναγκαίο οι δομές υγείας που διενεργούν διακοπές κύησης να δημιουργήσουν ομάδες επαγγελματιών υγείας που θα εκπαιδεύονται από διεπιστημονική ομάδα ειδικών, ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες καλύτερης επικοινωνίας με τις γυναίκες που περιθάλπουν και να βελτιώσουν την ενσυναίσθηση τους με βιωματικό τρόπο. Επίσης κρίνεται σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των μαιών και των μαιευτών που ασκούν μαιευτικό έργο στα περιστατικά τεχνητής διακοπής της κύησης από εξειδικευμένους επαγγελματίες στον τομέα αυτό.

Καίριο ρόλο διατηρεί και η γνώση των ατόμων για την αξία του Οικογενειακού Προγραμματισμού, τόσο από πλευράς περιεχομένου του όσο και από μεριάς αναπόσπαστης σύνδεσής του με τον επαγγελματικό ρόλο των μαιών/τών. Όπως διαφάνηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας, οι μαιές/τές απαιτείται να ενημερωθούν εις βάθος σχετικά και να ενδυναμωθούν ώστε να το συμπεριλάβουν στην επαγγελματική πρακτική τους. Ειδικά από τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από την παρούσα εργασία, το κενό στην πληροφόρηση περί Οικογενειακού Προγραμματισμού αντανακλάται στην απουσία γνώσης της συντριπτική πλειοψηφίας των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο περί δομών που μπορούν να υποστηρίξουν τη γυναίκα πριν και μετά την τεχνητή διακοπή κύησης.

5.5. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Σε πρόσφατη έρευνα των Myerscough και Briscoe (2020), ελάχιστο ποσοστό φοιτητριών και φοιτητών Μαιευτικής, της τάξης του 2,25%, εξέφρασε πως ένιωθε προετοιμασμένο να διαχειριστεί μία τεχνητή διακοπή κύησης, σε σχέση με τα μαθησιακά παραγόμενα. Οι μελέτες επί ελληνικού πληθυσμού είναι δυσεύρετες αλλά αναγκαίες, προκειμένου να αξιολογηθεί η ετοιμότητα των πτυχιούχων μαιών/των σε σχέση με την ετοιμότητά τους να μετέχουν σε διαδικασία τεχνητής διακοπής κύησης και να συνδράμουν με φροντίδα και σεβασμό. Τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών θα στοιχειοθετήσουν σχέδιο δράσης από πλευράς θεσμικών αλλαγών αλλά και τα υπάρχοντα προγράμματα σπουδών.

Απαιτείται, επίσης, επέκταση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας εργασίας σε μεγαλύτερο πληθυσμό σε όλη την ελληνική επικράτεια ώστε να αποτυπωθούν οι στάσεις των μαιών/των απέναντι στην τεχνητή διακοπή κύησης, αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό, στο σκέλος της τεχνητής διακοπής κύησης και να διαμορφώσουν αντίστοιχες στρατηγικές κατάρτισης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, ενδυνάμωσης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Adams, R. (2012). Clinical empathy: A discussion on its benefits for practitioners, students of medicine and patients. *Journal of Herbal Medicine*, 2(2), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.hermed.2012.04.004>

Afhami, N., Bahadoran, P., Taleghani, H. R., & Nekuei, N. (2016). The knowledge and attitudes of midwives regarding legal and religious commandments on induced abortion and their relationship with some demographic characteristics. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(2), 177–182. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.178244>

Airth-Kindree, N, M, M., & Kirkhorn, L, C. (2016). Ethical Grand Rounds: Teaching Ethics at the Point of Care. *Nursing Education Perspectives*, 37(1), 48-50. doi: 10.5480/13-1128

Albertyn, R. M. (2010). Increased accountability through monitoring empowerment programmes. *Journal of Dietetics and Home Economics*, 33(1). <https://doi.org/10.4314/jfec.v33i1.52863>

Anjum Z. K. (2000). Termination of early pregnancy with a reduced oral dose of mifepristone and vaginal misoprostol. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 90(9), 889–891.

Basic and Ongoing Education for Midwives (2018). International Confederation of Midwives. Retrieved 20 Ιουλίου, 2022 from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/basic-and-ongoing-education-for-midwives-eng.pdf>

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>

Bizjak, I., Fiala, C., Berggren, L., Hognert, H., Sääv, I., Bring, J., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort

study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(13), 1993–1999. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14904>

BixbyCenterforGlobalReproductiveHealth.(2015). Abortion Restrictions put women's health, safety and well-being at risk. University of Clifornia, San Francisco. Retrieved 25 Ιουλίου, 2022 from <https://bixbycenter.ucsf.edu/sites/bixbycenter.ucsf.edu/files/Abortion%20restrictions%20risk%20women%27s%20health.pdf>

Borrelli S. E. (2014). What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery*, 30(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.019>

Bratz J, K, A., & Sandoval-Ramirez, M. (2017). Ethical competences for the development of nursing care. *Thematic issue: Education and teaching in Nursing*. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>

Brodie P. (2013). 'Midwifing the midwives': addressing the empowerment, safety of, and respect for, the world's midwives. *Midwifery*, 29(10), 1075–1076. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.012>

Burnell, L. (2009). Compassionate care: A concept analysis. *Home Health Care Management & Practice*, 21(5), 319–324. <https://doi.org/10.1177/1084822309331468>

Business Bliss Consultants FZE. (2018). Ethical and Legal Issues in Nursing. Retrieved 14 Ιουλίου, 2022 from <https://nursinganswers.net/essays/ethical-and-legal-issues-in-nursing.php?vref=1>

Butler, M. M., Fraser, D. M., & Murphy, R. J. L. (2008). What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration? *Midwifery*, 24(3), 260–269. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.010>

Bygdeman, M., & Swahn, M. L. (1985). Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*, 32(1), 45–51. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(85\)90115-5](https://doi.org/10.1016/0010-7824(85)90115-5)

Byrom, S., & Downe, S. (2010). 'She sort of shines': midwives' accounts of 'good' midwifery and 'good' leadership. *Midwifery*, 26(1), 126–137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.011>

