



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

“ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ – ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ”

υπό

ΜΑΡΙΑΣ Γ. ΚΟΛΟΤΣΙΟΥ

Τεχνολόγου Ιατρικών Εργαστηρίων

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2020

Επιβλέπων: Κωνσταντίνος Νταφόπουλος, Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Κωνσταντίνος Νταφόπουλος, Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Επιβλέπων).
2. Σωτήριος Σωτηρίου, Επίκουρος Καθηγητής Εμβρυολογίας, Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
3. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας – Βιοηθικής, Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

‘Abortion, ethical and deological issues’

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	8
ΚΙΝΑ - ΑΙΓΥΠΤΟΣ	8
ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
ΑΡΧΑΙΑ ΡΩΜΗ.....	9
ΑΡΧΑΙΑ ΠΕΡΣΙΑ	10
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	11
ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ	12
ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ.....	12
Φαρμακευτική άμβλωση.....	12
Χειρουργική άμβλωση.....	13
ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ	14
Ενδομήτρια έγχυση αμβλωτικών ουσιών	15
Διαστολή και εκκένωση.....	15
Χορήγηση συστηματικών αμβλωτικών ουσιών	15
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ.....	17
ΜΟΛΥΝΣΗ	17
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	17
ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	18
ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΒΛΩΣΗ	18
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ.....	19
ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	19
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	20
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	23
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	24
ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	25
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	26
Ανάγκη για σεξουαλική εκπαίδευση.....	27
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ‘ΚΑΤΑ’ / ‘ΥΠΕΡ’ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ.....	28

«ΥΠΙΕΡ» ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΤΕΛΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ.....	28
Εγκυμοσύνη που προκύπτει από βιασμό	29
Θεραπευτική άμβλωση	30
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρόλο που χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι αντισύλληψης	31
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ	31
Εγκυμοσύνη που προκύπτει από σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς ειδική εκπαίδευση και υπόκειται σε ασταθή οικονομική κατάσταση.....	32
Αμβλώσεις που προκαλούνται από λανθασμένη διάγνωση.....	33
Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη από τους «φυσικούς γονείς» αλλά επιθυμητή από άτεκνα ζευγάρια	34
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	35
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	35
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	37
ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	38
ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ	38
ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΓΑΘΟΕΡΓΙΑΣ.....	39
ΗΘΙΚΗ ΒΑΣΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	39
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	42

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άμβλωση είναι ένα από τα πιο δύσκολα, αμφιλεγόμενα και επώδυνα θέματα στη σύγχρονη κοινωνία. Η κύρια διαμάχη περιστρέφεται γύρω από τα ερωτήματα του ποιος λαμβάνει την απόφαση σχετικά με την άμβλωση – το άτομο ή το κράτος, υπό ποιες συνθήκες μπορεί να γίνει και ποιος είναι σε θέση να λάβει την απόφαση. Οι ιατρικές ερωτήσεις όπως οι τεχνικές της άμβλωσης είναι λιγότερο αμφιλεγόμενες αλλά μερικές φορές αποτελούν μέρος της ευρύτερης συζήτησης. Η άμβλωση δεν είναι κάτι καινούριο στην ανθρώπινη κοινωνία, αλλά προϋπήρχε από αρχαιότερους χρόνους. Οι γυναίκες έχουν πραγματοποιήσει αμβλώσεις από μόνες τους ή τις έχουν βιώσει εδώ και χιλιάδες έτη, ενώ συνεχίζουν να συμβαίνουν έως σήμερα σε μη – βιομηχανικές κοινωνίες υπό ιατρικώς πρωτόγονες συνθήκες. Ωστόσο, η σύγχρονη τεχνολογία και κοινωνική αλλαγή έχουν καταστήσει την άμβλωση απαραίτητο συστατικό της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, έχει καταστεί ένα πολιτικό ζήτημα και σημείο πυροδότησης διαφωνιών σχετικά με το ρόλο των γυναικών και της ατομικής αυτονομίας στις αποφάσεις της ζωής.

Λέξεις κλειδιά: άμβλωση, νόμοι, ηθικοί προβληματισμοί, τεχνικές άμβλωσης, δεοντολογία, επιχειρηματολογία

ABSTRACT

Abortion is one of the most difficult, controversial and painful issues in modern society. The main controversy revolves around the questions of who makes the decision about abortion - the individual or the state, under what circumstances it can be done and who is able to make the decision. Medical questions such as abortion techniques are less controversial but are sometimes part of the wider discussion. Abortion is not something new in human society, but it has existed since ancient times. Women have had abortions on their own or have experienced them for thousands of years, and they continue to occur today in non-industrial societies under medically primitive conditions. However, modern technology and social change have made abortion an essential component of modern healthcare. However, it has become a political issue and a point of contention over the role of women and individual autonomy in life decisions.

Keywords: abortion, laws, ethical considerations, abortion techniques, ethics, argumentation

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άμβλωση είναι μία αρχαία και καθολική πρακτική που έχει πάρει διάφορες μορφές σε διαφορετικά πολιτικά, κοινωνικά και πολιτιστικά πλαίσια. Οι νόμοι περί άμβλωσης σε όλο τον κόσμο ποικίλλουν· σε ορισμένες χώρες, είναι διαθέσιμη στις γυναίκες κατόπιν αιτήματος, ενώ σε άλλες απαγορεύεται εντελώς. Η φιλελευθεροποίηση της άμβλωσης αποτελεί αντικείμενο έντονης αντιπαράθεσης και, παρόλο που έχει καθιερωθεί, ορισμένες φορές αμφισβητείται. Ορισμένοι υπερασπίζονται την άμβλωση ως ανθρώπινο δικαίωμα και δικαίωμα στην υγεία δεδομένων των κινδύνων που ενέχουν οι παράνομες αμβλώσεις, ενώ άλλοι την καταδικάζουν και την χαρακτηρίζουν ακατάλληλη ή επικίνδυνη στο όνομα του δικαιώματος του εμβρύου στη ζωή [1]. Η κοινωνική αποδοκιμασία της άμβλωσης, η οποία παραμένει διαδεδομένη, εκφράζεται με πολλούς τρόπους [2,3]. Σε ορισμένες χώρες, έχει ως αποτέλεσμα την τιμωρία ή φυλάκιση των γυναικών, την προκατειλημμένη μεταχείριση στα κέντρα υγείας τόσο κατά την εκτέλεση των αμβλώσεων όσο και στη θεραπεία και αντιμετώπιση των επιπλοκών και τη δυσκολία εύρεσης εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας για την εκτέλεση της διαδικασίας [1].

Η κοινωνική καταδίκη της άμβλωσης σχετίζεται με την σύλληψη του ρόλου των γυναικών στην κοινωνία. Εκείνοι που θεωρούν τη μητρότητα ως πρωταρχικό ρόλο των γυναικών αντιλαμβάνονται την επιλογή της ατοκίας ως αφύσικη [4]. Σε πολλές χώρες, δεδομένου ότι οι σχέσεις μεταξύ των φυλών παραμένουν άνισες και ότι η εικόνα των γυναικών εξακολουθεί να συνδέεται στενά με την τεκνοποίηση, σε διάφορες κοινωνίες και σε ποικίλους βαθμούς η πρακτική της άμβλωσης συχνά στιγματίζεται [1].

Η άμβλωση αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για τους δημογράφους και τους επαγγελματίες υγείας. Οι μη – ασφαλείς πρακτικές άμβλωσης παραμένουν μία σημαντική αιτία θνησιμότητας στον γυναικείο πληθυσμό [5], και σε πολλές χώρες, οι επιπτώσεις της στην υγεία εξακολουθούν να ευρίσκονται στο επίκεντρο των συζητήσεων. Ενώ η νομιμότητα και η ασφάλεια συνδέονταν στενά κατά τη δεκαετία του 1980, αυτό δεν ισχύει πλέον χάρη στη διάδοση νέων τεχνικών άμβλωσης που αναπτύχθηκαν κατά την δεκαετία του 1990 και του 2000, συμπεριλαμβανομένων των χωρών με περιοριστικούς νόμους περί αυτών [6].

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από την αρχή της ιατρικής, τα δικαιώματα και η ηθική / δεοντολογία σχετικά με ιατρικά ζητήματα ήταν ανέκαθεν μία από τις ανησυχίες της ανθρωπότητας. Η ιστορία των διαφόρων πολιτισμών διδάσκει ότι η κάθε μία είχε τις δικές της απόψεις, αλλά οι περισσότερες είχαν κάτι κοινό. Οι Αρχαίοι πολιτισμοί, όπως η Ελλάδα, η Ρώμα ή η Ασσυρία δεν λάμβαναν υπόψη το έμβρυο ως ζώντα οργανισμό με αποτέλεσμα την στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του. Αντίθετα, οι Πέρσες εκτιμούσαν το έμβρυο και το θεωρούσαν ισότιμο με τους λοιπούς ανθρώπους [7].

ΚΙΝΑ - ΑΙΓΥΠΤΟΣ

Η άμβλωση ήταν πάντα ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα στην ιατρική ηθική με κάθε κοινωνία να δημιουργούσε και υιοθετούσε τους δικούς της νόμους. Οι ιατρικές μέθοδοι που σχετίζονται με την άμβλωση μπορούν να εντοπιστούν σε πολιτισμούς όπως την αρχαία Κίνα και την Αίγυπτο [8,9]. Ειδικότερα, τα πρώτα τεκμηριωμένα αμβλωτικά στοιχεία στην Κίνα χρονολογούνται πριν από 4500 χρόνια [9], κατά τα οποία φαίνεται ότι οι Κινέζοι δεν λάμβαναν υπόψη το έμβρυο ως ζώντα οργανισμό και ως εκ τούτου δεν απαγόρευαν την άμβλωση [10]. Αν και έχουν εντοπιστεί πολλά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με αμβλωτικά στοιχεία σε αρχαίους Αιγυπτιακούς πάπυρους, οι πρώτοι νόμοι εμφανίζονται στον κώδικα του Χαμουραμί (1772 π.Χ.) και στην Παλαιά Διαθήκη, όπου αναφέρονται τιμωρίες για όσους βλάπτουν μία έγκυο ή το έμβρυό της [11,12]. Παρόλα ταύτα, κανένα από τα βιβλία δεν αναφέρεται στην εκούσια άμβλωση. Η πρώτη αναφορά εμφανίζεται στον Κώδικα του Χαμουραμί [13], όπου σκληρές τιμωρίες – όπως ο ανακολπισμός χωρίς δικαίωμα ταφής – χρησιμοποιήθηκαν για να αποθαρρύνουν τις μητέρες από την αξιόποινη πράξη. Παραδόξως, αυτός ο νόμος εφαρμόστηκε σε μία κοινωνία όπου ένας πατέρας είχε το δικαίωμα να σκοτώσει ένα ανεπιθύμητο νεογέννητο [8], οπότε γίνεται σαφές ότι ο νόμος είχε σκοπό να δώσει το δικαίωμα στον πατέρα να αποφασίσει εάν το έμβρυο ή το νεογέννητο άξιζε να ζήσει ή να πεθάνει [7].

ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Παρόλο που οι Ελληνικές πόλεις – κράτη δεν είχαν ενιαίο νομικό κώδικα, έγγραφα όπως οι συστάσεις του Πλάτωνα [14] και του Αριστοτέλη [15] υποδηλώνουν ότι η άμβλωση ήταν αποδεκτή ως νόμιμη πράξη από πολλές πόλεις – κράτη. Μεταξύ των αρχαίων Ελληνικών σχολείων, μόνο οι Πυθαγόρειοι φιλόσοφοι αντιτάχθηκαν σε κάθε είδους άμβλωση διότι πίστευαν ότι η ανθρώπινη ψυχή εισέρχεται στο σώμα τη στιγμή της γονιμοποίησης και θεωρούσαν την άμβλωση ως πράξη δολοφονίας [13]. Μία άλλη εξαίρεση αποτελεί ο όρκος του Ιπποκράτη, με τον οποίο οι ιατροί ορκίστηκαν να μην παρέχουν κολπικό υπόθετο σε μία έγκυο γυναίκα για να προκαλέσουν αποβολή [16].

ΑΡΧΑΙΑ ΡΩΜΗ

Στην αρχαία Ρώμη, οι άνθρωποι θεωρούσαν το έμβρυο ως ζωντανό οργανισμό και η άμβλωση αποτελούσε έγκλημα [17]. Ο σύζυγος είχε το δικαίωμα να επιτρέψει στη γυναίκα του να τερματίσει την εγκυμοσύνη της, αλλά σε περίπτωση άμβλωσης χωρίς την άδεια του, είχε το δικαίωμα να την τιμωρήσει ή να την χωρίσει [18]. Ωστόσο, φαίνεται ότι η άμβλωση επιτράπηκε στην αρχαία Ρώμη κυρίως για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους: ορισμένοι μελετητές την εντόπισαν ακόμη και ως θεραπευτική μέθοδο. Για παράδειγμα, ο Soranus αναφέρει ότι η άμβλωση πρέπει να συνταγογραφείται για να αποφευχθούν περαιτέρω κίνδυνοι κατά την γέννηση εάν υπάρχουν ιατρικές δυσκολίες [19]. Παρά την αντίθεση της Χριστιανικής θρησκείας, η άμβλωση ήταν ευρέως δημοφιλής στην αρχαία Ρώμη έως το 374 μ.Χ. [8]. Οι χριστιανικές πηγές μαρτυρούν ότι οι πρεσβύτεροι της εκκλησίας όπως ο Τερτουλιάνος, ο Κυπριανός και ο Άγιος Βασίλειος αντιτάχθηκαν στην άμβλωση και στο Συμβούλιο Εκκλησιών που πραγματοποιήθηκε στην Άγκυρα το 314 μ.Χ., αυτή η αντίθεση είχε ως αποτέλεσμα την καταδίκη κάθε γυναίκας που προσπαθούσε να υποβληθεί σε άμβλωση με 10ετή εξιλέωση [8].

ΑΡΧΑΙΑ ΠΕΡΣΙΑ

Αρχαία κείμενα υποδηλώνουν ότι οι Πέρσες ήταν εξοικειωμένοι με τις φαρμακευτικές αγωγές κατά της άμβλωσης οι οποίες αναφέρονται στο ιερό βιβλίο του Ζωροαστρισμού (Avesta), της επίσημης θρησκείας του Ιράν [20,21]. Το Avesta αναφέρει μία γυναίκα που ονομάζεται Hana, η οποία γνώριζε τις τεχνικές της άμβλωσης [20].

Σε γενικές γραμμές, οι αρχαίοι Πέρσες θεωρούσαν την άμβλωση μία καταδικαστέα πράξη σοβαρής ασέβειας, επικαλούμενοι πολλά αμαρτήματα και προφητείες για σκληρές τιμωρίες στη μεταθανάτια ζωή [22,23]. Τα λιγιστά στοιχεία που είναι γνωστά προέρχονται από τους θρησκευτικούς νόμους που περιλαμβάνονται στην συλλογή Vendidad [7].