Calabrese, L. H., Bianco, J. A., Mann, D., Massello, D., & Hojat, M. (2013). Correlates and changes in empathy and attitudes toward interprofessional collaboration in osteopathic medical students. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 113(12), 898–907. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2013.068>

Carter, Y., & Jackson, N. (Επιμ.). (2008). *Medical Education and Training: From theory to delivery*. Oxford University Press. ISBN-13: 9780199234219

Catholics for Choice (Producer). (2014). The Secret History of Sex, Choice and Catholics. Retrieved 10 Ιουλίου, 2022 from <http://www.catholicsforchoice.org/the-secret-history-of-sex-choice-and-catholics-3/>

Chadwick, R., Tadd, W., & Gallagher, A. (2016). *Ethics and Nursing Profession*. London: Palgrave. Retrieved 14 Ιουλίου, 2022 from https://books.google.com.au/books?hl=en&lr=&id=vG6CDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=autonomy+ethical+principles+in+nursing&ots=_JgdqZD0fi&sig=bijGcOa0aCwRfnlioVeba6Om22Q&redir_esc=y#v=onepage&q=autonomy%20ethical%20principles%20in%20nursing&f=false

Charitou, A., Fifli, P., & Vivilaki, V. G. (2019). Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals?: A review. *European Journal of Midwifery*, 3(February), 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/100612>

Chen, D. C., Pahilan, M. E., & Orlander, J. D. (2010). Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *Journal of general internal medicine*, 25(3), 200–202. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1193-4>

Christopher, E. (2006). Religious aspects of contraception. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*, 6(3–4), 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.rigapp.2006.05.003>

Coast, E., & Murray, S. F. (2016). "These things are dangerous": Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. *Social science & medicine (1982)*, 153, 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.025>

'Continuous' learning (2018). The Nursing and Midwifery Council. Retrieved 20 Ιουλίου, 2022 from <https://www.nmc.org.uk/supporting-information-on-standards-for-student-supervision-and-assessment/practice-supervision/what-do-practice-supervisors-do/continuous-learning/>

Cox, P. (2005). *A feminist anthropology of barriers to implementing the Choice on Termination of Pregnancy Act (CTOP)*. Unpublished Master's thesis, Cape Town: University of Cape Town

Culwell, K. R., & Hurwitz, M. (2013). Addressing barriers to safe abortion. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 121 Suppl 1, S16–S19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.02.003>

Cummings J, Bennet V. Compassion in practice: nursing, midwifery and care staff-our vision and strategy. (2012) NHS Commissioning Board. Department of Health. Retrieved 15 Ιουλίου, 2022 from <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>.

Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study: Developing empathy in nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13–14), 2016–2025. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>

Davis, M. A. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 76–79. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.001>

Dehning, S., Reiß, E., Krause, D., Gasperi, S., Meyer, S., Dargel, S., Müller, N., & Siebeck, M. (2014). Empathy in high-tech and high-touch medicine. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.013>

Dewar, B., & Christley, Y. (2013). A critical analysis of Compassion in Practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 28(10), 46–50. <https://doi.org/10.7748/ns2013.11.28.10.46.e7828>

Dewar, B., & Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International*

Journal of Nursing Studies, 50(9), 1247–1258.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008>

Dickson-Tetteh, K., & Billings, D. L. (2002). Abortion care services provided by registered midwives in South Africa. *International Family Planning Perspectives*, 28(3), 144. <https://doi.org/10.2307/3088257>

Dondashe, V.L. (2002). *The experiences of registered nurses in the pre-counselling of pregnantwomen contemplating termination of pregnancy*. Unpublished Masters Dissertation, PortElizabeth: Port Elizabeth University, South Africa.

Doody, O., & Noonam, M. (2016). Nursing research ethics, guidance and application in practice. *British Journal of Nursing*. 25(14).
doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.14.803>

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. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.012>

Dzuba, I. G., Winikoff, B., & Peña, M. (2013). Medical abortion: a path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 18(6), 441–450. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.824564>

Eisenberg, D. L., & Leslie, V. C. (2017). Threats to reproductive health care: time for obstetrician-gynecologists to get involved. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(3), 256.e1–256.e4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.10.037>

Ellis, P. (2017). *Understanding Ethics for Nursing Students*. SagePublication. Retrieved 14 Ιουλίου, 2022
from https://books.google.com.au/books?hl=en&lr=&id=SiEIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=autonomy+ethical+principles+in+nursing&ots=tGlpPDzFXr&sig=8a7_NAUU8nvdV11Y394ljCvmU0&redir_esc=y#v=onepage&q=autonomy%20ethical%20principles%20in%20nursing&f=false

Embo, M., & Valcke, M. (2017). Continuing midwifery education beyond graduation: Student midwives' awareness of continuous professional development. *Nurse Education in Practice*, 24, 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.013>

Engelbrecht, M. C., Pelser, A. J., Ngwena, C., & van Rensburg, H. C. (2000). The implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act: some empirical findings. *Curationis*, 23(2), 4–14. <https://doi.org/10.4102/curationis.v23i2.624>

Erdman, J. N., DePiñeres, T., & Kismödi, E. (2013). Updated WHO guidance on safe abortion: health and human rights. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 120(2), 200–203. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.10.009>

European Council and the European Parliament Directive (EU). (2005). Retrieved 18 Ιουλίου, 2022 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>

Fantasia, H. C., Sutherland, M. A., Fontenot, H., & Ierardi, J. A. (2014). Knowledge, attitudes and beliefs about contraceptive and sexual consent negotiation among college women. *Journal of forensic nursing*, 10(4), 199–207. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000046>

Feijen-de Jong, E. I., Kool, L., Peters, L. L., & Jansen, D. (2017). Perceptions of nearly graduated fourth year midwifery students regarding a 'good midwife' in the Netherlands. *Midwifery*, 50, 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.008>

Fleming V., Frith L., Luyben A., Ramsayer B. (2018). Conscientious objection to participation in abortion, 19:31 <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0268-3>

Fried M. G. (2000). Abortion in the United States: barriers to access. *Health and human rights*, 4(2), 174–194.

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Jr, Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Jr, Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, *390*(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)

Gissler, M., Fronteira, I., Jahn, A., Karro, H., Moreau, C., Oliveira da Silva, M., Olsen, J., Savona-Ventura, C., Temmerman, M., Hemminki, E., & REPROSTAT group. (2012). Terminations of pregnancy in the European Union: Terminations of pregnancy in the EU. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *119*(3), 324–332. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03189.x>

Gmeiner, A., Van Wyk, S., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2001). Methodological issues involved in conducting qualitative research on support for nurses directly involved with women who chose to terminate their pregnancy. *Health SA Gesondheid*, *6*(4). <https://doi.org/10.4102/hsag.v6i4.86>

Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M. R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, *27*(6), e231-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, *136*(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>

Grosseman, S., Novack, D. H., Duke, P., Mennin, S., Rosenzweig, S., Davis, T. J., & Hojat, M. (2014). Residents' and standardized patients' perspectives on empathy: issues of agreement. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.007>

Hain, J, D., Diaz, D., & Paixao, R. (2016). What are Ethical Issues When Honoring an Older Adult's Decision to Withdraw from Dialysis?. *Nephrology Nursing Journal*. *43*(5), 429-450. Retrieved 14 Ιουλίου, 2022 from <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b62f8380-9f8f-4cc5-9023-2ec5e85ef1cd%40sessionmgr4006>

- Hammarstedt, M., Jacobsson, L., Wulff, M., & Lalos, A. (2005). Views of midwives and gynecologists on legal abortion--a population-based study: Views on legal abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *84*(1), 58–64. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00695>.
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel- Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review: Abortion stigma - A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *48*(4), 169–177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Harries, J., Stinson, K., & Orner, P. (2009). Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*, *9*(1), 296. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-296>
- Harrison, A., Montgomery, E. T., Lurie, M., & Wilkinson, D. (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health policy and planning*, *15*(4), 424–431. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.4.424>
- Heller, R., Purcell, C., Mackay, L., Caird, L., & Cameron, S. T. (2016). Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *123*(10), 1684–1691. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14117>
- Hirve S. S. (2004). Abortion law, policy and services in India: a critical review. *Reproductive health matters*, *12*(24 Suppl), 114–121. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(04\)24017-4](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(04)24017-4)
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Springer.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, *1*(1), 25–41. [https://doi.org/10.1016/s1543-1150\(03\)00002-4](https://doi.org/10.1016/s1543-1150(03)00002-4)

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson scale of physician empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(Supplement), S58–S60. <https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019>

Hunter L. P. (2002). Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 31(6), 650–657. doi:10.1177/0884217502239213

Hunter, L. P. (2002). Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 31(6), 650–657. <https://doi.org/10.1177/0884217502239213>

International Confederation of Midwives. (2013) essential competencies for basic midwifery practice. Retrieved 1 Ιουλίου, 2022 from <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> (2013).

International Confederation of Midwives. (2014). Position Statement Midwives' Provision of Abortion-Related Services. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/midwives-provision-of-abortion-related-services-eng.pdf>

Jelinska, K., & Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), 86–89. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019>

Jiang, W.-X., He, F.-F., Shen, Q., Tao, X.-J., Zhao, C.-C., Shen, Z.-J., & Zhu, X.-Q. (2017). Factors related to completeness of medical abortion with mifepristone and

misoprostol. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, 80(2), 96–102.
<https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.03.011>

Joffe, C. (1999). *Abortion in Historical Perspective*. Στο: M. L. Paul, ES.; Borgatta, L.; Grimes, DA.; Stubblefield Phillip G. (Επιμ.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia: Churchill Livingstone.

Johnson, N. & Davies, D., (2009). Continuing professional development. Στο Carter, Y. & Jackson, N. *Medical Education and Training. From theory to delivery*. Oxford University Press, U.K. ISBN-13: 9780199234219

Kade, K., Kumar, D., Polis, C., & Schaffer, K. (2004). Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception*, 69(1), 59–62.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2003.08.009>

Kane R. (2009). Conscientious objection to termination of pregnancy: the competing rights of patients and nurses. *Journal of nursing management*, 17(7), 907–912.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00888.x>

Krausé, S.S., Minnie, C.S. & Coetzee, S.K. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 304 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03001-y>

Leone, T., Coast, E., Parmar, D., & Vwalika, B. (2016). The individual level cost of pregnancy termination in Zambia: a comparison of safe and unsafe abortion. *Health policy and planning*, 31(7), 825–833. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv138>

Levi, A. J., Simmonds, K. E., & Taylor, D. (2009). The role of nursing in the management of unintended pregnancy. *The Nursing clinics of North America*, 44(3), 301–314.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.06.007>

Lince-Deroche, N., Constant, D., Harries, J., Blanchard, K., Sinanovic, E., & Grossman, D. (2015). The costs of accessing abortion in South Africa: women's costs associated with second-trimester abortion services in Western Cape Province. *Contraception*, 92(4), 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.029>

- Lindström, M., Jacobsson, L., Wulff, M., & Lalos, A. (2007). Midwives' experiences of encountering women seeking an abortion. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 28(4), 231–237. <https://doi.org/10.1080/01674820701343505>
- Lukasse, M., Lilleengen, A. M., Fylkesnes, A. M., & Henriksen, L. (2017). Norwegian midwives' opinion of their midwifery education – a mixed methods study. *BMC Medical Education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0917-0>
- Lund C. J. (1953). Uterine curettage, its development and use. *Southern medical journal*, 46(1), 39–42. <https://doi.org/10.1097/00007611-195301000-00010>
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18(2), 155–164. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0302>
- Maben, J., Cornwell, J., & Sweeney, K. (2010). In praise of compassion. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 15(1), 9–13. <https://doi.org/10.1177/1744987109353689>
- Magalhães, E., Salgueira, A. P., Costa, P., & Costa, M. J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 11(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-52>
- Mamabolo, R., Alberts, M., Steyn, N., & Levitt, N. (2006). The effect of maternal glucose metabolism, iron, vitamin B12 and folate status on pregnancy outcomes. *The South African Journal of Clinical Nutrition: SAJCN: The Official Journal of the South African Society of Parenteral and Enteral Nutrition and the Association for Dietetics in South Africa*, 19(3), 120–134. <https://doi.org/10.1080/16070658.2006.11734103>
- Marek, M.J. (2004). Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing*, 33(4), 472-479
- Margo, J., McCloskey, L., Gupte, G., Zurek, M., Bhakta, S., & Feinberg, E. (2016). Women's Pathways to Abortion Care in South Carolina: A Qualitative Study of Obstacles and Supports. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 199–207. <https://doi.org/10.1363/psrh.12006>