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο κλασικός ορισμός της άμβλωσης είναι η «απομάκρυνση του εμβρύου προτού καταστεί βιώσιμο» και περιλαμβάνει την αυθόρμητη (αποβολή) ή προκαλούμενη άμβλωση – στην οποία ιατρός, η ίδια η γυναίκα ή ένας μη ειδήμων μπορεί να προκαλέσουν διακοπή της κύησης. Πριν από τις σύγχρονες μεθόδους άμβλωσης, αυτό σήμαινε, σε ορισμένες των περιπτώσεων, την εισαγωγή ξένων αντικειμένων εντός της μήτρας για την διατάραξη του πλακούντα και του εμβρύου, το χτύπημα της κοιλιάς μίας εγκύου στην περιοχή πάνω από την μήτρα ή η αναπήδηση στην κοιλιακή της χώρα ενώ η ίδια ευρίσκετο ξαπλωμένη στο έδαφος, με στόχο την πρόκληση της άμβλωσης. Αν και αυτές οι μέθοδοι μπορεί να είναι αποτελεσματικές, εντούτοις μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο της εγκύου εάν η μήτρα της υποστεί ρήξη ή εάν μία ποσότητα του αμνιακού υγρού που περιβάλλει το έμβρυο εισέλθει στο αίμα της. Κατά την αποικιακή περίοδο έως τις αρχές του εικοστού αιώνα, οι πρωτόγονες μέθοδοι που περιγράφηκαν παραπάνω σε συνδυασμό με την εισαγωγή ξένων αντικειμένων στη μήτρα (ξύλινα ραβδιά, βελόνες πλεξίματος, καθετήρες κ.λπ.) για την πρόκληση της άμβλωσης, συχνά επέφεραν τραγικά αποτελέσματα [24]. Στον αντίποδα, στη σύγχρονη κοινωνία, οι αμβλώσεις πραγματοποιούνται χειρουργικά από ιατρούς ή άλλο εκπαιδευμένο προσωπικό με εμπειρία στην εν λόγω τεχνική, καθιστώντας τη διαδικασία πολύ πιο ασφαλή [25].

Ένα πρόβλημα με τον κλασικό ορισμό της άμβλωσης είναι ο μεταβαλλόμενος ορισμός της βιωσιμότητας (η ικανότητα επιβίωσης του εμβρύου έξω από τη μήτρα). Η πρόωρη γέννηση συνδέεται ιστορικά με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και αναπηρίας για νεογνά που γεννιούνται ζωντανά. Εντούτοις, οι ιατρικές εξελίξεις του εικοστού αιώνα έχει καταστήσει δυνατή τη διάσωση νεογνών γεννημένων μόλις μετά από τριάντα εβδομάδες εγκυμοσύνης. Επίσης, ορισμένα βρέφη που γεννιούνται μεταξύ της 26^{ης} και 27^{ης} εβδομάδας ή ακόμα και νωρίτερα επιβιώνουν με ειδικές παρεμβάσεις και υποστήριξη. Ταυτόχρονα, μερικές φορές οι αμβλώσεις εκτελούνται κατά την 25^η έως 26^η εβδομάδα κύησης. Επομένως, ο ορισμός της βιωσιμότητας δεν είναι χρήσιμος προσδιορισμός στο να ορίσει εάν πρέπει να πραγματοποιηθεί μία άμβλωση [26].

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η άμβλωση είναι μία από τις πιο συχνές διαδικασίες παγκοσμίως και εκτιμάται ότι περίπου 42 εκατομμύρια εκούσιες αμβλώσεις πραγματοποιούνται ετησίως [27]. Φαρμακευτικές και χειρουργικές μέθοδοι διατίθενται για την διακοπή της κύησης τόσο κατά τη διάρκεια του πρώτου όσο και του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Η επιλογή της τεχνικής για την κένωση της μήτρας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως τον όγκο της μήτρας, το γυναικολογικό ιστορικό της ασθενούς, την ένδειξη της άμβλωσης και την εμπειρία του χειριστή. Σε γενικές γραμμές, οι ενδείξεις για την εκτέλεση άμβλωσης περιλαμβάνουν κοινωνικούς και ιατρικούς λόγους όπως θανατηφόρες εμβρυϊκές ανωμαλίες [28]. Ας σημειωθεί ότι, οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για τις πιθανότητες μόλυνσης ή λοίμωξης που μπορεί να συμβούν μετά από την άμβλωση [29].

ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τον τερματισμό της περιλαμβάνουν τις χειρουργικές μεθόδους μέσω αναρρόφησης κενού και τις φαρμακευτικές μεθόδους με τη χρήση συνδυασμένων σχημάτων μifeπριστόνης και προσταγλανδίνης. Ας τονιστεί ότι και οι δύο μέθοδοι αποτελούν ασφαλείς και αποτελεσματικές προσεγγίσεις για κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς. Για γυναίκες που ευρίσκονται σε κύηση μικρότερη των 7 εβδομάδων, η χειρουργική αναρρόφηση κενού είναι τρεις φορές πιο πιθανό να αποτύχει να αφαιρέσει τον εμβρυϊκό σάκο σε σύγκριση με αυτές που πραγματοποιούνται μεταξύ 7 έως 12 εβδομάδων κύησης [29]. Ως εκ τούτου, στα πρώιμα στάδια της κύησης συνιστάται η φαρμακευτική άμβλωση ενώ μεταξύ των 7 και 14 εβδομάδων της κύησης, η αναρρόφηση κενού [28].

Φαρμακευτική άμβλωση

Η φαρμακευτική άμβλωση περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης. Η μifeπριστόνη, σε συνδυασμό με τη μισοπροστόλη (χορήγηση 600 mg μifeπριστόνης από το στόμα ακολουθούμενη – 48 ώρες αργότερα – από 400 mcg μισοπροστόλης από το στόμα), είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φαρμακευτικό σχήμα στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Δυτική Ευρώπη [30]. Η μifeπριστόνη δρα ως αντιπρογεστίνη δεσμεύοντας τον

υποδοχέα της προγεστερόνης με συγγένεια μεγαλύτερη από την ίδια την προγεστερόνη, εντούτοις δεν ενεργοποιεί τον υποδοχέα της. Η μιφεπριστόνη είναι πιο αποτελεσματική όταν χορηγείται κολπικά παρά από το στόμα και μελέτες έχουν δείξει ότι η συσταλτικότητα της μήτρας και η ευαισθησία του μυομητρίου στις διεγερτικές επιδράσεις των εξωγενών προσταγλανδινών αυξάνεται 5 φορές εντός 24 – 36 ωρών μετά τη χορήγηση [31]. Επιπλέον, παρενέργειες όπως ο εμετός και η διάρροια αναφέρονται συχνότερα από γυναίκες που λαμβάνουν δια του στόματος μισοπροστόλη σε σύγκριση με εκείνες που το έλαβαν κολπικά [32].

Σε χώρες όπου η μιφεπριστόνη δεν είναι διαθέσιμη, χρησιμοποιείται αγωγή μόνο με μισοπροστόλη. Το σχήμα περιλαμβάνει μία δόση 800 mcg μισοπροστόλης που χορηγείται κολπικά, ακολουθούμενη από τρεις επιπρόσθετες δόσεις των 400 mcg μισοπροστόλης που χορηγούνται ωριαία [33]. Ωστόσο, η μισοπροστόλη από μόνη της είναι σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με τα συνδυαστικά σχήματα [34].

Οι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την φαρμακευτική άμβλωση περιλαμβάνουν γαστρεντερική δυσφορία (ναυτία, έμετος, διάρροια), κοιλιακό άλγος, υπερβολική κολπική αιμορραγία, κεφαλαλγία, ζάλη και κόπωση [28].

Χειρουργική άμβλωση

Η χειρουργική εκκένωση της μήτρας κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης περιλαμβάνει την αναρρόφηση κενού χρησιμοποιώντας μία συσκευή αναρρόφησης. Η διαστολή του τραχήλου της μήτρας είναι συνήθως απαραίτητη για να επιτραπεί η εισαγωγή των οργάνων και η αφαίρεση του ογκώδους περιεχομένου της μήτρας. Η προετοιμασία του τραχήλου της μήτρας πριν από την χειρουργική εκκένωση μειώνει τους κινδύνους τραυματισμού και καθιστά τον τράχηλο πιο μαλακό και ευκολότερα διατάσιμο. Ένας αριθμός αποτελεσματικών διαθέσιμων μεθόδων περιλαμβάνουν τους οσμωτικούς διαστολείς, την αντιπρογεστερόνη και τις προσταγλανδίνες όπως η μισοπροστόλη. Οι οσμωτικοί διαστολείς εισάγονται στον τράχηλο και διογκώνονται σταδιακά ώστε να τον προετοιμάσουν για την επακόλουθη χειρουργική διακοπή της κύησης. Αυτή τη διαδικασία απαιτεί μακρά λανθάνουσα περίοδο από 8 έως 10 ώρες και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης. Η αντιπρογεστερόνη όπως η μιφεπριστόνη για να είναι αποτελεσματική απαιτεί μία μακρά λανθάνουσα περίοδο 24 – 36 ωρών, εντούτοις έχει συσχετιστεί με ατελή άμβλωση και κολπική αιμορραγία. Συνεπώς, οι προσταγλανδίνες παραμένουν η πιο ευρέως

χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την προετοιμασία του τραχήλου της μήτρας πριν από την αναρρόφηση κενού [27]. Το ελάχιστο διάστημα εκκένωσης πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 ώρες για μία επιτυχημένη προετοιμασία του τραχήλου πριν από την άμβλωση και η βέλτιστη δοσολογία είναι τα 400 mcg ενδοκολπικής μισοπροστόλης [35,36,37].

Μετά την προετοιμασία του τραχήλου ακολουθεί απόξεση, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε δια αιχμηρού ξέστρου ή χειροκίνητου ή ηλεκτρικού αναρροφητικού ξέστρου. Η χειροκίνητη αναρρόφηση κενού πραγματοποιείται με μία σύριγγα στην οποία παράγεται κενό ανασύροντας ένα έμβολο, ενώ κατά την ηλεκτρική αναρρόφηση κενού, ένα άκαμπτο ξέστρο αναρρόφησης εισάγεται στην κοιλότητα της μήτρας και έπειτα εφαρμόζεται αναρρόφηση χρησιμοποιώντας μία ηλεκτρική συσκευή. Σε σύγκριση με την απόξεση δια αιχμηρού ξέστρου, η αναρρόφηση κενού συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική μείωση της αιμορραγίας, του πόνου και της διάρκειας της διαδικασίας [28].

Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης κατά το πρώτο τρίμηνο έχει ποσοστό αποτελεσματικότητας 98 – 99% [38]. Ο χειρουργικός τερματισμός της κύησης δεν απαιτεί νοσηλεία εκτός εάν ενυπάρχουν φαρμακευτικές ή χειρουργικές διαταραχές που θέτουν τις γυναίκες σε υψηλότερο χειρουργικό κίνδυνο. Εντούτοις, οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς για τις σχετιζόμενες επιπλοκές που αφορούν την διαδικασία και απαιτείται κατάλληλη συγκατάθεση. Στις επιπλοκές που σχετίζονται με την χειρουργική μέθοδο άμβλωσης συμπεριλαμβάνονται αιμορραγία, ρήξη της μήτρας, τραύμα του τραχήλου της μήτρας, λοιμώξεις, ατελής άμβλωση και λοιπές καταστάσεις που απαιτούν περαιτέρω παρεμβάσεις [28].

ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Υπάρχουν τρεις μέθοδοι που είναι διαθέσιμες για την διακοπή της κύησης κατά το δεύτερο τρίμηνο: η διαστολή και εκκένωση, η ενδομήτρια έγχυση αμβλωτικών ουσιών και η χορήγηση συστηματικών αμβλωτικών ουσιών. Οι πρωταρχικοί παράγοντες για την επιλογή μίας συγκεκριμένης τεχνικής είναι ο όγκος του ιστού του ενδομητρίου, η εμπειρία του χειρουργού και η προτίμηση του ασθενούς [28].

Ενδομήτρια έγχυση αμβλωτικών ουσιών

Τη δεκαετία του 1970, όταν η άμβλωση καθίστατο νόμιμη στις Ηνωμένες Πολιτείες, η διακοπή μετά τη 12^η εβδομάδα κύησης ξεκίνησε να επιτυγχάνεται μέσω ενδο – αμνιακής έγχυσης υπέρτονου αλατούχου διαλύματος με συνέπεια την εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας. Οι δύο κύριοι υπέρτονοι παράγοντες που χρησιμοποιούνται είναι η προσταγλανδίνη F2 – άλφα και ο υπέρτονος ορός. Η ενδο – αμνιακή έγχυση προσταγλανδίνης F2 – άλφα είναι αποτελεσματική αλλά σχετίζεται με παροδική επιβίωση του εμβρύου και σημαντικές παρενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος. Στον αντίποδα, ο υπέρτονος ορός έχει το πλεονέκτημα να προκαλεί θάνατο του εμβρύου αλλά η διάρκεια της διαδικασίας μπορεί να παραταθεί με πιθανές παρενέργειες όπως υπερνατριαιμία και υπερφόρτωση υγρών [39].

Διαστολή και εκκένωση

Η διαστολή και η εκκένωση έχει αποδειχθεί ότι έχει το μισό ποσοστό σοβαρών επιπλοκών σε σύγκριση με την έγχυση αμβλωτικών ουσιών [40]. Η εξαγωγή κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης απαιτεί διαστολή του τραχήλου της μήτρας, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας πολλαπλούς οσμωτικούς διαστολείς ή ενδοκολπικές προσταγλανδίνες για την ωρίμανση του τραχήλου, ωστόσο περιλαμβάνει αυξημένο κίνδυνο ρήξης του τραχήλου και αιμορραγίας. Στη συνέχεια, ανάλογα με την ηλικία της κύησης χρησιμοποιείται ένας καθετήρας ή ένας εβρουουλκός για την εξαγωγή των εμβρυϊκών συστατικών. Η απόξεση δια αναρροφητικού ξύστρου εκτελείται για την εξαγωγή τυχόν υπολειμματικού ιστού μετά την εκκένωση και ο χειρουργός θα πρέπει να εξετάσει το δείγμα για την επιβεβαίωση της αφαίρεσης όλων των προϊόντων της σύλληψης. Αξίζει να τονιστεί ότι, η πλειονότητα των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, στις Ηνωμένες Πολιτείες, πραγματοποιούνται με διαστολή και εκκένωση [41].