Marshall, S. L., Gould, D., & Roberts, J. (1994). Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 567–576. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb02397.x>

Masala-Chokwe, M. E. T., & Ramukumba, T. S. (2015). Exploring the meaning of caring amongst student midwives, professional midwives and educators in Tshwane, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1), 894. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.894>

Mayers, P. M., Parkes, B., Green, B., & Turner, J. (2005). Experiences of registered midwives assisting with termination of pregnancies at a tertiary level hospital. *Health SA Gesondheid*, 10(1). <https://doi.org/10.4102/hsag.v10i1.185>

McCaffrey, G., & McConnell, S. (2015). Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *Journal of clinical nursing*, 24(19-20), 3006–3015. <https://doi.org/10.1111/jocn.12924>

Ménage, D., Bailey, E., Lees, S., & Coad, J. (2017). A concept analysis of compassionate midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 558–573. <https://doi.org/10.1111/jan.13214>

Miya, M.S. (2008). *The attitudes of midwives towards legalized termination of pregnancy at public and private hospitals in Empangeni*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts (Counselling Psychology) in the Department of Psychology University of Zululand. URI: <http://hdl.handle.net/10530/152>

Mokgethi, N. E., Ehlers, V. J., & van der Merwe, M. M. (2006). Professional nurses' attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the north west province of South Africa. *Curationis*, 29(1), 32–39. <https://doi.org/10.4102/curationis.v29i1.1037>

Möller, A., Öfverstedt, S., & Siwe, K. (2012). Proud, not yet satisfied: the experiences of abortion service providers in the Kathmandu Valley, Nepal. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(4), 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.10.003>

Myerscough, C., & Briscoe, L. (2020). An exploration of the perceptions of student midwives about midwifery education related to abortion. *British Journal of Midwifery*, 28(12), 822–828. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.12.822>

Naylor, N. & O’Sullivan, M. (2005). *Conscientious Objection and the Implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act 92 of 1996 in South Africa*. Cape Town: Women’s Legal Centre

Newton, B. W., Savidge, M. A., Barber, L., Cleveland, E., Clardy, J., Beeman, G., & Hart, T. (2000). Differences in medical students’ empathy. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(12), 1215. <https://doi.org/10.1097/00001888-200012000-00020>

Nicholls, L., & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 414–429. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x>

Nicholson, A., Rose, R., & Bobak, M. (2010). Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated health in diverse European populations. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(2), 227–235. <https://doi.org/10.1037/a0018036>

Nikolajsen, T., Nielsen, F., Rasch, V., Sørensen, P. H., Ismail, F., Kristiansen, U., & Jäger, A. K. (2011). Uterine contraction induced by Tanzanian plants used to induce abortion. *Journal of ethnopharmacology*, 137(1), 921–925. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2011.05.026>

Number of Abortions. (2020). Retrieved 11 Ιουλίου, 2022 from https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_587-7011-number-of-abortions-all-ages/visualizations/#id=19682

Nursing and Midwifery Board of Australia. (2016). *Registered nurses standards for practice*. Retrieved 13 Ιουλίου, 2022 from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/basic-and-ongoing-education-for-midwives-eng.pdf>

Ogle, J., Bushnell, J. A., & Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47(8), 824–831. <https://doi.org/10.1111/medu.12232>

Orner, P. J., de Bruyn, M., Barbosa, R. M., Boonstra, H., Gatsi-Mallet, J., & Cooper, D. D. (2011). Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-14-54>

Ortayli, N., Bulut, A., & Nalbant, H. (2001). The effectiveness of preabortion contraception counseling. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 74(3), 281–285. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(01\)00391-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(01)00391-5)

Parliamentary assembly (2008). Access to safe and legal abortion in europe- resolution 1607 origin - assembly debate on 16 april 2008 (15th sitting) (βλ. Doc. 11537 rev., report of the committee on equal opportunities for women and men, rapporteur: mrs gisela wurm; and doc. 11576, opinion of the social, health and family affairs committee, rapporteur: mrs christine mc cafferty. Text adopted by the assembly on 16 april 2008 (15th sitting). Ανακτήθηκε 29 Σεπτεμβρίου από <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17638>

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., & Grimes, D. A. (n.d.). *A Clinicians Guide to Medical and Surgical Abortion* (P. G. Stubblefi Eld, Ed.).

Pinter, B., Hakim, M., Seidman, D. S., Kubba, A., Kishen, M., & Di Carlo, C. (2016). Religion and family planning. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 21(6), 486–495. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1237631>

Potts M. (1979). Changing attitudes toward abortion. *The Western journal of medicine*, 131(5), 455–459.

Price, V. & Archbold, J. (1997) What is all about empathy? *Nurse Education Today*. 17(2):106-110. doi:10.1016/s0260-6917(97)80026-3

Public Health Currents. (1971). Abortion. *J Natl Med Assoc*, 63(6), 481-485.

Push for Midwives. (2022). Midwives and Abortion Services. <https://www.pushcampaign.org/news/the-role-of-a-midwife-in-providing-and-advocating-for-abortion-care>

Ramkissoon, A., Coovadia, H., Hlazo, J., Coutsooudis, A., Mthembu, P., & Smit, J. (2006). *Options for HIV-positive women*. In *African Health Review*, ed. P. Ijumba and A. Padarath, Chapter 19. Pretoria: Health Systems Trust

Renner, R. M., Brahmi, D., & Kapp, N. (2013). Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review*. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *120*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03464.x>

Roth-Brandel, U., Bygdeman, M., Wiqvist, N., & Bergström, S. (1970). Prostaglandins for induction of therapeutic abortion. *Lancet*, *295*(7639), 190–191. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(70\)90427-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(70)90427-7)

Sandall J. (2012). Every woman needs a midwife, and some women need a doctor too. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *39*(4), 323–326. <https://doi.org/10.1111/birt.12010>

Schantz, M. L. (2007). Compassion: a concept analysis. *Nursing Forum*, *42*(2), 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x>

Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., Rossier, C., Gerds, C., Tunçalp, Ö., Johnson, B. R., Jr, Johnston, H. B., & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*, *388*(10041), 258–267. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30380-4)

Shapiro, G. K. (2014). Abortion law in Muslim-majority countries: an overview of the Islamic discourse with policy implications. *Health Policy and Planning*, *29*(4), 483–494. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt040>

Shearer, J. C., Walker, D. G., & Vlassoff, M. (2010). Costs of post-abortion care in low- and middle-income countries. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *108*(2), 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.037>

- Shimoyama, H., & Tsukamoto, Y. (2021). Factors associated with nursing professionals' attitudes towards abortion care. *Niigata Journal of Health and Welfare*, 21(1), 25–37. https://doi.org/10.34540/niigatajohewe.21.1_25
- Singer, T., & Frith, C. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, 8(7), 845–846. <https://doi.org/10.1038/nn0705-845>
- Spitz, I. M., Bardin, C. W., Benton, L., & Robbins, A. (1998). Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *The New England journal of medicine*, 338(18), 1241–1247. <https://doi.org/10.1056/NEJM199804303381801>
- Šter, M. P., Šter, B., Petek, D., & Gorup, E. C. (2014). Validation of Slovenian version of Jefferson scale of empathy for students. *Zdravstveno Varstvo*, 53(1), 89–100. <https://doi.org/10.2478/sjph-2014-0010>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Suh, D. H., Hong, J. S., Lee, D. H., Gonnella, J. S., & Hojat, M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher*, 34(6), e464-8. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.668632>
- Tang, O. S., Chan, C. C., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2003). A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human reproduction (Oxford, England)*, 18(11), 2315–2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg475>
- Teffo, M. E., Levin, J., & Rispel, L. C. (2018). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress among termination of pregnancy providers in two South African provinces. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1202–1210. <https://doi.org/10.1111/jog.13665>
- Vivilaki, VG., Fifi, P., Charitou, A., Giaksi, P., Ekizoglou, C., Tsopeles., N., Bouroutzoglou, M. & Patelarou, E. (2016). Midwifery empathy scale: development and

validation for a greek sample. *Journal of Compassionate Health Care*. 3. doi:10.1186/s40639-016-0029-4

Vlassoff, M., Mugisha, F., Sundaram, A., Bankole, A., Singh, S., Amany, L., Kiggundu, C., & Mirembe, F. (2014). The health system cost of post-abortion care in Uganda. *Health policy and planning*, 29(1), 56–66. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs133>

von Dietze, E., & Orb, A. (2000). Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry*, 7(3), 166–174. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2000.00065.x>

Waugh, A., Smith, D., Horsburgh, D., & Gray, M. (2014). Towards a values-based person specification for recruitment of compassionate nursing and midwifery candidates: a study of registered and student nurses' and midwives' perceptions of prerequisite attributes and key skills. *Nurse education today*, 34(9), 1190–1195. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.009>

White, K., deMartelly, V., Grossman, D., & Turan, J. M. (2016). Experiences Accessing Abortion Care in Alabama among Women Traveling for Services. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 26(3), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.01.003>

Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine*, 140(1), 54. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012>

World Health Organization (WHO). (1997). Post – abortion family planning: a practical guide for programme managers. Retrieved 10 Ιουλίου, 2022 from <http://www.aogm.org.mo/assets/Uploads/aogm/Guidelines/WHO/Post-abortion-family-planning-a-practical-guide-for-programme-managers.pdf>

Williams, B., Boyle, M., & Fielder, C. (2015). Empathetic attitudes of undergraduate paramedic and nursing students towards four medical conditions: a three-year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 35(2), e14-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.007>

Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752–755. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>

Wiqvist, N., & Bygdeman, M. (1970). Therapeutic abortion by local administration of prostaglandin. *Lancet*, 23716.

Wood, K., & Jewkes, R. (2006). Blood blockages and scolding nurses: barriers to adolescent contraceptive use in South Africa. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 109–118. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27231-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27231-8)

World Health Organization (WHO). (2012). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97415> ISBN 9789241548717

World Health Organization (WHO). (2015). Model List of Essential Medicines. WHO Maternal mortality Fact sheet. Retrieved 10 Ιουλίου, 2022 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en>

World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva. ISBN 978–92–4-155021-5.

Yegdich, T.(1999). On the phenomenology of empathy in nursing: empathy or sympathy? *Journal of Advanced Nursing*. 30(1):83-93. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01052.x

Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία. (2017). Έντυπο Συναίνεσης Ύστερα Από Ενημέρωση για Χειρουργική Διακοπή Εγκυμοσύνης. Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2022 από <https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/Diakopi-egkumosinis.pdf>

Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία. (2020). Κατευθυντήρια Οδηγία Νο42: Διακοπή της Κύησης. Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2022 από https://hsog.gr/wp-content/uploads/2020/12/42_Diakopi_Kyisis.pdf

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2012). 3^ο Συνέδριο Χρηστών, Δεκεμβρίου 2012 (σ. 4), Ανακτήθηκε 12 Ιουλίου, 2022 από <https://www.statistics.gr/statistics/pop>

Ιωαννίδη, Ε., Αγραφιώτης, Δ., (2008). Οικογενειακός προγραμματισμός: αντιλήψεις και στάσεις των γυναικών για την αντισύλληψη και τις εκτρώσεις στο: Κορνάρος Ε. & Ρουμελιώτη Α. (Επιμ.), *Επιμέλεια και Υγεία* (σ. 289) Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Λυμπέρη, Ρ. (1999). Προκλητή και αυτόματη διακοπή της κύησης. Ψυχολογικές επιπτώσεις στη γυναίκα. Η μαία ως σύμβουλος και συμπαραστάτης. *ΕΛΕΥΘΩ* (4), (σελ.156-158)

Μεσσήνης, Ι. (2005). *Επιτομή: Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: [MD Communications](#). ISBN 978-960-87658-3-2

Μπαστούνας Γιώργος, “Άμβλωση: Έγκλημα χωρίς τιμωρία;”, *ExpressisVerbisLawJournal*, 2018 ElsaThessaloniki, σελίδα 92 με 100, Τόμος 2

Οι περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κανονισμοί (2012). Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2022 από

[https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/51ADD46149FFA997C22585B4002A66DB/\\$file/%CE%9F%CE%B9%20%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AF%20%CE%9C%CE%B1%CE%B9%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%20%CE%9A%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CE%AF.pdf](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/51ADD46149FFA997C22585B4002A66DB/$file/%CE%9F%CE%B9%20%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AF%20%CE%9C%CE%B1%CE%B9%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%20%CE%9A%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CE%AF.pdf)

Πατεράκη, Ι. (2022). Το δικαίωμα στην άμβλωση σε Ελλάδα, Ευρώπη και Αμερική. Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2022 από https://odeth.eu/%CF%84%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%AF%CF%89%CE%BC%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%AC%CE%BC%CE%B2%CE%BB%CF%89%CF%83%CE%B7-%CF%83%CE%B5-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B5%CF%85%CF%81/#_ftn7

Ποινικός Κώδικας - Άρθρο 304 (Νόμος 1609/1986, άρθρο 2 του ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986) - Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις.. Ανακτήθηκε 13 Ιουλίου, 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1609-1989.html>

Ποινικός Κώδικας - Άρθρο 304 (Νόμος 4619/2019) - Διακοπή της κύησης. Ανακτήθηκε 13 Ιουλίου, 2022 από e-nomothesia.gr/kat-kodik-es-nomoth-esias/nomos-4619-2019-rhek-95a-11-6-2019.html

Πρόγραμμα Σπουδών Τμήματος Μαιευτικής (2021). Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος. Ανακτήθηκε 20 Ιουλίου, 2022 από <https://www.ihu.gr/tmima-maieftikis/programma-spoudon>

Σηφάκης, Σ. Αυγουστίνης, Ε. Αγγελάκης, Ε. Κουμαντάκης, Ε. (2006). Η μισοπροστόλη στην καθημερινή μαιευτική πράξη. *Θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας. Τόμος Κ(3):* 225-38.

Σταύρου, Σ., (2018) Φαρμακευτική Διακοπή Κύησης. 14^ο Συνέδριο Ελληνικής Μαιευτικής Γυναικολογικής Εταιρίας. 31 Μαΐου – 3 Ιουνίου 2018. Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2022 από http://hsog.gr/wp-content/uploads/14th%20congress/Day_1/Stavrou-31-5-2018.mp4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ 7^Η ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

14.09.2021 13:17:30
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΚΑΛΙΟΠΗ
ΜΑΝΑΤΣΑΚΗ

Ηράκλειο, 14/09/2021

Α. Π.: 38006

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κα Τζώρτζη Μαρία,
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
του Τμήματος Μαιευτικής στο
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικητής της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης,
- 2) κ. Σ.Ε.Λ. Κέντρων Υγείας 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα Κέντρα Υγείας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με αρ. πρωτ. 36318/03-9-2021 αίτηση της κας Τζώρτζη Μαρίας, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στα Κέντρα Υγείας της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίου σε Μαιείς/Μαιευτές που εργάζονται σ' αυτά**, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Μ.Π.Σ. «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα», της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, από την Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια κα Τζώρτζη Μαρία, με θέμα: «Οι στάσεις, οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των μαιών/μαιευτών της Κρήτης για την τεχνητή διακοπή της κύησης», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας Σαρέλλα Αγγελικής.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων

για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Επί συνόλου των 35 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, αυτές χωρίστηκαν στους εξής τομείς:

Μέρος I: Δημογραφικά στοιχεία

Μέρος II: Γνώσεις

Μέρος III: Στάσεις

Μέρος IV: Απόψεις

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα, τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της παρούσας έρευνας. Οι δυνητικές απαντήσεις ήταν, κατά περίπτωση:

- κλειστού τύπου (απάντηση με ναι ή όχι)
- κλειστού τύπου (απάντηση μία από τις διαθέσιμες)
- κλειστού τύπου (απάντηση με απόλυτο αριθμητικό σύμβολο)

Παρατίθενται κάτωθι, συνοδευόμενες από τις διαθέσιμες επιλογές απάντησης που δόθηκαν στα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Μέρος I: Δημογραφικά Στοιχεία

1. Συναινείτε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα;
2. Ποιο φύλο δηλώνετε; (Διαθέσιμες επιλογές: γυναίκα, άντρας, άλλο)
3. Ποια είναι η ηλικίας σας (Διαθέσιμες επιλογές: 20-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-50, 51-55, 56+);
4. Ποιο είναι το θρήσκευμά σας; (Διαθέσιμες επιλογές: Χριστιανός/η ορθόδοξος/η, άθεος/-η)

5. Σε ποιον νομό κατοικείτε; (Διαθέσιμες επιλογές: Νομός Χανίων, Νομός Ρεθύμνου, Νομός Ηρακλείου, Νομός Λασιθίου)

6. Πόσα έτη προϋπηρεσίας έχετε;

7. Ποια είναι επί του παρόντος η επαγγελματική σας ιδιότητα; (Διαθέσιμες επιλογές: άνεργος/η, ιδιωτικός υπάλληλος σε ιατρείο, ιδιωτικός/ή υπάλληλος σε μαιευτήριο, δημόσιος υπάλληλος σε μαιευτήριο – γενικό νοσοκομείο, δημόσιος υπάλληλος – ΠΦΥ, ΜΚΟ, Ελεύθερος/η επαγγελματίας)

8. Ποιο είναι το επίπεδο των σπουδών σας; (Διαθέσιμες επιλογές: τριτοβάθμια εκπαίδευση, μεταπτυχιακό, δεύτερο πτυχίο)

9. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (Διαθέσιμες επιλογές: έγγαμος/η, άγαμος/η, διαζευγμένος/η, συμβίωση – συγκατοίκηση, σύμφωνο συμβίωσης, άλλο)

10. Έχετε παιδιά;

11. Αν ναι, πόσα;

Μέρος II: Γνώσεις

12. Σε ποιο βαθμό γνωρίζετε τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας αναφορικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Καθόλου 1, 2, 3, 4, 5 Πάρα Πολύ)

13. Σε ποιο επίπεδο γνωρίζετε το Χάρτη με τα Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου; (Διαθέσιμες επιλογές: Καθόλου 1, 2, 3, 4, 5 Πάρα Πολύ)