Χορήγηση συστημικών αμβλωτικών ουσιών

Η χορήγηση συστημικών αμβλωτικών ουσιών είναι μία εναλλακτική, κοινώς χρησιμοποιούμενη μέθοδος για τον τερματισμό της δεύτερου τριμήνου – εγκυμοσύνης. Τα σχήματα που χρησιμοποιούνται περιέχουν έναν συνδυασμό μifeπριστόνης και μισοπροστόλης ή προσταγλανδίνης. Η μifeπριστόνη μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή κολπικά. Ένα κατάλληλο

σχήμα θα μπορούσε να είναι η χορήγηση 200 mg μιφεπριστόνης από το στόμα ακολουθούμενη – έπειτα από 24 έως 36 ώρες – από ενδοκολπικές προσταγλανδίνες (800 mcg ενδοκολπικά ακολουθούμενο από 400 mcg από το στόμα ή ενδοκολπικά σε διαστήματα τριών ωρών με μέγιστο τις 4 δόσεις). Αυτό το σχήμα έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζει αποτελεσματικότητα που αγγίζει το 97% [42]. Σε περίπτωση μη διαθεσιμότητας μιφεπριστόνης, χρησιμοποιούνται σχήματα που περιέχουν μόνο προσταγλανδίνη. Η μισοπροστόλη, ένα ανάλογο προσταγλανδίνης E1, χρησιμοποιείται επίσης ως παράγοντας τερματισμού της κύησης που ευρίσκεται στο δεύτερο τρίμηνο, σε πολλά μέρη του κόσμου. Ένα συνιστώμενο σχήμα είναι η χορήγηση 400 mcg μισοπροστόλης κολπικά κάθε 3 – 4 ώρες με μέγιστο τις 5 δόσεις [43].

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Οι αμβλώσεις που πραγματοποιούνται υπό τη φροντίδα ενός αδειούχου ιατρού σε μία κλινική ή σε ένα νοσοκομείο είναι γενικά ασφαλείς διαδικασίες με λίγες επιπλοκές. Ωστόσο, πολλές γυναίκες εμφανίζουν κάποιες παρενέργειες, όπως κράμπες στην κοιλιακή χώρα, ελαφριά κολπική αιμορραγία, ναυτία και έμετος, ευαισθησία μαστών και κόπωση. Επιπλέον, Εντούτοις, τόσο οι φαρμακευτικές όσο και οι χειρουργικές αμβλώσεις μερικές φορές μπορεί να οδηγήσουν σε πιο σοβαρές επιπλοκές όπως [44]:

ΜΟΛΥΝΣΗ

Μία από τις πιο συχνές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η οποία μπορεί να προκληθεί από ατελή έκτρωση, κολπική έκθεση σε βακτηρίδια ή μετά από άμεση έναρξη σεξουαλικών επαφών. Για την μείωση του κινδύνου μόλυνσης συνιστάται μίας περιόδου αποχής – περίπου δύο εβδομάδων – από την σεξουαλική επαφή ή από την κολπική εισαγωγή αντικειμένων (χρήση επιθεμάτων αντί για ταμπόν). Στα συμπτώματα των λοιμώξεων συγκαταλέγονται η έντονη οσμή του κόλπου, ο πυρετός και ο σοβαρός πυελικός πόνος. Εάν η λοίμωξη αφηθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, οπότε θα πρέπει η γυναίκα να έρθει σε επικοινωνία με τον ιατρό της για θεραπεία μόλις παρατηρήσει τα παραπάνω συμπτώματα [44].

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Πολλές γυναίκες βιώνουν αιμορραγία και παρουσία θρόμβων αίματος μετά την άμβλωση. Εντούτοις, εάν οι θρόμβοι εμμένουν για περισσότερο από δύο ώρες και έχουν μέγεθος «μπάλας του γκολφ», η κατάσταση είναι σοβαρή. Η «βαριά» αιμορραγία ορίζεται ως η αλλαγή δύο ή περισσότερων επιθεμάτων σε μία ώρα ή αιμορραγία που εμμένει για περισσότερο από 12 ώρες. Αυτό μπορεί να είναι ένα σημάδι επιπλοκών, ειδικότερα εάν το χρώμα του αίματος είναι έντονο κόκκινο ή συνοδεύεται από οξύ και επίμονο πόνο [44].

ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Άλλες δυνητικές επιπλοκές που μπορεί να βιώσει μία γυναίκα από την στιγμή ή μετά το πέρας της διαδικασίας της άμβλωσης είναι [44]:

- Ατελή ή αποτυχημένη άμβλωση: το έμβρυο είτε είναι ακόμη βιώσιμο ή δεν έχει απομακρυνθεί πλήρως από τη μήτρα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές
- Ρήξη της μήτρας: με συμπτώματα σοβαρού κοιλιακού πόνου, αιμορραγίας και πυρετού
- Σηπτικό σοκ: με συμπτώματα που περιλαμβάνουν πυρετό, ρίγη, κοιλιακό άλγος και χαμηλή αρτηριακή πίεση

Ορισμένα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνουν μία έκτακτης ανάγκης – επιπλοκή που προκύπτει από την άμβλωση. Εάν η γυναίκα έρθει αντιμέτωπη με κάποιο από τα παραπάνω θα πρέπει να αναζητήσει άμεσα ιατρική βοήθεια [44].

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΒΛΩΣΗ

Μετά την άμβλωση, ο ιατρός μπορεί να παράσχει στην γυναίκα συγκεκριμένες οδηγίες φροντίδας για τη μείωση των δυσάρεστων παρενεργειών. Πιο συγκεκριμένα, συνιστάται [44]:

- Χρησιμοποίηση θερμαντικών κομπρεσών για την μείωση των κραμπών
- Ενυδάτωση, ειδικά σε περιπτώσεις διάρροιας ή εμέτου
- Εφαρμογή συστήματος υποστήριξης για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αλλαγών που προκύπτουν από τις ορμονικές αλλαγές
- Παραμονή στο σπίτι για ξεκούραση και ανάκαμψη σε ένα οικείο περιβάλλον
- Λήψη φαρμάκων, όπως ιβουπροφαίνη, για την μείωση των κραμπών και του πόνου
- Εφαρμογή μαλακτικών τεχνικών στην περιοχή της κοιλιάς και στο σημείο των κραμπών
- Εφαρμογή σφιχτού στηθόδεσμου για την ανακούφισης της ευαισθησίας των μαστών

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Παγκοσμίως, η νομοθεσία για τις αμβλώσεις συχνά αποτελεί το επίκεντρο των ερευνών και άλλων δημοσιεύσεων. Ειδικότερα, τα Ηνωμένα Έθνη δημοσιεύουν περιοδικές αναφορές σχετικά με τις πολιτικές των αμβλώσεων, οι πιο πρόσφατες από τις οποίες κυκλοφόρησαν το 2013 [45] και το 2014 [46]. Επιπρόσθετα, πρόσφατα δημιουργήθηκε μία βάση δεδομένων για τις πολιτικές των αμβλώσεων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα Ηνωμένα Έθνη [47]. Μερικές μη – κυβερνητικές οργανώσεις συμβάλλουν επίσης σε αυτή την ερευνητική προσπάθεια· αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, το Κέντρο για τα Αναπαραγωγικά Δικαιώματα, που παράγει τακτικά χάρτες για την κατάσταση των πολιτικών σε όλο τον κόσμο και το Ινστιτούτο Guttmacher, το οποίο παράγει επισκοπήσεις της κατάστασης τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε τοπικό επίπεδο [48,49].

Η γνώση του νομικού πλαισίου που διέπει την άμβλωση είναι ζωτικής σημασίας και αποτελεί έναν σημαντικό καθοριστικό παράγοντα για την παροχή υπηρεσιών και δικαιωμάτων. Σε όλο τον κόσμο, η νομοθεσία συχνά αμφιταλαντεύονταν μεταξύ περιόδων χαλάρωσης και αυστηροποίησης των περιορισμών, για ηθικούς, θρησκευτικούς, υγειονομικούς, δεοντολογικούς και νομικούς λόγους. Οι καταστάσεις κυμαίνονται από την πλήρη απαγόρευση της άμβλωσης έως την απεριόριστη πρόσβαση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας. Μεταξύ αυτών των δύο άκρων, η πρόσβαση στην άμβλωση επιτρέπεται μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις: προστασία της ζωής των γυναικών ή της σωματικής ή / και ψυχικής υγείας τους, εμβρυϊκή δυσλειτουργία, βιασμός ή αιμομιξία, οικονομικοί ή κοινωνικοί λόγοι, ή ορισμένες άλλες ειδικές αιτίες σε ορισμένες χώρες [1].

ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η πρόσβαση στην άμβλωση υπόκειται πάντα σε ορισμένα όρια, τα οποία μεταφράζονται σε ηλικία κύησης ή εβδομάδες αμηνόρροιας. Αυτά τα όρια μπορούν να παραταθούν ή να αρθούν εάν η ζωή ή η υγεία της γυναίκας κινδυνεύει και σε ορισμένες άλλες καταστάσεις όπως σε περιπτώσεις βιασμού ή δυσπλασίας [47,50]. Οι περισσότερες χώρες επιτρέπουν την άμβλωση έως και τις 12

εβδομάδες κύησης, ενώ άλλες έως και τις 18 (Σουηδία), 22 (Ολλανδία) ή 24 εβδομάδες (Ηνωμένο Βασίλειο) [51,52]. Επιπλέον, μερικές φορές για την νόμιμη άμβλωση απαιτείται εξουσιοδότηση. Ειδικότερα, σε 25 Ευρωπαϊκές χώρες και 37 πολιτείες των ΗΠΑ, σε γυναίκες κάτω των 18 ετών απαιτείται συγκατάθεση από τουλάχιστον έναν από δύο γονείς ή κηδεμόνες τους. Αυτό επίσης καθίσταται απαραίτητη προϋπόθεση σε τέσσερις χώρες της Λατινικής Αμερικής, εννέα της Αφρικής και 17 της Ασίας. Τέλος, σε ορισμένες αφρικανικές και ασιατικές χώρες, όταν μία γυναίκα είναι παντρεμένη, απαιτείται η συγκατάθεση του συζύγου [47].

Για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης για λόγους υγείας, απαιτείται ιατρική έγκριση, ιδίως από έναν ή περισσότερους ιατρούς ή από ψυχίατρο σε περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας. Για τη διενέργεια άμβλωσης μετά από βιασμό ή αιμομιξία απαιτείται συχνά νομική άδεια από εισαγγελέα ή δικαστή και μερικές φορές μία αστυνομική ή ιατρική έκθεση. Εντούτοις, αυτά τα εμπόδια επηρεάζουν ιδιαίτερα τις νεαρές γυναίκες και συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την άρνηση του δικαιώματος για άμβλωση. Επίσης, οι ενστάσεις για ηθικούς, δεοντολογικούς, θρησκευτικούς ή φιλοσοφικούς λόγους εμποδίζει την πρόσβαση στην άμβλωση [53].

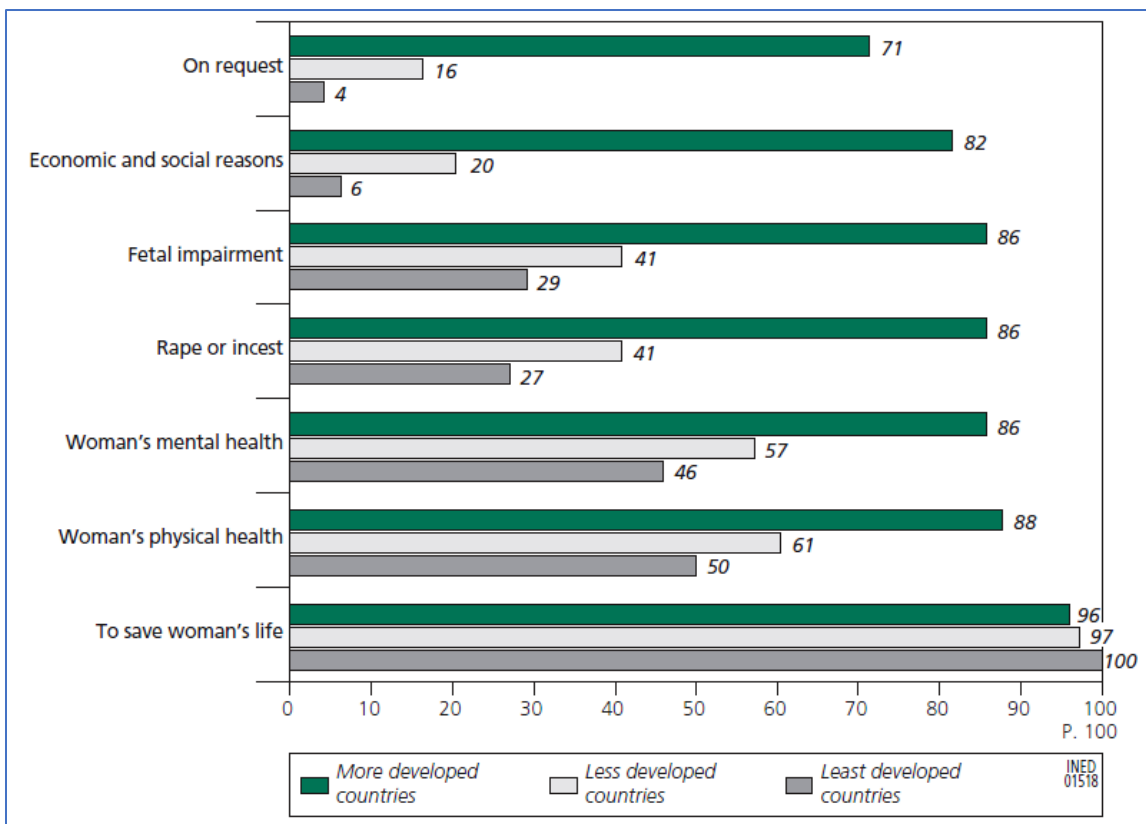
Πολλοί επαγγελματίες υγείας ορισμένες φορές επικαλούνται τη ρήτρα επίκλησης λόγω συνείδησης, για να αποφύγουν την εκτέλεση αμβλώσεων ή τη θεραπεία γυναικών με επιπλοκές [54]. Αυτό παρατηρείται τόσο στην Ευρώπη, ιδίως Ισπανία, Ιταλία και Πορτογαλία [55], όσο στην Αφρική [56,57], την Λατινική Αμερική [58,59] και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, ακόμη και όταν το δικαίωμα της άμβλωσης έρχεται αντιμέτωπο με ηθικές και δεοντολογικές ενστάσεις, αναγνωρίζεται νομικά και οι επαγγελματίες υγείας έχουν ανάλογες υποχρεώσεις όπως για παράδειγμα την παραπομπή των ασθενών σε επαγγελματίες που δεν είναι αντίθετοι με την άμβλωση ή τη θεραπεία ασθενών που ευρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση [60].

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

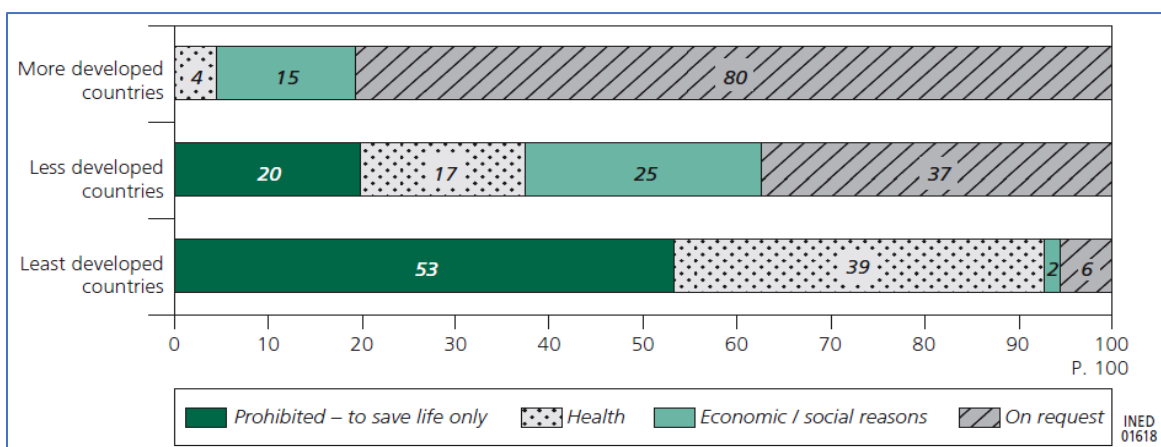
Συνολικά, οι νόμοι περί άμβλωσης είναι πιο ανεκτικοί στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων επτά στις δέκα – κυρίως στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική – εγκρίνουν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (Εικόνα 1). Το χάσμα διευρύνεται με την αύξηση των διαφορών στο επίπεδο ανάπτυξης: το 16% των ανεπτυγμένων χωρών έχει φιλελεύθερη αντίληψη, σε σύγκριση με το 4% των λιγότερο αναπτυγμένων χωρών [44]. Ο κύριος λόγος που γίνεται αποδεκτή

η άμβλωση σε ολόκληρο τον κόσμο είναι για την σωτηρία της ζωής της μητέρας. Ως εκ τούτου, τα επίπεδα αποδοχής της άμβλωσης για λοιπούς λόγους ποικίλουν και πάλι ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης: σχεδόν στο 90% των αναπτυγμένων χωρών επιτρέπεται η άμβλωση για την προστασία της σωματικής ή ψυχικής υγείας της γυναίκας, σε σύγκριση με το 50 – 60% άλλων χωρών. Οι διαφορές μεταξύ των περιοχών είναι ακόμη πιο σημαντικές για αιτίες όπως ο βιασμός, η αιμομιξία και η εμβρυϊκή βλάβη: διπλάσιο ποσοστό – από τις αναπτυγμένες χώρες (86%) στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες (41%) – επιτρέπουν την άμβλωση για τους παραπάνω λόγους, σε σύγκριση με το 30% των λιγότερο αναπτυγμένων χωρών. Η εξουσιοδότηση της άμβλωσης για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους είναι επίσης πολύ πιο διαδεδομένη στις ανεπτυγμένες χώρες: το 82% το επιτρέπει σε αυτήν την περίπτωση, σε σύγκριση με τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες [1].

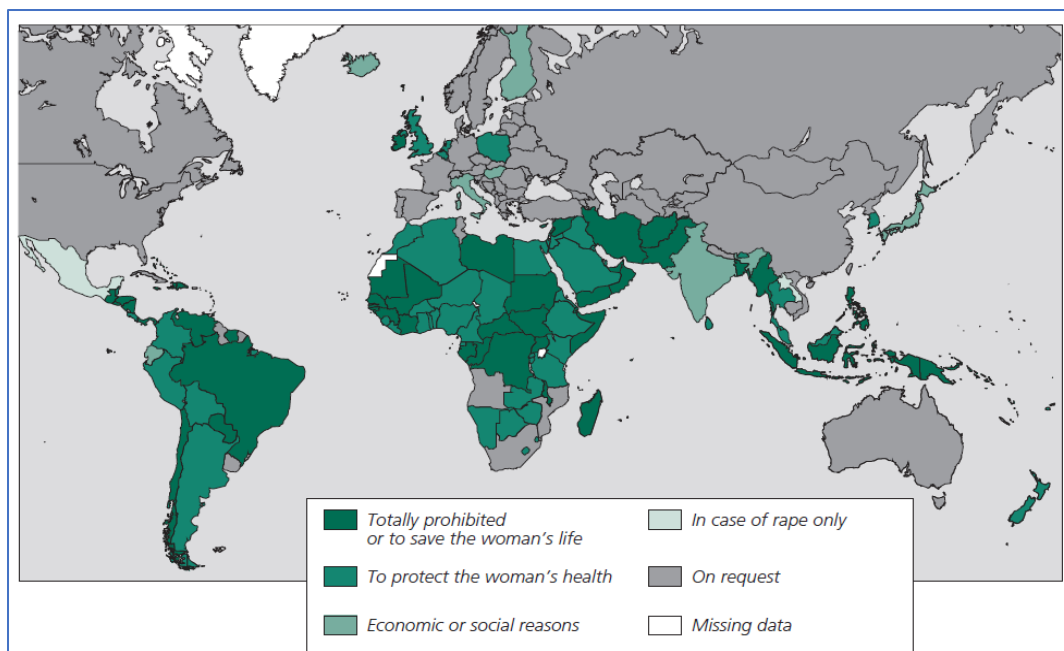
Εάν εξετάσουμε τώρα την κατανομή των γυναικών που ευρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (15 – 49 ετών) σε χώρες οι οποίες ταξινομούνται βάσει της νομοθεσίας και του επιπέδου ανάπτυξης τους, οι διαφορές είναι σημαντικές (Εικόνα 2). Ενώ το 80% των γυναικών στις πιο ανεπτυγμένες χώρες επωφελούνται από ανεκτικούς νόμους, τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες (που περιλαμβάνει χώρες με πολύ μεγάλο πληθυσμό όπως η Κίνα) και στις υποανάπτυκτες χώρες είναι 37% και 6% αντίστοιχα. Πράγματι, περισσότερες από τις μισές γυναίκες στην τελευταία από αυτές τις ομάδες (53%) ζουν σε χώρες όπου η άμβλωση απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο για σε περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή της γυναίκας. Επιπρόσθετα, αντίθετες αντικρουόμενες νομικές καταστάσεις εντοπίζονται σε χώρες σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου (Εικόνα 3). Η άμβλωση απαγορεύεται εντελώς σε 21 χώρες, αλλά «ρήτρες εξαίρεσης» παρουσιάζονται σε ορισμένες από αυτές. Αντίθετα, σε άλλες χώρες, μία νομικά αναγνωρισμένη προϋπόθεση μπορεί να ερμηνευθεί με περιοριστικό τρόπο. Για παράδειγμα, το δικαίωμα έκτρωσης μπορεί να απορριφθεί σε περίπτωση βιασμού, υποστηρίζοντας ότι το δικαίωμα στη ζωή που ξεκινάει από τη σύλληψη είναι ανώτερο από αυτό της γυναίκας [1].



Εικόνα 1: Κατανομή (%) χωρών βάσει νομοθεσίας περί άμβλωσης και επιόδου ανάπτυξης, 2013 [46]



Εικόνα 2: Κατανομή (%) γυναικών ηλικίας 15 – 49 ετών νομοθεσίας περί άμβλωσης και επιόδου ανάπτυξης, 2013 [1]



Εικόνα 3: Νομικό καθεστώς των αμβλώσεων σε όλο τον κόσμο, 2017 [1]

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη, οι νόμοι περί άμβλωσης έχουν εξελιχθεί σύμφωνα με πολύ διαφορετικά χρονοδιαγράμματα σε διαφορετικές χώρες. Η Ρωσία πρωτοστάτησε στη νομιμοποίηση της άμβλωσης το 1920 [61]. Υπό την επιρροή της, κατά τη δεκαετία του 1950, ακολούθησαν και άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης [62]. Στις εν λόγω χώρες, η έκτρωση ήταν το κύριο μέσο ελέγχου των γεννήσεων για πολλά χρόνια, καθώς η πρόσβαση στη σύγχρονη αντισύλληψη ήταν περιορισμένη και η σεξουαλική αγωγή ήταν φτωχή [63]. Ωστόσο, αυτοί οι νόμοι αιρούνται ή εφαρμόζονται μεταξύ περιόδων χαλάρωσης και αυστηρότερων περιορισμών. Η Ρουμανία, η οποία είχε νομιμοποιήσει την άμβλωση το 1956 ανέστρεψε δραστικά αυτήν την κίνηση το 1966 υπό την κυβέρνηση του Ceausescu [64]. Αυτή η ανατροπή οδήγησε σε σημαντική αύξηση της μητρικής θνησιμότητας λόγω της αύξησης των παράνομων αμβλώσεων [61]. Με την πτώση του Ceausescu το 1989, αυτή η πολιτική εγκαταλείφθηκε, η άμβλωση έγινε και πάλι νόμιμη και η θνησιμότητα που σχετιζόταν με την άμβλωση μειώθηκε [64,65]. Το ίδιο σημειώθηκε και στην Πολωνία, η οποία είχε μία φιλελεύθερη αντίληψη όσον αφορά την άμβλωση έως το 1993. Ακολουθώντας μία σειρά νομοθετικών αλλαγών, η άμβλωση επιτρέπεται τώρα μόνο για λόγους υγείας, εμβρυϊκής δυσλειτουργίας ή βιασμού [1].

Το 2017, μεταξύ των 43 χωρών της Ευρώπης, οι 29 επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (καλύπτοντας το 72% των ευρωπαϊών γυναικών που ευρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία), και οι τέσσερις την επέτρεψαν για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους. Η πλειοψηφία των χωρών αναθεώρησε την νομοθεσία τους στις δεκαετίες του 1970 και του 1980. Εντούτοις, η πρόσβαση στην άμβλωση παραμένει περιορισμένη σε άλλες χώρες και πιο συγκεκριμένα απαγορεύεται εντελώς σε Ανδόρα, Μάλτα, Σαν Μαρίνο και Βατικανό. Στην Ιρλανδία, κατέστη νόμιμη από το 2013 σε περίπτωση κινδύνου της ζωής της γυναίκας, ενώ σε περίπτωση εμβρυϊκής βλάβης απορρίπτεται. Ας σημειωθεί ότι, η φιλελευθεροποίηση των νόμων περί άμβλωσης στην Ιρλανδία, τέθηκε σε δημοψήφισμα τον Μάιο του 2018, όπου η πλειοψηφία των ψηφοφόρων ψήφισε υπέρ της μεταρρύθμισης [1].

Οι νομικοί περιορισμοί μειώθηκαν επίσης τις τελευταίες δεκαετίες σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, η Αλβανία, η Εσθονία, το Λουξεμβούργο, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελβετία επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος. Από το 2009, επιτρέπεται στο Μονακό σε περιπτώσεις εμβρυϊκής βλάβης, βιασμού ή αιμομιξίας και για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της γυναίκας. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν υπάρχουν κοινές οδηγίες σχετικά με την άμβλωση. Ωστόσο, ένα ψήφισμα του 2008 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου καλεί τα κράτη – μέλη να «αποποινικοποιήσουν την άμβλωση εντός εύλογων ορίων κύησης, εάν δεν το έχουν ήδη πράξει», να «εγγυηθούν την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος πρόσβασης των γυναικών σε ασφαλή και νόμιμη άμβλωση» και να «περιορίσουν τα εμπόδια σε μία νόμιμη πρόσβαση σε ασφαλή άμβλωση» [1].

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, το 1983, πραγματοποιήθηκε μία δυναμική εκστρατεία και ένας εντυπωσιακός αγώνας για την νομιμοποίηση των αμβλώσεων στη χώρα, με πρωτοβουλία της Αυτόνομης Κίνησης Γυναικών, μία ομάδα που αντιπροσωπεύονταν από 500 γυναίκες, οι οποίες υπέγραψαν ότι είχαν κάνει μία ή περισσότερες αμβλώσεις, παρά την αντίθετη νομοθεσία. Κατόπιν διαφόρων γεγονότων και επεισοδίων που ακολούθησαν, πυροδοτήθηκαν τα φεμινιστικά αισθήματα που οδήγησαν σε μία διαμαρτυρία στα Προπύλαια με χαρακτηριστικά συνθήματα «Όλες είμαστε παράνομες» και «Έξω οι νόμοι από το κορμί μας». Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, το 1986, υπερψηφίστηκε στην Ελλάδα το σχετικό νομοσχέδιο.

Σύμφωνα με τον νόμο, στην Ελλάδα, ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αίρεται στις περιπτώσεις της παρ.4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα [66,67,68] δηλαδή αν συντρέχει μία από τις εξής περιπτώσεις [68]:

1. Εγκυμοσύνη < 12 εβδομάδων
2. Εγκυμοσύνη < 19 εβδομάδων, ως αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας, αποπλάνησης ανήλικης ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί
3. Εγκυμοσύνη < 24 εβδομάδων, σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού
4. Οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη γέννηση σε περίπτωση αναπότρεπτου κινδύνου για τη ζωή της εγκύου ή κινδύνου σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής και ψυχικής της υγείας, βεβαιωμένος από αντίστοιχο ιατρό

Ας σημειωθεί ότι στις παραπάνω περιπτώσεις, η άμβλωση επιτρέπεται μόνο τη συναίνεση της εγκύου (αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται η συναίνεση ενός από τους γονείς ή του προσώπου που έχει την επιμέλειά της) και μόνο από ιατρό με ειδικότητα μαιευτήρα – γυναικολόγου, με την συμμετοχή του αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα.

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η συναίνεση της εγκύου για την διακοπή της κύησης διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην αποτύπωση του άρθρου 34 του Ποινικού Κώδικα. Ειδικότερα, σύμφωνα με την παρ.1 του αρ.304 ΠΚ, όταν η άμβλωση διενεργείται χωρίς την συναίνεση της εγκύου, χαρακτηρίζεται ως κακούργημα και τιμωρείται με κάθειρξη έως 10 ετών. Αντίθετα, στην παρ.2 προβλέπεται ποινή φυλάκισης έως τρία έτη ή χρηματική ποινή για όποιον με τη συναίνεση της εγκύου ή των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά της εάν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, ενώ ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή αν ενεργεί κατ' επάγγελμα. Με την ίδια ποινή, μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83, τιμωρείται και όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής ενώ σύμφωνα με την παρ.3 προβλέπεται φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή για την έγκυο που μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ιατρική κοινότητα είναι ανήσυχη για τον αυξανόμενο αριθμό των αμβλώσεων στην Ελλάδα, καθώς και για την έλλειψη σεξουαλικής εκπαίδευσης μεταξύ των εφήβων. Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, η Ελλάδα έρχεται αντιμέτωπη με 150.000 αμβλώσεις ετησίως, με το 25% να αφορά κορίτσια κάτω των 16 ετών που στρέφονται στην επιλογή της τεχνητής άμβλωσης, προκειμένου να τερματίσουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη τους. Αυτός ο αριθμός αποκαλύπτει το γεγονός ότι τυχόν προσπάθειες που έγιναν για την προώθηση της σεξουαλικής εκπαίδευσης και της αντισύλληψης, έχουν αποτύχει [69].

Στο Εθνικό Συνέδριο Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας που πραγματοποιήθηκε στις 11 – 12 Φεβρουαρίου του 2017, κορυφαίοι ιατροί από κορυφαία νοσοκομεία στην Ελλάδα εξέφρασαν την ανησυχία τους για το αυξημένο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων και αμβλώσεων μεταξύ των εφήβων. Οι αριθμοί είναι εξίσου υψηλοί σε όλο τον κόσμο, παρά τις μεγάλες εκστρατείες σχετικά με τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού, καθώς και του ανδρικού προφυλακτικού. Συγκεκριμένα, για την Ελλάδα, οι ειδικοί τόνισαν ότι τουλάχιστον το 50% των Ελληνίδων εφήβων ξεκινούν τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες πριν από την ηλικία των 17 ετών, με μελέτες να υποδεικνύουν ότι το 73% των κοριτσιών ηλικίας 14 – 16 ετών είχαν κάποια σεξουαλική εμπειρία [69].

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η Ελλάδα απέχει πολύ από τις ιδανικές κατευθυντήριες γραμμές. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ των εφήβων είναι η διακοπή της επαφής (40%) – δηλαδή όταν ένας άντρας απομακρύνει το πέος του από τον κόλπο λίγο πριν την εκπερμάτωση. Είναι αξιοσημείωτο ότι με αυτή τη μέθοδο, το ποσοστό ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αγγίζει το 20%, ενώ ας τονιστεί ότι, δεν παρέχεται προστασία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ). Το ανδρικό προφυλακτικό είναι η δεύτερη ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο, έχει το πλεονέκτημα της προστασίας έναντι των ΣΜΝ, μπορεί να αγοραστεί εύκολα, ενώ παρουσιάζει μόνο ποσοστό αποτυχίας της τάξης του 2% όταν χρησιμοποιούνται σωστά. Τέλος, μόνο το 4% των γυναικών και κοριτσιών χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό χάπι, σε αντίθεση με το 45% που παρατηρείται στις ΗΠΑ. Ταυτόχρονα, όλες οι άλλες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται ευρέως σε άλλες χώρες όπως το διαδερμικό έμπλαστρο, το ενέσιμο αντισυλληπτικό (DMPA), το διάφραγμα και το τραχηλικό κάλυμμα, χρησιμοποιούνται σε πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων στην Ελλάδα [69].

Ανάγκη για σεξουαλική εκπαίδευση

Ο Δρ. Ευθύμιος Δεληγεώρογλου και ο Δρ. Νικόλαος Σαλάκος τόνισαν ότι το κράτος πρέπει να επικεντρωθεί στην προώθηση της σεξουαλικής εκπαίδευσης των Ελλήνων νέων. Οι ιατροί τόνισαν τα εξής: «Η συμβουλευτική και η εκπαίδευση των εφήβων είναι τα μοναδικά μας όπλα ενάντια σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αμβλώσεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Πρέπει να τους ενημερώσουμε για κάθε μέθοδο αντισύλληψης, με ιδιαίτερη αναφορά στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους» [69].

Παράλληλα με την εκπαιδευτική εκστρατεία, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο ανδρικό προφυλακτικό και στην ενθάρρυνση να το χρησιμοποιούν με συνέπεια σε κάθε σεξουαλική επαφή, ώστε τουλάχιστον να ελαχιστοποιηθούν τα περιστατικά ΣΜΝ. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προωθηθεί και να προταθεί η πολιτική ενός συνδυασμού ανδρικού προφυλακτικού με μία άλλη ορμονική ή μέθοδο αντισύλληψης μακράς – δράσης, προκειμένου αποφευχθούν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και αμβλώσεις [69].

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ “ΚΑΤΑ” / “ΥΠΕΡ” ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

Η συζήτηση σχετικά με την άμβλωση κατά την οποία εκθέτονται τα επιχειρήματα και τα αντεπιχειρήματα είναι απόδειξη μίας γενικής θεωρητικής διχοτομίας που εμπίπτει σε ηθικές προοπτικές σχετικά με την άμβλωση. Οι θεωρητικοί ευρίσκονται πλέον σε συναίνεση κατά την κατηγοριοποίηση των μεγάλων ηθικών συστημάτων και των σημαντικών ηθικών θεωριών, οι οποίες εμπίπτουν σε δύο γενικές τάξεις: την τελεολογική ηθική και την δεοντολογική ηθική. Αρχικά, η τελεολογική ηθική είναι μία φιλοσοφική ιδέα, η οποία υποστηρίζει ότι όλα τα πράγματα έχουν κάποιο σκοπό ή αιτία. Είναι η άποψη ότι «οι εξελίξεις οφείλονται στο σκοπό ή το σχεδιασμό ο οποίος εξυπηρετείται από αυτές». Η δεοντολογική ηθική πιστεύει ότι κάθε πτυχή της συμπεριφοράς μας, κάθε συμπεριφορική «ακολουθία» μπορεί να περιγραφεί ως ηθική ή μη – ηθική παραπέμποντας σε ορισμένες αρχές που τις διέπουν. Δεδομένου του γεγονότος ότι κάθε άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αυτοσκοπός, πρέπει να γίνει κατανοητό με τη σειρά του ότι κάθε άτομο είναι αυτόνομο με ίσα δικαιώματα ανεξάρτητα από διαφορές που σχετίζονται με την κατάσταση, φυλή, χρώμα, φύλο, επίπεδο εισοδήματος κ.λπ.[70].

«ΥΠΕΡ» ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΤΕΛΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ

Οι συζητήσεις των «υπέρ» και «κατά» της άμβλωσης ξεκινούν από ένα ζεύγος αποδεκτών ή απορριφθέντων υποθέσεων οι οποίες αφορούν την κατάσταση του εμβρύου. Οι «υπέρμαχοι» της άμβλωσης πιστεύουν ότι ένα γονιμοποιημένο ωάριο, ο απόγονος ή το έμβρυο δεν είναι ανθρώπινο. Στον αντίποδα, οι «αντιτιθέμενοι» θεωρούν ότι η πράξη έρχεται αντιμέτωπη με έναν άνθρωπο από την στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου από το σπερματοζώαριο. Εντούτοις, καμία από τις δύο πλευρές δεν έχει καταφέρει να αναπτύξει ένα σύνολο αδιάσειστων επιχειρημάτων που να έχουν καταστεί ομόφωνα αποδεκτά. Επομένως, τίθεται ως προϋπόθεση ότι το προϊόν της γονιμοποίησης είναι ένα ανθρώπινο όν, παρόλο που η έννοια του ανθρώπου είναι διφορούμενη και δύσκολο να οριστεί και να διευκρινιστεί εννοιολογικά. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί, ότι αν και ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα ανθρώπινο όν, σε περιπτώσεις όπου το έμβρυο ενέχει ορισμένες προβληματικές καταστάσεις, το δικαίωμα της μετέπειτα ζωής (συμπεριλαμβανομένων των συνεπειών που μπορεί να προκύψουν από τη βλάβη) ή της ζωής της μητέρας μπορεί να συγκρούεται με το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή [71].

Επομένως, μπορούν να ληφθούν υπόψη τρεις κατηγορίες υπαρξιακών καταστάσεων [70]:

- A) Τραυματικές καταστάσεις όπως βιασμός ή αθέλητη εγκυμοσύνη
- B) Καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ή αποδεδειγμένα ιατρικά στοιχεία ότι το έμβρυο πάσχει από σοβαρά προβλήματα υγείας ή η μητέρα δεν είναι ικανή να ολοκληρώσει την εγκυμοσύνη («θεραπευτική άμβλωση»)
- C) Καταστάσεις όπου οι υπεύθυνοι πήραν όλα τα μέσα προστασίας κατά την σεξουαλική επαφή, αλλά προέκυψε «ανεπιθύμητη» εγκυμοσύνη η οποία οδήγησε σε ένα παιδί που δεν είναι καθόλου επιθυμητό από τους φυσικούς τους γονείς και τοποθετείται σε ιδρυματικά περιβάλλοντα όπως ορφανοτροφεία ή κέντρα ανάδοχης φροντίδας

Εγκυμοσύνη που προκύπτει από βιασμό

Αυτή η κατάσταση θεωρείται μία μορφή αποκλίνουσας και πολύ άσχημης συμπεριφοράς με καταστροφικές επιπτώσεις στο θύμα, που κανένα δημοκρατικό και πολιτισμένο κράτος δεν επιτρέπει την εκδήλωσή της. Είναι ξεκάθαρο ότι, ένα παιδί που γεννιέται από βιασμό έρχεται αντιμέτωπο με ένα εχθρικό περιβάλλον. Ουσιαστικά δεν υπάρχει οικογένεια: ο πατέρας είναι ένας πολύ επικίνδυνος εγκληματίας και η μητέρα του είναι ένα εξαιρετικά τραυματικό άτομο, το οποίο δεν θα μπορεί να δείξει τα μητρικά της αισθήματα όπως θα γινόταν υπό φυσιολογικές συνθήκες. Επομένως τι θα ήταν προτιμότερο σε αυτή την περίπτωση; Η άμβλωση ή η γέννηση αυτού του παιδιού; Στην περίπτωση της άμβλωσης, διαφαίνεται η προσπάθεια της γυναίκας να ξεφύγει από ένα τραύμα, παρόλο που αυτή η απόπειρα δεν στέφεται απαραίτητα με εγγυημένη επιτυχία. Τα τραύματα από ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να είναι μόνιμα, αλλά σίγουρα θα ήταν πιο έντονα εάν τελικά η γυναίκα συνέχιζε την εγκυμοσύνη της και γεννούσε το παιδί. Επομένως, στην εν λόγω περίπτωση η άμβλωση θεωρείται να είναι λιγότερο σοβαρή και στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι η μόνη λύση [70].

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας σημαντικός παράγοντας, στην πραγματικότητα ένας ανυπέρβλητος και ισχυρός θεσμός στη λήψη αποφάσεων είναι η Εκκλησία. Πρέπει να αναγνωριστεί, ότι αυτό το τυπικά σημαντικό όργανο της δημοκρατικής κοινωνίας, καταδικάζει οποιαδήποτε μορφή άμβλωσης θεωρώντας την ως μία πολύ σοβαρή αμαρτία ενώπιον του Θεού. Εντούτοις, στο πλαίσιο της αλλαγής των πολιτικών καθεστώτων και με την εξέλιξη της κοινωνίας, η Ορθόδοξη Εκκλησία εξέδωσε ορισμένα επίσημα έγγραφα σχετικά με την άμβλωση, την μεταμόσχευση

οργάνων και την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα, με την ανάλυση των επιχειρημάτων «κατά» της άμβλωσης, στην τελική διατύπωση του εγγράφου παρουσιάζεται μία κατάσταση, κατά την οποία θεωρείται από την Εκκλησία ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί άμβλωση, σε περιπτώσεις όπου «όταν η ζωή της μητέρας κινδυνεύει από την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στη ζωή της γυναίκας λόγω των μητρικών ευθυνών προς τα παιδιά ή την οικογένεια». Επιπλέον, συνιστάται ο τοκετός που προκύπτει από βιασμό καθώς επίσης και η γέννηση εμβρύων, τα οποία διαγιγνώσκονται με σοβαρές αναπηρίες. Τέλος, υποστηρίζεται ότι η άμβλωση δεν μπορεί ποτέ να δικαιολογηθεί ηθικά λόγω της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας, των αντιπαραθέσεων μεταξύ των συντρόφων, την σταδιοδρομία της μητέρας ή την φυσική εμφάνιση [70].

Θεραπευτική άμβλωση

Αυτή η κατηγορία αναφέρεται σε καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία σοβαρών προβλημάτων υγείας είτε της μητέρας ή του παιδιού. Από την άποψη της γυναίκας, οι απόψεις μεταξύ της Εκκλησίας και του δημοκρατικού κράτους συγκλίνουν. Εντούτοις, περισσότερο προβληματικές και πιο δραματικές αποδεικνύονται οι καταστάσεις κατά τις οποίες το έμβryo πάσχει από σοβαρές δυσπλασίες που θα προκαλέσουν σοβαρή «αναπηρία» τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Εάν ένα τέτοιο παιδί γεννηθεί, οι γονείς θα συντριφθούν διότι υποθετικά κάθε φυσιολογικός γονέας θέλει φυσιολογικά παιδιά. Η κανονικότητα ορίζεται από αυτό που μια κοινότητα ανθρώπων αποδέχεται ως φυσιολογικό. Ομοίως και σε αυτή την περίπτωση, σε τέτοιου είδους υπαρξιακές και προβληματικές καταστάσεις, η άμβλωση έχει λιγότερο δραματικές συνέπειες και τα άτομα είναι πιο εύκολο να ανταπεξέλθουν σε αυτήν. Επομένως είναι λιγότερο σοβαρή από την γέννηση ενός παιδιού με σοβαρά προβλήματα υγείας. Το γεγονός ότι ένα τέτοιο άτομο είναι πολύ δύσκολο ή ακατόρθωτο να ενταχθεί σε μία κοινωνία που δεν είναι ανεκτή στην διαφορετικότητα («μη – φυσιολογικό»), συνεπάγεται σε μία σειρά δραματικών συνεπειών τόσο για το άτομο όσο και για εκείνους που ευρίσκονται κοντά του. Ένα τέτοιο άτομο, έχει όλες τις πιθανότητες να ζήσει σε έναν κόσμο που δεν μπορεί να τον καταλάβει και μπορεί να οδηγηθεί σε πράξεις που ενέχουν σοβαρές συνέπειες όπως αυτοκτονία, δολοφονία, βιασμός, εθισμός στο αλκοόλ, τα ναρκωτικά, κ.λπ. Ως εκ τούτου η «ζυγαριά» φέρεται να «γέρνει» και πάλι υπέρ της άμβλωσης [70].

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη παρόλο που χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι αντισύλληψης

Αυτή η κατηγορία υπαρξιακών καταστάσεων είναι ίσως η πιο συνηθισμένη και φαίνεται να είναι λιγότερο σοβαρή σε σύγκριση με τις παραπάνω περιπτώσεις. Εντούτοις, με μία πιο προσεκτική ανάλυση, αυτή η «ασήμαντη» κατάσταση μπορεί να είναι εξαιρετικά προβληματική. Υπάρχουν άνθρωποι που αντιλαμβάνονται τι σημαίνει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης «εκ των προτέρων» (προφυλακτικά, IUD, αντισυλληπτικά χάπια κ.λπ.) και όμως τυχαίνει να έρχονται αντιμέτωποι με μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Εντούτοις, δεν θεωρούνται ανήθικοι από κανέναν επειδή θέλουν μία διαρκή ερωτική – σεξουαλική ευχαρίστηση. Τα επιχειρήματα που αναφέρονται υπό το πρίσμα της «θρησκείας», σύμφωνα με την οποία η σεξουαλικότητα πρέπει να είναι «απροστάτευτη» και να αφήνεται «στη θέληση του Θεού» δεν μπορεί να επικαλεστεί εάν λαμβάνεται υπόψη η αυτόνομη βούληση της ανθρώπινης ελευθερίας και της υπευθυνότητας [70].

Αυτό το είδος της κατάστασης, όπου η ερωτική σεξουαλική ευχαρίστηση των συντρόφων έχει τελικό αποτέλεσμα μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, περιλαμβάνει τέσσερις πιθανές λύσεις: (1) Άμβλωση, (2) Συνέχιση της εγκυμοσύνης, επακόλουθη γέννηση του παιδιού και εγκατάλειψή του σε κέντρα υιοθεσίας, (3) Συνέχιση της εγκυμοσύνης, επακόλουθη γέννηση του παιδιού και αλλαγή της συμπεριφοράς της οικογένειας (ενίσχυση του μητρικού ενστίκτου), αποδοχή του παιδιού και (4) Συνέχιση της εγκυμοσύνης, επακόλουθη γέννηση του παιδιού και υιοθεσία του από μία οικογένεια που δεν μπορεί να κάνει παιδιά με φυσικό τρόπο. Τα πρώτα 5 – 7 έτη της ζωής είναι το στάδιο στο οποίο η οικογένεια είναι ζωτικής σημασίας για την φυσιολογική ανάπτυξη κάθε ατόμου. Έτσι, σε επακόλουθο επίπεδο, η γέννηση ενός «ανεπιθύμητου» παιδιού και η τοποθέτησή τους σε ορφανοτροφείο θα έχει πιο δυσμενείς συνέπειες στο παιδί σε σύγκριση με την άμβλωση [70].

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΒΑΣΕΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΗΘΙΚΗΣ

Ο ορίζοντας της δεοντολογικής ηθικής βασίζεται σε μία διαφορετική κατανόηση της ουσίας της ανθρωπότητας, την λεγόμενη «ανθρώπινη φύση». Αυτή η φιλοσοφική προοπτική ενισχύεται από μία θρησκευτική διάσταση, στην περίπτωση μας από τον Χριστιανισμό. Σύμφωνα με αυτή την

προοπτική κάθε άτομο ή ανθρώπινο ον είναι μία μορφή θεϊκής δημιουργίας. Όλοι οι άνθρωποι δημιουργούνται «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν του Θεού». Η ζωή είναι το δώρο του Θεού, και όλοι πρέπει να το απολαύσουν άνευ όρων. Ως εκ τούτου, το δικαίωμα στη ζωή βασίζεται σε αυτόν τον ορίζοντα, δηλαδή ο Θεός ως απόλυτη Αρχή και παγκόσμια μοναδικός, είναι η μόνη πηγή ζωής, και επίσης η μόνη θεότητα που έχει την ηθική νομιμότητα και το δικαίωμα τερματισμού της ζωής. Κάθε άνθρωπος και υπόρρητα κάθε προϊόν της ανθρώπινης σύλληψης έχει το δικαίωμα στη ζωή άνευ όρων. Κανένας άνθρωπος δεν έχει το δικαίωμα ή την νομιμότητα να τερματίσει μια μορφή ανθρώπινης ζωής. Υπό αυτές τις συνθήκες, η άμβλωση είναι αμαρτία επειδή έρχεται σε αντίθεση με την θεϊκή τάξη, που είναι η φυσική τάξη του σύμπαντος [72].

Πρέπει να σημειωθεί ότι η άμβλωση δεν καταδικάζεται μόνο από τον Χριστιανισμό, αλλά και από τον Ινδουισμό ή τον Βουδισμό. Τα ιερά κείμενα των Ινδουιστών αναφέρονται εκτενώς σε θέματα που αφορούν την άμβλωση, συνδέοντάς την με τις χειρότερες αμαρτίες που ένας Ινδουιστής πιστός μπορεί να πράξει. Αυτά τα κείμενα συν το δόγμα αναφορικά με το 'κάρμα' και τον νόμο της μετενσάρκωσης, τεκμηριώνουν την αδιάλλακτη στάση του Ινδουισμού απέναντι στην άμβλωση. Όσον αφορά τον Βουδισμό, η παραδοσιακή εμβρυολογία και η αρχή της μη – χρήσης βίας είναι αυτές που καθορίζουν στάσεις οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές του Ινδουισμού [73].

Εγκυμοσύνη που προκύπτει από σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς ειδική εκπαίδευση και υπόκειται σε ασταθή οικονομική κατάσταση

Αυτός ο τύπος υπαρξιακής κατάστασης είναι αρκετά κοινός εντός της κοινωνίας και μπορεί να συμβεί συχνά μεταξύ των νέων, ιδίως των εφήβων. Λόγω της έλλειψης σεξουαλικής εκπαίδευσης, των μέσων αντισύλληψης ή πληροφοριών σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες ή τους κινδύνους μίας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, πολλά άτομα έρχονται αντιμέτωπα με τέτοιου είδους καταστάσεις. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας σε αυτή την κατηγορία είναι η οικογένεια της νεαρής εγκύου. Πολλές αμβλώσεις – που μπορούν να αποφευχθούν – πραγματοποιούνται λόγω της αδιάλλακτης συμπεριφοράς που επιδεικνύουν οι γονείς. Νεαρά κορίτσια διακατέχονται από φόβο και καταφεύγουν αναπόφευκτα στην άμβλωση. Επιπλέον, ο έφηβος μπορεί να έρθει σε διένεξη με τους γονείς του, και αυτή η σύγκρουση μπορεί να επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα [70].

Αυτή η προβληματική κατάσταση μπορεί να επιλυθεί κυρίως μέσω εκπαίδευσης και συμβουλευτικής, οι οποίες πρέπει να ξεκινήσουν από την οικογένεια και να συνεχιστούν από το εκπαιδευτικό σύστημα. Επιπλέον, οι κυβερνητικές δημόσιες πολιτικές πρέπει να πραγματώνουν την ικανότητα στήριξης των νεαρών γυναικών που ευρίσκονται σε μία τέτοια κατάσταση με την οικονομική υποστήριξή τους [70].

Λόγω των παραπάνω, πολλοί υποστηρίζουν και καταλήγουν υπέρ των επιχειρημάτων κατά της άμβλωσης και πιο συγκεκριμένα όχι απλά στην επιτυχή αποφυγή της, αλλά και στην αντιμετώπιση των συνεπειών που θα είχε μία τέτοια απόφαση. Η κοινωνία μπορεί να ενεργήσει έτσι ώστε κάθε γυναίκα που καταλήγει σε αυτή την κατάσταση να λάβει οικονομική και φαρμακευτική υποστήριξη καθώς και ψυχολογική συμβουλευτική, μεταξύ άλλων. Ας σημειωθεί ότι στον Δυτικό Ευρωπαϊκό Κόσμο, τα εν λόγω ζητήματα επιλύονται σε ικανοποιητικό βαθμό [70].

Μία άλλη κατάσταση που δεν είναι ασήμαντη και μπορεί να αποφευχθεί αναφέρεται στην ασταθή οικονομική κατάσταση τόσο των εγκυμονουσών γυναικών όσο και των φτωχών οικογενειών. Αν και η άμβλωση δεν είναι επιθυμητή σε πρώτη φάση, ωστόσο, αυτό το φαινόμενο γίνεται πραγματικότητα απουσία οικονομικής εναλλακτικής λύσης. Η απουσία οικονομικών μέσων «εξαναγκάζει» πολλές γυναίκες να καταφύγουν σε άμβλωση, αν και δεν είναι αυτό που θέλουν πραγματικά. Σε αυτή την περίπτωση, η κοινωνία μπορεί στην πραγματικότητα να επέμβει μέσω της δημόσιας τάξης, πράγμα που σημαίνει την παροχή εύλογων χρηματικών ποσών που να επιτρέπουν σε μία γυναίκα που ευρίσκεται σε μία τέτοια κατάσταση να αποφύγει την άμβλωση [70].

Αμβλώσεις που προκαλούνται από λανθασμένη διάγνωση

Αυτή η κατάσταση μπορεί να επικαλεστεί από το «στρατόπεδο» όσων είναι κατά της άμβλωσης σε περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Πρόκειται για συνθήκες όπου υπάρχει υποψία ότι το έμβρυο είναι σοβαρά άρρωστο ή / και πάσχει από σοβαρές σωματικές και ψυχικές δυσπλασίες. Εντούτοις, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι ιατροί ήταν λάθος ή έχουν γίνει λάθη κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης και μετά την διάπραξη άμβλωσης, αποδείχθηκε ότι το μωρό ήταν απόλυτα υγιές [70].

Προκειμένου να αποφευχθούν τέτοιες καταστάσεις, η ιατρική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται ορθά. Όλες οι αναλύσεις πρέπει να είναι πλήρεις και σωστές, και ενδεχομένως, εάν ο χρόνος το επιτρέπει, θα ήταν σκόπιμη η επανάληψη των εξετάσεων, για την εξάλειψη οποιασδήποτε υποψίας σφάλματος. Για αυτό το λόγο απαιτείται τόσο ικανό ιατρικό προσωπικό όσο και λειτουργικός ιατρικός εξοπλισμός [70].

Ας τονιστεί, ότι σε αυτή την περίπτωση η Ορθόδοξη Εκκλησία συνιστά τον τοκετό, ακόμη και εάν το έμβρυο πάσχει από σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτή η θέση βασίζεται στο γεγονός ότι κάθε ανθρώπινη ζωή είναι δώρο του Θεού. Υπό αυτές τις συνθήκες, η οικογένεια ή η εν λόγω μητέρα πρέπει να αποδεχθούν την κατάσταση, να την κατανοήσουν και να την αναλάβουν ώστε να την απολαύσουν ως «θείκό δώρο» [75].

Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη από τους «φυσικούς γονείς» αλλά επιθυμητή από άτεκνα ζευγάρια

Αυτή η τελευταία κατάσταση μπορεί να επικαλεσθεί ως αντεπιχείρημα στις συνθήκες που παρουσιάζονται στην τρίτη κατηγορία περιπτώσεων που υποστηρίζονται από τους «υπέρμαχους» της άμβλωσης. Ακόμη κι αν οι φυσικοί γονείς ή η μητέρα δεν επιθυμούν το παιδί, άλλες οικογένειες ή ζευγάρια που δεν μπορούν να αποκτήσουν με φυσικό τρόπο ή τεχνητή γονιμοποίηση, μπορεί να θέλουν να υιοθετήσουν ένα τέτοιο παιδί με την προοπτική να του δώσουν την δυνατότητα εκπαίδευσης και μίας φυσιολογικής ανάπτυξης. Σε αυτή την περίπτωση, η άμβλωση μπορεί να αποφευχθεί και οι συνέπειες είναι λιγότερο σοβαρές για όλους τους συμμετέχοντες. Πρωταρχικά, το παιδί, ακόμη και εάν δεν είναι επιθυμητό από τους φυσικούς τους γονείς έχει απροσδόκητη πιθανότητα να γεννηθεί, να εκπαιδευτεί και να μεγαλώσει σε ένα φυσιολογικό οικογενειακό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, οι φυσικοί γονείς, ιδίως η μητέρα, μπορούν να «απελευθερωθούν» από το συνειδησιακό βάρος της άμβλωσης και οι θετοί γονείς μπορούν να αποκτήσουν ένα παιδί που τόσο πολύ επιθυμούσαν. Μία τέτοια κατάσταση θα μπορούσε να είναι μία ευχάριστη εναλλακτική στην πιθανότητα κατάληξης ενός ανεπιθύμητου παιδιού σε ορφανοτροφεία, δηλαδή σε ένα ιδρυματικό περιβάλλον εξειδικευμένο για αυτές τις καταστάσεις. Τέτοιου είδους περιβάλλοντα μπορεί να αποτελέσουν τραυματικούς παράγοντες στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού και η ψυχαναλυτική προοπτική επιβεβαιώνει αυτή την αλήθεια [70].

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Οι ενδείξεις άμβλωσης αντικατοπτρίζουν τους νόμους της εκάστοτε χώρας και περιοχής. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η ιατρική πρακτική των Ηνωμένων Πολιτειών ακολουθούσε το πρότυπο ποινικού κώδικα του American Law Institute. Οι νόμιμες αμβλώσεις μπορούσαν να πραγματοποιηθούν όταν «η συνέχιση της εγκυμοσύνης θα επηρέαζε σημαντικά τη σωματική ή ψυχική υγεία της μητέρας ή όπου το παιδί θα γεννηθεί με σοβαρό σωματικό ή διανοητικό ελάττωμα ή όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας ή άλλης εγκληματικής σεξουαλικής επαφής» [75]. Ωστόσο, πολλές χώρες μπορούν και επιβάλλουν περιορισμούς και εμπόδια στην πρόσβαση στην άμβλωση, ενώ άλλες έχουν απελευθεροποιήσει ή καταργήσει ορισμένους νόμους και επιτρέπουν την νόμιμη έκτρωση για περισσότερες ενδείξεις [76]. Επί του παρόντος, στις Ηνωμένες Πολιτείες, η πιο συχνή ένδειξη για άμβλωση αποτελούν οι «προσωπικοί λόγοι» της γυναίκας [77]. Εντούτοις, η ορολογία της θεραπευτικής άμβλωσης παραμένει, πιθανώς λόγω τοπικών πολιτικών και οικονομικών παραμέτρων. Συμπερασματικά, οι ενδείξεις για την άμβλωση που περιλαμβάνονται σε νόμους 196 χωρών, μέσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, παρατίθενται στους παρακάτω Πίνακες [78].

Δεδομένου ότι ο κίνδυνος για την υγεία μίας ασφαλούς άμβλωσης είναι πολύ μικρότερος από τους κινδύνους συνέχισης της εγκυμοσύνης ή μη – ασφαλούς άμβλωσης, ο επαγγελματίας υγείας που εργάζεται σε χώρες που περιορίζουν την πρόσβαση πρέπει να διακατέχεται από καθήκον να «βάλει την υγεία πρώτα» και να αξιολογήσει εάν μία γυναίκα με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη έχει μία ένδειξη που θα επέτρεπε τη νόμιμη άμβλωση και να πει στον ασθενή την αλήθεια ανεξάρτητα από τα δικά του συναισθήματα για αυτήν [78].

Πίνακας 1: Ενδείξεις μητέρας για τον τερματισμό επιθυμητής εγκυμοσύνης [78]

<i>Κατηγορία</i>	<i>Παραδείγματα</i>
Καρδιοαγγειακή νόσος	Πνευμονική υπέρταση ή σοβαρή Σύνδρομο Eisenmenger Ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου ή καρδιομυοπάθειας εγκυμοσύνης
Γενετική νόσος	Σύνδρομο Marfan
Αιματολογική νόσος	Θρομβωτική, θρομβοπενική πορφύρα
Νευρολογική νόσος	Μη – θεραπεύσιμη εγκεφαλοαγγειακή νόσος
Νεφρική νόσος	Επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας στην αρχή της κύησης
Νεοπλασματική νόσος	Διηθητικό καρκίνωμα τραχήλου Οποιαδήποτε νεοπλασματική νόσος στην οποία η επιβίωση της μητέρας εξαρτάται από την άμεση θεραπεία με χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία σε τερατογόνες δόσεις
Μεταβολική νόσος	Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια
Νόσος τελικού – σταδίου	Καρκίνος ή AIDS τελικού – σταδίου
Διαταραχές τρέχουσας εγκυμοσύνης	Ενδομήτρια λοίμωξη Ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν από τη βιωσιμότητα του εμβρύου Σοβαρή προεκλαμψία ή εκλαμψία
Εγκυμοσύνη που παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο τραυματισμού της μήτρας	Συνδεδεμένα δίδυμα Προδρομικός πλακούντας Προηγούμενη ρήξη της μήτρας
Νεοπλασματική εγκυμοσύνη	Τροφοβλαστική νόσος
Μη – βιώσιμη εγκυμοσύνη	Εμβρυϊκός θάνατος στη μήτρα Ανεμβρυονική εγκυμοσύνη Αναπόφευκτη άμβλωση

Πίνακας 2: Ενδείξεις εμβρύου για τον τερματισμό επιθυμητής εγκυμοσύνης [78]

<i>Κατηγορία</i>	<i>Παραδείγματα</i>
Εμβρυϊκές δυσπλασίες	Ανεγκεφαλία Μυελομηνιγγοκήλη Σοβαρή υδροκεφαλία ή καρδιακή ανωμαλία Νεφρική αγενεσία
Χρωμοσωμική ανωμαλία	Σύνδρομο Down και άλλες τρισωμίες Εύθραυστο X X – συνδεδεμένη υπολειπόμενη νόσος
Κληρονομικό μεταβολικό ελάττωμα	Μυϊκή δυστροφία Duchenne Νόσος Tay – Sachs
Έκθεση εμβρύου σε τερατογόνα	Βαρφαρίνη, θαλιδομίδη, ισοτρετινοΐνη Χημειοθεραπεία καρκίνου Έκθεση σε ακτινοβολία (>15 rad) Ραδιενεργό ιώδιο σε καταλυτικές δόσεις
Λοίμωξη της μητέρας	Ερυθρά, κυτταρομεγαλοϊός, τοξοπλάσμωση

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Η συμβουλευτική έχει διάφορους σκοπούς, όπως παροχή πληροφοριών, υποβοήθηση της γυναίκας να κατανοεί και να αντιμετωπίζει τα συναισθήματά της, μετριασμός του άγχους, παροχή πληροφοριών για την αποτροπή μελλοντικών μη – προγραμματισμένων κυήσεων και εξέταση πιθανών περιπτώσεων ψυχοπαθολογίας. Στην ιδανική περίπτωση, η γυναίκα θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε ένα πεπειραμένο και εξειδικευμένο άτομο που θα την βοηθήσει να κατανοήσει την εγκυμοσύνη στο πλαίσιο της ζωής και του μέλλοντος της, να επανεξετάσει τις επιλογές της και να της παράσχει πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της άμβλωσης, τις πιθανές επιπλοκές και τους τρόπους αντισύλληψης [79].

Επιπρόσθετα, ορισμένες γυναίκες έχουν άλλες ειδικές ανάγκες· ένα ασφαλές σπίτι για γυναίκες που είναι θύματα σωματικής βίας από τους συντρόφους τους, παρέμβαση σε περιπτώσεις βιασμού ή παραπομπή σε προγράμματα αποτοξίνωσης από τα ναρκωτικά, ενώ άλλες μπορεί να έχουν προφανή ψυχιατρικά προβλήματα ή ακραία αμφιθυμία. Σε αυτές της περιπτώσεις, απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση και μία πηγή παραπομπής που να είναι διαθέσιμη για να καλύψει αυτή την ανάγκη σε σύντομο χρονικό διάστημα. Επίσης, μπορεί να προκύψουν ειδικά νομικά ζητήματα και η υπηρεσία συμβουλευτικής πρέπει να είναι προετοιμασμένη να συμβουλευτεί δικηγόρους, δικαστικούς υπαλλήλους, όπως απαιτείται, για να αντιμετωπίσει ανήλικες ή διανοητικά ανίκανες γυναίκες που αναζητούν υπηρεσίες άμβλωσης [79].

ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Ένας μαιευτήρας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην τακτική αξιολόγηση των εγκύων και στον εντοπισμό πρώιμων σημείων επιπλοκών. Το πλάνο τοκετού που είναι σημαντικό για τον αποτελεσματικό τοκετό αναπτύσσεται από τον μαιευτήρα που αξιολογεί τους σχετικούς κινδύνους και την ανάγκη τακτικών ελέγχων. Κατά την εκτέλεση των τακτικών καθηκόντων τους, οι μαιευτήρες υποχρεούνται να τηρούν την ιατρική τους ηθική, η οποία τους καθιστά υποχρεωμένους ως προς τους ασθενείς όσον αφορά ηθικές πρακτικές. Είναι επίσης υποχρεωμένοι να τηρούν την μαιευτική τους ηθική σε σχέση με τις αλληλεπιδράσεις τους με τον ασθενή. Ως εκ τούτου, η ιατρική ηθική καθιστά το ζήτημα της άμβλωσης αμφιλεγόμενο.

Όπως προαναφέρθηκε, η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί όταν το έμβρυο θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας ή όταν ανακαλυφθούν γενετικές ανωμαλίες στο έμβρυο, αποτελώντας τους δύο πιο σημαντικούς λόγους που μπορεί να αναγκάσουν τον μαιευτήρα να συστήσει άμβλωση. Στους άλλους λόγους, όπως μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είτε μέσω φυσιολογικής σχέσης είτε μέσω περιστατικού βιασμού, η διαμάχη προέρχεται από την ηθική άποψη με την οποία καθίσταται προφανές ότι το δικαίωμα ανάπτυξης του εμβρύου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την απόφαση της μητέρας. Θεωρείται ηθικός ο τερματισμός της εγκυμοσύνης σε ένα συγκεκριμένο στάδιο ανάπτυξης και όχι σε άλλο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ιατρική ηθική που υποστηρίζει την προστασία ενός ατόμου από την αρχή της σύλληψης έως την πλήρη ανάπτυξή του.

ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ

Η αρχή της αυτονομίας παρέχει σε ένα ενήλικο άτομο το δικαίωμα και την ελευθερία επιλογής σχετικά με συγκεκριμένες ενέργειες που πρέπει να αναληφθούν στο σώμα του. Με άλλα λόγια, θεωρείται ότι ένα τέτοιο άτομο μπορεί να λάβει μία σωστή και ανεξάρτητη απόφαση για τον εαυτό του, εφόσον δεν επηρεάζει τη ζωή άλλων ανθρώπων. Ο νόμος, η ιατρική πρακτική και οι ηθικές αρχές αναγνωρίζουν αυτά τα δικαιώματα. Εντούτοις, στην μαιευτική, δημιουργούνται αντιπαραθέσεις κυρίως επειδή η άμβλωση περιλαμβάνει δύο ζωές. Παρόλο που το έμβρυο δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως σε άνθρωπο, θεωρείται μία μορφή ανθρώπινης ζωής που έχει τα δικά της δικαιώματα [80].

ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΓΑΘΟΕΡΓΙΑΣ

Ο ιατρός μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας του ασθενούς. Αυτό θεωρείται ως η αρχή της αγαθοεργίας. Ο ιατρός λαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση της υγείας των ανθρώπων και είναι υποχρεωμένος να την ασκεί σύμφωνα με τις ηθικές αρχές του ιατρικού επαγγέλματος. Σε πολλές περιπτώσεις, η εν λόγω αρχή έρχεται σε αντιπαράθεση με τη σύγχρονη κατανόηση της αρχής της αυτονομίας [80]. Αυτό συμβαίνει επειδή εάν ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την υγεία του ασθενούς, θα πρέπει να του επιτρέπεται να ασκεί το επάγγελμά του χωρίς φραγμούς. Ωστόσο, η αυτονομία του ασθενούς σε σχέση με αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να γίνει στο σώμα του, εμποδίζει τον ιατρό να εκτελέσει τα καθήκοντά του όπως αυτός θεωρεί σωστό. Εντούτοις, η αρχή της αγαθοεργίας υπερισχύει της αυτονομίας του ασθενούς. Για παράδειγμα, εάν ένας μαιευτήρας κατανοεί τους κινδύνους που ενέχονται στην άμβλωση, ενώ ο πελάτης επιμένει σε αυτή – η οποία σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας μπορεί να επιτραπεί για την ικανοποίηση των επιθυμιών του – η παραίτηση σε ένα τέτοιο αίτημα μπορεί να οδηγήσει έναν μαιευτήρα στην κατηγορία παράλειψης του καθήκοντός του να προστατεύσει την υγεία του ασθενούς εάν η άμβλωση οδηγήσει σε ανεπιθύμητες επιπλοκές [81].

ΗΘΙΚΗ ΒΑΣΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Η ηθική βάσει δικαιωμάτων είναι μία θεωρία που αναδεικνύει τα δικαιώματα ενός ατόμου ως θεμέλιες βάσεις της δικαιοσύνης. Βασίζεται στο σκεπτικό ότι κάθε ενέργεια που αναλαμβάνει ένας ιατρός και συμπεριλαμβάνει έναν ασθενή πρέπει να είναι συμβατή με τα ατομικά δικαιώματα, ελευθερίες και συμφέροντά του. Για παράδειγμα, στην μαιευτική, τα δικαιώματα της εγκύου πρέπει να τηρούνται κάθε φορά που λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις όπως η πρόκληση άμβλωσης. Η ασθενής έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται επαρκώς σχετικά με την προβλεπόμενη επέμβαση, τον τρόπο με τον οποίο θα εφαρμοστεί, τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με τη διαδικασία καθώς και τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν. Δεν πρέπει να αναληφθεί δράση που να παραβιάζει τα δικαιώματα του ασθενούς ή να εμποδίζει την επίτευξη καλής υγείας. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απορρίψει την επέμβαση και να ζητήσει υπηρεσίες από αλλού [80].

Τέλος, η εκλεκτική άμβλωση αντιστοιχεί στον προβλεπόμενο τερματισμό της εγκυμοσύνης πριν από την ανάπτυξη του εμβρύου ως αποτέλεσμα της επιθυμίας της εγκύου. Τέτοιες άμβλώσεις πραγματοποιούνται κυρίως χωρίς να συντρέχουν ιατρικοί λόγοι ή ευπάθεια της μητέρας [82]. Αντίθετα, η μητέρα επιλέγει να μην γεννήσει ένα παιδί για προσωπικά ζητήματα. Πολλές από τις εκλεκτικές άμβλώσεις δέχονται αντίσταση τόσο από την κοινωνία όσο και από τις κυβερνήσεις σε χώρες όπου η άμβλωση είναι παράνομη, καθώς θεωρείται δολοφονία, ένα έγκλημα που τιμωρείται από το νόμο σε πολλά συστήματα ποινικής δικαιοσύνης. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προσφέρουν τις κατάλληλες συμβουλές και οδηγίες σχετικά με την εκλεκτική άμβλωση. Συνήθως είναι δύσκολο για τους μαιευτήρες να πραγματοποιήσουν μία τέτοια πράξη χωρίς την πεποίθηση ότι η κύηση μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τη μητέρα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γυναίκες πραγματοποιούν τέτοιες άμβλώσεις με άκρα μυστικότητα [80].

Από την άλλη πλευρά, η άμβλωση που συνιστά ο ιατρός συνήθως αποσκοπεί στη διάσωση της εγκύου από κινδύνους στους οποίους μπορεί να εκτεθεί ως αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτου, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να τηρεί τις ηθικές αρχές κατά την αντιμετώπιση του ασθενούς. Όσο είναι σημαντικό να τηρούνται τα ατομικά δικαιώματα κατά την αντιμετώπιση ασθενών, πρέπει να εξεταστεί η δυνατότητα εφαρμογής της άμβλωσης. Εάν οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι θανατηφόρες για τον ασθενή, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να δώσει έμφαση στη διατήρηση της εγκυμοσύνης [83].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ηθική και η ανηθικότητα της άμβλωσης καθορίζεται προσπαθώντας να απαντηθεί το κεντρικό φιλοσοφικό ερώτημα που σχετίζεται με την ηθική κατάσταση ενός εμβρύου, με κύριο επιχείρημα «κατά της άμβλωσης» να αποτελεί η ανθρώπινη φύση του εμβρύου και το βασικό αντεπιχείρημα να στέκεται υπέρ της επιλογής με το «δικαίωμα της εγκύου για αυτό – διάθεση». Η ομάδα «κατά» της άμβλωσης υποστηρίζει ότι το έμβρυο έχει απόλυτα δικαιώματα στη ζωή, ενώ στον αντίποδα η ομάδα «υπέρ» της άμβλωσης υποστηρίζει ότι η γυναίκα έχει το δικαίωμα να λαμβάνει αποφάσεις για το σώμα της, συμπεριλαμβανομένου της κυοφορίας του εμβρύου. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι λόγοι των διαφορετικών απόψεων για το θέμα της άμβλωσης παρακινούνται περισσότερο από «συναισθήματα ταυτοποίησης» και όχι από τον κύριο λόγο. Για την πρώτη ομάδα, αυτά τα συναισθήματα επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του εμβρύου, ενώ για την δεύτερη εστιάζονται στην ευημερία ή την ταλαιπωρία της εγκύου γυναίκας. Επομένως, για την πρώτη ομάδα, η άμβλωση θεωρείται ανήθικη, ενώ για την τελευταία είναι ηθική. Τίθεται λοιπόν, ζήτημα αξιών και όχι πραγματικών πληροφοριών και γεγονότων.

Η παρούσα εργασία υπογραμμίζει την μεγάλη ποικιλία καταστάσεων που αφορούν την άμβλωση σε επίπεδο νόμων και πρακτικών, συχνότητας, καθώς και συνεπειών της για την υγεία και τη ζωή των γυναικών. Πέρα από τις διαφορές που έχουν επισημανθεί, δύο γενικές παρατηρήσεις προκύπτουν: είτε νόμιμα, είτε παράνομα, ηθικά ή ανήθικα, υπάρχουν πολλές αμβλώσεις σε όλο τον κόσμο κάθε μέρα, αντανακλώντας τις δυσκολίες στην πρόληψη των ανεπιθύμητων εγκυμοσυνών και των αποτυχιών αντισύλληψης, δυσκολιών που κατανέμονται άνισα μεταξύ χωρών και κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Παρόλα αυτά, το δικαίωμα στην άμβλωση δεν αναγνωρίζεται παγκοσμίως και συνεχίζει να τιμωρείται, νομικά και κοινωνικά, σε πολλές χώρες. Τέλος, πρέπει να υπογραμμιστούν δύο σημεία που παραμένουν το κέντρο συζητήσεων σχετικά με την άμβλωση: το δικαίωμα στην άμβλωση και την πρόσβαση των γυναικών σε ασφαλείς υπηρεσίες της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guillaume A and Rossier C, 2018. Abortion around the world. An overview of legislation, measures, trends and consequences. *Population-E*, 72(2), 2018, 217-306. DOI: 10.3917/pope.1802.0217
2. Singh JA and Karim SS, 2017. Trump's 'global gag rule': Implications for human rights and global health. *The Lancet Global Health*, 5(4), pp. e387–e389
3. Starrs AM, 2017. The Trump global gag rule: An attack on US family planning and global health aid. *The Lancet*, 389(10068), pp. 485–486
4. Luker K, 1984. Abortion and the meaning of life. In Callahan Sidney, Callahan Daniel (eds.), *Abortion*, Boston, MA, Springer US, pp. 25–45
5. World Health Organization, 2011, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6th edition, Geneva, WHO, 56 p
6. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, et al., 2017. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model”, *The Lancet*, 390(10110), pp. 2372–2381
7. Yarmohammadi H, Zargaran A, Vatanpour A, Abedini E, Adhami S, 2013. An investigation into the ancient abortion laws: comparing ancient Persia with ancient Greece and Rome. *Acta med – hist Adriat* 2013;11(2);291-298
8. Bullough VL, 2001. *Encyclopedia of Birth Control*. California: ABC-CLIO, 2001, pp. 1,18,20
9. Goldman MB and Hatch MC, 2000. *Woman and Health*. Houston: Gulf professional publishing, 2000, p.160
10. Nie JB, 2012. *Medical ethics in China: A transcultural interpretation*. New York: Routledge, 2012, pp 42-4
11. King LW, 2004. *The Code of Hammurabi*. Whitefish: Kessinger publishing, 2004, p.37
12. Moulton RG, 1896. *The Exodus*. London: Macmillan and Co, LTD, 1896, p.60
13. Reiman JH, 1999. *Abortion and the ways we value human life*. Lanham: Rowman and Littlefield, 1999, p.16,17
14. Parker PM, 2005. *Plato – The Republic*. San Diego: ICON Group International, 2005, p.421
15. Rochham H, 1959. *Aristotle – The Athenian Constitution*. Cambridge: Harvard University Press, 1959, p.623
16. Veatch RM, 2000. *Cultural perspectives in Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett Publication, 200, p.3
17. Riddle J, 1994. *Contraception and abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1994, pp 62, 71-3
18. Jones DA, 2005. *The soul of the embryo: an enquiry into the status of the human embryo in the Christian tradition*. Second ed. London: Continuum, 2005, p.42
19. Temskin O, 1956. *Soranus' Gynecology*. Baltimore: The John Hopkins Press, 1956, p.63
20. Daresteter J, 1880. *The Sacred Books of the East*. Oxford: The Clarendon Press, 1880, p.175
21. Zargaran A, Mehdizadeh A, Yarmohammadi H, Mohagheghzadeh A, 2012. Zoroastrian priests: ancient Persian psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2012;169(3):255
22. Daresteter J, 1880. *The Sacred Books of the East*. Oxford: The Clarendon Press, 1880, p.175

23. Elgood C, 2010. Medical history of Persia and the Eastern Caliphate. Cambridge: Cambridge University, 2010, p.7
24. Gignoux P, 1984. Le livre D' Arda Viraz. Institut Francais de recherche en Iran et Edition Moin, 1984, p. 153
25. Early JD and Peters JF, 1990. The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama. San Diego: Academic Press
26. Lee, N.H. (1969). The Search for an Abortifacient. Chicago: University of Chicago Press
27. Early JD and Peters JF, 1990. The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama. San Diego: Academic Press
28. Lee, N.H. (1969). The Search for an Abortifacient. Chicago: University of Chicago Press
29. Warren MH, 1995. Abortion: Medical and Social Aspects. In: Encyclopedia of Marriage and the Family, David Levinson (ed.). New York: Simon & Schuster MacMillan, 1995. Chapter 1, pp 1-7
30. Grobstein C, 1988. Science and the Unborn. New York: Basic Books
31. Singh K and Fong YF, 2000. Preparation of the Cervix for Surgical Termination of Pregnancy in the First Trimester. Human Reproduction Update, 6, 442-448
32. Lim LM and Singh K, 2014. Methods of abortion in first and second trimester. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 4, 924-929
33. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-Based Clinical Guideline Number 7, RCOG, London
34. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014. Practice Bulletin No. 143: Medical Management of First-Trimester Abortion. Obstetrics & Gynecology, 123, 676-692
35. Swahn, ML and Bygdeman M, 1988. The Effect of the Antiprogesterin RU 486 on Uterine Contractility and Sensitivity to Prostaglandin and Oxytocin. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 95, 126-134
36. El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, et al., 1995. Induction of Abortion with Mifepristone (RU 486) and Oral or Vaginal Misoprostol. The New England Journal of Medicine, 332, 983-987
37. Singh K, Fong YF and Dong F, 2003. A Viable Alternative to Surgical Vacuum Aspiration: Repeated Doses of Intravaginal Misoprostol over 9 Hours for Medical Termination of Pregnancies up to Eight Weeks. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 110, 175-180
38. Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR and Mishell Jr DR, 2002. A Prospective Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial Comparing Mifepristone and Vaginal Misoprostol to Vaginal Misoprostol Alone for Elective Termination of Early Pregnancy. Human Reproduction, 17, 1477-1482
39. Fong YF, Singh K and Prasad RN, 1998. A Comparative Study Using Two Dose Regimens (200 Microg or 400 Microg) of Vaginal Misoprostol for Pre-Operative Cervical Dilatation in First Trimester Nulliparae. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 105, 413-417
40. Singh K, Fong YF, Prasad RN and Dong F, 1999. Vaginal Misoprostol for Pre-Abortion Cervical Priming: Is There an Optimal Evacuation Time Interval? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 106, 266-269
41. Singh S, Wulf D, Hussain R, et al., 2009. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, New York, Guttmacher Institute, 68 p

40. Ngo TD, Park MH and Free C, 2013. Safety and Effectiveness of Termination Services Performed by Doctors versus Midlevel Providers: A Systematic Review and Analysis. *International Journal of Women's Health*, 5, 9-17
41. Stubblefield PG, Carr-Ellis S and Borgatta L, 2004. Methods for Induced Abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 104,174-185
42. Kafrisen ME, Schulz KF, Grimes DA and Cates Jr W, 1984. Midtrimester Abortion. Intra-Amniotic Instillation of Hyperosmolar Urea and Prostaglandin F_{2α} v Dilatation and Evacuation. *JAMA*, 251, 916-919
43. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013. Practice Bulletin No. 135: Second-Trimester Abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121, 1394-1406
44. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT and Flett GM, 2004. Midtrimester Medical Termination of Pregnancy: A Review of 1002 Consecutive Cases. *Contraception*, 69, 51-58
45. Wong KS, Ngai CS, Yeo EL, Tang LCH and Ho PC, 2000. A Comparison of Two Regimens of Intravaginal Misoprostol for Termination of Second Trimester Pregnancy: A Randomized Comparative Trial. *Human Reproduction*, 15, 709-712
46. Gooter A, 2019. After abortion care. [Internet] Available from: <https://www.healthline.com/health/after-abortion> Last Updated: 07/03/19, Date Retrieved: 19/09/20
47. United Nations, 2013. World Abortion Policies, New York, United Nations, Population Division, n.p
48. United Nations, 2014. Abortion Policies and Reproductive Health around the World, New York, United Nations, Population Division, 52 p
49. World Health Organization, 2017. Global Abortion Policies Database, Geneva, WHO, <http://srhr.org/abortion-policies/>
50. Guttmacher Institute, 2015. Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe, [Fact sheet], Guttmacher Institute, New York and Washington, DC, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Latin-America-SP.pdf
51. Singh S, Wulf D, Hussain R, et al., 2009. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, New York, Guttmacher Institute, 68 p
52. Center for Reproductive Rights, 2014. Abortion worldwide: 20 years of reform. Briefing paper, New York, Center for Reproductive Rights
53. Bajos N, Guillaume A, Kontula O, 2004. Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique. Strasbourg, Conseil de l'Europe (Études démographiques 42), 150 p
54. Hassoun D, 2011. Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe. *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 213–221
55. Rehnström LU, Gemz DK, Faxelid E, Klingberg-Allvin M, 2015. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 15. 10.1186/s12889-015-1502-2
56. Fiala C and Joyce H, 2014. Dishonourable disobedience' – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman – Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, pp. 12–23

57. Heino A, Gissler M, Apter D, Fiala C, 2013. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(4), pp. 231–233
58. Harries J, Coop D, Strebel A, Colvin CJ, 2014. Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health*, 11(1), p. 16
59. Lema VM, 2012. Conscientious objection and reproductive health service delivery in Sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 16(1), pp. 15–22
60. Casas Lidia, 2009. Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Peru, Mexico and Chile”, *Reproductive Health Matters*, 17(34), pp. 78–87
61. Diniz D, Madeiro A, Rosas C, 2014. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 22(43), pp. 141–148
62. Cook RJ, Arango OM, Dickens BM, 2009. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104(3), pp. 249–252
63. David HP, 1992. Abortion in Europe, 1920–1991: A public health perspective. *Studies in Family Planning*, 23(1), pp. 1–22
64. Blayo C, 1991. Les modes de prévention des naissances en Europe de l’Est. *Population*, 46(3), pp. 527–546
65. Sobotka T, 2003. Re-emerging diversity: Rapid fertility changes in Central and Eastern Europe after the collapse of the communist regimes”, *Population, English Edition*, 58(4–5), pp. 451–486
66. Hord C, David HP, Donnay F, Wolf M, 1991. Reproductive health in Romania: Reversing the Ceausescu legacy. *Studies in Family Planning*, 22(4), pp. 231–240
67. Serbanescu F, Morris L, Stupp P, Stanescu A, 1995. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Studies in Family Planning*, 26(2), pp. 76–87
68. Νόμος υπ’ αριθ. 1609/1986. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο από: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1609-1989.html> Ημερομηνία ανάκτησης: 10/09/20
69. Ioannidi – Kapolou E, 2004. Use of contraception and abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Supplement):174-183. DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24001-0
70. Kriari – Catranis I, 2002. Rights of embryo and foetus in public and private law. *International Academy of Comparative Law – XVIth International Congress of Comparative Law – 14 – 20 July 2002*
71. Michalopoulos S, 2017. Greece alarmed by high number of abortions among minors. [Internet] Available from: <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/greece-alarmed-by-high-number-of-abortions-amongst-minors/> Date Retrieved: 17/09/20
72. Ionut Stefan, 2014. Arguments for and against abortion in terms of teleological and deontological theories. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 149(2014)927-935
73. Thomson JJ, 1994. A pleading for abortion, in *Applied ethics*, coord. by Adrian Miroiu, Bucharest: Alternative Publisher’s House
74. Paul AG, 2010. The sin of abortion and the anthropological implications on the fate of human life, in *Romanian Journal of Bioethics*, Vol. 8, Nr. 4, October– December

75. Damian CI, 2010. Abortion from the perspective of Eastern religions: Hinduism and Buddhism, in Romanian Journal of Bioethics, Vol. 8, Nr. 1, January – March
76. Iloaie S, 2009. Moral and life. The Romanian Orthodox Church Documents on Bioethics, in Romanian Journal of Bioethics, Vol. 7, No. 2, April – June
77. Potts M, Diggory P, Peel J, 1977. Abortion, p 336. New York, Cambridge University Press, 1977
78. Boland R and Katzive L, 2008. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. Int Fam Plann Perspect 2008;34, Number 3 (September) 2008:11
79. Gold RB, 1990. Abortion and women's health: A turning point for America? The Alan Guttmacher Institute, New York, NY 1990
80. Borgatta L and Stubblefield PG, 2009. Induced Abortion: Indications, Counseling and Services. Glob. Libr. Women's med., ISSN: 1756-2228;2009. DOI: 10.3843/GLOWM.10439
81. Baker A, Beresford T, Halvorson-Boyd G et al., 1999. Informed consent, counseling, and patient preparation. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L et al (eds): A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, pp 25–37. New York, Churchill-Livingston 1999
82. Ridley A, 1998. Beginning Bioethics. New York: St. Martin's Press, 1998
83. Penslar R, 1995. Research Ethics: Cases and Materials. Bloomington: Indiana University Press, 1995
84. Austin C, 1993. The Ethics of Abortion: Pro-Life Vs. Pro-Choice, Prometheus Books, 1993
85. Berglund C, 2007. Ethics for Health Care Third Edition Ethics for Health Care, Third Edition, London: Oxford University Press, 2007