14. Βάσει νομοθετικού πλαισίου της χώρας μας η τεχνητή διακοπή της κύησης επιτρέπεται (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Χωρίς ιατρική ένδειξη, όταν δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες κύησης
- Όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν παρέλθει 19 εβδομάδες κύησης

- Όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας, εφόσον βέβαια αυτό βεβαιώνεται και από τον αρμόδιο ιατρό
- Όταν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού
- Δεν γνωρίζω

15. Ποια αιτία διακοπής της κύησης είναι πιο συχνή με βάση την εργασιακή σας εμπειρία (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Δεν έχω άποψη
- Αν έχει διαγνωσθεί το έμβρυο με κάποιου είδους πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο
- Αν η κύηση προέρχεται από βιασμό ή αιμομιξία ή αποπλάνηση ανηλίκου
- Διάφορες παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου που δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την βιωσιμότητα του
- Διακοπή λόγω εμβρύου σε πολύδυμη κύηση με βαριά πάθηση που το καθιστά μη βιώσιμο
- Διάφοροι λόγοι μη ιατρικής φύσης

16. Εάν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού η γυναίκα έχει δικαίωμα βάση νομοθεσίας να αποφασίσει τη διακοπή της κύησης; (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Έως την 12η εβδομάδα κύησης
- Έως την 19η εβδομάδα κύησης
- Έως την 24η εβδομάδα κύησης
- Σε όλη τη διάρκεια της κύησης
- Δεν γνωρίζω

17. Στο καθηκοντολόγιο των μαιών/μαιευτών επιτρέπεται η συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής διακοπής της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν γνωρίζω)

18. Στο καθηκοντολόγιο των μαιών/μαιευτών επιτρέπεται η/ο μαιία/της να δώσει στην γυναίκα συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή για τεχνητή διακοπής της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν γνωρίζω)

Μέρος III: Στάσεις

19. Έχετε συμμετάσχει σε επέμβαση τεχνητής διακοπής της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

20. Έχετε φροντίσει γυναίκα έπειτα από τεχνητή διακοπή της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

21. Έχετε φροντίσει γυναίκα που την γνωρίζατε προσωπικά κατά την διάρκεια τεχνητής διακοπής κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

22. Έχετε πραγματοποιήσει συμβουλευτική οικογενειακού προγραμματισμού με θέμα την τεχνητή διακοπή της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

23. Έχετε αρνηθεί να συμμετέχετε σε διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

24. Θα προσπαθούσατε να αποτρέψετε τη γυναίκα από την απόφαση μιας διακοπής κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν θέλω να απαντήσω)

25. Αν αρνηθήκατε να συμμετέχετε σε διαδικασία διακοπής κύησης, ποιος ήταν ο λόγος; (Διαθέσιμες επιλογές: Ηθικοί, Γνώριζα τη γυναίκα, Δε συμφωνούσα με την διαδικασία, Όλα τα παραπάνω, Δεν αρνήθηκα να συμμετάσχω).

Μέρος IV: Απόψεις

26. Τι θεωρείτε ότι σας επηρεάζει ΘΕΤΙΚΑ απέναντι στην τεχνητή διακοπή της κύησης; (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Δεν έχω θετική άποψη
- Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης/ η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των γυναικών

- Βιώματα συγγενών/φίλων
- Η συνθήκες της ζωής της γυναίκας (χωρίς στέγη, ξαφνικός χωρισμός, εφηβεία κλπ)
- Οι επιστημονικές μου γνώσεις
- Τα ήθη και έθιμα της περιοχής οπού ζω
- Το θρήσκευμα μου
- Δεν έχω άποψη
- Άλλο

27. Τι θεωρείτε ότι σας επηρεάζει ΑΡΝΗΤΙΚΑ απέναντι στην τεχνητή διακοπή της κύησης; (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Δεν έχω αρνητική άποψη
- Βιώματα συγγενών/φίλων
- Οι επιστημονικές μου γνώσεις
- Η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των εμβρύων
- Τα ήθη και έθιμα της περιοχής οπού ζω
- Δεν έχω άποψη
- Άλλο

28. Κατά τη διαχείριση περιστατικών τεχνητής διακοπής της κύησης, σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως λειτουργείτε με ενσυναίσθηση*; (Διαθέσιμες επιλογές: Καθόλου 1, 2, 3, 4, 5 Πάρα Πολύ)

29. Σε ποιο βαθμό η επιθυμία σας να συμμετέχετε ή όχι σε περιστατικό διακοπής της κύησης μπορεί να υποστηριχθεί στον χώρο εργασίας σας; (Διαθέσιμες επιλογές: Καθόλου 1, 2, 3, 4, 5 Πάρα Πολύ)

30. Ποια από τα παρακάτω έχουν για εσάς σημαντικό θετικό λόγο για διακοπή της κύησης; (επιλέξτε ναι ή όχι):

- Εάν έχουν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού
- Εάν η κύηση προέρχεται από βιασμό αιμομιξία ή αποπλάνηση ανήλικου

- Εάν η παρούσα κύηση θα προκαλούσε ηθικές και κοινωνικές βλάβες στην γυναίκα
- Εάν η κύηση αφορά έφηβη
- Εάν είναι επιθυμία της ίδιας της γυναίκας
- Εάν είναι επιλογή του ζευγαριού
- Δεν έχω άποψη

31. Γνωρίζετε δομές που μπορούν να υποστηρίξουν γυναίκες πριν ή μετά από την διακοπή της κύησης; (Διαθέσιμες επιλογές: Ναι, Όχι, Δεν γνωρίζω, Αν ΝΑΙ, παρακαλώ αναφέρετε το όνομα της δομής).

32. Σε μια δομή που συσχετίζεται με την υποστήριξη των γυναικών για το διάστημα πριν ή μετά από την τεχνητή διακοπή κύησης, ποιοι συνδυασμοί συνύπαρξης από τις παρακάτω ειδικότητες πιστεύετε πως θα πρέπει να τη στελεχώνουν;

- Μαία/της
- Γυναικολόγος
- Ψυχολόγος
- Γενετιστής
- Εμβρυολόγος
- Νομικός
- Όλους τους άνωθεν
- Άλλο

33. Ποιο/α από τα παρακάτω συναισθήματα σας διακατέχει όταν ενημερώνετε για διακοπή κύησης;

- Απάθεια
- Απελπισία
- Στεναχώρια
- Κριτική
- Θυμός / αγανάκτηση
- Άρνηση
- Απογοήτευση
- Ψυχική εξάντληση

- Συμπόνια
- Κατανόηση
- Άλλο

Τίποτα από τα παραπάνω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΓΕ



Διακοπή εγκυμοσύνης (χειρουργική)

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Οι ακόλουθες επεξηγήσεις-αναφορές έχουν σαν στόχο να σας ενημερώσουν και όχι να σας ανησυχήσουν. Επίσης η περίπτωση σας μπορεί να αποτελεί μόνο ένα μέρος των όσων περιγράφονται. Προσωπικά παρακαλούμε να ρωτήσετε οτιδήποτε σας φαίνεται ασαφές ή σημαντικό. Μπορείτε επίσης να μας ενημερώσετε εάν δε θέλετε να έχετε περαιτέρω πληροφορίες για την επερχόμενη επέμβαση.

Διακοπή εγκυμοσύνης (χειρουργική)

Η χειρουργική διακοπή εγκυμοσύνης πρέπει να εκτελείται σύμφωνα με τις ισχύουσες νομοθετικές διατάξεις (Ν.1609/86 ΦΕΚ Α/86, Άρθρο 304 ΠΚ) .

Χειρουργική επέμβαση

Κατά κανόνα πραγματοποιείται αναρρόφηση του περιεχομένου της μήτρας μετά από προσεκτική διαστολή του τραχήλου. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί προεγχειρητική αγωγή για να μαλακώσει ο τράχηλος με σκοπό να αποφευχθεί κάποιος τραυματισμός κατά την προσπάθεια διαστολής.

Αναισθησία: Η επέμβαση πραγματοποιείται υπό περιοχική ή γενική αναισθησία, σχετικά με την οποία θα έχω ξεχωριστή ενημέρωση από τον αρμόδιο αναισθησιολόγο και θα υπογράψω ειδική συναίνεση.

Κίνδυνοι και επιπλοκές- προφυλάξεις

Ακόμα και με την άριστη πραγματοποίηση της επέμβασης είναι δυνατόν να υπάρξουν αρκετές επιπλοκές. Μπορεί στη διάρκεια της επέμβασης να υπάρξει διάτρηση του τοιχώματος της μήτρας, η οποία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αιμορραγία προς την κοιλιά ή να προκληθεί τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων. Σε αυτές τις ιδιαίτερα σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί μια λαπαροσκόπηση ή μια κοιλιακή επέμβαση για την αντιμετώπιση των επιπλοκών. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει βαριά αιμορραγία κατά τη διάρκεια της

επέμβασης, αλλά η μετάγγιση αίματος δεν είναι συνήθως απαραίτητη. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρά την επέμβαση μπορεί να παραμείνουν υπολείμματα της κύησης στη μήτρα ή και να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη και να χρειαστεί μια δεύτερη επέμβαση. Πολύ σπάνια μετά την επέμβαση μπορεί να υπάρξει παρατεταμένη αιμορραγία καθώς και λοίμωξη ή θρόμβωση, τα οποία απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση και περαιτέρω αντιμετώπιση. Όπως σε όλες τις χειρουργικές πράξεις έτσι και στην περίπτωση αυτή υπάρχει απομακρυσμένη πιθανότητα βαριάς βλάβης ή θανάτου, με πιο κοινές αιτίες τη σηψαιμία και τη μαζική αιμορραγία.

Μετά την επέμβαση: Μπορεί να υπάρξει ελαφρά αιμορραγία και ήπιος πόνος στην κοιλιά όπως στην κανονική έμμηνο ρύση. Θα πρέπει να αποφεύγεται το κολύμπι και οι σεξουαλικές επαφές για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.

Νοσηλεία: Κατά την κανονική πορεία των πραγμάτων και εφόσον δεν υπάρξουν ειδικές συνθήκες ή επιπλοκές, η επέμβαση πραγματοποιείται αυθημερόν, χωρίς να απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Αντισύλληψη: Πάντα υπάρχει η πιθανότητα εγκυμοσύνης αμέσως μετά την επέμβαση χωρίς τη χρήση αντισύλληψης και ως εκ τούτου είναι αναγκαία η έγκαιρη χρήση αξιόπιστης μεθόδου.

Σε γυναίκες με Ομάδα Αίματος Ρέζους Αρνητικό (Rh -) θα πρέπει να γίνεται μετά την επέμβαση πάντα μια ένεση με αντισώματα (Rho(rh)ylac) για να αποτρέψει προβλήματα στις επόμενες κυήσεις. Ασυνήθεις παρενέργειες της ένεσης μπορεί να είναι πονοκέφαλος, πυρετός, τοπική δερματική αντίδραση, ενώ εξαιρετικά σπάνια εμφανίζεται υπόταση, ταχυκαρδία, ναυτία έμετοι, δύσπνοια και γενικευμένη αλλεργική αντίδραση.

Μελλοντικές κυήσεις: Κατά κανόνα δεν επηρεάζονται μετά από μια χειρουργική διακοπή εγκυμοσύνης, εκτός αν έχει δημιουργηθεί κάποια μείζονα επιπλοκή κατά την επέμβαση που επηρεάζει την ανατομία και τη λειτουργία της μήτρας.

Ερωτήσεις:

Σκίτσο επέμβασης (προαιρετικό):

Συναίνεση ασθενούς

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και :

- Έχω αποφασίσει με το / τη γιατρό μου τη διακοπή της εγκυμοσύνης (χειρουργικά), επειδή συντρέχουν στην περίπτωση μου οι προϋποθέσεις του νόμου και συγκεκριμένα:

(σημειώνεται η επιλογή και μονογράφεται από την ασθενή)

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου, λόγω ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της, λόγω Σχετικά έχω προσκομίσει και βεβαίωση του αρμόδιου γιατρού

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

Η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης

- Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου.
- Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση.

Συναινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον.....και την ομάδα του. Συναινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συναινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα